

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ  
ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ  
ΑΦΑΣΙΑ ΚΑΙ Η ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΜΕΣΩ  
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ.”**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**  
ΣΙΑΗΡΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ  
ΜΠΕΡΜΠΕΡΙΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

**ΕΠΗΒΛΕΥΗΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**  
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ Ph.D

**ΣΥΝΕΠΗΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**  
ΠΡΩΙΟΥ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ Ph.D CCC- SLP

ΠΑΤΡΑ 2010

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:**

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	iv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	
1.1.Ορισμός ,αιτιολογία και συμπτώματα.....	2
1.2.Αξιολόγηση.....	5
1.3.Τύποι αφασίας.....	6
1.3.1. Broca ή κινητική αφασία.....	7
1.3.2. Wernicke ή αισθητηριακή αφασία.....	8
1.3.3. Ανομία.....	8
1.3.4. Ολική αφασία.....	8
1.3.5. Αφασία αγωγής.....	9
1.3.6. Διαφλοικές αφασίες.....	9
1.4.Πρόγνωση.....	12
1.5.Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.....	12
1.6.Αντιμετώπιση.....	13
<b>2. ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (GROUP THERAPY)</b>	
2.1.Εισαγωγή στην ομαδική θεραπεία.....	17
2.2.Στόχοι.....	20
2.3.Πλεονεκτήματα της ομαδικής θεραπείας σε ασθενείς με αφασία.....	21
2.4.Παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.....	23
2.5.Μέθοδοι ομαδικής θεραπείας.....	24
2.6.Αρμοδιότητες των μελών της ομάδας.....	27

2.7.Αρμοδιότητες του κλινικού.....	27
2.8.Λειτουργία της ομαδικής θεραπείας.....	29
2.9.Οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας.....	29

### **3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

3.1.Μέθοδος.....	36
3.1.1. Συμμετέχοντες.....	36
3.1.2. Διαδικασία.....	36
3.1.3. Εργαλεία αξιολόγησης.....	37
3.1.4. Θεραπεία.....	40

### **4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

4.1.Αποτελέσματα.....	42
4.2.Συζήτηση.....	49

### **5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

5.1.Συμπεράσματα.....	52
5.2.Μελλοντική εργασία.....	53

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>54</b>
--------------------------	-----------

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με αφορμή την πρακτική άσκηση στο κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας «η Αναγέννηση», μας δόθηκε η ευκαιρία να έρθουμε σε επαφή με ασθενείς με αφασία που παρακολουθούσαν στο κέντρο τόσο ατομική όσο και ομαδική θεραπεία στα πλαίσια του θεραπευτικού τους προγράμματος. Αυτό αποτέλεσε το έναυσμα να αναρωτηθούμε κατά πόσο η ομαδική θεραπεία ωφελεί τους ασθενείς με αφασία και ποια είναι τα πλεονεκτήματα της σε σχέση με την ατομική θεραπεία.

Με την βοήθεια και την καθοδήγηση της προϊσταμένης του τμήματος λογοθεραπείας του κέντρου αποκατάστασης Δρ. Πρώιου Χαρίκλειας PhD CCC –SLP, διεξήγαμε μελέτη στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας μας, για να καταγράψουμε τα οφέλη της ομαδικής θεραπείας σε ασθενείς με αφασία.

Θα θέλαμε να την ευχαριστήσουμε θερμά για την πολύτιμη βοήθεια της και την καθημερινή συμμετοχή της, για την καθοδήγηση και την προθυμία της να μοιραστεί μαζί μας την πολύχρονη εμπειρία της πάνω στον τομέα της αφασίας, καθώς και για την παραχώρηση του επαγγελματικού της χώρου για την διεξαγωγή των ομαδικών συνεδριών.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε την επιστημονική επιτροπή του Κέντρου Αποκατάστασης και Αποθεραπείας «η Αναγέννηση» που στήριξε την προσπάθειά μας και μας επέτρεψε να συλλέξουμε τα απαραίτητα στοιχεία.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια και εισηγήτρια της πτυχιακής εργασίας μας Δρ. Γεωργοπούλου Σταυρούλα Ph.D., για την ενεργή συμμετοχή της σε όλη την διάρκεια της μελέτης και για την συμβολή της στο στατιστικό κομμάτι της έρευνας.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τα μέλη της Αφασικής Ομάδας Θεσσαλονίκης που πρόθυμα συμμετείχαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα και μοιράστηκαν μαζί μας τις ανησυχίες και τις χαρές τους, δίνοντας μας την δυνατότητα να κατανοήσουμε και να μελετήσουμε τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του ατόμου με αφασία.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι γνωστό πως η θεραπεία της αφασίας περιλαμβάνει διδακτικές - δυαδικές (θεραπευτής – ασθενής) μεθόδους με σκοπό την μεγιστοποίηση της αποκατάστασης των διαταραχών του λόγου (Chapey 1986; LaPointe 1997; Davis 1993). Η ομαδική θεραπεία πολλές φορές χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την ατομική για μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων της ατομικής θεραπείας. Πιστεύεται ότι είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος ελαχιστοποίησης των αρνητικών ψυχοκοινωνικών εκφάνσεων της αφασίας (Kearns, 1986). Έχουν γίνει πολλές έρευνες για την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας σε ασθενείς με αφασία (Pachalska, 1991; Aten, 1991; Bollinger et al., 1993; Worrall & Yiu, 2000; Ross et al., 2006).

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια ελέγχου της αποτελεσματικότητας της ομαδικής θεραπείας σε ασθενείς με αφασία. Συμμετείχαν 10 ενήλικα άτομα με αφασία από τα οποία 8 ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα θεραπείας. Οι συμμετέχοντες ανατέθηκαν τυχαία σε δύο ομάδες των 5 ατόμων. Στην πρώτη ομάδα, πραγματοποιήθηκαν ατομικές συνεδρίες λογοθεραπείας διάρκειας 45 λεπτών δύο φορές την εβδομάδα εντός του Κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας «Η Αναγέννηση». Στην δεύτερη ομάδα, πραγματοποιήθηκαν 2ωρες συνεδρίες ομαδικής θεραπείας 2 φορές την εβδομάδα σε ιδιωτικό γραφείο λογοθεραπείας. Οι συναντήσεις αυτές είχαν την μορφή συζήτησης καθώς επίσης έγινε και χρήση του διαδικτύου. Το πρόγραμμα θεραπείας είχε διάρκεια 4 μηνών. Για την αξιολόγηση των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες WAB και AAT με τις οποίες αξιολογήθηκαν οι ασθενείς στην αρχή και στο τέλος του προγράμματος θεραπείας στους διάφορους τομείς του λόγου.

Σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στη σύγκριση εντός της ομάδας παρά μεταξύ των ομάδων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο μικρό δείγμα που μειώνει τη δύναμη της στατιστικής στη σύγκριση μεταξύ των ομάδων. Η ομαδική θεραπεία ήταν αποτελεσματική στους ασθενείς με αφασία. Όλοι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν βελτίωση της επίδοσης τους κατά την αξιολόγηση τους μετά το τέλος της ομαδικής θεραπείας. Οι ασθενείς που παρουσίασαν σοβαρότερη μορφή αφασίας δηλαδή είχαν Π.Α. < 60 παρουσίασαν μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωσης μετά από τέσσερις μήνες θεραπείας τόσο στην ατομική όσο και στην ομαδική θεραπεία

Συμπερασματικά, τέσσερις ώρες την εβδομάδα ομαδικής θεραπείας διάρκειας 4 μηνών, παρείχε αποτελεσματική θεραπεία σε ενήλικους ασθενείς με αφασία. Η χρήση του διαδικτύου κατά την διάρκεια των συνεδριών ήταν πολύ βοηθητική. Προσέλκυσε το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων και συνετέλεσε στην αύξηση των κινήτρων για συμμετοχή τους στις συζητήσεις.

# 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## 1.1. Ορισμός, Αιτιολογία και Συμπτώματα

Η αφασία είναι μια επίκτητη διαταραχή της επικοινωνίας που προκαλείται από εγκεφαλική βλάβη και επηρεάζει την ικανότητα κατανόησης, παραγωγής και χρήσης του λόγου ( LaPointe, 2005).

Η αφασία προκαλείται από βλάβη σε μία ή περισσότερες περιοχές του λόγου στον εγκέφαλο. Πολλές φορές η αιτία μιας εγκεφαλικής βλάβης είναι το εγκεφαλικό. Το εγκεφαλικό συμβαίνει όταν ένα τμήμα του εγκεφάλου δεν αιματώνεται επαρκώς. Τα εγκεφαλικά κύτταρα νεκρώνονται όταν δεν διοχετεύεται σε αυτά η απαραίτητη ποσότητα αίματος που τα τρέφει με οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά. Άλλες αιτίες εγκεφαλικής βλάβης είναι τα τραύματα στο κεφάλι, οι εγκεφαλικοί όγκοι, μόλυνση κ.α. (National Institute on Deafness and other Communication Disorders [NIDCD], 2008).

Η αφασία εμφανίζεται όταν υπάρχουν βλάβες στα κέντρα του λόγου στις διάφορες περιοχές του εγκεφάλου. Οι περιοχές αυτές σχεδόν πάντα εμφανίζονται στο αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου και στο μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων σχετίζονται με την ικανότητα παραγωγής και κατανόησης του λόγου. Παρόλα αυτά σε ένα μικρό ποσοστό ατόμων τα κέντρα του λόγου βρίσκονται στο δεξί ημισφαίριο (Wikipedia, 2009a). Και στις δύο περιπτώσεις, βλάβη στα κέντρα του λόγου εμφανίζεται αιφνίδια μετά από εγκεφαλικό, κρανιοεγκεφαλική κάκωση(ΚΕΚ) ή μπορεί να εξελιχθεί αργά ως αποτέλεσμα εγκεφαλικού όγκου, μόλυνσης ή εκφυλιστικής νόσου π.χ. Alzheimer, Parkinson (NIDCD, 2008).

Ο όρος αφασία αν και κυριολεκτικά σημαίνει «ολοκληρωτική απώλεια του λόγου», στην κλινική πράξη αποδίδεται καλύτερα με τον όρο *δυσφασία* (μερική απώλεια της ικανότητας του λόγου) επειδή συνήθως οι ασθενείς με εγκεφαλικές βλάβες που προκαλούν αφασία, διατηρούν την γλωσσική τους ικανότητα ως ένα βαθμό. Παρά την αδόκιμη ονομασία, ο όρος *αφασία* παραμένει ο ευρύτερα χρησιμοποιούμενος όρος για την περιγραφή της απώλειας της ικανότητας του λόγου (Martin, 2003).

Ανάλογα με την περιοχή και την έκταση της βλάβης, μπορεί ένα άτομο να παρουσιάζει μια ποικιλία συμπτωμάτων (π.χ. να μπορεί να μιλήσει αλλά να μην μπορεί να γράψει και αντίστροφα) (Wikipedia, 2009a).

Βλάβη στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου προκαλεί αφασία στους περισσότερους δεξιόχειρες και περίπου στους μισούς αριστερόχειρες. Άτομα με βλάβη στο δεξί ημισφαίριο μπορεί να έχουν επιπρόσθετες δυσκολίες εκτός από τις δυσκολίες στην ομιλία και το λόγο (American Speech-Language-Hearing Association[ASHA], 2009). Η αφασία μπορεί να συνυπάρχει επίσης με άλλες

διαταραχές όπως δυσαρθρία, απραξία ή δυσκαταποσία, επίσης ως αποτέλεσμα της εγκεφαλικής βλάβης (Wikipedia, 2009a).

Η αφασία μπορεί να είναι ήπιας ή σοβαρής μορφής. Η σοβαρότητα της δυσκολίας στην επικοινωνία εξαρτάται από την έκταση και τον εντοπισμό της βλάβης στον εγκέφαλο. Ένα άτομο με ήπιας μορφής αφασία μπορεί να ανταλλάσει μηνύματα σε μια συζήτηση σε διάφορα επικοινωνιακά περιβάλλοντα, μπορεί να δυσκολεύεται να κατανοήσει αυτό που ακούει όταν αυξάνεται η πολυπλοκότητα και το μήκος των εκφορών και να έχει δυσκολία ανάκλησης λέξεων (ανομία). Ένα άτομο με σοβαρής μορφής αφασία μπορεί να μην κατανοεί τίποτα από αυτά που ακούει, μπορεί να παράγει τηλεγραφικό λόγο ή να μην παράγει λόγο, μπορεί να χρησιμοποιεί μόνο στερεότυπες εκφράσεις όπως «ναι», «όχι», «γεια», «ευχαριστώ» (ASHA, 2009).

Οι ασθενείς με αφασία παρουσιάζουν συνήθως προβλήματα κατονομασίας και παραγωγή παραφασιών. Μια σημαντική λειτουργία κατά την παραγωγή του λόγου είναι η εύρεση της σωστής λέξης για την μετάδοση του μηνύματος που έχουμε στο μυαλό μας. Όταν αποτυγχάνουμε στην εύρεση της σωστής λέξης, το αποτέλεσμα είναι είτε παράλειψη της λέξης είτε αντικατάσταση με μια λανθασμένη και ακατάλληλη λέξη. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται *παραφασία* και είναι ένα από τα σημαντικότερα συμπτώματα της αφασίας.

Όταν αντικαθίσταται όλη η λέξη αναφερόμαστε σε *λεκτική παραφασία*. Όταν η λέξη που επιλέγουμε είναι σημασιολογικά συναφής (καρέκλα αντί τραπέζι) έχουμε *σημασιολογική παραφασία*. Όταν εμφανίζονται πολλές λεκτικές παραφασίες σε μια εκφορά τότε μιλάμε για ομιλία *Jargon*.

Οι παραφασίες μπορεί να αποτελούν νέες λέξεις που δεν υπάρχουν στο λεξικό μιας γλώσσας και τότε ονομάζονται *νεολογισμοί*. Αντικατάσταση φωνημάτων κατά την παραγωγή μιας λέξης αποτελούν *φωνημική παραφασία*. Όταν υπάρχει αντικατάσταση πολλών φωνημάτων τότε παράγεται ουσιαστικά μια νέα λέξη άρα μιλάμε για νεολογισμό. Οι παραφασίες μπορεί να εμφανιστούν στον αυθόρμητο λόγο, στην επανάληψη προτάσεων, στη δυνατή ανάγνωση, στην κατονομασία και στη γραφή. Συνήθως δεν παρατηρούνται παραφασίες στον αυτόματο λόγο (Sarno, 1991).

Ανάλογα με την ροή του λόγου μπορεί να γίνει κατάταξη των αφασιών σε *ρέουσες* και *μη ρέουσες*. Τα χαρακτηριστικά της μη ρέουσας αφασίας είναι αργός ρυθμός ομιλίας, περιορισμένο μήκος προτάσεων, διαταραγμένη προσωδία (δυσπροσωδία), κοπιώδης παραγωγή λόγου με παύσεις που πολλές φορές είναι περισσότερες από τις παραγόμενες λέξεις σε ορισμένο χρόνο. Η μέτρηση της ροής μας βοηθά εκτός από την κατάταξη να έχουμε μια ένδειξη του εντοπισμού της βλάβης. Οι περισσότεροι ασθενείς με ρέουσα αφασία, έχουν βλάβες στις περιοχές πίσω από την περισυλβιακή περιοχή ενώ ασθενείς με μη

ρέουσα αφασία συνήθως έχουν βλάβη στις περιοχές μπροστά από την περισυλβιακή περιοχή (Sarno 1991).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της αφασίας είναι η διαταραγμένη ικανότητα επανάληψης λέξεων και προτάσεων. Ένας ασθενής με αφασία μπορεί να μην μπορεί να επαναλάβει καθόλου ή να παραλείπει ήχους ή λέξεις ή να παράγει παραφασίες.

Διαταραγμένη ικανότητα επανάληψης παρατηρείται στους περισσότερους τύπους αφασίας και κυριαρχεί στη αφασία αγωγής, όπου μπορεί να μην παρατηρούνται άλλα εμφανή ελλείμματα κατά την παραγωγή λόγου. Επίσης μας δίνει στοιχεία για τον εντοπισμό της βλάβης. Όταν υπάρχουν διαταραχές επανάληψης η βλάβη εντοπίζεται ακριβώς στην περισυλβιακή περιοχή του κυρίαρχου ημισφαιρίου. Δεν παρατηρούνται διαταραχές επανάληψης στις διαφλοιικές αφασίες και στην ανομία όπου η βλάβη εντοπίζεται έξω από την περισυλβιακή περιοχή (Sarno, 1991).

Η ακουστική κατανόηση μπορεί να διαταράσσεται σε ποικίλο βαθμό. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να συμμετέχουν σε συζήτηση δίνοντας σωστές λεκτικές απαντήσεις ή δίνοντας την εντύπωση ότι κατανοούν το περιεχόμενο του μηνύματος γνέφοντας, δείχνοντας την απάντηση, με εκφράσεις του προσώπου ή χειρονομίες. Στις δοκιμασίες της αξιολόγησης όμως μπορεί να αποτυγχάνουν κυρίως σε πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις και όχι σε γενικού περιεχομένου καθώς και όσο αυξάνεται η πολυπλοκότητα. Άλλοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν περιορισμένη κατανόηση ακόμη και σε απλές συζητήσεις.

Ο **αγραμματισμός** είναι άλλο ένα σύμπτωμα της αφασίας. Αναφέρεται στη δυσκολία δημιουργίας συντακτικού πλαισίου για την τοποθέτηση των επιλεγμένων λέξεων και στη σωστή χρήση των γραμματικών μορφημάτων (λειτουργικές λέξεις, καταλήξεις ρημάτων που δηλώνουν χρόνο, πρόσωπο, κλίση).

Η ικανότητα ανάγνωσης και γραφής διαταράσσεται στους περισσότερους τύπους αφασίας σε ποικίλο βαθμό.

Η απραξία είναι μια κινητική διαταραχή στον προγραμματισμό ή στο σχεδιασμό της διαδοχικής κίνησης για την εκούσια παραγωγή ομιλίας. Τα αντιληπτικά χαρακτηριστικά της απραξίας της ομιλίας περιλαμβάνουν τις διαταραχές στην άρθρωση, την ταχύτητα και την προσωδία ή τον ρυθμό της ομιλίας (Wertz, LaPointe & Rosenbek, 1984). Η ύπαρξη απραξίας θα πρέπει να εξετάζεται σε όλους τους ασθενείς με αφασία γιατί μπορεί να παρεμβαίνει στην εκτέλεση πράξεων που ζητούνται μέσα από λεκτικές εντολές (Sarno, 1991).



## 1.2. Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση της αφασίας ποικίλει από ολιγόλεπτα ανιχνευτικά τεστ (screening tests) έως αναλυτικά τεστ για τον έλεγχο όλων των επιμέρους τμημάτων του λόγου και της ικανότητας επικοινωνίας (Wikipedia, 2009a). Ο λογοθεραπευτής αξιολογεί το άτομο και προσδιορίζει τον τύπο και την σοβαρότητα της αφασίας. Κατά την αξιολόγηση ασθενών με αφασία θα πρέπει να ελέγχονται και τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία στην απόδοση του ασθενή. Επιβάλλεται η επαναξιολόγηση του ασθενή ανά τακτά χρονικά διαστήματα και ο έλεγχος της προόδου του. Θα πρέπει να εξετάζουμε την ικανότητα επικοινωνίας σε συνθήκες εκτός κλινικού πλαισίου, σε μια ποικιλία επικοινωνιακών αναγκών και τη χρήση της γλώσσας καθώς και την κατανόηση αυτής, στην κοινωνική ζωή. Θα πρέπει να ελέγξουμε την ικανότητα μεταβίβασης του μηνύματος λεκτικά και μη λεκτικά (Πρώιου, 2005).

Ενδεικτικά, μια αξιολόγηση μπορεί να περιλαμβάνει αρχικά τον έλεγχο της *κατανόησης του λόγου*. Αξιολογούμε την κατανόηση του λεξιλογίου και της γραμματικής, την κατανόηση και ανταπόκριση σε κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις, την κατανόηση ιστορίας και εξαγωγή συμπερασμάτων, την ικανότητα του ατόμου να ακολουθεί οδηγίες που αυξάνουν σε μήκος και πολυπλοκότητα, την ικανότητα περιγραφής (δείγμα λόγου) προφορικά και γραπτά.

Επίσης περιλαμβάνει τον έλεγχο της ικανότητας *παραγωγής λόγου*. Την ροή (πλήρεις προτάσεις, τηλεγραφικός λόγος, μονολεκτικές απαντήσεις), την ικανότητα ανάκλησης λέξεων, διήγησης και παραγωγής συνεκτικού λόγου – περιγραφή εικόνας, συμβάντος.

Στη συνέχεια αξιολογούμε τις ικανότητες *πραγματολογίας*. Την ικανότητα του ατόμου να καταλαβαίνει το συναίσθημα σε αυτά που λέγονται, να αντιλαμβάνεται το χιούμορ και τα λάθη σε ιστορίες και εικόνες. ( π.χ. ένας άνθρωπος με ομπρέλα μια ηλιόλουστη μέρα), την ικανότητα έναρξης συζήτησης, εναλλαγής ομιλητών και έκφρασης ιδεών, την ικανότητα παροχής διευκρινίσεων όταν ο συνομιλητής δεν κατανοεί.

Τέλος αξιολογούμε την ικανότητα *ανάγνωσης και γραφής* (ανάγνωση και γραφή γραμμάτων, λέξεων, φράσεων, προτάσεων και παραγράφων).

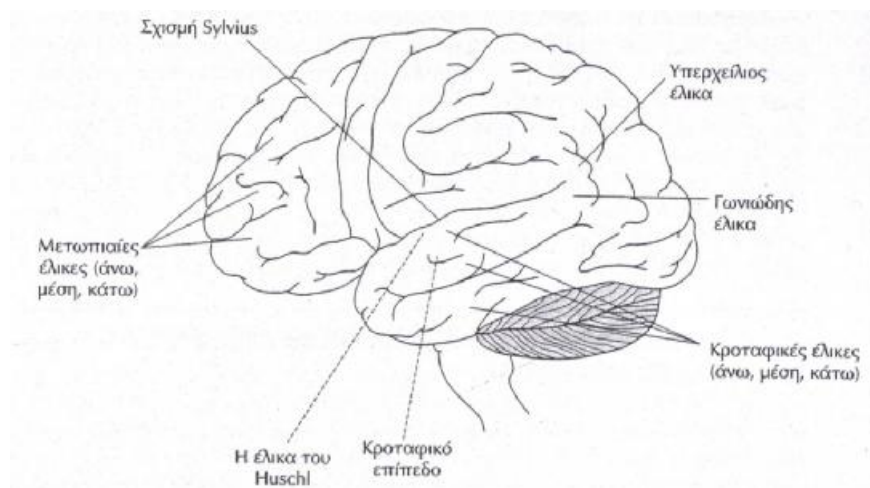
Επιλεκτικά, αν κρίνεται απαραίτητο, ελέγχουμε την κατάποση και την ικανότητα χρήσης Εναλλακτικής Επαυξητικής Επικοινωνίας (ASHA, 2009).

### 1.3. Τύποι αφασίας

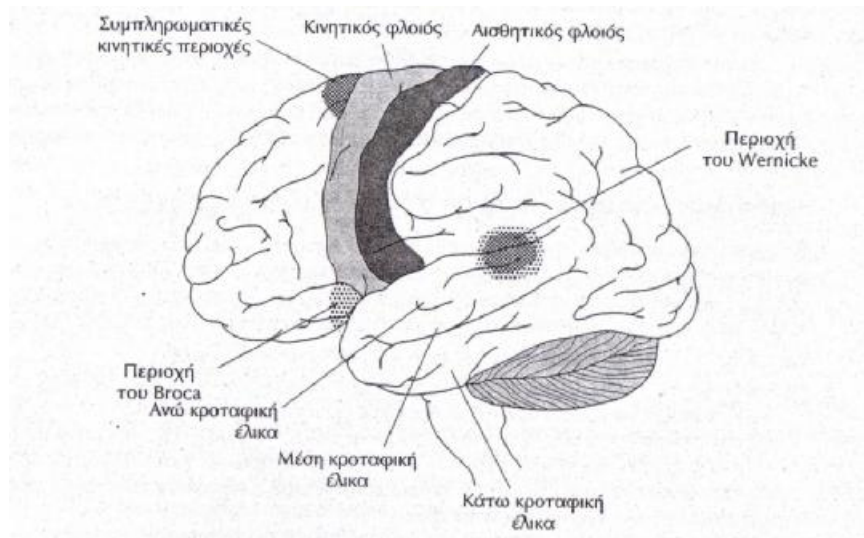
Η ταξινόμηση των τύπων αφασίας είναι δύσκολη και οδηγεί σε διαφωνίες ανάμεσα στους ειδικούς. Η ταξινόμηση σύμφωνα με την τοπογραφία της βλάβης είναι το πιο διαδεδομένο μοντέλο αλλά οι τελευταίες ανατομικές τεχνικές και αναλύσεις έδειξαν ότι δεν υπάρχει ακριβής σύνδεση μεταξύ εγκεφαλικών περιοχών και ταξινόμησης συμπτωμάτων.

Η νευρωνική οργάνωση του λόγου είναι πολύπλοκη. Ο λόγος είναι μια σύνθετη συμπεριφορά και είναι λογικό ότι δεν είναι προϊόν μιας μικρής περιορισμένης περιοχής του εγκεφάλου. Μόνο το 60% των ασθενών με αφασία μπορούν να ταξινομηθούν με το υπάρχον μοντέλο. Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία ανάμεσα στους ασθενείς με την ίδια διάγνωση και διαφορετικές δυσκολίες π.χ. ασθενείς με δυσκολία στην κατονομασία (ανομία) μπορεί να έχουν δυσκολία μόνο στην κατονομασία κτηρίων, ονομάτων ή χρωμάτων (Wikipedia, 2009a).

Έχουν περιγραφεί πολλά είδη αφασίας καθένα από τα οποία έχει τα δικά του χαρακτηριστικά και συμπτώματα και προκαλείται από μια ξεχωριστή βλάβη σε συγκεκριμένη περιοχή / ζώνη του φλοιού. Αυτές οι περιοχές βρίσκονται γενικά στο αριστερό ημισφαίριο και συνήθως γύρω από την σχισμή του Sylvius. Δομές όπως η περιοχή του Broca, η περιοχή του Wernicke, η έλικα του Heschl, το κροταφικό επίπεδο, οι γωνιώδεις και οι κροταφικές έλικες καθώς και οι μετωπιαίες έλικες εμπλέκονται όλες στη γλωσσική επεξεργασία (Martin, 2003) (εικόνες 1,2).



**Εικόνα 1.** Οι περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στη γλωσσική επεξεργασία (Martin, 2003).



**Εικόνα 2.** Οι περιοχές του εγκεφάλου που ευθύνονται για τα αφασικά σύνδρομα (Martin, 2003).

Οι κυριότεροι τύποι αφασίας σύμφωνα με τον Kertesz (1979) είναι:

### 1.3.1. Broca ή κινητική αφασία

Παρατηρείται δυσκολία στην παραγωγή προφορικού λόγου. Διαβαθμίζεται από την απόλυτη ανικανότητα ομιλίας έως την παραγωγή ομιλίας με καταβολή έντονης προσπάθειας (Martin, 2003). Υπάρχει ποσοτική μείωση και απλοποίηση της ομιλίας και βραδύτητα στη ροή των λέξεων (τηλεγραφικός λόγος). Από τις απαντήσεις που δίνει ο ασθενής, φαίνεται ότι χρησιμοποιεί τις σωστές λέξεις και ο συνομιλητής μπορεί να βγάλει νόημα παρά το γεγονός ότι οι προτάσεις είναι κακοσχηματισμένες και απογυμνωμένες από συνθετικά στοιχεία και ρήματα (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004). Η ομιλία είναι αργή και διακεκομμένη αν και η κατανόηση της ομιλίας σε απλό επίπεδο παραμένει σχετικά ανεπηρέαστη. Χαρακτηρίζεται από περιορισμένο λεξιλόγιο, παράλειψη προθέσεων, άρθρων και μειωμένη γραμματική οργάνωση και μη φυσιολογική προσωδία (δυσπροσωδία). Οι αφασικοί Broca γνωρίζουν ότι κάνουν λάθη αλλά δεν μπορούν να τα διορθώσουν (Martin, 2003).

Η ικανότητα επανάληψης είναι ελαφρώς καλύτερη (Kertesz, 1979). Η ικανότητα γραφής (παραγωγή γραπτού λόγου) είναι εξίσου διαταραγμένη με τον προφορικό λόγο καθώς και η ικανότητα ανάγνωσης σε μικρότερο όμως βαθμό (Chapey, 1994). Παρατηρείται μειωμένη απόδοση στη δυνατή ανάγνωση αλλά καλύτερη απόδοση στην κατανόηση γραπτού κειμένου (Kertesz, 1979).

### 1.3.2. Wernicke ή αισθητηριακή αφασία

Τα κύρια χαρακτηριστικά της αφασίας Wernicke είναι η διαταραγμένη ακουστική κατανόηση και ο ρέων αλλά με παραφασίες λόγος όπου διατηρείται η συντακτική δομή (Chapey, 1994).

Ενώ ο λόγος του ασθενή είναι συντακτικά και προσωδιακά σωστός, παρουσιάζει νεολογισμούς, αδυναμία ανάκλησης λέξεων και εννοιολογική παραφασία. Η αδυναμία να κατανοήσουν την ίδια τους την ομιλία, δεν τους βοηθά να συνειδητοποιήσουν τα προσωπικά τους προβλήματα γλωσσικής επεξεργασίας και έτσι συνεχίζουν να συμμετέχουν σε συζητήσεις, γνέφοντας στα κατάλληλα σημεία και παίρνοντας με τη σειρά τους το λόγο αγνοώντας εντελώς το πρόβλημα τους (Martin, 2003). Επίσης παρουσιάζουν δυσκολία στην επανάληψη καθώς και στην ανάγνωση και γραφή (Kertesz, 1979).

### 1.3.3. Ανομία

Οι ασθενείς με ανομία παρουσιάζουν σχεδόν φυσιολογική αντίληψη και επανάληψη αλλά διαταραγμένη κατονομασία. Ο λόγος είναι ρέων όμως με περιφράσεις (ο ασθενής δεν βρίσκει τη λέξη όμως μπορεί να την περιγράψει και να επιδείξει τη χρήση της) και χωρίς περιεχόμενο, κάποιες φορές με παραφασίες και δυσκολία εύρεσης λέξεων (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004). Τα άτομα με ανομία κάνουν σημασιολογικές παραφασίες παρά φωνημικές (Kertesz, 1979).

Η ανομία μπορεί να εμφανίζεται εξ αρχής ή να είναι η κατάληξη άλλου τύπου αφασίας μετά από αποκατάσταση. Έτσι μπορεί να ακολουθήσει στο στάδιο βελτίωσης την αφασία Wernicke, αγωγής ή τις διαφλοικές αφασίες (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004).

### 1.3.4. Ολική αφασία

Υπάρχει μεγάλη δυσκολία κατανόησης και παραγωγής λεκτικής επικοινωνίας. Η παραγωγή του λόγου περιορίζεται σε μερικές λέξεις και επιφωνήματα (Sarno, 1991). Μπορεί να χρησιμοποιεί μόνο στερεότυπες φράσεις συχνά χωρίς σημασιολογικό περιεχόμενο. Η αντίληψη είναι σχεδόν απύσα. Παρομοίως εμφανίζει φτωχή επανάληψη και κατονομασία (Kertesz, 1979).

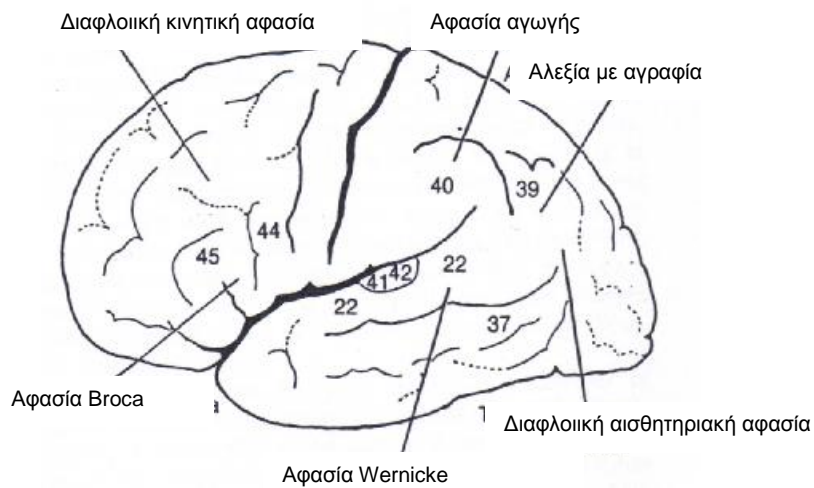
### 1.3.5. Αφασία αγωγής

Ο λόγος των ασθενών με αφασία αγωγής είναι ρέων. Η επανάληψη λέξεων και προτάσεων είναι δυσανάλογα επηρεασμένη σε σχέση με την ροή στον αυθόρμητο λόγο και το σχεδόν φυσιολογικό επίπεδο ακουστικής αντίληψης. Οι περισσότεροι ασθενείς επαναλαμβάνουν λέξεις με φωνημικές παραφασίες, συχνά παραλείπουν ή αντικαθιστούν λέξεις και μπορεί να μην καταφέρουν να επαναλάβουν καθόλου όταν τους ζητηθεί να επαναλάβουν λειτουργικές λέξεις αντί για ουσιαστικά. Η σημαντικότερη δυσκολία τους είναι η κατάλληλη επιλογή και αλληλουχία φωνημάτων (Chapey, 1994).

Οι ασθενείς με αφασία αγωγής παρουσιάζουν ομαλή κατανόηση και παραγωγή ομιλίας αλλά διαταραγμένη ικανότητα κατονομασίας και προβλήματα στην επανάληψη λέξεων χωρίς νόημα και στην ακολουθία λέξεων. Γνωρίζουν τα προβλήματα λόγου που παρουσιάζουν και συχνά προσπαθούν να τα διορθώσουν (Martin, 2003).

### 1.3.6. Διαφλοικές αφασίες

- ✘ **Κινητική διαφλοική.** Η ικανότητα επανάληψης των ασθενών είναι άθικτη. Ο λόγος είναι μη ρέων με λεκτικές και φωνημικές παραφασίες, εμμονές και έλλειψη συνδετικών λέξεων. Η κατανόηση είναι καλύτερη. Μπορούν να συμμετέχουν σε μια απλή συζήτηση όμως σε λεπτομερή αξιολόγηση παρατηρείται έλλειμμα (Sarno, 1991).
- ✘ **Αισθητηριακή διαφλοική.** Οι ασθενείς παρουσιάζουν ρέων λόγο με παραφασίες και νεολογισμούς και φτωχή ακουστική αντίληψη. Η ικανότητα επανάληψης είναι άθικτη (Chapey, 1994). Ο λόγος είναι αυθόρμητος και ευχερής αλλά με εννοιολογικές διαταραχές. Μπορούν να επαναλάβουν λέξεις με νόημα ή χωρίς και να διορθώσουν γραμματικά λάθη σε φράσεις που τους δίνονται προφορικά σε αντίθεση με τους ασθενείς με αφασία Wernicke (Martin, 2003).
- ✘ **Μεικτή διαφλοική.** Οι ασθενείς παρουσιάζουν φτωχή κατανόηση και παραγωγή αλλά καλή επανάληψη.



**Εικόνα 3.** Διάγραμμα αναπαράστασης των περιοχών βλάβης στους βασικούς τύπους αφασίας. Οι περιοχές 44, 45 αντιστοιχούν στην περιοχή Broca, η περιοχή 22 στην περιοχή Wernicke, οι 41, 42 στον πρωτοταγή ακουστικό φλοιό, η περιοχή 40 στην υπερχειλίο έλικα και η περιοχή 39 στην γωνιώδη έλικα (Chapey, 1994).

Τύπος αφασίας	Επανάληψη	Κατονομασία	Ακουστική κατανόηση	Ροή	Παρουσίαση
<u>Αφασία Wernicke</u>	Ήπια-μέτρια	Ήπια-σοβαρή	Διαταραγμένη	Ρέουσα με παραφασίες	Μπορεί να μιλούν με μεγάλες προτάσεις χωρίς νόημα, να προσθέτουν άσχετες λέξεις, ακόμη και να δημιουργούν νέες "λέξεις" (νεολογισμοί). Έχουν φτωχή κατανόηση προφορικού και γραπτού λόγου. Έχουν συνήθως μεγάλες δυσκολίες κατανόησης της ομιλίας, τόσο των άλλων όσο και του εαυτού τους και επομένως συχνά αγνοούν τα λάθη τους.
<u>Διαφλουκή αισθητική αφασία</u>	Καλή	Μέτρια-σοβαρή	Φτωχή	Ρέουσα	Παρόμοια ελλείμματα με την αφασία Wernicke, αλλά η ικανότητα επανάληψης παραμένει άθικτη.
<u>Αφασία Αγωγής</u>	Φτωχή	Φτωχή	Σχετικά καλή	Ρέουσα	Σχεδόν φυσιολογική ακουστική κατανόηση και ρέοντα λόγο με περιστασιακές παραφασίες. Η ικανότητα επανάληψης είναι φτωχή.
<u>Ανομία</u>	Ήπια	Μέτρια-σοβαρή	Ήπια	Ρέουσα	Δυσκολία στην κατονομασία. Παράγουν λόγο σύμφωνα με τους κανόνες της γραμματικής συχνά όμως χωρίς περιεχόμενο. Η ακουστική κατανόηση τείνει να διατηρηθεί.
<u>Αφασία Broca</u>	Μέτρια-σοβαρή	Μέτρια-σοβαρή	Ήπια δυσκολία	Μη ρέουσα, κοπιώδης αργή	Μιλούν με κοφτές φράσεις που παράγονται με μεγάλη προσπάθεια. Ο λόγος είναι μη ρέων. Συχνά παραλείπουν μικρές λέξεις (άρθρα, προθέσεις). Είναι σε θέση να κατανοήσουν την ομιλία των άλλων. Έχουν επίγνωση των δυσκολιών τους και γιαυτό απογοητεύονται εύκολα.
<u>Διαφλουκή κινητική αφασία</u>	Καλή	Ήπια-σοβαρή	Ήπια	Μη ρέουσα	Παρόμοια ελλείμματα με την αφασία Broca, με αθικτη ικανότητα επανάληψης. Η ακουστική κατανόηση είναι γενικά καλή, αλλά μειώνεται με αύξηση της πολυπλοκότητας.
<u>Ολική αφασία</u>	Φτωχή	Φτωχή	Φτωχή	Μη ρέουσα	Παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες επικοινωνίας. Έχουν εξαιρετικά περιορισμένη ικανότητα έκφρασης και κατανόησης του λόγου. Η επικοινωνία μπορεί να είναι λεκτική ή να χρησιμοποιούν μόνο τις εκφράσεις του προσώπου και χειρονομίες για να επικοινωνήσουν.
<u>Διαφλουκή μικτή αφασία</u>	Μέτρια	Φτωχή	Φτωχή	Μη ρέουσα	Παρόμοια ελλείμματα με την ολική αφασία, αλλά η ικανότητά επανάληψης παραμένει άθικτη.

**Πίνακας 1.** Συνοπτικός πίνακας τύπων αφασίας (Wikipedia, 2009a).

## 1.4. Πρόγνωση

Η πρόγνωση ποικίλει και εξαρτάται από την ηλικία του ασθενή, τον εντοπισμό και την έκταση της εγκεφαλικής βλάβης και τον τύπο της αφασίας (Wikipedia, 2009a).

Όσο πιο σοβαρή η διαταραχή του λόγου την στιγμή της αξιολόγησης τόσο πιο φτωχή πρόγνωση. Όσο πιο νωρίς ξεκινήσει η αποκατάσταση του ασθενούς τόσο μεγαλύτερο το ποσοστό βελτίωσης (Robey, 1998). Όταν τους πρώτους μήνες μετά την εγκεφαλική βλάβη υπάρχουν αρνητικά συναισθήματα, παραίτηση και απομόνωση, το κίνητρο του ασθενή για συμμετοχή στην θεραπεία θα είναι περιορισμένο. Σε γενικές γραμμές η ηλικία είναι επιβαρυντικός παράγοντας στην αποκατάσταση και στην πρόγνωση του ασθενή (Emerick & Haynes, 1986). Η αύξηση της ηλικίας συχνά συνεπάγεται και βιολογικές αλλαγές, αύξηση της ευαισθησίας στις ασθένειες, γνωστικές και κοινωνικές αλλαγές (Davis, 1993). Ασθενείς σε μεγάλη ηλικία συχνά δεν έχουν την ενέργεια και το κίνητρο να επιμείνουν στο θεραπευτικό πρόγραμμα (Emerick & Haynes, 1986). Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι άτομα με προβλήματα εκτός από την εγκεφαλική βλάβη (όπως διαβήτης, αγγειακές παθήσεις, νεφρική ανεπάρκεια) έχουν πιο φτωχή πρόγνωση. Όταν η οικογένεια του ασθενή παρέχει υποστήριξη, συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση του, και τον βοηθά να ανακτήσει την θέση του μέσα στην οικογένεια, συμβάλει στην καλύτερη διεξαγωγή του θεραπευτικού προγράμματος. Όσο πιο εκτενής η εγκεφαλική βλάβη, τόσο πιο φτωχή παρουσιάζεται η πρόγνωση. Άτομα με ΚΕΚ τείνουν να έχουν καλύτερη πρόγνωση από άτομα με αγγειακά επεισόδια (Emerick & Haynes, 1986). Επίσης, ανάμεσα στους ασθενείς που έχουν υποστεί κάποιο ΑΕΕ καλύτερη πρόγνωση παρουσιάζουν ασθενείς μετά από ένα αιμορραγικό ΑΕΕ παρά μετά από ένα ισχαιμικό ΑΕΕ (Davis, 1993). Τέλος ασθενείς που έχουν συνείδηση των λαθών τους και προσπαθούν να τα διορθώσουν έχουν καλύτερη πρόγνωση (Emerick & Haynes, 1986).

## 1.5. Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

Οι ασθενείς με αφασία αρχίζουν να εξαρτώνται από τους συζύγους τους ή από άλλα μέλη της οικογένειας. Ζητούν την βοήθειά τους για να επικοινωνήσουν και να ανταπεξέλθουν σε απλές καθημερινές δραστηριότητες όπως η αλληλογραφία και τα οικονομικά.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις βασίζονται στην επικοινωνία. Η αφασία σαν διαταραχή της επικοινωνίας, επεμβαίνει στην ικανότητα διατήρησης σχέσεων μ'



ένα ξαφνικό και δραματικό τρόπο. Πολλά αφασικά άτομα χάνουν τις διασυνδέσεις με τους φίλους τους. Ένας λόγος είναι ότι οι συνομιλίες κοινωνικού τύπου γίνονται δύσκολες. Άλλοι, μπορεί να αποφύγουν τα άτομα με αφασία, γιατί αισθάνονται αμηχανία και ανασφάλεια για το πώς πρέπει να αντιδράσουν. Τα άτομα με αφασία μπορούν να απομονωθούν κοινωνικά, ειδικά αν ζουν μόνα και δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το τηλέφωνο.

Οι περισσότερες δουλειές χρειάζονται προφορικές ή και γραπτές επικοινωνιακές δεξιότητες κάποιου επιπέδου και οι περισσότεροι αφασικοί δεν μπορούν να επιστρέψουν στις προηγούμενες δουλειές τους. Η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί σε οικονομική δυσχέρεια, αποθάρρυνση, λιγοστές ευκαιρίες κοινωνικής επαφής και χαμηλή αυτοπεποίθηση.

Καθημερινές ευχάριστες δραστηριότητες όπως ταξίδια, έξοδοι, διάβασμα, τηλεόραση, θέατρο και κινηματογράφος περιορίζονται, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των αφασικών ατόμων. Εάν ο βαθμός των αφασικών διαταραχών που αντιμετωπίζουν τους δυσκολεύει να διαβάσουν, να γράψουν, να χρησιμοποιήσουν το τηλέφωνο ή να επικοινωνήσουν σε προσωπικό επίπεδο, τότε θα δυσκολευτούν να πάρουν πληροφορίες ή να κάνουν χρήση των υπηρεσιών που χρειάζονται.

Οι αρμόδιοι φορείς και η κοινωνία στο σύνολό της, θα πρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους στις συνέπειες που έχει η αφασία στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Η άγνοια, η αμηχανία, και η έλλειψη ευαισθησίας είναι μερικές από τις αντιδράσεις που έχουν οι άνθρωποι όταν έρχονται σε επαφή με αφασικά άτομα, κάτι που τα ίδια τα άτομα βιώνουν καθημερινά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στις συναλλαγές τους με τις διάφορες υπηρεσίες. Αυτό ενισχύει ακόμη περισσότερο την απόρριψη και την κοινωνική απομόνωση τους (Ελληνικός Σύλλογος για την Αφασία, 2010).

## **1.6. Αντιμετώπιση**

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν συγκεντρώσαμε τα εξής στοιχεία για την αποκατάσταση της αφασίας:

- Η αποκατάσταση της αφασίας εξαρτάται από την αιτιολογία, την αρχική σοβαρότητα και τον τύπο της αφασίας και ακολουθεί μια αναμενόμενη πορεία στα εγκεφαλικά.
- Η ηλικία, η πλευρικότητα, η νοημοσύνη και η μόρφωση είναι λιγότερο καθοριστικοί παράγοντες.

- Η ανάκτηση των ικανοτήτων του λόγου είναι καλύτερη μετά από τραύματα ενώ παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία στην υπαραχνοειδή αιμορραγία.
- Η αρχική σοβαρότητα είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης του αποτελέσματος της θεραπείας.
- Η εξέλιξη ενός τύπου αφασίας σε έναν άλλο ακολουθεί ένα χαρακτηριστικό μοντέλο. Η αφασία Wernicke, αγωγής, διαφλοικκή και κάποιες φορές η αφασία Broca σε τελικό στάδιο εξελίσσονται σε ανομία.
- Πλήρης αποκατάσταση παρατηρήθηκε σε κάποιες περιπτώσεις αφασίας αγωγής, διαφλοικκής και ανομίας.
- Φτώχη πρόγνωση έχουν η ολική αφασία και κάποιες περιπτώσεις αφασίας Wernicke, ενώ καλύτερη πρόγνωση παρουσιάζει η αφασία Broca.
- Ο ρυθμός αποκατάστασης είναι ταχύτερος τους 3 πρώτους μήνες ενώ μειώνεται μετά από 6 μήνες. Ταχύτερος ρυθμός αποκατάστασης παρατηρήθηκε σε άτομα με αφασία αγωγής και Broca (Kertesz, 1979).

Κάποιες μορφές θεραπείας που προτάθηκαν με την πάροδο των χρόνων αναφέρονται παρακάτω (Kertesz, 1979).

#### Η μέθοδος της διέγερσης ( Stimulation Approach)

Σύμφωνα με τον Werman (1951) κατά την διάρκεια της θεραπείας στην ουσία ο ασθενής λαμβάνει ερεθίσματα παρά διδάσκεται. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί εντατική ακουστική διέγερση και επανάληψη για να προκαλέσει μια αντίδραση. Χρησιμοποιούμε όλες τις διόδους διέγερσης παρέχοντας ερεθίσματα οπτικά, απτικά, ακουστικά για να εκμαιεύσουμε την απάντηση του ασθενή. Η θεραπευτική μέθοδος βασίζεται στην παρατήρηση ότι ο ασθενής δεν έχασε τα γλωσσολογικά στοιχεία και κανόνες αλλά το γλωσσικό σύστημα λειτουργεί με μειωμένη απόδοση (Πρώιου, 2005).

#### Μέθοδος “ξεμπλοκαρίσματος” (Deblocking Method)

Σύμφωνα με τον Weigl(1968) χρησιμοποιούμε μια ανέπαφη δίοδο για να εξαλείψουμε το μπλοκάρισμα στην κατανόηση ή έκφραση. Παρέχουμε ένα ερέθισμα από μια ανέπαφη δίοδο π.χ. αναγνώριση γραπτής λέξης, πριν από την παρουσίαση του ερεθίσματος στην μπλοκαρισμένη δίοδο – ακουστική αναγνώριση λέξης ή δείχνουμε μια φωτογραφία που σχετίζεται με το περιεχόμενο του κειμένου που στη συνέχεια θα διαβάσουμε (Πρώιου, 2005).

#### Αντισταθμιστικές μέθοδοι (Compensatory Approach)

Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή, παροτρύνουμε τον ασθενή να χρησιμοποιεί αντισταθμιστικές στρατηγικές π.χ. ένας ασθενής που χρειάζεται

επανάληψη για να κατανοήσει, τον παροτρύνουμε να το ζητήσει. Ασθενείς με δυσκολία στην εύρεση λέξεων ενθαρρύνονται να μιλούν περιφραστικά.

### Θεραπεία Μελωδικού Επιτονισμού (Melodic Intonation Therapy)

Χρησιμοποιήθηκε κυρίως για ασθενείς με ολική αφασία. Βασίστηκε στις αναφορές ότι πολλοί ασθενείς με σοβαρή αφασία μπορούν να τραγουδήσουν καλύτερα από ότι μπορούν να μιλήσουν και ότι ο ρυθμός και η μελωδία ελέγχονται από το δεξί ημισφαίριο. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, ο ασθενής προσθέτει μελωδία στις εκφορές του.

### Μη λεκτική επικοινωνία

Χρησιμοποιήθηκαν μη λεκτικά σύμβολα για εκπαιδέσουν ασθενείς με ολική αφασία να επικοινωνήσουν. Η θεραπεία θα πρέπει να ξεκινήσει όσο το δυνατόν πιο νωρίς εφόσον ο ασθενής έχει σταθεροποιηθεί και δεν υπάρχουν ιατρικές προτεραιότητες (The Health Guide, 2008). Στόχος είναι η βελτίωση της ικανότητας του ατόμου να επικοινωνεί, ενθαρρύνοντας την χρήση των άθικτων ικανοτήτων του λόγου, αποκαθιστώντας στο μέγιστο τις θιγμένες ικανότητες του λόγου και προσθέτοντας αντισταθμιστικές μεθόδους και εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας (NIDCD, 2008).

Οι δραστηριότητες που θα χρησιμοποιήσουμε βασίζονται στην διάγνωση και στην αξιολόγηση του ατόμου και ο τύπος θεραπείας που επιλέγουμε εξαρτάται από τις ανάγκες και τους στόχους του ατόμου με αφασία (The Health Guide, 2008).

Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει ως υλικό θεραπείας κάρτες με εικόνες. Αποτελούν οπτικό ερέθισμα και περιλαμβάνουν εικόνες από την καθημερινότητα. Χρησιμοποιούνται για να βελτιώσουν την ικανότητα ανάκλησης λέξεων και να εμπλουτίσουν το λεξιλόγιο του ατόμου με αφασία.

Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθούν πίνακες (Boards). Βοηθούν στην ανάκληση αντικειμένων, ονομάτων και δραστηριοτήτων. Ο ασθενής δείχνοντας διαδοχικά αντικείμενα και ενέργειες εκφράζει τις ιδέες του και επικοινωνεί με τους άλλους.

Με την πρόοδο της τεχνολογίας υπάρχουν πλέον προγράμματα σχεδιασμένα ειδικά για την θεραπεία της αφασίας τα οποία παρέχουν συγχρόνως οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα (The Health Guide, 2008). Επίσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ΕΕΕ σε άτομα με δυσκολία στην παραγωγή του λόγου.

Ο στόχος της θεραπείας είναι η βελτίωση της ικανότητας του ασθενή να επικοινωνεί και για το σκοπό αυτό παρέχουμε στον ασθενή ατομική και/ή ομαδική θεραπεία για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.

Οι στόχοι της ομαδικής θεραπείας περιλαμβάνουν βελτίωση της εκφραστικής ικανότητας η οποία ελέγχεται από τον θεραπευτή, πρακτικές εξάσκησης που ο ασθενής θα πρέπει να ακολουθήσει στην καθημερινότητα του, διατήρηση του επιπέδου λειτουργικότητας που απέκτησε ο ασθενής με την θεραπεία, υποστήριξη του ασθενή ώστε να μην νιώθει περιθωριοποίηση και απομόνωση, να έχει κίνητρα για συμμετοχή στην ομάδα, να αξιολογήσει εκ νέου τα προβλήματα ομιλίας του.

Η ομαδική θεραπεία δεν αντικαθιστά την ατομική αλλά είναι ένα καλό συμπλήρωμα. Είναι πολύ συχνό φαινόμενο, ένας εσωστρεφής και με έντονη διαταραχή ασθενής, να νιώσει καταβεβλημένος και λόγω της μειωμένης εκφραστικής του ικανότητας να αποθαρρύνεται.

Στην ομαδική θεραπεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν 3 συμβουλευτικές λειτουργίες για να καθοδηγηθεί η ομάδα:

1. Λήψη πληροφορίας. Αρχικά είναι σημαντικό να συγκεντρωθούν πληροφορίες για το περιβάλλον του ασθενή. Θα πρέπει να γίνουμε ενεργοί ακροατές και να δεχτούμε τις ανησυχίες των συζύγων.
2. Παροχή πληροφοριών. Θα πρέπει να πληροφορηθεί το συγγενικό περιβάλλον για τις αναμενόμενες δυσκολίες, τις προβλέψεις που έχουμε κάνει χωρίς να δημιουργούμε ψεύτικες ελπίδες , και να ενημερώνουμε τακτικά για την πρόοδο του ασθενή. Επίσης θα πρέπει να ενημερωνόμαστε για την κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι και το περιβάλλον του ασθενή έξω από την ομάδα.
3. Αλλαγή συμπεριφοράς. Θα πρέπει να παρέχουμε στα μέλη της οικογένειας επιλογές αλλαγής συμπεριφοράς (Πρώιου, 2005).

## **2. ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (GROUP THERAPY)**

### **2.1. Εισαγωγή στην ομαδική θεραπεία**

Οι διαταραχές επικοινωνίας είναι μια επίμονη και σημαντική απώλεια για την πλειοψηφία των επιζώντων από εγκεφαλικό και αναφέρεται ότι επηρεάζουν σημαντικά την κοινωνική και επαγγελματική αναπροσαρμογή όπως και την ποιότητα ζωής (Geddes et al. 1996; Smolan & Penn, 1997; Weinberg, 1997).

Η θεραπεία της αφασίας στοχεύει στην βελτίωση της ικανότητας του ατόμου να επικοινωνεί ενισχύοντας την χρήση των γλωσσικών του ικανοτήτων, επαναφέροντας την γλωσσική ικανότητα όσο αυτό είναι δυνατόν, αντισταθμίζοντας τα λεκτικά προβλήματα και μαθαίνοντας άλλες μεθόδους επικοινωνίας.

Η ατομική θεραπεία εστιάζει σε συγκεκριμένες ανάγκες του ατόμου ενώ η ομαδική θεραπεία προσφέρει την ευκαιρία χρήσης νέων επικοινωνιακών δεξιοτήτων (NIDCD, 2008). Η ομαδική θεραπεία είναι η θεραπεία στην οποία χρησιμοποιούνται διάφορες δομημένες διαδικασίες με στόχο τη βελτίωση της επικοινωνιακής, ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας ενός ασθενή με αφασία που πραγματοποιείται σε ένα ομαδικό περιβάλλον (Pachalska, 1991). Η ιστορία της ομαδικής θεραπείας για ασθενείς με αφασία δείχνει ότι η θεραπεία των ασθενών εκτός από την ένας προς έναν αλληλεπίδραση, γινόταν συνήθως από ανάγκη και όχι προγραμματισμένα με συγκεκριμένους στόχους. Μερικές φορές οι ομάδες δημιουργούνταν απλά για «παρέα» για τους ασθενείς που δεν τους ήταν διαθέσιμη η ατομική θεραπεία. Άλλες ομάδες δημιουργούνταν κατά τη διάρκεια διαλλειμάτων μεταξύ των θεραπειών ή μέσα στο δωμάτιο αναμονής. Όποια κι αν ήταν η αρχή της ομαδικής θεραπείας, σήμερα θεωρείται δεδομένο ότι έχει πλεονεκτήματα που η κλασική ατομική θεραπεία δεν μπορεί να προσφέρει (Eisensoy, 1973).

Το 1985 ο Kearns διεξήγαγε έρευνα συνοψίζοντας τα χαρακτηριστικά της ομαδικής θεραπείας που εφαρμόστηκε σε 130 ιατρικά κέντρα λογοπαθολογίας σε 45 πολιτείες της Αμερικής. Τα μέλη της ομάδας δεν ήταν ομοιογενή όσον αφορά τον χρόνο έναρξης από την πάθηση, όμως είχαν περάσει την περίοδο της αυθόρμητης ανάρρωσης. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι πρωταρχικοί στόχοι της ομαδικής θεραπείας ήταν η διέγερση του λόγου, η συναισθηματική υποστήριξη και η κοινωνικοποίηση. Αυτό εξηγεί γιατί στις περισσότερες ομαδικές θεραπείες η μισή ώρα της συνεδρίας αφιερώθηκε σε συζητήσεις γενικού ενδιαφέροντος και μη δομημένες κοινωνικές δραστηριότητες (Kearns & Simmons, 1985).

Στις αρχές του 1990 άρχισε να αναδύεται μια εστίαση στους κοινωνικούς παράγοντες της αφασίας. Σε αυτό το διάστημα ερευνητές και κλινικοί εστιάζουν

στην επικοινωνία μέσα στο γλωσσικό περιβάλλον της καθημερινής ζωής των ατόμων με αφασία και στην ποιότητα ζωής καθώς και σε άλλα ψυχοκοινωνικά θέματα που σχετίζονται με την αφασία. Η ενσωμάτωση μιας κοινωνικής προσέγγισης στην θεραπευτική παρέμβαση της αφασίας δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί αλλά προχωράει με μεγάλη ταχύτητα.

Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να γίνεται ευρέως γνωστή η ομαδική θεραπεία. Αρχικά ξεκίνησε από τον 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Πόλεμο ως ένας πρακτικός τρόπος εξυπηρέτησης των τραυματιών και το ενδιαφέρον άρχισε να αναζωπυρώνεται πρόσφατα. Οι Elman και Bernstein Ellis(1999) προέβαλαν πολλά πλεονεκτήματα της ομαδικής θεραπείας σε σύγκριση με την ατομική: οι ομάδες αυξάνουν την ποικιλία των επικοινωνιακών λειτουργιών, τείνουν να βελτιώνουν τις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες άμεσα και έμμεσα, παρέχουν ένα ιδανικό περιβάλλον για βελτίωση της ομιλίας και της επικοινωνίας, το οποίο είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό για την χρήση της ομιλίας.

Είναι επίσης πιθανό οι ομάδες να έχουν ένα σημαντικό αποτέλεσμα στην αποκατάσταση του ατόμου εάν ξεκινήσουν έγκαιρα. Μειώνοντας την απομόνωση που συνήθως προκαλεί η αφασία, αρνητικές ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις όπως είναι η κατάθλιψη μπορεί να αποφευχθούν (LaPointe, 2005).

Η εφαρμογή μιας κοινωνικής προσέγγισης στην θεραπευτική παρέμβαση της αφασίας διαδραματίζεται πρόσφατα. Πρωτοπόροι όπως οι Sarno και Holland ήταν ηχηροί υπερασπιστές της εκτίμησης των επιπτώσεων της αφασίας στις λειτουργίες της καθημερινής ζωής καθώς και στην ψυχολογία του ατόμου. Ωστόσο η πλειοψηφία των κλινικών και των ερευνητών συνέχισαν να εστιάζουν στο επίπεδο της φθοράς των γλωσσικών ικανοτήτων. Μικρή έκταση δόθηκε στις δραστηριότητες της καθημερινότητας και σε θέματα κοινωνικής συμμετοχής και η θεραπεία της αφασίας παρέμενε να στοχεύει σε γλωσσικές δραστηριότητες του τύπου ερέθισμα-αντίδραση. Έχοντας λοιπόν την παραδοσιακή προσέγγιση της ατομικής θεραπείας, οι ασθενείς με αφασία σπάνια είχαν την ευκαιρία να γνωρίσουν άλλα άτομα που αντιμετώπιζαν παρόμοια προβλήματα και για τον λόγο αυτό δεν λύνονταν σημαντικά ψυχοκοινωνικά θέματα που σχετίζονταν με την αφασία (LaPointe, 2005).

Μια κοινωνική προσέγγιση στην αφασία είναι η προσέγγιση της κοινωνικής συμμετοχής (Life Participation Approach to Aphasia). Η LPAA είναι μια φιλοσοφία στην οποία δίνεται έμφαση η επανένταξη στην καθημερινή ζωή των ατόμων με αφασία. Η LPAA συνδυάζει πολλές προσεγγίσεις και περιλαμβάνει στο πλαίσιο της 5 στοιχεία:

1. Ο βασικός στόχος είναι η επανένταξη στην καθημερινή ζωή.
2. Αφορά όλα τα άτομα με αφασία.

3. Τόσο οι προσωπικοί όσο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι στόχοι για αξιολόγηση και παρέμβαση.
4. Επιτυχία θεωρείται η αύξηση του ποσοστού συμμετοχής στην καθημερινή ζωή.
5. Δίνεται έμφαση στη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών που παρέχονται σε όλες τις φάσεις της ζωής του ατόμου με αφασία (LaPointe, 2005).

Στις μέρες μας είναι δύσκολο να βρει κανείς ένα μέρος όπου οι άνθρωποι δεν συζητούν και δεν αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Οι συζητήσεις είναι σημαντικές για ποικίλους λόγους. Πρώτον, είναι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι δημιουργούν κοινωνικές σχέσεις. Η συζήτηση είναι ο τρόπος με τον οποίο οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις μπορούν και αναπτύσσονται. Η καθημερινή ομιλία βοηθάει στην επαφή μεταξύ των ανθρώπων. Οι Brown & Yule(1983) κατηγοριοποιούν τον διάλογο σε δύο βασικές λειτουργίες: ο διάλογος με τον οποίο ανταλλάσσονται πληροφορίες και ο διάλογος με ο οποίος συμβάλλει στην ένταξη του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα. Δεύτερον, η συζήτηση είναι ο τρόπος με τον οποίο το άτομο διασυνδέεται με τις κοινότητες στις οποίες ανήκει. Σε οποιαδήποτε ανάγκη ξεκινώντας από την ελάχιστη βοήθεια να προσανατολιστεί ο άνθρωπος χρησιμοποιεί την συζήτηση (LaPointe, 2005).

Οι κλινικές παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι οι συζητήσεις μεταξύ των ασθενών με αφασία διεξάγονται διαφορετικά απ' ότι σε φυσικούς ομιλητές. Οι αφασικές διαταραχές επηρεάζουν την λεκτική ικανότητα του ασθενή γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή συμμετοχής των ατόμων αυτών σε συζητήσεις. Η Klippi το 1990 προσπάθησε να προσδιορίσει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς με αφασία συμμετέχουν σε συζητήσεις, και πως αντισταθμίζουν τις δυσκολίες τους για να διατηρήσουν την συμμετοχή τους. Αναφέρει ότι η σοβαρότητα και ο τύπος της αφασίας δεν είχαν άμεση επιρροή στην επικοινωνιακή δραστηριότητά τους τουλάχιστον στο χρόνιο στάδιο της αφασίας. Οι ασθενείς ανέπτυξαν αρκετές αντισταθμιστικές στρατηγικές ώστε να συμμετέχουν στις συζητήσεις, οι οποίες περιλάμβαναν ζωγραφική, γραφή ημερομηνιών, χειρονομίες και περιφράσεις.

Έρευνες όπως του Wertz(1981) μας δείχνουν πως πιθανότατα όταν έστω και μισή συνεδρία ομαδικής θεραπείας αφιερώνεται σε δραστηριότητες συζήτησης οι ασθενείς βελτιώνονται λεκτικά περίπου με τον ίδιο ρυθμό και περίπου στον ίδιο βαθμό με τους ασθενείς που λαμβάνουν ατομική θεραπεία. Όταν η ομαδική θεραπεία εστιάζει σε δραστηριότητες λειτουργικής επικοινωνίας και είναι οργανωμένη έτσι ώστε να τονίζει θέματα κατάλληλα για τις επικοινωνιακές δραστηριότητες της καθημερινότητας και την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, ακόμη και ασθενείς που έχουν πολλά χρόνια

από το συμβάν του εγκεφαλικού μπορεί να δείξουν σημαντική αύξηση στις αντικειμενικές μετρήσεις της λειτουργικότητας (Aten, 1981).

Είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί μια κοινωνική προσέγγιση στην αφασία για το λόγο ότι οι άνθρωποι είναι κοινωνικά όντα που έχουν ανάγκη να αλληλεπιδρούν με τους άλλους. Ο κύριος λόγος ύπαρξης της γλώσσας είναι η επικοινωνία με το περιβάλλον ανεξάρτητα από το αν χρησιμοποιείται σωστά γλωσσολογικά. Για το λόγο αυτό κύριος στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης στα άτομα με αφασία θα πρέπει να είναι η ένταξή τους στο περιβάλλον και η ικανότητα δημιουργία ενδοπροσωπικών σχέσεων μέσω της αλληλεπίδρασης.

Το άτομο με αφασία έχει μια διαφορετική όψη των πραγμάτων από τους υγιείς ανθρώπους. Είναι ζωτικής σημασίας η αναγνώριση και η ενσωμάτωση στόχων που ο ίδιος ο ασθενής θα επιλέξει. Ο λογοθεραπευτής είναι σημαντικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας αλλά το άτομο με αφασία πρέπει να θεωρείται η κεφαλή της. Δεν πρέπει να αποκλείεται από τη συνεργασία εξαιτίας των λεκτικών του δυσκολιών. Εναλλακτικοί τρόποι όπως η γραφή ή οι συμβολικές αναπαραστάσεις μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμες στην έκφραση της άποψης του ατόμου με αφασία ( LaPointe, 2005).

## **2.2.Στόχοι της ομαδικής θεραπείας**

Οι στόχοι των ομαδικών θεραπειών είναι ποικίλοι: κάποιιοι στοχεύουν σε συγκεκριμένες λεκτικές δεξιότητες και κάποιιοι εστιάζουν στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ή στην οικογενειακή στήριξη. Κάποιιοι άλλες ομάδες στοχεύουν στην αύξηση της αυτοεκτίμησης και στην συνειδητοποίηση της κατάστασης έτσι ώστε τα άτομα με αφασία να προχωρήσουν μπροστά (LaPointe, 2005). Οι περισσότερες ομαδικές θεραπείες έχουν μια μείξη των παραπάνω στόχων. Εστιάζουν στην μείωση της ψυχολογικής έντασης, έχουν αποτρεπτικό ρόλο στην κοινωνική απομόνωση και εισάγουν θετικές κοινωνικές εμπειρίες, ενθαρρύνουν την χρήση της επικοινωνίας αυξάνοντας την ικανότητα εύρεσης και ανάπτυξης νέων τρόπων επικοινωνίας και αυξάνουν την αυτοεκτίμηση (Radonjic & Rakuscek, 1991).

Η συμμετοχή σε δραστηριότητες επικοινωνίας των ανθρώπων με χρόνιες παθήσεις όπως η αφασία, συμβάλλει στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και της κοινωνικής επανένταξης. Ο ενεργός ρόλος του ατόμου στην ομάδα έχει όφελος που επιδρά στην ψυχοκοινωνική ζωή του ατόμου και στην αυτοεξυπηρέτησή του (Code et al, 2001).



Βασικός στόχος της ομαδικής θεραπείας είναι να βελτιώσει την ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει στην κοινωνία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω 3 θεραπευτικών στόχων: 1) Προσαρμογή των ασθενών στις υπάρχουσες δυσκολίες, 2) Αντιστάθμιση και αποκατάσταση των χαμένων ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργικών 3) Δημιουργία νέων γλωσσικών συμπεριφορών για συμμετοχή σε συζητήσεις. Οι θεραπευτικοί στόχοι μπορούν να χωριστούν σε επικοινωνιακούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς.

Οι επικοινωνιακοί στόχοι περιλαμβάνουν τη διευκόλυνση των εναπομείνοντων ικανοτήτων επικοινωνίας, τη διόρθωση των ακατάλληλων και αθέμιτων λεκτικών συμπεριφορών από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, τη βελτίωση της ικανότητας του ασθενή με αφασία να συμμετέχει σε μια συζήτηση, τη βελτίωση των γνωστικών ικανοτήτων όπως αντίληψη, σκέψη, μνήμη και προσοχή και την ανάπτυξη λειτουργικής επικοινωνίας.

Οι ψυχολογικοί στόχοι αναφέρονται στην μεταφορά των ικανοτήτων που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια της ατομικής θεραπείας στην ομαδική θεραπεία, στη δημιουργία θετικής στάσης και συναισθημάτων απέναντι στη ζωή και στη μείωση του φόβου αλληλεπίδρασης με άτομα εκτός του περιβάλλοντος του ασθενή.

Οι κοινωνικοί στόχοι αφορούν την αντιμετώπιση και μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, την διευκόλυνση κατάλληλων λεκτικών συμπεριφορών σε φυσικό περιβάλλον, την αύξηση της αυτοεκτίμησης του ασθενή προσφέροντας το αίσθημα της επιτυχίας, τη μείωση της προσκόλλησης στον θεραπευτή και της εξάρτησης από αυτόν, την δυνατότητα έκφρασης και συζήτησης των προβλημάτων που προκύπτουν και τέλος την αποδοχή αρνητικών αντιδράσεων και κριτικής (Pachalska, 1991).

### **2.3. Πλεονεκτήματα της ομαδικής θεραπείας σε ασθενείς με αφασία**

Η ομαδική θεραπεία παρέχει μια ευκαιρία για κοινωνικοποίηση. Ο ασθενής με αφασία, εξαιτίας της επικοινωνιακής του διαταραχής, δεν μπορεί εύκολα να συναναστραφεί και κατ' επέκταση να κοινωνικοποιηθεί με το φυσιολογικό λεκτικά περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Ως μέλος μιας ομάδας όμως με άτομα που αντιμετωπίζουν τις ίδιες δυσκολίες, η κοινωνικοποίηση είναι πιο πιθανή και εύκολη. Ο Blackman(1950) ξεκίνησε μια ομαδική θεραπεία που αποτελούνταν από άτομα με αφασία και στο τέλος της δήλωσε πως τα άτομα αυτά κατάφεραν να αποβάλλουν τα συναισθήματα αποκλεισμού και απομόνωσης που είχαν και άρχισαν να απολαμβάνουν την φιλική συναναστροφή και την κοινωνική αποδοχή των άλλων. Οι δραστηριότητες που

μπορούν να αυξήσουν την κοινωνικότητα και να συμβάλλουν στην εξοικείωση των μελών περιλαμβάνουν το τραγούδι γνωστών τραγουδιών, το παιχνίδι ρόλων χρησιμοποιώντας σκηνές καθημερινής κοινωνικής συναναστροφής όπως για παράδειγμα μια συνομιλία με έναν φίλο ή συστήνοντας ένα καινούργιο μέλος στην ομάδα. Αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να δημιουργήσουν συνθήκες όπου τα άτομα της ομάδας θα μπορέσουν να εξασκηθούν σε λεκτικές καταστάσεις που μπορεί να συναντήσουν στην καθημερινότητα. Σε αυτές τις δραστηριότητες, ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να κάνει αυτό που μπορεί. Εάν για παράδειγμα δεν μπορεί να τραγουδήσει χρησιμοποιώντας λέξεις αλλά μπορεί να ακολουθήσει τον ρυθμό σφυρίζοντας ή με μουρμουρητό θα πρέπει να το κάνει. Ή εάν σε έναν χαιρετισμό δεν μπορεί να απαντήσει «Καλά είμαι ευχαριστώ» ή «Εσύ πως είσαι;» θα πρέπει να ενθαρρύνεται να απαντήσει απλά με ένα νεύμα ή εκφέροντας απλώς ένα «καλά».

Όταν τα μέλη της ομάδας έχουν δημιουργήσει ένα στενό δεσμό μεταξύ τους τότε υπάρχουν και άλλοι είδους δραστηριότητες που μπορούν να συμπεριληφθούν στη θεραπεία όπως παντομίμα, κρεμάλα και άλλα κουίζ παρόμοιας εμβέλειας. Σε προχωρημένες ομάδες μπορούν να πραγματοποιηθούν και συζητήσεις σχετικά με την επικαιρότητα οι οποίες μπορούν να ξεκινήσουν διαβάζοντας τις επικεφαλίδες των εφημερίδων ή παρακολουθώντας τα νέα της ημέρας. Στην αρχή της ομαδικής θεραπείας στόχος είναι η συμμετοχή των μελών και όχι η ακρίβεια και η εγκυρότητα των πληροφοριών.

Η ομαδική θεραπεία δίνει πιο ισχυρά κίνητρα στον ασθενή να πετύχει τον στόχο του γιατί έχει την ενθάρρυνση των υπολοίπων που αντιμετωπίζουν παρόμοιες δυσκολίες και όχι μόνο την παρότρυνση ενός θεραπευτή ο οποίος δεν έχει διαταραχή επικοινωνίας. Ο ασθενής παρακολουθεί και τα υπόλοιπα μέλη να προσπαθούν και να αποτυγχάνουν ή να πετυχαίνουν το στόχο τους και είναι ευκολότερο για τον ίδιο να προσπαθήσει χωρίς να νιώσει μειονεκτικά σε περίπτωση αποτυχίας.

Η ομαδική προσέγγιση δημιουργεί ένα περιβάλλον στο οποίο είναι αποδεκτά κάποια φαινόμενα που αντικατοπτρίζουν την ομιλία ενός ασθενή με αφασία όπως είναι ο αγραμματισμός ή ο τηλεγραφικός λόγος. Ο ασθενής που χρησιμοποιεί τηλεγραφικό λόγο, που παραλείπει προθέσεις και συνδέσμους, θα εκτιμήσει τη δυσκολία που υπάρχει να κατανοήσει κάποιος αυτόν τον τρόπο ομιλίας όταν θα τον ακούσει από κάποιο άλλο άτομο. Μια τέτοια κατάσταση θα δημιουργήσει κίνητρα για βελτίωση.

Η ομαδική θεραπεία προσφέρει την ευκαιρία στον ασθενή να παρατηρήσει τις τεχνικές που χρησιμοποιούν τα υπόλοιπα μέλη κατά την προσπάθεια να επικοινωνήσουν ώστε να γίνουν κατανοητοί. Παρέχει επίσης ένα κοινό για να δοκιμάσει και να βελτιώσει ο ασθενής τις δικές του τεχνικές επικοινωνίας. Τις τεχνικές που θα αποδειχτούν καλύτερες θα μπορέσει να τις

μεταφέρει και έξω από την ομάδα στην καθημερινή του ζωή. Γενικότερα δίνεται στον ασθενή η ευκαιρία για παρατήρηση και εκμάθηση χωρίς να πρέπει ο ίδιος να πάρει το ρίσκο της αποτυχίας.

Ακόμη ένα πλεονέκτημα της ομαδικής προσέγγισης είναι ότι αποτελεί και ένα είδος ψυχοθεραπείας για τους ασθενείς που συμμετέχουν στην ομάδα. Συχνά οι ασθενείς με αφασία, όπως και όλοι οι άνθρωποι που υποφέρουν από κάποιου είδους αναπηρία, αναπτύσσουν εχθρικά συναισθήματα. Κάποια από αυτά είναι απολύτως δικαιολογημένα και κάποια όχι. Η έκφραση αυτών των συναισθημάτων και η αξιολόγησή τους μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα σε μια ομαδική θεραπεία. Η επίγνωση και επιβεβαίωση που αποκτά ένας ασθενής με αφασία όταν μαθαίνει ότι και άλλα άτομα αισθάνονται ή έχουν αισθανθεί όπως αυτός και έχουν κατορθώσει να αποβάλλουν σε μεγάλο ποσοστό τα συναισθήματα αυτά, είναι σημαντική βοήθεια για αυτόν. Έτσι το άτομο αισθάνεται λιγότερο μειονεκτικά και εχθρικά απέναντι στο περιβάλλον που πρέπει να ζήσει (Eisensoy,1973).

Η ομαδική θεραπεία παρέχει το κίνητρο στον ασθενή να μιλήσει και να ακούσει τα υπόλοιπα μέλη και την ίδια στιγμή να τους δώσει την ανάλογη ενίσχυση. Παρέχει τη δυνατότητα απόκτησης νέων λεκτικών συμπεριφορών και διόρθωσης των ανεπιθύμητων. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής διευκολύνεται να μειώσει την εξάρτηση του από τον θεραπευτή και ενθαρρύνεται να αλληλεπιδράσει με άλλα άτομα σε καταστάσεις πραγματικής ζωής (Pachalska, 1991).

Η ομαδική θεραπεία μπορεί να αποτελέσει το τελικό στάδιο αποκατάστασης των ασθενών με αφασία που έχουν φτάσει στο μέγιστο επίπεδο στην ατομική θεραπεία. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για παιχνίδι ρόλων σε διάφορες επικοινωνιακές καταστάσεις που θα συναντήσει στην πραγματική ζωή όπως για παράδειγμα ψώνια, να δώσει ή να ζητήσει οδηγίες από κάποιο άλλο άτομο και άλλες παρόμοιες καταστάσεις που σχετίζονται με κοινωνική συναναστροφή και είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν (Pachalska, 1991).

#### **2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας**

Σύμφωνα με τον Wertz (1981), οι παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας περιλαμβάνουν την ηλικία, τον χρόνο έναρξης από την πάθηση, την αιτιολογία, τον εντοπισμό της βλάβης, το νευρολογικό ιστορικό, την ιατρική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, την αισθητηριακή και κινητική κατάσταση του ασθενή, την ικανότητα ανάγνωσης και γραφής και τη σοβαρότητα της διαταραχής του λόγου. Επίσης παράγοντες όπως ο ασθενής, ο τύπος θεραπείας, τότε ξεκινάει η θεραπεία και τότε

τελειώνει, που λαμβάνει χώρα και πως εξελίσσεται θα επηρεάσουν κατά πόσο είναι αποτελεσματική ή όχι η θεραπεία (Kearns, 1986; Loverso, 1991). Η σοβαρότητα της αφασίας, η υγεία του ασθενούς και το κίνητρο επηρεάζουν την ποσότητα της θεραπείας που παρέχουμε στα διάφορα στάδια της αποκατάστασης (Robey, 1998).

## **2.5. Μέθοδοι ομαδικής θεραπείας**

Σύμφωνα με την Pachalska μπορούμε να διαχωρίσουμε τέσσερις μεθοδολογικές προσεγγίσεις: 1) εκπαιδευτική, 2) επικοινωνιακή 3) ψυχοκοινωνική 4) ολική.

Η εκπαιδευτική είναι η παλαιότερη μέθοδος η οποία αναφέρεται στην εκπαίδευση τεχνικών στην ομαδική θεραπεία της αφασίας. Προσφέρεται ανατροφοδότηση η οποία περιλαμβάνει συστηματική μελέτη των σχέσεων ερέθισμα – απάντηση είτε διατηρώντας το ερέθισμα και τροποποιώντας την απάντηση είτε τροποποιώντας το ερέθισμα και διατηρώντας την απάντηση σε ένα ομαδικό περιβάλλον. Στην προσέγγιση αυτή έχουμε δραστηριότητες πολλαπλής επιλογής όπου οι ασθενείς πρέπει να ταιριάζουν το ερέθισμα που τους παρουσιάζεται οπτικά, ακουστικά και απτικά με τις απαντήσεις μέσω των ίδιων οδών.

Οι επικοινωνιακές μέθοδοι ομαδικής θεραπείας είναι πολυάριθμες. Οι δύο κυριότερες θεραπευτικές αρχές περιλαμβάνουν: ελαχιστοποίηση, δηλαδή εξάλειψη ή μείωση των κοινωνικά μη αποδεκτών φράσεων και μεγιστοποίηση, που αναφέρεται στην βελτίωση της ικανότητας επικοινωνίας μέσω της χρήσης της γλώσσας. Παράδειγμα επικοινωνιακής μεθόδου αποτελεί η μέθοδος PACE(Promoting Aphasic Communicative Effectiveness) που σχεδιάστηκε από τους Wilcox & Davis(1978).

Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση λαμβάνει υπόψη την επανένταξη του ασθενή με αφασία τόσο σε επίπεδο κοινωνικό όσο και επαγγελματικό. Στην προσέγγιση αυτή συμπεριλαμβάνονται η συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες(community-based treatment), οι ομάδες υποστήριξης ασθενών και οι ομάδες υποστήριξης της οικογένειας.

Η πιο αποτελεσματική μέθοδος φαίνεται να είναι η ολική προσέγγιση των αφασικών διαταραχών. Σ' αυτήν την μέθοδο οι δεξιότητες που αποκτώνται εκπαιδεύονται με δύο τρόπους: ο ένας εστιάζει στην επικοινωνία του ατόμου

μέσω της οποίας βελτιώνονται οι ατομικές δεξιότητες(top-down) ενώ ο δεύτερος εστιάζει στην εκπαίδευση των ατομικών δεξιοτήτων που έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση της επικοινωνίας(bottom-up). Η ολική προσέγγιση χρησιμοποιεί και τους δύο τρόπους, παρ' όλα αυτά η επιλογή της διαδικασίας και η χρήση λεκτικών και μη λεκτικών διευκολύνσεων στηρίζεται στον τύπο και τη σοβαρότητα της αφασίας των ασθενών που συμμετέχουν στην ομάδα.

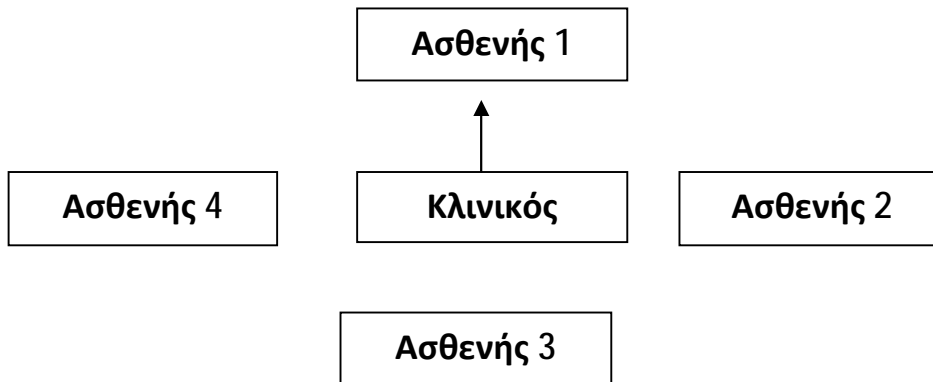
Τύπος Ομαδικής Θεραπείας	Σκοπός
Άμεση Θεραπεία	Υψηλά δομημένη προσέγγιση ερεθίσματος – αντίδρασης, συχνά συνυπάρχει με την ατομική θεραπεία.
Έμμεση Θεραπεία	Μη δομημένη(γενικές συζητήσεις, κοινωνικές ομάδες, παιχνίδι ρόλων, εκπαιδευτικές εκδρομές)
Κοινωνιογλωσσολογική Θεραπεία	Δίνεται έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών, παιχνίδι ρόλων σε πραγματικές καταστάσεις
Μετάβαση	Παιχνίδι ρόλων για προετοιμασία για κάποιο νέο περιβάλλον μετά από εξαγωγή από νοσοκομείο(επικοινωνιακές απαιτήσεις, ψυχολογική ενίσχυση, ανάπτυξη εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας).
Διατήρηση	Συνεχές ερέθισμα των γλωσσικών δεξιοτήτων, εκπαίδευση στην χρήση νέων γλωσσικών δεξιοτήτων, κοινωνική αλληλεπίδραση, λειτουργική επικοινωνία και διασκέδαση.

**Πίνακας 2.** Τύποι Ομαδικής Θεραπείας ( Johnson & Jacobson, 2007).

Τα τελευταία χρόνια έχει δημιουργηθεί μια νέα μορφή ομαδικής θεραπείας, η μη δομημένη ομάδα η οποία είναι ένας συνδυασμός της έμμεσης και της κοινωνιογλωσσικής θεραπείας.

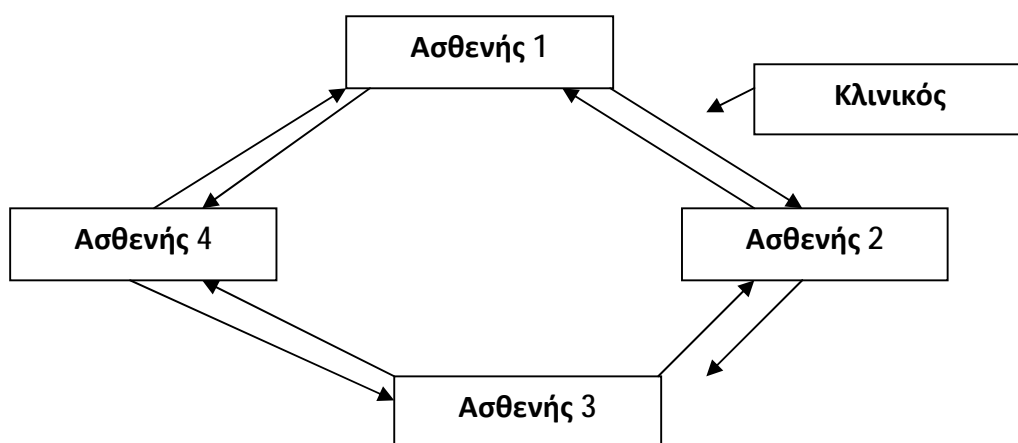
Σε μια θεραπευτική ομάδα δομημένου τύπου, ο κλινικός ασχολείται με τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας παρακολουθούν και ακούν την θεραπεία περιμένοντας να έρθει η δική τους σειρά. Τα αποτελέσματα της άμεσης ομαδικής θεραπείας στηρίζονται στην διάρκεια της παρακολούθησης αυτής. Ωστόσο, ο Mower(1972) βρήκε ότι η διαδικασία αυτή

δεν έχει σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Ο κλινικός παρέχει την καθοδήγηση, τις πληροφορίες, διορθώνει ο ίδιος τον ασθενή και καθορίζει την επιβράβευση. Υπάρχει ελάχιστη ομαδική αλληλεπίδραση (Leith, 1984).



Σχήμα 1. Δομημένο μοντέλο ομαδικής θεραπείας

Όσον αφορά τον τύπο της μη δομημένης ομάδας, το κάθε μέλος της ομάδας συμμετέχει δραστικά και αλληλεπιδρά. Οι ασθενείς είναι αυτοί που παρέχουν τα ερεθίσματα, την καθοδήγηση και τις πληροφορίες στην ομάδα. Όπως επίσης αξιολογούν και αξιολογούνται. Υπάρχει συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών. Κάθε μέλος της ομάδας αναλαμβάνει δύο ρόλους. Το ρόλο του θεραπευτή, όταν η ομάδα εστιάζει σε κάποιο άλλο μέλος και το ρόλο του ασθενή, όταν η ομάδα εστιάζει στον ίδιο. Με τον τρόπο αυτό οι ασθενείς συμμετέχουν συνεχώς στην ομάδα και η θεραπεία βασίζεται στο σύνολο της διαδικασίας (Leith, 1984).



Σχήμα 2. Μη δομημένο μοντέλο ομαδικής θεραπείας

Στο δομημένο μοντέλο της άμεσης θεραπευτικής ομάδας, οι αρμοδιότητες του κλινικού είναι παρόμοιες με εκείνες στην ατομική θεραπεία. Ο κλινικός είναι το άτομο που μιλάει περισσότερο και κατευθύνει τα υπόλοιπα μέλη. Με τη διαφορά ότι υπάρχουν περισσότεροι από έναν ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούν τη θεραπεία.

Οι αρμοδιότητες του κλινικού στη μη δομημένη ομαδική θεραπεία αλλάζουν ριζικά. Δεν παρέχει άμεση θεραπεία στα μέλη της ομάδας αλλά μαθαίνει στους ασθενείς να λειτουργούν οι ίδιοι σαν «θεραπευτές». Αφού τα μέλη της ομάδας κατανοήσουν τον ρόλο τους ο κλινικός έχει ένα πιο παθητικό ρόλο, αφήνοντας την ομάδα να λειτουργήσει με την ελάχιστη καθοδήγηση του ίδιου. Παρέχει βοήθεια μόνο όταν η ομάδα την χρειάζεται (Leith, 1984).

## **2.6.Αρμοδιότητες των μελών της ομάδας**

Για να λειτουργήσει η κλινική διαδικασία αποτελεσματικά πρέπει όλα τα μέλη της ομάδας να συμμετέχουν και να αλληλεπιδρούν. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να κατανοήσουν τις λεκτικές συμπεριφορές των υπολοίπων μελών έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται σωστά. Οι ασθενείς πρέπει επίσης να γνωρίζουν ποιες λεκτικές συμπεριφορές είναι αποδεκτές στην ομάδα ώστε να τις επιβραβεύουν και να τις ενισχύουν και ποιες όχι. Ωστόσο, επειδή τα μέλη της ομάδας δεν θα έχουν ανάλογη εμπειρία στον συγκεκριμένο τομέα της επιβράβευσης θα πρέπει να εκπαιδευτούν κατάλληλα από τον θεραπευτή. Η εκπαίδευση αυτή θα πραγματοποιηθεί μέσω πληροφοριών που θα τους παρέχει και μέσω της παρατήρησης.

Τέλος όλα τα μέλη θα πρέπει να συμμετέχουν στις συζητήσεις της ομάδας. Η κάθε συζήτηση παρέχει την ευκαιρία στον ασθενή να εξασκήσει τις επικοινωνιακές του δεξιότητες. Τα θέματα συζήτησης θα πρέπει να αλλάζουν συνεχώς έτσι ώστε όλα τα μέλη να μπορούν να εκφέρουν κάποια άποψη (Leith, 1984).

## **2.7.Αρμοδιότητες του κλινικού**

Ο κλινικός πρέπει να εποπτεύει, να κατευθύνει, να ενθαρρύνει και να παρακολουθεί την λειτουργία της ομάδας. Πρέπει να είναι ευέλικτος ώστε να μπορεί να μεταβάλλει το ρόλο του όσο η ομάδα εξελίσσεται. Είναι υπεύθυνος για την ενθάρρυνση των ασθενών και για την διατήρηση του ενδιαφέροντος και της προσοχής τους. Στην αποκατάσταση της επικοινωνιακής ικανότητας, οι

ασθενείς με αφασία θα πρέπει να διδάσκονται αντισταθμιστικές τεχνικές σε συνδυασμό με τις λεκτικές στρατηγικές. Θα πρέπει να μάθουν να χειρίζονται τις δυσκολίες τους σε μια συζήτηση (Klippi, 1990). Επομένως ο θεραπευτής θα πρέπει να εισάγει νέες στρατηγικές επικοινωνίας και να μπορεί να δημιουργεί την πρόκληση στα μέλη της ομάδας να τις χρησιμοποιήσουν κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης (Radonjic & Rakuscek, 1991).

Ο θεραπευτής πρέπει να παρεμβαίνει και να διευκολύνει την επικοινωνία βοηθώντας τον ασθενή μόνο όταν η δραστηριότητα διακόπτεται ώστε να δίνει την δυνατότητα η αλληλεπίδραση εντός της ομάδας να είναι όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητη και αυθόρμητη (Pachalska, 1991).

Ο κλινικός θα πρέπει να δίνει ίσες ευκαιρίες συμμετοχής των ατόμων στη συζήτηση το οποίο μπορεί να εξασφαλίσει ξεκινώντας τη δραστηριότητα κάθε φορά από άλλο άτομο (Pachalska, 1991). Θα πρέπει επίσης να είναι ικανός να εντοπίζει τις αδυναμίες και τις δυνατότητες των μελών της ομάδας (LaPointe, 2005). Το προσωπικό στυλ του κάθε ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις αλληλεπιδράσεις. Ένα εσωστρεφές άτομο με μικρό έλλειμμα μπορεί να έχει πιο φτωχή πρόγνωση στην αποκατάσταση της επικοινωνίας από ότι ένα άτομο με σοβαρό έλλειμμα που είναι λιγότερο αποθαρρυνμένο από την αναπηρία του (Klippi 1990). Οι δραστηριότητες θα πρέπει να είναι απλές ώστε να αποφευχθεί η αποτυχία ενώ οι οδηγίες που δίνονται θα πρέπει να είναι σύντομες και κατανοητές ώστε να μην αποσπούν τους συμμετέχοντες (Pachalska, 1991).

Ο κλινικός στον τύπο της μη δομημένης ομαδικής θεραπείας αποκτά έναν διαφορετικό σε σχέση με την ατομική θεραπεία ρόλο ο οποίος έχει νέες απαιτήσεις. Είναι πολύ σημαντικό να θέσει τους κανόνες και τις απαραίτητες οδηγίες στα μέλη της ομάδας για την ομαλή λειτουργία της. Θα πρέπει επίσης να γνωρίζει τις λεκτικές συμπεριφορές όλων των ασθενών ώστε να θέσει τους αντίστοιχους στόχους για τον κάθε έναν από αυτούς.

Τέλος ο κλινικός θα πρέπει να μπορεί να αφήνει τα μέλη της ομάδας να αλληλεπιδρούν χωρίς να επεμβαίνει με την προϋπόθεση ότι η ομάδα λειτουργεί ομαλά (Leith, 1984).



## **2.8.Λειτουργία της ομαδικής θεραπείας**

Προκειμένου να εξασφαλιστεί μια ομαλή λειτουργία είναι απαραίτητο να τεθούν κάποιοι κανόνες και να δοθούν οδηγίες. Τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να καθοδηγηθούν και να πληροφορηθούν σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας της ομάδας και τον ρόλο τους σαν μέλος αυτής. Το σημαντικότερο είναι να γίνει αντιληπτή η σημασία της συνεργασίας και της αλληλεπίδρασης που θα πρέπει να έχουν τα μέλη μεταξύ τους καθώς και το γεγονός ότι η βελτίωση τους θα πραγματοποιηθεί σταδιακά και όχι στην πρώτη συνεδρία (Leith, 1984).

Ο θεραπευτής θα πρέπει να παρουσιάσει τον κάθε ασθενή στην ομάδα, να συζητήσει τις δυσκολίες του και τις λανθασμένες συμπεριφορές στην ομιλία του και να θέσει στόχους για τον κάθε ένα ξεχωριστά (Leith, 1984).

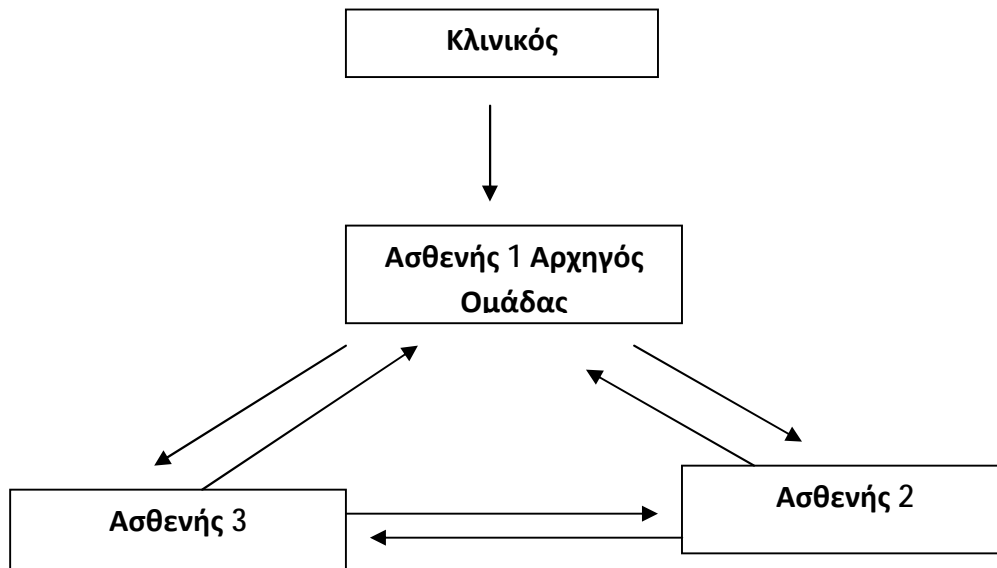
Η ομάδα μπορεί να ξεκινήσει την λειτουργία της εφόσον έχουν δοθεί οι απαραίτητες οδηγίες και έχουν τεθεί στόχοι. Είναι πολύ σημαντικό τα μέλη της ομάδας να γνωριστούν μεταξύ τους και να μοιραστούν τις εμπειρίες τους ώστε να εξοικιωθούν με τον χώρο και με τα άτομα γύρω τους. Για το λόγο αυτό η πρώτη συνεδρία θα πρέπει να αφιερωθεί στην παρουσίαση του κάθε ατόμου ξεχωριστά (Bender & Norris, 1987). Στη συνέχεια θα πρέπει να τεθεί ως πρώτο θέμα προς συζήτηση κάτι ουδέτερο και ενδιαφέρον προκειμένου να μπορούν όλα τα μέλη να συμμετάσχουν. Στο σημείο αυτό ο θεραπευτής πρέπει να επέμβει και να καθοδηγήσει την ομάδα ώστε να μπορέσουν όλοι οι ασθενείς να κατανοήσουν και πρακτικά τον τρόπο λειτουργίας της και τον ρόλο τους σε αυτήν (Leith, 1984).

Παρόλο που όλοι οι κλινικοί αναγνωρίζουν την σημασία της ομαδικής θεραπείας σε ασθενείς με αφασία, ο τρόπος αξιολόγησης του ρόλου των ασθενών και της συμμετοχής τους στο επικοινωνιακό περιβάλλον είναι περιορισμένος. Οι περισσότερες έρευνες και τα πρωτόκολλα αξιολόγησης της ομαδικής θεραπείας βασίζονται σε αξιολόγηση των λεκτικών ικανοτήτων των ασθενών και όχι των πραγματολογικών (Pachalska, 1991).

## **2.9.Οργάνωση της θεραπευτικής ομάδας**

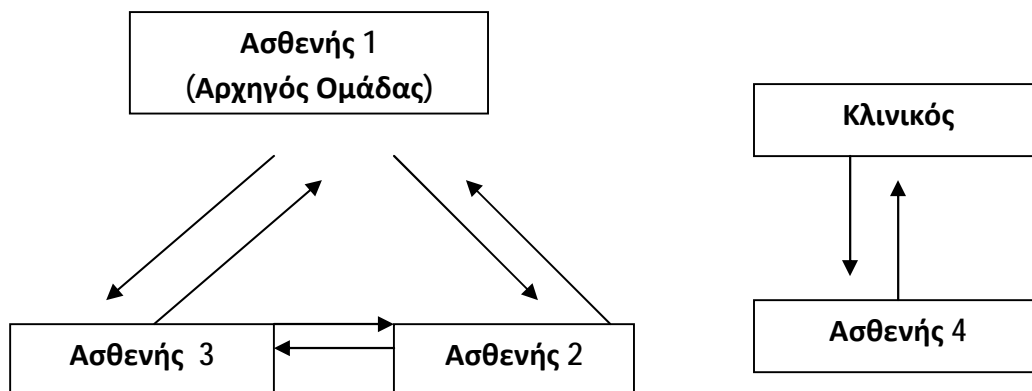
Στην αρχική φάση της οργάνωσης ο κλινικός θα πρέπει να ορίσει και να εκπαιδεύσει τον αρχηγό της ομάδας. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η εκπαίδευση αυτή, ο θεραπευτής επιλέγει κάποιο άτομο από την ομάδα και του παρέχει την απαραίτητη καθοδήγηση. Το άτομο αυτό επιλέγει με τη σειρά του κάποιο άλλο μέλος της ομάδας να το αντικαταστήσει ως επόμενος αρχηγός(σχήμα 3). Όταν όλα τα μέλη της ομάδας κατανοήσουν το ρόλο του

αρχηγού, ο θεραπευτής επιλέγει τον τρόπο με τον οποίο θα λειτουργεί η ομάδα (Leith, 1984).



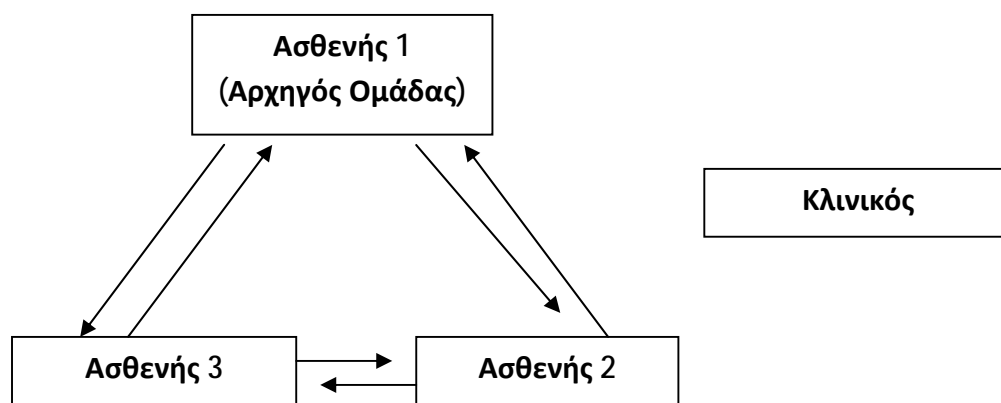
Σχήμα 3. Ο κλινικός εκπαιδεύει τον ασθενή 1 ώστε να λειτουργεί ως αρχηγός της ομάδας.

Αν κάποιο μέλος της ομάδας χρειάζεται ατομική προσοχή, ο κλινικός μπορεί να αφήσει την ομάδα να λειτουργεί με τον αρχηγό και να στρέψει την προσοχή του στον ασθενή που τον χρειάζεται. Εάν η εκπαίδευση του αρχηγού έχει πραγματοποιηθεί σωστά και οι ασθενείς αλληλεπιδρούν ομαλά, η ομάδα μπορεί να λειτουργήσει χωρίς τον κλινικό χωρίς βεβαία να σημαίνει ότι αυτό μπορεί να συμβαίνει σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αυτός ο τύπος λειτουργίας φαίνεται στο σχήμα 4 (Leith, 1984).



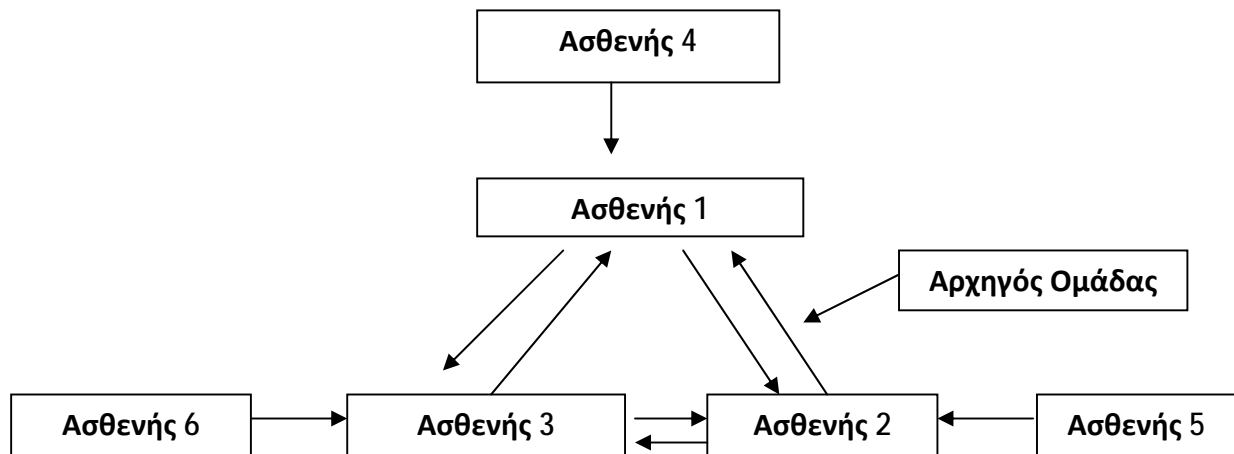
**Σχήμα 4.** Ο κλινικός παρέχει ατομική θεραπεία στον ασθενή 4 ενώ ο ασθενής 1, λειτουργώντας ως αρχηγός, καθοδηγεί την αλληλεπίδραση της ομάδας.

Πολλές φορές ο κλινικός πρέπει να αποστασιοποιείται και να παρακολουθεί την ομάδα και την απόδοση του κάθε ασθενή. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί χρησιμοποιώντας και πάλι την μέθοδο του αρχηγού. Με αυτόν τον τρόπο ο κλινικός μπορεί να παρατηρήσει αδυναμίες των ασθενών, να αλλάξει το πρόγραμμα ή τους στόχους της ομάδας εάν κρίνει ότι είναι απαραίτητο(σχήμα 5) (Leith, 1984).



**Σχήμα 5.** Ο ασθενής 1 λειτουργώντας ως αρχηγός, καθοδηγεί την ομάδα ενώ ο κλινικός παρακολουθεί την αλληλεπίδραση.

Υπάρχει επίσης η πιθανότητα να υπάρχουν επιπτώσεις στην ομαλή λειτουργία της ομάδας εάν αποτελείται από πολλά άτομα. Στην περίπτωση αυτή, η ομάδα μπορεί να χωριστεί σε δύο ίσα μέρη. Το ένα μέρος θα αποτελεί την ομαδική θεραπεία και το δεύτερο θα αποτελεί τους ατομικούς παρατηρητές οι οποίοι θα βρίσκονται πίσω από κάθε ασθενή της ομαδικής θεραπείας και θα ελέγχουν την ομιλία τους επισημαίνοντας τα λάθη τους. Παρόλο που οι παρατηρητές δεν συμμετέχουν στην θεραπεία με τον τρόπο αυτό εξασκούν την ακουστική τους κατανόηση και συνειδητοποιούν τις λανθασμένες συμπεριφορές στην ομιλία. Με τον τρόπο αυτό αποκτούν την ικανότητα να ελέγχουν και τις δικές τους συμπεριφορές. Οι ρόλοι αυτοί θα πρέπει να αλλάζουν τακτικά έτσι ώστε να δοθεί σε όλα τα μέλη της ομάδας η ευκαιρία να αναλάβουν τον ρόλο του παρατηρητή (σχήμα 6) (Leith, 1984).



**Σχήμα 6.** Οι ασθενείς 1, 2, 3 ανήκουν στην ομαδική θεραπεία. Οι ασθενείς 4, 5, 6 είναι οι ατομικοί παρατηρητές οι οποίοι καθοδηγούν τα αντίστοιχα μέλη. Ο αρχηγός της ομάδας δίνει την ανατροφοδότηση και καθοδηγεί την ομάδα (Leith, 1984).

### 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ατομική θεραπεία στην αφασία περιλαμβάνει δραστηριότητες που στηρίζονται στην παροχή ερεθισμάτων και στην ανάλογη απάντηση από τον ασθενή σε τομείς όπως: έκφραση, ακουστική κατανόηση, ανάγνωση και γραφή. Η ομαδική θεραπεία πολλές φορές χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την ατομική για μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων της ατομικής θεραπείας. Πιστεύεται ότι είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος ελαχιστοποίησης των αρνητικών ψυχοκοινωνικών εκφάνσεων της αφασίας (Kearns, 1986).

Είναι γνωστό πως η θεραπεία της αφασίας περιλαμβάνει διδακτικές - δυαδικές (θεραπευτής - ασθενής) μεθόδους με σκοπό την μεγιστοποίηση της αποκατάστασης των διαταραχών του λόγου. (Chapey 1986; LaPointe 1997; Davis 1993). Έχουν αναφερθεί οφέλη μέρα με τη μέρα, όμως έχει αποδειχθεί πως δεν γενικεύονται στην καθημερινή λειτουργική επικοινωνία έξω από το κλινικό πλαίσιο (Kearns, 1989; Lyon 1992). Το κλειδί της γενίκευσης στηρίζεται στο θεραπευτικό πλάνο που παρέχει την κατάλληλη υποστήριξη (κοινωνική, συναισθηματική, επικοινωνιακή), εισάγει στους ασθενείς με αφασία, μεθόδους αλληλεπίδρασης και τους δίνει τη δυνατότητα να πάρουν πρωτοβουλία στην επιλογή, τον σχεδιασμό και την εκτέλεση δραστηριοτήτων στο κοινωνικό πλαίσιο (Lyon, 1992).

Σε μια ομάδα οι ασθενείς έρχονται σε επαφή με άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα, μαθαίνουν να χρησιμοποιούν νέες μεθόδους επικοινωνίας και συνάπτουν κοινωνικές σχέσεις με τα μέλη της. Με τον τρόπο αυτό αυξάνουν την αυτογνωσία τους και βελτιώνεται η αυτοεκτίμηση τους το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να αποκτούν την ικανότητα ευκολότερης αντιμετώπισης της καθημερινής ζωής. Οι ομάδες συνήθως αποτελούνται από τρία μέχρι έξι άτομα με παρόμοιες δυσκολίες. Έχει αναφερθεί ότι έχουν παρατηρηθεί βελτιώσεις στην ομιλία και στην κατανόηση καθώς και βελτιώσεις στην αυτοεκτίμηση και στην κοινωνικοποίηση σε άτομα που συμμετείχαν σε ομαδική θεραπεία (Radonjic & Rakuscek, 1991).

Οι περισσότερες ομάδες αφασίας εστιάζουν παράλληλα σε συμβουλευτική της οικογένειας και των ατόμων που έχουν υποστεί εγκεφαλικό. Οι ομάδες αυτές παρέχουν επαγγελματική, κοινωνική, νομική και συναισθηματική υποστήριξη με στόχο την ψυχοκοινωνική προσαρμογή περιλαμβάνοντας τις αλλαγές που συμβαίνουν στη ζωή του ατόμου με αφασία (Aten et al., 1981). Καθίσταται ανάγκη παρουσίασης σωστά τεκμηριωμένων εμπειρικών στοιχείων για την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας.

Τα πλεονεκτήματα της ομαδικής θεραπείας σε άτομα με αφασία σε σύγκριση με την ατομική θεραπεία, περιλαμβάνουν γενίκευση της λειτουργικής επικοινωνίας σε περιβάλλοντα της καθημερινότητας, την ευκαιρία επικοινωνίας

με ένα ευρύ φάσμα συνομιλητών και συμμετοχή σε πιο ρεαλιστικές δραστηριότητες με εναλλαγή σειράς στη συζήτηση, πηγή για αυτοεκτίμηση και αύξηση της αυτοπεποίθησης για ανταλλαγή λεκτικών μηνυμάτων, αυξάνοντας την πιθανότητα επιτυχούς γενίκευσης. Το κόστος του να ζει κανείς με αφασία είναι μακροχρόνιο. Ο ρυθμός αποκατάστασης δεν μπορεί να προβλεφθεί και βελτίωση έχει αναφερθεί ακόμη και σε ασθενείς μετά το τέλος της θεραπείας.

Η ομαδική θεραπεία εστιάζει στην *λειτουργική επικοινωνία*. Ο ορισμός της λειτουργικής επικοινωνίας είναι «η ικανότητα να λάβει και να μεταδώσει κανείς ένα μήνυμα, με οποιονδήποτε δυνατό τρόπο, για να επικοινωνήσει αποτελεσματικά και ανεξάρτητα σε ένα περιβάλλον» (Worrall & Frattalli, 2000). Έχοντας ως στόχο λοιπόν την λειτουργική επικοινωνία, εστιάζουμε στην ενθάρρυνση της πρωτοβουλίας για έναρξη συζήτησης, διεύρυνση της κατανόησης της επικοινωνιακής διαταραχής, διεύρυνση της αυτοσυνείδησης των προσωπικών στόχων του καθενός και αναγνώριση της προόδου που έχει ο καθένας προς την επίτευξη αυτών των στόχων, προάγοντας την αυτοπεποίθηση στην συμμετοχή των ατόμων σε διάφορα επικοινωνιακά περιβάλλοντα. Χρησιμοποιούμε *δραστηριότητες επικοινωνίας* στις οποίες: «συμμετέχουν τουλάχιστον 2 άτομα που στέλνουν και λαμβάνουν μηνύματα, με στόχο την ικανότητα σχηματισμού μηνύματος και κατανόηση του μηνύματος που λαμβάνει το άτομο, συμπεριλαμβάνοντας την μη λεκτική επικοινωνία όπως οι εκφράσεις του προσώπου και οι χειρονομίες» (Worrall & Frattalli, 2000).

Στις μελέτες αποτελεσματικότητας της θεραπείας της αφασίας εμφανίζονται τουλάχιστον τρία εμπόδια: Πρώτον, για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας θα ήταν σκόπιμη η δημιουργία μιας ομάδας όπου δεν παρέχεται κανένα είδος θεραπείας. Ηθικοί ενδοιασμοί αποτρέπουν την δημιουργία μιας τέτοιας ομάδας γιατί εφόσον η θεραπεία υπάρχει πρέπει να προσφέρεται ανεξάρτητα από τα οφέλη ή τα πιθανά μειονεκτήματα (Wertz et al., 1981). Δεύτερον υπάρχει μεγάλη δυσκολία ελέγχου των παραγόντων που επηρεάζουν την απόδοση του ασθενή στην θεραπεία. Η ηλικία, η νοημοσύνη, η μόρφωση, η αιτιολογία, ο τύπος της αφασίας και ο χρόνος από την έναρξη της πάθησης είναι μόνο λίγοι από τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την βελτίωση ενός ατόμου. Τρίτον, είναι δύσκολος ο διαχωρισμός της βελτίωσης ως αποτέλεσμα της αυθόρμητης αποκατάστασης από τη βελτίωση μέσω της θεραπείας.

Έχουν γίνει πολλές έρευνες για την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας σε ασθενείς με αφασία (Pachalska, 1991; Aten, 1991; Bollinger et al., 1993; Worrall & Yiu, 2000; Ross et al., 2006). Στην έρευνα των Worrall & Yiu(2000) μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα της θεραπείας λειτουργικής επικοινωνίας που παρείχαν εθελοντές σε ασθενείς με αφασία μετά από εγκεφαλικό. Ο στόχος του προγράμματος είναι ο εμπλουτισμός των

καθημερινών δραστηριοτήτων επικοινωνίας των ατόμων με αφασία, αυξάνοντας την ποικιλία των δραστηριοτήτων και βελτιώνοντας την επίδοσή τους σε αυτές. Καθώς βρέθηκαν μικρές αλλαγές στην ικανότητα επικοινωνίας, τα εθελοντικά προγράμματα προτείνονται σε συνδυασμό με επαγγελματική βοήθεια, γιατί προσφέρουν μακροχρόνια επιπρόσθετα οφέλη σε ασθενείς με αφασία. Η έρευνα της Pachalska(1991) για την ομαδική θεραπεία σε αφασικούς ασθενείς μετά από στατιστική και ποσοτική ανάλυση με την χρήση βιντεοσκόπησης δείχνει ότι οι λεκτικές ικανότητες βελτιώθηκαν σημαντικά και οι διαταραχές στην επικοινωνία και στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς τομείς μειώθηκαν σε ένα βαθμό ενώ η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία ήταν πιο πλήρης.

Οι Elman και Bernstein-Ellis,1999 έδειξαν πως η ομαδική θεραπεία προσέφερε σημαντικά οφέλη στις σχετικές με τον λόγο μετρήσεις, παρόμοια με αυτά της ατομικής θεραπείας σε ασθενείς με χρόνια αφασία. Παρόλα αυτά δεν απέδειξε αν η μια θεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική από την άλλη και δεν ερεύνησε αν τα αποτελέσματα διαρκούσαν στο χρόνο. Εξετάστηκε η επίδραση της ομαδικής θεραπείας στην γλωσσική και επικοινωνιακή επίδοση σε ενήλικους με χρόνια αφασία. Οι συμμετέχοντες μπήκαν τυχαία σε δύο ομάδες ατομικής θεραπείας και ομαδικής θεραπείας. Οι ομάδες ήταν ομοιογενείς όσον αφορά την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την αρχική σοβαρότητα της αφασίας. 24 άτομα ολοκλήρωσαν την τετράμηνη θεραπευτική δοκιμή. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν 5 ώρες ομαδικής θεραπείας εβδομαδιαίως. Η θεραπεία εστίασε στην αύξηση της συμμετοχής σε συζήτηση και στην ανταλλαγή πληροφοριών χρησιμοποιώντας οποιοδήποτε μέσο επικοινωνίας. Η δεύτερη ομάδα που παρακολούθησε ομαδική θεραπεία ξεκίνησε μετά την ολοκλήρωση της 4μηνιας ατομικής θεραπείας. Σε αυτό το διάστημα οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν δραστηριότητες συμβουλευτικής, ομάδες κινησιοθεραπείας και άλλες δραστηριότητες για την διατήρηση της κοινωνικής επαφής. Αξιολογήθηκαν οι γλωσσικές και επικοινωνιακές ικανότητες των συμμετεχόντων κατά την έναρξη, μετά από δύο και τέσσερις μήνες θεραπείας καθώς και τέσσερις με έξι εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που παρακολούθησαν ομαδική θεραπεία είχαν σημαντικά υψηλότερα σκορ στις μετρήσεις των γλωσσικών και επικοινωνιακών ικανοτήτων απ' ότι τα άτομα που δεν παρακολούθησαν ομαδική θεραπεία. Επίσης παρατηρήθηκαν σημαντικές αυξήσεις μετά από δύο και τέσσερις μήνες θεραπείας. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική απόκλιση στην επίδοση των ατόμων κατά την επαναξιολόγηση τέσσερις με έξι εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Έχοντας ως έναυσμα την παραπάνω έρευνα αποφασίσαμε να ελέγξουμε την αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας σε ασθενείς με αφασία.

Χρειάστηκαν 4 μήνες ( 32 εβδομάδες) θεραπείας για να συγκεντρώσουμε τα απαραίτητα στοιχεία για αξιόπιστα αποτελέσματα.

### **3.1. Μέθοδος**

#### **3.1.1. Συμμετέχοντες**

Ελέγξαμε 50 ιατρικούς φακέλους του κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας «Αναγέννηση» και ιδιωτικού γραφείου λογοθεραπείας από τους οποίους επιλέξαμε τους 20 σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής. Στη συνέχεια, από αυτούς αποκλείστηκαν οι 10 λόγω ηλικίας, επιβαρυσμένου ιστορικού νευρολογικών διαταραχών και άρνησης συμμετοχής στην έρευνα.

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 10 ενήλικα άτομα με αφασία ηλικίας έως 70 ετών. Σε όλους τους συμμετέχοντες παρείχαμε λογοθεραπευτική παρέμβαση (ατομική, ομαδική θεραπεία). Ήταν όλοι ελληνικής καταγωγής και δεν είχαν άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας ούτε ιστορικό αλκοολισμού. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν υποστεί ΑΕΕ στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο, που αναφέρεται στο ιατρικό τους ιστορικό εκτός του ενός που υπέστη ΚΕΚ. Είχαν όλοι ως μητρική γλώσσα την ελληνική και συμφώνησαν να συμμετέχουν στην έρευνα.

Ένας από τους ασθενείς που παρακολουθούσε ομαδική θεραπεία αποχώρησε από την ομάδα λόγω εισαγωγής του σε νοσοκομείο για επέμβαση. Επίσης ένας από τους ασθενείς που παρακολουθούσε ατομική θεραπεία αποχώρησε λόγω ολοκλήρωσης του προγράμματος θεραπείας εντός του κέντρου αποκατάστασης και επιστροφή στη πόλη όπου διέμενε (Καβάλα). Το πρόγραμμα ολοκλήρωσαν συνολικά 8 ασθενείς 4 σε κάθε ομάδα.

#### **3.1.2. Διαδικασία**

Οι συμμετέχοντες ανατέθηκαν τυχαία σε δύο ομάδες των 5 ατόμων. Έγινε προσπάθεια ίσης κατάταξης των ατόμων στις ομάδες ώστε να υπάρχει ισορροπία στην ηλικία, στην μόρφωση και στους μήνες από την έναρξη (months post – onset).

Στην πρώτη ομάδα, πραγματοποιήθηκαν ατομικές συνεδρίες λογοθεραπείας εντός του Κέντρου αποκατάστασης και αποθεραπείας «Αναγέννηση». Οι συνεδρίες πραγματοποιούνταν 2 φορές την εβδομάδα από



λογοθεραπευτή του κέντρου. Η θεραπεία διαρκούσε 45 λεπτά και περιλάμβανε κοινές δραστηριότητες ατομικής, τύπου ερέθισμα – απάντηση θεραπείας του λόγου σε όλους τους τομείς της επικοινωνίας ανάλογα με το έλλειμμα του κάθε ασθενή. Κατά την διάρκεια της συνεδρίας ο θεραπευτής λάμβανε θέση δίπλα στον ασθενή και παρείχε οπτικά, απτικά και ακουστικά ερεθίσματα ενθαρρύνοντας την απάντηση του ασθενή και επιβραβεύοντας λεκτικά τις σωστές απαντήσεις.

Στην δεύτερη ομάδα, πραγματοποιήθηκε ομαδική θεραπεία σε ιδιωτικό γραφείο λογοθεραπείας, εθελοντικά και χωρίς οικονομική επιβάρυνση. Η ομαδική θεραπεία περιλάμβανε 2ωρες συναντήσεις που πραγματοποιούνταν 2 φορές την εβδομάδα. Στις συναντήσεις οι συμμετέχοντες κάθονταν σε κύκλο συμπεριλαμβανομένου του ενός θεραπευτή, ο οποίος κατεύθυνε τις συζητήσεις ενώ ο δεύτερος βιντεοσκοπούσε την θεραπεία. Διαλέγονταν θέματα γενικού ενδιαφέροντος όπου οι ασθενείς μπορούσαν να διατυπώσουν την άποψή τους και να συζητήσουν μεταξύ τους. Παροτρύναμε τους ασθενείς να συμμετέχουν στη συζήτηση χωρίς να εστιάζουμε στην άμεση θεραπεία των ελλειμμάτων του λόγου.

### 3.1.3. Εργαλεία αξιολόγησης

Πριν την έναρξη των θεραπειών καθώς και στο τέλος της τετράμηνης μελέτης χορηγήθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες τα εξής:

- WAB (Western Aphasia Battery)
- AAT (Aachen Aphasia Test)

### **WAB**

Το WAB(Western Aphasia Battery (Kertesz, 1982) είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης των βασικότερων τμημάτων της γλωσσικής λειτουργίας: περιεχόμενο, ροή, ακουστική κατανόηση, επανάληψη και κατονομασία, ανάγνωση, γραφή και αριθμητική επεξεργασία. Περιλαμβάνει επίσης κατασκευαστικές και οπτικοχωρικές δοκιμασίες αξιολογώντας έτσι και τις μη λεκτικές ικανότητες ενώ συχνά χορηγείται και το Raven's Colored Progressive Matrices test. Κατά τη βαθμολογία προκύπτουν δύο βασικά σύνολα: το ποσοστό αφασίας(A.Q.) και το γνωστικό ποσοστό(C.Q.). Το ποσοστό αφασίας φανερώνει τη γλωσσική ικανότητα του ατόμου ενώ το γνωστικό ποσοστό αποτελεί μια πιο γενική μέτρηση της νοητικής ικανότητας (Wikipedia, 2009b).

Προηγήθηκε μετάφραση του “Western Aphasia Battery” (Andrew Kertesz New York, 1982) στην ελληνική γλώσσα. Η χορήγηση του WAB έγινε από τις λογοθεραπεύτριες που διεξήγαγαν την μελέτη. Η χορήγηση των τεστ διήρκησε περίπου 1 - 2 ώρες για κάθε ασθενή και πραγματοποιήθηκε σε 2 με 3 διαδοχικές συνεδρίες ανάλογα με την αντοχή των συμμετεχόντων.

Το τεστ ξεκίνησε με ανταπόκριση σε 6 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και μια ερώτηση περιγραφής εικόνας για την αξιολόγηση της ικανότητας παραγωγής αυθόρμητου λόγου. Σύμφωνα με το δείγμα λόγου που συλλέχθηκε ηχογραφώντας τον ασθενή, βαθμολογήθηκαν το περιεχόμενο και η ροή βάση του εγχειριδίου που υπάρχει στο τεστ.

Στη συνέχεια ακολούθησε η αξιολόγηση της ακουστικής κατανόησης μέσω ερωτήσεων ναι / όχι, ακουστική αναγνώριση λέξεων και ανταπόκριση σε απλές και σύνθετες εντολές.

Στο τρίτο κομμάτι, ακολουθεί η αξιολόγηση της ικανότητας επανάληψης λέξεων, φράσεων και προτάσεων.

Επίσης έγινε αξιολόγηση της κατονομασίας μέσω κατονομασίας αντικειμένων, συνειρμικής κατονομασίας, συμπλήρωσης προτάσεων (δεχθήκαμε ως σωστές μια ποικιλία απαντήσεων με σωστό εννοιολογικό περιεχόμενο π.χ. στην συμπλήρωση της πρότασης «Η ζάχαρη είναι. . . . . » δεχτήκαμε ως σωστή την απάντηση «γλυκιά», «άσπρη» όχι όμως και απαντήσεις όπως «κρύα», «φρεσκοκομμένη», «καφές» που δώσανε κάποια υποκείμενα.).

Ακολουθούν οι υποενότητες της ανάγνωσης και γραφής. Στην υποενότητα της γραφής μόνο 5 στους 10 συμμετέχοντες κατάφεραν να προχωρήσουν λόγω της σοβαρότητας της ΔΕ ημιπληγίας που εμπόδιζε την διεκπεραίωση της δοκιμασίας.

Ακολουθεί η εκτέλεση εντολών για τον έλεγχο της ύπαρξης απραξίας.

Η τελευταία υποενότητα περιλαμβάνει μη λεκτικές δραστηριότητες ζωγραφικής, σχεδίου και υπολογισμού.

## **AAT**

Το AAT χορηγήθηκε από την υπεύθυνη λόγω του ότι το τεστ είναι στην διαδικασία δημοσίευσης και δεν υπάρχει το δικαίωμα παρουσίασης δεδομένων. Σύμφωνα όμως με αυτό κατατάξαμε τους ασθενείς σε τύπους αφασίας που συμφωνούν με τα αποτελέσματα του WAB και παρουσιάζονται παρακάτω.

Ακολουθεί πίνακας με πληροφορίες των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη(πίνακας 3) και συμπληρωματικά στοιχεία της μελέτης.(πίνακας 4)

Όνομα	Φύλο	Ηλικία	Μόρφωση (σε μήνες)	Μήνες από την έναρξη (months post-onset)	Ποσοστό Αφασίας Α.Ο. (WAB)	Γνωστικό Ποσοστό C.Ο. (WAB)	Τύπος αφασίας σύμφωνα με WAB
Ατομική θεραπεία (n = 5)							
Ο.Π.	Θ	66	16	3	65.2	60.5	Κινητική Διαφλοιική
Μο.Γ.	A	58	12	1	41.2	41.4	Wernicke
Γ.Μ.	A	42	16	6	67.2	62.3	Broca
Κ.Κ.	A	66	12	2	77.6	70.2	Ανομία
Μπ.Χ.	A	56	16	12	78.1	72.3	Ανομία
Ομαδική θεραπεία(n = 5)							
Κλ.Δ.	A	59	16	9	93.7	91.4	Ανομία
Π.Π.	A	45	16	20	64.4	71.8	Wernicke
Δ.Τ.	A	63	12	8	78.5	82.8	Αγωγής
Κι.Δ.	A	70	12	10	41.4	55.5	Broca
Μ.Χ.	A	22	16	48	55.6	57.8	Broca

**Πίνακας 3.** Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων: φύλο, ηλικία, μήνες εκπαίδευσης, μήνες από την έναρξη(ΜΡΟ), ποσοστά Π.Α., Γ.Π. και τύποι αφασίας σύμφωνα με το WAB.

	Ατομική (n = 5)			Ομαδική(n = 5)		
	M	SD	Range	M	SD	Range
Ηλικία	57.6	9.839	24	51.8	18.992	48
Μόρφωση (σε μήνες)	14.4	2.191	4	14.4	2.191	4
Μήνες από την έναρξη	4.8	4.438	11	19	16.912	40

**Πίνακας 4.** Συγκεντρωτικά δημογραφικά στοιχεία κατά την έναρξη της έρευνας των συμμετεχόντων στην ατομική και ομαδική θεραπεία.

### 3.1.4. Θεραπεία

Για την διεξαγωγή της ομαδικής θεραπείας επιλέξαμε να ακολουθήσουμε το μη δομημένο μοντέλο ομαδικής θεραπείας (βλ. Κεφ.2.4). Το μοντέλο αυτό αποτελεί μια έμμεση - κοινωνιογλωσσική προσέγγιση (Πίνακας 2, σελ 30) όπου οι συμμετέχοντες αλληλεπιδρούν με έναν πιο ανεξάρτητο τρόπο με τη μορφή συζήτησης, ενώ ο κλινικός υιοθετεί το ρόλο του επιβλέποντα, κατευθύνοντας την θεραπεία. Ο τύπος αυτός επιλέχθηκε για τον έλεγχο της επίδρασης των δραστηριοτήτων συζήτησης στην λειτουργική επικοινωνία.

Στην αρχή της κάθε συνεδρίας αφιερώναμε κάποιο χρόνο στην διήγηση γεγονότων που κάθε συμμετέχοντας ήθελε να μοιραστεί με τα άτομα της ομάδας και ακολουθούσε συζήτηση πάνω σε αυτό το θέμα αν το άτομο επιθυμούσε. Στο δεύτερο μέρος, ο ένας λογοθεραπευτής έθετε κάποιο θέμα συζήτησης και στη συνέχεια κατεύθυνε την συζήτηση μεταξύ των μελών της ομάδας. Τα μέλη είχαν την δυνατότητα να επιλέξουν οι ίδιοι το θέμα συζήτησης της ημέρας. Τα θέματα συνήθως δεν ήταν εκ των προτέρων καταγεγραμμένα αλλά προέκυπταν από συμβάντα της επικαιρότητας και θέματα που απασχολούσαν την κοινή γνώμη. Κατά την διάρκεια της συζήτησης τα άτομα αντάλλασαν πληροφορίες και διευκόλυναν ο ένας τον άλλο στην μεταφορά του μηνύματος με διάφορους τρόπους. (ζωγραφική, νοήματα, σημειώσεις).

Ο λογοθεραπευτής προήγαγε την πρωτοβουλία των ατόμων ζητώντας σε κάποιον να επιλέξει το θέμα συζήτησης, να παρέχει βοήθεια σε κάποιο άλλο μέλος, ή με άμεση προτροπή για συμμετοχή. Κάποιες φορές πραγματοποιήθηκαν δραστηριότητες συμπλήρωσης προτάσεων, εύρεσης λέξεων και γραπτές δοκιμασίες. Επίσης σε κάποιες συνεδρίες διεξάχθηκαν παιχνίδια όπως κρεμάλα, ζώα- φυτά, εύρεση παροιμιών, παντομίμα.

Δύο συνεδρίες αφιερώθηκαν στην περιήγηση του διαδικτυακού χώρου της Αφασικής Ομάδας Θεσσαλονίκης [www.aphasia-group.gr](http://www.aphasia-group.gr). Οι συμμετέχοντες

ενημερώθηκαν για τα περιεχόμενα της σελίδας, τον τρόπο χρήσης για ενημέρωση μέσω αυτής. Παρακολούθησαν βίντεο με μαρτυρίες ατόμων με αφασία, διάβασαν κοινές ερωτήσεις όσον αφορά την αφασία για διευκρίνηση της φύσης της διαταραχής, τους τύπους αφασίας και τα συμπτώματα. Επίσης ενημερώθηκαν για τα μέρη που μπορούν να ανατρέξουν για τυχόν απορίες., οι τρόποι επικοινωνίας με την αφασική ομάδα Θεσσαλονίκης και το πώς μπορεί κανείς να γίνει μέλος.

## 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 4.1. Αποτελέσματα

Αναλύσαμε τις αλλαγές στην βαθμολογία των ασθενών της κάθε ομάδας. Συγκρίναμε τις βαθμολογίες των ασθενών στην ατομική θεραπεία με αυτές των ασθενών στην ομαδική θεραπεία. Όλοι οι ασθενείς της ομαδικής θεραπείας παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης στην επίδοσή τους σε σύγκριση με τους ασθενείς της ατομικής θεραπείας.

Οι Katz & Wertz(1997) όρισαν τη σημαντικότητα(clinical significance) ως “το ποσοστό αλλαγής που οι κλινικοί θα δεχτούν ότι αποτελεί βελτίωση”. Χρησιμοποιώντας κριτήρια από την έρευνα των Katz & Wertz, οι οποίοι έθεσαν ως κλινική σημαντικότητα την άνοδο τουλάχιστον 5 βαθμών, αναλύσαμε τα αποτελέσματα της θεραπείας μετρώντας πόσα άτομα είχαν κλινική σημαντικότητα στο Π.Α.(A.Q.) του WAB. Στην ομάδα της ατομικής θεραπείας 2 από τους 4 συμμετέχοντες παρουσίασαν κλινική σημαντικότητα μετά από τέσσερις μήνες θεραπεία ενώ στην ομάδα της ομαδικής θεραπείας 3 στους 4 ασθενείς παρουσίασαν κλινική σημαντικότητα. Τα ποσοστά βελτίωσης των συμμετεχόντων στην ομαδική θεραπεία ήταν υψηλότερα από τα αντίστοιχα ποσοστά των συμμετεχόντων της ατομικής θεραπείας.

Οι ασθενείς που παρουσίασαν σοβαρότερη μορφή αφασίας δηλαδή είχαν Π.Α. < 60 παρουσίασαν μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωσης μετά από τέσσερις μήνες θεραπείας τόσο στην ατομική όσο και στην ομαδική θεραπεία.

Το υποκείμενο Ο.Π. που συμμετείχε στην ομάδα της ατομικής θεραπείας παρουσίασε μειωμένη επίδοση στις διάφορες υποενότητες του WAB και μείωση του Π.Α. μετά από τέσσερις μήνες θεραπείας. Κατά τη διάρκεια της ατομικής θεραπείας παρατηρήθηκαν ψυχολογικές μεταπτώσεις της ασθενούς με μειωμένη αυτοπεποίθηση, έλλειψη κινήτρου και αίσθημα απογοήτευσης που πιθανολογείται ότι συνετέλεσαν στην μειωμένη επίδοσή της.

Το υποκείμενο Μο.Γ., παρουσίασε σημαντική βελτίωση της επίδοσης του σε όλες τις υποενότητες του WAB. Το υποκείμενο Γ.Μ., επίσης παρουσίασε βελτίωση της επίδοσης του σε όλες τις υποενότητες. Το υποκείμενο Κ.Κ., παρουσίασε βελτίωση στον αυθόρμητο λόγο, στην κατονομασία, στην ανάγνωση και γραφή και στην κατασκευαστική ικανότητα και μικρή μείωση της επίδοσης του στην κατανόηση ( -2,5%), στην επανάληψη (-1%) και στην αριθμητική επεξεργασία ( -3%).

Στην ομάδα της ομαδικής θεραπείας, τα υποκείμενα Κλ.Δ. και Π.Π. είχαν βελτίωση σε όλες τις υποενότητες, εκτός από την ανάγνωση και γραφή όπου παρατηρήθηκε μείωση της επίδοσης τους κατά 8% και 6.25% αντίστοιχα. Το υποκείμενο Κι.Δ., παρουσίασε σημαντική βελτίωση σε όλες τις υποενότητες με

μια μικρή πτώση της επίδοσης του στην αριθμητική επεξεργασία (πράξεις) -2%. Τέλος το υποκείμενο Μ.Χ. παρουσίασε παρομοίως σημαντική βελτίωση σε όλες τις υποενότητες του WAB.

	Αυθόρμητος λόγος	Κατανόηση	Επανάληψη	Κατονομασία	Ανάγνωση & Γραφή	Αριθμητική Επεξεργασία	Κατασκευαστική Ικανότητα	Π.Α.	Γ.Π.
Ατομική θεραπεία									
Ο.Π.	10	8.4	9	5.2	4.1	9.7	5.8	65.2	60.5
Μο.Γ.	12	3.6	2.4	2.6	2.6	8.8	5.8	41.2	41.4
Γ.Μ.	12	8.3	5.5	7.8	5.6	8	6.9	67.2	62.3
Κ.Κ.	13	10	8.4	7.4	5.6	9.8	6	77.6	70.2
Μπ.Χ.	16	8.3	7.5	7.3	8	9.5	7.5	78.1	72.3
Ομαδική θεραπεία									
Κλ.Δ.	20	9.0	9	8.9	18	10	7.6	93.7	91.4
Π.Π.	16	5.6	4.8	5.8	16.7	8.5	8.9	64.4	71.9
Δ.Τ.	17	9.0	6.7	6.6	15.8	9.5	9.3	78.5	82.8
Κι.Δ.	2	7	6.5	5.2	11.5	10	6.3	41.4	55.5
Μ.Χ.	12	6.7	6.6	4.5	6.4	8.2	8.8	59.6	59.8

**Πίνακας 5.** Επίδοση των ασθενών στις υποενότητες του WAB κατά την έναρξη της μελέτης.

	Αυθόρμητος λόγος	Κατανόηση	Επανάληψη	Κατονομασία	Ανάγνωση & Γραφή	Αριθμητική Επεξεργασία	Κατασκευαστική Ικανότητα	Π.Α.	Γ.Π.
Ατομική θεραπεία									
Ο.Π.	11	6.8	9.1	3.3	4.8	10	5.8	60.4	57.5
Μο.Γ.	15	6.4	4.6	6.5	3.8	9.4	6.3	65	58.4
Γ.Μ.	13	8.9	7.3	8.2	7.4	8.4	8.3	74.8	70.4
Κ.Κ.	14	9.5	8.3	8.3	6.6	9.5	7.2	80.2	72.8
Μπ.Χ.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ομαδική θεραπεία									
Κλ.Δ.	20	9.7	10	9.2	16.4	10	9	97.8	94
Π.Π.	17	7.8	6.4	6.6	15.4	9.4	9.5	75.6	79.9
Δ.Τ.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Κι.Δ.	11	7.9	7.2	5.8	12.2	9.8	6.7	63.8	68.5
Μ.Χ.	15	6.9	9	6	7.7	10	8.9	73.8	70.4

**Πίνακας 6.** Επίδοση των ασθενών στις υποενότητες του WAB μετά από 4 μήνες θεραπείας.

	Αυθόρμητος λόγος	Κατανόηση	Επανάληψη	Κατονομασία	Ανάγνωση & Γραφή	Αριθμητική Επεξεργασία	Κατασκευαστική Ικανότητα	Π.Α.	Γ.Π.
Ατομική θεραπεία									
Ο.Π.	1	-1.6	0.1	-1.9	0.7	0.3	0	-4.8	-3
Μο.Γ.	3	2.8	2.2	3.9	1.2	0.6	0.5	23.8	17
Γ.Μ.	1	0.6	1.8	0.4	1.8	0.4	1.4	7.6	8.1
Κ.Κ.	1	-0.5	-0.1	0.9	1	-0.3	1.2	2.6	2.6
Ομαδική θεραπεία									
Κλ.Δ.	0	0.75	1	0.3	-1.6	0	1.4	4.1	2.6
Π.Π.	1	2.2	1.6	0.8	-1.25	0.9	0.6	11.2	8.05
Κι.Δ.	9	0.9	0.7	0.6	0.7	-0.2	0.4	22.4	13.05
Μ.Χ.	3	0.2	2.4	1.5	1.35	1.83	0.1	14.2	10.58
Μεγιστο	20	20	10	10	20	10	10	100	100

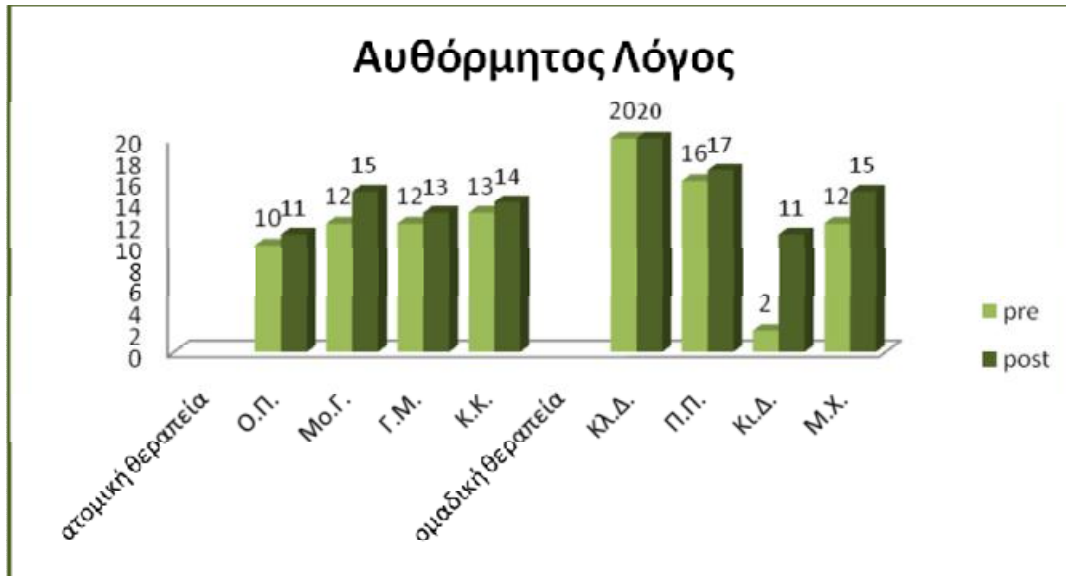
**Πίνακας 7.** Βελτίωση των συμμετεχόντων μετά από 4 μήνες θεραπείας.

	Αυθόρμητος λόγος	Κατανόηση	Επανάληψη	Κατονομασία	Ανάγνωση & Γραφή	Αριθμητική Επεξεργασία	Κατασκευαστική Ικανότητα	Π.Α.	Γ.Π.
Ατομική θεραπεία									
Ο.Π.	5	-8	1	-19	3.5	3	0	-4.8	-3
Μο.Γ.	15	14	22	39	6	6	5	23.8	17
Γ.Μ.	5	3	18	4	9	4	14	7.6	8.1
Κ.Κ.	5	-2.5	-1	9	5	-3	12	2.6	2.6
Ομαδική θεραπεία									
Κλ.Δ.	0	3.75	10	3	-8	0	14	4.1	2.6
Π.Π.	5	11	16	8	-6.25	9	6	11.2	8.05
Κι.Δ.	45	4.5	7	6	3.5	-2	4	22.4	13.05
Μ.Χ.	15	1	24	15	6.75	18.3	1	14.2	10.58

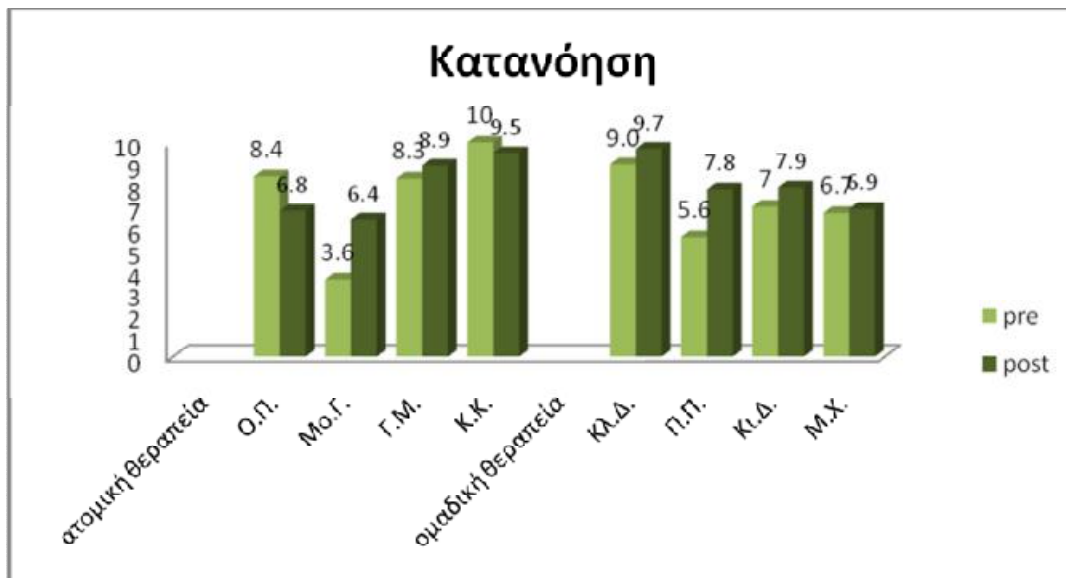
**Πίνακας 8.** Ποσοστό % βελτίωσης των συμμετεχόντων μετά από 4 μήνες θεραπείας.



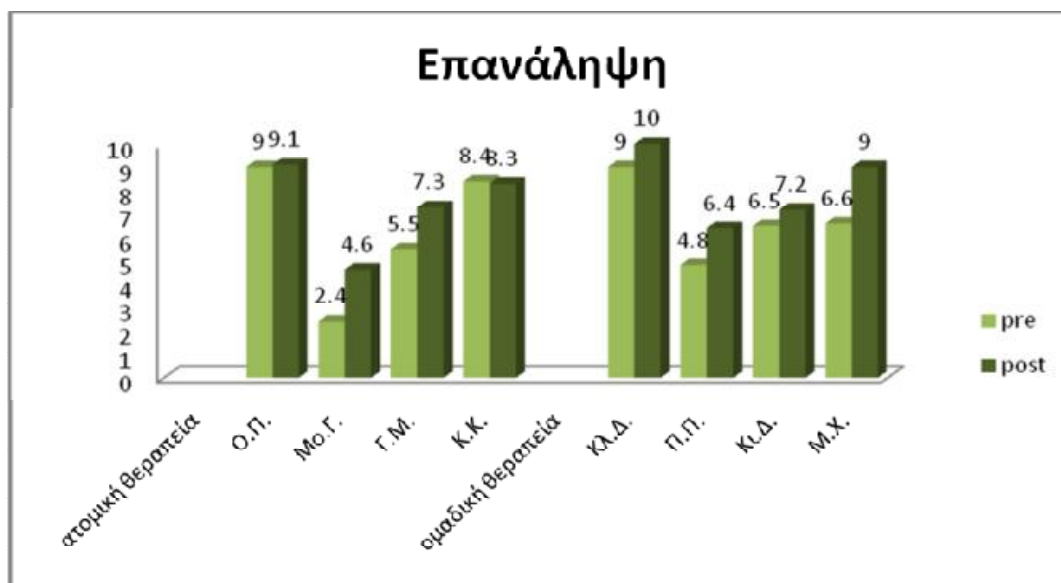
Στα ακόλουθα διαγράμματα 1-9 παρουσιάζεται η μεταβολή της επίδοσης των συμμετεχόντων μετά από 4 μήνες ατομικής και ομαδικής θεραπείας αντίστοιχα.



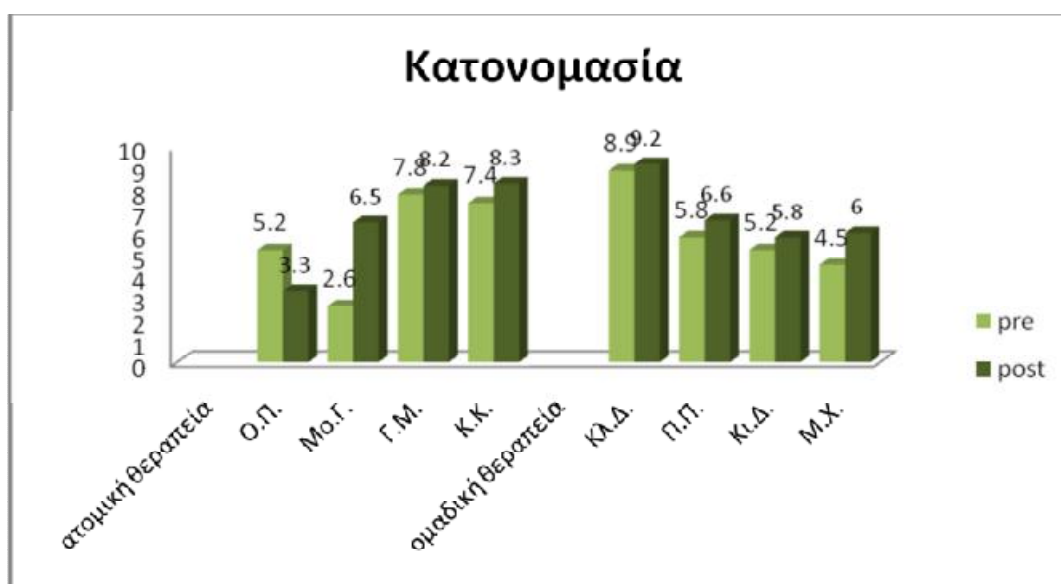
**Διάγραμμα 1.** Σύγκριση της επίδοσης των συμμετεχόντων στον αυθόρμητο λόγο πριν και μετά την θεραπεία.



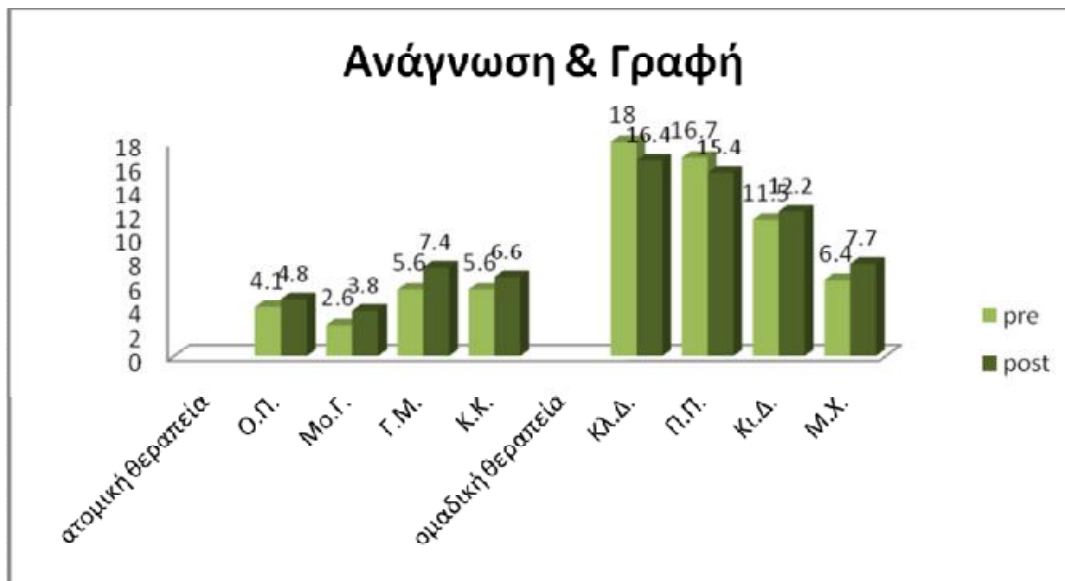
**Διάγραμμα 2.** Σύγκριση της επίδοσης των συμμετεχόντων στην κατανόηση του λόγου πριν και μετά την θεραπεία.



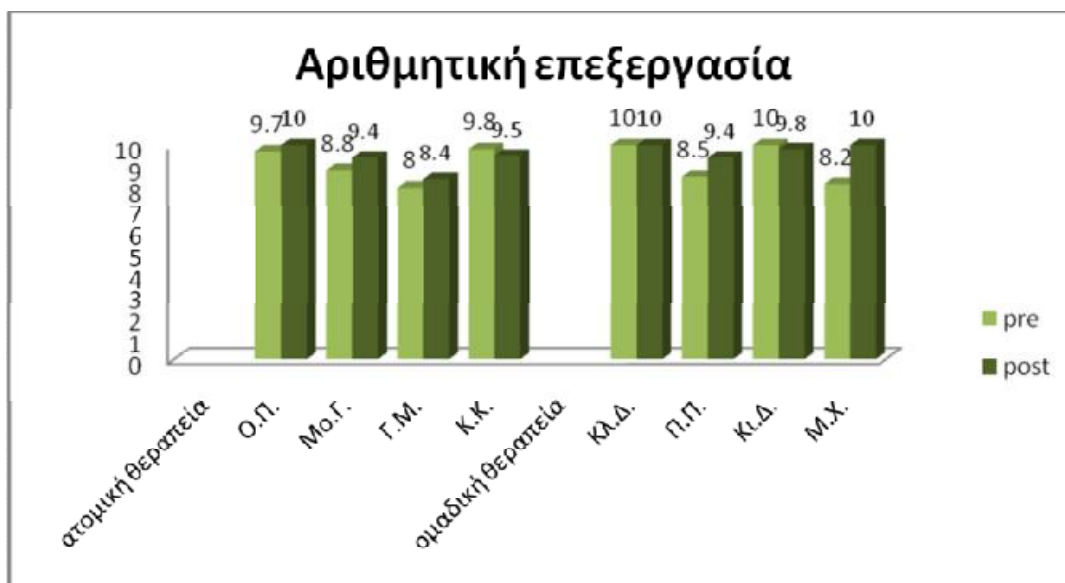
**Διάγραμμα 3.** Σύγκριση της επίδοσης των συμμετεχόντων στην επανάληψη πριν και μετά την θεραπεία.



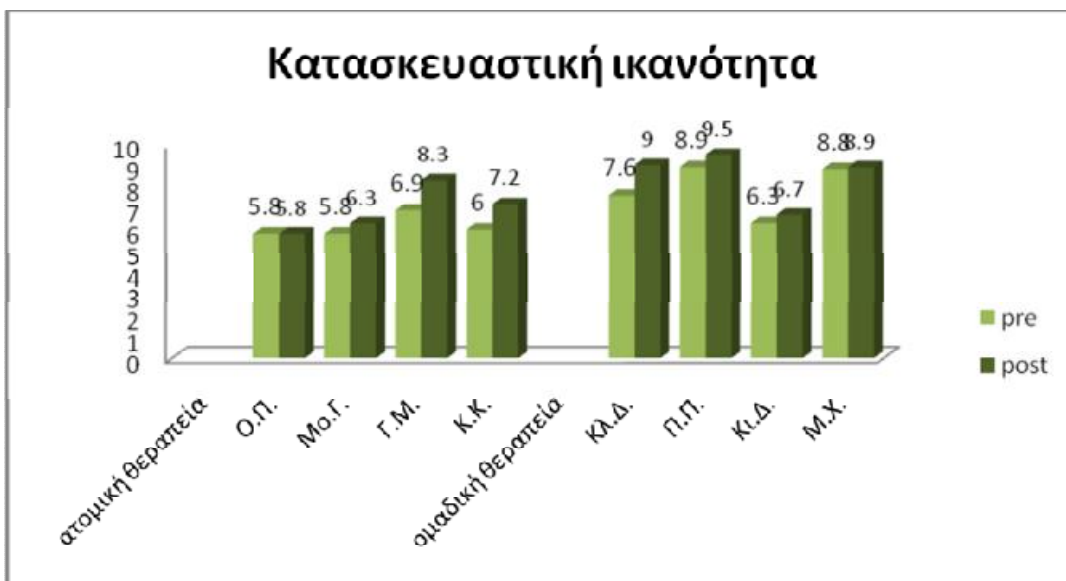
**Διάγραμμα 4.** Σύγκριση της επίδοσης των συμμετεχόντων στην κατονομασία πριν και μετά την θεραπεία.



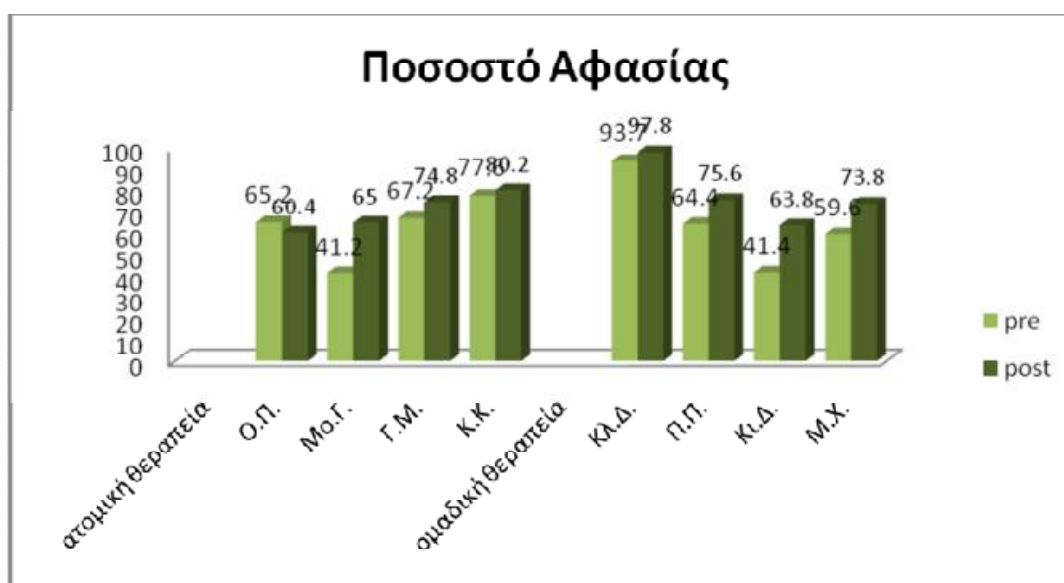
*Διάγραμμα 5.* Σύγκριση της επίδοσης των συμμετεχόντων στην ανάγνωση και την γραφή πριν και μετά την θεραπεία.



*Διάγραμμα 6.* Σύγκριση της επίδοσης των συμμετεχόντων στην αριθμητική επεξεργασία πριν και μετά την θεραπεία.



*Διάγραμμα 7.* Σύγκριση της επίδοσης των συμμετεχόντων στην κατασκευαστική ικανότητα πριν και μετά την θεραπεία.



*Διάγραμμα 8.* Σύγκριση του ποσοστού αφασίας των συμμετεχόντων πριν και μετά την θεραπεία.



**Διάγραμμα 9.** Σύγκριση του γνωστικού ποσοστού των συμμετεχόντων πριν και μετά την θεραπεία.

Σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στη σύγκριση εντός της ομάδας παρά μεταξύ των ομάδων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο μικρό δείγμα που μειώνει τη δύναμη της στατιστικής στη σύγκριση μεταξύ των ομάδων. Επιπρόσθετα, τονίζει τη δυσκολία να επιτευχθούν ομάδες ικανές για σύγκριση στην αφασία γιατί υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα και την επιτυχία της θεραπείας στην αφασία. Όπως πολλοί συγγραφείς έχουν τονίσει είναι πολύ δύσκολο να ελέγξουμε αυτούς τους παράγοντες (Worrall & Yiu, 2000).

## 4.2. Συζήτηση

Τόσο η ατομική όσο και η ομαδική θεραπεία είναι αποτελεσματική στην αποκατάσταση της αφασίας (Wertz et al., 1981).

Τα οφέλη της ομαδικής θεραπείας έχουν αντίκτυπο στην ψυχολογία του ασθενή και στην αποδοχή των ελλειμμάτων του λόγου και των δυσκολιών που βιώνει, στην επανένταξή του στην κοινωνία και στην βελτίωση της λειτουργικής επικοινωνίας. Τα οφέλη αυτά επιδρούν και βοηθούν στην γενίκευση των ικανοτήτων της επικοινωνίας έξω από το κλινικό πλαίσιο.

Πολλές φορές η αξία της ομαδικής θεραπείας αμφισβητείται. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ομάδες δεν είναι πάντα επαρκώς οργανωμένες και δομημένες, με αποτέλεσμα ένας ασθενής με δυνατότητες, ενώ λαμβάνει ερεθίσματα δεν κάνει την αναμενόμενη πρόοδο. Συνήθως παρουσιάζεται στις περιπτώσεις που η

ομαδική θεραπεία δεν συνδυάζεται με την ατομική θεραπεία (Pachalska, 1991). Όπως τόνισε ο Kearns(1985), θα πρέπει να επιλεγθεί εξ αρχής ο καταλληλότερος τύπος θεραπείας που αρμόζει στην εκάστοτε ομάδα, ορίζοντας τα κριτήρια επιλογής των ατόμων, το μέγεθος της ομάδας, την συχνότητα και τη διάρκεια της συνεδρίας και τα κριτήρια επίτευξης των στόχων του κάθε ασθενή. Επίσης θα πρέπει να οριστούν οι ρόλοι, οι δραστηριότητες και τα ερεθίσματα που θα παρέχονται κατά τη διάρκεια της ομαδικής θεραπείας.

Η επιτυχία της ομαδικής θεραπείας εξαρτάται από έναν αριθμό παραγόντων. Η ομάδα θα πρέπει να είναι όσο ομοιογενής γίνεται όσον αφορά στο επίπεδο δυσκολίας. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι ο αριθμός των συμμετεχόντων ο οποίος δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 4-5 άτομα (Pachalska, 1991). Ο αριθμός των θεραπευτών που συμμετέχουν στην ομαδική θεραπεία είναι άλλος ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την επιτυχή διεξαγωγή της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στον αριθμό των δύο θεραπευτών, ο ένας για να καθοδηγεί την διαδικασία και ένας να καταγράφει και να παρακολουθεί την πρόοδό τους. Ο ρόλος τους θα πρέπει να εναλλάσσεται. Τέλος υπάρχουν διαφορετικές απόψεις για τον χρόνο που θα πρέπει να διαρκεί η συνεδρία. Κάποιοι ερευνητές αναφέρουν ότι μια ώρα ομαδικής θεραπείας είναι αρκετή ενώ άλλοι ότι χρειάζεται πολύ περισσότερο. Ο Robey, 1998 αναφέρει ότι τα οφέλη είναι μεγαλύτερα όταν η διάρκεια της θεραπείας είναι δύο ώρες ή περισσότερο την εβδομάδα. Σημαντικότερος παράγοντας είναι η αντοχή των ασθενών (Pachalska, 1991).

Τα αποτελέσματα μας δείχνουν πως η ομαδική θεραπεία ήταν αποτελεσματική στους ασθενείς με αφασία. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες όπως των Elman et al. Οι έρευνες αυτές δείχνουν την σημαντικότητα της ομαδικής θεραπείας σε συνδυασμό με την ατομική και την αναγκαιότητα γενίκευσης των ικανοτήτων που αποκτώνται κατά την ομαδική θεραπεία.

Στην περίπτωση της Ο.Π. είδαμε ότι η επίδοση της ασθενούς μετά από 4 μήνες ατομικής θεραπείας παρουσίασε μείωση. Πιθανολογείται ότι τα αρνητικά συναισθήματα, η απογοήτευση, η μειωμένη αυτοεκτίμηση και το αίσθημα παραίτησης συνέβαλαν αρνητικά στην πρόοδο της ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή θα προτείναμε να ενταχθεί σε πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας σε συνδυασμό με την ατομική με στόχο την βελτίωση της ψυχολογίας της ασθενούς και την παροχή κινήτρων για αύξηση της λειτουργικότητάς της.

Όπως είδαμε στα αποτελέσματα τα υποκείμενα Κλ.Δ. και Π.Π. εμφάνισαν μικρή μείωση της επίδοσής τους στην υποενότητα της ανάγνωσης και της γραφής μετά από 4 μήνες ομαδικής θεραπείας. Τονίζουμε ότι κατά τη διάρκεια του προγράμματος της ομαδικής θεραπείας δεν διεξάχθηκαν δραστηριότητες ανάγνωσης και γραφής.

Πολλοί από τους ασθενείς και τις οικογένειες τους μας ανέφεραν ότι παρατήρησαν σημαντικές αλλαγές και ψυχοκοινωνικά οφέλη κατά την διάρκεια και μετά την ομαδική θεραπεία. Οι ασθενείς κοινωνικοποιήθηκαν, άρχισαν να έχουν επαφές με ανθρώπους και να συμμετέχουν στις καθημερινές δραστηριότητες, να πηγαίνουν για ψώνια και για καφέ με άλλα μέλη της ομάδας.

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### 5.1. Συμπεράσματα

Ο σωστός σχεδιασμός της ομαδικής θεραπείας έχει οφέλη στην συζήτηση, στην αλληλεπίδραση και στην ψυχοκοινωνική ευημερία των ασθενών με αφασία (Ross et al. 2006). Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν πως τέσσερις ώρες την εβδομάδα ομαδικής θεραπείας διάρκειας τεσσάρων μηνών ήταν αποτελεσματική στους ασθενείς με αφασία. Όλοι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν βελτίωση της επίδοσης τους κατά την αξιολόγηση τους μετά το τέλος της ομαδικής θεραπείας.

Η παρούσα έρευνα δεν έθεσε το ερώτημα αν η ομαδική θεραπεία ή η ατομική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική. Η έρευνα του Wertz et al. το 1981 είναι η μόνη που επιχείρησε να συγκρίνει τα δύο είδη θεραπείας παραθέτοντας πως και η ατομική και η ομαδική θεραπεία έχουν οφέλη στην βελτίωση της επικοινωνίας. Τονίζει πως ο λόγος θα βελτιωθεί όταν διεγείρεται και χρησιμοποιείται και αυτό γίνεται είτε υπάρχει άλλο ένα άτομο(ατομική θεραπεία) είτε περισσότερα(ομαδική θεραπεία). Το πλεονέκτημα της ομαδικής θεραπείας όμως είναι ότι οι δραστηριότητες που παρέχονται είναι πιο ρεαλιστικές και χαρακτηριστικές της καθημερινότητας και τα άτομα που συμμετέχουν έχουν την ευκαιρία να αλληλεπιδράσουν με μια ποικιλία επικοινωνιακών συντρόφων και σε μια ποικιλία επικοινωνιακών καταστάσεων. Οι πληροφορίες που παρέχονται από την ανατροφοδότηση της ομάδας έχουν ένα ιδιαίτερο χαρακτήρα που διαφοροποιεί την ομαδική θεραπεία από τη ατομική κατά τη διάρκεια της οποίας η ροή των πληροφοριών παρέχεται μόνο από τον θεραπευτή (Pachalska, 1991).

Ωστόσο, κατά την διάρκεια της μελέτης παρουσιάστηκαν δυσκολίες. Δύο συμμετέχοντες αποχώρησαν από το πρόγραμμα θεραπείας, ο ένας λόγω προβλημάτων υγείας και ο δεύτερος λόγω επιστροφής στην πόλη που διέμενε. Παρέμειναν 4 συμμετέχοντες σε κάθε ομάδα, οι οποίοι ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα θεραπείας. Το δείγμα ήταν μικρό μειώνοντας τη δύναμη της στατιστικής στη σύγκριση μεταξύ των ομάδων. Παρόλα αυτά παρουσιάστηκε κλινική σημαντικότητα στην επίδοση των ασθενών πριν και μετά την ομαδική θεραπεία. Επίσης παρουσιάστηκε δυσκολία ελέγχου των παραγόντων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα και την επιτυχία της θεραπείας στην αφασία. Η ηλικία, η νοημοσύνη, η μόρφωση, η αιτιολογία, ο τύπος της αφασίας και ο χρόνος από την έναρξη της πάθησης είναι μόνο λίγοι από τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την βελτίωση ενός ατόμου και έπρεπε να ελεγχθούν για να υπάρχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ομοιογένεια του δείγματος ώστε να επιτευχθεί η σύγκριση. Τέλος κατά τη διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος, οι συγγενείς των ασθενών μας ανέφεραν



βελτιώσεις στην καθημερινότητα και στις κοινωνικές συναναστροφές τους οι οποίες όμως δεν ήταν δυνατόν να καταγραφούν έξω από το κλινικό πλαίσιο.

## **5.2. Μελλοντική εργασία**

Η παρούσα μελέτη μας έδειξε ότι 4 ώρες την εβδομάδα ομαδικής θεραπείας διάρκειας 4 μηνών, παρείχε αποτελεσματική θεραπεία για ενήλικους ασθενείς με αφασία. Η χρήση του διαδικτύου κατά την διάρκεια των συνεδριών ήταν πολύ βοηθητική. Προσέλκυσε το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων και συνετέλεσε στην αύξηση των κινήτρων για συμμετοχή τους στις συζητήσεις. Υπάρχουν όμως αναπάντητα ερωτήματα όπως: Θα είχαν οι συμμετέχοντες τα ίδια αποτελέσματα αν παρείχαμε λιγότερη ώρα θεραπείας την ημέρα ή την εβδομάδα; Θα είχαν περισσότερα οφέλη αν η ομαδική θεραπεία συνεχιζόταν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα; Ποιες ακριβώς δραστηριότητες της ομαδικής θεραπείας ήταν υπεύθυνες για τα θεραπευτικά οφέλη; Με τα παραπάνω δίνουμε το έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση σε μελλοντική μελέτη καθώς το θέμα της αποτελεσματικότητας της ομαδικής θεραπείας εξακολουθεί να διεγείρει ερευνητικά ερωτήματα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aftonomos L., Appelbaum J., Steele R. (1999). “*Improving outcomes of persons with aphasia in advanced community-based treatment programs.*” *Stroke* (30) 1370-1379
2. American Speech-Language-Hearing Association. (2009, August 14). “*Aphasia*” Retrieved November 23, 2009, from <http://www.asha.org/public/speech/disorders/Aphasia.htm>
3. Aten L. James (1991). “*Group therapy for aphasic patients. Let’s show it works*”. *Aphasiology*, 5 (6), 559 – 561
4. Bender M., Norris A., Bauckham P. (1987). “*Group Work With The Elderly: Principles and Practice*” Oxon: WINSLOW PRESS
5. Bollinger L.R., Musson D.N., & Holland L.A. (1993). “*A study of group communication intervention with chronically aphasic persons*”. *Aphasiology*, 7 (3), 301-313
6. Code C., Eales C., Pearl G., Conan M., Cowin K., Hickin J. (2001). “*Profiling the membership of self-help groups for aphasic people*”. *Language Communication Disorders* 36, 41-45.
7. Chapey R. (1994). “*Language Intervention Strategies In Adult Aphasia*” (3<sup>rd</sup> ed.) Baltimore, Maryland, USA: WILLIAMS & WILKINS
8. Davis G. A. (1993). “*A Survey of Adult Aphasia and Related Language Disorders*” (2<sup>nd</sup> ed.) New Jersey: PRENTICE HALL
9. Eisensoy J. (1973). “*Adult Aphasia*” PRENTICE HALL
10. Ελληνικός σύλλογος για την αφασία. (2010, March 16). Retrieved March 25, 2010, from <http://www.aphasia.gr/4.htm>
11. Elman J. Roberta & Bernstein-Ellen (1999). “*The efficacy of Group Communication Treatment in Adults With Chronic Aphasia*” *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, Vol. 42, 411-419
12. Emerick L. L., Haynes O.W. (1986). “*Diagnosis and Evaluation in Speech Pathology*” PRENTICE HALL
13. Johnson A.F., Jacobson H.B., (2007) “*Medical Speech-Language Pathology: a practitioner’s guide*” (2<sup>nd</sup> ed.) New York: THIEME
14. Johnstone B., Stonnington H.H., (2006). “*Γνωστική Αποκατάσταση Νευροψυχολογικών Διαταραχών*” Επιστημονική επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης: Λ. Μεσσήνης, Α. Καστελλάκης ΦΙΛΟΜΑΘΕΙΑ
15. Katz, R., & Wertz, R. (1997). “*The efficacy of computer-provided reading treatment for chronic aphasic adults*” *Journal of speech, language, and hearing research*, 40, 493-507.

16. Kearns K.P., Simmons N.N., (1985) “*Group therapy for aphasia: A survey of V.A. Medical Center*”. <http://aphasiology.pitt.edu/archive/00000851/01/15-22.pdf>
17. Kertesz Andrew M.D., F.R.C.P. ( 1979): “*Aphasia and Associated Disorders: Taxonomy, Localization and Recovery*” GRUNE & STRATTON
18. Klippi A., (1990). “*Conversational dynamics between aphasics.*” *Aphasiology* 5(4&5) 373-378
19. LaPointe L. L. (1997) : “*Aphasia and Related Neurogenic Language Disorders*” (2<sup>nd</sup> ed.) Stuttgart – New York: THIEME
20. LaPointe L.L. (2005). “*Aphasia and Related Neurogenic language Disorders*” (3<sup>rd</sup> ed.) THIEME
21. Leith R.W. (1984). “*Handbook of clinical methods in communication disorders*” COLLEGE HILL PRESS
22. Λογοθέτης Ι., Μυλωνάς Ι. (2004): “*Νευρολογία Λογοθέτη*” Θεσσαλονίκη: UNIVERCITY STUDIO PRESS
23. Loverso F.L., (1991) “*Aphasia group treatment, a commentary*” *Aphasiology* 5(6) 567-569
24. Lyon G.J., (1992) “*Communication use and participation in life for adults with aphasia in natural settings: the scope of the problem*”. *American Journal of Speech Language Pathology* 1(3) 7-14
25. MacDonald C. (1970): “*Aphasiology and other aspects of language*” EDWARD ARNOLD
26. Martin G. Neil (2003): “*Νευροψυχολογία: εγκέφαλος και συμπεριφορά*” Επιμέλεια: Λ. Μεσσήνης, Γ. Αντωνιάδης Αθήνα: ΕΛΛΗΝ
27. National Institute on Deafness and other Communication Disorders. (2008, October). “*Aphasia*” Retrieved November 23, 2009, from <http://www.nidcd.nih.gov/health/voice/aphasia.htm>
28. Pachalska M.,(1991). “*Group therapy for aphasia patients.*” *Aphasiology*, 5(6), 541-554
29. Pachalska M.,(1991). “*Group therapy: a way of reintegrating patients with aphasia.*” *Aphasiology*, 5(6), 573- 577
30. Πρώιου Χαρίκλεια (2005) : « *Δυσφαγία, Δυσφασία, Δυσαρθρία* » Β’ Έκδοση Θεσσαλονίκη: GRAPHOLINE
31. Radonjic V. & Rakuscek N., (1991) “*Group Therapy to encourage communication ability in aphasic patients*” *Aphasiology*, 5 (4&5), 451 – 455
32. Robey R.R.(1998). “*A Meta-Analysis of Clinical Outcomes in the Treatment of Aphasia*” *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41, 172–187
33. Ross A., Winslow I., & Marchant P. (2006). “*Evaluation of communication, life participation and psychological well- being in chronic aphasia: The influence of group intervention.*” *Aphasiology*, 20 (5), 427- 448

34. Sarno Taylor M. (1991) : “ *Acquired Aphasia*” (2<sup>nd</sup> ed) New York: ACADEMIC PRESS
35. The Health Guide. (2008, June 5). “*Speech therapy activities for aphasia*” Retrieved November 23, 2009, from <http://www.thehealthguide.org/speech-therapy/speech-therapy-activities-for-aphasia/>
36. University of Virginia Health System. (2004, February 12). “*Aphasia*” Retrieved December 14, 2009, from [http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult\\_ent/aphasia.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_ent/aphasia.cfm)
37. Wertz R., Collins M., Weiss D., Kurtzke J., Friden T., Brookshire R., Pierce J., Holtzapple P., Hubbard D., Porch B., West J., Daviw L., Matovitch V., Morley G., Resurreccion E. (1981). “*Veterans administration cooperative study on aphasia: a comparison of individual and group treatment*”. *Journal of Speech and Hearing Research*, 24, 580-594
38. Wikipedia the free encyclopedia. (2009, September 15). “*Aphasia*” Retrieved November 23, 2009a, from <http://en.wikipedia.org/wiki/Aphasia>
39. Wikipedia the free encyclopedia. (2009, September 15). “*Western Aphasia Battery*” Retrieved November 23, 2009b, from [http://en.wikipedia.org/wiki/Western\\_Aphasia\\_Battery](http://en.wikipedia.org/wiki/Western_Aphasia_Battery)
40. Worrall E.L., Frattali M.C. (2000) : “*Neurogenic Communication Disorders : A functional approach*” New York – Stuttgart: THIEME
41. Worrall E. L. & Yiu E. (2000). “*Effectiveness of functional communication therapy by volunteers for people with aphasia following stroke*”. *Aphasiology*, 14 (9), 911-924
42. Yorkston M.K., Beukelman R.D., Strand A. E., Bell R. K. (2006) Επιμέλεια: Μαρία Καμπανάρου «*Θεραπευτική Παρέμβαση Νευρογενών Κινητικών Διαταραχών Ομιλίας σε παιδιά & Ενήλικες*» ΕΛΛΗΝ