

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

---

ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ  
ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

SCREENING TOOLS FOR APHASIA AND THEIR  
USE IN CYPRUS

---

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:**

- 1. Πέτρου Θεοδώρα**
- 2. Στυλιανού Μαρίλια**
- 3. Αγαθοκλέους Ανδρούλα**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Μίχου Αιμιλία

ΠΑΤΡΑ- 2019

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με το τέλος της πτυχιακής εργασίας ,αρχικά θέλουμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπων καθηγήτρια μας Δρ. Αιμιλία Μίχου , καθώς ήταν δίπλα μας καθ' όλη την διάρκεια της πτυχιακής μας εργασίας καθοδηγώντας μας πάντα με τον σωστό τρόπο και αφιερώνοντας μας αρκετό από το χρόνο της .

Πέραν από την επιβλέπων καθηγήτρια μας, πρέπει να ευχαριστήσουμε και το τμήμα λογοθεραπείας και συγκεκριμένα τους καθηγητές μας για όλες τις γνώσεις που μας πρόσφεραν κατά τη διάρκεια των σπουδών μας και ήταν πάντα δίπλα μας.

Σημαντικό είναι να ευχαριστήσουμε τους λογοθεραπευτές της Κύπρου και τον σύλλογο λογοθεραπευτών της Κύπρου που με τις γνώσεις τους και την βοήθεια τους, πραγματοποιήθηκε με επιτυχία η έρευνα μας , καθώς και η πτυχιακή μας εργασία.

Ακόμη δεν θα μπορούσαμε να μην ευχαριστήσουμε τους κύριους υπεύθυνους για όλο αυτό που ήταν φυσικά οι γονείς μας. Ήταν πάντα δίπλα σε εμάς, βοηθώντας μας με τον δικό τους τρόπο να πραγματοποιήσουμε το στόχο μας , χωρίς άγχος και πίεση.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

	ΣΕΛ
ΠΕΡΙΛΗΨΗ/ ABSTRACT.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> :ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
1.1. ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΦΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ.....	8
2.1. ΑΦΑΣΙΑ.....	8
2.2. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.....	11
2.3. ΤΥΠΟΙ ΑΦΑΣΙΩΝ.....	13
2.4.ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΑΦΑΣΙΑ.....	15
2.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ.....	16
2.6. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	17
2.7. ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΑ ΤΕΣΤ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΑ ΤΕΣΤ.....	22
2.8. ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΦΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ.....	23
2.9. ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> :.....	38
5.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	38
5.2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΚΥΠΡΟ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	40
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	46

## ABSTRACT

Aphasia is a disorder of language resulting from injury to the frontal, temporal, or parietal cortex and/or thalamus, or connections between primary sensory cortex and the association areas of the “language dominant” hemisphere. Early identification of language disorders following stroke or any other brain lesions is important for the timely assessment and in depth analysis of the language disorders, and therefore the timely introduction of aphasia therapy. Little is known about the knowledge and the use of screening tools for aphasia in Cyprus and how the speech language therapists train other to perform screening in the acute phase of brain lesions. Here, we investigated the utilisation of aphasia screening tools in Cyprus with a web-based survey for speech language therapists. We compared the results of this study to the results of the identical web-based survey in Greece and results are discussed in detail. We found that (a) there are not many SLTs specialists in aphasia in both Greece and Cyprus, (b) in both countries, SLTs do not use standardised and cultural adapted screening tools and (c) in Cyprus, SLTs are mostly using cognitive screening in aphasia patients, amongst other findings.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αφασία είναι μια διαταραχή του λόγου που προκύπτει από βλάβες στον μετωπιαίο, κροταφικό ή βρεγματικό φλοιό ή / και στον θάλαμο ή συνδέσεις μεταξύ του πρωτεύοντος αισθητηριακού φλοιού και των περιοχών σύνδεσης του "γλωσσικά κυρίαρχου" ημισφαιρίου. Η έγκαιρη ανίχνευση των διαταραχών του λόγου μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή οποιοσδήποτε άλλες εγκεφαλικές βλάβες είναι σημαντική για την έγκαιρη αξιολόγηση και ανάλυση σε βάθος των διαταραχών του λόγου και επομένως την έγκαιρη εισαγωγή του ασθενούς με αφασία σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Δεν έχουμε αρκετή γνώση σχετικά με τη χρήση των εργαλείων ανιχνευτικού ελέγχου για την αφασία στην Κύπρο και τον τρόπο με τον οποίο οι λογοθεραπευτές εκπαιδεύουν άλλους και χρησιμοποιούν τα ανιχνευτικά εργαλεία για τον έλεγχο λόγου στην οξεία φάση των εγκεφαλικών βλαβών. Εδώ ερευνήσαμε την αξιοποίηση των εργαλείων ανίχνευσης αφασίας στην Κύπρο με μια διαδικτυακή έρευνα για τους λογοθεραπευτές. Συγκρίναμε τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης με τα αποτελέσματα της ίδιας διαδικτυακής έρευνας στην Ελλάδα και τα αποτελέσματα συζητούνται λεπτομερώς. Διαπιστώσαμε (α) ότι και στις δύο χώρες δεν υπάρχει μεγάλο ποσοστό εξειδίκευσης της αφασίας, (β) το γεγονός ότι στην Ελλάδα και στην Κύπρο χρησιμοποιούν ανιχνευτικά τεστ για την αφασία τα οποία δεν είναι μεταφρασμένα στα ελληνικά (γ) στην Κύπρο χρησιμοποιούν περισσότερα γνωστικά τεστ, μεταξύ άλλων ευρημάτων.

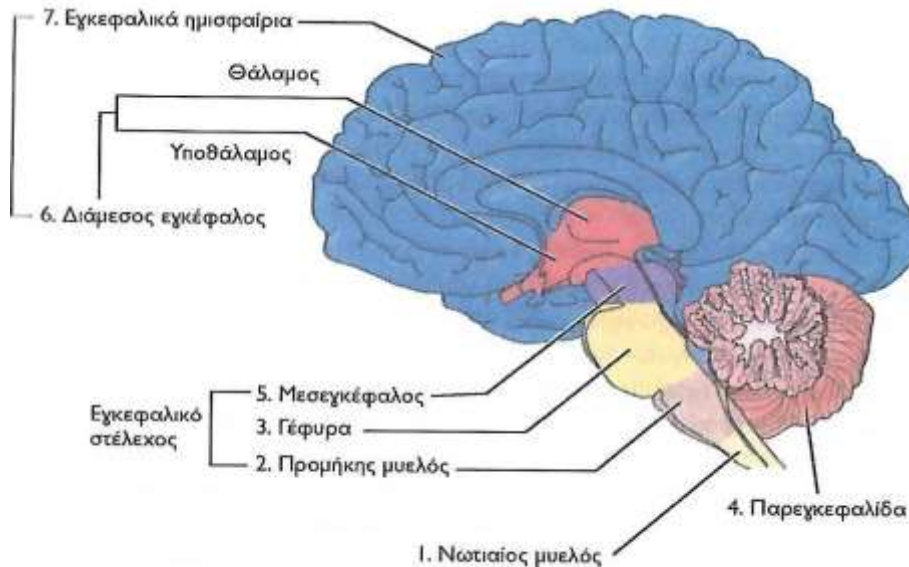
**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** αφασία, ανιχνευτικά τεστ, αξιολογητικά τεστ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1 ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) αποτελείται από τον νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο. Οι νευροανατόμοι διακρίνουν το κεντρικό νευρικό σύστημα σε επτά ανατομικές περιοχές α) νωτιαίος μυελός β) προμήκης μυελός γ) γέφυρα δ) παρεγκεφαλίδα ε)μεσεγκέφαλος στ') διάμεσος εγκέφαλος και ζ) εγκεφαλικά ημισφαίρια (Kandel et al. 1999, Purves 1997 και Καφετζόπουλος 1995).



Εικόνα .1.Σχηματική παράσταση των 7 βασικών ανατομικών περιοχών του ΚΝΣ

Ο εγκέφαλος είναι ένα πολύπλοκο σύστημα του ανθρώπου που ρυθμίζει και συντονίζει τα όργανα και τις λειτουργίες του σώματος. Ο εγκέφαλος αποτελείται από τρία μεγάλα τμήματα: τον πρόσθιο εγκέφαλο, το μέσο εγκέφαλο και τον οπίσθιο εγκέφαλο (Kalat 1995,Λυμπεράκης 1197,Purves 1997).Ο οπίσθιος εγκέφαλος αποτελείται από τη γέφυρα, τον προμήκη και την παρεγκεφαλίδα. Ελέγχει μέσω των κρανιακών νευρών την αναπνοή, τον καρδιακό ρυθμό, τη σιελόρροια, το φτέρνισμα, τον εμετό και το βήχα. Η παρεγκεφαλίδα ελέγχει τον συντονισμό των κινήσεων και συντελεί στην γρήγορη και εύκολη κατανόηση γνωστικών και γλωσσικών δεξιοτήτων. Τα άτομα με βλάβη στην παρεγκεφαλίδα αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη μνήμη ή δυσκολίες στην ανεύρεση της λέξης. Ο μεσεγκέφαλος συντονίζει τα ακουστικά και οπτικά ανατακλαστικά. Στον πρόσθιο εγκέφαλο, ο υποθάλαμος και η υπόφυση αποτελούν την κύρια πηγή εισερχόμενων πληροφοριών προς τον εγκεφαλικό φλοιό.

Η ανάγνωση, η ομιλία ,η γραφή και η κατανόηση είναι γνωστικές δραστηριότητες. Μια βλάβη στο φλοιό πιθανόν να προκαλέσει αφασία. Ακόμη και βλάβες σε κάποιες από τις δομές που βρίσκονται κάτω από

και συνδέονται με το φλοιό μπορεί να προκαλέσει αφασία επίσης. Οι περιοχές του φλοιού που βρίσκονται πίσω από την σχισμή του Ronaldo ( περιοχή Wernicke) και πάνω από τη σχισμή sylvian(περιοχή Broca) είναι υπεύθυνες για την ανάλυση των αισθήσεων. Η περιοχή Broca που βρίσκεται μπροστά από περιοχή Ronaldo ξεκινά την κίνηση .

**Οπίσθιες ομιλητικές περιοχές:** Η περιοχή Wernicke που βρίσκεται στον κροταφικό λοβό και η οπίσθια ομιλητική περιοχή εκτείνεται προς τα πάνω, στο βρεγματικό λοβό. Κάποια εγκεφαλική βλάβη στην περιοχή αυτή σχετίζεται με την κατανόηση του λόγου. Οποιαδήποτε βλάβη στην περιοχή Wernicke προκαλεί δυσκολίες στην κατανόηση της ομιλίας και δυσκολίες με την ανάγνωση. Ακόμη και δυσκολίες στη γραφή και στην κατονομασία, οι οποίες ενδέχεται να σχετίζονται με βλάβες στις πίσω ομιλητικές περιοχές. Οι ασθενείς με οπίσθιες βλάβες μιλούν με αρκετά καλό ρυθμό . Οι αφασιολόγοι ονομάζουν τις διαταραχές που συνδέονται με οπίσθιες βλάβες ,ευφραδείς αφασίες. Ποικιλία αφασιών ανάλογα με το βαθμό και τη θέση της βλάβης που τις προκαλεί, αποτελεί τα ευφραδή (οπίσθια) αφασικά σύνδρομα. Έτσι τα άτομα με οπίσθιες αφασίες μιλούν με ευχέρεια.

**Εμπρόσθια γλωσσική περιοχή:** Είναι υπεύθυνη για την ομιλία , για αυτό κάποια βλάβη στην περιοχή διαταράσσει την ροή της άρθρωσης. Ο ανεπαρκής κινητικός προγραμματισμός και οι διαταραχές άρθρωσης συνοδεύουν τη μη ρέουσα αφασία λόγω ότι η εμπρόσθια γλωσσική περιοχή βρίσκεται κοντά στις περιοχές του εγκεφάλου που . Παρατηρούνται επίσης και δυσκολίες στην ανάκληση λέξεων.

Τα κυτταρικά στρώματα της εξωτερικής επιφάνειας του πρόσθιου εγκεφάλου σχηματίζουν τη φαιά ουσία, που είναι γνωστή ως εγκεφαλικός φλοιός (Kalat 1995, Kaplan1995).Στα περισσότερα άτομα το ένα το ένα από τα δύο ημισφαίρια θεωρείται ως επικρατέστερο (πλαγίωση) και αυτό που οργανώνει την έκφραση του λόγου και τις αντιληπτικές λειτουργίες. Στο 97% του πληθυσμού το επικρατών ημισφαίριο είναι το αριστερό και εδώ περιλαμβάνεται το 99% των δεξιόχειρων και το 60% έως 70% των αριστεροχείρων ατόμων (Kaplan 1995:145).

Σύμφωνα με έρευνες με άτομα που είχαν υποστεί διατομή του μεσολόβιου, φάνηκε ότι κάποιες λειτουργίες του λόγου κατευθύνονται το ένα από το άλλο. Με αυτό επισημαίνεται ότι το αριστερό ημισφαίριο περιλάμβανε τις βασικές περιοχές του λόγου. Για παράδειγμα η περιοχή Broca ευθύνεται για τη γλωσσική έκφραση άρα οποιαδήποτε διαταραχή στην περιοχή αυτή προκαλούν διάφορες μορφές αφασίας. Η περιοχή Wernicke είναι υπεύθυνη για την κατανόηση της γλώσσας αφού επεξεργάζεται τις ακουστικές πληροφορίες. Σε άτομα όπου το επικρατέστερο ημισφαίριο είναι το αριστερό το δεξιό οπτικό τους πεδίο έχει πλεονέκτημα ως προς τις λεκτικές πληροφορίες ενώ το αριστερό οπτικό τους πεδίο έχει πλεονέκτημα ως προς τις μη λεκτικές πληροφορίες .

Το αριστερό ημισφαίριο κατέχει την αναλυτική, την αφαιρετική και τη λογική ικανότητα σε αντίθεση, το δεξί όπου σχετίζεται με τις αντιληπτικές οπτικό-χωρικές καλλιτεχνικές μουσικές και συνθετικές φλοιώδεις λειτουργίες. Το δεξί ημισφαίριο συνδέεται επίσης τόσο με την αντίληψη όσο και με την έκφραση του συναισθηματικού περιεχομένου συμπεριλαμβανομένης και της αντίληψης των κοινωνικών υπαινιγμών (Παπακώστα 1996).

Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια χωρίζονται στο μετωπιαίο , ινιακό, βρεγματικό και κροταφικό λοβό τόσο αριστερά όσο και δεξιά. Παρακάτω αναφέρονται πληροφορίες για τις λειτουργίες των δομών και τη σημαντικότητά τους στο λόγο και την ομιλία.

**Μετωπιαίος λοβός:** Το πίσω μέρος του μετωπιαίου λοβού είναι υπεύθυνο για τις λεπτές κινήσεις. Ο προμετωπιαίος δέχεται πληροφορίες από τα αισθητηριακά συστήματα. Οποιοσδήποτε βλάβες του μετωπιαίου λοβού προκαλούν προβλήματα ισορροπίας ελέγχου των σφιγκτήρων και του μυϊκού τόνου. Ο μετωπιαίος λοβός συνδέεται με τη γλώσσα. Στον αριστερό μετωπιαίο λοβό βρίσκεται η περιοχή Broca και είναι η περιοχή του προφορικού λόγου και της άρθρωσης και οποιαδήποτε βλάβη προκαλεί αφασία Broca και αδυναμία στην γλωσσική έκφραση. Τα περισσότερα γλωσσικά επίπεδα (γραμματική, λεξιλόγιο ,σύνταξη) καθορίζονται από το αριστερό ημισφαίριο, ενώ οι μη λεκτικές λειτουργίες όπως το χιούμορ καθορίζονται από το δεξί ημισφαίριο. Ο προμετωπιαίος φλοιός σχετίζεται με την κρίση, τη μνήμη, την προσωπικότητα ,την προσοχή, τον προσανατολισμό και την εσωτερική αναπαράσταση του περιβάλλοντος. Βλάβες σε περιοχές του μετωπιαίου λοβού σχετίζονται με διαταραχές στην απόκτηση πληροφοριών και λήψης αποφάσεων, έλλειψη αφαιρετικής σκέψης και προσαρμογής σε νέες καταστάσεις. Ακόμη προκαλούν και ψυχικά προβλήματα όπως προβλήματα με τις κοινωνικές αναστολές ή αδυναμία στο να κατανοούν τα συναισθήματα των άλλων, έλλειψη κινήτρων και απάθεια.

**Ινιακός λοβός:** Μια βλάβη στον ινιακό λοβό ονομάζεται φλοιώδης τύφλωση .Το αποτέλεσμα είναι φυσιολογική κίνηση των οφθαλμών χωρίς να έχουν αντίληψη και συνείδηση των οπτικών πληροφοριών.

**Βρεγματικός λοβός:** Ο βρεγματικός λοβός είναι υπεύθυνος για τις αισθήσεις ,την αντίληψη, προσοχή προσώπων στο χώρο και αντικειμένων και τη γραφή. Βλάβες στο βρεγματικό προκαλούν απραξία, αφασία αγνωσία αλεξία και αγραφία.

**Κροταφικός λοβός:** Βρίσκεται στο πλάγιο τμήμα κάθε ημισφαιρίου. Κοντά στους κροτάφους, και σχετίζεται με τις βασικές λειτουργίες της μνήμης, της οπτικής αναγνώρισης αντικειμένων, των συναισθημάτων και κατά κύριο λόγο ,με την επεξεργασία ακουστικών πληροφοριών(Banich 1997:45). Σχετίζεται με την κατανόηση της ομιλίας, καθώς και της όρασης και της αντίληψης σύνθετων προσώπων

και εικόνων. Ακόμη στο κροταφικό λοβό εντοπίζεται η περιοχή Wernicke όπου συνδέεται με την κατανόηση του λόγου οπότε κάποια βλάβη εκεί προκαλεί αδυναμία κατανόησης. Επίσης βλάβες προκύπτουν ακόμη και στην ακοή, στην αναπνοή στην ισορροπία του λόγου, στο σφυγμό, στην αρτηριακή πίεση και στο γαστρεντερικό σύστημα.

### **Σύγχρονες επιστημονικές τεχνικές μελέτης του εγκεφάλου**

Η μέθοδος της εγκεφαλικής απεικόνισης επιτρέπει τη μελέτη του ζωντανού εγκεφάλου, και περιλαμβάνει μια πλειάδα μεσών και τεχνικών, που έχουν δύο κοινά χαρακτηριστικά α) μετρούν ή καταγράφουν κάποια ιδιότητα ή κάποιο χαρακτηριστικό του εγκεφάλου και β) μεταφράζουν την πληροφορία σε μια οπτική εικόνα ή σε μια αριθμητική καταγραφή, που είναι απαραίτητες στην κλινική μελέτη και στην έρευνα (Kalat, 1995).

Οι δομικές τεχνικές δίνουν πληροφορίες για τη δομή του εγκεφάλου και αυτές είναι η ακτινογραφία του κρανίου, η αξονική και η μαγνητική τομογραφία. Οι λειτουργικές τεχνικές αποκαλύπτουν πληροφορίες για τη δραστηριότητα των τμημάτων του ανθρώπινου εγκεφάλου σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και περιλαμβάνονται η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) ή φωτονίων, η λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (ΛΑΜΣ) και η μαγνητική φασματοσκοπία. Στις ηλεκτροφυσιολογικές τεχνικές πληροφορούν για την κατάσταση που βρίσκονται διάφορα τμήματα του εγκεφάλου. Ανήκουν η ηλεκτροεγκεφαλογραφία, η μέθοδος της εγκεφαλικής αιματικής ροής, τα προκλητά δυναμικά και η μαγνεεγκεφαλογραφία (Kalat 1995, Kaplan 1995, Sternberg 1999, Eysenck & Kean



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΦΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

## 2.1. ΑΦΑΣΙΑ

Το 1870 ο Hughlings Jackson περιέγραψε την ανικανότητα που έχουν κάποιοι ασθενείς με αφασία στο να εκτελέσουν εκούσιες κινήσεις καθώς υπάρχει αδυναμία διατήρησης και ικανότητας κίνησης των ίδιων μελών του σώματος αυτόματα ή εκούσια.

Η αφασία είναι μια αποκτώμενη γλωσσική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ανικανότητα κατανόησης ή παράγωγης της γλώσσα που δεν σχετίζεται με αισθητηριακά ή κινητικά ελλείμματα (Spreeen&Risser, 2003).

Ο Broca, το 1861, προτιμούσε να χρησιμοποιήσει την «αθεμία» αντί για την «αφασία» για να δείξει γλωσσικές δυσκολίες προερχόμενες από διαταραχές στον εγκέφαλο (Özcan, 2009). Ωστόσο, στο βαθμό που είναι γνωστό, η έννοια της αφασίας χρησιμοποιήθηκε αρχικά από το Trousseau το 1874 (Kargin, 1993). Η αφασία είναι μια νευρωτική διαταραχή που προέρχεται από βλάβες τμημάτων του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνα για τις λειτουργίες της γλώσσας και προκαλούν ορισμένες δυσκολίες στην επικοινωνία όπως στην ακοή, ανάγνωση, γραφή, κατανόηση και ομιλία (Memis&Tülek, 2004, Özcan, 2009, Armağan, 2011, Dokur, 2013). Ωστόσο, σχετίζεται κυρίως με προβλήματα στην ομιλία και την κατανόηση της συνομιλίας (Dokur, 2013). Δεδομένου ότι οι λειτουργίες της γλώσσας εντοπίζονται κυρίως στο αριστερό ημισφαίριο, η αφασία είναι συχνά αποτέλεσμα παθολογίας σε αυτή την πλευρά του εγκεφάλου (Armağan, 2011).

Μπορεί να είναι μια συγγενής ή επίκτητη διαταραχή (Cohen κ.ά., 1976, Kargin, 1993) και μπορεί να είναι αποτέλεσμα κάποιων άλλων πιθανών διαταραχών στο ανθρώπινο σώμα, όπως αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια, τραυματικά εγκεφαλικά τραύματα, όγκοι του εγκεφάλου, επιληψία και λοιμώξεις κεντρικό νευρικό σύστημα (Kargin, 1993, Armağan, 2011).

Σε αρκετούς ασθενείς η λεκτική και μη απραξία συνυπάρχει με αφασία. Αυτοί οι ασθενείς ενδέχεται να παρουσιάζουν ιδεοκινητική, ιδεατή και κατασκευαστική απραξία. Στην κατασκευαστική απραξία συνήθως προκαλείται από βλάβη στο βρεγματικό λοβό του μη επικρατούντος ημισφαιρίου. Άτομα με κατασκευαστική απραξία δυσκολεύονται να σχεδιάσουν στο χώρο (π.χ. γεωμετρικά σχήματα, αντικείμενα.)

Αν και μπορεί κανείς να σκεφτεί ότι ένα άτομο με αφασία έχει συγκεκριμένα ελλείμματα που περιορίζονται στο γλωσσικό τομέα (παραγωγή ομιλίας, κατανόηση κλπ.), σπάνια συμβαίνει αυτό. Οι

γνωστικές λειτουργίες του τομέα, όπως η μνήμη εργασίας, η προσοχή, η γενική εγρήγορση, ο γνωστικός έλεγχος και η αναστολή, έχουν βρεθεί να επηρεάζονται σε πολλά άτομα με αφασία. η φύση και η σοβαρότητα αυτών των γνωστικών ικανοτήτων ποικίλλουν ευρέως τόσο εντός όσο και μεταξύ των τύπων αφασίας (Casparietal, 1998, Brownsettetal, 2014, Murray, Holland&Beeson, 1997, 1998, Erickson, Goldinger&LaPointe, 1996, Pettigrew&Hillis, 2014).

Η αφασία μπορεί να περιορίσει σοβαρά το άτομο. Τα ελλείμματα της επικοινωνίας οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση, απώλεια των προτιμώμενων δραστηριοτήτων και της κατάθλιψης, της υπερβολικής εξάρτησης και της μειωμένης ποιότητας ζωής (Beeson&Bayles, 1997, Groher, 1989).

Η αφασία επηρεάζει και τα δύο φύλα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, αλλά συνηθέστερα εμφανίζεται στα μέσα έως τα τελευταία χρόνια, με δραματική αύξηση της συχνότητας εμφάνισης σε ενήλικες ηλικίας 85 ετών και άνω (Beeson&Bayles, Groher, 1989).

Η αφασία είναι μια διαταραχή, η οποία στην πραγματικότητα, επηρεάζει μια ολόκληρη οικογένεια. Δεν επηρεάζει μόνο το αφασικό άτομο αλλά και όλους, όσοι βρίσκονται γύρω του, κυρίως , επειδή διαταράσσει σοβαρά την αίσθηση ισορροπίας μιας οικογένειας και απαιτεί μια αναδόμηση των οικείων οικογενειακών ρόλων(Anderson&Shames, 2013).

Οι WebsterκαιLarkins(1979) ανέφεραν τέσσερεις οικογενειακές δυσκολίες ως επικρατέστερες

- ο/η μη αφασικός σύζυγος δεν μένει στιγμή μόνος /η
- τα οικονομικά
- το ζευγάρι χρειάζεται να συνηθίσει τους καινούριους ρόλους, που δημιουργεί η αφασία
- η ανεύρεση τρόπων, για να αντιμετωπιστεί το θέμα της εξάρτησης / ανεξαρτησίας του/ της αφασικού/ης συζύγου.

Η αφασία είναι μια συνηθισμένη συνέπεια του εγκεφαλικού επεισοδίου που συνήθως προκύπτει από τραυματισμούς σε ένα εκτεταμένο δίκτυο φλοιώδους και - δομής που διαπερνάτε από τη μέση εγκεφαλική αρτηρία στο αριστερό ημισφαίριο (Alexander,1997; McNeil&Praat,2001).Οι περισσότεροι ασθενείς πάσχουν από αφασία από οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζουν κάποιο βαθμό αυθόρμητης ανάκαμψης, κυρίως κατά τους πρώτους 2-3 μήνες μετά την έναρξη του εγκεφαλικού επεισοδίου (Laskaetal., 2001, Lendrem and Lincoln, 1985, Nicholasetal., 1993).

Ένας αριθμός παραγόντων έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει την αυθόρμητη ανάκαμψη της αφασίας, συμπεριλαμβανομένης της θέσης και του μεγέθους της βλάβης, καθώς και την ύπαρξη προηγούμενων

εγκεφαλικών επεισοδίων (Lazar, Speizer, Festa, Krakauer, & Marshall, 2008). Τα πρόσφατα δεδομένα νεύρο-απεικόνισης και συμπεριφοράς υποδεικνύουν ότι σημαντικές αλλαγές στη φλοιική αναπαράσταση της γλώσσας μπορεί να συμβούν μέσα σε κάποιες μέρες, εβδομάδες και μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο στο αριστερό ημισφαίριο (Hornetal., 2005) και ότι η ανάκτηση της γλώσσας μετά το εγκεφαλικό εξαρτάται σημαντικά από το βαθμό της πλαστικότητας που παρατηρείται στους εγκεφάλους των ασθενών μετά από τον τραυματισμό (Cherney&Small, 2006, Mussoetal., 1999, Thompson, 2000, Thompsonetal., 1997).

Η δια κρανιακή μαγνητική διέγερση και η διέγερση δια κρανιακού συνεχούς ρεύματος είναι ασφαλείς μη επεμβατικές μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόκληση ή την ενίσχυση των νευροπλαστικών αλλαγών στην εγκεφαλική δραστηριότητα (Antal, Nitsche, & Paulus, 2001). Υπάρχει πλέον ένα μικρό αλλά αυξανόμενο βιβλιογραφικό κομμάτι που ενημερώνει ότι η μη επεμβατική εγκεφαλική διέγερση μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη θεραπεία της αφασίας μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι περιφερικές περιοχές του αριστερού ημισφαιρίου αποκτούν ή επανακτούν τη γλωσσική ικανότητα εβδομάδες και μήνες μετά τον τραυματισμό. Από καιρό έχει γίνει αποδεκτό ότι το μέγεθος του εμφράγματος του αριστερού ημισφαιρίου στην περιοχή Sylvianτης γλώσσας συσχετίζεται με την αρχική σοβαρότητα της αφασίας και αντίστροφα με την αποκατάσταση της αφασίας (Kertesz, Harlock, & Coates, 1979).

Ένας αριθμός λειτουργικών μελετών απεικόνισης ασθενών με μη ρέουσα αφασία έχει επίσης αποδείξει ότι η καλύτερη αυθόρμητη ανάκτηση της γλώσσας συνδέεται με τη μεγαλύτερη ενεργοποίηση των δομών του αριστερού ημισφαιρίου (Karbeetal., 1998, Karbeetal., 1998, Miuraetal., 1999, Warburtonetal., 1999).

Το δεξί ημισφαίριο έχει σημαντικό ρόλο στην ανάκτηση της γλώσσας, αφού αναλαμβάνει λειτουργίες του αριστερού ημισφαιρίου. Άλλοι ισχυρίστηκαν ότι η λειτουργική ενεργοποίηση των περιοχών του δεξιού ημισφαιρίου σε αφασικούς ασθενείς κατά τη διάρκεια των γλωσσικών εργασιών είναι επιφανειακή και δεν διευκολύνει ούτε παρεμποδίζει την ανάκτηση της γλώσσας (Thiefetal, 2001).

Επιπλέον ορισμένοι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργείο αριστερού ημισφαιρίου έχουν δείξει ουσιαστική ανάκτηση της γλώσσας (Vargha-Khademetal, 1997) υποδεικνύοντας ότι το δεξί ημισφαίριο έχει την ικανότητα να επεξεργάζεται τις γλωσσικές πληροφορίες ενώ απουσιάζει η λειτουργία του αριστερού ημισφαιρίου.

Δύο από τους καθοριστικούς παράγοντες της εμπλοκής του δεξιού ημισφαιρίου είναι η τοποθεσία και το μέγεθος της βλάβης. Επιπρόσθετα, έχει υποστηριχθεί ότι η ημισφαιρική εμπλοκή μπορεί να είναι μια δυναμική διαδικασία που αλλάζει κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης ως συνάρτηση του χρόνου από την έναρξη της αφασίας, την ηλικία του ασθενούς και τις συγκεκριμένες απαιτήσεις εργασίας (Fingeret al.2003; Hillis, 2007).

## 2.2. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) προκαλούνται από διαταραχές της αιμάτωσης. Αν το εγκεφαλικό διαρκεί λιγότερο από 24 ώρες τότε είναι ονομάζεται παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η τρίτη αιτία θανάτου. Μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ένα 40% των ασθενών που επιβιώνουν χρειάζονται βοήθεια από άλλους . Τα ΑΕΕ διαφέρουν ως προς την παθογένεια και την αιτιολογία αλλά και την περιοχή του εγκεφάλου που προσβάλλεται.

Παθογένεια : μπορεί να οφείλονται σε:

- Εγκεφαλική ισχαιμία (80%). Είναι διακοπή της παροχής αίματος σε κάποια περιοχή του εγκεφάλου που μπορεί να οφείλεται σε εμβολή (30%), θρόμβωση (30%) και νόσος μικρών αγγείων (20%).
- Πρωτοπαθή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία(15%)
- Υπαραχνοειδή αιμορραγία (5%)

Η αθηροσκλήρωση αποτελεί παράγοντα αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Οι παράγοντες κινδύνου για αθηρωμάτωση είναι η αρτηριακή πίεση, κάπνισμα, σακχαρώδης διαβήτης, οικογενειακό ιστορικό κατάχρηση οινόπνευματος και υπερχοληστερολαιμία. Η αθηρωμάτωση παρατηρείται στο διχασμό της καρωτίδας και το σημείο στένωσης των δύο σπονδυλικών αρτηριών

Εγκατάσταση ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου : Η δημιουργία του εγκεφαλικού εμφράκτου συμβαίνει μετά από λίγα λεπτά ισχαιμίας. Οι συνέπειες εξαρτώνται από τη βαρύτητα και τη διάρκεια της ισχαιμίας.

Μετά από τρεις εβδομάδες, οι αιμοδυναμικές διαταραχές που οδήγησαν στο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σταθεροποιούνται και η αποκατάσταση εξαρτάται από την αποκατάσταση της λυκοφωτικής περιοχής και την προσαρμογή της εγκεφαλικής λειτουργίας.

**Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια μεγάλων αγγείων πρόσθιας κυκλοφορίας:** η μέση εγκεφαλική αρτηρία που αιματώνει το πιο μεγάλο μέρος του αισθητικού και κινητικού φλοιού . Η πρόσθια

εγκεφαλική αρτηρία αιματώνει το κινητικό φλοιό που ελέγχει το κάτω άκρο ,μέρος του μετωπιαίου λοβού και το μεσολόβιο.

**Πλήρες αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο πρόσθιας μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας** : προκύπτει από πλήρη απόφραξη της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, εκτεταμένη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία και προσβολή της έσω κάψας. Η πλήρης ισχαιμία αποτελεί βαριά διαταραχή, η κλινική εικόνα περιλαμβάνει χαλαρή ημιπάρεση άνω και κάτω άκρου και του προσώπου. Συνυπάρχει με αφασία και με ομώνυμη ημιανοψία. Παρατηρείται παροδική δυσαρθρία ,ίσως και δυσκαταποσία. Αυτά τα είδη εγκεφαλικών χαρακτηρίζονται από μακροπρόθεσμη νοσηρότητα και από υψηλή θνησιμότητα.

**Μερικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο πρόσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας:** Ανάλογα με το ημισφαίριο που έχει προσβληθεί η ισχαιμία υπάρχουν διάφοροι συνδυασμοί κλινικών εκδηλώσεων, όπως κάτω κλάδος – ημιανοψία, αφασία Wernicke σε βλάβη του ημισφαιρίου που δεν επικρατεί, άνω κλάδος – αφασία σε βλάβη του ημισφαιρίου που επικρατεί. Ισχαιμία σε περιφερικούς κλάδους προκαλεί φλοιώδη έμφρακτα όπου εκδηλώνεται ως αδυναμία ενός άκρου ή επιμέρους διαταραχές ανώτερων λειτουργιών. Ισχαιμία στη πρόσθια εγκεφαλική αρτηρία οδηγεί σε ημιπάρεση στο κάτω και λιγότερο στο άνω άκρο, με ακράτεια ούρων και απάθεια και μικτή αφασία σε βλάβη του ημισφαιρίου που επικρατεί ή δυσπραξία του μη επικρατούντος ημισφαιρίου.

**Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια της οπίσθιας κυκλοφορίας:** Τα έμφρακτα της οπίσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας προκαλούν αντίπλευρη ημι-αναισθησία και αντίπλευρη ημιανοψία . Πιθανόν να συνυπάρχει με διαταραχές στη μνήμη ή του λόγου ή φλοιώδης τύφλωση.

**Άλλα αγγειακά εγκεφαλικά της οπίσθιας κυκλοφορίας:** Παρατηρούνται παρεγκεφαλιδικά σημεία, νυσταγμός και διπλωπία που παραπέμπουν σε βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους.

### **2.3. ΤΥΠΟΙ ΑΦΑΣΙΩΝ**

**BROCA:** Η αφασία Broca χαρακτηρίζεται έντονη, γεμάτη σφάλματα ομιλία (τόσο στην αυθόρμητη παραγωγή τόσο και στην επανάληψη), όσο και σχετικά άθικτη κατανόηση της ομιλίας (Damasio, 1992, Goodglass& Kaplan, 1983). Η αφασία Broca είναι συνδεδεμένη με βλάβη στην περιοχή Broca. Το όνομα της περιοχής και της αφασίας Broca πήρε το όνομα της από τον Γάλλο ιατρό Paul Broca το 1880. Βλάβη στην περιοχή Broca δεν είναι απαραίτητη για την παρουσία αφασίας Broca (Fridriksson,

Bonilha&Rorden, 2007) και βλάβη που περιβάλλεται στην περιοχή του Broca δεν αρκεί για να προκαλέσει αφασία Broca (Mohretal, 1978, Mohr 1976).

Η αφασία του Broca χαρακτηρίζεται από δυσκολία στη λεκτική παραγωγή, την αρθρωτή άρθρωση και τη δομή της τηλεγραφικής γλώσσας (π.χ. λέγοντας "Πηγαίνω το αυτοκίνητο" αντί για "πηγαίνω στο αυτοκίνητο") που εμφανίζεται με βλάβη στο πρόσθιο τμήμα του αριστερού ημισφαιρίου (Kearns, 2005).

Οι φωνημικές και οι προφορικές παραφασίες είναι συχνά παρούσες στην παραγωγή ομιλίας ασθενών με αφασία Broca και οι ασθενείς συνήθως γνωρίζουν τα ελλείμματά τους και κάνουν προσπάθειες διόρθωσης σφαλμάτων. (Goodglass&Kaplan, 1983). Ένα άλλο χαρακτηριστικό της αφασίας του Broca, είναι η γραμματική παραγωγή, δηλαδή η παραγωγή ομιλίας που συχνά στερείται κλειστών αντικειμένων κατηγορίας, δεσμεύεται με μορφώματα και γραμματική δομή, οδηγώντας το άτομο να παράγει απλές λέξεις ή σύντομες φράσεις (Jakobson, 1956, Goodglass 1968, 1976; Gleason κ.ά., 1975, Kean, 1977).

Στην αφασία Broca η ροή του λόγου χαρακτηρίζεται μη ρέουσα με μικρές φράσεις ή μεμονωμένες λέξεις. Η κλινική εικόνα που έχει ένα άτομο με αφασία Broca είναι ολική απουσία της ομιλίας που χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην ανάκτηση λέξεων. Στο λόγο του χρησιμοποιεί ουσιαστικά και ρήματα. Η επανάληψη, η κατονομασία, η ανάγνωση και η γραφή είναι επίσης διαταραγμένες. Οι αυτοματοποιημένες ακολουθίες όπως οι μέρες της εβδομάδας, η αρίθμηση είναι διατηρημένα. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν απραξία ομιλίας (Basso 2003), ιδεοκινητική απραξία (Benson, 1998) και δεξιά ημιπληγία ποικίλης σοβαρότητας. Βλάβη στις περιοχές του πίσω μέρους της κάτω μετωπιαίας έλικας της νήσου και της μετωπιαίας καλύπτρας (περιοχή Broca). Ακόμη μπορεί να επηρεαστούν η προκινητική και προμετωπιαία περιοχή του φλοιού, οι υπό φλοιώδεις περιοχές και μέρος των βασικών γαγγλίων.

**WERNICKE:** Η ομιλία των ατόμων με την αφασία του Wernicke τυπικά περιέχει τόσο λεκτικές όσο και φωνητικές παραφασίες και συχνά περιγράφεται ως παραγραμματική, δηλαδή η ομιλία τους συχνά περιέχει γραμματικές πληροφορίες, αλλά οι γραμματικές, πλήρως σχηματισμένες προτάσεις είναι σπάνιες. (Goodglass&Kaplan, 1983).

Η αφασία του Wernicke συμβαίνει όταν η βλάβη στο οπίσθιο τμήμα του αριστερού ημισφαιρίου δημιουργεί προβλήματα ανάγνωσης και γραφής, δυσκολία κατανόηση λέξεων/φράσεων και σημασιολογικών σφαλμάτων (π.χ., αντικατάσταση της "καρέκλας" ως "πίνακα", Caspari, 2005).

Στην αφασία Wernicke διαταραγμένη είναι η κατανόηση ενώ διατηρείται ροή του λόγου. Η ροή του λόγου χαρακτηρίζεται από φωνημικές, σημασιολογικές παραφασίες νεολογισμούς και κενό λόγο, καθώς οι λέξεις περιεχομένου μειώνονται. Οι ασθενείς με αφασία Wernicke δεν ελέγχουν τη ροή του λόγου

,λόγω του προβλήματος τους με την κατανόηση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εμφανίζουν ανοσοαγνωσία, έτσι παρεμποδίζεται η πορεία της αποκατάστασης. Διαταραγμένες είναι η κατονομασία , η επανάληψη , η γραφή και η ανάγνωση. Επίσης η ιδεοκινητική απραξία και η ημιανοψία (Basso,2003)ή η άνω δεξιά τερτοκυκλικήανοψία (Adam, Victor,Ropper,1997)συνυπάρχουν συχνά με αφασία Wernicke. Βλάβες στην αφασία Wernickeεντοπίζονται στην οπίσθια αριστερή περισυλβιανή περιοχή στο οπίσθιο μέρος της άνω κροταφικής περιοχής και σε περιοχές του κροταφικού και του βρεγματικού λοβού.

**ΑΦΑΣΙΑ ΑΓΩΓΗΣ :** Η αφασία αγωγής χαρακτηρίζεται από διαταραγμένη επανάληψη, ανάγνωση, κατονομασία και γραφή. Συγκεκριμένα παρατηρούνται φωνημικές παραφασίες και δυσκολίες στην ανάκτηση λέξης. Οι ασθενείς έχουν συναίσθηση των λεκτικών τους παραφασιών και συχνά ενώ προσπαθούν να αυτό-διορθωθούν, παράγουν πολλές φωνημικές παραλλαγές της λέξης-στόχου, ένα φαινόμενο που καλείται *conduitd'approche*(Alexander,2000). Η κατανόηση παραμένει σε γενικές γραμμές, άθικτη με κάποιους ασθενείς να παρουσιάζουν προβλήματα στην κατανόηση σύνθετων συντακτικών δομών (Basso,2003).Στην ανάγνωση παρατηρούνται σημασιολογικές και φωνημικές παραλεξίες. Πιθανόν να συνυπάρχουν με ιδεοκινητική απραξία και κινητικά ή/και αισθητηριακά ελλείμματα. Η βλάβη εντοπίζεται στην αριστερή κροτάφο-βρεγματική περιοχή . Ωστόσο έχει προταθεί ότι η αφασία αγωγής είναι αποτέλεσμα πολύ πιο εκτενούς βλάβης που περιλαμβάνει άλλες δομές, όπως η νήσος , ο πρωτεύον ακουστικός φλοιός και η υπερχειλία έλικα (Damasio,1998).

**ΟΛΙΚΗ ΑΦΑΣΙΑ :** Στην ολική αφασία ελλείμματα παρουσιάζονται σε όλα τα μέρη του λόγου. Η ομιλία χαρακτηρίζεται μη ρέουσα με στερεοτυπικές εκφράσεις. Η κατανόηση, η κατονομασία , η επανάληψη , η ανάγνωση και η γραφή είναι σοβαρά διαταραγμένες (Alexandre 2000). Η βλάβη εντοπίζεται σε ένα μεγάλο μέρος της περισυλβιανής περιοχής και συχνά προκαλείται από ολική απόφραξη της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Αυτή η βλάβη είχε ως αποτέλεσμα σοβαρά κινητικά και αισθητηριακά ελλείμματα στο δεξί ήμισυ του σώματος και ενίοτε διαταραχές στα οπτικά πεδία και στοματική ιδεοκινητική και ιδεατή απραξία (Comings&Mega,2003).

**ΑΝΟΜΙΚΗ ΑΦΑΣΙΑ:** Στην ανομική αφασία οι ασθενείς δεν μπορούν να ανακαλέσουν ονόματα αντικειμένων ή ατόμων αν και γνωρίζουν τη φύση του αντικειμένου δεν μπορούν να το κατονομάσουν. Διαταραγμένη είναι η κατονομασία, ενώ η επανάληψη ,κατανόηση ,η ανάγνωση είναι άθικτες. Στη ροή του λόγου παρουσιάζονται συχνές παύσεις και περιφράσεις. Βλάβες εντοπίζονται στις οπίσθιες περιοχές του λόγου και περιλαμβάνει τη γωνιώδη έλικα.

**ΔΙΑΦΛΟΪΚΗ ΚΙΝΗΤΙΚΗ:** Χαρακτηρίζεται με κακή ροή σχετικά καλή κατονομασία αλλά η κατανόηση και η επανάληψη είναι άθικτες. Η ανάγνωση και η γραφή είναι επίσης διαταραγμένες με φωνημικές παραφασίες. Ανάλογα με τη θέση και την έκταση της βλάβης, συνοδά νευρολογικά

συμπτώματα όπως δυσarthρία και αισθητηριακές και κινητικές διαταραχές, μπορεί να είναι παρόντα (Alexander ,2000). Σε γενικές γραμμές, οι βλάβες που προκαλούν αυτόν τον τύπο αφασίας βρίσκονται σε διάφορες θέσεις: στη μετωπιαία περιοχή πρόσθια ή άνω της περιοχής Broca (Benson 1993)στη συμπληρωματική κινητική περιοχή ή στην έλικα του προσάγω γιου (Cummins&Mega ,2003). Σε κάποιες περιπτώσεις, η βλάβη είναι υπό-φλοιώδεις και επηρεάζει τη λευκή ουσία κάτω από τους μετωπιαίους λοβούς (Damasio&Geschwind 1984).

**ΔΙΑΦΛΟΠΚΗ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ:** Στην διαφλουική αισθητηριακή αφασία η ομιλία χαρακτηρίζεται κάποιες φορές χωρίς νόημα ή δεν είναι καταληπτή με παραφασίες και νεολογισμούς. Η ανάγνωση , η γραφή η κατονομασία ,η κατανόηση είναι διαταραγμένες . Η επανάληψη λέξεων και προτάσεων είναι άθικτη .Μερικές φορές παρατηρείται ηχολαλία. Αυτός ο τύπος αφασίας συσχετίζεται με βλάβες στην οπίσθια περισυλβιανή και βρεγματό-ινιακή περιοχή (Adamsetal ,1997)

**ΔΙΑΦΛΟΠΚΗ ΜΙΚΤΗ:** Στην διαφλουική μικτή αφασία παρατηρούνται συμπτώματα της κινητικής και αισθητηριακής διαφλουική αφασίας . Η ροή είναι κακή, καθώς και διαταραγμένη είναι κατανόηση , η κατονομασία , η ανάγνωση και η γραφή . Το εξέχον χαρακτηριστικό αυτού του συνδρόμου είναι η διατηρημένη ικανότητα επανάληψης λέξεων και προτάσεων, συχνά με τη μορφή της ηχολαλίας (Alexander ,2000). Η βλάβη εντοπίζεται στην περιοχή της οριακής αιμάτωσης.

**ΥΠΟΦΛΟΙΩΔΗΣ ΑΦΑΣΙΑ:** Βλάβες στη λευκή ουσία και τους υπό-φλοιώδεις πυρήνες που δεν επηρεάζουν το φλοιό μπορούν να έχουν επίσης ως αποτέλεσμα ποικίλα αφασικά συμπτώματα (Fasanaroetal ,1987 Hayashi, Ulatowska&Sasanuma ,1985 Kreisleretal 2000, Radanovic&Scaff, 2003, Willmew&Poock,1993,Yamadori, Ohiva ,Seriu&Ogura,1984). Βλάβες στην κεφαλή του κερκοφόρου πυρήνα και στο πρόσθιο σκέλος της έσω κάψας συνεπάγεται με ελλείμματα στην κατανόηση ,δυσarthρία και κινητικές διαταραχές (Damasio,Damaasio,Rizzo,Varney,&Gersh1982).

## **2.4. ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΑΦΑΣΙΑ**

Η αφασία στην άνοια εξελίσσεται σε συνδυασμό με άλλα νοητικά ελλείμματα. Οι ασθενείς με άνοια παρουσιάζουν ανομία, μη ρέουσα αφασία με φωνημικές παραφασίες και σχετικά διατηρημένη κατανόηση. Μερικοί ασθενείς παρουσίαζαν πρώιμη δυσρυθμία και αγραφία που συνοδεύονταν με στοματική απραξία και κινητικές αλλαγές. Αρκετοί από αυτούς είχαν εστιακή ατροφία αριστερής συλβιανής σχισμής .

Η πρώιμη προοδευτική αφασία αναφέρεται σε ομάδα νεύρο-εκφυλιστικών διαταραχών με γλωσσική δυσλειτουργία ως αρχικό σύμπτωμα (Nesulam ,1982,2001,2003).



Μερικοί υπό τύποι είναι η προοδευτική μη ρέουσα αφασία και η σημασιολογική άνοια. Ασθενείς με προοδευτική μη ρέουσα αφασία , έχουν μη ρέουσα που χαρακτηρίζεται από αγραμματισμό ή και βλάβες στην κίνηση της ομιλίας (απραξία της ομιλίας δηλαδή δισταγμό και προσπάθεια σε μειωμένο προγραμματισμό της άρθρωσης(Ogaretal. 2007)

Στην προοδευτική μη ρέουσα αφασία οι σημασιολογικές δραστηριότητες, μειώνεται ο εκφραστικός λόγος , η επανάληψη είναι διαταραγμένη το ίδιο και η σύνταξη. Τα νεύρο-απεικονιστικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι η προοδευτική μη ρέουσα χαρακτηρίζεται από ατροφία των κάτω μετωπιαίων περιοχών του φλοιού στο αριστερό ημισφαίριο και της νήσου (Wittenberget. al. 2008). Η σημασιολογική άνοια είναι ένας από τους υπό τύπους της μέτωπο-κροταφικής φλοιικής εκφύλισης που αφορούν το λόγο και έχει περιγράψει ως ένα σύνδρομο ρέουσας αφασίας που χαρακτηρίζεται από μια σταδιακή κατάπτωση της εννοιολογικής γνώσης. (Henryetal. 2008 σ.60 ).Τα πρώιμα ελλείμματα που έχουν τα άτομα με σημασιολογική άνοια είναι στη σημασιολογική μνήμη , παρουσιάζουν επίσης απώλεια στη σημασία των λέξεων και αντικειμένων παρόλο που η επεισοδιακή μνήμη είναι λειτουργική. Η αμφίπλευρη ατροφία του πρόσθιου κροταφικού λοβού συνδέεται χαρακτηριστικά με τη σημασιολογική άνοια (Wittenbergetal. 2008). Στα αρχικά στάδια της σημασιολογικής άνοιας, οι ασθενείς έχουν παρόμοια συμπτώματα με την αφασία της ανομίας , περιφράσεις, με δυσκολία στην ανεύρεση λέξεων διαταραχές στην κατονομασία και σε δραστηριότητες λεκτικής ροής ανά κατηγορία. Με την πορεία της νόσου η άνοια γίνεται πιο σοβαρή αφού επιδρά στο διάλογο με αποτέλεσμα να υπάρχουν παύσεις , σημασιολογικές παραφασίες και κενό λόγο. Παρατηρείται επίσης δυσκολία στην επεξήγηση του νοήματος συνηθισμένων αντικειμένων.

Η σημασιολογική άνοια παρουσιάζεται με ρέουσα αφασία , ανομία ελλείψεις στην κατανόηση της γλώσσας και δευτερεύον βλάβη στη σημασιολογία (HodgeandPatterson2007). Η δυσλειτουργία προκύπτει από μια ποικιλία υποκείμενων ελλειμμάτων συμπεριλαμβανομένου της διαταραχής άρθρωσης, αγραμματισμό μειωμένο μήκος της φράσης και ο ρυθμός ομιλίας είναι βραδύτερος (λόγω των παύσεων).

## **2.5.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ**

Ο πιο σημαντικός στόχος της λογοθεραπείας για τη διαχείριση και την αποκατάσταση της αφασίας είναι η μεγιστοποίηση των γλωσσικών και επικοινωνιακών ικανοτήτων, της δραστηριότητας και της συμμετοχής των ατόμων. Οι λογοθεραπευτές είναι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση , διάγνωση και όπου ενδείκνυται την αποκατάσταση της αφασίας που προκύπτει από το εγκεφαλικό επεισόδιο. Η λειτουργική επικοινωνία είναι η ικανότητα του ατόμου να επικοινωνεί με επιτυχία ένα μήνυμα προφορικά, γραπτά η και μη λεκτικά στις καθημερινές διαδικασίες, πρόσφατες εξελίξεις έχουν δείξει ότι οι λογοθεραπευτές συνεργάζονται στενά με το άτομο με αφασία και συνεργάζονται με τους φροντιστές και τις οικογένειες για να μεγιστοποιήσουν τη συμμετοχή και τη λειτουργική επικοινωνία.

Μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ο ρόλος του λογοθεραπευτή στα αρχικά στάδια είναι να μπορεί να κάνει διάγνωση της αφασίας ή άλλων επικοινωνιακών διαταραχών μέσω σταθμισμένων ή μη σταθμισμένων δοκιμασιών.

- Να μπορεί να καλύπτει τις άμεσες ανάγκες που παρουσιάζονται συχνά κατά τη δυσφαγία.
- Να είναι σε θέση να επιμορφώνει το προσωπικό του νοσοκομείου, τους φίλους και την οικογένεια για το ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος επικοινωνίας των ατόμων με αφασία.

Ο λογοθεραπευτής πρέπει να παρακολουθεί τις αλλαγές που προκύπτουν τις πρώτες μέρες με την καταγραφή τους στο ιστορικό. Ακόμη πρέπει να συμβουλεύει, να υποστηρίζει και να πληροφορεί το άτομο με αφασία τους φίλους και την οικογένεια.

Τέλος πρέπει να ενημερώνει το προσωπικό του νοσοκομείου για τις ανάγκες της υγείας του ασθενή και να διασφαλίσει ότι υπάρχει παραπομπή και υποστήριξη σε ομάδες ή οργανισμούς πριν το εγκεφαλικό.

Οι λογοθεραπευτές εκπαιδεύονται για να αξιολογήσουν τις δυσλειτουργίες της επικοινωνίας στην αφασία, να εντοπίσουν τις υπόλοιπες λεκτικές και μη λεκτικές ικανότητες και να προσδιορίσουν τις μεθόδους υποστήριξης της επικοινωνίας για να αντισταθμίσουν ή να μάθουν νέους τρόπους επικοινωνίας. Ειδικά, είναι ειδικευμένοι στην προσαρμογή του τρόπου και των μεσών επικοινωνίας τους για να εξασφαλίσουν ότι τα άτομα με αφασία μπορούν να κατανοήσουν πληροφορίες, να κατανοήσουν μια απόφαση και τις αντιλήψεις τους και να διευκολύνουν την μετάδοση της απόφασης.

## **2.6. ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Η ανίχνευση συνήθως προηγείται της αξιολόγησης, η οποία προηγείται της διάγνωσης και της θεραπείας. Μέσα από την αξιολόγηση μπορούμε να διαπιστώσουμε εάν υπάρχει κάποιο κλινικό πρόβλημα και αν υπάρχει ποια θα είναι η διάγνωση μας.

Η διαγνωστική αξιολόγηση αναφέρεται στην εμπειριστατωμένη εξέταση της γλωσσικής απόδοσης των ασθενών ώστε να προκύψει διαγνωστική εντύπωση και λεπτομερής περιγραφή των περιοχών που σχετίζονται με τις γνωστικές δυνάμεις και την αδυναμία. Μερικές φορές ξεχνάμε ότι η ολοκληρωμένη αξιολόγηση αυτού του τύπου είναι επίσης πολύτιμη για τους σκοπούς της θεραπείας, για παράδειγμα, ο Kertesz (1988) παρομοίαζε τη θεραπεία ενός αφασικού ασθενούς απουσία διαγνωστικών δεδομένων "προσπαθώντας να προηγηθεί σε μια άγνωστη θάλασσα" (σελ.316).

Η αξιολόγηση μπορεί να οριστεί η διαδικασία συγκέντρωσης ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων με σκοπό την περιγραφή της επικοινωνιακής λειτουργίας ενός ατόμου και των εμποδίων σε επίπεδο δραστηριότητας, κατανόησης των περιορισμών σε επίπεδο συμμετοχής και την σχεδίαση κατάλληλων θεραπευτικών στόχων αποκατάστασης. (Ηλίας Παπαθανασίου 2014) .

Σύμφωνα με το πλαίσιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO) για τη Διεθνή Ταξινόμηση των Λειτουργιών, Αναπηρίας και Υγείας (ICF) (ASHA, 2016b, WHO, 2001) διεξάγεται εκτενή αξιολόγηση για τον προσδιορισμό και την περιγραφή

- βλάβες στη δομή και τη λειτουργία του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των υποκείμενων αδυναμιών στην προφορική και γραπτή γλώσσα που ενδέχεται να επηρεάζουν την απόδοση της επικοινωνίας.
- συν-νοσηρές ελλείψεις όπως άλλες καταστάσεις υγείας και φάρμακα που μπορούν να επηρεάσουν την απόδοση της επικοινωνίας.
- οι περιορισμοί στη δραστηριότητα και τη συμμετοχή του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών και των επιπτώσεων στη λειτουργική κατάσταση στις επικοινωνιακές και διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις.
- (περιβαλλοντικοί και προσωπικοί) παράγοντες που λειτουργούν ως φραγμοί στην επιτυχή επικοινωνία και τη συμμετοχή στη ζωή, και
- η επίδραση των προβλημάτων επικοινωνίας στην ποιότητα ζωής, οι λειτουργικοί περιορισμοί σε σχέση με τους προωθούμενους κοινωνικούς ρόλους του ατόμου και ο αντίκτυπος στην κοινότητα του / της.

Κατά την αξιολόγηση είναι σημαντικό να λαμβάνουμε υπόψη το άτομο που έχουμε απέναντι μας και να διαλέγουμε την πιο κατάλληλη μέθοδο σύμφωνα με το πολιτισμικό υπόβαθρο, την ηλικία, της αξίες του και τους παράγοντες σχετικά με την λειτουργία της γλώσσας(πχ. γνωστικές λειτουργίες) ου κάθε ατόμου.

Επιπλέον είναι σημαντικό πριν την αξιολόγηση να βεβαιωθούμε ότι το άτομο δεν έχει προβλήματα όρασης ή ακοής. Εάν το άτομο αντιμετωπίζει ένα από τα αναφερόμενα προβλήματα είναι απαραίτητο κατά την διάρκεια της αξιολόγησης να φοράει τα γυαλιά του ή τα βοηθήματα του. Επιπρόσθετα ο κλινικός πρέπει να φροντίσει να τροποποιήσει το περιβάλλον ή ακόμη και το υλικό του ( πχ υλικό μεγαλύτερης εκτύπωσης, συσκευές ενίσχυσης, κατάλληλο φωτισμό).

Μπορούν να διακριθούν έξι κοινά είδη στόχων αξιολόγησης στην εκτίμηση της αφασίας(Spreen και Risser, 2003):

- Διαδικασίες ανίχνευσης
- Διαγνωστική αξιολόγηση

- Περιγραφικοί έλεγχοι στην αποκατάσταση και την παροχή συμβουλών
- Αξιολόγηση προόδου
- Αξιολόγηση της λειτουργικής ή πραγματιστικής επικοινωνίας, και αξιολόγηση σχετικών διαταραχών

Ο κλινικός λογοθεραπευτής εξετάζει τους ακόλουθους παράγοντες που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην εξέταση και τη συνολική αξιολόγηση (Westby, C., Burda, A., & Mehta, Z., 2003 Asking the right questions in the right ways: Strategies for ethnographic interviewing. *The ASHA Leader*):

- Ταυτόχρονη δυσλειτουργία του λόγου (δυσαρθρία, απραξία)
- Η απώλεια ακοής και η ακουστική αγνωσία (αδυναμία επεξεργασίας της έννοιας του ήχου)
- Γλώσσες που μιλάς
- Η ταυτόχρονη γνωστική εξασθένηση (π.χ. εκτελεστική λειτουργία, μνήμη)
- Απώλεια οπτικής οξύτητας, οπτική αγνωσία και περικοπές οπτικού πεδίου
- Ικανότητα των άνω άκρων (μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα γραφής)
- Παρουσία χρόνιου πόνου από προ υπάρχουσες ή νέες συνθήκες
- Η κατάθλιψη μετά το στρες
- Αντοχή και κόπωση (η δοκιμή μπορεί να χρειαστεί να σπάσει σε συντομότερες συνεδρίες)

Ένα από τα πιο κύρια μέρη της αξιολόγησης είναι το ιστορικό. Πρέπει να γνωρίζουμε εάν τα άτομα μιλάνε περισσότερες από μια γλώσσες και να συλλέξουμε πληροφορίες για το βαθμό επίδρασης τους πχ ποια γλώσσα χρησιμοποιείται περισσότερο, ποτέ κατέκτησε την κάθε γλώσσα κοκ. Στις περισσότερες περιπτώσεις η μια γλώσσα μένει άθικτη ή ελαφρός μειωμένη ενώ η δεύτερη γλώσσα είναι σημαντικά εξασθενημένη. Ακόμη πρέπει να γνωρίζουμε εάν ζούνε μόνοι ή με ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας, αν βρίσκονται ακόμη σε νοσοκομείο ή σε μονάδα αποκατάστασης. Επίσης ποιες ήταν οι καθημερινές τους ασχολίες και αν τώρα δυσκολεύεται ή χρειάζεται βοήθεια να τις υλοποιήσει. Τα ερωτηματολόγια πρέπει να συμπληρώνονται και από τα μέλη της οικογένειας ή τους φροντιστές. Πολλές φορές τα άτομα με αφασία δεν είναι σε θέση να εκφράσουν την δική τους άποψη για το πρόβλημα τους. Η άποψη της οικογένειας ή των φροντιστών είναι πολύ βοηθητική στο σχεδιασμό της θεραπείας.

Μέσα από το ιστορικό, ο κλινικός εκμεταλλεύεται στο μέγιστο βαθμό την επικοινωνία του με τον ασθενή για να εξετάσει (Καμπανάρου 2007)

- Πιθανό τύπο αφασίας
- Κατανόηση ασθενή
- Τις απαντήσεις του ασθενή σε ερωτήσεις
- Τις δομές του λόγου( είδη προτάσεων κτλ.) που χρησιμοποιεί

- Τυχόν παραφασίες(σημασιολογικές, φωνολογικές κτλ.)
- Πιθανή διάσπαση προσοχής
- Προβλήματα στην αλληλοδιαδοχή και στην συνοχή πληροφοριών
- Συναισθηματική Κατάσταση
- Την αντοχή του
- Το κίνητρο του για λογοθεραπεία

Η διαδικασία της αξιολόγησης παραδοσιακά διαιρείται σε σταθμισμένη και μη σταθμισμένη αξιολόγηση(Ηλίας Παπαθανασίου 2014).

Οι σταθμισμένες δοκιμασίες ποικίλουν μεταξύ τους σε διάφορους τομείς ανάλογα με την διάρκεια και το εύρος των δραστηριοτήτων που περιέχουν. Συνήθως τα αποτελέσματα των σταθμισμένων δοκιμασιών είναι ποσοτικά και παρέχουν λιγιστή καθοδήγηση για την ανάπτυξη συγκεκριμένων θεραπευτικών διαδικασιών. Τα αποτελέσματα μιας δοκιμασίας μπορεί να αποφέρουν μια γενική εικόνα της σοβαρότητας της αφασίας, την σοβαρότητα της βλάβης κάποιων δεξιοτήτων του λόγου, μια διάγνωση βάσει της κατανομής των αποτελεσμάτων της δοκιμασίας και ένα σημείο σύγκρισης με ένα δείγμα άλλων ατόμων που υποβλήθηκαν στις ίδιες δοκιμασίες (Παπαθανασίου 2014).

Η μη σταθμισμένη αξιολόγηση είναι μια δοκιμασία που απαιτεί κριτική σκέψη. Οι κλινικοί πρέπει να δημιουργούν συνεχώς υποθέσεις σχετικά με τον ασθενή (Παπαθανασίου 2014).

Στην μη σταθμισμένη αξιολόγηση αξιολογούνται κυρίως τα παρακάτω :

- **Ερωτήσεις διάγνωσης**

Το άτομο πρέπει να είναι προσανατολισμένο ως προς τον εαυτό του, τόπο και χρόνο, για αυτό γίνονται διάφορες ερωτήσεις για να το διαπιστώσουμε για παράδειγμα:

Πως σας λένε?

Που μένετε?

Είστε παντρεμένος?

Τι μέρα είναι?

Τι μήνας είναι?

Τι χρόνια έχουμε? Κτλ.

- **Αυθόρμητος Λόγος- συζήτηση**

Μέσα από τον αυθόρμητο λόγο- συζήτηση μπορούμε να δούμε τις επικοινωνιακές ικανότητες του ασθενή. Μπορούμε να παρατηρήσουμε αν διατηρεί το περιεχόμενο, να ανακαλέσει λέξεις, αν κατανοεί λέξεις και προτάσεις, να παράγει προτάσεις κτλ. Ακόμη μπορούμε να δούμε αν έχει ευχέρεια στην ομιλία του, αν είναι κατανοητή η ομιλία του ή αν ακούγεται χωρίς μελωδία, αργή και βαριά.

Μερικοί τρόποι λήψη δείγματος αυθόρμητου λόγου είναι μέσω συζήτηση για ένα γνωστό θέμα, περιγραφή εικόνας, να επαναλάβει μια ιστορία μετά από τον κλινικό, διήγηση μιας ιστορίας από τον πελάτη που βλέπει μια σειρά από εικόνες, ο κλινικός ζητά από τον ασθενή να περιγράψει τα βήματα που ακολουθεί για να κάνει κάτι (Καμπανάρου 2007).

- **Ακουστική Κατανόηση**

Η ακουστική κατανόηση είναι πολύ σημαντική για να μπορέσουμε να καταλαβαίνουμε αυτά που ακούμε. Πρέπει να παρατηρήσουμε εάν ο ασθενής μπορεί να εμπλέκεται και να συνεχίζει μια συζήτηση. Επίσης μπορούμε να δούμε αν μπορεί να ακολουθεί μια, δύο ή τρεις εντολές. Αρχικά λέμε στον ασθενή διάφορες εντολές όπως κλείσε το μάτι σου, σήκωσε το χέρι σου αφού κλείσεις τα μάτια σου, ακούμπησε το κεφάλι σου – κλείσε τα μάτια σου και μετά χτύπησε παλαμάκια. Επίσης την ακουστική αντίληψη μπορούμε να την ελέγξουμε και με εικόνες αρχικά υψηλής εικονοποίησης και μετά χαμηλής εικονοποίησης για παράδειγμα δείχνουμε στον ασθενή τρεις εικόνες και του λέμε δείξε μου αυτό που πίνει νερό, σε ασθενείς που έχουν προβλήματα όρασης μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και πραγματικά αντικείμενα.

- **Επανάληψη**

Ζητείται από τον ασθενή να επαναλάβει λέξεις με 2 συλλαβές, 3 συλλαβές, 4και 5 συλλαβές, απλές προτάσεις και σύνθετες προτάσεις.

Παραδείγματα επαναλήψεων(Τρίμης 2011)

- a. Αλουμίνιο
- b. Τόξο, τοξότης , τοξοβολία
- c. Ο σκύλος μάσησε ένα κόκαλο..
- d. Τρία συν έξι ισούνται με εννιά.
- e. Το μικρό αγόρι έφαγε ένα τεράστιο παγωτό.

- **Κατονομασία**

- a. Κατονομασία αντιμετώπισης: Τι είναι αυτό?
- b. Κατονομασία συσχέτισης :Τραπέζι και.....
- c. Κατονομασία απόκρισης: Από πού αγοράζεις γραμματόσημα?
- d. Χρήση ονομασιών: Ποιος είναι ο πρωθυπουργός ? , ποια είναι η αγαπημένη σου εκπομπή?
- e. Συνειρμική κατονομασία: ( σημασιολογική ή φωνολογική) πείτε μου όσα ζώα ξέρετε από α, πείτε μ όσα αντικείμενα ξέρετε από σ.

- **Γραφή**

Ο ασθενής πρέπει να μπορεί να γράφει γράμματα, λέξεις, φράσεις, προτάσεις , να μπορεί να αντιγράφει γράμματα, λέξεις, προτάσεις , να γράφει αριθμούς και να αντιγράφει αριθμούς.

- **Ανάγνωση**

Ο ασθενής καλείται να αντιστοιχίσει γραπτή λέξη με εικόνα, να εκτελεί γραπτές εντολές, να διαβάζει αριθμούς, γράμματα, λέξεις προτάσεις μικρές και μεγάλες, να διαβάζει από μέσα του σιωπηλά προτάσεις, παραγράφους και να απαντάει σε ερωτήσεις κατανόησης.

(Καμπανάρου 2007)

- **Αυτοματοποιημένος λόγος**

Να μπορεί ο ασθενής να πραγματοποιεί αυτοματοποιημένες αλληλουχίες όπως μέρες της εβδομάδας, μήνες, κτλ.

- **Οι μη λεκτικές ικανότητες**

Είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε τις μη λεκτικές ικανότητες του ασθενή δηλαδή να μπορεί να μεταφέρει ένα μήνυμα χωρίς την χρήση ομιλίας. Για παράδειγμα αν χρησιμοποιεί χειρονομίες, νοήματα, εκφράσεις προσώπου, ναι/όχι απαντήσεις, να δείχνει, να πιάνει κτλ.

## **2.7. Σταθμισμένα τεστ αξιολόγησης και Ανιχνευτικά τεστ**

### **Screening test**

Το Screening test προσδιορίστηκε ως ένα ανιχνευτικό τεστ που σχεδιάστηκε για να εκτιμήσει την παρουσία της αφασίας απαιτώντας ένα σύντομο χρόνο , το πολύ 15 λεπτά . Τα δεδομένα πρέπει να περιγράφονται με τέτοιον τρόπο ώστε να υπολογιστεί η ευαισθησία και η ιδιαιτερότητα του screening test . Έχει γίνει μελέτη για εννιά screening test (the full and the short version of the Frenchay Aphasia Screening Test (FAST), Language Screening Test (LAST) , Mississippi Aphasia Screening Test (MAST), the Mobile aphasia screening test (also abbreviated as MAST) , ScreeLing , Sheffield Screening Test for Acquired Language Disorders (SST) , Semantic Verbal Fluency (SVF) , and Ullevaal Aphasia Screening test (UAS) ). Χαρακτηριστικά των ανιχνευτικών εργαλείων είναι οι συγκεκριμένες δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης δραστηριότητες του λόγου , των υπό-δοκιμών , της κλίμακας βαθμολογίας, του χρόνου χορήγησης και του τύπου των ασθενών. Όλες οι εξετάσεις μπορούν να χορηγηθούν εντός 15 λεπτών και οι περισσότερες από αυτές κρίνονται κατάλληλες για χρήση παρά την κλίση. Το SVF σχεδιάστηκε αρχικά για ασθενείς με άνοια. Το SST και το MAST δεν αναπτύχθηκαν ειδικά για τους ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο αλλά για την αξιολόγηση γλωσσικών ελλειμμάτων. Σχεδόν όλα τα εργαλεία ελέγχου αξιολογούν τις γλωσσικές μεθόδους, όπως την αυθόρμητη ομιλία, την ακουστική και γραπτή κατανόηση, ανάγνωση και γραφή εκτός από την ονομασία και την επανάληψη, εκτός από το ScreeLing και το SVF. Το ScreeLing απευθύνεται άμεσα στα βασικά γλωσσικά συστατικά (σημασιολογία, φωνολογία και σύνταξη). Το SVF ασχολείται μόνο με τη σημασιολογική.

## 2.8. Υπάρχουσα αξιολόγηση για την Αφασία στα Ελληνικά

### 1. Aphasia screening test( AST: RenataWhurr, 1996)

Το Aphasia screening test δημιουργήθηκε από την RenataWhurr το 1996 και για δεύτερη φορά το 2002. Σκοπός του τεστ ήταν η κατηγοριοποίηση της αφασίας και η γρήγορη αξιολόγηση.

Είναι ένα σύντομο απλό και συγχρόνως ευαίσθητο διαγνωστικό εργαλείο, το οποίο στοχεύει στην αναγνώριση των γλωσσικών διαταραχών που παρατηρούνται σε ενήλικους ασθενείς με αφασία, μετά από τραυματισμό ή βλάβη του εγκεφάλου ( Καμπανάρου 2007) .

Στην έρευνα συμμετείχαν 100 συμμετέχοντες(50 άτομα με αφασία και 50 άτομα χωρίς αφασία) ηλικίας 45 με 92 ετών. Τα άτομα δεν είχαν άλλα ιατρικά προβλήματα για να μην μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της δοκιμασίας. Η δοκιμαστική εξέταση δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες με τυχαία σειρά ανεξάρτητος καταγωγής και κοινωνικών καταστάσεων. Όλοι οι λογοθεραπευτές ακολουθούσαν οδηγίες για τον τρόπο χορήγησης του τεστ (χώρος ευάερος, ευήλιος, χωρίς θόρυβο, καταγραφή των στοιχείων και λεπτομερειών καθ' όλη την διάρκεια χορήγησης, έλεγχος της κόπωσης των ασθενών, διακοπή της εξέτασης σε περίπτωση εκνευρισμού του εξεταζόμενου, οδηγίες στον ασθενή για την όλη διαδικασία ( Καμπανάρου 2007). Αξιολογεί την γλωσσική αντίληψη και την γλωσσική παραγωγή. Στάθμιση: Παπαθανασίου, Η., Πλιόγκας, Β., Σαλαβούρα, Π., Τσιγάρας, Ε.(2006).

### 2. Διαγνωστική Εξέταση της Βοστώνη για την Αφασία

(Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE, Goodglass&Kaplan, 1983).

Σκοπός του τεστ είναι η διάγνωση και η κατηγοριοποίηση της αφασίας.(πχ αφασία Broca, Wernicke κ.ά.). Όμως 40-60% των ασθενών με αφασία παρουσιάζουν μικτή συμπτωματολογία και συνεπώς δεν κατηγοριοποιούνται. Η Διαγνωστική Εξέταση της Βοστόνης της Αφασίας αξιολογεί την άρθρωση, ροή/ευχέρεια λόγου, ανάκληση λέξεων, επανάληψη, αυτοματοποιημένες αλληλουχίες, γραμματική, παραφασίες, ακουστική κατανόηση, ανάγνωση και γραφή (Καμπανάρου 2007).

Στο πρωτότυπο (αγγλικό ) τεστ χρησιμοποιήθηκε ικανοποιητικός αριθμός ατόμων με διαφορετικούς τύπους αφασίας και συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα με παλαιότερες μεθόδους διάγνωσης δίνοντας υψηλό δείκτη της συνάφειας. Το πρωτότυπο (αγγλικό ) τεστ έχει μεγαλύτερη εγκυρότητα (Καμπανάρου 2007). Στάθμιση: Παπαθανασίου, Η., Κατσαντώνη, Πλιόγκας, Β., Σαλαβούρα, Π., Τσιγάρας, Ε., & Φειδάντση, Μ (2003) .

Οι Harold Goodglass και Edith Kaplan άρχισαν να δημιουργούν το **'Boston Exam'** στη δεκαετία του 1960. Η πλήρης Διαγνωστική Εξέταση της Αφασίας της Βοστόνης (Boston Diagnostic Aphasia



Examination – BDAE) πρώτο εκδόθηκε το 1972 και μια αναθεωρημένη έκδοση της εμφανίστηκε 10 χρόνια αργότερα (GoodglassandKaplan, 1983). Η τρίτη έκδοση περιείχε εκτεταμένες αναθεωρήσεις και προσθήκες (Goodglass, KaplanandBaresi, 2001). Προστέθηκαν μια σύντομη μορφή και μια εκτεταμένη δοκιμασία.

Το BDAE-3 χρησιμοποιήθηκε ως βάση για την τεκμηρίωση διαγνωστικών συνδρόμων. ο χρόνος διεξαγωγής του μπορεί να φτάσει μέχρι τις 3 ώρες.

Το Boston Exam έχει τα πιο κάτω χαρακτηριστικά:

- Ταξινόμηση των αφασιών σε σύνδρομα ανάλογα με τον τύπο των συμπτωμάτων
- Ανάλυση της αυθόρμητης ρηματοποίησης
- Τη Σύντομη Μορφή
- Την εκτεταμένη δοκιμασία

Το Boston Exam αποτελείται από 4 κύριους τομείς, ο καθένας από τους οποίους εστιάζει σε ένα γλωσσικό παράγοντα. Οι παράγοντες ακοής και ομιλίας παρουσιάζονται πριν από αυτές της ανάγνωσης και της γραφής. Η δοκιμασία είναι ιδιαίτερα ξεχωριστή με την αξιολόγηση της συζήτησης και της επεξηγηματικής έκφρασης να προηγείται της συστηματικής δοκιμασίας. Η ικανότητα συζήτησης συμπεραίνεται από συνέντευξη και συζήτηση για οικεία θέματα. Ζητείται από τον ασθενή να περιγράψει την εικόνα του Cookie Theft.

### **Σύντομη μορφή του BDAE**

Η σύντομη μορφή προσφέρει μια σύντομη χωρίς περιττά στοιχεία αξιολόγηση, αλλά ωστόσο τεκμηριώνει τις επιδόσεις που είναι σημαντικές για την διαγνωστική ταξινόμηση και την ποσοτική αξιολόγηση. Περιλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος των αρχικών υπό- τεστ αλλά μόνο μερικά από τα αντικείμενα ελέγχου κάθε υπό-τεστ.

Τα ακόλουθα είναι μια λίστα από μερικές μειώσεις των υπό-τεστ:

- Διάκριση λέξεων από 37 σε 16 αντικείμενα ελέγχου.
- Εκτέλεση εντολών από 5 σε 3 εντολές .
- Επανάληψη προτάσεων από 10 σε 2.
- Αποκριτική κατονομασία (πχ τι κάνεις με το σαπούνι;) από 10 σε 5 αντικείμενα ελέγχου.
- Η Δοκιμασία Κατονομασίας της Βοστώνης από 60 σε 15 αντικείμενα ελέγχου.
- Κατανόηση κειμένου από 10 σε 4 αντικείμενα ελέγχου.

### 3. Μινεσότα τεστ Διαφορικής Διάγνωσης της Αφασίας: MDDA: HildredSchuell , 1965).

Ο κύριος σκοπός ήταν η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα του Μινεσότα τεστ Διαφορικής Διάγνωσης της Αφασίας, ώστε να διαπιστώσουμε κατά πόσο μπορεί να φανεί χρήσιμο, τόσο στην ταξινόμηση της αφασίας, όσο και στην δημιουργία ενός κατάλληλου θεραπευτικού προγράμματος αφού η διαφορική διάγνωση είναι η βάση της πρόγνωσης και της θεραπείας. Ο μέσος όρος διάρκειας χορήγησης του τεστ ήταν περίπου 2ώρες ( Καμπανάρου 2007).

Το Μινεσότα τεστ Διαφορικής Διάγνωσης της Αφασίας αξιολογεί: ακουστικές διαταραχές, οπτικές και αναγνωστικές διαταραχές, διαταραχές λόγου και γλώσσας, οπτικό- κινητικές διαταραχές και διαταραχές γραπτού λόγου και διαταραχές των αριθμών και των μαθηματικών διαδικασιών. Μετάφραση και Εφαρμογή: Αιναλίδου, Ε., Αραμπάζη, Κ., Βέρμπη, Χ., &Ταφιάδης, Δ( 2003).

Παρακάτω παρουσιάζονται σταθμισμένα τεστ που χρησιμοποιούνται σε αγγλόφωνες χώρες.

Αυτές οι ανιχνευτικές δοκιμασίες, οι περισσότερες εκ των οποίων χορηγούνται όταν ο ασθενής είναι ακόμη κλινικής και όχι μόνο από λογοθεραπευτές αλλά και από άλλους επαγγελματίες υγείας, συνήθως χρησιμοποιούνται στην οξεία φάση όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κλινικό περιβάλλον λόγω 1) της σύντομης παραμονής του στο περιβάλλον αυτό, 2) έντονης πίεσης να περιοριστεί το κόστος σε αυτά τα περιβάλλοντα, 3) της μειωμένης αντοχής και εγρήγορσης του ασθενή σε αυτά τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης ( Παπαθανασίου 2014)

#### 1. The Western Aphasia Battery (WAB) (Kertesz, 1982)

Το The Western Aphasia Battery (WAB) (Kertesz, 1982) αξιολογεί της γλωσσικές επιδόσεις των ατόμων με αφασία. Εκτός από τον πρωταρχικό σκοπό της ταξινόμησης των ασθενών σε είδη αφασίας χρησιμοποιείται επίσης συχνά και για τη μέτρηση της συνολικής σοβαρότητας της αφασίας και της αλλαγής (Darley, 1982, Goodglass, Kaplan, &Barresi, 2001, Kertesz, 1979).

Το WAB έχει τα παρακάτω κύρια χαρακτηριστικά:

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

Για να χορηγηθεί χρειάζεται 1-2 ώρες. Εξετάζει την ρέουσα- αυθόρμητη ομιλία, ακουστική λεκτική κατανόηση, κατονομασία και εύρεση λέξεων, επανάληψη, ανάγνωση, γραφή, κατασκευαστικές- οπτικές δραστηριότητες –υπολογισμοί, απραξία, συμπληρωματικές ασκήσεις ανάγνωσης και γραφής,

### **1. The Bilingual Aphasia Test (BAT)**

Το The Bilingual Aphasia Test (BAT) σχεδιάστηκε για να αξιολογεί κάθε γλώσσα του δίγλωσσου ασθενή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως συμπλήρωμα του Comprehensive Aphasia Test (CAT). Το The Bilingual Aphasia Test (BAT) αξιολογεί την κατανόηση των προφορικών εντολών, ανάγνωση λέξεων, ανάγνωση φωνημάτων, επανάληψη λέξεων, γραπτή κατανόηση παραγράφου, ακουστική κατανόηση και κατανόηση γραπτών λέξεων.

### **2. Comprehensive Aphasia Test (CAT)**

Το Comprehensive Aphasia Test (CAT) εξετάζει τα γλωσσικά ελλείματα. Είναι ένα σύντομο και ενημερωτικό εργαλείο, είναι απαραίτητο να χορηγείται σε ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον. Περιλαμβάνει δοκιμασίες γλωσσικής απόδοσης και γνωστικής ανίχνευσης. Με το CAT μπορούμε να δούμε που ακριβώς είναι η βλάβη, να κάνουμε περαιτέρω αξιολόγηση και να μπορέσουμε να θέσουμε τους στόχους της θεραπείας.

### **3. Psycholinguists Assessments of Language Processing in aphasia (PALPA) – 1992**

Το PALPA είναι η *Ψυχογλωσσολογική Εκτίμηση της Γλωσσικής Επεξεργασίας στην Αφασία*

(Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia). Δημιουργήθηκε από τους Janice Kay, Ruth Lesser και Max Coltheart στο Ηνωμένο Βασίλειο και στο περιβάλλον της μεθοδολογίας μελέτης περίπτωσης της γνωσιακής νευρο-ψυχολογίας (Kay, Lesser and Coltheart, 1992).

Έχει κατασκευαστεί από τους Janice Kay, Ruth Lesser και Max Coltheart το 1992. Αξιολογεί την αναγνώριση, ακουστική αντίληψη, ορθογραφία, κατονομασία προτάσεων και σημασιολογία. Το PALPA test No3 αξιολογεί τα φωνολογικά και λεξικά συστήματα και την φωνητική αντίληψη. Το PALPA test No3 χορηγείται μαζί με το PALMA No1 για να γίνεται σύγκριση για το πώς το άτομο κατανοεί λεξικές και σημασιολογικές διεργασίες.

Το PALPA test No3 αξιολογεί ένα εύρος γλωσσικών ικανοτήτων. Αποτελείται από 60 ομάδες ερεθισμάτων που επιτρέπουν τον καθορισμό εάν μια ή περισσότερες μονάδες γλωσσικές λειτουργίες συμβάλουν στα ελλείματα λόγου που εμφανίζει το άτομο με αφασία.

Αντί να χορηγήσουν ολόκληρη την δοκιμασία PALPA test No3, οι κλινικοί πρέπει να χρησιμοποιήσουν δεδομένα από άλλες διαδικασίες αξιολόγησης οι οποίες θα τους βοηθήσουν να επιλέξουν ποιες υπό - δοκιμασίες είναι κατάλληλες για τον κάθε ασθενή ( Παπαθανασίου 2014)

Το PALPA έχει τα πιο κάτω χαρακτηριστικά:

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

Ο RobertzWertz σύμφωνα με τις συγκρίσεις του WAB με το BDAE αμφισβητούσε όλες τις μορφές εκτίμησης της αφασίας. Το βασικό του ζήτημα ήταν η τυποποίηση (δηλ. νόρμες, εγκυρότητα, αξιοπιστία). Ανησυχούσε για κάποια χαρακτηριστικά του PALPA, όπως την ήδη διαπιστωμένη έλλειψη εύρους στην αποτίμηση των γλωσσικών λειτουργιών (Wertz, 1996).

Ο Wertz επιπλέον παρατήρησε ότι το εγχειρίδιο δεν περιλαμβάνει στοιχεία εγκυρότητας και μέτρα αξιοπιστίας. Για την εγκυρότητα, η σύγκριση αυτής της δοκιμασίας με κάποια παρόμοια θα ήταν δύσκολη, καθώς δεν υπάρχει ένα παρόμοιο μέτρο.

#### **4. Mississippi Aphasia Screening Test**

Το Mississippi Aphasia Screening Test χορηγείται σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο και αφασία. Είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο ανίχνευσης και για την παρακολούθηση των γλωσσικών προβλημάτων σε άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο.

#### **5. Boston Assessment of Severe Aphasia(BASA)**

Σκοπός αυτού του τεστ είναι να εντοπίζει τις γλωσσικές δεξιότητες των ασθενών με διαταραχές κατανόησης και γλωσσικής παραγωγής των ατόμων με αφασία. Ακόμη μας δίνει διαγνωστικές πληροφορίες για την άμεση θεραπεία. Χορηγείται συνήθως σε ασθενείς που είναι κλινήρης. Εξετάζει την ακουστική κατανόηση οπτικό- χωρική αντίληψη, προφορική έκφραση και χειρονομίες ,αναγνώριση χειρονομίας κατανόηση ανάγνωσης, γραφή. Οι λεκτικές απαντήσεις και χειρονομίες μπορούν να βαθμολογούνται είτε συνδυαστικά είτε ξεχωριστά.

#### **6. Examining For Aphasia( EFA-4)**

Στόχος του EFA-4 είναι να προσδιορίσει τις δυνατότητες και αδυναμίες στην χρήση της γλώσσας του ατόμου με αφασία. Το EFA-4 αξιολογεί την ακουστική κατανόηση, ανάγνωση λέξεων, προτάσεων , παράγραφος ,αριθμητικούς υπολογισμούς οπτική, ακουστική και απτική αναγνώριση, απλές δεξιότητες,.

Δίνει έμφαση σε λεπτομερή εξέταση ανάκτηση λέξεων και των σημασιολογικών-λεξικολογικών δεξιοτήτων.

### **7. Bedside Evaluation Screening Test(BEST-2)**

Το BEST-2 Test είναι ένα αποτελεσματικό και γρήγορο εργαλείο. Διάρκεια:20 λεπτά. Χορηγείται σε ασθενείς σε 75 ετών και άνω. Ανιχνεύει την ακουστική κατανόηση, και ομιλία ανάγνωση. Μας δίνει πληροφορίες για το πώς θα καθορίσουμε τους στόχους της θεραπείας. Η χρήση των μαγνητικών αντικειμένων αντικαταστάθηκε από την χρήση ενός εικονογραφημένου βιβλίου για κάθε ερέθισμα. Η εμπιστοσύνη στην δοκιμασία αυτή υποδεικνύεται από την χρήση της στη μέτρηση της σοβαρότητας της οξείας αφασίας σε μια μελέτη μαγνητικής τομογραφίας της πρώιμης εγκεφαλικής υπό διάχυσης (Fridriksson, Holland, Coulletal., 2002)

### **8. The Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)Third Edition, 2013**

Σχεδιασμένο από τους καθηγητές Pamela Enderby, Victorine Wood και Derick Wade. Το FAST έχει σχεδιαστεί με απλό τρόπο, σύντομο εργαλείο για να χρησιμοποιείται από μη ειδικούς όπως, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτές κτλ. για να μπορέσουν να καταλάβουν εάν οι ασθενείς τους παρουσιάζουν δυσκολίες στην κατανόηση, χρήση γλώσσας, γραφή και ανάγνωση.

### **9. The Aphasia Diagnostic Profiles(ADP)- Διαγνωστικό Προφίλ Αφασίας**

Το ADP test εφευρέθηκε από την NancyHelm- Estabrooks. Είναι μια γρήγορη και πολύ αποτελεσματική μέθοδος εκτίμησης της επικοινωνίας για ασθενής με αφασία. Αποτελείται από 9 υπό- δοκιμασίες. Διάρκεια χορήγησης 40 με 50 λεπτά. Με το ADP τεστ μπορούμε να εντοπίσουμε τα δυνατά και αδύναμα στοιχεία του ασθενή που θα μας βοηθήσουν να καθορίσουμε τους στόχους της θεραπείας. Ακόμη μπορούμε να αξιολογήσουμε την κοινωνική και συναισθηματική συμπεριφορά του ασθενή μέσα από διάφορες δοκιμασίες που περιέχει.

### **10. Δοκιμασία Αναγνωστικής Κατανόησης για την Αφασία (RCBA)**

Το κύριο τεστ περιλαμβάνει 10 υπό- τεστ από το επίπεδο λέξεων έως αυτό των παραγράφων. Ξεχωριστοί τομείς περιλαμβάνουν ένα υπό- τεστ για λειτουργικές εργασίες όπως η ανάγνωση συνηθισμένων σημάτων ενός μπλοκ επιταγών και ενός τηλεφωνικού καταλόγου. Στην 2<sup>η</sup> έκδοση προστέθηκε ένα συμπλήρωμα (RCBA-S) το οποίο περιλαμβάνει 7 υπό- τεστ που εξερευνούν την ανάγνωση σε επίπεδο λέξεων λεπτομερώς. Τα υπό-τεστ περιέχουν διάκριση και αναγνώριση γραμμάτων, διάκριση λέξεων – μη λέξεων και προφορική ανάγνωση λόγου και προτάσεων. Για την εφαρμογή του βασικού RCBA χρειάζονται περίπου 45 λεπτά.

### **11. Δοκιμασία Κατονομασίας της Βοστώνης ( Boston Naming Test- BNT)**

Αρχικά δημιουργήθηκε για να ανιχνεύει τις ήπιες βλάβες στην εύρεση λέξεων. Πλέον έχει ενσωματωθεί στο BDAE-3 (Kaplan, Goodglass and Weintraub, 1983). Περιλαμβάνει 60 γραμμικά σχέδια για να

εκμαιεύσει λέξεις διαφορετικών επιπέδων εξοικείωσης. Αρχίζει με απλές λέξεις οι οποίες είναι συνηθισμένες στις δοκιμασίες της αφασίας ( κρεβάτι, δέντρο) και στο τέλος παρουσιάζει ασυνήθιστες λέξεις (παλέτα, δικτυωτό, άβακας). Όταν ο ασθενής καθυστερεί να απαντήσει τότε δίνονται κάποια στοιχεία. Η εξέταση σταματά όταν υπάρχουν 6 διαδοχικές αποτυχίες. Τέλος η βαθμολογία εξάγεται από το σύνολο των σωστών απαντήσεων με τη μέγιστη να φτάνει τους 60 πόντους.

## **2.9. Ανιχνευτικά και αξιολογητικά που χρησιμοποιούνται στην Κύπρο σε Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα.**

### **1. Montreal Cognitive Assessment (MOCA) Nasreddine 1996**

Το Moca test είναι ένα πολύ αξιόπιστο και εύκολο στην χρήση του για τους κλινικούς. Ο χρόνος διάρκειας του είναι περίπου 10 λεπτά. Αξιολογεί τις γνωστικές λειτουργίες των ασθενών όπως για παράδειγμα προσοχή, μνήμη, οπτικοχωρική ικανότητα, κατονομασία και προσανατολισμό. Το Moca test έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα αποτελείται από 11 δοκιμασίες. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε περίπτωσης ανίχνευσης ασθενών με MCI ή ήπια νόσο τύπου Alzheimer.

### **2. Hopkins Verbal Learning Test- Revised (HVLt-R)**

Το HVLt –R είναι ένα απλό και εύκολο εργαλείο για την χορήγηση και την βαθμολόγηση του. Αποτελείται από έξι ισοδύναμες εναλλακτικές μορφές. Αξιολογεί την μάθηση και μνήμη. Είναι κατάλληλο για ηλικίες 16 ετών και άνω. Ο χρόνος χορήγησης του είναι 10-15 λεπτά. Αυτό το τεστ εν δεικνύεται σε κατάσταση όπου ο ασθενής έχει κάνει μια σειρά από επαναλαμβανόμενες νευρο-ψυχολογικές καταστάσεις.

### **3. Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT)- Δοκιμασία ακουστικής –Λεκτικής Εκμάθησης κατά τον Rey**

Το (RAVLT) test είναι ένα νευρο-ψυχολογικό εργαλείο που αξιολογεί την επεισοδιακή και δηλωτική μνήμη. Είναι ένα πολύ σύντομο και εύκολο εργαλείο μπορεί να χορηγηθεί σε ενήλικες εφήβους ακόμη και παιδιά (7- 89 ετών). Παρέχει αποτελέσματα για την αξιολόγηση της άμεσης μνήμης, της νέας λεκτικής μάθησης, της ευαισθησίας στις παρεμβολές (προληπτική και αναδρομική), της διατήρησης πληροφοριών μετά από μια χρονική περίοδο και της αναγνώρισης μνήμης (Malloy-Diniz, Lasmar, Gazinelli, Fuentes, &Salgado, 2007; Spreen&Strauss, 1998. VanElst, VanBoxtel, VanBreukelen&Jolles, 2005). είναι ευαίσθητο σε νευρολογικές διαταραχές και των ελλειμμάτων της λεκτικής μνήμης σε μια ποικιλία ασθενών (Mitrushina, Boone, Razani, &D'Elia, 2005; Spreen&Strauss, 1998). Επιπρόσθετα είναι πολύ χρήσιμο στο να διακρίνει τις διαταραχές μεταξύ τους. Ο χρόνος χορήγησης του είναι 10-15 λεπτά.

### **4. Wechsler Memory Scale | Fourth Edition (WMS)**

Το Wechsler Memory Scale απευθύνεται κυρίως σε άτομα με ψυχιατρικές, νευρολογικές και αναπτυξιακές διαταραχές. Το τεστ χορηγείται κυρίως από ψυχολόγους και αξιολογεί σημαντικούς παραμέτρους της μνήμης δίνοντας μας πληροφορίες για την δυνατότητα της μνήμης του κάθε ασθενή. Χορηγείται σε ηλικίες 16-90 ετών και διαρκεί περίπου 45-60 λεπτά.

**5. Verbal Learning II της Καλιφόρνια (CVLT-II) – Δοκιμασία Προφορικής εκμάθησής της Καλιφόρνιας. Delis , Kramer, Kaplan,& Ober, 1987.)**

Το CVLT-II αξιολογεί την ανάκληση, κωδικοποίηση και την αναγνώριση. Αποτελεί παράγοντας αντίχνευσης και πρόγνωσης του Alzheimer. Ο χρόνος διάρκειας του είναι περίπου 30 λεπτά και είναι κατάλληλο για το ηλικιακό φάσμα 16 μέχρι 89 ετών.

**6. CAMDEX( Κλίμακα Εξέτασης των Ανώτερων Νοητικών Λειτουργιών για την Τρίτη Ηλικία)**

Το CAMDEX ( Cambridge mental disorders of the elderly examination ) είναι τεστ για τη διάγνωση και τη μέτρηση της άνοιας σε ηλικιωμένους . Αποτελείται από τρία κύρια τμήματα :

α) Δομημένη κλινική συνέντευξη με τον ασθενή για να λάβει συστηματικές πληροφορίες σχετικά με την παρούσα κατάσταση, το παρελθόν ιστορικό και το οικογενειακό ιστορικό.

β) μια σειρά αντικειμένων γνωστικών εξετάσεων.

γ) Μια δομημένη συνέντευξη με ένα συγγενή για να αποκτήσουν ανεξάρτητες πληροφορίες σχετικά με την παρούσα κατάσταση το παρελθόν και το παρελθόν οικογενειακό ιστορικό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της χρήσης του ανιχνευτικού εργαλείου σε ενήλικες με αφασία στην Κύπρο. Επιπρόσθετα είχαμε την ευκαιρία με αυτό το ερωτηματολόγιο να συλλέξουμε πληροφορίες σχετικά με τις γνώσεις των λογοθεραπευτών πάνω στη χρήση ανιχνευτικού εργαλείου στην Κύπρο. Όμως η πτυχιακή εργασία δεν έχει ως μοναδικό στόχο την διερεύνηση στην Κύπρο αλλά και την σύγκρισή των αποτελεσμάτων αυτής με την Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο που είχε χορηγηθεί ήταν ίδιο και για τις δυο χώρες. Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν αποκλειστικά σε λογοθεραπευτές. Παρόλα αυτά δεν χρειαζόταν να έχουν εξειδίκευση στην αφασία για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ο χρόνος διαρκείας συμπλήρωσης του ήταν 15-20 λεπτά. Η έρευνα διεξήχθη γύρω στον ένα μήνα το ίδιο και για τις δύο χώρες. Στην Κύπρο το ερωτηματολόγιο το απάντησαν 107 λογοθεραπευτές ενώ στην Ελλάδα 75 λογοθεραπευτές. Με την ολοκλήρωση της έρευνας και στις δυο χώρες ,τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν περιγραφικά.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας, εξειδίκευσής ή μη, η χρήση ανιχνευτικού υλικού σε ενήλικες ασθενείς με αφασία ολοκλήρωσαν το ερωτηματολόγιο 107 λογοθεραπευτές. Τα αποτελέσματα από την έρευνα αναφέρονται πιο κάτω.

Στην έρευνα απάντησαν το 90,65% γυναίκες και το 9,35% άντρες λογοθεραπευτές. Οι λογοθεραπευτές του ηλικιακού φάσματος 20-25 ετών αποτελούσαν το μεγαλύτερο ποσοστό που ήταν 43,93% των ερωτηθέντων. Το αμέσως επόμενο με ποσοστό 37,38% ήταν το ηλικιακό φάσμα των 26-35 ετών. Ακολούθως το 16,82 % ανήκε στις ηλικίες των 36-45 ετών και τέλος σε ποσοστό 1,87% συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο οι ηλικίες 46 και άνω. Το 52,34 % αποτελούσαν άτομα που ανήκουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 42,99% απάντησαν λογοθεραπευτές που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού και κάτοχοι διδακτορικού απάντησαν 4,67%. Το 89,72% των ατόμων απάντησαν θετικά ότι έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές της λογοθεραπείας στην τριτοβάθμια εκπαίδευσης ενώ το 10,28% απάντησαν αρνητικά.

Στην ερώτηση αν έχουν ολοκληρώσει εξειδίκευση στον τομέα της αξιολόγησης και θεραπείας της αφασίας το 93,40% απάντησαν αρνητικά ενώ το 6,60% έχουν απαντήσει θετικά.

Το 55,14% των ατόμων δείχνει ότι η εμπειρία τους είναι μεγαλύτερη από 5 χρόνια ,ενώ το 14,02% συμπλήρωσαν 6-9 χρόνια της εμπειρίας τους. Τέλος το 30,84% έχουν συμπληρώσει λιγότερο από 10 έτη εμπειρίας.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη στην Κύπρο αναλυτικά.

#### **Ερώτηση: Θεωρείτε πως είναι μεγάλο το ποσοστό ασθενών με αφασία στην Κύπρο;**

Απάντησαν θετικά το 75,76% των ατόμων , ότι υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με αφασία στην Κύπρο ενώ το 24,24% απάντησαν αρνητικά.

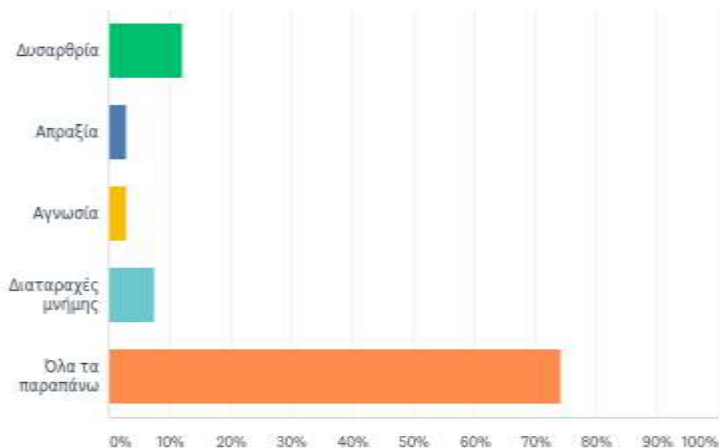
#### **Ερώτηση: Σε ποιες από τις παρακάτω διαταραχές ενδέχεται να παρατηρήσετε αφασικό λόγο;**

Το 43,94% θεωρεί ότι σε ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο παρατηρείται αφασικός λόγος ,το 33,33% των ατόμων πιστεύει ότι παρατηρείται σε αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο, το 31,82% σε κρανιοεγκεφαλική κάκωση το 22,73% σε άνοια, το 13,64% σε παρκινσονικά σύνδρομα, το 15,15% σε νευροεκφυλιστικές νόσους ,το 65,15% στις πιο πάνω διαταραχές που αναφέρθηκαν και το 1,52% σε καμιά από τις πιο πάνω διαταραχές.

**Ερώτηση: Έχετε ολοκληρώσει ανιχνευτικές διαδικασίες, αξιολόγηση ή θεραπεία με δίγλωσσους ασθενείς με αφασία;**

Δεν έχουν ολοκληρώσει ανιχνευτικές διαδικασίες αξιολόγησης ή θεραπείας με δίγλωσσους ασθενείς με αφασία το 78,79% ενώ το 21,21% έχουν ολοκληρώσει.

**Ερώτηση: Ποιες είναι από τις παρακάτω διαταραχές ενδέχεται να συνυπάρχουν με την αφασία;**



Το 12,12% απάντησε ότι η δυσαρθρία ενδέχεται να συνυπάρχει με αφασία, το 3,03% απάντησε ότι η απραξία και η αγνωσία συνυπάρχει με αφασία, το 7,58% απάντησαν ότι η αφασία συνυπάρχει με διαταραχές μνήμης και το 74,24% ότι οι πιο πάνω διαταραχές συνυπάρχουν με αφασία.

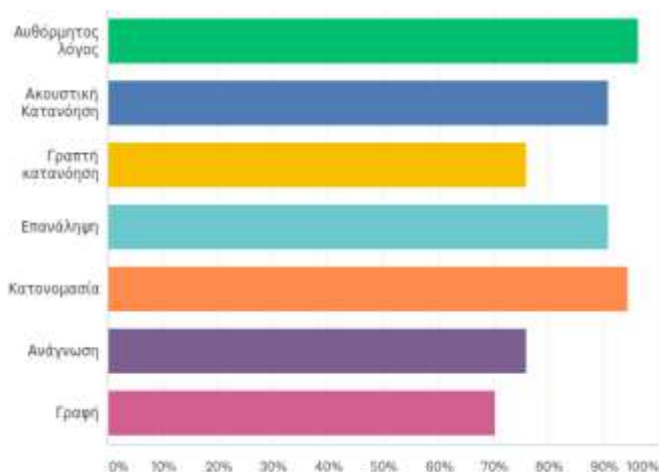
**Ερώτηση: Θεωρείτε πως ένα άτομο με διαταραχές επικοινωνίας ή αφασία μπορεί να έχει καλή ή ικανοποιητικού βαθμού ποιότητα ζωής;**

Το 78,79% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά στην ερώτηση ότι ένα άτομο με διαταραχές επικοινωνίας ή αφασίας μπορεί να έχει καλή ή ικανοποιητικού βαθμού ποιότητας ζωής ενώ το 21,21% απάντησαν αρνητικά.

**Ερώτηση: Έχετε χρησιμοποιήσει μέχρι στιγμής ανιχνευτικό εργαλείο στην αφασία;**

Το 33,33% των ατόμων έχουν χρησιμοποιήσει μέχρι στιγμής ανιχνευτικό εργαλείο στην αφασία ενώ το 66,67% δεν έχουν χρησιμοποιήσει

**Ερώτηση: Παρακαλούμε επιλέξτε τους τομείς που θεωρείτε ότι πρέπει να ελέγχονται με ένα ανιχνευτικό εργαλείο για την αφασία:**



Το 96,30% των ατόμων θεωρεί ότι ο αυθόρμητος λόγος πρέπει να ελέγχεται με ένα ανιχνευτικό εργαλείο για την αφασία ,το 90,74% απάντησε ότι πρέπει να ελέγχεται η ακουστική κατανόηση και η επανάληψη, το 75,93% η γραπτή κατονομασία, το 94,44% ότι πρέπει να ελέγχεται η κατονομασία, το 75,93% η ανάγνωση και το 70,37% η γραφή .

**Ερώτηση: Κατά τη χρήση ανιχνευτικού αφασίας χρησιμοποιείτε την επανάληψη λέξεων;**

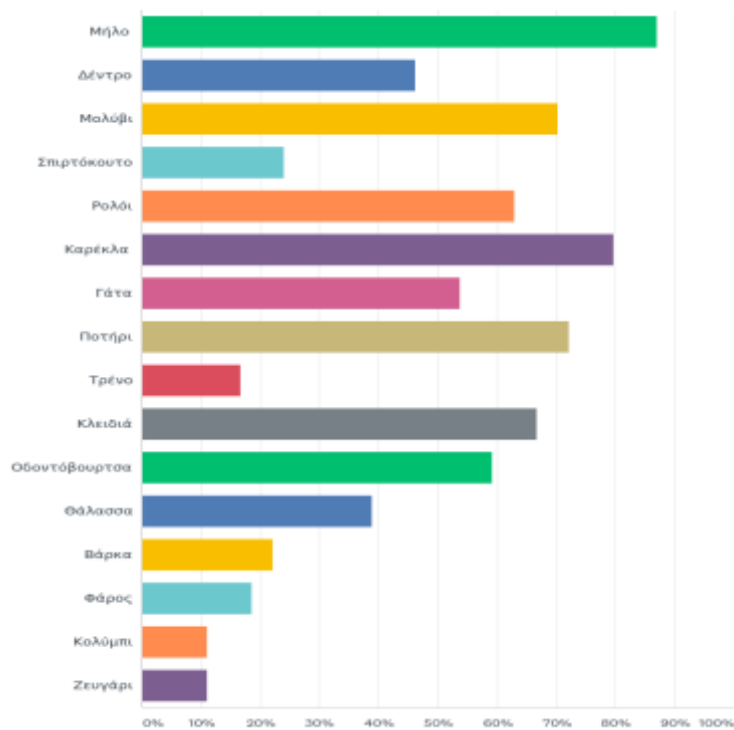
Το 96,30% απάντησε θετικά για το αν θα χρησιμοποιήσουν επανάληψη λέξεων στην χρήση ανιχνευτικού αφασίας ,ενώ το 3,30% απάντησε αρνητικά.

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

Το 16,67% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η ελλιπής ικανότητα επανάληψης συλλαβών και η ελλιπής ικανότητα επανάληψης προτάσεων θα οδηγήσει έναν κλινικό να χρησιμοποιήσει αξιολογητικό υλικό μετά τη χρήση ανιχνευτικού εργαλείου σε έναν ασθενή με διαταραχές επικοινωνίας και λόγου, το 25,93% πιστεύει ότι θα οδηγήσει σε αξιολόγηση η ελλιπής ικανότητας επανάληψης λέξεων, το 27,78%

απάντησε η ελλιπής ικανότητα ακουστικής αντίληψης – κατανόησης και η μη ρέουσα ομιλία, το 20,37% απάντησε η ελλιπής ικανότητας κατανόησης κειμένου, το 22,22% απάντησε η ελλιπής ικανότητας κατονομασίας , το 88,89% των ατόμων απάντησαν ότι όλα τα παραπάνω θα οδηγήσουν ένα κλινικό να χρησιμοποιήσει αξιολογητικό υλικό και το 1,85% απάντησε κανένα από τα παραπάνω.

**Ερώτηση: Επιλέξτε 7 λέξεις θα χρησιμοποιούσατε σε ένα άτυπο ανιχνευτικό τεστ αφασίας για να λάβετε δείγμα για την ικανότητα της κατονομασίας από τον ασθενή.**



Σε ένα άτυπο τεστ αφασίας οι λέξεις για την κατονομασία που θα χρησιμοποιούσαν σε ένα ασθενή το 87,04% απάντησαν τη λέξη μήλο, το 46,30% απάντησε την λέξη δέντρο, το 70,37% απάντησαν τη λέξη μολύβι, το 24,07% απάντησαν την λέξη σπιρτόκουτο, το 62,96% τη λέξη ρολόι, το 79,63% απάντησαν τη λέξη καρέκλα, το 53,70% τη λέξη γάτα, το 72,22% τη λέξη ποτήρι, το 16,67% απάντησαν τρένο , το 66,67% τη λέξη κλειδιά , το 59,26% τη λέξη οδοντόβουρτσα, το 38,89% τη λέξη θάλασσα , το 22,22% απάντησαν τη λέξη βάρκα, τη λέξη φάρος απάντησε το 18,52% και το 11,11% απάντησαν τις λέξεις κολύμπι και ζευγάρι.

**Ερώτηση: Τι είδους εικόνες χρησιμοποιείτε ή θα χρησιμοποιούσατε σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας;**

Το 42,59% των ατόμων απάντησαν ότι οι εικόνες που θα χρησιμοποιούσαν σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας είναι έγχρωμες ενώ το 57,41% απάντησαν ασπρόμαυρες.

**Ερώτηση: Πόσες λέξεις είναι αρκετές σε μια δραστηριότητα για την 'κατονομασία με οπτικό ερέθισμα' σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας;**

Σε μια δραστηριότητα κατονομασίας με οπτικό ερέθισμα σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας το 24,07% απάντησαν ότι πέντε και δεκαπέντε λέξεις είναι αρκετές , το 50% απάντησε δέκα λέξεις και το 1,85% απάντησε άλλο .

**Ερώτηση: Εάν ορίζατε ένα κατώφλι 'σωστές αποκρίσεις/συνόλου ερωτήσεων' στις δραστηριότητες του ανιχνευτικού τεστ που χρησιμοποιείτε / θα χρησιμοποιούσατε, ποιο θα ήταν αυτό για να διαμορφώσετε την κλινική σας απόφαση;**

Το 16,67% απάντησε ότι 5/10 θα ήταν το κατώφλι που θα ορίζαμε για τις αποκρίσεις των ερωτήσεων σε ένα ανιχνευτικό τεστ για να διαμορφώναμε την κλινική μας άποψη , το 66,67% απάντησε 8/10 , το 14,81 απάντησε 9/10 ενώ το 1,85% απάντησε άλλο .

**Ερώτηση: Τι θεωρείτε επαρκές δείγμα γλωσσικής παραγωγής σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας;**

Ένα δείγμα γλωσσικής παραγωγής σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας το 25,93% απάντησε ότι η περιγραφή εικόνας είναι ένα επαρκές δείγμα , το 11,11% απάντησε η επαναδιήγηση ιστορίας το 75,93% απάντησε και τα δυο παραπάνω ενώ το 1,85% απάντησε άλλο.

**Ερώτηση: Ποιο δείγμα γλωσσικής παραγωγής από τα παρακάτω θεωρείτε επαρκές σε ένα διαγνωστικό τεστ αφασίας;**

Το 14,81% απάντησε ότι η περιγραφή εικόνας αποτελεί ένα επαρκές δείγμα γλωσσικής παραγωγής σε ένα διαγνωστικό τεστ αφασίας, το 5,56% απάντησε επαναδιήγηση ιστορίας , το 77,78% απάντησε και τα δύο ,και το 1,85% απάντησε άλλο.

**Ερώτηση: Χρησιμοποιείτε τεστ γνωστικών λειτουργιών πριν την ανίχνευση αφασίας;**

Το 75,93% των ατόμων απάντησαν θετικά στη χρήση τεστ γνωστικών λειτουργιών πριν την ανίχνευση αφασίας ενώ το 24,07% απάντησε αρνητικά.

**Ερώτηση: Αν δεν χρησιμοποιείτε ανιχνευτικό τεστ αφασίας, και πριν την εκτενή αξιολόγηση επικοινωνίας και λόγου, χρησιμοποιείτε τεστ γνωστικών λειτουργιών;**

Για το αν χρησιμοποιούν τεστ γνωστικών λειτουργιών πριν χορήγηση ανιχνευτικού τεστ της αφασίας και την αξιολόγηση επικοινωνίας και λόγου το 85,19% απάντησαν θετικά και το 14,81% αρνητικά.

**Ερώτηση: Σύμφωνα με τη γνώμη σας, ποιος πρέπει να ολοκληρώνει την ανίχνευση αφασικών συμπτωμάτων;**

Το 43,40% απάντησε ότι ο ιατρός πρέπει να ολοκληρώνει την ανίχνευση αφασικών συμπτωμάτων, το 77,36% απάντησε ο λογοθεραπευτής, το 3,77% απάντησε το νοσηλευτικό προσωπικό και το 9,43% απάντησε ο ψυχολόγος .

**Ερώτηση: Επιλέξτε ποιο από τα παρακάτω χρησιμοποιείται με μεγαλύτερη συχνότητα στην Κύπρο (κατά τη γνώμη σας):**

Για το ανιχνευτικό διαταραχών λόγου και επικοινωνίας θεωρούν ότι χρησιμοποιείται με μεγαλύτερη συχνότητα στην Κύπρο το 58,49% ενώ το 41,51% απάντησε ότι το αξιολογητικό εργαλείο διαταραχών λόγου και επικοινωνίας χρησιμοποιείται με μεγαλύτερη συχνότητα.

**Ερώτηση: Ποιο θεωρείτε το πιο σημαντικό σκοπό αξιολόγησης της αφασίας;**

Το 18,87% απάντησε ότι η πρόγνωση θεωρείται ο πιο σημαντικός σκοπός της αξιολόγησης της αφασίας, το 5,66% απάντησε η έρευνα και καταγραφή αποτελεσμάτων , το 20,75% απάντησε η διάγνωση, το 47,17% απάντησε ο σχεδιασμός παρέμβασης και το 1,89% απάντησε άλλο.

**Ερώτηση: Θεωρείτε το ίδιο αποτελεσματική την εξέταση της αφασίας σε δημόσιο και σε ιδιωτικό πλαίσιο στην Κύπρο;**

Το 41,51% απάντησε θετικά στο ότι η εξέταση της αφασίας σε δημόσιο και σε ιδιωτικό πλαίσιο στην Κύπρο είναι το ίδιο αποτελεσματική ενώ το 58,49% απάντησε αρνητικά.

**Ερώτηση: Θεωρείτε ότι ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και στην αποκατάσταση της αφασίας είναι διακριτός ανάμεσα στα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας; Το 75,47% θεωρεί ότι ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και στην αποκατάσταση της αφασίας είναι διακριτός ανάμεσα στα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας , ενώ το 24,53% απάντησε αρνητικά.**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1 Συμπεράσματα και Συζήτηση

Το παραπάνω ερωτηματολόγιο απαντήθηκε κυρίως από γυναίκες ( 90.65%) και άντρες( 9.35) ηλικίας 20-25 (43.93%), 26-35 (37.38), 36-45 (16.82) και 46 και άνω (1.87) από τους οποίους το 6.60 % έχουν ολοκληρώσει εξειδίκευση στο τομέα της αφασίας. Ακόμη το (21. 21% ) έχει ολοκληρώσει ανιχνευτικά ή αξιολογητικά τεστ ή θεραπεία σε δίγλωσσους ασθενείς με αφασία ενώ το (78.79) δεν έχει ολοκληρώσει ανίχνευση, αξιολόγηση ή θεραπεία σε δίγλωσσους ασθενείς με αφασία. Επίσης το (33.33%) έχουν χρησιμοποιήσει ανιχνευτικό εργαλείο αφασίας ενώ το (66.67%) δεν έχει χρησιμοποιήσει. Το 75.76% των ατόμων αυτών θεωρούν πως το ποσοστό των ατόμων με αφασία στην Κύπρο είναι πολύ μεγάλο.

Στην ερώτηση ποια από τις παρακάτω διαταραχές ενδέχεται να παρουσιάζει αφασικό λόγο απάντησαν: αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (43.95%) , αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο (33.33%), κρανιοεγκεφαλική κάκωση (31.82%), άνοια (22.73%), παρκισονικά σύνδρομα (13.65%), νευροεκφυλιστικές νόσοι( 15.15%), όλα από τα παραπάνω (65.15%) και κανένα από τα παραπάνω (1.52%). Ακόμη στην ερώτηση ποιες διαταραχές ενδέχεται να συνυπάρχουν με αφασία απάντησαν: δυσαρθρία (12.12%), απραξία (3.03%), αγνωσία( 3.03), διαταραχές μνήμης (7.58) και όλα τα παραπάνω (74.24%). Αυτό δείχνει ότι οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι όλες οι πιο πάνω διαταραχές μπορούν να παρουσιάσουν αφασία και πως οι δυσαρθρία απραξία, διαταραχές μνήμης και αγνωσία μπορούν να συνυπάρξουν με αφασία αφού το 74.24% πιστεύει ότι και οι 3 μπορούν να συνυπάρξουν. Σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με αφασία το (78.79%) των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο απαντήσαν «ναι» ενώ το (21.21%) απάντησαν «όχι».

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο στην Κύπρο οι τομείς που πρέπει να ελέγχονται με ένα ανιχνευτικό εργαλείο θεωρούν τον αυθόρμητο λόγο (96.30%), ακουστική κατανόηση(90.74%), γραπτή κατανόηση (75.93%), επανάληψη (90.74%), κατονομασία (94.44%), ανάγνωση(75.93%) και γραφή (70.37%). Επίσης το (96.30) θεωρούν ότι σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας χρησιμοποιείται η επανάληψη λέξεων ενώ το (3.70%)πιστεύει ότι δεν χρησιμοποιείται. Αυτό μας δείχνει ότι σε ένα ανιχνευτικό τεστ είναι σημαντικό για ένα άτομο με αφασία να εξετάζονται όλοι οι παραπάνω τομείς και πως οι επανάληψη λέξεων είναι σημαντικό να χρησιμοποιείται σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας.

Στην ερώτηση ποια από τα παρακάτω θεωρείται ότι θα οδηγήσουν το κλινικό να χρησιμοποιήσει αξιολογικό υλικό μετά τη χρήση ανιχνευτικού εργαλείου σε έναν ασθενή με διαταραχές επικοινωνίας και λόγου απάντησαν: ελλειπίς ικανότητα επανάληψης συλλαβών(16.67%), ελλειπίς ικανότητα επανάληψης λέξεων (25.93%), ελλειπίς ικανότητα επανάληψης προτάσεων (16.67%), ελλειπίς ικανότητα ακουστικής

αντίληψης – κατανόησης ( 27.78%) , μη ρέουσα ομιλία ( 27.78%), ελλιπείς ικανότητα κατανόησης κειμένου (20.37%), ελλιπείς ικανότητα κατονομασίας( 22.22%), όλα τα παραπάνω (88.89%) και κανένα από τα παραπάνω (1.85%). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι λογοθεραπευτές που απάντησαν το ερωτηματολόγιο λαμβάνουν υπόψιν όλους τους τομείς επικοινωνίας.

Το (57.41%) των ερωτηθέντων χρησιμοποιεί ή θα χρησιμοποιούσαν ασπρόμαυρες εικόνες κατά την διάρκεια ενός ανιχνευτικού τεστ αφασίας ενώ το (42.59%) έγχρωμες εικόνες.

Επίσης σε μια δραστηριότητας κατονομασίας με οπτικό ερέθισμα 5 εικόνες θα προτιμούσε το (24.04%) 10 εικόνες το (50%) ,15 εικόνες (24.07%) και άλλο το (1.85%). Σε αυτή την περίπτωση τα άτομα δεν συμφωνούν καθώς η απόκλιση είναι πολύ μικρή μεταξύ των ερωτηθέντων.

Επιπρόσθετα στην ερώτηση εάν ορίζατε ένα κατώφλι 'σωστές αποκρίσεις/συνόλου ερωτήσεων' στις δραστηριότητες του ανιχνευτικού τεστ που χρησιμοποιείτε / θα χρησιμοποιούσατε, ποιο θα ήταν αυτό για να διαμορφώσετε την κλινική σας απόφαση απάντησαν 5/10 (16.67%), 8/10 (66.67%), 9/10(14.81%), άλλο(1.85%) . Η πλειοψηφία θεωρεί ότι ένα κατώφλι ' σωστές αποκρίσεις/ συνόλου ερωτήσεων πρέπει να είναι 8/10 μάλιστα ένα κομμάτι της μειοψηφίας πιστεύει ακόμη ότι μπορεί να είναι 9/10.

Ακόμη στην ερώτηση τι θεωρείται επαρκές δείγμα γλωσσικής παραγωγής σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας: περιγραφή εικόνας ή επαναδιήγηση ιστορίας ή και τα 2. Το 25.93% απάντησε περιγραφή εικόνας, το 11,11% απάντησε επαναδιήγηση ιστορίας και το 75,93% απάντησε και τα δύο. Επίσης πιο δείγμα γλωσσικής παραγωγής από τα πιο πάνω είναι επαρκές απάντησαν περιγραφή εικόνας 14.81%, επαναδιήγηση ιστορίας 5.56% και τα δύο 77.78%.Αυτό μας δείχνει πως οι ερωτηθέντες προτιμάνε για την αξιολόγηση της γλωσσικής παραγωγής να την χρησιμοποιούν και τους 2 τρόπους για καλύτερα αποτελέσματα.

Το 75.93% των ερωτηθέντων θεωρεί πολύ σημαντικό και χρησιμοποιεί τεστ γνωστικών λειτουργιών πριν την ανίχνευση αφασίας ενώ το 24.07 δεν χρησιμοποιεί.

Ακόμη το 43.40% πιστεύει πως την ανίχνευση αφασικών συμπτωμάτων την ολοκληρώνει ο γιατρός, το 77.36% ο Λογοθεραπευτής και το 9.43% ο ψυχολόγος.

Επιπρόσθετα στο αν χρησιμοποιείται περισσότερο το ανιχνευτικό διαταραχών λόγου και ομιλίας ή το αξιολογητικό εργαλείο διαταραχών λόγου και ομιλίας στην Κύπρο οι απόψεις διαφέρουν εφόσον το 58.49% πιστεύει ότι χρησιμοποιείται το ανιχνευτικό διαταραχών λόγου και ομιλίας ενώ το 41.51% πιστεύει ότι χρησιμοποιείται το αξιολογητικό εργαλείο διαταραχών λόγου και ομιλίας.

Στην ερώτηση πιο θεωρείται το πιο σημαντικό σκοπό της αξιολόγησης της αφασίας απάντησαν: πρόγνωση το 18.87%, έρευνα 5.66%, διάγνωση 20.75%, καταγραφή αποτελεσμάτων 5.66%, σχεδιασμός



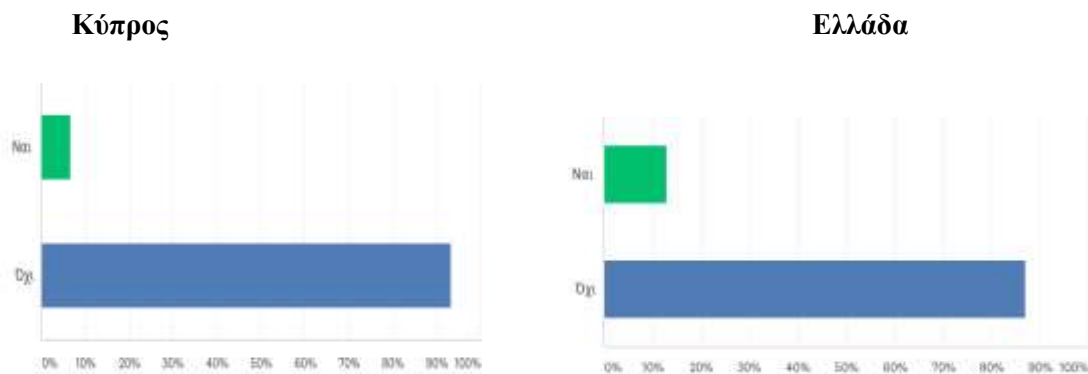
παρέμβασης 47.17% και άλλο 1.89%. Γεγονός που δείχνει πως οι περισσότεροι ερωτηθέντες κατά την αξιολόγηση θεωρούν πως το πιο σημαντικό κομμάτι της αξιολόγησης είναι η διάγνωση μιας διαταραχής και ο τρόπος που θα γίνει ο σχεδιασμός της παρέμβασης εφόσον ή διαφορά μεταξύ τους είναι μόλις 26.42%.

Επιπλέον οι απόψεις δίστανται για το εάν μια εξέταση αφασίας είναι το ίδιο αποτελεσματική σε δημόσιο ή σε ιδιωτικό πλαίσιο στην Κύπρο αφού το 41.51% πιστεύει πως ναι και το υπόλοιπο 58.49% θεωρεί πως όχι.

Επίσης φαίνεται πως συμφωνούν ότι ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και στην αποκατάσταση της αφασίας είναι διακριτός αναμεσα στα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας αφού το 75.47% απάντησε πως ναι είναι ενώ το 24.53 θεωρεί ότι δεν είναι.

## 5.2 Σύγκριση αποτελεσμάτων Ελλάδας και Κύπρου – Συζήτηση

**Ερώτηση : Έχετε ολοκληρώσει εξειδίκευση στο τομέα της αξιολόγησης και θεραπείας αφασίας;**



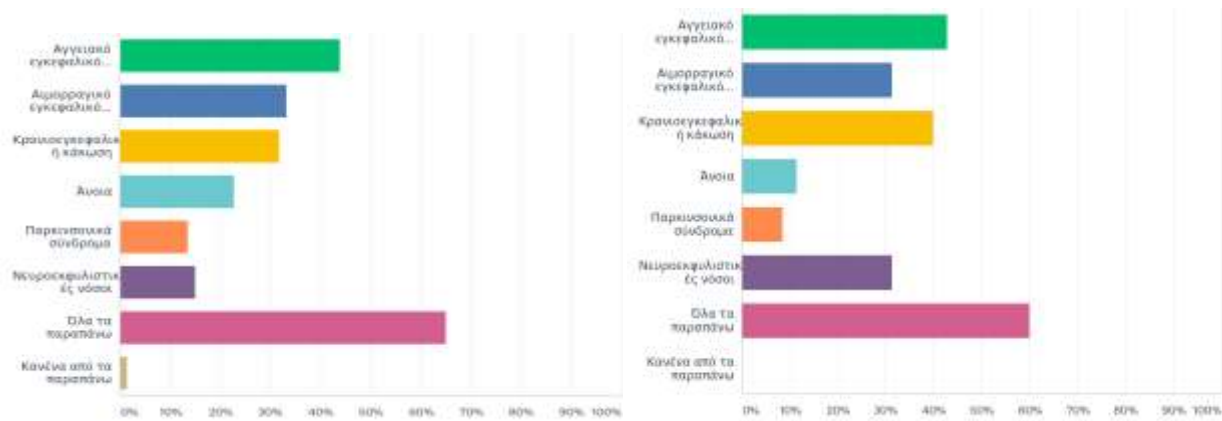
Με βάση τις πιο πάνω γραφικές παραστάσεις δείχνει ότι τόσο στην Κύπρο όσο και στην Ελλάδα το μεγαλύτερο ποσοστό 93.40% και 86,96% αντίστοιχα, δεν έχει εξειδίκευση στον τομέα της αξιολόγησης και θεραπείας της αφασίας .

Η πλειοψηφία και των δυο χωρών θεωρεί ότι υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με αφασία. Κύπρος (76,76%) και Ελλάδα (97,14%)

**Ερώτηση :Σε ποιες από τις παρακάτω διαταραχές ενδέχεται να παρατηρήσετε αφασικό λόγο;**

**Κύπρος**

**Ελλάδα**



Στην Κύπρο το 65,15% και στην Ελλάδα το 60% θεωρεί ότι σε ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, άνοια, σε παρκινσονικά σύνδρομα, σε νευροεκφυλιστικές νόσους ενδέχεται να παρατηρείται αφασικός λόγος. Και στις 2 χώρες θεωρούν ότι σε όλες τις πιο πάνω διαταραχές παρατηρείται αφασικός λόγος.

**Ερώτηση: Έχετε ολοκληρώσει ανιχνευτικές διαδικασίες, αξιολόγηση ή θεραπεία με δίγλωσσους ασθενείς με αφασία;**

Με βάση τις απαντήσεις των ατόμων και από τις 2 χώρες η πλειοψηφία δεν έχει ολοκληρώσει ανιχνευτικές διαδικασίες αξιολόγησης ή θεραπείας δίγλωσσων ασθενών με αφασία.. Συγκεκριμένα το 78,79% (για την Κύπρο) και το 77,14% (για την Ελλάδα).

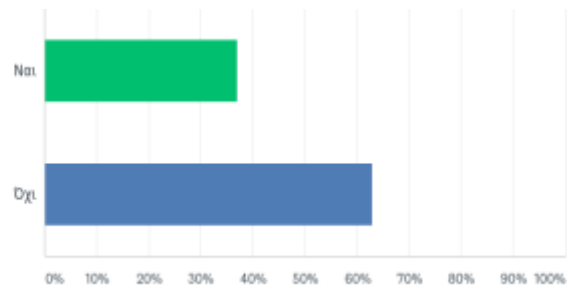
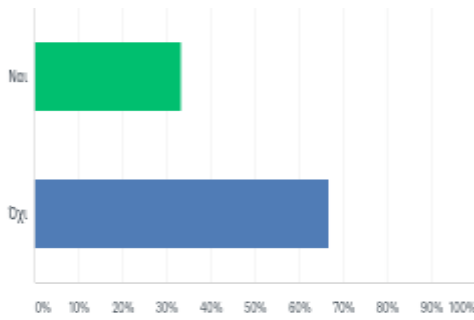
και στις 2 χώρες το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει απαντήσει ότι η δυσαρθρία, η απραξία, η αγνωσία και οι διαταραχές μνήμης ενδέχεται να συνυπάρχουν με αφασία. Συγκεκριμένα για την Κύπρο το 74,24% και για την Ελλάδα το 77,14% .

Το 78,79% των ατόμων από την Κύπρο απάντησαν θετικά στο ότι ένα άτομο με διαταραχές επικοινωνίας ή αφασίας μπορεί να έχει καλή ή ικανοποιητικού βαθμού ποιότητας ζωής. Επίσης το 77,14% των ατόμων από την Ελλάδα απάντησε και αυτό θετικά.

**Ερώτηση: Έχετε χρησιμοποιήσει μέχρι στιγμής ανιχνευτικό εργαλείο στην αφασία;**

**Κύπρος**

**Ελλάδα**



Το 66,67% των ερωτηθέντων από την Κύπρο έχει απαντήσει αρνητικά στην πιο πάνω ερώτηση και το 62,96% των ερωτηθέντων από την Ελλάδα έχει απαντήσει αρνητικά. Η πλειοψηφία δεν έχει χρησιμοποιήσει ανιχνευτικό εργαλείο στην αφασία

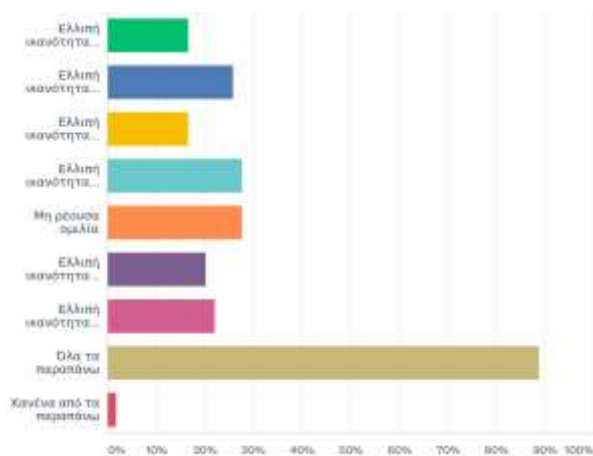
Το 96,30% των ατόμων από την Κύπρο και το απάντησε τον αυθόρμητο λόγο ως τον τομέα που πρέπει να ελέγχεται με ένα ανιχνευτικό εργαλείο για την αφασία , ενώ στην Ελλάδα το 100% των ατόμων απάντησαν τον αυθόρμητο λόγο , την ακουστική κατανόηση και την κατονομασία .

**Ερώτηση :Κατά τη χρήση ανιχνευτικού αφασίας χρησιμοποιείτε την επανάληψη λέξεων;**

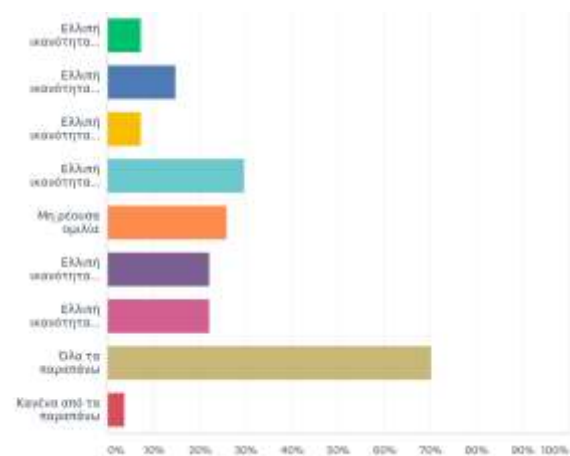
Και στις 2 χώρες το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που απάντησαν την πιο πάνω ερώτηση ήταν θετική (Κύπρος 96,30% ) , (Ελλάδα 92,59%).

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

## Κύπρος



## Ελλάδα

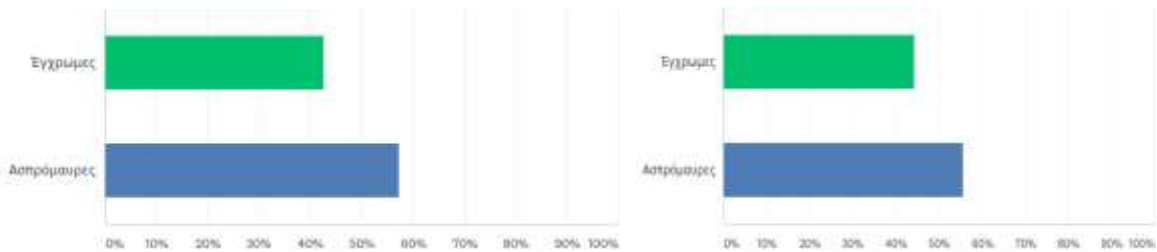


Το 88,89% και το 70,37% σε Κύπρο και Ελλάδα αντίστοιχα έχουν απαντήσει ότι η ελλιπής ικανότητα επανάληψης συλλαβών, η ελλιπής ικανότητα επανάληψης λέξεων, η ελλιπής ικανότητα επανάληψης προτάσεων, η ελλιπής ικανότητα ακουστικής ικανότητας-κατανόησης, η μη ρέουσα ομιλία, η ελλιπής ικανότητα κατανόησης κειμένου και η ελλιπής ικανότητας κατονομασίας θα οδηγήσουν έναν κλινικό να χρησιμοποιήσει ένα αξιολογητικό υλικό μετά τη χρήση ανιχνευτικού εργαλείου σε έναν ασθενή με διαταραχές επικοινωνίας και λόγου.

**Ερώτηση :Τι είδους εικόνες χρησιμοποιείτε ή θα χρησιμοποιούσατε σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας;**

## Κύπρος

## Ελλάδα



Ο πιο πάνω πίνακας μας δείχνει πως στην Κύπρο το 42.59% προτιμά έγχρωμες εικόνες ενώ το 57.41% προτιμά ασπρόμαυρες εικόνες. Στην Ελλάδα έχουμε ποσοστό έγχρωμες εικόνες 44.44% ενώ ασπρόμαυρες εικόνες 55.56%. Όπως μας δείχνουν τα αποτελέσματα στην Κύπρο αλλά και στην Ελλάδα δεν υπάρχει μεγάλο ποσοστό διαφοράς στην προτίμηση των ατόμων σε έγχρωμες ή ασπρόμαυρες εικόνες αφού όπως φαίνεται και στο πίνακα είναι πολύ μικρή η διαφορά.

οι ερωτηθέντες στην Ελλάδα και Κύπρο συμφωνούν ότι οι λέξεις για να είναι αρκετές σε μια δραστηριότητα κατονομασίας με οπτικό ερέθισμα σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας πρέπει να είναι στις 10 εικόνες και ότι το κατώφλι σωστό αποκρίσεων/ συνόλου ερωτήσεων στις δραστηριότητες ανιχνευτικού τεστ που χρησιμοποιείται ή θα χρησιμοποιούσαν πρέπει να είναι 8/10 αφού το μεγαλύτερο ποσοστό υποστηρίζει αυτή την άποψη.

Στις δύο χώρες οι λογοθεραπευτές που απάντησαν το ερωτηματολόγιο θεωρούν πως για να είναι επαρκείς ένα δείγμα γλωσσικής παραγωγής πρέπει η ομιλία και ο λόγος των ατόμων με αφασία να αξιολογείται μέσω περιγραφής εικόνας αλλά και επαναδιήγηση ιστορίας για να έχουμε όσο το δυνατό καλύτερη εικόνα για την επικοινωνία του ασθενή. Επιπρόσθετα σε ένα ανιχνευτικό τεστ αφασίας η περιγραφή εικόνας προτιμάτε περισσότερο συγκριτικά με την επαναδιήγηση ιστορίας.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως μεγάλο ποσοστό πριν από κάθε ανίχνευση αφασίας οι λογοθεραπευτές σε Κύπρο και Ελλάδα αξιολογούν τις γνωστικές λειτουργίες των ασθενών εφόσον πολύ λίγο ποσοστό της ερευνάς μας απάντησε πως δεν χρησιμοποιεί.

Η ανίχνευση αφασικών συμπτωμάτων σύμφωνα με την έρευνα και στις δύο χώρες η πλειοψηφία πιστεύει ότι πρέπει να ολοκληρώνεται από τον λογοθεραπευτή ενώ ένα μικρότερο ποσοστό από τον ιατρό. Στην Κύπρο ένα μικρό ποσοστό ότι η ανίχνευση μπορεί να γίνεται και από τον ψυχολόγο(9.43%) και ένα ακόμη μικρότερο από το νοσηλευτικό προσωπικό(3.37%).

Ένα άλλο σημαντικό ερώτημα που απασχολεί είναι εάν το ανιχνευτικό τεστ διαταραχών λόγου και ομιλίας χρησιμοποιείται περισσότερο από τον αξιολογητικό εργαλείο διαταραχών λόγου και ομιλίας και αντιστρόφως. Βάση των αποτελεσμάτων της έρευνας που έγιναν σε Κύπρο και Ελλάδα έδειξαν πως και στις δύο χώρες οι απόψεις δίστανται καθώς η διαφορά μεταξύ τους είναι αρκετά μικρή.

Επιπρόσθετα αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρείται ταύτιση απόψεων καθώς ο σημαντικότερος σκοπός και στις δύο περιπτώσεις είναι ο σχεδιασμός παρέμβασης, ενώ επίσης σημαντικός σκοπός αξιολόγησης είναι η πρόγνωση και η διάγνωση όπως αποτυπώνεται στο πιο πάνω σχεδιάγραμμα. Δεν πρέπει να παραλείψουμε όμως το γεγονός ότι στην Κύπρο ένα πολύ μικρό ποσοστό θεωρεί ότι σημαντικό για την αξιολόγηση είναι και η έρευνα εν ' αντίθεση με την Ελλάδα.

Στο ερώτημα περί ίδιας αποτελεσματικότητας της εξέτασης της αφασίας σε δημόσιο ή ιδιωτικό πλαίσιο και στις δύο χώρες, οι λογοθεραπευτές που απάντησαν τον ερωτηματολόγιο πιστεύουν ότι η αποτελεσματικότητα δεν είναι ίδια. Πιο συγκεκριμένα οι Έλληνες λογοθεραπευτές διαφωνούν με το συγκεκριμένο ερώτημα σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι οι συνάδελφοί τους στην Κύπρο.

Στην παραπάνω ερώτηση υπάρχει ταύτιση απόψεων σε ότι αφορά τον ρόλο του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και στην αποκατάσταση της αφασίας. Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα ο ρόλος του λογοθεραπευτή είναι διακριτός ανάμεσα στα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson NB, Shames GH. *Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας*. 2013

Ansaldò AI, Ghazi L, Saidi L. Aphasia Therapy in the Age of Globalization :Cross-Linguistic Therapy Effects in Bilingual Aphasia, (15.1.2013)

Azuar C., Leger A., Arbizu C, Henry-Amar F., Chomel-Guillaume S., Samson Y. The Aphasia Rapid Test: an NIHSS-like aphasia test, August 2013, Volume 260, Issue 8, pp 2110–2117

Baehr M., Frotscher M, Duus' .Εντοπιστική Διάγνωση στη Νευρολογία (Ανατομία. Φυσιολογία. Σημεία. Συμπτώματα) 4<sup>η</sup> έκδοση, 2009

Baker JC., LeBlanc LA., Raetz PB. Western Michigan University A Behavioral Conceptualization of Aphasia, 2008, 24, 147–158

Barford V. (2013) WESTERN APHASIA BATTERY (WAB),  
(<https://www.strokingengine.ca/en/assess/western-aphasia-battery-wab/>)

Benedict RHB, Schretlen D, Groninger L, brandt J. Hopkins Verbal Learning Test – Revised: Normative Data and Analysis of Inter-Form and Test-Retest Reliability. February 1998, Vol. 12, , pp. 43-55. The Clinical Neuropsychologist.

Davis Albyn. ΑΦΑΣΙΟΛΟΓΙΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ & ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ, G, δεύτερη έκδοση , 2011

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.  
2015(Πτυχιακή).

Eryilmaz M (2018). *APHASIA AS AN ORGANIZATIONAL PATHOLOGY: TAKING SOME LESSONS FROM APHASIA IN NEUROLOGY*, Annals of the „Constantin Brâncuși” University of Târgu Jiu, Letter and Social Science Series.

Fuller G, Manfor M. Νευρολογία, ΕΓΧΡΩΜΟ ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ , Τρίτη έκδοση , 2011

Green DW. , Ruffle L, Grogan A, Ali N, Ramsden S, Schofield T, Leff A P, Crinion J. The use of the Bilingual Aphasia Test as a diagnostic complement to the Comprehensive Aphasia Test, 12/2011

Hamilton RH, Chrysikou EG, Coslett B. Mechanisms of aphasia recovery after stroke and the role of noninvasive brain stimulation. 2011 Jul; 118(1-2):40-50

Jacqueline A. S., Editor: Hula W., Donovan N.J, Kendal D. L, Gonzalez – Rothi L.J., *Aphasiology* 2017, Pages 1326-1341. 23 Mar 2010

Lee A, Hillis A. Handbook of the Neuroscience of Language. The Pharmacological Treatment of Aphasia 2008, chapter 40, 407

Lyrakos G, Aslani E, Spinaris V, Tzouvala M, Iatrou C, Drosou M, Tsironi M. Detection of Existing Undiagnosed Cognitive Impairment in Patients With Chronic Diseases Using the Montreal Cognitive Assessment (MOCA). 2018 Απριλίου. Τεύχος 1, Τόμος 37ος , Αχαϊκή Ιατρική.

Magalhães S., Hamdan A. The Rey Auditory Verbal Learning Test: normative data for the Brazilian population and analysis of the influence of demographic variables. 2010, 3, 1, pp 85 – 91

Jacqueline A. S., editor: McCormick M. , Bose A. , Marinis TH., *Aphasiology* 2017, pp 1344-1358

Mendez MF, Zander BA. Dementia presenting with aphasia: clinical characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*: first published 54.6.542 on 1 June 1991 1991; 54:542-545

Parathanasiou I, Coppens P, Potagas C. Αφασία και Συναφείς Νευρογενείς Διαταραχές Επικοινωνίας 2014 pp. 54-56, 127

Peach R.K. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders (2018)* p.565-594.

Pineda DA, Rosselli M, Ardila A., Mejia S, Romero and Perez C. The Boston Diagnostic Aphasia Examination—Spanish Version: The influence of demographic variables, (December 20, 1999)

Rohrer JD, Rossor MN, and Warren JD. Alzheimer's pathology in primary progressive aphasia, 2012 Apr; 33(4-2): 744–752

Roth M., Tym E., Mountjou CQ., Huppert FA., Hendrie H, Verma S, Goddard R, Camdex A Standardised Instrument for the Diagnosis of Mental Disorder in the Elderly with Special Reference to the Early Detection of Dementia , 1986), 149, 698-709

Schlaug G., Marchina S, Norton A. *THE NEUROSCIENCES AND MUSIC III—DISORDERS AND PLASTICITY(2009)*p. 385-394

Καμπανάρου Μ. *Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας*. 2007. Εκδόσεις Ελλήν.

Κολιάδης ΕΑ. Γνωστική ψυχολογία Γνωστική νευροεπιστήμη και εκπαιδευτική πράξη, Πέμπτη έκδοση 2012