



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ: “ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΥΛΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΦΑΣΙΑΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΟΥΤΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ, ΑΜ: 12277

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΤΑΦΙΑΔΗΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2013

## **Ευχαριστίες:**

Στον Καθηγητή μου, κύριο Διονύσιο Ταφιάδη, για την επιστημονική του καθοδήγηση, την παροχή των γνώσεων του και την άψογη συνεργασία που μου προσέφερε.

Στα μέλη της εξεταστικής επιτροπής αυτής της εργασίας, εκ των προτέρων, για τις χρήσιμες επισημάνσεις/παρατηρήσεις τους.

Γενικότερα, σε όλους τους καθηγητές του τμήματος, για την προσφορά τους στην εκπαίδευση μας ως λογοθεραπευτές.

Στις κυρίες της βιβλιοθήκης του ΤΕΙ που παρέχουν με προθυμία τις υπηρεσίες τους στους φοιτητές.

Στο πλαίσιο πρακτικής μου άσκησης, την κλινική αποκατάστασης “ευεξία”. Ιδιαίτερα, στους επόπτες μου, τον κύριο Διομήδη Ψωμόπουλο και την κυρία Παρασκευή Χριστίδου. Χωρίς αυτούς η επαφή μου με τους αφασικούς ασθενείς θα έμενε σε θεωρητικό επίπεδο.

Τέλος, ευχαριστώ τους φίλους μου και την οικογένεια μου για την κατανόηση και την βοήθεια τους.

## Πίνακας περιεχομένων:

Περίληψη.....	5
Λέξεις κλειδιά .....	5
<b>Μέρος 1ο. Εισαγωγή στην αφασία .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Εισαγωγή .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Ορισμός της αφασίας .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Πιθανά αίτια της αφασίας .....</b>	<b>9</b>
○ Συνοπτική αναφορά των αιτιών της αφασίας .....	9
○ Εγκεφαλικό, ή Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (Α.Ε.Ε) .....	10
○ Όγκοι, νεοπλασία .....	12
○ Εκφυλιστικές νευρολογικές παθήσεις .....	13
○ Κρανιακές Εγκεφαλικές Κακώσεις (Κ.Ε.Κ) .....	13
○ Λοιμώξεις .....	14
○ Εγκεφαλίτιδα απλού έρπη και HSV- 1 .....	15
<b>1.4 Η κλινική εικόνα της αφασίας .....</b>	<b>15</b>
○ Αφασία Broca .....	16
○ Αφημία .....	19
○ Αφασία Wernicke .....	20
○ Σφαιρική αφασία .....	22
○ Αφασία αγωγής .....	25
○ Κατονομαστική αφασία .....	27
○ Μικτή δαφλουική αφασία .....	28
○ Διαφλουιώδης κινητική αφασία .....	29

○ Διαφλοιώδης αισθητηριακή αφασία .....	31
○ Σύνδρομο γλωσσικού διαχωρισμού .....	32
▪ Αμιγής λεκτική κώφωση .....	32
▪ Αμιγής λεκτική τύφλωση .....	32
▪ Αμιγής λεκτική βωβότητα: .....	32
▪ Αγραφία .....	32
▪ Θαλαμικές και ραυδωτοκαλκικές .....	33
○ Αγραμματισμός .....	33
○ Άλλα ελλείμματα στην αφασία .....	34
<b>Μέρος 2ο 2.1 Αναφορά στην βιβλιογραφία - Μεθοδολογία .....</b>	<b>35</b>
<b>2.2 Επιλεγμένα εργαλεία διάγνωσης – σύντομη παρουσίαση .....</b>	<b>38</b>
• Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) – 2001.....	38
• Western Aphasia Battery (WAB) – 2006.....	40
• Aphasia Screening Test (AST)- 2002 .....	43
• Psycholinguists Assessments of Language Processing in aphasia – 1992 ....	44
<b>2.3 Σχεδιαγραμματικά οι επιλεγόμενες δοκιμασίες .....</b>	<b>46</b>
<b>2.4 Αιτιολόγηση επιλεγόμενων δοκιμασιών .....</b>	<b>47</b>
<b>2.5 Συμπεράσματα για την αξιολόγηση .....</b>	<b>50</b>
<b>2.6 Συμπεράσματα .....</b>	<b>54</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>55</b>
<b>Μέρος 3ο (παράρτημα) .....</b>	<b>60</b>

## **Περίληψη:**

Η αφασία είναι μία διαταραχή επικοινωνίας προερχόμενη από εστιακή εγκεφαλική βλάβη. Η παρούσα εργασία εστιάζει στην διάγνωση της αφασίας. Διερευνά και στοχεύει στην συγκρότηση διαγνωστικού υλικού για την αφασία. Για την επίτευξη αυτή, πραγματοποιείται η απαραίτητη βιβλιογραφική αναδίφηση στα διαγνωστικά εργαλεία που ήδη υπάρχουν στην αγγλόφωνη βιβλιογραφία. Μέσα στην πληθώρα των τεστ για την αφασία παρατηρούνται από τη μία οι μεταξύ τους διαφοροποιήσεις και από την άλλη οι διαφορετικές απόψεις των ερευνητών, σχετικά με την χρησιμότητα και την αποτελεσματικότητά τους. Έπειτα από τη μελέτη τεσσάρων τεστ επιλέγονται ορισμένες από τις δοκιμασίες τους ως “πρώτη ύλη” για την δημιουργία του υπό – κατασκευή “υλικού”. Οι συλλεγόμενες δοκιμασίες είναι αυτές που θεωρούνται κατάλληλες και που εξυπηρετούν τους ανιχνευτικούς σκοπούς του τελικού πρωτοκόλλου.

## **Λέξεις Κλειδιά:**

Αφασία, Πρωτόκολλο Αξιολόγησης, Αξιολόγηση, Δοκιμασίες

## **Μέρος 1ο: Εισαγωγή στην αφασία**

### **1.1 Εισαγωγή**

Η εργασία αυτή αποτελεί μια μελέτη “πάνω” στο επιστημονικό πεδίο της Λογοθεραπείας, ειδικότερα, στις νευρολογικές διαταραχές επικοινωνίας και ακόμη πιο συγκεκριμένα αφορά την αφασία και την αξιολόγηση της. Το θέμα που τίθεται είναι η δημιουργία υλικού για την διάγνωση της αφασίας. Το συγκεκριμένο θέμα επιλέχθηκε, γιατί από λογοθεραπευτικής πλευράς χρήζει μείζονος σημασίας η όσο το δυνατόν πιο τελειοποιημένη διάγνωση των ανθρώπων με αφασία, για τον όσο το δυνατό πιο κατάλληλο σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης και κατά συνέπεια της βελτίωσης της επικοινωνίας και της ποιότητας ζωής του ασθενή. Η δημιουργία μιας “τέλειας” κλίμακας θα βρίσκεται πάντοτε υπό εξέλιξη, εφόσον και ο εγκέφαλός μας επιφυλάσσει ακόμη πολλά μυστήρια και ανακαλύψεις, ωστόσο η διερεύνηση των ελλειμμάτων του ασθενή θα αποτελεί πάντοτε ένα σημαντικό βήμα. Στην ελληνική βιβλιογραφία απουσιάζουν σε μεγάλο βαθμό αυτές οι κλίμακες σημαντικές για την έρευνα και την κάλυψη των αναγκών υγείας. Συνεπώς, είναι σημαντική η δημιουργία ενός πρωτοκόλλου αξιολόγησης, τόσο από πρακτικής πλευράς ως εργαλείο διάγνωσης της αφασίας, όσο και από πλευράς έρευνας. Πρακτικά, το θέμα ενδιαφέρει τους επαγγελματίες υγείας, τους ερευνητές/ επιστήμονες των νευρογενών διαταραχών, τους φοιτητές των επαγγελματιών υγείας και φυσικά όποιον τον ενδιαφέρει ο εγκέφαλος. Αρχικά, στο πρώτο μέρος της εργασίας, γίνεται μία θεωρητική προσέγγιση της αφασίας βασισμένη στην σύγχρονη βιβλιογραφία. Παρουσιάζεται ο ορισμός της αφασίας, τα πιθανά της αίτια και τέλος η κλινική της εικόνα. Έπειτα, ακολουθεί το δεύτερο μέρος, όπου ο αναγνώστης παρακολουθεί την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε. Σε αυτό το μέρος πραγματοποιείται μια σύντομη προσπέλαση της βιβλιογραφίας και μία εστίαση στις πηγές (τεστ) που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα μας.

Παρακολουθώντας τες από κριτική σκοπιά πραγματοποιείται η σύντομη παρουσίαση τους. Στο τέλος του 2ου μέρους παρουσιάζεται το αποτέλεσμα της αναζήτησης που προηγήθηκε, οι δοκιμασίες και η συνοπτική αιτιολόγηση τους, καθώς, και τα τελικά συμπεράσματα της εργασίας. Στο τρίτο μέρος περιλαμβάνεται ως παράρτημα το πρωτόκολλο της δημιουργίας του υλικού για την διάγνωση της αφασίας.

## 1.2 Ο ορισμός της αφασίας

Ο όρος “αφασία” προέρχεται από αρχαία ελληνική λέξη: από το “α” το στερητικό που σημαίνει άρνηση, απουσία και το “φάσις” (ρ. φημί) που σημαίνει λόγος. Τον εισήγαγε για πρώτη φορά ο Γάλλος γιατρός Trousseau (Τσβετκοβα, 2007 :66).

Κατά γενική παραδοχή, η αφασία δεν αποτελεί διαταραχή κινητικότητας του λόγου (πχ: δυσαρθρία), ενώ είναι αποτέλεσμα βλάβης στο επικρατητικό ημισφαίριο.

Σύμφωνα με τον (Harley, 2001), “ ο όρος “αφασία” αναφέρεται σε οποιαδήποτε γλωσσική διαταραχή, η οποία εμφανίζεται ως αποτέλεσμα εγκεφαλικής βλάβης.” Προσθέτοντας πως “η αφασία μπορεί να εμπλακεί κάποια/ κάποιες ή και όλες τις γλωσσικές τροπικότητες (modalitiw), δηλαδή την παραγωγή και την κατανόηση προφορικού και γραπτού λόγο” (Φυνδάνης, 2011). Σε αυτό τον ορισμό δίνεται έμφαση στο αποτέλεσμα, που είναι η γλωσσική διαταραχή, ανεξαρτήτου της συμπτωματολογίας και εστίασης της βλάβης.

Για τον O Brookshire (1983) “αφασία ορίζεται η διαταραχή της ικανότητας του ασθενούς να επεξεργάζεται σύμβολα (κώδικες) τόσο σε εκφραστικό όσο και σε αντιληπτικό επίπεδο” (Ρ. Πήτα, 1998:135). Επίσης, σύμφωνα με τον ίδιο (1993) “είναι μια επίκτητη διαταραχή της επικοινωνίας που προκαλείται από εγκεφαλική βλάβη και χαρακτηρίζεται από μείωση των γλωσσικών λειτουργιών: του

*προφορικού λόγου, της ακουστικής αντίληψης, της ανάγνωσης και της γραφής” (Βιρβιδάκη, 2010:2).*

*Από την σκοπιά της γλωσσολογικής επεξεργασίας “ο όρος “αφασία” δηλώνει: μια διαταραχή στην επεξεργασία της γλώσσας που προκαλείται από δυσλειτουργία σε συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές.” (Mesulam, 2011: 303) και εξηγεί: “η αφασία συνιστά μια διακοπή στην αμφίδρομη επεξεργασία μετάφρασης, που καθιστά δυνατή την επικοινωνία ανάμεσα στη γλώσσα και στις σκέψεις. Οι ασθενείς με αφασία δεν είναι ικανοί να μεταφράσουν, με λογική ακρίβεια, τις μη λεκτικές εικόνες, που συνιστούν τη σκέψη, σε σύμβολα και γραμματικές σχέσεις, που συνιστούν τη γλώσσα.”*

Για τον Davis, η αφασία είναι βλάβη του συστήματος της γλωσσικής επεξεργασίας «*Η αφασία είναι μια επιλεκτική βλάβη του γνωστικού συστήματος που ειδικεύεται στην κατανόηση και το σχηματισμό της γλώσσας αφήνοντας τις άλλες ικανότητες σχετικά άθικτες» (Davis, 2011:37).* Στον πρωτότυπο ορισμό του, ο Davis φαίνεται να εντάσσει τις λειτουργίες της γλώσσας στο γενικότερο φάσμα της γνώσης. Ενώ, δεν γίνεται καμία αναφορά στην αιτιολογία της αφασίας. Η βλάβη στον εγκέφαλο που οδηγεί στην αφασία αποδιοργανώνει το γνωστικό υποσύστημα γλώσσα, αλλά δεν αποδιοργανώνει απαραίτητα άλλα γνωστικά υποσυστήματα, παραδείγματος χάριν, ανάγνωση, κατανόηση, μνήμη, σκέψη (Ταφιάδης, 2009: 76).

Ένας όρος που σχετίζεται με την αφασία είναι:

**Η ασυμβολία:** Όρος που εισήχθη από τον Finkelnburg (1870) και περιγράφει τη διαταραχή της ικανότητας κατανόησης των καθιερωμένων και κοινή συναινέσει χρησιμοποιούμενων συμβόλων και τη δυσκολία έκφρασης μέσω αυτών ( P. Πήτα, 1998:135).



### 1.3 Πιθανά αίτια της αφασίας

Η αφασία επέρχεται έπειτα από βλάβη σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου, συνήθως και όχι πάντοτε, σε περιοχές του φλοιού των εγκεφαλικών ημισφαιρίων (Kandel, 2003:670). Καθώς, όμως, η αφασία είναι ένα σύμπτωμα και όχι ασθένεια μπορεί να εμφανιστεί σε ποικίλους τύπους τραυματισμών και παθολογιών του εγκεφάλου (Kirshner: 2012), ανάλογα, με τις εμπλεκόμενες περιοχές των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, που είναι υπεύθυνες για τη επεξεργασία της γλώσσας (Mesulam, 2011). Πιο συχνά προκαλούνται από ένα εγκεφαλικό ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε). Άλλες αιτίες περιλαμβάνουν τις Κρανιακές Εγκεφαλικές Κακώσεις (Κ.Ε.Κ), όγκους-νεοπλασμάτα, φλεγμονές και τοξίνες (Hegde, 1996).

#### **Συνοπτική αναφορά των αιτιών της αφασίας σύμφωνα με τον Hegde, (2001: 18):**

1. *Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ)* που είναι είτε:

- *Ισχαιμικά:* η μείωση ή η διακοπή παροχής αίματος λόγω θρόμβωσης που συχνά συνδέεται με αθηροσκλήρωση ή εμβολισμό
- *Αιμορραγικά:* ρήξη εγκεφαλικών αιμοφόρων αγγείων που προκαλεί εγκεφαλική αιμορραγία

2. *Κ.Ε.Κ* κατά τις οποίες μπορεί να υπάρχει:

- *Διεισδυτική (ανοιχτή) βλάβη:* το κρανίο έχει υποστεί κάταγμα ή πληγώνεται και σχίζονται μήνιγγες
- *Μη διεισδυτική (κλειστή) βλάβη:* οι μήνιγγες είναι ανέπαφες, αν και το κρανίο μπορεί να έχει υποστεί κάταγμα ή να είναι ακέραιο

3. *Όγκοι του εγκεφάλου*, που μπορεί να είναι:

- *Πρωτογενείς*: όγκοι που δημιουργούνται στον εγκέφαλο
  - *Μεταστατικοί*: όγκοι που αναπτύχθηκαν σε άλλα μέρη του σώματος, αλλά μετανάστευσαν στον εγκέφαλο
  - *Καλοήθεις*: όγκοι που δεν εξαπλώνονται
  - *Κακοήθης* : όγκοι που εξαπλώνονται
  - *Μηνιγγίωμα*: Καλοήθης, πρωτογενής όγκος, που αναπτύσσεται στον αραχνοειδή ιστό
4. *Τοξικές ουσίες* (φάρμακα, βαριά μέταλλα)
5. *Λοιμώξεις* :
- *Βακτηριακή μηνιγγίτιδα*
  - *Απόστημα του εγκεφάλου*
  - *Εγκεφαλίτιδα*
7. *Μεταβολικές διαταραχές* που επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου, όπως:
- Υπογλυκαιμία και διαταραχές του θυρεοειδούς
8. *Διατροφικές διαταραχές* που επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου όπως:
- Ανεπάρκεια θειαμίνης (σπάνια αιτία)

### **Εγκεφαλικό, ή Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (Α.Ε.Ε)**

Η πιο συχνή αιτία διακοπής της ροής του αίματος είναι το *εγκεφαλικό, ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε)* γνωστό, επίσης, ως εγκεφαλικό. Το εγκεφαλικό, αν και μειώνεται σε συχνότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες, είναι η τρίτη αιτία που οδηγεί στον θάνατο άτομα μεγαλύτερα των 55 ετών. Προσεγγιστικά, 700.000 εγκεφαλικά συμβαίνουν κάθε χρόνο σύμφωνα με την Αμερικανική

Καρδιακή Ένωση. Το Α.Ε.Ε μπορεί να προέλθει από δύο μηχανισμούς που μπορούν να διαταράξουν τον μεταβολισμό (την τροφοδοσία του εγκεφάλου με αίμα). Ο ένας είναι το *ισχαιμικό εγκεφαλικό ή ισχαιμία* και ο άλλος το *αιμορραγικό εγκεφαλικό η αιμορραγία* (W. Webb, Adler. K., 2008: 235). Το ισχαιμικό εγκεφαλικό είναι πιο συνήθης από το αιμορραγικό (Davis, 2011). Οι τρεις εγκεφαλικές αρτηρίες που τροφοδοτούν τη φλοιώδη επιφάνεια του κάθε ημισφαιρίου είναι: 1) Η μέση εγκεφαλική αρτηρία (ΜΕΑ), 2) η πρόσθια εγκεφαλική αρτηρία (ΠΕΑ), και 3) η οπίσθια εγκεφαλική αρτηρία (Davis 2011:43).

Το *ισχαιμικό εγκεφαλικό* είναι η διακοπή της ροής του αίματος ή το φράξιμο των αρτηριών, που εμποδίζει το αίμα να φτάσει σε μια περιοχή του εγκεφάλου. Η πιο συνήθης αιτία για την απόφραξη είναι η *αθηροσκλήρωση*, η οποία αποτελεί την συγκέντρωση κυττάρων κατά μήκος των αρτηριακών τοιχωμάτων και τη συσσώρευση λιπαρών ουσιών μέσα στον παρακείμενο συνδετικό ιστό με επακόλουθη μείωση της ελαστικότητας του αγγείου (G. Davis, 2011:46), (W. Webb, Adler. R., 2008: 235). Παράγοντες, που μπορούν να οδηγήσουν σε ισχαιμικό εγκεφαλικό, είναι η υψηλή χοληστερόλη ή το υπερβολικό λίπος στο αίμα.

Δύο τύποι *ισχαιμικού εγκεφαλικού* εμφανίζονται με παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά, αλλά ως αποτέλεσμα διαφορετικών διαδικασιών: Τα *θρομβωτικά*, λόγω συσσώρευσης αιριθρών αιμοπεταλίων και λιπώδους πλάκας στο αγγειακό τοίχωμα στο σημείο της απόφραξης και η *εμβολή*. Ο *θρόμβος* μπορεί να φράξει μια αρτηρία σε μερικά λεπτά ή μέχρι και σε εβδομάδες (G. Davis, 2011:46). Ένα συχνό σημάδι επικείμενης θρόμβωσης είναι το *Παροδικό Ισχαιμικό Επεισόδιο (ΠΙΕ)*. Ένα *ΠΙΕ* συχνά αναφέρεται ως ένα "*μικρό εγκεφαλικό*" το οποίο είναι αποδεκτό επειδή τα συμπτώματα συχνά μιμούνται τις επιδράσεις ενός πλήρους εγκεφαλικού. Σε ένα *ΠΙΕ* η φραγή της ροής του αίματος είναι προσωρινή και τα νευρολογικά σημάδια είναι παροδικά, διαρκούν συνήθως λιγότερο από 1 ώρα και τελειώνουν μέσα σε 24 ώρες. Το *ΠΙΕ* συνήθως υποδηλώνει ότι η δημιουργία αιμοπεταλίων είναι εν εξελίξει γενικά στην έσω καρωτιδική αρτηρία (G. Davis, 2011:46), (W. Webb, R. Adler 2008: 236). Στον άλλο τύπο ισχαιμικού εγκεφαλικού, *την εμβολή*, τα

αιμοπετάλια και η λιπώδης πλάκα αποσπώνται από ένα αγγειακό τοίχωμα και κινούνται μέχρι να κολλήσουν σε μια μικρότερη εγκεφαλική αρτηρία και να την φράξουν (Davis, 2011).

Η *αιμορραγία* είναι μία σπασμένη αρτηρία που αναγκάζει το αίμα να πλημμυρίσει την επιφάνεια του εγκεφάλου ή να εισβάλλει στον εγκεφαλικό ιστό. Η συσσώρευση, που ονομάζεται *αιμάτωμα*, είναι μια τυχαίως εκτεινόμενη μάζα που εκτοπίζει και συμπιέζει τις παρακείμενες δομές. Οι αιμορραγίες ταξινομούνται ανάλογα με το σημείο που εκδηλώνονται (Davis, 2011:50), για παράδειγμα, η *υπαραχνοειδής αιμορραγία* εμφανίζεται μεταξύ της χοριοειδούς και αραχνοειδούς μήνιγγας. Το *ανεύρυσμα* είναι ένα διευρυμένο αιμοφόρο αγγείο που τεντώνει και αποδυναμώνει το αγγειακό τοίχωμα.

Οι παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωση ενός Α.Ε.Ε και κατά συνέπεια στην αφασία είναι συνυφασμένοι με την γενική κατάσταση της υγείας και τις συνήθειες του ασθενή πριν από το εγκεφαλικό. Αυτοί οι παράγοντες είναι: η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερχοληστεριναιμία, το κάπνισμα, το αλκοόλ, τα φάρμακα ή οι ουσίες (Ταφιάδης, 2009), (Νάσιος, 2011).

### **Όγκοι, νεοπλασία**

Μία λιγότερο συχνή από την προηγούμενη αιτία της αφασίας είναι οι *όγκοι ή η νεοπλασία* (Hegde, 1998: 63). Ένας *όγκος ή νεοπλασία* είναι μια ανώμαλη μάζα ιστού που προκαλείται από αυξημένο ρυθμό στην αναπαραγωγή κυττάρων. Η νεοπλασία είναι μια χωροκατακτητική αλλοίωση, που πιέζει τους παρακείμενους ιστούς και εμποδίζει την κυκλοφορία (Davis, 2011). Η ανάπτυξη ενδοκρανιακών όγκων μπορεί να προκαλέσει την καταστροφή των υγιειών ιστών και οίδημα στους γύρω ιστούς (Hegde, 1998:63). Οι *καλοήθεις όγκοι* δεν εξαπλώνονται σε άλλα σημεία του σώματος και δεν επανεμφανίζονται. Ωστόσο, στον εγκέφαλο μπορεί να μεγαλώσουν τόσο, ώστε να καταστούν επικίνδυνοι. Οι *κακοήθεις ή καρκινικοί όγκοι* εξαπλώνονται ανεξέλεγκτοι και είναι

ανθεκτικοί στη θεραπεία. Μπορεί να εξαπλωθούν και σε άλλα σημεία του σώματος, μετάσταση (Davis, 2011: 51). Ο Πρωτογενής ενδοκρανιακός όγκος δημιουργείται στον εγκέφαλο και συχνά εμφανίζεται στην ηλικιακή ομάδα των 25-50 ετών. Οι αιτίες για το σχηματισμό αυτών των όγκων συσχετίζονται με την κληρονομικότητα και με παλιές βλάβες σε αυτές τις περιοχές (Hegde, 1998:63). Ο πιο κοινός πρωτογενής όγκος του εγκεφάλου στους ενήλικες είναι το *αστροκύτωμα* 3-4 βαθμού (ή πολύμορφο γλοιοβλάστωμα ή κακοήθες γλοίωμα). Το *μηνιγγίωμα* είναι καλοήθης, πρωτογενής όγκος. Αναπτύσσεται στον αραχνοειδή ιστό που καλύπτει τον εγκέφαλο (Davis, 2011:53). Το *μηνιγγίωμα* τείνει να προκαλεί εστιακά συμπτώματα και είναι πιο αποτελεσματικό στην χειρουργική αφαίρεση (Hegde, 1998:63). Αντίθετα, οι *μεταστατικοί όγκοι* φέρουν ένα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Ο θάνατος επέρχεται συνήθως μέσα σε 2 έως 3 μήνες μετά από την διάγνωση (Hegde, 1998:63).

### **Εκφυλιστικές νευρολογικές παθήσεις**

Στην *άνοια* το γλωσσικό πρόβλημα μπορεί να υποβόσκει και μπορεί να απαιτεί εκμείευση με την βοήθεια ενός πεπειραμένου γιατρού, ενός λογοπαθολόγου ή ενός νευροψυχολόγου (Kirshner, 2012). Μια αρκετά εστιασμένη βλάβη μπορεί να προκύψει από μια *προοδευτική ασθένεια*. Εάν η αφασία είναι η μόνη ανεπάρκεια, κατά την διάρκεια μιας περιόδου 2 ετών, ο όρος "*πρωτοπαθής προοδευτική αφασία*" μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως όρος, αν και πολλοί από αυτούς τους ασθενείς αναπτύσσουν και άλλες γνωστικές ανεπάρκειες με τον καιρό, ίσως και μετά από χρόνια (Kirshner, 2012). Συνήθως, ξεκινά ως δυσκολία σε συγκεκριμένη γλωσσική λειτουργία και μετά εξαπλώνεται και σε άλλες γλωσσικές λειτουργίες (Davis, 2011:53).

### **Κρανιακές Εγκεφαλικές Κακώσεις (Κ.Ε.Κ)**

Η *Κρανιακές Εγκεφαλικές Κακώσεις (Κ.Ε.Κ)* είναι η πιο κοινή αιτία θανάτου για άτομα κάτω των

38 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες. Παραπάνω από τα μισά εγκεφαλικά τραύματα προκαλούνται από ατυχήματα με οχήματα. Οι πτώσεις είναι η επόμενη βασική αιτία. Αν το ανθρώπινο κρανίο τοποθετηθεί στο έδαφος και του τοποθετηθεί βάρος αργά, μπορεί να κρατήσει έως τρεις τόνους, ωστόσο οι βίαιες δυνάμεις μπορούν να τραυματίσουν το κρανίο με αποτέλεσμα ο εγκέφαλος να τραυματιστεί και χωρίς να βλαφτεί το κρανίο (G. Davis, 2011: 378). Οι βλάβες από τραυματισμό μπορούν να διακριθούν σε: 1) ανοιχτές – διεισδυτικές και σε 2) κλειστές – μη διεισδυτικές εγκεφαλικές βλάβες.

Το *ανοιχτό τραύμα* αναφέρεται σε ένα τραύμα που περνά μέσα από το κρανίο κατευθείαν στον εγκέφαλο. Για παράδειγμα, ένα τραύμα από πυροβολισμό στο κεφάλι είναι μια μορφή ανοικτού τραύματος της κεφαλής. Τα προκύπτοντα ελλείμματα της γλώσσας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από ποια μέρη του εγκεφάλου τραυματίστηκαν. Το *κλειστό τραύμα* αναφέρεται σε ένα ξαφνικό χτύπημα στο κεφάλι που δεν είναι διεισδυτικό. Είτε ένα αντικείμενο που κινείται γρήγορα χτυπά ένα ακινητοποιημένο κεφάλι ή το κεφάλι χτυπά ένα ακίνητο αντικείμενο για παράδειγμα ένας αναβάτης μοτοσικλέτας χτυπά το κεφάλι του στο πεζοδρόμιο. Σήμερα τα ατυχήματα μοτοσικλετών και αυτοκινήτων αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων τραυματισμού στο κεφάλι (Lyon, 1998: 339). Η *πρωταρχική επίδραση* των βλαβών επιτάχυνσης εμφανίζεται τη στιγμή της πρόσκρουσης. Οι αντιδράσεις του εγκεφάλου σε αυτά τα τραύματα ονομάζονται *δευτεροπαθείς επιδράσεις*, όπως η συσσώρευση υγρού (οίδημα) τις πρώτες ώρες που προκαλεί πρήξιμο και αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση. Η μειωμένη απόδοση των πνευμόνων μπορεί να μειώσει τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο προκαλώντας ισχαιμική βλάβη. Μέσα σε λίγες ώρες μπορεί να εκδηλωθεί εκτεταμένος εμβολισμός (Davis, 2011).

## **Λοιμώξεις**

Διάφορες εγκεφαλικές λοιμώξεις μπορεί να προκαλέσουν αφασία. Βακτηριακή λοίμωξη, ιογενής λοίμωξη και το απόστημα του εγκεφάλου είναι οι τρεις συνηθισμένες μορφές εγκεφαλικών

λοιμώξεων. Επειδή οι λοιμώξεις μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή, έχοντας την τάση να παράγουν σοβαρά σωματικά συμπτώματα, οι γλωσσικές διαταραχές που προκαλούνται τείνουν να παραβλέπονται. Μια συχνή αιτία είναι η βακτηριακή μηνιγγίτιδα, κατά την οποία οι μηνιγγες και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό έχουν μολυνθεί. Επίσης ιογενείς λοιμώξεις, όπως λύσσα, το AIDS, εγκεφαλίτιδα απλού έρπη, παρωτίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα μπορεί να οδηγήσουν σε συμπτώματα της αφασίας (Hegde, 1998: 65).

### **Εγκεφαλίτιδα απλού έρπη και HSV- 1**

Μπορεί να συμβεί οι ιοί να περάσουν στο ΚΝΣ, προκαλώντας έτσι εγκεφαλίτιδα και συνεπώς αφασία. Αυτό μπορεί να γίνει μετά από επιπλοκή μιας λοίμωξης από τον ιό HSV – 1. Αποτελεί σπάνια περίπτωση αλλά με ένα αξιόλογο αριθμό περιστατικών (λόγο της μεγάλης εμφάνισης της ασθένειας) (J. Schindelmeiser, 2013:128). Μία άλλη αιτία είναι η εγκεφαλίτιδα απλού έρπη. Η αφασία στην εγκεφαλίτιδα απλού έρπη μπορεί να μιμηθεί την αφασία Wernicke μιμούμενη μια εγκεφαλική ανεπάρκεια, αλλά συχνά με την σχετική σύγχυση. Η ασθένεια εκφράζεται συνήθως με την σύγχυση, τον πυρετό, τον πονοκέφαλο, και τις κρίσεις. Με τον καιρό, το MRI παρουσιάζει συνήθως μια βλάβη που περιλαμβάνει τον έναν ή και τους δύο κροταφικούς λοβούς. Η πρόωρη θεραπεία με αντι-ϊικούς παράγοντες είναι ζωτικής σημασίας για να αποτρέψει την περαιτέρω βλάβη έως ότου μπορέσει να επιβεβαιωθεί η διάγνωση (Kirshner, 2012), (H. Naude, E. Pretorius 2003).

### **1.4 Η κλινική εικόνα της αφασίας**

Η αφασία μπορεί να έχει πολλαπλές υποδιαίρεσεις. Κάθε ασθενής παρουσιάζει διαφορετική

κλινική εικόνα εξαρτώμενη από μία ποικιλία παραγόντων που συμπεριλαμβάνουν την ακριβή θέση, την σοβαρότητα της βλάβης και τη μοναδικότητα του ατόμου (Shiplay et al., 1998: 301).

Σύμφωνα με μια τροποποιημένη άποψη του διαχωριστικού συστήματος του Boston υπάρχουν 8 κλινικά αναγνωρισμένα σύνδρομα αφασίας. Αυτά περιλαμβάνουν : 1) την αφασία Broca, 2) την αφασία Wernicke, 3) την αφασία αγωγής, 4) την καθολική αφασία, 5) την διαφλοιική κινητική αφασία, 6) την διαφλοιική αισθητηριακή αφασία, 7) την μικτή (διαφλοιική) αφασία, 8) την κατονομαστική αφασία (Murdoch, 2008).

### **Αφασία Broca**

Ο Gall πατέρας της νευροψυχολογίας ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε σε διαταραχές του λόγου μετωπιαίας αιτιολογίας. Το 1861 ο Broca πρώτος περιέγραψε την αφασία που φέρει το όνομα του. (Γ. Μενετόπουλος 2003: 124).

Στην *αφασία Broca* υπάρχει εκτεταμένη βλάβη στην περιοχή του Broca στην οπίσθια μούρα της τρίτης μετωπιαίας έλικας, πεδία B44 και 45 κατά Brodmann. Σε πιο βαριές καταστάσεις έχουν καταστραφεί και η παρακείμενες περιοχές πεδία 6,8,9,10 και 46. Επίσης, βλάβες υπάρχουν στην υποκείμενη λευκή ουσία, τα βασικά γάγγλια, τον φακοειδή πυρήνα και την νήσο του εγκεφάλου (E. Kandel. et al., 2000:672), (M. Marsel Mesulam, 2011).

Η κατανόηση διατηρείται συνήθως σε ικανοποιητικό βαθμό, ενώ έχει μειωθεί σημαντικά η παραγωγή της γλώσσας (I. Λογοθέτης, I. Μυλωνάς, 1996),(E. Kandel. et al., 2003).

Συχνά συνδέεται με την «εκφραστική» αφασία (Davis, 2011:62). Χαρακτηρίζεται από μη *ρέοντα* λόγο, αργό, κοπιώδη (Φυνδάνης, 2011) και τηλεγραφικό (E. Kandel. et al., 2000),(Bradley, et al., 2009),(M. Mesulam, 2011) χωρίς ευφράδεια. Η *τηλεγραφική μορφή* του λόγου, ιδιαίτερα, περιλαμβάνει λέξεις περιεχομένου, ρήματα, ουσιαστικά και σπάνια λειτουργικά μέρη του λόγου (επίθετα, επιρρήματα, προθέσεις).



Ο *αγραμματισμός* είναι βασικό χαρακτηριστικό σε αυτή την αφασία ( X. Μπουζάνη et al., 2008), (E. Kandel. et al., 2000), (Davis, 2011), (M. Mesulam, 2011). Ο *αγραμματισμός* χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα οργάνωσης των λέξεων σε προτάσεις που να εναρμονίζονται με τους γραμματικούς κανόνες και από ακατάλληλη χρήση ή παράλειψη και αντικατάσταση γραμματικών μορφημάτων (M. Mesulam, 2011). Οι ασθενείς παράγουν τα ουσιαστικά στον ενικό και τα ρήματα στο απαρέμφατα ή στη μετοχή (E. Kandel. et al., 2003).

Συχνά διαστρεβλώνουν την παραγωγή των φωνημάτων και παραλείπουν ή προσθέτουν φωνητικά χαρακτηριστικά που δεν ανήκουν στη σωστή άρθρωση ενός φωνήματος (M. Mesulam, 2011).

Σε βαριές καταστάσεις, η ομιλία λείπει τελείως ή περιορίζεται σε λίγες *στερεοτυπίες* οι οποίες παράγονται με πολύ γρήγορο ρυθμό (I. Λογοθέτης, I. Μυλωνάς, 1996), (X. Καρπαθίου, 1998). Σε πιο ελαφριές καταστάσεις ή κατά την περίοδο της επανόδου, η ομιλία εμφανίζει ήπια ένδεια βραδύτητα και δισταγμό, ποσοτική μείωση, δυσπροσωδία και *αγραμματισμό* (I. Λογοθέτης, I. Μυλωνάς, 1996), (X. Καρπαθίου, 1998), (M. Marsel Mesulam, 2011).

Συχνά παράγουν *φωνηματικές παραφασίες* αντικαθιστώντας, προσθέτοντας ή παραλείποντας φθόγγους, ενώ σπανιότερα παρατηρούνται *σημασιολογικές παραφασίες* (P. Πήτα, 1998).

Από την άλλη, κάνουν προσπάθειες παραγωγής λόγου. Μερικές φορές οι ασθενείς προσπαθούν να ξεπεράσουν τις λεκτικές δυσκολίες με τη χρήση μη λεκτικών αντιδράσεων (νεύματα) (P. Πήτα, 1998). Οι λίγες λέξεις που παράγονται επιλέγονται συνήθως σωστά, κυρίως, στην περίπτωση λέξεων που αντιστοιχούν σε ουσιαστικά. Με αποτέλεσμα, ο συνομιλητής να βγάζει νόημα και να μεταφέρεται με ακρίβεια το μήνυμα (Davis, 2011).

Ακολουθεί ένα παράδειγμα από του Goodglass & Kaplan ενός ασθενή με αφασία Broca:

Κλινικός: Τι πάθατε και προκάλεσε την απώλεια της ομιλίας σας;

Ασθενής: Κεφάλι, πέσω. Χριστέ μου, εγώ όχι καλά, εγκ, εγκ .... Ω! Χριστέ μου .... εγκεφαλικό.

Κλινικός: Μάλιστα Μπορείτε να μου πείτε, τι κάνετε στο νοσοκομείο;

Ασθενής: Ναι, φυσικά, εγώ πάω εε πάνω εννιά ώρα, ομιλία δύο φορές ..... διαβάζω ....γρ .... ράπω, εε, ράνω, εε, γράφω.... άσκηση ... όλο καλύτερα (Anderson, 2013 ).

Η δυνατότητα επανάληψης διαταράσσεται (E. Kandel. et al., 2003), (Bradley, et al., 2009) φέροντας κυρίως ελλείμματα στην αυτολεξεί επανάληψη της πρότασης (M. Mesulam, 2011). Η δυσκολία στην επανάληψη είναι βασικό χαρακτηριστικό της αφασίας Broca απαραίτητο για την διαφοροδιάγνωση από την διαφλοιώδη κινητική αφασία ( X. Μπουζάνη et al., 2008).

Η απόδοση ονομάτων είναι διαταραγμένη (E. Kandel. et al., 2003), (Bradley, et al., 2009). Μεγαλύτερη δυσκολία στην ανάκτηση ρημάτων σε σύγκριση με την ανάκτηση ουσιαστικών (M. Mesulam, 2011).

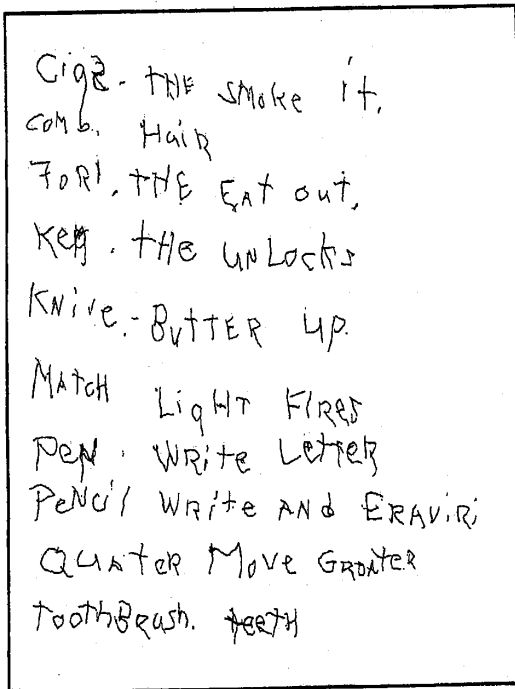
Ο αυτόματος λόγος διατηρείται. Ακόμη και σε «βαριές καταστάσεις» μπορεί να υπάρχει κάποιος αυτόματος αντιδραστικός λόγος με επιφωνήματα ή βρισιές σε συγκινησιακά ερεθίσματα. (I. Λογοθέτης, I. Μυλωνάς, 1996). Μπορεί να συνοδεύει τα λόγια ενός γνωστού τραγουδιού χωρίς διαταραχές σε λεκτικό επίπεδο ή ακόμη και στη μουσικότητα (X. Καρπαθίου, 1998).

Στην ακουστική κατανόηση παρατηρούνται μικρές ή μεγάλες δυσκολίες ανάλογα με την περίπτωση, έτσι μπορεί να είναι άθικτη ή να υπάρχει κάποιο έλλειμμα στην αντίληψη πολύπλοκης σύνταξης (Bradley, et al., 2009), (M. Mesulam, 2011). Αγραμματικές δυσκολίες είναι παρούσες στην κατανόηση της γλώσσας. Δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν την σημασία των «αντιστρέψιμων» παθητικών προτάσεων, όπως, για παράδειγμα, «Η Άννα κυνηγήθηκε από τον Γιώργο». Μικρότερου βαθμού δυσκολίες σε μη αντιστρέψιμες παθητικές προτάσεις ή σε ενεργές προτάσεις. Δυσκολεύονται στην διάκριση στενά σχετιζόμενων φωνημάτων.

Η κατανόηση του γραπτού λόγου διατηρείται, αλλά μπορεί να έχουν δυσχέρεια στην κατανόηση των πλευρών της σύνταξης της οποίας δυσκολεύονται να παράγουν (E. Kandel. et al., 2003). Η αναγνωστική κατανόηση είναι ίδια με την ακουστική.

Ανάγνωση είναι διαταραγμένη. Υπάρχει δυσκολία στην δυνατή ανάγνωση (E. Kandel. et al., 2000).

Παραμένει όμως η δυνατότητα να διαβάζει από μέσα του και να κατανοεί (Φυνδάνης, 2011).



Εικόνα 1: Δείγμα γραφής ενός ασθενή με αφασία Broca. (Hegde, 1998:154)

Η γραφή είναι διαταραγμένη (X. Καρπαθίου, 1998), (E. Kandel. et al., 2003), (Bradley, et al., 2009) με εμμονές. Σοβαρή διαταραχή της γραφής, αλλά στις ήπιες μορφές η αντίληψη και η ικανότητα της γραφής παραμένουν ακέραιες (X. Μπουζάνη et al., 2008). Δυσγραφία μέχρι αγραφία (P. Πήτα, 1998). Το γραπτό περιέχει πολλαπλά λάθη και έλλειψη γραμμάτων. Καλύτεροι στην αντιγραφή συγκριτικά με την γραφή κατόπιν υπαγόρευσης. Ύπαρξη ορθογραφικών λαθών. Ο γραπτός λόγος είναι αργός και κοπιώδης. Η μορφή των γραμμάτων είναι ιδιαίτερα φτωχή με σταδιακή επιδείνωση στην πορεία γραφής των λέξεων, τα γράμματα έχουν κλίση προς τα κάτω (Βιρβιδάκη, 2010).

Οι αριθμητικές ικανότητες είναι διαταραγμένες (X. Καρπαθίου, 1998).

Τα συνοδά χαρακτηριστικά της αφασίας Broca μπορεί να είναι η κατάθλιψη, εφόσον έχουν επίγνωση των σφαλμάτων τους, απραξία της ομιλίας, ιδεοκινητική απραξία, δυσαρθρία, δεξιά ημιπαισθησία, ημιπάρεση ή ημιπληγία.

## Αφημία

Οι ασθενείς των οποίων η βλάβη περιορίζεται μόνο στην περιοχή Broca και στην αμέσως υποκείμενη λευκή ουσία ή στην κατώτερη προ κεντρική έλικα εμφανίζουν μια ήπια και παροδική αφασία η οποία αναφέρεται ως «αφασία της περιοχής Broca» (M. Mesulam, 2011). Πιο περιορισμένες βλάβες σε αυτές τι περιοχές οδηγούν σε διαταραχή στον λόγο που δεν αποτελεί αληθές γλωσσικό έλλειμμα και λέγεται «αφημία» (Bradley, et al., 2009) ,(M. Mesulam, 2011). Η

αφημία είναι ένα παροδικό σύνδρομο έλλειψης ευφράδειας κατά το οποίο ο ασθενής είναι αρχικά άλαλος και στη συνέχεια είναι σε θέση να μιλήσει με υποκατάσταση φωνημάτων και παύσεις. Όλες οι άλλες λειτουργίες του λόγου είναι άθικτες, συμπεριλαμβανομένης της γραφής (Bradley, et al., 2009).

### **Αφασία Wernicke**

Η πιο σοβαρή μορφή “*ρέουσας αφασίας*” είναι γνωστή και με άλλα ονόματα όπως: *αισθητική αφασία, αντιληπτική αφασία, αφασία του jargon ή οπίσθια αφασία*. Προκαλείται από μια βλάβη στο οπίσθιο τμήμα του αριστερού κροταφικού συνειρμικού φλοιού BA22 (περιοχή Wernicke). Συχνά επεκτείνεται στα πεδία του BA37,39 και 40. 2,14.

Ο λόγος των ασθενών με αφασία Wernicke είναι ευχερής – με καλή ροή («ρέον λόγος») (I. Λογοθέτης, I. Μυλωνάς, 1996). Η αυθόρμητη ομιλία αυτών των αφασικών μοιάζει με ενός υγιούς ομιλητή E. Kandel. et al., 2000) , (M. Mesulam, 2011) , (Bradley, et al., 2009)., παράγεται χωρίς κόπο, με σωστή άρθρωση και προσωδία, παρουσιάζει μελωδικότητα, φυσιολογική μουσικότητα και φυσιολογικό ρυθμό. Η ταχύτητα της ομιλίας είναι φυσιολογική ή ταχύτερη από το φυσιολογικό (I. Λογοθέτης, I. Μυλωνάς, 1996), (M. Murdoch, 2008), (M. Mesulam, 2011).

Ο ασθενής με αφασία Wernicke χρησιμοποιεί φράσεις με φυσιολογικό μήκος. Εκ πρώτης όψεως οι προτάσεις μπορεί να φαίνονται καλά σχηματισμένες, δύσκολα όμως ο λόγος γίνεται ο κατανοητός, γιατί αυτό που λέει είναι έξω από γραμματικούς κανόνες (I. Λογοθέτης, I. Μυλωνάς, 1996).

Παραγωγή σημασιολογικών, λεξιλογικών, φωνημικών *παραφασιών* και *νεολογισμών*. Ενώ παράγουν σωστά τα μεμονωμένα φωνήματα, παρατηρείται ελαττωματική σύνθεση φωνημάτων στις λέξεις επιλέγοντας τα λάθος φωνήματα στις λέξεις (M. Mesulam, 2011). Οι φωνημικές παραφασίες, όταν είναι συχνές οδηγούν στη δημιουργία νέων λέξεων τους *νεολογισμούς*. Συχνά παρατηρείται να χρησιμοποιούν υπεραφθονία λέξεων που συχνά μεταβιβάζουν λίγα νοήματα, *λογόρροια* που

οδηγεί μέχρι στην *jargon*. Κύριο χαρακτηριστικό αυτής της αφασίας είναι ο *παραγραμματισμός* (Ρ. Πήτα, 1998). Η ομιλία πάσχει από πλευράς γραμματικής και σημασιολογίας, εφόσον δεν ακολουθεί γραμματοσυντακτικούς κανόνες. Ο λόγος είναι «κενός περιεχομένου», χωρίς νόημα (Μ. Mesulam, 2011).

Ακολουθεί ένα παράδειγμα της αφασίας Wernicke από τον Gardner (1975) ως απάντηση στην ερώτηση τι σας έφερε στο νοσοκομείο;

Αγόρι, ιδρώνω, είμαι φοβερός νευρικός, ξέρεις, μια φορά στο τόσο, προφταίνω. Δεν μπορώ να πω το ναριμαι, μήνα ηλικίας, μόνο λίγο, έχω κάνει λίγο καλά, από την άλλη, ξέρεις τι εννοώ. Πρέπει α κοιτάξω γύρω, να το εξετάσω και όλα αυτά (Anderson, 2013 :460).

Στη επικοινωνία εκφράζονται δίχως διστακτικότητα και είναι πολύ ομιλητικοί. Μπορεί να συνεχίζουν να μιλάνε, όταν είναι η σειρά τους να ακούσουν «πίεση λόγου» και με την ταυτόχρονη παρουσία της *λογορροίας* δεν μπορούν να μεταδώσουν στους άλλους τις ιδέες που έχουν στο μυαλό τους, ενώ δεν αντιλαμβάνονται ή απογοητεύονται από αυτή την ανικανότητα. Ταυτόχρονα, δεν αντιλαμβάνονται τι τους λένε οι άλλοι. Επειδή δεν κατανοούν, προσπαθούν να μαντέψουν το νόημα του λόγου του συνομιλητή τους, έτσι παρατηρείται νοηματική θεματική σύγχυση. Παρόλα αυτά, η ικανότητα διεξαγωγής διαλόγου διατηρείται, καθώς, μπορεί να κατανοήσει πότε του απευθύνεται μία ερώτηση ή πότε του δίνεται μία εντολή αποκρυπτογραφώντας πότε είναι η σειρά του να μιλήσει.

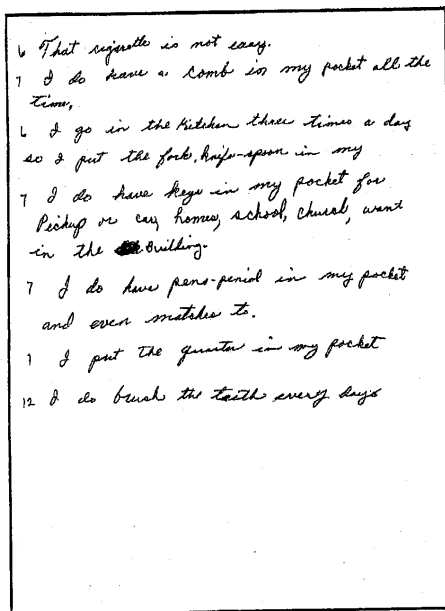
Φτωχή γλωσσική κατανόηση των λέξεων που ακούν. Η κακή ακουστική αντίληψη αφορά ιδιαίτερα τα λεκτικά στοιχεία. Τις περισσότερες φορές αδυνατούν να κατανοήσουν και τον γραπτό λόγο, η κατανόηση του οποίου είναι λιγότερο επηρεασμένη από την κατανόηση του προφορικού. Συχνά δεν έχουν επίγνωση των σφαλμάτων τους, με αποτέλεσμα να μην συνειδητοποιούν και τον λόγο που είναι στον λογοθεραπευτή.

Η επανάληψη είναι διαταραγμένη. Η μείωση της ικανότητας επανάληψης λέξεων και φράσεων

εξηγείται από την μείωση της ικανότητας τους να κατανοούν. Συνήθως επαναλαμβάνουν με την μορφή ηχολαλίας.

Η κατονομασία χαρακτηρίζεται, επίσης, ελαττωματική και διαταραγμένη. Καθώς, δυσκολεύονται στην απόλυτη επιλογή των λέξεων που αντιπροσωπεύουν επακριβώς το προτιθέμενο νόημα τους. Επιλέγουν λέξεις με συγγενές νόημα και κάνουν λεκτικές και σημασιολογικές παραφασίες. Προσθέτουν, αφαιρούν και αντικαθιστούν φωνήματα και συλλαβές.

Η ανάγνωση και αυτή είναι σοβαρά διαταραγμένη. Η κατανόηση της ανάγνωσης δυνατά μπορεί να είναι καλύτερη από την ακουστική κατανόηση. Ωστόσο, παρουσιάζονται κάποια παραφασικά στοιχεία.



Εικόνα 2: Δείγμα γραφής ενός ασθενή με αφασία Wernicke. (Hegde, 1998)

νοσοαγνωσία. Σπάνια συνυπάρχει με ημιπάρεση και ημιπληγία.

Η γραφή είναι σοβαρά διαταραγμένη. Αν και η διαμόρφωση της μπορεί είναι ικανοποιητική, με γράμματα ευανάγνωστα, το περιεχόμενο είναι φτωχό. Παρατηρούνται παραφασίες, διπλασιασμός συλλαβών, λέξεων ή ακόμη και προτάσεων. Επίσης, κάνουν λάθη ορθογραφίας. Συνοπτικά, ο γραπτός λόγος είναι επηρεασμένος με τον ίδιο τρόπο, όπως η προφορική ομιλία με αποτέλεσμα να μοιάζει με τον προφορικό τους λόγο.

Συνοδά χαρακτηριστικά του συνδρόμου μπορεί να είναι η διεγερτικότητα, η δεξιά ημιανοψία, η τετρανοψία, η

## Σφαιρική Αφασία

Αλλιώς καθολική ή ολική αφασία. Χαρακτηρίζεται από λόγο “μη ρέον”.

Προκύπτει από εκτενή βλάβη του αριστερού ημισφαιρίου. Αλλοιώσεις σε ολόκληρη την περισιλούεια περιοχή συμπεριλαμβανομένων και των περιοχών Wernicke και Broca. Οι αλλοιώσεις μπορεί να φτάσουν βαθιά μέχρι την λευκή ουσία κάτω από τον φλοιό. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει βλάβη στις βαθιές δομές όπως η νήσος, οι φακοειδής πυρήνες και η έσω κάψα.

Η σφαιρική αφασία είναι μια σοβαρή έκπτωση της γλώσσας σε όλα τα επίπεδα και τις λειτουργίες της. Είναι το άθροισμα της συμπτωματολογίας της αφασίας Wernicke και Broca. Εμφανίζουν μια πλήρη σχεδόν απώλεια της ικανότητας της κατανόησης της γλώσσας ή της διατύπωσης της. Ο αυθόρμητος λόγος μπορεί να είναι «προτασιακός», να περιορίζεται σε μικρές λέξεις και προτάσεις.

Σε βαριά μορφή ο ασθενής είτε δεν επικοινωνεί είτε είναι δυνατή μόνο η παραγωγή επιφωνηματικών και επαναλαμβανόμενων στερεότυπων ήχων και λέξεων, αλλά και η επανάληψη φωνηέντων και συμφώνων σε συλλαβές, συνήθως με κανονικό ρυθμό εκπομπής. Κάποιες φορές αυτοί οι ήχοι μπορεί να παράγονται άνετα μεταφέροντας κάποιο νόημα. Μπορεί να είναι σε εγρήγορση και να αντιλαμβάνονται το περιβάλλον τους, έτσι συχνά μπορεί να εκφράζουν συναισθήματα και σκέψεις μέσω κινήσεων του προσώπου, φωνών και χειρονομιών διατηρώντας μόνο μη λεκτική επαφή με το περιβάλλον.

Η παραγωγή του λόγου συνιστάται κατά το πλείστον σε αυτοματισμούς και στερεότυπες εκφράσεις που δεν ταιριάζουν νοηματικά και συντακτικά με τα συμφραζόμενα. Η ίδια στερεοτυπική λέξη μπορεί να χρησιμοποιηθεί επανειλημμένα σε μια μάταιη προσπάθεια μετάδοσης μιας ιδέας, με αποτέλεσμα, κάποιοι ασθενείς να μιλούν χωρίς να επικοινωνούν, με ρηματικά στερεότυπα. Μεγάλη είναι και η δυσκολία ευρέσεως των ζητούμενων λέξεων και εκφράσεων.

Όταν υπάρχει λόγος, η φώνηση, η προσωδία και ο ρυθμός της ομιλίας είναι ιδιαίτερα διαταραγμένα. Ο γλωσσικός επιτονισμός είναι συνήθως καλός και συχνά μέσω αυτού προσπαθούν

οι αφασικοί ασθενείς να μεταβιβάσουν το μήνυμά τους.

Η κατανόηση είναι φτωχή, αν και συχνά είναι καλύτερη από την παραγωγή του λόγου. Η ακουστική κατανόηση περιορίζεται σε ένα μικρό αριθμό ουσιαστικών, ρημάτων και ιδιωμάτων, ενώ δεν κατανοούν γραμματικά περίπλοκες προτάσεις. Μπορεί να κατανοούν απλές οδηγίες και ερωτήσεις.

Οι ασθενείς με ολική αφασία δεν επαναλαμβάνουν. Η επανάληψη είναι ολοκληρωτικά εξασθενημένη και φτωχή. Η κατονομασία είναι το ίδιο διαταραγμένη με την επανάληψη.

Συνήθως παρατηρείται ανικανότητα γραφής. Εάν υπάρχει, έχει μεγαλύτερες δυσκολίες από τον προφορικό λόγο. Η αντιγραφή γραμμάτων μπορεί να παραμείνει εφικτή, εφόσον ο αφασικός δεν εμφανίζει οπτικές και κινητικές διαταραχές. Ο ασθενής μπορεί να μην έχει καν ικανότητα ανάγνωσης και εάν έχει, αυτή μπορεί να είναι φτωχή. Οι δυσκολίες και εδώ είναι μεγαλύτερες από τον προφορικό λόγο.

Ο αυτόματος λόγος, εν μέρει, διατηρείται. Η μοναδική αποτελεσματική όψη της λεκτικής επικοινωνίας σε αυτούς τους ασθενείς συνίσταται σε ένα απόθεμα επιφωνημάτων πχ: «να πάρει η οργή» που χρησιμοποιούνται σωστά και με φυσιολογική φωνημική και κλιτή δομή. Άλλες αυτόματες τυπικότητες της ομιλίας, όπως το μέτρημα, η απαρίθμηση των ημερών της εβδομάδας ή η ικανότητα να τραγουδούν μελωδίες και στοίχους που είχαν μάθει στο παρελθόν μπορεί να παραμείνουν ανέπαφες.

Τα συνοδά χαρακτηριστικά του συνδρόμου μπορεί να είναι: σοβαρή δεξιά ημιπάρεση, αδυναμία προσοχής, ημιαναισθησία, ημιανοψία, αδυναμία όρασης ή/και δεξιά ημιπληγία.

Τα προβλήματα που μπορεί να καλύπτουν τον προσδιορισμό της βλάβης είναι οι κινητικές βλάβες που δυσκολεύουν τον προσδιορισμό της κατανόησης, τα εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα εγρήγορσης, ο ακραίος αποπροσανατολισμός, η σύγχυση, η κατάθλιψη και η έλλειψη κινήτρου για επικοινωνία.



## Αφασία αγωγής

Είναι μια σπάνια μορφή αφασίας. Η βλάβη βρίσκεται στην τοξοειδή δεσμίδα. Η τοξοειδής δεσμίδα πορεύεται στη λευκή ουσία και συνδέει μεταξύ τις περιοχές Wernicke και Broca. Η βλάβη επεκτείνεται και στον φλοιό. Οι περιοχές Wernicke και Broca είναι άθικτες δομικά. Αυτή η σύνδεση επιτρέπει την επανάληψη και θεωρείται ότι βλάπτεται στην αφασία αγωγής. Η αφασία αγωγής προκαλείται από βλάβη σε μια από τις δύο περιοχές 1) στην αριστερή BA40 (υπερχείλιος έλικα) με ή άνευ επέκταση στην λευκή ουσία κάτωθεν του οπίσθιου τμήματος της νήσου ή 2) στον αριστερό πρωτογενή ακουστικό φλοιό BA41 και 42 τη νήσο και την υποκείμενη λευκή ουσία. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η βλάβη μπορεί να προκληθεί από αμιγή παθολογική επικοινωνία της λευκής ουσίας, ωστόσο η βλάβη όντως επιδρά στο σύστημα σύνδεσης που συνιστά την τοξοειδή δεσμίδα.

Ο λόγος είναι “ρέον”, αλλά με μικρότερη ευχέρεια από τους αφασικούς Wernicke. Με δυσκολίες στην εύρεση των λέξεων. Ξέρουν τι θέλουν να πουν, αλλά δεν μπορούν να το πουν. Παράγουν προτάσεις με φυσιολογική προσωδία, φώνηση, προφορά, αλλά ίσως με μια ελαφριά εξασθένηση της άρθρωσης.

Οι νεολογισμοί που παράγουν μπορεί να κάνουν την ομιλία δυσνόητη. Δεν μπορούν να αρθρώσουν αποτελεσματικά τα φωνήματα και βάζουν λάθος φθόγγους μέσα στις λέξεις, με αποτέλεσμα ο λόγος τους να αλλοιώνεται από πολυάριθμες φωνημικές παραφασίες. Συχνά εμφανίζεται αντικατάσταση λέξεων από άλλες σημασιολογικά παρόμοιες, έκπτωση ή έλλειψη λέξεων. Δημιουργούν σύντομες και απλές προτάσεις και συνδέουν άσχετες προτάσεις μεταξύ τους.

Μιλούν διστακτικά με παύσεις που συνδέονται είτε με τη δυσκολία ανεύρεσης της λέξης κάνοντας την παραγωγή του λόγου δύσκολη είτε με την πρόθεση τους να αυτοδιορθωθούν παράγοντας επαναλαμβανόμενες αυτο-διορθώσεις που λέγονται «συμπεριφορές προσέγγισης». Έχουν συναίσθηση των λαθών τους για αυτό προσπαθούν να μειώσουν τα λάθη τους και είναι αγχωμένοι.

Σε αυτό που διαφέρει από τις Broca και Wernicke είναι η σχετική διατήρηση της παραγωγής του λόγου και της κατανόησης. Σχετικά με την επικοινωνία μπορεί να επιτευχθεί ομαλή διεξαγωγή συζήτησης.

Ακολουθεί το παράδειγμα ενός ατόμου με αφασία αγωγής, το οποίο περιγράφει την εικόνα κλοπής μπισκότων από τους Goodglass & Kaplan (1983) :

Λοιπόν αυτό ..... είναι κάπου ..... εε μετερα κάνει το ..... πλένει τα πλάτια και το νερό .... το νερό πέφτει σε όλο το μέρος, και τα παιδιά κρύβονται πίσω της, παίρνουν τα μπισκότα από .... πάνω από την κορυφή στο .... πως το λένε; (Εξεταστής: “ράφι;”). Ναι .... και υπάρχει ένα ..... μετά το κορίτσι ..... όχι το κορίτσι ..... το αγόρι , που παίρνει τα μπισκότα είναι στο εε.. σκραμνί και αρχίζει να πέφτει. Αυτά είναι όσα βλέπω (Anderson, 2013: 460-461).

Η κατανόηση τους συντηρείται, όμως έχουν κάποιες δυσκολίες. Από την άλλη η επανάληψη είναι σοβαρά διαταραγμένη. Αποτελεί την κύρια δυσκολία αυτής της αφασίας. Είναι σοβαρά διαταραγμένη σε σχέση με την ικανότητα της κατανόησης, της αυθόρμητης ομιλίας και της γραφή. Οι παραφασίες στην επανάληψη είναι πιο συχνές από τις παραφασίες στον αυθόρμητο λόγο. Δυσκολεύονται στην επανάληψη των απλών λέξεων, περισσότερο πολυσύλλαβων λέξεων και προτάσεων. Όσο πιο μακροσκελής είναι ο λόγος τόσο μεγαλύτερες είναι και οι δυσκολίες. Δυσκολεύονται να αποδώσουν την ακριβή σειρά των λέξεων.

Η κατονομασία είναι και αυτή διαταραγμένη και παραφασική δεν μπορούν να κατονομάσουν σωστά τα αντικείμενα στις δοκιμασίες.

Ο γραπτός λόγος μπορεί να είναι επηρεασμένος όμοια με τον προφορικό. Δυσκολίες υπάρχουν στην αντιγραφή και στην γραφή καθ' υπαγόρευση. Παρατηρείται δυσορθογραφία με παραλείψεις, αντιμεταθέσεις, αντικαταστάσεις γραμμάτων και λέξεων.

Το διάβασμα μεγαλοφώνως δεν είναι φυσιολογικό, αλλά οι ασθενείς μπορούν να διαβάζουν σιωπηλά με καλή κατανόηση. Συχνά επανακτούν σχετικά καλές αναγνωστικές ικανότητες.

Το σύνδρομο μπορεί να το συνοδεύουν συχνά η ιδεοκινητική απραξία και σπάνια η ημιανοψία, η τετρανοψία, η ημιαναισθησία, ή/ και η ημιπάρεση.

Ο Kertesz (1979) υποστήριξε ότι υπάρχουν δύο τύποι αφασίας αγωγής: η προσαγωγός αφασία αγωγής, μια λιγότερο ρέουσα αφασία με περισσότερες εμπρόσθιες κακώσεις και η απαγωγός αφασία αγωγής, μια περισσότερο ρέουσα αφασία με περισσότερες οπίσθιες κακώσεις.

### **Κατονομαστική αφασία**

Η κατονομαστική αφασία είναι ένα κλινικό σύνδρομο χωρίς συγκεκριμένο σημείο εντοπισμού της βλάβης. (Davis, 2007/2011: 66). Η εγκεφαλική κάκωση/ βλάβη μπορεί να βρίσκεται οπουδήποτε στο αριστερό ημισφαίριο. Σύμφωνα με τους Albert, Goodglass, Helm, και συνεργάτες, (1981) δεν είναι σαφές το γιατί υπάρχει ως ξεχωριστό σύνδρομο (Brookshire: 2003:161). Ο Goodglass, (1993) αναφέρει: “Από όλες τις υποκατηγορίες της αφασίας, η ανομική αφασία είναι αυτή που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα των διαφόρων αιτιών και ως αποτέλεσμα της αλλοίωσης περιοχών που είναι απομακρυσμένες η μία από την άλλη”. Σύμφωνα με τον Goodglass μπορεί να εμφανιστεί σε συνδυασμό με άλλα ποικίλα συμπτώματα της αφασίας (Brookshire: 2003:161). Ωστόσο, διαφοροποιείται από το σύμπτωμα της ανομίας το οποίο είναι χαρακτηριστικό στις περισσότερες μορφές της αφασίας (Chapey, 2008:8) και ταξινομείται στα αφασικά σύνδρομα, εφόσον η δυσκολία στην ανάκληση των λέξεων είναι το μόνο βασικό σύμπτωμα σε αυτούς τους ασθενείς (Anderson, N., Shames, G., 2013:460).

Η ομιλία αυτών των ασθενών είναι γενικά εφράδης, με καλή ροή σχεδόν φυσιολογική, αλλά αποδυναμώνεται με τα κομπιάσματα και τις παύσεις που συνδέονται με τα ελλείμματα εύρεσης των κατάλληλων λέξεων (Chapey, 2008:8). Επιπρόσθετα, η παραγωγή του λόγου μπορεί να είναι περιφραστική, ως το αποτέλεσμα αντικατάστασης συγκεκριμένων λέξεων με γενικεύσεις (όπως αυτό, εκείνο, πράγμα κ.α), που με τη σειρά τους αποτυγχάνουν να δώσουν ικανοποιητικό νόημα με

αποτέλεσμα ο λόγος του να περιγράφεται συχνά ως ασαφής (Murdoch 1992/2008: 124). Η γραμματική και η σύνταξη παραμένουν άθικτες (Chapey, 2008:8), (Φουνδάνης, 2011). Όπως επισημαίνει ο Davis, (2007/2011:65), οι φράσεις είναι κενές νοήματος, πλήρεις από “γενικούς όρους”, αόριστα ουσιαστικά και αντωνυμίες, που γεμίζουν το κενό των λέξεων με νόημα. Στην κατονομασία αντικειμένων, οι ασθενείς ανακαλούν γρήγορα κάποιες λέξεις ή ασχολούνται με περίπλοκες περιφράσεις, ενώ προσπαθούν να σκεφτούν τα ονόματα των άλλων αντικειμένων. Κάποιες φορές μπορεί να ανακαλούν σωστά την λέξη, αλλά να μην αναγνωρίζουν αμέσως ότι η λέξη αυτή είναι η σωστή (Davis, 2007/2011: 66). Στο ακόλουθο παράδειγμα το άτομο με ανομική αφασία καλείται να περιγράψει την εικόνα “της κλοπής του μπισκότου” από το BDAE:

Αυτό είναι ένα αγόρι κι αυτό είναι το αγόρι κι αυτό είναι ένα..... πράγμα! (Γέλια). Και αυτό πάει πολύ σύντομα (δείχνει το ετοιμόρροπο σκαμνί). Αυτό είναι ένα ένα... ένα μέρος, που αυτό είναι περισσότερο στο (Εξεταστής””Μπορείς να κατονομάσεις το δωμάτιο... ένα μπάνιο; Όχι ..... κουζίνα ..... κουζίνα. Κι αυτό είναι ένα κορίτσι ..... κι αυτό είναι ένα κάτι, που τρέχουν και έχουν το νερό να τρέχει εδώ..... (Anderson, 2013 :460).

Σύμφωνα με τον Iezak, (2004), η ικανότητα ακουστικής κατανόησης, όπως και η ικανότητα κατανόησης του γραπτού λόγου κυμαίνονται εντός των φυσιολογικών ορίων, ενώ παραμένει καλή και η ικανότητα επανάληψης λέξεων ή φράσεων (Βαρβόγλη :321). Παρά το γεγονός της καλής αντίληψης αυτοί οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν δυσχέρεια στην αναγνώριση των λέξεων (Davis, 2007/2011: 65). Η ικανότητα της ανάγνωσης διατηρείται, ενώ η γραφή είναι σε μερικές περιπτώσεις εξασθενημένη και σε άλλες φυσιολογική. Η ανομική αφασία είναι συχνά το τελικό αποτέλεσμα μετά από ανάρρωση άλλων αφασικών συνδρόμων, όπως του Wernicke ή της αφασίας αγωγής . Συνοδά χαρακτηριστικά μπορεί να είναι η ημιπληγία, η ημιπάρεση και ελλείψεις οπτικού πεδίου (Murdoch 1992/2008: 124).

### **Μικτή δαφλουική αφασία**

Λίγα έχουν γίνει γνωστά όσον αφορά τις διαφλωιδείς αφασίες οι οποίες διακρίνονται από όλες τις

άλλες από την φυσιολογική επανάληψη των προτάσεων.

Στους ασθενείς με μικτή διαφλοιική αφασία η αυθόρμητη παραγωγή λόγου είναι μικρή ή μπορεί και να απουσιάσει. Αν όμως τους απευθύνουν τον λόγο, είναι δυνατόν να απαντήσουν με μικρή ευχέρεια. Βέβαια, τις περισσότερες φορές μπορεί να απαντήσουν επαναλαμβάνοντας επακριβώς τις λέξεις που χρησιμοποιούσε το άτομο που τους απηύθυνε τον λόγο, με αποτέλεσμα η απάντηση που δίνουν να θεωρείται *ηχολαλία*. Ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτών των ασθενών είναι ότι πολλές φορές κατά την επανάληψη διορθώνουν λάθη που γίνονται από αυτόν που τους απηύθυναν τον λόγο. Για παράδειγμα, μπορεί να διορθώσουν την πρόταση “που πηγαίνει παιδιά με” επαναλαμβάνοντας “που πηγαίνουν τα παιδιά” (Βαρβόγλη, 2006:314).

Η ικανότητα επανάληψης διατηρείται σχεδόν άθικτη. Η διατήρηση της ικανότητας επανάληψης έρχεται σε αντίθεση με άλλες ικανότητες της γλώσσας που παρουσιάζουν σημαντική έως πολύ σοβαρή εξασθένηση. Αυτές είναι η κατανόηση, η κατονομασία, η ανάγνωση και η γραφή (Βαρβόγλη, 2006:314).

Η άρθρωση των φθόγγων κατά τη διάρκεια της επανάληψης είναι καλή και οι ασθενείς με μεικτή διαφλοιική αφασία δείχνουν να έχουν διατηρημένη σειρά λόγου και αριθμητική ικανότητα από τη στιγμή που θα αρχίσουν. Η ανάγνωση, η αναγνωστική κατανόηση και γραφή είναι σοβαρά εξασθενημένες σε αυτήν την δυσλειτουργία. Έχουν δυσκολίες στην κατονομασία, συχνά δεν απαντούν καθόλου αλλά όταν απαντούν παρουσιάζουν νεολογισμούς ή σημασιολογική παραφασία στην ονομασία θεμάτων (M. Murdoch, 2008).

Συνοδές διαταραχές μπορεί να είναι η δεξιά ημιπάρεση και η δεξιά ημιανοψία.

### **Διαφλοιώδης κινητική αφασία**

Η διαφλοιώδης κινητική αφασία συνήθως εμφανίζεται μετά από βλάβη σε τμήματα του μετωπιαίου φλοιού μπροστά και ύπερθεν της περιοχής του Broca, αν και δεν αποκλείεται μια

ουσιώδης βλάβη στην ίδια την περιοχή του Broca. Επίσης, μια επαρκής βλάβη στην αριστερή συμπληρωματική κινητική περιοχή μπορεί, κατά περίπτωση, να παρουσιασθεί ως διαφλοιώδεις κινητική αφασία (M. Mesulam, 2011:311).

Η Διαφλοιώδης κινητική αφασία αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Lichtheim το 1885. Ο Lichtheim περιέγραψε έναν ασθενή ο οποίος παρουσίαζε μειωμένη ευχέρεια στον αυθόρμητο λόγο ενώ διατηρούσε σε σχετικά καλό επίπεδο την ικανότητα κατανόησης και επανάληψης λέξεων και προτάσεων. Ο Goldstein (1948) διέκρινε δύο τύπους Διαφλοιώδους κινητική αφασίας. Το 1996 οι Benson και Ardila διέκριναν τους εξής τύπους: Οι ασθενείς με αφασία Τύπου 1 είχαν εξαιρετική ικανότητα επανάληψης αλλά ο λόγος τους δεν είχε καλή ροή, ενώ εμφανιζόταν και μειωμένη χρήση σύνθετης και σαφούς σύνταξης. Οι ασθενείς με αφασία Τύπου 2 διατηρούσαν την ικανότητα να παράγουν σημασιολογικά σωστές λέξεις, είχαν σωστή σύνταξη και καθαρή άρθρωση, αλλά παρουσίαζαν μειωμένη ικανότητα αυθόρμητου λόγου.

Η αυθόρμητη παραγωγή είναι περιορισμένη και *μη ρέουσα*, ο λόγος συχνά περιγράφεται σαν τραύλισμα και η επανάληψη σαν κόμπιασμα. Η άρθρωση σε μια συζήτηση γίνεται με μεγάλη προσπάθεια και σε πολλές περιπτώσεις είναι χωρίς γραμματική και πολύ λιτή. Η άρθρωση των συνειρμικών αυτοματισμών παρουσιάζεται σωστά μόλις ο ασθενής ξεκινήσει. Συχνά μπορεί να ζητήσουν βοήθεια για τα πρώτα γράμματα μιας σειράς, αλλά μετά μπορεί να συνεχίσουν ανεμπόδιστα. Συχνά η ανάγνωση μεγαλόφωνα επιτυγχάνεται με ελάχιστη μόνο δυσκολία, σε αντίθεση με τους ασθενείς του τύπου Broca. Η γραφή στους ασθενείς αυτούς ποικίλει. Ο χειρισμός των λέξεων που αφορούν στην συνοχή και στην σχέση των νοημάτων δεν έχει διαταραχθεί ιδιαίτερα. Η ικανότητα κατονομασίας και οπτικής αντιπαράθεσης εικόνων και αντικειμένων παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα. Ωστόσο, όπως δείχνουν έρευνες, συχνά οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται ευκρινείς παρακίνησης για να αντεπεξέλθουν σε δοκιμασίες που απαιτούν κατονομασία και οπτική αντιπαράθεση.

Η ικανότητα επανάληψης στους ασθενείς με αυτό τον τύπο αφασίας δεν φαίνεται να έχει

επηρεαστεί. Επίσης, οι συγκεκριμένοι ασθενείς διορθώνουν αυθόρμητα γραμματικά λάθη κατά την επανάληψη.

Η πλειονότητα των ασθενών έχουν δεξιά ημιπληγία.

### **Διαφλοιώδης αισθητηριακή αφασία**

Η *αισθητηριακή διαφλοιώδης αφασία* συμβαίνει μετά από βλάβες σε τμήματα των κροταφικών και βρεγματικών φλοιών που περιβάλλουν την περιοχή Wernicke (M. Mesulam, 2011:311). Παρατηρείται σχετικά καλή επανάληψη και ρέοντας γραμματικός λόγος με σημασιολογικές παραφασίες.

Το χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτής της αφασίας είναι η εξασθένηση της ακουστικής κατανόησης. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ανομίας, δυσλεξίας και δυσγραφίας. Η ικανότητα ανάγνωσης μεγάλωφωνα είναι ελλειμματική, ενώ το προϊόν του γραπτού λόγου σχεδόν πάντα δεν είναι κατανοητό. Παρατηρείται επίσης, εξασθένηση της ικανότητας κατονομασίας αντικειμένων. Σοβαρά διαταραγμένη είναι και η ικανότητα κατανόησης του γραπτού λόγου. Σε αντίθεση με την ικανότητα κατανόησης, διατηρείται, σε σχετικά καλό επίπεδο η ικανότητα παραγωγής λόγου. Ο λόγος έχει αρκετά καλή ροή, αν και συχνά υπολείπεται σε περιεχόμενο και περιέχει παραφασικά στοιχεία. Επίσης, ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία στην αναζήτηση της κατάλληλης λέξης. Η γραμματική και συντακτική δομή του λόγου κυμαίνεται σε σχετικά φυσιολογικά επίπεδα.

Η ικανότητα επανάληψης παραμένει άθικτη στους ασθενείς με διαφλοιική αισθητηριακή αφασία το γεγονός αυτό την διακρίνει από την αφασία Wernicke. Επιπλέον, οι ασθενείς αυτοί φαίνεται να τα καταφέρνουν καλύτερα κατά την επανάληψη πραγματικών λέξεων σε σχέση με την επανάληψη λέξεων χωρίς νόημα (Λ. Βαρβόγλη, 2006:314), (Murdoch, 2008).

## **Σύνδρομα γλωσσικού διαχωρισμού:**

- **Αμιγής λεκτική κώφωση:**

Διακόπτονται οι συνδέσεις ανάμεσα στον πρωτογενή ακουστικό φλοιό και στις συνειρμικές περιοχές του άνω-οπίσθιου τμήματος του κροταφικού φλοιού. Υπάρχει διαταραχή της ακουστικής αντίληψης, επανάληψης και της ικανότητας γραφής καθ' υπαγόρευση, ενώ η αυθόρμητη γραφή και η ικανότητα αντίληψης του γραπτού λόγου διατηρούνται. Οι ασθενείς δίνουν την εντύπωση ότι είναι κωφοί ενώ δεν είναι.

- **Αμιγής λεκτική τύφλωση:**

Βλάβη των συνδέσεων του δεξιού οπτικού φλοιού με τις ακέραιες περιοχές του επικρατούντος ημισφαιρίου. Διαταραχή της ικανότητας ανάγνωσης, κατανόησης του γραπτού λόγου και της κατονομασίας των ρημάτων. Διατήρηση καλής γραφής την οποία μετά ο ίδιος ασθενής δυσκολεύεται να διαβάσει.

- **Αμιγής λεκτική βωβότητα:**

Συμβαίνει μία αποσύνδεση του κινητικού φλοιού της ομιλίας από τα κατώτερα κέντρα. Η ικανότητα της ομιλίας χάνεται ενώ η ικανότητα της γραφής διατηρείται. Υπάρχει λεκτική βωβότητα με ανεπηρέαστη την εσωτερική ομιλία και την γραφή.

- **Αγραφία:**

Υπάρχουν τρεις μορφές αγραφίας:

1) Αφασικές αγραφίες, όπου αφθονούν τα ορθογραφικά και γραμματικά λάθη, 2) η κατασκευαστική



αγραφία, που οι λέξεις δεν τοποθετούνται σωστά στη σελίδα, ανωμαλίες της χωρικής αντίληψης και πραξίας και 3) και οι απραξικές αγραφίες, στις οποίες το χέρι έχει χάσει την ικανότητα διαμόρφωσης λέξεων.

- **Θαλαμικές και ραυδωτοκαψικές:**

Η βλάβη μπορεί να βρίσκεται στην έσω κάψα του αριστερού ημισφαιρίου. Σε άλλη περίπτωση μπορεί να εντοπίζεται στον θάλαμο του επικρατούντος ημισφαιρίου. Ενώ βλάβη μπορεί να υπάρξει και στα βασικά γάγγλια.

Παρουσιάζεται ήπια αφασία με *ρέντα λόγο*. Η θαλαμική αφασία δεν έχει ενιαία κλινικά χαρακτηριστικά (Μπουζάνη, 2008). Μπορεί να παρατηρηθεί πλήξη των σημασιολογικών όψεων της γλώσσας. Από την άλλη η “ασυναίσθητη” μνήμη, η επανάληψη και σύνταξη διατηρούνται. Παρατηρούνται σημασιολογικές παραφασίες, μερικές φωνημικές παραφασίες και νεολογισμοί. (Φυνδάνης, 2011).

### **Αγραμματισμός:**

Ο αγραμματισμός αποτελεί το κυρίαρχο σύμπτωμα της αφασίας Broca , αλλά και ο ίδιος ορίζεται ως το *σύνδρομο* που περιλαμβάνει διαταραχές στην χρήση:

- 1) Λειτουργικών λέξεων, δηλαδή βοηθητικών ρημάτων, άρθρων, αντωνυμιών και μερικών προθέσεων, 2) ορισμένων δεσμευτικών, κλιτικών προσφυμάτων.

Κυρίαρχη είναι η άποψη πως η αγραμματική αφασία πλήττει κυρίως την μορφο- σύνταξη. Οι αγραμματικές προτάσεις είναι σύντομες και με πολλά γραμματικά λάθη εξαιτίας των συχνών παραλήψεων ή λαθεμένων υποκαταστάσεων υποχρεωτικών γραμματικών/ λειτουργικών στοιχείων. Παρατηρείται περιορισμένο λεξιλόγιο και λόγος αργός και κοπιώδης με δυσκολίες στην άρθρωση.

Οι αγραμματικοί ασθενείς στηρίζονται κυρίως σε λέξεις με έντονο σημασιολογικό περιεχόμενο, έτσι τα ουσιαστικά υπερέχουν των ρημάτων. Συχνά παραλείπεται το άρθρο πριν από τα ουσιαστικά και γίνεται περιορισμένη χρήση των αντωνυμιών.

Ο αγραμματισμός ορίστηκε εξ αρχής ως ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά παραγωγής του λόγου, ωστόσο στις αρχές του 1970 βρέθηκε ότι κάποιοι ασθενείς παρουσιάζουν διαταραχές και στην κατανόηση, κυρίως, όταν αυτή βασίζονταν στα κλιτά μορφήματα ή όταν αυτή προϋπέθετε την επιτυχή απόδοση θεματικών ρόλων σε σημασιολογικά αντιστρέψιμες προτάσεις παθητικής φωνής. Τα προβλήματα κατανόησης για την απόδοση θεματικών ρόλων που προκύπτουν σε αγραμματικούς είναι στις σημασιολογικά αντιστρέψιμες προτάσεις παθητική φωνής (Το κορίτσι κυνηγήθηκε από το αγόρι), στις σημασιολογικά αντιστρέψιμες αναφορικές προτάσεις αντικειμένου (Το αγόρι που το κορίτσι κυνήγησε ήταν ψηλό) και τέλος σε σημασιολογικά αντιστρέψιμες δίπτυχες προτάσεις αντικειμένου (Ήταν το αγόρι που το κορίτσι κυνήγησε) (B. Φυνδάνης, 2011).

### **Άλλα ελλείμματα στην αφασία**

Η αφασία διαταράσσει όχι μόνο την επικοινωνία, αλλά και κάθε ικανότητα, της οποίας η τελική απόδοση εξαρτάται από τη χρήση του εσωτερικού λόγου. Συχνά προσβάλλονται η ικανότητα λήψης αποφάσεων, η δημιουργικότητα και η ικανότητα εκτέλεσης υπολογισμών, λόγω του πρωτογενούς γλωσσικού ελλείμματος, αν και αυτές οι ικανότητες είναι από μόνες τους ή σε συνδυασμό ανεξάρτητες από τη γλώσσα σε μεγάλο βαθμό (M. Mesulam, 2011).

## ΜΕΡΟΣ: 2ο

### **2.1 Αναφορά στην βιβλιογραφία - Μεθοδολογία**

Η αξιολόγηση της αφασίας ορίζεται ως η διαδικασία κατά την οποία εκτιμώνται τόσο οι γνωστικές, γλωσσολογικές και λειτουργικές διεργασίες του λόγου, όσο και οι επικοινωνιακές δυνατότητες του ασθενή, οι επιπτώσεις της αφασίας στην ζωή του ασθενή και της οικογένειάς του (Η. Παπαθανασίου, 2008:399). Σύμφωνα με τον Brookshire (2003), οι ενήλικες με νευρογενείς διαταραχές επικοινωνίας, όπως η αφασία, παρουσιάζουν έντονο ενδιαφέρον και αποτελούν συνεχή πρόκληση για τους κλινικούς (λογοθεραπευτές, ψυχολόγους, νευρολόγους) σχετικά με την αξιολόγηση, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση των διαταραχών αυτών. Το ενδιαφέρον πηγάζει από την ατέλειωτη σειρά συμπεριφορών, συμπτωμάτων και συνδρόμων που παρουσιάζουν οι ασθενείς ( Η. Παπαθανασίου, 2008).

Η βιβλιογραφία των τελευταίων δεκαετιών αποδεικνύει το μείζον ενδιαφέρον των ερευνητών για την αξιολόγηση και διάγνωση της αφασίας μέσω των τυποποιημένων κριτηρίων.

Στην ακόλουθη παράγραφο γίνεται αναφορά στα περισσότερα από τα συστηματοποιημένα διαγνωστικά εργαλεία για την αφασία.

- Διαγνωστική Εξέταση της Βοστώνης για την Αφασία (ΔΕΒΑ) Boston Diagnostic Aphasia Examination, Goodglass & Kaplan
  - Boston Naming Test (BNT), Goodglass & Kaplan
- Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia (PALPA), Kay J. et al.,
- Aphasia Screening Test (AST), Whurr
- Western Aphasia Battery (WAB), Kertesz
- Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia (NCCEA), Spreen & Benton

- The Assessment of Communicative Effectiveness in Severe Aphasia, Cunnindham et al.,
- Διαγνωστική Ανιχνευτική Δοκιμασία για την Αφασία (ΔΑΔΑ), Παπαθανασίου κ.α.
- Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia – Revised – H. Schuell & H. Sefer
- Porch Index of Communicative Ability, B. Porch
- ASHA Functional Assessment of Communication Skills for Adults, C. Frattali, C.Thompson, A.Holland, C. Whol, & M Ferketic
- Examining for Aphasia, J. Eisenson
- Auditory Comprehension Test for Sentences, C.Shewan
- Functional Auditory Comprehension Task, L. LaPointe & J. Horner
- The Aphasia Diagnostic Profiles (ADP), Helm-Estabrooks

(Hegde. M 2001:32-34), (Βιρβιδάκη, 2010)

Στο ζήτημα της επάρκειας των “τεστ” εκφράστηκαν αντίθετες απόψεις. Από τη μία πλευρά, επιστήμονες όπως ο Sacchett και Marshall, (1992) αμφισβητούν την αξιοπιστία των τεστ, θεωρώντας ότι βασίζονται υπερβολικά σε παρατηρήσεις τρίτων, υπάρχει έλλειψη πολιτιστικής και κοινωνικοοικονομικής ευαισθησίας και δεν αξιολογείται η ποιότητα ζωής του αφασικού.

Στον αντίποδα, ο Byng et al. δίνουν πολλές εξηγήσεις για την ύπαρξη των εργαλείων αυτών οι οποίες είναι: να βρεθεί ο τύπος της γλωσσικής βλάβης, η ένταξη του ασθενή σε ένα κλασικό σύνδρομο και ο προσδιορισμός της κατάλληλης θεραπείας ( David, 1990). Πρόσθετοι λόγοι για την αξιολόγηση με τεστ που εκφράστηκαν σε φόρουμ, Aphasiology, (1988) και περιλαμβάνουν: την παρακολούθηση της ανάρρωσης και την πρόβλεψη της έκβασης, το συνεχές δείγμα των ασθενών και της ποικιλίας των διαταραχών οδηγώντας σε δεδομένα με ακριβείς περιγραφές και σε κατανόηση των προβλημάτων σε θεωρητικό επίπεδο, τη σύγκριση επηρεασμένων ικανοτήτων

έναντι των ανεπηρέαστων και την επικοινωνία με συναδέλφους υγείας (David, 1990). Για την David, (1990) ένα μόνο εργαλείο αξιολόγησης μπορεί να χαρακτηριστεί ανεπαρκές φιλοδοξώντας να πραγματώσει όλους αυτούς τους στόχους (David, 1990:2).

Ιστορικά, η αξιολόγηση είχε στόχο την διάγνωση και την μέτρηση της βλάβης (Davis, 2007/2011:71). Έτσι, κατά την εκτίμηση είναι σημαντικό να ορίζονται τα δυναμικά και οι ανεπάρκειες σε όλες τις περιπτώσεις, ώστε να γίνεται η πιο τελειοποιημένη και ρεαλιστική διάγνωση και θεραπεία για τον εξεταζόμενο (Ταφιιάδης, 2009:38).

Για την συλλογή δοκιμασιών κατάλληλων για τους σκοπούς του νέου εγχειρήματος και για την συγκρότηση του πρωτοκόλλου διάγνωσης εστίασαμε σε συγκεκριμένα τεστ. Τα εργαλεία που τέθηκαν υπό ευρύτερη μελέτη είναι:

- Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), 2001
- Western Aphasia Battery (WAB), 2006
- Psycholinguists Assessments of Language Processing in Aphasia (palpa), 1992
- Aphasia Screening Test (AST), 2002

Η πλήρεις έκδοσεις των BDAE και AST στην Ελλάδα βρίσκονται στην βιβλιοθήκη του ΤΕΙ Ηπείρου, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Επίσης, στην βιβλιοθήκη του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης βρίσκεται η πλήρης έκδοση του PALPA. Για την μελέτη αυτών και τον υπολοίπων εργαλείων πραγματοποιήθηκε η βιβλιογραφική αναζήτηση έντυπων και ηλεκτρονικών πηγών.

Τα συγκεκριμένα τεστ τέθηκαν υπό μελέτη καθώς αποτελούν επίσημα εργαλεία αξιολόγησης και διάγνωσης της αφασίας, δοκιμασμένα στην πρακτική εφαρμογή καλύπτοντας σε μεγάλο βαθμό τους λόγους για τους οποίους έχουν δημιουργηθεί. Αν και το PALPA δεν έχει τυποποιηθεί πλήρως

παρουσιάζει ενδιαφέρον λόγο της προσέγγισής της αφασίας από την ψυχολογολογική σκοπιά διαφορετική από τα άλλα τεστ, επιπλέον χρησιμοποιείται σε ευρεία κλίμακα. Τέλος, για τα BDAE, AST και PALPA υπήρχε η δυνατότητα μελέτης της πλήρους μορφής τους.

## **2.2 Επιλεγμένα εργαλεία διάγνωσης – σύντομη παρουσίαση**

### **Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) – 2001**

Η Διαγνωστική εξέταση της Αφασίας της Βοστώνης- (BDAE) εκδόθηκε τρεις φορές το 1972, το 1983 και η τρίτη έκδοση έγινε το 2001 και οι τρεις στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής.

Η τελευταία αναθεωρημένη έκδοση συμπεριέλαβε νέες προσθήκες για την διερεύνηση της γλώσσας (Goodglass et al., 2001:2). Προστέθηκαν μία σύντομη μορφή και μία εκτεταμένη δοκιμασία (Davis, 2007/2011:78).

Ο χρόνος διεξαγωγής της εξέτασης μπορεί να φτάσει τις 3 ώρες.

Το Boston Exam έχει τα ακόλουθα βασικά χαρακτηριστικά:

- 1) Ταξινόμηση των αφασικών συνδρόμων ανάλογα με τον τύπο των συμπτωμάτων
- 2) Ανάλυση της αυθόρμητης ρηματοποίησης
- 3) Τη σύντομη μορφή
- 4) Την εκτεταμένη δοκιμασία (Davis, 2007/2011:78)

Στο ακόλουθο σχεδιάγραμμα περιλαμβάνονται οι τομείς εξέτασης του BDAE και ο περισσότερες από τις υποδοκιμασίες του:

- I. Συνομιλητικός και επεξηγηματικός λόγος.

- Ελεύθερη συζήτηση, περιγραφή εικόνων, αφηγηματικός λόγος.

## II. Ακουστική κατανόηση

- Κατανόηση λέξεων, κατανόηση λέξεων σε κατηγορίες, διερεύνηση της σημασιολογίας, εντολές, σύνθετο ιδεατό υλικό.

## III. Προφορική έκφραση

- Μη λεκτική επιδεξιότητα, λεκτική επιδεξιότητα, αυτόματες ακολουθίες, αφήγηση, μελωδία και ρυθμός, επανάληψη, κατονομασία.

## IV. Ανάγνωση

- Αναγνώριση βασικών συμβόλων (γραμμάτων και αριθμών), αναγνώριση λέξεων, λεκτική απόφαση, γραμματικά μορφήματα, ανάγνωση λέξεων και προτάσεων.

## V. Γραφή

- Ικανότητα γραφής, γραφή καθ' υπαγόρευση, αντιγραφή, μηχανικό αλφάβητο και αριθμοί, γραπτή κατονομασία, περιγραφή εικόνας.

## VI. Πραξία

- Επίδειξη πως θα έκανε κάτι, στοματοπροσωπική – αναπνευστική πραξία (Goodglass et al., 2001)

Η τρίτη έκδοση του BDAE-3 παρέχει μια ολοκληρωμένη διερεύνηση αξιολόγησης μιας σειράς γλωσσικών - επικοινωνιακών ικανοτήτων (Chapey, 2008:71). Το BDAE-3 χρησιμοποιήθηκε ως βάση για την τεκμηρίωση διαγνωστικών συνδρόμων (Davis, 2007/2011:78).

Τα αποτελέσματα της BDAE χρησιμοποιούνται για να ταξινομούν την κλινική εικόνα του ασθενή με βάση την ταξινόμηση της αφασίας στα αφασικά σύνδρομα: αφασία Broca, αφασία Wernicke, κατονομαστική αφασία, αφασία αγωγιμότητας, διαφλοιώδης κινητική αφασία, διαφλοιώδης

αισθητική αφασία και σφαιρική/ ολική αφασία (Chapey, 2008:71). Ένας περιορισμός αυτού του τεστ θεωρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει μικτή συμπτωματολογία και επομένως δεν κατηγοριοποιείται.

Η “σύντομη μορφή” που καταλαμβάνει μόνο 30 έως 45 λεπτά για να ολοκληρωθεί (Chapey, 2008:71) προσφέρει μια σύντομη χωρίς περιττά στοιχεία αξιολόγηση, τεκμηριώνοντας τις επιδόσεις, που είναι σημαντικές για την διαγνωστική ταξινόμηση. Περιλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος των αρχικών υπο-τεστ, αλλά μόνο μερικά από τα αντικείμενα ελέγχου κάθε υπο-τεστ (Davis, 2007/2011:78).

Στην νέα σε αυτή την έκδοση συμπεριλαμβάνεται μια βιντεοκασέτα στην οποία οι συγγραφείς παρουσιάζουν τις διαδικασίες αξιολόγησης και βαθμολόγησης (Chapey, 2008:71).

Το BDAE είναι ένα περιεκτικό τεστ. Αξιολογεί την άρθρωση, την ευφράδεια, την μελωδικότητα, την ικανότητα κατονομασίας και επανάληψης, τον συνεχή / αυτόματο λόγο, την γραμματική, τις παραφασίες, την ακουστική κατανόηση, την σύνταξη, την ανάγνωση και την γραφή (Hegde, 2001:33), (Goodglass et al., 2001).

Η νέα του μορφή τροποποιήθηκε προς δύο νέες κατευθύνσεις, η μία αφορά τον συντομευμένο χρόνο της δοκιμασίας σε σχέση με την αρχική και η άλλη επεκτείνει τις επιλογές της δοκιμασίας πέρα από την αρχική με την εφαρμογή της νευρογλωσσολογικής και γνωσιακής νευροψυχολογικής έρευνας (Davis, 2007/2011:78). Όπως προκύπτει από τα δεδομένα του είναι ένα πλήρες, αποδεκτό και αξιόπιστο τεστ (Mesulam. M, 2011: 315).

### **Western Aphasia Battery (WAB) - 2006**

Το WEB δημοσιεύθηκε, για ευρεία χρήση, πρώτη φορά το 1982 από τον Kertesz στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ως εξέλιξη της εξέτασης του BDAE (Mesulam, 2011: 315).

Από τότε ακολούθησε μια επανέκδοση το 2006, που μεταξύ άλλων αλλαγών περιλαμβάνει



αντικείμενα για τον χειρισμό, μια εκσυγχρονισμένη αξιολόγηση της ανάγνωσης λέξεων και ένα δεκαπεντάλεπτο WAB-E παρά την κλίνη του ασθενούς (Davis, 2011: 82).

Ο χρόνος διεξαγωγής του WEB είναι 1 έως 2 ώρες. Είναι σχετικά εύκολο στο να σημειωθεί και εκτεταμένο στην κάλυψη του (Hegde, 1998:163). Η χρήση του είναι σχετικά εύκολη και σύντομη.

Το WAB συγκεκριμενοποιεί το εύρος των βαθμολογιών της δοκιμασίας για τις θεμελιώδεις γλωσσικές λειτουργίες ως τη βάση της ταξινόμησης των αφασιών.

Για αυτό το σκοπό, το WAB έχει τα παρακάτω κύρια χαρακτηριστικά:

- 1) Περιεχόμενο και εφαρμογή παρόμοια με αυτή του BDAE
- 2) Συνοπτικές βαθμολογίες, συμπεριλαμβανομένων και της συνολικής
- 3) Εύρος των βαθμολογιών για την ταξινόμηση των αφασιών σε σύνδρομα (Davis, 2011: 82)

Η βαθμολόγηση της περιλαμβάνει 4 συνοπτικές βαθμολογίες: 1) δείκτης/πηλίκιο αφασίας (AQ), 2) δείκτης/πηλίκιο γλώσσας (LQ), 3) δείκτης/πηλίκιο απόδοσης (PQ), 4) δείκτης/πηλίκιο φλοιού (CQ). Οι πρώτες τρεις μετρούν μερικά κομμάτια της συνολικής βαθμολογίας, PQ (Chapey, 2008:72), (Davis, 2011: 83).

Όπως και το BDAE και το WEB έχει σχεδιαστεί για την κατάταξη των αφασικών στους τύπους της αφασίας (Chapey, 2008:72). Πέρα λοιπόν από αυτόν τον πρωταρχικό σκοπό, σύμφωνα με τους Darley, 1982, Goodglass, Kaplan, & Barresi, 2001 και Kertesz, 1979, συχνά χρησιμοποιείται, για να μετρήσει τη συνολική σοβαρότητα της αφασίας και την αλλαγή της γλωσσικής απόδοσης των ασθενών με την πάροδο του χρόνου (William, 2010).

Τα τμήματα του τεστ και οι περισσότερες από τι δοκιμασίες είναι τα ακόλουθα:

- I. Αυθόρμητος λόγος
  - Ερωτήσεις για συζήτηση , περιγραφή εικόνων.
- II. Ακουστική λεκτική κατανόηση

- Ναι/Όχι ερωτήσεις, ακουστική λεκτική ανάγνωση, ακολουθία εντολών.

### III. Επανάληψη

### IV. Κατονομασία και εύρεση λέξεων

- Κατονομασία αντικειμένων, ροή λέξεων, ολοκλήρωση προτάσεων.

### V. Ανάγνωση

- Κατανόηση προτάσεων, γραπτές εντολές, λέξεις.

### VI. Γραφή

- Γραφή καθ' υπαγόρευση, αντιγραφή πρότασης, γραφή ιστορίας για μια εικόνα.

### VII. Απραξία

- Κατασκευαστικές και οπτικοχωρικές ικανότητες.

### VIII. Συμπλήρωση γραφή και ανάγνωση

- Γραφή ανώμαλων λέξεων για ορθογραφία, ανάγνωση ανώμαλων λέξεων και ανάγνωση ψευδολέξεων.

Βασισμένοι σε μελέτες, οι Shewan και Kertez (1980) παρουσίασαν την ισχυρή αξιοπιστία του τεστ, αλλά η Trupe (1984) βρήκε χαμηλή αξιοπιστία στις κλίμακες περιεχομένου και ροής ακόμη και μετά από την επανεξέταση και αποσαφήνιση των κριτηρίων βαθμολόγησης και πρότεινε οι ανεξάρτητες διαστάσεις να μετρώνται ξεχωριστά, όπως στο προφίλ των χαρακτηριστικών λόγου της BDAE (Davis, 2011: 82). Σε γενικότερο πλαίσιο, η ισχύς και η αξιοπιστία του τεστ έχουν καταδειχθεί (Hegde, 1998:163).

## **Aphasia Screening Test (AST) - 2002**

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 2 βασικούς τομείς και 30 υπο-δοκιμασίες. Οι τομείς του τεστ και οι υποδοκιμασίες του είναι:

#### 1. Τεστ γλωσσικής αντίληψη

- 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, μεγάλφωνη 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).

3. Τεστ υπολογισμών (γραπτοί και προφορικοί υπολογισμοί).

### **Psycholinguists Assessments of Language Processing in aphasia (PALPA) - 1992**

Το PALPA - Ψυχογλωσσολογική Εκτίμηση της Γλωσσικής Επεξεργασίας στην Αφασία κατασκευάστηκε από τους Janice Kay, Ruth Lesser και Max Coltheart στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1992.

Το PALPA είναι διαφορετικό από τα άλλα τεστ της αφασίας, γιατί την προσεγγίζει από την πλευρά της γνωστικής ψυχολογίας. Ο σκοπός του είναι να επιτρέψει στον εξεταστή να αντλήσει υποθέσεις σχετικά με τη φύση της διαταραχής ενός ατόμου με αφασία, να παρέχει μια στερεή βάση στην οποία θα στηριχθούν περαιτέρω εκτιμήσεις και στην οποία θα προγραμματιστεί η θεραπεία (Kay, 1992).

Το PALPA έχει τα ακόλουθα ξεχωριστά χαρακτηριστικά:

- 1) Έμφαση στο επίπεδο των λέξεων,
- 2) Ευέλικτη διαχείριση των υπό-δοκιμασιών,
- 3) Αναγνώριση των εξασθενημένων γνωστικών μορφολογιών (Davis, 2011: 87).

Το PALPA αποτελείται από 60 υπό-δοκιμασίες. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές του πρέπει να είναι ευέλικτη η επιλογή της κάθε υπο-δοκιμασίας. Ακόμη, το τεστ δεν είναι σχεδιασμένο δίνεται

πάντοτε ολόκληρο σε ένα άτομο (Davis, 2011:87).

Οι περισσότεροι τομείς με τις αντίστοιχες λειτουργίες που εξετάζει είναι:

1. Ακουστική επεξεργασία (Ακουστική λεξιλογική απόφαση, επανάληψη, επιλογές ομοιοκαταληξίας).
2. Αναγνώριση και ορθογραφία (διάκριση γραμμάτων, οπτική λεξιλογική απόφαση, προφορική ανάγνωση λέξεων, ορθογραφία καθ' υπαγόρευση).
3. Σημασιολογία εικόνας και λέξης (αντιστοίχιση λέξης-εικόνας, επιλογή συνώνυμων, κατονομασία εικόνας).
4. Κατονομασία προτάσεων (αντιστοίχιση πρότασης-εικόνας, τοπικές σχέσεις, βαθμολογικό εύρος ακολουθιών ουσιαστικού - ρήματος) (Kay , 1992).

Τα 3/4 της δοκιμασίας ασχολούνται με τις μεταβλητές των λεκτικών μορφών, όπως η φωνολογία και το μήκος των συλλαβών ή τις γραμματικές μεταβλητές όπως η μορφολογία και η γραμματική τάξη (Davis, 2011:87).

Το PALPA δέχθηκε αρκετές κριτικές. Το 1996 ο Wertz επισήμανε την διαπιστωμένη έλλειψη εύρους στην αποτίμηση των γλωσσικών λειτουργιών και την έλλειψη στοιχείων εγκυρότητας και μέτρων αξιοπιστίας (Davis, 2011:87). Το τεστ δεν είναι ακόμη πλήρως τυποποιημένο (Kay , 1992).

Το PALPA απεικονίζει σημαντικά στοιχεία της θεωρίας της γλωσσικής επεξεργασίας, καθώς ρίχνει φως στις ταχείες υποσυνείδητες λεξιλογικές διεργασίες. Σύμφωνα με τους δημιουργούς του “το απλό πρότυπο μπορεί να είναι ένας χρήσιμος τρόπος εισαγωγής αυτής της μεθόδου εκτίμησης και αντιμετώπισης των γλωσσικών διαταραχών, όχι επειδή πιστεύουμε ότι είναι ιδιαίτερα έγκυρο πρότυπο της γλωσσικής δομής” (Davis, 2011:89-90). Παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τον προσδιορισμό των ελλειμμάτων στον προφορικό και γραπτό λόγο (τη μορφή και το περιεχόμενο) σε επίπεδο λέξης (Leonard, 2005).

## 2.3 Σχεδιαγραμματικά οι επιλεγόμενες δοκιμασίες

Στο σχεδιάγραμμα, που ακολουθεί συνοψίζονται οι δοκιμασίες του τελικού πρωτοκόλλου :

### **A. Κατανόηση προφορικού λόγου**

A1. Ερωτήσεις Ναι/Όχι

A2. Ακουστική αναγνώριση λέξεων

A3. Εκτέλεση εντολών

A4. Κατανόηση προτάσεων («γνώσης του κόσμου»)

A5. Κρίση γραμματικότητας πρότασης

A6 Κατανόηση κειμένου

### **B. Κατανόηση γραπτού λόγου και ανάγνωση**

B7. Κατανόηση προτάσεων

B8. Κατανόηση κειμένου

### **Γ. Κατονομασία και ανάκληση**

Γ9. Κατονομασία βάσει φωνολογικού ερεθίσματος

Γ10. Κατονομασία σημασιολογική (σημασιολογική ευχέρεια)

Γ11. Κατονομασία βάσει εικόνας

Γ12. Ανάκληση λέξεων

### **Δ. Παραγωγή Προφορικού Λόγου**

Δ13. Επανάληψη

Δ14. Αυτοματοποιημένος λόγος

Δ15. Αυθόρμητη ομιλία

Δ15.α Απαντήσεις σε αυτοβιογραφικές πληροφορίες

Δ15.β Περιγραφή εικόνας

Δ16. Ανάγνωση λέξεων

Δ17. Ανάγνωση προτάσεων

### **Ε. Παραγωγή γραπτού λόγου**

E18. Αντιγραφή

E19. Ορθή γραφή

E20. Αυθόρμητη γραφή

E21.α Αυτόνομη γραφή

E21. β Ελεύθερη γραφή

### **Στ. Υπολογισμοί – Συναλλαγές**

ΣΤ22. Αριθμητικές πράξεις

ΣΤ23. Συναλλαγές

## **2.4 Αιτιολόγηση επιλεγμένων δοκιμασιών**

### **Α. Κατανόηση προφορικού λόγου**

Η κατανόηση του προφορικού λόγου διαταράσσεται σε κάποιο βαθμό στους περισσότερους από τους αφασικούς ασθενείς. Αυτός ο τομέας αξιολόγησης είναι σημαντικός καθώς εστιάζει στη μία

πτυχή από το δίπτυχο της επικοινωνίας: κατανόηση - παραγωγή λόγου. Από τα ευρήματα αυτής της εξέτασης μπορούν να διαχωρίσουν γρήγορα, εφόσον υπάρχουν ακραίες τιμές στην βαθμολόγηση, σε ποια ευρύτερη κατηγορία της αφασίας ανήκει ο ασθενής (ρέουσα/ μη ρέουσα αφασία ή αφασία εκπομπής/ πρόσληψης). Από την άλλη, γίνεται λεπτομερής έλεγχος της κατανόησης με τις υποδοκιμασίες, ώστε να προσδιοριστεί επακριβώς βαθμός του ελλείμματος και τα χαρακτηριστικά του, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν μια αφασία μικτής μορφής με διαφορετικά μεταξύ τους χαρακτηριστικά. Η κρίση γραμματικής πρότασης είναι μια δοκιμασία που μπορεί να δώσει στοιχεία για το ποιο σημείο της ακουστικής κατανόησης της (μορφο) σύνταξης πλήττεται.

## **B. Κατανόηση γραπτού λόγου και ανάγνωση**

Επίσης, είναι σημαντικό να γίνει αξιολόγηση της κατανόησης του γραπτού λόγου. Μας δίνει πληροφορίες για το βάθος του ελλείμματος της κατανόησης και αν υπάρχει συσχετίζεται με την κατανόηση του προφορικού λόγου. Πολλές φορές ασθενείς μοιάζουν να έχουν καλή κατανόηση αλλά τα ευρήματα από την αξιολόγηση μπορεί να αποδείξουν εντελώς αντίθετη εικόνα. Συγκεκριμένα, για αυτή την αξιολόγηση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το εκπαιδευτικό επίπεδο του ασθενούς.

## **Γ. Κατονομασία και Ανάκληση**

Η δυσκολία στην κατονομασία/ ανάκληση λέξεων είναι το κοινό σύμπτωμα των ασθενών με αφασία, αλλά αν αποτελεί το κύριο έλλειμμα, ο ασθενής κατατάσσεται σε ξεχωριστό σύνδρομο. Ο προσδιορισμός του ελλείμματος στην κατονομασία της αναδεικνύει κατά κάποιο τρόπο και την βαρύτητα της βλάβης, εφόσον η βλάβη της κατονομασίας είναι ανάλογη κάποιες φορές με την σοβαρότητα της αφασίας. Ελλείμματα σε αυτόν τον τομέα δείχνουν διαταραχές και στην μνήμη.



Αυτός ο τομέας επιλέχθηκε για να ανιχνεύσει τα ελλείμματα αφασικών ασθενών στην κατονομασία και την ανάκληση λέξεων.

#### **Δ. Παραγωγή προφορικού λόγου**

Ο προφορικός λόγος είναι το εμφανές σύμπτωμα της αφασίας και το “παράπονο” τόσο των ασθενών όσο και των δικών τους ανθρώπων. Η αξιολόγηση του πρέπει να γίνεται προσεκτικά και να εξετάζονται όλες οι εκφάνσεις του: επανάληψη, αυτοματοποιημένος λόγος, αυθόρμητη ομιλία, ανάγνωση. Δίνει σημαντικές πληροφορίες για την εντόπιση της βλάβης, την σοβαρότητα της και τον τύπο της αφασίας. Επιπλέον, αποτελεί έναν από τους βασικούς άξονες της θεραπείας, επομένως μια “καλή” αξιολόγηση του συνεπάγεται και με έναν “καλό” σχεδιασμό της θεραπείας.

#### **Ε. Παραγωγή γραπτού λόγου**

Η γραφή όπως και η ανάγνωση πρέπει να αξιολογούνται σε κάθε περίπτωση όποτε αυτό είναι δυνατόν. Τα ελλείμματα που εμφανίζονται σε αυτούς τους τομείς παρουσιάζουν συνάφεια με τον προφορικό λόγο και τη γενικότερη κλινική εικόνα της αφασίας, αλλά μπορεί να υπάρχουν και διαφοροποιήσεις, για αυτό πρέπει να αξιολογείται ξεχωριστά. Η εξέταση της αντιγραφής, της ορθής γραφής, της αυθόρμητης γραφής, της αυτόνομης γραφής και της ελεύθερης γραφής είναι όλοι εκείνοι οι παράμετροι που συνιστούν την ολοκληρωμένη αξιολόγηση της γραφής. Καθώς λοιπόν, αποτελούν διαφορετικές συνιστώσες μιας συνισταμένης, μπορεί μεταξύ τους να έχουν τεράστια απόκλιση λαθών στο ίδιο άτομο. Πάντα, όπως και στην ανάγνωση, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το φύλλο, η ηλικία καθώς και το βιοϊατρικό επίπεδο του ασθενούς, παράγοντες συνυφασμένοι με την εκπαίδευση.

## **ΣΤ. Υπολογισμοί – Συναλλαγές**

Οι μαθηματικές πράξεις και οι συναλλαγές αποτελούν μια περιπλοκή φλοιική λειτουργία. Αν και συχνά οι αφασίες ταυτίζονται με την ανεπάρκεια ικανοτήτων της ομιλίας, δεν θα πρέπει να αμελείται η εξέταση αυτή, καθώς, στις ικανότητες αυτές πολλοί από τους αφασικούς (διαφορετικών τύπων) παρουσιάζουν δυσκολίες.

Τέλος, με την εξέταση του κάθε τομέα δίνονται πληροφορίες για την ύπαρξη του ελλείμματος ή όχι, τον προσδιορισμό του βαθμού του ελλείμματος και την ποιότητα που αυτό εκφράζεται. Οι ποιοτικές και ποσοτικές αυτές διαφοροποιήσεις είναι σημαντικές για την διαφοροδιάγνωση μεταξύ των συνδρόμων.

### **2.5 Συμπεράσματα για την αξιολόγηση**

Στην αξιολόγηση της αφασίας τίθενται δύο ερωτήματα ποια είναι η έκταση και ποίο το βάθος που πρέπει να καλύψει λογοθεραπεία, τι πρέπει να αξιολογεί και τι όχι, που πρέπει να εμβαθύνει και που όχι. Για τον προσδιορισμό των ορίων αυτών, θα πρέπει πρώτα να λάβουμε υπόψη τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αποκατάσταση της αφασίας. Ο ρόλος του, στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας, περιλαμβάνει την αξιολόγηση της διαταραχής της επικοινωνίας του ασθενή, τον σχηματισμό της γενικής κλινικής εικόνας του, την συνεισφορά του στην τελική ιατρική γνωμάτευση και την διαχείριση της αποκατάστασης του. Σύμφωνα με τον Davis, (2007/2011) τα ερωτήματα που καλείται να απαντήσει ένας κλινικός κατά την αξιολόγηση ενός ασθενή με νευρογενείς διαταραχές επικοινωνίας είναι: αν ο ασθενής έχει επικοινωνιακή διαταραχή, αν αυτή η διαταραχή είναι τελικά αφασία, το είδος της αφασίας και εάν συνυπάρχουν άλλες διαταραχές. Επιπλέον, σκοποί της αξιολόγησης της αφασίας είναι η εκτίμηση της σοβαρότητας της βλάβης,

πρόγνωση για επαναφορά της λειτουργικότητας, η εξακρίβωση των δυνατοτήτων επικοινωνίας και των αδυναμιών του ασθενή, η εκτίμηση της καταλληλότητας του ασθενή για θεραπεία και ο σχεδιασμός των θεραπευτικών στόχων, η δημιουργία βάσης για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Όπως προκύπτει από την ορισμό της αξιολόγησης της αφασίας, κατά την διάρκεια της πρέπει να εκτιμώνται οι γνωστικές, οι γλωσσολογικές, οι λειτουργικές διεργασίες του λόγου, αλλά και οι επικοινωνιακές δυνατότητες του ασθενή, οι επιπτώσεις της αφασίας στην ζωή του ασθενή και της οικογένειάς του. Οι άξονες αυτοί πρέπει να διερευνηθούν σε διαφορετικό εύρος ανάλογα με τις προσεγγίσεις για την αφασία.

Την αξιολόγηση της αφασίας συνθέτουν: 1) η λήψη του ιστορικού του ασθενή (ιατρικό ιστορικό, κοινωνικό ιστορικό, ιστορικό της χρήσης της γλώσσας και της επικοινωνίας, ιατρικά ευρήματα και αξιολογήσεις συναδέλφων), 2) η παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενή και των συνοδών του, ποιοτική υποκειμενική αξιολόγηση και 3) η αντικειμενική αξιολόγηση. Η αντικειμενική αξιολόγηση μπορεί να χωρίζεται σε δύο φάσεις. Η πρώτη περιλαμβάνει την γρήγορη και συνοπτική εξέταση των ελάχιστων συστατικών αξιολόγησης της αφασίας, “παρά την κλίνη” αξιολόγηση. Η δεύτερη είναι αυτή με τα επίσημα διαγνωστικά εργαλεία περιέχει στοιχεία που μελετούν τα κύρια χαρακτηριστικά της αφασίας. Ο στόχος τους είναι η αξιολόγηση συγκεκριμένων γλωσσικών λειτουργιών, όπως η ανάγνωση, η γραφή, η κατονομασία, η επανάληψη, η κατανόηση του λόγου και η παραγωγή αυτόματου και αυθόρμητου λόγου, η ποσοτική και ποιοτική καταγραφή συμπεριφορών λειτουργικής επικοινωνίας, τέλος, η ταξινόμηση της αφασίας και η εκτίμηση της σοβαρότητας της.

Είναι προφανές ότι ο λογοθεραπευτής πρέπει να αξιολογήσει την αφασία και να εμβαθύνει στην αξιολόγηση τηρώντας επαγγελματική δεοντολογία, σεβασμό προς τον ασθενή και συνεργατικό πνεύμα με τους συναδέλφους της διεπιστημονικής ομάδας.

Η λογοθεραπευτική αξιολόγηση δεν μπορεί να δώσει ακριβή ευρήματα για τον εντοπισμό και την

έκταση της βλάβης στον εγκέφαλο. Αν και μπορεί να γίνει υπόθεση με βάση τα αφασικά χαρακτηριστικά για το που μπορεί περίπου να είναι η βλάβη, δεν μπορεί να εμβαθύνει περισσότερο σε διάγνωση. Την εντόπιση της βλάβης θα την δώσουν τα αποτελέσματα των νευροαπεικονιστικών εκτιμήσεων.

Πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση, να αξιολογείται σε βάθος και με προσοχή, εάν συνυπάρχουν, ποιες και σε ποιόν βαθμό, άλλες διαταραχές που είτε είναι του λόγου/ επικοινωνίας είτε τον επηρεάζουν. Εδώ ο κλινικός πρέπει να εμβαθύνει για να διαχωρίσει την αφασία. Αν η άλλη διαταραχή είναι του πεδίου της λογοθεραπείας, για παράδειγμα, απραξία πρέπει να εμβαθύνει στην αξιολόγηση και των δύο διαταραχών να διερευνήσει κατά πόσο υπάρχει η μία και κατά πόσο η άλλη ή να κάνει διαφοροδιάγνωση. Εάν όμως η άλλη διαταραχή δεν είναι του λόγου, για παράδειγμα, αν υπάρχει κατάθλιψη, τότε ο κλινικός δεν θα εμβαθύνει και στις δύο διαταραχές το ίδιο. Η διαφορο/διάγνωση σε αυτή την περίπτωση θα γίνει σε συνεργασία με τον ψυχολόγο.

Η αφασία δεν είναι αποτέλεσμα διαταραχής της νοημοσύνης, αισθητηριακής διαταραχής ή γνωστικής ανεπάρκειας. Βεβαίως, πρέπει να παρατηρούνται τυχόν, άσχετες με την ύπαρξη της αφασίας, δυσχέρειες σε αυτούς τους τομείς, αλλά δεν γίνεται εμβάθυνση στην αξιολόγηση. Σχετικά με την άνοια που η διαταραχή του λόγου εκεί είναι αποτέλεσμα γενικευμένης γνωστικής ανεπάρκειας λόγω της γενικευμένης ατροφίας του φλοιού, δεν γίνεται καν αξιολόγηση της αφασίας, εφόσον η φύση της διαταραχής τεκμηριώνεται από τον νευρολόγο.

Κατά την αξιολόγηση λαμβάνεται υπόψη η γενική κλινική εικόνα του κάθε ασθενή και η αξιολόγηση εν μέρη προσαρμόζεται και διαμορφώνεται σύμφωνα με αυτήν. Σε γενικότερο πλαίσιο η προτεραιότητα των τομέων αξιολόγησης είναι ανάλογη της “βαρύτητας” του περιστατικού προτεραιότητα έχουν η μη λεκτική, λεκτική επικοινωνία, η κατανόηση – παραγωγή λόγου, ο αυτόματος λόγος και έπειτα η ανάγνωση, η γραφή και οι άλλες ειδικές λειτουργίες που αξιολογούνται. Για παράδειγμα, αν κάποιος ασθενής είναι εξαιρετικά βύθιος με σωματικά ελλείμματα και μοιάζει να μην ανταποκρίνεται στο περιβάλλον, πρέπει να εξετάζεται κυρίως η

πιθανή κατανόηση και η πιθανή παραγωγή λόγου ή ακόμη η μη λεκτική επικοινωνία. Σε άλλη περίπτωση, αν ο ασθενής είναι σε καλύτερη κλινική κατάσταση από την προηγούμενη, μπορεί η αξιολόγηση να εμβαθύνει περισσότερο σε περισσότερες γλωσσικές λειτουργίες, εφόσον υπάρχει συνεργασία. Κάποιες φορές η γενική υγεία του ασθενή δυσχεραίνει τόσο την αξιολόγηση που αναβάλετε.

Άλλη περίπτωση μοναδικότητας του ασθενή που θέτει περιορισμούς στην αξιολόγηση είναι το μορφωτικό και εκπαιδευτικό του επίπεδο. Το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει την γλώσσα και τον λόγο, σχετικά με τις αφασίες αυτό αφορά περισσότερο τον γραπτό λόγο (γραφή – ανάγνωση), τον προφορικό τον κατέχει κάθε άνθρωπος ως φυσικός ομιλητής της γλώσσας. Ο λογοθεραπευτής πληροφορείται από το ιστορικό του ασθενή για το μορφωτικό του επίπεδο για να μπορεί να γνωρίζει, αν αυτή την ικανότητα που έχασε την είχε. Αν ο ασθενής είναι αναλφάβητος, αξιολογείται η ικανότητα της γραφής με σχήματα, αριθμούς, το όνομα του, αν δεν είναι, ο λογοθεραπευτής εμβαθύνει ανάλογα με την πρότερη κατάσταση του.

Στους δίγλωσσους αφασικούς ασθενείς, συνήθως, βλάπτεται περισσότερο η γλώσσα που έμαθαν τελευταία. Για να αξιολογηθεί τι ακριβώς χάθηκε πρέπει να εξεταστούν σε βάθος και οι δύο γλώσσες, όχι ταυτόχρονα, αλλά σε επόμενη συνεδρία. Ο περιορισμός της αξιολόγησης των δύο γλωσσών βρίσκεται στο ότι ο λογοθεραπευτής μπορεί να μην γνωρίζει την μητρική γλώσσα του ασθενούς.

Αν ο ασθενής είναι αρνητικός στην αξιολόγηση, με αποτέλεσμα ο λογοθεραπευτής να μην μπορεί να εμβαθύνει, τότε κάνει μια γρήγορη και συνοπτική αξιολόγηση των γλωσσικών λειτουργιών. Αν φτάσει σε σημείο που δεν υπάρχει καμία συνεργασία, τότε η αξιολόγηση διακόπτεται, για να επαναληφθεί σε επόμενη συνεδρία. Επιπλέον, διερευνώνται οι αιτίες της άρνησης σε συνάντηση με την διεπιστημονική ομάδα.

Στο ιστορικό λαμβάνονται πληροφορίες από τους συνοδούς για τον ασθενή αυτό πρέπει να γίνεται διακριτικά. Πραγματοποιείται παρατήρηση, χωρίς να γίνεται εισβολή στην ιδιωτική ζωή του

ασθενή και της οικογένειάς του. Περισσότερες πληροφορίες για αυτό, αν ενδιαφέρει την αξιολόγηση και την έπειτα θεραπεία, μπορούν να μας δώσουν τόσο η ψυχολόγος όσο και η κοινωνική λειτουργός.

## **2.6 Συμπεράσματα**

Στην εργασία αυτή παρουσιάστηκε η ανάπτυξη ενός “βασικού” υλικού για την διάγνωση της αφασίας. Από την μελέτη των διαγνωστικών εργαλείων προέκυψε η συλλογή δοκιμασιών και η σύνθεση ενός τελικού πρωτοκόλλου αξιολόγησης, 6 τομέων/δοκιμασιών και 23ων υποδοκιμασιών. Η κλίμακα μπορεί να θεωρηθεί πλήρης, καθώς εξετάζει όλες τις βασικές λειτουργίες της γλώσσας και τις αριθμητικές ικανότητες, που πλήττονται στην αφασία. Η ανάπτυξη τέτοιων εργαλείων είναι σημαντική για την διερεύνηση των αφασιών, την συγκέντρωση και την οργάνωση των κλινικών πληροφοριών, την ποιοτική και ποσοτική ερμηνεία των κλινικών χαρακτηριστικών με σκοπό την ακριβή διάγνωση και τον σχεδιασμό της αποκατάστασης. Η δόμηση του πρωτοκόλλου αποτελεί προϊόν συλλογικής μελέτης της διεπιστημονικής ομάδας του επιβλέποντα καθηγητή της εργασίας κυρίου Διονύσιου Ταφιάδη. Τέλος, μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν τις διαγνωστικές ικανότητες του πρωτοκόλλου που δημιουργήθηκε διερευνώντας και θεμελιώνοντας την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του.

## Βιβλιογραφία:

- Anderson, N., Shames, G. (2013). *Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας* (8<sup>th</sup> Edition) (N. Τρίμης, N. Ζιάβρα Επιμέλ.). Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης. (Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύτηκε το 2010).
- Βαρβόγλη, Α. (2006). *Ερευνώντας τους λαβύρινθους του Εγκεφάλου, Κλινική Νευροψυχολογία*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Βιρβιδάκη, Ε. (2010). *Επίκτητες Διαταραχές Λόγου, Αξιολόγηση Αφασίας & Βλάβης Δεξιού Ημισφαιρίου*. [Φυλλάδια Παρουσιάσεων]. ΤΕΙ Ηπείρου, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Λογοθεραπείας, Χειμερινό Εξάμηνο 2010-2011. Ιωάννινα
- W. Bradley, R. Daroff, G. Fenichel, D. Marsden. (2009). *Εγχειρίδιο κλινικής νευρολογίας* (Α. Παπαδημητρίου, Επιμελ.). Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης.
- Mersden, D., Fowler, T., (2001). *Κλινική νευρολογία* (Θ. Παπαπετρόπουλος, Επιμέλ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- E. Kandel, J. Schwartz, T. Jessell. (2003). *Νευροεπιστήμη και συμπεριφορά*. (Α. Καραμανλίδης, Επίμελ.). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης. (Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύθηκε το 2000).
- Λογοθέτης, Ι., Μυλωνάς. (1996) . *Νευρολογία Λογοθέτη* (3η Έκδοση). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Χ. Μπουζιάνη, Ε. Δερμιτζάκης, Α. Μαλεγιαννάκη, Ι. Τσίπτσιος. (2008). Διαταραχές του λόγου: τα είδη των αφασιών. Μία νευρολογική και νευροψυχολογική προσέγγιση. *Νευρολογία*. 17, 257-267
- Mesulam, M.. (2011). *Αρχές Συμπεριφορικής και Γνωσιακής νευρολογίας* (2<sup>nd</sup> Edision). (Γ. Νάσιος,

Επιμέλ.). Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης. Σελ 303-315

- Murdoch, B. (2008). *Προβλήματα Λόγου & Ομιλίας* (Μ. Καμπανάρου, Επιμελ.). Αθήνα: Έλλην.  
(Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύτηκε το 1992).
- Νάσιος, Γ. (2011). *Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (Α.Ε.Ε)* [Φυλλάδια Παρουσιάσεων]. ΤΕΙ  
Ηπείρου, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Λογοθεραπείας.: Εαρινό  
Εξάμηνο 2011. Ιωάννινα
- 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
- Πήτα, Ρ. (1998). *Ψυχολογία της γλώσσας, μια εισαγωγική προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Schindelmeiser, J. (2013). *Νευρολογία για λογοθεραπευτές* ( Γ. Νάσιος, Επιμέλ.). Θεσσαλονίκη:  
Ρόδων. (Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύτηκε το 2008).
- Ταφιάδης, Δ. (2009). *Πακέτο σημειώσεων για την νευρολογική κλινική* [Πακέτο Σημειώσεων]. ΤΕΙ  
Ηπείρου, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Λογοθεραπείας. Ιωάννινα
- Τσβετκοβα, Λ. (2007). *Εισαγωγή στην νευροψυχολογία και την αποκαταστατική εκπαίδευση* (Ι.  
Καφαντάρης, Ε. Παναγιωτοπούλου, Επιμέλ.). Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης.
- Φυνδάνης, Β. (2011). *Νευρογλωσσολογία* [Φυλλάδια Παρουσιάσεων]. ΤΕΙ Ηπείρου, Σχολή  
Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Λογοθεραπείας.: Εαρινό Εξάμηνο 2011.  
Ιωάννινα
- Bookshire, R. (2003). *Introduction to Neurogenic Communication Disorders* (6<sup>th</sup> Edision). USA:  
Mosby.
- David, R. (1990). Aphasia assessment: the acid tests. *Aphasiology*, 4, 103-107
- Chapey, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic*



- Communication Disorders* (7<sup>th</sup> Edition). USA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Crary, M. (1992). Classifying Aphasia: cluster analysis of Western Aphasia Battery and Boston Diagnostic Aphasia Examination results. *Aphasiology*, 6, 26-36
- Goodglass, H., Kaplan, E., & Barresi, B. (2001). *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (3<sup>rd</sup> Edition). USA: Lippincott Williams & Wilkins
- Hegde, M. (2001). *Hegde's PocketGuide to Assessment in Speech – Language Pathology* (2<sup>nd</sup> Edition). Canada: Thomson Learning.
- Hegde, M. (1998). *A Coursebook on Aphasia and Other Neurogenic Language Disorders* (2<sup>nd</sup> Edition). USA: Singular Publishing Group, Inc
- J. Kay, R. Lesser, and M. Coltheart (1992). *Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia (PALPA)*. UK: Psychology Press
- Kirshner, H. (2012). Aphasia clinical Presentation. *Medscape reference*. Retrieved on 7/6/2012 from: <http://emedicine.medscape.com/article/1135944-clinical>
- Leonard, L. (2005). *Aphasia and related Neurogenic Language Disorders* (3<sup>rd</sup> Edition). United States of America: Thieme.
- Naude, H., Pretorius, E. (2003). Can Herpes simplex virus encephalitis cause Aphasia?. *Early child development end care*, 136 (6), 669-679
- Roth P.F., Worthington K.C. (2001). *Treatment Resource Manual for Speech- Language Pathology* (2<sup>nd</sup> Edition). Canada: Thomson Learning.
- Webb, W., Adler, R. (2008). *Neurology for the speech-language pathologist*. (5<sup>th</sup> Edition). USA: Mosby.
- H. William, N. Donovan, L. Kendall, L.G Rothi. (2010). Item response theory analysis of the

Western Aphasia Battery. *Aphasiology*, 24(11), 1326-1341.

R. Whurr. (2002). *Aphasia Screening Test – manual* (2<sup>nd</sup> Edition). England: Whurr Publishers.

Ιστοσελίδες για την αφασία:

<http://www.aphasia.org/>

<http://www.aphasia.gr/>

<http://www.tandfonline.com>

<http://www.medscape.com/>

<http://www.springerlink.com>

Μέρος 3ο  
(παράρτημα)

## **Πρωτόκολλο Αξιολόγησης για την Αφασία**

Στο παρόν κεφάλαιο καταγράφονται γενικές οδηγίες ως προς την εφαρμογή των δοκιμασιών για την αξιολόγηση της αφασίας. Πρώτα εξετάζονται γενικές προϋποθέσεις απαραίτητες για τη σωστή έκβαση της εξέτασης και έπειτα γίνεται η παρουσίαση/περιγραφή των δοκιμασιών του πρωτοκόλλου.

### **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 εξεταζομένου, το όνομα, η διεύθυνση, το τηλέφωνο, η ημερομηνία γέννησης, η φυλή, η υπηκοότητα και τα όνομα συζύγου/ φροντιστών του εξεταζομένου. 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.

Στην συνέχεια, εξετάζεται με τη σειρά κάθε μία δοκιμασία.

## **A. Κατανόηση Προφορικού Λόγου**

### A1. Ερωτήσεις Ναι/Όχι

**Οδηγίες:** Πείτε: «*Θα σας κάνω μερικές ερωτήσεις. Απαντήστε με ναι ή όχι.*» Αν ο/η εξεταζόμενος/η δεν μπορεί να απαντήσει επαρκώς λεκτικά ή με χειρονομία, εκπαιδεύστε τον/την να κλείνει τα μάτια του/της για να δίνει την απάντηση «Ναι». Επαναλάβετε τις ερωτήσεις αν ο/η εξεταζόμενος/η σας το ζητήσει ή αν σας δώσει ασαφή απάντηση.

**Ερωτήσεις:** Είναι το όνομα σας Γεωργίου; / Είναι το όνομα σας \_\_\_\_\_ ; πείτε το όνομα του/της

ασθενούς)

## A2. Ακουστική αναγνώριση λέξεων

**Υλικά:** οπτικά ερεθίσματα, αντικείμενα.

**Οδηγίες:** Πείτε “Δείξτε μου το αντικείμενο που σας λέω” ή “Δείξτε μου αυτό που ακούτε” Δώστε την κάθε εντολή μία φορά και σιγουρευτείτε πως ο/η εξεταζόμενος/η «συνεργάζεται» και προσέχει ό,τι του λέτε.

## A3. Εκτέλεση Εντολών

**Οδηγίες:** Πείτε: «Τώρα προσπαθήστε να κάνετε αυτό που σας ζητάω» Δώστε την κάθε εντολή μία φορά και σιγουρευτείτε πως ο/η εξεταζόμενος/η «συνεργάζεται» και προσέχει ό,τι του λέτε. Φροντίστε ο/η εξεταζόμενος/η να βλέπει το πρόσωπό σας σε κάθε εντολή.

## A4 Κατανόηση προτάσεων («γνώσης του κόσμου»)

**Οδηγίες:** Διαβάστε δυνατά στον/στην εξεταζόμενο/η τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Εάν αυτός/ή είναι σε θέση να διαβάζει, μπορείτε να του/της δείχνετε παράλληλα τις ερωτήσεις. Ο/Η εξεταζόμενος/η απαντά σε κάθε ερώτηση.

## A5 Κρίση γραμματικότητας πρότασης

**Οδηγίες:** Λέτε δυνατά και αργά στον/στην εξεταζόμενο/η «Θα σας διαβάζω κάποιες προτάσεις και εσείς θα μου λέτε αν σας φαίνονται/ας σας ακούγονται σωστές ή όχι. Κάποια παραδείγματα: *Εσύ πλένεις τα πιάτα. Σωστή*, συμφωνείτε; Μπορούμε να πούμε αυτήν την πρόταση στα Ελληνικά. *Άλλη* πρόταση: *Εγώ τρωσ παγωτό. Λάθος* πρόταση. Δεν λέμε *Εγώ τρωσ παγωτό*, αλλά *Εγώ τρώω*

παγωτό. Δύο ακόμα παραδείγματα: *Εγώ χθες θα πάω σινεμά. Λάθος.* Συμφωνείτε; Δεν λέμε *Εγώ χθες θα πάω σινεμά*, αλλά *Εγώ χθες πήγα σινεμά*. Τελευταίο παράδειγμα: *Εμείς αύριο θα φάμε φακές. Σωστή πρόταση.* Πάμε τώρα κανονικά. Αν σας ακούγεται καλά μια πρόταση θα λέτε *σωστό*. Αν δεν σας ακούγεται καλά, θα λέτε *λάθος*.» Ο εξεταστής κατά την εκφώνηση των παραπάνω οδηγιών, θα κάνει μικρές παύσεις μετά από τις προτάσεις *Εγώ τρως παγωτό* και *Εμείς αύριο θα φάμε φακές*, ώστε να δίνει στον εξεταζόμενο/η τα χρονικά περιθώρια να τις σκεφτεί/επεξεργαστεί και ενδεχομένως να σπεύσει να απαντήσει. Ο/Η εξεταζόμενος/η απαντάει σε όλες τις προτάσεις.

#### A6. Κατανόηση Κειμένου

**Οδηγίες:** Διαβάζετε δυνατά στον εξεταζόμενο/η την ιστορία (αφότου του/της έχετε πει να την ακούσει προσεκτικά) και στη συνέχεια του/της κάνετε τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Εάν αυτός/ή είναι σε θέση να διαβάζει, του/της δείχνετε ταυτόχρονα τις ερωτήσεις (είτε σε καρτέλα, είτε από το φυλλάδιο οδηγιών και καταγραφής δεδομένων-κατά προτίμηση σε καρτέλα).

### **B. Κατανόηση γραπτού λόγου και ανάγνωση**

#### B7. Κατανόηση προτάσεων

**Οδηγίες:** Γυρίστε στο δοκιμαστικό ερέθισμα της σελίδας 5 του βιβλίου ερεθισμάτων. Πείτε δείχνοντας την αρχική πρόταση: «*Θέλω να διαβάσετε αυτή την πρόταση και μετά να διαβάσετε την ερώτηση και να μου πείτε ποια είναι η σωστή απάντηση. Επιλέξτε την καλύτερη απάντηση από αυτές.*» Επαναλάβετε τις οδηγίες εάν ο/η εξεταζόμενος/η φαίνεται να μην καταλαβαίνει τη δοκιμασία. Αν ο/η εξεταζόμενος/η δεν ανταποκριθεί, δείξτε τη σωστή απάντηση (για το συγκεκριμένο ερέθισμα μόνο) και πείτε: «*Αυτή είναι η σωστή λέξη, η σωστή απάντηση. Το κορίτσι είναι πάνω στο κρεβάτι. Ας δοκιμάσουμε κάποιες άλλες τώρα.*» Έπειτα παρουσιάστε τις υπόλοιπες προτάσεις.



## B8. Κατανόηση κειμένου

**Οδηγίες:** Γυρίστε στο δοκιμαστικό ερέθισμα της σελίδας 11 του βιβλίου ερεθισμάτων. Δείξτε το κείμενο και τις ερωτήσεις και πείτε: **«Θα ήθελα να διαβάσετε αυτό το κείμενο και μετά να διαβάσετε τις παρακάτω ερωτήσεις και να τις απαντήσετε.»** Ο/Η εξεταζόμενος/η μπορεί να ανατρέχει στο κείμενο για να βρει τη σωστή απάντηση.

## **Γ. Κατονομασία και ανάκληση**

### Γ9 Κατονομασία βάσει φωνολογικού ερεθίσματος

**Οδηγίες:** Πείτε στον/στην εξεταζόμενο/η: *«Θα ήθελα να μου πείτε λέξεις που αρχίζουν από «Τ».* Ο/Η εξεταζόμενος/η παράγει προφορικά λέξεις που ξεκινούν από «Τ» για 30 δευτερόλεπτα.

Δεν αξιολογούνται οι φωνολογικές παραφασίες.

### Γ10. Κατονομασία σημασιολογική (σημασιολογική ευχέρεια)

**Υλικά:** Χρονόμετρο

**Οδηγίες:** Πείτε στον/στην εξεταζόμενο/η: *«Πείτε μου όσα περισσότερα ζώα μπορείτε μέσα σε ένα λεπτό.»* Αν ο/η εξεταζόμενος/η φαίνεται διστακτικός/ή, βοηθήστε τον/την λέγοντας: *«Σκεφτείτε για παράδειγμα ζώα της φάρμας, όπως τα άλογα, ή άγρια ζώα, όπως οι τίγρεις. Κι ό,τι άλλα ζώα θέλετε»*  
Σε περίπτωση που κρίνετε ότι ο/η εξεταζόμενος/η νομίζει πως τελείωσε ο χρόνος, και εφόσον αυτό δεν είναι αληθές, πείτε του/της να συνεχίσει την κατονομασία.

### Γ11. Κατονομασία βάσει εικόνας

**Υλικά:** οπτικά ερεθίσματα

**Οδηγίες:** Πείτε: «**Τι είναι αυτό;**» ή «**Πώς το λέμε αυτό;**». **ω** Αν ο/η εξεταζόμενος/η δεν μπορεί να απαντήσει ή απαντά λάθος, πείτε το πρώτο φώνημα της λέξης που αντιστοιχεί στο απεικονιζόμενο αντικείμενο (φωνημική βοήθεια), ή, όταν αυτή είναι σύνθετη λέξη, πείτε το πρώτο συνθετικό της· π.χ., για τη λέξη *οδοντόβουρτσα*, πείτε «οδοντο-» (σημασιολογική/λεξική βοήθεια)

**Χρονικό όριο,** 20 δευτερόλεπτα για κάθε ερέθισμα.

### Γ12. Ανάκληση λέξεων

**Οδηγίες:** Πείτε στον/στην εξεταζόμενο/η: «*Θα ήθελα να προσπαθήσετε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις.*»

**Ερώτηση:** Τι κάνουμε όταν πεινάμε και έχουμε φαγητό;

### **Δ. Παραγωγή Προφορικού Λόγου**

#### Δ13. Επανάληψη

**Οδηγίες:** Πείτε: «**Επαναλάβετε μετά από εμένα. Θα λέτε ό,τι λέω.**» Κατονομάστε/Διαβάστε δυνατά και καθαρά τα ερεθίσματα με τη σειρά. Επαναλάβετε τα ερεθίσματα μία φορά, αν σας το ζητήσει ο/η εξεταζόμενος/η ή αν καταλάβετε ότι δεν τα έχει ακούσει την πρώτη φορά.

#### Δ14. Αυτοματοποιημένος Λόγος

**Οδηγίες:** Ζητήστε από τον/την εξεταζόμενο/η να μετρήσει από το 1 έως και το 20, να πει την αλφάβητο, τις ημέρες της εβδομάδας και τους μήνες του χρόνου. Βοηθήστε τον/την εξεταζόμενο/η να ξεκινήσει, αν αυτό είναι απαραίτητο. Διαγράψτε όπου δώσατε βοήθεια προκειμένου να συνεχιστεί η σωστή ροή των απαντήσεων ή όπου απέτυχε ο/η εξεταζόμενος/η.

#### Δ14 Αυθόρμητη Ομιλία

##### Δ14 α Απαντήσεις σε αυτοβιογραφικές πληροφορίες

**Υλικά:** Μαγνητόφωνο ή βιντεοκάμερα (προαιρετικό), Φυλλάδιο οδηγιών και καταγραφής δεδομένων

**Οδηγίες:** Διαβάστε τα παρακάτω ερεθίσματα ή τροποποιήστε τις ερωτήσεις όπως νομίζετε καλύτερα. Αν τροποποιήσετε μια ερώτηση –ή αν την αλλάξετε εντελώς–, γράψτε την στη θέση του αρχικού ερεθίσματος. Επαναλάβετε τις ερωτήσεις αν ο/η εξεταζόμενος/η σας το ζητήσει ή αν σας πει πως δεν καταλαβαίνει.

##### Δ14 β Περιγραφή Εικόνας

**Υλικά:** οπτικά ερεθίσματα

**Οδηγίες:** Πείτε: *«Πείτε μου τι συμβαίνει σε αυτή την εικόνα/Περιγράψτε αυτή την εικόνα.»* Αν ο/η εξεταζόμενος/η σας δίνει μονολεκτικές απαντήσεις, πείτε: *«Προσπαθήστε να πείτε προτάσεις.»* Εάν λέει μόνο μερικές λέξεις, ζητήστε του/της να σας δώσει όσο πιο πλήρεις απαντήσεις γίνεται. Ενθαρρύνετέ τον/την να δώσει προσοχή σε ό,τι αναπαρίσταται στην εικόνα. Μετακινήστε την εικόνα εάν υπάρχουν ζητήματα οπτικών πεδίων και οπτική οξύτητας

### Δ15. Ανάγνωση Λέξεων

**Υλικά:** οπτικά ερεθίσματα

**Οδηγίες:** Δείξτε τη λίστα με τις λέξεις και πείτε: «*Θέλω να διαβάσετε αυτές τις λέξεις*» Επαναλάβετε την εντολή εάν ο/η εξεταζόμενος/η φαίνεται να μην καταλαβαίνει. Αν ο/η εξεταζόμενος/η αργεί να ξεκινήσει, διαβάστε την πρώτη λέξη ή δώστε μια φωνολογική βοήθεια (πρώτο φώνημα/φθόγγο ή πρώτη συλλαβή).

### Δ16 Ανάγνωση Προτάσεων

**Υλικά:** οπτικά ερεθίσματα

**Οδηγίες:** Δείξτε τις προτάσεις και πείτε: «*Θέλω να διαβάσετε αυτές τις προτάσεις.*» Επαναλάβετε την εντολή εάν ο/η εξεταζόμενος/η φαίνεται να μην καταλαβαίνει. Αν ο/η εξεταζόμενος/η αργεί να ξεκινήσει, διαβάστε την πρώτη λέξη ή δώστε μία φωνολογική βοήθεια (π.χ., πρώτη συλλαβή).

## **Ε Παραγωγή Γραπτού Λόγου**

### E17. Αντιγραφή

**Οδηγίες:** Δώστε στον/στην εξεταζόμενο/η το χαρτί και το στυλό και πείτε: «*Θα ήθελα να προσπαθήσετε να αντιγράψετε τα παρακάτω*». Τοποθετήστε τα ερεθίσματα μπροστά στον/στην εξεταζόμενο/η, ώστε να είναι εντός του οπτικού του/της πεδίου.

### E18. Ορθή γραφή

**Υλικό:** Ένα φύλλο χαρτί με γραμμές, ένα στυλό.

**Οδηγίες:** Πείτε: «*Γράψτε αυτά που θα σας πω.*» Όσο εκφωνείτε τα ερεθίσματα, βεβαιωθείτε πως έχετε οπτική επαφή με τον/την εξεταζόμενο/η.

### E19 α Αυτόνομη γραφή

**Υλικά:** Ένα φύλλο χαρτί χωρίς γραμμές, στυλό, Φυλλάδιο οδηγιών και καταγραφής δεδομένων

**Οδηγίες:** Δώστε ένα φύλλο χαρτί χωρίς γραμμές και ένα στυλό (όχι μολύβι) στον/στην εξεταζόμενο/η. Πείτε: «*Τώρα Θα ήθελα να γράψουμε κάποια πράγματα.*» Δώστε του άλλο ένα φύλλο, σε περίπτωση που το χρειαστεί. Αφού ο/η εξεταζόμενος/η τελειώσει, γράψτε σε αυτό το φύλλο το όνομά του/της και την ημερομηνία εξέτασης

### E19 β Ελεύθερη γραφή

**Οδηγίες:** Δείξτε την σύνθετη εικόνα στον εξεταζόμενο και πείτε: «*Γράψτε μου τι συμβαίνει σε αυτή την εικόνα*» ή «*Περιγράψτε γραπτά τι συμβαίνει σε αυτή την εικόνα.*» Αν ο/η εξεταζόμενος/η αρχίσει να γράφει έναν κατάλογο λέξεων ή ατελείς προτάσεις, πείτε: «*Γράψτε προτάσεις.*» Τοποθετήστε την εικόνα μπροστά στον/στην εξεταζόμενο/η, έτσι ώστε να είναι εντός του οπτικού πεδίου του/της. Ενθαρρύνετε τον/την εξεταζόμενο/η να δώσει προσοχή σε όλα τα στοιχεία της εικόνας. Δώστε του/της τρία λεπτά, προκειμένου να ολοκληρώσει τη διαδικασία.

## **Στ . Υπολογισμοί – Συναλλαγές**

### ΣΤ. 21 Αριθμητικές πράξεις

**Οδηγίες:** Πείτε για παράδειγμα: «**3 συν 2 πόσο κάνει;.....δείξτε μου την σωστή απάντηση**». Ο/η εξεταζόμενος/η κοιτάει τις απαντήσεις και δείχνει την απάντηση που θεωρεί σωστή.

### ΣΤ 22 Συναλλαγές

**Οδηγίες:** Παρουσιάζετε προφορικά ένα πρόβλημα κάθε φορά και καλείτε τον/την εξεταζόμενο/η να το επιλύσει (προφορικά). Εάν αυτός/αυτή δεν ανταποκριθεί, δείξτε του/της το πρόβλημα. Ο/Η εξεταζόμενος/η δίνει την απάντηση που θεωρεί σωστή.

