



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ανιχνευτικά εργαλεία στην Αφασία στην  
Ελλάδα: ερωτηματολόγιο απευθυνόμενο προς  
στους Λογοθεραπευτές**

**Αντωνοπούλου Αθανασία**

**Σταματίνα Καλιαμούτου**

**Ευαγγελία Ψαρού**

**Επιβλέπων Καθηγήτρια: Δρ. Μίχου Αιμιλία**

**Πάτρα, Οκτώβριος 2018**

## Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	4
ABSTRACT .....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο : Η ΑΦΑΣΙΑ ΚΑΙ Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ.....	5
1.1 Ορισμός αφασίας.....	5
1.2 Αίτια αφασίας.....	8
1.3 Κατηγοριοποίηση αφασιών.....	13
1.4 Συμπτωματολογία .....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο : ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΦΑΣΙΑΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	21
2.1 Εξέταση Αφασίας στο Υπάρχων Δημόσιο ελληνικό Πλαίσιο.....	21
2.2 Εξέταση Αφασίας στο Υπάρχων Ιδιωτικό ελληνικό Πλαίσιο.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο : ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ – ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΟ ΤΕΣΤ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ.....	37
3.1 Αξιολόγηση και Διάγνωση της Αφασίας.....	37
3.2 Αξιολογητικό υλικό – Ανιχνευτικό τεστ αφασιών.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	47
4.1 Μεθοδολογία έρευνας.....	47
4.2 Αποτελέσματα Έρευνας.....	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	78
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	81

## Ευχαριστίες

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια, Δρ. Αιμιλία Μίχου για τη δυνατότητα που μας έδωσε να πραγματοποιήσουμε την πτυχιακή μας εργασία, τον πολύτιμο χρόνο και τη σημαντική καθοδήγησή της για την περάτωση της παρούσας έρευνας.

Επιπλέον, θέλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά το τμήμα Λογοθεραπείας του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας για τον χώρο που μας παραχώρησε, τους καθηγητές μας για τις πολύτιμες γνώσεις που μας προσέφεραν όλα τα χρόνια της φοίτησής μας. Καθώς επίσης τους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές του Τμήματος για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Οφείλουμε να ευχαριστήσουμε τους λογοθεραπευτές που με τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις τους σχετικά με τη σπουδαιότητα της χρήσης ανιχνευτικών τεστ και αξιολογητικού υλικού σε αφασικούς ασθενείς συνέλαβαν στην επιτυχή διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τα αγαπημένα μας πρόσωπα για την καθημερινή συμπαράσταση και υπομονή τους, τα οποία συνέβαλλαν στην εκπλήρωση των στόχων που είχαμε θέσει.

Τέλος, θέλουμε να εκφράσουμε ένα τεράστιο ευχαριστώ στις οικογένειές μας για τη στήριξη και την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μας. Χωρίς αυτή την πολύτιμη στήριξη από τους γονείς μας, δε θα είχαμε κάνει τα όνειρά μας πραγματικότητα.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αφασία αφορά μια βασική γλωσσική έκπτωση επηρεάζοντας όλες τις λειτουργίες και τους τρόπους γλωσσικής έκφρασης και αντίληψης σε άτομα των οποίων οι νοητικές λειτουργίες φαίνονται να είναι ομαλές. Αυτή η γλωσσική διαταραχή σχετίζεται με την παραγωγή, την κατανόηση, την γραφή και την ανάγνωση του λόγου, με την παράλληλη εμφάνιση προβλημάτων και στην αριθμητική ικανότητα (Καμπανάρου, 2008).

Ουσιαστικά, η αφασία δεν βλάπτει την νοημοσύνη του ατόμου, τα άτομα τα οποία πάσχουν από αφασία μπορεί να δυσκολεύονται στην ομιλία, να έχουν προβλήματα στην κατανόηση, την ανάγνωση και την κατανόηση γραπτών λέξεων, τη σύνταξη λέξεων και τη χρήση αριθμών, αλλά το νοητικό επίπεδο τους δεν διαταράσσεται (Johnstone, & Stonnington, 2006). Συνεπώς, η αφασία δεν αποτελεί διαταραχή της αντίληψης, διαταραχή κινητικότητας ή διαταραχή διεργασίας της σκέψης (Anderson, & Shames, 2013).

Η διαγνωστική διαδικασία της αφασίας αφορά τη διάγνωση παρουσίας και τύπου αφασικού συνδρόμου και τον εντοπισμό βλάβης που προκαλεί ελλείμματα λόγου, τη μέτρηση της απόδοσης σε δεξιότητες λόγου και τη δημιουργία «προφίλ» με τις γλωσσικές ικανότητες και αδυναμίες του ασθενή ώστε να σχεδιαστεί το πλάνο θεραπείας αποκατάστασης (Hanne, et al., 2011).

Η κλινική αξιολόγηση και η διάγνωση αποτελούν διαδικασίες ύψιστης σημασίας για τη μελέτη και διαχείριση των αφασιών. Καθώς βοηθούν τον εξεταστή να ανακαλύψει την υποκείμενη νόσο, το προφίλ της νόσου, τα αρνητικά συμπτώματα, δηλαδή τις βλάβες των λειτουργιών, τα γλωσσικά και γνωστικά ελλείμματα, τις ανικανότητες του ασθενούς, τις άθικτες από τη βλάβη λειτουργίες και τις επιτυχείς επικοινωνιακές στρατηγικές του ασθενούς. Επιπλέον, η διαδικασία της αξιολόγησης είναι ο πρόδρομος για μια επιτυχή παρέμβαση (Davis, 2011).

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία απαρτίζεται από τέσσερα (4) κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει γενικά στοιχεία για την αφασία και την αξιολόγηση της. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσεται η εξέταση της αφασίας τόσο στο υπάρχων Ελληνικό Πλαίσιο όσο και στο υπάρχων Ιδιωτικό Ελληνικό Πλαίσιο. Το τρίτο κεφάλαιο αφορά το αξιολογητικό υλικό και το ανιχνευτικό τεστ για την αφασία που υπάρχει αυτή τη στιγμή. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έρευνα , πρώτα η μεθοδολογία του διαδικτυακού ερωτηματολογίου και έπειτα τα αποτελέσματα. Και τέλος, παρατίθενται συμπεράσματα – συζήτηση.

*Λέξεις κλειδιά:* αφασία, ανιχνευτικό τεστ, αξιολογητικό υλικό, ελληνικό πλαίσιο.

## ABSTRACT

This paper consists of four (4) chapters. The first chapter presents general data on aphasia and its evaluation. The second chapter develops the examination of aphasia both in the existing Greek primary and secondary care pathway and in the existing Private Greek pathway. The third chapter concerns the evaluation material and the aphasia detection test. The fourth chapter presents the methodology of the survey construction and then the results. Finally, the conclusions are discussed in details.

*Key words:* aphasia, detection test, evaluation material, Greek context.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: Η ΑΦΑΣΙΑ ΚΑΙ Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ

## 1.1 Ορισμός Αφασίας

Ετυμολογικά ο επιστημονικός όρος αφασία προέρχεται από το στερητικό «α» και το αρχαίο ρήμα «φημί» το οποίο μεταφράζεται ως ομιλώ. Συνεπώς, ο όρος αφασία αναφέρεται σε οποιαδήποτε μερική ή ολική απώλεια γλωσσικών ικανοτήτων ή γενικά γλωσσικής ανικανότητας (Μεντενόπουλος, 2003).

Η επίκτητη διαταραχή της κατανόησης του λόγου, της παραγωγής του καθώς και της συμβολικής γνώσης ορίζεται ως αφασία και περιλαμβάνει μερικές ή όλες τις πλευρές της επικοινωνίας, όπως είναι ο εκφραστικός λόγος, η κατανόηση, η ανάγνωση ή η αλεξία, η γραφή ή η αγραφία καθώς και η επανάληψη (Νικολόπουλος, 2008). Ουσιαστικά, η αφασία αφορά μια βασική γλωσσική έκπτωση επηρεάζοντας όλες τις λειτουργίες και τους τρόπους γλωσσικής έκφρασης και αντίληψης σε άτομα των οποίων οι νοητικές λειτουργίες φαίνονται να είναι ομαλές. Κατ' επέκταση, αυτή η γλωσσική διαταραχή σχετίζεται με την παραγωγή, την κατανόηση, την γραφή και την ανάγνωση του λόγου, με την παράλληλη εμφάνιση προβλημάτων και στην αριθμητική ικανότητα (Καμπανάρου, 2008).

Η αφασία αποτελεί διαταραχή της ικανότητας χρήσης της γλώσσας σε κανονικές συνθήκες, με αποτέλεσμα τα άτομα με αφασία να αισθάνονται απομονωμένα λόγω του ότι δυσκολεύονται στην επικοινωνία τους στο σπίτι, σε κοινωνικές περιστάσεις ή στην εργασία. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η αφασία διαταράσσει οποιαδήποτε ικανότητα εξαρτάται από τη χρήση του εσωτερικού λόγου. Για τον λόγο αυτό, εξαιτίας του πρωτογενούς γλωσσικού ελλείμματος είναι συχνό φαινόμενο να προσβάλλονται η ικανότητα λήψης αποφάσεων, η δημιουργικότητα καθώς και η ικανότητα εκτέλεσης υπολογισμών (Jordan, & Kaiser, 2013).

Τα άτομα με αφασία παρουσιάζουν μια σειρά από διαταραχές στην άρθρωση, εμφάνιση στερεοτύπων στην γραμματική και στο συντακτικό, απώλεια λεκτικής ευφράδειας, εμφάνιση δυσσυνταξίας καθώς και αδυναμία επανάληψης. Ωστόσο, η αφασία δεν επηρεάζει μόνο τις γλώσσες που βασίζονται στον προφορικό λόγο, αλλά

και γλώσσες που βασίζονται σε οπτικοκινητικά σημεία, καθώς επίσης είναι εφικτό να επηρεάσει τον γραπτό λόγο οποιασδήποτε γλώσσας (Albyn, 2011). Η έκπτωση αυτή των γλωσσικών δεξιοτήτων οφείλεται σε νευρολογική βλάβη στις περιοχές του λόγου στον εγκέφαλο, η οποία εμφανίζεται συνήθως σε ηλικιωμένους ενήλικες, ιδιαίτερα εκείνους που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο (Davis, 2011).

Η αφασία δεν παρουσιάζεται στον παιδικό πληθυσμό, αλλά μόνο σε ενήλικα άτομα τα οποία έχουν ολοκληρώσει την γλωσσική απόκτηση όταν συγκεκριμένες φλοιϊκές και υποφλοιϊκές περιοχές του εγκεφάλου ευθύνονται για γλωσσικές διαταραχές. Στα παιδιά παρατηρείται καθυστέρηση της απόκτησης του λόγου (Noma, & George, 2013). Στον ενήλικο πληθυσμό οι γλωσσικές διαταραχές δεν οφείλονται σε βλάβες σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου, αλλά οποιαδήποτε φλοιώδης περιοχή υποστεί βλάβη είναι δυνατόν να προκαλέσει αφασία (Johnstone, & Stonnington, 2006).

Η αφασία δεν βλάπτει την νοημοσύνη του ατόμου, τα άτομα τα οποία πάσχουν από αφασία μπορεί να δυσκολεύονται στην ομιλία, να έχουν προβλήματα στην κατανόηση της συνομιλίας, την ανάγνωση και την κατανόηση γραπτών λέξεων, την σύνταξη λέξεων και την χρήση αριθμών, αλλά το νοητικό επίπεδο τους δεν διαταράσσεται (Johnstone, & Stonnington, 2006). Συνεπώς, η αφασία δεν αποτελεί διαταραχή της αντίληψης, διαταραχή κινητικότητας ή διαταραχή διεργασίας της σκέψης (Anderson, & Shames, 2013).

Τέλος, οι διαταραχές στην επικοινωνία λόγω παράλυσης ή έλλειψης συνεργασίας των μυών για την παραγωγή του γραπτού ή του προφορικού λόγου ή διαταραχές όρασης ή της ακοής δεν αποτελούν από μόνες τους διαταραχή αφασίας. Οι παραπάνω διαταραχές είναι δυνατόν να συνοδεύουν την αφασία, περιπλέκοντας όμως την κλινική εικόνα της γλωσσικής διαταραχής (Μεντενόπουλος, 2003).

### 1.1.1 Ιστορική Αναδρομή

Το 1676 περιγράφηκε το πρώτο περιστατικό αφασικού ασθενή από τον Schmidt. Ο ασθενής αυτός παρουσίαζε σοβαρή αλεξία με δεξιά ημιπληγία και ενώ μπορούσε να γράφει λέξεις που του υπαγόρευαν δεν ήταν σε θέση να διαβάζει αυτά που έγραφε ο ίδιος (Καμπανάρου, 2008).

Έπειτα από αυτό το πρώτο καταγεγραμμένο περιστατικό, συνεχίστηκαν οι έρευνες σχετικά με την αφασία από πληθώρα μελετητών. Το 1861, ο Broca μελέτησε την περίπτωση ενός ασθενούς, ο οποίος ενώ ήταν σε θέση να κατανοήσει το περιεχόμενο του λόγου, δεν ήταν σε θέση να μιλήσει και συγχρόνως παρουσίαζε δεξιά ημιπληγία. Μετά το θάνατο του ασθενή αυτού ο Broca παρέλαβε και εξέτασε τον εγκέφαλο του και ανακάλυψε πως υπήρχε βλάβη στην οπίσθια περιοχή του μετωπιαίου λοβού. Μια περιοχή που ονομάστηκε περιοχή Broca (Anderson, & Shames, 2013). Με βάση την ανακάλυψη του αυτή τοποθέτησε το κέντρο του αρθρωτικού προφορικού λόγου στη τρίτη μετωπιαία έλικα του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου, η βλάβη σε αυτή την περιοχή προκαλεί απώλεια της εκφοράς του λόγου, διαταραχή η οποία ορίστηκε ως αφημία (Anderson, & Shames, 2013).

Το 1864 ο Trousseau ξεκίνησε μια διαμάχη σχετικά με το όνομα της διαταραχής, και ενώ έως τότε η διαταραχή ονομαζόταν αφημία μετονομάστηκε με τον όρο αφασία, με αποτέλεσμα ο όρος αφημία να διαγράφει από το νευροψυχολογικό λεξιλόγιο, παραμένοντας όμως ως αφασία Broca (Καμπανάρου, 2008).



## 1.2 Αίτια Αφασίας

Η αφασική διαταραχή προκαλείται από βλάβη στα κέντρα γλώσσας του εγκεφάλου. Αυτά τα κέντρα γλώσσας, στα περισσότερα άτομα, βρίσκονται στο αριστερό ημισφαίριο, αλλά η αφασία μπορεί επίσης να προκύψει ως αποτέλεσμα της βλάβης στο δεξί ημισφαίριο. Αυτό συχνά αναφέρεται ως ‘crossed aphasia’ για να υποδηλώσει πως η δεσπόζουσα θέση της γλώσσας βρίσκεται στο δεξί ημισφαίριο, σε αυτά τα άτομα. Κοινές αιτίες της αφασίας θεωρούνται οι λοιμώξεις, χειρουργικές επεμβάσεις του εγκεφάλου και άλλες νευρολογικές ασθένειες όπως άνοια. Όμως, οι κύριες αιτίες της αφασίας είναι τα ισχαιμικά και αιμορραγικά εγκεφαλικά, οι όγκοι του εγκεφάλου καθώς και οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (Johnstone, & Stonnington, 2006).

Ο εγκέφαλος χρειάζεται οξυγόνο και γλυκόζη προκειμένου να λειτουργήσει. Όταν, εξαιτίας κάποιου εγκεφαλικού ή άλλων αιτιών, η κυκλοφορία του αίματος στον εγκέφαλο εμφανίσει επιπλοκές, τότε τα εγκεφαλικά κύτταρα θα νεκρωθούν στην συγκεκριμένη περιοχή. Στον εγκέφαλο υπάρχουν διάφορες περιοχές με διαφορετικές λειτουργίες. Σε περίπτωση τραύματος σε αυτές τις περιοχές τότε αναφερόμαστε στην αφασία (A.I.A Development of aphasia) (Johnstone, & Stonnington, 2006). Πιο αναλυτικά:

### Εγκεφαλικά επεισόδια.

Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η πιο κοινή αιτία πρόκλησης της αφασίας. Πιο συγκεκριμένα, περίπου οι 25% έως 40% επιζώντες των εγκεφαλικών επεισοδίων βιώνουν αφασία. Σύμφωνα με έρευνες, περίπου το 35% - 40% των ενηλίκων που έχουν εισαχθεί για οξεία νοσοκομειακή περίθαλψη, με διάγνωση εγκεφαλικού επεισοδίου, διαγιγνώσκονται με αφασία από τη στιγμή που παίρνουν εξιτήριο (Parathanasiou, Coppens, & Potagas, 2016).

Τα αγγεικά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ), με βάση το τρόπο επέλευσης τους και τα παθοφυσιολογικά χαρακτηριστικά της βλάβης διακρίνονται σε ισχαιμικά και αιμορραγικά. Τα ισχαιμικά ΑΕΕ οφείλονται σε μείωση ή διακοπή της παροχής αίματος προς τον εγκεφαλικό ιστό, ως αποτέλεσμα θρόμβωσης ή εμβολής εγκεφαλικού αγγείου. Τα αιμορραγικά ΑΕΕ οφείλονται σε ρήξη του τοιχώματος του

εγκεφαλικού αγγείου, με αποτέλεσμα την εξαγγείωση αίματος είτε μέσα στο εγκεφαλικό παρέγχυμα (ενδοεγκεφαλική αιμορραγία) είτε στον υπαραχνοειδή χώρο (υπαραχνοειδής αιμορραγία). Η διάκριση μεταξύ των διαφόρων μορφών ΑΕΕ έχει εξαιρετική σημασία, κυρίως λόγω των μεγάλων διαφορών στην αντιμετώπιση, αλλά και εξαιτίας των διαφορών στην πρόγνωση και την πρόληψη (Parathanasiou, Coppens, & Potagas, 2016).

Η οξεία εγκεφαλική ισχαιμία διακρίνεται, ανάλογα με την ανατομική επέκταση της βλάβης, σε εστιακή και σφαιρική. Στην πρώτη περίπτωση η ισχαιμία περιορίζεται στην περιοχή αιμάτωσης συγκεκριμένου αρτηριακού κλάδου, ενώ στην δεύτερη περίπτωση της σφαιρικής εγκεφαλικής ισχαιμίας η διαταραχή αφορά ολόκληρο τον εγκεφαλικό τομέα. Και στις δύο περιπτώσεις το αποτέλεσμα είναι ανεπαρκής παροχή οξυγόνου και γλυκόζης στην 22 ισχαιμούσα περιοχή (Noma, & George, 2013).

Η ανεπαρκής αιμάτωση μιας περιοχής του εγκεφάλου, που οφείλεται σε απόφραξη του υπεύθυνου για την άρδευση της αρτηριακού κλάδου, χαρακτηρίζεται ως εστιακή εγκεφαλική ισχαιμία. Η απόφραξη είναι αποτέλεσμα είτε θρόμβωσης είτε εμβολής (Noma, & George, 2013).

Στα αιμορραγικά ΑΕΕ που αντιστοιχούν περίπου το 20% του συνόλου των ΑΕΕ συγκαταλέγονται οι ενδοεγκεφαλικές και οι υπαραχνοειδείς αιμορραγίες. Οι ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες οφείλονται στη συντριπτική τους πλειονότητα σε ρήξη των μικροανευρυσμάτων του Charcot που σχηματίζονται στις διατητραίνουσες αρτηρίες και εμφανίζονται κυρίως στα βασικά γάγγλια, το στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα. Παρατηρούνται κυρίως σε αρρυθμιστους υπερτασικούς ασθενείς και συνήθως χαρακτηρίζονται από σοβαρό και οξέως εγκατεστημένο κλινικό έλλειμμα. Οι υπαραχνοειδείς αιμορραγίες που οφείλονται σε ρήξη ανευρυσμάτων του κύκλου του Willis εμφανίζονται συνήθως σε ηλικιακά νεότερα άτομα και χαρακτηρίζονται από την αιφνίδια εγκατάσταση οξύτατης κεφαλαλγίας (Noma, & George, 2013).

#### Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

Τραυματική εγκεφαλική βλάβη, συμβαίνει όταν μια εξωγενής δύναμη προκαλεί κάκωση στον εγκέφαλο. Ταξινομείται ανάλογα με τη σοβαρότητα, τον μηχανισμό (κλειστή ή διεισδυτική κρανιοεγκεφαλική κάκωση), ή ανάλογα με άλλα

χαρακτηριστικά (όπως για παράδειγμα συμβαίνει σε μια συγκεκριμένη περιοχή ή είναι διάχυτη). Ο όρος κρανιοεγκεφαλική κάκωση συνήθως αναφέρεται στην τραυματική εγκεφαλική βλάβη, αλλά είναι μια πιο ευρεία κατηγορία, επειδή μπορεί να εμπλέκονται τραυματισμοί σε περιοχές διαφορετικές από τον εγκέφαλο, όπως το τριχωτό της κεφαλής και το κρανίο. Η διάσειση, κατά την οποία ο εγκέφαλος δονείται, είναι ο πιο κοινός τύπος τραυματικής εγκεφαλικής βλάβης (Goodglass, 2013).

**Εικόνα\_1:** Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις.



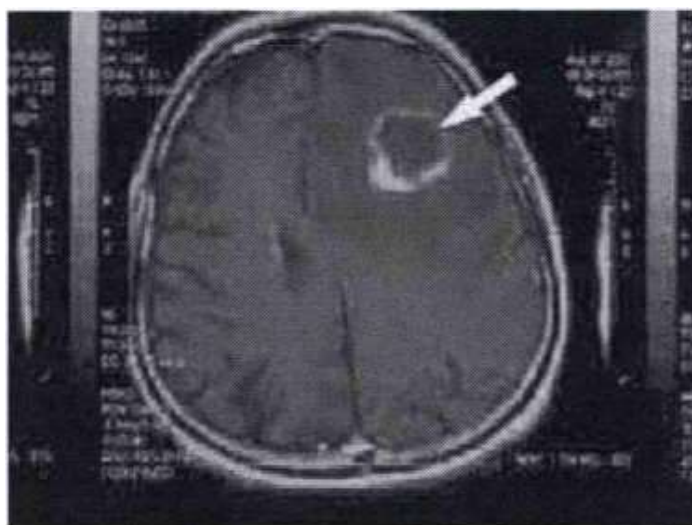
Η τραυματική εγκεφαλική βλάβη είναι ιδιαίτερα κοινή, με εκτιμώμενες 10.000 σοβαρές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις στον Ελλαδικό χώρο κάθε χρόνο. Αιτίες αυτής είναι πτώσεις, αυτοκινητιστικά ατυχήματα, κακώσεις σε αθλήματα και εκδηλώσεις βίας. Ένας τραυματισμός στον εγκέφαλο μπορεί να είναι αποτέλεσμα απευθείας της σύγκρουσης ή της επίδρασης της επιτάχυνσης μόνο. Έκτος από τη

βλάβη που προκαλείται τη στιγμή του τραυματισμού, μπορεί να προκληθεί και δευτεροπαθής βλάβη, μια ποικιλία γεγονότων που συμβαίνουν λεπτά και μέρες μετά την κάκωση. Αυτές οι διαδικασίες, που περιλαμβάνουν αλλαγές στην αιματική ροή του εγκεφάλου και στην πίεση μέσα στο κρανίο, συνεισφέρουν σημαντικά στη βλάβη από τον αρχικό τραυματισμό (Goodglass, 2013).

### Όγκοι εγκεφάλου.

Ο εγκεφαλικός όγκος αποτελεί ενδοκρανιακή πάθηση που χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη διαίρεση κυττάρων, μέσα στον εγκέφαλο (γλοίωμα), στα κρανιακά νεύρα (ακουστικό νευρίνωμα), στις μεμβράνες που καλύπτουν τον εγκέφαλο (μηνιγγείωμα), στο κρανίο, ή μπορεί να εξαπλωθεί από κάποιον καρκίνο που παρουσιάζεται σε άλλο μέρος του σώματος (μεταστατικοί όγκοι) (Anderson, & Shames, 2013).

### **Εικόνα\_2:** Όγκος Εγκεφάλου.



Ο όγκος εγκεφάλου μπορεί να είναι είτε καλοήθης είτε κακοήθης. Στην πρώτη περίπτωση έχει αργή ανάπτυξη και δεν εισχωρεί στον εγκέφαλο, ενώ στην δεύτερη περίπτωση, η ανάπτυξή του είναι ταχεία και εισχωρεί στις εγκεφαλικές περιοχές. Κατά την κακοήθεια, ο όγκος πρέπει να αφαιρεθεί το συντομότερο δυνατό, διότι όσο

πιο γρήγορα πραγματωθεί η αφαίρεση, τόσο λιγότερη είναι η επίπτωση της κυτταρικής κακοήθειας (Anderson, & Shames, 2013).

Οι νέες περιπτώσεις ανθρώπων με όγκο στον εγκέφαλο καθώς και οι ποσοστιαίες αναλογίες των διαφόρων ιστολογικών τύπων είναι δύσκολο να προσδιορισθούν με ακρίβεια λόγω γνωστών μεθοδολογικών προβλημάτων. Έχει υπολογισθεί ότι περίπου 10.000 νέες περιπτώσεις όγκων εγκεφάλων καταγράφονται κάθε χρόνο στις Η.Π.Α ενώ δυστυχώς δεν υπάρχουν αντίστοιχα στατιστικά στοιχεία για τον ελληνικό χώρο (Anderson, & Shames, 2013).

Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο του όγκου και την τοποθεσία, διότι οι λειτουργίες του σώματος ελέγχονται από συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου. Όπου βρίσκεται ο όγκος επηρεάζει τον τρόπο που τα συμπτώματα εκδηλώνονται. Τα συμπτώματα των εγκεφαλικών όγκων περιλαμβάνουν απώλειες μνήμης, αδυναμία συγκέντρωσης, αλλαγή προσωπικότητας και πολλών άλλων. Ωστόσο, το πιο ενδεικτικό σύμπτωμα που παραπέμπει στην αφασία είναι η αλλαγή στην ομιλία και την ακοή του ασθενούς (Albyn, 2011).

#### Άλλα Αίτια.

Άλλα αίτια που μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση της αφασίας είναι η αρτηριοσκλήρυνση, οι διάφορες διαδικασίες εγκεφαλικών νόσων και νοσήματα στο αριστερό ημισφαίριο από φλεγμονές, μηνιγγίτιδα, τοξινώσεις, επιληψία, εγκεφαλίτιδα, παθήσεις μεταβολισμού και διατροφής κ.λπ. (Καμπανάρου, 2008).

Ουσιαστικά, οι βλάβες του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου τις περισσότερες φορές προκαλούν αφασία, διότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων έχει επικρατητικό ημισφαίριο για τον λόγο το αριστερό. Παρόλα αυτά σε σπάνιες περιπτώσεις βλάβες στο δεξί ημισφαίριο σε δεξιόχειρα έχουν σαν αποτέλεσμα την αφασία, η οποία καλείται διασταυρούμενη αφασία. Επιπλέον, η αφασία μπορεί να οφείλεται σε βλάβη του δεξιού ημισφαιρίου σε αριστερόχειρα, αν και κάποιοι αριστερόχειρες εμφανίζουν αφασία μετά από βλάβη οποιουδήποτε ημισφαιρίου (Καμπανάρου, 2008)

### 1.3 Κατηγοριοποίηση Αφασιών

Η αφασία διακρίνεται στις ακόλουθες κατηγορίες: Broca, Wernicke, ολική, Κατονομαστική, Αμιγής λεκτική τύφλωση, Αμιγής λεκτική κώφωση, Αμιγής λεκτική βωβότης, Διαφλοιώδης αισθητική, Διαφλοιώδης κινητική αφασία, Αγραφίες, Υποφλοιώδεις αφασίες (Μπουζιάνη, και συν., 2008). Πιο αναλυτικά:

#### Αφασία Broca.

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της αφασίας είναι η μείωση της παραγωγής γλώσσας, ενώ η διατήρηση της κατανόησης της γλώσσας παραμένει ακέραιη. Η βλάβη εντοπίζεται στον κινητικό συνειρμικό φλοιό του μετωπιαίου λοβού, εκτεινόμενη στην οπίσθια μοίρα της τρίτης μετωπιαίας έλικας (πεδία 44 και 45 κατά Brodmann - περιοχή Broca). Σε βαριές βλάβες καταστρέφονται και οι παρακείμενες προκινητική και προμετωπιαία περιοχή (πεδία 6, 8, 9, 10 και 46). Οι αιτίες είναι κυρίως αγγειακές (απόφραξη άνω κύριου κλάδου μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας), όγκοι, επιληπτικές κρίσεις κ.α. Σε ελαφρύτερη αφασία, στη λεγόμενη «mini Broca», η ένδεια της ομιλίας είναι ήπια ενώ η κατανόηση και η ικανότητα γραφής παραμένει ακέραιη, η μελωδικότητα χάνεται και οι λέξεις αρθρώνονται αργά. Επίσης, σε πιο ήπιες καταστάσεις ή κατά την περίοδο της θεραπείας, η ομιλία εμφανίζει βραδύτητα και διατακτικά, ποσοτική μείωση, αγραμματισμό (ομιλία σε τηλεγραφικό στυλ), κακή άρθρωση και δυσπροσωδία. Μάλιστα, ο αγραμματισμός πλέον θεωρείται ως το κύριο χαρακτηριστικό της αφασίας αυτού του τύπου. Το αγραμματικό προφίλ του ασθενούς με αφασία Broca συνίσταται στη δημιουργία προτάσεων που αποτελούνται από δυο με τρεις λέξεις που ενώ ταιριάζουν μεταξύ τους σημασιολογικά δεν έχουν καμία συντακτική δομή. Παράλληλα, οι ασθενείς αυτού του τύπου παράγουν συχνά φωνηματικές παραφασίες αντικαθιστώντας, προσθέτοντας ή παραλείποντας φθόγγους, ενώ σπανιότερα παρατηρούνται σημασιολογικές παραφασίες. Έτσι από τις απαντήσεις που δίνει ο ασθενής φαίνεται ότι χρησιμοποιεί τις σωστές λέξεις και ο συνομιλητής μπορεί να βγάλει νόημα, παρά το γεγονός ότι οι προτάσεις είναι

κακοσχηματισμένες και απογυμνωμένες από συνθετικά στοιχεία και ρήματα (Davis, 2011).

Σε πιο βαριές αφασίες οι ασθενείς δεν μπορούν να μιλήσουν με ένταση ενώ μπορεί να απουσιάζει τελείως η ομιλία, χωρίς ωστόσο να παρατηρείται δυσκολία στην κατάποση και στην άρθρωση άλλων ήχων πλην των λέξεων. Ασθενείς με αφασία Broca εμφανίζουν τυπικά ομιλία αραιή, κατά την οποία απουσιάζουν άρθρα, επίθετα, επιρρήματα (παραλείψεις), ενώ υπάρχει αποδόμηση της σύνταξης (τηλεγραφικός λόγος) χωρίς ωστόσο να παραλείπονται σημαντικά γνωρίσματα της γλώσσας. Στους ασθενείς με αφασία Broca δεν παρατηρείται σχεδόν καμία δυσκολία στην αντιληπτική τους ικανότητα και μπορούν να συμμετέχουν σε συζήτηση κατανοώντας μεμονωμένες λέξεις, αλλά δυσκολεύονται στην κατανόηση πολύπλοκων γραμματικών τύπων και συνήθως δε μπορούν να ανταποκριθούν. Επίσης υπάρχει διαταραχή στην επανάληψη που είναι τόσο χαρακτηριστική, ώστε εάν ο ασθενής δεν την παρουσιάζει δεν τίθεται διάγνωση αφασίας Broca αλλά διαφλοιώδους κινητικής αφασίας. Συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή και της γραφής. Η κατανόηση προφορικού και γραπτού λόγου είναι ελάχιστα διαταραγμένη καθώς δεν έχει καταστραφεί η περιοχή Wernicke, ενώ η κατονομασία είναι εσφαλμένη. Οι ασθενείς έχουν επίγνωση των σφαλμάτων τους (Μπουζιάνη, και συν., 2008).

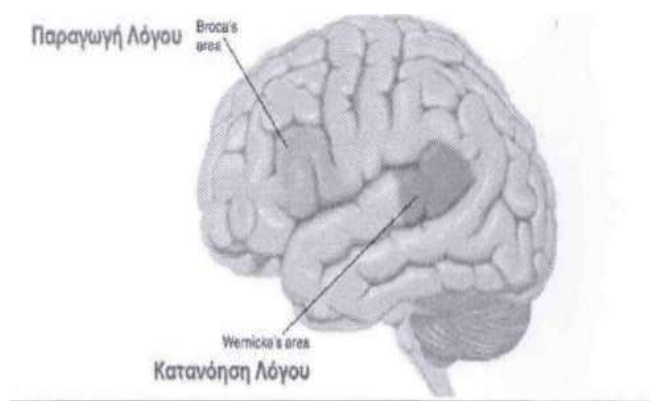
#### Αφασία Wernicke.

Η αφασία του Wernicke συμβαίνει επειδή το οπίσθιο τμήμα στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου έχει υποστεί ζημιά. Η ζημιά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ή τραυματισμό του εγκεφάλου συχνά ταξινομείται ως «πρόσθια» έναντι «οπίσθια». Οπίσθια με αυτή την έννοια σημαίνει λίγο πάνω και πίσω από το αυτί, όπου η περιοχή του εγκεφάλου είναι «υπεύθυνη» για την ανάγνωση, τη σκέψη του τι να γράψω, και την κατανόηση των πληροφοριών. Υπάρχει στο κροταφικό λοβό στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου μια περιοχή που ονομάζεται περιοχή του Wernicke (Ogar, et al., 2011).

Η αφασία του Wernicke είναι μία από τις τρεις αφασίες που χαρακτηρίζονται από ευφράδεια. Τα χαρακτηριστικά της αφασίας Wernicke είναι η κακή ακουστική επεξεργασία, η άπταιστη ομιλία, και η κακή επανάληψη (Robson, Sage, & Ralph, 2012).

Η φτωχή ακουστική επεξεργασία σημαίνει ότι το άτομο με αυτό το είδος της αφασία μπορεί να έχει δυσκολία να κατανοήσει τι του λένε. Ενώ μπορεί να γνέφει ή να ενεργεί σαν να καταλαβαίνει, αυτό που ακούει συχνά δεν είναι αυτό που του λένε. Η ευφράδεια στην ομιλία έχει να κάνει με τις εκτεταμένες προτάσεις που χρησιμοποιεί συνέχεια κάποιος, αν και το περιεχόμενο αυτών των προτάσεων μπορεί να είναι γεμάτο από νεολογισμούς και παραφασίες. Ο νεολογισμός είναι η επινόηση μιας λέξης, όπως όταν κάποιος λέει «μπάκτα» ενώ θέλει να πει το «ψήσιμο». Παραφασία μπορεί να είναι όταν κάποιος θέλει να πει «ρόδα», αλλά αντ' αυτού λέει "σόδα". Επίσης, η κακή επανάληψη σημαίνει ότι δεν μπορεί να επαναλάβει ότι ακούει. Σύμφωνα με το The aphasia center-intensive treatment programs, συχνά οι θεράποντες ιατροί μπερδεύουν την αφασία Wernicke με την απραξία. Όμως δεν είναι εφικτό κάποιος να έχει απραξία εάν του εντοπίζεται μια βλάβη σε αυτόν τον τομέα, εκτός αν υπήρχε μια μεγάλη περιοχή βλάβης, που επηρέαζε τόσο τα πρόσθια και οπίσθια τμήματα της αριστερής πλευράς του εγκεφάλου. Πολλοί θεραπευτές δεν είναι καλά εκπαιδευμένοι στη διαφορά. Η θεραπεία για απραξία και για μια φωνολογική αφασία είναι εντελώς διαφορετική. Όταν κάποιος υποστεί οπίσθιο εγκεφαλικό επεισόδιο που έχει απομονωθεί σε εκείνη την περιοχή, δεν θα έχει τη συνολική αδυναμία στο χέρι και το πόδι, στην αντίθετη πλευρά του σώματος (δεξιά πλευρά). Μπορεί να εξακολουθεί να υπάρχει κάποια μικρή αδυναμία ανάλογα με το που ο εγκέφαλος έχει υποστεί βλάβη, αλλά γενικά θα είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει τα δάχτυλα / το χέρι / το πόδι του όπως ακριβώς πριν το εγκεφαλικό επεισόδιο (Καμπανάρου, 2007).

**Εικόνα\_3:** Τα σημεία Broca και Wernicke στον εγκέφαλο.





### Σφαιρική αφασία (global or total).

Η θεραπεία της αφασίας του Wernicke μπορεί αρχικά να είναι δύσκολη για κάποιους θεραπευτές επειδή ο ασθενής δεν καταλαβαίνει γραπτό ή προφορικό λόγο και ο ίδιος δεν έχει συνειδητοποιήσει ότι η ομιλία του δεν έχει κανένα νόημα για τους άλλους. Η καλύτερη προσέγγιση πιστεύεται ότι είναι μια προσέγγιση με βάση τα συμφραζόμενα. Ενώ η θεραπεία της αφασίας του Wernicke μπορεί να φαίνεται δύσκολη ή αδύνατη, αλλά μπορεί να είναι πολύ πιο εύκολη από ότι άλλα είδη αφασίας (Robson, Sage, & Ralph, 2012).

Σε αυτό τον τύπο αφασίας η βλάβη εντοπίζεται σε μεγάλο τμήμα της γλωσσικής περιοχής (περιοχή Broca & Wernicke). Οι αιτίες περιλαμβάνουν απόφραξη αριστερής έσω καρωτίδας ή μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, αιμορραγία, όγκος στην περιοχή ή εμφανίζεται παροδικά μετά από επιληπτική κρίση. Η αφασία είναι σοβαρή καθώς όλες οι παράμετροι του λόγου επηρεάζονται: οι ασθενείς αρθρώνουν μόνο κάποιες λέξεις ή συλλαβές (δεν παρουσιάζουν αλαλία), δεν μπορούν να κάνουν ανάγνωση, να γράψουν ή να επαναλάβουν. Συνυπάρχουν δεξιά ημιπάρεση, ημιϋπαισθησία και ομώνυμη ημιανομία (Robson, Sage, & Ralph, 2012).

Συνοψίζοντας, τα άτομα με ολική αφασία έχουν σοβαρές δυσκολίες επικοινωνίας και η ικανότητά τους να μιλούν ή να κατανοούν τη γλώσσα μπορεί να είναι εξαιρετικά περιορισμένη (Καμπανάρου, 2007).

### Κατονομαστική αφασία (anomic aphasia).

Στην Κατονομαστική αφασία η βλάβη βρίσκεται συχνά στην βρεγματική κροταφική περιοχή. Η γωνιώδη έλικα μπορεί επίσης να επηρεαστεί, προκαλώντας Αλεξία και Αγραφία. Ωστόσο, μερικοί ασθενείς με Κατονομαστική αφασία μπορούν να γράψουν καλά. Τα όρια μεταξύ Κατονομαστικής αφασίας και αφασίας του Wernicke είναι ασαφή, σε σχέση με άλλες κλασικές περιπτώσεις τύπων αφασίας που μπορεί να διακριθούν εύκολα. Ένας ασθενής μπορεί αρχικά να διαγνωστεί με αφασία του Wernicke, αλλά τελικά να αρχίσει να πλησιάζει στο προφίλ ενός με Κατονομαστική αφασία, όπως αυτός ανακάμπτει (Μεντενόπουλος, 2003).

Ονομάζεται αλλιώς και ανομία ή αμνησιακή αφασία. Ο ασθενής έχει δυσκολία μόνο στο να διαλέξει τις σωστές λέξεις. Όταν του παρουσιαστεί ένα αντικείμενο προς κατονομασία δεν βρίσκει τη λέξη, αλλά μπορεί να το περιγράψει ή να δείξει τη χρήση του. Όταν του ζητηθεί εκλογή της λέξης που ταιριάζει με ένα αντικείμενο, αναγνωρίζει συνήθως ορθά μεταξύ των εναλλακτικών λέξεων τη σωστή για το αντικείμενο. Λόγω απώλειας της ικανότητας εύρεσης των κατάλληλων λέξεων, η ομιλία του ασθενή χαρακτηρίζεται από παύσεις, αναζήτηση λέξεων, περιφράσεις και υποκατάσταση, ενώ η αντίληψη του λόγου είναι φυσιολογική. Παρόμοια δυσκολία μπορεί να υπάρχει και στον γραπτό λόγο. Η σύνταξη και η γραμματική δεν εμφανίζουν ιδιαίτερα λάθη αν και παρατηρούνται παραφασίες φωνηματικές και συχνότερα σημασιολογικές που όμως δεν επηρεάζουν την καλή μορφή που έχει ο λόγος (Μεντενόπουλος, 2003).

Η Κατονομαστική αφασία είναι συνήθως το πρώτο γλωσσικό σύμπτωμα ενός όγκου στον εγκέφαλο, ακόμα και αν η ανάπτυξη βρίσκεται μακριά από το κέντρο της γλώσσας. Εντοπίζεται επίσης σε μία ποικιλία ανοιών (Μεντενόπουλος, 2003).

#### Αμιγής λεκτική κώφωση.

Η βλάβη εντοπίζεται στο οπίσθιο άνω τμήμα του κροταφικού λοβού (επικρατικού ημισφαιρίου). Ανέπαφη παραμένει η διαδικασία της κατονομασίας και της ανάγνωσης. Η ομιλία των ασθενών με αμιγή λεκτική κώφωση χαρακτηρίζεται από ευχέρεια με μερικές παραφασίες. Οι ασθενείς συνήθως ισχυρίζονται πως δεν ακούν και η αντίληψη τους εμφανίζεται διαταραγμένη για τον προφορικό λόγο, φυσιολογική για το γραπτό λόγο και καλή στους μη λεκτικούς ήχους. Τέλος η γραφή εμφανίζεται αδύνατη καθ' υπαγόρευση αλλά φυσιολογική αυτόματα (Anderson, & Shames, 2013).

#### Αμιγής λεκτική τύφλωση (οπτική λεκτική αγνωσία ή αλεξία χωρίς αγραφία).

Το φαινόμενο της γνήσιας λεκτικής τύφλωσης με αλεξία χωρίς αγραφία είναι μια βλάβη, χαρακτηριστική στο μεσολόβιο από την επικρατούσα πλευρά του εγκέφαλου στην πίσω μεριά. Αυτή η διαταραχή «κόβει» την επικοινωνία μεταξύ του αριστερού οπτικού φλοιού και του κέντρου Wernicke. Έτσι λοιπόν, παρουσιάζεται μια οπτικοακουστική διαταραχή με αδυναμία αντίληψης γραμμάτων και χρωμάτων, αλλά συγχρόνως με φυσιολογική αυθόρμητη γραφή. Η γνήσια λεκτική τύφλωση που

παρουσιάζεται συνήθως μετά από αγγειακά επεισόδια, όγκους ή λοιμώξεις στην περιοχή είναι αρκετά σπάνια. Σε προχωρημένα στάδια θεραπεύεται πολύ δύσκολα (Robson, Sage, & Ralph, 2012).

Αμιγής λεκτική βωβότης (pure word mutism, αιτιγής κινητική αφασία του Deierine).

Η βλάβη στην αμιγή λεκτική βωβότη εντοπίζεται στον κυρίαρχο μετωπιαίο λοβό, χωρίς να έχει καθοριστεί πλήρως η ανατομική βάση. Αυτό που συμβαίνει είναι μια αποσύνδεση του κινητικού φλοιού της ομιλίας από τα κατώτερα κέντρα. Στο συγκεκριμένο τύπο μπορεί να συνυπάρχει και ημιπάρεση. Πιο συγκεκριμένα, σε αυτήν την αφασία η ικανότητα ομιλίας χάνεται ενώ η ικανότητα γραφής διατηρείται. Ο προφορικός και γραπτός λόγος παραμένουν κατανοητοί. Επίσης, υπάρχει βωβότητα με ανεπηρέαστη την εσωτερική ομιλία και την γραφή. Χαρακτηριστικά, η γλώσσα αποκαθίσταται σε αυτή την διαταραχή (Davis, 2011).

Διαφλοιώδης αισθητική αφασία.

Πρόκειται για μια εξαιρετικά σπάνια μορφή αφασίας. Υποτίθεται ότι αυτό το είδος της αφασίας συμβαίνει όταν η περιοχή του Broca, η περιοχή του Wernicke και η τοξοειδή δεσμίδα παραμένουν άθικτα, αλλά είναι αποκομμένα από τον υπόλοιπο εγκέφαλο με τον ιστό εμφράγματος. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς μπορούν να επαναλάβουν πολύ μεγάλες και περίπλοκες εκφράσεις. Η αυτόματη ομιλία είναι πολύ καλή και μπορούν να παράγουν μακρά κομμάτια καταγεγραμμένου υλικού στη μνήμη σαν προσευχές και στίχους τραγουδιών. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς πολλές φορές επαναλαμβάνουν σημεία της συζήτησης με τους συνομιλητές τους, με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να ακούγονται σαν να καταλαβαίνουν τη γλώσσα και να συμμετέχουν στη συνομιλία. Εντός των επαναλαμβανόμενων φράσεων, η φωνολογία και ο τονισμός παραμένουν άθικτοι. Οι ασθενείς δεν μπορούν να διαβάσουν και, επίσης, δεν μπορούν να γράψουν, ακόμα και σε περίπτωση απουσίας παράλυσης ή απραξίας των άκρων. Η ακουστική κατανόηση είναι ανύπαρκτη. Τα άτομα με διαφλοιώδης αισθητική αφασία είναι σε θέση να σκέφτονται, αλλά δεν μπορούν να συνδέσουν τη γλώσσα με πληροφορίες σχετικά με τη σημασιολογία που αποθηκεύονται στη μνήμη (Robson, Sage, & Ralph, 2012).

Διαφλοιώδης κινητική αφασία (σύνδρομο πρόσθιας απομόνωσης, «δυναμική αφασία του Luria»).

Σε αυτόν τον τύπο κινητικής αφασίας υπάρχει πλήρης αδυναμία διαλόγου, και η ικανότητα παραγωγής περιορίζεται μόνο σε ήχους. Η διατήρηση της κατανόησης του λόγου παραμένει ανέπαφη. Η διαφλοιώδης αισθητική αφασία πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από τη λεκτική αλαλία, καθώς στην πρώτη η επανάληψη διατηρείται ακέραιη. Η διαταραχή εκδηλώνεται μετά από αποκατάσταση αφασίας Broca ή καταστάσεις αβουλίας και ακινητικής αλαλίας σε καταστροφή του μετωπιαίου λοβού (Harold, Edith, & Barbara, 2013).

#### Αγραφίες.

Η αμιγής αγραφία είναι αρκετά σπάνια διαταραχή. Στις αγραφίες η βλάβη βρίσκεται στην οπίσθια περισιλούια περιοχή, κοντά στη γωνιώδη έλικα. Συνήθως συνυπάρχει με άλλες διαταραχές του λόγου. Υπάρχουν τρεις μορφές αγραφίας, (α) οι αφασικές αγραφίες, όπου αφθονούν τα ορθογραφικά και γραμματικά λάθη, (β) οι ανωμαλίες της χωρικής αντίληψης - κατασκευαστική αγραφία, και (γ) οι απραξικές αγραφίες, στις οποίες το χέρι έχει χάσει την ικανότητα γραφομηχανικής διαμόρφωσης λέξεων (εμφανίζεται διαταραχή και στις άλλες χειρωνακτικές ικανότητες). (Καμπανάρου, 2008).

#### Υποφλοιώδεις αφασίες (θαλαμικές και ραβδωτοκαψικές).

Κλινικά μοιάζουν με τις αφασίες Broca & Wernicke. Στη θαλαμική αφασία η βλάβη είναι στον θάλαμο του επικρατούντος ημισφαιρίου. Η θαλαμική αφασία δεν έχει ενιαία κλινικά χαρακτηριστικά- μπορεί να εμφανιστεί ως αλαλία, ως διαταραχή της κατανόησης του λόγου και κατόπιν ως μειωμένη αυθόρμητη ομιλία. Η επανάληψη είναι φυσιολογική. Στη ραβδωτοκαψική αφασία η βλάβη βρίσκεται στην ραβδωτοκαψική περιοχή του επικρατούντος ημισφαιρίου με επέκταση προς την υποφλοιώδη λευκή ουσία του κροταφικού λοβού. Συνυπάρχει δεξιά ημιπάρεση. Η αφασική διαταραχή χαρακτηρίζεται από δυσarthρική, παραφασική ομιλία., με διαταραχές της κατανόησης, της κατονομασίας και της επανάληψης. Τέλος, η αποκατάσταση είναι βραδύτερη της θαλαμικής αφασίας (Harold, Edith, & Barbara, 2013).

## 1.4 Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα της αφασία περιλαμβάνουν ελλείμματα στην γλωσσική έκφραση ή στην κατανόηση, στην σημασιολογία καθώς και στην σύνταξη, παρουσιάζοντας ελλείμματα σχετικά με την πραγματιστική χρήση του λόγου, με τον κανονικό σε ροή λόγο και με τις ικανότητες γραφής και ανάγνωσης (Johnstone & Stonnington, 2006). Τα συμπτώματα αυτά υποδεικνύουν βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο. Εκτός όμως από τις γνωστικές διαταραχές του λόγου παρουσιάζονται και συναισθηματικές διαταραχές, οι οποίες είναι αποτέλεσμα βλάβης στο δεξί εγκεφαλικό ημισφαίριο που είναι υπεύθυνο για τις συναισθηματικές λειτουργίες του λόγου. Οι διαταραχές των συναισθηματικών λειτουργιών εμφανίζονται ως προβλήματα τονισμού του λόγου και των συνοδών χειρονομιών και ονομάζονται απροσωδίες. Ανάλογα με τον εντοπισμό της βλάβης στο δεξί εγκεφαλικό ημισφαίριο παρουσιάζονται διαταραχές στην κατανόηση του συναισθηματικού περιεχομένου του λόγου ή δυσκολία έκφρασής του (Jordan, & Kaiser, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, όταν υφίσταται βλάβη στο δεξί ημισφαίριο το άτομο δεν μπορεί να είναι περιεκτικό ή συγκεκριμένο, να παραμείνει σε ένα θέμα, να διατηρεί μια ώριμη στάση όταν αλληλεπιδρά σε μια κοινωνική περίσταση, δεν μπορεί να αφομοιώνει και να αξιολογεί το εκάστοτε πλαίσιο, να παρακολουθεί τι λένε οι άλλοι και δεν μπορεί να καταγράφει ιδέες με ευφράδεια και με ουσία. Τέλος, το άτομο καταβάλει τεράστια προσπάθεια για να επιλέξει τις κατάλληλες λέξεις ή εκφράσεις, διακόπτει τακτικά τους άλλους, ξεκινά θέματα για διάλογο σε διάφορες κοινωνικές περιστάσεις, δεν κατανοεί την συγκαλυμμένη πληροφορία και τα συμφραζόμενα, δεν διαβάζει σωστά τις πληροφορίες και δεν αντιλαμβάνεται το σύνολο κάποιου μηνύματος (Johnstone & Stonnington, 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΦΑΣΙΑΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 2.1 Εξέταση της Αφασίας στο Υπάρχον Δημόσιο Ελληνικό Πλαίσιο

Σήμερα στο Δημόσιο Ελληνικό Σύστημα Υγείας χρήζει εφαρμογής η αξιολόγηση της αφασίας με συγκεκριμένες εξετάσεις. Πιο αναλυτικά:

#### *Boston Diagnostic Aphasia Examination, 3rJ EDd (BDAE-3)*

Η BDAE-3 είναι μια ολοκληρωμένη, πολυπαραγοντική μπαταρία που είναι σχεδιασμένη για να αξιολογήσει ένα ευρύ φάσμα γλωσσικών διαταραχών που συχνά προκύπτουν ως συνέπεια της οργανικής δυσλειτουργίας του εγκεφάλου. Η εξέταση έχει σχεδιαστεί για να πάει πέρα από τους απλούς λειτουργικούς ορισμούς της αφασίας, στις συνιστώσες των δυσλειτουργιών της γλώσσας (συμπτώματα) που έχει αποδειχθεί ότι αποτελούν τη βάση των διαφόρων αφασικών συνδρόμων. Έτσι, αυτή η δοκιμή αξιολογεί διάφορες λειτουργίες αντίληψης (όπως για παράδειγμα, την ακοή, την όραση καθώς και τα νεύματα), λειτουργίες επεξεργασίας (όπως για παράδειγμα, η κατανόηση, η ανάλυση, καθώς και η επίλυση προβλημάτων), και τους τρόπους ανταπόκρισης (όπως για παράδειγμα, τη γραφή, την άρθρωση, και τις πράξεις χειραγώγησης). Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει την νευροψυχολογική ανάλυση και μέτρηση της γλώσσας που σχετίζονται με τις δεξιότητες και τις ικανότητες, τόσο από ιδεογραφική όσο και από νομοθετική βάση, καθώς και μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τις διαμορφώσεις των συμπτωμάτων που σχετίζονται με νευροπαθολογικές συνθήκες (Tsarkini, Vlahou, & Potagas, 2010).

Η αξιοπιστία των υποκειμένων μελετήθηκε επιλέγοντας πρωτόκολλα 34 ασθενών με βαθμό σοβαρότητας της αφασίας να κυμαίνεται από ελαφρά έως σοβαρή. Δεδομένου ότι η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων είναι δύσκολη, αν όχι αδύνατη, να επιτευχθεί με τους ασθενείς που πάσχουν από αφασικά συμπτώματα, οι τρέχουσες συντελεστές αξιοπιστίας αποδεικνύουν πολύ καλή εσωτερική συνοχή όσον αφορά το τι τα στοιχεία εντός των επιμέρους δοκιμασίες μετρούν (Tsarkini, Vlahou, & Potagas, 2010).

Για την εγκυρότητα της BDAE-3 διεξήχθη μια διακριτική ανάλυση συγκρίνοντας «υποδείγματα ενός ενιαίου συνδρόμου». Έτσι, επιλέχθηκαν σαφείς περιπτώσεις αφασίας Broca, αφασία Wernicke, αφασία αγωγιμότητας, και ανομικής αφασία. Δέκα μεταβλητές επιλέχθηκαν με βάση την υπόθεση παροχής των πιο χρήσιμων δεδομένων. Από αυτές, πέντε μεταβλητές επιλέχθηκαν για τη διακριτική ανάλυση (προσδιορισμός μερών του σώματος, επανάληψη μεγάλων υποθετικών προτάσεων, λεκτικές παραφασίες, ποσοστό αρθρωτικής ευκινησίας, και ποσοστό αυτοματοποιημένων προτάσεων). Η κατάταξη αυτή δεν απέδωσε εσφαλμένες ταξινομήσεις (Robson, Sage, & Ralph, 2012).

Η τυποποίηση του αναθεωρημένου BDAE-3 βασίζεται σε ένα κανονιστικό δείγμα 242 ασθενών με αφασικά συμπτώματα (εξετάστηκαν στο Boston VA Medical Center μεταξύ 1976 - 1982). Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι αυτό το δείγμα περιλαμβάνει μόνο άνδρες, πιθανώς αγγλόφωνους ασθενείς και, συνεπώς, εξαιρετικά επιλεγμένους (Tsapkini, Vlahou, & Potagas, 2010).

Η BDAE-3 είναι σχεδιασμένο για την αξιολόγηση της αφασίας για εσωτερικούς ή εξωτερικούς (εντός και εκτός νοσοκομείου) ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, οι τομείς του τεστ αφορούν:

1. Έλεγχος του επιπέδου του λόγου του ασθενούς και της αντιληπτικής ικανότητας του μέσα από ανοιχτού – κλειστού τύπου συζήτηση.

Μέσα από αυτήν τη διαδικασία φτιάχνεται το προφίλ του ασθενούς όσο αφορά τα χαρακτηριστικά της γλώσσας(προσωδία, μήκος προτάσεων, αρθρωτικές ικανότητες, κατάρκτηση γραμματικών δομών, εύρεση της σωστής λέξης, ακουστική ικανότητα) (Καμπανάρου, 2007: 294).

## 2. Ακουστική κατανόηση

- Ανάγνωση λέξεων από κάρτες. Οι λέξεις ανήκουν στις κατηγορίες: αντικείμενα, γράμματα, σχήματα, ενέργειες, χρώματα, αριθμοί.
- Αναγνώριση μελών σώματος. Ο ασθενής καλείται να δείξει διάφορα μέλη του σώματος του.
- Εκτέλεση εντολών με σταδιακά αυξανόμενη δυσκολία.

- Απάντηση σε κλειστού τύπου ερωτήσεις οι οποίες αφορούν απλές καθημερινές καταστάσεις.
- Διήγηση μιας μικρής ιστορίας, ενώ ο ασθενής καλείται να απαντήσει σε κλειστού τύπου ερωτήσεις που αφορούν την ιστορία (Καμπανάρου, 2007: 294).

### 3. Λεκτική Έκφραση

- Εξέταση του μηχανισμού άρθρωσης μέσα από δοκιμασίες μη λεκτικές και λεκτικές.
- Ο ασθενής πρέπει να συμπληρώσει αυτοματοποιημένες ακολουθίες λέξεων (όπως για παράδειγμα οι ημέρες της εβδομάδας, οι μήνες, καθώς και το αλφάβητο).
- Έλεγχος προσωδίας και ρυθμού. Ο εξεταζόμενος καλείται να συνεχίσει ένα τραγούδι.
- Επανάληψη λέξεων. Μέσα από αυτή τη δοκιμασία ελέγχεται η άρθρωση.
- Επανάληψη φράσεων. (Έλεγχος άρθρωσης).
- Ανάγνωση λέξεων από καρτέλες. (Έλεγχος άρθρωσης)
- Κατονομασία ως απάντηση ερωτήσεων.
- Π.χ. Με τι βλέπουμε την ώρα;
- Κατονομασία ζώων μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό περιθώριο.
- (Έλεγχος της ικανότητας και της άνεσης του εξεταζόμενου για ελεγχόμενη συσχέτιση).
- Ανάγνωση προτάσεων (Καμπανάρου,2007: 294 - 295).

### 4. Κατανόηση γραπτού λόγου

α) Διάκριση συμβόλων και λέξεων.

β) Φωνητική συσχέτιση.

i. Αναγνώριση λέξεων. Ο εξεταζόμενος πρέπει να δείξει τη γραπτή λέξη που ακούει να προφέρεται από τον εξεταστή.



ii. Κατανόηση προφορικού συλλαβισμού. Ο εξεταστής συλλαβίζει μια λέξη την οποία πρέπει να αναγνωρίσει προφορικά ο ασθενής.

γ) Συνδυασμός λέξης και εικόνας. Ο ασθενής πρέπει να δείχνει την αντίστοιχη εικόνα για κάθε λέξη που του δείχνεται.

δ) Αναγνώριση προτάσεων και παραγράφων (Καμπανάρου, 2007: 295).

#### 5. Έλεγχος γραφής.

α) Έλεγχος κινήσεων γραψίματος (Καμπανάρου, 2007: 295).

Το BOSTON EXAM έχει τα ακόλουθα βασικά χαρακτηριστικά:

- Ταξινόμηση των αφασιών σε σύνδρομα ανάλογα με τον τύπο των συμπτωμάτων.
- Ανάλυση της αυθόρμητης ρηματοποίησης.
- Τη σύντομη μορφή.
- Την εκτεταμένη δοκιμασία.

Το BOSTON EXAM (Boston Diagnostic Examination) ή Διαγνωστική Εξέταση της Αφασίας αξιολογεί (Goodglass, 2013):

- Άρθρωση
- Ροή/ευχέρεια λόγου
- Ανάκληση λέξεων
- Επανάληψη
- Αυτοματοποιημένες αλληλουχίες
- Γραμματική
- Παραφασίες
- Ακουστική κατανόηση
- Ανάγνωση
- Γραφή
-

### *Aphasia Screening Test (AST)*

Το Aphasia Screening Test (AST) είναι μια τυποποιημένη, πλήρης, αλλά απλή μπαταρία δοκιμής ελέγχου της αξιολόγησης. Η AST είναι ένα μικρό, πρακτικό κλινικό εργαλείο, εύκολο στη χρήση και τη διαχείριση. Παρέχει μια αντικειμενική βασική εικόνα των γλωσσικών διαταραχών. Παράγει ποσοτικά όσο και ποιοτικά στοιχεία, παρέχοντας ένα προφίλ στο οποίο βασίζεται η θεραπεία. Η επαναληπτική δοκιμή παράγει αντικειμενικά μέτρα έκβασης των αλλαγών στη λειτουργία της γλώσσας. Υπάρχουν 50 σύντομες δοκιμασίες και οργανώνονται σε επίπεδα δυσκολίας από το απλό στο σύνθετο. 20 από αυτές σταθμίζουν τις μορφές εισόδου του ακουστικού και γραπτού λόγου και 28 αξιολογούν τους τρόπους εξόδου της προφορικής και γραπτής γλωσσικής παραγωγής. Υπάρχουν δυο δοκιμασίες υπολογισμού. Η παραγοντική ανάλυση του AST οδήγησε σε έξι σαφείς και στατιστικά σημαντικούς παράγοντες που παρέχουν αποδείξεις για την αξιοπιστία και την εσωτερική συνοχή του τεστ. Μια διακριτική ανάλυση είχε ως αποτέλεσμα τον εντοπισμό των πιο απαιτητικών επιμέρους δοκιμών (4 εισόδου και 6 εξόδου). Η σύντομη μορφή AST μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μια αρχική αξιολόγηση για ασθενείς που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην πλήρη διαδικασία των 50 δοκιμασιών (Whurr, 2002).

Η χρησιμοποίηση του AST από περισσότερους από 2000 κλινικούς πιστοποιεί τη διαγνωστική εγκυρότητα του τεστ. Οι ασθενείς με αφασία επέδειξαν πολύ μεγαλύτερες δυσκολίες συγκριτικά με τη πλειοψηφία των φυσιολογικών ασθενών. Όσον αφορά την εγκυρότητα του περιεχομένου τα άτομα με διάγνωση αφασίας επέδειξαν σαφή πρότυπα ανεπάρκειας. Η πρόγνωση για την πιθανή εξέλιξη του εκάστοτε ασθενή δύναται να πραγματοποιηθεί με βάση τα αποτελέσματα του στην πρώτη αξιολόγηση, από τη στιγμή που οι τιμές δεν διαφοροποιούνται σημαντικά στην δεύτερη αξιολόγηση (Καμπανάρου 2007).

### **Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA)**

Το MTDDA αποτελείται από 46 δοκιμασίες που χωρίζονται σε πέντε τμήματα (Kohn, 2013):

- Διαταραχές ακοής.

- Διαταραχές όρασης και ανάγνωσης.
- Διαταραχές ομιλίας και γλώσσας.
- Οπτικοκινητικές διαταραχές και διαταραχές γραφής.
- Διαταραχές στις αριθμητικές διαδικασίες.

Η δοκιμή προορίζεται για τη διαφοροποίηση της αφασίας από τα κανονικά επίπεδα λειτουργίας γλώσσας με τη βοήθεια των κανονιστικών δεδομένων. Οι ερμηνευτικές κατευθυντήριες γραμμές που παρέχονται κυρίως για τη διαφοροποίηση μεταξύ των κατηγοριών των διαταραχών επικοινωνίας ορίζονται από την Schuell (Kohn, 2013).

Απλή Αφασία: μειωμένη λειτουργία γλώσσας σε όλες τις λεπτομέρειες, χωρίς να περιπλέκει τις συνθήκες (Harold, Edith, & Barbara, 2013).

Αφασία με οπτική συμμετοχή: εμπεριέχει την απλή αφασία με πιο σοβαρά μειωμένες λειτουργίες ανάγνωσης και γραφής (Harold, Edith, & Barbara, 2013).

Αφασία με τη αισθητικοκινητική συμμετοχή: μοιάζει με αφασία και με ό, τι μπορεί να περιείχε η απραξία του λόγου. 94% αυτής της ομάδας είχε ημιπληγία ή ημιπάρεση, η οποία είναι ενδεικτικά της αφασίας με έλλειψη ροής του λόγου ή της αφασίας Broca με απραξία (Harold, Edith, & Barbara, 2013).

Αφασία με διάσπαρτα ευρήματα συμβατά με τη γενικευμένη εγκεφαλική βλάβη συνήθως περιλαμβάνει τόσο την οπτική όσο και την κινητική συμμετοχή. Αυτή η ομάδα έδειξε διαταραγμένη ψυχική κατάσταση. Αυτή η ομάδα έχει αμφισβητηθεί ως πραγματική ομάδα αφασίας (Harold, Edith, & Barbara, 2013).

Η μη αναστρέψιμη αφασία: σύνδρομο που χρησιμοποιήθηκε για σχεδόν πλήρη απώλεια της λειτουργίας γλώσσας σε όλες τις λεπτομέρειες, μια παγκόσμια αφασία (Harold, Edith, & Barbara, 2013).

Το MTDDA δίνει μια ολοκληρωτική εικόνα των διαταραχών ενός ασθενή με αφασία. Το τεστ παρέχει οδηγίες διεξαγωγής αυτού και πολύ καλό υλικό το οποίο διευκολύνει τους λογοθεραπευτές στην αξιολόγηση όλων των δόμων της γλώσσας με απώτερο σκοπό την δημιουργία ενός κατάλληλου και εξειδικευμένου θεραπευτικού προγράμματος. Ωστόσο το μέγεθος του τεστ είναι πολύ μεγάλο και η χρόνος χορήγησης του πάρα πολύς. Επίσης η ανεπάρκεια του Μινεσότα τεστ έγκειται στο ότι

δεν γίνεται καμία αναφορά στο αν πρέπει να παραλειφθούν δοκιμασίες αν ο ασθενής δεν μπορεί να τις εκτελέσει. Έχει έλλειψη συγκεντρωτικών στατιστικών αποτελεσμάτων και δεν δίνει τη δυνατότητα στατιστικής σύγκρισης. Τέλος η Schuell, με το να προσθέσει νέες κατηγορίες αφασιών στα αγγλικά δεδομένα έκανε το MTDDA να μην ανταποκρίνεται στη κοινή βιβλιογραφική κατηγοριοποίηση (Kohn, 2013).

Ουσιαστικά, ο λογοθεραπευτής χρησιμοποιεί το Μινεσότα τεστ Διαφορικής Διάγνωσης της Αφασίας για να αξιολογήσει:

#### A) Ακουστικές Διαταραχές

Η ενότητα περιλαμβάνει εννέα δοκιμασίες (Καμπανάρου, 2007: 296 - 297):

1. Αναγνώριση συνηθισμένων λέξεων.
2. Διάκριση ανάμεσα σε ζεύγη λέξεων.
3. Αναγνώριση γραμμάτων.
4. Αναγνώριση αντικειμένων που κατονομάζονται σειριακά.
5. Κατανόηση παραγράφου.
6. Εκτέλεση εντολών.
7. Κατανόηση προτάσεων.
8. Επανάληψη ψηφίων.
9. Επανάληψη προτάσεων.

#### B) Οπτικές και Αναγνωστικές Διαταραχές:

Η ενότητα περιλαμβάνει εννέα δοκιμασίες:

1. Ταίριασμα σχημάτων.
2. Ταίριασμα γραμμάτων.
3. Ταίριασμα λέξεων σε εικόνες.
4. Ταίριασμα τυπωμένων λέξεων σε λέξεις που κατονομάζονται.
5. Αναγνωριστική κατανόηση προτάσεων.
6. Ρυθμός ανάγνωσης προτάσεων.
7. Αναγνωστική κατανόηση παραγράφου.

8. Προφορική ανάγνωση λέξεων.
9. Προφορική ανάγνωση προτάσεων (Καμπανάρου, 2007: 296 - 297).

### Γ. Διαταραχές Λόγου και Γλώσσας

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει δεκαπέντε δοκιμασίες, ώστε ο εξεταστής να είναι σε θέση να καθορίσει ποιες από τις ακόλουθες διαταραχές είναι παρούσες: δυσαρθρία, διαταραχές ευχέρειας, αισθητικοκινητική βλάβη κ.α. Αναλυτικότερα, οι δοκιμασίες είναι (Καμπανάρου, 2007: 296 - 297):

1. Μίμηση αδρών κινήσεων.
2. Γρήγορες εναλλακτικές κινήσεις.
3. Επανάληψη μεμονωμένων συλλαβών.
4. Επανάληψη φράσεων.
5. Μέτρηση ως το 20.
6. Κατονομασία των ημερών της εβδομάδας.
7. Συμπλήρωση προτάσεων.
8. Απάντηση απλών ερωτήσεων.
9. Παροχή βιογραφικών πληροφοριών.
10. Έκφραση ιδεών.
11. Παραγωγή προτάσεων.
12. Περιγραφή εικόνας.
13. Κατονομασία εικόνων.
14. Ορισμός λέξεων.
15. Επανάληψη παραγράφου.

### Δ. Οπτικό-Κινητικές Διαταραχές και Διαταραχές του Γραπτού Λόγου:

Η ενότητα περιλαμβάνει δέκα δοκιμασίες (Καμπανάρου, 2007: 296 - 297):

1. Αντιγραφή συμβόλων.
2. Γραφή αριθμών ως το 20.
3. Αναπαραγωγή ρόδας.
4. Αναπαραγωγή γραμμάτων.

5. Γραφή γραμμάτων καθ' υπαγόρευση.
6. Γραπτή ορθογραφία.
7. Προφορικός συλλαβισμός.
8. Αναπαραγωγή γραπτών προτάσεων.
9. Γραφή προτάσεων καθ' υπαγόρευση.
10. Γραφή παραγράφου.

Ε. Διαταραχές των Αριθμών και των Μαθηματικών Διαδικασιών

Η ενότητα περιλαμβάνει τέσσερις δοκιμασίες:

1. Συναλλαγές.
2. Ρύθμιση ρολογιού.
3. Απλούς αριθμητικούς συνδυασμούς.
4. Γραπτά προβλήματα (Καμπανάρου, 2007: 296 - 297).

## 2.2 Εξέταση της Αφασίας στο Υπάρχον Ιδιωτικό Ελληνικό Πλαίσιο

Στον ιδιωτικό τομέα χρήζουν εφαρμογής εκτός των άλλων το τεστ EFA-4, καθώς και το τεστ AST. Πιο αναλυτικά:

### Τεστ EFA- 4

Το EFA-4 είναι ένα αξιόπιστο αναφερόμενο σε νόρμες τεστ της αφασίας. Είναι κατάλληλο για ενήλικες οι οποίοι λειτουργούσαν κανονικά πριν πάθουν την βλάβη που τους οδήγησε στην αφασία. Είναι μια μέθοδος με την οποία οι επιστήμονες μπορούν να μετρήσουν πιθανά προβλήματα σχετικά με την αφασία. Επίσης επιτρέπει στους επιστήμονες να μαθαίνουν πως τα καταφέρουν οι ασθενείς στην καθημερινή τους ζωή και στις δραστηριότητες που έχουν και που τις επηρεάζει η αφασία (Hogrefe, et al., 2012).

Το EFA-4 χωρίζεται στα παρακάτω κομμάτια (Albyn, 2011):

- *Οδηγίες του Εξεταστή.* Σε αυτές τις οδηγίες περιγράφονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες που είναι απαραίτητες για τη χρήση αυτού του εργαλείου. Όποιος χρησιμοποιεί το EFA-4 θα πρέπει να ακολουθεί πιστά τις οδηγίες και τις διαδικασίες. Οι οδηγίες επίσης περιέχουν τεχνικές πληροφορίες που αφορούν την ανάλυση και την επιλογή του κάθε θέματος όπως την αξιοπιστία και την σταθερότητα αυτού του εργαλείου. Πίνακες κανόνων είναι δημοσιευμένοι στα Appendixes από το Α μέχρι το Δ.
- *Βιβλίο Εικόνων.* Το βιβλίο εικόνων περιλαμβάνει αντικείμενα για την χορήγηση του φυλλαδίου διάγνωσης και του φυλλαδίου σύντομης εξέτασης του EFA-4. για την χορήγηση του διαγνωστικού φυλλαδίου, ο εξεταστής ξεκινά από την αρχή του βιβλίου εικόνων, ενώ για την χορήγηση του φυλλαδίου σύντομης εξέτασης, ο εξεταστής γυρνά ανάποδα το βιβλίο και ξεκινά από το τέλος (το πίσω μέρος των σελίδων του βιβλίου).

- *Φυλλάδιο Καταγραφής του Εξεταστή - Φυλλάδιο Διάγνωσης*. Το φυλλάδιο διάγνωσης χωρίζεται σε εννέα τεστ αξιολογώντας την οπτική αναγνώριση, την ακουστική αναγνώριση, την απτική αναγνώριση, την ακουστική αντίληψη προφορικού λόγου, την αντίληψη σιωπηλής ανάγνωσης, μη λεκτικές ασκήσεις, λεκτικές ασκήσεις, λόγος με νόημα, γραφή με νόημα.

Εναλλακτική εξέταση μετράει τον διάλογο και τη συνδεόμενη ομιλία. Πιο συγκεκριμένα (Albyn, 2011):

- *Φυλλάδιο Καταγραφής του Εξεταστή - Σύντομο Φυλλάδιο*. Επειδή το σύστημα υγείας σε ορισμένες χώρες κρίνει πως δεν είναι απαραίτητη η χορήγηση ολόκληρου του τεστ και να δαπανούνται χρήματα. Στον ελλαδικό χώρο τα τεστ αυτό χρήζει εφαρμογής μόνο στον ιδιωτικό τομέα. Το φυλλάδιο σύντομης εξέτασης περιλαμβάνει 17 από τις ομάδες θεμάτων του φυλλαδίου διάγνωσης. Ένα έγκυρο αποτέλεσμα μπορεί να δοθεί από το άθροισμα αυτών των 17 ομάδων θεμάτων.

- *Φυλλάδιο Αποκρίσεων - Διαγνωστικό Φυλλάδιο*. Αυτό το φυλλάδιο αποκρίσεων παρέχει χώρο στον εξεταζόμενο ώστε να δώσει γραπτές απαντήσεις στις παρεχόμενες ομάδες θεμάτων των εξετάσεων 8 και 9.

- *Φυλλάδιο Αποκρίσεων - Φυλλάδιο Σύντομης Εξέτασης*. Αυτό το φυλλάδιο απόκρισης παρέχει χώρο στον εξεταζόμενο να δώσει γραπτές απαντήσεις στη παρεχόμενη ομάδα θεμάτων της εξέτασης 9.

- *Συνοπτικό Διαγνωστικό Φυλλάδιο*. Το αθροιστικό διαγνωστικό φυλλάδιο χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό και το άθροισμα των ευρημάτων του διαγνωστικού φυλλαδίου του EFA- 4. Το αθροιστικό διαγνωστικό φυλλάδιο παρέχει ένα προφίλ της σχετικής δυσλειτουργίας της λειτουργικότητας της επικοινωνίας κάθε εξεταζόμενου σε σύγκριση με τις σταθμισμένες πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί από έγκυρες εξετάσεις.

- *Φυλλάδιο Ιστορικού του Ασθενή*. Αυτό το φυλλάδιο παρέχει χώρο για τη καταγραφή πληροφοριών του προσωπικού ιστορικού του ασθενή. Το φυλλάδιο περιλαμβάνει λεπτομέρειες σχετικά με το ιατρικό ιστορικό, πληροφορίες σχετικές με την επικοινωνία/ τη χρήση της γλώσσας, την εξέλιξη των δραστηριοτήτων επικοινωνίας και τη ποιότητα ζωής, καθώς επίσης λεπτομέρειες σχετικές με το κοινωνικό του ιστορικό.



- *Κουτί Αντικειμένων*. Το κουτί αντικειμένων περιέχει ένα πλαστικό πιρούνι, ένα πλαστικό κουτάλι, ένα κλειδί, ένα ψαλίδι, μία χτένα τσέπης και ένα βόλο.

Το EFA-4 είναι ένα πολύ καλά δομημένο εργαλείο με άριστες ψυχομετρικές ιδιότητες. Έχει πέντε θεμελιώδεις χρήσεις: (α) Το να εντοπίζει τη παρουσία της αφασίας. (β) Το να προσδιορίζει τη σοβαρότητα των σημείων της αφασίας και των συμπτωμάτων και το πώς επηρεάζουν στη συμμετοχή, στη καθημερινή ζωή και στις δραστηριότητες. (γ) Το να ορίζει στόχους για τη θεραπεία της επικοινωνίας. (δ) Το να καταγράφει την εξέλιξη κατά τη θεραπεία. (ε) Το να ενημερώνει και να συμβουλεύει τα άτομα με αφασία, τις οικογένειές τους καθώς και να πληροφορεί τους γιατρούς (Albyn, 2011).

Η κύρια χρήση του EFA-4 είναι το να προσδιορίσει εάν υπάρχει ή όχι αφασία μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ή κάποια άλλη βλάβη του νευρικού συστήματος. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση ατόμων με συγγενή δυσφασία οι οποίοι απέτυχαν στο να αποκτήσουν φυσιολογική γλώσσα ή και λόγο ως αποτέλεσμα μιας εγκεφαλικής βλάβης η οποία προκλήθηκε πριν από την ολοκλήρωση της γλωσσικής ικανότητας (Hogrefe, et al., 2012).

Το EFA-4 μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο να προσδιορίσει την σχετική σοβαρότητα των προβλημάτων γλώσσας και επικοινωνίας ενός ατόμου, καθώς επίσης και την επιρροή της αφασίας στην καθημερινή ζωή του ατόμου και την συμμετοχή του σε δραστηριότητες. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί στο να αποκαλύψει την επίδραση της αφασίας στην ποιότητα της ζωής (Nickels, 2014).

Τα περισσότερα υλικά που χρειάζονται για την χορήγηση του EFA περιλαμβάνονται στο πακέτο ελέγχου (Albyn, 2011):

- Οδηγίες του Εξεταστή
- Βιβλίο Εικόνων: Διαγνωστική έκδοση και φόρμα σύντομης εξέτασης
- Φυλλάδια ρεκόρ του εξεταστή: Διαγνωστική έκδοση και φόρμα σύντομης εξέτασης
- Φόρμες απαντήσεων: Διαγνωστική έκδοση και φόρμα σύντομης εξέτασης
- Περιληπτική φόρμα διάγνωσης
- Φόρμα προσωπικού ιστορικού

- πακέτο αντικειμένων: πλαστικό κουτάλι, πλαστικό πιρούνι, κλειδί, χτένα τσέπης, ψαλίδι, μπίλια, νικέλιο

Ο εξεταστής επίσης χρειάζεται να προμηθευτεί τα επόμενα αντικείμενα (Albyn, 2011):

- Λευκές σελίδες για γραφή (8½ ×11 ή A4 μέγεθος)
- Μολύβι
- Μπλοκ με γράμματα και αριθμούς ή κομμένα γράμματα και νούμερα )για χρήση από άτομα που αδυνατούν να απαντήσουν προφορικά).

Οι εξεταστές που χορηγούν και ερμηνεύουν το EFA-4 τεστ θα πρέπει να έχουν μια τυπική εκπαίδευση στην αξιολόγηση και στα προβλήματα ανθρώπων που έχουν εγκεφαλική βλάβη ή αφασία. Υπό επιτήρηση πρακτική στη χρήση άλλων τεστ ή εργαλεία αξιολόγησης για άτομα με επικοινωνιακές ή γνωστικές διαταραχές είναι επιθυμητή. Αυτό το τεστ είναι κατάλληλο για χρήση από πιστοποιημένους και ειδικευμένους λογοθεραπευτές, νευροψυχολόγους, κλινικούς ψυχολόγους, νευρογλωσσολόγους, το προσωπικό περίθαλψης (της υγείας), και σπουδαστές που παρακολουθούνται καταλλήλως σε όλους αυτούς τους τομείς. Εξεταστές με αυτήν την εμπειρία και την εκπαίδευση θα έχουν μικρή δυσκολία στην εκμάθηση των διαδικασιών που είναι απαραίτητες για να διαχειριστούν, να βαθμολογήσουν και να ερμηνεύσουν το τεστ κατάλληλα. Για όσους θα ακολουθήσουν τις διαδικασίες όπως αναφέρονται στον οδηγό χρήσης - χορήγησης θα πρέπει να κάνουν μερικές δοκιμαστικές χορηγήσεις και αυτό θα είναι αρκετό για να τους πιστοποιήσει την επάρκεια τους ως προς την εφαρμογή του τεστ (Nickels, 2014).

Η διαγνωστική φόρμα του EFA θα πρέπει να διαρκεί 60 λεπτά για να διαχειριστεί. Ο χρόνος θα ποικίλλει, φυσικά, με βάση τη σχετική σοβαρότητα, την ανταπόκριση, την εγρήγορση και την ιατρική κατάσταση του ατόμου που εξετάζεται. Με μερικά άτομα ίσως είναι απαραίτητο να χωρίσουν την διοίκηση σε δύο ή περισσότερες συνεδρίες. Δεν υπάρχει χρονικό όριο, αλλά ο εξεταστής θα πρέπει να σημειώσει τον χρόνο που χρειάστηκε για την ολοκλήρωση της εξέτασης. Μια παύση ή ένα διάλειμμα είναι πάντα μια καλή ιδέα όταν ο εξεταζόμενος δείξει σημάδια κούρασης ή ασυνήθιστη ενόχληση ή ματαιώση. Η σύντομη φόρμα εξέτασης μπορεί να ολοκληρωθεί σε 30 λεπτά (Hogrefe, et al., 2012).

Η χορήγηση του EFA μπορεί να πραγματοποιηθεί σε κρεβάτι, σε δωμάτιο κλινικής, στο περιβάλλον του σπιτιού ή στις περισσότερες από τις άλλες πιθανές τοποθεσίες που είναι αιτιολογημένα χωρίς περισπασμό. Όπως συμβαίνει με όλα τα μέτρα αξιολόγησης, είναι σημαντικό να διαπιστωθεί ότι η κλινική κατάσταση του ασθενή είναι αρκετά σταθερή για να εξασφαλίσει τα απαραίτητα επίπεδα συνεργασίας και συμμετοχής στη διαδικασία εξέτασης. Είναι επίσης σημαντικό να διαπιστωθεί ότι απαιτούνται οι ενισχύσεις για την επικοινωνία, όπως γυαλιά διαβάσματος και ακουστικά βαρηκοΐας διατίθενται και μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της εξέτασης (Hogrefe, et al., 2012).

Εκτός από τα σημεία που έχει σημειωθεί, τα θέματα λαμβάνουν βαθμολογίες 2, 1, ή 0. Αυτό που πρέπει να ληφθεί υπόψη στη βαθμολόγηση των απαντήσεων του εξεταζόμενου είναι η ακρίβεια, η αποτελεσματικότητα και η αμεσότητα. Μια βαθμολογία 2 θα πρέπει να αναγράφεται σε ένα θέμα για μια απάντηση η οποία είναι σωστή, άμεση και ικανοποιητικά παραγόμενη. Επίσης μια βαθμολογία 2 αποκτάται όταν ο εξεταζόμενος δείχνει ή γράφει σωστά, όπως ζητείται (Hogrefe, et al., 2012).

Μία βαθμολογία 1 θα πρέπει να σημειωθεί (καταγραφεί) για μία απάντηση που είναι σωστή αλλά έχει εκληφθεί από τον εξεταστή ότι είναι καθυστερημένη ή έχει διατυπωθεί ανεπίσημα (συνήθως σύμφωνα με το μη φυσιολογικό, ασταθή ή φτωχό ... λεκτικές ή γραφικές κινήσεις). Μια βαθμολογία 1 θα πρέπει επίσης να σημειώνεται όταν μια απάντηση από μόνη της είναι σωστή, αλλά η μορφή και η φόρμα της απάντησης δεν είναι σωστή (όπως για παράδειγμα μια γραπτή απάντηση σε μια λεκτική ερώτηση ή μια συνδυαστική απάντηση σε μια δεικτική ερώτηση) (Hogrefe, et al., 2012).

Μια βαθμολογία μηδέν θα πρέπει να σημειωθεί αν ο εξεταζόμενος δεν ανταποκρίνεται καθόλου στο θέμα ή απαντά λανθασμένα. Ο εξεταστής θα πρέπει να σημειώσει τις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει απάντηση γράφοντας «X.A.» (χωρίς απάντηση δίπλα στο θέμα και επιπρόσθετα στη βαθμολογία μηδέν) (Hogrefe, et al., 2012).

Η βαθμολόγηση των απαντήσεων των αντικειμένων EFA-4 απαιτεί προσεκτική παρατήρηση των συμπεριφορών και ένα βαθμό κλινικής κρίσης. Ο εξεταστής θα πρέπει να λάβει υπόψη τα κριτήρια που χαρακτηρίζουν μια επαρκή και αποδεκτή απάντηση και τι χαρακτηρίζει μια καθυστερημένη, αντισταθμιστική ή μη

επαρκής απάντηση. Στη βαθμολόγηση θεμάτων που απαιτείται μια λεκτική απάντηση, ο εξεταστής πρέπει να χρησιμοποιήσει κλινική κρίση μετρημένη με μία εκτίμηση εκπαιδευτικού επιπέδου, τις κουλτούρας και της γλωσσικής ιστορίας του εξεταζόμενου. Επειδή σημασιολογικά λάθη είναι πανταχού παρόντα στην αφασία, ο βαθμολογητής θα πρέπει να είναι ευαίσθητος στο σχολιασμό της ποικιλίας των σημασιολογικών λαθών που μπορεί να προκύψουν. Ο εξεταστής πρέπει επίσης να γνωρίζει αποδεκτές παραλλαγές της κουλτούρας και της διαλέκτου που συνιστούν αποδεκτές απαντήσεις (Hogrefe, et al., 2012).

Ο εξεταστής πρέπει επίσης να προσπαθήσει να συλλάβει διαστάσεις των απαντήσεων του εξεταζόμενου που μπορεί να χάνονται στο σύστημα βαθμολόγησης του EFA-4. Αυτά έχουν να κάνουν με τη σχετική ακρίβεια, την πληρότητα, την αποτελεσματικότητα ή τις κινητικές επιδράσεις, τα οποία μπορεί να είναι κραυγαλέα παρόντα αλλά είναι δυνατόν να διαφύγουν του συστήματος της βαθμολόγησης του EFA-4 (Hogrefe, et al., 2012).

Η φόρμα σύντομης εξέτασης του EFA-4 περιλαμβάνει 17 θεματικά σετ από τη φόρμα διάγνωσης. Όλα τα ονόματα των παραδειγμάτων, τα ονόματα των θεματικών σετ και τα νούμερα των θεμάτων της φόρμας σύντομης εξέτασης είναι τα ίδια με αυτά της φόρμας διάγνωσης για να μονιμοποιήσει μια σύγκριση μεταξύ των φορμών. Σύντομες οδηγίες περιλαμβάνονται σε κάθε βιβλίο καταγραφής αποτελεσμάτων του εξεταστή, ώστε να επιτρέψει στους εξεταστές να εφαρμόζουν την εξέταση χωρίς να χρησιμοποιούν το βιβλίο οδηγιών (Hogrefe, et al., 2012).

Τέλος, σύμφωνα με την αγγλική έκδοση του τεστ, υπάρχουν καθορισμένοι συμβολισμοί, οι οποίοι συμβάλλουν με τη σειρά τους ώστε να καταστήσουν πιο έγκυρη τη διαδικασία. Παραδείγματα αυτών είναι από την φόρμα διάγνωσης-φυλλάδιο καταγραφής αποτελεσμάτων, τα δεδομένα από τους μαθηματικούς υπολογισμούς ήταν σε δολάρια, γεγονός το οποίο δεν συνάδει με την ελληνική έκδοση καθώς έχουμε ευρώ αντί για δολάρια (Hogrefe, et al., 2012).

## Aphasia Screening Test (AST)

Το AST εκδόθηκε στο Λονδίνο για πρώτη φορά το 1996 και για δεύτερη το 2002 από την Renata Whurr. Το AST αξιολογεί την γλώσσα σε διάφορες πτυχές της. Η χορήγηση είναι εύκολη και οι δοκιμασίες εκτελούνται σε σύντομο χρόνο. Ο σκοπός του τεστ είναι η γρήγορη αξιολόγηση και κατηγοριοποίηση της αφασίας. Παρέχει ένα προφίλ των διαταραχών του ασθενή χρήσιμο στο σχεδιασμό της θεραπείας. Αξιολογεί τα άτομα με μέτρια έως σοβαρή διαταραχή, για αυτό δεν είναι κατάλληλο για τις ήπιες αφασίες των οποίων οι διαταραχές δεν θα αποκαλυφθούν, έτσι μπορεί να χρειαστούν συμπληρωματικές δοκιμασίες. Το AST θεωρείται ένα τυποποιημένο, αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την αξιολόγηση της αφασίας (Whurr, 2002).

Αποτελείται από δυο βασικούς τομείς και τριάντα υπο-δοκιμασίες. Οι τομείς του τεστ και οι υποδοκιμασίες του είναι (Whurr, 2002):

### 1. Τεστ γλωσσικής αντίληψης

- Προ- αξιολόγηση τεστ, οπτική αντίληψη (ταίριασμα εικόνων, χρωμάτων, αριθμών, σχημάτων, αντικειμένων με εικόνες).
- Τεστ αναγνωστικής ικανότητας (ταίριασμα γραμμάτων, λέξεων, προτάσεων, λέξεων με εικόνες, προτάσεων με εικόνες, εκτελώντας απλές γραπτές εντολές, εκτελώντας περίπλοκες γραπτές εντολές).
- Τεστ ακουστικής και γλωσσικής ικανότητας (επιλέγοντας με ακουστικές εντολές: εικόνες, χρώματα, αριθμούς, λέξεις, προτάσεις, εκτέλεση απλών γραπτών εντολών, εκτέλεση περίπλοκων γραπτών εντολών).

### 2. Τεστ γλωσσικής παραγωγής

- Τεστ λεκτικής παραγωγής (επαναλαμβάνοντας ήχους, λέξεις, προτάσεις, συμπλήρωση ακολουθιών, μεγαλόφωνη ανάγνωση γράμματα, λέξεις, προτάσεις).
- Τεστ γλωσσικής παραγωγής (κατονομασία χρωμάτων, αντικειμένων, μελών του σώματος, προφορική περιγραφή χρήσης αντικειμένων, εικόνων, σύνθετης εικόνας).
- Τεστ γραφής (αντιγραφή, γραφή κατά υπαγόρευση, γραφή ονομάτων των αντικειμένων, περιγραφή χρήσης αντικειμένων, εικόνων, σύνθετης εικόνας).
- Τεστ υπολογισμών (γραπτοί και προφορικοί υπολογισμοί).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ – ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΟ

### ΤΕΣΤ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ

#### 3.1 Αξιολόγηση και Διάγνωση της Αφασίας

Η διαγνωστική διαδικασία της αφασίας αφορά: (i) τη διάγνωση παρουσίας και τύπου αφασικού συνδρόμου και τον εντοπισμό βλάβης που προκαλεί ελλείμματα λόγου, (ii) τη μέτρηση της απόδοσης σε δεξιότητες λόγου και (iii) τη δημιουργία «προφίλ» με τις γλωσσικές ικανότητες και αδυναμίες του ασθενή ώστε να σχεδιαστεί το πλάνο θεραπείας αποκατάστασης (Hanne, et al., 2011).

Η κλινική αξιολόγηση και η διάγνωση αποτελούν διαδικασίες ύψιστης σημασίας για τη μελέτη και διαχείριση των αφασιών. Καθώς βοηθούν τον εξεταστή να ανακαλύψει την υποκείμενη νόσο, το προφίλ της νόσου, τα αρνητικά συμπτώματα, δηλαδή τις βλάβες των λειτουργιών, τα γλωσσικά και γνωστικά ελλείμματα, τις ανικανότητες του ασθενούς, τις άθικτες από τη βλάβη λειτουργίες και τις επιτυχείς επικοινωνιακές στρατηγικές του ασθενούς. Επιπλέον, η διαδικασία της αξιολόγησης είναι ο πρόδρομος για μια επιτυχή παρέμβαση. Καθώς ο εξεταστής μπορεί να διακρίνει το επίπεδο των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης στην επιτυχή επικοινωνία και τον τρόπο, με τον οποίο τα προβλήματα στην επικοινωνία του ασθενούς θα θεραπευτούν καλύτερα. Κρίνεται απαραίτητο πριν ο ασθενής συμμετάσχει σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα να έχει περάσει από μια εξονυχιστική αξιολόγηση, η οποία θα οδηγήσει σε μια κατάλληλη στοχοθεσία με σκοπό την αποτελεσματικότερη θεραπεία (Καμπανάρου, 2007).

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις για την αξιολόγηση των προβλημάτων του λόγου στην αφασία. Η διάγνωση και περιγραφή των αδυναμιών αλλά και των δυνατοτήτων του ασθενούς έχει σκοπό (Καμπανάρου, 2007):

- Τη διάγνωση της αφασίας και των συναφών διαταραχών επικοινωνίας,
- Τον προσδιορισμό του τύπου και της σοβαρότητας της αφασίας,
- Τη διαφοροδιάγνωση της αφασίας από άλλες διαταραχές,

- Την εξακρίβωση των δυνατοτήτων επικοινωνίας και των αδυναμιών του ασθενούς,
- Την πρόγνωση για επαναφορά της λειτουργικότητας,
- Την εκτίμηση της καταλληλότητας του ασθενή για θεραπεία,
- Το σχεδιασμό των θεραπευτικών στόχων και
- Την επιλογή του είδους της παρέμβασης, ώστε το πρόγραμμα να είναι εξατομικευμένο.

Πριν την έναρξη της αξιολόγησης απαραίτητη κρίνεται η επιλογή ενός κατάλληλου χώρου και η διαμόρφωση κατάλληλων συνθηκών για την ομαλή διεξαγωγή της αξιολόγησης. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης καλή θα ήταν και η παρουσία ενός συγγενή ή φροντιστή του ασθενούς. Πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η προετοιμασία και ενημέρωση του ασθενούς για την διαδικασία της αξιολόγησης και των μετέπειτα αποτελεσμάτων της. Ακόμη, θα πρέπει να ληφθούν στοιχεία από το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς που να αφορούν στην επικράτηση του χεριού, την εκπαίδευση και το επάγγελμά του, την κατάσταση της όρασης, της ακοής του και της γενικότερης προσωρινής του εικόνας. Τέλος, η αξιολόγηση πρέπει να επιτελείται μόνο, όταν ο ασθενής είναι προσεκτικός και ικανός να αλληλεπιδράσει με σκοπό να επικοινωνήσει, διαφορετικά η απόδοσή του δεν θα αποτελεί έγκυρη βάση για την αξιολόγηση του λόγου (Παπαθανασίου, 2008).

Η αξιολόγηση της αφασίας διακρίνεται σε δύο είδη. Το πρώτο είδος αποτελείται από την άτυπη (ανεπίσημη) αξιολόγηση που διαρκεί 15 – 30 λεπτά και περιλαμβάνει τον διάλογο και κάποιες δραστηριότητες, οι οποίες είναι αρκετές, ώστε να δημιουργηθεί το προφίλ του ασθενούς και να τεκμηριωθούν οι αδυναμίες και οι δυνατότητές του. Το δεύτερο είδος περιλαμβάνει την τυπική (επίσημη) αξιολόγηση, στην οποία διερευνάται σε βάθος η αφασία και έχει σαν στόχο τον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου και την πρόβλεψη της ανάρρωσης (Καμπανάρου, 2007).

Κατά τη διάρκεια της άτυπης/ανεπίσημης αξιολόγησης, για να διαπιστωθεί εάν ο ασθενής έχει αφασία ή όχι, και ποιο τύπο αφασίας, αξιολογούνται δέκα τομείς, οι οποίοι είναι (Καμπανάρου, 2007):

## 1. Ο Αυθόρμητος λόγος - Συζήτηση

Ο αυθόρμητος (συνομιλητικός) λόγος περιλαμβάνει συζήτηση με τον ασθενή, κατά τη διάρκεια της οποίας ο εξεταστής παρατηρεί τα στοιχεία της διαταραχής του λόγου. Ο εξεταστής αρχικά θέτει βιογραφικές ερωτήσεις με στόχο την παρατήρηση της ικανότητας του ασθενούς να επικοινωνήσει και κατόπιν θέτει προσαρμοστικές ερωτήσεις, ώστε να αποσπάσει ένα δείγμα συνδεδεμένης ομιλίας. Επιπλέον, μπορούν να χρησιμοποιηθούν εικόνες για περιγραφή, ώστε να ελεγχθεί ο αυθόρμητος λόγος.

Με τις παραπάνω δραστηριότητες ο εξεταστής ελέγχει την δυσκολία στην ανάκτηση λέξεων (περιφράσεις, παραφασίες, νεολογισμοί) και την ευφράδεια (Καμπανάρου, 2007).

## 2. Η Ακουστική Κατανόηση

Η αξιολόγηση της ακουστικής κατανόησης περιλαμβάνει την αναγνώριση λέξεων, για παράδειγμα: «Δείξε μου την καρέκλα», την εκτέλεση εντολών που αυξάνονται σε συνθετότητα (από απλές εντολές σε σύνθετες με πολλά βήματα) και τις απαντήσεις σε ερωτήσεις του τύπου ναι / όχι που επίσης αυξάνονται σε συνθετότητα (Καμπανάρου, 2007).

## 3. Η Επανάληψη

Ζητείται από τον ασθενή να επαναλάβει απλές λέξεις, ύστερα μικρές φράσεις και στο τέλος προτάσεις το μέγεθος των οποίων αυξάνεται σταδιακά (Καμπανάρου, 2007).

## 4. Η Κατονομασία

Αρχικά επιλέγονται κοινά αντικείμενα για κατονομασία (όπως για παράδειγμα, πες μου μερικά ζώα) και αν δεν γίνουν λάθη, ο εξεταστής αξιολογεί την κατονομασία λιγότερο κοινών αντικειμένων ή συγκεκριμένης κατηγορίας. Στη συνέχεια, θέτονται ερωτήσεις για απάντηση, όπως «Τι χρώμα είναι ο ουρανός;». Ύστερα, αξιολογείται η κατονομασία για ορισμό και τέλος η παραγωγή κατονομασίας, όπως για παράδειγμα λέξεις από «κ» σε ένα λεπτό (Καμπανάρου, 2007).



## 5. Η Ανάγνωση

Στην ανάγνωση περιλαμβάνεται η ικανότητα δυνατής ανάγνωσης απλών λέξεων ή προτάσεων (Καμπανάρου, 2007).

## 6. Η Γραφή

Περιλαμβάνει την εκτέλεση γραπτών εντολών, τη γραφή απλών λέξεων καθ' υπαγόρευση και την γραφή μιας πρότασης ή μιας παραγράφου (Καμπανάρου, 2007).

## 7. Η Γραφαισθησία

Στην γραφαισθησία γίνεται η αναγνώριση ενός γράμματος ή αριθμού που γράφεται στην πλάτη (Καμπανάρου, 2007).

## 8. Η Στερεοαγνωσία

Στην στερεοαγνωσία αξιολογείται η αναγνώριση αντικειμένων μέσω της αφής, όπου ένα αντικείμενο τοποθετείται στο χέρι του ασθενούς (Καμπανάρου, 2007).

## 9. Η Ικανότητα Μίμησης

### 10. Ο Προσανατολισμός στο χώρο (Καμπανάρου, 2007).

Τέλος, η τυπική - επίσημη αξιολόγηση για την αφασία προκύπτει από τη χρήση διαγνωστικών (ή διαφορετικά αξιολογητικών) σταθμισμένων εργαλείων (τεστ). Υπάρχει πληθώρα σταθμισμένων διαγνωστικών εργαλείων στο εξωτερικό. Αρκετά από αυτά έχουν μεταφραστεί και σταθμιστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και χορηγούνται ευρέως (Νικολόπουλος, 2008).

### 3.2 Αξιολογητικό Υλικό – Ανιχνευτικό Τεστ Αφασιών

Παρακάτω θα αναφερθούμε πρώτα στα σταθμισμένα στα Ελληνικά εργαλεία και στη συνέχεια ονομαστικά, σε αυτά που δεν έχουν ακόμη σταθμιστεί στη χώρα μας.

1. Boston Diagnostic Aphasia Examination - BDAE ,Goodglass & Kaplan, 1983,  
(Διαγνωστική Εξέταση της Βοστόνης για την Αφασία):

Αξιολογείται η ροή του λόγου, η κατανόηση του προφορικού λόγου, η κατονομασία, η προφορική ανάγνωση, η επανάληψη, η παρουσία και το είδος παραφασίας, ο αυτοματοποιημένος λόγος, η κατανόηση, η ανάγνωση και η γραφή (Παπαθανασίου, 2008).

2. Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia - MDDA, (Μινεσότα τεστ Διαφορικής Διάγνωσης της Αφασίας):

Αξιολογείται η ακουστική διαταραχή, η οπτική διαταραχή, η διαταραχή της ανάγνωσης, οι διαταραχές λόγου και γλώσσας, οι οπτικο-κινητικές διαταραχές, οι διαταραχές του γραπτού λόγου και τέλος οι διαταραχές των αριθμών και των μαθηματικών διαδικασιών (Grossman, 2010).

3. Frenchay Aphasia Screening Test –FAST (Enderby, Wood, Wade, third edition 2013)

Δημιουργήθηκε για χρήση από μη εξειδικευμένο στην αφασία προσωπικό, όπως νοσοκόμες, κατώτερο ιατρικό προσωπικό αλλά και για επαγγελματίες θεραπευτές. Χρησιμεύει στην ανίχνευση δυσκολιών κατανόησης κατά τη χρήση της καθομιλουμένης γλώσσας από τον ασθενή, καθώς και στον εντοπισμό δυσκολιών στην ανάγνωση και τη γραφή.

Είναι ένα σύντομο και περιεκτικό τεστ και μπορεί να χορηγηθεί τόσο στο νοσοκομείο όσο και στο περιβάλλον του σπιτιού.

4. Western Aphasia Battery - WAB (Συστοιχία Αξιολόγησης της Αφασίας του Western).

Αξιολογείται το περιεχόμενο, η ροή, η κατανόηση του προφορικού λόγου, η επανάληψη, η κατονομασία, η ανάγνωση, η γραφή και οι αριθμητικοί υπολογισμοί. Εξετάζεται επίσης η μη λεκτική ικανότητα μέσω της ζωγραφικής και της κατασκευής με χρήση κύβων. Το περιεχόμενο και η εφαρμογή του WAB είναι παρόμοια με της Διαγνωστικής εξέτασης της Βοστώνης για την αφασία (Paradis, & Libben, 2014).

Το WAB (Western Aphasia Battery) έχει τα παρακάτω κύρια χαρακτηριστικά (Paradis, & Libben, 2014):

- Περιεχόμενο και εφαρμογή, παρόμοια με αυτά της Δοκιμασίας της Βοστώνης.
- Συνοπτικές βαθμολογίες, συμπεριλαμβανομένης και της συνολικής.
- Εύρος των βαθμολογιών για την ταξινόμηση των αφασιών σε σύνδρομα.

Η βασική δοκιμασία εξετάζει της προφορικές γλωσσικές ικανότητες που περιλαμβάνουν την ακουστική κατανόηση και την προφορική έκφραση. Η οπτική γλώσσα και οι άλλες υπό – δοκιμασίες αποτελούν ένα πρόσθετο τμήμα που αποτελείται από (V) ανάγνωση, (VI) γραφή, (VII) απραξία και (VIII) συντακτικές, οπτικό – χωρικές, και υπολογιστικές εργασίες. Για το WAB έχουν υπολογιστεί οι παρακάτω συνοπτικές βαθμολογίες (Paradis, & Libben, 2014):

- Ο Δείκτης της Αφασίας (AQ): Χρησιμοποιείται μαζί με την δοκιμασία από το 1974 και αποτελεί το συνοπτικό δείκτη της ακουστικής – λεκτικής γλώσσας, 40% του δείκτη προέρχεται από τις κλίμακες του αυθόρμητου λόγου. Πιθανή βαθμολογία είναι το 100.
- Ο Δείκτης Γλώσσας (LQ): Ο LQ είναι μία σύνθεση όλων των γλωσσικών τμημάτων (και της ανάγνωσης και της γραφής).
- Ο Δείκτης Απόδοσης (PQ): Για ένα σύντομο διάστημα, οι εργασίες ανάγνωσης, γραφής, απραξίας και σύνταξης συνδυάζονται σε αυτή την βαθμολογία.
- Ο Δείκτης Φλοιού (CQ): Αυτός είναι ο μόνος δείκτης, εκτός του AQ, που αναφέρεται στο εγχειρίδιο της αρχικής δοκιμασίας. Ο Δείκτης Φλοιού αφορά την απόδοση σε όλες της υπό – δοκιμασίες, λεκτικές και μη.

##### 5. Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia - PALPA (Ψυχογλωσσολογική Εκτίμηση της Γλωσσικής Επεξεργασίας στην Αφασία)

Το PALPA είναι η Ψυχολinguιστική Εκτίμηση της Γλωσσικής Επεξεργασίας στην Αφασία (Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia). Δημιουργήθηκε από τον Janice Kay, Ruth Lesser και Max Coltheart στο Ηνωμένο Βασίλειο και στο περιβάλλον της μεθοδολογίας μελέτης περίπτωσης της γωνιακής νευροψυχολογίας. Μέσω του PALPA αξιολογείται η ακουστική επεξεργασία, η ανάγνωση και η ορθογραφία, η σημασιολογία εικόνας και λέξης και η κατανόηση προτάσεων (Davis, 2011).

Το PALPA έχει τα παρακάτω ξεχωριστά χαρακτηριστικά (Davis, 2011):

- Έμφαση στο επίπεδο των λέξεων.
- Ευέλικτη διαχείριση των υπό – δοκιμασιών.
- Αναγνώριση των εξασθενημένων γνωστικών μορφολογιών.

Το PALPA αποτελείται από 60 υπό – τεστ όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα. Ωστόσο οι συντάκτες προτείνουν η δοκιμασία να γίνεται με την σειρά από την 1η έως την 60η δοκιμασία. Η επιλογή μιας ομάδας υπό – τεστ μπορεί να βασίζεται στην υπόθεση βλάβης, όπως μια που στηρίζεται στην ανάγνωση. Κάθε υπό – τεστ εισάγεται συνοδευόμενο με οδηγίες εφαρμογής (Davis, 2011).

#### 6. Porch Index of Communicative Ability – PICA

Αξιολογούνται τα τέσσερα γλωσσικά επίπεδα φωνολογία, μορφολογία, σημασιολογία και πραγματολογία. Η ιδιαιτερότητα της δοκιμασίας αυτής είναι ότι ξεκινάει με τις δυσκολότερες δοκιμασίες και καταλήγει στις πιο εύκολες. Το PICA έχει ισχυρή αξιοπιστία σε ότι αφορά τα κριτήρια, σε σχέση με τα άλλα τυποποιημένα τεστ, αλλά υστερεί στην απεικόνιση φυσικών επικοινωνιακών ικανοτήτων στην καθημερινή ζωή (Code, & Patherman, 2011).

Το PICA (Porch Index of Communicative Ability) εκδόθηκε το 1967 και έγινε σημαντικό εργαλείο για τη μελέτη της ανάρρωσης. Το τεστ έχει τα ακόλουθα βασικά χαρακτηριστικά (Code, & Patherman, 2011):

- Σχετικά μικρό αριθμό υπό – τεστ.
- Έμφαση στην αξιοπιστία, με πολύ αυστηρούς κανόνες για την διαχείρισή τους.

- Πολύπλοκο και πολυδιάστατο σύστημα βαθμολόγησης που απαιτούσε εντατική εκπαίδευση.

Το PICA περιλαμβάνει 18 υπό – τεστ των 4 γλωσσικών επιπέδων και άλλων λειτουργιών. Κάθε υπό – τεστ χρησιμοποιεί 10 κοινά αντικείμενα, τοποθετημένα τακτικά σε ένα τραπέζι (όπως για παράδειγμα τσιγάρο, χτένα, πιρούνι, κλειδί, μαχαίρι, σπύρτα, στυλό, μολύβι, νόμισμα και οδοντόβουρτσα). Η σειρά των υπό – τεστ πηγαίνει από τα δύσκολα στα εύκολα, αντίθετα με άλλες δοκιμασίες που ξεκινούν με τις ευκολότερες εργασίες σε κάθε επίπεδο. Ο κλινικός χρειάζεται κατά μέσο όρο μία ώρα για να διεξάγει το PICA, αλλά συνήθως διαρκεί 90 λεπτά. Κάθε μια από τις 180 απαντήσεις αντιστοιχεί σε συγκεκριμένη βαθμολογία, με βάση το πολυδιάστατο σύστημα βαθμολόγησης. Το PICA έχει ισχυρή αξιοπιστία σε ότι αφορά τα κριτήρια, σε σχέση με τα άλλα τυποποιημένα τεστ, αλλά υστερεί στην απεικόνιση φυσικών επικοινωνιακών ικανοτήτων στην καθημερινή ζωή (Code, & Patherman, 2011).

#### 7. Aphasia Screening Test – AST

#### 8. Auditory Comprehension Test for Sentences (Δοκιμασία Κατανόησης Προφορικού Λόγου σε Προτάσεις)

Η αξιολόγηση γίνεται με την παρουσίαση στον ασθενή τεσσάρων εικόνων, εκ των οποίων επιλέγει τη μία, στην οποία θεωρεί ότι απεικονίζεται καλύτερα το νόημα της πρότασης που ειπώθηκε από τον εξεταστή (Whurr, 2002).

#### 9. Discourse Comprehension Test – Revised (Αναθεωρημένη Δοκιμασία Κατανόησης του Κανονικού σε Ροή Λόγου).

Αξιολογούνται η κατανόηση και η μνήμη του αφηγηματικού κειμένου και οι καθημερινές ικανότητες επικοινωνίας (Simmons-Mackie, et al., 2010).

#### 10. Communicative Abilities in Daily Living (Ικανότητες Επικοινωνίας στην Καθημερινή Ζωή).

Αξιολογείται η λειτουργικότητα και η καθημερινή επικοινωνιακή ικανότητα των ασθενών (Albyn, 2011).

11. Woodcock – Johnson Psychoeducational Test Battery – Revised (Αναθεωρημένη Ψυχοεκπαιδευτική Σύστοιχία Δοκιμασιών των Woodcock – Johnson)

Το τεστ WJ – R καλύπτει τις ηλικίες από 2 – 90 ετών και διακρίνεται σε δύο βασικές ενότητες: α) τις δοκιμασίες γνωστικής ικανότητας και β) τις δοκιμασίες επιτευγμάτων. Οι δοκιμασίες αξιολογούν την ανάγνωση, τα μαθηματικά, τον γραπτό λόγο και τις γνώσεις. Επίσης, γίνεται αξιολόγηση των φωνητικών και δομημένων δεξιοτήτων ανάλυσης (Johnstone & Stonnington, 2006).

12. The Wide Range Achievement Test – III , WRAT – III (Η Δοκιμασία Επιτευγμάτων – Τρίτη Έκδοση)

Το τεστ αυτό είναι κατάλληλο για τις ηλικίες από 5 – 75 ετών και εξετάζει την αναγνώριση λέξεων, την γραπτή αριθμητική και την ορθογραφία. Το WRAT –III προσφέρεται μόνο ως μια αδρή δοκιμασία των γλωσσικών παθολογικών συμπτωμάτων και όχι ως εργαλείο αξιολόγησης των γλωσσικών διαταραχών (Albyn, 2011).

13. The Aphasia Diagnostic Profiles (ADP)

14. Examining for Aphasia

15. Neurosensory Center Comprehensive Examination For Aphasia (NCCEA)

16. Boston Assessment of Severe Aphasia (BASA)

17. Multilingual Aphasia Examination

18. The Appraisal of Language Disturbances

19. The Burns Brief Inventory of Communication and Cognition

20. Aachen Aphasia Battery

21. The Bilingual Aphasia Test

22. The Assessment of Communicative Effectiveness in Severe Aphasia

23. Language Screening Test- LAST (Flamand-Roze C, Falissard B, Roze E, Maintigneux L, Beziz J, Chacon A, Join-Lambert C, Adams D, Denier C, 2011)

24. Mississippi Aphasia Screening Test- MAST

25. Mobile aphasia screening test- MAST

26. ScreeLing (Doesborgh SJ, van de Sandt-Koenderman WM, Dippel DW, van Harskamp F, Koudstaal PJ, Visch-Brink EG, 2003)

27. Sheffield Screening Test for Acquired Language Disorders- SST (Al-Khawaja I, Wade DT, Collin CF, 1996)

28. Semantic Verbal Fluency- SVF ( Kim H, Kim J, Kim DY, Heo J, 2011)

29. Ullevaal Aphasia Screening test- UAS (Thommessen B, Thoresen GE, Bautz-Holter E, Laake K, 1999)

Πριν τη χορήγηση του κάθε τεστ αφασίας, ο κλινικός θα πρέπει να είναι σε θέση να δώσει στον ασθενή να καταλάβει τόσο το σκοπό όσο και τη διαδικασία της κάθε δοκιμασίας σύμφωνα με τις οδηγίες του τεστ. Επίσης, ο κλινικός θα πρέπει να γνωρίζει αν ο ασθενής είναι σε θέση να ανταποκριθεί (όπως για παράδειγμα η παρούσα κατάσταση του ασθενή, η χρονική διάρκεια του τεστ κτλ) καθώς και αν οι δοκιμασίες είναι κατάλληλες για αυτόν τον ασθενή. Τέλος, ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να βρίσκεται μόνος του με τον ασθενή γιατί η παρουσία άλλου προσώπου ενδέχεται να επηρεάσει τη συμπεριφορά καθώς και τις απαντήσεις του ασθενή (David, 1990).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 4.1 Μεθοδολογία Έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της χρήσης ανιχνευτικού τεστ καθώς και αξιολογητικού υλικού της αφασίας στον ελλαδικό χώρο. Δευτερευόντως εξετάζονται οι γνώσεις και οι πεποιθήσεις των λογοθεραπευτών σχετικά με σπουδαιότητα της χρήσης ανιχνευτικού τεστ καθώς και αξιολογητικού υλικού σε αφασικούς ασθενείς.

Για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, προσδιορίστηκε αρχικά το αντικείμενο της, και στην συνέχεια συντάχθηκε το πλάνο του ερωτηματολογίου. Η έρευνα διεξήχθη εντός χρονικού διαστήματος ενός (1) μήνα, συλλέγοντας στοιχεία και χρησιμοποιώντας ως βασικό εργαλείο της ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου αλλά θα πρέπει να σημειωθεί ότι η έρευνα συνεχίζεται και πως στη πτυχιακή αυτή αναλύονται τα pilot/ preliminary results.

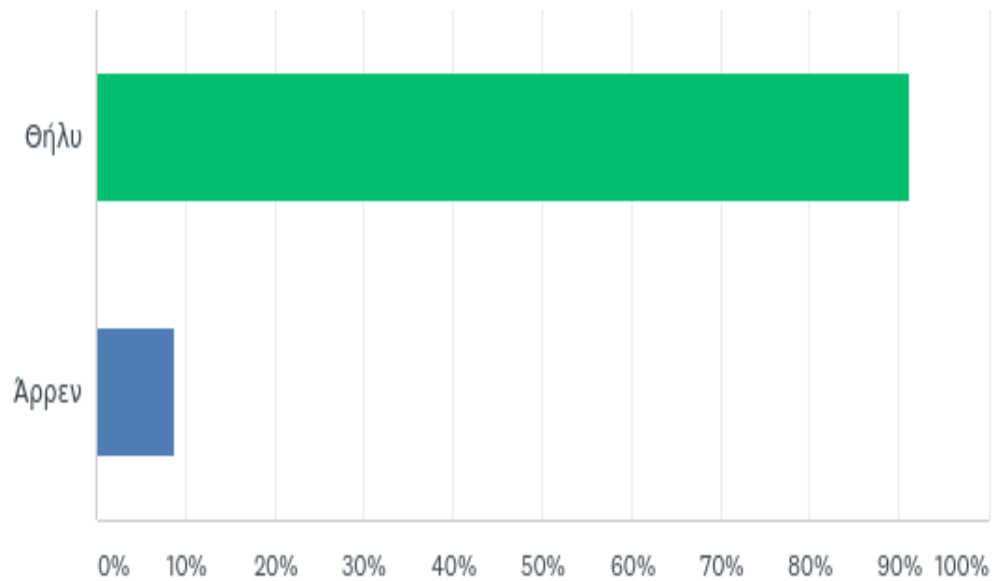
Αφού ολοκληρώθηκε η συλλογή των ερωτηματολογίων τα μέχρι τώρα αποτελέσματα επεξεργάστηκαν μέσω στατιστικού προγράμματος. Με τη βοήθεια του προγράμματος πραγματοποιήθηκε η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία διασφαλίζει την ηθική της ερευνητικής διαδικασίας, λόγω του ότι τα δεδομένα που καταγράφηκαν παρουσιάζονται ανώνυμα και με τέτοιο τρόπο που δεν μπορούν να αναγνωριστούν οι συμμετέχοντες. Ειδικότερα, τηρείται η ανωνυμία των συμμετεχόντων εφόσον δεν αναφέρεται το όνομα τους, ούτε ο συγκεκριμένος τόπος διαμονής τους. Τα μόνα προσωπικά στοιχεία που αναφέρονται είναι το φύλο και η ηλικία, τα οποία είναι σημαντικά στοιχεία για την μέτρηση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Συνεπώς, μπορεί να ισχυριστεί ότι δεν παραβιάζονται τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.



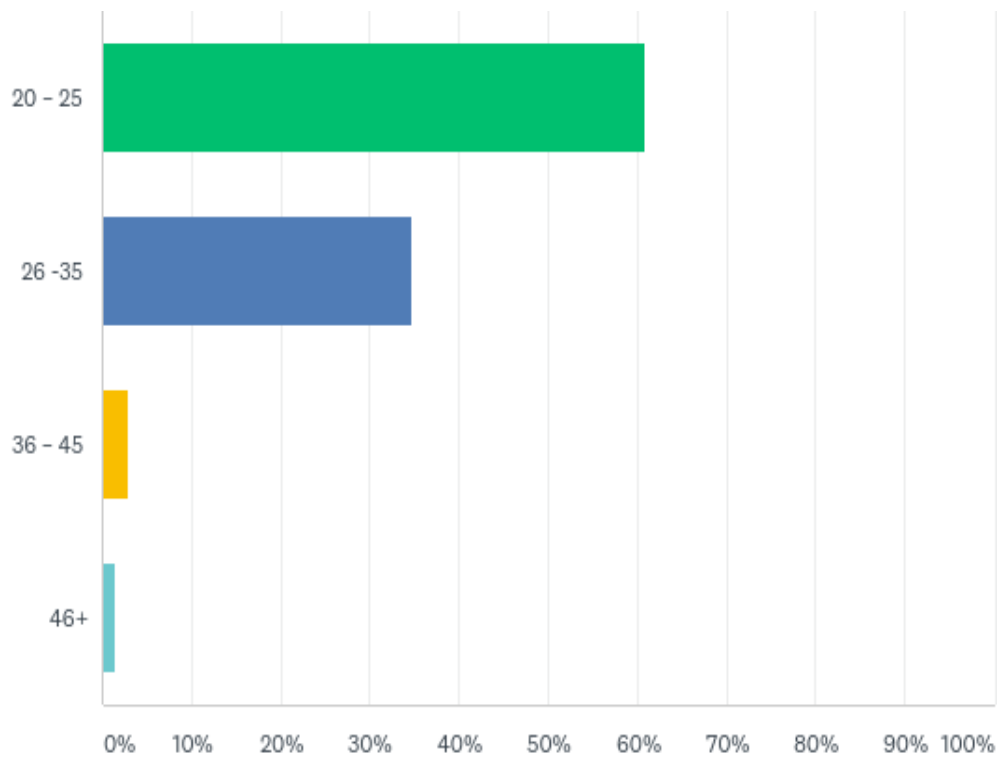
## 4.2 Αποτελέσματα Έρευνας

Ερώτηση 1<sup>η</sup>: Φύλο ερωτηθέντων:



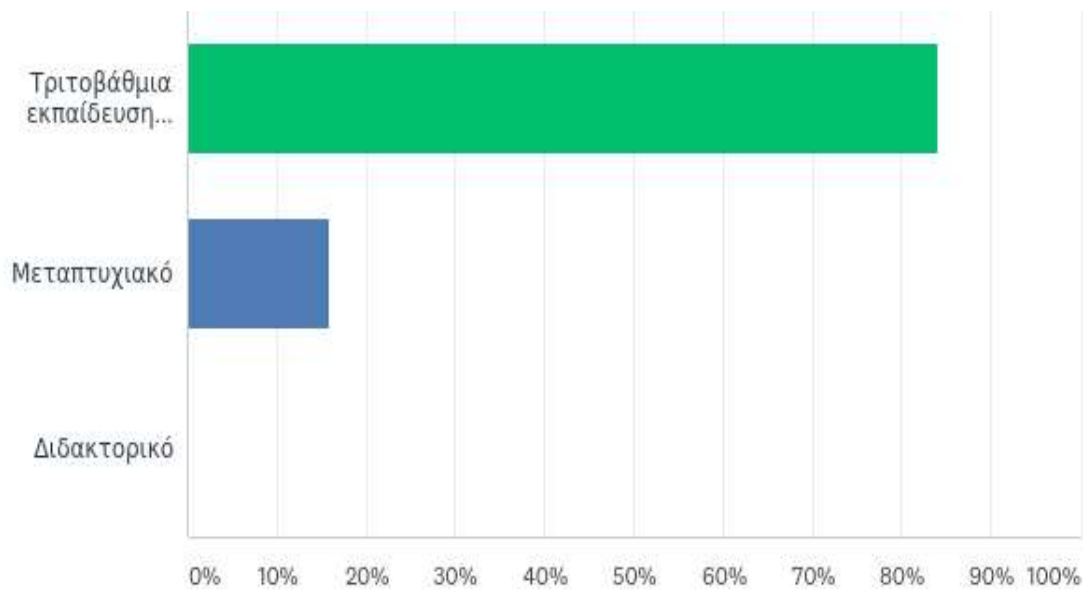
Το 91,3% του δείγματος της παρούσας έρευνας αποτελείται από γυναίκες και το υπόλοιπο 8,7% από άνδρες.

## Ερώτηση 2<sup>η</sup>: Ηλικία ερωτηθέντων:



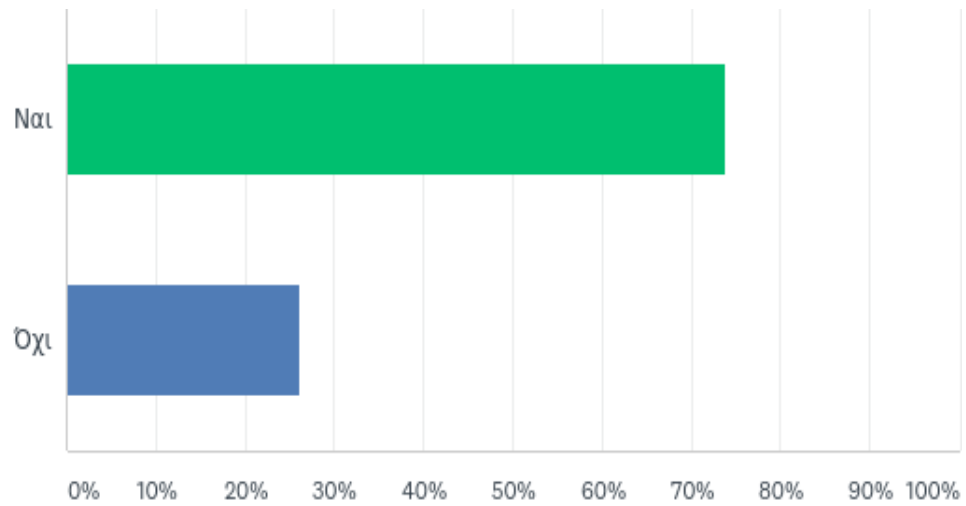
Το 60,87% του δείγματος ανήκει στο ηλικιακό φάσμα 20 έως 25 ετών, το 34,78% μεταξύ 26 - 35 ετών, το 2,9% μεταξύ 36 – 45ετών και το υπόλοιπο 1,45% είναι άνω των 46 ετών.

**Ερώτηση 3<sup>η</sup>: Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων:**



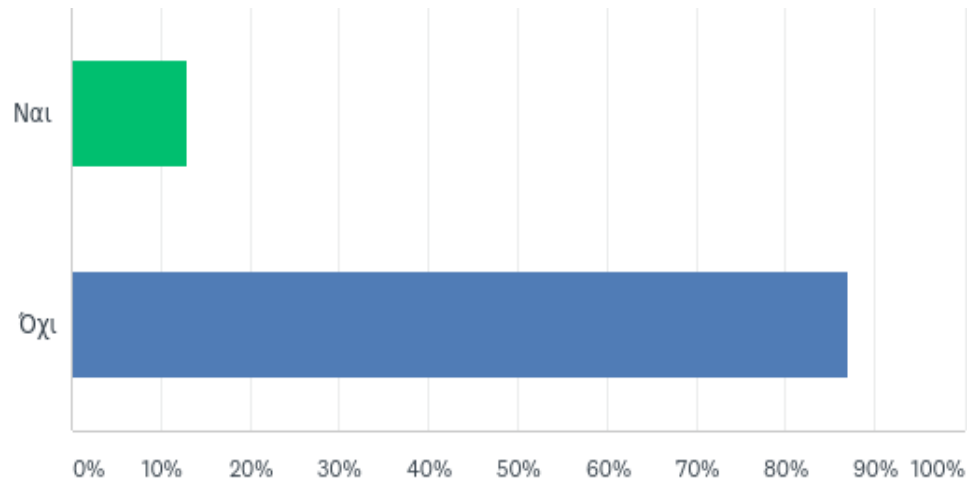
Το 84,06% έχει λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση, και το υπόλοιπο 15,94% είναι κάτοχος μεταπτυχιακό τίτλου σπουδών.

**Ερώτηση 4<sup>η</sup>:** Έχετε ολοκληρώσει σπουδές Λογοθεραπείας σε τριτοβάθμιο εκπαιδευτικό ίδρυμα;



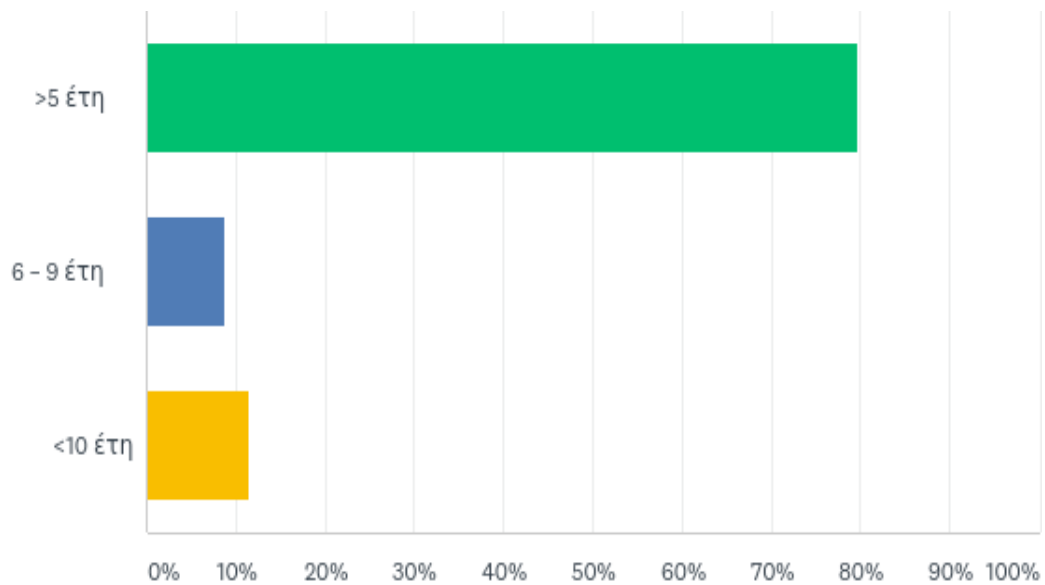
Στην παραπάνω ερώτηση, το 73,91% απάντησε πως έχει ολοκληρώσει τις σπουδές του σε τριτοβάθμιο εκπαιδευτικό ίδρυμα, ενώ το υπόλοιπο 26,09% απάντησε αρνητικά.

**Ερώτηση 5<sup>η</sup>:** Έχετε ολοκληρώσει εξειδίκευση στον τομέα της αξιολόγησης θεραπείας αφασίας;



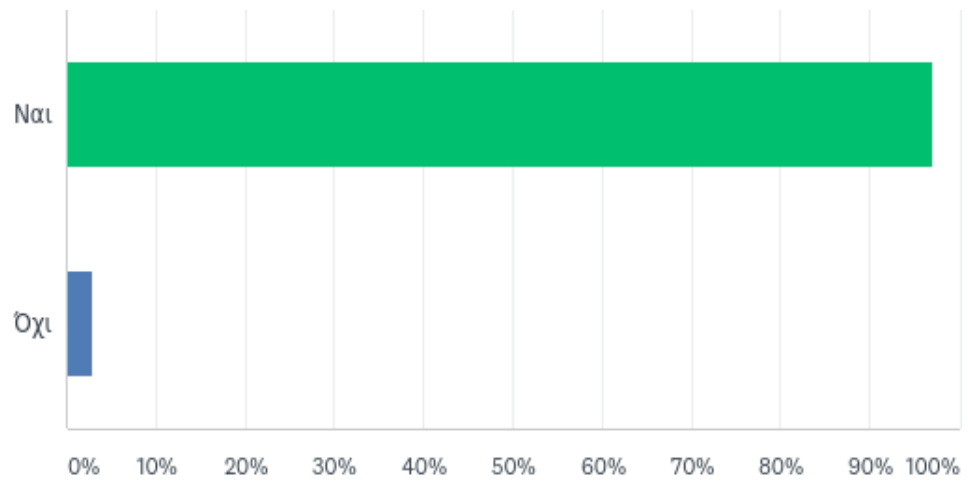
Στην παραπάνω ερώτηση το 86,96% απάντησε αρνητικά και το υπόλοιπο 13,04% απάντησε θετικά.

**Ερώτηση 6<sup>η</sup>: Έτη επαγγελματικής εμπειρίας.**



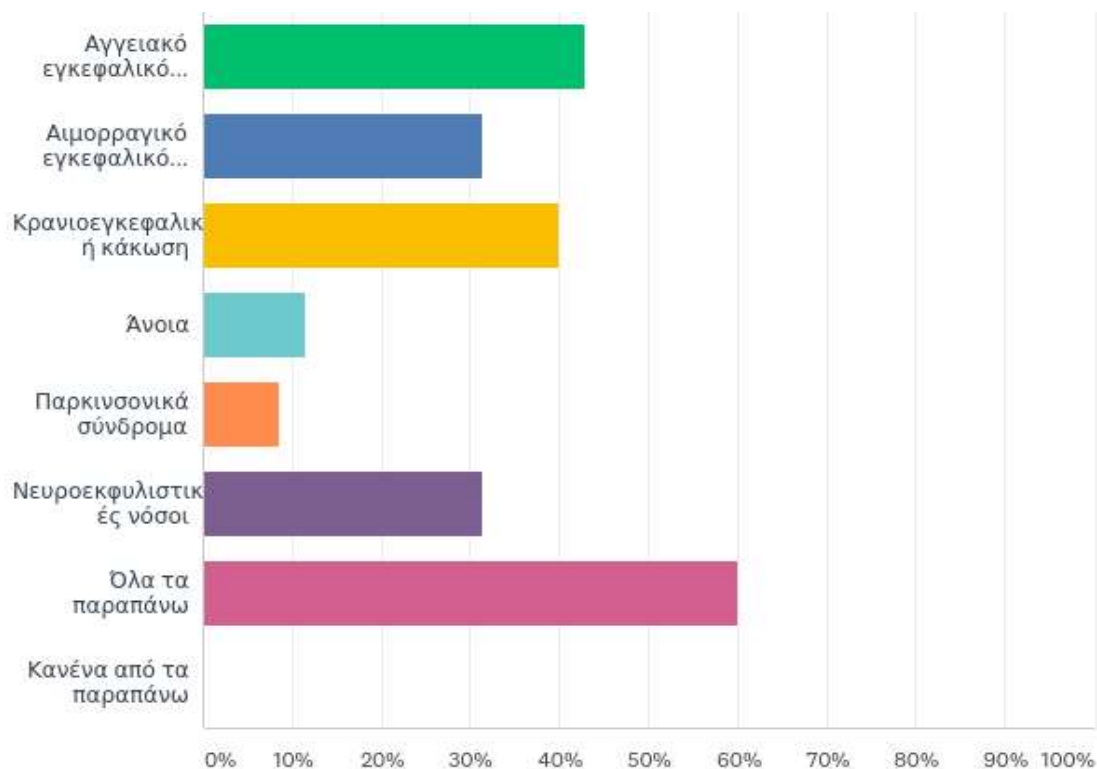
Στην παραπάνω ερώτηση το 79,71% απάντησε λιγότερα από 5 έτη, το 8,7% απάντησε 6 – 9 έτη, και το υπόλοιπο 11,59% απάντησε περισσότερα από 10 έτη.

**Ερώτηση 7<sup>η</sup>:** Θεωρείτε πως είναι μεγάλο το ποσοστό ασθενών με αφασία στην Ελλάδα;



Στην παραπάνω ερώτηση η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 97,14% απάντησε θετικά.

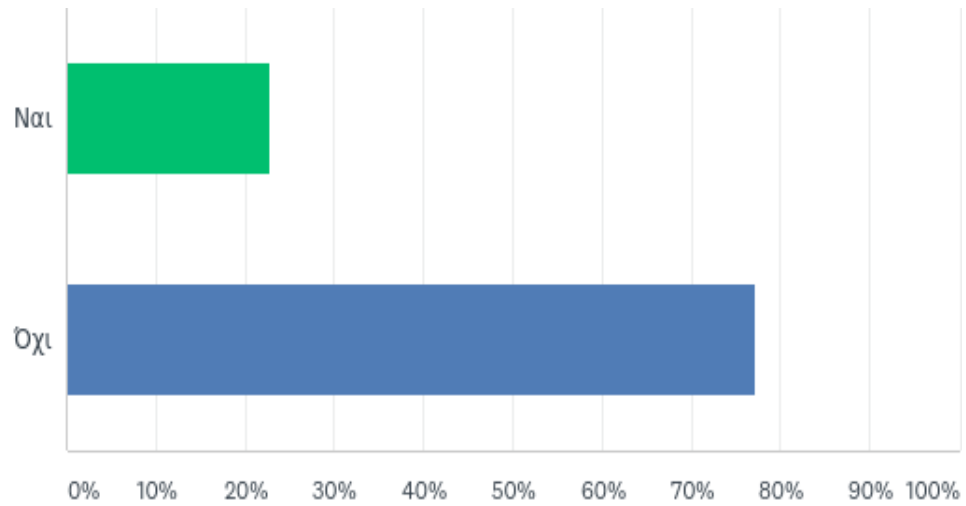
**Ερώτηση 8<sup>η</sup>:** Σε ποιες από τις παρακάτω διαταραχές ενδέχεται να παρατηρήσετε αφασικό λόγο;



Στην παραπάνω ερώτηση, το 42,86% απάντησε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, το 31,43% απάντησε αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο, το 40% κρανιοεγκεφαλική κάκωση, το 11,43% άνοια, το 8,57% παρκινσονικά σύνδρομα, το 31,43% απάντησε σε νευροεκφυλιστικές νόσοι, και τέλος το 60% απάντησε όλα τα παραπάνω.

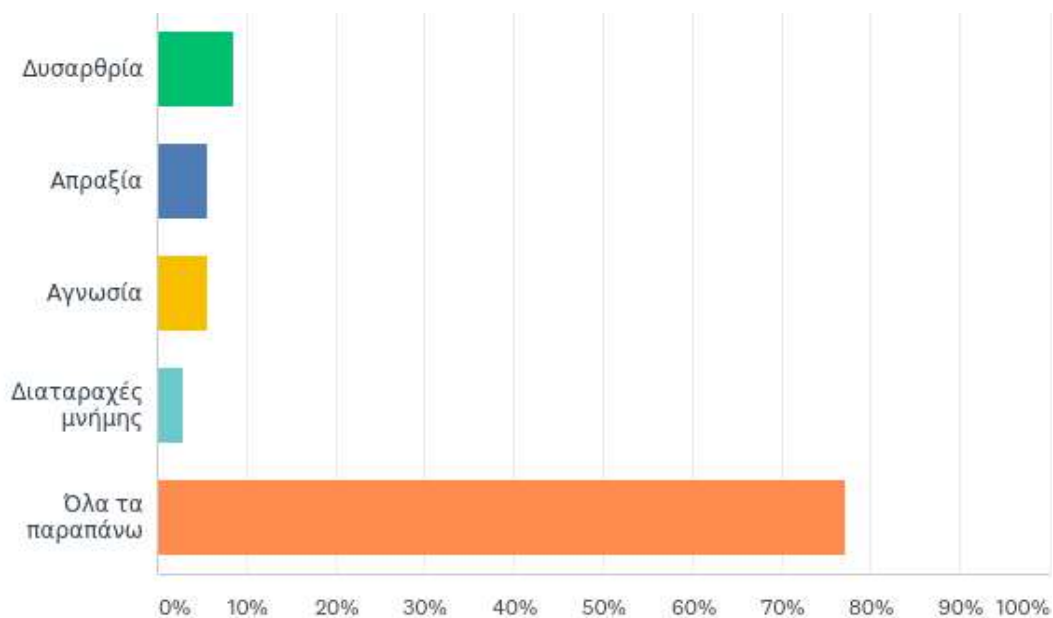


**Ερώτηση 9<sup>η</sup>:** Έχετε ολοκληρώσει ανιχνευτικές εξετάσεις, αξιολόγηση ή θεραπεία με δίγλωσσους ασθενείς με αφασία;



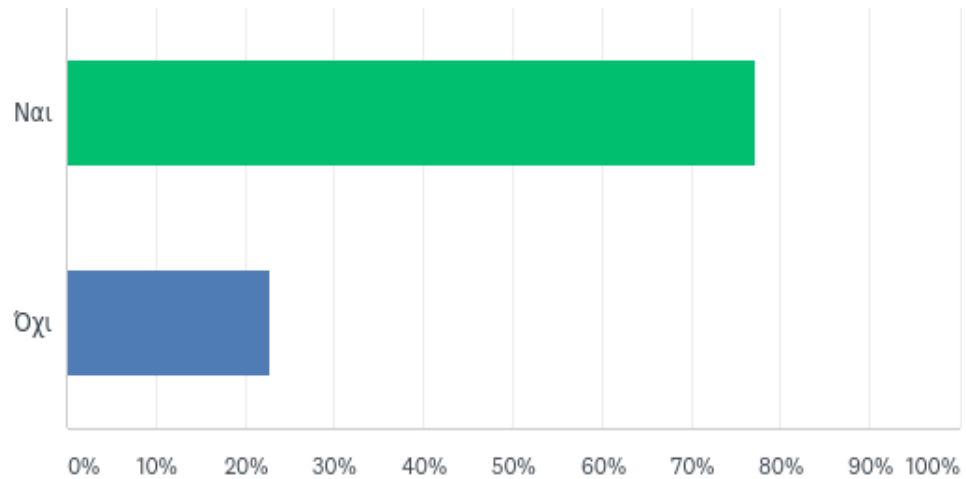
Στην παραπάνω ερώτηση το 77,14% απάντησε αρνητικά και το υπόλοιπο 22,86% απάντησε θετικά.

**Ερώτηση 10<sup>η</sup>:** Ποιες από τις παρακάτω διαταραχές ενδέχεται να συνυπάρχουν με την αφασία;



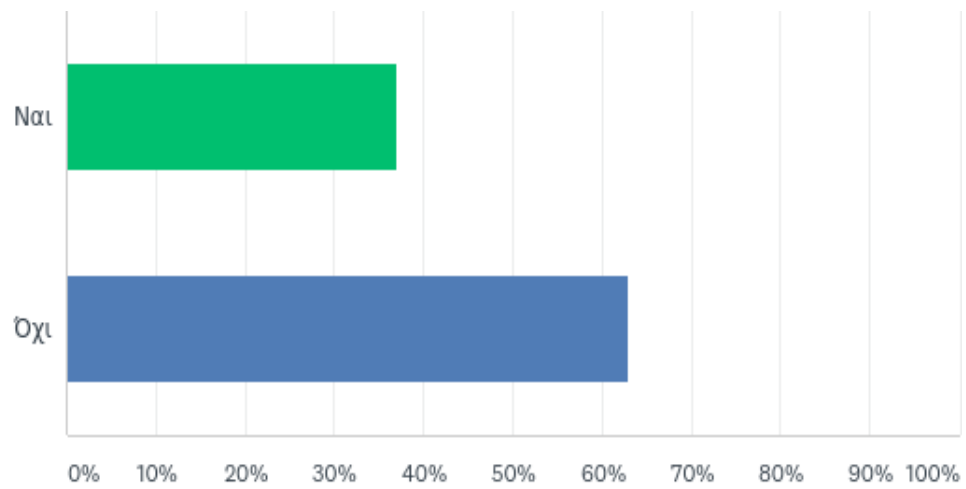
Στην παραπάνω ερώτηση το 8,57% απάντησε η Δυσαρθρία, το 5,71% απάντησε η Απραξία, επίσης το 5,71% απάντησε η Αγνωσία, το 2,86% απάντησε οι Διαταραχές μνήμης και το υπόλοιπο 77,14% απάντησε όλα τα παραπάνω.

**Ερώτηση 11<sup>η</sup>:** Θεωρείτε πως ένα άτομο με διαταραχές επικοινωνίας ή αφασία μπορεί να έχει καλή ή ικανοποιητικού βαθμού ποιότητα ζωής;



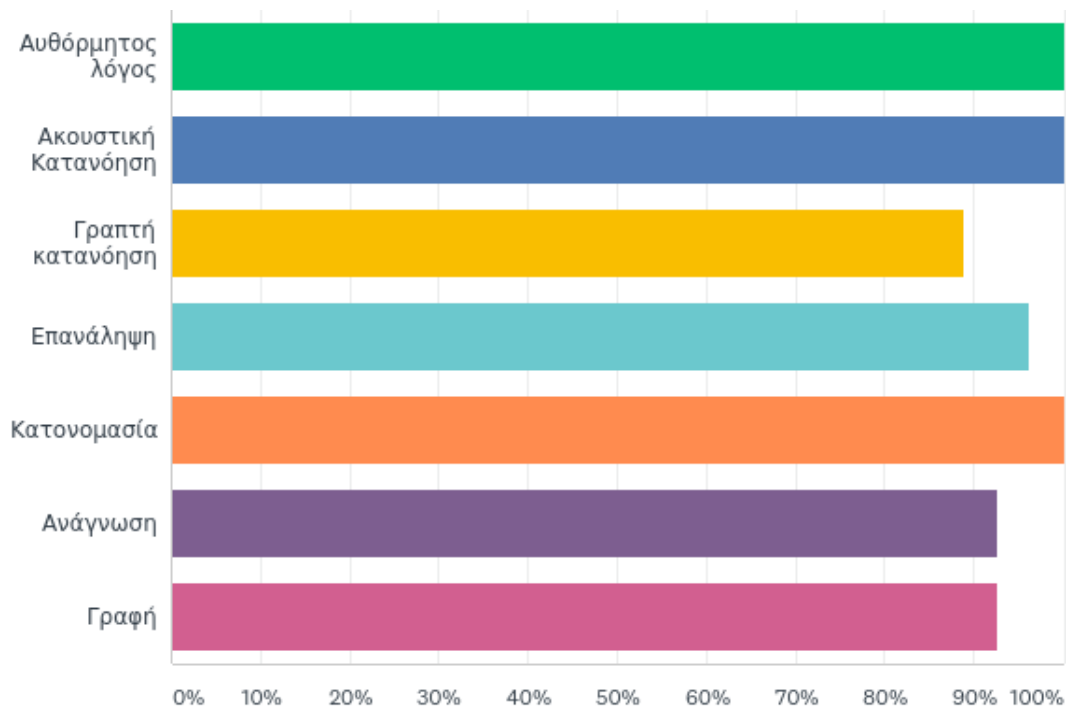
Στην παραπάνω ερώτηση το 77,14% απάντησε θετικά και το υπόλοιπο 22,86% απάντησε αρνητικά.

**Ερώτηση 12<sup>η</sup>:** Έχετε χρησιμοποιήσει μέχρι στιγμής ανιχνευτικό εργαλείο στην αφασία;



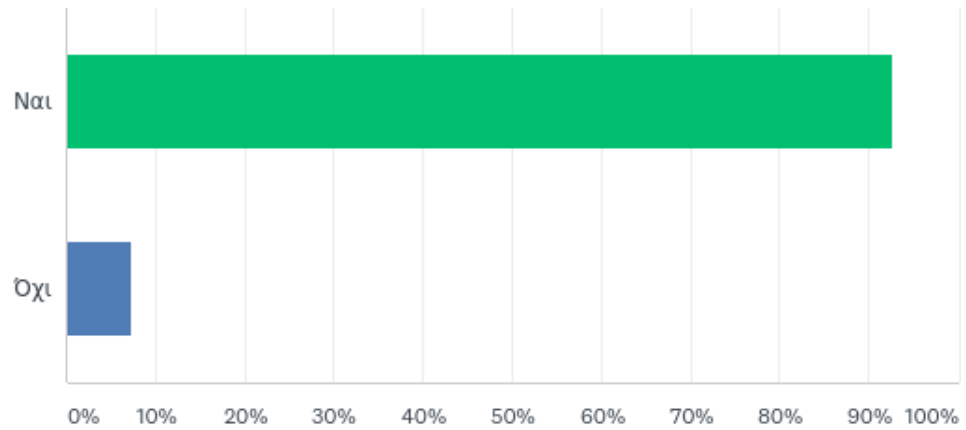
Στην παραπάνω ερώτηση το 37,04% απάντησε θετικά και το υπόλοιπο 62,96% απάντησε αρνητικά.

**Ερώτηση 13<sup>η</sup>:** Παρακαλούμε επιλέξτε τους τομείς που θεωρείτε ότι πρέπει να ελέγχονται με ένα ανιχνευτικό εργαλείο στην αφασία:



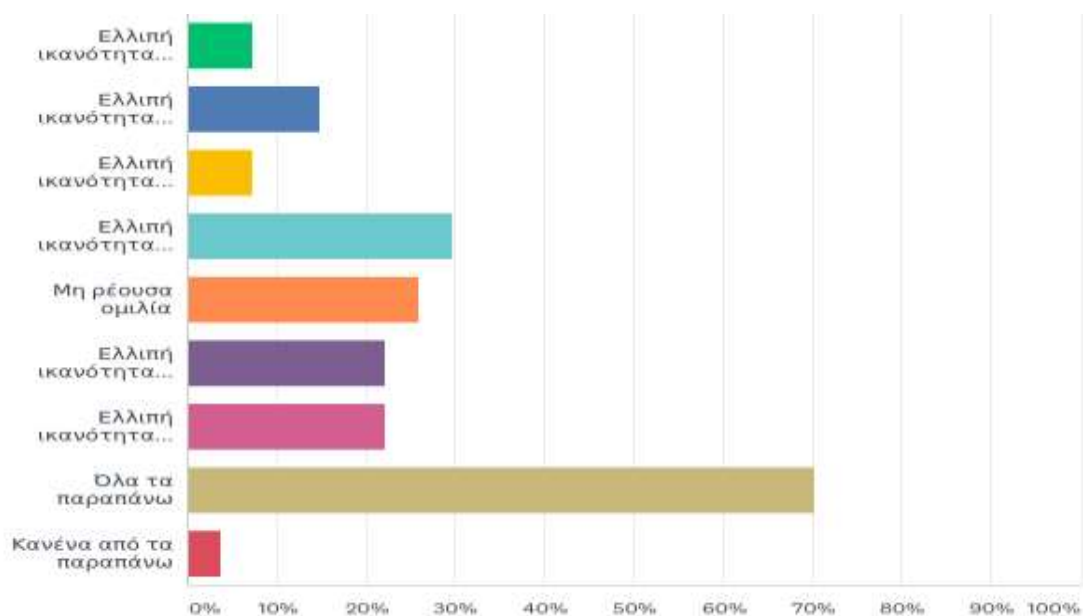
Στην παραπάνω ερώτηση το 100% απάντησε τόσο ο αυθόρμητος λόγος όσο και η ακουστική κατανόηση καθώς και η κατονομασία , το 88,89% απάντησε η γραπτή κατανόηση, το 96,30% απάντησε η επανάληψη, το 92,59% απάντησε η ανάγνωση, και τέλος το υπόλοιπο 92,59% απάντησε η γραφή.

**Ερώτηση 14<sup>η</sup>:** Κατά την χρήση ανιχνευτικού αφασίας χρησιμοποιείτε την επανάληψη λέξεων;



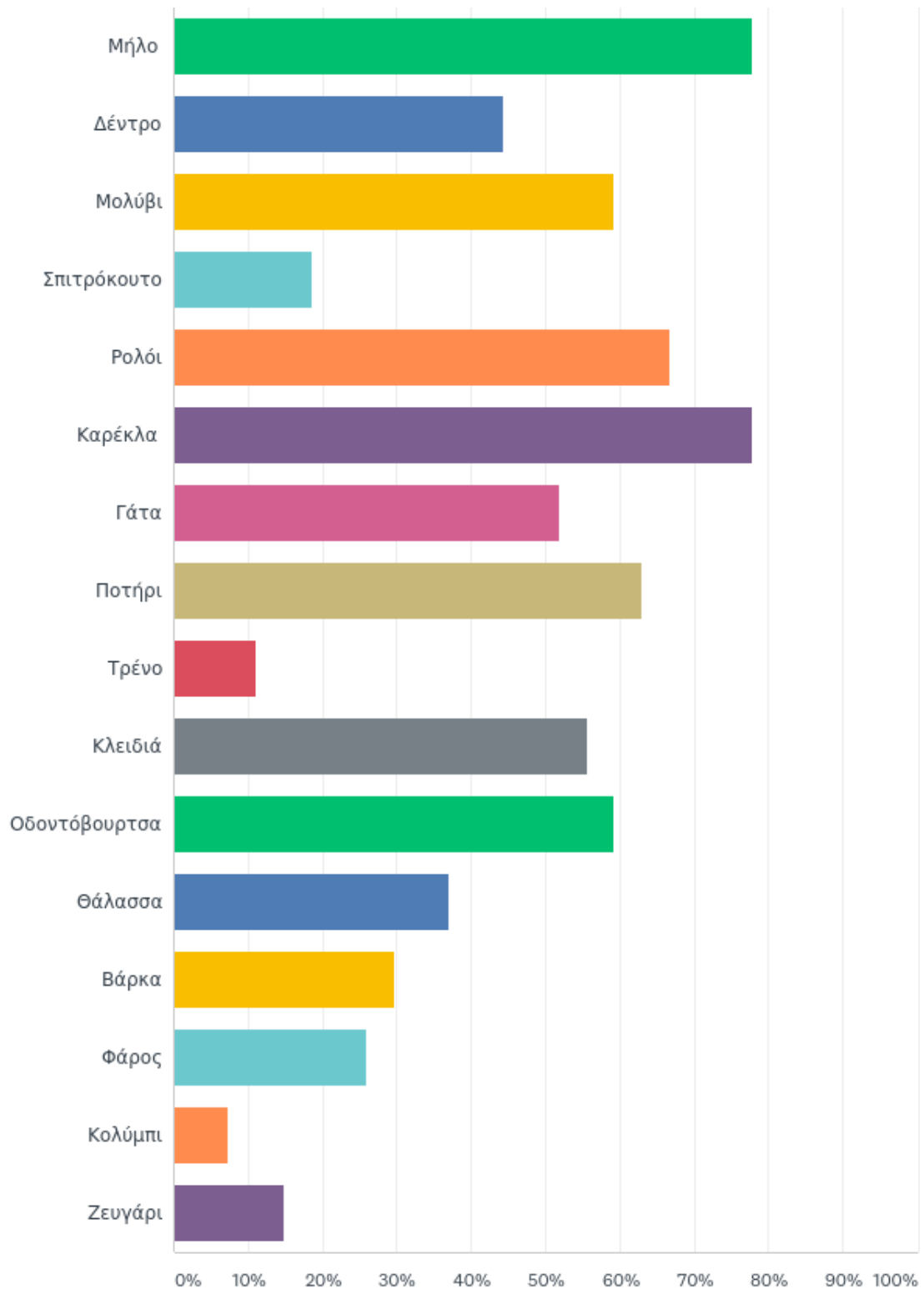
Στην παραπάνω ερώτηση το 92,59% απάντησε θετικά και το υπόλοιπο 7,41% απάντησε αρνητικά.

**Ερώτηση 15<sup>η</sup>:** Ποια από τα παρακάτω θεωρείτε ότι θα οδηγήσουν ένα κλινικό να χρησιμοποιήσει αξιολογητικό υλικό μετά τη χρήση ανιχνευτικού εργαλείου σε έναν ασθενή με διαταραχές επικοινωνίας και λόγου;



Στην παραπάνω ερώτηση το 7,41% απάντησε η ελλιπή ικανότητα επανάληψης συλλαβών, το 14,81% απάντησε η ελλιπή ικανότητα επανάληψης λέξεων, το 7,41% απάντησε η ελλιπή ικανότητα επανάληψης προτάσεων, το 29,63% απάντησε η ελλιπή ικανότητα ακουστικής αντίληψης – κατανόησης, το 25,93% απάντησε η μη ρέουσα ομιλία, το 22,22% απάντησε η ελλιπή ικανότητα κατανόησης κειμένου, επίσης το 22,22% απάντησε η ελλιπή ικανότητα κατονομασίας, το 70,37% απάντησε όλα τα παραπάνω και τέλος, το 3,70% απάντησε κανένα από τα παραπάνω.

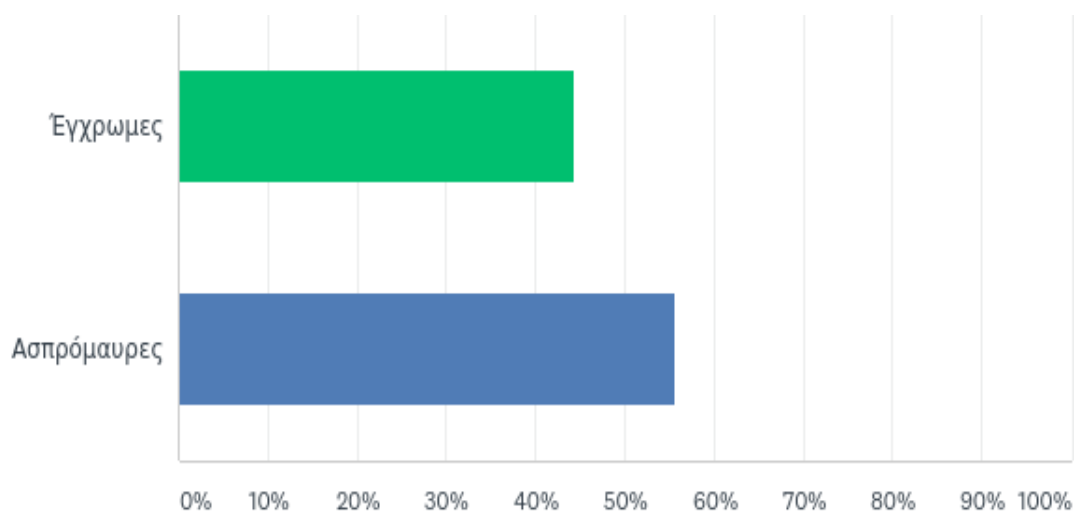
**Ερώτηση 16<sup>η</sup>:** Επιλέξτε 7 λέξεις που θα χρησιμοποιούσατε σε ένα άτυπο ανιχνευτικό τεστ αφασίας για να λάβετε δείγμα για την ικανότητα της κατονομασίας από τον ασθενή.





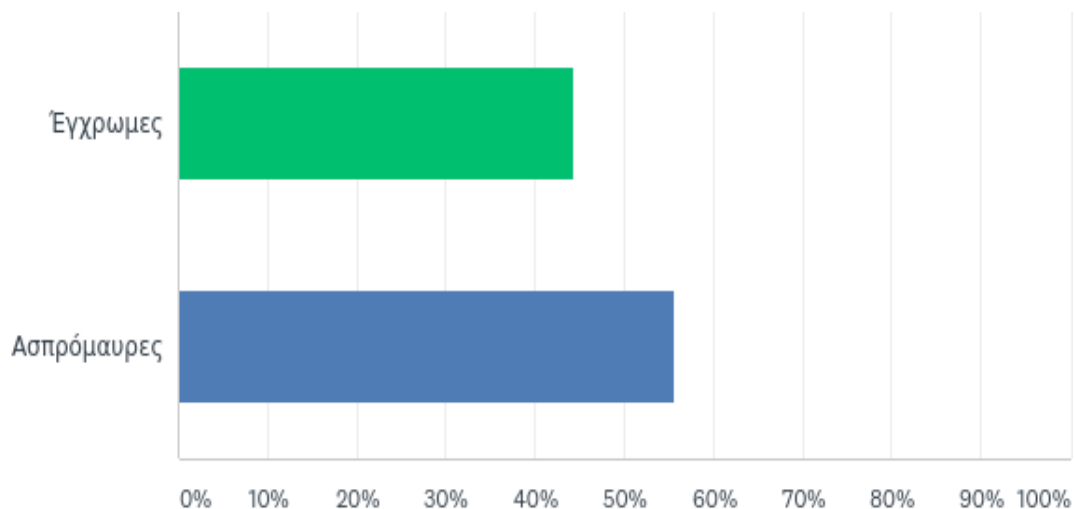
Στην παραπάνω ερώτηση το 77,78% απάντησε το μήλο, το 44,44% απάντησε το δέντρο, το 59,26% απάντησε το μολύβι, το 18,52% απάντησε το σπирτόκουτο, το 66,67% απάντησε το ρολόι, το 77,78% η καρέκλα, το 51,85% η γάτα, το 62,96% το ποτήρι, το 11,11% το τρένο, το 55,56% τα κλειδιά, το 59,26% η οδοντόβουρτσα, το 37,04% η θάλασσα, το 29,63% απάντησε η βάρκα, το 25,93% ο φάρος, το 7,41% το κολύμπι και το 14,815 απάντησε το ζευγάρι.

**Ερώτηση 17<sup>η</sup>:** Τι είδους εικόνες χρησιμοποιείτε ή θα χρησιμοποιούσατε σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας;



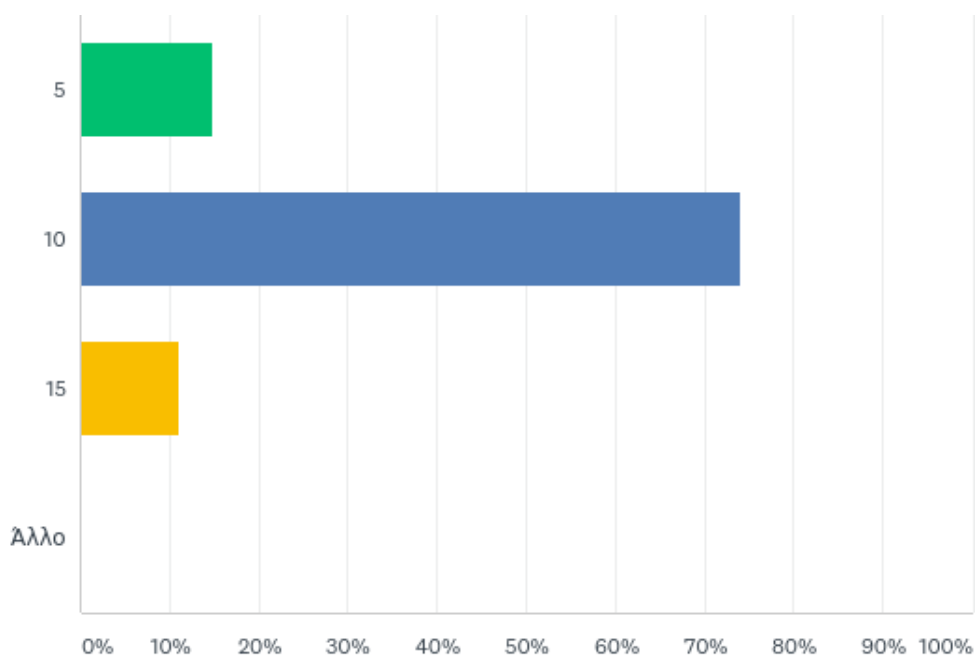
Στην παραπάνω ερώτηση το 55,56% απάντησε ασπρόμαυρες και το υπόλοιπο 44,44% έγχρωμες.

**Ερώτηση 18<sup>η</sup>:** Τι είδους εικόνες χρησιμοποιείτε ή θα χρησιμοποιούσατε σε ένα αξιολογητικό τεστ αφασίας;



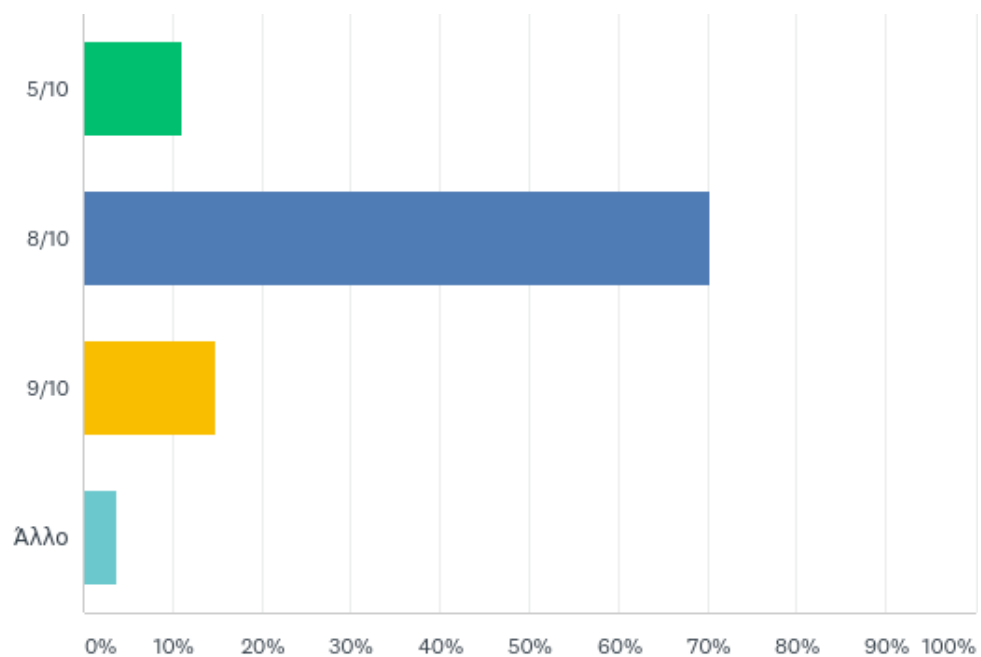
Στην παραπάνω ερώτηση το 55,56% απάντησε ασπρόμαυρες και το υπόλοιπο 44,44% έγχρωμες.

**Ερώτηση 19<sup>η</sup>:** Πόσες λέξεις είναι αρκετές σε μια δραστηριότητα για την «κατανομασία με οπτικό ερέθισμα» σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας;



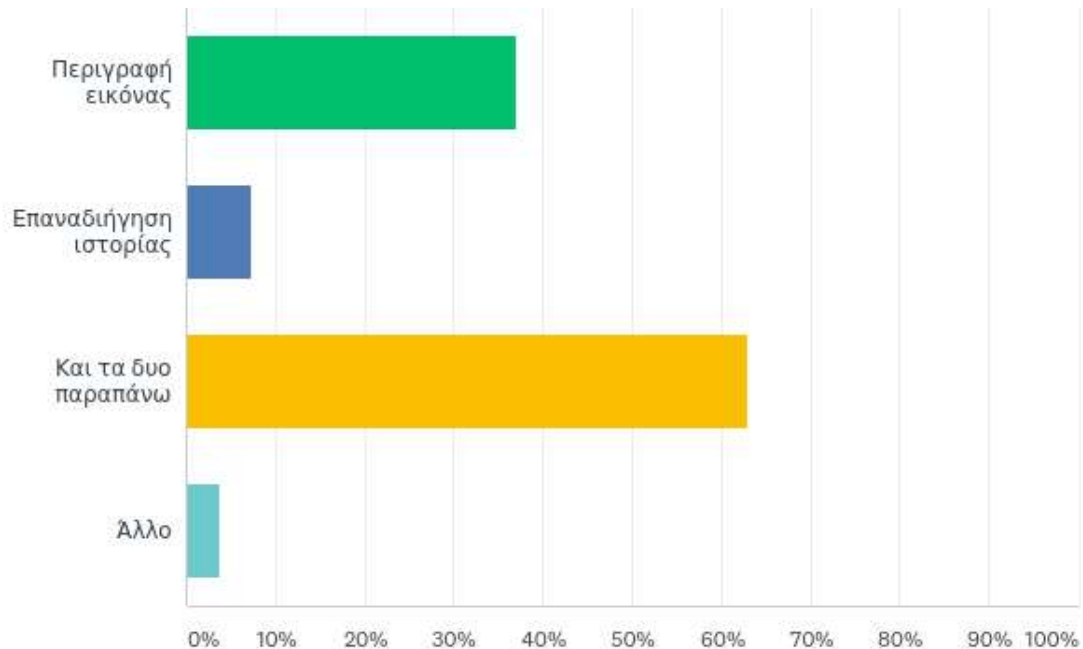
Στην παραπάνω ερώτηση το 14,81% απάντησε «5», το 74,07% απάντησε «10» και τέλος το υπόλοιπο 11,11% απάντησε «15».

**Ερώτηση 20<sup>η</sup>:** Εάν ορίζατε ένα κατώφλι «σωστές αποκρίσεις/συνόλου ερωτήσεων» στις δραστηριότητες του ανιχνευτικού τεστ που χρησιμοποιείται/θα χρησιμοποιούσατε, ποιο θα ήταν αυτό για να διαμορφώσετε την κλινική σας απόφαση;



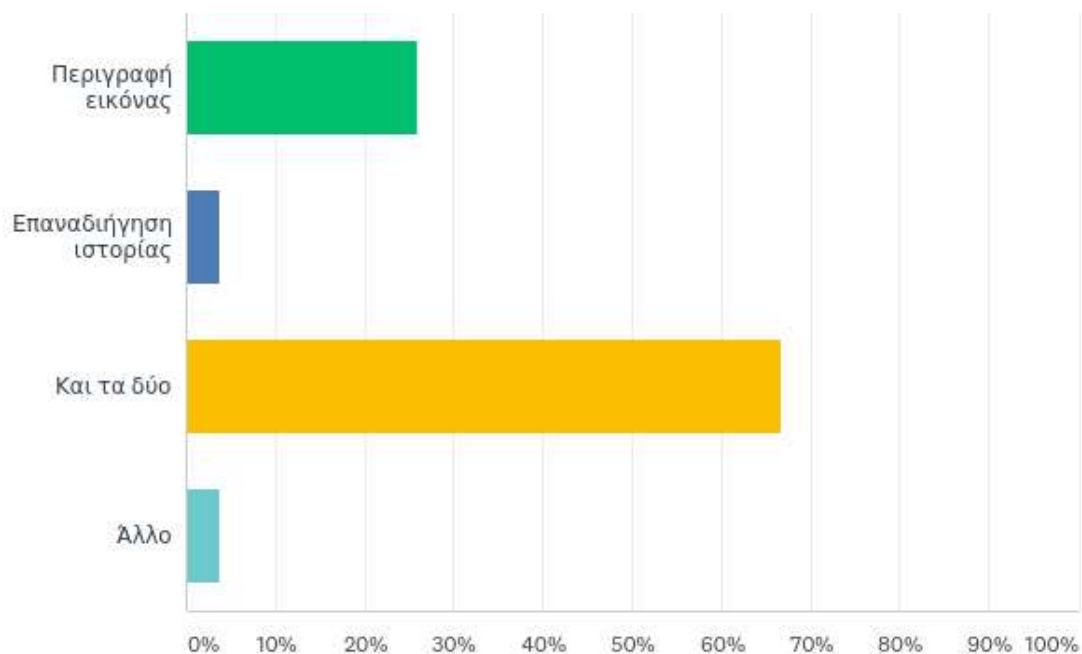
Στην παραπάνω ερώτηση το 11,11% απάντησε 5/10, το 70,37% απάντησε 8/10, το 14,81% απάντησε 9/10 και τέλος, το υπόλοιπο 3,7% απάντησε κάτι άλλο.

**Ερώτηση 21<sup>η</sup>:** Τι θεωρείτε επαρκές δείγμα γλωσσικής παραγωγής σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας;



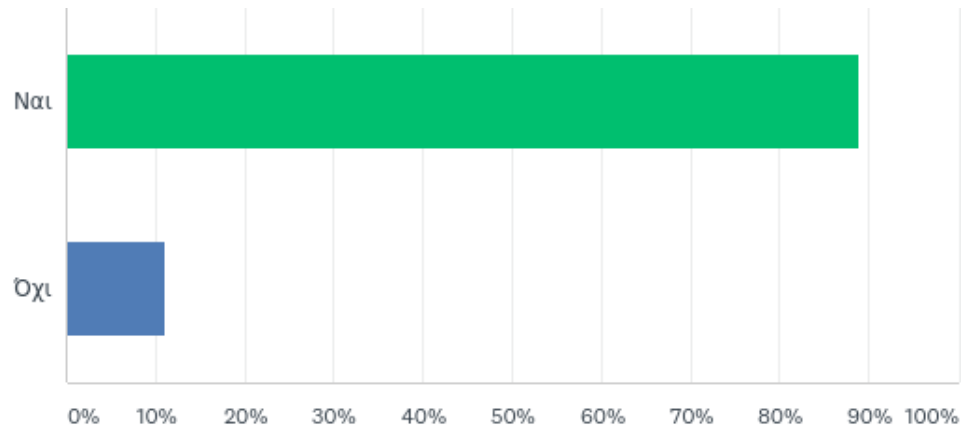
Στην παραπάνω ερώτηση το 37,04% απάντησε η περιγραφή εικόνας, το 7,41% απάντησε η επαναδιήγηση ιστορίας, το 62,96% και τα δυο παραπάνω και τέλος, το υπόλοιπο 3,7% απάντησε κάτι άλλο.

**Ερώτηση 22<sup>η</sup>:** Ποιο δείγμα γλωσσικής παραγωγής από τα κάτωθι θεωρείτε επαρκές σε ένα διαγνωστικό τεστ αφασίας;



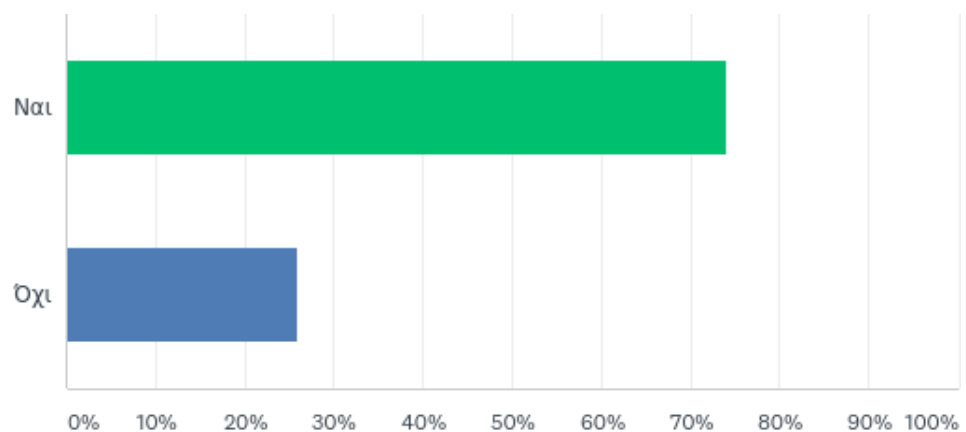
Στην παραπάνω ερώτηση το 25,93% απάντησε η περιγραφή εικόνας, το 3,7% απάντησε η επαναδιήγηση ιστορίας, το 66,67% και τα δυο παραπάνω και τέλος, το υπόλοιπο 3,7% απάντησε κάτι άλλο.

**Ερώτηση 23<sup>η</sup>:** Χρησιμοποιείτε τεστ γνωστικών λειτουργιών πριν την ανίχνευση αφασίας;



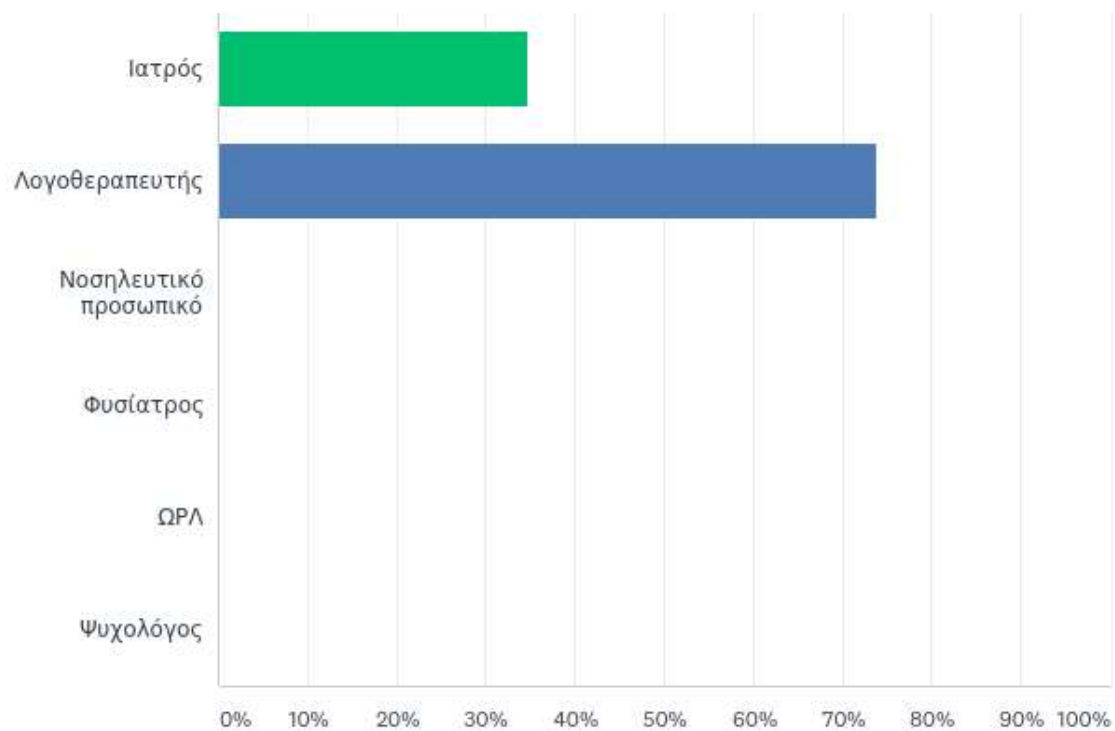
Στην παραπάνω ερώτηση το 88,89% απάντησε θετικά και το υπόλοιπο 11,11% απάντησε αρνητικά.

**Ερώτηση 24<sup>η</sup>:** Αν δεν χρησιμοποιείτε ανιχνευτικό τεστ αφασίας, και πριν την εκτενή αξιολόγηση επικοινωνίας και λόγου, χρησιμοποιείτε τεστ γνωστικών λειτουργιών;



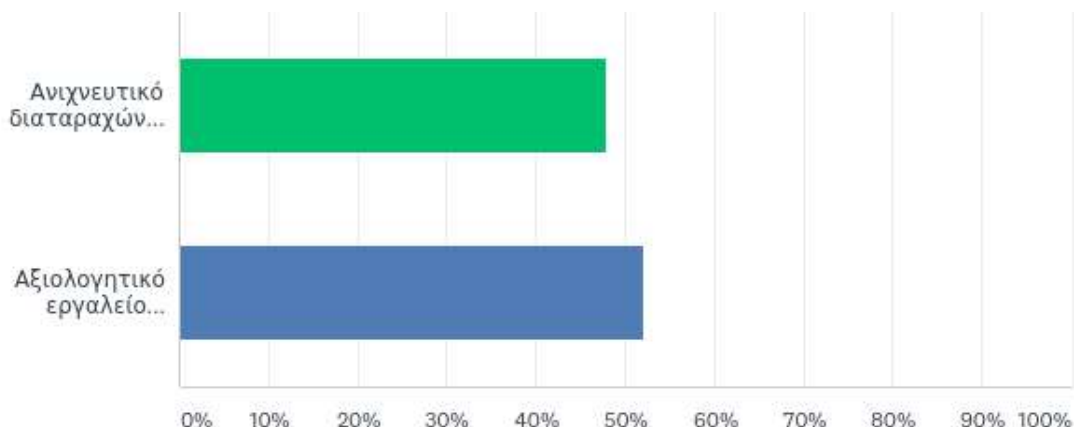
Στην παραπάνω ερώτηση το 74,07% απάντησε θετικά και το υπόλοιπο 25,93% απάντησε αρνητικά.

**Ερώτηση 25<sup>η</sup>:** Σύμφωνα με τη γνώμη σας, ποιος πρέπει να ολοκληρώνει την ανίχνευση αφασικών συμπτωμάτων;



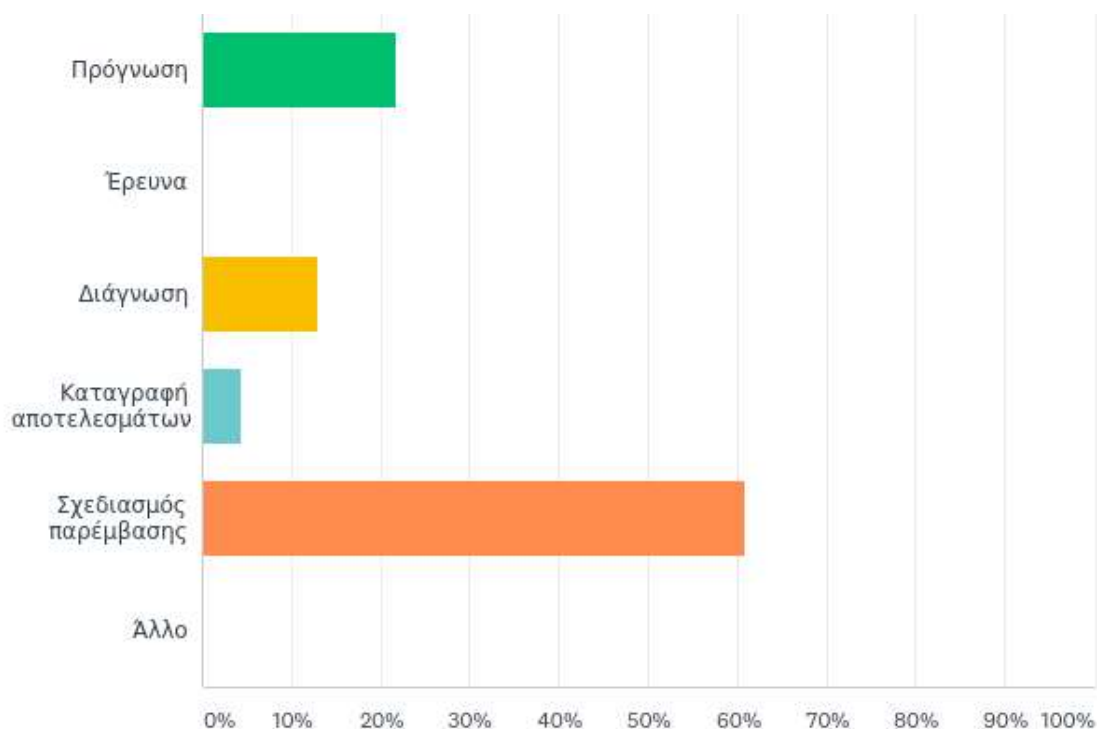
Στην παραπάνω ερώτηση το 34,78% απάντησε ο Ιατρός, και το υπόλοιπο 73,91% απάντησε ο Λογοθεραπευτής.

**Ερώτηση 26<sup>η</sup>:** Επιλέξτε ποιο από τα παρακάτω χρησιμοποιείται με μεγαλύτερη συχνότητα στην Ελλάδα (κατά την γνώμη σας):



Στην παραπάνω ερώτηση το 47,83% απάντησε το ανιχνευτικό διαταραχών λόγου και επικοινωνίας και το υπόλοιπο 52,17% απάντησε το αξιολογητικό εργαλείο διαταραχών λόγου και επικοινωνίας.

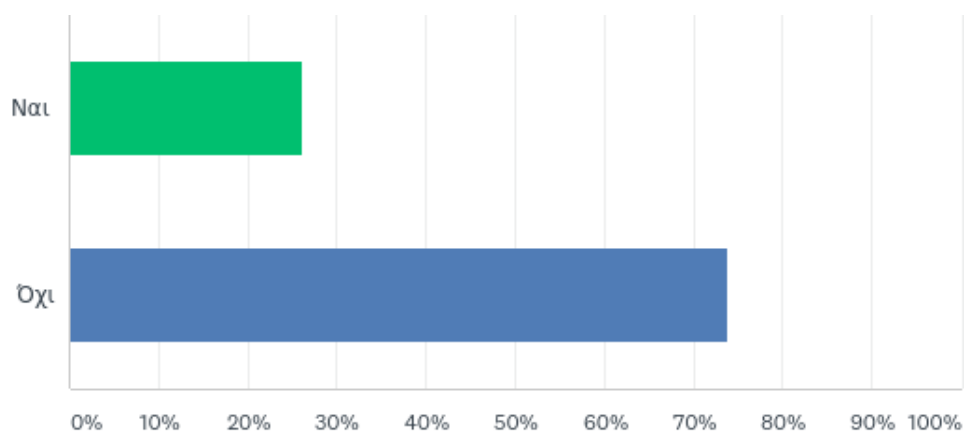
**Ερώτηση 27<sup>η</sup>:** Ποιόν θεωρείτε πιο σημαντικό σκοπό αξιολόγησης της αφασίας;





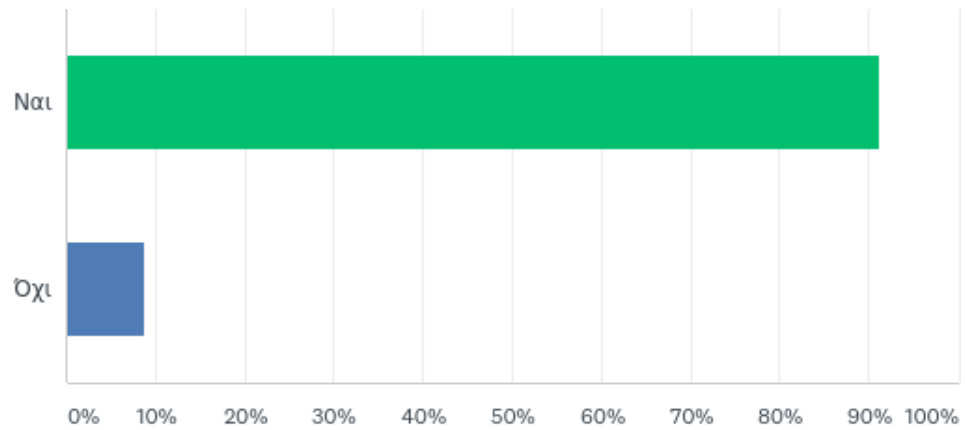
Στην παραπάνω ερώτηση το 21,74% απάντησε η πρόγνωση, το 13,04% απάντησε η διάγνωση, το 4,35% απάντησε η καταγραφή αποτελεσμάτων, και τέλος το υπόλοιπο 60,87% απάντησε ο σχεδιασμός παρέμβασης.

**Ερώτηση 28<sup>η</sup>:** Θεωρείτε το ίδιο αποτελεσματική την εξέταση της αφασίας σε δημόσιο και σε ιδιωτικό πλαίσιο στην Ελλάδα;



Στην παραπάνω ερώτηση το 73,91% απάντησε αρνητικά και το υπόλοιπο 26,09% απάντησε θετικά.

**Ερώτηση 29<sup>η</sup>:** Θεωρείτε ότι ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και στην αποκατάσταση της αφασίας είναι διακριτός ανάμεσα στα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας;



Στην παραπάνω ερώτηση το 91,3% απάντησε θετικά και το υπόλοιπο 8,7% απάντησε αρνητικά.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 86,96% έχει ολοκληρώσει εξειδίκευση στον τομέα της αξιολόγησης θεραπείας αφασίας. Ενώ μόλις το 22,86% έχει ολοκληρώσει ανιχνευτικές εξετάσεις, αξιολόγηση ή θεραπεία με δίγλωσσους ασθενείς με αφασία που σημαίνει ότι είναι μικρό το ποσοστό των δίγλωσσων ασθενών με αφασία στην Ελλάδα .

Στην ερώτηση σχετικά με το ποιες διαταραχές ενδέχεται να συνυπάρχουν με την αφασία, το 8,57% απάντησε η Δυσarthρία, το 5,71% απάντησε η Απραξία, επίσης το 5,71% απάντησε η Αγνωσία, το 2,86% απάντησε οι Διαταραχές μνήμης και το υπόλοιπο 77,14% απάντησε όλα τα παραπάνω. Το 77,14% των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως ένα άτομο με διαταραχές επικοινωνίας ή αφασία μπορεί να έχει καλή ή ικανοποιητικού βαθμού ποιότητα ζωής το οποίο σημαίνει ότι η θεραπευτική παρέμβαση βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα στην Ελλάδα .

Επίσης, μόλις το 37,04% έχει χρησιμοποιήσει κάποιο ανιχνευτικό εργαλείο στην αφασία. Θεωρώντας πως οι τομείς που πρέπει να ελέγχονται με ένα ανιχνευτικό εργαλείο στην αφασία είναι τόσο ο αυθόρμητος λόγος όσο και η ακουστική κατανόηση καθώς και η κατονομασία (με ποσοστό 100%), η γραπτή κατανόηση (με ποσοστό 88,89%), η επανάληψη (με ποσοστό 96,30%), η ανάγνωση (με ποσοστό 92,59%), καθώς και η γραφή (με ποσοστό 92,59%). Ακόμη, το 92,59% χρησιμοποιεί την επανάληψη λέξεων κατά την χρήση ανιχνευτικού αφασίας. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ήταν ομόφωνες, συνεπώς, θα πρέπει να ελέγχονται όλοι τομείς που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Στην ερώτηση τι θεωρείτε ότι θα οδηγήσει έναν κλινικό να χρησιμοποιήσει αξιολογητικό υλικό μετά τη χρήση ανιχνευτικού εργαλείου σε έναν ασθενή με διαταραχές επικοινωνίας και λόγου, το 7,41% απάντησε η ελλιπή ικανότητα επανάληψης συλλαβών, το 14,81% απάντησε η ελλιπή ικανότητα επανάληψης λέξεων, το 7,41% απάντησε η ελλιπή ικανότητα επανάληψης προτάσεων, το 29,63% απάντησε η ελλιπή ικανότητα ακουστικής αντίληψης – κατανόησης, το 25,93% απάντησε η μη ρέουσα ομιλία, το 22,22% απάντησε η ελλιπή ικανότητα κατανόησης κειμένου, επίσης το 22,22% απάντησε η ελλιπή ικανότητα κατονομασίας, το 70,37% απάντησε όλα τα παραπάνω και τέλος, το 3,70% απάντησε κανένα από τα παραπάνω.

Από τις παραπάνω απαντήσεις συμπεραίνουμε ότι οι ερωτηθέντες λαμβάνουν υπ' όψιν τους όλες τις παραμέτρους που επηρεάζουν την επικοινωνία του ασθενή με αφασία για τη χρήση αξιολογητικού υλικού μετά από ανιχνευτικό τεστ.

Επιπρόσθετα, το 55,56% του δείγματος σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας χρησιμοποιεί ασπρόμαυρες εικόνες και το υπόλοιπο 44,44% έγχρωμες. Καθώς επίσης, σε ένα αξιολογητικό τεστ αφασίας το 55,56% του δείγματος σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας χρησιμοποιεί ασπρόμαυρες εικόνες και το υπόλοιπο 44,44% έγχρωμες. Σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει ομοφωνία στις γνώμες καθώς υπάρχει μία μικρή απόκλιση 10% παραπάνω που υποστηρίζει ότι πρέπει να χρησιμοποιούνται ασπρόμαυρες εικόνες.

Στο ερώτημα αν θα έπρεπε να ορίσουν ένα κατώφλι «σωστές αποκρίσεις/συνόλου ερωτήσεων» στις δραστηριότητες του ανιχνευτικού τεστ που χρησιμοποιούν/θα χρησιμοποιούσαν, ποιο θα ήταν αυτό για να διαμορφώσουν την κλινική τους απόφαση, το 11,11% του δείγματος απάντησε 5/10, το 70,37% απάντησε 8/10, το 14,81% απάντησε 9/10 και τέλος, το υπόλοιπο 3,7% απάντησε κάτι άλλο. Οπότε από τις απαντήσεις που δόθηκαν συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό υποστηρίζει ότι το κατώφλι των σωστών αποκρίσεων πρέπει να είναι 8/10.

Όσον αφορά την ερώτηση τι θεωρείτε επαρκές δείγμα γλωσσικής παραγωγής σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας, το 37,04% απάντησε η περιγραφή εικόνας, το 7,41% απάντησε η επαναδιήγηση ιστορίας, το 62,96% και τα δυο παραπάνω και τέλος, το υπόλοιπο 3,7% απάντησε κάτι άλλο. Συνεπώς, τόσο η περιγραφή εικόνας, όσο και η επαναδιήγηση ιστορίας θεωρούνται επαρκή δείγματα γλωσσικής παραγωγής κατά την ανίχνευση της αφασίας.

Στην ερώτηση ποιο δείγμα γλωσσικής παραγωγής από τα κάτωθι θεωρείτε επαρκές σε ένα διαγνωστικό τεστ αφασίας το 25,93% απάντησε η περιγραφή εικόνας, το 3,7% απάντησε η επαναδιήγηση ιστορίας, το 66,67% και τα δυο παραπάνω και τέλος, το υπόλοιπο 3,7% απάντησε κάτι άλλο. Επίσης, η περιγραφή εικόνας και η επαναδιήγηση ιστορίας θεωρούνται εξίσου σημαντικά σε ένα διαγνωστικό τεστ αφασίας,

Συνεπακόλουθα, το 88,89% χρησιμοποιεί τεστ γνωστικών λειτουργιών πριν την ανίχνευση αφασίας. Ενώ το 74,07% εάν δεν χρησιμοποιεί ανιχνευτικό τεστ αφασίας, και πριν την εκτενή αξιολόγηση επικοινωνίας και λόγου, χρησιμοποιεί τεστ γνωστικών λειτουργιών.

Στην ερώτηση ποιος πρέπει να ολοκληρώνει την ανίχνευση αφασικών συμπτωμάτων, το 34,78% απάντησε ο Ιατρός, και το υπόλοιπο 73,91% απάντησε ο Λογοθεραπευτής.

Στην ερώτηση τι χρησιμοποιείται με μεγαλύτερη συχνότητα στην Ελλάδα, το 47,83% απάντησε το ανιχνευτικό διαταραχών λόγου και επικοινωνίας και το υπόλοιπο 52,17% απάντησε το αξιολογητικό εργαλείο διαταραχών λόγου και επικοινωνίας άρα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι στην Ελλάδα δεν έχουμε εύκολη πρόσβαση σε ανιχνευτικά εργαλεία στην αφασία.

Όσον αναφορά τον σημαντικότερο σκοπό αξιολόγησης της αφασίας, το 21,74% απάντησε η πρόγνωση, το 13,04% απάντησε η διάγνωση, το 4,35% απάντησε η καταγραφή αποτελεσμάτων, και τέλος το υπόλοιπο 60,87% απάντησε ο σχεδιασμός παρέμβασης. Ακόμη, το 73,91% του δείγματος δεν θεωρεί το ίδιο αποτελεσματική την εξέταση της αφασίας σε δημόσιο και σε ιδιωτικό πλαίσιο στην Ελλάδα.

Τέλος, το 91,3% θεωρεί ότι ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και στην αποκατάσταση της αφασίας είναι διακριτός ανάμεσα στα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, συνεπώς καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο λογοθεραπευτής διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να χορηγήσει ανιχνευτικό και αξιολογητικό τεστ σε ασθενείς με αφασία στην Ελλάδα. Επιπλέον, είναι σε θέση να σχεδιάσει και να εφαρμόσει ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα θεραπείας ώστε να βοηθήσει τον ασθενή να είναι πιο λειτουργικός στην καθημερινότητα του.

Σε σχέση με άλλες χώρες, οι Έλληνες λογοθεραπευτές χρησιμοποιούν τα ανιχνευτικά τεστ αφασίας επιτρέποντας την τακτική και αποτελεσματική αξιοποίηση τους στην αξιολόγηση καθώς και στην λήψη αποφάσεων της αντιμετώπισης της αφασίας. Αναμφισβήτητα, τα ανιχνευτικά τεστ αφασίας έχουν σημαντική συμβολή, αλλά οι δεξιότητες και οι γνώσεις τους δεν αναγνωρίζονται πλήρως ούτε χρησιμοποιούνται. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υπογραμμίζουν μια σημαντική ανάγκη να αυξηθεί το προφίλ των δεξιοτήτων και της εμπειρογνωμοσύνης των ανιχνευτικών τεστ τόσο στους λογοθεραπευτές όσο και στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.

Με σκοπό την πλήρη αξιοποίηση των ανιχνευτικών τεστ, οι οργανισμοί οι οποίοι εμπλέκονται στην υποστήριξη επαγγελματιών υγείας πρέπει να ευαισθητοποιηθούν καθώς είναι απαραίτητα εργαλεία για τη σύντομη αξιολόγηση των ασθενών ειδικά εκείνων που βρίσκονται στην οξεία φάση μετά από κάποια εγκεφαλική βλάβη και δεν είναι σε θέση να δώσουν πληροφορίες στον κλινικό μέσα από χρονοβόρες αξιολογήσεις. Συνεπώς, μία εκστρατεία εκκίνησης σχετικά με το ρόλο των ανιχνευτικών τεστ στην λήψη αποφάσεων για τους επαγγελματίες υγείας θα ενίσχυε τη διαπανεπιστημιακή εκτίμηση.

Η εκπαίδευση στα ανιχνευτικά τεστ σχετικά με τη λήψη αποφάσεων και την αξιολόγηση της ικανότητας θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του προγράμματος σπουδών, γεγονός που θα οδηγούσε σε καλύτερα προετοιμασμένους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, η τακτική και επικαιροποιημένη εκπαίδευση στα ανιχνευτικά τεστ θα αυξήσει την εμπιστοσύνη τους στην πραγματοποίηση αυτών των αξιολογήσεων και οι δεξιότητες και η εμπειρογνωμοσύνη τους θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την εκπαίδευση άλλων μελών της ομάδας φροντίδας.

Τα ανιχνευτικά τεστ αφασίας χρησιμοποιούν μια σειρά τεχνικών αξιολόγησης και θεραπείας, αλλά δεν είναι σαφές γιατί δεν χρησιμοποιείται το πλήρες φάσμα των πόρων. Απαιτείται μια πιο εμπειριστατωμένη εξέταση της πρακτικής των ανιχνευτικών τεστ για την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων στοιχείων με σκοπό την κλινική λήψη αποφάσεων.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **A. Ελληνική**

Καμπανάρου Μ., (2007). *Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας*, Εκδόσεις: Έλλην, Αθήνα.

Καμπανάρου Μ., (2008). *Προβλήματα λόγου και ομιλίας*, Εκδόσεις: Έλλην, Αθήνα, σελ.: 92 - 125, 132 - 140, 141, 153, 163.

Μεντελόπουλος Γ., (2003). *Αφασίες, αγνωσίες, απραξίες και η σχέση με την μνήμη*, Θεσσαλονίκη.

Μπουζιάνη Χ., Δερμιτζάκης Ε., Μαλεγιαννάκη Α., & Τσίπτισιος Ι., (2008). Διαταραχές του λόγου: Τα είδη των αφασιών. Μία νευρολογική και νευropsychολογική προσέγγιση, *Νευρολογία*, (17): 257 – 267.

Νικολόπουλος Δ., (2008). *Γλωσσική Ανάπτυξη και Διαταραχές*, Εκδόσεις: Τόπος, Αθήνα.

Παπαθανασίου Η., (2008). Ψυχομετρικά δεδομένα της Διαγνωστικής Δοκιμασίας της Βοστώνης για την Αφασία σε υγιή πληθυσμό ενηλίκων: Ο ρόλος της ηλικίας και του φύλου, *Ψυχολογία*, 15(4): 396 – 410.

### **B. Ξενόγλωσση - Μεταφρασμένη**

Albyn D., (2011). *Αφασιολογία: Διαταραχές και Κλινική Πρακτική*, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Νάσιος Γ., Εκδόσεις: Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ.: 75, 76, 78, 79.

Anderson N., & Shames G., (2013). *Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας*, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης, Εκδόσεις: Τρίμηης Ν.,: Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.

Code C., & Patherman B., (2011). Delivering for aphasia, *International Journal of Speech-Pathology*, 13(1): 3 - 10.

David R., (1990). Aphasia assessment: the acid tests, *Aphasiology*, (4): 103 - 107.

Davis A., (2011). *Αφασιολογία διαταραχές και κλινική πρακτική*, Ελληνική επιμέλεια: Γρηγόριος Νάσιος. Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Goodglass H., (2013). *Η Αξιολόγηση της Αφασίας και των Συναφών Διαταραχών Προσαρμογή και Στάθμιση της Συνοπτικής Μορφής της Διαγνωστικής Εξέτασης της Βοστώνης για την Αφασία στα Ελληνικά*, Εκδόσεις: Gotsis, Πάτρα.

Grossman M. (2010). Primary progressive aphasia: clinicopathological correlations, *Nature Reviews Neurology*, 6(2): 88 - 97.

Hanane El Hachoui, Evy G. Vish- Brink, Lonneke M. L. de Laul, Mieke W. M. E. van de Sandt- Koenderman, Femke Nouwens, Peter J Koudstaal, Diederik W. J. Dippel, (2016). Screening Tests for Aphasia in patients with stroke : A systematic review

Hanne S., Sekerina I.A., Vasishth S., Burchert F., & De Bleser R., (2011). Chance in agrammatic sentence comprehension: What does it really mean? Evidence from eye movements of German agrammatic aphasic patients, *Aphasiology*, 25(2): 221 - 244.

Harold G., Edith K. & Barbara B., (2013). *Η Αξιολόγηση της Αφασίας και των Συναφών Διαταραχών*, Ελληνική Επιμέλεια: Μεσσήνης Λ., Παναγέα Ε., Παπαθανασόπουλος Π., & Καστελλάκης Α., Εκδόσεις: Gotsis, Αθήνα.

Hogrefe K., Ziegler W., Weidinger N., & Goldenberg G., (2012). Non-verbal communication in severe aphasia: Influence of aphasia, apraxia, or semantic processing? *Cortex*, 48(8): 952 - 962.

Johnstone B., & Stonnington H.H., (2006). *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών*, Εκδόσεις: Φιλομάθεια, Αθήνα.

Jordan L., & Kaiser W., (2013). *Aphasia: A social approach*, Springer.

Kohn S.E., (2013). *Conduction aphasia*, Psychology Press.

Nickels L., (2014). *Spoken word production and its breakdown in aphasia*, Psychology Press.

Noma B.A., & George H.S., (2013). *Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας*, Ελληνική επιμέλεια: Τρίμμης Ν., & Ζιάβρα Α., Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.



Ogar J.M., Baldo J.V., Wilson S.M., Brambati S.M., Miller B.L., Dronkers N.F., & Gorno-Tempini M.L., (2011). Semantic dementia and persisting Wernicke's aphasia: linguistic and anatomical profiles, *Brain and language*, 117(1): 28 - 33.

Papathanasiou I., Coppens P., & Potagas C., (2016). *Aphasia and related neurogenic communication disorders*, Jones & Bartlett Publishers.

Paradis M., & Libben G., (2014). *The assessment of bilingual aphasia*, Psychology Press.

Peristeri E., & Tsapkini K., (2011). A comparison of the BAT and BDAE-SF batteries in determining the linguistic ability in Greek-speaking patients with Broca's aphasia, *Clinical Linguistics & Phonetics*, 25 (6 - 7): 464 - 479.

Robson H., Sage K., & Ralph M.A.L., (2012). Wernicke's aphasia reflects a combination of acoustic-phonological and semantic control deficits: a case-series comparison of Wernicke's aphasia, semantic dementia and semantic aphasia, *Neuropsychologia*, 50(2): 266 - 275.

Simmons-Mackie N., Raymer A., Armstrong E., Holland A., & Cherney L.R., (2010). Communication partner training in aphasia: a systematic review, *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(12): 1814 - 1837.

Tsapkini K., Vlahou C.H., & Potagas C., (2010). Adaptation and validation of standardized aphasia tests in different languages: Lessons from the Boston Diagnostic Aphasia Examination – Short Form in Greek, *Behavioural neurology*, 22(3 - 4): 111 - 119.

Whurr R., (2002). *Aphasia Screening Test – manual*, England: Whurr Publishers.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ

#### Η επάρκεια του εξεταστή

Για την διεξαγωγή χρήσης του πρωτοκόλλου απαιτείται ο εξεταστής να πληρεί κάποιες προϋποθέσεις. Αρχικός παράγοντας των δεξιοτήτων αποτελεί η εμπειρία του εξεταστή στην αξιολόγηση ατόμων με νευρογενείς διαταραχές επικοινωνίας και συγκεκριμένα, με αφασία. Επιπλέον, πρέπει να είναι επαγγελματίας – ειδικός, με γνώση των διαταραχών αυτών. Ακόμη, απαραίτητη είναι η εξοικείωση με την γλώσσα το πολιτιστικό - κοινωνικό πλαίσιο και την ηλικία του εξεταζομένου. Τέλος, τα ερεθίσματα και οι οδηγίες προς τον εξεταζόμενο θα πρέπει να δίνονται με καθαρή ομιλία και με σαφήνεια.

#### Περιβάλλον Εξέτασης

Η επιτυχία και σωστή διεξαγωγή της δοκιμασίας εξαρτάται και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο εκτυλίσσεται τόσο για την βελτίωση της απόδοσης του ασθενή όσο για την διατήρηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του τεστ. Έτσι, ο χώρος θα πρέπει να είναι ήσυχος και απομονωμένος, χωρίς εξωτερικούς περισπασμούς και ενοχλήσεις, ενισχύοντας την ομαλή διεξαγωγή. Ο φωτισμός θα πρέπει να είναι καλός, με ίση κατανομή. Η επίπλωση και η διακόσμηση του δωματίου θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν απλή, ώστε να μην διασπάται η προσοχή του εξεταζομένου. Απαιτείται η ύπαρξη ενός τραπεζιού ή άλλης ανάλογης, σταθερής επιφάνειας απαλλαγμένης από κάθε άσχετο αντικείμενο. Στην εμφάνιση του ο εξεταστής θα πρέπει να αποφεύγει το κάθε τι εκκεντρικό για την αποτροπή διάσπασης της προσοχής του εξεταζόμενου και για την εύκολη προσαρμογή του με τον εξεταζόμενο. Επιπλέον, Ο εξεταζόμενος κατά την διάρκεια της εξέτασης θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση, αλλά και εξοπλισμένος με οποιαδήποτε βοηθητική συσκευή, εφόσον χρησιμοποιεί, όπως: γυαλιά, ακουστικά βοηθήματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες. Ο εξεταστής πρέπει να κάθεται στην απέναντι από τον εξεταζόμενο θέση. Αν όμως, ο τελευταίος παρουσιάζει διαταραχές του οπτικού πεδίου, ο εξεταστής θα καθίσει δίπλα του στην ανεπηρέαστη πλευρά. Τέλος, η ηχογράφηση θα πρέπει να γίνεται εν γνώση και κατόπιν εγκρίσεως του εξεταζόμενου.

### Σχέση εξεταστή – εξεταζόμενου

Η σχέση μεταξύ εξεταστή και εξεταζόμενου θα πρέπει να είναι μία σχέση συνεργασίας. Ο εξεταστής οφείλει να σέβεται τις ανάγκες και την προσωπικότητα του εξεταζόμενου. Για την σωστή επίτευξη του τεστ πριν από την έναρξη της χορήγησης θα πρέπει να προσφέρεται χρόνος για την γνωριμία και την δόμηση καλής σχέσης και επικοινωνίας. Επιτακτική ανάγκη για τον εξεταστή είναι να λαμβάνει υπόψη την ψυχολογική διάθεση του εξεταζόμενου κατά την έναρξη και κατά την διάρκεια διεξαγωγής του τεστ και αν χρειαστεί να τον ενθαρρύνει.

### Επαναλήψεις

Οι επαναλήψεις των οδηγιών μπορεί να γίνουν αποδεκτές, όταν δεν υπάρχει ανταπόκριση από τον εξεταζόμενο στις δοκιμασίες. Αν γίνει επανάληψη μιας οδηγίας θα πρέπει να σημειώνεται. Αν δεν υπάρχει καμία ανταπόκριση από τον ασθενή ακόμη και μετά την επανάληψη της οδηγίας, τότε θα πρέπει επίσης να σημειώνεται.

### Υλικά δοκιμασίας

Τα υλικά που θα χρειαστούν για τις δοκιμασίες είναι: Ένα φυλλάδιο συγκέντρωσης των δεδομένων για την αξιολόγηση, τα οπτικά ερεθίσματα, τα αντικείμενα της εξέτασης και προαιρετικά χρονόμετρο και δημοσιογραφικό κασετόφωνο. Ορατά στο εξεταζόμενο θα πρέπει να γίνονται μόνον τα αντικείμενα και αυτά και μόνον εφόσον ζητηθούν για την εκτέλεση της δοκιμασίας. Τα αντικείμενα εξέτασης θα πρέπει να είναι πραγματικά και αντιπροσωπευτικά.

### Φόρμα δοκιμασιών

Στο φύλλο/φόρμα των δοκιμασιών και της καταγραφής των δεδομένων πρώτα, συμπληρώνονται οι γενικές πληροφορίες / τα δημογραφικά στοιχεία του εξεταζόμενου, το όνομα, η διεύθυνση, το τηλέφωνο, η ημερομηνία γέννησης, η φυλή, η υπηκοότητα και τα όνομα συζύγου / φροντιστών του εξεταζόμενου. Έπειτα, συμπληρώνονται τα κενά για τις πληροφορίες στο ιατρικό ιστορικό, στο ιστορικό της

χρήσης της γλώσσας και της επικοινωνίας και στο κοινωνικό/ επικοινωνιακό ιστορικό του εξεταζομένου.

*Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας!*