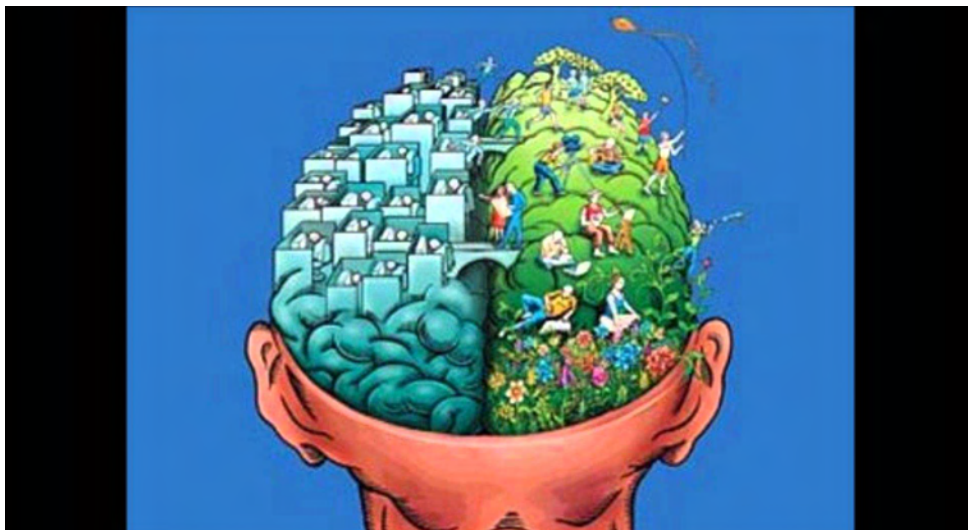




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

*«ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ ΤΟΥ
ΒΡΟΧΑ»*



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΠΑΤΑΚΙΟΥΤΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ: ΚΑΡΑΠΕΤΣΑΣ ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ &
ΑΝΔΡΕΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΒΟΛΟΣ 2018

**ΘΕΜΑ: ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ
ΑΦΑΣΙΑ ΤΟΥ ΒΡΟΧΑ**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους υπεύθυνους καθηγητές της πτυχιακής μου εργασίας, κ. Καραπέτσα Ανάργυρο και τη κα Ανδρέου Γεωργία, καθώς και τους βοηθούς τους, για τη πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη κατά τη διάρκεια όλου αυτού του έργου. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου που βρίσκονται πάντα στο πλευρό μου.

Χωρίς μουσική, η ζωή θα ήταν ένα λάθος.

Φρήντριχ Νίτσε

Περίληψη και λέξεις-κλειδιά

Ο όρος αφασία χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία προσωρινή ή μόνιμη απώλεια της γλωσσικής ικανότητας, που συνοδεύεται από απώλεια της ικανότητας κατανόησης του προφορικού ή γραπτού λόγου, και προκύπτει λόγω διαταραχής ή δυσλειτουργίας των εγκεφαλικών κέντρων. Ο πιο κοινός παράγοντας που προκαλεί την εμφάνιση της αφασίας είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο, κυρίως όταν αυτό συμβαίνει στο αριστερό ημισφαίριο, το οποίο είναι υπεύθυνο για την γλώσσα (αφασία του Broca). Για να γίνει σωστά η διάγνωση πρέπει να αξιολογηθούν τα ελλείμματα του ασθενή. Σε αυτό βοηθά η διαφορική διάγνωση, με διάφορα σταθμισμένα τεστ (Boston Exam Test). Κάθε περίπτωση αφασίας θεραπεύεται με διαφορετική προσέγγιση ανάλογα με τις δυνατότητες και τα προβλήματα του θεραπευόμενου. Στην αφασία του Broca εμφανίζεται μειωμένη παραγωγή γλώσσας, αλλά με δυνατότητες επικοινωνίας στα πλαίσια του φυσιολογικού. Ο στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να δώσει πληροφορίες σχετικά με τον όρο «αφασία», και πιο συγκεκριμένα για την «αφασία του Broca», να αναφέρει τη σημασία της διαφορικής διάγνωσης και αξιολόγησης, και τέλος να αναδείξει τη σύγχρονη θεραπευτική μέθοδο παρέμβασης, τη μουσικοθεραπεία, και κυρίως τη «μελωδική θεραπεία στίξης» που εξειδικεύεται στην αποκατάσταση της γλώσσας μέσω του τραγουδιού για ασθενείς με αφασία του Broca.

Λέξεις-κλειδιά: Δυσφασία, Αφασία, Αφασία Broca, Αξιολόγηση, Διαφορική Διάγνωση, Μουσικοθεραπεία, ΜΠΤ

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	7
Κεφάλαιο 1° Γενικές πληροφορίες για Αφασία.....	8
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	8
1.2 Δυσφασία ή Αφασία.....	9
1.3 Συγκεκριμένοι ορισμοί Αφασίας.....	9
1.4 Συνοσυρότητα Δυσφασίας.....	10
1.5 Τύποι Δυσφασίας.....	10
1.6 Αιτιολογία Δυσφασιών.....	12
1.7 Είδη Αφاسιών.....	13
1.8 Αφασία Broca.....	15
1.9 Νευροανατομικές βάσεις της αφασίας Broca.....	16
1.10 Γενικά χαρακτηριστικά της αφασίας Broca.....	17
1.11 Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της γλώσσας στην αφασία Broca.....	18
1.12 Δυνατότητες ασθενών με αφασία Broca.....	19
1.13 Συχνότητα και επικράτηση αφασιών.....	20
Κεφάλαιο 2° Κλινική Αξιολόγηση και Διάγνωση.....	20
2.1 Η σπουδαιότητα της Διαφορικής Διάγνωσης.....	21
2.2 Οι αρχές της διαφοροδιάγνωσης.....	22
2.3 Ο σκοπός της αξιολόγησης.....	22
2.4 Οι αρχές της αξιολόγησης της αφασίας.....	23
2.5 Διαφορικές διαγνώσεις αφασίας.....	23
2.6 Επίσημες αξιολογήσεις για την αφασία.....	26
2.7 Κλινική εξέταση της ομιλίας.....	34
2.8 Στόχοι θεραπείας.....	35

Κεφάλαιο 3 ^ο Εγκέφαλος και Μουσική.....	36
3.1 Ορισμός Μουσικοθεραπείας.....	37
3.2 Ιστορία της Μουσικοθεραπείας.....	39
3.3 Μελωδική Θεραπεία Στίξης (ΜΙΤ).....	41
Συμπεράσματα.....	43
Βιβλιογραφία.....	44

Εισαγωγή

«Ο φυσιολογικός λόγος μπορεί να θεωρηθεί μια σύνθετη διαντίδραση μεταξύ συμβολικών αναπαραστάσεων, κινητικών και αισθητικών ικανοτήτων, με γνώριμα συντακτικά σχήματα που διευκολύνουν την επικοινωνία του ασθενή. Η αφασία αφορά την μερική ή ολική απώλεια αυτών των δυνατοτήτων, των συνδέσεων και των συνηθειών του γραπτού ή του προφορικού λόγου, που προκύπτουν ύστερα από βλάβη συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου που εξειδικεύονται για τις λειτουργίες αυτές» (Καραπέτσας, 2013). Στην αφασία του Broca ο ασθενής δε μιλάει σχεδόν καθόλου ή ελάχιστα. Εμφανίζει αρκετές ελλείψεις μεταξύ των οποίων, έκπτωση των λεκτικών δραστηριοτήτων σε μεγάλο ποσοτικό επίπεδο που μπορεί να συνδυαστεί με διαταραχές στην άρθρωση του λόγου, όπως για παράδειγμα με δυσαρθρία. Επίσης, ένα ασθενής με αφασία του Broca είναι πιθανό να παρουσιάσει στερεοτυπία, όταν του ζητείται να μιλήσει, να ζητήσει ή να απαντήσει κάτι. Αυτή η στερεοτυπία εμφανίζεται με γρήγορο ρυθμό και συνοδεύεται από νευρική κατάσταση. Όταν, ο ασθενής κάνει σιωπηλή ανάγνωση και κατανοεί το κείμενο δεν εμφανίζονται παραφασίες.

Στη μουσική ο ασθενής μπορεί να συνοδεύσει το τραγούδι στα πλαίσια της μουσικότητας. Με αφορμή αυτή την ικανότητα του ασθενή με αφασία του Broca, χρησιμοποιείται η σύγχρονη προσέγγιση της μουσικοθεραπείας και συγκεκριμένα η «Μελωδική Θεραπεία Στίξης», MIT, που κάνει χρήση τρία στοιχεία: Τη μελωδική γραμμή, τα σημεία επιτονισμού και τον ρυθμό. Ο σκοπός της θεραπείας είναι να βοηθήσει την ανάκτηση, σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο βαθμό, της ομιλίας ή/και να βρεθούν εναλλακτικοί τρόποι επικοινωνίας. *«Η χρήση της γλώσσας της μουσικής επάνω στον άνθρωπο επηρεάζει άμεσα τις ψυχικές και σωματικές λειτουργίες του»*, σύμφωνα με τη μουσικοθεραπεύτρια Σιμόνα Νιρενστάιν-Κατζ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Γενικές πληροφορίες για την Αφασία

1.1 Ιστορική αναδρομή

Τον 5^ο αιώνα προ Χριστού, σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, παρατηρήθηκαν κάποια συμπτώματα αφασίας που οδηγούν σε απώλεια ομιλίας και λόγου. Ο ίδιος τα απέδωσε ως αφωνία. Ο SCHMIT το 1673 περιέγραψε για πρώτη φορά τα συμπτώματα που παρουσιάζει ένας αφασικός ασθενής. Συγκεκριμένα, μίλησε για: παράλυση της δεξιάς πλευράς του σώματος, αδυναμία ικανότητας γραφής και ανάγνωσης, αδυναμία στην έκφραση της σκέψης, αδυναμία για αντικατάσταση μιας λέξης από μία άλλη. Ο ασθενής είχε την ικανότητα να αποδώσει αυτά που του προτρέπονταν να γράψει, αλλά χωρίς να έχει τη δυνατότητα να διαβάσει όσα έγραψε. Αργότερα, ο DELIUS, το 1757, κάνει διαχωρισμό των όρων «αφωνία» και «αλαλία». Η πρώτη αναφέρεται ως εξασθένηση της ομιλίας και η δεύτερη ως απώλεια του αρθρωμένου λόγου.

Ο όρος Δυσφασία ή Αφασία έκανε την εμφάνισή του στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Έως τότε χρησιμοποιούνταν ο όρος, που πρωτοεισήγαγε ο Paul Broca (1861), «αφημία». Ο όρος που επικράτησε από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, «Αφασία», θεωρείται ειδικός επιστημονικός όρος (α- στερητικό και από το ρήμα φημί= λέγω) και υποδηλώνει μερική ή ολική εξασθένηση των γλωσσικών δεξιοτήτων, τόσο σε παιδιά, όσο και σε ενήλικες, και πρόκειται για μία δυσλειτουργία της γλώσσας λόγω βλάβης του εγκεφάλου. Το -α- (στερητικό) της λέξης αφασία υποδηλώνει ότι κάποιος δεν μπορεί να προφέρει αυτό που θέλει, δηλαδή να βγάλει λόγο. Από αυτό προκύπτει ότι είναι ένα πρόβλημα λόγου. Δεν γίνεται δύο άνθρωποι να εμφανίζουν ακριβώς την ίδια αφασία, καθώς ο βαθμός της εξέλιξής της εξαρτάται από διαφορετικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα από τον βαθμό της εγκεφαλικής βλάβης, την τοποθεσία του, την προσωπικότητα του ασθενή και τη γλωσσική του ικανότητα.

Ο Καραπέτσας Α. (2013) αναφέρει στο βιβλίο «Σύγχρονα θέματα Νευρογλωσσολογίας» ότι η αφασία αποτελεί μια κατηγορία με διαταραχές που έχουν άρρηκτη σύνδεση με δομικές δυσλειτουργίες, όπως είναι το εγκεφαλικό υπόστρωμα, και φανερώνουν κάποιες διαταραχές, όπως για παράδειγμα εγκεφαλική παράλυση και αγγειακά επεισόδια, ή ατυπίες σχετικά με την ανάπτυξη ορισμένων δικτύων νευρώνων ή συγκεκριμένων υποσυστημάτων της διεργασίας των πληροφοριών που αφορούν τη γλώσσα. Συγκεκριμένα η αφασία θεωρείται μια νευρολογική διαταραχή που προκύπτει από μία δυσλειτουργία των εγκεφαλικών ημισφαιρίων των περιοχών που είναι υπεύθυνες για τη λειτουργία της γλώσσας (Albert, H. Goodglass, N.A. Helm, A.B. Rubens, M.P. Alexander). Δυσφασία θεωρείται η διαταραχή που έχει προκληθεί από τραύμα ή είναι εκ γενετής και

έχει συνδεθεί με βλάβη των εγκεφαλικών δομών, με συνέπειες στη επεξεργασία των πληροφοριών της γλώσσας.

Μετά τον όρο «αφημία» που εισήγαγε για πρώτη φορά ο Broca, το 1864 γίνεται η εμφάνιση του όρου «αφασία», σε ένα κλίμα ανταγωνισμού, από τον A. Trousseau.

Ο Hecaen (1972) αμφισβητεί τον όρο «αφασία», λέγοντας ότι: παρόλο που ορίζουμε τις δυσκολίες της επικοινωνίας του λόγου μετά από βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος, ο όρος αυτός δεν ικανοποιεί τις απαιτήσεις μας, καθώς δεν υπάρχει εξειδίκευση δυσκολιών που να βασίζονται στα γλωσσικά χαρακτηριστικά, παρά μόνο σε σχέση με τη βλάβη που εμφανίστηκε.

1.2 Δυσφασία ή Αφασία;

Ο όρος «Δυσφασία» αναφέρεται σε διαταραχές της γλώσσας που εμφανίστηκαν πρώιμα στην ανάπτυξη του παιδιού και επηρέασαν άμεσα την εξέλιξή του. Μέχρι στιγμής δεν έχουν εκτιμηθεί ακριβώς οι επιπτώσεις που επιφέρει η δυσφασία. Η δυσφασία εμφανίζεται μετά από λοιμώξεις, όγκους, τραυματισμούς και διάφορα κτυπήματα στον εγκέφαλο, σε ασθενείς με νευρολογικές βλάβες. Επιπλέον, μπορεί να διαχωριστεί σε αναπτυξιακή, όπου απουσιάζει η βλάβη και η όποια δυσλειτουργία, και σε τραυματική, που προκύπτει ύστερα από εγκεφαλική παράλυση. Ένας άλλος διαχωρισμός είναι ανάλογα με το αν υπάρχει συνοσηρότητα. Έτσι λοιπόν έχουμε τη σαφή Δυσφασία, όπου εμφανίζεται μία μεμονωμένη γνωστική διαταραχή, τη σχετική Δυσφασία, που συνυπάρχει με νοητική ανεπάρκεια, και τη συναφή Δυσφασία, που συνοδεύεται με ακουστικές βλάβες ή διαταραχές της συμπεριφοράς. Η Δυσφασία μπορεί να συνυπάρξει με νοητικό έλλειμμα, κώφωση ή βαρηκοΐα, και με συμπεριφορικές διαταραχές ή και με διαταραχές προσωπικότητας.

Από την άλλη η Αφασία πρόκειται για έναν όρο που εμπεριέχει τη μερική ή ολική απώλεια γραπτού και προφορικού λόγου και προκύπτει μετά από κακώσεις στις συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για την εκτέλεση των ικανοτήτων αυτών. Αυτές οι δυσλειτουργίες είναι δυνατόν να προκύπτουν είτε με βλάβη του δεξιού είτε του αριστερού ημισφαιρίου που είναι υπεύθυνο για τις διαταραχές του γλωσσικού συστήματος. Η αφασία ορίζεται ως η γλωσσική έκπτωση σε ανθρώπους με ομαλό νοητικό επίπεδο, που έχει επηρεάσει όλες τις λειτουργίες και τους τρόπους γλωσσικής έκφρασης.

Η Αφασία ως διαταραχή της γλώσσας επηρεάζει άμεσα την παραγωγή, την κατανόηση, τη γραφή, την ανάγνωση, και την αριθμητική ικανότητα, και συνεπώς την άρθρωση, την γραμματική, το συντακτικό. Όταν το παιδί είναι μικρό, λόγω της πλαστικότητας του εγκεφάλου, υπάρχει η δυνατότητα της ταχείας ανάληψης σε αντίθεση με τους ενήλικες, όπου ο εγκέφαλός τους είναι διαμορφωμένος. Η αφασία μπορεί να είναι μόνιμη ή ακόμα και προσωρινή, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις εκδηλώνεται ξαφνικά. Ο ασθενής με αφασία συνήθως δυσκολεύεται αρκετά ή του είναι αδύνατον να περιγράψει

και να καταλάβει και στις χειρότερες περιπτώσεις μπορεί να συμβαίνουν και τα δύο. Για να θεωρηθεί ένα άτομο αφασικό δε φτάνει να έχει διαταραχές επικοινωνίας λόγω παράλυσης, κάκωσης, αδυναμίας συνεργασίας των μυών ή δυσκολίες σε οπτικοακουστικό επίπεδο. Αυτές οι διαταραχές πρέπει να συνοδεύουν την κλινική εικόνα του ασθενή με αφασία (Καραπέτσας, 2013).

Στην αφασία ο ασθενής ενώ δεν είναι κωφός, δε μπορεί να κατανοήσει τον λόγο, και ενώ δεν είναι άλαλος, δε μπορεί να μιλήσει. Η δυσκολία της ομιλίας των ασθενών έγκειται στο γεγονός ότι δυσκολεύονται να καταλάβουν τα νοήματα της γλώσσας. Δε συνδέεται αυτή η δυσκολία με διαταραχές της ομιλίας, των αισθήσεων, της νοημοσύνης, αλλά ούτε με τη σχιζοφρένεια, την άνοια και τον συγχυσμένο λόγο. Κάποια άλλα προβλήματα που εμφανίζονται, σχετίζονται με τις εκούσιες κινήσεις, τη παρατήρηση του περιβάλλοντος, τη μνήμη, την αυτοσυγκέντρωση και τη πρωτοβουλία.

Σύμφωνα με έρευνες στο Albert Einstein College of Medicine, που έγιναν σε ενήλικες με αφασία και παιδιά με αναπτυξιακή δυσφασία, φαίνεται ότι υπάρχουν δύο σύνδρομα που είναι σχεδόν ακριβή αντίγραφα στους ενήλικες και τα παιδιά. Αναγνωρίζουμε επομένως ότι οι γλωσσικές διαταραχές των παιδιών και των ενηλίκων έχουν θεμελιώδεις διαφορές και ότι η πλαστικότητα του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου του παιδιού εισάγει περαιτέρω περιπλοκότητες. Παρόλα αυτά, φαίνεται λογικό να πιστεύουμε ότι υπάρχουν σταθερές στην οργάνωση του εγκεφάλου που καλύπτουν όλες τις ηλικίες. Η αναζήτηση των ελλειμμάτων της γλώσσας που είναι κοινά στους αφασικούς ενήλικες (των οποίων οι βλάβες μπορούν συνήθως να περιγραφούν με τις σύγχρονες τεχνικές νευροαπεικόνισης) και στα δυσφασικά παιδιά (στα οποία σπάνια υπάρχουν νευρολογικές ενδείξεις) μπορεί να είναι ένας γόνιμος τρόπος για να αρχίσουν να καθορίζονται οι εγκεφαλικές συσχετίσεις των παιδικών ελλειμμάτων.

1.3 Συγκεκριμένοι ορισμοί Αφασίας (συγγραφείς & ορισμός):

Σύμφωνα με τον Καλατζή (1957), η Αφασία ορίζεται ως η ολική εξασθένιση του έναρθρου λόγου του ατόμου και της κατανόησης του λόγου των άλλων ανθρώπων, παρόλο που τα γλωσσικά και αισθητηριακά όργανα δε παρεκκλίνουν από το «φυσιολογικό».

Σύμφωνα με τον Benson (1979), η αφασία προκύπτει από βλάβη του εγκεφάλου και εμφανίζει απώλεια ή βλάβη της γλώσσας.

Ο Charpey (1981), θεωρεί ότι οι οργανικές βλάβες του εγκεφάλου προκαλούν εξ ολοκλήρου απώλεια της γλώσσας και γνωστικές δυσλειτουργίες που συνδέονται με τη γλώσσα. Η αφασία όπως τη περιγράφει ο Charpey εμφανίζεται με δυσλειτουργία του γλωσσικού περιεχομένου ή της σημασίας, τη μορφολογία ή τη δομή και τη μνήμη και τη σκέψη που είναι γνωστικές διεργασίες της γλώσσας.

Ο McNeil (1989) θεωρεί ότι η αφασία έχει πολλαπλή και ισχυρή δύναμη και επιφέρει αναποτελεσματικότητα σε χειρισμούς που σχετίζονται με λεκτικά σύμβολα, όπως για παράδειγμα την ανάκτηση, την αποθήκευση, την εφαρμογή κανόνων.

1.4 Συνοσηρότητα Δυσφασίας

Κάποια παιδιά έχουν παρόμοιες επιδόσεις στις δοκιμασίες γλωσσικών δεξιοτήτων και στις μη γλωσσικές δοκιμασίες. Η επίδοση που παρουσιάζουν στις γλωσσικές δοκιμασίες σε σχέση με την χρονολογική τους ηλικία αντανακλούν το νοητικό έλλειμμα και κατά συνέπεια το νοητικό επίπεδο του παιδιού. Ένα παιδί εντός των φυσιολογικών ορίων θα παρουσιάζει τη συνάρτηση $ΠΗ=ΝΗ$, δηλαδή η χρονολογική-πραγματική του ηλικία θα ταυτίζεται με το αντίστοιχο νοητικό επίπεδό του. Στην περίπτωση όμως που η συνάρτηση κλίνει προς τη χρονολογική του ηλικία του παιδιού, $(ΠΗ>ΝΗ)^3$, θα πρέπει να διερευνηθεί το νοητικό έλλειμμα και όχι η δυσφασία. Κάθε παιδί παρουσιάζει γλωσσικό έλλειμμα σε διαφορετική ποσότητα και ποιότητα.

Κάποια άλλα παιδιά εμφανίζουν κώφωση και δυσφασία. Συγκεκριμένα, αν ένα παιδί παρουσιάζει χαμηλές επιδόσεις σε σχέση με τη χρονολογική του ηλικία και το νοητικό επίπεδό του και δυσλειτουργίες στην ακουστική οδό, σε συνδυασμό με χαμηλές επιδόσεις στον γλωσσικό τομέα, είναι καλός οίωνός για πρόγνωση μιας υποκείμενης δυσφασίας. Σε περίπτωση σοβαρής ακουστικής βλάβης, ελαφριάς κώφωσης και βαρηκοΐας, πρέπει να διερευνηθούν οι γνωστικές λειτουργίες και οι γλωσσικές ικανότητες με νευροψυχολογική εξέταση.

Πολλά παιδιά με δυσφασία παρουσιάζουν επίσης διάφορες διαταραχές σε επίπεδο συμπεριφοράς, δυσκολίες επικοινωνίας σε σχέση με τους άλλους και διαταραχές προσωπικότητας. Στην περίπτωση που οι γλωσσικές διαταραχές προκύπτουν από σχεσιακά προβλήματα προτείνεται η ένταξη του παιδιού σε ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα, στην άλλη περίπτωση που η δυσφασία είναι το πρωτογενές αίτιο προτείνεται μία ορθοφωνητική αποκατάσταση εστιασμένη στις εξατομικευμένες ανάγκες του παιδιού (Καραπέτσας, 2013).

1.5 Τύποι Δυσφασίας

Οι δυσφασίες χωρίζονται σε τέσσερις ομάδες: α)τις εγγενείς διαταραχές του γλωσσολογικού τομέα, β)τις διαταραχές εκπομπής, γ)τις διαταραχές έκφρασης και δ)τη φωνολογική-συντακτική δυσφασία.

Η πρώτη ομάδα σχετίζεται με το συντακτικό και λεξιλογικό μέρος και περιλαμβάνει προβλήματα όπως είναι η μορφοσύνταξη, η κατανόηση και η έκφραση, αλλά και προβλήματα στον προφορικό και γραπτό λόγο. Για παράδειγμα ένα παιδί με δυσφασία πέρα από δυσκολία επικοινωνίας, παρουσιάζει επίσης στον γλωσσολογικό τομέα :

- Παράλειψη των μικρών λειτουργικών λέξεων (απουσία συνδετικών λέξεων «και», «μετά», «έπειτα»).
- Δυσκολίες με τις «κατασκευασμένες» λέξεις του λεξιλογίου (δυσκολία εύρεσης αντιθέτων λέξεων).
- Δυσκολίες με τη σειρά των λέξεων.
- Αδυναμία χειρισμού των καταλήξεων (επιθέτων-ρημάτων).
- Αδυναμία εύρεσης της λέξης.

Στις διαταραχές της εκπομπής γίνεται εξέταση της διαφοράς πρόσληψης ενός θορύβου από την ακουστική οδό σε σχέση με την αντίληψη ενός γλωσσικού ερεθίσματος. Οι γλωσσικοί από τους μη γλωσσικούς ήχους αποκωδικοποιούνται σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου. Σε αυτή την ομάδα εμφανίζονται προβλήματα κατανόησης του λόγου και αναγνώρισης των λέξεων, καθώς και προβλήματα διάκρισης των φωνολογικών αντιθέσεων της γλώσσας.

Στην Τρίτη ομάδα παρουσιάζονται τρεις διαταραχές: η διαταραχή της φωνολογικής παραγωγής, η προσωποκινητική απραξία και οι δυσαρθρίες. Συγκεκριμένα τα προβλήματα είναι τα εξής:

- Προβλήματα φωνολογικής κωδικοποίησης
- Προβλήματα ελέγχου της φωνολογικής έκφρασης
- Δυσκολίες οργάνωσης της κίνησης (κιναισθητική δυσφασία)
- Φωνολογικές αλλοιώσεις
- Στοματικο-φωνητική απραξία

Στην τέταρτη και τελευταία ομάδα το παιδί παρουσιάζει ψυχογλωσσολογική υποβάθμιση, δυσκολία σύνταξης και φωνολογικής παραγωγής (Καραπέτσας, 2013).

1.6 Αιτιολογία Αφασιών

Η αφασία δε θεωρείται μια διαταραχή που έγκειται σε κινητικά και αισθητηριακά προβλήματα, αλλά πρόκειται για το αποτέλεσμα μιας εστιασμένης δυσλειτουργίας του εγκεφάλου. Αυτή η βλάβη είναι πιθανό να δημιουργήσει τόσο κινητικά, όσο και αισθητηριακά προβλήματα, αλλά και διάφορες γνωστικές δυσλειτουργίες. Η βλάβη αυτή συνήθως πηγάζει από αγγειακές επιπλοκές, οι οποίες καταλήγουν σε εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλική αιμορραγία και αποπληξία. Κάποιες άλλες αιτίες είναι τα τραύματα στον εγκέφαλο μετά από ατυχήματα ή κάποιος όγκος του εγκεφάλου. Για να λειτουργήσει ο εγκέφαλός μας σωστά, τα απαραίτητα συστατικά είναι το οξυγόνο και η γλυκόζη. Αν δεν υπάρχουν σε σωστές αναλογίες αυτά τα δύο συστατικά, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση του εγκεφαλικού επεισοδίου, η κυκλοφορία του αίματος θα σταματήσει στη συγκεκριμένη περιοχή και τα κύτταρα θα νεκρωθούν. Διαφορετικές περιοχές στον εγκέφαλο είναι υπεύθυνες για συγκεκριμένες λειτουργίες. Σε περίπτωση βλάβης του αριστερού ημισφαιρίου, υπεύθυνου για το λόγο, το άτομο καθίσταται

αφασικό. Σε ελάχιστες περιπτώσεις βλάβη του δεξιού ημισφαιρίου δημιουργεί ένα αφασικό προφίλ.

Εγκεφαλικό επεισόδιο

Ως εγκεφαλικό επεισόδιο ορίζεται η δυσλειτουργία του εγκεφαλικού ιστού με αγγειακή αιτιολογία που έγκειται σε διακοπή παροχής αίματος στη συγκεκριμένη περιοχή που πάσχει, είτε από αιμορραγία που προήλθε από αγγειακή ρήξη. Υπάρχουν δύο ειδών εγκεφαλικά επεισόδια. Τα ισχαιμικά και τα αιμορραγικά. Μάλιστα το εγκεφαλικό επεισόδιο θεωρείται το πιο συχνό αίτιο που προκαλεί αφασία. Σε ποσοστό 25-40% ασθενείς που αντιμετώπισαν εγκεφαλικό επεισόδιο και επιβίωσαν παρουσίασαν αφασία. Σύμφωνα με έρευνα του Τμήματος της Νευρολογίας στο Bispebjerg Hospital της Κοπεγχάγης (2003), ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο σε ποσοστό έως και 40%, μετά το πέρας της μίας βδομάδας, που αξιολογήθηκαν, περίπου το 12% παρουσίασε αφασία του Broca, ενώ ένα 15% παρουσίασε αφασία του Wernicke. Τα αποτελέσματα ακόμα και μετά από ένα χρόνο έδειξαν ότι οι ασθενείς συνέχιζαν να παρουσιάζουν αφασία σε πιο ήπια μορφή.

Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Η τραυματική εγκεφαλική βλάβη ορίζεται ως μια δύναμη εξωγενής που δημιουργεί κάκωση. Ο γενικός όρος «κρανιοεγκεφαλική κάκωση» συχνά συνδέεται με τη βλάβη που προέρχεται από τραύμα του εγκεφάλου, αλλά μπορεί επιπλέον να εμπλέκονται και τραυματισμοί σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου, όπως το κρανίο και το τριχωτό της κεφαλής. Η πιο συχνή περίπτωση εγκεφαλικής βλάβης από τραυματισμό θεωρείται η διάσειση, που προκαλείται από δόνηση και στη συνέχεια προκύπτει βλάβη. Η διάσειση μπορεί να προκληθεί κατά τη διάρκεια αθλημάτων, ή από αυτοκινητιστικά ατυχήματα, από βίαια επεισόδια και ατυχείς πτώσεις.

Όγκοι εγκεφάλου

Ως εγκεφαλικός όγκος ορίζεται μία πάθηση που εμφανίζεται ενδοκρανιακά και χαρακτηρίζεται με ανεξέλεγκτη εξάπλωση κυττάρων, είτε μέσα στον εγκέφαλο (γλοίωμα), είτε στα νεύρα του κρανίου, είτε στις μεμβράνες που περιβάλλουν τον εγκέφαλο, είτε στο κρανίο, είτε ακόμα να ξεκινήσει από κάποιον καρκίνο που ξεκίνησε από άλλο μέρος του σώματος. Οι έρευνες στις Η.Π.Α. υπολογίζουν 10.000 νέες περιπτώσεις όγκων, ενώ αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα δεν δείχνουν συγκεκριμένα ποσοστά (Φούντάς, 2003).

1.7 Είδη Αφασιών

Οι αφασικοί ασθενείς σύμφωνα με έρευνες παρουσιάζουν συγκεκριμένους διαχωρισμούς σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της γλώσσα και της παραγωγής της γλώσσας. Πιο συγκεκριμένα, μερικοί από τους ασθενείς δυσκολεύονται περισσότερο να βρουν λέξεις (π.χ. ανομία) από το να σχηματίσουν προτάσεις (π.χ. αγραμματισμός), σε αντίθεση με

κάποιους άλλους που παρουσιάζουν μεγαλύτερη δυσκολία στον σχηματισμό προτάσεων από τον σχηματισμό λέξεων. Κάθε σύνδρομο αποτελείται από ένα στερεοτυπικό μοντέλο επαναλαμβανόμενων συμπτωμάτων. Για να γίνουν διακριτοί οι διάφοροι τύποι αφασιών οι έρευνες στηρίζονται στον προσδιορισμό της αιτιολογίας των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται σε κάθε τύπο αφασίας. Υπάρχουν δύο είδη αυθόρμητης λεκτικής παραγωγής που δημιουργούν διαφορετικά προφίλ αφασικών ασθενών. Συγκεκριμένα, γίνεται ο διαχωρισμός σε μη ρέουσα αφασία, κατά την οποία οι ασθενείς παράγουν λέξεις, με εξαιρετική δυσκολία, για αυτόν τον λόγο ο ακροατής χρειάζεται να εξοπλιστεί με υπομονή. Οι ασθενείς με μη ρέουσα αφασία στη πιο δύσκολη περίπτωση παρουσιάζουν προβλήματα με τη γραμματική. Οι ασθενείς παρουσιάζουν αγραμματισμό, που προκύπτει ως συμπεριφορά της μη ρέουσας αφασίας και θεωρείται σύμπτωμα παράλειψης.

Το άλλο είδος αφασίας ονομάζεται ρέουσα αφασία, κατά την οποία οι ασθενείς μιλούν με ολοκληρωμένες συνεχόμενες προτάσεις. Το πρόβλημα στο συγκεκριμένο είδος αφασίας είναι η επιλογή των λέξεων που χρησιμοποιεί ο ασθενής. Αυτοί πολλές φορές δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν τη κατάλληλη λέξη που θέλουν, είτε κάνουν κατά εξακολούθηση λάθη στην εύρεση μιας λέξης. Στη λιγότερο ακραία της μορφή, στη ρέουσα αφασία, οι ασθενείς μπορούν να επικοινωνήσουν με σχετική ευκολία, ωστόσο δυσκολεύονται να βρουν συνηθισμένες λέξεις ορισμένες φορές. Μάλιστα όταν αντιλαμβάνονται τη δυσκολία της εύρεσης καταφεύγουν σε ασάφειες και περιφράσεις.

Επιπλέον, ένας ακόμη τύπος ρέουσας αφασίας, λόγου που δε βγάζει νόημα, είναι η ιδιογλωσσία. Η ροή του λόγου βρίσκεται στα πλαίσια του φυσιολογικού, καθώς αποτελείται από φυσιολογικές ερωτήσεις και δηλώσεις, περιέχοντας, ωστόσο, παραφασίες που οδηγούν σε ασάφειες και χωρίς νόημα εκφράσεις. Η ιδιογλωσσία θεωρείται το αντίθετο του αγραμματισμού. Σε αντίθεση με τις μη ρέουσες αφασίες οι οποίες προκαλούνται από βλάβη στην πρόσθια περιοχή του εγκεφάλου, οι ρέουσες αφασίες προκαλούνται από δυσλειτουργίες των οπίσθιων περιοχών του εγκεφαλικού στελέχους. Τα βασικά αυτά σύνδρομα αφασιών διαφοροποιούνται με βάση τρία σημαντικά στοιχεία:

- Τη σοβαρότητα του ελλείμματος κατανόησης.
- Τα γλωσσολογικά χαρακτηριστικά της αυθόρμητης λεκτικής έκφρασης
- Την ικανότητα επανάληψης σε σύγκριση με την αυθόρμητη έκφραση.

Ακόμη και ένα από τα παραπάνω συμπτώματα μπορούν να αποτελέσουν το προειδοποιητικό σημάδι για κάποιο από τα συγκεκριμένα σύνδρομα αφασίας. Ακόμα και οι ερευνητές που διαφωνούν με μία κοινή ταξινόμηση, έχουν την δυνατότητα να ταξινομήν τους ασθενείς με βάση κάποιο σύμπτωμα από τα παραπάνω, όπως για παράδειγμα την αγραμματική αφασία. Η αφασία διαφοροποιείται πέρα από τη διάκρισή της σε ρέουσα και μη ρέουσα και αναδεικνύονται οι διαχωρισμοί στη γλώσσα και τα πιθανά σημεία βλάβης στον εγκέφαλο που καθιστούν τα διαφορετικά είδη αφασίας.

Οι αφασίες ταξινομούνται σε:

- Αφασία του Broca
- Αφασία του Wernicke
- Σφαιρική αφασία (καθολική)
- Σύνδρομο γλωσσικού διαχωρισμού:
 - α) αφασία αγωγής
 - β) κατονομαστική αφασία
 - γ) αμιγής λεκτική κώφωση
 - δ) αμιγής λεκτική τύφλωση (οπτική λεκτική αγνωσία ή αλεξία χωρίς αγραφία
 - ε) αμιγής λεκτική βωβότητα
 - στ) απομόνωση των περιοχών του λόγου (διαφλοϊκές αφασίες)
- Αγραφίες
- Υποφλοιώδεις αφασίες
- Αφασία επανάληψης (Καραπέτσας, 2013).

1.8 Αφασία Broca

Ο Paul Pierre Broca, το 1861, στο Παρίσι, δημοσίευσε μια έκθεση στο Bulletin de la Société Anthro-pologique για μία περίπτωση αφασίας που προήλθε από βλάβη στο αριστερό μετωπιαίο λοβό και ονομάστηκε “arhemia5”. Στη περίπτωση αυτή επρόκειτο για έναν ασθενή, τον κ. Leborgne, που ήταν ένας 51 χρονος άνδρας που είχε ήδη μία ιστορία αφασίας, αλλά και ημιπληγίας της δεξιάς πλευράς που είχε ως αποτέλεσμα τη γάγγραινα του δεξιού κατωτέρου άκρου και κατά συνέπεια τη κατάληξη σε κόμα και σε θάνατο. Ύστερα από αυτοψία από τον Broca, βρέθηκαν βλάβες στη δεύτερη και τρίτη μετωπιαία περιοχή και κάταγμα του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου, στα κατώτερα σημεία της σχισμής του Sylvius, στη νησίδα και στο παρακείμενο τμήμα του ραβδωτού σώματος, πράγμα που επιβεβαίωσε την πεποίθησή του για τη θέση της γλώσσας. Από αυτή την ανακάλυψη έγινε διάσημη η φράση του Broca ότι μιλάμε με το αριστερό μας ημισφαίριο. Αυτή η περιοχή του μετωπιαίου λοβού ονομάστηκε περιοχή του Broca και η αφασία έλαβε την ονομασία αφασία Broca. Ο κ. Leborgne, έγινε γνωστός ως “Tan” λόγω της εκφραστικής αφασίας που παρουσίαζε, και που μπορούσε να επαναλαμβάνει τη φράση “Tan tan”.

Κάποιοι άλλοι ερευνητές έχουν ισχυριστεί ότι η αφασία του Broca έχει προέλθει από το όνομα ενός Γάλλου γιατρού από τον 19^ο αιώνα, ο οποίος ασχολήθηκε με τη λειτουργία των εγκεφαλικών δομών. Επιπλέον, μπορούμε να τη συναντήσουμε με τον όρο «εκφραστική αφασία». Το σύστημα της κατανόησης του λόγου δε διαφέρει από τα άτομα που δεν παρουσιάζουν αφασία, αλλά η δυσκολία εντοπίζεται στη παραγωγή του λόγου (Δερμιτζάκη, 2012). Στην αφασία του Broca το κυριότερο χαρακτηριστικό θεωρείται ότι είναι ο αγραμματισμός στον οποίο η εύρεση λέξεων σε σχέση με τον σχηματισμό των προτάσεων μπορεί να διατηρηθεί με μεγαλύτερη ευκολία. Η κατανόηση με γνώμονα την ακοή επηρεάζεται μέτρια ή και ελαφρά σε αυτού του είδους την αφασία. Επιπλέον, μεγαλύτερη αδεξιότητα εμφανίζεται στην άρθρωση από ότι στην παραγωγή των λέξεων στην απραξία του λόγου. Η επικοινωνία βρίσκεται σε καλό επίπεδο, καθώς οι λίγες λέξεις

που παράγει ο ασθενής μεταφέρουν με ευκολία το μήνυμα. Επίσης, οι λέξεις που μπορεί να μαντέψει ένας ακροατής βρίσκεται μέσα στις ικανότητες κατανόησης του ασθενή.

Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της αφασίας του Broca, σύμφωνα με τον Δερμιτζάκη Μ. (2012) είναι η μειωμένη παραγωγή της γλώσσας. Τα θετικά είναι ότι η κατανόηση της γλώσσας παραμένει σε ικανοποιητικό βαθμό στα πλαίσια του φυσιολογικού. Η βλάβη αυτής της αφασίας παρατηρείται στον κινητικό συνειρμικό φλοιό του μετωπιαίου λοβού. Αυτή εκτείνεται στην οπίσθια μοίρα της τρίτης μετωπιαίας έλικας στα πεδία 44 και 45 σύμφωνα με τον Brodmann. Σε μεγαλύτερες βλάβες καταστρέφονται οι περιοχές της προκινητικής και προμετωπιαίας με πεδία 6,8,9,10 και 46. Οι αιτίες που προκαλούν αυτές τις βλάβες είναι κυρίως αγγειακές, όγκοι του εγκεφάλου, επιληπτικές κρίσεις κ.α. Σε περίπτωση πιο μικρής βλάβης, πιο ελαφριά αφασία, «mini Broca», όπως ονομάζεται, η απουσία της ομιλίας βρίσκεται σε ήπια μορφή, ενώ σε αντίθεση η κατανόηση και η γραφή παραμένουν ακέραίες. Αυτά που χάνονται είναι η μελωδικότητα και η ευφράδεια της άρθρωσης. Σε περιπτώσεις που η αφασία εμφανίζεται σε πιο ήπια μορφή ή στη περίοδο της ίασης, ο ομιλίας του ασθενή εμφανίζει καθυστέρηση και σταδιακή μείωση, αγραμματισμό, δηλαδή ομιλία σε τηλεγραφικό στυλ, κακή άρθρωση και δυσπροσωδία.

Ο αγραμματισμός θεωρείται χαρακτηριστικό αυτού του τύπου αφασίας. Το προφίλ των ασθενών με αφασία του Broca και αγραμματισμό έχει χαρακτηριστεί από σχηματισμό προτάσεων με δύο ή περισσότερες λέξεις, που δεν έχουν συντακτική δομή, παρόλο που σημασιολογικά ταιριάζουν (Grodzinsky, Y. 1990).

Επιπλέον, οι ασθενείς με αφασία του Broca εμφανίζουν παραφασίες φωνηματικές, παραλείποντας φθόγγους ή προσθέτοντας ή αντικαθιστώντας τους. Σημασιολογικές παραφασίες εμφανίζουν σε μικρότερο βαθμό σπανιότερα. Ο ασθενής φαίνεται να χρησιμοποιεί σωστά τις λέξεις, πράγμα που δίνει στον ακροατή τη δυνατότητα να αντιληφθεί το γενικό νόημα της πρότασης, παρότι οι προτάσεις εμφανίζονται κακοσχηματισμένες και χωρίς συνθετικά στοιχεία και ρήματα (Schuell, H. 1974).

1.9 Νευροανατομικές βάσεις της αφασίας Broca

Ως περιοχή του Broca θεωρείται το οπίσθιο κατώτερο μέρος της τρίτης μετωπιαίας έλικας του αριστερού ημισφαιρίου, γνωστή και ως περιοχή του Brodmann (στις περιοχές 44 και 45). Επιπλέον, βρίσκεται και ως πρόσθιος φλοιός της γλώσσας. Επιπρόσθετα, είναι η περιοχή του ανώτερου τμήματος της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Η περιοχή του Broca εμφανίζεται στο κάτω μέρος του προκινητικού φλοιού που είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο των κινήσεων του προσώπου, του χεριού και του βραχίονα. Είναι πιθανό να εμπλέκονται και κάποιες άλλες περιοχές στην αφασία του Broca, όπως για παράδειγμα η αξονική ή υπολογιστική τομογραφία (CAT) και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET). Από την ανασκόπηση των βιβλιογραφιών βλέπουμε ότι:

- 1) Μπορεί να εμπλέκεται το κατώτερο μέρος της κινητής λωρίδας.
- 2) Μπορούν να επηρεαστούν οι πρόσθιες και κατώτερες περιοχές 44.
- 3) Για την εμφάνιση της αφασίας του Broca χρειάζεται να έχει παρουσιαστεί βλάβη βαθειά στον φλοιό.

- 4) Αντί για αφασία, η βλάβη περιορίζεται στην περιοχή του Broca και είναι πιθανότερο να προκαλέσει μία παροδική αλαλία και μετέπειτα ήπια απραξία.
- 5) Ασθενείς με αφασία Broca έχουν πιο εκτεταμένη βλάβη στον φλοιό από ό, τι είχε ανακαλυφθεί αρχικά, ενώ έχουν συνήθως βλάβες σε βαθιά υποφλοιώδης λευκή ουσία.
- 6) Συμμετέχουν τμήματα περιοχών του μετωπιαίου, κροταφικού και βρεγματικού λοβού.
- 7) Ακόμη και η περιοχή του Wernicke μπορεί να εμπλέκεται στην αφασία του Broca.
- 8) Μπορούν να εμφανιστούν ασθενείς με αφασία του Broca χωρίς βλάβη στην περιοχή του Broca.
- 9) Σε ορισμένους ασθενείς με τραυματισμένη περιοχή Broca μπορεί να υπάρχει διαφλοιώδης κινητική αφασία.
- 10) Η βλάβη στην περιοχή του Broca δεν είναι ούτε αναγκαία ούτε επαρκής για την παραγωγή αφασίας του Broca.
- 11) Σχεδόν όλοι οι ασθενείς με αφασία παρουσιάζουν εγκεφαλικό υπομεταβολισμό (PET μελέτες) σε εκτεταμένες εγκεφαλικές περιοχές, αλλά οι βλάβες αυτές από μόνες τους δεν επαρκούν για τα παρατηρούμενα γλωσσικά ελλείμματα, τη μειωμένη γλωσσική ικανότητα των περιοχών.
- 12) Αν η βλάβη εμφανίζεται σε κάποιους ασθενείς μόνο στην περιοχή Broca μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ή σχεδόν πλήρη αποκατάσταση των γλωσσικών δεξιοτήτων.
- 13) Οι βλάβες μπορεί να είναι εντοπισμένες, αλλά να μην συνδέονται απαραίτητα με λειτουργίες (ειδικές λειτουργίες γλώσσας συχνά μπορεί να ελέγχονται από διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου τους σε διαφορετικά άτομα) (Colb Bryan, Ian Q. Whishaw, 2009).

1.10 Γενικά χαρακτηριστικά της αφασίας Broca

Είναι πιο ευδιάκριτο να ξεχωρίσουμε ασθενείς που παρουσιάζουν αφασία του Broca από ασθενείς με αφασία Wernicke. Οι ασθενείς με αφασία του Broca εμφανίζουν ημιπληγία ή ημιπάρεση ετερόπλευρη (στη δεξιά πλευρά από βλάβη του αριστερού ημισφαιρίου). Αυτό συμβαίνει καθώς η βλάβη του αριστερού ημισφαιρίου βλάπτει πιθανώς κάποιες περιοχές του εγκεφάλου που είναι σε παραλληλία με εκείνη τη περιοχή (πυραμδική περιοχή). Σε αντίθεση με την αφασία του Wernicke, στην αφασία του Broca, οι ασθενείς σε αρχικό στάδιο είναι καθηλωμένοι σε αναπηρική καρέκλα-αμαξίδιο. Αυτό

έχει ως αιτία την αδυναμία του ελέγχου των μυών της δεξιάς πλευράς, πράγμα που είναι αισθητό.

Σε μεταγενέστερο στάδιο οι ασθενείς κάνουν χρήση ενός μαστουριού ή μίας περιπατητής. Στα πόδια και στους μηρούς θα επανέλθει ο μυϊκός ιστός με μεγαλύτερη ευκολία από ότι στα χέρια και τους βραχίονες. Με τη πάροδο του χρόνου ο ασθενείς εμφανίζει βελτίωση στις κινητικές λειτουργίες του. Πολλές φορές είναι πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη και να έχουν συναισθηματικές μεταπτώσεις λόγω αδυναμίας ανταπόκρισης στις εργασίες αποτίμησης (Davis Albyn G., 2011).

1.11 Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της γλώσσα στην αφασία Broca

1. Η ομιλία θεωρείται μη ρέουσα και προϋποθέτει μεγάλη προσπάθεια από τον ασθενή.
2. Η γλώσσα εμφανίζεται με μεγάλες παύσεις σε μεγάλη ποσότητα.
3. Αργή ομιλία με ροή που παρεκκλίνει από το «φυσιολογικό».
4. Οι ασθενείς παράγουν μικρό ποσοστό λέξεων.
5. Σχηματίζουν προτάσεις με μικρό μέγεθος.
6. Η άρθρωση είναι φτωχή και παραποιημένη.
7. Ο λόγος εμφανίζεται με συντακτικά λάθη και χωρίς σωστό λεξιλόγιο.
8. Ο ασθενής ξεχνά να προσθέσει άρθρα και προθέσεις στον λόγο του, ώστε να βγάλει νόημα.
9. Υπάρχει δυσλειτουργία στον μηχανισμό της επανάληψης.
10. Αρκετές φορές εμφανίζεται δυσλειτουργία στην επανάληψη κάποιων στοιχείων που αφορούν τη γραμματική σε μία πρόταση.
11. Υπάρχει δυσλειτουργία με την κατονομασία.
12. Ο ασθενής εμφανίζει λιγότερα προβλήματα στην ακουστική κατανόηση σε σχέση με τη παραγωγή λόγου που εμφανίζει σημαντικά ελλείμματα.
13. Υπάρχει έλλειψη της ικανότητας να αντιλαμβάνονται συνώνυμες λέξεις.
14. Υπάρχει έλλειψη κατανόησης των συντακτικών λειτουργιών.
15. Ανάλογα με τη δυνατότητα ακουστικής επεξεργασίας υπάρχει και δυνατότητα αναγνωστικής επεξεργασίας.
16. Η αναγνωστική προφορική ικανότητα είναι περιορισμένη.

17. Οι ασθενείς εμφανίζουν προβλήματα στην γραφή, καθώς γράφουν με το αριστερό χέρι.

18. Η ομιλία στην αφασία του Broca εμφανίζει ελλείμματα στη προσωδία.

19. Οι ασθενείς δυσκολεύονται να ονομάσουν αντικείμενα που βρίσκονται σε διαδοχή.

1.12 Δυνατότητες ασθενών με αφασία Broca

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με αφασία του Broca μπορούν να επικοινωνούν με ευκολία ακόμα και αν οι πληροφορίες που τους δίνονται είναι ελάχιστες και σχεδόν πάντα έχουν νόημα. Επιπλέον, έχουν επίγνωση των λαθών τους και προσπαθούν να το διορθώσουν. Αν αποτύχουν στην επικοινωνία, απογοητεύονται, μπορούν να απαγγείλουν υλικό αυτόματα, όπως για παράδειγμα αριθμούς, μέρες της εβδομάδας κ.α. επιπλέον, είναι συνεργάσιμοι κατά τη θεραπεία και είναι θετικοί στη στοχοθέτηση (Crossman A. R., Neary D., 2003).

Όταν λοιπόν κάποιος έχει αφασία:

- Είναι σημαντικό να υπάρχει διάκριση ανάμεσα στη γλώσσα και τη νοημοσύνη.
- Υπάρχει η λανθασμένη εντύπωση ότι οι άνθρωποι με αφασία δεν είναι τόσο έξυπνοι όσο ήταν στο παρελθόν.
- Το κυριότερο πρόβλημά τους είναι ότι δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν σωστά τη γλώσσα για να επικοινωνούν.
- Έχουν τη πεποίθηση ότι δε μπορούν να πουν αυτό που σκέφτονται.
- Μπορούν να θυμηθούν γνωστά πρόσωπα.
- Εξακολουθούν να έχουν πολιτικές απόψεις.
- Μπορούν να εκτελούν καθημερινές δραστηριότητες, για παράδειγμα ακόμα είναι σε θέση να παίξουν σκάκι.

Η πρόκληση για όλους τους φροντιστές και επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι να παρέχεται στους ανθρώπους με αφασία ένα μέσο για να εκφράσουν αυτό που σκέφτονται. Στόχος είναι η αποκατάσταση της αφασίας με οφέλη που να μπορούν να αποφευχθούν συναισθήματα όπως η απογοήτευση και η απομόνωση, που είναι απόρροια της αφασίας και των δυσκολιών που αυτή προκαλεί στους αφασικούς ασθενείς.

1.13 Συχνότητα και επικράτηση αφασιών

Σύμφωνα με το National Stroke Association, (2008) το πόσο συχνά εμφανίζεται η αφασία προκύπτει από έναν συνδυασμό του αριθμού των νέων περιπτώσεων που έχουν

εντοπιστεί και μιας καθορισμένης χρονικής περιόδου. Στις Ηνωμένες Πολιτείες εκτιμούνται γύρω στις 80.000 νέες περιπτώσεις αφασίας κάθε χρόνο.

Το ποσοστό που δηλώνει επικράτηση της αφασίας, κατά το NINDS, αναφέρεται σε έναν αριθμό ανθρώπων που εκδήλωσαν αφασία σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Νευρολογικών Διαταραχών και Εγκεφαλικού Επεισοδίου γίνεται εκτίμηση ότι περίπου 1 εκατομμύριο άνθρωποι, ή 1 στους 250 στις Ηνωμένες Πολιτείες σήμερα, εμφάνισαν αφασία (ASHA incidence and prevalence, 2010). Η αφασία σαν όρος έχει προκαλέσει σημαντικές αντιδράσεις στους κλινικούς και στην παροχή των υπηρεσιών που προσφέρονται. Δεν έχει γίνει ακόμα γνωστό το πόσο συχνά εμφανίζεται η αφασία και το πόσο συχνά επικρατεί. Ο όρος αφασία από μόνος του καθορίζει πόσο συχνά εμφανίζεται και πόσοι άνθρωποι «προσβάλλονται» και παραμένουν αφασικοί. Μπορούμε να μιλήσουμε για αύξηση της αφασίας και επικράτησής της αν συμπεριλάβουμε τα προβλήματα επικοινωνίας που προκύπτουν μετά από τραυματική βλάβη, καθώς και προβλήματα όπως άνοια, πρωτοπαθή προοδευτική αφασία, βλάβη δεξιού ημισφαιρίου κ.α. Αν ωστόσο δε λάβουμε υπόψη τα προβλήματα επικοινωνίας, ίσως μπορούμε να μιλάμε για μείωση της εμφάνισης της αφασίας, καθώς και της επικράτησης. Είναι πολύ πιο δύσκολο να προσδιοριστεί στον γενικό πληθυσμό η επικράτηση και συχνότητα της αφασίας, από ό,τι αν η έρευνα συγκεκριμενοποιηθεί σε ένα δείγμα πληθυσμού που εμφάνισε αφασία ύστερα από εγκεφαλικό επεισόδιο. Πολλές περιπτώσεις ανθρώπων που εμφάνισαν εγκεφαλικό επεισόδιο δεν εισέρχονται στο νοσοκομείο ή δεν επισκέπτονται κάποιον ιατρικό χώρο, αλλά ακόμα μερικές φορές τα αρχεία δε καταγράφονται και δε διατηρούνται, ώστε να συμβάλλουν σε έρευνες σχετικά με την συχνότητα και την επικράτηση της αφασίας (Code, C. & Patherman B., 2011).

Σε ένα ποσοστό που αγγίζει το 15%, άτομα σε ηλικίες κάτω των 65 ετών έχουν εμπειρίες αφασίας. Το ποσοστό 15% φαίνεται να αυξάνεται αναλογικά με την ηλικία των ασθενών σε 43% (για ηλικίες 85 ετών και άνω) (Engelter et al., 2006).

Οι διαφορές που εμφανίζονται στη συχνότητα της αφασίας μεταξύ των δύο φύλων δε θεωρούνται στατιστικά σημαντικές. Σε μερικές έρευνες διαπιστώθηκαν μικρές διαφορές ως αναφορά τον τύπο αλλά και τη σοβαρότητα της αφασίας. Για παράδειγμα, εμφανίζεται πιο συχνά η αφασία του Broca σε άντρες και η αφασία του Wernicke, ενώ η ολική αφασία εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες (Hier, Yoon, Mohr, & Price, 1994).

Χωρίς να υπάρχουν πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία, βγαίνει το συμπέρασμα ότι η αφασία παρουσιάζεται με αυξημένο φορτίο στον ανεπτυγμένο κόσμο, λόγω του ότι τα ποσοστά της επιβίωσης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο αυξήθηκαν σε ανάλογο βαθμό. Από την άλλη τα ποσοστά των εγκεφαλικών επεισοδίων έχουν παρουσιάσει μείωση λόγω του υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια οι άνθρωποι ζουν περισσότερο.

Όλο και περισσότεροι άνθρωποι επιβιώνουν με ποσοστό αναπηρίας, καθώς και με τον συνδυασμό της αναπηρίας με την αφασία. Επομένως, σύμφωνα με τα ποσοστά των εγκεφαλικών επεισοδίων, βγαίνει το συμπέρασμα ότι υπάρχει μία επικράτηση του προβλήματος της αφασίας με ποσοστά μεταξύ 1 έως 4%. Όταν προστίθενται

διαφορετικές συνθήκες και άλλες αναπηρίες που προκαλούν διαταραχές της ομιλίας, οι τιμές αυτές αυξάνονται (Code C. & Patherman B., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Κλινική Αξιολόγηση και Διάγνωση

2.1 Η σπουδαιότητα της διαφορικής διάγνωσης

Η διαφορική διάγνωση στον κλάδο της ιατρικής αφορά την πλήρη εξέταση όλων των πιθανών αιτιών σε ένα σύνολο συμπτωμάτων, με σκοπό τη τελική διάγνωση. Ακολουθώντας τη διαδικασία της διάγνωσης αποκλείονται σταδιακά και διάφορες άλλες υποθέσεις. Ο θεραπευτής ή ο ιατρός στην περίπτωση της διαφορικής διάγνωσης, ρίχνει το βάρος της εξέτασης στη διαμόρφωση του προφίλ του ασθενή σε ένα πρώτο στάδιο. Μέσα από ερωτήσεις και συνεντεύξεις που απευθύνονται στον ασθενή και το οικογενειακό-κοινωνικό του περιβάλλον, συλλέγει πληροφορίες χρήσιμες για τη κατάστασή του και τα συμπτώματά του. Επιπλέον, συγκεντρώνει διάφορες πληροφορίες που αφορούν το οικογενειακό περιβάλλον, τη προσωπική και κοινωνική του ζωή, με στόχο να σχηματίσει μία ολιστική εικόνα του ιστορικού του ασθενούς.

Είναι μείζονας σημασίας ο θεραπευτής να διαχωρίσει τη διαφοροδιάγνωση της αφασίας από τον φυσιολογικό λόγο και από άλλες νευρογενείς διαταραχές όπως για παράδειγμα την άνοια, τη σχιζοφρένεια, κάποιες βλάβες στο δεξί ημισφαίριο, δυσαρθρία και απραξία.

2.2 Οι αρχές της διαφοροδιάγνωσης

- Το ιστορικό του ασθενή είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη
- Τα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων του ασθενή πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη
- Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν δείγματα λεκτικής επικοινωνίας και δείγματα μη λεκτικής επικοινωνίας
- Πρέπει να ληφθεί σοβαρά ότι ο διαταραγμένος λόγος δε σημαίνει απαραίτητα και διαταραγμένη επικοινωνία
- Πρέπει να γίνονται τακτικές αξιολογήσεις, με το πέρασμα του χρόνου, για να παρατηρούνται οι αλλαγές
- Για να γίνει η διάγνωση χρειάζονται αρκετά συμπτώματα, εκτός και αν ένα σύμπτωμα θεωρείται διαγνωστικό
- Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν πανομοιότυπα συμπτώματα με αυτά της αφασίας, αλλά με διαφορετική διάγνωση
- Η διαφοροδιάγνωση δεν πρέπει να στηρίζεται σε περιορισμένα χαρακτηριστικά
- Είναι συχνό ασθενείς με αφασία να παρουσιάζουν συμπτώματα διαταραχών με νευρογενή αίτια, που όμως εμφανίζουν άλλες μορφές διαταραχών της επικοινωνίας

- Η αφασία είναι πιθανό να συνυπάρχει με άλλες νευρολογικές διαταραχές, για αυτόν τον λόγο και η διάγνωση έχει στόχο την εφαρμογή των πιο κατάλληλων αρχών και συμπεριφορών για την αποκατάσταση της δυσλειτουργίας του ασθενούς

2.3 Σκοπός της αξιολόγησης

Η αξιολόγηση, καθώς και η διαφοροδιάγνωση, έχουν ως στόχο την επιλογή κατάλληλων συμπεριφορών και θεραπευτικών αρχών για τον ασθενή. Αν αυτές οι συγκεκριμένες συμπεριφορές-στόχοι βελτιώσουν την επικοινωνία του ασθενή, είναι μία από τις καθημερινές ερωτήσεις που χρειάζεται να απαντηθούν.

Σε κάποιες περιπτώσεις, μπορεί να αναβληθεί η διαφοροδιάγνωση ή ακόμα και να μείνει για πάντα σε σημείο αμφισβήτησης. Επιπλέον, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει βελτίωση και αλλαγές στην συμπτωματολογία του, με αποτέλεσμα να αλλάξει και η διάγνωση.

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις για να αξιολογηθούν τα προβλήματα του λόγου/γλώσσας στην αφασία. Η διάγνωση, καθώς και η λεπτομερής περιγραφή των δυσκολιών, αλλά και των δυνατοτήτων του ασθενή έχει ως στόχο:

- Na ελέγξει την ύπαρξη της αφασίας
- Na προσδιοριστεί σύμφωνα με το είδος της αφασίας η διάγνωση
- Na γίνει η διαφοροδιάγνωση της δυσλειτουργίας, για παράδειγμα να ελεγχθεί αν προέρχεται από το δεξί ημισφαίριο ή από το αριστερό
- Na βγει το συμπέρασμα για το αν ο θεραπευόμενος βρίσκεται σε ετοιμότητα για τη θεραπεία του
- Na δώσει τις κατευθυντήριες για να ακολουθηθεί ένα σωστό πρόγραμμα θεραπείας
- Na επιλεγεί ένα κατάλληλο πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης
- Na γίνει γνωστό το αν δημιουργεί προβλήματα η ύπαρξη της γλωσσικής δυσλειτουργίας στο άμεσο περιβάλλον του θεραπευόμενου
- Είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα συγκριτικό περιστατικό για να λειτουργήσει ως πρότυπο για τη θεραπεία σε όλα τα στάδιά της, καθώς και για τη καταγραφή της αποτελεσματικότητάς της.

2.4 Αρχές αξιολόγησης αφασίας

Για την αξιολόγηση της αφασίας είναι απαραίτητο:

- i. Να υπάρχει ένα ιστορικό από έναν λογοθεραπευτή
 - Χαρακτηριστικά της βιογραφίας του ασθενή
 - Έναν φάκελο με το ιστορικό της κλινικής κατάστασης του ασθενή
 - Τα αποτελέσματα από εξετάσεις που αφορούν τον τομέα της νευρολογίας, για παράδειγμα κάποια αξονική εγκεφάλου
 - Το ιστορικό της οικογένειας του θεραπευόμενου
 - Το ιστορικό του ασθενή από την επαγγελματική του πορεία
 - Ένα ιστορικό από την κοινωνική του κατάσταση
 - Ιστορικό που να εξετάζεται η προσωπικότητα του θεραπευόμενου με καθολικό χαρακτήρα
- ii. Να ελέγχεται στοματοπροσωπικά ο ασθενής
- iii. Να ελέγχεται η ακουστική επεξεργασία
- iv. Να αξιολογείται το πόσο γρήγορα παράγονται οι συλλαβές η μία μετά την άλλη
- v. Να ελέγχονται κάποια στοιχεία της ομιλούμενης γλώσσας

Ο λογοθεραπευτής σε ενήλικες με προβλήματα λόγου που θεωρούνται επίκτητα, όπως η αφασία, ελέγχει ένα δείγμα ομιλίας με 100 μέχρι 300 λέξεις.

Τρόποι για να ληφθεί ένα δείγμα:

- Ο θεραπευτής με τον θεραπευόμενο εμπλέκονται σε μία συζήτηση με κοινή θεματολογία και για τους δυο
- Ο θεραπευτής ζητά από τον ασθενή να περιγράψει μία εικόνα ανάλογα με αυτό που βλέπει
- Ο ασθενής πρέπει να επαναλάβει μία ιστορία που έχει ειπωθεί από τον λογοθεραπευτή
- Ο ασθενής πρέπει να εφεύρει μια ιστορία από ένα ποσοστό εικόνων που του δίνονται για αυτόν τον λόγο
- Ο θεραπευόμενος πρέπει να παρουσιάσει λεπτομερώς τα βήματα από μία δραστηριότητα που εκτελεί καθημερινά
- Ο θεραπευτής προτρέπει τον ασθενή να προβεί σε ανάγνωση κάποιου κειμένου που το δίνεται

Μέσα από την ανάγνωση ο θεραπευτής βγάζει συμπεράσματα για την άρθρωση και την κατανόηση. Επιπλέον, η αναγνωστική διαδικασία αξιολογεί το επίπεδο τονισμού και επιτονισμού φράσεων και λέξεων (Μ. Καμπανάρου, σελ 278- 279, 2007).

2.5 Διαφορικές διαγνώσεις αφασίας

Η διαφορά της διαφορικής διάγνωσης της αφασίας από τον φυσιολογικό λόγο

Ένας ασθενής με αφασία παρουσιάζει τόσο ιστορικό φυσιολογικού λόγου, όσο και ιστορικό παθολογίας των κεντρικών νεύρων σε σχέση με άτομα χωρίς αφασία. Η ελλιπής εκπαίδευση δεν ευθύνεται για τα προβλήματα λόγου και τον αδύναμο γραφικό και αναγνωστικό χαρακτήρα ενός αφασικού ασθενούς, σε αντίθεση με τον φυσιολογικό λόγο όπου μπορεί να εξηγηθεί. Στον φυσιολογικό λόγο τα προβλήματα έχουν διάρκεια στον χρόνο και θα είναι συγκεκριμένα, ενώ στην αφασία τα γλωσσικά προβλήματα εμφανίζονται αμέσως και πηγάζουν από βλάβες σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου.

Η διαφορά της διαφορικής διάγνωσης της αφασίας από την άνοια

Η διαφορά της αφασίας με την άνοια είναι ότι η αφασία εμφανίζεται ξαφνικά, ενώ η άνοια με αργούς ρυθμούς, εξελίσσεται με τον χρόνο. Η βλάβη στους αφασικούς ασθενείς εμφανίζεται στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο (δυσλειτουργία σε τοπικό σημείο του εγκεφάλου), ενώ στην περίπτωση της άνοιας σε διαφορετική πλευρά (δυσλειτουργία σε διάχυτο μέρος του εγκεφάλου). Επιπλέον, ως αναφορά τις γνωστικές λειτουργίες, στην αφασία μένουν ακέραιες και ο ασθενής παρουσιάζει κανονική διάθεση, με σποραδικές μεταπτώσεις στη διάθεση, νευρικότητα ή κατάθλιψη, σε αντίθεση με την άνοια στην οποία παρατηρείται σοβαρή βλάβη στις γνωστικές λειτουργίες και σταθερές συμπεριφορές απομόνωσης, ανησυχίας, κ.α. Σχετικά με τη μνήμη, στην άνοια η βλάβη τις περισσότερες φορές είναι αρκετά σοβαρή, ενώ στην αφασία παραμένει άθικτη. Ο ασθενής που παρουσιάζει αφασία εμφανίζεται πιο κοινωνικός και οργανωτικός σε αντίθεση με τον ασθενή που πάσχει από άνοια. Οι ασθενείς με αφασία παρουσιάζουν μία ταυτόχρονη βλάβη των τριών λειτουργιών: σημασιολογία, σύνταξη και φωνολογία. Στην άνοια η βλάβη πρώτα εξελίσσεται από σημασιολογική σε συντακτική και μετά σε φωνολογική. Επιπλέον, στους αφασικούς ασθενείς ο λόγος εμφανίζεται είτε ρέοντας είτε μη ρέοντας, ενώ στους ασθενείς με άνοια ο ρέοντας σταδιακά αλλάζει καθώς εξελίσσεται η ασθένεια. Πολλές φορές, ωστόσο, συμβαίνει η αφασία με την άνοια να ακολουθούν κοινή πορεία. Κάποιος ασθενής με αφασίας είναι πιθανό να εμφανίσει νευρολογική δυσλειτουργία και να εκδηλώσει άνοια (νόσος Alzheimer). Με τον ίδιο τρόπο και ένας ασθενής με άνοια, ύστερα από εγκεφαλικό επεισόδιο, μπορεί να παρουσιάσει αφασία.

Η διαφορά της διαφορικής διάγνωσης της αφασίας από τη σύγχυση

Οι ασθενείς με αφασία έχουν την άνεση να μιλούν με φυσιολογική ροή και ρυθμό, χωρίς ωστόσο καθόλου γραμματική, με αρκετά συντακτικά λάθη, που με δυσκολία διακρίνεται το νόημα των προτάσεων, χρησιμοποιώντας λέξεις ακατάλληλες για να περιγράψουν αυτό που θέλουν, περιορισμένο λεξιλόγιο και δυσκολία της ικανότητας της επανάληψης.

Από την άλλη πλευρά οι ασθενείς με σύγχυση δυσκολεύονται να ομιλήσουν, ο λόγος εμφανίζεται με καθυστέρηση, και η ομιλία είναι κοπιώδης, ωστόσο χρησιμοποιούν σωστά τη γραμματική, με ελάχιστα συντακτικά λάθη. Οι προτάσεις τους δε παρουσιάζουν σημασιολογικές παραφασίες, χρησιμοποιούν σωστό λεξιλόγιο και διατηρούν σε καλό επίπεδο την ικανότητα της επανάληψης. Επιπλέον, στους ασθενείς με σύγχυση έχουν παρατηρηθεί αλλαγές στη συμπεριφορά, απώλεια της συνείδησης, μειωμένη αίσθηση του χρόνου και τόπου. Η βλάβη είναι εκτεταμένη και στα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια. Αντίθετα οι αφασικοί ασθενείς δεν εμφανίζουν απώλεια της συνείδησης, ούτε ιδιαίτερα σημαντικές αλλαγές στην συμπεριφορά, παρά μόνο τις πρώτες ώρες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Στην αφασία η βλάβη εντοπίζεται στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο.

Η διαφορά της διαφορικής διάγνωσης της αφασίας από τη σχιζοφρένεια

Στην αφασία ο λόγος των ασθενών αφορά το θέμα που συζητιέται, σε αντιδιαστολή με την περίπτωση της σχιζοφρένειας όπου υπάρχει αυξημένη λογόρροια άσχετη με το θέμα. Όπως και στην περίπτωση της άνοιας, έτσι και στην σχιζοφρένεια η έναρξή της είναι πρώιμη και σταδιακή (εφηβεία ή πρώιμη ενηλικίωση), σε αντίθεση με την αφασία, όπου η έναρξη είναι απρόσμενη και καθυστερημένη και εμφανίζεται σε ενήλικες και ηλικιωμένους. Επιπλέον, στην σχιζοφρένεια υπάρχουν συγκεκριμένες συμπεριφορές, όπως παραισθήσεις-ψευδαισθήσεις, διαταραγμένες σκέψεις και συναισθηματική αστάθεια, πράγμα που δε συμβαίνει στην αφασία. Ως αναφορά τα ημισφαίρια, η αφασία εντοπίζεται στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο και δημιουργεί προβλήματα στην ακουστική κατανόηση, στην κατονομασία και ανάκληση λέξεων, στη γραφή και την ανάγνωση, ενώ στη σχιζοφρένεια δεν εντοπίζεται βλάβη στο αριστερό ημισφαίριο, ούτε πανομοιότυπα προβλήματα. Τέλος, για τη σχιζοφρένεια έχει βρεθεί ένα ποσοστό κληρονομικότητας στην ύπαρξή της, ενώ στην αφασία δεν έχει καμία σημασία ο κληρονομικός παράγοντας. Ωστόσο, η αφασία μπορεί να συνυπάρχει με τη σχιζοφρένεια. Τα πράγματα δυσκολεύουν όταν επιτυγχάνεται διαφορική διάγνωση αφασίας-σχιζοφρένειας, και συγκεκριμένα αφασίας του Wernicke με σχιζοφρένεια.

Η διαφορά της διαφορικής διάγνωσης της αφασίας από βλάβη δεξιού ημισφαιρίου

Ύστερα από βλάβη του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου, ο λόγος παρουσιάζεται δίχως οργάνωση και σκοπό. Ο ασθενής δεν μπορεί να αντιληφθεί την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, είναι πιθανό να μην αναγνωρίζει γνώριμα πρόσωπα και υπάρχουν ελλείμματα στην επικοινωνία. Ο ασθενής με αφασία από την άλλη, παρά τις περιορισμένες γλωσσικές ικανότητες, μπορεί και επικοινωνεί με ευκολία, έχει επίγνωση των προβλημάτων του και αναγνωρίζει οικεία πρόσωπα. Όταν η αφασία προέρχεται από το αριστερό ημισφαίριο παρουσιάζονται προβλήματα στην κατονομασία, τη ροή του λόγου, την ακουστική κατανόηση, την ανάγνωση και τη γραφή. Όταν η αφασία προκύπτει από βλάβη του δεξιού ημισφαιρίου, τέτοιου είδους προβλήματα εμφανίζονται πιο ήπια. Στην αφασία από το δεξί ημισφαίριο (ΒΔΗ) υπάρχει ανικανότητα ελέγχου της αριστερής

πλευράς και παράλυση. Σε αυτή τη περίπτωση αφασίας οι ασθενείς αντιμετωπίζουν πραγματολογικά προβλήματα. Δυσκολία βλεμματικής επαφής, δυσκολία διατήρησης ενός θέματος, δυσκολία κατανόησης μεταφορικών εννοιών, προσωδιακά προβλήματα, επανάληψη ασήμαντων πληροφοριών και χρήση ακατάλληλου χιούμορ, είναι λίγα μόνο από τα προβλήματα που παρουσιάζει ένας αφασικός ασθενής με βλάβη του δεξιού ημισφαιρίου και που τον διαφοροποιούν από έναν ασθενή με αφασία στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο.

Η διαφορά της διαφορικής διάγνωσης της αφασίας από την απραξία της ομιλίας

Ως νευρογενής διαταραχή της ομιλίας χαρακτηρίζεται η απραξία της ομιλίας. Σε αυτή τη διαταραχή κυριαρχούν τα αρθρωτικά προβλήματα, χωρίς υπαρκτές δυσκολίες ακουστικής κατανόησης, αλλά με προσωδιακές ελλείψεις και δυσκολίες έναρξης προτάσεων. Αντίθετα στην αφασία, που θεωρείται επίσης ως νευρογενής διαταραχή του λόγου, υπάρχει βλάβη στην ακουστική κατανόηση, δεν είναι έντονα τα προβλήματα προσωδίας και η δυσκολία έναρξης προτάσεων. Επιπλέον, στην αφασία υπάρχουν προβλήματα στην ανεύρεση λέξεων, παραλείπονται λέξεις με λειτουργική αξία και δεν είναι έντονη η απραξία των άκρων. Αντίθετα, στην απραξία της ομιλίας αυτά τα προβλήματα δεν υπάρχουν. Η απραξία της ομιλίας θεωρείται μία κινητική διαταραχή της ομιλίας, όπου υπάρχει κινητικός προγραμματισμός της ομιλίας, δίχως την εμφάνιση κάποιας μυϊκής αδυναμίας, αισθητηριακής απώλειας ή παράλυση. Η απραξία της ομιλίας μπορεί να υπάρχει μαζί με την αφασία του Broca. Σε αυτή τη περίπτωση η διαφοροδιάγνωσή τους θα εκτελεστεί όταν εμφανιστούν στον ασθενή τα πρώτα συμπτώματα της απραξίας της ομιλίας.

Η διαφορά της διαφορικής διάγνωσης της αφασίας από την δυσαρθρία

Μια διαταραχή της, ομιλίας η οποία εκδηλώνεται με μυϊκή αδυναμία, είναι η δυσαρθρία. Σε αυτή τη διαταραχή ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα στην άρθρωση του λόγου, προβλήματα στη φώνηση, στην αντήχηση και τον τονισμό των λέξεων. Επίσης, η ποιότητα της φωνής δεν είναι στα πλαίσια του κανονικού, υπάρχουν διαταραχές της προσωδίας, όπως καταληπτότητα επηρεάζοντας το ρυθμό της ομιλίας και προβλήματα στην αναπνοή που επηρεάζουν την παραγωγή του λόγου. Από την άλλη πλευρά, η αφασία, που είναι νευρογενής διαταραχή του λόγου, δεν έχει σχέση με τη δυσαρθρία και τις δυσκολίες που εμφανίζει ένας τέτοιος ασθενής. Συγκεκριμένα, η διαταραχή του λόγου δεν αποδίδεται σε μυϊκή αδυναμία, λάθη στην άρθρωση, προβλήματα στην φώνηση και στον τονισμό. Με βάση τη συμπτωματολογία, η αφασία και η δυσαρθρία είναι πιθανό να συνυπάρξουν. Οι βλάβες του αριστερού ημισφαιρίου δεν είναι υπεύθυνες για εμφανή δυσαρθρία, αλλά οι βλάβες στην υποφλοιώδη περιοχή που προκαλεί αφασία. Ασθενείς που έπαθαν εγκεφαλικό επεισόδιο αριστερού ημισφαιρίου και έπειτα δεξιού ημισφαιρίου, είναι πιθανό να εμφανίσουν σπαστική δυσαρθρία εξαιτίας αμφίπλευρης δυσλειτουργίας στον άνω κινητικό νευρώνα.

2.6 Επίσημες αξιολογήσεις για την αφασία

BOSTON EXAM

Το BOSTON EXAM (Boston Diagnostic Examination) ή Διαγνωστική Εξέταση της Αφασίας της Βοστώνης, όπως αλλιώς ονομάζεται, διατυπώθηκε και ερευνήθηκε από νευροψυχολόγους και αποτελεί μία από τις πιο δημοφιλείς δοκιμασίες αξιολόγησης της αφασίας που χρησιμοποιείται από τους λογοπαθολόγους. Το BOSTON EXAM (Boston Examination) εκδόθηκε για πρώτη φορά το 1972 και ακολούθησε μετά από 10 χρόνια μια ακόμη έκδοση αναθεωρημένη. Η συγκεκριμένη αξιολόγηση κατηγοριοποιεί την αφασία στα διάφορα είδη της (Broca, Wernicke, ολική, αγωγής, κλπ), και συγχρόνως εντοπίζει περίπου τη θέση που βρίσκεται στον εγκέφαλο (πρόσθια, οπίσθια, τοξοειδής δεσμίδα, κλπ). Το πρόγραμμα διεξαγωγής διαρκεί 3 ώρες και παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Ανάλογα με τα διάφορα συμπτώματα που εμφανίζονται στην αφασία ταξινομούνται σε διάφορα σύνδρομα
- Αναλύεται η διαδικασία της ρηματοποίησης μέσω του αυθόρμητου μηχανισμού
- Γίνεται η παρουσίαση με λίγα λόγια του προγράμματος
- Είναι μια μεγάλη σε μέγεθος χρόνου δοκιμασία

Το BOSTON EXAM μπορεί και αξιολογεί:

- Το αρθρωτικό επίπεδο
- Την ευφράδεια της ομιλίας
- Το πόσο γρήγορα θυμάται ο ασθενής τις λέξεις
- Το αν ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιεί την επαναληπτική διαδικασία
- Το κατά πόσο κάνει χρήση με αυτόματο τρόπο των λέξεων
- Το πόσο εύκολα χρησιμοποιεί τα γραμματικά φαινόμενα
- Αν παρουσιάζονται λέξεις και φράσεις που δεν βγάζουν νόημα
- Το κατά πόσο ο θεραπευόμενος χρησιμοποιεί την ακουστική του επεξεργασία
- Αν μπορεί να διαβάσει ένα κείμενο ή λέξη που του ζητείται
- Αν μπορεί να γράψει ένα κείμενο ή λέξη που του ζητείται

Υπάρχουν κάποιοι παράμετροι του BOSTON EXAM για να πραγματοποιηθεί και αριθμούνται παρακάτω. Συγκεκριμένα:

1. Πραγματοποιείται ανοιχτού ή κλειστού τύπου συζήτηση για τον έλεγχο της ομιλίας και της αντιληπτικής ικανότητας του ασθενούς. Η παραπάνω διαδικασία προδιαγράφει την εικόνα του θεραπευόμενου ανάλογα με τα γλωσσικά χαρακτηριστικά που είναι εμφανή.
2. Ελέγχει τις δυνατότητες ακουστικής επεξεργασίας του ασθενούς.
 - I. Ο στόχος είναι να αναγνωρίσουν κάποιες λέξεις από καρτέλες. Αυτές οι καρτέλες περιλαμβάνουν διάφορα αντικείμενα, αριθμούς, χρώματα, σχήματα κ.α.
 - II. Πρέπει να αναγνωρίσουν τα μέλη του σώματός τους και να τα αναγνωρίζουν ανά πάσα στιγμή.
 - III. Ο ασθενής πρέπει να εκτελεί εντολές που του δίνονται με βαθμιαία αύξηση της δυσκολίας.
 - IV. Ο ασθενής οφείλει να απαντήσει σε ερωτήματα κλειστού ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που εκτελεί καθημερινά.
 - V. Ο ασθενής πρέπει να ανταποκριθεί σε κλειστού ενδιαφέροντος ερωτήματα σε σχέση με ιστορίες που αφηγείται ο θεραπευτής.
3. Ελέγχει τις εκφράσεις του λόγου του ασθενούς.
 - I. Μέσω δοκιμασιών λεκτικών και μη λεκτικών ο θεραπευτής αντιλαμβάνεται το επίπεδο της προφοράς των λέξεων.
 - II. Ο θεραπευτής δίνει στον ασθενή λέξεις για τις ημέρες της εβδομάδας κλπ, και αυτός πρέπει να τις συμπληρώσει.
 - III. Ο θεραπευτής επιλέγει να ελέγξει την ευφράδεια του λόγου με τον μηχανισμό της επανάληψης.
 - IV. Ο θεραπευόμενος πρέπει να τραγουδήσει, ώστε να εξεταστεί ο σωστός ρυθμός και η προσωδία.
 - V. Πρέπει συχνά να επαναλαμβάνονται λέξεις ή φράσεις ώστε να γίνεται έλεγχος της προφοράς.
 - VI. Η προφορά των λέξεων ελέγχεται από τη διαδικασία της ανάγνωσης.
 - VII. Μέσω ερωτήσεων δίνονται απαντήσεις με ονομάτιση
 - VIII. Μέσω ερωτήσεων δίνονται απαντήσεις για την ονομάτιση ζώων σε ένα χρονικό περιθώριο.
 - IX. Γίνεται προαγωγή του αναγνωστικού μηχανισμού με προτάσεις.

4. Ο θεραπευτής ελέγχει το ποσοστό της κατανόησης γραπτού λόγου.
 - I. Μπορεί να γίνει διαχωρισμός μεταξύ των συμβόλων και λέξεων.
 - II. Μπορεί να συσχετιστεί φωνητικά.
 - III. Ο θεραπευόμενος πρέπει να αναγνωρίσει μία λέξη που προσφέρεται γραπτά και προφορικά από τον θεραπευτή.
 - IV. Ο ασθενής οφείλει να ξεχωρίσει μία λέξη που προφέρει συλλαβικά ο εξεταστής μέσω του προφορικού λόγου.
 - V. Ο εξεταστής συνδυάζει εικόνα και λέξη και ζητά από τον εξεταζόμενο να τις συνδέσει.

5. Γίνεται έλεγχος της γραφικής ικανότητας.
 - I. Ο εξεταστής οφείλει να ελέγχει τις γραπτές κινήσεις του εξεταζόμενου (Καμπανάρου Μ, 294-295, 2007).

Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA)

Το Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia της Hildred Schuell, θεωρούνταν το πιο διαδεδομένο τεστ στις Η.Π.Α και τη Μεγάλη Βρετανία τις δεκαετίες του '60 και του '70. Η διάρκειά του κυμαινόταν από δύο μέχρι έξι ώρες. Σε 16 χρόνια έλαβε 7 αναθεωρήσεις. Η πρώτη του εκδοχή χρονολογείται ότι έγινε το 1948. Μετά από το θάνατο της Schuell το 1970, το τεστ και το εγχειρίδιο χρήσης του αναθεωρήθηκαν ελαφρώς από το Sefer (Schuell, 1973).

Ο κυριότερος στόχος ήταν η μετάφραση του Μινεσότα Τεστ Διαφορικής Διάγνωσης της αφασίας στην ελληνική γλώσσα, για να χρησιμοποιηθεί στην ταξινόμηση και τη δημιουργία ενός θεραπευτικού προγράμματος, καθώς η διαφορική διάγνωση θεωρείται σημαντικός παράγοντας για τη πρόγνωση και την εφαρμογή κατάλληλης θεραπείας. Το τεστ χορηγήθηκε για 2 ώρες κατά μέσο όρο. Φυλλάδια καταγραφής δεδομένων, κάρτες και διάφορα αντικείμενα (συγκεκριμένα ένα κουδούνι, μία κούπα, ένα μακρύ και ένα κοντό μολύβι, ένα κουτάλι, ένα ρολόι και χρήματα) χρησιμοποιήθηκαν για τη διεκπεραίωση της διαδικασίας.

Ο λογοθεραπευτής χρησιμοποιώντας το τεστ Μινεσότα για Διαφορική Διάγνωση της Αφασίας αξιολογεί:

- 1) Διαταραχές που σχετίζονται με την ακοή

Σε αυτές τις διαταραχές υπάρχουν 9 υπο-δοκιμασίες:

- i. Η αποκωδικοποίηση των λέξεων που εμφανίζονται συχνότερα
- ii. Ο διαχωρισμός λέξεων που βρίσκονται σε ζευγαρωτή μορφή
- iii. Η αποκωδικοποίηση γραμμάτων
- iv. Η αποκωδικοποίηση διάφορων αντικειμένων που εμφανίζονται σε μορφή σειράς

- v. Η γνώση μιας παραγράφου
- vi. Η ακολουθία κανόνων
- vii. Η γνώση μιας πρότασης
- viii. Η χρήση ψηφίων με τον μηχανισμό της επανάληψης
- ix. Η χρήση προτάσεων με τον μηχανισμό της επανάληψης

2) Διαταραχές σε αναγνωστικό και οπτικό επίπεδο

Μεταξύ αυτών των διαταραχών υπάρχουν 9 υπο-δοκιμασίες:

- i. Αντιστοίχιση κοινών σχημάτων
- ii. Αντιστοίχιση κοινών γραμμάτων
- iii. Αντιστοίχιση λέξεων με εικόνες
- iv. Αντιστοίχιση γραπτών λέξεων με λέξεις που μπορούν να ονοματιστούν
- v. Κατάκτηση του μηχανισμού της κατανόησης μέσω της αναγνώρισης
- vi. Ανάγνωση προτάσεων μέσω του ρυθμού
- vii. Κατανόηση των παραγράφων
- viii. Εμφάνιση λέξεων μέσω της προφορικής ανάγνωσης
- ix. Εμφάνιση προτάσεων μέσω της προφορικής ανάγνωσης

3) Γλωσσικές διαταραχές και διαταραχές της ομιλίας

Σε αυτή την ενότητα δίνονται 15 υπο-δοκιμασίες, ώστε ο εξεταστής να είναι σε θέση να διαχωρίσει ποιες από τις ακόλουθες διαταραχές είναι παρούσες: δυσαρθρία, διαταραχές ευχέρειας, αισθητικοκινητική βλάβη κ.α. Συγκεκριμένα, οι δοκιμασίες:

- Ο εξεταζόμενος πρέπει να μιμηθεί αδρές κινήσεις
- Ο εξεταζόμενος πρέπει να κάνει γοργές κινήσεις με εναλλακτικό τρόπο
- Ο εξεταζόμενος πρέπει να πραγματοποιήσει επανάληψη συλλαβών που εμφανίζονται μεμονωμένα
- Ο εξεταζόμενος επαναλαμβάνει φρασεολογία
- Ο ίδιος πρέπει να μετρήσει μέχρι τον αριθμό 20
- Κατονομάζει τις ημέρες της βδομάδας
- Συμπληρώνει προτάσεων
- Απαντά σε απλά ερωτήματα
- Δίνονται βιογραφικές πληροφορίες
- Μπορούν να εκφραστούν ιδέες
- Προάγονται προτάσεις
- Περιγράφονται εικόνες
- Κατονομάζονται εικόνες
- Ορίζονται λέξεις
- Επαναλαμβάνονται προτάσεις

4) Διαταραχές οπτικές και κινητικές, καθώς και Διαταραχές του Γραπτού λόγου:

Εδώ εμφανίζονται 10 υπο-δοκιμασίες:

- i. Πρέπει να φαίνονται πανομοιότυπα τα σύμβολα
- ii. Οι αριθμοί πρέπει να γράφονται μέχρι το 20
- iii. Πρέπει να παράγονται ρόδες
- iv. Πρέπει να παράγονται νέα γράμματα
- v. Τα γράμματα γράφονται μετά από προτροπή του εξεταστή
- vi. Η ορθογραφία πρέπει να γράφεται
- vii. Υπάρχει συλλαβισμός με προφορικό τρόπο
- viii. Πρέπει να παράγονται γραπτές προτάσεις
- ix. Πρέπει να γράφονται προτάσεις με προτροπή του εξεταστή
- x. Πρέπει να γράφεται μία παράγραφος

5) Διαταραχές στην αριθμητική και τις Μαθηματικές Διαδικασίες

Εδώ εμφανίζονται 4 υπο-δοκιμασίες:

- i. Υπάρχουν συναλλακτικές δραστηριότητες
- ii. Οι δραστηριότητες απαιτούν ρύθμιση της ώρας
- iii. Γίνονται αριθμητικές συνδέσεις με απλουστευμένο τρόπο
- iv. Λύνονται γραπτώς μαθηματικά προβλήματα (Καμπανάρου Μ, 296- 297, 2007).

WAB

Το τεστ WAB (Western Aphasia Battery) εμφανίζει τα παρακάτω κυριότερα χαρακτηριστικά:

- Παρουσιάζει πανομοιότυπα περιεχόμενα και εφαρμόζεται με σχεδόν όμοιο τρόπο με αντίστοιχη δοκιμασία της Βοστώνης
- Στο συγκεκριμένο τεστ έχουν καταγραφεί σύντομες και ολιστικές βαθμολογίες
- Για τις αφασίες που έχουν ταξινομηθεί σε σύνδρομα εμφανίζονται πολλές βαθμολογίες

Η δοκιμασία εξετάζει ως επί το πλείστον προφορικές ικανότητες της γλώσσας, όπως την ακουστική κατανόηση και τη προφορική έκφραση. Η οπτικοποιημένη γλώσσα και άλλες υπό-δοκιμασίες αποτελούν ένα σύνθετο μέρος που περιλαμβάνει μηχανισμού της γλώσσας, όπως την ανάγνωση, τη γραφή, την απραξία και συντακτικές, οπτικό-χωρικές, και εργασίες που γίνονται με υπολογισμό. Στο WAB υπολογίζονται οι παρακάτω σύντομες βαθμολογίες:

- Σύμφωνα με τον δείκτη της αφασίας ή αλλιώς AQ, η λειτουργία του ξεκίνησε το 1974 μαζί με τη δοκιμασία, αποτελώντας έναν σύντομο δείκτη ελέγχου της

ακουστικής και λεκτικής γλώσσας. Ένα ποσοστό 40% του δείκτη φαίνεται να προέρχεται από κλίμακες μέτρησης του αυθόρμητου λόγου. Η πιθανή βαθμολογία είναι το 100.

- Σύμφωνα με τον δείκτη της γλώσσας ή αλλιώς LQ, ο δείκτης της γλώσσας θεωρείται ως μια σύνθεση που περιλαμβάνει όλα τα γλωσσικά τμήματα (συμπεριλαμβανομένου της ανάγνωσης και της γραφής).
- Σύμφωνα με τον δείκτη της απόδοσης ή αλλιώς PQ: Για μικρό διάστημα, οι εργασίες που σχετίζονται με την ανάγνωση, τη γραφή, την απραξία και τη σύνταξη συναθροίζονται σε αυτή την βαθμολογία.
- Σύμφωνα με τον δείκτη του φλοιού ή αλλιώς CQ: Αυτός είναι ο μοναδικός δείκτης, πέρα από τον AQ, που στον οποίο γίνεται αναφορά για το εγχειρίδιο της αρχικής δοκιμασίας. Ο Δείκτης Φλοιού αφορά την απόδοση σε όλες της υπό-δοκιμασίες, είτε είναι λεκτικές, είτε όχι.

PALPA

Το PALPA θεωρείται τόσο μία ψυχολογική όσο και γλωσσολογική εκτίμηση της επεξεργασίας της γλώσσας στην αφασία (Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia). Οι δημιουργοί του είναι οι: Janice Kay, Ruth Lesser και Max Coltheart, από το Ηνωμένο Βασίλειο και η ιδέα αναπτύχθηκε στο περιβάλλον της μεθοδολογίας μελέτης περίπτωσης της γωνιακής νευροψυχολογίας. Το PALPA παρουσιάζει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στις λέξεις
- Γίνεται εύχρηστη διαχείριση των υπό-κατηγοριών
- Γίνεται αναγνώριση των γνωστικών μορφολογιών που έχουν εξασθενήσει

Το PALPA έχει σχεδιαστεί να αποτελείται από 60 υπό-τεστ και η σειρά να ξεκινά από τη 1^η έως τη 60^η δοκιμασία. Για να επιλεγεί μία υποομάδα πρέπει να υπάρχει υπόθεση βλάβης, όπως για παράδειγμα κάποια να στηρίζεται στην ανάγνωση. Κάθε υπό-τεστ περιλαμβάνει και οδηγίες που εφαρμόζονται. Οι υπο-δοκιμασίες είναι οι εξής:

- Όταν επεξεργάζεται ένα ακουστικό ερέθισμα, στις δοκιμασίες από 1 μέχρι 17
- Όταν αποφασίζεται ακουστικά και λεξιλογικά, με δοκιμασίες από 5 μέχρι 6
- Όταν ακολουθείται η επαναληπτική διαδικασία, στις δοκιμασίες από 7 μέχρι 12
- Όταν επιλέγεται ομοιοκαταληξία
- Όταν χρησιμοποιούνται οι μηχανισμοί της ανάγνωσης και της ορθογραφίας, με σειρά δοκιμασιών 18 με 46
- Όταν διαχωρίζονται γράμματα
- Όταν η απόφαση γίνεται με οπτικο-λεξιλογική απόφαση, σε δοκιμασίες από 24 μέχρι 27
- Οι λέξεις μπορούν να αναγνωστούν προφορικά, από 29 ως 37
- Η ορθογραφία γίνεται με προτροπή του εξεταστή, από 39 ως 46

- Πρέπει να ταιριάζουν σημασιολογικά οι εικόνες με τις λέξεις, σε σειρά δοκιμασιών 47 -54
- Πρέπει να μπορούν να αντιστοιχιστούν οι λέξεις με τις εικόνες, 46- 47
- Πρέπει να επιλέγονται συνώνυμα, δοκιμασίες 49 με 50
- Πρέπει να ονοματίζονται οι εικόνες, 53 με 54
- Οι προτάσεις πρέπει να είναι κατανοητές, 55 -60
- Αντιστοιχίζεται μια πρόταση με μία εικόνα
- Γίνονται τοπικές σχέσεις, από 58 μέχρι 59
- Υπάρχει επέκταση βαθμολογίας με την αντιστοίχιση ουσιαστικού με ρήμα, δοκιμασία 60 (Davis A., σελ. 75 – 87, 2011).

PICA (Porch Index of Communicative Ability)

Το PICA (Porch Index of Communicative Ability) εκδόθηκε για πρώτη φορά το 1967 και θεωρείται σημαντικός οδηγός για τη μελέτη της ανάρρωσης. Στο τεστ περιλαμβάνονται τα ακόλουθα βασικά χαρακτηριστικά:

- Εμφανίζεται μικρός αριθμός υπό-δοκιμασιών
- Δίνεται προσοχή στην αξιοπιστία, με εφαρμογή αυστηρών κανόνων για την διαχείρισή τους.
- Παρουσιάζεται ένα σύστημα σύνθετο και με πολλές διαστάσεις βαθμολόγησης που έχει ως προϋπόθεση την εντατική εκπαίδευση.

Το PICA χρησιμοποιεί 18 υπό-τεστ των 4 επιπέδων της γλώσσας και άλλων λειτουργιών. Σε κάθε ένα από τα υπό-τεστ χρησιμοποιούνται 10 κοινά αντικείμενα που τοποθετούνται σε ένα τραπέζι. Η σειρά των συγκεκριμένων υπό-τεστ ξεκινάει από τα δύσκολα στα εύκολα, σε αντίθεση με άλλες δοκιμασίες. Συνήθως ο θεραπευτής χρειάζεται μία ώρα με 90 λεπτά να διεξάγει το PICA.

Σε κάθε μία από τις 180 απαντήσεις που δέχεται ο κλινικός αντιστοιχίζεται με συγκεκριμένη βαθμολογία, σύμφωνα με το πολυδιάστατο σύστημα βαθμολόγησης. Το PICA υστερεί στον τρόπο απεικόνισης φυσικών ικανοτήτων επικοινωνίας της καθημερινής ζωής, παρόλο που παρέχει ισχυρή αξιοπιστία με βάση τα κριτήρια, σε αντίθεση με άλλα τεστ που έχουν υποστεί τυποποίηση.

2.7 Κλινική εξέταση της ομιλίας

Η κλινική εξέταση της ομιλίας περιλαμβάνει 6 στάδια που δίνουν απαραίτητες πληροφορίες για την εγκεφαλική βλάβη.

1. Αυθόρμητη ομιλία. Η αυθόρμητη ομιλία εξετάζεται όταν ο ασθενής καλείται να περιγράψει ένα θέμα, όπως τον καιρό ή τον λόγο που βρίσκεται στον θεραπευτικό κέντρο. Από την ομιλία του ασθενή, το αν απουσιάζει ή παρουσιάζει ελλείψεις, μπορεί να φανεί χρήσιμη η απαρίθμηση μερικών αντικειμένων ή η ονομασία των

μερών της εβδομάδας. Το πιο σημαντικό στοιχείο που μελετά ο θεραπευτής από την αυθόρμητη ομιλία είναι ο βαθμός της ευφράδειας του λόγου που χρησιμοποιεί ο ασθενής. Όταν ο λόγος χαρακτηρίζεται από ευφράδεια, βγαίνει δίχως κόπο, με ταχεία ροή, σε αντίθεση με την έλλειψη ευφράδειας που συνδέεται με πολύ απλό λεξιλόγιο, παύσεις και διστακτικότητα. Το περιεχόμενο της ομιλίας αναλύεται με βάση την παρουσία παύσεων για την αναζήτηση κατάλληλου λεξιλογίου, περιφράσεων και σφαλμάτων (παραφασίες και νεολογισμοί).

2. Κατονομασία αντικειμένων. Σε αυτή τη περίπτωση ζητείται από τον ασθενή να κατονομάσει αντικείμενα, τμήματα των αντικειμένων, κάποιες εικόνες, χρώματα και μέλη του σώματος. Ο θεραπευτής πραγματοποιεί ερωτήματα που αφορούν την κατανόηση της ύπαρξης των αντικειμένων που έχει μπροστά του ο ασθενής.
3. Ακουστική αντίληψη. Ο εξεταστής ζητά από τον ασθενή, στη συγκεκριμένη περίπτωση, να εκτελέσει μία σειρά εντολών με ένα, δύο ή τρία στάδια. Μία εντολή ενός σταδίου είναι να βγάλει ο ασθενής τη γλώσσα έξω, ενώ δύο σταδίων να σηκώσει τον αντίχειρα και να κλείσει τα μάτια. Μέσα από αυτή τη διαδικασία μετριέται η επαρκής αντίληψη, χωρίς να σημαίνει απόλυτα ότι η αδυναμία συμμόρφωσης σημαίνει και μειωμένη αντίληψη. Ο ασθενής καλείται να ακούσει την εντολή, να την κατανοήσει και να την εκτελέσει με κινητικό συντονισμό.
4. Επανάληψη λέξεων και φράσεων. Ο θεραπευτής ζητά από τον ασθενή να επαναλάβει κάποιες λέξεις ή φράσεις μετά από αυτόν. Είναι γεγονός ότι οι ασθενείς με αφασία δυσκολεύονται να προφέρουν γραμματικά δύσκολες προτάσεις («μια πάπια, μα ποια πάπια»), σε αντίθεση με τους δυσarthρικούς ασθενείς που τους είναι ιδιαίτερα δύσκολη η ταχεία αλληλουχία συμφώνων («τρίτη ορεινή πυροβολαρχία»).
5. Ανάγνωση. Η ανάγνωση αφορά τόσο την έκφραση, όσο και την αντίληψη του περιεχομένου, και πρέπει να εξετάζονται ισόποσα. Ο εξεταστής οφείλει να δείξει στον ασθενή τυπωμένες εντολές για να διευκολυνθεί η γρήγορη σύγκριση της ακουστικής με την αντίληψη της ανάγνωσης.
6. Γραφή. Η γραφή παρέχει τόσο δείγμα γλωσσικής έκφρασης, όσο επιτρέπει την ανάλυση συλλαβισμού. Μέσω ενός δείγματος γραφής βγαίνει το συμπέρασμα για τον βαθμό ύπαρξης της αφασίας και αποτελεί στοιχείο για μελλοντική σύγκριση.

2.8 Στόχοι θεραπείας

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης της αφασίας έχει, στην πραγματικότητα, διαφορετικούς στόχους, οι οποίοι συνοψίζονται στα ακόλουθα πέντε σημεία:

- Στο να μείνει ο ασθενής ενεργός

Λόγο των δυσκολιών επικοινωνίας, ο ασθενής τείνει να μένει ανενεργός και να απομονώνεται προφορικά. Ο βασικός κανόνας σε κάθε είδος αποκατάστασης είναι ο ασθενής να μένει ενεργός και να συμμετέχει προφορικά. Ο ασθενής πρέπει να εξασκεί συχνά τις γλωσσικές του δυνατότητες για να ανακάμψει, πράγμα που φροντίζει η λογοθεραπεία.

- Στην μάθηση από την αρχή

Με σκοπό να ενεργοποιηθεί η γλωσσική παραγωγή σε σημαντικό βαθμό, η θεραπεία στοχεύει στην εκ νέου μάθηση. Υπάρχει η δυνατότητα να μάθει ο ασθενής να επικοινωνεί ανεξαρτήτως από την ηλικία του και τη βλάβη που υπέστη ο εγκέφαλός του. Η εκ νέου μάθηση πρέπει να ξεκινά από την πιο απλουστευμένη πληροφορία στην πιο σύνθετη. Το απλούστερο μέρος πρέπει να ξανακερδηθεί στα πλαίσια μιας σταδιακής ακολουθίας με εκμάθηση λεξιλογίου και γραμματικής.

- Στην επιλογή μεθόδων που να είναι κατάλληλοι

Με την επιλογή κατάλληλων στρατηγικών, οι γλωσσικές ικανότητες μπορούν να βελτιωθούν. Η επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής εξαρτάται από τον τύπο της αφασίας και τις ειδικές συνθήκες του ασθενή. Για παράδειγμα, η επονομαζόμενη θεραπεία μελωδικής στίξης (Albert et al., 1973, Norton et al., 2009) είναι πολύ χρήσιμη στις περιπτώσεις της αφασίας του Broca, αλλά δε φέρει ιδιαίτερα αποτελέσματα στην αφασία του Wernicke.

- Στην εκπαίδευση του κοντινού περιβάλλοντος για συμμετοχή στη θεραπεία.

Η οικογένεια αντιπροσωπεύει το σημαντικότερο πλαίσιο επικοινωνίας και μπορεί να συμβάλει με αποτελεσματικότητα στη θεραπεία ασθενή με αφασία. Ο λογοθεραπευτής οφείλει να εξηγήσει στην οικογένεια πώς να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας με ορισμένες στρατηγικές. Οι στρατηγικές είναι οι εξής:

- i. Πρέπει να μη διακόπτουν
- ii. Πρέπει να παραμένει το θέμα που συζητιέται
- iii. Πρέπει να μη γίνεται χρήση ανούσιων πραγμάτων
- iv. Ο λόγος πρέπει να είναι σε αργή μορφή, αλλά όχι σε πολύ αργή
- v. Πρέπει να γνωρίζουν οι συγγενείς ότι η επικοινωνία περνάει από διακυμάνσεις
- vi. Πρέπει να γνωρίζουν ότι ο ασθενής καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια για να μιλήσει
- vii. Η ψυχολογία του ασθενή πρέπει να είναι ακμαία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΚΑΙ ΜΟΥΣΙΚΗ

Από τη 16η εβδομάδα της κύησης το έμβρυο ανταποκρίνεται σε εξωτερικούς ήχους και ερεθίσματα. Η πρώτη αίσθηση που εμφανίζεται στην αρχή της ζωής μας, αλλά και η πρώτη που ξεθωριάζει στο τέλος της, είναι η ακοή. Τα έμβρυα αντιλαμβάνονται την αναπνοή της μητέρας, τις κινήσεις και τη φωνή της, είτε μιλήσει, είτε τραγουδήσει. Το περιβάλλον στην κοιλιά της μητέρας δίνει ασφάλεια στο έμβρυο. Αυτή η σύνδεση της μητέρας στην διάρκεια της κύησης παίζει σημαντικό ρόλο για την μετέπειτα ανάπτυξη. Στη μήτρα διεξάγεται μια διαδικασία που μαθαίνονται ήχοι, οι οποίοι περνάνε από τη μητέρα στο έμβρυο, και οι οποίες μεταδίδουν πληροφορίες ανάπτυξης του ιστού του εγκεφάλου του εμβρύου. Σύμφωνα τον Righetti et al, μπορεί να διακριθούν από το νεογνό οι ήχοι της μητέρας του και να επιφέρουν αντιδράσεις στον καρδιακό παλμό και τις κινήσεις. Σύμφωνα με μελέτες στον χώρο της έρευνας που έγινε σε δίδυμα άτομα, έδειξε ότι λόγω κοινών ακουστικών εμπειριών κατά τη διάρκεια της περιόδου που βρίσκονταν στην κοιλιά της μητέρας τους, υπάρχει μεγάλο ποσοστό ταύτισης του δείκτη νοημοσύνης, παρόλο που μεγάλωσαν σε διαφορετικό περιβάλλον. Με αυτήν την έρευνα υπολογίζεται ότι οι κοινές εμπειρίες που αφορούν τις ηχητικές συχνότητες των εμβρύων είναι το σημαντικότερο ερέθισμα για να αναπτυχθεί ο εγκέφαλος.

Μέσω των ερευνών του αμερικάνου αναισθησιολόγου Fred Schwartz, γίνεται γνωστό ότι κάποιοι ήχοι που μοιάζουν με νανουρίσματα της φωνής της μητέρας ή ήχους που συγκλίνουν με αυτούς του εμβρυϊκού περιβάλλοντος, ωριμάζουν τα χαρακτηριστικά και τα μέλη του σώματος. Αυτοί οι ήχοι βοηθούν και στη ταχύτερη έξοδο από τη μονάδα εντατικής θεραπείας πρόωρων βρέφων και νεογνών, σε σχέση με νεογνά που δεν εκτίθενται σε αυτούς τους ήχους. Η εργασία του Dr. Schwartz βασίζεται στη μετάδοση μουσικής σε 24-ωρη βάση μέσω ειδικών ηχείων σε βρεφοκοιτίδες. Η μουσική αυτή αλλάζει τη καρδιακή συχνότητα, την αρτηριακή πίεση και το αρτηριακό αίμα σε 02.

Μέσω της μουσικής και συγκεκριμένα του ρυθμού, ενεργοποιείται το αρχέγονο κομμάτι του ανθρώπινου εγκεφάλου που σχετίζεται με τις ενστικτώδεις λειτουργίες. Μετά από νευροανατομικές παρατηρήσεις των Snell & Stratton οι κοχλιακοί πυρήνες γειτονεύουν με αυτόνομους πυρήνες, αποτελώντας κέντρα ρύθμισης της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Επομένως, σύμφωνα με τον μηχανισμό του φαινομένου του συντονισμού, που προκύπτει από διέγερση των γειτονικών νευρώνων, παρατηρείται αυξημένη συχνότητα αναπνοής και καρδιακού παλμού στο άκουσμα ενός γρήγορου μουσικού τέμπο, και αντίστροφα ελάττωση της αναπνοής και του καρδιακού παλμού σε ένα αργό τέμπο. Αυτή η επιρροή του ρυθμού της μουσικής συμβαίνει υποσυνείδητα και σε όλους τους ανθρώπους του πλανήτη. Αποτελεί, με λίγα λόγια, διαχρονικό και διαπολιτισμικό χαρακτηριστικό. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει και μία συνειδητή λειτουργία, κατά την οποία ο εγκέφαλος κατανοεί τη διαδοχή των τόνων και της μουσικής αρχιτεκτονικής και λειτουργεί με ενεργοποίηση εξειδικευμένων ανωτέρων κέντρων του επιπέδου του φλοιού (η ακουστική εκπαίδευση που έχει αποκτήσει ο κάθε άνθρωπος). Με βάση τη παραπάνω εξήγηση, ο όρος «νιώσε το ρυθμό» θεωρείται βάσιμος, καθώς όλοι μπορούν να νιώσουν

το ρυθμό. Αντίθετα, δε μπορούμε να πούμε «νιώσε τη μελωδία», λόγω της διαφορετικής μουσικής κουλτούρας η μελωδική αντίληψη διαφέρει σε κάθε άνθρωπο.

3.1 Ορισμός μουσικοθεραπείας

Η American Music Therapy Association (AMTA, 2005) ορίζει τη μουσικοθεραπεία ως εξής: «Η Μουσικοθεραπεία είναι μια θεραπεία που βασίζεται σε κλινικές μελέτες και κάνει χρήση τεχνικών παρέμβασης με μουσική, με βάση τις εξατομικευμένες ανάγκες του θεραπευμένου, σε ένα κλίμα συνεργασίας με καταρτισμένους επαγγελματίες που έχουν διεκπεραιώσει αναγνωρισμένα προγράμματα μουσικοθεραπευτικής εκπαίδευσης» (www.Musictherapy.org). Στην ίδια πηγή αναφέρονται και κάποιες λανθασμένες απόψεις που εκφράζονται κατά διαστήματα για τη μουσικοθεραπεία:

- Ο ασθενής πρέπει να έχει γνώσεις μουσικής για να επιφέρει αποτελέσματα η μουσικοθεραπεία.
- Υπάρχουν κάποιες μουσικές που είναι πιο θεραπευτικές από κάποιες άλλες.
- Η μουσική που θα χρησιμοποιήσει ο μουσικοθεραπευτής είναι ανάλογη με τα ενδιαφέροντα, τις προτιμήσεις, τους στόχους και τις ανάγκες θεραπείας του ασθενή.

Ο Ηλίας Σακαλάκ (2004), στο βιβλίο του *Μουσικές Βιταμίνες* αναφέρει μερικούς από τους ακόλουθους ορισμούς:

- «Η Μουσικοθεραπεία επιδρά στον εμπλουτισμό της ανθρώπινης επιδεκτικότητας του εγκεφάλου, εμπλουτίζοντάς τον με μουσική επενέργεια».
- «Η Μουσικοθεραπεία συμβάλει μέσω προγραμματισμένης χρήσης της μουσικής, στη θεραπεία παιδιών και ενηλίκων με κοινωνικά, συναισθηματικά, σωματικά και διανοητικά προβλήματα».
- «Η Μουσικοθεραπεία μπορεί να οριστεί η χρήση της μουσικής με έλεγχο, με σκοπό τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την εκπαίδευση παιδιών και ενηλίκων που εμφανίζουν σωματικές, πνευματικές και συναισθηματικές διαταραχές».
- «Μουσικοθεραπεία θεωρείται η χρήση της μουσικής για θεραπευτικά οφέλη που σχετίζονται με την αποκατάσταση, τη διατήρηση και την βελτίωση τόσο της σωματικής, όσο και της πνευματικής υγείας».

Η φύση της μουσικοθεραπείας θεωρείται πολύπλοκη (επιστήμη, τέχνη, διαπροσωπική σχέση) και για αυτόν τον λόγο είναι δύσκολο να οριστεί. Η παράμετρος της τέχνης και της θεραπείας έχουν ασαφή όρια, ακόμα και σήμερα, λόγω της πολυπλοκότητά της (Bruscia, 1984). Όλοι οι μουσικοθεραπευτές συμφωνούν στα εξής δεδομένα:

- Ο ασθενής δεν χρειάζεται να έχει καμία γνώση μουσικής.
- Όλα τα είδη μουσικής μπορούν να ωφελήσουν θεραπευτικά τον ασθενή.

- Η μουσικοθεραπεία δίνει έμφαση στη διαδικασία της θεραπείας που δημιουργείται με τη τριμερή σχέση θεραπευτή - θεραπευόμενου - μουσικής.
- Ο μουσικοθεραπευτής και ο πελάτης γίνονται αυτοδημιουργοί και συμμετέχουν στη θεραπεία μετά μουσικής, χρησιμοποιώντας τις εμπειρίες που προκύπτουν από τη μουσική αλληλεπίδραση (αυτοσχεδιασμό, σύνθεση, κ.ά).
- Η μουσικοθεραπεία προωθεί τη δημιουργικότητα του ανθρώπου αφυπνίζοντάς τον πνευματικά.
- Η μουσικοθεραπεία πρόκειται για μία μορφή ψυχοθεραπείας, όπου οι διαπροσωπικές σχέσεις βρίσκονται στο επίκεντρο (Bruscia, 1984).
- Ο μουσικοθεραπευτής είναι υποχρεωμένος να ακολουθεί προσωπική θεραπεία με εποπτεία (Ψαλτοπούλου, 2006β).

Η μουσικοθεραπεία ως μορφή ψυχοθεραπείας μπορεί να έχει πολλές κατευθύνσεις (συμπεριφοριστική, κ.α). Ο θεραπευτής έχει διττό ρόλο, μουσικοθεραπευτής και ψυχοθεραπευτής, με κοινό στόχο τη θεραπεία του πελάτη. Για την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων οφείλει να χρησιμοποιεί διαφορετικές προσεγγίσεις.

Συγκεκριμένα η μουσικοψυχοθεραπεία συνδυαστικά σε ασθενείς με σοβαρές παθήσεις που διατηρούνται στον χρόνο λειτουργεί ως:

- Αποκλειστική παρέμβαση που λαμβάνει υπόψη τη κλινική προσέγγιση
- Συνδυαστική παρέμβαση με τη κλινική προσέγγιση
- Ίδιας τιμής παρέμβαση με τη κλινική προσέγγιση

Ο θεραπευτής μετά μουσικής χρησιμοποιώντας μουσικο-ψυχοθεραπευτικά προγράμματα, χρησιμοποιεί τη μουσική με παρόμοιο τρόπο όπως γίνεται:

- Στη Μουσική Ειδική Αγωγή ο εκπαιδευτικός στοχεύει στην αποκατάσταση των μαθησιακών προβλημάτων με τη μουσική.
- Στη Μουσική Ιατρική ο θεραπευτής εστιάζει σε προβλήματα που εμφανίζονται με συμπτωματολογία, όπως είναι ο πόνος, κ.α.
- Στη Μουσική και τη Ηχοθεραπευτική ο θεραπευτής εστιάζει στην αρμονία του σώματος, μέσω μασάζ με ήχους, κ.α.
- Η Οικολογική-Κοινωνική μουσικοθεραπεία επικεντρώνεται στο περιβάλλον του ανθρώπου που ζει
- Υπάρχει μουσικοθεραπεία ηλεκτρονικής MIDI
- Υπάρχει η Παρηγορητική μουσικοθεραπεία που εφαρμόζεται στο τέλος της ζωής ενός ανθρώπου
- Υπάρχει η Προληπτική μουσικοθεραπεία η οποία εξασφαλίζει ποιότητα στη ζωή
- Η μουσική χρησιμοποιείται για να αλλάξει προς το καλύτερο την ομιλία, τη κίνηση, τις λειτουργίες της μνήμης και την αποφυγή αισθημάτων πόνου

- Γίνεται θεραπεία με τέχνες έκφρασης και δημιουργίας

3.2 Ιστορία της μουσικοθεραπείας

Το πώς επιδρά η μουσική στη ψυχολογική και φυσιολογική κατάσταση του ατόμου έχει απασχολήσει από πολύ νωρίς την ιστορία του ανθρώπινου πολιτισμού και αποτελεί ακόμα και σήμερα αντικείμενο προβληματισμού και μελέτης. Πρώτος ο αναγνωρισμένος θεωρητικός της μουσικής, ο Πυθαγόρας, περιέγραψε το πώς επιδρά η μουσική στο συναίσθημα και πως μπορεί η μελωδικότητα να ωφελήσει τη ψυχική υγεία. Από την άλλη ο Πλάτωνας έλεγε ότι η μουσική διαπλάθει το ήθος και δημιουργεί γενναία και ηρωική προσωπικότητα. Είχε τη πεποίθηση ότι ο ρυθμός και η τονικότητα επιδρά στη σκέψη και διαμορφώνουν τον χαρακτήρα των ανθρώπων του κράτους. Η καλύτερη φύλαξη του κράτους γίνεται με συνδυασμό σοβαρής και σεμνής μουσικής με ρυθμό, ενώ η άγρια και θηλυπρεπής φέρουν το αντίθετο αποτέλεσμα. Σύμφωνα με τον Πλάτωνα, η μουσική που προσφέρει απόλαυση αποσυνδέει το άτομο με τη κοινωνία, πράγμα που φανερώνει έλλειψη ηθικής και φέρει σωματική κατάπτωση, αιτία όλων των ασθενειών (Shaboutin, 2005).

Η μουσικοθεραπεία έχει τις βάσεις της στις κοινωνικές επιστήμες και θεωρείται ένας κλάδος που ξεκίνησε στα μέσα του 20^{ου} αιώνα. Μέσα από τους συναισθηματικούς και κοινωνικούς ρόλους, καθώς και του κοινωνικοπολιτικού πλαισίου που ζει το άτομο, προήλθαν οι θεραπευτικές επιδράσεις της μουσικής. Η μουσικοθεραπεία ως ειδικότητα, που θεραπεύει μετά μουσικής, εγκαθιδρύθηκε και επισημοποιήθηκε το 1950.

Κάθε άνθρωπος μπορεί να είναι πολύ ρυθμικός, συμφωνικός ή πολυφωνικός. Αυτό προκύπτει από τις εκδηλώσεις του σώματός του, τις ιδέες του, τις έμφυτες σκέψεις του, τα συναισθήματά του κ.α. Στην πορεία του για αυτοπραγμάτωση είναι πιθανό να εμφανίσει προβλήματα με τη μορφή διαταραχών, επηρεάζοντας το διανοητικό, το σωματικό, το διαπροσωπικό και το συναισθηματικό του επίπεδο. Αυτά τα προβλήματα καλούνται να θεραπεύσουν οι σχετικά καινούργιοι κλάδοι της ψυχολογίας και της ψυχοθεραπείας (19^{ος}- 20^{ος} αιώνας). Η ψυχοθεραπεία σύμφωνα με τον Wolberg (1967) ορίζεται ως: «Η αντιμετώπιση των προβλημάτων συναισθηματικής φύσης, όπως οι διαταραχές της σκέψης και του συναισθήματος, με ψυχολογικά μέσα, μέσα στα πλαίσια επαγγελματικής σχέσης θεραπευτή και θεραπευόμενου, με στόχο τη ρύθμιση ή καθυστέρηση των συμπτωμάτων και την αποκατάσταση των διαταραγμένων πρότυπων συμπεριφοράς». Η μουσική θεωρείται ένας οργανωμένος ήχος που αποτελεί βοηθητικό μέσο για αυτοανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση, σε πλαίσια μουσικής διασύνδεσης με άλλους ανθρώπους διαφορετικής διαπολιτισμικής ταυτότητας (Aigen, 2005). Για πρώτη φορά εμφανίζεται ο όρος «μουσικοθεραπεία» στη μουσικοθεραπευτική εργασία των Nordoff & Robbins (1977) και αργότερα στην εργασία της Bonny (1978), με την ονομασία «Καθοδηγημένη Φαντασία και Μουσική» (Guided Imagery and music). Ο Bruscia (1984), σε μία έρευνά του για μοντέλα μουσικοθεραπείας, προσπαθεί να ορίσει

τη «μουσική ως θεραπεία» και τη «μουσική στη θεραπεία». Όταν η μουσική χρησιμοποιείται ως θεραπευτικό μέσο, η μουσική έχει τον πρωταρχικό ρόλο για τη θεραπεία του πελάτη. Υπάρχει άμεση σχέση του πελάτη με τη μουσική. Αντίθετα, όταν χρησιμοποιείται στη θεραπεία η μουσική, δεν είναι το μοναδικό μέσο για θεραπεία, αλλά χρησιμοποιείται για να διευκολύνει την θεραπευτική αποκατάσταση.

Στη σημερινή εποχή όλα τα μουσικοθεραπευτικά πρότυπα χρησιμοποιούν τη μουσική και στις δύο κλινικές εκφάνσεις (μουσική στη θεραπεία και μουσική ως θεραπεία), παρόλο που δίνεται έμφαση περισσότερο στη μία από ότι στην άλλη, συγκριτικά με το πρότυπο μουσικοθεραπείας που ακολουθεί ο κλινικός. Οι μουσικοθεραπευτές δε χρησιμοποιούν μόνο το ένα πρότυπο. Ο καθένας διαμορφώνει τη δική του προσωπική προσέγγιση με επιλεκτικό τρόπο. Και οι δύο κλινικές προσεγγίσεις συμφωνούν στην ψυχοδυναμική υπόσταση της θεραπευτικής σχέσης και οι κλινικοί άλλοτε χρησιμοποιούν τη μεταβίβαση και άλλοτε την αντιμεταβίβαση. Σύμφωνα με τον Aigen (1998) το βάρος της ευθύνης πέφτει στον μουσικοθεραπευτή. Αυτός είναι υπεύθυνος να καθορίσει τον τρόπο που θα βοηθήσει τον πελάτη του, χρησιμοποιώντας διαφορετικές προσεγγίσεις και αναζητώντας το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Η μουσική επιδρά στις συνειδησιακές καταστάσεις ουσιαστικά και άμεσα. Η μουσική ξεχωρίζει από όλες τις τέχνες, λόγω του ότι η προέλευσή της βρίσκεται στον προλεκτικό και άυλο κόσμο, συνδέοντας το συνειδητό με το ασυνείδητο (Steiner, στο: Ψαλτοπούλου, 2005).

Η μουσικοθεραπεία δημιουργείται μέσω της μουσικοθεραπευτικής σχέσης της μοναδικότητας που εκπέμπει η μουσική για τον κάθε άνθρωπο, στην μοναδική στιγμή της μουσικοθεραπευτικής διαδικασίας, με στόχο την αναδιαμόρφωση προσωπικότητας (Ψαλτοπούλου, 2006β). Η μουσικοθεραπεία θεωρείται η καταλληλότερη μέθοδος για ανθρώπους με χρόνιες ασθένειες. Με αυτή ερχόμαστε σε επαφή με εσωτερικές μας επιθυμίες, κοντά στις αλήθειες μας (Ψαλτοπούλου, 2006 α,β). Ο μουσικοθεραπευτής γίνεται ο μουσικός καθρέφτης για το «μουσικό παιδί», προσδίδοντας πολλαπλά οφέλη: βελτίωση της ποιότητας της ζωής, δημιουργικότητα και αυτοπραγμάτωση («music child», Nordoff & Robbins, 1977).

Ο άνθρωπος μπορεί να είναι αληθινός και δημιουργικός όταν εξωτερικεύει και μορφοποιεί τα συναισθήματά του μέσα από τη μουσική, ξεχνώντας την ασθένεια και τις αρνητικές της συνέπειες. Με αυτόν τον τρόπο ο άνθρωπος αγγίζει επίπεδα δημιουργικότητας που δεν είχε φανταστεί ότι μπορεί να φτάσει. Όταν στη ζωή υπάρχει μία αξία, ο άνθρωπος βρίσκει τρόπους επικοινωνίας και οδηγείται σε μείωση των αρνητικών σκέψεων. Ο φόβος αντικαθίσταται από επιθυμία για ζωή με νόημα. Με αυτόν τον τρόπο ο άνθρωπος αλλάζει τρόπο σκέψης σε σχέση με το ψυχοσωματικό του σύμπτωμα. Μια θεραπεία, όπως η μουσικοθεραπεία, η οποία εστιάζεται στη διαδικασία, όπως ακούγεται και βιώνεται ζωντανά κάθε στιγμή, σε ουσιαστικό χρόνο ανθρώπινης-αυθεντικής σχέσης θυμίζει την ίδια τη ζωή. Ένας αυθεντικός μουσικοθεραπευτής ωθεί στη δημιουργία και την αυτοπραγμάτωση. Με αυτόν τον τρόπο η χρόνια πάθηση παύει να αποτελεί ταυτότητα και να προσδιορίζει τον τρόπο ζωής του ασθενούς. Γίνεται η αφορμή για να ανακαλύψει την ψυχική του υγεία και τις βαθιά κρυμμένες ικανότητές του για να αναδιαμορφώσει τον εαυτό του.

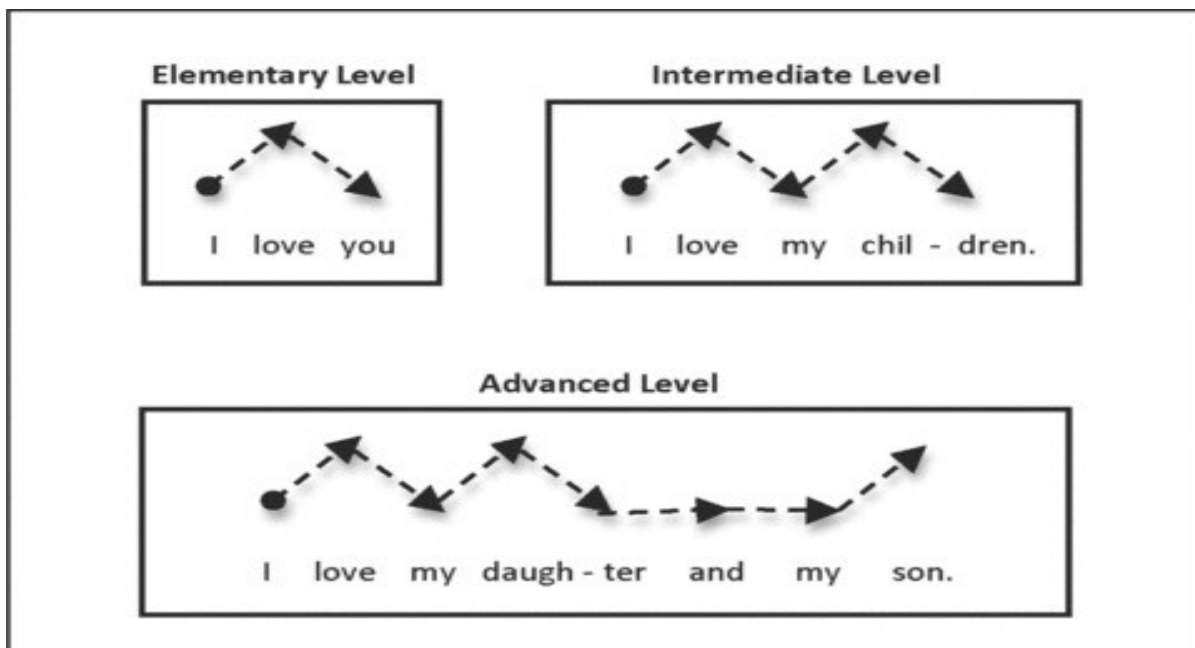
3.3 Θεραπεία μελωδικής στίξης- Melodic Intonation Therapy (MIT)

Όπως εμφανίζεται στην αρχική της μορφή, η Melodic Intonation Therapy (MIT, Albert et al., 1973, Sparks et al., 1974) θεωρείται μια επίσημη προσέγγιση που αποκαθιστά γλωσσικά προβλήματα που εμφανίζονται σε άτομα με αφασία Broca (AAN, 1994) (βλέπε Zumbansen κ.ά. , 2014 για σύνθεση παραλλαγών MIT). Η MIT έχει ως σκοπό να εκπαιδεύσει τους ασθενείς να παράγουν ομιλία μέσω μίας μορφής τραγουδιού, πράγμα που την κάνει να διαφέρει από άλλες θεραπείες. Η λεγόμενη τεχνική ομιλούμενου λόγου είναι μια μουσική στυλιζαρίσματος της κανονικής ομιλίας, χρησιμοποιώντας μερικές τονικότητες (συνήθως μόνο δύο, χωρισμένες σε μία τρίτη ή μία τέταρτη) και ένα απλό ρυθμό (τέταρτα και όγδοα) με αργό ρυθμό (Sparks , 2008). Οι έντονες συλλαβές των λέξεων παράγονται με υψηλότερη ένταση φωνής σε υψηλή τονικότητα, ενώ συλλαβές που είναι ασθενείς παράγονται με χαμηλότερη ένταση φωνής στη χαμηλή τονικότητα.

Η MIT αναπτύχθηκε από τους Albert, Sparks και Helm (1973), για ασθενείς που παρουσίαζαν σοβαρή μη ρέουσα αφασία. Η συγκεκριμένη τεχνική, για να διευκολύνει την προφορική έκφραση, χρησιμοποιεί συνεχόμενη φώνηση, μελωδία μετά μουσικής και ρυθμικά κτυπήματα. Με προτροπή του θεραπευτή, ο θεραπευόμενος τραγουδά και βαθμιαία γίνεται αφαίρεση της μελωδίας. Τα τραγούδια αρχικά περιλαμβάνουν απλές φράσεις που στη συνέχεια αυξάνεται το μήκος των συλλαβών τους. Κάθε οδηγία δίνεται από τον λογοθεραπευτή, με άσκηση κοινωνικής και λειτουργικής αξίας για τον ασθενή. Με τη «θεραπεία μελωδικής στίξης», οι λογοθεραπευτές συνδυάζουν διάφορες συλλαβές λέξεων με νότες και μελωδία γνώριμων τραγουδιών για τους ασθενείς, ώστε να μπορούν να τραγουδούν, και στη συνέχεια σταδιακά αφαιρούν μουσικά στοιχεία, ενεργοποιώντας κάποιες περιοχές «ομόλογες» του δεξιού ημισφαιρίου για να αναλάβουν την χαμένη λειτουργία του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου. Η θεραπεία της μελωδικής στίξης (MIT) (Albertetal, 1973, Nortonetal, 2009) στην αφασία θεωρείται μια καλά καθορισμένη, αλλά και αποτελεσματική τεχνική που αποκαθιστά την αφασία. Η MIT περιλαμβάνει αργούς και ακριβείς ρυθμούς που διευκολύνουν τόσο την άρθρωση, όσο μειώνουν τα παραφασικά σφάλματα, στρέφοντας την προσοχή σε τρία στοιχεία. Αυτά τα στοιχεία είναι η μελωδική γραμμή, ο ρυθμός και τα σημεία επιτονισμού.

Η μέθοδος MIT αποτελείται από τρία επίπεδα δυσκολίας:

- Το απλό, που αποτελείται από τουλάχιστον τρεις συλλαβές
- Το μέτριο, το οποίο αποτελείται από τουλάχιστον πέντε συλλαβές
- Το σύνθετο, που αποτελείται από τουλάχιστον οκτώ συλλαβές



Πίνακας 1, «Τα τρία επίπεδα δυσκολίας»

Υπάρχουν τρία βήματα που είναι απαραίτητα να ακολουθούνται με την παρακάτω σειρά και στα οποία βαθμιαία αυξάνεται η δυσκολία.

Βήμα 1^ο

Ο λογοθεραπευτής παρουσιάζει την φράση-στόχο δείχνοντας στον θεραπευόμενο οπτικά ερεθίσματα και τραγουδώντας μαζί του τη φράση-στόχο, με ρυθμό 1 συλλαβή/δευτερόλεπτο. Στη συνέχεια, τραγουδάει για δεύτερη φορά τη φράση-στόχο, αυτή τη φορά συνοδεύοντας την με το χτύπημα του αριστερού χεριού επάνω στο τραπέζι σε κάθε συλλαβή.

Βήμα 2^ο

Ο λογοθεραπευτής και ο θεραπευόμενος τραγουδούν τη φράση-στόχο μαζί ενώ ο θεραπευτής χτύπα το αριστερό χέρι του ασθενή επάνω στο τραπέζι σε κάθε συλλαβή.

Βήμα 3^ο

Ο λογοθεραπευτής και ο θεραπευόμενος ξεκινούν να τραγουδούν και να χτυπούν τα χέρια τους σε κάθε συλλαβή ταυτόχρονα. Ο θεραπευτής σταματά να συμμετέχει στη διαδικασία. Δίνεται η δυνατότητα στον εξεταζόμενο να χρησιμοποιήσει υπολογιστή για να επικοινωνήσει. Σε σοβαρές περιπτώσεις δίνονται μέσω του διαδικτύου τρόποι να θυμηθούν οι θεραπευόμενοι λέξεις και να τις κατονομάσουν.

Ο στόχος της MIT είναι να βελτιώσει την προφορική ομιλία, δηλαδή τη γενετική και ελεγχόμενη γλώσσα στην οποία οι άνθρωποι βασίζονται περισσότερο για να εκφράσουν τις ιδέες τους στην καθημερινή ζωή (Jackson, 1878, Van Lancker-Sidtis and Rallon, 2004). Επιπλέον, έχει μελετηθεί σε διάφορες μελέτες αποτελεσματικότητας που ανέφεραν

βελτιώσεις στη φυσική ομιλία των συμμετεχόντων (Sparks et al., 1974, Bonakdarpour et al., 2003, Schlaug κ.ά., 2008, 2009, van der Meulen et al.).

Συμπεράσματα

Η αφασία του Broca προκύπτει ύστερα από δυσλειτουργία στο αριστερό ημισφαίριο και δυσκολεύει το άτομο σε διάφορες πτυχές της ζωής του, και ιδιαίτερα δημιουργεί ελλείψεις σε λεκτικές και γλωσσικές λειτουργίες. Τα κυριότερα αίτια εμφάνισής της είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι όγκοι και οι εγκεφαλικές κακώσεις στο κρανίο. Μία έγκαιρη διάγνωση και πρόγνωση, σε συνδυασμό με έναν υγιεινό τρόπο ζωής, θα μπορούσαν να μειώσουν τα περιστατικά αφασιών.

Βασικό κομμάτι όταν εμφανίσει ένας ασθενής συμπτώματα είναι η αξιολόγηση. Μια πλήρης αξιολόγηση μπορεί να υποδείξει τον τύπο της αφασίας και να δώσει μια σαφή εικόνα για το θεραπευτικό πλάνο της παρέμβασης που θα ακολουθήσει ο θεραπευτής. Ο θεραπευτής θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη βαρύτητα στη αξιόπιστη διαφορική διάγνωση της αφασίας από τον φυσιολογικό λόγο, να τη διαχωρίσει από άλλες νευρογενείς διαταραχές και από άλλα σύνδρομα της αφασίας. Για την κλινική αξιολόγηση και τη διάγνωση υπάρχουν σταθμισμένα τεστ (Boston Exam Test).

Η αφασία του Broca θεωρείται μία ιδιαίτερη διαταραχή, που ενώ δημιουργεί λεκτικά και γλωσσικά προβλήματα, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να επικοινωνήσει και να βελτιωθεί με τη κατάλληλη θεραπεία, γνωρίζοντας τις ελλείψεις που παρουσιάζει. Για τη θεραπεία της αφασίας του Broca η πιο κατάλληλη μέθοδος θεωρείται η μουσικοθεραπεία. Συγκεκριμένα, η «μελωδική θεραπεία στίξης», MIT, που προσφέρει θετικά αποτελέσματα στην αποκατάσταση της ομιλίας, χρησιμοποιεί το τραγούδι και το ρυθμό, κάνοντάς την να διαφέρει από οποιαδήποτε άλλη θεραπεία για την αφασία του Broca.

«Η μουσική και ο ρυθμός βρίσκουν το δρόμο τους προς τα πιο απόκρυφα μέρη της
ψυχής».
- Πλάτων -

Βιβλιογραφίες

AAN. (1994). Assessment: melodic intonation therapy. *Neurology* 44, 566–568.

Aigen, K. (2005). Naturalistic inquiry. In B. L. Wheeler (Ed.), *Music therapy research* (2nd ed., pp. 352-364). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Aigen, 1998. Complications of urologic surgery and practice: diagnosis, prevention, and management.

Albert, M. L., Sparks, R. W., and Helm, N. A. (1973). Melodic intonation therapy for aphasia. *Arch. Neurol.* 29, 130–131. doi: 10.1001/archneur.1973.00490260074018

American Music Therapy Association. (2005). AMTA member sourcebook 2005. Silver Spring, MD: AMTA

Benson (1979). Aphasia, alexia, and agraphia

Bonny A., 1978 The Effect of Pollen Recruitment Processes on Pollen Distribution Over the Sediment Surface of a Small Lake in Cumbria. *Journal of Ecology*. Vol. 66, No. 2 (Jul., 1978), pp. 385-416

Boston Diagnostic Aphasia Examination. Ανάκτηση από <http://cps.nova.edu/~cpphelp/BDAE.html>

Broca P. Nouvelle observation d'aphémie produite par une lésion de la troisième circonvolution frontale, *Bulletins de la Société d'anatomie (Paris), 2e serie* , 1861, vol. 6 (pg. 398-407)

Bruscia, K. (1984). Improvisational model of music therapy. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.

Bryan Colb, Ian Q. Whishaw: Εγκέφαλος και Συμπεριφορά 1,2. Γενική επιμέλεια-συντονισμός ελληνικής έκδοσης Ανδρέας Καστελλάκης, Γιώργος Παναγιής. Αθήνα (2009) Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Chapey, 1981. Spouse adjustment to stroke: Aphasic versus nonaphasic partners. *Journal of Communication Disorders* Volume 22, Issue 4, August 1989, Pages 225-231

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

Davis, A. (2011). Αφασιολογία διαταραχές και κλινική πρακτική. Ελληνική επιμέλεια: Γρηγόριος Νάσιος. Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

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

Donald R. Schwartz, (2002). Gene Expression in Ovarian Cancer Reflects Both Morphology and Biological Behavior, Distinguishing Clear Cell from Other Poor-Prognosis Ovarian Carcinomas. *CANCER RESEARCH* 62, 4722–4729.

Engelter et al., (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. 37:1379–1384.

- Φούντάς, Κ.Ν (2003). Comparison of the results of the preoperative evaluation of intracranial tumors by using protonmagnetic resonances spectroscopy and open surgical biopsy. Εθνικό αρχείο διδακτορικών διατριβών.
- Fred Schwartz, (1989). Reaction time impairment in schizophrenia and affective illness: The role of attention. Volume 25, Issue 5, Pages 540–548
- Grodzinsky, Y. , 1990. Theoretical Perspectives on Language Deficits. The formal description of agrammatism. Cambridge, The MIT Press.
- Hecaen H., 1972. Introduction a la neuropsychologie. Paris: Larousse.
- Hier, D.B., Yoon. W.B.. Mohr, J.P., Price. T.R.. Wolf. P.A. (1994). Gender and aphasia in the Stroke Data Bank. Brain Lans. 07-1994 47(1)155-67.
- Καλαντζή. Κ.Γ., (1957). Διαταραχές του λόγου στην παιδική ηλικία. Φωνή – Ομιλία – Ανάγνωση – Γραφή. Αθήνα: Καμπάνας ΙΩ.
- Καμπανάρου Μ. «Διαγνωστικά θέματα Λογοθεραπείας» Αθήνα, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ. (2007)
- Καραπέτσας Α.Β., 2013. Σύγχρονα θέματα Νευρογλωσσολογίας. Παθολογία του Λόγου, Αξιολόγηση, Διάγνωση, Αποκατάσταση. Εκδόσεις εργαστηρίου Νευροψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος.
- KOGEL MARCUS D., (1957). Journal of Medical Education. Albert Einstein College of Medicine. Volume 32 - Issue 10 - ppg 675-681
- McNeil, M.R& Pratt, S.R (2001). Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. Aphasiology, 15 (10 11),901-911
- McNeil, M.R. (1989). Some theoretica and clinical implications of operating from a formal definition of aphasia. Paper presented to the Academy of Aphasia, Santa Fe, NM. Τμήματος της Νευρολογίας στο Bispebjerg Hospital της Κοπεγχάγης (2003),
- National Stroke Association, (2008). Heart Disease and Stroke Statistics—2008 Update A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Ανάκτηση από:
https://www.researchgate.net/profile/Katherine_Flegal/publication/284665496_Heart_Disease_and_Stroke_Statistics-2008_Update/links/58000ad208aebab2012be1f2/Heart-Disease-and-Stroke-Statistics-2008-Update.pdf
- Nordoff, P. & Robbins, C. (1977). Creative Music Therapy, Individualized treatment for the handicapped child. New York: The John Day Company.
- Σακαλάκ, Η. (2004). Μουσικές βιταμίνες. Αθήνα: Εκδ. Fagotto.

Schuell H., 1974. The effect of response choice relatedness on pantomime and verbal recognition ability in aphasic patients. *Brain and Language*. Volume 21, Issue 2, March 1984, Pages 291-306

Schuell, (1973). *Aphasia with the Minnesota Test, Differential Diagnosis*.

Shaboutin, S. (2005). *Ιατρικές δυνάμεις της μουσικής*. Αθήνα: Εκδ. PLS.

Snell-Johns, JL Mendez, BH Smith, (2004). Evidence-Based Solutions for Overcoming Access Barriers, Decreasing Attrition, and Promoting Change With Underserved Families. *Journal of Family Psychology*.

Sparks , (2008). Sparks, R. W. (2008). “Melodic intonation therapy,” in *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*, ed. R. Chapey (Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins), 837–851

Sparks et al., 1974, Bonakdarpour et al., 2003, Schlaug κ.ά., 2008, 2009, van der Meulen et al.

Sparks, R. W., Helm, N. A., and Albert, M. L. (1974). Aphasia rehabilitation resulting from melodic intonation therapy. *Cortex* 10, 303–316. doi:10.1016/S0010-9452(74)80024-9

Trousseau A.. *Lectures on Clinical Medicine*.

University of Minnesota Duluth-aphasia assessment (2000). Tests of Aphasia. Ανάκτηση από <http://www.d.umn.edu/~mmizuko/3411/may11.htm>

Van Lancker-Sidtis, D., and Rallon, G. (2004). Tracking the incidence of formulaic expressions in everyday speech: methods for classification and verification. *Lang. Commun.* 24, 207–240. doi:10.1016/j.langcom.2004.02.003

Western Aphasia Battery (WAB). *Speech and Language Assessments* .Ανάκτηση 08/07/2010 από <https://msltprac.wordpress.com/aphasia-3/westem-aphasia-battery-wab/>

WILLIAM H. WOLBERG, M.D., (1976). Determinants of Human Tumor Sensitivity to Fluorinated Pyrimidine Chemotherapy. From the Division of Clinical Oncology and Department of Surgery, University of Wisconsin Medical Center, Madison, Wisconsin.

Ψαλτοπούλου, Ν. (2006 α). Μουσικοθεραπεία: Πολυφωνική σχέση σε διαδικασία αυτοπραγμάτωσης, στο Μουσική Παιδαγωγική-Μουσική Εκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή-Μουσικοθεραπεία, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Ψαλτοπούλου, Ν. (2006 β). Μουσικοθεραπεία: Αναπηρία και ψυχοσωματική αναδιαμόρφωση, στο Μουσικοθεραπεία και άλλες μουσικές προσεγγίσεις για παιδιά και νέους με αναπηρίες, Αθήνα, Εκδόσεις Orpheus.

Ψαλτοπούλου, Ν. (2005). Η Μουσική Δημιουργική Έκφραση ως Θεραπευτικό Μέσο στα Παιδιά με Συναισθηματικές Διαταραχές, στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μουσικής Αγωγής

για την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση με θέμα: «Η Αναγκαιότητα της Συστηματικής Διδασκαλίας της Μουσικής στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Μεθοδολογικές και Βιωματικές Προσεγγίσεις από την Α' έως και την ΣΤ' Τάξη Δημοτικού Σχολείου», Πειραιάς.

Zumbansen, A., Peretz, I., and Hébert, S. (2014). Melodic intonation therapy: back to basics for future research. *Front. Neurol.* 5:7. doi:10.3389/fneur.2014.00007