



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: Ανάπτυξη δοκιμασιών αξιολόγησης Λόγου και Ομιλίας σε ασθενείς με Αφασία.

Title: Development of a speech and language battery for aphasic patients

Φοιτήτρια: Κουρούπη Ελένη

A.M. 2010-092

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Γερμανά Ειρήνη

Καλαμάτα, 2015

Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή εργασία στοχεύει στη δημιουργία ενός εργαλείου αξιολόγησης Ομιλίας και Λόγου, για ασθενείς με Αφασία.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους ανθρώπους που συνέβαλαν ουσιαστικά στη διεξαγωγή της εκπόνησης της παρούσας εργασίας:

- Την επιβλέπουσα της πτυχιακής εργασίας κ. Ειρήνη Γερμανά, Λέκτορα του Α.Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, τόσο και για τις εύστοχες υποδείξεις της αλλά και για τη συνεχή ενθάρρυνση και παρότρυνσή της, ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Πολλά ευχαριστώ αποδίδω επίσης στην επιστήθια φίλη μου Ματακιά Ολύμπια για τη συνεχή βοήθεια και συμπαράσταση της σε όλη την διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να ξεχάσω την οικογένεια μου και τους ανθρώπους που είναι πάντα δίπλα μου, με στηρίζουν και χαίρονται να με βλέπουν να πραγματοποιώ τα όνειρα μου. Ευχαριστώ πολύ...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αφασία ορίζεται ως νευρογενής επίκτητη διαταραχή του λόγου(προφορικού και γραπτού),(Καμπανάρου, Μ.2007) .Δεν γίνεται δύο άνθρωποι να υποφέρουν από αφασία στον ίδιο βαθμό, διότι η αφασία είναι διαφορετική για τον καθένα. Ο βαθμός της εξέλιξης της αφασίας εξαρτάται, ανάμεσα σε πολλούς άλλους παράγοντες, στην τοποθεσία και στο βαθμό της εγκεφαλικής βλάβης, την γλωσσολογική ικανότητα του ασθενή και την προσωπικότητά του (Α.Ι.Α Τι είναι αφασία; 2014). Λόγω της πολυπλοκότητας της φύσης της διαταραχής και του ευρέως φάσματος της, αυτή έχει συγκεντρώσει ένα μεγάλο μέρος του ενδιαφέροντος της επιστημονικής κοινότητας. Στόχος στη παρούσα μελέτη είναι η δημιουργία ενός εργαλείου αξιολόγησης στα ελληνικά, της λειτουργικότητας των αφασικών ασθενών. Για τη κατασκευή αυτού του εργαλείου χρησιμοποιήθηκαν παλιότερα σταθμισμένα τεστ στα ελληνικά, όπως το Aphasia Screening Test (AST), αλλά και μη όπως το Western Aphasia Battery (WAB). Ωστόσο, δε κατέστη δυνατή η εξαγωγή ακριβών συμπερασμάτων για την αξιοπιστία του τεστ καθώς αυτό δε χορηγήθηκε, γεγονός που πραγματοποίησε αδύνατη και τη στάθμιση του.

SUMMARY

Aphasia is defined as a neurogenic acquired speech disorder (oral and written), (Cabanaru, M. 2007). It is not possible two people to suffer from aphasia at the same extent because aphasia is different for each one. The degree of development of aphasia depend, among many other factors, on the location and the extent of brain damage, the linguistic ability of the patient and his personality (A.I.A What is aphasia? 2014). Due to the complexity of the nature of the disorder and the wide range, this has raised a large part of the scientific community interest. The purpose of this study is the creation of an evaluation tool in Greek, that evaluates the functionality of aphasic patients. For the construction of this tool used previously standardized tests in Greek as the Aphasia Screening Test (AST) and not, as the Western Aphasia Battery (WAB). However, it was not possible to extract accurate conclusions about the reliability of the test as it is not granted, which made impossible, also to establish it.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	1
Περίληψη.....	2
Συντομογραφίες.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Ορισμός Αφασίας.....	7
1.2 Αίτια Αφασίας.....	11
1.3 Κατηγοριοποίηση Αφασιών.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 Συχνότητα και επικράτηση Αφασίας (τιμές).....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Καθορισμός αξιολόγησης.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 Υπάρχουσα αξιολόγηση αφασίας στα ελληνικά.....	37
4.2 Άλλα τεστ αφασίας.....	42
4.3 Στόχοι μελέτης.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
5.1 Μεθοδολογία.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
6.1 Συζήτηση.....	53
Παράρτημα.....	55
Βιβλιογραφία.....	67

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ελληνικές

ΑΕΕ-Αιμορραγικά Εγκεφαλικά Επεισόδια

ΔΑ-Δυναμική Αξιολόγηση

Ξενόγλωσσες

A.I.A- Association International Aphasia

ASHA- American Speech –Language-Hearing Association

AQ-Aphasia Quotient

WAB-Western Aphasia Battery

WAB-R-Western Aphasia Battery –Revised

BDAE- 3 Boston Diagnostic Aphasia Examination 3rd Ed.

BAT-Bilingual Aphasia Test

NCCEA-Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia

AARP -Australian Aphasia Rehabilitation Pathway

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΦΑΣΙΑΣ

Όπως αναφέρει ο Code.C & Patherman, B. (2011), τι είναι αφασία δεν είναι τόσο εύκολο ερώτημα για να απαντηθεί, καθώς υπάρχει ένα ευρύ φάσμα απόψεων σχετικά με αυτό. Ενώ μερικοί υποστηρίζουν πως απαιτείται ένας τυπικός ορισμός για την αφασία (McNeil & Pratt, 2001), κάποιιοι άλλοι θεωρούν πως το τελευταίο πράγμα που χρειαζόμαστε είναι ένας επίσημος ορισμός (Marshall, T. 1989), τι θεωρούμε πως είναι η γλώσσα (Joanette & Ansaldo, 2000). Ωστόσο, μη αμφιλεγόμενο είναι πως η αφασία είναι ένας γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια σειρά από βλάβες στη χρήση της γλώσσας μετά από εγκεφαλική βλάβη. Μερικοί χρησιμοποιούν τον όρο για να περιγράψουν περισσότερες βλάβες σε οποιοδήποτε στιγμή της χρήσης της γλώσσας (Joanette & Ansaldo, 2000), συμπεριλαμβανομένων των βλαβών που σχετίζονται με το δεξί ημισφαίριο, την απραξία του λόγου, την άνοια, και την τραυματική εγκεφαλική βλάβη. Ενώ άλλοι τονίζουν την αλληλεπίδραση της επεξεργασίας της γλώσσας με άλλες πτυχές της γνωστικής λειτουργίας, πιο συγκεκριμένα της προσοχής, της αντίληψης και της μνήμης, άλλοι προτιμούν να διατηρήσουν τον όρο για την περιγραφή άλλων πιθανών πτυχών της γλώσσας όπως η επεξεργασία-η σύνταξη, η φωνολογία, η μορφολογία, η λεξιλογική σημασιολογία, που φαίνεται να είναι πιο εξασθενημένα μετά από τη βλάβη του αριστερού ημισφαίριου (McNeil & Pratt, 2001).

Κάθε άνθρωπος χρησιμοποιεί το λόγο. Μέρη της χρήσης του λόγου είναι να μιλάμε, να βρίσκουμε τις σωστές λέξεις, να καταλαβαίνουμε, να διαβάζουμε, να γράφουμε και να κάνουμε χειρονομίες. Η αφασία επισημάνεται όταν εξαιτίας μιας εγκεφαλικής βλάβης ένα ή περισσότερα σημεία του λόγου χάνουν την λειτουργικότητά τους. Επομένως, Αφασία - Α (=στερητικό α) φασία

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

(=μιλώντας) σημαίνει πως κάποιος πλέον δεν μπορεί να πει αυτό που θέλει. Δεν μπορεί να κάνει χρήση του λόγου. Εκτός από την αφασία μπορεί να προκληθεί και παράλυση ή και άλλα προβλήματα σχετικά με:

- τις συνειδητές/εκούσιες κινήσεις,
- την παρατήρηση του περιβάλλοντος,
- την αυτοσυγκέντρωση, την πρωτοβουλία, και την μνήμη.

Επομένως, η αφασία είναι ένα πρόβλημα του λόγου. Δεν γίνεται δύο άνθρωποι να υποφέρουν από αφασία στον ίδιο βαθμό, διότι η αφασία είναι διαφορετική για τον καθένα. Ο βαθμός της εξέλιξης της αφασίας εξαρτάται, ανάμεσα σε πολλούς άλλους παράγοντες, στην τοποθεσία και στο βαθμό της εγκεφαλικής βλάβης, την γλωσσολογική ικανότητα του ασθενή και την προσωπικότητά του. Μερικοί άνθρωποι με αφασία μπορούν να καταλάβουν το λόγο σωστά αλλά έχουν πρόβλημα να βρουν τις σωστές λέξεις ή να δημιουργήσουν προτάσεις. Κάποιοι άλλοι, ωστόσο, μπορούν να μιλήσουν αλλά ότι λένε είναι δυσνόητο. Αυτοί οι ασθενείς συνήθως έχουν μεγάλο πρόβλημα να καταλάβουν το λόγο. Η γλωσσολογική ικανότητα των ανθρώπων με αφασία βρίσκεται συνήθως ανάμεσα σε αυτά τα δύο άκρα. Σημαντικό είναι πως κάποιος που υποφέρει από αφασία, έχει ακέραιες νοητικές ικανότητες. Σχεδόν πάντα γίνεται κάποια αυτόματη αποκατάσταση του λόγου όταν παρουσιάζεται η αφασία. Η συγκεκριμένη αποκατάσταση όμως είναι σπάνια ή δεν είναι ολοκληρωτική. Ωστόσο με πολλή εξάσκηση, προσπάθεια και επανάληψη μπορεί να επιτευχθεί κάποια βελτίωση (Α.Ι.Α Τι είναι αφασία; 2014).

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΣΕΙΡΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ ΤΩΝ ΤΥΠΙΚΩΝ ΟΡΙΣΜΩΝ ΑΦΑΣΙΑΣ

Συγγραφείς & Ορισμοί

Benson (1979)

" Η αφασία είναι η απώλεια ή η βλάβη της γλώσσας που προκαλείται από εγκεφαλική βλάβη. "

Chapey (1981)

« Μία επίκτητη ανεπάρκεια στη γλώσσα και τις γνωστικές διαδικασίες που διέπουν τη γλώσσα και προκαλούνται από οργανικές βλάβες στον εγκέφαλο. Χαρακτηρίζεται από τη μείωση και δυσλειτουργία του γλωσσικού περιεχομένου ή της σημασίας, τη μορφολογία ή τη δομή και τη χρήση της γλώσσας ή τη λειτουργία και τις γνωστικές διεργασίες που διέπουν τη γλώσσα όπως η μνήμη και η σκέψη.»

Ryan (1982)

« ... η απώλεια ή η μείωση, της δυνατότητας επεξεργασίας της γλώσσα ως αποτέλεσμα του τραυματισμού του εγκεφάλου. Μπορεί να εκδηλωθεί δυσκολία στην (1) κατανόηση προφορικού λόγου ή / και γραπτών μηνυμάτων (2) στην αναγνώριση εικόνων και αντικειμένων και / ή (3) στην επικοινωνία με ομιλία, γραφή ή / και χειρονομίες.»

Darley (1982)

« διαταραχή, ως αποτέλεσμα της βλάβης του εγκεφάλου, της ικανότητας ερμηνείας και διαμόρφωσης των γλωσσικών συμβόλων, μείωση της αποτελεσματικότητας και ικανότητας να αποκωδικοποιηθούν και να κωδικοποιηθούν τα συμβατικά νοήματα και τα γλωσσικά στοιχεία (μορφήματα και μεγαλύτερες συντακτικές μονάδες), δυσανάλογη σε σχέση με διαταραχές των άλλων διανοητικών λειτουργιών. Δεν οφείλεται σε άνοια, σύγχυση, απώλεια αισθήσεων, ή κινητική δυσλειτουργία και εκδηλώνεται με τη μειωμένη διαθεσιμότητα του λεξιλογίου, μειωμένη αποδοτικότητα στην εφαρμογή των συντακτικών κανόνων, μειωμένη ακουστική διάρκεια διατήρησης, και μειωμένη αποδοτικότητα στην επιλογή καναλιού εισόδου ή εξόδου».

McNeil (1982)

« Η αφασία είναι πολυδύναμη με φυσιολογική αναποτελεσματικότητα στους [μεγαλύτερη από την απώλεια του] λεκτικούς συμβολικούς χειρισμούς (π.χ. από τους συσχετισμούς, την αποθήκευση, την ανάκτηση, και την εφαρμογή κανόνων)».

Rosenbek, LaPointe, & Wertz (1989)

« Η αφασία είναι μια δυσλειτουργία, που μπορεί να αποκτηθεί από πρόσφατη βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος, της ικανότητας κατανόησης και διατύπωσης της γλώσσα. Πρόκειται για μια διαταραχή της πολυλειτουργικότητας, που αντιπροσωπεύεται από μια ποικιλία βλαβών στην ακουστική κατανόηση, ανάγνωση, εκφραστική γλώσσα και το γράψιμο. Η διασπασμένη γλώσσα μπορεί να επηρεαστεί από φυσιολογική ανεπάρκεια ή εξασθενημένη γνωστική λειτουργία, αλλά δεν μπορεί να εξηγηθεί από άνοια, απώλεια αισθήσεων ή κινητική δυσλειτουργία.»

(McNeil, R.M. & Pratt, S.R. 2001)

1.2 ΑΙΤΙΑ ΑΦΑΣΙΑΣ

Η αφασία προκαλείται από βλάβη στα κέντρα γλώσσας του εγκεφάλου. Στα περισσότερα άτομα, αυτά τα κέντρα γλώσσας βρίσκονται στο αριστερό ημισφαίριο, αλλά η αφασία μπορεί επίσης να προκύψει ως αποτέλεσμα της βλάβης στο δεξί ημισφαίριο. Αυτό συχνά αναφέρεται ως 'crossed aphasia' για να υποδηλώσει πως η δεσπόζουσα θέση της γλώσσας βρίσκεται στο δεξί ημισφαίριο, σε αυτά τα άτομα. Κοινές αιτίες της αφασίας θεωρούνται οι λοιμώξεις, χειρουργικές επεμβάσεις του εγκεφάλου και άλλες νευρολογικές ασθένειες όπως άνοια. Οι κύριες όμως αιτίες της αφασίας είναι τα ισχαιμικά και αιμορραγικά εγκεφαλικά, οι όγκοι του εγκεφάλου και οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (ASHA-Aphasia causes, 2011).

Ο εγκέφαλός μας χρειάζεται οξυγόνο και γλυκόζη προκειμένου να λειτουργήσει. Εάν, εξαιτίας κάποιου εγκεφαλικού ή άλλων αιτιών, η κυκλοφορία του αίματος στον εγκέφαλο εμφανίσει επιπλοκές, τότε τα

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

εγκεφαλικά κύτταρα θα νεκρωθούν στην συγκεκριμένη περιοχή. Στον εγκέφαλο υπάρχουν διάφορες περιοχές με διαφορετικές λειτουργίες. Σε περίπτωση τραύματος σε αυτές τις περιοχές τότε αναφερόμαστε στην αφασία (A.I.A Development of aphasia).

Εγκεφαλικά επεισόδια

Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η πιο κοινή αιτία πρόκλησης της αφασίας. Πιο συγκεκριμένα, περίπου οι 25% έως 40% επιζώντες των εγκεφαλικών επεισοδίων βιώνουν αφασία. Όπως αναφέρεται στους Dickey et al. (2010) και στους Pedersen, Jorgensen, Raaschou, & Olsen (1995) περίπου το 35% -40% των ενηλίκων που έχουν εισαχθεί για οξεία νοσοκομειακή περίθαλψη, με διάγνωση εγκεφαλικού επεισοδίου, διαγιγνώσκονται με αφασία από τη στιγμή που παίρνουν εξιτήριο (ASHA-Aphasia causes, 2011).

Είδη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων

Τα αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ), με βάση το τρόπο επέλευσης τους και τα παθοφυσιολογικά χαρακτηριστικά της βλάβης διακρίνονται σε ισχαιμικά και αιμορραγικά. Τα ισχαιμικά ΑΕΕ οφείλονται σε μείωση ή διακοπή της παροχής αίματος προς τον εγκεφαλικό ιστό, ως αποτέλεσμα θρόμβωσης ή εμβολής εγκεφαλικού αγγείου. Τα αιμορραγικά ΑΕΕ οφείλονται σε ρήξη του τοιχώματος του εγκεφαλικού αγγείου, με αποτέλεσμα την εξαγγείωση αίματος είτε μέσα στο εγκεφαλικό παρέγχυμα (ενδοεγκεφαλική αιμορραγία) είτε στον υπαραχνοειδή χώρο (υπαραχνοειδής αιμορραγία). Η διάκριση μεταξύ των διαφόρων μορφών ΑΕΕ έχει εξαιρετική σημασία, κυρίως λόγω των μεγάλων διαφορών στην αντιμετώπιση, αλλά και εξαιτίας των διαφορών στην πρόγνωση και την πρόληψη (Παλιουδάκη, 2006).

Οξεία αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια

Ισχαιμικής αιτιολογίας

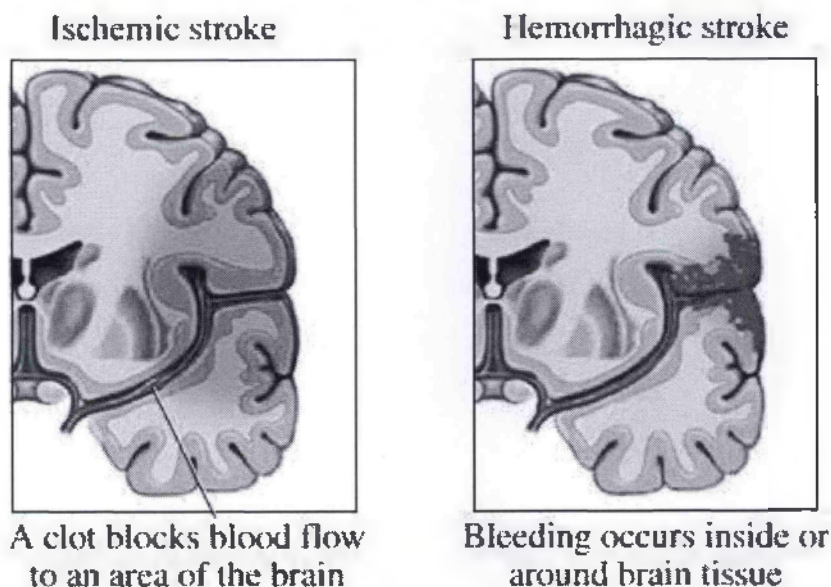
Η οξεία εγκεφαλική ισχαιμία διακρίνεται, ανάλογα με την ανατομική επέκταση της βλάβης, σε εστιακή και σφαιρική. Στην πρώτη περίπτωση η ισχαιμία περιορίζεται στην περιοχή άρδευσης συγκεκριμένου αρτηριακού κλάδου, ενώ στην δεύτερη περίπτωση της σφαιρικής εγκεφαλικής ισχαιμίας η διαταραχή αφορά ολόκληρο τον εγκεφαλικό τομέα. Και στις δύο περιπτώσεις το αποτέλεσμα είναι ανεπαρκής παροχή οξυγόνου και γλυκόζης στην 22 ισχαιμύσα περιοχή (Παλιουδάκη, 2006).

Εστιακής εγκεφαλικής ισχαιμίας

Η ανεπαρκής αιμάτωση μιας περιοχής του εγκεφάλου, που οφείλεται σε απόφραξη του υπεύθυνου για την άρδευση της αρτηριακού κλάδου, χαρακτηρίζεται ως εστιακή εγκεφαλική ισχαιμία. Η απόφραξη είναι αποτέλεσμα είτε θρόμβωσης είτε εμβολής (Παλιουδάκη, 2006).

Αιμορραγικής αιτιολογίας

Στα αιμορραγικά ΑΕΕ που αντιστοιχούν περίπου το 20% του συνόλου των ΑΕΕ συγκαταλέγονται οι ενδοεγκεφαλικές και οι υπαραχνοειδείς αιμορραγίες. Οι ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες οφείλονται στη συντριπτική τους πλειονότητα σε ρήξη των μικροανευρυσμάτων του Charcot που σχηματίζονται στις διατιτραίνουσες αρτηρίες και εμφανίζονται κυρίως στα βασικά γάγγλια, το στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα. Παρατηρούνται κυρίως σε αρρυθμιστους υπερτασικούς ασθενείς και συνήθως χαρακτηρίζονται από σοβαρό και οξέως εγκατεστημένο κλινικό έλλειμμα. Οι υπαραχνοειδείς αιμορραγίες που οφείλονται σε ρήξη ανευρυσμάτων του κύκλου του Willis εμφανίζονται συνήθως σε ηλικιακά νεότερα άτομα και χαρακτηρίζονται από την αιφνίδια εγκατάσταση οξύτατης κεφαλαλγίας. (Σπέγγος, Κ. 2014)



Εικόνα 1: ισχαιμικό και αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Τραυματική εγκεφαλική βλάβη, συμβαίνει όταν μια εξωγενής δύναμη προκαλεί κάκωση στον εγκέφαλο. Ταξινομείται ανάλογα με τη σοβαρότητα, τον μηχανισμό (κλειστή ή διεισδυτική κρανιοεγκεφαλική κάκωση), ή ανάλογα με άλλα χαρακτηριστικά (π.χ., συμβαίνει σε μια συγκεκριμένη περιοχή ή είναι διάχυτη). Ο όρος κρανιοεγκεφαλική κάκωση συνήθως αναφέρεται στην τραυματική εγκεφαλική βλάβη, αλλά είναι μια πιο ευρεία κατηγορία, επειδή μπορεί να εμπλέκονται τραυματισμοί σε περιοχές διαφορετικές από τον εγκέφαλο, όπως το τριχωτό της κεφαλής και το κρανίο. Η διάσειση, κατά την οποία ο εγκέφαλος δονείται, είναι ο πιο κοινός τύπος τραυματικής εγκεφαλικής βλάβης.

Αίτια κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων

Η τραυματική εγκεφαλική βλάβη είναι ιδιαίτερα κοινή, με εκτιμώμενες 10,000 σοβαρές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις στον Ελλαδικό χώρο κάθε χρόνο. Αιτίες αυτής είναι πτώσεις, αυτοκινητιστικά ατυχήματα, κακώσεις σε αθλήματα και

εκδηλώσεις βίας. Ένας τραυματισμός στον εγκέφαλο μπορεί να είναι αποτέλεσμα απευθείας της σύγκρουσης ή της επίδρασης της επιτάχυνσης μόνο. Έκτος από τη βλάβη που προκαλείται τη στιγμή του τραυματισμού, μπορεί να προκληθεί και δευτεροπαθής βλάβη, μια ποικιλία γεγονότων που συμβαίνουν λεπτά και μέρες μετά την κάκωση. Αυτές οι διαδικασίες, που περιλαμβάνουν αλλαγές στην αιματική ροή του εγκεφάλου και στην πίεση μέσα στο κρανίο, συνεισφέρουν σημαντικά στη βλάβη από τον αρχικό τραυματισμό (Νομικός, Π. 2014).

Όγκοι εγκέφαλου

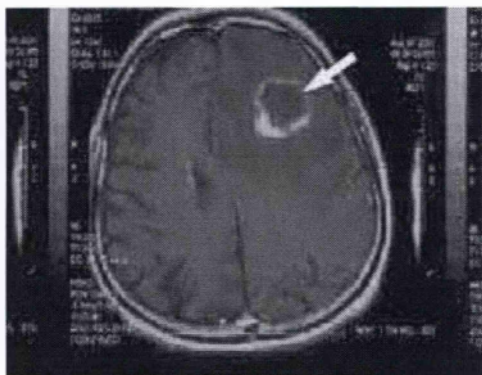
Ο εγκεφαλικός όγκος αποτελεί ενδοκρανιακή πάθηση που χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη διαίρεση κυττάρων, μέσα στον εγκέφαλο (γλοίωμα), στα κρανιακά νεύρα (ακουστικό νευρίωμα), στις μεμβράνες που καλύπτουν τον εγκέφαλο (μηνιγγείωμα), στο κρανίο, ή μπορεί να εξαπλωθεί από κάποιον καρκίνο που παρουσιάζεται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

Ο όγκος εγκέφαλου μπορεί να είναι είτε καλοήθης είτε κακοήθης. Στην πρώτη περίπτωση έχει αργή ανάπτυξη και δεν εισχωρεί στον εγκέφαλο, ενώ στην δεύτερη περίπτωση, η ανάπτυξή του είναι ταχεία και εισχωρεί στις εγκεφαλικές περιοχές. Κατά την κακοήθεια, ο όγκος πρέπει να αφαιρεθεί το συντομότερο δυνατό, διότι όσο πιο γρήγορα πραγματοποιηθεί η αφαίρεση, τόσο λιγότερη είναι η επίπτωση της κυτταρικής κακοήθειας (Σεφέρης, 2013).

Οι νέες περιπτώσεις ανθρώπων με όγκο στον εγκέφαλο καθώς και οι ποσοστιαίες αναλογίες των διαφόρων ιστολογικών τύπων είναι δύσκολο να προσδιορισθούν με ακρίβεια λόγω γνωστών μεθοδολογικών προβλημάτων. Έχει υπολογισθεί ότι περίπου 10.000 νέες περιπτώσεις όγκων εγκεφάλων

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

καταγράφονται κάθε χρόνο στις Η.Π.Α ενώ δυστυχώς δεν υπάρχουν αντίστοιχα στατιστικά στοιχεία για τον ελλαδικό χώρο (Φουντάς, Κ 2003).



Εικόνα 1: όγκος εγκεφάλου

Συμπτώματα του όγκου του εγκεφάλου σε ενήλικες

Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο του όγκου και την τοποθεσία, διότι οι λειτουργίες του σώματος ελέγχονται από συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου. Όπου βρίσκεται ο όγκος επηρεάζει τον τρόπο που τα συμπτώματα εκδηλώνονται. Τα συμπτώματα των εγκεφαλικών όγκων περιλαμβάνουν απώλεια μνήμης, αδυναμία συγκέντρωσης, αλλαγή προσωπικότητας και πολλών άλλων. Ωστόσο, το πιο ενδεικτικό σύμπτωμα που παραπέμπει στην αφασία είναι η αλλαγή στην ομιλία και την ακοή του ασθενούς (Σεφέρης, 2013).

1.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΦΑΣΙΩΝ



Εικόνα 1: οι λοβοί του εγκεφάλου

Αφασία Broca

Κατά τον Δερμιτζάκη Μ.(2012) το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της αφασίας είναι η μείωση της παραγωγής γλώσσας, ενώ η διατήρηση της κατανόησης της γλώσσας παραμένει ακέραιη. Η βλάβη εντοπίζεται στον κινητικό συνειρμικό φλοιό του μετωπιαίου λοβού, εκτεινόμενη στην οπίσθια μοίρα της τρίτης μετωπιαίας έλικας (πεδία 44 και 45 κατά Brodmann - περιοχή Broca). Σε βαριές βλάβες καταστρέφονται και οι παρακείμενες προκινητική και προμετωπιαία περιοχή (πεδία 6,8,9,10 και 46). Οι αιτίες είναι κυρίως αγγειακές (απόφραξη άνω κύριου κλάδου μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας), όγκοι, επιληπτικές κρίσεις κ.α. Σε ελαφρύτερη αφασία, στη λεγόμενη «mini Broca», η ένδεια της ομιλίας είναι ήπια ενώ η κατανόηση και η ικανότητα γραφής παραμένει ακέραιη, η μελωδικότητα χάνεται και οι λέξεις αρθρώνονται αργά. Επίσης, σε πιο ήπιες καταστάσεις ή κατά την περίοδο της θεραπείας, η ομιλία εμφανίζει βραδύτητα και διστακτικά, ποσοτική μείωση, αγραμματισμό (ομιλία σε τηλεγραφικό στυλ), κακή άρθρωση και δυσπροσωδία. Μάλιστα, ο αγραμματισμός πλέον θεωρείται ως το κύριο χαρακτηριστικό της αφασίας αυτού του τύπου. Το αγραμματικό

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

προφίλ του ασθενούς με αφασία Broca συνίσταται στη δημιουργία προτάσεων που αποτελούνται από δυο με τρεις λέξεις που ενώ ταιριάζουν μεταξύ τους σημασιολογικά δεν έχουν καμία συντακτική δομή (Grodzinsky, Y. 1990). Παράλληλα, οι ασθενείς αυτού του τύπου παράγουν συχνά φωνηματικές παραφασίες αντικαθιστώντας, προσθέτοντας ή παραλείποντας φθόγγους, ενώ σπανιότερα παρατηρούνται σημασιολογικές παραφασίες. Έτσι από τις απαντήσεις που δίνει ο ασθενής φαίνεται ότι χρησιμοποιεί τις σωστές λέξεις και ο συνομιλητής μπορεί να βγάλει νόημα, παρά το γεγονός ότι οι προτάσεις είναι κακοσχηματισμένες και απογυμνωμένες από συνθετικά στοιχεία και ρήματα (Schuell, H. 1974).

Σε πιο βαριές αφασίες οι ασθενείς δεν μπορούν να μιλήσουν με ένταση ενώ μπορεί να απουσιάζει τελείως η ομιλία, χωρίς ωστόσο να παρατηρείται δυσκολία στην κατάποση και στην άρθρωση άλλων ήχων πλην των λέξεων. Ασθενείς με αφασία Broca εμφανίζουν τυπικά ομιλία αραιή, κατά την οποία απουσιάζουν άρθρα, επίθετα, επιρρήματα (παραλείψεις), ενώ υπάρχει αποδόμηση της σύνταξης (τηλεγραφικός λόγος) χωρίς ωστόσο να παραλείπονται σημαντικά γνωρίσματα της γλώσσας. Στους ασθενείς με αφασία Broca δεν παρατηρείται σχεδόν καμία δυσκολία στην αντιληπτική τους ικανότητα και μπορούν να συμμετέχουν σε συζήτηση κατανοώντας μεμονωμένες λέξεις, αλλά δυσκολεύονται στην κατανόηση πολύπλοκων γραμματικών τύπων και συνήθως δε μπορούν να ανταποκριθούν. Επίσης υπάρχει διαταραχή στην επανάληψη που είναι τόσο χαρακτηριστική, ώστε εάν ο ασθενής δεν την παρουσιάζει δεν τίθεται διάγνωση αφασίας Broca αλλά διαφλωιδούς κινητικής αφασίας. Συνυπάρχει σοβαρή διαταραχή και της γραφής. Η κατανόηση προφορικού και γραπτού λόγου είναι ελάχιστα διαταραγμένη καθώς δεν έχει καταστραφεί η περιοχή Wernicke, ενώ η κατονομασία είναι εσφαλμένη. Οι ασθενείς έχουν επίγνωση των σφαλμάτων τους(Δερμιτζάκη, Μ. 2012).

Αφασία Wernicke

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

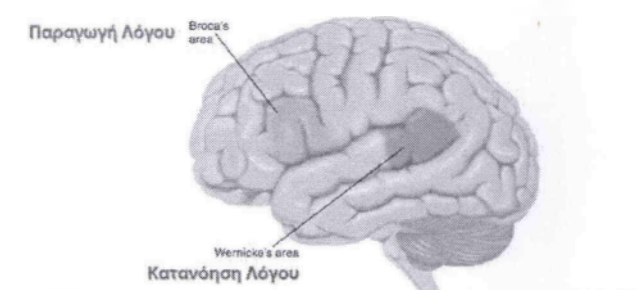
Η αφασία του Wernicke είναι μία από τις τρεις αφασίες που χαρακτηρίζονται από ευφράδεια. Τα χαρακτηριστικά της αφασίας Wernicke είναι η κακή ακουστική επεξεργασία, η άπταιστη ομιλία, και η κακή επανάληψη (Bartels 2012).

Η φτωχή ακουστική επεξεργασία σημαίνει ότι το άτομο με αυτό το είδος της αφασίας μπορεί να έχει δυσκολία να κατανοήσει τι του λένε. Ενώ μπορεί να γνέφει ή να ενεργεί σαν να καταλαβαίνει, αυτό που ακούει συχνά δεν είναι αυτό που του λένε. Η ευφράδεια στην ομιλία έχει να κάνει με τις εκτεταμένες προτάσεις που χρησιμοποιεί συνέχεια κάποιος, αν και το περιεχόμενο αυτών των προτάσεων μπορεί να είναι γεμάτο από νεολογισμούς και παραφασίες. Ο νεολογισμός είναι η επινόηση μιας λέξης, όπως όταν κάποιος λέει "μπάκτα" ενώ θέλει να πει το "ψήσιμο". Παραφασία μπορεί να είναι όταν κάποιος θέλει να πει "ρόδα", αλλά αντ' αυτού λέει "σόδα". Επίσης, η κακή επανάληψη σημαίνει ότι δεν μπορεί να επαναλάβει ό, τι ακούει. Σύμφωνα με το The aphasia center-Intensive treatment programs, συχνά οι θεράποντες ιατροί μπερδεύουν την αφασία Wernicke με την απραξία. Όμως δεν είναι εφικτό κάποιος να έχει απραξία εάν του εντοπίζεται μια βλάβη σε αυτόν τον τομέα, εκτός αν υπήρχε μια μεγάλη περιοχή βλάβης, που επηρέαζε τόσο τα πρόσθια και οπίσθια

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

τμήματα της αριστερής πλευράς του εγκεφάλου. Πολλοί θεραπευτές δεν είναι καλά εκπαιδευμένοι στη διαφορά. Η θεραπεία για απραξία και για μια φωνολογική αφασία είναι εντελώς διαφορετική. Όταν κάποιος υποστεί οπίσθιο εγκεφαλικό επεισόδιο που έχει απομονωθεί σε εκείνη την περιοχή, δεν θα έχει τη συνολική αδυναμία στο χέρι και το πόδι, στην αντίθετη πλευρά του σώματος (δεξιά πλευρά). Μπορεί να εξακολουθεί να υπάρχει κάποια μικρή αδυναμία ανάλογα με το που ο εγκέφαλος έχει υποστεί βλάβη, αλλά γενικά θα είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει τα δάχτυλα / το χέρι / το πόδι του όπως ακριβώς πριν το εγκεφαλικό επεισόδιο (Δερμιτζάκης, Μ. 2012).

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



Εικόνα 2: τα σημεία Broca και Wernicke στον εγκεφαλο

Σφαιρική αφασία (global or total)

Σε αυτό τον τύπο αφασίας η βλάβη εντοπίζεται σε μεγάλο τμήμα της γλωσσικής περιοχής (περιοχή Broca & Wernicke). Οι αιτίες περιλαμβάνουν απόφραξη αριστερής έσω καρωτίδας ή μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας,

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

αιμορραγία, όγκος στην περιοχή ή εμφανίζεται παροδικά μετά από επιληπτική κρίση. Η αφασία είναι σοβαρή καθώς όλες οι παράμετροι του λόγου επηρεάζονται: οι ασθενείς αρθρώνουν μόνο κάποιες λέξεις ή συλλαβές (δεν παρουσιάζουν αλαλία), δεν μπορούν να κάνουν ανάγνωση, να γράψουν ή να επαναλάβουν. Συνυπάρχουν δεξιά ημιπάρεση, ημιϋπαισθησία και ομώνυμη ημιανοψία (Δερμητζάκης, Μ 2012).

Συνοψίζοντας, Τα άτομα με ολική αφασία έχουν σοβαρές δυσκολίες επικοινωνίας και η ικανότητά τους να μιλούν ή να κατανοούν τη γλώσσα μπορεί να είναι εξαιρετικά περιορισμένη (NIDCD 2010).

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΠΟΣΥΝΔΕΣΗΣ

Αφασία αγωγής(Conduction aphasia)

Σύμφωνα με τους Bhatnager & Andy (1995), η αφασία αγωγιμότητας εμφανίζεται σε λιγότερο από 10% των περιπτώσεων αφασίας (McFray, P. 2008).

Κατά την Geschwind, η αφασία αγωγής προκύπτει από βλάβη στη τοξοειδή δεσμίδα, μία δέσμη των νευρικών ινών που βρίσκεται στο κροταφικό λοβό και συνδέει τις περιοχές του Broca και του Wernicke, οι οποίες έχουν μείνει ανέπαφες. Οι βλάβες βρίσκονται επίσης στην αριστερή περιοχή του φλοιού, στον υδραγωγό του Silvius. Τέλος, πληγείσες περιοχές μπορεί να περιλαμβάνουν την άνω κροταφική έλικα, τη νησίδα (Νησί του Reil), το κύριο ακουστικό φλοιό (περιοχές Brodmann, 41 και 42), τις ακουστικές περιοχές σύνδεσης (Brodmann, 21 και 22), και την supramarginal έλικα (περιοχή Brodmann 40).

Όπως αναφέρεται στους Bhatnager και ο Andy (1995) όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της αφασίας αγωγής η αυθόρμητη ομιλία παραμένει συνήθως πολύ καλή ενώ συχνά υπάρχουν κυριολεκτικές παραφασίες (με κατανόηση του

λάθους), με προσπάθειες αυτοδιόρθωσης. Επιπλέον, μπορεί να υπάρχουν κάποιες λεκτικές παραφασίες, ενώ η ακουστική κατανόηση και η κατανόηση ανάγνωσης είναι αρκετά καλή (McFray.P 2008).

Κατά τους Goodglass και Kaplan(1983) η κακή επανάληψη, σε σύγκριση με τα προβλήματα κατανόησης και την αυθόρμητη έκφραση, είναι το σήμα κατατεθέν του συνδρόμου αυτού. Η αυθόρμητη ομιλία είναι καλύτερη από την επανάληψη. Οι ασθενείς συνήθως παράγουν πολλές παραφασίες όταν προσπαθούν να επαναλάβουν κάτι. Μπορεί να είναι σε θέση να αναπαράγουν σύντομες δηλώσεις, ωστόσο, δεν μπορούν να επαναλάβουν πολυσύλλαβες λέξεις ή συντακτικά πολύπλοκες εκφράσεις. Η ικανότητα των ασθενών να επαναλαμβάνουν τους αριθμούς είναι τυπικά πολύ καλύτερη από την ικανότητά να επαναλαμβάνουν τις λέξεις. Κατά τον έλεγχο της επανάληψης είναι καλύτερο να χρησιμοποιούνται φράσεις που περιέχουν και λέξεις και αριθμούς. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να ζητηθεί από τον ασθενή να επαναλάβει τη φράση «Υπήρχαν 25 άτομα στη συναυλία την περασμένη εβδομάδα"(McFray, P. 2008).

Αν και αυτή έχει χαρακτηριστεί ως ευφράδης αφασία, η ακατάπαυστη ομιλία μπορεί να περιορίζεται σε συνοπτικά 'τρεξίματα' (δεν ακούγεται σαν τους ασθενείς της αφασίας Wernicke). Στην περίπτωση αυτή, οι αφασικοί αγωγιμότητας μπορούν να διαφοροποιηθούν από τους αφασικούς Broca από την καλή άρθρωσή τους, τον σωστό τονισμό και τη χρήση μιας ποικιλίας συντακτικών μοτίβων. Κατά τους Goodglass και Kaplan (1983) η κύρια δυσκολία ομιλίας σε αυτό το σύνδρομο είναι η αλληλουχία των φωνημάτων. Οι ασθενείς μπορεί να παράγουν πολλές κυριολεκτικές παραφασίες. (Αυτό είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό που μπορεί να προκαλέσει σύγχυση με την αφασία του Broca.) Ο ασθενής έχει επίγνωση των λαθών του και θα παράγει επανειλημμένες προσεγγίσεις από την προβλεπόμενη λέξη, σαν να προσπαθεί να τον ξεμπερδέψουν. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται αγωγός d'approche. Οι

ασθενείς μπορεί να στρεβλώσουν τις λέξεις με την προσθήκη συλλαβών ή με την προσθήκη ήχων σε μια λέξη, διαδικασία που ονομάζεται παρεμβατική προσθήκη (McFray, P. 2008).

Η ακουστική κατανόηση είναι συνήθως σχεδόν φυσιολογική και μπορεί να είναι εντελώς άθικτη. Οι ασθενείς με αφασία αγωγής μπορούν να κατανοήσουν τα ουσιαστικά και τα ρήματα σε μια πρόταση, αλλά δεν θα είναι σε θέση να κατανοήσουν τα γραμματικά μορφήματα όπως τις προθέσεις και τους συνδέσμους, επειδή οι εισερχόμενες πληροφορίες δεν μεταφέρονται από την περιοχή του Wernicke στην περιοχή του Broca.

Ένας ασθενής μπορεί να καταλάβει " Γράφεις με στυλό;"

Ένας ασθενής δεν μπορεί να καταλάβει "Πριν σηκώσεις το χέρι σου, διάβασε αυτό."

Σύμφωνα με τους Goodglass και Kaplan (1983) όταν ο ασθενής είναι πολύ ευφράδης , ο επιπολασμός των παραφασιών στην ομιλία του μπορεί να οδηγήσει σε διάγνωση της αφασίας του Wernicke (McFray, P. 2008).

Οι αναγνωστικές ικανότητες είναι ανάλογες με τη σοβαρότητα του ασθενούς, αλλά είναι συνήθως καλές. Οι ασθενείς έχουν δυσκολία στην ανάγνωση μεγαλοφώνως. Κατά τον Brookshire (1997) η γραφή συνήθως περιέχει ορθογραφικά λάθη και μετατοπίσεις των λέξεων και συλλαβών (McFray, P. 2008).

Κατονομαστική αφασία (anomic aphasia)

Σύμφωνα με τους Goodglass και Kaplan (1983), στην Κατονομαστική αφασία η βλάβη βρίσκεται συχνά στην βρεγματική κροταφική περιοχή. Η γωνιώδη έλικα μπορεί επίσης να επηρεαστεί, προκαλώντας Αλεξία και Αγραφία. Ωστόσο, μερικοί ασθενείς με Κατονομαστική αφασία μπορούν να γράψουν καλά. Τα όρια μεταξύ Κατονομαστικής αφασίας και αφασίας του Wernicke είναι ασαφή,

σε σχέση με άλλες κλασικές περιπτώσεις τύπων αφασίας που μπορεί να διακριθούν εύκολα. Ένας ασθενής μπορεί αρχικά να διαγνωστεί με αφασία του Wernicke, αλλά τελικά να άρχισει να πλησιάζει στο προφίλ ενός με Κατονομαστική αφασία, όπως αυτός ανακάμπτει (McCaffrey, P. 2008)

Ονομάζεται αλλιώς και ανομία ή αμνησιακή αφασία. Ο ασθενής έχει δυσκολία μόνο στο να διαλέξει τις σωστές λέξεις. Όταν του παρουσιαστεί ένα αντικείμενο προς κατονομασία δεν βρίσκει τη λέξη, αλλά μπορεί να το περιγράψει ή να δείξει τη χρήση του. Όταν του ζητηθεί εκλογή της λέξης που ταιριάζει με ένα αντικείμενο, αναγνωρίζει συνήθως ορθά μεταξύ των εναλλακτικών λέξεων τη σωστή για το αντικείμενο. Λόγω απώλειας της ικανότητας εύρεσης των κατάλληλων λέξεων, η ομιλία του ασθενή χαρακτηρίζεται από παύσεις, αναζήτηση λέξεων, περιφράσεις και υποκατάσταση, ενώ η αντίληψη του λόγου είναι φυσιολογική (Kay, J., Lesser, R., & Coltheart, M.1992). Παρόμοια δυσκολία μπορεί να υπάρχει και στον γραπτό λόγο. Η σύνταξη και η γραμματική δεν εμφανίζουν ιδιαίτερα λάθη αν και παρατηρούνται παραφασίες φωνηματικές και συχνότερα σημασιολογικές που όμως δεν επηρεάζουν την καλή μορφή που έχει ο λόγος (Goodglass, H., &Caplan, E. 2001)

Η Κατονομαστική αφασία είναι συνήθως το πρώτο γλωσσικό σύμπτωμα ενός όγκου στον εγκέφαλο, ακόμα και αν η ανάπτυξη βρίσκεται μακριά από το κέντρο της γλώσσας. Εντοπίζεται επίσης σε μία ποικιλία ανοιτών (McCaffrey,P. 2008).

Αμιγής λεκτική κώφωση

Η βλάβη εντοπίζεται στο οπίσθιο άνω τμήμα του κροταφικού λοβού (επικρατικό ημισφαίριο). Ανέπαφη παραμένει η διαδικασία της κατονομασίας και της ανάγνωσης. Η ομιλία των ασθενών με αμιγή λεκτική κώφωση χαρακτηρίζεται από ευχέρεια με μερικές παραφασίες. Οι ασθενείς συνήθως ισχυρίζονται πως δεν ακούν και η αντίληψη τους εμφανίζεται διαταραγμένη για

τον προφορικό λόγο, φυσιολογική για το γραπτό λόγο και καλή στους μη λεκτικούς ήχους. Τέλος η γραφή εμφανίζεται αδύνατη καθ' υπαγόρευση αλλά φυσιολογική αυτόματη (Τσιμουρτού, Β. 2011).

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

Το φαινόμενο της γνήσιας λεκτικής τύφλωσης με αλεξία χωρίς αγραφία είναι μια βλάβη, χαρακτηριστική στο μεσολόβιο από την επικρατούσα πλευρά του εγκέφαλου στην πίσω μεριά. Αυτή η διαταραχή «κόβει» την επικοινωνία μεταξύ του αριστερού οπτικού φλοιού και του κέντρου Wernicke. Έτσι λοιπόν, παρουσιάζεται μια οπτικοακουστική διαταραχή με αδυναμία αντίληψης γραμμάτων και χρωμάτων, αλλά συγχρόνως με φυσιολογική αυθόρμητη γραφή. Η γνήσια λεκτική τύφλωση που παρουσιάζεται συνήθως μετά από αγγειακά επεισόδια, όγκους ή λοιμώξεις στην περιοχή είναι αρκετά σπάνια. Σε προχωρημένα στάδια θεραπεύεται πολύ δύσκολα (Κουντούρης, Δ. 2012).

Αμιγής λεκτική βωβότης (pure word mutism, αμιγής κινητική αφασία του Dejerine)

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

Διαφλοιώδης αισθητική αφασία

Πρόκειται για μια εξαιρετικά σπάνια μορφή αφασίας. Υποτίθεται ότι αυτό το είδος της αφασίας συμβαίνει όταν η περιοχή του Broca, η περιοχή του Wernicke και η τοξοειδή δεσμίδα παραμένουν άθικτα, αλλά είναι αποκομμένα από τον υπόλοιπο εγκέφαλο με τον ιστό εμφράγματος. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς μπορούν να επαναλάβουν πολύ μεγάλες και περίπλοκες εκφράσεις. Η αυτόματη ομιλία είναι πολύ καλή και μπορούν να παράγουν μακρά κομμάτια καταγεγραμμένου υλικού στη μνήμη σαν προσευχές και στίχους τραγουδιών. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς πολλές φορές επαναλαμβάνουν σημεία της συζήτησης με τους συνομιλητές τους, με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να ακούγονται σαν να καταλαβαίνουν τη γλώσσα και να συμμετέχουν στη συνομιλία. Εντός των επαναλαμβανόμενων φράσεων, η φωνολογία και ο τονισμός παραμένουν άθικτοι. Οι ασθενείς δεν μπορούν να διαβάσουν και, επίσης, δεν μπορούν να γράψουν, ακόμα και σε περίπτωση απουσίας παράλυσης ή απραξίας των άκρων. Η ακουστική κατανόηση είναι ανύπαρκτη. Τα άτομα με διαφλοιώδης αισθητική αφασία είναι σε θέση να σκέφτονται, αλλά δεν μπορούν να συνδέσουν τη γλώσσα με πληροφορίες σχετικά με τη σημασιολογία που αποθηκεύονται στη μνήμη (McCaffrey, P. 2008).

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

Σε αυτόν τον τύπο κινητικής αφασίας υπάρχει πλήρης αδυναμία διαλόγου, και η ικανότητα παραγωγής περιορίζεται μόνο σε ήχους. Η διατήρηση της κατανόησης του λόγου παραμένει ανέπαφη. Η διαφλοιώδης αισθητική αφασία πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από τη λεκτική αλαλία, καθώς στην πρώτη η

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

επανάληψη διατηρείται ακέραιη. Η διαταραχή εκδηλώνεται μετά από αποκατάσταση αφασίας Broca ή καταστάσεις αβουλίας και ακινητικής αλαλίας σε καταστροφή του μετωπιαίου λοβού(Δερμιτζάκη.Μ 2012). .

Αγραφίες

Η αμιγής αγραφία είναι αρκετά σπάνια διαταραχή. Στις αγραφίες η βλάβη βρίσκεται στην οπίσθια περισιλούια περιοχή, κοντά στη γωνιώδη έλικα. Συνήθως συνυπάρχει με άλλες διαταραχές του λόγου. Υπάρχουν τρεις μορφές αγραφίας:

- 1.αφασικές αγραφίες, όπου αφθονούν τα ορθογραφικά και γραμματικά λάθη
- 2.ανωμαλίες της χωρικής αντίληψης-κατασκευαστική αγραφία
- 3.απραξικές αγραφίες, στις οποίες το χέρι έχει χάσει την ικανότητα γραφομηχανικής διαμόρφωσης λέξεων (εμφανίζεται διαταραχή και στις άλλες χειρωνακτικές ικανότητες) (Δερμιτζάκης, Μ. 2012).

Υποφλοιώδεις αφασίες (θαλαμικές και ραβδωτοκαψικές)

Κλινικά μοιάζουν με τις αφασίες Broca & Wernicke. Στη θαλαμική αφασία η βλάβη είναι στον θάλαμο του επικρατούντος ημισφαιρίου. Η θαλαμική αφασία δεν έχει ενιαία κλινικά χαρακτηριστικά- μπορεί να εμφανιστεί ως αλαλία, ως διαταραχή της κατανόησης του λόγου και κατόπιν ως μειωμένη αυθόρμητη ομιλία. Η επανάληψη είναι φυσιολογική. Στη ραβδωτοκαψική αφασία η βλάβη βρίσκεται στην ραβδωτοκαψική περιοχή του επικρατούντος ημισφαιρίου με επέκταση προς την υποφλοιώδη λευκή ουσία του κροταφικού λοβού. Συνυπάρχει δεξιά ημιπάρεση. Η αφασική διαταραχή χαρακτηρίζεται από δυσarthρική, παραφασική ομιλία., με διαταραχές της κατανόησης, της κατονομασίας και της επανάληψης. Τέλος η αποκατάσταση είναι βραδύτερη της θαλαμικής αφασίας (Δερμιτζάκης, Μ. 2012).

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

ΑΦΑΣΙΕΣ	ευγλωτία	επανάληψη	αντίληψη	κατονομασία	Δε ημιπληγία	Αισθητικό έλλειμα
Broca	Όχι	Φτωχή	Καλή	Φτωχή	Ναι	Μερικό
Wernicke	Ναι	Φτωχή	Φτωχή	Φτωχή	Όχι	Μερικό
Διασυνική	Ναι	Φτωχή	Καλή	Φτωχή	Όχι	Μερικό
Σφαιρική	Όχι	Φτωχή	Φτωχή	Φτωχή	Ναι	Ναι
Διαφλοϊκή κινητική	Όχι	Καλή	Καλή	Φτωχή	Μερική	Όχι
Διαφλοϊκή αισθητηριακή	Ναι	Καλή	Φτωχή	Φτωχή	Μερική	Ναι
Διαφλοϊκή μικτή	Όχι	Καλή	Φτωχή	Φτωχή	Μερική	Ναι
Ανομία	Ναι	Καλή	Καλή	Φτωχή	Όχι	Όχι

(Τσιμουργού, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΑΦΑΣΙΑΣ (ΤΙΜΕΣ)

Κατά το National Stroke Association,(2008) η "συχνότητα" της αφασίας αναφέρεται στον αριθμό των νέων περιπτώσεων που εντοπίστηκαν σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο. Εκτιμάται ότι υπάρχουν 80.000 νέες περιπτώσεις αφασίας ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Κατά το NINDS η «επικράτηση" της αφασίας αναφέρεται στον αριθμό των ανθρώπων που είχαν αφασία σε μια δεδομένη χρονική περίοδο. Το Εθνικό Ινστιτούτο Νευρολογικών Διαταραχών και Εγκεφαλικού Επεισοδίου εκτιμά ότι περίπου 1 εκατομμύριο άνθρωποι, ή 1 στους 250 στις Ηνωμένες Πολιτείες σήμερα, πάσχουν από αφασία (ASHA incidence and prevalence 2010).

Το ζήτημα του τι θεωρείται 'αφασία' δεν είναι απλώς απόκρυφα ακαδημαϊκού ενδιαφέροντος, αλλά έχει σημαντικές επιπτώσεις στις κλινικές ανησυχίες και στην παροχή υπηρεσιών. Αυτό έχει σημασία, όταν κάποιος προσπαθεί να αποκτήσει έγκυρες και αξιόπιστες τιμές σχετικά με το πληθυσμό της αφασίας και την επικράτηση αυτής. Η ακριβής συχνότητα εμφάνισης και η επικράτηση της αφασίας είναι άγνωστη. Ουσιαστικά, το τι αναφέρουμε αφασία είναι που, θα καθορίσει πόσο συχνά η αφασία εμφανίζεται και πόσοι άνθρωποι παραμένουν αφασικοί. Αν συμπεριλάβουμε και τα προβλήματα επικοινωνίας που προκύπτουν από τραυματική βλάβη του εγκεφάλου, πρωτοπαθή προοδευτική αφασία, άνοια, και βλάβη δεξιού ημισφαιρίου, τότε υπάρχει αύξηση της εμφάνισης της αφασίας και της επικράτησής της. Αν δεν το κάνουμε, τότε υπάρχει μείωση της εμφάνισης της αφασίας και της επικράτησής της. Η συχνότητα και η επικράτηση της αφασίας στον ευρύτερο πληθυσμό είναι ακόμη πιο δύσκολο να προσδιοριστεί, από το να περιοριστεί η έρευνά στον πληθυσμό έπειτα από εγκεφαλικό επεισόδιο. Πολλές περιπτώσεις εγκεφαλικού επεισοδίου δεν εισέρχονται στο νοσοκομείο, κάποιοι δεν επισκέπτονται γιατρό,

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

και ακόμη και αν το κάνουν, τα αρχεία ίσως να μην διατηρηθούν και κάποιοι συμβάλουν στις έρευνες συχνότητας και επικράτησης της αφασίας (Code, C. και Patherman, B. 2011).

Το 15% των ατόμων ηλικίας κάτω των 65 ετών βίωσαν την εμπειρία της αφασίας. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 43% για τα άτομα ηλικίας των 85 ετών και άνω (Engelter et al., 2006).

Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στη συχνότητα της αφασίας σε άνδρες και γυναίκες. Ωστόσο, ορισμένα στοιχεία δείχνουν πως διαφορές μπορεί να υπάρχουν με βάση τον τύπο και τη σοβαρότητα της αφασίας. Για παράδειγμα, η αφασία του Wernicke και η ολική αφασία εμφανίζονται πιο συχνά σε γυναίκες, ενώ η αφασία του Broca εμφανίζεται πιο συχνά στους άνδρες (Hier, Yoon, Mohr, & Price, 1994).

Αν και δεν έχουμε πολύ πρόσφατα στατιστικά στοιχεία, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι επικράτηση της αφασίας στον ανεπτυγμένο κόσμο είναι πιθανώς αυξημένη, διότι τα ποσοστά επιβίωσης έπειτα από εγκεφαλικό επεισόδιο αυξήθηκαν. Ωστόσο, οι τιμές των εγκεφαλικών επεισοδίων παρουσιάζουν μια μικρή μείωση λόγω του πιο υγιεινού τρόπου ζωής. Έτσι η επιβίωση έπειτα από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο αυξάνεται και οι άνθρωποι ζουν περισσότερο. Κατά συνέπεια, περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανό να επιβιώσουν, παραμένοντας χρόνια ανάπηροι, συμπεριλαμβανομένου του να έχουν αφασία. Με βάση τα δεδομένα των εγκεφαλικών επεισοδίων, συμπεραίνουμε ότι η επικράτηση του προβλήματος στον ανεπτυγμένο κόσμο κυμαίνεται μεταξύ 1 έως 4%. Όταν προστίθενται άλλες συνθήκες και αναπηρίες που προκαλούν διαταραχές ομιλίας, οι τιμές αυξάνονται (Code, C. και Patherman, B. 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Ως αξιολόγηση ορίζεται μία εκτίμηση όλου του φάσματος των γνωστικών, γλωσσικών και πραγματολογικών στοιχείων της γλώσσας, η οποία είναι οργανωμένη και αποσκοπεί σε συγκεκριμένους στόχους. Μία τέτοια εκτίμηση διεξάγεται ώστε να προσδιοριστούν τα δυνατά και αδύναμα σημεία στη γλώσσα του ασθενή, αλλά κι ο βαθμός στο οποίο, αυτές οι αδυναμίες της γλώσσας, μπορούν να μετριαστούν (Munray, Charpey, 2001).

Υπάρχει μια ποικιλία όρων που χρησιμοποιούνται κατά τη συζήτηση των τύπων των αξιολογήσεων. Οι ακόλουθοι ορισμοί έχουν σκοπό να παρέχουν κάποια σαφήνεια γύρω από την σχετική ορολογία.

Δυναμική αξιολόγηση

Δυναμική αξιολόγηση (ΔΑ) είναι μια διαδραστική προσέγγιση εκτίμησης, σύμφωνα με την οποία ο κλινικός μπορεί να δοκιμάσει στρατηγικές και παρεμβάσεις στον πελάτη ως μέρος της διαδικασίας αξιολόγησης. Η προσέγγιση έχει έρθει από το πεδίο της εκπαιδευτικής ψυχολογίας, όπου είχε χρησιμοποιηθεί ως μια προσέγγιση για την εκτίμηση των δυνατοτήτων του παιδιού για μάθηση. Η διαδικασία περιλαμβάνει το μαθητή, τον αξιολογητή και την εργασία (Hasson & Joffe, 2007).

Ο Feuerstein και οι συνεργάτες του (2002) περιγράφουν τρία βασικά συστατικά που μεταφέρονται στο μαθητή κατά τη διαδικασία της δυναμικής αξιολόγησης. Αυτά περιλαμβάνουν:

1. τη διαμεσολάβηση της πρόθεσης.
2. τη διαμεσολάβηση του νοήματος.
3. τη διαμεσολάβηση της υπερβατικότητας.

Η δυναμική προσέγγιση εκτίμησης θα μπορούσε να εμπλέκει έναν λογοθεραπευτή που αρχίζει την αξιολόγηση, εξηγώντας το σκοπό αυτής στον ασθενή. Δηλαδή πως η αξιολόγηση είναι σχετική με τις καθημερινές δραστηριότητες και γι 'αυτό πρόκειται να βοηθήσει στη διαδικασία αποκατάστασης και τελικά, τον ίδιο τον πελάτη (Australian Aphasia Rehabilitation Pathway- dynamic assessment 2014).

Θεραπευτική αξιολόγηση

Σύμφωνα με την AARP 2014 η θεραπευτική αξιολόγηση είναι μια προσέγγιση αξιολόγησης που έχει ως στόχο να επιτρέψει στο άτομο να κατανοήσει την αφασία του, την διαδικασία αποκατάστασης να συμμετέχει ενεργά και να υποστηρίζεται καθ 'όλη τη διαδικασία της αξιολόγησης, όπως περιγράφεται από την Deborah Hersh και τους συνεργάτες της στο κεφάλαιο 'Αξιολόγηση για την επιτυχία': Αποδείξεις για θεραπευτικές αξιολογήσεις εντός υποστήριξης της επικοινωνίας για ενήλικες με οξεία και χρόνια Αφασία (Simmons-Mackie, King & Beukelman, 2013). Η προσέγγιση αυτή μπορεί να ενημερωθεί εκτενώς από τρεις αρχές:

1. **Αξιολόγηση ως παρέμβαση:** η προσέγγιση της δυναμικής παρέμβασης εκτίμησης είναι το κλειδί σε αυτή την αρχή σύμφωνα με την οποία η εκτίμηση αυτή δεν χρησιμοποιείται μόνο για την αξιολόγηση των γλωσσικών ικανοτήτων, αλλά και ως μια ευκαιρία για να καθοριστούν τα δυνατά και αδύνατα σημεία, το εύρος των στρατηγικών που είναι χρήσιμοι για ένα άτομο με αφασία και πόσο ανταποκρίνεται ο εκάστοτε ασθενής σε τέτοιες στρατηγικές (Hasson & Joffe, 2007). Μια τέτοια προσέγγιση οδηγεί σε μια διαδραστική διαδικασία αξιολόγησης. Μέσα σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο αξιολόγησης, είναι βασικό τα αποτελέσματα αυτής να γνωστοποιηθούν στο άτομο με αφασία, με προσιτό και υποστηρικτικό τρόπο (AARP 2014).

2. **Θεωρία μάθησης ενηλίκων και αξιολόγηση αφασίας.** Θεωρία μάθησης ενηλίκων υποθέτει ότι «οι ενήλικες έχουν εμπειρίες ζωής που μπορούν να αξιοποιηθούν παραγωγικά για την ενθάρρυνση της μάθησης, ότι οι ενήλικες μαθαίνουν καλύτερα όταν αναλαμβάνουν κάποια ευθύνη για τη μάθησή τους, ότι θέλουν να ξέρουν γιατί μαθαίνουν κάτι πριν και αναμένουν ότι η μάθηση θα είναι χρήσιμη και σχετική για την μετέπειτα ζωή τους» (Hersh et al., 2013). Μέσα από αυτή την αρχή, συνιστάται ότι η διαδικασία αξιολόγησης είναι μια μαθησιακή εμπειρία για το άτομο με αφασία. Για να ενεργοποιηθεί αυτή ο Hersh και οι συνεργάτες του συνιστούν ότι η διαδικασία αυτή θα πρέπει να εξηγείται στον αφασικό ασθενή με φιλικό τρόπο γιατί συμβαίνει, γιατί είναι χρήσιμο και σχετικό με το άτομο και πώς μπορεί να βοηθήσει μια κοινή διαδικασία καθορισμού του στόχου (AARP 2014).

3. **Αξιολόγηση πλαισίου:** το κατάλληλο πρόσωπο-περιβάλλον. Η αρχή αυτή υποδεικνύει ότι η αξιολόγηση των λειτουργικών ικανοτήτων επικοινωνίας πρέπει να εξεταστεί μέσα στο γνώριμο περιβάλλον του εκάστοτε ασθενή. Για παράδειγμα, τα άτομα που ζουν στο σπίτι μόνοι τους, πρέπει να είναι ικανοί να επικοινωνούν οι ίδιοι σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (AARP 2014).

Συνομιλία με εταίρους

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να συμπεριλαμβάνουν οποιοδήποτε συνομιλητή που σχετίζεται με τον πελάτη. Αυτός ο συνομιλητής μπορεί να είναι όχι μόνο από την οικογένεια αλλά και από τους φίλους και από άλλους επαγγελματίες υγείας. Ο κλινικός ιατρός και ο πελάτης μπορεί να μάθει πολλά από τις γνωμοδοτήσεις της οικογένειας, των φίλων και άλλων επαγγελματιών υγείας σχετικά με την επικοινωνία του ατόμου με αφασία. Μπορεί επίσης να είναι

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

δυνατόν να αναδειχθεί, πώς αυτοί οι άνθρωποι ενεργούν ως εταίροι συνομιλίας κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας. Η οικοδόμηση μιας ολιστικής προσέγγισης για την παρέμβαση μπορεί να επιτευχθεί κρατώντας τα ενδιαφερόμενα μέλη που συμμετέχουν ενεργοποιημένα και ενημερωμένα. Ακριβώς όπως η αφασία θεωρείται ένα οικογενειακό πρόβλημα, η παρέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει την οικογένεια, αλλά αυτό απαιτεί τις εκτιμήσεις να είναι δυναμική, διαφανή και συναφή προς όλους τους πληγέντες από την αφασία. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν επίσης να παρέχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το ιατρικό ιστορικό και με την εικόνα του ασθενή πριν νοσήσει (AARP - Conversation partners 2014).

Σκοπός της αξιολόγησης

Οι αξιολογήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξυπηρετηθούν διαφορετικοί σκοποί, μεταξύ των οποίων:

- διάγνωση,
- πρόγνωση,
- έρευνα,
- σχεδιασμός της παρέμβασης, ή
- τη μέτρηση των αποτελεσμάτων (Coelho et al., 2005)

Υπάρχει μια ποικιλία όρων που χρησιμοποιούνται κατά τη συζήτηση των τύπων των αξιολογήσεων. Οι ακόλουθοι ορισμοί έχουν σκοπό να παρέχουν κάποια σαφήνεια γύρω από την σχετική ορολογία.

Οι τυποποιημένες αξιολογήσεις είναι εκτιμήσεις στις οποίες η διαδικασία για τη χορήγηση των ελεγχόμενων στοιχείων καταγράφονται και είναι σαφώς καθορισμένες (Coelho et al., 2005). Οι εκτιμήσεις αυτές επιτρέπουν συχνά τις συγκρίσεις κατά κανονιστικά δείγματα. Όλες οι άλλες εκτιμήσεις είναι μη τυποποιημένες.

Οι επίσημες και ανεπίσημες αξιολογήσεις χρησιμοποιούνται με διάφορους τρόπους. Η ανεπίσημη αξιολόγηση περιγράφεται ως έλλειψη καθορισμένων διαδικασιών. Με αυτή την έννοια, η ευρεία κατηγορία των επίσημων μέτρων περιλαμβάνει τόσο τυποποιημένα μέτρα με ειδικά προβλεπόμενες διαδικασίες διαχείρισης και άλλες συστηματικές αξιολογήσεις, όπως η αξιολόγηση της λειτουργικής συμπεριφοράς (Coelho et al. 2005) .

Μια εναλλακτική άποψη είναι ότι η τυπική διαδικασία αξιολόγησης είναι εκείνη που χρησιμοποιείται για τους σκοπούς της καταγραφής. Για παράδειγμα, ο σκοπός της αξιολόγησης είναι να συγκρίνει το άτομο με αφασία με ένα κανονιστικό πρότυπο αναφοράς ή να συγκρίνει τις επιδόσεις του με την πάροδο του χρόνου. Άτυπες διαδικασίες αξιολόγησης είναι εκείνες που χρησιμοποιούνται για τους σκοπούς της ανάπτυξης σε βάθος κατανόηση της απόδοσης και τις δυσκολίες ενός ατόμου σε σχέση με τις διαπιστωθείσες ανάγκες τους και το πεδίο εφαρμογής της αξιολόγησης (π.χ. για το σχεδιασμό της θεραπείας, για να εξετάσει την ικανότητα λήψης αποφάσεων). Για τους λόγους αυτούς, ο Ferguson (2008) πρότεινε την υιοθέτηση του όρου «εξατομικευμένη» όταν περιγράφει την τελευταία προσέγγιση για την αξιολόγηση (AARP 2014).

Οι δυναμικές αξιολογήσεις θεωρείται πως αναλαμβάνουν μια πειραματική προσέγγιση, υπό την έννοια ότι προσπαθούν να εντοπίσουν τις επιπτώσεις των παραγόντων (π.χ., των στρατηγικών, των τροποποιήσεων εργασιών, των

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

παραγόντων πλαισίου, του περιβάλλοντος) που μπορεί να επηρεάσουν την απόδοση (Coelho et al., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΦΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

Boston Diagnostic Aphasia Examination, 3rd EDd (BDAE-3)

Συγγραφείς: Harold Goodglass και Edith Kaplan.

Εκδότης: The Psychological Corporation.(2000)

Στάθμιση: έγινε από τους Παπαθανασίου. Η, Κατσαντώνη. Μ, Παναγιωτοπούλου. Ε, Φειδάντση.Μ το 2003 (Καμπανάρου 2007)

Σκοπός: Σχεδιασμένο ως ένα ολοκληρωμένο μέτρο αξιολόγησης της αφασίας.

Βαθμολογία: εκατοστημορια ή πρότυπες βαθμολογίες για τις δοκιμασίες.

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

Αξιοπιστία: Η αξιοπιστία των υποκειμένων μελετήθηκε επιλέγοντας πρωτόκολλα 34 ασθενών με βαθμό σοβαρότητας της αφασίας να κυμαίνεται από ελαφρά έως σοβαρή. Δεδομένου ότι η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων είναι δύσκολη, αν όχι αδύνατη, να επιτευχθεί με τους ασθενείς που πάσχουν από αφασικά συμπτώματα, οι τρέχουσες συντελεστές αξιοπιστίας αποδεικνύουν πολύ καλή εσωτερική συνοχή όσον αφορά το τι τα στοιχεία εντός των επιμέρους δοκιμασίες μετρούν (Speech and Language Assessments-BDAE-3 2010).

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

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

Προτεινόμενες χρήσεις: Σχεδιασμένο για την αξιολόγηση της αφασίας για εσωτερικούς ή εξωτερικούς (εντός και εκτός νοσοκομείου) ασθενείς (Boston Diagnostic Aphasia Examination).

Aphasia Screening Test (AST)

Συντάκτης : Renatta Whurr, 1996

Στάθμιση: έγινε από τους Παπαθανασίου. Η, Πλιόγκας. Β, Σαλαβούρα. Π, Τσιγάρας. Ε το 2006 (Καμπανάρου, 2007).

Ηλικία: χρήση σε ηλικιωμένα άτομα με επίκτητη αφασία κατά τα πρώτα στάδια της αξιολόγησης.

Στόχος: να εντοπιστούν σοβαρά ή μέτρια επίπεδα γλωσσικής διαταραχής

Περιγραφή: Το Aphasia Screening Test (AST) είναι μια τυποποιημένη, πλήρης, αλλά απλή μπαταρία δοκιμής ελέγχου της αξιολόγησης. Η AST είναι ένα μικρό, πρακτικό κλινικό εργαλείο, εύκολο στη χρήση και τη διαχείριση. Παρέχει μια αντικειμενική βασική εικόνα των γλωσσικών διαταραχών. Παράγει ποσοτικά όσο και ποιοτικά στοιχεία, παρέχοντας ένα προφίλ στο οποίο βασίζεται η θεραπεία. Η επαναληπτική δοκιμή παράγει αντικειμενικά μέτρα έκβασης των αλλαγών στη λειτουργία της γλώσσας. Υπάρχουν 50 σύντομες δοκιμασίες και οργανώνονται σε επίπεδα δυσκολίας από το απλό στο σύνθετο. 20 από αυτές σταθμίζουν τις μορφές εισόδου του ακουστικού και γραπτού λόγου και 28 αξιολογούν τους τρόπους εξόδου της προφορικής και γραπτής γλωσσικής παραγωγής. Υπάρχουν 2 δοκιμασίες υπολογισμού. Η παραγοντική ανάλυση του AST οδήγησε σε έξι σαφείς και στατιστικά σημαντικούς παράγοντες που παρέχουν αποδείξεις για την αξιοπιστία και την εσωτερική συνοχή του τεστ. Μια διακριτική ανάλυση είχε ως αποτέλεσμα τον εντοπισμό των πιο απαιτητικών επιμέρους δοκιμών (4 εισόδου και 6 εξόδου). "Η σύντομη μορφή" AST μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μια αρχική αξιολόγηση για ασθενείς που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην πλήρη διαδικασία των 50 δοκιμασιών (Whurr, R. 1996).

Εγκυρότητα: Η χρησιμοποίηση του AST από περισσότερους από 2000 κλινικούς πιστοποιεί τη διαγνωστική εγκυρότητα του τεστ. Οι ασθενείς με

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

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

Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA)

Συγγραφείς: Hidred Schuell, 1965

Μετάφραση και Εφαρμογή: έγινε από τους Αιναλίδου. Ε, Αραμπάζη.Κ, Βέρμπη.Χ, Ταφιάδης. Δ το 2003(Καμπανάρου, 2007)

Χρόνος : 2 έως 6 ώρες

Στόχος: Από τους 3 στόχους της εξέτασης, το MTDDA προσανατολίζεται πλέον προς την ολοκληρωμένη αξιολόγηση των δυνατών και αδύνατων σημείων του ασθενούς σε όλες τις λειτουργίες της γλώσσας ως οδηγό για το σχεδιασμό της θεραπείας. Πρόσθετοι στόχοι περιλαμβάνουν διαφορική διάγνωση και πρόβλεψη της ανάκαμψης. Η διαφορική διάγνωση αναφέρεται στο αν ο ασθενής έχει αφασία ή αφασία και αντιληπτικές διαταραχές, απραξία, δυσαρθρία, ή κάποια άλλη βλάβη του εγκεφάλου. Δεν αναφέρεται στην διαφοροποίηση της αφασίας από το χρόνιο σύνδρομο του εγκεφάλου, ή για την διαφοροποίηση μεταξύ των συνδρόμων αφασίας.

Το MTDDA αποτελείται από 46 δοκιμασίες που χωρίζονται σε 5 τμήματα:

- Διαταραχές ακοής
- Διαταραχές όρασης και ανάγνωσης

- Διαταραχές ομιλίας και γλώσσας
- Οπτικοκινητικές διαταραχές και διαταραχές γραφής
- Διαταραχές στις αριθμητικές διαδικασίες (University of Minnesota Duluth-aphasia assessment 2000)

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

Απλή Αφασία: μειωμένη λειτουργία γλώσσας σε όλες τις λεπτομέρειες, χωρίς να περιπλέκει τις συνθήκες.

Αφασία με οπτική συμμετοχή: εμπεριέχει την απλή αφασία με πιο σοβαρά μειωμένες λειτουργίες ανάγνωσης και γραφής.

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

Αφασία με διάσπαρτα ευρήματα συμβατά με τη γενικευμένη εγκεφαλική βλάβη συνήθως περιλαμβάνει τόσο την οπτική όσο και την κινητική συμμετοχή. Αυτή η ομάδα έδειξε διαταραγμένη ψυχική κατάσταση. Αυτή η ομάδα έχει αμφισβητηθεί ως πραγματική ομάδα αφασίας (Porch, 1979).

Η μη αναστρέψιμη αφασία: σύνδρομο που χρησιμοποιήθηκε για σχεδόν πλήρη απώλεια της λειτουργίας γλώσσας σε όλες τις λεπτομέρειες, μια παγκόσμια αφασία (University of Minnesota Duluth-aphasia assessment 2000).

Εγκυρότητα: Το MTDDA δίνει μια ολοκληρωτική εικόνα των διαταραχών ενός ασθενή με αφασία. Το τεστ παρέχει οδηγίες διεξαγωγής αυτού και πολύ καλό

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

υλικό το οποίο διευκολύνει τους λογοθεραπευτές στην αξιολόγηση όλων των δόμων της γλώσσας με απώτερο σκοπό την δημιουργία ενός κατάλληλου και εξειδικευμένου θεραπευτικού προγράμματος. Ωστόσο το μέγεθος του τεστ είναι πολύ μεγάλο και η χρόνος χορήγησης του πάρα πολύς. Επίσης η ανεπάρκεια του Μινεσότα τεστ έγκειται στο ότι δεν γίνεται καμία αναφορά στο αν πρέπει να παραλειφθούν δοκιμασίες αν ο ασθενής δεν μπορεί να τις εκτελέσει. Έχει έλλειψη συγκεντρωτικών στατιστικών αποτελεσμάτων και δεν δίνει τη δυνατότητα στατιστικής σύγκρισης. Τέλος η Schuell, H. με το να προσθέσει νέες κατηγορίες αφασιών στα αγγλικά δεδομένα έκανε το MTDDA να μην ανταποκρίνεται στη κοινή βιβλιογραφική κατηγοριοποίηση. (Καμπανάρου. 2007)

4.2 ΆΛΛΑ ΤΕΣΤ ΑΦΑΣΙΑΣ

Western Aphasia Battery (WAB)

Συγγραφείς: Shewan & Kertesz, 1980

Φάσμα –Ηλικία: από 18 έως 89 ετών

Χρόνος : 30 έως 60 λεπτά

Σκοπός: Εντοπισμός συνδρόμων αφασίας και τη σοβαρότητά αυτών. Το WAB έχει σχεδιαστεί για να αξιολογήσει την κλινικές πτυχές των γλωσσικών λειτουργιών αφασικών ασθενών και να παρέχει τα στοιχεία που απαιτούνται για τη δημιουργία μιας πρόγνωσης για θεραπεία. Η διαδικασία αυτή βασίζεται στις αρχές της σύγχρονης νευρογλωσσολογίας και νευροανατομίας. Μπορεί να χορηγηθεί σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα και επιτρέπει στον κλινικό γιατρό να κατατάξει τον ασθενή σε σχέση με τις διάφορες αφασικές ομάδες (Speech and Language Assessments-WAB 2010).

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

Περιγραφή: Η WAB είναι μια ολοκληρωμένη εξέταση της λειτουργίας της γλώσσα για τα άτομα με αφασία. Όπως αναφέρεται στο εγχειρίδιο δοκιμών, ο στόχος του WAB είναι να «αξιολογήσει τις κύριες κλινικές πτυχές της λειτουργίας της γλώσσας, το περιεχόμενο, την άνεση, την ακουστική κατανόηση, την επανάληψη, την ονομασία, την ανάγνωση, τη γραφή, και τους υπολογισμούς». Το WAB έχει σχεδιαστεί για να εξετάσει όλες τις λειτουργίες της γλώσσας: ανάγνωση, γραφή, ακρόαση, ομιλία, και την επικοινωνία με χειρονομίες. Ελέγχει επίσης αυτό που οι Shewan και Kertesz αρχικά ανέφεραν ως «ανώτερη φλοιώδη λειτουργία» (1980), συμπεριλαμβανομένου ένα σχεδιασμένο τετράγωνο όπως στο Raven's Coloured Progressive Matrices και στα τεστ ζωγραφικής και υπολογισμού (Turkstra, L.2011).

Εγκυρότητα: το WAB χαρακτηρίζεται από υψηλή εσωτερική συνοχή και υψηλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων. Υποστηρίζεται πως το τεστ έχει σταθερότητα, τόσο επειδή τα μέρη του συμβάλουν στο σύνθετο δείκτη όσο και λόγω της χρονικής αξιοπιστία του. Τα αποτελέσματα από το WAB και το Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia (NCCEA) δείχνουν υψηλή συσχέτιση, και καλή δομική εγκυρότητα. Οι WAB AQ βαθμολογίες και οι βαθμολογίες του Raven's Coloured Progressive Matrices συσχετίζονται σημαντικά, γεγονός που υποδηλώνει ότι η γλωσσική αναλογία του WAB δεν είναι εντελώς ανεξάρτητη από τη μη λεκτική λειτουργία. Οι WAB AQ βαθμολογίες διαφοροποιούνται με αξιοπιστία μεταξύ ομάδων αφασικών και ομάδων ελέγχου, με μόνο μια μικρή επικάλυψη για τους υψηλά λειτουργικούς ασθενείς με κατονομαστική αφασία (Shewan, C.M. &Kertesz, A. 1980).

Western Aphasia Battery- Revised (WAB-R)

Συντάκτης (ες): Andrew Kertesz

Έτος: 2006

Ηλικιακή ομάδα: 18-89

Διάρκεια- Χρόνος: 15 λεπτά (μορφή κομοδίνο), 30-45 λεπτά (πλήρης μπαταρία), 45-60 λεπτά (ανάγνωση, γραφή, κατασκευή, υπολογισμός)

Γλώσσα (ες): Αγγλικά

Ηλεκτρονική βαθμολόγηση: Όχι (ASHA-WAB-R)

Περιγραφή: Το WAB-R είναι η ενημερωμένη έκδοση του αξιόπιστου και ευρέως χρησιμοποιημένου μέσου για την αξιολόγηση των ενηλίκων ασθενών με αφασία. Είναι ένα ατομικά χορηγούμενο εργαλείο εκτίμησης για ενήλικες με επίκτητες νευρολογικές διαταραχές (π.χ., ως αποτέλεσμα του εγκεφαλικού επεισοδίου, τραύμα κεφαλής, άνοια). Όπως και η προηγούμενη έκδοση, το WAB-R αξιολογεί τις γλωσσικές δεξιότητες που επηρεάζονται πιο συχνά από αφασία, εκτός από τις βασικές μη γλωσσικές δεξιότητες, και βοηθά στην διαφορική διάγνωση. Όλα αυτά τα νέα χαρακτηριστικά σημαίνουν αυξημένη χρηστικότητα

Το WAB-R, μια πλήρως φορτισμένη μπαταρία των 8 υποκατηγοριών δοκιμασίας (32 σύντομες εργασίες), διατηρεί τη δομή, το συνολικό περιεχόμενο και την κλινική αξία του ισχύοντος μέτρου, δημιουργώντας παράλληλα τις παρακάτω βελτιώσεις:

- Δύο νέες συμπληρωματικές εργασίες που θα βοηθήσουν τον κλινικό γιατρό στη διάκριση μεταξύ της επιφανειακής, σοβαρής (φωνολογική), και οπτικής δυσλαλίας.
- Αναθεώρηση των περίπου 15 ειδών.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

- Το WAB-R κατά τη διάρκεια που ο ασθενής βρίσκεται στο κρεβάτι παρέχει μια γρήγορη ματιά στη λειτουργικότητα του ασθενούς.
- Εγχειρίδιο εξεταστή με τεχνικές / ψυχομετρικές ιδιότητες πληροφορίες, ερμηνεία της εξέτασης σχετικά με τους αφασικούς ασθενείς, ιστορικά στοιχεία της αξιοπιστίας και εγκυρότητας, καθώς και πληροφορίες σχετικά με τις μοναδικές πτυχές της αξιολόγησης της γλωσσικής ικανότητας των ατόμων με άνοια.
- Σπινάλ βιβλίο ερεθισμάτων, που αντικαθιστά τις κάρτες χαλαρών ερεθισμάτων.
- Αναθεωρημένες κατευθύνσεις - πιο φιλικές προς το χρήστη με οδηγίες για τον εξεταζόμενο για όλες τις δοκιμασίες.
- Εκτεταμένες κατευθυντήριες γραμμές για την βαθμολόγηση, για λόγους σαφήνειας.

Κριτήρια βαθμολόγησης:

- Δείκτης Αφασίας
- Εικόνα φλοιού εγκεφάλου
- Δείκτης Ακουστικής κατανόησης
- Δείκτης Προφορικής έκφρασης
- Δείκτης ανάγνωσης
- Δείκτης γραφής
- WAB-R βαθμολογίες (Speech and Language Assessments-WAB-R 2010)

Bilingual Aphasia Test (BAT)

Συγγραφείς: Paradis and Libben (1998)

Το Bilingual Aphasia Test (BAT) σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει κάθε μία από τις γλώσσες των δίγλωσσων ή πολύγλωσσων ατόμων με αφασία κατά

ισοδύναμο τρόπο. Έτσι, οι διάφορες εκδόσεις του BAT είναι όχι απλά μεταφράσεις, αλλά πολιτισμικά και γλωσσικά ισοδύναμες δοκιμές. Τα κριτήρια της διαγλωσσικής ισοδυναμίας ποικίλλει ανάλογα με την κάθε εργασία (McGill University-BAT, 2015).

Με τη βοήθεια των 32 δοκιμασιών του, το BAT αξιολογεί την κατανόηση, την παραγωγή των σιωπηρών γλωσσικών ικανοτήτων και τη μεταγλωσσική γνώση (που παρέχουν ενδείξεις για εύστοχες στρατηγικές αποκατάστασης). Εκδόσεις του BAT είναι διαθέσιμες για δωρεάν πλοήγηση μέσω διαδικτύου (Paradis.M 2011). Το τεστ είναι τώρα διαθέσιμο σε περισσότερες από 60 γλώσσες.

Το BAT αποτελείται από τρία μέρη:

- ιατρικό ιστορικό ασθενούς
- συστηματική και συγκρίσιμη αξιολόγηση των γλωσσικών διαταραχών σε κάθε γλώσσα (472 στοιχεία σε κάθε γλώσσα)
- αξιολόγηση των ικανοτήτων μετάφρασης και ανίχνευση παρεμβολών σε κάθε ζεύγος γλωσσών (58 στοιχείων η καθεμία)

Η δοκιμή δεν είναι μόνο άμεση μετάφραση από τα αγγλικά, αλλά προσαρμόζεται σε πολλές γλώσσες.

Εγκυρότητα: οι κλινικοί γιατροί Paulin και Purdy (2008) ανέφεραν ότι τα νευρολογικά κανονικά μονόγλωσσα δείγματα στη Νέα Ζηλανδία είχαν χειρότερες επιδόσεις από τα δημοσιευμένα στοιχεία της Βόρειας Αμερικής σε μια σειρά από επιμέρους δοκιμασίες. Οι συγγραφείς προειδοποίησαν κατά της χρήσης του (BAT) στην κλινική πρακτική στη Νέα Ζηλανδία. Όπως πρότειναν οι Paulin και Purdy το (BAT) θα μπορούσε να ταιριάζει καλύτερα για ερευνητικούς σκοπούς και όχι για την κλινική πρακτική (Speech and Language Assessments-2011).

Bedside Evaluation Screening Test-Second Edition (BEST-2)

Συντάκτης (ες): West, J.F., Sands, E.S and Swain, D.R.

Εκδότης: PRO-ED

Έτος: 1998

Ηλικιακή ομάδα: 9-80 ετών

Χρόνος: 20 λεπτά

Γλώσσα (ες): Αγγλικά

Ηλεκτρονική βαθμολόγηση: Όχι (ASHA-BEST-2)

Περιγραφή: Το BEST-2 αξιολογεί τις γλωσσικές ικανότητες με τρεις γλωσσικές λειτουργίες: Ακουστική κατανόηση, ομιλία και ανάγνωση. Οι κλινικοί γιατροί που χρησιμοποιούν αυτό το τεστ λαμβάνουν επαρκείς κλινικές πληροφορίες για τους θεραπευτικούς στόχους τόσο για τους ασθενείς υψηλού όσο και χαμηλού επιπέδου.

Η δοκιμή αυτή έχει ενημερωθεί και επανασχεδιαστεί πρόσφατα για να εφοδιάσει την/τον πολυάσχολο-η κλινικό με ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό μέσο δοκιμών για την αξιολόγηση της αφασίας. Το BEST-2 έχει διατηρήσει αυτά τα χαρακτηριστικά που οι κλινικοί γιατροί βρίσκουν χρήσιμα και πρόσθεσε χαρακτηριστικά που θα δημιουργήσουν υπεροχή από κλινική άποψη.

Εγκυρότητα: Οι συγγραφείς τόνισαν στους μελλοντικούς εξεταστές να μην παρέμβουν στο BEST-2 ή να χειριστούν το τεστ σαν μια διαγνωστική μπαταρία κατανόησης. Παρόλα αυτά όπως αναφέρεται στους Mitchell-Person (2011) το BEST-2 δεν είναι πλήρως τεκμηριωμένο ως προς το κομμάτι του διαχωρισμού των διάφορων τύπων αφασίας, κάτι στο οποίο το τεστ στοχεύει ούτως ή άλλως (Otfried S. & Anthony H. 2003).

4.3 ΣΤΟΧΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι η δημιουργία ενός εργαλείου αξιολόγησης της αφασίας. Πιο συγκεκριμένα, η χρησιμότητα αυτού του εργαλείου έγκειται στην αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ασθενών με ήδη διαγνωσμένη αφασία. Το τεστ ελέγχει με δοκιμασίες, τους τομείς του λόγου και της ομιλίας αλλά και καθένα από αυτούς ξεχωριστά, στους ασθενείς. Δευτερεύον στόχοι της δημιουργίας αυτού του εργαλείου θα μπορούσαν να είναι η χρήση των αποτελεσμάτων του ως οδηγός σχεδιασμού παρέμβασης και ως μέτρο σύγκρισης και παρατήρησης των ικανοτήτων του ασθενή πριν και μετά από την ανάλογη θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πριν την οποιαδήποτε χορήγηση του συγκεκριμένου εργαλείου είναι επιτακτικής σημασίας, ο κάθε εξεταστής να έχει μελετήσει το συγκεκριμένο κεφάλαιο. Με αυτό τον τρόπο ο εξεταστής θα αποκτήσει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για το τρόπο κατασκευής και χορήγησης του τεστ και θα λύσει τυχόν απορίες που του έχουν δημιουργηθεί.

Εργαλείο

Το εργαλείο που κατασκευάστηκε απευθύνεται σε ασθενείς που ήδη έχουν διαγνωσθεί με αφασία, ανεξάρτητα τον τύπο αυτής, και ελέγχει τη λειτουργία της ομιλίας και του λόγου. Επίσης το συγκεκριμένο εργαλείο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και σαν μέτρο σύγκρισης της κατάστασης του εξεταζόμενου πριν και μετά την ανάλογη παρέμβαση. Φυσικά, το τεστ είναι άτυπο διότι δεν χορηγήθηκε. Πιο συγκεκριμένα το τεστ χωρίζεται σε κύρια μέρη: την αξιολόγηση λόγου- ομιλίας- γραφής και ανάγνωσης. Όλες αυτές οι κατηγορίες εξετάζονται εκτενέστερα σε 83 σύντομες δοκιμασίες που οργανώνονται σε επίπεδα δυσκολίας από το απλό στο σύνθετο, τα αποτελέσματα των οποίων δίνουν στον εξεταστή μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για τα ελλείμματα που έχει αυτή τη στιγμή ο ασθενής. Ειδικότερα, η δημιουργία αυτού του τεστ βασίστηκε στη μελέτη άλλων, σταθμισμένων και μη στα ελληνικά, τεστ αφασίας. Οι κατηγορίες που εξετάσθηκαν στηρίχθηκαν στα ελλείμματα που παρουσιάζουν οι αφασικοί ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα τα ελλείμματα αυτά εμφανίζονται στους τομείς της λεκτικής έκφρασης, της ακουστικής κατανόησης, της ικανότητας ανάγνωσης και της ικανότητας γραφής (ASHA-Sings and Symptoms 2015). Όλες οι παραπάνω λειτουργίες που εξυπηρετούν την επικοινωνία εξετάζονται και στο συγκεκριμένο εργαλείο. Οι τομείς εξέτασης του τελευταίου, βασίστηκαν κυρίως στο Bedside Evaluation Screening Test-

Second Edition (1998), που αξιολογεί τις γλωσσικές ικανότητες με τρεις γλωσσικές λειτουργίες: ακουστική κατανόηση, ομιλία και ανάγνωση (Otfried S. & Anthony H. 2003), ενός ατομικά χορηγούμενου εργαλείου εκτίμησης για ενήλικες με επίκτητες νευρολογικές διαταραχές του Western Aphasia Battery – Revised (2006) και του Aphasia Screening Test (1996), το οποίο έχει σταθμιστεί και στα ελληνικά (Παπαθανασίου. Η, Πλιόγκας. Β, Σαλαβούρα. Π, Τσιγάρας. Ε το2006) οι δοκιμασίες του οποίου ελέγχουν τις μορφές εισόδου του ακουστικού και γραπτού λόγου και αξιολογούν τους τρόπους εξόδου της προφορικής και γραπτής γλωσσικής παραγωγής (Whurr, R. 1996). Όσον αφορά τις δοκιμασίες αυτές επιλέχθηκαν με σκοπό την απόλυτη συσχέτισή τους με τις αντίστοιχες τυχόν δυσκολίες των ατόμων με αφασία. Δηλαδή η φόρμα αξιολόγησης επικεντρώνεται στις συγκεκριμένες δοκιμασίες : αυτόματες εντολές, απλές εντολές, σύνθετες εντολές, ικανότητα διάκρισης εικόνων, κατανόηση ερωτήσεων κλειστού τύπου, χρήση αντικειμένων, βασικές πληροφορίες, κατονομασία εικόνων, αυτοματισμοί, συμπλήρωση φράσεων, συμπλήρωση προτάσεων, επανάληψη λέξεων –προτάσεων, ακουστική μνήμη, ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, ερωτήσεις διαδοχής –αλληλουχίας, περιγραφή εικόνας, ανάγνωση λέξεων προτάσεων, γραφή από αντιγραφή(λέξεις- προτάσεις- σχήματα), γραφή έπειτα από υπαγόρευση(λέξεις –προτάσεις - σχήματα),(Καμπανάρου, Μ. 2007), (Shipley, K.&Mc Afee, J. 2009).

Η βαθμολογία έχει ορισθεί υπό μορφή αυξανομένης κλίμακας από το 0 έως το 3, όπου το 0 δηλώνει την αποτυχία εκπλήρωσης της δοκιμασίας και το 3 την πλήρη επιτυχία αυτής. Ένα υψηλό σκορ δηλώνει την υψηλή λειτουργικότητα του ασθενή, ενώ ένα χαμηλό σκορ την χαμηλή λειτουργικότητα αυτού. Οποιοδήποτε και αν είναι το σκορ του κάθε ασθενή πρέπει να γίνει ξεκάθαρο στο καθένα που επιθυμεί να χρησιμοποιήσει αυτό το εργαλείο, πως το κάθε άτομο με αφασία έχει τα δικά του ιδιαίτερα και εξατομικευμένα προβλήματα. Ό,τι μπορεί για τον έναν να είναι ένα ανυπέρβλητο εμπόδιο, μπορεί για έναν

άλλον να μην δημιουργεί κανένα πρόβλημα. Σε όλες τις περιπτώσεις αφασίας, σε όλα τα άτομα υπάρχουν καλές και κακές στιγμές, κυρίως στα πρωταρχικά στάδια της ασθένειας(FAQs- Ελληνικός σύλλογος για την αφασία).

Διαδικασία

Αρχικά, είναι πολύ σημαντικό το τεστ να λάβει χώρα σε ένα ευχάριστο κλίμα το οποίο θα δημιουργηθεί από τον εξεταστή. Ο τελευταίος πρέπει να είναι σε θέση να εξηγήσει στο κάθε ασθενή την ειδικότητά του και τι ακριβώς θα κάνει. Φυσικά όλο αυτό θα γίνει με απλό και ξεκάθαρο λεξιλόγιο, χωρίς τη χρήση ορολογιών και λεπτομερειών. Σε όλη τη διάρκεια των δοκιμασιών ο εξεταστής είναι καλό να μιλά με δυνατή και καθαρή φωνή, στον ενικό (η εντολή γίνεται πιο ξεκάθαρη έτσι)και οι εντολές να δίνονται με απλό, λιτό τρόπο και χωρίς δευτερεύουσες πληροφορίες. Πάντα η αντιμετώπιση του εξεταστή προς τον ασθενή πρέπει να είναι θετική, ανεξάρτητα από τις απαντήσεις του, ώστε να τον ενθαρρύνει να συνεχίσει στην εκτέλεση των υπόλοιπων δοκιμασιών. Αν για κάποιο λόγο είναι εμφανές πως ο εξεταζόμενος δεν είναι σε θέση να συνεχίσει άλλο, τότε μπορεί η ολοκλήρωση της αξιολόγησης να πραγματοποιηθεί σε επόμενη επίσκεψη του λογοθεραπευτή. Σημαντικό είναι να επιδιώξει ο εξεταστής να φέρει εις πέρας τις δοκιμασίες δίχως τη παρουσία κάποιου άλλου στο χώρο όπως ενός συγγενικού προσώπου του ασθενή, εφόσον αυτό είναι δυνατό, διότι πολλές φορές τα πρόσωπα αυτά θέλουν να παρέμβουν κάνοντας τα αποτελέσματα μη αξιόπιστα. Κάθε εκφώνηση των δοκιμασιών μπορεί να επαναληφθεί 2 φορές από τον εξεταστή, ωστόσο ο τελευταίος δεν μπορεί να βοηθά σημαντικά τον ασθενή στην εκπλήρωση των εντολών και αν αυτό συμβεί θα πρέπει να ληφθεί υπόψη στη βαθμολόγηση. Οποιοσδήποτε προβληματισμός ή αμφιβολία του λογοθεραπευτή για την βαθμολόγηση της εκάστοτε δοκιμασίας είναι υπέρ του ασθενή. Για παράδειγμα αν η βαθμολογία της απάντησης του ασθενή βρίσκεται κάπου μεταξύ 2 και 3 τότε ο τελευταίος θα βαθμολογηθεί με 3. Τέλος, είναι ουσιώδης σημασίας ο λογοθεραπευτής να εξετάσει την σωματική

κατάσταση στην οποία βρίσκεται κάποιος όπως παράλυση χεριού, ποδιού και αναλόγως να βαθμολογήσει. Δηλαδή αν ο ασθενής αντί να δείξει την πόρτα κοιτάξει την πόρτα (όταν αντιμετωπίζει κάποια ανατομική δυσκολία) τότε θα βαθμολογηθεί με 3.

Η πρώτη ενότητα αξιολόγησης στο εργαλείο είναι ο Λόγος, κοινώς η εσωτερική επεξεργασία των πληροφοριών. Στο συγκεκριμένο κομμάτι της αξιολόγησης δεν χρησιμοποιείται ομιλία. Κάποιοι από τους αφασικούς ασθενείς δεν είναι σε θέση να μιλήσουν ή δεν δύναται να μιλήσουν. Αν, ωστόσο ο εξεταστής καταλάβει πως ο ασθενής μπορεί να μιλήσει τότε θα αρχίσει την αξιολόγηση από το κομμάτι των βασικών πληροφοριών και έπειτα θα συνεχίσει στην προβλεπόμενη σειρά των δοκιμασιών. Με αυτό τον τρόπο η εισαγωγή στην εξέταση γίνεται πιο ομαλά. Στη συνέχεια, για τις ερωτήσεις κλειστού τύπου, αν ο ασθενής δεν έχει ομιλία και εφόσον αυτό είναι εφικτό, είναι χρήσιμο να ορισθούν από πριν 2 κινήσεις που θα αντιπροσωπεύουν το 'ΝΑΙ' και το 'ΟΧΙ' (κίνηση κεφαλής, χεριού, ματιών). Όσον αφορά τη δοκιμασία της κατονομασίας αν ο ασθενής κατονομάσει μια εικόνα λανθασμένα αλλά με κάτι που εντάσσεται στην ευρύτερη κατηγορία αυτού που απεικονίζεται (π.χ εικόνα γάτα- απάντηση σκύλος, κατηγορία ζώα) τότε δεν θα βαθμολογηθεί με 0 αλλά με 1. Στις δοκιμασίες συμπλήρωσης λέξεων και προτάσεων μπορούμε να δώσουμε εξ αρχής ένα παράδειγμα στον εξεταζόμενο, αν κρίνουμε ότι χρειάζεται, χωρίς αυτό να επηρεάσει την βαθμολογία του. Επιπρόσθετα στο κομμάτι του εργαλείου, που εξετάζει τις ικανότητες στην διαδοχή- αλληλουχία και στην περιγραφή εικόνας, αναμένουμε από τον ασθενή κυρίως μια απάντηση που θα περιέχει μια δομή τύπου: αρχή –μέση –τέλος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως προαναφέρθηκε ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η ανάπτυξη δοκιμασιών αξιολόγησης λόγου και ομιλίας σε ασθενείς με αφασία. Ειδικότερα οι δοκιμασίες αυτές είχαν ως στόχο τη διερεύνηση της λειτουργικότητας των αφασικών ασθενών στα συγκεκριμένα γνωστικά πεδία. Αυτό επιτεύχθηκε έπειτα από μελέτη ήδη σταθμισμένων τεστ αφασίας. Πιο συγκεκριμένα, η δημιουργία του άτυπου εργαλείου βασίστηκε στο Western Aphasia Battery, το οποίο ουσιαστικά είναι μια τροποποίηση της αυθεντικής εκδοχής του Boston Diagnostic Aphasia, διότι χρησιμοποιεί περίπου το ίδιο περιεχόμενο και υλικά. Το WAB χωρίζει την αξιολόγηση σε προφορική (αυθόρμητο λόγο, ακουστική κατανόηση, επανάληψη και κατονομασία) και οπτική(ανάγνωση, γραφή, υπολογισμός και κατασκευαστικές ικανότητες),(Hersen, M. 2003). Επίσης στην ολοκλήρωση του εργαλείου αξιολόγησης συνέβαλε το Bedside Evaluation Screening Test-Second Edition (1998) και το Aphasia Screening Test (1996), το οποίο έχει σταθμιστεί και στα ελληνικά (Παπαθανασίου. Η, Πλιόγκας. Β, Σαλαβούρα. Π, & Τσιγάρας. Ε το2006) οι δοκιμασίες του οποίου ελέγχουν τις μορφές εισόδου του ακουστικού και γραπτού λόγου και αξιολογούν τους τρόπους εξόδου της προφορικής και γραπτής γλωσσικής παραγωγής (Whurr, R. 1996).

Αρχικά, αναφορικά με τη κατασκευή του εργαλείου ένας βασικός περιορισμός που προκύπτει από τον τρόπο κατασκευής του είναι ότι το τελευταίο μπορεί να χορηγηθεί σε άτομα που έχουν ήδη διαγνωστεί με αφασία ανεξαρτήτως του τύπου αυτής, καθώς οι δοκιμασίες σχεδιαστήκαν με βάση τα ελλείμματα που παρουσιάζονται σε ασθενείς με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Ωστόσο ο βασικότερος περιορισμός που διέπει αυτή τη μελέτη είναι η αδυναμία εκτίμησης της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας περιεχομένου του εργαλείου,

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

καθώς αυτό δε χορηγήθηκε, γεγονός που συνεπάγεται την απουσία αποτελεσμάτων.

Οι παραπάνω περιορισμοί καθιστούν αναγκαία τη μελλοντική χορήγηση και στάθμιση του εργαλείου με σκοπό να εξαχθούν αποτελέσματα τα οποία θα συμβάλουν στη εκτίμηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων. Επίσης το συγκεκριμένο τεστ θα μπορούσε συνδυαστικά με τη χορήγηση ενός εργαλείου αξιολόγησης του τύπου της αφασίας, να παρέχει πληροφορίες για τις ποιοτικές διαφορές στα πεδία της γλώσσας και της ομιλίας, οι οποίες πιθανόν να προκύπτουν μέσα από τους διαφορετικούς τύπους της αφασίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΑΤΥΠΗ ΦΟΡΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΓΟΥ ΓΙΑ ΑΦΑΣΙΚΟΥΣ

A. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΛΟΓΟΥ

Αυτόματες εντολές:

- | | |
|------------------------|---------|
| 1.κλείσε τα μάτια | 0 1 2 3 |
| 2.ανοίξε το στόμα | 0 1 2 3 |
| 3.πάρε μια βαθιά ανάσα | 0 1 2 3 |

Απλές εντολές:

- | | |
|---------------------|---------|
| 4.κοίτα τη πόρτα | 0 1 2 3 |
| 5.δείξε το παράθυρο | 0 1 2 3 |
| 6.σήκωσε το χέρι | 0 1 2 3 |

Σύνθετες εντολές:

- | | |
|--|---------|
| 7.σηκώσε τα χέρια σου και χειροκρότησε | 0 1 2 3 |
| 8.ακούμπησε τη μύτη σου και μετά το κεφάλι σου | 0 1 2 3 |
| 9.παρε το χαρτί, τσαλάκωσε το και πέτα το κάτω | 0 1 2 3 |

Ικανότητα διάκρισης εικόνων:

- | | |
|---|---------|
| 10.δείξε μου το ρολόι (διαλέγει ανάμεσα σε 2 εικόνες) | 0 1 2 3 |
| 11.δείξε μου το μολύβι(διαλέγει ανάμεσα σε 3 εικόνες) | 0 1 2 3 |
| 12.δείξε μου την μπανάνα(διαλέγει ανάμεσα σε 4 εικόνες) | 0 1 2 3 |

Κατανόηση ερωτήσεων κλειστού τύπου

13.Είστε ξαπλωμένος; 0 1 2 3

14.Σας λένε(λάθος όνομα); 0 1 2 3

15.Το μήλο είναι φρούτο; 0 1 2 3

Χρήση αντικειμένων:

16.Ψαλίδι (κόβουμε) 0 1 2 3

17.Ποτήρι (πίνουμε) 0 1 2 3

18.Αυτοκίνητο (οδηγούμε) 0 1 2 3

B. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΜΙΛΙΑΣ

Βασικές πληροφορίες:

19.Πως σε λένε; 0 1 2 3

20.Που μένεις; 0 1 2 3

21.Ποσό χρονών είσαι ; 0 1 2 3

22.Πότε γεννήθηκες; 0 1 2 3

23.Είσαι παντρεμένος-ή; 0 1 2 3

24.Τι μέρα έχουμε σήμερα; 0 1 2 3

25.Ξέρεις που βρισκόμαστε αυτή τη στιγμή; 0 1 2 3

Κατονομασία εικόνων:

Ονόμασέ ότι βλέπεις:

26.Γάτα 0 1 2 3

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

27.Κουτάλι 0 1 2 3

28.Μαξιλάρι 0 1 2 3

29. Κ 0 1 2 3

30. Α 0 1 2 3

31. 2 0 1 2 3

32. 16 0 1 2 3

33. 400 0 1 2 3

34.τρίγωνο 0 1 2 3

35.κόκκινο 0 1 2 3

36.μπλέ 0 1 2 3

Αυτοματισμοί:

37.Μέτρησε από το 1-10. 0 1 2 3

38.Ποιες είναι οι μέρες της εβδομάδας; 0 1 2 3

Συμπλήρωση φράσεων:

39.μέρα και _____ 0 1 2 3

40.πάνω και _____ 0 1 2 3

41.δεξιά και _____ 0 1 2 3

Συμπλήρωση προτάσεων:

42.Σήμερα έφαγα _____ 0 1 2 3

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

43. Η μπλούζα μου έχει χρώμα _____ 0 1 2 3

44. Μου αρέσει να _____ 0 1 2 3

Επανάληψη λέξεων – προτάσεων:

46. Κούπα 0 1 2 3

47. Νερό 0 1 2 3

48. Παπί 0 1 2 3

49. Καναπές 0 1 2 3

50. Μηχανάκι 0 1 2 3

51. Τηλεόραση 0 1 2 3

52. Αυτοκίνητο 0 1 2 3

53. Έξω βρέχει. 0 1 2 3

54. Μου αρέσουν τα φρούτα. 0 1 2 3

55. Σήμερα θα φάω πατάτες τηγανητές, το αγαπημένο μου φαγητό.

0 1 2 3

Ακουστική μνήμη:

56. 3,4,6 0 1 2 3

57. 0,2,9 0 1 2 3

58. 1,8,3,6 0 1 2 3

59. Χαλί, πάγος, δέντρο 0 1 2 3

60. Νύχι, γυαλιά, μπλούζα, νερό 0 1 2 3

Ερωτήσεις ανοιχτού τύπου:

61.Γιατί τρώμε 0 1 2 3

62.Τι κάνεις όταν διψάς; 0 1 2 3

63.Με τι χτενίζεσαι; 0 1 2 3

64.Γιατί πλένεις τα δόντια σου; 0 1 2 3

Ερωτήσεις διαδοχής –αλληλουχίας:

65.Πως φτιάχνεις το καφέ; 0 1 2 3

66.Πως φτιάχνετε το τοστ-σάντουιτς; 0 1 2 3

Περιγραφή εικόνας:

67.Δίνουμε την εικόνα στον ασθενή 0 1 2 3

Γ.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΝΩΣΗΣ

Ανάγνωση λέξεων προτάσεων:

68.Πόδι 0 1 2 3

69.Βιβλίο 0 1 2 3

70.Ποδήλατο 0 1 2 3

71.Έχω έναν αδερφό. 0 1 2 3

72.Σήμερα έχει ωραίο καιρό. 0 1 2 3

73. Το αυτοκίνητό μου χάλασε και πήγα στο κέντρο με το λεωφορείο.

0 1 2 3

Δ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΡΑΦΗΣ

Από αντιγραφή(λέξεις- προτάσεις- σχήματα):

74.(τετράγωνο)

0 1 2 3

75.(πολύγωνο)

0 1 2 3

76.Χέρι

0 1 2 3

77.Μαλλιά

0 1 2 3

78.Ηλεκτρική σκούπα.

0 1 2 3

79.Πεινάω πολύ σήμερα.

0 1 2 3

Έπειτα από υπαγόρευση(λέξεις- προτάσεις- σχήματα) :

80.Φώς

0 1 2 3

81.Πάτωμα

0 1 2 3

82.Μεγάλο ποτήρι.

0 1 2 3

83.Μην με ενοχλείς.

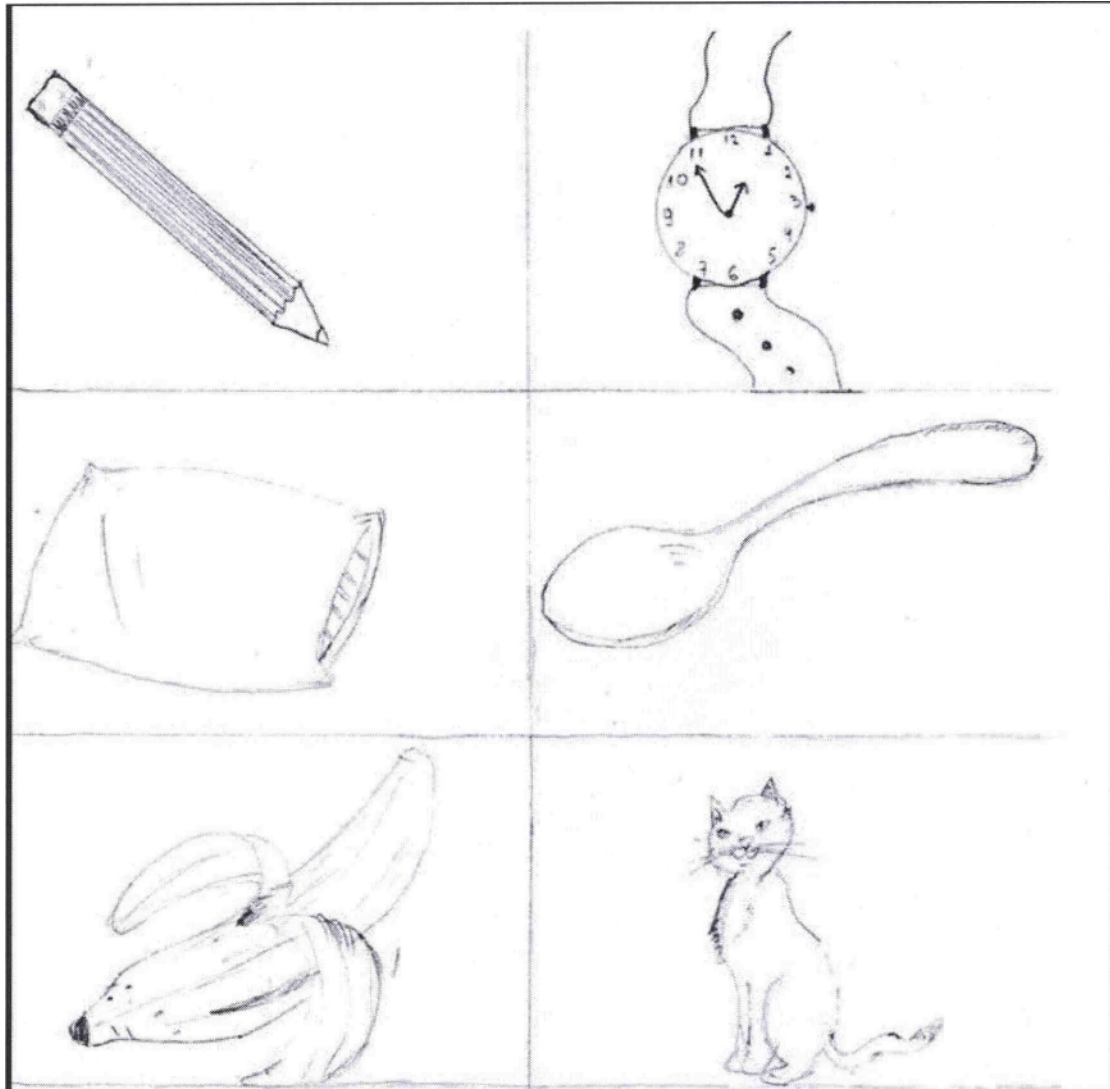
0 1 2 3

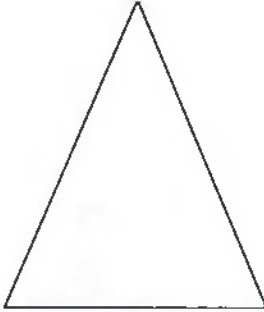
Τελική βαθμολογία:

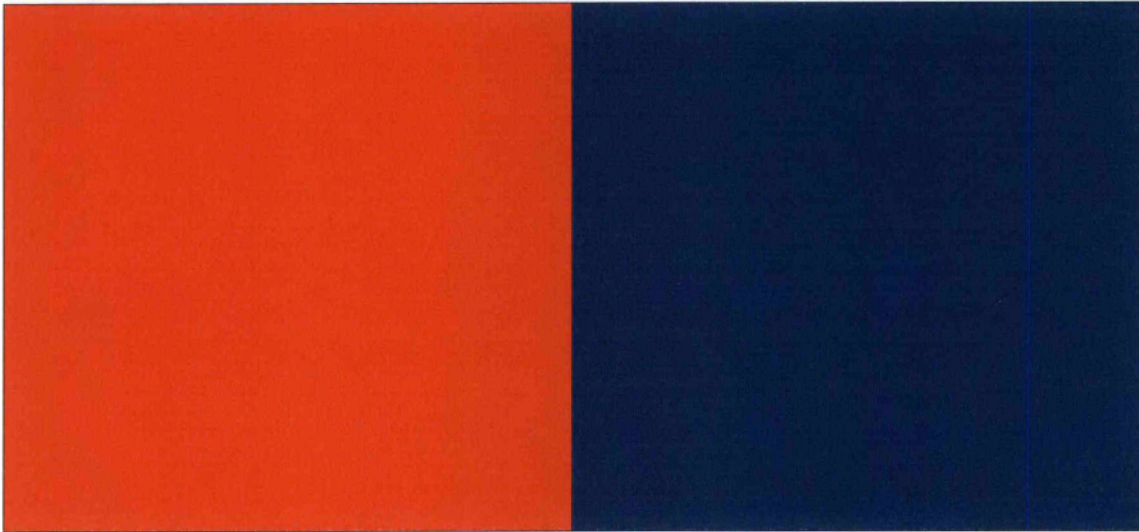
/249

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

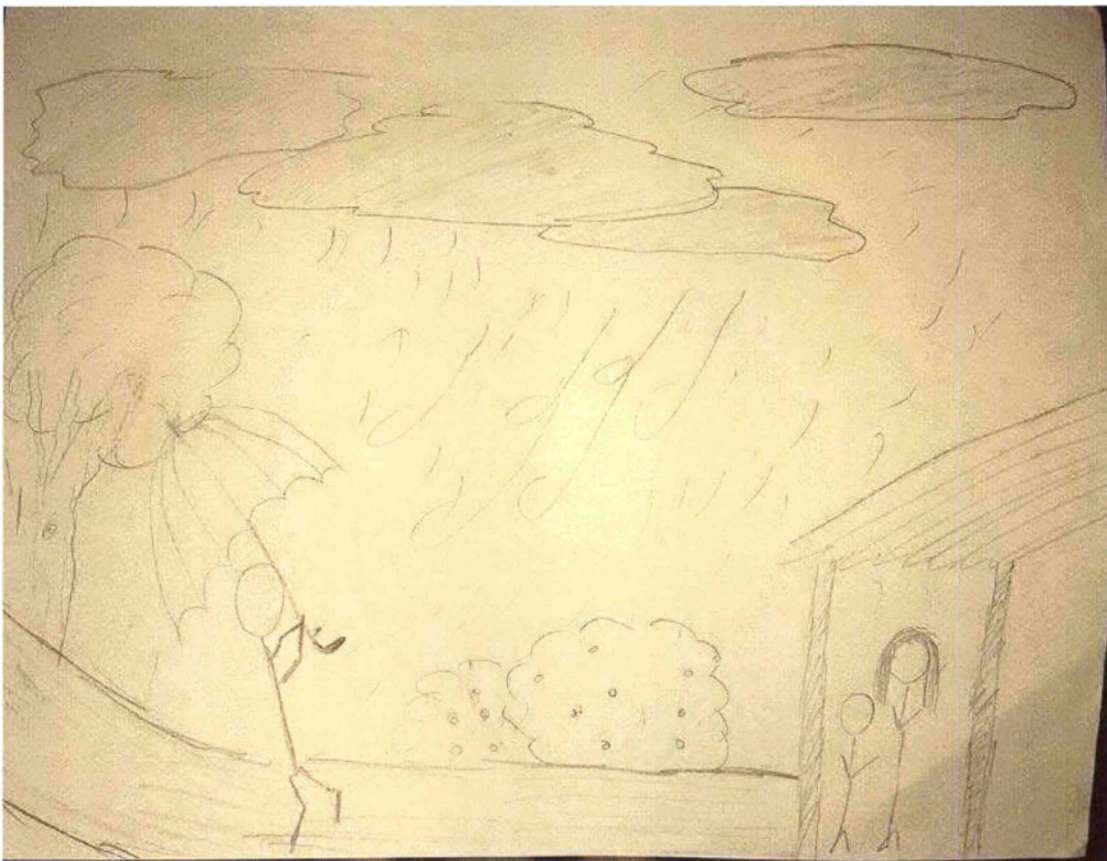
❖ *Υλικό για δοκιμασίες: διάκριση εικόνων, κατονομασία εικόνων*



Κ	Α
2	16
400	



❖ *Υλικό για δοκιμασία: περιγραφή εικόνας*

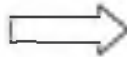
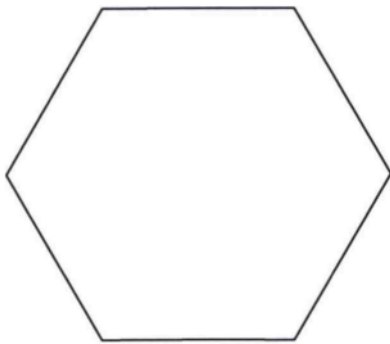
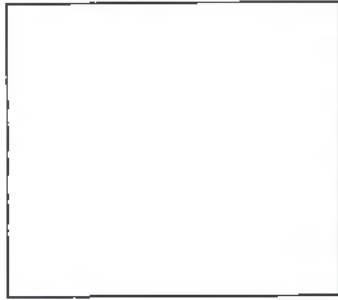


❖ Υλικό για δοκιμασία: ανάγνωση

Πόδι	Βιβλίο
Ποδήλατο	Έχω έναν αδερφό.
Σήμερα έχει ωραίο καιρό.	Το αυτοκίνητό μου χάλασε και πήγα στο κέντρο με το λεωφορείο.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

- ❖ Υλικό για δοκιμασία: Γραφή -από αντιγραφή(σχήματα -λέξεις- προτάσεις)



Χέρι



Μαλλιά



Ηλεκτρική σκούπα.



Πεινάω πολύ σήμερα.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Speech-Language-Hearing Association (2010). *Bedside Evaluation Screening Test-Second Edition*. Ανάκτηση από

<http://www.asha.org/SLP/assessment/Bedside-Evaluation-Screening-Test-Second-Edition-%28BEST-2%29.htm>

American Speech-Language-Hearing Association(2010). *Clinical topics – aphasia-causes*. Ανάκτηση

από<http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Causes>

American Speech-Language-Hearing Association(2010). *Aphasia- incidence and prevalence*. Ανάκτηση

απόhttp://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Incidence_and_Prevalence

American Speech-Language-Hearing Association (2010). *Western Aphasia Battery – Revised*. Ανάκτηση από<http://www.asha.org/SLP/assessment/Western-Aphasia-Battery-Revised-%28WAB-R%29.htm>

Bartels (2012), What is Wernicke aphasia? *The Aphasia Center*. Ανάκτηση 12-01-2012 από <http://www.theaphasiacenter.com/2012/01/what-is-wernickes-aphasia/>

Bilingual Aphasia Test (2015) McGill university. Ανάκτηση από <http://www.mcgill.ca/linguistics/research/bat>

Boston Diagnostic Aphasia Examination 3rd Ed.(2010). *Speech and Language Assessments*. Ανάκτηση 08/07/2010 από

<https://msltpnac.wordpress.com/aphasia-3/boston-diagnostic-aphasia-examination-3rd-ed-bdae-3/>

Boston Diagnostic Aphasia Examination. Ανάκτηση από

<http://cps.nova.edu/~cpphelp/BDAE.html>

Code.C, και Patherman, B. (2011). Delivering for aphasia. *International journal of speech-pathology* 13(1) 3-10.

Δερμιτζάκης, Μ. (2012), *Διαταραχές λόγου: τα είδη των αφασιών. Μια σύνθετη νευρολογική και νευροψυχολογική προσέγγιση*. Ανάκτηση από http://neurology.dermitzaki.gr/articles_details.php?article_id=18.

Engelter, S, Gostynski, M. ,Papa, S. , Frei, M.,Born, B. ,Gross, V.A, Gutzwiller, F., Lyrer, F.A. (2006) Epidemiology of Aphasia Attributable to First Ischemic Stroke Incidence, Severity, Fluency, Etiology, and Thrombolysis. *Stroke journal*.

Goodglass, H., & Caplan, E. (2001). *The Assessment of Aphasia and Related disorders*. Lippincott Williams & Wilkins, USA

Grodzinsky, Y. (1990). Theoretical Perspectives on Language Deficits. The formal description of agrammatism . *Cambridge, The MIT Press*.

Hersen, M. (2003). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Intellectual and Neuropsychological Assessment*. Hoboken- New Jersey, John Wiley & Sons

Hier, D.B., Yoon, W.B., Mohr, J.P., Price, T.R., Wolf, P.A. (1994). Gender and aphasia in the Stroke Data Bank. *Brain Lang.* 07-1994 47(1)155-67.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

Joanette, Y. & Ansaldo, A.I. (2000). The ineluctable and interdependent evolution of the concepts of language and aphasia. *Brain and Language*, 71, 106-109.

Καμπανάρου, Μ. (2007), *Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας*. Αθήνα, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ

Κουντούρης, Δ. (2012) Εγκέφαλος: το φαινόμενο της λεκτικής τύφλωσης. *Neuro-talks / νευρο-διάλογοι*. Ανάκτηση 17-06-2012 από http://neurotalk.blogspot.gr/2012/06/blog-post_281.html

Kay, J., Lesser, R., & Coltheart, M.(1992). *Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia (PALPA)*. Hove: Erlbaum.

Lyn Turkstra (2011). Western Aphasia Battery. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* , pp 2706-2707. Ανάκτηση από http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-0-387-79948-3_937

Marshall, T. (1989). *The whole world guide to language learning*. Yarmouth, ME: Intercultural Press, Inc. 144pp.

Mc Ffray.P(2008) *Neuropathologies of Language and Cognition. Specific Syndromes: The Fluent Aphasias*, CSU, Chico. Ανάκτηση από <http://www.csuchico.edu/~pmccaffrey/syllabi/SPPA336/336unit8.html>

Νομικός, Π. (2014). *Κακώσεις*. Ανάρτηση 31-03-2014 από <http://www.nomikosp.gr/content/009002002001/90.html>

McNeil, M.R& Pratt, S.R (2001). Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. *Aphasiology*, 15(10-11), 901-911

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders.

(2010) *Aphasia What types of aphasia are there?* Ανάκτηση 07/06/2010 από <http://www.nidcd.nih.gov/health/voice/pages/aphasia.aspx#types>

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders.

(2010) *Aphasia-causes*. Ανάκτηση από <http://www.aphasia-international.com/wp-content/uploads/2014/03/greek1.pdf>

Otfried S. & Anthony H.(2003). *Assesment of aphasia*. Oxford, University Press, 13-11-2002

Παλιουδάκη, Α. , Ρίζου, Κ. & Συραγοπούλου, Μ. (2006). *Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια στην Κρήτη - μια προοπτική μελέτη*.

Paradis.M (2011), Principles underlying the Bilingual Aphasia Test (BAT) and its uses. *Clin Linguist Phon.* 06-2011, 25(6-7) 427-43.

Schuell, H. (1974). *Aphasia Theory and Therapy: Selected Lectures and Papers of Hildred Schuell*. Baltimore, University Park Press.

Shewan CM, Kertesz A.(1980) Reliability and validity characteristics of the Western Aphasia Battery (WAB). *J.Speech Hear Disord.* 08-1980 45(3),308-24

Speech and Language Assessments (2011). *Bilingual Aphasia Test*. Ανάκτηση 27/06/2011 από Speech and Language Assessments. <https://msltprac.wordpress.com/aphasia-3/western-aphasia-battery-wab/>

Stark, J. (2014). What is aphasia? *Association Internationale Aphasie*.

Ανάκτηση από <http://www.aphasia-international.com/wp-content/uploads/2014/03/english1.pdf>

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ.

Φουντάς, Κ.Ν (2003). *Comparison of the results of the preoperative evaluation of intracranial tumors by using proton magnetic resonance spectroscopy and open surgical biopsy*. Εθνικό αρχείο διδακτορικών διατριβών.

Τσιμουρτού, Β. (2011). *Διαταραχές λόγου και επικοινωνίας*. Aphasia Language Disability Caused By Brain Injury Σεφέρης, Χ. (2013). *Όγκος εγκεφάλου*.

Ανάκτηση από <http://seferis-neurosurgery.gr/ogkos-egkefalou>

University of Minnesota Duluth-aphasia assessment(2000). *Tests of Aphasia*.

Ανάκτηση από <http://www.d.umn.edu/~mmizuko/3411/may11.htm>

Western Aphasia Battery (WAB). *Speech and Language Assessments*.

Ανάκτηση 08/07/2010 από <https://msltprac.wordpress.com/aphasia-3/western-aphasia-battery-wab/>

Whurr, R.(1996). *Aphasia Screening Test (AST)*. Australia, John Wiley and Sons