



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ: ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΩΙΜΗ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ
ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ

Πανταζή Αναστασία

Επιβλέπων: Ανυφαντής Εμμανουήλ

**EARLY SPEECH AND LANGUAGE
THERAPY INTERVENTION IN ADULTS
WITH APHASIA**

ΔΗΛΩΣΗ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου 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.

Αναστασία Πανταζή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα αρχικά να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στον αξιότιμο Ανυφαντή Εμμανουήλ για την ανάθεση του θέματος της πτυχιακής μου εργασίας. Η καθοδήγηση και η εμπιστοσύνη του υπήρξαν καθοριστικές για την πρώτη μου επαφή με τον τομέα της Λογοθεραπείας.

Τον ευχαριστώ θερμά για τις εύστοχες συμβουλές του και τη συνεχή υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής για τη συμβολή τους στην τελική αξιολόγηση της εργασίας μου.

Τέλος, νιώθω βαθιά ευγνωμοσύνη προς την οικογένειά μου και όλους εκείνους που στάθηκαν στο πλευρό μου σε αυτή την πορεία, προσφέροντάς μου τον πολύτιμο χρόνο, την στήριξη και την ενθάρρυνσή τους.

Περίληψη.....	8
ABSTRACT.....	9
1. Εισαγωγή.....	10
1.1 Ορισμός αφασίας.....	10
1.2 Τύποι αφασίας.....	10
1.3 Ετερογένεια και προκλήσεις στη διάγνωση	11
1.4 Νευροαπεικόνιση και παθολογικοί συσχετισμοί.....	12
1.5 Συμπεράσματα	13
2. Θεωρητικό υπόβαθρο της αφασίας.....	15
2.1 Ιστορικές και γλωσσολογικές θεωρίες	15
2.2 Γνωστικά και νευροψυχολογικά μοντέλα της αφασίας.....	15
2.3 Νευροϋπολογιστικά και δικτυακά μοντέλα της γλώσσας.....	16
2.4 Νευροπλαστικότητα και αποκατάσταση.....	17
2.5 Λειτουργικά και πραγματολογικά πλαίσια επικοινωνίας.....	18
2.6 Συμπεράσματα.....	19
3. Νευροανατομία της γλώσσας.....	20
3.1 Εισαγωγή στη νευροανατομία της γλώσσας	20
3.2 Πλευρίωση της γλώσσας (Lateralization)	20
3.3 Κλασικές περιοχές της γλώσσας	21
3.4 Συνδετικές οδοί της γλώσσας.....	21
3.5 Σύγχρονα δικτυακά μοντέλα της γλώσσας.....	22
3.6 Συσχέτιση νευροανατομίας και τύπων αφασίας.....	22
3.7 Νευροπλαστικότητα και αναδιοργάνωση της γλώσσας.....	23
3.8 Συμπεράσματα.....	23
4. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και αφασία.....	24
4.1 Ορισμός και είδη εγκεφαλικού επεισοδίου	24
4.2 Εγκεφαλικό και γλωσσικές διαταραχές.....	24
4.3 Στάδια αποκατάστασης μετά από εγκεφαλικό	25
4.4 Πορεία ανάρρωσης της γλώσσας	26
4.5 Παράγοντες πρόγνωσης	26
4.6 Συμπεράσματα.....	27
5. Πρώιμη λογοθεραπευτική παρέμβαση στην αφασία.....	28
5.1 Ορισμός της πρώιμης παρέμβασης	28
5.2 Στόχοι της πρώιμης λογοθεραπείας	28
5.3 Βασικές αρχές της πρώιμης παρέμβασης.....	29
5.4 Ο ρόλος της νευροπλαστικότητας.....	30
5.5 Ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας.....	30
5.6 Συμπεράσματα.....	31
6. Αξιολόγηση ασθενών με αφασία στο πρώιμο στάδιο	32
6.1 Εισαγωγή.....	32
6.2 Ιδιαιτερότητες της αξιολόγησης στο οξύ και πρώιμο στάδιο.....	32

6.3 Δυσκολίες κατά την πρώιμη αξιολόγηση.....	33
6.4 Κόπωση, μετακοπιαστική επιβάρυνση και αντοχή του ασθενούς	33
6.5 Στόχοι της αξιολόγησης	34
6.6 Εργαλεία αξιολόγησης	34
6.6.1 Frenchay Aphasia Screening Test – FAST	35
6.6.2 Western Aphasia Battery – WAB/WAB-R.....	35
6.6.3 Boston Diagnostic Aphasia Examination – BDAE.....	35
6.7 Αξιολόγηση αντιληπτικής επικοινωνίας	36
6.8 Λειτουργική επικοινωνία και καθημερινές ανάγκες	37
6.9 Ρόλος της οικογένειας στην αξιολόγηση.....	37
6.10 Κλινικές αρχές για σωστή πρώιμη αξιολόγηση	38
6.11 Συμπέρασμα	38
7. Θεραπευτικές προσεγγίσεις στην πρώιμη αφασία.....	39
7.1 Εισαγωγή.....	39
7.2 Βασικές αρχές θεραπείας στην πρώιμη αφασία	39
7.3 Stimulation Approach	40
7.4 Supported Communication.....	41
7.5 Functional Communication	41
7.6 Εκπαίδευση οικογένειας.....	42
7.7 Στόχοι παρέμβασης στην πρώιμη αφασία.....	42
7.8 Συμπέρασμα	43
8. Πρώιμη λογοθεραπευτική παρέμβαση στην αφασία – Ερευνητικά δεδομένα 0–6 μηνών	44
8.1 Παρέμβαση στις πρώτες 2 εβδομάδες.....	44
8.2 Παρέμβαση από 2 έως 6 εβδομάδες.....	45
8.3 Παρέμβαση από 1 έως 3 μήνες	45
8.4 Παρέμβαση από 3 έως 6 μήνες	46
8.5 Συστηματικές ανασκοπήσεις και συνολική αποτίμηση	46
8.6 Συμπεράσματα.....	47
9. Λογοθεραπευτικές μέθοδοι στην αφασία – Έρευνες, συμμετέχοντες και αποτελέσματα	48
9.1 Εισαγωγή.....	48
9.2 Κλασική λογοθεραπεία	48
9.3 Intensive Language-Action Therapy — ILAT/CIAT.....	49
9.4 Semantic Feature Analysis — SFA.....	50
9.5 Melodic Intonation Therapy — MIT.....	51
9.6 Τεχνολογικές παρεμβάσεις — Big CACTUS	52
9.7 Νευροτροποποίηση — tDCS	53
9.8 Συγκεντρωτικός συγκριτικός πίνακας.....	55
9.9 Συμπεράσματα.....	56
10. Συζήτηση των ευρημάτων	57
10.1 Εισαγωγή.....	57
10.2 Σύνδεση θεωρητικού πλαισίου και κλινικής εικόνας.....	57
10.3 Η σημασία της πρώιμης αξιολόγησης.....	58

10.4 Η πρόωγη παρέμβαση ως κρίσιμο θεραπευτικό παράθυρο	59
10.5 Σύνθεση ερευνητικών δεδομένων για το διάστημα 0–6 μηνών	60
10.6 Σύγκριση λογοθεραπευτικών μεθόδων	61
10.7 Ο ρόλος της λειτουργικής επικοινωνίας.....	62
10.8 Ο ρόλος της οικογένειας και του περιβάλλοντος.....	63
10.9 Περιορισμοί των ερευνών	63
10.10 Κλινικές προεκτάσεις.....	64
10.11 Συνολική σύνθεση.....	65
10.12 Συμπεράσματα.....	65
Βιβλιογραφία	66

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται την πρώιμη λογοθεραπευτική παρέμβαση σε ενήλικες με αφασία, με κύριο άξονα την εμφάνιση αφασικών διαταραχών μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και την αποκατάστασή τους κατά το οξύ και υποξύ στάδιο. Αναλύονται βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην πρώιμη αφασία, όπως η stimulation approach, η supported communication, η functional communication και η εκπαίδευση της οικογένειας, με έμφαση όχι μόνο στην αποκατάσταση των γλωσσικών ελλειμμάτων, αλλά και στη βελτίωση της λειτουργικής επικοινωνίας και της καθημερινής συμμετοχής του ασθενούς. Ειδικός στόχος της εργασίας είναι η παρουσίαση και αξιολόγηση ερευνητικών δεδομένων και δειγμάτων ενηλίκων με αφασία, στους οποίους εφαρμόστηκαν λογοθεραπευτικές παρεμβάσεις από τις πρώτες δύο εβδομάδες έως και τους έξι μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο, ώστε να διερευνηθεί κατά πόσο η πρώιμη, εξατομικευμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη παρέμβαση μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη γλωσσική αποκατάσταση, στην επικοινωνιακή αυτονομία, στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή και στη συνολική ποιότητα ζωής των ατόμων με αφασία.

ABSTRACT

This undergraduate thesis examines early speech and language therapy intervention in adults with aphasia, focusing primarily on aphasic disorders following stroke and their rehabilitation during the acute and subacute stages. It analyses key therapeutic approaches used in early aphasia rehabilitation, including the stimulation approach, supported communication, functional communication, and family education. Particular emphasis is placed not only on the restoration of language impairments, but also on improving functional communication and the patient's participation in everyday life. A specific aim of this thesis is to present and evaluate research findings and clinical samples of adults with aphasia who received speech and language therapy interventions from the first two weeks up to six months after stroke. In this way, the study investigates the extent to which early, individualised, and evidence-based intervention can contribute meaningfully to language recovery, communicative independence, psychosocial adjustment, and the overall quality of life of individuals with aphasia.

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ορισμός και βασικά χαρακτηριστικά της αφασίας

Η αφασία αποτελεί επίκτητη διαταραχή της γλώσσας, η οποία εμφανίζεται έπειτα από βλάβη σε εγκεφαλικές περιοχές και δίκτυα που συμμετέχουν στη γλωσσική επεξεργασία. Στους ενήλικες, μία από τις συχνότερες αιτίες εμφάνισής της είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ιδιαίτερα όταν η βλάβη αφορά το κυρίαρχο ημισφαίριο που αφορά τη γλώσσα. Η αφασία μπορεί να επηρεάσει σε διαφορετικό βαθμό την παραγωγή και την κατανόηση του προφορικού λόγου, την κατονομασία, την επανάληψη, την ανάγνωση και τη γραφή (Goodglass, Kaplan, & Barresi, 2001· Kertesz, 2007).

Η διαταραχή δεν πρέπει να ταυτίζεται με προβλήματα της άρθρωσης ή της κινητικής εκτέλεσης της ομιλίας, όπως η δυσαρθρία ή η απραξία της ομιλίας, αν και οι καταστάσεις αυτές είναι δυνατόν να συνυπάρχουν μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Στην αφασία, το κύριο έλλειμμα αφορά την επεξεργασία και τη χρήση της γλώσσας, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται σημαντικά η ικανότητα του ατόμου να επικοινωνεί αποτελεσματικά στην καθημερινή του ζωή.

Η κλινική εικόνα παρουσιάζει μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των ασθενών. Ορισμένα άτομα εμφανίζουν κυρίως δυσκολίες στην εύρεση και παραγωγή λέξεων, άλλα παρουσιάζουν σοβαρότερη διαταραχή της κατανόησης, ενώ στις βαρύτερες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάζονται σχεδόν όλες οι γλωσσικές λειτουργίες. Για τον λόγο αυτό, η αφασία δεν αποτελεί μία ενιαία κλινική κατάσταση, αλλά ένα σύνολο διαφορετικών γλωσσικών προφίλ, τα οποία εξαρτώνται από τη θέση και την έκταση της εγκεφαλικής βλάβης, τη βαρύτητα του εγκεφαλικού επεισοδίου και τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι οι επιπτώσεις της αφασίας δεν περιορίζονται στη γλωσσική επίδοση. Η δυσκολία έκφρασης και κατανόησης μπορεί να επηρεάσει την αυτονομία του ατόμου, τις κοινωνικές του σχέσεις, την επαγγελματική και οικογενειακή του ζωή, καθώς και τη δυνατότητά του να συμμετέχει ενεργά σε καθημερινές δραστηριότητες. Επομένως, η αξιολόγηση και η θεραπευτική αντιμετώπιση της αφασίας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο τη γλωσσική διαταραχή, αλλά και τη λειτουργική επικοινωνία και τη συνολική ποιότητα ζωής του ασθενούς.

1.2 Κύριοι τύποι μετα-εγκεφαλικής αφασίας

Η κλινική ταξινόμηση της αφασίας μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο βασίζεται παραδοσιακά σε χαρακτηριστικά όπως η ροή του αυθόρμητου λόγου, η κατανόηση, η ικανότητα επανάληψης και η κατονομασία. Με βάση τον συνδυασμό αυτών των χαρακτηριστικών υπάρχουν διαφορετικά αφασικά σύνδρομα, τα οποία χρησιμοποιούνται για την περιγραφή του γλωσσικού προφίλ του ασθενούς και για τον σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης (Goodglass et al., 2001· Kertesz, 2007).

Αφασία Broca. Χαρακτηρίζεται κυρίως από μη ρέοντα, κοπιώδη και συχνά τηλεγραφικό λόγο. Η παραγωγή είναι περιορισμένη και μπορεί να παρατηρούνται αγραμματισμός και δυσκολίες στην κατονομασία. Η κατανόηση απλών μηνυμάτων είναι συχνά σχετικά καλύτερα διατηρημένη σε σύγκριση με την παραγωγή, αν και μπορεί να εμφανίζονται δυσκολίες στην κατανόηση σύνθετων γραμματικών δομών.

Αφασία Wernicke. Χαρακτηρίζεται από ρέοντα λόγο, ο οποίος όμως μπορεί να περιλαμβάνει σημασιολογικά ή φωνολογικά λάθη, παραφασίες και σε ορισμένες περιπτώσεις νεολογισμούς. Η κατανόηση του προφορικού λόγου είναι σημαντικά επηρεασμένη, ενώ συχνά παρατηρείται και μειωμένη επίγνωση των γλωσσικών δυσκολιών.

Αγωγός αφασία. Σε αυτή τη μορφή η αυθόρμητη παραγωγή και η κατανόηση μπορεί να είναι σχετικά διατηρημένες, ενώ ιδιαίτερα έντονη είναι η δυσκολία στην επανάληψη λέξεων και προτάσεων. Συχνά εμφανίζονται φωνολογικές παραφασίες και επανειλημμένες προσπάθειες αυτοδιόρθωσης.

Ανωμική αφασία. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι η δυσκολία εύρεσης και ανάκλησης λέξεων, ιδιαίτερα κατά την κατονομασία αντικειμένων. Ο λόγος είναι συνήθως ρέων και η κατανόηση σχετικά διατηρημένη, αλλά εμφανίζονται συχνά παύσεις, περιφράσεις ή χρήση γενικότερων λέξεων όταν το άτομο αδυνατεί να ανακαλέσει τη λέξη-στόχο.

Ολική αφασία. Πρόκειται για μία από τις σοβαρότερες μορφές αφασίας, στην οποία επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό τόσο η παραγωγή όσο και η κατανόηση του λόγου. Παράλληλα μπορεί να παρουσιάζονται σοβαρές δυσκολίες στην επανάληψη, στην κατονομασία, στην ανάγνωση και στη γραφή. Εμφανίζεται συνήθως μετά από εκτεταμένη εγκεφαλική βλάβη.

Εκτός από τις παραπάνω μορφές, έχουν περιγραφεί και διαφλοιώδεις τύποι αφασίας, όπως η διαφλοιώδης κινητική και η διαφλοιώδης αισθητηριακή αφασία. Ωστόσο, στη σύγχρονη κλινική πράξη η ταξινόμηση σε συγκεκριμένα σύνδρομα δεν θεωρείται από μόνη της επαρκής για την πλήρη περιγραφή της γλωσσικής λειτουργίας. Η αξιολόγηση πρέπει να εξετάζει αναλυτικά τις επιμέρους γλωσσικές δεξιότητες και τις λειτουργικές επικοινωνιακές ανάγκες κάθε ατόμου.

1.3 Ετερογένεια και προκλήσεις στη διάγνωση της μετα-εγκεφαλικής αφασίας

Η αφασία μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από σημαντική κλινική ετερογένεια. Ακόμη και ασθενείς που ταξινομούνται στον ίδιο τύπο αφασίας μπορεί να παρουσιάζουν διαφορετική βαρύτητα συμπτωμάτων και διαφορετικές δυσκολίες στην παραγωγή, στην κατανόηση, στην κατονομασία, στην επανάληψη, στην ανάγνωση και στη γραφή. Για τον λόγο αυτό, οι παραδοσιακές κατηγορίες της αφασίας αποτελούν χρήσιμο περιγραφικό πλαίσιο, αλλά δεν αποτυπώνουν πάντοτε με ακρίβεια το συνολικό γλωσσικό και επικοινωνιακό προφίλ του ασθενούς.

Η ετερογένεια αυτή σχετίζεται με πολλούς παράγοντες. Ιδιαίτερη σημασία έχουν η θέση και η έκταση της εγκεφαλικής βλάβης, η σοβαρότητα του αρχικού εγκεφαλικού επεισοδίου, η ηλικία, το προνοσηρό γλωσσικό και γνωστικό επίπεδο, καθώς και η παρουσία συνοδών νευρολογικών ή γνωστικών διαταραχών. Επιπλέον, η κλινική εικόνα μπορεί να μεταβάλλεται σημαντικά κατά τις πρώτες ημέρες και εβδομάδες μετά το επεισόδιο εξαιτίας της αυτόματης νευρολογικής αποκατάστασης και της σταδιακής υποχώρησης παραγόντων όπως το εγκεφαλικό οίδημα.

Ιδιαίτερη πρόκληση κατά την πρόωπη διάγνωση αποτελεί η διαφοροδιάγνωση της αφασίας από άλλες καταστάσεις που είναι δυνατόν να συνυπάρχουν μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Η δυσαρθρία και η απραξία της ομιλίας μπορούν να επηρεάσουν την προφορική παραγωγή χωρίς να αποτελούν καθεαυτές γλωσσικές διαταραχές. Παράλληλα, διαταραχές προσοχής, μνήμης, εκτελεστικών λειτουργιών, οπτικοχωρικής επεξεργασίας ή επίπεδου συνείδησης μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την επίδοση του ασθενούς κατά τη γλωσσική αξιολόγηση.

Η διάγνωση είναι ακόμη πιο απαιτητική στο οξύ στάδιο, καθώς η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να μεταβάλλεται από ημέρα σε ημέρα. Η κόπωση, η φαρμακευτική αγωγή, η γενική ιατρική κατάσταση και η συναισθηματική επιβάρυνση μπορούν επίσης να επηρεάσουν την απόδοση. Επομένως, μία χαμηλή επίδοση σε μία μόνο αρχική αξιολόγηση δεν πρέπει απαραίτητα να θεωρείται αντιπροσωπευτική της μελλοντικής γλωσσικής λειτουργίας.

Για τον λόγο αυτό, η σύγχρονη αξιολόγηση της μετα-εγκεφαλικής αφασίας δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην απόδοση μιας διαγνωστικής ετικέτας, όπως «αφασία Broca» ή «αφασία Wernicke». Αντίθετα, απαιτεί λεπτομερή εκτίμηση των επιμέρους γλωσσικών ικανοτήτων, των διατηρημένων δεξιοτήτων, των γνωστικών και κινητικών παραγόντων, καθώς και της λειτουργικής επικοινωνίας του ασθενούς. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει τον σχεδιασμό πιο εξατομικευμένων θεραπευτικών στόχων και είναι ιδιαίτερα σημαντική στο πρώιμο στάδιο της αποκατάστασης.

1.4 Νευροαπεικόνιση και Παθολογικοί Συσχετισμοί

Η νευροαπεικόνιση έχει συμβάλει ουσιαστικά στην κατανόηση της αφασίας, καθώς επιτρέπει τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη θέση της εγκεφαλικής βλάβης και στις γλωσσικές δυσκολίες που εμφανίζει ο ασθενής. Μέθοδοι όπως η αξονική τομογραφία (CT) και η μαγνητική τομογραφία (MRI) χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση ισχαιμικών ή αιμορραγικών βλαβών και για την εκτίμηση της έκτασης και της ανατομικής τους κατανομής. Στην περίπτωση της αφασίας μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οι βλάβες εντοπίζονται συχνότερα σε περιοχές του αριστερού ημισφαιρίου που συμμετέχουν στην παραγωγή, στην κατανόηση, στην επανάληψη και στη σημασιολογική επεξεργασία του λόγου (Goodglass et al., 2001· Kertesz, 2007).

Παραδοσιακά, οι διαφορετικοί τύποι αφασίας συνδέθηκαν με βλάβες σε συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές. Για παράδειγμα, βλάβες σε μετωπιαίες περιοχές έχουν συσχετιστεί συχνότερα με δυσκολίες στην παραγωγή του λόγου, ενώ βλάβες σε κροταφικές περιοχές συνδέονται περισσότερο με διαταραχές στην κατανόηση.

Ωστόσο, η σύγχρονη έρευνα έχει δείξει ότι η γλώσσα δεν εξαρτάται αποκλειστικά από μεμονωμένα εγκεφαλικά «κέντρα», αλλά από τη συνεργασία ευρύτερων νευρωνικών δικτύων. Επομένως, η κλινική εικόνα της αφασίας επηρεάζεται όχι μόνο από τη θέση της βλάβης, αλλά και από το μέγεθός της, τη συμμετοχή των συνδετικών οδών της λευκής ουσίας και τον βαθμό διακοπής της επικοινωνίας μεταξύ των γλωσσικών περιοχών (Hickok & Poeppel, 2007). Το μοντέλο των δύο ρευμάτων, για παράδειγμα, περιγράφει ένα κοιλιακό δίκτυο που υποστηρίζει κυρίως τη σύνδεση του ήχου με το νόημα και ένα ραχιαίο δίκτυο που υποστηρίζει τη σύνδεση των ακουστικών πληροφοριών με τα αρθρωτικά συστήματα.

Η λειτουργική μαγνητική τομογραφία και οι σύγχρονες τεχνικές απεικόνισης της λευκής ουσίας έχουν προσφέρει επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία και την αναδιοργάνωση του γλωσσικού δικτύου. Μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να παρατηρηθούν μεταβολές στη λειτουργία περιοχών γύρω από τη βλάβη, διατηρημένων περιοχών του αριστερού ημισφαιρίου καθώς και ομόλογων περιοχών του δεξιού ημισφαιρίου. Οι αλλαγές αυτές σχετίζονται με τους μηχανισμούς νευροπλαστικότητας που συμμετέχουν στη διαδικασία της γλωσσικής αποκατάστασης.

Παρότι η νευροαπεικόνιση παρέχει σημαντικές διαγνωστικές και προγνωστικές πληροφορίες, δεν μπορεί από μόνη της να προβλέψει με ακρίβεια την πορεία κάθε ασθενούς. Άτομα με παρόμοια εγκεφαλική βλάβη είναι δυνατόν να παρουσιάζουν διαφορετική βαρύτητα αφασίας και διαφορετικό βαθμό αποκατάστασης. Η θέση και κυρίως η έκταση της βλάβης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την έκβαση, αλλά η πορεία της γλωσσικής αποκατάστασης παρουσιάζει σημαντική ατομική διαφοροποίηση (Wilson et al., 2023). Για τον λόγο αυτό, τα απεικονιστικά ευρήματα πρέπει να συνεκτιμώνται με τη γλωσσική και γνωστική αξιολόγηση, τη γενική νευρολογική κατάσταση και τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς.

Συνολικά, η νευροαπεικόνιση υποστηρίζει τη σύγχρονη αντίληψη ότι η αφασία αποτελεί διαταραχή ενός σύνθετου και δυναμικού γλωσσικού δικτύου. Η γνώση της θέσης και της έκτασης της βλάβης, καθώς και των μηχανισμών εγκεφαλικής αναδιοργάνωσης, συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της κλινικής εικόνας και δημιουργεί τη βάση για τον σχεδιασμό περισσότερο εξατομικευμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

1.5 Συμπεράσματα

Η αφασία μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί μια σύνθετη και κλινικά ετερογενή γλωσσική διαταραχή, η οποία μπορεί να επηρεάσει σε διαφορετικό βαθμό την παραγωγή και την κατανόηση του λόγου, την κατονομασία, την επανάληψη, την ανάγνωση και τη γραφή. Παρότι η ταξινόμηση σε επιμέρους τύπους αφασίας παραμένει χρήσιμη για την περιγραφή της κλινικής εικόνας, η σύγχρονη προσέγγιση δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο εξατομικευμένο γλωσσικό και επικοινωνιακό προφίλ κάθε ασθενούς.

Η ακριβής αξιολόγηση βασίζεται στον συνδυασμό της γλωσσικής και γνωστικής εξέτασης με τα νευρολογικά και νευροαπεικονιστικά ευρήματα. Η θέση και η έκταση της εγκεφαλικής βλάβης συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση της κλινικής εικόνας, χωρίς όμως να καθορίζουν απόλυτα τη βαρύτητα ή την πορεία της αphasίας, καθώς παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ασθενών (Wilson et al., 2023).

Η κατανόηση αυτής της ετερογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόιμη αξιολόγηση και τον σχεδιασμό της λογοθεραπευτικής παρέμβασης. Επομένως, η σύγχρονη αντιμετώπιση της αphasίας απαιτεί εξατομικευμένη προσέγγιση, η οποία λαμβάνει υπόψη τόσο τα γλωσσικά ελλείμματα όσο και τις διατηρημένες ικανότητες και τις λειτουργικές επικοινωνιακές ανάγκες του ασθενούς.

2.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΗΣ ΑΦΑΣΙΑΣ

2.1 Ιστορικές και γλωσσικές θεωρίες της αφασίας

Η επιστημονική μελέτη της αφασίας ξεκινά τον 19ο αιώνα με τη διαμόρφωση των πρώτων εντοπιστικών θεωριών. Οι κλασικές παρατηρήσεις του Paul Broca και του Carl Wernicke θεμελίωσαν την άποψη ότι η γλώσσα εντοπίζεται σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου. Η αφασία Broca συνδέθηκε με βλάβη στον κατώτερο μετωπιαίο λοβό και χαρακτηρίστηκε από μη ρέουσα ομιλία, ενώ η αφασία Wernicke συνδέθηκε με βλάβη στον άνω κροταφικό λοβό και από διαταραχή της κατανόησης (Goodglass et al., 2001).

Στη συνέχεια, τα κλασικά μοντέλα συνδεσιολογίας (connectionism) (Lichtheim, Geschwind) επέκτειναν αυτή την προσέγγιση, εισάγοντας την έννοια των συνδετικών οδών (π.χ. τοξοειδές δεμάτιο) και εξηγώντας μορφές όπως η αγωγός αφασία (Geschwind, 1965).

Παράλληλα, από τη σκοπιά της γλωσσολογίας, αναπτύχθηκαν θεωρίες που εστίασαν στη δομή της γλώσσας:

- Η δομική γλωσσολογία αντιμετώπισε τη γλώσσα ως σύστημα κανόνων.
- Η γενετική-μετασχηματιστική θεωρία (Chomsky) τόνισε τη γραμματική ικανότητα και τη διάκριση μεταξύ «γλωσσικής ικανότητας» και «γλωσσικής επιτέλεσης» (Chomsky, 1965).

Οι αφασικοί ασθενείς αποτέλεσαν σημαντικό πεδίο μελέτης για την κατανόηση της γλωσσικής δομής, καθώς τα ελλείμματά τους ανέδειξαν επιμέρους επίπεδα της γλώσσας όπως την φωνολογία, την μορφολογία, την σύνταξη και την σημασιολογία. Για τον λόγο αυτό η αφασία δεν θεωρείται πλέον ενιαία διαταραχή, αλλά σύνολο διαταραχών που επηρεάζουν διαφορετικά επίπεδα της γλωσσικής επεξεργασίας (Whitworth et al., 2014).

2.2 Γνωστικά και νευροψυχολογικά μοντέλα της αφασίας

Τα σύγχρονα γνωστικά μοντέλα μετατόπισαν το ενδιαφέρον από την απλή εντόπιση της βλάβης στη λειτουργία των επιμέρους γνωστικών μηχανισμών που εμπλέκονται στη γλώσσα.

2.2.1 Μοντέλα επεξεργασίας της γλώσσας

Η γλώσσα αντιμετωπίζεται ως αποτέλεσμα διαδοχικών σταδίων επεξεργασίας. Συγκεκριμένα στην εννοιολογική επεξεργασία, στη λεξική πρόσβαση, στην φωνολογική κωδικοποίηση και στην αρθρωτική εκτέλεση. Διαταραχή σε οποιοδήποτε στάδιο οδηγεί σε διαφορετικό τύπο γλωσσικού ελλείμματος.

2.2.2 Το ψυχολinguολογικό μοντέλο

Μοντέλα όπως του Levelt περιγράφουν την παραγωγή λόγου ως μια ιεραρχική διαδικασία (Levelt, 1989):

- επιλογή εννοιών
- ενεργοποίηση λέξεων
- φωνολογική μορφοποίηση

Αντίστοιχα, η κατανόηση περιλαμβάνει:

- ακουστική ανάλυση
- λεξική αναγνώριση
- σημασιολογική ερμηνεία

2.2.3 Νευροψυχολογική προσέγγιση

Η νευροψυχολογία συνδέει τις γνωστικές λειτουργίες με τον εγκέφαλο, μελετώντας:

- τα πρότυπα ελλειμμάτων
- τις διασπάσεις (dissociations) μεταξύ λειτουργιών
- τη σχέση μεταξύ δομής και λειτουργίας

Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει τη διάγνωση πιο εξειδικευμένων διαταραχών, όπως:

- ανωμία
- σημασιολογική αφασία
- φωνολογική διαταραχή

2.3 Νευροϋπολογιστικά και δικτυακά μοντέλα της γλώσσας

Οι σύγχρονες θεωρίες εγκαταλείπουν την αυστηρή εντοπιστική λογική και υιοθετούν δικτυακές και υπολογιστικές προσεγγίσεις.

2.3.1 Νευρωνικά δίκτυα και connectionist μοντέλα

Η γλώσσα θεωρείται αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεγάλου αριθμού νευρώνων σε δίκτυα.

Τα connectionist μοντέλα:

- προσομοιώνουν τη μάθηση μέσω εμπειρίας
- εξηγούν τα λάθη ως αποτέλεσμα αποδυνάμωσης συνδέσεων
- επιτρέπουν την κατανόηση της αποκατάστασης μέσω επανεκπαίδευσης (Dell et al., 1997).

2.3.2 Νευροϋπολογιστική προσέγγιση

Η γλωσσική επεξεργασία αντιμετωπίζεται ως υπολογιστική διαδικασία, όπου:

- πληροφορίες κωδικοποιούνται
- μετασχηματίζονται
- ανακαλούνται

Αυτό βοηθά στη μοντελοποίηση της αφασίας και στην ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων βασισμένων στην επανεκμάθηση.

2.3.3 Δικτυακά μοντέλα του εγκεφάλου (network models)

Η γλώσσα δεν περιορίζεται σε περιοχές, αλλά σε λειτουργικά δίκτυα.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το:

- Dual Stream Model
- ραχιαίο μονοπάτι → σύνδεση ήχου με παραγωγή
- κοιλιακό μονοπάτι → σύνδεση ήχου με νόημα

Η αφασία ερμηνεύεται ως διαταραχή αυτών των δικτύων και όχι απλώς τοπική βλάβη.

2.4 Νευροπλαστικότητα και αποκατάσταση

Η έννοια της νευροπλαστικότητας αποτελεί βασικό άξονα των σύγχρονων θεωριών. Μετά από εγκεφαλική βλάβη:

- ενεργοποιούνται περιοχές γύρω από τη βλάβη
- επιστρατεύονται εναλλακτικά δίκτυα
- ενισχύονται νέες συνάψεις

Η αποκατάσταση της αφασίας βασίζεται στην ικανότητα του εγκεφάλου να αναδιοργανώνεται μέσω:

- επανάληψης
- εντατικής εξάσκησης
- στοχευμένης θεραπείας (Kleim & Jones, 2008; Saur et al., 2006).

2.5 Λειτουργικά και πραγματολογικά πλαίσια επικοινωνίας

Οι σύγχρονες προσεγγίσεις μετακινούν το ενδιαφέρον από τη δομή της γλώσσας στη χρήση της γλώσσας στην καθημερινή ζωή.

2.5.1 Λειτουργική προσέγγιση

Εστιάζει:

- στην ικανότητα του ατόμου να επικοινωνεί αποτελεσματικά
- στη χρήση της γλώσσας σε πραγματικά περιβάλλοντα

Η επιτυχία δεν μετριέται μόνο με γλωσσική ακρίβεια, αλλά με λειτουργική επικοινωνία.

2.5.2 Πραγματολογική προσέγγιση

Αφορά:

- τη χρήση της γλώσσας στο κοινωνικό πλαίσιο
- την κατανόηση προθέσεων
- τη διαχείριση συνομιλίας

Η αφασία επηρεάζει:

- την εναλλαγή σειράς λόγου
- την κατανόηση συμφραζομένων
- τη χρήση μη λεκτικών στοιχείων

2.5.3 Διεθνή πλαίσια (ICF)

Το μοντέλο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICF) ενσωματώνει:

- τη βλάβη (impairment)
- τη δραστηριότητα (activity)
- τη συμμετοχή (participation)

Έτσι, η αφασία αντιμετωπίζεται όχι μόνο ως γλωσσικό έλλειμμα, αλλά και σαν μία είδους διαταραχή συμμετοχής στην κοινωνική ζωή (World Health Organization, 2001).

2.6 Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, η νευροανατομία της γλώσσας αποτελεί ένα σύνθετο και πολυδιάστατο πεδίο, το οποίο έχει εξελιχθεί σημαντικά από τις πρώτες εντοπιστικές θεωρίες έως τις σύγχρονες δικτυακές προσεγγίσεις. Η κατανόηση της δομής και της λειτουργίας των γλωσσικών δικτύων δεν είναι μόνο θεωρητικής σημασίας, αλλά έχει άμεσες εφαρμογές στην κλινική πράξη, καθώς συμβάλλει τόσο στη διάγνωση όσο και στον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων για άτομα με αφασία.

3.ΝΕΥΡΟΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ ΣΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ

3.1 Εισαγωγή στη νευροανατομία της γλώσσας

Η γλώσσα αποτελεί μία από τις πιο σύνθετες γνωστικές λειτουργίες του ανθρώπινου εγκεφάλου και βασίζεται στη συνεργασία πολλαπλών εγκεφαλικών περιοχών και νευρωνικών δικτύων. Η κατανόηση της νευροανατομικής οργάνωσης της γλώσσας είναι θεμελιώδης για την ερμηνεία των γλωσσικών διαταραχών, όπως η αφασία, καθώς επιτρέπει τη σύνδεση μεταξύ της θέσης της εγκεφαλικής βλάβης και της κλινικής εικόνας του ασθενούς.

Παραδοσιακά, η γλώσσα θεωρούνταν ότι εντοπίζεται κυρίως στο αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου, ιδιαίτερα στους δεξιόχειρες. Ωστόσο, σύγχρονες έρευνες δείχνουν ότι η γλωσσική λειτουργία είναι αποτέλεσμα δυναμικής αλληλεπίδρασης ευρύτερων νευρωνικών δικτύων που εκτείνονται και στα δύο ημισφαίρια.

3.2 Πλευρίωση της γλώσσας (Lateralization)

Η έννοια της πλευρίωσης αναφέρεται στην κυριαρχία του ενός εγκεφαλικού ημισφαιρίου για συγκεκριμένες λειτουργίες. Στη γλώσσα, το αριστερό ημισφαίριο θεωρείται κυρίαρχο στο μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού (περίπου 90–95% των δεξιόχειρων και σημαντικό ποσοστό των αριστερόχειρων).

Παρόλα αυτά, το δεξί ημισφαίριο συμμετέχει σε σημαντικές πτυχές της επικοινωνίας, όπως:

- η προσωδία (ρυθμός, τόνος φωνής),
- η κατανόηση μεταφορών και χιούμορ,
- η επεξεργασία συμφραζομένων.

Η συμμετοχή και των δύο ημισφαιρίων εξηγεί εν μέρει την ικανότητα αποκατάστασης της γλώσσας μετά από εγκεφαλική βλάβη.

3.3 Κλασικές περιοχές της γλώσσας

3.3.1 Περιοχή Broca

Η περιοχή Broca εντοπίζεται στον κατώτερο μετωπιαίο λοβό του αριστερού ημισφαιρίου και σχετίζεται κυρίως με:

- την παραγωγή του λόγου,
- τον γραμματικό σχεδιασμό,
- τον κινητικό προγραμματισμό της ομιλίας.

Βλάβη στην περιοχή αυτή οδηγεί σε:

- μη ρέουσα, κοπιώδη ομιλία
- σύντομες, τηλεγραφικές προτάσεις
- σχετικά καλή κατανόηση

3.3.2 Περιοχή Wernicke

Η περιοχή Wernicke βρίσκεται στον άνω κροταφικό λοβό και είναι υπεύθυνη για:

- την κατανόηση του προφορικού λόγου,
- τη σημασιολογική επεξεργασία.

Βλάβη στην περιοχή αυτή προκαλεί:

- ρέουσα αλλά μη κατανοητή ομιλία
- χρήση λανθασμένων ή ανύπαρκτων λέξεων
- σοβαρή διαταραχή κατανόησης

3.4 Συνδετικές οδοί της γλώσσας

Η γλωσσική λειτουργία δεν βασίζεται μόνο σε μεμονωμένες περιοχές, αλλά και στις συνδέσεις μεταξύ τους.

3.4.1 Τοξοειδές δεμάτιο (Arcuate fasciculus)

Αποτελεί τη βασική συνδετική οδό μεταξύ της περιοχής Broca και της περιοχής Wernicke. Συμβάλλει:

- στη μεταφορά πληροφοριών από την κατανόηση στην παραγωγή,
- στην επανάληψη του λόγου.

Βλάβη στο τοξοειδές δεμάτιο οδηγεί σε αγωγό αφασία (καλή κατανόηση και παραγωγή, αλλά διαταραχή επανάληψης)

3.4.2 Άλλες συνδετικές δομές

Πέρα από το τοξοειδές δεμάτιο, εμπλέκονται:

- μέτωπο-κροταφικές συνδέσεις,
- υποφλοιώδεις δομές (βασικά γάγγλια),
- θάλαμος.

Οι δομές αυτές συμβάλλουν στον συντονισμό της γλωσσικής επεξεργασίας, στη ρύθμιση της ροής του λόγου.

3.5 Σύγχρονα δικτυακά μοντέλα της γλώσσας

Οι σύγχρονες νευροεπιστήμες προτείνουν ότι η γλώσσα αποτελεί προϊόν λειτουργίας ευρέων νευρωνικών δικτύων.

3.5.1 Dual Stream Model

Το πιο αποδεκτό σύγχρονο μοντέλο είναι το μοντέλο των δύο ρευμάτων:

Ραχιαίο (dorsal stream): Συνδέει τον ήχο με την παραγωγή του λόγου (φωνολογική επεξεργασία, επανάληψη)

Κοιλιακό (ventral stream): Συνδέει τον ήχο με το νόημα (σημασιολογική κατανόηση)

Η αφασία ερμηνεύεται πλέον ως διαταραχή αυτών των ρευμάτων και όχι μόνο συγκεκριμένων περιοχών.

3.6 Συσχέτιση νευροανατομίας και τύπων αφασίας

Η κατανόηση της νευροανατομίας επιτρέπει τη σύνδεση θέσης βλάβης → τύπου αφασίας → συμπτωμάτων (Goodglass et al., 2001; Kertesz, 2007).

Περιοχή βλάβης	Τύπος αφασίας	Χαρακτηριστικά
Μετωπιαίος λοβός (Broca)	Αφασία Broca	Μη ρέουσα ομιλία
Κροταφικός λοβός (Wernicke)	Αφασία Wernicke	Διαταραχή κατανόησης
Εκτεταμένη βλάβη	Ολική αφασία	Σοβαρή διαταραχή
Τοξοειδές δεμάτιο	Αγωγός αφασία	Διαταραχή επανάληψης

Η κλινική εικόνα, ωστόσο, δεν είναι πάντα απόλυτα προβλέψιμη, λόγω της πολυπλοκότητας των εγκεφαλικών δικτύων (Hickok & Poeppel, 2007).

3.7 Νευροπλαστικότητα και αναδιοργάνωση της γλώσσας

Μετά από εγκεφαλική βλάβη, ο εγκέφαλος έχει την ικανότητα να αναδιοργανώνεται.

Οι βασικοί μηχανισμοί περιλαμβάνουν:

- ενεργοποίηση γειτονικών περιοχών
- συμμετοχή του δεξιού ημισφαιρίου
- ενίσχυση εναλλακτικών νευρωνικών οδών

Η νευροπλαστικότητα είναι ιδιαίτερα έντονη στους πρώτους μήνες μετά το εγκεφαλικό, γεγονός που καθιστά κρίσιμη την πρώιμη παρέμβαση.

3.8 Συμπεράσματα

Η νευροανατομία της γλώσσας αποτελεί βασικό πυλώνα για την κατανόηση της αφασίας. Από τις κλασικές εντοπιστικές θεωρίες έως τα σύγχρονα δικτυακά μοντέλα, η επιστημονική γνώση έχει εξελιχθεί σημαντικά, αναδεικνύοντας ότι η γλώσσα δεν αποτελεί λειτουργία μεμονωμένων περιοχών αλλά αποτέλεσμα σύνθετων νευρωνικών αλληλεπιδράσεων. Η κατανόηση αυτών των μηχανισμών είναι καθοριστική για τη διάγνωση της αφασίας, την ερμηνεία των συμπτωμάτων και τον σχεδιασμό αποτελεσματικών λογοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

4.ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΦΑΣΙΑ

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες νευρολογικών διαταραχών στους ενήλικες και συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση αφασίας. Η αιφνίδια διακοπή της αιμάτωσης σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη γλώσσα έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση γλωσσικών ελλειμμάτων, η βαρύτητα και η μορφή των οποίων εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Η κατανόηση του μηχανισμού του εγκεφαλικού επεισοδίου, της πορείας αποκατάστασης και των παραγόντων που επηρεάζουν την έκβαση είναι καθοριστική για τον σχεδιασμό της λογοθεραπευτικής παρέμβασης, ιδιαίτερα στο πρώιμο στάδιο.

4.1 Ορισμός και είδη εγκεφαλικού επεισοδίου

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ορίζεται ως η αιφνίδια εμφάνιση νευρολογικών συμπτωμάτων που προκαλούνται από διαταραχή της αιματικής ροής στον εγκέφαλο. Η διαταραχή αυτή οδηγεί σε έλλειψη οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών, με αποτέλεσμα την καταστροφή εγκεφαλικού ιστού. Ανάλογα με τον μηχανισμό που προκαλεί τη βλάβη, τα εγκεφαλικά επεισόδια διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες.

Το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι το συχνότερο και προκύπτει όταν ένα αιμοφόρο αγγείο αποφράσσεται, εμποδίζοντας τη ροή του αίματος προς μια περιοχή του εγκεφάλου. Η απόφραξη μπορεί να οφείλεται σε θρόμβο που σχηματίζεται τοπικά ή σε εμβολή που μεταφέρεται από άλλο σημείο του σώματος. Η έλλειψη αιμάτωσης οδηγεί σε νέκρωση των νευρικών κυττάρων, ιδιαίτερα σε περιοχές που είναι ευαίσθητες, όπως οι γλωσσικές περιοχές του αριστερού ημισφαιρίου.

Αντίθετα, το αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο προκαλείται από ρήξη ενός αγγείου και διαρροή αίματος στον εγκεφαλικό ιστό. Η παρουσία αίματος ασκεί πίεση στις γύρω δομές και διαταράσσει τη φυσιολογική λειτουργία των νευρώνων. Αν και λιγότερο συχνό, το αιμορραγικό εγκεφαλικό συνδέεται συχνά με πιο σοβαρή κλινική εικόνα.

Συνοπτικά, τα δύο είδη εγκεφαλικού διαφέρουν ως προς τον μηχανισμό πρόκλησης, αλλά και τα δύο μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη γλωσσική λειτουργία, όταν πλήττουν κρίσιμες περιοχές του εγκεφάλου (Hankey, 2017).

4.2 Εγκεφαλικό και γλωσσικές διαταραχές

Η εμφάνιση αφασίας μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο συνδέεται άμεσα με τη βλάβη περιοχών που συμμετέχουν στη γλωσσική επεξεργασία. Όπως έχει αναφερθεί στο

θεωρητικό υπόβαθρο, η γλώσσα δεν εντοπίζεται σε μία μόνο περιοχή, αλλά αποτελεί αποτέλεσμα συνεργασίας πολλών δομών. Όταν η αιμάτωση διακοπεί σε αυτές τις περιοχές, η λειτουργία τους διαταράσσεται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση γλωσσικών ελλειμμάτων.

Η αφασία προκαλείται κυρίως όταν επηρεάζονται:

- ο μετωπιαίος λοβός (περιοχή Broca),
- ο κροταφικός λοβός (περιοχή Wernicke),
- οι συνδετικές οδοί μεταξύ τους (όπως το τοξοειδές δεμάτιο),
- ευρύτερα δίκτυα του αριστερού ημισφαιρίου.

Η μορφή της αφασίας εξαρτάται από τη θέση της βλάβης. Για παράδειγμα, βλάβη στον μετωπιαίο λοβό οδηγεί σε δυσκολία παραγωγής λόγου, ενώ βλάβη στον κροταφικό λοβό επηρεάζει κυρίως την κατανόηση. Σε εκτεταμένες βλάβες, μπορεί να εμφανιστεί ολική αφασία, με σοβαρή διαταραχή σε όλα τα επίπεδα της γλώσσας.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αφασία δεν αποτελεί απλώς ένα γλωσσικό πρόβλημα, αλλά επηρεάζει συνολικά την επικοινωνιακή ικανότητα του ατόμου, καθώς και τη συμμετοχή του στην καθημερινή ζωή (Hickok & Poeppel, 2007; Wilson et al., 2023).

4.3 Στάδια αποκατάστασης μετά από εγκεφαλικό

Η αποκατάσταση μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο δεν είναι μια στατική διαδικασία, αλλά εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και διακρίνεται σε τρία βασικά στάδια, τα οποία έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη λογοθεραπευτική παρέμβαση.

Οξύ στάδιο (0–2 εβδομάδες)

Το οξύ στάδιο αφορά τις πρώτες ημέρες μετά το εγκεφαλικό και χαρακτηρίζεται από έντονη νευρολογική αστάθεια. Σε αυτή τη φάση, προτεραιότητα έχει η ιατρική σταθεροποίηση του ασθενούς. Η γλωσσική εικόνα μπορεί να είναι ιδιαίτερα βαριά, αλλά συχνά δεν αντικατοπτρίζει την τελική κατάσταση, καθώς παρατηρούνται ταχείες μεταβολές.

Υποξύ στάδιο (2 εβδομάδες – 6 μήνες)

Το υποξύ στάδιο θεωρείται το πιο κρίσιμο για την αποκατάσταση της γλώσσας. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ενεργοποιούνται μηχανισμοί νευροπλαστικότητας, παρατηρείται σημαντική βελτίωση της γλωσσικής λειτουργίας, η λογοθεραπευτική παρέμβαση μπορεί να έχει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

Η περίοδος αυτή αποτελεί το βασικό πεδίο εφαρμογής της πρώιμης παρέμβασης.

Χρόνιο στάδιο (>6 μήνες)

Μετά τους έξι μήνες, η αποκατάσταση συνεχίζεται αλλά με πιο αργό ρυθμό. Οι βελτιώσεις είναι συνήθως πιο σταδιακές και απαιτούν μεγαλύτερη διάρκεια και ένταση παρέμβασης.

4.4 Πορεία ανάρρωσης της γλώσσας

Η ανάρρωση της γλώσσας μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο είναι αποτέλεσμα δύο βασικών διαδικασιών: της αυτόματης αποκατάστασης και της θεραπευτικής παρέμβασης.

Η αυτόματη αποκατάσταση αναφέρεται στη φυσική βελτίωση που παρατηρείται χωρίς συστηματική θεραπεία. Αυτή οφείλεται κυρίως:

- στη μείωση του εγκεφαλικού οιδήματος,
- στην επαναφορά της αιμάτωσης,
- στην ενεργοποίηση νευρωνικών μηχανισμών.

Η μεγαλύτερη αυτόματη βελτίωση παρατηρείται κατά τους πρώτους μήνες μετά το επεισόδιο.

Ωστόσο, η θεραπευτική παρέμβαση παίζει καθοριστικό ρόλο στη μακροπρόθεσμη αποκατάσταση. Μέσω της λογοθεραπείας:

- ενισχύονται οι μηχανισμοί νευροπλαστικότητας,
- ενεργοποιούνται εναλλακτικές νευρωνικές οδοί,
- βελτιώνεται η λειτουργική επικοινωνία.

Η συνδυαστική δράση αυτών των δύο διαδικασιών καθορίζει την τελική έκβαση της γλωσσικής αποκατάστασης.

4.5 Παράγοντες πρόγνωσης

Η πορεία της αφασίας μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο δεν είναι ίδια για όλους τους ασθενείς. Υπάρχουν σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση και την αποτελεσματικότητα της αποκατάστασης.

Οι βασικότεροι είναι:

- Η ηλικία: Νεότερα άτομα παρουσιάζουν συνήθως καλύτερη αποκατάσταση, λόγω μεγαλύτερης νευροπλαστικότητας.
- Η έκταση και η θέση της βλάβης: Εκτεταμένες βλάβες ή βλάβες σε κρίσιμες γλωσσικές περιοχές συνδέονται με πιο σοβαρή αφασία.
- Ο τύπος της αφασίας: Ορισμένοι τύποι, όπως η ανωμική αφασία, έχουν καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με την ολική αφασία.
- Η έγκαιρη παρέμβαση: Η έναρξη λογοθεραπείας στο πρώιμο στάδιο συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα, καθώς αξιοποιεί τη φάση αυξημένης νευροπλαστικότητας.
- Επιπλέον, σημαντικό ρόλο παίζουν και παράγοντες όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, η ψυχολογική κατάσταση και η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον.

4.6 Συμπεράσματα

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης αφασίας στους ενήλικες και επηρεάζει άμεσα τη λειτουργία των γλωσσικών δικτύων του εγκεφάλου. Η κατανόηση των μηχανισμών πρόκλησης, της πορείας αποκατάστασης και των παραγόντων πρόγνωσης είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της διαταραχής. Ιδιαίτερα σημαντική αναδεικνύεται η περίοδος των πρώτων μηνών μετά το εγκεφαλικό, κατά την οποία παρατηρείται αυξημένη δυνατότητα αποκατάστασης. Η γνώση αυτή οδηγεί φυσικά στην ανάγκη διερεύνησης της πρώιμης λογοθεραπευτικής παρέμβασης, η οποία θα αποτελέσει αντικείμενο του επόμενου κεφαλαίου.

5.ΠΡΩΙΜΗ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ

Η πρώιμη λογοθεραπευτική παρέμβαση αποτελεί έναν από τους πιο κρίσιμους παράγοντες για την αποκατάσταση της αφασίας μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Όπως αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι πρώτοι μήνες μετά το επεισόδιο χαρακτηρίζονται από αυξημένη νευροπλαστικότητα, γεγονός που δημιουργεί ένα «παράθυρο ευκαιρίας» για τη βελτίωση της γλωσσικής λειτουργίας. Στο πλαίσιο αυτό, η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας δεν αποσκοπεί μόνο στην αποκατάσταση των γλωσσικών ελλειμμάτων, αλλά και στην πρόληψη δευτερογενών επιπτώσεων, όπως η κοινωνική απομόνωση και η μείωση της ποιότητας ζωής.

5.1 Ορισμός της πρώιμης παρέμβασης

Η έννοια της πρώιμης παρέμβασης αναφέρεται στην έναρξη της λογοθεραπευτικής διαδικασίας σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά την εμφάνιση της αφασίας, συνήθως εντός των πρώτων εβδομάδων έως και των πρώτων έξι μηνών μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Η χρονική αυτή περίοδος αντιστοιχεί στο οξύ και υποξύ στάδιο αποκατάστασης, κατά τα οποία ο εγκέφαλος παρουσιάζει αυξημένη ικανότητα αναδιοργάνωσης.

Η πρώιμη παρέμβαση δεν σημαίνει απαραίτητα εντατική θεραπεία από την πρώτη ημέρα, αλλά προϋποθέτει (Godecke et al., 2021):

- έγκαιρη αξιολόγηση των γλωσσικών δεξιοτήτων,
- σταδιακή εισαγωγή θεραπευτικών δραστηριοτήτων,
- προσαρμογή της έντασης στις ανάγκες και την αντοχή του ασθενούς.

Η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας επιτρέπει την καλύτερη αξιοποίηση των νευροβιολογικών μηχανισμών που ενεργοποιούνται μετά τη βλάβη.

5.2 Στόχοι της πρώιμης λογοθεραπείας

Οι στόχοι της πρώιμης παρέμβασης είναι πολυδιάστατοι και δεν περιορίζονται μόνο στη γλωσσική αποκατάσταση. Αντίθετα, περιλαμβάνουν τόσο γλωσσικές όσο και λειτουργικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις.

Συγκεκριμένα, η πρώιμη λογοθεραπεία στοχεύει:

- στην αποκατάσταση βασικών γλωσσικών λειτουργιών, όπως η κατανόηση και η παραγωγή λόγου,
- στη βελτίωση της λειτουργικής επικοινωνίας στην καθημερινή ζωή,
- στην ενίσχυση της συμμετοχής του ατόμου σε κοινωνικές δραστηριότητες,
- στην πρόληψη της απογοήτευσης και της απομόνωσης,
- στη στήριξη της οικογένειας και του περιβάλλοντος.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι στόχοι αυτοί διαφοροποιούνται ανάλογα με τη βαρύτητα της αφασίας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς.

5.3 Βασικές αρχές της πρώιμης παρέμβασης

Η αποτελεσματικότητα της πρώιμης λογοθεραπείας βασίζεται σε ορισμένες θεμελιώδεις αρχές, οι οποίες καθοδηγούν τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της θεραπείας.

Εξατομίκευση της παρέμβασης. Κάθε ασθενής παρουσιάζει διαφορετικό προφίλ γλωσσικών ελλειμμάτων και αναγκών. Για τον λόγο αυτό, η θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται:

- στο επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου,
- στον τύπο της αφασίας,
- στους προσωπικούς στόχους και τις καθημερινές ανάγκες.
- Ένταση και συχνότητα θεραπείας

Η ένταση της παρέμβασης αποτελεί σημαντικό παράγοντα αποτελεσματικότητας. Ωστόσο, στο πρώιμο στάδιο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

- η φυσική κόπωση του ασθενούς,
- η γενική κατάσταση υγείας,
- η ικανότητα συγκέντρωσης.
- Έμφαση στη λειτουργική επικοινωνία

Η σύγχρονη λογοθεραπεία δεν περιορίζεται στη σωστή παραγωγή λέξεων ή προτάσεων, αλλά εστιάζει στη δυνατότητα του ατόμου να επικοινωνεί αποτελεσματικά. Αυτό σημαίνει ότι:

- δίνεται προτεραιότητα σε καθημερινές επικοινωνιακές καταστάσεις,
- ενισχύονται πρακτικές δεξιότητες επικοινωνίας,
- αξιοποιούνται εναλλακτικοί τρόποι έκφρασης όταν χρειάζεται.

5.4 Ο ρόλος της νευροπλαστικότητας

Η έννοια της νευροπλαστικότητας αποτελεί τον βασικό επιστημονικό άξονα που στηρίζει την πρόωμη παρέμβαση. Μετά από εγκεφαλική βλάβη, ο εγκέφαλος διαθέτει την ικανότητα να αναδιοργανώνεται, δημιουργώντας νέες συνδέσεις και επαναπροσδιορίζοντας λειτουργίες.

Κατά το πρώιμο στάδιο παρατηρούνται:

- αυξημένη δραστηριότητα γύρω από τη βλάβη,
- ενεργοποίηση εναλλακτικών νευρωνικών δικτύων,
- συμμετοχή του δεξιού ημισφαιρίου.

Η λογοθεραπεία λειτουργεί ως «ερέθισμα» που ενισχύει αυτές τις διαδικασίες. Μέσω της επανάληψης και της στοχευμένης εξάσκησης:

- ενδυναμώνονται οι νέες συνδέσεις,
- βελτιώνεται η γλωσσική απόδοση,
- ενισχύεται η λειτουργική αποκατάσταση (Kleim & Jones, 2008, Saur et al., 2006).

Η αξιοποίηση της νευροπλαστικότητας είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν η παρέμβαση ξεκινά έγκαιρα.

5.5 Ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας

Η αποκατάσταση της αφασίας δεν αποτελεί αποκλειστικά έργο του λογοθεραπευτή, αλλά απαιτεί τη συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας. Η ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς επιτυγχάνεται μέσω της συνδυαστικής δράσης διαφορετικών ειδικοτήτων.

Η ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει:

- λογοθεραπευτή,
- νευρολόγο,
- φυσικοθεραπευτή,
- εργοθεραπευτή,
- ψυχολόγο.

Παράλληλα, ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της οικογένειας, η οποία υποστηρίζει την καθημερινή επικοινωνία, ενισχύει την εφαρμογή των θεραπευτικών στρατηγικών και συμβάλλει στην ψυχολογική στήριξη του ασθενούς.

Η συνεργασία όλων αυτών των παραγόντων ενισχύει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.

5.6 Συμπεράσματα

Η πρώτη λογοθεραπευτική παρέμβαση αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα για την αποκατάσταση της αφασίας, καθώς αξιοποιεί τη φάση αυξημένης νευροπλαστικότητας που παρατηρείται μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Μέσα από μια εξατομικευμένη, λειτουργική και επιστημονικά τεκμηριωμένη προσέγγιση, είναι δυνατόν να επιτευχθεί σημαντική βελτίωση της γλωσσικής και επικοινωνιακής ικανότητας.

Η κατανόηση των αρχών της πρώτης παρέμβασης δημιουργεί τη βάση για την περαιτέρω διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, η οποία θα παρουσιαστεί στο επόμενο κεφάλαιο μέσα από την ανασκόπηση ερευνητικών δεδομένων.

6.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ ΣΤΟ ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ

6.1 Εισαγωγή

Η αξιολόγηση της αφασίας στο πρώιμο στάδιο, δηλαδή τις πρώτες ημέρες ή εβδομάδες μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη επίκτητη εγκεφαλική βλάβη, αποτελεί κρίσιμο βήμα για τον σχεδιασμό της λογοθεραπευτικής παρέμβασης. Σκοπός της δεν είναι μόνο να διαπιστωθεί αν υπάρχει αφασία, αλλά και να καταγραφεί η βαρύτητα, το είδος των γλωσσικών δυσκολιών, οι δυνατότητες επικοινωνίας του ασθενούς και οι άμεσες ανάγκες του ίδιου και της οικογένειάς του.

Σύμφωνα με τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες για την αποκατάσταση μετά από εγκεφαλικό, τα άτομα με υποψία επικοινωνιακών δυσκολιών πρέπει να λαμβάνουν επίσημη και ολοκληρωμένη αξιολόγηση από ειδικό κλινικό, ώστε να προσδιοριστεί η φύση και ο τύπος της διαταραχής επικοινωνίας. Επίσης, η θεραπεία της αφασίας πρέπει να ξεκινά όσο το δυνατόν νωρίτερα, όταν ο ασθενής μπορεί να την ανεχθεί κλινικά. (Clinical Guidelines for Stroke Management, Ιούνιος 2025)

6.2 Ιδιαιτερότητες της αξιολόγησης στο οξύ και πρώιμο στάδιο

Η αξιολόγηση στην οξεία ή πρώιμη φάση διαφέρει σημαντικά από την αξιολόγηση ενός ασθενούς σε χρόνια φάση. Ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται ακόμη σε νοσοκομειακό περιβάλλον, να έχει μειωμένη αντοχή, να παρουσιάζει σύγχυση, υπνηλία, πόνο, κινητικές δυσκολίες, ημιπληγία, δυσφαγία ή άλλες νευρολογικές επιπτώσεις. Επομένως, η αξιολόγηση πρέπει να είναι σύντομη, ευέλικτη και προσαρμοσμένη στην κατάσταση του ασθενούς.

Ο λογοθεραπευτής δεν πρέπει να αντιμετωπίζει την πρώιμη αξιολόγηση ως μια πλήρη και εξαντλητική διαγνωστική διαδικασία, αλλά ως μια αρχική κλινική χαρτογράφηση. Στο στάδιο αυτό προτεραιότητα έχει να απαντηθούν βασικά ερωτήματα: αν ο ασθενής κατανοεί απλές οδηγίες, αν μπορεί να εκφράσει βασικές ανάγκες, αν μπορεί να απαντήσει με «ναι/όχι», αν μπορεί να δείξει, να χρησιμοποιήσει χειρονομίες ή να επικοινωνήσει με εναλλακτικούς τρόπους.

Η RCSLT αναφέρει ότι ο ρόλος του λογοθεραπευτή μετά από εγκεφαλικό περιλαμβάνει την αρχική αξιολόγηση των δυσκολιών κατάποσης και επικοινωνίας, την εκπαίδευση

άλλων επαγγελματιών και τη διευκόλυνση της επικοινωνίας με συγγενείς και φροντιστές (RCSLT). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην πρώιμη φάση, όπου ο ασθενής συχνά δεν μπορεί να συμμετέχει πλήρως στη λήψη αποφάσεων ή να εκφράσει επαρκώς τις ανάγκες του.

6.3 Δυσκολίες κατά την πρώιμη αξιολόγηση

Η πρώιμη αξιολόγηση της αφασίας συναντά αρκετές δυσκολίες. Πρώτον, η κλινική εικόνα του ασθενούς μπορεί να μεταβάλλεται γρήγορα. Τις πρώτες ημέρες μετά το εγκεφαλικό, η γλωσσική επίδοση μπορεί να επηρεάζεται από το οίδημα, την κόπωση, τη φαρμακευτική αγωγή, την ψυχολογική επιβάρυνση ή τη γενική ιατρική κατάσταση.

Δεύτερον, η αφασία μπορεί να συνυπάρχει με άλλες διαταραχές, όπως δυσαρθρία, λεκτική απραξία, διαταραχές προσοχής, μνήμης ή εκτελεστικών λειτουργιών. Αυτό καθιστά δύσκολη τη διάκριση ανάμεσα σε καθαρά γλωσσικό έλλειμμα και σε γενικότερη γνωστική ή κινητική δυσκολία.

Τρίτον, η αξιολόγηση μπορεί να επηρεαστεί από συναισθηματικούς παράγοντες. Ο ασθενής μπορεί να βιώνει άγχος, φόβο, απογοήτευση ή μειωμένη επίγνωση της κατάστασής του. Η αδυναμία επικοινωνίας μπορεί να προκαλέσει έντονη ψυχολογική πίεση και να επηρεάσει τη συνεργασία του κατά την εξέταση.

6.4 Κόπωση, μετακοπιαστική επιβάρυνση και αντοχή του ασθενούς

Η κόπωση αποτελεί βασικό παράγοντα που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην πρώιμη αξιολόγηση. Μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, αρκετοί ασθενείς εμφανίζουν σωματική και γνωστική κόπωση. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να ξεκινούν την αξιολόγηση με ικανοποιητική ανταπόκριση, αλλά μετά από λίγα λεπτά να μειώνεται η προσοχή, η ακρίβεια, η ταχύτητα επεξεργασίας και η ικανότητα έκφρασης.

Οι βρετανικές κατευθυντήριες οδηγίες για το εγκεφαλικό τονίζουν ότι οι ασθενείς πρέπει να αξιολογούνται και να επανελέγχονται για μετα-εγκεφαλική κόπωση, ενώ οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να χρησιμοποιούν έγκυρα εργαλεία και να λαμβάνουν υπόψη σωματική και ψυχολογική κόπωση.

Αυτό σημαίνει ότι η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται σε μικρές συνεδρίες, με διαλείμματα και με συνεχή παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενούς. Αν ο ασθενής αρχίσει να κάνει περισσότερα λάθη, να καθυστερεί υπερβολικά, να κλείνει τα μάτια, να δείχνει εκνευρισμό ή να σταματά να ανταποκρίνεται, ο λογοθεραπευτής πρέπει να διακόψει ή να προσαρμόσει τη διαδικασία.

Η μετακοπιαστική επιβάρυνση είναι επίσης σημαντική. Ένας ασθενής μπορεί να φαίνεται λειτουργικός κατά την ώρα της αξιολόγησης, αλλά να παρουσιάζει έντονη εξάντληση αργότερα. Γι' αυτό η αξιολόγηση δεν πρέπει να βασίζεται μόνο στην επίδοση της στιγμής, αλλά και σε πληροφορίες από την οικογένεια, το νοσηλευτικό προσωπικό και την καθημερινή επικοινωνιακή συμπεριφορά του ασθενούς.

6.5 Στόχοι της αξιολόγησης

Για την αξιολόγηση των ασθενών με αφασία στο πρώιμο στάδιο, αρχικά γίνεται ο εντοπισμός της παρουσίας αφασίας. Ο λογοθεραπευτής εξετάζει αν οι δυσκολίες του ασθενούς αφορούν τη γλώσσα και όχι αποκλειστικά την ομιλία, την ακοή, την προσοχή ή τη γενική σύγχυση. Έπειτα αξιολογείται η βαρύτητα της αφασίας. Αυτό είναι απαραίτητο για την επιλογή κατάλληλης παρέμβασης. Μετά την αξιολόγηση γίνεται καταγραφή των διατηρημένων ικανοτήτων, καθώς δεν αξιολογούνται μόνο οι αδυναμίες γιατί αποτελεί ιδιαίτερης σημασίας ο εντοπισμός του τι μπορεί ακόμα να επιτελεί ο ασθενής. Στην συνέχεια διακρίνεται ο τύπος της αφασίας ώστε να δημιουργηθούν οι πρώτοι θεραπευτικοί στόχοι για την αποκατάσταση του ασθενούς. Η ροή αυτή της αξιολόγησης βοηθά τον λογοθεραπευτή να εξηγήσει στους συγγενείς πώς να μιλούν στον ασθενή ώστε να συμβάλλουν και οι ίδιοι στην αποκατάσταση του.

6.6 Εργαλεία αξιολόγησης

6.6.1 Frenchay Aphasia Screening Test — FAST

Το FAST είναι σύντομο εργαλείο ανίχνευσης της αφασίας. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην οξεία φάση, επειδή μπορεί να εφαρμοστεί σχετικά γρήγορα και εξετάζει βασικές γλωσσικές λειτουργίες. Το Stroke Engine αναφέρει ότι το FAST αξιολογεί τέσσερις βασικούς τομείς: κατανόηση, λεκτική έκφραση, ανάγνωση και γραφή (Enderby et al., 2006).

Η αξία του FAST στο πρώιμο στάδιο είναι ότι δεν κουράζει υπερβολικά τον ασθενή και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αρχικός έλεγχος. Δεν αντικαθιστά όμως την πλήρη λογοθεραπευτική αξιολόγηση. Είναι περισσότερο εργαλείο διαλογής, δηλαδή βοηθά να διαπιστωθεί γρήγορα αν υπάρχει πιθανή αφασία και αν χρειάζεται πιο αναλυτική εκτίμηση.

Σε συστηματική ανασκόπηση για τα εργαλεία ανίχνευσης αφασίας μετά από εγκεφαλικό, οι El Hachoui και συνεργάτες εξέτασαν διαθέσιμα screening tests ως προς την ακρίβεια, αξιοπιστία και χρησιμότητά τους σε ασθενείς με εγκεφαλικό. Αυτό δείχνει ότι η επιλογή εργαλείου στην πρώιμη φάση πρέπει να βασίζεται σε κλινικά και ψυχομετρικά κριτήρια και όχι μόνο στην ευκολία χρήσης (El Hachoui et al., 2017).

6.6.2 Western Aphasia Battery — WAB / WAB-R

Το Western Aphasia Battery είναι πιο αναλυτικό εργαλείο αξιολόγησης. Χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των γλωσσικών ικανοτήτων και βασικών μη γλωσσικών δεξιοτήτων ενηλίκων με αφασία (Kertesz, 2007).

Η αναθεωρημένη έκδοση WAB-R αξιολογεί δεξιότητες που επηρεάζονται συχνά στην αφασία και παρέχει πληροφορίες για διαφορική διάγνωση. Σύμφωνα με την Pearson, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικά πλαίσια, από νοσοκομειακό δωμάτιο έως κλινική, και προσφέρει αρχικό επίπεδο επίδοσης για μελλοντική σύγκριση.

Στην πρώιμη φάση, η πλήρης χορήγηση του WAB μπορεί να είναι κουραστική για ορισμένους ασθενείς. Ωστόσο, η bedside μορφή του είναι πιο κατάλληλη για ασθενείς με μειωμένη αντοχή. Το φυλλάδιο του WAB-R αναφέρει ότι η πλήρης μπαταρία διαρκεί περίπου 30–45 λεπτά, ενώ η bedside μορφή περίπου 15 λεπτά. Αυτό είναι σημαντικό για την πρώιμη αξιολόγηση, όπου ο χρόνος και η ανοχή του ασθενούς είναι περιορισμένα.

Το WAB βοηθά στον υπολογισμό της βαρύτητας της αφασίας και στη διαμόρφωση γλωσσικού προφίλ. Εξετάζει, μεταξύ άλλων, αυθόρμητο λόγο, κατανόηση, επανάληψη και κατονόμασία. Έτσι, μπορεί να βοηθήσει στη διαφοροποίηση μεταξύ τύπων αφασίας και στον σχεδιασμό θεραπείας.

6.6.3 Boston Diagnostic Aphasia Examination — BDAE

Το Boston Diagnostic Aphasia Examination είναι ένα από τα πιο γνωστά και αναλυτικά εργαλεία αξιολόγησης της αφασίας. Το Stroke Engine αναφέρει ότι το BDAE έχει σχεδιαστεί για τη διάγνωση της αφασίας και συναφών διαταραχών, αξιολογώντας διαφορετικές αντιληπτικές οδούς, όπως ακουστική, οπτική και χειρονομιακή επεξεργασία (Goodglass et al., 2001).

Η αξία του BDAE βρίσκεται στο ότι παρέχει λεπτομερή εικόνα των γλωσσικών λειτουργιών. Εξετάζει τον αυθόρμητο λόγο, την ακουστική κατανόηση, την προφορική έκφραση, την ανάγνωση και τη γραφή. Ωστόσο, λόγω της έκτασής του, δεν είναι πάντα κατάλληλο για πλήρη χορήγηση στην οξεία φάση. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιλεκτικά ή σε μεταγενέστερο στάδιο, όταν ο ασθενής έχει περισσότερη αντοχή.

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι το BDAE είναι από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μπαταρίες αφασίας και έχει υποστεί σημαντικές αναθεωρήσεις στην πιο πρόσφατη έκδοσή του. Για τον λόγο αυτό, μπορεί να προσφέρει πλούσια διαγνωστικά στοιχεία, αλλά απαιτεί χρόνο, εμπειρία και προσεκτική ερμηνεία (Goodglass et al., 2001).

6.7 Αξιολόγηση αντιληπτικής επικοινωνίας

Η αξιολόγηση της αντιληπτικής επικοινωνίας αφορά την ικανότητα του ασθενούς να κατανοεί προφορικά, γραπτά, οπτικά και πραγματολογικά μηνύματα. Δεν περιορίζεται στην απλή κατανόηση λέξεων, αλλά περιλαμβάνει την κατανόηση οδηγιών, ερωτήσεων, χειρονομιών, εικόνων και κοινωνικών σημάτων.

Στο πρώιμο στάδιο, η αντιληπτική αξιολόγηση είναι απαραίτητη, επειδή από αυτή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η ασφάλεια και η συμμετοχή του ασθενούς. Για παράδειγμα, πρέπει να γνωρίζουμε αν ο ασθενής κατανοεί οδηγίες όπως «κλείστε τα μάτια», «δείξτε το ποτήρι», «σηκώστε το χέρι» ή «πονάτε;». Αν η κατανόηση είναι μειωμένη, τότε η επικοινωνία πρέπει να υποστηρίζεται με εικόνες, χειρονομίες, γραπτές λέξεις ή επιλογές.

Η αξιολόγηση της αντιληπτικής επικοινωνίας μπορεί να περιλαμβάνει κατανόηση απλών και σύνθετων προφορικών εντολών, αναγνώριση αντικειμένων ή εικόνων, απαντήσεις σε ερωτήσεις ναι/όχι, κατανόηση καθημερινών λέξεων, κατανόηση γραπτών λέξεων ή σύντομων φράσεων, ανταπόκριση σε χειρονομίες καθώς και ικανότητα επιλογής ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες εναλλακτικές.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στις ερωτήσεις ναι/όχι, γιατί ορισμένοι ασθενείς με αφασία μπορεί να απαντούν τυχαία, να έχουν εμμονική απάντηση ή να μπερδεύουν το «ναι» με το «όχι». Για αυτό ο λογοθεραπευτής πρέπει να ελέγχει την αξιοπιστία των απαντήσεων με απλές, γνωστές ερωτήσεις, όπως «σας λένε Μαρία;», «είμαστε στο σπίτι;», «είναι αυτό μολύβι;».

Η αξιολόγηση πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη αν ο ασθενής κατανοεί καλύτερα με ακουστικά, οπτικά ή πολυαισθητηριακά ερεθίσματα. Σε πολλές περιπτώσεις, η

κατανόηση βελτιώνεται όταν ο θεραπευτής συνδυάζει προφορικό λόγο με εικόνα, γραπτή λέξη, χειρονομία ή αντικείμενο.

6.8 Λειτουργική επικοινωνία και καθημερινές ανάγκες

Η πρώτη αξιολόγηση δεν πρέπει να περιορίζεται σε τυπικές δοκιμασίες. Πρέπει να περιλαμβάνει και λειτουργική παρατήρηση: πώς επικοινωνεί ο ασθενής με τον γιατρό, τη νοσηλεύτρια, την οικογένεια και τον λογοθεραπευτή; Μπορεί να ζητήσει νερό; Μπορεί να δηλώσει πόνο; Μπορεί να δείξει ότι θέλει τουαλέτα ή ότι κουράστηκε;

Η λογοθεραπευτική αξιολόγηση πρέπει να συνδέεται με πραγματικές ανάγκες. Ένας ασθενής με σοβαρή αφασία μπορεί να μην παράγει λόγο, αλλά να έχει διατηρημένη ικανότητα να δείχνει εικόνες ή να απαντά με βλέμμα. Αυτές οι δεξιότητες είναι θεραπευτικά πολύτιμες, γιατί μπορούν να χρησιμοποιηθούν άμεσα για την επικοινωνία του με το περιβάλλον.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αποκατάσταση αφασίας τονίζουν τη σημασία της προσαρμογής της επικοινωνίας και της εκπαίδευσης των συνομιλητών. Για παράδειγμα, προτείνονται στρατηγικές όπως πιο αργός ρυθμός, αποφυγή διακοπών, χρήση χειρονομιών, σχεδίου ή άλλων επικοινωνιακών βοηθημάτων.

6.9 Ρόλος της οικογένειας στην αξιολόγηση

Η οικογένεια αποτελεί βασική πηγή πληροφοριών. Μπορεί να ενημερώσει τον λογοθεραπευτή για το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, τις γλωσσικές συνήθειες, την προηγούμενη επικοινωνιακή λειτουργικότητα, τη διγλωσσία, την προσωπικότητα και τις καθημερινές ανάγκες του ασθενούς.

Επίσης, οι συγγενείς μπορούν να περιγράψουν πότε ο ασθενής επικοινωνεί καλύτερα, τι τον κουράζει, ποια ερεθίσματα τον βοηθούν και ποιες καταστάσεις τον αποδιοργανώνουν. Αυτό είναι πολύτιμο στην πρώτη φάση, επειδή η εικόνα του ασθενούς μπορεί να αλλάζει μέσα στην ημέρα.

Η συμμετοχή της οικογένειας δεν σημαίνει ότι οι συγγενείς «απαντούν αντί για τον ασθενή», αλλά ότι βοηθούν τον θεραπευτή να κατανοήσει το επικοινωνιακό πλαίσιο. Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετέχει όσο μπορεί, ακόμη και με μη λεκτικούς τρόπους.

6.10 Κλινικές αρχές για σωστή πρώιμη αξιολόγηση

Η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται με βάση ορισμένες βασικές αρχές:

- Να επιλέγεται ήσυχο περιβάλλον χωρίς πολλά ερεθίσματα.
- Να χρησιμοποιούνται σύντομες οδηγίες.
- Να δίνονται επαρκής χρόνος και παύσεις.
- Να αποφεύγεται η πίεση για γρήγορη απάντηση.
- Να παρατηρείται συνεχώς η κόπωση.
- Να χρησιμοποιούνται εικόνες, αντικείμενα και χειρονομίες.
- Να καταγράφονται όχι μόνο τα λάθη, αλλά και οι επιτυχημένες στρατηγικές.
- Να επαναξιολογείται ο ασθενής, επειδή η πρώιμη εικόνα μπορεί να μεταβληθεί.

Η αξιολόγηση πρέπει να έχει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Ο ασθενής δεν είναι απλώς ένα «γλωσσικό προφίλ», αλλά ένα άτομο που ξαφνικά δυσκολεύεται να εκφραστεί, να κατανοήσει και να συμμετέχει. Επομένως, η διαδικασία πρέπει να είναι υποστηρικτική και όχι εξαντλητική (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], n.d.; Stroke Foundation, 2025).

6.11 Συμπέρασμα

Η αξιολόγηση των ασθενών με αφασία στο πρώιμο στάδιο αποτελεί θεμέλιο για την αποτελεσματική λογοθεραπευτική παρέμβαση. Χρειάζεται να είναι σύντομη, ευέλικτη, έγκυρη και προσαρμοσμένη στην αντοχή του ασθενούς. Τα εργαλεία FAST, WAB/WAB-R και BDAE μπορούν να συμβάλουν σημαντικά, αρκεί να χρησιμοποιούνται με κλινική κρίση και όχι μηχανικά.

Στο πρώιμο στάδιο, ιδιαίτερη σημασία έχουν η κόπωση, η μετακοπιαστική επιβάρυνση, η προσοχή, η κατανόηση, η δυνατότητα βασικής επικοινωνίας και η ανάγκη άμεσης υποστήριξης του ασθενούς και της οικογένειας. Η αξιολόγηση δεν αποσκοπεί μόνο στη διάγνωση, αλλά και στη δημιουργία ενός πρώτου θεραπευτικού πλάνου που θα βοηθήσει τον ασθενή να επικοινωνήσει ξανά με το περιβάλλον του.

7.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΑΦΑΣΙΑ

7.1 Εισαγωγή

Η πρώιμη λογοθεραπευτική παρέμβαση στην αφασία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για τη βελτίωση της επικοινωνιακής ικανότητας και της συνολικής λειτουργικότητας του ασθενούς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη επίκτητη εγκεφαλική βλάβη. Η παρέμβαση κατά τις πρώτες ημέρες και εβδομάδες δεν στοχεύει αποκλειστικά στη γλωσσική αποκατάσταση, αλλά και στη διατήρηση της επικοινωνιακής συμμετοχής, στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης και στην ενίσχυση της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου. Σύμφωνα με τους Brady et al. (2016), η λογοθεραπευτική παρέμβαση μπορεί να επιφέρει σημαντική βελτίωση στη λειτουργική επικοινωνία των ατόμων με αφασία, ιδιαίτερα όταν εφαρμόζεται συστηματικά και εξατομικευμένα. Οι Papathanasiou, Coppens και Potagas (2013) επισημαίνουν ότι η θεραπεία στην πρώιμη φάση πρέπει να βασίζεται τόσο στις διατηρημένες ικανότητες του ασθενούς όσο και στις πραγματικές ανάγκες επικοινωνίας της καθημερινής ζωής.

7.2 Βασικές αρχές θεραπείας στην πρώιμη αφασία

Η θεραπευτική παρέμβαση στην πρώιμη αφασία βασίζεται σε συγκεκριμένες αρχές που καθοδηγούν τον λογοθεραπευτή κατά τη διαδικασία αποκατάστασης. Μία από τις σημαντικότερες αρχές είναι η εξατομίκευση της θεραπείας. Κάθε ασθενής παρουσιάζει διαφορετικό γλωσσικό προφίλ, διαφορετικό βαθμό βαρύτητας αφασίας και διαφορετικές επικοινωνιακές ανάγκες. Για τον λόγο αυτό, η θεραπεία δεν μπορεί να είναι ίδια για όλους τους ασθενείς αλλά χρειάζεται να προσαρμόζεται στη νευρολογική κατάσταση, στην αντοχή, στο μορφωτικό επίπεδο και στους προσωπικούς στόχους του κάθε ατόμου (Helm-Estabrooks & Albert, 2004).

Μία ακόμη βασική αρχή είναι η όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη έναρξη της θεραπείας. Η πρώιμη παρέμβαση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, επειδή κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο παρατηρείται αυξημένη νευροπλαστικότητα, δηλαδή αυξημένη ικανότητα του εγκεφάλου να επαναδιοργανώνεται και να δημιουργεί νέες νευρωνικές συνδέσεις. Οι Brady et al. (2016) αναφέρουν ότι η έγκαιρη

λογοθεραπευτική παρέμβαση μπορεί να συμβάλει θετικά στην αποκατάσταση της επικοινωνίας και στη βελτίωση της λειτουργικής συμμετοχής του ασθενούς.

Παράλληλα, ιδιαίτερη σημασία δίνεται στον λειτουργικό χαρακτήρα της θεραπείας. Η παρέμβαση δεν περιορίζεται μόνο σε τυπικές γλωσσικές ασκήσεις, αλλά συνδέεται άμεσα με τις πραγματικές ανάγκες επικοινωνίας της καθημερινότητας. Οι Worrall και Frattali (2000) τονίζουν ότι η επιτυχία της θεραπείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη βελτίωση της γλωσσικής ακρίβειας, αλλά και από την ικανότητα του ασθενούς να επικοινωνεί αποτελεσματικά στο φυσικό του περιβάλλον.

Επιπλέον, ο λογοθεραπευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη την κόπωση και τη μειωμένη αντοχή που εμφανίζουν συχνά οι ασθενείς στο πρώιμο στάδιο. Σύμφωνα με τον Brookshire (2007), οι συνεδρίες χρειάζεται να είναι σύντομες, οργανωμένες και προσαρμοσμένες στις δυνατότητες του ασθενούς, ώστε να αποφεύγεται η υπερβολική επιβάρυνση. Η χρήση πολυαισθητηριακών ερεθισμάτων, όπως εικόνων, χειρονομιών, γραπτών λέξεων και αντικειμένων, αποτελεί επίσης σημαντική θεραπευτική αρχή, καθώς διευκολύνει τόσο την κατανόηση όσο και την έκφραση του ασθενούς (LaPointe, 2011).

7.3 Stimulation Approach

Η stimulation approach αποτελεί μία από τις πιο γνωστές και παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην αποκατάσταση της αφασίας. Η προσέγγιση αυτή αναπτύχθηκε από τη Schuell και βασίζεται στην άποψη ότι η γλώσσα μπορεί να επανενεργοποιηθεί μέσω συστηματικής και οργανωμένης γλωσσικής διέγερσης. Σύμφωνα με τους Helm-Estabrooks και Albert (2004), η stimulation approach στηρίζεται στην παροχή έντονων γλωσσικών ερεθισμάτων με στόχο την ενεργοποίηση των υπολειπόμενων γλωσσικών μηχανισμών του ασθενούς.

Κατά τη θεραπεία χρησιμοποιούνται συστηματικά ασκήσεις όπως κατονομασία εικόνων, επανάληψη λέξεων και φράσεων, αντιστοίχιση εικόνων με λέξεις, συμπλήρωση προτάσεων και ασκήσεις ακουστικής κατανόησης. Η επανάληψη και η σταδιακή αύξηση της δυσκολίας αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά της προσέγγισης. Οι Papathanasiou et al. (2013) αναφέρουν ότι η stimulation approach εφαρμόζεται συχνά στην πρώιμη φάση, επειδή προσφέρει δομημένη γλωσσική εξάσκηση και μπορεί να προσαρμοστεί ανάλογα με τη βαρύτητα της αφασίας.

Παρόλο που η προσέγγιση αυτή συμβάλλει σημαντικά στην ενεργοποίηση των γλωσσικών λειτουργιών, αρκετοί συγγραφείς επισημαίνουν ότι εστιάζει περισσότερο στη γλωσσική επεξεργασία και λιγότερο στη φυσική επικοινωνία της καθημερινότητας. Οι Davis (2014) και LaPointe (2011) υποστηρίζουν ότι η stimulation approach

παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα όταν συνδυάζεται με λειτουργικές και κοινωνικές προσεγγίσεις επικοινωνίας.

7.4 Supported Communication

Η supported communication αποτελεί θεραπευτική προσέγγιση που στοχεύει στη διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ του ατόμου με αφασία και του συνομιλητή του. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην ιδέα ότι πολλά άτομα με αφασία διαθέτουν περισσότερες γνώσεις και σκέψεις από όσες μπορούν να εκφράσουν λεκτικά. Σύμφωνα με τη Simmons-Mackie (2018), βασικός στόχος της supported communication είναι να βοηθηθεί ο ασθενής να συμμετέχει ενεργά στην επικοινωνία, ακόμη και όταν η λεκτική του ικανότητα είναι σοβαρά περιορισμένη.

Η υποστηριζόμενη επικοινωνία περιλαμβάνει τη χρήση απλών προτάσεων, αργού ρυθμού ομιλίας, χειρονομιών, εικόνων, γραπτών λέξεων, λέξεων-κλειδιών και οπτικών βοηθημάτων. Ο συνομιλητής εκπαιδεύεται να επιβεβαιώνει συνεχώς την κατανόηση, να δίνει αρκετό χρόνο απάντησης και να χρησιμοποιεί εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας. Οι Kagan et al. (2001), οι οποίοι ανέπτυξαν τη Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA), υποστηρίζουν ότι η ποιότητα της επικοινωνίας βελτιώνεται σημαντικά όταν οι συνομιλητές εκπαιδεύονται να αναγνωρίζουν και να υποστηρίζουν τις επικοινωνιακές δυνατότητες του ατόμου με αφασία.

Η supported communication θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμη στην πρώιμη φάση, καθώς πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες λεκτικής έκφρασης. Μέσω αυτής της προσέγγισης μειώνεται η απογοήτευση, διευκολύνεται η συνεργασία με το θεραπευτικό προσωπικό και ενισχύεται η κοινωνική συμμετοχή του ασθενούς (Simmons-Mackie, 2018).

7.5 Functional Communication

Η functional communication αποτελεί προσέγγιση που δίνει έμφαση στην αποτελεσματική επικοινωνία σε πραγματικές συνθήκες καθημερινής ζωής. Στόχος της θεραπείας δεν είναι μόνο η γλωσσική ορθότητα, αλλά κυρίως η δυνατότητα του ατόμου να μεταφέρει νόημα και να συμμετέχει στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Σύμφωνα με τους Worrall και Frattali (2000), ακόμη και ένας ασθενής με σοβαρή αφασία μπορεί να θεωρείται λειτουργικά επικοινωνιακά, εφόσον μπορεί να χρησιμοποιεί εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας, όπως χειρονομίες, εικόνες ή εκφράσεις προσώπου.

Η functional communication περιλαμβάνει θεραπευτικές δραστηριότητες που βασίζονται σε καθημερινές καταστάσεις επικοινωνίας, όπως η έκφραση βασικών αναγκών, η συμμετοχή σε διαλόγους, η χρήση τηλεφώνου, η αγορά προϊόντων ή η επικοινωνία με μέλη της οικογένειας. Οι Simmons-Mackie (2018) και LaPointe (2011) υποστηρίζουν ότι η λειτουργική προσέγγιση βοηθά τον ασθενή να διατηρήσει την ανεξαρτησία και την κοινωνική του συμμετοχή, ιδιαίτερα κατά την πρώιμη περίοδο αποκατάστασης.

Η προσέγγιση αυτή θεωρείται περισσότερο κοινωνικο-λειτουργική σε σχέση με τις παραδοσιακές γλωσσικές θεραπείες, καθώς δίνει έμφαση στη συμμετοχή του ασθενούς στην καθημερινή ζωή και όχι αποκλειστικά στη βελτίωση των γλωσσικών δομών.

7.6 Εκπαίδευση οικογένειας

Η εκπαίδευση της οικογένειας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής παρέμβασης στην πρώιμη αφασία. Οι συγγενείς συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν τη φύση της διαταραχής και να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τον ασθενή. Για τον λόγο αυτό, ο λογοθεραπευτής οφείλει να παρέχει καθοδήγηση και πρακτικές στρατηγικές επικοινωνίας.

Σύμφωνα με τους Papathanasiou et al. (2013), η οικογένεια χρειάζεται να ενημερώνεται σχετικά με τα χαρακτηριστικά της αφασίας, τις δυσκολίες κατανόησης και έκφρασης, καθώς και τη σημασία της υπομονής και της υποστηρικτικής στάσης. Οι συγγενείς εκπαιδεύονται να χρησιμοποιούν απλές και σύντομες προτάσεις, να δίνουν χρόνο για απάντηση, να χρησιμοποιούν οπτικά βοηθήματα και να αποφεύγουν τις συνεχείς διορθώσεις.

Οι Simmons-Mackie (2018) αναφέρουν ότι η σωστή εκπαίδευση της οικογένειας μειώνει την επικοινωνιακή απομόνωση και αυξάνει τη συμμετοχή του ασθενούς στην καθημερινότητα. Επιπλέον, οι καθημερινές αλληλεπιδράσεις με τα μέλη της οικογένειας αποτελούν σημαντικές ευκαιρίες εξάσκησης και γενίκευσης των επικοινωνιακών δεξιοτήτων.

7.7 Στόχοι παρέμβασης στην πρώιμη αφασία

Οι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης στην πρώιμη αφασία διαφοροποιούνται ανάλογα με τη βαρύτητα της διαταραχής, την αντοχή του ασθενούς και τις ανάγκες της

καθημερινής ζωής. Σύμφωνα με τους Brady et al. (2016), βασικός στόχος είναι η βελτίωση της λειτουργικής επικοινωνίας και η ενίσχυση της συμμετοχής του ατόμου στις κοινωνικές δραστηριότητες.

Η παρέμβαση στοχεύει στη βελτίωση της κατανόησης, στην ενίσχυση της λεκτικής έκφρασης, στην αποκατάσταση βασικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων και στη μείωση της απογοήτευσης που προκαλεί η αδυναμία επικοινωνίας. Παράλληλα, σημαντικό ρόλο έχει η υποστήριξη της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς και η ενίσχυση της αυτοπεποίθησής του.

Οι Davis (2014) και LaPointe (2011) υποστηρίζουν ότι οι θεραπευτικοί στόχοι στην πρώιμη φάση πρέπει να είναι ρεαλιστικοί, λειτουργικοί και βραχυπρόθεσμοι, ώστε ο ασθενής να βιώνει σταδιακά επιτυχίες και να διατηρεί το κίνητρο συμμετοχής στη θεραπεία.

7.8 Συμπέρασμα

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις στην πρώιμη αφασία δεν περιορίζονται μόνο στη γλωσσική αποκατάσταση αλλά στοχεύουν συνολικά στη λειτουργική επανένταξη του ασθενούς στην καθημερινή ζωή. Η stimulation approach προσφέρει οργανωμένη γλωσσική διέγερση και συμβάλλει στην ενεργοποίηση των γλωσσικών μηχανισμών, ενώ η supported communication βοηθά το άτομο να συμμετέχει ενεργά στην επικοινωνία ακόμη και με σοβαρές δυσκολίες έκφρασης. Παράλληλα, η functional communication επικεντρώνεται στην αποτελεσματική επικοινωνία σε πραγματικές συνθήκες ζωής.

Σύμφωνα με τους Brady et al. (2016), η αποτελεσματικότερη θεραπευτική παρέμβαση είναι συνήθως εκείνη που συνδυάζει διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του κάθε ασθενούς. Η συμμετοχή της οικογένειας, η υποστήριξη της λειτουργικής επικοινωνίας και η προσαρμογή της θεραπείας στις καθημερινές ανάγκες αποτελούν βασικούς παράγοντες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αφασία.

8.ΠΡΩΙΜΗ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ (0–6 ΜΗΝΕΣ)

Η πρώιμη λογοθεραπευτική παρέμβαση αποτελεί αντικείμενο έντονου επιστημονικού ενδιαφέροντος τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς συνδέεται άμεσα με τη βελτίωση της γλωσσικής αποκατάστασης μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, η περίοδος των πρώτων μηνών μετά το εγκεφαλικό χαρακτηρίζεται από αυξημένη νευροπλαστικότητα, γεγονός που δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες για την επανεκμάθηση γλωσσικών δεξιοτήτων. Ωστόσο, παρά τη θεωρητική αυτή βάση, τα ερευνητικά δεδομένα δεν είναι πάντοτε ομοιογενή, καθώς διαφοροποιούνται ως προς τον χρόνο έναρξης, την ένταση και τη μορφή της παρέμβασης.

8.1 Παρέμβαση στις πρώτες 2 εβδομάδες (very early stage)

Η έναρξη της λογοθεραπείας μέσα στις πρώτες ημέρες ή εβδομάδες μετά το εγκεφαλικό έχει μελετηθεί εκτενώς, με στόχο να διαπιστωθεί εάν η πολύ πρώιμη παρέμβαση προσφέρει πλεονεκτήματα έναντι της συνήθους φροντίδας.

Μία από τις σημαντικότερες μελέτες σε αυτό το πεδίο είναι η VERSE trial (Godecke et al., 2020), μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη που εξέτασε την αποτελεσματικότητα της εντατικής λογοθεραπείας μέσα στις πρώτες 14 ημέρες μετά το εγκεφαλικό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, παρά την υψηλή ένταση της παρέμβασης, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επικοινωνιακή έκβαση σε σχέση με τη συνήθη θεραπεία στις 12 εβδομάδες. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η πολύ πρώιμη και έντονη παρέμβαση δεν είναι απαραίτητα ανώτερη σε όλες τις περιπτώσεις.

Παρόμοια ευρήματα προκύπτουν και από τη μελέτη των Laska et al. (2011), όπου εξετάστηκε η εφαρμογή λογοθεραπείας στο οξύ στάδιο. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι, αν και η θεραπεία είναι εφικτή και ασφαλής, η επίδρασή της στην άμεση βελτίωση της γλωσσικής λειτουργίας είναι περιορισμένη, πιθανώς λόγω της γενικής νευρολογικής αστάθειας του ασθενούς.

Συνολικά, τα δεδομένα για το πολύ πρώιμο στάδιο δείχνουν ότι:

- η θεραπεία μπορεί να ξεκινήσει νωρίς,
- δεν είναι απαραίτητο να είναι ιδιαίτερα εντατική,
- η προτεραιότητα είναι η σταδιακή ενεργοποίηση της επικοινωνίας.

8.2 Παρέμβαση από 2 έως 6 εβδομάδες

Κατά την περίοδο αυτή, ο ασθενής αρχίζει να σταθεροποιείται νευρολογικά και καθίσταται πιο ικανός να συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η φάση αυτή είναι κατάλληλη για την έναρξη πιο συστηματικής παρέμβασης.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της American Speech-Language-Hearing Association επισημαίνουν ότι η πρώιμη αξιολόγηση και η παροχή ευκαιριών για επικοινωνιακή αλληλεπίδραση ήδη από τις πρώτες εβδομάδες είναι κρίσιμες για την πορεία αποκατάστασης. Η θεραπεία σε αυτό το στάδιο δεν στοχεύει μόνο στη γλωσσική ακρίβεια, αλλά και στην ενεργοποίηση της επικοινωνιακής πρόθεσης, στη χρήση απλών στρατηγικών κατανόησης και έκφρασης αλλά και στην εμπλοκή του οικογενειακού περιβάλλοντος.

8.3 Παρέμβαση από 1 έως 3 μήνες

Η περίοδος από τον πρώτο έως τον τρίτο μήνα θεωρείται από πολλούς ερευνητές ως η πιο δυναμική φάση αποκατάστασης της γλώσσας. Σε αυτό το στάδιο, η νευροπλαστικότητα βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα και ο εγκέφαλος εμφανίζει αυξημένη ικανότητα αναδιοργάνωσης.

Η μελέτη των Mattioli et al. (2014) έδειξε ότι η πρώιμη και συστηματική λογοθεραπεία σε αυτή τη φάση συνδέεται με σημαντική βελτίωση της λειτουργικής επικοινωνίας, καθώς και με διατηρήσιμα αποτελέσματα στο χρόνο. Οι ασθενείς που έλαβαν παρέμβαση παρουσίασαν καλύτερη απόδοση σε γλωσσικά τεστ και μεγαλύτερη ανεξαρτησία στην καθημερινή επικοινωνία.

Αντίστοιχα, η μελέτη των Bowen et al. (2012), που δημοσιεύθηκε στο BMJ, εξέτασε την αποτελεσματικότητα της ενισχυμένης επικοινωνιακής θεραπείας μέσα στους πρώτους τέσσερις μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, αν και δεν υπήρχε σημαντική υπεροχή έναντι της συνήθους φροντίδας σε όλα τα μέτρα, η έγκαιρη υποστήριξη της επικοινωνίας συνέβαλε στη βελτίωση της συμμετοχής των ασθενών.

Συνολικά, τα δεδομένα για αυτή τη φάση δείχνουν ότι:

- η συστηματική παρέμβαση είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη,
- η ένταση της θεραπείας μπορεί να αυξηθεί,
- η λειτουργική επικοινωνία πρέπει να αποτελεί βασικό στόχο.

8.4 Παρέμβαση από 3 έως 6 μήνες

Κατά το διάστημα από τρεις έως έξι μήνες μετά το εγκεφαλικό, η αποκατάσταση συνεχίζεται, αν και με πιο σταθερό ρυθμό. Η περίοδος αυτή παραμένει κρίσιμη, καθώς εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Heart and Stroke Foundation of Canada προτείνουν ότι σε αυτή τη φάση μπορούν να εφαρμοστούν πιο εντατικά προγράμματα λογοθεραπείας, ιδιαίτερα σε ασθενείς που έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν ενεργά.

Σε αυτό το στάδιο:

- ενισχύεται η επανεκμάθηση γλωσσικών δεξιοτήτων,
- βελτιώνεται η ακρίβεια και η ευχέρεια του λόγου,
- δίνεται έμφαση στην κοινωνική επανένταξη.

8.5 Συστηματικές ανασκοπήσεις και συνολική αποτίμηση

Η συνολική εικόνα της βιβλιογραφίας αποτυπώνεται σε συστηματικές ανασκοπήσεις, όπως αυτή των Brady et al. (Cochrane Review, 2016). Η ανασκόπηση κατέληξε ότι η λογοθεραπεία έχει θετική επίδραση:

- στην κατανόηση,
- στην παραγωγή λόγου,
- στη λειτουργική επικοινωνία.

Ωστόσο, επισημαίνεται ότι:

- η ιδανική ένταση θεραπείας δεν είναι απόλυτα καθορισμένη,
- η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από τον ασθενή,
- η εξατομίκευση είναι καθοριστική.

8.6 Συμπεράσματα

Η πρώιμη λογοθεραπευτική παρέμβαση αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την αποκατάσταση της αφασίας, ιδιαίτερα κατά το χρονικό διάστημα από τις πρώτες εβδομάδες έως τους έξι μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Αν και η πολύ πρώιμη και εντατική θεραπεία δεν εμφανίζει πάντα σαφή υπεροχή, η συστηματική και εξατομικευμένη παρέμβαση στο υποξύ στάδιο φαίνεται να οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της γλωσσικής και επικοινωνιακής λειτουργίας.

Η σύνθεση των ερευνητικών δεδομένων αναδεικνύει ότι η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης εξαρτάται από έναν συνδυασμό παραγόντων, όπως ο χρόνος έναρξης, η ένταση της θεραπείας και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς. Συνεπώς, η σύγχρονη προσέγγιση δεν βασίζεται σε ένα ενιαίο μοντέλο θεραπείας, αλλά σε μια ευέλικτη και προσωποκεντρική στρατηγική, η οποία αξιοποιεί τη νευροπλαστικότητα και προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ατόμου.

9. ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΑΦΑΣΙΑ – ΈΡΕΥΝΕΣ, ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

9.1 Εισαγωγή

Η αποκατάσταση της αφασίας μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία που απαιτεί τη συνδυαστική αξιοποίηση διαφορετικών λογοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Η πολυπλοκότητα της διαταραχής, η ετερογένεια των συμπτωμάτων και οι ατομικές διαφορές των ασθενών καθιστούν απαραίτητη την εφαρμογή εξατομικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, οι λογοθεραπευτικές μέθοδοι δεν αξιολογούνται πλέον μόνο ως προς τη βελτίωση της γλωσσικής ακρίβειας, αλλά κυρίως ως προς τη συμβολή τους στη λειτουργική επικοινωνία και στην ποιότητα ζωής. Παράλληλα, η έρευνα εστιάζει στη σχέση μεταξύ έντασης θεραπείας, χρονισμού παρέμβασης και νευροπλαστικότητας.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται οι κυριότερες λογοθεραπευτικές μέθοδοι, με έμφαση στους συμμετέχοντες των μελετών, στο θεραπευτικό πρωτόκολλο αλλά και στα αποτελέσματα και τους περιορισμούς.

9.2 Κλασική λογοθεραπεία (Speech and Language Therapy – SLT)

Η παραδοσιακή λογοθεραπεία αποτελεί τη βάση της αποκατάστασης της αφασίας και περιλαμβάνει ένα σύνολο τεχνικών που στοχεύουν στην αποκατάσταση της γλωσσικής λειτουργίας. Οι ασκήσεις εστιάζουν στην κατανόηση, την παραγωγή λόγου, την κατονομασία, την ανάγνωση και τη γραφή, ενώ συχνά ενσωματώνουν και στοιχεία λειτουργικής επικοινωνίας.

Η αποτελεσματικότητα της SLT έχει εξεταστεί εκτενώς στη συστηματική ανασκόπηση των Brady et al. (2016), η οποία αποτελεί μία από τις σημαντικότερες βιβλιογραφικές πηγές για τη λογοθεραπευτική παρέμβαση στην αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Στην ανασκόπηση αυτή συμπεριλήφθηκαν 57 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, με συνολικά 3002 συμμετέχοντες. Οι μελέτες συνέκριναν τη λογοθεραπεία είτε με τη μη παροχή λογοθεραπευτικής παρέμβασης είτε με κοινωνική υποστήριξη και επικοινωνιακή διέγερση είτε με διαφορετικές μορφές λογοθεραπείας ως προς τη διάρκεια, την ένταση, τη συχνότητα και τη θεραπευτική μεθοδολογία. Τα

αποτελέσματα έδειξαν ότι η SLT είχε θετική επίδραση στη λειτουργική επικοινωνία, καθώς και στη δεκτική και εκφραστική γλώσσα, ιδιαίτερα όταν συγκρίθηκε με την απουσία θεραπείας (Brady et al., 2016). Ωστόσο, οι συγγραφείς τόνισαν ότι δεν υπήρχαν επαρκή στοιχεία για να υποστηριχθεί πως μία συγκεκριμένη μορφή λογοθεραπείας είναι ανώτερη από τις υπόλοιπες.

Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την κλινική πράξη, καθώς δείχνει ότι η λογοθεραπευτική παρέμβαση πρέπει να σχεδιάζεται εξατομικευμένα, λαμβάνοντας υπόψη τον τύπο της αφασίας, τη βαρύτητα της γλωσσικής διαταραχής, το χρονικό διάστημα από το εγκεφαλικό επεισόδιο, την αντοχή του ασθενούς και τις καθημερινές επικοινωνιακές του ανάγκες. Συνεπώς, η κλασική SLT δεν αποτελεί μια ενιαία και αυστηρά προκαθορισμένη μέθοδο, αλλά ένα θεραπευτικό πλαίσιο που μπορεί να προσαρμόζεται στις δυνατότητες και στους στόχους κάθε ασθενούς. Παρότι η βιβλιογραφία δεν αναδεικνύει μία μοναδική ιδανική προσέγγιση, τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η λογοθεραπεία μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της επικοινωνιακής λειτουργίας των ατόμων με αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο (Brady et al., 2016).

Πίνακας 9.1: Κλασική SLT

Στοιχείο	Περιγραφή
Μελέτη	Brady et al. (2016)
Δείγμα	57 δείγματα
Στάδιο	Όλα τα στάδια
Παρέμβαση	SLT
Αποτελέσματα	Βελτίωση επικοινωνίας και γλώσσας
Περιορισμοί	Ετερογένεια πρωτοκόλλων

9.3 Intensive Language-Action Therapy (ILAT / CIAT)

Η ILAT βασίζεται στην αρχή της εντατικής και υποχρεωτικής χρήσης του προφορικού λόγου. Οι ασθενείς συμμετέχουν σε δραστηριότητες που προσομοιώνουν πραγματικές επικοινωνιακές καταστάσεις, αποφεύγοντας τη χρήση μη λεκτικών στρατηγικών.

Μία σημαντική έρευνα για την εφαρμογή της Intensive Language Action Therapy (ILAT) σε ενήλικες με χρόνια αφασία είναι η μελέτη των Kurland, Stanek, Stokes, Li και Andrianopoulos (2016), η οποία εξέτασε κατά πόσο η καθοδήγηση μέσω περιορισμού αποτελεί βασικό παράγοντα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η ILAT βασίζεται στην αρχή ότι η γλώσσα πρέπει να εξασκείται μέσα σε πραγματικά επικοινωνιακά πλαίσια και όχι μόνο μέσα από απομονωμένες γλωσσικές ασκήσεις. Στη συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν 24 ενήλικες με αφασία, οι οποίοι χωρίστηκαν σε

δύο ομάδες: μία ομάδα που έλαβε ILAT και μία ομάδα που έλαβε τροποποιημένη μορφή της μεθόδου PACE. Και οι δύο ομάδες συμμετείχαν σε εντατική θεραπεία μέσα από θεραπευτικά παιχνίδια γλωσσικής δράσης. Η βασική διαφορά ήταν ότι στην ομάδα ILAT οι ασθενείς καθοδηγούνταν προς τη χρήση προφορικών απαντήσεων, ενώ στην ομάδα PACE μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν οποιονδήποτε τρόπο επικοινωνίας, όπως λόγο, χειρονομίες ή άλλες μορφές απόκρισης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλοι οι συμμετέχοντες βελτιώθηκαν στην κατονομασία εικόνων, ανεξάρτητα από την ομάδα στην οποία ανήκαν. Τα μεγαλύτερα οφέλη παρατηρήθηκαν σε άτομα με ήπια/μέτρια και μέτρια προς σοβαρή αφασία. Επιπλέον, η ομάδα ILAT παρουσίασε καλύτερη επίδοση σε μη εκπαιδευμένες εικόνες, γεγονός που δείχνει πιθανή γενίκευση της θεραπείας, αν και η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Συνεπώς, η μελέτη δείχνει ότι η ILAT μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της γλωσσικής επίδοσης σε ενήλικες με χρόνια αφασία, ιδιαίτερα στην κατονομασία, αλλά δεν αποδεικνύει με σαφήνεια ότι ο περιορισμός στη χρήση προφορικού λόγου είναι από μόνος του ο καθοριστικός παράγοντας της θεραπευτικής επιτυχίας. Ωστόσο, η εφαρμογή της απαιτεί καλή φυσική αντοχή, υψηλό επίπεδο συμμετοχής και εξειδικευμένη καθοδήγηση.

Πίνακας 9.2: ILAT

Στοιχείο	Περιγραφή
Μελέτη	Kurland et al. (2016)
Δείγμα	24 ενήλικες
Ένταση	Ήπια/μέτρια, μέτρια προς σοβαρή και σοβαρή αφασία
Παρέμβαση	ILAT σε σύγκριση με τροποποιημένη PACE
Αποτελέσματα	Και οι δύο ομάδες βελτιώθηκαν στην κατονομασία εικόνων
Περιορισμοί	Απαιτεί ένταση και αντοχή

9.4 Semantic Feature Analysis (SFA)

Η Semantic Feature Analysis (SFA) αποτελεί λογοθεραπευτική παρέμβαση που χρησιμοποιείται συχνά σε ενήλικες με αφασία, κυρίως όταν υπάρχει δυσκολία στην ανάκληση λέξεων και στην κατονομασία. Η βασική λογική της μεθόδου είναι ότι ο ασθενής δεν προσπαθεί απλώς να πει τη λέξη-στόχο, αλλά καθοδηγείται να σκεφτεί σημασιολογικά στοιχεία που σχετίζονται με αυτή, όπως η κατηγορία στην οποία ανήκει, η χρήση της, τα χαρακτηριστικά της, ο χώρος όπου συνήθως βρίσκεται και οι συνειρμοί που προκαλεί. Με αυτόν τον τρόπο ενεργοποιούνται περισσότερες πληροφορίες γύρω από τη λέξη και διευκολύνεται η λεκτική παραγωγή. Στη

συστηματική ανασκόπηση των Efstratiadou et al. (2018) εξετάστηκαν 21 μελέτες, στις οποίες συμμετείχαν συνολικά 55 άτομα με αφασία. Οι μελέτες περιλάμβαναν διαφορετικές εφαρμογές της SFA, όπως παρέμβαση σε ουσιαστικά, ρήματα, συνδεδεμένο λόγο, ομαδική θεραπεία, πολυγλωσσική παρέμβαση και σύγκριση με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μέθοδος συνέβαλε στη βελτίωση της κατονομασίας των λέξεων που είχαν δουλευτεί θεραπευτικά στους περισσότερους συμμετέχοντες, ενώ σε μικρότερο βαθμό παρατηρήθηκε διατήρηση των αποτελεσμάτων και γενίκευση σε μη εκπαιδευμένες λέξεις ή σε πιο φυσική επικοινωνία. Συγκεκριμένα, βελτίωση στην κατονομασία εκπαιδευμένων λέξεων αναφέρθηκε σε 45 από τους 55 συμμετέχοντες, γεγονός που δείχνει ότι η SFA μπορεί να αποτελέσει χρήσιμη θεραπευτική επιλογή για την αποκατάσταση της δυσκολίας κατονομασίας. Ωστόσο, οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι τα αποτελέσματα δεν είναι ίδια για όλους τους ασθενείς, καθώς η αποτελεσματικότητα της μεθόδου φαίνεται να επηρεάζεται από τον τύπο και τη βαρύτητα της αφασίας, τη διάρκεια της θεραπείας και τον τρόπο εφαρμογής της παρέμβασης. Επομένως, η SFA θεωρείται μία τεκμηριωμένη μέθοδος για τη βελτίωση της κατονομασίας, αλλά δεν επαρκεί για την συνολική αποκατάσταση (Efstratiadou et al., 2018)

Πίνακας 9.3: SFA

Στοιχείο	Περιγραφή
Μελέτη	Efstratiadou et al. (2018)
Δείγμα	21 μελέτες -55 άτομα
Στόχος	Κατονομασία
Αποτελεσμα	Βελτίωση στην κατονομασία εκπαιδευμένων λέξεων σε 45 από τους 55 συμμετέχοντες
Περιορισμός	Μικρή γενίκευση

9.5 Melodic Intonation Therapy (MIT)

Η Melodic Intonation Therapy (MIT) αποτελεί μία λογοθεραπευτική μέθοδο που χρησιμοποιείται κυρίως σε ενήλικες με μη ρέουσα αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Η μέθοδος βασίζεται στη χρήση της μελωδίας, του ρυθμού και της προσωδίας, με σκοπό να διευκολύνει την παραγωγή λόγου σε ασθενείς που παρουσιάζουν σημαντική δυσκολία στην προφορική έκφραση. Κατά την εφαρμογή της θεραπείας, ο θεραπευτής αρχικά παράγει λέξεις ή φράσεις με μελωδικό και ρυθμικό τρόπο και ο ασθενής προσπαθεί να τις επαναλάβει ακολουθώντας τον ίδιο ρυθμό και τονισμό. Σταδιακά, η υποστήριξη του θεραπευτή μειώνεται, ώστε ο ασθενής να μπορέσει να παράγει τις φράσεις πιο ανεξάρτητα και με πιο φυσική προσωδία.

Σημαντικά ερευνητικά δεδομένα για τη MIT προέρχονται από τη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Haro-Martínez et al. (2021). Στη μελέτη αυτή

εξετάστηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που περιλάμβαναν ενήλικες άνω των 18 ετών με μη ρέουσα αφασία μετά από ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 4 τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, με 94 συμμετέχοντες. Η MIT συγκρίθηκε είτε με απουσία θεραπείας είτε με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν σε τρεις βασικούς τομείς: τη λειτουργική επικοινωνία, την εκφραστική γλώσσα και την κατανόηση. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η MIT είχε θετική επίδραση στη λειτουργική επικοινωνία, ιδιαίτερα όταν αυτή αξιολογήθηκε με το Communication Activity Log (CAL). Επιπλέον, παρατηρήθηκε βελτίωση στην επανάληψη, που αποτελεί σημαντική πλευρά της εκφραστικής γλώσσας. Αντίθετα, δεν διαπιστώθηκε σημαντική επίδραση της MIT στην κατανόηση.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η MIT μπορεί να αποτελέσει χρήσιμη θεραπευτική επιλογή για ενήλικες με μη ρέουσα μετα-εγκεφαλική αφασία, κυρίως όταν ο θεραπευτικός στόχος είναι η ενίσχυση της λεκτικής παραγωγής, της επανάληψης και της καθημερινής λειτουργικής επικοινωνίας. Ωστόσο, οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι τα διαθέσιμα δεδομένα προέρχονται από μικρό αριθμό μελετών και συμμετεχόντων. Για τον λόγο αυτό, αν και τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, χρειάζονται μεγαλύτερες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, ώστε να τεκμηριωθεί με μεγαλύτερη ασφάλεια η αποτελεσματικότητα της MIT στην αποκατάσταση της αφασίας μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο (Haro-Martínez et al., 2021).

Πίνακας 9.4: MIT

Στοιχείο	Περιγραφή
Δείγμα	94 ασθενείς
Τύπος	Μη ρέουσα αφασία
Μέθοδος	Μελωδική θεραπεία
Αποτελέσματα	Βελτίωση παραγωγής
Περιορισμοί	Περιορισμένες RCTs

9.6 Τεχνολογικές παρεμβάσεις (Big CACTUS)

Η τεχνολογικά υποστηριζόμενη λογοθεραπευτική παρέμβαση έχει μελετηθεί ιδιαίτερα μέσα από τη μελέτη Big CACTUS, η οποία εξέτασε την αποτελεσματικότητα της αυτοδιαχειριζόμενης υπολογιστικής λογοθεραπείας σε ενήλικες με χρόνια αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Στη μελέτη των Palmer et al. (2019) συμμετείχαν 278 ενήλικες με μετα-εγκεφαλική αφασία, οι οποίοι κατανεμήθηκαν τυχαία σε τρεις ομάδες: συνήθη φροντίδα, υπολογιστική λογοθεραπεία μαζί με συνήθη φροντίδα και ομάδα ελέγχου προσοχής μαζί με συνήθη φροντίδα. Η παρέμβαση αφορούσε καθημερινή, αυτοδιαχειριζόμενη εξάσκηση στην εύρεση λέξεων μέσω ειδικού λογισμικού, προσαρμοσμένου στις ανάγκες του κάθε ασθενούς από λογοθεραπευτές και με υποστήριξη από βοηθούς ή εθελοντές.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υπολογιστική λογοθεραπεία οδήγησε σε σημαντική βελτίωση στην εύρεση προσωπικά σημαντικών λέξεων. Συγκεκριμένα, στους 6 μήνες η ομάδα της υπολογιστικής θεραπείας παρουσίασε μεγαλύτερη βελτίωση στην εύρεση λέξεων σε σχέση τόσο με τη συνήθη φροντίδα όσο και με την ομάδα ελέγχου προσοχής. Ωστόσο, η βελτίωση αυτή δεν συνοδεύτηκε από αντίστοιχη σημαντική βελτίωση στη συνομιλία ή στην ποιότητα ζωής. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η τεχνολογική παρέμβαση μπορεί να ενισχύσει συγκεκριμένες γλωσσικές δεξιότητες, όπως η κατονομασία και η εύρεση λέξεων, αλλά η μεταφορά των αποτελεσμάτων στη λειτουργική επικοινωνία της καθημερινής ζωής μπορεί να είναι πιο περιορισμένη.

Συνολικά, η μελέτη Big CACTUS δείχνει ότι οι τεχνολογικά υποστηριζόμενες παρεμβάσεις μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμο συμπλήρωμα στη λογοθεραπεία ενηλίκων με αφασία, ιδιαίτερα όταν υπάρχει ανάγκη για περισσότερη και συστηματικότερη εξάσκηση πέρα από τις διαθέσιμες συνεδρίες με λογοθεραπευτή. Παράλληλα, τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι η υπολογιστική θεραπεία δεν αντικαθιστά πλήρως τη λογοθεραπευτική παρέμβαση, αλλά μπορεί να λειτουργήσει ως πρόσθετο εργαλείο για την ενίσχυση της γλωσσικής αποκατάστασης.

Πίνακας 9.5: Big CACTUS

Στοιχείο	Περιγραφή
Δείγμα	278 ενήλικες με χρόνια αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο
Μέθοδος	Υπολογιστική θεραπεία
Αποτελεσμα	Βελτίωση την εύρεση προσωπικά σημαντικών λέξεων
Περιορισμοί	Περιορισμένη γενίκευση

9.7 Νευροτροποποίηση (tDCS)

Η διακρανιακή διέγερση συνεχούς ρεύματος, γνωστή ως transcranial direct current stimulation (tDCS), αποτελεί μία μη επεμβατική μορφή νευροτροποποίησης που έχει μελετηθεί ως συμπληρωματική παρέμβαση στη λογοθεραπεία ενηλίκων με αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Η μέθοδος εφαρμόζει ασθενές ηλεκτρικό ρεύμα στον εγκέφαλο, με στόχο να τροποποιήσει τη διεγερσιμότητα των νευρωνικών δικτύων που σχετίζονται με τη γλωσσική λειτουργία. Στην αποκατάσταση της αφασίας, η tDCS δεν χρησιμοποιείται συνήθως ως αυτόνομη θεραπεία, αλλά σε συνδυασμό με συμπεριφορική λογοθεραπευτική παρέμβαση, όπως ασκήσεις κατονομασίας και ανάκλησης λέξεων.

Σημαντική έρευνα για την εφαρμογή της tDCS στην αφασία είναι η τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή των Fridriksson et al. (2018). Στη μελέτη συμμετείχαν 74 ενήλικες με χρόνια αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν τυχαία σε ομάδα πραγματικής ανοδικής tDCS και σε ομάδα εικονικής διέγερσης. Και οι δύο ομάδες έλαβαν λογοθεραπευτική παρέμβαση με στόχο τη βελτίωση της κατονομασίας αντικειμένων. Η παρέμβαση διήρκεσε τρεις εβδομάδες και περιλάμβανε δεκαπέντε ατομικές συνεδρίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που έλαβαν πραγματική tDCS σε συνδυασμό με λογοθεραπεία παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση στην κατονομασία λέξεων σε σύγκριση με την ομάδα που έλαβε εικονική διέγερση. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε μεγαλύτερη αύξηση στον αριθμό σωστά κατονομαζόμενων αντικειμένων στην ομάδα της πραγματικής tDCS. Ωστόσο, οι συγγραφείς σημείωσαν ότι η μελέτη δεν ήταν οριστική ως προς την πλήρη απόδειξη της αποτελεσματικότητας της μεθόδου και ότι χρειάζονται μεγαλύτερες μελέτες για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων.

Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν με τη συστηματική ανασκόπηση και δικτυακή μετα-ανάλυση των Elsner et al. (2020), η οποία εξέτασε 25 τυχαιοποιημένες μελέτες με 471 συμμετέχοντες με αφασία μετά από εγκεφαλικό. Η ανασκόπηση έδειξε ότι η tDCS δεν οδήγησε σε σαφή βελτίωση της λειτουργικής επικοινωνίας, που ήταν το κύριο αποτέλεσμα της μελέτης. Ωστόσο, βρέθηκαν ενδείξεις ότι η ανοδική tDCS, ιδιαίτερα όταν εφαρμόζεται στην αριστερή κάτω μετωπιαία έλικα, μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της κατονομασίας ουσιαστικών. Επομένως, η tDCS φαίνεται να είναι μία υποσχόμενη συμπληρωματική μέθοδος για συγκεκριμένες γλωσσικές δεξιότητες, όπως η κατονομασία, αλλά η επίδρασή της στη γενικότερη καθημερινή επικοινωνία παραμένει λιγότερο σαφής.

Πίνακας 9.6: Νευροτροποποίηση με tDCS

Στοιχείο	Περιγραφή
Έρευνα	Fridriksson et al. (2018)
Δείγμα	74 ενήλικες με χρόνια αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο
Μέθοδος	Πραγματική ανοδική tDCS
Αποτελέσματα	Η ομάδα της πραγματικής tDCS παρουσίασε μεγαλύτερη βελτίωση στην κατονομασία αντικειμένων σε σχέση με την ομάδα εικονικής διέγερσης

Πίνακας 9.7: tDCS για αφασία μετά από εγκεφαλικό

Στοιχείο	Περιγραφή
Έρευνα	Elsner et al. (2020)
Δείγμα	25 τυχαιοποιημένες μελέτες, 471 συμμετέχοντες
Μέθοδος	Σύγκριση διαφορετικών μορφών tDCS με ομάδα ελέγχου
Αποτελέσματα	Δεν βρέθηκε σαφής βελτίωση στη λειτουργική επικοινωνία, αλλά η ανοδική tDCS φάνηκε υποσχόμενη για την κατονομασία ουσιαστικών

9.8 Συγκεντρωτικός συγκριτικός πίνακας

Μέθοδος	Έρευνα	Δείγμα	Στόχος	Ευρήματα	Περιορισμοί
SLT	Brady et al. (2016)	57 μελέτες, 3.002 συμμετέχοντες	Βελτίωση γλωσσικής και λειτουργικής επικοινωνίας μετά από εγκεφαλικό	Η SLT βελτιώνει τη λειτουργική επικοινωνία, την κατανόηση, την έκφραση, την ανάγνωση και τη γραφή	Δεν αποδεικνύεται με σαφήνεια ότι μία συγκεκριμένη προσέγγιση είναι ανώτερη
ILAT/CIAT	Kurland et al. (2016)	24 ενήλικες με αφασία	Εντατική γλωσσική εξάσκηση μέσα σε επικοινωνιακά παιχνίδια	Βελτίωση στην κατονομασία εικόνων και πιθανή γενίκευση σε μη εκπαιδευμένο υλικό	Η διαφορά γενίκευσης δεν ήταν στατιστικά σημαντική
SFA	Efstratiadou et al. (2018)	21 μελέτες, 55 άτομα με αφασία	Βελτίωση ανωμίας μέσω σημασιολογικών χαρακτηριστικών	Βελτίωση κατονομασίας εκπαιδευμένων λέξεων σε 45/55 συμμετέχοντες	Περιορισμένη γενίκευση σε μη εκπαιδευμένες λέξεις και συνδεδεμένο λόγο
MIT	Haro-Martínez et al. (2021)	4 RCTs, 94 ενήλικες	Χρήση μελωδίας και ρυθμού σε μη ρέουσα αφασία	Βελτίωση λειτουργικής επικοινωνίας και επανάληψης	Περιορισμένη γενίκευση σε μη εκπαιδευμένες λέξεις και

					συνδεδεμένο λόγο
Big CACTUS	Palmer et al. (2019)	278 ενήλικες με χρόνια μετα-εγκεφαλική αφασία	Αυτοδιαχειριζόμενη υπολογιστική θεραπεία εύρεσης λέξεων	Σημαντική βελτίωση στην εύρεση προσωπικά σημαντικών λέξεων	Περιορισμένη μεταφορά στη συνομιλία και στην ποιότητα ζωής
tDCS	Fridriksson et al. (2018)	74 ενήλικες με χρόνια αφασία	tDCS σε συνδυασμό με λογοθεραπεία κατονομασίας	Μεγαλύτερη βελτίωση στην κατονομασία στην ομάδα πραγματικής tDCS	Χρειάζονται μεγαλύτερες μελέτες για ασφαλέστερα συμπεράσματα

9.9 Συμπεράσματα

Η ανάλυση των λογοθεραπευτικών μεθόδων καταδεικνύει ότι η αποκατάσταση της αφασίας δεν μπορεί να στηριχθεί σε μία μόνο θεραπευτική προσέγγιση, αλλά απαιτεί μια πολυδιάστατη και ευέλικτη στρατηγική, η οποία προσαρμόζεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς. Η ποικιλομορφία των γλωσσικών ελλειμμάτων, σε συνδυασμό με τις ατομικές διαφορές ως προς τη νευρολογική κατάσταση, το επίπεδο λειτουργικότητας και το κοινωνικό πλαίσιο, καθιστά αναγκαία την εφαρμογή συνδυαστικών παρεμβάσεων. Μέσα από αυτή τη σύνθεση, επιτυγχάνεται όχι μόνο η βελτίωση επιμέρους γλωσσικών δεξιοτήτων, αλλά και η συνολική ενίσχυση της επικοινωνιακής ικανότητας.

Καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία αποκατάστασης διαδραματίζει η εξατομίκευση της θεραπείας, καθώς κάθε ασθενής παρουσιάζει διαφορετικές ανάγκες και δυνατότητες. Παράλληλα, η ένταση της θεραπευτικής παρέμβασης φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα, υπό την προϋπόθεση ότι προσαρμόζεται στις αντοχές και τη φάση αποκατάστασης του ατόμου. Εξίσου σημαντική είναι η λειτουργική στόχευση της θεραπείας, δηλαδή η εστίαση σε πραγματικές επικοινωνιακές καταστάσεις της καθημερινότητας, καθώς και η ενεργή συμμετοχή του ασθενούς, η οποία ενισχύει τη μάθηση και την εφαρμογή των δεξιοτήτων σε φυσικά περιβάλλοντα.

Συνολικά, η σύγχρονη λογοθεραπευτική προσέγγιση στην αφασία δεν περιορίζεται στην αποκατάσταση της γλώσσας ως γνωστικής λειτουργίας, αλλά επεκτείνεται στην ενίσχυση της επικοινωνίας ως κοινωνικής διαδικασίας. Στόχος δεν είναι μόνο η γλωσσική βελτίωση, αλλά η ουσιαστική επανένταξη του ατόμου στην καθημερινή και κοινωνική ζωή, με τρόπο που να προάγει την αυτονομία, τη συμμετοχή και την ποιότητα ζωής του.

10. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

10.1 Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία επιχείρησε να προσεγγίσει την αφασία μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μέσα από μια πολυδιάστατη οπτική, συνδυάζοντας θεωρητικά, νευροανατομικά, κλινικά και ερευνητικά δεδομένα. Η αφασία δεν αποτελεί απλώς μια διαταραχή της γλώσσας, αλλά μια σύνθετη κατάσταση που επηρεάζει την επικοινωνία, την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή και συνολικά την ποιότητα ζωής του ατόμου. Για τον λόγο αυτό, η μελέτη της πρώιμης λογοθεραπευτικής παρέμβασης αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς αφορά μια κρίσιμη περίοδο κατά την οποία ο εγκέφαλος παρουσιάζει αυξημένη δυνατότητα αναδιοργάνωσης και αποκατάστασης.

Μέσα από τα προηγούμενα κεφάλαια αναδείχθηκε ότι η αφασία πρέπει να κατανοηθεί όχι μόνο ως αποτέλεσμα βλάβης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου, αλλά ως διαταραχή ευρύτερων γλωσσικών και επικοινωνιακών δικτύων. Η σύγχρονη θεώρηση απομακρύνεται από την αποκλειστικά εντοπιστική προσέγγιση και δίνει έμφαση στη λειτουργική συνδεσιμότητα, στη νευροπλαστικότητα και στη σημασία της καθημερινής επικοινωνίας. Αυτή η μετατόπιση έχει άμεσες συνέπειες και στον τρόπο με τον οποίο σχεδιάζεται η λογοθεραπευτική παρέμβαση.

Η συζήτηση που ακολουθεί επιχειρεί να συνθέσει τα βασικά ευρήματα της εργασίας και να αναδείξει τη μεταξύ τους σύνδεση. Ειδικότερα, εξετάζεται η σημασία της πρώιμης αξιολόγησης, ο ρόλος της έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης, η αποτελεσματικότητα των λογοθεραπευτικών μεθόδων, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση και την αποκατάσταση.

10.2 Σύνδεση θεωρητικού πλαισίου και κλινικής εικόνας

Το θεωρητικό υπόβαθρο της αφασίας δείχνει ότι η γλώσσα αποτελεί μια σύνθετη λειτουργία, η οποία δεν εξαρτάται από μία μόνο εγκεφαλική περιοχή, αλλά από τη συνεργασία πολλών περιοχών και δικτύων. Οι κλασικές περιοχές Broca και Wernicke εξακολουθούν να έχουν μεγάλη σημασία για την κατανόηση της αφασίας, όμως η

σύγχρονη έρευνα δείχνει ότι η παραγωγή και κατανόηση του λόγου βασίζονται σε ευρύτερα νευρωνικά συστήματα.

Η αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζεται όταν η βλάβη επηρεάζει περιοχές ή συνδέσεις που σχετίζονται με τη γλωσσική επεξεργασία. Ανάλογα με τη θέση, την έκταση και τη βαρύτητα της βλάβης, παρατηρούνται διαφορετικά γλωσσικά προφίλ. Για παράδειγμα, βλάβες σε μετωπιαίες περιοχές συνδέονται συχνότερα με μη ρέουσα ομιλία και δυσκολία στην παραγωγή λόγου, ενώ βλάβες σε κροταφικές περιοχές σχετίζονται περισσότερο με διαταραχές κατανόησης και σημασιολογικής επεξεργασίας.

Ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στη βλάβη και στην κλινική εικόνα δεν είναι πάντα απόλυτη. Δύο ασθενείς με παρόμοια εγκεφαλική βλάβη μπορεί να παρουσιάσουν διαφορετική πορεία αποκατάστασης. Αυτό οφείλεται σε παράγοντες όπως:

- η ηλικία,
- η γενική νευρολογική κατάσταση,
- το αρχικό επίπεδο γλωσσικής λειτουργίας,
- η έκταση της βλάβης,
- η ύπαρξη συνοδών γνωστικών δυσκολιών,
- η ένταση και ποιότητα της θεραπείας,
- η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον.

Επομένως, η αφασία δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με έναν ενιαίο και σταθερό τρόπο. Αντίθετα, απαιτείται εξατομικευμένη προσέγγιση, η οποία λαμβάνει υπόψη τόσο τα γλωσσικά ελλείμματα όσο και το συνολικό λειτουργικό προφίλ του ασθενούς.

10.3 Η σημασία της πρώιμης αξιολόγησης

Ένα από τα πιο σημαντικά σημεία που αναδείχθηκαν στην εργασία είναι η αξία της πρώιμης αξιολόγησης. Η αξιολόγηση στο πρώιμο στάδιο μετά το εγκεφαλικό δεν έχει μόνο διαγνωστικό χαρακτήρα, αλλά αποτελεί τη βάση για τον σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης. Σε αυτή τη φάση, ο λογοθεραπευτής καλείται να εκτιμήσει όχι μόνο τι δεν μπορεί να κάνει ο ασθενής, αλλά και ποιες δυνατότητες παραμένουν ενεργές.

Η αξιολόγηση στο οξύ και υποξύ στάδιο παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει κόπωση, μειωμένη προσοχή, μεταβολές στη συνείδηση ή συνυπάρχουσες κινητικές και αισθητηριακές δυσκολίες. Για τον λόγο αυτό, η αξιολόγηση πρέπει να είναι ευέλικτη και προσαρμοσμένη στην κατάσταση του ατόμου. Δεν αρκεί μια τυπική εξέταση σε μία χρονική στιγμή, καθώς η εικόνα του ασθενούς μπορεί να μεταβάλλεται σημαντικά από μέρα σε μέρα.

Η πρώιμη αξιολόγηση πρέπει να εστιάζει:

- στην κατανόηση απλών οδηγιών,
- στην παραγωγή λέξεων ή φράσεων,
- στην κατονομασία,
- στην επανάληψη,
- στη χρήση χειρονομιών ή άλλων εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας,
- στην πραγματική λειτουργική επικοινωνία του ατόμου.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η αξιολόγηση της λειτουργικής επικοινωνίας, καθώς τα τυποποιημένα τεστ δεν αποτυπώνουν πάντα με ακρίβεια την ικανότητα του ασθενούς να επικοινωνεί στην καθημερινή ζωή. Ένας ασθενής μπορεί να αποδίδει χαμηλά σε γλωσσικές δοκιμασίες, αλλά να μπορεί να εκφράσει βασικές ανάγκες με χειρονομίες, βλέμμα, εικόνες ή σύντομες λέξεις. Αυτές οι ικανότητες είναι ιδιαίτερα σημαντικές και πρέπει να αξιοποιούνται θεραπευτικά.

10.4 Η πρώιμη παρέμβαση ως κρίσιμο θεραπευτικό παράθυρο

Η πρώιμη λογοθεραπευτική παρέμβαση βασίζεται στην ιδέα ότι οι πρώτοι μήνες μετά το εγκεφαλικό αποτελούν μια περίοδο αυξημένης νευροπλαστικότητας. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, ο εγκέφαλος προσπαθεί να αναδιοργανώσει τις λειτουργίες του, να ενεργοποιήσει εναλλακτικά δίκτυα και να αποκαταστήσει, στο μέτρο του δυνατού, τις γλωσσικές δεξιότητες που έχουν επηρεαστεί.

Η πρώιμη παρέμβαση, όμως, δεν πρέπει να ταυτίζεται αποκλειστικά με την έντονη ή εξαντλητική θεραπεία. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η πολύ πρώιμη και υψηλής έντασης θεραπεία δεν είναι πάντα ανώτερη από μια πιο προσαρμοσμένη και σταδιακή παρέμβαση. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στο οξύ στάδιο, όπου ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται ακόμη σε φάση ιατρικής και νευρολογικής αστάθειας.

Η ουσία της πρώιμης παρέμβασης βρίσκεται κυρίως:

- στην έγκαιρη ενεργοποίηση της επικοινωνίας,
- στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης,
- στην υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας,
- στην πρόληψη της απομόνωσης,
- στη σταδιακή ενίσχυση των γλωσσικών δεξιοτήτων,
- στην αξιοποίηση της νευροπλαστικότητας με ασφαλή και ρεαλιστικό τρόπο.

Συνεπώς, η πρώιμη παρέμβαση πρέπει να είναι στοχευμένη, εξατομικευμένη και λειτουργικά προσανατολισμένη. Δεν αρκεί η απλή εφαρμογή ασκήσεων λόγου, αλλά χρειάζεται θεραπευτικός σχεδιασμός που να ανταποκρίνεται στην πραγματική κατάσταση του ασθενούς.

10.5 Σύνθεση ερευνητικών δεδομένων για το διάστημα 0–6 μηνών

Τα ερευνητικά δεδομένα που εξετάστηκαν για το διάστημα από τις πρώτες ημέρες έως τους έξι μήνες μετά το εγκεφαλικό δείχνουν ότι η πρώιμη λογοθεραπευτική παρέμβαση έχει σημαντική αξία, αλλά η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

Οι μελέτες που αφορούν το πολύ πρώιμο στάδιο, όπως η VERSE, δείχνουν ότι η θεραπεία μέσα στις πρώτες δύο εβδομάδες είναι εφικτή, αλλά η πολύ υψηλή ένταση δεν οδηγεί απαραίτητα σε σαφώς καλύτερα αποτελέσματα. Αυτό υποδηλώνει ότι στο οξύ στάδιο η θεραπεία πρέπει να δίνεται με προσοχή και να προσαρμόζεται στην αντοχή του ασθενούς.

Αντίθετα, στο υποξύ στάδιο, δηλαδή από τις δύο εβδομάδες έως τους έξι μήνες, η θεραπεία φαίνεται να έχει μεγαλύτερο περιθώριο αποτελεσματικότητας. Σε αυτή τη φάση ο ασθενής είναι συχνά πιο σταθερός, μπορεί να συμμετέχει περισσότερο και είναι δυνατό να εφαρμοστούν πιο συστηματικά θεραπευτικά προγράμματα.

Η συνολική εικόνα της βιβλιογραφίας δείχνει ότι:

- η πρόωγη παρέμβαση είναι σημαντική,
- η ένταση πρέπει να είναι προσαρμοσμένη,
- η θεραπεία πρέπει να έχει λειτουργικό στόχο,
- η συμμετοχή της οικογένειας ενισχύει τα αποτελέσματα,
- η αποκατάσταση δεν εξαρτάται μόνο από τις ώρες θεραπείας, αλλά και από την ποιότητα της παρέμβασης.

Επομένως, τα ερευνητικά δεδομένα δεν υποστηρίζουν μια απλή λογική «όσο πιο νωρίς και όσο πιο εντατικά, τόσο καλύτερα». Αντίθετα, υποστηρίζουν μια πιο σύνθετη προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία ο κατάλληλος χρόνος, η κατάλληλη ένταση και η κατάλληλη μέθοδος πρέπει να προσαρμόζονται στο προφίλ κάθε ασθενούς.

10.6 Σύγκριση λογοθεραπευτικών μεθόδων

Η ανάλυση των λογοθεραπευτικών μεθόδων έδειξε ότι κάθε προσέγγιση έχει διαφορετική στόχευση και διαφορετικά πλεονεκτήματα. Η κλασική λογοθεραπεία λόγου και ομιλίας αποτελεί τη βάση της αποκατάστασης, καθώς μπορεί να προσαρμοστεί σε διαφορετικούς τύπους αφασίας και σε διαφορετικά στάδια αποκατάστασης. Παράλληλα, εξειδικευμένες μέθοδοι, όπως η ILAT, η SFA και η MIT, προσφέρουν πιο στοχευμένη παρέμβαση.

Η ILAT/CIAT φαίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη όταν στόχος είναι η ενίσχυση της ενεργής λεκτικής παραγωγής μέσα από εντατικές και επικοινωνιακές δραστηριότητες. Η μέθοδος αυτή έχει ιδιαίτερη αξία, επειδή ενσωματώνει την κοινωνική αλληλεπίδραση στη θεραπεία και δεν περιορίζεται σε απομονωμένες γλωσσικές ασκήσεις.

Η SFA είναι πιο ειδική μέθοδος και εφαρμόζεται κυρίως σε δυσκολίες κατονομασίας. Η δύναμή της βρίσκεται στο ότι ενεργοποιεί σημασιολογικά δίκτυα και βοηθά τον ασθενή να φτάσει στη λέξη μέσα από νοηματικές συνδέσεις. Ωστόσο, η γενίκευση σε μη εκπαιδευμένες λέξεις και σε καθημερινές επικοινωνιακές καταστάσεις δεν είναι πάντα δεδομένη.

Η MIT έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για ασθενείς με μη ρέουσα αφασία, καθώς αξιοποιεί τον ρυθμό και τη μελωδία για να υποστηρίξει την παραγωγή λόγου. Η μέθοδος αυτή

δείχνει ότι η γλώσσα μπορεί να ενισχυθεί και μέσω εναλλακτικών νευρωνικών διαδρομών, γεγονός που συνδέεται άμεσα με τη θεωρία της νευροπλαστικότητας.

Οι τεχνολογικά υποβοηθούμενες παρεμβάσεις, όπως τα προγράμματα υπολογιστή, μπορούν να αυξήσουν σημαντικά τον χρόνο εξάσκησης και να δώσουν στον ασθενή μεγαλύτερη αυτονομία. Ωστόσο, η βελτίωση που παρατηρείται σε συγκεκριμένες λέξεις ή ασκήσεις δεν μεταφέρεται πάντα αυτόματα στη λειτουργική επικοινωνία.

Τέλος, η tDCS και άλλες τεχνικές νευροτροποποίησης αποτελούν υποσχόμενες συμπληρωματικές παρεμβάσεις, αλλά δεν μπορούν ακόμη να θεωρηθούν βασική θεραπεία. Η αξία τους φαίνεται κυρίως όταν συνδυάζονται με λογοθεραπεία, όμως απαιτείται περισσότερη έρευνα για τον καθορισμό σταθερών πρωτοκόλλων.

10.7 Ο ρόλος της λειτουργικής επικοινωνίας

Ένα από τα πιο σημαντικά συμπεράσματα της εργασίας είναι ότι η αποκατάσταση της αφασίας δεν πρέπει να αξιολογείται μόνο με βάση την επίδοση του ασθενούς σε γλωσσικά τεστ. Η βελτίωση της κατνομασίας, της επανάληψης ή της κατανόησης είναι σημαντική, αλλά δεν αρκεί αν δεν μεταφέρεται στην καθημερινή επικοινωνία.

Η λειτουργική επικοινωνία αφορά την ικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιεί οποιοδήποτε διαθέσιμο μέσο για να εκφράσει ανάγκες, σκέψεις και συναισθήματα. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει:

- λέξεις,
- φράσεις,
- χειρονομίες,
- γραπτό λόγο,
- εικόνες,
- βλέμμα,
- υποστηρικτικά μέσα επικοινωνίας.

Η έμφαση στη λειτουργική επικοινωνία είναι ιδιαίτερα σημαντική στο πρώιμο στάδιο, όπου ο ασθενής συχνά δεν μπορεί να παράγει πλήρη λόγο. Σε αυτή τη φάση, ακόμη και η δυνατότητα έκφρασης βασικών αναγκών αποτελεί σημαντική θεραπευτική επιτυχία.

Η λογοθεραπεία, επομένως, πρέπει να στοχεύει όχι μόνο στη γλωσσική αποκατάσταση, αλλά και στη συμμετοχή του ατόμου στην καθημερινή ζωή. Αυτό σημαίνει ότι η θεραπεία πρέπει να συνδέεται με πραγματικές καταστάσεις, όπως η επικοινωνία με την οικογένεια, η έκφραση πόνου ή ανάγκης, η συμμετοχή σε απλές συνομιλίες και η σταδιακή κοινωνική επανένταξη.

10.8 Ο ρόλος της οικογένειας και του περιβάλλοντος

Η οικογένεια διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αποκατάσταση της αφασίας. Ο ασθενής δεν επικοινωνεί μόνο μέσα στη θεραπευτική συνεδρία, αλλά κυρίως στο σπίτι και στο κοινωνικό του περιβάλλον. Για τον λόγο αυτό, η εκπαίδευση των φροντιστών αποτελεί βασικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας.

Η οικογένεια μπορεί να βοηθήσει όταν γνωρίζει πώς να διευκολύνει την επικοινωνία. Αυτό περιλαμβάνει απλές αλλά σημαντικές στρατηγικές, όπως:

- χρήση απλού και καθαρού λόγου,
- αποφυγή βιασύνης,
- παροχή χρόνου στον ασθενή να απαντήσει,
- χρήση εικόνων ή χειρονομιών,
- επιβεβαίωση ότι το μήνυμα έγινε κατανοητό,
- ενθάρρυνση χωρίς πίεση.

Η συμμετοχή της οικογένειας έχει και ψυχολογική σημασία. Η αφασία μπορεί να προκαλέσει έντονη απογοήτευση, άγχος και αίσθημα απώλειας ταυτότητας. Όταν το περιβάλλον είναι υποστηρικτικό, ο ασθενής αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια και είναι πιο πιθανό να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία.

10.9 Περιορισμοί των ερευνών

Παρά την πρόοδο της έρευνας, υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί στη βιβλιογραφία για την αποκατάσταση της αφασίας. Πολλές μελέτες έχουν μικρό αριθμό συμμετεχόντων, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, οι ασθενείς με αφασία παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια ως προς τον τύπο, τη βαρύτητα, τη θέση της βλάβης και τις συνοδές δυσκολίες, γεγονός που καθιστά δύσκολη την άμεση σύγκριση των μελετών.

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά τη διαφορετική ένταση και διάρκεια των θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Σε ορισμένες μελέτες η θεραπεία είναι πολύ εντατική, ενώ σε άλλες εφαρμόζεται σε πιο ήπια μορφή. Αυτό δυσκολεύει την εξαγωγή σαφών συμπερασμάτων για το ποιο επίπεδο έντασης είναι ιδανικό.

Επιπλέον, αρκετές έρευνες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση σε τυποποιημένα γλωσσικά τεστ και λιγότερη στη λειτουργική επικοινωνία ή στην ποιότητα ζωής. Αυτό αποτελεί σημαντικό κενό, καθώς η πραγματική επιτυχία της θεραπείας δεν φαίνεται μόνο από τη βελτίωση σε ένα τεστ, αλλά από το αν ο ασθενής μπορεί να επικοινωνήσει καλύτερα στην καθημερινότητά του.

10.10 Κλινικές προεκτάσεις

Τα ευρήματα της εργασίας έχουν σημαντικές κλινικές προεκτάσεις για τον λογοθεραπευτή. Πρώτον, αναδεικνύεται η ανάγκη για πρώιμη, αλλά προσεκτικά προσαρμοσμένη αξιολόγηση. Ο λογοθεραπευτής πρέπει να εκτιμά όχι μόνο τον τύπο της αφασίας, αλλά και το επίπεδο αντοχής, προσοχής και λειτουργικής επικοινωνίας του ασθενούς.

Δεύτερον, η παρέμβαση πρέπει να ξεκινά όσο το δυνατόν νωρίτερα, αλλά με τρόπο που να μην επιβαρύνει τον ασθενή. Η θεραπεία στο πρώιμο στάδιο πρέπει να είναι ευέλικτη, σύντομη όταν χρειάζεται και σταδιακά αυξανόμενη.

Τρίτον, η επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου πρέπει να βασίζεται στο προφίλ του ασθενούς. Για παράδειγμα:

- σε ανωμία μπορεί να είναι χρήσιμη η SFA,
- σε μη ρέουσα αφασία μπορεί να αξιοποιηθεί η MIT,
- σε ασθενείς που μπορούν να συμμετέχουν ενεργά μπορεί να εφαρμοστεί ILAT,
- σε ασθενείς που χρειάζονται περισσότερη εξάσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί τεχνολογική υποστήριξη.

Τέταρτον, η θεραπεία πρέπει να συνδέεται με τη λειτουργική επικοινωνία. Δεν αρκεί ο ασθενής να βελτιώνεται σε λέξεις ή εικόνες μέσα στη συνεδρία· πρέπει να μπορεί να χρησιμοποιεί αυτή τη βελτίωση στην καθημερινή ζωή.

10.11 Συνολική σύνθεση

Συνολικά, η αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί μια πολυπαραγοντική διαταραχή που απαιτεί συνδυαστική και εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση. Η θεωρητική κατανόηση της γλώσσας, η γνώση της νευροανατομίας, η εκτίμηση της βλάβης, η αξιολόγηση του ασθενούς και η επιλογή κατάλληλης θεραπείας αποτελούν αλληλένδετα στοιχεία της αποκατάστασης.

Η πρόωπη παρέμβαση έχει ιδιαίτερη αξία, καθώς αξιοποιεί τη φάση αυξημένης νευροπλαστικότητας. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητά της δεν εξαρτάται μόνο από το πόσο νωρίς ξεκινά, αλλά και από το πόσο κατάλληλα σχεδιάζεται. Η παρέμβαση πρέπει να είναι εξατομικευμένη, λειτουργική, προσαρμοσμένη στην αντοχή του ασθενούς και ενταγμένη στο πραγματικό επικοινωνιακό του περιβάλλον.

Η σύγχρονη λογοθεραπεία στην αφασία δεν στοχεύει μόνο στην αποκατάσταση της γλωσσικής δομής, αλλά στη βελτίωση της επικοινωνίας ως μέσου συμμετοχής στη ζωή. Επομένως, η επιτυχία της θεραπείας δεν μετριέται αποκλειστικά με βάση τη γλωσσική απόδοση, αλλά και με βάση την αυτονομία, την κοινωνική επανένταξη και την ποιότητα ζωής του ατόμου.

10.12 Συμπεράσματα

Η συζήτηση των ευρημάτων δείχνει ότι η πρόωπη λογοθεραπευτική παρέμβαση στην αφασία αποτελεί ένα πεδίο με σημαντική θεωρητική, ερευνητική και κλινική αξία. Η σύνδεση της νευροπλαστικότητας με την έγκαιρη θεραπευτική ενεργοποίηση, η ανάγκη για εξατομικευμένη αξιολόγηση και η έμφαση στη λειτουργική επικοινωνία αποτελούν βασικούς άξονες της σύγχρονης αποκατάστασης. Παρότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τον ακριβή καθορισμό των βέλτιστων θεραπευτικών πρωτοκόλλων, τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η λογοθεραπεία μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της επικοινωνίας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με αφασία μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο.

Βιβλιογραφία

American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). Aphasia [Practice Portal].

Bowen, A., Hesketh, A., Patchick, E., Young, A., Davies, L., Vail, A., Long, A. F., Watkins, C., Wilkinson, M., Pearl, G., Lambon Ralph, M. A., & Tyrrell, P. (2012). Effectiveness of enhanced communication therapy in the first four months after stroke for aphasia and dysarthria: A randomised controlled trial. *BMJ*, 345, e4407. DOI: 10.1136/bmj.e4407

Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(6), Article CD000425. DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub4

Brookshire, R. H. (2007). *Introduction to neurogenic communication disorders* (7th ed.). Mosby Elsevier.

Chomsky, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*. MIT Press.

Davis, G. A. (2014). *Aphasia and related cognitive-communicative disorders*. Pearson.

Dell, G. S., Schwartz, M. F., Martin, N., Saffran, E. M., & Gagnon, D. A. (1997). Lexical access in aphasic and nonaphasic speakers. *Psychological Review*, 104(4), 801–838. DOI: 10.1037/0033-295X.104.4.801

Efstratiadou, E. A., Papathanasiou, I., Holland, R., Archonti, A., & Hilari, K. (2018). A systematic review of Semantic Feature Analysis therapy studies for aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(5), 1261–1278. DOI: 10.1044/2018_JSLHR-L-16-0330

El Hachoui, H., Visch-Brink, E. G., de Lau, L. M. L., van de Sandt-Koenderman, M. W. M. E., Nouwens, F., Koudstaal, P. J., & Dippel, D. W. J. (2017). Screening tests for aphasia in patients with stroke: A systematic review. *Journal of Neurology*, 264, 211–220. DOI: 10.1007/s00415-016-8170-8

Elsner, B., Kugler, J., & Mehrholz, J. (2020). Transcranial direct current stimulation (tDCS) for improving aphasia after stroke: A systematic review with network meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 17, Article 88. DOI: 10.1186/s12984-020-00708-z

Enderby, P., Wood, V., & Wade, D. (2006). *Frenchay Aphasia Screening Test (FAST): Test manual: A test for use by non-specialists to screen patients for the presence of aphasia* (2nd ed.). John Wiley & Sons.

Fridriksson, J., Rorden, C., Elm, J., Sen, S., George, M. S., & Bonilha, L. (2018). Transcranial direct current stimulation vs sham stimulation to treat aphasia after stroke: A randomized clinical trial. *JAMA Neurology*, 75(12), 1470–1476. DOI: 10.1001/jamaneurol.2018.2287

Geschwind, N. (1965). Disconnexion syndromes in animals and man. I. *Brain*, 88(2), 237–294. DOI: 10.1093/brain/88.2.237

Godecke, E., Armstrong, E., Rai, T., Ciccone, N., Rose, M. L., Middleton, S., Whitworth, A., Holland, A., Ellery, F., Hankey, G. J., Cadilhac, D. A., & Bernhardt, J. (2021). A randomized control trial of intensive aphasia therapy after acute stroke: The Very Early Rehabilitation for SpEech (VERSE) study. *International Journal of Stroke*, 16(5), 556–572. DOI: 10.1177/1747493020961926

Goodglass, H., Kaplan, E., & Barresi, B. (2001). *The assessment of aphasia and related disorders* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Hankey, G. J. (2017). Stroke. *The Lancet*, 389(10069), 641–654. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30962-X

Haro-Martínez, A., Pérez-Araujo, C. M., Sanchez-Caro, J. M., Fuentes, B., & Díez-Tejedor, E. (2021). Melodic Intonation Therapy for post-stroke non-fluent aphasia: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, 12, Article 700115. DOI: 10.3389/fneur.2021.700115

Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L. (2004). *Manual of aphasia and aphasia therapy* (2nd ed.). Pro-Ed.

Hickok, G., & Poeppel, D. (2007). The cortical organization of speech processing. *Nature Reviews Neuroscience*, 8, 393–402. DOI: 10.1038/nrn2113

Kagan, A., Black, S. E., Duchan, J. F., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001). Training volunteers as conversation partners using “Supported Conversation for Adults with Aphasia” (SCA): A controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44(3), 624–638. DOI: 10.1044/1092-4388(2001/051)

Kertesz, A. (2007). *Western Aphasia Battery—Revised examiner’s manual*. Pearson.

Kleim, J. A., & Jones, T. A. (2008). Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), S225–S239. DOI: 10.1044/1092-4388(2008/018)

Kurland, J., Stanek, E. J., III, Stokes, P., Li, M., & Andrianopoulos, M. (2016). Intensive Language Action Therapy in chronic aphasia: A randomized clinical trial examining guidance by constraint. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 25(4S), S798–S812. DOI: 10.1044/2016_AJSLP-15-0135

LaPointe, L. L. (Ed.). (2011). *Aphasia and related neurogenic language disorders* (4th ed.). Thieme.

Laska, A. C., Kahan, T., Hellblom, A., Murray, V., & von Arbin, M. (2011). A randomized controlled trial on very early speech and language therapy in acute stroke patients with aphasia. *Cerebrovascular Diseases Extra*, 1(1), 66–74. DOI: 10.1159/000329835

Levelt, W. J. M. (1989). *Speaking: From intention to articulation*. MIT Press.

Mattioli, F., Ambrosi, C., Mascaro, L., Scarpazza, C., Pasquali, P., Frugoni, M., Magoni, M., Biagi, L., & Gasparotti, R. (2014). Early aphasia rehabilitation is associated with functional reactivation of the left inferior frontal gyrus: A pilot study. *Stroke*, 45(2), 545–552. DOI: 10.1161/STROKEAHA.113.003192

Palmer, R., Dimairo, M., Cooper, C., Enderby, P., Brady, M., Bowen, A., Latimer, N., Julious, S., Cross, E., Alshreef, A., Harrison, M., Bradley, E., Witts, H., & Chater, T. (2019). Self-managed, computerised speech and language therapy for patients with chronic aphasia post-stroke compared with usual care or attention control (Big CACTUS): A multicentre, single-blinded, randomised controlled trial. *The Lancet Neurology*, 18(9), 821–833. DOI: 10.1016/S1474-4422(19)30192-9

Papathanasiou, I., Coppens, P., & Potagas, C. (2013). *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Jones & Bartlett Learning.

Royal College of Speech and Language Therapists. (n.d.). *Stroke: Clinical information for speech and language therapists*.

Saur, D., Lange, R., Baumgaertner, A., Schraknepper, V., Willmes, K., Rijntjes, M., & Weiller, C. (2006). Dynamics of language reorganization after stroke. *Brain*, 129(6), 1371–1384. DOI: 10.1093/brain/awl090

Simmons-Mackie, N. (2018). Communication partner training in aphasia: Reflections on communication accommodation theory. *Aphasiology*, 32(10), 1215–1224. DOI: 10.1080/02687038.2018.1428282

Stroke Foundation. (2025). *Clinical guidelines for stroke management*.

Teasell, R., Salbach, N. M., Foley, N., Mountain, A., Cameron, J. I., de Jong, A., Acerra, N. E., Bastasi, D., Carter, S. L., Fung, J., Halabi, M.-L., Iruthayarajah, J., Harris, J., Kim, E., Noland, A., Pooyania, S., Rochette, A., Stack, B. D., Symcox, E., ... Lindsay, M. P. (2020). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. Part one: Rehabilitation and recovery following stroke; 6th edition update 2019. *International Journal of Stroke*, 15(7), 763–788. DOI: 10.1177/1747493019897843

Whitworth, A., Webster, J., & Howard, D. (2014). *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia: A clinician's guide* (2nd ed.). Psychology Press.

Wilson, S. M., Entrup, J. L., Schneck, S. M., Onuscheck, C. F., Levy, D. F., Rahman, M., Willey, E., Casilio, M., Yen, M., Brito, A. C., Kam, W., Davis, L. T., de Riesthal, M., & Kirshner, H. S. (2023). Recovery from aphasia in the first year after stroke. *Brain*, 146(3), 1021–1039. DOI: 10.1093/brain/awac129

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization.

Worrall, L. E., & Frattali, C. M. (Eds.). (2000). *Neurogenic communication disorders: A functional approach*. Thieme.