

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: Απραξία του Λόγου



Νικόλαος Κάμινας
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Μακρής Γεώργιος



Τμήμα Λογοθεραπείας

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2016



ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΡΩΝ

AMRs (Alternate Motion Rate): Ρυθμός Εναλλασσόμενης Κίνησης.

AOS: Απραξία του Λόγου.

ASHA: Αμερικανικός Οργανισμός Λόγου - Ομιλίας και Ακοής.

CA: Αφασία Αγωγής.

CAS: Παιδική Απραξία του Λόγου.

MSDs: Κινητικές Διαταραχές της Ομιλίας.

NIDCD: Εθνικό Ινστιτούτο Κώφωσης και άλλων Επικοινωνιακών Διαταραχών των Ηνωμένων Πολιτειών.

CASANA: Οργανισμός Παιδικής Απραξίας του Λόγου Βόρειας Αμερικής.

DAS: Αναπτυξιακή Απραξία της Ομιλίας.

DSM – 5: Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών.

DVD: Αναπτυξιακή Δυσπραξία του Λόγου.

FOXP2: Γενετικό Γονίδιο.

PROMPT: Προτροπές για Αναδιάρθρωση των Στοματικών Μυϊκών Φωνητικών Στόχων.

SMRs (Sequential Motion Rate): Ρυθμός Διαδοχικής Κίνησης.

SRT: Διαδικασία Επανάληψης Συλλαβών.

ΕΓΔ: Ειδική Γλωσσική Διαταραχή.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΡΩΝ	1
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
1 ^ο Κεφάλαιο.	6
1.1. Η ιστορική εξέλιξη της έρευνας για την Απραξία του Λόγου.....	7
1.1.1. Προέλευση της Αναπτυξιακής Απραξίας του Λόγου.....	7
1.1.2. Προέλευση της Απραξίας του Λόγου.	7
1.2. Οι εννοιολογικοί προσδιορισμοί της Απραξίας του Λόγου.	10
1.2.1. Ορισμός της Αναπτυξιακής Απραξίας της Ομιλίας (DAS).....	10
1.2.2. Ορισμός της Απραξίας του Λόγου (AOS).....	12
1.2.3. Ορισμός της Δυσπραξίας.....	13
1.2.4. Ορισμός της Παιδικής Απραξίας του Λόγου (CAS).....	14
1.3. Τα είδη της Απραξίας.....	15
1.3.1. Αναπτυξιακή Λεκτική Απραξία.	15
1.3.2. Απραξία των Άκρων.....	16
1.3.3. Ιδεατή Απραξία.....	16
1.3.4. Ιδεοκινητική Απραξία.	16
1.3.5. Στοματοπροσωπική Απραξία.....	17
1.4. Τα αίτια της Απραξίας του Λόγου.	18
1.5. Τα χαρακτηριστικά της Απραξίας του Λόγου.	22
1.5.1. Τα λεκτικά χαρακτηριστικά της Απραξίας του Λόγου.....	24
1.5.2. Τα μη λεκτικά χαρακτηριστικά της Απραξίας του Λόγου.....	27
1.6. Η συχνότητα της Απραξίας του Λόγου.	31
1.7. Οι βαθμοί σοβαρότητας της Απραξίας του Λόγου.	31
1.7.1. Πολύ σοβαρός βαθμός Απραξίας.....	31
1.7.2. Σοβαρός βαθμός Απραξίας.....	32
1.7.3. Μέτριος βαθμός Απραξίας.....	33

1.7.4.	Ελαφρύς βαθμός Απραξίας.	33
2 ^ο	Κεφάλαιο.	35
2.1.	Δυσκολίες στο λόγο (language).	36
2.1.1.	Γνωστικές δυσκολίες και νοημοσύνη.	36
2.2.	Δυσκολίες στην ομιλία (speech).	36
2.2.1.	Αρθρωτικά λάθη.	37
2.2.2.	Δυσκολίες στη Μορφολογία (Morphology).	38
2.2.3.	Δυσκολίες στη Φωνολογία (Phonology).	38
2.3.	Η διαφοροδιάγνωση της Απραξίας του Λόγου από άλλες συναφείς κινητικές διαταραχές της ομιλίας.	41
2.3.1.	Διαφοροποίηση της Απραξίας από την Άνοια.	42
2.3.2.	Διαφοροποίηση της Απραξίας από τον Αποδιοργανωμένο Λόγο.	43
2.3.3.	Διαφοροποίηση της Απραξίας από την Αφασία.	44
2.3.4.	Διαφοροποίηση της Απραξίας από την Αφασία Αγωγής (CA).	47
2.3.5.	Διαφοροποίηση της Απραξίας από τη Δυσαρθρία.	48
2.3.6.	Διαφοροποίηση της Απραξίας από την Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (ΕΓΔ).	53
2.3.7.	Διαφοροποίηση της Απραξίας από το Νευρογενή Τραυλισμό.	54
2.3.8.	Διαφοροποίηση της Απραξίας από την Παλλιλαλία.	54
2.3.9.	Διαφοροποίηση της Απραξίας από τη Φωνολογική Διαταραχή.	55
2.3.10.	Διαφοροποίηση της Απραξικής Αλαλίας από την Αλαλία άλλου είδους.	59
3 ^ο	Κεφάλαιο.	60
3.1.	Αξιολόγηση των επικοινωνιακών διαταραχών της Απραξίας του Λόγου.	61
3.2.	Αξιολόγηση των γλωσσικών διαταραχών της Απραξίας του Λόγου.	61
3.2.1.	Το Ιστορικό του Ασθενή.	64
3.2.2.	Η Στοματοπροσωπική εξέταση.	66
3.2.3.	Ο Ακοολογικός έλεγχος.	66
3.2.4.	Η Αξιολόγηση της ταχύτητας παραγωγής διδοχοκινητικών συλλαβών.	67
3.2.5.	Το Δείγμα Ομιλίας.	68

3.2.6. Η Ανάγνωση κειμένου.....	69
4 ^ο Κεφάλαιο.....	72
4.1. Ενδεικτικοί στόχοι της θεραπείας της Απραξίας του Λόγου.....	73
4.1.1. Ενδεικτικοί μακροπρόθεσμοι στόχοι.....	73
4.1.2. Ενδεικτικοί βραχυπρόθεσμοι στόχοι.....	76
4.2. Ενδεικτικά μοντέλα παρέμβασης στη θεραπεία της Απραξίας του Λόγου.....	78
4.3. Θεραπευτικές Προσεγγίσεις για τη θεραπεία της Απραξίας του Λόγου.....	82
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	88
Στοματοπροσωπικός έλεγχος.....	89
Αξιολόγηση μέσω της ανάγνωσης.....	97
Βραχυπρόθεσμοι στόχοι και δραστηριότητες.....	100
Λίστες Ελέγχου για Στοματική και Προφορική Απραξία.....	112
Προσδιορίζοντας την Απραξία.....	115

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία, έχει ως αντικείμενο τη μελέτη μιας από τις κινητικές διαταραχές της ομιλίας, την Απραξία του Λόγου (AOS). Σε αυτή τη μελέτη, παρουσιάζεται η συλλογή θεωρητικών πληροφοριών σχετικά με την AOS, καθώς και η προσπάθεια μύησης του αναγνώστη, στα διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία είναι αναγκαία για τη διαφοροποίηση της διαταραχής από άλλες συναφείς κινητικές διαταραχές της ομιλίας. Επιπρόσθετα, σε αυτή τη μελέτη, γίνεται αναφορά στα θεραπευτικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την τελέσφορη επιτυχία της.

Στο πρώτο κεφάλαιο, ανάγονται οι ερμηνευτικοί προσδιορισμοί της AOS, η ιστορική εξέλιξη της, καθώς και οι πολυποικίλες διαγνώσεις της εν λόγω διαταραχής, που έχουν διεξαχθεί με την πάροδο των ετών. Ακόμη, πραγματοποιείται η διαφοροποίηση του ορισμού της AOS από τους παρόμοιους ορισμούς, τους οποίους της είχαν αποδώσει ορισμένοι συγγραφείς και μελετητές κατά την πρωταρχική μελέτη της. Επιπλέον, παρατίθενται τα είδη, τα αίτια, τα λεκτικά και μη λεκτικά χαρακτηριστικά, η συχνότητα στον πληθυσμό παγκοσμίως, καθώς και οι βαθμοί κρισιμότητας της AOS.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται μνεία στις διαταραχές της ομιλίας και του λόγου ενός ατόμου με AOS και, πιο συγκεκριμένα, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν αυτά τα άτομα σε ορισμένους τομείς της γλώσσας (φωνολογία και μορφολογία). Επιπλέον, καταγράφονται και οι διαφοροδιαγνώσεις της AOS έναντι συναφών κινητικών διαταραχών της ομιλίας, με ταυτόσημα συμπτώματα.

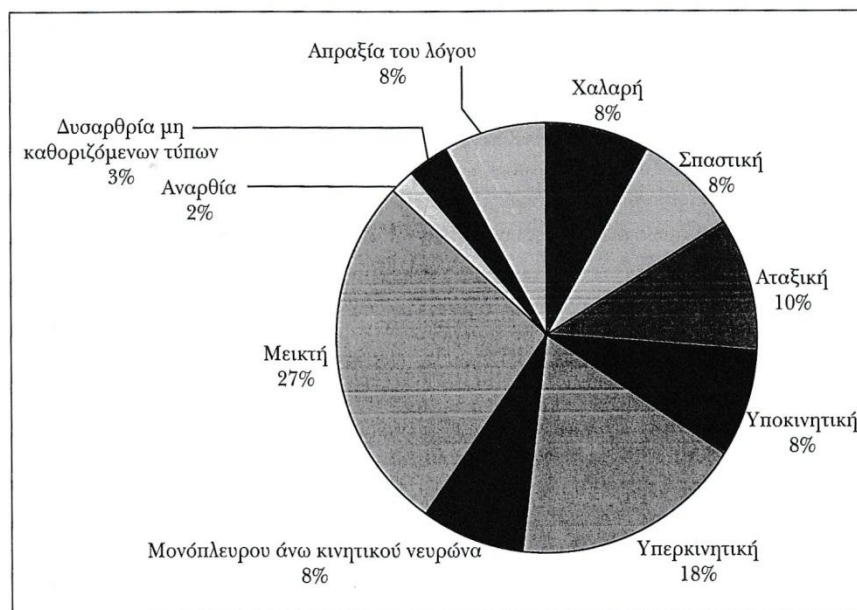
Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται λόγος για τα πρότυπα της αξιολόγησης των επικοινωνιακών και των γλωσσικών διαταραχών στην AOS, τα οποία είναι αποτελεσματικά για την άρτια διάγνωση της, ενώ, τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο, αποτυπώνονται ενδεικτικοί (μακροπρόθεσμοι και βραχυπρόθεσμοι) στόχοι με βάση των οποίων θα τελεί η θεραπεία της AOS, ενδεικτικά μοντέλα θεραπείας και εσχάτως, συνιστώμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Λέξεις – κλειδιά: AOS, Απραξία του Λόγου, Παιδική Απραξία του Λόγου, Διαφοροποίηση, Αξιολόγηση, Θεραπεία.

1^ο Κεφάλαιο.

Εννοιολογικοί προσδιορισμοί της Απραξίας του Λόγου.

Κινητικές διαταραχές της ομιλίας (MSDs) μπορούν να οριστούν οι διαταραχές ομιλίας που προέρχονται από νευρολογικές βλάβες, οι οποίες επηρεάζουν τον κινητικό σχεδιασμό και προγραμματισμό του νευρομυϊκού ελέγχου ή της εκτέλεσης του λόγου. Η απραξία του λόγου (AOS) εμπεριέχεται στις κινητικές διαταραχές της ομιλίας. Η AOS, συναντάται ως η κύρια διαταραχή του λόγου και εμφανίζεται ως δευτερογενής διάγνωση σε ανθρώπους με βλάβες στο αριστερό (κυρίαρχο) ημισφαίριο (Duffy, 2005).



Εικόνα 1. Κατανομή των κινητικών διαταραχών ομιλίας, Λογοπαθολογία, Τμήμα Νευρολογίας, Mayo Clinic, 1987-1990 και 1993-2001. Βασισμένο σε 6.101 εκτιμήσεις ατόμων όπου η πρώτη διάγνωση της παθολογίας του λόγου τους ήταν νευρολογική κινητική διαταραχή (Duffy, 2005· σ.36, εικόνα 1-3).

Η συζήτηση για τον ακριβή χαρακτηρισμό της Απραξίας του Λόγου έχει μείνει ενεργή εδώ και πολλά χρόνια. Ερευνητές ερμηνεύουν τις συμπεριφορές των ατόμων με AOS ως μία διαταραχή γλωσσικής – φωνολογικής διαδικασίας, κινητικού ελέγχου ή και τα δύο (Ballard et al., 2000).

Θα πρέπει να επισημανθεί, όμως, ότι η θεώρηση της λεκτικής απραξίας ως μιας αμιγώς κινητικής διαταραχής της ομιλίας τόσο στους ενηλίκους (Darley et al., 1975) όσο και στα παιδιά (Dewey, 1995) έχει αμφισβητηθεί από πολλούς ερευνητές (DeRenzi, Pieczuro & Vignolo, 1968· Guyette & Diedrich, 1981· Kertesz, 1979· Rosenbeck & Wertz, 1972· Shriberg, Aram & Kwiatkowski, 1997), για το λόγο ότι τα συμπτώματα της συνοδεύονται και από άλλα φωνολογικά και γλωσσικά προβλήματα (Marquardt, Sussman & Davis, 2001) (Νικολόπουλος, 2008).

1.1. Η ιστορική εξέλιξη της έρευνας για την Απραξία του Λόγου.

1.1.1. Προέλευση της Αναπτυξιακής Απραξίας του Λόγου.

Οι Yoss & Darley (1974) πιστεύουν στους Morley, Court & Miller (1954) και χρησιμοποιούν τον όρο «απραξία» για *μία εξειδικευμένη ομάδα φωνολογικών διαταραχών σε παιδιά*. Ωστόσο, η αναπτυξιακή (ή εκ γενετής) αφασία, ήταν η κυρίαρχη διάγνωση στις δεκαετίες του '50 και του '60 όπως εμφανίζεται τώρα στη λογοθεραπεία. Άρθρα που χρησιμοποιούν τον όρο «απραξία του λόγου» στους ενήλικες εμφανίζονται το 1970 (Johns & Darley, 1970), όπως και μεταγενέστερα (La Pointe & Johns, 1975). Οι Darley & Spriesterbach (1978), τέλος, περιγράφουν και αυτοί μία αναπτυξιακή μορφή του όρου «Απραξία του Λόγου» (Lass, 1981).

1.1.2. Προέλευση της Απραξίας του Λόγου.

Η λέξη «Απραξία» χωρίζεται στο στερητικό «α» και την αρχαιοελληνική λέξη «πράξις» (Lass, 1981).

Ο όρος «Απραξία» επινοήθηκε από τον Steinthal (1871, αναφέρεται από τον Roy το 1978) και εκπονήθηκε, αργότερα, από τον Liepmann (1900, 1905, 1913). Οι πρώτοι ερευνητές θεώρησαν την απραξία ως *μία διαταραχή της σκόπιμης (εθελοντικής) κίνησης που δεν οφείλεται στην απώλεια της δύναμης, του συντονισμού ή της διανοητικής ικανότητας και περιορίζεται σε ορισμένα μέρη του σώματος και λειτουργικές δραστηριότητες* (Ballard et al., 2000).

Οι πρώτοι συγγραφείς περιέγραψαν τους μύες της απραξίας του λόγου (Jackson, 1866· Liepmann, 1900· Wilson, 1908 όλα αναφέρονται στους Johns & La Pointe, 1976), ενώ, οι πιο πρόσφατοι συγγραφείς συζήτησαν σχετικά με την *αρθρωτική δυσπραξία* (Critchley, 1952), με τους *ήχους της απραξίας του λόγου* (Mayo Clinic, 1963), τη *λεκτική απραξία* (Darley, 1964) και τη *φωνητική αποσύνθεση* (Alajouanine, Ombredane & Durand, 1939· Shankweiler & Harris, 1966). Οι Johns & Darley (1970) χρησιμοποίησαν κι αυτοί τον όρο «Απραξία του Λόγου», ενώ οι Johns & La Pointe (1976) πρότειναν ότι *η απραξία επικεντρώνεται στις επικείμενες δυναμικές της διαταραχής*. Άλλοι συγγραφείς, ωστόσο, χρησιμοποιούν τον όρο «Απραξία του Λόγου» για να περιγράψουν τους ασθενείς με φωνολογικές διαταραχές που πάσχουν από αφασία Broca και Wernicke (Goodglass, Quadfassel & Timberlake, 1964· Shewan, 1976), ή από ευφραδή ή χωρίς ευφραδεια αφασία (Benson, 1967· Mateer & Kimura, 1977), ή από από πρόσθια ή οπίσθια αφασία [Burns & Canter, 1977· Samuels & Benson, 1979] (Ballard et al., 2000).

Ο όρος «Απραξία του Λόγου» πρώτα εμφανίστηκε στη βιβλιογραφία στα τέλη του 1800 και στις αρχές του 1900, ως μέρος του συνδρόμου που ακόμα ονομάζεται «*προφορική απραξία*». Κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού του 20ού αιώνα, οι συγγραφείς άρχισαν να διαχωρίζουν τις κινήσεις του απραξικού λόγου, από τις μη φωνητικές κινήσεις της απραξίας και όροι όπως «*απραξική δυσαρθρία*», «*περιφερική αφασία κίνησης*», «*αρθρωτική δυσαρθρία*» και «*απραξία της φωνητικής έκφρασης*», εφαρμόστηκαν για το σύνδρομο της ομιλίας. Όροι όπως «*στοματοπροσωπική απραξία*», «*προσωπική απραξία*» και «*προφορική ή φωνητική απραξία*» ίσχυαν για το «*μη ομιλητικό σύνδρομο*» (Ballard et al., 2000).

Προσαγωγός κινητική αφασία	Περιφερική κινητική αφασία
Αναρθρία	Φωνηματική αφασία
Αφημία	Φωνητική αποσύνθεση
Απραξική δυσαρθρία	Πρωτογενής λεκτική απραξία
Αρθρωτική δυσπραξία	Αμιγής κινητικής αφασία
Αταξική αφασία	Αμιγής αλαλία των λέξεων
Αφασία του Broca	Δευτερογενής λεκτική απραξία
Φλοιώδης αναρθρία	Αισθητικοκινητική έκπτωση
Φλοιώδης δυσαρθρία	Ομιλητική απραξία
Απαγωγός κινητική αφασία	Αφωνία ήχων του λόγου
Εκφραστική αφασία	Υποφλωδής κινητική αφασία
Μικρή αφασία του Broca	Αφωνία λέξεων
Προφορική λεκτική απραξία	

Εικόνα 2. Όροι που χρησιμοποιήθηκαν στη βιβλιογραφία για να περιγράψουν τις διαταραχές του λόγου, που συνδέονται με την απραξία του λόγου (Duffy, 2005· σ.364, πλαίσιο 11-1).

Ο Darley (1969) στάθηκε, αργότερα, στον όρο «*Απραξία του Λόγου*» για το σύνδρομο της ομιλίας, χαρακτηρίζοντάς την ως *μία δυσκολία της εθελοντικής παραγωγής ομιλίας παρόλες τις διατηρημένες γλωσσικές και κινητικές εκτελεστικές ικανότητες* [Darley et al., 1975] (Ballard et al., 2000).

Έκτοτε οι περισσότεροι λογοπαθολόγοι και πολλοί άλλοι χρησιμοποιούν τον όρο «*Απραξία του λόγου*» για την περιγραφή των αρθρωτικών διαταραχών που περιγράφηκαν από τους Darley, Aronson & Brown (1975).

1.2. Οι εννοιολογικοί προσδιορισμοί της Απραξίας του Λόγου.

Οι αναπτυξιακές φωνολογικές διαταραχές συγκροτούν μια μεγάλη ετερογενή ομάδα γλωσσικών διαταραχών οι οποίες επηρεάζουν την ικανότητα του παιδιού να αναπτύξει καταληπτό λόγο και πολλές φορές να μάθει ανάγνωση και γραφή [Snowling, Goulandris & Stackhouse, 1994· Snowling, 1995] (Νικολόπουλος, 2008).

1.2.1. Ορισμός της Αναπτυξιακής Απραξίας της Ομιλίας (DAS).

Η Αναπτυξιακή Απραξία της Ομιλίας (DAS) περιγράφεται από την ASHA ως *μία διαταραχή του προγραμματισμού της κίνησης της ομιλίας, στην οποία υπάρχει διαταραχή της ακρίβειας και της συνέπειας της κίνησης της ομιλίας* (ASHA, 2007).

Η DAS, είναι γνωστή, επίσης, ως *«αναπτυξιακή λεκτική δυσπραξία»* και ως *«αρθρωτική απραξία»*. Είναι μία αμφιλεγόμενη διαταραχή με πολλές συγκρούσεις σχετικά με την πραγματικότητα, τη φύση και τη θεραπεία της. Χρησιμοποιείται για να αναφερθεί σε παιδιά που παρουσιάζουν σοβαρά, επίμονα και ακανόνιστα σχήματα λόγου με υποψία κινητικής προέλευσης [Williams, Ingham, & Rosenbeck, 1981· Crary, 1993· Strand, 1995· Shriberg et al, 1997a, 1997b, 1997c] (Lambert, 2001).

Η έννοια της σκόπιμης πρόθεσης της κίνησης παρατηρείται από αρκετούς συγγραφείς ως *«αδυναμία να εκτελέσει ορισμένες εθελοντικές κινήσεις»* (Brown, 1972), ως *«διαταραχή των κατακτημένων κινήσεων»* (Geschwind, 1975) και ως *«διαταραχή στην ικανότητα να εκτελέσει συγκεκριμένες κινήσεις»* [Hecaen & Albert, 1978] (Lass, 1981).

Οι Rosenbeck & Wertz (1972) αναφέρθηκαν στο ότι ο όρος *«αναπτυξιακή απραξία του λόγου»* χρησιμοποιείται εάν η βλάβη εμφανίζεται μετά την αρχή της ανάπτυξης του λόγου. Σε μία επίκτητη απραξία του λόγου η βλάβη εμφανίζεται αμέσως μετά την ανάπτυξη του λόγου. Επιπλέον, ανέφεραν, ότι ο όρος *απραξία, με*

έμφαση σε αρθρωτικά ελλείμματα και σε ελλείμματα κινητικού προγραμματισμού σε παιδιά, διαφοροποιείται από παιδιά με κεντρική λεκτική δυσλειτουργία (Lass, 1981).

Οι Rosenbeck et al. (1974) υπέδειξαν, επιπλέον, ότι η DAS είναι μία αρθρωτική διαταραχή ως αποτέλεσμα εγκεφαλικής βλάβης που χαρακτηρίζεται από τη διαταραγμένη ικανότητα να ολοκληρωθεί η εθελοντική παραγωγή των ήχων των λέξεων και η αλληλουχία των ήχων, αλλά δεν είναι μία διαταραχή του λόγου. Φαινομενολογικά θέματα περιλαμβάνουν την DAS, ως διαταραχή κινητικού προγραμματισμού της ομιλίας (Darley, Aronson & Brown, 1975) και ως μία φωνολογική διαταραχή [Blumstein, 1973· Martin, 1974· Dunlop & Marquardt, 1977] (Lass, 1981).

Οι Love & Webb (1992), παραθέτουν την DAS ως μία μειωμένη ικανότητα του παιδιού, σε περίπτωση απουσίας της προφανούς μουϊκής διαταραχής του μηχανισμού ομιλίας, για να εκτελέσει, οικειοθελώς, τις αναμενόμενες κινητικές χειρονομίες και του προγραμματισμού των κινήσεων που απαιτούνται για την άρθρωση του λόγου (Lambert, 2001).

Σύμφωνα με την Dewey (1995), η DAS αναφέρεται σε μια ομοιογενή ομάδα διαταραχών που διαταράσσουν συνολικά ή επιλεκτικά τη λειτουργία των εκούσιων μοντέλων κίνησης των άνω άκρων, του στοματικού μηχανισμού και της λεκτικής παραγωγής. Η DAS παρατηρείται εν τη απουσία μουϊκής δυστονίας ή παράλυσης στο μηχανισμό της ομιλίας, συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν τη δυσαρθρία. Έτσι, οι μύες λειτουργούν φυσιολογικά, αλλά δεν δέχονται τις κατάλληλες νευρικές εντολές από τον εγκέφαλο που να υποδεικνύουν τον τρόπο αλληλοδιαδοχής ή / και συγχρονισμού των αρθρωτικών κινήσεων. Μερικές φορές βέβαια έχει εντοπιστεί σε παιδιά, συνοσηρότητα δυσαρθρίας και απραξίας [Stackhouse, 1992] (Νικολόπουλος, 2008).

Τέλος, η Hort καταγράφει την DAS ως μια διαταραχή της ομιλίας που χαρακτηρίζεται από ελλείμματα στο σχεδιασμό της κίνησης της ομιλίας για την ακολουθία εξόδου της ομιλίας και σε απουσία φανεράς νευρομουϊκής δυσλειτουργίας [Hall, Jordan & Robin, 1993· Davis, 2003] (Hort, 2009).

1.2.2. Ορισμός της Απραξίας του Λόγου (AOS).

Αρχικά, η Απραξία του Λόγου (AOS) ορίζεται από τον Αμερικανικό Οργανισμό Λόγου - Ομιλίας και Ακοής (ASHA) ως η *ανικανότητα ενός ατόμου να αρθρώσει ήχους που απαιτούνται για την επιτυχή ομιλία ή παραγωγής γλώσσας* (Cohen, 1992· Cohen & Masse, 1993· Velleman, 2002· King, 2007· ASHA, 2007).

Ο Darley, περιέγραψε, πρωταρχικά, το 1982, την AOS (προφορική απραξία) ως *διαταραχή στην οποία ο ασθενής έχει αδυναμία στην ομιλία, εξαιτίας εγκεφαλικής κάκωσης, η οποία εμποδίζει την εκτέλεση εθελοντικών ή ζητηθέντων περίπλοκων κινήσεων, που περιλαμβάνονται στην ομιλία παρά το γεγονός ότι η δύναμη των μυών δεν έχει ελαττωθεί*, ενώ, αργότερα η Καμπανάρου, επισημαίνει ότι η απραξία είναι *μία επίκτητη κινητική διαταραχή της ομιλίας και για την ακρίβεια μία διαταραχή της ικανότητας του ατόμου να παράγει εκούσιες διαδοχικές κινήσεις των οργάνων της ομιλίας, όπως κινήσεις της γλώσσας, των χειλιών, της κάτω γνάθου κ.α.* (Καμπανάρου, 2007).

Σύμφωνα με τους Robin (1992) και Gierut (1998) η AOS είναι *μία φωνολογική και κινητική διαταραχή* (Forrest, 2003), ενώ, οι McNeil et al. (1997) αναφέρουν ότι είναι *μία φωνητικο-κινητική διαταραχή που επηρεάζει τη μετάφραση μιας ακέραιης φωνολογικής αναπαράστασης ενός μηνύματος μέσα στους κατακτηθέντες κινηματικούς παραμέτρους για την προβλεπόμενη μετακίνηση* (Ballard et al., 2000).

Οι McNeil, Robin & Schmidt (1997), McNeil, Doyle & Wambaugh (2000), Croot (2002) και Καμπανάρου (2007), δέχονται ότι η AOS είναι *μία νευρογενής διαταραχή της ομιλίας που χαρακτηρίζεται από την εσφαλμένη παραγωγή ήχων της ομιλίας: τη μειωμένη ροή του λόγου, την αύξηση του χρόνου στη μετάβαση μεταξύ ήχων, συλλαβών και λέξεων και τη διαταραγμένη προσωδία*, ενώ, η Marshalla τοποθετείται στο ότι η απραξία είναι *μία μη γλωσσικο-αισθητικοκινητική διαταραχή του λόγου που χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα του προγραμματισμού της θέσης των μυών της ομιλίας που χρειάζονται για την άρθρωση, τη φώνηση, την αντήχηση και την αναπνοή για τη θεληματική παραγωγή των φωνημάτων* (Marshalla, 2001).

Η Πρώιου ενστερνίζεται ότι η Απραξία είναι πρόβλημα ρύθμισης, δηλαδή, διαδοχής, επιλογής και οργάνωσης των κινήσεων της ομιλίας (Πρώιου, 2003) ενώ, η Gontier, αργότερα, σχολιάζει, ότι η Απραξία του Λόγου είναι μία μειωμένη ικανότητα του ατόμου να εκτελέσει τις συντονισμένες κινήσεις που απαιτούνται για την ομιλία [Vargha-Khadem et al., 2005] (Gontier, 2008).

Ορισμένοι συγγραφείς έχουν την πεποίθηση, τέλος, ότι η AOS είναι μία διαταραχή που σχετίζεται με τη συνολική ανάπτυξη της γλώσσας, ενώ αντίθετα, άλλοι έχουν προτείνει ότι μπορεί να είναι μία νευρολογική διαταραχή που επηρεάζει την ικανότητα του εγκεφάλου να στείλει τα απαραίτητα σήματα για το παιδί, ώστε να κινηθούν οι μύες που απαιτούνται για την ομιλία [NIDCD, 2007] (Beathard et al., 2008).

Συμπερασματικά, η Απραξία, **δεν είναι**: α) Διαταραχή Λόγου / Γλώσσας, β) Αισθητηριακή διαταραχή (π.χ κώφωση), γ) Διαταραχή Νοημοσύνης, δ) Άνοια, ε) Σχιζοφρένεια, στ) Συγχυσμένος Λόγος, ζ) Μυϊκή Αδυναμία ή Αργοπορία ή η) Ανατομική Ανωμαλία (π.χ σχιστία) (Καμπανάρου, 2007).

1.2.3. Ορισμός της Δυσπραξίας.

Ο όρος «*δυσπραξία*» δανείστηκε από τον ενήλικο νευρολογικό / νευροψυχολογικό κλάδο όπου (μια λιγότερο σοβαρή μορφή της «Απραξίας») έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει τους ενήλικες με επίκτητες βλάβες του εγκεφάλου με αποτέλεσμα η μειωμένη ικανότητα να εκτελεί εξειδικευμένα κινητικά καθήκοντα (Mostofsky et al., 2006).

Η Δυσπραξία σύμφωνα με την Πρώιου, είναι *μία επίκτητη κινητική διαταραχή της ομιλίας, μία διαταραχή της ικανότητας του ατόμου να παράγει εκούσιες διαδοχικές κινήσεις των οργάνων της ομιλίας και ένα πρόβλημα ρύθμισης, δηλαδή διαδοχής, επιλογής κι οργάνωσης των κινήσεων της ομιλίας* (Πρώιου, 2003).

Ωστόσο, μερικοί συγγραφείς έχουν χρησιμοποιήσει τον όρο για να αναφερθούν σε οποιοδήποτε τύπο κινητικού έλλειμματος που δεν οφείλεται σε μία

αναγνωρίσιμη νευρολογική διαταραχή (Gubbay, 1975) και στην αδεξιότητα παρατηρούμενη σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που συνάδει με την αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού (DCD) (Mostofsky et al., 2006).

1.2.4. Ορισμός της Παιδικής Απραξίας του Λόγου (CAS).

Η ASHA χαρακτηρίζει, την Παιδική Απραξία του Λόγου (CAS) ως μία κινητική διαταραχή της ομιλίας και ως μία νευρολογική διαταραχή των παιδικών ήχων της ομιλίας στην οποία η ακρίβεια και η συνέπεια των κινήσεων της επικείμενης ομιλίας είναι μειωμένες εν απουσία των νευρομυϊκών ελλειμμάτων (π.χ. μη φυσιολογικά αντανακλαστικά, ανώμαλος τόνος) (ASHA, 2007a, Definitions of CAS section, para. 1).

Οι Tierney, Pitterle, Kurtz, Nakhla & Todorow ασπάζονται ότι η CAS είναι μία νευρολογική διαταραχή του ήχου της ομιλίας στην οποία τα παιδιά έχουν δυσκολία στο να παράγουν λέξεις και ήχους εξαιτίας του «φτωχού» προγραμματισμού και συνδυασμού των αρθρωτών που απαιτούνται για την παραγωγή ενός ήχου (Tierney et al., 2016).

Η CAS είναι μία διαταραχή που χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην αναπαραγωγή των ήχων της ομιλίας εθελοντικά και χρησιμοποιώντας αυτούς τους ήχους συνδυαστικά με τη σωστή σειρά για να αναπαραχθεί η ομιλία. Επιπρόσθετα, η CAS είναι μία διαταραχή που επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να οργανώσει τις κινήσεις των μυών που χρησιμοποιούνται στην ομιλία, ενώ, μπορεί να συνεχίσει στην ενήλικη ζωή (betterhealth.vic.gov.au).

Η CAS, μερικές φορές, τέλος, προβάλλεται ως «λεκτική απραξία», «λεκτική δυσπραξία», ή «αναπτυξιακή απραξία του λόγου» (CASANA, 2007), «αναπτυξιακή απραξία του λόγου» (DAS) ή ως «αναπτυξιακή λεκτική δυσπραξία» (DVD) (betterhealth.vic.gov.au).

1.3. Τα είδη της Απραξίας.

Η Απραξία είναι η *δυσλειτουργία των εκμαθημένων κινήσεων, στην οποία ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκτελέσει σύμφωνα με τη θέλησή του κινήσεις που προηγουμένως μπορούσε* (Murdoch, 2008).

Αυτή η ανικανότητα δεν οφείλεται σε παράλυση μυών, αταξία, αισθητική απώλεια, δυσκολίες κατανόησης ή σε μη ανταπόκριση σε εντολές. Τα θεμελιώδη είδη επίκτητης μορφής απραξίας είναι:

- Η Αναπτυξιακή Λεκτική Απραξία του Λόγου.
- Η Απραξία των Άκρων.
- Η Ιδεατή Απραξία.
- Η Ιδεοκινητική Απραξία.
- Η Στοματοπροσωπική Απραξία (Murdoch, 2008).

1.3.1. Αναπτυξιακή Λεκτική Απραξία.

Η αναπτυξιακή λεκτική απραξία είναι μια μορφή της απραξίας του λόγου και αποτελεί, επίσης, διαταραχή λόγου. Τα παιδιά με αναπτυξιακή λεκτική απραξία παρουσιάζουν αδυναμίες στην επιτέλεση των κινήσεων για λεκτική παραγωγή, που συνοδεύονται συνήθως και από αδυναμίες κινητικού ελέγχου στο στοματικό μηχανισμό, δηλαδή στην επιτέλεση μη λεκτικών κινήσεων των οργάνων της στοματικής κοιλότητας [Aram & Horwitz, 1983] (Νικολόπουλος, 2008).

1.3.2. Απραξία των Άκρων.

Η κινητική απραξία άκρων περιγράφηκε πρώτα από τον Liermann το 1908 και χαρακτηρίζεται από την *ανικανότητα του ασθενούς να εκτελέσει με ακρίβεια επίκτητες κινήσεις*. Η βλάβη αυτή συχνά επισημαίνεται στο ένα άκρο και στις περισσότερες περιπτώσεις επηρεάζει τις λεπτές κινήσεις των περιφερειακών τμημάτων του ενός άνω άκρου. Εμφανίζεται σε αυτοματοποιημένες κινήσεις, αλλά και σε ηθελημένες ενέργειες, ενώ, οι επηρεασμένες κινήσεις είναι αυτές που αφορούν το γράψιμο, το κούμπωμα, το ράψιμο, το παίξιμο μουσικών οργάνων κ.λπ. Εμφανίζεται μονόπλευρα στην αντίθετη πλευρά από αυτή της κάκωσης. Η κινητική απραξία άκρων είναι αποτέλεσμα της απώλειας της ονομαζόμενης κινητικής μνήμης του ενός άκρου. Πιο πρόσφατα όμως, αρκετοί ερευνητές την διαχώρισαν από τις πραγματικές απραξίες (Kerschensteiner, Roeck & Lehmkuhl, 1975). Οι περισσότεροι σύγχρονοι συγγραφείς θεωρούν την Απραξία των Άκρων ως *πυραμιδική κινητική δυσλειτουργία* και όχι σαν απραξία (Murdoch, 2008).

1.3.3. Ιδεατή Απραξία.

Η ιδεατή απραξία είναι *μία διαταραχή της συμπεριφοράς μέσω χειρονομιών, που περιλαμβάνει απώλεια επιμέρους τμημάτων της ικανότητας να σχηματίσει νοερό σχέδιο για την εκτέλεση μιας σύνθετης πράξης* (Liermann, 1908). Σε αυτή τη δυσλειτουργία, οι μεμονωμένες κινήσεις μιας σύνθετης πράξης δεν μπορούν να συνδυαστούν για κάποιο σκοτεινό σχέδιο, ακόμη κι αν οι απλές μεμονωμένες κινήσεις παρουσιάζονται φυσιολογικές (Murdoch, 2008).

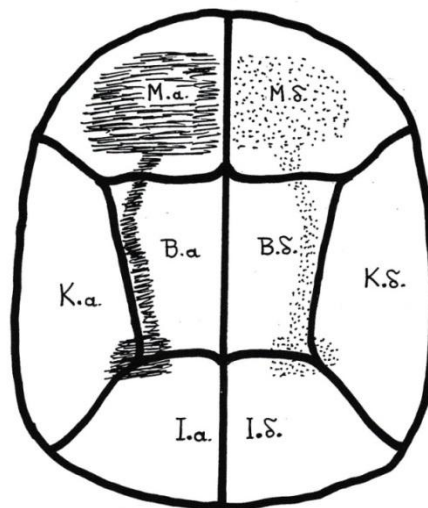
1.3.4. Ιδεοκινητική Απραξία.

Είναι ο συνηθέστερος τύπος απραξίας. Είναι μία δυσλειτουργία στην οποία η *γλώσσα - λόγος είναι αδύνατον να ξεκινήσει και να κατευθύνει σωστά την*

πραγματοποίηση συγκεκριμένων κινητικών δεξιοτήτων, τις οποίες ο ασθενής είναι δυνατόν να εκτελέσει κάτω από διαφορετικές συνθήκες και διαφορετικά αισθητηριακά εισερχόμενα ερεθίσματα. Αφορά απλές κινητικές λειτουργίες και κινήσεις έκφρασης, κυρίως συμβολικού χαρακτήρα (αποχαιρετισμός, απειλή) ή περιγραφικές συμβολικές κινήσεις (στρατιωτικός χαιρετισμός), περιγραφικές κινήσεις με νοερή χρήση αντικειμένων (κάρφωμα ενός καρφίου με σφυρί, ανακάτεμα σούπας) και μιμητικές κινήσεις χωρίς σημασία (σχέδια με τα δάχτυλα, σχηματισμός του 8 και του κύκλου) (Murdoch, 2008).

1.3.5. Στοματοπροσωπική Απραξία.

Στοματοπροσωπική Απραξία μνημονεύεται η αδυναμία του ασθενή να εκτελέσει εκούσιες κινήσεις της γλώσσας και του στόματος και προσβάλλει μόνο τις εκούσιες κινήσεις και ελάχιστα τις αυτόματες κινήσεις (Γερμανά, 2014).



Εικόνα 3. Οι λοβοί που επηρεάζονται κατά τη στοματοπροσωπική απραξία (Καρπαθίου, 1998· σ.575, σχήμα 24).

1.4. Τα αίτια της Απραξίας του Λόγου.

Η AOS είναι μία κινητική διαταραχή της ομιλίας. Αν και δεν υπάρχει σαφής κατανόηση για την νευροανατομική δομή που επηρεάζει τις δυσκολίες στο σχεδιασμό και τον προγραμματισμό που παρουσιάζεται στα παιδιά με απραξία του λόγου (Rosenbeck & Wertz, 1972), εν τούτοις υπάρχει μία συμφωνία στο ότι η AOS υφίσταται *μία διαταραχή νευρολογικής βάσης, γνωστής και άγνωστης προέλευσης*. (ASHA, 2007a, Definitions of CAS section, para. 1).

Στην AOS, υπάρχει κάτι στο μυαλό του παιδιού που δεν επιτρέπει τα μηνύματα να οδηγηθούν στους στοματικούς μύες για να παράγουν σωστά την ομιλία. Ορισμένες πιθανές αιτίες παρατίθενται παρακάτω:

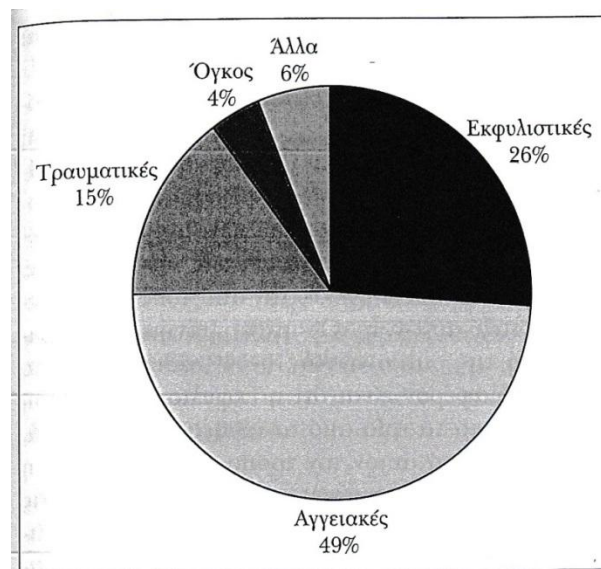
- Υπάρχει πιθανότητα η AOS να αποτελεί μέρος μιας νευρολογικής διαταραχής (πχ. ενδομήτριο εγκεφαλικό, όγκος, λοίμωξη ή τραύμα).
- Υπάρχει πιθανότητα η AOS να αποτελεί μέρος συνθετών νευροσυμπεριφορικών διαταραχών (πχ. επιληψία, γαλακτοσωμία, χρωμοσωμικές μετατοπίσεις).
- Υπάρχει πιθανότητα η AOS να αποτελεί ιδιοπαθή νευρογενής διαταραχή του λόγου (Fish, 2016).
- Υπάρχει πιθανότητα να υπάρχουν γενετικές διαταραχές ή σύνδρομα.
- Υπάρχει πιθανότητα να έχει προηγηθεί εγκεφαλικό επεισόδιο ή εγκεφαλική βλάβη.
- Υπάρχει πιθανότητα η AOS να πηγάζει από γνωστές νευρολογικές αιτίες (π.χ. ενδομήτριο εγκεφαλικό επεισόδιο, λοιμώξεις, τραύμα).
- Υπάρχει πιθανότητα, επίσης, η AOS να εμφανιστεί ως πρωτογενές ή δευτερογενές σημάδι σε παιδιά με σύμπλεγμα νευροσυμπεριφορικών διαταραχών (π.χ. γενετικές, μεταβολικές). Δεν συνδέεται, επίσης, με οποιαδήποτε γνωστή νευρολογική ή με πολύπλοκες

νευροσυμπεριφορικές διαταραχές, ενώ εμφανίζεται ως *ιδιοπαθής νευρογενή διαταραχή του ήχου της ομιλίας* (ASHA, 2007).

- Πιθανή υποκείμενη βλάβη στο συστατικό άρθρωσης (ο τόπος όπου πραγματοποιείται η εκτέλεση του αρθρωτικού κώδικα και παράγεται το τελικό προϊόν: ο προφορικός λόγος).
- Πιθανή υποκείμενη βλάβη στο σύνδεσμο μεταξύ του συστατικού άρθρωσης και του συστατικού φωνολογικής κωδικοποίησης.
- Πιθανή υποκείμενη διαταραχή στις διαδικασίες κινητικού προγραμματισμού (Νάσσιος, 2012).
- Υπάρχει πιθανότητα να επέλθει διακοπή του *FOXP2* μόνο (που αναφέρεται στο GeneReview ως «*διαταραχή λόγου και ομιλίας που σχετίζεται με το FOXP2 μόνο*»).
- Υπάρχει πιθανότητα να υπάρχει μεγάλος αριθμός παραλλαγής αντιγραφών (π.χ. συνεχόμενες διαγραφές γονιδίων).
- Υπάρχει πιθανότητα να υφίστανται δομικές παραλλαγές στα γονίδια (π.χ. μετατόπιση ή αναστροφή χρωμοσωμάτων) και
- Υπάρχει πιθανότητα να υπάρχει μητρική μονογονεϊκή δισωμία του χρωμοσώματος 7 (UPD7) που σχετίζονται με το *FOXP2* (Morgan et al., 2016).

<p>Αγγειακές (49%) Μεμονωμένο εγκεφαλικό επεισόδιο αριστερού ημισφαιρίου (41%) Πολλαπλά εγκεφαλικά επεισόδια, συμπεριλαμβανομένου του αριστερού ημισφαιρίου (8%)</p> <p>Απομυελινωτικές (26%) Απροσδιόριστη εκφυλιστική νόσος του ΚΝΣ (10%) ΡΡΑ ή ΑΟΣ, ή και τα δύο (7%) Νόσος Alzheimer ή άνοια (3%) Άλλα: ασύμμετρη φλοιώδης εκφύλιση, CBD, ALS, CBD vs PSP, CJD, λευκοεγκεφαλοπάθεια (7%)</p> <p>Τραυματικές (15%) Νευροχειρουργικές (14%) Εκτομή όγκου, ανεύρυσμα ή επιδιόρθωση ΑVM, παροχέτευση αιματώματος CHI (1%)</p> <p>Όγκος (αριστερού ημισφαιρίου) (4%) Άλλα (6%) ΑΟΣ αγνώστου αιτιολογίας (3%) Άλλα: επιληπτική διαταραχή, μετά από μεταμόσχευση ήπατος, πολλαπλές αιτίες (2%)</p>
--

Εικόνα 4. Αιτιολογίες για 155 ημιτυχαίως επιλεγμένα περιστατικά της Mayo Clinic, με κύρια διάγνωση παθολογίας του λόγου, την απραξία του λόγου κατά τις περιόδους 1969-1990 (n=107) και 1999-2001(n=48). Το ποσοστό των περιστατικών για κάθε ευρεία αιτιολογική επικεφαλίδα αναγράφεται σε παρένθεση. Οι συγκεκριμένες αιτιολογίες κάτω από κάθε επικεφαλίδα παρατίθενται με φθίνουσα σειρά σοβαρότητας (Duffy, 2005· σ.366, πλαίσιο 11-2).



Εικόνα 5. Κατανομή των αιτιολογιών για 155 ημιτυχαίως επιλεγμένα περιστατικά της Mayo Clinic, με κύρια διάγνωση παθολογίας του λόγου, την απραξία του λόγου κατά τις περιόδους 1969-1990 και 1999-2001 (Duffy, 2005· σ.367, εικόνα 11-1).

Ο Orton (1937), πρώτος, αναφέρθηκε στις επικείμενες αιτίες της απραξίας του λόγου και διατείνεται ότι *πηγάξει από υποκείμενη διαταραχή στο βρεγματικό λοβό και πιο συγκεκριμένα, στην πρόσθια περιοχή προς τη γωνιακή έλικα* (Lass, 1981).

Οι Darley et al. (1975), πήραν, πολύ αργότερα, θέση στο ότι *η απραξία του λόγου πηγάζει από βλάβη του εγκεφάλου στο σημείο της πρόσθιας περιοχής (περιοχή Broca), στην οποία λαμβάνει χώρα η λειτουργία του κινητικού προγραμματισμού της ομιλίας*. Στην πραγματικότητα, αναφέρουν ότι *η οπίσθια περιοχή μπορεί να μην έχει αποκλειστική κατεύθυνση στην επιλογή της γλώσσας και της σύνταξης, περιορισμένη ελευθερία στην επιλογή της λέξης και της σύνταξης στην περιοχή του Broca*. Αυτό σημαίνει, ότι μία βλάβη στην περιοχή του Broca θα συνεπάγεται δυσκολία στην επιλογή της λέξης, στην αλληλουχία της μορφής σύμφωνο – φωνήεν – σύμφωνο, καθώς και στις εθελοντικές οδηγίες των κινητικών δομών του λεκτικού μυϊκού συστήματος (Lass, 1981).

Ο Geschwind (1975), την ίδια περίοδο, φρονεί ότι, *οι βλάβες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την απραξία αυτή, είναι δυνατόν να εντοπιστούν είτε στον εσωτερικό συνδετικό φλοιό στην κινητική περιοχή του προσώπου, κοντά στο κέντρο του Broca, είτε στο επίπεδο της υπερχειλίας έλικας* (Cermak, 1985· Νικολόπουλος, 2008).

Ο Gubbay (1978) λίγα χρόνια αργότερα, ισχυρίστηκε ότι *μία βλάβη στο κυρίαρχο ημισφαίριο μπορεί να είναι η προϋπόθεση για μια επίκτητη διαταραχή, χωρίς να έχει εντοπιστεί εστιασμένη εγκεφαλική βλάβη*. Το ίδιο, όμως, δεν ισχύει σε παιδί με συγγενές πρόβλημα. Επιπλέον, υποστήριξε ότι *το 50% των αιτιών είναι προγεννητικοί / περιγεννητικοί / νεογνικοί παράγοντες, ενώ, μεγάλο ποσοστό εμφάνισης της Απραξίας του Λόγου υπήρχε στα παιδιά που ήταν τα πρώτα της οικογένειας* (Cermak, 1985· Νικολόπουλος, 2008).

Μια θεωρία, πάντως, που κερδίζει έδαφος, πηγάζει από τις ανακαλύψεις των μεταλλάξεων στο γονίδιο FOXP2 που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 7q31 (Ballard et al., 2000).

Ωστόσο, υπάρχει η πεποίθηση ότι η γενετική τροποποίηση καθορίζει άμα υπάρχει διαταραχή λόγου και ομιλίας (διαταραχές λόγου και ομιλίας που

σχετίζονται μόνο με το *FOXP2*) ή εάν υπάρχουν αναπτυξιακές διαταραχές ή διαταραχές συμπεριφοράς (*FOXP2* και διαταραχή λόγου και ομιλίας) (Morgan et al., 2016).

1.5. Τα χαρακτηριστικά της Απραξίας του Λόγου.

Ερευνητές έχουν περιγράψει ένα πολύ μεγάλο αριθμό λεκτικών και μη λεκτικών χαρακτηριστικών που διακρίθηκαν στα παιδιά με AOS. Πολλά από αυτά τα χαρακτηριστικά, ωστόσο, επισημάνθηκαν και σε παιδιά με άλλους τύπους φωνολογικών διαταραχών. Για παράδειγμα, ένα παιδί με AOS διαθέτει, συχνά, καλύτερο αντιληπτικό λεξιλόγιο παρά εκφραστικό λεξιλόγιο. Αυτό το χάσμα στο αντιληπτικό - εκφραστικό λεξιλόγιο δεν είναι, απόλυτα, μόνο για παιδιά με Απραξία του Λόγου (Fish, 2016).

Οι σύγχρονες περιγραφές των αντιληπτικών χαρακτηριστικών της AOS δημιουργήθηκαν βάσει των κλινικών παρατηρήσεων του Darley στο τέλος της δεκαετίας του 1960, καθώς και, μιας εμπνευσμένης μελέτης των Johns & Darley. Από τότε, τα χαρακτηριστικά που θεωρούνταν κυριότερα για την κλινική ταυτότητα της διαταραχής, έχουν εξελιχθεί ως προϊόν της προσεκτικής έρευνας, των βελτιώσεων στο ορισμό της AOS και της επιρροής των προτύπων φωνολογίας και κινητικού σχεδιασμού / προγραμματισμού του λόγου, στο πλαίσιο των ορίων της διαταραχής. Η εγκυρότητα πολλών από τα κυριότερα χαρακτηριστικά του λόγου ενισχύεται από τα αποτελέσματα των ακουστικών και φυσιολογικών μελετών και των αντιληπτικών μελετών που χρησιμοποιούν περιορισμένη φωνητική μετεγγραφή (Duffy, 2005).

Τα παιδιά με μη τυπική ανάπτυξη λόγου καθώς και τα παιδιά με αρθρωτικές διαταραχές, αναπτυξιακές φωνολογικές διαταραχές ή δυσαρθρία και τα παιδιά που ανέπτυξαν τυπικά αργά την ομιλία τους δεν κάνουν τόσα φωνηεντικά λάθη όσο τα παιδιά με AOS (Βάιος, 2010).

Στον πίνακα, παρακάτω, συνοψίζονται τα πιο ουσιώδη συμπτώματα της AOS (συμπεριλαμβανομένων των λεκτικών και μη λεκτικών κινητικών συμπεριφορών, των προσωδιακών χαρακτηριστικών, των αντιληπτικών χαρακτηριστικών του λόγου, των γλωσσικών χαρακτηριστικών, καθώς και των μεταγλωσσικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών αλφαριθμητισμού):

Μη Λεκτικές	Γενική αμηχανία ή αδεξιότητα
Κινητικές	Διαταραγμένες ηθελημένες στοματικές κινήσεις
Συμπεριφορές	Ήπιες καθυστερήσεις στην κινητική ανάπτυξη Ήπια χαμηλός μυϊκός τόνος Υπέρ /υπό – ευαισθησία στη στοματική περιοχή Στοματική απραξία
Λεκτικές Κινητικές	Δυσκολία στην επανάληψη συλλαβών και στη διαδοχοκίνηση
Συμπεριφορές	Αργή ανάπτυξη ομιλίας Πολλαπλά αρθρωτικά λάθη Μειωμένη καταληπτότητα Περιορισμένα φωνητικά ή φωνημικά ρεπερτόρια Περιορισμένο ρεπερτόριο φωνηέντων Λάθη φωνηέντων Μη σταθερά λάθη Αυξανόμενα λάθη, σε μεγαλύτερου μήκους φράσεις ή πιο περίπλοκες φωνοτακτικές δομές Λάθη στη σειρά των ήχων (μετακίνηση και μετάθεση), συλλαβών, μορφημάτων, ή ακόμα και λέξεων Κινήσεις αναζήτησης με το στόμα Επίμονη ή συχνή παλινδρόμηση Διαφορές στην απόδοση των αυτόματων έναντι των ηθελημένων δραστηριοτήτων
Προσωδιακά	Υπερβολικό – ίσο στρες των συλλαβών
Χαρακτηριστικά	Κοφτή, «ρομποτική» ομιλία (διαχωρισμός συλλαβών) Διακυμάνσεις στον ρυθμό, περιλαμβανομένων των παρατεταμένων ήχων και παύσεων μεταξύ των ήχων, των συλλαβών ή των λέξεων Μειωμένο εύρος ύψους φωνής ή μεταβλητό ύψος Μειωμένο εύρος ηχηρότητας ή μεταβλητή ηχηρότητα Μονοτονία Μονοένταση (μονοτονία στην ένταση της φωνής) Ποικίλη ρινική αντήχηση
Χαρακτηριστικά Αντίληψης Λόγου	Μειωμένη ακουστική αντίληψη Μειωμένη ακουστική διάκριση Μειωμένη ακουστική μνήμη
Γλωσσικά	Σημαντικά γλωσσικά ελλείμματα
Χαρακτηριστικά	Μορφολογικές παραλήψεις Ελλείμματα στον εκφραστικό και προσληπτικό λόγο, με τον εκφραστικό να υστερεί σταθερά έναντι του προσληπτικού Οικογενειακό ιστορικό γλωσσικών διαταραχών
Μεταγλωσσικά / Χαρακτηριστικά Αλφαριθμητισμού	Μειωμένη φωνολογική επίγνωση Δυσκολία στην αναγνώριση λέξεων Φτωχή ορθογραφία Αυξημένη αυτοεπίγνωση των περιορισμών στην παραγωγή ομιλίας (μεταγλωσσική επίγνωση)

Εικόνα 6. Επικοινωνιακές συμπεριφορές συσχετιζόμενες με την παιδική απραξία του λόγου (Shipley & McAfee, 2009· σ.419, πίνακας 12-4).

1.5.1. Τα λεκτικά χαρακτηριστικά της Απραξίας του Λόγου.

Στα λεκτικά χαρακτηριστικά εντάσσονται η συνοχή, οι εθελοντικές ενάντια στις αυτόματες κινήσεις, οι τύποι των λαθών, το μήκος των λέξεων, η προσωδία, η αλληλουχία, η φώνηση και η στοματική αντήχηση (Lass, 1981).

Πολλά παιδιά επιδεικνύουν συνεπή λεκτικά χαρακτηριστικά με την AOS, αλλά, αντίθετα, δεν έχουν αναγνωριστικές νευροσυμπεριφορικές διαταραχές (Fish, 2016).

Η AOS σύμφωνα με τους Mostofsky et al., χαρακτηρίζεται από *ποικίλα λάθη στην άρθρωση ενσωματωμένα σε ένα σύστημα λόγου που έγινε αργά και με προσπάθεια και με δειλά και αργά βήματα για τις αρθρωτικές κινήσεις* (Mostofsky et al., 2006), ενώ οι Turner et al. παραθέτουν το γεγονός ότι *η ομιλία είναι συχνά δυσκατάληπτη, με παραλείψεις, αντικαταστάσεις και στρεβλώσεις των συμφώνων και φωνηέντων, ασυνεπή λάθη σε πολλαπλές επαναλήψεις και προσωδιακές απομειώσεις* [Shriberg et al., 2006] (Turner et al., 2013).

Τα λάθη είναι πιο συχνά στα σύμφωνα που υπάρχουν στην αρχή των λέξεων και κυρίως στους φθόγγους και τα συμφωνικά συμπλέγματα που απαιτούν πιο περίπλοκη μυϊκή προσαρμογή. Τα λάθη γίνονται χειρότερα με την αύξηση του μεγέθους των λέξεων (Darley, Aronson & Brown, 1975), ενώ, ο αυτόρμητος - αυτόματος λόγος είναι λιγότερο διαταραγμένος. Ο λόγος που εξελίσσεται σε φυσικά περιεχόμενα, είναι λιγότερο επίπονος και ακούγεται σχεδόν κανονικός σε σχέση με το λόγο που απαιτείται σε δομημένες διαδικασίες (όπως εκτίμηση ενός χαρακτηριστικού λόγου) (Mostofsky et al., 2006).

Τα παιδιά με απραξία του λόγου συχνά αποδεικνύουν ένα ευρύ χάσμα μεταξύ των δεκτικών τους γλωσσικών ικανοτήτων (οι οποίες μπορούν να αναπτύσσονται κανονικά) και των λεκτικών εκφραστικών τους ικανοτήτων [CASANA, 2007] (Mostofsky et al., 2006).

Τα λεκτικά χαρακτηριστικά στη διαφοροποίηση ενός παιδιού με AOS από τα άλλα παιδιά με σοβαρές λειτουργίες του λόγου χωρίς AOS (Davis, Jakielski & Marquardt, 1998) είναι τα εξής:

ΛΕΚΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

<ul style="list-style-type: none">• Δυσκολία στην εκτέλεση των ήδη γνωστών τεχνικών [Kimura & Roy, 1981] (Cermak, 1985).
<ul style="list-style-type: none">• Μεγαλύτερη πιθανότητα γλωσσικών δυσκολιών (Cermak, 1985· Jongasma et al., 2010· Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none">• Ποικιλία των παραγωγών (Caruso, 1999· Βάιος, 2010).
<ul style="list-style-type: none">• Δυσκολίες στη διαδοχοκίνηση (αργός ρυθμός και παραλείψεις ή αντικαταστάσεις φωνημάτων) [Thoonen, Maasen, Gabreëls & Schreuder, 1999· Murray et al., 2015] (Caruso, 1999· Ballard et al., 2000· ASHA, 2007· Βάιος, 2010· Shriberg et al., 2012· Κουλιέρη, 2012).
<ul style="list-style-type: none">• Μη σταθερά αρθρωτικά λάθη (Caruso, 1999· Ballard et al., 2000· ASHA, 2007· Καμπανάρου, 2007· Βάιος, 2010· Κουλιέρη, 2012· Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none">• Συλλάβισμα (Caruso, 1999· Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none">• Δυσκολία στη μίμηση των ήχων και των λέξεων (Caruso, 1999· betterhealth.vic.gov.au).
<ul style="list-style-type: none">• Διαταραγμένη κίνηση στόματος (Caruso, 1999).
<ul style="list-style-type: none">• Μειωμένη έκφραση σε σύγκριση με δεκτικές κινήσεις (Caruso, 1999).
<ul style="list-style-type: none">• Κινήσεις αναζήτησης των αρθρωτών του σωστού τόπου / τρόπου άρθρωσης. (Ballard et al., 2000· Καμπανάρου, 2007· Βάιος, 2010· Κουλιέρη, 2012· Fish, 2016· betterhealth.vic.gov.au)
<ul style="list-style-type: none">• Χρήση περιορισμένου αριθμού συμφωνικών ήχων κατά τη διάρκεια της ομιλίας (Ballard et al., 2000· ASHA, 2007· Fish, 2016· betterhealth.vic.gov.au).
<ul style="list-style-type: none">• Μεγαλύτερη δυσκολία στο να παράγει μεγαλύτερες παρά μικρότερες λέξεις και προτάσεις (Ballard et al., 2000· Καμπανάρου, 2007· Κουλιέρη, 2012· Fish, 2016· betterhealth.vic.gov.au).
<ul style="list-style-type: none">• Δυσκολία στην εκκίνηση της φράσης [Kent & Rosenbeck, 1983] (Ballard et al., 2000· Καμπανάρου, 2007).
<ul style="list-style-type: none">• Τα σύμφωνα επηρεάζονται περισσότερο από τα φωνήεντα (Ballard et al., 2000).
<ul style="list-style-type: none">• Σφάλματα που προσεγγίζουν το στόχο εντός ενός ή δύο χαρακτηριστικών (Ballard et al., 2000).

<ul style="list-style-type: none"> • Ο εισαγωγικός ήχος «ea» στα συμφωνικά συμπλέγματα (Ballard et al., 2000).
<ul style="list-style-type: none"> • Η επίγνωση των σφαλμάτων (Ballard et al., 2000).
<ul style="list-style-type: none"> • Αργή, κοπιώδης, διστακτική ομιλία με αξιοσημείωτη δυσκολία και μπλοκαρίσματα των στοματικών δομών (Καμπανάρου, 2007· Κουλιέρη, 2012).
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσπροσωδία, αργός ρυθμός, λανθασμένος τονισμός (Jongsma et al., 2004· ASHA, 2007· Καμπανάρου, 2007· Βάιος, 2010· Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Φωνηεντικά λάθη (Βάιος, 2010· Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Υπερτμηματικές διαφορές (τονισμός, έμφαση, ένταση και αντήχηση) (Βάιος, 2010· Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Προφορά της ίδιας λέξης με διαφορετικό τρόπο (Βάιος, 2010).
<ul style="list-style-type: none"> • Καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου (Jongsma et al., 2004· Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Η γενική φωνολογική παραγωγή είναι ουσιαστικά κάτω από τους αναμενόμενους αναπτυξιακούς κανόνες (Jongsma et al., 2004).
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση – πραγματολογία (Jongsma et al., 2004).
<ul style="list-style-type: none"> • Παραγωγή ελάχιστων λέξεων (Κουλιέρη, 2012).
<ul style="list-style-type: none"> • Χάσμα μεταξύ αντιληπτικού - εκφραστικού λεξιλογίου (Κουλιέρη, 2012· Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμένη φωνητική καταγραφή (Κουλιέρη, 2012· Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Ασυνέπεια στην παραγωγή ήχου – ήχου (Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Συναφείς περιορισμοί (Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Κενά μεταξύ των συλλαβών (Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμένες εκφωνήσεις βαβίσματος κατά τη διάρκεια της νηπιακής ηλικίας (Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμένη ποικιλία από την παραγωγή των φωνημάτων κατά τη διάρκεια του βαβίσματος (Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Μορφολογικά λάθη (Fish, 2016· betterhealth.vic.gov.au).
<ul style="list-style-type: none"> • Καλύτερη παραγωγή αυθόρμητου λόγου παρά εθελούσιων παραγωγών (Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Απώλεια των ήδη εκμαθημένων ήχων ή λέξεων (Fish, 2016· betterhealth.vic.gov.au).

<p>Άρθρωση Παραμορφώσεις συμφώνων και φωνηέντων (ανακριβής άρθρωση) με επικράτηση των παραμορφώσεων στα σύμφωνα Παραμορφωμένες αντικαταστάσεις Παραμορφωμένες διατηρούμενες αντικαταστάσεις (π.χ. "νανανα"/μπανάνα) Παραμορφωμένες αντισταθμιστικές αντικαταστάσεις (π.χ. "porado/rotato) Παραμορφωμένες προσθήκες Παράταση παραμορφωμένων ήχων Παραμορφωμένες διακρίσεις φώνησης (ασαφοποίηση των ορίων ηχηρών/άηχων) Σχετικά σταθερή εντόπιση αρθρωτικών λαθών μέσω πολλαπλών δοκιμών Σχετικά σταθερός τύπος λαθών μέσω πολλαπλών δοκιμών</p> <p>Ρυθμός και προσωδία Βραδύς συνολικός ρυθμός ή φωνημική ακρίβεια, κυρίως για εκφράσεις μήκους περισσότερο της μιας συλλαβής Παρατεταμένη, ωστόσο μεταβλητή διάρκεια φωνήεντος στις πολυσύλλαβες λέξεις ή σε λέξεις εντός προτάσεων Παρατεταμένα, ωστόσο μεταβλητά μεσοδιαστήματα ανάμεσα στις λέξεις ανεξάρτητα της φωνημικής ακρίβειας Κατάτμηση συλλαβών Λάθη στη θέση έμφρασης, με μια τάση εξίσωσης της έμφρασης κατά μήκος των συλλαβών/λέξεων Ελαττωμένη φωνημική ακρίβεια, όσο αυξάνεται ο ρυθμός Η αλλαγμένη έμφραση περιστασιακά οδηγεί στην αντίληψη</p>	<p>μιας αλλογενούς γλώσσας σε ομιλητές που γνωρίζουν μια γλώσσα†</p> <p>Ευφράδεια Επιτυχείς ή ανεπιτυχείς προσπάθειες αυτοδιόρθωσης των αρθρωτικών λαθών που υπερβαίνουν τα φωνημικά όρια Λανθασμένη αρθρωτική εκκίνηση και επανέναρξη Καταβολή υπέρμετρης προσπάθειας οπτικής και ακουστικής-μέσω δοκιμής και λάθους- ανίχνευσης για τις αρθρωτικές στάσεις Επαναλήψεις ήχων και συλλαβών</p> <p>Σημαντικές παραλλαγές των δοκιμασιών Υψηλότεροι ρυθμοί λάθους για τις εκούσιες/σκόπιμες έναντι των αυτόματων/ανταντακλαστικών εκφράσεων, συχνά ωστόσο οι αυτόματες/ανταντακλαστικές εκφράσεις δε γίνονται αντιληπτές ως φυσιολογικές Οι SMRs του λόγου είναι πιο πιθανό να είναι ανώμαλοι όσον αφορά στη φωνημική ακρίβεια και το ρυθμό, συγκριτικά με τους AMRs Υψηλότεροι ρυθμοί λάθους για τις συλλαβές/λέξεις που στερούνται νοήματος συγκριτικά με τις εννοιολογικές λέξεις Τα λάθη στα συμπλέγματα συμφώνων είναι πιο συχνά συγκριτικά με τα μονήρη σύμφωνα Η έναρξη των εκφράσεων είναι ιδιαίτερος δύσκολη Τα λάθη εμφανίζονται σε αμφότερες τις δοκιμασίες μιμητικού και αυθόρμητου λόγου Τα λάθη μίμησης γενικά δεν υπερβαίνουν σε αριθμό τα λάθη του αυθόρμητου λόγου σε συγκρίσιμες παραγωγές τους.</p>
--	---

Εικόνα 7. Αντιληπτικά κύρια χαρακτηριστικά της απραξίας του λόγου (Duffy, 2005· σ.372, πλαίσιο 11-3).

1.5.2. Τα μη λεκτικά χαρακτηριστικά της Απραξίας του Λόγου.

Αρχικά, η AOS, καταγράφηκε σε ενήλικους που υπέφεραν από κάποια επίκτητη εγκεφαλική βλάβη και αντιμετώπιζαν δυσκολίες στον προγραμματισμό των κινήσεων των αρθρωτών (Darley, Aronson & Brown, 1975). Τα παιδιά με AOS, συνήθως, υποδεικνύονται ως πολύ ήσυχα μωρά με ένα ελαφρά ενοχλητικό βάβισμα. Κάποια μπορεί να αρνήσουν να προφέρουν τις πρώτες τους λέξεις, κάποια, όμως, όχι (Hamaguchi, 2010).

Τα κυριότερα μη-λεκτικά χαρακτηριστικά της AOS παρατίθενται παρακάτω:

<u>ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</u>
<ul style="list-style-type: none">• Δυσκολίες αντιληπτικο-κινητικού τύπου (Kaplan, 1977· Cermak, 1985· Denckla & Roeltgen, 1992).
<ul style="list-style-type: none">• Καθυστέρηση στο δεκτικό και εκφραστικό λόγο (Kaplan, 1977· Cermak, 1985· Denckla & Roeltgen, 1992).
<ul style="list-style-type: none">• Αδεξιότητα (Cermak, 1985· betterhealth.vic.gov.au).
<ul style="list-style-type: none">• Διαταραγμένη απτική αντίληψη (Cermak, 1985).
<ul style="list-style-type: none">• Ανεπαρκές σχήμα σώματος (Cermak, 1985).
<ul style="list-style-type: none">• Αργή εκμάθηση καθημερινών δραστηριοτήτων (Cermak, 1985).
<ul style="list-style-type: none">• Προβλήματα στην επικοινωνιακή χειραγώγηση παιχνιδιού / φτωχές δραστηριότητες (Cermak, 1985).
<ul style="list-style-type: none">• Ελλειμματική γραφή (Cermak, 1985).
<ul style="list-style-type: none">• Ελαφρα νευρολογικά δείγματα (Cermak, 1985).
<ul style="list-style-type: none">• Διαφορά γραπτής / προφορικής δομής (Cermak, 1985· Jongsma et al., 2004).
<ul style="list-style-type: none">• Συναισθηματική συμπεριφορά (Cermak, 1985).
<ul style="list-style-type: none">• Δυσχέρειες στη μίμηση τυχαίων κινητικών σχημάτων [Dewey, 1995] (Νικολόπουλος, 2008).
<ul style="list-style-type: none">• Δυσχέρειες στην αλληλοδιαδοχή των κινητικών σχημάτων [Dewey, 1995] (Νικολόπουλος, 2008).
<ul style="list-style-type: none">• Δυσκολίες στην οργάνωση και τον προγραμματισμό [Cermak, 1985· Dewey & Kaplan, 1994] (Νικολόπουλος, 2008).
<ul style="list-style-type: none">• Δυσκολίες στην επιτέλεση των κινητικών πράξεων [Cermak, 1985· Dewey & Kaplan, 1994] (Νικολόπουλος, 2008).
<ul style="list-style-type: none">• Η στοματοκινητική εξέταση του θεραπευόμενου δεν αποκαλύπτει μυϊκή

αδυναμία, βραδυτητα ή αδυναμία συντονισμού (Jongsma et al., 2004).
<ul style="list-style-type: none"> • Καλύτερη απόδοση των αυτοματοποιημένων εκφράσεων (π.χ. μέτρημα, μέρες της βδομάδες) απ'ότι στην αυθόρμητη παραγωγή νέων εκφράσεων (Jongsma et al., 2004).
<ul style="list-style-type: none"> • Φτωχή ικανότητα επανάληψης (Jongsma et al., 2004).
<ul style="list-style-type: none"> • Καλές δεξιότητες ακουστικής αντίληψης (Jongsma et al., 2004).
<ul style="list-style-type: none"> • Καλή επίγνωση των προφορικών λαθών (Jongsma et al., 2004).
<ul style="list-style-type: none"> • Προσπάθειες αυτοδιόρθωσης των λαθών (Βάιος, 2010).
<ul style="list-style-type: none"> • Υπάρχουν γενικές δυσκολίες στην κίνηση των μυών του στόματος και του λαιμού του (για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχει δυσκολία στη μάσηση, το πιπίλισμα και στο να φυσάει ή να κάνει ορισμένους ήχους της ομιλίας) (Jongsma et al., 2004· Fish, 2016· betterhealth.vic.gov.au).
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσκολίες στην ανάγνωση και την ορθογραφία (Fish, 2016· betterhealth.vic.gov.au).
<ul style="list-style-type: none"> • Επηρεασμένη λεπτή και αδρή κινητικότητα (Fish, 2016).
<ul style="list-style-type: none"> • Αισθήματα απογοήτευσης, επειδή τα άτομα δεν μπορούν να μεταφέρουν το μήνυμά τους (betterhealth.vic.gov.au).
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσκολίες με άλλες κινητικές δεξιότητες, όπως η χρήση ψαλιδιού, η γραφή ή το ποδήλατο (betterhealth.vic.gov.au).
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσκολία στην εκτέλεση κινήσεων με τη γλώσσα και τα χείλη τους όταν τους ζητηθεί να το πράξουν (betterhealth.vic.gov.au).

Μεταβλητή	Ευρήματα
Άκρο	Δεξιά ημιπάρεση ή σχετικά αισθητηριακά ελλείμματα, ή και τα δύο Σημείο Babinski Υπερδραστήρια τενόντια αντανακλαστικά Απραξία μελών, συνήθως αμφοτερόπλευρη
Μη λεκτικά Στοματικά	Αδυναμία στο δεξιό κατώτερο τμήμα του προσώπου Δεξιά γλωσσική αδυναμία Μη λεκτική προφορική απραξία Στοματικά αισθητηριακά ελλείμματα
Γλώσσα και άλλα γλωσσικά ελλείμματα	Αφασία, πιο συχνά αφασία Broca όταν η αφασία μπορεί να ταξινομηθεί Δυσarthρία μονόπλευρου UMN
Ενοχλήματα του ασθενή	"Η ομιλία μου δε βγαίνει σωστά" Λανθασμένη προφορά Τραύλισμα Χρειάζεται να μιλάει αργά για να αποφύγει τα λάθη

Εικόνα 8. Συνήθη μη λεκτικά στοματικά ελλείμματα, ελλείμματα λόγου – γλώσσας και άκρων, όπως και ενοχλήματα του ασθενή που σχετίζονται με την AOS (Duffy, 2005: σ.370, πίνακας 11-1).

Παρόλα αυτά, δεν είναι όλα τα παιδιά με AOS, ίδια. Όλα τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται παραπάνω, μπορεί να μην είναι παρόντα σε κάθε παιδί. Είναι αξιόλογο, παράλληλα, το παιδί που πιθανώς να πάσχει από AOS, να αξιολογείται από έναν λογοθεραπευτή (SLP), ο οποίος είναι ειδήμων στην εν λόγω διαταραχή, προκειμένου να αποκλειστεί η σύγχυση της με άλλες συναφείς κινητικές διαταραχές της ομιλίας.

1.6. Η συχνότητα της Απραξίας του Λόγου.

Οι Gubbay (1978) και Abbie & Ross (1978) πρώτοι, αναφέρουν πως, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα η AOS να επηρεάζει περισσότερο τα αγόρια έναντι των κοριτσιών (2:1), ενώ, οι Gordon & Mckinlay (1980), θεωρούν πως, υπάρχει ακόμα μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανιστεί η εν λόγω διαταραχή σε αγόρια έναντι των κοριτσιών (4:1) (Geuze et al., 2001).

Η Hort, ωστόσο, απέδειξε τα ευρήματα των Gordon & Mckinlay (1980), οι οποίοι είχαν αναφέρει πως τα αγόρια είναι τέσσερις φορές πιθανότερο να προσβληθούν από τα κορίτσια. Επιπλέον, παρατηρείται η κληρονομικότητα της AOS, κάτι που σημαίνει ότι σαν γονίδιο μπορεί να μεταφέρεται από πρόγονο σε απόγονο ανάμεσα στα μέλη μίας οικογένειας. Στατιστικώς, η AOS εμφανίζεται σε ένα παιδί ανά κάθε σχολική τάξη των 30 παιδιών. Συνεπώς, υπάρχει η συμφωνία για την διαταραχή ότι είναι πιο διαδεδομένη στα αγόρια, 3-4:1 [Hall et al, 1993· Portwood, 1999] (Hort, 2009).

1.7. Οι βαθμοί σοβαρότητας της Απραξίας του Λόγου.

Η σοβαρότητα της AOS, κυμαίνεται από μία πλήρη ανικανότητα ενός ατόμου να μιλήσει, έως και την ελάχιστη διαταραχή στην παραγωγή του λόγου του (Wambaugh et al., 2006).

Έτσι, παρακάτω αναφέρονται, με ακρίβεια, οι βαθμοί και τα χαρακτηριστικά, του εκάστοτε βαθμού της εν λόγω διαταραχής της ομιλίας:

1.7.1. Πολύ σοβαρός βαθμός Απραξίας.

- Απουσία ομιλίας.

- Συνύπαρξη σοβαρής ή ολικής αφασίας.
- Πιθανή ημιπληγία.
- Πιθανή απραξία άκρων στο «καλό» αριστερό χέρι.
- Πιθανή στοματική απραξία.
- Κακή πρόγνωση αν δεν υπάρχει βελτίωση μετά από 1 μήνα από το επεισόδιο (Νησιώτη, 2012).

Περιορισμένο ρεπερτόριο ήχων ομιλίας.
 Ο λόγος ενδέχεται να περιορίζεται σε λίγες εννοιολογικές ή μη ευκρινείς παραγωγές.
 Η μίμηση μεμονωμένων ήχων πιθανώς να είναι λανθασμένη και τα λάθη να είναι περιορισμένα σε ποικιλία.
 Τα λάθη πιθανώς να είναι πολύ προβλέψιμα.
 Ο αυτόματος λόγος ενδεχομένως να μην είναι καλύτερος από τον εκούσιο λόγο.
 Οι εσφαλμένες αποκρίσεις πιθανώς να προσεγγίζουν τον στόχο αν τα ερεθίσματα επιλεγούν με προσοχή.
 Η αλαλία ενδεχομένως να είναι παρούσα, ωστόσο σπάνια εμμένει για περισσότερο από 1-2 εβδομάδες, αν δεν υπάρχουν άλλα ελλείμματα στην ομιλία, στη γλώσσα και στη γνωστική λειτουργία.
 Συνήθως συνοδεύεται από σοβαρή αφασία, αν και μπορεί να εμφανισθεί και ανεξάρτητα από αυτήν.
 Συνήθως συνοδεύεται από μη λεκτική προφορική απραξία.

Εικόνα 9. Χαρακτηριστικά της σοβαρής απραξίας του λόγου (Duffy, 2005· σ.374, πλαίσιο 11-4).

1.7.2. Σοβαρός βαθμός Απραξίας.

- Απουσία ομιλίας.
- Στερεότυπες εκφράσεις χωρίς νόημα.
- Απουσία φώνησης.
- Αναζήτηση των αρθρωτών της σωστής άρθρωσης.
- Χρήση μίμησης / χειρονομιών για επικοινωνία.

- Προσπάθεια για ομιλία, συχνά περιορισμένη και ακατάληπτη.
- Πιθανή συνύπαρξη δυσφασίας μετρίου βαθμού.
- Πιθανή ημιπληγία και απραξία άκρων.
- Σχετικά καλή πρόγνωση που εξαρτάται από τη διάρκεια αποκατάστασης της δυσφασίας (Νησιώτη, 2012).

1.7.3. Μέτριος βαθμός Απραξίας.

- Προβλήματα άρθρωσης και προσωδίας.
- Αναζήτηση αρθρωτών της κατάλληλης άρθρωσης.
- Λάθη που προσεγγίζουν το φυσιολογικό.
- Εύκολη διαφοροδιάγνωση δυσπραξίας / δυσφασίας.
- Αργός ρυθμός ομιλίας, με άκουσμα «ξενικής» προφοράς.
- Αισθητά διαταραγμένη προσωδία.
- Πιθανή συνύπαρξη δυσφασίας ποικίλου βαθμού.
- Καλύτερη ικανότητα γραφής απ' ότι ομιλίας.
- Ασταθής πρόγνωση, λόγω δυσκολίας βελτίωσης της ομιλίας μετά από κοπιαστική προσπάθεια (Νησιώτη, 2012).

1.7.4. Ελαφρύς βαθμός Απραξίας.

- Ελαφρές διαταραχές άρθρωσης.
- Μη σταθερά λάθη.
- Αργός ρυθμός, διόρθωση λαθών, αλλά αφύσικη ομιλία.
- Συνύπαρξη με ήπιου βαθμού δυσφασία που ίσως υποχωρήσει στο αρχικό στάδιο ανάρρωσης.
- Δυσφασικά φωνολογικά λάθη.
- Πολύ καλή πρόγνωση.

- Αδύνατη η τελειότητα της άρθρωσης.
- Σύγκριση φωνολογικών / αρθρωτικών λαθών (Νησιώτη, 2012).

2^ο Κεφάλαιο.

Δυσκολίες στους τομείς της γλώσσας και διαφοροποίηση της AOS από άλλες κινητικές διαταραχές ομιλίας.

Η AOS, είναι η *δυσλειτουργία του προγραμματισμού της κίνησης της ομιλίας η οποία εκδηλώνεται με λάθη στην άρθρωση και δεύτερον, από αλλαγές στην προσωδία, όπως παύσεις και αργή ομιλία (μονότονος τονισμός κ.λπ.)*. Τα λάθη στην άρθρωση, είναι τα πρώτα χαρακτηριστικά της εν λόγω διαταραχής της ομιλίας (Murdoch, 2008).

Τα παιδιά με AOS παρουσιάζουν δυσκολία στο να εκφέρουν ήχους, συλλαβές και λέξεις. Αυτό δεν προκύπτει από μυϊκή αδυναμία ή παράλυση. Ο εγκέφαλος συναντά δυσκολία στο να σχεδιάζει την κίνηση των μερών του σώματος (π.χ. τα χείλη, το σαγόνι ή τη γλώσσα) που απαιτούνται για την ομιλία. Το παιδί ξέρει τι θέλει να πει, αλλά στο μυαλό του έχει δυσκολία συντονισμού των κινήσεων των μυών που είναι απαραίτητες για να εκφέρει αυτές τις λέξεις (ASHA, 2007).

Επιπλέον, υπάρχει δυσκολία από τους ασθενείς με AOS στο να διαμορφώσουν τους αρθρωτές και να έχουν σε μία αλληλουχία τις κινήσεις που χρειάζονται για να παραχθούν με ακρίβεια τα φωνήματα και οι προτάσεις και να κάνουν αυτές τις κινήσεις με συνέπεια. Αυτή η ασυνέπεια στην παραγωγή, είναι ένα σημάδι κατατεθέν της παιδικής απραξίας του λόγου εν απουσία νευρομυϊκών ελλειμμάτων (πχ. ασυνήθιστα αντανακλαστικά και ασυνήθιστος τόνος) [Crary, 1993] (Fish, 2016).

Όλα τα άτομα με AOS – ανεξάρτητα από το εάν προκαλείται από μία μεταβολή του *FOXP2* ή από μία άγνωστη αιτία – έχουν δυσκολίες στην αυτοματοποίηση και την ακριβή αλληλουχία των ήχων / φθόγγων σε συλλαβές, των συλλαβών σε λέξεις και των λέξεων σε προτάσεις με τη σωστή προσωδία (Morgan et al., 2016).

2.1. Δυσκολίες στο λόγο (language).

Η παραγωγή του λόγου, εξαρτάται από τον ακριβή συντονισμό των κινήσεων των δομών του αναπνευστικού συστήματος, του λάρυγγα, του φάρυγγα και της στοματικής κοιλότητας (Darley, Aronson & Brown, 1975). Η κακή λειτουργία ή / και ο συντονισμός αυτών των προφορικών νευρομυϊκών κινήσεων μπορεί να οδηγήσει σε πολλαπλά και ασυνεπή σφάλματα άρθρωσης [Cohen, 1994] και όχι μόνο (Beathard et al., 2008).

2.1.1. Γνωστικές δυσκολίες και νοημοσύνη.

Παρόλο που τα επίπεδα νοημοσύνης των παιδιών με AOS βρίσκονται μέσα στην κλίμακα του φυσιολογικού μέσου όρου, ωστόσο, έχουν διαπιστωθεί κάποιες γνωστικές λειτουργίες. Αυτές περιλαμβάνουν τη φτωχή ακουστική μνήμη, τη δυσκολία στις αλληλουχίες, τη δυσκολία μετάβασης σε διαφορετικού είδους ερεθίσματα (οπτικά και ακουστικά) και τα προβλήματα επιλεκτικής προσοχής [Stackhouse, 1992] (Νικολόπουλος, 2008).

2.2. Δυσκολίες στην ομιλία (speech).

Τα λάθη της ομιλίας ενός ατόμου με AOS, είναι συνήθως ασυνεπή και καθορίζονται ιδιαίτερα από ήχους και λέξεις που προέρχονται πριν και μετά το μήκος των δηλώσεων. Για παράδειγμα, το παιδί μπορεί να είναι ικανό να λέει αυτές τις λέξεις ξεχωριστά όπως: η, μαμά, κρατάει, ένα, κομμάτι, από, τη, μηλόπιτα. Ωστόσο, όταν καλείται να τις επαναλάβει μαζί σε μία πρόταση, τότε αυτοί οι ήχοι συνήθως μπερδεύονται. Εάν όμως κληθεί το παιδί να επαναλάβει την πρόταση, θα το κάνει, αλλά με έναν εντελώς διαφορετικό τρόπο. Ένα από τα χαρακτηριστικά των

παιδιών με AOS είναι το χάσμα μεταξύ του αντιληπτικού λεξιλογίου (κατανόηση) και του εκφραστικού τους λεξιλογίου, με το αντιληπτικό λεξιλόγιο να βρίσκεται ένα επίπεδο υψηλότερα (Hamaguchi, 2010).

2.2.1. Αρθρωτικά λάθη.

Καθώς μιλούν οι ασθενείς με AOS, αγωνίζονται να θέσουν τους αρθρωτές στη σωστή σειρά. Στην προσπάθειά τους αυτή φαίνονται να αναζητούν τη σωστή αρθρωτική θέση για την παραγωγή ήχων και λέξεων, οπτικά και ακουστικά. Το αποτέλεσμα, όμως, συχνά είναι εκτός στόχου. Οι ασθενείς, παρά την επίγνωση των λαθών τους, συχνά, φαίνονται να προσπαθούν να τα διορθώσουν, ωστόσο, οι διορθώσεις τους μπορεί να είναι, επίσης, λανθασμένες. Για παράδειγμα, το φώνημα /v/ μπορεί να παράγεται από το ίδιο άτομο, με διαφορετικό τρόπο, ως /v/, /z/, /p/, /f/, /r/, /b/, /h/ ή και ως /w/. Τα περισσότερα αρθρωτικά λάθη, στα οποία υποπέτουν οι ασθενείς με AOS, περιλαμβάνουν περισσότερο αντικαταστάσεις, παρά παραλείψεις φωνημάτων (Johns & Darley, 1970· Trost & Comter, 1974· La Pointe & Johns, 1975). Ο αριθμός των αρθρωτικών λαθών αυξάνεται, καθώς αυξάνεται και η πολυπλοκότητα της συλλαβής. Λιγότερα λάθη συμβαίνουν όταν χρησιμοποιούνται φωνήεντα, παρά όταν χρησιμοποιούνται συμπλέγματα συμφώνων, όπου και εμφανίζεται μεγαλύτερος αριθμός αρθρωτικών λαθών (LaPointe & Johns, 1975· LaPointe & Rosenbeck, 1984). Η επανάληψη μεμονομένων συλλαβών όπως των /ruh/, /tuh/ ή /kuh/, γίνεται ευκολότερα απ'ότι όταν ζητείται από τα άτομα με AOS να επαναλάβουν την αλληλουχία των /ruh-tuh-kuh/ (Rosenbeck, Wertz & Darley 1973). Επίσης, το πρώτο σύμφωνο τείνει να παράγεται λανθασμένο συχνότερα, σε σχέση με το τελικό (Johns & Darley, 1970· Trost & Canter, 1974). Μερικοί ερευνητές επεσήμαναν, ακόμη, ότι οι ουρανικοί και οι οδοντικοί φθόγγοι προφέρονται συχνότερα λανθασμένα, σε αντίθεση, με άλλους φθόγγους (LaPointe & Johns, 1974). Ο αριθμός των αρθρωτικών λαθών σε ασθενείς με AOS, φαίνεται να αυξάνεται ανάλογα με το μήκος της λέξης και των συλλαβών (Johns & Darley, 1970). Τέλος, ο αριθμός των αρθρωτικών λαθών, είναι μεγαλύτερος κατά τη

διάρκεια της επανάληψης και όχι κατά τη διάρκεια της συζήτησης (Rosenbeck, Kent & LaPointe, 1984). Έτσι, η AOS φαίνεται καθαρότερα όταν ζητείται από τον ασθενή να επαναλάβει ό,τι έχει πει (Murdoch, 2008).

2.2.2. Δυσκολίες στη Μορφολογία (Morphology).

Εξετάζοντας κανείς τη βιβλιογραφία σχετικά με την AOS, θα παρατηρήσει πως, στη μέτρια και την ελαφριά δυσπραξία, δεν παρατηρείται κάποια αξιοπρόσεκτη δυσκολία στη μορφολογία των λεκτικών παραγωγών των ατόμων με AOS. Η μόνη δυσκολία που συναντάται, έγκειται στο σοβαρό και τον πολύ σοβαρό βαθμό της διαταραχής (Κουλιέρη, 2012).

2.2.3. Δυσκολίες στη Φωνολογία (Phonology).

Κάποια παιδιά, παρουσιάζουν δυσκολία στην αλληλουχία της συνάρθρωσης (όπως το να κινούν τη γλώσσα από την υπερώα, σε μία φατνιακή θέση συνδέοντας ένα διχειλικό σύμφωνο με ένα υψηλό και οπίσθιο φωνήεν). Όταν η κατευθυντικότητα των κινήσεων των αρθρωτών είναι διαταραγμένη, οι αρθρωτικές παραμορφώσεις και οι μετακινήσεις εμφανίζονται πιο συχνά στην ομιλία. Τα φωνητικά λάθη είναι συχνά, όταν η παράμετρος του χρόνου είναι διαταραγμένη, όπως για παράδειγμα αλλάζοντας τα /b/, /d/, /g/ σε /p/, /t/, /k/ αντίστοιχα (Fish, 2016).

Σύμφωνα με τον Νικολόπουλο, τα παιδιά με AOS παρουσιάζουν μειωμένη φωνολογική επίγνωση και αντίσταση στη διόρθωση φωνολογικών λαθών, ενώ υποπέπτουν σε μεταθέσεις, επενθέσεις και αποκοπές συλλαβών. Οι διαταραχές στην προσωδία περιλαμβάνουν ακατάλληλο επιτονισμό, ταχεία ομιλία και διαταραχές αντίληψης (Νικολόπουλος, 2008).

Οι κυριότερες φωνολογικές διεργασίες (και παραδείγματα για καθεμία από αυτές) στις οποίες υποπέττουν οι ασθενείς με AOS είναι οι εξής:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ	ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ
ΑΠΟΚΟΠΕΣ ΤΕΜΑΧΙΩΝ	<p><i>Αποκοπές συλλαβών</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Πτώση αρχικής, μεσαίας ή τελικής συλλαβής • Πτώση μη τονισμένης συλλαβής • Προβλήματα με πολυσύλλαβες λέξεις 	<ul style="list-style-type: none"> • /ba/ αντί <i>μπανάνα</i> (αποβολή μεσαίας και τελικής συλλαβής) • /me' tpeɪ/ αντί <i>μεσημέρι</i> (αποβολή μεσαίας συλλαβής)
	<p><i>Αποκοπές συμφώνων</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Πτώση συμφώνου (αρχικού, μεσαίου ή τελικού) 	<ul style="list-style-type: none"> • /'aɪa/ αντί <i>γάλα</i> (πτώση αρχικού συμφώνου) • /me' tpe/ αντί <i>μαμάς</i> (πτώση τελικού συμφώνου)
	<p><i>Αποκοπές συμφωνικών συμπλεγμάτων</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Πτώση συμφωνικού συμπλέγματος 	<ul style="list-style-type: none"> • /'ete/ αντί <i>κράτα</i> (πτώση συμπλέγματος σε αρχική θέση)

	<ul style="list-style-type: none"> • Απλούστευση συμφωνικού συμπλέγματος 	<ul style="list-style-type: none"> • /'kete/ αντί <i>κράτα</i> (απλούστευση συμφωνικού συμπλέγματος)
	<p>Άλλες αλλαγές στη συλλαβική δομή</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συγχώνευση • Μετάθεση • Επένθεση 	<ul style="list-style-type: none"> • /ke'li'feɾe/ αντί <i>καλησπέρα</i> (συγχώνευση) • /kor'kodi'los/ αντί <i>κροκόδειλος</i> (μετάθεση) • /ci'li:se/ αντί <i>κλείσε</i> (επένθεση)
ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	Γλωττιδική αντικατάσταση	• /'eʒe/ αντί <i>έλα</i>
	Εμπροσθοποίηση (ή προσθίωση)	• /ta'na:ta/ αντί <i>κανάτα</i>
	Οπισθοποίηση	• /ci'ri/ αντί <i>τυρί</i>
	Ουρανοποίηση (ή ουράνωση)	• /'uɾe/ αντί <i>σούπα</i>
	Απουρανοποίηση (ή απουράνωση)	• /ke/ αντί « <i>και</i> » (/ce/)
	Στιγμικοποίηση	• /'te'le:se/ αντί <i>θάλασσα</i>
	Γλωσσολίσθηση υγρών ⁵	• /ne'jo/ αντί <i>νερό</i>
	Φωννητοποίηση	• /ke'i'e/ αντί <i>καλά</i>
	Προστριβωση	• /'tsuɾe/ αντί <i>σούπα</i>
	Αποπροστριβωση	• /'sente/ αντί <i>τσάντα</i>
	Προφωννητική απχοποίηση	• /'e'le/ αντί <i>γάλα</i>
	Προφωννητική νχηροποίηση	• /bi'lefi/ αντί <i>πιλάφι</i>
ΦΩΝΗΝΤΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ	Αρμονία φωννέντων	• /'e'le/ αντί <i>έλα</i>

ΑΦΟΜΟΙΩΣΕΙΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΓΕΙΤΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ⁶	Χειλικοποίηση	• /be'ruzil/ αντί καρπούζι
	Υπερωοποίηση	• /ke'cetol/ αντί πακέτο
	Ρινοποίηση	• /ne'mio/ αντί ταμείο
	Φατνικοποίηση	• /'si'le/ αντί φύλλα
	Υγροποίηση	• /le'lo/ αντί νερό
	Αναδιπλασιασμός	• /le'leθil/ αντί καλάθι
ΜΗ ΦΩΝΗΜΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ Ή ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ	Πρόταση γλώσσας, πλαγίωση, ρινοποίηση, υπορινικοποίηση, φαρυγγισμός ή υπερωισμός	• /'ελα/ αντί έλα • /ka'ka/ αντί μαμά (υπερωισμός)
ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΦΘΟΓΓΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ	Τριβόμενα, υγρά, κλειστά κ.λπ.	• /ke'li/ αντί χαλί (έλλειψη τριβόμενων)

Εικόνες 10, 11, 12. Φωνολογικές τεμαχιακές αποκλίσεις σε παιδιά (περιγραφή των φωνολογικών διεργασιών σε κάθε κατηγορία) (Νικολόπουλος, 2008· σ. 200, 201, 202, πίνακας 3).

2.3. Η διαφοροδιάγνωση της Απραξίας του Λόγου από άλλες συναφείς κινητικές διαταραχές της ομιλίας.

Οι Κινητικές Διαταραχές Ομιλίας είναι ένα σύνολο προβλημάτων της παραγωγής της ομιλίας, τα οποία προκαλούνται από δυσλειτουργία του κινητικού συστήματος (Καμπανάρου, 2007).

Κάποιοι ασθενείς μπορεί να εκδηλώσουν ή να παρουσιάσουν παραπάνω από μία διαταραχή. Για παράδειγμα, κάποιος, μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, μπορεί να παρουσιάσει αφασία, δυσαρθρία και απραξία (Καμπανάρου, 2007).

Συνεπώς, η διαφορική διάγνωση μεταξύ αυτών των διαταραχών αποτελεί πρόκληση για τους κλινικούς, διότι οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την AOS, ταυτίζονται, επίσης και με άλλες επικοινωνιακές διαταραχές. Αυτές, μπορεί να περιλαμβάνουν, εκτός από τη δυσαρθρία και την αφασία, την καθυστέρηση λόγου,

τη διαταραχή στη ροή της ομιλίας και τη φωνολογική διαταραχή (Shipley & McAfee, 2009).

Η αξιολόγηση και η διαφοροδιάγνωση αυτής της νευρογενούς κινητικής διαταραχής (AOS), που θεωρείται ότι οφείλεται σε διαταραχή στον κινητικό προγραμματισμό, επί απουσίας μυϊκής αδυναμίας ή μειωμένης νευρομυϊκής ταχύτητας, είναι απαραίτητες για τη διαφοροδιάγνωση από την Αφασία ή τη Δυσarthρία, λόγω μονόπλευρης βλάβης των άνω κινητικών νευρώνων. Άλλες συναφείς κινητικές διαταραχές της ομιλίας, από τις οποίες διαφοροποιείται η AOS είναι η άνοια, ο αποδιοργανωμένος λόγος, ο νευρογενής τραυλισμός, η παλλιλαλία και η απραξική αλαλία (Hedge, 2008).

2.3.1. Διαφοροποίηση της Απραξίας από την Άνοια.

ΑΠΡΑΞΙΑ	ΑΝΟΙΑ
Αιφνίδια έναρξη.	Σταδιακή έναρξη σε πολλές περιπτώσεις.
Μονόπλευρη εγκεφαλική βλάβη.	Αμφίπλευρη εγκεφαλική βλάβη.
Συνήθως, οι αιτίες είναι εγκεφαλοαγγειακά επεισόδια, τραύμα ή χειρουργική επέμβαση.	Οι πιο συχνές αιτίες είναι οι νευροεκφυλιστικές παθήσεις.
Εστιασμένη εγκεφαλική βλάβη.	Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει διάχυτη εγκεφαλική βλάβη.
Ανέπαφες γλωσσικές και νοητικές λειτουργίες.	Διαταραγμένες γλωσσικές και νοητικές λειτουργίες.
Σχετικά ανέπαφες διανοητικές λειτουργίες.	Σταδιακή επιδείνωση των διανοητικών λειτουργιών.
Περισσότερα λάθη στη ροή της ομιλίας και τη σύνταξη.	Λιγότερα λάθη στη ροή της ομιλίας και τη σύνταξη.
Η κατανόηση κατά την ανάγνωση διατηρείται σε καλύτερο επίπεδο.	Διαταραγμένη κατανόηση στην ανάγνωση.

Κυρίαρχα αρθρωτικά λάθη.	Μη κυρίαρχα αρθρωτικά λάθη· τέτοια λάθη εμφανίζονται μόνο στα μετέπειτα στάδια.
Κακή διάθεση, απόσυρση και ταραχή δεν είναι συχνά χαρακτηριστικά.	Κακή διάθεση, απόσυρση και ταραχή.
Οι γνωστικές λειτουργίες διατηρούνται σε καλύτερο επίπεδο.	Οι γνωστικές λειτουργίες είναι ήπια ή σοβαρά διαταραγμένες, αλλά οι γλωσσικές λειτουργίες είναι σε καλύτερο επίπεδο μέχρι τα τελευταία στάδια.
Η γενική συμπεριφορά είναι σχετική, κοινωνικά κατάλληλη και οργανωμένη.	Η συμπεριφορά συχνά είναι άσχετη, κοινωνικά ακατάλληλη και αποδιοργανωμένη.
Εκτός από το αρχικό οξύ στάδιο, είναι νοητικά σε ετοιμότητα και προσανατολισμένος στο χώρο και το χρόνο.	Νοητικά συγχυσμένος και αποδιοργανωμένος στο χώρο και το χρόνο.
Προσανατολισμένος στον εαυτό του.	Αποπροσανατολισμένος στον εαυτό του στα τελευταία στάδια.
Συχνά μειωμένη ευχέρεια στη ροή της ομιλίας, ιδίως όταν συνυπάρχει με αφασία Broca.	Ευχέρεια στη ροή της ομιλίας μέχρι την εμφάνιση άνοιας.

(Hedge, 2008).

2.3.2. Διαφοροποίηση της Απραξίας από τον Αποδιοργανωμένο Λόγο.

ΑΠΡΑΞΙΑ	ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΟΣ ΛΟΓΟΣ
Μονόπλευρη εστιακή βλάβη.	Αμφίπλευρη, διάχυτη βλάβη.
Αγγειακή παθολογία και νευροχειρουργικό τραύμα στις περισσότερες περιπτώσεις.	Τραυματική εγκεφαλική βλάβη και τοξικές και μεταβολικές διαταραχές στις περισσότερες περιπτώσεις.

Η ομιλία είναι σχετική.	Τυπικά άσχετη ομιλία.
Τα προβλήματα προσοχής δεν είναι χαρακτηριστικά.	Τα προβλήματα προσοχής είναι έντονα.
Σχετικά επίμονα συμπτώματα.	Συμπτώματα περισσότερο παροδικά.
Κυρίαρχα προβλήματα στη ροή της ομιλίας.	Σχετικά ανέπαφη η ευχέρεια στη ροή της ομιλίας.
Έντονα προβλήματα άρθρωσης.	Λιγότερα λάθη άρθρωσης.
Πιο πολλά συντακτικά λάθη.	Λιγότερα συντακτικά λάθη.
Λιγότερα προβλήματα γραφής από τα προβλήματα παραγωγής ομιλίας.	Περισσότερα προβλήματα γραφής από ότι προβλήματα παραγωγής της ομιλίας.
Δε συμμετέχει σε συζήτηση.	Συμμετέχει σε συζήτηση.
Προσανατολισμένος.	Αποπροσανατολισμένος στο χρόνο, το χώρο και τους ασθενείς.
Μη σημαντικές αλλαγές συμπεριφοράς.	Σημαντικές αλλαγές συμπεριφοράς.

(Hedge, 2008).

2.3.3. Διαφοροποίηση της Απραξίας από την Αφασία.

Μετάδοση εισόδου		Κεντρικές διαδικασίες		Μετάδοση εξόδου	
Λειτουργία	Αίσθηση	Αναγνώριση	Γλώσσα	Προγραμματισμός	Εκτέλεση
Δυσλειτουργία	Απώλεια ακοής	Αγνωσία	Αφασία	Απραξία	Δυσαρθρία

Εικόνα 13. Διαφοροποίηση της Αφασίας από τις επικοινωνιακές βλάβες τροπικότητας – σαφήνειας, παρόμοια με την ιστορική δομή των Wepman και Van Pelt (1955) (Davis, 2007· σ.23, πίνακας 1.2).

Αν και σε ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων η AOS συμβαίνει με, σχετικά, «καθαρή» μορφή, στις περισσότερες περιπτώσεις, θεωρείται κλινικά μέρος του αφασικού συνδρόμου, ιδιαίτερα στην αφασία του Broca (κινητική) και την αφασία αγωγής. Η AOS, όταν συμβαίνει χωρίς αφασία, είναι *μία ομοιόμορφη δυσλειτουργία, που επηρεάζει την ομιλία δυσανάλογα από τους άλλους βασικούς παράγοντες* [Halpern, Darley & Brown, 1973] (Murdoch, 2008).

Οι Halpern et al. (1973) διαπίστωσαν ότι, οι ασθενείς με AOS έχουν αισθητά καλύτερες ακουστικές και κατονομαστικές ικανότητες από τους αφασικούς. Επίσης, οι ίδιοι συγγραφείς ανέφεραν ότι, οι απραξικοί ασθενείς, έχουν καλύτερα αποτελέσματα στη γραφή καθ'υπαγόρευση, στη σύνταξη και τη ροή του λόγου από τους αφασικούς. Η AOS, δηλαδή, είναι μία ανεξάρτητη και μεμονωμένη δυσλειτουργία από την αφασία και είναι περισσότερο κινητική παρά γλωσσική δυσλειτουργία (Bay, 1964· Darley, 1975). Επιπλέον, όταν συμβαίνει ταυτόχρονα με το αφασικό σύνδρομο, η AOS, συνοδεύεται και από προφορική απραξία (επηρεάζει τους μύες της παρειοπροσωπικής περιοχής σε μη λεκτικές κινήσεις). Αν και η AOS μπορεί να συμβεί ανεξάρτητα από τη στοματική απραξία, όταν έχουμε στοματική απραξία έχουμε συνήθως και AOS (Murdoch, 2008).

Σύμφωνα με τον Mohr (1976), αν και η AOS έχει ένα κοινό αριθμό χαρακτηριστικών με την αφασία του Broca, συνδέεται με λιγότερο βαθμό απώλειας της κατανόησης (μπορεί να μην έχει επηρεαστεί καθόλου) και με αγραμματισμό. Επιπλέον, οι Mohr et al. (1976), απέδειξαν ότι, η AOS συνδέεται με κακώσεις στην περιοχή Broca, ενώ, η αφασία Broca παράγεται από τις εκτενείς κακώσεις που, συνήθως, περιλαμβάνουν την περιοχή της άνω τομής της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Οι ασθενείς με AOS, αναχαιτίζουν την ικανότητα παραγωγής λέξεων και, αν και μπορεί να δυσκολεύονται στην άρθρωση μιας συγκεκριμένης λέξης, φαίνεται καθαρά ότι το πρόβλημά τους δεν έγκειται σε δυσκολία ανεύρεσης λέξης. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί εύκολα να γράψει μία λέξη αλλά δεν μπορεί να την αρθρώσει. Επίσης, μπορεί να επιλέξει τη λέξη που ζητείται από μία ομάδα λέξεων, όταν του δοθεί μία επιλογή (Murdoch, 2008).

Πιο συγκεκριμένα τα χαρακτηριστικά της απραξίας έναντι της αφασίας παρατίθεται παρακάτω:

ΑΦΑΣΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΠΡΑΞΙΑ ΟΜΙΛΙΑΣ	ΑΠΡΑΞΙΑ ΧΩΡΙΣ ΑΦΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΟΜΙΛΙΑ
Νευρογενής διαταραχή λόγου.	Νευρογενής διαταραχή ομιλίας.
Η διαδικασία σωστής άρθρωσης δεν είναι συγκεκριμένη.	Η διαδικασία σωστής άρθρωσης είναι συγκεκριμένη.

Επίμονη λανθασμένη άρθρωση χωρίς ποικιλία.	Ποικιλία σε λανθασμένες αρθρώσεις.
Μη εμφανής δυσκολία στην έναρξη φράσεων.	Δυσκολία στην έναρξη φράσεων.
Μη κυρίαρχα προβλήματα προσωδίας.	Κυρίαρχα προβλήματα προσωδίας.
Παράλειψη λειτουργικών λέξεων.	Δεν παραλείπουν συνήθως λειτουργικές λέξεις.
Δυσκολία στην ανεύρεση λέξεων.	Απουσία δυσκολίας στην ανεύρεση λέξεων.
Απουσία απραξίας άκρων ή στοματική απραξία.	Κυριαρχεί η απραξία άκρων ή η στοματική απραξία ή και οι δύο.

(Νησιώτη, 2012).

ΑΠΡΑΞΙΑ	ΑΦΑΣΙΑ
Νευρογενές πρόβλημα λόγου.	Νευρογενές πρόβλημα ομιλίας.
Όταν δεν συνυπάρχει με απραξία της ομιλίας, η αφασία σχετίζεται με κροταφικές ή κροταφοβρεγματικές βλάβες.	Όταν δεν συνυπάρχει με αφασία, πιο συχνά σχετίζεται με οπίσθιες, μετωπιαίες ή νησιδικές βλάβες.
Ο ασθενής παραπονιέται για προβλήματα ανάκλησης λέξεων και σχετικά γλωσσικά προβλήματα.	Ο ασθενής παραπονιέται για προβλήματα ομιλίας (άρθρωση).
Οι αρθρωτικές κινήσεις αναζήτησης δεν είναι σημαντικές.	Οι αρθρωτικές κινήσεις αναζήτησης είναι σημαντικές.
Λιγότερο μεταβλητά και πιο πολύ σταθερά λάθη άρθρωσης.	Πολύ μεταβλητά και μη σταθερά λάθη άρθρωσης.
Προβλήματα στην ακουστική αντίληψη.	Γενικά, καλή αντίληψη.
Μη κυρίαρχα προβλήματα προσωδίας, ιδιαίτερα στην αφασία με ρέοντα λόγο.	Κυρίαρχα προβλήματα προσωδίας.
Λιγότερο σοβαρή δυσκολία στην	Έντονη δυσκολία στην εκκίνηση

εκκίνηση φράσεων.	φράσεων, δυσκολία στην τοποθέτηση των αρθρωτών.
Απουσία προσπαθειών αυτοδιόρθωσης, ιδίως σε ασθενείς με αφασία με ρέοντα λόγο.	Προσπάθειες αυτοδιόρθωσης.
Πιο συχνά αρθρωτικά λάθη στους τελικούς ήχους.	Πιο συχνά λάθη στους αρχικούς ήχους.
Παράλειψη λειτουργικών λέξεων.	Δεν παραλείπονται λειτουργικές λέξεις.
Προβλήματα κατονομασίας.	Δεν παρουσιάζονται προβλήματα κατονομασίας.
Μη κυρίαρχη απραξία άκρων ή στοματική απραξία.	Κυρίαρχη απραξία άκρων ή στοματική απραξία.
Προβλήματα κατανόησης κατά την ανάγνωση.	Δεν υπάρχουν προβλήματα κατανόησης κατά την ανάγνωση.
Εάν είναι σοβαρής μορφής, η αφασία μπορεί να καλύψει την απραξία.	Η απραξία της ομιλίας δεν καλύπτει την αφασία.
Η αφασία χωρίς απραξία της ομιλίας είναι λιγότερο πιθανό να σχετίζεται με μονόπλευρη δυσαρθρία των άνω κινητικών νευρώνων.	Η απραξία της ομιλίας με ή χωρίς αφασία μπορεί να σχετίζεται με μονόπλευρη δυσαρθρία των άνω κινητικών νευρώνων.
Τα φωνολογικά προβλήματα των ασθενών που παρουσιάζουν αφασία με ρέοντα λόγο είναι απρόβλεπτα, ιδιοσυγκρατικά και εκτός στόχου.	Τα φωνολογικά προβλήματα της απραξίας της ομιλίας είναι προβλέψιμα και προσεγγίζουν τη λέξη – στόχο.

(Hedge, 2008).

2.3.4. Διαφοροποίηση της Απραξίας από την Αφασία Αγωγής (CA).

Ένας λόγος για τη σύγχυση μεταξύ της AOS και της CA, μπορεί να είναι οι ασαφείς ορισμοί που παρέχονται για συχνά χρησιμοποιούμενη ορολογία. Ο Duffy

(1995), πρότεινε ότι, στην AOS, η μεγάλη προσπάθεια παραγωγής ομιλίας μπορεί να αντανakλά οπτική και ακουστική ομαδοποίηση των αρθρωτών, ενώ, οι McNeil et al. (1997), πρότειναν, ότι αντανakλά ασυνεπή σφάλματα άρθρωσης με επιτυχημένες προσπάθειες στο στόχο. Στην CA, η μεγάλη προσπάθεια παραγωγής ομιλίας, μπορεί να αντανakλά δυσκολίες στην εύρεση λέξεων, ίσως λόγω της ανεπαρκούς πρόσβασης σε μια φωνολογική ρύθμιση, με επίμονες προσπάθειες σε επίπεδο λέξης για να διορθώσει λανθασμένες παραγωγές (Buckingham 1979· McNeil et al. 1997). Οι Kent και McNeil (1987) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι και οι δύο διαταραχές αποτελούν μικρό βαθμό της φωνητικο-κινητικής δυσλειτουργίας:

- Η CA επηρεάζει, πρωταρχικά, τη φωνητική κωδικοποίηση με δευτερογενείς επιδράσεις στην μνήμη εργασίας για τη φωνητική κωδικοποίηση και τις κινητικές διαδικασίες ελέγχου.
- Η AOS επηρεάζει, πρωταρχικά, τις κινητικές διαδικασίες ελέγχου με μια δευτερεύουσα επίδραση στη φωνητική κωδικοποίησης (Ballard et al., 2000).

2.3.5. Διαφοροποίηση της Απραξίας από τη Δυσαρθρία.

Στην παθολογία λόγου, η κατανόηση της λειτουργίας των κρανιακών νεύρων και των υπόλοιπων αισθητικοκινητικών συστημάτων, είναι απαραίτητη για τη διαφοροποίηση της Δυσαρθρίας με την Απραξία του Λόγου (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001).

Σύμφωνα με τους Darley, Aronson & Brown (1975), η δυσαρθρία είναι *μία κινητική διαταραχή του λόγου και είναι αποτέλεσμα / απόρροια παράλυσης, αδυναμίας και έλλειψης συγχρονισμού των μυών της ομιλίας* (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001).

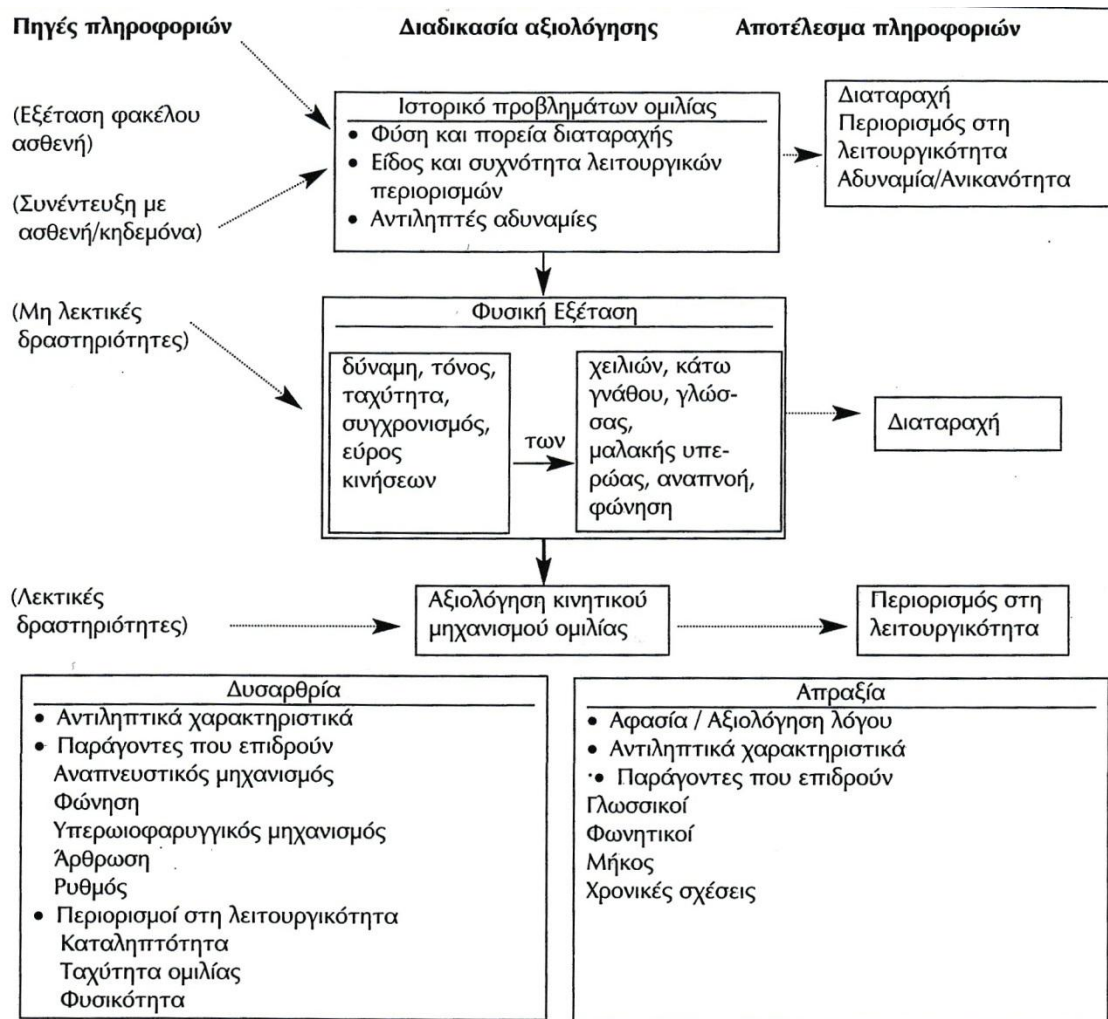
Η Δυσαρθρία προκαλείται από το διαταραγμένο μυϊκό έλεγχο του μηχανισμού της ομιλίας εξαιτίας βλάβης του περιφερικού ή του κεντρικού νευρικού συστήματος (Hedge, 2008).

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της Δυσαρθρίας είναι τα εξής:

Κοπιώδης άρθρωση.
Οι αρθρωτικές κινήσεις δεν εκτελούνται με ακρίβεια, προσεγγίζουν απλώς τους στόχους άρθρωσης διότι το εύρος των κινήσεων είναι περιορισμένο.
Έλλειψη συντονισμού των αρθρωτικών κινήσεων και δυσκολία έναρξης και παύσης των κινήσεων.
Πιθανή ύπαρξη μυϊκής δυστονίας (ατονία, σπαστικότητα, μικτή).
Περισσότερες αποκοπές και αλλοιώσεις από αντικαταστάσεις και συστηματικά λάθη.
Αργή ταχύτητα του λόγου, σύντομες φράσεις, παρατεταμένες παύσεις.
Διαταραχές φώνησης (αχνή ή πεπιασμένη φωνή ή τρόμος, ηχηρή εισπνοή, μονοτονικότητα, ανωμαλίες στη φωνητική ένταση και στο φωνητικό ύψος).
Μειωμένη αναπνευστική υποστήριξη της ομιλίας λόγω της μυϊκής αδυναμίας των μυών του αναπνευστικού συστήματος.
Διαταραχές ρινικότητας - ρινολαλία και ρινική διαφυγή.

Εικόνα 14. Συμπτώματα της ομιλίας στην αναπτυξιακή δυσαρθρία (Νικολόπουλος, 2008· σ. 205 πίνακας 5).

Και η AOS και η Δυσαρθρία, εν τέλει, είναι νευρογενείς κινητικές διαταραχές. Συνήθως, δεν συγχέονται. Κάποια συμπτώματα, ωστόσο, είναι κοινά και στις δύο εν λόγω διαταραχές κι έτσι, είναι πιο δύσκολο να διαφοροποιηθούν η μία από την άλλη (Hedge, 2008).



Εικόνα 15. Σχηματική αναπαράσταση των τομέων της κλινικής αξιολόγησης των νευρογενών κινητικών διαταραχών ομιλίας (Καμπανάρου, 2007· σ. 347).

Συνεπώς, είναι πολύ πιθανό να αποτελέσει πρόβλημα για ένα λογοθεραπευτή χωρίς αρκετή κλινική πείρα, η διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στην AOS και τη δυσαρθρία. Παρακάτω, παρατίθενται πίνακες με τις ομοιότητες και διαφορές αυτών των δύο διαταραχών:

ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΠΡΑΞΙΑΣ ΚΑΙ ΔΥΣΑΡΘΡΙΑΣ
Κινητική διαταραχή της ομιλίας.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΠΡΑΞΙΑΣ ΚΑΙ ΔΥΣΑΡΘΡΙΑΣ	
Οι απραξικοί, σε νευρολογική εξέταση δεν δείχνουν εμφανή σημεία αργοπορίας, αδυναμίας, παράλυσης ή αλλοίωσης του τόνου των μυών στο λεκτικό μηχανισμό που μπορεί να θεωρηθούν ότι συνδέονται με τις διαταραχές της ομιλίας.	Οι δυσαρθρικοί ασθενείς από την άλλη πλευρά, εξαρτώνται από τον τύπο της δυσαρθρίας που παρουσιάζουν, μπορεί να δείξουν είτε υπέρ είτε υποτονία των μυών της ομιλίας, αταξία, περιορισμένο εύρος κινήσεων κ.λπ.
Στην απραξία της ομιλίας η συνεχής εξασθένηση είναι ιδιαίτερα αρθρωτική με τις προσωδιακές αλλοιώσεις εμφανίζονται ως αντισταθμιστικά φαινόμενα.	Οι δυσαρθρικοί ασθενείς παρουσιάζουν ποικίλα προβλήματα σ'όλους τους βασικούς κινητικούς μηχανισμούς, που βασίζεται η παραγωγή του λόγου και περιλαμβάνουν την αναπνοή, την άρθρωση και την προσωδία.
Στην απραξία τα λάθη έχουν σχέση με την πολυπλοκότητα της ομιλίας, όπως αντικατάσταση φθόγγων από άλλους, προσθήκες ή επανάληψη φθόγγων και επιμήκυνση φθόγγων .	Στη δυσαρθρία, χαρακτηριστικά λάθη έχουμε της απλοποιήσεις, όπως παραλείψεις φθόγγων.

(Murdoch, 2008).

ΑΠΡΑΞΙΑ	ΔΥΣΑΡΘΡΙΑ
Οφείλεται σε προβλήματα κινητικού προγραμματισμού, όχι σε μυϊκή αδυναμία.	Η αιτία είναι η μυϊκή αδυναμία.
Βλάβη στο άνω και πρόσθιο επίπεδο του εγκεφάλου.	Βλάβη στο άνω και πρόσθιο επίπεδο του εγκεφάλου, αλλά και σε άλλες περιοχές (μεταξύ των οποίων οι οπίσθιοι βόθροι, οι σπονδυλικές δομές και περιφερικά νεύρα).

Οι βλάβες στο άνω και πρόσθιο επίπεδο που προκαλούν απραξία τείνουν να είναι φλοιώδεις.	Οι βλάβες στο άνω και πρόσθιο επίπεδο που προκαλούν δυσαρθρία τείνουν να είναι υποφλοιώδεις.
Η χορεία Huntington, ο παρκινσονισμός, η νόσος Pick και η πλάγια αμυοτροφική σκλήρυνση δεν σχετίζονται με την απραξία.	Η χορεία Huntington, ο παρκινσονισμός, η νόσος Pick και η πλάγια αμυοτροφική σκλήρυνση σχετίζονται με την απραξία.
Συνήθως φυσιολογικός στοματοπροσωπικός μηχανισμός και λειτουργία.	Συχνά σχετίζεται με διαταραχές στον στοματοπροσωπικό μηχανισμό και λειτουργία.
Η μη λεκτική στοματική απραξία μπορεί να σχετίζεται με την απραξία της ομιλίας.	Η μη λεκτική στοματική απραξία τυπικά δεν σχετίζεται με τη δυσαρθρία.
Απουσία δυσφαγίας.	Παρουσία δυσφαγίας (συνήθως όχι στην αταξική δυσαρθρία).
Ασταθή λάθη άρθρωσης.	Σταθερά λάθη άρθρωσης (εκτός από την αταξική δυσαρθρία στην οποία παρουσιάζονται ακανόνιστα αρθρωτικά λάθη).
Καλύτερη παραγωγή αυτόματων φράσεων παρά αυθόρμητων φράσεων.	Τα ίδια προβλήματα.
Το μήκος της λέξης, η σημασία, η συχνότητα εμφάνισης είναι σημαντικές παράμετροι.	Το μήκος της λέξης (με πιθανή εξαίρεση την αταξική δυσαρθρία), η σημασία και η συχνότητα εμφάνισης δεν είναι σημαντικές παράμετροι.
Πιο συχνές και ασταθείς δυσρυθμίες.	Λιγότερο συχνές και ασταθείς δυσρυθμίες.
Συχνές κινήσεις αναζήτησης.	Οι κινήσεις αναζήτησης δεν είναι χαρακτηριστικές.
Πολλές προσπάθειες αυτοδιόρθωσης.	Λίγες προσπάθειες αυτοδιόρθωσης.
Τα αναπνευστικά, φωνητικά	Τα αναπνευστικά, φωνητικά

προβλήματα και τα προβλήματα αντίληψης, δεν είναι τόσο σημαντικά όσο τα αρθρωτικά και προσωδιακά προβλήματα.	προβλήματα και τα προβλήματα αντίληψης, είναι τόσο σημαντικά όσο τα αρθρωτικά και προσωδιακά προβλήματα.
Συχνά σχετίζεται με Αφασία.	Συνήθως δεν σχετίζεται με Αφασία.

(Hedge, 2008).

2.3.6. Διαφοροποίηση της Απραξίας από την Ειδική Γλωσσική Διαταραχή (ΕΓΔ).

Η AOS, μερικές φορές, διαγιγνώσκεται ως ΕΓΔ, επειδή οι ασθενείς όχι μόνο έχουν μειωμένη απόδοση στις γλωσσικές δεξιότητες, αλλά και μειωμένη γλωσσική ικανότητα. Πιο συγκεκριμένα, ο Gornik (1990) επεσήμανε ότι, αποδεικνύονται στους ασθενείς, επιλεγμένα γραμματικά ελλείμματα, ιδίως όσον αφορά τη χρήση των κλίσεων. Είναι, επομένως, εικάζον, ότι η γραμματική μπορεί να είναι γενετικά υποστηρικτική. Οι ασθενείς με ΕΓΔ ως επί το πλείστον, δεν πάσχουν από μία μετάλλαξη στο γονίδιο FOXP2. Άλλα χρωμοσώματα (ειδικά τα χρωμοσώματα 13, 16, και 19) εμπλέκονται στη διαταραχή της ΕΓΔ (Bishop, 2002α, 2002b, 2003· Fisher & Marcus, 2006). Επιπλέον, οι προσβεβλημένοι ασθενείς έχουν ελαφρώς χαμηλότερο, από το μέσο όρο IQ για τη μη λεκτική δοκιμασία των IQ-τεστ (Vargha-Khadem et al., 1995) και απεικονίζουν μία ποικιλία από δομικές και λειτουργικές ανωμαλίες του εγκεφάλου (Lie'geois, 2003· Vargha-Khadem et al, 1995, 1998, 2005). Τα χαρακτηριστικά αυτά συνήθως παραποιοούν τη διάγνωση της ΕΓΔ [Bishop, 2003] (Gontier, 2008).

2.3.7. Διαφοροποίηση της Απραξίας από το Νευρογενή Τραυλισμό.

ΑΠΡΑΞΙΑ	ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ
Οι βλάβες εντοπίζονται στο αριστερό ημισφαίριο.	Οι βλάβες εντοπίζονται σε διάφορες θέσεις όπως στο εγκεφαλικό στέλεχος, στα βασικά γάγγλια, στην παρεγκεφαλίδα και σε όλους τους φλοιώδεις λοβούς εκτός από τον ινιακό λοβό.
Γενικά, οι δυσρυθμίες οφείλονται στις κινήσεις αναζήτησης, στις προσπάθειες αυτοδιόρθωσης και στην επανάληψη των αρθρωτικών κινήσεων.	Γενικά, οι δυσρυθμίες είναι άσχετες με τα αρθρωτικά προβλήματα που εντοπίζονται στην απραξία της ομιλίας.
Δυσρυθμίες στους μη επιδιωκόμενους στόχους ή σε μία προσπάθεια να επαναλάβουν κάτι που είπαν.	Επανάληψεις και επιμηκύνσεις των επιδιωκόμενων ήχων.

(Hedge, 2008).

2.3.8. Διαφοροποίηση της Απραξίας από την Παλιλαλία.

ΑΠΡΑΞΙΑ	ΠΑΛΙΛΑΛΙΑ
Οι βλάβες τυπικά εντοπίζονται στο αριστερό ημισφαίριο.	Οι αμφίπλευρες βλάβες τυπικά εμφανίζονται στα βασικά γάγγλια.
Ο μηχανισμός των δυσρυθμιών δεν είναι κατανοητός.	Οι δυσρυθμίες οφείλονται σε νευρομυϊκά προβλήματα.
Επανάληψεις ήχων, συλλαβών και λέξεων· επιμηκύνσεις λέξεων.	Κυρίως επανάληψεις λέξεων και φράσεων.
Λιγότερο συχνά σχετίζεται με την υποκινητική δυσαρθρία.	Σχετίζεται συνήθως με την υποκινητική δυσαρθρία.
Δεν παρουσιάζεται σταδιακή αύξηση	Ο ρυθμός της ομιλίας αυξάνεται

στο ρυθμό της ομιλίας.	σταδιακά.
Αργός ρυθμός ομιλίας.	Όχι απαραίτητα αργός ρυθμός ομιλίας.
Οι δυσρυθμίες μπορεί να συνοδεύονται από προσπάθεια και κινήσεις αναζήτησης.	Εύκολη και αβίαστη επανάληψη λέξεων και φράσεων.

(Hedge, 2008).

2.3.9. Διαφοροποίηση της Απραξίας από τη Φωνολογική Διαταραχή.

Η φωνολογική διαταραχή, όπως περιγράφεται από τον Cragy (1993) είναι ένας βαθμός αποδιοργάνωσης μέσα στο σύστημα κανόνων που χρησιμοποιείται για να οργάνωσε τα φωνήματα. Πολλές μελέτες, κυρίως μελέτες περιπτώσεων, έχουν συμπληρώσει, ότι έχουν βρει ποικιλομορφία στην ατομική ανάπτυξη φωνολογικών συστημάτων. Τα κυριότερα συμπτώματα της φωνολογικής διαταραχής είναι τα εξής:

Το φωνολογικό σύστημα δεν είναι ανάλογο με αυτό που επιτάσσουν τα φυσιολογικά πρότυπα για τη δεδομένη χρονολογική ηλικία (νόρμες).
Συστηματική δυσκολία στην παραγωγή φωνημάτων σε διάφορες θέσεις (αρχική, μεσαία, τελική) μέσα στις λέξεις και στις προτάσεις.
Μειωμένη καταληπτότητα της ομιλίας του παιδιού από μη οικεία ενήλικα πρόσωπα.
Περισσότερες αντικαταστάσεις από αποκοπές φωνημάτων με την πάροδο του χρόνου.
Μείωση της αποτελεσματικότητας στην επικοινωνία του παιδιού με τους άλλους.
Γνωστικό έλλειμμα στην επίγνωση των φωνολογικών χαρακτηριστικών των φθόγγων που επηρεάζει αναδραστικά την παραγωγή των φωνημάτων.

Εικόνα 16. Χαρακτηριστικά της αναπτυξιακής φωνολογικής διαταραχής (Νικολόπουλος, 2008· σ.204, πίνακας 4).

Με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σχετικά με την AOS και τις φωνολογικές διαταραχές, βρέθηκαν πολλές ομοιότητες και μερικές διαφορές μεταξύ των δύο. Η AOS, ως βιώσιμη διαταραχή της ομιλίας, ήταν ένας λόγος για διαμάχη

για αρκετά χρόνια (Crary, 1984· Ekelman & Aram, 1984· Hall, 1992· Robin, 1992· Shriberg, 1993· Shriberg, Aram & Kwiatkowski, 1997a, 1997b, 1997c). Αυτή η έλλειψη διαφοροποίησης, είναι αυτό που οδηγεί την αντιπαράθεση στο πεδίο της λογοπαθολογίας σήμερα. Οι Erperly, Gaffney, O'Malley & Williams (1999) μεταξύ πολλών μελετών, βρήκαν διαφορές μεταξύ των περιγραφών των συμμετεχόντων, ασυνεπή διαγνωστικά κριτήρια, καθώς και έλλειψη μιας κανονικής ανάπτυξιακής ομάδας ελέγχου, στην AOS, τη Δυσarthρία και τη (Σοβαρή) Φωνολογική Διαταραχή, τις οποίες κατέγραψαν παρακάτω (Lambert, 2001):

<i>Λεκτική Δυσπραξία</i>	<i>Δυσαρθρία</i>	<i>Σοβαρή Φωνολογική Διαταραχή</i>
Καμία αδυναμία, έλλειψη συντονισμού ή παράλυση του μυϊκού συστήματος της ομιλίας	Περιορισμένη δύναμη και συντονισμός του μυϊκού συστήματος της ομιλίας που οδηγεί σε ανακριβή παραγωγή ομιλίας και αλλοιώσεις	Καμία αδυναμία, έλλειψη συντονισμού ή παράλυση του μυϊκού συστήματος της ομιλίας
Καμία δυσκολία στον ακούσιο μηχανισμόκινητικού ελέγχου για μάσηση, κατάποση κλπ., εκτός εάν συνυπάρχει στοματική απραξία	Δυσκολία στον ακούσιο μηχανισμόκινητικού ελέγχου για μάσηση, κατάποση κλπ., εξαιτίας της μυϊκής αδυναμίας και της έλλειψης συντονισμού	Καμία δυσκολία στον ακούσιο μηχανισμό κινητικού ελέγχου για μάσηση και κατάποση
Ασυνέπειες στην άρθρωση-η ίδια λέξη μπορεί να παραχθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους	Η άρθρωση μπορεί να παρουσιάζεται εμφανώς "διαφορετική" εξαιτίας των ασυνεπειών, αλλά με σταθερά γενικά λάθη	Σταθερά λάθη στην άρθρωση που συχνά μπορούν να κατηγοριοποιηθούν (πρόσθια, τριβόμενα κλπ)
Τα λάθη που παρατηρούνται μπορεί να είναι αντικαταστάσεις, παραλείψεις, προσθήσεις και επαναλήψεις, συχνές απλοποιήσεις λεξικών μορφών. Τάση για παραλήψεις στην αρχική θέση.	Γενικά τα λάθη που παρατηρούνται είναι αλλοιώσεις	Τα λάθη που παρατηρούνται μπορεί να είναι αντικαταστάσεις, παραλήψεις, αλλοιώσεις κλπ. Παραλήψεις σε τελική θέση συχνότερα από αρχική θέση. Παραμορφώσεις φωνηέντων, όχι τόσο συχνές
Τα λάθη αυξάνονται ανάλογα με το μέγεθος της λέξης/ φράσης	Μπορεί να λιγότερο ακριβής στην αυθόρμητη ομιλία παρά σε μεμονωμένες λέξεις	Τα λάθη είναι γενικά σταθερά καθώς το μέγεθος των λέξεων/ φράσεων αυξάνεται

Μετά από προετοιμασία, η αυθόρμητη ομιλία παράγεται εύκολα, η πραγματικά αυθόρμητη ομιλία όμως είναι αρκετά δύσκολη	Καμία διαφορά στον τρόπο που παράγεται η ομιλία ανάλογα με την περίπτωση	Καμία διαφορά στον τρόπο που παράγεται η ομιλία ανάλογα με την περίπτωση
Οι δεξιότητες γλωσσικής αντίληψης είναι συνήθως πολύ καλύτερες από τις δεξιότητες έκφρασης	Τυπικά, δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ αντιληπτικών και εκφραστικών δεξιοτήτων	Μερικές φορές υπάρχουν διαφορές μεταξύ αντιληπτικών και εκφραστικών δεξιοτήτων
Ο ρυθμός και ο τόνος της ομιλίας διαταράσσονται, ενώ μπορεί να σημειωθεί προσπάθεια τοποθέτησης	Ο ρυθμός και ο τόνος της ομιλίας διαταράσσονται ανάλογα με τον τύπο της δυσαρθρίας (σπαστική, χαλαρή κλπ)	Τυπικά, δεν παρουσιάζεται διαταραχή του ρυθμου ή του τόνου
Γενικά καλός έλεγχος του ύψους και της έντασης, ίσως με περιορισμένο εύρος κατά την ομιλία	Μονότονη φωνή, δυσκολία ελέγχου ύψους και έντασης	Καλός έλεγχος ύψους και έντασης, κανένας περιορισμός στο εύρος κατά την ομιλία
Ποιότητα φωνής αντίστοιχη της ηλικίας	Η ποιότητα φωνής μπορεί να είναι βραχνή, τραχιά, υπερρινική κλπ, ανάλογα με τον τύπο της δυσαρθρίας	Ποιότητα φωνής αντίστοιχη της ηλικίας

Εικόνες 17, 18. Διαφοροδιάγνωση της λεκτικής δυσπραξίας από τη σοβαρή φωνολογική διαταραχή και τη δυσαρθρία (Lambert, 2001· σ.13, πίνακας 1).

2.3.10. Διαφοροποίηση της Απραξικής Αλαλίας από την Αλαλία άλλου είδους.

ΑΠΡΑΞΙΚΗ ΑΛΑΛΙΑ	ΑΛΑΛΙΑ ΑΛΛΟΥ ΕΙΔΟΥΣ
Φυσιολογικός στοματικός μηχανισμός ή ήπια αδυναμία που δεν εξηγεί την αλαλία· φυσιολογικό κλάμα, χασμουρητό, γέλιο.	Διαταραγμένος νευρομυϊκός έλεγχος, πάρεση ή παράλυση των στοματοπροσωπικών μυών στην άναρθρη αλαλία.
Οι ασθενείς με απραξική αλαλία προσπαθούν να μιλήσουν και ματαιώνονται με την ανικανότητά τους.	Η αλαλία οφείλεται σε άλλους λόγους (π.χ. αβουλία) που δεν έχουν καμία σχέση με την ομιλία.
Η απραξική αλαλία μπορεί να είναι επίμονη.	Η αλαλία στην Αφασία μπορεί να είναι προδική και εμφανής μόνο στο οξύ στάδιο.
Η απραξική αλαλία δεν οφείλεται σε χρήση ουσιών.	Η αλαλία σε μερικές περιπτώσεις οφείλεται σε χρήση ή κατάχρηση ουσιών.
Η απραξική αλαλία δεν αποτελεί ψυχιατρική διαταραχή.	Η αλαλία σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να σχετίζεται με ψυχιατρικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη· σε μερικές περιπτώσεις, η αλαλία θεωρείται μία διαταραχή μετατροπής.

(Hedge, 2008).

3^ο Κεφάλαιο.

Αξιολόγηση της Απραξίας του Λόγου.

Το να κάνει κανείς διάγνωση μία διαταραχή λόγου, είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τις αρχές της επιστημονικής μεθόδους. Υπάρχουν πολλοί τύποι για την αιτιολόγηση της διάγνωσης και μερικοί από αυτούς είναι οι εξής (Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 1957· Wood, 1971). Ένας τύπος της διάγνωσης βασίζεται στα αποτελέσματα της θεραπείας. Αυτός ο τύπος ονομάζεται "ex juvantibus". Για παράδειγμα, εάν οι ρινικές εκπομπές ενός παιδιού εξαλείφθηκαν εξαιτίας χειρουργείου του πτερυγίου του φάρυγγα, αυτό σημαίνει πως υπήρχε ανικανότητα του υπερωϊοφαρυγγικού μηχανισμού. Ένας άλλος τύπος διάγνωσης είναι ο «αποκλεισμός». Για παράδειγμα, μπορεί το παιδί να έχει διαγνωστεί με αφασία, αποκλείοντας την πιθανότητα ότι το παιδί έχει δυσκολία στην ακοή, νοητική υστέρηση ή συναισθηματική διαταραχή (Lass, 1981).

Ένας Λογοθεραπευτής προβαίνει σε αξιολόγηση της CAS, προκειμένου να αξιολογήσει τις ικανότητες τις στοματοκινητικές κινήσεις του παιδιού, την προσωδία και την ανάπτυξη των ήχων της ομιλίας. Επίσης, μπορεί να διαγνώσει την AOS και να αποκλείσει άλλες κινητικές διαταραχές της ομιλίας, εκτός εάν ληφθεί ένα περιορισμένο δείγμα ομιλίας, κάνοντας μία σταθερή διάγνωση. Τέλος, ένας Λογοθεραπευτής, μπορεί να εξετάσει τις δεκτικές και τις εκφραστικές γλωσσικές δεξιότητες του παιδιού με AOS, καθώς και τις δεξιότητες αλφαριθμητισμού, για να δει εάν υπάρχουν συνυπάρχοντα προβλήματα σε αυτούς τους τομείς (ASHA, 2007).

Η αξιολόγηση της διαταραγμένης εκούσιας κίνησης που δεν οφείλεται σε μυϊκή αδυναμία, παράλυση ή κόπωση, είναι σημαντική κατά την εκτίμηση και διάγνωση των κινητικών διαταραχών (Hedge, 2008).

3.1. Αξιολόγηση των επικοινωνιακών διαταραχών της Απραξίας του Λόγου.

Για την αξιολόγηση των επικοινωνιακών διαταραχών ενός παιδιού με AOS, θα πρέπει να διεξαχθεί, από έναν ωτορινολαρυγγολόγο, μία αξιολόγηση ακοής, προκειμένου να αποκλειστεί η απώλεια ακοής, ως μία πιθανή αιτία των δυσκολιών στην ομιλία του παιδιού. Μια αξιολόγηση της μελωδίας της ομιλίας (τονισμός) περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του παιδιού, ώστε να γίνει σαφές, αν το παιδί είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει κατάλληλα συλλαβές σε λέξεις και τις λέξεις σε προτάσεις.
- Τον καθορισμό, εάν το παιδί μπορεί να χρησιμοποιήσει τόνους και παύσεις, για να σηματοδοτήσει διαφορετικά είδη των προτάσεων (π.χ. ερωτήσεις αντί για καταφάσεις) και να σηματοδοτήσει διαφορετικά τμήματα της πρότασης (π.χ. να κάνει παύση μεταξύ των φράσεων και όχι στη μέση τους) (ASHA, 2007).

3.2. Αξιολόγηση των γλωσσικών διαταραχών της Απραξίας του Λόγου.

Για την αξιολόγηση των γλωσσικών διαταραχών της AOS, υπάρχουν πολλές προαιρετικές δοκιμασίες του λόγου που εξερευνούν τις ψυχογλωσσολογικές πτυχές του. Αυτές είναι η κατανόηση των προθέσεων που δηλώνουν τόπο, η κατανόηση των σχέσεων κτήσης, η καταφατική και η αρνητική έκφραση, η χρήση των χρόνων και η κατανόηση των εξαρτώμενων ρημάτων (Καμπανάρου, 2007).

Ο σκοπός της αξιολόγησης, έγκειται στο να ελεγχθεί εάν υπάρχει απραξία, στον προσδιορισμό της διάγνωσης (π.χ. τύπος απραξίας), στη διαφοροδιάγνωση του

προβλήματος (π.χ από την δυσαρθρία), στον καθορισμό της καταλληλότητας της λογοθεραπείας στην ανάπτυξη της παρέμβασης, στο να ερευνηθεί ο αντίκτυπος των προβλημάτων του λόγου στο περιβάλλον του πελάτη και τέλος, στο να καθοριστεί ένα μέτρο σύγκρισης (baseline), το οποίο, θα λειτουργήσει ως σημείο αναφοράς κατά την έναρξη της θεραπείας ή και για την καταγραφή της προόδου ή της αποτελεσματικότητας της λογοθεραπείας (Καμπανάρου, 2007).

Τα βήματα που πρέπει να ακολουθούνται, με ιεραρχική σειρά, για την ακριβή αξιολόγηση της AOS είναι:

1. Η Λήψη λογοπαθολογικού ιστορικού.
2. Ο Ακοολογικός έλεγχος.
3. Η Στοματοπροσωπική εξέταση.
4. Η Αξιολόγηση της ταχύτητας παραγωγής διαδοχοκινητικών συλλαβών.
5. Η απόκτηση δείγματος ομιλίας.
6. Η ανάγνωση κειμένου (Καμπανάρου, 2007).

Σύμφωνα με το Νικολόπουλο (2008) τα στάδια της αξιολόγησης περιλαμβάνουν τα εξής:

Στάδια	Περιγραφή
Στοματο-κινητικός έλεγχος	Περιλαμβάνει τον έλεγχο των στατικών και κινητικών δομών του μηχανισμού της ομιλίας (υπερώα, δόντια, γνάθος, χείλη, γλώσσα). Δηλαδή, πέραν της ανατομικής κατασκευής, ελέγχονται η μυοκινητική αρτιότητα των αρθρωτών και η διαδοχοκίνησή τους σε δοκιμασίες ομιλίας.
Εξέταση φωνής και αντίληψης	Ελέγχονται το φωνητικό ύψος, η ένταση και η διάρκεια της φώνησης, καθώς και η προσωδιακή της διακύμανση στον ρέοντα λόγο. Η εξέταση της αντίληψης γίνεται μέσω ακρόασης του αυθόρμητου ρέοντος λόγου καθώς και με δοκιμασίες που περιλαμβάνουν ηχητικές εναλλαγές έρρινης-στοματικής παραγωγής.
Εξέταση της ταχύτητας της ομιλίας	Υπολογίζεται ο αριθμός των λέξεων που εκφέρονται ανά λεπτό σε δείγμα αυθόρμητου λόγου.
Χορήγηση ψυχομετρικών δοκιμασιών φωνολογίας και άρθρωσης	Χρησιμοποιούνται σταθμισμένες δοκιμασίες άρθρωσης και φωνολογίας που με βάση τις νόρμες εκτιμούν κατά πόσο η επίδοση του παιδιού είναι ανάλογη με αυτήν που αντιστοιχεί στη χρονολογική του ηλικία. Γίνεται συστηματική καταγραφή των φωνολογικών και αρθρωτικών λαθών για κάθε περίπτωση.
Λήψη αυθόρμητου γλωσσικού δείγματος και φωνολογική ανάλυση	Αναλύονται και καταγράφονται τα παρακάτω: <ul style="list-style-type: none"> • φωνητικό ρεπερτόριο • φωνοτακτικές δομές • φωνημική καταγραφή και ανάλυση αρθρωτικών λαθών • φωνολογικές διεργασίες.
Εκτίμηση καταληπτότητας της ομιλίας	Εκτιμάται ο αριθμός των λέξεων ή προτάσεων που έχουν γίνει αντιληπτές από ακροατές σε σύγκριση με το συνολικό μέγεθος των εκφορών.
Εξέταση ετοιμότητας (stimulability) για την παραγωγή νέων ήχων ομιλίας	Η ετοιμότητα της ομιλίας αναφέρεται στην ικανότητα του παιδιού να διορθώσει ή να βελτιώσει μια δεδομένη φωνηματική παραγωγή μετά από μίμηση μοντέλου ή απτική προτροπή ή οδηγίες άρθρωσης που δίνονται εκείνη την ώρα από τον λογοπεδικό.

Διαγνωστικά συμπεράσματα και συστάσεις	Προσδιορίζεται η διαταραχή της ομιλίας και δίδονται περαιτέρω συστάσεις: (α) για εξέταση από άλλες ειδικότητες· (β) για τους στόχους, τη συχνότητα και τη διάρκεια της παρέμβασης.
Γραπτή έκθεση αξιολόγησης	Γίνεται συγγραφή όλης της αξιολόγησης, από τη λήψη του ιστορικού έως και τα συμπεράσματα-συστάσεις.

Εικόνες 19, 20. Στάδια λογοπεδικής αξιολόγησης της φωνολογίας και της άρθρωσης (Νικολόπουλος, 2008· σ.212, 213, πίνακας 8).

Για την αξιολόγηση ενός ασθενή με AOS πραγματοποιούνται οι εξής διαδικασίες:

3.2.1. Το Ιστορικό του Ασθενή.

Λογοπαθολογικό Ιστορικό:

- Βιογραφικά στοιχεία.
- Ιατρικό ιστορικό – αιτιολογία / διάγνωση (π.χ. ισχαιμικό εγκεφαλικό), φαρμακευτική αγωγή και έναρξη, φύση και πορεία της διαταραχής, όραση και ακοή.
- Νευρολογική εξέταση (π.χ. αξονική τομογραφία).
- Οικογενειακό ιστορικό.
- Επαγγελματικό ιστορικό.
- Κοινωνικό ιστορικό.
- Γενική συμπεριφορά του ασθενή (παρατήρηση κλινικού).
- Είδος και συχνότητα των περιορισμών που επιβάλλει η διαταραχή (παρατήρηση κλινικού και περιγραφή του ασθενή).
- Λειτουργίες στις οποίες ο ίδιος ο ασθενής αντιλαμβάνεται την ανικανότητά του (Καμπανάρου, 2007).

Ο κλινικός εκμεταλλεύεται στο μέγιστο βαθμό την επικοινωνία του με τον ασθενή για να εξετάσει:

- Την καταληπτότητα της ομιλίας.
- Τις απαντήσεις του ασθενή σε ερωτήσεις.
- Τις δομές του λόγου (π.χ. το μέγεθος προτάσεων, κλπ.) που χρησιμοποιεί.

- Τις γνωστικές λειτουργίες.
- Τη διάσπαση προσοχής.
- Τη μνήμη.
- Τη συναισθηματική του κατάσταση.
- Την αντοχή του.
- Τη θέλησή του για λογοθεραπεία.
- Τα προβλήματα κατάποσης.
- Τα προβλήματα κίνησης / κινητικές διαταραχές σώματος.
- Αν κουράζεται όταν μιλάει.
- Τις αλλαγές της φωνής.
- Την επίγνωση της διάγνωσης / διαταραχής.
- Τις επιπτώσεις για τον ασθενή (Καμπανάρου, 2007).

Π.26. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ:
ΕΠΙΘΕΤΟ:
ΦΥΛΟ:
ΗΛΙΚΙΑ: ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: ___/___/___
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΟΙΚ/ΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΕΓΓΑΜΟΣ ΑΓΑΜΟΣ
ΜΗΤ/ΚΗ ΓΛΩΣΣΑ:
ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:
ΤΗΛ:
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: ___/___/___
ΑΙΤΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ:
ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ:
.....
.....

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟΥΣ
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ:
.....

ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΙΕΣ;.....
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ:.....
.....
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:.....

Εικόνα 21. Ιστορικό ασθενούς (Καμπανάρου, 2007· σ.349, παράρτημα κεφ.8).

3.2.2. Η Στοματοπροσωπική εξέταση (βλ. αναλυτικά παράρτημα).

3.2.3. Ο Ακουολογικός έλεγχος.

Ο λογοθεραπευτής σημειώνει αν η ακοή του ασθενή έχει εκτιμηθεί επίσημα ή ανεπίσημα. Εκτιμά, αν κάποια απώλεια ακοής ενδέχεται να εμπλέκεται με τη λογοθεραπευτική παρέμβαση. Επίσης, σημειώνει, αν ο ασθενής φοράει ακουστικά και, αν τα φοράει κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης. Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο στο ιστορικό και την αξιολόγηση, είναι, πολλές φορές, η ακουστική ικανότητα / κατάσταση του ασθενή. Γι'αυτό το λόγο, ο ασθενής παραπέμπεται σε έναν Ακουολόγο ή έναν Ωτορινολαρυγγολόγο (Καμπανάρου, 2007).

3.2.4. Η Αξιολόγηση της ταχύτητας παραγωγής διδοχοκινητικών συλλαβών.

Οι ταχύτητες παραγωγής των διαδοχοκινητικών συλλαβών, χρησιμοποιούνται για να αξιολογηθεί η ικανότητα του αρθρωτικού μηχανισμού να κάνει γρήγορες εναλλασσόμενες κινήσεις ομιλίας. Προτού ξεκινήσει η μέτρηση, δίνονται σαφείς οδηγίες στον ασθενή, εκτελεί ο ίδιος ο λογοθεραπευτής την άσκηση και επιτρέπει στον ασθενή να «προβάρει» την άσκηση. Χρησιμοποιείται χρονόμετρο, ενώ επαναλαμβάνεται η άσκηση, εάν ο ασθενής σταματήσει ή αργοπορήσει εκούσια προτού ολοκληρωθεί η δραστηριότητα (Καμπανάρου, 2007).

Αυτή η διαδικασία δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, καθώς αδυνατούν να διατηρήσουν την παραγωγή, αρκετά, ώστε να μπορέσει να υπολογιστεί. Πάντως, παρόλο που δεν μπορεί να αξιολογηθεί η ταχύτητα, μπορεί να εξετασθεί η ακρίβεια και η ομαλότητα της παραγωγής μεμονωμένων συλλαβών (Καμπανάρου, 2007).

Υπάρχουν δύο τρόποι με τους οποίους εκτελούνται οι ασκήσεις διαδοχοκίνησης:

1. AMRs: ο ασθενής καλείται να επαναλάβει τις αλληλουχίες των /r[^]r[^]r[^]/, /t[^]t[^]t[^]/ και /k[^]k[^]k[^]/. Με αυτή την άσκηση, καθορίζεται η ομαλότητα της ταχύτητας των μυών των χειλιών, του πρόσθιου και οπίσθιου τμήματος της γλώσσας και των σιαγόνων. Η βραδύτητα του AMR, αποτελεί σημαντική ένδειξη ότι υφίσταται νευρομυϊκή διαταραχή.
2. SMRs: ο ασθενής καλείται να επαναλάβει την αλληλουχία /r[^]t[^]k[^]/ σταθερά και επαναλαμβανόμενα και παράλληλα, ο λογοθεραπευτής παρατηρεί ρυθμό και ταχύτητα. Μέσω της ταχύτητας διαδοχικής κίνησης, μετράται η ικανότητα γρήγορης μετάβασης από μία αρθρωτική θέση σε άλλη. Αυτή η άσκηση, είναι χρήσιμη για τον εντοπισμό δυσκολιών στον κινητικό προγραμματισμό, όπως στην AOS (Καμπανάρου, 2007).

Στην πρώτη μέθοδο (AMRs) ο ασθενής εκτελεί τη λεκτική ή μη λεκτική άσκηση για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (συνήθως για 5 δευτερόλεπτα) και επαναλαμβάνει την άσκηση, 3 ή περισσότερες φορές. Τότε, υπολογίζεται ο μέσος όρος των φορών παραγωγής ανά δευτερόλεπτο. Με τη δεύτερη μέθοδο (SMRs), ο ασθενής εκτελεί ένα συγκεκριμένο αριθμό κινήσεων ή λεκτικών παραγωγών, ενώ, ο λογοπαθολόγος χρονομετρά τη δοκιμή, έτσι, ώστε να προσδιορίσει πόσο χρόνο χρειάζεται ο ασθενής για να ολοκληρώσει όλη την άσκηση (Καμπανάρου, 2007).

Πολλοί ασθενείς με ήπια ή μέτρια προφορική AOS, μπορούν να εκτελέσουν την AMR δραστηριότητα, ακριβώς, επειδή, αυτή εμπεριέχει μόνο μίας κίνησης ακολουθία, με μόνο ένα τόπο άρθρωτικής επαφής. Ωστόσο, οι ασθενείς, δεν θα είναι σε θέση να εκτελέσουν την SMR δραστηριότητα, επιτυχώς, γιατί αυτό απαιτεί την ακολουθία πολλαπλών αρθρωτικών θέσεων σε τρεις διαφορετικές θέσεις / τόπους (μέσα) στη στοματική κοιλότητα. Η διαφορά στην απόδοσή τους σε αυτές τις δύο δραστηριότητες μπορεί να είναι μεγάλη (Καμπανάρου, 2007).

3.2.5. Το Δείγμα Ομιλίας.

- Ελεύθερη συζήτηση.
 - Περιγραφή εικόνας (π.χ. κλοπή του μπισκότου, «κοιτάξτε την εικόνα αυτή και πείτε μου τι βλέπετε να συμβαίνει»).
1. Αρχικά, το δείγμα ομιλίας μαγνητοφωνείται και παρατηρούνται λάθη ή δυσκολίες στην άρθρωση ή / και την προσωδία και καταγράφονται 4 κατανοητές προτάσεις που έκανε ο ασθενής.
 2. Στη συνέχεια, ζητείται από τον ασθενή να επαναλάβει τις 4 προτάσεις μετά από το παράδειγμα του λογοθεραπευτή και καταγράφονται οι προσπάθειες μίμησης.

3. Τέλος, συγκρίνεται η παραγωγή (π.χ. των 4) προτάσεων στον ελεύθερο λόγο με την παραγωγή των ιδίων προτάσεων μετά από μίμηση (Καμπανάρου, 2007).

Λιγότερα απραξικά λάθη σημειώνονται στον αυθόρμητο λόγο, σε σύγκριση με εσκεμμένες εκφορές. Συνεπώς, αναμένεται να ακουστούν λιγότερα λάθη κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας περιγραφής εικόνων, απ' ότι όταν ο ασθενής επαναλαμβάνει τις ίδιες δικές του εκφορές (μόνο) λίγα λεπτά μετά την πρώτη παραγωγή τους (Καμπανάρου, 2007).

3.2.6. Η Ανάγνωση κειμένου.

Μέσω της ανάγνωσης κειμένων, συλλέγονται χρήσιμες πληροφορίες όσον αφορά την άρθρωση, τη φωνή, τη ροή και τις αναγνωστικές ικανότητες του ασθενή (βλ. παράρτημα για ενδεικτικά κείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση μέσω της ανάγνωσης) (Καμπανάρου, 2007).

Οι ΑΡΧΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ της Απραξίας περιλαμβάνουν:

- Τον έλεγχο / την εκτίμηση της AOS.
- Την επίσημη αξιολόγηση.

Ο Έλεγχος / Εκτίμηση της AOS περιλαμβάνουν:

1. Μέτρηση:

- Από το 1 έως το 20.
- Αντίστροφη μέτρηση από το 20 έως το 1 (Καμπανάρου, 2007).

Επειδή το μέτρημα από το 1 έως το 20 είναι μία πολύ καλά μαθημένη και αυτόματη λεκτική δραστηριότητα, πολλά άτομα με προφορική απραξία θα μπορούσαν (θα έπρεπε να είναι ικανά) να την εκτελούν με πολύ λιγότερα λάθη από ότι (θα επιδείκνυαν στο) το αντίστροφο μέτρημα. Τα περισσότερα άτομα με προφορική απραξία, θα έπρεπε να κάνουν περισσότερα και διαφορετικά λάθη στη δραστηριότητα της αντίστροφης μέτρησης, ακόμη και αν παράγουν τις ίδιες λέξεις με την προηγούμενη δραστηριότητα, γιατί η αντίστροφη μέτρηση δεν είναι μία πολύ καλά μαθημένη λεκτική δραστηριότητα (Καμπανάρου, 2007).

2. Επανάληψη λέξεων:

- Με αυξανόμενο μήκος.

Στην αξιολόγηση της επανάληψης στο μονολεκτικό επίπεδο, ο λογοθεραπευτής ξεκινά με μονοσύλλαβες λέξεις και έπειτα, συνεχίζει με δισύλλαβες, τρισύλλαβες και πολυσύλλαβες λέξεις. Η δοκιμασία πραγματοποιείται ως εξής:

- Αρχικά, ζητείται από τον ασθενή να επαναλάβει την κάθε λέξη μετά από το λογοθεραπευτή και έπειτα, σημειώνεται εάν ο ασθενής, απάντησε με επιτυχία ή όχι και καταγράφεται η λανθασμένη εκφορά (Καμπανάρου, 2007).

3. Επανάληψη προτάσεων.

- Με αυξανόμενο μήκος.

Στην αξιολόγηση της επανάληψης των προτάσεων, ο λογοθεραπευτής ξεκινά με εύκολες προτάσεις και συνεχίζει με πιο δύσκολες και πιο σύνθετες προτάσεις και σημειώνεται εάν απαντάει ή όχι και καταγράφεται η λανθασμένη εκφορά (Καμπανάρου, 2007).

Επίσημη Αξιολόγηση της AOS.

Στην Ελληνική γλώσσα, δυστυχώς, δεν υπάρχει σταθμισμένη αξιολόγηση της AOS (Καμπανάρου, 2007).

4^ο Κεφάλαιο.

Η Θεραπεία της Απραξίας του Λόγου.

Η θεραπεία της AOS, οφείλει να είναι μία συνεχής και αναλυτικά θεμελιωμένη επανεκτίμηση όλων των σχετικών παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες καθορίζουν ποιες συμπεριφορές απαρτίζουν το λόγο, ποια συστήματα συμπεριφοράς αλληλεπιδρούν με το λόγο, πως μαθαίνονται συγκεκριμένες πτυχές του λόγου και της ομιλίας και γιατί ορισμένες παρεμβάσεις επιτυγχάνουν σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και γιατί άλλες αποτυγχάνουν (Νικολόπουλος, 2008).

Το επίκεντρο της παρέμβασης της AOS, έγκειται στη βελτίωση του σχεδιασμού, της αλληλουχίας και το συντονισμό των μυϊκών κινήσεων για την παραγωγή της ομιλίας. Η AOS είναι *μία διαταραχή του συντονισμού της ομιλίας και όχι της δύναμης*. Για τη βελτίωση της ομιλίας του, το παιδί, πρέπει να εξασκήσει την ομιλία του. Ωστόσο, θα πρέπει να πάρει πληροφορίες από έναν αριθμό αισθήσεων, όπως τα απτικά ερεθίσματα (άγγιγμα), τα οπτικά ερεθίσματα (π.χ. να βλέπει τον εαυτό του στον καθρέφτη), καθώς και την ακουστική ανάδραση. Με αυτή την πολυαισθητηριακή ανατροφοδότηση, το παιδί μπορεί να επαναλάβει πιο εύκολα συλλαβές, λέξεις και φράσεις και να κάνει μεγαλύτερες παραγωγές για τη βελτίωση του συντονισμού των μυών και της αλληλουχίας της ομιλίας του. Είναι σημαντικό, τέλος, να σημειωθεί ότι, η AOS *δεν είναι μια διαταραχή που τα παιδιά απλά «ξεπερνούν»*. Στην AOS, τα παιδιά με την κατάλληλη, εντατική παρέμβαση, δύνανται να σημειώσουν σημαντική πρόοδο (ASHA, 2007).

Στην απραξία ή δυσπραξία, τα παιδιά και οι ενήλικοι θυμούνται τη λέξη και τους ήχους που την αποτελούν, αλλά, δεν μπορούν να ελέγξουν εκούσια τους μύες της ομιλίας, ώστε να παράγουν τους σωστούς ήχους. Σε αυτή την περίπτωση, υπάρχει έλλειμμα στον προγραμματισμό και το συντονισμό των απαιτούμενων για την ομιλία αρθρωτικών κινήσεων, χωρίς ωστόσο να υπάρχει παράλυση ή κινητική βλάβη στα όργανα άρθρωσης (χείλη, γλώσσα, γνάθος και υπερώα) (Νικολόπουλος, 2008).

4.1. Ενδεικτικοί στόχοι της Θεραπείας της Απραξίας του Λόγου.

Ο σχεδιασμός της θεραπείας για ένα παιδί με AOS, πρέπει να βασίζεται στη φύση της διαταραχής, τις ατομικές ανάγκες και τις δυνάμεις του παιδιού. Ενδεικτικοί μακροπρόθεσμοι και βραχυπρόθεσμοι στόχοι της θεραπείας της AOS αναφέρονται παρακάτω:

4.1.1. Ενδεικτικοί μακροπρόθεσμοι στόχοι.

- 1) Ανάκτηση της ομιλίας σε επίπεδο συζήτησης με την μεγαλύτερη δυνατή αρθρωτική ακρίβεια και τη σωστή προσωδία.
- 2) Διατήρηση της επαρκούς στοματικής μυϊκής κινητικότητας για την αποτελεσματική υποστήριξη της άρθρωσης.
- 3) Σταθερή χρήση αντισταθμιστικών στρατηγικών που βοηθούν στην άριστη αρθρωτική απόδοση.
- 4) Αποτελεσματική χρήση ενός εναλλακτικού / επαυξητικού συστήματος επικοινωνίας με το οποίο θα μπορεί να μεταβιβάσει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του σε περίπτωση απουσίας καταληπτής ομιλίας.
- 5) Βελτίωση του προγραμματισμού και της παραγωγής των διαδοχικών κινήσεων που είναι αναγκαίες για την ομιλία.
- 6) Διατήρηση της καταληπτότητας κατά την επικοινωνία με άλλους στο σπίτι, στο σχολείο και την κοινότητα.
- 7) Βελτίωση της προσωδίας της ομιλίας στα διαφορετικά επικοινωνιακά πλαίσια.
- 8) Ανάπτυξη της κατανόησης των φωνολογικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της γλώσσας.

9) Αποτελεσματική χρήση της επαυξητικής / εναλλακτικής επικοινωνίας στις συνηθισμένες επικοινωνιακές καταστάσεις.

10) Οι γονείς θα πρέπει να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες για τη φωνολογική ανάπτυξη του παιδιού τους και σε συνεργασία με τον λογοπαθολόγο να αναπτύξουν αποτελεσματικές θεραπευτικές στρατηγικές (Jongsma et al., 2004).

α.α.	Θεραπευτικός στόχος	Προσέγγιση βάσει της κοινωνικογνωστικής θεωρίας	Προσέγγιση βάσει της δομικής θεωρίας
1	Εκμάθηση λεξιλογίου: καθημερινά αντικείμενα (π.χ. μπάλα, ποτήρι, τραπέζι, καρέκλα κ.λπ.)	Ο θεραπευτής δείχνει στο παιδί διάφορες εικόνες με τα αντικείμενα-στόχο και τα κατονομάζει.	Ο θεραπευτής και το παιδί παίζουν παιχνίδια χρησιμοποιώντας τα αντικείμενα-στόχο και τα κατονομάζουν ενώ τα χρησιμοποιούν, π.χ. «ο λαγός κάθεται στην καρέκλα» ή «Μαρία, δώσε την μπάλα».
2	Εκμάθηση λεξιλογίου: ρηματικές έννοιες (π.χ. τρώω, πεινώ, διψώ, πίνω, ταΐζω κ.λπ.)	Ο θεραπευτής διαβάζει στο παιδί ένα παραμύθι με σχετικές εικόνες, τις οποίες σχολιάζουν και κατονομάζουν, π.χ. «Βλέπεις το γουρουνάκι; Τρώει!» ή «Κοίτα πόσο φαγητό τρώει! Πεινάει πολύ!»	Ο θεραπευτής και το παιδί παίζουν προσποιούμενοι ότι μαγειρεύουν, π.χ. «Μαρία, το μωράκι πεινάει. Θα το ταΐσεις;»

Εικόνα 22. Θεραπευτική παρέμβαση βάσει διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. (Νικολόπουλος, 2008· σ.244, πίνακας 2).

Στόχοι θεραπείας πολύ σοβαρού βαθμού δυσπραξίας.

- Ολιστική προσέγγιση της επικοινωνίας.
- Διερεύνηση ικανότητας της προφορικής ομιλίας.

- Διερεύνηση της ικανότητας χειρονομιών / νοημάτων.
- Διερεύνηση της ζωγραφικής / γραφής.
- Αποκατάσταση της δυσφασίας.
- Συμβουλευτική σε ασθενή, συγγενείς, νοσηλευτές (Νησιώτη, 2012).

Στόχοι θεραπείας σοβαρού βαθμού δυσπραξίας.

- Αποκατάσταση της δυσφασίας.
- Χρήση της μεθόδου «άκου και κοίτα με» [Rosenbeck, 1973].
- Χρήση επαναλαμβανόμενων αρθρωτικών ασκήσεων και μεθόδου «προσωδίας».
- Συμβουλευτική σε ασθενή / συγγενείς (Νησιώτη, 2012).

Στόχοι θεραπείας μέτριου βαθμού δυσπραξίας.

- Αποκατάσταση της δυσφασίας στο βαθμό που είναι αναγκαίο.
- Σχεδιασμός γλωσσικών / αρθρωτικών ασκήσεων.
- Χρήση αργού ρυθμού ομιλίας και ακουστική διέγερση.
- Ενίσχυση των αρθρωτικών συνδυασμών.
- Παιχνίδι ρόλων για γενίκευση ομιλίας.
- Συμβουλευτική του ασθενή για επιστροφή στη δουλειά.
- Ενίσχυση άλλων τρόπων επικοινωνίας (π.χ. γραφή) (Νησιώτη, 2012).

Στόχοι θεραπείας ελαφριού βαθμού δυσπραξίας.

- Αποκατάσταση της δυσφασίας.
- Υψηλού επιπέδου αρθρωτικές ασκήσεις με γενίκευση στην ανάγνωση και αυθόρμητη ομιλία.
- Βελτίωση της προσωδίας.
- Ενίσχυση του αυτοελέγχου.
- Παιχνίδι ρόλων.
- Συμβουλευτική για επιστροφή σε δουλειά / κοινωνική ζωή και αδυναμία ομιλίας υπό «πίεση» (Νησιώτη, 2012).

4.1.2. Ενδεικτικοί βραχυπρόθεσμοι στόχοι.

- 1) Να συνεργαστεί εκούσια σε μία ιατρική / νευρολογική εξέταση.
- 2) Να συμμετέχει εκούσια σε μία λογοπαθολογική αξιολόγηση.
- 3) Να συμμετέχει μαζί με την οικογένεια / φροντιστές σε μια συνάντηση όπου θα ενημερωθεί για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και θα συμφωνήσει με τις προτάσεις για τη στρατηγική παρέμβαση.
- 4) Να συσχετίσει τη χρήση εκούσιων κινήσεων με συμβολικά (χωρίς ομιλία) ερεθίσματα.
- 5) Να επιδείξει ηθελημένο έλεγχο κάνοντας χειρονομίες με τα χέρια με ακρίβεια 90%.
- 6) Να αυξήσει το εύρος ανοίγματος του στόματος για να βελτιώσει την κινητικότητα των στοματικών δομών.
- 7) Να εκτελεί σωστά στοματικές κινήσεις χωρίς ομιλία με ακρίβεια 90%.
- 8) Να μεταβάλει τις στοματικές κινήσεις χωρίς ομιλία σε κινήσεις με ομιλία.

- 9) Να συνδυάζει τις στοματικές κινήσεις χωρίς ομιλία με χειρονομίες με ακρίβεια 90%.
- 10) Να χειρίζεται φυσικά τις στοματικές δομές για να διευκολύνει την κινητικότητα του στόματος.
- 11) Να επιτυγχάνει σωστά την αρθρωτική τοποθέτηση σε συλλαβές και σε λέξεις στο 90% των περιπτώσεων.
- 12) Να συνδυάζει τη μάθηση λέξεων και φράσεων με ένα σύστημα νοηματικής γλώσσας.
- 13) Να διευκολύνει την παραγωγή των πολυσύλλαβων λέξεων κάνοντας χρήση ρυθμικών χειρονομιών.
- 14) Να μειώσει τις ακατάλληλες παύσεις χρησιμοποιώντας ρυθμική ομιλία.
- 15) Να μειώσει την κόπωση του στόματος κάνοντας βαθιά χαλάρωση.
- 16) Να μιλάει χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα πρότυπα τονισμού και έμφασης στο 90% του χρόνου ομιλίας.
- 17) Να χρησιμοποιεί εναλλακτικά νοήματα επικοινωνίας εάν η ομιλία είναι δυσκατάληπτη.
- 18) Να μεταφέρει τη χρήση καταληπτής ομιλίας σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις.
- 19) Να συμμετέχει εκούσια σε μία φωνολογική αξιολόγηση.
- 20) Να συνεργαστεί σε μία στοματοπροσωπική εξέταση.
- 21) Να συμμετέχει πρόθυμα σε μία ακουολογική εξέταση.
- 22) Οι γονείς να συμμετέχουν στη διαδικασία αξιολόγησης και να συμβάλουν στην ερμηνεία των πληροφοριών αξιολόγησης.
- 23) Οι γονείς και ο θεραπευόμενος, εάν κριθεί απαραίτητο, να δέχονται τις συστάσεις που τους δίνονται και να συνεργάζονται στην επιλογή των στόχων παρέμβασης και της γενικής θεραπευτικής στρατηγικής.
- 24) Οι γονείς να δέχονται τα γλωσσικά ελλείμματα του παιδιού τους τα οποία σχετίζονται με την αναπτυξιακή και ιατρική του κατάσταση, να αναπτύσσουν ρεαλιστικές προσδοκίες και να αναζητούν θετικές και ενθαρρυντικές πηγές.
- 25) Μιλήστε με κατανόηση για τον τρόπο οι συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις βάλουν στη βελτίωση των φωνολογικών δεξιοτήτων και με ποιο τρόπο θα οδηγήσουν τελικά στην αποτελεσματική επικοινωνία.

- 26) Να μάθει να μιμείται λεκτικές ακολουθίες.
- 27) Να κάνει σωστή αρθρωτική τοποθέτηση τα φωνήματα στόχους.
- 28) Να αυξήσει την ακρίβεια παραγωγής: σύμφωνο - φωνήεν και φωνήεν - σύμφωνο, κατά 80% όπως καθορίζεται από τον λογοπαθολόγο.
- 29) Να κάνει σωστά τις διακρίσεις μεταξύ των αντιπαραβαλλόμενων φωνολογικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων με ακρίβεια 90%.
- 30) Να μάθει να ελέγχει ακριβώς την παραγωγή της ομιλίας του.
- 31) Να προσφέρει σωστά τους συνδυασμούς φωνημάτων σε λέξεις με ακρίβεια 90%.
- 32) Να προσφέρει τα φωνήματα - στόχους σωστά σε φράσεις και προτάσεις με ακρίβεια 80%.
- 33) Εάν δεν μιλά, να επικοινωνεί χρησιμοποιώντας επαυξητικά / εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας στις καθημερινές συνθήκες με ακρίβεια 80%.
- 34) Να χρησιμοποιεί με ευχέρεια την ομιλία, στις διαφορετικές καταστάσεις συζήτησης (Jongsma et al., 2004) (βλ. αναλυτικά παράρτημα).

4.2. Ενδεικτικά μοντέλα παρέμβασης στη θεραπεία της Απραξίας του Λόγου.

Η εκμάθηση της αφομοίωσης νέων ήχων και λέξεων γίνεται μέσω μίας δομημένης ατομικής θεραπείας γύρω από το διάλογο. Έτσι, τα παιδιά γίνονται πιο δραστήρια και κατά τη διάρκεια της θεραπείας ανακαλύπτουν το πως:

- Θα μιλούν περισσότερο.
- Θα προσέχουν τις εκφράσεις τους και τις δηλώσεις τους.
- Θα συμμετέχουν στην ομιλία με άλλους.
- Θα επαναλαμβάνουν τους ήχους και τις λέξεις τους.

- Θα γίνονται κυρίαρχοι των ίδιων των παραγωγών τους.
- Θα λένε νέους ήχους και λέξεις με τη θέλησή τους (Marshalla, 2001).

Οι Rosenbeck et al. (1973) δημιούργησαν μία αλληλουχία από οχτώ (8) βήματα, τα οποία θεωρούν ότι έχουν καταληκτική σημασία στη θεραπεία της AOS. Αυτή την αλληλουχία την ονόμασαν *Πρόγραμμα / Συνέχεια οχτώ (8) βημάτων*:

Βήμα 1: Διακριτικές υποδείξεις.

Βήμα 2: Ταυτόχρονη παραγωγή λέξεων.

Βήμα 3: Μιμούμενη παραγωγή λέξεων.

Βήμα 4: Επανάληψη λέξεων.

Βήμα 5: Ανάγνωση.

Βήμα 6: Ανάγνωση με καθυστέρηση.

Βήμα 7: Απάντηση ερωτήσεων.

Βήμα 8: Παιχνίδι ρόλων (Νησιώτη, 2012).

Η θεραπεία της AOS απαιτεί έντονη πρακτική και εξάσκηση μαζί με λογοθεραπευτικές υπηρεσίες. Η επιλογή των ήχων των συλλαβών που θα δουλέψει ένας λογοθεραπευτής για τη θεραπεία, δεν είναι πάντα οι ίδιες. Η Hamaguchi προτείνει ένα πρόγραμμα έξι (6) βημάτων που πιστεύει ότι συμβάλλει στη θεραπεία της AOS:

Βήμα 1: Εντατικές και συχνές υπηρεσίες.

Βήμα 2: Να μη γίνεται εστίαση μόνο στις μεμονωμένες παραγωγές των ήχων.

Βήμα 3: Πολλαπλές επαναλήψεις.

Βήμα 4: Λεκτικές προσεγγίσεις.

Βήμα 5: Πολυαισθητηριακές μιμήσεις.

Βήμα 6: Δομή πρότασης και αλληλουχίας (Hamaguchi, 2010).

Σύμφωνα με τους Katz et al., μία τελέσφορη θεραπεία, είναι η ηλεκτρομαγνητική αρθρωτογραφία (EMA), η οποία έχει διερευνηθεί ως μέσο για την αποκατάσταση των ελλειμμάτων άρθρωσης του [s] / [ʃ] στην ομιλία ενός ενήλικα με αφασία Broca και με AOS (Katz et al., 1999).

Οι Van Riper και Irwin (1958), αναφέρθηκαν πρώτοι σε μοντέλα παρέμβασης για τη θεραπεία της AOS, χρησιμοποιώντας τη φωνητική τοποθέτηση. Οι Rosenbeck et al. (1973), αργότερα, χρησιμοποίησαν το συνεχές έργο οκτώ (8) βημάτων (που περιγράφηκε παραπάνω), οι Sparks et al. (1974) τη Θεραπεία Μελωδικού Επιτονισμού, οι Chumpelik (1984) & Square et al. (1985) τις Προτροπές για την Αναδιάρθρωση των Στοματικών Μυϊκών Φωνητικών Στόχων (PROMPT) και ο Square – Storer (1989) τη Φωνητική Παραγωγή. Οι Hill (1978) & Wambaugh et al. (1998), επιπλέον, χρησιμοποίησαν τη Φωνητική Προσέγγιση και τις Φωνητικές Αντιθέσεις / Ελάχιστη Ζεύγη Θεραπείας και τέλος, οι Wambaugh et al. (1999) τη διευκόλυνση της μνήμης (Ballard et al., 2000).

Οι Moriarty & Gillon , πρότειναν ότι η καταλυτικότερη θεραπεία της AOS, θα επιτευχθεί, εάν αυξηθεί η σωστή επί τοις εκατό παραγωγή φθόγγων (PPC) σε εκπαιδευμένα στοιχεία ομιλίας, εάν βελτιωθεί σημαντικά η ακρίβεια στην φωνολογική επίγνωση των καθκόντων και, εάν επιτραπεί η χρήση δεξιοτήτων φωνολογικής επίγνωσης και φωνήματος - ήχου (Moriarty & Gillon, 2006).

Οι Shriberg, Lohmeier, Strand & Jakielski (2012), χρησιμοποίησαν τη Διαδικασία Επανάληψης Συλλαβών (SRT) [Shriberg & Lohmeier, 2008] (Fish, 2016), ενώ, οι Thomas et al., αναφέρθηκαν στη Θεραπεία Ταχείων Συλλαβικών Μεταβάσεων (ReST), η οποία χρησιμοποιεί ψευδολέξεις με διαφορετική λεξιλογική

ένταση για να στοχεύσει στην ταυτόχρονη άρθρωση, την προσωδιακή ακρίβεια και τις συναρθρωτικές μεταβάσεις στην AOS (Thomas et al., 2016).

Παρόλο που έχουν αναφερθεί πολλές δοκιμασίες που συμβάλλουν στη θεραπεία της AOS, τα πιο σημαντικά σταθμισμένα τεστ για την αποτελεσματική της θεραπεία αναφέρονται παρακάτω:

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ
Apraxia Battery for Adults (B. L. Dabul).	Για τη μέτρηση της παρουσίας και της σοβαρότητας της απραξίας των άκρων, της στοματικής και προφορικής απραξίας και των αλλαγών με την πάροδο του χρόνου.
Comprehensive Apraxia Test (F. G. DeSimoni).	Για την αξιολόγηση της λεκτικής και της μη λεκτικής απραξίας.
Test of Oral and Limb Apraxia (N. Helm-Estabrooks).	Για την αξιολόγηση της στοματικής απραξίας και της απραξίας των άκρων στις αναπτυξιακές ή επίκτητες νευρολογικές διαταραχές (Hedge, 2008).
The Apraxia Profile (Hickman, 1997).	
Quick Assessment for Apraxia of Speech (Tanner & Cullbertson, 1999)	
Screening Test for Developmental Apraxia of Speech (STDAS – 2) [Blakeley, 2000] (Shiplely & McAfee, 2009).	

4.3. Θεραπευτικές Προσεγγίσεις για τη Θεραπεία της Απραξίας του Λόγου.

Η επικρατούσα θεωρητική προσέγγιση για την AOS, ισχυρίζεται ότι οι διαδικασίες που χτίζουν τη φωνολογική αναπαράσταση ενός μηνύματος είναι ανέπαφες, αλλά το επίπεδο της φωνητικο-κινητικής παραγωγής, αντίθετα, διαταράσσεται (McNeil et al. 1997· Shriberg et al. 1997a· Van der Merwe 1997). Οι Shriberg et al. (1997a), συνόψιζαν αυτές τις προσεγγίσεις με αναφορά στην AOS, ως έλλειμμα στην αλληλούχια των χωροχρονικών πτυχών της μετακίνησης σε προαρθρωτικό επίπεδο (Ballard et al., 2000).

Παράλληλα, πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις δεν υποστηρίζονται από ενδεδειγμένες αποδείξεις. Ωστόσο, οι πτυχές της διαχείρισης που φαίνεται να έχουν συμφωνηθεί είναι οι εξής:

- Η θεραπεία θα πρέπει να είναι εντατική και ιδιαίτερα εξατομικευμένη, με περίπου 3-5 συνεδρίες θεραπείας κάθε εβδομάδα.
- Ένα ανώτατο όριο 30 λεπτών ανά συνεδρία είναι καλύτερο για τα μικρά παιδιά.
- Οι αρχές της Κινητικής Μάθησης και η εντατική πρακτική εξάσκηση των κινήσεων ομιλίας, φαίνεται να είναι η πιο αποτελεσματική.
- Η μη-λεκτική στοματοκινητική θεραπεία δεν είναι αναγκαία ή επαρκής.
- Μια πολυαισθητηριακή προσέγγιση στη θεραπεία μπορεί να είναι ευεργετική, χρησιμοποιώντας τη νοηματική γλώσσα, εικόνες, απτικά και οπτικά ερεθίσματα, καθώς και επαυξητικά και εναλλακτικά μέσα (ASHA, 2007· Newmeyer et al., 2009).

Παρά το γεγονός ότι, αυτές οι πτυχές της θεραπείας υποστηρίζονται από κλινική τεκμηρίωση, δεν υπάρχουν στοιχεία από συστηματικές έρευνες. Στη θέση της η ASHA για την AOS τόνισε, ότι, υπάρχει επιτακτική ανάγκη για συλλογική, διεπιστημονική και προγραμματική έρευνα σχετικά με τα νευρωνικά υποστρώματα,

τις συμπεριφορικές συσχετίσεις και τις θεραπευτικές επιλογές για την AOS (ASHA, 2007).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Από τα παραπάνω, συμπεραίνουμε πως η AOS κατατάσσεται στις MSDs. Τα είδη και οι βαθμοί σοβαρότητας της AOS, βέβαια, διαφέρουν από παιδί σε παιδί. Ακόμη κι ένα μικρό παιδί, διαθέτει επίγνωση της δυσλειτουργίας του και των δυσκολιών που παρουσιάζει στο λόγο και την ομιλία του. Αυτό το γεγονός έχει ως αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ψυχική και σωματική υγεία του παιδιού.

Γι'αυτό το λόγο, είναι αναγκαία προϋπόθεση η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση και αξιολόγηση της AOS. Με αυτό τον τρόπο θα διευκολυνθεί η ζωή των παιδιών αυτών και θα αποβληθούν οι ψυχοσωματικές δυσκολίες που αναπτύχθηκαν, καθώς και το άγχος τους. Για την ομαλότερη υλοποίηση του προγράμματος θεραπείας της AOS, όμως, είναι πρόπον να προσδιοριστούν οι κατάλληλοι μακροπρόθεσμοι και βραχυπρόθεσμοι στόχοι (ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητας και το είδος της AOS που παρουσιάζεται σε κάθε περιστατικό). Για την τελέσφορη θεραπεία του παιδιού, ταυτόχρονα, συνιστάται η πραγματοποίηση ατομικών συνεδριών, με συχνότητα 2 φορές την εβδομάδα τουλάχιστον.

Ως λογοθεραπευτές, οφείλουμε να συμπαραστεκόμαστε, πρώτα απ'όλα, στους γονείς, οι οποίοι οφείλουν να υπομένουν κάθε ενέργεια και διαταραχή του παιδιού τους και, παράλληλα, να στεκόμαστε δίπλα στο παιδί και στις επιτυχίες αλλά και τις αποτυχίες του. Το πιο σημαντικό, παρ'όλα αυτά, είναι η διατήρηση της σχέσης εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου ανάμεσα στο γονέα και το παιδί. Έτσι, τέλος, το παιδί θα είναι σε θέση, αργότερα, να γίνει ενεργό μέλος της κοινωνίας και να αντιμετωπίζει, με σθένος και δύναμη, οποιαδήποτε κατάσταση βρεθεί απέναντί του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Speech – Language – Hearing Association (2007), *Childhood Apraxia of Speech*. Available from: <http://www.asha.org/policy/PS2007-00277/>.
- American Speech – Language – Hearing Association (2007), *Childhood Apraxia of Speech*. Available from: <http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Childhood-Apraxia-of-Speech/>.
- Beathard, B., & Krout, R. (2008). *A music therapy clinical case study of a girl with childhood apraxia of speech: Finding Lily's voice* [Μία μουσικοθεραπεία στην μελέτη μιας κλινικής υπόθεσης ενός κοριτσιού με Παιδική Απραξία του Λόγου: Βρίσκοντας τη φωνή της Lily]. (*The Arts in Psychotherapy* 35, 107-116).
- Ballard, K., Granier, J., & Robin, D. (2000). *Understanding the nature of apraxia of speech: Theory, analysis, and treatment* [Κατανοώντας τη φύση της Απραξίας του Λόγου: Θεωρία, Ανάλυση και Θεραπεία]. (*Aphasiology*, Vol. 14, No. 10, 969-995).
- Childhood Apraxia of Speech. Available from: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/childhood-apraxia-of-speech>.
- Davis, A., (2011). *Αφασιολογία: Διαταραχές και Κλινική Πρακτική*, (Νάσσιος Γ., επιμ.). Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης Α.Ε.
- Duffy, J., (2012). *Νευρογενείς Κινητικές Διαταραχές Ομιλίας: Υποστρώματα, Διαφορική Διάγνωση & Αντιμετώπιση*, (Νάσσιος, Γ. & Ιγνατίου, Μ., επιμ.). Αθήνα: Πασχαλίδης Α.Ε.
- Geuze, R., Jongmans M., Schoemaker, M., Smits-Engelsman, B., (2001). *Clinical and research diagnostic criteria for developmental coordination disorder: a review and discussion* [Κλινικά και διαγνωστικά κριτήρια για την αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού: μία ανασκόπηση και μία συζήτηση]. (*Human Movement Science*, vol. 20).
- Gontier, N. (2008). *Genes, Brains, and Language: An Epistemological Examination of How Genes Can Underlie Human Cognitive Behavior* [Γονίδια, εγκέφαλοι και Ομιλία: Μία επιστημονική εξέταση στο πως τα γονίδια μπορεί να αποτελούν βάση της γνωστικής συμπεριφοράς του ανθρώπου]. (*Review of General Psychology*, Vol. 12, No. 2, 170-180).

- Hamaguchi, P., (2010). *Childhood Speech, Language, and Listening Problems: What every parent should know, 3rd edition* [Παιδικός Λόγος, Ομιλία και Ακουστικά προβλήματα: Τι πρέπει να γνωρίζει κάθε γονέας]. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Hedge, M., (2014), *Οδηγός Λογοθεραπευτικής Αξιολόγησης* (3^η έκδοση), (Γερμανά, Ε. επιμ.). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- Hort, H. (2009). *Are Oral and Verbal Motor Functions Related to Manual and Overall Motor Performance in Children with Developmental Apraxia of Speech?* [Σχετίζονται οι προφορικές και οι λεκτικές λειτουργίες στη χειρωνακτική και συνολική κινητική εκτέλεση στα παιδιά με Αναπτυξιακή Απραξία του Λόγου;].
- Jongsma, A., Vander – Woude, J., & Landis, K., (2010). *Οδηγός σχεδιασμού λογοθεραπευτικής παρέμβασης*, (Ταφιάδης, Δ., επιμ.). Αθήνα: Εκδόσεις Ρόδων.
- Katz, W., Bharadwaj, S., & Carstens, B. (1999). *Electromagnetic Articulography Treatment for an Adult With Broca's Aphasia and Apraxia of Speech* [Θεραπεία ηλεκτρομαγνητικής αρθρωτογραφίας σε έναν ενήλικο με Αφασία Broca και με Απραξία του Λόγου].
- Lambert, A. (2001), *The Description and Comparison of Feature Retention Patterns for Children With Phonological Impairment, Developmental Apraxia Of Speech, and Typically Developmental Children* [Η περιγραφή και η σύγκριση των χαρακτηριστικών μοτίβων διατήρησης σε παιδιά με Φωνολογική Διαταραχή, Αναπτυξιακή Απραξία του Λόγου και σε τυπικής ανάπτυξης παιδιά].
- Lass, N., (1981). *Speech and Language: Advances in Basic Research and Practice* [Λόγος και Ομιλία: Πρόοδοι στη βασική έρευνα και πρακτική]. New York: Academic Press.
- Le Normand, M., Vaivre-Douret, L., Payan, C. & Cohen, H. (2000). *Neuromotor Development and Language Processing in Developmental Dyspraxia: A Follow-Up Case Study* [Νευροκινητική ανάπτυξη και επεξεργασία της ομιλίας στην αναπτυξιακή Δυσπραξία]. (Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, No.3, pp. 408-417).
- Lewis, R., & Timothy, P. (2009). *Merritt's Neurology (12th edition)* [Νευρολογία του Merritt (12^η έκδοση)].
- Marshalla, P. (2001). *Becoming Verbal With Childhood Apraxia: New Insights on Piaget for Today's Therapy* [Πως θα γίνουμε λετικοί με την Παιδική Απραξία του Λόγου: Νέες ιδέες στη σημερινή θεραπεία του Piaget]. USA.

- Morgan, A., Fisher, S., Scheffer, I., & Hildebrand, M. (2016). *FOXP2-Related Speech and Language Disorders* [Διαταραχές Λόγου και Ομιλίας που σχετίζονται με το FOXP2].
- Mostofsky, S., Dubey, P., Jerath, V., Jansiewicz, E., Goldberg, M., & Denckla, M. (2006). *Developmental dyspraxia is not limited to imitation in children with autism spectrum disorders* [Η αναπτυξιακή Δυσπραξία δεν περιορίζει τη μίμηση σε ένα παιδί με διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος]. (Journal of the International Neuropsychological Society, 12, 314-326), USA: Cambridge University Press.
- Murdoch, B. (2008). *Προβλήματα Λόγου και Ομιλίας*, (Καμπαναρου, Μ., επιμ.). Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- Newmeyer, A., Aylward, C., Akers, R., Ishikawa, K., Grether, S., DeGrauw, T., Grasha, C., & White, J. (2009). *Results of the Sensory Profile in Children With Suspected Childhood Apraxia of Speech* [Τα αποτελέσματα από το αισθητηριακό προφίλ των παιδιών με υποψία Παιδικής Απραξίας του Λόγου].
- Shipley K., & McAfee, J. (2013). *Διαγνωστικές Προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία* (4^η έκδοση/1^η ελληνική έκδοση)(Βιρβιδάκη, Ε. & Ταφιάδης, Δ. μεταφρ. και επιμ.). Αθήνα: GOTSIS.
- Thomas, D., McCabe, P., Ballard, K., & Lincoln, M. (2016). *Telehealth delivery of Rapid Syllable Transitions (ReST) Treatment For Childhood Apraxia of Speech* [Πως βοηθάει η Τηλεϊατρική στη ταχεία θεραπεία συλλαβικής μετάβασης (ReST) στα παιδιά με Απραξία του Λόγου].
- Tierney, C., Pitterle, K., Kurtz, M., Nakhla, M., Todorow, C. (2016). *Bridging the Gap Between Speech and Language: Using Multimodal Treatment in a Child With Apraxia* [Γεφυρώνοντας το χάσμα μεταξύ γλώσσας και ομιλίας: Χρησιμοποιώντας πολυτροπική θεραπεία σε ένα παιδί με απραξία].
- Turner, S., Hildebrand, M., Block, S., Damiano, J., Fahey, M., Reilly, S., Bahlo, M., Scheffer, I., & Morgan, A. (2013). *Small Intragenic Deletion in FOXP2 Associated With Childhood Apraxia of Speech and Dysarthria* [Μικρή ενδογονική διαγραφή στο FOXP2 η οποία σχετίζεται με την Παιδική Απραξία του Λόγου και τη Δυσαρθρία]. (American Journal of medical genetics, part A).
- Wambaugh, J., (2006). *Treatment Guidelines for Apraxia of Speech: Lessons for Future Research*. [Κατευθυντήριες γραμμές στη θεραπεία της Απραξίας του Λόγου: Μαθήματα για μελλοντική έρευνα]. (Journal of Medical Speech-Language Pathology, vol. 14, No. 4).

- Βάιος. (2010). *Ψυχοφυσιολογία Ακοής, Λόγου και Ομιλίας* [Πανεπιστημιακές Σημειώσεις]. Τεχνολογικό Ίδρυμα Ηπείρου, Τμήμα Λογοθεραπείας, Β' Εξάμηνο, Ιωάννινα.
- Γερμανά Ε. (2014). *Αφασίες και Συναφείς Διαταραχές του Λόγου* [Πανεπιστημιακές Σημειώσεις]. Τεχνολογικό Ίδρυμα Πελοποννήσου, Τμήμα Λογοθεραπείας, Ε' Εξάμηνο, Καλαμάτα.
- Δρόσος Κ. (2012). *Κλινική Άσκηση 3* [Πανεπιστημιακές Σημειώσεις]. Τεχνολογικό Ίδρυμα Ηπείρου, Τμήμα Λογοθεραπείας, ΣΤ' Εξάμηνο, Ιωάννινα.
- Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- Καρπαθίου, Χ. (1998). *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία Τόμος 1^{ος}, Φυσιολογία, Παθολογία, Διάγνωση*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
- Κουλιέρη Γ. (2012). *Εισαγωγή στη Λογοπαθολογία* [Πανεπιστημιακές Σημειώσεις]. Τεχνολογικό Ίδρυμα Πελοποννήσου, Τμήμα Λογοθεραπείας, Α' Εξάμηνο, Καλαμάτα.
- Μεσσήνης, Λ., & Αντωνιάδης, Γ. (2001). *Νευρολογικές Διαταραχές Ομιλίας, Νευρολογικά Στοιχεία & Χειρισμός*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- Νάσσιος Γ. (2012). *Νευρογενείς Κινητικές Διαταραχές* [Πανεπιστημιακές Σημειώσεις]. Τεχνολογικό Ίδρυμα Ηπείρου, Τμήμα Λογοθεραπείας, Ζ' Εξάμηνο, Ιωάννινα.
- Νησιώτη Μ. (2012). *Κλινική Άσκηση 4* [Πανεπιστημιακές Σημειώσεις]. Τεχνολογικό Ίδρυμα Ηπείρου, Τμήμα Λογοθεραπείας, Ζ' Εξάμηνο, Ιωάννινα.
- Νικολόπουλος, Δ. (2008). *Γλωσσική Ανάπτυξη και Διαταραχές*. Αθήνα: Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ και ιδίου.
- Πρώιου, Χ. (2003). *Δυσφαγία, Δυσφασία, Δυσαρθρία*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παπούλης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Στοματοπροσωπικός έλεγχος.

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ

ΚΑΤΑΠΟΣΗ: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:.....
.....
.....

Για να διαπιστώσουμε εάν ο ασθενής έχει κάποια νευρογενή κινητική διαταραχή ομιλίας θα πρέπει να αξιολογήσουμε τα παρακάτω:

ΠΡΟΣΩΠΟ:

Έλεγχος των μυών του προσώπου του ασθενή:

Α) Παρατηρούμε προσεχτικά το πρόσωπο του ασθενή α) σε ηρεμία β) σε κίνηση. Προσπαθούμε να διαπιστώσουμε εάν υπάρχει συμμετρία ή εάν υπάρχει κάποια σπαστικότητα στους μύες.

Συμμετρία προσώπου σε ηρεμία:

<input type="checkbox"/> Αριστερή αδυναμία	<input type="checkbox"/> Δεξιά αδυναμία	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη αδυναμία	<input type="checkbox"/> Φυσιολογική
--	---	--	--------------------------------------

Συμμετρία προσώπου σε κίνηση:

<input type="checkbox"/> Αριστερή αδυναμία	<input type="checkbox"/> Δεξιά αδυναμία	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη αδυναμία	<input type="checkbox"/> Φυσιολογική
--	---	--	--------------------------------------

Σπαστικότητα των μυών του προσώπου σε ηρεμία:

<input type="checkbox"/> Αριστερή σπαστικότητα	<input type="checkbox"/> Δεξιά σπαστικότητα	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη σπαστικότητα	<input type="checkbox"/> Φυσιολογική
--	---	--	--------------------------------------

Β) Παρατηρούμε προσεχτικά το πρόσωπο του ασθενή α) σε ηρεμία β) σε κίνηση και ελέγχουμε εάν είναι εκφραστικό ή όχι.

<input type="checkbox"/> Εκφραστικό πρόσωπο	<input type="checkbox"/> Μη εκφραστικό πρόσωπο
---	--

Γ) Σε φυσιολογικά άτομα, όταν στρέφουν το βλέμμα τους προς τα επάνω με το κεφάλι σταθερό, δημιουργείται ζάρωμα στις δυο πλευρές του προσώπου.

Για να το διαπιστώσουμε αυτό ζητάμε από τον ασθενή να κοιτάξει προς τα επάνω χωρίς να κουνήσει το κεφάλι του.

<input type="checkbox"/> Αριστερό ζάρωμα	<input type="checkbox"/> Δεξιό ζάρωμα	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρο ζάρωμα	<input type="checkbox"/> Καθόλου ζάρωμα
---	--	---	--

ΣΤΟΜΑ:

Είναι το στόμα του ασθενή συμμετρικό σε ηρεμία; Για να το διαπιστώσουμε αυτό παρατηρούμε προσεχτικά το στόμα του, όταν ο ασθενής είναι σε ηρεμία.

<input type="checkbox"/> Αριστερή αδυναμία	<input type="checkbox"/> Δεξιά αδυναμία	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη αδυναμία	<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό
---	--	---	--------------------------------------

Έλεγχος σε κίνηση κατά τη διάρκεια της συζητήσεώς μας με τον ασθενή. Παρατηρούμε εάν το στόμα του είναι συμμετρικό σε κίνηση.

<input type="checkbox"/> Αριστερή αδυναμία	<input type="checkbox"/> Δεξιά αδυναμία	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη αδυναμία	<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό
---	--	---	--------------------------------------

ΧΕΙΛΙΑ:

Δύναμη των χειλιών:

Ζητάμε από τον ασθενή να φουσκώσει τα μάγουλά του με αέρα, εμείς πιέζουμε τα μάγουλά του και αυτός προσπαθεί να κρατήσει μέσα τον αέρα.

<input type="checkbox"/> Δυνατά χείλη	<input type="checkbox"/> Χείλη σε Χαλάρωση
---------------------------------------	--

Ζητάμε από τον ασθενή να σουφρώσει τα χείλη του κάνοντας ένα φιλί. Με αυτή τη δοκιμασία παρατηρούμε τη δύναμη των χειλιών και το εύρος της κίνησής τους.

<input type="checkbox"/> Αριστερή αδυναμία	<input type="checkbox"/> Δεξιά αδυναμία	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη αδυναμία	<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό
---	--	---	--------------------------------------

ΣΑΓΟΝΙ:

Δύναμη του σαγονιού:

Όταν ο ασθενής είναι σε ηρεμία με κλειστό το στόμα, παρατηρούμε εάν το σαγόني του πέφτει προς τα κάτω με αποτέλεσμα να ανοίγει το στόμα του.

<input type="checkbox"/> Αριστερή αδυναμία	<input type="checkbox"/> Δεξιά αδυναμία	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη αδυναμία	<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό
---	--	---	--------------------------------------

Κίνηση σαγονιού:

Ζητάμε από τον ασθενή να κλείσει το στόμα του και να κινήσει το σαγόνι του δεξιά αριστερά.

<input type="checkbox"/> Αριστερή αδυναμία	<input type="checkbox"/> Δεξιά αδυναμία	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη αδυναμία	<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό
--	---	--	--------------------------------------

Επαναλαμβάνουμε την ίδια δοκιμασία με ανοιχτό το στόμα.

<input type="checkbox"/> Αριστερή αδυναμία	<input type="checkbox"/> Δεξιά αδυναμία	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη αδυναμία	<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό
--	---	--	--------------------------------------

Δύναμη σαγονιού:

Για να ελέγξουμε τη δύναμη των μυών του σαγονιού, ζητάμε από τον ασθενή να προσπαθήσει να διατηρήσει κλειστό το στόμα του, ενώ εμείς πιέζουμε προς τα κάτω το σαγόνι του προσπαθώντας να του ανοίξουμε το στόμα.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Αδυναμία
--------------------------------------	-----------------------------------

Ζητάμε από τον ασθενή να προσπαθήσει να διατηρήσει ανοιχτό το στόμα του, ενώ εμείς πιέζουμε προς τα πάνω το σαγόνι του προσπαθώντας να του κλείσουμε το στόμα.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Αδυναμία
--------------------------------------	-----------------------------------

ΓΛΩΣΣΑ:

Αρχικά ελέγχουμε το μέγεθος της γλώσσας του ασθενή, όταν είναι σε ηρεμία:

<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Υπερτροφία	<input type="checkbox"/> Συρρίκνωση
--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Ελέγχουμε εάν η γλώσσα έχει φυσιολογικό χρώμα και υφή:

<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Παθολογική
--------------------------------------	-------------------------------------

Ελέγχουμε εάν η γλώσσα του ασθενή είναι συμμετρική σε ηρεμία:

<input type="checkbox"/> Απόκλιση προς Αριστερά	<input type="checkbox"/> Απόκλιση προς Δεξιά	<input type="checkbox"/> Φυσιολογική
---	--	--------------------------------------

Ελέγχουμε εάν η γλώσσα του ασθενή παραμένει σταθερή κατά τη διάρκεια της ηρεμίας:

<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Χορεία	<input type="checkbox"/> Δυστονία
--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Ελέγχουμε εάν ο ασθενής μπορεί να εξωθήσει τη γλώσσα του:

Για να επιτευχθεί αυτή η δοκιμασία ζητάμε από τον ασθενή να ανοίξει το στόμα του και να εξωθήσει τη γλώσσα του.

<input type="checkbox"/> Απόκλιση προς Αριστερά	<input type="checkbox"/> Απόκλιση προς Δεξιά	<input type="checkbox"/> Φυσιολογική
---	--	--------------------------------------

Για να ελέγξουμε το εύρος της κινητικότητας της γλώσσας του ασθενή του ζητάμε:

α) να ακουμπήσει με την άκρη της γλώσσας του το άνω χείλος:

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Αδυναμία
--------------------------------------	-----------------------------------

β) να περιστρέψει τη γλώσσα του γύρω από τα χείλη του (γλείψιμο χειλιών):

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Αδυναμία
--------------------------------------	-----------------------------------

γ) Ζητάμε από τον ασθενή να κινήσει γρήγορα τη γλώσσα του από τη μια άκρη των χειλιών στην άλλη (δεξιά-αριστερά):

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Αδυναμία
--------------------------------------	-----------------------------------

Για να ελέγξουμε τη δύναμη της γλώσσας του ασθενή του ζητάμε να την εξωθήσει και να προσπαθήσει να την διατηρήσει έξω, ενώ εμείς την σπρώχνουμε με το γλωσσοπίεστρο προς τα μέσα.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Αδυναμία
--------------------------------------	-----------------------------------

Ακόμη ελέγχουμε και αν ο ασθενής μπορεί να διατηρήσει σταθερή τη γλώσσα του.

<input type="checkbox"/> Αριστερή αδυναμία	<input type="checkbox"/> Δεξιά αδυναμία	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη αδυναμία	<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό
--	---	--	--------------------------------------

Για τη δοκιμασία αυτή ζητάμε από τον ασθενή να βγάλει έξω τη γλώσσα του και να την διατηρήσει σταθερή στο κέντρο, ενώ εμείς την πιέζουμε με το γλωσσοπίεστρο δεξιά και αριστερά:

<input type="checkbox"/> Αριστερή αδυναμία	<input type="checkbox"/> Δεξιά αδυναμία	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη αδυναμία	<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό
--	---	--	--------------------------------------

Ζητάμε από τον ασθενή να κλείσει το στόμα του και να τοποθετήσει τη γλώσσα του στο εσωτερικό των μαγουλών και να την διατηρήσει εκεί σταθερή, ενώ εμείς πιέζουμε με το χέρι μας το μάγουλο και κατ' επέκταση τη γλώσσα του:

<input type="checkbox"/> Αριστερή αδυναμία	<input type="checkbox"/> Δεξιά αδυναμία	<input type="checkbox"/> Αμφίπλευρη αδυναμία	<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό
--	---	--	--------------------------------------

Ζητάμε από τον ασθενή να τοποθετήσει τη γλώσσα του ψηλά στο φατνίο. Έτσι εξετάζουμε εάν η γλώσσα του ανυψώνεται φυσιολογικά:

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Αδυναμία
--------------------------------------	-----------------------------------

Τέλος ελέγχουμε και τη διαδοχική κίνηση της γλώσσας.

Ζητάμε από τον ασθενή να μας πει πολλές φορές και γρήγορα την συλλαβή /ta/:

<input type="checkbox"/> Αργή	<input type="checkbox"/> Μη συγχρονισμένη	<input type="checkbox"/> Φυσιολογική
-------------------------------	---	--------------------------------------

ΥΠΕΡΩΑ-ΦΑΡΥΓΓΑΣ:

Αρχικά παρατηρούμε την υπερώα σε ηρεμία:

<input type="checkbox"/> Ψηλή υπερώα	<input type="checkbox"/> Στενή υπερώα	<input type="checkbox"/> Φυσιολογική υπερώα
--------------------------------------	---------------------------------------	---

Για να ελέγξουμε εάν η υπερώα του ασθενή ανυψώνεται, του ζητάμε να παράγει ένα παρατεταμένο /αααααααα/.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Αδυναμία
--------------------------------------	-----------------------------------

Για να ελέγξουμε εάν στον ασθενή εκλύεται το αντανακλαστικό της εξεμέσεως, αρκεί να αγγίξουμε με ένα γλωσσοπίεστρο το τοίχωμα του φάρυγγα.

<input type="checkbox"/> Εκλύεται το αντανακλαστικό	<input type="checkbox"/> Δεν εκλύεται το αντανακλαστικό
---	---

ΛΑΡΥΓΓΑΣ:

Υπάρχουν τρεις ασκήσεις για να αξιολογήσουμε τη δύναμη και το εύρος των κινήσεων των μυων της προσαγωγής και της απαγωγής του λάρυγγα.

1) Ζητάμε από τον ασθενή να βήξει δυνατά για να εξετάσουμε τους προσαγωγούς μύες του λάρυγγα και τη γλωττιδική πίεση.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικός	<input type="checkbox"/> Αδύναμος βήχας	<input type="checkbox"/> Λαχανιασμένος ή κοπιώδης βήχας
---------------------------------------	---	---

2) Ζητάμε από τον ασθενή να μας παραγάγει μια δυνατή κραυγή. Αν το κάνει αυτό, σημαίνει ότι έχει αρκετή δύναμη ώστε να κλείνει τη γλωττίδα.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Αδυναμία
--------------------------------------	-----------------------------------

3) Ζητάμε από τον ασθενή να κάνει μια δυνατή εισπνοή. Αν η δοκιμασία επιτευχθεί, τότε σημαίνει ότι οι φωνητικές χορδές του ασθενή απάγονται επαρκώς κατά την αναπνοή.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Αδυναμία
--------------------------------------	-----------------------------------

ΟΜΙΛΙΑ:

Για να εξετάσουμε τη φώνηση του ασθενή, του λέμε να παραγάγει ένα παρατεταμένο /ααααααα/.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Αδυναμία
--------------------------------------	-----------------------------------

Για να εξετάσουμε την καταληπτότητα του ασθενή θα του δώσουμε ένα κείμενο 10 γραμμών να το διαβάσει αργά και καθαρά.

<input type="checkbox"/> Καταληπτό	<input type="checkbox"/> Ακατάληπτο
------------------------------------	-------------------------------------

Επίσης, μέσα από την ανάγνωση του ασθενή θα αξιολογήσουμε το ρυθμό και την προσωδία του.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Παθολογικό
--------------------------------------	-------------------------------------

Βέβαια όλα τα παραπάνω μπορούν να αξιολογηθούν και μέσα από τη συνομιλία μας με τον ασθενή (αυθόρμητος λόγος).

Υποουρήματα της ομιλίας

Για να αξιολογήσουμε την ΑΝΤΙΧΗΣΗ του ασθενή:

1) Μπορούμε να τοποθετήσουμε ένα καθρεφτάκι κάτω από τη μύτη του ασθενή και θα του ζητήσουμε να παραγάγει ένα παρατεταμένο μμμμ. Το καθρεφτάκι πρέπει να θολώσει.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Παθολογικό
--------------------------------------	-------------------------------------

2) Μπορούμε να τοποθετήσουμε ένα καθρεφτάκι κάτω από τη μύτη του ασθενή και θα του ζητήσουμε να παραγάγει ένα παρατεταμένο φφφφφφ. Το καθρεφτάκι δεν πρέπει να θολώσει.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Παθολογικό
--------------------------------------	-------------------------------------

3) Την ίδια δοκιμασία μπορούμε να την επαναλάβουμε δίνοντας στον ασθενή μια πρόταση με ρινικά φωνήματα και ζητώντας του να την επαναλάβει. Το καθρεφτάκι πρέπει να θολώσει.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Παθολογικό
--------------------------------------	-------------------------------------

4) Στην συνέχεια θα δώσουμε στον ασθενή μια πρόταση με μη ρινικά φωνήματα και θα του ζητήσουμε να την επαναλάβει. Το καθρεφτάκι δεν πρέπει να θολώσει.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Παθολογικό
--------------------------------------	-------------------------------------

Για να ελέγξουμε την **ΑΡΘΡΩΣΗ** του ασθενή του ζητάμε να μας παραγάγει επαναλαμβανόμενα για 5'' τις συλλαβές /pa-ta-ka/. Με την δοκιμασία αυτή ελέγχουμε τη διαδοχοκίνηση του ασθενή.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Παθολογικό
--------------------------------------	-------------------------------------

Ζητάμε από τον ασθενή να μας πει ένα /pa/ μεμονωμένο και μετά ένα /ka/. Η δοκιμασία αυτή γίνεται για να διαπιστώσουμε εάν ο ασθενής διαχωρίζει τους ήχους ή τους αρθρώνει ως ίδιους

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Παθολογικό
--------------------------------------	-------------------------------------

Ζητάμε από τον ασθενή να μας πει ένα /pa/ επαναλαμβανόμενο για 5''.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογικό	<input type="checkbox"/> Παθολογικό
--------------------------------------	-------------------------------------

Δίνουμε στον ασθενή να διαβάσει ένα κείμενο 10 γραμμών και ελέγχουμε εάν η άρθρωση του είναι σωστή (η δοκιμασία αυτή μπορεί να γίνει παράλληλα με την αξιολόγηση της καταληπτότητας της ομιλίας, στο ίδιο κείμενο).

<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Παθολογική
--------------------------------------	-------------------------------------

Για να ελέγξουμε την **ΑΝΑΠΝΟΗ** του ασθενή του ζητάμε να πάρει μια βαθιά ανάσα από τη μύτη με κλειστό στόμα και έπειτα να βγάλει τον αέρα παράγοντας ταυτόχρονα και ένα παρατεταμένο sssssssss. Εμείς ελέγχουμε εάν ο χρόνος εκπνοής του είναι φυσιολογικός.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Παθολογική
--------------------------------------	-------------------------------------

Για να επιβεβαιώσουμε την προηγούμενη δοκιμασία μπορούμε να την επαναλάβουμε ζητώντας από τον ασθενή να παράγει κατά την εκπνοή ένα παρατεταμένο zzzzzzzz.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Παθολογική
--------------------------------------	-------------------------------------

Σε όλες τις προαναφερόμενες δοκιμασίες, για να έχουμε αντικειμενικά αποτελέσματα πρέπει να είμαστε φιλικόι με τον ασθενή και συνεπείς με τη διαδικασία της εξέτασης και με το χρόνο που απαιτείται για την κάθε δοκιμασία.

Ζητάμε από τον ασθενή να πάρει μια βαθιά ανάσα από τη μύτη με κλειστό στόμα και έπειτα να βγάλει τον αέρα με διακεκομμένες εκπνοές παράγοντας ένα διακεκομμένο α.

<input type="checkbox"/> Φυσιολογική	<input type="checkbox"/> Παθολογική
--------------------------------------	-------------------------------------

Εικόνες 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40. Φόρμα αξιολόγησης στοματοπροσωπικού ελέγχου (Καμπανάρου, 2007· σ.350-358, παράρτημα κεφ.8).

Αξιολόγηση μέσω της ανάγνωσης.

Παρακάτω παρατείνονται ενδεικτικά κείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση μέσω της ανάγνωσης. Πριν από κάθε κείμενο αναγράφεται η ηλικία των παιδιών στα οποία απευθύνεται:

Το πρώτο κείμενο με τη μαϊμού είναι για παιδιά 6-8 ετών (Α'-Γ' Δημοτικού) γιατί έχει εύκολο λεξιλόγιο, οι ήρωες είναι πιο κοντά σε αυτή την ηλικία (ψαράδες, μαϊμού), έχει απλή πλοκή και δίνει το νόημα του κειμένου χωρίς να χρειαστεί τα παιδιά να σκεφτούν. Μοιάζει πολύ με τα παραμύθια ή τους μύθους του Αισώπου που το δίδαγμα δίνεται ξεκάθαρα στο τέλος: «Αφού δεν ξέρω να ψαρεύω, τι μου ήρθε να κάνω τον ψαρά;»

Το δεύτερο κείμενο με το τόπι απευθύνεται σε λίγο μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά (9-12 ετών) γιατί είναι πιο σύνθετο. Τα παιδιά πρέπει να σκεφτούν ποιος ήταν ο στόχος των παιδιών, γιατί έπεσε τελικά ο πελαργός από τη σκεπή, καθώς και εάν τελικά κατάφεραν το στόχο τους ή όχι.

Το τρίτο κείμενο με τους οδοιπόρους και το τσεκούρι είναι για μαθητές γυμνασίου, λυκείου και ενήλικες, γιατί έχει πιο δύσκολο λεξιλόγιο (οδοιπόροι, λοτόμοι). Επίσης, όλο το νόημα του κειμένου, βασίζεται στο παιχνίδι ανάμεσα στην κλίση ρημάτων (βρήκαμε – βρήκες, χαθήκαμε – χάθηκα) που απαιτεί σύνθετη σκέψη για να καταλάβει ο αναγνώστης του κειμένου.

ΚΕΙΜΕΝΟ 1

Η Μαϊμού και οι Ψαράδες

Κάποτε, μια μαϊμού πηδώντας από δέντρο σε δέντρο, έφτασε στην ακροθαλασσιά κι εκεί κάθισε πάνω σ' ένα χοντρό κλαδί και κοιτούσε τους ψαράδες.

Είχανε ρίξει από την νύχτα τα παραγάδια τους και τώρα τα τραβούσαν έξω, χωμένοι ως τη μέση στο νερό, και σιγά-σιγά, εκείνα έβγαιναν στην επιφάνεια, γεμάτα ψάρια. Οι ψαράδες τα έσυραν στην αμμουδιά κι έπειτα πήγαν να πλαγιάσουν κάτω από κάτι δέντρα, για να ξεκουραστούν, κι εκεί τους πήρε ο ύπνος.

Η μαϊμού, που τους είχε παρακολουθήσει, χωρίς εκείνοι να την αντιληφθούν, όταν τους είδε να ξεμακραίνουν, κατέβηκε από το δέντρο της, πήγε κοντά στα δίχτυα και κοιτούσε τα πιασμένα ψάρια, που σπαρταρούσαν ακόμα.

"Όμορφη δουλειά είναι αυτή και πολύ εύκολη", είπε μέσα της. "Ρίχνεις αυτό το πράγμα στη θάλασσα, κι έπειτα το σέρνεις στην αμμουδιά και έχει τόσα ψάρια ώστε μπορούν να φάνε και να χορτάσουν δέκα μαϊμούδες".

Αποφάσισε λοιπόν να κάνει κι αυτή το ίδιο και βάλθηκε να ρίξει τα δίχτυα στη θάλασσα. Αλλά, καθώς ήταν άμαθη από τέτοια, όπως τα έσερνε από δω και από κεί, βρέθηκε πιασμένη μέσα στα δίχτυα και δεν μπορούσε πια να βγει, όσο και αν πάλευε.

"Καλά να πάθω!", είπε μέσα της. "Αφού δεν ξέρω να ψαρεύω, τι μου ήρθε να κάνω τον ψαρά;"

Το παραπάνω κείμενο πάρθηκε από το βιβλίο 135 Μύθοι του Αισώπου (σελ. 128) Διασκευή: Γ. Τσουκαλά. ΑΘΗΝΑ: Εκδόσεις ΑΓΚΥΡΑ.

ΚΕΙΜΕΝΟ 2

Ένα απόγευμα, μια συντροφιά από παιδιά έπαιζαν με ένα τόπι στο δρόμο. Κάποια στιγμή, τους ξέφυγε και στάθηκε ακριβώς στο λούκι της στέγης, που μάζευε τα νερά της βροχής. Άρχισαν να σκέφτονται διάφορες ιδέες για να πιάσουν το τόπι τους, όπως να ανέβουν στα κεραμίδια, ή να χρησιμοποιήσουν ένα μακρύ καλάμι. Σαν πιο έξυπνη τους φάνηκε η ιδέα της σφεντόνας. Καλό σημάδι χρειαζόταν και το τοπάκι θα ήταν πάλι στα χέρια τους.

Τράβηξε τη σφεντόνα ο πιο σβέλτος της παρέας, σημάδεψε στην κορυφή το τόπι και η πέτρα τινάχτηκε με ορμή στον αέρα. Ασάλευτα όμως έμειναν όλα τα παιδιά, όταν ξαφνικά είδαν τον Πελαργό να πέφτει καταγής στο δρόμο.

Βρισκόταν στην άκρη της στέγης, όταν η πέτρα ξέφυγε από το στόχο της και τον χτύπησε στο κεφάλι.

Το κορμί του τινάχτηκε πάνω στο δρόμο δυο-τρεις φορές. Κατόπιν έμεινε ακίνητο.

Το παραπάνω κείμενο πάρθηκε από το βιβλίο της Μαρίας Μάρθας Φλωράτου (2005) **Μαθησιακές δυσκολίες και όχι τεμπελιά** (σελ. 113) Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.

ΚΕΙΜΕΝΟ 3

Οι Οδοιπόροι και το τσεκούρι

Κάποτε, δύο φίλοι ξεκίνησαν για κάποια δουλειά τους και περπατούσαν συζητώντας.

Εκεί που βάνιζαν, μέσα σ'ένα δάσος, ο ένας απ' αυτούς πρόσεξε πως κάτι γυάλιζε ανάμεσα στα χόρτα. Έσκυψε να δει τι ήτανε και σήκωσε ένα τσεκούρι ολοκαίνουργιο.

- Βρήκαμε ένα τσεκούρι! Φώναξε χαρούμενος ο σύντροφός του. Εκείνος όμως, που είχε βρει το τσεκούρι ταραχτήκε και του λέει:
- Να μη λες βρήκαμε ένα τσεκούρι, μόνο να λες: βρήκες ένα τσεκούρι.

Αλλά, καθώς προχωρούσαν, αντάμωσαν τρεις - τέσσερις λωτόμους, που είχανε χάσει το καινούργιο τους τσεκούρι κι έψαχναν να το βρουν. Όταν είδαν τους δυο οδοιπόρους, που ο ένας τους κρατούσε το τσεκούρι, έπεσαν απάνω τους θυμωμένοι.

- Χαθήκαμε! Φώναξε εκείνος που είχε βρει το τσεκούρι και το κρατούσε στα χέρια του.

Γυρίζει τότε ο φίλος του και του λέει:

- Να μη λες χαθήκαμε, να λες χάθηκα! Ούτε όταν βρήκες το τσεκούρι μ' ήθελες για σύντροφό σου, ούτε τώρα που θα σου το πάρουν και θα φας ξύλο θέλω να μ' έχεις σύντροφό σου!

Το παραπάνω κείμενο πάρθηκε από το βιβλίο **135 Μύθοι του Αισώπου** (σελ. 176)
Διασκευή: Γ. Τσουκαλά. ΑΘΗΝΑ: Εκδόσεις ΑΓΚΥΡΑ.

(Καμπανάρου, 2007).

Βραχυπρόθεσμοι στόχοι και δραστηριότητες.

ΣΤΟΧΟΣ: Να συνεργαστεί εκούσια σε μία ιατρική/νευρολογική εξέταση.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Συζητήστε με την ιατρική ομάδα σχετικά με την υπάρχουσα διάγνωση το θεραπευόμενου, το ιατρικό ιστορικό, την προηγούμενη θεραπεία και τη δυνατότητα αποκατάστασης.

ΣΤΟΧΟΣ: Να συμμετέχει εκούσια σε μία λογοπαθολογική αξιολόγηση.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Πραγματοποιήστε μια πλήρη λογοπαθολογική αξιολόγηση εστιάζοντας στη στοματοπροσωπική εξέταση και κυρίως στην ικανότητα του θεραπευόμενου να πραγματοποιήσει αυτοματοποιημένες και εκούσιες Στοματικές Κινήσεις.

ΣΤΟΧΟΣ: Να συμμετέχει μαζί με την οικογένεια/φροντιστές σε μια συνάντηση όπου θα ενημερωθεί για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και θα συμφωνήσει με τις προτάσεις για τη στρατηγική παρέμβαση.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Προγραμματίστε μια συνάντηση με την επιστημονική ομάδα και με την οικογένεια του θεραπευόμενου για να συζητήσετε τα συμπεράσματα της αξιολόγησης, την πρόγνωση για την αποκατάσταση των δεξιοτήτων επικοινωνίας και τη στρατηγική παρέμβαση, βασισμένη στις επικοινωνιακές του ανάγκες.

ΣΤΟΧΟΣ: Να συσχετίσει τη χρήση εκούσιων κινήσεων με συμβολικά (χωρίς ομιλία) ερεθίσματα.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Καθοδηγήστε τον θεραπευόμενο στα αρχικά στάδια της Θεραπείας Οπτικής Δράσης (VAT - Visual Action Therapy). Ζητήστε από τον θεραπευόμενο να ανιχνεύσει μεγάλες εικόνες λειτουργικών αντικειμένων με το δάχτυλό του, δίνοντάς του βοήθεια (οδηγώντας του το χέρι), αν δεν είναι ικανός να αναγνωρίσει τις εικόνες εκούσια.

ΣΤΟΧΟΣ: Να επιδείξει ηθελημένο έλεγχο κάνοντας χειρονομίες με τα χέρια με ακρίβεια 90%.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Εκπαιδεύστε τον θεραπευόμενο μα δίνει απαντήσεις δείχνοντας με το χέρι, όταν η παρουσίαση γίνεται με οπτικά ερεθίσματα για να αποκτήσει την αίσθηση εκούσιου ελέγχου. Κατά την επίδειξη διαφόρων φωτογραφιών να δείξει τη συγκεκριμένη φωτογραφία. Επεκτείνετε την διαδικασία αυτή σε μια ανοιχτή συνομιλία η οποία θα απαιτεί από το θεραπευόμενο να ολοκληρώσει το θέμα δείχνοντας τη σωστή φωτογραφία, την οποία θα επιλέξει από ένα σύνολο τριών ή τεσσάρων φωτογραφιών.

Διδάξτε το θεραπευόμενο να χρησιμοποιεί ένα σύνολο συμβολική χειρονομιών (π.χ. να έχει το ένα χέρι του σε σχήμα μισοφέγγαρου και να το κινεί μπρος και πίσω από το στόμα του για τη λέξη «πίνω») και να κάνει χειρονομίες την ώρα που λέει τη λέξη. Ζητήστε από το θεραπευόμενο να μιμηθεί τη χειρονομία χωρίς να μιλήσει, αν δεν είναι ικανός να πραγματοποιήσει τη διαδικασία εκούσια, του παρέχουμε βοήθεια.

ΣΤΟΧΟΣ: Να αυξήσει το εύρος ανοίγματος του στόματος για να βελτιώσει την κινητικότητα των στοματικών δομών.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετακινήστε την κάτω γνάθου του θεραπευόμενου με το χέρι έως ότου το στόμα το ανοίξει στη μέγιστη επιθυμητή θέση και κατόπιν επαναφέρετέ το σε κλειστή θέση. Επαναλάβετε τρεις φορές των πέντε επαναλήψεων.

Δείξτε αργά πώς να κάνει μεγάλες κινήσεις μάσησε για να αυξηθεί η κίνηση και η έκταση των στοματικών δομών. Ζητήστε από το θεραπευόμενο να μιμηθεί αυτές τις κινήσεις.

ΣΤΟΧΟΣ: Να εκτελεί σωστά Στοματικές Κινήσεις χωρίς ομιλία με ακρίβεια 90%.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Δείξτε στο θεραπευόμενο Στοματικές κινήσεις χωρίς ομιλία (π.χ. χαμόγελο, εξώθηση της γλώσσας, σούφρωμα των χειλιών, δάγκωμα του κάτω χείλους). Ζητήστε από το θεραπευόμενο να τις επαναλάβει. Χρησιμοποιήστε τα δάχτυλά σας για τη μορφοποίηση των στοματικών δομών στην κατάλληλη θέση, αν δεν είναι ικανός να το κάνει μόνος του.

ΣΤΟΧΟΣ: Να μεταβάλει τις Στοματικές Κινήσεις χωρίς ομιλία σε κινήσεις με ομιλία.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Όταν ο θεραπευόμενος είναι ικανός να κάνει συστηματικά Στοματικές Κινήσεις χωρίς ομιλία, πρέπει να διδαχθεί να κάνει το ίδιο παράγοντας ήχους (π.χ. χαμόγελο = «εεε», δάγκωμα του κάτω χείλους = «φφφ», σούφρωμα των χειλιών = «οο»). Κατόπιν μεταβάλλετε τους ήχους σε απλές λέξεις (π.χ. Εεεεε - έλα, φφφφφ - φως).

ΣΤΟΧΟΣ: Να συνδυάζει τις Στοματικές Κινήσεις χωρίς ομιλία με χειρονομίες με ακρίβεια 90%.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Μάθετε στο θεραπευόμενο νεύματα για να τα συνδυάσει με κινήσεις της ομιλίας (π.χ. να ανοιγοκλείνει τη γροθιά του για να δείξει το άνοιγμα και το κλείσιμο του στόματος ή με τους δείκτες των χεριών να δείχνει τις φωνές του στόματος για να δείξει το «ιιι»).

ΣΤΟΧΟΣ: Να χειρίζεται φυσικά τις στοματικές δομές για να διευκολύνει την κινητικότητα του στόματος.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Διδάξτε στο θεραπευόμενο τον φυσικό έλεγχο των χειλιών, των παρειών και της γλώσσας για να διευκολύνει την άρθρωση (π.χ. να κρατάει τα χείλη κλειστά σφιχτά, για να πει «π»).

ΣΤΟΧΟΣ: Να επιτυγχάνει σωστά την αρθρωτική τοποθέτηση σε συλλαβές και σε λέξεις στο 90% των περιπτώσεων.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Διδάξτε στο θεραπευόμενο τη μίμηση μεμονωμένων ήχων και συλλαβών, χρησιμοποιώντας έναν καθρέφτη ο οποίος θα τον βοηθάει να κάνει σύγκριση της δικής του άρθρωσης με αυτή του λογοπαθολόγου.

Επεκτείνετε τη γλωσσική παραγωγή του θεραπευόμενου σε συλλαβές με νόημα όπως «πάω» - «φάω», κάνοντας δοκιμές στη διαμόρφωση και στην εκτέλεση.

Ενισχύστε στον/την θεραπευόμενο/νη να πει συλλαβές και λέξεις με νόημα ταυτόχρονα με τον λογοπαθολόγο. Μειώστε σταδιακά την απευθείας μίμηση τροποποιώντας τη λέξη και

ύστερα μουρμουρίζοντας σαν να την λέει ο/η θεραπευόμενος/νη. Πείτε μία λέξη και ζητήστε του/της να την επαναλάβει. Περιορίστε το πρότυπο και παρουσιάστε στον/στη θεραπευόμενο/νη εικόνες-ερεθίσματα ζητώντας του/της να διατυπώσει τη συγκεκριμένη λέξη.

Εντοπίστε συμφραζόμενα στα οποία ο/η θεραπευόμενος/νη μπορεί να παράγει ευκολότερα τους ήχους-στόχους, σε επίπεδο συλλάβης ή σε επίπεδο λέξεων και σταθεροποιήστε την ακριβή παραγωγή τους σε αυτό το επίπεδο. Επεκτείνεται τη σωστή άρθρωση σε επίπεδο προτάσεων, χρησιμοποιώντας καθιερωμένες ασκήσεις άρθρωσης, μαζί με ασκήσεις για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς.

Ζητήστε από τον/την θεραπευόμενο/νη να παράγει συγκεκριμένες προτάσεις.

ΣΤΟΧΟΣ: Να συνδυάζει τη μάθηση λέξεων και φράσεων με ένα σύστημα νοηματικής γλώσσας.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Διευκολύνετε την παραγωγή περισσότερων γλωσσικών εκφράσεων με τη διδασκαλία ενός συστήματος νοημάτων, όπως η «νοηματική γλώσσα» των κωφών, το οποίο θα χρησιμοποιείται παράλληλα με την ομιλία.

ΣΤΟΧΟΣ: Να διευκολύνει την παραγωγή των πολυσύλλαβων λέξεων κάνοντας χρήση ρυθμικών χειρονομιών.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Διευκολύνετε την παραγωγή πολυσύλλαβων λέξεων και μικρών φράσεων μέσω της εισαγωγής ρυθμικών χειρονομιών (π.χ παλαμάκια, ή χτυπώντας κάτι) για να τις χρησιμοποιεί και ο/η θεραπευόμενος/νη την ώρα που μιλάει.

ΣΤΟΧΟΣ: Να μειώσει τις ακατάλληλες παύσεις χρησιμοποιώντας ρυθμική ομιλία.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Διδάξτε στον/στην θεραπευόμενο/νη να μιλάει ταυτόχρονα με το κάθε χτύπημα ενός μετρονόμου, ξεκινώντας με ένα ρυθμό που ο/η θεραπευόμενος/νη θα μπορεί να μιλάει χωρίς καθυστέρηση. Σταδιακά αυξήστε το ρυθμό του μετρονόμου στο κατάλληλο επίπεδο για τον καθέ θεραπευόμενο/νη και τέλος περιορίστε τη χρήση του μετρονόμου.

Εισάγετε την «Θεραπεία Μελωδικού Τονισμού» (Melodic Intonation Therapy), διδάσκοντας στον/στην θεραπευόμενο/νη να παράγει αρχικά, με παλαμάκια, τον ρυθμό μιας προκαθορισμένης έκφρασης (π.χ «Πώς είσαι») και στη συνέχεια να συνδυάζει τον ρυθμό αυτό μουρμουρίζοντας με μία μελωδία η οποία μοιάζει στο προσωδιακό περίγραμμα της συγκεκριμένης φράσης. Συνδυάστε τις λέξεις της προτάσης με τα μελωδικά-ρυθμικά χτυπήματα και κατόπιν περιορίστε τα χτυπήματα και τη μελωδία έως ότου οι λέξεις λέγονται μόνες τους (αυθόρμητα).

ΣΤΟΧΟΣ: Να μειώσει την κόπωση του στόματος κάνοντας βαθιά χαλάρωση.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Εκπαιδεύστε τον/την θεραπευόμενο/νη σε μεθόδους βαθιάς μυικής χαλάρωσης(για εφαρμογή πριν την ομιλία) με στόχο την βελτόωση του προφορικού ελέγχου.

ΣΤΟΧΟΣ: Να μιλάει χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα πρότυπα τονισμού και έμφασης στο 90% του χρόνου ομιλίας.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Πραγματοποιήστε αντιθετικές ασκήσεις τονισμού με τον/την θεραπευόμενο/νη όταν χρησιμοποιεί μία απλή πρόταση, αλλάζοντας το νόημα και δίνοντας έμφαση στις λέξεις κλειδιά. Αυτό το μοντέλο λειτουργεί για να αυξήσει την ένταση ή να μεγαλώσει την ένταση στις λέξεις έμφασης.

Εξάσκείστε αντίστροφες ερωτήσεις με τον/την θεραπευόμενο/νη χρησιμοποιώντας την κατάλληλη έμφαση και τον προσωδιακό τονισμό, (π.χ «Πάμε κάπου;» ή «Πάμε κάπου;»).

Χρησιμοποιήστε ένα μοντέλο αυξανόμενης έντασης της φωνής για καλύτερη έμφαση στην ομιλία ή ζητήστε από τον/την θεραπευόμενο/νη να σημειώσει λέξεις οι οποίες αποκτούν έμφαση σε ένα κείμενο. Κατόπιν ζητήστε του να διαβάσει, δίνοντας την απαραίτητη έμφαση στις λέξεις που έχει σημειώσει. Κάντε κριτική στην αποτελεσματικότητα της έκφρασης του/της θεραπευομένου/νης.

ΣΤΟΧΟΣ: Να χρησιμοποιεί εναλλακτικά νοήματα επικοινωνίας εάν η ομιλία είναι δυσκατάληπτη.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Ενθαρρύνετε τον/την θεραπευόμενο/νη να διατηρεί ένα τετράδιο, όπου θα μπορεί να γράφει προτάσεις όταν η ομιλία δεν είναι εφικτή.

Επινόησε έναν εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας για τον/την θεραπευόμενο/νη (πίνακας λέξεων, αλφάβητο, σύστημα τεχνητής φωνής) και εκπαιδευστε τον/την στην χρήση αυτού του τρόπου, εφόσον η ομιλία του/της παραμένει ακατάληπτη μετά από την δοκιμαστική θεραπεία ή ως προσωρινού τρόπου επικοινωνίας κατά την διάρκεια της θεραπείας έως ότου η ομιλία του/της γίνει καταληπτή.

ΣΤΟΧΟΣ: Να μεταφέρει τη χρήση καταληπτής ομιλίας σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Κάντε ομαδικές συνεδρίες με άλλους θεραπευόμενους με δυσκολίες στην ομιλία για να εξασκήσετε την ομιλία στο πλαίσιο της συζήτησης ενισχύοντας τη χρήση των τρόπων επικοινωνίας που διδάχτηκαν κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Συνοδέψτε τον/την θεραπευόμενο/νη σε χώρους έξω από τον χώρο θεραπείας με σκοπό την «υιοθέτηση» των τεχνικών σε κοινωνικά πλαίσια με άλλα άτομα. Καταγράψτε τη χρήση νέων συμπεριφορών ομιλίας και συνεχίστε τις προσπάθειές μέχρι να γενικευτεί η καταληπτή, αποτελεσματική ομιλία.

ΣΤΟΧΟΣ: Να συμμετέχει εκούσια σε μία φωνολογική αξιολόγηση.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Χορηγήστε ένα τεστ άρθρωσης για να προσδιορίσετε την φωνημική παραγωγή του θεραπευόμενου σε λέξεις και σε συνεχή ομιλία, για να αξιολογήσετε την αντίληψη του στα λάθος φωνήματα και να συγκρίνετε την φωνολογική του εξέλιξη, λαμβάνοντας υπόψη τη διάλεκτο και τους αναπτυξιακούς κανόνες.

Χορηγήστε μία κλίμακα φωνολογικών διεργασιών για να αξιολογήσετε τα λάθη του θεραπευόμενου (π.χ. απαλοιφή τελικού συμφώνου, απαλοιφή αρχικού συμφώνου, απλοποίηση συμπλεγμάτων, εμπροσθοποίηση υπερωικών ήχων, γλωσσολίσθηση, από - υπερωικοποίηση, από - προστριβικοποίηση ή εμπροσθοποίηση).

Χορηγήστε τα κατάλληλα για την ηλικία του τεστ, αξιολόγησης της γλωσσικής κατανόησης και έκφρασης για να καθορίσετε τη βάση μέτρησης της γενικής γλωσσικής απόδοσης του θεραπευόμενου.

Βιντεοσκοπήστε ένα δείγμα λόγου - ομιλίας το οποίο αντιπροσωπεύει την τυπική παραγωγή λόγου του θεραπευόμενου καθώς ασχολείται με διαδραστικά παιχνίδια ή συζητά για τις αγαπημένες του τηλεοπτικές εκπομπές, για κινηματογράφο, για βιβλία ή παιχνίδια. αναλύστε την καταγραφή, σχετικά με τη φωνολογική παραγωγή του, το σύνολο της γλωσσικής παραγωγής, τις συμπεριφορές αναζήτησης ή την προσπάθεια αντήχησης, ροής και των χαρακτηριστικών της φώνησης και την παραγωγή ομιλίας.

ΣΤΟΧΟΣ: Να συνεργαστεί σε μία στοματοπροσωπική εξέταση.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Αξιολογήστε τις κινητικές δεξιότητες του θεραπευόμενου παρατηρώντας πρώτα τη στάση του σώματος και τη βάδιση, τη δομή του προσώπου, των χεριών, των δοντιών, της γλώσσας και της μαλακής υπερώας και κατόπιν αξιολογήστε τον τρόπο που χρησιμοποιεί τις συγκεκριμένες δομές οι οποίες είναι σημαντικές για τη λεκτική παραγωγή (π.χ. κινητικότητα, δύναμη και κλείσιμο των χεριών, διαδοχική εξώθηση, απόσυρση και πλευρικές κινήσεις της γλώσσας και κινητικότητα της μαλακής υπερώας κατά την παραγωγή του φωνήματος /a/).

ΣΤΟΧΟΣ: Να συμμετέχει πρόθυμα σε μία ακουολογική εξέταση.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Χορηγήστε μία ακουολογική αξιολόγηση καθαρών τόνων σε 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz και 4000 Hz σε 20 dB για τα παιδιά και 25 dB για τους ενήλικες.

Παραπέμψετε το θεραπευόμενο σε έναν ακουολόγο για μία πλήρη αξιολόγηση, εάν τα αποτελέσματα της ακουολογικής εξέτασης παρουσιάζουν την ανάγκη για περαιτέρω αξιολόγηση.

ΣΤΟΧΟΣ: Οι γονείς να συμμετέχουν στη διαδικασία αξιολόγησης και να συμβάλουν στην ερμηνεία των πληροφοριών αξιολόγησης.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Ζητήστε από τους γονείς να σας δώσουν πληροφορίες για τα αναπτυξιακά σημεία του θεραπευόμενου, την παρούσα ιατρική κατάσταση και το ιστορικό, την προηγούμενη επαγγελματική παρέμβαση, την επικοινωνία στο σπίτι και τα σχετικά κοινωνικά και οικογενειακά ενδιαφέροντα.

Ενθαρρύνετε τους γονείς να αναζητήσουν αξιολογήσεις από άλλους επαγγελματίες (π.χ. σχολικός ψυχολόγος, εργοθεραπευτής, παθολόγος ή και νευρολόγος) εάν ο θεραπευόμενος εμφανίζει βαριά αναπτυξιακή απραξία.

ΣΤΟΧΟΣ: Οι γονείς και ο θεραπευόμενος, εάν κριθεί απαραίτητο, να δέχονται τις συστάσεις που τους δίνονται και να συνεργάζονται στην επιλογή των στόχων παρέμβασης και της γενικής θεραπευτικής στρατηγικής.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Κάντε μία συνάντηση με τους γονείς και τον θεραπευόμενο, εάν είναι ηλικιακά κατάλληλος, πρώτα για να καθορίσετε την καταλληλότητά του για τις υπηρεσίες σας και δεύτερον, αναπτύξτε από κοινού τις στρατηγικές παρέμβασης.

Καθορίστε την καταλληλότερη γενική θεραπευτική προσέγγιση (δηλ. γλωσσικά ή και κινητικά βασισμένη στις φωνολογικές προσεγγίσεις ή και στην επαυξητική / εναλλακτική επικοινωνία) για τις ιδιαίτερες ανάγκες του θεραπευόμενου.

Επιλέξτε συγκεκριμένες φωνητικές - κινητικές αλληλουχίες ως στόχους παρέμβασης βασισμένες στην ηλικία του θεραπευόμενου, την ανταπόκρισή του στα ερεθίσματα, την καταληπτότητα, τη διάλεκτο ή και τις κοινωνικές και εκπαιδευτικές επικοινωνιακές του ανάγκες.

ΣΤΟΧΟΣ: Οι γονείς να δέχονται τα γλωσσικά ελλείμματα του παιδιού τους τα οποία σχετίζονται με την αναπτυξιακή και ιατρική του κατάσταση, να αναπτύσσουν ρεαλιστικές προσδοκίες και να αναζητούν θετικές και ενθαρρυντικές πηγές.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Εξηγήστε στους γονείς τις σχέσεις μεταξύ αναπτυξιακής απραξίας και ηλικίας, ανάπτυξης της γλώσσας και φυσικής κατάστασης.

Δώστε χρήσιμες πληροφορίες και πηγές για την αναπτυξιακή απραξία στους γονείς.

Συστήστε τους γονείς του θεραπευόμενου σε άλλους γονείς παιδιών με αναπτυξιακή απραξία για άτυπη υποστήριξη ή και διευκόλυνση της συμμετοχής τους σε μία τοπική ομάδα υποστήριξης.

ΣΤΟΧΟΣ: Μιλήστε με κατανόηση για τον τρόπο οι συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις βάλουν στη βελτίωση των φωνολογικών δεξιοτήτων και με ποιο τρόπο θα οδηγήσουν τελικά στην αποτελεσματική επικοινωνία.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Πριν από την έναρξη της παρέμβασης, βοηθήστε τον θεραπευόμενο να θέσει τους στόχους και να επιλέξει τα ερεθίσματα, εάν η ηλικία του είναι η κατάλληλη.

Βοήθησε τον θεραπευόμενο να σχεδιάσει τη θεραπευτική εξέλιξη, παρουσιάζοντας τις επιτυχίες ως ένα οπτικό βοήθημα το οποίο επεξηγεί τα διαδοχικά στάδια που είναι απαραίτητα για την επίτευξη των μακροπρόθεσμων στόχων.

Διατηρήστε την τρέχουσα τακτική επαφή με τους γονείς και το θεραπευόμενο. συζητήστε μαζί τους στις συγκεκριμένες μεθόδους για τις φωνολογικές παραγωγές και αναφέρετε την πρόοδο ή τις ανησυχίες σας σχετικά με τις φωνολογικές ανάγκες του.

ΣΤΟΧΟΣ: Να μάθει να μιμείται λεκτικές ακολουθίες.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Χρησιμοποιήστε έναν καθρέφτη αρκετά μεγάλο στον οποίο θα είναι εμφανή το πρόσωπο του θεραπευτή και του θεραπευόμενου και ενθαρρύνετε τον κάνει παιχνίδια μίμησης. Αρχικά, κάνετε αστείες γκριμάτσες, κατόπιν παράγετε ήχους σχετικά εύκολους για να τους αναπαράγει ο θεραπευόμενος και τέλος, προχωρήστε σε δυσκολότερες ακολουθίες κινήσεων παραγωγής της ομιλίας.

Επαινέστε το θεραπευόμενο γενναϊόδωρα όταν από μόνος του κοιτάζει το πρόσωπό σας και προσπαθεί να μιμηθεί την ομιλία σας.

ΣΤΟΧΟΣ: Να κάνει σωστή αρθρωτική τοποθέτηση τα φωνήματα στόχους.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Στην αρχή κάθε συνεδρίας, ζητήστε από το θεραπευόμενο να κάνει τρία έως πέντε λεπτά προκαταρκτικές ασκήσεις γλώσσας παράγοντας αντίθετα φωνήεντα /i/, /a/, /u/. Τραγουδήστε τα φωνήεντα με μουσική και το ρυθμό των αγαπημένων του τραγουδιών για να τον ενθαρρύνετε, με παιγνιώδη τρόπο, να παράγει ήχους.

Χρησιμοποιήστε καθρέφτες, αρωματισμένους βαμβακοφορους στηλεους, κολλώδη τρόφιμα όπως μέλι, σκίτσα ή προσομοιώσεις υπολογιστών για να δώσετε κίνηση κιναισθητικά και οπτικά ερεθίσματα για να τοποθετήσει τα χείλη, τα δόντια ή και την γλώσσα του ώστε να παράγει τα φωνήματα στόχους.

Χρησιμοποιήστε προγράμματα τα οποία έχουν δομημένα απτικά βοηθήματα για τη γρήγορη αναδόμηση Μυϊκών Φωνητικών Στόχων - Prompts for Restructing Oral Muscular Phonetic Targets (PROMPT) από τον Chumpetik ή το πρόγραμμα Touch - Cue από τους Bashir, Grahamjones και Bostwick για την εξάσκηση των κινητικών αλληλουχιών κατά την ομιλία.

Χρησιμοποιήστε φωνήματα αντίστοιχα διακριτικά χαρακτηριστικά για να εξάγετε τα φωνήματα - στόχους (π.χ. ζήτησα από το θεραπευόμενο να επαναλάβει ένα εκπνεόμενο φώνημα /t/ γρήγορα, από αυτό να παράξει το φώνημα /s/). επισημαίνεται ότι οι θέσεις των αρθρωτών είναι παρόμοιοι.

ΣΤΟΧΟΣ: Να αυξήσει την ακρίβεια παραγωγής: σύμφωνο - φωνήεν και φωνήεν - σύμφωνο, κατά 80% όπως καθορίζεται από τον λογοπαθολόγο.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Χρησιμοποιήστε ένα πρόγραμμα υπολογιστών όπως το Speech Viewer III της IBM, για να παρέχετε στον θεραπευόμενο ακουστικά και γραφικά λεκτικά πρότυπα τα οποία πρέπει να συνδυάσει. Αρχίστε με συλλαβές με αντίθετα τα φωνήεντα /i/, /a/ και /u/ σε συνδυασμό με σύμφωνα που ο θεραπευόμενος μπορεί να εκφέρει. Μόλις κατακτηθούν αυτοί οι συνδυασμοί αρχίστε την παραγωγή άλλων φωνημάτων.

Γράψτε διαφορετικούς συνδυασμούς σύμφωνο - φωνήεν (π.χ. ΣΑ, ΑΣ, ΑΣΑ) χρησιμοποιώντας συγκεκριμένους χρωματικούς κώδικες τα φωνήεντα ως οπτικά ερεθίσματα για εξάσκηση του θεραπευόμενου στις διαδοχικές κινήσεις. Συνδυάστε τα με οπτικά βοηθήματα - εάν ο θεραπευόμενος δεν έχει κατακτήσει την ικανότητα της ανάγνωσης.

Ζητήστε από το θεραπευόμενο να εξασκηθεί σε συνδυασμούς σύμφωνα - φωνήεν μαζί με τους γονείς του, επεκτείνοντας σταδιακά σε πιο δύσκολες θέσεις συναρθρωσης για 5 έως 10 λεπτά την ημέρα για να αυξηθεί έτσι η κινητική ικανότητα της γλώσσας του θεραπευόμενου.

ΣΤΟΧΟΣ: Να κάνει σωστά τις διακρίσεις μεταξύ των αντιπαραβαλλόμενων φωνολογικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων με ακρίβεια 90%.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Χρησιμοποιήστε εικόνες με ζεύγη λέξεων ελάχιστης ηχητικής διαφοράς όπου αντιπαραβάλλονται φωνολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα όπως οι ανοιχτές και κλειστές συλλαβές (π.χ. «μα» και «μάννα», «σε» και «σέλα» ή «το» και «τόνος»). Προφέρετε τις λέξεις (αντί του θεραπευόμενου), δίνοντας υπερβολική έμφαση αντιπαραβαλλόμενα φωνολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα και κατόπιν ταξινομήστε τις εικόνες σε διαφορετικές κατηγορίες για τον θεραπευόμενο.

Διδάξτε το θεραπευόμενο να ταξινομεί τις αντιπαραβαλλόμενες κάρτες - λέξεις σε δύο κατηγορίες φωνολογικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων αφού πρώτα έχει ακούσει τα πρότυπα παραγωγής κάθε λέξης.

Χρησιμοποιήστε ένα δομημένο ακουστικό πρόγραμμα διακρίσης, όπως το Lindamood Phonemic Sequencing (LIPS) Program, για να αυξήσετε τη φωνολογική ενημερότητα του θεραπευόμενου.

ΣΤΟΧΟΣ: Να μάθει να ελέγχει ακριβώς την παραγωγή της ομιλίας του.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Ζητήστε από το θεραπευόμενο να κρίνει την ακρίβεια των προσπαθειών ομιλίας του αμέσως μετά την παραγωγή του λόγου. Συμβουλευτείτε τον να επιμένει σε αυτό, κάνοντας χρήση οπτικών συστημάτων ανατροφοδότησης, όπως π.χ. να δείχνει κύβος σε ένα καλάθι, να χρωματίζει πρόσωπα χαμογελαστά ή να σηκώνει τον αντίχειρά του για να επιβεβαιώσει τις σωστές παραγωγές.

Είτε στο θεραπευόμενο σκόπιμα, λανθασμένα πρότυπα παραγωγής ομιλίας σε μερικές λέξεις και καθοδήγησε τον να ακούσει προσεκτικά και να πει «Το άκουσα!» μετά το άκουσμα της ανακριβούς παραγωγής.

Βλέποντας βιντεοσκοπημένες στρατηγικές παρέμβασης κατά την εξάσκηση, ζητήστε από το θεραπευόμενο να προσδιορίσει ποιες είναι οι καλύτερες παραγωγές του και ποιες είναι εκείνες που χρειάζεται βελτίωση.

ΣΤΟΧΟΣ: Να προσφέρει σωστά τους συνδυασμούς φωνημάτων σε λέξεις με ακρίβεια 90%.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Καθοδηγήστε τον θεραπευόμενο να επιλέξει και να πει ένα από τα ζεύγη λέξεων ελάχιστης ηχητικής διαφοράς (π.χ. «σέλα» - «έλα» ή «κότα» - «μπότα») που αφορούν τους φωνολογικούς τους στόχους. Δείξτε του την εικόνα που αντιπροσωπεύει αυτό που πραγματικά είπε (π.χ. εάν ήθελε να πει «χόρτα» και πραγματικά είπε «πόρτα», δείξτε το «πόρτα»). Συζητήστε μαζί του εξηγώντας του ότι η παραγωγή διαφορετικών ήχων επηρεάζει την έννοια αυτού που λέμε.

ΣΤΟΧΟΣ: Να προσφέρει τα φωνήματα - στόχους σωστά σε φράσεις και προτάσεις με ακρίβεια 80%.

ΣΤΟΧΟΣ: Εάν δεν μιλά, να επικοινωνεί χρησιμοποιώντας επαυξητικά / εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας στις καθημερινές συνθήκες με ακρίβεια 80%.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Διδάξτε το θεραπευόμενο να χρησιμοποιεί την επαυξητική / εναλλακτική επικοινωνία για να αλληλεπιδρά αποτελεσματικά στις καθημερινές καταστάσεις.

ΣΤΟΧΟΣ: Να χρησιμοποιεί με ευχέρεια την ομιλία, στις διαφορετικές καταστάσεις συζήτησης.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Αρχικά, καθορίστε αν οι δυσκολίες ροής της ομιλίας του θεραπευόμενου σχετίζονται με τη δυσκολία της άρθρωσης ή με άλλη δυσκολία. Αν ναι, τότε εργαστείτε βάζοντας στόχο τις φωνολογικές δυσκολίες (Jongsma et al., 2004).

Λίστες Ελέγχου για Στοματική και Προφορική Απραξία

Όνομα:..... Ηλικία:.....
Εξεταστής:..... Ημερομηνία:.....

Οδηγίες: Επιλέξτε πολλά ερεθίσματα από κάθε ενότητα και ζητήστε από τον εξεταζόμενο να συμπληρώσει το φυλλάδιο ή επαναλάβει την έκφραση στόχο. Πολλά διαφορετικά ερεθίσματα παρέχονται για να προσφέρουν ένα εύρος δραστηριοτήτων και δεν χρειάζεται να συμπληρώσετε όλα τα πεδία. Βαθμολογήστε το κάθε πεδίο ως σωστό (με + ή με ✓) ή ως λάθος (με – ή με Ø). Καταγράψτε φωνητικά τα λάθη στη δεξιά πλευρά του φυλλαδίου. Επίσης σημειώστε τις σύνοδες συμπεριφορές όπως, καθυστερήσεις στην έναρξη της ομιλίας, αγωνιώδεις, κοπιώδεις προσπάθειες ή κινήσεις αναζήτησης με το στόμα. Η διάγνωση της απραξίας γίνεται εκτιμώντας τη φύση και την ακρίβεια της κίνησης, όπως επίσης και τον τύπο και τη σοβαρότητα των λαθών που εντοπίζονται.

Στοματική Απραξία

- Χαμογέλασε.
- Άνοιξε το στόμα σου.
- Φύσηξε.
- Σφύριξε.
- Φούσκωσε τα μαγουλά σου.
- Δείξε τα δόντια σου.
- Δείξε πως τρέμουν τα δόντια σου όταν κρύνεις.
- Κάνε πως φιλάς.
- Δάγκωσε τα κάτω χείλη σου.
- Γλύψε τα χείλη σου.
- Βγάλε έξω τη γλώσσα σου.

- Ακούμπησε τη μύτη σου με την άκρη της γλώσσας.
- Μετακίνησε τη γλώσσα σου μέσα – έξω.
- Μετακίνησε τη γλώσσα σου δεξιά – αριστερά.
- Κάνε «κλικ» με τη γλώσσα σου.
- Καθάρισε το λαιμό σου.
- Βήξε.
- Κάνε πως φιλάς και αμέσως μετά χαμογέλα.

(Shipley & McAfee, 2009).

Προφορική Απραξία (πολυσύλλαβες λέξεις και φράσεις)

- Μαξιλαροθήκη
- Χρωματισμός
- Σκαντζόχοιρος
- Σκουριασμένος
- Φιλεύσπλαχνος
- Συμπάρασταση
- Τριανταφυλλιά
- Λιμνοθάλασσα
- Ναυαγοσώστης
- Κομψοτέχνημα
- Χαρτζιλίκι
- Σιδηρόδρομος
- Πολλαπλασιασμός
- Γαλακτομπούρεκο
- Υποθηκοφλακείο
- Γεροντοπαλίκαρα
- Συμβολαιογραφείο
- Συγκαταβατικότητα
- Στατιστική ανάλυση

- Εγκεφαλική παράλυση
- Μεσογειακή αναιμία
- Κινηματογραφική ταινία
- Υπερατλαντικό ταξίδι

(Shipley & McAfee, 2009).

Προσδιορίζοντας την Απραξία

Όνομα:..... Ηλικία:.....
Εξεταστής:..... Ημερομηνία:

Οδηγίες: Αξιολογήστε κάθε συμπεριφορά στον αυτόματο λόγο, στον αυθόρμητο λόγο και την προφορική ανάγνωση. Σημειώστε με + αν ο εξεταζόμενος δεν αντιμετωπίζει δυσκολίες στην παραγωγή. Χρησιμοποιήστε την κλίμακα βαθμού διαταραχής, εάν ο εξεταζόμενος επιδεικνύει προβλήματα παραγωγής.

1 = Ήπιες δυσκολίες.

2 = Μέτριες Δυσκολίες.

3 = Σοβαρές δυσκολίες.

Προφορική Ανάγνωση	Αυτόματος Λόγος	Αυθόρμητος Λόγος
-----------------------	--------------------	------------------

.....

Φωνημικά
προσδοκόμενα λάθη
(π.χ. *πλε μπογιά* αντί
μπλε μπογιά).

.....

Φωνημικά εμμονικά
λάθη (π.χ.
μπαμπαμπ αντί
μπαμπά).

.....

Φωνημικά
μεταθετικά λάθη
(π.χ. *μπάλα* αντί
λάμπα).

.....	.....	.....	Φωνημικά λάθη ηχηρότητας (π.χ. πήρα αντί μύρα).
.....	.....	.....	Φωνημικά λάθη φωνηέντων (π.χ. πουλάει αντί πουλί).
.....	.....	.....	Ορατή ή ακουστική συμπεριφορά αναζήτησης.
.....	.....	.....	Πολλές και ποικίλες άστοχες προσπάθειες.
.....	.....	.....	Ασυνεπή λάθη.
.....	.....	.....	Λάθη που αυξάνονται καθώς αυξάνεται η πολυπλοκότητα του φωνημικού στόχου.
.....	.....	.....	Λιγότερα λάθη στον αυτόματο λόγο.
.....	.....	.....	Ιδιαίτερες δυσκολίες στην έναρξη της ομιλίας.
.....	.....	.....	Διαταραγμένα προσωδικά χαρακτηριστικά.
.....	.....	.....	Επίγνωση λαθών, αλλά σημαντική δυσκολία διόρθωσης αυτών.

Διαφορά στην
επίδοση
αντιληπτικού και
εκφραστικού
λεξιλογίου.

.....
(Shipley & McAfee, 2009).