

2010

Κανονιστικά δεδομένα
και διακριτική
εγκυρότητα της
BDAE-SF σε
Κύπριους ενήλικες.
Πτυχιακή Εργασία

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Αβρααμίδης Κωνσταντίνος
Επιβλέπων καθηγητής: Δρ Μεσσήνης Λάμπρος

20/9/2010



Περιεχόμενα.

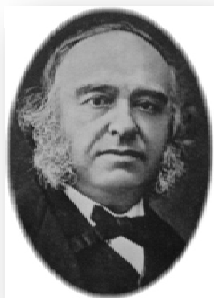
Κεφάλαιο 1: Βιβλιογραφική ανασκόπηση	3
1.1 Εισαγωγή.....	3
1.2 Ιστορία της Αφασίας.....	3
1.3 Αφασία : Ορισμός και ταξινόμηση.....	4
1.4 Τύποι Αφασίας,	6
1.4.1 Ταξινόμηση Αφασιών κατά Luria.	12
1.4.2. Εξέταση εντοπισμού της Αφασίας.	15
1.5. Θεραπευτική αντιμετώπιση της Αφασίας.	16
1.6. Διαγνωστική εξέταση της Βοστώνης.....	17
1.7. Σκοπός της έρευνας.....	21
Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία	23
2.1 Εισαγωγή.....	23
2.2 Δείγμα.....	23
2.3. Διαδικασία.....	24
2.4. Κριτήρια συμπερίληψης στην μελέτη.....	28
Κεφάλαιο 3: Αποτελέσματα	30
3.1 Συνεισφορά της ηλικίας, της εκπαίδευσης και του φύλλου στην ακουστική κατανόηση, προφορική απόδοση, ανάγνωση, γραφή και αυθόρμητη γραφή.....	30
3.2 Κανονιστικά δεδομένα	37
Κεφάλαιο 4: Συζήτηση	39
4.1. Συζήτηση.....	39
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	41

Κεφάλαιο 1: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

1.1 Εισαγωγή.

Κάθε ασθενής με νευρολογικά συμπτώματα ή προβλήματα πρέπει να υποβληθεί σε πλήρη εξέταση. Μερική εξέταση πρέπει να αποτελεί εξαίρεση στον κανόνα δια τον λόγο ότι τοπικό ή μερικό πρόβλημα στο σώμα ενδέχεται να οφείλεται σε κάποια κεντρική βλάβη και να αποτελεί μέρος μια γενική συμπτωματολογίας. Αυτά τα λόγια εμπεριέχουν το μεγαλύτερο μέρος τις γνώσης που ένας κλινικός πρέπει να διαθέτει. Ως εκ τούτου στην παρούσα εργασία πραγματώσαμε και αναλύσαμε την διαγνωστική εξέταση της Βοστώνης για την Αφασία σε φυσιολογικά αλλά και παθολογικά άτομα και αναλύσαμε τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας . Με σκοπό να αποκτήσουμε νόρμες σε ηλικιακό πληθυσμό από 50-75 ετών. Το έργο μας δεν ήταν εύκολο σε γενικά πλαίσια, από την μία η μη ύπαρξη παρόμοιων μελετών στην Κύπρο και από την άλλη η γενική έλλειψη συγγραμμάτων για το θέμα στην Ελληνική γλώσσα.

1.2 Ιστορία της Αφασίας.



Κατά την διάρκεια του Συμποσίου των Γάλλων Ανθρωπολόγων τον Απρίλιο του 1861 ένα ιδρυτικό μέλος του συλλόγου και γνωστός χειρουργός της εποχής παρουσίασε στην κοινότητα τον εγκέφαλο ενός άνδρα που τα τελευταία 21 χρόνια τις ζωής του δεν μπορούσε να παράξει ομιλία. Ο,τι ήθελε αυτός ο άνδρας να πει χρησιμοποιούσε την συλλαβή /tan/. Και μόνο όταν ήταν πολύ θυμωμένος παρήγαγε κάποιου είδους βρισιά αντί την σταθερή συλλαβή /tan/ που δεν είχε και κανένα νόημα στα αυτιά των ακροατών του. Αυτός ο επιστήμονας ονομαζόταν Paul Broca (1824 – 80). Ο Broca διατέλεσε αυτοψία στον άνδρα αυτό και ανακάλυψε μια περιοχή στον εγκέφαλο του η οποία δυσλειτουργούσε, εκείνη η περιοχή ονομάζεται περιοχή Broca εις μνήμη του ανθρώπου που την ανακάλυψε. Στην συνέχεια ο Broca σε επόμενο συνέδριο παρουσίασε την λεπτομερή αναφορά του για τον 'Ταν ' και πρότεινε

να ονομάσουν αυτή την διαταραχή 'Aphemia' δηλαδή την χρήση του στερητικού α στην αρχή και την ρίζα rhomein που σημαίνει μιλάω.

Το 1864 σε μία διάλεξη που δόθηκε στο Παρίσι και συγκεκριμένα στο Νοσοκομείο Hôtel – Dieu ο γάλλος καθηγητής Armand Trousseau ισχυρίστηκε ότι ο Broca χρησιμοποιούσε λάθος την λέξη arhemia και έδωσε νέο ορισμό. Το νέο όνομα ήταν Αφασία. Σε λίγο χρονικό διάστημα η λέξη Αφασία εδραιώθηκε και κρατήθηκε μέχρι τώρα από τους επιστήμονες. Παρόλα αυτά η λέξη arhemia ακόμα χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις μειωμένης λεκτικής επάρκειας που οφείλεται σε ανώτερη εγκεφαλική δυσλειτουργία χωρίς ωστόσο ο ομιλητής να χάνει όλες του τις γλωσσικές ικανότητες. Αυτή ήταν η αρχή για την εξερεύνηση της αφασίας σαν ένα παγκόσμιο πρόβλημα που ταλανίζει χιλιάδες οικογένειες. Ιδιαίτερα με τα τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο όπου και το δείγμα των ατόμων που έπασχαν από διαφορετικού τύπου αφασία αυξήθηκε λόγω των τραυματισμών, τότε η επιστήμη ξεκίνησε να ασχολείται πιο έντονα με το πρόβλημα.



1.3 Αφασία : Ορισμός και ταξινόμηση.

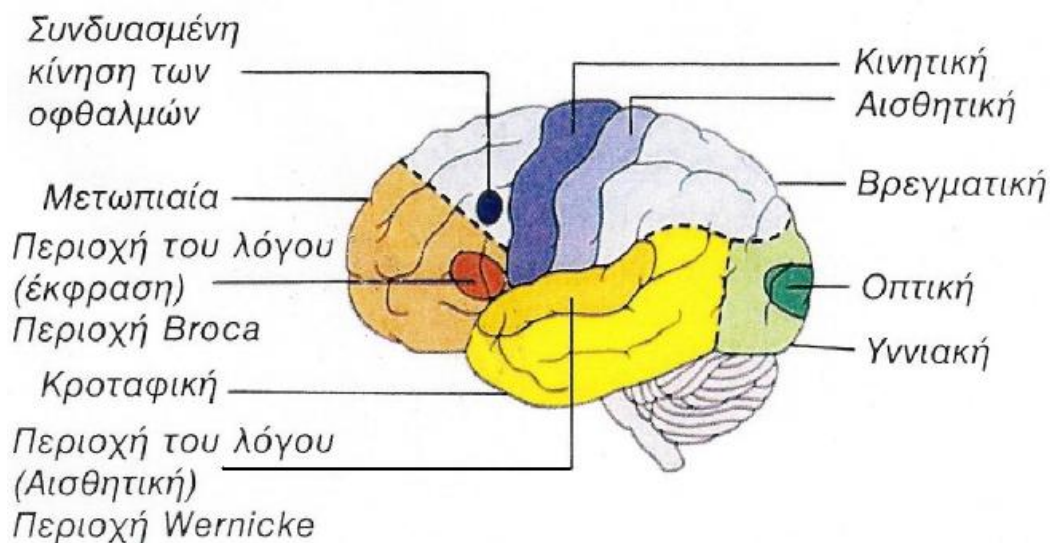
Με τον όρο Αφασία ή δυσφασία ορίζουμε την επίκτητη διαταραχή επικοινωνίας που οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη και χαρακτηρίζεται από έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, του προφορικού λόγου, της ακουστικής αντίληψης, της ανάγνωσης αλλά και της γραφής. (Καμπανάρου. Μ, 2007. Brookshire, 1993). Αρχικά όμως πρέπει να αναφερθούμε στο τι είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο το οποίο προκαλεί την Αφασία. Το εγκεφαλικό επεισόδιο (ΕΕ) συμβαίνει όταν για κάποιο λόγο διαταράσσεται ξαφνικά η αιμάτωση του εγκεφάλου. Το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την διαταραχή των νοητικών αλλά και των σωματικών λειτουργιών, που



ελέγχονται από την πάσχουσα περιοχή του εγκεφάλου. Τα ΕΕ μπορεί να είναι αποφρακτικού τύπου, δηλαδή να οφείλονται σε απόφραξη κάποιου αγγείου ή αιμορραγικού τύπου τα οποία προκαλούνται λόγω αγγειακή ρήξης . Ποιο αναλυτικά τα ΕΕ αποφρακτικού τύπου προέρχονται από εμβολή ή θρόμβωση, ενώ τα ΕΕ αιμορραγικού τύπου μπορούν να συμβούν όταν σε μία αρτηρία στον εγκέφαλο υπάρχει ρήξη. Το έμβολο ή ο θρόμβος μέσω του κυκλοφορικού συστήματος μεταφέρονται στον εγκέφαλο και αποφράσουν μια περιοχή και με την πάροδο του χρόνου αυτή η περιοχή ατροφεί.

Με την πάροδο του χρόνου έχουν δημιουργηθεί διάφορα συστήματα ταξινόμησης των αφασιών. Μεμονωμένοι ερευνητές προσπάθησαν να αναπτύξουν την δική τους ορολογία και να διαφοροποιήσουν τους πόλους τύπους αφασίας βασιζόμενη στην δική τους γνώση αλλά και γνώμη. Αν και διάφοροι ερευνητές έτειναν να συμφωνήσουν σε μεγάλο βαθμό, στα κριτήρια που διαφοροδιανώσκουν τον ένα τύπο αφασίας από τον άλλο, χρησιμοποιούσαν ένα μεγάλο φάσμα ορολογίας και έτσι δεν έγινε εφικτή η χρήση μίας παγκόσμιας ορολογίας για τα αφασικά σύνδρομα. Για να περιοριστεί η σύγχυση αρκετοί συγγραφείς χρησιμοποίησαν απλές διχοτομίες για να ξεχωρίζουν τις αφασίες. Κάνοντας αρχή με τον Wernicke (1874) με τον διαχωρισμό σε αισθητική ή κινητική μετά τους Weisenberg & McBride (1935) με την εκφραστική ή επαναληπτική. Στην συνέχεια στον Benson (1967) με την ρέουσα ή μη ρέουσα ομιλία και τέλος την εμπρόσθια και οπίσθια βλάβη των Goodglass & Kaplan (1972).

Κατά την εκφραστική ή την κινητική αφασία το πρόβλημα ενκειται κατά κύριο λόγο σε εμπρόσθιες περιοχές του εγκεφάλου (περιοχή Broca), τα άτομα με αυτή την δυσκολία παρουσιάζουν ανικανότητα στην παραγωγή του λόγου και ως εκ τούτου δεν έχουν ρέουσα ομιλία. *Στην πιο κάτω εικόνα παρουσιάζεται η περιοχή Broca και Wernicke.*



Η δε αντιληπτική ή αισθητική αφασία συνδέεται με οπίσθιες περιοχές του εγκεφάλου και έχει σαν αποτέλεσμα προβλήματα στην κατανόηση και στον σχηματισμό του λόγου. Γενικά αυτό που διαχωρίζει την κινητική από την αισθητηριακή αφασία είναι ότι στην κινητική αφασία η κατανόηση είναι πάσχουσα ελαφρός ενώ στην αισθητηριακή είναι πολύ πιο σοβαρό το πρόβλημα, καθώς και ότι η κινητική αφασία παρουσιάζει μη ρέουσα ομιλία σε αντίθεση με την αισθητική που η ομιλία είναι ρέουσα. Αυτός ο διαχωρισμός συχνά δεν επιβεβαιώνεται αφασικοί ασθενείς μπορούν να παρουσιάσουν πρόβλημα κατανόησης και το τραύμα ή το αιμάτωμα να βρίσκεται σε εμπρόσθιες περιοχές του εγκεφάλου. Επίσης είναι πολύ χρήσιμο να αναφέρουμε ότι αμιγής αφασικά σύνδρομα είναι πολύ σπάνια συνήθως ο ασθενής παρουσιάζει μια γενική πτώση σε διάφορες περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού.

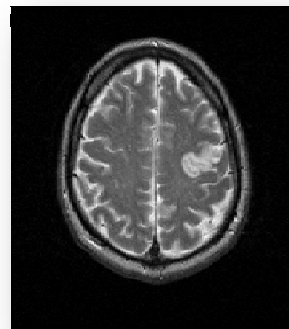
1.4 Τύποι Αφασίας.

Για τον διαχωρισμό των αφασιών υπάρχουν δύο (2) συστήματα ένα εξ αυτών είναι το Boston (Benson 1974) και χωρίζεται σε οκτώ (8) υποκατηγορίες διαφοροποιώντας την αφασία σαν σύνδρομο ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζει ο ασθενής.

Η κατάταξη της αφασίας έχει προχωρήσει ιστορικά από ένα κινητικό-αισθητικό διαχωρισμό σε αντιληπτικό-εκφραστικό και τελικά σε ρέον ή μη ρέον. Εφόσον οι περισσότεροι αφασικοί αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την εκφορά του λόγου, ο διαχωρισμός ρέοντος ή μη είναι επί του παρόντος το πλέον αποδεκτό σύστημα κατάταξης (Love and Webb, 1992 & Russel, 1990). Η ρέουσα αφασία περιλαμβάνει την αφασία τύπου Wernicke, την αφασία αγωγιμότητας και την διαφλοιική αισθητηριακή αφασία. Η μη ρέουσα αφασία περιλαμβάνει την αφασία τύπου Broca και την διαφλοιική κινητική αφασία. Η ολική αφασία παρουσιάζεται με σημαντικές διαταραχές τόσο στην κατανόηση όσο και στην παραγωγή του λόγου. Άλλοι τύποι της αφασίας είναι η ανομική αφασία, η οποία είναι ρέουσα αφασία.

Κάθε ένα από τα σύνδρομα της Αφασίας της Βοστώνης εμπεριέχει μια ειδική ομάδα συμπτωμάτων του λόγου. Για αυτό τον λόγο η διαφοροδιάγνωση των ασθενών γίνεται με βάση την επίπτωση που έχει στον λόγο του ο ασθενής.

Αφασία Broca : Κατά κύριο λόγο ο ασθενής έχει μη ρέοντα λόγο, και φτωχή επανάληψη ένεκα του κεντρικού προβλήματος που παρουσιάζει, η ακουστική κατανόηση του ασθενή είναι σχετικά παρούσα αλλά διαταραγμένη. Επίσης χαρακτηρίζεται από αργές και κοπιώδης παραγωγές και γενικό αναγραμματισμό. Χρησιμοποιεί κατά κόρον λέξεις περιεχομένου όπως ρήματα και ουσιαστικά (χρηστικά περισσότερο έχουν πιο έντονο μνημονικό ίχνος στον εγκέφαλο) και η ομιλία του αναφέρεται ως τηλεγραφική. Οι ασθενείς Broca κάνουν μεγάλες παύσεις και επαναλαμβάνουν λέξεις ακόμα και μικρές φράσεις.



Σωματικά η αφασία Broca ενδέχεται να παρουσιάζει δεξιά ημιπάρεση ή δεξιά ημιπληγία ως εκ τούτου συχνά παρουσιάζουν κάποιο είδος δυσαρθρίας (χαλαρή) το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα δυσλειτουργία στην κίνηση κατά την παραγωγή της ομιλίας.

Στον τομέα της γραφής οι ασθενείς παρουσιάζουν πτώση όπως και στην ομιλία με πολλά λάθη και παραλήψεις γραμμάτων. Αρχικά τα γράμματα είναι καλύτερα και προοδευτικά χειροτερεύουν, οι ασθενείς αυτοί πετυχένουν καλύτερα αποτελέσματα στην αντιγραφή παρά κατά την υπαγόρευση κειμένου. Τέλος η ανάγνωση είναι φτωχή, αργή και δεν συνοδεύεται με κατανόηση του μηνύματος που διαβάζουν.

Η περιοχή Broca θεωρείται υπεύθυνη για τα πιο πάνω αν και αμφισβητείται από πολλούς επιστήμονες ότι η περιοχή αυτή καθ' αυτή προκαλεί τέτοιου είδους προβλήματα και με πολλαπλές μελέτες προσπαθούν να το αποδείξουν (μελέτη Mohr 1978). Επιστήμονες υποστηρίζουν ότι κύρια αιτία της αφασίας αυτής είναι ο τραυματισμός της περιοχής του Sylvius αλλά και τον φακοειδή πυρήνα όπως και την νήσω του εγκεφάλου.

Αφασία Wernicke : Θεωρείται η αντίθετη αφασία από την Broca (Damasio, 1998). Το κυριότερο χαρακτηριστικό τον ασθενώ με αφασία Wernicke είναι ότι έχουν φτωχή ακουστική και αναγνωστική κατανόηση, ρέων ομιλία αλλά με παραφασικές παραγωγές κατά τις οποίες η συντακτική δομή παραμένει αναλλοίωτη (Goodglass et al. 2001) .



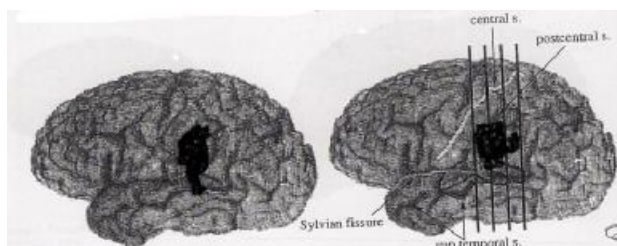
Στις πλείστες περιπτώσεις ασθενών με αφασία Wernicke τα άτομα παρουσιάζουν ευχέρεια στην ομιλία αλλά χωρίς κάποιο νόημα. Επίσης παρουσιάζουν δυσκολία στην κατονομασία η οποία δυσχεραίνει την αυθόρμητη ροή της ομιλίας τους (Goodglass et al., 1964).

Σε πολύ σύνθετες περιπτώσεις ασθενών με αφασία Wernicke αυτή η λεκτική δυσλειτουργία σε συνδυασμό με τις παραφασίες αλλά και την χρήση νεολογισμών έχουν ως αποτέλεσμα ο λόγος του ασθενή να παρουσιάζεται συνεχισμένος και χωρίς νόημα (jargon). Ασθενής με αυτού του είδους την αφασία παρουσιάζουν πρόβλημα στην ανάγνωση όπως προαναφέραμε, στην γραφή καθώς επίσης και στην επανάληψη λέξεων (Damasio, 1998).

Οι ασθενείς Wernicke σπάνια παρουσιάζουν σωματικά προβλήματα όπως ημιπληγία ή ημιπάρεση. Έτσι η γραφή τους και η άρθρωση τους δεν παρουσιάζει

κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα. Τα γράμματα τους είναι ευανάγνωστα και η άρθρωση του σωστή, χρησιμοποιούν φράσης με σωστό μήκος και προσωδία. Όπως και στον προφορικό τους λόγο έτσι και στον γραπτό το περιεχόμενο τους είναι δυσνόητο και σε ορισμένες περιπτώσεις ακατανόητο.

Αφασία Αγωγής: Στις περιπτώσεις αφασίας αγωγής ο ασθενής έχει ρέουσα ομιλία αλλά όχι τόσο πλούσια ροή όπως στην Wernicke (Damasio, 1998). Το κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι έχουν φτωχή επανάληψη και καλή ακουστική κατανόηση (Goodglass et al., 2001).



Οι πλείστοι ασθενής παρουσιάζουν φωνημική παραφασία και ο λόγος τους αλλοιώνεται από πληθώρα παραφασικών λαθών. Αρκετές φορές υποβόσκει κάποια εξασθένηση στην άρθρωση και δυσκολία ανευρέσεις της σωστής λέξης κατά την ομιλία, αυτό έχει σαν επακόλουθο την δυσκολία και στην ροή της ομιλίας αλλά και την καταληπτότητα της.

Στον τομέα της γραφής οι ασθενείς παρουσιάζουν οπτικά καλή γραφή με ευανάγνωστα γράμματα και φυσιολογικές κινητικές δυνατότητες, η ορθογραφία τους είναι φτωχή και κάνουν μεταθέσεις λέξεων ή γραμμάτων μέσα στην πρόταση ή την λέξη αντίστοιχα. Τέλος η ανάγνωση τους είναι μειωμένη, αλλά αυτοί οι ασθενείς συχνά επανακτούν σχετικά καλές ικανότητες ανάγνωσης.

Ολική Αφασία : Σε περιπτώσεις ολικής αφασίας η γενική εικόνα του ασθενή στην ροή, την κατονομασία, την κατανόηση και την επανάληψη είναι σοβαρά επηρεασμένες. Στην ολική αφασία η ομιλία των ασθενών χαρακτηρίζεται από μειωμένες παραγωγές φωνημάτων και πολύ μειωμένο λεξικό εξόδου. Η ικανότητα της κατανόησης αν και είναι σε μεγάλο βαθμό επηρεασμένη εντούτοις είναι συχνά



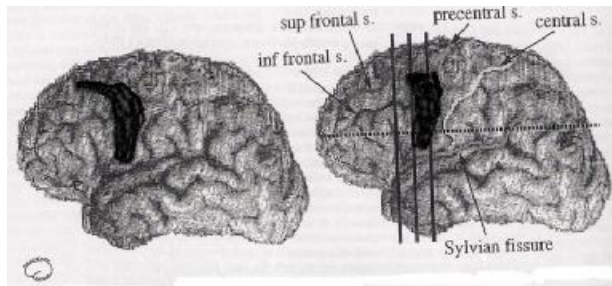
καλύτερη σε σχέση με τους υπόλοιπους τομείς.

Σωματικά παρουσιάζονται σύνοδα προβλήματα όπως ημιπληγία, ημιπάρεση, περιορισμένη όραση, αδυναμία προσοχής αλλά και απώλεια αισθήσεων.

Πολλοί ερευνητές αναφέρουν σαν αιτία της ολικής αφασίας μια εκτενή και διάχυτη κάκωση του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου που περιλαμβάνει και τις περιοχές του Broca και Wernicke (Murdoch, 1992). Γεγονός το οποίο δεν συμμαρξίζεται όλη η επιστημονική κοινότητα, σύμφωνα με τους Mazzocchi & Vignolo (1979) ασθενής με ολική αφασία δεν είναι ανάγκη να παρουσιάζουν κάκωση και στην περιοχή Wernicke. Ο Basso επίσης παρουσίασαν 10 ασθενής με ολική αφασία χωρίς την παρεμβολή προβλήματος στην περιοχή Wernicke.

Κινητική διαφλοική Αφασία:

Περιπτώσεις αφασικών ασθενών αυτής της κατηγορίας χαρακτηρίζεται από μειωμένη ποσότητα και πολυπλοκότητα του αυθόρμητου λόγου. Οι διαφλοική κινητική αφασικοί ασθενής έχουν δυσκολία στην μίμηση και στις οργανωμένες απαντήσεις του στον αυθόρμητη ομιλία (Damasio, 1998., Goodglass et al., 2001) .

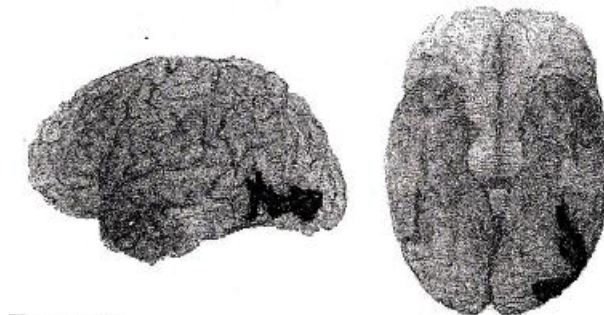


Η ροή της ομιλίας των ασθενών αυτών είναι διακεκομμένη και ενδέχεται να ακούγεται σαν τραύλισμα. Η γραμματική και η σύνταξη τους είναι πολύ απλή επίσης έχουν περιορισμένη κατανόηση γραπτού και προφορικού λόγου, η ανάγνωση τους είναι αργή και κοπιώδης και η άρθρωση τους είναι φτωχή.

Τέλος αυτά τα άτομα έχουν ακατάστατο γραφικό χαρακτήρα φτωχή ικανότητα ορθογραφία και όπως προ είπαμε γραμματική. Σωματικά παρουσιάζουν επί το πλείστο δεξιά ημιπληγία.

Διαφλοιική αισθητική Αφασία:

Ασθενείς με αυτή την κατηγορία της αφασίας έχουν ρέοντα λόγο, καλή άρθρωση με παροδικές παραφασίες και νεολογισμούς (Goodglass et al ., 2001). Κατά κύριο λόγο εμφανίζουν ολικές παραφασίες παρά φωνημικές.



Η ακουστική κατανόηση αυτών των ατόμων είναι συνήθως φτωχή, η κατονομασία τους είναι επηρεασμένη. Η ικανότητα της ανάγνωσης τους είναι αρκετά καλή αλλά η κατανόηση τους κατά την ανάγνωση είναι πολύ περιορισμένη. Επίσης παρουσιάζουν καλή επανάληψη σε γενικές γραμμές. Σωματικά παρουσιάζεται σπάνια μία παροδική ημιπάρεση.

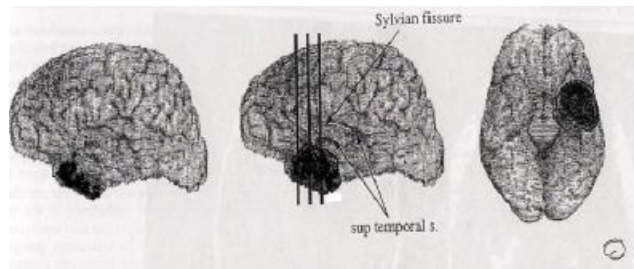
Μικτή διαφλοιική αφασία: Σε τέτοιες περιπτώσεις ο ασθενής περιμένουμε να παρουσιάζει μειωμένη ροή του λόγου, αλλά και διαταραγμένη κατανόηση του. Αν και αυτό καθ' αυτό το αφασικό σύνδρομο είναι σπάνιο και δύσκολα το συναντάμε εν τούτης εμφανίζεται.

Το άτομο παρουσιάζει επίσης μειωμένη δυνατότητα επανάληψης αν και η ικανότητα της επανάληψης διατηρείται σε καλύτερο βαθμό σε σχέση πάντοτε τα υπόλοιπα προβλήματα που παρουσιάζουν, το άτομο αυτό μπορεί να συνεχίσει μια φράση από εκεί που την άφησες και να την ολοκληρώσει.

Η άρθρωση τους είναι σχετικά καλή, αλλά η ανάγνωση και η γραφή τους παρουσιάζουν σημαντική μείωση σε σχέση με το φυσιολογικό. Τα άτομα αυτά επίσης έχουν δυσκολίες ακόμα και στην κατονομασία και συχνά εμφανίζουν νεολογισμούς όπως επίσης και σημασιολογικές παραφασίες.

Σωματικά η μικτή διαφλοιική αφασία ενδέχεται να παρουσιασθή με σοβαρή τετραπληγία, λόγο της αμφοτερόπλευρα παράλυσης του άνω κινητικού νευρώνα. Σε κάποιες περιπτώσεις πιο ήπιες το άτομο εμφανίζει μονόπλευρη κινητική δυσλειτουργία η οποία οδηγά σε δεξιά ημιπληγία ή ημιπάρεση. Τέλος έχει αναφερθεί πολλές φορές από ασθενείς σοβαρή απώλεια των αισθήσεων τους ακόμα και ημιανοψία.

Ανομία: Το κυριότερο χαρακτηριστικό αυτού του τύπου αφασίας είναι η δυσκολία ανακτήσεις από το λεξικό του ατόμου της λέξης στόχου (Damasio1998; Goodglass1993; Goodglass & Winfield 1997).



Στην ανομική αφασία η ροή του λόγου είναι συνεχής και άνετη με πολύ μικρά διαλλείματα λόγο της δυσκολίας που παρουσιάζει ο ασθενής κατά την προσπάθεια του να 'θυμηθεί' την λέξη την οποία αναζητά. Το άτομο πολλές φορές καταφεύγει στην περιγραφή της λέξης στόχου όταν νιώσει ότι δεν μπορεί να την ανακτήσει. Αυτή η κατάσταση ενδέχεται να διαφέρει από ασθενή σε ασθενή.

Η ανομικοί ασθενείς διατηρούν σε πολύ καλό βαθμό την ικανότητα τις επανάληψης αλλά και την γραπτή και ακουστική κατανόηση. Όσων αφορά την γραφή τους κυρίως είναι φυσιολογική χωρίς όμως να αποκλείεται η περίπτωση της διαταραγμένης γραφής στον ασθενή.

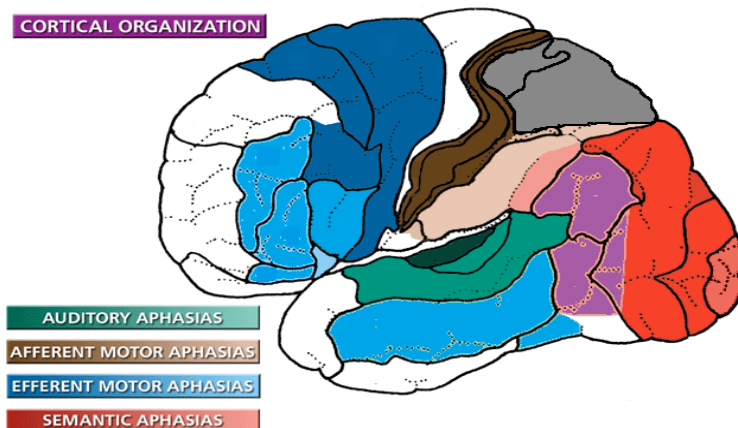
Σωματικά τα νευρολογικά αποτελέσματα ποικίλλουν, σε αρκετές περιπτώσεις παρουσιάζονται ασθενής με ημιπληγία και σε άλλες χωρίς κανένα νευρολογικό πρόβλημα.

1.4.1 Ταξινόμηση Αφασιών κατά Luria.



Η ταξινόμηση κατά των αφasiών κατά τον Luria είναι εντελώς διαφορετικές από την ταξινόμηση της Βοστώνης. Ο Luria 1970 βασιζόμενος σε εμπειριστατωμένες μελέτες που έγιναν σε ασθενείς υποστήριξε τον εξής τρόπο διαχωρισμού των αφasiών. Αρχικά περιέγραψε την κινητική αφασία προσαγωγής έπειτα την πρόσθια δυναμική αφασία, την προ κινητική αφασία, αφασία απαγωγής, αισθητική ακουστική αφασία, ακουστικομνημονική αφασία και τέλος σημασιολογική αφασία.

Ο Luria βασίστηκε σε δείγμα από τραυματισμένους από οβίδες στρατιώτες μετά το τέλος του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου.



Κινητική αφασία προσαγωγής: Ασθενείς με αυτού του είδους την αφασία παρουσιάζουν έντονη δυσκολία στην μετάβαση κατά την άρθρωση από τον ένα ήχο στον άλλο και σαν αποτέλεσμα η ροή της ομιλίας του είναι διακεκομμένη. Επίσης παρουσιάζουν δυσκολίες στην γραφή όμοιες με αυτές της ομιλίας τους. Τέλος σωματικά εμφανίζουν δεξιά ημιπάρεση ως επί το πλείστον.

Πρόσθια Αφασία: Χαρακτηριστικό αυτών των ασθενών είναι ότι έχουν περιορισμένη επικοινωνία αν και μπορούν να ψιθυρίσουν λέξεις σπάνια χρησιμοποιούν αυτή τους την δεξιότητα κατά την καθημερινή τους επικοινωνία. Θεωρείτε ότι η ασθενής με πρόσθια αφασία ότι έχουν χάσει την ικανότητα έκφρασης της των σκέψεων τους.

Κατά την γραφή τους αυτά τα άτομα παρουσιάζουν δυσκολίες και η κατανόηση τους παρουσιάζεται μειωμένη σε σημαντικό βαθμό. Σωματικά οι ασθενείς με πρόσθια αφασία παρουσιάζουν δεξιά ημιπληγία ή ημιπάρεση.

Κατά τον Luria το πρόβλημα των ατόμων αυτών βρίσκεται στην εμπρόσθια περιοχή του εγκεφάλου λίγο πάνω από την περιοχή Broca στον μετωπιαίο λοβό.

Προκινητική Αφασία: Η προκινητική αφασία χαρακτηρίζεται από μειωμένη ροή του λόγου, αγραμματισμό καθώς και διαταραγμένη κατανόηση. Παρουσιάζουν μεγάλες παύσεις κατά την ομιλία τους πράγμα που δυσχεραίνει την προσπάθειά τους να γίνουν καταληπτή.

Ο προφορικός αλλά και ο γραπτώς λόγος αυτών των ασθενών είναι αισθητά μειωμένος. Επίσης τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μονότονη ομιλία ένεκα του εγκεφαλικού προβλήματος τους. Τέλος σωματικά τα άτομα αυτά συχνά παρουσιάζουν δεξιά ημιπάρεση ή ημιπληγία.

Κινητική αφασία απαγωγής: Το πλέον χαρακτηριστικό αυτής της αφασίας είναι η δυσκολία του ατόμου να τοποθετήσει σωστά και διαδοχικά τους αρθρωτές του ούτως ώστε να παράγει ομιλία. Αυτό συμβαίνει και στον αυθόρμητο λόγο αλλά και κατά την επανάληψη.

Η ροή της ομιλίας του ατόμου είναι διαταραγμένη λόγω της ιδιαιτερότητας του προβλήματος τους. Η ανάγνωση και η γραφή τους είναι επίσης διαταραγμένες σε σημαντικό βαθμό. Τέλος σωματικά τα άτομα με κινητική αφασία απαγωγής παρουσιάζουν σε ορισμένες περιπτώσεις δεξιά ημιπάρεση η οποία προσβάλλει κυρίως τα άνω άκρα σε σχέση με τα κάτω άκρα.

Σύμφωνα με τον Luria το πρόβλημα έγκειται σε χαμηλότερα τμήματα της μετακεντρικής περιοχής του εγκεφάλου στο αριστερό ημισφαίριο.

Αισθητική αφασία: Συνδετική περιοχή αυτού του τύπου αφασίας είναι στα ανώτερα τμήματα της κροταφικής περιοχής του εγκεφάλου. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά αυτής της αφασίας είναι η δυσκολία ανάκλησης και κατονομασίας των αντικειμένων, η παρουσία παραφασιών, η δυσκολία κατά την γραφή αλλά και η παρεμπόδιση της ακουστικής ικανότητας των ήχων.

Σε αυτούς τους ασθενείς επηρεάζεται και η σημασιολογική πλευρά της ομιλίας, τα μοναδικά στοιχεία τα οποία παραμένουν άθικτα σε αυτούς τους ασθενείς είναι ο ρυθμός της ομιλίας αλλά και ο τονισμός.

Ακουστικομνημονική Αφασία: Το είδος αυτής της αφασίας έχει σαν κύριο χαρακτηριστικό την διαταραχή στην ακουστικόλεκτική μνήμη του ασθενή και ως εκ τούτου ο ασθενής μπορεί να επαναλάβει λέξεις που το δόθηκαν με σχετική ευκολία ακόμα και μετά από λίγα λεπτά αλλά αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα να διατηρήσει μικρές σειρές από λέξεις που το δόθηκαν

Η γραφή του συνήθως παραμένει ανεπηρέαστη. Η περιοχή την οποία ο Luria έθεσε σαν πάσχουσα βρίσκεται στο οπίσθιο κατώτερο τμήμα του κροταφικού λοβού.

Σημασιολογική Αφασία: Ασθενείς με τέτοιου είδους αφασία παρουσιάζουν ανικανότητα να συνθέσει μεμονωμένα ταυτόχρονα γεγονότα σε μία λογική σειρά. Οι ασθενείς με αυτή την αφασία φαίνεται να παρουσιάζουν δυσκολία στην ανάκτηση της σημασίας μιας λέξης αλλά το πρόβλημα αυτό δεν πηγάζει από αισθητηριακά προβλήματα όπως για παράδειγμα απώλεια τις ακοής.

Η ροή της ομιλίας τους είναι συνεχής και χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα, η ακουστική τους κατανόηση παραμένει ανεπηρέαστη. Η γραφή τους επηρεάζεται σε ένα βαθμό όχι και τόσο σημαντικό όμως που να κάνει την γραφή τόσο ακατάστατη που να είναι δυσνόητη.

Η σημασιολογικοί αφασικοί ασθενείς επίσης παρουσιάζουν πρόβλημα στον προσανατολισμό τους στον χώρο και επίσης έχουν έντονες δυσκολίες στην αρίθμηση.

1.4.2. Εξέταση εντοπισμού της Αφασίας.

Στα μέσα του τελευταίου αιώνα πολλοί ερευνητές προσπαθούσαν να αποδείξουν την θεωρία ότι συγκεκριμένες περιοχές στον εγκέφαλο είναι υπεύθυνες για συγκεκριμένα αφασικά σύνδρομα. Για να γίνει αυτό έπρεπε η ερευνητές να είχαν μία απεικόνιση του εγκεφάλου των ατόμων με αφασικό σύνδρομο ούτως ώστε να μπορέσουν να τα συγκρίνουν μεταξύ τους. Η πιο διαδεδομένη μέθοδος μέχρι τα μέσα του 20^{ου} αιώνα ήταν η μεταθανάτια εξέταση κάτι το οποίο προφανώς και εμπεριέχει σημαντικά μειονεκτήματα, μετά τα εγκεφαλογραφήματα αλλά και η αγγειογραφία του εγκεφάλου. Όλα αυτά σαν μέσα έδιναν σημαντικά ευρήματα στους ερευνητές εν τούτοις το καθένα από αυτά εμφάνιζε σοβαρά μειονεκτήματα.

Στις αρχές τις δεκαετίας του 1970 η *αξονική τομογραφία CT* ήρθε να αλλάξει όλα όσα ξέραμε για την αξιολόγηση και την χαρτογράφηση της αφασίας. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι μας επέτρεψε να δούμε πολύ πιο βαθιές παθολογικές περιοχές του εγκεφάλου σε συνδυασμό με διαφορετικές αιτίες παθολογίας.

Αν και η αξονική τομογραφία ήταν πολύ σπουδαίο και αρκετά διαφωτιστικό μέσο εν τούτοις και αυτή είχε τα μειονεκτήματά της.

Έτσι στο προσκήνιο εμφανίστηκε μια νέα απεικονιστική μέθοδος ονομαζόμενη ως *μαγνητική τομογραφία MRI*. Οπτικά η μαγνητική τομογραφία μοιάζει πολύ με την αξονική. Η μαγνητική τομογραφία δίνει εικόνα η οποία μπορεί να ξεχωρίσει την λευκή από την φαιά ουσία. Επίσης η μαγνητική μπορεί να εντοπίσει και πολλά αλλά παθολογικά χαρακτηριστικά όπως όγκους, οιδήματα, ατροφία στον εγκέφαλο και άλλα. Όπως όμως όλα σχεδόν τα πράγματα έτσι και η μαγνητική παρουσιάζει τα δικά της μειονεκτήματα, όπως για παράδειγμα το ότι είναι μια αρκετά ακριβή σε κόστος μέθοδος καθώς και σε συντήρηση. Επίσης χρειάζεται μία χρονική περίοδος για να πάρεις τα αποτελέσματα αλλά και ότι πολλά άτομα δεν αισθάνονται άνετα μέσα στο κλειστό κουβούκλιο της μαγνητικής τομογραφίας.

Η πιο πρόσφατη εξέταση είναι η *τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου* ή αλλιώς **PET** η οποία είναι μια μη επεμβατική τεχνική η οποία μετρά των εγκεφαλικό μεταβολισμό. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου γίνεται με τον εξής τρόπο, ο ιατρός χορηγεί ενδοφλέβια το ραδιενεργών υλικό και αυτό συσσωρεύεται στον εγκέφαλο σε 45 λεπτά. Το μεγάλο μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η μικρή χρονική διάρκεια που έχει ο ιατρός για να εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενή αφού το ραδιενεργών υλικό έχει μικρό χρόνο ζωής περίπου 2 ώρες.

1.5. Θεραπευτική αντιμετώπιση της Αφασίας.

Η αντιμετώπιση της αφασίας θα μπορούσε από μόνη της να αποτελέσει ένα ολόκληρο κεφάλαιο ακόμα και βιβλίο, η έκταση της είναι πολύ μεγάλη. Πολλοί θεραπευτές ασχολήθηκαν με το αντικείμενο αυτό ανακάλυψαν τεχνικές η οποίες βελτιώνουν την κατάσταση του ασθενή αλλά και εφάρμοσαν θεωρίες στην πράξη οι οποίες κάποιες φορές πέτυχαν και κάποιες απέτυχαν.

Η αφασία προκαλεί ένα σύνολο διαταραχών τόσο σωματικά όσο και ψυχικά και με τον όρο ψυχικά εννοούμε φυσικά την ψυχολογία του ασθενή. Το πιο σημαντικό

κομμάτι της θεραπείας είναι να αξιολογηθεί σωστά ο ασθενής, γιατί όταν γνωρίζουμε τους πυλώνες που επηρεάστηκαν τότε θα είμαστε και πιο αποτελεσματικοί στην θεραπεία μας.

Κατά την θεραπεία αυτή καθ' αυτή παίρνουμε τα αποτελέσματα της αξιολόγησης μας και εφαρμόζουμε ένα πλάνο κατάλληλο για τον ασθενή αλλά και περιεκτικό. Διαχωρίζουμε από το σύνολο τις περιοχές εβλήθησαν και τις δουλεύουμε μεμονωμένα με τεχνικές που είναι κατάλληλες για τον κάθε ασθενή. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι ο κάθε ασθενής είναι διαφορετικός με διαφορετικές ανάγκες και έρχεται από διαφορετικό κοινωνικό περιβάλλον. Άρα και η θεραπεία μας θα είναι εν μέρει διαφορετική έστω και αν αντιμετωπίζουμε ονομαστικά τον ίδιο αφασικό σύνδρομο.

Φαρμακευτική αγωγή για την αφασία δεν υπάρχει, αυτό που υπάρχει όμως είναι φάρμακα τα οποία βελτιώνουν τα συμπτώματα της. Για παράδειγμα υπάρχουν ορισμένα φάρμακα που βελτιώνουν νευρολογικά προβλήματα αλλά με την χρήση τους δεν μπορούν να βελτιώσουν στο σύνολο της την αφασία. Έτσι αφού θεωρούμε την αφασία σαν τον πρωτεύον πρόβλημα τα φάρμακα βοηθούν στην βελτίωση την δευτερεύον διαταραχών τις αφασίας.

Επίσης πολύ αφασικοί ασθενείς πάσχουν από κατάθλιψη λόγω της παθολογικής κατάστασης τους σε αυτή την περίπτωση υπάρχει συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή που και πάλι θα βελτιώσει την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή και όχι το σύνολο του προβλήματος του.

1.6. Διαγνωστική εξέταση της Βοστόνης.

Η διαγνωστική εξέταση της Βοστόνης έχει ως σκοπό να κατηγοριοποίηση το είδος της αφασίας του ασθενή, για παράδειγμα αν πάσχει από αφασία Broca ή ανομία ή Wernicke. Φυσικά σε μεγάλο ποσοστό τα άτομα με αφασία παρουσιάζουν ένα συνολικό πρόβλημα και δεν είναι τόσο πασιφανές το είδος.

Το τεστ αυτό ξεκίνησε από το πανεπιστήμιο της Βοστόνης στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής με την πρώτη του έκδοση να χρονολογείτε το 1972 από του Harold

Goodglass και Edith Kaplan. Το τεστ αυτό εξετάζει διάφορες κατηγορίες του λόγου και τις ομιλίας όπως την άρθρωση, την ροή του λόγου, την ανάκληση και την επανάληψη των λέξεων, την ακουστική κατανόηση την γραφή και την ανάγνωση αλλά και της αυτοματοποιημένες αλληλουχίες. Επίσης εξετάζει την γραμματική και αναλύει το είδος και το σύνολο των παραφρασιών και των νεολογισμών του ασθενή.

Το αρχικό τεστ το οποίο εκδόθηκε στα αγγλικά χαρακτηρίζεται από μεγάλη αξιοπιστία και εγκυρότητα ως προς τα αποτελέσματα και τις νόρμες του καθώς αξιολόγησε ικανοποιητικός αριθμός ασθενών. Στην συνέχεια η μετρήσεις του συγκρίθηκαν με παλαιότερες μετρήσεις και παρουσίαζαν πολύ υψηλή συνάφεια.

Η διαγνωστική εξέταση της Βοστώνης απευθύνεται σε μια μεγάλη ηλικιακή γκάμα και παρουσιάζει αξιόπιστα και έγκυρα αποτελέσματα. Η συγκεκριμένη έρευνα απευθύνεται μόνο σε άτομα ηλικίας 50 – 75 ετών και Ελληνοκυπριακής καταγωγής.

Το τεστ αρχίζει λαμβάνοντας κάποια στοιχεία για το ιστορικό του αξιολογούμενου όπως η ηλικία το φύλο, τα έτη εκπαίδευσης το επάγγελμα αλλά και άλλες πληροφορίες η οποίες έχουν να κάνουν με το κοινωνικό ιστορικό του υποκειμένου. Στην συνέχεια ασχολούμαστε με το ιατρικό ιστορικό του πελάτη μας.

Εφόσον λάβουμε το ιστορικό του υποκειμένου ξεκινούμε το τεστ αυτό καθ' αυτό. Πρώτη δοκιμασία είναι η κατανόηση λέξεων, σε αυτή την δοκιμασία εξετάζουμε την ακουστική κατανόηση του υποκειμένου ζητώντας του να αντιστοιχήσει την προφορική λέξη με την κατάλληλη εικόνα. Το υποκείμενο βαθμολογεί με μέγιστο βαθμό το 16. Στην περίπτωση που το υποκείμενο κάνει 4 διαδοχικά λάθη τότε διακόπτουμε την δοκιμασία.

Στην συνέχεια ασχολούμαστε με την κατανόηση απλών αλλά και σύνθετων εντολών, το υποκείμενο καλείται να απαντήσει σωστά σε μία σειρά από 3 εντολές ξεκινώντας από απλή και σταδιακά μεταφερόμαστε σε πιο σύνθετες εντολές. Το μέγιστο σε αυτή την διαδικασία είναι οι 11 βαθμοί. Όπως και πιο πάνω έτσι και οι εντολές ανήκουν στην κατηγορία της ακουστικής κατανόησης.

Τέλος το υποκείμενο καλείται να απαντήσει σε σύνθετες νοητικές δοκιμασίες οι οποίες περιέχουν 6 ζευγάρια ερωτήσεων κλειστού τύπου. Το υποκείμενο πρέπει να απάντησε ναι ή όχι. Τα ζευγάρια 3-6 βασίζονται σε μικρές ιστορίες τις οποίες ο εξεταστής διαβάζει στα υποκείμενα. Το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε αυτή την δοκιμασία είναι οι 6 βαθμοί. Ο εξεταστής καλείται να διακόψει την δοκιμασία εάν το υποκείμενο περιπέσει σε 4 διαδοχικά λάθη. Με αυτή την δοκιμασία ολοκληρώνεται και η αξιολόγηση της ακουστικής κατανόησης.

Στην συνέχεια μεταφερόμαστε στην αξιολόγηση του εκφραστικού λόγου και εξετάζουμε τον αυτόματο λόγο των υποκειμένων. Στην δοκιμασία αυτή τα υποκείμενα καλούνται να απαντήσουν στην ερώτηση 'Πες μου τις μέρες της εβδομάδας;' Αλλά και εάν μπορούν να μετρήσουν από το 1 μέχρι το 21. Ο εξεταστής καλείται να διακόψει την δοκιμασία εάν το υποκείμενο κάνει 4 διαδοχικά λάθη. Μέγιστος βαθμός σε αυτή την δοκιμασία είναι το 4.

Κατόπιν το υποκείμενο περνά στην δοκιμασία επανάληψης λέξεων αλλά και προτάσεων, στην συγκεκριμένη δοκιμασία ελέγχουμε την μνήμη αλλά και την άρθρωση του υποκειμένου και καταγράφουμε τυχόν παρατηρήσεις που προκύπτουν.

Στην συνέχεια το υποκείμενο καλείται να απαντήσει μονολεκτικά στις ερωτήσεις που του κάνει ο εξεταστής. Αυτές οι ερωτήσεις είναι κατονομαστικές και ελέγχουμε πόσο χρόνο χρειάζεται το υποκείμενο για να μας δώσει την επιθυμητή απάντηση. Επίσης ελέγχουμε τυχόν διαταραχή στην άρθρωση του υποκειμένου. Μέγιστος βαθμός τον οποίο μπορεί να πετύχει το άτομο είναι το 10.

Αφού τελειώσει η δοκιμασία αυτή σειρά παίρνει το τεστ κατονομασίας της Βοστόνης σε αυτό το τεστ το υποκείμενο καλείται να κατονομάσει 60 αντικείμενα από μαυρόασπρες κάρτες στην σύντομη έκδοση της διαγνωστικής εξέτασης της Βοστόνης από το τεστ κατονομασίας αυτό χρησιμοποιούμε μόνο 15 εικόνες και μόνο αυτές καλείται να απαντήσει το υποκείμενο.

Τέλος για τον εκφραστικό λόγο το υποκείμενο πρέπει να επιλέξει από μια κάρτα μια σειρά από γράμματα, αριθμούς και χρώματα την σωστή απάντηση σε αυτή την δοκιμασία το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα είναι το 4 για κάθε κατηγορία.

Κατόπιν αξιολογούμε την ανάγνωση του υποκειμένου ζητώντας του να επιλέξει από μια κάρτα αρχικά ένα φώνημα και σταδιακά αυξάνουμε την πολυπλοκότητα αυτού που ζητήσαμε καταλήγοντας σε μία λέξη. Και σε αυτή την περίπτωση το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα είναι το 4. Ύστερα ζητάμε από το υποκείμενο να αντιστοιχήσει τον αριθμό των δακτύλων που του δείχνουμε με την επιλογή στην κάρτα και τέλος να αντιστοιχήσει 2 αριθμούς με το αντίστοιχο αραβικό μοτίβο. Μέγιστη συνολική βαθμολογία είναι οι 4 βαθμοί.

Στην συνέχεια δείχνουμε μια κάρτα στο υποκείμενο με μία εικόνα και του ζητάμε να διαβάσει τις επιλογές στα δεξιά της κάρτας και να μας δώσει μία απάντηση. Στις απαντήσεις που του δίνουμε υπάρχουν λέξεις που σημασιολογικά γειτονεύουν αλλά και φωνολογικά με την λέξη στόχο. Μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σε αυτή την δοκιμασία είναι οι 7 βαθμοί.

Κατόπιν το υποκείμενο καλείται να διαβάσει από μία κάρτα διάφορες λέξεις και ανάλογα με το χρόνο αντίδρασης του τον βαθμολογούμε. Εάν το υποκείμενο χρειαστεί από 0-3 δευτερόλεπτα για να απαντήσει παίρνει 3 βαθμούς από 3-10 παίρνει 2 βαθμούς και από 10-30 παίρνει 1 βαθμό ο,τι περισσότερο από αυτό βαθμολογείτε με 0 βαθμούς. Επίσης ο εξεταστής καταγράφει οποία διαταραχή στην άρθρωση και αν υπάρχει.

Στην συνέχεια περνάμε στην δοκιμασία της προφορικής ανάγνωσης όπου ζητούμε από το υποκείμενο να διαβάσει δυνατά μια παράγραφο και τον ενημερώνουμε ότι θα ακολουθήσουν ερωτήσεις με βάση αυτή την παράγραφο. Αρχικά σημειώνουμε κατά πόσο το υποκείμενο απάντησε χωρίς αρθρωτικά λάθη και μετά κάνουμε ερωτήσεις δίνοντας του 4 πιθανές απαντήσεις από τις οποίες πρέπει να επιλέξει μόνο μια. Σε αυτή την δοκιμασία ελέγχεται και η προφορική ανάγνωση αλλά και η κατανόηση του υποκειμένου έπειτα από την ανάγνωση.

Εφόσον συμπληρώσουμε και αυτή την δοκιμασία περνάμε στην επόμενη δοκιμασία όπου το υποκείμενο διαβάζοντας μια πρόταση πρέπει να την συμπληρώσει επιλέγοντας μία λέξη από τις 4 λέξεις που του δίνονται. Το υποκείμενο πρέπει να

αποφασίσει ποία από τις πιο κάτω λέξεις ταιριάζει περισσότερο. Μέγιστος βαθμός σε αυτή την δοκιμασία είναι οι 4 βαθμοί.

Στην συνέχεια το τεστ αξιολογεί την ικανότητα του υποκειμένου στον γραπτό λόγο. Αρχικά ζητάμε από το υποκείμενο να μας γράψει το όνομα και την διεύθυνση του και βαθμολογούμε εάν η γραφή του είναι ευανάγνωστη εάν κάνει κατάλληλη επιλογή γραμμάτων και εάν έχει ικανοποιητική κινητική ικανότητα. Στην περίπτωση που το υποκείμενο αποτύχει στην γραφή του ονόματος του τότε το γράφει ο κλινικός και το υποκείμενο καλείται να το αντιγράψει. Κατόπιν ο κλινικός υπαγορεύει μια σειρά από γράμματα την οποία το υποκείμενο καλείται να γράψει, ο κλινικός στην συνέχεια τα βαθμολογεί με τον πιο πάνω τρόπο. Στην συνέχεια το υποκείμενο πρέπει να αντιγράψει μια πρόταση που του δίνει ο εξεταστής με κανονική γραφή, εάν το υποκείμενο αποτύχει τότε του ζητάμε να αντιγράψει με κεφαλαία γράμματα την πρόταση. Έπειτα το υποκείμενο καλείται να γράψει μια αλληλουχία αριθμών από το 1- 10 και επίσης μια σειρά από υπαγορευμένους αριθμούς που του λέει ο εξεταστής. Όλη αυτή η δοκιμασία βαθμολογείτε με τον πιο πάνω τρόπο.

Κατόπιν στο υποκείμενο υπαγορεύονται μια σειρά από 4 λέξεις σε 3 ομάδες. Η αρχική ομάδα αποτελείτε από λέξεις υψηλής χρήσης στο καθημερινό λεξιλόγιο. Η δεύτερη ομάδα με πιο σπάνιες λέξεις στο καθημερινό λεξιλόγιο και ούτω καθ' εξής. Στην συνέχεια ο εξεταστής παρουσιάζει στο υποκείμενο μια κάρτα με 4 εικόνες και του ζητά να ονομάσει γραπτός τα 4 αντικείμενα.

Τέλος ο εξεταστής ζητά από το υποκείμενο να περιγράψει γραπτός μια εικόνα που παρουσιάζει μια κατάσταση (κλοπή μπισκότων). Το υποκείμενο καλείται σε μία παράγραφο να περιγράψει την εικόνα όσο πιο διεξοδικά μπορεί. Ανάλογα με το γραπτό του το υποκείμενο βαθμολογείτε με μέγιστη βαθμολογία τους 11 βαθμούς.

1.7. Σκοπός της έρευνας.

Ο κυριότερος λόγος για τον οποίο έλαβε χώρα αυτή η έρευνα, είναι η σημαντική έλλειψη αντιστοιχών σταθμισμένων δοκιμασιών στην Κύπρο. Σκοπός της παρούσας

μελέτης είναι η δημιουργία κανονιστικών δεδομένων για την διαγνωστική εξέταση της Βοστώνης (σύντομη μορφή) σε σχέση με τους διάφορους δημογραφικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο, έτη εκπαίδευσης) .

Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία.

2.1 Εισαγωγή.

Στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε εμπειριστικώς με την έρευνα αυτή καθ' αυτή. Επίσης θα αναφέρουμε τους τρόπους εντοπισμού του δείγματος. Τους περιορισμούς τους οποίους θέσαμε εξ' αρχής ούτως ώστε η έρευνα να θεωρείται ολοκληρωμένη και κατάλληλη έγκυρη και αντικειμενική. Αλλά και στην αναλυτική περιγραφή της διαδικασίας παράθεσης της δοκιμασίας σε φυσιολογικά άτομα αλλά και σε ασθενής με αφασία.

2.2 Δείγμα.

Κατά την διαδικασία στάθμισης της Διαγνωστικής εξέτασης της Βοστώνης για την Αφασία, συμμετείχαν συνολικά 121 άτομα. Με κατανομή δείγματος 72 άντρες και 49 γυναίκες. Η κατανομή ως προς την ηλικία των υποκειμένων ήταν από 50 ετών μέχρι 75 και υποκείμενα δήλωναν πόσα χρόνια εκπαίδευσης είχαν με εύρος εκπαίδευσης από 2–24 έτη. Πιο κάτω παρουσιάζουμε σε πίνακα τις παραπάνω πληροφορίες αλλά και τα αποτελέσματα στις δοκιμασίες που υποβλήθηκαν τα υποκείμενα.

Περιγραφικά δεδομένα.

	Αριθμός	Minimum	Maximum	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση.
Συμμετέχοντες	121			1,02	,128
Ηλικία	121	50	75	61,85	8,959
Εκπαίδευση	121	2	24	13,26	4,226
Φύλλο	121	1	2	1,41	,494
SDMT	121	8	49	34,61	7,352
ρhVFI	121	6	48	32,49	6,977
Χέρι	121	1	2	1,08	,276
MMSE	121	25	32	29,55	1,017
Σύνολο.	121				

Οι συμμετέχοντες της τρέχουσας έρευνας ήταν Ελληνοκυπριακής καταγωγής και ήταν φυσικοί ομιλητές της Ελληνικής γλώσσας αλλά και της Κυπριακής διαλέκτου και δεν αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας το οποίο να επηρεάζει την έρευνα μας.

Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική, με μοναδικό περιορισμό να πληρούνται τα κριτήρια αποκλεισμού για τα οποία θα γίνει εκτενής αναφορά σε μεταγενέστερο στάδιο του παρόντος κεφαλαίου.

2.3. Διαδικασία.

Η διαδικασία χορήγησης της Διαγνωστική Εξέτασης της Βοστώνης για την αφασία (σύντομης μορφής) στο υγιές δείγμα άρχισε με την χορήγηση κάποιων επιμέρους δοκιμασιών με σκοπό να αποκλείσουμε όποιων ασθενή δεν ήταν έτοιμος να λάβει μέρος στην χορήγηση της κυρίως εξέτασης. Το δείγμα μας πάρθηκε από Κύπριους κάτοικους όλων των επαρχιών της ελεύθερης Κύπρου. Επίσης σημαντικό να αναφερθεί είναι ότι το δείγμα μας δεν πάρθηκε τυχαία. Έπειτα από έρευνα σε κρατικό φορέα παρατηρήθηκε η αναλογία ανδρών και γυναικών στην Κύπρο και ο ερευνητής προσπάθησε να διατηρήσει αυτή την αναλογία και στο συγκεκριμένο τεστ.

Αρχικά ο φοιτητής εκπαιδεύτηκε από έμπειρο κλινικό νευροψυχολόγο αλλά και λογοθεραπευτή στο πώς πρέπει να χορηγήσει τα τεστ αλλά και πώς να αναλύσει τα αποτελέσματα τα οποία θα συλλέξει. Εφόσον έλαβε τις απαραίτητες γνώσεις και εμπειρία ο φοιτητής συνέλεξε το δείγμα το οποίο αναλύθηκε από τον κλινικό νευροψυχολόγο και την ομάδα του. Στην συνέχεια παραθέτουμε τον τρόπο αλλά και την διαδικασία χορήγησης του τεστ.

Αρχικά στα υποκείμενα χορηγήθηκε το Mini Mental State Examination (MMSE) στο οποίο τέθηκε σαν κριτήριο αποκλεισμού ο ασθενής να λάβει βαθμό ίσο ή μικρότερο του 24. Στην συνέχεια το υποκείμενο έπρεπε να συνεχίσει με το τεστ Λεκτικής ροής στο οποίο έπρεπε μέσα σε 60 δευτερόλεπτα να ανακαλέσει οσα περισσότερα ζώα μπορούσε και όσες περισσότερες λέξεις από χ μπορούσε αποκλείοντας ονόματα, πόλης και χώρες. Το Κριτήριο αποκλεισμού τέθηκε σύμφωνα με τις εκάστοτε νόρμες των δοκιμασιών. Τέλος, τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας απάντησα το ερωτηματολόγιο του BDI-Fast Screen για να αποσαφηνίσουμε εάν έπασχαν από

κάποιου είδους συναισθηματική διαταραχή όπως για παράδειγμα κατάθλιψη. Σε αυτή την δοκιμασία θέσαμε σαν κριτήριο αποκλεισμού του υποκειμένου, το άτομο να έχει σκορ ίσο ή μεγαλύτερο από 10.

Εάν και εφόσον τα υποκείμενα δεν παρουσίαζαν κάποιο είδους πρόβλημα στις διάφορες δοκιμασίες τις οποίες τους έγιναν τότε τους εχορηγείτο η Διαγνωστική εξέταση της Βοστώνης για την Αφασία η οποία ήταν και ο κύριος μας στόχος εξ' αρχής.

Η διαδικασία ξεκινούσε, όταν και εφόσον πρώτα λαμβάναμε ένα μικρό ιστορικό του ασθενή με σημαντικές πληροφορίες χρήσιμες για την μετέπειτα πορεία της έρευνας μας. Ιδιαίτερα μας ενδιέφερε να μάθουμε την ηλικία του υποκειμένου τα χρόνια εκπαίδευσης του και ποιά προτίμηση έχει ως προς το χέρι που χρησιμοποιεί όταν γράφει ή ποιο χέρι χρησιμοποιεί κυρίως. Στην συνέχεια το υποκείμενο δήλωνε κατά πόσο έχει συγγενή πρώτου βαθμού ο οποίος να είναι αριστερόχειρας ή αμφίχειρας (πατέρας, μητέρα, γιός, κόρη, αδελφός, αδελφή) πληροφορίες σημαντικές τόσο για την πλευρίωση του εγκεφάλου του υποκειμένου αλλά και για την γονιδιακή του ταυτότητα.

Όταν αυτή η διαδικασία τελείωνε τότε στην ουσία ξεκινούσε το Boston Aphasia Test. Αρχικά ζητούσαμε από το υποκείμενο να μας κατονομάσει μέσα από καρτέλες αντικείμενα από διαφορετικές κατηγορίες. Αυτές η κατηγορίες ήταν αντικείμενα, μέρη του σώματος, ρήματα, χρώματα, αριθμούς και γράμματα. Το υποκείμενο είχε στην διάθεση του 5 δευτερόλεπτα για να κατονομάσει τα αντικείμενα για να πάρει ένα (1) βαθμό, σε περίπτωση που το άτομο χρειαζόταν περισσότερα από 5 δευτερόλεπτα τότε το υποκείμενο λάμβανε 0.5 βαθμό και 0 βαθμό για κάθε αποτυχημένη παραγωγή του. Μέγιστη βαθμολογία σε αυτή την δοκιμασία ήταν οι 16 βαθμοί.

Εν συνεχεία το υποκείμενο έπρεπε να απαντήσει σε εντολές αρχίζοντας από απλές εντολές και προοδευτικά φτάνεις σε πιο σύνθετες εντολές, εξετάζοντας έτσι την ικανότητα του υποκειμένου να αποκρίνεται σε ένα ευρύ φάσμα. Κατόπιν το άτομο καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις κάνοντας συνειρμούς, αλλά και να κατανοήσει μια μικρή παράγραφο από την οποία θα ερωτηθεί κάποιες ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις αυτές του παρουσιάζονταν σε ζευγάρια. Για να αποφύγουμε τυχαίες απαντήσεις τις ερωτήσεις τις παρουσιάζαμε εναλλάξ.

Όταν αυτή η διαδικασία τελειώσει, το υποκείμενο καλείται να απαριθμήσει αλληλουχίες αριθμών και των ημερών της εβδομάδας. Σκοπός αυτής της δοκιμασίας είναι να εξεταστεί ο αυτόματος λόγος του υποκειμένου. Κατά την εξέταση του εκφραστικού λόγου του υποκειμένου, το άτομο καλείται να επαναλάβει αρχικά λέξεις μεγάλης συχνότητας και σταδιακά αυτή η συχνότητα μικραίνει. Ενώ σε επόμενο στάδιο το υποκείμενο καλείται να επαναλάβει προτάσεις εν πρώτης μεγάλης συχνότητας και σταδιακά αυτή η συχνότητα επίσης μειώνεται.

Στην συνέχεια κατά την δοκιμασία της κατονομασίας το υποκείμενο καλείται να απαντήσει μονολεκτικά σε μερικές ερωτήσεις. Κατόπιν λαμβάνει χωρά το τεστ Κατονομασίας της Βοστώνης το οποίο, περιλαμβάνει 60 εικόνες τις οποίες το υποκείμενο πρέπει να κατονομάσει. Στην συγκεκριμένη έρευνα το υποκείμενο κατονομάζει μόνο τις 15 εικόνες αφού πρόκειται για την σύντομη έκδοση της Διαγνωστικής εξέτασης της Βοστώνης.

Τέλος το υποκείμενο καλείται να απαντήσει σωστά στον έλεγχο ειδικών κατηγοριών, αυτές οι κατηγορίες είναι γράμματα, αριθμοί και χρώματα.

Αφού το υποκείμενο ολοκληρώσει τις δοκιμασίες αυτές, σειρά παίρνει η ανάγνωση. Αρχικά το υποκείμενο καλείται να βρει ανάμεσα από μία σειρά χαρακτήρων αυτό που του ζητείται, στην συνέχεια πρέπει να αντιστοιχίσει σωστά αριθμούς που του δείχνουμε με τα δάχτυλα μας αλλά και με μοτίβα από τελείες (αραβικό σύστημα αρίθμησης). Επίσης το υποκείμενο ενώ του παρουσιάζουμε μια εικόνα ενός αντικειμένου καλείται να αναγνώσει τις 4 διαφορετικές επιλογές που έχει και να απαντήσει σωστά την μία από αυτές. Σε αυτή την δοκιμασία εμπεριέχεται και η γνώση σωστής ορθογραφίας από το υποκείμενο.

Στην συνέχεια από το άτομο ζητείται να διαβάσει από μία καρτέλα μια ακολουθία από 5 λέξεις και σε συνάρτηση με το χρόνο που του παίρνει να αποκριθεί το άτομο βαθμολογείται αναλόγως. Για κάθε σωστή απάντηση μέσα στο χρονικό περιθώριο των 3 δευτερολέπτων βαθμολογείται με το μέγιστο δυνατό που είναι 3 βαθμοί. Επίσης από το υποκείμενο ζητήσαμε να διαβάσει δυνατά κάποιες προτάσεις που στο σύνολο τους δημιουργούσαν μια μικρή ιστορία, σε αυτή την δοκιμασία ενημερώσαμε το υποκείμενο

ότι στο τέλος αυτής της διαδικασίας θα έπρεπε να απαντήσει σε μερικές ερωτήσεις σχετικές με το περιεχόμενο της μικρής παραγράφου που διάβασε.

Συνεχίζοντας με τον έλεγχο της ανάγνωσης ο εξεταστής ζητούσε από το άτομο να διαβάσει κάποιες ατέλειωτες προτάσεις. Κάτω από κάθε πρόταση, παρουσιάζονταν διάφορες επιλογές από τις οποίες το άτομο έπρεπε να καταλήξει σε αυτή που το ίδιο πίστευε ως ορθότερη. Αξίζει να σημειωθεί, ότι πριν από αυτή την δοκιμασία ο εξεταστής έδωσε 2 παραδείγματα στο υποκείμενο ούτως ώστε να ελαχιστοποιηθεί η περίπτωση λάθους από μη κατανόηση της οδηγίας.

Όπως προαναφέραμε η Διαγνωστική εξέταση της Βοστόνης για την αφασία ελέγχει και το γραπτό λόγο των ασθενών. Σε αυτή την ενότητα το υποκείμενο καλείται να γράψει σε ένα φύλλο χαρτί που του παρείχε ο εξεταστής το όνομα του και την διεύθυνση, τα υπαγορευμένα από το εξεταστή γράμματα B-K-L-P-T, να αντιγράψει μια πρόταση, να γράψει του αριθμούς από το 1-10 καθώς επίσης να γράψει τους υπαγορευμένους αριθμούς 7-40-42-193-1863. Σε αυτή την ενότητα ένα το υποκείμενο αποτύχανε να γράψει το όνομα του και την διεύθυνση του τότε ο εξεταστής έγραφε ο ίδιος το όνομα του υποκειμένου και ζητούσε από αυτό να αντιγράψει. Ομοίως και στην περίπτωση της αντιγραφής πρότασης όπου ζητείτο από τον ασθενή να αντιγράψει μια πρόταση με κανονική γραφή. Σε περίπτωση αποτυχίας του, τότε ζητούσαμε από το υποκείμενο να επαναλάβει την αντιγραφή μόνο με την χρήση κεφαλαίων γραμμάτων.

Στην συνέχεια το υποκείμενο έπρεπε να γράψει μια σειρά από λέξεις αρχικά πιο κοινές στην καθημερινότητα του και σταδιακά οι λέξεις αυτές γινόντουσαν πιο σπάνιες στον καθημερινό λόγο του ατόμου. Ύστερα από αυτό το υποκείμενο έπρεπε να παρακολουθήσει μια κάρτα στην οποία του παρουσιάζονταν τέσσερις (4) διαφορετικές εικόνες, από τις οποίες το υποκείμενο έπρεπε να της ονομάσει γραπτώς σε ένα φύλλο χαρτί που του παραχωρούσε ο εξεταστής.

Τέλος ο ασθενής έπρεπε να περιγράψει γραπτώς μια εικόνα μέσα στο χρονικό περιθώριο των 3 λεπτών. Σε αυτή την εικόνα απεικονιζόταν μια υποτιθέμενη οικογένεια με κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία έπρεπε να περιγράψει γραπτώς το υποκείμενο. Σε αυτή την δοκιμασία ελέγχαμε την αντιληπτική επάρκεια του υποκειμένου

σε συνδυασμό με την πλουσιότητα του γραπτού του λόγου, την σύνταξη του, το περιεχόμενο των γραφομένων του αλλά και την δυνατότητα εστιασμού της προσοχής του.

Κάθε κατηγορία βαθμολογείτε διαφορετικά από την άλλη και τα αποτελέσματα αυτής διαφέρουν επίσης ως προς το τι θεωρείτε παθολογικό και τη φυσιολογικό. Κατ' ουσία αυτός είναι και ο κύριος σκοπός της έρευνας μας. Να αποσαφηνίσουμε δηλαδή τη θεωρείτε παθολογία και την φυσιολογική απόκριση δημιουργώντας νόρμες σε όλες τις κατηγορίες τις οποίες ελέγξαμε.

Όλοι η διαδικασία χορήγησης των τεστ έγινε σε ένα ήσυχο μέρος στο οποίο το υποκείμενο ένιωθε άνεση χωρίς να επηρεάζεται από εξωγενής παράγοντες. Κατά κύριο λόγο τα τεστ πραγματοποιούνταν στον οικείο χώρο του υποκειμένου.

2.4. Κριτήρια συμπερίληψης στην μελέτη.

Η επιλογή του δείγματος σε καμία περίπτωση δεν ήταν τυχαία. Τα υποκείμενα έπρεπε να πληρούν μια σειρά από κριτήρια για να επιλεγούν σε αυτή την έρευνα. Κάποια από αυτά αναφέρθηκαν κατά την ανάλυση εντοπισμού του δείγματος μας, αλλά δεν είναι μόνο αυτά.

Τα υποκείμενα αρχικά θα έπρεπε να είναι Ελληνοκύπριοι μόνιμη κάτοικοί Κύπρου με μητρική γλώσσα τα Ελληνικά. Επίσης θα έπρεπε να μην πάσχουν από καμία διαταραχή αισθητηριακού τύπου όπως ελλείψεις όραση ή ακοή η οποία δεν αποκαθίσταται ικανοποιητικά με ακουστικά ή οπτικά μέσα. Ο λόγος για τον οποίο θέσαμε αυτούς τους περιορισμούς είναι ευνόητοι, πώς θα μπορούσε ένας υποκείμενο να ακούσει σωστά μια εντολή εάν είχε κάποιο πρόβλημα ακοής. Ομοίως και στην περίπτωση της όρασης.

Επιπλέον, τα υποκείμενα δεν θα έπρεπε να είχαν οποιαδήποτε νευρολογική ή νευροεμφυλιστική διαταραχή ή ακόμα να αναφέρουν εγκεφαλικές κακώσεις. Επίσης τα άτομα, αυτά θα έπρεπε να μην πάσχουν από κάποιο είδος ψυχιατρικής διαταραχής, να μην κάνουν χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων αλλά και εθιστικών ουσιών. Αυτά τα

κριτήρια τέθηκαν, ούτως ώστε να αποκλείσουμε τον αρνητικό επηρεασμό της εκτίμησης του υποκειμένου. Διότι τα πιο πάνω πιθανών να αλλοιώσουν τα αποτελέσματα των δοκιμασιών, δια τον λόγο ότι όλα τα πιο πάνω επηρεάζουν το γνωστικό επίπεδο του υποκειμένου. Εν κατακλείδι, τα υποκείμενα δεν έπρεπε να πάσχουν από κινητικά ή αλλά γνωστικά προβλήματα.

Κατ' επέκταση, όλοι οι πιο πάνω αποκλεισμοί, αλλά και η άλλες δοκιμασίες αποκλεισμού έγιναν για να μπορεί να διασφαλιστεί η ορθότητα, η εγκυρότητα αλλά και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, της Διαγνωστικής Εξέτασης της Βοστόνης για την Αφασία.

Κεφάλαιο 3: Αποτελέσματα.

3.1 Συνεισφορά της ηλικίας, της εκπαίδευσης και του φύλλου στην ακουστική κατανόηση, προφορική απόδοση, ανάγνωση, γραφή και αυθόρμητη γραφή.

Στην παρούσα έρευνα εξετάσαμε την συνεισφορά που έχουν οι δημογραφικοί παράγοντες σε κάθε μία από τις μεταβλητές μας με την χρήση παλινδρόμησης κατά βήμα με ή χωρίς αλληλεπίδραση (interaction). Από αυτή την ανάλυση καταλήξαμε σε μοντέλο αποτελούμενο από 5 επίπεδα ηλικιακά και 2 επίπεδα εκπαιδευτικά. Αυτό το μοντέλο που προαναφέραμε θα παρουσιαστή αναλυτικά πιο κάτω.

Πίνακας 1.

Μοντέλο παλινδρόμησης για την ηλικία.

Μοντέλο.	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,346 ^a	,120	,082	8,585	,120	3,136	5	115	,011

Αυθόρμητη Γραφή, Εκφραστικός Λόγος, Ανάγνωση, Ακουστική Κατανόηση, Γραφή

Πίνακας 2.

Στατιστική σημαντικότητα για τους παράγοντες ακουστική κατανόηση, εκφραστικό λόγο, ανάγνωση, γραφή και αυθόρμητη γραφή.

Μοντέλο	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Γραφή	-,775	,794	-,611	-,977	,331
Ανάγνωση	-2,100	,950	-,378	-2,211	,029
Εκφραστικός Λόγος	-,727	2,068	-,215	-,352	,726
Ακουστική Κατανόηση	8,740	4,467	,901	1,956	,053
Αυθόρμητη Γραφή 0-11	1,166	1,677	,236	,695	,488

Όπως φαίνεται από τους παραπάνω πίνακες το μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό ($F=3,136$, $p=0,011$). Ωστόσο είναι ευδιάκριτο ότι η ηλικία συνεισφέρει σημαντικά κυρίως στην ανάγνωση αφού το ($p= 0,029$) και οριακά ως προς την ακουστική κατανόηση αφού το ($p= 0,053$).

Πίνακας 3.

Μοντέλο παλινδρόμηση για την εκπαίδευση.

Μοντέλο	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,644 ^a	,415	,390	3,301	,415	16,338	5	115	,000

Αυθόρμητη Γραφή, Εκφραστικός Λόγος, Ανάγνωση, Ακουστική Κατανόηση, Γραφή

Πίνακας 4.

Στατιστική σημαντικότητα για τους παράγοντες ακουστική κατανόηση, εκφραστικό λόγο, ανάγνωση, γραφή και αυθόρμητη γραφή.

Μοντέλο	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Γραφή	-1,367	,305	-2,283	-4,480	,000
Ανάγνωση	1,010	,365	,385	2,764	,007
Εκφραστικός Λόγος	1,936	,795	1,212	2,434	,016
Ακουστική Κατανόηση	-2,109	1,718	-,461	-1,228	,222
Αυθόρμητη Γραφή 0-11	4,056	,645	1,737	6,288	,000

Όπως φαίνεται το μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό λόγω του ($F= 16,338$, $p= 0,000$) στατιστική σημαντικότητα. Ωστόσο φαίνεται ότι η εκπαίδευση συνεφέρει σημαντικά στο εκφραστικό λόγο ($p= 0,016$) και στην ανάγνωση ($p= 0,007$) αλλά και ότι παρουσιάζει στατιστική σημαντικότητα στους τομείς της γραφής ($p= 0,000$) και της αυθόρμητης γραφής ($p= 0,000$).

Πίνακας 5.

Μοντέλο παλινδρόμηση για το φύλλο.

Μοντέλο	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,355 ^a	,126	,088	,472	,126	3,312	5	115	,008

Αυθόρμητη Γραφή 0-11, Εκφραστικός Λόγος, Ανάγνωση, Ακουστική Κατανόηση, Γραφή.

Πίνακας 6.

Στατιστική σημαντικότητα για τους παράγοντες ακουστική κατανόηση, εκφραστικό λόγο, ανάγνωση, γραφή και αυθόρμητη γραφή.

Μοντέλο.	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Γραφή	0,104	0,044	1,488	2,388	0,019
Ανάγνωση	0,023	0,052	0,076	0,447	0,656
Εκφραστικός Λόγος	-0,004	0,114	-0,023	-0,037	0,970
Ακουστική Κατανόηση	-0,516	0,246	-0,965	-2,102	0,038
Αυθόρμητη Γραφή 0-11	-0,263	0,092	-0,962	-2,848	0,005

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 5 το μοντέλο μας είναι στατιστικά σημαντικό λόγο του ($F=3,312$, $p= 0,008$). Ωστόσο φαίνεται ότι το φύλλο συνεισφέρει σημαντικά στους τομείς της ακουστικής κατανόησης ($p= 0,038$), της γραφής ($p= 0,019$) και ιδιαίτερα στην αυθόρμητη γραφή ($p= 0,005$).

Πίνακας 7.**Ανάλυση διακύμανσης για την ηλικία.**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Εκφραστικός Λόγος ως προς ηλικία	Between Groups (Combined)	48,926	4	12,231	1,793	,135
	Within Groups	791,140	116	6,820		
	Total	840,066	120			
Γραφή ως προς ηλικία	Between Groups (Combined)	299,286	4	74,822	1,529	,198
	Within Groups	5677,160	116	48,941		
	Total	5976,446	120			
Ακουστική Κατανόηση ως προς ηλικία	Between Groups (Combined)	5,261	4	1,315	1,571	,187
	Within Groups	97,120	116	,837		
	Total	102,380	120			
Αυθόρμητη Γραφή 0-11 ως προς ηλικία	Between Groups (Combined)	16,704	4	4,176	1,287	,279
	Within Groups	376,354	116	3,244		
	Total	393,058	120			

Από τον πίνακα 7 φαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα σε κανένα από τους παράγοντες τους οποίους ελέγχουμε, αυτό μπορούμε να το επισημάνουμε λόγο του ότι στη στήλη του sig δεν υπάρχει τιμή που να δίνει στατιστική σημαντικότητα.

Πίνακας 8.**Ανάλυση διακύμανσης για την εκπαίδευση.**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Εκφραστικός Λόγος * Ομάδες ως προς έτη εκπαίδευσης	Between Groups (Combined)	,260	1	,260	,037	,848
	Within Groups	839,806	119	7,057		
	Total	840,066	120			
Γραφή * Ομάδες ως προς έτη εκπαίδευσης	Between Groups (Combined)	108,293	1	108,293	2,196	,141
	Within Groups	5868,153	119	49,312		
	Total	5976,446	120			
Ακουστική Κατανόηση * Ομάδες ως προς έτη εκπαίδευσης	Between Groups (Combined)	,096	1	,096	,112	,739
	Within Groups	102,284	119	,860		
	Total	102,380	120			
Αυθόρμητη Γραφή 0-11 * Ομάδες ως προς έτη εκπαίδευσης	Between Groups (Combined)	39,059	1	39,059	13,130	,000
	Within Groups	353,999	119	2,975		
	Total	393,058	120			

Στον πίνακα 8 μπορούμε να επισημάνουμε το γεγονός ότι υπάρχει απόλυτη συσχέτιση της αυθόρμητης γραφής ως προς τα έτη εκπαίδευσης λόγο του $F= 13,130$, $p= 0,000$. Για τα άλλα μας δεδομένα δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα.

Πίνακας 9.

Επιδόσεις στην Αυθόρμητη Γραφή ως προς ηλικία

Ομάδες ως προς ηλικία	Μέσος όρος	Αρ.	Τυπική απόκλιση.
50 – 55 χρόνων.	10,56	39	0,680
56 – 60 χρόνων.	10,56	18	0,784
61 – 65 χρόνων.	9,80	15	2,908
66 – 70 χρόνων	10,50	18	0,786
71 – 75 χρόνων.	9,77	31	2,704
Σύνολο.	10,26	121	1,810

Πίνακας 10.

Επιδόσεις στην Αυθόρμητη γραφή ως προς τα έτη εκπαίδευσης.

Ομάδες ως προς έτη εκπαίδευσης	Μέσος όρος	Αρ.	Τυπική απόκλιση.
Μέχρι 9 έτη	9,27	30	2,703
Πάνω από 9 έτη.	10,58	91	1,257
Σύνολο.	10,26	121	1,810

Πίνακας 11.

Επιδόσεις στον Εκφραστικό Λόγο ως προς την ηλικία

Ομάδες ως προς ηλικία.	Μέσος όρος.	Αρ.	Τυπική απόκλιση.
50 – 55 χρόνων.	47,92	39	0,354
56 – 60 χρόνων.	48,00	18	0,000
61 – 65 χρόνων.	46,00	15	7,474
66 – 70 χρόνων	47,83	18	0,383
71 – 75 χρόνων.	47,94	31	0,250
Σύνολο.	47,69	121	2,646

Πίνακας 12.**Επιδόσεις στον Εκφραστικό Λόγο ως προς τα έτη εκπαίδευσης.**

Ομάδες ως προς έτη εκπαίδευσης	Μέσος όρος	Αρ.	Τυπική απόκλιση.
Μέχρι 9 έτη	47,77	30	0,504
Πάνω από 9 έτη.	47,66	91	3,041
Σύνολο.	47,69	121	2,646

Πίνακας 13.**Ακουστική Κατανόηση ως προς ηλικία**

Ομάδες ως προς ηλικία	Μέσος όρος	Αρ.	Τυπική απόκλιση
50 – 55 χρόνων.	31,95	39	,223
56 – 60 χρόνων.	31,94	18	,236
61 – 65 χρόνων.	31,33	15	2,582
66 – 70 χρόνων	31,94	18	,236
71 – 75 χρόνων.	32,00	31	,000
Σύνολο.	31,88	121	,924

Πίνακας 14.**Ακουστική Κατανόηση ως προς έτη εκπαίδευσης**

Ομάδες ως προς έτη εκπαίδευσης	Μέσος όρος	Αρ.	Τυπική απόκλιση.
Μέχρι 9 έτη	31,93	30	,254
Πάνω από 9 έτη.	31,87	91	1,056
Σύνολο.	31,88	121	,924

Πίνακας 15.**Ανάγνωση ως προς ηλικία**

Ομάδες ως προς ηλικία	Μέσος όρος	Αρ.	Τυπική απόκλιση.
50 – 55 χρόνων.	38,95	39	,223
56 – 60 χρόνων.	38,89	18	,323
61 – 65 χρόνων.	37,87	15	3,583
66 – 70 χρόνων	38,56	18	1,199
71 – 75 χρόνων.	38,23	31	1,687
Σύνολο.	38,56	121	1,612

Πίνακας 16.

Ανάγνωση ως προς έτη εκπαίδευσης			
Ομάδες ως προς έτη εκπαίδευσης	Μέσος όρος	Αρ.	Τυπική απόκλιση.
Μέχρι 9 έτη	38,00	30	1,800
Πάνω από 9 έτη.	38,75	91	1,510
Σύνολο.	38,56	121	1,612

Πίνακας 17.

Γραφή ως προς την ηλικία.			
Ομάδες ως προς ηλικία	Μέσος όρος	Αρ.	Τυπική απόκλιση.
50 – 55 χρόνων.	68,41	39	,966
56 – 60 χρόνων.	68,44	18	1,199
61 – 65 χρόνων.	63,87	15	17,699
66 – 70 χρόνων	68,28	18	,958
71 – 75 χρόνων.	66,26	31	6,366
Σύνολο.	67,28	121	7,057

Πίνακας 18.

Γραφή ως προς έτη εκπαίδευσης			
Ομάδες ως προς έτη εκπαίδευσης	Μέσος όρος	Αρ.	Τυπική απόκλιση.
Μέχρι 9 έτη	65,63	30	6,338
Πάνω από 9 έτη	67,82	91	7,229
Σύνολο.	67,28	121	7,057

Στους πιο πάνω πίνακες παρουσιάζονται οι επιδόσεις των υποκειμένων ανάλογα με την ηλικία τους και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, ο διαχωρισμός για την ηλικία είναι ανά 5 έτη και ο διαχωρισμός για την εκπαίδευση όπως φαίνετε και στους πίνακες είναι μέχρι 9 έτη (δηλαδή μέχρι την βασική εκπαίδευση) και πάνω από 9 έτη. Οι επιδόσεις τους αποσπώνται μέσα από τον μέσο όρο και την τυπική απόκλιση και μας δίνουν χρήσιμα αποτελέσματα για σκοπούς σύγκρισης.

3.2 Κανονιστικά δεδομένα

Παρακάτω παρουσιάζονται οι τελικοί πίνακες των κανονιστικών δεδομένων για χρήση στη Κύπρο (ηλικίες 50-75) για την Διαγνωστική εξέταση της Βοστώνης για την Αφασία (Σύντομη έκδοση).

Κανονιστικά Δεδομένα (Νόρμες) για τις μεταβλητές Ανάγνωση, Εκφραστικός λόγος, Γραφή, Ακουστική κατανόηση και Αυθόρμητη γραφή με βάση την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο για την Διαγνωστική εξέταση της Βοστώνης για την Αφασία (Σύντομη έκδοση).

Ομάδες ως προς ηλικία	Ομάδες ως προς έτη εκπαίδευσης		Ανάγνωση	Εκφραστικός Λόγος	Γραφή	Ακουστική Κατανόηση	Αυθόρμητη Γραφή 0-11
50 -55 ετών	Μέχρι 9 έτη	Μέσος όρος	38,88	47,75	67,50	31,88	10,00
		Τυπική απόκλιση	,354	,707	1,604	,354	,926
		Αριθμός	8	8	8	8	8
	Πάνω από 9 έτη	Μέσος όρος	38,97	47,97	68,65	31,97	10,71
Τυπική απόκλιση		,180	,180	,551	,180	,529	
Αριθμός		31	31	31	31	31	
56 -60 ετών	Μέχρι 9 έτη	Μέσος όρος	39,00	48,00	68,00	32,00	10,00
		Τυπική απόκλιση	,000	,000	,000	,000	,000
		Αριθμός	2	2	2	2	2
	Πάνω από 9 έτη	Μέσος όρος	38,88	48,00	68,50	31,94	10,63
Τυπική απόκλιση		,342	,000	1,265	,250	,806	
Αριθμός		16	16	16	16	16	
61 – 65 ετών	Μέχρι 9 έτη	Μέσος όρος	38,33	48,00	67,33	32,00	9,33
		Τυπική απόκλιση	,577	,000	2,082	,000	2,082
		Αριθμός	3	3	3	3	3
	Πάνω από 9 έτη	Μέσος όρος	37,75	45,50	63,00	31,17	9,92
Τυπική απόκλιση		4,025	8,350	19,845	2,887	3,147	
Αριθμός		12	12	12	12	12	
66- 70 ετών	Μέχρι 9 έτη	Μέσος όρος	38,14	47,57	68,14	31,86	10,29
		Τυπική απόκλιση	1,864	,535	1,215	,378	,951
		Αριθμός	7	7	7	7	7
	Πάνω από 9 έτη	Μέσος όρος	38,82	48,00	68,36	32,00	10,64
Τυπική απόκλιση		,405	,000	,809	,000	,674	
Αριθμός		11	11	11	11	11	
71 – 75 ετών	Μέχρι 9 έτη	Μέσος όρος	36,90	47,80	61,40	32,00	7,80
		Τυπική απόκλιση	2,378	,422	9,766	,000	4,185
		Αριθμός	10	10	10	10	10

	Πάνω από 9 έτη	Μέσος όρος	38,86	48,00	68,57	32,00	10,71
		Τυπική απόκλιση	,655	,000	,676	,000	,463
		Αριθμός	21	21	21	21	21
Σύνολο	Μέχρι 9 έτη	Μέσος όρος	38,00	47,77	65,63	31,93	9,27
		Τυπική απόκλιση	1,800	,504	6,338	,254	2,703
		Αριθμός	30	30	30	30	30
	Πάνω από 9 έτη	Μέσος όρος	38,75	47,66	67,82	31,87	10,58
		Τυπική απόκλιση	1,510	3,041	7,229	1,056	1,257
		Αριθμός	91	91	91	91	91
	Σύνολο	Μέσος όρος	38,56	47,69	67,28	31,88	10,26
		Τυπική απόκλιση	1,612	2,646	7,057	,924	1,810
		Αριθμός	121	121	121	121	121

Από τα αποτελέσματα αυτά των κανονιστικών δεδομένων (νόρμες) εξαγάγουμε τα σημαντικότερα συμπεράσματα. Από αυτό τον πίνακα μπορούμε να πούμε αν ένα υποκείμενο παρουσιάζει παθολογία. Χρησιμοποιώντας αυτό το παράδειγμα θα δείξουμε πώς θέτουμε τα όρια του φυσιολογικού από το παθολογικό. Στον μέσο όρο για την ηλικία που εξετάζουμε εφαρμόζουμε τον μαθηματικό τύπο: **Μέσος όρος – 2 Χ τυπική απόκλιση**. Πχ. Για την ηλικία των 70 ετών και με εκπαιδευτικό επίπεδο πάνω από 9 έτη κατά την ανάγνωση, το όριο για την παθολογία είναι: $38,82 - 2 \times 0,405 = 38$.

Κεφάλαιο 4: Συζήτηση.

4.1. Συζήτηση.

Αυτή η εργασία έγινε με στόχο να σταθμίσουμε αυτή την δοκιμασία στη Κύπρο, στόχος σημαντικός για πολλούς λόγους. Πρώτο γιατί δεν υπάρχει ανάλογη διαγνωστική εξέταση στη Κύπρο και κατά δεύτερο να δημιουργήσουμε ένα κλίμα το οποίο να ευνοεί και στο μέλλον παρόμοιες μελέτες που μοναδικό σκοπό έχουν το καλό τις κοινωνίας αλλά και τις επιστημονικής κοινότητας.

Από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου μας καταλήξαμε στις σχετικές νόρμες ανά κατηγορία, αυτές οι νόρμες θεωρούνται οι φυσιολογικές αποκρίσεις των υποκειμένων μας και από αυτές εξάγουμε το χρήσιμο συμπέρασμα του εάν ένα άτομο κατά την εξέταση παρουσιάζει σχετική παθολογία ή όχι.

Φυσικά αυτά τα αποτελέσματα πρέπει να συγκριθούν με παρόμοιες μελέτες που έγιναν κατά το παρελθόν και αφορούσαν άτομα τις ίδιες ηλικίας, για να μπορούμε να δούμε εάν υπάρχει εγκυρότητα στα αποτελέσματα μας. Όπως προαναφέρθηκε στην Κύπρο είναι η πρώτη φορά που λαμβάνει χώρα μια τέτοια έρευνα και εκ των πραγμάτων η δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων μας είναι αδύνατη. Παρόλα αυτά δεν εξανεμίζεται η σημαντικότητα αυτών των αποτελεσμάτων.

Για να αξιολογηθεί σωστότερα αυτή η έρευνα πρέπει να γίνει κάποια σύγκριση με άλλες παρόμοιες έρευνες η οποίες έθεσαν υπό εξέταση τον ίδιο με εμάς στόχο. Καθώς ανατρέξαμε στην βιβλιογραφία παρατηρήθηκε το εξής αναμενόμενο στοιχείο, ότι άτομα νεότερα σε ηλικία και με περισσότερα έτη εκπαίδευσης παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα σε πολλές υποκατηγορίες της Διαγνωστικής εξέτασης της Βοστώνης για

την Αφασία (Σύντομη έκδοση). Αυτό παρόλο που είναι καθ' όλα αναμενόμενο παρουσιάζει μια γενίκευση σε όλες της χώρες τις οποίες έγινε το τεστ, αυτό καθ' αυτό είναι ένα σημαντικό στοιχείο άξιο αναφοράς. Αυτά τα αποτελέσματα τα οποία αναφέρονται πιο πάνω προκύπτουν από πρόσφατη μελέτη που έλαβε χώρα στην Ελλάδα αλλά και στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Επίσης ένας άλλος κοινός παράγοντας των ερευνών αυτών, που και πάλι είναι καθ' όλα αναμενόμενο είναι ότι άτομα με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσίαζαν μειωμένη ικανότητα αυθόρμητης γραφής, ανάγνωσης και γραφής παρουσιάζοντας έτσι στο μοντέλο των ερευνών το γενικό συμπέρασμα ότι τα έτη εκπαίδευσης επηρεάζουν σημαντικά τους τρεις πιο πάνω παράγοντες έχοντας επίσης σημαντική στατιστική σημαντικότητα. Αυτό προκύπτει από τη έρευνα που έγινε με τίτλο “Adaptation and validation of standardized aphasia testing different languages” σε Ελληνικό δείγμα και χρησιμοποιήθηκε το BDAE-SF. Ενδιαφέρον κρίνεται επίσης το γεγονός ότι σημαντική στατιστική σημαντικότητα υπάρχει και στην ανάγνωση σε σχέση με την ηλικία των υποκειμένων. Ομοίως και σε αυτή την περίπτωση η σύγκρισή έγινε με την εργασία της Κ. Τσαπκίνη (Tsapkini et al., 2009).

Τελειώνοντας αυτή την εργασία αναφέρω ότι ο στόχος που τέθηκε εξ' αρχής ολοκληρώθηκε με μεγάλη επιτυχία και αυτό δίνει την ευκαιρία στο κοντινό μέλλον να υπάρξουν κι άλλες παρόμοιες έρευνες για σκοπούς σύγκρισης με την υπάρχουσα έρευνα που στόχο μόνο έχει την ανάπτυξη των γνώσεων μας σε αυτό τον τομέα της αφασίας ο οποίος ταλαιπωρεί χιλιάδες άτομα ανά το παγκόσμιο. Στην ουσία όσα περισσότερα γνωρίζουμε για το πεδίο, τόσα περισσότερα μπορούμε να προβλέψουμε και τόσο περισσότερα θα προσπαθήσουμε να θεραπεύουμε.

Βιβλιογραφία

- Linda M. Ross (1996) Communication Disorders Sourcebook. Linda M. Ross (Feb 1996).
- Roberta Chapey (2008) Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders. Wolters Kluwer.
- Rolland B. Gillam, Thomas P. Marquardt & Frederic N. Martins (Apr 2000)
- Communication Sciences and Disorders: Introduction: From Research to Clinical
- Franco Fabbro (1999) Concise Encyclopedia of Language Pathology. Kidlington, Oxford. UK Pergamon 1999
- Nancy Helm-Estabrooks & Martin L. Albert (1991) Manual of Aphasia and Aphasia Therapy. 2th edition, Austin. Texas 1991
- Μαρία Καμπανάρου (2007) Διαγνωστικά θέματα λογοθεραπείας. Ελλάδα 2007: εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- Χαρίκλεια Πρώιου (2003) Δυσφαγία-Δυσφασία-Δυσαρθρία. Θεσσαλονίκη, Ελλάδα 2003: Εκδόσεις Γιαπούλη
- Charman & Hall (1992) Acquired speech and language disorders. Μετάφραση Μαρία Ταλαντοπούλου, Επιμέλεια Μαρία Καμπανάρου. Αθήνα, Ελλάδα 2008: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- K. Tsapkini (2009) Adaptation and validation of standardize aphasia testing different languages. Lessons from the Boston diagnostic aphasia examination SF in Greek. Behavioral Neurology. Volume 22. Number 3-4/2009/2010.(2009). Page 111-119.

