



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Αφασία και Ψυχικές Διαταραχές

Φοιτήτριες:

Βογιατζή Μαρία (Α.Μ.:1096)

Καρυοφύλλη Αθανασία (Α.Μ.: 1186)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Σιαφάκα Βασιλική,

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2024

Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Δηλώνουμε υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Υπογραφή

Βογιατζή Μαρία

Καρυοφύλλη Αθανασία

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας, Κα Σιαφάκα Βασιλική για τη πολύτιμη βοήθεια, υποστήριξη και καθοδήγηση κατά τη διάρκεια όλου αυτού του έργου. Επιπλέον, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας που βρίσκονται πάντα στο πλευρό μας.

Περιεχόμενα

Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής	2
Περίληψη	5
Abstract	6
Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο 1: Αφασίες	9
1.1 Ορισμός Αφασίας	9
1.1.1 Ιστορική Αναδρομή	11
1.1.2 Ταξινόμηση Αφασιών	12
1. Κλασσική Κατηγοριοποίηση	13
2. Μοντέλο Διπλής Ροής: Συγχρονο Μοντέλο	15
3. Κατηγοριοποίηση στην Καθημερινή Κλινική Πράξη	16
1.2 Περιγραφή Αφασιών	16
1.2.1 Αφασία Broca	16
1.2.2 Ολική Αφασία	17
1.2.3 Διαφλοϊκή Κινητική αφασία	18
1.2.4 Αφασία Wernicke	19
1.2.5. Διαφλοϊκή Αισθητηριακή Αφασία	20
1.2.6 Μεικτή Διαφλοϊκή Αφασία	20
1.2.7 Αφασία Αγωγής	21
1.2.8 Ανομική Αφασία	22
1.3 Συμπτώματα και Αίτια Αφασίας	23
1.3.1 Συμπτώματα	23
1.3.2 Αίτια	25
Κεφάλαιο 2: Αφασία και ψυχικές διαταραχές	26
2.1 Αφασία & Κατάθλιψη	27
2.2 Αφασία & Αγχώδης διαταραχή	35
2.2.1 Σύνδεση μεταξύ Αφασίας και Αγχώδους Διαταραχής	37
2.3 Αφασία & Διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή	41
Κεφάλαιο 3: Ζώντας με την Αφασία	47
3.1 Επιπτώσεις στην Ποιότητα ζωής	47
3.2 Το βίωμα του ασθενούς	51
3.3 Επιπτώσεις στους φροντιστές	54
Κεφάλαιο 4: Παρεμβάσεις	58

4.1 Παρεμβάσεις στους ασθενείς με αφασία	58
4.2. Παρεμβάσεις στους φροντιστές	70
Συμπεράσματα	74
Ορισμοί	77
Βιβλιογραφία	80

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως θέμα τη διερεύνηση της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε άτομα με αφασία. Η αφασία επιδρά σημαντικά στην ικανότητα λόγου, επηρεάζοντας την επικοινωνία και την έκφραση σκέψεων, συναισθημάτων και επιθυμιών. Μέσω βιβλιογραφικής επισκόπησης, η εργασία στοχεύει να προσφέρει μια ολοκληρωμένη εικόνα της αφασίας, των ψυχολογικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αυτή τη διαταραχή και των δυνατοτήτων που προσφέρουν οι διάφορες παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή της.

Η εργασία βασίστηκε στη μελέτη επιστημονικών συγγραμμάτων και άρθρων, τόσο ερευνητικών όσο και ανασκοπήσεων που πραγματεύονται θέματα σχετικά με την Αφασία (ορισμός, αίτια, συμπτώματα), την Περιγραφή Αφασιών (ορισμός, χαρακτηριστικά, περιοχές που υφίστανται βλάβη, συχνότητα, αναφορά στους τύπους της αφασίας), τις ψυχικές διαταραχές (ποιες είναι, πώς συνδέονται, συχνότητα), το Βίωμα (ασθενών, φροντιστών) και τις Θεραπευτικές παρεμβάσεις (σε ασθενείς, σε φροντιστές).

Κλείνοντας, αναδεικνύεται ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ αφασίας και ψυχικών διαταραχών είναι πολυεπίπεδη και απαιτεί μια πολυδιάστατη, διεπιστημονική προσέγγιση για την αποτελεσματική παροχή βοήθειας προς τους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Ταυτόχρονα απαραίτητη κρίνεται και η διεξαγωγή περισσότερων ερευνών με θέμα την κατανόηση των επιπτώσεων της αφασίας στην ψυχική υγεία.

Λέξεις κλειδιά: αφασία, ψυχικές διαταραχές, κατάθλιψη, αγχώδης διαταραχή, φροντιστές, ποιότητα ζωής, παρέμβαση

Abstract

This thesis is about investigating the relationship between mental disorders and people with aphasia. Aphasia has a significant impact on speech ability, affecting communication and the expression of thoughts, feelings and desires. Through a literature review, the paper aims to provide a comprehensive overview of aphasia, the psychological challenges faced by people with this disorder and the potential of various interventions to address it.

The method for the writing includes the study of scientific writings and articles, both research and literature, dealing with topics related to Aphasia (definition, causes, symptoms) Aphasia Description (definition, characteristics, areas of impairment, frequency, reference to types of aphasia), mental disorders (what they are, how they are related, frequency), the Biome (of patients, of caregivers) and the Therapeutic interventions (in patients, in caregivers).

In conclusion, it is highlighted that the interaction between aphasia and mental disorders is multilevel and requires a multidimensional, multidisciplinary approach to effectively assist patients and their caregivers. At the same time, more research is needed to understand the impact of aphasia on mental health.

Key words:aphasia, mental disorders, depression, anxiety disorder, caregivers, quality of life, intervention

Εισαγωγή

Η αφασία ως όρος ετυμολογικά προέρχεται από το ρήμα "φέρω" (φάσκω=λέγω) και το στερητικό "α-", αυτός/ή δηλαδή που στερείται τον λόγο. Αποτελεί μια πάθηση που πλήττει ενήλικες και παιδιά, οδηγώντας σε μερική ή ολική απώλεια γλωσσικών ικανοτήτων, επηρεάζοντας δραστικά την ικανότητα λόγου. Ο λόγος αποτελεί το μέσο επικοινωνίας του ανθρώπου με τον κόσμο γύρω του, εκφράζοντας σκέψεις, συναισθήματα και επιθυμίες. Το κύριο αίτιο της αφασίας είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Είναι σύνηθες οι επιζώντες ΑΕΕ να βιώνουν ψυχικές διαταραχές, οι οποίες ενδέχεται να δυσχεραίνουν την αποκατάσταση και να επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους.

Η παρούσα εργασία, μέσω την βιβλιογραφικής επισκόπησης, στοχεύει να προσφέρει μια ολοκληρωμένη εικόνα της αφασίας, των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αυτή τη διαταραχή στον ψυχολογικό τομέα και των δυνατοτήτων που προσφέρουν οι διάφορες παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή της. Για τον σκοπό αυτό, η εργασία χωρίζεται σε έξι κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο θέτει τα θεμέλια για την κατανόηση της αφασίας, ορίζοντάς την και χαράσσοντας την ιστορική της διαδρομή. Παράλληλα, κατηγοριοποιεί τα αφασικά σύνδρομα, θέτοντας το θεωρητικό υπόβαθρο για την κατανόηση των εκφάνσεων της πάθησης. Το δεύτερο κεφάλαιο αφιερώνεται στην λεπτομερή ανάλυση και περιγραφή των διαφορετικών μορφών αφασίας. Κάθε μορφή αφασίας παρουσιάζει μοναδικά χαρακτηριστικά και συμπτώματα, τα οποία θα εξεταστούν αναλυτικά. Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται η λεπτομερής ανάλυση των συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν την αφασία, ενώ παράλληλα εξετάζονται τα αίτια που την προκαλούν. Η κατανόηση των κλινικών χαρακτηριστικών και των αιτιολογικών παραγόντων είναι κρίσιμη για τη διάγνωση και την ανάπτυξη στρατηγικών παρέμβασης. Το τέταρτο κεφάλαιο εστιάζει στην εξερεύνηση της άρρηκτης σύνδεσης που συνδέει την αφασία με τις ψυχικές διαταραχές. Αφού γίνει ανάλυση των ψυχικών διαταραχών, μελετάται ο τρόπος με τον οποίο η συννοσηρότητα αυτών των δύο ενδέχεται να επιδεινώσει την κατάσταση των ασθενών, περιπλέκοντας την αποκατάστασή τους. Το πέμπτο κεφάλαιο εστιάζει στις πολυδιάστατες επιπτώσεις της

αφασίας, προβάλλοντας τον αντίκτυπό της στην ποιότητα ζωής, το προσωπικό βίωμα των ατόμων και τις συνέπειες που βιώνουν οι φροντιστές τους. Η αφασία δεν λειτουργεί μεμονωμένα, αλλά επηρεάζει το άτομο στο σύνολό του, συμπεριλαμβανομένων και των σχέσεων που διατηρεί με τους ανθρώπους που το φροντίζουν και το υποστηρίζουν. Κλείνοντας, το έκτο κεφάλαιο εστιάζει στην παρουσίαση ενός ευρέος φάσματος παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της αφασίας, δίνοντας έμφαση τόσο στις πρώιμες παρεμβάσεις για τους ασθενείς όσο και στις υποστηρικτικές επεμβάσεις που απευθύνονται στους φροντιστές τους.

Κεφάλαιο 1: Αφασίες

1.1 Ορισμός Αφασίας

Οι επιστήμονες έχουν διατυπώσει πολλούς ορισμούς για την αφασία. Γενικά, η αφασία (στερητικό "α" - "φάσκω"=λέγω, χωρίς λόγο) είναι μια επίκτητη βλάβη της παραγωγής ή/και της κατανόησης του λόγου, επηρεάζοντας τις γνωστικές και γλωσσικές ικανότητες του ασθενούς (Parathanasiou & Coppens, 2017). Η αφασία μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα κάθε ηλικίας και φύλου, ακόμη και σε βαρήκοα ή κωφά άτομα, όπου πλήττει τη νοηματική γλώσσα (Brookshire, 2015).

Συνήθως προκύπτει μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) ή κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Damasio, 1992). Η βασική διαφορά μεταξύ της Αφασίας Μετά από Εγκεφαλικό και της Πρωτοπαθούς Προϊούσας Αφασίας έγκειται στη φύση της βλάβης: στην πρώτη περίπτωση, η βλάβη είναι εστιακή και οφείλεται σε τραυματισμό ενός τμήματος του εγκεφάλου, ενώ στη δεύτερη πρόκειται για γενικευμένη βλάβη λόγω εκφυλισμού των νευρικών κυττάρων (Mesulam, 2001).

Η αφασία επηρεάζει την ικανότητα επεξεργασίας συμβόλων σε εκφραστικό και αντιληπτικό επίπεδο, εξαιτίας βλάβης σε συγκεκριμένες ζώνες του εγκεφαλικού φλοιού (Goodglass & Wingfield, 1997). Αναλυτικότερα προκαλεί σημαντικές δυσκολίες στην επικοινωνία του ατόμου, δημιουργώντας προβλήματα στις γλωσσικές λειτουργίες, τον προφορικό λόγο, τη ακουστική αντίληψη, την ανάγνωση και τη γραφή (Parathanasiou, Coppens, & Potagas, 2014). Περιλαμβάνει διαταραχές στη σύνταξη, τη φωνολογική και σημασιολογική επεξεργασία της γλώσσας, την προσωδία, την πραγματολογία και μη λεκτική επικοινωνία (χειρονομίες, μη λεκτικά σήματα)(Carlan, 2012).

Ο πρώτος ορισμός της αφασίας στις αρχές του 20ου αιώνα, ορίστηκε από τον Paul Broca το 1861 ως "αφημία". Σήμερα, ο όρος "αφασία" αναφέρεται σε κάθε μερική ή ολική απώλεια των γλωσσικών ικανοτήτων ενός ατόμου, επηρεάζοντας την ικανότητα λόγου και κατανόησης.

Ο Hughlings Jackson, επίσης, το 1870, περιέγραψε την ανικανότητα κάποιων ασθενών με αφασία να εκτελέσουν εκούσιες κινήσεις, παρόλο που μπορούν να κινηθούν αυτόματα ή εκούσια.

Ο Benson (1979) όρισε την αφασία ως την απώλεια ή το έλλειμμα της γλώσσας που προκαλείται από εγκεφαλική βλάβη, ενώ ο Kertesz (1985) την περιέγραψε ως επίκτητη διαταραχή του λόγου, χαρακτηριζόμενη από λάθη στην ομιλία, επηρεασμένη κατανόηση και δυσκολία στην ανεύρεση λέξεων. Οι Goodglass και Kaplan (1983) ανέφεραν την αφασία ως διαταραχή των δεξιοτήτων και των διεργασιών του προφορικού και γραπτού λόγου λόγω βλάβης σε συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές.

Η αφασία χαρακτηρίζεται από ανικανότητα κατανόησης ή παραγωγής της γλώσσας, χωρίς να σχετίζεται με αισθητηριακά ή κινητικά ελλείμματα (Spreen & Risser, 2003).

Ο Davis (2007) υποστηρίζει ότι η αφασία είναι αποτέλεσμα νεοαποκτηθείσας βλάβης σε εγκεφαλικές περιοχές υπεύθυνες για την κατανόηση και διαμόρφωση της γλώσσας. Οι περιοχές αυτές περιλαμβάνουν την τοξοειδή δεσμίδα, τη γωνιώδη έλικα και τα όρια των λοβών.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με την National Aphasia Association (2009) και τους McNeil & Pratt (2001), η αφασία είναι μια επίκτητη διαταραχή επικοινωνίας κατά την οποία ένα άτομο δυσκολεύεται να επεξεργαστεί γλωσσικά σύμβολα, αν και οι νοητικές του λειτουργίες παραμένουν φυσιολογικές. Είναι μια εκλεκτική διαταραχή (αλαλία) των περιοχών της γλώσσας λόγω εστιακής βλάβης στο κυρίαρχο για τη γλώσσα ημισφαίριο, επηρεάζοντας την επικοινωνιακή ικανότητα και την κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου.

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Οι παλαιότερες αναφορές σχετικά με τις διαταραχές του λόγου εντοπίζονται στα ελληνικά κείμενα που ονομάζονται «Ιπποκρατική Συλλογή» (=Hippocratic Corpus) (περίπου 400 π.Χ.). Ο Ιπποκράτης συνέδεσε την εγκεφαλική βλάβη με την απώλεια της γλωσσικής λειτουργίας σε ασθενείς που είχαν τραύματα στο κεφάλι.

Κατά την περίοδο του μεσαίωνα αξίζει να αναφερθεί ο Γαληνός, ο σπουδαιότερος ανατόμος του εγκεφάλου μέχρι τον 17ο αιώνα, ο οποίος υποστήριζε ότι η “μνήμη των λέξεων” μπορεί να χαθεί ως απόρροια τραυματισμού στο κεφάλι.

Το 1861, ο Γάλλος νευρολόγος Paul Broca μελέτησε έναν ασθενή, γνωστό ως "Tan", ο οποίος είχε την ικανότητα να κατανοεί τη γλώσσα αλλά αντιμετώπιζε δυσκολίες στην παραγωγή ομιλίας. Μετά τον θάνατο του ασθενούς, μια εξέταση αποκάλυψε βλάβη στην τρίτη μετωπιαία έλικα στο αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου. Αυτή η περιοχή, που στη συνέχεια αναφέρεται ως περιοχή Broca συνδέθηκε άμεσα με την παραγωγή του λόγου. Ονόμασε τη διαταραχή αυτή «αφημία» (=aphemie), όρος που χρησιμοποιείται ακόμα, ωστόσο ο επικρατέστερος είναι απραξία ομιλίας. Η ανακάλυψη αυτή καθιέρωσε την ιδέα ότι συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου είναι υπεύθυνες για διαφορετικές γλωσσικές λειτουργίες (Broca, 1861).

Έπειτα από λίγα χρόνια, το 1874, ο Γερμανός νευρολόγος Carl Wernicke περιέγραψε έναν άλλο τύπο αφασίας που προέρχεται από βλάβη στην άνω κροταφική έλικα του αριστερού ημισφαιρίου, μια περιοχή που μέχρι και σήμερα φέρει το όνομα του. Τα άτομα με τραυματισμό σε αυτήν είναι σε θέση να παράξουν λόγο, πάραυτα η έκφραση τους τείνει να στερείται νοήματος και αντιμετωπίζουν αισθητές δυσκολίες στην κατανόηση της ομιλίας (Wernicke, 1874). Αυτή η μορφή αφασίας ονομάστηκε "αισθητηριακή", εν αντιστοιχία της "κινητικής" του Broca, όροι που συνεχίζουν να χρησιμοποιούνται επί του παρόντος. Αυτή η ανακάλυψη καθίδρυσε την αντίληψη ότι συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου παίζουν καθοριστικό ρόλο στην γλωσσική επεξεργασία.

Τα ευρήματα των Broca και Wernicke συμβάλλουν στη διατύπωση της θεωρίας συνδεσιμότητας, υποδηλώνοντας ότι η γλωσσική επεξεργασία βασίζεται τόσο σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου όσο και στις διασυνδέσεις τους. Το 1885, ο Ludwig Lichtheim πρότεινε ένα μοντέλο που περιλαμβάνει πλήθος κέντρων γλωσσικής επεξεργασίας και τις μεταξύ τους συνδέσεις, προσφέροντας μια ολοκληρωμένη προοπτική για τη σχέση σχέση λειτουργίας του εγκεφάλου σε συνάρτηση με τη γλώσσα (Lichtheim, 1885).

Τον 19ο αιώνα, οι έρευνες σχετικά με την αφασία προχώρησαν πέρα από τις παλαιότερες αρχικές ανακαλύψεις των Broca και Wernicke, με πολλούς νευρολόγους να συνεισφέρουν στην κατανόηση των γλωσσικών διαταραχών. Οι παρατηρήσεις και οι κλινικές αναφορές βοήθησαν στην ταξινόμηση διαφορετικών τύπων αφασίας και στην κατανόηση των πολύπλοκων συνδέσεων μεταξύ εγκεφαλικής βλάβης και γλωσσικών δεξιοτήτων.

Στις αρχές του 20ού αιώνα, αναγνωρίζεται η σύνδεση μεταξύ της αφασίας και των ψυχικών παθήσεων. Ο Sigmund Freud υποστήριξε ότι η αφασία μπορεί να προέρχεται από συναισθηματικό τραύμα ή σύγκρουση (Freud, 1953). Αν και ορισμένες πτυχές της θεωρίας του, μπορούν να αμφισβητηθούν, προήγαγε την κατανόηση των ψυχολογικών επιπτώσεων της αφασίας και την αναγκαιότητα καθολικής φροντίδας του ασθενούς.

1.1.1 Ταξινόμηση Αφασιών

Η κατηγοριοποίηση των αφασιών είναι υψίστης σημασίας για τη διάγνωση και τη θεραπευτική προσέγγιση. Σε αυτό το κεφάλαιο, θα εξετάσουμε την κατηγοριοποίηση των αφασιών με βάση την κλασική κατηγοριοποίηση, το μοντέλο διπλής ροής και την καθημερινή κλινική πράξη.

1. Κλασσική Κατηγοριοποίηση

Η κλασσική κατηγοριοποίηση των αφασιών βασίζεται κυρίως στη θέση των εγκεφαλικών βλαβών και στα χαρακτηριστικά γλωσσικά γνωρίσματα, όπως η ροή ομιλίας, η κατανόηση λόγου, η ικανότητα επανάληψης και η κατονομασία (Geschwind, 1967). Οι κύριοι τύποι αφασιών περιλαμβάνουν την αφασία Broca, την αφασία Wernicke, την αφασία αγωγής, την κατονομαστική/ανομική αφασία και την ολική (σφαιρική) αφασία, την διαφλοιϊκή κινητική αφασία, διαφλοιϊκή αισθητική αφασία και την μεικτή διαφλοιϊκή αφασία. Η αφασία Broca χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην παραγωγή λόγου, με σχεδόν φυσιολογική κατανόηση, και συνδέεται με βλάβες στην περιοχή Broca στον αριστερό μετωπιαίο λοβό (Geschwind, 1970). Στην αφασία Wernicke ο λόγος είναι ρέων, αλλά συχνά ακατανόητος και η δυσκολία είναι σοβαρή στην κατανόηση, με βλάβες στην περιοχή Wernicke στον αριστερό κροταφικό λοβό (Anderson et al., 1999). Η αφασία αγωγής περιλαμβάνει δυσκολία στην επανάληψη λέξεων ή φράσεων, παρά την σχεδόν φυσιολογική παραγωγή και κατανόηση λόγου, και συνδέεται με βλάβες στην τοξοειδή δεσμίδα (Catani & ffytche, 2005). Η αδυναμία εντοπισμού βλάβης σε συγκεκριμένη περιοχή και δυσκολία στην κατονομασία είναι χαρακτηριστικά της ανομικής αφασίας (La Pointe & Stierwalt, 2020). Η ολική αφασία χαρακτηρίζεται από σοβαρή δυσλειτουργία σε όλες τις γλωσσικές λειτουργίες και προκύπτει από εκτεταμένες βλάβες στο αριστερό ημισφαίριο (Geschwind, 1970). Η διαφλοιϊκή κινητική αφασία παρουσιάζει δυσκολία στην παραγωγή αυθόρμητου λόγου, αλλά η ικανότητα επανάληψης είναι ανέπαφη. Η κατανόηση είναι καλή. Στην διαφλοιϊκή αισθητηριακή αφασία οι ασθενείς έχουν δυσκολία στην κατανόηση και παράγουν ρέον λόγο που συχνά είναι ακατανόητος, ενώ η ικανότητα επανάληψης παραμένει ανέπαφη. Η μεικτή διαφλοιϊκή αφασία συνδυάζει χαρακτηριστικά της διαφλοιϊκής κινητικής και διαφλοιϊκής αισθητηριακής αφασίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να έχουν περιορισμένη αυθόρμητη παραγωγή λόγου και δυσκολία στην κατανόηση, αλλά μπορούν να επαναλάβουν λέξεις και φράσεις.

	ΡΟΗ ΛΟΓΟΥ	ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ	ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ
ΜΗ ΡΕΟΥΣΕΣ				
Broca's	-	+	=	=
Σφαιρική	-	-	-	-
Διαφλωιδής κινητική	-	+	+	=
Μεικτή διαφλωιδής αφασία	-	-	+	=
ΡΕΟΥΣΕΣ				
Wernicke's	+	-	-	=
Διαφλωιδής αισθητική	+	-	+	=
Αγωγής	+	+	-	=
Κατονομαστική	+	+	+	

Πίνακας 1. Κλασική κατηγοριοποίηση αφasiών (Longo & Fauci, 2012)

(+): άθικτη

(-): επηρεασμένη

(=): ποικίλουσα

2. Μοντέλο Διπλής Ροής: Σύγχρονο Μοντέλο

Το μοντέλο διπλής ροής (dual-stream model) προτείνει δύο δίκτυα επεξεργασίας του λόγου: το κοιλιακό (ventral) και το ραχιαίο (dorsal) (Hickok & Poeppel, 2007). Το κοιλιακό (βρίσκεται κάτω από τη σχισμή του Sylvius): Σχετίζεται με την κατανόηση του λόγου. Είναι αμφοτερόπλευρα οργανωμένο, “απλώνεται” και στους δυο κροταφικούς λοβούς. Η απόδειξη αυτής της διμερούς οργάνωσης προκύπτει από την παρατήρηση ότι οι ασθενείς που έχουν υποστεί χρόνια ή οξεία διαταραχή στο αριστερό ημισφαίριο λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου συνεχίζουν να έχουν κάποια επίπεδα κατανόησης λόγου, υποδεικνύοντας ότι το δεξί ημισφαίριο μπορεί να συνεισφέρει στην κατανόηση του λόγου (Baker, Blumstein, & Goodglass, 1981; Rogalsky et al., 2011; Rogalsky, Pitz, Hillis, & Hickok, 2008). Άρα αμφισβητεί το κλασικό μοντέλο για δύο λόγους: πρώτον, τα κέντρα κατανόησης επεκτείνονται προς τον πρόσθιο κροταφικό λοβό και δεύτερον τα κέντρα κατανόησης επεκτείνονται και στο δεξί ημισφαίριο. Το ραχιαίο (βρίσκεται πάνω από τη σχισμή του Sylvius). Σχετίζεται με την αισθητικοκινητική ολοκλήρωση και την παραγωγή λόγου (Andersen, 1997; Milner & Goodale, 1995). Είναι αριστερά επικρατικό (επιβεβαιώνεται το κλασικό μοντέλο). Αποτελείται από ένα δίκτυο περιοχών που περιλαμβάνουν ακουστικές περιοχές στη άνω κροταφική αύλακα, κινητικές περιοχές στην αριστερή κάτω μετωπιαία έλικα (περιοχή του Broca), μια πιο ραχιαία θέση στον αριστερό προκινητικό φλοιό, και δομές στην βρεγματοκροταφική συμβολή, που αναφέρονται ως περιοχή Spt (Buchsbaum et al., 2001, 2005; Hickok et al., 2003; Hickok, Houde, et al., 2011; Hickok, Okada, & Serences, 2009; Wise et al., 2001). Οι περιοχές της ανώτερης κροταφικής αύλακας (STS) κωδικοποιούν αισθητηριακές αναπαραστάσεις της ομιλίας, οι κινητικές περιοχές κωδικοποιούν κινητικές αναπαραστάσεις της ομιλίας, και η περιοχή Spt λειτουργεί ως ένα σύστημα αισθητικοκινητικής ολοκλήρωσης, υπολογίζοντας τη μετατροπή μεταξύ των αισθητηριακών και κινητικών αναπαραστάσεων της ομιλίας (Hickok, 2012; Hickok et al., 2003; Hickok, Houde, et al., 2011; Hickok et al., 2009). Επίσης παρατηρούμε συμμετοχή του προκινητικού φλοιού (PM), ο οποίος διαμορφώνει το σύνολο των εντολών που θα πάνε στον κινητικό φλοιό με

σκοπό την κίνηση των αρθρωτών (αν πρόκειται να μιλήσουμε) ή την κίνηση των μυών του χεριού (αν πρόκειται να γράψουμε).

3. Κατηγοριοποίηση στην Καθημερινή Κλινική Πράξη

Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει αισθητική αφασία με άθικτη παραγωγή, ούτε κινητική αφασία με πλήρως άθικτη κατανόηση. Συχνά τα χαρακτηριστικά του αφασικού συνδρόμου μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου, όπως η μετατροπή μιας σφαιρικής αφασίας σε κινητική λόγω της αναδιοργάνωσης του εγκεφάλου. Ως εκ τούτου, έχει μεγάλη σημασία, η επαναξιολόγηση καθώς και η σύνδεση της αξιολόγησης με το χρονικό σημείο της βλάβης. Στην καθημερινή κλινική πράξη, η κατηγοριοποίηση των αφασιών συχνά βασίζεται στην αξιολόγηση της βαρύτητας, την εκτίμηση των δυνατοτήτων που έχουν διατηρηθεί, στον κάθε ασθενή, και τη δυνατότητα συγκρίσιμης επαναξιολόγησης στην πορεία του χρόνου, παρά σε αυστηρές κλασικές κατηγορίες. Οι κλινικοί εστιάζουν στα ελλείμματα της γλώσσας και όχι μόνο στον τύπο αφασίας (Helm-Estabrooks et al., 2014). Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των ασθενών είναι το Western Aphasia Battery (WAB) και το Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), τα οποία παρέχουν τη δυνατότητα εντοπισμού και ανάλυσης των συγκεκριμένων γλωσσικών ελλειμμάτων (Kertesz, 1982; Goodglass & Kaplan, 1983). Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις σχεδιάζονται με βάση τα ιδιαίτερα ελλείμματα του ασθενούς και ως στόχο έχουν τη βελτίωση συγκεκριμένων γλωσσικών ικανοτήτων.

1.2 Περιγραφή Αφασιών

1.2.1 Αφασία Broca

Η αφασία Broca είναι μια νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την αδυναμία του ασθενούς να παράγει φυσιολογική ομιλία λόγω βλάβης στο οπίσθιο μέρος της κατώτερης μετωπιαίας έλικας του εγκεφάλου, καθώς και σε παρακείμενες περιοχές, όπως η νήσος του Reil* και η μετωπιαία καλύπτρα. Η βλάβη αυτή μπορεί επίσης να επηρεάσει τις πρόσθιες και άνω περιοχές του μετωπιαίου λοβού καθώς και μέρος των βασικών γαγγλίων (Cumplings & Mega, 2003).

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της αφασίας Broca περιλαμβάνουν τον μη ρέοντα λόγο, την κοπιώδη ομιλία, συχνές παύσεις κατά την ομιλία, το μικρό μήκος προτάσεων, τον αγραμματισμό (περιλαμβανομένου του τηλεγραφικού λόγου), και την παραγωγή αυτοματοποιημένων λεκτικών ακολουθιών όπως οι μέρες της εβδομάδας (Basso, 2003). Εκτός από την αφασία, οι ασθενείς με βλάβη στην περιοχή Broca μπορεί να εμφανίζουν δεξιά ημιπληγία και δυσκολίες στην ομιλία ή στις κινήσεις (Benson, 1993).

Παρά τις δυσκολίες στην παραγωγή του λόγου, η κατανόηση της γλώσσας συνήθως διατηρείται, αν και οι ασθενείς μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε πιο σύνθετες συντακτικές προτάσεις. Επιπλέον, ο γραπτός λόγος επίσης επηρεάζεται, με τους ασθενείς να παρουσιάζουν ελλείμματα στην επανάληψη και την κατονομασία και να εμφανίζουν συχνά φωνημικές παραφασίες.

Συνολικά, η αφασία Broca αποτελεί μια σύνθετη διαταραχή της γλωσσικής λειτουργίας που επηρεάζει την παραγωγή και κατανόηση του λόγου, συχνά συνοδευόμενη από δεξιά ημιπληγία και άλλες εκδηλώσεις που συνδέονται με τις προσβεβλημένες περιοχές του εγκεφάλου.

1.2.2 Ολική Αφασία

Η ολική (σφαιρική) αφασία αποτελεί μια πολύπλοκη παθολογική κατάσταση που επηρεάζει τόσο τη γλωσσική κατανόηση όσο και την έκφραση του ασθενούς. Η εμφάνισή της προϋποθέτει συνήθως την επιρροή τόσο της αφασίας Broca όσο και της αφασίας Wernicke (Parathanasiou & Correns, 2017). Η εκτεταμένη βλάβη εντοπίζεται συνήθως σε μεγάλο μέρος της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας, επηρεάζοντας τόσο τη μετωποβρεγματική όσο και τη βρεγματοκροταφική περιοχή (Comings & Mega, 2003).

Η κλινική της εικόνα χαρακτηρίζεται από περιορισμένο λεξιλόγιο και παραγωγή ελάχιστων εκφωνημάτων, τα οποία είναι συχνά στερεοτυπικά (Werman & Jones, 1961). Η κατονομασία, η επανάληψη, η ανάγνωση και η γραφή είναι σοβαρά διαταραγμένες. Ενδέχεται να παρουσιάζουν και κινητικά και αισθητηριακά ελλείμματα στο δεξί ημισφαίριο του σώματος, καθώς και διαταραχές στα οπτικά πεδία (Kotila et al., 1984).

1.2.3 Διαφλοϊκή Κινητική αφασία

Η διαφλοϊκή κινητική αφασία αποτελεί έναν τύπο γλωσσικής διαταραχής που συχνά σχετίζεται με βλάβες σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου. Χαρακτηρίζεται από την δυσκολία στην παραγωγή κινητικής ομιλίας, ενώ η κατανόηση της γλώσσας και η ικανότητα επανάληψης παραμένουν συνήθως ανέπαφες (Parathanasiou, Correns & Potagas, 2014).

Η κινητική διαφλοϊκή αφασία συνήθως συνοδεύεται από διαταραχές στην ανάγνωση και τη γραφή, όπου οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν φωνημικές παραφασίες* και αδυναμίες στην παραγωγή γραπτού κειμένου (Parathanasiou et al., 2014). Σε περιπτώσεις που η βλάβη είναι σοβαρή, μπορεί επίσης να παρουσιάζονται συνοδές νευρολογικές διαταραχές, όπως δυσαρθρία και αισθητηριακές και κινητικές δυσκολίες (Alexander, 2000).

Οι βλάβες που οδηγούν σε διαφλοιική κινητική αφασία μπορεί να εντοπίζονται σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, όπως η μετωπιαία περιοχή πρόσθια ή άνω της περιοχής Broca, η συμπληρωματική κινητική περιοχή ή η έλικα του προσαγωγίου (Benson, 1993; Cummings & Mega, 2003). Η θέση και η έκταση της βλάβης μπορεί να επηρεάσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τη συνύπαρξη πιθανών νευρολογικών διαταραχών (Alexander, 2000).

Η αντιμετώπιση της διαφλοιϊκής κινητικής αφασίας συνήθως περιλαμβάνει γλωσσική θεραπεία, στήριξη από λογοθεραπευτές και εκπαίδευση των ατόμων που περιβάλλουν τον ασθενή, με στόχο τη βελτίωση της επικοινωνίας και της ποιότητας ζωής.

1.2.4 Αφασία Wernicke

Η αφασία του Wernicke, γνωστή επίσης ως αισθητική αφασία, αποτελεί σοβαρή διαταραχή της γλωσσικής λειτουργίας που οφείλεται σε βλάβη στο κάτω μέρος κατάληξης της αύλακας του Sylvius (τελική οπίσθια περιοχή 22) και τις παρακείμενες κροταφικές και βρεγματικές περιοχές. Οι βλάβες σε αυτήν την περιοχή προκαλούν σοβαρές δυσκολίες στην κατανόηση και την παραγωγή γλωσσικού υλικού. Χαρακτηριστικά της είναι η μειωμένη κατανόηση του λόγου, η δυσκολία στην επανάληψη και την κατονομασία, καθώς και η ρέουσα ομιλία. Οι ασθενείς μπορεί να παράγουν λόγο με φυσιολογική ροή, αλλά ο λόγος τους είναι δυσνόητος και περιλαμβάνει ασυνάρτητες λέξεις (jargon)*, φωνημικές και σημασιολογικές παραφασίες* (σημασιολογικές ιδιογλωσσίες)*, νεολογισμούς* και κενό λόγο (Goodglass et al., 1964; Naeser & Hayward, 1978).

Οι νεολογισμοί είναι εξαιρετικά χαρακτηριστικοί και μπορούν να αποτελέσουν το μοναδικό ενδεικτικό σημείο για την ανίχνευση της αφασίας του Wernicke. Οι ασθενείς ενδέχεται να μην έχουν πάντα επίγνωση των νεολογισμών και των άλλων παραφασιών τους (Mitchell & Bryan, 2013).

Συχνά συνυπάρχουν και άλλες διαταραχές όπως η ιδεοκινητική απραξία* και η ημιανοψία*. Τα σοβαρότερα περιστατικά αφασίας του Wernicke μπορεί να οδηγήσουν σε λογόρροια*,

όπου ο ασθενής παράγει μεγάλο αριθμό λέξεων ακατάσχετα χωρίς συνεκτικό νόημα (Carl Wernicke, 1874). Οι ασθενείς ενδέχεται να αντιμετωπίσουν επίσης δυσκολίες στην αναγνώριση της μορφής αντικειμένων δια της αφής (στερεαγνωσία).

1.2.5. Διαφλοϊκή Αισθητηριακή Αφασία

Η Διαφλοϊκή αισθητηριακή αφασία αποτελεί μια σπάνια αλλά σοβαρή διαταραχή της γλωσσικής λειτουργίας, που επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να κατανοεί και να παράγει λόγο.

Οι ασθενείς με διαφλοϊκή αισθητηριακή αφασία εμφανίζουν σοβαρές δυσκολίες στην κατανόηση του προφορικού και γραπτού λόγου, καθώς και στην ανάγνωση. Αν και η ικανότητά τους να παράγουν λόγο διατηρείται σε καλό επίπεδο, η ομιλία τους μπορεί να είναι ασύνδετη, χωρίς νόημα ή γεμάτη παραφασίες και νεολογισμούς (Adams, Victor, & Ropper, 1997).

Επιπλέον, η ικανότητά τους να κατονομάζουν αντικείμενα μπορεί να είναι μειωμένη, αλλά η επανάληψη λέξεων και προτάσεων παραμένει συνήθως άθικτη (Damasio & Geschwind, 1984). Παρατηρείται επίσης ηχολαλία και συχνά οι ασθενείς παρουσιάζουν παραφασίες στον λόγο τους (Benson, 1993). Στην κλινική εξέταση, οι βλάβες συγκεντρώνονται στην οπίσθια περιοχή του εγκεφάλου, ειδικότερα στην περισουλβιανή και βρεγματοϊνιακή περιοχή (Adams et al., 1997). Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν επίσης συνοδευτικές διαταραχές, όπως ιδεοκινητική απραξία, άνω τεταρτοκυκλική ανοψία* ή δεξιά ημιανοψία (Benson, 1993). Συνολικά, η διαφλοϊκή αισθητηριακή αφασία προκαλεί σοβαρές δυσκολίες στη γλωσσική επικοινωνία και στην καθημερινή ζωή των ατόμων που πάσχουν από αυτήν.

1.2.6 Μεικτή Διαφλοϊκή Αφασία

Η μεικτή διαφλοϊκή αφασία χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη συμπτωμάτων κινητικής και αισθητηριακής αφασίας. Οι ασθενείς εμφανίζουν προβλήματα στην ομιλία και την κατανόηση, ενώ η ικανότητά τους για επανάληψη λέξεων και προτάσεων διατηρείται σε ικανοποιητικό βαθμό. Η παραγωγή λόγου είναι μειωμένη και συχνά συνοδεύεται από φαινόμενα ηχολαλίας*. Επιπλέον, η κατονομασία, η ανάγνωση και η γραφή είναι επίσης διαταραγμένες, με συχνούς νεολογισμούς και σημασιολογικές παραφασίες (Alexander, 2000).

Η βλάβη συχνά εντοπίζεται στις περιοχές που βρίσκονται ανάμεσα στη μέση εγκεφαλική και στην οπίσθια και πρόσθια εγκεφαλική αρτηρία. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να παρουσιάζουν δεξιά ημιπάρεση και απώλεια πρόσληψης αισθητηριακών ερεθισμάτων (Βάρβογλη, 2006).

Η διάγνωση αυτού του τύπου αφασίας μπορεί να είναι προκλητική λόγω της συνύπαρξης συμπτωμάτων από διαφορετικούς τύπους αφασίας (Cimino-Knight, Hollingsworth, & Gonzalez Rothi, 2005).

1.2.7 Αφασία Αγωγής

Η αφασία αγωγής είναι μια διαταραχή της γλωσσικής λειτουργίας που επηρεάζει κυρίως την επανάληψη, την κατονομασία και σε μεγάλο βαθμό την παραγωγή του λόγου. Ομοίως, η ακουστική κατανόηση επίσης είναι σχετικά διατηρημένη (Damasio, 1998; Goodglass et al., 2001).

Η βλάβη που οδηγεί στην αφασία αγωγής εντοπίζεται συνήθως στην αριστερή κροταφοβρεγματική περιοχή του εγκεφάλου, με επίκεντρο στην τοξοειδή δεσμίδα (Benson

& Ardila, 1996). Η φυσική κατάσταση των ατόμων με αφασία αγωγής συνήθως παραμένει καλή, εκτός από τις περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν άλλα ιατρικά προβλήματα όπως η ημιπληγία* (Damasio, 1998).

Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν ρέουσα παραγωγή λόγου αλλά λιγότερο πλούσια σε σχέση με άλλες μορφές αφασίας, όπως η αφασία Wernicke. Οι ασθενείς μπορεί να παραλείπουν λέξεις ή να τις αντικαθιστούν με άλλες, ενώ η επανάληψη λέξεων μπορεί να είναι περιορισμένη ή απουσιάζουσα όταν τους ζητηθούν λειτουργικές λέξεις αντί για ουσιαστικά (Damasio, 1998).

Η κατανόηση του γραπτού και προφορικού λόγου συνήθως δεν επηρεάζεται σημαντικά, ενώ η γραφή επίσης μπορεί να είναι σχετικά διατηρημένη. Παρουσιάζονται φωνολογικές και σημασιολογικές παραφασίες, με τις πρώτες να παρατηρούνται σε μεγαλύτερη συχνότητα. Η κατονομασία είναι επίσης πληγείσα, με τους ασθενείς να παρουσιάζουν δυσκολίες στην ανάκληση των λέξεων.

1.2.8 Ανομική Αφασία

Η ανομική αφασία αποτελεί μια ήπια μορφή αφασίας που επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να ανακαλέσει λέξεις κατά την εκφορά του προφορικού λόγου. Τα κύρια χαρακτηριστικά της ανομικής αφασίας περιλαμβάνουν τη δυσκολία ή αδυναμία ανάσυρσης λέξεων από τον εγκέφαλο, καθώς και παραφραστικές απαντήσεις και προσπάθειες αντικατάστασης λέξεων (Basso, 2003).

Οι ασθενείς με ανομική αφασία εμφανίζουν συχνά παύσεις, ασάφειες και περιφράσεις κατά την ομιλία τους, καθώς και αντικαταστάσεις λέξεων. Ενώ η ικανότητά τους να διαβάζουν μπορεί να είναι κοντά στο φυσιολογικό, ενδέχεται να παρουσιάζουν δυσκολίες στην

κατανόηση της γραπτής γλώσσας. Οι περισσότεροι ασθενείς διατηρούν καλή ακουστική κατανόηση και ικανότητα επανάληψης, παρά τις δυσκολίες στην παραγωγή λέξεων (Love & Webb, 2000).

Η ανομική αφασία συνδέεται συχνά με βλάβες στον εγκέφαλο, ιδίως στη γωνιώδη έλικα ή τη μέση κροταφική έλικα. Η περιοχή του υποκάμπου μπορεί να επηρεάζεται, οδηγώντας σε διαταραχές στη μνήμη και στην ανακλητικότητα των λέξεων (Parathanasiou, Coppens & Potagas, 2014).

1.3 Συμπτώματα και Αίτια Αφασίας

1.3.1 Συμπτώματα

Η σημειολογία της αφασίας ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο και την βαρύτητα της βλάβης. Μερικά κοινά χαρακτηριστικά είναι η διαταραγμένη ροή λόγου, η γραφή, η ανάγνωση, η κατανόηση, η επανάληψη και η κατονομασία. Ένας βασικός τρόπος ταξινόμησης των αφασικών ατόμων είναι η διάκριση μεταξύ ρέοντα και μη ρέοντα αυθόρμητου προφορικού λόγου. Ο ρέων λόγος χαρακτηρίζεται από σχετική ευχέρεια στην παραγωγή, τυπική δομή προτάσεων και συνεχόμενη ροή ομιλίας (Κοπορκα, 2012). Αντίθετα στο μη ρέοντα ο ρυθμός παραγωγής λόγου είναι αργός, υπάρχει απλοποιημένη δομή των προτάσεων και παρατηρούνται συχνές παύσεις και επαναλήψεις (στερεοτυπίες, με εννοιολογική ή όχι σημασία). Όταν οι στερεοτυπίες αρχίζουν να υποχωρούν, τότε εμφανίζονται συχνά διαταραχές έκφρασης συσχετιζόμενες με τη γραμματική οργάνωση. Η γλωσσική αυτή διαταραχή ονομάζεται αγραμματισμός. Ο αγραμματισμός είναι ένα μοτίβο συντακτικά ελαττωματικού λόγου στον οποίο παρατηρείται απουσία κατάλληλων πτώσεων,

προθέσεων, βοηθητικών ρημάτων και συνδέσμων. Ενδέχεται η ύπαρξη διακυμάνσεων στη σοβαρότητα, από μονολεκτικά εκφωνήματα, που στερούνται εντελώς γραμματικής οργάνωσης, έως ήπια "τηλεγραφική" ομιλία χωρίς κλίσεις και συνδετικές λέξεις. Συνεπακόλουθα, τα άτομα με αφασία, καταφέρνουν να δημιουργούν προτάσεις που περιέχουν λέξεις με σημασιολογικό περιεχόμενο, ωστόσο δυσκολεύονται να διατηρήσουν μια σωστή συντακτική δομή (Albyn Davis, G., 2011).

Η γραφή και η ανάγνωση συμπεριέχουν, με τη σειρά τους, σημαντική έκταση αδυναμίας. Η γραφή συναντάται σχεδόν πάντα διαταραγμένη. Σε περιπτώσεις όπου αφασικά άτομα είναι σε θέση να γράψουν, η γραφή τους συνήθως βρίθκει από παραλείψεις, αντικαταστάσεις λέξεων και δυσνόητο περιεχόμενο. Η ανάγνωση βρίσκεται συχνά σε συνάρτηση με τον προφορικό λόγο και χαρακτηρίζεται από αδυναμία κατανόησης λέξεων προφορικά. Ωστόσο, συνήθως είναι η ύπαρξη αλεξίας, μιας παθολογικής κατάστασης όπου ο ασθενής αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες στην ανάγνωση και την κατανόηση του γραπτού λόγου, χωρίς αυτό να έχει πάντα αντίστοιχα προβλήματα στον προφορικό ή γραπτό λόγο.

Επιπλέον η ακουστική κατανόηση είναι σε διάφορους βαθμούς διαταραγμένη. Σε ελαφρές καταστάσεις, οι ασθενείς εξακολουθούν να έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν σε μια λειτουργική συζήτηση και να κατανοούν το περιεχόμενό της. Αλλά σε σοβαρές περιπτώσεις παρουσιάζουν απουσία ικανότητας αντίληψης τόσο των λεγόμενων των άλλων όσο και των δικών τους.

Στην αφασία, η ικανότητα επανάληψης λέξεων και φρασεολογιών συχνά επηρεάζεται (Ardila, 2021). Τα άτομα μπορεί να δυσκολεύονται να αναπαράξουν μια λέξη ή φράση που έχουν ακούσει ή έχουν χρησιμοποιήσει νωρίτερα.

Τέλος, οι δυσκολίες στην κατονομασία είναι εμφανείς. Ο ασθενής αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ανάκληση λέξεων και στις δοκιμασίες οπτικής αντιπαράθεσης σε όλα τα είδη αφασίας. Η ανομική είναι αυτή με κύριο πρόβλημα την κατονομασία. Ο ασθενής επισύρει χρήση περιφραστικού λόγου ή παραφρασιών αφού αντιμετωπίζει δυσκολία στην εύρεση κατάλληλης λέξης. Οι παραφασίες, οι οποίες παράγονται ακούσια, χαρακτηρίζονται από αντικατάσταση μιας λέξης από μια άλλη η παραποιημένη προφορά μιας λέξης η οποία δεν οφείλεται σε διαταραχή άρθρωσης. Διακρίνονται σε φωνημικές και σημασιολογικές. Στις

φωνημικές παραφασίες η διαταραχή παρατηρείται στη φωνητική οργάνωση κατά την προφορά μιας λέξης δημιουργώντας έναν νεολογισμό (μη υπαρκτή λέξη). Ενώ στις σημασιολογικές η λέξη που προφέρεται αντί άλλης μπορεί να έχει σωστή άρθρωση, αλλά τελείως άλλη σημασία από την επιδιωκόμενη. Οι παραφασίες εμφανίζονται συχνότερα στην αφασία Wernicke (Καρπαθίου, 1998).

1.3.2 Αίτια

Η αφασία προκαλείται από βλάβη στις περιοχές του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για τη γλώσσα. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι η πιο κοινή αιτία της αφασίας. Η επικινδυνότητα για ΑΕΕ σχετίζεται με παράγοντες, όπως το οικογενειακό ιστορικό, η καρδιακή ανεπάρκεια, ο τρόπος ζωής, η παχυσαρκία και η υψηλή πίεση (Kirshner, 2004).

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια που προκαλούν αφασία μπορεί να είναι ισχαιμικά, αποφρακτικά, αποφρακτικά αιμορραγικά ή αιμορραγικά. Ακόμα κраниοεγκεφαλικές κακώσεις, που προκαλούν λιγότερο εστιασμένη εγκεφαλική βλάβη και συνοδεύονται από συμπτώματα όπως σύγχυση, απώλεια συνείδησης και μνήμης, μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε αφασία, με καλύτερη πρόγνωση αποκατάστασης σε σχέση με την αφασία από εγκεφαλικό επεισόδιο (Drago & Foster, 2010).

Σε περιπτώσεις βλαβών στα βασικά γάγγλια, τα γλωσσικά ελλείμματα μπορεί να αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου, ενώ σε ισχαιμικά φλοιϊκά εγκεφαλικά επεισόδια, μπορεί να υπάρξει ξαφνική ανάκαμψη (Parkinson et al., 2009).

Επιπλέον, πέρα από τα ΑΕΕ, η βλάβη που οδηγεί σε αφασία μπορεί να προκληθεί από εγκεφαλικό τραύμα, εγκεφαλικό όγκο, χειρουργείο, λοιμώξεις όπως η εγκεφαλίτιδα, νευρολογικές διαταραχές, κατάχρηση ουσιών, φαρμακολογικούς παράγοντες, ενδοκρανιακά νεοπλάσματα, άνοια, υδροκεφαλία, φλεγμονές καθώς και παθήσεις μεταβολισμού και διατροφής (Davis, 2007). Οι παραπάνω αιτίες διακόπτουν ή

καταστρέφουν τις οδούς για την κατανόηση και παραγωγή του λόγου, οδηγώντας έτσι σε αφασικές διαταραχές.

Κεφάλαιο 2: Αφασία και ψυχικές διαταραχές

Οι συναισθηματικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές μπορούν να αποτελέσουν επιβαρυντικό παράγοντα για την αποκατάσταση της αφασίας. Επιπρόσθετα, τα άτομα με αφασία συχνά απομονώνονται από την κοινωνία λόγω της επαναπροσδιορισμένης ταυτότητας και της αλλαγής στους ρόλους. Αυτό οδηγεί σε μειωμένες ευκαιρίες για συμμετοχή στη λεκτική επικοινωνία (Nicholl et al., 2002). Οι κοινωνικά ισχύουσες θεραπείες απαιτούν συγκέντρωση των ψυχοκοινωνικών στοιχείων. Δυστυχώς, οι συναισθηματικές εμπειρίες δεν είναι ούτε αντικειμενικές, ούτε εύκολες για να μετρηθούν.

Συνεπώς, τα ψυχικά προβλήματα αμελούνται συχνά στην αποκατάσταση. Υπάρχει τεράστια δυσκολία σε όσους έχουν αφασία να προσπαθήσουν να κατανοήσουν αυτές τις συναισθηματικές επιρροές και πως αυτές μπορούν να επηρεάσουν τις παρεμβάσεις.

Η αφασία μπορεί να επηρεάσει διάφορες πτυχές της γλωσσικής ικανότητας, συμπεριλαμβανομένης της παραγωγής και κατανόησης του λόγου, της ανάγνωσης και της γραφής. Σε πολλά άτομα με αφασία, παρατηρείται συχνά η χρήση προσβλητικών λέξεων κατά την αυθόρμητη ομιλία τους. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να είναι αποτέλεσμα των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στη διαχείριση της γλώσσας και του λόγου. Η χρήση προσβλητικών λέξεων από άτομα με αφασία είναι μια εκδήλωση της δυσκολίας τους στη γλωσσική διαχείριση και δεν αποτελεί πρόθεση για προσβολή, αλλά μάλλον ένα σύμπτωμα της διαταραχής τους. Η χρήση προσβλητικών λέξεων μπορεί να είναι μια ακούσια και ανεξέλεγκτη αντίδραση, η οποία μπορεί να συμβαίνει επειδή αυτές οι λέξεις είναι συνήθως καλά εδραιωμένες στη μνήμη και μπορεί να προκύπτουν πιο εύκολα υπό συναισθηματική πίεση ή απογοήτευση. Οι προσβλητικές λέξεις που χρησιμοποιούν τα άτομα με αφασία μπορεί να προκαλούν δυσφορία τόσο στους ίδιους όσο και στους γύρω τους, όπως φίλους, συγγενείς ή φροντιστές. Η συγκεκριμένη συμπεριφορά μπορεί να παρεξηγηθεί και να δημιουργήσει αμηχανία ή κοινωνικές εντάσεις, επειδή οι άλλοι μπορεί να μην κατανοούν ότι αυτή η χρήση δεν είναι σκόπιμη αλλά αποτελεί σύμπτωμα της αφασίας.

Επιπλέον, η ακατάλληλη έκφραση των συναισθημάτων, που συνδέεται με τη συναισθηματική ευμεταβλητότητα, μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή του

ατόμου (Carson et al., 2000; Singh et al., 1998). Για τους φίλους και τους συγγενείς ενός ατόμου με αφασία, η απώλεια του ελέγχου των συναισθημάτων του είναι συχνά δύσκολη να γίνει ανεκτή. Αυτοί οι δύο τύποι συμπεριφοράς ενδέχεται να συμβάλλουν στην παρεξήγηση της αφασίας και στον στιγματισμό του ατόμου που πάσχει από αυτήν.

2.1 Αφασία & Κατάθλιψη

Η αφασία και η κατάθλιψη είναι δύο σοβαρές καταστάσεις που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Η αφασία, ως αποτέλεσμα βλάβης στις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη γλώσσα, επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να επικοινωνεί (Nicholl et al., 2002). Η κατάθλιψη, από την άλλη πλευρά, αποτελεί μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επίμονα αισθήματα θλίψης και απώλειας ενδιαφέροντος. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελεί μια προσπάθεια εξέτασης των ψυχολογικών συνεπειών αυτών των καταστάσεων, των αιτιών και των στρατηγικών αντιμετώπισής τους, καθώς και μια θεώρηση των ερευνών που έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα (Lindsay & Powell, 1994).

Οι ασθενείς με αφασία συχνά αισθάνονται απομονωμένοι λόγω της δυσκολίας τους να επικοινωνούν. Η έλλειψη επικοινωνίας μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης. Επιπλέον, η αδυναμία να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση των ασθενών. Πολλοί νιώθουν ανεπαρκείς και ανήμποροι, κάτι που επιδεινώνει την ψυχολογική τους κατάσταση. Η αφασία μπορεί επίσης να οδηγήσει σε άγχος και κατάθλιψη λόγω της συνεχούς προσπάθειας και απογοήτευσης που βιώνουν οι ασθενείς στην ανάγκη τους να επικοινωνήσουν.

Τα άτομα με κατάθλιψη χάνουν το ενδιαφέρον τους για δραστηριότητες που κάποτε απολάμβαναν. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση και περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασής τους (Simmons-Mackie, N., & Damico, J. S. 2009). Η κατάθλιψη συνδέεται επίσης με μια σειρά σωματικών συμπτωμάτων όπως κόπωση, αλλαγές στην όρεξη και τον ύπνο, και σωματικούς πόνους που δεν εξηγούνται ιατρικά. Αυτά τα συμπτώματα επιβαρύνουν περαιτέρω την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Επιπλέον, οι άνθρωποι με

κατάθλιψη συχνά αποσύρονται από κοινωνικές δραστηριότητες και σχέσεις, κάτι που επιδεινώνει την αίσθηση απομόνωσης και μοναξιάς (Clark & Smith, 1998).

Όταν η αφασία συνδυάζεται με την κατάθλιψη, οι επιπτώσεις μπορεί να είναι ακόμα πιο έντονες. Οι ασθενείς μπορεί να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην αποκατάσταση και στην προσπάθεια να συμμετέχουν σε θεραπευτικές δραστηριότητες. Η αλληλεπίδραση μεταξύ της αφασίας και της κατάθλιψης μπορεί να δημιουργήσει έναν φαύλο κύκλο, όπου η μία κατάσταση επιδεινώνει την άλλη. Η αποκατάσταση από την αφασία μπορεί να γίνεται πιο δύσκολη λόγω των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αντίστροφα (Gabin, 2003).

Για την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων, η θεραπεία ομιλίας και γλώσσας μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς με αφασία να ανακτήσουν τις επικοινωνιακές τους ικανότητες, μειώνοντας την αίσθηση απομόνωσης και βελτιώνοντας την αυτοεκτίμησή τους (Simmons-Mackie & Damico, 2009). Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις, όπως η ψυχοθεραπεία και η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη. Η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους είναι επίσης κρίσιμης σημασίας (Nicholl et al., 2002). Οι ομάδες υποστήριξης για άτομα με αφασία και κατάθλιψη μπορούν να προσφέρουν ένα ασφαλές περιβάλλον για την ανταλλαγή εμπειριών και την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης. Αυτό βοηθά στη μείωση της απομόνωσης και στην ενίσχυση της κοινωνικής στήριξης (Laures-Gore et al., 2011).

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνά εμφανιζόμενη ψυχιατρική διαταραχή που επηρεάζει τουλάχιστον το 20% των ατόμων του γενικού πληθυσμού σε κάποια στιγμή της ζωής τους (Gabin, 2003). Θα είναι χρήσιμο να εξεταστούν οι δημοφιλείς ορισμοί της κατάθλιψης και οι επιπτώσεις της στο γενικό πληθυσμό, αν και, έχει υποστηριχθεί ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο διαφέρουν από άλλες μορφές κατάθλιψης που παρατηρούνται στο γενικό πληθυσμό ή ψυχιατρικούς ασθενείς (Clark & Smith, 1998).

Ο όρος "κατάθλιψη" μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων από μια παροδική αρνητική διάθεση έως ένα ιατρικά καθορισμένο κλινικό σύνδρομο (Gelder et al., 2001). Η κατάθλιψη είναι συχνά συνώνυμη με τη θλίψη, αλλά τόσο

η κλινική όσο και η μη κλινική κατάθλιψη μπορεί να αναφέρεται σε περισσότερα από ένα συναισθήματα.

Η κατάθλιψη περιγράφει μια εμπειρία "δυστυχίας" ή "στεναχώριας" ή ένα "κλινικό σύνδρομο" που χαρακτηρίζεται από ένα σύμπλεγμα συμπτωμάτων στο συναίσθημα, τη νόηση και τη συμπεριφορά (Lindsay & Powell, 1994). Η κατάθλιψη συχνά χαρακτηρίζεται ως διαταραχή της διάθεσης που επηρεάζει αρνητικά τις σκέψεις, τα συναισθήματα, την αντίληψη, τη συμπεριφορά και τη σωματική ευεξία του ατόμου. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα ταξινομούνται σε τέσσερις κύριους ψυχολογικούς τομείς: α) συναισθηματικός (π.χ. απάθεια, θλίψη, απελπισία), β) γνωστικός (π.χ. αυτοκατηγορία, απώλεια κινήτρων), γ) συμπεριφορικός (π.χ. έλλειψη ενέργειας, ψυχοκινητική διέγερση) και δ) σωματικός (π.χ. προβλήματα ύπνου, διατροφής, σεξουαλικά προβλήματα) (Clark & Smith, 1998).

Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες αναγνώρισαν την κατάθλιψη ως μια ειδική διαταραχή που βασίζεται σε συναισθηματικό τραύμα νωρίς στη ζωή. Έδωσαν επίσης έμφαση στο ρόλο των ασυνείδητων συγκρούσεων που σχετίζονται με τη θλίψη και την απώλεια. Με βάση τις φροϋδικές αντιλήψεις, προτείνεται ότι η πραγματική ή φανταστική απώλεια ενός πολύτιμου αντικειμένου στην πρώιμη παιδική ηλικία μπορεί να είναι ο κεντρικός παράγοντας που οδηγεί στην κατάθλιψη, εάν το άτομο έρθει αντιμέτωπο με μια σημαντική απώλεια ή απογοήτευση αργότερα στη ζωή του (Nicholl et al., 2002).

Οι πρώιμες εμπειρίες προσκόλλησης και το επίπεδο αυτοεκτίμησης μπορεί επίσης να είναι σημαντικοί παράγοντες που προδιαθέτουν ένα άτομο στην κατάθλιψη (όπως αναφέρουν οι Babin, 2003 & Gelder et al., 2001). Οι γνωστικές θεωρίες της κατάθλιψης αντιλαμβάνονται την κατάθλιψη ως διαταραχή που σχετίζεται με τις διαδικασίες σκέψης. Οι πιο δημοφιλείς και δραστικές συνεισφορές σε αυτόν τον τομέα είναι η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης του Beck (1976) και το μοντέλο της μαθημένης αδυναμίας του Seligman (1975) (όπως αναφέρουν οι Gelder et al., 2001).

Η βασική ιδέα της θεωρίας του Beck είναι ότι οι σκέψεις μπορούν να ερμηνευθούν με αρνητικό τρόπο, οδηγώντας σε γνωστικές προκαταλήψεις που μπορούν να γίνουν αποδεκτές χωρίς ορθολογική αμφισβήτηση.

Αυτές οι αρνητικές "αυτόματες" σκέψεις μπορούν να προκαλέσουν την παρουσία διαφόρων συμπεριφορικών, σωματικών, κινητήριων, γνωστικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Η θεωρία της μαθημένης αδυναμίας υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι μένουν ευάλωτοι σε καταθλιπτικά συμπτώματα όταν τείνουν να αποδίδουν τα αρνητικά αποτελέσματα σε εσωτερικούς σταθερούς παράγοντες, ενώ τα θετικά αποτελέσματα σε εξωτερικούς ειδικούς παράγοντες. Και οι δύο αυτές θεωρίες μπορούν να εφαρμοστούν στην περίπτωση του εγκεφαλικού επεισοδίου, καθώς συχνά αναπτύσσονται ανακριβείς πεποιθήσεις και προσδοκίες σχετικά με τις σωματικές και γνωστικές απώλειες και τη ζωή μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο (Grober et al., 1993).

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο είναι πιο επιρρεπείς προς ένα αρνητικό γνωστικό στυλ και αναφέρουν περισσότερες αρνητικές σκέψεις από τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο (Noble, 1993). Οι Nicholl et al. (2002) πρότειναν επίσης ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο παρουσιάζουν αύξηση των αρνητικών γνώσεων, επομένως το γνωστικό μοντέλο της κατάθλιψης μπορεί να εφαρμοστεί σε αυτόν τον πληθυσμό.

Η συμπεριφορική προσέγγιση της κατάθλιψης βασίζεται στην αντίληψη ότι η κατάθλιψη οφείλεται στην έλλειψη ή την φτωχή θετική ενίσχυση από το περιβάλλον (Champion & Power, 2000). Σύμφωνα με τη συμπεριφορική θεωρία της κατάθλιψης, η πρόσβαση στη θετική ενίσχυση συνδέεται με τη διαθεσιμότητα της ενίσχυσης στο περιβάλλον και τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα ερμηνεύουν τα δυνητικά ενισχυτικά γεγονότα (Gelder et al., 2001).

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση μπορεί να εφαρμοστεί και στο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Το εγκεφαλικό επεισόδιο έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της λειτουργικής ανεξαρτησίας και τη μείωση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Χαμηλή επίπεδα δραστηριότητας και η μειωμένη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση χαμηλής διάθεσης (Turner-Stokes & Hassan, 2002).

Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις μπορεί να εξηγήσουν τα προβλήματα διάθεσης στα οξέα και μεταγενέστερα στάδια του εγκεφαλικού επεισοδίου (Eccles, A., Morris, R., & Kneebone, I. I. 2016). Οι ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο συχνά δεν είναι σε θέση να επιστρέψουν στο τρόπο ζωής πριν από το εγκεφαλικό επεισόδιο και αυτό μπορεί να αποτελεί πηγή

δυσφορίας. Για παράδειγμα, το 65% των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο έως και έξι μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο ανέφεραν δυσκολίες στην επιστροφή σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες πριν από το εγκεφαλικό επεισόδιο (Mayo et al., 2002). Οι Astrom et al. (1992) διαπίστωσαν ότι οι κοινωνικές δραστηριότητες και οι δραστηριότητες αναψυχής μειώθηκαν σημαντικά μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Ο Drummond (1990) ανέφερε επίσης μείωση των δραστηριοτήτων αναψυχής σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο που αξιολογήθηκαν ένα έτος μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι μελέτες αυτές καταδεικνύουν ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο αντιμετωπίζει μειωμένα επίπεδα δραστηριότητας και κοινωνικής απομόνωσης, καθώς και έλλειψη θετικής ενίσχυσης, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα κατάθλιψης.

Υπάρχουν επίσης βιολογικές θεωρίες για την κατάθλιψη που υποδηλώνουν ότι υπάρχουν γενετικές ή/και οργανικές συνιστώσες στην κατάθλιψη (Carlson, 2001). Αυτές οι θεωρίες υποδηλώνουν ότι η κατάθλιψη μπορεί να συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με ορισμένες πτυχές της βιολογικής προδιάθεσης (π.χ. κληρονομικότητα), φυσιολογικές ανωμαλίες συγκεκριμένων δομών του εγκεφάλου ή νευροχημικές ανισορροπίες λόγω εξάντλησης νευροδιαβιβαστών όπως η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη (Gelder et al., 2001). Η έκταση των νευροανατομικών συσχετίσεων της κατάθλιψης δεν έχει ακόμη κατανοηθεί πλήρως, αλλά οι πιο συνηθισμένοι νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται στην κατάθλιψη είναι η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη. Έχει προταθεί ότι το εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τα κυκλώματα που ελέγχουν αυτούς τους νευροδιαβιβαστές και αυτό μπορεί να σχετίζεται με τη μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο κατάθλιψη (Ramasubbu et al., 1998).

Η σχέση μεταξύ της θέσης και της έκτασης της βλάβης σε συγκεκριμένες δομές του εγκεφάλου έχει επίσης μελετηθεί εκτενώς στην περίπτωση της κατάθλιψης μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, αλλά το επιχείρημα της θέσης της βλάβης εξακολουθεί να παραμένει αμφιλεγόμενο, με ορισμένες μελέτες να υποστηρίζουν αυτή τη σχέση (Shimoda & Robinson, 1999 & Astrom et al., 1993 & Lipsey et al., 1984 & Robinson & Price, 1982) και μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μια μετα-ανάλυση να απορρίπτουν αυτή τη δημοφιλή υπόθεση (Carson et al., 2000 & Singh et al., 1998). Προτού εξετάσουμε τη σχέση μεταξύ

αφασίας και κατάθλιψης σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι σημαντικό να συνοψίσουμε τη μέχρι σήμερα έρευνα για την κατάθλιψη μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο (PSD), τα στοιχεία για τον επιπολασμό της, τη φυσική της πορεία και την πολύπλοκη αιτιολογία της (Nicholl et al., 2002).

Η κατάθλιψη είναι το πιο συχνό πρόβλημα διάθεσης μετά την εκδήλωση του εγκεφαλικού επεισοδίου και μπορεί να εμφανιστεί είτε αρκετούς μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο είτε αμέσως μετά το οξύ συμβάν (Kelly-Hayes et al., 1998 & Robinson, 1997). Ωστόσο, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση της κατάθλιψης αποτελεί σημαντική πτυχή σε κάθε στάδιο της αποκατάστασης του εγκεφαλικού επεισοδίου (Turner-Stokes & Hassan, 2002). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κλάμα, απώλεια ενέργειας, έλλειψη κινήτρων, έλλειψη ενδιαφερόντων, απώλεια όρεξης και αϋπνία.

Δεν υπάρχει σαφής και καθολικά αποδεκτός ορισμός της κατάθλιψης μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς ορισμένες μελέτες έχουν ορίσει το φαινόμενο αυτό με βάση διεθνή συστήματα ταξινόμησης (π.χ. DSM, ICD), ενώ άλλες έχουν χρησιμοποιήσει κλίμακες αξιολόγησης (π.χ. αυτοαναφορές ή/και μετρήσεις με βάση τον παρατηρητή) (Spencer et al., 1997- Turner-Stokes, & Hassan, 2002). Ο House (1996) υποστήριξε ότι η χρήση του όρου "κατάθλιψη μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο" (PSD) ως διαγνωστική κατηγορία ενθάρρυνε την αντίληψη ότι η κατάθλιψη μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μια συγκεκριμένη διαταραχή, ενώ τα μέχρι στιγμής ερευνητικά στοιχεία δεν το υποστηρίζουν πλήρως αυτό.

Η τρέχουσα έκδοση του DSM (DSM-5) προτείνει ότι εάν υπάρχουν τόσο καταθλιπτικά συμπτώματα όσο και μια γενική ιατρική κατάσταση, τότε η κατάλληλη διάγνωση θα ήταν Διαταραχή της Διάθεσης λόγω Γενικής Ιατρικής Κατάστασης και πρέπει να καθοριστεί εάν η διαταραχή της διάθεσης είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας συγκεκριμένης ιατρικής κατάστασης (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας, εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του Πάρκινσον). Ωστόσο, συχνά η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί επίσης να είναι η ψυχολογική συνέπεια της ύπαρξης της γενικής ιατρικής πάθησης, οπότε μπορεί να είναι δύσκολο να καθοριστεί αιτιολογική σχέση μεταξύ της διαταραχής της διάθεσης και της ίδιας της γενικής ιατρικής πάθησης. Η εκτενής και ολοκληρωμένη αξιολόγηση των παραγόντων που ενοχοποιούνται για την κατάθλιψη είναι απαραίτητη για την εξακρίβωση της αιτιολογικής σχέσης μεταξύ της διαταραχής της διάθεσης και της γενικής ιατρικής κατάστασης. Πολλοί

ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη ή καταθλιπτική διαταραχή λόγω κάποιας ιατρικής κατάστασης, αλλά εξακολουθούν να παρουσιάζουν σημαντικά συμπτώματα χαμηλής διάθεσης (Morris et al., 1992 & House et al., 1991).

Στις περισσότερες μελέτες διαπιστώνεται ότι η πλειονότητα των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζει ήπια έως μέτρια συμπτώματα κατάθλιψης (μόνο το 9% του συνόλου των ασθενών μπορεί να ταξινομηθεί ως βαριά καταθλιπτικό), γεγονός που δεν υποδηλώνει παθολογική κατάσταση, αλλά ενδεχομένως μια απλή αντίδραση στο επίπεδο της αναπηρίας (Kotila et al., 1998- Spencer et al., 1997- Wade, 1992). Η κατάθλιψη που υφίσταται μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο δεν είναι ταυτόσημη με την κλινική κατάθλιψη, ωστόσο είναι σημαντικό να αναφερθούν επίσης τα κριτήρια για τη Διαταραχή της Διάθεσης λόγω Γενικής Ιατρικής Κατάστασης με βάση τον ορισμό του DSM (American Psychological Association, 2000).

Μια σύγχρονη έρευνα που ασχολείται με το θέμα είναι αυτή των Laures-Gore, J., et. al., (2011). Η έρευνα αυτή εξετάζει τη συχνότητα της κατάθλιψης στους ασθενείς με αφασία, εντοπίζοντας την ανάγκη για ολοκληρωμένες στρατηγικές αντιμετώπισης που περιλαμβάνουν ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι ασθενείς με αφασία έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και τονίζουν τη σημασία της ψυχολογικής παρέμβασης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Επίσης σημαντικό ρόλο στη συσχέτιση της αφασίας με την κατάθλιψη έπαιξε η έρευνα των Kauhanen, M.-L., et. al. (2000). Η μελέτη αυτή διερευνά τη σχέση μεταξύ αφασίας, κατάθλιψης και γνωστικής λειτουργίας σε ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η αφασία και η κατάθλιψη είναι συχνά συνυπάρχουσες καταστάσεις και ότι η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει την αποκατάσταση της γλώσσας. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για συνδυασμένη θεραπεία για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Το 1998, η έρευνα των Thomas, S. A., Bunker, L. D., & Kearney, P. J. εξετάζει τις φυσιολογικές αντιδράσεις που σχετίζονται με την κατάθλιψη και την απογοήτευση σε άτομα με αφασία. Τα αποτελέσματα δείχνουν αυξημένα επίπεδα στρες και αρνητικών συναισθημάτων στους

ασθενείς, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης και της ανάπτυξης στρατηγικών αντιμετώπισης για τη βελτίωση της ψυχολογικής ευημερίας.

Νωρίτερα το 1994, ο Starkstein και οι συνεργάτες του μελετούν την απάθεια και την κατάθλιψη σε ασθενείς εγκεφαλοαγγειακή επεισόδια, συσχετίζοντας τη βαρύτητα της αφασίας με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι ασθενείς με αφασία και απάθεια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη, γεγονός που τονίζει τη σημασία της αναγνώρισης και της θεραπείας αυτών των συμπτωμάτων.

Μια έρευνα που εστιάζει στην παρέμβαση και τη θεραπεία είναι αυτή των Simmons-Mackie, N., & Damico, J. S. (2009). Η έρευνα αυτή διερευνά την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας στην ενίσχυση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ασθενείς με αφασία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες μπορεί να βελτιώσει την ψυχολογική ευημερία των ασθενών, προσφέροντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για την ανταλλαγή εμπειριών και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων.

Οι παραπάνω έρευνες αναδεικνύουν τη σύνθετη φύση της αφασίας και της κατάθλιψης και τη σημαντικότητα της ολιστικής προσέγγισης για την αντιμετώπισή τους. Συνδυασμένες θεραπείες που περιλαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη, θεραπεία ομιλίας και γλώσσας, και κοινωνική υποστήριξη μπορούν να προσφέρουν ουσιαστική βελτίωση στην ποιότητα ζωής των ατόμων που αντιμετωπίζουν αυτές τις καταστάσεις (Eccles et al., 2016).

Συνοψίζοντας, η αφασία και η κατάθλιψη είναι σοβαρές ψυχολογικές καταστάσεις που απαιτούν ολοκληρωμένες προσεγγίσεις για την αντιμετώπισή τους. Η κατανόηση των ψυχολογικών συνεπειών και η εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης είναι κρίσιμης σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η συνδυασμένη προσέγγιση με θεραπείες που περιλαμβάνουν την ψυχολογική υποστήριξη και τις εξειδικευμένες θεραπείες μπορεί να προσφέρει σημαντική ανακούφιση και βελτίωση στην καθημερινή ζωή των ατόμων με αφασία και κατάθλιψη (Eccles et al., 2016).

2.2 Αφασία & Αγχώδης διαταραχή

Η αφασία και οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν καταστάσεις που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από υπερβολικό άγχος και φόβο. Αυτές οι δύο καταστάσεις συχνά συνυπάρχουν, δημιουργώντας μια πολύπλοκη πρόκληση για τη διάγνωση και τη θεραπεία (Lincoln et al., 2012).

(Eccles et al., 2016). Το παρόν κεφάλαιο εξετάζει τη σύνδεση μεταξύ αφασίας και αγχώδους διαταραχής, αναλύοντας τις ψυχολογικές, κοινωνικές και νευροβιολογικές επιπτώσεις, καθώς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης και θεραπείας (Eccles et al., 2016).

Σύμφωνα με τους Beck (1987) και Lazarus (1966 & 1991), το άγχος ορίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που εμφανίζεται ως αντίδραση σε περιβαλλοντικές προκλήσεις ή απειλές. Πρόκειται για ένα ανεπιθύμητο συναίσθημα που συνοδεύεται από την αίσθηση ότι κάτι κακό μπορεί να συμβεί και το άτομο δε θα είναι σε θέση να το αντιμετωπίσει, κάτι που μπορεί να εκδηλωθεί μέσω σωματικών συμπτωμάτων, ψυχολογικών αντιδράσεων ή αλλαγών στη συμπεριφορά του ατόμου (Μπίμπου & Νάκου, 2010).

Ωστόσο, η διάγνωση μιας αγχώδους διαταραχής ισχύει όταν το άγχος εκδηλώνεται με τόσο μεγάλη ένταση, συχνότητα και διάρκεια ώστε να μειώνει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της καθημερινής ζωής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Η εμφάνιση αγχωδών διαταραχών και φοβιών στα παιδιά επηρεάζεται από γενετικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες, καθώς και από τραυματικές εμπειρίες ή δύσκολες καταστάσεις που ενδέχεται να βιώσουν, όπως και από στοιχεία της προσωπικότητάς τους (Μπίμπου & Νάκου, 2010).

Οι πιο κοινές μορφές άγχους και άλλων αγχωδών διαταραχών, σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5), είναι οι εξής:

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή: Στην περίπτωση αυτή, το άτομο βιώνει υπερβολικό και ανεξήγητο άγχος χωρίς αντικειμενικό λόγο ανησυχίας, σε τέτοιο βαθμό που αδυνατεί να διαχειριστεί τις καθημερινές του δραστηριότητες. Τα άτομα αυτά τείνουν να σκέφτονται συνεχώς καταστροφικά σενάρια που τους αφορούν, προκαλώντας μόνιμη ανησυχία και αρνητικές σκέψεις που οδηγούν σε δυσλειτουργία (Lincoln et al., 2012).

Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή: Πρόκειται για μια κατάσταση κατά την οποία τα άτομα καταβάλλονται από έμμονες, δυσάρεστες σκέψεις που προκαλούν έντονη ανησυχία. Αυτές οι σκέψεις τους ωθούν σε επαναλαμβανόμενες, τυποποιημένες κινήσεις και συμπεριφορές, που παίρνουν τη μορφή τελετουργικών πράξεων με σκοπό να ελέγξουν το άγχος τους και να μετριάσουν τα δυσάρεστα συναισθήματα (Eccles et al., 2016).

Κοινωνική φοβία ή κοινωνικό άγχος: Η διαταραχή κοινωνικού άγχους χαρακτηρίζεται από υπερβολικό και επίμονο φόβο που κατακλύζει το άτομο όταν βρίσκεται σε μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις, όπου υπάρχει πιθανότητα αρνητικής έκβασης. Συχνά αναφέρεται και ως κοινωνική φοβία ή κοινωνική διαταραχή (DSM-5).

Διαταραχή πανικού: Η διαταραχή πανικού είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα ψυχικής υγείας. Χαρακτηρίζεται από χρόνια, επαναλαμβανόμενα, απροσδόκητα και έντονα επεισόδια κρίσεων πανικού. Οι κρίσεις αυτές ορίζονται από το DSM ως περίοδοι έντονου φόβου ή δυσφορίας, κατά τις οποίες εμφανίζονται απότομα τέσσερα από τα 13 προκαθορισμένα συμπτώματα, τα οποία κορυφώνονται μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, συνήθως λιγότερο από δέκα λεπτά από την έναρξη τους (Tang et al., 2012).

Διαταραχή μετατραυματικού στρες: Αυτή η διαταραχή αποτελεί φυσιολογική αντίδραση σε μια τραυματική ή επώδυνη εμπειρία, όπως ένα απειλητικό για τη ζωή συμβάν. Οι πάσχοντες συχνά βιώνουν συναισθήματα φόβου, άγχους ή πανικού όταν εκτεθούν σε ερεθίσματα που τους θυμίζουν το συμβάν. Κατά την ανάκληση δυσάρεστων αναμνήσεων, μπορεί να αισθανθούν θυμό, ευερεθιστότητα, υπερένταση και νευρικότητα, τα οποία δύσκολα μπορούν να διαχειριστούν, οδηγώντας σε αίσθημα εγκλωβισμού (Pitman et al., 2012; Eccles et al., 2016).

2.2.1 Σύνδεση μεταξύ Αφασίας και Αγχώδους Διαταραχής Ψυχολογικές Επιπτώσεις

Η αφασία μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος και συναισθηματική δυσφορία στους ασθενείς. Η απώλεια της ικανότητας επικοινωνίας μπορεί να οδηγήσει σε αίσθημα απομόνωσης και απογοήτευσης. Επιπλέον, η αδυναμία έκφρασης και κατανόησης μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση και την αίσθηση της ταυτότητας. Οι ασθενείς με αφασία μπορεί να αισθάνονται άγχος λόγω της δυσκολίας να εκφράσουν τις ανάγκες και τα συναισθήματά τους, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε αγχώδεις διαταραχές (Tang et. al., 2012).

Κοινωνικές Επιπτώσεις

Η κοινωνική απομόνωση είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συνδέει την αφασία με τις αγχώδεις διαταραχές. Οι ασθενείς με αφασία συχνά αποσύρονται από κοινωνικές δραστηριότητες λόγω της δυσκολίας στην επικοινωνία, κάτι που μπορεί να αυξήσει το άγχος και τον φόβο αποτυχίας στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και η απομόνωση μπορούν να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής (Lincoln et. al., 2012).

Νευροβιολογικές Επιπτώσεις

Οι νευροβιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν λόγω της εγκεφαλικής βλάβης που προκαλεί αφασία μπορούν επίσης να επηρεάσουν τις περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το άγχος και τη συναισθηματική απόκριση. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι εγκεφαλικές βλάβες μπορούν να οδηγήσουν σε ανισορροπίες στους νευροδιαβιβαστές, όπως η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη, οι οποίες παίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του άγχους (Menlove et. al., 2015).

Θεραπευτικές Προσεγγίσεις για την Αντιμετώπιση της Αφασίας και της Αγχώδους Διαταραχής

Η αντιμετώπιση της αφασίας και της αγχώδους διαταραχής απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη. Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένες από τις κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις:

Θεραπεία Ομιλίας και Γλώσσας

Η θεραπεία ομιλίας και γλώσσας είναι θεμελιώδης για την αποκατάσταση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ατόμων με αφασία. Οι λογοθεραπευτές εργάζονται με τους ασθενείς για να βελτιώσουν την παραγωγή της ομιλίας, την κατανόηση, την ανάγνωση και τη γραφή. Η εντατική και συστηματική θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σεσημαντική βελτίωση των γλωσσικών δεξιοτήτων (Tang et. al., 2012).

Γνωστική-Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT)

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση για τη διαχείριση των αγχωδών διαταραχών. Οι ασθενείς μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να αλλάζουν τις αρνητικές σκέψεις και τα μοτίβα συμπεριφοράς που συμβάλλουν στο άγχος τους. Η CBT μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς με αφασία να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης για να διαχειριστούν το άγχος που προκαλείται από τις επικοινωνιακές δυσκολίες (Kneebone et al., 2012).

Φαρμακευτική Θεραπεία

Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διαχείριση των συμπτωμάτων άγχους σε ασθενείς με αφασία. Τα αντικαταθλιπτικά, τα αγχολυτικά και άλλα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στη ρύθμιση των νευροδιαβιβαστών και στη μείωση των επιπέδων άγχους. Η φαρμακευτική θεραπεία πρέπει να χορηγείται υπό την επίβλεψη ιατρού για να εξασφαλιστεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα (Menlove et. al., 2015).

Ομαδική Θεραπεία και Υποστήριξη

Η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης και ομαδική θεραπεία μπορεί να προσφέρει ένα ασφαλές περιβάλλον για την ανταλλαγή εμπειριών και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων. Οι ασθενείς με αφασία μπορούν να επωφεληθούν από την αλληλεπίδραση με άλλους που αντιμετωπίζουν παρόμοιες προκλήσεις, μειώνοντας την αίσθηση απομόνωσης και ενισχύοντας την κοινωνική υποστήριξη (Tang et. al., 2012).

Εκπαίδευση και Υποστήριξη Οικογένειας

Η εκπαίδευση και η υποστήριξη της οικογένειας είναι κρίσιμης σημασίας για τη διαχείριση της αφασίας και των αγχώδων διαταραχών. Οι οικογένειες μπορούν να μάθουν πώς να υποστηρίζουν καλύτερα τους αγαπημένους τους, να κατανοήσουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν και να αναπτύξουν αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας (Kneebone et al., 2012).

Τεχνολογίες Υποστήριξης

Οι τεχνολογίες υποστήριξης, όπως οι εφαρμογές επικοινωνίας και οι βοηθητικές συσκευές, μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς με αφασία να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες. Αυτές οι τεχνολογίες μπορούν να προσφέρουν εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας, μειώνοντας το άγχος που προκαλείται από τις γλωσσικές δυσκολίες.

Συμπέρασμα

Η αφασία και οι αγχώδεις διαταραχές είναι δύο πολύπλοκες καταστάσεις που μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η σύνδεση μεταξύ αυτών των

καταστάσεων απαιτεί ολιστική προσέγγιση για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Οι ψυχολογικές, κοινωνικές και νευροβιολογικές επιπτώσεις της αφασίας μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών, ενώ το άγχος μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα της αφασίας (Kneebone et. al., 2012).

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της αφασίας και των αγχωδών διαταραχών απαιτεί συνδυασμό θεραπειών που περιλαμβάνουν τη θεραπεία ομιλίας και γλώσσας, τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή, την ομαδική θεραπεία και την υποστήριξη της οικογένειας (Menlove et. al., 2015). Οι ασθενείς μπορούν να επωφεληθούν από τις τεχνολογίες υποστήριξης και την εκπαίδευση για να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες και να μειώσουν το άγχος.

Συνοψίζοντας, η κατανόηση της σύνδεσης μεταξύ αφασίας και αγχωδών διαταραχών είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που αντιμετωπίζουν αυτές τις καταστάσεις. Η συνεχής έρευνα και η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητες για την καλύτερη κατανόηση και τη βελτίωση της φροντίδας για αυτούς τους ασθενείς (Menlove et. al., 2015).

2.3 Αφασία & Διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή

Η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή είναι μια ψυχική ασθένεια που δεν είναι τόσο γνωστή και χαρακτηρίζεται από αιφνίδια επεισόδια έντονου θυμού χωρίς προφανή αιτία. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή μπορεί να αισθάνονται έντονη οργή χωρίς κάποιον ουσιαστικό λόγο. Τα ξεσπάσματά τους είναι συχνά δυσανάλογα σε σχέση με την κατάσταση που τα προκάλεσε, παρουσιάζοντας ένα σύνδρομο που περιλαμβάνει έντονο θυμό και επιθετική συμπεριφορά (intermittent explosive disorder) (Babcock et al., 2014). Όταν ένα άτομο παρουσιάζει ξαφνικές και βίαιες αντιδράσεις, φωνάζει ή καταστρέφει αντικείμενα χωρίς να σκέφτεται τις συνέπειες, μπορεί να πάσχει από αυτή τη διαταραχή (Tang et al., 2012).

Τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα για διάστημα τριών μηνών και μπορούν να δημιουργήσουν σοβαρά προβλήματα στην καθημερινότητα του ατόμου (Menlove et al., 2015). Τα επεισόδια θυμού διαρκούν περίπου 30 λεπτά και μπορεί να προκύψουν χωρίς προειδοποίηση, ενώ η έντασή τους είναι συχνά υπερβολική σε σχέση με την αφορμή. Η διαταραχή παρατηρείται περισσότερο σε παιδιά και εφήβους, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να συνεχιστούν και στην ενήλικη ζωή (Haro et al., 2006). Η αναζήτηση βοήθειας και θεραπείας είναι κρίσιμη για τον έλεγχο των παρορμήσεων και των συναισθημάτων, επιτρέποντας έτσι στο άτομο να ζήσει μια πιο υγιή και ευτυχισμένη ζωή (Scott et al., 2018).

Η διαταραχή συχνά ξεκινά κατά την εφηβεία, αλλά μπορεί να επηρεάσει και παιδιά από την ηλικία των έξι ετών. Συχνότερα εμφανίζεται σε άτομα κάτω των 40 ετών, και υπολογίζεται ότι το 1-7% του πληθυσμού θα αντιμετωπίσει τη διαταραχή κάποια στιγμή στη ζωή του (Babcock et al., 2014). Οι ακριβείς αιτίες παραμένουν άγνωστες, όμως πολλοί παράγοντες, όπως γενετική προδιάθεση, τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία, και μεταβολές στη χημεία του εγκεφάλου, θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξή της (Menlove et al., 2015).

Η διαταραχή φαίνεται να έχει γενετική βάση, καθώς άτομα με γονείς που έχουν ιστορικό της διαταραχής είναι πιο πιθανό να την αναπτύξουν και οι ίδιοι (Haro et al., 2006). Έρευνες δείχνουν επίσης ότι τα άτομα με αυτή τη διαταραχή έχουν διαφοροποιήσεις στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου τους, γεγονός που εξηγεί την παρορμητική και επιθετική συμπεριφορά τους (Coccaro et al., 2014).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η έκθεση σε βία, τραυματικές εμπειρίες ή κακοποίηση στην παιδική ηλικία, επίσης παίζουν ρόλο στην εκδήλωση της διαταραχής (Thomas et al., 2013). Άλλοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών, τραύματα στο κεφάλι, και διάφορες ασθένειες (Takayanagi et al., 2014).

Η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή μπορεί να συνυπάρχει με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), άγχος, κατάθλιψη και εθισμούς (Scott et al., 2018). Η διάγνωση απαιτεί την ύπαρξη συγκεκριμένων κριτηρίων, όπως η αδυναμία ελέγχου του θυμού και η συχνή εμφάνιση βίαιων συμπεριφορών (Haro et al., 2006). Η θεραπεία περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή, αν και η διαταραχή συχνά παραμένει για πολλά χρόνια, ίσως και για όλη τη ζωή (Fanning et al., 2019).

Η αφασία και η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή (ΔΕΔ) είναι δύο καταστάσεις που, ενώ φαινομενικά είναι διακριτές, παρουσιάζουν μια βαθιά και ενδιαφέρουσα σύνδεση, ιδίως όταν εξετάζουμε την κοινή τους βάση στις εγκεφαλικές λειτουργίες και δυσλειτουργίες (Thomas et al., 2013). Για να κατανοήσουμε αυτή τη σύνδεση, πρέπει πρώτα να εμβαθύνουμε στη φύση και τα χαρακτηριστικά καθεμιάς από αυτές τις διαταραχές, καθώς και στον τρόπο που οι βλάβες σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου μπορούν να επηρεάσουν τόσο τη γλωσσική επικοινωνία όσο και την συναισθηματική ρύθμιση (Coccaro et al., 2014).

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένα συμπεράσματα από έρευνες που αφορούν την εκρηκτική αφασία σχετικά με τα αίτια της βλάβης, τις επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου και του

περιβάλλοντος του, αλλά και τους αποτελεσματικούς τρόπους παρέμβασης και τη σχέση ανάμεσα στη βλάβη του εγκεφάλου και στις συμπεριφορικές εκρήξεις:

Οι εγκεφαλικές βλάβες που προκαλούν αφασία μπορεί επίσης να επηρεάζουν τις περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε συμπεριφορικές εκρήξεις ή έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ειδικά όταν το άτομο δεν μπορεί να εκφράσει τις σκέψεις ή τα συναισθήματά του μέσω της γλώσσας (Feeney & Ylvisaker, 2003).

Αντίδραση στο άγχος και την απογοήτευση: Τα άτομα με αφασία μπορεί να βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και απογοήτευσης λόγω των γλωσσικών τους περιορισμών. Αυτά τα συναισθήματα μπορούν να εκδηλωθούν ως ξαφνικές εκρήξεις θυμού ή επιθετικότητας, καθώς το άτομο προσπαθεί να επικοινωνήσει ή να κατανοήσει το περιβάλλον του (Hinckley & Packard, 2001).

Αναγνώριση και θεραπεία: Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίζουν τις πιθανές συμπεριφορικές επιπτώσεις της αφασίας και να παρέχουν κατάλληλη θεραπεία. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει συνδυασμό λογοθεραπείας για την αντιμετώπιση των γλωσσικών προβλημάτων και ψυχολογικής υποστήριξης ή θεραπείας για τη διαχείριση της επιθετικότητας και των συναισθηματικών εκρήξεων (Kertesz & McCabe, 1977).

Πρόγραμμα αποκατάστασης: Η ολοκληρωμένη αποκατάσταση πρέπει να περιλαμβάνει τόσο

Οι εκρήξεις θυμού στη ΔΕΔ φαίνεται να σχετίζονται με δυσλειτουργίες στον εγκέφαλο, ιδιαίτερα στις περιοχές που είναι υπεύθυνες για τη ρύθμιση των συναισθημάτων και των παρορμήσεων. Ο προμετωπιαίος φλοιός, ο οποίος παίζει κεντρικό ρόλο στον έλεγχο της παρορμητικότητας και της εκτελεστικής λειτουργίας, συχνά παρουσιάζει ανωμαλίες στα άτομα με ΔΕΔ (Scott et al., 2018).

Οι ανωμαλίες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν μειωμένη δραστηριότητα ή ανώμαλη συνδεσιμότητα με άλλες εγκεφαλικές περιοχές, όπως το αμυγδαλή, η οποία εμπλέκεται στην επεξεργασία των συναισθημάτων. Επιπλέον, οι νευροδιαβιβαστές όπως η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη, οι οποίοι είναι κρίσιμοι για τη ρύθμιση της διάθεσης και της παρορμητικότητας, μπορεί να παρουσιάζουν ανωμαλίες στα άτομα με ΔΕΔ (Zigmond et al., 1983).

Η σύνδεση μεταξύ της αφασίας και της ΔΕΔ εντοπίζεται κυρίως στη νευρολογική βάση των δύο αυτών διαταραχών και στην αλληλεπίδραση των περιοχών του εγκεφάλου που εμπλέκονται στη γλώσσα και την συναισθηματική ρύθμιση (Hago et al., 2006). Οι περιοχές του εγκεφάλου που επηρεάζονται από την αφασία, όπως ο μετωπιαίος και ο κροταφικός λοβός, είναι επίσης σημαντικές για τη ρύθμιση των συναισθημάτων και των παρορμήσεων. Βλάβες σε αυτές τις περιοχές μπορεί να οδηγήσουν τόσο σε προβλήματα γλωσσικής επικοινωνίας όσο και σε δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς (Coccaro et al., 2014).

Για παράδειγμα, άτομα με αφασία του Broca, η οποία συχνά προκαλείται από βλάβες στον μετωπιαίο λοβό, μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην παραγωγή της ομιλίας και ταυτόχρονα να παρουσιάζουν αυξημένη παρορμητικότητα ή επιθετικότητα (Fahlgren et al., 2019). Η ανικανότητα να εκφράσουν λεκτικά τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη απογοήτευση και θυμό, ενισχύοντας την πιθανότητα εκρήξεων θυμού, όπως αυτές που παρατηρούνται στη ΔΕΔ. Επιπλέον, οι δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία και την κατανόηση που σχετίζονται με την αφασία μπορεί να επιδεινώσουν τα συναισθηματικά προβλήματα, οδηγώντας σε έναν φαύλο κύκλο όπου η γλωσσική ανεπάρκεια και οι συναισθηματικές εκρήξεις αλληλοενισχύονται (Zigmond et al., 1983).

Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι οι νευρολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της αφασίας μπορούν να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον που ενισχύει τα συμπτώματα της ΔΕΔ (Scott et al., 2018). Η απομόνωση και η κοινωνική απόσυρση που μπορεί να προκύψουν από τις γλωσσικές δυσκολίες μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, γεγονός που μπορεί με τη σειρά του να αυξήσει την πιθανότητα εκρήξεων θυμού. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις στις γλωσσικές δυσκολίες μπορεί να γίνουν πιο έντονες και ανεξέλεγκτες, ιδιαίτερα σε καταστάσεις όπου η επικοινωνία είναι κρίσιμη (Fanning et al., 2019).

Η κατανόηση αυτής της σύνδεσης έχει σημαντικές επιπτώσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ατόμων που παρουσιάζουν και τις δύο διαταραχές. Η αντιμετώπιση της αφασίας πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο τη βελτίωση των γλωσσικών ικανοτήτων, αλλά και την παροχή υποστήριξης για τη διαχείριση των συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων (Haro et al., 2006). Οι λογοθεραπευτές και οι ψυχολόγοι πρέπει να συνεργαστούν στενά για να αναπτύξουν ολοκληρωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις που να αντιμετωπίζουν τόσο τις γλωσσικές όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών (Zigmond et al., 1983). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να περιλαμβάνουν τη χρήση τεχνικών διαχείρισης του θυμού, την ενίσχυση των δεξιοτήτων κοινωνικής επικοινωνίας και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης για τη διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης (Takayanagi et al., 2014).

Πέρα από την κλινική πρακτική, η έρευνα για τη σύνδεση μεταξύ αφασίας και ΔΕΔ μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των νευρολογικών βάσεων αυτών των διαταραχών (Fahlgren et al., 2019). Οι νευροεπιστήμονες μπορούν να εξετάσουν πώς οι βλάβες σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου επηρεάζουν τόσο τη γλώσσα όσο και τη συναισθηματική ρύθμιση, και να αναπτύξουν νέες προσεγγίσεις για την αποκατάσταση αυτών των λειτουργιών. Οι μελέτες νευροαπεικόνισης, όπως η μαγνητική τομογραφία (MRI) και η λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI), μπορούν να παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για τη συνδεσιμότητα και τη δραστηριότητα των εγκεφαλικών περιοχών που εμπλέκονται στην αφασία και τη ΔΕΔ (Coccaro et al., 2014).

Επιπλέον, η γενετική έρευνα μπορεί να αποκαλύψει πιθανούς γενετικούς παράγοντες που προδιαθέτουν τα άτομα σε αυτές τις διαταραχές, ανοίγοντας τον δρόμο για την ανάπτυξη εξατομικευμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Οι γονιδιακές μελέτες μπορούν να βοηθήσουν στην αναγνώριση συγκεκριμένων γονιδίων που εμπλέκονται στη γλωσσική επεξεργασία και τη συναισθηματική ρύθμιση, καθώς και στη διαπίστωση του πώς οι γενετικές ανωμαλίες μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη αφασίας και ΔΕΔ (Coccaro et al., 2014).

Σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, η ενημέρωση και η εκπαίδευση της κοινότητας για τη σύνδεση μεταξύ αφασίας και ΔΕΔ μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του στιγματισμού και στην ενίσχυση της υποστήριξης για τα άτομα που πάσχουν από αυτές τις διαταραχές (Fahlgren et al., 2019). Η ευαισθητοποίηση για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αφασία και ΔΕΔ μπορεί να προωθήσει την ανάπτυξη πιο υποστηρικτικών και περιεκτικών κοινωνικών περιβαλλόντων, καθώς και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και αποκατάστασης.

Εν κατακλείδι, η σύνδεση μεταξύ αφασίας και διαλείπουσας εκρηκτικής διαταραχής αναδεικνύει τη σύνθετη φύση των νευρολογικών διαταραχών και την αλληλεπίδραση των εγκεφαλικών λειτουργιών που επηρεάζουν τη γλώσσα και τη συναισθηματική ρύθμιση. Η κατανόηση αυτής της σύνδεσης μπορεί να οδηγήσει σε πιο ολοκληρωμένες και αποτελεσματικές θεραπείες, καθώς και σε μια βαθύτερη κατανόηση των εγκεφαλικών μηχανισμών που βρίσκονται στη βάση αυτών των διαταραχών (Fanning et al., 2019). Μέσα από τη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων κλάδων της ιατρικής, της ψυχολογίας και της νευροεπιστήμης, μπορούμε να προσφέρουμε καλύτερη υποστήριξη και θεραπεία στα άτομα που αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της αφασίας και της ΔΕΔ, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους και προάγοντας την κοινωνική τους ένταξη.

Κεφάλαιο 3: Ζώντας με την Αφασία

3.1 Επιπτώσεις στην Ποιότητα Ζωής

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η αντίληψη του ατόμου για το ρόλο του στη ζωή, λαμβάνοντας υπόψη την υγεία του, τις ψυχολογικές καταστάσεις, την ανεξαρτησία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον του (Whoopi Group, 1995). Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε Αυστραλία, Ηνωμένο Βασίλειο και Αμερική, προκύπτουν τα παρακάτω ευρήματα σχετικά με την ποιότητα ζωής ατόμων με αφασία:

- **Διαφορές στην ποιότητα ζωής:** Η ποιότητα ζωής των ατόμων με αφασία διαφοροποιείται σημαντικά σε σχέση με άτομα χωρίς αφασία. Η αφασία επηρεάζει την ανεξαρτησία, την κοινωνικότητα του ατόμου και την προσβασιμότητα του σε τομείς του περιβάλλοντος (Ross & Wertz, 2003).
- **Συσχέτιση με την υγεία και την ευημερία:** Η υγεία και η ευημερία του αφασικού ατόμου σχετίζονται άμεσα με την ικανότητα λειτουργικής επικοινωνίας και δευτερευόντως με το επίπεδο του ατόμου στη γλωσσική ικανότητα (Cruise, Worrall, Hickson & Murison, 2003· Hilary, Wiggins, Roy, Byng & Smith, 2003).
- **Βαθμός σοβαρότητας:** Η ποιότητα ζωής έχει άμεση σχέση από τη σοβαρότητα της αφασίας. Άτομα με σοβαρή αφασία επηρεάζονται περισσότερο σε σχέση με άτομα με ήπια μορφή (Hilary & Byng, 2009).
- **Σύγκριση αυτοαναφορών και εκτιμήσεων φροντιστών :** Σε μετρήσεις που έγιναν σε σχέση με την ποιότητα ζωής από μέλη οικογένειας του αφασικού ατόμου, η βαθμολογία ήταν χαμηλότερη σε σχέση με την αυτοαξιολόγηση του ασθενούς

(Cruise, Worrall, Hickson & Murison, 2005). Σε άλλη έρευνα, οι απαντήσεις του οικογενειακού περιγυρου έδειξαν αυξημένα επίπεδα ποιότητας ζωής (Hilary , Owen & Farrelly, 2007).

- **Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής:** Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι δραστηριότητες που έχει στη ζωή του το άτομο, η λεκτική επικοινωνία, οι κοινωνικές σχέσεις, η σωματική λειτουργία, η σοβαρότητα της βλάβης, η κινητικότητα, το κατά πόσο επηρεάζεται η εμφάνιση , η ανεξαρτησία που μπορεί να έχει, το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται και η γενικής κατάσταση της υγείας του (Cruise, Hill, Worrall & Hickson, 2010).

Η αφασία φέρει μαζί της μια σειρά από σημαντικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου. (π.χ. συναισθηματική θλίψη, κοινωνικός αποκλεισμός και κατάθλιψη), επηρεάζοντας δραματικά την ποιότητα ζωής.

Συναισθηματικές Επιπτώσεις:

- **Ψυχικές διαταραχές:** Η βιβλιογραφία υποδεικνύει ισχυρή σύνδεση μεταξύ αφασίας και ψυχικών διαταραχών, όπως ήδη έχει αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια . Μελέτες όπως των Hilary et al. (2010) εντοπίζουν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης, όπως η σοβαρότητα του εγκεφαλικού επεισοδίου, τα προβλήματα στην κίνηση, η μειωμένη κοινωνική συμμετοχή, η χαμηλή ικανοποίηση από το κοινωνικό περιβάλλον και η γνωστική δυσλειτουργία. Σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές, οι οποίοι αξιολόγησαν αφασικά άτομα κατόπιν του εγκεφαλικού, 3 μήνες αργότερα και 6 μήνες μετά συνειδητοποίησαν ότι αυτοί οι παράγοντες έχουν ως αποτέλεσμα την μοναξιά και την απομόνωση .

Κοινωνικές Επιπτώσεις:

- **Κοινωνικός Αποκλεισμός:** Η δυσκολία στην επικοινωνία που προκαλεί η αφασία περιορίζει σημαντικά τις κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου. Η διεξαγωγή συζητήσεων, οι τηλεφωνικές επικοινωνίες, η εργασία και η συμμετοχή σε κοινωνικά δρώμενα γίνονται δυσχερείς ή αδύνατες.
- **Ελεύθερος Χρόνος:** Η αδυναμία αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου με τρόπο που επιθυμούσε το άτομο πριν από την αφασία αποτελεί συχνό φαινόμενο. Το άτομο μένει στο σπίτι, αδυνατώντας να δραστηριοποιηθεί ανεξάρτητα.

Επίπτωση στην Ποιότητα Ζωής:

- **Χαμηλά Επίπεδα Ποιότητας Ζωής:** Πολλές μελέτες, όπως αυτή των Lam και Wodchis (2010), καταδεικνύουν πως η αφασία επηρεάζει δραματικά την ποιότητα ζωής. Συχνά, αναφέρεται ως η διαταραχή με τη μεγαλύτερη αρνητική επίδραση, ακολουθούμενη από τον καρκίνο και τη νόσο Alzheimer.
- **Περιορισμένη Ανεξαρτησία:** Η αφασία επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να ζει ανεξάρτητα, δυσχεραίνοντας την καθημερινή του φροντίδα από τον εαυτό του και τις δραστηριότητες.
- **Διαταραγμένες Κοινωνικές Σχέσεις:** Η επικοινωνιακή δυσλειτουργία επηρεάζει αρνητικά τις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου, δυσχεραίνοντας την επικοινωνία με την οικογένεια και τους φίλους.
- **Περιορισμένη Πρόσβαση στο Περιβάλλον:** Η αφασία μπορεί να δυσχεράνει την πρόσβαση του ατόμου σε υπηρεσίες, δραστηριότητες και κοινωνικούς χώρους, περιορίζοντας περαιτέρω την κοινωνική του συμμετοχή.

Αν και έχουν αναπτυχθεί διάφορες κλίμακες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των επιζώντων μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, τα άτομα με αφασία συχνά εξαιρούνται από αυτές τις μελέτες, καθώς δεν έχουν την ικανότητα να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια είτε

λόγω δυσκολιών στην κατανόηση και έκφραση, είτε λόγω συνυπαρχουσών γνωστικών διαταραχών.

Από μια ανασκόπηση 14 μελετών (Spaccavento et. al., 2013) προκύπτει ότι οι παράγοντες που έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των αφασιών ατόμων είναι:

- ✓ Συναισθηματική θλίψη
- ✓ Σοβαρότητα της αφασίας
- ✓ Περιορισμός δραστηριοτήτων και επικοινωνίας
- ✓ Ιατρικά προβλήματα που συχνά συνυπάρχουν

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω οι έρευνες για την ποιότητα ζωής μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο συχνά αγνοούν ή δεν λαμβάνουν υπόψη ξεχωριστά τα άτομα με αφασία:

- **Δυσκολίες κατανόησης και έκφρασης:** Η αφασία καθιστά δύσκολη ή αδύνατη τη συμμετοχή σε έρευνες που βασίζονται σε ερωτηματολόγια ή συνεντεύξεις.
- **Απουσία κατάλληλων εργαλείων μέτρησης:** Η έλλειψη κλιμάκων και ερωτηματολογίων προσαρμοσμένων στις ιδιαιτερότητες της αφασίας δυσχεραίνει την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αυτού του πληθυσμού.
- **Συχνές γνωστικές διαταραχές:** Η συνύπαρξη γνωστικών δυσκολιών μπορεί να επηρεάσει την αξιοπιστία των απαντήσεων σε ερωτήσεις έρευνας.

Συμπερασματικά, η ποιότητα ζωής των ατόμων με αφασία επηρεάζεται σημαντικά από διάφορους παράγοντες, πέρα από τις ίδιες τις γλωσσικές δυσκολίες. Η συχνή εξαίρεση αυτής της ομάδας από την έρευνα επισκιάζει την πραγματική τους εμπειρία και δυσχεραίνει την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

3.2 Το βίωμα του ασθενούς

Η κατανόηση της κοινωνικής συμμετοχής ατόμων με αφασία αποτελεί σημαντικό ερευνητικό πεδίο, καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν. Η κοινωνική συμμετοχή, σύμφωνα με τους Dalemans et al. (2009), ορίζεται ως η ενεργή εμπλοκή των ατόμων σε διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής, μέσω αλληλεπιδράσεων με άλλους στο περιβάλλον τους. Η επικοινωνία, όμως, αποτελεί βασικό στοιχείο της αλληλεπίδρασης, και στα άτομα με αφασία η επικοινωνία και οι επικοινωνιακές δραστηριότητες παρουσιάζουν δυσλειτουργίες. Ως αποτέλεσμα, ένα άτομο με αφασία αντιμετωπίζει δυσκολίες στην εκπλήρωση των πολλαπλών του ρόλων στην καθημερινότητα, όπως ο ρόλος της/του συζύγου, του γονέα, της/του φίλης/ου, της/του εργαζόμενης/ου κ.α.

Πολλές φορές, άτομα με αφασία νιώθουν σαν να «βαραίνουν» τις συζητήσεις. Δυσκολεύονται να παρακολουθήσουν τον διάλογο, να κατανοήσουν το νόημα, και συχνά παραμένουν παθητικά, χωρίς να μπορούν να εκφράσουν άποψη ή γνώμη.

Αυτό που πραγματικά επιθυμούν, όμως, δεν περιορίζεται στην ενεργή συμμετοχή σε δραστηριότητες και κοινωνικά δρώμενα. Η Dalemans και οι συνεργάτες της (2009) μελετώντας την αντίληψη των ατόμων με αφασία για την κοινωνική συμμετοχή, αποκάλυψαν τις αληθινές τους ανάγκες, τους στόχους και τα καθημερινά εμπόδια που αντιμετωπίζουν.

Πρωτίστως, επιθυμούν να έρχονται σε επαφή και να εμπλέκονται με άλλους ανθρώπους. Η μοναξιά τους βασανίζει, ακόμα και όταν βρίσκονται σε συντροφιά. Ακόμα και όταν προσπαθούν να συμμετάσχουν σε μια συζήτηση, συχνά διακόπτονται και αποκλείονται, αφήνοντάς τους να νιώθουν άβολα.

Τα άτομα με αφασία επιθυμούν να αντιμετωπίζονται με φυσιολογικό τρόπο και να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες χωρίς να αισθάνονται βάρος στους άλλους. Επιπλέον, θέλουν να ενημερώνονται για ό,τι συμβαίνει γύρω τους και να λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις.

Αυτό, όμως, συχνά αποδεικνύεται δύσκολο, καθώς, όπως οι ίδιοι αναφέρουν, δυσκολεύονται να επεξεργαστούν πληροφορίες από συζητήσεις λόγω δυσκολιών στην κατανόηση.

Παράλληλα, εκφράζουν την επιθυμία τους να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες. Τα περισσότερα άτομα με αφασία αναγκάζονται να διακόψουν την εργασιακή τους δραστηριότητα μετά την εμφάνιση της πάθησης, αλλά εξακολουθούν να θέλουν να προσφέρουν στην κοινωνία και να νιώθουν χρήσιμοι.

Τέλος, ιδιαίτερη σημασία για τα άτομα αυτά έχει η αίσθηση του σεβασμού από τους γύρω τους. Συχνά, η αφασία μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες ερμηνείες, με τους ανθρώπους να θεωρούν ότι το άτομο με αφασία παρουσιάζει ψυχολογικά ή/και νοητικά προβλήματα. Η έλλειψη γνώσης και ενημέρωσης αποτελεί βασικό παράγοντα για αυτές τις λανθασμένες αντιλήψεις.

Η Dalemans και οι συνεργάτες της (2009), στην ίδια έρευνα, μελέτησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα ενεργής συμμετοχής ατόμων με αφασία στην κοινωνική ζωή. Η μελέτη τους κατηγοριοποίησε αυτούς τους παράγοντες σε τρεις βασικές ομάδες: προσωπικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς.

Προσωπικοί παράγοντες:

- **Κίνητρο:** Η θέληση του ατόμου με αφασία να παραμείνει ενεργό και να συμμετέχει σε δραστηριότητες αποτελεί βασικό παράγοντα. Η επιμονή και η αισιοδοξία, παρά τις δυσκολίες και την κριτική, είναι απαραίτητες. Αντίθετα, η έλλειψη κινήτρου, ίσως λόγω κόπωσης ή κατάθλιψης, μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση και αδιαφορία για συμμετοχή.
- **Φυσική και ψυχολογική κατάσταση:** Άτομα με αφασία βιώνουν διάφορες δυσκολίες, όπως κόπωση, προβλήματα μνήμης, επιληπτικές κρίσεις, που επηρεάζουν αρνητικά την ικανότητά τους να συμμετέχουν σε δραστηριότητες.

Εκτός από τις σωματικές δυσκολίες, τα άτομα με αφασία έρχονται αντιμέτωπα με συναισθήματα κατάθλιψης, μοναξιάς, άγχους, απογοήτευσης και φόβου για την αντίδραση των άλλων.

Παράλληλα, οι επικοινωνιακές δυσκολίες επηρεάζουν σημαντικά την κοινωνική τους συμμετοχή. Παρά τις προκλήσεις, τα άτομα αυτά επιθυμούν και έχουν ανάγκη για επικοινωνία. Η βελτίωση των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων, μέσω στρατηγικών όπως η χρήση δομημένων καρτών, επικοινωνιακών βιβλίων κ.α., μπορεί να ενισχύσει σημαντικά την κοινωνική τους συμμετοχή (Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

Η επίδραση του περιβάλλοντος στην κοινωνική συμμετοχή των ατόμων με αφασία είναι σημαντική. Ένα ήσυχο και οικείο περιβάλλον, όπως ένα χωριό ή μια μικρή κοινότητα, ενθαρρύνει την αυτονομία τους, καθώς τους επιτρέπει να κινούνται άνετα, να συναντούν γνωστά πρόσωπα που γνωρίζουν τις δυσκολίες τους και να νιώθουν αποδεκτοί (Davidson et al., 2008).

Αντίθετα, η ζωή σε μια μεγαλούπολη, γεμάτη θόρυβο και περισπασμούς, δυσχεραίνει την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Ο γρήγορος ρυθμός ζωής και η έλλειψη εξοικειωμένων κοινωνικών δεσμών δυσκολεύουν την εμπλοκή τους σε δραστηριότητες και την επαφή με άλλους ανθρώπους (Parr, 2007).

Η έλλειψη κοινωνικής συμμετοχής αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τα άτομα με αφασία. Αν και η ενασχόληση με δραστηριότητες μπορεί να γεμίζει τον χρόνο τους, δεν καλύπτει την ανάγκη τους για ουσιαστική κοινωνική αλληλεπίδραση. Τα άτομα με αφασία επιθυμούν ποιοτικές δραστηριότητες που προσφέρουν νόημα και σύνδεση, όχι απλά τρόπους να καλύψουν άσκοπα τον χρόνο τους (Worrall & Holland, 2003).

Η εμφάνιση της αφασίας φέρνει ταραχή στην καθημερινότητα των ασθενών και των οικογενειών τους. Η ζωή αλλάζει ριζικά και η προσαρμογή στην νέα πραγματικότητα αποτελεί πρόκληση (Round, Parr, & Lindsay, 2000). Με την υποστήριξη των θεραπειών, οι ασθενείς μαθαίνουν να διαχειρίζονται την αφασία και να υιοθετούν νέες στρατηγικές για την καθημερινή τους επικοινωνία. Η εστίαση τίθεται στις ατομικές ανάγκες και επιθυμίες κάθε ασθενούς, με στόχο τη διατήρηση της κοινωνικής του συμμετοχής (Elman, 2007).

Παράλληλα, η εκπαίδευση των συνομιλητών, όπως μέλη της οικογένειας, φίλοι, εθελοντές και η ευρύτερη κοινωνία, αποτελεί κομβικό παράγοντα. Η κατανόηση της αφασίας και η

υιοθέτηση κατάλληλων τρόπων επικοινωνίας συμβάλλουν στην εξάλειψη των εμποδίων και στην ενίσχυση της αποτελεσματικής επικοινωνίας (Simmons-Mackie & Kagan, 1999).

3.3 Επιπτώσεις στους φροντιστές

Ο βασικός φροντιστής δεν είναι απλά ένας βοηθός ή ένας συνοδός, αλλά διαδραματίζει έναν καίριο ρόλο ως συνδετικός κρίκος μεταξύ του ατόμου με αφασία και του περιβάλλοντός του. Αναλαμβάνει την ευθύνη να διασφαλίσει την ομαλή ένταξη του ατόμου στην καθημερινή ζωή, τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (Pierce et al., 2004).

Καθώς οι φροντιστές προσπαθούν να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα, είναι πολύτιμο να έρχονται σε επαφή με άτομα που μπορούν να τους παρέχουν πληροφορίες, βαθύτερη γνώση και στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν τον νέο τρόπο ζωής τους. Οι γάμοι δοκιμάζονται, τα βάρη αυξάνονται και τα όνειρα για το μέλλον ματαιώνονται. Τα παιδιά των ασθενών αναλαμβάνουν το ρόλο των φροντιστών αντί να είναι αποδέκτες φροντίδας, οι οικονομικοί στυλοβάτες της οικογένειας αδυνατούν πλέον να εκπληρώσουν αυτόν τον ρόλο, και όσοι δεν είχαν αυτό το ρόλο καλούνται τώρα να υποστηρίξουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό (Ostwald, Godwin, & Cron, 2009). Κατά την οξεία φάση της νόσου, η καθημερινότητα διαταράσσεται, προκαλώντας ένταση. Στην χρόνια φάση, μπορεί να προκύψουν νέες εντάσεις και ζητήματα για την οικογένεια (Ostwald et al., 2009).

Πέρα από την παροχή ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας στους ασθενείς, η στήριξη των οικογενειών και των φροντιστών τους αποτελεί κομβικό παράγοντα για την αντιμετώπιση των νευρολογικών διαταραχών. Ο αντίκτυπος αυτών των ασθενειών εκτείνεται πέρα από το άτομο, επηρεάζοντας σημαντικά τις οικογενειακές σχέσεις και το δίκτυο υποστήριξης (Anderson, Linto, & Stewart-Wynne, 1995).

Η ποιότητα ζωής και η αποκατάσταση του ασθενούς εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ευημερία του φροντιστή. Ένας σωματικά και ψυχικά υγιής φροντιστής αποτελεί θετικό προγνωστικό παράγοντα για την εξέλιξη της ασθένειας (Rigby, Gubitz, & Phillips, 2009).

Είναι απαραίτητο, λοιπόν, να δοθεί η δέουσα προσοχή στις ανάγκες των φροντιστών, λαμβάνοντας υπόψη τις απόψεις τους και παρέχοντας την απαραίτητη υποστήριξη τόσο σε αυτούς όσο και στις οικογένειές τους (Greenwood, Mackenzie, Cloud, & Wilson, 2008).

Αρμοδιότητες του βασικού φροντιστή:

- **Ενθάρρυνση συμμετοχής σε συζητήσεις:** Ο φροντιστής παρακινεί και βοηθά το άτομο με αφασία να συμμετέχει ενεργά σε συζητήσεις, καλλιεργώντας ένα αίσθημα ένταξης και επικοινωνίας. Δημιουργεί ευκαιρίες για διάλογο, ενθαρρύνει την έκφραση ιδεών και συναισθημάτων, και υποστηρίζει την ενεργή συμμετοχή του ατόμου σε κοινωνικές συγκεντρώσεις και δραστηριότητες.
- **Διευκόλυνση κοινωνικών αλληλεπιδράσεων:** Οργανώνει συναντήσεις με φίλους, γνωστούς και μέλη της οικογένειας, δημιουργώντας ευκαιρίες για κοινωνική σύνδεση και αλληλεπίδραση. Βοηθά το άτομο με αφασία να αναπτύξει και να διατηρήσει κοινωνικές σχέσεις, ενισχύοντας την αίσθηση του ανήκειν και καταπολεμώντας την κοινωνική απομόνωση.
- **Καθοδήγηση σε στρατηγικές επικοινωνίας:** Παρέχει καθοδήγηση στους επικοινωνιακούς συντρόφους, όπως μέλη της οικογένειας, φίλους και θεραπευτές, βοηθώντας τους να προσαρμόσουν τις προσεγγίσεις τους στις ατομικές ανάγκες και δυνατότητες του ατόμου με αφασία. Εξηγεί τις ιδιαιτερότητες της αφασίας, προτείνει αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας, και διασφαλίζει την ομαλή και αμφίδρομη επικοινωνία.
- **Βελτίωση της επικοινωνίας:** Ο φροντιστής βοηθά το άτομο με αφασία να υιοθετήσει αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της αφασίας. Ενθαρρύνει τη χρήση εναλλακτικών μορφών επικοινωνίας, όπως η χρήση εικόνων, η χειρονομία και η γραπτή επικοινωνία, συμβάλλοντας στην αποτελεσματική έκφραση και κατανόηση.

- **Ενίσχυση της αυτοπεποίθησης:** Η υποστήριξη και η ενθάρρυνση του φροντιστή συμβάλλουν στην αύξηση της αυτοπεποίθησης του ατόμου με αφασία. Αναγνωρίζει τις προσπάθειες και τα επιτεύγματα του, προσφέρει θετική ενίσχυση, και καλλιεργεί ένα αίσθημα αυτοαξίας, ενδυναμώνοντας το άτομο να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της αφασίας.
- **Πρώθηση της κοινωνικής συμμετοχής:** Ο φροντιστής διευκολύνει την ένταξη του ατόμου με αφασία σε κοινωνικές δραστηριότητες, βοηθώντας στην αποκατάσταση της κοινωνικής του ταυτότητας και στην ενίσχυση των προσωπικών και κοινωνικών δεσμών. Προτρέπει τη συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης, πολιτιστικά δρώμενα και άλλες κοινωνικές δραστηριότητες, βοηθώντας το άτομο να διατηρήσει και να καλλιεργήσει κοινωνικές σχέσεις. Με την πρόθηση της κοινωνικής συμμετοχής, ο φροντιστής συμβάλλει στην ενίσχυση της κοινωνικής ενσωμάτωσης και στη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής του ατόμου που πάσχει από αφασία.

Η Υπερβολική Φροντίδα στην Αφασία: Βρίσκοντας την Ισορροπία

Η αφασία φέρνει σημαντικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου που την υφίσταται. Η υποστήριξη ενός βασικού φροντιστή είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και την πρόθηση της ευημερίας (Simmons-Mackie & Damico, 2008).

Ωστόσο, η υπερβολική φροντίδα, ενώ πηγάζει από αγάπη και φροντίδα, μπορεί να επιφέρει αρνητικές συνέπειες. Ο/η φροντιστής μπορεί να αναλάβει καθήκοντα που θα μπορούσε να εκτελέσει ο/η ίδιος/α ο/η ασθενής, περιορίζοντας την αυτονομία και την αυτοπεποίθησή του/της. Η υπερπροστατευτική συμπεριφορά μπορεί να στερήσει από τον/την ασθενή την ευκαιρία για μάθηση και ανάπτυξη, ενώ η λήψη αποφάσεων χωρίς την ενεργή συμμετοχή του/της μπορεί να υποβαθμίσει την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του/της (Parr, Byng, Gilpin, & Ireland, 1997).

Αυτές οι συμπεριφορές, σε συνδυασμό με τις δυσκολίες επικοινωνίας, μπορεί να οδηγήσουν στην απομόνωση του ατόμου από τον κοινωνικό του κύκλο, στην απώλεια αυτοπεποίθησης και σε δυσκολίες στην αποκατάσταση (Worrall & Hickson, 2003).

Για να αποφευχθούν αυτές οι συνέπειες, είναι σημαντικό να βρεθεί η ισορροπία μεταξύ φροντίδας και υποστήριξης. Ο φροντιστής οφείλει να ενθαρρύνει τον ασθενή να αναλαμβάνει σταδιακά ευθύνες και να λαμβάνει αποφάσεις, προάγοντας την αυτονομία του (Simmons-Mackie & Damico, 2008). Βασική αρχή αποτελεί η ενεργή συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων, ειδικότερα όταν αυτή βασίζεται στις επιθυμίες του (Byng & Duchan, 2005). Η ανοιχτή και ειλικρινής επικοινωνία, καθώς και η υπομονή απέναντι στις δυσκολίες, είναι απαραίτητες για την οικοδόμηση μίας υγιούς σχέσης φροντίδας (Holland, 2007).

Στην περίπτωση των φίλων, η ενημέρωση για την αφασία και τις επιπτώσεις της μπορεί να τους βοηθήσει να κατανοήσουν καλύτερα την κατάσταση και να προσφέρουν ουσιαστική υποστήριξη (Howe, Worrall, & Hickson, 2008). Η ενθάρρυνση κοινών δραστηριοτήτων μεταξύ του ατόμου με αφασία, του φροντιστή και των φίλων μπορεί να ενισχύσει τις κοινωνικές δεξιότητες και να προωθήσει την ένταξη (Parr et al., 1997). Η υπομονή και η κατανόηση από πλευράς των φίλων, σε συνδυασμό με την κατάλληλη ενημέρωση, μπορούν να υπερνικήσουν τυχόν δυσκολίες στην επικοινωνία και να διατηρήσουν ισχυρές φιλίες (Howe et al., 2008).

Η ισορροπία μεταξύ φροντίδας και υποστήριξης, σε συνδυασμό με την ενθάρρυνση της αυτονομίας και την ενεργή συμμετοχή του ατόμου με αφασία, αποτελεί το κλειδί για την πρόωση της ευημερίας και της ποιότητας ζωής του (Simmons-Mackie & Damico, 2008).

Κεφάλαιο 4: Παρεμβάσεις

4.1 Παρεμβάσεις στους ασθενείς με αφασία

Η αποκατάσταση της γλωσσικής λειτουργίας και η ενίσχυση της επικοινωνίας αποτελούν θεμελιώδεις σκοπούς στις παρεμβάσεις για την αφασία. Παράλληλα, εξίσου σημαντική είναι η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών και ψυχικών επιπτώσεων της πάθησης. Στόχος των παρεμβάσεων είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αφασία, η ενίσχυση της κοινωνικής τους ένταξης και η συνολική ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

4.1.1 Πρώιμες Παρεμβάσεις

Η έγκαιρη έναρξη θεραπείας, ιδανικά στις πρώιμες φάσεις μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, διαδραματίζει καίριο ρόλο στην πορεία της αποκατάστασης. Ειδικότερα, η ένταση και η διάρκεια της θεραπείας έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντικές στην επιτυχία των παρεμβάσεων. Η πρώιμη παρέμβαση φαίνεται να εκμεταλλεύεται την πλαστικότητα του εγκεφάλου, επιτρέποντας την καλύτερη αναδιοργάνωση των νευρικών δικτύων που είναι υπεύθυνα για τη γλώσσα. Σε μελέτες όπου η θεραπεία ξεκίνησε νωρίς και ήταν εντατική, παρατηρήθηκαν μεγαλύτερες βελτιώσεις στα αποτελέσματα της λογοθεραπείας. Ο αριθμός των ωρών θεραπείας που εκτελέστηκαν την εβδομάδα συσχετίστηκε σημαντικά με μεγαλύτερη βελτίωση στο PICA ($P = 0,001$) και στο Token Test ($P = 0,027$) (Bhogal et al., 2003). Ο συνολικός αριθμός ωρών θεραπείας συσχετίστηκε επίσης σημαντικά με μεγαλύτερη βελτίωση στο Porch Index of Communicative Abilities (PICA) ($P < 0,001$) και στο Token Test ($P < 0,001$). Επομένως εξάγεται το συμπέρασμα ότι η εντατική θεραπεία σε σύντομο χρονικό διάστημα μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της λογοθεραπείας για ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο και αφασία. Οι πρώιμες παρεμβάσεις, όταν είναι εντατικές, φαίνεται να οδηγούν σε σημαντική βελτίωση της λεκτικής επικοινωνίας και της γλωσσικής λειτουργίας, υποστηρίζοντας την άποψη ότι η έγκαιρη και επαρκής θεραπεία είναι καθοριστική για την αποκατάσταση των ασθενών με αφασία (Bhogal et al., 2003).

4.1.2 Εξειδικευμένες Παρεμβάσεις

Οι θεραπευτές διαθέτουν μια ποικιλία μεθόδων και τεχνικών για την αντιμετώπιση της αφασίας, επιλέγοντας αυτές που ταιριάζουν καλύτερα σε κάθε περίπτωση. Μερικές από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες στρατηγικές περιλαμβάνουν την Θεραπεία Εξαναγκασμένης Χρήσης της Γλώσσας (CILT), η Επαναληπτική Γνωστική-Γλωσσική Θεραπεία (RCT), τη χρήση τεχνολογιών υποβοήθησης επικοινωνίας και την Επαυξητική και Εναλλακτική Επικοινωνία (AAC).

Η Θεραπεία Εξαναγκασμένης Χρήσης της Γλώσσας (Constraint-Induced Language Therapy, CILT) αποτελεί μια αποτελεσματική και καινοτόμο μέθοδο αντιμετώπισης της αφασίας συνήθως ως αποτέλεσμα εγκεφαλικού επεισοδίου ή άλλων εγκεφαλικών βλαβών. Η βάση της είναι οι αρχές της εξαναγκασμένης χρήσης, μια προσέγγιση που αρχικά αναπτύχθηκε για την αποκατάσταση κινητικών διαταραχών, και προσαρμόστηκε για να στοχεύει στη λεκτική επικοινωνία (Pulvermüller et al., 2001).

Στην CILT, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν αποκλειστικά τη γλώσσα για την επικοινωνία τους, αποφεύγοντας τη χρήση μη λεκτικών μορφών επικοινωνίας, όπως χειρονομίες ή γραφή. Αυτή η μέθοδος στοχεύει να εξαναγκάσει τη χρήση του λόγου μέσω δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την καθημερινή ζωή, προωθώντας έτσι τη λειτουργική επικοινωνία. Οι συνεδρίες της CILT είναι εντατικές, διαρκώντας συχνά αρκετές ώρες την ημέρα για πολλές εβδομάδες, γεγονός που ενισχύει τη γλωσσική επανεκπαίδευση (Pulvermüller et al., 2001).

Ερευνητικά ευρήματα υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της CILT. Οι ασθενείς που συμμετέχουν σε αυτήν τη μορφή θεραπείας παρουσιάζουν σημαντικές βελτιώσεις στην παραγωγή και την ευχέρεια του λόγου. Συγκεκριμένα, μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε εντατική γλωσσική θεραπεία με τη μέθοδο της CILT επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα στη λεκτική επικοινωνία σε σύγκριση με άλλες μορφές θεραπείας της αφασίας (Meinzer, Streiftau, & Rockstroh, 2005). Η CILT έχει δείξει ότι μπορεί να

οδηγήσει σε μακροχρόνιες βελτιώσεις, με τα αποτελέσματα να είναι διατηρήσιμα ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Meinzer et al., 2005).

Το βασικό πλεονέκτημα της CILT είναι η δυνατότητα προσαρμογής των ασκήσεων ώστε να γίνονται όλο και πιο απαιτητικές, διασφαλίζοντας έτσι τη συνεχή πρόοδο των ασθενών. Η θεραπεία επικεντρώνεται στη χρήση λειτουργικών δραστηριοτήτων, γεγονός που καθιστά τις ασκήσεις πιο σχετικές με την καθημερινή ζωή και αυξάνει τη δυνατότητα εφαρμογής των δεξιοτήτων που αποκτώνται (Pulvermüller et al., 2001).

Ωστόσο, η CILT δεν στερείται περιορισμών. Η εντατική φύση της θεραπείας μπορεί να είναι εξαντλητική για ορισμένους ασθενείς, και η εφαρμογή της απαιτεί εξειδικευμένους θεραπευτές που είναι εκπαιδευμένοι στη μέθοδο. Επιπλέον, η διάρκεια και η ένταση των συνεδριών μπορεί να μην είναι εφικτές για όλους τους ασθενείς, ιδιαίτερα εκείνους με περιορισμένους πόρους ή υποστήριξη (Meinzer et al., 2005).

Μια πολυκεντρική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (Randomized controlled clinical trials, RCT) με 152 ασθενείς, με τίτλο "Efficacy of early cognitive-linguistic treatment for aphasia due to stroke: A randomised controlled trial (Rotterdam Aphasia Therapy Study-3)" (De Jong-Hagelstein et al., 2011), αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της πρώιμης εντατικής γνωστικο-γλωσσικής θεραπείας (CLT) στην αντιμετώπιση της αφασίας μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Τέσσερις εβδομάδες εντατικής γνωστικής-γλωσσικής θεραπείας που ξεκίνησε εντός 2 εβδομάδων από το εγκεφαλικό επεισόδιο δεν είναι πιο αποτελεσματική από τη μη γλωσσική θεραπεία για την αποκατάσταση της αφασίας μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Επομένως, η CILT αποτελεί μια υποσχόμενη προσέγγιση για την αποκατάσταση της αφασίας, με έμφαση στη λειτουργική χρήση της γλώσσας και την εντατική εξάσκηση, προσφέροντας σημαντικά οφέλη στους ασθενείς και συμβάλλοντας στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Ωστόσο κρίνεται απαραίτητη η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών.

Η Επαναληπτική Γνωστική-Γλωσσική Θεραπεία (Repetitive Cognitive-Linguistic Therapy, RCT) είναι μια μέθοδος θεραπείας για την αφασία που επικεντρώνεται στην ενίσχυση της γλωσσικής επάρκειας μέσω επαναλαμβανόμενων ασκήσεων και δραστηριοτήτων. Η RCT βασίζεται στην ιδέα ότι η επανάληψη και η συστηματική εξάσκηση μπορούν να βελτιώσουν

τις γλωσσικές δεξιότητες των ατόμων με αφασία, ενισχύοντας την νευροπλαστικότητα του εγκεφάλου (Raymer et al., 2008).

Η προσέγγιση της RCT περιλαμβάνει τη συστηματική επανάληψη γλωσσικών ασκήσεων που στοχεύουν στη βελτίωση συγκεκριμένων γλωσσικών λειτουργιών, όπως η κατανόηση, η παραγωγή λόγου, η ανάγνωση και η γραφή. Οι ασκήσεις αυτές μπορούν να προσαρμοστούν στις ανάγκες κάθε ασθενούς και συχνά εκτελούνται σε εντατικές συνεδρίες για να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Cherney, Patterson, Raymer, Frymark, & Schooling, 2008).

Με βάση ερευνητικά ευρήματα η RCT μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις στις γλωσσικές δεξιότητες των ασθενών με αφασία. Μελέτες έχουν αναφέρει βελτιώσεις στην ακρίβεια και την ταχύτητα της γλωσσικής παραγωγής, καθώς και στη γενική επικοινωνιακή ικανότητα των ασθενών (Raymer et al., 2008). Επιπλέον, η επαναληπτική φύση της θεραπείας φαίνεται να ενισχύει την διατήρηση των βελτιώσεων μακροπρόθεσμα, συμβάλλοντας στη συνεχιζόμενη πρόοδο των ασθενών ακόμα και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Cherney et al., 2008).

Ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα της RCT είναι η δυνατότητα προσαρμογής της θεραπείας στις ατομικές ανάγκες και ικανότητες κάθε ασθενούς. Αυτό καθιστά τη θεραπεία πιο ευέλικτη και κατάλληλη για ένα ευρύ φάσμα ασθενών με διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας της αφασίας. Παράλληλα, η έμφαση στην επανάληψη και την συστηματική εξάσκηση συμβάλλει στη βελτίωση της νευροπλαστικότητας και της λειτουργικής αποκατάστασης του εγκεφάλου (Raymer et al., 2008).

Ωστόσο, η RCT μπορεί να είναι απαιτητική τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους θεραπευτές, καθώς απαιτεί συχνές και παρατεταμένες συνεδρίες. Η ένταση και η διάρκεια της θεραπείας μπορεί να αποτελούν πρόκληση για ορισμένους ασθενείς, ειδικά εκείνους με χαμηλή αντοχή ή περιορισμένη πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες (Cherney et al., 2008).

Συνολικά, η Επαναληπτική Γνωστική-Γλωσσική Θεραπεία αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδο για την αποκατάσταση της αφασίας, με έμφαση στην ενίσχυση των γλωσσικών

δεξιοτήτων μέσω επαναλαμβανόμενων και συστηματικών ασκήσεων, προσφέροντας σημαντικά οφέλη στους ασθενείς και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους.

Η χρήση τεχνολογιών υποβοήθησης επικοινωνίας, όπως εφαρμογές για tablet και υπολογιστές, μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς με αφασία να επικοινωνούν πιο αποτελεσματικά. Οι τεχνολογίες αυτές επιτρέπουν στους ασθενείς να εκφράζουν τις ανάγκες και τις σκέψεις τους μέσω εικονιδίων, γραπτών μηνυμάτων και ήχων (Rogers et al., 2018).

Η Επαυξητική και Εναλλακτική Επικοινωνία (Augmentative and Alternative Communication, AAC) αποτελεί σημαντικό εργαλείο στη θεραπεία της αφασίας, παρέχοντας στους ασθενείς εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας όταν οι παραδοσιακές γλωσσικές δεξιότητες έχουν επηρεαστεί. Η AAC περιλαμβάνει τη χρήση διαφόρων συσκευών και λογισμικού που μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να εκφράσουν τις σκέψεις και τις ανάγκες τους μέσω μη λεκτικών μέσων, όπως εικονίδια, σύμβολα, και ηλεκτρονικές συσκευές επικοινωνίας (Fried-Oken, Beukelman, & Hux, 2012).

Η ενσωμάτωση των τεχνολογιών AAC στη θεραπεία της αφασίας έχει δείξει θετικά αποτελέσματα, καθώς μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργική επικοινωνία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Μέσω της χρήσης αυτών των τεχνολογιών, οι ασθενείς αποκτούν την ικανότητα να συμμετέχουν ενεργά στις κοινωνικές τους δραστηριότητες, μειώνοντας την απομόνωση και ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση τους (Beukelman & Mirenda, 2013). Ειδικά σχεδιασμένες συσκευές, όπως τα λογισμικά παραγωγής λόγου και τα δυναμικά συστήματα απεικόνισης, μπορούν να προσαρμοστούν στις ατομικές ανάγκες των ασθενών, επιτρέποντάς τους να επικοινωνούν πιο αποτελεσματικά (Lasker & Garrett, 2006).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η χρήση τεχνολογιών AAC μπορεί να είναι εξαιρετικά επωφελής για ασθενείς με σοβαρές μορφές αφασίας, παρέχοντας μια σταθερή πλατφόρμα επικοινωνίας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε θεραπευτικά περιβάλλοντα όσο και στην καθημερινή ζωή (Fried-Oken et al., 2012). Επιπλέον, η ενσωμάτωση αυτών των τεχνολογιών στη θεραπεία μπορεί να διευκολύνει την εκμάθηση νέων γλωσσικών δεξιοτήτων μέσω της συνεχούς πρακτικής και επανάληψης (Beukelman & Mirenda, 2013).

Παρά τα σημαντικά οφέλη, η χρήση των τεχνολογιών AAC ενδέχεται να παρουσιάζει προκλήσεις, όπως η ανάγκη για εκπαίδευση τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους στη χρήση των συσκευών. Επίσης, η πρόσβαση σε αυτές τις τεχνολογίες μπορεί να περιορίζεται από οικονομικούς παράγοντες και διαθεσιμότητα εξειδικευμένων πόρων (Lasker & Garrett, 2006). Παρόλα αυτά, η συνεχιζόμενη εξέλιξη της τεχνολογίας προσφέρει νέες δυνατότητες για την ενίσχυση της επικοινωνίας των ατόμων με αφασία, καθιστώντας την AAC έναν απαραίτητο σύμμαχο στη θεραπεία τους.

Η επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών προσεγγίσεων εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η σοβαρότητα και ο τύπος της αφασίας, οι γνωστικές ικανότητες του ασθενούς και οι ατομικές του προτιμήσεις. Η στενή συνεργασία μεταξύ του ασθενούς, της οικογένειας και των θεραπειών είναι απαραίτητη για τον καθορισμό ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού πλάνου που να ανταποκρίνεται στις μοναδικές ανάγκες κάθε περίπτωσης.

4.1.2.1 Ομαδική θεραπεία

Η ομαδική θεραπεία έχει τις αρχές της στον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο με σκοπό την εξυπηρέτηση πολλών τραυματιών. Η χρήση της ωστόσο συνεχίζεται και σήμερα αφού είναι αποτελεσματική. Οι Aten, Caligiuri, και Holland (1982) διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας σε ασθενείς με χρόνια αφασία. Η μελέτη τους έδειξε ότι η λειτουργική θεραπεία επικοινωνίας μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της επικοινωνιακής

ικανότητας των ασθενών, γεγονός που υποστηρίζει τη χρήση αυτής της μεθόδου στην κλινική πρακτική. Παράλληλα, τα αποτελέσματα των Bollinger, Musson, και Holland (1993) έδειξαν ότι η συμμετοχή σε ομάδες μπορεί να προσφέρει θετικά αποτελέσματα, ενισχύοντας την κοινωνική αλληλεπίδραση και την υποστήριξη μεταξύ των ασθενών. Επιπλέον, η έρευνα των Elman και Bernstein-Ellis (1999) ανέδειξε βελτιώσεις στις επικοινωνιακές δεξιότητες των ασθενών μετά από θεραπεία σε ομαδικό περιβάλλον, επιβεβαιώνοντας τη σημασία της ομαδικής προσέγγισης. Σε μια άλλη μελέτη, οι ίδιοι ερευνητές (Elman & Bernstein-Ellis, 1999) εξέτασαν τις ψυχολογικές πτυχές της ομαδικής θεραπείας, καταλήγοντας στην πιθανότητα η ομαδική θεραπεία να έχει “προληπτικό” όφελος για τους ασθενείς. Με τη μείωση του βαθμού απομόνωσης, ο οποίος συνήθως οφείλεται στην αφασία, είναι εφικτή η αποφυγή αρνητικών ψυχοκοινωνικών αντιδράσεων όπως η κατάθλιψη. Τέλος, οι Wertz et al. (1981) από το Veterans Administration σύγκριναν την ατομική και την ομαδική θεραπεία για την αφασία καταλήγοντας σε επιπλέον πλεονεκτήματα της δεύτερης, όπως η αύξηση ποικιλίας των λειτουργιών επικοινωνίας ή λεκτικών συνδιαλλαγών που χρησιμοποιούνται μεταξύ της ομάδας. Επιπλέον παρέχουν την αίσθηση κοινότητας στα μέλη αλλά και ένα ιδανικό περιβάλλον γλωσσικού αυτοσχεδιασμού, αυξάνοντας τους έτσι την αυτοπεποίθηση, η οποία είναι κρίσιμη για την αποκατάσταση των ασθενών.

Οι θεραπευτικές συνεδρίες μπορούν να περιλαμβάνουν μια ποικιλία ασκήσεων και δραστηριοτήτων που ενθαρρύνουν την αλληλεπίδραση, όπως παιχνίδια ρόλων, συζητήσεις ομάδας, και γλωσσικά παιχνίδια. Αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να προσαρμοστούν στις ανάγκες και τα επίπεδα των συμμετεχόντων, αυξάνοντας έτσι την ελκυστικότητα τους αλλά και την αποτελεσματικότητα (Vickers, 2010). Τέλος άλλο ένα πλεονέκτημα της ομαδικής θεραπείας έναντι της ατομικής είναι το γεγονός ότι είναι πιο οικονομική, καθώς επιτρέπει την παροχή υπηρεσιών σε περισσότερους ασθενείς ταυτόχρονα. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε περιπτώσεις περιορισμένων πόρων ή σε χώρες με περιορισμένες υγειονομικές υπηρεσίες (Elman & Bernstein-Ellis, 1999).

4.1.2.2 Θεραπεία PACE

Η Προαγωγή της Επικοινωνιακής Αποτελεσματικότητας των Αφασικών (Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness – PACE) αποτελεί μια πολυτροπική θεραπευτική προσέγγιση. Οι πολυτροπικές θεραπείες ενθαρρύνουν τη χρήση οποιουδήποτε τύπου επικοινωνίας προκειμένου να επιτευχθεί η διαβίβαση ενός μηνύματος. Αυτό ενδέχεται να περιλαμβάνει την ομιλία, τη γραφή, τη ζωγραφική, τις χειρονομίες και τη χρήση συσκευών επαυξητικής και εναλλακτικής επικοινωνίας (AAC) (Davis and Wilcox, 1985). Η θεραπεία αυτή στοχεύει στη βελτίωση της συνομιλίας και της γενικής επικοινωνίας. Στη θεραπεία PACE, υπάρχει μια συνεχής εναλλαγή μεταξύ του ρόλου του ομιλητή και του ακροατή από το άτομο με αφασία και τον λογοθεραπευτή. Ο ομιλητής καλείται να επικοινωνήσει στον ακροατή μια εικόνα ή ένα μήνυμα σε μια κάρτα, χωρίς όμως να δείξει στον ακροατή τι έχει. Έχει τη δυνατότητα να επιλέξει οποιονδήποτε τρόπο επικοινωνίας θέλει προκειμένου να μεταφέρει το μήνυμα. Σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο, ο λογοθεραπευτής μπορεί να παρέχει ανατροφοδότηση και προτροπή για τη μεταφορά του μηνύματος. Μετά τη λήψη του μηνύματος, και οι δύο εταίροι μπορούν να συζητήσουν τι λειτούργησε καλύτερα. Ο Λογοθεραπευτής μπορεί επίσης να ορίσει ένα χρονικό διάστημα για τον τερματισμό της προσπάθειας, εάν το μήνυμα δεν έχει ληφθεί. Στη συνέχεια, ο ασθενής μπορεί να συνεργαστεί με τον λογοθεραπευτή για να βρουν έναν διαφορετικό τρόπο μετάδοσης του μηνύματος. Εξαιτίας της προσαρμοστικότητας της θεραπείας PACE σε διαφορετικά επίπεδα δεξιοτήτων, κρίνεται κατάλληλη για άτομα με πολλούς τύπους και βαρύτητες αφασίας. Ένα πλεονέκτημα της θεραπείας PACE είναι ότι αντιμετωπίζει το αφασικό άτομο και τον λογοθεραπευτή ως ίσους. Αυτό ενθαρρύνει ένα θετικό περιβάλλον επικοινωνίας, η θεραπεία έτσι έχει την αίσθηση ενός παιχνιδιού. Πολλοί είναι αυτοί που το βρίσκουν διασκεδαστικό και ως μια ευκαιρία για αυξημένη κοινωνική αλληλεπίδραση και φυσική συζήτηση. Τέλος, με την PACE παρατηρήθηκε μεγαλύτερη βελτίωση στην κατονομασία συγκριτικά με την παραδοσιακή διέγερση σε έναν ασθενή με αφασία αγωγής (Li, Ketselman, Dusatko and Spinelli, 1988).

4.1.2.3 Σεναριακοί Διάλογοι

Αυτή η προσέγγιση αναπτύχθηκε από τον Holland βασίζεται στην ιδέα βελτίωσης της επικοινωνίας των ασθενών μέσα από την εξάσκηση και την επανάληψη σεναρίων ελαφρώς δύσκολων να παραχθούν από τους ίδιους (Hopper, Holland and Rewega, 2002). Η ανάγνωση απλών προτάσεων με φωνή είναι μεν απαραίτητη, όμως το σενάριο δύναται να περιλαμβάνει και οπτικά βοηθήματα, όπως λέξεις και εικόνες. Η θεραπεία με τη χρήση σεναριακών διαλόγων αξιοποιεί διάφορες μεθόδους, όπως η καθοδηγούμενη εξάσκηση, η παροχή σχολίων και η ενσωμάτωση πολυποίκιλων εργαλείων, όπως εικόνες και γραφικά, για την ενίσχυση της κατανόησης και της ικανότητας επικοινωνίας (Cherney et al., 2011). Σε συνεργασία με τους ασθενείς συχνά, οι θεραπευτές προβαίνουν σε βελτιώσεις στους διαλόγους, παρέχοντας καθοδήγηση και προωθώντας την αυτοδιόρθωση.

Μια μελέτη με σεναριακούς διαλόγους εστίασε σε δύο άτομα με μη ρέουσα αφασία. Μέσω της εξάσκησης, οι ασθενείς έμαθαν να παράγουν τα σενάρια φυσικά, και η ικανότητα αυτή μεταφέρθηκε και σε νέους συνομιλητές (Youmans et al., 2005).

4.1.3 Ψυχολογικές Παρεμβάσεις

Οι ψυχικές διαταραχές συχνά συνοδεύουν την αφασία, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και την αποτελεσματικότητα της αποκατάστασής τους. Η βελτίωση της επικοινωνιακής ικανότητας μπορεί να μειώσει την αίσθηση της απομόνωσης και της κατάθλιψης, που είναι συχνές ψυχικές διαταραχές σε ασθενείς με αφασία (Code &

Herrmann, 2003). Η θεραπεία αυτών των ψυχικών διαταραχών είναι κρίσιμη για τη συνολική αποκατάσταση των ασθενών με αφασία και περιλαμβάνει διάφορες προσεγγίσεις.

Μέθοδος CBT

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) είναι από τις πιο διαδεδομένες και γνωστές ψυχοθεραπείες τα τελευταία χρόνια. Η CBT έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους σε άτομα με αφασία, καθώς βοηθά τους ασθενείς να αναγνωρίσουν και να αλλάξουν αρνητικές σκέψεις και συμπεριφορές (Thomas et al., 2013). Επιπροσθετα, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία παρέχει έναν ασφαλή χώρο έκφρασης συναισθημάτων και λήψης υποστήριξης (Townend et al., 2007).

Μέθοδος mCBT

Για την αντιμετώπιση ψυχολογικών διαταραχών, και ιδιαίτερα της αγχώδους διαταραχής, η Μεταγνωστική Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (Metacognitive Cognitive Behavioral Therapy, MCBT) αποτελεί μια εξελιγμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Η θεραπεία mCBT εστιάζει στις μεταγνωστικές πεποιθήσεις, τις σκέψεις δηλαδή και τις αντιλήψεις που διαμορφώνουν τα άτομα για τις δικές τους γνωστικές διαδικασίες, με στόχο την αλλαγή τους. Έχει τη δυνατότητα προσαρμογής με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των ατόμων με αφασία και αγχώδη διαταραχή. Οι βασικές αρχές που τη διέπουν είναι:

1. **Αναγνώριση και Αλλαγή Μεταγνωστικών Πεποιθήσεων:** Οι ασθενείς εκπαιδεύονται στον εντοπισμό των σκέψεων που σχετίζονται με το άγχος τους και στην αναγνώριση των μεταγνωστικών πεποιθήσεων που τυχόν ενισχύουν αυτό το άγχος. (Wells, 2000).
2. **Προσοχή στην Προσοχή (Attention Training Technique):** Μέσα από ασκήσεις, η προσοχή των ασθενών εκπαιδεύεται ώστε να απομακρύνεται από την εμμονική εστίαση στις ανησυχητικές σκέψεις και να κατευθύνεται με μεγαλύτερη ευελιξία σε άλλα ερεθίσματα (Wells, 2011).
3. **Αναπλαισίωση των Ανησυχητικών Σκέψεων:** Η θεραπεία mCBT εστιάζει στην εκπαίδευση των ασθενών στον εντοπισμό και την αμφισβήτηση των ανησυχητικών

σκέψεων, με στόχο τη μείωση της αρνητικής τους επιρροής στην καθημερινή τους ζωή.

Η αποτελεσματική προσαρμογή της mCBT σε άτομα με αφασία προϋποθέτει στενή συνεργασία με λογοθεραπευτές. Στόχος είναι η αντιμετώπιση των επικοινωνιακών δυσκολιών και η διασφάλιση της προσβασιμότητας και της κατανόησης των θεραπευτικών τεχνικών από τους ασθενείς που πλήττονται από γλωσσικές διαταραχές.

Μέθοδος ADaPT

Η μέθοδος ADaPT (Aphasia Depression And Psychosocial Treatment) αποτελεί μια εξειδικευμένη παρέμβαση, προσαρμοσμένη στις ανάγκες ατόμων με αφασία που βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Baker et al., 2024). Η αφασία, στερώντας την ικανότητα έκφρασης και κατανόησης του λόγου, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, με αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση και την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής (Hilari, 2011).

Η μέθοδος ADaPT, αξιοποιώντας τεχνικές γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και προσαρμόζοντας στρατηγικές επικοινωνίας στις ιδιαιτερότητες της αφασίας, προσφέρει εξατομικευμένη υποστήριξη σε άτομα που την βιώνουν. Η μέθοδος, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της αφασίας, υιοθετεί τεχνικές επικοινωνίας που βοηθούν τους ασθενείς να ξεπεράσουν τους περιορισμούς και να εκφράσουν με αποτελεσματικότητα τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους.

Η θεραπεία περιλαμβάνει συνήθως τα ακόλουθα στάδια:

1. **Αξιολόγηση:** Στο ξεκίνημα της θεραπείας, λαμβάνει χώρα μια εκτεταμένη αξιολόγηση η οποία εστιάζει στην γλωσσική ικανότητα του ασθενούς, στην ένταση

της κατάθλιψης που βιώνει και στις εξατομικευμένες ανάγκες του σε θέματα επικοινωνίας.

2. **Εκπαίδευση στη χρήση εργαλείων επικοινωνίας:** Εκτός από τον προφορικό λόγο, οι ασθενείς εξοικειώνονται με εναλλακτικά μέσα επικοινωνίας, όπως εικόνες, σύμβολα και τεχνολογικά εργαλεία, με στόχο την αποτελεσματική έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους.
3. **Συνεδρίες γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας (CBT):** Στο πλαίσιο των συνεδριών, δίνεται έμφαση στην αναγνώριση και τροποποίηση αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών. Εφαρμόζονται διάφορες τεχνικές, όπως η αναδόμηση σκέψεων, η σταδιακή έκθεση σε κοινωνικές καταστάσεις και η εκπαίδευση σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων.
4. **Συνεργασία με φροντιστές:** Η ενεργή συμμετοχή των φροντιστών στην θεραπεία ατόμων με αφασία αποτελεί κομβικό στοιχείο της μεθόδου ADAPT. Μέσω εξειδικευμένης εκπαίδευσης, οι φροντιστές αποκτούν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να υποστηρίξουν αποτελεσματικά τον ασθενή στην υιοθέτηση των εργαλείων επικοινωνίας και των τεχνικών που μαθαίνει στις συνεδρίες γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας (CBT).
5. **Παρακολούθηση και αξιολόγηση της προόδου:** Σε τακτά χρονικά διαστήματα, η πρόοδος του ασθενούς αξιολογείται με στόχο την διασφάλιση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Βάσει αυτής της αξιολόγησης, διενεργούνται οι απαραίτητες προσαρμογές στο θεραπευτικό πλάνο.

Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου ADAPT έχει τεκμηριωθεί μέσω ερευνών, οι οποίες καταδεικνύουν μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και βελτίωση της ποιότητας ζωής για άτομα με αφασία. Η βελτίωση της επικοινωνίας, πέρα από την αντιμετώπιση της αφασίας, φέρνει και επιπλέον οφέλη. Μειώνει την απομόνωση, ενισχύοντας τις κοινωνικές δεξιότητες και προσφέροντας στους ασθενείς τα εργαλεία που χρειάζονται για μια πιο ενεργή συμμετοχή στην καθημερινότητά τους (Thomas et al., 2013)

4.2. Παρεμβάσεις στους φροντιστές

Ο ρόλος των φροντιστών είναι ουσιαστικός για την βελτίωση του ατόμου με αφασία. Η φροντίδα ατόμων με αφασία δύναται να έχει σημαντικές ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις στους φροντιστές, επηρεάζοντας αρνητικά την ψυχική τους υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Είναι απαραίτητο να υλοποιηθούν παρεμβάσεις που εστιάζουν στην υποστήριξη και την εκπαίδευση των φροντιστών. Σκοπός αυτών των παρεμβάσεων είναι η βελτίωση της ψυχικής και σωματικής ευεξίας των φροντιστών, καθώς και η ενίσχυση των δεξιοτήτων τους για την παροχή ποιοτικής φροντίδας.

4.2.1 Ομάδες Υποστήριξης και Συμβουλευτική

Σύμφωνα με τον Blaylock (2000), οι αλματώδεις εξελίξεις της σύγχρονης ιατρικής και τεχνολογίας φέρνουν στο προσκήνιο την κρίσιμη σημασία της ουσιαστικής επικοινωνίας και συνεργασίας με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Κάθε οικογένεια βιώνει μοναδικά το σωματικό και συναισθηματικό στρες. Για το σκοπό αυτό υπάρχει διαθέσιμη υποστήριξη από επαγγελματίες για να βοηθήσουν τις οικογένειες να διαχειριστούν μια συχνά απαιτητική και συναισθηματικά φορτισμένη διαδικασία. Δεν υπάρχει μια γενική φόρμουλα για την υποστήριξη φροντιστών. Κάθε οικογένεια έχει διαφορετικές ανάγκες και απαιτείται μια εξατομικευμένη αξιολόγηση για τον καθορισμό της κατάλληλης υπηρεσίας. Σύμφωνα με έρευνα των Wackerbarth και Johnson (2002), οι φροντιστές έδωσαν μεγαλύτερη βαρύτητα σε πληροφορίες που αφορούσαν τη διάγνωση, τη θεραπεία, τα νομικά και οικονομικά ζητήματα, σε σχέση με γενικές πληροφορίες φροντίδας ή έρευνες και στατιστικά στοιχεία. Εκτός από τις δικές τους ανάγκες, οι φροντιστές έδωσαν μεγάλη βαρύτητα και στην υποστήριξη που αφορά απευθείας στον ασθενή, όπως η παροχή φροντίδας στο σπίτι, η βοήθεια με δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης και η ψυχοκοινωνική υποστήριξη" (Wackerbarth & Johnson, 2002). Η οικογένεια είναι το επίκεντρο των προσεγγίσεων παρέμβασης των επαγγελματιών υγείας οι οποίοι παρέχουν εκπαίδευση σχετικά με τη

διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενούς, αλλά και για τη διαθέσιμη επανένταξη. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα μπορούν να βοηθήσουν τους φροντιστές να νιώσουν πιο ικανοί στην αντιμετώπιση προκλήσεων και στην αναζήτηση υποστήριξης σύμφωνα με τους Pratt et al. (1985). Οι ομάδες υποστήριξης προσφέρουν εξίσου βελτίωση της ψυχολογικής ευημερίας των φροντιστών και ενδυνάμωση. Η συμμετοχή στις ομάδες αυτές σημειώνει πολλαπλά φέρνει οφέλη, όπως χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Bakas et al., 2006). Η ατομική συμβουλευτική είναι επίσης μια σημαντική παρέμβαση για τους φροντιστές. Οι ψυχολογικές συνεδρίες μπορούν να προσφέρουν στους φροντιστές βοήθεια με την επεξεργασία των συναισθημάτων τους, την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης και τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας. Σύμφωνα με τους Grant, Sun, & McKibbin (2004), παρατηρείται σημαντική μείωση του στρες και ενίσχυση της ανθεκτικότητας των φροντιστών. Για την εύρεση μιας τοπικής ομάδας υποστήριξης στην περιοχή σας, επισκεφθείτε το aphasia.org (για άτομα που διαμένουν στην Αμερική). Υπάρχει επίσης το πρόγραμμα διαδικτυακών συναντήσεων που ονομάζεται εικονικές συνδέσεις. Το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί ειδικά για όσους έχουν αγγίξει την αφασία. Εκεί δίνεται η δυνατότητα συνάντησης με εκατοντάδες άλλους φροντιστές και οικογένειες από όλο τον κόσμο που κατανοούν την εμπειρία των ατόμων αυτών και μπορούν να τους προσφέρουν ενσυναίσθηση και κατανόηση. Στη χώρα μας υπάρχει ο "Ελληνικός Σύλλογος για την Αφασία" ιδρύθηκε το 1998 ως Μη κερδοσκοπικό Σωματείο, με την βοήθεια και την συνδρομή του Διεθνούς Συλλόγου για την Αφασία (Association International Aphasie). Στόχος του είναι η στήριξη και η ενημέρωση των αφασικών και των ατόμων που τους φροντίζουν, μέσω ομάδων εργασίας και δημιουργίας δικτύου ομάδων αυτοβοήθειας καθώς και άλλων δράσεων.

4.2.2 Εκπαίδευση των Φροντιστών

Η εκπαίδευση των φροντιστών είναι απαραίτητο εργαλείο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς με αφασία. Η συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης αφασίας αποτελεί σημαντικό βήμα για την ενδυνάμωση φροντιστών και την αποτελεσματική

αντιμετώπιση της πάθησης. Η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα έχει οφέλη στους φροντιστές, σύμφωνα με τους Hilari et al. (2010), καθώς ενισχύει την ψυχική τους υγεία και την ποιότητα της σχέσης τους με τον ασθενή.

4.2.3 Σύντροφοι Επικοινωνίας

Η παρέμβαση με συντρόφους επικοινωνίας (communication partner training) αποτελεί εκπαίδευση των επικοινωνιακών τους συντρόφων, όπως τα μέλη της οικογένειας, φίλοι και φροντιστές ώστε να επικοινωνούν με άτομα που πάσχουν από αφασία (Lyon J., 1989· Lyon J., 1997· Lyon J. et al., 1997· Lyon J., 1998·Kagan A., 1998· McVicker et al., 2009). Ένας επικοινωνιακός σύντροφος προσφέρει επιπρόσθετη διαπροσωπική υποστήριξη ενισχύοντας έτσι την κοινωνική συμμετοχή, την ποιότητα ζωής καθώς και την αυτοπεποίθηση των ατόμων με αφασία.

4.2.4 Κοινωνικές προσεγγίσεις

Μία από τις κοινωνικές μεθόδους θεραπείας είναι η εκπαίδευση συζύγων και οικογενειών. Η Alarcon et al. (1997) μελέτησαν την επικοινωνία μεταξύ οικογενειών και ατόμων με αφασία, βιντεοσκοπώντας τις συνεδρίες τους. Κατά αυτό τον τρόπο ο θεραπευτής παρέχει δομημένη ανατροφοδότηση για τις επιτυχημένες και μη επιτυχημένες αλληλεπιδράσεις. Μέσω αυτής της μεθόδου, τα μέλη της οικογένειας μαθαίνουν να επικοινωνούν με τρόπο πιο ωφέλιμο για τον ασθενή.

Η μελέτη του Lyon et al. (1989) προτείνει μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της αφασίας, η οποία εστιάζει όχι μόνο στο άτομο που πάσχει από την πάθηση, αλλά και στο/στη σύζυγό του/της. Η θεραπεία υλοποιείται σε συνεργασία με τον θεραπευτή, ο οποίος καλείται να αξιολογήσει τις συνήθειες και τις δραστηριότητες του ζεύγους πριν από το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Με βάση το αποτέλεσμα της αξιολόγησης, ο θεραπευτής λαμβάνει υπόψη τις ατομικές ανάγκες και δυνατότητες του

ατόμου με αφασία, καθώς και την ύπαρξη και την ποιότητα της σχέσης με το/τη σύζυγο. Στη συνέχεια, ο θεραπευτής συνεργάζεται με κάθε μέλος του ζεύγους ξεχωριστά. Στο πλαίσιο της συνεργασίας, ο θεραπευτής ενημερώνει και εκπαιδεύει το άτομο με αφασία για την πάθηση. Παράλληλα, παρέχει υποστήριξη και καθοδήγηση, βοηθώντας τον να αναπτύξει στρατηγικές για την επικοινωνία και την καθημερινή του ζωή. Ο θεραπευτής εκπαιδεύει εξίσου και το/τη σύζυγο σχετικά με την αφασία, βοηθώντας τον/την να κατανοήσει τις αλλαγές που έχουν επέλθει στο άλλο άτομο και δίνοντας του/της εργαλεία για την αποτελεσματικότερη επικοινωνία και υποστήριξη. Επιπλέον, επιτελείται και συνολική συνεργασία, με στόχο την αποκατάσταση ή την αναδιαμόρφωση των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούσαν πριν από το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Πραγματοποιείται από κοινού (ζεύγους και θεραπευτή) επιλογή δραστηριότητας/ων που μπορούν να επανεκκινήσουν, λαμβάνοντας υπόψη τις ατομικές τους ανάγκες και δυνατότητες. Μετά την ολοκλήρωση της επιλογής, παρέχεται συμβουλευτική και εκπαίδευση σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, με στόχο την υλοποίηση και την διατήρηση αυτών. Η εκπαίδευση μπορεί να εστιάσει σε πρακτικές ασκήσεις, τεχνικές επικοινωνίας, στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και άλλες δεξιότητες που κρίνονται απαραίτητες για την καθημερινή ζωή του ζεύγους.

Η μελέτη των Boles και Lewis (2000) εστιάζει στην ανάπτυξη μιας θεραπείας επίλυσης προβλημάτων ειδικά σχεδιασμένη για ζευγάρια, όπου το ένα μέλος αντιμετωπίζει αφασία. Η θεραπεία αυτή υλοποιείται σε ένα δομημένο πλαίσιο, όπου οι σύζυγοι καθοδηγούνται από τον θεραπευτή προς την υιοθέτηση αποτελεσματικών στρατηγικών και πρακτικών λύσεων για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που προκύπτουν μετά από το ΑΕΕ. Στο πλαίσιο της θεραπείας, ο θεραπευτής αξιολογεί αρχικά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το ζευγάρι στην καθημερινή του ζωή, λαμβάνοντας υπόψη τις ατομικές ανάγκες και δυνατότητες του ατόμου με αφασία, καθώς και την ύπαρξη και την ποιότητα της σχέσης με το/τη σύζυγο. Η συνεργασία του θεραπευτή με τον ασθενή είναι παρόμοια με αυτή στη μέθοδο του Lyon (1989) που είδαμε παραπάνω, η αλλαγή επέρχεται σε αυτή με τον θεραπευτή και τον/την σύζυγο. Ο θεραπευτής καθοδηγεί τους συζύγους προς την υιοθέτηση στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων μετά το ΑΕΕ. Η θεραπεία μπορεί να εστιάσει σε

διάφορους τομείς, όπως η επικοινωνία, η οργάνωση της καθημερινότητας, η οικονομική διαχείριση, η λήψη αποφάσεων, η διαχείριση συναισθημάτων, η επίλυση συγκρούσεων, η διατήρηση της κοινωνικής ζωής κ.α.

Συμπεράσματα

Η αφασία είναι μια διαταραχή της γλώσσας που προκαλείται από βλάβη στον εγκέφαλο και μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα ενός ατόμου να κατανοεί ή να παράγει λόγο. Συνήθως, προκύπτει από εγκεφαλικά επεισόδια, τραυματισμούς κεφαλής, όγκους εγκεφάλου ή νευροεκφυλιστικές ασθένειες.

Οι ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνουν μια ευρεία γκάμα καταστάσεων που επηρεάζουν τη σκέψη, τη διάθεση και τη συμπεριφορά, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή. Η σχέση μεταξύ αφασίας και ψυχικών διαταραχών είναι πολυσύνθετη και αμφίδρομη, με την κατανόηση αυτής της σχέσης να είναι καθοριστική για την αποτελεσματική αντιμετώπιση και θεραπεία των ασθενών. Η αφασία μπορεί να αποτελέσει σημαντική αιτία ψυχικών διαταραχών. Η αδυναμία επικοινωνίας επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ασθενών, καθώς η απώλεια της ικανότητας να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους μπορεί να προκαλέσει αισθήματα απογοήτευσης και απομόνωσης. Η κοινωνική απομόνωση και η αδυναμία συμμετοχής σε καθημερινές δραστηριότητες οδηγούν συχνά σε κατάθλιψη και άγχος. Οι ασθενείς με αφασία συχνά βιώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αίσθηση αδυναμίας, καθώς δεν μπορούν να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους γύρω τους, κάτι που επιδεινώνει την ψυχική τους υγεία. Οι ψυχικές διαταραχές μπορούν επίσης να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της αφασίας. Η κατάθλιψη και το άγχος επηρεάζουν αρνητικά τη συγκέντρωση και τη μνήμη, καθιστώντας δύσκολη την αποκατάσταση των γλωσσικών δεξιοτήτων. Η ψυχική κόπωση και η αδυναμία συγκέντρωσης παρεμποδίζουν την πρόοδο στη θεραπεία της αφασίας, καθώς οι ασθενείς δυσκολεύονται να συμμετάσχουν ενεργά σε ασκήσεις γλωσσικής αποκατάστασης.

Επιπρόσθετα, η παρουσία ψυχικών διαταραχών μπορεί να μειώσει την κινητοποίηση και τη συνεργασία των ασθενών, καθιστώντας πιο δύσκολη τη διαδικασία αποκατάστασης. Η διαχείριση της σχέσης μεταξύ αφασίας και ψυχικών διαταραχών απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση. Η συνεργασία μεταξύ νευρολόγων, ψυχιάτρων, λογοθεραπευτών και ψυχολόγων είναι απαραίτητη για την ολιστική φροντίδα των ασθενών. Η λογοθεραπεία μπορεί να επικεντρωθεί στην αποκατάσταση των γλωσσικών δεξιοτήτων, ενώ η

ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει στη διαχείριση των ψυχικών διαταραχών και στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ασθενών. Η φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους μπορεί να είναι επίσης αναγκαία για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχικών συμπτωμάτων που συνοδεύουν την αφασία. Η χρήση ειδικών θεραπειών και παρεμβάσεων μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με αφασία και ψυχικές διαταραχές. Η χρήση της τεχνολογίας, όπως οι εφαρμογές λογοθεραπείας και οι ηλεκτρονικές πλατφόρμες επικοινωνίας, μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να ανακτήσουν τις γλωσσικές τους δεξιότητες και να μειώσουν την κοινωνική απομόνωση.

Επιπλέον, η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης και θεραπευτικές κοινότητες μπορεί να προσφέρει συναισθηματική στήριξη και να βελτιώσει την ψυχική ευεξία των ασθενών. Η σχέση μεταξύ αφασίας και ψυχικών διαταραχών έχει σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η αδυναμία επικοινωνίας και η ψυχική δυσφορία μπορούν να οδηγήσουν σε απώλεια εργασίας και οικονομική ανασφάλεια. Οι ασθενείς με αφασία αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επανένταξή τους στην κοινωνία και την αγορά εργασίας, κάτι που επιδεινώνει την οικονομική τους κατάσταση και αυξάνει την εξάρτησή τους από τους φροντιστές και τα κοινωνικά συστήματα υγείας. Η υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους είναι κρίσιμη για την αντιμετώπιση αυτών των επιπτώσεων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Εν κατακλείδι, η σχέση μεταξύ αφασίας και ψυχικών διαταραχών είναι πολυσύνθετη και απαιτεί μια ολιστική και διεπιστημονική προσέγγιση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών. Η κατανόηση των επιπτώσεων της αφασίας στην ψυχική υγεία, καθώς και η αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών ως παραγόντων που επιδεινώνουν την αφασία, είναι κρίσιμη για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Η συνεργασία μεταξύ διαφόρων ειδικοτήτων, η χρήση ειδικών θεραπειών, η έρευνα και η εκπαίδευση, καθώς και η κοινωνική υποστήριξη, μπορούν να συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με αφασία και ψυχικές διαταραχές.

Ορισμοί

Αγραμματισμός: Με τον όρο «αγραμματισμός» γίνεται αναφορά σε ένα είδος του λόγου, το οποίο χαρακτηρίζεται από την απλούστευση της γραμματικής δομής (DeRoos, 1999). Οι de Bleser & Luzzatti (1994) και οι Goodglass & Menn (1985), σύμφωνα με τον Φυνδάνη (2009), αναφέρουν τέσσερα χαρακτηριστικά ως βασικά του αγραμματισμού:

- 1) Η διαγραφή των *λειτουργικών λέξεων* (function words) από το λόγο, δηλαδή η διαγραφή των συνδέσμων, των προθέσεων, των άρθρων, των αντωνυμιών, των βοηθητικών και των συνδετικών ρημάτων.
- 2) Η κυρίαρχη χρήση των μη λειτουργικών, *λεξικών κατηγοριών* (lexical categories), όπως είναι τα ουσιαστικά και τα ρήματα και η υπεροχή των πρώτων έναντι των δεύτερων, σε κάποιες μορφές αγραμματικού λόγου τουλάχιστον.
- 3) Η απώλεια της *ρηματικής κλίσης* (verbal inflection) και η υποκατάσταση των *παρεμφατικών* (finite) ρηματικών τύπων με τα αντίστοιχα απαρέμφατα ή μετοχές, των οποίων η χρήση εμφανίζεται συστηματική.
- 4) Η απώλεια *κλιτικών μορφημάτων* (inflectional morphemes) που κωδικοποιούν τη συμφωνία ως προς το πρόσωπο και τον αριθμό, καθώς και το γένος.

Ανοψία: Η ανοψία (από τα αρχαία ελληνικά (άν) 'χωρίς', και ὄψις 'όραση') είναι ένα ελάττωμα στο οπτικό πεδίο. Εάν το ελάττωμα είναι μόνο μερικό, τότε το τμήμα του πεδίου με το ελάττωμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την απομόνωση της υποκείμενης αιτίας.

Ημιανοψία: Η ημιανοψία αποτελεί μια οφθαλμολογική πάθηση που οφείλεται σε βλάβη στις οπτικές οδούς του εγκεφάλου. Η βλάβη αυτή έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της όρασης στο μισό, κάθετο οπτικό πεδίο. Συνήθεις αιτίες της ημιανοψίας είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο όγκος στον εγκέφαλο και η τραυματική εγκεφαλική βλάβη. Η ύπαρξη ημιανοψίας ενδέχεται να οδηγήσει σε σημαντική αναπηρία, περιορίζοντας τις δυνατότητες του ατόμου σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως η πλοήγηση, η ανάγνωση και η οδήγηση (Ruddy et al., 2024).

Ημιπληγία: Η ημιπληγία είναι η σπαστική παράλυση της μιας πλευράς του σώματος. Συνήθως, οφείλεται σε βλάβη των φλοιονωτιαίων οδών του νευρικού συστήματος

Ηχολαλία: Αυτόματη επανάληψη φράσεων ή λέξεων που ακούγονται από άλλους. Διαφέρει από την παλιλαλία, όπου το άτομο επαναλαμβάνει τις δικές του λέξεις. Στην πιο έντονη εκδοχή του, η εκδήλωση συμβαίνει αυθόρμητα και χωρίς προσπάθεια.

Ιδεοκινητική απραξία: Πρόκειται για αδυναμία μίμησης κινήσεων και αναπαράστασης με τα χέρια της χρήσης εργαλείων ή άλλων κινήσεων κατόπιν λεκτικού παραγγέλματος λ.χ. κλείσε τα μάτια σου. Και ενώ, μπορεί το άτομο με ιδεοκινητική απραξία να περιγράψει την κίνηση λεκτικά, ωστόσο η ευπραξία δεν επιτυγχάνεται. Σε αντίθεση με την ιδεακή απραξία, σε αυτή την περίπτωση υπάρχει η μνήμη της κίνησης, αλλά έχει πληγεί η σύνδεση της με τις εγκεφαλικές περιοχές που είναι υπεύθυνες για την κινητική εκτέλεση. Κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν πως στην περίπτωση της ιδεακής μορφής πλήττεται μόνο η παντομίμα της χρήσης αντικειμένων, σε αντίθεση με την ιδεοκινητική, στην οποία πλήττεται τόσο η παντομίμα όσο και η μίμηση, για αυτό και πολλοί ερευνητές θεωρούν την ιδεοκινητική απραξία ως μια πιο σοβαρή μορφή ιδεακής απραξίας (Morris, 1997 & Koski et al., 2002).

Ιδιογλωσσία: Είναι ο όρος που προσπαθεί να αποδώσει μια παράξενη, ιδιότυπη διαταραχή στην χρήση της γλώσσας κατά την οποία υιοθετείται ένα “περίεργο” λεξιλόγιο, το οποίο προέρχεται από μία ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα. Ουσιαστικά αναφέρεται στην λεγόμενη “αργκό”, η οποία χαρακτηρίζεται από ακατανόητη ή χωρίς νόημα ομιλία (και σπανιότερα γραφή), για αυτούς που δεν την μιλούν. Η ιδιογλωσσία (που είναι ο πυρήνας δυσκολιών στην αφασία Wernicke) χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει έναν ιδιότυπο λόγο με ασυνήθιστο λεξιλόγιο, “στροφιλιζόμενη” σύνταξη, που παραμένει ασαφής.

Λογόρροια: Το φαινόμενο του μεγάλου έως υπερβολικού αριθμού λέξεων που παράγει ο ασθενής ακατάσχετα δίχως κάποιο εννοιολογικό περιεχόμενο χαρακτηρίζεται ως λογόρροια. Ο λόγος χαρακτηρίζεται από σχετικά καλή ροή. Παράγεται με μικρή προσπάθεια, το μέγεθος των προτάσεων πλησιάζει το φυσιολογικό, ενώ σε σχετικά φυσιολογικό επίπεδο κυμαίνεται και η προσωδία. Η ομιλία πάσχει από πλευράς γραμματικής και σημασιολογίας και είναι δυσνόητη. Ωστόσο δεν παρουσιάζει σοβαρό πρόβλημα στη χρήση συντακτικών κανόνων.

Κατά την ομιλία οι λέξεις διακατέχονται τόσο γρήγορα η μία την άλλη με αποτέλεσμα ο ασθενής να γίνεται δύσκολα κατανοητός γιατί αυτό που λέει είναι έξω από γραμματικούς κανόνες και με λανθασμένες λέξεις.

Νεολογισμός: Ο νεολογισμός ορίζεται ως μια ψευδής λέξη που δημιουργείται ως εναλλακτική μίας λέξης-στόχου, η οποία όμως δεν μπορεί να θεωρηθεί φωνολογική παραφασία, καθώς μόνο ένα μικρότερο από το μισό τμήμα της λέξης διατηρεί την ορθή εκφορά (Goodglass & Kaplan, 1972).

Νήσος του Reil: Η Νήσος του Reil είναι μία περιοχή του εγκεφάλου μας η οποία συντονίζει την ομοιόσταση.

Παραφασία: Παραφασία ορίζεται η μη σκόπιμη παραγωγή λεκτικού μηνύματος, όπου το σφάλμα μπορεί να εντοπιστεί σε επίπεδο φωνήματος ή λέξης, ανεξάρτητα από την πρόθεση του ομιλητή. Οι γλωσσικές μονάδες δεν μπορούν να ανακτηθούν, αντικαθίστανται ή παραλείπονται εν μέρει ή/ και τμηματικά.

Σημασιολογική παραφασία: Η σημασιολογική παραφασία χαρακτηρίζεται από την αντικατάσταση της επιθυμητής λέξης με μια άλλη που φέρει παρόμοια έννοια, αν και η επιλογή της είναι λανθασμένη. Για παράδειγμα «μαχαίρι» αντί για «ψαλίδι».

Φωνημική παραφασία : Στην περίπτωση φωνημική παραφασίας, τα φωνήματα της λέξης υφίστανται τροποποιήσεις, με αντικατάσταση, προσθήκη ή αναδιάταξη. Υπάρχει ηχητική συνάφεια μεταξύ της λανθασμένης απάντησης και της επιθυμητής λέξης. Προϋπόθεση για τον χαρακτηρισμό μίας λανθασμένης εκφοράς ως φωνολογικής παραφασίας, αποτελεί η διατήρηση της σωστής εκφοράς σε τουλάχιστον το μισό τμήμα της λέξης (Goodglass & Kaplan, 1972). Πολλές φωνημικές παραφασίες (ΦΠ) λαμβάνουν τη μορφή ψευδολέξεων, οι οποίες, με την τροποποίηση ενός ή περισσότερων φωνημάτων, μπορούν να μετατραπούν σε υπαρκτές λέξεις, άσχετες όμως νοηματικά με την επιθυμητή λέξη. Για παράδειγμα «τραπέζι» -> «κραπέζι» -> «τράπεζα».

Βιβλιογραφία

- Adams, R. D., Victor, M., & Ropper, A. H. (1997). Principles of Neurology. McGraw-Hill.
- Alarcon, N., Hickey, E., Roger's, M., & Olswang, L. (1997). Family based interventions for chronic aphasia. Paper presented at the Non-Traditional Approaches to Aphasia Conference, Yountville, CA.
- Albyn Davis, G. (2011). Αφασιολογία «Διαταραχές και κλινική πρακτική», 2η εκδ. Πασχαλίδης, Ελληνική επιμέλεια: Νάσιος Γρηγόριος, σσ. 26- 28, 141- 146
- Alexander, M. P. (2000). Aphasias and related disorders. Hagerstown, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Alexander, M. P. (2000). Aphasia I: Clinical and anatomic issues. In M. J. Farah & T.E. Feinberg (Eds.) Patient-based approaches to cognitive neuroscience (pp. 165-181). Cambridge, MA: MIT Press.
- American Psychological Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Andersen, R. A. (1997). Neural mechanisms of visual motion perception in primates. *Neuron*, 18(6), 865-872.
- Anderson, J. M., Gilmore, R., Roper, S., Crosson, B., Bauer, R. M., Nadeau, S., ... & Heilman, K. M. (1999). Conduction aphasia and the arcuate fasciculus: A Reexamination of the Wernicke-Geschwind model. *Brain and Language*, 70(1), 1-12.
- Ardila, A. (2021). Aphasia handbook. Springer Nature.
- Astrom, M., Asplund, K. & Astrom, T. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke, *Stroke*, 23, 527-531.
- Aten JL, Caligiuri MP, Holland AL. (1982) The efficacy of functional communication therapy for chronic aphasic patients. *J Speech Hear Disord*; 47(1)93-96
- Babcock JC, Tharp ALT, Sharp C, Heppner W and Stanford MS (2014) Similarities and differences in impulsive/premeditated and reactive/proactive bimodal classifications of aggression. *Aggression and Violent Behavior* 19, 251–262. [Google Scholar]
- Babin, P. R. (2003). Diagnosing depression in persons with brain injuries: a look at theories, the DSM-IV and depression measure. *Brain Injury*, 17 (10), 889-900.

- Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K. F., Lewis, R. R., & Chadwick, L. (2006). Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first six months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(4), 270-279.
- Baker, C., Thomas, S., Tjokrowijoto, P., Ryan, B., Kneebone, I., & Stolwyk, R. (2024). Aphasia Depression and Psychological Therapy (ADaPT): Perspectives of People with Post-Stroke Aphasia on Participating in a Modified Cognitive Behavioral Therapy. *Healthcare*, 12(7), 771. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070771>
- Baker, E., Blumstein, S. E., & Goodglass, H. (1981). Interaction between phonological and semantic factors in auditory comprehension: Effects of speech signal quality and sentence context. *Brain and Language*, 14(1), 128-143.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Basso, A. (2003). *Aphasia and Its Therapy*. Oxford University Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 5-37.
- Benson, D. F. (1979). Aphasia. In V. B. Mountcastle (Ed.), *Handbook of Physiology -The Nervous System II* (pp. 463-482). American Physiological Society.
- Benson, D. F. (1993). *Aphasia, alexia, and agraphia*. Oxford University Press.
- Benson, D. F. (1993). Αφασίες και διαταραχές της γλώσσας: Προσεγγίσεις στη διάγνωση και τη θεραπεία. Oxford University Press.
- Benson, D. F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: A Clinical Perspective*. Oxford University Press.
- Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2013). *Augmentative and Alternative Communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs* (4th ed.). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bhogal, S. K., Teasell, R., & Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34(4), 987-993.
- Blaylock, B.L. (2000). Patients and Families as Teachers: Inspiring an Empathetic Connection. *Families, Systems & Health*, 18, 161-175

- Boles, L., & Lewis, M. (2000). Solution-focused co-therapy for a couple with aphasia. *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing*, 5, 73-78. <https://doi.org/10.xxxx/xxxxxx>
- Boles, L., & Lewis, M. (2003). Working with couples: Solution-focused aphasia therapy. *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing*, 8, 153-159. <https://doi.org/10.xxxx/xxxxxx>
- Bollinger, R., Musson, N., & Holland, A. (1993). A study of group communication intervention with chronically aphasic persons. *Aphasiology*, 7, 301-313.
- Broca, P. (1861). Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivies d'une observation d'aphémie (perte de la parole). *Bulletins de la Société Anatomique De Paris*, 6, 330-357.
- Brookshire, R. H. (2015). *Introduction to neurogenic communication disorders* (8th ed.). Mosby.
- Buchsbaum, B. R., Hickok, G., & Humphries, C. (2001). Role of the left posterior superior temporal gyrus in phonological processing for speech perception and production. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 13(5), 679-693.
- Buchsbaum, B. R., Olsen, R. K., Koch, P., & Berman, K. F. (2005). Human dorsal and ventral auditory streams subserve rehearsal-based and echoic processes during verbal working memory. *Neuron*, 48(4), 687-697.
- Caplan, D. (2012). *Neurolinguistics and linguistic aphasiology: An introduction*. Cambridge University Press.
- Catani, M., & ffytche, D. H. (2005). The rises and falls of disconnection syndromes. *Brain*, 128(10), 2224-2239.
- Champion, L., & Power, M. (2000). *Adult Psychological Problems*. (Eds.). UK: Psychology Press Ltd
- Cherney, L. R., Patterson, J. P., Raymer, A. M., Frymark, T., & Schooling, T. (2011). Evidence-based systematic review: Effects of intensity of treatment and constraint-induced language therapy for individuals with stroke-induced aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54(3), 724-738.
- Cherney, L. R., Patterson, J. P., Raymer, A., Frymark, T., & Schooling, T. (2008). Evidence-based systematic review: Effects of intensity of treatment and constraint-

induced language therapy for individuals with stroke-induced aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(5), 1282-1299.

- Cimino-Knight, A. M., Hollingsworth, H. H., & Gonzalez Rothi, L. J. (2005). Clinical management of sensorimotor speech disorders. New York, NY: Thieme.
- Clark, D. E., Smith, S. K., He, Y., Day, K. A., Licence, D. R., Corps, A. N., ... & Charnock-Jones, D. S. (1998). A vascular endothelial growth factor antagonist is produced by the human placenta and released into the maternal circulation. *Biology of reproduction*, 59(6), 1540-1548.
- Coccaro EF, Lee R and McCloskey MS (2014). Validity of the new A 1 and A 2 criteria for DSM-5 intermittent explosive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 55, 260–267.[PubMed] [Google Scholar]
- Code, C., & Herrmann, M. (2003). The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13(1-2), 109-132.
- Comings, D. E., & Mega, M. S. (2003). The pathophysiology of total aphasia: Insights from neurological studies. *Brain and Language*, 85(1), 78-92. DOI: 10.1016/S0093-934X(02)00537-5
- Cruise, S.M., Hill, A.J., Worrall, L.E., & Hickson, L.M. (2010). Factors influencing quality of life in aphasia: A mixed methods approach. *Aphasiology*, 24(3), 231-247.
- Cruise, S.M., Worrall, L.E., Hickson, L.M., & Murison, R. (2003). Measuring Quality of life in people with aphasia: The stroke and aphasia quality of life scale. *Aphasiology*, 17(3), 245-263.
- Rigby, H., Gubitz, G., & Phillips, S. (2009). A systematic review of caregiver burden following stroke. *International Journal of Stroke*, 4(4), 285-292.
- Anderson, C. S., Linto, J., & Stewart-Wynne, E. G. (1995). A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*, 26(5), 843-849.
- Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G. C., & Wilson, N. (2008). Informal carers of stroke survivors—factors influencing carers: A systematic review of quantitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 30(18), 1329-1349.
- Ostwald, S. K., Godwin, K. M., & Cron, S. G. (2009). Predictors of life satisfaction in stroke survivors and spousal caregivers after inpatient rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 34(4), 160-174.

- Pierce, L. L., Steiner, V., Govoni, A. L., Hicks, B., & Cervantez Thompson, T. L. (2004). Internet-based support for rural caregivers of persons with stroke shows promise. *Rehabilitation Nursing, 29*(3), 95-99.
- Worrall, L., & Hickson, L. (2003). *Communication disability in aging: From prevention to intervention*. Delmar Cengage Learning.
- Byng, S., & Duchan, J. F. (2005). Social model philosophies and principles: Their applications to therapies for aphasia. *Aphasiology, 19*(10-11), 906-922.
- Holland, A. L. (2007). *Counseling in communication disorders: A wellness perspective*. Plural Publishing.
- Howe, T., Worrall, L., & Hickson, L. (2008). Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology, 22*(6), 618-643.
- Parr, S., Byng, S., Gilpin, S., & Ireland, C. (1997). *Talking about aphasia: Living with loss of language after stroke*. Open University Press.
- Ross, A., Winslow, I., & Marchant, P. (2006). Evaluation of a communication group for people with aphasia: A consumer survey. *Disability and Rehabilitation, 28*(14), 801-808.
- Simmons-Mackie, N., & Damico, J. S. (2008). Counseling and aphasia treatment: Missed opportunities. *Topics in Language Disorders, 28*(4), 336-347.
- Cruise, S.M., Worrall, L.E., Hickson, L.M., & Murison, R. (2005). Family members' perspectives on quality of life in aphasia. *Aphasiology, 19*(12), 1136-1152.
- Cummings, J. L., & Mega, M. S. (2003). *Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience*. Oxford University Press.
- Cummings, J. L., & Mega, M. S. (2003). Νευροψυχολογία και νευροψυχιατρική: Περιγραφική και συνδυαστική επιστήμη. Lippincott Williams & Wilkins.
- Damasio, A. R., & Geschwind, N. (1984). The neural basis of language. *Annual Review of Neuroscience, 7*(1), 127-147.

- Damasio, A. R. (1992). *Aphasia*. *New England Journal of Medicine*, 326(8), 531-539.
- Damasio, H. (1998). Neuroanatomical correlates of the aphasias. In M. T. Sarno (Ed.), *Acquired aphasia* (3rd ed., pp. 43-68). San Diego, CA: Academic Press.
- Davis, G. A. (2007). *Aphasia and related cognitive-communication disorders*. Pearson.
- Davis, G.A., & Wilcox, M.J. (1985). *Adult aphasia rehabilitation: Applied pragmatics*. San Diego: Singular.
- de Bleser, R., & Luzzatti, C. (1994). Morphological processing in Italian agrammatic speakers syntactic implementation of inflectional morphology. *Brain and Language*, 46(1), 21–40. <https://doi.org/10.1006/brln.1994.1002>
- De Jong-Hagelstein, D., Hagoort, P., & Van Wedel, M. (2011). Efficacy of early cognitive-linguistic treatment for aphasia due to stroke: A randomised controlled trial (Rotterdam Aphasia Therapy Study-3). *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 82(11), 1272-1278.
- De Roo, E. (1999). *Agrammatic grammar: Functional categories in agrammatic speech*. Xάγη, Thesus
- Drago, V., & Foster, P. S. (2010). "Rehabilitation of aphasia: Examining the role of context and relevance." *NeuroRehabilitation*, 27(4), 387-392.
- Drummond, A. E. R., Parker, C. J., Gladman, J. R. F., & Logan, P. A. (2001). Development and validation of the Nottingham Leisure Questionnaire (NQL). *Clinical Rehabilitation*, 15, 647-656.
- Eccles, A., Morris, R., & Kneebone, I. I. (2016). Psychometric properties of the Behavioural Outcomes of Anxiety questionnaire in stroke patients with aphasia. *Clinical Rehabilitation*. doi:10.1177/ 0269215516644311
- Elman RJ, Bernstein-Ellis E. (1999). Psychological aspects of group communication treatment. Preliminary findings. *Semin Speech Lang*, 20(1):65-71, quiz 71-72
- Elman, R. J., & Bernstein-Ellis, E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(2), 411-419.

- Elman, R. J., & Bernstein-Ellis, E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 42*(2), 411-419.
- Fahlgren, M. K., Puhalla, A. A., Sorgi, K. M., & McCloskey, M. S. (2019). Emotion processing in intermittent explosive disorder. *Psychiatry Research, 273*, 544-550.
- Fanning, J. R., Coleman, M., Lee, R., & Coccaro, E. F. (2019). Subtypes of aggression in intermittent explosive disorder. *Journal of Psychiatric Research, 109*, 164-172.
- Feeney, T. J., & Ylvisaker, M. (2003). Context-sensitive behavioral supports for young children with TBI: A second injury prevention model. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 18*(1), 33-51.
- Freud, S. (1953). *On Aphasia: A Critical Study*. International Universities Press. (Original work published 1891).
- Fried-Oken, M., Beukelman, D. R., & Hux, K. (2012). Current and future AAC research considerations for adults with acquired cognitive and communication impairments. *Assistive Technology, 24*(1), 56-66.
- Gelder, M., Mayou, R., Cowen, P. (2001). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press
- Geschwind, N. (1967). The varieties of naming errors. *Cortex, 3*(2), 97-114.
- Geschwind, N. (1970). The organization of language and the brain. *Science, 170*(3961), 940-944.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983). *The assessment of aphasia and related disorders* (2nd ed.). Lea & Febiger.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1972). «The assessment of aphasia and related disorders». Philadelphia: Lea & Febiger.
- Goodglass, H., Kaplan, E., & Barresi, B. (2001). *The assessment of aphasia and related disorders* (3rd ed.). Philadelphia: Lea & Boston Febiger.
- Goodglass, H., & Menn, L. (1985). Is agrammatism a unitary phenomenon? In M. L.Kean (Ed.), *Agrammatism*. San Diego, CA: Academic Press.
- Goodglass, H., Quadfasel, F. A., & Timberlake, W. H. (1964). Phrase length and the type and degree of aphasia. *Cortex, 1*(2), 173-182.

- Goodglass, H., & Wingfield, A. (1997). *Anomia: Neuroanatomical and cognitive correlates*. Academic Press.
- Grant, J. S., Weaver, M., Elliott, T. R., Bartolucci, A. A., & Giger, J. N. (2004). Family Caregivers of stroke survivors: Characteristics of caregivers at risk for Depression. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 172–179. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.49.2.172>
- Haro, J. M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T. S., de Girolamo, G., Guyer, M. E., Jin, R., Lepine, J.-P., Mazzi, F., Reneses, B., Vilagut, G., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(4), 167–180.
- Helm-Estabrooks, N., Albert, M. L., & Nicholas, M. (2014). *Manual of aphasia and aphasia therapy* (3rd ed.). Pro-Ed.
- Hickok, G. (2012). Computational neuroanatomy of speech production. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(2), 135-145.
- Hickok, G., & Poeppel, D. (2000). Towards a functional neuroanatomy of speech perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(4), 131-138.
- Hickok, G., & Poeppel, D. (2004). Dorsal and ventral streams: A framework for understanding aspects of the functional anatomy of language. *Cognition*, 92(1-2), 67-99.
- Hickok, G., & Poeppel, D. (2007). The cortical organization of speech processing. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(5), 393-402.
- Hickok, G., Buchsbaum, B., Humphries, C., & Muftuler, T. (2003). Auditory–motor interaction revealed by fMRI: Speech, music, and working memory in area Spt. *Journal Of Cognitive Neuroscience*, 15(5), 673-682.
- Hickok, G., Houde, J., & Rong, F. (2011). Sensorimotor integration in speech processing: Computational basis and neural organization. *Neuron*, 69(3), 407-422.
- Hickok, G., Okada, K., & Serences, J. T. (2009). Area Spt in the human planum temporale supports sensory-motor integration for speech processing. *Journal of Neurophysiology*, 101(5), 2725-2732.

- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: Are people with aphasia different to those without? *Disability and Rehabilitation*, 33(3), 211-218.
- Hilari, K., Northcott, S., Roy, P., & Marshall, J. (2010). Psychological distress after stroke and aphasia: The first six months. *Clinical Rehabilitation*, 24(2), 181-190.
- Hilary, A., & Byng, S. (2009). Severity of aphasia and quality of life: What is the relationship? *Aphasiology*, 23(5), 593-603.
- Hilary, A., Byng, S., & Owen, S. (2010). Aphasia and mental health: Predictors Of depression and anxiety. *Journal of Communication Disorders*, 43(4), 325-341.
- Hilary, A., Owen, S., & Farrelly, R. (2007). The perceived impact of aphasia on quality of life. *Aphasiology*, 21(5), 554-570.
- Hilary, A., Wiggins, J., Roy, P., Byng, S., & Smith, H. (2003). The impact of aphasia on quality of life: A cross-sectional survey of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38(1), 1-23.
- Hinckley, J. J., & Packard, M. E. (2001). Family education seminars and social functioning of adults with chronic aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 34(3), 241-254.
- Hopper, T., Holland, A., & Rewega, M. (2002). Conversational coaching: Treatment Outcomes and future directions. *Aphasiology*, 16, 745-762.
- House, A., Knapp, P., Bamford, J., & Vail, A. (2001). Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. *Stroke*, 32, 696-701.
- Jackson, J. H. (1878). On affections of speech from disease of the brain. *Brain*, 1(3), 304-330.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: Methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.
- Kakouros, E. and Maniadaki, K. (2006). *Issues in Psychopathology for Children and Young People*. Typothito-Giorgos Dardanos, Athens.
- Kauhanen, M.-L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., & Sotaniemi, K. A. (2000). "Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischemic stroke." *Cerebrovascular Diseases*, 10(6), 455-461.

- Kertesz, A. (1982). *Western Aphasia Battery*. Grune & Stratton.
- Kertesz, A. (1985). *Aphasia and associated disorders: Taxonomy, localization, and recovery*. Grune & Stratton.
- Kertesz, A., & McCabe, P. (1977). Recovery patterns and prognosis in aphasia. *Brain*, 100(1), 1-18.
- Kirshner, H. S. (2004). "Aphasia and stroke." *Stroke*, 35(2), 662-666.
- Kneebone, I. I., Neffgen, L., & Pettyfer, S. (2012). Screening for depression and anxiety after stroke: Developing protocols for use in the community. *Disability and Rehabilitation*, 34, 1114–1120. doi:10.3109/09638288.2011.636137
- Konopka, A.E. (2012). History and overview of aphasia. In A.E. Konopka (Ed), *Aphasia* (pp. 1-18), Nova Science Publishers.
- Koski L, Iacoboni M, & Mazziota J.C. (2002). Deconstructing apraxia: understanding disorders of intentional movement after stroke. *Current Opinion in Neurology*, 15: 71-77.
- Kotila, M., et al. (1984). Prognostic factors in total aphasia: A longitudinal study. *Neurology*, 34(5), 645-651. DOI: 10.1212/WNL.34.5.645
- Kotila, M., Numminem, If., Waltimo, O., & Kaste, M. (1999). Post-stroke depression and functional recovery in a population-based stroke register. The Finn Stroke study. *European Journal of Neurology*, 6,309-312.
- La Pointe, L. L., & Stierwalt, J. A. G. (2020). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (3rd ed.). Thieme Medical Publishers.
- Lam, J.M., & Wodchis, W.P. (2010). The relationship of 4 different measures of chronic illness burden to stroke outcomes. *Stroke*, 41(2), 296-300.
- Lasker, J. P., & Garrett, K. L. (2006). Using AAC technologies to rebuild the communication of people with primary progressive aphasia and other neurodegenerative diseases. *Augmentative and Alternative Communication*, 22(4), 274-285.
- Laures-Gore, J., Marshall, R. S., & Verner, E. (2011). "Depression in aphasia: A biopsychosocial approach." *Aphasiology*, 25(8), 896-903.

- Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21(2), 415–416. <https://doi.org/10.2466/pr0.1967.21.2.415>
- Li, E. C., Kitzelman, K., Dusatko, D., & Spinelli, C. (1988). The efficacy of PACE in the remediation of naming deficits. *Journal of Communication Disorders*, 21, 491-503.
- Lichtheim, L. (1885). On aphasia. *Brain*, 7(4), 433-484. <https://doi.org/10.1093/brain/7.4.433>
- Lincoln, N., Kneebone, I. I., Macniven, J., & Morris, R. (2012). *Psychological Management of stroke*. Chichester, UK: Wiley.
- Lindsay, S. J., & Powell, G. E. (Eds.). (1994). *The handbook of clinical adult psychology*. Psychology Press.
- Lipsey, J. R., Robinson, R. G., Pearson, G. D., Rao, K., & Price, T. R. (1984). Nortriptyline treatment of post-stroke depression: a double blind study. *Lancet*, 1, 297-300.
- Longo, D. L., & Fauci, A. S. (2012). Aphasia. In D. L. Longo & A. S. Fauci (Eds.), *Harrison's manual of medicine* (18th ed., Ch. 61). McGraw-Hill.
- Love, R. J., & Webb, W. G. (2000). Treating the aphasic client: A clinical–experimental study of naming failures. *Aphasiology*, 14(1), 53-71.
- Lyon, J. (1989). Communication partners: Their value in reestablishing communication with aphasia adults. In T. Prescott (Ed.), *Clinical Aphasiology Conference Proceedings*. Boston, MA: College-Hill.
- Lyon, J. (1989). Communication partners: Their value in reestablishing communication with aphasia adults. In T. Prescott (Ed.), *Clinical Aphasiology Conference Proceedings*. Boston, MA: College-Hill.
- Lyon, J. (1997). Treating real-life functionality in a couple coping with severe aphasia. In N. Helm-Estabrooks & A. Holland (Eds.), *Approaches to the treatment of aphasia* (pp. 203-239). San Diego, CA: Singular Publishing.
- Lyon, J. (1997). Volunteers and partners: Moving intervention outside the treatment room. In B. Shadden & M. Toner (Eds.), *Communication and Aging* (pp. 299-324). Austin, TX: Pro-Ed.
- Lyon, J. (1998). *Coping with Aphasia*. San Diego, CA: Singular Publishing.

- Lyon, J. (1999). Service delivery for people confronting aphasia: Some thoughts and practical suggestions in troubled times. In R. Elman (Ed.), *ASHA Special Interest Division 2 Newsletter: Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders* (pp. 18-23). Rockville, MD: ASHA.
- Lyon, J. (2000). Finding, defining, and refining functionality in real-life for people confronting aphasia. In L. Worrall & C. Frattali (Eds.), *Neurogenic communication disorders: A functional approach*. New York, NY: Thieme.
- Lyon, J., & Shadden, B. (2001). Treating life consequences of aphasia's chronicity. In R. Chape (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (pp. 297-315). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lyon, J., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., & Kumpula, J. (1997). Communication partners: Enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11, 639-708.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Duncan, L., & Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 1035-1042
- McNeil, M. R., & Pratt, S. R. (2001). *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Thieme.
- McVicker, S., Parr, S., Pound, C., & Duchan, J. (2009). The communication partner scheme: A project to develop long-term, low-cost access to conversation for people living with aphasia. *Aphasiology*, 23(1), 52-71.
- Mesulam, M. M. (2001). *Primary progressive aphasia*. *Annals of Neurology*, 49(4), 425-432.
- Meinzer, M., Streiftau, S., & Rockstroh, B. (2005). Intensive language training enhances brain plasticity in chronic aphasia. *BMC Biology*, 3, 28.
- Menlove, L., Crayton, E., Kneebone, I., Allen-Crooks, R., Otto, E., & Harder, H. (2015). Predictors of anxiety after stroke: A systematic review of observational studies. *Journal Of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 24, 1107–1117. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.12.036
- Milner, A. D., & Goodale, M. A. (1995). *The visual brain in action*. Oxford University Press.

- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). Social Participation for Older People with Aphasia: The Impact of Communication Disability on Friendships. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 325-340.
- Elman, R. J. (2007). *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician's approach*. Plural Publishing.
- Kagan, A. (1998). Supported Conversation for Adults with Aphasia: Methods and Resources for Training Conversation Partners. *Aphasiology*, 12(9), 816-830.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123.
- Pound, C., Parr, S., & Lindsay, J. (2000). Beyond Aphasia: Therapies for Living with Communication Disability. *Speechmark Publishing*.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (1999). Communication strategies used by 'good' versus 'poor' speaking partners of people with aphasia. *Aphasiology*, 13(9-11), 807-820.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in Aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 28(4), 244-253.
- Worrall, L., & Holland, A. (2003). Quality of life in aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 329-332.
- Mitchell, R. L. C., & Bryan, K. (2013). Posterior Superior Temporal Sulcus and the Control of Attention to Biological Motion. *Journal of Neuroscience*, 33(39), 15442–15447.
- Morris, M.K (1997). Developmental Dyspraxia. In L. J. Gonzalez- Rothi & K. M. Heilman (Eds) *Apraxia: The Neuropsychology of Action* (pp. 257). Hillsdale, N.J:Lawrence Erlbaum Associates.
- Morris, P. L. P., Robinson, R. G., Andrzejewski, P., Samuels, J., & Price, T. R. (1993). Association of depression with 10-year poststroke mortality. *American Journal of Psychiatry*, 150,124-129
- Naeser, M. A., & Hayward, R. W. (1978). Lesion localization in aphasia with cranialcomputed tomography and the Boston Diagnostic Aphasia Exam. *Neurology*, 28(6),545-551.

- National Aphasia Association. (2009). Aphasia. Retrieved from <https://www.aphasia.org/aphasia-resources/aphasia>
- Nicholl, C. R., Lincoln, N. B., Muncaster, K., & Thomas, S. (2002). Cognitions and post-stroke depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(3), 221-231.
- Noble, L. M. (1993). A psychological approach to quality of life following stroke. PhDthesis, University of Nottingham.
- Papathanasiou, I., Coppens, P., & Potagas, C. (2014). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Jones & Bartlett Learning.
- Papathanasiou, I., & Coppens, P. (Eds.). (2017). *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Parkinson, S. R., Raymer, A. M., & Maher, L. M. (2009). "Cross-modal integration for object identification in aphasia." *Neuropsychological Rehabilitation*, 19(1), 123-143.
- Pratt, C. C., Schmall, V. L., Wright, S., & Cleland, M. (1985). Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 34(1), 27-33. <https://doi.org/10.2307/583754>
- Pulvermüller, F., Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., & Taub, E. (2001). Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke*, 32(7), 1621-1626.
- Ramasubbu, R., Flint, A., Awad, G., & Kennedy, S. (1998). Diminished serotonin mediated prolactin responses in nondepressed stroke patients compared with healthy normal subjects. *Stroke*, 29, 1293-1298.
- Raymer, A. M., Beeson, P., Holland, A., Kendall, D., Maher, L. M., Martin, N., ... & Gonzalez Rothi, L. J. (2008). Translational research in aphasia: From neuroscience to neurorehabilitation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), S259-S275.
- Robinson, R. G., Bolla-Wilson, K., Kaplan, E., Lipsey, J. R., & Price, T. R. (1986). Depression influences intellectual impairment in stroke patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 541-547.

- Rogalsky, C., Love, T., Driscoll, D., Anderson, S. W., & Hickok, G. (2011). Functional Anatomy of language and music perception: Temporal and structural factors. *Brain and Language*, 119(3), 195-202.
- Rogalsky, C., Pitz, E., Hillis, A. E., & Hickok, G. (2008). Auditory word comprehension impairment in Wernicke's aphasia: Insights from voxel-based lesion-symptom mapping. *Brain and Language*, 105(2), 89-100.
- Ross, K.B., & Wertz, R.T. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 355-364.
- Ruddy, J., Asuncion, R. M. D., & Cardenas, A. C. (2024). Hemianopsia. In *Stat Pearls*. StatPearls Publishing.
- Scott, K. M., De Jonge, P., Stein, D. J., & Kessler, R. C. (Eds.). (2018). *Mental disorders around the world: Facts and figures from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge University Press.
- Shimoda, K., & Robinson, R. G. (1999). The relationship between poststroke depression and lesion location in long-term follow-up. *Biological Psychiatry*, 45, 187-192.
- Simmons-Mackie, N., & Damico, J. S. (2009). "Engagement in group therapy for aphasia." *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(1), 30-39.
- Singh, A., Black, S. E, Herrmann, N., Leibovitch, F. S., Ebert, P., Lawrence, J., et al. (2000). Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression: The Sunnybrook Stroke Study. *Stroke*. 31(3), 637-644.
- Spaccavento, S., Craca, A., Del Prete, M., Falcone, R., Colucci, A., & Fiore, P. (2013). Quality of life measurement and outcome in aphasia. **NeuroRehabilitation**, 33(1), 23-29. <https://doi.org/10.3233/NRE-130923>
- Spencer, K. A., Tompkins, C. A., & Schulz, R. (1997). Assessment of depression inpatients with brain pathology: The case of stroke. *Psychological Bulletin*, 122 (2), 132-152
- Spreen, O., & Risser, A. H. (2003). *Assessment of aphasia*. Oxford University Press.
- Starkstein, S. E., Fedoroff, J. P., Price, T. R., Leiguarda, R., & Robinson, R. G. (1994). "Apathy following cerebrovascular lesions." *Stroke*, 25(5), 984-992.
- Takayanagi, Y., Spira, A. P., Roth, K. B., Gallo, J. J., Eaton, W. W., & Mojtabai, R. (2014). Accuracy of reports of lifetime mental and physical disorders: Results from the

Baltimore Epidemiological Catchment Area Study. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 273–280.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3705>

- Tang, W. K., Chen, Y., Lu, J., Liang, H., Chu, W. C. W., Mok, V. C. T., . . . Wong, K. S.(2012). Frontal infarcts and anxiety in stroke. *Stroke*, 4, 1426–1428.[doi:10.1161/STROKEAHA.111.640482](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.640482)
- Thomas, S. A., Bunker, L. D., & Kearney, P. J. (1998). "Affective state in aphasia: Physiological responses associated with depression and frustration." *Brain Injury*, 12(4), 319-324.
- Thomas, S. A., Walker, M. F., Macniven, J. A., Haworth, H., & Lincoln, N. B. (2013). Communication and Low Mood (CALM): A randomized controlled trial of behavioural therapy for stroke patients with aphasia. *Clinical Rehabilitation*, 27, 398–408.[DOI:10.1177/0269215512462227](https://doi.org/10.1177/0269215512462227)
- Thomas, S. A., Walker, M. F., Macniven, J. A., Haworth, H., & Lincoln, N. B. (2013). Communication and Low Mood (CALM): A randomized controlled trial of behavioral therapy for stroke patients with aphasia. *Clinical Rehabilitation*, 27(5), 398-408.
- Townend, E., Brady, M., & McLaughlan, K. (2007). A systematic evaluation of the adaptation of depression diagnostic methods for stroke survivors who have aphasia. *Stroke*, 38(11), 3076-3083.
- Turner-Stokes, L., & Hassan, N. (2002). Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1:Diagnosis, frequency and impact. *Clinical Rehabilitation*, 16,231-247.
- Vickers, C. P. (2010). Social networks after the onset of aphasia: The impact of aphasia group attendance. *Aphasiology*, 24(6-8), 902-913.
- Wackerbarth, S. B., & Johnson, M. M. (2002). Essential information and support needs of family caregivers. *Patient Education and Counseling*, 47(2), 95–100.[https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(01\)00194-x](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(01)00194-x)
- Wade, D. T., Hewer, R. L., David, R. M., & Enderby, P. M. (1986). Aphasia after stroke: Natural history and associated deficits. *Journal ofNeurology, Neurosurgery, andPsychiatry*, 49 (1), 11-16
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative CognitiveTherapy*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Wells, A. (2011). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wepman, J., & Jones, L. (1961). *Studies in aphasia: An approach to testing: The Language Modalities Test for Aphasia*. Chicago: Education-Industry Service.
- Wernicke, C. (1874). *Der aphasische symptom-complex: Eine psychologische Studie auf anatomischer basis*. *Cohn & Weigert*.
- Wertz, R. T., Collins, M. J., Weiss, D., & et al. (1981). Veterans Administration cooperative study on aphasia: A comparison of individual and group treatment. *Journal of Speech and Hearing Research*, 24(4), 580-594. <https://doi.org/10.1044/jshr.2404.580>
- WHOQOL Group. (1995). World Health Organization quality of life assessment(WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Wise, R. J., Greene, J., Büchel, C., & Scott, S. K. (2001). Brain regions involved in articulation. *The Lancet*, 353(9158), 1057-1061.
- Youmans, G., Holland, A., Munoz, M. L., & Bourgeois, M. (2005). Script training and automaticity in two individuals with aphasia. *Aphasiology*, 19, 435-449.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Βάρβογλη, Ε. (2006). *Νευροψυχολογία της γλώσσας και των αναπτυξιακών διαταραχών*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Βασσό, Α. (2003). *Aphasia and its therapy*. Oxford University Press.
- Καρπαθίου, Χ. Εμμ. (1998). *Νευρογλωσσολογική λογοθεραπεία*. ΕΛΛΗΝ.
- Μπίμπου-Νάκου, Ι. (2010). *Ψυχολογία και Σχολείο*. Στο Δ. Κωτσάκης, Ε. Μουρελή, Ι. Μπίμπου, Ε. Μπουτουλούση, Χ. Αλεξανδρή, Ε. Γκέσογλου, Κ. Καραμανώλη, Α. Στογιαννίδου (Επιμ.), *Ψυχολογία και Σχολείο*. Αθήνα: Τυπωθήτω - Γιώργος Δαρδανός.
- Φυνδάνης Β., (2009). *Διδακτορική διατριβή με θέμα: Οι λειτουργικές κατηγορίες στον ελληνικό αγραμματισμό*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη

