



12 / 10 / 10

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση των συχνότερων τύπων αφασίας σε ασθενείς  
με εγκεφαλικά επεισόδια και κρανιοεγκεφαλικές  
κακώσεις μέσω του διαγνωστικού εργαλείου Boston  
Diagnostic Aphasia Examination σε «Κέντρο  
Αποκατάστασης και Αποθεραπείας»

Σπουδάστρια: Μακρή Δήμητρα

Επιβλέπων: Μακρής Γεώργιος

Καλαμάτα 2014

# Περιεχόμενα

---

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	<b>4</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>5</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>6</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΑΦΑΣΙΑ</b> .....	<b>7</b>
1.1 ΑΦΑΣΙΑ .....	7
1.1.1 Ιστορική Αναδρομή .....	7
1.1.2 Ταξινόμηση Αφασιών.....	8
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΦΑΣΙΩΝ</b> .....	<b>10</b>
2.1 Αφασία Broca .....	10
2.2 Ολική Αφασία .....	11
2.3 Διαφλοϊκή Κινητική Αφασία .....	12
2.4 Αφασία Wernicke .....	13
2.5 Διαφλοϊκή Αισθητηριακή Αφασία.....	14
2.6 Αφασία Αγωγής .....	15
2.7 Ανομική Αφασία .....	16
2.8 Μεικτή Διαφλοϊκή Αφασία.....	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΑΦΑΣΙΑΣ</b> .....	<b>18</b>
3.1 Συμπτώματα Αφασίας.....	18
3.2 Αίτια .....	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ «ANIMUS»</b> .....	<b>21</b>
4.1 Στόχος, Υλικό και Μέθοδος της έρευνας .....	21
4.2 Ανάλυση προσωπικών στοιχείων .....	24
4.3 Ανάλυση στοιχείων σθενών με αφασία Broca.....	26
4.4 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με διαφλοϊκή κινητική αφασία.....	29
4.5 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με ολική αφασία.....	31
4.6 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με αφασία Μεικτή.....	31
4.7 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με διαφλοϊκή αισθητηριακή αφασία .....	33
4.8 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με αφασία αγωγής .....	35
4.9 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με ανομική αφασία.....	37
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>40</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>42</b>

# Ευρετήριο Πινάκων

---

Πίνακας 1. Ταξινόμηση Αφασιών .....	9
Πίνακας 2. Η ηλικία.....	25
Πίνακας 3. Ημερομηνία Συμβάντος - Εισαγωγής - Αξιολόγησης.....	25
Πίνακας 4. Εγκεφαλική βλάβη .....	25
Πίνακας 5. Τοπογράφηση βλάβης .....	26
Πίνακας 6. BROCA «Κατανομή ασθενών με βάση την κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του λόγου» .....	27
Πίνακας 7. Κατανομή ασθενών με βάση την κατανόηση .....	28
Πίνακας 8. Κατανομή ασθενών με βάση την επίδοση στην ακουστική κατανόηση...28	
Πίνακας 9. Διαφλοιική κινητική αφασία «Κατανομή ασθενών με βάση την κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του εκφραστικού λόγου».....	29
Πίνακας 10. Κατανομή ασθενών με βάση την κατανόηση .....	30
Πίνακας 11. Κατανομή ασθενών με βάση την επίδοση στην ακουστική κατανόηση.30	
Πίνακας 12. Κατανομή ασθενών με βάση την επανάληψη .....	31
Πίνακας 13. Μεικτή αφασία «Κατανομή ασθενών με βάση την κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του εκφραστικού λόγου» .....	32
Πίνακας 14. Κατανομή ασθενών με βάση την επανάληψη .....	33
Πίνακας 15. Διαφλοιική αισθητηριακή αφασία «Κατανομή ασθενών με βάση την ευχέρεια του λόγου» .....	34
Πίνακας 16. Κατανομή ασθενών με βάση την επανάληψη .....	34
Πίνακας 17. Αφασία αγωγής «Κατανομή ασθενών με βάση την κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του εκφραστικού λόγου» .....	35
Πίνακας 18. Κατανομή ασθενών με βάση την κατανόηση .....	36
Πίνακας 19. Κατανομή ασθενών με βάση την επίδοση στην ακουστική κατανόηση.36	
Πίνακας 20. Ανομική αφασία «Κατανομή ασθενών με βάση την κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του εκφραστικού λόγου» .....	37
Πίνακας 21. Κατανομή ασθενών με βάση την κατανόηση .....	39
Πίνακας 22. Κατανομή ασθενών με βάση την επίδοση στην ακουστική κατανόηση.39	
Πίνακας 23. Κατανομή ασθενών με βάση την επανάληψη .....	39

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν ξεκινήσει η ανάλυση αυτής της πτυχιακής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέπων καθηγητή μου, κ. Μακρή Γεώργιο για τη βοήθεια και τη στήριξη που μου παρείχε κατά την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω το Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ANIMUS» για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε ούτως ώστε να μου επιτρέψει να διεξάγω το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μου εργασίας καθώς, επίσης και την προϊσταμένη του τμήματος λογοθεραπείας και λογοθεραπεύτρια κα. Τζέλη Γεωργία για τη βοήθεια της καθ' όλη τη διάρκεια της συλλογής των πληροφοριών.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που ήταν δίπλα μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία έχει θέμα τη διερεύνηση των συχνότερων τύπων αφασίας, σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικά επεισόδια και κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι ο εντοπισμός του συνηθέστερου τύπου αφασίας μέσω του διαγνωστικού εργαλείου «Boston Diagnostic Aphasia Examination». Επιπλέον, η παρούσα εργασία στοχεύει να μελετήσει τους διάφορους τύπους αφασίας καθώς, και τη συχνότητα εμφάνισης τους. Για τον σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε έρευνα στο κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ANIMUS», με τη χορήγηση του παραπάνω διαγνωστικού εργαλείου, σε ασθενείς οι οποίοι παρουσίαζαν βλάβη στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου. Από τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύεται ως συχνότερος τύπος αφασίας, η αφασία Broca αλλά και η διαφορετικότητα της εκάστοτε κλινικής εικόνας κάθε ασθενούς.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος «Αφασία» εμφανίζεται για πρώτη φορά στις αρχές του 20ου αιώνα. Μέχρι τότε χρησιμοποιούσαν τον όρο «Αφημία» τον οποίο εισήγαγε ο Paul Broca από το 1861. Αντικατέστησαν τον όρο αυτό μετά από πολλές διαμάχες μεταξύ των περισσότερων ερευνητών. Οι πιο πολλοί είχαν δημιουργήσει το δικό τους ορισμό. Ετυμολογικά η λέξη «αφασία» προέρχεται από το στερητικό α- και το ρήμα «φάσκω» που σημαίνει ομιλώ. Η αφασία είναι μια επίκτητη διαταραχή που εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία κατανόησης των λέξεων, δυσκολία στην επιλογή των σωστών λέξεων, δυσκολίες στην έκφραση και τη σύνταξη του λόγου.

Η παρούσα εργασία, μέσω της βιβλιογραφικής επισκόπησης και της αξιολόγησης ασθενών μετά από εγκεφαλικά επεισόδια και κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, στοχεύει στην ανάδειξη του συχνότερου τύπου αφασίας καθώς, και στη διαφορετικότητα του κάθε αφασικού συνδρόμου. Για τον σκοπό αυτό, η εργασία χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο, μέσω της ιστορικής αναδρομής και της παράθεσης διάφορων θεωριών που έχουν αναπτυχθεί γίνεται κατανοητή η έννοια της αφασίας, καθώς και η ταξινόμηση των διάφορων αφασικών συνδρόμων. Στο δεύτερο κεφάλαιο, δίνεται η περιγραφή της κάθε αφασίας. Στο τρίτο κεφάλαιο, αναλύονται τα συμπτώματα της, καθώς και τα αίτια εμφάνισής της. Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, γίνεται η ανάλυση της μεθοδολογίας και του υλικού που χρησιμοποιήθηκαν, όπως επίσης και η περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων του διαγνωστικού εργαλείου που χορηγήθηκε στους ασθενείς.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΑΦΑΣΙΑ

### 1.1 ΑΦΑΣΙΑ

Η αφασία αποτελεί διαταραχή της ικανότητας κάποιου ασθενή να επεξεργάζεται σύμβολα σε εκφραστικό και αντιληπτικό επίπεδο, λόγω οργανικής βλάβης που εντοπίζεται σε συγκεκριμένες ζώνες του εγκεφαλικού φλοιού. Συγκεκριμένα ορίζεται ως επίκτητη διαταραχή της επικοινωνίας που προκαλείται από εγκεφαλική βλάβη και χαρακτηρίζεται από μείωση των γλωσσικών λειτουργιών, του προφορικού λόγου, της ακουστικής αντίληψης, της ανάγνωσης και της γραφής.

#### 1.1.1 Ιστορική Αναδρομή

Η πρώτη περιγραφή μιας περίπτωσης αφασίας χρονολογείται περί το 1676, όταν ο Schmidt παρουσιάζει την περίπτωση ενός ασθενούς με δεξιά ημιπληγία, ο οποίος ανέκαμψε αναφορικά με τον προφορικό λόγο, αλλά συνέχισε να παρουσιάζει σοβαρή αλεξία παρ' όλο που ήταν σε θέση να γράφει λέξεις καθ' υπαγόρευση, ενώ του ήταν αδύνατον να διαβάσει αυτά που έγραφε ο ίδιος.<sup>1</sup>

Οι έρευνες για την αφασία συνεχίστηκαν και από άλλους μελετητές. Το 1861 όμως, ο Γάλλος νευροψυχολόγος Paul Broca κάνει το πρώτο βήμα προόδου στο χώρο των ερευνών. Τοποθετεί το κέντρο του αρθρωτικού προφορικού λόγου στη τρίτη μετωπιαία έλικα του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου. Βλάβη σε αυτή την περιοχή προκαλεί απώλεια της εκφοράς του λόγου, κάτι που ονόμασε αφημία. Η παραπάνω άποψη του Broca στηρίχτηκε στην περίπτωση ενός ασθενούς, ο οποίος ενώ ήταν σε θέση να κατανοήσει το περιεχόμενο του λόγου, αδυνατούσε να μιλήσει και συγχρόνως παρουσίαζε δεξιά ημιπληγία. Μετά το θάνατο του ασθενούς ο Broca παρέλαβε και εξέτασε τον εγκέφαλό του και αποκάλυψε ότι υπήρχε βλάβη στην

---

<sup>1</sup> Βάρβογλη, Λ. (2006). *Ερευνώντας τους λαβυρίνθους του εγκεφάλου*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, σσ. 283- 285

οπίσθια περιοχή του μετωπιαίου λοβού. Μια περιοχή που ονομάστηκε περιοχή Broca.<sup>2</sup>

Το 1864 θα ξεσπάσει μια διαμάχη όσον αφορά το όνομα της διαταραχής. Ο Trousseau εναντίον του Broca θα επικρατήσει με τον όρο αφασία. Η αφημία τελικά θα διαγραφεί από το νευροψυχολογικό λεξιλόγιο, θα μείνει όμως η αφασία Broca, και έτσι θα αρχίσει η οντογένεση της έννοιας αφασία.<sup>3</sup>

Το επόμενο μεγάλο βήμα στο πεδίο του λόγου έγινε το 1876, από το Γερμανό νευρολόγο Carl Wernicke. Ο Wernicke παρουσίασε έναν ασθενή ο οποίος, σε αντίθεση με τον ασθενή του Broca, ήταν σε θέση να μιλήσει αλλά αδυνατούσε να κατανοήσει τη γλώσσα ακόμη και τα λεγόμενά του. Αυτός ο νέος τύπος διαταραχής του λόγου παρουσίαζε βλάβη σε διαφορετική περιοχή από εκείνη που είχε περιγράψει ο Broca. Σύμφωνα με αυτή την άποψη στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο, υπάρχει μια περιοχή, όπου οποιαδήποτε βλάβη σε εκεί προκαλεί αναστολή ή δυσχέρεια στην κατανόηση του λόγου. Το κέντρο αυτό τοποθετείται στο μπροστινό τμήμα της πρώτης και δεύτερης μετωπιαίας έλικας. Μελετώντας και άλλες περιπτώσεις ο Wernicke διατύπωσε την άποψη, ότι το κέντρο για την κατανόηση του λόγου βρίσκεται στο οπίσθιο τμήμα του κροταφικού λοβού, ο οποίος συνδέεται με το βρεγματικό και τον ινιακό λοβό. Επίσης ο Wernicke προσδιόρισε και την αφασία αγωγής, την οποία απέδωσε σε διακοπή του των συνδέσεων μεταξύ του κινητικού και του αισθητηριακού κέντρου του λόγου.<sup>4</sup>

### 1.1.2 Ταξινόμηση Αφασιών

Η αξιολόγηση των λεκτικών διαταραχών συνίσταται στη συνεκτίμηση τεσσάρων στοιχείων, τα οποία είναι η ροή του λόγου, η ικανότητα κατανόησης, η ικανότητα επανάληψης και η ικανότητα κατονομασίας. Η κύρια διάκριση των αφασιών έγκειται στη ροή του λόγου, δηλαδή σε ρέων και μη ρέων. Ρέων χαρακτηρίζεται μία ευφράδης ομιλία που πλησιάζει τα φυσιολογικά επίπεδα του λόγου σε γραμματική μορφή και προσωδία, ενώ ως μη ρέουσα χαρακτηρίζεται η

<sup>2</sup> Γεωργάρας, Α. & Μαλτέζου, Μ. (1996). *Νευρολογία*, εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, σσ. 245- 246

Βάρβογλη, Α. (2006). *Ερευνώντας ...* ό. π. σσ. 283- 284

<sup>3</sup> Πόταγας, Ι.& Ευδοκίμης, Ι. (2008). *Συζητήσεις για το Λόγο στο αγινήτσιο*, εκδ. Συνάψεις, Αθήνα, σσ. 43- 45

<sup>4</sup> Βάρβογλη, Α. (2006). *Ερευνώντας ...* ό. π. σσ. 284- 285

Πόταγας, Ι. & Ευδοκίμης, Ι. (2008). *Συζητήσεις ...* ό. π. σσ. 45



ομιλία κατά την οποία παρατηρείται μειωμένη αρθρωτική ευκινησία και έντονα ελλειμματική γραμματική δομή. Στην αξιολόγηση των λεκτικών διαταραχών συμπεριλαμβάνονται επίσης η ανάγνωση και η γραφή.<sup>5</sup>

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται τα είδη της αφασίας και η μορφή ταξινόμησης τους.

ΤΥΠΟΙ ΑΦΑΣΙΑΣ	ΡΟΗ ΛΟΓΟΥ	ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ	ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ
Ολική	x	x	x	x
Broca	x	v	x	x
Διαφλοιϊκή κινητική	x	v	v	x
Wernicke	v	x	x	x
Διαφλοιϊκή αισθητηριακή	v	x	v	x
Αγωγής	v	v	x	x
Ανομική	v	v	v	x

Πίνακας 1. Ταξινόμηση Αφασιών<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά θέματα λογοθεραπείας*, εκδ. Έλλην, Αθήνα, σσ. 277- 280

<sup>6</sup> Στο ίδιο

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΦΑΣΙΩΝ

#### 2.1 Αφασία Broca

Η αφασία Broca αποτελεί το πιο ευρέως διαδεδομένο αφασικό σύνδρομο. Κύριο χαρακτηριστικών των ασθενών είναι τα έντονα ελλείμματα που παρατηρούνται κατά την παραγωγή της ομιλίας. Η ομιλία είναι αργή και κοπιώδης με έντονα ελλείμματα στην ροή του λόγου. Ο αριθμός των λέξεων που παράγουν ανά λεπτό είναι μικρότερος του φυσιολογικού, όπως και το μήκος των φράσεων, με αποτέλεσμα ο λόγος να μοιάζει τηλεγραφικός. Αν και χρησιμοποιούν μικρές φράσεις το λεξιλόγιό τους καταλαμβάνεται από τη χρήση μόνο λειτουργικών λέξεων. Σε πολύ βαριές περιπτώσεις η ομιλία απουσιάζει πλήρως ή περιορίζεται σε λίγες μόνο λέξεις (στερεοτυπίες). Η άρθρωση είναι εξίσου κακή. Οι ασθενείς παρουσιάζουν μειωμένη αρθρωτική ευκινησία με αποτέλεσμα οι ήχοι της ομιλίας να μοιάζουν παραμορφωμένοι με περισσότερα λάθη στην παραγωγή συμφώνων, απ' ότι στην παραγωγή φωνηέντων.<sup>7</sup>

Η έκφραση των αυτόματων σειρών είναι ικανοποιητική. Μπορεί όμως να συνυπάρχει κάποιος αυτόματος αντιδραστικός λόγος με επιφωνήματα ή βρισιές σε συγκινησιακά ερεθίσματα. Επίσης είναι ικανοί να αντιληφθούν το ρυθμό ενός τραγουδιού που γνωρίζουν και να τον συνεχίσουν χωρίς λόγια, αλλά στην προσπάθειά τους να ακολουθήσουν τα λόγια του άλλου μπορεί να ακουστούν και κάποιες λέξεις ή ακόμα και ένα μικρό ρεφρέν.

Αντιθέτως η κατανόηση του προφορικού λόγου είναι σχετικά ικανοποιητική, αλλά σπανίως φυσιολογική. Οι ασθενείς έχουν γενικά επίγνωση της κατάστασής τους και των ελλειμμάτων που αντιμετωπίζουν, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η κατανόηση δεν έχει πληγεί και αυτή ως ένα βαθμό. Αν και η κατανόηση έχει διαταραχθεί είναι σε

---

<sup>7</sup> Βάρβογλη, Α. (2006). *Ερευνώντας...* ό. π. σσ. 295- 296  
Λογοθέτη, Ι. & Μυλωνά Ι. (1996). *Νευρολογία «Λογοθέτη»*, 3<sup>η</sup> εκδ., Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσ/νίκη, σσ. 249-250

θέση να εκτελούν βασικές εντολές και να απαντούν μονολεκτικά σε μία συζήτηση ρουτίνας. Όμως δεν είναι ικανοί στο να θυμούνται κύρια ονόματα.<sup>8</sup>

Η επανάληψη του προφορικού λόγου είναι συχνά διαταραγμένη. Κατά την εκφορά των επαναλαμβανόμενων λέξεων παρατηρούνται φωνητικές διαστρεβλώσεις, παραλήψεις ή απλοποιήσεις.

Η κατονομασία είναι συνήθως πτωχή όμως μπορεί να επιτευχθεί μέσω των συμφραζομένων. Εξίσου πτωχή είναι η ανάγνωση και η γραφή. Η ανάγνωση ακολουθεί σχεδόν πάντα τον προφορικό λόγο, αλλά οι ασθενείς ενδέχεται να διαβάσουν κάποιες λέξεις κειμένου των οποίων το περιεχόμενο έχει νόημα. Η γραφή είναι διαταραγμένη λόγω της ημιπληγίας που συνυπάρχει συνήθως, ενώ η ανάγνωση ακολουθεί την εκφορά του λόγου και είναι σχεδόν πάντα διαταραγμένη.

Η βλάβη εντοπίζεται στον κινητικό συνειρμικό φλοιό του μετωπιαίου λοβού, στο αριστερό ημισφαίριο, και εκτείνεται συνήθως στην οπίσθια μοίρα της τρίτης μετωπιαίας έλικας. Δεδομένου ότι η βλάβη βρίσκεται κοντά στον κινητικό φλοιό, οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν νευρολογικά ελλείμματα στη δεξιά πλευρά του σώματος. Σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει ολική ημιπληγία ή και αδυναμία στη μιμική του προσώπου και στα άνω άκρα. Συχνά συνοδεύεται και από ιδεοκινητική απραξία.<sup>9</sup>

## 2.2 Ολική Αφασία

Η ολική αφασία συγκαταλέγεται και αυτή, στις μη ρέουσες αφασίες. Αναφέρεται σε δυσκολίες στην παραγωγή και την κατανόηση του λόγου. Η διαταραχή της ομιλίας είναι χαρακτηριστική της μη ευφράδους αφασίας και η κατανόηση παρουσιάζει δυσκολίες χαρακτηριστικές της αφασίας Wernicke. Κάποιες φορές εκφέρουν μεμονωμένα μόνο λίγα εκφωνήματα, τα οποία και χρησιμοποιούν συχνά (στερεοτυπίες). Η κατονομασία είναι σοβαρά ελλειμματική, όπως επίσης και η ικανότητα επανάληψης. Εξίσου ανύπαρκτη είναι η ανάγνωση και η γραφή.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> Μεντελόπουλος, Γ. (2003). *Αφασίες- Αγνωσίες- Απραξίες «Και η σχέση τους με τη μνήμη»*, εκδ. Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσ/νίκη, σσ. 123-127

<sup>9</sup> Βάρβογλη, Α. (2006). *Ερευνώντας...* ό. π. σσ. 298- 299

<sup>10</sup> Noma, B. A. & George, H. S. (2013). *Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας*, 8<sup>η</sup> εκδ. Πασχαλίδης, Ελληνική επιμέλεια: Τρίμης Ν. και Ζιάβρα Ν. σσ. 461

Η βλάβη εντοπίζεται γύρω από την περιοχή του Σίλβιους, στο κυρίαρχο για το λόγο εγκεφαλικό ημισφαίριο. Οι περισσότεροι ασθενείς με σφαιρική αφασία παρουσιάζουν ετερόπλευρη ημιπληγία και μειωμένη απώλεια ημιαισθητικού πεδίου, ενώ πολλοί έχουν μερική ή ολική απώλεια του δεξιού οπτικού πεδίου.<sup>11</sup>

### 2.3 Διαφλοιϊκή Κινητική Αφασία

Η διαφλοιϊκή κινητική αφασία ανήκει και αυτή με τη σειρά της, στις μη ρέουσες αφασίες. Ο όρος διαφλοιική αναφέρεται σε σύνδρομα των οποίων, η ικανότητα επανάληψης διατηρείται σε πολύ καλύτερο επίπεδο σε σχέση με την αυθόρμητη ομιλία. Ασθενείς με αυτή τη διαταραχή παρουσιάζουν, μη ευφράδη αυτόματο και απαντητικό λόγο. Δυσκολεύονται στην έναρξη της συζήτησης και την οργάνωση του λόγου. Το μήκος των φράσεων είναι μικρό και χαρακτηρίζεται από δυσπροσωδία. Αντιθέτως η ικανότητα κατανόησης και επανάληψης διατηρούνται σε καλό επίπεδο. Οι ασθενείς είναι σε θέση να διορθώνουν αυθόρμητα γραμματικά λάθη κατά την επανάληψη. Δυσκολεύονται όμως σε δοκιμασίες ερωτήσεων κλειστού τύπου (ναι/ όχι). Ενίοτε συνυπάρχουν ηχολαλία, ημιπάρεση και υπάρχει πρόσφατο ιστορικό μικτής διαδλωϊκής αφασίας ή αφασίας τύπου Broca.<sup>12</sup>

Η κατονομασία, όπως και η γραφή είναι γενικώς διαταραγμένη. Στην κατονομασία παρατηρείται επιβράδυνση στις απαντήσεις, όπως και στον αυθόρμητο λόγο. Στη γραφή πάλι, παρατηρείται αγραφία χωρίς την ύπαρξη αλεξίας, ενώ η ανάγνωση είναι ικανοποιητική.<sup>13</sup>

Οι ανατομικές βλάβες περιλαμβάνουν την πρόσθια και την άνω περιοχή του Broca, καθώς και την οπίσθια μοίρα του αριστερού προμετωπιαίου λοβού. Είναι αποτέλεσμα μιας μικρής υποφλοιϊκής βλάβης που εντοπίζεται πάνω από την περιοχή του Broca. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν δεξιόπλευρα κινητικά ευρήματα, τα οποία ποικίλλουν από ολική ημιπληγία έως και μερική εστίαση. Μπορεί να εμφανίζονται

<sup>11</sup> Βάρβογλη, Α. (2006). *Ερευνώντας...* ό. π. σσ. 310- 312

<sup>12</sup> Μεντελόπουλος, Γ. (2003). *Αφασίες...* ό. π. σσ. 143-147,

Harlod, G., Edith, K. & Barbara, B. (2013). *Η Αξιολόγηση της Αφασίας και των Συναφών Διαταραχών*, Ελληνική επιμέλεια: Μεσσήνης, Α., Παναγέα, Ε., Παπαθανασόπουλος, Π. και Καστελλάκης, Α. εκδ. Gotsis, σσ. 80,

Todd, E. F. & Martha, J. F. (1997). *Behavioral Neurology and Neuropsychology*, Copyright by McGraw-Hill, σσ. 140-141

<sup>13</sup> Μεντελόπουλος, Γ. (2003). *Αφασίες...* ό. π. σσ. 146

παράλυση στα δεξιά κάτω άκρα και στον ώμο αλλά όχι στο πρόσωπο και το χέρι. Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί ιδεοκινητική απραξία.<sup>14</sup>

## 2.4 Αφασία Wernicke

Η αισθητηριακή αφασία του Wernicke είναι η πιο κοινή από τις ρέουσες αφασίες. Κύριο χαρακτηριστικό των ασθενών είναι η μειωμένη ακουστική κατανόηση. Σε βαριές περιπτώσεις ο ασθενής δεν κατανοεί τίποτα από τα λεγόμενα των άλλων, παρά μόνο τα αντιλαμβάνεται σαν απλούς ήχους (λεκτική κώφωση). Σε πιο ήπιες περιπτώσεις ο ασθενής αντιλαμβάνεται κάποιες λέξεις, τις οποίες προσπαθεί να συνδυάσει βγάζοντας κάποιο νόημα αλλά χωρίς επιτυχία. Αντιθέτως ο λόγος τους χαρακτηρίζεται από σχετικά καλή ροή. Παράγεται με μικρή προσπάθεια, το μέγεθος των προτάσεων πλησιάζει το φυσιολογικό, ενώ σε σχετικά φυσιολογικό επίπεδο κυμαίνεται και η προσωδία. Η ομιλία πάσχει από πλευράς γραμματικής και σημασιολογίας και είναι δυσνόητη. Ωστόσο δεν παρουσιάζουν σοβαρό πρόβλημα στη χρήση συντακτικών κανόνων. Κατά την ομιλία οι λέξεις διακατέχονται τόσο γρήγορα η μία την άλλη με αποτέλεσμα ο ασθενής να γίνεται δύσκολα κατανοητός γιατί αυτό που λέει είναι έξω από γραμματικούς κανόνες και με λανθασμένες λέξεις. Το φαινόμενο αυτό του μεγάλου έως υπερβολικού αριθμού λέξεων που παράγει ο ασθενής ακατάσχετα δίχως κάποιο εννοιολογικό περιεχόμενο χαρακτηρίζεται ως λογόρροια (jargon aphasia).<sup>15</sup>

Η ικανότητα επανάληψης σε αυτούς τους ασθενείς είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Στην προσπάθεια τους να επαναλάβουν, τις δοκιμασίες επανάληψης λέξεων του εξεταστή, συχνά οδηγούνται σε παραφασικές αλλοιώσεις, με την εμφάνιση νεολογισμών και άσχετων παρεμβολών. Οι πιο συχνές παραφασίες που παρατηρούνται είναι φωνηματικές και σημασιολογικές- λεκτικές.<sup>16</sup>

Σοβαρή δυσχέρεια παρατηρείται και στην έρευνα λέξεων, ενώ επίσης η ανάγνωση και η γραφή εμφανίζουν σοβαρά ελλείμματα.

<sup>14</sup> Βάρβογλη, Α. (2006). *Επενώντας...* ό. π. σσ. 318- 319

<sup>15</sup> Γεωργιάρας, Α. & Μαλτέζου, Μ. (1996). *Νευρολογία...* ό. π. σσ. 247,

Λογοθέτη, Ι. & Μυλωνά, Ι. (1996). *Νευρολογία...* ό. π. σσ. 250,

Noma, B. A. & George, H. S. (2013). *Εισαγωγή...* ό. π., σσ. 459- 460

<sup>16</sup>Harlod, G., Edith K. & Barbara, B. (2013). *Η Αξιολόγηση...* ό. π. σσ. 83

Η βλάβη εντοπίζεται στο άνω τμήμα του οπίσθιου κροταφικού λοβού, στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο. Λόγω της βλάβης μπορεί να εμφανιστεί ελαφρά πάρεση, που αφορά το πρόσωπο ή τα άνω άκρα, ενώ μερικές φορές μπορεί να παρουσιαστεί μερική απώλεια πρόσληψης αισθητηριακών ερεθισμάτων, που αφορά τη δεξιά πλευρά. Άλλοι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν μεταξύ των άλλων και στερεαγνωσία, δηλαδή ανικανότητα αναγνώρισης της μορφής αντικειμένων δια της αφής, παρόλο που δεν υπάρχει κάποια εμφανής διαταραχή σωματικών οδών.<sup>17</sup>

## 2.5 Διαφλουική Αισθητηριακή Αφασία

Χαρακτηριστικό γνώρισμα των ασθενών με διαφλουική αισθητηριακή αφασία είναι η εξασθένηση της ακουστικής κατανόησης. Η κατανόηση του προφορικού λόγου είναι σοβαρά διαταραγμένη σε σημείο πλήρους αδυναμίας να κατανοήσουν τα λεγόμενα του συνομιλητή τους. Η ικανότητα ανάγνωσης μεγαλόφωνα είναι εξίσου ελλειμματική, ενώ το προϊόν του γραπτού λόγου σχεδόν πάντα ακατανόητο. Σοβαρά διαταραγμένη είναι και η ικανότητα κατανόησης του γραπτού λόγου.<sup>18</sup>

Παρατηρείται επίσης μειωμένη ικανότητα κατονομασίας αντικειμένων, ενώ η ικανότητα παραγωγής λόγου και επανάληψης διατηρούνται σε καλό επίπεδο. Ο λόγος έχει αρκετά καλή ροή αν και υπολείπεται σε περιεχόμενο και περιέχει παραφασικά στοιχεία, θα μπορούσε να θεωρηθεί παρόμοιος με εκείνον των ομιλητών του Wernicke. Παρουσιάζουν δυσκολίες στην έρευνα της κατάλληλης λέξης, ενώ η γραμματική και συντακτική δομή κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Εξίσου ικανοποιητική είναι και η επανάληψη με έντονα τα φαινόμενα ηχολαλίας. Οι παραφασίες που παρατηρούνται είναι λεκτικές παρά φωνημικές.<sup>19</sup>

Πολύ συχνά αναφέρεται βλάβη στη οπίσθια περιοχή του Σίλβιους στις βρεγματοϊννιακές περιοχές. Οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα ελλείμματα κινητικής και αισθητηριακής φύσης. Η διαταραχή πρόσληψης αισθητηριακών ερεθισμάτων δεξιόπλευρα είναι πιο εμφανής σε σχέση με τις κινητικές διαταραχές.<sup>20</sup>

<sup>17</sup> Βάρβογλη, Α. (2006). *Ερευνώντας...* ό. π. σσ., 305

<sup>18</sup> Στο ίδιο, σσ. 312- 313,

Μεντελόπουλος, Γ. (2003). *Αφασίες...* ό. π. σσ., 149- 151

<sup>19</sup> Βάρβογλη, Α. (2006). *Ερευνώντας...* ό. π. σσ., 314- 316,

Harlod, G., Edith, K. & Barbara, B. (2013). *Η Αξιολόγηση...* ό. π. σσ. 144

<sup>20</sup> Βάρβογλη, Α. (2006). *Ερευνώντας...* ό. π. σσ., 316-317

## 2.6 Αφασία Αγωγής

Η αφασία αγωγής ή αλλιώς αγωγιμότητας ανήκει στις ευφραδείς αφασίες. Ο ασθενής διαθέτει αρκετά καλή ροή και άρθρωση, παρ' όλο που η ομιλία είναι γεμάτη από συχνά παραφασικά λάθη ή και νεολογισμούς. Τα παραφασικά λάθη είναι κυρίως σημασιολογικά παρά φωνημικά. Αν και η ροή του λόγου περιγράφεται ως ικανοποιητική, ο αριθμός των λέξεων που παράγουν είναι μικρότερος σε σχέση με τους αφασικούς του Wernicke. Επίσης λειτουργική είναι και η κατανόηση τόσο του προφορικού όσο και του γραπτού λόγου. Οι ασθενείς λόγω του καλού επιπέδου κατανόησής τους έχουν επίγνωση των λαθών που κάνουν και πολλές φορές προβαίνουν σε ανεπιτυχείς προσπάθειες αυτοδιόρθωσής τους. Αντιθέτως η επανάληψη είναι διαταραγμένη και αυτό είναι και το κύριο εύρημα στην αφασία αγωγιμότητας. Αυτό που δεν μπορούν να το επαναλάβουν συνήθως το λένε περιφραστικά ή παράγουν αρκετά λάθη κατά την επανάληψη.<sup>21</sup>

Κατά παρόμοιο τρόπο έχει πληγεί και η κατονομασία η οποία βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Ο ασθενής στην προσπάθεια του να κατονομάσει τα αντικείμενα γύρω του οδηγείται σε παραφασικά λάθη κυρίως σημασιολογικά. Τα λάθη αυτά οφείλονται σε αδυναμία ανάκλησης των λέξεων.

Η ανάγνωση μεγαλόφωνα είναι σχεδόν πάντα ελλειμματική σε αντίθεση με την σιωπηλή ανάγνωση η οποία κυμαίνεται σε καλύτερα επίπεδα, λόγω της καλής κατανόησης. Ελλειμματική παρουσιάζεται επίσης και η γραφή με εμφανείς φωνηματικές και σημασιολογικές παραφασίες.

Η διαταραχή οφείλεται σε βλάβη της τοξοειδούς δεσμίδας που διακόπτει τις συνειρμικές ίνες μεταξύ των περιοχών του Broca και Wernicke. Λόγω της βλάβης μπορεί να εμφανίσουν πάρεση η οποία περιορίζεται αρκετά τις περισσότερες φορές ή σχεδόν εξαφανίζεται. Ακόμη μπορεί να υπάρχει έντονη η απώλεια πρόσληψης αισθητηριακών ερεθισμάτων.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Noma B. A. & George, H. S. (2013). *Εισαγωγή...* ό. π., σσ. 460- 461 ,  
John, W. (1982). *Νευρολογία*, 5<sup>η</sup> εκδ. Ιατρικές εκδόσεις, σσ. 107

<sup>22</sup> John, W. (1982). *Νευρολογία...* ό. π., σσ. 107,  
Βάρβογλη, Α. (2006). *Ερευνώντας...* ό. π. σσ., 306- 308

## 2.7 Ανομική Αφασία

Μια άλλη ευφραδής αφασία ονομάζεται ανομική αφασία. Κύριο έλλειμμα των ασθενών είναι η αδυναμία ανάκλησης λέξεων. Αν και οι δυσκολίες στην ανάκληση είναι συνηθισμένες σε όλες τις αφασίες σε αυτούς του ασθενείς είναι το βασικό σύμπτωμα. Αν και ο ασθενής γνωρίζει τη φύση και τη σημασία του αντικειμένου, δυσκολεύεται να βρει τη σωστή λέξη. Έτσι δίνει μια περιφραστική απάντηση ή ονομάζει το αντικείμενο, όταν ο εξεταστής του δώσει το αρχικό γράμμα (προφορικό σχεδιάσμα).<sup>23</sup>

Αντιθέτως ο αυτόματος λόγος ρέει εύκολα, με σπάνιες παραφασικές παρεμβολές. Συχνά χρησιμοποιούν μακροσκελείς προτάσεις για να πουν αυτά που θέλουν. Επίσης σε καλό επίπεδο κυμαίνεται και η κατανόηση, όπως και η επανάληψη. Η επανάληψη είναι συνήθως καλύτερη από την παραγόμενη αυθόρμητη ομιλία. Η ικανότητα ανάγνωσης είναι συνήθως κοντά στο φυσιολογικό, αλλά η ανικανότητα του ατόμου να παράγει πραγματικές λέξεις είναι επίσης εμφανής στη γραφή.<sup>24</sup>

Η ανομική αφασία οφείλεται συχνά σε βλάβη της γωνιώδους έλικας ή της ανώτερης κροταφικής έλικας στο επικρατούν ημισφαίριο. Συνδέεται με βλάβες στον οπίσθιο κροταφικό λοβό πιθανόν στις συνδέσεις του αισθητικού κέντρου του λόγου και του ιπποκάμπου. Εφόσον έχει επηρεαστεί το κέντρο του ιπποκάμπου, έχουμε την ύπαρξη βλάβης στην λειτουργία της μνήμης. Επομένως στην προσπάθεια του ο ασθενής να ανασύρει τα ονόματα των ζητούμενων αντικειμένων εμφανίζεται σκεπτικός και οδηγείται σε περιφραστικές απαντήσεις.<sup>25</sup>

## 2.8 Μεικτή Διαφλοική Αφασία

Η μεικτή διαφλοική αφασία χαρακτηρίζεται από συνδυασμό συμπτωμάτων που παρατηρούνται στην κινητική και αισθητηριακή αφασία. Δεν υπάρχει ευχέρεια λόγου, η κατανόηση είναι ελλιπής, όπως η γραφή και η ανάγνωση, εκτός από την ικανότητα επανάληψης που διατηρείται σε ικανοποιητικό βαθμό. Η αυθόρμητη

<sup>23</sup> Noma B. A. & George, H. S. (2013). *Εισαγωγή...* ό. π., σσ. 460, Λογοθέτη, Ι. & Μυλωνά, Ι. (1996). *Νευρολογία...* ό. π. σσ. 251

<sup>24</sup> Noma B. A. & George, H. S. (2013). *Εισαγωγή...* ό. π., σσ. 460

<sup>25</sup> John, W. (1982). *Νευρολογία...* ό. π., σσ. 107,

Γεωργάρας, Α. & Μαλτέζου, Μ. (1996). *Νευρολογία...* ό. π., σσ. 247- 248



παραγωγή είναι μειωμένη με φαινόμενα ηχολαλίας, μπορεί να επαναλάβουν ακριβώς τα λεγόμενα του άλλου στην προσπάθεια τους να απαντήσουν, με αποτέλεσμα η απάντηση που δίνουν να θεωρείται ηχολαλία. Εξίσου διαταραγμένες είναι η ικανότητα κατανόησης, κατονομασίας, ανάγνωσης και γραφής. Η αποκατάσταση είναι αργή και σπανίως ικανοποιητική. Παρ' όλα αυτά καθώς η κατανόηση βελτιώνεται οι ασθενείς εξελίσσονται σε ασθενείς με διαφλοιική κινητική αφασία.<sup>26</sup>

Αυτός ο τύπος αφασίας αποτελεί ένα αρκετά σπάνιο αφασικό σύνδρομο. Η βλάβη εκδηλώνεται στις περιοχές που βρίσκονται ανάμεσα στη μέση εγκεφαλική και στην οπίσθια και πρόσθια εγκεφαλική αρτηρία. Οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν δεξιά ημιπάρεση, κάποιου βαθμού απώλειας πρόσληψης αισθητηριακών ερεθισμάτων και δεξιά ημιανοψία.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Todd, E. F. & Martha, J. F. (1997). *Behavioral...* ό. π., σσ. 143, Μεντελόπουλος, Γ. (2003). *Αφασίες...* ό. π. σσ. 151- 152

<sup>27</sup> Βάρβογλη, Λ. (2006). *Ερευνώντας...* ό. π. σσ., 313- 314

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΑΦΑΣΙΑΣ

#### 3.1 Συμπτώματα Αφασίας

Τα κύρια συμπτώματα της αφασίας περιλαμβάνουν τη ροή του λόγου, την κατανόηση, την επανάληψη, την κατονομασία, την ανάγνωση και τη γραφή.

Συνήθως τα άτομα με αφασία τείνουν να διαφέρουν σύμφωνα με δύο τύπους αυθόρμητου προφορικού λόγου: ρέων και μη ρέων. Ρέων θεωρείται ένας λόγος που πλησιάζει το φυσιολογικό ρυθμό, φυσιολογική παραγωγή λέξεων, τυπικό μήκος προτάσεων και μελωδικό επιτονισμό. Σε αντίθεση ο μη ρέων λόγος έχει αργό ρυθμό ομιλίας, μειωμένη αρθρωτική ευκινησία και χαρακτηρίζεται από συχνές παύσεις κατά την ομιλία. Ο μη ρέων λόγος παρουσιάζει συχνά προβλήματα και με τη γραμματική. Η συμπεριφορά αυτή είναι ένα σύμπτωμα παράλειψης, που λέγεται αγραμματισμός. Ο αγραμματισμός χαρακτηρίζεται από δυσκολία δημιουργίας συντακτικών κανόνων μέσα στους οποίους οι λέξεις πρέπει να τοποθετηθούν και να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά η γραμματική μορφολογία. Ο λόγος στερείται κατάλληλων πτώσεων, προθέσεων, βοηθητικών ρημάτων και συνδέσμων. Ηπιότερη μορφή της διαταραχής αυτής είναι ο τηλεγραφικός λόγος, με απαλοιφή κλίσεων και συνδετικών λέξεων. Συνεπώς οι ασθενείς δομούν προτάσεις λέξεων με σημασιολογικό περιεχόμενο αλλά χωρίς συντακτική δομή.<sup>28</sup>

Επίσης αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ακουστική αντίληψη σε διάφορους βαθμούς. Σε ήπιες περιπτώσεις οι ασθενείς διατηρούν την ικανότητα κατανόησης να συμμετέχουν σε μία λειτουργική συζήτηση και να αντιλαμβάνονται το περιεχόμενο τους. Ενώ σε πιο βαριές καταστάσεις οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να κατανοούν τα λεγόμενα των άλλων, πόσο μάλλον και τα δικά τους.

Βλάβες στην ικανότητα επανάληψης λέξεων ή προτάσεων είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό της αφασίας. Σε κάποιες περιπτώσεις η ικανότητα κατανόησης

---

<sup>28</sup> Albyn Davis, G. (2011). *Αφασιολογία «Διαταραχές και κλινική πρακτική»*, 2<sup>η</sup> εκδ. Πασχαλίδης, Ελληνική επιμέλεια: Νάσιος Γρηγόριος, σσ. 26- 28, 141- 146

Τέγου, Γ. (2013- 2014). *Αφασίες και συναφείς διαταραχές*, Παραδόσεις μαθήματος στο Τμήμα Λογοθεραπείας, Σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, ΤΕΙ Καλαμάτας, σσ. 6

διατηρείται, αλλά χαρακτηρίζεται από φωνημικές παραφασίες ή παραλείψεις ήχων και λέξεων.

Εμφανείς είναι ακόμη και οι δυσκολίες στην κατονομασία. Ο ασθενής εδώ δυσκολεύεται στην ανάκληση λέξεων και στις δοκιμασίες οπτικής αντιπαράθεσης. Αν και η κατονομασία είναι σχεδόν πάντα διαταραγμένη σε όλα τα είδη αφασίας στην ανομική αφασία αποτελεί το κύριο έλλειμμα. Ο ασθενής δυσκολεύεται να βρει την κατάλληλη λέξη με αποτέλεσμα να οδηγείται σε χρήση του περιφραστικού λόγου ή σε παραφασίες. Έτσι προκύπτει ένα άλλο χαρακτηριστικό οι παραφασίες. Οι παραφασίες χαρακτηρίζονται από αντικατάσταση μιας λέξης από μία άλλη. Παράγονται ακούσια και οι ασθενείς εκπλήσσονται όταν ακούν αυτά τα λάθη. Διακρίνονται σε λεκτικές, φωνημικές και νεολογισμούς. Στις σημασιολογικές έχουμε την αντικατάσταση μιας λέξης από μίας άλλης παρόμοιας σημασίας, ενώ στις τυχαίες την αντικατάσταση μιας λέξης από μία άλλη μη σημασιολογικά συσχετιζόμενη. Οι φωνημικές ορίζονται ως η αντικατάσταση ενός ήχου από έναν άλλο. Τέλος οι νεολογισμοί είναι η χρήση μη υπαρκτών λέξεων. Οι παραφασίες είναι πιο συχνές σε ακατάληπτη ομιλία, όπως στην αφασία Wernicke.<sup>29</sup>

Τέλος η ανάγνωση και η γραφή περιλαμβάνουν μεγάλο εύρος αδυναμίας. Η ανάγνωση έχει συνήθως την τάση να ακολουθεί τον προφορικό λόγο και χαρακτηρίζεται από αδυναμία κατανόησης λέξεων προφορικά. Παρ' όλα αυτά η ανάγνωση χαμηλόφωνα κυμαίνεται συχνά σε καλύτερα επίπεδα από την μεγαλόφωνη ανάγνωση. Και η γραφή είναι εξίσου σχεδόν πάντα διαταραγμένη, λόγω της ημιπληγίας που παρουσιάζεται στην δεξιά πλευρά του σώματος. Αν, όμως κάποιος ασθενής είναι σε θέση να γράψουν, η γραφή χαρακτηρίζεται από παραλείψεις, αντικαταστάσεις και δυσνόητο περιεχόμενο.

---

<sup>29</sup> Παλαθανασίου, Η. (2014). *Αφασία*, Παραδόσεις μαθήματος στο Τμήμα Λογοθεραπείας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Δυτικής Μακεδονίας, σσ. 4- 5

### 3.2 Αίτια

Η αφασία προκαλείται από βλάβη στην υπεύθυνη για την γλώσσα περιοχή. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η πιο κοινή αιτία της αφασίας και η επικινδυνότητα για ΑΕΕ σχετίζεται με το οικογενειακό ιστορικό, καρδιακή ανεπάρκεια, τρόπος ζωής, παχυσαρκία, και υψηλή πίεση. Η βλάβη μπορεί να προκληθεί επίσης από: αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, (ΑΕΕ), εγκεφαλικό τραύμα, εγκεφαλικό όγκο, χειρουργείο, λοίμωξη, όπως εγκεφαλίτιδα, νευρολογικές διαταραχές, κατάχρηση ουσιών και φαρμακολογικοί παράγοντες. Επίσης μπορεί να εμφανιστεί και σε άνοια.<sup>30</sup>

Σαν αποτέλεσμα αυτών των βλαβών, οι οδοί για την κατανόηση και παραγωγή του λόγου διακόπτονται ή καταστρέφονται.

---

<sup>30</sup> Τέγου, Γ. (2013- 2014). *Αφασίες...* ό. π.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ «ANIMUS»

#### 4.1 Στόχος, Υλικό και Μέθοδος της έρευνας

Βασικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των συχνότερων τύπων αφασίας, μετά από εγκεφαλικά επεισόδια και κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις καθώς, και ο εντοπισμός του συνηθέστερου τύπου αφασίας σε κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας. Επίσης, μέσω της διερεύνησης θα προσδιοριστούν τα ακριβή γλωσσικά ελλείμματα αλλά και τα σχετικώς ανέπαφα γλωσσικά στοιχεία τα οποία θα αποτελέσουν τη βάση για τους θεραπευτικούς στόχους και θα δώσουν την δυνατότητα στον κλινικό να παρέχει ένα πιο εμπειριστατωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς, οι οποίοι είχαν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο ή κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, και νοσηλεύονταν στο κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «ANIMUS». Συγκεκριμένα το διαγνωστικό εργαλείο χορηγήθηκε σε ασθενείς οι οποίοι παρουσίαζαν δεξιά ημιπληγία με βλάβη στην αντίστοιχη αριστερή πλευρά του εγκεφάλου. Η επιλογή των συγκεκριμένων ασθενών έγινε με βάση την εγκεφαλική βλάβη, το επίπεδο συνείδησης καθώς, επίσης και τη δυνατότητα συμμετοχής του ίδιου του ασθενούς. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των πληροφοριών, ήταν η Διαγνωστική εξέταση της Βοστώνης για την αφασία Συνοπτική ελληνική μορφή (Boston Diagnostic Aphasia Examination) ή αλλιώς ΔΕΒΑ-ΣΜ. Η διαδικασία με την οποία συλλέχθηκαν τα στοιχεία της έρευνας, έλαβε χώρα σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο του κέντρου, όπου πραγματοποιήθηκε η χορήγηση του διαγνωστικού εργαλείου, από τον εξεταστή στον ασθενή.

Το διαγνωστικό εργαλείο, δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1972 στις ΗΠΑ στην Αγγλική γλώσσα υπό την επιμέλεια των Harold Goodglass και Edith Kaplan. Το 1983 εκδόθηκε αναθεωρημένη η δεύτερη έκδοση, ενώ το 2001 εκδόθηκε αναθεωρημένη η τρίτη έκδοση, σε συνεργασία με τη Barbara Baressi. Η στάθμιση της ελληνικής έκδοσης βασίστηκε στην Αμερικανική συνοπτική μορφή που εκδόθηκε το

2001 με τις ανάλογες γλωσσικές και πολιτισμικές προσαρμογές και ονομάστηκε. Διαγνωστική εξέταση της Βοστώνης για την αφασία Συνοπτική ελληνική μορφή.<sup>31</sup>

Η ΔΕΒΑ-ΣΜ δίνει την δυνατότητα προσδιορισμού των γλωσσικών ελλειμμάτων αλλά και τα σχετικώς ανέπαφα γλωσσικά στοιχεία ως βάση για τους θεραπευτικούς στόχους. Περιλαμβάνει όλες τις επιμέρους δοκιμασίες της πλήρης έκδοσης, εξετάζοντας όμως συνοπτικά και παρέχοντας στον κλινικό συλλογή ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων. Ο χρόνος χορήγησης της δεν υπερβαίνει συνήθως τα σαράντα λεπτά. Το υλικό της αποτελείται από έντυπο φυλλάδιο καταγραφής των επιμέρους δοκιμασιών που αποτελεί παράλληλα οδηγό χορήγησης και βαθμολόγησης της δοκιμασίας. Από ένα έντυπο φυλλάδιο ερεθισμάτων που εμπεριέχει όλο το απαραίτητο υλικό (κάρτες ερεθισμάτων) που χρειάζεται για τη χορήγηση της, εκτός των ερεθισμάτων της δοκιμασίας κατονομασίας της Βοστώνης που εμπεριέχεται σε ξεχωριστό έντυπο φυλλάδιο ερεθισμάτων. Περιλαμβάνει επίσης και το κλινικό εγχειρίδιο, το οποίο παρέχει αναλυτικές πληροφορίες για τον τρόπο χορήγησης της, καθώς επίσης και μια επεξηγηματική σύνοψη των μειζόνων αφασικών συνδρόμων. Η δοκιμασία συγκροτείται από πέντε ενότητες: Καθομιλούμενος και Επεξηγηματικός Λόγος, Ακουστική Κατανόηση, Προφορική Έκφραση (περιλαμβάνει τη συνοπτική μορφή της Δοκιμασίας Κατονομασίας της Βοστώνης), Ανάγνωση και Γραφή.<sup>32</sup>

Κάθε ενότητα αποτελείται από επιμέρους δοκιμασίες που αξιολογούν τις λειτουργίες του λόγου. Η πρώτη ενότητα εκτιμά τον Καθομιλούμενο και Επεξηγηματικό Λόγο. Αξιολογείται κυρίως ποιοτικά και περιλαμβάνει τρεις δοκιμασίες. Αρχικά αναφέρεται σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις και αποτελείται από ένα κατευθυνόμενο κατάλογο καθημερινών εκφράσεων. Η δεύτερη δοκιμασία εστιάζει στη λήψη δείγματος μέσω της ελεύθερης συζήτησης. Ένα δείγμα ελεύθερης συζήτησης είναι ζωτικής σημασίας για το χαρακτηρισμό του μοτίβου εκφοράς του λόγου. Και η τρίτη δοκιμασία περιλαμβάνει την παρουσίαση και περιγραφή της εικόνας κλοπής του μισκότου. Οι παραπάνω δοκιμασίες παρέχουν τη βάση για τον

---

<sup>31</sup> Harold, G., Edith, K. & Barbara, B. (2013). *Η αξιολόγηση της Αφασίας και των Συναφών Διαταραχών*. Ελληνική επιμέλεια: Μεσσήνης, Λ., Παναγέα, Ε., Παπαθανασόπουλος, Π. και Καστελλάκης, Α. εκδ. Gotsis, σσ. 57 - 68

Παναγέα, Ε. & Μεσσήνης, Λ. (2013). *Διαγνωστική Εξέταση της Βοστώνης για την Αφασία Συνοπτική ελληνική μορφή (ΔΕΒΑ- ΣΜ)*, Ημερίδα: Σύγχρονα δεδομένα για την αξιολόγηση και αποκατάσταση της γλώσσας- αφασίας, Ιωάννινα

<sup>32</sup> Στο ίδιο

καθορισμό της σοβαρότητας του προβλήματος και των χαρακτηριστικών του εκφραστικού λόγου.<sup>33</sup>

Οι υπόλοιπες τέσσερις ενότητες: Ακουστική κατανόηση, Προφορική Έκφραση, Ανάγνωση και Γραφή αξιολογούνται ποσοτικά παρέχοντας αριθμητικά δεδομένα δεκτικά προς ανάλυση. Η ακουστική κατανόηση αξιολογείται σε επίπεδο κατανόησης λέξεων, εκτέλεσης εντολών και αφηρημένων εννοιών. Η προφορική έκφραση αρχίζει με την δοκιμασία των αυτοματοποιημένων αλληλουχιών. Η ομαλοποίηση της άρθρωσης στον αυτοματοποιημένο λόγο θα τείνει να αποκλείσει την δυσαρθρία ως αφετηρία των προβλημάτων του λόγου. Συνεχίζει με την επανάληψη μεμονωμένων λέξεων, προτάσεων και ολοκληρώνεται με τις ασκήσεις κατονομασίας. Η ενότητα της ανάγνωσης αποτελείται από τέσσερις επιμέρους δοκιμασίες και πέντε επιπρόσθετες. Περιλαμβάνει την Αναγνώριση Βασικών Συμβόλων, την Αναγνώριση και Αντιστοίχιση Λέξης- Εικόνας, την Εκφώνηση κειμένου και την Κατανόηση Προτάσεων και Παραγράφων μέσω Ανάγνωσης. Ο βαθμός δυσκολίας στις δοκιμασίες ανάγνωσης δεν υπερβαίνει το επίπεδο της έκτης δημοτικού. Η αξιολόγηση ολοκληρώνεται με την ενότητα της γραφής η οποία διαιρείται σε τέσσερις επιμέρους ενότητες: Δεξιότητες Γραφής, (περιλαμβάνει την ανάκληση των συμβόλων), Βασικές Δεξιότητες Κωδίκευσης και Καθ' Υπαγόρευσης Γραφής Λέξεων, (εξετάζεται τόσο η γνώση για ολόκληρη τη λέξη όσο και οι φωνημικές και γραφημικές διεργασίες), Γραπτή Κατονομασία Εικόνων και Γραπτός Αφηγηματικός Λόγος.<sup>34</sup>

Η ΔΕΒΑ-ΣΜ δεν ενδείκνυται για ασθενείς με αγγειακή άνοια, άτομα με σύγχυση, ψυχιατρικό ιστορικό, ή άλλα συνυπάρχοντα νευρολογικά νοσήματα και μη φυσικοί ομιλητές της ελληνικής γλώσσας. Μετά την πάροδο οχτώ με δέκα ημερών, η αξιολόγηση είναι εφικτή εφόσον έχει επέλθει η ιατρική σταθεροποίηση των ασθενών<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Στο ίδιο

<sup>34</sup> Στο ίδιο

<sup>35</sup> Στο ίδιο

## 4.2 Ανάλυση προσωπικών στοιχείων

Το διαγνωστικό εργαλείο χορηγήθηκε σε είκοσι δύο ασθενείς, εκ των οποίων οι έξι ήταν γυναίκες και οι δεκαέξι άνδρες. Από αυτούς, οι έξι είναι ηλικίας 77- 87 ετών, οι πέντε είναι ηλικίας 66- 76 ετών, οι έξι είναι ηλικίας 55- 65 ετών, οι τρεις είναι ηλικίας 41- 51 και οι δύο 21- 31 ετών, «βλέπε Πίνακα 2».

Όσον αφορά την ημερομηνία συμβάντος, οι τέσσερις από αυτούς νοσηλεύτηκαν στο γενικό νοσοκομείο ύστερα από έκπτωση του επιπέδου συνείδησης τη χρονική περίοδο από 1/9/13 έως 30/11/13, οχτώ άτομα από 1/12/13 έως 28/2/214, πέντε άτομα από 1/3/14 έως 31/5/14 και έξι άτομα από 1/6/14 έως 31/8/14. Έπειτα μετά από ένα χρονικό διάστημα δύο έως τριών μηνών, οι ασθενείς εισήχθησαν στο κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης «ANIMUS». Ένα άτομο εισήχθη την περίοδο 1/9/13 έως 30/11/2013, έξι άτομα από 1/12/13 έως 28/2/14, τέσσερα άτομα από 1/3/14 έως 31/5/14 και έντεκα άτομα από 1/6/14 έως 31/8/14. Στη συνέχεια οι συγκεκριμένοι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση, μέσω του διαγνωστικού εργαλείου ΔΕΒΑ-ΣΜ. Οι αξιολογήσεις ξεκίνησαν στις 11/4/14 και ολοκληρώθηκαν στις 30/8/14. Συγκεκριμένα, οχτώ άτομα αξιολογήθηκαν τη χρονική περίοδο από 1/3/14 έως 31/5/14 και δεκατέσσερα άτομα από 1/6/14 έως 31/8/14. Το χρονικό διάστημα μεταξύ εισαγωγής και αξιολόγησης κυμαινόταν από δύο εβδομάδες έως ένα μήνα. «βλέπε Πίνακα 3».

Τα περιστατικά επιλέχθηκαν με βάση την εγκεφαλική βλάβη. Η βλάβη βρισκόταν στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου και ήταν συνήθως, αποτέλεσμα αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ). Συγκεκριμένα δώδεκα άτομα είχαν υποστεί ισχαιμικό ΑΕΕ, έξι αιμορραγικό ΑΕΕ, τρεις κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ) και ένας όγκο, «βλέπε Πίνακα 4». Έπειτα ελέγχθηκε η τοπογράφηση της βλάβης αναφορικά με το είδος της αφασίας. Από τους είκοσι δύο ασθενείς, οι έξι διαγνώστηκαν με αφασία Broca και με εντοπισμό της βλάβης στον οπίσθιο κατώτερο μετωπιαίο λοβό, τέσσερις ασθενείς με διαφλουική κινητική και βλάβη στον πρόσθιο και άνω μετωπιαίο λοβό, τρεις ασθενείς με ολική και βλάβη στις πρόσθιες και οπίσθιες περιοχές γύρω από τη σχισμή του Sylvian, τρεις ασθενείς με μικτή και διάχυτες ή πολλαπλές βλάβες στον μετωπιαίο ή βρεγματικό λοβό, τρεις ασθενείς με διαφλουική αισθητηριακή και βλάβη στα κατώτερα κροταφοϊνιακά σύνορα ή στον οπίσθιο άνω βρεγματικό λοβό, δύο ασθενείς με ανομική και βλάβη στα οπίσθια κροταφικό- βρεγματικά σύνορα και ένας ασθενής με αγωγής και βλάβη στο



βρεγματικό λοβό κάτω από τα κροταφικό- βρεγματικά σύνορα. Ο εντοπισμός της βλάβης είναι κατά προσέγγιση σε σχέση με το είδος της αφασίας «βλέπε Πίνακα 5».

### Πίνακας 2. Η ηλικία

	Συχνότητες	Ποσοστά %
21 – 31	2	9,0
41 – 51	3	13,7
55 – 56	6	27,2
66 – 76	5	22,9
77 – 87	6	27,2
Σύνολο	22	100,0

### Πίνακας 3. Ημερομηνία Συμβάντος - Εισαγωγής - Αξιολόγησης

	Ημ/νία Συμβάντος	Ημ/νία Εισαγωγής	Ημ/νία Αξιολόγησης
1/9/13 – 30/11/13	3	1	-
1/12/13 – 28/2/14	8	6	-
1/3/14 – 31/5/14	5	4	8
1/6/14 – 31/8/14	6	11	14
Σύνολο	22	22	22

### Πίνακας 4. Εγκεφαλική βλάβη

	Συχνότητες	Ποσοστά %
Ισχαιμικό ΑΕΕ	12	54,6
Αιμορραγικό ΑΕΕ	6	27,2
ΚΕΚ	3	13,7
Όγκος	1	4,5
Σύνολο	22	100,0

**Πίνακας 5. Τοπογράφηση βλάβης**

	Συχνότητες	Ποσοστά
Broca (οπίσθιος κατώτερος μετωπιαίος λοβός)	6	27,2
Διαφλουική κινητική (πρόσθιος και άνω μετωπιαίος λοβός)	4	18,1
Ολική (πρόσθιες και οπίσθιες περιοχές γύρω από τη σχισμή του Sylvian)	3	13,7
Μεικτή (διάχυτες ή πολλαπλές βλάβες στο μετωπιαίο ή βρεγματικό λοβό)	3	13,7
Διαφλουική αισθητηριακή (κατώτερα κροταφικό- ινιακά σύνορα ή οπίσθιο άνω βρεγματικό λοβό)	3	13,7
Αγωγής (βρεγματικός λοβός, κάτω από τα κροταφικό-βρεγματικά σύνορα)	2	9,0
Ανομική (οπίσθια κροταφικό- βρεγματικά σύνορα)	1	4,5
Σύνολο	22	100,0

### 4.3 Ανάλυση στοιχείων σθενών με αφασία Broca

Το ποσοστό των ασθενών που διαγνώστηκε με αφασία Broca ανέρχεται στο 27,2%. Όλοι τους συμπληρώνουν τη θέση ένα στην κλίμακα εκτίμησης σοβαρότητας της αφασίας που αφορά την εκφραστικότητα του λόγου. Εδώ κάθε προσπάθεια για επικοινωνία πραγματοποιείται με αποσπασματικό τρόπο. Ο ακροατής πρέπει να αναλύει τις εκφράσεις του ομιλητή, να διατυπώνει ερωτήσεις και υποθέσεις ώστε να κατανοήσει το μήνυμα. Οι πληροφορίες που δίνονται είναι περιορισμένες, αλλά ο ασθενής μπορεί να μεταφέρει την κεντρική ιδέα της συζήτησης.

Στον Πίνακα 6, που ακολουθεί παρουσιάζεται το ποσοστό των ασθενών με διαταραχές στην ευχέρεια του λόγου. Παρατηρούμε, ότι η πλειονότητα των ασθενών δεν μπορούσε να προφέρει πάνω από τρεις λέξεις, ενώ υπήρχε εμφανής δυσχέρεια στην προσωδία. Η ροή του λόγου χαρακτηρίζεται ως δυσφραδής δίνοντας βασικές λέξεις με περιεχόμενο αναλογικά με την ευφράδεια, χωρίς την ύπαρξη παραφασιών. Αντιθέτως, η ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις παρουσίαζε μεγαλύτερα ποσοστά με αποτέλεσμα να βρίσκεται στο επίπεδο έξι αγγίζοντας το 83,3%. Όσον αφορά τη γραμματική μορφή, αν και το 66,6% δεν ήταν σε θέση να κάνει συντακτική ομαδοποίηση των λέξεων, η αρθρωτική ευκινησία βρισκόταν στο επίπεδο τρία και τέσσερα με ποσοστό 50% όπου η παραγωγή των λέξεων γινόταν με προσπάθεια αν και ήταν κάπως αδέξια.

**Πίνακας 6. BROCA «Κατανομή ασθενών με βάση την κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του λόγου»**

	1	2	3	4	5	6	7	Σύνολο
Αρθρωτική ευκινησία			50%	50%				100,0
Μήκος φράσης		33,4%	66,6%					100,0
Γραμματική μορφή	66,6%	33,4%						100,0
Προσωδία	100,0%							100,0
Παραφασία	-	-	-	-	-	-	-	100,0
Εύρεση λέξης αναφορικά με την ευφράδεια							100%	100,0
Ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις					16,7%	83,3%		100,0

Στον Πίνακα 7, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ασθενών στην ακουστική κατανόηση τοποθετείται με τη μέση ποσοστιαία βαθμολογία στο 50% με 60%. Στον Πίνακα 8, παρουσιάζονται οι δοκιμασίες που εκτελέστηκαν για την διεξαγωγή του συνόλου της ακουστικής κατανόησης. Οι ασθενείς είχαν καλύτερη επίδοση στη Διάκριση των λέξεων με ποσοστό 83,3%, ενώ οι υπόλοιπες δοκιμασίες εμφανίζουν χαμηλότερες βαθμολογίες, με το σύνολο των ασθενών να παρουσιάζει αδυναμία στην εκτέλεση σύνθετων εντολών. Εξίσου σε χαμηλά επίπεδα κυμαίνεται και η δοκιμασία

Αφηρημένες έννοιες, καθώς οι ασθενείς θα έπρεπε να διαθέτουν ακέραιη βραχυπρόθεσμη μνήμη για να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της δοκιμασίας.

**Πίνακας 7. Κατανομή ασθενών με βάση την κατανόηση**

Ποσοστιαία βαθμολογία	Συχνότητες	Ποσοστά%
0 – 20	-	-
30 – 40	-	-
50 – 60	4	66,6
70 – 80	2	33,4
90 – 100	-	-
Σύνολο	6	100,0

**Πίνακας 8. Κατανομή ασθενών με βάση την επίδοση στην ακουστική κατανόηση**

Βαθμολογία	Διάκριση λέξεων	Εκτέλεση εντολών	Αφηρημένες έννοιες
1 – 3	-	100,0%	34,4%
4 – 6	-	-	66,6%
7 – 9	-	-	-
10 – 12	-	-	-
13 – 15	83,3%	-	-
Έως και 16	16,7%	-	-
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Όσον αφορά την επανάληψη, την κατονομασία, την ανάγνωση και τη γραφή κανείς δε μπόρεσε να ολοκληρώσει πλήρως τις δοκιμασίες. Η επανάληψη κυμαινόταν από 0 έως 20%. Παρατηρήθηκαν διαταραχές άρθρωσης κυρίως φωνημικού τύπου (φωνημική παραφασία). Η κατονομασία, όπως και η γραφή ήταν εξ' ολοκλήρου διαταραγμένες. Η γραφή ήταν αδύνατον να εξεταστεί λόγω της ημιπληγίας, καθώς όλοι οι ασθενείς ήταν δεξιόχειρες. Η ανάγνωση ήταν εξίσου διαταραγμένη εφόσον ακολουθεί σχεδόν, πάντοτε τον προφορικό λόγο. Οι επιδόσεις τους ήταν καλύτερες στις δοκιμασίες Αντιστοίχισης Γραμμάτων και Συμβόλων, ενώ η ανάγνωση ορισμένων λέξεων ήταν εφικτή με την παρουσία όμως, φωνημικών παραφασιών.

#### 4.4 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με διαφλοιική κινητική αφασία

Οι ασθενείς με διαφλοιική κινητική αφασία ανέρχονται στο 18.1%. Το σύνολο των ασθενών βρίσκεται στη θέση ένα με δύο της κλίμακας εκτίμησης σοβαρότητας της αφασίας. Σε αυτή τη θέση, αν και ο ακροατής αναγκάζεται να αναλύει ορισμένες φορές τις εκφράσεις του ομιλητή, η συζήτηση για οικεία θέματα μπορεί να επιτευχθεί με την κατάλληλη βοήθεια. Συχνά παρατηρούνται αποτυχίες στη μετάδοση της κεντρικής ιδέας, αλλά ο ασθενής μοιράζεται την κεντρική ιδέα της συζήτησης με τον ακροατή.

Στον Πίνακα 9, παρατηρούμε ότι το 75% των ασθενών μπορούσε να προφέρει μέχρι τέσσερις λέξεις, ενώ υπήρχε εμφανής δυσκολία στην έναρξη της ομιλίας. Παρήγαγαν βασικές λέξεις περιεχομένου, χωρίς την ύπαρξη παραφασιών και με σοβαρές δυσκολίες στην προσωδία. Όσον αφορά τη γραμματική μορφή και την αρθρωτική ευκινησία η πλειοψηφία των ασθενών βρίσκεται στο επίπεδο τέσσερα με τους μεν, να παρουσιάζουν απλοποιημένες ή ατελείς γραμματικές μορφές και τους δε, να προσπαθούν για την παραγωγή ομιλίας με τρόπο αδέξιο. Αντιθέτως, παρατηρούμε καλύτερες επιδόσεις στις κοινωνικές αποκρίσεις με το 50% να βρίσκεται στο επίπεδο πέντε και έξι της κλίμακας ευχέρειας λόγου.

**Πίνακας 9. Διαφλοιική κινητική αφασία «Κατανομή ασθενών με βάση την κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του εκφραστικού λόγου»**

	1	2	3	4	5	6	7	Σύνολο
Αρθρωτική ευκινησία			25%	75%				100,0
Μήκος φράσης			25%	75%				100,0
Γραμματική μορφή			25%	75%				100,0
Προσωδία	100%							100,0
Παραφασία	-	-	-	-	-	-	-	100,0
Εύρεση λέξης αναφορικά με την ευφράδεια							100%	100,0
Ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις					50%	50%		100,0

Στον Πίνακα 10, γίνεται εμφανής ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών βρίσκεται στο 50% με 60% της ακουστικής κατανόησης. Στον Πίνακα 11, παρουσιάζονται οι δοκιμασίες που εκτελέστηκαν για την διεξαγωγή του συνόλου της ακουστικής κατανόησης. Παρατηρούμε, ότι το σύνολο των ασθενών παρουσιάζει μεγάλες αποδόσεις στη δοκιμασία Διάκρισης λέξεων, ενώ σε χαμηλότερες τιμές κυμαίνονται οι υπόλοιπες. Η ανάγνωση είναι ελλιπής με καλύτερες επιδόσεις στη δοκιμασία Αναγνώρισης Βασικών Συμβόλων. Επίσης, διαταραγμένη είναι η ανάγνωση και η κατονομασία, σε αντίθεση με την επανάληψη η οποία παρουσιάζει υψηλές επιδόσεις. Το σύνολο των ασθενών τοποθετείται με τη μέση ποσοστιαία βαθμολογία στο 70% με 80%. Στον Πίνακα 12, γίνεται φανερό ότι επαναλάμβαναν με ευκολία λέξεις και φράσεις ενώ, δυσκολεύονταν στην επανάληψη προτάσεων με διαδοχικά αυξανόμενο αριθμό λέξεων όπου παρατηρούνταν γραμματικές και λεκτικές παραλείψεις.

**Πίνακας 10. Κατανομή ασθενών με βάση την κατανόηση**

Ποσοστιαία βαθμολογία	Συχνότητες	Ποσοστά%
0 – 20	-	-
30 – 40	-	-
50 – 60	3	75%
70 – 80	1	25%
90 – 100	-	-
Σύνολο	4	100,0

**Πίνακας 11. Κατανομή ασθενών με βάση την επίδοση στην ακουστική κατανόηση**

Βαθμολογία	Διάκριση λέξεων	Εκτέλεση εντολών	Αφηρημένες έννοιες
1 – 3	-	75%	50%
4 – 6	-	25%	50%
7 – 9	-	-	-
10 – 12	-	-	-
13 – 15	100%	-	-
Έως και 16	-	-	-
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

**Πίνακας 12. Κατανομή ασθενών με βάση την επανάληψη**

Βαθμολογίες	Μεμονωμένες λέξεις	Προτάσεις
0	-	25%
1	-	75%
2	-	-
3	-	-
4	25%	-
5	75%	-
Σύνολο	100,0	100,0

#### 4.5 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με ολική αφασία

Το σύνολο των ασθενών με ολική αφασία ανέρχεται στο 13,7%. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης ήταν αδύνατον να κατανεμηθούν, διότι όλες οι πτυχές της γλώσσας είναι τόσο ελλειμματικές που δεν υπάρχει ένα διακριτό μοτίβο στοιχείων που διατηρούνται έναντι αυτών που ελλείπουν. Η ομιλία ήταν απών, σε αντίθεση με την αρθρωτική ευκινησία όπου ήταν εφικτή σε περιορισμένο αριθμό παραγόμενων λέξεων ή στερεότυπων εκφωνημάτων. Υπήρχε εμφανής αδυναμία, στην κατανόηση βασικών εννοιών και στην εκτέλεση εντολών. Όσον αφορά τις υπόλοιπες δοκιμασίες: επανάληψη, κατονομασία, ανάγνωση και γραφή, δεν ήταν δυνατόν να αξιολογηθούν λόγω χαμηλού γνωστικού επιπέδου.

#### 4.6 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με αφασία Μεικτή

Το ποσοστό των ασθενών με μεικτή αφασία ανέρχεται στο 13,7%. Η ομιλία βρίσκεται στη θέση μηδέν με ένα της κλίμακας εκτίμησης σοβαρότητας της αφασίας που αναφέρεται στην εκφραστικότητα του λόγου. Παρ' όλο που, κάποιοι ασθενείς δυσκολεύονται να εκφραστούν, διατυπώνοντας τις κατάλληλες ερωτήσεις ο ακροατής μπορεί να κατανοήσει το μήνυμα, όχι όμως την κεντρική ιδέα της συζήτησης. Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η ομιλία είναι ελλιπής και στερείται νοήματος.

Στον Πίνακα 13, που ακολουθεί παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ασθενών μπορεί να προφέρει μέχρι τέσσερις λέξεις, χωρίς την συντακτική ομαδοποίηση αυτών. Παράγουν πληροφοριακές λέξεις αναλογικά με την ευφράδεια, χωρίς την ύπαρξη παραφασιών. Η αρθρωτική ευκινησία είναι αδέξια και η έναρξη της ομιλίας γίνεται με προσπάθεια. Οι ασθενείς λόγω της μειωμένης ακουστικής κατανόησης

αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στη δοκιμασία, «ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις» με το 50% να αγγίζει το επίπεδο δύο και τρία στην κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του εκφραστικού λόγου. Αντιθέτως, η επανάληψη δεν έχει διαταραχθεί με τους ασθενείς να εμφανίζουν ηχολαλία και να αγγίζουν το 70% με 80% της συνολικής βαθμολογίας. Στον Πίνακα 14, που ακολουθεί γίνεται φανερό ότι οι ασθενείς μπορούσαν να επαναλάβουν με άνεση λέξεις και φράσεις, ενώ υπήρχε εμφανής δυσκολία στην επανάληψη προτάσεων διαδοχικά αυξανόμενων. Οι υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες, κατονομασία, ανάγνωση και γραφή ήταν διαταραγμένες με χαμηλά ποσοστά τα οποία είναι αδύνατον να ταξινομηθούν.

**Πίνακας 13. Μεικτή αφασία «Κατανομή ασθενών με βάση την κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του εκφραστικού λόγου»**

	1	2	3	4	5	6	7	Σύνολο
Αρθρωτική ευκινησία			100%					100,0
Μήκος φράσης			33,4%	66,6%				100,0
Γραμματική μορφή	66,6%	33,4%						100,0
Προσωδία	100%							100,0
Παραφασία	-	-	-	-	-	-	-	100,0
Εύρεση λέξης αναφορικά με την ευφράδεια				100%				100,0
Ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις		50%	50%					100,0



**Πίνακας 14. Κατανομή ασθενών με βάση την επανάληψη**

Βαθμολογίες	Μεμονωμένες λέξεις	Προτάσεις
0	-	-
1	-	100%
2	-	-
3	-	-
4	-	-
5	100%	-
Σύνολο	100,0	100,0

#### 4.7 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με διαφλοιική αισθητηριακή αφασία

Οι ασθενείς με διαφλοιική αισθητηριακή αφασία ανέρχονται στο 13,7%. Ο βαθμός σοβαρότητας της αφασίας μπορεί να ποικίλλει από μηδέν έως τέσσερα. Στην προκειμένη περίπτωση οι ασθενείς θα μπορούσαν να βρίσκονται στη θέση δύο με τρία. Η συζήτηση λοιπόν, για οικεία θέματα αλλά και για σχεδόν όλα τα καθημερινά προβλήματα είναι εφικτή με τη βοήθεια του εξεταστή. Όμως, συχνά παρατηρούνται αποτυχίες στη μετάδοση της κεντρικής ιδέας λόγω της μειωμένης κατανόησης καθιστώντας τη συζήτηση για συγκεκριμένα θέματα δύσκολη ή αδύνατη.

Στον Πίνακα 15, που ακολουθεί παρατηρούμε ότι οι ασθενείς μπορούν να προφέρουν έως επτά λέξεις, πλησιάζοντας την κανονική μελωδία και το φυσιολογικό εύρος σύνταξης. Ο λόγος τους είναι ευφραδής αλλά κενός στις περισσότερες των περιπτώσεων, ενώ σπανίως δίνουν πληροφοριακές λέξεις. Από την ομιλία τους δεν λείπουν και οι παραφασίες, οι οποίες είναι παρών σε κάθε έκφραση με πιο συχνές τις λεκτικές σε σχέση με τις φωνημικές. Η αρθρωτική ευκινησία είναι εξίσου καλή με το σύνολο να βρίσκεται στη θέση έξι, αντιθέτως στη δοκιμασία «ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις», τα ποσοστά είναι χαμηλά λόγω της μειωμένης ακουστικής κατανόησης.

**Πίνακας 15. Διαφλοιική αισθητηριακή αφασία «Κατανομή ασθενών με βάση την ευχέρεια του λόγου»**

	1	2	3	4	5	6	7	Σύνολο
Αρθρωτική ευκινησία						100%		100,0
Μήκος φράσης							100%	100,0
Γραμματική μορφή						100%		100,0
Προσωδία						100%		100,0
Παραφασία		100%						100,0
Εύρεση λέξης αναφορικά με την ευφράδεια		100%						100,0
Ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις				100%				100,0

Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα κατανόησης του προφορικού λόγου και κατονομασίας, καθώς και πρόβλημα στη γραφή και την ανάγνωση. Όμως, το κύριο διαφοροδιαγνωστικό χαρακτηριστικό τους σε σχέση με τους αφασικούς του Wernicke είναι η πολύ καλή ικανότητα επανάληψης. Στον Πίνακα 16, παρατηρούμε ότι υπάρχει άνεση στην επανάληψη λέξεων και φράσεων με εμφανής δυσκολία στις πολυσύλλαβες προτάσεις. Η μέση ποσοστιαία βαθμολογία βρίσκεται στο 70% με 80%.

**Πίνακας 16. Κατανομή ασθενών με βάση την επανάληψη**

Βαθμολογίες	Μεμονωμένες λέξεις	Προτάσεις
0	-	-
1	-	100%
2	-	-
3	-	-
4	100%	-
5	-	-
Σύνολο	100,0	100,0

#### 4.8 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με αφασία αγωγής

Το σύνολο των ασθενών με αφασία αγωγής ανέρχεται στο 9,0%. Οι ασθενείς εμφανίζουν σοβαρά ελλείμματα κατά την έναρξη της νόσου. Στην κλίμακα εκτίμησης σοβαρότητας της αφασίας βρίσκονται στη θέση δύο, όπου η συζήτηση για οικεία θέματα είναι δυνατή με τη βοήθεια του ακροατή. Συχνά παρατηρούνται αποτυχίες στη μετάδοση της κεντρικής ιδέας, αλλά ο ασθενής μοιράζεται την κεντρική ιδέα της συζήτησης με τον ακροατή.

Στον Πίνακα 17, που ακολουθεί παρατηρούμε ότι η αρθρωτική ευκινησία δεν είναι άριστη, όπως και το μήκος φράσης διότι επηρεάζονται δυσμενώς από τη προσπάθεια του ασθενούς για σωστή διάταξη των φωνημάτων. Η γραμματική μορφή ποικίλλει, από τη μια παρουσιάζουν παραλείψεις των απαιτούμενων γραμματικών μορφημάτων και από την άλλη τείνουν να πλησιάζουν το φυσιολογικό εύρος σύνταξης. Ο λόγος τους είναι ρέων με συχνές λεκτικές παραφασίες. Κατά την ομιλία παράγουν πληροφοριακές λέξεις αναλογικά με την ευφράδεια. Όσον αφορά τη δοκιμασία «ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις» οι βαθμολογίες τους είναι αρκετά καλές με το 50% να βρίσκεται στο επίπεδο πέντε και έξι.

**Πίνακας 17. Αφασία αγωγής «Κατανομή ασθενών με βάση την κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του εκφραστικού λόγου»**

	1	2	3	4	5	6	7	Σύνολο
Αρθρωτική ευκινησία						100%		100,0
Μήκος φράσης						100%		100,0
Γραμματική μορφή					50%	50%		100,0
Προσωδία						100%		100,0
Παραφασία		100%						100,0
Εύρεση λέξης αναφορικά με την ευφράδεια				100%				100,0
Ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις					50%	50%		100,0

Στον Πίνακα 18, φαίνεται ότι η ικανότητα κατανόησης διατηρείται σε καλό επίπεδο με το σύνολο να βρίσκεται στο 50% με 60%. Στον Πίνακα 19, που ακολουθεί παρατηρούμε ότι οι ασθενείς εμφανίζουν υψηλές βαθμολογίες στη δοκιμασία Διάκρισης λέξεων. Όσον αφορά την Εκτέλεση εντολών και τις Αφηρημένες έννοιες οι βαθμολογίες είναι ικανοποιητικές, σε αντίθεση με την επανάληψη, την κατονομασία, την ανάγνωση και τη γραφή όπου παρουσιάζουν χαμηλές επιδόσεις. Η επανάληψη βρίσκεται στο 40% με κύριες δυσκολίες σε επίπεδο προτάσεων. Η ανάγνωση είναι συνήθως σύστοιχη με το γενικό επίπεδο σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενούς. Παρουσιάζουν υψηλές βαθμολογίες στη δοκιμασία, Αναγνώρισης Βασικών Συμβόλων και καλές επιδόσεις στην εκφώνηση λέξεων. Από την άλλη η εκφώνηση προτάσεων είναι διαταραγμένη με πολλαπλές παραφασίες, σε σχέση με την χαμηλόφωνη ανάγνωση όπου παρουσιάζουν μέτριες βαθμολογίες.

**Πίνακας 18. Κατανομή ασθενών με βάση την κατανόηση**

Ποσοστιαία βαθμολογία	Συχνότητες	Ποσοστά%
0 – 20	-	-
30 – 40	-	-
50 – 60	2	100
70 – 80	-	-
90 – 100	-	-
Σύνολο	2	100,0

**Πίνακας 19. Κατανομή ασθενών με βάση την επίδοση στην ακουστική κατανόηση**

Βαθμολογία	Διάκριση λέξεων	Εκτέλεση εντολών	Αφηρημένες έννοιες
1 – 3	-	50%	50%
4 – 6	-	50%	50%
7 – 9	-	-	-
10 – 12	-	-	-
13 – 15	50%	-	-
Έως και 16	50%	-	-
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

#### 4.9 Ανάλυση στοιχείων ασθενών με ανομική αφασία

Ένας ήταν ο ασθενής που διαγνώστηκε με κατονομαστική αφασία. Στην κλίμακα εκτίμησης σοβαρότητας της αφασίας βρίσκεται στη θέση τρία. Ήταν σε θέση να συζητήσει για σχεδόν όλα τα καθημερινά προβλήματα με λίγη ή χωρίς βοήθεια. Όμως, η μειωμένη ικανότητα ομιλίας λόγω της δυσαρθρίας καθιστούσε τη συζήτηση για συγκεκριμένα θέματα δύσκολη ή αδύνατη.

Στον Πίνακα 20, παρατηρούμε ότι ο ασθενής μπορούσε να προφέρει μέχρι επτά λέξεις, με μέτρια αρθρωτική ευκινησία και με παραλείψεις των απαιτούμενων γραμματικών μορφημάτων. Η προσωδία ήταν εξίσου διαταραγμένη παράγοντας πληροφοριακές λέξεις αναλογικά με την ευφράδεια, ενώ κάποιες φορές ο λόγος έμοιαζε κενός και δυσνόητος λόγω της δυσαρθρίας. Οι παραφασικές παρεμβολές είναι πιο σπάνιες. Όσον αφορά τη δοκιμασία, Ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά. Κάτω από άλλες συνθήκες οι βαθμολογίες στην κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του εκφραστικού λόγου θα βρίσκονταν στις υψηλότερες θέσεις με αρκετά καλές βαθμολογίες, όμως η ύπαρξη δυσαρθρίας μειώνει κατά πολύ τις επιδόσεις του ασθενούς.

**Πίνακας 20. Ανομική αφασία «Κατανομή ασθενών με βάση την κλίμακα εκτίμησης των χαρακτηριστικών του εκφραστικού λόγου»**

	1	2	3	4	5	6	7	Σύνολο
Αρθρωτική ευκινησία					100%			100,0
Μήκος φράσης							100%	100,0
Γραμματική μορφή				100%				100,0
Προσωδία		100%						100,0
Παραφασία						100%		100,0
Εύρεση λέξης αναφορικά με την ευφράδεια				100%				100,0
Ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις					100%			100,0

Στον Πίνακα 21, παρατηρούμε ότι η ικανότητα κατανόησης παρουσιάζει υψηλές επιδόσεις, με τη μέση ποσοστιαία βαθμολογία να αγγίζει το 70% με 80%. Στον Πίνακα 22, που ακολουθεί φαίνεται ότι η Δοκιμασία διάκρισης λέξεων είναι άριστη με μέτριες επιδόσεις στις υπόλοιπες δύο δοκιμασίες. Υπάρχει εμφανής δυσκολία στην εκτέλεση σύνθετων εντολών χωρίς τη χρήση αντικειμένων ενώ, στις Αφηρημένες έννοιες ο ασθενής παρουσιάζει αρκετά ικανοποιητικές επιδόσεις με απόκλιση δύο βαθμών από τη συνολική βαθμολογία. Εξίσου ικανοποιητική είναι και η επανάληψη με τη μέση ποσοστιαία βαθμολογία να βρίσκεται στο 60%. Στον Πίνακα 23, γίνεται φανερό ότι ο ασθενής είχε αρκετά καλές βαθμολογίες με εμφανής δυσκολίες στην επανάληψη προτάσεων. Υπό άλλες συνθήκες θα παρουσίαζε διαφορετική κλινική εικόνα αλλά, λόγω της δυσαρθρίας η επανάληψη είναι διαταραγμένη στις πολυσύλλαβες προτάσεις με την παρουσία αρθρωτικών λαθών. Η ανάγνωση έχει την τάση να ακολουθεί τον προφορικό λόγο, έτσι ο ασθενής παρουσιάζει υψηλές βαθμολογίες στις δοκιμασίες, Αντιστοίχισης Γραμμάτων και Λέξεων, στην Αντιστοίχιση Αριθμών και στην Ανάγνωση λέξεων. Ενώ μέτριες είναι οι επιδόσεις του στις δοκιμασίες, Αντιστοίχιση Λέξης- Εικόνας, στην Ανάγνωση Προτάσεων, στην Κατανόηση Προτάσεων και στην Κατανόηση Παραγράφων. Όσον αφορά την γραφή και την κατονομασία, η γραφή ήταν αδύνατον να αξιολογηθεί διότι ο ασθενής παρουσίαζε δεξιά ημιπληγία και ήταν δεξιόχειρας. Η κατονομασία πάλι στη Δοκιμασία Κατονομασίας της Βοστώνης κυμαίνεται σε χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση με τις προηγούμενες δοκιμασίες. Ο ασθενής δυσκολεύεται στην ανάκληση λέξεων με αποτέλεσμα να οδηγείται σε λεκτικές παραφασίες και περιφράσεις στην προσπάθεια του να κατονομάσει το ζητούμενο αντικείμενο. Η βαθμολογία του είναι μόνο τέσσερα στα δεκαπέντε. Αντιθέτως κατά των Έλεγχου Ειδικών Κατηγοριών ήταν άψογος, όχι όμως και στις Απαντήσεις Κατονομασίας που αφορούν τη συνειρμική κατονομασία.

**Πίνακας 21. Κατανομή ασθενών με βάση την κατανόηση**

Ποσοστιαία βαθμολογία	Συχνότητες	Ποσοστά%
0 – 20	-	-
30 – 40	-	-
50 – 60	-	-
70 – 80	1	100
90 – 100	-	-
Σύνολο	1	100,0

**Πίνακας 22. Κατανομή ασθενών με βάση την επίδοση στην ακουστική κατανόηση**

Βαθμολογία	Διάκριση λέξεων	Εκτέλεση εντολών	Αφηρημένες έννοιες
1 – 3	-	-	-
4 – 6	-	100%	100%
7 – 9	-	-	-
10 – 12	-	-	-
13 – 15	-	-	-
Έως και 16	100%	-	-
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

**Πίνακας 23. Κατανομή ασθενών με βάση την επανάληψη**

Βαθμολογίες	Μεμονωμένες λέξεις	Προτάσεις
0	-	-
1	-	100%
2	-	-
3	-	-
4	100%	-
5	-	-
Σύνολο	100,0	100,0

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αφασία είναι μια πολυσύνθετη διαταραχή που διαφέρει από άτομο σε άτομο και κατηγοριοποιείται ανάλογα με τα εκάστοτε συμπτώματα. Η κλινική εικόνα του ασθενούς μεταπηδά από τον ένα τύπο αφασίας στον άλλο με την πάροδο της θεραπείας. Αρχικά δίνει την εντύπωση μιας ολικής αφασίας, ο ασθενής μοιάζει να είναι αποπροσανατολισμένος λόγω του συμβάντος, ενώ μετά το πέρας δέκα ημερών τα συμπτώματα έχουν σταθεροποιηθεί και η αξιολόγηση είναι εφικτή και έγκυρη.

Σύμφωνα με την Διαγνωστική Εξέταση της Βοστώνης για την αφασία ελληνική συνοπτική μορφή, οι ασθενείς του κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας, οι οποίοι συμμετείχαν στην διεξαγωγή της έρευνας μέσω της αξιολόγησης είχαν υποστεί κατά πλειοψηφία αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η αξιολόγηση ανέδειξε ως συχνότερο τύπο αφασίας, την αφασία Broca και αμέσως επόμενη τη διαφλοιική κινητική, σε μικρότερα ποσοστά κυμαινόταν, η ολική, η μεικτή, η διαφλοιική αισθητηριακή και πιο σπάνιες ήταν η αγωγής και η ανομική. Κάθε ασθενείς παρουσίαζε διαφορετική κλινική εικόνα ακόμη και αυτοί που βρισκόταν στον ίδιο τύπο αφασίας, αυτό οφείλεται τόσο στο εκπαιδευτικό επίπεδο κάθε ασθενούς όσο και στο βαθμό βαρύτητας της αφασίας, εκεί όπου κάποιος υπερτερούσε κάποιος άλλος υστερούσε. Συγκεκριμένα οι διαφορές εντοπιζόνταν στο χρόνο απόδοσης, στην ανάγνωση, στην κατονομασία και στην εκτέλεση εντολών. Ως προς το χρόνο απόδοσης υπήρχαν αποκλίσεις μεταξύ ασθενών, οι οποίοι βρισκόνταν στον ίδιο τύπο αφασίας. Κάποιοι χρειάζονταν περισσότερο χρόνο για την εκτέλεση μια δοκιμασίας δίνοντας όμως το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ως προς την ανάγνωση υπήρχαν διαφορές μεταξύ χαμηλόφωνης και μεγαλόφωνης ανάγνωσης. Ακόμη, αν και η πλειοψηφία των ασθενών είχε καλές επιδόσεις στη δοκιμασία Αναγνώρισης Βασικών Συμβόλων λίγοι ήταν εκείνοι που μπορούσαν να αναγνώσουν λέξεις ή και προτάσεις, σε σχέση πάντοτε με το είδος και το βαθμό βαρύτητας της αφασίας. Η κατονομασία ήταν σχεδόν πάντοτε διαταραγμένη, με μέτριες επιδόσεις στη συνειρμική κατονομασία και τον έλεγχο ειδικών κατηγοριών. Ως προς την εκτέλεση εντολών πάλι, κανείς δεν κατάφερε να εκτελέσει πλήρως την τρίτη εντολή «Ακούμπησε κάθε ώμο σου δύο φορές, με τα δύο σου δάχτυλα έχοντας τα μάτια σου κλειστά» ενώ, αρκετοί ήταν και εκείνοι που δυσκολευτήκαν να εκτελέσουν και τη δεύτερη εντολή «Βάλε το μολύβι πάνω στην κάρτα και μετά βάλε το πίσω στη θέση του».



Αναλύοντας τα δεδομένα της αξιολόγησης και συγκρίνοντας τα με τα αποτελέσματα της κάθε αphasίας, γίνεται εμφανές ότι το σύνολο των ασθενών ήταν αδύνατον να αξιολογηθεί ως προς τη γραφή, διότι λόγω του εγκεφαλικού τραύματος είχαν υποστεί δεξιά ημιπληγία και ήταν δεξιόχειρες. Στη συνέχεια παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ασθενών είχε αρκετά καλές επιδόσεις στη δοκιμασία. Ανταπόκριση σε απλές κοινωνικές αποκρίσεις, καθώς και στη δοκιμασία Αναγνώρισης Βασικών Συμβόλων που αναφέρεται στην ανάγνωση, εκτός εκείνων οι οποίοι αντιμετώπιζαν δυσκολίες κατανόησης. Επίσης, η κατονομασία, όπου δεν ήταν εφικτή πραγματοποιούνταν μέσω της φωνολογικής διευκόλυνσης. Επιπλέον, σχεδόν όλοι οι ασθενείς είχαν καλές επιδόσεις στη δοκιμασία Αυτοματοποιημένες Αλληλουχίες, με μικρή βοήθεια κατά την έναρξη. Από το λόγο τους βέβαια, δεν έλλειπαν οι λεκτικές εμμονές οι οποίες έκαναν την παρουσία τους στη δοκιμασία, Αφηρημένες Έννοιες, όπου ο ασθενής καλούνταν να απαντήσει με Ναι ή Όχι, όπως και οι παραφασίες λεκτικές ή φωνημικές οι οποίες γινόταν κυρίως αισθητές στη Δοκιμασία Κατονομασίας της Βοστώνης. Τέλος αξιολογήθηκαν και τα μη Γλωσσικά Ποιοτικά Χαρακτηριστικά Παραγωγής, δηλαδή ο ρυθμός ομιλίας, η ένταση της φωνής και η ποιότητα της φωνής. Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσίαζε φυσιολογικό ρυθμό, ένταση και ποιότητα φωνής ενώ, δεν έλλειπαν και αυτοί που εμφάνιζαν αργό ρυθμό, υποφωνία και ψιθυριστή ομιλία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Βάρβογλη, Λ. (2006). *Ερευνώντας τους λαβυρίνθους του εγκεφάλου*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα

Γεωργάρας, Α. και Μαλτέζου, Μ. (1996). *Νευρολογία*, εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά θέματα λογοθεραπείας*, εκδ. ΕΛΛΗΝ, Αθήνα

Λογοθέτη, Ι. και Μυλωνά, Ι. (1996). *Νευρολογία «Λογοθέτη»*, 3<sup>η</sup> εκδ. Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσ/νίκη

Μεντελόπουλος, Γ. (2003). *Αφασίες- Αγνωσίες- Απραξίες «Και η σχέση τους με τη μνήμη»*, εκδ. Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσ/νίκη

Παναγέα, Ε. & Μεσσήνης, Λ. (2013). *Διαγνωστική Εξέταση της Βοστώνης για την Αφασία Συνοπτική ελληνική μορφή (ΔΕΒΑ- ΣΜ)*, Ημερίδα: Σύγχρονα δεδομένα για την αξιολόγηση και αποκατάσταση της γλώσσας- αφασίας, Ιωάννινα

Παπαθανασίου, Η. (2014). *Αφασία*, Παραδόσεις μαθήματος στο Τμήμα Λογοθεραπείας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Δυτικής Μακεδονίας

Πόταγας, Ι. και Ευδοκίμης, Ι. (2008). *Συζητήσεις για το Λόγο στο αιγινήτειο*, εκδ. Συνάψεις, Αθήνα

Τέγου, Γ. (2013- 2014). *Αφασίες και συναφείς διαταραχές*, Παραδόσεις μαθήματος στο Τμήμα Λογοθεραπείας, Σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, ΤΕΙ Καλαμάτας

Albyn Davis, G. (2011). *ΑΦΑΣΙΟΛΟΓΙΑ «ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ»*, 2<sup>η</sup> εκδ. Πασχαλίδης, Ελληνική επιμέλεια: Νάσιος Γρηγόριος

Harold, G., Edith, K. & Barbara, B. (2013). *Η Αξιολόγηση της Αφασίας και των Συναφών Διαταραχών*, Ελληνική επιμέλεια: Μεσσήνης, Λ., Παναγέα, Ε., Παπαθανασόπουλος, Π. και Καστελλάκης, Α. εκδ. Gotsis

Noma, B. A. & George, H. S. (2013). *Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας*, 8<sup>η</sup> εκδ. Πασχαλίδης, Ελληνική επιμέλεια: Τρίμμης, Ν. και Ζιάβρα

John, W. (1982). *Νευρολογία*, 5<sup>η</sup> εκδ. Ιατρικές εκδόσεις

Ξερόγλωσση

Todd, E. F. & Martha, J. F. (1997). *Behavioral Neurology and Neuropsychology*,  
McGraw-Hill