



Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**Το Τεστ
Πλήρους
Αξιολόγησης
της Αφασίας
WAB – R.**



**Μια πιλοτική μεταφορά του Φυλλαδίου
Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης σε
φυσιολογικό ενήλικο πληθυσμό**

Εισηγητής:

Ταφιάδης Διονύσης

Σπουδάστρια:

Μήτσιου Βικτώρια

Α.Μ. : 10274

Ιωάννινα 2010

<u>Περιεχόμενα</u>	Σελ.
Περίληψη	4
Ευχαριστίες	5
Αντί Προλόγου	6
Κεφάλαιο 1^ο. Τα Εισαγωγικά Στοιχεία για την Αφασία	
1.1. Η Αναφορά στη Νόσο	8
1.2. Ο Ορισμός για την Αφασία	10
1.3. Τα Αίτια της Αφασίας	13
1.4. Η Κλινική εικόνα της Αφασίας	16
Κεφάλαιο 2^ο. Μια σύντομη παρουσίαση του Western Aphasia Battery – 2	
2.1. Η Παρουσίαση του τεστ WAB – R	42
2.2. Η Αποκλίσεις από την αγγλική έκδοση	57
Κεφάλαιο 3^ο. Η Μεθοδολογία της έρευνα	
3.1. Η Περιγραφή της Μεθοδολογίας	64
3.2. Ο Σχεδιασμός Έρευνας	64
3.2.1. Η μετάφραση και η προσαρμογή του τεστ	65
3.2.2. Η πιλοτική έρευνα	65
3.2.3. Η στατιστική Ανάλυση και η κωδικοποίηση	67
3.3. Ο Καθορισμός Πληθυσμού και Μέγεθος Δείγματος	71
3.4. Τα Μέσα Συλλογής Δεδομένων	71
3.5. Η Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων και η Στατιστική Ανάλυση	71
3.6. Οι Περιορισμοί	72
Κεφάλαιο 4^ο. Στατιστικά Αποτελέσματα και Ευρήματα	
4.1. Η Περιγραφική Στατιστική	74
4.1.1. Η περιγραφή του δείγματος	74
4.1.2. Οι Απαντήσεις και τα Ποσοστά Λαθών	74
4.2. Η Σύγκριση με Βάση το Φύλο και την Ηλικία	75
4.3. Τα Κριτήρια Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας	77
Κεφάλαιο 5^ο. Τα Συμπεράσματα – Συζήτηση	
5.1. Η Περίληψη Αποτελεσμάτων	82
5.2. Τα Συμπεράσματα και οι Προτάσεις	82
Βιβλιογραφία	88
Παράρτημα Α. Το Φυλλάδιο Αξιολόγησης	93
Παράρτημα Β. Η Επιστολή Συγκατάθεσης στην Έρευνα	97

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η πιλοτική μεταφορά και αξιολόγηση για την Ελληνική πραγματικότητα του τεστ Western Aphasia Battery – revised (WAB – R) και συγκεκριμένα του Φυλλαδίου Παρά της κλίνης Αξιολόγησης. Πρόκειται για μια ατομικά χορηγούμενη δοκιμασία, η οποία αξιολογεί και κατηγοριοποιεί την αφασία. Το πρωτότυπο WAB δημιουργήθηκε από τον Andrew Kertesz, το 1982 και στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η αναθεωρημένη και τελευταία έκδοση του 2006.

Μεθοδολογία: Προκειμένου για την εφαρμογή και την πιλοτική μεταφορά το χρησιμοποιήθηκε το προσφερόμενο υλικό, το οποίο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά. Επίσης, έγινε μία πιλοτική έρευνα για να μπορέσουν να ελεγχθούν αυτές οι προσαρμογές, πριν χορηγηθεί το τεστ σε τελική μορφή. Τέλος, ακολουθήθηκαν οι οδηγίες χορήγησης και βαθμολογίας που περιγράφονται στο βιβλίο οδηγιών του πρωτότυπου.

Η δοκιμασία χορηγήθηκε σε 100 ενήλικες, 50 άντρες και 50 γυναίκες, ηλικίας από 18 έως 70. Η συλλογή του δείγματος έγινε στο Δήμο Θεσσαλονίκης. Κατά τη διαδικασία της χορήγησης δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα.

Αποτελέσματα: Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξε καλή γενική συνοχή των στοιχείων. Στατιστικά, δεν προέκυψε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και του φύλου στο WAB – R για την συγκεκριμένη τύπου αξιολόγηση. Όπως επίσης, καμία σημαντική διαφορά δεν προκύπτει στατιστικά, μεταξύ του Ελληνικού και του Αμερικάνικου δείγματος.

Συμπεράσματα / προτάσεις: Η κλίμακα σε αυτή την ομάδα φαίνεται να ταιριάζει με την Ελληνική πραγματικότητα, με κάποιες προϋποθέσεις, που αφορούν σε συγκεκριμένες αλλαγές του προσφερόμενου υλικού και οι οποίες προτείνονται.

Λέξεις κλειδιά: αφασία, πιλοτική εφαρμογή, ελληνικός πληθυσμός, αξιολόγηση

Ευχαριστίες

Είμαι ειλικρινά ευγνώμων για την καθοδήγηση, συμβουλή, υπομονή και ενθάρρυνση που μου παρείχε ο επιβλέπων μου, M.Sc. Διονύσης Ταφιάδης. Οι ερωτήσεις του, συνέχεια μου υπενθύμιζαν και μου υπενθυμίζουν, το πώς η έρευνα μπορεί να αλλάξει το επάγγελμά μας. Αυτή του η επιρροή πάνω στην επαγγελματική μου εξέλιξη, είναι πια εμφανής. Νιώθω υποχρεωμένη σε αυτό το σημείο να του πω, Ευχαριστώ πολύ.

Επίσης, θέλω να πω ευχαριστώ σε όλους αυτούς που παρείχαν, στα όρια του δυνατού, την υποστήριξη τους σε αυτή την έρευνα. Η ανάμειξή τους στην έρευνα δεν ήταν περιορισμένη, αλλά έδωσαν τις επαγγελματικές τους συμβουλές και το ειλικρινές τους ενδιαφέρον για την επιτυχία αυτού του προγράμματος. Ευχαριστώ, κάθε άτομο που συμμετείχε σε αυτό το ερευνητικό εγχείρημα με ενθουσιασμό και επαγγελματισμό, δεν θα μπορούσα να ζητήσω τίποτε παραπάνω.

Στα τελευταία στάδια της έρευνας αυτής, θα ήθελα να ευχαριστήσω την M.Sc. Μαθηματικό – Στατιστικολόγο Μαρία Ταφιάδη. Οι γνώσεις της πάνω στον τομέα της στατιστικής και της μεθοδολογίας έρευνας ήταν σημαντικές και καθοριστικές.

Φυσικά, να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους όσους συμμετείχαν στην έρευνα και στους μέλλοντες συναδέλφους μας για την συμμετοχή και την υποστήριξη τους στην έρευνα αυτή.

Για τους γονείς μου, ένα ευχαριστώ δεν είναι αρκετό.....

Αντί Προλόγου

Μου έμενε να αντιληφθώ πως δεν χρειαζόταν να ντρέπομαι για τίποτα ... Άρχισα να βλέπω ότι αυτό που μετράει δεν είναι εκείνο που έχασα , αλλά ότι μου απέμεινε.

ΧΑΡΟΛΝΤ ΡΑΣΕΛ

Η Νίκη Στα Χέρια Μου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Κεφάλαιο 1^ο : Τα εισαγωγικά στοιχεία για την Αφασία

1.1. Η Αναφορά στη νόσο

Αφασία κυριολεκτικά σημαίνει «χωρίς γλώσσα» ή «καμία ομιλία» ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα που περιγράφει αυτή τη διαταραχή. Οι άνθρωποι που πάσχουν από αφασία διαφέρουν μεταξύ τους. Παρόλο που η αφασία εξαρτάται από την περιοχή που εντοπίζεται η βλάβη στον εγκέφαλο, την ακριβή θέση, την δριμύτητα της βλάβης και τον τύπο της αφασίας, δεν υπάρχει τέλεια αντιστοιχία αυτών των παραμέτρων. Ούτε κάθε βλάβη στον εγκέφαλο οδηγεί σε αφασία. Βλάβη στον εγκέφαλο μπορεί να προκαλέσει την απώλεια κινητικής ή αισθητικής λειτουργίας, διαταραχές μνήμης, φτωχή κρίση ενώ η γλώσσα μπορεί να παραμένει άθικτη.

Για τους ανθρώπους που πάσχουν από αφασία, ξαφνικά η ομιλία τους φαίνεται να παραπέμπει σε μια σύγχυση από παράξενες και φαινομενικά άγνωστες λέξεις που είναι αδύνατο να κατανοήσουν ή να παράγουν. Επιπλέον είναι πιθανό να έχει παραλύσει κάποιος μυς ή να έχει περιοριστεί αρκετά η κινητικότητα του. Υπάρχουν πολλές μορφές αφασίας. Τα κυριότερα προβλήματα, που εντοπίζονται σε δύο περιοχές, στην ακουστική κατανόηση και στην ανάκτηση των λέξεων, φαίνονται να συναντώνται συχνά σε διαφορετικό βαθμό σε όλα τα άτομα που πάσχουν από αφασία. Οι αδυναμίες στην ανάκτηση των λέξεων υποδεικνύουν ότι η μνήμη μπορεί να έχει διαταραχθεί. Η αφασία δεν είναι αποτέλεσμα κινητικής διαταραχής της ομιλίας, άνοιας, ή της επιδείνωσης της νοημοσύνης.

Η αφασία μπορεί να επηρεάσει όλες τις μορφές έκφρασης και να έχει επιπτώσεις στην ακουστική αντίληψη, την ομιλία, την ανάγνωση, την γραφή, καθώς επίσης και σε ειδικές γλωσσικές λειτουργίες όπως η κατονομασία. Συγγενείς γλωσσικές λειτουργίες όπως η αρίθμηση, η ικανότητα αφήγησης, η ικανότητα να λέμε την ώρα, η καταμέτρηση χρημάτων ή η ερμηνεία περιβαλλοντικών ήχων όπως το γάβγισμα μπορεί να διαταραχθούν. Λαμβάνοντας υπόψη μας την μεγάλη ποικιλία των διαταραχών που παρουσιάζει η αφασία, είναι προτιμότερο να σκεφτεί κανείς την αφασία σαν ένα γενικό όρο που αντιπροσωπεύει διάφορα σύνδρομα.

Τα εκφραστικά ελλείμματα μπορούν να συμπεριλάβουν το μειωμένο λεξιλόγιο, παράλειψη ή προσθήκη των λέξεων, στερεότυπες εκφράσεις, καθυστέρηση ή μείωση της

παραγωγής της ομιλίας, υπερπαραγωγή της ομιλίας και αντικαταστάσεις λέξεων. Κάθε ένα από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι ένα παράδειγμα μιας βαθύτερης διαταραχής της γλωσσικής επεξεργασίας. Η υπερβολικά γρήγορη ροή της ομιλίας, με λίγες διακοπές, μπορεί να είναι ασυνάρτητη, ανεπαρκής και ακατάλληλη ως προς την πραγματολογία.

Τα ελλείμματα γλωσσικής κατανόησης, είτε προφορικά είτε γραπτά, περιλαμβάνουν την διαταραγμένη ερμηνεία των εισερχόμενων γλωσσικών πληροφοριών. Η αφασία δεν είναι μια αισθητηριακή διαταραχή. Τα άτομα που πάσχουν από αφασία μπορεί να έχουν φυσιολογική ακοή και όραση. Δυσκολίες παρουσιάζονται και στην ερμηνεία ή στην δυνατότητα κατανόησης των πληροφοριών.

Η δριμύτητα της κατάστασης μπορεί να διακυμανθεί από τα άτομα με λίγες καταληπτές λέξεις και μικρή κατανόηση, ως εκείνα τα άτομα με πολύ υψηλό γλωσσικό επίπεδο και ελλείμματα που είναι μόλις ευδιάκριτα στην κανονική ομιλία. Η δριμύτητα συσχετίζεται με διάφορες μεταβλητές συμπεριλαμβανομένων των αιτιών της διαταραχής, την θέση και την έκταση του τραυματισμού του εγκεφάλου, την ηλικία του ασθενή, την ηλικία που του παρουσιάστηκε η βλάβη και την γενική του υγεία. Οι διαφορές στον κάθε εγκέφαλο μπορεί να αποτελέσουν διαφορετικά αφασικά χαρακτηριστικά και την έλλειψη παρόμοιων χαρακτηριστικών, όταν έχουμε βλάβη σε όμοιες περιοχές του εγκεφάλου.

Αν και τα άτομα με αφασία διαφέρουν πολύ, υπάρχουν αρκετά πρότυπα συμπεριφοράς που μας επιτρέπουν να ταξινομήσουμε την διαταραχή στους πολυάριθμους αφασικούς τύπους ή σύνδρομα. Κάθε αφασικό σύνδρομο συσχετίζεται με μια αντίστοιχη βλάβη της εγκεφαλικής περιοχής αν και, όπως αναφέρθηκε, δεν υπάρχει τέλεια αντιστοιχία αυτών. Ενώ οι κατηγορίες της διαταραχής περιγράφουν ορισμένες ομοιότητες μεταξύ των ατόμων με αφασία, δεν χαρακτηρίζουν επαρκώς κάθε μια μεμονωμένα. Οι λογοθεραπευτές και άλλοι επαγγελματίες, όπως νευρολόγοι και ψυχίατροι, πρέπει να αξιολογήσουν λεπτομερώς κάθε άτομο και να περιγράψουν τις ατομικές του δυνατότητες και τις αδυναμίες του.

Είναι σπάνιο να δούμε ένα άτομο που να πάσχει από καθαρά ένα μόνο αφασικό σύνδρομο. Επιπλέον άλλες νευρογενείς διαταραχές (εκείνες που επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα) όπως η απραξία ή η δυσαρθρία συχνά συνυπάρχουν με την αφασία και αυτό περιπλέκει την ταξινόμηση.

Άτομα με αφασία μπορεί συχνά να παρουσιάσουν παροξυσμό ή κατάθλιψη. Οι παροξυσμοί μπορεί να είναι τρομερά αρνητικοί για τον ασθενή και να τον οδηγήσουν σε

περιόδους με έλλειψη συνείδησης ή να προκαλέσουν στον ασθενή απώλεια του ελέγχου των κινήσεων αλλά να έχει συνείδηση. Η κατάθλιψη είναι ένα κοινό σύμπτωμα στις νευρολογικές διαταραχές.

1.2. Ο Ορισμός για την Αφασία

Οι επιστήμονες που μελετούν την αφασία είναι πάντα σε διαπραγμάτευση με το παρελθόν, ακόμα και αν αγκαλιάζουν το παρόν και προγραμματίζουν το μέλλον. Στο παρελθόν οι επιστήμονες έχουν παράγει ποικίλους ορισμούς για την αφασία. Νέοι ορισμοί προκύπτουν συχνά ενώ το μέλλον πιθανώς να διαιωνίσει αυτήν την πρακτική. Κάθε ορισμός διαμορφώνει την φύση της αφασίας, προσδιορίζει ποιόν καλούμε αφασικό και υπαγορεύει τη διαχείριση του. «Σύντομος ορισμός Benson και Ardila». Άλλοι δεν είναι τόσο επιφυλακτικοί. Τέσσερις ορισμοί εξετάζονται παρακάτω.

Ο Darley (1982) και η Schuell (1964) είχαν αποφύγει να χαρακτηρίσουν την αφασία με επίθετα. Ο Darley ορίζει την αφασία ως διαταραχή (αποτέλεσμα βλάβης του εγκεφάλου) της ικανότητας για την ερμηνεία και την διατύπωση των γλωσσικών συμβόλων, ποικιλομορφία στην απώλεια ή την μείωση της αποδοτικότητας σε σχέση με την ικανότητα να κωδικοποιηθούν και να αποκωδικοποιηθούν τα κυριότερα συμβατικά γλωσσικά στοιχεία (μορφήματα και μεγαλύτερες συντακτικές μονάδες), δυσανάλογη με την εξασθένηση άλλων νοητικών διαταραχών, μη αποδοτέα στην άνοια, τη σύγχυση, την αισθητηριακή απώλεια ή την δυσλειτουργία των κινήσεων και αισθητή μείωση στην διαθεσιμότητα του λεξιλογίου, την μειωμένη αποδοτικότητα στην εφαρμογή συντακτικών κανόνων, μείωση στην διατήρηση ακουστικής συνοχής σημείων και εξασθενημένη αποδοτικότητα στην επιλογή καναλιών εισόδου και εξόδου. (σ. 42)

Ο ορισμός του μας λέει τι θεωρεί ότι είναι η αφασία και τι θεωρεί ότι δεν είναι. Για τον Darley, οι διαφορές μεταξύ των αφασικών αντιπροσωπεύονται από τις διαφορές στην δριμύτητα ή στην παρουσία μιας συνυπάρχουσας διαταραχής, παραδείγματος χάριν, απραξία στην ομιλία.

Για τη Schuell, αφασία είναι ένα γενικό γλωσσικό έλλειμμα που συνδυάζει όλες τις μορφές γλωσσικής έκφρασης και μπορεί να γίνει πιο περίπλοκο ως επακόλουθο εγκεφαλικής βλάβης. Κατά συνέπεια για την Schuell, κάποιος αφασικός θα επιδείκνυε ελλείμματα στην ακουστική κατανόηση, την ανάγνωση την προφορική γλωσσική έκφραση και τη γραφή. Η διαταραχή δεν χρειάζεται να είναι η ίδια σε κάθε μορφή και ανάλογα με τη

θέση, τη δριμύτητα και το χρόνο έναρξης κάποιος αφασικός μπορεί να εξελιχθεί σε διάφορες μορφές.

Οι Kertesz (1979), Goodglass και Kaplan (1983), Helm-Estabrooks και Albert (1991) και Damasio (1992), υπαινίσσονται ότι η αφασία έχει μια πιθανή επιλεκτικότητα για συγκεκριμένες μορφές εισόδου και εξόδου και, σε μερικές περιπτώσεις, συγκεκριμένους συνδυασμούς εισόδου και εξόδου. Οι Goodglass και Kaplan (1983) διατυπώνουν ένα αντιπροσωπευτικό ορισμό για αυτήν την άποψη. Για αυτούς, αφασία είναι η διαταραχή οποιασδήποτε ή όλων των δεξιοτήτων, σχέσεων ή συνηθειών του προφορικού ή του γραπτού λόγου, που προέρχονται από βλάβη σε συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές που είναι υπεύθυνες για αυτές τις λειτουργίες. (σ.5).

Κατά συνέπεια, οι Goodglass και Kaplan υποστηρίζουν ότι κάποιος αφασικός μπορεί να επιδείξει ελλείμματα σε μια ή περισσότερες μορφές και το μοντέλο αυτών των ελλειμμάτων να ορίζεται παραδείγματος χάριν, ως σφαιρική, Wernicke, Broca κ.α., για να περιγράψει το πρότυπο που παρατηρείται. Επιπλέον, το πρότυπο υποδεικνύει συχνά την περιοχή που εντοπίζεται η εγκεφαλική βλάβη που προκάλεσε την αφασία και τη λειτουργική αλληλεπίδραση διάφορων τμημάτων του νευρικού συστήματος.

Οι ερευνητές {Kreindler και Fradis (1968), McNeil (1982)} διατύπωσαν ένα ορισμό που υπογραμμίζει την εξασθενημένη πρόσβαση στη γλωσσική ικανότητα παρά την απώλεια ή την εξασθένηση της γλωσσικής ικανότητας.

Πρόσφατα ο McNeil (1989) και οι Odell και Tseng (1991) υποστήριξαν ότι τα γλωσσικά ελλείμματα που παρατηρούμε στην αφασία προκύπτουν από ένα έλλειμμα στην κατανομή των ικανοτήτων και συγκεκριμένα από την προσοχή. Υπαινίσσονται ότι η αφασία προκύπτει από την εξασθένηση των σχέσεων μεταξύ προσοχής, διέγερσης, επεξεργασίας και των διαδικασιών των μονάδων της γλώσσας. Ο καταμερισμός της προσοχής γίνεται μεταξύ των γνωστικών περιοχών, όμοια με την κατανομή της προσοχής, την αποδοτικότητα του καταμερισμού της προσοχής και το κατώτερο όριο ενεργοποίησης της προσοχής. Με τη θεωρία προσπαθούν να εξηγήσουν όχι μόνο τι είναι αφασία, αλλά και γιατί εμφανίζεται.

Η θεωρία ότι η αφασία είναι ένα γνωστικό έλλειμμα έχει εξελιχθεί τουλάχιστον τα τελευταία είκοσι χρόνια. Κατά την διάρκεια αυτής της εξέλιξης, οι επιστήμονες διαφώνησαν για το αν η αφασία είναι ένα γνωστικό πρόβλημα ή ένα πρόβλημα στη γνώση και τη γλώσσα (Davis, 1989). Ο Martin (1981) ήταν ο πρώτος συνήγορος της άποψης ότι η αφασία αντιπροσωπεύει μια διάσπαση της γνωστικής επεξεργασίας. Ακολουθώντας τον ορισμό του

Neisser (1996) για τη γνώση, όλες οι διαδικασίες με τις οποίες οι αισθητηριακές πληροφορίες μετασχηματίζονται, μειώνονται, διαμορφώνονται και αποθηκεύονται, ανακτώνται και χρησιμοποιούνται. Ο Martin είπε ότι «αφασία είναι η μείωση της αποδοτικότητας της δράσης και της ολοκλήρωσης των γνωστικών διαδικασιών που υποστηρίζουν τη γλώσσα, λόγω βλάβης του εγκεφάλου» (σ.66). Οι Brown (1977) και Charney (1986) υποστηρίζουν ότι η αφασία είναι ένα γνωστικό και γλωσσικό πρόβλημα. Παραδείγματος χάριν, ο Charney υποστηρίζει ότι η αφασία είναι μια επίκτητη διαταραχή της γλώσσας και των γνωστικών διαδικασιών που υπόκεινται στη γλώσσα, η οποία προκαλείται από οργανική βλάβη στον εγκέφαλο» (σ.7).

Ο Davis (1989) αντιτίθεται στη φράση «γλώσσα και γνώση». Για εκείνον, «η αφασία δείχνει διαταραχή στη γνώση» (σ.726). Συμπεραίνουμε ότι ίσως ο Davis θεωρεί ότι η γνώση είναι ανώτερο σύστημα και η γλώσσα είναι ένα κατώτερο υποσύστημα και μεταξύ τους, ίσως να μεσολαβούν αρκετά κατώτερα, γνωστικά υποσυστήματα. Η βλάβη στον εγκέφαλο που οδηγεί στην αφασία αποδιοργανώνει το γνωστικό υποσύστημα «γλώσσα» αλλά δεν αποδιοργανώνει απαραίτητα άλλα γνωστικά υποσυστήματα, παραδείγματος χάριν, αναγνώριση, κατανόηση, μνήμη, σκέψη και τα λοιπά.

Δύο πρόσθετες επιστήμες, η ψυχολογία και η γνωστική νευρογλωσσολογία, έχουν εισαχθεί στο χώρο της μελέτης της αφασίας. Και οι δύο φαίνεται να ευθυγραμμίζονται, εν μέρει τουλάχιστον, με μια γνωστική θεωρία για την αφασία. Ενώ υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ψυχολογικών και των γνωστικών νευρογλωσσολογικών προσεγγίσεων στην αφασία, ο προσανατολισμός και οι ορισμοί για την αφασία φαίνονται παρόμοιοι. Οι Ratner και Gleason (1993) λένε ότι «η ψυχολογία ενδιαφέρεται για την ανακάλυψη των ψυχολογικών διαδικασιών που καθιστούν πιθανό για τους ανθρώπους να αποκτήσουν και να χρησιμοποιήσουν τη γλώσσα» (σ. 3). Ο Ellis (1988) δήλωσε ότι «στόχος της γνωστικής νευροψυχολογίας είναι να συναχθούν τα συμπεράσματα για τις άθικτες γνωστικές διαδικασίες» (σ.4). Και οι δύο επιστήμες χαρακτηριστικά χρησιμοποιούν το μοντέλο χωριστών προτύπων ή ενοτήτων στις γλωσσικές περιοχές για παράδειγμα, φωνολογία, σημασιολογία και σύνταξη ή το μοντέλο γλωσσικών μορφών, παραδείγματος χάριν, ακουστική κατανόηση, ανάγνωση, ομιλία και γραφή Lesser (1987). Η λογική όπως εξηγούν οι Caramazza και Hillis (1992), είναι να διατυπωθούν οι εύλογες υποθέσεις για τα λειτουργικά τραύματα σε ένα γνωστικό σύστημα έτσι ώστε το σύστημα που έχει υποστεί βλάβη να μπορεί να εξηγήσει τα σημεία μειωμένης

απόδοσης που παρατηρούνται, ώστε η μειωμένη απόδοση να είναι σύμφωνη με το προτεινόμενο πρότυπο της κανονικής γνώσης (σ.65). Κατά συνέπεια οι ψυχογλωσσολογικές και οι γνωστικές νευρογλωσσικές προσεγγίσεις στην αφασία την καθορίζουν ως διάσπαση σε ένα ψυχογλωσσολογικό ή γνωστικό νευροψυχολογικό πρότυπο της φυσιολογικής γλώσσας.

1.3. Τα Αίτια της Αφασίας

Η έναρξη της αφασίας είναι αιφνίδια. Συνήθως εμφανίζεται σε ανθρώπους που δεν έχουν κανένα προηγούμενο ιστορικό δυσκολιών ομιλίας και γλώσσας. Η βλάβη ή το τραύμα αφήνει μια περιοχή του φλοιώδους ιστού ανίκανη να λειτουργήσει όπως λίγα λεπτά πριν.

Το πιο κοινό αίτιο για την αφασία είναι το εγκεφαλικό ή εγκεφαλαγγειακό επεισόδιο, η τρίτη κυριότερη αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα εγκεφαλαγγειακά επεισόδια έχουν επιπτώσεις στους μισούς Αμερικανούς ετησίως. Το 70% είναι πάνω από 65 ετών (Bonita, 1992). Μερικά παιδιά υφίστανται εγκεφαλαγγειακά επεισόδια αν και αυτό είναι σπάνιο. Το 1990, το εθνικό ίδρυμα νευρολογικών διαταραχών και εγκεφαλαγγειακών επεισοδίων, υπολόγισε τα αποτελέσματα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων: περίπου 80.000 άνθρωποι γίνονται αφασικοί κάθε χρόνο.

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια χωρίζονται σε δύο βασικούς τύπους: τον ισχαιμικό και τον αιμορραγικό. Τα αποτελέσματα των ισχαιμικών επεισοδίων από μια πλήρη ή μερική παρεμπόδιση ή το κλείσιμο των αρτηριών, που καταλήγουν στον εγκέφαλο, προκαλούν εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση. Η εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση είναι όταν η πυκνότητα των τοιχωμάτων των εγκεφαλικών αρτηριών χάνει ή μειώνει την ελαστικότητα της. Τα τοιχώματα αποδυναμώνονται και η ροή του αίματος είναι περιορισμένη. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να προκύπτει ισχαιμία ή να παρατηρείται μείωση του οξυγόνου που μπορεί να είναι παροδική ή μπορεί να προκαλέσει μόνιμη βλάβη λόγω της καταστροφής του ιστού του εγκεφάλου. Το έμβολο, είναι η παρεμπόδιση της ροής του αίματος που προκαλείται από ένα θρόμβο αίματος, λιπαρά υλικά ή μια φυσαλίδα με αέρα. Η παρεμπόδιση μπορεί να γίνει μέσω του κυκλοφορικού συστήματος σε σημείο που να εμποδίζει τη ροή του αίματος σε μια μικρή αρτηρία. Παραδείγματός χάριν, ένα θρόμβος μπορεί να δημιουργηθεί στην καρδιά ή στις μεγάλες αρτηρίες του στήθους, να διασπαστεί και να γίνει ένα έμβολο. Όπως στην εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση η παρεμπόδιση οδηγεί σε έλλειψη οξυγόνου στερώντας στα κύτταρα του εγκεφάλου το αναγκαίο οξυγόνο.

Ομοίως, μια θρόμβωση εμποδίζει τη ροή του αίματος. Σε αυτήν την περίπτωση η συγκέντρωση αιμοπεταλίων ή ενός θρόμβου αίματος γίνεται στην ίδια περιοχή και το αποτέλεσμα είναι το ίδιο.

Σε ένα αιμορραγικό επεισόδιο, τα αποδυναμωμένα αρτηριακά τοιχώματα δέχονται την ίδια πίεση όπως σε ένα ανεύρυσμα ή σε μια αρτηριοφλεβώδη δυσμορφία. Το ανεύρυσμα είναι μια κοιλότητα που διογκώνεται σε ένα αποδυναμωμένο τοίχωμα των αρτηριών. Το λεπτό τοίχωμα μπορεί να σπάσει προκαλώντας εγκεφαλική αιμορραγία. Τα περισσότερα ανευρύσματα εμφανίζονται στις μήνιγγες, στις τοποθετημένες σε στρώσεις μεμβράνες που περιβάλλουν τον εγκέφαλο, έτσι το αίμα που ρέει σε αυτό το χώρο μπορεί να βλάψει τον εγκέφαλο και προκαλέσει το θάνατο. Το επεισόδιο αυτό χαρακτηρίζεται από άμεση αιμορραγία στον ιστό του εγκεφάλου.

Η αρτηριοφλεβώδης δυσμορφία είναι σπάνια και περιγράφεται ως μια κακώς διαμορφωμένη σύγχυση των αρτηριών και των φλεβών, που μπορεί να εμφανιστεί σε ένα όργανο όπως ο εγκέφαλος. Η δυσμορφία των αρτηριακών τοιχωμάτων μπορεί να μην είναι έντονη και να δώσει διέξοδο όταν υπάρχει πίεση.

Τα προγράμματα αποκατάστασης διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο του επεισοδίου λόγω της διαφορετικής φύσης της επακόλουθης βλάβης. Συχνά, μετά το ισχαιμικό επεισόδιο, υπάρχει μια αξιοπρόσεκτη βελτίωση μέσα στις πρώτες εβδομάδες μετά τον τραυματισμό ή την αγγειακή βλάβη του εγκεφάλου. Η αποκατάσταση επιβραδύνεται μετά από τρεις μήνες. Αντίθετα τα αποτελέσματα των αιμορραγικών επεισοδίων είναι συνήθως αυστηρότερα μετά την αγγειακή εγκεφαλική βλάβη. Η περίοδος γρήγορης αποκατάστασης παρατηρείται στο τέλος του πρώτου μήνα και στα μέσα του δεύτερου, δεδομένου ότι η διόγκωση ελαττώνεται και οι τραυματισμένοι νευρώνες επανακτούν τη λειτουργία τους.

Η βλάβη μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε μέρος του εγκεφάλου. Στους δεξιόχειρες και σε κάποιους αριστερόχειρες, η βλάβη του αριστερού ημισφαιρίου, όπου αντιπροσωπεύονται οι τομείς της γλώσσας, προκαλεί αφασία. Η βλάβη του δεξιού ημισφαιρίου προκαλεί αφασία μόλις στο 3% των περιπτώσεων. Συνήθως στους αριστερόχειρες το δεξιό ημισφαίριο είναι κυρίαρχο για τη γλώσσα (Calvin και Ojemann, 1980).

Η αφασία και τα συμπτώματα που τη συνοδεύουν, μπορεί να προκληθούν από κρανιοεγκεφαλική κάκωση, λοιμώξεις των νεύρων, εκφυλιστικές νευρολογικές ασθένειες

και από όγκους. Εντούτοις, στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις επηρεάζονται και άλλες φλοιώδεις περιοχές με συνέπεια την πρόκληση διαφορετικών διαταραχών.

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι εξαιρετικά σύνθετος. Η ταξινόμηση των αφασικών τύπων που έχει γίνει για τις διαταραχές του εγκεφάλου πρακτικά μπορεί να μην έχει μεγάλη κλινική αξία. Οι περισσότεροι ασθενείς θα παρουσιάσουν μικτή αφασία. Επομένως, είναι εξαιρετικά σημαντικό οι λογοθεραπευτές να περιγράψουν με σαφήνεια και προσοχή τις δυνατότητες και τις αδυναμίες κάθε ασθενή.

Τα περισσότερα άτομα με αφασία, έζησαν μια υγιή παραγωγική ζωή μέχρι το γεγονός που οδήγησε στην διαταραχή. Ο κίνδυνος εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου αυξάνεται αν υπάρχει ιστορικό καπνίσματος, κατανάλωση αλκοολούχων, κακή διατροφή, έλλειψη άσκησης, υψηλή πίεση αίματος, υψηλή χοληστερίνη, διαβήτη, παχυσαρκία και προηγούμενου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

Αφασία μπορεί να εμφανίσουν τα παιδιά και οι έφηβοι, κυρίως από όγκους στο κεφάλι. Όμως, τα περισσότερα θύματα είναι ασθενείς από τη μέση ηλικία και πέρα.

Συνήθως η έναρξη των συμπτωμάτων είναι γρήγορη όταν η αιτία είναι αγγειακή, άλλα μπορεί να χρειαστούν μήνες ή χρόνια για να γίνει εμφανής σε περίπτωση όγκου ή εκφυλιστικής ασθένειας.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το άτομο που υφίσταται ένα ισχαιμικό επεισόδιο, στερεί από τον εγκέφαλο τον αναγκαίο ανεφοδιασμό με οξυγονωμένο αίμα. Οι πρώτες ενδείξεις μπορεί να είναι απώλεια συνείδησης, πονοκέφαλοι, αδυναμία ή ακινησία των άκρων και δυσκολίες στην ομιλία. Αυτή η κατάσταση μπορεί να είναι προσωρινή αρχικά, αλλά επιστρέφει γρήγορα και σε μονιμότερη φύση. Μερικά άτομα μπορεί να δοκιμαστούν από μια σειρά «μικρών» εγκεφαλικών επεισοδίων που εμφανίζονται περιοδικά για ένα διάστημα ετών προτού γίνουν ανησυχητικά. Κάποια τέτοια επεισόδια μπορεί να μην είναι ανιχνεύσιμα από τα ίδια τα άτομα.

Συνήθως, οι άνθρωποι αυτοί μεταφέρονται εσπευσμένα στο νοσοκομείο. Περίπου το ένα τρίτο αυτών των ανθρώπων πεθαίνουν αμέσως ή λίγο μετά το επεισόδιο. Γι αυτούς που επιβιώνουν, μπορεί να υπάρξει μια περίοδος χωρίς συναίσθηση, που ακολουθείται από σύγχυση. Όταν μια περίοδος χωρίς συναίσθηση διαρκεί πολύ ή ο ασθενής πέφτει σε κώμα, η ενδεχόμενη αποκατάσταση έχει φτωχότερη πρόγνωση (Carlsson, Svarsdudd, και Welin, 1987). Το επίπεδο της συνείδησης μπορεί να μετρηθεί από την κλίμακα Glasgow

Coma Scale , Teasdale και Jannett, (1974), η οποία εξετάζει το άνοιγμα των ματιών, τις κινήσεις και τις λεκτικές απαντήσεις.

Τα περισσότερα άτομα, βρίσκονται υπό εντατική παρακολούθηση μόνο τις πρώτες μέρες έως ότου σταθεροποιηθεί η κατάσταση τους. Μετά από αυτό, ένα άτομο μπορεί να λάβει την κατάλληλη φροντίδα ανάλογα με τη δριμύτητα του επεισοδίου. Αυτό περιλαμβάνει την αποκατάσταση μέσω της εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο, την αποκατάσταση σε εξωτερικά ιατρεία ή την αποκατάσταση και την παροχή φροντίδας στο σπίτι. Οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν στο σπίτι τους με κάποια διαταραχή. Οι υπηρεσίες παρέμβασης μπορεί να στηρίξουν τον ασθενή για αρκετούς μήνες, αφού η αφασία μπορεί να συνοδεύεται από νευρομυικά ελλείμματα, παροξυσμό και άνοια.

1.4. Η Κλινική Εικόνα της Αφασίας

Η Αφασία που προκαλείται από την καταστροφή των φλοιωδών κέντρων για τη γλώσσα.

Τρία από τα πιο κοινά σύνδρομα αφασίας (αφασία Broca, αφασία Wernicke, σφαιρική αφασία) προκαλούνται από βλάβη στις φλοιώδεις περιοχές που θεωρούνται σημαντικές για τη κατανόηση, τη σύνθεση και την παραγωγή της γλώσσας. Αυτές οι περιοχές βρίσκονται στο κυρίαρχο ημισφαίριο, στις περιοχές που αντιπροσωπεύουν τη γλώσσα και τροφοδοτούνται από τη μέση εγκεφαλική αρτηρία. Το κλείσιμο του πρόσθιου κλάδου της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας προκαλεί την αφασία Broca και το κλείσιμο του οπίσθιου κλάδου της μέσης αρτηρίας προκαλεί την αφασία Wernicke. Η σφαιρική αφασία προκαλείται από το κλείσιμο του κύριου κορμού της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας.

Η αφασία Broca

Η αφασία Broca, όπως αναφέραμε νωρίτερα προκαλείται από την βλάβη στην περιοχή Broca. Η περιοχή Broca, αποτελεί το κατώτερο τμήμα του προκινητικού φλοιού, μια λωρίδα του φλοιού ακριβώς μπροστά από τον πρωταρχικό κινητικό φλοιό. Ο προκινητικός φλοιός φαίνεται να είναι αρμόδιος για τον προγραμματισμό των ειδικευμένων εκούσιων κινήσεων για τους πρωταρχικούς κινητικούς φλοιούς και στα δύο ημισφαίρια. Επειδή η περιοχή Broca είναι διπλά στον πρωταρχικό κινητικό φλοιό για τους λεκτικούς μυς, παίζει σημαντικό ρόλο στο προγραμματισμό των λεκτικών κινήσεων. Ακόμα, η περιοχή Broca είναι κοντά στον πρωταρχικό κινητικό φλοιό που είναι υπεύθυνος για την κινητικότητα του

προσώπου, του χεριού και του μπράτσου και επειδή οι πυραμιδικές ίνες περνούν κάτω από την περιοχή Broca, οι ασθενείς με αφασία Broca εμφανίζουν συνήθως ημιπάρεση ή ημιπληγία.

Η αφασία Broca αναφέρεται μερικές φορές και με άλλους όρους όπως αφασία έκφρασης, κινητική αφασία ή πρόσθια αφασία. Οι ασθενείς με αφασία Broca έχουν σοβαρές δυσκολίες στη ροή του λόγου. Μιλούν σαν οι προγραμματισμένες κινήσεις για την ομιλία να μην μπορούν να εκτελεστούν. Οι λέξεις παράγονται αργά και κοπιωδώς. Οι ασθενείς αυτοί κάνουν συχνές παύσεις μεταξύ των λέξεων και σταματούν ανούσια μεταξύ των συλλαβών. Οι λεκτικοί ήχοι είναι μονότονοι λόγω της μειωμένης προσωδίας και της πίεσης που ασκεί ο ασθενής. Οι διαταραχές άρθρωσης είναι κάτι που συναντάμε συχνά όπου πολλά σύμφωνα και φωνήεντα είναι διαστρεβλωμένα. Οι ασθενείς με αφασία Broca είναι λακωνικοί. Οι εκφράσεις τους είναι σύντομες και αποτελούνται συνήθως από περιεκτικές λέξεις (ουσιαστικά, ρήματα, ένα περιστασιακό επίθετο και σπάνια κάποιο επίρρημα). Οι περισσότερες λειτουργικές λέξεις (κλίσεις, άρθρα και προθέσεις) απουσιάζουν, οδηγώντας μερικούς συγγραφείς να περιγράψουν το λόγο τους σαν επιγραμματικό ή τηλεγραφικό.

Ένας ασθενής με αφασία Broca κλήθηκε να περιγράψει την εικόνα «κλοπής μπισκότων» από την διαγνωστική εξέταση για την αφασία της Βοστόνης (Goodglass και Kaplan, 1983, εικόνα 5-22). Δείτε παρακάτω τι είπε «ο...μαμά και μπαμπάς.....πιάτα.....τρέχει πέρα από.....νερό.....και πάτωμα.....και αυτοί....μμμ.....πιάτα...σκαμνί.....και μπισκότα...το βάζο με τα μπισκότα....μμμαπό πάνω....και....μμμάσχημα... και κάποιος..... θα κτυπήσει».

Οι ασθενείς με αφασία Broca γράφουν όπως μιλούν, αργά και κοπιωδώς. Ο γραπτός τους λόγος αποτελείται χαρακτηριστικά από σειρές απομονωμένων περιεκτικών λέξεων, που συνοδεύονται από λάθη στην ορθογραφία και διαστρεβλώσεις ή παραλείψεις γραμμάτων. Τα γράμματα διαμορφώνονται με αδεξιότητα (ίσως λόγω της παρουσίας της ημιπληγίας που δυσκολεύει τον ασθενή να χρησιμοποιήσει το χέρι του). Οι ασθενείς αυτοί γράφουν σπάνια με ρέουσα μορφή. Οι γραπτές προτάσεις, παράγονται με μεγάλη προσπάθεια και συχνά έχουν κλίση προς τα κάτω κατά μήκος της σελίδας. Το παρακάτω σχήμα παρουσιάζει ένα δείγμα γραφής από ένα ασθενή με αφασία Broca που περιγράφει γραπτά τι κάνει κάποιος με τα δέκα αντικείμενα δοκιμής (τσιγάρο, χτένα, πιρούνι, κλειδί,

μαχαίρι, σπίρτο, στυλό, μολύβι, τέταρτο και οδοντόβουρτσα). Porch Index of communicative Ability (Porch 1981a)

Δείγμα γραφής από ασθενή με αφασία Broca

CIGAR - THE SMOKE IT,
 COMB. HAIR
 FORK. THE EAT OUT,
 KEY. THE UNLOCKS
 KNIFE. BUTTER UP
 MATCH LIGHT FIRES
 PEN. WRITE LETTERS
 PENN. WRITE AND ERASER
 QUARTER MOVE GRATER
 TOOTHBRUSH. FEETH

Οι ασθενείς με αφασία Broca κατανοούν τον προφορικό και τον γραπτό λόγο καλύτερα από ότι μιλούν ή γράφουν, αν και είναι αργοί αναγνώστες. Η προσεγγίση εξέταση σχεδόν πάντα θα αποκαλύψει μια λεπτή διαταραχή της κατανόησης της ανάγνωσης και της ακουστική κατανόησης. Ο αυτοέλεγχος συνήθως διατηρείται σε μεγάλο βαθμό. Όταν οι ασθενείς με αφασία Broca κάνουν λάθη στην ομιλία, στην γραφή ή αποτυγχάνουν να επικοινωνήσουν κάνουν χαρακτηριστικές επαναλήψεις και προσπαθούν να το διορθώσουν. Οι ασθενείς αυτοί τείνουν να γνωρίζουν και να αγωνιούν για τις φυσικές και τις επικοινωνιακές τους διαταραχές. Ακόμα, απογοητεύονται εύκολα από τις αποτυχημένες προσπάθειες επικοινωνίας, σε σημείο να φτάνουν κάποιες φορές σε συναισθηματικά ξεσπάσματα και κάποιες φορές να εμφανίζουν κατάθλιψη.

Οι ασθενείς με αφασία Broca είναι συνεργάσιμοι και προσανατολίζονται στις δραστηριότητες αξιολόγησης και θεραπείας. Είναι καλοί στην απομνημόνευση των διαδικασιών και των στόχων θεραπείας από μέρα σε μέρα και ίσως να γενικεύσουν αυθόρμητα δεξιότητες και στρατηγικές που αποκτούν μέσω της θεραπείας στην καθημερινή τους ζωή.

Η αφασία Wernicke

Η αφασία Wernicke όπως η αφασία Broca αναφέρεται στην βιβλιογραφία και με άλλους ορισμούς, συμπεριλαμβανομένης της αισθητηριακής αφασίας, της δεκτικής αφασίας και της οπίσθιας αφασίας. Η αφασία Wernicke προκαλείται χαρακτηριστικά από

βλάβη στον οπίσθιο ανώτερο κροταφικό λοβό που είναι υπεύθυνος για τη γλώσσα στο κυρίαρχο ημισφαίριο. Ένα από τα πιο εντυπωσιακά γλωσσικά χαρακτηριστικά των ασθενών με αφασία Wernicke είναι η διαταραχή στην κατανόηση προφορικών ή γραπτών λεκτικών μηνυμάτων. Οι ασθενείς με αφασία Wernicke βαριάς μορφής αποτυγχάνουν να κατανοήσουν ακόμα και τα πιο απλά προφορικά ή γραπτά λεκτικά μηνύματα, αν και σε μερικές περιπτώσεις μπορούν να έχουν μια επιπόλαιη γνώση από όσα λέγονται σε μια συζήτηση. Οι ασθενείς με αφασία Wernicke ήπιου ή μέτριου τύπου καταλαβαίνουν συνήθως το γενικό νόημα των συνομιλιών αλλά χάνουν τις λεπτομέρειες.

Οι ασθενείς με αφασία Wernicke κάνουν συχνά διαχωρισμούς μεταξύ του ήχου ή του συμβόλου των λέξεων και των εννοιών τους. Σε ακραίες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι ικανοί να διαχωρίσουν τις φωνολογικά έγκυρες ψευδολέξεις (τουτάλι) από τις πραγματικές λέξεις (κουτάλι). Η γλωσσική τους κατανόηση μπορεί να προκαλέσει μια σύγχυση των σημασιολογικών διακρίσεων των λέξεων και να καταστήσει αδύνατο να εκτιμήσουν τις διαφορές μεταξύ των λέξεων και των συγγενικών εννοιών τους (καλά έναντι του θαυμάσια). Ακόμα οι δυσκολίες στη διάκριση μπορούν να αναγκάσουν έναν ασθενή με αφασία Wernicke να χάσει την αίσθηση του σημασιολογικού χαρακτήρα των λέξεων (εάν το καρότο είναι πιο χαρακτηριστικό λαχανικό από την αγκινάρα).

Τα στοιχεία που αποδεικνύουν την σύγχυση των ασθενών με αφασία Wernicke σε σχέση με το σημασιολογικό περιεχόμενο των λέξεων, προέρχονται από test στα οποία ο ασθενής πρέπει να προσδιορίσει το σημασιολογικό περιεχόμενο των τυπωμένων λέξεων. Η σύγχυση αυτή όμως σπάνια επεκτείνεται στη καθημερινή τους ζωή. Οι ασθενείς με αφασία Wernicke είναι απίθανο να μπερδέψουν τα αληθινά καρότα με τις αληθινές αγκινάρες όταν πρόκειται να τις ξεφλουδίσουν, να τις μαγειρέψουν ή να τις φάνε.

Οι σημασιολογικές διαταραχές των ασθενών με αφασία Wernicke, επιδεινώνονται από τις δυσκολίες βραχυπρόθεσμης συγκράτησης όρων και ανάκλησης των πληροφοριών λεκτικού περιεχομένου. Οι ασθενείς με αφασία Wernicke δεν αποδίδουν καλά στις δοκιμασίες βραχυπρόθεσμης μνήμης, στις οποίες θα πρέπει να επαναλάβουν σειρές αριθμών ή να θυμηθούν καταλόγους λέξεων. Όταν καλούνται να εκτελέσουν ακολουθίες χειρισμών ή χειρονακτικές διαδικασίες στις προφορικές ή τις γραπτές εντολές (π.χ. «τοποθετήστε το μολύβι δίπλα στο κουτάλι και βγάλτε το τετράγωνο έξω από το κουτί») η απόδοση τους χειροτερεύει καθώς οι εντολές γίνονται μακροπρόθεσμες.

Σε αντίθεση με την αργή, κοπιώδη και διακοπτόμενη ομιλία των ασθενών με αφασία Broca, οι ασθενείς με αφασία Wernicke μιλούν ομαλά, με καλή ροή, αβίαστα και συνήθως αδιάκοπα (η αφασία Wernicke είναι μια αφασία με ευχέρεια στο λόγο). Οι ασθενείς με αφασία Wernicke μπορούν να παράγουν μακροσκελείς, συντακτικά σωστά διαμορφωμένες προτάσεις με φυσιολογική προσωδία, αν και μπορεί να σταματήσουν και να μπερδευτούν όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα ανάκτησης λέξης, ακόμα και όταν οι λέξεις είναι συνηθισμένες.

Το γεγονός ότι οι κινητικοί μηχανισμοί της ομιλίας συντηρούνται στην αφασία Wernicke δεν σημαίνει ότι οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν καμία δυσκολία επικοινωνίας σε σχέση με την ομιλία. Η ομιλία τους μπορεί να συνοδεύεται από λεκτικές παραφασίες (αντικατάσταση λέξης με άλλη), περιστασιακές κατά λέξη παραφασίες (αντικαταστάσεις ή μεταθέσεις ήχων μέσα στις λέξεις) και νεολογισμούς (ψευδολέξεις όπως καραμπί). Το λεκτικό πρότυπο των ασθενών με ήπιου ή μέτριου τύπου αφασία Wernicke μερικές φορές ονομάζεται παραγραμματισμός. Παραδείγματος χάριν, κλινικός: «πείτε μου που μένετε», ασθενής: «καλά, είναι ένα υπέρηχο μέρος και έχει δύο...δύο από αυτά. Για να ονειρεύεσαι και μετά το βραδινό. Και πάνω-κάτω. Τέσσερις από κάτω και τρεις από πάνω.....».

Οι ασθενείς με αφασία Wernicke βαριάς μορφής μπορεί να παράγουν μια ειδική ορολογία νεολογισμών αναφέροντας συνδεδετικές λέξεις. Για παράδειγμα, κλινικός: «*πως είναι ο καιρός σήμερα;*». ασθενής: «*πλήρως κάτω από το όπου και με χαμηλομετρικό*». Οι ασθενείς αυτοί συχνά παράγουν προτάσεις στις οποίες οι σημαντικότερες συνδεδετικές λέξεις αντικαθιστώνται από νεολογισμούς, στους οποίους οι συνδεδετικές λέξεις (άρθρα, κλίσεις, προθέσεις) είναι πραγματικές. Επίσης οι προτάσεις συχνά φαίνονται συντακτικά σωστά διαμορφωμένες (Goodglass,1993). Οι ασθενείς με αφασία Wernicke, λόγω των διαταραχών ανάκτησης των λέξεων μπορεί να παράγουν αυτό που ονομάζουμε κενό λόγο, αντικαθιστώντας τις λέξεις γενικού περιεχομένου με ουσιαστικά ή αντωνυμίες χωρίς να αναφέρουν πιο συγκεκριμένες λέξεις.

Ένας ασθενής με αφασία Wernicke μετρίου τύπου, προσπαθούσε να εξηγήσει τι είχε κάνει σε ένα ταξίδι για αγορές την προηγούμενη μέρα. Ολοκλήρωσε με τη φράση «*πήγα κάτω στο πράγμα να κάνω άλλο το ένα και εκείνη ήταν η τελευταία που το έκανε ποτέ, και έτσι δεν το έκανα*».

Κάποιοι ασθενείς με αφασία Wernicke μιλούν παραλείποντας λέξεις, μια συμπεριφορά που ονομάζεται περίφραση. Μια ασθενής με αφασία Wernicke μετρίου

τύπου προσπαθούσε να πει στον κλινικό τι είχε φάει για πρόγευμα εκείνο το πρωί. Ήταν αδύνατο να βρει τις κατάλληλες λέξεις και μιλούσε περιφραστικά, ενώ προσπαθούσε να γίνει κατανοητή. *«Σήμερα για - εκείνο το γεύμα - το πρώτο πράγμα σήμερα το πρωί- που έφαγα- εγώ δείπνησα- κοτόπουλο, αλλά λίγο- και χοιρινό- μοσχάρι- φρούτα και λίγο μπέικον νομίζω».*

Η ευκολία με την οποία οι ασθενείς με αφασία Wernicke παράγουν το λόγο, οι περιφράσεις και ο ανεπαρκής αυτοέλεγχος μπορούν να συμβάλλουν στην τάση που έχουν να μιλούν βιαστικά, κάτι που ονομάζουμε λογοδιάρροια.

Η γραφή των ασθενών με αφασία Wernicke μοιάζει συνήθως με την ομιλία τους. Γράφουν αβίαστα και τα γράμματα τους είναι καλά σχεδιασμένα και ευανάγνωστα. Όταν γράφουν όπως και όταν μιλούν μπορεί "τυπικά" να είναι σωστοί αλλά είναι ανεπαρκής στο περιεχόμενο. Οι ασθενείς που παράγουν λεκτικές παραφασίες κατά την ομιλία, τις παράγουν και εγγράφως. Οι ασθενείς που μιλούν χρησιμοποιώντας νεολογισμούς γράφουν χρησιμοποιώντας νεολογισμούς (τα γράμματα στους νεολογισμούς συνήθως ομαδοποιούνται σε σειρές που είναι σύμφωνες με τους σχηματισμούς σειρών για τις πραγματικές λέξεις). Σε ασθενείς που παρατηρείται "λογόρροια" κατά την ομιλία γράφουν με τον ίδιο τρόπο.

Οι περισσότεροι ασθενείς με αφασία Wernicke είναι σε συγκεντρωμένοι, προσεκτικοί και προσανατολισμένοι στην θεραπεία. Εκείνοι με αφασία Wernicke ήπιου τύπου γνωρίζουν τα λάθη τους (τουλάχιστον οι περισσότεροι από αυτούς), το περιεχόμενο της ομιλίας τους είναι σημασιολογικά κατάλληλο, και γενικά ακολουθούν τους κανόνες μιας συνομιλίας. Οι ασθενείς με αφασία Wernicke μέτριου τύπου σπάνια παρατηρούν τα λάθη τους ή προσπαθούν να τα διορθώσουν. Είναι προσεκτικοί και συνεργάσιμοι κατά την αξιολόγηση και τη θεραπεία αλλά μπορεί να απομακρυνθούν από το στόχο τους αν ο λογοθεραπευτής δεν επέμβει για να τους επαναφέρει και χρειάζονται συχνά οριοθέτηση. Σε συζητήσεις οι ασθενείς αυτοί μπορεί να περιπλανηθούν μακριά από το θέμα και μπορούν να μιλήσουν επί μακρόν για ανεξάρτητα ή τετριμμένα θέματα. Οι περισσότεροι ασθενείς με αφασία Wernicke βαριάς μορφής είναι προσεκτικοί, αλλά οι σοβαρές διαταραχές κατανόησης που τους χαρακτηρίζουν δεν τους επιτρέπουν να έχουν καλή απόδοση και επιτυγχάνουν μόνο στους απλούστερους λεκτικά στόχους. Οι ασθενείς αυτοί δεν θυμούνται χαρακτηριστικά τα λάθη και την αποτυχία που σημειώνουν στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν, αλλά φαίνεται να είναι περισσότερο ευαίσθητοι

στους κανόνες που κυριαρχούν σε μια συζήτηση μεταξύ των συνομιλητών. Αναγνωρίζουν και ανταποκρίνονται όταν κάποιος συνομιλητής τους απευθύνει το λόγο (τηρώντας έτσι τους κανόνες του διαλόγου), αν και όταν πάρουν το λόγο μιλούν υπερβολικά, ακατάπαυστα και κάποιες φορές χρησιμοποιώντας νεολογισμούς.

Οι ασθενείς με αφασία Wernicke δεν παρουσιάζουν την ίδια ανησυχία για τις διαταραχές επικοινωνίας που χαρακτηρίζουν τους ασθενείς με αφασία Broca. Μέρος αυτής της απάθειας μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη συνείδησης των αποτυχιών τους στην προσπάθεια του σαν επικοινωνήσουν. Παρόλα αυτά αρκετοί ασθενείς που αναγνωρίζουν τα λάθη και κατανοούν τις διαταραχές επικοινωνίας που τους συνοδεύουν είναι εντυπωσιακά ικανοποιημένοι και ήρεμοι.

Επειδή η περιοχή Wernicke δεν είναι κοντά στον κινητικό φλοιό, λίγοι ασθενείς με αφασία Wernicke έχουν ημιπληγία ή ημιπάρεση, εκτός αν η βλάβη που ευθύνεται για την αφασία εκτείνεται στο μετωπιαίο λοβό ή έχει επιπτώσεις στα κατώτερα πυραμιδικά τμήματα (σε αυτή τη περίπτωση θα ήταν πιο σωστό να ονομάσουμε την αφασία σφαιρική). Εντούτοις οι ίνες από την οπτική οδό περνούν κάτω από την περιοχή Wernicke στην πορεία τους για τον οπτικό φλοιό. Τα τραύματα που εκτείνονται βαθιά στον κροταφικό λοβό καταστρέφουν συχνά αυτές τις ίνες και προκαλούν αντίπλευρη τύφλωση του οπτικού πεδίου.

Η σφαιρική/ολική αφασία

Η σφαιρική/ολική αφασία συνήθως προκαλείται από το κλείσιμο του κορμού της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, η οποία προκαλεί σοβαρή βλάβη που επεκτείνεται σε όλη την ευρύτερη περιοχή. Ωστόσο, οι περιπτώσεις σφαιρική αφασίας έχουν αναφερθεί και σε περιπτώσεις που η περιοχή Wernicke και η περιοχή Broca προσβάλλονται (Basso, Lecours, Moraschini, και συνεργάτες, 1985, Vingolo, Frediani, Boccardi, και συνεργάτες 1986). Ακόμα προκαλείται και από υποφλοιώδη βλάβη στο θάλαμο και τα βασικά γάγγλια (Naeser, Alexander, Helm-Estabrooks και συνεργάτες 1982).

Το κλείσιμο του κορμού της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας έχει τρομερές συνέπειες στον ασθενή. Οι ασθενείς με σφαιρική αφασία συνολικά, παρουσιάζουν σοβαρές αμετάβλητες διαταραχές σε όλες τις λειτουργίες της γλώσσας. Οι περισσότεροι δεν μπορούν να εκτελέσουν ακόμα και τις απλούστερες δοκιμασίες ακουστικής κατανόησης ή αδυνατούν να απαντήσουν σε απλές ερωτήσεις κλειστού τύπου (που απαντώνται με ναι ή

όχι). Παρόλο που κάποιοι μπορούν να ανταποκριθούν σε συζητήσεις με ένα τρόπο που δείχνει ότι έστω στοιχειωδώς καταλαβαίνουν όσα λέγονται.

Μερικοί ασθενείς με σφαιρική αφασία που δεν ανταποκρίνονται κατάλληλα σε οποιαδήποτε άλλο προφορικό περιεχόμενο, μπορούν να ανταποκριθούν κατάλληλα στην ολοκλήρωση εντολών σε σχέση με το σώμα όπως «σήκω πάνω», «κάνε μια στροφή», «ξάπλωσε» και ούτε κάθε εξής. Ο λόγος που παρατηρείται αυτό το φαινόμενο δεν είναι σαφής, αλλά ο Albert και οι συνεργάτες του (1981) υποστηρίζουν ότι μπορεί να αποδοθεί στη συμμετοχή του δεξιού ημισφαιρίου στην ολοκλήρωση τέτοιων εντολών.

Λίγοι ασθενείς με σφαιρική αφασία μπορούν να διαβάσουν έστω και απλές λέξεις, αλλά η ανάγνωση των προτάσεων ή των κειμένων δεν είναι λειτουργική. Η ομιλία των ασθενών αυτών είναι σοβαρά περιορισμένη και συνήθως αποτελείται από μερικές μεμονωμένες λέξεις, στερεοτυπικές προτάσεις «κάνε, κάνε, κάνε», κάποιες λέξεις «όπως, πως» ή παραπληρωματικό λόγο. Κατά τη διάρκεια του χρόνου κάποιοι ασθενείς με σφαιρική αφασία μπορούν να επικοινωνήσουν αλλά με ένα περιορισμένο τρόπο, με ένα συνδυασμό από στερεοτυπικές εκφράσεις, χειρονομίες ή εκφράσεις του προσώπου αλλά η λεκτική επικοινωνία παραμένει κατά ένα μεγάλο μέρος μη λειτουργική.

Οι περισσότεροι ασθενείς με σφαιρική αφασία είναι προσεκτικοί, συγκεντρωμένοι και προσανατολισμένοι στην θεραπεία και είναι κοινωνικά κατάλληλοι (κάτι που τους διαφοροποιεί από τους ασθενείς με σύγχυση ή με παραφροσύνη). Μπορούν να ανταποκριθούν σε μη λεκτικές εντολές (ταιριάζοντας αντικείμενα με εικόνες ή εικόνες με αντικείμενα) ικανοποιητικά και κάποιοι μπορεί να ανταποκριθούν φυσιολογικά ή σχεδόν φυσιολογικά σε μη λεκτικά τεστ νοημοσύνης.

Οι ασθενείς με σφαιρική αφασία κατανοούν περιστασιακά ερωτήσεις σχετικές με προσωπικά δεδομένα αρκετά καλά, έναντι της γενικότερης φτωχής κατανόησης των υπόλοιπων γλωσσικών περιεχομένων. Κάποιοι ασθενείς με σφαιρική αφασία βαριάς μορφής, απαντούν προφορικά με ναι ή όχι σε ερωτήσεις σχετικές με την οικογένεια τους, με προσωπικές πληροφορίες ή με πρόσφατες εμπειρίες που είχαν, όμως δεν έχουν πολλές πιθανότητες να καταφέρουν να ανταποκριθούν σε όλα τα επίπεδα προφορικού λόγου (Goodglass, Kaplan, και Barresi, 2001).

Η Αφασία που προκαλείται από βλάβη των συνδετικών οδών που είναι σημαντικές για τη γλώσσα

Σοβαρά αφασικά σύνδρομα προκαλούνται από βλάβη είτε μεμονωμένα στις συνδετικές οδούς που συνδέουν την περιοχή Wernicke με την περιοχή Broca είτε από βλάβη στις συνδετικές οδούς που συνδέουν την περιοχή Wernicke και την περιοχή Broca με τον υπόλοιπο εγκέφαλο. Στη αφασία αγωγής η συνδετική οδός που συνδέει την περιοχή Wernicke και την περιοχή Broca έχει υποστεί βλάβη. Στις υποφλοιώδης αφασίες η συνδετική οδός που συνδέει αυτές τις περιοχές με τον υπόλοιπο εγκέφαλο έχει υποστεί βλάβη.

Η αφασία αγωγής

Η αφασία αγωγής, προκαλείται χαρακτηριστικά από βλάβη στον ανώτερο κροταφικό λοβό, στον κατώτερο βρεγματικό λοβό ή στη νόσο του εγκεφάλου, που αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τον τραυματισμό των τοξοειδών δεσμίδων αλλά και των περιοχών Wernicke και Broca. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που καθορίζουν την αφασία αγωγής είναι η καταφανείς διαταραχές στην επανάληψη και η γλωσσική κατανόηση που διατηρείται σχετικά. Η γλωσσική κατανόηση διατηρείται στην αφασία αγωγής καθώς ο πρωτοπαθής ακουστικός φλοιός και η περιοχή Wernicke δεν διαταράσσονται σημαντικά.

Ότι η κατανόηση διατηρείται στους ασθενείς με αφασία αγωγής, δε σημαίνει ότι παραμένει άθικτη. Παρουσιάζονται ήπιες έως μέτριες διαταραχές κατανόησης. Ουσιαστικά η ικανότητα τους να επαναλαμβάνουν προτάσεις και φράσεις είναι εντυπωσιακά χειρότερη από την ικανότητα τους να κατανοούν τις ίδιες φράσεις και προτάσεις.

Οι ασθενείς με αφασία αγωγής έχουν εξαιρετικά σοβαρές δυσκολίες στο να επαναλάβουν ότι ακούνε, λόγω της φτωχής επικοινωνίας της περιοχής Wernicke και της περιοχής Broca. Όταν οι ασθενείς με αφασία αγωγής καλούνται να επαναλάβουν λέξεις, αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα με τις πολυσύλλαβες παρά με τις μονοσύλλαβες λέξεις. Μακροσκελείς και φωνολογικά πολύπλοκες λέξεις κάνουν τους ασθενείς με αφασία αγωγής να μπερδεύονται ακόμα περισσότερο.

Οι ασθενείς με αφασία αγωγής μιλούν με ευφράδεια (ο ρυθμός, η προσωδία και ο τόνος κατά την ομιλία είναι φυσιολογικοί) αλλά είναι επιρρεπείς σε λεκτικές παραφασίες. Αυτοί οι ασθενείς μιλούν καλύτερα αυθόρμητα από ότι επαναλαμβάνουν, αν και οι λεκτικές παραφασίες, οι μικρές διακοπές κατά την παραγωγή του λόγου και οι δυσκολίες ανάκτησης

των λέξεων είναι κάτι που παρατηρείται συχνά. Οι ασθενείς με αφασία αγωγής αντιμετωπίζουν δυσκολίες όταν διαβάζουν μεγαλόφωνα, επειδή η προφορική ανάγνωση όπως και η επανάληψη εξαρτάται από την επικοινωνία της περιοχής Wernicke με την περιοχή Broca. Τα προβλήματα των ασθενών με αφασία αγωγής, με την προφορική ανάγνωση δεν επεκτείνονται στην κατανόηση όσων διαβάζουν, αφού όπως και η ακουστική κατανόηση είναι σχετικά καλή.

Η γραφή των ασθενών με αφασία αγωγής είναι χαρακτηριστικά καλά διαμορφωμένη και ευανάγνωστη, αλλά τόσο η αυθόρμητη γραφή όσο και η γραφή καθ' υπαγόρευση συνήθως έχουν ορθογραφικά λάθη και αντιμεταθέσεις συλλαβών και λέξεων. Όπως ακριβώς οι ασθενείς αυτοί είναι καλύτεροι στο να λένε τι σκέφτονται από το να επαναλαμβάνουν ότι ακούνε, αντίστοιχα είναι καλύτεροι στο να γράφουν αυθόρμητα από ότι να γράφουν ότι ακούνε.

Οι ασθενείς που πάσχουν από αφασία αγωγής, είναι συγκεντρωμένοι, προσεκτικοί και προσανατολισμένοι στην θεραπεία. Γνωρίζουν τα λάθη που κάνουν στην ομιλία και τη γραφή και προσπαθούν να τα διορθώσουν. Οι ασθενείς αυτοί, φαίνονται συχνά έκπληκτοι από τις παραφασίες και τα σχόλια που τις συνοδεύουν δεν είναι ασυνήθιστα. Οι ασθενείς με αφασία αγωγής ρωτούν χαρακτηριστικά τον συνομιλητή τους, τι συμβαίνει και γιατί δεν μπορούν να πουν αυτό που θέλουν "φυσιολογικά" και χωρίς συνειδητή προσπάθεια. Οι πρώτες προσπάθειες που κάνουν για να απαντήσουν σωστά είναι συχνά ανεπιτυχείς και οι συνεχείς προσπάθειες που κάνουν για να διορθώσουν ότι είπαν, είναι κάτι που συναντάμε συχνά, με τον ασθενή να απομακρύνεται όλο και περισσότερο από το στόχο, έως ότου ο ίδιος ο ασθενής να εγκαταλείψει την προσπάθεια ή ο εξεταστής να του δώσει τη σωστή τελικά απάντηση.

Η Υποφλοιώδης αφασία

Η υποφλοιώδης αφασία, (κάποιες φορές την ονομάζουν και σύνδρομο απομόνωσης) προκαλείται από βλάβη στο κυρίαρχο εγκεφαλικό ημισφαίριο, ενώ η κεντρική περιοχή δεν υφίσταται βλάβη (η περιοχή Wernicke, η περιοχή Broca και οι τοξοειδείς δεσμίδες) αλλά διακόπτει την επικοινωνία (απομονώνει) ολόκληρης ή μέρος αυτής της περιοχής από τον υπόλοιπο εγκέφαλο. Ο Lichtheim (1885) ονόμασε αυτό που καλούμε σήμερα υποφλοιώδη αφασία, συνδυαστική δυσγραφία ή λευκό θέμα στη δυσγραφία.

Η αποσύνδεση που προκαλεί την υποφλοιώδη αφασία προκύπτει από βλάβη στα σύνορα που περιβάλλουν την πρόσθια περιοχή του εγκεφάλου. Βλάβη σε αυτή τη περιοχή συχνότερα προέρχεται από σοβαρό στένεμα της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, η οποία προκαλεί μειωμένη ροή αίματος. Λιγότερο συχνά η βλάβη προέρχεται από έμβολα.

Η επανάληψη που διατηρείται είναι ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό στις υποφλοιώδεις αφασίες. Επειδή οι περιοχές Wernicke, Broca και οι τοξοειδείς δεσμίδες παραμένουν ακέραιες, η επανάληψη των προφορικών λέξεων, φράσεων και προτάσεων διατηρείται αν και οι υπόλοιπες γλωσσικές λειτουργίες υπαναχωρούν σημαντικά. Έχουν περιγραφεί τρία είδη για την υποφλοιώδη αφασία: η κινητική υποφλοιώδης αφασία, η αισθητηριακή υποφλοιώδης αφασία και η μικτή υποφλοιώδης αφασία.

Η Υποφλοιώδης κινητική αφασία

Το πιο συνηθισμένο νευρολογικό αίτιο από το οποίο προκαλείται η κινητική υποφλοιώδης αφασία, είναι βλάβη στον πρόσθιο ανώτερο μετωπιαίο λοβό, στο κυρίαρχο ημισφαίριο που αντιπροσωπεύεται η γλώσσα. Τα κύρια χαρακτηριστικά που καθορίζουν την υποφλοιώδη κινητική αφασία είναι η εμφανώς μειωμένη παραγωγή του λόγου, η καλή επανάληψη και η καλή ακουστική κατανόηση. Η μειωμένη λεκτική παραγωγή των ασθενών με υποφλοιώδη κινητική αφασία φαίνεται να είναι συνέπεια της συμμετοχής των πρόσθιων μετωπιαίων λοβών. Οι πρόσθιοι μετωπιαίοι λοβοί είναι σημαντικοί για την έναρξη και τη διατήρηση μιας εκούσιας δραστηριότητας. Επομένως, οι ασθενείς με βλάβη στον πρόσθιο μετωπιαίο λοβό στο κυρίαρχο ημισφαίριο όπου αντιπροσωπεύεται η γλώσσα είναι αναμενόμενο να έχουν προβλήματα με την έναρξη και τη διατήρηση ενός διαλόγου. Ο Luria (1966) ονόμασε αυτό που καλούμε υποφλοιώδη κινητική αφασία, δυναμική αφασία και την εκδήλωσή της, συμπεριφοριστική παθολογική αδράνεια. Το δεξί ημισφαίριο (ή λιγότερο συχνά δεξιά ημιπληγία) μπορεί να συνοδεύει την υποφλοιώδη κινητική αφασία που προκαλείται από σοβαρά τραύματα στον πρόσθιο μετωπιαίο λοβό που επεκτείνονται στον οπίσθιο μετωπιαίο λοβό. Η περιοχή Wernicke δεν προσβάλλεται στην υποφλοιώδη κινητική αφασία, άρα οι ασθενείς με υποφλοιώδη κινητική αφασία κατανοούν τη γλώσσα σχετικά καλά. Οι τοξοειδείς δεσμίδες παραμένουν ακέραιες στην υποφλοιώδη κινητική αφασία, άρα οι ασθενείς αυτοί θα είναι καλοί στο να επαναλαμβάνουν ότι ακούνε και θα μπορούν να διαβάζουν ικανοποιητικά.

Αν και είναι προσεκτικοί, προσανατολισμένοι στη θεραπεία και συνεργάσιμοι, οι ασθενείς με υποφλοιώδη κινητική αφασία είναι κακοί συνομιλητές και προτιμούν να κάθονται σιωπηλοί ενώ ο συνομιλητής τους “κουβαλάει” το επικοινωνιακό φορτίο. Μετά από ιδιαίτερη ώθηση, οι ασθενείς με υποφλοιώδη κινητική αφασία μιλούν, παράγουν τυπικά μια ή δύο λέξεις και επιστρέφουν στη σιωπή. Εντούτοις, αν η ερώτηση είναι ιδιαίτερα δομημένη και απαιτεί μόνο λίγες λέξεις ιδιαίτερα προβλέψιμες, οι ασθενείς αυτοί μπορούν να αποκριθούν με ευφράδεια και χωρίς καθυστέρηση. Το εκπληκτικό με τους ασθενείς που πάσχουν από υποφλοιώδη κινητική αφασία είναι το πόσο καλά μιλούν όταν πρόκειται να επαναλάβουν φράσεις ή προτάσεις, αφού ξεπεράσουν τις δυσκολίες τους με την έναρξη της ομιλίας. Όταν ξεκινήσουν οι ασθενείς αυτοί μπορούν να επαναλάβουν μακροσκελείς και σύνθετες φράσεις και προτάσεις με ευφράδεια και χωρίς λάθη .

Η Υποφλοιώδης αισθητηριακή αφασία

Όπως στην υποφλοιώδη κινητική αφασία, η υποφλοιώδης αισθητηριακή αφασία (κάποιες φορές ονομάζεται και σύνδρομο της οπίσθιας απομόνωσης) προκύπτει από βλάβη που αφήνει την περιοχή Wernicke, την περιοχή Broca ενώ τοξοειδείς δεσμίδες διατηρούνται ανέπαφες. Η βλάβη που είναι υπεύθυνη για την αισθητηριακή υποφλοιώδη αφασία εντοπίζεται στην περιοχή της κεντρική εγκεφαλικής αρτηρία στον ανώτερο βρεγματικό λοβό στο κυρίαρχο ημισφαίριο που αντιπροσωπεύεται η γλώσσα. Όπως οι ασθενείς με υποφλοιώδη κινητική αφασία, οι ασθενείς με υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία τα πάνε καλά όταν πρέπει να επαναλάβουν φράσεις ή προτάσεις μετά τον εξεταστή. Αντίθετα από τους ασθενείς με υποφλοιώδη κινητική αφασία, οι ασθενείς με υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία μιλούν χωρίς να πρέπει απαραίτητα να τους παροτρύνει ο συνομιλητής τους. Στην πραγματικότητα κάποιοι ασθενείς με υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία φαίνονται να είναι αναγκασμένοι να επαναλαμβάνουν ότι τους λένε, ακόμα και όταν καθοδηγούνται να μην το κάνουν (ηχολαλία). Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης συχνά επαναλαμβάνουν το ερώτημα που υποβάλλει ο λογοθεραπευτής, πριν προλάβουν να απαντήσουν στο αίτημα του, και στις συνομιλίες τους επαναλαμβάνουν ότι τους λένε στις απαντήσεις που δίνουν (Goodglass, 1993).

Σε μια δοκιμασία της κατανόησης ο κλινικός ρώτησε κάποιον ασθενή με υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία «ο ήλιος ανατέλλει από τη δύση;» Ο ασθενής απάντησε «ο ήλιος ανατέλλει από τη δύση; ο ήλιος ανατέλλει από τη δύση...από τη

δύση...ανατέλλει...ναι... πρέπει να σκεφτώ αν ο ήλιος ανατέλλει από τη δύση...ο ήλιος ανατέλλει από τη δύση».

Επειδή η βλάβη στον εγκέφαλο που προκαλεί την υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία απομονώνει την περιοχή Wernicke από ένα μεγάλο μέρος του βρεγματικού λοβού και από τον οπτικό φλοιό, οι ασθενείς με υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία έχουν πάντα σοβαρές διαταραχές στην ακουστική κατανόηση και στην κατανόηση όσων διαβάζουν. Κατά κάποιο τρόπο οι ασθενείς με υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία μοιάζουν με τους ασθενείς με αφασία Wernicke, μιλούν με ευφράδεια και η ομιλία τους είναι κενή, γεμάτη με παραφασίες. Οι περισσότεροι δεν καταλαβαίνουν τα λάθη τους και δεν κάνουν καμία προσπάθεια για να τα διορθώσουν. Εντούτοις, συνήθως δεν παρουσιάζουν διαταραχές στον τόνο κατά την ομιλία, όπως κάνουν πολλοί ασθενείς με αφασία Wernicke. Επιπλέον η άριστη επανάληψη, τους διαφοροποιεί σαφώς από τους ασθενείς με αφασία Wernicke. Ένα εντυπωσιακό χαρακτηριστικό των ασθενών με υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία είναι η δυνατότητά τους να επαναλάβουν ή να διαβάσουν μεγαλοφώνως μακροσκελείς και σύνθετες προτάσεις που είναι αδύνατο να κατανοήσουν. Μπορεί να τους είναι εξαιρετικά δύσκολο να εκτελέσουν ακόμα και απλές εντολές όταν τους δοθούν προφορικές οδηγίες αλλά επαναλαμβάνουν άψογα μακροσκελείς και σύνθετες οδηγίες.

Κάποιος ασθενής με υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία είχε δυσκολίες στο να εκτελέσει απλές εντολές όπως «σήκωσε το μολύβι» αλλά χωρίς δισταγμό μπορούσε να επαναλάβει μετά τον λογοθεραπευτή, «σήκωσε τη χτένα και τοποθέτησε την διπλά από τα σπίρτα, δείξε μου το τετράγωνο και δώσε μου το κουτάλι».

Επειδή η βλάβη που προκαλεί υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία συμπεριλαμβάνει την βρεγματική, την κροταφική και την ινιακή διασταύρωση και απομονώνει την περιοχή Wernicke από τον οπτικό φλοιό, οι ασθενείς αυτοί έχουν σοβαρές διαταραχές στην κατανόηση της ανάγνωσης (αν και η προφορική ανάγνωση διατηρείται).

Η Μικτή υποφλοιώδης αφασία

Η μικτή υποφλοιώδης αφασία, είναι ένα σπάνιο σύνδρομο που μερικές φορές ονομάζεται σύνδρομο «λεκτικής απομόνωσης» (Geschwind, Quadfasel και Segarra, 1968). Οι ασθενείς με υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία διατηρούν τη δυνατότητα να επαναλαμβάνουν ότι τους λένε, παρουσία των σοβαρών διαταραχών όλων των υπόλοιπων ικανοτήτων της επικοινωνίας. Οι ασθενείς με αυτό το σύνδρομο δεν έχουν καλή ροή στο

λόγο, δεν κατανοούν την προφορική ομιλία, δεν μπορούν να γράψουν ή να διαβάσουν αλλά μπορούν να επαναλάβουν ότι τους λέει ο εξεταστής (Benson 1979b, σελ.46).

Οι ασθενείς με μικτή υποφλοιώδη αφασία έχουν μια εντυπωσιακή τάση να επαναλαμβάνουν, όπως κάνει ένας παπαγάλος, ότι τους λένε και αν ο εξεταστής πει τα πρώτα λόγια από ένα γνωστό τραγούδι ή από κάποιο στίχο οικείο σε αυτούς μπορεί να συνεχίσουν και να πουν μια ή περισσότερες σειρές από αυτό.

Η μικτή υποφλοιώδης αφασία αφήνει ανέπαφες την περιοχή Broca, Wernicke και τις τοξοειδείς δεσμίδες άλλα απομονώνει αυτές τις περιοχές από τον υπόλοιπο εγκέφαλο. Η συχνότερη αιτία του συνδρόμου αυτού, είναι η στένωση της εσωτερικής καρωτιδικής αρτηρίας, η οποία μειώνει την ροή του αίματος στην περιοχή που αντιπροσωπεύεται η γλώσσα στο κυρίαρχο ημισφαίριο. Μικτή υποφλοιώδης αφασία έχει αναφερθεί επίσης μετά από εγκεφαλική υποξία, σοβαρή εγκεφαλική διόγκωση και πολλαπλά εμβολικά επεισόδια που επηρεάζουν τους απομακρυσμένους κλάδους της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Ακολουθεί το παράδειγμα ομιλίας κάποιου ασθενή με μικτή υποφλοιώδη αφασία, κλινικός: «Γεια σας κύριε Fenton», ασθενής: «κύριος Fenton, ναι», κλινικός: «πως είστε σήμερα; », ασθενής: «πως είστε σήμερα; », κλινικός: «είμαι πολύ καλά ευχαριστώ, πως είστε σήμερα;», ασθενής: «είμαι πολύ καλά ευχαριστώ», κλινικός: « το όνομα μου είναι Μαίρη και θα δουλέψουμε μαζί σήμερα», ασθενής: «το όνομα μου είναι Μαίρη και θα δουλέψουμε μαζί σήμερα».

Ένα αφασικό σύνδρομο στο οποίο δεν προσδιορίζεται ξεκάθαρα ο εντοπισμός της βλάβης

Η ανομική αφασία

Η ανομική αφασία είναι ένα σύνδρομο στο οποίο δεν προσδιορίζεται ακριβώς η περιοχή που εντοπίζεται η βλάβη. Ο λόγος για τον οποίο η ανομική αφασία αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστό σύνδρομο δεν είναι σαφής (Albert, Goodglass, Helm και συνεργάτες, 1981). Ο Goodglass (1993) αναφέρει «από όλες τις υποκατηγορίες της αφασίας, η ανομική αφασία είναι εκείνη που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα διάφορων αιτιών και ως αποτέλεσμα διάφορων περιοχών που έχουν υποστεί βλάβη και η μια είναι μακριά από την άλλη» (σελ. 214). Ακολουθεί το παράδειγμα ενός ασθενή με ανομική αφασία, κλινικός: «έχετε παιδιά;», ασθενής: «μια κόρη και δύο γιους», κλινικός: «μιλήστε μου για αυτά», ασθενής «ο γιος μου...Παύλος δουλεύει σε....δουλεύει στο...στις ειδήσεις....αλλά όχι στην τηλεόραση....Στο...δεν ξέρω.....ξέρω...άλλα...στη καταγραφή.....είναι ένα έγγραφο... μια

εφημερίδα..... Ο Παύλος είναι εκείνος.....που βγαίνει έξω και μιλάει με τους ανθρώπους. Κάνει...κάνει....θα έλεγα ότι αυτός κάνει συνεντεύξεις. Ανθρώπουςγνωρίζεις...στο δρόμο και....»

Με τον όρο ανομική αφασία αναφερόμαστε συνήθως στους ανθρώπους στους οποίους το μόνο προφανές σύμπτωμα είναι η διαταραχή στην ανάκτηση των λέξεων στην ομιλία και τη γραφή. Οι ασθενείς με ανομική αφασία όταν μιλούν αυθόρμητα, μιλούν με ευχέρεια και η ομιλία τους είναι γραμματικά σωστή, αλλά χαρακτηρίζεται από τις συχνές αποτυχιές ανάκτησης των λέξεων. Οι ασθενείς αυτοί προσπαθούν να διορθώσουν τις αποτυχημένες προσπάθειες ανάκτησης των λέξεων και κάνουν ασυνήθιστες μικρές παύσεις, μιλούν με περιφράσεις και χρησιμοποιούν λέξεις γενικού περιεχομένου όπως “πράγμα” για λέξεις που δεν μπορούν να ανακαλέσουν. Διεξοδικές δοκιμασίες αποκαλύπτουν ότι οι ασθενείς με ανομική αφασία έχουν κάποια ανεπαίσθητα προβλήματα κατανόησης και μπορεί να έχουν και κάποιες ήπιες διαταραχές του λόγου.

Ο Goodglass (1993) περιέγραψε τέσσερις κατηγορίες ανομικής αφασίας, στις οποίες η λέξη ανομία εμφανίζεται σχετικά. Σύμφωνα με τον Goodglass, οι ασθενείς με μετωπιαία ανομία αντιπροσωπεύουν τις ήπιες εκδοχές της υποφλοιώδους κινητικής αφασίας. Το κύριο χαρακτηριστικό των ασθενών με μετωπιαία ανομία είναι ο αξιοσημείωτος βαθμός στον οποίο βελτιώνεται η ικανότητα τους να ανακτούν λέξεις, αν ο εξεταστής παρέχει τον πρώτο ήχο της λέξης στόχου.

Οι ασθενείς με ανομία της περιοχής της γωνιώδους έλικας μιλούν με ευφράδεια αλλά συχνά έχουν προβλήματα με την ανάκτηση των λέξεων. Το φαινόμενο που διαφοροποιεί αυτό το σύνδρομο από τα άλλα ανομικά σύνδρομα είναι οι καταστάσεις στις οποίες ο ασθενής που αποτυγχάνει να ανακτήσει μια λέξη αποτυγχάνει να την αναγνωρίσει και όταν του την παρέχει ο εξεταστής. Οι ασθενείς με ανομία της γωνιώδους έλικας συχνά δείχνουν να μην γνωρίζουν την έννοια της λέξης και την επαναλαμβάνουν ξανά και ξανά χωρίς να την αναγνωρίζουν. Σύμφωνα με τον Goodglass (1993), η ανομία της γωνιώδους έλικας μπορεί να είναι μια ήπια εκδοχή της υποφλοιώδους αισθητηριακής αφασίας.

Οι ασθενείς με ανομία της κατώτερης κροταφικής έλικας έχουν σοβαρά προβλήματα με την ανάκτηση των λέξεων αλλά μιλούν με ευφράδεια, γραμματικά σωστά και μπορούν σχεδόν φυσιολογικά να διαβάζουν, να γράφουν και έχουν σχεδόν φυσιολογική ακουστική κατανόηση.

Οι ασθενείς με ανομία ως έκφραση υπολειμματικής αφασίας πιθανόν αντιπροσωπεύουν το πιο κοινό σύνδρομο της ανομικής αφασίας. Αυτοί οι ασθενείς έχουν υποστεί σοβαρότερες μορφές αφασίας από κάποιο άλλο σύνδρομο αφασίας και έχουν ανακτήσει σχεδόν την φυσιολογική λειτουργία της γλώσσας άλλα συνεχίζουν να παρουσιάζουν ήπιες διαταραχές ανάκτησης των λέξεων. Οι Goodglass, Kaplan και Barresi (2001) προτιμούν να αναφέρουν αυτούς τους ασθενείς με τον όρο υπολειμματική αφασία πάρα με τον όρο ανομική αφασία.

Σύμφωνα με τον Goodglass δεν είναι σαφές εάν τα ανομικά σύνδρομα αποτελούν ξεχωριστή κατηγορία ή απλά αντιπροσωπεύουν μια ηπιότερη μορφή άλλων αφασικών συνδρόμων, κάτι που φαίνεται να είναι πιο πιθανό. Η ανομία δεν είναι ένα σύνδρομο στο οποίο μπορούμε να εντοπίσουμε την περιοχή που υφίσταται τη βλάβη, αφού μπορεί να εντοπιστεί σε πολλές διαφορετικές περιοχές και σε συνδυασμό με ποικίλα αφασικά συμπτώματα.

Στη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται μία εκτενής αναφορά για τις διαταραχές οι οποίες σχετίζονται με την αφασία και στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διάγνωση τους, ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζονται σε κάθε αφασικό σύνδρομο και φυσικά ένα πιθανό πρωτόκολλο θεραπευτικής προσέγγισης. Παρακάτω, δίνονται αναλυτικές πληροφορίες όσον αφορά τις διαταραχές αυτές, τον εντοπισμό τους σε επίπεδο ανατομίας και εγκεφάλου και τον επιμέρους καταμερισμό τους σε υποκατηγορίες της εκάστοτε διαταραχής, όταν αυτή υπάρχει.

Απραξία της ομιλίας είναι η διαταραχή προγραμματισμού της ομιλίας, η οποία προκαλείται από βλάβη στον προγραμματισμό των αισθητικοκινητικών εντολών για την τοποθέτηση των μυών, για την σκόπιμη παραγωγή της ομιλίας. Μπορεί να υπάρξει χωρίς την παρουσία διαταραχών του λόγου. Είναι σχεδόν πάντοτε αποτέλεσμα παθολογίας στο αριστερό ημισφαίριο. Πολλές φορές εμφανίζεται ως η δεύτερη παθολογική διάγνωση της ομιλίας, μετά την διάγνωση αφασιών και δυσαρθριών. Οι ασθενείς με απραξία μπορεί να έχουν και απραξία των άκρων, εάν και η απραξία των άκρων και η απραξία της ομιλίας δεν συνυπάρχουν πάντοτε. Η απραξία προκαλείται από αγγειακές βλάβες και κάποιες φορές από όγκο ή τραύμα. Κάποιες φορές θα είναι το σύμπτωμα μιας εκφυλιστικής νόσου. Οι τομείς που επηρεάζονται στην ομιλία είναι άρθρωση, ταχύτητα, προσωδία και ροή (άστοχος κινήσεις, δυσπροσωδία, δυσκολία στην εκκίνηση εκφοράς προτάσεων, ανακρίβειες στην άρθρωση). Οι ασθενείς με σοβαρού βαθμού απραξίες θα έχουν έναν περιορισμένο αριθμό

ήχων και αρκετά λάθη στην ομιλία. Η απραξία της ομιλίας δεν είναι γλωσσολογική διαταραχή, αλλά διαταραχή κίνησης της ομιλίας.

Απραξία των άκρων: Αρκετοί ασθενείς έχουν στην δεξιά πλευρά αδυναμία, σπαστικότητα, υπερκινητικά αντανακλαστικά. Κάποιοι από αυτούς τους ασθενείς έχουν απραξία των άκρων, μια διαταραχή που σχετίζεται και αυτή με βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο και χαρακτηρίζεται από απώλεια της ικανότητας για εκτέλεση σκόπιμων κινήσεων χωρίς να υπάρχει παράλυση. Επηρεάζει τον έλεγχο των αριστερών και δεξιών άκρων. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με παθολογία στο αριστερό ημισφαίριο, δυσκολεύονται να οργανώσουν τις κινήσεις τους δεξιά και αριστερά κάποιες φορές, μόνον όταν τους ζητείται σε επίσημη αξιολόγηση (confrontational testing). Σχετικά με την επικοινωνία, η απραξία των άκρων θα επηρεάσει το γράψιμο καθώς και την μη λεκτική επικοινωνία (παντομίμα και νοηματική γλώσσα). Ασθενείς με σοβαρού βαθμού απραξία θα χρειαστούν εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας.

Μη λεκτική απραξία (nonverbal oral apraxia): Χαρακτηρίζεται από ανικανότητα του ατόμου να μιμηθεί ή να ακολουθήσει εντολές για να πραγματοποιήσει σκόπιμες κινήσεις. Ο τύπος αυτός της απραξίας, εμφανίζεται συχνότερα στην αφασία τύπου Broca από ότι στην αφασία τύπου Wernicke. Για να αξιολογηθεί αυτός ο τύπος αφασίας, ζητάμε απ' τον ασθενή να μιμηθεί τον βήχα, το σφράγισμα των χειλιών και το σφύριγμα. Ο ασθενής με απραξία αδυνατεί να κάνει τα παραπάνω.

Είδη διαταραχών ανάγνωσης μεμονωμένων λέξεων

Αλεξία με αγραφία (alexia with agrafia): Οι ασθενείς, έχουν τα ίδια συμπτώματα με τους ασθενείς αφασίας Wernicke και τους ασθενείς με την υποφλοιώδη αισθητηριακή αφασία. Η διάγνωση αυτού του τύπου αφασίας, γίνεται μόνον όταν οι διαταραχές στην ανάγνωση και στην γραφή κυριαρχούν περισσότερο από την υπόλοιπη συμπτωματολογία της αφασίας.

Αλεξία χωρίς αγραφία (alexia without agrafia, pure alexia): Ο ασθενής δεν μπορεί να διαβάσει, αλλά μπορεί να γράψει αυθόρμητα ή μετά από προφορική διατύπωση. Πολλοί από αυτούς τους ασθενείς μπορούν να αντιγράψουν, με δυσκολία όμως. Η ομιλία, η ακουστική κατανόηση και η επανάληψη λέξεων δεν έχουν υποστεί καμία βλάβη. Η προφορική ανάλυση των λέξεων στα μεμονωμένα γράμματα δεν έχει υποστεί βλάβη. Έτσι ο ασθενής, μπορεί να μην είναι σε θέση να διαβάσει ολόκληρη τη λέξη αλλά αναλύοντας ένα

– ένα κάθε γράμμα, δημιουργεί την λέξη και μπορεί να την αναγνωρίσει. Πολλοί από αυτούς τους ασθενείς έχουν κάποια οπτική δυσλειτουργία. Παρουσιάζουν ημιανοψία ή δεξιά ημιαχρωματοψία.

Η **αλεξία “αμέλειας” (neglect alexia)** είναι από τις αρκετά συχνές διαταραχές της ανάγνωσης. Έχει θεωρηθεί ότι αποτελεί διαταραχή προσοχής, η οποία προέρχεται ως αποτέλεσμα βλάβης στο σύστημα οπτικής αντίληψης. Ο ασθενής δεν μπορεί να αναγνωρίσει γράμματα στην μια μεριά της λέξης (Kisbourne & Warrington, 1962). Η αμέλεια φανερώνεται περισσότερο όταν ο ασθενής διαβάζει ψευδολέξεις, από ότι όταν διαβάζει γνώριμες λέξεις. Τα λάθη που πραγματοποιούνται στην αλεξία “αμέλειας” είναι απαλοιφές (για παράδειγμα, η λέξη “σαν” διαβάζεται από τον ασθενή ως “αν”) και αντικαταστάσεις. Συνήθως, τα λάθη εμφανίζονται στα αρχικά γράμματα (αριστερή μεριά της λέξης).

Αλεξία με αγραφία: Περιορισμένη φλοιώδης βλάβη στη γωνιώδη έλικα του επικρατητικού ημισφαιρίου, προκαλεί οπτική αφασία (αλεξία) και αγραφία.

Η **αλεξία χωρίς αγραφία** αφορά τη διαταραχή στην αναγνώριση γραμμάτων – γραπτών λέξεων, χωρίς δυσκολία στην γραφή. Η ανάγνωση σε αυτούς τους ασθενείς είναι αρκετά πτωχή και καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια, ιδιαίτερα στις λέξεις με μεγαλύτερη έκταση. Παρά το γεγονός ότι δεν μπορούν να διαβάσουν καθόλου τις λέξεις, κατέχουν άριστη ικανότητα να αναγνωρίσουν την λέξη, όταν αυτή αναλυθεί προφορικά από τους ήχους που αποτελείται (αρκεί οι ασθενείς να συγκρατούν ακουστικές πληροφορίες και να έχουν φυσιολογική μνήμη). Σε αυτούς τους ασθενείς οι ορθογραφημένες πληροφορίες έχουν διατηρηθεί αλλά δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτές διαμέσου της οπτικής οδού.

Η **επιφανειακή αλεξία (surface alexia)** χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες δυσκολίες ανάγνωσης των λέξεων, όπου η προφορά τους δεν ακολουθεί τον κανόνα μετατροπής του γραφήματος σε ήχο. Οι ασθενείς αυτοί θα δυσκολευτούν να διαβάσουν λέξεις με δύσκολη ορθογραφία ή λέξεις που δεν εμφανίζονται συχνά, αλλά η ανάγνωση ψευδολέξεων και λέξεων όπου η μετατροπή γραφήματος σε ήχο δεν έχει κάποια δυσκολία είναι αρκετά καλή. Η επιφανειακή αλεξία προκαλείται από αδυναμία ενεργοποίησης των ορθογραφημένων αναπαραστάσεων στην μνήμη. Η προφορά των λέξεων είναι περισσότερο επιτυχής όταν οι συνδυασμοί των γραμμάτων εμφανίζονται συχνά και όταν αυτοί οι συνδυασμοί γραμμάτων σχετίζονται και με προφορά πολλών άλλων διαφορετικών

λέξεων. Δυσκολία στην ενεργοποίηση ορθογραφημένων πληροφοριών θα έχει ως άμεση συνέπεια, δυσκολία ενεργοποίησης εννοιών από το σύστημα κατανόησης. Πολλές φορές θα κάνουν λάθη για την έννοια της λέξης που διαβάζουν γιατί θα βασίζονται στην δική τους προφορά λέξεων που όπως ήδη αναφέρθηκε, περιορίζεται σε συχνά γράμματα και σε συχνοί συνδυασμούς και όχι σε εξαιρέσεις κανόνων συνδυασμών των γραμμάτων.

Η **φωνολογική αλεξία** αφορά την πτωχή ανάγνωση των ψευδολέξεων και την αρκετά καλή ανάγνωση πραγματικών λέξεων. Η διαταραχή αυτή προέρχεται από δυσκολία στην πρόσβαση αναπαραστάσεων από το φωνολογικό λεξικό. Αυτό συμβαίνει γιατί στις πραγματικές λέξεις, η αναγνώρισή τους μπορεί να γίνει πρώτα από την πρόσβαση στο νόημά τους, ενώ στις ψευδολέξεις η αναγνώρισή τους προϋποθέτει πρόσβαση στην γνώση από το φωνολογικό λεξικό. Άρα, η βλάβη στο φωνολογικό σύστημα θα προκαλέσει περισσότερη δυσκολία στην ανάγνωση ψευδολέξεων, παρά στην ανάγνωση αληθινών λέξεων. Κατά την προφορική ανάγνωση των λέξεων που δεν έχουν χειροπιαστή έννοια (όπως για παράδειγμα η λέξη “ούτε”), αυτές θα αποτελέσουν δύσκολες λέξεις για τον ασθενή με φωνολογική αλεξία.

Εννοιολογική αλεξία (semantic alexia or reading without semantics): Παρά την άριστη ικανότητα ανάγνωσης του ασθενή στις πραγματικές λέξεις αλλά και στις ψευδολέξεις, η κατανόηση των γραπτών λέξεων αλλά και των λέξεων που εκφέρονται με τον προφορικό λόγο είναι αρκετά πτωχή. Η διαταραχή αυτή συνήθως εμφανίζεται σε ασθενείς με νόσο Alzheimer.

Αλεξία “βάθους” (deep alexia): Ο ασθενής πραγματοποιεί εννοιολογικές παραλεξίες. Οι απαντήσεις που δίνει σχετίζονται με τη ζητούμενη λέξη φωνολογικά ή εννοιολογικά (για παράδειγμα, “θείος” αντί για “ξάδερφος”). Υπάρχει επίσης δυσκολία και στην ανάγνωση των ψευδολέξεων και παρατηρούνται διαφορές στην απόδοση του ασθενή εάν έχουμε να κάνουμε με χειροπιαστές ή μη χειροπιαστές έννοιες. Υποστηρίζεται ότι, αυτός ο τύπος αλεξίας προέρχεται από βλάβη στο φωνολογικό αλλά και στο σύστημα κατανόησης.

Η **φωνολογική αγραφία (phonological agraphia)** είναι διαταραχή στην γραφή ψευδολέξεων μετά από υπαγόρευση, με καλύτερη ικανότητα στην ορθογραφία πραγματικών λέξεων. Σε κάποιες περιπτώσεις, το πρόβλημα με την γραφή ψευδολέξεων συνοδεύεται και από δυσκολίες στην γραφή γραμματικών λέξεων ή λέξεων που δεν έχουν

χειροπιαστή έννοια. Κάποιοι θα παράγουν εννοιολογικές παραγραφίες (για παράδειγμα θα γράψουν θρανίο αντί για “καρέκλα”).

Η **λεξική αγραφία (lexical agraphia)**, όπως στην επιφανειακή αλεξία, χαρακτηρίζεται από καλή ικανότητα στην γραφή λέξεων, με φυσιολογική ορθογραφία αλλά με πτωχή ικανότητα σε λέξεις που δεν εμφανίζονται συχνά και με κανόνες που δεν υπακούνε στη μετατροπή ήχου σε γράφημα.

Εννοιολογική αγραφία (semantic agraphia): Ο ασθενής γράφει πραγματικές λέξεις και ψευδολέξεις μετά από υπαγόρευση, αλλά θα έχει δυσκολία να κατονομάσει γραπτές λέξεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι όταν έχουμε να κάνουμε με βλάβη στην γραφημική μνήμη, τότε είναι πιθανό ο ασθενής να πραγματοποιεί περισσότερα λάθη με τις μεγάλες λέξεις παρά με τις μικρές. Τα λάθη που θα κάνει θα αφορούν απαλοιφές γραμμάτων, προσθέσεις, αντικαταστάσεις και αντιστροφές γραμμάτων που πολλές φορές θα οδηγούν σε μη υπαρκτούς φωνολογικούς συνδυασμούς (για παράδειγμα το “κρέας” να γραφτεί “ρκέας”).

Ασθενής με **απραξία στην γραφή**, θα έχει δυσκολία στην γραφή ενώ δεν θα έχει καμία δυσκολία στην ομιλία, στην ανάγνωση, στην προφορική ορθογραφία και στις οπτικές ικανότητες. Η διαταραχή αυτή σχετίζεται με την πρόσβαση ή επιλογή προγράμματος, που συγκεκριμενοποιεί τις κινήσεις που είναι απαραίτητες για να σχηματιστούν τα γράμματα. Θα έχει δυσκολία στην αντιγραφή γραμμάτων και λέξεων, όπως έχει παρατηρηθεί και σε άλλους τύπους της απραξίας.

Η **αγραφία του χώρου (spatial agraphia)** σχετίζεται με την οργάνωση του χώρου της γραπτής λέξης. Σε αυτόν τον τύπο της αγραφίας θα υπάρξουν λάθη με τον προσανατολισμό των λέξεων μέσα στη σελίδα αλλά και στα διαστήματα μεταξύ των λέξεων ή και μεταξύ των γραμμάτων. Όπως και στην ανάγνωση, η γραφή επηρεάζεται αρκετά από βλάβες σε άλλα συστήματα.

Ανικανότητα στις αριθμητικές πράξεις (acalculia): Η δυσκολία στην ικανότητα ενός ασθενή να ανταποκριθεί στις αριθμητικές διαδικασίες επηρεάζει σημαντικά τις δραστηριότητες του, όπως το να πάρει ρέστα, να ελέγχει τις επιταγές του, να μαγειρέψει χρησιμοποιώντας την καθοδήγηση μιας συνταγής, να οργανώσει δραστηριότητες που απαιτούν οργάνωση του χρόνου, ή να κάνει απλούς υπολογισμούς. Εξετάζεται με εντολές που αποσκοπούν στην αναγνώριση αριθμών, αριθμητικών συμβόλων και αριθμητικών πράξεων καθώς και στο χειρισμό της γραφής αριθμών και απλών αριθμητικών πράξεων. Οι αριθμητικές πράξεις αφορούν διαδικαστικές επεξεργασίες (τοποθετώντας τα γεγονότα σε

κατάλληλη σειρά) και στρατηγικές επεξεργασίες (χρησιμοποιώντας αριθμητικά μεγέθη για να ελέγξουμε τους αριθμητικούς μας υπολογισμούς). Η αναριθμησία σχετίζεται με βλάβες στη βρεγματοϊνιακή περιοχή του επικρατητικού ημισφαιρίου και στη γωνιώδη έλικα.

Δυσκολίες κατεύθυνσης (αριστερά - δεξιά): Οι ασθενείς που έχουν βλάβες στο αριστερό ημισφαίριο και έχουν αφασία, παρουσιάζουν την ανικανότητα να αναγνωρίσουν την δεξιά και την αριστερή πλευρά του σώματός τους, καθώς και τις μεριές σώματος ανθρώπων που κάθονται απέναντί τους, ή σε μια σχηματική φιγούρα. Ο εξεταστής θα πρέπει να αξιολογεί ξεχωριστά την λεκτική ικανότητα και κατανόηση του ατόμου (κατονομασία, απάντηση σε απλές εντολές) από την αναγνώριση μελών του σώματος (πιάσε το δεξί σου μάτι με το δεξί σου χέρι, πιάσε το δεξί σου μάτι με το αριστερό σου χέρι). Οι Head (1926) και McFie Zangwill υποστήριξαν ότι βλάβες στην λεκτική και μη λεκτική μίμηση δεξιάς – αριστερής κατεύθυνσης οφείλεται σε βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο και σε αφασία.

Αγνωσία δαχτύλων: Χαρακτηρίζεται από ανικανότητα να αναγνωρίσει τα δάχτυλά του στα δικά του χέρια, ή στα χέρια του εξεταστή. Ο Gerstmann (1924) υποστήριξε ότι η αγνωσία είναι αποτέλεσμα βλάβης στην βρεγματοϊνιακή σύναψη. Η αγνωσία δαχτύλων σπάνια εμφανίζεται μόνη της. Συνήθως είναι κεντρικό σύμπτωμα ανάμεσα στα συμπτώματα της αγραφίας, της ανικανότητας των αριθμητικών πράξεων, δεξιάς – αριστερής κατεύθυνσης.

Σύνδρομο Gerstmann: Η τετράδα συμπτωμάτων, αγραφία, ανικανότητα αριθμητικών πράξεων, αγνωσία δαχτύλων και δυσκολίες κατεύθυνσης αριστερά – δεξιά έχει υποστηριχθεί ότι αποτελούν ένα ξεχωριστό νευροψυχολογικό σύνδρομο (Gerstmann, 1930). Ο Gerstmann υπέθεσε ότι η αναγνώριση των δαχτύλων αποτελεί κεντρική λειτουργία για την ανάπτυξη υπολογισμών. Ο Strauss, Werner (1938) δήλωσαν ότι η ικανότητα άρθρωσης – αναγνώρισης δαχτύλων και η ανάπτυξη εννοιών αριθμών σχετίζονται άμεσα. Η αναγνώριση δαχτύλων και αριθμητικών υπολογισμών αποτελούν τις βάσεις για δεξιά – αριστερή κατεύθυνση και για την ικανότητα γραφής.

Οπτικοκατασκευαστικές διαταραχές: Δυσκολία στην παραγωγή ζωγραφικής και γεωμετρικών σχημάτων, η οποία λέγεται απραξία κατασκευής. Η δυσλειτουργία αυτή οφείλεται στην βλάβη μεταφοράς οπτικών πληροφοριών στο κινητικό σύστημα. Οι βλάβες αυτές είναι συχνότερες και μεγαλύτερου βαθμού στους ασθενείς με βλάβη στο δεξί ημισφαίριο, συγκριτικά με ασθενείς με βλάβες στο αριστερό ημισφαίριο. Οι ασθενείς με

βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο ζωγραφίζουν περισσότερο τρίγωνα στην δεξιά πλευρά του χαρτιού παρά να ζωγραφίζουν τετράγωνα στο κέντρο. Οι ασθενείς με βλάβες στο δεξί ημισφαίριο δεν αναγνωρίζουν τα τρίγωνα μέσα σε ένα αστέρι. Στην ζωγραφική, οι ασθενείς με βλάβη στο δεξί ημισφαίριο ζωγραφίζουν περισσότερες γραμμές και με περισσότερη λεπτομέρεια, ενώ οι ασθενείς με βλάβες στο αριστερό ημισφαίριο απλοποιούν τις ζωγραφιές τους και απαλείφουν τις λεπτομέρειες.

Συγκεκριμένες διαταραχές του λόγου μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση: Κυριαρχεί η αμνησία λέξεων μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση (anomia). Ο ασθενής μπορεί να έχει πλούσια ροή του λόγου, αλλά να πραγματοποιεί λεκτικές παραφασίες και να περιγράφει την λέξη χωρίς να μπορεί να δώσει το πραγματικό της όνομα (circumlocution). Η κατανόηση και η ικανότητα επανάληψης δεν παρουσιάζουν καμιά δυσλειτουργία, αλλά η ικανότητα να κατονομάσει είναι φτωχή και η απόδοση αυτή διαφαίνεται κυρίως σε αξιολογήσεις, όπου ζητείται από τον ασθενή να κατονομάσει αντικείμενα (confrontational naming). Ενώ ο ασθενής προσπαθεί να βρει την κατάλληλη λέξη, μπορεί να πραγματοποιεί εννοιολογικές παραφασίες. Η αφασία τύπου Wernicke, είναι ο δεύτερος συχνότερος τύπος διαταραχών λόγου που αναπτύσσεται μετά από μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

Μετατραυματική αμνησία: Συχνά ασθενείς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, θα παρουσιάσουν την εικόνα αμνησίας, όπου θα αισθάνονται αρκετά μπερδεμένοι. Μπορεί να αναγνωρίσουν λάθος πρόσωπο, τόπο ή επεισόδιο με αυτό που πραγματικά έχει συμβεί. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να καθοδηγήσουν τον λογοθεραπευτή σε λανθασμένα συμπεράσματα, καθώς μπορεί να πιστέψει πως τα συμπτώματα αυτά δείχνουν μια διαταραχή λόγου. Η διαφοροποίηση της μετατραυματικής αμνησίας από την διαταραχή λόγου είναι δύσκολη για τον λογοθεραπευτή.

Πρόσθετες διαταραχές λόγου και ομιλίας: Μετατραυματικές διαταραχές ομιλίας και λόγου συμπεριλαμβάνουν την αλαλία, τον τραυλισμό, την ηχολαλία, την παλιλαλία (επανάληψη λέξεων κατά την ομιλία) και την δυσαρθρία.

Αλαλία: Μπορεί να έχουμε πλήρη απουσία ομιλίας και λόγου μετά το κώμα, σε ασθενείς που μπορούν όμως να ακολουθήσουν εντολές. Ο Geschwind (1974) διέκρινε την αφασική και τη μη αφασική αλαλία. Στην αφασική αλαλία, η οποία σπάνια εμφανίζεται σε ενήλικες με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, θα παρατηρηθούν λάθη στον γραπτό λόγο. Στην μη αφασική αλαλία παρατηρείται δεξιά ημιπληγία, φυσιολογική γραφή και δεν υπάρχουν συμπτώματα αφασίας.

Τραυλισμός: Οι Helm, Butter και Benson (1978) υποστήριξαν μετά από έρευνα τεσσάρων ασθενών τους, ότι σε αμφοτερόπλευρο τραυματισμό του εγκεφάλου μπορεί να παρατηρηθεί η εμφάνιση τραυλισμού, μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

Ηχολαλία και παλιλαλία: Η ηχολαλία παρατηρείται στην φλοιώδη κινητική αφασία (όπου υπάρχει διαταραχή στην εκφορά και στην κατανόηση του λόγου με καλή ικανότητα επανάληψης λέξεων). Οι διαταραχές ηχολαλίας και παλιλαλίας σχετίζονται με βλάβες στον εγκέφαλο και πιο συγκεκριμένα, με αλλοιώσεις στον μετωπιαίο λοβό.

Δυσαρθρία: Ο Sarno (1980) όρισε τη δυσαρθρία ως την διαταραχή της ομιλίας, η οποία οφείλεται σε παθολογία του συστήματος της ομιλίας. Η διαταραχή αυτή γίνεται αντιληπτή από τα ακουστικά χαρακτηριστικά της (άρθρωση, απήχηση, τόνος και τονικό ύψος). Ο βαθμός σοβαρότητας της δυσαρθρίας ποικίλλει από ανακριβή τοποθέτηση φωνητικών οργάνων και άρα ανακριβής άρθρωση συμφώνων, μέχρι και ακατάληπτη ομιλία. Η δυσαρθρία οφείλεται σε αλλοιώσεις στο κεντρικό ή στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Ασθενείς με δυσαρθρία έχουν αλλοιώσεις στο αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου και πιθανώς να είναι ημιπληγικοί ή τετραπληγικοί. Η δυσαρθρία συχνά συνοδεύει την αφασία μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση και μάλιστα μπορεί να επιμείνει και μετά την αποκατάσταση του λόγου.

Διαταραχές του προφορικού λόγου

Φλοιώδης (αφασική) δυσαρθρία: Οφείλεται σε διαταραχή στο σχηματισμό του κινητικού προγράμματος του λόγου που αφορά την άρθρωση, την παραγωγή των ήχων, αλλά και τη ροή και το ρυθμό της ομιλίας. Υπάρχει μεγάλη βραδύτητα στη ροή των λέξεων, με παραγωγή δυσνόητων λεκτικών ήχων και διαταραχή στο ρυθμό από κακό τονισμό και μειωμένη μελωδικότητα της ομιλίας (δυσπροσωδία). Η φλοιώδης δυσαρθρία μπορεί να χαρακτηριστεί ως ειδική μορφή κινητικής απραξίας των μυών της ομιλίας (λεκτική δυσπραξία). Διαταράσσεται τόσο ο αυθόρμητος όσο και ο κατά παραγγελία λόγος και η επανάληψη με υπόδειξη. Σε βαριές καταστάσεις, παρατηρείται απουσία λόγου με τέλεια αναρθρία ή περιορισμό σε λίγες λέξεις ή συλλαβές, τις οποίες ο ασθενής επαναλαμβάνει προσπαθώντας να εκφράσει τις ιδέες του. Παρά την ανωμαλία στην προφορά των λέξεων, την απλούστευση του λόγου και τη βραδύτητα στη ροή των λέξεων, το περιεχόμενο της ομιλίας και η σύνταξη των προτάσεων ελάχιστα διαταράσσονται.

Παραφασία: Οφείλεται σε διαταραχή του σχηματισμού του λόγου στο ιδεακό επίπεδο. Παρά την καλή άρθρωση, χρησιμοποιούνται λανθασμένες λέξεις στο φωνητικό ή εννοιολογικό επίπεδο (λέξεις “άλλες αντί άλλων”, δυσνόητες και παραπονημένες λέξεις ή και λέξεις που δεν υπάρχουν, “νεολογισμοί”). Η σύνταξη των προτάσεων διαταράσσεται. Το λεξιλόγιο είναι φτωχό με χρήση λέξεων κατ’ επανάληψη. Η ροή του λόγου είναι καλή, συχνά με ακατάσχετη πολυλογία και λογόρροια μέχρι την κατάσταση που ονομάζουμε “γλωσσική σαλάτα”.

Έλλειψη λέξεων: Αυτή οφείλεται σε αδυναμία στην ιδεακή σύλληψη του λόγου και δυσκολία στην ανάκληση των κατάλληλων λέξεων. Στον αυθόρμητο λόγο, η έλλειψη μπορεί να καλύπτεται από έμμεση φρασεολογία, αλλά στις δοκιμασίες κατονομασίας αντικειμένων η διαταραχή γίνεται εύκολα αντιληπτή.

Ποσοτική μείωση της ομιλίας: Μπορεί να οφείλεται σε διαταραχή του ιδεακού αλλά συνηθέστερα, του κινητικού σχηματισμού του λόγου.

Αγγραμματισμός: Είναι ομιλία σε τηλεγραφικό στυλ, με έκπτωση του λόγου σε αρχέγονα στάδια της οργάνωσής του, χωρίς συνδέσμους ή άλλα επικουρικά στοιχεία, με παραλήψεις ρημάτων κ.ο.κ. Παρατηρείται κυρίως σε διαταραχή στον κινητικό σχηματισμό του λόγου.

Διαταραχές του γραπτού λόγου

Κινητική αγραφία (δυσγραφία): Οφείλεται σε διαταραχή στο σχηματισμό του κινητικού προγράμματος του γραπτού λόγου και μπορεί να χαρακτηριστεί ως ειδική μορφή κινητικής απραξίας, κατά την γραφή των συμβόλων του λόγου. Είναι μια δυσγραφία με δυσνόητα σύμβολα και γραμμές, τόσο στην αντιγραφή όσο και στην αυθόρμητη γραφή και στη γραφή καθ’ υπαγόρευση. Παρόλο που παραλείπονται γράμματα ή συλλαβές, η σύνταξη των προτάσεων είναι γενικά καλή.

Παραγραφία: Αντιστοιχεί στην παραφασία και οφείλεται σε διαταραχή του ιδεακού σχηματισμού του γραπτού λόγου. Εκδηλώνεται κυρίως στην αυθόρμητη γραφή και στην γραφή καθ’ υπαγόρευση, ενώ η αντιγραφή είναι σχετικά καλή. Ο ασθενής γράφει δυσνόητες λέξεις και αταίριαστες νοηματικά λέξεις, καθώς επίσης παρουσιάζονται διαταραχές στη σύνταξη και ορθογραφία. Το περιεχόμενο είναι δυσνόητο και ασυνάρτητο.

Ακουστική αφασική διαταραχή: Αναφέρεται σε αδυναμία κατανόησης του προφορικού λόγου, που δεν μπορεί να αποδοθεί σε μείωση της ακοής. Σε βαριές

καταστάσεις, όχι μόνο φράσεις αλλά ούτε λέξεις και γράμματα δεν αναγνωρίζονται. Την ακουστική αυτή αφασική διαταραχή συνοδεύει σε διάφορους βαθμούς παραφασία, γιατί υπάρχει στον ασθενή όχι μόνο δυσκολία στη μνημονική ανάκληση των λέξεων, αλλά και πρόβλημα στον έλεγχο της ίδιας του της ομιλίας που δύσκολα καταλαβαίνει. Η παραφασία είναι ιδιαίτερα έντονη σε βλάβη του συνειρμικού ακουστικού φλοιού. Αντίθετα, υποφλοιώδης βλάβη με αποσύνδεση μόνο του συνειρμικού φλοιού από το ακουστικό κέντρο, προκαλεί ακουστική αφασική διαταραχή χωρίς ή με ελαφριά δυσκολία στην έκφραση του λόγου. Με τη διατήρηση του συνειρμικού φλοιού δεν υπάρχει πρόβλημα στη μνημονική ακουστική ανάκληση και κατά συνέπεια, στην έκφραση του λόγου, εφόσον βέβαια υπάρχει ακεραιότητα της οδού προς το κέντρο του Broca.

Οπτική αφασική διαταραχή ή αλεξία (δυσλεξία): Αναφέρεται σε αδυναμία κατανόησης του γραπτού λόγου που δεν εξηγείται με τη μείωση της όρασης. Σε βαριές καταστάσεις δεν αναγνωρίζονται ούτε λέξεις ή γράμματα.

Παραλεξία: Χαρακτηρίζει το φαινόμενο της παραγνώρισης μιας λέξης για άλλη και συνήθως αφορά λέξεις με γραφική ομοιότητα (Λογοθέτης. & Μυλωνάς, 1996).

Γνωστικές διαταραχές

Αγνωσία (agnosia): Υπάρχουν πολλοί τύποι αγνωσίας:

Σωματοαγνωσία: Αφορά διαταραχή στην συμβολική αναγνώριση της εικόνας του σώματος και των μελών του και νοσοαγνωσία στη μη – αναγνώριση των μελών του σώματος που νοσούν. Η σωματοαγνωσία χωρίζεται και σε επιμέρους αγνωσίες.

Απτική αγνωσία: Αδυναμία αναγνώρισης αντικειμένων μόνο με την αφή.

Οπτικοχωρική αγνωσία: Αναφέρεται και ως αγνωσία χώρου και αφορά διαταραχή της κατανόησης του χώρου, των διαστάσεων, της απόστασης και σύγκρισης μεγεθών.

Οπτική αγνωσία: Είναι η αδυναμία οπτικής αναγνώρισης αντικειμένων που δεν μπορεί να αποδοθεί σε φυσική μείωση της όρασης (χρωμάτων, αντικειμένων, συγχρονισμού, κ.ο.κ.).

Ακουστική αγνωσία: Η αδυναμία αναγνώρισης λεκτικών και μη λεκτικών ήχων, που δεν μπορεί να αποδοθεί στην μείωση της ακοής.

Αφασία νεολογισμών (jargon): Λεκτικές ασυναρτησίες που έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ακατάληπτων προτάσεων (νεολογισμοί) και νέων λέξεων χωρίς συγκεκριμένη σημασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Κεφάλαιο 2ο. Μια σύντομη παρουσίαση του Western Aphasia Battery – 2

2.1. Η Παρουσίαση του τεστ WAB – R

Το Western Aphasia Battery-revised είναι μια αναθεώρηση της Western Aphasia Battery, μιας χωριστά διεξαχθείσας δοκιμασίας με σκοπό την αξιολόγηση της γλωσσικής λειτουργίας ενός ασθενή μετά από εγκεφαλικό, άνοια, ή άλλη επίκτητη νευρολογική διαταραχή. Όπως και στην προηγούμενη έκδοση, η WAB-R μετρά τις γλωσσικές και μη-γλωσσικές δεξιότητες. Οι γλωσσικές δεξιότητες που αξιολογούνται, περιλαμβάνουν το λεκτικό περιεχόμενο, την ευφράδεια, την ακουστική κατανόηση, την επανάληψη, την κατονομασία, την ανάγνωση και τη γραφή. Οι μη-γλωσσικές δεξιότητες που μετριοούνται περιλαμβάνουν τη ζωγραφική, τον υπολογισμό, το σχεδιασμό κύβων και την απραξία. Τα σύνθετα αποτελέσματα που μπορούν να ληφθούν από το WAB-R είναι ένα αφασικό πηλίκιο, ένα γλωσσικό πηλίκιο και ένα φλοιϊκό πηλίκιο.

Οι λογοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι, οι ιατροί, οι ειδικοί οι οποίοι ασχολούνται με την επιστημονική μέτρηση των πνευματικών ικανοτήτων του ατόμου, οι εργοθεραπευτές, οι φυσιοθεραπευτές, το νοσηλευτικό προσωπικό, και άλλοι επαγγελματίες πεπειραμένοι στη χορήγηση των γνωστικών οργάνων αξιολόγησης σε ενήλικους με επίκτητη νευρολογική δυσλειτουργία, μπορούν να χορηγήσουν το WAB-R με κάποια εκπαίδευση ή/και να χρησιμοποιήσουν το εγχειρίδιο για να μάθουν πώς να χορηγήσουν το τεστ. Η εμπειρία αξιολόγησης σε άτομα των οποίων οι ηλικίες, τα γλωσσικά, πολιτιστικά, και εκπαιδευτικά υπόβαθρα είναι παρόμοια με εκείνων που εξετάζονται με το WAB-R, είναι χρήσιμη.

Οι σκοποί των δοκιμασιών με το WAB-R είναι:

1. Ο προσδιορισμός της παρουσίας, της σοβαρότητας και του είδους της αφασίας.
2. Μέτρηση του επιπέδου απόδοσης του ασθενούς για την παροχή μιας βάσης για ανίχνευση τυχόν αλλαγών στο πέρασμα του χρόνου.
3. Παρέχετε μια γενική αξιολόγηση των προτερημάτων και των γλωσσικών ελλειμμάτων-δυσκολιών του ασθενή, προκειμένου να καθοδηγηθούν η θεραπεία και η διαχείρισή τους.
4. Συμπεραίνετε η θέση και η αιτιολογία του τραύματος που προκάλεσε την αφασία.

Το WAB-R επιτρέπει σε κάποιον να κατατάξει τον τύπο αφασίας (δηλ. ολική, Broca, απομόνωσης, διαφλοιική κινητική, Wernicke, διαφλοιική αισθητηριακή, αγωγής, κατονομαστική) χρησιμοποιώντας έναν πίνακα ταξινόμησης, ο οποίος αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της τυποποίησης της αρχικής έκδοσης του WAB. Η ταξινόμηση του τύπου αφασίας, εκτός από τη δριμύτητά της, παρέχει σε σας μια κλινικά έγκυρη βασική γραμμή για την έρευνα, τη διάγνωση και την πρόγνωση.

Ο Πληθυσμιακός στόχος

Το WAB-R είναι κατάλληλο για τους αγγλόφωνους ενήλικες ή εφήβους με τις γνωστές ή πιθανές επίκτητες νευρολογικές αναταραχές (π.χ. ένα αποτέλεσμα εγκεφαλικού, τραύματος στο κεφάλι ή άνοιας).

Η Διαχείριση του χρόνου

Η παρά την κλίνη αξιολόγηση του WAB-R μπορεί να χορηγηθεί σε 15 λεπτά. Το προφορικό/λεκτικό τμήμα του WAB-R (αυθόρμητη ομιλία, ακουστική κατανόηση, επανάληψη, κατονομασία και εύρεση λέξεων) μπορεί να αντιμετωπιστεί περίπου σε 30-45 λεπτά. Η ανάγνωση, η γραφή, η δομή της απραξίας, η οπτικοχωρική αντίληψη, οι υπολογισμοί, και συμπληρωματικές δοκιμασίες γραφής και ανάγνωσης, μπορούν να αντιμετωπιστούν σε 45-60 λεπτά.

Οι σκοποί της αναθεώρησης

Βασισμένο στην ανατροφοδότηση από τους κλινικούς ιατρούς και ερευνητές, καθιερώθηκαν οι ακόλουθοι σκοποί ανάπτυξης για το WAB-R:

1. Επεκτείνεται το εγχειρίδιο του εξεταστή για να περιλαμβάνει τις πληροφορίες για την ανάπτυξη και την έρευνα που πραγματοποιείται με το WAB
2. Παρέχετε ένα κεφάλαιο στο εγχειρίδιο του εξεταστή, για την ερμηνεία των ποιοτικών και ποσοτικών πληροφοριών που λαμβάνονται από κάθε στόχο.
3. Περιλαμβάνονται στο εγχειρίδιο, πληροφορίες για τη χρήση και την τυποποίηση του αρχικού WAB για ασθενείς με άνοια, συμπεριλαμβανομένης της νόσου Alzheimer και της αρχικής εξελικτικής αφασίας.

4. Προστίθεται μια σύντομη κλινήρης έκδοση του WAB-R, ένα δισέλιδο όργανο διαλογής, το οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί γρήγορα από τον κλινήρες ασθενή, όταν οι χρονικοί περιορισμοί, τα ζητήματα συνεργασίας, ή οι συνοδοί νοσηλείας αποτρέπουν την περιεκτικότερη δοκιμασία.
5. Προσθέτονται συμπληρωματικοί στόχοι για την αξιολόγηση της ανάγνωσης και της γραφής δύσκολων λέξεων και ψευδολέξεων, για τη μέτρηση της επιφάνειας, του βάθους, και της οπτικής δυσλεξίας.
6. Διατηρείται το τρέχον σύστημα βαθμολόγησης, το οποίο χρησιμοποιείται για να παραγάγει το αφασικό πηλίκο και το φλοιϊκό πηλίκο και προστίθεται ένα γλωσσικό πηλίκο για να συνοψίσει τα προφορικά και γραπτά γλωσσικά αποτελέσματα.
7. Αναθεωρούνται μερικά στοιχεία βασισμένα στην ανατροφοδότηση του κλινικού ιατρού και στις τρέχουσες ευαισθησίες (π.χ. το όπλο – παιχνίδι αντικαθίσταται από ένα ρολόι, «προσποιηθείτε ότι ανάβετε ένα τσιγάρο» αντικαθίσταται με «προσποιηθείτε ότι κάνετε ένα τηλεφώνημα»).
8. Αναθεωρούνται οι οδηγίες χορήγησης και βαθμολόγησης για να είστε πιο περιεκτικοί.
9. Παρέχονται τα αντικείμενα των δοκιμασιών για προαιρετική αγορά.
10. Αντικαθιστώνται οι κάρτες ερεθισμάτων με ένα βιβλίο ερεθισμάτων για την ευκολία της χορήγησης και της εναποθήκευσης.
11. Περιλαμβάνονται οι οδηγίες για τη χορήγηση του, Κατά Raven Χρωματικές Ακολουθίες (RCPM; Raven, Raven & Court; 1998), καθώς επίσης και ο χώρος για την καταγραφή των αποκρίσεων, στη φόρμα καταγραφής WAB-R.
12. Διαιρείται η φόρμα καταγραφής, γνωστή στην προηγούμενη έκδοση ως βιβλιάριο δοκιμασιών, σε δύο μέρη, για ευκολότερη χρήση. Το πρώτο μέρος της φόρμας καταγραφής, αποτελείται από τα τμήματα και τους στόχους, που είναι απαραίτητοι για να ληφθεί το αφασικό πηλίκο (ΑΠ). Το δεύτερο μέρος της φόρμας καταγραφής αποτελείται από τα συμπληρωματικά τμήματα και τους στόχους που είναι απαραίτητα για να ληφθούν το Γλωσσικό Πηλίκο (ΓΠ) και το Φλοιϊκό Πηλίκο (ΦΠ).

Τα τμήματα δοκιμασιών

Το εγχειρίδιο του εξεταστή: αυτό το εγχειρίδιο παρέχει λεπτομερείς οδηγίες, πέρα από εκείνες που παρέχονται στη φόρμα καταγραφής, για χορήγηση και βαθμολόγηση των δοκιμασιών και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Παρέχει επίσης, τις πληροφορίες για τη

δοκιμασία λογικής, χρήσης και ανάπτυξης, καθώς επίσης και στοιχεία αξιοπιστίας και ισχύος.

Το βιβλίο ερεθισμάτων: το βιβλίο ερεθισμάτων παρέχει τα οπτικά ερεθίσματα για τα εξής τμήματα / στόχους: αυθόρμητη ομιλία (περιγραφή εικόνων), ακουστική αναγνώριση λέξεων, ανάγνωση (κατανόηση προτάσεων, ανάγνωση εντολών, γραπτές λέξεις – κατ' επιλογή ταίριασμα αντικειμένων, γραπτές λέξεις - κατ' επιλογή ταίριασμα εικόνων, εικόνες – γραπτές λέξεις με κατ' επιλογή ταίριασμα, και γραπτές λέξεις – με κατ' επιλογή ταίριασμα αντικειμένων), γραφή (ελεύθερη γραφή και αντιγραφή μιας πρότασης), δομικότητα, οπτικοχωρικότητα και υπολογισμοί δοκιμασιών (ζωγραφική, σχεδιασμός κύβων και υπολογισμοί). Το βιβλίο ερεθισμάτων είναι επίσης απαραίτητο για τη χωρήγηση των συμπληρωματικών στόχων αναγνωστικών δοκιμασιών (ανάγνωση δύσκολων λέξεων και ανάγνωση ψευδολέξεων).

Φόρμα καταγραφής – Μέρος 1: παρέχει το χώρο για την καταγραφή των απαντήσεων του ασθενή στα προφορικά γλωσσικά τμήματα της δοκιμασίας:

Αυθόρμητη ομιλία

Ερωτήσεις συνομιλίας / συζήτησης

Περιγραφή εικόνας

Ακουστική κατανόηση Προφορικού λόγου

Ερωτήσεις ναι / όχι

Ακουστική αναγνώριση λέξεων

Εκτέλεση εντολών σε σειρά

Επανάληψη

Κατονομασία και εύρεση λέξεων

Κατονομασία αντικειμένων

Ροή λέξεων

Συμπλήρωση προτάσεων

Ομιλία απόκρισης

Φόρμα καταγραφής – Μέρος 2 (συμπληρωματική): παρέχει το χώρο για την καταγραφή των απαντήσεων του ασθενή στα τμήματα της δοκιμασίας που θεωρούνται συμπληρωματικά.

Ανάγνωση

Κατανόηση των προτάσεων

Ανάγνωση εντολών

Γραπτές λέξεις – κατ' επιλογή ταίριασμα αντικειμένων

Γραπτές λέξεις – κατ' επιλογή ταίριασμα εικόνων

Εικόνες – γραπτές λέξεις με κατ' επιλογή ταίριασμα

Προφορικές λέξεις – κατ' επιλογή ταίριασμα αντικειμένων

Διάκριση γραμμάτων

Αναγνώριση των λέξεων που συλλαβίζονται

Συλλαβισμός

Γραφή

Αυτόνομη γραφή

Ελεύθερη γραφή

Ορθογραφία

Γραφή λέξεων καθ' υπαγόρευση

Αλφάβητο και αριθμοί

Γραφή γραμμάτων και αριθμών καθ' υπαγόρευση

Αντιγραφή πρότασης

Απραξία

Δομικότητα, Οπτικοχωρικότητα και Υπολογισμοί

Ζωγραφική

Σχεδιασμός κύβων

Υπολογισμοί

Κατά Raven Χρωματικές Ακολουθίες

Συμπληρωματικές δοκιμασίες γραφής και ανάγνωσης

Ορθή γραφή δύσκολων λέξεων

Γραφή ψευδολέξεων

Ανάγνωση δύσκολων λέξεων

Ανάγνωση ψευδολέξεων

Φυλλάδιο Αξιολόγησης Παρά την Κλίνη: παρέχει τις οδηγίες για την αξιολόγηση των επιλεγμένων στόχων και χώρων για την καταγραφή και τη βαθμολόγηση των απαντήσεων. Το φυλλάδιο κλινήρους καταγραφής σχεδιάστηκε για ευκολότερη χρήση στα νοσοκομεία και τις περιπτώσεις οξείας φάσης.

Αντικείμενα δοκιμασιών (κοινά αντικείμενα και 4 Koh's Blocks): αυτά τα αντικείμενα παρέχουν ερεθίσματα για τα εξής τμήματα και στόχους: ακουστική κατανόηση προφορικού λόγου (ακουστική αναγνώριση λέξεων και εκτέλεση εντολών σε σειρά), κατονομασία και εύρεση λέξεων (κατονομασία αντικειμένου), ανάγνωση (ανάγνωση εντολών, γραπτές λέξεις - κατ' επιλογή ταίριασμα αντικειμένων), απραξία και στόχοι δομικότητας, οπτικοχωρικότητας και υπολογισμών (σχεδιασμός κύβων).

Πρόσθετα υλικά

Θα πρέπει να παρέχετε τα ακόλουθα υλικά για την αξιολόγηση με WAB-R:

- Χρονόμετρο με διακόπτη ή ρολόι με δείκτη δευτερολέπτων
- Χαρτί γραφής χωρίς γραμμές
- Στυλό
- Σπίρτα
- Χαρτόδετο βιβλίο ή ένα βιβλίο με σκληρό εξώφυλλο
- Τηλέφωνο

Το WAB-R αποτελείται από οκτώ τμήματα που περιέχουν συνολικά 32 στόχους. Η βαθμολογία κάθε τμήματος (εκτός από το συμπληρωματικό τμήμα γραφής και ανάγνωσης) συμβάλλει σε ένα ή περισσότερα από τα τρία πηλίκια που μπορούν να ληφθούν από το WAB-R(βλέπε πίνακα 1.1)

Πίνακας 1.1 WAB-R Τμημάτων και Στόχων Συμβαλλόμενων στο Πηλίο Βαθμολόγησης

Φόρμα Καταγραφής	Τμήμα	Στόχοι	Αφασικό Πηλίο	Γλωσσικό Πηλίο	Φλοϊκό Πηλίο
Μέρος 1	Αυθόρμητη Ομιλία				
		Ερωτήσεις συνομιλίας/συζήτησης	•	•	•
		Περιγραφή εικόνας	•	•	•
	Ακουστική Κατανόηση				
		Ερωτήσεις ναι / όχι	•	•	•
		Ακουστική Αναγνώριση Λέξεων	•	•	•
		Εκτέλεση Εντολών Σε Σειρά	•	•	•
	Επανάληψη				
			•	•	•
	Κατονομασία και Εύρεση Λέξης				
		Κατονομασία Αντικειμένων	•	•	•
		Ροή Των Λέξεων	•	•	•
		Συμπλήρωση Πρότασης	•	•	•
	Ομιλία Απόκρισης	•	•	•	
Μέρος 2	Ανάγνωση				
		Κατανόηση Προτάσεων		•	•
		Ανάγνωση Εντολών		•	•
		Γραπτές Λέξεις – Κατ’ Επιλογή Ταίριασμα Αντικειμένων		•	•
		Γραπτές Λέξεις – Κατ’ Επιλογή Ταίριασμα Εικόνων		•	•
		Εικόνες – Γραπτές Λέξεις Με Κατ’ Επιλογή Ταίριασμα		•	•
		Διάκριση Γραμμάτων		•	•
		Αναγνώριση Λέξεων Που Συλλαβίζονται		•	•
		Συλλαβισμός		•	•
	Γραφή				
		Αυτόνομη Γραφή		•	•
		Ελεύθερη Γραφή		•	•
		Ορθογραφία		•	•
		Γραφή Λέξεων Καθ’ Υπαγόρευση		•	•
		Αλφάβητο Και Αριθμοί		•	•
		Στροφή Γραμμάτων και Αριθμών Καθ’ Υπαγόρευση		•	•
		Αντιγραφή Πρότασης		•	•
	Απραξία				
				•	•
	Δομικότητα, Οπτικοχωρικότητα και Υπολογισμοί				
		Ζωγραφική			•
		Σχεδιασμός Κύβων			•
		Υπολογισμοί			•
	Κατά Raven Χρωματικές Ακολουθίες			•	

Φόρμα Καταγραφής	Τμήμα	Στόχοι	Αφασικό Πηλίο	Γλωσσικό Πηλίο	Φλοιϊκό Πηλίο	
Παρά την Κλίνη Αξιολόγηση	Αυθόρμητη Ομιλία					
		Περιεχόμενο	•			
		Ροή	•			
	Ακουστική Κατανόηση Προφορικού Λόγου					
		Ερωτήσεις ΝΑΙ/ ΟΧΙ	•			
	Εκτέλεση Εντολών σε Σειρά			•		
	Επανάληψη			•		
	Κατονομασία Αντικειμένων			•		
	Ανάγνωση				•	
	Γραφή				•	
	Απραξία					

Η Περιγραφή των τμημάτων της Δοκιμασίας

Αυθόρμητη ομιλία

Σκοπός: Οι δύο στόχοι σε αυτό το τμήμα έχουν ως σκοπό να αποσπάσουν τη συζήτηση / συνομιλία από έναν ασθενή για να μετρήσουν τη λειτουργική επικοινωνία, το περιεχόμενο πληροφοριών, τη λεκτική ευφράδεια, τη λεξικογραφική πρόσβαση, παραφασίες και τη γραμματική ικανότητα.

Ο τομέας της ομιλίας και της γλώσσας: μετράει τη λειτουργική παραγωγή επικοινωνίας και ομιλίας.

Στόχοι και δομή:

Ερωτήσεις συνομιλίας – συζήτησης

Ο ασθενής απαντάει έξι ερωτήσεις που σχετίζονται με προσωπικά στοιχεία όπως το όνομα, τη διεύθυνση, το επάγγελμα και τον λόγο που βρίσκεται στο νοσοκομείο.

Περιγραφή εικόνας

Ο ασθενής περιγράφει τι συμβαίνει σε ένα σχέδιο μιας εικόνας “πικ νικ” στο βιβλίο ερεθισμάτων.

Ακουστική κατανόηση προφορικού λόγου

Σκοπός: Οι τρεις στόχοι σε αυτό το τμήμα, έχουν ως σκοπό να μετρήσουν την ακουστική κατανόηση προφορικών προτάσεων με σχετικές προθέσεις ενός ασθενή, καθώς και την βαθμιαία αύξηση σε πιο σύνθετες γραμματικές δομές, την κατηγοριοποίηση ουσιαστικών και των προτάσεων αυξανόμενου μήκους. Οι απαραίτητες απαντήσεις είναι ναι/όχι, υποδείξεις, ή απλές ενέργειες, που ελαχιστοποιούν την επιρροή των δυσκολιών παραγωγής.

Στον τομέα της γλώσσας μετράμε: Κατανόηση των ουσιαστικών, των γραμματικών δομών, την κατηγοριοποίηση της ιδιομορφίας της σημασιολογικής επεξεργασίας, την έκταση της ακουστικής κατανόησης (λεκτική λειτουργική μνήμη), και της ακουστικής αλληλουχίας.

Στόχοι και δομή:

Ερωτήσεις ναι / όχι

Ο ασθενής απαντά σε 20 ερωτήσεις, που απαιτούν απαντήσεις ναι / όχι. Εάν ο ασθενής δεν μπορεί να ανταποκριθεί προφορικά ή με χειρονομία, ο εξεταστής προσπαθεί να εκπαιδεύσει τον ασθενή να κλείνει τα μάτια του/της όταν θέλει να απαντήσει ναι.

Ακουστική αναγνώριση λέξεων

Ο ασθενής δείχνει με τη σειρά κάθε ένα από τα έξι αντικείμενα που ονομάζει ο εξεταστής. Ο ίδιος στόχος εκτελείται με έξι ασπρόμαυρα σχέδια αυτών των αντικειμένων, έξι γράμματα, έξι αριθμούς, έξι χρώματα, έξι αντικείμενα στο άμεσο περιβάλλον του ασθενή, και έξι μέλη του σώματος του/της. Ο ασθενής δείχνει, επίσης, ότι μπορεί να διαφοροποιήσει τα πέντε δάχτυλα καθώς ονομάζονται, και δείχνει ή παρουσιάζει επτά μέλη του σώματος που απαιτούν τον προσανατολισμό (δεξί-αριστερό).

Εκτέλεση Εντολών σε σειρά

Ο ασθενής ακολουθεί 11 εντολές που λέει ο εξεταστής. Οι εντολές προχωρούν από απλές (μονές) σε πιο σύνθετες εντολές, που απαιτούν ενέργεια για να εκτελεστούν στην ίδια σειρά που δίνονται από τον εξεταστή.

Επανάληψη

Σκοπός: αυτό το τμήμα έχει ως σκοπό να μετρήσει τη δυνατότητα ενός ασθενή να επαναλάβει τις μεμονωμένες λέξεις αυξανόμενου μήκους, τις σύνθετες λέξεις, τους αριθμούς, τους συνδυασμούς αριθμών-λέξεων, τις προτάσεις υψηλής και χαμηλής πιθανότητας, τις προτάσεις αυξανόμενου μήκους και γραμματικής πολυπλοκότητας.

Ο τομέας της γλώσσας μετράει: Εκφραστική γλώσσα, φωνολογική αντίληψη και παραγωγή, λεκτική απραξία, προσωδία, βραχυπρόθεσμη ακουστική μνήμη.

Στόχος και δομή:

Σε αυτόν τον στόχο 15 στοιχείων, ο ασθενής επαναλαμβάνει μια λέξη, φράση, ή πρόταση που έχει πει ο εξεταστής. Ο στόχος αρχίζει με μονοσύλλαβες λέξεις και προχωράει σε πολυσύλλαβες λέξεις, σε φράσεις και προτάσεις αυξανόμενου μήκους.

Κατονομασία και εύρεση λέξης

Σκοπός: Οι στόχοι αυτού του τμήματος της δοκιμασίας σχεδιάστηκαν για να μετρήσουν την ικανότητα ενός ασθενή στην κατονομασία και τη σημασιολογική επεξεργασία, την επίδραση της σημασιολογίας και της φωνολογικής ενημερότητας στις απαντήσεις του ασθενή, και τις ικανότητές του στην εύρεση λέξεων.

Στον τομέας της γλώσσας μετράμε: Σημασιολογική επεξεργασία, λεξικογραφική πρόσβαση, εύρεση λέξης.

Στόχοι και δομή:

Κατονομασία αντικειμένου

Ο ασθενής κατονομάζει κοινά αντικείμενα που ο εξεταστής του δείχνει ή του δίνει να κρατήσει.

Ροή λέξεων

Ο ασθενής κατονομάζει όσα περισσότερα ζώα μπορεί μέσα σε ένα λεπτό.

Συμπλήρωση πρότασης

Ο ασθενής συμπληρώνει πέντε προτάσεις που του λέει ο εξεταστής.

Ομιλία απόκρισης

Ο ασθενής απαντά πέντε ερωτήσεις που απαιτούν μονολεκτικές απαντήσεις, μεμονωμένης λέξης.

Ανάγνωση

Σκοπός: Οι στόχοι σε αυτό το τμήμα έχουν ως σκοπό να μετρήσουν την προφορική ικανότητα ανάγνωσης ενός ασθενή, και την κατανόηση ανάγνωσης, λέξεων και προτάσεων.

Στον τομέας της γλώσσας μετράμε: Αποκωδικοποίηση της γραπτού υλικού, ορθογραφική, σημασιολογική και φωνολογική επεξεργασία, κατανόηση ανάγνωσης των λέξεων και των προτάσεων, προφορικά λάθη ανάγνωσης.

Στόχοι και δομή:

Αναγνωστική Κατανόηση προτάσεων

Ο ασθενής διαβάζει (δυνατά ή σιωπηλά) προτάσεις αυξανόμενου μήκους και πολυπλοκότητας και επιλέγει την καλύτερη λέξη για να συμπληρώσει την πρόταση από τέσσερα σημασιολογικά και φωνολογικά φύλλα που παρουσιάζονται στην ίδια σελίδα.

Ανάγνωση Εντολών

Ο ασθενής διαβάζει δυνατά μια πρόταση τη φορά και εκτελεί τη πράξη ή τις πράξεις που του υποδεικνύονται σε κάθε πρόταση.

Γραπτές Λέξεις – Κατ' επιλογή Ταίριασμα Αντικειμένου

Ο ασθενής διαβάζει τη λέξη που του παρουσιάζεται σε μια σελίδα από το βιβλίο ερεθισμάτων και έπειτα, δείχνει το ένα από έξι αντικείμενα, τοποθετημένα σε τυχαία σειρά, το οποίο ταιριάζει με τη γραπτή λέξη.

Γραπτές Λέξεις – Κατ' επιλογή Ταίριασμα Εικόνων

Ο ασθενής διαβάζει μια λέξη που του παρουσιάζεται, σε μια σελίδα στο βιβλίο ερεθισμάτων και δείχνει μια από τις έξι εικόνες, στη σελίδα που έχει μπροστά του, η οποία ταιριάζει με τη λέξη.

Εικόνες – Γραπτές Λέξεις με Κατ' επιλογή Ταίριασμα

Ο ασθενής παρατηρεί μια εικόνα που του παρουσιάζεται σε μια σελίδα από το βιβλίων ερεθισμάτων και δείχνει μια από τις έξι λέξεις, στη σελίδα που έχει μπροστά του, η οποία ταιριάζει με την εικόνα.

Προφορικές Λέξεις - Κατ' επιλογή Ταίριασμα Αντικειμένων

Ο εξεταστής λέει μια λέξη και έπειτα δείχνει στον ασθενή μια σελίδα με λέξεις στο βιβλίο ερεθισμάτων. Ο ασθενής προσδιορίζει την τυπωμένη λέξη που ταιριάζει με τη λέξη που είπε ο εξεταστής. Οι σελίδες, για κάθε στοιχείο είναι είτε φωνολογικά, σημασιολογικά είτε οπτικά όμοια με τη λέξη στόχο.

Διάκριση γραμμάτων

Η βαθμολογία του ασθενή για την ακουστική αναγνώριση λέξης στην κατηγορία γραμμάτων, είναι η βαθμολογία για αυτόν τον στόχο.

Αναγνώριση των λέξεων που συλλαβίζονται

Ο εξεταστής συλλαβίζει μια λέξη δυνατά και ο ασθενής λέει τη λέξη. Ο στόχος έξι λέξεων αρχίζει με λέξη δύο γραμμάτων και συνεχίζει με λέξη εννέα γραμμάτων.

Συλλαβισμός

Ο ασθενής συλλαβίζει έξι διαφορετικές λέξεις που ειπώθηκαν από τον εξεταστή, αρχίζοντας με λέξη δύο γραμμάτων και συνεχίζει με λέξη δέκα γραμμάτων.

Γραφή

Σκοπός: Οι στόχοι σε αυτό το τμήμα της δοκιμασίας έχουν ως σκοπό να μετρήσουν τη ικανότητα ενός ασθενή να γράψει καθ' υπαγόρευση και να αντιγράψει.

Στον τομέα της γλώσσας μετράμε: Ορθογραφική αποκωδικοποίηση, κωδικοποίηση, φωνολογική ορθογραφική μετατροπή, σημασιολογική-ορθογραφική επεξεργασία, και οπτική ορθογραφική επεξεργασία.

Στόχοι και Δομή:

Ο εξεταστής παρέχει στον ασθενή ένα χαρτί χωρίς γραμμές και ένα στυλό

Αυτόνομη γραφή

Ο ασθενής γράφει (τυπωμένος ή ρέων) το όνομα και τη διεύθυνσή του.

Ελεύθερη γραφή

Ο ασθενής γράφει για αυτό που συμβαίνει σε μια εικόνα πικ-νικ.

Ορθογραφία

Ο εξεταστής λέει μια πρόταση και ο ασθενής την γράφει.

Γραφή λέξεων καθ' υπαγόρευση

Ο εξεταστής λέει μια σειρά έξι λέξεων και ο ασθενής τις γράφει.

Αλφάβητο και αριθμοί

Ο ασθενής γράφει τα γράμματα της αλφαβήτου και τους αριθμούς από το 1 ως το 20.

Γραφή γραμμάτων και αριθμών καθ' υπαγόρευση

Ο εξεταστής λέει πέντε γράμματα και πέντε αριθμούς. Ο ασθενής γράφει τα γράμματα και τους αριθμούς.

Αντιγραφή πρότασης

Ο ασθενής αντιγράφει μια πρόταση.

Απραξία

Σκοπός: Οι στόχοι έχουν σχεδιαστεί για να μετρήσουν τη πράξη με δοκιμασία εικονικού και μεταβατικού άκρου, αξονικών, και στοματοκινήσεων.

Στον κινητικό τομέα μετράμε: Άκρο (ιδεοκινητική κίνηση άκρων, ιδεατή), στοματοκίνηση (προφορική), εικονική και μεταβατική απραξία. Η γλώσσα που σχετίζεται με τον κινητικό προγραμματισμό και τη διαδοχή.

Στόχος και δομή:

Ο ασθενής εκτελεί 20 διαφορετικούς εικονικούς ή κοινούς μεταβατικούς στόχους, προοδεύοντας από τις άμεσες εντολές (π.χ., χαιρετισμός), στη προσποίηση χρήσης ή χρήση αντικειμένων για να εκτελέσει μια ενέργεια (π.χ., να προσποιηθεί ότι χρησιμοποιεί ένα κλειδί), στη μίμηση ή προσποίηση εκτέλεσης μιας ενέργειας χωρίς τα πραγματικά αντικείμενα να είναι παρόντα (π.χ., να προσποιηθεί ότι παίζει πιάνο).

Δομικοί, Οπτικοχωρικοί και Υπολογιστικοί στόχοι

Σκοπός: Οι στόχοι σε αυτό το τμήμα δεν είναι ουσιαστικοί στην αξιολόγηση της γλώσσας αλλά συνδέονται συχνά με τις αφασικές βλάβες. Η μη ένωση, επίσης,

μπορεί να είναι σημαντική και να δείξει την έκταση της βλάβης στο μη επικρατές ημισφαίριο.

Τομείς που μετριοούνται: Η οπτικοχωρική πρόοδος, η κατασκευή, η κατευθυνόμενη προσοχή, η μαθηματική επεξεργασία, ο αντιληπτικός συλλογισμός και η λειτουργική μνήμη.

Στόχοι και δομή:

Ζωγραφική

Ο ασθενής σχεδιάζει οκτώ φιγούρες αρχίζοντας με απλά σχήματα / μορφές (π.χ. ένας κύκλος) και συνεχίζει στις πιο δύσκολες / σύνθετες μορφές (π.χ. ένα πρόσωπο). Το σχέδιο του ρολογιού έχει τροποποιηθεί έτσι ώστε οι δείκτες να δείχνουν 11:10, ο χρόνος που χρησιμοποιείται συνήθως στη δοκιμασία για την άνοια. Η γραμμή που διχοτομεί τα στοιχεία μετράει τη χωρική παραμέληση, απαιτείται από τον ασθενή να τοποθετήσει ένα σημάδι στο μέσο/κέντρο μιας τυπωμένης γραμμής στη φόρμα αξιολόγησης.

Σχεδιασμός κύβων

Ο ασθενής χρησιμοποιεί τέσσερις κόκκινους και άσπρους κύβους Koh για να αντιγράψει τρία διαφορετικά σχέδια που παρουσιάζονται στο βιβλίο ερεθισμάτων.

Υπολογισμοί

Ο ασθενής λύνει 12 μαθηματικά προβλήματα (τρία από την πρόσθεση, την αφαίρεση, τον πολλαπλασιασμό, και τη διαίρεση). Ο εξεταστής παρέχει τις λεκτικές οδηγίες και τα οπτικά ερεθίσματα από το βιβλίο ερεθισμάτων για κάθε πρόβλημα. Ο ασθενής αποκρίνεται προφορικά ή δείχνει τη σωστή απάντηση από τέσσερις επιλογές.

Κατά Raven Χρωματικές Ακολουθίες (RCPM)

Ο εξεταστής παρουσιάζει μια εικόνα /ένα σχέδιο από το οποίο λείπει ένα κομμάτι. Ο ασθενής επιλέγει το σωστό ανάμεσα από έξι κομμάτια. Ο ασθενής παίρνει μπόνους 1 πόντο εάν ολοκληρώσει τα 36 αντικείμενα σε λιγότερο από 5 λεπτά (χρόνος ολοκλήρωσης \leq 5 λεπτά).

Συμπληρωματικοί στόχοι γραφής και ανάγνωσης

Σκοπός: Οι στόχοι σε αυτό το τμήμα έχουν ως σκοπό τη διάκριση μεταξύ της επιφανειακής (σημασιολογικής) και της βαθιάς (φωνολογικής) δυσλεξίας. Μπορούν επίσης να ληφθούν πληροφορίες για την οπτική δυσλεξία (ορθογραφίας).

Στόχοι και σχήματα:

Γραφή δύσκολων λέξεων

Ο ασθενής γράφει δέκα δύσκολες λέξεις που του έχει πει ο εξεταστής.

Γραφή ψευδολέξεων

Ο ασθενής γράφει δέκα ψευδολέξεις που του έχει πει ο εξεταστής.

Ανάγνωση δύσκολων λέξεων

Ο ασθενής διαβάζει δυνατά δέκα δύσκολες λέξεις (π.χ., γιοτ) από το βιβλίο ερεθισμάτων.

Ανάγνωση ψευδολέξεων

Ο ασθενής διαβάζει δυνατά δέκα ψευδολέξεις (π.χ., μαντ) από το βιβλίο ερεθισμάτων.

Το WAB-R αποτελέσματα και ηλικία

Το WAB-R είναι ένα κριτήριο που παραπέμπει στη δοκιμασία, με τα κομμένα αποτελέσματα να είναι βασισμένα στα στοιχεία που συλλέγονται από τη δημοσίευση της αρχικής *Western Aphasia Battery*. Κάθε τμήμα παράγει ένα συνολικό βαθμό (π.χ., ακουστικό λεκτικό αποτέλεσμα κατανόησης). Τρία βαθμολογικά ηλίκα αντλούνται από τους συνδυασμούς των οκτώ τμηματικών βαθμολογιών - ηλίκων, το αφασικό ηλίκο, το γλωσσικό ηλίκο, και το φλοϊκό ηλίκο. Το αφασικό ηλίκο είναι το κεντρικό μέτρο της αφασίας και προέρχεται από τις τμηματικές βαθμολογίες της αυθόρμητης ομιλίας, της ακουστικής κατανόησης προφορικού λόγου, της επανάληψης, και της κατονομασίας και εύρεσης λέξεων.

2.2. Η Αποκλίσεις από την αγγλική έκδοση

Φόρμα 1	αγγλική έκδοση	ελληνική έκδοση
ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΟΥ ΛΟΓΟΥ		
B. Ακουστική Αναγνώριση Λέξεων		
	J	I
	D	Δ
ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ		
	bed	μπολ
	nose	νησί
	ninety-five percent	Σαράντα πέντε τοις εκατό
	sixty-two and a half	εξήντα-δύο και τρία τέταρτα
	the pastry cook was satisfied	το παστό ψάρι θα πεταχτεί
Φόρμα 1	αγγλική έκδοση	ελληνική έκδοση
ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΟΥ ΛΟΓΟΥ		
	the telephone is ringing	το τηλέφωνο θα χτυπήσει
	he is not coming back	δεν θα έρθει πίσω ξανά
	no, ifs, ands, or buts	όχι, αλλά δεν, ή μην
	pack my box with five dozen jugs of liquid detergent	βάλε στο κουτί μου, πέντε λευκά βάζα από υγρό διαλύτη

ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΥΡΕΣΗ ΛΕΞΕΩΝ		
Γ. Συμπλήρωση Προτάσεων		
	roses are red, violets are ____.	ήταν ένα μικρό καράβι _____.

ΦΟΡΜΑ 2	αγγλική έκδοση	ελληνική έκδοση
ΑΝΑΓΝΩΣΗ		
Στ. Γραπτές λέξεις – Κατ' επιλογή ταίριασμα αντικειμένων		
	flower	ρόδι
	table	κούπα
	purse	τσάντα
	window	ναύτης

Φόρμα 2	αγγλική έκδοση	ελληνική έκδοση
Η. Αναγνώριση των λέξεων που συλλαβίζονται		
	n-o	τ-ο
	d-o-g	φ-ω-ς
	b-r-o-w-n	σ-φ-υ-ρ-ι
	h-a-m-m-e-r	μ-ο-λ-υ-β-ι
	t-e-l-e-f-o-n-e	π-ε-τ-α-λ-ο-υ-δ-α
Θ. Συλλαβισμός		
	up	το
	cat	όχι
	pond	γάτα

	house	λίμνη
	pencil	μολύβι
	government	τηλεφωνικό
ΓΡΑΦΗ		
Στ. Γραφή γραμμάτων και αριθμών καθ' υπαγόρευση.		
	D	Δ
	J	Κ
ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΣΗΣ		
Α. Ορθή Γραφή Δύσκολων Λέξεων		
	guide	εαυτός
	ache	άγχος
	debt	Γιάγκος
	knife	οφθαλμός
	bargain	αγγούρι
	laughter	έλεγχος

Φόρμα 2	αγγλική έκδοση	ελληνική έκδοση
	courageous	ευγένεια
Β. Γραφή Ψευδολέξεων		
	munt	μον
	deet	ντουν
	dosh	δοστ
	shab	σομπ
	aponster	αποπνερ
	aldinger	αλαντιγκ
	limponit	λιμπορόνι

	globter	γκλομπον
A. Ορθή Γραφή Δύσκολων Λέξεων		
	guide	εαυτός
	ache	άγχος
	debt	Γιάγκος
	knife	οφθαλμός
	bargain	αγγούρι
	laughter	έλεγχος
	courageous	ευγένεια
B. Γραφή Ψευδολέξεων		
	munt	μον
	deet	ντουν
	dosh	δοστ
	shab	σομπ
	aponster	αποπνερ
	aldinger	αλαντιγκ
Φόρμα 2	αγγλική έκδοση	ελληνική έκδοση
ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΣΗΣ		
	limponit	λιμπορόνι
	globter	γκλομπον
Γ. Ανάγνωση Δύσκολων Λέξεων		
	guide	εαυτός
	ache	άγχος
	debt	Γιάγκος
	knife	οφθαλμός
	bargain	αγγούρι

	laughter	έλεγχος
	courageous	ευγένεια
Δ. Ανάγνωση Ψευδολέξεων		
	munt	μον
	deet	ντουν
	dosh	δοστ
	shab	σομπ
	aponster	αποπνερ
	aldinger	αλαντιγκ
	limponit	λιμπορόνι
	globter	γκλομπον
Γ. Ανάγνωση Δύσκολων Λέξεων		
	guide	εαυτός
	ache	άγχος
	debt	Γιάγκος
	knife	οφθαλμός
	bargain	αγγούρι
	laughter	έλεγχος
	courageous	ευγένεια
Δ. Ανάγνωση Ψευδολέξεων		
	munt	μον
	deet	ντουν
	dosh	δοστ
	shab	σομπ
	aponster	αποπνερ
	aldinger	αλαντιγκ

	limponit	λιμπορόνι
	globter	γκλομπον

Φόρμα «Παρά την Κλίνη Αξιολόγηση»	Αγγλική έκδοση	Ελληνική έκδοση
ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΟΥ ΛΟΓΟΥ: ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΝΑΙ/ΟΧΙ		
	Smith	Νικολάου
	Brown	Βούλγαρης
	Does March come before June?	Ο Μάρτιος είναι μετά τον Ιούνιο;
ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ		
	Bed	Κούπα
	No ifs, ands, or buts.	Είστε γιατρός;
ΑΠΡΑΞΙΑ		
	Pretend to blow out a <u>mach</u> .	Δείξτε πως φυσάτε ένα <u>κερί</u> .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Κεφάλαιο 3ο. Η Μεθοδολογία της έρευνας

3.1. Η Περιγραφή της Μεθοδολογίας

Αυτό το κεφάλαιο περιγράφει τη μεθοδολογία, το ερευνητικό σχέδιο, τον προσδιορισμό των μεταβλητών, την επιλογή των συμμετεχόντων και την οργάνωση της έρευνας, την διαδικασία συλλογής δεδομένων, την μέθοδο συλλογής δεδομένων και καταγραφής, την επεξεργασία των στοιχείων και τη στατιστική ανάλυση. Επίσης παρουσιάζονται και οι περιορισμοί της έρευνας αυτής. Μια περίληψη ακολουθεί για την μεθοδολογία. Αυτή η μελέτη εξέτασε τις προσαρμογές του τεστ στην ελληνική γλώσσα, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της δοκιμασίας. Οι μεταβλητές της ηλικίας, του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου των εξεταζόμενων μας, είναι αναγκαίες λόγω της σημασίας τους στην βιβλιογραφία.

Πριν από την έναρξη της συλλογής δεδομένων, ο συντάκτης αυτής της εργασίας έκανε μια πλήρη βιβλιογραφική επισκόπηση. Ο συντάκτης ήταν σε τακτική επαφή με τον καθηγητή του ο οποίος επέβλεπε και τη διαδικασία χορήγησης του τεστ σχετικά με τις τεχνικές χορήγησης.

3.2. Ο Σχεδιασμός Έρευνας

Η έρευνα χωρίστηκε σε τέσσερα μέρη. Κατ' αρχήν, έγινε η μετάφραση και των δύο τεστ στην ελληνική γλώσσα. Μετά ακολούθησε μία πιλοτική έρευνα για να ελεγχθούν οι προσαρμογές στην ελληνική γλώσσα. Το τρίτο μέρος της μεθοδολογία περιέλαβε την χορήγηση των στοιχείων κωδικοποίησης και την εισαγωγή δεδομένων. Το τέταρτο τμήμα σχετίζεται με την ανάλυση των στοιχείων και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

3.2.1. Η μετάφραση και η προσαρμογή του τεστ

Η διαδικασία μετάφρασης του WAB – 2 από τα αγγλικά στα ελληνικά έγινε με την παρακάτω διαδικασία: οι αρχικές εκδόσεις των τεστ μεταφράστηκαν, ανεξάρτητα, από τρεις φυσικούς ομιλητές της ελληνικής γλώσσας, οι οποίοι είχαν επάρκεια σε γραπτό και προφορικό επίπεδο της αγγλικής γλώσσας. Το αποτέλεσμα των τριών ελληνικών εκδόσεων μεταφράστηκε ξανά στα αγγλικά από τρεις ανεξάρτητους φυσικούς ομιλητές της αγγλικής γλώσσας οι οποίοι είχαν επάρκεια σε γραπτό και προφορικό επίπεδο της ελληνικής γλώσσας. Από τις τρεις μεταφράσεις, τα ερεθίσματα – εικόνες τα οποία μεταφράστηκαν επακριβώς από τα αγγλικά στα ελληνικά και αντίστροφα συμπεριλήφθησαν στις τελικές εκδόσεις του τεστ. Επίσης, οι τελικές ελληνικές εκδόσεις δόθηκαν σε τρεις δίγλωσσους (ελληνικών- αγγλικών) κριτές, μαζί με τις αγγλικές εκδόσεις για να επιβεβαιώσουν το τελικό αποτέλεσμα. Τέλος δυο λογοθεραπευτές και μια γλωσσολόγος – η οποία επιμελήθηκε τις αλλαγές σε γλωσσικό και λεξιλογικό επίπεδο – επιλέχτηκαν για να ελέγξουν αν οι προσαρμογές ήταν επαρκείς και μας επιβεβαίωσαν την τελική ελληνική έκδοση.

3.2.2. Η πιλοτική έρευνα

Η πιλοτική έρευνα διεξήχθη από τον Ιούλιο του 2009 έως τον Ιανουάριο του 2010 για να καθορίσει την δυσκολία των αντικειμένων και να ελέγξει την εγκυρότητα τους καθώς και κάποια άλλα χαρακτηριστικά. Οι διαφορές των αντικειμένων έπρεπε να προσδιοριστούν έτσι ώστε αντικείμενα από 3 πηγές – το χαμηλότερο επίπεδο του WAB – 2, της υψηλής έκτασης του WAB – 2 των καινούριων αντικειμένων.

Δεύτερη ανάλυση αντικειμένων

Κατά τη διάρκεια συλλογής των δεδομένων έγινε μια δεύτερη ανάλυση αντικειμένων. Το πρώτο μέρος αυτής της ανάλυσης περιλάμβανε την επανάληψη των αναλύσεων CTT και IRT που έγιναν στην πιλοτική έκδοση. Το δεύτερο μέρος της ανάλυσης αφορούσε τον προσδιορισμό αντικειμένων τα οποία μπορεί να περιείχαν προκαταλήψεις ως προς μια ειδική κατηγορία ανθρώπων. Ως αποτέλεσμα αυτών των αναλύσεων ορίστηκαν τα αντικείμενα που θα αποτελούσαν την τελική μορφή του τεστ. Για αυτή την ανάλυση ένα

δείγμα 30 εξεταζομένων επιλέχθηκε από τα πρωτόκολλα που ελήφθησαν από τη πιλοτική μελέτη. Τα πρωτόκολλα επιλέχθηκαν τυχαία από αυτά που είχαμε πρόσβαση σε εκείνο το σημείο της μελέτης (100) για να ταιριάζουν στα χαρακτηριστικά της ηλικιακή ομάδας μας σε σχέση με το φύλο, και την εκπαίδευση τους.

Προκαταλήψεις αντικειμένων

Μελέτες για την προκατάληψη των αντικειμένων διεξήχθησαν ώστε να έχουμε ένα τεστ δίκαιο στο να κάνει διάγνωση για το προφορικό λεξιλόγιο και την κατανόηση του λεξιλογίου. Αυτή η διαδικασία περιλάμβανε ποιοτικές πληροφορίες που πήραμε από άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη στάθμισης και μια κριτική από μια ομάδα ατόμων με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή. Οι πληροφορίες αυτές συνδυάστηκαν με μια ποσοτική ανάλυση των προκαταλήψεων που δείχνει τη διαφορετική λειτουργία των αντικειμένων.

Κριτική αντικειμένων

Όλοι οι εξεταζόμενοι στη μελέτη ενθαρρύνθηκαν να εντοπίσουν αντικείμενα τα οποία θα μπορούσαν να είναι προκατειλημμένα ή προβληματικά κατά οποιοδήποτε τρόπο. Αυτές οι πληροφορίες εξετάστηκαν για να εντοπιστούν οι πιθανώς προκατειλημμένες ερωτήσεις. Με λίγα λόγια, ανασκόπησαν τα ερεθίσματα – εικόνες και ανασκόπησαν και εντόπισαν αυτά που ένιωθαν ότι περιέγραφαν τα άτομα ως ακατάλληλα ή ενδυνάμωναν στερεότυπα ή όσα πιθανόν να ήταν ευκολότερα ή δυσκολότερα για μια συγκεκριμένη ομάδα.

Διαφοροποιημένη λειτουργική ανάλυση αντικειμένων

Για να εκτιμήσουμε ποσοτικά τις προκαταλήψεις των αντικειμένων, έγινε μια ανάλυση διαφοροποίησης των αντικειμένων χρησιμοποιώντας τη διαδικασία Mantel-Haenzel. Αυτή η διαδικασία χρησιμοποιήθηκε γιατί παρέχει σταθερά αποτελέσματα ακόμη και με σχετικά μικρά δείγματα. Η λειτουργική διαφοροποίηση αντικειμένων γίνεται όταν τα άτομα από μια ομάδα, έχοντας το ίδιο επίπεδο ικανοτήτων με μια δεύτερη ομάδα, βρίσκουν ένα αντικείμενο λίγο πιο δύσκολο. Για να προσδιοριστεί η λειτουργική διαφοροποίηση των αντικειμένων έγιναν αντιπαραθέσεις ανάμεσα σε ομάδες, βασιζόμενες

στο γένος (άρρεν – θήλυ). Ο αριθμός των συμμετεχόντων στην ανάλυση ήταν 100. Σε κάθε αντιπαράθεση των εξεταζομένων ανατέθηκε ένα από τα πέντε επίπεδα ικανότητας που βασίστηκε στο αποκτηθέν τελικό αποτέλεσμα που πήραν στο WAB – 2. Μετά υπολογίστηκε η στατιστική του Mantel-Haenzel για κάθε ερώτημα, διορθώθηκε χρησιμοποιώντας τη διαδικασία των Holland και Thayer's (1988) και εκτιμήθηκε η σπουδαιότητα τους βασιζόμενη στη στατιστική chi-square.

3.2.3. Η στατιστική Ανάλυση και η κωδικοποίηση

Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε διαφορετικές στρατηγικές ανάλυσης. Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov. Στους πίνακες που θα ακολουθήσουν στο 4^ο κεφάλαιο, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με το ξμέσο όρο (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη τιμή (max value) καθώς και το εύρος των τιμών, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορηματικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνιση απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνιση της κάθε τιμής της μεταβλητής. Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών στις μετρήσεις που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων και υποομάδων, ήταν το t-test (student's t-test), συσχετίσεων (correlation's) και της παλινδρόμησης. Επίσης έγινε έλεγχος της αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

Για την αξιοπιστία της μέτρησης έχουμε:

Εσωτερική συνάφεια

Για να ελέγξουμε την εσωτερική συνάφεια ή την ομοιογένεια των ερεθισμάτων – εικόνων του τεστ, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής alpha Cronbach's στο συγκεκριμένο ηλικιακό επίπεδο. Αυτό το στατιστικό στοιχείο υπολογίζεται από την ομοιομορφία των ερεθισμάτων του τεστ και βασίζεται στην εσωτερική τους σχέση. Ένα άλλο μέτρο εσωτερικής συνάφειας είναι το να κόβεται στην μέση ο συντελεστής ο οποίος σε αυτήν την

περίπτωση συσχετίζει τα αποτελέσματα που προέρχονται από μονά αριθμημένα αντικείμενα με τα αποτελέσματα από ζυγά αριθμημένα αντικείμενα. Οι συσχετισμοί της κάθε ανάλυσης υποδηλώνουν την ομοιογένεια των αντικειμένων του τεστ και παρέχουν έναν δείκτη του ποσοστού των λαθών που είναι συνδεδεμένα με τα αποτελέσματα του τεστ.

Χρονική σταθερότητα (temporal stability)

Η αξιοπιστία του τεστ παρέχει στοιχεία για την σταθερότητα με την οποία ένα τεστ αξιολογεί το ίδιο άτομο με την πάροδο του χρόνου. Για να εξεταστεί η χρονική σταθερότητα του WAB – 2 και οι 100 εξεταζόμενοι επανεξετάστηκαν από τον ίδιο εξεταστή. Κατά μέσο όρο το διάστημα μεταξύ του πρώτου και δεύτερου τεστ ήταν 20 ημέρες.

Εσωτερική αξιοπιστία

Η αξιοπιστία αυτή αναφέρεται στην συνοχή με την οποία διαφορετικοί εξεταστές μπορούν να αποκτήσουν το ίδιο αποτέλεσμα για την ικανότητα ενός εξεταζόμενου. Για το WAB – 2, η εσωτερική αξιοπιστία αξιολογήθηκε εξετάζοντας την συνοχή με την οποία οι εξεταζόμενοι μπορούν να ακολουθούν την διαδικασία των αποτελεσμάτων αφού το τεστ έχει χορηγηθεί. Η εσωτερική αξιοπιστία αξιολογήθηκε με τρεις διαφορετικούς τρόπους για να ελέγξουμε τα διαφορετικά δυναμικά και την πηγή των λαθών.

A. Αξιοπιστία βαθμολόγησης

Η πρώτη ανάλυση έγινε για την αξιολόγηση της συνάφειας του, αν οι εξεταστές είναι σε θέση να ακολουθήσουν μια σειρά στη βαθμολόγηση μετά την χορήγηση του τεστ. Για την διεξαγωγή της μελέτης αυτής 30 συμπληρωμένα πρωτόκολλα επιλέχθηκαν τυχαία από το δείγμα μας. 15 από το κάθε το ηλικιακό επίπεδο με βάση το φύλο. Κάθε άτομο εξετάστηκε από διαφορετικό εξεταστή. Κάθε πρωτόκολλο χορηγήθηκε από διαφορετικούς εξεταστές. Από τέσσερις βαθμολογητές ζητήθηκε να ακολουθήσουν τις διαδικασίες που παρουσιάζονται σε αυτό το εγχειρίδιο για να αποκτήσουν τα τελικά αποτελέσματα για κάθε ένα από τα 30 άτομα, βασισμένοι αποκλειστικά στην διόρθωση των ερεθισμάτων σωστού ή λάθους. Δύο από αυτούς ήταν εκπαιδευμένοι και έμπειροι βαθμολογητές αυτού του τεστ και δύο βασίστηκαν στις οδηγίες που παρουσιάζονται σε αυτό το εγχειρίδιο. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν αργότερα με τα αποτελέσματα του υπολογιστή.

B. Αξιοπιστία της αξιολόγησης των απαντήσεων

Ο σκοπός αυτής της ανάλυσης είναι να αξιολογήσει την ικανότητα ενός εξεταστή στο να βαθμολογήσει την απάντηση ενός εξεταζόμενου ως σωστή ή λάθος.

Για αυτή την ανάλυση, επιλέχθηκαν τα ίδια 30 πρωτόκολλα αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν στην παραπάνω ανάλυση. Ζητήθηκε από τους εξεταστές να καταγράψουν τις απαντήσεις των εξεταζόμενων για το κάθε αντικείμενο εξέτασης και να το βαθμολογήσουν σαν σωστό ή λάθος καθώς χορηγούσαν το τεστ. Για το σκοπό αυτής της έρευνας, όλες οι υπογραμμίσεις οι οποίες δείχνουν σωστή ή λάθος κάποια απάντηση, αφαιρέθηκαν από τα πρωτόκολλα. Ένας εκπαιδευμένος εξεταστής, έκανε μία επισκόπηση – αξιολόγηση των καταγραφών που ήταν γραμμένες πάνω στα πρωτόκολλα αυτά, και αναβαθμολόγησε κάθε ερέθισμα. Αυτές οι δύο απαντήσεις συγκρίθηκαν με τα αρχικά – αυθεντικά σκορ.

Γ. Αξιοπιστία της χορήγησης

Για αυτή την ανάλυση 5 εξεταστές αξιολογήθηκαν από δύο διαφορετικούς εξεταστές στο ίδιο ακριβώς εξεταστικό τμήμα. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να ελέγξουμε αν μπορεί να χορηγηθεί το τεστ με έναν σαφή τρόπο από διαφορετικούς εξεταστές. Αυτή η ανάλυση δεν θεωρείται τόσο σημαντική, αφού οι διαδικασίες χορήγησης σε αυτή την έκδοση επιτρέπει στον εξεταστή να παρέχει βοήθεια στον εξεταζόμενο, όταν η πρώτη απάντηση σε ένα αντικείμενο συναντά ένα από τα κριτήρια τα οποία αναφέρονται στις εντολές χορήγησης. Μια αποτυχία αυτών των εντολών μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικά πρώιμα αποτελέσματα. Αυτή η ανάλυση διαφέρει από την εξέταση – επανεξέταση της ανάλυσης της αξιοπιστίας ως προς τον χρόνο ανάμεσα στις δύο αξιολογήσεις κατά το ελάχιστο και οι εξεταστές από την μία εξέταση στην άλλη είναι διαφορετικοί.

Ο Έλεγχος της εγκυρότητας

Για τον έλεγχο της εγκυρότητας των συγκεκριμένων εργαλείων μέτρησης ακολουθήσαμε τρεις διαδικασίες.

1. Εγκυρότητα περιεχομένου. Αυτή η μορφή εγκυρότητας των τεστ αποδεικνύεται από τις ακόλουθες επιμέρους παραμέτρους:

α) Τη διατύπωση και διαμόρφωση μεγάλου αριθμού ασκήσεων σε κάθε θεματική

β) Την επιλογή των θεματικών και των επιμέρους ασκήσεων τους σύμφωνα με τη βιβλιογραφική προσέγγιση του θέματος, της έκφρασης και κατανόησης του λεξιλογίου αλλά και με τα ερευνητικά αποτελέσματα των ερευνητικών προσπαθειών που έχουν γίνει μέχρι σήμερα.

γ) Την ανάλυση των θεματικών παραμέτρων, ως προς το δείκτη διακριτότητας, ώστε να μπορούμε να διαφοροποιήσουμε τις υψηλές από τις χαμηλές επιδόσεις των εξεταζόμενων. Συγκρίνοντας τις τιμές του συγκεκριμένου δείκτη με τις αντίστοιχες τιμές των δεικτών αξιοπιστίας των θεματικών, μπορούμε να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για την καταλληλότητα και την εγκυρότητα των ίδιων των θεματικών αλλά και των τεστ στο σύνολό τους.

Μια ικανοποιητική διαδικασία ελέγχου της εγκυρότητας περιεχομένου είναι ο υπολογισμός του δείκτη διακριτότητας (discrimination index) των ερωτήσεων των τεστ. Οι τιμές του δείκτη αυτού κυμαίνονται από 0,20 έως 0,70, οπότε μια τιμή 0,40 μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητική (Mehrens & Lehmann, 1978). Όσο πιο υψηλός είναι ο δείκτης διακριτότητας, τόσο πιο πολλοί εξεταζόμενοι έχουν σημειώσει την αναμενόμενη επίδοση στην κάθε ερώτηση. Αυτό μας βοηθά να διακρίνουμε κατά πόσο μια ερώτηση είναι αξιόπιστη και έγκυρη.

2. Εγκυρότητα κριτηρίου. Η συγκεκριμένη μέθοδος ελέγχου της εγκυρότητας περιλαμβάνει δύο μορφές, οι οποίες και εφαρμόστηκαν στα παρόντα τεστ:

α) Τον έλεγχο προβλεπτικής εγκυρότητας (predictive), με την εφαρμογή του t – τεστ (paired sampled test), με το οποίο αξιολογήθηκαν οι επιδόσεις ανά θεματική των τεστ και εξετάστηκαν οι πιθανότητες απόρριψης ή επαλήθευσης της μηδενικής μας υπόθεσης.

β) Τον έλεγχο συγχρονικής εγκυρότητας (concurrent), με τη χορήγηση δύο ειδών ερωτηματολογίων των τεστ κατά τις δυο φάσεις εφαρμογής των τεστ.

3. Τη Δομική εγκυρότητα (ή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής). Η συγκεκριμένη μορφή εγκυρότητας ελέγχθηκε μέσα από την μελέτη τόσο των δεικτών αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας – συνάφειας των θεματικών (δείκτες Kuder – Richardson και Alpha του Cronbach) όσο και του δείκτη διάκρισης των θεματικών.

3.3. Ο Καθορισμός Πληθυσμού και Μέγεθος Δείγματος

Στην παρούσα έρευνα τα δύο τεστ χορηγήθηκαν σε 100 ενήλικες ξεχωριστά. Η επιλογή του δείγματος, αν και είχε μία ηλικιακή ομοιογένεια, έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή κατάσταση και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Να σημειωθεί ότι για να επιτευχθεί η χορήγηση της κλίμακας και των μετρήσεων, χρειάστηκε να γίνει διαβεβαίωση σε όλους τους εξεταζόμενους ότι τα προσωπικά τους στοιχεία θα παραμείνουν απόρρητα και φυσικά πως θα υπογράψουν την επιστολή συμμετοχής στην έρευνα.

3.4. Τα Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιήθηκε η φόρμα απαντήσεων των δύο τεστ και το βιβλίο ερεθισμάτων. Ζητήθηκε από τον/την κάθε εξεταζόμενο/νη να μας δηλώσει εκείνη την απάντηση η οποία τον/την αντιπροσωπεύει καλύτερα. Όλα τα φυλλάδια απαντήσεων ήταν ανώνυμα όσον αφορά στα δημογραφικά στοιχεία που ζητήθηκαν και όλες οι ερωτήσεις χορήγησης των τεστ είχαν απρόσωπο χαρακτήρα

3.5. Η Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η διαδικασία χορήγησης των τεστ έγινε και στους/στις 100 εξεταζόμενους/νες στο χώρο τους, παρουσία και των δύο πλευρών. Μετά την τυπική γνωριμία με τους/τις εξεταζόμενους/νες έγινε η εξήγηση του σκοπού της εξέτασης και ζητήθηκε η συγκατάθεση τους με την υπογραφή της επιστολής συγκατάθεσης. Κατόπιν οι εξεταζόμενοι/νες κάθισαν μπροστά σε ένα τραπέζι απέναντι και ελαφρώς δεξιά του εξεταστή. Φροντίσαμε οι συνθήκες φωτισμού να είναι κατάλληλες και τα υλικά να μπορούν να τοποθετηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν οι ασθενείς να τα δουν και να τα χειριστούν χωρίς δυσκολία. Κάθε εξεταζόμενος/νη έπαιρνε έναν αύξοντα αριθμό αρχίζοντας από το 01. Ο κωδικός

του/της κάθε εξεταζόμενου/νης έμπαινε στην αρχή του ερωτηματολογίου της κάθε μέτρησης.

Η χορήγηση του τεστ έγινε σε όλα τα άτομα με την ίδια διαδικασία ακολουθώντας της οδηγίες που αναφέρονται στο εγχειρίδιο με τις οδηγίες χρήσεως (administrative manual) των τεστ. Αξίζει να σημειωθεί ο τρόπος χορήγησης και βαθμολόγησης του τεστ από τον Μ. Sc. Λογοθεραπευτή κ. Ταφιάδη και την Λογοθεραπεύτρια Μήτσιου Βικτώρια.

Οι εξεταστές φρόντισαν να μην επηρεάζουν τους/τις εξεταζόμενους/νες με εκφράσεις του προσώπου ή λεκτικές αποδοκίμασιες και αυτός που έκανε την χορήγηση τους ενθάρρυνε να συνεχίσουν για να επιτευχθεί η μέγιστη απόκριση. Ο εξεταστής φρόντισε να είναι υποστηρικτικός αλλά και αντικειμενικός. Έλεγε στους/στις εξεταζόμενους/νες πότε τα πάνε καλά και τους καθησύχαζε όταν αποτύγχαναν. Ένας απλός και ειλικρινής τρόπος να το κάνει αυτό σύμφωνα με την Schuell (1964) είναι να σχολιάζει την πραγματικότητα, δηλαδή ότι ο/η εξεταζόμενος/η έχει κάποια δυσκολία με ένα ζήτημα που του δόθηκε και αυτό είναι που πρέπει να μάθει. Η διάρκεια χορήγησης των δοκιμασιών ποικίλει από εξεταζόμενο/νη σε εξεταζόμενο/νη αλλά ο μέσος όρος είναι 5 με 15 λεπτά για κάθε τεστ.

3.6. Οι Περιορισμοί

Κατά τη διάρκεια διεκπεραίωσης της έρευνας παρουσιάστηκαν κάποια προβλήματα που είχαν ως συνέπεια την αναστολή της: Κάποιοι εξαιτίας της έλλειψης γνώσεων στον τομέα των ερευνών μάς αντιμετώπισαν αποθετικά. Σε κάποια σχολεία δεν γίναμε δεκτοί για λόγους που δεν μας έγιναν γνωστοί, ή με την πρόφαση πως δεν είχαμε σχετική άδεια από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. Κάποιοι άλλοι αρνήθηκαν να τους γίνει η χορήγηση των τεστ ή να υπογράψουν την επιστολή συμμετοχής στην έρευνα για λόγους που δεν έγιναν γνωστοί σε εμάς. Συνέπεια όλων αυτών ήταν η μείωση του αριθμού του δείγματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Κεφάλαιο 4^ο. Στατιστικά Αποτελέσματα και Ευρήματα

4.1. Η Περιγραφική Στατιστική

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov – Smirnov. Από τον έλεγχο της κανονικότητας είδαμε πως το δείγμα μας ακολουθεί κανονική κατανομή.

4.1.1. Η περιγραφή του δείγματος

Τα δείγματα της έρευνας χωρίστηκαν σε υποομάδες ανδρών – γυναικών και με βάση την ηλικία από 18 έως 30 χρονών και 31 έως 70χρονών. Η ηλικία του δείγματος είχε μέσο όρο τα 36 έτη και 9 μήνες, με τυπική απόκλιση τα 13.286 έτη (ελάχιστη τιμή τα 18 έτη και μέγιστη τα 67 έτη). Το εκπαιδευτικό επίπεδο των εξεταζόμενων ποικίλει από το δημοτικό μέχρι το πανεπιστήμιο.

4.1.2. Οι Απαντήσεις και τα Ποσοστά Λαθών

Στα ερεθίσματα του WAB – R (παρά την κλίνη αξιολόγηση) τα ποσοστά απαντήσεων τα οποία διαφοροποιούνται από τις 100% σωστή απόκριση είναι συνήθως αποτέλεσμα απροσεξίας. Αλλά γενικά κινήθηκαν σε υψηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα, **Αυθόρμητη Ομιλία: Περιεχόμενο** ένας/μια εξεταζόμενος/νη πέτυχε σκορ 8/10, για την υποδοκιμασία **Κατονομασία Αντικειμένων** ένας/μια εξεταζόμενος/νη πέτυχε σκορ 8/10, δεκαεννέα εξεταζόμενοι/νες πέτυχαν σκορ 9,5/10, για την υποδοκιμασία **Ανάγνωση** δέκα εξεταζόμενοι/νες πέτυχαν σκορ 9/10, παρόμοια στην γραφή οχτώ εξεταζόμενοι/νες πέτυχαν σκορ 9/10. Τέλος, για το **Αφασικό Σκορ Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης** ένας εξεταζόμενος/νη πέτυχε σκορ 5,7/6, επτά εξεταζόμενοι/νες πέτυχαν σκορ 5,8/6, και δεκαοχτώ εξεταζόμενοι/νες πέτυχαν σκορ 5,9/6, και για το **Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης Γλωσσικό Σκορ** επτά εξεταζόμενοι/νες πέτυχαν σκορ 5,8/6, τρεις εξεταζόμενοι/νες πέτυχαν σκορ 7,7/8, εννέα εξεταζόμενοι/νες πέτυχαν σκορ 7,8/8, και είκοσι δύο εξεταζόμενοι/νες πέτυχαν σκορ 7,9/8, τα αποτελέσματα αυτά συνοψίζονται στον πίνακα 4.1:

Πίνακας 4.1: Τα ποσοστά απαντήσεων του δείγματος για κάθε υποδοκιμασία της παρά της κλίνης αξιολόγησης.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αυθόρμητη Ομιλία: Περιεχόμενο	79%	21%
Αυθόρμητη Ομιλία: Ροή	100%	0%
Ακουστική Κατανόηση Προφορικού Λόγου: Ερωτήσεις ΝΑΙ/ΟΧΙ	100%	0%
Εκτέλεση Εντολών σε Σειρά	100%	0%
Επανάληψη	100%	0%
Κατονομασία Αντικειμένων	80%	20%
Ανάγνωση	90%	10%
Γραφή	92%	8%
Απραξία	100%	0%
Αφασικό Σκορ Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης	74%	26%
Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης Γλωσσικό Σκορ	66%	34%

4.2. Η Σύγκριση με Βάση το Φύλο και την Ηλικία

Στην προσπάθειά μας να δούμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών που εξετάστηκαν, πραγματοποιήθηκε ένα independent sample t – test και για τα δύο τεστ. Από την ανάλυση αυτή προέκυψε ο παρακάτω πίνακας 4.2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2: Η Σύγκριση των απαντήσεων ως προς το φύλο για την παρά την κλίνη εξέταση σε όλες τις υποδοκιμασίες.

	Άντρες (N= 50)	Γυναίκες (N= 50)			
	M.O (T.A.)	M.O (T.A.)	t- value	df	p- level
Αυθόρμητη Ομιλία: Περιεχόμενο	9.82 (.438)	9.74 (.443)	2.272	98	NS
Αυθόρμητη Ομιλία: Ροή	10.00 (.000)	10.00 (.000)	–	98	NS
Ακουστική Κατανόηση Προφορικού Λόγου: Ερωτήσεις ΝΑΙ/ΟΧΙ	10.00 (.000)	10.00 (.000)	–	98	NS
Εκτέλεση Εντολών σε Σειρά	10.00 (.000)	10.00 (.000)	–	98	NS
Επανάληψη	10.00 (.000)	10.00 (.000)	–	98	NS
Κατονομασία Αντικειμένων	9.88 (.328)	9.89 (.209)	-. 182	98	NS
Ανάγνωση	9.88 (.328)	9.92 (.274)	-.661	98	NS
Γραφή	9.92 (.274)	9.92 (.274)	.000	98	NS
Απραξία	10.00 (.000)	10.00 (.000)	–	98	NS
Αφασικό Σκορ Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης	5.97 (.062)	5.95 (.067)	1.690	98	NS
Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης Γλωσσικό Σκορ	7.96 (.072)	7.93 (.085)	1.671	98	NS

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει πως δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των αντρών και των γυναικών σε όλες τις υποδοκιμασίες της Παρά της κλίνης αξιολόγησης του WAB – R, και μας οδηγεί να δεχτούμε την μηδενική να υπόθεση, και να απορρίψουμε την εναλλακτική μας υπόθεση. Όλες οι παραπάνω μετρήσεις επιβεβαιώνονται και από τα ανάλογα διαστήματα εμπιστοσύνης της εν λόγω στατιστικής ανάλυσης.

Στην προσπάθειά μας να δούμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων που ερευνητικά διαχωρίστηκαν και εξετάστηκαν, πραγματοποιήθηκε ένα independent sample t – test και για τα δύο τεστ. Από την ανάλυση αυτή προέκυψε ο παρακάτω πίνακας 4.3.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3: Η Σύγκριση των απαντήσεων ως προς την ηλικία για την παρά την κλίνη εξέταση σε όλες τις υποδοκιμασίες.					
	Ηλικιακή ομάδα 18 – 30 ετών (N= 61)	Ηλικιακή ομάδα 18 – 30 ετών (N= 39)			
	M.O (T.A.)	M.O (T.A.)	t value	df	p level
Αυθόρμητη Ομιλία: Περιεχόμενο	9.84 (.373)	9.69 (.521)	1.607	98	NS
Αυθόρμητη Ομιλία: Ροή	10.00 (.000)	10.00 (.000)	–	98	NS
Ακουστική Κατανόηση Προφορικού Λόγου: Ερωτήσεις ΝΑΙ/ΟΧΙ	10.00 (.000)	10.00 (.000)	–	98	NS
Εκτέλεση Εντολών σε Σειρά	10.00 (.000)	10.00 (.000)	–	98	NS
Επανάληψη	10.00 (.000)	10.00 (.000)	–	98	NS
Κατονομασία Αντικειμένων	9.86 (.212)	9.85 (.325)	.011	98	NS
Ανάγνωση	9.90 (.300)	9,90 (.307)	-.068	98	NS
Γραφή	9.95 (.210)	9.87 (.339)	1.421	98	NS
Απραξία	10.00 (.000)	10.00 (.000)	–	98	NS
Αφασικό Σκορ Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης	5.97 (.055)	5.95 (.079)	1.363	98	NS
Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης Γλωσσικό Σκορ	7.96 (.071)	7.94 (.087)	1.549	98	NS

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει πως δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ηλικιακών υποομάδων για όλες τις υποδοκιμασίες της Παρά της κλίνης αξιολόγησης του WAB – R, και μας οδηγεί να δεχτούμε την μηδενική

υπόθεση, και να απορρίψουμε την εναλλακτική μας υπόθεση. Όλες οι παραπάνω μετρήσεις επιβεβαιώνονται και από τα ανάλογα διαστήματα εμπιστοσύνης της εν λόγω στατιστικής ανάλυσης.

4.3. Τα Κριτήρια Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας

Θέλοντας να δούμε αν τα ερεθίσματα για κάθε υποδοκιμασία της Παρά της κλίνης αξιολόγησης του WAB – R, έχουν επιρροή πάνω στην επίδοση σε κάθε μία ξεχωριστά, δημιουργήσαμε ένα γραμμικό μοντέλο. Από την στατιστική ανάλυση για το δείγμα μας προέκυψε ο παρακάτω πίνακας :

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4: Τα αποτελέσματα του γραμμικού μοντέλου για όλα τα ερεθίσματα σε σχέση με την επίδοση σε κάθε υποδοκιμασία στην παρά της κλίνης αξιολόγησης του WAB – R.		
	R²	p- level
Αυθόρμητη Ομιλία: Περιεχόμενο	1.000	.000
Αυθόρμητη Ομιλία: Ροή	1.000	.000
Ακουστική Κατανόηση Προφορικού Λόγου: Ερωτήσεις ΝΑΙ/ΟΧΙ	1.000	.000
Εκτέλεση Εντολών σε Σειρά	1.000	.000
Επανάληψη	1.000	.000
Κατονομασία Αντικειμένων	1.000	.000
Ανάγνωση	1.000	.000
Γραφή	1.000	.000
Απραξία	1.000	.000

Για το αν η επιλογή των ερεθισμάτων επηρεάζει την κάθε παράμετρο του τεστ, από τον παραπάνω πίνακα, είδαμε απόλυτη ερμηνεία για κάθε υποδοκιμασία της Παρά της κλίνης αξιολόγησης του WAB – R,.

Θέλοντας να δούμε αν κάθε υποδοκιμασία της Παρά της κλίνης αξιολόγησης του WAB – R, έχει επιρροή πάνω στην συνολική επίδοση (αφασικό σκορ και γλωσσικό σκορ), δημιουργήσαμε ένα γραμμικό μοντέλο. Από την στατιστική ανάλυση για το παθολογικό μας δείγμα προέκυψε ο παρακάτω πίνακας 4.5:

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5: Τα αποτελέσματα του γραμμικού μοντέλου για όλες τις υποδοκιμασίες σε σχέση με τις επιδόσεις σε κάθε υποδοκιμασία στην παρά της κλίνης αξιολόγησης του WAB – R.

	Αφασικό Σκορ Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης (R ² - p- level)	Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης Γλωσσικό Σκορ (R ² - p- level)
Αυθόρμητη Ομιλία: Περιεχόμενο	(1.000 - .000)	(1.000 - .000)
Αυθόρμητη Ομιλία: Ροή	(1.000 - .000)	(1.000 - .000)
Ακουστική Κατανόηση Προφορικού Λόγου: Ερωτήσεις ΝΑΙ/ΟΧΙ	(1.000 - .000)	(1.000 - .000)
Εκτέλεση Εντολών σε Σειρά	(1.000 - .000)	(1.000 - .000)
Επανάληψη	(1.000 - .000)	(1.000 - .000)
Κατονομασία Αντικειμένων	(1.000 - .000)	(1.000 - .000)
Ανάγνωση	(1.000 - .000)	(1.000 - .000)
Γραφή	(1.000 - .000)	(1.000 - .000)
Απραξία	(1.000 - .000)	(1.000 - .000)

Με την χορήγηση της κλίμακας θέλαμε να αξιολογήσουμε κατά πόσο είναι αξιόπιστα και έγκυρα, ως προς αυτό που θέλουμε να εξετάσουμε, δηλαδή το επίπεδο αφασίας. Έτσι πραγματοποιήθηκαν διάφοροι έλεγχοι. Για τον έλεγχο της εσωτερικής συνάφειας ή την ομοιογένεια για τα ερεθίσματα – εικόνες των τεστ χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής alpha Cronbach's. Στον πίνακα 4.6 συνοψίζεται η Item to Item Analysis. Από αυτή την ανάλυση προέκυψαν τα παρακάτω:

Reliability Coefficients 6 items Alpha = .916 Standardized item alpha = .923 N of Cases =100

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.6: Item to Item ανάλυση σε κάθε υποδοκιμασία στην παρά της κλίνης αξιολόγησης του WAB – R.

	Αυθόρμητη Ομιλία: Περιεχόμενο	Κατονομασία Αντικειμένων	Ανάγνωση	Γραφή	Αφασικό Σκορ Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης	Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης Γλωσσικό Σκορ
Αυθόρμητη Ομιλία: Περιεχόμενο	1.000					
Κατονομασία Αντικειμένων	.249	1.000				
Ανάγνωση	.814	.448	1.000			
Γραφή	.137	.287	.280	1.000		
Αφασικό Σκορ Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης	-.064	.011	-.045	.147	1.000	
Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης Γλωσσικό Σκορ	.650	.463	.859	.559	.334	1.000

Ο έλεγχος της εσωτερικής αξιοπιστίας όπως αναφέρθηκε και στο 3ο κεφάλαιο, έγινε με τρεις τρόπους. Ειδικότερα, για την αξιοπιστία βαθμολόγησης και για να ελέγξουμε αν οι εξεταστές είναι σε θέση να ακολουθήσουν μια σειρά στη βαθμολόγηση πραγματοποιήθηκαν ANOVA test. Από αυτό το στατιστικό έλεγχο προέκυψε ο πίνακας 4.7.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.7: Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΩΝ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΡΕΙΣ ΕΞΕΤΑΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΩΡΡΥΤ ΚΑΙ ΤΟ ΡΩΡΡΥΤ			
	1^{ος} Εξεταστής	2^{ος} Εξεταστής	3^{ος} Εξεταστής
WAB – R Παρά την Κλίση Αξιολόγησης			
1^{ος} Εξεταστής	-		
2^{ος} Εξεταστής	.94	-	
3^{ος} Εξεταστής	.92	.94	-

Όσον αφορά την αξιοπιστία της αξιολόγησης των απαντήσεων, έχει σκοπό να ελέγξει την ικανότητα ενός εξεταστή κατά πόσο μπορεί να βαθμολογήσει την απάντηση ενός εξεταζόμενου ως σωστή ή λάθος. Για το σκοπό αυτής της έρευνας όλες οι υπογραμμίσεις οι οποίες δείχνουν σωστή ή λάθος απάντηση, αφαιρέθηκαν από τα πρωτόκολλα. Ένας εκπαιδευμένος εξεταστής έκανε μία επισκόπηση – αξιολόγηση στις καταγραφές που ήταν γραμμένες πάνω στα πρωτόκολλα αυτά και αναβαθμολόγησε κάθε ερέθισμα. Αυτές οι δύο απαντήσεις συγκρίθηκαν με τα αρχικά – αυθεντικά σκορ. Ο εκπαιδευμένος εξεταστής είδε πως οι απαντήσεις καταγράφηκαν σωστά στο 100% των απαντήσεων.

Τέλος, για την αξιοπιστία της χορήγησης, 2 εξεταστές αξιολογήθηκαν από έναν άλλο εξεταστή (δύο φορές για κάθε εξέταση), στο ίδιο ακριβώς εξεταστικό τμήμα (σχολείο). Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να ελέγξουμε αν μπορεί να χορηγηθεί το τεστ με έναν σαφή τρόπο από διαφορετικούς εξεταστές. Από αυτή την ανάλυση προέκυψε ο παρακάτω πίνακας (4.8):

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.8: Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΕΞΕΤΑΣΤΗ		
	1^η εξέταση	2^η εξέταση
1^{ος} Εξεταστής	-0.83	- 0.84
2^{ος} Εξεταστής	-0.81	-0.86

Όσον αφορά την εγκυρότητα κριτηρίου πραγματοποιήθηκε ένα paired sampled test, με το οποίο αξιολογήθηκαν οι επιδόσεις ανά θεματική των τεστ και εξετάστηκαν οι πιθανότητες απόρριψης ή επαλήθευσης της μηδενικής μας υπόθεσης. Έτσι είχαμε συσχέτιση της τάξεως .899 σε επίπεδο σημαντικότητας $p < .000$.

Τέλος όσον αφορά τη δομική εγκυρότητας (ή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής), ελέγχθηκε μέσα από την μελέτη τόσο των δεικτών αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας – συνάφειας των θεματικών. Ο δείκτης Alpha του Cronbach μας δίνει το ανάλογο αποτέλεσμα .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Κεφάλαιο 5^ο. Τα Συμπεράσματα – Συζήτηση

5.1. Η Περίληψη Αποτελεσμάτων

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν η μετάφραση, προσαρμογή και πιλοτική εφαρμογή της Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης στην ελληνική γλώσσα. Επίσης, έγινε έλεγχος των επιλεγμένων ερεθισμάτων και κατά πόσο τα τεστ μπορούν να οδηγήσουν στην διάγνωση της ύπαρξης ή όχι αφασίας, καθώς και ο έλεγχος της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του συγκεκριμένου φυλλαδίου αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας συνοψίζονται στην παρακάτω λίστα:

1. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μέσου όρου απαντήσεων για όλα τα ερεθίσματα των υποδοκιμασιών, μεταξύ αντρών και γυναικών για την Παρά την Κλίνη Αξιολόγηση του WAB – R.
2. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μέσου όρου απαντήσεων για όλα τα ερεθίσματα των υποδοκιμασιών, μεταξύ των δύο ηλικιακών υποομάδων για την Παρά την Κλίνη Αξιολόγηση του WAB – R.
3. Από την έρευνα παρατηρήθηκε πως υπάρχει σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό ερμηνεία για τις μετρήσεις μας είτε τα ερεθίσματα είναι σε ομάδες είτε μεμονωμένα και αω ερμηνεύουν και σε ποιο βαθμό το επίπεδο του λεξιλογίου.
4. Στο ερώτημα εάν έχουμε μια αξιόπιστη κλίμακα – εργαλείο μέτρησης, από την έρευνα παρατηρήθηκε πως μιλάμε για μία αξιόπιστη κλίμακα στην μορφή την οποία βρίσκεται αυτή την στιγμή.
5. Τέλος, στο ερώτημα εάν έχουμε μια έγκυρη κλίμακα – εργαλείο μέτρησης, από την έρευνα παρατηρήθηκε πως μιλάμε για μία έγκυρη κλίμακα στην μορφή την οποία βρίσκεται αυτή την στιγμή.

5.2. Τα Συμπεράσματα και οι Προτάσεις

Σε αυτή την ενότητα, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούμε στα συμπεράσματα και τις προτάσεις που καταλήξαμε μετά από τη χορήγηση του τεστ σε ενήλικο φυσιολογικό πληθυσμό.

Για το WAB έχει δημιουργηθεί μια μεταφρασμένη έκδοση στα Ιαπωνικά, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί σε Ιαπωνικό πληθυσμό (επιτροπή κατασκευής του τεστ αφασίας WAB, 1986). Έχει αναφερθεί επίσης και η χρήση Εβραϊκής έκδοσης του WAB (Kasher, Batori, Soroker, Graves, & Zaidel, 1999; Zaidel, et al., 2000). Ωστόσο, δεν υπήρχε σταθμισμένο εργαλείο για την αξιολόγηση του αυξανόμενου αριθμού των αφασικών ασθενών που μιλούν Κορεάτικα στην Κορέα και σε άλλες Κορεατικές κοινότητες ανά τον κόσμο (Hyanghee Kima, Duk L. Naa, 2004). Επίσης, η έλλειψη σταθμισμένης δοκιμασίας για την αξιολόγηση του ελληνόφωνου αφασικού πληθυσμού, οδήγησε στην προσπάθεια στάθμισης της αγγλικής έκδοσης του WAB στα ελληνικά.

Όσον αφορά την αξιοπιστία βαθμολόγησης, η έρευνα μας συστήνει ότι το WAB-R στην παρούσα μορφή του μπορεί να χρησιμοποιηθεί από οποιονδήποτε βαθμολογητή με ασφάλεια. Παρομοίως, η έρευνα των Hyanghee Kima, Duk L. Naa (2004) αναφέρει ότι η αξιοπιστία του βαθμολογητή είχε συντελεστή συσχέτισης $r=.994$ ($p<.001$) με εύρος των συντελεστών συσχέτισης που κυμαίνονταν από .993 έως 1.000. για όλες τις άλλες υποδοκιμασίες.

Η επιρροή του μορφωτικού επιπέδου στην απόδοση σε γλωσσικά τεστ ήταν επίσης σημαντική, όπως ισχυρίστηκαν οι Manly et al. (1999) και Ratcliff et al. (1998). Ιδιαίτερα στην έρευνα τους οι Hyanghee Kima, Duk L. Naa το 2004, συστήνουν πως ο αναλφαβητισμός ήταν καθοριστικός στην γλωσσική επίδοση των τύπων ομιλίας και ακοής αφήνοντας εκτός το βάρος των γραπτών δοκιμασιών. Παρατηρήσανε ότι η ομάδα των αναλφάβητων παρουσίασε μέση βαθμολογία στο Πηλίκιο Αφασίας περίπου 5 βαθμούς χαμηλότερη, τόσο στις ηλικιακές ομάδες 15-74 όσο και στην ηλικιακή ομάδα 75 και άνω, σε σχέση με την ομάδα η οποία είχε εφτά ή περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης. Στην παρούσα έρευνα η ηλικία δεν επηρέασε τα εξαγόμενα της έρευνας μας. Ωστόσο, όσον αφορά το πρωτότυπο WAB, ο συγγραφέας δεν ερεύνησε τους παράγοντες ηλικίας και εκπαίδευσης των 59 ατόμων ελέγχου (Kertesz, 1979). Όλα αυτά ενισχύουν και το δικό μας στατιστικό εύρημα της επιρροής του εκπαιδευτικού επιπέδου και για την ελληνική έκδοση του WAB – R.

Μια από τις σημαντικές συνεισφορές της έρευνας των Hyanghee Kima, Duk L. Naa, (2004) είναι ότι το K-WAB ενίσχυσε την αντικειμενικότητα κατάταξης της ροής στη δοκιμασία του αυθόρμητου λόγου. Αφότου, διερεύνησαν αρκετές μεταβλητές που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στη βελτίωση της κρίσης της γλώσσας σε αφασικούς ασθενείς. Την παραπάνω ερευνητική διαπίστωση ενίσχυσε και ο Kim et al. το 1998, όπου ο

αριθμός των συλλαβών ανά έκφραση βρέθηκε να είναι η πιο σημαντική μεταβλητή για τη σωστή κατάταξη αφασικών ομάδων με ρέοντα και μη ρέοντα λόγο. Πράγμα το οποίο θέλουμε να συμβεί και για την ελληνική πραγματικότητα, και ως ένα σημείο το διαπιστώσαμε στην έρευνα μας κατά την περίοδο της προσαρμογής του WAB στα ελληνικά.

Το 1987 δημοσιεύθηκε μια έρευνα στο περιοδικό «Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology» από τους Ferro και Kertesz, η οποία συνέκρινε δύο αφασικά τεστ, το WAB (Western Aphasia Battery) και το LAEB (Lisbon Aphasia Examination Battery). Σε αυτή την έρευνα υπήρξε υψηλός βαθμός συσχέτισης μεταξύ των δύο τεστ με μικρές επικαλύψεις στους αφασικούς τύπους. Οι αφασικοί τύποι που παρουσίασαν πρόβλημα κατάταξης με βάση τις δοκιμασίες των δύο τεστ ήταν η ολική αφασία και η ανομία κατά LAEB, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως αφασία Broca και αγωγής αντίστοιχα στο WAB. Οι ασυμφωνίες αυτές στην κατηγοριοποίηση οφείλονται στα διαφορετικά κριτήρια των δύο τεστ. Ένας τρόπος για να λυθούν τα προβλήματα κατηγοριοποίησης είναι ο αντικειμενικός καθορισμός των αφασικών κριτηρίων, καθώς και η αντικειμενική σύγκριση των διαφορετικών κριτηρίων ταξινόμησης που χρησιμοποιούνται. Ο σκοπός που γίνεται αναφορά αυτού του ευρήματος, είναι, πως πρέπει και στα ελληνικά δεδομένα και κατ' επέκταση για την ελληνική έκδοση του WAB να καθοριστούν αυτά τα κριτήρια σε επόμενες έρευνες.

Με βάση την έρευνα των Ferro & Kertesz, οι συντελεστές συσχέτισης που προέκυψαν από το αποτέλεσμα αξιολόγησης των δοκιμασιών, από διαφορετικούς βαθμολογητές, έδειξε ότι οι διαφορετικοί βαθμολογητές αξιολογούν τις δοκιμασίες αυτές κατά τον ίδιο τρόπο, ελαχιστοποιώντας τον παράγοντα της υποκειμενικότητας στην τελική βαθμολογία. Αυτή η έρευνα έρχεται και ενισχύει την εγκυρότητα και αξιοπιστία της ελληνικής έκδοσης του WAB όπως αναφέρθηκε και στην στατιστική ανάλυση και στην σύνοψη των αποτελεσμάτων μας στην παράγραφο 5.1.

Το γλωσσικό ηηλικό συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με το αφασικό ηηλικό ($r=0.98$) και το φλοιϊκό ηηλικό ($r=0,99$). Για το λόγο αυτό, κάποιος θα μπορούσε να πει ότι είναι ένα περιττό μέτρο. Εάν κάποιος απασχολούνταν μόνο με την πρόβλεψη της βαθμολογίας γλωσσικού ηηλικού, μπορεί να γίνει μια πολύ κοντινή πρόβλεψη από το φλοιϊκό ηηλικό. Ωστόσο, σε μια κλινική κατάσταση, είναι συχνά σημαντικό να γνωρίζουμε την σοβαρότητα του γλωσσικού ελλείμματος του ασθενούς, που εκτιμάται καλύτερα από το γλωσσικό ηηλικό.

Όσον αφορά το γλωσσικό πηλίκο που προκύπτει από τις αντίστοιχες δοκιμασίες του WAB, η Shewan το 1986 μας αναφέρει πως είναι αρκετά χρήσιμο για την οξεία φάση της αφασίας (με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής είναι αρκετά καλά ώστε να μπορεί να εξεταστεί). Ακόμη αναφέρει ότι το γλωσσικό πηλίκο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μια αρχική αξιολόγηση του βαθμού διαταραχής της γλώσσας σε προφορικό και γραπτό επίπεδο. Επίσης, συστήνει πως, εάν πρέπει να προσφερθεί θεραπεία για τη γλώσσα, το γλωσσικό πηλίκο μπορεί να εξυπηρετήσει και σαν ένα βασικό μέτρο από το οποίο μπορεί να μετρηθεί η πρόοδος κατά τη θεραπεία, πράγμα το οποίο έχει καταγραφεί και για την ελληνική έκδοση του WAB. Καθώς τα προγράμματα επανένταξης γενικά περιλαμβάνουν θεραπεία τόσο της προφορικής όσο και της γραπτής γλώσσας, είναι σημαντικό οι βασικές μετρήσεις να περιλαμβάνουν και τις δύο, αλλά ίσως δεν θα πρέπει να περιλαμβάνουν δοκιμασίες για άλλες δεξιότητες. Έτσι, για το WAB, το γλωσσικό πηλίκο μπορεί να είναι το μέτρο επιλογής, πράγμα που μπορεί να γίνει και για την ελληνική πραγματικότητα. Επεκτείνοντας όλο αυτό το σκεπτικό της Shewan, δράτουμε την ευκαιρία και συστήνουμε σε αυτό το σημείο την ερευνητική εμβάθυνση στην κλίμακα και στην στάθμισή της στην ελληνική γλώσσα.

Κατά τη διάρκεια ενός προγράμματος επανένταξης, το γλωσσικό πηλίκο θα πρέπει να υπολογίζεται σε περιοδικά διαστήματα και θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο των αποτελεσμάτων λογοθεραπευτικής παρέμβασης, έχοντας υπόψη, φυσικά, την ανάγκη υπολογισμού της άμεσης ανάρρωσης μετά από οξείες φάσεις κάποιου εγκεφαλικού επεισοδίου. Το πλαίσιο επαναφοράς της γλώσσας μπορεί επίσης να ανιχνευτεί σε βάθος χρόνου. Οι Shewan και Kertesz (1984) ανέφεραν δεδομένα για την γλωσσική επαναφορά σε αφασικούς ασθενείς που παρακολουθούνταν για ένα χρόνο. Η ομάδα των αφασικών ασθενών έδειξε τόσο διαταραχές σε προφορικό όσο και σε γραπτό επίπεδο κατά την αρχική εξέταση. Για όσους έλαβαν λογοθεραπεία, αυτή περιλάμβανε δοκιμασίες, γραπτές και προφορικές.

Η ομάδα που ακολουθούσε θεραπεία συγκρίθηκε με μια ομάδα που δεν ακολουθούσε θεραπεία για να καθοριστεί εάν οι θεραπευμένοι ασθενείς είχαν σημαντικά καλύτερη ανάκτηση της γλώσσας. Με το γλωσσικό πηλίκο ως μέτρο αποτελέσματος, απεδείχθη ότι η θεραπεία είχε ιδιαίτερα θετικό αποτέλεσμα στην ανάκτηση της γλώσσας ($p = 0,01$). Όταν πραγματοποιήθηκαν οι ίδιες συγκρίσεις χρησιμοποιώντας το αφασικό πηλίκο ως μέτρο αποτελέσματος, το αποτέλεσμα δεν έφτασε τη στατιστική σημαντικότητα που θα

ήθελαν ($p = 0,08$). Αυτό το εύρημα ενισχύει για άλλη μία φορά την σημασία της στάθμισης της κλίμακας στα ελληνικά.

Επειδή η αφασία επηρεάζει τις δεξιότητες τόσο της προφορικής όσο και της γραπτής γλώσσας και επειδή τα προγράμματα επανένταξης για αφασικούς ασθενείς συνήθως απευθύνονται και στα δύο είδη δεξιοτήτων, είναι σημαντικό τα μέτρα των αποτελεσμάτων μας να τα αντικατοπτρίζουν. Εάν οι αναλύσεις μας δε χρησιμοποιούσαν κάποιο μέτρο (το γλωσσικό πηλίκο) που να ταίριαζε με τις παραμέτρους της γλωσσικής διαταραχής και του θεραπευτικού σχήματος, θα είχαν παραλειφθεί σημαντικά αποτελέσματα και θα είχαν βγει λανθασμένα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Το γλωσσικό πηλίκο δεν περιλαμβάνει καθόλου δοκιμασίες μη λεκτικής επικοινωνίας και γι' αυτό, δεν έχει σχεδιαστεί για να αξιολογεί την επικοινωνία με αυτό τον τρόπο. Κάτι τέτοιο δεν μας λέει ότι η επικοινωνία με χειρονομίες δεν είναι ούτε ένας βιώσιμος, ούτε ένας πολύτιμος τύπος επικοινωνίας για ορισμένους ασθενείς. Ωστόσο, το γλωσσικό πηλίκο δεν αποτελεί ένα κατάλληλο βασικό μέτρο ή μέτρο αποτελέσματος για την αξιολόγηση αλλαγών στην επικοινωνία με χειρονομίες.

Πέραν του προφανούς δεδομένου πως το αφασικό πηλίκο καθορίζει τον βαθμό βαρύτητας της διαταραχής και το είδος – τύπο αφασίας που μπορεί να παρουσιάσει ένας/μια εξεταζόμενος/νη, και δεν θα επεκταθούμε σε αυτό, πρέπει να κάνουμε μία αναφορά στην σημαντικότητα του φλοιϊκού πηλίκου. Το συγκεκριμένο πηλίκο συγκεντρώνει σχεδόν όλες τις μορφές παραγωγής / εκπομπής γραπτού και προφορικού λόγου. Ουσιαστικά παίζει ρόλο στην διάγνωση των ικανοτήτων κατονομασίας, αυθόρμητης γραφής, ομιλίας κ.α., και σε θεραπευτικό επίπεδο θα βοηθήσει κάποιον λογοθεραπευτή να καθορίσει σε έναν «αφασικό» το είδος και τον τρόπο παρέμβασης σε αυτόν. Πολύ σωστά ο Kertesz, προέβλεψε την ύπαρξη του, για να μπορέσει κάποιος (κυρίως λογοθεραπευτής ή νευροψυχολόγος) να εμβαθύνει στην διάγνωση και να λάβει πιο ποιοτικά χαρακτηριστικά για να σχηματίσει το προφίλ λόγου ενός/μιας ασθενή του/της.

Σε συνδυασμό με το γλωσσικό πηλίκο και όλα αυτά τα οποία αναφέρουν οι Shewan και Kertesz (1984) και η Shewan το 1986, θα μπορέσουν να αποδώσουν το καλύτερο δυνατό στην στοχοθέτηση μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης, φυσικά προσαρμοσμένης στα δυνατά και αδύνατα σημεία ενός/μιας θεραπευόμενου/νης, και σε πιο γρήγορη ανάταξη κάθε διαταραχής που σχετίζεται με την αφασία. Θα ήταν πλεονασμός

σε αυτό το σημείο, αλλά το υπογραμμίζουμε ξανά, πως η κλίμακα αυτή θα πρέπει να σταθμιστεί στα ελληνικά δεδομένα.

Τέλος, σε αυτό το σημείο αναφέρονται προτάσεις, οι οποίες θα βοηθήσουν στην ανάπτυξη της κλίμακας WAB –R και στην καλύτερη δυνατή αντιπροσωπευτικότητά της για την ελληνική γλώσσα. Ειδικότερα: όσον αφορά τη φόρμα 1, καλό θα ήταν για τη διευκόλυνση του εξεταστή, στις δοκιμασίες «περιγραφή εικόνας» και «ροή των λέξεων» να χρησιμοποιείται μαγνητόφωνο. Επίσης, όσον αφορά τη φόρμα 2, στη δοκιμασία «ορθή γραφή δύσκολων λέξεων», δεχόμαστε ως σωστή τη λέξη «γυάρδα» και ως «γιάρδα».

Όσον αφορά το φυλλάδιο της παρά της κλίνης αξιολόγησης, στη δοκιμασία «Ακουστική Κατανόηση Προφορικού Λόγου: Ερωτήσεις ΝΑΙ/ ΟΧΙ», πιθανόν να μπορούσε να γίνει η εξής παρέμβαση: η έβδομη (7) ερώτηση «ένα χαρτί καίγεται στη φωτιά» να πάρει τη θέση της όγδοης (8) « Ο Μάρτιος είναι μετά τον Ιούνιο;», και αντίστοιχα η όγδοη της έβδομης, διότι με τη ροή των προηγούμενων ερωτήσεων (4,6), πολλοί εξεταζόμενοι υπέθεταν ότι η ερώτηση αναφέρεται στο παρόν και αρχικά απαντούσαν λανθασμένα. Επιπλέον, στη δοκιμασία «Εκτέλεση Εντολών στη Σειρά», πιθανόν να μπορούσε να γίνει μια αλλαγή στην τρίτη εντολή στη φράση «Δείξτε στο στυλό με το χαρτί» με τη φράση «Δείξτε προς το στυλό με το χαρτί», διότι πολλοί εξεταζόμενοι δεν κατανοούσαν τι έπρεπε να πράξουν. Τέλος, όσον αφορά τη δοκιμασία «Κατονομασία Αντικειμένων», η λέξη «φως», πιθανόν να μπορούσε να δίνεται με κάποια περιγραφή ή να αντικατασταθεί με κάποια άλλη λέξη, όπως π.χ. «λάμπα», διότι είναι αρκετά αόριστη και δεν μπορούσε εύκολα να κατονομαστεί χωρίς κάποια περιγραφή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

- Albert, M. L., Goodglass, H., Helm, N. A., & associates. (1981). *Clinical aspects of dysphasia*. New York: Springer-Verlag.
- Barton, M., Maruszewski, M., & Urrea, D. (1969). Variation of stimulus context and its effect on word finding ability in aphasics. *Cortex*, 5, 351-365.
- Basso, A., Lecours, A. R., Morashini, S., & associates. (1985). Anatomico-clinical correlations of the aphasias as defined through computerized tomography; Exceptions. *Brain and Language*, 26, 201-229.
- Benson, D. E (1979a). *Aphasia, alexia, and agraphia*. New York: Churchill-Livingstone.
- Benson, D. E (1979b). *Aphasia*. In K. M. Heilman & E. Valenstein (Eds.) *Clinical neuropsychology* (pp. 22-58). New York: Oxford University Press.
- Boucher, V., Garcia, L. J., Paradis, J., Fleurant, J. (2001). Variable efficacy of rhythm and tone in melody-based intervention: Implications for the assumption of a right-hemisphere facilitation of non-fluent aphasia. *Aphasiology*, 15, 131-149.
- Brown, J. W (1972). *Aphasia, apraxia, and agnosia: Clinical and theoretical aspects*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Calvin, W. H., & Ojemann, G. A. (1980). *Inside the brain*. New York: New American Library.
- Caramazza A. Hillis AE (1992). *For a theory of remediation of cognitive deficits*. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders Monograph.
- Carlsson, G. S., Svardsudd, K., & Welin, L. (1987). Long-term effects of head injuries sustained during life in three male populations. *Journal of Neuropsychology*, 67, 197-205.
- Damasio, A. R. (1985). Disorders of complex visual processing: Agnosia, achromatopsia, Balint's syndrome, and related difficulties of orientation and construction. In M. M. Mesulam (Ed.), *Principles of behavioral neurology* (pp. 259-288). Philadelphia: EA. Davis.
- Damasio, H., (2001), *Neural basis of language disorders*. In R. Chapey (ed). *Language Intervention Strategies in Aphasia & Related Neurogenic Communication Disorders*. (σ. 18-36). 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins. New York.
- Darley, F. L. (1982). *Aphasia*. Philadelphia: WB. Saunders.

- Davis, G.A. (1989). The clinical cloud and language disorders.
- Davis, G.A. (1993). A survey of adult aphasia and related language disorders (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ellis AW, young AW (1988). Human Cognitive Neuropsychology, Hove: Lawrence Erlbaum.
- Geschwind, N., Quadfasel, F. A., & Segarra, J. (1968). Isolation of the speech area. *Neuropsychologia*, 6, 327-340.
- Goodglass, H. (1993). Understanding aphasia. San Diego, CA: Academic Press.
- Goodglass, H., Blumstein, S. E., Gleason, J. B., & associates. (1979). The effect of syntactic encoding on sentence comprehension in aphasia. *Brain and Language*, 7, 201-209.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). The assessment of aphasia and related disorders (2nd ed.). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Goodglass, H., Kaplan, E., & Barresi, B. (2001). The assessment of aphasia and related disorders (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Goodglass, H., & Stuss, D. T. (1979). Naming to picture versus description in three aphasia subgroups. *Cortex*, 15, 199-211
- Hegde, M. N. (1991). Introduction to communicative disorders. Austin, TX: PRO-ED.
- Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L. (1991). Manual of aphasia therapy. Austin, TX: PRO-ED.
- Helm, N. A., & Barresi, B. (1980). Voluntary control of involuntary utterances: A treatment approach for severe aphasia. In R H. Brookshire (Ed.), *Clinical Aphasiology Conference proceedings* (pp. 308-315). Minneapolis, MN: BRK Publishers.
- Helm-Estabrooks, N., & Hotz, G. (1991). Brief test of head injury. Chicago: Riverside.
- Helm-Estabrooks, N.A. (1982). Helm elicited language program for syntax stimulation (HELPSS). Chicago: Riverside.
- Kertesz, A. (1979). Aphasia and associated disorders: Taxonomy, localization, and recovery. New York: Grune & Stratton.
- Kertesz, A., & Munoz, D. (2000). Differences between Pick disease and Alzheimer disease in clinical appearance and rate of cognitive decline. *Archives of Neurology*, 57, 225-232.

- Kirshner, H. S., Tanridag, O., Thurman, L., & associates. (1987). Progressive aphasia without dementia: Two cases with focal spongiform degeneration. *Annals of Neurology* 22, 527-533.
- Kreindler A, Fradis A (1968). Performances in Aphasia. A Neurodynamical, Diagnostic and Psychological study. Paris: Gauthier-Villars.
- Lesser, R. (1976). Verbal and non-verbal memory components in the token test. *Neuropsychologia*, 14, 79-85.
- Lesser R (1987). Cognitive neuropathological influences on aphasia therapy.
- Lichtheim, L. (1885). On aphasia. *Brain*, 7, 433-484.
- Luria, A. R. (1966), *Human brain and psychological processes*. New York: Harper & Row.
- Luria AR (1970). *Traumatic Aphasia: Its Syndromes, Psychology, and Treatment*. The Hague: Mouton.
- Martin AD (1981). The role of theory in therapy: a rationale.
- Martin, R., & Feher, E. (1990). The consequences of reduced memory span for the comprehension of semantic versus syntactic information. *Brain and Language*, 38, 1-20.
- McNeil MR (1989). Some theoretica and clinical implications of operating from a formal definition of aphasia. Paper presented to the Academy of Aphasia, Santa Fe, NM.
- McNeil, M. R., Robin, D.A., & Schmidt, R.A. (1997). Apraxia of speech: Definition, differentiation, and treatment. In M. R. McNeil (Ed.), *Clinical management of sensorimotor speech disorders* (pp. 3 | 1-344). New York: Thieme.
- Naeser, M.A., Alexander, M. P., Helm-Estabrooks, N., & associates. (1982). Aphasia with predominantly subcortical lesion sites: Description of three capsular putamenal aphasia syndromes. *Archives of Neurology*, 39, 2-14.
- Neisser U (1966). *Cognitive Psychology*. New York: Appletn-Century-Crofts. Office of Technology Assessment (1978). *Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies, OTA-H-75*. Washington, DC: US Government Printing Office. Petheram B, Parr S (1998).

- Porch, B. E. (1967, 1981a). Porch Index of Communicative Ability. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ratner NB, Gleason JB (1993). An introduction to psycholinguistics: what do language users know? In Gleason JB, Ratner NB (eds) Psycholinguistics.
- Schuell, H. M., Jenkins, J. J., & Jimenez-Pabon, E. (1965). Aphasia in adults. New York: Harper and Row.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. Lancet, 2, 81-84.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1976). Assessment and prognosis of coma after head injury. Acta Neurochirurgica, 34, 45-55.
- Vignolo, L.A., Frediani, E. Boccardi, E. E., & associates. (1986). Unexpected CT scan findings in global aphasia. Cortex, 22, 55-70.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Λογοθέτης Ι. & Μυλωνάς Ι. (1996). Νευρολογία. Έκδοση ΙΙΙ. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη.
- Μεντενόπουλος Γ. (2003). Αφασίες – αγνωσίες – απραξίες. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη.

Ιστοσελίδες

- <http://www.aphasia.gr/>
- <http://www.disabled.gr/>
- <http://www.noesi.gr/>
- <http://www.logopedists.gr/>
- National Aphasia Association <http://www.aphasia.org>
- National Parkinson Foundation <http://www.parkinsons.org>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Όνομα: _____ Ημερομηνία Εξέτασης: _____ DOB: _____
 Ηλικία: _____ Α Γ Ημερομηνία Εμφάνισης νόσου: _____
 Διάγνωση: _____ Νευροαπεικονίσεις: _____

**Φυλλάδιο
Αξιολόγησης
Παρά της
Κλίνης**



Αυθόρμητη Ομιλία: Περιεχόμενο

Οδηγία: Ρωτήστε τον Ασθενή τις παρακάτω ερωτήσεις και ενθαρρύνετε τον να δώσει πλήρεις απαντήσεις. Βαθμολογήστε το μήκος και την πολυπλοκότητα της κάθε πρότασης, την δυσκολία έρευσης λέξεων, και τις παραφασίες

Ερέθισμα	Σκορ
1. Πως είστε σήμερα; (1 βαθμός = κάθε απάντηση με νόημα)	(1)
2. Ποια είναι η πλήρης διεύθυνσή σας; (2 βαθμοί = πλήρης διεύθυνση, 1 βαθμός = οδός ή πόλη μόνο)	(2)
3. Γιατί είστε εδώ (στο νοσοκομείο); (2 βαθμοί= πλήρης απάντηση, 1 βαθμός = πλημμελής απάντηση)	(2)
4. Χορηγήστε στον ασθενή σας μια φωτογραφία κάποιας δυσκολίας ενός περιοδικού. Πείτε: «Πείτε μου τι συμβαίνει σε αυτή την φωτογραφία». (5 βαθμοί = πλήρης περιγραφή, 4 βαθμοί = πλημμελής περιγραφή, 3 = τα βασικά σημεία, 2 βαθμοί = μερικά αντικείμενα μόνο, 1 βαθμός = μερικές σχετικές λέξεις, 0 βαθμοί = καμία απάντηση με νόημα)	(5)

Συνολικό Σκορ (10)

Αυθόρμητη Ομιλία: Ροή

Οδηγία: Κυκλώστε την τιμή, η οποία αντιπροσωπεύει καλύτερα την κατάσταση της ροής ενός ασθενή.

10 = Φυσιολογική Ομιλία

9 = Μερικοί δισταγμοί και δυσκολία στην έρευση λέξεων

8 = Ανακυκλώσεις, κανονική ροή της ομιλίας με παραφασίες και δυσκολία στην έρευση λέξεων

7 = Καλής ροής φωνημικοί νεολογισμοί, όμοια με την ελληνική σύνταξη και φωνολογία.

6 = Λογοπενία αλλά κανονική σύνταξη, ελάχιστες ή λίγες παραφασίες, σαφής δυσκολία στην έρευση λέξεων

5 = Στάσιμος, Παραφασικός, αλλά με πιο πλήρεις προτάσεις, σαφής δυσκολία στην έρευση λέξεων

4 = Αγραμματισμός, κοπιώδης, προτάσεις ρήμα – ουσιαστικό αλλά μόνο μία ή δυο προτασιακά πλαίσια

3 = Σχεδόν ακατάληπτο, μουρμουρητό χαμηλής έντασης και μερικές μεμονωμένες λέξεις

2 = Μεμονωμένες λέξεις, συχνές παραφασίες, κοπιώδεις και διστακτική

1 = Παλινδρομική, στερεοτυπική παραγωγή με κατανοητό επιτονισμό

0 = Καμία παραγωγή λέξεων, ακατάληπτες προτάσεις

Σκορ Ροής (10)

Ακουστική Κατανόηση Προφορικού Λόγου: Ερωτήσεις ΝΑΙ/ΟΧΙ

Οδηγία: Πείτε: «Θα σας κάνω μερικές ερωτήσεις. Απαντήστε με ναι ή όχι. Οι ασθενείς μπορούν να απαντήσουν λεκτικά ή με χειρονομίες.

Ερέθισμα	Σκορ		Ερέθισμα	Σκορ	
1. Είναι το όνομά σας Νικολάου;	1	0	6. Είναι κλειστή η πόρτα;	1	0
2. Είναι το όνομά σας Βούλγαρης;	1	0	7. Ένα χαρτί καίγεται στην φωτιά;	1	0
3. Είναι το όνομά σας _____ (πείτε το επίθετο του ασθενή);	1	0	8. Ο Μάρτιος είναι μετά τον Ιούνιο;	1	0
4. Είναι αναμμένα τα φώτα σε αυτό το δωμάτιο;	1	0	9. Τρώμε μια μπανάνα πριν την ξεφλουδίσουμε;	1	0
5. Είστε γιατρός;	1	0	10. Είναι ένα άλογο μεγαλύτερο από ένα σκύλο;	1	0

Συνολικό
Σκορ
Ακουστικής
Κατανόησης
Προφορικού
Λόγου □ (10)

Εκτέλεση Εντολών σε Σειρά

Υλικά: Νόμισμα, κομμάτι χαρτί και στυλό

Οδηγία: Κυκλώστε την τιμή, η οποία αντιπροσωπεύει καλύτερα την κατάσταση της ροής ενός ασθενή.

Ερέθισμα	Σκορ
1. Δείξτε το νόμισμα και το στυλό	(2)
2. Δείξτε με το στυλό το χαρτί	(2)
3. Δείξτε στο στυλό με το χαρτί	(2)
4. Βάλτε το στυλό πάνω στο χαρτί και αναποδογυρίστε το νόμισμα	(4)

Σκορ της Εκτέλεσης των Εντολών σε Σειρά □ (10)

Επανάληψη

Οδηγία: Ρωτήστε τον ασθενή να επαναλάβει τις λέξεις που είναι στην παρακάτω λίστα. Πείτε: «Επαναλάβετε αυτές τις λέξεις μετά από εμένα. Πείτε _____». Αφαιρέστε ½ βαθμό για κάθε λάθος φωνημική παραφασία ή λάθος στην σειρά της λέξης.

Ερέθισμα	Σκορ
1. Κούπα	(1)
2. Παράθυρο	(1)
3. Σαράντα - Πέντε	(1)
4. Το τηλέφωνο χτυπάει	(2)
5. Είστε γιατρός;	(2)
6. Η γρήγορη καφέ αλεπού πηδά πάνω στον τεμπέλη σκύλο	(3)

Σκορ Ικανότητας Επανάληψης
□ (10)

Κατονομασία Αντικειμένων

Οδηγία: Ρωτήστε στον ασθενή σας να κατονομάσει αντικείμενα μέσα στο δωμάτιο. Πείτε, **Τι είναι αυτό;** ή **Ποιο είναι το όνομα αυτού του αντικειμένου;** . Αφαιρέστε ½ βαθμό για κάθε σωστή κατονομασία.

Ερέθισμα	Σκορ	Ερέθισμα	Σκορ
1. Κρεβάτι		11. Μαλλιά	
2. Τηλέφωνο		12. Μπράτσο (καρέκλας)	
3. Μαξιλάρι		13. Λουράκι ρολογιού	
4. Χρώμα ενός ρούχου ή περιοδικού		14. Παλτό/ πανωφόρι	
5. Αγκώνας		15. Κουμπί	
6. Πόρτα		16. Φως	
7. Περιοδικό/ ημερολόγιο		17. Στυλό	
8. Ώμος		18. Καλαμάκι	
9. Ποτήρι/ κούπα		19. Παράθυρο/ κάδρο	
10. Κλειδί		20. Δείκτης (δάχτυλο)	

Σκορ της Κατονομασίας Αντικειμένων □ (10)

Αφασικό Σκορ Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης

Αθροίστε τα σκορ των Περιεχόμενο, της Ροή, της Ακουστική Κατανόηση Προφορικού Λόγου, της Εκτέλεση Εντολών σε Σειρά, της Επανάληψη, και την Κατονομασία Αντικειμένων. Διαιρέστε το σύνολο με τον αριθμό 6, και μετά πολλαπλασιάστε με τον αριθμό 10 για να καθορίσετε το Αφασικό σκορ

Συνολικό σκορ /6

X 10

Αφασικό Σκορ Κλινήρους Αξιολόγησης

Ανάγνωση

Οδηγίες: Ρωτήστε το ασθενή να διαβάσει μία παράγραφο δυνατά από ένα περιοδικό. Βαθμολογήστε μέχρι το 5 για καλής ροής, σωστές διαβασμένες προτάσεις. Αφαιρέστε ένα βαθμό για κάθε λάθος ή παράλειψη. Καθορίστε το επίπεδο αναγνωστικής κατανόησης, κάνοντας ερωτήσεις. Βαθμολογήστε μέχρι 5 βαθμούς για την αναγνωστική κατανόηση

Σκορ Ανάγνωσης (10)

Γραφή	Σκορ
Οδηγίες: Τοποθετήστε ένα χαρτί και ένα στυλό στο τραπέζι και πείτε,	
1. Γράψτε το όνομα σας	(1)
2. Γράψτε την διεύθυνση του σπιτιού σας	(2)
3. Γράψτε, «Χτυπάει το τηλέφωνο»	(2)
4. Περιγραφή εικόνας: Ζητήστε από τον ασθενή να γράψει για μία πολύπλοκη εικόνα από ένα περιοδικό. Πείτε, Γράψτε μου τι συμβαίνει σε αυτή την εικόνα. (5 βαθμοί= πλήρης περιγραφή, 4 βαθμοί= ατελής περιγραφή, 3 βαθμοί= σημαντικά στοιχεία, 2 βαθμοί= μερικά αντικείμενα μόνο, 1 βαθμός= μερικές σχετικές λέξεις, 0 βαθμός= καμία καταληπτή απόκριση)	(5)

Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης Γλωσσικό Σκορ

Αθροίστε τα σκορ των Περιεχόμενο, της Ροή, της Ακουστική Κατανόηση Προφορικού Λόγου, της Εκτέλεση Εντολών σε Σειρά, της Επανάληψη, και την Κατονομασία Αντικειμένων. Διαιρέστε το σύνολο με τον αριθμό 8, και μετά πολλαπλασιάστε με τον αριθμό 10 για να καθορίσετε το γλωσσικό σκορ

Συνολικό σκορ /8

X

10

Κλινήρους Αξιολόγησης
Γλωσσικό Σκορ

Σκορ Γραφής (10)

Απραξία (Προαιρετικό)

Οδηγίες: Πείτε, θα σας ρωτήσω μερικά πράγματα. Προσπαθήστε να τα κάνετε όσο καλύτερα γίνεται,

Ερέθισμα	Σκορ
1. Χαιρετήστε	(2)
2. Κλείστε τα μάτια σας	(2)
3. Δείξτε πως φυσάτε ένα κερι	(2)
4. Δείξτε πως χρησιμοποιείται οδοντόβουρτσα	(2)
5. Δείξτε πως χτυπάτε την πόρτα και πως την ανοίγεται	(2)

Σκορ Απραξίας (10)

Κριτήρια της Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης της Αφασίας

Οδηγίες: Για να αποφασίσετε πως θα κατηγοριοποιήσετε το σκορ Κλινήρους Αξιολόγησης (τύπος αφασίας) για κάθε ασθενή, συγκρίνετε τα σκορ για την ροή, για την ακουστική κατανόηση του προφορικού λόγου, και για την επανάληψη, με τα τρία σκορ τα οποία σχετίζονται κάθε τύπος αφασίας

Τύπος Αφασίας	Σκορ		
	Ροή	Ακουστική Κατανόηση Προφορικού Λόγου:	Επανάληψη
Ολική	< 5	< 4	< 5
Broca	< 5	< 3	< 8
Απομόνωση	< 5	< 4	< 4
Διαφλοικκή κινητική	< 5	< 3	< 7
Wernicke	< 4	< 7	< 8
Διαφλοικκή αισθητηριακή	< 4	< 7	< 7
Αγωγής	< 4	< 6	< 7

Κατονομαστική

< 4

< 6

< 6

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Επιστολή Συγκατάθεσης στην Έρευνα

Το Western Aphasia Battery 2 (WAB – 2). Μια πιλοτική μεταφορά του Φυλλαδίου της Παρά της Κλίνης Αξιολόγησης σε φυσιολογικό ενήλικο πληθυσμό

Ο/ Η κάτωθι υπογεγραμμένος/ η

Συμφωνώ να συμμετάσχω στην ερευνητική πτυχιακή εργασία της φοιτήτριας Μήτσιου Βικτώριας «Το Western Aphasia Battery 2 (WAB – 2). Μια πιλοτική μεταφορά του Φυλλαδίου Κλινήρους Αξιολόγησης σε φυσιολογικό ενήλικο πληθυσμό », η οποία γίνεται υπό την επίβλεψη του διδάσκοντα M.Sc. Λογοθεραπευτή Διονύση Ταφιάδη, του Τμήματος Λογοθεραπείας – ΣΕΥΠ – ΤΕΙ Ηπείρου.

Επίσης, έχω λάβει πλήρη γνώση για τον σκοπό της έρευνας, το ερωτηματολόγιο, τις μετρήσεις και την μη – παρεμβατική ανάλυση. Επιπλέον, έχω ενημερωθεί ότι δεν θα υπάρξει κάποιος κίνδυνος με την συμμετοχή μου στην εργασία – έρευνα αυτή. Ακόμη, κατανοώ, ότι αν συμφωνήσω να συμμετάσχω στην έρευνα αυτή, θα κληθώ να απαντήσω σε ένα σύνολο ερωτήσεων και οι απαντήσεις μου θα καταγραφούν.

Επιπλέον, έχω επίγνωση, ότι η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι εθελοντική και μπορώ να αρνηθώ ή να αποσυρθώ μελλοντικά από αυτήν χωρίς καμία μου προκατάληψη ως προς αυτήν. Κατανοώ πως αν έχω ερωτήσεις και απορίες για την έρευνα, μπορώ να ζητήσω και επιπλέον διευκρινήσεις από την Μήτσιου Βικτώρια ή/και τον κύριο Διονύση Ταφιάδη. Επίσης, έχω δικαίωμα, αν

θέλω επιπλέον πληροφορίες για τα δικαιώματά μου σαν συμμετέχων σε έρευνες, να απευθυνθώ σε δικηγόρο και να με ενημερώσει για την νομοθεσία, η οποία υπάρχει, για την συμμετοχή ατόμων σε έρευνα (Συνθήκη της Νυρεμβέργης για την διεξαγωγή ερευνών).

Επιπρόσθετα πως δεν θα υπάρχει ή θα υπάρξει στο μέλλον, οποιοδήποτε μορφής κέρδος, έμμεσα ή άμεσα, με την συμμετοχή μου σε αυτή την έρευνα. Κατανοώ και έχω γνώση, πως όλες οι πληροφορίες, οι οποίες θα συλλεχθούν κατά την διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας και μετά, θα παραμείνουν ανώνυμες. Με την υπογραφή μου συμφωνώ να συμμετάσχω σε αυτή την έρευνα και έχω την πλήρη αποδοχή της όλης διαδικασίας

Υπογραφή Συμμετέχοντος

Ημερομηνία Υπογραφής