

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

“ΠΑΙΔΙΚΗ ΑΠΡΑΞΙΑ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ- ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗΣ”

ΕΚΠΟΝΗΣΗ:

Γλύκα Αγγελική

Λιώνη Ουρανία

Φράγκου Γεωργία

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Γεωργοπούλου Σταυρούλα, Ph.D

ΠΑΤΡΑ 2022

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερως την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας, κυρία Γεωργοπούλου Σταυρούλα, τόσο για την πολύτιμη βοήθεια της στην επιλογή θέματος, όσο και για τη σωστή καθοδήγηση που μας παρείχε καθ' όλη την διάρκεια σύνθεσης της πτυχιακής μας εργασίας.

Επιπροσθέτως, θέλουμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στους λογοθεραπευτές των πλαισίων που υλοποιήσαμε την πρακτική μας άσκηση, καθώς μοιράστηκαν μαζί μας πληροφορίες και γνώσεις για τη βελτίωση και τη σύνταξη της συγκεκριμένης εργασίας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την απεριόριστη ηθική υποστήριξη που μας παρείχαν όλο αυτό το διάστημα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παιδική απραξία (childhood apraxia of speech, CAS) είναι μια νευρολογική, κινητική διαταραχή της ομιλίας. Συγκεκριμένα, είναι μια διαταραχή της ικανότητας ρύθμισης, επιλογής και οργάνωσης εκούσιων κινήσεων των οργάνων παραγωγής ομιλίας. Η διαφορική διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής, αποτελεί μια απαιτητική και δύσκολη διαδικασία. Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την ανάδειξη των αντικειμενικών δυσκολιών με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι λογοθεραπευτές κατά τη διαφοροδιάγνωση της Παιδικής Απραξίας της Ομιλίας. Για το σκοπό αυτό, αναλύθηκαν και συγκρίθηκαν χαρακτηριστικά διαφόρων διαταραχών με αυτά της Παιδικής Απραξίας. Πρόσθετα σε αυτό, αποβλέπει στη διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις γνώσεις και την εμπειρία των λογοθεραπευτών στην αξιολόγηση και θεραπεία της διαταραχής. Για την υλοποίηση του παραπάνω στόχου, δημιουργήθηκε μια έρευνα επισκόπησης με την μορφή ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε και διαδόθηκε ηλεκτρονικά κι έτσι συλλέχθηκε το τελικό δείγμα, το οποίο αποτελούνταν από 73 συμμετέχοντες. Τα αποτελέσματα της έρευνας, οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι οι δυσκολίες διαφοροδιάγνωσης οφείλονται στην έλλειψη ενός καθολικά αποδεκτού, ειδικά σταθμισμένου αξιολογητικού εργαλείου για τη διαταραχή της παιδικής απραξίας της ομιλίας. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας και την ασυμφωνία της επιστημονικής κοινότητας αναφορικά με τα διαγνωστικά της χαρακτηριστικά, δυσχεραίνει σε μεγάλο βαθμό το έργο των θεραπειών. Τέλος, απ'τη διεξαγωγή της έρευνας διαπιστώθηκε πως μεγαλύτερη δυσκολία διαφοροδιάγνωσης παρουσιάζεται με τις Φωνολογικές Διαταραχές και υψηλότερο ποσοστό συννοσηρότητας με τη διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος.

Λέξεις - Κλειδιά: παιδική απραξία της ομιλίας, δυσκολίες διαφοροδιάγνωσης, έρευνα επισκόπησης, ερωτηματολόγιο

ABSTRACT

Childhood apraxia of speech (CAS) is a neurological, motor speech disorder. More specifically, it is the disorder of the ability to regulate, select and organize the voluntary movements of speech production organs. The differential diagnosis of childhood apraxia of speech, is still a demanding and challenging process. The purpose of this study is to highlight the real difficulties that speech therapists face during the differential diagnosis of CAS. In addition to this, the study aims to draw conclusions about the knowledge and experience of speech therapists in the evaluation and treatment of the motor speech disorder. In order to achieve these goals, a survey research was conducted in the form of a questionnaire which was compiled and disseminated electronically. The final sample consisted of 73 participants. The results of the research, led to the conclusion that the lack of a formal assessment tool for CAS, that is widely accepted from the scientific community, is the main reason why differential diagnosis of CAS is considered to be so demanding. The aforementioned fact, along with the high percentage of comorbidity and the scientific team disagreement that is related to diagnostic characteristics, contribute to a significant deterioration of the intra-scientific role. Finally, the findings of the research show that the greater difficulty in differential diagnosis occurs with Phonological Disorders and the higher rate of comorbidity occurs with autism spectrum disorder.

Key Words: childhood apraxia of speech, difficulties in differential diagnosis, survey research, questionnaire

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να εντοπίσει και να υπογραμμίσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι Έλληνες λογοθεραπευτές σε πρακτικό επίπεδο κατά τη διαφοροδιάγνωση της παιδικής απραξίας, με απώτερο στόχο την επίλυση μέρους των προβλημάτων που συναντώνται και την πραγματοποίηση βημάτων προόδου όσον αφορά τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Η συγκεκριμένη εργασία αποτελείται από 5 κεφάλαια τα οποία χωρίζονται σε δύο μέρη. Το θεωρητικό μέρος, στο οποίο περιέχεται η βιβλιογραφική έρευνα και το ερευνητικό μέρος με τα στοιχεία και τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο ήταν απόρροια βιβλιογραφικής ανασκόπησης και απευθυνόταν αποκλειστικά σε τελειόφοιτους φοιτητές Λογοθεραπείας, νέους επαγγελματίες Λογοθεραπείας και έμπειρους Λογοθεραπευτές. Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν ανώνυμα 32 ερωτήσεις με προκαθορισμένη σειρά. Η διάδοση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά και οι απαντήσεις συνέβαλαν στην διεξαγωγή πολύτιμων συμπερασμάτων.

Το πρώτο κεφάλαιο αποτελεί μια γενική περιγραφή της παιδικής απραξίας της ομιλίας. Αναλυτικότερα, περιέχει την ιστορική αναδρομή, τους διάφορους ορισμούς που έχουν διατυπωθεί ανα τα χρόνια για να περιγράψουν τη διαταραχή, τα είδη της απραξίας, τα κύρια και δευτερεύοντα χαρακτηριστικά της, τα αίτια και το βαθμό σοβαρότητας.

Το δεύτερο κεφάλαιο αποτυπώνει τη διαδικασία αξιολόγησης και διάγνωσης της παιδικής απραξίας. Αναφέρει τα κυριότερα διαγνωστικά χαρακτηριστικά και τις δοκιμασίες που πραγματοποιούνται κατά την διαδικασία της αξιολόγησης και της διάγνωσης. Επίσης παραθέτει και αναλύει μια σειρά επίσημων αξιολογητικών εργαλείων.

Το τρίτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην ανάλυση της διαδικασίας της διαφοροδιάγνωσης της παιδικής απραξίας. Παρουσιάζει τους δείκτες διαφοροδιάγνωσης και αναλύει τα κοινά και μη, χαρακτηριστικά της απραξίας με διαταραχές που υπάρχει συχνή δυσκολία διαφοροδιάγνωσης. Συγκεκριμένα, οι διαταραχές αυτές είναι οι μυολειτουργικές διαταραχές, οι φωνολογικές διαταραχές, οι αρθρωτικές διαταραχές, η δυσαρθρία, η γλωσσική καθυστέρηση και η διαταραχή του αυτισμού.

Το τέταρτο κεφάλαιο περιγράφει συνοπτικά τη διαδικασία της θεραπείας της παιδικής απραξίας. Περιέχει κάποιες χρήσιμες θεραπευτικές μεθόδους και προσεγγίσεις. Αναλύει και την ένταση της θεραπείας, η οποία συστήνεται να ακολουθείται κατά την θεραπευτική παρέμβαση.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιέχει τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την δημιουργία του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, αναλύει τον μεθοδολογικό σχεδιασμό, το δείγμα, τη δομή και την μεθοδολογική τεχνική που χρησιμοποιήθηκε για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου.

Συμπεριλαμβάνει, τα αποτελέσματα, την ανάλυση των αποτελεσμάτων καθώς και τους περιορισμούς και τα συμπεράσματά που προέκυψαν.

Είναι σημαντικό να επισημανθεί, ότι στην Ελλάδα, ο αριθμός των ερευνών που πραγματοποιούνται τις δυσκολίες της διαφοροδιάγνωσης της παιδικής απραξίας της ομιλίας είναι περιορισμένος. Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών επικεντρώνεται στην διαφοροδιάγνωση της παιδικής απραξίας από μία κάθε φορά διαταραχή (όπως παιδική απραξία - δυσαρθρία, παιδική απραξία - ΔΕΠΥ). Στο εξωτερικό, ωστόσο, καταγράφεται μία σειρά ερευνών οι οποίες πραγματοποιούνται τις υποκείμενες δυσκολίες κατά την διαφοροδιάγνωση της συγκεκριμένης νευροκινητικής διαταραχής της ομιλίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| |
|------------------------|
| Ευχαριστίες.....σελ. I |
| Περίληψη.....II |
| Abstract.....III |
| Εισαγωγή.....IV-V |

Κεφάλαιο 1ο: Παιδική Απραξία της Ομιλίας

| |
|--|
| 1.1: Παιδική Απραξία (Childhood Apraxia of Speech).....9 |
| 1.2: Ιστορική Αναδρομή.....9 |
| 1.3: Ορολογία.....10 |
| 1.3.1: Παιδική Απραξία της Ομιλίας και Επίκτητη Απραξία της Ομιλίας.....12 |
| 1.4: Είδη Απραξίας.....13 |
| 1.5: Κύρια Χαρακτηριστικά της Παιδική Απραξίας.....13 |
| 1.5.1: Δευτερεύοντα Χαρακτηριστικά.....15 |
| 1.6: Αιτιολογία.....17 |
| 1.7: Βαθμός Σοβαρότητας.....18 |

Κεφάλαιο 2ο: Αξιολόγηση και Διάγνωση

| |
|--|
| 2.1 Αξιολόγηση και Διάγνωση.....20 |
| 2.2 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά.....20 |
| 2.3 Διαδικασία Αξιολόγησης.....21 |
| 2.4 Αξιολογητικά Εργαλεία.....22 |
| 2.4.1 Άτυπη Κλινική Αξιολόγηση.....22 |
| 2.4.2 Τυπική Κλινική Αξιολόγηση.....22 |

Κεφάλαιο 3ο: Διαφοροδιάγνωση

| | |
|--|----|
| 3.1 Διαφοροδιάγνωση..... | 25 |
| 3.2 Δείκτες Διαφοροδιάγνωσης..... | 25 |
| 3.2.1 Συχνά Χαρακτηριστικά, Αλλά όχι Δείκτες Διαφοροδιάγνωσης..... | 25 |
| 3.2.2 Χαρακτηριστικά που μπορούν να αποτελέσουν Δείκτες Διαφοροδιάγνωσης.. | 26 |
| 3.3 Διαφοροδιάγνωση Παιδικής Απραξίας - Δυσαρθρίας..... | 26 |
| 3.4 Διαφοροδιάγνωση Παιδικής Απραξίας - Φωνολογικής Διαταραχής..... | 28 |
| 3.5 Διαφοροποίηση Παιδικής Απραξίας από άλλες παθήσεις..... | 29 |
| 3.5.1 Μυολειτουργικές Διαταραχές..... | 29 |
| 3.5.2 Γλωσσική Καθυστέρηση..... | 29 |
| 3.5.3 Αρθρωτική Διαταραχή..... | 30 |
| 3.5.4 Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος..... | 30 |

Κεφάλαιο 4ο: Θεραπεία

| | |
|------------------------------------|----|
| 4.1: Θεραπεία..... | 32 |
| 4.2 Μέθοδοι Θεραπείας..... | 33 |
| 4.3 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις..... | 34 |
| 4.4 Ένταση Θεραπείας..... | 35 |

Κεφάλαιο 5ο: Μεθοδολογία και Ανάλυση

| | |
|-------------------------------------|----|
| 5.1 Μεθοδολογία..... | 36 |
| 5.1.1 Μεθοδολογικός Σχεδιασμός..... | 36 |
| 5.1.2 Δείγμα..... | 36 |
| 5.1.3 Μεθοδολογική Τεχνική..... | 37 |
| 5.1.4 Δομή Ερωτηματολογίου..... | 37 |
| 5.2 Αποτελέσματα..... | 38 |

| | |
|---------------------------------|----|
| 5.3 Ανάλυση Αποτελεσμάτων..... | 57 |
| 5.4 Συμπεράσματα..... | 64 |
| 5.5 Περιορισμοί/ Συστάσεις..... | 65 |

Κεφάλαιο 1ο: Παιδική Απραξία της Ομιλίας

1.1 Παιδική Απραξία (Childhood Apraxia of Speech)

Η ASHA ορίζει την παιδική απραξία ομιλίας (CAS) ως “μια νευρολογική παιδιατρική διαταραχή του ήχου ομιλίας, στην οποία η ακρίβεια και η συνέπεια των κινήσεων της υποκείμενης ομιλίας, είναι μειωμένες, απουσία νευρομυϊκών ελλειμμάτων (π.χ. μη φυσιολογικά αντανακλαστικά, μη φυσιολογικός τόνος)”. Η CAS μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα γνωστής νευρολογικής δυσλειτουργίας, σε συνδυασμό με νευροσυμπεριφορικές διαταραχές γνωστής ή άγνωστης προέλευσης ή ως ιδιοπαθής νευρογενής διαταραχή της ομιλίας. Ο πυρήνας της βλάβης βρίσκεται στο σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των χωροχρονικών παραμέτρων και των διαδοχοκινητικών ακολουθιών, προκαλώντας λάθη παραγωγής των ήχων ομιλίας και της προσωδίας (ASHA, 2007).

1.2 Ιστορική Αναδρομή

Το 1861, ο Paul Broca εφηύρε τον όρο “αφημία” με τον οποίο περιέγραφε τις περιπτώσεις εκείνες ασθενών, όπου η γενική λειτουργία της επεξεργασίας της ομιλίας ήταν άθικτη όπως επίσης και η ακουστική ικανότητα και η μυϊκή λειτουργία, αλλά παρόλα αυτά κάποια εγκεφαλικά βλάβη δεν επέτρεπε την φυσιολογική λειτουργία της άρθρωσης. Παρ’ ότι δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί, αρκετοί θεωρούν πως αυτό που περιέγραφε ο Broca ως “αφημία” ταυτίζεται με αυτό που σήμερα αποκαλούμε “Απραξία της ομιλίας” (Ogar et al., 2005).

Αργότερα, ο Marie (Marie, 1906) σε μια προσπάθεια να διασαφηνίσει τους όρους “αφημία” και “αφασία”, εισήγαγε τον όρο “αναρθρία” με τον οποίο περιέγραφε μια γενική ανικανότητα στον έλεγχο πολύπλοκων μηχανικών κινήσεων στην παραγωγή λόγου. Ωστόσο, ο Dejerine αργότερα επαναπροσδιόρισε αυτόν τον όρο ταξινομώντας την «αναρθρία» και τη «δυσαρθρία» στις διαταραχές ομιλίας που προκαλούνται από μυϊκή αδυναμία, βραδύτητα ή έλλειψη συντονισμού (Dejerine, 1914). Αυτός ο ορισμός είναι αποδεκτός μέχρι και σήμερα και είναι πλέον σαφές ότι διαφέρει από αυτό που σήμερα αναγνωρίζουμε ως Απραξία της Ομιλίας. Η «Αναρθρία» και η «αφημία» είναι δύο από τους πολλούς όρους που έχουν υιοθετηθεί ιστορικά για την περιγραφή των διαταραχών λόγου που τώρα συσχετίζουμε με την Απραξία της Ομιλίας. Σε μεγάλο μέρος της σύγχρονης ευρωπαϊκής βιβλιογραφίας, οι όροι «αναρθρία» και «Απραξία της Ομιλίας» εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα (Broussolle et al., 1996; Silveri et al., 2003; Dobato et al., 2004).

Πάντως, ο όρος “απραξία” επινοήθηκε, το 1871 από τον Steintal, ο οποίος επιδίωξε να περιγράψει μια σειρά νευρολογικών επίκτητων και αναπτυξιακών διαταραχών. Λίγο αργότερα, το 1908, ο Liermann χρησιμοποίησε τον γενικό όρο «απραξία» τον οποίο όρισε ως την αδυναμία εκτέλεσης εκούσιων πράξεων, με την μυϊκή δύναμη να είναι άθικτη (Liermann, 1908). Τη δεκαετία όμως του 1960, ο Darley κι οι συνεργάτες του επανεξετάζοντας τον ορισμό του Liermann, ανέφεραν για πρώτη φορά τον όρο “Απραξία της Ομιλίας” (Darley,1969).

Έχει ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι ο Duffy, σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποίησε, σημείωσε 23 όρους που έχουν χρησιμοποιηθεί για την επισήμανση των συμπτωμάτων της Απραξίας και παρατίθενται παρακάτω. Αν και αυτοί οι όροι έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν, ιδιαίτερα προτού ο Darley και οι συνάδελφοί του ξεκαθαρίσουν τις διακρίσεις μεταξύ δυσαρθρίας και Απραξίας (Darley et al., 1975), το «AOS» (Apraxia of Speech) ή Απραξία της Ομιλίας είναι επί του παρόντος ο πιο ευρέως αποδεκτός όρος που χρησιμοποιείται στην βιβλιογραφία της λογοπαθολογίας (Ogar et al., 2005)

Όροι που έχουν συσχετιστεί ιστορικά με την Απραξία της Ομιλίας (Duffy, 1995):

| | | | |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Προσαγωγός κινητική Αφασία | Δευτερογενής λεκτική Απραξία | Περιφερική Κινητική Αφασία | Φλοιώδης Δυσαρθρία |
| Απραξική Δυσαρθρία | Αφωνία ήχων του λόγου | Πρωτογενής Λεκτική Απραξία | Προφορική Λεκτική Απραξία |
| Αφασία Broca | Αναρθρία | Αισθητικοκινητική Βλάβη | Φωνημική Αφασία |
| Απαγωγός κινητική Αφασία | Αρθρωτική Δυσπραξία | Υποφλοιώδης Κινητική Αφασία | Αμιγής Κινητική Αφασία |
| Απραξία του Λόγου | Μικρή Αφασία Broca | Αφημία | Αφωνία λέξεων |
| Φωνητική Αποσύνθεση | Εκφραστική Αφασία | Αταξική Αφασία | |

Σε πιο πρόσφατη βιβλιογραφία και συγκεκριμένα το 2013, ο Duffy περιέγραψε την απραξία ομιλίας σαν μια «νευρολογική διαταραχή της ομιλίας που αντικατοπτρίζει μια μειωμένη ικανότητα για σχεδιασμό ή προγραμματισμό απαραίτητων αισθητικοκινητικών εντολών για να κατευθύνει τις κινήσεις που έχουν ως αποτέλεσμα την φωνητικά και προσωδιακά φυσιολογική ομιλία» (Duffy, 2013).

1.3 Ορολογία

Ο όρος “λεκτική απραξία” άρχισε να χρησιμοποιείται στις αρχές τις δεκαετίας του 1980 από ερευνητές που θεωρούσαν ως δεδομένο ότι τα παιδιά με αναπτυξιακή απραξία της ομιλίας εμφανίζουν τόσο γλωσσολογικές ελλείψεις όσο και αρθρωτικά προβλήματα (Aram & Horwitz, 1983; Ekelman & Aram,1983). Σήμερα, η παιδική απραξία της ομιλίας (Childhood Apraxia of

Speech) συχνά συναντάται στη διεθνή βιβλιογραφία ως “αναπτυξιακή απραξία της ομιλίας” (Developmental Apraxia of Speech) ή ως “ αναπτυξιακή λεκτική δυσπραξία” (Developmental Verbal Dyspraxia). Υπέρ του πρώτου όρου τάσσονται οι ερευνητές που υποστηρίζουν την κινητική φύση της διαταραχής και αντίστοιχα υπέρ του δεύτερου, όσοι επιδιώκουν να υπογραμμίσουν την συνύπαρξη γλωσσολογικών και κινητικών ελλειμμάτων (Velleman, 2003). Είναι όμως σαφές πλέον ότι τα παιδιά με απραξία εκδηλώνουν και γλωσσικά και νευρογενή κινητικά προβλήματα, κι επομένως η φύση της διαταραχής δεν είναι αποκλειστικά κινητική.

Όσον αφορά τη συμπερίληψη του όρου «αναπτυξιακή» σε σχέση με την παιδική απραξία, η ASHA επισημαίνει ότι εγκυμονεί κινδύνους. Συγκεκριμένα, ο όρος μπορεί να ερμηνευθεί λανθασμένα ως ένδειξη ότι η διαταραχή δεν αποτελεί μια μόνιμη κατάσταση αλλά αντίθετα ξεπερνιέται. Κάτι τέτοιο ωστόσο δεν ισχύει και τα χαρακτηριστικά της CAS είναι πιθανό να επιμείνουν ακόμη και μετά την αναπτυξιακή περίοδο. (Lewis, Freebairn, Hansen, Iyengar, & Taylor, 2004). (ASHA)

Χρειάζεται επίσης να διευκρινιστεί η διαφορά των όρων “απραξία” και “δυσπραξία” οι οποίοι επίσης χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στη διεθνή βιβλιογραφία. Δεδομένου ότι το πρόθεμα “α” σημαίνει “μη” ή “χωρίς” και επομένως υποδηλώνει έλλειψη μιας ικανότητας, ενώ το πρόθεμα “δυσ” σημαίνει “αφύσικο” ή “δύσκολο” κι επομένως υποδεικνύει την ύπαρξη κάποιας *ανωμαλίας*, είναι ίσως πιο ακριβές να χρησιμοποιείται η λέξη “δυσπραξία” για να περιγράψει τα παιδιά εκείνα που έχουν κάποια -έστω και μη τυπική- ικανότητα να οργανώνουν κίνηση για ομιλία. Μάλιστα, συχνά στη βιβλιογραφία συναντάμε το πρόθημα “α” στις περιπτώσεις εκείνες όπου χρειάζεται να γίνει σαφές ότι πρόκειται για κάποια επίκτητη και όχι αναπτυξιακή διαταραχή.

Παρ’ όλα αυτά, η ASHA στο Position Statement που δημοσίευσε το 2007, διευκρίνισε ότι “ο όρος παιδική απραξία της ομιλίας (CAS) χρησιμοποιείται ως ενοποιητικός όρος για όλες τις εκφάνσεις της απραξίας της ομιλίας στην παιδική ηλικία, είτε είναι εκ γενετής, είτε επίκτητη, είτε σχετίζεται με μια συγκεκριμένη αιτιολογία. Η απραξία του λόγου εμφανίζεται σε παιδιά σε τρία κλινικά πλαίσια. Πρώτον, η απραξία ομιλίας έχει συσχετισθεί με γνωστές νευρολογικές αιτίες (π.χ. ενδομήτριο εγκεφαλικό επεισόδιο, λοιμώξεις, τραύμα). Δεύτερον, η απραξία ομιλίας εμφανίζεται ως κύρια ή δευτερεύουσα διαταραχή σε παιδιά με περίπλοκες νευροσυμπεριφορικές διαταραχές (π.χ., γενετικές, μεταβολικές). Τρίτον, η απραξία ομιλίας που δεν συνδέεται με οποιαδήποτε γνωστή νευρολογική ή νευροσυμπεριφορική διαταραχή εμφανίζεται ως ιδιοπαθής νευρογενής διαταραχή του ήχου ομιλίας. Η χρήση του όρου απραξία ομιλίας προϋποθέτει κοινά βασικά χαρακτηριστικά λόγου και προσωδίας, ανεξάρτητα από την στιγμή έναρξης, αν είναι συγγενής ή επίκτητη, ή την συγκεκριμένη αιτιολογία (ASHA, 2007). Ο όρος CAS επομένως, προτιμάται έναντι των άλλων όρων που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διαταραχή αυτή, συμπεριλαμβανομένων των όρων *αναπτυξιακή απραξία της ομιλίας* και *αναπτυξιακή λεκτική δυσπραξία*, οι οποίες συνήθως έχουν χρησιμοποιηθεί για να αναφερθούν μόνο σε ιδιοπαθείς παρουσιάσεις και όχι για επίκτητες νευρολογικές αιτιολογίες.” (ASHA, 2007).

Έτσι από το 2007 και μετά, και σύμφωνα με την γραμμή που καθιέρωσε η ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) ο όρος Παιδική Απραξία της Ομιλίας χρησιμοποιείται πλέον πιο συχνά. Η πιο σημαντική έννοια είναι η ρίζα της λέξης «πράξις» που σημαίνει προγραμματισμένη κίνηση. Σε ένα βαθμό, κάθε παιδί με τη διάγνωση της Απραξίας της ομιλίας δυσκολεύεται να προγραμματίσει και να σχεδιάσει τις κινήσεις της ομιλίας. Έτσι, απραξία της ομιλίας είναι μια συγκεκριμένη διαταραχή της ομιλίας κι αυτή η δυσκολία στον προγραμματισμό των κινήσεων του λόγου είναι το κύριο χαρακτηριστικό της. (ASHA,2007)

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία, θα χρησιμοποιηθεί ο όρος “Παιδική Απραξία της Ομιλίας” ή CAS (Childhood Apraxia of Speech)

1.3.1 Παιδική Απραξία της Ομιλίας και Επίκτητη Απραξία της Ομιλίας

Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι ενώ η Παιδική Απραξία της Ομιλίας (CAS) και η Επίκτητη Απραξία της Ομιλίας (AOS) έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, στην πραγματικότητα διαφέρουν κι αρκετά. “Παρά την κοινή χρήση του όρου “απραξία”, υπάρχουν μερικές κρίσιμες διαφορές μεταξύ της απραξίας των ενηλίκων και της παιδικής απραξίας”, αναφέρει η Velleman (Velleman, 2003). Σε πρώτο επίπεδο, είναι σημαντικό να καταλάβουμε την απόκλιση που έχει το σύστημα επεξεργασίας της ομιλίας ενός απραξικού παιδιού με εκείνο ενός απραξικού ενήλικα. Υπάρχει η υπόθεση ότι το σύστημα επεξεργασίας της ομιλίας των ενηλίκων με AOS παραμένει άθικτο. Παρ’όλα αυτά παραμένει άγνωστο το πώς ο μη φυσιολογικός κινητικός έλεγχος των παιδιών με CAS επηρεάζει το δικό τους σύστημα επεξεργασίας. Προφανώς, ωστόσο, όλο το σύστημα επεξεργασίας είναι επηρεασμένο λόγω των κινητικών ελλειμμάτων της ομιλίας (Apraxia Kids, 2021). Ο Maassen το 2002 επεσήμανε ότι “μια θεμελιώδης διαφορά μεταξύ της απραξίας ενηλίκων (επίκτητης) και της απραξίας των παιδιών (αναπτυξιακής), είναι ότι σε αυτή των παιδιών μία συγκεκριμένη υποκείμενη βλάβη του κινητήρα της ομιλίας έχει αντίκτυπο στην ανάπτυξη υψηλότερου επιπέδου φωνολογικής και γλωσσικής επεξεργασίας” (ASHA, 2007).

Ένα άλλο κομμάτι που μένει ακόμα να διευκρινιστεί, είναι αυτό της αυτοματοποιημένης ομιλίας. Είναι γνωστό ότι οι ενήλικες με AOS κατά κανόνα διανύουν φυσιολογικά τα αναπτυξιακά στάδια κατάκτησης της ομιλίας. Έτσι, έχουν διαθέσιμα στο ρεπερτόριο τους τα στοιχεία αυτόματης ομιλίας, τα οποία μάλιστα, συνήθως διατηρούν και μετά την εμφάνιση της διαταραχής. Το τοπίο όμως είναι πιο θολό για τα παιδιά που γεννιούνται με Παιδική Απραξία και συνήθως δεν εμφανίζουν στοιχεία αυτόματης ομιλίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτά τα παιδιά, παρότι συνήθως δε διανύουν τα τυπικά αναπτυξιακά στάδια, έχει παρατηρηθεί ότι παράγουν με μεγαλύτερη ευκολία και ευχέρεια λεκτικές παραγωγές που υπάγονται στην αυτόματη ομιλία σε σχέση με άλλες λεκτικές παραγωγές.

1.4 Είδη Απραξίας

Απραξία άκρων ή πυραμιδική κινητική δυσλειτουργία (Murdoch, 2008): Αφορά την αδυναμία πραγματοποίησης κινήσεων ακριβείας με τα άκρα (χέρια, πόδια, δάχτυλα) και επηρεάζει τόσο τις ακούσιες όσο και τις εκούσιες κινήσεις. Χαρακτηριστικά παραδείγματα ενεργειών που δυσκολεύουν άτομα με δυσπραξία άκρων είναι το δέσιμο κορδονιών, η χρήση κατσαβιδιού ή το κούμπωμα ενός παντελονιού.

Ιδεοκινητική Απραξία: Είναι από τις συνηθέστερες μορφές απραξίας και εκδηλώνεται ως αδυναμία εκτέλεσης εντολών που αφορούν κίνηση άκρων ή κεφαλής στα πλαίσια μίμησης. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι το άτομο πιθανά είναι σε θέση να εκτελέσει τις ίδιες κινητικές ενέργειες αν οι συνθήκες και τα ερεθίσματα είναι διαφορετικά.

Ιδεακή/ Ιδεατή Απραξία: Πρόκειται για αδυναμία στην δημιουργία ενός νοητού πλάνου για την εκτέλεση σύνθετων πράξεων. Και σε αυτή την περίπτωση η κατ' εντολή κίνηση έχει περισσότερες πιθανότητες να μην εκτελεστεί σωστά σε σχέση με την αυθόρμητη.

Κατασκευαστική Απραξία: Σε αυτό το είδος απραξίας έχει επηρεαστεί η ικανότητα του ατόμου να σχεδιάζει ή να αντιγράφει απλά διαγράμματα και να δημιουργεί σχετικά απλές κατασκευές. Γενικότερα οι σύνθετες χωρικές πράξεις φαίνεται να είναι δύσκολο να συντονιστούν. Χαρακτηριστική δραστηριότητα που μπορεί να δυσκολεύει τα άτομα με κατασκευαστική δυσπραξία είναι η κατασκευή ενός παζλ ή οι κατασκευές με τουβλάκια.

Στοματική Απραξία: Είναι γνωστή και ως προσωπική ή μη-λεκτική απραξία και αφορά δυσκολίες στον συντονισμό και την εκτέλεση μη-λεκτικών κινήσεων του προσώπου, του στόματος και του λάρυγγα. Τέτοιες κινήσεις μπορεί να είναι ο βήχας ή το σφύριγμα. Πολύ χαρακτηριστικά και σε αυτή την περίπτωση απραξίας, ο ασθενής τις περισσότερες φορές είναι σε θέση να πραγματοποιήσει τις κινήσεις αυθόρμητα αλλά αδυνατεί να τις εκτελέσει όταν του ζητείται να το κάνει.

Λεκτική Απραξία: Σε αυτό το είδος απραξίας η αδυναμία εντοπίζεται στον συντονισμό και την εκτέλεση λεκτικών κινήσεων δηλαδή κινήσεων των αρθρωτών που οδηγούν σε παραγωγή ομιλίας.

1.5 Κύρια Χαρακτηριστικά της Παιδικής Απραξίας:

Τα συμπτώματα της CAS ποικίλουν σε κάθε παιδί και μάλιστα μπορεί να επηρεάζονται και να αλλάζουν βάσει της ωριμότητας του (Shakibayia et al. 2019). Πολλά απ' τα συμπτώματα της CAS που έχουν καταγραφεί ανά τα χρόνια από ερευνητές και θεραπευτές, συναντώνται συχνά και σε άλλες διαταραχές παιδιατρικού πληθυσμού, γεγονός που δημιούργησε την ανάγκη

καταγραφής και ανάδειξης των κύριων διαγνωστικών συμπτωμάτων της διαταραχής. Αυτά λοιπόν είναι σύμφωνα με την ASHA τα εξής:

1) Ασταθή Λάθη σε σύμφωνα και φωνήεντα, σε επαναλαμβανόμενες παραγωγές συλλαβών ή λέξεων.

Στην Παιδική Απραξία της ομιλίας σημειώνεται ασυνέπεια στις λανθασμένες εκφορές που παράγει το παιδί, ακόμα κι αν αυτές πραγματοποιούνται στην ίδια συνεδρία. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό, μπορεί στη διάρκεια μιας συνεδρίας να γίνει προσπάθεια εκμαίευσης μιας συγκεκριμένης λέξης περισσότερες από μία φορές, και το παιδί κάθε φορά να παράγει την λέξη-στόχο με διαφορετικό τρόπο. Για παράδειγμα, αν η λέξη-στόχος ήταν η λέξη “καμπάνα” (/ka’bana/), το παιδί στη διάρκεια της ίδιας συνεδρίας, μπορεί να παράξει τη λέξη ως “ba’kana”, “bana” “ka’nana” κ.α. Πάντως αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν ερευνητές που αμφισβητούν την αξιοπιστία του συγκεκριμένου χαρακτηριστικού, όπως η Velleman (Velleman 2003) που σημειώνει πως το επίπεδο ασυνέπειας στα λάθη ενός παιδιού μπορεί να ποικίλει και να επηρεάζεται από παράγοντες όπως το προτασιακό περιβάλλον ή ο ακροατής και πως τα λάθη που κάνουν τα παιδιά με απραξία μπορεί είτε να εμφανιστούν μία φορά είτε να εμφανίζονται μόνιμα για κάποιο διάστημα. Έτσι, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ασυνέπεια λαθών δεν είναι απαραίτητα ένα έγκυρο διαγνωστικό χαρακτηριστικό για την Παιδική Απραξία.

2) Παρατεταμένες και Διαταραγμένες συναρθρωτικές μεταβάσεις μεταξύ ήχων και συλλαβών.

Το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό αναφέρεται στη δυσκολία που εντοπίζεται στον λόγο των απραξικών παιδιών να μεταβούν ομαλά από φθόγγο σε φθόγγο ή από συλλαβή σε συλλαβή, δηλαδή στη δυσκολία που αντιμετωπίζουν με τη συνάρθρωση. Με τον όρο συνάρθρωση εννοούμε τη διαδικασία εκείνη, όπου σε συνεχή ομιλία, τη στιγμή που παράγεται ένας φθόγγος, οι αρθρωτές προλαβαίνουν την άρθρωση του επόμενου (φθόγγου), προσλαμβάνοντας ένα ή περισσότερα από τα χαρακτηριστικά του. Η δυσκολία αυτή οδηγεί σε παύσεις που στερούνται “φυσικότητας”, διακόπτουν δηλαδή τη φυσική ροή της ομιλίας και συνήθως περιορίζουν τη καταλληλότητα του λόγου των παιδιών και οδηγούν σε αρθρωτικά λάθη όπως αντικαταστάσεις φωνημάτων, μεταθέσεις, παραλείψεις κ.α. Τέτοιου είδους λάθη, επηρεάζονται όπως είναι προφανές από την εκάστοτε εκφορά που προηγείται ή ακολουθεί. Το χαρακτηριστικό αυτό συνδέεται επίσης άμεσα με τη λεγόμενη δυσκολία στη “διαδοχοκίνηση” που εντοπίζεται στα παιδιά με απραξία.

3) Προσωδιακές Διαταραχές.

Είναι χαρακτηριστικό της ομιλίας των παιδιών με απραξία να εμφανίζουν προσωδιακές “ανωμαλίες” και κυριότερα όσον αφορά τον ρυθμό, την ένταση και τον τονισμό. Πιο συγκεκριμένα τα παιδιά αυτά συνήθως μιλούν με πιο αργό ρυθμό, χωρίς ιδιαίτερες μεταβολές στην ένταση κι ο λόγος τους παρουσιάζει “ακατάλληλες παύσεις” με αποτέλεσμα να μην έχει φυσικότητα. Επιπλέον, συχνά παρατηρείται ένα ιδιαίτερο μοτίβο τονισμού στην ομιλία τους, όπου μπορεί να τονίζεται κάθε λέξη μιας πρότασης, ακόμη και κάθε συλλαβή μιας λέξης. Όλα αυτά επηρεάζουν εκτός από την φυσικότητα της ομιλίας, και την καταλληλότητα της.

Παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα της επιστημονικής βιβλιογραφίας αναγνωρίζει τα παραπάνω 3, ως τα κύρια χαρακτηριστικά της CAS, είναι λάθος να συμπεράνουμε ότι η παρουσία αυτών είναι αρκετή για να μας οδηγήσει σε διάγνωση ή ότι αυτά είναι υποχρεωτικό να εντοπίζονται σε κάθε με παιδί με Παιδική Απραξία. Μέχρι σήμερα, η διάγνωση της Παιδικής Απραξίας δεν επιβεβαιώνεται από κανέναν γνωστό συνδυασμό συμπτωμάτων.

1.5.1 Άλλα Χαρακτηριστικά

Άλλα χαρακτηριστικά που έχουν αναφερθεί σε παιδιά που έχουν διαγνωστεί με CAS και που αντιπροσωπεύουν δυσκολία στον προγραμματισμό κινήσεων για την ομιλία, περιλαμβάνουν:

1)Κινήσεις Αναζήτησης Αρθρωτών πριν από την φώνηση (“groping”)

Το εν λόγω σύμπτωμα αναφέρεται στις σιωπηλές αρθρωτικές κινήσεις που κάνουν τα παιδιά με απραξία πριν τη φώνηση, σε μια προσπάθεια να εντοπίσουν και να εκτελέσουν τις σωστές, ακριβείς κινήσεις αρθρωτών που θα τους οδηγήσουν στις επιθυμητές λεκτικές παραγωγές. Μάλιστα μπορεί να παρουσιαστεί και σε μη λεκτικές δοκιμασίες όπως πχ σε μια στοματοπροσωπική εξέταση. Είναι ένα σύμπτωμα σχεδόν άρρηκτα συνδεδεμένο με τη διαταραχή, που όμως δεν εντοπίζεται σε όλα τα περιστατικά παιδικής απραξίας.

2)Αλλοιώσεις Συμφώνων

Μπορεί τα παιδιά με CAS να κατέχουν τα φωνήματα σε επίπεδο φωνολογίας, όμως πολύ συχνά δυσκολεύονται να τα παράγουν με κινητική ακρίβεια. Οι αλλοιώσεις συμφώνων είναι ένα χαρακτηριστικό σύμπτωμα της παιδικής απραξίας, που αποδίδεται σε ελλείμματα κινητικού χαρακτήρα και δεν έχει τόσο μεγάλη διαφοροδιαγνωστική αξία γιατί συναντάται σε ποικιλία διαταραχών.

3)Δυσκολία στη Διαδοχοκίνηση

Όπως αναλύεται και παραπάνω το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό αποδίδεται στον αδύναμο κινητικό προγραμματισμό των παιδιών με CAS, οπότε η οργάνωση και ο συντονισμός των αρθρωτικών κινήσεων αποδεικνύονται δύσκολες διεργασίες. Τα προβλήματα στην διαδοχοκίνηση είναι ιδιαίτερα συχνά στα άτομα με απραξία και συμβάλλουν στη διαφοροδιάγνωση της διαταραχής.

4)Αυξανόμενη Δυσκολία όταν το μήκος κι η πολυπλοκότητα των λέξεων αυξάνονται

Είναι ένα αρκετά αμφιλεγόμενο διαγνωστικό χαρακτηριστικό καθώς είναι δύσκολο να μετρηθεί αντικειμενικά. Επιπλέον, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί αν τα αυξανόμενα λάθη στις πολυσύλλαβες ή πιο αρθρωτικά πολύπλοκες λέξεις αντανακλούν σημαντική αδυναμία στον κινητικό προγραμματισμό. Το συγκεκριμένο σύμπτωμα, μπορεί διαγνωστικά και διαφοροδιαγνωστικά να μην έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, αλλά σύμφωνα και με την ASHA είναι κάτι

που πρέπει να δουλεύεται θεραπευτικά και να εντάσσεται στο σύνολο των θεραπευτικών στόχων.

5)Αργός Ρυθμός Ομιλίας

Η ομιλία των παιδιών με CAS συχνά έχει έναν ασυνήθιστα αργό ρυθμό, που αποδίδεται στην προσπάθεια των παιδιών, παίρνοντας χρόνο, να οργανώσουν καλύτερα την κίνηση των αρθρωτών τους για να επιτύχουν σωστές παραγωγές. Μάλιστα, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το χαρακτηριστικό αυτό της αργής ομιλίας, δίνει στα παιδιά με CAS τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν και να επεξεργαστούν την ακουστική ανατροφοδότηση ως μέσο για να βελτιώσουν την ακρίβεια των αρθρωτικών τους κινήσεων (Iuzzini-Seigel et al., 2015; Rosenthal, 1994; Terband & Maassen, 2010). Σαν χαρακτηριστικό, ο αργός ρυθμός ομιλίας, δεν είναι ιδιαίτερα βοηθητικό ή αξιόπιστο για τη διαφοροδιάγνωση της απραξίας γιατί συναντάται και σε άλλες διαταραχές όπως η δυσαρθρία.

6)Διαχωρισμός Συλλαβών—Ακατάλληλες Παύσεις

Είναι άλλο ένα από τα πολλά υπερτεμαχιακά στοιχεία που παρατηρείται στην ομιλία των παιδιών με απραξία και την ξεχωρίζει από την ομιλία παιδιών με άλλες διαταραχές. Θεωρείται ότι έχει υψηλή διαφοροδιαγνωστική αξία, αν και χρειάζεται εκτενέστερη διερεύνηση. Πιο συγκεκριμένα το εν λόγω σύμπτωμα αναφέρεται στις -άλλοτε σύντομες και άλλοτε πιο μεγάλες- παύσεις που σημειώνονται στην ομιλία των απραξικών παιδιών, μεταξύ φωνημάτων, συλλαβών ή λέξεων και στερούν από τον λόγο τους της φυσικότητα και την ομαλή ροή.

7)Αλλοιώσεις Φωνηέντων

Κυρίως εντοπίζεται στην αγγλική γλώσσα, όπου παρατηρείται μεγαλύτερη ποικιλία φωνηέντων με μικρές διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Σε αντίθεση με τις περισσότερες διαταραχές ομιλίας στις οποίες συναντάμε αλλοιώσεις και αντικαταστάσεις συμφώνων, τα παιδιά με CAS μπορεί είτε να παράγουν αλλοιωμένα τα φωνήεντα-στόχους, είτε να τα αντικαθιστούν με άλλα φωνήεντα. Τα λάθη που αφορούν στην παραγωγή φωνηέντων είναι ένα χαρακτηριστικό του CAS που συναντάται ιδιαίτερα συχνά και συμβάλλει σημαντικά στη διαφοροδιάγνωση της διαταραχής.

8)Δομικές Απλοποιήσεις

Πέραν από τις αλλοιώσεις φωνημάτων, πολύ έντονη παρουσία στην ομιλία των παιδιών με παιδική απραξία έχουν και οι δομικές διαδικασίες απλοποίησης όπως απαλοιφές (πτώσεις) φωνημάτων ή συλλαβών, οι μεταθέσεις, οι αντικαταστάσεις και οι προσθήκες. Οι διαδικασίες αυτές προκύπτουν συνήθως είτε επειδή τα παιδιά αποτυγχάνουν να συντονίσουν τους αρθρωτές τους για να επιτύχουν σωστές παραγωγές, είτε επειδή τα ίδια τις χρησιμοποιούν αντισταθμιστικά για να απλουστεύσουν τις κινητικές απαιτήσεις των παραγωγών-στόχων. Σε γενικές γραμμές παρ'ότι οι δομικές διαδικασίες απλοποίησης αποτελούν κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής, δε συμβάλλουν στη διαφοροδιάγνωση της καθώς συναντώνται το ίδιο συχνά και σε άλλες διαταραχές.

9) Λάθη Ηχηροποίησης

Συχνά στην ομιλία παιδιών με CAS παρατηρείται τα άηχα σύμφωνα να παράγονται ως τα αντίστοιχα ηχηρά τους, πχ το φώνημα /t/ να παράγεται ως /d/ ή το /p/ ως /b/. Το σύμπτωμα αυτό δεν έχει υψηλή διαφοροδιαγνωστική αξία καθώς συναντάται και σε άλλες διαταραχές παιδιατρικού πληθυσμού (Murray et l. 2015) αλλά έχει παρατηρηθεί ότι συναντάται ιδιαίτερα συχνά σε παιδιά με CAS. Αποδίδεται κι αυτό, σύμφωνα με τους ερευνητές, σε αδυναμία του κινητικού προγραμματισμού και πιο συγκεκριμένα φαίνεται να είναι πιο εύκολο για τα παιδιά να παράγουν τα περισσότερα σύμφωνα ηχηρά από το να εναλλάσσουν την ηχηρότητα των παραγωγών τους.

10) Λάθη Λεξικού Τονισμού και Επιτονισμού (τόνου φράσης)

Είναι ένα λάθος που παρατηρείται αρκετά στην ομιλία των παιδιών με απραξία, ωστόσο έχει μελετηθεί περισσότερο στην αγγλική γλώσσα και χρήζει διασαφήνισης και περεταίρω αξιολόγησης σαν διαγνωστικό χαρακτηριστικό. Σύμφωνα με τους ερευνητές τα παιδιά με απραξία μπορεί να τονίζουν λάθος συλλαβή, να προφέρουν όλες τις συλλαβές της λέξης με τον ίδιο τονισμό ή να μην διαφοροποιούν τον τόνο στις φράσεις που παράγουν. Σε γενικές γραμμές παρότι το συγκεκριμένο σύμπτωμα μπορεί να μην είναι αρκετό για να υπάρξει διάγνωση απραξίας, φαίνεται να είναι ευαίσθητο ως προς τη διαφοροδιάγνωση με διαταραχές όπως η γλωσσική καθυστέρηση και η δυσαρθρία.

11) Προβλήματα Αντήχησης

Όταν η υπερωοφαρυγγική βαλβίδα που είναι υπεύθυνη για την απομόνωση της ρινικής από τη στοματική κοιλότητα, δεν κλείνει με τον προβλεπόμενο τρόπο, την κατάλληλη στιγμή, προκύπτουν διαταραχές αντήχησης. Η υπερρινικότητα και η υπορινικότητα στην απραξία προκύπτουν κυρίως λόγω συντονιστικής αδυναμίας του υπερωοφαρυγγικού μηχανισμού. Έτσι είναι πιθανό το ίδιο άτομο να εμφανίζει η υπερρινικότητα σε ορισμένες φράσεις και υπορινικότητα σε άλλες.

1.6 Αιτιολογία

Όπως συμβαίνει με πολλές νευρολογικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς, η ακριβής αιτιολογία για της παιδικής απραξίας (CAS) είναι ακόμα άγνωστη (Souza, Payão Mda, & Costa, 2009, p. 78).

Ιδιοπαθής Νευρογενής Διαταραχή της ομιλίας: Συχνά, τα παιδιά με παιδική απραξία της ομιλίας εμφανίζουν ελλείμματα στην ομιλία χωρίς κάποια νευρολογική ανωμαλία ή νευροσυμπεριφορική διαταραχή. Στην ιδιοπαθή CAS, οι στοματικές δομές για την ομιλία είναι ανέπαφες και ο μυϊκός τόνος κατάλληλος (ASHA, 2007). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η διαταραχή ονομάζεται ιδιοπαθή παιδική απραξία της ομιλίας. Μια πρόσφατη εκτίμηση με βάση τον

πληθυσμό υποδηλώνει ότι η ιδιοπαθής CAS εμφανίζεται σε 1 στα 1000 παιδιά (Shriberg, Kwiatkowski, & Mabbie, 2019).

Γενετική Βάση: Ένα σημαντικό και όλο αυξανόμενο μέρος της βιβλιογραφίας υποστηρίζει ότι η παιδική απραξία οφείλεται σε γενετικές ανωμαλίες (e.g., Worthey et al., 2013). Η άποψη αυτή στηρίζεται σε έρευνες, που πραγματοποιήθηκαν σε οικογένειες όπου τα μέλη τους εμφάνιζαν σοβαρή διαταραχή της ομιλίας με χαρακτηριστικά όμοια της παιδικής απραξίας. Η πιο γνωστή έρευνα βασίζεται σε μια οικογένεια πολλών γενεών με μετάλλαξη του γονιδίου FOXP2 (KE family; Fisher, Lai, & Monaco, 2003; Vargha-Khadem et al., 1998). Γονιδιακά, η έρευνα αναφέρει και αλλοιώσεις του χρωμοσώματος 7 με εύρος από 7q21-q22 έως 7q31.2-q32.3 (Sarda κ.συν., 1988) Συνολικά, δεν είναι υπεύθυνο ένα μεμονωμένο γονίδιο για την παιδική απραξία αλλά πολλά μεμονωμένα γονίδια και μεταλλάξεις γονιδίων που σχετίζονται με άλλες νευροαναπτυξιακές παθήσεις έχουν εντοπιστεί και σε ορισμένα παιδιά με CAS, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη γενετικής αιτιολογία (Morgan & Webster, 2018, σελ. 1090).

Νευρολογική Βάση: Τα νευρολογικά θεμέλια της παιδικής απραξίας της ομιλίας μέχρι και σήμερα δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η κλινική μαγνητική τομογραφία MRI και η αξονική τομογραφία CT των με παιδιών με CAS είναι ακτινολογικά φυσιολογική (e.g., Horwitz, 1984), ωστόσο ορισμένες ανεπαίσθητες διαφορές έχουν εντοπιστεί (Liégeois & Morgan, 2012). Μελέτες από την οικογένεια KE έδειξαν ότι τα μέλη της με γλωσσικά ελλείμματα, έχουν λιγότερη φαιά ουσία στην αριστερή πρόσθια παραγκεφαλίδα συγκριτικά με τους φυσιολογικά νευρολογικά αναπτυσσόμενους και περισσότερη φαιά ουσία στην αριστερή γωνιώδης έλικα (Belton, Salmond, Watkins, Vargha-Khadem, & Gadian, 2003).

Σύνθετη Νευροαναπτυξιακή Διαταραχή: Η παιδική απραξία της ομιλίας συχνά συνυπάρχει με άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές και γενετικά σύνδρομα όπως σύνδρομο DOWN, τον Αυτισμό, το σύνδρομο διαγραφής 22q11.2 και γαλακτοζαιμία. Όσον αφορά την συνύπαρξη της CAS με τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος υπάρχουν αντικρουόμενα στοιχεία και αποτελέσματα ερευνών, τα οποία μπορεί να οφείλονται στη χρήση διαφορετικών διαγνωστικών εργαλείων και διαφορετικής σοβαρότητας μεταξύ των ομάδων μελετών.

1.7 Βαθμός Σοβαρότητας

Σοβαρή Απραξία: Δεν υπάρχει καθόλου ομιλία, μόνο μερικές στερεότυπες εκφράσεις με ή χωρίς νόημα. Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις που τα παιδιά αυτά δε μπορούν να παράγουν φωνή, αν και οι φωνητικές τους χορδές λειτουργούν σωστά. Παρουσιάζουν έντονες κινήσεις αναζήτησης των αρθρωτών για την ανίχνευση του σωστού τρόπου και τόπου άρθρωσης. Για τους ασθενείς αυτούς, η μίμηση, ακόμη και απλών λέξεων, είναι ίσως πολύ δύσκολη. Συνήθως χρησιμοποιούν κινήσεις και χειρονομίες για να επικοινωνήσουν (Καμπανάρου, 2007).

Μέτρια Απραξία: Παρουσιάζουν προβλήματα άρθρωσης και προσωδίας, εμφανίζονται δοκιμαστικές κινήσεις των αρθρωτών με σκοπό την αναζήτηση του σωστού τόπου και τρόπου

άρθρωσης. Τα λάθη που γίνονται στην προσωδία και την τοποθέτηση των αρθρωτών προσεγγίζουν το φυσιολογικό (Καμπανάρου, 2007).

Έπια Απραξία: Παρουσιάζει ελαφρές διαταραχές στην άρθρωση και μη σταθερά λάθη. Ο πιο αργός ρυθμός ομιλίας μπορεί να διορθώσει τα λάθη, αλλά με αυτόν τον τρόπο χάνεται η φυσικότητα της ομιλίας (Καμπανάρου, 200&).

Κεφάλαιο 2ο: Αξιολόγηση και Διάγνωση

2.1 Αξιολόγηση και Διάγνωση

Μία από τις δυσκολότερες προκλήσεις που συναντάει ένας λογοθεραπευτής είναι η πραγματοποίηση αξιολόγησης και διάγνωσης της παιδικής απραξίας (CAS). Η δυσκολία αυτή, υφίσταται λόγω της έλλειψης κοινών διαγνωστικών κριτηρίων και της απουσίας επίσημων αξιολογητικών εργαλείων αποκλειστικά για την παιδική απραξία. Αν και υπάρχουν γενετικοί (Centanni et al., 2015; Fisher, Vargha-Khadem, Watkins, Monaco, & Pembrey, 1998; Laffin et al., 2012; Lai et al., 2000) και νευρολογικοί δείκτες (Liégeois & Morgan, 2012), οι οποίοι σχετίζονται με την παιδική απραξία δεν έχουν αναγνωριστεί ακόμη ως διαγνωστικοί. Κατά συνέπεια, η αντιληπτική αξιολόγηση των βασικών χαρακτηριστικών από ένα λογοθεραπευτή είναι καθοριστική και θεωρείται το τρέχον “χρυσό” πρότυπο για την διάγνωση (American Speech-LanguageHearing Association [ASHA], 2007; Iuzzini-Seigel, Hogan, & Green, 2017; Maas, Butalla, & Farinella, 2012; Murray, McCabe, Heard, & Ballard, 2015).

2.2 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά

Διάφορα διαγνωστικά χαρακτηριστικά έχουν παρατηρηθεί από βίντεο παιδιών με απραξία, όταν ήταν βρέφη και νήπια (Caspari 2015). Συγκεκριμένα, εμφανίζουν καθυστέρηση τόσο στο εκφραστικό και στο δεκτικό λεξιλόγιο όσο και στην ανάπτυξη συνδεδεμένου σχήματος παιχνιδιού. Περιορισμοί εντοπίζονται στο ρεπερτόριο συμφώνων και φωνηέντων, στο βάβισμα, στα μοτίβα τονισμού, στη φωνητική απόδοση και στα σχήματα λέξεων καθώς έχουν την τάση να παράγουν απομονωμένα σύμφωνα και φωνήεντα (π.χ. /m/ για /'milo/). Επιπροσθέτως, εκδηλώνουν συχνότερη απώλεια προηγούμενων παραγόμενων λέξεων ή φωνημάτων και δυσκολία στον συνδυασμό διαφορετικών συλλαβών και στις ηθελημένες παρά στις αυτόματες μη ομηλικές κινητικές συμπεριφορές. Ελλείμματα, παρατηρούνται ακόμη στον στοματοκινητικό συντονισμό και στην σειρά τοποθέτησης των λέξεων σε απλές φράσεις. Εμφανίζονται παράλληλα, κινήσεις αναζήτησης ήχων, ασυντόνιστα πρότυπα σίτισης, σιελόρροια και χρήση ιδιότυπων στοιχείων για λειτουργική επικοινωνία (Davis, B.L. & Velleman, S.L. 2000). Είναι αναγκαίο να σημειωθεί, ότι σε παιδιά πολύ μικρής ηλικίας συνήθως δεν δίνεται η διάγνωση της παιδικής απραξίας λόγω της έλλειψης διαγνωστικών κριτηρίων αλλά η διάγνωση της υποπτευόμενης παιδικής απραξίας της ομιλίας (suspected childhood apraxia of speech sCAS).

Η διάγνωση βασίζεται στην ύπαρξη ποικίλων μη τυπικών χαρακτηριστικών της ομιλίας. Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι τα αλλοιωμένα σύμφωνα και φωνήεντα, η δυσκολία επιτυχούς τοποθέτησης των αρθρωτών για έναρξη ομιλίας και παύσεις μεταξύ των συλλαβών μιας λέξης. Η ASHA (2007) πρότεινε 3 κύρια χαρακτηριστικά, τονίζοντας ωστόσο ότι δεν είναι

ούτε απαραίτητα, ούτε επαρκή για την διάγνωση. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα ασταθή λάθη σε επαναλαμβανόμενες παραγωγές του ίδιου ήχου στόχου, επιμήκυνση και αλλοίωση στην συνάρθρωση μεταξύ φωνημάτων και ακατάλληλη προσωδία.

2.3 Διαδικασία Αξιολόγησης

Για την πραγματοποίηση διάγνωσης της παιδικής απραξίας σε ένα προλεκτικό παιδί, ο λογοθεραπευτής αρκεί να εστιάσει στις μη λεκτικές πτυχές, όπως είναι το ιστορικό δυσκολιών σίτισης ή η περιορισμένη φώνηση κατά την βρεφική ηλικία. Τα χαρακτηριστικά αυτά, ωστόσο μπορεί να αποτελούν σημάδια και άλλων διαταραχών λόγου ή ομιλίας (ASHA 2007). Για μια ολοκληρωμένη διάγνωση σε ένα παιδί με πιθανή παιδική απραξία, ο λογοθεραπευτής είναι σημαντικό να αξιολογήσει και τα γλωσσικά χαρακτηριστικά. Η διάγνωση της παιδικής απραξίας βασίζεται κυρίως σε λειτουργικά παρά δομικά ελλείμματα. Τέτοια ελλείμματα συναντώνται στον κινητικό σχεδιασμό και προγραμματισμό, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα διάφορα γλωσσικά χαρακτηριστικά τα οποία συνδέονται με την παιδική απραξία, όπως ασυνέπεια ομιλίας, διαταραγμένη προσωδία και παρατεταμένη ή διαταραγμένη άρθρωση (ASHA 2007).

Η διαδικασία της αξιολόγησης της παιδικής απραξίας περιλαμβάνει μια σειρά δοκιμασιών. Καταρχάς, η λήψη λογοπαθολογικού ιστορικού αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της αξιολόγησης καθώς ο λογοθεραπευτής μπορεί να συλλέξει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με το αναπτυξιακό - ιατρικό ιστορικό του παιδιού, οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν στην διαφοροδιάγνωση και στην θεραπεία. Κατά την αξιολόγηση πραγματοποιείται εκτίμηση της δομικής και λειτουργικής ακεραιότητας και επάρκειας του μηχανισμού ομιλίας (πρόσωπο, χείλη, γλώσσα, δόντια, σκληρή υπερώα, μαλακή υπερώα, φάρυγγας). Άλλη μία χρήσιμη δοκιμασία είναι μια δυναμική εξέταση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού μέσω της επανάληψης λέξεων με την βοήθεια υποδείξεων όπως είναι η ταυτόχρονη μίμηση και τα σημεία αφής για να καθοριστεί τι μπορεί να κάνει το παιδί με υποστήριξη (Strand, McCauley, Weigand, Stoeckel, & Baas, 2013). Ο λογοθεραπευτής, είναι σημαντικό να αποκτήσει δείγματα ομιλίας του παιδιού. Αυτό μπορεί να διεκπεραιωθεί μέσω ελεύθερης συζήτησης, περιγραφής εικόνας και με την παραγωγή φωνημάτων σε αρχική, μεσαία και τελική θέση μέσω της χρήσης ενός αξιολογητικού τεστ άρθρωσης και φωνολογίας. Επίσης, απαραίτητη κρίνεται και η εκτίμηση της ικανότητας παραγωγής αυξανόμενης πολυπλοκότητας συλλαβικών δομών, λέξεων, προτάσεων και της ταχύτητας παραγωγής διαδοχοκινητικών συλλαβών. Διαδικασίες, οι οποίες επιβαρύνουν το σύστημα παραγωγής ομιλίας (Murray et al, 2015) και προκαλούν λάθη. Τέλος, εφαρμόζεται έλεγχος παραγωγής αυτοματοποιημένων δεξιοτήτων της ομιλίας, όπως είναι η διαδικασία μέτρησης από το 1 έως το 20 (και αντιστρόφως 20 έως 1).

2.4 Αξιολογητικά / Διαγνωστικά Εργαλεία

2.4.1 Άτυπη Κλινική Αξιολόγηση

- Στοματοπροσωπικός έλεγχος
- Δείγμα αυθόρμητης ομιλίας

2.4.2 Τυπική Κλινική Αξιολόγηση

Πραγματοποιείται βάση σταθμισμένων δοκιμασιών (test), δηλ. που έχουν χορηγηθεί σε μεγάλο δείγμα φυσιολογικού πληθυσμού και τα ερεθίσματα (ερωτήσεις και υλικό) έχουν καθοριστεί έτσι ώστε να μπορεί η διαδικασία να επαναληφθεί σε διαφορετικό τόπο και χρόνο από διαφορετικό εξεταστή. Στην ελληνική γλώσσα δεν υπάρχουν σταθμισμένα εργαλεία για την αξιολόγηση της παιδικής απραξίας της ομιλίας.

Παγκοσμίως γνωστές δοκιμασίες, οι οποίες χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της παιδικής απραξίας είναι ενδεικτικά ,το Pause Marker (PM), το Verbal Motor Production Assessment for Children (VMPAC), το Dynamic Evaluation of Motor Speech Skill (DEMSS), το The Orofacial Praxis Test, το Kaufman Speech Praxis Test for children (KSPT), Goldman-Fristoe Test of Articulation - Second Edition(GFTA - 2), το Madison Speech Assessment Protocol (MSAP), το Nuffield Dyspraxia Program(NFD3) καθώς και το Strand's 10-point checklist(Shriberg et al.,2012; Shriberg Potter, \$Strand,2009). Τέτοια εργαλεία χρησιμοποιούνται στην έρευνα για την ειδική αξιολόγηση της απραξίας της ομιλίας, αλλά εφαρμόζονται και άλλα τεστ προκειμένου να εξεταστούν άλλες γλωσσικές λειτουργίες στο απραξικό παιδί, όπως η φωνολογία, το εκφραστικό και δεκτικό λεξιλόγιο.

Ο δείκτης PM έχει προταθεί από τον Shriberg και τους συνεργάτες του ως πρωταρχικός διαγνωστικός δείκτης για τη CAS (Shriberg et al., 2017). Ο δείκτης PM ορίζεται ως η σχετική συχνότητα ορισμένων τύπων παύσεων και έχει αποδειχθεί ευαίσθητο και ακριβές για παιδιά με κλινικές διαγνώσεις CAS και για ένα υποσύνολο των ενηλίκων με AOS (Shriberg et al., 2017). Το διαγνωστικό εργαλείο PM είναι αρκετά απαιτητικό και προϋποθέτει εκπαίδευση του κλινικού για να προσδιορίσει με αξιοπιστία ποιοι τύποι παύσεων περιλαμβάνονται στον υπολογισμό..

Το VMPAC (1999) αξιολογεί τις κινητικές λειτουργίες της ομιλίας και τις στοματικές δομές (συμπεριλαμβανομένων των εργασιών που σχετίζονται με το φαγητό) και προορίζεται για την αξιολόγηση παιδιών ηλικίας μεταξύ 3 και 12 ετών. Συμβάλλει στη διάγνωση, τον θεραπευτικό σχεδιασμό και την ανίχνευση καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας παιδιών με CAS. Επιπλέον, χρησιμοποιεί μια κλίμακα 3 σημείων (0 = λάθος, 1 = εν μέρει λάθος, 2 = σωστή) για να βαθμολογήσει την ακρίβεια και την ποιότητα των κινήσεων του στοματοπροσωπικού μηχανισμού και επιτρέπει τον προσδιορισμό του(των) επιπέδου(ων) διακοπής της κινητικής ομιλίας.

Το DEMSS (Strand & McCauley, 2019) είναι ένα πρόσφατο εργαλείο που αξιολογεί με βάση τη μίμηση, την αρθρωτική ακρίβεια της λέξης, του φωνήεντος, τη προσωδία και τη συνοχή της εκφοράς, χρησιμοποιώντας 9 υποδοκιμές, με συνολικά 66 στοιχεία. Το πρωτόκολλο έχει σχεδιαστεί για να αξιολογεί τις κινήσεις της ομιλίας μικρών παιδιών (3 ετών έως 6 ετών και 7 μηνών) ή εκείνων με σοβαρές διαταραχές λόγου. Κατά την εφαρμογή αυτού του πρωτοκόλλου, το παιδί εκτελεί το ερέθισμα με δύο τρόπους: πρώτον ως αρχική αυθόρμητη προσπάθεια και δεύτερον μετά από επίδειξη από τον εξεταστή.

The Orofacial Praxis Test(2007) επιτρέπει την αξιολόγηση δυσκολιών κατά την εκτέλεση κινήσεων (π.χ.: στείλε ένα φιλί) και ακολουθία κινήσεων (π.χ.: άνοιγμα και κλείσιμο του στόματος) χρησιμοποιώντας τους μύες του στοματοπροσωπικού μηχανισμού, κάνοντας διάκριση μεταξύ του τύπου χειρονομίας (κίνηση ή λεκτική πράξη, κίνηση στοματοπροσωπικής πράξης, ακολουθία κινήσεων, παράλληλες κινήσεις) και είδη εφαρμογής (λεκτική αίτηση και μίμηση). Δεν περιορίζεται μόνο στην ανίχνευση απραξίας της ομιλίας, αλλά βοηθά επίσης στον εντοπισμό διαταραχών που επηρεάζουν τον κινητικό συντονισμό σε διάφορα επίπεδα.

Το KSPT(1995) βοηθά στην αναγνώριση και θεραπεία της παιδικής απραξίας λόγου. Μετρά τις απαντήσεις του παιδιού μέσω της μίμησης του εξεταστή. Το τεστ έχει τέσσερα μέρη με αυξανόμενα επίπεδα δυσκολίας και η χορήγηση των τμημάτων του εξαρτάται από το επίπεδο λειτουργικότητας του παιδιού. Το Μέρος 1 αποτελείται από εργασίες που περιλαμβάνουν ευρείες στοματικές κινήσεις. Το Μέρος 2, αποτελείται από απλές κινήσεις (μεμονωμένα φωνήεντα /a, e/, φωνήεντα + φωνήεν /ai, ou/; απλά σύμφωνα /m, p, b, t, d/, CVCV / mama, papa /VCV / ora / CV, CVC).Το Μέρος 3 περιλαμβάνει σύνθετα σύμφωνα /k, g, f, s/, σύνθετες δισύλλαβες, σύνθετες λέξεις και το Μέρος 4, αυθόρμητο λόγο.

Το GFTA – 2 (Goldman & Fristoe, 2000) είναι το πιο δημοφιλές τεστ άρθρωσης, το οποίο παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ικανότητα άρθρωσης ενός παιδιού, αξιολογώντας τόσο την αυθόρμητη ομιλία όσο και την μιμητική παραγωγή ήχου. Αυτό το τεστ χρησιμοποιείται για μετρήσεις κατά την άρθρωση συμφώνων, προσδιορισμό των τύπων εσφαλμένης άρθρωσης και σύγκρισης ατομικών επιδόσεων με εθνικά πρότυπα, διαφοροποιημένα ως προς το φύλο.

Το MSAP(2010) αναπτύχθηκε με στόχο τον εντοπισμό διαγνωστικών δεικτών για οκτώ υποτύπους διαταραχών ήχου λόγου άγνωστης προέλευσης. Το πρωτόκολλο περιλαμβάνει 25 εργασίες και τεστ όπως: Goldman Fristoe Test of Articulation, ακουστική εξέταση, αυθόρμητη δειγματοληψία ομιλίας, δραστηριότητα λεξιλογικής προφοράς, δραστηριότητα με απλές και σύνθετες λέξεις και προτάσεις, δραστηριότητα επανάληψης συλλαβών και ψευδολέξεων, δραστηριότητα με ρητορικές ερωτήσεις και προσομοιώσεις, παρατεταμένη διαδοχοκίνηση, δραστηριότητα με φωνήεντα και σύμφωνα (/a/ και /f/), στοματοπροσωπική εξέταση, προφορικές και γραπτές κλίμακες γλώσσας και σύντομο τεστ νοημοσύνης Kaufman. Η εφαρμογή διαρκεί περίπου μία ώρα και μπορεί να γίνει σε μία ή δύο συνεδρίες. Είναι μια μπαταρία με πολλά τεστ/όργανα ικανά να βοηθήσουν στη διαφορική διάγνωση της απραξίας ομιλίας. Σε αντίθεση με τα άλλα πρωτόκολλα που παρουσιάζονται, αυτό δεν προορίζεται μόνο για τον εντοπισμό της απραξίας ομιλίας, αλλά και για διαταραχές του ήχου της ομιλίας.

Το NFD-3 είναι ένα χρήσιμο εργαλείο, το οποίο χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση και στην θεραπεία σε παιδιά με σοβαρές διαταραχές της ομιλίας. Το συγκεκριμένο διαγνωστικό εργαλείο ακολουθεί την προσέγγιση “bottom - up” από κάτω προς τα πάνω και προσαρμόζεται στις ατομικές ανάγκες κάθε περιστατικού. Το NFD3 περιέχει δοκιμασίες για τις πρώιμες δεξιότητες μέχρι και την συνδεδεμένη ομιλία και περιλαμβάνει μια σειρά από ενισχυμένα υλικά για αξιολόγηση και θεραπεία.

Ένας άλλος πρόσφατος κατάλογος ελέγχου που χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της CAS σε ερευνητικές και κλινικές ρυθμίσεις είναι το Strand’s 10 point checklist (Shriberg et al., 2012; Shriberg, Potter & Strand, 2009). Αυτός ο κατάλογος ελέγχου παρέχει 10 τεμαχιακά και υπερτεμαχιακά χαρακτηριστικά που μπορεί να υπάρχουν στη CAS, αν και οποιοσδήποτε συνδυασμός τουλάχιστον τεσσάρων από τα 10 χαρακτηριστικά εγγυάται τη διάγνωση της Παιδικής Απραξίας. Η συγκεκριμένη λίστα ελέγχου, όπως και άλλες, καθοδηγούν τον κλινικό ιατρό στη λήψη αποφάσεων για την παρουσία ή την απουσία μιας σειράς συμπεριφορών ομιλίας, στοματοκινητικών και γλωσσικών συμπεριφορών. Ωστόσο, ως επί το πλείστον, οι εν λόγω κατάλογοι ελέγχου δεν περιλαμβάνουν σαφείς ορισμούς των χαρακτηριστικών ή των μεθόδων, ώστε να προσδιοριστεί ο βαθμός και η συχνότητα με την οποία πρέπει να παρατηρείται η κάθε συμπεριφορά (πχ. Crary, 1995- Davis & Velleman, 2000- βλ. Thoonen et al. , 1999- βλ. Rvachew, Hodge & Ohberg, 2005). Το ευρύ φάσμα συμπεριφορών που έχει ληφθεί υπόψη για τις λίστες ελέγχου αντικατοπτρίζει:

A) τις απόψεις που υποστηρίζουν πως τα συμπτώματα της Παιδικής Απραξίας αλλάζουν ανάλογα με την ηλικία ή/και την ωρίμανση.

B) τις διαφορετικές θεωρητικές απόψεις ως προς το αν η CAS έχει βασικές ή συνυπάρχουσες διαταραχές φωνολογικής ή γλωσσικής μνήμης, αναλφαβητισμού, κινητικές και στοματοκινητικές διαταραχές (Alcock, Passingham, Watkins & Vargha-Khadem, 2000; Marion, Sussman & Marquardt, 1993; Shriberg et al., 2012).

Κεφάλαιο 3ο : Διαφοροδιάγνωση

3.1 Διαφοροδιάγνωση

Πολλά από τα επιφανειακά χαρακτηριστικά της Παιδικής Απραξίας συναντώνται σε ένα ευρύ φάσμα των διαταραχών επικοινωνίας. Υπάρχουν πολλές διαταραχές που μπορεί να προκαλέσουν καθυστέρηση στις λεκτικές δεξιότητες επικοινωνίας ενός παιδιού. Μεταξύ αυτών είναι η Δυσαρθρία, οι Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού, η Νοητική Υστέρηση, τα προβλήματα ακοής, όρασης, λόγου, οι γενετικές ανωμαλίες (π.χ. Σύνδρομο Down, Fragile- X, Angelman Syndrome), οι κοινωνικές/συναισθηματικές διαταραχές και οι διαταραχές της κεντρικής ακουστικής επεξεργασίας. Για να επιτευχθεί το καλύτερο σχέδιο θεραπείας, πρέπει να γίνει <<διαφορική διάγνωση>>. Αυτό σημαίνει πως πρέπει να αξιολογηθεί το παιδί και να επανεξεταστεί το αρχείο του σχετικά με την εγκυμοσύνη, τη γέννηση και την ανάπτυξη. Αυτή η εργασία γίνεται ακόμη πιο δύσκολη από το γεγονός ότι για τα περισσότερα παιδιά, περισσότερες από μία από τις διαταραχές που αναφέρονται ανωτέρω μπορούν να συμβάλλουν στην καθυστέρηση. Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι λογοθεραπευτές όταν ασχολούνται με παιδιά με σοβαρές διαταραχές ομιλίας είναι η διαφοροδιάγνωση μίας Φωνολογικής Διαταραχής από μία Κινητική Διαταραχή Ομιλίας. Στις κινητικές διαταραχές της ομιλίας περιλαμβάνονται η Απραξία και η Δυσαρθρία. Τα χαρακτηριστικά της πρώτης ίσως επικαλύπτουν τα χαρακτηριστικά της δεύτερης. Δυστυχώς, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις ονομασίες/ταξινόμηση των διαταραχών. Ίσως περισσότερη από αυτή που χρειάζεται. Για παράδειγμα, αν υπάρχει σοβαρό πρόβλημα Απραξίας θα επηρεαστεί και η φωνολογία. Οι δύο διαταραχές μπορεί να συνυπάρχουν, να αλληλεπιδρούν και να συγκαλύπτουν η μία την άλλη. Ωστόσο, είναι χρήσιμο να χρησιμοποιούνται αυτοί οι όροι, ώστε να συνεννοούνται οι θεραπευτές μεταξύ τους και να αποφασίζουν για την επιλογή της θεραπείας.

3.2 Δείκτες Διαφοροδιάγνωσης

Ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της CAS υπάρχουν ορισμένα τα οποία είναι ιδιαιτέρως χρήσιμα στη διαφοροδιάγνωση, ενώ άλλα δεν αποτελούν δείκτες διαφοροδιάγνωσης της διαταραχής. Για παράδειγμα, μπορεί να συναντώνται και σε παιδιά με Γλωσσική Καθυστέρηση ή Φωνολογική Διαταραχή.

3.2.1 ΣΥΧΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

- Περιορισμένο βρεφικό βάβισμα
- Καθυστερημένη έναρξη ομιλίας
- Φτωχή καταληπτότητα
- Περιορισμένο ρεπερτόριο συμφώνων και φωνηέντων

- Χρήση απλών συλλαβικών δομών
- Συχνές παραλείψεις ήχων/φωνημάτων
- Περιορισμένοι διακριτοί ήχοι
- Πολυάριθμα λάθη
- Χαμηλό νοητικό επίπεδο
- Απώλεια λέξεων που προηγουμένως είχαν κατακτηθεί

3.2.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΟΥΝ ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

- Δυσκολία μετάβασης από μία αρθρωτική διαμόρφωση σε άλλη
- Αδέξιες κινήσεις αρθρωτών κατά την παραγωγή συνεχόμενης κίνησης π.χ. για δημιουργία μιας συλλαβής.
- Κινήσεις αναζήτησης. Σύμφωνα με τη Dr. Edythe Strand σε ένα παιδί με απραξία θα παρατηρήσουμε κινήσεις αναζήτησης σε μία κινητική εξέταση της ομιλίας, αλλά όχι τόσο συχνά στον αυθόρμητο λόγο, σε αντίθεση με τους ενήλικες.
- Παραμορφώσεις φωνηέντων
- Λάθη στην προσωδία
- Λάθη λεξιλογικού τονισμού, κατάτμηση/συλλαβοποίηση

3.3 Διαφοροδιάγνωση Παιδικής Απραξίας- Δυσαρθρίας

(ΠΙΝΑΚΑΣ 1)

| Παιδική Απραξία | Δυσαρθρία |
|---|--|
| Υπάρχει πρόβλημα στον κινητικό προγραμματισμό. | Υπάρχει μυϊκή αδυναμία. |
| Καλύτερη άρθρωση σε ακούσια/αυτόματη ομιλία. Μπορεί να υπάρξουν περίοδοι χωρίς λάθη στην ομιλία. | Η αυτόματη και η εκούσια ομιλία είναι παρόμοια επηρεασμένες. Δεν υπάρχουν περίοδοι χωρίς λάθη στην ομιλία. |
| Τα λάθη είναι απρόβλεπτα και ιδιαίτερα ασταθή. | Τα λάθη είναι προβλέψιμα και ιδιαίτερα σταθερά. |
| Λάθη αντικατάστασης και μεταθέσεις επικρατούν. | Λάθη παραμόρφωσης και απαλοιφής επικρατούν. |
| Υπάρχει σημαντική δυσκολία με την έναρξη της ομιλίας, που εκδηλώνεται με δισταγμούς, παύσεις, επανεκκινήσεις και επαναλήψεις. | Η έναρξη της ομιλίας, συνήθως, δεν επηρεάζεται. |
| Ορατές και ακουστικές κινήσεις αναζήτησης των αρθρωτών. | Δεν υπάρχουν ορατές ή ακουστικές κινήσεις αναζήτησης των αρθρωτών. |

| | |
|---|---|
| Διαταραγμένη ταχύτητα, ρυθμός και επιτονισμός ομιλίας. | Διαταραγμένη ταχύτητα, ρυθμός και επιτονισμός ομιλίας, ανάλογα με τον τύπο της Δυσαρθρίας. |
| Οι διαταραχές παρουσιάζονται κυρίως σε άρθρωση και προσωδία. | Όλες οι διεργασίες ομιλίας επηρεάζονται, συμπεριλαμβανομένης της αναπνοής, της φώνησης, της άρθρωσης, της προσωδίας και της αντήχησης. |
| Υπάρχει αλλαγή στον κινητικό προγραμματισμό της ομιλίας που προκύπτει από τη νευρολογική εμπλοκή, αλλά ο μυϊκός τόνος δεν επηρεάζεται. Οι ακούσιες κινητικές δραστηριότητες συνήθως δεν προσβάλλονται. | Υπάρχει μια αλλαγή στον μυϊκό τόνο δευτερεύουσα στην νευρολογική εμπλοκή, που έχει ως αποτέλεσμα μια δυσκολία με τις ακούσιες και εκούσιες κινητικές δραστηριότητες (όπως κατάποση, μάσηση και γλείψιμο). |
| Τα σύμφωνα είναι πιο δύσκολα από τα φωνήεντα, τα συμπλέγματα είναι πιο δύσκολα από τα μεμονωμένα σύμφωνα, τα σύμφωνα στην αρχή των λέξεων είναι πιο δύσκολα από τα τελικά σύμφωνα. Τα τριβόμενα και τα προστριβόμενα αποτελούν τα πιο δύσκολα σύμφωνα. Τα λάθη αυξάνονται καθώς η πολυπλοκότητα των κινήσεων αυξάνεται. | Η παραγωγή συμφώνων είναι σταθερά ανακριβής. Τα φωνήεντα ίσως και να ουδετεροποιηθούν. |
| Η αντιληπτική ικανότητα είναι πολύ καλύτερη από την εκφραστική. | Κανονικά δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των αντιληπτικών και εκφραστικών γλωσσικών ικανοτήτων. |
| Σε γενικές γραμμές, καλός έλεγχος ύψους και έντασης φωνής. Ίσως υπάρχει περιορισμένο εύρος κίνησης για ομιλία. | Μονοτονία στη φωνή, δυσκολία ελέγχου ύψους και έντασης φωνής. |

Η μεγαλύτερη δυσκολία στη διαφοροδιάγνωση των δύο διαταραχών, αφορά την Παιδική Απραξία και την Αταξική Δυσαρθρία. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η Αταξική Δυσαρθρία είναι ο μοναδικός τύπος Δυσαρθρίας που δεν σχετίζεται με μυϊκή αδυναμία. Και στις δύο διαταραχές υπάρχουν ασυνεπή λάθη, αλλά στη Αταξική Δυσαρθρία υπάρχουν πιο σταθερά λάθη. Για παράδειγμα, σε μία κινητική εξέταση ομιλίας η οποία είναι δομημένη να πηγαίνει από μονοσύλλαβες σε πολυσύλλαβες λέξεις ή από απλές μονοσύλλαβες λέξεις σε πολυσύλλαβες λέξεις, σε μικρές φράσεις και μετά σε μεγάλες προτάσεις θα υπάρχει ασυνέπεια και στις δύο διαταραχές, αλλά στην Απραξία θα δυσχεραίνουν τα συμπτώματα, ενώ στην Αταξική Δυσαρθρία θα παραμένουν πιο σταθερά. Επίσης, σε ένα παιδί με απραξία η διαδοχοκίνηση (πχ.<<ρες μου /ρα ρα ρα ρα ρα/>>) θα είναι σωστή, αλλά ίσως αργή, ενώ στην Αταξική Δυσαρθρία θα παρατηρήσουμε πρόβλημα στο συντονισμό της αναπνοής. Στη Απραξία ίσως υπάρχει κινητικό

πρόβλημα (Απραξία Άκρων), αλλά όχι αταξικό βάδισμα, ενώ στην Αταξική Δυσαρθρία ίσως έχουν αταξικό βάδισμα, τρέμουλο (Intention tremor) και άλλα σημάδια γενικής αταξίας. Τέλος, ένα ακόμη βοηθητικό στοιχείο για τη διαφοροδιάγνωση είναι το ιατρικό ιστορικό.

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθεί πως η θεραπεία της Αταξικής Δυσαρθρίας και της CAS πραγματοποιείται με παρόμοιο τρόπο, σε αντίθεση με τις τεχνικές που χρησιμοποιούμε σε παιδιά με Δυσαρθρία λόγω αδυναμίας, όπου πρόκειται να κτίσουμε τη φυσιολογική υποστήριξη για ομιλία. Στη CAS και στην Αταξική Δυσαρθρία χρησιμοποιούμε διαφορετικές τεχνικές οι οποίες σχετίζονται με τον κινητικό προγραμματισμό και κυρίως με τον έλεγχο της κίνησης.

3.4 Διαφοροδιάγνωση Παιδικής Απραξίας- Φωνολογικής Διαταραχής

(ΠΙΝΑΚΑΣ 2)

| Παιδική Απραξία | Φωνολογική Διαταραχή |
|--|--|
| Υπάρχει πρόβλημα στον κινητικό προγραμματισμό. Απουσία αδυναμίας, έλλειψης συντονισμού ή παράλυσης των μυών. | Απουσία αδυναμίας, έλλειψης συντονισμού ή παράλυσης των μυών. Δεν υπάρχει πρόβλημα στον κινητικό προγραμματισμό. |
| Καμία δυσκολία στον έλεγχο ακούσιων κινήσεων για μάσηση και κατάποση, εκτός αν συνυπάρχει στοματική απραξία. | Καμία δυσκολία στον έλεγχο ακούσιων κινήσεων για μάσηση και κατάποση. |
| Μη σταθερά λάθη | Σταθερά λάθη τα οποία χωρίζονται σε κατηγορίες (fronting, stopping, etc.) |
| Τα λάθη μπορεί να περιλαμβάνουν παραλείψεις, αντικαταστάσεις, προσθήκες, επαναλήψεις, κλπ. Συχνά, υπάρχει απλοποίηση της μορφής της λέξης. Παραλείψεις στην αρχική θέση είναι πιο πιθανές από την τελική θέση. | Τα λάθη μπορεί να περιλαμβάνουν παραλείψεις, αντικαταστάσεις, παραμορφώσεις, κλπ. Παραλείψεις στην τελική θέση είναι πιο πιθανές από την αρχική θέση. Τα λάθη αντικατάστασης είναι πιο συχνά από ότι στην CAS (αυτά τα λάθη παράγονται με σωστή κίνηση). Οι παραμορφώσεις φωνηέντων είναι πιο σπάνιες. |
| Καλύτερη άρθρωση σε ακούσια/αυτόματη ομιλία. Μπορεί να υπάρξουν περίοδοι χωρίς λάθη στην ομιλία. | Η αυτόματη και η εκούσια ομιλία είναι παρόμοια επηρεασμένες. Δεν υπάρχουν περίοδοι χωρίς λάθη στην ομιλία. |
| Ο αριθμός των λαθών αυξάνεται όσο αυξάνεται το μήκος και η πολυπλοκότητα της λέξης/φράσης. | Το μήκος και η πολυπλοκότητα της λέξης/φράσης δεν επηρεάζουν τον αριθμό των λαθών. |
| Η αντιληπτική ικανότητα είναι πολύ καλύτερη από την εκφραστική. | Ορισμένες φορές ίσως υπάρχουν διαφορές μεταξύ των αντιληπτικών και εκφραστικών γλωσσικών ικανοτήτων. |

| | |
|---|---|
| Σε γενικές γραμμές καλός έλεγχος ύψους και έντασης φωνής. Ίσως υπάρχει περιορισμένο εύρος κίνησης για ομιλία. | Καλός έλεγχος του τόνου και της έντασης. Δεν υπάρχει περιορισμένο εύρος κίνησης για ομιλία. |
| Διαταραγμένη ταχύτητα, ρυθμός και επιτονισμός ομιλίας. Παρατηρείται αρθρωτική αναζήτηση. | Φυσιολογική ταχύτητα, ρυθμός και επιτονισμός ομιλίας. |

•Compiled by Ruth Stoeckel, M.A., CCC-SLP and David Hammer, M.A., CCC-SLP Copyright © March 2001, Childhood Apraxia of Speech Association of North America, Internet: <http://www.apraxia-kids.org>

3.5 Διαφοροποίηση Παιδικής Απραξίας από άλλες παθήσεις

3.5.1 Μυολειτουργικές Διαταραχές

Σε παιδιά που παρουσιάζουν μυολειτουργικές διαταραχές του στοματοπροσωπικού συστήματος, η διαταραχή της ομιλίας περιορίζεται κυρίως στον τομέα της άρθρωσης, ιδιαίτερα στους συριστικούς φθόγγους και εν μέρει στους φατνιακούς φθόγγους. Ταυτόχρονα, παρουσιάζονται διαταραχές στις αντανακλαστικές λειτουργίες όπως η αναπνοή, ο θηλασμός, η μάσηση και η κατάποση. Στις μυολειτουργικές διαταραχές ο μηχανισμός ελέγχου και πραγματοποίησης των κινήσεων δεν επηρεάζεται, αντίθετα τα όργανα δεν έχουν την ικανότητα να πραγματοποιήσουν μία κίνηση ή αυτή πραγματοποιείται με λάθος τρόπο. Συγκεκριμένα, η γλώσσα κινείται προς τα εμπρός με υπερβολικό τρόπο κατά τη διάρκεια της ομιλίας ή/και της κατάποσης. Η γλώσσα μπορεί να βρίσκεται πολύ μπροστά κατά την ανάπαυση ή να προεξέχει μεταξύ των άνω και κάτω δοντιών κατά την ομιλία και την κατάποση, καθώς και κατά την ανάπαυση. Περαιτέρω, στην Παιδική Απραξία της Ομιλίας οι διαταραχές του συντονισμού εμφανίζονται στην κινητικότητα της ομιλίας, επηρεάζοντας κυρίως την άρθρωση και την προσωδία και όχι τα υπόλοιπα υποσυστήματά της.

3.5.2 Γλωσσική Καθυστέρηση

Η παιδική απραξία ομιλίας διαφέρει από την καθυστέρηση του λόγου, στην οποία ένα παιδί ακολουθεί την "τυπική" πορεία της ανάπτυξης του λόγου, αλλά με πιο αργό ρυθμό. Συνήθως, ο ρυθμός αυτός συμβαδίζει με τις γνωστικές δεξιότητες του παιδιού. Στην τυπική ανάπτυξη λόγου/γλώσσας, οι δεκτικές και εκφραστικές δεξιότητες του παιδιού αυξάνονται μαζί σε μεγάλο βαθμό. Όπως προαναφέρθηκε, αυτό που παρατηρείται συχνά σε ένα παιδί με λεκτική απραξία, είναι ένα μεγάλο χάσμα μεταξύ των δεκτικών και των εκφραστικών γλωσσικών ικανοτήτων του. Με άλλα λόγια, η ικανότητα του παιδιού να κατανοεί τη γλώσσα (προσληπτική ικανότητα) είναι σε γενικές γραμμές εντός των φυσιολογικών ορίων, αλλά η ικανότητά του να χρησιμοποιεί την εκφραστική γλώσσα μέσω του λόγου είναι σοβαρά ελλιπής, απύσχα ή πολύ ασαφής. Αυτός είναι ένας σημαντικός παράγοντας και μια ένδειξη ότι το παιδί μπορεί να έχει κάτι περισσότερο από "καθυστερημένη" ομιλία. Ωστόσο, ορισμένες γλωσσικές διαταραχές μπορούν επίσης να προκαλέσουν παρόμοιο μοτίβο σε ένα παιδί. Το χάσμα μεταξύ της εκφραστικής και της δεκτικής γλωσσικής ικανότητας ενός παιδιού δεν αρκεί από μόνο του για τη διάγνωση της απραξίας. Άλλωστε, υπάρχει πιθανότητα ορισμένα παιδιά με παιδική απραξία να έχουν, παράλληλα,

μειωμένη εκφραστική και δεκτική ικανότητα. Ένα στοιχείο που θα μπορούσε να αποτελεί δείκτη διαφοροδιάγνωσης των δύο διαταραχών είναι τα ευρήματα των Iuzzini-Seigel et al. (2017), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι 10/20 συμμετέχοντες με CAS παρουσίασαν διαταραχή συντονισμού σε σύγκριση με μόνο 1/10 παιδιά με καθυστέρηση ομιλίας που εμφάνισε αυτό το χαρακτηριστικό. Επιπλέον, ο Shriberg και οι συνεργάτες του χρησιμοποίησαν τον “ακατάλληλο τονισμό”, που εμφανίζεται στην CAS, ως διαφοροποιητικό δείκτη με τη γλωσσική καθυστέρηση.

3.5.3 Αρθρωτική Διαταραχή

Ένα παιδί που έχει δυσκολία στην εκμάθηση συγκεκριμένων φωνημάτων, αλλά δεν παρουσιάζει πρόβλημα στον προγραμματισμό ή το συντονισμό των αρθρωτικών κινήσεων, μπορεί να έχει μια αρθρωτική ή φωνολογική διαταραχή. Σε μια διαταραχή άρθρωσης, ένα παιδί έχει δυσκολία άρθρωσης σε ένα ή περισσότερα φωνήματα. Σε αυτή την περίπτωση πραγματοποιείται συνήθως η αντικατάσταση του συγκεκριμένου φωνήματος από ένα άλλο (ASHA, 2007). Συνδέεται συνήθως με δομικές δυσκολίες. Για παράδειγμα, τα παιδιά με σχιστία της υπερώας ή κраниοπροσωπικές ανωμαλίες μπορεί να δυσκολεύονται να παράγουν ορισμένους ήχους λόγω δομικών ελλειμμάτων. Τα ηχητικά λάθη δεν είναι απαραίτητα μοτίβο στη φύση τους, αλλά προκύπτουν από τη δυσκολία και/ή την αδυναμία αλληλουχίας/παραγωγής ορισμένων συμφώνων και φωνηέντων. Μια διαταραχή άρθρωσης επηρεάζει την ομιλία σε φωνητικό επίπεδο.

3.5.4 Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Η Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος(ΔΑΦ) και η Παιδική Απραξία της Ομιλίας είναι αναπτυξιακές διαταραχές με ξεχωριστά διαγνωστικά κριτήρια και διαφορετική επιδημιολογία. Ωστόσο, πρόσφατα αναφέρθηκαν αλληλεπικαλυπτόμενα κλινικά χαρακτηριστικά μεταξύ ΔΑΦ και CAS. Τα παιδιά που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να δυσκολεύονται να αναπτύξουν γλωσσικές δεξιότητες και να κατανοήσουν τι τους λένε οι άλλοι. Επίσης, συχνά δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν μη λεκτικά, όπως μέσω χειρονομιών, οπτικής επαφής και εκφράσεων του προσώπου. Η ικανότητα των παιδιών με ΔΑΦ να επικοινωνούν και να χρησιμοποιούν τη γλώσσα εξαρτάται από τη διανοητική και κοινωνική τους ανάπτυξη. Ορισμένα παιδιά μπορεί να μην είναι σε θέση να επικοινωνήσουν χρησιμοποιώντας την ομιλία ή τη γλώσσα, ενώ άλλα μπορεί να έχουν πολύ περιορισμένες δεξιότητες ομιλίας. Κάποια μπορεί να έχουν πλούσιο λεξιλόγιο και να μπορούν να μιλήσουν για συγκεκριμένα θέματα με μεγάλη λεπτομέρεια. Επιπλέον, ίσως παρουσιάζουν προβλήματα με το νόημα και το ρυθμό των λέξεων και των προτάσεων. Μπορεί, επίσης, να μην είναι σε θέση να κατανοήσουν τη γλώσσα του σώματος και τα νοήματα των διαφορετικών φωνητικών τόνων. Ο επιπολασμός των παιδιών με Παιδική Απραξία είναι, πιθανώς, υψηλότερος σε μη λεκτικά ή ελάχιστα λεκτικά παιδιά με αυτισμό, τα οποία εκπροσωπούν περίπου το 25-30% του πληθυσμού των παιδιών με αυτισμό, χωρίς λειτουργικό λόγο μέχρι την ηλικία των 5 ετών. Από κλινική άποψη, τόσο τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, όσο και τα παιδιά με CAS αντιμετωπίζουν μία καθυστέρηση στην απόκτηση εκφραστικού λόγου, η οποία μπορεί

να συμβάλει σε δυσκολία στην πρώιμη διαφοροδιάγνωση μεταξύ των δύο συγκεκριμένων διαταραχών. Μία ακόμη δυσκολία οφείλεται στην έλλειψη συγκεκριμένων νευροβιολογικών δεικτών οι οποίοι πιθανώς θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη διαφορική διάγνωση των δύο διαταραχών.

Ορισμένες απόψεις υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η απραξία μπορεί να είναι η αιτία της απουσίας ανάπτυξης του λόγου στη ΔΑΦ. Τα παιδιά με ΔΑΦ παρουσιάζουν ελλείμματα πρακτικής μίμησης και επηρεάζουν και δυσχεραίνουν την απόκτηση και την εκτέλεση μιας σειράς κινητικών εντολών. Η επέκταση των ευρημάτων από τις μελέτες πρακτικής είναι ότι το έλλειμμα πρακτικής στην ομιλία μπορεί να είναι η αιτία της αποτυχίας στη ΔΑΦ. Τα νευροσυμπεριφορικά υποστρώματα της απραξίας θα μπορούσαν να εξηγήσουν τα ευρήματα της ομιλίας και της προσωδίας στη ΔΑΦ.

Κεφάλαιο 4ο: Θεραπεία

4.1 Θεραπεία

Η θεραπεία της παιδικής απραξίας από τους λογοθεραπευτές αποτελούσε μία πρόκληση λόγω των ελλειμάτων στη διάγνωση και την περιορισμένη έρευνα για την καθοδήγηση της δημιουργίας και υλοποίηση θεραπευτικού πλάνου. Συνεπώς, τα παιδιά τα οποία εμφάνιζαν CAS ήταν πιθανόν να λάβουν λογοθεραπευτική παρέμβαση που δεν ήταν συνακόλουθη της πρακτικής βάσης ενδείξεων (evidence based practice, EBP). Τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα της βιβλιογραφίας που αφορά την θεραπεία έχει βελτιωθεί μέσω της εφαρμογής ισχυρότερων ερευνητικών σχεδίων (cf. Murray, McCabe, & Ballard, 2015), της αντιγραφής και της αυξανόμενης χρήσης προτύπων θεραπείας τα οποία έχουν προκύψει από διάφορες μελέτες και έρευνες.

Η θεραπεία της παιδικής απραξίας απαιτεί εκτεταμένες συνεδρίες με τον λογοθεραπευτή, οι οποίες μπορεί να είναι δύσκολο να διαχειριστούν λόγω των χρονικών περιορισμών και των δαπανών (Adhoc Committee on CAS, 2007b). Τα παιδιά συχνά, συναντούν δυσκολία στην αντίληψη της ομιλίας τους και στην αυτοδιόρθωση των λαθών τους. Για τον λόγο αυτό, είναι σημαντική η συστηματική επαναλαμβανόμενη εξάσκηση μέσω της παραγωγής ήχων, ακρόασης τους και αξιολόγησης των προσπαθειών τους (Ballard et al., 2010). Τα παιδιά με απραξία επωφελούνται τόσο από φωνητικές, όσο και από γλωσσολογικές θεραπευτικές προσεγγίσεις (Ballard et al., 2010; Gillon and Moriarty, 2007; Strand et al., 2006).

Ο σχεδιασμός της θεραπείας πραγματοποιείται σε διάφορα επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο λαμβάνονται γενικές αποφάσεις σχετικά με τους θεραπευτικούς στόχους. Οι αποφάσεις αυτές βασίζονται κυρίως στη σοβαρότητα του περιορισμού της λειτουργικότητας και στις δυσκολίες που συναντάει το άτομο. Το δεύτερο επίπεδο αναφέρεται στην επιλογή συγκεκριμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων, οι οποίες επιτρέπουν την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης βασίζεται αρκετά στην κατανόηση του προβλήματος. Ο όρος θεραπευτική προσέγγιση χρησιμοποιείται για να δείξει αν η εστίαση είναι στην κινητική, στην γνωστική ή στην γλωσσική βλάβη. Ο όρος θεραπευτική μέθοδος αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη διαδικασία θεραπείας, όπως είναι ο ολικός ερεθισμός. Ο όρος θεραπευτική τεχνική αναφέρεται στις ειδικές εργασίες που μπορούν να εφαρμοστούν από τη θεραπευτική μέθοδο.

Οι θεραπευτές είναι σημαντικό να γνωρίζουν πως κατά την ανάπτυξη και τη νευρολογική ωρίμανση των παιδιών, συχνά παρατηρείται αυτόματη βελτίωση στην ομιλία. Επομένως, τα κλινικά χαρακτηριστικά τα οποία παρατηρεί, ακούει και βλέπει ο θεραπευτής είναι πιθανό να μεταβάλλονται. Συχνά, στα πλαίσια της Απραξίας, οι παραπάνω αλλαγές πραγματοποιούνται κάποιες φορές με ταχύ και άλλες με αργό ρυθμό. Επομένως, οι θεραπευτές οφείλουν να προσαρμόζουν τη θεραπεία κατάλληλα.

4.2 Μέθοδοι Θεραπείας

Σε γενικό επίπεδο, οι θεραπείες μπορούν να ομαδοποιηθούν σε γλωσσικές και κινητικές θεραπείες. Οι πρώτες περιλαμβάνουν το Multifocal Intervention Programme (Crary, 1993: 223-29) και Integration Phonological Awareness Intervention (Moriarty and Gillon, 2006), οι οποίες περιέχουν γλωσσικά στοιχεία για τη βελτίωση της επίγνωσης των φωνολογικών συστατικών μιας λέξης εκτός από την κινητική πρόβα. Στις προσεγγίσεις με βάση την κινητική λειτουργία, τα παιδιά με CAS πιστεύεται ότι ωφελούνται από την παραγωγή συνδυασμών ήχου, αν και ένα μεμονωμένο φώνημα μπορεί επίσης να χρειαστεί να εκπαιδευτεί μερικές φορές. Επιπλέον, η απτική-κινητική, η μελωδική και η ρυθμική διευκόλυνση και η χειρονομιακή υπόδειξη αναφέρονται συχνά ως μέσα που πρέπει να αξιοποιηθούν στην εκπαίδευση. Οι μέθοδοι που βασίζονται στην κινητική λειτουργία περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, τη μέθοδο θεραπείας Dynamic Temporal and Tactile Cueing (DTTC, Strand et al. , 2006), το σύστημα Prompt (Chumpralik, 1984), καθώς και τη θεραπεία μελωδικού τονισμού (MIT, Helfrich-Miller, 1984, 1994) και τη μέθοδο Touch-Cue (TCM, Bashir et al. , 1984). Παρακάτω αναλύονται ορισμένες από τις μεθόδους που προαναφέρθηκαν:

Η θεραπεία μελωδικού τονισμού (MIT) αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1970 για ενήλικες αφασικούς ασθενείς με τουλάχιστον ικανοποιητική κατανόηση της γλώσσας, αλλά σημαντικά περιορισμένη παραγωγή (Albert et al. , 1973). Δέκα χρόνια αργότερα η Helfrich-Miller (1984) εισήγαγε μια προσαρμοσμένη μέθοδο MIT για παιδιά με CAS. Ο στόχος του MIT είναι να ακολουθήσει ήχους και λέξεις εκμεταλλευόμενος τα προσωδιακά στοιχεία της ομιλίας: μελωδική γραμμή, ταχύτητα, ρυθμό και επιτονισμό [melodic line, tempo, rhythm and stress]. Η λεκτική παραγωγή υποστηρίζεται από τη μελωδική ομιλία [intoning utterances]. Στην ομιλία που μοιάζει με τραγούδι ο ρυθμός των φράσεων είναι πιο αργός από ό,τι στην κανονική ομιλία, το εύρος της διακύμανσης του τόνου μειώνεται, ενώ ο ρυθμός και ο επιτονισμός είναι υπερβολικά έντονα.

Στην Touch-Cue Method (TCM), η οποία εισήχθη στις αρχές της δεκαετίας του 1980 (Bashir et al. , 1984), η αλληλουχία των ήχων της ομιλίας υποστηρίζεται δίνοντας ενδείξεις αφής στο πρόσωπο και το λαιμό του παιδιού. Η TCM αποτελείται από τρία στάδια, καθένα από τα οποία περιλαμβάνει μια σειρά ιεραρχικά διατεταγμένων βημάτων. Το πρώτο στάδιο επικεντρώνεται σε ασκήσεις μη λογικών συλλαβών (on drills of nonsense syllables). Στο δεύτερο στάδιο, οι μονοσύλλαβες και πολυσύλλαβες ψευδολέξεις και πραγματικές λέξεις διαμορφώνονται από τις προηγουμένως διδαγμένες αρθρωτικές κινήσεις. Το τελευταίο στάδιο περιλαμβάνει την εξάσκηση των δεξιοτήτων αλληλουχίας που έχουν διδαχθεί, πρώτα σε πολυλεκτικές εκφράσεις και στη συνέχεια σε αυθόρμητη ομιλία. Από όσο γνωρίζουμε, δεν υπάρχουν παλαιότερα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της TCM.

4.3 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

1.Κινητικές προσεγγίσεις: Οι μέθοδοι αυτές χρησιμοποιούν τις αρχές της κινητικής μάθησης, όπως η έμφαση σε μεγάλο αριθμό επιτυχημένων επαναλήψεων μιας λεκτικής δομής, χρησιμοποιώντας ερεθίσματα με υψηλή πολυπλοκότητα και μια περίοδο διδασκαλίας που ακολουθείται από πρακτική εξάσκηση όπου οι υποδείξεις και η ανατροφοδότηση είναι περιορισμένα. Τέτοιες προσεγγίσεις φέρονται να διευκολύνουν τη διατήρηση και τη γενίκευση σε παιδιά με CAS (Maas 2008; Maas 2014). Η θεραπεία με βάση την κίνηση μπορεί επίσης να περιλαμβάνει μη ομιλητικές ή κινητικές τεχνικές. Για παράδειγμα, εκπαίδευση στην αναγνώριση προφορικών μορφών (Kingston 1987) και στοματοπροσωπική μυολειτουργική θεραπεία (Ray 2003). Επιπλέον, μπορεί να είναι εργαλειακά, όπως η καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση (Lozano 1978), η ηλεκτροπαλατογραφία (Carter 2004, Lundeborg 2007) και οι υπέρηχοι (Preston 2013).

Σύμφωνα με τις κινητικές προσεγγίσεις, οι εκπαιδευτικές συνεδρίες θα πρέπει να διεξάγονται αρκετά συχνά ώστε να επιτρέπουν την επαναλαμβανόμενη πρακτική. Επιπρόσθετα, για να βελτιωθεί η ακρίβεια της κίνησης και να επιτραπεί επαρκής μαζική εξάσκηση (sufficient mass practice) (δηλ. επανάληψη ενός μικρού συνόλου ερεθισμάτων) είναι απαραίτητο το ίδιο υλικό να επαναλαμβάνεται πολλές φορές πριν προχωρήσει ο θεραπευτής. Από την άλλη πλευρά, απαιτείται επαρκής αριθμός ερεθισμάτων για τη βελτίωση της κινητικής μάθησης. Τέλος, η χρονική σχέση μεταξύ του μοντέλου του θεραπευτή και της ανταπόκρισης του παιδιού, καθώς και ο αριθμός των ενδείξεων θα πρέπει να ποικίλλουν.

2.Γλωσσολογικές προσεγγίσεις: Οι μέθοδοι αυτές επικεντρώνονται στη σημασιολογία, τη φωνολογία ή τη γραμματική της γλώσσας και όχι στην κινητική παραγωγή λόγου αυτή καθαυτή. Για παράδειγμα, μια γλωσσική προσέγγιση μπορεί να περιλαμβάνει θεραπεία φωνολογικής αντίθεσης, όπου τα παιδιά διδάσκονται πώς να αφαιρέσουν τους κανόνες του ήχου της ομιλίας για τη συγκεκριμένη/ες γλώσσα/ες που μιλούν (Dodd 2008). Ένα άλλο παράδειγμα μιας γλωσσικής προσέγγισης είναι η θεραπεία του βασικού λεξιλογίου, η οποία επικεντρώνεται στη διαμόρφωση των προσεγγίσεων των λέξεων των παιδιών, ενώ επεκτείνει το εκφραστικό και προσληπτικό τους λεξιλόγιο (Crosbie 2005).

3.Προσεγγίσεις πολυτροπικής επικοινωνίας: Αυτές οι μέθοδοι χρησιμοποιούνται για τα παιδιά που είναι ελάχιστα λεκτικά. Έχουν σκοπό να τα βοηθήσουν να επικοινωνούν και να μειώσουν την απογοήτευση που σχετίζεται με την αναπηρία της ομιλίας τους. Οι συσκευές μπορεί να περιλαμβάνουν υπολογιστή, τηλέφωνο ή tablet, με εφαρμογές που βοηθούν τα παιδιά να παράγουν λέξεις, φράσεις και προτάσεις. Άλλες μέθοδοι περιλαμβάνουν χειρονομίες, νοηματική γλώσσα ή χρήση οπτικών πινάκων με εικόνες.

4.4 Ένταση Θεραπείας

Για την αντιμετώπιση των ελλειμμάτων ομιλίας στην Παιδική Απραξία έχει συστηθεί πιο εντατική θεραπεία. Ωστόσο, οι διαφορές στα αποτελέσματα της θεραπείας που σχετίζονται με την άρθρωση, τη λειτουργική επικοινωνία και την καταληπτότητα του λόγου ως συνάρτηση της έντασης της θεραπείας, δεν έχουν μελετηθεί συστηματικά σε αυτό τον πληθυσμό.

Σύμφωνα με τα ευρήματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε, με θέμα διερεύνησης την ένταση της θεραπείας στη CAS (Namasivayam, Aravind K.; Pukonen, Margit; Goshulak, Debra; Hard, Jennifer; Rudzicz, et al. 2015) η θεραπεία υψηλότερης έντασης (2×/εβδομάδα) αποδίδει σημαντικά αποτελέσματα και μεγαλύτερη επίδραση στην άρθρωση και τη λειτουργική επικοινωνία, σε σύγκριση με την παρέμβαση χαμηλότερης έντασης (1×/εβδομάδα). Επιπλέον, καμία από τις δύο θεραπείες δεν επέφερε σημαντική αλλαγή στην καταληπτότητα της ομιλίας σε επίπεδο λέξης ή πρότασης.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, έχει παρατηρηθεί ωφέλιμη:

- Η αποφυγή παιχνιδιών και εικόνων στο τραπέζι, διότι παίρνει περισσότερο χρόνο η θεραπεία και τα παιδιά ίσως δεν δίνουν την απαραίτητη σημασία στο πρόσωπο και τις κινήσεις του θεραπευτή.
- Η χρήση επισημάνσεων για διόρθωση τυχών λαθών (π.χ. “όχι τόσο μεγάλο άνοιγμα”, αλλά “Καλή προσπάθεια”). Η εξάσκηση και η καθοδήγηση του παιδιού όσον αφορά τον κινητικό προγραμματισμό που πρέπει να πραγματοποιήσει, για τις αντίστοιχες κινήσεις για την ομιλία, δίνουν στον εγκέφαλο περισσότερο χρόνο και έτσι πραγματοποιείται πιο αποτελεσματικά η θεραπεία.

Κεφάλαιο 5ο: Μεθοδολογία και Ανάλυση

5.1 Μεθοδολογία

5.1.1 Μεθοδολογικός σχεδιασμός

Για την εκπλήρωση των ερευνητικών μας στόχων χρησιμοποιήθηκε ως μεθοδολογική στρατηγική η έρευνα επισκόπησης ή δειγματοληπτική έρευνα. Αυτό το είδος μη πειραματικής έρευνας, μας έδωσε τη δυνατότητα επεξεργασίας τόσο ποιοτικών όσο και ποσοτικών δεδομένων (μεικτή έρευνα) με αρκετή ακρίβεια, κι έτσι καταφέραμε να συγκεντρώσουμε τόσο δημογραφικά και επιπολαστικά στοιχεία όσο και πληροφορίες σχετικά με τις γνώσεις και τις απόψεις των ερωτώμενων. Προτού δημιουργήσουμε το ερωτηματολόγιο που θα μας οδηγούσε στη λήψη των απαιτούμενων για μας πληροφοριών, χρειάστηκε να καθοριστούν παράμετροι όπως το δείγμα της έρευνας, ο τόπος, ο χρόνος και ο τρόπος διεξαγωγής της και πρώτα και κυριότερα ο σκοπός που αυτή θα εξυπηρετούσε. Αναλυτικότερα λοιπόν, σκοπός της έρευνας ήταν μέσω στοχευμένων ερωτήσεων να αναδείξει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονοι λογοθεραπευτές στην Ελλάδα αναφορικά με τη διαφοροδιάγνωση της παιδικής απραξίας και να δώσει κίνητρο για εκτενέστερη ερευνητική ανάλυση. Έτσι λοιπόν, έγινε γρήγορα σαφές ότι το ερωτηματολόγιο μας θα απευθύνονταν σε Έλληνες λογοθεραπευτές και συγκεκριμένα είτε σε επαγγελματίες είτε σε απόφοιτους Λογοθεραπείας (δείγμα). Όσον αφορά τον τόπο και τρόπο εκπόνησης της έρευνας, κρίναμε ότι θα ήταν χρήσιμο να δημιουργηθεί ηλεκτρονικά ένα ερωτηματολόγιο το οποίο πρώτα απ'όλα θα επέτρεπε τη διαξαγωγή έρευνας εν μέσω πανδημίας και δεύτερον θα διαδίδονταν με μεγάλη ταχύτητα, ευκολία και χαμηλό κόστος σε όλη την Ελλάδα. Αφού ολοκληρώσαμε το ερωτηματολόγιο, πραγματοποιήσαμε μια πιλοτική δοκιμή μοιράζοντάς το σε 6 έμπειρους επαγγελματίες Λογοθεραπείας που κρίναμε αξιόπιστους προκειμένου να επισημανθούν τυχόν ασάφειες ή προβλήματα που μπορεί να δημιουργούνταν κατά τη συμπλήρωση του. Με το πέρας της πιλοτικής δοκιμής και αφού πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητες διορθώσεις, το ερωτηματολόγιο δημοσιεύθηκε σε ιστοσελίδες επαγγελματιών και αποφοίτων Λογοθεραπείας και διαδόθηκε μεταξύ Λογοθεραπευτών. Η διαδικασία συμπλήρωσης διήρκησε από τις 6 Δεκεμβρίου 2021 μέχρι και τις 2 Ιανουαρίου 2022, περίπου δηλαδή, 1 μήνα.

5.1.2 Δείγμα

Το υποσύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού που επιλέχθηκε (δείγμα) για την εκπόνηση της παρούσας έρευνας ήταν Έλληνες επαγγελματίες Λογοθεραπείας και φοιτητές Λογοθεραπείας, που έχουν πραγματοποιήσει ή πραγματοποιούν την εξαμηνιαία πρακτική τους άσκηση. Η επιλογή του συγκεκριμένου δείγματος, έγινε γιατί θεωρήθηκε απαραίτητη προϋπόθεση οι ερωτώμενοι να κατέχουν θεωρητικές γνώσεις για την διαταραχή της Παιδικής Απραξίας και

ταυτόχρονα να έχουν ως ένα βαθμό εμπειρική γνώση πάνω στη διαταραχή, ακόμα κι αν αυτή προέρχεται απ' την εκπόνηση της Πρακτικής τους Άσκησης. Το δείγμα προέκυψε μέσω κοινοποιήσεων σε ιστοσελίδες όπως «ΕΛΛΗΝΕΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ», «Η Ζωή μου με τον Γιάννη», «ΕΙΔΙΚΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ», ενώ παράλληλα στάλθηκε προσωπικά και σε λογαριασμούς ηλεκτρονικού ταχυδρομείου πλήθους λογοθεραπευτών. Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που συγκεντρώθηκαν ήταν 74, ωστόσο μετά από έλεγχο εγκυρότητας που πραγματοποιήθηκε 1 από αυτά κρίθηκε μη έγκυρο λόγω στρεβλών απαντήσεων. Αναφορικά με τους συμμετέχοντες, σύμφωνα με τις δημογραφικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες 98.6% (72 σε αριθμό) ενώ, μόνο ένας απ'τους ερωτώμενους ήταν άνδρας. Οι ηλικίες κυμαίνονταν από 21 ετών και άνω καθώς προϋπόθεση για να συμπληρώσει κανείς το ερωτηματολόγιο ήταν να πραγματοποιεί ή να έχει ολοκληρώσει την πρακτική του άσκηση. Όσον αφορά την ιδιότητα των συμμετεχόντων κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, η πλειονότητα δήλωσε «επαγγελματίας λογοθεραπείας» (34 άτομα), 22 άτομα δήλωσαν πως είτε διεκπεραιώνουν είτε έχουν ολοκληρώσει την εξαμηνιαία πρακτική τους άσκηση, 12 άτομα δήλωσαν “νέοι επαγγελματίες λογοθεραπείας”, 4 άτομα δήλωσαν “επαγγελματίες λογοθεραπευτές με μεταπτυχιακό τίτλο στις νευρολογικές κινητικές διαταραχές”, 5 άτομα “λογοθεραπευτές με επαγγελματική εξειδίκευση στις νευρολογικές κινητικές διαταραχές” και 14 άτομα επαγγελματίες λογοθεραπείας που έχουν παρακολουθήσει σεμινάριο που πραγματεύεται την απραξία της ομιλίας. Τέλος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, το 83.6% (61 άτομα) δήλωσε ότι δουλεύει σε ιδιωτικό κέντρο ή γραφείο.

5.1.3 Μεθοδολογική τεχνική (Εργαλείο και όργανα μέτρησης)

Στο πλαίσιο σύνταξης της εργασίας, δημιουργήσαμε όπως προαναφέρθηκε, ένα ερωτηματολόγιο που ως κύριο στόχο είχε να αναδείξει τις αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονοι λογοθεραπευτές στην διαφοροδιάγνωση της Παιδικής Απραξίας. Πρόσθετα σε αυτό, το ερωτηματολόγιο απέβλεπε στην διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις γνώσεις των θεραπευτών για την συγκεκριμένη διαταραχή, την εμπειρία των ερωτώμενων στην αξιολόγηση και θεραπεία της καθώς και την ευρύτερη ευαισθητοποίηση τους. Το ερωτηματολόγιο προέκυψε από βιβλιογραφική ανασκόπηση και απευθυνόταν αποκλειστικά σε τελειόφοιτους φοιτητές Λογοθεραπείας, νέους επαγγελματίες Λογοθεραπείας και σε έμπειρους Λογοθεραπευτές. Η συμπλήρωση του πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης. Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν ανώνυμα ακριβώς το ίδιο σύνολο ερωτήσεων με προκαθορισμένη σειρά. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαινόταν στα 15 λεπτά.

5.1.4 Δομή Ερωτηματολογίου

Οι ερωτήσεις που διατυπώθηκαν στο ερωτηματολόγιο ήταν και κλειστού και ανοιχτού τύπου. Πιο αναλυτικά, οι ερωτήσεις κλειστού τύπου είχαν την μορφή διχοτομικών ερωτήσεων (ναι /

όχι), ερωτήσεων βαθμονόμησης (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ), ερωτήσεων διαβαθμισμένης κλίμακας (π.χ. βαθμολόγηση ικανότητας αξιολόγησης από το 1 έως το 5) καθώς επίσης και ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής. Παράλληλα, τέθηκαν και 3 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου με την μορφή συμπλήρωσης ή ανάπτυξης. Σε κάποιες απ'τις ερωτήσεις κλειστού τύπου, δόθηκε στους ερωτώμενους η δυνατότητα συμπλήρωσης του στοιχείου "άλλο", ώστε οι ίδιοι να μπορούν να δώσουν την απάντηση που θεωρούσαν κατάλληλη, αν αυτή δεν παρέχονταν στις προκαθορισμένες από εμάς επιλογές.

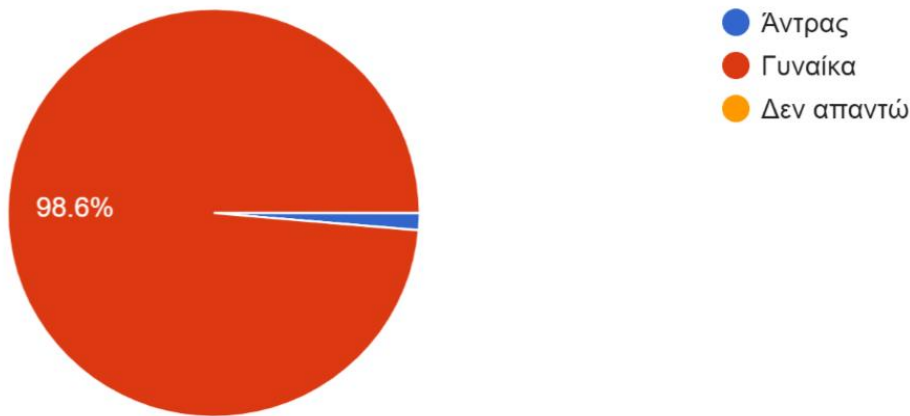
Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήσαμε ήταν μεικτού τύπου και σ'αυτό εμφανίζονταν τόσο ποιοτικές - κατηγορικές μεταβλητές όσο και ποσοτικές. Με τον όρο ποιοτικές μεταβλητές εννοούμε εκείνες των οποίων τις τιμές δεν μπορούμε να μετρήσουμε, ενώ αντίθετα, εκείνες τις οποίες μπορούμε να αντιστοιχίσουμε σε έναν αριθμό μιας ορισμένης κλίμακας τις ονομάζουμε ποσοτικές μεταβλητές. Στις ποιοτικές μεταβλητές του ερωτηματολογίου μας, χρησιμοποιήθηκαν: α)ονομαστική ή κατηγορική κλίμακα μέτρησης (nominal) π.χ. φύλο, καθώς και β)ιεραρχική κλίμακα (κλίμακα Likert) πχ βαθμολόγηση ικανότητας αξιολόγησης, ενώ στις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε κλίμακα ίσων διαστημάτων (interval) π.χ ηλικία θεραπευτή ή αριθμός περιστατικών με απραξία που παρακολουθεί.

Οι 32 ερωτήσεις από τις οποίες απαρτιζόταν το ημερολόγιο, ήταν χωρισμένες σε 4 κατηγορίες. Με σειρά εμφάνισης, οι πρώτες 4 ερωτήσεις ήταν δημογραφικού χαρακτήρα, ενώ οι επόμενες 4 είχαν χαρακτήρα αυτοαξιολόγησης. Όσον αφορά την τρίτη κατηγορία, τέθηκαν 23 ερωτήσεις που αφορούσαν τα χαρακτηριστικά, την αξιολόγηση, τη διαφοροδιάγνωση και τη θεραπεία της παιδικής απραξίας βάση των γνώσεων και της κλινικής εμπειρίας των ερωτηθέντων. Η τελευταία ερώτηση, έδινε την δυνατότητα στους συμμετέχοντες να αποτυπώσουν απορίες, σχόλια, σκέψεις και πληροφορίες για την παιδική απραξία της ομιλίας.

5.2 Αποτελέσματα

Παρακάτω παρατίθενται αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία προκύπτουν από τις απαντήσεις που έδωσαν οι 73 συμμετέχοντες, επαγγελματίες Λογοθεραπευτές και απόφοιτοι Λογοθεραπείας, στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Οι απαντήσεις έχουν μελετηθεί και επεξεργαστεί κατάλληλα, ώστε να διεξαχθούν τα εξής αποτελέσματα.

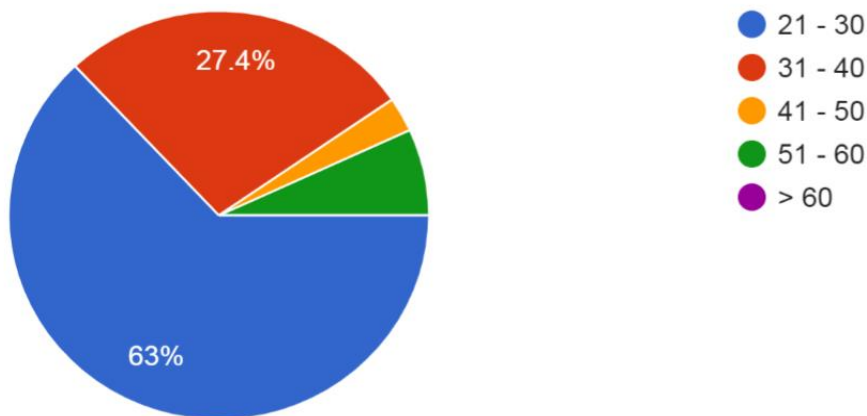
1. Η πρώτη απάντηση που κλήθηκαν να δώσουν οι συμμετέχοντες στο ερωτηματολόγιο αφορούσε το φύλο. Οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι οι εξής:



Εικόνα 1- Φύλο

Όσον αφορά το φύλο γίνεται εμφανές ότι στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου το ποσοστό των γυναικών (98,6%) είναι πολύ μεγαλύτερο έναντι των ανδρών (1,4%).

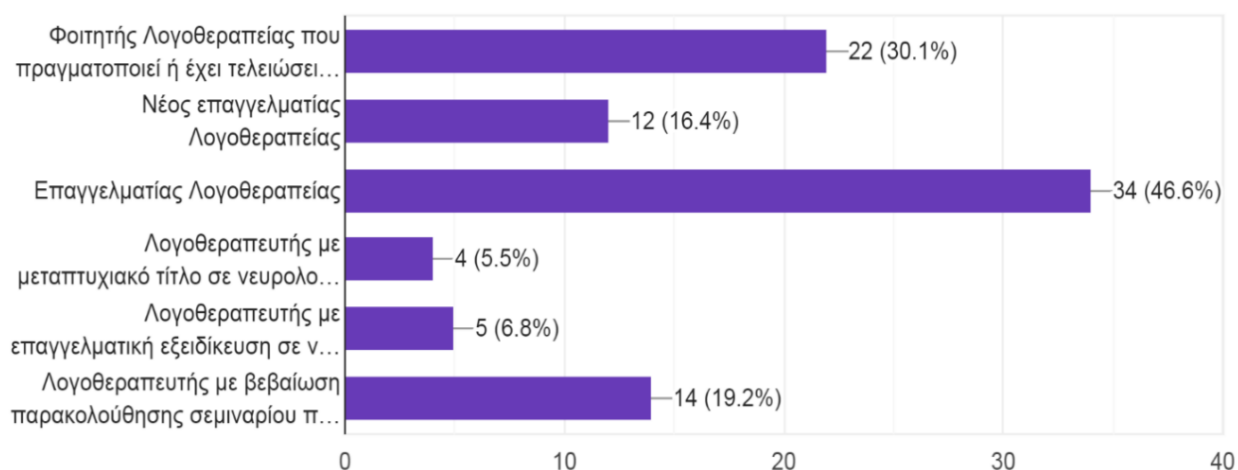
2. Η δεύτερη απάντηση που κλήθηκαν να επιλέξουν οι συμμετέχοντες αφορούσε την ηλικία τους.



Εικόνα 2 - Ηλικία

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών(63%), ενώ ακολουθούν η ηλικιακή ομάδα 31-40 ετών (27,4%), η ηλικιακή ομάδα 51-60 ετών (6.8%) και τέλος η ομάδα των 60 ετών και άνω(2.7%).

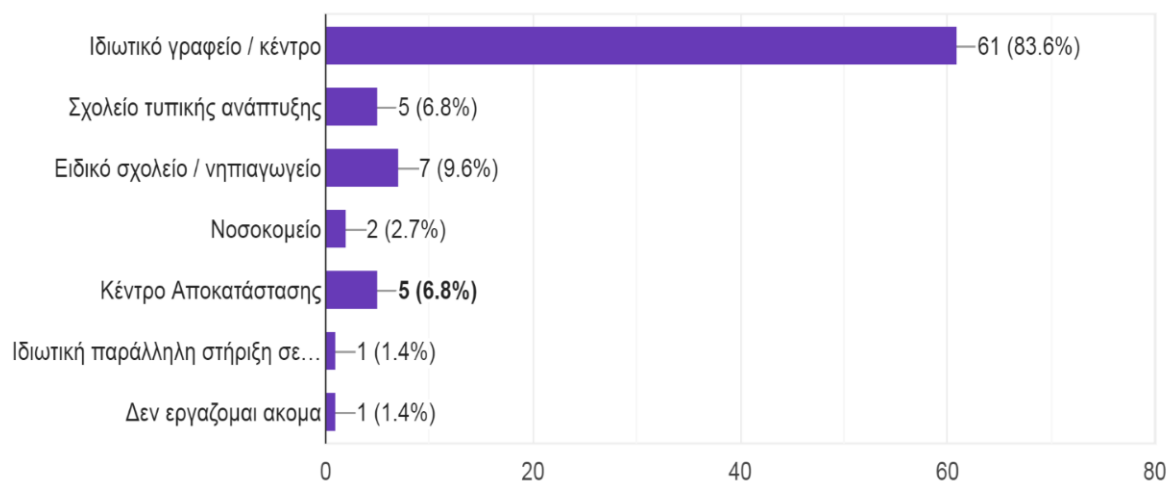
3. Η τρίτη απάντηση σχετιζόταν με την ιδιότητα που κατείχε ο κάθε συμμετέχων τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.



Εικόνα 3-Ιδιότητα

Όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα, στο ερωτηματολόγιο συμμετείχαν φοιτητές λογοθεραπείας που πραγματοποιούν ή έχουν τελειώσει την πρακτική τους άσκηση (30.1%), νέοι επαγγελματίες λογοθεραπείας (16.4%), επαγγελματίες λογοθεραπείας (46.6%), λογοθεραπευτές με μεταπτυχιακό τίτλο σε νευρολογικές κινητικές διαταραχές (5.5%), λογοθεραπευτές με επαγγελματική εξειδίκευση σε νευρολογικές κινητικές διαταραχές (6.8%), λογοθεραπευτές με βεβαίωση παρακολούθησης σεμιναρίου που πραγματοποιείται την Απραξία της Ομιλίας (19.2%).

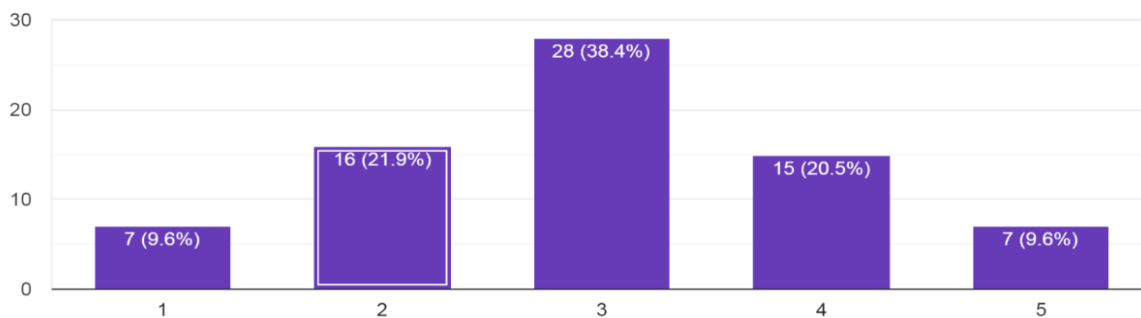
4. Η επόμενη απάντηση σχετίζεται με το χώρο στον οποίο εργάζονται οι συμμετέχοντες.



Εικόνα 4- Χώρος εργασίας

Όπως φαίνεται από τις απαντήσεις, η πλειοψηφία των ερωτώμενων εργάζεται σε ιδιωτικό γραφείο/ κέντρο (83.6%, 61 άτομα), ενώ οι υπόλοιποι εργάζονται σε σχολείο τυπικής ανάπτυξης (6.8%, 5 άτομα), σε ειδικό σχολείο/ νηπιαγωγείο (9.6%, 7 άτομα), σε νοσοκομείο (2.7%, 2 άτομα), σε κέντρο αποκατάστασης (6.8%, 5 άτομα), κάνοντας ιδιωτική παράλληλη στήριξη σε σχολείο τυπικής ανάπτυξης (1.4%, 1 άτομο). Επιπλέον, ένα άτομο πραγματοποιεί μεταπτυχιακές σπουδές(1.4 %), ενώ υπάρχει κι ένα άτομο το οποίο δεν εργάζεται ακόμα(1.4%).

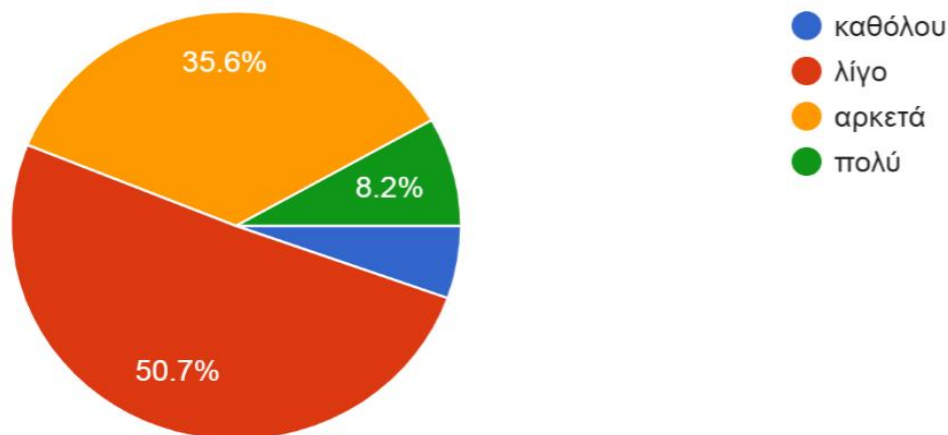
5. Στο συγκεκριμένο σημείο οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να εκτιμήσουν οι ίδιοι το επίπεδο εμπειρίας τους όσον αφορά τον τομέα της Λογοθεραπείας.



Εικόνα 5- Εμπειρία

Με κλίμακα από το 1 έως 5, όπου το 1 αναφερόταν στη λιγότερη εμπειρία και το 5 στην περισσότερη εμπειρία, 7 άτομα διάλεξαν την επιλογή 1 (9.6%), 16 άτομα την επιλογή 2(21.9%), 28 άτομα την επιλογή 3(38.4%), 15 άτομα την επιλογή 4 (20.5%)και τέλος, 7 άτομα την επιλογή 5 (9.6 %).

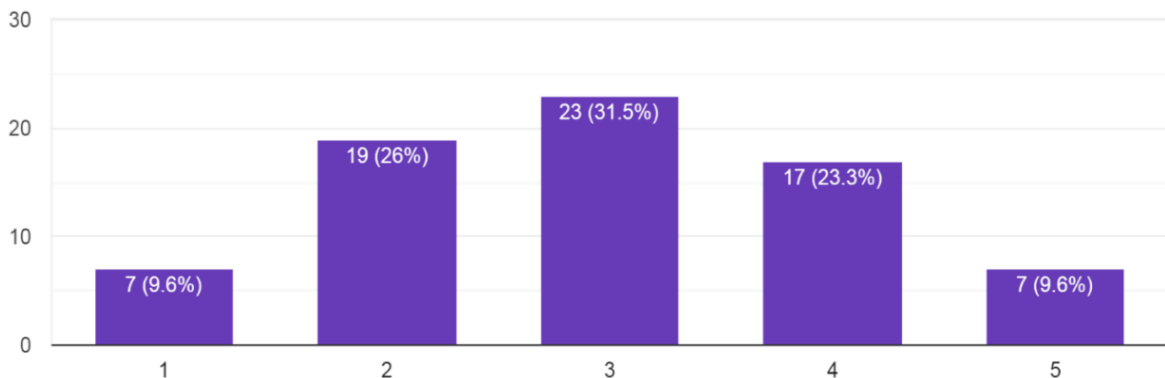
6. Οι συγκεκριμένες απαντήσεις αφορούν το πόσο εξοικειωμένοι είναι οι ερωτηθέντες με περιπτώσεις παιδικής απραξίας.



Εικόνα 6- Εξοικείωση

Όπως φαίνεται από το διάγραμμα, σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (50.7%, 37 άτομα) είναι λίγο εξοικειωμένοι με περιπτώσεις Παιδικής Απραξίας. Το 35.6% επέλεξε την απάντηση “αρκετά” (26 άτομα), το 8.2% επέλεξε την απάντηση “πολύ” (6 άτομα), ενώ το υπόλοιπο 5.5% απάντησε “καθόλου” (4 άτομα).

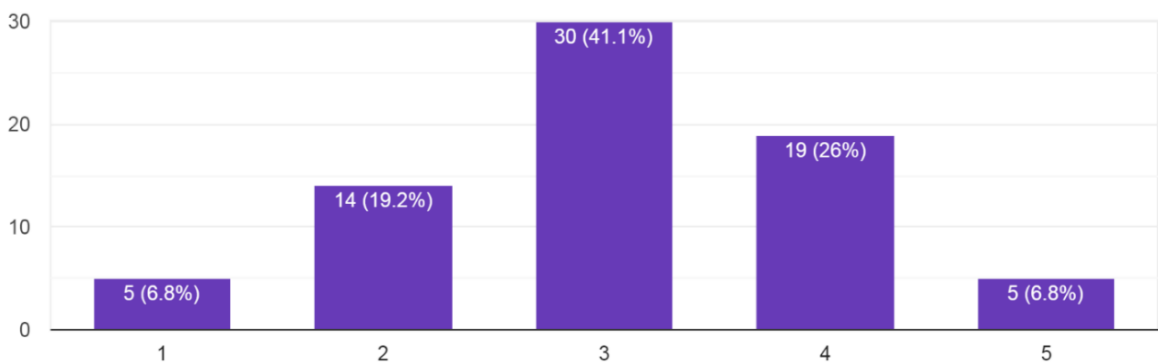
7. Σε αυτό το σημείο οι ερωτηθέντες καλούνται να αξιολογήσουν την ικανότητά τους να πραγματοποιούν αξιολόγηση Παιδικής Απραξίας



Εικόνα 7- Ικανότητα Αξιολόγησης

Με κλίμακα από το 1 έως 5, όπου 1 ο χαμηλότερος δείκτης (χαμηλή ικανότητα) και 5 ο υψηλότερος δείκτης (υψηλή ικανότητα), το 9.6% επέλεξε την απάντηση 1 (7 άτομα), το 26% επέλεξε την απάντηση 2 (19 άτομα), το 31.5% διάλεξε την απάντηση 3 (23 άτομα), το 23.3% απάντησε 4 (17 άτομα) και το υπόλοιπο 9.6% αξιολόγησε την ικανότητά του με 5 (7 άτομα).

8. Ύστερα, οι ερωτηθέντες καλούνται να αξιολογήσουν την ικανότητά τους να πραγματοποιούν θεραπεία Παιδικής Απραξίας

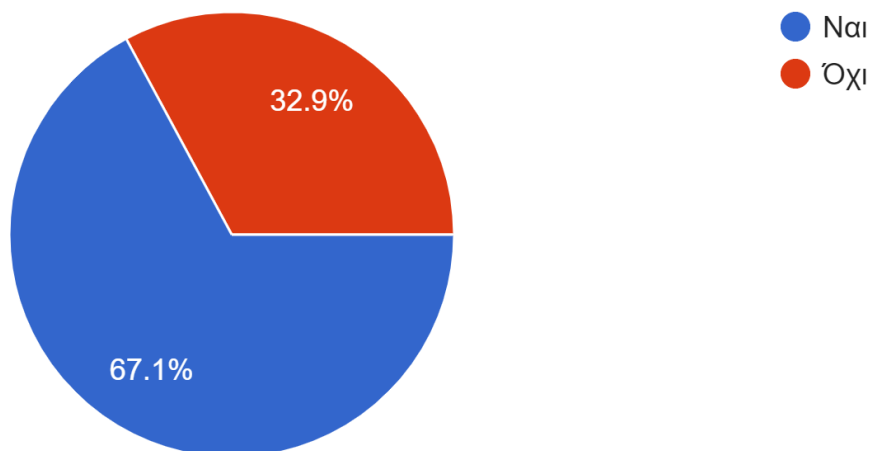


Ερώτηση 8- Ικανότητα Θεραπείας

Με κλίμακα από το 1 έως 5, όπου 1 ο χαμηλότερος δείκτης(χαμηλή ικανότητα) και 5 ο υψηλότερος δείκτης (υψηλή ικανότητα), το 6.8% επέλεξε την απάντηση 1 (5 άτομα), το 19.2 %

επέλεξε την απάντηση 2 (14 άτομα), το 41.1% διάλεξε την απάντηση 3 (30 άτομα), το 26% απάντησε 4 (19 άτομα) και το υπόλοιπο 6.8% αξιολόγησε την ικανότητά του για θεραπεία CAS με 5 (5 άτομα).

9. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν με Ναι/Όχι, αν ασχολούνται με περιστατικά Παιδικής Απραξίας τη συγκεκριμένη περίοδο.



Εικόνα 9- Περιστατικά CAS

Όπως φαίνεται παραπάνω, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, συγκεκριμένα 49 άτομα, απάντησε καταφατικά στη συγκεκριμένη ερώτηση (67.1%), ενώ οι υπόλοιποι 24 απάντησαν αρνητικά (32.9 %).

10. Τα άτομα που απάντησαν καταφατικά στην προηγούμενη ερώτηση κλήθηκαν, στη συνέχεια, να αριθμήσουν τα περιστατικά CAS με τα οποία ασχολούνται τη συγκεκριμένη περίοδο.

| Περιστατικά CAS | Αριθμός | Ποσοστό |
|-----------------|---------|---------|
| 0 | 24 | 32.8% |
| 1-2 | 20 | 27.3% |
| 3-5 | 21 | 28.7% |
| >5 | 8 | 10.9% |

Εικόνα 10- Αριθμός περιστατικών CAS

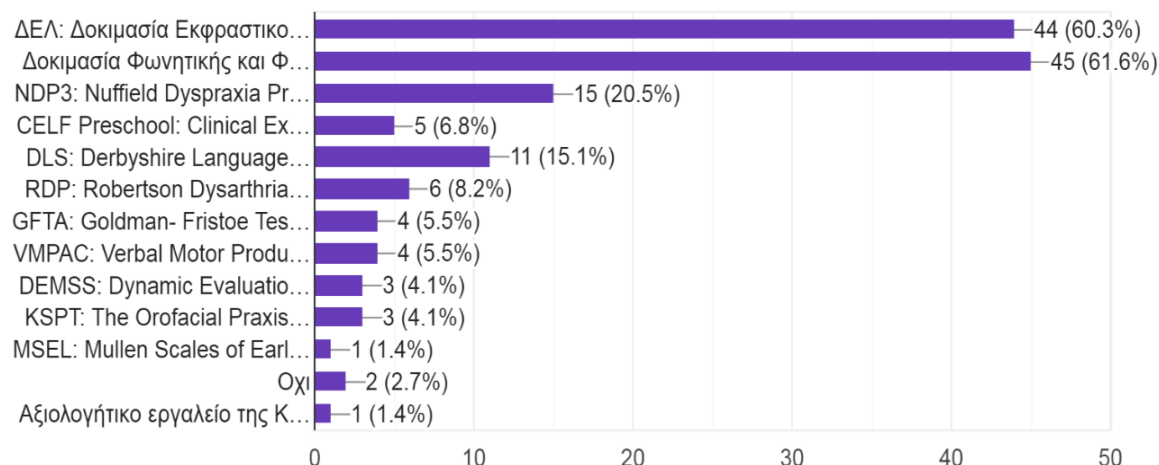
Όπως είναι εμφανές, υπάρχει ποικιλομορφία στις απαντήσεις. Οι απαντήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν “0 περιστατικά” με ποσοστό 32.8%(24 άτομα) και στη συνέχεια “3-5 περιστατικά” με ποσοστό 28.7% (21 άτομα). Ένα 27,3% απάντησε ότι ασχολείται με “1-2 περιστατικά”(20 άτομα), ενώ μόνο το 10.9% απάντησε “ >5 περιστατικά”(8 άτομα).

11. Στη συνέχεια οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να αναφέρουν τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούν στη CAS.

Υπήρχε ποικιλία απαντήσεων, όπως φαίνεται παρακάτω

- 9 άτομα απάντησαν πως δεν χρησιμοποιούν κανένα διαγνωστικό εργαλείο για την CAS.
- 8 άτομα απάντησαν πως πραγματοποιούν άτυπη κλινική αξιολόγηση.
- 6 άτομα χρησιμοποιούν την NDP3 (Nuffield Dyspraxia Programme)
- 5 άτομα απάντησαν πως χρησιμοποιούν τη “Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης”
- 3 άτομα χρησιμοποιούν τη ΔΕΛ(Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου)
- 2 άτομα δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν το DLS (Derbyshire Language Scheme)
- 2 άτομα χρησιμοποιούν τα SIMATA (SIGNS MAKE TALK)
- 1 άτομο χρησιμοποιεί το RDP(Robertson Dysarthria Profile)
- 2 άτομα χρησιμοποιούν το OPT (Oral Placement Therapy)
- 1 άτομο χρησιμοποιεί ΔΓΑΕ(Δοκιμασία Γλωσσικής Αντίληψης και Έκφρασης)
- 1 άτομο χρησιμοποιεί το αξιολογητικό εργαλείο της Κωτσοπούλου

12. Στη δωδέκατη ερώτηση οι συμμετέχοντες έπρεπε να επιλέξουν από μια λίστα τα διαγνωστικά εργαλεία που τους έχουν φανεί χρήσιμα για τη συγκεκριμένη διαταραχή.

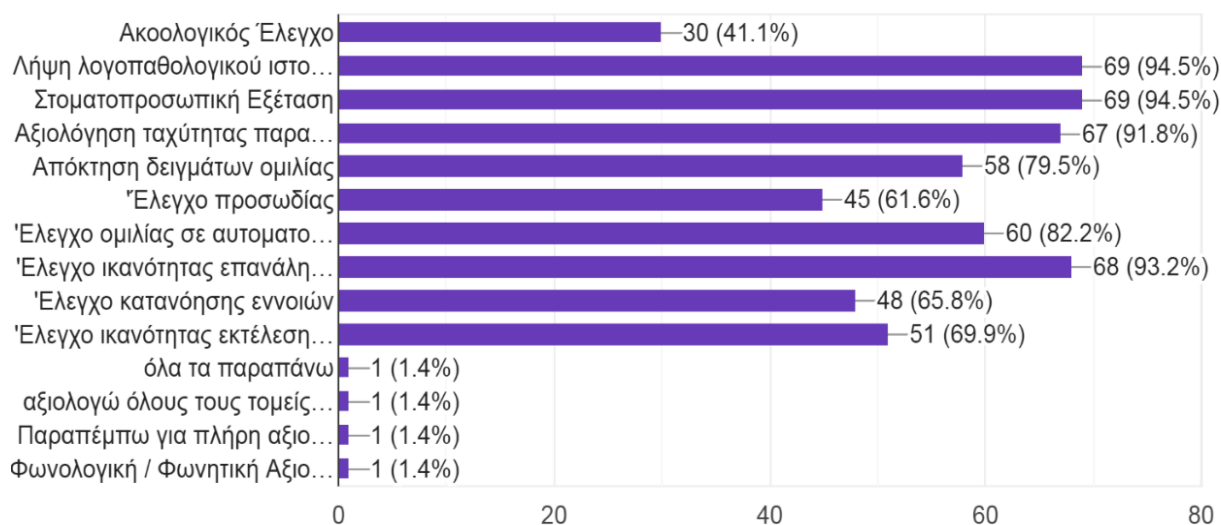


Εικόνα 12- Διαγνωστικά εργαλεία

Όπως φαίνεται στο παραπάνω σχεδιάγραμμα, τα εργαλεία με τη μεγαλύτερη χρήση είναι η Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης και το ΔΕΛ(Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου) με ποσοστό 61.6% (45 άτομα) και 60.3% (44 άτομα), αντίστοιχα. Ακολουθεί το NDP3 (Nuffield Dyspraxia Programme) με ποσοστό 20.5% (15 άτομα) και το DLS (Derbyshire Language Scheme) με ποσοστό 15.1% (11 άτομα). Στη συνέχεια, βλέπουμε το RDP (Robertson Dysarthria Profile) και το CELF Preschool (Clinical Examination of Language Fundamentals Preschool) με ποσοστό 8.2% (6 άτομα) και 6.8% (5 άτομα), αντίστοιχα. Τα τεστ GFTA (Goldman-

Fristoe Test of Articulation) και VMPAC (Verbal Motor Production Assessment for Children) έχουν επιλεχθεί από 5.5% (4 άτομα), το καθένα. Το DEMSS (Dynamic Evaluation of Motor Speech Skill) και το KSPT (The Orofacial Praxis Test Kaufman Speech Praxis Test for Children) ακολουθούν με ποσοστό 4.1%(3 άτομα), το καθένα. Το 2.7% δήλωσε πως δεν χρησιμοποιεί κανένα από τα συγκεκριμένα τεστ, ενώ η μειοψηφία χρησιμοποιεί το MSEL (Mullen Scales of Early Learning) και το Αξιολογητικό Εργαλείο της Κωτσοπούλου, με ποσοστό 1.4% (1 άτομο), το καθένα.

13. Στη συνέχεια οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να επιλέξουν από μια λίστα, τις διαδικασίες που πραγματοποιούν κατά την αξιολόγηση της Παιδικής Απραξίας.



Εικόνα 13- Διαδικασία Αξιολόγησης

Από τους συμμετέχοντες το 41.1%(30 άτομα) πραγματοποιεί ακοολογικό έλεγχο. Η πλειοψηφία 94.5% (69 άτομα) δήλωσε πως λαμβάνει λογοπαθολογικό ιστορικό και κάνει στοματοπροσωπική εξέταση. Αξιολόγηση ταχύτητας παραγωγής διαδοχοκινητικών συλλαβών πραγματοποιεί το 91.8% (67 άτομα) και απόκτηση δειγμάτων ομιλίας το 79.5%(58 άτομα). Το 61.6%(45 άτομα) ελέγχει την προσωδία, ενώ το 82.2% (60 άτομα) κάνει έλεγχο ομιλίας σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες. Ένα μεγάλο ποσοστό, το 93.2%(68 άτομα) ελέγχει την ικανότητα επανάληψης λέξεων/φράσεων. Ακόμη, το 65.8%(48 άτομα) κάνει έλεγχο κατανόησης εννοιών και το 69.9% (51 άτομα) κάνουν έλεγχο ικανότητας εκτέλεσης εντολών. Από το σύνολο των συμμετεχόντων μόνο το 2.8%(2 άτομα) δήλωσε πως χρησιμοποιεί όλες τις διαδικασίες στην αξιολόγηση της CAS. Τέλος, το 1.4%, δηλαδή 1 άτομο, ανέφερε ότι κάνει Φωνολογική/Φωνητική Αξιολόγηση και άλλο 1.4% δήλωσε πως παραπέμπει το παιδί σε άλλο θεραπευτή για πλήρη αξιολογητικό έλεγχο.

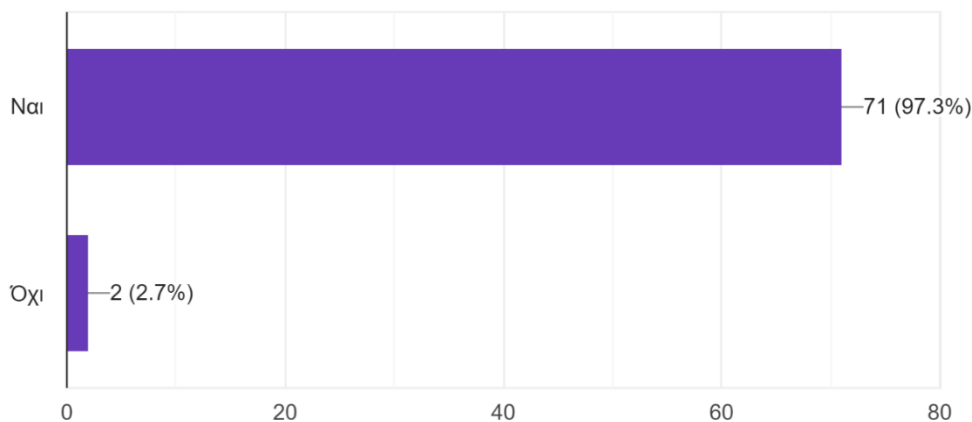
14. Παρακάτω, οι ερωτώμενοι απάντησαν ποιες μεθόδους αξιολόγησης χρησιμοποιούν.



Εικόνα 14- Μέθοδοι Αξιολόγησης

Όπως φαίνεται από το διάγραμμα πίτας, η πλειοψηφία των συγκεκριμένων λογοθεραπευτών(63%, 46 άτομα) χρησιμοποιεί τόσο άτυπη αξιολόγηση μέσω αντιληπτικών μετρήσεων, όσο και τυπική αξιολόγηση μέσω σταθμισμένων τεστ. Το υπόλοιπο 37% (27 άτομα) χρησιμοποιεί μόνο άτυπη αξιολόγηση μέσω αντιληπτικών μετρήσεων.

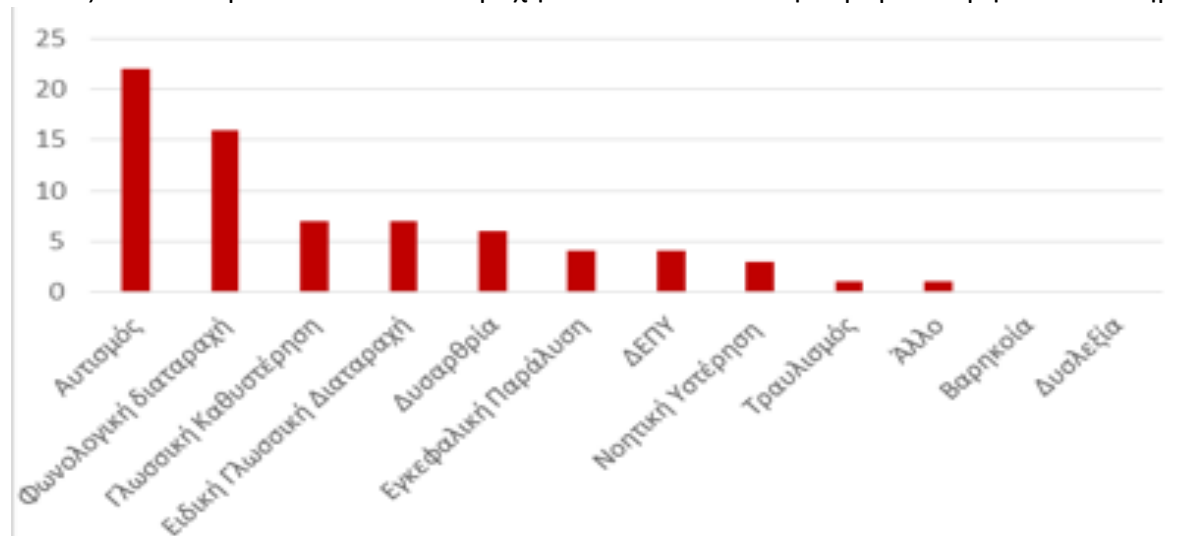
15. Στην ερώτηση 15 οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν αν υφίσταται ή όχι συννοσηρότητα της απραξίας με άλλη διαταραχή.



Εικόνα 15- Συννοσηρότητα

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, δηλαδή 71 άτομα (97.3%) υποστηρίζουν ότι συναντούν συχνά συννοσηρότητα της απραξίας με άλλη διαταραχή, ενώ μόνο 2 άτομα (2.7%) πως όχι.

16. Σε αυτό το σημείο όσοι είχαν απαντήσει θετικά στην προηγούμενη ερώτηση έπρεπε να επιλέξουν με ποια διαταραχή συναντούν τη μεγαλύτερη συννοσηρότητα.

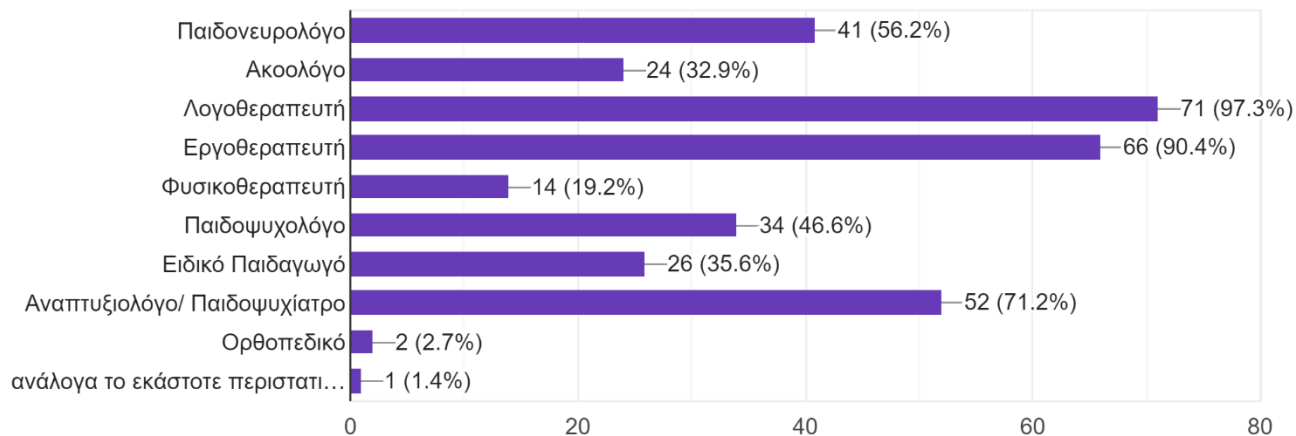


Εικόνα 16 - Μεγαλύτερη Συννοσηρότητα

Στην ερώτηση αυτή, υπήρχε η δυνατότητα μίας μόνο απάντησης και τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον παραπάνω πίνακα.

| Διαταραχή | Αριθμός | Ποσοστό |
|---------------------------|---------|---------|
| Φωνολογική Διαταραχή | 16 | 22.5% |
| Νοητική Υστέρηση | 3 | 4.2% |
| Δυσαρθρία | 6 | 8.5% |
| Βαρηκοΐα | 0 | 0% |
| Αυτισμό | 22 | 31% |
| Γλωσσική Καθυστέρηση | 7 | 9.9% |
| Εγκεφαλική Παράλυση | 4 | 5.6% |
| Δυσλεξία | 0 | 0% |
| ΔΕΠΥ | 4 | 5.6% |
| Ειδική Γλωσσική Διαταραχή | 7 | 9.9% |
| Τραυλισμός | 1 | 1.4% |
| Άλλο: | 1 | 1.4% |

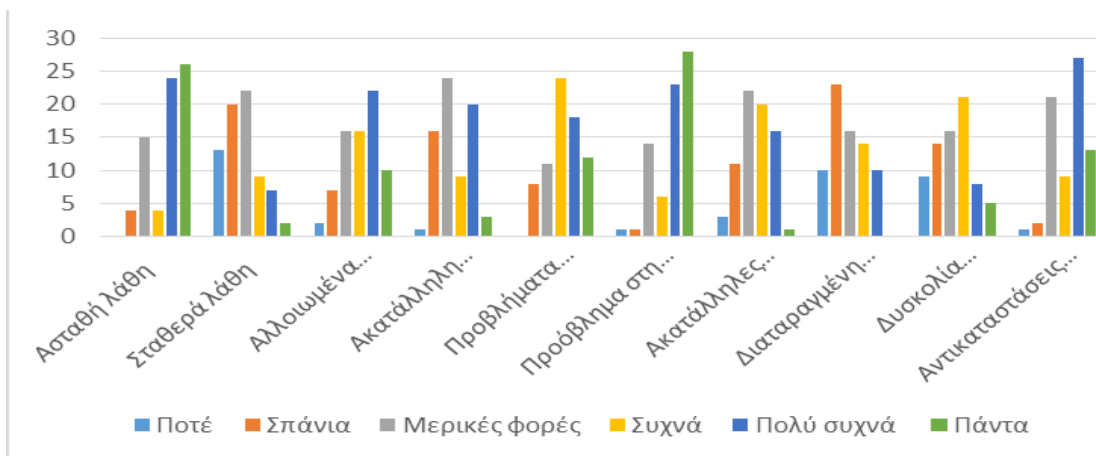
17. Η ερώτηση 17 ζητούσε από τους ερωτώμενους να επιλέξουν από ποια άτομα πρέπει να αποτελείται η διεπιστημονική ομάδα.

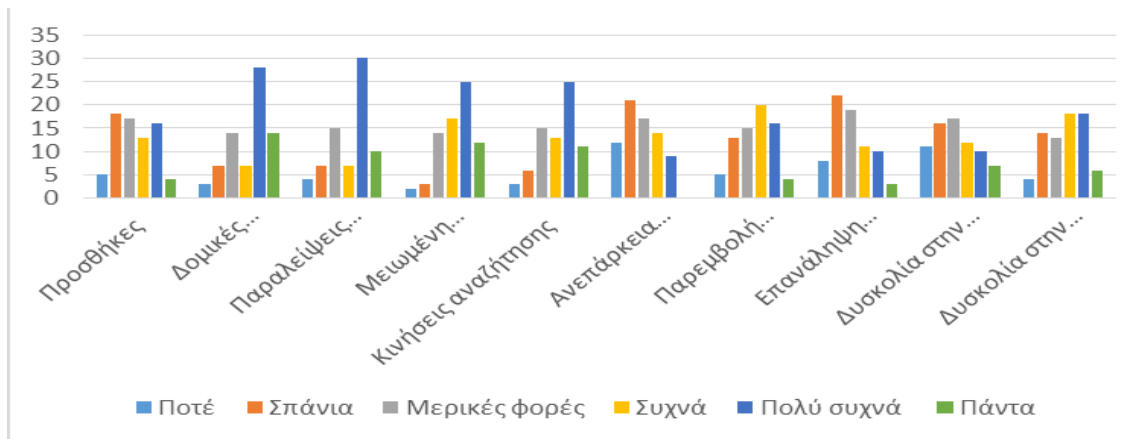


Εικόνα -Διεπιστημονική Ομάδα

Όσον αφορά τα μέλη από τα οποία πρέπει να αποτελείται η διεπιστημονική ομάδα, 71 άτομα (97.3%) επέλεξαν τον Λογοθεραπευτή, 66 (90.4%) τον Εργοθεραπευτή, 52 (71.2%) τον Αναπτυξιολόγο / Παιδοψυχίατρο, 41 (56.2%) τον Παιδονευρολόγο, 34 (46.6%) τον Παιδοψυχολόγο, 26 (35.6%) τον Ειδικό Παιδαγωγό, 24 (32.9%) τον Ακοολόγο, 2 (2.7%) τον ορθοπαιδικό και 1 (1.4%) διάλεξε την επιλογή “ΆΛΛΟ”.

18. Στην ερώτηση 18, οι συμμετέχοντες καλούνταν να επιλέξουν την συχνότητα εμφάνισης 20 συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της λεκτικής απραξίας.

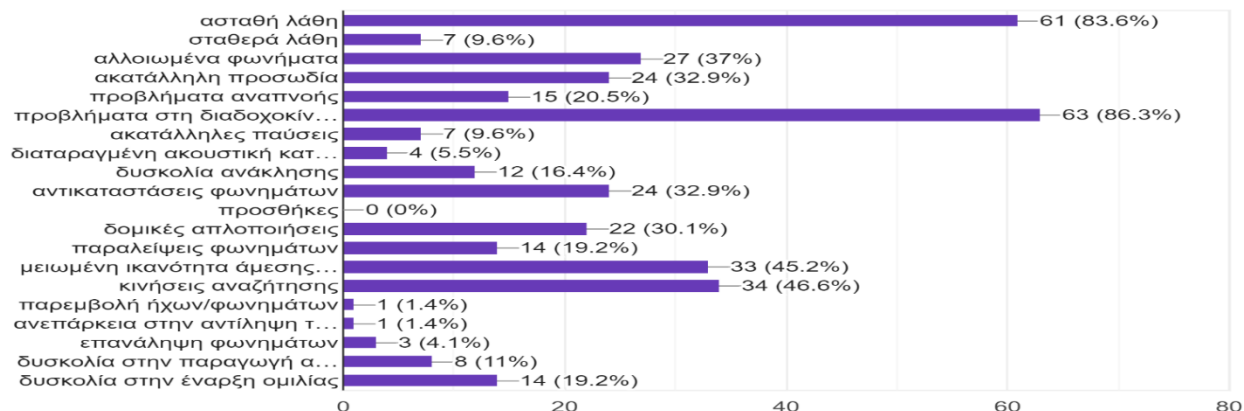




Εικόνα 18 - Συχνότητα Εμφάνισης Χαρακτηριστικών

Όσον αφορά την “αστάθεια στα λάθη”, η πλειοψηφία, 26 άτομα, δήλωσε ότι την συναντά “πάντα”, ενώ αναφορικά με τα σταθερά λάθη η πλειοψηφία, 22 άτομα, δήλωσε πως τα συναντά “μερικές φορές”. Στα “αλλοιωμένα φωνήματα” τις περισσότερες απαντήσεις συγκέντρωσε η επιλογή “πολύ συχνά” (22 άτομα), ενώ τόσο στην “ακατάλληλη προσωδία” όσο και στα “προβλήματα αναπνοής”, η πλειοψηφία, που αποτελούνταν από 24 άτομα, επέλεξε το “μερικές φορές”. Στα “προβλήματα διαδοχοκίνησης” την πλειοψηφία αποτέλεσαν 28 άτομα τα οποία ψήφισαν την επιλογή “πάντα”, στις “ακατάλληλες παύσεις” την πλειοψηφία αποτέλεσαν 22 άτομα που ψήφισαν την επιλογή “μερικές φορές”, ενώ στη “διαταραγμένη ακουστική κατανόηση” την πλειοψηφία αποτέλεσαν 23 άτομα που ψήφισαν “σπάνια”. Στη “δυσκολία ανάκλησης λέξεων” το μεγαλύτερο ποσοστό (21 άτομα) συγκέντρωσε η επιλογή “συχνά” και στις “αντικαταστάσεις φωνημάτων”, η επιλογή “πολύ συχνά” με 27 απαντήσεις. Στο χαρακτηριστικό της “προσθήκης” η αλλιώς επένθεσης, τις περισσότερες απαντήσεις δέχθηκε η επιλογή “σπάνια” (18 άτομα), ενώ στα χαρακτηριστικά “δομικές απλοποιήσεις”, “κινήσεις αναζήτησης”, “παραλείψεις φωνημάτων” και “μειωμένη ικανότητα άμεσης μίμησης ήχων/λέξεων”, τις περισσότερες απαντήσεις δέχθηκε η επιλογή “πολύ συχνά” με 18, 25, 30 και 25 απαντήσεις αντίστοιχα. Την πλειοψηφία στο χαρακτηριστικό της “παρεμβολής ήχων/φωνημάτων”, αποτέλεσαν 20 άτομα που επέλεξαν το “συχνά”, ενώ στο χαρακτηριστικό “ανεπάρκεια στην αντίληψη της ομιλίας” την πλειοψηφία αποτέλεσαν 21 άτομα που δήλωσαν ότι τη συναντούν “σπάνια”. Την “επανάληψη φωνημάτων”, οι περισσότεροι, 22 σε αριθμό, δήλωσαν ότι την συναντούν σπάνια ενώ τη “δυσκολία στην παραγωγή αυτόματης ομιλίας”, οι περισσότεροι (17 άτομα) δήλωσαν ότι την συναντούν “μερικές φορές”. Τέλος, αναφορικά με την “δυσκολία στην έναρξη ομιλίας”, οι επιλογές “συχνά” και “πολύ συχνά” συγκέντρωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό, με 18 απαντήσεις η καθεμία.

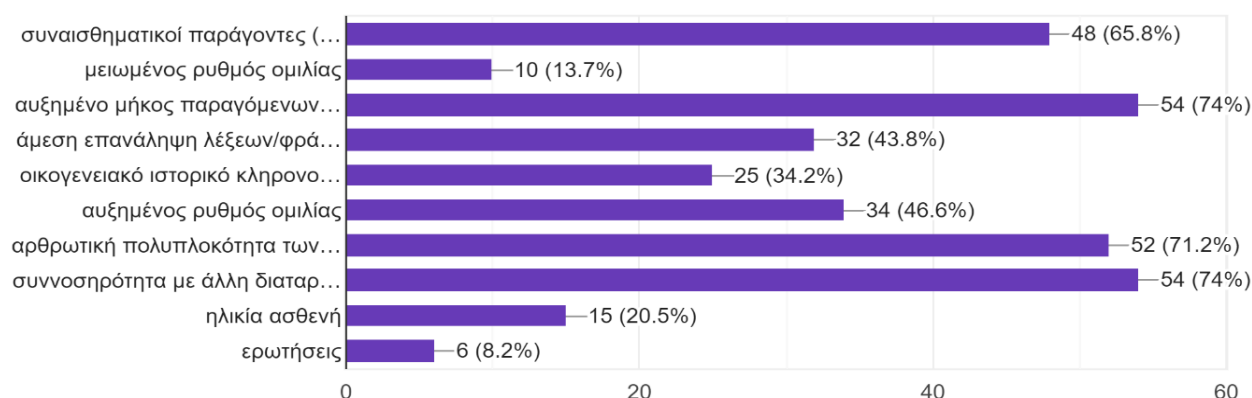
19. Στην ερώτηση αυτή, χρειαζόταν να επιλέξουν τα 5 πιο συνηθισμένα χαρακτηριστικά που συναντούν σε παιδιά με απραξία



Εικόνα 19 - Συνήθη Χαρακτηριστικά

Στην συγκεκριμένη ερώτηση, οι συμμετέχοντες έπρεπε να επιλέξουν τα 5 πιο συνήθη χαρακτηριστικά κατά την προσωπική τους άποψη και εμπειρία. Οι 63 (86.3%) από αυτούς επέλεξαν τα προβλήματα στην διαδοχοκίνηση, οι 61 (83.6%) τα ασταθή λάθη, οι 34 (46.6%) τις κινήσεις αναζήτησης, οι 33 (45.2%) την μειωμένη ικανότητα άμεσης μίμησης ήχων / λέξεων και οι 27 (37%) τα αλλοιωμένα φωνήματα. Επίσης, 24 (32.9%) άτομα διάλεξαν την ακατάλληλη προσωδία, 22 (30.1%) τις δομικές απλοποιήσεις, 15 (20.5%) τα προβλήματα αναπνοής, 14 (19.2%) τόσο τις παραλείψεις φωνημάτων όσο και την δυσκολία έναρξης ομιλίας. Μετά ακολουθούν, με 8 (11%) η δυσκολία στην παραγωγή αυτόματης ομιλίας, με 7 (9.6%) ψήφους τα σταθερά λάθη και οι ακατάλληλες παύσεις, με 4 (5.5%) η διαταραγμένη ακουστική κατανόηση, με 3 (4.1%) η επανάληψη φωνημάτων, με 1 (1.4%) η παρεμβολή ήχων φωνημάτων, η ανεπάρκεια στην αντίληψη της ομιλίας και 0 (0%) οι προσθήκες.

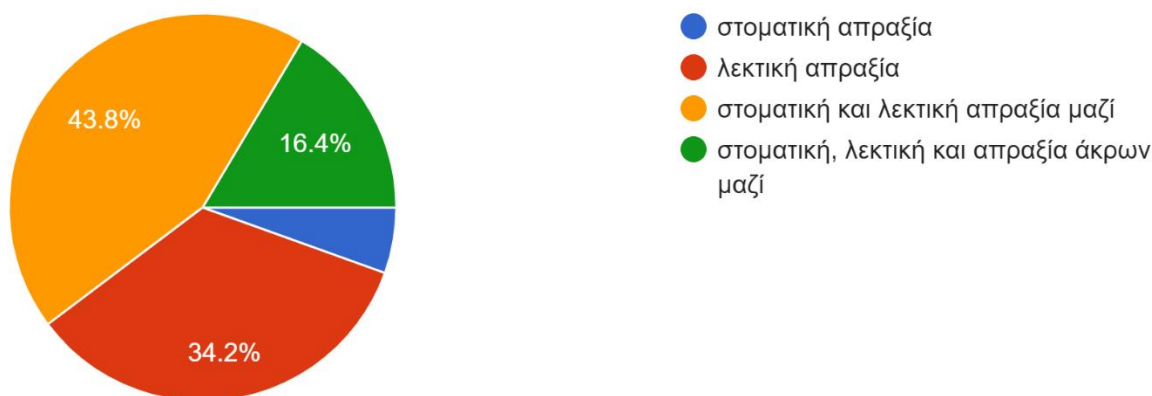
20. Σε αυτό το σημείο οι συμμετέχοντες, επέλεξαν ποιοι παράγοντες δυσχεραίνουν την ομιλία των παιδιών με απραξία.



Εικόνα 20 - Παράγοντες Δυσχέρειας

Στην συγκεκριμένη ερώτηση οι συμμετέχοντες μπορούσαν να επιλέξουν περισσότερες από μία απαντήσεις. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, οι παράγοντες που δυσχεραίνουν την ομιλία των παιδιών με CAS είναι οι ακόλουθοι. Το αυξημένο μήκος παραγόμενων λέξεων φράσεων 54 (74%), η συννοσηρότητα με άλλη διαταραχή 54 (74%), η αρθρωτική πολυπλοκότητα των παραγόμενων λέξεων 52 (71.2%), οι συναισθηματικοί παράγοντες 48 (65.8%) και η άμεση επανάληψη λέξεων / φράσεων 32 (43.8%). Ακολουθούν, το οικογενειακό ιστορικό κληρονομικότητας 25 (34.2%), η ηλικία του ασθενή 15 (20.5%), ο μειωμένος ρυθμός ομιλίας 10 (13.7%) και οι ερωτήσεις 6 (8.2%).

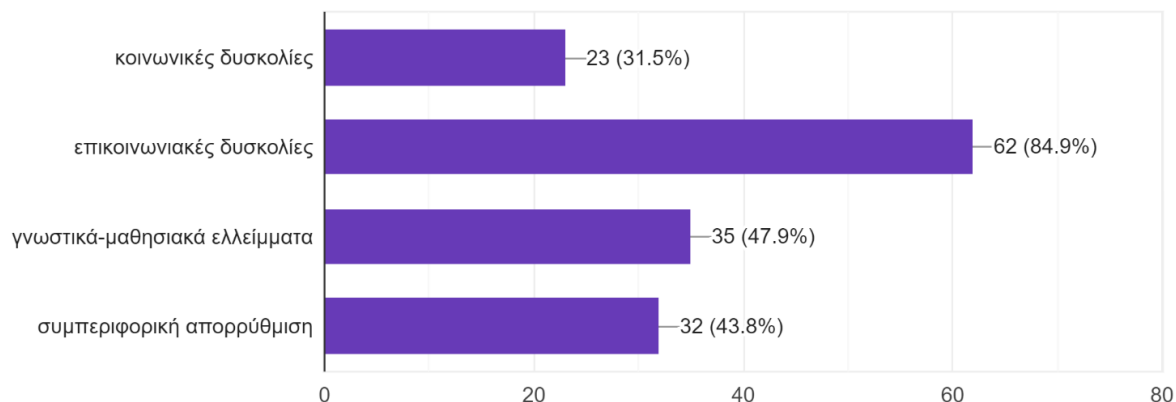
21. Στην ερώτηση 21, κλήθηκαν να επιλέξουν αν πιο συχνά συναντούν στοματική απραξία, λεκτική απραξία, στοματική και λεκτική απραξία μαζί ή στοματική, λεκτική και απραξία άκρων μαζί.



Εικόνα 21 - Είδη Απραξίας

Οι 32 (43.8%) συμμετέχοντες συναντούν πιο συχνά στοματική και λεκτική απραξία μαζί, οι 25 (34.2%) λεκτική απραξία, οι 12 (16.4%) στοματική, λεκτική και απραξία άκρων μαζί και μόνο οι 4 (5.5%) στοματική απραξία.

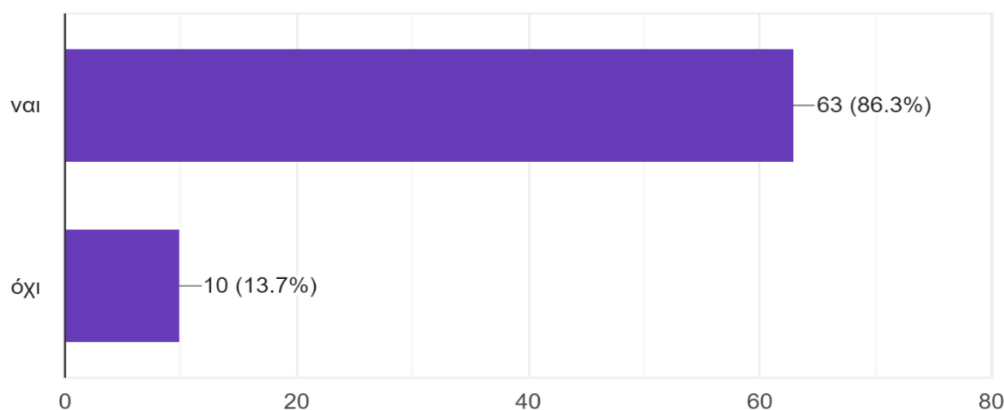
22. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν ποιες δυσκολίες / ελλείματα έχουν συνήθως τα παιδιά με παιδική απραξία της ομιλίας.



Εικόνα 22 - Δυσκολίες / Ελλείματα

Η ερώτηση έδινε το δικαίωμα επιλογής περισσότερων των μία απαντήσεων. Αναλυτικότερα, 62 άτομα (84.9%) πιστεύουν ότι τα παιδιά αυτά έχουν επικοινωνιακές δυσκολίες, 35 (47.9%) ότι έχουν γνωστικά - μαθησιακά ελλείμματα, 32 (43.8%) ότι υπάρχει συμπεριφορική απορρύθμιση και 23 (31.5%) ότι έχουν κοινωνικές δυσκολίες.

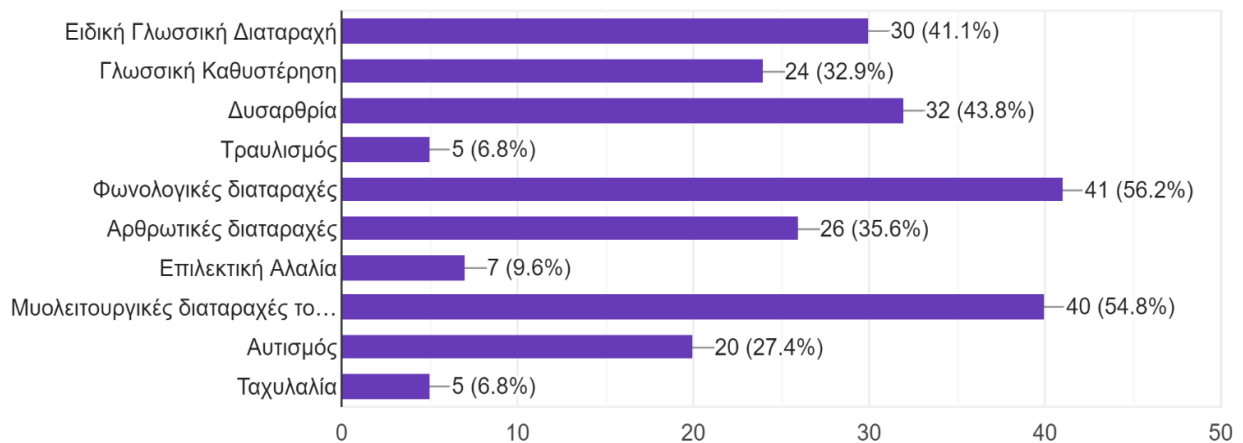
23. Η ερώτηση 23 καλούσε τους συμμετέχοντες να απαντήσουν θετικά ή αρνητικά για το αν υπάρχει δυσκολία διαφοροδιάγνωσης της παιδικής απραξίας.



Εικόνα 23 - Δυσκολία Διαφοροδιάγνωσης

Θετική απάντηση έδωσαν 63 από τους συμμετέχοντες (86.3%) , ενώ μόνο 10 (13.7%) έδωσαν αρνητική απάντηση.

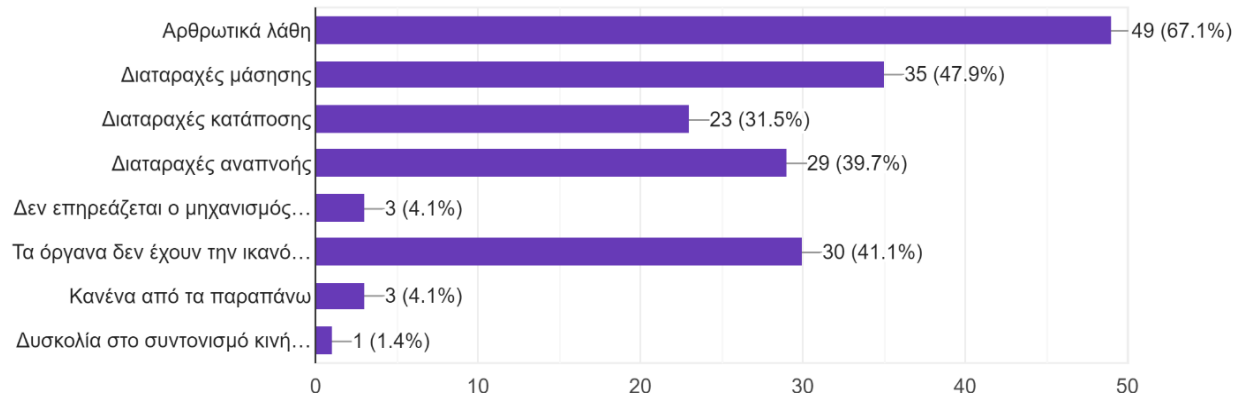
24. Στην ερώτηση 24 έπρεπε να επιλέξουν με ποιες διαταραχές συναντούν μεγαλύτερη δυσκολία διαφοροδιάγνωσης.



Εικόνα 24 - Δυσκολίες Διαφοροδιάγνωσης με Διαταραχές

Η ερώτηση ήταν πολλαπλής επιλογής. Αναλυτικότερα 41 (56,2%) επέλεξαν τις Φωνολογικές Διαταραχές, 40 (54.8%) τις Μυολειτουργικές Διαταραχές του στοματοπροσωπικού συστήματος, 32 (43.8%) τη Δυσαρθρία, 30 (41.1%) την Ειδική Γλωσσική Διαταραχή, 26 (35.6%) τις Αρθρωτικές Διαταραχές, 24 (32.9%) τη Γλωσσική Καθυστέρηση και 20 (27.4%) τον Αυτισμό. Ταυτόχρονα, 7 (9.6%) άτομα επέλεξε την Επιλεκτική Αλαλία, 5 (6.8%) την Ταχυλαλία και 5 (6.8%) τον Τραυλισμό.

25. Στην ερώτηση 25 κλήθηκαν να διαλέξουν τα κοινά χαρακτηριστικά της παιδικής απραξίας με τις μυολειτουργικές διαταραχές του στοματοπροσωπικού συστήματος.

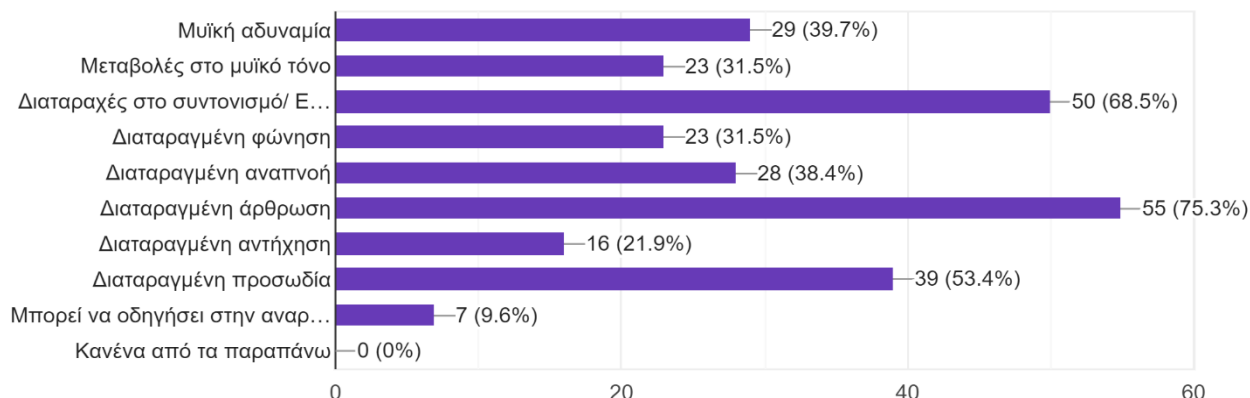


Εικόνα 25 - Απραξία Μυολειτουργικές Διαταραχές

Οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα πολλαπλής επιλογής. Με φθίνουσα σειρά τα κοινά χαρακτηριστικά ήταν να ακόλουθα. Αρθρωτικά λάθη 67.1% (49), Διαταραχές Μάσησης 47.9% (35), Τα όργανα δεν έχουν την ικανότητα να πραγματοποιήσουν μία κίνηση 41.1% (30), Διαταραχές αναπνοής 39.7% (29), Διαταραχές Κατάποσης 31.5% (23), Δεν επηρεάζεται ο

μηχανισμός ελέγχου και πραγματοποίησης των κινήσεων 4.1% (3), Κανένα από τα παραπάνω 4.1% (3) και Δυσκολία στον συντονισμό κινήσεων απαραίτητων για την ομιλία 1.4% (1).

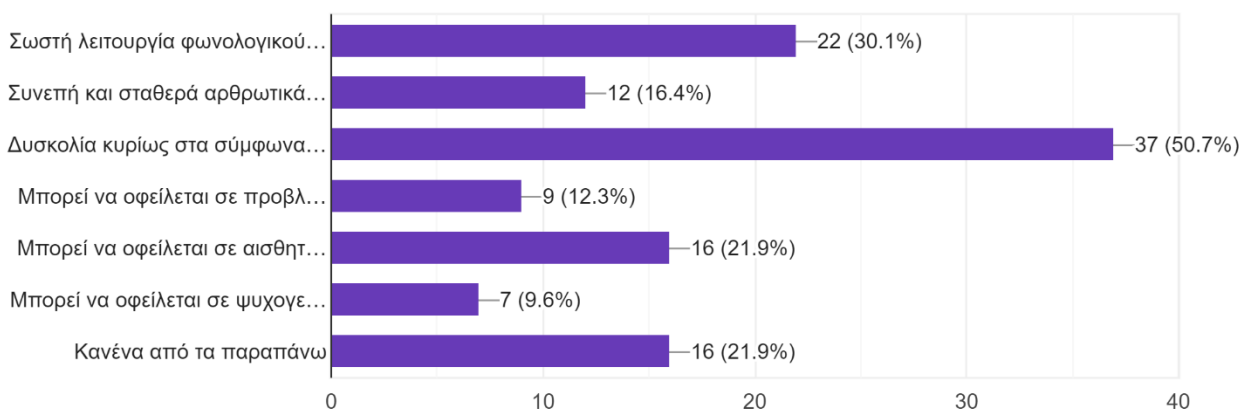
26. Στην ερώτηση 26 κλήθηκαν να διαλέξουν τα κοινά χαρακτηριστικά της παιδικής απραξίας με τη Δυσσαρθρία



Εικόνα 26 - Απραξία Δυσσαρθρία

Οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα πολλαπλής επιλογής. Με φθίνουσα σειρά τα κοινά χαρακτηριστικά ήταν να ακόλουθα. Διαταραγμένη άρθρωση 75.3% (55), Διαταραχές στο συντονισμό / Επιβράδυνση κινήσεων ομιλίας 68.5% (50), Διαταραγμένη Προσωδία 53.4% (39), Μυϊκή αδυναμία 39.7% (29), Διαταραγμένη αναπνοή 38.4% (28), Διαταραγμένη φώνηση 31.5% (23), Μεταβολές στο μυϊκό τόνο 31.5% (23), Διαταραγμένη αντήχηση 21.9% (16), Μπορεί να οδηγήσει στην αναρθρία 9.6% (7) και Κανένα από τα παραπάνω 0% (0).

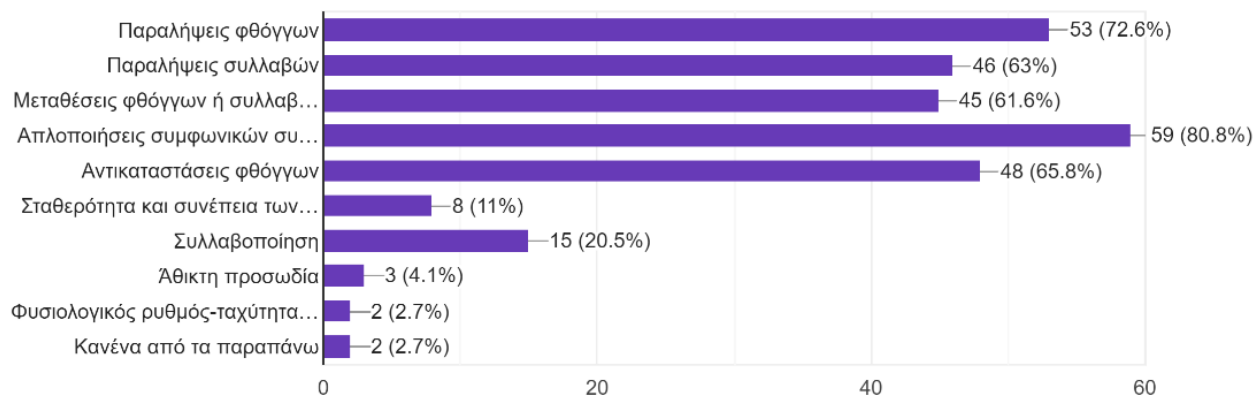
27. Στην ερώτηση 27 κλήθηκαν να διαλέξουν τα κοινά χαρακτηριστικά της παιδικής απραξίας με τις αρθρωτικές διαταραχές



Εικόνα 27-Απραξία Αρθρωτικές Διαταραχές

Οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα πολλαπλής επιλογής. Με φθίνουσα σειρά τα κοινά χαρακτηριστικά ήταν να ακόλουθα. Δυσκολία κυρίως στα σύμφωνα και λιγότερο στα φωνήεντα 50.7% (37), Σωστή λειτουργία φωνολογικού συστήματος 30.1% (22), Μπορεί να οφείλεται σε αισθητηριακά αίτια 21.9% (16), Κανένα από τα παραπάνω 21.9% (16), Συνεπή και σταθερά αρθρωτικά λάθη 16.4% (12), Μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα ακοής 12.3% (9) και Μπορεί να οφείλεται σε ψυχογενή αίτια 9.6% (7).

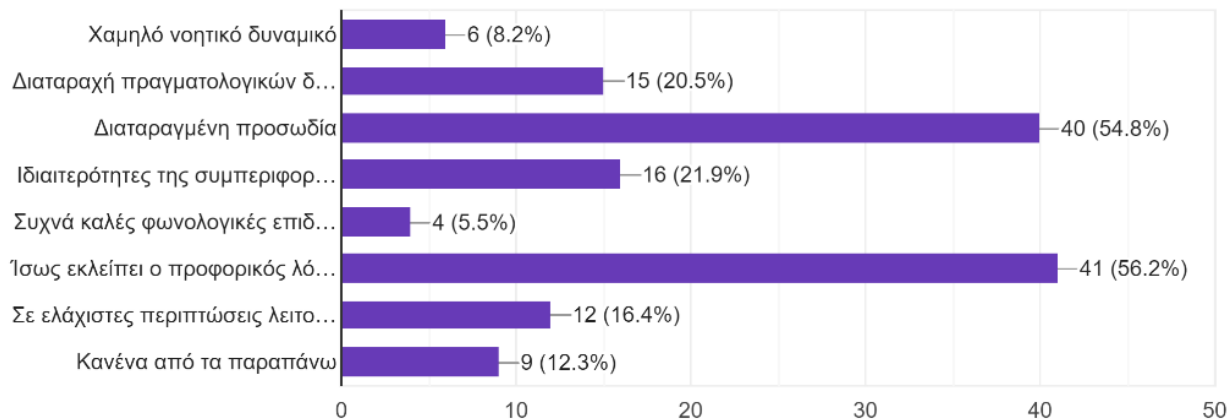
28. Στην ερώτηση 28 κλήθηκαν να διαλέξουν τα κοινά χαρακτηριστικά της παιδικής απραξίας με τις φωνολογικές διαταραχές.



Εικόνα 28 - Απραξία Φωνολογικές Διαταραχές

Οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα πολλαπλής επιλογής. Με φθίνουσα σειρά τα κοινά χαρακτηριστικά ήταν να ακόλουθα. Απλοποιήσεις συμφωνικών συμπλεγμάτων 80.8% (59), Παραλείψεις φθόγγων 72.6% (53), Αντικαταστάσεις φθόγγων 65.8% (48), Παραλείψεις συλλαβών 63% (46), Μεταθέσεις φθόγγων ή συλλαβών 61.6% (45), Συλλαβοποίηση 4.1% (15), Σταθερότητα και συνέπεια των λαθών 11% (8), Άθικτη προσωδία 4.1% (3), Φυσιολογικό ρυθμό - ταχύτητα 2.7% (2) και Κανένα από τα παραπάνω 2.7% (2).

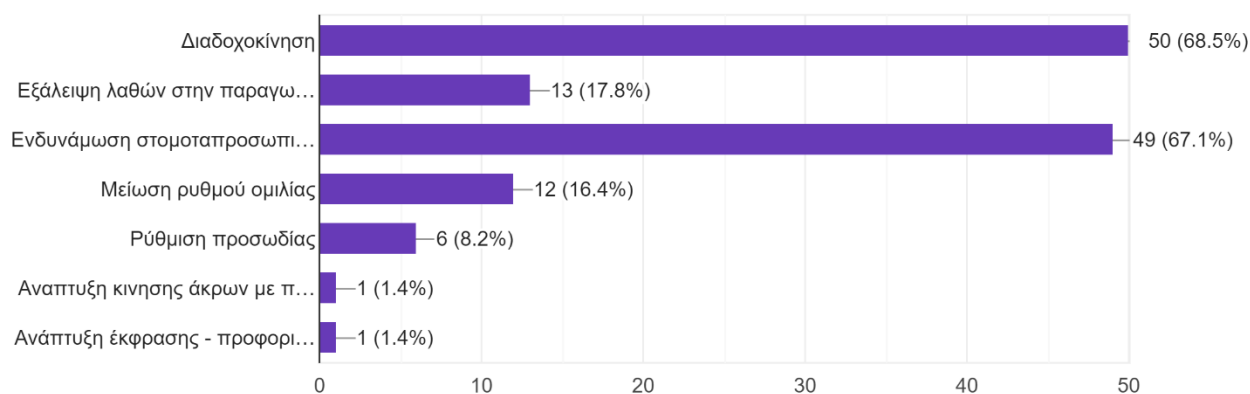
29. Στην ερώτηση 29 κλήθηκαν να διαλέξουν τα κοινά χαρακτηριστικά της παιδικής απραξίας με τον αυτισμό



Εικόνα 29 - Απραξία Αυτισμός

Οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα πολλαπλής επιλογής. Με φθίνουσα σειρά τα κοινά χαρακτηριστικά ήταν να ακόλουθα. Ίσως εκλείπει ο προφορικός λόγος 56.2% (41), Διαταραγμένη προσωδία 54.8% (40), Ιδιαιτερότητες της συμπεριφοράς λόγω περιορισμένης αντίληψης, πρόσληψης και επεξεργασία των ερεθισμάτων 21.9% (16), Διαταραχή πραγματολογικών δεξιοτήτων 20.5% (15), Σε ελάχιστες περιπτώσεις λειτουργικός λόγος 16.4% (12), Κανένα από τα παραπάνω 12.3% (9), Χαμηλό νοητικό δυναμικό 8.2% (6) και Συχνά καλές φωνολογικές επιδόσεις 5.5% (4).

30. Στην ερώτηση 30, οι ερωτώμενοι απάντησαν σε ποιες διαδικασίες δίνουν έμφαση ξεκινώντας την θεραπεία.

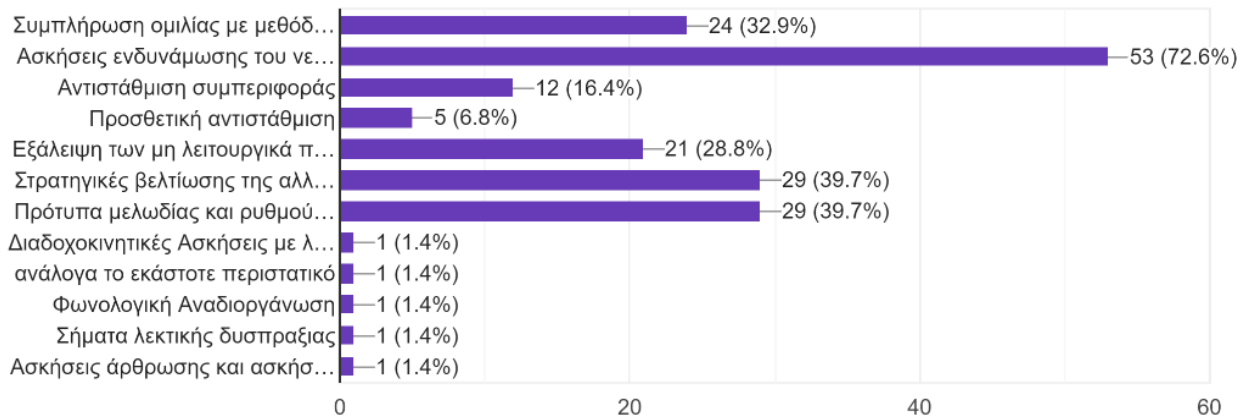


Εικόνα 30 - Αρχή Θεραπείας

Όπως φαίνεται από την εικόνα, οι περισσότεροι 50 (68.5%) δίνουν βαρύτητα στην Διαδοχοκίνηση και 49 (67.1%) στην Ενδυνάμωση του στοματοπροσωπικού μηχανισμού. Οι 13 (17.8%) ξεκινούν με Εξάλειψη λαθών στην παραγωγή φωνημάτων, οι 12 (16.4%) με Μείωση

ρυθμού ομιλίας, οι 6 (8.2%) με Ρύθμιση Προσωδίας, 1 (1.4%) με Ανάπτυξη κίνησης άκρων με παιχνίδι και συγχρονισμό εκπνοής / φώνησης και 1 (1.4%) Ανάπτυξη έκφρασης - προφορικού λόγου.

31. Οι συμμετέχοντες στην ερώτηση 31 κλήθηκαν να απαντήσουν ποιες θεραπευτικές προσεγγίσεις ακολουθούν.



Εικόνα 31 - Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Η ερώτηση ήταν πολλαπλής επιλογής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 53 (72.6%) χρησιμοποιούν ασκήσεις ενδυνάμωσης του νευροκινητικού μηχανισμού ομιλίας, 29 (39.7%) τόσο Στρατηγικές βελτίωσης της αλληλεπίδρασης, όσο και Πρότυπα μελωδίας και ρυθμού της συνδετικής ομιλίας. Οι 24 (32.9%) επέλεξαν Συμπλήρωση ομιλίας με μεθόδους επαυξητικής επικοινωνίας, 21 (28.8%) Εξάλειψη των μη λειτουργικά προσαρμοσμένων συμπεριφορών, 12 (16.4%) Αντιστάθμιση συμπεριφοράς και 5 (6.8%) Προσθετική αντιστάθμιση. Μόνο 1 (1.4%) είχαν οι Διαδοχοκινητικές Ασκήσεις με λεκτικά και μη ερεθίσματα, σταδιακή αύξηση μήκους και πολυπλοκότητας, η Φωνολογική Αναδιοργάνωση, Σήματα λεκτικής δυσπραξίας, Ασκήσεις άρθρωσης και ασκήσεις διαδοχοκίνησης και "ΑΛΛΟ".

32. Η τελευταία ερώτηση έδινε την δυνατότητα στους συμμετέχοντες να εκφράσουν τις απορίες, τα σχόλια, τους προβληματισμούς τους ή να αποτυπώσουν περαιτέρω πληροφορίες.

5.3 Ανάλυση αποτελεσμάτων

Εκτός από την καταγραφή των αποτελεσμάτων που πραγματοποιήθηκε παραπάνω, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική κι η ανάλυση τους για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Σε αυτό το σημείο λοιπόν, πρόκειται να αναλύσουμε τα αποτελέσματα που συγκεντρώθηκαν. Καταρχάς, αξίζει να σημειωθεί ότι από το συνολικό δείγμα, το 98.6% ήταν γυναίκες και μόνο το 1.4% άνδρες. Η ηλικιακή ομάδα των 21 – 30 συνάντησε τα μεγαλύτερα ποσοστά και ακολούθησε η ομάδα των

31 – 40. Η αρχικά επιθυμία ήταν η ισόνομη κατανομή των ηλικιακών ομάδων ή τουλάχιστον κοντινή, ωστόσο τα αποτελέσματα δεν προκάλεσαν εντύπωση.

Στην ερώτηση πόσο εξοικειωμένοι είναι με περιπτώσεις παιδικής απραξίας η πλειοψηφία απάντησε “λίγο”. Η ερώτηση αυτή δικαιολογεί και έρχεται σε συμφωνία με τις απαντήσεις των ακόλουθων ερωτήσεων στις οποίες έπρεπε να προβούν σε βαθμολόγηση της προσωπικής τους εμπειρίας, της ικανότητας αξιολόγησης και θεραπείας της παιδικής απραξίας σε κλίμακα από το 1 – 5 , όπου η πλειοψηφία των συμμετεχόντων επέλεξε και στις τρεις ερωτήσεις το 3. Συγκεκριμένα, στην εμπειρία ως λογοθεραπευτής το 3 διάλεξε το 38.4%, στην ικανότητα αξιολόγησης το 31.5% και στην ικανότητα θεραπείας το 41.1%.

Από το συνολικό δείγμα, το 67.1% ασχολείται με περιστατικά παιδικής απραξίας, ενώ το 32.9% όχι. Συγκεκριμένα, από τους 67.1% συμμετέχοντες, οι οποίοι έρχονται σε επαφή με τέτοια περιστατικά το 27.3% ασχολείται με 1 – 2 περιστατικά , το 28.7% με 3 – 5 και το 10.9% με >5. Τα αποτελέσματα αυτά δεν προκαλούν εντύπωση, καθώς η παιδική απραξία της ομιλίας συναντάται σε 1 – 2 παιδιά στα 1000 και περίπου στο 3% - 4% των παιδιών με κάποια διαταραχή της ομιλίας.

Στην συνέχεια, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν ποια μέθοδο αξιολόγησης χρησιμοποιούν για την παιδική απραξία της ομιλίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, κανένας δεν χρησιμοποιεί μόνο τυπική αξιολόγηση μέσω σταθμισμένων τεστ, το 37% χρησιμοποιεί άτυπη κλινική αξιολόγηση και το 63% χρησιμοποιεί και τυπική και άτυπη. Όσον αφορά την χρήση κάποιου διαγνωστικού εργαλείου για την CAS, οι πλειοψηφία (9 άτομα) απάντησε πως δεν χρησιμοποιεί κάποιο διαγνωστικό εργαλείο και 8 άτομα πως πραγματοποιούν άτυπη κλινική αξιολόγηση. Τα αποτελέσματα ήταν τα αναμενόμενα, καθώς σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν υπάρχουν σταθμισμένα διαγνωστικά εργαλεία αποκλειστικά για την παιδική απραξία της ομιλίας και η αντιληπτική αξιολόγηση από ένα λογοθεραπευτή θεωρείται το “χρυσό πρότυπο”. Ωστόσο, όταν παρατέθηκε λίστα διαγνωστικών εργαλείων που μπορεί να είναι χρήσιμα για την συγκεκριμένη διαταραχή τα αποτελέσματα ήταν τα διαφορετικά. Μόνο 2 συμμετέχοντες απάντησαν πως δεν τους έχει φανεί κανένα από τα εργαλεία που είχαμε καταγράψει χρήσιμο, ενώ όλοι οι υπόλοιποι επέλεξαν ένα ή περισσότερα από τα 11 διαγνωστικά εργαλεία (Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης, ΔΕΛ, NDP, CELF - PRESCHOOL, DLS, RDP, GFTA, VMPAC, DEMSS, KSPT, MSEL). Αναλυτικότερα, οι περισσότεροι χρησιμοποιούν την Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης (61.6%) και τη Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου ΔΕΛ (60.3%) και ακολουθεί το Nuffield Dyspraxia Programme NDP (20.5%) και τα υπόλοιπα. Τόσο σε έρευνες όσο και σε καθημερινή βάση, έχει αποδειχθεί ότι οι Λογοθεραπευτές στηρίζονται σε διαγνωστικά εργαλεία με τα οποία μπορούν να αξιολογήσουν κάποια από τα χαρακτηριστικά της διαταραχής.

Στην ερώτηση για τις διαδικασίες που πραγματοποιούν οι λογοθεραπευτές κατά την κλινική αξιολόγηση, οι υψηλότερες απαντήσεις είχαν πολύ μικρή απόκλιση. Συγκεκριμένα, σε ποσοστό 94.5% ανέρχονταν και οι απαντήσεις για την Λήψη Λογοπαθολογικού Ιστορικού και οι απαντήσεις πραγματοποίησης Στοματοπροσωπικής Εξέτασης, σε ποσοστό 93.2% αντιστοιχούσε

η επιλογή “Έλεγχος ικανότητας επανάληψης λέξεων / φράσεων, σε ποσοστό 91.8% είχε επιλεχθεί “Αξιολόγηση ταχύτητας παραγωγής διαδοχοκινητικών συλλαβών” και σε ποσοστό 82.2% “Έλεγχος σε αυτοματοποιημένες διαδικασίες”. Επόμενες ήταν οι επιλογές, “Απόκτηση Δειγμάτων Ομιλίας” (79.5%), “Έλεγχος ικανότητας εκτέλεσης εντολών (69.9%), “Έλεγχος Κατανόησης Εννοιών” (65.8%), “Έλεγχος Προσωδίας” (61.6%), “Ακοολογικός Έλεγχος” (41.1%) και “Άλλο” (5.6%). Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα επίσημων ερευνών που προτείνουν στοχευμένες δοκιμασίες για την αξιολόγηση της συγκεκριμένης διαταραχής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, τα κύρια μέλη που πρέπει να απαρτίζουν την διεπιστημονική ομάδα για περιπτώσεις παιδικής απραξίας είναι ο Λογοθεραπευτής (97.3%), ο Εργοθεραπευτής (90.4%) και ο Αναπτυξιολόγος / Παιδοψυχίατρος (71.2%). Σίγουρα οι παραπάνω ειδικότητες έχουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για την εξέλιξη του παιδιού, ωστόσο κάθε περιστατικό αποτελεί μια ξεχωριστή και μοναδική κλινική περίπτωση και έτσι ανάλογα με την ηλικία, τις δυσκολίες αλλά και τις ικανότητες του ατόμου η διεπιστημονική ομάδα διαφέρει, με στόχο το μέγιστο θετικό αποτέλεσμα για κάθε παιδί. Κάθε μέλος της διεπιστημονική ομάδας είναι σημαντικό να γνωρίζει την κατάλληλη στιγμή που πρέπει να παρέμβει και άλλο μέλος της ομάδας, ώστε να πραγματοποιήσει την ανάλογη παραπομπή.

Στην συνέχεια, κλήθηκαν να απαντήσουν αν συναντούν συνοσηρότητα της απραξίας με κάποια διαταραχή και αν ναι με ποια. Το 97.3% απάντησε “ΝΑΙ”, ενώ μόνο το 2.7% “ΟΧΙ”. Το μεγαλύτερο ποσοστό επέλεξε τον “Αυτισμό” (31%) και τη “Φωνολογική Διαταραχή” (22.5%). Παράλληλα, όλες οι υπόλοιπες επιλογές (Γλωσσική Καθυστέρηση 9.9%, Εγκεφαλική Παράλυση 5.6%, Τραυλισμός 1.4%, ΔΕΠΥ 5.5%, Νοητική Υστέρηση 4.2%, Δυσαρθρία 8.5%, Ειδική Γλωσσική Διαταραχή 9.9%, Άλλο 1.4%) εκτός της Δυσλεξίας και της Βαρηκοΐας είχαν επιλεχθεί από μερικούς. Τα αποτελέσματα ήταν τα αναμενόμενα, καθώς η παιδική απραξία της ομιλίας συχνά συνυπάρχει με άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές όπως είναι το Φάσμα του Αυτισμού, το σύνδρομο DOWN κ.α. Όπως συμβαίνει με πολλές νευρολογικές διαταραχές, η ακριβής αιτιολογία της CAS είναι ακόμα άγνωστη και όχι πλήρως κατανοητή και εκεί μπορούν να δικαιολογηθούν οι ποικίλες απαντήσεις, οι οποίες στηρίζονται κυρίως στην εμπειρία και στις γνώσεις του κάθε ατόμου. Όσον αφορά την συνύπαρξη της CAS με τη διαταραχή του αυτιστικού φάσματος υπάρχουν αντικρουόμενα στοιχεία και αποτελέσματα ερευνών, τα οποία μπορεί να οφείλονται στη χρήση διαφορετικών διαγνωστικών εργαλείων και διαφορετικής σοβαρότητας μεταξύ των ομάδων μελετών.

Στην ερώτηση που απευθύναμε σχετικά με τα χαρακτηριστικά Παιδικής Απραξίας που συναντούν πιο συχνά οι θεραπευτές, οι απαντήσεις ήταν στην πλειοψηφία τους οι αναμενόμενες καθώς ήταν σύμφωνες με τη διεθνή βιβλιογραφία. Αναλυτικότερα, όπως είδαμε και πρωτίτερα, η ASHA έχει παρουσιάσει α) την αστάθεια στα λάθη παραγωγής, β) την ακατάλληλη προσωδία και γ) τα προβλήματα συνάρθρωσης που συχνά προβάλλονται στην αδυναμία διαδοχόκνησης και την παρουσία δομικών διαδικασιών απλοποίησης, ως τα 3 βασικά χαρακτηριστικά της ομιλίας των παιδιών με Παιδική Απραξία. Έτσι λοιπόν, 24 απ’ τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι συναντούν αστάθεια στα λάθη των ασθενών με απραξία «πολύ συχνά», ενώ 26 απ’ αυτούς ότι συναντούν λάθη αστάθειας «πάντα» σε τέτοια περιστατικά. Όσον

αφορά το χαρακτηριστικό των προσωδιακών ανωμαλιών, οι 2 επιλογές που είχαν τις περισσότερες απαντήσεις ήταν η επιλογή «μερικές φορές» (24 απαντήσεις) και η επιλογή «πολύ συχνά» (20 απαντήσεις). Αυτό που προξενεί εντύπωση, στο συγκεκριμένο απραξικό στοιχείο είναι πως αρκετά υψηλό ποσοστό απαντήσεων είχε και η επιλογή «σπάνια» με 16 απαντήσεις. Βέβαια το γεγονός ότι το συγκεκριμένο, αποτελεί κύριο διαφοροδιαγνωστικό χαρακτηριστικό σύμφωνα με τους ερευνητές, δεν σημαίνει ότι εντοπίζεται πάντα, ή έστω συχνά στα περιστατικά απραξίας. Αναφορικά με το 3^ο χαρακτηριστικό, τα προβλήματα στις συναρθρωτικές μεταβάσεις, οι οποίες όπως έχει αναλυθεί και παραπάνω σχετίζονται με τα προβλήματα διαδοχοκίνησης και τις δομικές διαδικασίες απλοποίησης, υπήρξε επίσης συμφωνία μεταξύ της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων και της διεθνούς βιβλιογραφίας. 28 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι συναντούν «πολύ συχνά» διαδικασίες απλοποίησης σε περιστατικά παιδικής απραξίας, ενώ 14 ότι συναντούν «πάντα». Επιπλέον, 23 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι συναντούν «πολύ συχνά» και 28 «πάντα» προβλήματα διαδοχοκίνησης στον παιδιατρικό πληθυσμό με απραξία. Μεταξύ των δομικών διαδικασιών απλοποίησης, οι διαδικασίες των παραλείψεων και των αντικαταστάσεων ήταν αυτές που επιλέχθηκαν από το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων ότι συναντώνται συχνότερα. Πιο αναλυτικά, 30 άτομα ψήφισαν ότι συναντούν «πολύ συχνά» λάθη παραλείψεων και 10 άτομα ότι συναντούν «πάντα» τέτοια λάθη, ενώ όσον αφορά τις αντικαταστάσεις οι απαντήσεις ήταν 27 και 13 αντίστοιχα. Παρουσιάζει αρκετό ενδιαφέρον και αξίζει να σημειωθεί ότι παρά το γεγονός ότι η αστάθεια στις λανθασμένες παραγωγές των απραξικών παιδιών είναι ένα κύριο διαγνωστικό χαρακτηριστικό, δεν είναι σπάνιο να συναντώνται και σταθερά λάθη. Στην ερώτηση πόσο συχνά συναντάτε σταθερά λάθη στην ομιλία απραξικών παιδιών, 2 θεραπευτές δήλωσαν «πάντα», 7 «πολύ συχνά», 9 «συχνά» και 22 «μερικές φορές». Τα δεδομένα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τη θεωρία της Velleman (Velleman, 2003) που ισχυρίστηκε ότι στην παιδική απραξία, σε αντίθεση με την επίκτητη, τα λάθη που κάνουν τα παιδιά μπορεί είτε να εμφανιστούν μία φορά είτε να εμφανίζονται μόνιμα για κάποιο διάστημα.

Στην ακριβώς επόμενη ερώτηση, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν τα 5 κατά τη γνώμη τους πιο κοινά χαρακτηριστικά της παιδικής απραξίας. Δεν προκαλεί εντύπωση, ότι οι 2 επιλογές που συγκέντρωσαν με διαφορά πιο πολλούς ψήφους ήταν τα “προβλήματα διαδοχοκίνησης” με 86.3% και τα “ασταθή λάθη” με 83.6%, αφού όπως αναλύθηκε και πρωτύτερα ανήκουν στα βασικά διαγνωστικά χαρακτηριστικά της απραξίας σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Το αμέσως επόμενο σε ψήφους χαρακτηριστικό ήταν οι “κινήσεις αναζήτησης” τις οποίες επέλεξαν 34 άτομα (46,6%) ως ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα. Το λεγόμενο “groping” (κινήσεις αναζήτησης) είναι ένα σύμπτωμα που διαχρονικά παρατηρούν οι ερευνητές στις έρευνες για την παιδική απραξία [Iuzzini-Seigel et al.(2015), Shriberg et al. (2017a, 2017b) Fedorenko et al. (2016)], είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη διαταραχή αλλά πρέπει να σημειωθεί ότι δεν παρατηρείται σε όλα τα περιστατικά . Αμέσως μετά, το 45,2% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι θεωρεί κοινό σύμπτωμα την “μειωμένη ικανότητα άμεσης μίμησης ήχων λέξεων” που εντοπίζεται στα παιδιά με απραξία. Είναι γεγονός ότι η κλινική εμπειρία μας δείχνει ότι οι απραξικοί ασθενείς δυσκολεύονται λιγότερο στην αυθόρμητη ομιλία σε σχέση με την παραγωγή μετά απο αίτημα μίμησης και μάλιστα παρατηρείται ότι όσος περισσότερος είναι ο χρόνος που παρεμβάλλεται μεταξύ της παραγωγής του κλινικού και της επανάληψης του παιδιού, τόσο μεγαλύτερη είναι η δυσκολία που αντιμετωπίζει το παιδί. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε έρευνα τους, οι Shriberg & Lohmeier (2008) , προσπαθήσαν να εντοπίσουν τον πυρήνα των δυσκολιών

που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με απραξία, χρησιμοποιώντας το Syllable Repetition Task (SRT), και συμπέραναν ότι ο πυρήνας του προβλήματος δεν περιορίζεται μόνο στον κινητικό προγραμματισμό. Αντίθετα πολλά παιδιά με απραξία μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα μνήμης και αποθήκευσης φωνημικών ακολουθιών καθώς και αδυναμία στην πρόσβαση φωνολογικών αναπαραστάσεων. Αυτά τα ευρήματα πιθανά να συνδέονται ως ένα βαθμό με τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με απραξία στην ικανότητα μίμησης (επανάληψης) ήχων και λέξεων. Το τελευταίο από τα βασικά απραξικά χαρακτηριστικά που βρήκε σύμφωνο το 37% των συμμετεχόντων, ήταν η παραγωγή “αλλοιωμένων φωνημάτων”, όπως φυσικά ήταν αναμενόμενο.

Στην ερώτηση για τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την ομιλία των παιδιών με απραξία, οι 2 επιλογές που συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά ήταν το “αυξημένο μήκος παραγόμενων λέξεων” και η “συννοσηρότητα” της απραξίας με άλλη διαταραχή. Η κλινική παρατήρηση του δυσανάλογα αυξημένου αριθμού σφαλμάτων όσο αυξάνεται ο αριθμός των συλλαβών, σε σύγκριση με τον αριθμό των σφαλμάτων σε λέξεις με λιγότερες συλλαβές (Iuzzini-Seigel et al., 2017), είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό που συνήθως συνδέεται με το CAS, αλλά μπορεί να είναι δύσκολο να αξιολογηθεί αντικειμενικά (ASHA, 2017). Η συννοσηρότητα της απραξίας από την άλλη, είναι προφανέστατα ένας παράγοντας που καθιστά δυσκολότερη την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων των κλινικών. Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί ότι το 65.8% των ερωτώμενων δήλωσε ότι θεωρεί ότι “συναισθηματικοί παράγοντες” επηρεάζουν την επίδοση της ομιλίας των παιδιών με απραξία, γεγονός που δίνει τροφή για σκέψη και αφορμή για εκτενέστερη έρευνα.

Τα αποτελέσματα της ερώτησης που αφορούσε τα είδη απραξίας που συναντώνται συχνότερα από τους θεραπευτές, ήταν κάθε άλλο παρά ανατρεπτικά. Είναι γνωστό ότι τα περιστατικά στοματικής απραξίας αρκετές φορές διαγιγνώσκονται και με λεκτική απραξία. Αν το παιδί δυσκολεύεται στην εκτέλεση εκούσιων μη λεκτικών κινήσεων του προσώπου και του στόματος (στοματική απραξία), τότε είναι πολύ πιθανόν να δυσκολεύεται και στην εκτέλεση λεκτικών κινήσεων (λεκτική απραξία), καθώς όπως είναι γνωστό η ομιλία είναι μια απαιτητική διαδικασία συντονισμού και οργάνωσης κινήσεων. Έτσι λοιπόν, η απάντηση του 43.8% των συμμετεχόντων ότι πιο συχνά συναντούν λεκτική και στοματική απραξία μαζί ήταν σχετικά αναμενόμενη.

Η ακριβώς επόμενη ερώτηση αφορούσε δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σύμφωνα με την κρίση των θεραπευτών τα παιδιά με απραξία, όχι τόσο άμεσα αλλά περισσότερο έμμεσα λόγω της διαταραχής. 23 άτομα επέλεξαν τις κοινωνικές δυσκολίες, 32 τη συμπεριφορική απορρύθμιση, 35 γνωσιακά-μαθησιακά ελλείμματα και η πλειοψηφία, 62 άτομα, τα ελλείμματα στην επικοινωνία. Είναι γεγονός, ότι τα παιδιά με προβλήματα ομιλίας έχουν να αντιμετωπίσουν πλήθος περιορισμών στην καθημερινότητά τους με κυριότερο την δυσλειτουργική επικοινωνία. Αν το παιδί δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει ανάγκες και επιθυμίες, αυτόματα υποβαθμίζεται η ποιότητα ζωής του και η καθημερινότητά του καθίσταται δυσλειτουργική. Δυστυχώς, τα παιδιά με απραξία είτε λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην ομιλία, είτε λόγω ψυχοσυναισθηματικών παραγόντων αντιμετωπίζουν συχνά σοβαρές επικοινωνιακές δυσκολίες.

Όσον αφορά το κομμάτι της διαφοροδιάγνωσης υπήρχε μεγάλη ποικιλομορφία στις απόψεις των συμμετεχόντων. Στην ερώτηση σχετικά με το αν υπάρχει δυσκολία στη διαφοροδιάγνωση

της διαταραχής, η απάντηση της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων ήταν θετική (86.3%). Το γεγονός αυτό ήταν αναμενόμενο, καθώς γνωρίζουμε πως υπάρχει έλλειψη διαγνωστικών εργαλείων, πολλά από τα επιφανειακά χαρακτηριστικά της συναντώνται και σε άλλες διαταραχές, και τέλος, πολλές διαταραχές μπορεί να προκαλέσουν καθυστέρηση στην ομιλία. Παρακάτω, θα αναλύσουμε τα αποτελέσματα από τη σύγκριση της κάθε διαταραχής με την Παιδική Απραξία.

Αρχικά, στη σύγκριση των μυολειτουργικών διαταραχών με την Παιδική Απραξία και στην επιλογή των κοινών χαρακτηριστικών τους, όλες οι επιλογές που δόθηκαν είχαν ποσοστό συμπλήρωσης. Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκέντρωσε η απάντηση “Αρθρωτικά λάθη”(67.1%). Όπως συζητήθηκε νωρίτερα, στις μυολειτουργικές διαταραχές του στοματοπροσωπικού συστήματος, η διαταραχή της ομιλίας περιορίζεται κυρίως στον τομέα της άρθρωσης. Επίσης, στην CAS υπάρχουν πολυάριθμα ασταθή αρθρωτικά λάθη. Επομένως, αναμέναμε πως ο αριθμός συμπλήρωσης θα ήταν μεγαλύτερος, αν όχι ο ανώτερος. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί η απάντηση “Τα όργανα δεν έχουν την ικανότητα να πραγματοποιήσουν μια κίνηση”, την οποία έδωσε το 41.1%. Όπως είναι γνωστό, η Παιδική Απραξία είναι μια κινητική διαταραχή ομιλίας η οποία δεν οφείλεται σε κάποια μυϊκή αδυναμία ή παράλυση. Επομένως, δεν υπάρχει πρόβλημα στην ικανότητα των οργάνων, αλλά στον κινητικό προγραμματισμό. Επιπρόσθετα, ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό θεώρησε κοινό σημείο των δύο διαταραχών τις διαταραχές μάσησης, κατάποσης, αναπνοής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στην CAS επηρεάζονται κυρίως η άρθρωση και η προσωδία, ωστόσο αν συνυπάρχουν στοματική και λεκτική απραξία, τότε, λογικά, θα επηρεαστούν και οι διαδικασίες που προαναφέρθηκαν. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε πως μόνο το 1.4% επέλεξε πως υπάρχει και στις δύο διαταραχές δυσκολία στον συντονισμό κινήσεων απαραίτητων για ομιλία. Ένα πολύ μικρό ποσοστό, 4.1%, επέλεξε την απάντηση “ Δεν επηρεάζεται ο μηχανισμός ελέγχου και πραγματοποίησης των κινήσεων”. Όπως προαναφέρθηκε, δεν ισχύει κάτι τέτοιο, καθώς στην CAS το πρόβλημα εντοπίζεται στον κινητικό προγραμματισμό. Τέλος, το 4.1 % υποστηρίζει πως κανένα από τα χαρακτηριστικά των μυολειτουργικών διαταραχών που δίνονται, δεν συναντάται στην Παιδική Απραξία της Ομιλίας.

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να τονιστεί πως κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων, όπου επαναλαμβάνονται τα χαρακτηριστικά της CAS τα οποία έχουν αναλυθεί, θα είναι αυτονόητη η επεξήγησή τους.

Στη σύγκριση της Παιδικής Απραξίας της ομιλίας με τη Δυσαρθρία συλλέχθηκαν οι εξής απαντήσεις. Καταρχάς, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε τη “Διαταραγμένη Άρθρωση” και τις “Διαταραχές στο συντονισμό/ Επιβράδυνση κινήσεων ομιλίας” με ποσοστό 75.3% και 68.5%, αντίστοιχα. Το 53.4% απάντησε πως η “διαταραγμένη προσωδία” συναντάται και στις δύο διαταραχές. Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί η επιλογή της απάντησης “Μυϊκή αδυναμία” από το 39.7% και οι “Μεταβολές στο μυϊκό τόνο” από το 31.5%. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με την Dr. Edythe Strand, διαταραγμένος μυϊκός τόνος δε σημαίνει απαραίτητα μυϊκή αδυναμία. Επιπρόσθετα, εάν ένα παιδί παρουσιάζει καλή αναπνευστική υποστήριξη, καλή δομή και καλή φώνηση, τότε δε μιλάμε για μυϊκή αδυναμία που σχετίζεται με προβλήματα

ομιλίας. Επίσης, το 31.5% απάντησε πως συναντάει “Διαταραγμένη φώνηση”, το 38.4% “Διαταραγμένη αναπνοή” και το 21.9% “Διαταραγμένη αντήχηση”, τα οποία, ωστόσο, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, δεν αποτελούν χαρακτηριστικά της Παιδικής Απραξίας. Συγκεκριμένα, η CAS επηρεάζει κυρίως τα υποσυστήματα της άρθρωσης και της προσωδίας. Η μειοψηφία, το 9.7%, υποστηρίζει πως “μπορεί να οδηγήσει στην αναρθρία”, αλλά σύμφωνα με το Duffy (1995) η «αναρθρία» χρησιμοποιείται κυρίως για να περιγράψει σοβαρές περιπτώσεις δυσαρθρίας, στις οποίες η μυϊκή αδυναμία είναι η αιτία της διαταραχής. Η επιλογή “κανένα από τα παραπάνω” δεν επιλέχθηκε από κανένα συμμετέχοντα, όπως ήταν αναμενόμενο.

Στο επόμενο κομμάτι συγκρίνονται τα χαρακτηριστικά της Παιδικής Απραξίας με την Αρθρωτική διαταραχή. Ξεκινώντας την ανάλυσή τους, προξενεί εντύπωση το γεγονός ότι υπήρξε ένα ποσοστό, συγκεκριμένα το 21.9%, που υποστήριξε πως καμία από τις επιλογές δεν είναι κοινό χαρακτηριστικό. Συνεχίζοντας, η απάντηση με το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν η “Δυσκολία κυρίως στα σύμφωνα και λιγότερο στα φωνήεντα” (50.7%) και είχε αρκετή απόκλιση από τα ποσοστά των υπολοίπων απαντήσεων. Στηριζόμενες στην βιβλιογραφία αναμέναμε μεγαλύτερο ποσοστό στη συγκεκριμένη απάντηση. Οι διαστρεβλώσεις συμφώνων αναφέρονται συχνά μεταξύ των παιδιών με CAS (π. χ. Davis et al. , 1998- Rosenbek & Wertz, 1972- Shriberg et al. , 1997), ωστόσο δεν αποτελούν βοηθητικό στοιχείο διαφοροδιάγνωσης, καθώς απαντώνται σε αρκετές διαταραχές. Από την άλλη πλευρά, οι διαστρεβλώσεις φωνηέντων είναι πιο σπάνιες, αλλά αποτελούν παθολογικό χαρακτηριστικό για τα παιδιά με CAS. Η αμέσως επόμενη επιλογή με τις περισσότερες απαντήσεις φαίνεται να είναι η “σωστή λειτουργία του φωνολογικού συστήματος” με μόλις 30.1%.

Στην επόμενη ερώτηση, στην οποία οι θεραπευτές κλήθηκαν να βρουν ποια από τα χαρακτηριστικά των Φωνολογικών διαταραχών που τους δόθηκαν στη λίστα απαντώνται και στην Παιδική Απραξία, διαπιστώθηκε ότι σε μεγάλο βαθμό υπήρχε συμφωνία μεταξύ των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία (80.8%) απάντησε πως υπάρχουν “Απλοποιήσεις συμφωνικών συμπλεγμάτων”. Ένα επίσης μεγάλο ποσοστό, το 72.6%, επέλεξε τις “παραλείψεις φθόγγων” και το 65.8% επέλεξε τις αντικαταστάσεις. Τέλος, το 63% συναντάει παραλείψεις συλλαβών και το 61.6 % συναντάει μεταθέσεις φθόγγων ή συλλαβών. Τα υψηλά ποσοστά που προαναφέρθηκαν ήταν αναμενόμενα για τις συγκεκριμένες επιλογές, καθώς και στις δύο διαταραχές εμφανίζονται δομικά λάθη απλοποιήσεων. Σύμφωνα και με τον πίνακα 2, η διαφορά υπάρχει στο γεγονός ότι τα λάθη αντικατάστασης υπερτερούν στις φωνολογικές διαταραχές και πραγματοποιούνται με τη σωστή κίνηση. Τέλος, στην CAS οι παραλείψεις στην αρχική θέση είναι πιο πιθανές από την τελική θέση, ενώ στις φωνολογικές διαταραχές συμβαίνει το αντίθετο.

Έπειτα, προχωράμε στην ερώτηση όπου οι ερωτηθέντες έπρεπε να διαλέξουν τα χαρακτηριστικά του Αυτισμού τα οποία συναντούν και στην Παιδική Απραξία της Ομιλίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων συγκεντρώνει η απάντηση “Ίσως εκλείπει ο προφορικός λόγος”. Είναι αλήθεια, πως στις περιπτώσεις σοβαρής παιδικής απραξίας δεν υπάρχει καθόλου ομιλία, μόνο μερικές στερεότυπες εκφράσεις με ή χωρίς νόημα. Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις που τα

παιδιά αυτά δε μπορούν να παράγουν φωνή, αν και οι φωνητικές τους χορδές λειτουργούν σωστά. Ύστερα, συναντάμε τη “Διαταραγμένη προσωδία” με ποσοστό 54.8%. Η αλήθεια είναι πως στη συγκεκριμένη απάντηση αναμέναμε μεγαλύτερο αριθμό, καθώς, συνήθως, κυριαρχεί η διαταραχή αυτού του υποσυστήματος της ομιλίας, στην CAS. Μη αναμενόμενες απαντήσεις ήταν η “Διαταραχή πραγματολογικών δεξιοτήτων” και η “ Ιδιαιτερότητες της συμπεριφοράς λόγω περιορισμένης αντίληψης, πρόσληψης και επεξεργασίας των ερεθισμάτων” με ποσοστό 20.5% και 21.9%, αντίστοιχα. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι συνηθισμένα στα άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, ωστόσο δεν εμφανίζονται ως συμπτώματα της μεμονωμένης Παιδικής Απραξίας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην αρχή της θεραπείας δίνει έμφαση στην Διαδοχοκίνηση (68.5%) και στην Ενδυνάμωση των στοματοπροσωπικών δομών (67.1%) και κάνει χρήση ασκήσεων ενδυνάμωσης του στοματοπροσωπικού μηχανισμού (72.6%), στρατηγικών βελτίωσης της αλληλεπίδρασης (39.7%), προτύπων μελωδίας και ρυθμού της συνδετικής ομιλίας (39.7%) και συμπλήρωσης ομιλίας με μεθόδους επαυξητικής επικοινωνίας (32.9%). Το θεραπευτικό πρόγραμμα που συχνά προτείνεται για περιπτώσεις απραξίας χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: 1) σε αυτές που εστιάζουν στην αρθρωτική παραγωγή, 2) σε αυτές που δίνει έμφαση σε προσωδιακά ζητήματα και 3) σε αυτές που στοχεύουν στην νοηματική ή επαυξημένη επικοινωνία. Συμπερασματική, αυτό το θεραπευτικό πλάνο συμπίπτει με τις περισσότερες απαντήσεις των συμμετεχόντων. Αν και ένας από τους συχνούς μακροπρόθεσμους στόχους των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι η συνολική βελτίωση της αλληλεπίδρασης, δεν συναντάται στην βιβλιογραφική έρευνα η χρησιμότητα και τα αποτελέσματα των στρατηγικών βελτίωσης της αλληλεπίδρασης σε περιπτώσεις παιδικής απραξίας.

Στην τελευταία ερώτηση, οι συμμετέχοντες μπορούσαν να αποτυπώσουν σχόλια και παρατηρήσεις. Τα περισσότερα σχόλια που εντοπίστηκαν αφορούσαν την ονομασία της διαταραχής ως λεκτική δυσπραξία ή απραξία. Γνωρίζοντας τους διάφορους ορισμούς και τις διαφωνίες που συχνά παρατηρούνται σε παγκόσμιο επίπεδο για την ονομασία της συγκεκριμένης διαταραχής, είναι απαραίτητο να αναφέρουμε ότι η συγκεκριμένη πτυχιική εργασία γράφτηκε στηριζόμενη στον επίσημο ορισμό που δίνει η ASHA, δηλαδή τον όρο παιδική απραξία της ομιλίας, χωρίς ωστόσο να απορρίπτουμε διαφορετικές ονομασίες.

5.4 Συμπεράσματα

Κύριος σκοπός της ερευνητικής εργασίας που διεξήγαμε, ήταν να μελετήσει και να αναδείξει τις αντικειμενικές δυσκολίες που συναντούν οι Έλληνες Λογοθεραπευτές στη διαφοροδιάγνωση της Παιδικής Απραξίας και δυσχεραίνουν σημαντικά το έργο τους. Βάσει λοιπόν των αποτελεσμάτων της έρευνας και σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, έγινε σαφές

ότι οι Λογοθεραπευτές στην Ελλάδα δε διαθέτουν κανένα ειδικά σταθμισμένο, αξιολογητικό εργαλείο που να είναι καθολικά αποδεκτό για την Απραξία. Όταν ερωτήθηκαν για τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιούν αξιολόγηση απραξίας, 9 από τους συμμετέχοντες απάντησαν πως δεν χρησιμοποιούν κανένα αξιολογητικό εργαλείο και 8 από αυτούς ότι πραγματοποιούν *άτυπη κλινική αξιολόγηση*. Οι υπόλοιποι ερωτώμενοι, δήλωσαν πως χρησιμοποιούν αξιολογητικά εργαλεία που είτε δεν αφορούν αποκλειστικά τη διαταραχή αλλά εξετάζουν μεμονωμένα συμπτώματά της -κοινά και άλλων διαταραχών-, είτε, ίσως, δεν είναι ευρέως αποδεκτά από την επιστημονική κοινότητα λόγω ανάγκης για εκτενέστερη ανάλυση της ακρίβειας και της αποτελεσματικότητάς τους. Το απαιτητικό έργο που καλούνται να διεκπεραιώσουν οι θεραπευτές, έρχεται να επισφραγίσει και η -σχεδόν ομόφωνη- απάντηση τους (86.3% των ερωτηθέντων) ότι βρίσκουν τη διαδικασία διαφοροδιάγνωσης της απραξίας δύσκολη και τη συννοσηρότητα της απραξίας με άλλη διαταραχή, πολύ συχνή (97,3% των συμμετεχόντων). Πρόσθετα σε αυτό το στατιστικό, η ποικιλία των απαντήσεων που αφορούσαν στη διαφοροδιάγνωση και τα κοινά χαρακτηριστικά της απραξίας με άλλες διαταραχές λόγου και ομιλίας, επίσης απέδειξαν ότι το τοπίο είναι ακόμη θολό και χρήζει περαιτέρω έρευνας και διευκρινήσεων. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα, ότι οι αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι Έλληνες θεραπευτές οφείλονται τόσο στην έλλειψη ενός καθολικά αποδεκτού, ειδικά σταθμισμένου αξιολογητικού εργαλείου, όσο στα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας της διαταραχής με άλλες διαταραχές και της υπάρχουσας ανάγκης για εκτενέστερη διερεύνηση και καθορισμό των διαφοροδιαγνωστικών της χαρακτηριστικών. Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τα όσα δήλωσε η πλειοψηφία των συμμετεχόντων της έρευνας, η διαταραχή με την οποία οι δυσκολίες διαφοροδιάγνωσης είναι ιδιαίτερα αισθητές είναι οι φωνολογικές διαταραχές, καθώς οι δυο διαταραχές μοιράζονται αρκετά αλληλεπικαλυπτόμενα χαρακτηριστικά. Όσον αφορά τη συννοσηρότητα, χωρίς να υπάρχουν διασταυρωμένες πληροφορίες από τη διεθνή βιβλιογραφία, οι συμμετέχοντες του παρόντος ερωτηματολογίου δήλωσαν ότι συναντούν συχνότερα συνύπαρξη της διαταραχής της παιδικής απραξίας με τη διαταραχή αυτιστικού φάσματος.

5.5 Περιορισμοί / Συστάσεις

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να αναδείξει τις αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι Λογοθεραπευτές όσον αφορά τη διαφοροδιάγνωση της Παιδικής Απραξίας της Ομιλίας. Κατά τη διάρκεια της έρευνάς μας προέκυψαν διάφοροι περιορισμοί. Ωστόσο, για τη διεξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων κρίθηκε επιτακτική ανάγκη να ξεπεραστούν οι δυσκολίες που υπήρξαν. Δυστυχώς, αυτό δεν έγινε εφικτό στο 100%. Παρακάτω, παρατίθενται αναλυτικά τα προβλήματα που αντιμετωπίσαμε και οι σκέψεις μας όσον αφορά τις αλλαγές που θα επιθυμούσαμε να πραγματοποιήσουμε στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας, σύμφωνα με την προσωπική μας κρίση.

Ξεκινώντας με το ερωτηματολόγιο, το πιο δύσκολο κομμάτι ήταν η συγκέντρωση ενός ικανοποιητικού δείγματος. Το περιορισμένο χρονικό διάστημα που είχαμε στη διάθεσή μας, στάθηκε εμπόδιο στη συλλογή του προσμενόμενου αριθμού απαντήσεων. Σε ιδανικές συνθήκες, λοιπόν, θα αφήναμε την ανάρτηση του ερωτηματολογίου στο διαδίκτυο περισσότερο καιρό, ώστε να το συμπληρώσουν περισσότερα άτομα. Επιπρόσθετα, επιθυμούσαμε να υπάρχει ισοτιμία μεταξύ των ατόμων της κάθε ηλικιακής ομάδας που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, ώστε να υπάρχει ένα ευρύ φάσμα μεταξύ των απόψεων, το οποίο θα στηρίζεται στην εμπειρία του κάθε συμμετέχοντα. Όπως είναι λογικό, θεραπευτές μικρότερης ηλικίας έχουν λιγότερη εμπειρία από κάποιον λογοθεραπευτή μεγαλύτερης ηλικίας, ο οποίος δουλεύει περισσότερα χρόνια στο χώρο και έχει έρθει σε επαφή με περισσότερα περιστατικά. Επιπλέον, θέλαμε να δούμε κατά πόσο η εμπειρία ενός λογοθεραπευτή συνάδει με τη γνώση του πάνω στη διαταραχή. Ένα ακόμη στοιχείο το οποίο, κατά τη γνώμη μας, θα ενίσχυε την εγκυρότητα της έρευνάς μας, θα ήταν ο περιορισμός του δείγματος σε λογοθεραπευτές που έχουν εξειδίκευση πάνω σε νευρολογικές κινητικές διαταραχές. Δυστυχώς, δεν έγινε εφικτό να υλοποιηθεί η παραπάνω σκέψη.

Ένα θέμα που προβλημάτισε αρκετούς από τους ερωτώμενους, όπως διαφαίνεται μέσα από τα σχόλια ήταν η αποσαφήνιση του όρου Απραξίας/ Δυσπραξίας. Αναλυτικότερα, κάποιοι υποστήριξαν πως ο όρος “απραξία” αναφέρεται στην εξολοκλήρου απουσία πράξης, ενώ ο όρος “δυσπραξία” αναφέρεται στη δυσκολία που υπάρχει προκειμένου να επιτευχθεί η πράξη/κίνηση. Με λίγα λόγια, η Λεκτική Απραξία αφορά την απουσία ομιλίας, ενώ η Λεκτική Δυσπραξία αφορά τη δυσκολία που υπάρχει ώστε να επιτευχθεί ομιλία. Ακόμη, κάποιοι θεώρησαν πως ίσως έχει καταργηθεί ο όρος “Απραξία”. Τα συγκεκριμένα σχόλια, λοιπόν, μας έδωσαν τροφή για σκέψη και περεταίρω έρευνα σχετικά με το θέμα. Ωστόσο, δεν βρέθηκε κάποια έρευνα ή άρθρο στη διαθέσιμη βιβλιογραφία που να επιβεβαιώνει τους παραπάνω ισχυρισμούς. Το συγκεκριμένο θέμα αναλύεται εκτενέστερα στο πρώτο κομμάτι της πτυχιακής (βλ. Σελ 7).

Σημαντική παρατήρηση, αποτελεί το γεγονός πως η βιβλιογραφία στην οποία στηριχθήκαμε ήταν κυρίως ξένα άρθρα, βασισμένα στα αγγλικά δεδομένα. Επομένως, ορισμένες από τις πληροφορίες ίσως χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση, ώστε να προσαρμοστούν, ανάλογα, τα δεδομένα και στην ελληνική γλώσσα.

Η συλλογή δεδομένων και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας συνέβαλαν στο να κατανοήσουμε βαθύτερα την Παιδική Απραξία, αλλά και να την αγαπήσουμε περισσότερο. Επομένως, η διεύρυνση της έρευνας είναι σίγουρα μία από τις προτεραιότητές μας για το μέλλον.

Ένας από τους απώτερους σκοπούς της πτυχιακής μας ήταν να ευαισθητοποιήσει παραπάνω τους λογοθεραπευτές, σχετικά με αυτή τη διαταραχή. Ένας καλός τρόπος για την επίτευξη του παραπάνω στόχου είναι η παρουσίαση της έρευνας σε συνέδρια, αλλά και η δημιουργία άρθρων για την Παιδική Απραξία της Ομιλίας, ώστε να γνωστοποιηθεί το θέμα σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο κοινό. Για να υλοποιηθεί κάτι τέτοιο είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν οι διορθώσεις που αναφέραμε πρωτίτερα. Μία από τις μεγαλύτερες επιθυμίες μας σχετικά με

την πορεία της πτυχιακής μας είναι τα αποτελέσματα της έρευνας να συμβάλουν στη διερεύνηση της διαταραχής, για τα ελληνικά δεδομένα.

Σε δεύτερο πλάνο θα θέλαμε να ασχοληθούμε με τα υπάρχοντα διαγνωστικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούν οι λογοθεραπευτές στη CAS. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν σταθμισμένα τεστ στην ελληνική γλώσσα, για τη συγκεκριμένη διαταραχή, θα θέλαμε να συγκρίνουμε τα εργαλεία που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, ώστε να αποσαφηνιστεί ποια από αυτά είναι περισσότερο χρήσιμα στη διαφοροδιάγνωση. Το πλάνο αυτό θα πραγματοποιηθεί μέσω της χορήγησης των τεστ σε παιδιά με απραξία της ομιλίας. Πηγαίνοντας τη σκέψη μας ένα βήμα παραπέρα, ένας ιδιαίτερα σημαντικός σκοπός μας ο οποίος ελπίζουμε να υλοποιηθεί κάποια στιγμή στο μέλλον είναι η στάθμιση κάποιου τεστ σύμφωνα με τα ελληνικά δεδομένα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adam Jacks and Katarina L. Haley (2021). Apraxia of Speech. The Handbook of Language and Speech Disorders, Second Edition. Edited by Jack S. Damico, Nicole Müller, and Martin J. Ball.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2007). Childhood Apraxia of Speech [Position Statement]. Available from www.asha.org/policy.
- Angela T Morgan, Richard Webster (2018). Aetiology of childhood apraxia of speech: A clinical practice update for paediatricians. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 54(10), 1090 – 1095
- Anna-Leena Martikainen (2011). Intervention for childhood apraxia of speech: A single-case study. *Child Language Teaching and Therapy* 27(1) 9–20
- Apraxia Kids (2021). <https://www.apraxia-kids.org/education/apraxia-kids-library/> (accessed December 20th, 2021 - πρόσβαση 20 Δεκεμβρίου 2021)
- Cheryl Tierney, MD, MPH, Susan Mayes, PhD, Sally R. Lohs, Amanda Black, Eugenia Gisin, Megan Veglia (2015). How Valid Is the Checklist for Autism Spectrum Disorder When a Child Has Apraxia of Speech? *J Dev Behav Pediatr* 36:569–574
- Cummins, Laken; Schaaf, Stephanie M.; Smetana, Megan; and Gaylord, Jennifer, "The Struggle of Differential Diagnosis for Childhood Apraxia of Speech: A Qualitative Case Study" (2021). Murray State Theses and Dissertations. 195. <https://digitalcommons.murraystate.edu/etd/195>
- Davis, B. & Velleman, S. (2000). Differential Diagnosis and Treatment of Developmental Apraxia of Speech in Infants and Toddlers. *Infant- Toddler Intervention*
- Elizabeth Murray, Jenya Iuzzini-Seigel, Edwin Maas, Hayo Terband, Kirrie J. Ballard (2020). Differential diagnosis of Childhood Apraxia of Speech compared to other Speech Sound Disorders: A Systematic Review. Article in *Journal of Speech Language and Hearing Research*
- Elizabeth Murray, Patricia McCabe, Robert Heard, and Kirrie J. Ballard (2015). Differential Diagnosis of Children with Suspected Childhood Apraxia of Speech. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, Vol. 58, 43–60

- Esther Glick Teverovsky, Julie Ogonwski Bickel & Heidi M. Feldman (2009). Functional characteristics of children diagnosed with Childhood Apraxia of Speech. *Disability and Rehabilitation*, 31(2): 94–102
- Eugenia Conti 1 , Alessandra Retico , Letizia Palumbo, Giovanna Spera, Paolo Bosco, Laura Biagi , Simona Fiori , Michela Tosetti , Paola Cipriani , Giovanni Cioni , Filippo Muratori, Anna Chilosi and Sara Calderoni (2020), Autism Spectrum Disorder and Childhood Apraxia of Speech: Early Language-Related Hallmarks across Structural MRI Study
- Frédérique J. Liégeois, Angela T. Morgan (2011). Neural bases of childhood speech disorders: Lateralization and plasticity for speech functions during development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 36, Issue 1, Pages 439-458
- Freed, D. B. (2012). *Motor Speech Disorders. Diagnosis and Treatment. (Second Edition).* USA: Delmar Cengage Learning
- Froma P. Roth, Colleen K. Worthington (2016). Νικόλαος Τρίμμης, Ναυσικά Ζιάβρα, Μελπομένη Νησιώτη. *Εγχειρίδιο Λογοθεραπείας*. Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης
- Σταυρούλα Χ. Γεωργοπούλου (2013). *Μεθοδολογία Έρευνας και Ανάλυση Δεδομένων στη Λογοπαθολογία - Εφαρμογή στην Τεκμεριωμένη Πρακτική*. Εκδόσεις: Ιωάννης Κωνσταντάρας
- Hegde, M. (2008). Γερμανά, Ε. (Επιμ.). (2014). *Οδηγός Λογοθεραπευτικής Αξιολόγησης*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Holly Duchow, Alanna Lindsay, Kayla Roth, Sylvia Schell, and Delanie Allen (2019). The Co-Occurrence of Possible Developmental Coordination Disorder and Suspected Childhood Apraxia of Speech, Alberta Health Services, AB, CANADA
- Jennifer Ogar, Hilary Slama, Nina Dronkers, Serena Amici & Maria Luisa Gorno-Tempini (2005). “Apraxia of Speech: An overview”. *Neurocase* (2005) 11, 427–432
- Jonathan L. Preston, Peter J. Molfese, Nina Gumkowski, Andrea Sorcinelli, Vanessa Harwood, Julia R. Irwin & Nicole Landi (2014) *Neurophysiology of Speech Differences in Childhood Apraxia of Speech*, *Developmental Neuropsychology*, 39:5, 385-403, DOI: 10.1080/87565641.2014.939181
- Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην

- Lawrence D. Shriberg, Edythe A. Strand (2014). A Diagnostic Marker to Discriminate Childhood Apraxia of Speech From Speech Delay
- Lawrence D. Shriberg, Edythe A. Strand, Marios Fourakis, Kathy J. Jakielski, Sheryl D. Hall, Heather B. Karlsson, Heather L. Mabie, Jane L. McSweeney, Christie M. Tilke, David L. Wilson (2017). A Diagnostic Marker to Discriminate Childhood Apraxia of Speech From Speech Delay: III. Theoretical Coherence of the Pause Marker with Speech Processing Deficits in Childhood Apraxia of Speech. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(4).
- Luzzini-Seigel, J., & Murray, E. (2017). Speech Assessment in Children With Childhood Apraxia of Speech. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(2), 47. doi:10.1044/persp2.sig2.47
- Maas, E., Gildersleeve-Neumann, C. E., Jakielski, K. J., & Stoeckel, R. (2014). Motor-Based Intervention Protocols in Treatment of Childhood Apraxia of Speech (CAS). *Current Developmental Disorders Reports*, 1(3), 197–206. doi:10.1007/s40474-014-0016-4
- Madeleine Portwood (2000). *Understanding Developmental Dyspraxia, A Textbook for Students and Professionals*. David Fulton Publishers
- Malcolm R. McNeil, Kirrie J. Ballard, Joseph R. Duffy and Julie Wambaugh. *Apraxia of Speech Theory, Assessment, Differential Diagnosis, and Treatment: Past, Present, and Future*. Chapter 9
- Malmeholt, A., Lohmander, A., & McAllister, A. (2016). Childhood apraxia of speech: A survey of praxis and typical speech characteristics. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 42(2), 84–92. doi:10.1080/14015439.2016.118514
- Margaret Fish, (2016). *Here's how to treat Childhood Apraxia of Speech*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Martikainen, A.-L.; Korpilahti, P. (2011). Intervention for childhood apraxia of speech: A single-case study. *Child Language Teaching and Therapy*, 27(1), 9–20. doi:10.1177/0265659010369985
- Maryane Gomez, Patricia McCabe & Alison Purcell (2019) Clinical management of childhood apraxia of speech: A survey of speech-language pathologists in Australia and New Zealand, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21:3, 295-304

- Maryane Gomez, Patricia McCabe, Kathy Jakielski, Alison Purcell (2018). Treating Childhood Apraxia of Speech With the Kaufman Speech to Language Protocol: A Phase I Pilot Study
- McCabe, P., Murray, E. & Thomas, D. (2020). Evidence Summary – Childhood Apraxia of Speech
- Melissa Randazzo, (2019). A Survey of Clinicians With Specialization in Childhood Apraxia of Speech. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(4), 1659 – 1672.
- Mersede Imani Shakibayia , Talieh Zarifianb , Nasibeh Zanjari (2019). Speech characteristics of childhood apraxia of speech: A survey research. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*.
- Morgan, Angela T; Murray, Elizabeth; Liégeois, Frederique J (2018). Interventions of childhood apraxia of speech. *Cochrane Database of Systematic Reviews*—doi:10.1002/14651858.CD006278.pub3
- Murray, E., McCabe, P., Heard, R. & Ballard, K.J (2015). Differential Diagnosis of children with suspected Childhood apraxia of Speech. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 58, (1) 43-60
- Namasivayam, Aravind K.; Pukonen, Margit; Goshulak, Debra; Hard, Jennifer; Rudzicz, Frank; Rietveld, Toni; Maassen, Ben; Kroll, Robert; van Lieshout, Pascal (2015). Treatment intensity and childhood apraxia of speech. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(4), 529–546. doi:10.1111/1460-6984.12154
- Şermin Tükel, Helena Björeljus, Gunilla Henningsson, Anita McAllister, Ann Christin Eliasson (2015). Motor functions and adaptive behaviour in children with childhood apraxia of speech. *International Journal of Speech – Language Pathology*, 17(5).
- Shelley Velleman, Ph.D., CCC-SLP. Key factors to consider in therapy approaches for childhood apraxia of speech
- Strand, E.A. (2007, May 15). Treatment Methods for Childhood Dyspraxia of Speech. Presented to the conference on Oral and Verbal Dyspraxia: Oslo, Norway
- Teverovsky, E. G., Bickel, J. O., & Feldman, H. M. (2009). Functional characteristics of children diagnosed with Childhood Apraxia of Speech. *Disability and Rehabilitation*, 31(2), 94–102. doi:10.1080/09638280701795030

- Xueman Lucy Liu, Dawn M. Zahrt, Mark D. Simms (2018). An Interprofessional Team Approach to the Differential Diagnosis of Children with Language Disorders. *Pediatr Clin N Am*, 65, 73–90.
- Yorkston, K., Beukelman, D., Strand, E., & Bell, K. (1999). Καμπανάρου, Μ. (Επιμ.). (2006). Θεραπευτική Παρέμβαση Νευρογενών Κινητικών Διαταραχών Ομιλίας σε Παιδιά & Ενήλικες. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην