

Qwφiertyuioasdfghjklzχερυσυ **2011ξ**

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ:ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΣΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ**

Α.Ε.Ε.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: ΠΕΣΧΟΣ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ,
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΗΣ ΠΑΥΛΟΣ, ΖΙΑΒΡΑ ΝΑΥΣΙΚΑ.**



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ:ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΣΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ
Α.Ε.Ε.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: ΠΕΣΧΟΣ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ,
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΗΣ ΠΑΥΛΟΣ, ΖΙΑΒΡΑ ΝΑΥΣΙΚΑ.



Πρόλογος

Όταν γεννήθηκα έκλαψα πολύ δυνατά και όλοι χαρήκαν! Ήταν επικοινωνία...

Αργότερα, όταν έκλαιγα ερχόταν γρήγορα σε μενα η μάμα και ο μπαμπάς μου. Ήταν επικοινωνία...

Πέρασαν μερικοί μήνες και ανακάλυψα ότι μπορώ να παίζω με την γλώσσα μου και έβγαζα διάφορους ήχους, αγκου, μπα, μα. Ήταν επικοινωνία...

Μετά έλεγα διάφορες μικρές, δικές μου λεξούλες και όλοι καταλάβαιναν τι ήθελα, την μπάλα μου, το γάλα μου. Ήταν επικοινωνία...

Ός που μια μέρα μετά από καιρό πήγα στο νηπιαγωγείο, είχα μάθει κι άλλες μαγικές λέξεις πολλές και συνάντησα εκεί κι άλλα παιδιά που είχαν τις ίδιες και άλλες και μιλούσαμε. Ήταν επικοινωνία...

Έπειτα, ήρθαν τα δύσκολα! Δημοτικό, οι μαγικές λεξούλες, έγιναν λέξεις και έμαθα γράμματα δύσκολα, λέξεις και σιγά σιγά να γράφω και να διαβάζω! Ήταν επικοινωνία...

Μετά έμαθα να μιλάω σωστά και να διαβάζω και να γράφω, πόσο ωραία πράγματα μαθαίνεις! Ήταν επικοινωνία...

Όσο μεγάλωνα, τόσο περισσότερα μάθαινα και τώρα έπρεπε να μιλάω πιο πολύ, να γράφω πιο πολύ, να διαβάζω πιο πολύ! Ήταν επικοινωνία...

Μιλούσα, εκφραζόμουν, μοιραζόμουν τα προβλήματα μου, έλεγα μυστικά, φλέρταρα, έγγραφα στίχους, μηνύματα, γνώριζα άτομα, συζητούσα, σπούδασα, δούλευα, μπορούσα να κάνω τα πάντα!! Ήταν επικοινωνία...

Πέρασαν πολλά χρόνια και ξαφνικά ξυπνώ σε ένα νοσοκομείο, αμέσως θέλω να μιλήσω στον γιατρό..αλλά δεν μπορώ, δεν βγαίνει λέξη και αν θα βγει δεν έχει νόημα, δεν μπορώ να θυμηθώ λέξεις για απλά πράγματα, μερικές φορές μιλάω αλλά δεν με καταλαβαίνουν! Δεν μπορώ να πω ότι πονάω, ότι διψάω, η κίνηση μου δεν με βοηθάει. Φοβάμαι, απελπίζομαι, παύω να προσπαθώ! Τελικά δεν μπορώ να κάνω τα πάντα! Χάθηκε η επικοινωνία...

Μου είπαν θα έρθει κάποιος να με βοηθήσει, λογοθεραπευτής, για να μπορώ να επικοινωνώ. Επικοινωνία;

Περίληψη

Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια για να αναδειχθεί η αξιολόγηση και η παρέμβαση στην αφασία, όπως προκύπτει από το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, μέσα από τον επιστημονικό τομέα της Λογοθεραπείας. Αποσαφηνίζονται οι όροι αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο καθώς και της αφασίας. Εντοπίζονται τα αίτια που προκαλούν τα διάφορα είδη της αφασίας και γίνεται προσπάθεια να παρατεθούν οι μέθοδοι αξιολόγησης και παρέμβασης σε αφασικούς ασθενείς, με σκοπό να αποτελέσουν ένα οδηγό στην προσπάθεια αποκατάστασης των διαταραχών της αφασίας από λογοθεραπευτές.

Από την εργασία αυτή προκύπτει, ότι η λογοθεραπεία σε συνδυασμό με άλλες επιστημονικές ειδικότητες μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της κλινικής εικόνας των αφασικών ασθενών. Ειδικότερα, ο κλάδος της λογοθεραπείας μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τον ασθενή να επανακτήσει πολλές από τις γλωσσικές απώλειες και στα διάφορα ελλείμματα που παρουσιάζονται στον γραπτό και προφορικό λόγο, και να αποκτήσει ο ασθενής επικοινωνία με το περιβάλλον του.

Λέξεις κλειδιά: αφασία, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τεστ αξιολόγησης, λογοθεραπευτική παρέμβαση.

Εισαγωγή

Η ικανότητα να εκφραζόμαστε με λέξεις και την γραφή μας κάνει ως ανθρώπους, μοναδικούς. Η γλώσσα (που αντιπροσωπεύει την διατύπωση, μετάδοση και κατανόηση των σκέψεων μας με λεκτικά και μη λεκτικά σύμβολα) και η ομιλία δεν διευκολύνουν μόνο τις διαπροσωπικές μας αλληλεπιδράσεις, αλλά είναι ζωτικής σημασίας και για την γνώση. Επομένως, όταν αυτές οι θεμελιώδεις λειτουργίες του εγκεφάλου διαταράσσονται ή χάνονται το αποτέλεσμα είναι καταστροφικό.

Η αφασία είναι μια νευρολογική διαταραχή που επηρεάζει την γλωσσική λειτουργία, τις περισσότερες φορές ως συνέπεια του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Επιπλέον, αφασίες μπορούν να συνυπάρχουν με διαταραχές της ομιλίας.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο «Λογοθεραπευτική αξιολόγηση και παρέμβαση στην αφασία σε άτομα με Α.Ε.» περιλαμβάνει δύο μέρη:

A. Στο πρώτο μέρος αναλύεται ο όρος, τα αίτια, η διάγνωση και το θεωρητικό πλαίσιο γύρω από το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και

B. Στο δεύτερο μέρος όπου αναλύονται οι τύποι των αφασιών και οι διαταραχές και παρουσιάζεται η αξιολόγηση και έπειτα οι τρόποι παρέμβασης.

Περιεχόμενα.

Σκοπός της εργασίας.....	13
--------------------------	----

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο Πρώτο

1. Επιδημιολογία.....	15
1.1. Ορισμός των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων.....	16
1.2. Διαγνωστικές Εξετάσεις.....	16
1.2.1. Απεικονιστικές Μέθοδοι.....	17
1.2.2. Ηλεκτροδιαγνωστικές εξετάσεις.....	17
1.3. Τα είδη του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου.....	18
1.3.1. Ισχαιμικό Εγκεφαλικό Επεισόδιο.....	18
1.3.2 Παροδικό Ισχαιμικό Επεισόδιο.....	18
1.3.3 Αιμορραγικό Εγκεφαλικό Επεισόδιο.....	19
1.4. Συμπτωματολογία.....	19
1.5. Παράγοντες Κινδύνου.....	20
1.6. Πώς επηρεάζει τα άτομα το Εγκεφαλικό Επεισόδιο.....	21
1.7. Κλίμακες αξιολόγησης της λειτουργικότητας του ασθενούς με ΑΕΕ.....	23
1.8. Διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης των ΑΕΕ.....	26
1.9. Συμπεράσματα για το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο.....	26

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο Δεύτερο

Ιστορική Αναδρομή.....	29
2. Εισαγωγικά για την Αφασία.....	32
2.1. Ορισμός της Αφασίας.....	32

2.2. Κλινικοί Τύποι Αφασιών.....	34
2.2.1. Κινητική αφασία Broca ή αφασία εκπομπής.....	34
2.2.2. Αμιγής Κινητική Αφασία.....	36
2.2.3. Αναρθρία του λόγου P.MARIE.....	36
2.2.4. Αισθητική Αφασία Wernicke ή αισθητηριακή.....	37
2.2.4.α Πρώτη κατηγορία αισθητικής αφασίας Wernicke, Αμιγής Λεκτική Κώφωση.....	38
2.2.4.β. Δεύτερη κατηγορία της αισθητικής αφασίας Wernicke, Λεκτική Κώφωση.....	40
2.2.4.γ. Τρίτη κατηγορία της αισθητικής αφασίας Wernicke, Λεκτική Τύφλωση.....	41
2.2.5. Αμιγής λεκτική κώφωση.....	43
2.2.6. Αφασία αγωγής.....	43
2.2.7. Μεικτή αφασία.....	45
2.2.8.Ολική ή σφαιρική αφασία.....	45
2.2.9. Αμνησιακή αφασία ή αφασία ανάκλησης ονομάτων.....	46
2.2.10. Διαφλοιικές Αφασίες.....	47
2.2.10.α.Αισθητική Διαφλοιική Αφασία.....	47
2.2.10.β. Κινητική Διαφλοιική Αφασία.....	47
2.2.11. Αμιγείς τύποι αφασιών.....	47
2.2.11.α. Αμιγής διαφλοιική δυσαρθρία (Υποφλοιώδης κινητική αφασία).....	47
2.2.11.β Αμιγής κινητική αγραφία.....	48
2.2.11.γ.Αμιγής ακουστική αφασία (Αμιγής λεκτική κώφωση, Υποφλοιώδης ακουστική αφασία).....	48
2.2.12. Αμιγής οπτική αφασία ή αλεξία χωρίς αγραφία. (Αμιγής λεκτική τύφλωση-υποφλοιώδης οπτική αφασία).....	48
2.2.13. Αμιγής λεκτική βωβότητα (Αφημία, Αμιγής κινητική αφασία του Dejerine).....	49
2.2.14. Αλεξία με αγραφία.....	50

2.2.15. Σύνδρομο Gerstmann.....	50
Κεφάλαιο Τρίτο	
Σημειολογία.....	52
3.1. Διαταραχές του προφορικού λόγου.....	52
3.1.1 Διαταραχές στην έκφραση του προφορικού λόγου.....	53
3.1.1.α Διαταραχές στην άρθρωση του λόγου.....	53
3.1.1.β Δυσαρθρία.....	53
3.1.1.γ Στερεοτυπίες.....	55
3.1.1.δ Ο Αγραμματισμός.....	55
3.1.1.ε. Η έλλειψη των λέξεων.....	56
3.1.1.στ. Οι Δυσυνταξίες.....	57
3.1.1 ζ. Οι αφασίες τύπου Jargon.....	57
3.1.2. Διαταραχές στην κατανόηση του προφορικού λόγου.....	58
3.2. Οι Διαταραχές του γραπτού λόγου.....	58
3.2.1 Διαταραχές στην έκφραση του γραπτού λόγου (αγραφίες).....	58
3.2.1.α. Αφασική αγραφία.....	59
3.2.1.β. Μη αφασική αγραφία.....	59
3.2.1.γ. Υπεργραφία.....	60
3.2.1.δ. Αφασική Αγραφία.....	60
3.2.1.ε. Απρακτική αγραφία.....	60
3.2.2. Οι Διαταραχές στην κατανόηση του γραπτού λόγου (Αλεξίες).....	61
3.2.2.α. Αγνωστική Αλεξία.....	61
3.2.2.β. Αφασική Αλεξία.....	61
3.2.3. Πώς μπορούμε να αναγνωρίσουμε ή να διαγνώσουμε συγκεκριμένες γλωσσικές διαταραχές.....	62

Κεφάλαιο Τέταρτο

4.1. Αξιολόγηση της Αφασίας.....	66
4.1.1.Τυπικά (σταθμισμένα) τεστ αξιολόγησης της αφασίας.....	66
4.1.1.α. Porch Index of Communicative Ability (PICA).....	66
4.1.1.β. Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA).....	67
4.1.1.γ. Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE Goodglass & Kaplan, 1972).....	69
4.1.1.δ. Western Aphasia Battery, (WAB Shewan & Kertesz, 1980).....	71
4.1.1.ε. Aachen Aphasia Test (AAT).....	72
4.1.1.στ. Bilingual Aphasia Test.....	76
4.1.1.ζ. Multilingual Aphasia Examination , 3 rd edition.....	77
4.2. Άτυπα Τεστ Αξιολόγησης της Αφασίας.....	79
4.2.1. Εξέταση του προφορικού λόγου.....	79
4.2.2. Εξέταση του γραπτού λόγου.....	80
4.2.3. Εξέταση ακουστικής κατανόησης του λόγου.....	80
4.2.4. Οπτική κατανόηση του λόγου – Εξέταση κατανόησης του γραπτού λόγου....	81

Κεφάλαιο Πέμπτο

5.1. Λογοθεραπευτική Παρέμβαση στην Αφασία.....	84
5.1.1 Μέθοδοι θεραπείας για την αποκατάσταση στην αφασία.....	84
5.1.1.α. Μέθοδος της ακουστικής διέγερσης (Schuell).....	84
5.1.1.β Μελωδική (Intonations) θεωρία (Helm).....	84
5.1.1.γ Μέθοδος απεγκλωβισμού.....	85
5.1.1.δ Μέθοδος βασισμένη στη γλωσσολογία.....	85
5.1.1.ε Προγραμματισμένη θεραπεία της αφασίας (Stockert).....	86

5.1.1.στ Μέθοδος θεραπείας CIAT (constraint-induced aphasia therapy).....	87
5.1.1.η Μέθοδοι θεραπείας με την χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή.....	87
5.1.1.θ Μέθοδος θεραπείας με χρήση φαρμάκων.....	88
5.2. Πρακτικές Θεραπευτικές Προσεγγίσεις για Ελλείμματα σε κάθε γλωσσική ικανότητα.....	89
5.2.1. Σημασιολογία (semantics).....	89
5.2.2. Σύνταξη(syntax).....	89
5.2.3. Πραγματική διάσταση του λόγου (pragmatics).....	90
5.2.4. Κανονικός σε ροή λόγος (discourse).....	91
5.2.5. Γραπτός λόγος (written language).....	91
5.2.6. Κατανόηση ανάγνωσης (reading comprehension).....	92
5.2.7. Κατανόηση προφορικού λόγου (auditory comprehension).....	93
5.3. Στρατηγικές για την βελτίωση των γλωσσικών διαταραχών έκφρασης.....	94
5.4. Στρατηγικές για την βελτίωση των προσληπτικών γλωσσικών διαταραχών.....	97
Συμπεράσματα.....	98
Επίλογος.....	99
Βιβλιογραφία.....	100
Παράρτημα εικόνων.....	103

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ...

Σκοπός.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, να παρουσιάσει την λογοθεραπευτική αξιολόγηση και παρέμβαση στην αφασία έπειτα από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Πολλά από όσα γνωρίζουμε για την εντόπιση της λειτουργίας της γλώσσας προέρχονται από τη μελέτη της αφασίας, μιας διαταραχής του λόγου που αναγνωρίζεται πιο συχνά σε ασθενείς που έχουν πάθει Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (από απόφραξη αιμοφόρου αγγείου που αιματώνει περιοχή του εγκεφαλικού φλοιού).

Στο πλαίσιο αυτό επιχειρείται η αποσαφήνιση του όρου αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, παρουσιάζονται τα αίτια, η συμπτωματολογία και οι μέθοδοι διάγνωσης, καταλήγοντας στους τρόπους που επηρεάζει τους ασθενείς και προκύπτουν οι διάφοροι τύποι αφασίας. Οι κύριες μορφές αφασίας είναι οι εξής: 1) Αφασία Broca, 2) Αφασία Wernicke, 3) Καθολική Αφασία, 4) Αφασία Αγωγής και 5) η Ολική Αφασία.

Παράλληλα, πραγματοποιείται η αποσαφήνιση του όρου της αφασίας και παρουσιάζονται οι μέθοδοι αξιολόγησης και παρέμβασης, οι οποίοι έγκεινται στον τομέα της λογοθεραπείας. Γίνεται μια διεξοδική παράθεση των τύπων των αφασιών καθώς και η παθολογία του λόγου που προκύπτει σε κάθε μια από αυτές. Αναδεικνύονται οι γλωσσικές διαταραχές που αφορούν τόσο στον προφορικό λόγο, όσο και στον γραπτό λόγο. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι μέθοδοι αξιολόγησης μέσα από σταθμισμένα τεστ αξιολόγησης και μη, καθώς και οι μέθοδοι λογοθεραπευτικής παρέμβασης με σκοπό την αποκατάσταση του αφασικού ασθενούς.

Σκοπός, λοιπόν της εργασίας είναι, να αξιολογήσει την επίπτωση της αφασίας στους ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και να παρουσιάσει τους διαφορετικούς τύπους της αφασίας. Να πληροφορήσει για τα τεστ αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται, από τα οποία προκύπτει το είδος, ο βαθμός και η σοβαρότητα της αφασίας. Και να ενημερώσει για τους τρόπους παρέμβασης σε όποια διαταραχή με μεθόδους και δραστηριότητες, οι οποίοι χρησιμοποιούνται από τους Λογοθεραπευτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

1. Επιδημιολογία.

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια είναι η Τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στο Δυτικό κόσμο. Από όλες τις νευρολογικές νόσους οι αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου (ΑΕΕ) είναι οι συχνότερες. Τουλάχιστον το 50% των νευρολογικών προβλημάτων σε ένα γενικό νοσοκομείο αποτελούν την 1^η αιτία αναπηρίας και τη 2^η αιτία άνοιας και θανάτων. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία των ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 500.000 έως 600.000 Αμερικανοί παθαίνουν εγκεφαλικό επεισόδιο κάθε χρόνο και από αυτούς περίπου 150.000 άνθρωποι πεθαίνουν μέσα στον πρώτο μήνα, κατατάσσοντας έτσι το εγκεφαλικό επεισόδιο στην τρίτη αιτία θανάτου στο γενικό πληθυσμό και στην πρώτη σε άτομα ηλικίας άνω των 75. Το 43% συμβαίνουν σε άτομα άνω των 65 ετών. Οι άντρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα εγκεφαλικών επεισοδίων από ότι οι γυναίκες. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, περίπου 2.000.000 ασθενείς που έχουν επιβιώσει από εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζουν ποικίλα ελλείμματα και ανικανότητες, (http://www.incardiology.gr/pathiseis_aggeiaka/index.htm).

Ωστόσο η συχνότητα και η θνησιμότητα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων έχουν μειωθεί σημαντικά τα τελευταία 30 χρόνια (κατά 45%). Οι κυριότεροι λόγοι αυτής της μείωσης είναι όχι μόνο η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της υπέρτασης και των καρδιακών καταστάσεων που προκαλούν εμβολικά επεισόδια, αλλά και η αναγνώριση και η αντιμετώπιση και νέων παραγόντων προκλήσεως αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Και στις αναπτυγμένες χώρες μόνο, οι καρδιοπάθειες και ο καρκίνος προηγούνται του εγκεφαλικού επεισοδίου ως αιτία θανάτου και αναπηρίας (Μουτσόπουλος Χ.(2000), *Cecil Βασική Παθολογία*, (4^η έκδοση), Τόμος Β', Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1075-1076).

Τα πιο αντιπροσωπευτικά εγκεφαλικά αγγειακά σύνδρομα είναι καταστάσεις με οξεία έναρξη, εστιακή συμπτωματολογία και πορεία που τη χαρακτηρίζει βελτίωση ή στασιμότητα. Οι συχνότερες μορφές ΑΕΕ είναι τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια (85%) και λιγότερο συχνό το αιμορραγικό εγκεφαλικό

επεισόδιο (15%). Η πιο συχνή αγγειακή νόσος είναι η αρτηριοσκλήρυνση και η αθηρωμάτωση των μικρών και των μεγάλων αρτηριών και κατά δεύτερο λόγο, άλλες αγγειοπάθειες ή νόσοι καρδιακής, αιματικής και άλλης προέλευσης (Ι. Λογοθέτη, Ι. Μυλωνά (2004), (4^η έκδοση) *Νευρολογία Λογοθέτη*, Θεσσαλονίκη :University studio press).

1.1. Ορισμός Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων.

Ο εγκέφαλος για τη διατήρηση της λειτουργικής και δομικής του ακεραιότητας χρειάζεται επαρκή ροή αίματος για την κάλυψη των μεταβολικών του αναγκών, για τις οποίες χρησιμοποιεί σχεδόν αποκλειστικά την γλυκόζη ως πρώτη ύλη. Κάθε απότομη διακοπή της αιματικής ροής σε μια περιοχή ευθύνεται για την κλινική εικόνα μιας οξείας εγκεφαλικής αγγειακής προσβολής από απόφραξη ή από κρίσιμη στένωση ενός αγγείου ή από εξαγγείωση αίματος (αιμορραγία), λόγω ρήξης ενός αγγείου. Η συχνότητα τέτοιων οξέων προσβολών που αναφέρονται ως αποπληκτικές προσβολές, είναι περίπου 2-3% στον γενικό πληθυσμό, αλλά φτάνουν το 20 και 50% σε ηλικίες πάνω από 60 και 80 ετών αντίστοιχα (Ι. Λογοθέτη, Ι. Μυλωνά, (2004), (4^η έκδοση), *Νευρολογία Λογοθέτη*, Θεσσαλονίκη: University studio press).

Ως εγκεφαλικό επεισόδιο ορίζεται η βλάβη του εγκεφαλικού ιστού αγγειακής αιτιολογίας (ΑΕΕ) που προήλθε είτε από διακοπή της παροχής του αίματος στην πάσχουσα περιοχή (ισχαιμικό ΑΕΕ), είτε από αιμορραγία ως επακόλουθο της ρήξης ενός αγγείου (αιμορραγικό ΑΕΕ)(http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3620).

1.2. Διαγνωστικές εξετάσεις.

Το ιστορικό έναρξης και η κλινική εικόνα του ασθενή μπορούν να είναι χρήσιμα για τον εντοπισμό της βλάβης και τον καθορισμό της αιτιολογίας. Τα θρομβωτικά ή αρτηριοσκληρυντικά εγκεφαλικά εξελίσσονται σταδιακά, ενώ τα εμβολικά εγκεφαλικά εμφανίζονται ξαφνικά και η αιμορραγία συχνά συνδέεται με έντονους πονοκεφάλους και ναυτία.

1.2.1. Απεικονιστικές μέθοδοι.

Η **αξονική τομογραφία (CAT Scan: CT)** χρησιμοποιείται συνήθως για να διαφοροποιήσει τους δύο τύπους εγκεφαλικών. Ένα ισχαιμικό εγκεφαλικό απεικονίζεται ως αραιή περιοχή σε σχέση με τον φυσιολογικό εγκεφαλικό ιστό, η αιμορραγία απεικονίζεται ως πυκνή περιοχή που εντοπίζεται κατά την έγχυση του υλικού.

Η **μαγνητική τομογραφία (Magnetic Resonance Imaging:MRI)** χρησιμοποιείται για να απεικονίσει την ανατομία του εγκεφάλου μετά από εγκεφαλική βλάβη. Κάποιες μέθοδοι απεικόνισης χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουν την αιτία του εγκεφαλικού ή για να αξιολογήσουν τον ασθενή για πιθανή χειρουργική θεραπεία.

Η **εγκεφαλική αγγειογραφία** χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει καλύτερα την ανατομία μιας αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας ή ενός ανευρύσματος σε ένα αιμορραγικό εγκεφαλικό.

1.2.2. Ηλεκτροδιαγνωστικές εξετάσεις.

Το **ηχοκαρδιογράφημα** είναι χρήσιμο για τον εντοπισμό της πηγής του εμβόλου, συχνά στην αριστερή κοιλία της καρδιάς στο εμβολικό εγκεφαλικό.

Οι **υπέρηχοι των καρωτιδικών αρτηριών** μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προσδιοριστεί η ύπαρξη αποτελεσματικής χειρουργικής θεραπείας.

Το **ηλεκτροεγκεφαλογράφημα** χρησιμοποιείται για να διακρίνει την εγκεφαλική δραστηριότητα από τη πιθανή υποτροπή ή εξάπλωση ενός εγκεφαλικού (Meyer & Shaw, (1982), Καμπανάρου Μαρία (1^η ελληνική έκδοση), *Θεραπευτική παρέμβαση νεκρογενών κινητικών διαταραχών ομιλίας σε παιδιά και ενήλικες*, Εκδόσεις: Έλλην).

1.3. Τα είδη του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου:

1.3.1. Ισχαιμικό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (Εμφραγμα), Ischemic stroke (Infarction).

Το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι το αποτέλεσμα απόφραξης αιμοφόρου αγγείου του εγκεφάλου και είναι ο πιο κοινός τύπος εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια μπορούν να είναι **θρομβωτικά** ή **εμβολικά**.

Το θρομβωτικό εμφανίζεται όταν σχηματίζονται θρόμβοι στο αιμοφόρο αγγείο που μεγαλώνουν αποφράζοντας εντελώς το αγγείο. Το εμβολικό εμφανίζεται όταν σχηματίζεται θρόμβος σε άλλο σημείο του σώματος (συνηθέστερα στην καρδιά ή στις μεγάλες αρτηρίες του λαιμού) και προχωρεί στον εγκέφαλο

(http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publication_pdfs/7910/AHS-7910-GRE.pdf).

1.3.2. Παροδικό Ισχαιμικό Επεισόδιο (Transient Ischemic Attack -TIA).

Το παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο είναι μια μορφή ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου και αναφέρεται συχνά ως "μίνι" εγκεφαλικό επεισόδιο. Αποτελεί συχνά ένα προειδοποιητικό σημάδι ότι μπορεί να επίκειται εγκεφαλικό επεισόδιο. Αν και τα συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν γρήγορα, η άμεση θεραπευτική αγωγή είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη περαιτέρω εγκεφαλικού επεισοδίου.

(http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publication_pdfs/7910/AHS-7910-GRE.pdf).

1.3.3. Αιμορραγικό Εγκεφαλικό επεισόδιο, Hemorrhagic stroke.

Το αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η οξεία εγκατάσταση νευρολογικής συμπτωματολογίας από αγγειακά ρήξη και εξαγγείωση αίματος στον εγκέφαλο. Δηλαδή το αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζεται ως αποτέλεσμα ρήξης αιμοφόρου αγγείου και διαρροή αίματος στον παραπλήσιο εγκεφαλικό ιστό. Κατά συνέπεια τραυματίζονται τα κύτταρα που βρίσκονται μέσα και γύρω από την περιοχή που εμφανίστηκε το εγκεφαλικό επεισόδιο (http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publication_pdfs/7910/AHS-7910-GRE.pdf).

1.4. Συμπτωματολογία.

Τα προειδοποιητικά σημάδια του εγκεφαλικού επεισοδίου:

- Αδυναμία, μούδιασμα, παράλυση σε ένα μέρος του σώματος (προσώπου, βραχίονα, ποδιών).
- Δυσκολίες ομιλίας και κατανόησης, επικρατεί σύγχυση.
- Δυσκολίες όρασης (θολή ή διπλή όραση, απώλεια ή μείωση της όρασης στο ένα ή και στα δύο μάτια).
- Ζαλάδες, απώλεια ισορροπίας, δυσκολίες βαδίσματος, απώλεια συντονισμού των κινήσεων.
- Έντονος επίπονος πονοκέφαλος που εμφανίζεται ξαφνικά χωρίς να υπάρχει γνωστή αιτία.
- Ημιπληγία (μούδιασμα ή παράλυση της μιας πλευράς του σώματος).
- Δυσκολία στην κίνηση της γλώσσας.
- Δυσκολία στην κατάποση

(http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publication_pdfs/7910/AHS-7910-GRE.pdf, 2005).

1.5. Παράγοντες κινδύνου.

- **Η αρτηριακή πίεση.** Τόσο η αυξημένη συστολική πίεση, όσο και η απότομη πτώση της πίεσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Ειδικότερα, η υπέρταση αποτελεί μείζων παράγοντα κινδύνου για τα ΑΕΕ, διότι αφενός αυξάνει τις τάσεις που δέχονται τα αγγεία ως αγωγοί, αφετέρου καταστρέφει και τα τοιχώματα των αγγείων κάνοντας τα θρομβογόνα.
- **Διαβήτης.** Παρότι ο κίνδυνος εμφάνισης ΑΕΕ, ποικίλει στις διάφορες ερευνητικές μελέτες, εντούτοις, οι περισσότεροι ερευνητές συγκλίνουν στο συμπέρασμα, ότι είναι τουλάχιστον διπλάσιος στους διαβητικούς ασθενείς και ειδικότερα στα ινσουλιοεξαρτώμενα άτομα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.
- **Καρωτιδική στένωση.** Οι στενώσεις των καρωτίδων ευθύνονται για το 20-30% των ΑΕΕ ισχαιμικής αιτιολογίας. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, μια συμπτωματική στένωση της καρωτίδας της τάξης του 70-80%, είναι δυνατό σε διάστημα δύο χρόνων να προκαλέσει αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που μπορεί να αφήσει αναπηρία στο 20-30% των ασθενών. Ασθενείς με στένωση καρωτίδας της τάξης του 80-90%, μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, μπορεί να παρουσιάσουν αναπηρία σε ποσοστό 30%. Εκείνοι δε, με στένωση μεγαλύτερη από 90%, διατρέχουν κίνδυνο που υπερβαίνει το 35%.
- **Υπερλιπιδαιμία.** Οι διαταραχές των τριγλυκεριδίων, της ολικής χοληστερόλης, της HDL και της LDL ευθύνονται για την αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αγγείων, αλλά και της καρωτίδας. Άτομα με αυξημένη ολική χοληστερόλη >500mg/dl, η οποία αποτελεί κύριο συστατικό των LDL εμφανίζουν εκτεταμένη αρτηριοσκλήρυνση.
- **Παθήσεις του αίματος.** Οι συνηθέστερες παθήσεις που ευθύνονται για το ΑΕΕ ισχαιμικού τύπου, είναι η δρεπανοκυτταρική αναιμία, η ιδιοπαθής πολυκυτταραιμία, η θρομβοκύττωση, η θρομβοκυταίμια, η διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, κ.α.

- **Καρδιακά νοσήματα.** Ο σχηματισμός θρόμβου αποτελεί πηγή πρόκλησης εμβόλων, ενώ η συνηθέστερη θέση που δημιουργούνται τα έμβολα είναι κοντά ή μέσα στην καρδιά. Για παράδειγμα στην κολπική μαρμαρυγή οι θρόμβοι σχηματίζονται στους κόλπους της καρδιάς, οι οποίοι ανεπαρκούν να λειτουργήσουν ικανοποιητικά και είναι δυνατόν να δώσουν έμβολα στα στεφανιαία αγγεία ή στα αγγεία του εγκεφάλου. Επίσης, θρόμβος είναι δυνατόν να δημιουργηθεί όταν συνυπάρχει αγγειακή νόσος που προκαλεί βλάβη του ενδοθηλίου των αγγείων. Άλλα καρδιακά νοσήματα που αποτελούν παράγοντα κινδύνου για τα ΑΕΕ, είναι η βαλβιδοπάθεια, η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια και κυρίως το έμφραγμα.
- **Κάπνισμα.** Τόσο οι καπνιστές όσο και οι μη-καπνιστές βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου, διότι το κάπνισμα (ενεργητικό-παθητικό) αποτελεί από τον σημαντικότερο παράγοντα που επιταχύνει την αθηρωμάτωση. Αντιθέτως, η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο για ΑΕΕ, κυρίως σε όσους καπνίζουν ελαφρά ((Απρίλιος-Μάιος 2009), Τόμος 8^{ος} ,Τεύχος 2^ο, *Το βήμα του Ασκληπιού*,σ.103).

1.6. Πώς επηρεάζει τα άτομα το Εγκεφαλικό Επεισόδιο;

Κάθε εγκεφαλικό επεισόδιο διαφέρει ανάλογα με το τμήμα του εγκεφάλου που τραυματίζεται, το πόσο σοβαρή είναι η βλάβη και τη γενική υγεία του ατόμου. Γι' αυτό είναι δύσκολο να προβλέψει κανείς κατά πόσο θα υπάρξει ανάκαμψη από εγκεφαλικό επεισόδιο και πόσο καιρό θα πρέπει να νοσηλευθείτε στο νοσοκομείο. Μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο οι τομείς που μπορεί να επηρεαστούν είναι οι εξής:

- Κίνηση και περπάτημα.** Προκαλείται μερική ή πλήρης απώλεια της αίσθησης μιας πλευράς του σώματος και κινητικότητας των άκρων. Μπορεί να έχει παράξενες αισθήσεις όπως πόνο, μούδιασμα και μυϊκούς σπασμούς.

ii. Κατάποση και Βρώση. Μετά από ΑΕΕ μπορεί να παρουσιαστούν προβλήματα κατάποσης και βρώσης σε ρευστές και σε στερεές τροφές. Η αξιολόγηση γίνεται από λογοθεραπευτή, ο οποίος συστήνει και το είδος των τροφών (πολτοποιημένες, μαλακές, πυκνές και ρευστές).

iii. Ομιλία, γραφή και κατάποση. Το ΑΕΕ μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα της ομιλίας, της γραφής και της κατανόησης (αφασία). Έτσι παρατηρούνται:

iii.a. Δυσκολία ομιλίας ή προφοράς κάποιων ήχων.

iii.b. Προβλήματα να σκεφτείτε τις σωστές λέξεις όταν μιλάτε ή γράφετε.

iii.c. Πρόβλημα να καταλάβετε ομιλία ή γραφή.

iii.d. Κακή άρθρωση ομιλίας (δυσαρθρία).

Τα αποτελέσματα του εγκεφαλικού σας επεισοδίου στην ομιλία, την ανάγνωση και τη γραφή θα πρέπει να αξιολογηθούν πλήρως από λογοπαθολόγο.

iv. Ουροδόχος κύστη και έντερα.

v. Οι αισθήσεις.

Οι αισθήσεις μπορούν να επηρεαστούν με διάφορους τρόπους μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Όπως και με άλλα προβλήματα μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, οι αισθήσεις μπορεί να αποκατασταθούν από μόνες τους. Μπορεί να χαθεί μέρος ή όλη την ικανότητα όρασης στη μια πλευρά. Μπορεί να παρατηρηθεί πόνος ή να χαθεί η αίσθηση σε μία πλευρά του σώματός .Η γεύση, η ακοή και η ικανότητα όσφρησης μπορεί να επηρεαστούν.

vi. Συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις: Είναι πολύ κοινό τα εγκεφαλικά να προκαλούν προβλήματα με:

vi.1. Τη σκέψη

vi.2. Τη συγκέντρωση

vi.3. Τη μνήμη

vi.4. Τη λήψη αποφάσεων

vi.5. Τη διάθεση

vi.6. Τον προγραμματισμό

vi.7. Το συλλογισμό

vi.8. Τα συναισθήματα

vi.9. Τη μάθηση

vi.10. Την ενεργητικότητα

Η κατάθλιψη ή/και το άγχος δεν είναι ασυνήθιστα μετά το εγκεφαλικό. Τα συμπτώματα μπορεί να περάσουν με τον καιρό και δεν χρειάζονται απαραίτητα θεραπευτική αγωγή. Ωστόσο, αν τα συμπτώματά είναι οξύτατα ή συνεχίζονται, μπορεί να χρειαστεί να παραπομπή σε ειδικό γιατρό για βοήθεια (http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publication_pdfs/7910/AHS-7910-GRE.pdf, 2005).

1.7. Κλίμακες αξιολόγησης της λειτουργικότητας του ασθενούς με ΑΕΕ.

Η εισαγωγή νέων θεραπευτικών μεθόδων στην αντιμετώπιση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, όπως η θρομβόλυση και η ανάπτυξη γενικών αλλά και ειδικότερων τύπων θεραπείας ΑΕΕ, έχουν επανακεντρίσει το ενδιαφέρον των κλινικών μετρήσεων που αφορούν τη βαρύτητα της ασθένειας. Για την ακριβέστερη αξιολόγηση και εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς έχουν αναπτυχθεί διάφορες κλίμακες μέτρησης, οι οποίες χρησιμοποιούνται στις κλινικές μελέτες ως αναπόσπαστο μέρος της τελικής ταξινόμησης των ασθενών με ΑΕΕ.

Στις διάφορες κλίμακες μέτρησης, η νευρολογική δυσλειτουργία, υπολογίζεται μέσω των νευρολογικών βαθμολογιών, ενώ αντίθετα η λειτουργική εκτίμηση των ασθενών εκτιμάται με κλίμακες λειτουργικής ανικανότητας ή αναπηρίας (Rankin scale, Barthel index). Θα πρέπει να σημειωθεί όμως ότι όλες αυτές οι κλίμακες δεν μπορούν να εφαρμοστούν με απόλυτη ακρίβεια στην αρχική φάση του ΑΕΕ. Οι πιο συχνά εφαρμοζόμενες κλίμακες είναι:

Η *Scandinavian Neurological Stroke Scale (SNSS)*, η οποία δημιουργήθηκε αρχικά για να μετρηθεί η συνέπεια της μη φυσιολογικής αιμάτωσης στο ΑΕΕ. Αποτελείται από εννέα μεταβλητές- θέματα χωρίς να συμπεριλαμβάνονται ο τομέας της όρασης, το οφθαλμοκινητικό και η αισθητηριακή λειτουργία. Η βάδιση είναι διαγνωστικής αξίας για την εκτίμηση της σοβαρότητας της ασθένειας και συνεκτιμάται στις διαδοχικές αξιολογήσεις του ασθενή. Επίσης, συνυπολογίζονται στην προγνωστική βαθμολογία(σκορ), το επίπεδο της συνείδησης, η παράλυση του προσωπικού και η αδυναμία των άκρων. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας είναι πολύ μεγάλη.

Η *Canadian Neurological Stroke Scale (CSS)*. Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως εργαλείο μέτρησης κλινικής παρακολούθησης από νοσηλευτές σε μονάδες οξέων εγκεφαλικών επεισοδίων και έχει αποδειχθεί ως ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για κλινικές μετρήσεις. Η CSS, απευθύνεται σε λίγα κλινικά κριτήρια που συμπεριλαμβάνουν τον εντοπισμό διαφορών σε νευρολογικό επίπεδο και την κινητικότητα που επηρεάζεται σε ΑΕΕ. Παρέχει σαφή εικόνα για την κινητικότητα και τη δυσλειτουργία του αριστερού ημισφαιρίου(αφασία), ενώ η αξιοπιστία της για τα έμπρακτα της οπίσθιας κυκλοφορίας δεν έχει επιβεβαιωθεί για τα σχετικά θέματα, όπως είναι οι διαταραχές κίνησης του οφθαλμού, το έλλειμμα του οπτικού πεδίου και η αταξία δεν συμπεριλαμβάνονται.

Η *European Stroke Scale (ESS)*, αποτελείται από 14 μεταβλητές που σχετίζονται με το επίπεδο συνείδησης, την νοητική ικανότητα, το οπτικό πεδίο, το βλέμμα, την κίνηση του προσωπικού, την διατήρηση της θέσης και ανύψωσης του βραχίονα, την έκταση του καρπού, τη δύναμη των δαχτύλων, την κάμψη του κάτω άκρου, τη ραχιαία κάμψη και τη βάδιση.

Η *Unified Neurological Stroke Scale* είναι μία σύνθεση της Neurological Score for the Middle Cerebral Artery και της Scandinavian Stroke Scale. Χρησιμοποιείται κυρίως για εκτίμηση των ασθενών με ημιπάρεση ή ημιπληγία που προκαλείται από έμπρακτο.

Η *κλίμακα NIH*, αναπτύχθηκε στο Εθνικό Ινστιτούτο Νευρολογικών Διαταραχών και Εγκεφαλικού με βάση την Toronto Stroke Score, την Oxbury Initial Severity Stroke και την Cincinnati Stroke Score. Σχεδιάστηκε με σκοπό να παρέχει αξιόπιστη, έγκυρη και εύκολη εναλλακτική λύση στη νευρολογική εξέταση.

Αποτελείται από 13 μεταβλητές, όπου η δυσαρθρία συχνά δεν μπορεί να ελεγχθεί, ενώ δεν μπορεί να μετρηθεί ποσοστό 20% των ασθενών με οπτικές διαταραχές.

Η *κλίμακα Barthel* είναι ευρέως διαδεδομένη και αποτελεί ένα απλό τρόπο μέτρησης της ανικανότητας του ασθενούς με ΑΕΕ, για αυτοφροντίδα, που κατά συνέπεια υποδεικνύει το βαθμό ανεξαρτησίας του ασθενούς. Απαρτίζεται από δέκα μεταβλητές που αξιολογούν καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή. Ο δείκτης Barthel Index (BI) δηλ., η τελική βαθμολογία της κλίμακας έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, σε προγράμματα αποκατάστασης ή πριν την θεραπεία προκειμένου να καθοριστεί η κατάσταση του, και η δυνατότητα βελτίωσης του προς την ανεξαρτησία και το μέγιστο δυνατό όφελος. Οι μετρήσεις πρέπει να επαναλαμβάνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, όπως π.χ πριν από ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, κατά την διάρκεια και στο τέλος του, ενώ η έλλειψη βελτίωσης δείχνει μειωμένη δυνατότητα αποκατάστασης. Βασικό πλεονέκτημα αποτελεί η απλότητα του δείκτη BI, αλλά όμως πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι περιβαλλοντικές καταστάσεις και η παρουσία άλλου ατόμου, παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την τελική βαθμολογία του ασθενή. Για την πληρέστερη αξιολόγηση εξωτερικών ασθενών είναι απαραίτητο το τελικό σκορ (δείκτης Barthel ή BI), να συνοδεύεται από ειδικό έντυπο με επεξηγήσεις για τις συνθήκες του περιβάλλοντος που ζει ο ασθενής, ενώ πολλές φορές η βελτίωση της κατάστασης δεν φαίνεται ευκρινώς κυρίως λόγω της παρουσίας άλλου ατόμου κατά την αξιολόγηση, ακόμα και αν αυτός δεν παρέχει πραγματική βοήθεια.

Συνοψίζοντας όσα αφορούν στις κλίμακες μέτρησης, είναι αναγκαίο να τονιστεί, ότι η κλινική εξέταση εξακολουθεί να παρέχει τις καλύτερες πληροφορίες στο αιφνίδιο Α.Ε.Ε. και πρέπει να ολοκληρώνεται από εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις, όπως είναι η αξονική και η μαγνητική τομογραφία, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και κυρίως τον αποκλεισμό της αιμορραγίας ((Απρίλιος-Ιούνιος 2010), Τόμος 9^{ος} , Τεύχος 2^ο ,*Το Βήμα του Ασκληπιού*).

1.8. Διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης των ΑΕΕ.

Η Ομάδα Αποκατάστασης, ακρογωνιαίος λίθος αυτού του θεραπευτικού έργου, αποτελείται από επιστήμονες των δύο βασικών Θεραπευτικών Τομέων: **Τομέας Φυσικών Ιατρικών Θεραπειών:** Φυσιάτροι, Ειδικοί του Biofeedback, Φυσικοθεραπευτές, Γυμναστές, Εργοθεραπευτές, Ενδοκρινολόγοι/Διαιτολόγοι. **Τομέας Ψυχοκοινωνικών Υπηρεσιών:** Λογοθεραπευτές/Λογοπαθολόγους, Νευροψυχολόγοι, Ψυχοπαθολόγοι- Κλινικοί Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Σύμβουλοι επαγγελματικού προσανατολισμού και κατάρτισης.

**Biofeedback: Η τεχνική που επιτρέπει στο Νευρικό σύστημα να αναπτύξει νέες οδούς και να δημιουργήσει νέα νευρικά κυκλώματα για την αποκατάσταση της κίνησης. Συνεχής οπτικο-ακουστικός έλεγχος της μυϊκής δραστηριότητας - μέσω επιφανειακών ηλεκτροδίων-με την βοήθεια της ειδικής συσκευής και του ηλεκτρονικού υπολογιστή, δίνει την δυνατότητα στον Ιατρό και τον ασθενή να διαπιστώσουν πότε το Νευρικό σύστημα συνδέεται σωστά και αποτελεσματικά με τους μύες. Στη συνέχεια, οι ασθενείς μαθαίνουν να επαναλαμβάνουν την επιθυμητή διαδικασία, ώστε τελικά να διευκολυνθεί η εκούσια κινητικότητα.*

1.9. Συμπεράσματα για το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Το ΑΕΕ αποτελεί σύνθετο πρόβλημα με έντονο οικογενειακό, κοινωνικό και οικονομικό αντίκτυπο λόγω της αναπηρίας ή της χρόνιας ανικανότητας που προκαλεί στους πάσχοντες. Δυστυχώς, παρότι η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας έχει συντελέσει στην καλύτερη μελέτη και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ασθενών με Α.Ε.Ε., εντούτοις η χρόνια ανικανότητα που επιφέρει ένα Α.Ε.Ε, υπογραμμίζει την ανάγκη για διεθνείς προσπάθειες πρόληψης, η οποία επιτυγχάνεται κυρίως με τη βαθύτερη κατανόηση και τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου.

Το κυριότερο συμπέρασμα που διεξάγεται από την παρούσα ανασκόπηση είναι, ότι κρίνονται απολύτως απαραίτητα, ο σχεδιασμός και η οργάνωση μιας στρατηγικής πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας πρόληψης και αποκατάστασης των ΑΕΕ στην χώρα

μας, η οποία απαιτεί τη συμβολή όλων των ειδικών από το χώρο της υγείας και της ίδιας της πολιτείας (Απρίλιος-Μάιος 2009, Τόμος 9ος, Τεύχος 2ο, *Το Βήμα του Ασκληπιού*).Όσον αφορά τους προβλέψιμους παράγοντες κινδύνου Α.Ε.Ε ισχαιμικής αιτιολογίας η αγωγή υγείας είναι απαραίτητη, ειδικά σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως είναι τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, με υπέρταση και με παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος. Η διακοπή των συνηθειών του σημερινού μοντέλου ζωής όπως είναι το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, η λήψη αντισυλληπτικών και η κακή διατροφή που προάγουν την αθηροσκλήρυνση και κατά συνέπεια αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση του Α.Ε.Ε. κρίνεται απαραίτητη..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΦΑΣΙΑ

(Ορισμός, τύποι αφασιών)

Ιστορική αναδρομή.

Η ανασκόπηση στις ιστορικές εξηγήσεις για την αιτιολογία της αφασίας, αποκαλύπτει μερικές από τις πρώιμες παρεξηγήσεις σχετικά με αυτή και βραδεία εμφάνιση πιο έγκυρων παρατηρήσεων. Μία πρόσφατη παρανόηση, στην οποία βασιζόταν οι γιατροί ήταν ότι η αμυγδαλή του εγκεφάλου ήλεγχε τις γνωστικές λειτουργίες και την γλώσσα και όχι το φλοιώδες μέρος. Μια άλλη παρανόηση είναι ότι η αφασία ήταν αποτέλεσμα παράλυσης της γλώσσας. Έγκυρες παρατηρήσεις για ποικίλες λειτουργίες που διαταράσσονταν στην αφασία, ξεκίνησαν στις αρχές του 17^{ου} αιώνα. Για παράδειγμα, μερικοί συγγραφείς, έδιναν κατά κάποιο τρόπο λεπτομερείς περιγραφές για προβλήματα ανάγνωσης και γραφής που σχετίζονταν με το εγκεφαλικό επεισόδιο και το αποκαλούσαν αποπληξία. Ωστόσο αμφισβητούμενες δοξασίες και θεωρίες συνέχισαν να συνηγορούν.

Μερικοί συγγραφείς τον 17^ο αιώνα χρησιμοποιούσαν τον όρο *αφωνία*, για να περιγράψουν συμπτώματα αφασίας. Αφωνία, τεχνικά σημαίνει έλλειψη φωνής, ο όρος τώρα διατηρείται για να περιγράψει έναν τύπο διαταραχής της φωνής, κατά την οποία το άτομο δεν μπορεί να μιλήσει, αλλά μπορεί να ψιθυρίσει.

Η μονογραφία του Johann Gesner το 1770, θεωρείται η πρώτη σημαντική μελέτη για την αφασία, την οποία ονόμασε «αμνησία του λόγου», όρο που είχαν χρησιμοποιήσει προηγούμενοι ερευνητές. Περισσότερες έρευνες για περιπτώσεις αφασικών ασθενών δημοσιεύτηκαν τον 19^ο αιώνα. Ευχέρεια λόγου, χωρίς νόημα και διαταραχή της γραφής περιγράφηκαν. Ο όρος *αγραφία*, χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει προβλήματα γραφής, ο οποίος χρησιμοποιείται και σήμερα με την ίδια έννοια.

Ο Γερμανός ανατόμος και φρενολόγος Franz Joseph Gall (1758-1828), ήταν ανάμεσα στους πρώτους που πρότειναν τον εντοπισμό της γλώσσας και των άλλων διανοητικών λειτουργιών στους μετωπικούς λοβούς. Ωστόσο οι απόψεις του, δεν έγιναν αποδεκτές, καθώς συνδέθηκαν με την φρενολογία. Αύτη ήταν μια δυσφήμιση της επιστήμης εκείνη την μέρα, που συνέδεσε την πνευματική και διανοητική λειτουργία στις τοπογραφικές θέσεις του ανθρώπινου κρανίου,

συμπεριλαμβανομένου του σχήματος, του μεγέθους και του πρηξίματος. Ο Gall πίστευε ότι ένα ισχυρό συμπεριφορικό χαρακτηριστικό ή χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ατόμου, απορρέει από μια υπεραναπτυγμένη περιοχή του εγκεφάλου, η οποία θα μπορούσε να δημιουργήσει ένα 'εξόγκωμα'. Δημοσίευσε αναλυτικούς χάρτες ή διαγράμματα του εγκεφάλου, παρουσιάζοντας συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου οι οποίες είναι υπεύθυνες για πολλές πνευματικές λειτουργίες, όπως η πατρική αγάπη, η αυτοεκτίμηση, η φιλανθρωπία, η ανδρεία και η ειλικρίνεια.

Ο Γάλλος νευροχειρουργός και φυσικός ανθρωπολόγος Paul Broca(1824-1880), ήταν ο πρώτος που συνέδεσε τον μετωπιαίο λοβό και τον αριστερό εγκέφαλο με την παραγωγή της ομιλίας. Είναι γνωστός για την δήλωση «Μιλάμε με το αριστερό ημισφαίριο». Ο όρος για να περιγράψει ο Broca τις γλωσσικές διαταραχές, οι οποίες συνδεόταν με βλάβες του εγκεφάλου, ήταν **αφημία**. Περιέγραψε τα παρακάτω σημαντικά συμπτώματα:

- Μειωμένη ευφράδεια,
- Μη γραμματικός, τηλεγραφικός λόγος,
- Πολλά λάθη στην παραγωγή της ομιλίας,
- Περιορισμένη βλάβη στην κατανόηση της ομιλούμενης γλώσσας.

Ο Broca διεξήγαγε αυτοψία σε έναν άντρα που ο λόγος του είχε καταστραφεί από εγκεφαλικό επεισόδιο και ανέφερε ένα τραυματισμένο χαμηλά, οπίσθιο τμήμα του αριστερού μετωπιαίου λοβού στην ένωση των πλευρικών και κεντρικών σχισμών. Αυτή η περιοχή αφορούσε την κινητική λειτουργία της γλώσσας και σύντομα έγινε γνωστή ως περιοχή Broca (επίσης γνωστή και ως περιοχή Brodmann's 44 και 45). Ο Broca αφαίρεσε τον εγκέφαλο από το κρανίο, αλλά δεν τον ανατόμισε για να δει την έκταση της βλάβης. Αυτός ο άθικτος εγκέφαλος εκτίθεται σε ένα μουσείου του Παρισιού. Οι ειδικοί διαφώνησαν κατά πόσο ένα τραύμα στην περιοχή Broca, απαραίτητα δημιουργεί συμπτώματα αφασίας Broca. Κάποιοι ειδικοί αμφισβητούν και το σύνδρομο και τον εντοπισμό στην περιοχή Broca.

Ένας Γερμανός νευροψυχίατρος ο Wernicke Carl(1848-1905), ήταν ο πρώτος που περιέγραψε ένα σημαντικό είδος αφασίας. Για αυτό το λόγο ενδυνάμωσε την

τοπική αντίληψη για την σχέση, μεταξύ εγκεφάλου και ομιλίας. Ο Wernicke περιέγραφε ένα τύπο αφασίας με τα παρακάτω συμπτώματα:

- Ευχερής λόγος, χωρίς νόημα,
- Σωστός γραμματικά λόγος,
- Σημαντικά προβλήματα για στην κατανόηση του προφορικού λόγου,
- Δυσκολίες στην κατανόηση της ανάγνωσης (γραπτού λόγου) είτε εσωτερικά είτε προφορικά.

Ο Wernicke την ονόμασε αισθητηριακή αφασία. Σήμερα είναι γνωστή ως αφασία Wernicke. Εντόπισε την βλάβη στο οπίσθιο τμήμα της ανώτερης κροταφικής έλικας αλλά τα τμήματα αριστερού πλευρικού λοβού, ειδικά της γωνιακής έλικας, μπορούν επίσης να εμπλακούν. Αυτά τα τμήματα του εγκεφάλου είναι γνωστά ως περιοχή Wernicke (M.N.Hegde, (2nd edition), *A coursebook on aphasia and other neurogenic language disorders*), Ph.D. California State University, United states of America: McNaughton and Gunn).

2. Εισαγωγικά για την Αφασία.

Κάθε άνθρωπος χρησιμοποιεί το λόγο. Μέρη της χρήσης του λόγου είναι να μιλάμε, να βρίσκουμε τις σωστές λέξεις, να καταλαβαίνουμε, να διαβάζουμε, να γράφουμε και να κάνουμε χειρονομίες. Η αφασία επισημάνεται όταν εξαιτίας της εγκεφαλικής βλάβης ένα ή περισσότερα μέρη του λόγου δεν λειτουργούν σωστά. Επομένως, Αφασία - Α (=στερητικό α) φασία (=μιλώντας) σημαίνει πως κάποιος πλέον δεν μπορεί να πει αυτό που θέλει. Δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το λόγο. Εκτός από την αφασία μπορεί να προκληθεί και παράλυση ή και άλλα προβλήματα σχετικά με:

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

Οι άνθρωποι δεν μπορούν πλέον να κάνουν δύο πράγματα ταυτόχρονα

2.1. Ορισμός της Αφασίας.

«Ο όρος αφασία σημαίνει απώλεια του έναρθρου λόγου (Σερδάρης Π,1998, *Ψυχολογία των διαταραχών του λόγου*, University Studio Press, σ.272)». Στην κλινική πράξη ο όρος αφασία αποδίδεται καλύτερα με τον όρο δυσφαγία (μερική απώλεια της ικανότητας του λόγου). “Αφασία είναι μια επίκτητη διαταραχή επικοινωνίας που οφείλεται σε τραύμα του εγκεφάλου, χαρακτηρίζεται από διαταραχές στις γλωσσικές μορφές: ομιλία, ακοή, ανάγνωση και γράψιμο”. Δεν είναι αποτέλεσμα μιας αισθητηριακής έλλειψης, μιας γενικής πνευματικής ή ψυχιατρικής διαταραχής (Brookshire, 1992, Goodglass, 1993).

Ο όρος αφασία συμπεριλαμβάνει μια πληθώρα παθολογικών καταστάσεων , οι οποίες μπορεί να κυμαίνονται από την κωματώδη κατάσταση έως τις γλωσσικές διαταραχές ή ακόμη και την παντελή έλλειψη του λόγου. Αυτό που είναι σημαντικό σε έναν επαρκή ορισμό είναι η αναφορά σε τέσσερα σημαντικά σημεία: *είναι νευρογενής ; είναι επίκτητη ; επηρεάζει τη γλωσσική ικανότητα ; και περιέχει αισθητηριακές και νοητικές ελλείψεις;*

Η αφασία είναι νευρογενής. Η αφασία πάντα είναι αποτέλεσμα προσβολής του εγκεφάλου. Οι ακριβείς δομές που επηρεάζονται ποικίλουν ανάλογα την περίπτωση και τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώθηκε το τραύμα. Η υποκείμενη, όμως, αιτία της αφασίας είναι πάντα νευρολογική. Η αφασία πολύ συχνά οφείλεται σε εγκεφαλικό επεισόδιο, αλλά μπορεί επίσης να οφείλεται σε εγκεφαλικό τραύμα, σε χειρουργική αφαίρεση εγκεφαλικού ιστού, σε ανάπτυξη όγκων ή μολύνσεις.

Η αφασία είναι επίκτητη. Η αφασία δεν θεωρείται ως μια αναπτυξιακή διαταραχή. Ένα άτομο δε γεννιέται με αυτή. Αντίθετα χαρακτηρίζεται από μερική ή ολική έλλειψη των γλωσσικών λειτουργιών σε ένα άτομο που είχε προηγουμένως αναπτύξει κάποια γλωσσική ικανότητα. Ο όρος ‘παιδική αφασία’ αναφέρεται σε ένα επίκτητο γλωσσικό πρόβλημα σε παιδιά, δεν είναι, εξ ορισμού, συγγενές με παιδιά που δεν είχαν ποτέ κάποια γλωσσική ικανότητα για να χάσουν.(η παιδική αφασία δεν απασχολεί την συγκεκριμένη εργασία) Πρέπει να σημειωθεί, επίσης, ότι τα παιδιά που έπασχαν από νευρολογικά επεισόδια όπως τραυματισμοί, χειρουργικές αφαιρέσεις όγκων ή ακόμα και εγκεφαλικά επεισόδια, μπορούσαν να αναπτύξουν μια πραγματική μορφή ‘αφασίας’, εάν αυτά τα επεισόδια προκάλεσαν την απώλεια της ικανότητας επικοινωνίας, την οποία είχαν αποκτήσει νωρίτερα στην ζωή τους.

Η αφασία αφορά γλωσσικά προβλήματα. Ορίζοντας την αφασία είναι σημαντικό να αναγνωρίζουμε ότι μερικές ή όλες οι μορφές της συμβολικής επικοινωνίας μπορεί να επηρεαστούν: η ομιλία, η ακοή, η ανάγνωση και η γραφή. Οι περισσότερες μορφές αφασίας περιλαμβάνουν διαταραχές και στις τέσσερις γλωσσικές μορφές.

Η αφασία δεν είναι πρόβλημα αισθητηριακό ή νοητικό. Στην αφασία εξαιρούνται γενικά αισθητηριακές ή νοητικές ελλείψεις. Εξ ορισμού δεν περιλαμβάνει προβλήματα όρασης, αφής, όσφρησης, ακοής ή γεύσης. Παρόλα αυτά μπορεί να συνοδεύεται από μια πληθώρα άλλων διαταραχών. Ακόμα, δεν είναι αποτέλεσμα μιας γενικότερης πνευματικής φθοράς, νοητικής καθυστέρησης ή ψυχιατρικών διαταραχών. Τα χαρακτηριστικά που αποκλείονται από τον ορισμό της αφασίας είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την διαφοροδιάγνωση από μια μεγάλη ποικιλία νευρογενών επικοινωνιακών, γνωστικών και αισθητικών διαταραχών (Gloriajean L.Wallace, 1996, Edition 1st, *Adult Aphasia Rehabilitation*, publisher: Elsevier Health Sciences).

2.2. Κλινικοί Τύποι Αφασιών.

Στην αφασία διακρίνουμε τους εξής τύπους:

2.2.1. Κινητική αφασία Broca ή αφασία εκπομπής.

Στις περιπτώσεις αφασίας Broca οι βλάβες είναι αγγειακής φύσεως. Ο λειτουργικός εντοπισμός της κινητική αφασίας Broca σε εγκεφαλικό επίπεδο, θα πρέπει να εντοπίζεται στον πόδα της τρίτης μετωπικής έλικας σε φλοιώδες-υποφλοιώδες επίπεδο, του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει καταστροφή μιας περιοχής του εξειδικευμένου κινητικού φλοιού, καθώς και την ύπαρξη ημιπάρεσης, ιδιαίτερα της δεξιάς πλευράς. Στο νευρογλωσσικό επίπεδο οι διαταραχές εμφανίζονται με αδυναμία συχνοτήτων του λόγου σε αρθρωτική εκπομπή.

Παθολογία του λόγου στην κινητική αφασία Broca.

Κύριο χαρακτηριστικό των ασθενών με κινητική αφασία Broca είναι ότι ο ασθενής αυτός δεν μιλάει καθόλου, ή σχεδόν καθόλου. Ωστόσο η κατανόηση του λόγου είναι πλήρης. Παρουσιάζει μια μεγάλη έκπτωση των λεκτικών του δραστηριοτήτων, σε ποσοτικό επίπεδο όπως η δυσαρθρία ή γενικότερα διαταραχές στην άρθρωση του λόγου. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξει ελάχιστη ομιλία, αλλά είναι πάρα πολύ αργή με στοιχεία διαταραχής της άρθρωσης. Η ομιλία εμφανίζει βραδύτητα και δισταγμό, ποσοτική μείωση, αγραμματισμό, κακή άρθρωση και δυσπροσωδία.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που εμφανίζεται στην κινητική αφασία Broca είναι η χρήση μιας στερεοτυπίας. Ο ασθενής χρησιμοποιεί τη στερεοτυπία σε όλες τις περιπτώσεις όπου θα πρέπει να μιλήσει, να απαντήσει και να ζητήσει κάτι. Η στερεοτυπία αυτή μπορεί να είναι κάποια λέξη με συγκεκριμένη έννοια ή ακόμα μια λέξη-μη λέξη (TAN). Ο ρυθμός της στερεοτυπίας είναι πάρα πολύ γρήγορος, αυτή η πολύ γρήγορη ροή της εκπομπής των στερεοτυπιών συνδέεται με μία έντονη πολλές φορές νευρικήτητα, όπως ανάλογες μυϊκές εκφράσεις του προσώπου και των χεριών, όποιος έχει βέβαια την ανάλογη κινητική ικανότητα και στο βαθμό που την έχει. Αυτός είναι και ο λόγος κάποιων εκρήξεων στη συμπεριφορά κάθε ασθενούς.

Στις περιπτώσεις που ο ασθενής είναι ικανός να διαβάσει ή να προφέρει μια λέξη, παρατηρούνται συμπτώματα παρατονισμού και μιας μουσικότητας της λέξης. Αντίθετα, όμως, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να διαβάσει από μέσα του και να αντιληφθεί κάποιο γεγονός μέσω της κατανόησης του γραπτού λόγου, ενώ ταυτόχρονα επιχειρεί να το συζητήσει αλλά αποτυγχάνει. Στην κατονομασία αντικειμένων, στην ανάγνωση κειμένου, παρατηρείται πλήρης αδυναμία του ασθενούς, ενώ βέβαια θα χρησιμοποιήσει τη στερεοτυπία, την οποία χρησιμοποιεί.

Όσον αφορά το γραπτό λόγο, υπάρχουν δυσκολίες οι οποίες είναι δυνατό να αποδοθούν στην ημιπληγία. Έτσι παρατηρείται δυσχέρεια στην γραφή καθ' υπαγόρευση, αλλά και στην αυθόρμητη γραφή. Αν ο ασθενής μπορέσει να γράψει παρατηρούνται αντικαταστάσεις και ελλείψεις γραμμάτων, έντονη ανορθογραφία και βέβαια αναγραμματισμό. Στην αντιγραφή, παρατηρούνται δύο κύρια στοιχεία. Το πρώτο είναι ότι ο ασθενής αντιγράφει αργά τα γράμματα, μάλιστα χωρίς κάποιες σημαντικές δυσχέρειες. Το δεύτερο στοιχείο είναι ότι ο ασθενής δίνει την εντύπωση ότι ζωγραφίζει τα ανάλογα γράμματα των λέξεων, χωρίς να έχει συναίσθηση της συμβολικής τους αξίας.

Στην αριθμητική οι υπολογισμοί γίνονται νοητά, αλλά υπάρχει δυσχέρεια στο αποτέλεσμα, το οποίο είναι σχεδόν πάντα λανθασμένο. Αν του δοθεί το σωστό αποτέλεσμα ο ασθενής συμφωνεί, αλλά στην επανάληψη είναι δυνατόν να δώσει άλλα αποτελέσματα λεκτικά.

Στο άκουσμα γνωστής μουσικής, ο ασθενής μπορεί να συνοδεύσει τα λόγια του τραγουδιού χωρίς κάποιες διαταραχές σε λεκτικό επίπεδο ή ακόμα και τη μουσικότητα. Αν δώσουμε μόνο τη μουσική, χωρίς τη λεκτική ακουστικότητα του τραγουδιού, υπάρχει η πιθανότητα ξαφνικά να αρχίσει ο ασθενής το τραγούδι αλλά μόνο κάποιες λίγες λέξεις του, μέσα όμως στα πλαίσια της μουσικής (Καρπάθιος Χρυσόστομος, (1998), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1, Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση*, Αθήνα: Έλλην).

2.2.2. Αμιγής κινητική αφασία.

Όσον αφορά τον εντοπισμό της βλάβης στις περιπτώσεις της αμιγούς κινητικής αφασίας, οι περιοχές είναι κυρίως πίσω και πάνω από τον πόδα της τρίτης μετωπικής έλικας, προς το τέλος της ρολανδίου αύλακος στην αντιπροσώπευση του ανθρωπάριου του Penfield, σε φλοιώδες αλλά και σε υποφλοιώδες επίπεδο. Οπωσδήποτε και εδώ το επίπεδο της βλάβης παίζει σημαντικότερο ρόλο σε όλα τα επίπεδα.

Παθολογία του λόγου στην αμιγή κινητική αφασία.

Στην αμιγή κινητική αφασία τα παθολογικά συμπτώματα, τα οποία παρατηρούμε, είναι σίγουρα έντονες δυσχέρειες στη λεκτική άρθρωση, αλλά σχεδόν δεν παρατηρούνται δυσχέρειες ούτε στη γραφή, αλλά ούτε οπωσδήποτε και στη κατανόηση. Στις ελαφρότερες περιπτώσεις υπάρχει μια κάποια στοιχειώδης εκπομπή λόγου, αλλά με ένα πάρα πολύ αργό ρυθμό και κάποιες δυσχέρειες στην άρθρωση για τις οποίες ο ασθενής καταβάλλει προσπάθειες και χρησιμοποιώντας αργότερο ρυθμό, μπορεί να τις ξεπεράσει, έστω στιγμιαία. Στις μονολεκτικές αυθόρμητες απαντήσεις δεν υφίστανται κάποια προβλήματα. Στις πιο βαριές περιπτώσεις είναι γεγονός ότι μπορούν να φθάσουν μέχρι και πλήρη αδυναμία λεκτικής εκπομπής. Οι περιπτώσεις αυτές έχουν ονομασθεί και με τον όρο « σύνδρομο φωνητικού καταμερισμού», επειδή πολλές φορές φαίνεται ότι υπάρχει εκτός της ημιπληγίας, μια δυστονία ή δυσπραξία του στόματος ή μια στοματο/γλωσσο/προσωπική απραξία (Καρπάθιος Χρυσόστομος, (1998), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1, Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση*, Αθήνα: Έλλην).

2.2.3. Αναρθρία του λόγου P. MARIE.

Ο εντοπισμός της βλάβης στην αναρθρία του P.MARIE δεν είναι άλλος από την περιοχή του τετράπλευρου του P.MARIE. Στις περιπτώσεις αναρθρίας η βλάβη εντοπίζεται στις πιο περιφερικές δομές της άρθρωσης και μάλιστα σε υποφλοιώδες επίπεδο της κάτω περιοχής της ανιούσας μετωπικής έλικας του αριστερού

ημισφαιρίου. Σύμφωνα με τον Dejerine στις περιπτώσεις αναρθρίας, υπάρχει διακοπή συνδέσεως μεταξύ της τρίτης μετωπικής έλικας με την ανιούσα μετωπική έλικα, πάντα στο αριστερό ημισφαίριο. Παρόμοιες διαταραχές με έμφαση σε δυσαρθρικές δυσχέρειες, προέρχονται και από ανάλογες βλάβες του δεξιού ημισφαιρίου.

Παθολογία του λόγου στην αναρθρία του P.MARIE.

Η αναρθρία την οποία περιγράφει ο P.Marie, είναι σχεδόν η ίδια με την περιγραφή της αμιγούς κινητικής αφασίας. Στην αναρθρία είναι γεγονός ότι δεν έχουμε, τουλάχιστον έντονα, τα φαινόμενα της δυσπραξίας και δυστονίας ή ακόμη δυνατόν να μην έχουμε στοματο/γλωσσο/προσωπική απραξία. Τα υπόλοιπα στοιχεία της παθολογίας και φυσιολογίας είναι ακριβώς τα ίδια με την αμιγή κινητική αφασία. Δηλαδή δυσχέρειες στη λεκτική άρθρωση, χωρίς να υπάρχουν κάποιες ανάλογες δυσχέρειες στη γραφή, πολύ περισσότερο βέβαια ούτε στην κατανόηση (Καρπάθιος Χρυσόστομος, (1998), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1, Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση, Έλλην*).

2.2.4. Αισθητική αφασία του Wernicke ή αισθητηριακή αφασία.

Στην αφασία Wernicke μπορεί να υπάρχουν όλες οι αφασικές διαταραχές εκτός από την φλοιώδη δυσαρθρία. Οι ασθενείς παρουσιάζουν σε ποικίλο βαθμό αδυναμία στην κατανόηση των λέξεων που ακούν (ακουστική αφασία ή λεκτική κώφωση) ή που βλέπουν γραμμένες (οπτική αφασία ή αλεξία). Στον προφορικό και τον γραπτό λόγο οι λέξεις παράγονται χωρίς δυσκολία με καλή ροή, αλλά δύσκολα κανείς βγάζει νόημα, γιατί υπάρχουν παραφασικές διαταραχές, νεολογισμοί, έλλειψη λέξεων, παραγραφία και παραλεξία. Η ομιλία από φωνητική άποψη είναι καλή αλλά πάσχει από γραμματική και σημασιολογική άποψη. Παρά το γεγονός ότι εκ πρώτης όψεως οι προτάσεις που σχηματίζει φαίνονται καλά σχηματισμένες, ο ασθενής δύσκολα γίνεται αντιληπτός γιατί αυτό που λέει, είναι έξω από γραμματικούς κανόνες, ενώ πολλές φορές χρησιμοποιεί λέξεις «άλλες αντί άλλων». Συχνά η ακατάσχετη λογόρροια φθάνει μέχρι, «γλωσσικής σαλάτας», (Jargon aphasia). Η βλάβη εντοπίζεται κυρίως στην περιοχή Wernicke, ενώ συχνά επεκτείνεται στην

άνω περιοχή του κροταφικού λοβού. Οι αισθητικές αφασίες, με ουσιαστική την αφασία Wernicke είναι οι εξής:

2.2.4.α. Πρώτη κατηγορία αισθητικής αφασίας Wernicke, Αμιγής Λεκτική Κώφωση. Η βλάβη στην αφασία αυτής της κατηγορίας εντοπίζεται στην ομώνυμη περιοχή, δηλαδή στην οπίσθια περιοχή της πρώτης κροταφικής έλικας.

Παθολογία του λόγου στην πρώτη κατηγορία αφασίας Wernicke.

Στην πρώτη αυτή κατηγορία ο ασθενής εμφανίζει σημαντική λογόρροια, μιλά, μιλά σχεδόν χωρίς να σταματά και συχνά η λογόρροια αναφέρεται βέβαια σε κάποιο εξωτερικό ερέθισμα, το οποίο προκαλεί μια αγχώδη κατάσταση και στοιχεία νευρικότητας στον ασθενή. Παθολογικά στοιχεία ζαργκοναφασίας είναι πάρα πολλά κατά τη διάρκεια της ομιλίας ή συζητήσεως του ασθενούς, ενώ μέσα σε αυτή τη λεκτική σύγχυση υπάρχει περίπτωση να ακουστούν και ελάχιστες ίσως κανονικές λέξεις.

Ένα καθοριστικό στοιχείο στην κατηγορία αυτή και γενικότερα στις αισθητικές αφασίες, είναι το στοιχείο της νοσοαγνωσίας, το οποίο έχει μια σημαντική επίδραση στην εξελικτική πορεία και την συμπεριφορά του ασθενούς. Δηλαδή ο ασθενής δεν κατανοεί ότι μιλά με μια ακατανόητη ροή γραμμάτων και συλλαβών, νομίζει ότι μιλάει κανονικά, έχοντας την απαίτηση να γίνει κατανοητός και πολύ περισσότερη να πάρει μια κάποια απάντηση, σε αυτά τα οποία λέει, λογική και πραγματική. Αυτό βέβαια είναι αδύνατο, οπότε η συμπεριφορά του ασθενούς γίνεται πάρα πολύ δύσκολη, με νευρικά και ερεθιστικά στοιχεία στη συμπεριφορά του. Κατά τη διάρκεια μιας συζήτησης ο ασθενής μιλάει συνέχεια, δίνοντας μάλιστα την εντύπωση ότι ρωτά και απαντά ο ίδιος, χωρίς να λαμβάνει υπόψη του τις πιθανές παρεμβάσεις του ή των συνομιλητών του. Η παρουσία συνομιλητή ή συνομιλητών είναι αναγκαία, έστω και αν πρόκειται για μονόλογο του ασθενούς, τον οποίο όμως δεν κάνει, όταν βρίσκεται μόνος του. Τα θέματα αυτού του είδους από την μεριά του ασθενούς παρατηρούμε ότι είναι πολλά, αφού φεύγει από το ένα θέμα πηγαίνοντας σε άλλο. Κατά τη διάρκεια αυτής της ομιλίας του ασθενούς παρατηρούνται πολλές παραφασίες φωνητικές και λεκτικές.

Στην γραφή έχει σημαντικές δυσχέρειες, δηλαδή δεν μπορεί να γράψει κάποιες σκέψεις του, το όνομα του, ενώ αν του ζητηθεί να γράψει το όνομα του αντιδρά αρνούμενος, θεωρώντας το κάτι παιδαριώδες. Στην συνέχεια αν προσπαθήσει να γράψει κάτι καθ' υπαγόρευση, θα παρατηρήσουμε ότι εκφωνούμε μια λέξη για παράδειγμα, ο ασθενής αρχίζει να γράφει οποιαδήποτε συμπλέγματα, μη σταματώντας σε μια λέξη, αλλά συνεχίζει αγνοώντας στην πραγματικότητα την υπαγόρευση. Η κατανόηση του γραπτού λόγου στον συγκεκριμένο ασθενή είναι αδύνατη, τουλάχιστον στην αρχή, αλλά οπωσδήποτε με έντονες δυσχέρειες.

Η ψυχική του κατάσταση φαίνεται να είναι πάρα πολύ καλή, εξαιτίας βέβαια της νοσοαγνωσίας. Με την σωστή θεραπεία δραστηριότητα η νοσοαγνωσία εκλείπει, τότε υπάρχουν εντονότατα ψυχικά προβλήματα, καταθλιπτικά φαινόμενα τα οποία θα πρέπει να ελέγχονται φαρμακευτικά, λόγω της εντάσεως τους. Πιο εξειδικευμένα σε νευρολογικό επίπεδο, οι δυσχέρειες στην κατανόηση του λόγου φαίνεται ότι οφείλονται σε αδυναμία μεταφοράς του ακουστικού ερεθίσματος στις κατώτερες κροταφικές έλικες, όπου υπάρχουν αποθηκευμένα κωδικοποιημένα λεκτικά δεδομένα, είναι φυσικό να υπάρχουν δυσχέρειες στην κατανόηση.

Όσον αφορά τις διαταραχές στην επανάληψη του λόγου θα πρέπει να προέρχονται από την διακοπή των νευρικών ιών της αψιδωτής δέσμης, πολύ κοντά ή και μέσα στην περιοχή του Wernicke, γεγονός το οποίο δικαιολογεί ανάλογα πάντα με την έκταση της παθολογίας, την εξέλιξη αυτής της πρώτης κατηγορίας στην αφασία Wernicke προς μια αφασία αγωγιμότητας ή και μεικτής εικόνας.

Όσον αφορά στην κατανόηση του γραπτού λόγου, η οποία είναι συχνά σε κάποια ικανοποιητικά ή λιγότερο ικανοποιητικά επίπεδα, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχει δυνατότητα σύνδεσης έστω και μερικώς σε φλοιώδες επίπεδο του εξειδικευμένου οπτικού φλοιού με τις κατώτερες κροταφικές έλικες.

Όσον αφορά τη λογόρροια θα πρέπει να προέρχεται από μια απελευθέρωση ενέργειας σε επίπεδο μετωπιαίου λοβού και ιδιαίτερα της περιοχής του Broca, η οποία δεν έχει κάποια διαταραχή ή βλάβη, όπως επίσης έχει σταματήσει κάθε έλεγχος της περιοχής Broca από την περιοχή του Wernicke.

Τα παθολογικά συμπτώματα σε επίπεδο παραφασίας και ζαργκοναφασίας είναι δυνατό να δικαιολογηθούν, με την έννοια ότι υπάρχει σύνδεση των κατώτερων κροταφικών ελίκων, όπου η αποθήκευση κωδικοποιημένων μηνυμάτων με τις

μετωπιαίες περιοχές του λόγου, χωρίς την παρέμβαση και πάλι της αποκωδικοποίησεως μέσω της περιοχής του Wernicke (Καρπάθιος Χρυσόστομος, (1998), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1, Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση*, Αθήνα: Έλλην).

2.2.4.β. Δεύτερη κατηγορία της αισθητικής αφασίας Wernicke, Λεκτική Κώφωση.

Στη δεύτερη αυτή κατηγορία της αφασίας Wernicke τα κυριότερα παθολογικά συμπτώματα είναι η αδυναμία κατανόησης του προφορικού αλλά και του γραπτού λόγου, αυτό μας δείχνει πιθανή βλάβη στις γύρω περιοχές της κάτω κροταφικής έλικας, ενώ σίγουρα η επικοινωνία αυτής της περιοχής με τη γωνιώδη έλικα δεν είναι δυνατή.

Παθολογία του λόγου στην δεύτερη κατηγορία της αφασίας Wernicke, Λεκτική Κώφωση.

Τα παθολογικά συμπτώματα στο λόγο, αυτής της δεύτερης κατηγορίας της αισθητικής αφασίας Wernicke, είναι αρχικά το πλήθος των παραφασιών, τις οποίες συναντάμε σε ένα κανονικό λόγο και όχι λογόρροια, όσον αφορά το ρυθμό και την ένταση του. Επίσης, η επανάληψη προφορικά μιας προτεινόμενης λέξεως ή και μικρής φράσης είναι συχνά δυνατή, αλλά και με κάποια φαινόμενα ηχολαλίας.

Το βασικό όμως παθολογικό σύμπτωμα είναι η σχεδόν πλήρης, ή ολοκληρωτική αδυναμία κατανόησης και του προφορικού και του γραπτού λόγου. Αυτά είναι τα τρία ουσιαστικά παθολογικά συμπτώματα αυτής της δεύτερης κατηγορίας των αισθητικών αφασιών.

Είναι δυνατό όμως να παρατηρήσουμε και στοιχεία από τα άλλα παθολογικά φαινόμενα των αισθητικών αφασιών. Και σε αυτή την κατηγορία, υπάρχουν τα συμπτώματα νοσοαγνωσίας. Η ζαργκοναφασία κάνει την εμφάνιση της μόνο σε περιπτώσεις συζήτησης του ασθενούς, αφού η κύρια παθολογία σε αυτή τη κατηγορία είναι οι λεκτικές παραφασίες.

Φωνητικές παραφασίες και κάποιο νεολογισμοί δεν υπάρχουν, ενώ σε περιπτώσεις συζητήσεων παρατηρούνται στοιχεία ηχολαλίας, όσον αφορά την ή τις

τελευταίες λέξεις του συνομιλητή. Επίσης, αυτή η ηχολαλία συνοδεύεται και μια ικανότητα του ασθενή να μιμείται την ιδιαιτερότητα του τονισμού και της έκφρασης του συνομιλητή, σαν να ήθελε να τον κοροϊδέψει. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης ο ασθενής δείχνει να έχει ξεχάσει σημαντικά στοιχεία από τη ζωή του, χωρίς βέβαια να πρόκειται για κάποια αμνησία.

Η ανάγνωση με δυνατή φωνή συχνά είναι δυνατή και η γραφή καθ' υπαγόρευση δεν παρουσιάζει συχνά σοβαρές δυσχέρειες, ενώ βέβαια έχουμε εντονότατα στοιχεία δυσορθογραφίας.

Η αντιγραφή είναι δυνατή, έστω και με κάποιες δυσχέρειες, ενώ σημαντικότερα προβλήματα παρουσιάζει η ονομασία αντικειμένων (Καρπάθιος Χρυσόστομος, (1998), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1, Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση*, Αθήνα: Έλλην).

2.2.4.γ. Τρίτη κατηγορία της αισθητικής αφασίας Wernicke, Λεκτική Τύφλωση.

Η βλάβη στην τρίτη κατηγορία των αισθητικών αφασιών Wernicke είχε εντοπιστεί σε βλάβη της γωνιώδους έλικας από τον Dejerine, ενώ σήμερα θεωρούμε ότι εκτός από αυτήν την περιοχή, θα πρέπει οι βλάβες να υπάρχουν και στις συνδέσεις της γωνιώδους έλικας με τον οπτικό συνδετικό φλοιό ή ακόμα και μερική βλάβη στον οπτικό συνδετικό φλοιό, πάντα στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο.

Παθολογία του λόγου στην τρίτη κατηγορία της αφασίας Wernicke, Λεκτική Τύφλωση.

Η βασική παθολογία αυτής της τρίτης κατηγορίας της αισθητικής αφασίας Wernicke, είναι ουσιαστικά οι δυσχέρειες όσον αφορά τη προφορική έκφραση του λόγου, με σημαντική έλλειψη λέξεων ή ακόμα και με στοιχεία ζαργκοναφασίας. Ένα θετικό όμως στοιχείο της κατηγορίας αυτής είναι ότι οι δυσχέρειες, όσον αφορά τη κατανόηση του προφορικού λόγου, σχεδόν δεν υπάρχουν, σε αντίθεση με τη κατανόηση του γραπτού λόγου, όπου οι δυσχέρειες κατανόησης είναι εντονότερες.

Η άρθρωση του λόγου είναι αρκετά ικανοποιητική, μέχρι καλή και στις συζητήσεις του δείχνει να κατανοεί περί τίνος πρόκειται. Παραφασικά στοιχεία και νεολογισμοί έχουν παραχωρήσει τη θέση τους στην έλλειψη λέξεων και για το λόγο αυτό θα λέγαμε ότι σχεδόν απουσιάζουν. Έτσι, πολλές φορές είναι δυνατόν ο ασθενής αυτός να δώσει την εντύπωση μιας αμνησιακής αφασίας.

Η νοσογνωσία σε αυτή τη κατηγορία είναι ελάχιστη, γεγονός άλλωστε που κάνει τον ασθενή να παραπονιέται συχνά για την όλη κατάσταση του.

Στο γραπτό λόγο υπάρχουν σοβαρότατες δυσχέρειες σε όλα τα επίπεδα, είναι πολύ δύσκολο να γράψει οτιδήποτε, ενώ τα στοιχεία της δυσορθογραφίας είναι σημαντικότερα. Δεν μπορεί να γράψει έστω και ένα γράμμα, αν του ζητηθεί, ενώ η αντιγραφή ενός γράμματος, πιθανόν να γίνει πραγματικότητα, σχεδιάζοντας το. Στην ονομασία αντικειμένων, μετά από πολλές προσπάθειες, είναι δυνατόν να επιτευχθεί ο στόχος μας.

Στην ανάγνωση, διαβάζει σχεδόν κανονικά μια λέξη, όταν ζητήσουμε να την αντιγράψει παρατηρούμε έντονες λεκτικές παραγραφίες, ενώ όταν δείξουμε μια φωτογραφία ενός αντικειμένου στον ασθενή, παρατηρούμε συγχύσεις, αντικαταστάσεις γραμμάτων, της λέξης ή ακόμα και πρόσθεση, αφαίρεση, γραμμάτων ή και συλλαβών, συμπτώματα όμοια με αυτά που συναντάμε στη δυσλεξία.

Η ανάγνωση με δυνατή φωνή είναι σχεδόν καλή, αλλά με κάποια παραφασικά στοιχεία, ενώ θα επαναλάβουμε το σημαντικό θετικό στοιχείο στη κατηγορία αυτή, είναι ότι ο προφορικός λόγος, είναι κατανοητός από τον ασθενή (Καρπάθιος Χρυσόστομος, (1998), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1, Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση*, Αθήνα: Έλλην).

Αυτή η Τρίτη κατηγορία των αισθητικών αφασικών του Wernicke είναι το σύνδρομο «αλεξίας – γραφίας» σύμφωνα με το Dejerine.

2.2.5. Αμιγής λεκτική κώφωση.

Όσον αφορά τον εντοπισμό της αμιγούς λεκτικής κωφώσεως σίγουρα θα πρέπει να κατευθυνθούμε προς τις ακουστικές περιοχές και ιδιαίτερα στην πρωτογενή ακουστική περιοχή ή πέμπτη κροταφική έλικα ή ακόμα έλικα του Heschl. Όμως σε περιπτώσεις μονόπλευρης βλάβης αυτής της περιοχής είναι δυνατόν να μην παρατηρηθούν κάποια οποιαδήποτε συμπτώματα, ενώ σε αμφίπλευρες βλάβες γνωρίζουμε ότι προκαλείται φλοιώδης κώφωση. Φαίνεται λοιπόν ότι στην αμιγή λεκτική κώφωση θα πρέπει να υπάρχει διακοπή μεταξύ του πρωτογενούς ακουστικού φλοιού δεξιά ή αριστερά και την περιοχή του Wernicke. Η βλάβη αυτή είναι δυνατόν να είναι υποφλοιώδης ή σε ένα επίπεδο φλοιώδες – υποφλοιώδες.

Παθολογία του λόγου στην αμιγή λεκτική κώφωση.

Η αμιγής λεκτική κώφωση είναι μια σπάνια παθολογική περίπτωση, η οποία βέβαια σπανιότερα παρατηρείται μόνη της, ενώ είναι δυνατόν πολλές φορές να γίνει σύγχυση με ακουστική αγνωσία. Η συμπτωματολογία, όσον αφορά το λόγο είναι η απώλεια της κατανόησης της ομιλίας, όπως επίσης και η απώλεια δυνατότητας γραφής καθ' υπαγόρευση.

Ο ασθενής δίνει την εντύπωση ότι αντιλαμβάνεται τα λεκτικά στοιχεία, είτε με την ακουστική έννοια ενός συνεχούς βόμβου, θορύβου, ή ακόμα με την ακουστική έννοια μιας λέξης και άγνωστης ή και γνωστής, αλλά ακατανόητης προς τον ασθενή, ξένης γλώσσας. Το μόνο στοιχείο το οποίο φαίνεται να αναγνωρίζει ακουστικά και να τα κατανοεί ο συγκεκριμένος αυτός ασθενής, είναι το τραγούδι, μέσα όμως από τη ρυθμικότητα που του δίνει μουσική (Καρπάθιος Χρυσόστομος, (1998), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1, Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση*, Αθήνα: Έλλην).

2.2.6. Αφασία αγωγής.

Ο εντοπισμός της βλάβης, η οποία προκαλεί την αφασία αγωγιμότητας είναι κυρίως η διακοπή της αψιδωτής δέσμης, η οποία ενώνει την περιοχή του Wernicke με

αυτή του Broca και βρίσκεται στην άνω περιφέρεια της πρώτης κροταφικής έλικας, στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο.

Παθολογία του λόγου στην αφασία αγωγιμότητας.

Τρία είναι τα βασικά στοιχεία, τα οποία χαρακτηρίζουν την παθολογία του λόγου στην αφασία αγωγιμότητας.

Το πρώτο είναι ότι, η ροή του προφορικού λόγου είναι μεν σχεδόν κανονική, αλλά υπάρχουν μέσα του και ιδιαίτερα κατά τη συζήτηση στοιχεία έλλειψης λέξεων, όπως βέβαια και στοιχεία φωνητικών συγχύσεων σε επίπεδο γραμμάτων.

Το δεύτερο στοιχείο αλλά καθοριστικό ίσως στην αφασία αγωγιμότητας, είναι η σοβαρότατη δυσχέρεια στην επανάληψη των λέξεων αλλά και γενικότερα.

Το τρίτο στοιχείο, το οποίο δεν ουσιαστικά παθολογικό, είναι το γεγονός ότι η κατανόηση του λόγου είναι κανονική ή σχεδόν κανονική.

Η γλωσσολογική συμπεριφορά ενός ασθενούς με αφασία αγωγιμότητας χαρακτηρίζεται, από το γεγονός ότι υπάρχουν πολλά κοψίματα στη ροή του λόγου, όπως επίσης και δισταγμοί κατά τη διάρκεια που δημιουργούνται από τα κοψίματα. Συχνά κοψίματα αυτά στη ροή του λόγου οφείλονται σε διόρθωση πιθανού λάθους, εκ μέρους του ασθενούς αφού παρατηρούμε έλλειψη λέξεων, παραφασίες αλλά συγχύσεις σε ήπια θα μπορούσαμε να πούμε μορφή. Οι συγχύσεις και οι παραφασίες παρατηρούνται κυρίως σε επίπεδο γράμματος, γεγονός που σημαίνει ότι είναι μορφολογικής υφής.

Αν ο ασθενής δεν μπορεί να βρει κατά τη διάρκεια μιας συζήτησης μια συγκεκριμένη λέξη, προσπαθεί να την αντικαταστήσει με μια συνώνυμη της, ενώ είναι γεγονός ότι ο ασθενής κατανοεί πλήρως τις δυσχέρειες του, άρα απουσιάζει η νοσογνωσία. Αν βέβαια πρόκειται για ονομασία ενός αντικειμένου, τότε η έλλειψη λέξεων είναι ελάχιστη, αναλογικά με την εμφάνιση της έλλειψης κατά συνομιλία.

Η ανάγνωση με δυνατή φωνή είναι σχεδόν αδύνατη, όπως και το κυριότερο σύμπτωμα της αφασίας αγωγιμότητας, η επανάληψη λέξεως ή φράσεως.

Η αυθόρμητη γραφή μπορεί να είναι κανονική, αλλά υπάρχουν δυσχέρειες στην ελεύθερη γραφή και την αντιγραφή. Οι δυσχέρειες αυτές είναι έντονη δυσορθογραφία, λεκτικές παραγραφίες, αλλά πάντα μορφολογικού τύπου και ποτέ

σημαντικού (Καρπάθιος Χρυσόστομος, (1998), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1, Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση*, Αθήνα: Έλλην).

2.2.7. Μεικτή αφασία.

Οι μικτές αφασίες είναι το σύνολο δύο αφασιών ή και περισσότερων, γεγονός το οποίο συναντάται στην πρακτική των αφασιών, οπότε η παθολογία του λόγου στις περιπτώσεις αυτές θα είναι το σύνολο των παθολογιών κάθε μιας αφασίας, η οποία συμμετέχει σε αυτό το μικτό σχήμα. Η παθολογία στις περιπτώσεις αυτές είναι το σύνολο των δυσχερειών των επιμέρους αφασιών, με μια προτεραιότητα στις βασικές και ουσιαστικές δυσχέρειες κάθε μιας από τις επιμέρους αφασίες, αλλά και διαταραχές όπως αλεξίες, γραφίες και αγνωσίες (Καρπάθιος Χρυσόστομος, (1998), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1, Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση*, Αθήνα: Έλλην).

2.2.8. Ολική ή σφαιρική αφασία.

Το σύνδρομο αυτό οφείλεται σε βλάβη ενός μεγάλου τμήματος της γλωσσικής περιοχής του μείζονος εγκεφαλικού ημισφαιρίου που περιλαμβάνει και την περιοχή Broca και την περιοχή Wernicke. Η ολική αφασία είναι το σύνολο των εκφραστικών και αισθητικών αφασιών, οπότε θα λέγαμε ότι και η παθολογία του λόγου, είναι το σύνολο της παθολογίας του λόγου στις εκφραστικές και αισθητικές αφασίες. Το σύνολο αυτό αφορά τις βασικές και ουσιαστικές παθολογικές δυσχέρειες κυρίως και όχι ολόκληρο το σύνολο των επιμέρους δυσχερειών.

Ως επί το πλείστον οι ασθενείς μπορούν να αρθρώσουν μερικές μόνο λέξεις, συνήθως κάποια «κλισέ» ή συνηθισμένες φράσεις και μιμηθούν απλούς ήχους. Ή μπορούν μόνο να αρθρώσουν κάποια συλλαβή ή να φωνάξουν, να κραυγιάσουν ή να βογκήξουν. Με άλλα λόγια, δεν παρουσιάζουν αλαλία.

Μπορεί να καταλαβαίνουν μερικές λέξεις ή φράσεις, αλλά λόγω ταχείας κόπωσης και λεκτικής και κινητικής εμμονής αποτυγχάνουν χαρακτηριστικά στην εκτέλεση μιας σειράς αντικειμένων. Δεν μπορούν να διαβάσουν, να γράψουν ή να επαναλάβουν αυτά που λέγονται.

Δηλαδή στην ολική αφασία υπάρχουν σοβαρότερες δυσχέρειες στην έκφραση είτε προφορική είτε γραπτή, όπως συναντώνται στη αφασία Broca. Επίσης υπάρχουν σοβαρότατες δυσχέρειες στη κατανόηση του λόγου, είτε προφορικού είτε γραπτού λόγου, όπως συναντώνται στην αφασία του Wernicke.

Το σημαντικό στις περιπτώσεις ολικής αφασίας, οι οποίες είναι σπάνιες είτε συναντώνται σε μεγάλες ηλικίες, είναι ότι υπάρχει μια βελτίωση των δυσχερειών, οι οποίες αφορούν στην κατανόηση του λόγου. Αυτή η βελτίωση επέρχεται σχεδόν μετά από ένα σύντομο χρονικό διάστημα, αλλά βέβαια δεν θα πρέπει να αναμένεται συνεχής βελτίωση, αλλά σύντομα αυτή η βελτίωση θα σταματήσει, πριν ολοκληρωθεί πλήρως η κατανόηση. Βέβαια αυτό το οποίο θα παραμείνει και μάλιστα σε έντονο βαθμό είναι οι δυσχέρειες.

Συνωδά στοιχεία της ολικής αφασίας σχεδόν πάντα είναι οι ποικίλοι βαθμοί δεξιάς ημιπληγίας, ημιαναισθησίας και ομώνυμης ημιανοψίας. Σε αυτούς τους ασθενείς η γλωσσική λειτουργία σπάνια αποκαθίσταται σε σημαντικό βαθμό.

Αντίθετα, συχνά παρατηρείται βελτίωση όταν η κύρια αιτία είναι εγκεφαλικό τραύμα, πίεση από οίδημα ή μια παροδική διαταραχή όπως υπογλυκαιμία η οποία μπορεί να επιδεινώσει μια παλιά βλάβη που αφορούσε τις περιοχές (Καρπαθίου Χρυσόστομος, (1999), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1*, Αθήνα: Έλλην).

2.2.9. Αμνησιακή αφασία ή αφασία ανάκλησης ονομάτων.

Ο εντοπισμός της βλάβης είναι γνωστό ότι δεν είναι δυνατόν να γίνει στις αμνησιακές αφασίες. Παρ' όλα αυτά φαίνεται ότι συμμετέχουν αρκετοί μηχανισμοί, οι οποίοι εντοπίζονται κυρίως στο μετωπιαίο λοβό, στο οπίσθιο τμήμα του κροταφικού λοβού και της γωνιώδους έλικας. Οι ανάλογες βλάβες είναι κυρίως χωροκατακτητικές επεξεργασίες.

Παθολογία του λόγου στην αμνησιακή αφασία ή αφασία ανάκλησης ονομάτων.

Η αμνησιακή αφασία χαρακτηρίζεται ουσιαστικά από την έλλειψη λέξεων, η οποία εμφανίζεται άλλοτε εντονότερη και άλλοτε λιγότερο έντονη. Ο προφορικός λόγος σε γενικές γραμμές είναι ικανοποιητικός, χωρίς κάποια ιδιαίτερα προβλήματα, εκτός βέβαια από αυτά τα οποία θα δημιουργηθούν από την έλλειψη λέξεων. Αυτή η έλλειψη λέξεων συναντάται πολύ πιο έντονα, εφ' όσον η λέξη, την οποία ψάχνει να

βρει ο ασθενής, αφορά κάποιο αντικείμενο. Η ένταση αυτή φτάνει σχεδόν μέχρι και πλήρη αδυναμία ονομασίας αντικειμένων.

Η επανάληψη λέξεων, η ανάγνωση με δυνατή φωνή και η αντιγραφή είναι κανονικές, εκτός από κάποια στοιχεία δυσορθογραφίας κατά την αντιγραφή (Καρπαθίου Χρυσόστομος, (1999), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία*, Τόμος 1, Αθήνα: Έλλην).

2.2.10. Διαφλοιικές Αφασίες.

2.2.10.α. Αισθητική Διαφλοιική Αφασία.

Τέτοιο τύπο αφασίας συναντούμε σε μεταβολικές εγκεφαλοπάθειες και σε έσω μετωποβρεγματικές, καθώς και κροταφικές και θαλαμικές βλάβες.

Παθολογία του λόγου της αισθητικής διαφλοιικής αφασίας.

Αναφέρεται σε ασθενείς που παρ' όλη την καλή ροή λόγου και επανάληψη λέξεων, δεν κατανοούν την σημασία του προφορικού λόγου ή γραπτού λόγου. Επαναλαμβάνουν μια εντολή που τους δίνεται (ηχολαλία) αλλά δεν την καταλαβαίνουν και δεν την ακολουθούν.

2.2.10.β. Κινητική Διαφλοιική Αφασία.

Συναντάται σε ασθενείς με μειωμένη ροή λόγου αλλά καλή κατανόηση και επανάληψη λέξεων. Την συναντούμε σε μετωπιαίες βλάβες και βλάβες των βασικών γαγγλίων (Καρπαθίου Χ, Καρπαθίου Σ, (1993), *Διαγνωστικές Δοκιμασίες στη Νευροψυχολογία/Νευρογλωσσολογία*, Περιστέρι: Έλλην).

2.2.11. Αμιγείς τύποι αφasiών.

Οι μορφές αυτές αφασίας δεν είναι συχνές και εντοπίζονται πάντα στο επικρατητικό ημισφαίριο.

2.2.11.α. Αμιγής διαφλοιική δυσarthρία (Υποφλοιώδης κινητική αφασία).

Είναι σπάνια κατάσταση φλοιικής δυσarthρίας χωρίς αγραφία ή άλλες αφασικές διαταραχές. Η βλάβη συνήθως είναι υποφλοιώδης και εντοπίζεται μεταξύ της

περιοχής Broca και του κινητικού φλοιού (Allan H. Ropper, Martin A. Samuels (2009), 9th edition, *Adams and Victor's Principles of Neurology*).

2.2.11.β Αμιγής κινητική αγραφία.

Είναι σπάνια μορφή αφασίας και οφείλεται σε περιορισμένη υποφλοιώδη βλάβη στο πίσω μέρος της μέσης μετωπιαίας έλικας (Allan H. Ropper, Martin A. Samuels (2009), 9th edition, *Adams and Victor's Principles of Neurology*).

2.2.11.γ. Αμιγής ακουστική αφασία (Αμιγής λεκτική κώφωση, Υποφλοιώδης ακουστική αφασία).

Η αμιγής αυτή ακουστική αφασία χωρίς εκφραστική διαταραχή(παραφασία), είναι σπάνια και οφείλεται σε υποφλοιώδη βλάβη, που διακόπτει ίνες οι οποίες συνδέουν το ακουστικό κέντρο πρόσληψης στις έλικες Heschl με την περιοχή Wernicke. Η βλάβη διαταράσσει την κατανόηση του λόγου, γιατί δεν φθάνουν στην περιοχή Wernicke ερεθίσματα από το ακουστικό κέντρο αλλά δεν αποκλείει την μνημονική ανάκληση των λέξεων και τον σχηματισμό εσωτερικού λόγου, εφόσον η περιοχή Wernicke είναι ανέπαφη. Δεν αποκλείει επίσης την έκφραση του λόγου, εφόσον η σύνδεση με το κέντρο Broca είναι ανέπαφη. Μπορεί να υπάρχουν μικρές διαταραχές στην έκφραση, γιατί ο ασθενής χάνει τον έλεγχο της ομιλίας του μη κατανοώντας τις λέξεις που λέει (Steven L. Small, PH.D, M.D., (2007) *Brain and Language: A Journal of the Neurobiology of Language*, Elsevier).

2.2.12. Αμιγής οπτική αφασία ή αλεξία χωρίς αγραφία. (Αμιγής λεκτική τύφλωση- υποφλοιώδης οπτική αφασία).

Σε αυτή τη μορφή αφασίας ο ασθενής δεν κατανοεί το γραπτό λόγο, αλλά η γραφή του δεν διαταράσσεται. Πρόκειται για υποφλοιώδη αποσύνδεση της γωνιώδους έλικας στο επικρατητικό ημισφαίριο από τις πληκτραίες περιοχές των δυο ημισφαιρίων. Η βλάβη διαταράσσει την κατανόηση του γραπτού λόγου (εφόσον τα ερεθίσματα δεν φθάνουν στη γωνιώδη έλικα), αλλά δεν αποκλείει την μνημονική ανάκληση των λέξεων και το σχηματισμό του εσωτερικού λόγου, ούτε τη γραφή. Εν

τούτοις μπορεί να υπάρχει μικρός βαθμός αγραφίας, γιατί ο ασθενής, μη αναγνωρίζοντας αυτά που γράφει, χάνει τον έλεγχο της γραφής του και κάνει λάθη. Στην κλινική πράξη υπάρχει συνήθως δεξιά ημιανοψία κι έτσι η λεκτική τύφλωση αφορά μόνο στο αριστερό μισό του οπτικού πεδίου. Παρόμοια αριστερή ημιαλεξία χωρίς αγραφία και ημιανοψία, μπορεί να παρατηρηθεί σε βλάβη του σπληνίου του μεσολοβίου, γιατί η βλάβη διακόπτει μόνο ίνες που συνδέουν το δεξιό οπτικό φλοιό με την αριστερή γωνιώδη έλικα (Allan H. Ropper, Martin A. Samuels (2009), 9th edition, *Adams and Victor's Principles of Neurology*).

2.2.13. Αμιγής λεκτική βωβότητα (Αφημία, Αμιγής κινητική αφασία του Dejerine).

Η ανατομική βάση της αμιγούς κινητικής αλαλίας δεν έχει καθοριστεί ακριβώς. Σε ορισμένες μεταθανάτιες περιπτώσεις, γίνεται αναφορά σε μια βλάβη στην περιοχή του Broca. Οι Damasio και Geschwind αναφέρουν ότι η βλάβη εντοπίζεται προσθίως και οπισθίως αυτής περιοχής.

Παθολογία του λόγου στην αμιγή λεκτική βωβότητα.

Ορισμένες φορές, ο ασθενής χάνει συνολικά την ικανότητα ομιλίας ενώ διατηρεί πλήρως την ικανότητα να γράφει, να κατανοεί τις λέξεις του προφορικού λόγου, να διαβάζει σιωπηλά και να επαναλαμβάνει τις προφερόμενες λέξεις, ως αποτέλεσμα μιας αγγειακής βλάβης ή ενός άλλου τύπου εντοπισμένου τραυματισμού του κυρίαρχου μετωπιαίου λοβού. Είναι επίσης, δυνατόν να συνυπάρχει προσωποβραχιόνια παράλυση.

Από την χρονική στιγμή της αποκατάστασης που η ομιλία γίνεται ακουστή, η γλώσσα μπορεί να είναι συντακτικά πλήρης, χωρίς απώλεια λεξιλογίου ή αναγραμματισμούς ή μπορεί να υπάρχουν ποικίλου βαθμού δυσαρθρία, ανομία και παραφασικά υποκατάστατα ιδιαίτερα για τα σύμφωνα (Allan H. Ropper, Martin A. Samuels (2009), 9th edition, *Adams and Victor's Principles of Neurology*).

2.2.14. Αλεξία με αγραφία.

Περιορισμένη φλοιώδης βλάβη στη γωνιώδη έλικα του επικρατητικού ημισφαιρίου προκαλεί οπτική αφασία (αλεξία) και αγραφία (Rugg M.D., *Neuropsychologia, An International Journal in Behavioural and Cognitive Neuroscience*, Elsevier).

2.2.15. Σύνδρομο Gerstmann.

Το σύνδρομο αυτό συνδυάζει αγραφία, αναριθμησία, δακτυλική αγνωσία και αδυναμία διάκρισης μεταξύ δεξιού και αριστερού (Nadeau, S. E., Rothi, L. J. G., Crosson, B (2000), *Aphasia and Language: Theory to Practice*, The Guilford Press: New York).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο .

Η ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΦΑΣΙΑΣ.

Η σημειολογία των διαταραχών του λόγου αποτελεί το σημαντικότερο κεφάλαιο στις αφασίες. Οι ταξινομήσεις των αφασικών, η φυσιοπαθολογική τους μελέτη και οι θεραπευτικές εφαρμογές, στηρίζονται στην κλινική σημειολογία (Μεντενόπουλος, Γ. (2003). *Αφασίες, Αγνωσίες, Απραξίες και η σχέση τους με τη μνήμη*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press).

3.1. Διαταραχές του προφορικού λόγου.

Οι διαταραχές αυτές εξετάζονται από νευρολογικής και φωνολογικής πλευράς.

Από νευρολογικής πλευράς είναι συνέπεια διαταραχής των αισθητικό κινητικών μηχανισμών του λόγου, που θέτουν σε κίνηση τους μυς του λάρυγγα, του φάρυγγα και των λοιπών οργάνων της φώνησης. Αποτέλεσμα, είναι η δυσκολία στην εκφώνηση και στην μεταβολή του ήχου, και ενώ προφέρεται η κάθε λέξη, ορισμένες τονίζονται περισσότερο από άλλες (μεταβολή στον τονισμό και την προφορά της ομιλίας).

Στην έκφραση διακρίνονται τρεις ιδιαίτεροι χαρακτήρες : ο «παραλυτικός», λόγω αδυναμίας των φωνητικών μυών, ο «δυστονικός» λόγω δυσσυνέργειας μεταξύ των στοματο/φαρυγγο/λαρυγγικών μυών και ο «απρακτικός» όταν η διαταραχή δεν μπορεί να αποδοθεί σε παρετικές ή υπερτονικές διαταραχές των μυών. Ο συνδυασμός των διαταραχών αυτών συνθέτει μια κλινική εικόνα η οποία περιγράφηκε από τους Alazouanine και συν το 1939, με τον όρο «σύνδρομο της φωνητικής αποδιοργάνωσης». Στο σύνδρομο αυτό καθορίζονται οι φωνητικοί χαρακτήρες των διαταραχών την άρθρωσης του λόγου. Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι οι διαταραχές αυτές αποτελούν μια παλινδρόμησης του λόγου σε αρχικά στάδια της οργάνωσης του, όπως συμβαίνει σε παιδιά όταν αρχίζουν να μιλούν. Από τη μελέτη των φωνολογικών στοιχείων σε αυτές τις περιπτώσεις ξεχωρίζουν ορισμένες έννοιες, οι οποίες είναι; Η αναρθρία, η δυσπροσωδία και η στοματο/προσωπική απραξία.

Η «αναρθρία» διακρίνεται από τη «δυσαρθρία» η οποία οφείλεται σε μηχανική βλάβη , είναι σταθερή και οι διαταραχές της άρθρωσης παρουσιάζουν ομοιογένεια.

Η «δυσπροσωδία» περιγράφεται ως η απώλεια της μελωδικότητας του λόγου. Οι λέξεις προφέρονται με διαφορετική προφορά και συχνά ο ασθενής δίνει την εντύπωση αλλοδαπού.

Η «στοματο/προσωπική απραξία», περιγράφεται ως η αδυναμία του ασθενή να εκτελέσει εκούσιες κινήσεις της γλώσσας και του στόματος. Η μορφή αυτή συνοδεύει πάντοτε την αφασία Broca (Brigitte Stemmer, Harry Whitaker (2008), *Handbook Of The Neuroscience Of Language*, United States of America: Academic Press).

3.1.1 Διαταραχές στην έκφραση του προφορικού λόγου.

3.1.1.α Διαταραχές στην άρθρωση του λόγου.

3.1.1.β Δυσαρθρία.

Στην παθολογία λόγου η κατανόηση της λειτουργίας των κρανιακών νεύρων και των υπόλοιπων αισθησιοκινητικών συστημάτων είναι απαραίτητη για την θεραπεία της κινητικής διαταραχής της ομιλίας, γνωστής ως *δυσαρθρία*. Η δυσαρθρία είναι μια κινητική διαταραχή του λόγου και είναι αποτέλεσμα / απόρροια παράλυσης, αδυναμίας και έλλειψης συγχρονισμού των μυών της ομιλίας που αφορούν στην άρθρωση, την παραγωγή των ήχων, αλλά και στη ροή και στο ρυθμό της ομιλίας. Η προέλευσή της είναι νευρολογική.

Υπάρχει μεγάλη βραδύτητα στη ροή των λέξεων με παραγωγή δυσνόητων λεκτικών ήχων και διαταραχή στον 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 (Christopher A. Moore, Kathryn M. Yorkston (1991), *Dysarthria and Apraxia of Speech: Perspectives on Management*).

Η Δυσαρθρία χωρίζεται σε τρεις κύριους τομείς:

➤ Βλάβες των Άνω Κινητικών Νευρώνων.

(Σπαστική Δυσαρθρία)

Η βλάβη των άνω κινητικών νευρώνων μπορεί να είναι αποτέλεσμα εγκεφαλαγγειακών ατυχημάτων, κρανιακού τραύματος, όγκου και μόλυνσης. Σε αυτή την περίπτωση η βλάβη βρίσκεται σε κάποιο σημείο της φλοιοπρομηκικής ή φλοιονωτιαίας οδού.

➤ Βλάβες των Κάτω Κινητικών Νευρώνων.

(Χαλαρή Δυσαρθρία)

Η αιτιολογία της δυσαρθρίας σε αυτή την περίπτωση μπορεί να αναζητηθεί σε ιογενείς λοιμώξεις, όγκους, τραύμα στο ίδιο το νεύρο ή ένα εγκεφαλαγγειακό επεισόδιο στο εγκεφαλικό στέλεχος.

➤ Μικτές Βλάβες των Άνω και Κάτω Κινητικών Νευρώνων.

Η περίπτωση της αμυοτροφικής πλευρικής σκλήρυνσης.(ALS)

Συχνά παρουσιάζεται το φαινόμενο μια παθολογική διαδικασία που οφείλεται σε βλάβη ή ασθένεια να μην περιορίζει τις βλαβερές τις επιδράσεις, μόνο σε ένα κινητικό σύστημα, αλλά να επηρεάζει τόσο το σύστημα των άνω όσο και των κάτω κινητικών νευρώνων. Το συνηθέστερο παράδειγμα τέτοιων βλαβών είναι η **αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση** (σύνδρομο Lou Gehrig) η οποία προκαλεί προοδευτικό εκφυλισμό των νευρώνων του άνω και κάτω κινητικού συστήματος και είναι άγνωστης αιτιολογίας. Η έναρξη παρατηρείται συνήθως μέσα στην πέμπτη δεκαετία της ζωής ενός ανθρώπου (Christopher A. Moore, Kathryn M. Yorkston (1991), *Dysarthria and Apraxia of Speech: Perspectives on Management*).

3.1.1.γ Στερεοτυπίες.

Οι λεκτικές στερεοτυπίες εμφανίζονται όταν η έκπτωση του λόγου είναι σημαντική χωρίς όμως να είναι πλήρης. Πρόκειται για συλλαβές ή λέξεις που επαναλαμβάνονται στερεότυπα κάθε φορά που ο ασθενής προσπαθεί να εκφραστεί, (π.χ. «ναι», «αυτό» κλπ). Οι στερεοτυπίες αυτές μπορεί να υπάρχουν χωρίς εννοιολογική σημασία (π.χ. ο ασθενής του Broca που εκφράζεται πάντα με την λέξη «tan-tan»). Όταν υπάρχει εννοιολογική σημασία μπορεί να εκφράζεται με μια λέξη μόνο (π.χ. «ναι» «ευχαρίστως» κλπ). Βασικό γνώρισμα είναι ότι οι στερεοτυπίες είναι εντελώς ακούσιες και προφέρονται κάθε φορά που ο ασθενής προσπαθεί να εκφραστεί. Η εξέλιξη των στερεοτυπιών διαφέρει από άτομο σε άτομο. Στο 50% των ασθενών συνήθως υποχωρούν ενώ σε άλλου παραμένουν μόνιμα.

Η βελτίωση περνά από διαφορετικά στάδια. Αρχικά παρατηρείται μια διαφορετική έναρξη και τονισμός της λέξης που επιτρέπει στον ασθενή να δώσει συναισθηματική απόχρωση στη λέξη που προφέρει στην συνέχεια, εφόσον η κατάσταση βελτιώνεται, παρατηρείται τάση αλλαγής και μείωσης των στερεοτυπιών. Εμφανίζεται δηλαδή μια περίοδος «διακυμάνσεων», όπου διάφορες λέξεις υποκαθιστούν τη στερεότυπη. Στο τελικό στάδιο αν και η έκφραση είναι ατελής, υποκαθιστά εντελώς τις στερεοτυπίες (Georg Goldenberg, Bruce L. Miller (2008), volume 88, 3rd series, *Neuropsychology and Behavioral Neurology: Handbook of Clinical Neurology* (Series Editors: Aminoff, Boller and Swaab).

3.1.1.δ Ο Αγραμματισμός.

Όταν οι στερεοτυπίες αρχίζουν να υποχωρούν, τότε εμφανίζονται συχνά διαταραχές της έκφρασης που έχουν σχέση με τη γραμματική οργάνωση. Στον αγραμματισμό οι λέξεις προφέρονται σε ένα τηλεγραφικό στυλ. Το στάδιο αυτό μοιάζει με αυτό κατά το οποίο το παιδί αρχίζει να μιλάει και να χρησιμοποιεί το σχήμα «λέξη – φράση». Αν και ο αγραμματισμός προσβάλλει τη γραμματική οργάνωση των φράσεων, η έννοια τους παραμένει (Μεντενόπουλος Γ, (2003)

Αφασίες, Αγνωσίες, Απραξίες και η σχέση τους με την μνήμη, Θεσσαλονίκη: University Studio Press).

3.1.1.ε. Η έλλειψη των λέξεων.

Πρόκειται για ένα από τα σημαντικότερα συμπτώματα που συχνά χαρακτηρίζεται ως αμνησία των λέξεων. Υπάρχουν διαφορές ως προς την έλλειψη των λέξεων όταν αναφερόμαστε στον αυθόρμητο λόγο σε αντίθεση με τον προκλητό λόγο. Στον αυθόρμητο λόγο είναι δυνατό η έλλειψη των λέξεων να καλύπτεται από άλλες λέξεις ή περιφράσεις, με τις οποίες εκφράζεται ο ασθενής. Η διαταραχή εντοπίζεται κυρίως στις δοκιμασίες κατονομασίας των αντικειμένων όπου απαιτούνται συγκεκριμένες λέξεις στις απαντήσεις.

Η έλλειψη των λέξεων δεν εμφανίζεται πάντοτε με τον ίδιο τρόπο σε ασθενείς που παρουσιάζουν ή όχι διαταραχές στην έκφραση του προφορικού λόγου. Για παράδειγμα σε ασθενείς με αφασία Broca χαρακτηριστικό είναι ότι η λέξη συχνά προφέρεται μετά από βοήθεια του εξεταστή που σχηματίζει τα αρχικά της λέξης ή κατ' απομίμηση με τρόπο που αντιστοιχεί στην προφορά αυτής. Αντίθετα σε ασθενείς που δεν έχουν διαταραχές στην έκφραση του προφορικού λόγου, η έλλειψη των λέξεων μπορεί να είναι σημαντική, οι ασθενείς δεν βρίσκουν τις λέξεις που αναζητούν, παρ' όλο που η κατανόηση τους και η οργάνωση τους είναι φυσιολογική. Σε αφασικούς ασθενείς που δεν έχουν διαταραχές στην έκφραση του προφορικού λόγου η διευκόλυνση (του εξεταστή) δεν βοηθάει, αλλά αντίθετα ένα ερέθισμα συγκινησιακού τύπου μπορεί να εμφανίσει τη λέξη εντυπωσιακά. Ο Alazonanine (1968) αναφέρει την περίπτωση αφασικής μητέρας που ενώ δεν μπορούσε να βρει το όνομα της κόρης της, ξαφνικά ξεσπά σε λυγμούς λέγοντας «Ζακλίν, δες που δεν μπορώ να βρω το όνομα σου» (δηλαδή το όνομα που προσπαθούσε να βρει το πρόφερε τελείως αυτόματα: επίσης όταν η λέξη βρίσκεται σε μια αυτόματη σειρά, τότε ο ασθενής διευκολύνεται από τη σειρά (π.χ. μήνες του έτους) ή με συνδετικό μηχανισμό (π.χ. τρέχει σαν... «ελάφι»).

Μια άλλη εξήγηση δόθηκε από τον Gololstein ο οποίος υποστήριζε ότι η έλλειψη της λέξης οφείλεται στην απώλεια από τον αφασικό της αφηρημένης έννοιας που είναι απαραίτητη για να ανασύρει την επιθυμητή λέξη (Μεντενόπουλος Γ, (2003) *Αφασίες, Αγνωσίες, Απραξίες και η σχέση τους με την μνήμη*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press).

3.1.1.στ. Οι Δυσυνταξίες.

Οι γραμματικοί κανόνες χρησιμοποιούνται ανώμαλα. Δεν έχουν σχέση με τον αγραμματισμό και δεν εμφανίζονται συχνά στον αυθόρμητο λόγο, αλλά κυρίως σε απαντήσεις, γι αυτό και είναι πιο χαρακτηριστικές σε δοκιμασίες ορισμού λέξεων (π.χ. αυτό το οποίο είναι το οποίο) (Μεντενόπουλος Γ, (2003) *Αφασίες, Αγνωσίες, Απραξίες και η σχέση τους με την μνήμη*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press).

3.1.1 ζ. Οι αφασίες τύπου Jargon.

Η αφασία τύπου Jargon χαρακτηρίζεται από προφορά λέξεων, συλλαβών ή ακατάληπτων φράσεων χωρίς μεσοδιαστήματα ηρεμίας με αποτέλεσμα ο λόγος να είναι ακατάληπτος. Συχνά παρουσιάζεται ψυχοκινητική διέγερση. Ο ασθενής με αφασία Jargon δεν έχει συνείδηση της διαταραχής του και για το λόγο αυτό εκνευρίζεται όταν βλέπει ότι δεν το καταλαβαίνουν.

Στην αφασία του τύπου αυτού είναι δύσκολο να καθοριστεί με ποιο τρόπο διαταράσσεται ο μηχανισμός σκέψης και έτσι θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι υπάρχει ένα άθροισμα διαταραχών , που παρουσιάζεται στην κατασκευή των λέξεων , στο χρονικό συντονισμό της έκφρασης και τη στοματοπροσωπική απραξία, όπου όλα αυτά δεν μπορούν να εξηγηθούν με ένα μόνο μηχανισμό. Επιπλέον στην αφασία τύπου Jargon παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές ανάλογα με τη φύση της διαταραχής όπου άλλοτε η κατασκευή των λέξεων αλλοιώνεται και προφέρονται άλλες με φωνητική μόνο ομοιότητα και άλλοτε ενώ έχουν εννοιολογική ομοιότητα,

αλλοιώνεται η φωνητική έκφραση (Μεντενόπουλος Γ, (2003) *Αφασίες, Αγνωσίες, Απραξίες και η σχέση τους με την μνήμη*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press).

3.1.2. Διαταραχές στην κατανόηση του προφορικού λόγου.

Στην εξέταση της κατανόησης του λόγου ο εξεταστής περιορίζεται σε αυτό που καταλαβαίνει ή όχι ο ασθενής. Συχνά το περιβάλλον του ασθενή υποστηρίζει ότι «ο ασθενής καταλαβαίνει τα πάντα» εύκολα όμως ο εξεταστής μέσω της εξέτασης μπορεί να αντιληφθεί την παρουσία των διαταραχών της κατανόησης. Μια συστηματική εξέταση κατανόησης περιλαμβάνει δοκιμασίες με προοδευτική πολυπλοκότητα. Αρχικά εφαρμόζουμε την απλούστερη δοκιμασία της «υπόδειξης αντικειμένων, ενώ στη συνέχεια ακολουθεί η «εκτέλεση εντολών» (πχ. «δείξε το μάτι», ή «δείξε μου το δεξί μάτι») μέχρι τις πλέον σύνθετες δοκιμασίες. Στην αφασία κατανόησης οι λέξεις δεν γίνονται ευκολότερα κατανοητές από ότι οι φράσεις. Οι φράσεις μας δίνουν τη δυνατότητα μέσω της συναισθηματικής απόχρωσης να τις κατανοήσουμε καλύτερα από ότι τις μεμονωμένες λέξεις.

Τέλος ενώ είναι πολύ εύκολο να εκτιμηθεί η έκταση της διαταραχής στην κατανόησης, αντίθετα είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί η φύση και ο μηχανισμός της διαταραχής (Brigitte Stemmer, Harry Whitaker (2008), *Handbook Of The Neuroscience Of Language*, United States of America: Academic Press).

3.2. Οι Διαταραχές του γραπτού λόγου.

3.2.1 Διαταραχές στην έκφραση του γραπτού λόγου (αγραφίες).

Αγραφίες ονομάζονται οι διαταραχές στην έκφραση του γραπτού λόγου. Οι αγραφίες μπορεί να συμβούν ανεξάρτητα από τις κινητικές δυσκολίες που μπορεί να προκαλέσει πχ. μια δεξιά ημιπληγία. Ανάμεσα στην επεξεργασία των διάφορων εννοιών και στην ικανότητας προς γραφή, παρεμβάλλονται οι ανώτεροι κινητικοί μηχανισμοί και η οπτικό – χωρική οργάνωση. Με τον τρόπο αυτό εξηγείται και το

πλήθος των παραλλαγών που παρουσιάζουν οι διαταραχές αυτές. Παρακάτω παρουσιάζονται οι κυριότερες μορφές αγραφίας:

Είδη διαταραχής της γραφής.

3.2.1.α. Αφασική αγραφία

- Μη ευφράδης αγραφία
- Ευφράδης αγραφία
- Άλλου είδους αφασική αγραφία
- Αλεξία με αγραφία
- Αγραφία του συνδρόμου Gerstamann
- Αμιγής αγραφία
- Αγραφία σε συγχυτικές καταστάσεις
- Εν τω βάθει αγραφία
- Αγραφία σε σύνδρομο ημισφαιρικής αποσύνδεσης.

3.2.1.β. Μη αφασική αγραφία

- Κινητική αγραφία
- Παρετική αγραφία
- Υποκινητική αγραφία (μικρογραφία)
- Υπερκινητική αγραφία
- Παλιγραφία
- Οπτικό- χωρική αγραφία
- Υστερική αγραφία (Μεντενόπουλος, Γ. (2003). *Αφασίες, αγνωσίες, απραξίες και η σχέση τους με τη μνήμη*. University Studio Press. Θεσσαλονίκη).

3.2.1.γ. Υπεργραφία

Όταν η διαταραχή συνδέεται περισσότερο με το μηχανισμό του λόγου ή με την κινητικότητα που απαιτείται για τη γραφή, τότε η αγραφία μπορεί να είναι: αφασικού ή πρακτικού τύπου. (Μεντενόπουλος, Γ. (2003). *Αφασίες, αγνωσίες, απραξίες και η σχέση τους με τη μνήμη*. University Studio Press. Θεσσαλονίκη).

3.2.1.δ. Αφασική Αγραφία.

Σε αυτή την μορφή αγραφίας διατηρείται ο γραφικός χαρακτήρας αλλά διαταράσσεται η έννοια των συμβόλων, δηλαδή ο ασθενής γράφει τα γράμματα ζωγραφίζοντας χωρίς όμως να τα καταλαβαίνει. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι όπως στον προφορικό λόγο έτσι και στο γραπτό παρουσιάζονται παραλλαγές της έκφρασης όπως: παραγραφίες, υποκατάσταση ή αντιστροφή γραμμάτων μέσα σε μία λέξη, νεολογισμοί. Οι διαταραχές μερικές φορές αφορούν την ορθογραφία και τη σύνταξη με αποτέλεσμα να εμφανίζονται δυσυνταξίες και δυσορθογραφίες (Brigitte Stemmer, Harry Whitaker (2008), *Handbook Of The Neuroscience Of Language*, United States of America: Academic Press).

3.2.1.ε. Απρακτική αγραφία.

Η απρακτική αγραφία χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι, ενώ δεν υπάρχει κινητική διαταραχή, δεν γίνονται οι απαιτούμενες κινήσεις για τη γραφή (πχ. ο ασθενής θέλει να γράψει τη λέξη «Πέτρος», λέει το γράμμα Π αλλά δεν μπορεί να το γράψει με αποτέλεσμα να σχεδιάζει διάφορα ακατανόητα σχήματα). Όταν η διαταραχή είναι σε μικρότερο βαθμό, τότε δεν γίνεται σωστή τοποθέτηση των συμβόλων στο χώρο, τα γράμματα είναι κολλημένα ή απέχουν και βρίσκονται σε διαφορετικές θέσεις μεταξύ τους ενώ συχνά οι ασθενείς επαναλαμβάνουν την ίδια λέξη (Christopher A. Moore, Kathryn M. Yorkston (1991), *Dysarthria and Apraxia of Speech: Perspectives on Management*).

3.2.2. Οι Διαταραχές στην κατανόηση του γραπτού λόγου (Αλεξίες).

Αλεξίες ονομάζονται οι διαταραχές κατανόησης του γραπτού λόγου. Εμφανίζονται δυο είδη αλεξίας: οι αγνωστικές και οι αφασικές. Στις αγνωστικές αλεξίες εμφανίζεται διαταραχή στην αισθητηριακή αντίληψη του λόγου ενώ στις αφασικές διαταραχή στην συμβολική έννοια (Darby David, Walsh Kevin, Καλφάκης Νικόλαος Α., Πόταγας Κώστας (2008), *Νευροψυχολογία*, Αθήνα: Παρισιάνου ΑΕ).

3.2.2.α. Αγνωστική Αλεξία.

Αποτελεί μέρος της οπτικής αγνωσίας. Ο ασθενής δεν αναγνωρίζει τις λέξεις που βλέπει με την πρώτη φορά, ενώ μπορεί να τις συλλαβίζει και να κατανοεί τη συμβολική τους σημασία. Η διαταραχή αφορά κυρίως τις δραστηριότητες της οπτικής αντίληψης του λόγου ενώ έχουμε διατήρηση των ψυχογλωσσικών δραστηριοτήτων. Περισσότερο βλάπτεται η ανάγνωση των λέξεων και λιγότερο των γραμμάτων. Συνήθως γράμματα όπως Ι, ο αναγνωρίζονται πιο εύκολα από άλλα όπως (πχ. Κ,Ν,Μ) επίσης αναγνωρίζονται πιο εύκολα όταν είναι μεμονωμένα παρά στη συνέχεια της λέξης.

Η διαταραχή αναγνώρισης των αριθμών είναι μικρότερης έκτασης από την διαταραχή αναγνώρισης λέξεων.

Η αυτόματη γραφή και η καθ' υπαγόρευση γίνονται σχετικώς καλά και είναι εντυπωσιακό το γεγονός να γράφει ένας ασθενής χωρίς να μπορεί να διαβάσει, συχνά όμως η γραφή είναι εσφαλμένη (Darby David, Walsh Kevin, Καλφάκης Νικόλαος Α., Πόταγας Κώστας (2008), *Νευροψυχολογία*, Αθήνα: Παρισιάνου ΑΕ)..

3.2.2.β. Αφασική Αλεξία.

Πρόκειται για διαταραχή της κατανόησης της ανάγνωσης των λέξεων, των συλλαβών και των γραμμάτων. Ο ασθενής αναγνωρίζει τις λέξεις (δηλαδή τις διαβάζει) αλλά δεν κατανοεί της συμβολική τους σημασία. Ο ασθενής παρουσιάζει

δυσχέρεια στην προφορά των λέξεων. Η έννοιας της λέξης γίνεται κατανοητή αλλά δεν προφέρεται σωστά, γεγονός που δεν παρατηρείται στην αγνωστική αλεξία.

Η αφασική αλεξία μπορεί να θεωρηθεί κύριο ή μόνο σύμπτωμα στη φάση της υποχώρησης της αφασίας. Ο ασθενής δεν καταλαβαίνει τα φραστικά του λάθη (δηλαδή την εκφραστική του διαταραχή), ενώ αντιλαμβάνεται την διαταραχή του στην κατανόηση των λέξεων και συχνά λέει ότι οι ήχοι ακούγονται πολύ κοντά ή μακριά ή σαν ψίθυροι κλπ (Darby David, Walsh Kevin, Καλφάκης Νικόλαος Α., Πόταγας Κώστας (2008), *Νευροψυχολογία*, Αθήνα: Παρισιάνου ΑΕ).

3.2.3. Πώς μπορούμε να αναγνωρίσουμε ή να διαγνώσουμε συγκεκριμένες γλωσσικές διαταραχές.

Ο προσδιορισμός της αφασίας ξεκινά με την αναγνώριση των συστατικών ενός προβλήματος λόγου και ομιλίας και στη συνέχεια τον αποκλεισμό άλλων όρων που δεν οφείλονται σε αφασία (π.χ. καθυστερημένη ανάπτυξη του λόγου, αρθρωτικές διαταραχές του λόγου και προβλήματα ομιλίας εξαιτίας ψυχιατρικών καταστάσεων). Επειδή η αφασία σημαίνει « ανεπάρκεια γλωσσικής λειτουργίας», μπορεί μόνο να διαγνωσθεί εάν ο ασθενής είχε ήδη αποκτήσει τις κατάλληλες γλωσσικές δεξιότητες και έδειξε φυσιολογική ομιλία ανάπτυξης. Επίσης, η λεκτική επικοινωνία απαιτεί ένα άθικτη κινητήρια συσκευή για την ομιλία, ως εκ τούτου, η ακεραιότητα της θα πρέπει να ελεγχθεί ενδελεχώς. Οι αρθρωτικές διαταραχές της ομιλίας δεν προκαλούνται εξαιτίας της αφασίας.

Τέλος, μερικές γλωσσικές διαταραχές που μπορεί να οφείλονται σε ψυχιατρικές ασθένειες πρέπει να διερευνούνται. Σε πολλές ψυχωσικές καταστάσεις,(π.χ. σχιζοφρένεια), το περιεχόμενο της ομιλίας είναι ιδιόμορφο ή ακατάλληλο (π.χ. κραυγές, νεολογισμοί, μπλοκάρισμα της ομιλίας), ωστόσο η γραμματική και η ακρίβεια των λέξεων που χρησιμοποιούνται είναι δυνατόν να διατηρηθούν. Επίσης η συμπεριφορά του ψυχωτικού ατόμου είναι συνήθως περίεργη και «έξω από τα συνηθισμένα», σε αντίθεση με τους αφασικούς ασθενείς που έχουν κυρίως κατάλληλους τρόπους, έτσι η διαφορά έγκειται στην μη γλωσσολογική συμπεριφορά του ασθενούς.

Μια ποικιλία από τεστ (π.χ. the Boston Diagnostic Aphasia Examination [BDAE-3] by Goodglass and Kaplan, the Western Aphasia Battery [WAB] by Kertesz, and the Porch Index of Communicative Ability [PICA]) μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διάγνωση της αφασίας. Ωστόσο, η χορήγηση αυτών των εργαλείων γλωσσικής αξιολόγησης απαιτείται ουσιαστικό χρονικό διάστημα για την διεξαγωγή τους (35 λεπτά έως 4 ώρες) ή ειδική εκπαίδευση (π.χ., με την pica). Κατά τη διάρκεια μιας σύντομης αξιολόγησης, ο εξεταστής θα πρέπει να ελέγξει τις τρεις πτυχές, της γλώσσας του εξεταζόμενου του. Αυτές είναι 1) η αυθόρμητη ομιλία, 2) η κατανόηση και 3) η επανάληψη των λέξεων. Η αξιολόγηση αυτών των πτυχών θα βοηθήσει να εξερευνηθεί η φύση των γλωσσικών λειτουργιών και να τις διαχωρίσει από ψυχιατρικές παθήσεις.

Εναλλακτικά, έχουν αναπτυχθεί τεστ που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για σύντομες αξιολογήσεις σε κλινήριες ασθενείς (π.χ. the Sheffield Screening Test for Acquired Language Disorder [SST] and the Frenchay Aphasia Screening Test [FAST]), που περιλαμβάνουν μερικά σύντομα και απλά κριτήρια αξιολόγησης. Μια βρετανική μελέτη συνέκρινε αυτά τα δύο εργαλεία αξιολόγησης και αποδεικνύεται παρόμοια προγνωστική αξία για τον έλεγχο και τη διάγνωση της αφασίας. Ωστόσο, η SST είχε το πλεονέκτημα να μην απαιτεί ειδικό εξοπλισμό ή κάρτες με ερεθίσματα και είναι ανεξάρτητη από οπτική προσοχή.

Οι ασθενείς με αφασία Broca έχουν δυσκολίες με τον σχηματισμό των λέξεων και με την επανάληψη λέξεων. Η κατανόηση του προφορικού και γραπτού λόγου, ωστόσο, ενδέχεται να έχει να διατηρηθεί, έτσι ώστε ένας ασθενής που επλήγησαν να μπορεί να ακολουθήσει απλές εντολές.

Αντίθετα, η κατανόηση σε έναν ασθενή με αφασία Wernicke είναι συνήθως είναι πολύ μειωμένη ένα τέτοιο άτομο δεν μπορεί να ακολουθήσει τις εντολές ή να το επαναλάβει λεκτικές εκφράσεις, έστω και αν η ευχέρεια της ομιλίας τους μπορεί να άθικτη.

Αν και αυτές οι τρεις πτυχές είναι διαταραγμένες, ο ασθενής πιθανότατα υποφέρει από γενική – global αφασία. Εάν είναι μόνο η μία πτυχή διαταραγμένη, ο ασθενής έχει είτε αγωγιμότητας ή αισθητηριακή ή κινητική (transcortical) υπερφλοιώδη αφασία. Εάν η επανάληψη είναι κατεστραμμένη, αλλά η ομιλία και η κατανόηση είναι σχετικά διατηρημένες, τότε είναι παρούσα η αφασία αγωγής. Εάν η

ευχέρεια λόγου ή κατανόησης έχουν επηρεαστεί, αλλά η επανάληψη έχει γλιτώσει, η πιο πιθανή διάγνωση είναι κινητική ή αισθητηριακή (transcortical) υπερφλοιώδη αφασία (Szofia S. Bullain, M.D, Lyvia S. Chriki, B.A, Theodore A. Stern, M.D, (May-June 2007), *Aphasia: Associated Disturbances in Affect, Behavior, and Cognition in the Setting of Speech and Language Difficulties*, Psychosomatics 48:3).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο .

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΦΑΣΙΑΣ

4.1. Αξιολόγηση της Αφασίας.

4.1.1.Τυπικά (σταθμισμένα) τεστ αξιολόγησης της αφασίας.

Τα τυπικά (σταθμισμένα) τεστ αξιολόγησης της αφασίας είναι τα εξής:

- Porch Index of Communicative Ability
- Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA).
- Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE).
- Western Aphasia Battery (WAB).
- Aachener Aphasia Test (AAT).
- Bilingual Aphasia Test.
- Multilingual Aphasia Examination , 3rd edition.

4.1.1.α. Porch Index of Communicative Ability (PICA).

Το Pica συνεχίζει να είναι μεταξύ των πιο αξιόπιστων και ευαίσθητων μέτρων για την αξιολόγηση της επικοινωνιακής ικανότητας στη διάθεση των ιατρών οι οποίοι αξιολογούν ενήλικες με εγκεφαλικές βλάβες.

Όπως αναφέρεται στο Vol. I των εγχειριδίων, το Pica έχει πολύ μεγάλη συμφωνία μεταξύ των σκορ, εξεταστική και επανεξεταστική σταθερότητα, και εσωτερική συνοχή. Από αυτά τα εξαιρετικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά προκύπτει ένα ισχυρό δυαδικό πολυδιάστατο σύστημα βαθμολόγησης, με τυποποιημένη διαχείριση, και ομοιογενή ελεγχόμενα στοιχεία. Το τεστ περιλαμβάνει 18 υποενότητες με τεστ οι οποίες περιστρέφονται γύρω από δέκα κοινά αντικείμενα για την δειγματοληψία της ικανότητας επικοινωνίας για τις αισθήσεις της ομιλίας, της ακουστικής επεξεργασίας, της χειρονομίας, της γραφής, της ανάγνωσης, της αντιγραφής και τον οπτικό

συνδυασμό. Ο χρόνος που χρειάζεται για την διεξαγωγή του τεστ υπολογίζεται στη μία ώρα.

Η ερμηνεία του τεστ: Τα αποτελέσματα του τεστ χρησιμοποιούνται για να συγκρίνουν τα προ – νοσηρά, επίπεδα επικοινωνίας του ασθενούς με τα ποσοστά με ένα μεγάλο και τυχαίο δείγμα από ασθενείς με παρόμοιες εγκεφαλικές βλάβες. Υπάρχουν ξεχωριστοί κανόνες για τους ασθενείς με βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο, στο δεξί ημισφαίριο, ή σε αμφίπλευρη ζημιά. Οι διαχωριστικές αναλύσεις ταξινομούν την αφασία σε τύπο μη – αφασίας και την διαχωρίζουν από αμφίπλευρη/διάσπαρτη βλάβη. Τα αποτελέσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν προφίλ των τεστ από τις λεπτομέρειες ή σαν ταξινομημένο συνοπτικό διάγραμμα που παρουσιάζει τις υποενότητες με βάση τον βαθμό δυσκολίας. Αυτά τα προφίλ προσφέρουν πληροφορίες σχετικά με τις ερμηνείες της βλάβης (-ων), την φύση των επικοινωνιακών ελλειμμάτων, και κατάλληλη επιλογή για θεραπεία.

Επειδή είναι ένα από τα πιο σύνθετα τεστ αξιολόγησης είναι το καλύτερο να κατακτηθεί μέσω της άμεσης κατάρτισης από έμπειρο χρήστη του PICA ή από εκπαιδευτή (Bruce E. Porch (1967), *Porch index of communicative ability*, Consulting Psychologists Press: Palo Alto (Calif)).

4.1.1.β. Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA).

Οι τρεις στόχοι της εξέτασης, MTDDA ή Schuell είναι προσανατολισμένοι περισσότερο προς την συνολική εκτίμηση των πλεονεκτημάτων του ασθενούς και τις αδυναμίες σε όλους του τομείς της γλώσσας ως οδηγό για τον προγραμματισμό της θεραπείας. Οι επόμενοι στόχοι περιλαμβάνουν τη διαφορική διάγνωση και πρόγνωση της αποκατάστασης. Διαφορική διάγνωση δείχνει εάν ο ασθενής έχει αφασία ή αφασία σε συνδυασμό με άλλες αντιληπτικές διαταραχές, όπως απραξία, δυσαρθρία, ή κάποια άλλη βλάβη στον εγκέφαλο. Η εξέταση αυτή δεν μπορεί από μόνης της να διαφοροποιήσει την αφασία από χρόνιο σύνδρομο του εγκεφάλου, για παράδειγμα, ή να την διαφοροποιήσει μεταξύ των συνδρόμων της αφασίας.

Περιγραφή - Το MTDDA είναι η πιο ολοκληρωμένη από τις δοκιμές για την αφασία, που διαρκεί 2 έως 6 ώρες για τη διαχείριση, 3 ώρες με το μέσο όρο.

- ✓ Αποτελείται από 46 subtests και χωρίζεται σε 5 ενότητες:
- ✓ Ακουστικές διαταραχές.
- ✓ Διαταραχές οπτικής διάκρισης και ανάγνωσης.
- ✓ Διαταραχές στην ομιλία και την γλώσσα.
- ✓ Διαταραχές οπτικο/ κινητικού συντονισμού και γραφής.
- ✓ Διαταραχές των αριθμητικών σχέσεων και των διαδικασιών της αριθμητικής.

Διαφορική Διάγνωση.

Το Minnesota Test αποσκοπεί στη διαφοροποίηση της αφασίας από τα κανονικά επίπεδα λειτουργίας της γλώσσας με τη βοήθεια των πρότυπων εκπαιδευτικών δεδομένων. Οι κατευθυντήριες γραμμές έχουν κύριο σκοπό να διαφοροποιήσουν τις κατηγορίες των διαταραχών της επικοινωνίας που ορίζονται από Schuell. Οι κατηγορίες που τις χωρίζει είναι οι παρακάτω:

Απλή Αφασία, η οποία παρουσιάζεται με μειωμένη λειτουργία της γλώσσας σε όλο το τομείς, χωρίς να υπάρχουν περίπλοκες συνθήκες.

Αφασία με οπτικές διαταραχές που αποτελείται από απλή αφασία με πιο σοβαρή διαταραχή στην ανάγνωση και τη γραφή.

Αφασία με αισθητικοκινητικά προβλήματα που μπορεί να μοιάζει με απραξία του λόγου. Το 94% της ομάδας αυτής παρουσιάζει ημιπληγία ή ημιπάρεση, η οποία είναι ενδεικτική της αφασίας με μη ευχέρεια του λόγου ή αφασία Broca με απραξία.

Αφασία με διάσπαρτα ευρήματα εγκεφαλικής βλάβης που συνήθως συνδυάζεται και με προβλήματα στο οπτικό και κινητικό επίπεδο. Αυτή η ομάδα έδειξε διαταραχή της νοητικής κατάστασης. Αυτή η ομάδα έχει αμφισβητηθεί αν παρουσιάζει πραγματικά αφασία (Porch, 1979).

Μη αναστρέψιμο εγκεφαλικό σύνδρομο χρησιμοποιήθηκε για την σχεδόν πλήρη απώλεια της λειτουργίας γλώσσας σε όλους τους τομείς, δηλαδή ολική αφασία.

Σχεδιασμός της θεραπείας .

Λόγω της πληρότητας του, το Minnesota Test παρέχει πολλά στοιχεία για θέματα και αντικείμενα που μπορούν να συγκριθούν, έτσι ώστε η κλινικός ιατρός μπορεί να κάνει τις εκτιμήσεις σχετικά με τα βασικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίζονται. Το Minnesota test, παρέχει ένα ευρύ δείγμα ερεθισμάτων και καταστάσεων, που μπορούν να προκαλέσουν αντιδράσεις, καθώς και τα είδη των συνθηκών υπό τις οποίες ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει τη γλώσσα με επιτυχία (<http://www.d.umn.edu/~mmizuko/3411/may11.htm>).

4.1.1.γ. Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE Goodglass & Kaplan, 1972).

Το Boston Τεστ χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση ενηλίκων με υποψία αφασίας και αυτή τη στιγμή βρίσκεται στην τρίτη έκδοση του. Δημιουργήθηκε από τον Harold Goodglass και τον Edith Kaplan. Το BDAE αξιολογεί γλωσσικές ικανότητες που βασίζονται στην αντιληπτικές αισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, κινητικές), λειτουργίες της επεξεργασίας (κατανόηση, ανάλυση, επίλυση προβλημάτων) και τους τρόπους αντίδρασης (γραφική, άρθρωση, επιδεξιότητες). Ο χρόνος διεξαγωγής κυμαίνεται από 35 μέχρι 45 λεπτά. Πολλά άλλα τεστ χρησιμοποιούνται μερικές φορές από νευρολόγους και λογοπαθολόγους για κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

Το Boston Diagnostic Aphasia Examination είναι ένα ολοκληρωμένο και πολυπαραγοντικό τεστ, το οποίο σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει ένα ευρύ φάσμα γλωσσικών βλαβών που συχνά προκύπτουν ως αποτέλεσμα της οργανικής δυσλειτουργίας του εγκεφάλου. Η εξέταση έχει σχεδιαστεί για να υπερβαίνει τους απλούς λειτουργικούς ορισμούς της αφασίας στα συστατικά της γλωσσικής δυσλειτουργίας(συμπτώματα), τα οποία έχουν αποδειχθεί ότι αποτελούν τη βάση για διάφορα αφασικά σύνδρομα. Έτσι, αυτό το τεστ αξιολογεί διάφορες αντιληπτικές

αισθήσεις (π.χ. ακουστικές, οπτικές και χειρονομίες), λειτουργίες επεξεργασίας (π.χ. κατανόηση, ανάλυση και επίλυση προβλημάτων), τρόπους αντιδράσεις (π.χ. ανάγνωση, γραφή, χειρονομίες). Αυτή η προσέγγιση επιτρέπει την νευροψυχολογική ανάλυση και τη μέτρηση των γλωσσικών δεξιοτήτων και ικανότητες και από τις δύο ιδεογραφικές και νομοθετικές βάσεις, καθώς και μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στα συμπτώματα διαμόρφωσης που σχετίζονται με τις νευροπαθολογικές συνθήκες.

Βαθμολογία: Το εγχειρίδιο παρέχει σαφείς αναφορές και κανόνες για την καταμέτρηση των πρωτοκόλλων.

Αξιοπιστία: Η αξιοπιστία των τεστ, μελετήθηκε επιλέγοντας πρωτόκολλα 34 ασθενών με βαθμό σοβαρότητας αφασίας που κυμαινόταν από ελαφριά ως σοβαρή. Οι Kuder-Richardson συντελεστές αξιοπιστίας για τα τεστ εκτάθηκε από 0,68 ως 0,98, με περίπου τα δύο- τρίτα των συντελεστών ανέφεραν έκταση από 0,90 και προς τα πάνω. Δεδομένου ότι η δοκιμή επανελέγχου της αξιοπιστίας του τεστ, είναι δύσκολη, αν όχι αδύνατη να επιτευχθεί με τους ασθενείς που πάσχουν από αφασικά σύνδρομα, οι τρέχοντες συντελεστές αξιοπιστίας αποδεικνύουν πολύ καλή εσωτερική συνέπεια όσον αφορά το τι τα στοιχεία εντός των τεστ μετρούν.

Εγκυρότητα: Πραγματοποιήθηκε μια ξεχωριστή ανάλυση που ξεχώρισε "σαφή υποδείγματα ενός ενιαίου συνδρόμου". Επιλέχθηκαν δέκα μεταβλητές με βάση την υπόθεση παροχής των πιο χρήσιμων δεδομένων. Από αυτές, πέντε επιλέχθηκαν για την διακριτή ανάλυση (αναγνώριση μελών του σώματος, επανάληψη των πιο πιθανών προτάσεων, λεκτική παραφασία, βαθμολόγηση επιδεξιότητας άρθρωσης και αξιολόγηση αυτοματοποιημένες γραφής). Η ταξινόμηση αυτή δεν έδωσε εσφαλμένες ταξινομήσεις.

Κανόνες: Η τυποποίηση του αναθεωρημένου Boston Diagnostic Aphasia Examination βασίζεται σε ένα τυπικό δείγμα από 242 ασθενείς με αφασικά συμπτώματα τα οποία έχουν δοκιμαστεί στο Boston VA Medical Center μεταξύ των ετών 1976-1982. Είναι σημαντικό να λάβουμε υπ' όψιν μας ότι αυτό το δείγμα περιλαμβάνει μόνο άνδρες, πιθανώς αγγλόφωνους ασθενείς και είναι επομένως εξαιρετικά επιλεγμένο.

Προτεινόμενες χρήσεις: Είναι σχεδιασμένο για την αξιολόγηση πληθυσμού εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών (Spreeen, Otfried; Anthony H. Risser (2003), *Assessment of aphasia*, Oxford University Press).

4.1.1.δ. Western Aphasia Battery, (WAB Shewan & Kertesz, 1980).

Το WAB είναι ένα μέσο για την αξιολόγηση της λειτουργίας της γλώσσας των ενηλίκων. Είναι σε θέση να διακρίνει την παρουσία, το βαθμό, και το είδος της αφασίας. Το πηλίκο αφασίας (AQ) είναι το σκορ που δείχνει τη συνολική σοβαρότητα της δυσλειτουργίας γλώσσας. Η WAB-R, το πλήρες τεστ περιλαμβάνει 8 δοκιμασίες/ενότητες (με 32 σύντομα καθήκοντα), διατηρεί τη δομή, το συνολικό περιεχόμενο και την κλινική αξία του ισχύοντος μέτρου, δημιουργώντας παράλληλα τις βελτιώσεις αυτές.

Το WAB (Western Aphasia Battery) σχεδιάστηκε για να παρέχει ένα μέσο για την αξιολόγηση των μεγάλων κλινικών πτυχών της λειτουργίας της γλώσσας: το περιεχόμενο, ευχέρεια λόγου, ακουστική κατανόηση, την επανάληψη και την ονοματοδοσία/κατονομασία συν την ανάγνωση, τη γραφή και των υπολογισμών. Συμπληρωματικά χορηγείται επίσης δοκιμασία, για την αξιολόγηση των λεκτικών δεξιοτήτων της κατάρτισης και του σχεδιασμού για τον εντοπισμό εμποδίων σε συνηθισμένες συμπεριφορές με Προοδευτικούς Πίνακες.

Η βαθμολόγηση προβλέπει δύο βασικά σύνολα, εκτός από τα αποτελέσματα της υποκλίμακας. Αυτά είναι τα Aphasia Quotient (AQ) και Cortical Quotient (CQ) πηλίκα. Το AQ (πηλίκα αφασίας) μπορεί ουσιαστικά να θεωρηθεί ως μέτρο της γλωσσικής ικανότητας ενώ το CQ (φλοιικά πηλίκα) είναι ένα πιο γενικό μέτρο της πνευματικής ικανότητας και περιλαμβάνει όλες τις υποκλίμακες.

Τα πηλίκα αυτά κυμαίνονται από 0 έως 100 με όριο διάκρισης (cut off score) του AQ στο 98.3 το οποίο διαχωρίζει την κανονική από τη διαταραγμένη επίδοση. Το WAB δίνει ένα συνολικό αποτέλεσμα που ονομάζεται Aphasia Quotient (AQ) και λέγεται ότι αντικατοπτρίζει τη σοβαρότητα του ελλείμματος της ομιλούμενης γλώσσας στην αφασία. Αυτό το σκορ είναι ένα σύνολο των επιδόσεων στις 10 σύνθετες χωριστές σταθμισμένες ενότητες/δοκιμασίες του WAB (Kertesz Andrew, MD (1982), *Western Aphasia Battery, Test Manual*, The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc, United States Of America).

4.1.1.ε. Aachen Aphasia Test (AAT).

Το Aachen Aphasia Test (AAT) είναι ειδικά, για τη Γερμανική γλώσσα όπου ανέπτυξε μέθοδο για τη διάγνωση της αφασίας που έχει προκληθεί από επίκτητο εγκεφαλικό τραύμα. Αναπτύχθηκε το 1983 από τον Walter Huber, Klaus Poeck, Dorothy Weniger, και ο Klaus Willmes στο Gottingen. Το Aachen Αφασία Test (AAT) χρησιμοποιείται για τη διάγνωση, την αιτιολόγηση και την περιγραφή των αφασιών και των διαταραχών των αφασιών που μπορεί να εμφανιστούν.

Το τεστ ελέγχει την αυθόρμητη ομιλία, όπου όλα τα γλωσσικά δεδομένα επαληθεύονται. Προσπαθεί να εντοπίσει τις διαταραχές της γλώσσας στην επανάληψη, την ανάγνωση και την γραφή, ενώ η ονοματοδοσία /κατονομασία και η κατανόηση μπορούν να προσδιοριστούν αξιόπιστα.

Κατά την κλινική εξέταση ρουτίνας, ασθενών με όγκο του εγκεφάλου, ένας κίνδυνος που πρέπει να παραβλεφθεί είναι οι αφασικές διαταραχές. Για να καταγράψει συστηματικά την εμφάνιση των διαταραχών αυτών έχει αναπτυχθεί, το AAT. Μετά το AAT αποδείχθηκε το 50% των ασθενών με αριστερό όψη και 36% των ασθενών με δεξιάς κοιλίας όγκους από γλωσσική εντυπωσιακή. Το AAT προσφέρει διάφορες δυνατότητες για μια διάγνωση. Αυτές περιλαμβάνουν:

Διαφορική διάγνωση: Αυτό κάνει μια επιλογή αφασικών ασθενών από έναν πληθυσμό ασθενών με νευρωνικών βλαβών. Η διαφοροποίηση των αφασικών ασθενών γίνεται σε **τέσσερα πρότυπα αφασικά σύνδρομα**. Αυτά ονομάζονται:

- Ολική Αφασία,
- Αφασία Broca,
- Αφασία Wernicke
- Αμνησιακή Αφασία.

Η αναγνώριση των μη τυποποιημένων αφασιών και άλλων διαταραχών ομιλίας.

Ταυτοποίηση των μη κατανεμημένων αφασιών.

Ο καθορισμός της *σοβαρότητας* της αφασικής διαταραχής, με βάση μια παράσταση (ελαφριά- μέτρια - βαριά). Η περιγραφή των αφασικών απομειώσεων για τα διάφορα επίπεδα *γλωσσικής επεξεργασίας*, δηλαδή, φωνολογία, λεξιλόγιο, σύνταξη και σημασιολογία.

Το Aachen Aphasia Test είναι κατάλληλο για τη μοναδική διάγνωση και περιγραφή των αφασικών συνδρόμων, καθώς και για την επαναλαμβανόμενη χρήση την παρατήρηση της νόσου και ελέγχου της και την επιρροή της λογοθεραπείας.

Το AAT χρησιμοποιείται συνήθως σε ενήλικες και εφήβους ηλικίας 14 ετών και άνω. Οι χρήστες του AAT είναι Λογοθεραπευτές, Κλινικοί ψυχολόγοι, Κλινικοί γλωσσολόγοι, Γλωσσικοί παιδαγωγοί και οι γιατροί.

Το Aachen χρησιμοποιείται σήμερα σε πολλά νοσοκομεία για την κατάρτιση των λογοθεραπευτών και σε όλες τις κλινικές αποκατάστασης που ειδικεύονται στην Αφασία. Το τεστ έχει διεθνή αναγνώριση, είναι τυποποιημένο και έχει δημοσιευθεί στην ιταλική και ολλανδική γλώσσα και βρίσκονται σε στάδιο προετοιμασίας εκδόσεις στην αγγλική και γαλλική γλώσσα.

Η διάρκεια εφαρμογής είναι περίπου 60-90 λεπτά. Είναι σημαντικό το τεστ να γίνεται ολόκληρο, αλλιώς το αποτέλεσμα της δοκιμασίας δεν είναι έγκυρο. Οι ενότητες του τεστ έχουν προοδευτική κλίμακα δυσκολίας, ξεκινά από χαμηλού βαθμού δυσκολία και αυξάνεται. Η ανάλυση βασίζεται σε μια αριθμητική κλίμακα. Το AAT αποτελείται από έξι ενότητες (subtests), όπου εξετάζει την γλωσσική ικανότητα σε όλα τα επίπεδα της γλώσσας. Αυτά εφαρμόζονται πάντοτε κατά την ίδια σειρά. Κάθε ενότητα (subtest) εξετάζει διαφορετικά είδη ομιλίας.

Αυθόρμητη.

Η δοκιμασία περιλαμβάνει την εξέταση της επικοινωνίας, της άρθρωσης, της προσωδίας, του αυτοματισμού, της φωνητικής και συντακτικής δομής. Η διάρκεια

συνομιλίας μεταξύ εξεταστή και ασθενών είναι περίπου δέκα λεπτά. Η συνομιλία έχει τη μορφή ημιτυποποιημένης συνέντευξης, δηλαδή ο εξεταστής είναι στοχευμένος, διατυπώνει ανοικτά τα ζητήματα, με τη σειρά τους και οι όροι καθορίζονται. Τα ερωτήματα σχετίζονται με την ασθένεια του ασθενή, το επάγγελμά του, την οικογένεια και τις δραστηριότητες διασκέδασης. Πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν τα ακόλουθα προβλήματα ομιλίας: *η αίσθηση της σωστής χρήσης της γλώσσας, ηχολαλία, σημασιολογικές και φωνητικές παραφασίες, επαναλήψεις, το ποσοστό ομιλίας, και η δυσκολία εξερεύρεσης λέξεων*. Επιπλέον, η συνολική συμπεριφορά της επικοινωνίας θα πρέπει να αξιολογηθεί.

Token Test.

Το τεστ περιλαμβάνει δοκιμασίες που εξετάζουν, την κατανόηση της γλώσσας, την προσοχή, τις επιδόσεις και την γενική γνωστική επίδοση. Το τεστ αυτό διακρίνει τους σε ασθενείς σε αφασικούς και μη αφασικούς, αλλά δεν συμβάλλει στην ταξινόμηση των διαφόρων αφασικών συνδρόμων. Παράδειγμα: Παρουσιάζονται στον ασθενή πέντε τετράγωνα διαφορετικού χρώματος, καλείται από το θέρापοντα να δείξει ένα συγκεκριμένου χρώματος τετράγωνο: «Δείξε μου το πράσινο τετράγωνο».

Επανάληψη.

Η δοκιμή συνίσταται από τα πέντε τμήματα, το καθένα με δέκα στοιχεία. Κάθε στοιχείο θα πρέπει να υπαγορεύεται από τον εξεταστή και θα πρέπει να μπορεί να επαναληφθεί περισσότερες από μία φορές. Ο ασθενής θα πρέπει να επαναλάβετε τα στοιχεία, τα στοιχεία αυτά μπορούν να είναι ήχοι, μονοσύλλαβες, ξένες, σύνθετες λέξεις και φράσεις. Επιπλέον, κάθε ένα από αυτά τα στοιχεία πρέπει να αξιολογείται με κλίμακα 0-3. Το 3 θα χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει μη διατάραξη και το 0 για μια απόκλιση που είναι ισχυρή.

Κατονομασία.

Θα πρέπει να κατονομαστούν αντικείμενα, σύνθετα υλικά, χρώματα, καταστάσεις και ενέργειες. Η δοκιμή αποτελείται από δέκα μέρη. Κατά τα πρώτα τρία τμήματα που πρέπει να κατονομαστούν αντικείμενα (γραμμικά σχέδια) ή τα χρώματα σε μία λέξη. Στο τέταρτο μέρος θα πρέπει να προσδιοριστούν καταστάσεις και ενέργειες, καθεμία με μια φράση. Τα στοιχεία αυτά θα αξιολογηθούν εκ νέου με

κλίμακα 0-3. Η τέταρτη ενότητα περιλαμβάνει δοκιμασίες για την ικανότητα του ασθενούς να περιγράψει μια κατάσταση (κάρτες -εικόνες) ιστορία από φωτογραφίες.

Γραφή.

Δοκιμασίες.

Ηχηρή ανάγνωση (για παράδειγμα, από πίνακες όπου είναι τυπωμένες λέξεις / φράσεις). Η δοκιμή αποτελείται από τρία μέρη με δέκα υποενότητες.

Συγκείμενο καθ'υπαγόρευση:

Ο ασθενής θα πρέπει να γράψει ένα κείμενο χρησιμοποιώντας επιστολές ή κάρτες με λέξεις, αντικείμενα που θα του έχει παρουσιάσει ο εξεταστής.

Γραφή καθ'υπαγόρευση:

Ο ασθενής θα πρέπει να γράψει αυτά που θα του απαγορεύσει ο εξεταστής. Κάθε στοιχείο αξιολογείται με 0-3 κλίμακα, που σταθμίζεται το ίδιο όπως και στην επανάληψη.

Ομιλία.

Ο ασθενής θα πρέπει να επιλέξει ένα από τα 4 γραμμικά σχέδια που θα του παρουσιαστούν, αυτό που ταιριάζει στην λέξη που είχε διαβάσει φωναχτά ή την φράση. Έτσι, η ακουστική κατανόηση και η αίσθηση της κατανόησης της ανάγνωσης για τις λέξεις και φράσεις θα πρέπει να επανεξεταστεί. Οι απαντήσεις αξιολογούνται με τα ακόλουθα κριτήρια, με 0-3 σημεία: 3 - δεν υπάρχει διαταραχή, 2 - επανάληψη του ερεθίσματος και την αυτό - διόρθωση, 1 - μια εικόνα της γλωσσικής ομοιότητας με την εικόνα-στόχο που θα επιλεγεί, 0 - δεν υπάρχει απάντηση ή μια εικόνα δεν έχει γλωσσική ομοιότητα με την εικόνα που είναι επιλεγμένη.

Το Aachen Aphasia Test είναι ένα τεστ που παρέχει σαφείς νευρολογικές αποδείξεις για την παρουσία της αφασίας και παρέχει μια ταξινόμηση των διαταραχών. Για τη διάγνωση των παθήσεων των γλωσσικών δεξιοτήτων πρέπει πρώτα να προσδιοριστεί, η διαφορική διάγνωση άλλων αφασικών διαταραχών. Ο προσδιορισμός της αρχικής σοβαρότητας έχει μεγάλο μερίδιο στην εκτίμηση της πρόγνωσης. Για να βελτιστοποιηθεί η προσέγγιση στη θεραπεία συνιστάται, η έρευνα των ελλειμμάτων, καθώς και ανάλυση των δεξιοτήτων. Οι στόχοι της αποκατάστασης των αφασικών ασθενών γίνεται με βάση των αποτελεσμάτων ενός

λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού και της επικοινωνίας με τον εξέταση (Kerstin Richter, Marion Wittler, Martina Hielscher-Fastabend (2006), *BIAS, Bielefelder Aphasie Screening, Zur Diagnostik akuter Aphasien*, NAT-Verlag: Germany).

4.1.1.στ. Bilingual Aphasia Test.

Το δίγλωσσο τεστ Αφασίας είναι ένα ολοκληρωμένο τεστ, με στόχο να αξιολογηθούν οι απώλειες ή η διατήρηση των διαφόρων λειτουργιών γλώσσας, στο παρελθόν σε δίγλωσσα άτομα. Οι επιμέρους δοκιμασίες γίνονται χωριστά, σε κάθε γλώσσα που είχε χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν, και στη συνέχεια στις δύο γλώσσες ταυτόχρονα. Το τεστ είναι πολυδιάστατο και περιλαμβάνει δείγματα από την ακοή, την ομιλία, την ανάγνωση και την γραφή. Επίσης από διάφορα γλωσσικά επίπεδα (φωνολογικό, μορφολογικό, συντακτικό, λεξιλογικό, και σημασιολογικό), καθήκοντα (κατανόηση, επανάληψη, απόφαση, λεξιλογική πρόσβαση και να κάνει προτάσεις) και μονάδες (λέξεις, προτάσεις και σκέψεις).

Το BAT είναι δομημένο ως εξής:

Για τον έλεγχο ενός δίγλωσσου αφασικού ασθενή, χρειάζονται τα ακόλουθα αντικείμενα: τα βιβλία κίνητρο για κάθε μία από τις γλώσσες τις οποίες το άτομο μιλούσε προηγουμένως άπταιστα, τις ενιαίο-γλωσσικές δοκιμασίες για κάθε μία από αυτές τις γλώσσες, καθώς και η δίγλωσση δοκιμή που συνδέει αυτές τις δύο. Το BAT μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση μονόγλωσσων αφασικών ασθενών. Για τον έλεγχο μονόγλωσσης αφασίας, χρειάζεται το βιβλίο ερέθισμα και ένα βιβλίο για εννοιο/γλωσσική αξιολόγηση στη γλώσσα την οποία μιλούσε το άτομο προηγουμένως άπταιστα. Το BAT είναι διαθέσιμο σε δεκάδες γλώσσες και γλωσσικά ζεύγη. Υπάρχουν διαθέσιμα τώρα 106 δίγλωσσα ζεύγη (Michel Paradis, Gary Libben, (1987), *The Assessment of Bilingual Aphasia*, Lawrence Erlbaum: Hillsdale, NJ. Publication).

4.1.1.ζ. Multilingual Aphasia Examination , 3rd edition.

Το MAE είναι μια σχετικά σύντομη εξέταση σχεδιασμένη να αξιολογήσει την παρουσία, τη σοβαρότητα, και ποιοτικές πτυχές της αφασικής διαταραχής. Περιλαμβάνει τρεις δοκιμασίες για να αξιολογήσει τις διάφορες πτυχές της προφορικής έκφρασης/κατονομασία, επανάληψη φράσεων, και λεκτικής συνειρμικής ικανότητας. Τρεις δοκιμασίες για να αξιολογήσει τη προφορική λεκτική κατανόηση. Μία δοκιμασία για να αξιολογήσει την κατανόηση γραπτού λόγου. Και τρεις δοκιμασίες για να αξιολογήσει την προφορική, γραπτή έκφραση και ορθογραφία με χρήση μπλοκ. Η άρθρωση ομιλίας και η ευχέρεια και μη ευχέρεια του λόγου των εκφραστικών μερών του λόγου είναι ονομαστική, αλλά δεν πρόκειται για συστηματική δειγματοληψία. Γράφοντας αξιολογείται από τις επιδόσεις σχετικά με την επίδοση των γραπτών και την ορθογραφία.

Το MAE αναπτύχθηκε στο εργαστήριο νευροψυχολογίας Benton και συμπληρώνει τη χρήση άλλων αξιολογητικών μέσων για την νευροψυχολογική λειτουργία. Το εγχειρίδιο περιλαμβάνει νέα πρότυπα τεστ για τα ηλικιωμένα άτομα, τα δεδομένα είναι σχετικά με τη διακριτική αξία της κάθε εξέτασης, και τα τελευταία αποτελέσματα κλινικής έρευνας.

Οι περισσότερες από τις δοκιμασίες του τεστ, έχουν τυποποιηθεί σε δείγμα 360 ατόμων, ηλικίας 16 με 69 ετών, των οποίων η μητρική γλώσσα ήταν τα αγγλικά, και οι οποίοι δεν έδειξαν οποιαδήποτε στοιχεία ή είχαν ιστορικό της νόσου στο κάθε ημισφαίριο του εγκεφάλου. Το MAE ήταν επίσης τυποποιημένο σε 229 παιδιά ηλικίας 6 μέχρι 12 ετών που ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων της νοημοσύνης.

Οι δοκιμασίες που περιλαμβάνει το MAE:

- Οπτική κατονομασία.
- Προφορική Ορθογραφία.
- MAE Token (συμβολικό) Test.

- Ανάγνωση και Κατανόηση λέξεων και φράσεων.
- Επανάληψη φράσεων.
- Γραπτή Ορθογραφία.
- Ακουστική κατανόηση λέξεων και φράσεων.
- Ελεγχόμενη σχέση των λέξεων.
- Εμπόδια- Δυσκολίες στην Ορθογραφία.
- Βαθμολογία άρθρωσης.
- Αξιολόγηση των κινητικών χαρακτηριστικών της γραφής

(http://www.annarbor.co.uk/index.php?main_page=index&cPath=249_299).

4.2. Άτυπα Τεστ Αξιολόγησης της Αφασίας.

Σημαντικό ρόλο στο κεφάλαιο της αφασίας κατέχει η αξιολόγηση των αφασικών διαταραχών. Η αξιολόγηση θα πρέπει να είναι μεθοδική και να περιέχει μια σειρά ασκήσεων έτσι ώστε να ελέγχονται όλες οι ικανότητες του ασθενή. Αναλυτικά η εξέταση περιλαμβάνει εξέταση του προφορικού και γραπτού λόγου.

4.2.1. Εξέταση του προφορικού λόγου.

Η εξέταση ουσιαστικά αρχίζει καθώς ο ασθενής μιλά αυθόρμητα δίνοντας το ιστορικό του. Ειδικότερα η εξέταση περιλαμβάνει:

- I. Επανάληψη συλλαβών και λέξεων (ο ασθενής επαναλαμβάνει ύστερα από ανάλογη παραγγελία του εξεταστή),
- II. Επανάληψη μικρών προτάσεων,
- III. Κατονομασία αντικειμένων (ο ασθενής ονομάζει αντικείμενα που του δείχνει ο εξεταστής),
- IV. Σχηματισμό προτάσεων (με 1-2 λέξεις που δίνονται στον άρρωστο),
- V. Έκφραση ιδεών και εννοιών (ζητείται από τον ασθενή να αναπτύξει ένα θέμα, να δώσει ορισμό μιας λέξης ή να πει μια μικρή ιστορία).

Ασθενείς με διαταραχές στο επίπεδο του κινητικού προγράμματος του λόγου έχουν δυσκολία από τις αρχικές δοκιμασίες.

Αντίθετα, ασθενείς με διαταραχές στο ιδεατό επίπεδο του λόγου αντιμετωπίζουν τη δυσκολία μετά τη δεύτερη δοκιμασία. Γενικά, όσο πιο βαριά είναι η αφασία, τόσο υπάρχει τάση αποτυχίας σε απλούστερες δοκιμασίες (Ιωάννη Λογοθέτη, Ιωάννη Μυλωνά (2004), 4^η Έκδοση, *Νευρολογία Λογοθέτη*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press).

4.2.2. Εξέταση του γραπτού λόγου.

Η εξέταση περιλαμβάνει:

- I. Αντιγραφή γραμμάτων και λέξεων,
- II. Αντιγραφή προτάσεων,
- III. Γραπτή κατονομασία αντικειμένων (ο ασθενής γράφει το όνομα αντικειμένων που του δείχνονται),
- IV. Γράψιμο με υπαγόρευση γραμμάτων, λέξεων και γραπτό σχηματισμός προτάσεων (1-2 λέξεις που του δίνονται),
- V. Γραπτή έκφραση ιδεών και αυθόρμητο γράψιμο.

Ασθενείς με διαταραχές στον σχηματισμό του κινητικού προγράμματος του γραπτού λόγου έχουν δυσκολία από την αρχή στις δοκιμασίες, ενώ με διαταραχές στον ιδεατό σχηματισμό του γραπτού λόγου αντιμετωπίζουν μετά τη δεύτερη δοκιμασία. Γενικά, όσο πιο βαριά είναι η αγραφία, τόσο υπάρχει τάση αποτυχίας στις απλούστερες δοκιμασίες (Ιωάννη Λογοθέτη, Ιωάννη Μυλωνά (2004), 4^η Έκδοση, *Νευρολογία Λογοθέτη*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press).

4.2.3. Εξέταση ακουστικής κατανόησης του λόγου.

Η εξέταση γίνεται εφόσον αποκλεισθεί έκπτωση ακοής που μπορεί να είναι υπεύθυνη για δυσκολία στην κατανόηση του προφορικού λόγου.

Η εξέταση περιλαμβάνει:

- I. Ακουστική αναγνώριση γραμμάτων και λέξεων: ο ασθενής από μια σειρά γραμμάτων και αντικειμένων δείχνει αυτά που εκφωνεί ο εξεταστής,
- II. Κατανόηση απλών ερωτήσεων: δίνονται απλές ερωτήσεις που να μπορεί να απαντήσει ο ασθενής με ναι ή όχι ή κάνοντας νόημα, αν δεν έχει ομιλία,

- III. Κατανόηση απλών παραγγελιών (π.χ. «κλείσε τα μάτια σου», «πιάσε τη μύτη σου»),
- IV. Κατανόησης της έννοιας του προφορικού λόγου (ο ασθενής επαναλαμβάνει με δικά του λόγια μια μικρή ιστορία που του λέει ο εξεταστής),
- V. Μνημονική ακουστική ανάκληση λέξεων: ο ασθενής πρέπει να βρει το όνομα αντικειμένων που του δείχνει ο εξεταστής.

Ο ασθενής με βαριές διαταραχές στην κατανόηση του λόγου έχει δυσκολία από την αρχή της εξέτασης, ενώ ελαφριές διαταραχές αποκαλύπτονται κυρίως στο μέρος (IV). Η δυσκολία στην κατανόηση του λόγου δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από αποτυχία στη δοκιμασία (V) για τη μνημονική ανάκληση (Ιωάννη Λογοθέτη, Ιωάννη Μυλωνά (2004), 4^η Έκδοση, *Νευρολογία Λογοθέτη*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press).

4.2.4. Οπτική κατανόηση του λόγου – Εξέταση κατανόησης του γραπτού λόγου.

Η εξέταση πραγματοποιείται εφόσον αποκλεισθεί έκπτωση της όρασης, που μπορεί να είναι υπεύθυνη για τη δυσκολία στην κατανόηση του γραπτού λόγου.

Η εξέταση περιλαμβάνει:

- I. Αναγνώριση γραμμάτων και γραπτών λέξεων: (ο ασθενής διαβάζει σειρά γραμμάτων και λέξεων ή τα δείχνει, όταν τα εκφωνεί ο εξεταστής, ή συνδυάζει τις γραπτές ονομασίες αντικείμενων με αντικείμενα που μπροστά του),
- II. Κατανόησης απλών γραπτών ερωτήσεων: (δίνονται στον ασθενή απλές γραπτές ερωτήσεις που να μπορεί να απαντήσει με ναι ή όχι ή να κάνει ανάλογο νόημα, αν δεν έχει ομιλία),
- III. Κατανόηση απλών γραπτών παραγγελιών: (π.χ. «κλείσε τα ματιά σου», «πιάσε τη μύτη σου»),
- IV. Κατανόηση της έννοιας του γραπτού λόγου: (ο ασθενής, αφού διαβάσει μια μικρή γραπτή πρόταση να πει το νόημα με δικά του λόγια),

V. Μνημονική οπτική ανάκληση λέξεων: (ο ασθενής πρέπει να γράψει το όνομα του αντικειμένου που του δείχνει ο εξεταστής ή από σειρά λέξεων βρίσκει το αντίστοιχο αντικείμενο).

Ο ασθενής σε βαριές διαταραχές έχει δυσκολία από την αρχή της εξέτασης, ενώ ελαφρές διαταραχές αποκαλύπτονται κυρίως στη δοκιμασία (IV). Δυσκολία στην κατανόηση του γραπτού λόγου δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από αποτυχία στη δοκιμασία (V) για τη μνημονική ανάκληση (Ιωάννη Λογοθέτη, Ιωάννη Μυλωνά (2004), 4^η Έκδοση, *Νευρολογία Λογοθέτη*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο.

ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ.

5.1. Λογοθεραπευτική Παρέμβαση στην Αφασία.

5.1.1 Μέθοδοι θεραπείας για την αποκατάσταση στην αφασία.

Ορισμένοι μέθοδοι θεραπείας που μπορούν να εφαρμοστούν χωριστά η καθεμία ή σε συνδυασμό, ανάλογα με τις κατά περίπτωση ατομικές συνθήκες (Δράκος Δ. Γεώργιος (1999) *Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλία*,. Αθήνα: Περιβολάκι & Ατραπός).

5.1.1.α. Μέθοδος της ακουστικής διέγερσης (Schuell):

Η μέθοδος αυτή στοχεύει στην αφύπνιση των υπόλοιπων γλωσσικών επιδόσεων (διήγηση, περιγραφή εικόνων, κατανόηση λέξεων) με τη χρήση ακουστικών ερεθισμάτων, αφού θεωρεί ότι η ακοή βοηθά κατ' αποκλειστικότητα στη γλωσσική μάθηση. Βασίζεται στην επανάληψη λέξεων ή προτάσεων και στην ταυτόχρονη διήγηση άλλων πραγμάτων γύρω από την επαναλαμβανόμενη λέξη/πρόταση (Δράκος Δ. Γεώργιος (1999) *Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλία*, Αθήνα: Περιβολάκι & Ατραπός).

5.1.1.β Μελωδική (Intonations) θεωρία (Helm):

Η MIT αναπτύχθηκε από τους Albert, Sparks και Helm (1973), με σκοπό να το χρησιμοποιήσουν σε ασθενείς με σοβαρή μη ομιλούμενη/nonfluent αφασία. Η τεχνική χρησιμοποιεί συνεχόμενη φώνηση, μουσική μελωδία και ρυθμικά χτυπήματα για να διευκολύνει την προφορική έκφραση. Το πρόγραμμα αποτελείται από τρία επίπεδα που ακολουθούν τις παρακάτω γενικές αρχές:

1. Στόχευση σε λέξεις, φράσεις και προτάσεις με υψηλή συχνότητα,

2. Για κάθε ήχο στόχο, χρησιμοποιήστε στοιχεία και εικόνες από το περιβάλλον,
3. Διατηρήστε σταθερά την φώνηση σε κάθε λέξη, φράση ή πρόταση,
4. Διατηρήστε τον τόνο και την αλλαγή του στρες στην φυσιολογική ομιλία σταθερό,
5. Για κάθε τονισμένη συλλαβή, κάντε ένα χτύπημα με το αριστερό χέρι του ασθενούς μια φορά,
6. Τα σήματα του κλινικού γίνονται με το χέρι του γίνονται για να ακούσει και να μιλήσει.

Αν ο ασθενής αποτύχει σε κάποιο βήμα, τότε ο κλινικός πρέπει να επιστρέψει στο προηγούμενο βήμα της άσκησης (Hedge, (1996b), (Betsy Partin Vinson, (2001) *Essentials For Speech-Language Pathologists*, Singular: Delmar, 98:3).

5.1.1.γ Μέθοδος απεγκλωβισμού:

Στη μέθοδο αυτή η θεραπεία μιας γλωσσικής λειτουργίας γίνεται με τη βοήθεια μιας άλλης γλωσσικής λειτουργίας η οποία είναι άθικτη. Βασική προϋπόθεση είναι να υπάρχει έστω και μια λειτουργία άθικτη. Έτσι π.χ. η επαναδιήγηση λειτουργεί ως μοχλός απεγκλώβισης για τη διαταραγμένη ικανότητα της περιγραφής εικόνων (Δράκος Δ. Γεώργιος (1999) *Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλία*,. Αθήνα: Περιβολάκι & Ατραπός).

5.1.1.δ Μέθοδος βασισμένη στη γλωσσολογία:

Το άτομο ξαναμαθαίνει σταδιακά τα διάφορα επίπεδα της γλώσσας (φωνολογικό, συντακτικό, σημασιολογικό) ανάλογα με το βαθμό δυσκολίας που αυτά παρουσιάζουν (Δράκος Δ. Γεώργιος (1999) *Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλία*,. Αθήνα: Περιβολάκι & Ατραπός)

5.1.1.ε Προγραμματισμένη θεραπεία της αφασίας (Stockert):

Το θεραπευτικό αυτό μοντέλο εφαρμόστηκε κυρίως στην Αμερική. Ο Stockert πιστεύει ότι χαρακτηριστικό της κινητικής αφασίας είναι ο αναγραμματισμός, δηλαδή συντακτικές διαταραχές, ενώ στην αισθητηριακή έχουμε λεξιλογικές διαταραχές. Το πρόγραμμα λοιπόν που προτείνει περιέχει έναν αριθμό μαθημάτων στα οποία περιέχονται λεξιλογικές – σημασιολογικές και συντακτικές ασκήσεις. Η εξάσκηση που στηρίζεται σε προκαθορισμένους στόχους θα βοηθήσει τον πάσχοντα, ώστε μέσα από διαλόγους και παιχνίδια ρόλων να επανακτήσει την ομιλία σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο.

Ο Eisenson (1979) βρίσκει θετική τη συμβολή του προγράμματος για τους ασθενείς που μπορούν και μόνοι τους, χωρίς τη βοήθεια θεραπευτή, να το χρησιμοποιήσουν και να αυξήσουν έτσι τη αυτοπεποίθηση τους. Καθένα από τα στάδια που διέρχεται η αφασία απαιτεί διαφορετική θεραπεία. Συνοδευτικά, η πορεία της θεραπείας θα πρέπει να διανύει τις ακόλουθες φάσεις, κατά τον Springer & Hickeldey (1988):

Φάση ενεργοποίησης (4 – 6 εβδομάδες): Στην πρώτη φάση επιδιώκεται η ενεργοποίηση του ασθενούς και η συμμετοχή αυτού του ίδιου στην αποκατάσταση του με στόχο την εξασφάλιση κατ' αρχήν της επικοινωνιακής δυνατότητας του.

Φάση ειδικών ασκήσεων (2 χρόνια): Στη δεύτερη φάση γίνονται ασκήσεις για τη βελτίωση των γλωσσικών επιδόσεων όπως: Ασκήσεις για γλωσσική κατανόηση, για διαχωρισμό λέξεων, για κατανόηση προτάσεων και κειμένων.

Ασκήσεις για παραγωγή λέξεων και ασκήσεις άρθρωσης και ασκήσεις για ανεύρεση λέξεων (ζητείται π.χ. να βρει ο ασθενής τα συνώνυμα, τα αντίθετα κ.λπ.), με σκοπό να χρησιμοποιηθούν στο σχηματισμό προτάσεων.

Στη φάση αυτή είναι κατάλληλο το παιχνίδι των ρόλων, με θέματα διάφορα, όπως τα ψώνια, μια τηλεφωνική συνομιλία, και άλλα καθημερινά θέματα. Αυτά γίνονται στα πλαίσια ομαδικής θεραπείας, κατά την οποία αναπαριστώνται καταστάσεις που ο αφασικός θα συναντήσει μετά την θεραπεία, στην καθημερινή του ζωή.

Μ' αυτό τον τρόπο, ο ασθενής αποκτά την ικανότητα της επικοινωνίας, μαθαίνει τεχνικές που θα βοηθήσουν να επικοινωνήσει πιο άνετα και πιο καλά με τους γύρω του και συνειδητοποιεί ότι μπορεί να γίνει κατανοητός, έστω και με κάποιες γλωσσικές αδυναμίες. Αξιόλογες πληροφορίες για τη θεραπευτική παρέμβαση μέσω του N.L.P. (Neurolinguistisches Programmieren), το οποίο στις αρχές της δεκαετίας του '70 αναπτύχθηκε από τους R.Bandler & J. Grinden στις ΗΠΑ, μπορεί ο αναγνώστης να αποκομίσει μελετώντας το βιβλίο της E. Becker "Ich sehe deine Sprache".

Φάση εδραίωσης (Δράκος Δ. Γεώργιος (1999) *Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλία*,. Αθήνα: Περιβολάκι & Ατραπός).

5.1.1.στ Μέθοδος θεραπείας CIAT (constraint-induced aphasia therapy):

Το CIAT, περιλαμβάνει μια μαζική εξάσκηση της ομιλίας σε μικρό χρονικό διάστημα (τουλάχιστον 30 ώρες εκπαίδευσης εντός δύο εβδομάδων) και περιορίζεται από αντισταθμιστικές στρατηγικές μη γλωσσικής επικοινωνίας, που μπορούν να οδηγήσουν σε ουσιαστική και διαρκή βελτίωση της ομιλίας. Η συμμετοχή των συγγενών και των φίλων στην εκπαίδευση, μπορεί να αυξήσει περαιτέρω την αποτελεσματικότητα της αποκατάστασης. (Meinzer M, Djundja D, Barthel G, et al: (2005) *Long-term stability of improved language functions in chronic aphasia after constraint-induced aphasia therapy. Stroke* 36:1462–1466).

5.1.1.η Μέθοδοι θεραπείας με την χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή:

Οι θεραπείες λογοθεραπείας με βάση τους υπολογιστές, μπορούν να βελτιώσουν ειδικές πτυχές της λειτουργίας της γλώσσας σε ένα ευρύ φάσμα σε χρόνιες αφασίες. Με την προϋπόθεση όμως ότι οι ασθενείς έχουν πρόσβαση με ηλεκτρονικό υπολογιστή και έκτος του κέντρου αποκατάστασης, η εφαρμογή είναι διαθέσιμη στους περισσότερους ενήλικες με αφασία (Aftonomos LB, Steele RD, Wertz RT

(1997) *Promoting recovery in chronic aphasia with an interactive technology*. Arch Phys Med Rehabil; 78:841–846).

5.1.1.θ Μέθοδος θεραπείας με χρήση φαρμάκων:

Εκτός από τις παραπάνω προαναφερθείσες λογοθεραπευτικές θεραπείες υπάρχουν άφθονες, αλλά προκαταρκτικές προσπάθειες για την εξεύρεση φαρμακολογικών παραγόντων που θα μπορούσαν να διευκολύνουν την ανάκαμψη από αφασία. Αυτά τα φάρμακα έχουν ως στόχο είτε την αποδέσμευση ή τη δραστηριότητα της ακετυλοχολίνης, νορεπινεφρίνης, και ντοπαμίνης, ή την αιμάτωση του εγκεφάλου. Η ημερήσια χορήγηση 300 mg bifemelane (χολινεργικός παράγοντας) σε συνδυασμό με λογοθεραπεία, βελτιώνει την κατονομασία και κατανόηση σε αφασικούς ασθενείς με λόγο σε σύγκριση με ασθενείς που δεν επιβληθεί σε θεραπεία. Αυτό σχετίζεται με την παρατήρηση ότι τα χολινεργικά εμποδίζουν τις δυσχέρειες στην ικανότητα κατονομασίας σε υγιή άτομα (Tanaka Y, Miyazaki M, Albert ML (1997) *Effects of increased cholinergic activity on naming in aphasia*, Lancet 350(9071):116–117).

Επιπλέον, η χρήση της βρωμοκρυπτίνης (ένας αγωνιστής της ντοπαμίνης) ως ενισχυτικό των παραδοσιακών λογοθεραπευτικών θεραπειών συσχετίστηκε με σημαντική βελτίωση σε εκείνους με nonfluent αφασία/ έλλειψη ευχέρειας του λόγου σε αφασία. Επίσης, η ντοπαμίνη και οι αγωνιστές της όχι μόνο βελτιώνουν την ντοπαμινεργική δράση που εξαρτώνται οι γλωσσικές λειτουργίες (λανθάνουσα λεκτική κατάσταση και κατανόηση κειμένου), αλλά επίσης φαίνεται να μεταβάλλει και τη διάθεση των ασθενών. Ορισμένοι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν αυξημένη διάθεση, ενώ άλλοι εξέφρασαν την άποψη ότι ένιωθαν μελαγχολικά (Szofia S. Bullain, M.D, Lyvia S. Chriki, B.A, Theodore A. Stern, M.D (May-June 2007), Psychosomatics 48:3).

5.2. Πρακτικές Θεραπευτικές Προσεγγίσεις για Ελλείμματα σε κάθε γλωσσική ικανότητα.

5.2.1. Σημασιολογία (semantics).

Η σημασιολογία είναι η σωστή χρήση των λέξεων και των εννοιών τους και η διαταραχή συνήθως, συνδέεται με βλάβη στο επικρατούν ημισφαίριο.

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την επανάκτηση των ικανοτήτων είναι:

- Διαδικασία Cloze (κλειστού τύπου): ‘Τρως την σούπα με ένα _____ ;’
- Φωνητικές ενδείξεις: ‘ Τρως την σούπα με ένα κ_____’ ή κο _____’
- Συλλαβικές ενδείξεις: ‘κου_____’
- Μίμηση: ‘ Τρως την σούπα με ένα κουτάλι. Πες κουτάλι.’
- Συνειρμικές στρατηγικές: ‘ Πιάτο, μαχαίρι, πιρούνι και _____’
- Προφορική ορθογραφία και γραφή: Ρωτάμε τον ασθενή να πει φωναχτά την ορθογραφία ή να γράψει το όνομα του αντικειμένου.

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για να αναπληρώσουν τις χαμένες δεξιότητες είναι ενισχυτικό σύστημα επικοινωνίας (πίνακας επικοινωνίας που κάνει χρήση εικόνων ή μορφών), (Brick Johnstone, Henry H. Stonnington, Ελλην. Επιμέλεια: Ανδρέας Καστελάκης, Λάμπρος Μεσσήνης (2006), *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών (επαγγελματικός οδηγός)*, Έκδοση: Φιλομάθεια).

5.2.2. Σύνταξη(syntax).

Η σύνταξη είναι η ικανότητα σχηματισμού γραμματικών σωστών προτάσεων και η διαταραχή συνήθως συνδέεται με βλάβη στο επικρατούν ημισφαίριο. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την επανάκτηση των ικανοτήτων είναι:

- Χρήση ενός αντικειμένου ή εικόνας που συνοδεύεται από ερωτήσεις του τύπου που, πότε, ποιος, κλπ, πρώτα την εκμείωση απαντήσεων, μετά για την παροχή ένδειξης στον ασθενή για επεξεργασία, για ομιλία με ολοκληρωμένες προτάσεις ή για βελτίωση της γραμματικής του.

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για να αναπληρώσουν τις χαμένες δεξιότητες είναι ενισχυτικό σύστημα επικοινωνίας (σχεδιασμός που βασίζεται σε υπολογιστής ο οποίος μπορεί να μιλάει και να γράφει ολόκληρες και γραμματικά σωστές προτάσεις), (Brick Johnstone, Henry H. Stonnington, Ελλην. Επιμέλεια: Ανδρέας Καστελάκης, Λάμπρος Μεσσήνης (2006), *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών (επαγγελματικός οδηγός)*, Έκδοση: Φιλομάθεια).

5.2.3. Πραγματική διάσταση του λόγου (pragmatics).

Η πραγματολογία είναι, η ικανότητα χρήσης της γλώσσας κατευθυνόμενη προς ένα στόχο, αυτή η διαταραχή συνδέεται με βλάβη τόσο στο επικρατούν όσο και στο μη- επικρατούν ημισφαίριο. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την επανάκτηση των ικανοτήτων είναι:

- Παρουσίαση ενός σεναρίου και καθοδήγηση της κουβέντας με τους ασθενείς, με ενδείξεις για την παραγωγή κατάλληλων και συγκεκριμένων απαντήσεων.
- Παίξιμο ρόλων με ενδείξεις από τον θεραπευτή.
- Βιντεοσκοπημένα σενάρια και πραγματικά γεγονότα από την ζωή και ύστερα ανασκόπηση αυτών των ταινιών με συζήτηση πάνω σε αυτά.

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για να αναπληρώσουν τις χαμένες δεξιότητες είναι να μαθαίνει ο ασθενής να στηρίζεται σε μη λεκτικές τακτικές για να εκφράσει τον εαυτό του και να ζητά διευκρινίσεις. Να βάλουμε τους θεραπευτές και τα μέλη της οικογένειας να δίνουν ενδείξεις που θα διατηρήσουν την συζήτηση στραμμένη προς ένα στόχο (Brick Johnstone, Henry H. Stonnington, Ελλην. Επιμέλεια: Ανδρέας Καστελάκης, Λάμπρος Μεσσήνης (2006), *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών (επαγγελματικός οδηγός)*, Έκδοση: Φιλομάθεια).

5.2.4. Κανονικός σε ροή λόγος (discourse).

Η ροή του λόγου, είναι η ικανότητα επικοινωνίας σε υψηλό επίπεδο κατανόηση και επίδειξη βαθιάς γνώσης λεπτών κανόνων, ροής και περιεχομένου της συζήτησης και οι διαταραχές συνδέονται με βλάβη τόσο στο επικρατούν όσο και στο μη επικρατούν ημισφαίριο. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την επανάκτηση των ικανοτήτων είναι:

- ο Ασκήσεις εκγύμνασης για τον σχηματισμό απαντήσεων κατάλληλης έκτασης (χτίσιμο ή περιορισμός των ορίων των απαντήσεων), δηλαδή ασκήσεις όπως η αφήγηση ιστοριών, η περίληψη και η διδασκαλία μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για να αναπληρώσουν τις χαμένες δεξιότητες, είναι η εφαρμογή εξωτερικών ρυθμίσεων για απαντήσεις (π.χ. η εισαγωγή ενός κανόνα που θα λέει ότι οι ερωτήσεις θα απαντώνται από τον ασθενή με τέσσερις προτάσεις ή λιγότερες. Να δώσουμε βοήθεια στον ασθενή ώστε να μάθει να ζητά συχνά ανατροφοδότηση από τα άλλα άτομα και να βάλουμε τα μέλη της οικογένειας ή τους θεραπευτές να παρέχουν βοηθήματα που θα διατηρήσουν την συζήτηση στραμμένη σε ένα στόχο (Brick Johnstone, Henry H. Stonnington, Ελλην. Επιμέλεια: Ανδρέας Καστελάκης, Λάμπρος Μεσσήνης (2006), *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών (επαγγελματικός οδηγός)*, Έκδοση: Φιλομάθεια).

5.2.5. Γραπτός λόγος (written language).

Ο γραπτός λόγος αποτελεί την οποιαδήποτε γραπτή έκφραση, από τη πιο βασική παραγωγή συμβόλων και γραμμάτων μέχρι και την ολοκλήρωση ιδεών σε γραπτή μορφή μέσα σε προτάσεις. Οι διαταραχές συνδέονται με βλάβη τόσο στο επικρατούν όσο και στο μη επικρατούν ημισφαίριο. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την επανάκτηση των ικανοτήτων είναι:

- ο Εντοπισμός γραμμάτων, αριθμών και λέξεων.
- ο Κλειστού τύπου (γέμισε το κενό) διαδικασίες (π.χ. Το κόλει είναι είδος ____).

- ο Γραφή καθ' υπαγόρευση.
- ο Σύνθεση προτάσεων, παραγράφων και ιστοριών.

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για να αναπληρώσουν τις χαμένες δεξιότητες είναι, ακολουθία ενός εκτεταμένου πίνακα με κενά που πρέπει να συμπληρωθούν με πληροφορίες που είναι σχετικές για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση: 'Είμαι στο ___ και θα επιστρέψω στις ___' (Brick Johnstone, Henry H. Stonnington, Ελλην. Επιμέλεια: Ανδρέας Καστελάκης, Λάμπρος Μεσσήνης (2006), *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών (επαγγελματικός οδηγός)*, Έκδοση: Φιλομάθεια).

5.2.6. Κατανόηση ανάγνωσης (reading comprehension).

Κατανόηση ανάγνωσης, σημαίνει κατανόηση οποιαδήποτε γραπτής επικοινωνίας, από την ερμηνεία των πιο βασικών συμβόλων και γραμμάτων μέχρι τις πολύπλοκες ιδέες που βρίσκονται μέσα σε μεγάλα κείμενα. Οι διαταραχές συνδέονται με βλάβη τόσο όσο στο επικρατούν όσο και στο μη επικρατούν ημισφαίριο. Οι δεξιότητες κατανόησης που χρησιμοποιούνται για την επανάκτηση των ικανοτήτων είναι:

- ο Ταίριασμα μορφήματος- γραφήματος: 'Τι ήχο βγάζει το «τ»;
- ο Ανάγνωση μεμονωμένων λέξεων για οικεία στοιχεία (αντικείμενα, ονόματα από την οικογένεια).
- ο Ανάγνωση απλών προτάσεων: υποκείμενο και ρήμα (π.χ. ο σκύλος γαβγίζει).
- ο Σταδιακή αύξηση πολυπλοκότητας των προτάσεων.
- ο Σταδιακή αύξηση σε μικρές παραγράφους, ποικίλες παραγράφους με λειτουργικό υλικό (εφημερίδες, συνταγές, διαφημίσεις).

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για να αναπληρώσουν τις χαμένες δεξιότητες είναι να βάλουμε τους άλλους να διαβάσουν δυνατά, να δώσουν μια

σύνοψη από γραπτό υλικό σε προφορική μορφή. Αργότερα μπορούμε να διευρύνουμε το κείμενο και να χρησιμοποιήσουμε ηχογραφημένα βιβλία (Brick Johnstone, Henry H. Stonnington, Ελλην. Επιμέλεια: Ανδρέας Καστελάκης, Λάμπρος Μεσσήνης (2006), *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών (επαγγελματικός οδηγός)*, Έκδοση: Φιλομάθεια).

5.2.7. Κατανόηση προφορικού λόγου (auditory comprehension).

Η κατανόηση του προφορικού λόγου σημαίνει την κατανόηση πληροφοριών και του συναισθηματικού περιεχομένου των όσων λέγονται. Οι διαταραχές συνδέονται με βλάβη τόσο στο επικρατούν όσο και στο μη επικρατούν ημισφαίριο. Οι δεξιότητες κατανόησης που χρησιμοποιούνται για την επανάκτηση των ικανοτήτων είναι:

- Απλοποίηση της γλώσσας, σταδιακή αύξηση της πολυπλοκότητας κατά το πέρασμα του χρόνου.
- Επανάληψη μέχρι ο ασθενής να πιάσει το μήνυμα. Σταδιακή μείωση του αριθμού των επαναλήψεων όσο ο ασθενής αρχίζει να βελτιώνεται.
- Ανάπτυξη ακουστικής ενημερότητας με συχνή και ποικίλη παρουσίαση περιβαλλοντικών ήχων (τηλέφωνο, κουδούνι εξώπορτας κτλ).

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για να αναπληρώσουν τις χαμένες δεξιότητες είναι, η καταγραφή σημειώσεων, η ηχογράφηση και επανεξέταση, η εκμάθηση αναδιατύπωσης των όσων λέγονται. Επίσης, ζητάμε από τον ομιλητή να γράψει το μήνυμα (Brick Johnstone, Henry H. Stonnington, Ελλην. Επιμέλεια: Ανδρέας Καστελάκης, Λάμπρος Μεσσήνης (2006), *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών*,(επαγγελματικός οδηγός), Έκδοση: Φιλομάθεια).

5.3. Στρατηγικές για την βελτίωση των γλωσσικών διαταραχών έκφρασης.

Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές για την αναπλήρωση των διαταραχών έκφρασης περιγράφονται παρακάτω:

Για τα άτομα που πάσχουν από σημαντικές διαταραχές, ίσως είναι απαραίτητη και πιο κατάλληλη η χρήση ενισχυτικών επικοινωνιακών σχεδιασμών (π.χ. οθόνες επικοινωνίας). Για αυτού του είδους τους σχεδιασμούς χρησιμοποιούνται ηλεκτρονικές τεχνολογίες ή υπολογιστές, ώστε το άτομο να μπορεί να εκφράσει τις ιδέες του, πατώντας εικόνες, σχέδια, ή γράμματα πάνω στην οθόνη τα οποία με την σειρά τους τοποθετούνται μέσα σε ολοκληρωμένες γραμματικές προτάσεις. Τέτοιες οθόνες επικοινωνίας χρησιμοποιούνται συχνά και μπορούν να σχεδιαστούν με συγκεκριμένο τρόπο για το κάθε άτομο, λαμβάνοντας υπόψη τις ατομικές γλωσσικές δυνατότητες και αδυναμίες καθώς και τους φυσιολογικούς περιορισμούς (π.χ. ημιπληγία).

Όπως και με άλλες γνωστικές διαταραχές είναι σημαντική η χορήγηση μέτρων προσαρμοσμένων στο περιβάλλον τα οποία θα βοηθήσουν τα άτομα που παρουσιάζουν γλωσσικές διαταραχές. Για παράδειγμα, είναι πολύ σημαντικές και μπορούν να αποδειχτούν πολύ χρήσιμες οι συναντήσεις με άλλα άτομα (π.χ. εργοδότες, δασκάλους, φίλους, συναδέλφους), στις οποίες στόχος είναι να εξηγηθεί καλύτερα η φύση των γλωσσικών δυσκολιών του ατόμου καθώς και να δοθούν πληροφορίες για την χρήση κατάλληλων στρατηγικών αναπλήρωσης που θα συμβάλλουν στην ελαχιστοποίηση αναγνωρισμένων γλωσσικών διαταραχών. Βοηθώντας τον περίγυρο να αναπτύξει σωστές προσδοκίες, ελαχιστοποιείται το αίσθημα της ματαιώσης της ελπίδας τόσο στο άτομο που πάσχει από την γλωσσική διαταραχή όσο και σε αυτούς που δουλεύουν και ζουν μαζί του.

Κατά την εκπαίδευση των άλλων ατόμων σχετικά με την φύση των γλωσσικών διαταραχών του ατόμου, είναι απαραίτητη η εφαρμογή εξωτερικών κανόνων. Για παράδειγμα, μπορούν να γίνουν τέτοιου είδους διακανονισμοί που να ζητείται από τον ασθενή να εκφράζεται με τρεις ή λιγότερες προτάσεις (ή λέξεις).

Τα άτομα με σημαντικές γλωσσικές δυσκολίες έκφρασης θα πρέπει να έχουν μαζί τους πάντοτε ένα μπλοκ γραφής που θα τους βοηθάει να επικοινωνούν τις σκέψεις και τις ανάγκες τους.

Εάν είναι απαραίτητο, στα άτομα με προβλήματα γλωσσικής έκφρασης θα πρέπει να δίνεται ένα εικονιζόμενο ερέθισμα που θα δίνεται είτε με την μορφή επιλογών είτε με την μορφή κάποιων ενδείξεων για να καλύπτει τη δυσκολία εύρεσης λέξεων.

Ένα σημειωματάριο με εικόνες πραγματικών ανθρώπων που βρίσκονται σε διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις από χαρούμενες μέχρι λυπημένες ή θυμωμένες, πρέπει να χρησιμοποιείται ως μέσον επικοινωνίας που θα επιτρέψει την έκφραση των συναισθημάτων του ατόμου.

Η παροχή ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής στο πάσχον άτομο που απαιτούν απάντηση (π.χ. θα ήθελες να παρακολουθήσεις το κανάλι 3, 5 ή 17;).

Η ελαχιστοποίηση, όπου είναι δυνατή, της ανάγκης των ατόμων με γλωσσικές δυσκολίες έκφρασης να μιλήσουν. Για παράδειγμα, μπορεί να γίνει προσπάθεια για την επίτευξη επικοινωνίας μέσω γραπτών μηνυμάτων, ζωγραφικής εικόνων ή χρήση νοήματος όποτε αυτή είναι δυνατή.

Μπορεί να είναι χρήσιμο για τα άτομα με γλωσσικές διαταραχές έκφρασης, να ελαχιστοποιήσουν τις δυσκολίες εξασκώντας επικοινωνιακές δεξιότητες κυρίως σε συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως σε μαθήματα, παρουσιάσεις, τηλεφωνήματα, συνεντεύξεις, κτλ (δηλ. η εξάσκηση θα φέρει καλύτερα αποτελέσματα).

Για την βελτίωση της γενικής έκφρασης, ίσως είναι βοηθητικό ο ασθενής να εξασκήσει επικοινωνιακές δεξιότητες και να πάρει μέρος σε δραστηριότητες που απαιτούν την αφήγηση ιστοριών.

Όπως στην περίπτωση αποκατάστασης πολλών γνωστικών δεξιοτήτων, μπορεί να είναι βοηθητική η βιντεοσκόπηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του ασθενή καθώς και η μετέπειτα ανασκόπηση της ταινίας με τον ασθενή, με στόχο την πρόκληση συζήτησης πάνω στις επικοινωνιακές δυνατότητες, τις αδυναμίες του καθώς και στην χρήση κατάλληλων στρατηγικών αναπλήρωσης.

Είναι σημαντικό για το άτομο με την γλωσσική διαταραχή καθώς και για τους υπόλοιπους που έρχονται σε επαφή μαζί του να είναι υπομονετικοί. Εξαιτίας της

φύσης των εκφραστικών και προσληπτικών γλωσσικών προβλημάτων, είναι πιθανό ότι θα χρειαστεί παραπάνω χρόνος για το προσβεβλημένο άτομο να εκφράσει τις σκέψεις του και να κατανοήσει τους άλλους. Οι εντάσεις θα ελαχιστοποιηθούν εάν διασφαλιστεί αρκετός χρόνος επικοινωνίας και αν διαμορφωθούν οι σωστές προσδοκίες για τις δυσκολίες που θα προκύψουν.

Πολλά άτομα με γλωσσικές διαταραχές βρίσκουν ενοχλητικό ή δύσκολα το να ενημερώσουν τους γύρω τους για τις αδυναμίες τους. Ως αποτέλεσμα, μπορεί να φανεί χρήσιμη η εκμάθηση τρόπων με τους οποίους τα άτομα με γλωσσικές διαταραχές θα μπορέσουν να πληροφορήσουν τους υπόλοιπους για τις γλωσσικές δυνατότητες, αδυναμίες ή ανάγκες τους.

Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να κάνουν χρήση μη-λεκτικών μέσων επικοινωνίας (π.χ. νοήματα, ζωγραφική, γκριμάτσες κτλ) όποτε αυτή είναι δυνατή.

Μια από τις απλούστερες στρατηγικές αναπλήρωσης των γλωσσικών ελλειμμάτων είναι να συζητηθεί από τους συγγενείς και τον περίγυρο να παρέχουν συχνές γλωσσικές ενδείξεις όταν το πάσχον άτομο αντιμετωπίζει δυσκολίες. Ωστόσο, είναι σημαντικό, οι υπόλοιποι γύρω του να είναι προσεκτικοί και να μην μιλάνε για τον ασθενή εάν ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να το κάνει μόνος του.

Η κλειστή διαδικασία είναι μια συχνή στρατηγική που χρησιμοποιείται για να βοηθήσει τους ασθενείς να αναπληρώσουν τις γλωσσικές διαταραχές έκφρασης που αντιμετωπίζουν. Αυτή η στρατηγική περιλαμβάνει την παροχή στον ασθενή με την γλωσσική διαταραχή μιας πρότασης που περιγράφει μια δεδομένη λέξη, παρόλο που η λέξη έχει παραλειφθεί, όπως 'Τρως την σούπα με το ____'.

Ομοίως, στους ασθενείς μπορούν να δοθούν φωνητικές ενδείξεις για την βελτίωση των γλωσσικών τους δεξιοτήτων. Για παράδειγμα, μπορεί να δοθεί στους ασθενείς μια πρόταση που περιγράφει τη λέξη-στόχο μαζί με τον πρώτο ήχο(φώνημα) της λέξης, όπως για παράδειγμα, 'Τρως την σούπα με το κ____'. Επιπλέον, στους ασθενείς, μπορούν να δοθούν συλλαβικές ενδείξεις όπως, 'Τρως την σούπα με το κου__'.

Μερικά άτομα ωφελούνται από τις συνειρμικές στρατηγικές, κατά τις οποίες οι ασθενείς βοηθούνται κατά την διαδικασία ανάκλησης λέξεων όταν τους δίνονται

όμοιες λέξεις που ανήκουν στην ίδια κατηγορία με τις ζητούμενες λέξεις, όπως ‘Όταν τρως χρησιμοποιείς το πιρούνι, το μαχαίρι και το ___’.

Η μίμηση συμπεριλαμβάνει την παροχή μιας δεδομένης λέξης που πρέπει να προσφερθεί συνήθως μέσα στο πλαίσιο μιας πρότασης με οδηγίες στον ασθενή για την άμεση επανάληψη της λέξης όπως ‘Τρως την σούπα με το κουτάλι’ επανέλαβε ‘κουτάλι’. Όποτε είναι εφικτό, ο περίγυρος θα πρέπει να διατυπώνει προς το πάσχον άτομο ερωτήσεις που προκαλούν απαντήσεις όπως ‘ποιος, τι, πού, γιατί και πώς’, (Brick Johnstone, Henry H. Stonnington, Ελλην. Επιμέλεια: Ανδρέας Καστελάκης, Λάμπρος Μεσσήνης (2006), *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών (επαγγελματικός οδηγός)*, Έκδοση: Φιλομάθεια).

5.4. Στρατηγικές για την βελτίωση των προσληπτικών γλωσσικών διαταραχών.

Για άτομα με αδυναμία στην γλωσσική πρόσληψη, οι ακόλουθες γενικές στρατηγικές μπορούν να φανούν χρήσιμες για την βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων:

Αργή ομιλία με κανονικό ρυθμό και προσωδία και χρήση συχνών διαλειμμάτων .

Η διατήρηση των μηνυμάτων σε απλό και άμεσο επίπεδο (σύντομα και άμεσα μηνύματα) και δοσμένα στην ενεργητική φωνή.

Αποφυγή της χρήσης αργκό, μεταφορικού λόγου και ιδιωμάτων (π.χ. Πεινάς αρκετά ώστε να φας σαν λύκος;).

Μπορεί να είναι χρήσιμο το να διαβάζουν άλλοι δυνατά και να επαναλαμβάνουν οποιαδήποτε πληροφορία υπάρχει και είναι για επικοινωνία. Ομοίως, οι πληροφορίες μπορούν να μαγνητοφωνηθούν και επανεξεταστούν, όπως επίσης και οι παραδόσεις. Μπορεί να είναι χρήσιμη η εκμάθηση των ατόμων με προσληπτικές γλωσσικές δυσκολίες, κατάλληλων τρόπων σύμφωνα με τους οποίους, τα άτομα αυτά θα μπορούν να υποβάλλουν διευκρινιστικές ερωτήσεις εάν δεν μπορούν να κατανοήσουν τους άλλους (Brick Johnstone, Henry H. Stonnington, Ελλην. Επιμέλεια: Ανδρέας Καστελάκης, Λάμπρος Μεσσήνης (2006), *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών, (επαγγελματικός οδηγός)*, Έκδοση: Φιλομάθεια).

Συμπεράσματα.

Τελειώνοντας την εργασία αυτή, αντιλήφθηκα ότι η λογοθεραπευτική παρέμβαση στους αφασικούς ασθενείς μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα. Οι ασθενείς παρακολουθώντας ένα οργανωμένο και ατομικοποιημένο πρόγραμμα θεραπείας, είναι ικανοί να αναπτύξουν ικανότητες επικοινωνίας που είχαν χαθεί, αναλόγως βέβαια με βαθμό και την μορφή της αφασίας. Δεν παύουν όμως να υπάρχουν προβλήματα σε ότι αφορά την θεραπεία της αφασίας.

Οι καλύτερες από τις πιο μοντέρνες θεραπείες της αφασίας, προσπαθούν να κάνουν μικρές αλλαγές αποκατάστασης ή αντισταθμιστικές αλλαγές στην γλωσσική συμπεριφορά, χωρίς ποτέ να φιλοδοξούν πραγματικά να θεραπεύσουν την αφασία. Ο κύριος λόγος που περιορίζονται οι φιλοδοξίες μας, είναι ότι είναι αδιανόητο να αυξήσεις παραπάνω την γλωσσική και επικοινωνιακή συμπεριφορά μετά από ένα μεγάλο έμφρακτο στο αριστερό ημισφαίριο. Όταν ουσιαστικά, περιοχές του εγκεφάλου είναι κατεστραμμένες, ειδικά περιοχές που έχουν να κάνουν με τον λόγο, περιορίζουν σημαντικά την μεγάλη βελτίωση ή πλήρη αποκατάσταση του ασθενούς. Ο λόγος αυτός είναι που φέρνει την διαδικασία της αποκατάστασης/ παρέμβασης σε ένα τέλμα.

Επίλογος

Έχοντας συναναστραφεί μέσω εργασίας με αφασικούς ασθενείς, αλλά και έχοντας ένα άτομο με αφασία στο οικογενειακό μου περιβάλλον, συνειδητοποίησα πόση σημασία έχει ο λόγος, η έκφραση και η επικοινωνία. Θεωρούμε όλοι δεδομένο το αγαθό του λόγου, αλλά για σκεφτείτε να έρθει μια μέρα που λόγω των παραπάνω προβλημάτων που αναφέρθηκαν στην πτυχιακή, το χάσεις. Ξυπνάς μια μέρα χωρίς να μπορείς να επικοινωνήσεις, από το να αρθρώσεις μια λέξη μέχρι να πεις μια ολόκληρη πρόταση. Ο λόγος είναι ένα σημαντικό μέρος της καθημερινής μας ζωής. Μιλάμε σε άλλους ανθρώπους, διαβάζουμε εφημερίδες, δουλεύουμε και μαθαίνουμε.

Οι άνθρωποι που υποφέρουν από αφασία παρουσιάζουν προβλήματα με πολλούς τομείς στους οποίους, πριν την αφασία, λειτουργούσαν φυσιολογικά, να δηλώσουν το όνομά τους ή τα ονόματα των συγγενών τους, να έχουν μια συζήτηση, να κάνουν ένα τηλεφώνημα.

Οι περισσότεροι που υποφέρουν από αφασία βλέπουν πως η ζωή τους έχει αλλάξει πολύ. Πράγματα τα οποία ήταν εύκολα νωρίτερα, τώρα χρειάζονται περισσότερο χρόνο και προσπάθεια. Πολλοί άνθρωποι που υποφέρουν από αφασία νιώθουν ανασφάλεια και άγχος για το πώς θα συνεχίσουν. Επομένως, η βοήθεια και η υποστήριξη από το περιβάλλον τους είναι πολύ σημαντική. Επίσης βοηθάει το να γνωρίζουν άλλους ανθρώπους που υποφέρουν από αφασία.

Έτσι, συνήθως έχουν και μεγάλες ψυχολογικές μεταπτώσεις και πολλοί οδηγούνται στην κατάθλιψη και αφήνονται χωρίς να προσπαθούν. Υπάρχουν όμως και οι άλλοι ασθενείς που συνάντησα, που ακόμη και σε μεγάλη ηλικία έκαναν υπερπροσπάθειες για να τα καταφέρουν και έκαναν μικρά βήματα προς το ζητούμενο.

Είναι σημαντικό γενικά να βοηθάς ανθρώπους που μπορεί να χρειάζονται την δική σου βοήθεια. Είναι δώρο θεού να μπορείς να το βοηθάς να επανακτήσει την ομιλία του ή να τον κάνεις να επικοινωνήσει με όποιο τρόπο.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Μουτσόπουλος Χ.(2000), *Cecil Βασική Παθολογία*,(4^η έκδοση), Τόμος Β', Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, 1075-1076.
2. Meyer & Shaw, (1982), Καμπανάρου Μαρία (1η ελληνική έκδοση), *Θεραπευτική παρέμβαση νεκρογενών κινητικών διαταραχών ομιλίας σε παιδιά και ενήλικες*, Εκδόσεις: Έλλην.
3. Σερδάρης Π (1998), *Ψυχολογία των διαταραχών του λόγου*, University Studio Press, σ.272.
4. Καρπάθιος Χρυσόστομος (1998), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1, Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση*, Αθήνα: Έλλην.
5. Καρπαθίου Χρυσόστομος (1999), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1*, Αθήνα: Έλλην.
6. Καρπαθίου Χ, Καρπαθίου Σ (1993), *Διαγνωστικές Δοκιμασίες στη Νευροψυχολογία/Νευρογλωσσολογία*, Περιστερί: Έλλην.
7. Μεντενόπουλος Γ (2003). *Αφασίες, αγνωσίες, απραξίες και η σχέση τους με τη μνήμη*. University Studio Press. Θεσσαλονίκη.
8. Darby David, Walsh Kevin, Καρφάκης Νικόλαος Α., Πόταγας Κώστας (2008), *Νευροψυχολογία*, Αθήνα: Παρισιάνου ΑΕ.
9. Ιωάννη Λογοθέτη, Ιωάννη Μυλωνά (2004), 4^η Έκδοση, *Νευρολογία Λογοθέτη*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
10. Δράκος Δ. Γεώργιος (1999) *Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλίας*,. Αθήνα: Περιβολάκι & Ατραπός.
11. Brick Johnstone, Henry H. Stonnington, Ελλην. Επιμέλεια: Ανδρέας Καστελάκης, Λάμπρος Μεσσήνης (2006), *Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών, (επαγγελματικός οδηγός)*, Έκδοση: Φιλομάθεια.
12. Απρίλιος-Μάιος 2009), Τόμος 8^{ος} ,Τεύχος 2^ο , *Το βήμα του Ασκληπιού*,σ.103

13. (Απρίλιος-Ιούνιος 2010), Τόμος 9^{ος}, Τεύχος 2^ο, *Το Βήμα του Ασκληπιού*.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

14. (Szofia S. Bullain, M.D, Lyvia S. Chriki, B.A, Theodore A. Stern, M.D, (May-June 2007), *Aphasia: Associated Disturbances in Affect, Behavior, and Cognition in the Setting of Speech and Language Difficulties*, *Psychosomatics* 48:3.

15. Tanaka Y, Miyazaki M, Albert ML (1997) *Effects of increased cholinergic activity on naming in aphasia*, *Lancet* 350(9071):116–117.

16. Aftonomos LB, Steele RD, Wertz RT (1997) *Promoting recovery in chronic aphasia with an interactive technology*. *Arch Phys Med Rehabil*; 78:841–846.

17. Meinzer M, Djundja D, Barthel G, et al: (2005) *Long-term stability of improved language functions in chronic aphasia after constraint-induced aphasia therapy*. *Stroke* 36:1462–1466.

18. Hedge, (1996), (Betsy Partin Vinson, (2001) *Essentials For Speech-Language Pathologists*, Singular: Delmar, 98:3.

19. Michel Paradis, Gary Libben, (1987), *The Assessment of Bilingual Aphasia*, Lawrence Erlbaum: Hillsdale, NJ. Publication.

20. Kerstin Richter, Marion Wittler, Martina Hielscher-Fastabend (2006), *BIAS, Bielefelder Aphasie Screening, Zur Diagnostik akuter Aphasien*, Germany: NAT-Verlag.

21. Kertesz Andrew, MD (1982), *Western Aphasia Battery, Test Manual*, The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, United States Of America: Inc.

22. Spreen, Otfried; Anthony H. Risser (2003), *Assessment of aphasia*, Oxford University Press.

23. Bruce E. Porch (1967), *Porch index of communicative ability*, Consulting, Palo Alto (Calif): Psychologists Press.

24. Christopher A. Moore, Kathryn M. Yorkston (1991), *Dysarthria and Apraxia of Speech: Perspectives on Management*.

25. Brigitte Stemmer, Harry Whitaker (2008), *Handbook Of The Neuroscience Of Language*, United States of America: Academic Press.

26. Georg Goldenberg, Bruce L. Miller (2008), volume 88, 3rd series, *Neuropsychology and Behavioral Neurology: Handbook of Clinical Neurology* (Series Editors: Aminoff, Boller and Swaab).

27. Nadeau, S. E., Rothi, L. J. G., Crosson, B (2000), *Aphasia and Language: Theory to Practice*, New York :The Guilford Press.

28. Rugg M.D., *Neuropsychologia, An International Journal in Behavioural and Cognitive Neuroscience*, Elsevier.

29. Allan H. Ropper, Martin A. Samuels (2009), 9th edition, *Adams and Victor's Principles of Neurology*.

30. Steven L. Small, PH.D, M.D., (2007) *Brain and Language: A Journal of the Neurobiology of Language*, Elsevier.

31. Gloriajean L.Wallace, 1996, Edition 1st, *Adult Aphasia Rehabilitation*, publisher: Elsevier Health Sciences.

32. Brookshire, 1992, Goodglass, 1993.

33. M.N.Hegde, (2nd edition), *A coursebook on aphasia and other neurogenic language disorders*, Ph.D. California State University, United states of America: McNaughton and Gunn).

Πηγές Ίντερνετ

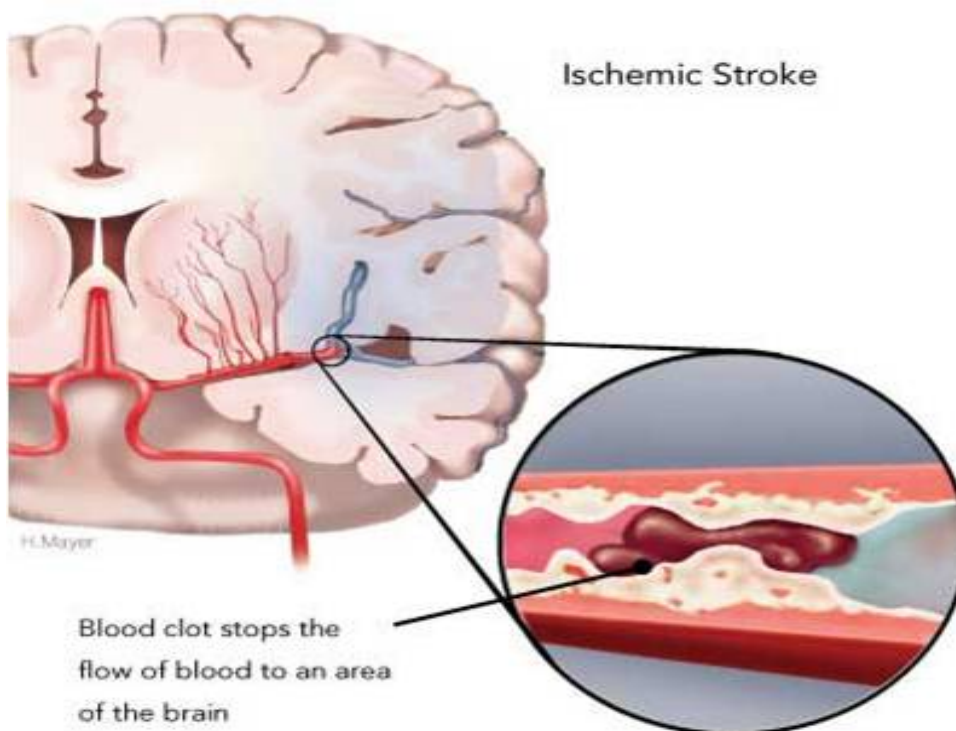
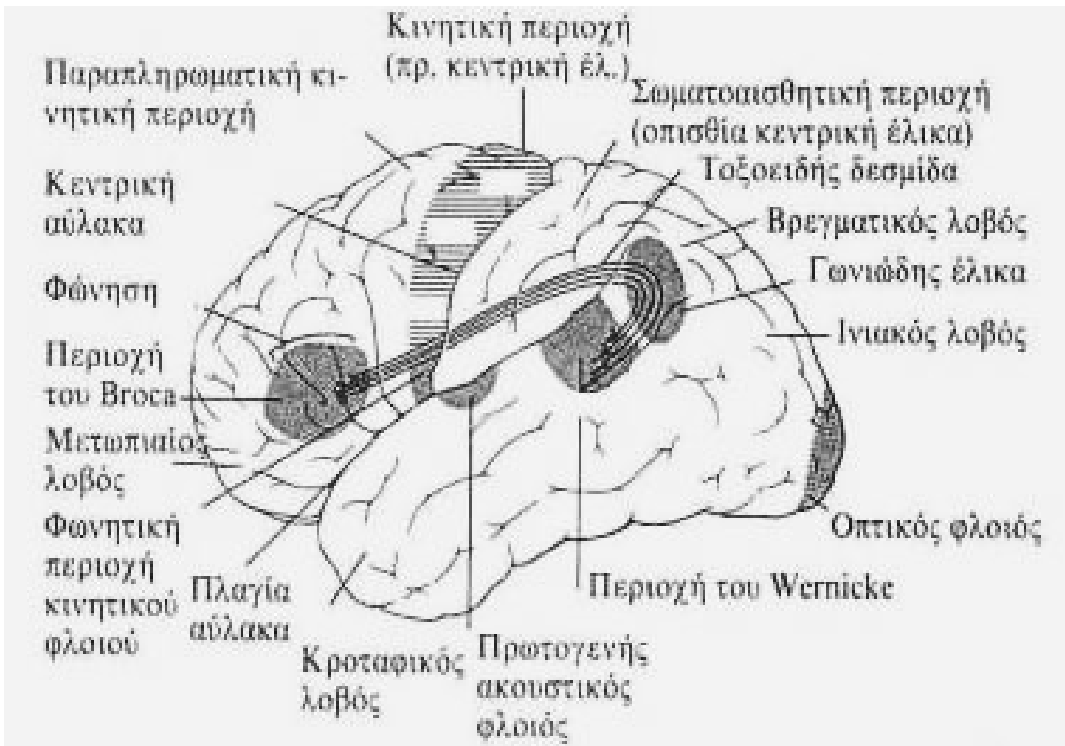
34. http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publication_pdfs/7910/AHS-7910-GRE.pdf.

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

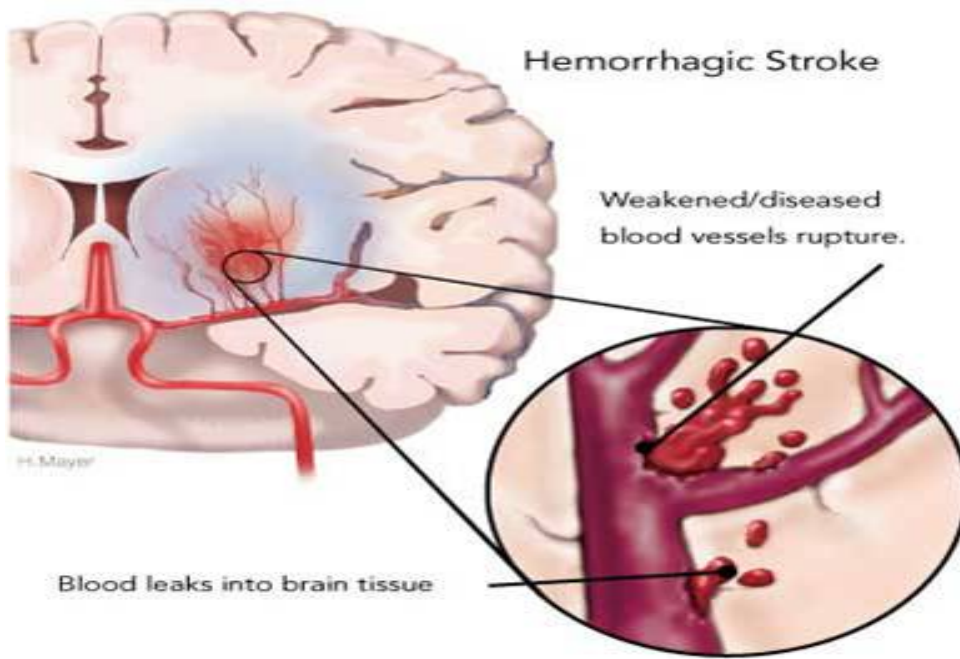
36. http://www.annarbor.co.uk/index.php?main_page=index&cPath=249_299.

37. http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3620.

Παράρτημα εικόνων.



© Heart and Stroke Foundation of Canada



© Heart and Stroke Foundation of Canada

