



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ: ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΜΕΘΟΔΟ PALIN-PARENT
CHILD INTERACTION**

ΑΛΕΞΑΝΔΡΗΣ ΑΓΓΕΛΟΣ 15968

ΘΕΟΧΑΡΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ 16566

ΚΙΣΣΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ 16623

ΛΥΚΟΤΣΕΤΑ ΓΕΩΡΓΙΑ 16624

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΝΟΥΣΙΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ: ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΜΕΘΟΔΟ PALIN-PARENT
CHILD INTERACTION**

ΑΛΕΞΑΝΔΡΗΣ ΑΓΓΕΛΟΣ 15968

ΘΕΟΧΑΡΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ 16566

ΚΙΣΣΟΥΔΗ ΜΑΡΙΑ 16623

ΛΥΚΟΤΣΕΤΑ ΓΕΩΡΓΙΑ 16624

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΝΟΥΣΙΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ, 2019

**STUTTERING: Parental Counseling and Therapeutic Approaches
to the Palin-Parent Child Interaction Method**

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα,

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1

2

3

Προϊστάμενος του τμήματος:

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

© Αλεξανδρής Άγγελος

Θεοχάρη Ευαγγελία

Κισσούδη Μαρία

Λυκοτσέτα Γεωργία

2019

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

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

Αλεξανδρής Άγγελος

Θεοχάρη Ευαγγελία

Κισσούδη Μαρία

Λυκοτσέτα Γεωργία

Υπογραφές

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή στη ροή της ομιλίας, η οποία είναι ιδιαίτερα συχνή. Το άτομο που πάσχει από τραυλισμό γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει, αλλά εκείνη τη στιγμή δεν είναι σε θέση να το πει εξαιτίας μια ακούσιας επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου. Ωστόσο ο τραυλισμός μπορεί να προληφθεί ακόμα και αν υπάρχει προδιάθεση για την εκδήλωσή του. Αυτό εξαρτάται κατά πόσο έχουν εξελιχθεί οι δυσκολίες στις λειτουργίες του λόγου. Αρχικά ξεκινάμε με ένα πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης του οποίου κύριοι στόχοι είναι να περιορίσει τα συμπτώματα του τραυλισμού και να προλάβει την εμφάνιση κοινωνικών και συναισθηματικών δυσκολιών ή να τα μειώσει αν έχουν ήδη εκδηλωθεί. Κατά την προσχολική ηλικία υπάρχουν δυο κυρίαρχες προσεγγίσεις στα προγράμματα. Οι άμεσες που προτάσσουν το παιδί σε θεραπευτικό πρόγραμμα ώστε να ελέγξει σταδιακά μόνο του τα συμπτώματα του και στη συνέχεια να τα μειώσει και οι έμμεσες οι οποίες εστιάζουν στην εκπαίδευση των γονέων και στην αλλαγή της δικής τους συμπεριφοράς καθώς και στην αλλαγή του περιβάλλοντος του παιδιού χωρίς να εντάξουν το παιδί απαραίτητα σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Υπάρχουν διάφορα και πολλών ειδών θεραπευτικά προγράμματα όπως είναι τα : lidcombe, palinparent-childinteraction, problem solving technique, camperdown, fluency plus, demands and capacity model –DACM. Το palin PCI είναι ένα έμμεσο θεραπευτικό πρόγραμμα που επιδιώκει την εκπαίδευση των γονέων ώστε να αναγνωρίσουν τα προβλήματα των παιδιών τους και έτσι το παιδί θα αποκτήσει αυτοπεποίθηση στις δυνατότητες του. Διαφέρει από άλλα προγράμματα έμμεσης παρέμβασης καθώς αξιοποιεί μεγάλο εύρος στρατηγικών που μπορούν να προσαρμοστούν για τις ανάγκες κάθε οικογένειας και σύμφωνα με τους στόχους που τίθεται. Βασικό στη θεραπεία είναι η ενεργή εμπλοκή όλων των προσώπων που έχουν σημαντική επιρροή στο παιδί. Άρα απαιτείται η συνεργασία του ειδικού θεραπευτή με τους γονείς ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα του προγράμματος παρέμβασης.

Λέξεις- κλειδιά: τραυλισμός, δυσκολίες στο λόγο, πρόγραμμα παρέμβασης, θεραπεία

ABSTRACT

Stuttering is a disorder of speech flow, which is very common. The person with the disorder knows exactly what he or she wants to say, but is currently unable to say it because of an involuntary repetition or pausing. However, stuttering can be prevented even if there is a predisposition to it. This depends on how the difficulties in speech functions have evolved. We first start with a treatment program whose main goals are to reduce the symptoms of stuttering and to prevent the occurrence of social and emotional difficulties or reduce them if they have already occurred. At preschool there are two dominant approaches to programs. Direct approach which propose a child to therapeutic program to gradually control their own symptoms and then reduce them, and indirect approach which focus on parenting and changing their own behavior and child's environment without to integrate the child into a treatment program. There are many different treatment programs such as: Lidcombe, Palinparent-childinteraction, problem solving technique, Camperdown, fluency plus, demands and capacity model –DACM. Palin- PCI is an indirect therapeutic program that seeks to educate parents to identify their children's problems so that the child will gain confidence in their abilities. It differs from other indirect intervention programs in that it utilizes a wide range of strategies that can be adapted to the needs of each family and in line with goals set. Essential to treatment is the active involvement of all person with significant influence on the child. Therefore, the specialist therapist needs to work with the parents to increase the effectiveness of the intervention program.

Keywords: stuttering, difficulties in speech, intervention program, treatment

Περιεχόμενα

1	Κεφάλαιο 1: Θεραπευτική Αντιμετώπιση Τραυλισμού.....	10
1.1	Στόχοι Θεραπείας	11
1.2	Μέθοδοι,	19
1.3	Θεραπευτικά Προγράμματα	27
2	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ PALIN PCI	37
2.1	Περιγραφή του προγράμματος	38
2.2	Βασικά Συστατικά	39
2.3	Περιγραφή του Τρόπου δράσης,	40
2.4	Αξιολόγηση του προγράμματος Palin PCI.....	43
3	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ PALIN PCI	45
3.1	Αλληλεπιδράσεις κατευθυνόμενες από το παιδί	47
4	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΣΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΟ PCI.....	55
4.1	Προσαρμογή Για Οικογένειες Με Διαφορετικό Γλωσσικό Ή Πολιτιστικό Υπόβαθρο	57
5	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	64
5.1	Προς Γονείς	71
5.2	Γνώμη Γονέων Για Το Phi.....	77
6	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΡΘΡΑ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	81
6.1	Άρθρο 1.....	81
	Άρθρο 2.....	85
7	Βιβλιογραφία.....	88

1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο τραυλισμός αποτελεί ένα πρόβλημα που μπορεί να προληφθεί ακόμα και αν παρατηρείται προδιάθεση για την εκδήλωση της διαταραχής (Silverman, 2004). Ωστόσο, αν οι δυσκολίες λόγου έχουν ήδη εξελιχθεί σε διαταραχή του τραυλισμού, τότε ο ειδικός λογοθεραπευτής οφείλει να καθορίσει το θεραπευτικό πρόγραμμα του παιδιού ούτως ώστε η εν λόγω διαταραχή να μην επηρεάσει την ανάπτυξή του σε συναισθηματικό, γνωστικό και κοινωνικό επίπεδο (Perez & Stoeckle, 2016). Οι παράγοντες που ενδέχεται να αποτελέσουν αιτία εκδήλωσης της προαναφερθείσας διαταραχής είναι αρκετοί, και ποικίλουν σε βαθμό βαρύτητας και ανταπόκρισης στη θεραπεία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Σύμφωνα με Curlee και Yairi (1997), υπάρχει ένας προβληματισμός σχετικά με το αν το παιδί μικρής ηλικίας που πρωτοεμφανίζει συμπτώματα της διαταραχής πρέπει να ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα, ενώ παράλληλα υποστηρίζουν ότι παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας των 5 ετών, πρέπει άμεσα να λάβουν υποστήριξη ως προς αυτή τη διαταραχή. Οι Κάκουρος και συν. (1995), υποστηρίζουν ότι η ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεί απόφαση που έπεται της αξιολόγησης αρκετών παραγόντων, με βασικότερους την ηλικία του παιδιού, τη χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων και την πιθανή παρουσία και άλλης διαταραχής.

Κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό από τους Roberts και Kaiser (2011), να έχουμε υπόψιν μας τις ανησυχίες που μπορεί να χαρακτηρίζουν το παιδί με τραυλισμό, που θα εκδηλώνονται με μειωμένη διάθεση για λεκτική επικοινωνία, η οποία θα απορρέει από το δισταγμό του και τον πιθανό φόβο του σχετικά με την αποκάλυψη της δυσκολίας του. Για αυτό είναι πολύ σημαντική η δημιουργία αμοιβαίων σχέσεων μεταξύ του θεραπευτή και του παιδιού αλλά και της οικογένειάς του, στα πλαίσια της οποίας το παιδί θα αισθάνεται άνεση και αποδοχή (Roberts & Kaiser, 2011). Παράλληλα, όπως υποστηρίζει ο Ryan (1992), ο ειδικός θεραπευτής λειτουργεί ως πρότυπο για το παιδί, πράγμα που αφορά τόσο

στον τρόπο και ρυθμό ομιλίας του όσο και στον τρόπο που αντιδρά και διαχειρίζεται τα θέματα που προκύπτουν (Sharry, Guerin, Griffin & Drumm, 2005). Σε ένα τέτοιο πλαίσιο το παιδί επηρεάζεται θετικά πράγμα που ενισχύει την εξέλιξη της θεραπευτικής παρέμβασης (Sharry, 2005)

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει λόγος για τους στόχους της θεραπευτικής αντιμετώπισης, για τις μεθόδους και τα θεραπευτικά προγράμματα, υπό το πρίσμα ενός συνόλου παραγόντων.

1.1 ΣΤΟΧΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τα προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης αρχίζουν με τη στοχοθεσία της παρέμβασης. Οι στόχοι που τίθεται από το θεραπευτή, σε συνεργασία με το παιδί και τους γονείς του, πρέπει να χαρακτηρίζονται από ρεαλισμό, σαφήνεια, ενώ παράλληλα είθισται η αξιολόγηση και αναπροσαρμογή τους κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος (Hulit & Lloyd, 2004). Οι κύριοι στόχοι για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του τραυλισμού είναι οι εξής:

- Ο περιορισμός των συμπτωμάτων της διαταραχής του τραυλισμού
- Η πρόληψη της εμφάνισης κοινωνικών και συναισθηματικών δυσκολιών που συχνά συνοδεύουν το χρόνιο τραυλισμό ή η μείωση τους, εφόσον έχουν ήδη εκδηλωθεί.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα θα βασιστεί απόλυτα στην αξιολόγηση του παιδιού και στα στοιχεία που θα συλλεχθούν για το ίδιο και το περιβάλλον του κατά τη διάρκεια αυτή (Assemany & McIntosh, 2002). Οι στόχοι του θεραπευτικού προγράμματος, αφορούν τους προαναφερθέντες, εστιάζοντας στην πρόληψη κοινωνικό-συναισθηματικών δυσκολιών και στον περιορισμό των συμπτωμάτων, αλλά ταυτόχρονα μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες, ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο επιδιώκουν να δράσουν (Assemany & McIntosh, 2002; Bagner, Fernandez & Eyberg; 2004, Dockrell & Messer, 2004). Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι μπορεί να προτάσσουν την ομιλία, τα συναισθήματα ή τις σκέψεις του παιδιού, και αντιστοίχως να επιστρατεύουν διαφορετικές τεχνικές.

Η πρώτη κατηγορία στόχων, που εστιάζει στην ομιλία, απευθύνεται σε παιδιά που συνειδητοποιούν τη δυσκολία τους και μπορούν να εκφραστούν ως προς αυτή, χωρίς αυτό

να σημαίνει απαραίτητα ότι μπορούν να την τακτοποιήσουν (Bailey, Nelson, Hebbeler & Spiker, 2007). Πρόκειται συνήθως για παιδιά σχολικής ηλικίας 5-12 ετών, και η τεχνική της αναγνώρισης φαίνεται να χρησιμοποιείται στην περίπτωση αυτή (Bailey et al., 2007). Παράλληλα, γνωστοποιείται στο παιδί ότι πρόκειται να συμμετάσχει σε δραστηριότητα με στόχο τον περιορισμό του τραυλισματος και στην εκμάθηση τρόπων για έλεγχο της ροής και τροποποίηση της ομιλίας (Bailey et al., 2007). Πολύ σημαντική κρίνεται η απευαισθητοποίηση του παιδιού απέναντι σε αυτή του τη δυσκολία, ιδιαίτερα αν έχει ήδη αναπτύξει αρνητικά συναισθήματα προς τον εαυτό του και έχει αναπτύξει συμπεριφορές αποφυγής της λεκτικής έκφρασης (Beamish & Bryer, 1999).

Όσον αφορά στις θεραπευτικές παρεμβάσεις με στόχο την τροποποίηση των συναισθημάτων του παιδιού, το πρώτο βήμα και σε αυτή την περίπτωση είναι η αναγνώριση των αρνητικών συναισθημάτων, να απενοχοποιηθεί τη δυσκολία του και να εκφραστεί ως προς αυτή (Jindal-Snape, Douglas, Topping, Kerr & Smith, 2005). Στην προκειμένη περίπτωση, η αξιολόγηση επιδιώκει να προσδιορίσει την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του παιδιού μέσα από πολλαπλά μέσα και διερευνώντας πολλές πηγές, λειτουργώντας σε έμμεσο θεραπευτικό πλαίσιο, ενώ πολύ σημαντική κρίνεται η ηλικία του παιδιού και η ωριμότητά του (Jindal-Snape et al., 2005).

Όσον αφορά στις άμεσες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπου το παιδί καλείται να συνειδητοποιήσει τα συμπτώματα της διαταραχής και να κινητοποιηθεί προσωπικά για την υποχώρησή τους, απαιτούνται επαρκείς αποδείξεις ότι αυτό μπορεί να γίνει (Papoušek, 2007). Σε πολλές περιπτώσεις, το ήπιο και ενθαρρυντικό κλίμα που χαρακτηρίζει τις θεραπευτικές συνεδρίες λειτουργώντας συνδυαστικά με την ορθή στάση και διαχείριση του θεραπευτή απέναντι στο παιδί και την τροποποίηση στοιχείων της συμπεριφοράς και της διαχείρισης των γονέων, διευκολύνουν το παιδί ούτως ώστε να εκφράζεται με μεγαλύτερη άνεση και να διαπιστώνει ότι ο περιορισμός των συμπτωμάτων του τραυλισμού είναι εφικτός υπό ορισμένες προϋποθέσεις (Moeller, 2000; Bagner et al., 2004). Παράλληλα, όμως, ο ειδικός είθισται να επισημαίνει στο παιδί συγκεκριμένες αλλαγές τις οποίες μπορεί να πραγματοποιήσει, προκειμένου να βιώνει σε μικρότερο βαθμό τα εν λόγω συμπτώματα (Mahoney & Perales, 2003).

Σύμφωνα με Κάκουρο και Μανιαδάκη (2006), τα παιδιά αρέσκονται και αντλούν ευχαρίστηση από μικρές αλλαγές ή εύκολους τρόπους που θα τα βοηθήσουν να αυξήσουν την ευχέρεια του λόγου τους. Ωστόσο, οφείλουμε να υπογραμμίσουμε ότι είναι σημαντικό να μην δίνονται απλές οδηγίες στο παιδί, ή απλοί και εύκολοι τρόποι, αλλά καθοδήγηση, ώστε σταδιακά να κατανοήσει τη λογική από την οποία πηγάζουν οι οδηγίες και τον τρόπο με τον οποίο αυτές λειτουργούν ώστε να είναι αποτελεσματικές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η εξάσκηση του παιδιού στην υιοθέτηση λεκτικής συμπεριφοράς που ενθαρρύνει τη βελτίωση της ροής του λόγου, βασίζεται στην επεξεργασία των συγκεκριμένων τρόπων με τους οποίους το κάθε παιδί χειρίζεται τις δυσκολίες του και οι οποίες έχουν ήδη εντοπιστεί στο προηγούμενο στάδιο (Mallard, 1998). Ο ειδικός θεραπευτής πρέπει να βοηθά το παιδί να υιοθετήσει:

- Πιο αργό ρυθμό ομιλίας
- Να περιορίσει την ένταση με την οποία κινεί τα όργανα παραγωγής λόγου (χειλίη, γλώσσα)
- Να μιλά εκπνέοντας αντί εισπνέοντας
- Να καταβάλλει τη μικρότερη δυνατή προσπάθεια κατά την παραγωγή λόγου

Για την κατανόηση της έννοιας της μείωσης της έντασης κατά την εκφορά λόγου, ο θεραπευτής ενθαρρύνει το παιδί να φανταστεί «φύλλα να πέφτουν απαλά στο έδαφος», «μια πεταλούδα να ακουμπά σε ένα λουλούδι» ή ένα πολύ απαλό χειροκρότημα. Με αυτόν τον τρόπο παρέχεται στο παιδί ένα μέτρο σύγκρισης ή αλλιώς ένα σημείο αναφοράς, εξυπηρετώντας αφενός τη θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αλλά και την αυτοαξιολόγηση του ίδιου του παιδιού, ούτως ώστε να είναι σε θέση να ελέγχει και να προσαρμόζει τον παραγόμενο λόγο (Koester & Lahti-Harper, 2010). Ακόμα, για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, η χρήση εικόνων με ζώα που κινούνται αργά ή γρήγορα (π.χ. χελώνα και λαγός) μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση της διαφοράς μεταξύ του αργού και γρήγορου ρυθμού ομιλίας (Meyers & Woodford, 1992).

Η προσοχή του ειδικού στην προκειμένη περίπτωση πρέπει να είναι εστιασμένη στον τρόπο ομιλίας του παιδιού ούτως ώστε να παράγεται ένα φυσικό αποτέλεσμα, ενώ η εξάσκηση στη αλλαγή κάποιων στοιχείων της ομιλίας του μπορεί να επιτευχθεί άμεσα αλλά και έμμεσα ανάλογα με την ηλικία και τα όρια ανοχής του κάθε παιδιού (Lincoln &

Onslow, 1997). Πιο συγκεκριμένα, αν θέλουμε να κάνουμε καλύτερα κατανοητό στο παιδί, τον τρόπο ή το μηχανισμό της λειτουργίας των κανόνων που διέπουν τη ροή του λόγου και τη διαφορά στην ομιλία του από την υιοθέτησή τους, μπορούμε να του ζητήσουμε να επαναλάβει συγκεκριμένες λέξεις ή φράσεις αρχικά προσποιούμενο ότι τραυλίζει, και στη συνέχεια προσπαθώντας να ακολουθήσει αυτούς τους κανόνες (Lincoln & Onslow, 1997). Η εναλλαγή αυτή μεταξύ της λεκτικής παραγωγής με ένταση και χωρίς ένταση, βοηθάει το παιδί να πραγματοποιήσει στόχους που αφορούν στον έλεγχο των οργάνων παραγωγής λόγου και των μυών που εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία (Langevin & Kully, 2003). Ακόμα, ο ειδικός μπορεί να προτρέψει το παιδί να επαναλάβει τη λέξη στην οποία τραύλισε χρησιμοποιώντας τις νέες μορφές λεκτικής συμπεριφοράς που έχει μάθει ούτως ώστε να καταλάβει και ο ίδιος και το παιδί, ότι δεν υπάρχει πραγματική δυσκολία που απορρέει από τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης λέξης και ότι μπορεί να ασκεί έλεγχο στα συμπτώματα του τραυλισμού (Langevin & Kully, 2003).

Όσον αφορά σε παιδιά μικρής ηλικίας, προσχολικής ή προσχολικής, ο ειδικός θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει οπτικοποιημένο υλικό, με αντικείμενα ή ζώα, τα οποία το παιδί θα κατονομάζει (Gilman & Yaruss, 2000). Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να χρησιμοποιηθούν κάρτες με ζώα ή φρούτα, τα οποία τοποθετούνται σε κατάλληλο χώρο, και καθώς το παιδί τα κατονομάζει μπορεί να παράγεται προφορικός λόγος με τρόπο ευχαριστούμε παράλληλα ενθάρρυνση προς το παιδί να ακολουθήσει τους κανόνες (Gilman & Yaruss, 2000). Όσο η θεραπευτική διαδικασία προχωράει, αυξάνονται οι απαιτήσεις της λεκτικής παραγωγής και το επίπεδο προτάσεων ποικίλης λεκτικής πολυπλοκότητας (Gilman & Yaruss, 2000).

Παράλληλα, ο ειδικός έχει τη δυνατότητα να διαπιστώσει τα στοιχεία εκείνα που δυσκολεύουν το παιδί ή τα σημεία όπου ξεχνάει τους κανόνες, κατά τη διάρκεια της ελεύθερης συνομιλίας, στον τρόπο με τον οποίο μιλάει, προκειμένου να συνειδητοποιήσει τι ακριβώς κάνει ή δεν κάνει εκείνες τις στιγμές (Kontos & Diamond, 2002). Με αυτόν τον τρόπο αξιολογεί άμεσα τη θεραπευτική διαδικασία και το βαθμό που το παιδί ανταποκρίνεται σε αυτή (Kontos & Diamond, 2002). Ακόμα, παρέχεται στο παιδί, η δυνατότητα να διαπιστώσει τη βελτίωσή του και να ενθαρρυνθεί από αυτή (Kontos & Diamond, 2002).

Ωστόσο, για ένα τέτοιο σκοπό, η δουλειά του θεραπευτή αφορά στη διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών, ούτως ώστε το παιδί να αισθανθεί ασφάλεια και εμπιστοσύνη, και παράλληλα να κινητοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό από το περιεχόμενο της ελεύθερης συζήτησης, ώστε να εστιάσει σε αυτό και όχι στον τρόπο που μιλάει, προκειμένου να αποφύγει την εκδήλωση συμπτωμάτων τραυλισμού (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008). Με άλλα λόγια ο θεραπευτής πρέπει να διαμορφώσει ένα τέτοιο κλίμα ώστε το παιδί να ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε συζήτηση και κυρίως να επιθυμεί να το κάνει (Kaminski et al., 2008). Σε ένα τέτοιο κλίμα, θα δύναται να αξιοποιήσει τις στιγμές γλωσσικής ευχέρειας με στόχο να καταστήσει φανερό στο παιδί ότι μπορεί να μιλάει χωρίς να παρουσιάζει συμπτώματα και να εντοπίσουν μαζί τις τροποποιήσεις που αφορούν στη λεκτική συμπεριφορά του, ούτως ώστε με την πάροδο του χρόνου να γενικευτούν σε πλαίσια εκτός του θεραπευτικού (Kaminski et al., 2008).

Ακόμα, οι στόχοι της θεραπευτικής διαδικασίας θα πρέπει να εστιάζουν στη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού και στην υιοθέτηση κανόνων που διέπουν το διάλογο (Yairi, 1997a.). Πιο συγκεκριμένα, ο ειδικός πρέπει να βοηθήσει το παιδί να πραγματοποιεί και να διατηρεί βλεμματική επαφή με τον συνομιλητή του, να αποφεύγει να τον διακόπτει και να τηρεί τη σειρά του ως προς τη συμμετοχή του (Yairi, 1997a.). Αυτό φαίνεται να είναι πιο δύσκολο όταν το παιδί είναι μικρής ηλικίας, οπότε θα χαρακτηρίζεται ενδεχομένως από παρορμητικότητα και ανυπομονησία (Yairi, 1997b). Στην προκειμένη περίπτωση κρίνεται σημαντικό να δημιουργηθούν πρώτα οι συνθήκες τήρησης των παραπάνω προϋποθέσεων συμμετοχής και διατήρησης ενός διαλόγου (Yairi, 1997b).

Σε επίπεδο πράξης, αυτό μπορεί να σημαίνει ότι ο θεραπευτής θα ζητήσει από το παιδί να ηρεμήσει και να περιμένει για λίγα λεπτά, μέχρι ο ίδιος να εστιάσει την προσοχή του σε αυτό κι έπειτα να ξεκινήσει να διηγείται τα νέα του από το διάδρομο προς την αίθουσα της συνεδρίας, εμπλέκοντας τον έτσι σε μια φυσική συζήτηση και λειτουργώντας ως παράδειγμα «καλού» συνομιλητή (Webster-Stratton & Hammond, 1990).

Παράλληλα, οι στόχοι του θεραπευτικού προγράμματος πρέπει να εστιάσουν στην αλλαγή δευτερογενών αντιδράσεων λεκτικής φύσεως που συχνά παρατηρούνται σε παιδιά που εκδηλώνουν συμπτώματα τραυλισμού, όπως είναι οι εμβολοφρασίες, οι ιδιαίτερες διακυμάνσεις του τόνου και της έντασης της φωνής και γενικότερα η χρήση

υποκειμενικών «κανόνων», τους οποίους έχει υιοθετήσει ήδη το παιδί κρίνοντάς τους ως βοηθητικούς ως προς την αποφυγή του τραυλισμού (Johnson & Linda, 1980).

Σύμφωνα με τον Bloodstein (1995), «σχεδόν κάθε άτομο που τραυλίζει έχει τη δική του προσωπική λίστα με δύσκολες λέξεις». Πλήθος ερευνών υποστηρίζει ότι η αποφυγή ορισμένων λέξεων που κρίνονται «επίφοβες» από το παιδί, δημιουργούν συναισθήματα φόβου σε υψηλό βαθμό (Bloodstein, 1995). Για παράδειγμα, αν υποθέσουμε ότι το παιδί εκδηλώνει φόβο για λέξεις που ξεκινούν από συγκεκριμένους φθόγγους, όπως το «π» ή το «τ», τότε θα επιδιώξει την αντικατάστασή του με άλλες συνώνυμες (Bloodstein, 1995). Σε αυτή την περίπτωση, ο ειδικός θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει το παιδί να διαπιστώσει τον τρόπο με τον οποίο η τάση αυτή δυσχεραίνει την ευχέρεια λόγου και τελικά αυξάνει το βαθμό των συμπτωμάτων του τραυλισμού (Bloodstein, 1995). Άλλωστε, ο ειδικός είναι σε θέση να εντοπίσει πολλές λέξεις στον αυθόρμητο λόγο του παιδιού, τις οποίες προφέρει με άνεση τηρώντας τους κανόνες και μέσα από αυτές να του δείξει ότι είναι σε θέση να προφέρει κάθε φθόγγο και τελικά να το βοηθήσει να κατανοήσει με ποιόν τρόπο οδηγήθηκε στη διαμόρφωση αυτών των κανόνων και για ποιο λόγο ο τραυλισμός σχετίζεται με τη συναισθηματική του κατάσταση και τις δικές του αντιλήψεις και όχι με τη φύση των συγκεκριμένων ήχων και λέξεων (Silverman, 2004).

Σύμφωνα με Κάκουρο και Μανιαδάκη (2006), η τροποποίηση της ομιλίας του παιδιού ούτως ώστε να περιοριστούν τέτοιου τύπου λεκτικά στοιχεία, μπορεί να καταστεί ιδιαίτερα ευεργετική για τη ροή του λόγου του και παράλληλα να το απαλλάξει από αισθήματα φόβου και αγωνίας που ενδέχεται να το συνοδεύουν, καθώς θα αναπτύσσει μηχανισμούς ελέγχου και συνειδητής τροποποίησης στη λειτουργία αυτοματοποίησης ροής του λόγου.

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με Κάκουρο και Μανιαδάκη (2002) οι στόχοι που τίθενται είναι οι εξής:

- Η ενημέρωση των γονέων με λεπτομέρειες για την ποιότητα, την αιτιολογία, την εξελικτική πορεία και την πιθανή έκβαση του τραυλισμού, και η κατανόηση του μηχανισμού εκδήλωσής του.

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

- Η εκπαίδευση στους αποτελεσματικούς τρόπους διαχείρισης των δυσκολιών του παιδιού τους στη ροή του λόγου και, η αλλαγή ορισμένων στοιχείων της δικής τους συμπεριφοράς, κατά την λεκτική επικοινωνία με το παιδί που τραυλίζει.
- Να εκπαιδευτούν ούτως ώστε να τροποποιούν παράγοντες στο οικογενειακό περιβάλλον, οι οποίοι ενδέχεται να προκαλούν αρνητικά συναισθήματα και άγχος στο παιδί.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στην ενημέρωση των γονέων αναφορικά με την ποιότητα και την αιτιολογία του τραυλισμού και η κατανόηση των βασικών αρχών του θεραπευτικού προγράμματος, αυτή πραγματοποιείται στην πρώτη επικοινωνία του ειδικού με τους γονείς του παιδιού που παρουσιάζει συμπτώματα της διαταραχής, ενώ είναι πιθανόν να διαπιστωθεί πως αυτοί έχουν ήδη συγκεντρώσει πληροφορίες σχετικά με τον τραυλισμό, από πλήθος πηγών όπως είναι οι φίλοι και συγγενείς, βιβλία ή περιοδικά (Gallagher, Rhodes & Darling, 2004). Ακόμα, οι γονείς συχνά διαμορφώνουν προσωπικές υπολανθάνουσες θεωρίες σχετικά με την αιτιολογία του προβλήματος και τον κατάλληλο τρόπο διαχείρισης. Επομένως, ο ειδικός έρχεται συνήθως αντιμέτωπος με τις ήδη διαμορφωμένες αντιλήψεις και απόψεις των γονέων, τις οποίες καλείται να τροποποιήσει σε περίπτωση που αυτές αποκλίνουν από τις ισχύουσες επιστημονικές απόψεις για τον τραυλισμό (Gallagheretal, 2004).

Ακόμα η εκπαίδευση των γονέων στην τήρηση βασικών αρχών κατά την προφορική επικοινωνία και αλληλεπίδραση με το παιδί, εξυπηρετεί τις παρατηρήσεις και υποδείξεις, με έμφαση στην αποφυγή ακατάλληλων τρόπων αντίδρασης στα συμπτώματα (Gray & McCormick, 2005).

Τα αρνητικά συναισθήματα, που μπορεί να βιώνουν οι γονείς για τις δυσκολίες στη ροή του λόγου του παιδιού, δεν μεταδίδονται μόνο μέσω παρατηρήσεων και υποδείξεων αλλά και με μη λεκτικό τρόπο (Gray & McCormick, 2005).. Ο τόνος της φωνής, η έκφραση του προσώπου, οι κινήσεις του σώματος μπορεί επίσης να μεταδώσουν το παιδί το άγχος των γονέων για την ομιλία του (Gray & McCormick, 2005; Κάκουρος& Μανιαδάκη, 2002; Baileyetal, 2007).

Ακόμα, η σκόπιμη μείωση του ρυθμού ομιλίας των γονέων κατά την διάρκεια εκδήλωσης έντονου τραυλισμού από την μεριά του παιδιού, μπορεί να βοηθήσει στην άμεση μείωση της έντασής του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002) . Ενώ η τήρηση βασικών

κανόνων επικοινωνίας κατά την λεκτική αλληλεπίδραση με το παιδί που τραυλίζει είναι πολύ σημαντική (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Οι γονείς θα πρέπει να αποφεύγουν να συμπληρώσουν αυτό που επιδιώκει να εκφράσει το παιδί, ακόμη και αν το έχουν καταλάβει (Herschell et al., 2002). Εξίσου σημαντικό είναι να μην διακόπτουν το παιδί όταν μιλάει και να δημιουργούν τις προϋποθέσεις ώστε να περιμένει ο καθένας την σειρά του να μιλήσει (Herschell et al., 2002). Το παιδί πρέπει να αισθάνεται, πάνω απ' όλα, ότι οι συνομιλητές του ενδιαφέρονται γι' αυτά που έχει να πει και ότι δίνουν αξία στις ιδέες, τις απόψεις και τα συναισθήματα που εκφράζει και όχι στη λεκτική ευχέρεια (Herschell et al., 2002).

Οι ερωτήσεις των γονέων στην προσπάθειά τους να διατηρήσουν την αλληλεπίδρασή τους φαίνεται να λειτουργεί αρνητικά (Hembree-Eisenstadt et al., 2002; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Στην περίπτωση του παιδιού που τραυλίζει, είναι σημαντικό οι γονείς να μη θέτουν συνεχώς ερωτήσεις και, σε κάθε περίπτωση, να περιμένουν να απαντηθεί η πρώτη ερώτηση πριν θέσουν την επόμενη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Ενώ οι προτάσεις που χρησιμοποιούν δεν θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερη πολυπλοκότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Ακόμα τονίζεται ο ρόλος της βλεμματική επαφής μεταξύ των συνομιλητών, καθώς είναι πολύ βοηθητικό για τους γονείς των παιδιών που τραυλίζουν να διατηρούν φυσιολογική βλεμματική επαφή με το παιδί τους προκειμένου να το ενθαρρύνουν και να αποφεύγουν να προκαλούν αισθήματα ανησυχίας ή απογοήτευσης και έτσι να συμβάλλουν στη διατήρηση της επικοινωνίας παρά την εκδήλωση του τραυλισμού (Gregory, 2003).

Το κυριότερο ίσως στοιχείο είναι η συναισθηματική στήριξη αρχικά των γονέων και μέσω αυτών, του παιδιού (Kontos & Diamond, 2002). Ο περιορισμός της βαρύτητας που φαινομενικά θα αποδίδουν στη διαταραχή αυτή θα βελτιώσει την αυτοπεποίθηση του παιδιού ως προς τις δεξιότητες λεκτικής επικοινωνίας (Kontos & Diamond, 2002). Για αυτό και οι γονείς εξασκούνται στην αναγνώριση παραγόντων του οικογενειακού περιβάλλοντος που λειτουργούν αρνητικά και στον περιορισμό της επίδρασής τους (Kontos & Diamond, 2002).

Αυτό γίνεται μέσα από την δημιουργία ήρεμου οικογενειακού περιβάλλοντος, ενημέρωση συγγενών, εφαρμογή των κανόνων επικοινωνίας, αποφυγή πίεσης χρόνου, αποφυγή υπερβολικών απαιτήσεων και εκπαίδευση σε νέους τρόπους διαχείρισης των προβλημάτων συμπεριφοράς. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Ολοκληρώνοντας την ενότητα αυτή, γίνεται σαφές, ότι οι στόχοι της θεραπείας δεν αφορούν μόνο τη ροή του λόγου, αλλά ταυτόχρονα εστιάζουν σε πολλά ακόμα στοιχεία που διέπουν την παραγωγή προφορικού λόγου και κυρίως τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού ως προς τα συμπτώματα του τραυλισμού και ως προς τον εαυτό του. Για αυτό το λόγο κρίνεται πολύ σημαντικό να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο ενθαρρυντικό και μια αμοιβαία σχέση μεταξύ παιδιού και θεραπευτή, ούτως ώστε να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα μέσα από το θεραπευτικό πρόγραμμα.

1.2 ΜΕΘΟΔΟΙ

Σύμφωνα με τη σύγχρονη έρευνα και βιβλιογραφία, παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση της διαταραχής κατά την προσχολική ηλικία με δύο κυρίαρχες προσεγγίσεις, την άμεση και την έμμεση (Onslow, Packman, Stocker, VanDoorn & Siegel, 1997). Οι άμεσες θεραπευτικές παρεμβάσεις προτάσσουν την ένταξη του παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα, επιστρατεύοντας διάφορες τεχνικές, οι οποίες αποσκοπούν στην εξάσκηση του παιδιού ούτως ώστε να ελέγξει σταδιακά μόνο του τα συμπτώματα του τραυλισμού και τελικά να τα μειώσει (Gregory, 2003). Αυτός αποτελεί τελικά και ένας στόχος της θεραπείας, καθώς όπως φαίνεται η αγωγή του λόγου και η αλλαγή της συμπεριφοράς αποτελούν το μέσο διαχείρισης της δυσλειτουργικής αυτής λεκτικής συμπεριφοράς (Onslow et al., 1997). Αυτού του τύπου θεραπευτικές παρεμβάσεις, που προϋποθέτουν τη συμμετοχή τόσο του παιδιού όσο και των γονέων του σε πρόγραμμα, αποσκοπούν στην εξάσκηση του ίδιου του παιδιού ούτως ώστε να μειώσει και να ελέγξει τα συμπτώματα. Πρόκειται για θεραπευτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς.

Η τροποποίηση της συμπεριφοράς βασισμένη στη συντελεστική μάθηση είναι ίσως μια από τις πιο διαδεδομένες τεχνικές άμεσης παρέμβασης στα παιδιά προσχολικής

ηλικίας τα οποία παρουσιάζουν τραυλισμό, όπως υποστηρίζει ο Costello (1983). Έχουν αναπτυχθεί προγράμματα όπου τα παιδιά λαμβάνουν διαφόρων τύπων ενισχυτές για την έκφραση ολοκληρωμένων περιόδων λόγου-προτάσεων που δεν χαρακτηρίζονται από συμπτώματα τραυλισμού, ενώ παράλληλα καλούνται να κάνουν παύση και να επαναλάβουν την πρόταση τους, κάθε φορά που εκδηλώνεται τραυλισμός (Gregory, 2003). Οι παράμετροι υπό τις οποίες πραγματοποιείται ένα τέτοιου τύπου πρόγραμμα είναι τέτοιες ώστε να υπάρχει σταδιακή εξέλιξη και πρόοδος, η οποία σιγά σιγά γενικεύεται και βελτιώνεται από μια επικοινωνιακή κατάσταση μειωμένων απαιτήσεων, όπου το παιδί καλείται να εκφράσει μικρές και απλές προτάσεις, σε ένα επίπεδο αυξημένης επικοινωνιακής πίεσης και λεκτικής πολυπλοκότητας (Gregory, 2003). Αποτελέσματα πειραματικών ερευνών, έδειξαν ότι οι τεχνικές συντελεστικής μάθησης, και οι στόχοι που προκύπτουν από αυτή, δύνανται να προκαλέσουν περιορισμό ως προς την εκδήλωση συμπτωμάτων τραυλισμού, ζητώντας από το παιδί να εμπλακεί σε φανταστική «συζήτηση» με μια κούκλα η οποία θα είναι μέσα σε ένα κουτί και την οποία θα έλεγχε ο πειραματιστής-ερευνητής, που θα βρισκόταν όμως σε διαφορετικό δωμάτιο και ταυτόχρονα θα είχε οπτικό έλεγχο του χώρου όπου θα βρίσκεται το παιδί (Gregory, 2003). Κάθε φορά που το παιδί εκδήλωνε συμπτώματα τραυλισμού, περιοριζόταν η φωτεινότητα στο κουτί ενώ παράλληλα η κούκλα εξαφανιζόταν για 10 περίπου δευτερόλεπτα (Gregory, 2003). Οι ερευνητές ανέφεραν ότι τα συμπτώματα του τραυλισμού σταδιακά μειώνονταν σε μεγάλο βαθμό, σχεδόν μέχρι να υποχωρήσουν εντελώς, τουλάχιστον για όση ώρα διαρκούσε το πείραμα (Gregory, 2003).

Στον αντίποδα, οι έμμεσες θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν προτάσσουν απαραίτητα την ένταξη του παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα καθώς εστιάζουν στην εκπαίδευση των γονέων και κατ' επέκταση στην τροποποίηση της δικής τους συμπεριφοράς ή στην τροποποίηση του περιβάλλοντος του παιδιού (Onslow et al., 1997). Στην προκειμένη περίπτωση ο στόχος των έμμεσων θεραπευτικών παρεμβάσεων, φαίνεται να είναι η «φυσική» διαχείριση και αντιμετώπιση της διαταραχής, μέσα από τις αλλαγές στο περιβάλλον του παιδιού και όχι στο ίδιο ή στη συμπεριφορά του (Mahoney & Perales, 2003).

Στην προκειμένη περίπτωση, οι γονείς εκπαιδεύονται από τον ειδικό ούτως ώστε να αξιοποιούν συγκεκριμένες τεχνικές κατά τη διάρκεια της καθημερινότητάς τους και της

φυσικής αλληλεπίδρασής του με το παιδί στο σπίτι, ξεκινώντας από την εφαρμογή σε περιορισμένης χρονικής διάρκειας συνομιλίες, οι οποίες σταδιακά αυξάνονται εντός και εκτός προγράμματος, με στόχο να γενικευτούν (Ortega, 2003). Ακόμα οι γονείς προτρέπονται να επισημαίνουν και να ταυτοποιούν τις φορές που το παιδί εκδηλώνει συμπτώματα τραυλισμού με θετικό και μη τιμωριστικό τρόπο (Ortega, 2003). Αυτό ωστόσο δεν προτείνεται να γίνεται συνεχώς, ή τουλάχιστον κάθε φορά που το παιδί τραυλίζει, αλλά σε συχνότητα 1 προς 5 (Ortega, 2003). Καθόλη τη διάρκεια αυτών των συνομιλιών, οι γονείς ηχογραφούν ή αν δύνανται μαγνητοσκοπούν τις συνομιλίες, ούτως ώστε ο θεραπευτής να έχει καλύτερη εικόνα των συνθηκών υπό τις οποίες αυτές πραγματοποιήθηκαν (Mahoney & Perales, 2003). Όταν επισκέπτονται τον θεραπευτή, οι γονείς φέρνουν μαζί τους μαγνητοφωνημένα δείγματα συνομιλίας με το παιδί, προκειμένου να αξιολογηθεί τόσο η πρόοδος του παιδιού όσο και ο βαθμός της δικής του σωστής και στάσης (Mahoney & Perales, 2003).

Η πολυεπίπεδη προσέγγιση προτάσσει την ένταξη των γονέων στο θεραπευτικό πρόγραμμα υπογραμμίζοντας τα πολλαπλά οφέλη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Το βασικότερο από αυτά είναι η διαπίστωση ότι η δυσκολίες που παρουσιάζει το παιδί δεν είναι ανεξάρτητες του οικογενειακού και ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου, ενώ παράλληλα εκπαιδεύονται στην αποτελεσματική διαχείριση αυτών των δυσκολιών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Παράλληλα δημιουργείται πλαίσιο στήριξης και ενθάρρυνσης αυτών, εντός του οποίου αισθάνονται ασφάλεια να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες τους και να απομυθοποιήσουν τις δυσκολίες τους, ενώ παρατηρείται μείωση των εντάσεων και του άγχους που συνοδεύουν το παιδί που παρουσιάζει συμπτώματα της διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Αυτού του τύπου θεραπευτικά προγράμματα που βασίζονται στη συμπεριφοριστική θεωρία εστιάζουν στη ροή του λόγου, που αποτελεί τελικά και αποκλειστικό σκοπό της θεραπευτικής του παρέμβασης, για αυτό και παρουσιάζουν μειονεκτήματα σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο (Koester & Lahti-Harper, 2010). Βασικό μειονέκτημα κρίνεται η περιορισμένη σημασία ως προς την αιτιολογία έκφρασης συμπτωμάτων τραυλισμού και η εστίαση της προσοχής στα συμπτώματα αυτά κάθε 'αυτά και μάλιστα όταν αυτά εκδηλωθούν πλέον σε λεκτικό επίπεδο και επομένως η διαταραχή έχει ήδη λάβει μεγαλύτερες διαστάσεις (Koester & Lahti-Harper, 2010; Κάκουρος –Μανιαδάκη, 2006).

Όπως έχουμε επισημαίνεται, η διαταραχή του τραυλισμού δεν αποτελεί απλώς πρόβλημα λόγου και ομιλίας αλλά έχει πλείστες ψυχολογικές προεκτάσεις οι οποίες δεν φαίνονται να λαμβάνονται καθόλου υπόψη σε τέτοιου τύπου θεραπευτικά προγράμματα (Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006)

Παράλληλα, αξίζει να ειπωθεί ότι τέτοιου τύπου προγράμματα, όπου σκοπός είναι να εκπαιδευτούν οι γονείς και έπειτα οι ίδιοι να γίνουν «συν-θεραπευτές» η προσοχή εστιάζει και στη συνεχή και συστηματική αυτό-παρατήρηση του παιδιού όσον αφορά στο επίπεδο της ομιλίας του, προκειμένου να την ελέγξει, αποτελώντας ένα στοιχείο που φαίνεται να αποτελεί και έναν από τους λόγους της επιτυχίας αυτού του προγράμματος (Venkatagiri, 2005). Ωστόσο, όπως έχουν υπογραμμίσει πολλοί συγγραφείς τα τελευταία χρόνια, οι οποίοι διερευνούν την αιτιολογία του τραυλισμού και επιδιώκουν να τη συσχετίσουν με το θεραπευτικό πρόγραμμα που αρμόζει κάθε φορά, η σκόπιμη και συνεχής προσπάθεια ενός παιδιού να παρέμβει στον αυτοματοποιημένο μηχανισμό ροής του λόγου του, αποτελεί βασική αιτία εκδήλωσης του προβλήματος και είναι δύσκολα κατανοητός ο τρόπος και ο βαθμός που η προσπάθεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση (Silverman, 2004). Ένα άλλο σημαντικό μειονέκτημα τέτοιου τύπου προγραμμάτων, το οποίο επισημαίνεται είναι ότι οι γονείς που θα επενδύσουν χρόνο και προσπάθεια σε αυτή τη διαδικασία και θα καταφέρουν να την φέρουν σε πέρας με τη σταθερότητα και τη θετική διάθεση που απαιτείται, δεν αποτελούν ενδεχομένως αντιπροσωπευτικό δείγμα των γονέων των παιδιών που τραυλίζουν (Onslow , 2001).

Οι Sylvestre, Brisson, Lepage, Nadeau & Deaudelin, (2016), υποστηρίζουν ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση αποτελεί μια πολυδιάστατη διαδικασία με εξατομικευμένο χαρακτήρα που οφείλει να προσαρμόζεται πάντοτε στο χαρακτήρα και στις ανάγκες του παιδιού αλλά και του περιβάλλοντός του και να βασίζεται στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεωρία. Σε κάθε περίπτωση, η προσέγγιση που θα υιοθετήσει ο ειδικός πρέπει να χαρακτηρίζεται από ενθάρρυνση και ευαισθησία, και παράλληλα από την ενεργητική συμμετοχή του παιδιού, λαμβάνοντας πάντοτε υπόψιν τη συναισθηματική κατάσταση του όσον αφορά τη διαταραχή του τραυλισμού και την πιθανή επίδραση αυτής στα συναισθήματα των ατόμων του περιβάλλοντός του (Sylvestreetal, 2016).

Παράλληλα, αν οι συνθήκες το επιτρέπουν, προτείνεται η άμεση προσέγγιση του παιδιού και η συζήτηση μαζί του ούτως ώστε να ιεραρχηθούν οι στόχοι (Venkatagiri, 2005). Η άμεση αυτή προσέγγιση θα αφορά σε στοιχεία του χαρακτήρα του που τους αρέσουν, σε στοιχεία της ομιλίας τους με τα οποία είναι ευχαριστημένα και με αυτά που δεν είναι, για τη συναισθηματική τους κατάσταση, ενώ παράλληλα προτείνεται η γραπτή τους έκφραση ως προς τα προαναφερθέντα, με αποδέκτη ένα μέλος της οικογένειάς τους (Sylvestre et al., 2016). Πολύ σημαντικό είναι να καταστεί σαφές ότι οι τεχνικές αυτές χρησιμοποιούνται μόνο όταν τα παιδιά κρίνονται απολύτως έτοιμα να διαχειριστούν το συναισθηματικό βάρος, χωρίς να αγνοείται η επιλεκτικότητα ως προς τη θεματολογία που θα επιλεγεί και η μεγάλη προσοχή που χρειάζεται από τον θεραπευτή.

Σύμφωνα με ερευνητές (Starkweather, Gottwald & Halfond, 1990), η θεραπεία για τη διαταραχή του τραυλισμού πρέπει να στοχεύει στην μείωση των απαιτήσεων και στην αύξηση των δυνατοτήτων στους γλωσσικούς και γνωστικούς τομείς ανάπτυξης. Για κάθε παιδί υπάρχουν τρεις διαδικασίες (Starkweather et al., 1990). Η πρώτη αφορά σε καθημερινό χρόνο ειδικής αλληλεπίδρασης όπου ο υπεύθυνος γονέας κάθεται με το παιδί για 15 λεπτά έχοντας όλη την προσοχή στραμμένη στο παιδί, με στόχο να αυξήσει την αυτοπεποίθηση του παιδιού σε δραστηριότητες που περιέχουν παιχνίδια με ομιλία ή χωρίς και διάβασμα (Roberts & Kaiser, 2011). Η δεύτερη διαδικασία αφορά στην αλλαγή ρυθμού ομιλίας του γονέα ούτως ώστε να μιλάει πιο αργά, με μεγαλύτερες παύσεις και πιο αργές αρθρωτικές κινήσεις, διατηρώντας όμως φυσικό επιτονισμό, και η τρίτη διαδικασία αφορά στην αντικατάσταση μοντέλου και αυτό-διάλογος (ομιλία στον εαυτό του) για δημιουργία ανάγκης ομιλίας (Roberts & Kaiser, 2011). Σε αυτή την περίπτωση ζητείται από τον γονέα να μην απαιτεί από το παιδί γλωσσική επίδοση, απλώς να αποτελεί πρότυπο μοντέλο επικοινωνίας (Roberts & Kaiser, 2011).

Άλλες διαδικασίες τέτοιου τύπου θεραπευτικών προγραμμάτων, στοχεύουν στην μείωση των συναισθηματικών απαιτήσεων, μέσω της επιβράδυνσης του ρυθμού με τον οποίο γίνονται οι δουλειές του σπιτιού, της επιτέλεσης δραστηριοτήτων με ήρεμο τρόπο, της αποφυγή έξαψης, της μείωσης των συναισθηματικών αντιδράσεων, του ανοιχτού διάλογου για τον τραυλισμό, της μείωσης των κινητικών απαιτήσεων όπως η τοποθέτηση παύσης ανάμεσα στην εναλλαγή σειράς στον διάλογο ή η καθιέρωση κανόνων για ανάληψη σειράς, και στη μείωση των γνωστικών και γλωσσικών απαιτήσεων, μέσα από

την ομιλία με μικρές, απλές προτάσεις και την αποφυγή ερωτήσεων που απαιτούν μεγάλες και περίπλοκες απαντήσεις (Jindal-Snape et al., 2005).

Ο θεραπευτής παρέχει στον γονέα οδηγίες σχετικά με την ορθή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος σε εβδομαδιαία βάση (Kelman & Nicholas, 2008). Οι συνεδρίες ξεκινούν με ευχάριστο τρόπο, μέσω του παιχνιδιού. Έπειτα ο θεραπευτής και ο γονέας αξιολογούν την ομιλία του παιδιού κατά το παιχνίδι και επιλέγουν μια θεραπευτική διαδικασία (Kelman & Nicholas, 2008). Αυτό είναι κάτι που ο γονέας κάνει για να μειώσει τις απαιτήσεις ή να αυξήσει τις δυνατότητες που σχετίζονται με την ροή του λόγου (Franken, 2005). Στο τέλος, ο θεραπευτής εφαρμόζει πρότυπα την στοχευμένη θεραπευτική διαδικασία, ο γονέας την εκτελεί και ο θεραπευτής δίνει ανατροφοδότηση (Franken, 2005). Η θεραπεία με τέτοιου τύπου στόχους, ολοκληρώνονται σε διάστημα τεσσάρων μηνών ή και νωρίτερα, υπό την προϋπόθεση ότι ο γονέας είναι σε θέση να εφαρμόζει αποδοτικά όλες τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, ότι αισθάνεται έτοιμος να διατηρήσει τις διαδικασίες στο σπίτι, και αν και ο θεραπευτής και ο γονέας παρατηρούν μόνο ελάχιστες αποκλίνοσες συμπεριφορές εκφοράς λόγου (Franken, 2005).

Μια ακόμα μέθοδος που φαίνεται να υποστηρίζεται και να αξιοποιείται για αρκετά χρόνια σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης του τραυλισμού, προτάσσει τη απομάκρυνση του θεραπευτικού πλαισίου από τα στενά πλαίσια των δυσκολιών στη ροή του λόγου και εστιάζει την προσοχή σε μια διαφορετική προοπτική, με κύριο άξονα το άτομο ως σύνολο (Hembree-Eisenstadt, 2002). Η προσέγγιση του παιδιού αλλάζει ολοκληρωτικά καθώς αυτό ως σκεπτόμενο και ενεργητικό ον, και όχι ως παθητικός δέκτης των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (Hembree-Eisenstadt, 2002). Σύμφωνα με αυτή την μέθοδο το παιδί διαμορφώνει τη συμπεριφορά του ενεργητικά, ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύει και αντιλαμβάνεται τα ερεθίσματα αυτά (Hembree-Eisenstadt, 2002). Η ερμηνεία των ερεθισμάτων κρίνεται ως μια φυσιολογική λειτουργία, η οποία βοηθάει συνήθως το άτομο ούτως ώστε να προσαρμοστεί με τρόπο κατάλληλο και αποτελεσματικό (Hembree-Eisenstadt, 2002). Ωστόσο, πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι στην περίπτωση που το παιδί ερμηνεύει με τρόπο ακατάλληλο ή δυσλειτουργικό τα ερεθίσματα, τότε αντίστοιχα παρουσιάζει δυσκολίες στη διαδικασία προσαρμογής του (Hembree-Eisenstadt, 2002).

Σύμφωνα με τον Bandura (1986) «προκειμένου να αλλάξει κανείς τον τρόπο που συμπεριφέρεται, πρέπει πρώτα να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται». Αυτή η θέση αποτελεί βάση σύγχρονων μεθόδων αντιμετώπισης του τραυλισμού καθώς υιοθετεί τις αρχές της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, της θεωρία της κοινωνικής μάθησης, της γνωσιακής θεωρία και της θεωρίας της αυτό-αποτελεσματικότητας. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ωστόσο, ασκείται κριτική σε μεθόδους που έχουν καθαρά συμπεριφοριστικό χαρακτήρα, καθώς θεωρείται ότι εστιάζουν κυρίως σε επιφανειακά συμπτώματα και άρα στην ουσία δεν επαρκούν.

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, η αμυντική και αναπόφευκτα προστατευτική συμπεριφορά που εκδηλώνει το άτομο όταν αντιλαμβάνεται κάποιες ενδείξεις, που για το ίδιο, αποτελούν προειδοποίηση για τα αρνητικά συμβάντα που θα ακολουθήσουν, αποτελεί προτετελεσμένη κατάσταση (Bandura, 1986). Στην περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων τραυλισμού, αυτές οι ενδείξεις έναρξης αυτών, μπορεί να είναι ορισμένα στοιχεία του λόγου, ή συγκεκριμένοι άνθρωποι, ή καταστάσεις που έχουν συσχετιστεί με τον κίνδυνο της απώλειας ελέγχου της καλής ροής ομιλίας (Schwenketal, 2007). Οι καταστάσεις αυτές, έχουν τη μορφή νοητικών αναπαραστάσεων. Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιδράσει το άτομο σε αυτού του τύπου νοητικές αναπαραστάσεις, σταδιακά παίρνουν τη μορφή αντανακλαστικών, χαρακτηρίζεται από ένταση και άγχος που σταδιακά κορυφώνεται καθώς κάνει έντονη προσπάθεια να εκφέρει σωστά τον προφορικό λόγο, με αποτέλεσμα τελικά να λειτουργεί σαν «αυτό-εκπληρούμενη προφητεία» και να εκφράζει πιο έντονα συμπτώματα της διαταραχής (Schwenk et al., 2007).

Η βοήθεια που παρέχεται στο παιδί μέσω της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, αφορά στην αποτελεσματική διαχείριση των δυσκολιών του, στην αύξηση της ευελιξίας του ως προς την ερμηνεία και αντίδρασή του σε ποικίλες καταστάσεις (Millardetal., 2008; Σερδάρης, 1998). Αυτό πραγματοποιείται μέσα από την αλλαγή που επέρχεται σε δυσλειτουργικές αντιλήψεις και μέσα από την καλλιέργεια δεξιοτήτων επίλυσης προβλήματος. Οι μέθοδοι που πηγάζουν από τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία εστιάζουν στην τροποποίηση της αυτό-εικόνας και της δεδομένης αυτό-αποτελεσματικότητας του παιδιού που εκδηλώνει συμπτώματα τραυλισμού (Σερδάρης, 1998). Πιο αναλυτικά, ένας βασικός σκοπός τέτοιου τύπου προγραμμάτων είναι η καλλιέργεια της αυτοπεποίθησης του ατόμου, όσον αφορά στις δεξιότητες προφορικού

λόγου και λεκτικής επικοινωνίας, μέσα από την αποτελεσματική αξιολόγηση των πιθανών ενδείξεων συμπτωμάτων τραυλισμού, που παλαιότερα θα λειτουργούσαν αρνητικά για το παιδί σε υψηλό βαθμό (Σερδάρης, 1998).

Η αλλαγή των δυσλειτουργικών αντιλήψεων και ερμηνειών του παιδιού γίνονται μέσα από ασκήσεις ελέγχου και διαχείρισης των καταστάσεων, και προκύπτουν από θετικές επιδόσεις (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Τα παιδιά που εκδηλώνουν συμπτώματα τραυλισμού, συχνά έχουν εμπειρίες, αποτυχίας στον προφορικό λόγο και στην επικοινωνία, οι οποίες καλλιεργούν αρνητικές αντιλήψεις και αισθήματα αδυναμίας ελέγχου της ομιλίας, καθώς φαίνεται να πιστεύουν ότι δεν έχουν τη δυνατότητα παρέμβασης σε αυτή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Στα πλαίσια των γνωσιακών-συμπεριφορικών μεθόδων, ο ειδικός αναλαμβάνει να καθοδηγήσει το παιδί ασκώντας το σε τεχνικές επίτευξης καλής ροής της ομιλίας κατά τη διάρκεια της ατομικής θεραπείας, ούτως ώστε να πεισθεί ότι είναι σε θέση να μιλά με καλή ροή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Σε αυτή την προσπάθεια, πολύ χρήσιμη πρακτική φαίνεται να είναι η κατάδειξη των περιπτώσεων όπου παρατηρούνται μειωμένα συμπτώματα της διαταραχής όπως είναι το τραγούδι, ή η παρακολούθηση άλλων ατόμων που τραυλίζουν ή του ίδιου του εαυτού σε βιντεοσκοπημένα στιγμιότυπα, τα οποία θα παρουσιάζουν τόσο τις φορές που εκδηλώθηκαν συμπτώματα τραυλισμού όσο και τις φορές που το παιδί παρήγαγε προφορικό λόγο με ευφράδεια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Η τεχνική αυτή ονομάζεται προτυποποίηση (modeling, self-modeling) και κρίνεται ιδιαίτερα επιτυχής σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Η σταδιακή αλλαγή της αντίληψης που έχει το παιδί ως προς την αυτό-αποτελεσματικότητας του οδηγεί, τις περισσότερες φορές, στη βελτίωση της ανταπόκρισής του στον εν λόγω τομέα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Πράγμα που με τη σειρά του έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της πεποίθησής της αυτό-αποτελεσματικότητάς του, μέσα από συστηματικές εμπειρίες επιτυχίας στον τομέα όπου παλαιότερα βίωνε κυρίως αποτυχίες (Bandura, 1986).

Όπως φαίνεται, η εφαρμογή των αρχών και τεχνικών της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας για την αντιμετώπιση της διαταραχής του τραυλισμού, βασίζεται σε ένα οργανωμένο, τεκμηριωμένο και πολυδιάστατο θεωρητικό υπόβαθρο. Αυτό δεν σημαίνει ότι η εφαρμογή των μεθόδων αποτελεί απλό και εύκολο εγχείρημα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Η πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει αφού του τύπο

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

μεθόδους, προϋποθέτει σαφή θεωρητικό προσανατολισμό, αυξημένη εμπειρία, καθώς επίσης και τη συνδυαστική αξιοποίηση γνώσεων από πολλά διαφορετικά επιστημονικά πεδία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Για αυτό το λόγο, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και οι μέθοδοι που προκύπτουν από αυτή δεν υιοθετούνται ευρέως από μεγάλο αριθμό ειδικών(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

1.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Πρόγραμμα Lidcombe

Το θεραπευτικό πρόγραμμα Lidcombe, φαίνεται να είναι αρκετά δημοφιλές όσον αφορά στην εφαρμογή του σε παιδιά προσχολικής και πρωτοσχολικής ηλικίας (Schwenk et al., 2007). Κατά την εφαρμογή αυτού του θεραπευτικού προγράμματος, το παιδί και οι γονείς επισκέπτονται τον ειδικό μια φορά την εβδομάδα (Frankenetal., 2005). Ο ίδιος με τη σειρά του εκπαιδευεί τους γονείς ούτως ώστε να χρησιμοποιούν συγκεκριμένες τεχνικές στο πλαίσιο του σπιτιού (Franken et al., 2005). Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς εκπαιδεύονται στη δημιουργία ολιγόλεπτων και άρτια δομημένων δραστηριοτήτων ομιλίας, με συνήθη διάρκεια 15 λεπτά ή 20 λεπτά (Franken et al., 2005). Όση ώρα διαρκούν οι δραστηριότητες αυτές, οι γονείς πρέπει να επιβραβεύουν τα παιδιά όταν μιλούν με ευχέρεια, χρησιμοποιώντας λεκτικές δηλώσεις ενθάρρυνσης όπως: «Μιλάς πολύ όμορφα», «Ακούγεσαι υπέροχα», «Οι λέξεις ακούγονται απαλά», ενώ παράλληλα τους δίνεται η οδηγία να αναγνωρίζουν τις φορές που το παιδί εκδηλώνει συμπτώματα τραυλισμού με θετικό και μη τιμωρικό τρόπο, με αναλογία μια αρνητική επισήμανση προς πέντε θετικές (π.χ. «είχε λίγα βουναλάκια εδώ για να την ξαναπούμε χωρίς βουναλάκια») (Franken et al., 2005). Δηλαδή, εφόσον το παιδί επιβραβευτεί για πέντε συνεχείς ευχερείς εκφορές, τότε μπορεί ο γονέας να επισημάνει πάντα με προσοχή και μια μόνο εκφορά του παιδιού, που δεν τηρεί τους κανόνες, με παρότρυνση να τη διορθώσει (Franken et al., 2005).

Ακόμα, οι γονείς εκπαιδεύονται να αξιολογούν τη σοβαρότητα του τραυλισμού του παιδιού τους χρησιμοποιώντας μια δεκα-βάθμια κλίμακα (1=καμία δυσρυθμία, 10=εξαιρετικά σοβαρός τραυλισμός) (Franken et al., 2005). Οι γονείς συμπληρώνουν αυτή την κλίμακα στο πλαίσιο του σπιτιού και όταν επισκέπτονται τον ειδικό θεραπευτή, έχουν μαζί τους τις αξιολογήσεις (Franken et al., 2005).

Το εν λόγω θεραπευτικό πρόγραμμα κρίνεται ως επιτυχές, υπό την προϋπόθεση ότι οι αξιολογήσεις διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα της κλίμακας (1 ή 2) για παρατεταμένη διάρκεια, που αγγίζει τους 10 ή 12 μήνες, ενώ ταυτόχρονα οι αξιολογήσεις του ειδικού βρίσκονται σε συμφωνία με αυτές των γονέων (Onslow et al., 2002) Στην περίπτωση που τελικά το πρόγραμμα αποτύχει ως προς την επίτευξη των στόχων του, τότε αυτό μπορεί σημαίνει ότι ήταν ακατάλληλο ή ακόμα και ότι υπάρχει ανάγκη για αύξηση ή μείωση των δομημένων δραστηριοτήτων (Onslow et al., 2002)

Η κριτική που αφορά στο εν λόγω πρόγραμμα, επικεντρώνεται στη σπάνια επισήμανση των συμπτωμάτων της διαταραχής σε παιδιά μικρής ηλικίας (Onslow et al., 2002) Αυτομάτως, παιδιά προσχολικής ηλικίας που ενδεχομένως δεν έχουν επίγνωση της δυσκολίας τους, η αύξηση αυτής της επίγνωσης μπορεί να τα κατατάξει σε μεγαλύτερη κλίμακα σοβαρότητας (Onslow et al., 2002). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα, επομένως, δεν προτείνεται ως άμεση επιλογή σε παιδιά προσχολικής ηλικίας που δεν έχουν επίγνωση (Onslow et al., 2002)

Πρόγραμμα PalinParent-ChildInteraction

Το εν λόγω θεραπευτικό πρόγραμμα αφορά σε παιδιά κάτω των 7 ετών (Eyberg, 2004). Βασικός στόχος του προγράμματος είναι να γίνει σε βάθος κατανόηση και γνώση για τον τραυλισμό από τους γονείς, να περιοριστεί το άγχος τους και η ανησυχία και παράλληλα να περιοριστούν με έμμεσο τρόπο και τα συμπτώματα της διαταραχής του τραυλισμού που εκδηλώνουν τα παιδιά (Boggs, Eyberg, Edwards, Rayfield, Jacobs, Bagner & Hood, 2004) Πολύ σημαντική κρίνεται η ανατροφοδότηση που παρέχεται από τον ειδικό θεραπευτή προς στους γονείς με βάση τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονέων και του παιδιού τους, στο πλαίσιο του σπιτιού οι οποίες μεταφέρονται και σε αυτή την περίπτωση βιντεοσκοπημένες (Boggs et al., 2004). Κατά τη διάρκεια της ανατροφοδότησης αυτής, δίνονται οδηγίες και συμβουλές στους γονείς για τις αποτελεσματικές τεχνικές αλληλεπίδρασης αλλά και για τις λανθασμένες, ενώ παράλληλα καθοδηγούνται για τις πρώτες με συγκεκριμένες και στοχευμένες συμπεριφορές (Boggs et al., 2004). Η διάρκεια του προγράμματος είναι συνήθως 6 έως 12 εβδομάδες, στις οποίες περιλαμβάνονται οι θεραπευτικές συνεδρίες που πραγματοποιούνται και βιντεοσκοπούνται στο σπίτι (Boggs et

al., 2004). Οι συζήτηση με τον ειδικό για ανατροφοδότηση και καθοδήγηση πραγματοποιείται μια φορά κάθε εβδομάδα (Boggs et al., 2004).

Problem Solving Technique (Τεχνική Επίλυσης Προβλημάτων)

Η τεχνική αυτή της επίλυσης προβλήματος, αποτελεί ίσως μια από τις πρώτες μεθόδους έμμεσης παρέμβασης για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Αναπτύχθηκε το 1998 στο Southwest Texas States University, υπό την εποπτεία του Mallard, και βασίστηκε στις θεωρητικές προσεγγίσεις της Rustin(1987a, 1987b), περίπου μια δεκαετία πριν η ίδια αναπτύξει το PCIT.

Η διάρκεια του προγράμματος είναι δύο εβδομάδες και αφορά σε παιδιά σχολικής ηλικίας, ενώ το θεραπευτικό πρόγραμμα αφορά στην οικογένεια, μέσω της οποίας αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα του τραυλισμού (Rustin & Cook, 1983).

Το θεραπευτικό πρόγραμμα ξεκινούσε ύστερα από παραπομπή της οικογένειας σε ειδικό λογοθεραπευτή, που περιλάμβανε τηλεφωνική επικοινωνία μεταξύ του και των γονέων, επεξήγηση του προγράμματος σε αυτούς, επίλυση των απορροιών τους και μια πρώτη αξιολόγηση της βαρύτητας της διαταραχής (Rustin & Cook, 1983). Αυτή η πρώτη αξιολόγηση, διάρκειας περίπου δύο ωρών, επικεντρωνόταν σε δεξιότητες λόγου και γλώσσας του παιδιού αλλά στη συζήτηση με τους γονείς ούτως ώστε να ληφθεί ένα πλήρες ιστορικό. Ακόμα, έμφαση δινόταν στην αναπτυξιακή πορεία της διαταραχής αλλά και στον τρόπο αλληλεπίδρασης των γονέων με το παιδί. Στα πλαίσια αυτής της αξιολόγησης γινόταν ανάλυση των συμπτωμάτων του τραυλισμού όσον αφορά στην ελεύθερη συζήτηση, στην ανάγνωση, στην άρθρωση, στις γλωσσικές δεξιότητες και στο αμφίπλευρο ακουόγραμμα στα 25 dB HL (Rustin & Cook, 1983).

Η προσέγγιση επίλυσης προβλημάτων (problem-solving technique) και η εφαρμογή της, αποσκοπεί στην επίλυση προβλήματος του τραυλισμού με τον δικό τους μοναδικό τρόπο. Για μερικά παιδιά η θεραπεία έδινε έμφαση σε παραδοσιακές τεχνικές ελέγχου της ομιλίας, ενώ για άλλα επικεντρωνόταν στον τρόπο με τον οποίο οι γονείς αντιμετώπιζαν τις συμπεριφορές που δεν αφορούσαν τόσο πολύ τη ροή του λόγου (Gray & McCormick, 2005). Ο ρόλος του ειδικού θεραπευτή ήταν να ενθαρρύνει και να καθοδηγήσει την οικογένεια να εντοπίσει τις πιο αποτελεσματικές για αυτήν μεθόδους παρέμβασης (Gray,

& McCormick, 2005). Ορισμένα γενικά στοιχεία και ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα υπήρχε για κάθε συμμετέχοντα (Herschell et al., 2002). Οι κοινωνικές δεξιότητες όπως η παρατήρηση, η ακρόαση, η εναλλαγή σειράς, η διαχείριση συναισθημάτων αναφορικά με τον τραυλισμό, η ανταπόκριση σε έπαινο και κριτική, η διαπραγμάτευση, η επίλυση προβλημάτων σε συνδυασμό με δεξιότητες αλλαγής της ροής, μέσα από την εξάσκηση στην χρήση μειωμένου ρυθμού ομιλίας, η σωστή αναπνοή, και η ομαλή εκκίνηση φώνησης, αφορούσαν σε όλους του συμμετέχοντες, ενώ παράλληλα παρεχόταν εκπαίδευση σε τεχνικές τροποποίησης την συμπεριφοράς, μέσα από την ανάλυση του τραυλισμού και απευαισθητοποίηση μέσω εκούσιου τραυλισμού (Herschell et al., 2002).

Οι προαναφερθείσες τεχνικές, κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις θεματικές ενότητες: δεξιότητες λόγου, μετάθεση, κοινωνικές δεξιότητες. Αναλυτικά σε κάθε μια από αυτές της ενότητες εντάσσονταν, σύμφωνα με Herschell και συν. (2002):

Δεξιότητες λόγου: ορισμός ροής ομιλίας, ορισμός τραυλισμού, ρυθμός ομιλίας, επίπεδο έντασης ομιλίας, ταυτοποίηση τραυλισμού, εκούσιος τραυλισμός, αργή ομιλία, η αναπνοή στην ομιλία, απαλή εκκίνηση φωνής, λειτουργώντας ως πρότυπο ρυθμού ομιλίας, απευαισθητοποίηση τραυλισμού, χαλάρωση.

Μετάθεση: ανάπτυξη ορθών προσδοκιών, διαπραγμάτευση, επίλυση προβλημάτων, καταγιγισμός ιδεών, μίμηση του τραυλισμού του παιδιού, επικοινωνία συζύγων, επικοινωνία γονέα-παιδιού, ώρα ομιλίας, οικογενειακή συζήτηση, παρέχοντας ευκαιρίες κοινωνικοποίησης, εντοπισμός στρες, συνεπής πειθαρχία, χειριστική συμπεριφορά, αφήνοντας το παιδί να αναλάβει ευθύνες, δέσμευση για ολοκλήρωση, παιχνίδια ρόλων, ικανότητες αντιμετώπισης

Κοινωνικές δεξιότητες: παρατήρηση, διαβάζοντας την γλώσσα του σώματος, ακρόαση, διακοπή, εναλλαγή σειράς, βλεμματική επαφή, απόσταση συζήτησης, διατήρηση θέματος, άμεσος στυλ επικοινωνίας, στυλ επικοινωνίας, έπαινος, ικανότητα έκφρασης συναισθημάτων, παρέχοντας/ακολουθώντας οδηγίες, ικανότητες κοινωνικής αλληλεπίδρασης, τόνος φωνής.

Κατά την έναρξη του θεραπευτικού προγράμματος, η έμφαση δίνεται σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα στην καλλιέργεια δεξιοτήτων λόγου και αλληλεπίδρασης, ενώ η

εξάσκηση στην αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων και ο διάλογος εισάγονται σε επόμενη φάση του προγράμματος (Rustin, 1987b). Το πρόγραμμα ολοκληρώνεται όταν πλέον η οικογένεια του παιδιού έχει κατασταλάξει και εφαρμόσει σε ικανοποιητικό βαθμό τον τρόπο διαχείρισης των συμπτωμάτων του τραυλισμού, ενώ παράλληλα κάθε μέλος της οικογένειας έχει ένα προσωπικό πλάνο στόχων που πρέπει να επιτύχει μέχρι το τέλος της θεραπείας (Gray & McCormick, 2005).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η επιτυχία του προγράμματος αυτού είναι διαπιστωμένη καθώς προέκυψε μεγάλη βελτίωση των δεξιοτήτων που αφορούσαν στην ενότητα της μετάθεσης, των κοινωνικών δεξιοτήτων και των δεξιοτήτων προφορικού λόγου. Όσον αφορά στην επιτυχία των επιμέρους δραστηριοτήτων που φάνηκε να είχαν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, αυτές αφορούσαν στην αυτονόμηση του παιδιού, στην συζήτηση μεταξύ της οικογένειας και στην ενεργητική «ακρόαση» των προβληματισμών τους και στην απευαισθητοποίηση του παιδιού αλλά και της οικογένειάς του ως προς τα συμπτώματα της διαταραχής. Αξίζει στο σημείο αυτό να ειπωθεί ότι πρωταρχικός στόχος δεν είναι η αποκατάσταση της ομιλίας του παιδιού, αλλά η εκπαίδευση της οικογένειας στη διαχείριση προβληματικών καταστάσεων, καθώς ο τραυλισμός φαίνεται να εντάσσεται υπό μια «ομπρέλα». Όπως φαίνεται, τα παιδιά που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ξεπέρασαν τα συμπτώματα της διαταραχής, χωρίς περεταίρω παρέμβαση ή ατομική θεραπεία με τον ειδικό θεραπευτή, πράγμα που όπως υποστηρίζεται, οφείλεται στην ανάπτυξη της αυτονομίας τους και στην καλλιέργεια δεξιοτήτων αποτελεσματικής επίλυσης προβλήματος (Herschell et al., 2002).

Παρά τα προαναφερθέντα θετικά αποτελέσματα, η εν λόγω τεχνική της επίλυσης προβλήματος παρουσιάζει μειονεκτήματα. Ένα από αυτά αφορά στον περιορισμό της εφαρμογής της σε παιδιά που παρουσιάζουν άλλου τύπου διαταραχές επικοινωνίας, παράλληλα φαίνεται να μην κατηγοριοποιείται η σοβαρότητα εκδήλωσης της διαταραχής, ενώ, δεν φαίνεται να καθορίζεται το σημείο έναρξης της θεραπείας, κι έπειτα αυτό να συγκρίνεται με το τελικό αποτέλεσμα, ούτως ώστε να καθοριστεί ο βαθμός επίτευξης των στόχων (Bailey et al., 2007).

Στο αντίποδα, το θεραπευτικό αυτό πρόγραμμα είναι μια πρώτη προσπάθεια δομημένης και συστηματικής θεραπείας του τραυλισμού, με μια μέθοδο που

επικεντρώνεται στην οικογένεια και παράλληλα χαρακτηρίζεται από συντομία και αποτελεσματικότητα. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι η μετατόπιση του ρόλου του ειδικού θεραπευτή από «ειδήμονα» σε «συν-θεραπευτή». Επιπλέον, αξίζει να ειπωθεί ότι το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα έκανε την αρχή, για την ανάπτυξη άλλων προγραμμάτων που εμπλέκουν τους γονείς τόσο στην εφαρμογή του όσο και στον καθορισμό των στόχων. Τέλος, όπως φάνηκε η καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων αποτελεί τη βάση για την περεταίρω εξέλιξη τόσο της οικογένειας όσο και του παιδιού του ίδιου (Bailey et al., 2007).

Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια και φαίνεται να αποκτά ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον. Η εν λόγω θεραπεία αφορά σε παιδιά σχολικής ηλικίας, εφήβους και ενήλικες και φαίνεται να λειτουργεί μέσα από την τροποποίησης της αντίληψης που έχει προς τον εαυτό του και τις καταστάσεις που αφορούν στην καθημερινότητά του, καλλιεργώντας ευελιξία σκέψης. Η έμφαση δίνεται στην αλλαγή δυσλειτουργικών αντιλήψεων του ατόμου και στην καλλιέργεια δεξιοτήτων επίλυσης προβλήματος, ενώ όσον αφορά στη διαχείριση των συμπτωμάτων του τραυλισμού, βασικός στόχος είναι η ενθάρρυνση του ατόμου και η ανάπτυξη της αυτοπεποίθησής του σε δεξιότητες λεκτικής επικοινωνίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Πρόγραμμα Camperdown

Το πρόγραμμα Camperdown εφαρμόζεται σε ενήλικες και έφηβους που εκδηλώνουν συμπτώματα της διαταραχής του τραυλισμού. Το εν λόγω πρόγραμμα επικεντρώνεται στη μείωση ή στην εξάλειψη του τραυλισμού του ατόμου σε ποικίλα επικοινωνιακά πλαίσια και καταστάσεις. Το πρόγραμμα απαρτίζεται από τρία στάδια, όπου στο πρώτο οι ασθενείς αξιολογούνται ως προς τη σοβαρότητα της διαταραχής και εκπαιδεύονται σε τεχνικές παρατεταμένης ομιλίας με τη χρήση βίντεο, στο δεύτερο στάδιο ασκούνται σε τρόπο ευχέρειας της ομιλίας, στο τρίτο συμμετέχουν σε ομαδικές συνεδρίες και καλλιεργούν δεξιότητες επίλυσης προβλήματος, με απώτερο στόχο τη γενίκευση των δεξιοτήτων αυτών σε άλλα πλαίσια εκτός του θεραπευτικού (Bloodstein, 1995).

Πρόγραμμα Fluency Plus

Το πρόγραμμα FluencyPlus εφαρμόζεται σε εφήβους και ενήλικες, με κύριο στόχο την καλλιέργεια δεξιοτήτων αυτό-αποδοχής και ανοχής ως προς τα συμπτώματα του τραυλισμού. Η τροποποίηση της ομιλίας, οι τεχνικές της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και η ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλήματος, αποτελούν βασικές μεθόδους της εν λόγω θεραπείας. Ωστόσο, προϋποθέτει χρονικό διάστημα ενός έτους με εντατικές στην αρχή και πιο αραιές συνεδρίες στη συνέχεια, ούτως ώστε να είναι αποτελεσματικό.

Demands And Capacity Model-DACM(Μοντέλο Απαιτήσεων και Δυνατοτήτων)

Σύμφωνα με το εν λόγω θεραπευτικό πρόγραμμα, οι στόχοι επικεντρώνονται στον περιορισμό των απαιτήσεων και στην αύξηση των δυνατοτήτων σε γλωσσικούς και γνωστικούς τομείς ανάπτυξης, ενώ η διάρκειά του είναι δώδεκα εβδομάδες (Starkweather, Gottwald, Halfond, 1990). Τα παιδιά που συμμετέχουν σε αυτό, παίρνουν μέρος σε τρεις φάσεις. Η πρώτη είναι η συμμετοχή σε ειδική αλληλεπίδραση, όπου ο υπεύθυνος γονέας κάθεται με το παιδί για 15 λεπτά με στόχο να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση του παιδιού σε δραστηριότητες που γίνονται με παιχνίδια με ομιλία ή χωρίς και διάβασμα. Η δεύτερη φάση αφορά στην τροποποίηση του ρυθμού ομιλίας του γονέα, ούτως ώστε να μιλάει πιο αργά, κάνοντας παύσεις και πιο αργές αρθρωτικές κινήσεις, διατηρώντας όμως φυσικό επιτονισμό. Η Τρίτη φάση αφορά στην αντικατάσταση μοντέλου και αυτοδιάλογος (ομιλία στον εαυτό του, self-talk) για δημιουργία ανάγκης ομιλίας, όπου ο γονέας καλείται να μην απαιτεί από το παιδί γλωσσική επίδοση, απλώς να αποτελεί πρότυπο μοντέλο επικοινωνίας.

Οι προαναφερθείσες τρεις φάσεις είναι και οι βασικές του προγράμματος, οι οποίες όμως συμπληρώνονται από μερικές μικρότερης βαρύτητας, όπως είναι η μείωση του ρυθμού με τον οποίο γίνονται οι δουλειές του σπιτιού, η εκτέλεση δραστηριοτήτων με ήρεμο τρόπο, η αποφυγή έξαψης, η μείωση των κινητικών απαιτήσεων και η μείωση των γνωστικών και γλωσσικών απαιτήσεων, πράγμα που επιτυγχάνεται με προφορικό λόγο μικρών και απλών προτάσεων και αποφυγή ερωτήσεων που απαιτούν μεγάλες και περίπλοκες απαντήσεις.

Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να καθοδηγήσει το γονέα ως προς την σωστή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος. Στην αρχή της κάθε συνεδρίας συμμετέχουν σε παιχνίδι, ενώ τόσο ο θεραπευτής όσο και ο γονέας αξιολογούν την πρόοδο του παιδιού και προσδιορίζουν εκ νέου το θεραπευτικό πλάνο. Ο ρόλος του γονέα αφορά στον περιορισμό των απαιτήσεων της συζήτησης και στην αύξηση των δυνατοτήτων για σωστή ροή του λόγου, ενώ ο ρόλος του ειδικού θεραπευτή είναι να αποτελέσει πρότυπο εφαρμογής της θεραπευτικής διαδικασίας, να καθοδηγήσει το γονέα και να τον συμβουλεύσει. Υπάρχουν τρεις προϋποθέσεις για να θεωρηθεί ολοκληρωμένη και επιτυχημένη η θεραπευτική διαδικασία. Η πρώτη είναι η αποδοτικότητα του γονέα ως προς την εφαρμογή των τεχνικών, η δεύτερη αφορά στο βαθμό συνέπειας του ως προς την εφαρμογή τους στο πλαίσιο του σπιτιού και η τρίτη αφορά στην φανερή μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Franken , 2005).

Λεξιπόντιξ

Το θεραπευτικό πρόγραμμα «Λεξιπόντιξ» αποτελεί δομημένη θεραπεία για παιδιά σχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν συμπτώματα της διαταραχής του τραυλισμού (Fouklas & Marousos, 2015). Η θεωρητική του βάση εντοπίζεται αρχές της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (Cognitive Behavioral Therapy-CBT), και των θεραπευτικών προγραμμάτων Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) (Eyberg et al, 1999; Kelman & Nicholas, 2008), Solution Focused Brief Therapy (De Shazer , 2007), Fluency Shaping και Block Modification. Ενώ παράλληλα χαρακτηρίζεται ως μια συνολική προσέγγιση, όπου τόσο οι γονείς όσο και το παιδί συμμετέχουν θεωρούμενοι ως ίσοι (Anderson & Gehart, 2009; Biggart, Cook & Fry, 2006).

Η θεραπεία χρησιμοποιεί έναν φανταστικό ήρωα που είναι ένα παιδί, με βασικό στόχο να συμφιλωθεί με τον ποντικό που προκαλεί προβλήματα στο «Κέντρο του νου» του και προκαλεί την εκδήλωση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Fouklas & Marousos, 2015). Κατά τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας χρησιμοποιεί βοηθούς και εργαλεία, ενώ παράλληλα εκτελεί αποστολές και πειράματα (Fouklas & Marousos, 2015). Μέσω των φανταστικών ηρώων και των τεχνικών, το παιδί αποκτά επίγνωση των καταστάσεων που πυροδοτούν την εκδήλωση των συμπτωμάτων, μαθαίνει να διαχειρίζεται τα συναισθήματά του ως προς αυτά και να αντιμετωπίζει τη δυσκολία του (Fouklas & Marousos, 2015). Οι

γονείς έχουν με τη σειρά τους τους δικούς τους στόχους, που αφορούν στη διαχείριση των συναισθημάτων τους και στην υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών (Fourlas & Marousos, 2015). Ο κεντρικό σκοπός του θεραπευτικού προγράμματος είναι η τροποποίηση του τρόπου επικοινωνίας του παιδιού, η λειτουργική ανταπόκριση σε επικοινωνιακές καταστάσεις και η καλλιέργεια της αποδοχής ως προς την διαταραχή (Fourlas & Marousos, 2015).

Κατά την πρώτη συνεδρία του προγράμματος πραγματοποιείται αξιολόγηση της σοβαρότητας και των δυνατοτήτων του παιδιού αλλά και του οικογενειακού πλαισίου (Fourlas & Marousos, 2015). Στην περίπτωση που παρατηρούνται μειωμένα κίνητρα, μη ρεαλιστικές προσδοκίες ή χαμηλή διάθεση συνεργασίας, πραγματοποιείται μια εισαγωγική συνεδρία, κατά τη διάρκεια της οποίας προσδιορίζονται οι στόχοι, επιχειρείται τροποποίηση των ήδη εδραιωμένων τεχνικών διαχείρισης, μέσω της παροχής εναλλακτικών, ενώ παράλληλα οι γονείς καλούνται να δεσμευθούν ως προς την τήρηση του ρόλου τους (Fourlas & Marousos, 2015). Όταν παρατηρείται περιορισμένη διάθεση και κίνητρο από τους γονείς, δίνεται έμφαση στην δική τους «εξειδίκευση» ως γονείς του παιδιού, ενώ υπογραμμίζεται ο ρόλος τους ως συν-θεραπευτές και βασικοί πυλώνες για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας (Fourlas & Marousos, 2015). Με την ολοκλήρωση αυτής της φάσης ξεκινούν την συμμετοχή στο πρόγραμμα (Fourlas & Marousos, 2015).

Το πρόγραμμα οργανώνεται σε πρώτο και δεύτερο στάδιο, αν κρίνεται αναγκαίο, όπου οι συναντήσεις με το ειδικό θεραπευτή πραγματοποιούνται μια φορά την εβδομάδα για χρονική διάρκεια τεσσάρων μηνών (Fourlas & Marousos, 2015). Κατά το πρώτο στάδιο αποτελείται από τη βασική δομή και τις ενότητες, που πραγματοποιούνται τις πρώτες δώδεκα εβδομάδες (Fourlas & Marousos, 2015).

Η Βασική Δομή περιλαμβάνει συζήτηση για τα στάδια του θεραπευτικού προγράμματος και τους ρόλους του παιδιού, των γονέων και του θεραπευτή, ενώ παρουσιάζονται στρατηγικές ενίσχυσης όλων των συμμετεχόντων και αλληλεπίδρασης (Fourlas & Marousos, 2015). Ακόμα παρουσιάζονται οι στόχοι που απορρέουν από τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπείας (Cognitive Behavioral Therapy- CBT), που αφορούν στην αναγνώριση των γνωσιακών φάσεων, των γνωστικών παραποιήσεων και της δυνατότητας απάντησης/σχολιασμού (talking back) στις αρνητικές αντιλήψεις και

συναισθήματα, ενώ παράλληλα αρχίζει η εφαρμογή των παραδοσιακών τεχνικών ελέγχου της ομιλίας με παράθεση και αναγνώριση των βασικών εννοιών του τραυλισμού και τον εκούσιο τραυλισμό (Furlas & Marousos, 2015).

Κατά τη διάρκεια των ενοτήτων, που γίνονται στις συνεδρίες 6 έως 12, χρησιμοποιούνται οι στρατηγικές, που έχουν επιλεγεί για κάθε παιδί, και αφορούν στη βιντεοσκόπηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ γονέα και παιδιού, στην ενίσχυση αυτής με έπαινο, στην απευαισθητοποίηση, στην επέκταση της συνεργασίας, στις γνωσιακές παραποιήσεις, στην αναγνώριση στάσεων-συναισθημάτων, στην ανταπόκριση ή τροποποίηση αυτόματων αρνητικών σκέψεων, σε πειράματα ελέγχου, σε αποστολές, και επιπλέον σε τεχνικές ομιλίας, με απαλή εκκίνηση, μακρόσυρτη ομιλία, ακύρωση, παύσεις, και τροποποίηση της ομιλίας στην αρχή, στη μέση ή στο τέλος εκφοράς προφορικού λόγου (Furlas & Marousos, 2015).

Η κάθε συνεδρία διατηρεί ένα σταθερά δομημένο πρόγραμμα, όπου στην αρχή ελέγχεται ο βαθμός επιθυμίας συμμετοχής ενώ παράλληλα γίνεται ανασκόπηση των προηγούμενων θεραπειών και θεμάτων και εφόσον κρίνεται δυνατό, εισάγονται νέα ενότητα, εργαλεία, επιτραπέζια παιχνίδια, αποστολές και εργασίες (Furlas & Marousos, 2015). Ακόμα διαπιστώνονται οι νέες δεξιότητες που έχει καλλιεργήσει το παιδί, όπως προτάσσει η θεραπεία Solution Focused Brief Therapy-SFBT (Βραχεία προσανατολισμένη στην λύση θεραπεία). Λίγο πριν τη ολοκλήρωση της συνεδρίας, δίνονται οδηγίες και ανατροφοδότηση, ενώ αυτή τελικά κλείνει με την σημαντική σκέψη της ημέρας.

Μόλις ολοκληρωθεί το πρώτο στάδιο, πραγματοποιείται μια συνεδρία που έχει σκοπό να αξιολογήσει το βαθμό επίτευξης των στόχων και να αποφασίσει για το αν θα συνεχιστεί το πρόγραμμα και στην περίπτωση αυτή να επαναπροσδιορίσει τους στόχους (Furlas & Marousos, 2015).

2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ PALIN PCI

Το θεραπευτικό πρόγραμμα PalinParent-child interaction, αναπτύχθηκε πριν είκοσι χρόνια στην Αμερική, από την Sheila M. Eyberg, η οποία έχοντας μελετήσει τις συμπεριφοριστικές κατευθύνσεις κατά τη διάρκεια των σπουδών της αλλά και τις ψυχοδυναμικές και πέλατο-κεντρικές επιρροές στην αρχή της επαγγελματικής της καριέρας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, ενώ η παιχνιοθεραπείας ήταν ευχάριστη για τα παιδιά και φαινόταν να χαλαρώνουν και να αναπτύσσουν μία καλή σχέση μαζί της, αυτό δεν γενικευόταν στο πλαίσιο του σπιτιού (Hembree-Eisenstadtetal, 1993). Σύμφωνα με Eyberg (2004), οι γονείς δεν μετέφεραν τέτοιου τύπου εμπειρίες, δεν διαπίστωναν αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού, ενώ όπως υποστήριζαν το φιλικό και άνετο κλίμα του θεραπευτικού πλαισίου δεν γενικευόταν στο πλαίσιο του σπιτιού. Όπως μάλιστα υπογραμμίζει και η ίδια «... ταυτόχρονα, τα παιδιά στη θεραπεία φαινόταν να δένονται μαζί μου με τον τρόπο που είχαν ανάγκη αντί να δένονται με τους γονείς τους» (Eyberg, 2004). Η δημιουργός και ερευνήτρια του προγράμματος, επηρεασμένη από τη δουλειά άλλων ερευνητών, διερεύνηση τον τρόπο που προάγει την ανάπτυξη η γονεϊκή ανατροφή και η οριοθέτηση (Herschell et al., 2002).

Το πρόγραμμα δομήθηκε σύμφωνα με δύο θεραπευτικά μοντέλα αλλά και τις θεωρίες του δεσμού και της κοινωνικής μάθησης (Herschell et al., 2002). Δημιουργήθηκε ένα πρόγραμμα για μητέρες και παιδιά με αναπτυξιακές δυσκολίες με στόχο την εκπαίδευση των μητέρων στην καλλιέργεια δεξιοτήτων ακρόασης (Herschell et al., 2002). Αποτελούνταν από δύο στάδια, όπου στο πρώτο, το «Παιχνίδι του Παιδιού» εξασκούσε τις μητέρες να παίζουν με τα παιδιά τους δίνοντας έμφαση στη συνεργασία με το παιδί και αγνοώντας την απουσία αυτής (Herschell et al., 2002). Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου, παιζόταν το «Παιχνίδι της Μητέρας» το οποίο εκπαίδευε τις μητέρες στον «έλεγχο της συμπεριφοράς», δηλαδή σε άμεσες εντολές-οδηγίες, στην επιβράβευση για την υπακοή του παιδιού και τη χρήση της τεχνικής του διαλείμματος (time-out) στη μη υπακοή (Eyberg, 2004). Το πρόγραμμα τελικά αναπτύχθηκε από την Eyberg όταν η ίδια εργαζόταν

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

ως θεραπεύτρια παιδιών με συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές δυσκολίες, και επηρεαζόμενη από συμπεριφοριστικές και αναπτυξιακές θεωρίες και κλινικές καταστάσεις.

Το εν λόγω πρόγραμμα επιδιώκει την εκπαίδευση των γονέων ούτως ώστε να καλλιεργήσουν δεξιότητες διαχείρισης της σχέσης τους με το παιδί τους και τις πιθανές αγχωτικές καταστάσεις που βίωναν, ενώ παράλληλα ενίσχυε τις θετικές συμπεριφορές σε βαθμό που να αντικαταστήσουν τις αρνητικές (Bell & Eyberg, 2002). Βασικό ρόλο κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης αυτής είχε το παιχνίδι, το οποίο οργανωνόταν από εξειδικευμένη ομάδα θεραπευτών και περιλάμβανε θεωρητική κατάρτιση και πρακτική εξάσκηση (Bell & Eyberg, 2002).

2.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Το Πρόγραμμα Αλληλεπίδραση Γονέα Παιδιού PCIT, αποσκοπούσε στην παροχή θεραπείας σε παιδιά που παρουσίαζαν συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, ενώ αργότερα εξελίχθηκε ως μέθοδος θεραπείας γλωσσικών προβλημάτων (Cummins & Hulme, 1997; Rustinetal, 1996). Σε αυτόν τον τομέα επικράτησε, καθώς αποτελούσε μια εύκολα προσαρμόσιμη μέθοδο, εφόσον μπορούσε να τροποποιηθεί κάθε φορά για να εξυπηρετεί τις ανάγκες τις κάθε οικογένειας (Kelman & Nicholas, 2008).

Το πρόγραμμα ενθαρρύνει τους γονείς των παιδιών που εκδηλώνουν συμπτώματα της διαταραχής του τραυλισμού, να τα αναγνωρίσουν, καθώς πραγματοποιείται συζήτηση ως προς αυτά και τα συναισθήματα που προκαλούν. Κι αυτό διότι ένας βασικός σκοπός του προγράμματος είναι να βοηθήσει αρχικά τους γονείς να διαχειριστούν τη διαταραχή αυτή και μέσω αυτών, το παιδί, ενώ παράλληλα επιδιώκεται να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση στις δυνατότητές τους (Eyberg, 2004). Σε ένα τέτοιου τύπου πρόγραμμα έμμεσης παρέμβαση, όπως είναι το PalinPCI, η εκπαίδευση των γονέων θεωρείται το αρχικό στάδιο αντιμετώπισης της διαταραχής, χωρίς να αποκλείουν τη χρήση και άμεσων τεχνικών (Howell, Davis & Williams, 2008).

Οι Rustin et al. (1996) υποστηρίζουν ότι η έμμεση παρέμβαση του Palin PCI θα εξασκήσει με αποτελεσματικό τρόπο τα παιδιά στην ομαλή ροή ομιλίας. Ενώ όσον αφορά στα παιδιά που συνεχίζουν να βιώνουν συμπτώματα της διαταραχής, υποστηρίζεται ότι ο βασικό σκοπός θα έχει και πάλι επιτευχθεί, καθώς οι γονείς θα έχουν αναπτύξει την

αυτοπεποίθησή τους και θα είναι σε θέση να τα διαχειριστούν, εφαρμόζοντας στρατηγικές που θα ενισχύουν την ομαλή ροή του λόγου, και παράλληλα θα περιορίζουν, στο βαθμό που είναι δυνατό, τις αρνητικές επιπτώσεις από τα συμπτώματα της διαταραχής, και επομένως το θεραπευτικό πρόγραμμα θα οργανώνεται σε στέρεες βάσεις (Rustin et al., 1996). Οι ίδιοι ερευνητές και συγγραφείς, προτείνουν την εφαρμογή των μεθόδων που απορρέουν από το θεραπευτικό πρόγραμμα «Fluency Development System for Young Children» (Σύστημα Ανάπτυξης Ομαλής Ροής Ομιλίας για Νεαρά Παιδιά των Meyers & Woodford, 1992) σαν τεχνική άμεσης παρέμβασης, όπως και το πρόγραμμα Πρόγραμμα Lidcombe (Onslow et al., 2002).

Το πρόγραμμα PalinPCI αρχίζει με μια συνεδρία αξιολόγησης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, της αλληλεπίδρασης μεταξύ γονέων και παιδιού αλλά και του τρόπου που διαχειρίζονται τον τραυλισμό ή άλλες καταστάσεις, ενώ παράλληλα γίνεται λήψη ιστορικού του παιδιού. Στη συνέχεια πραγματοποιείται μια συνεδρία κάθε εβδομάδα, για χρονική διάρκεια έξι εβδομάδων, κατά την διάρκεια των οποίων αξιολογείται η εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος στο πλαίσιο του σπιτιού. Αυτός ο αριθμός των συνεδριών οργανωνόταν σύμφωνα με ορισμένα σταθμισμένα μέσα στήριξης που είχαν οι ειδικοί θεραπευτές. Ο τρόπος που δομούνται οι συνεδρίες ήταν ίδιος για το σύνολο των οικογενειών, αλλά τροποποιούνται ως προς το περιεχόμενο, το οποίο βασιζόταν στην εξατομίκευση του προγράμματος παρέμβασης για κάθε μια, σύμφωνα με τις ανάγκες της και του παιδιού (Herschell, et al., 2002).

2.2 ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Τα βασικά συστατικά του προγράμματος χωρίζονται σε πρώτο και δεύτερο στάδιο, και συνολικά διαρκεί από πέντε έως είκοσι-πέντε εβδομάδες. Το πρώτο στάδιο ονομάζεται «στάδιο αλληλεπίδρασης κατευθυνόμενης από το παιδί» (Child-Directed Interaction-CDI), και κατά τη διάρκειά του οι γονείς εκπαιδεύονται στις αρχές της παιχνοθεραπείας, σε πρακτικό επίπεδο, καθώς τις εφαρμόζουν, εξασκούνται στην ενίσχυση της μεταξύ τους σχέσης, της ανάπτυξης της αυτοπεποίθησής του παιδιού και στην καλλιέργεια κοινωνικών συμπεριφορών.

Το δεύτερο στάδιο, που ονομάζεται «στάδιο αλληλεπίδρασης κατευθυνόμενο από το γονέα» (Parent-Directed Interaction-PDI), οι γονείς εκπαιδεύονται σε τεχνικές

τροποποίησης της συμπεριφοράς των ίδιων και των παιδιών, μέσα από τη χρήση εντολών, την οριοθέτηση ή την προσωρινή διακοπή (time-out).

Τα δύο αυτά στάδια αποτελούν τα βασικά συστατικά του προγράμματος, το οποίο έχει συνολική χρονική διάρκεια δέκα έως δώδεκα εβδομάδες, με θεωρητικές και πρακτικές συνεδρίες, μεταξύ γονέα-παιδιού, γονέα-θεραπευτή και παιδιού-θεραπευτή. Οι εν λόγω συνεδρίες γίνονται κάθε εβδομάδα, ούτως ώστε να σημειωθεί ο βαθμός κατάκτησης των δεξιοτήτων που επιδιώκεται να κατακτήσουν, από την πλευρά του γονέα και η ετοιμότητα μετάβασης στις επόμενες φάσεις της θεραπείας. Ακόμα, αξίζει να ειπωθεί, ότι η ποιότητα της σχέσης μεταξύ του γονέα και του παιδιού, η συνέπεια που επιδεικνύει ο πρώτος ως προς την εφαρμογή του προγράμματος και την τήρηση των κανόνων του αλλά και ο βαθμός κατάκτησης των επιδιωκόμενων δεξιοτήτων, είναι παράγοντες που καθορίζουν σε υψηλό βαθμό τη διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος (Roberts & Kaiser, 2011).

2.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΡΑΣΗΣ

Το πρόγραμμα ξεκινάει με δύο συναντήσεις που λειτουργούν προπαρασκευαστικά, ούτως ώστε να γίνει λήψη του ιστορικού της οικογένειας και του παιδιού, και να συλλεχθούν πληροφορίες μέσα από ερωτηματολόγια και από την επικοινωνία με το σχολείου που φοιτά το παιδί, σχετικά με τη σχέση του με τους γονείς, τις δυσκολίες που παρουσιάζει σε άλλα πλαίσια ή κατά τη διάρκεια του ελεύθερου παιχνιδιού, αλλά και ως προς τον τρόπο που διαχειρίζεται τις δυσκολίες αυτές. Μόλις ολοκληρωθεί η συλλογή των πληροφοριών ξεκινάει η θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των γονέων (Kelman & Nicholas, 2008).

Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας, οι γονείς πληροφορούν τον ειδικό θεραπευτή για τον τρόπο που αλληλεπιδρούν με το παιδί στο πλαίσιο του παιχνιδιού. Η μορφή που έχει αυτή η συνεδρία, είναι η ημιδομημένη συνέντευξη, στο πλαίσιο της οποίας καταγράφονται οι δραστηριότητες που γίνονται μεταξύ γονέα και παιδιού, το είδος των δραστηριοτήτων και παιχνιδιών που παίζουν, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κατά τη διάρκεια αυτών, οι ευχάριστες στιγμές αλληλεπίδρασης αλλά και οι δυσάρεστες, ο τρόπος που διαχειρίζονται τη συμπεριφορά του παιδιού και η ποιότητα αυτής της συμπεριφοράς, αλλά και η συμπεριφορά του παιδιού σε άλλα πλαίσια, και τέλος οι προσδοκίες τους από το πρόγραμμα (Herschell et al., 2002).

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης συνάντησης, πραγματοποιείται δομημένη αλληλεπίδραση μεταξύ γονέων και παιδιού, σύμφωνα με τις οδηγίες του θεραπευτή, οι οποίες βασίζονται στις πληροφορίες που έχει συλλέξει για τις προτιμήσεις του παιδιού, για το αναπτυξιακό του στάδιο και σύμφωνα με τους στόχους του θεραπευτικού προγράμματος. Αρχικά γίνεται ενημέρωση των γονέων ως προς τον τρόπο που θα εξελιχθεί η συνεδρία, η οποία αποτελείται από είκοσι-πέντε λεπτά αλληλεπίδρασης που βιντεοσκοπείται. Κατά τα πρώτα 10 λεπτά της αλληλεπίδρασης γίνεται ελεύθερο παιχνίδι, ενώ τα επόμενα 10 λεπτά πραγματοποιείται οργανωμένη δραστηριότητα. Τα τελευταία 5 λεπτά, γονείς και παιδί αναλαμβάνουν το συμάζεμα των παιχνιδιών.

Η συνεδρία ολοκληρώνεται με μία σύντομη συζήτηση-ανασκόπηση με το γονέα αναφορικά με την εμπειρία του και τον τρόπο που εξελίχθηκε η συνεδρία, ενώ γίνεται καταγραφή αυτής στο πρωτόκολλο καταγραφής συνεδριών. Έπειτα, ο θεραπευτής βλέπει τη βιντεοσκοπημένη συνεδρία και καταγράφει τις τεχνικές που χρησιμοποίησε ο γονέας κατά την αλληλεπίδρασή του με το παιδί. Η δεύτερη αυτή συνεδρία αποτελεί και τη βάση του θεραπευτικού προγράμματος (Herschell, et al., 2002).

Κατά την τρίτη συνεδρία ξεκινάει η θεωρητική εκπαίδευση των γονέων στις δεξιότητες του προγράμματος οι οποίες αφορούν στην αλληλεπίδραση που κατευθύνεται από το παιδί μέσα από εγχειρίδιο, παίξιμο ρόλων και συζήτηση. Αυτή η συνεδρία, που διαρκεί περίπου δύο ώρες, εκπαιδεύει του γονείς να επιβραβεύουν είτε λεκτικά είτε σωματικά, να μιμούνται ενεργά, να περιγράφουν λεκτικά τη συμπεριφορά του παιδιού και να ανατροφοδοτούν. Παράλληλα εκπαιδεύονται να αποφεύγουν μερικές συμπεριφορές όπως είναι οι ερωτήσεις, οι εντολές και οι κρίσεις, καθώς όπως φαίνεται δεν εξυπηρετούν τους στόχους του προγράμματος. Στη συνέχεια ακολουθούν οι συναντήσεις πρακτικής εκπαίδευσης του γονέα, όπου αρχικά γίνεται ενημέρωση για το περιεχόμενο και στη συνέχεια ακολουθεί η αλληλεπίδραση με το παιδί, που βιντεοσκοπείται και έχει τη μορφή παιχνιδιού. Το παιχνίδι είναι ελεύθερο, φανταστικό και στόχος είναι το παιδί να το καθοδηγεί και ο γονέας να το ακολουθεί ενισχύοντάς θετικά το παιδί μέσα από τη εφαρμογή των διδασκόμενων δεξιοτήτων (Herschell et al., 2002).

Στη συνέχεια γίνεται πρακτική εκπαίδευση του γονέα στις δεξιότητες αλληλεπίδρασης κατευθυνόμενης από το παιδί, με εκπαιδευτή ο οποίος αρχικά

αλληλεπιδρά με το γονέα αποτελώντας πρότυπο κι έπειτα παρατηρεί την αλληλεπίδραση του δεύτερου με το παιδί και παρεμβαίνει όπου χρειάζεται συμβουλευοντας το γονέα. Ο στόχος είναι να ξεκινήσει η ελεγχόμενη εφαρμογή των δεξιοτήτων που διδάσκεται, αρχικά κατευθυνόμενος από τον θεραπευτή κι έπειτα να γενικεύσει τις δεξιότητες αυτές και να αποκτήσει εμπιστοσύνη στον εαυτό του ως προς τη χρήση τους. Οι συνεδρίες ολοκληρώνονται με ανασκόπηση και καταγραφή των βασικότερων σημείων (Kelman & Nicholas, 2008).

Ο θεραπευτής, κατά τις επόμενες μέρες παρακολουθεί τις βιντεοσκοπημένες αλληλεπιδράσεις και καταγράφει τις παρατηρήσεις του. Σύμφωνα με αυτές οργανώνει τη συνέχεια του προγράμματος.

Το δεύτερο στάδιο του προγράμματος, που αφορά στην αλληλεπίδραση που καθοδηγείται από το γονέα, αρχίζει με μία συνεδρία θεωρητικής εκπαίδευσης αυτών σε δεξιότητες που ενθαρρύνουν αυτού του τύπου αλληλεπιδράσεις. Οι δεξιότητες αυτές αφορούν στον τρόπο με τον οποίο οι γονείς οριοθετούν και διαχειρίζονται την ενδεχόμενη επιθετική ή προκλητική συμπεριφορά του παιδιού τους. Η θεωρητική εκπαίδευση διαρκεί, περίπου 2 ώρες, και σε αυτό το στάδιο, ενώ τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι παρόμοια με αυτά του προηγούμενου σταδίου, όπως για παραδείγματα φυλλάδια, η συζήτηση, η προτυποποίηση και το παίξιμο ρόλων (Kelman & Nicholas, 2008).

Στην αρχή αυτού του σταδίου, γίνεται ανασκόπηση και δίνεται ανατροφοδότηση στους γονείς αναφορικά με τις ήδη κατεκτημένες δεξιότητες της προηγούμενης φάσης. Έπειτα οι γονείς ενημερώνονται ως προς τα οφέλη των ορίων στη σχέση γονέα-παιδιού, στη συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού, στον τρόπο εφαρμογής των εντολών και στις μεθόδους διαχείρισης της μη αποδεκτής συμπεριφοράς του παιδιού τους.

Το στάδιο αυτό συνεχίζεται με ένα σύνολο συνεδριών, κατά τη διάρκεια των οποίων ο γονέας εκπαιδεύεται πρακτικά στις δεξιότητες του προγράμματος. Και σε αυτό το στάδιο βασικός στόχος είναι η καλλιέργεια δεξιοτήτων διαχείρισης των δυσκολιών και των αρνητικών συμπεριφορών του παιδιού, ούτως ώστε ο γονέας να βοηθηθεί και στη συνέχεια να βοηθήσει του παιδί. Όσον αφορά στην οργάνωση των συνεδριών, αυτές δεν βιντεοσκοπούνται καθώς ο θεραπευτής βρίσκεται μέσα στο χώρο διεξαγωγής της αλληλεπίδρασης ήδη από την αρχή αυτής και παρακολουθεί την εξέλιξή της.

Οι συνεδρίες αυτές, ξεκινούν με μια ολιγόλεπτη συζήτηση μεταξύ γονέα και θεραπευτή, ακολουθεί η πρακτική εκπαίδευση και εφαρμογή δεξιοτήτων και ολοκληρώνεται με συζήτηση και ανατροφοδότηση του γονέα για την εξέλιξή της και καταγραφή των βασικότερων σημείων.

Σε περίοδο ενός μήνα περίπου, από την έναρξη εφαρμογής του προγράμματος, πραγματοποιείται αξιολόγηση και αν χρειαστεί επαναπροσδιορίζονται οι στόχοι που τέθηκαν. Η αξιολόγηση αυτή χωρίζεται σε τέσσερις φάσεις, όπου η πρώτη είναι η αρχική συζήτηση με τους γονείς για την πορεία του θεραπευτικού προγράμματος και το βαθμό που οι ίδιοι έχουν αναπτύξει τις προβλεπόμενες δεξιότητες, η δεύτερη αφορά στη βιντεοσκόπηση της αλληλεπίδρασής του με το παιδί σε ελεύθερο και δομημένο παιχνίδι και στο συμμάζεμα αυτού, η τρίτη φάση αφορά και πάλι στη συζήτηση με τους γονείς για την πορεία της αλληλεπίδρασης, οπότε και παρέχεται ανατροφοδότηση και καθοδήγηση, και τέλος η τέταρτη φάση που αφορά στην αξιολόγηση του θεραπευτή για την πορεία του προγράμματος (Kelman & Nicholas, 2008).

2.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ PALINPCI

Σύμφωνα με πλήθος ερευνών σχετικά με την εφαρμογή και αξιολόγηση του θεραπευτικού προγράμματος PalinPCI, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι μητέρες που συμμετέχουν με τα παιδιά τους, ενώ η συμμετοχή και του πατέρα, γίνεται σε ελάχιστες περιπτώσεις. Υπογραμμίζεται ότι τα περισσότερα παιδιά που συμμετέχουν, παρουσιάζουν και διαταραχές της συμπεριφοράς, η οποία χαρακτηρίζεται συνήθως ως αντιδραστική και προκλητική, ενώ μπορεί να παρουσιάζουν διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Ακόμα, υπάρχουν έρευνες που αναφέρονται σε παιδιά με χρόνιες ασθένειες ή αναπτυξιακές διαταραχές.

Οι Werba, Eyberg, Boggs και Algina (2006) διερεύνησαν τους προβλεπτικούς παράγοντες, πριν την έναρξη της θεραπείας, σχετικά με τα αποτελέσματα του PCI, υποθέτοντας ότι κάποιοι από αυτούς όπως τα δημογραφικά στοιχεία γονέα και παιδιού, η ευκολία πρόσβασης στο θεραπευτικό κέντρο και η εγγραφή στη λίστα αναμονής συμβάλλουν στην ολοκλήρωση και κατ' επέκταση επιτυχία του προγράμματος ή στην εγκατάλειψη αυτού. Ακόμα διερεύνησαν τα στοιχεία της συμπεριφοράς των μητέρων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, όπως το άγχος, η έλλειψη ορίων και η γενικότερα μη

αποδεκτή συμπεριφορά εκ μέρους του. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παράγοντες όπως η καθυστέρηση έναρξης της παρέμβασης, το αυξημένο άγχος, η ακατάλληλη συμπεριφορά και διαχείριση του παιδιού, λειτουργούν αρνητικά ως προς την ολοκλήρωση του προγράμματος. Ακόμα, σημαντικός παράγοντας αναδείχθηκε η ηλικία των μητέρων, καθώς όπως φαίνεται η μεγαλύτερες σε ηλικία μητέρες ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, ενώ αυτές που είχαν μικρότερη ηλικία, το εγκατέλειψαν (Hembree-Eisenstadt et al., 2003).

Άλλη έρευνα που έλαβε υπόψιν 46 οικογένειες, οι οποίες είχαν παρακολουθήσει και ολοκληρώσει το πρόγραμμα και οικογένειες που το εγκατέλειψαν, φαίνεται να ενισχύει τα προαναφερθέντα συμπεράσματα. Στην περίπτωση αυτής της έρευνας, σημαντικότερος παράγοντας ως προς την εγκατάλειψη του προγράμματος, φάνηκε να είναι το αυξημένο άγχος, ενώ αναδείχθηκαν μερικοί ακόμα, μικρότερης βαρύτητας όπως είναι η δυσκολία να φροντίσει κάποιος τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας τις ώρες διεξαγωγής του προγράμματος και η δυσκολία πρόσβασης στο κέντρο εκπαίδευσης. Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να έχουν σχέση με την οικονομική κατάσταση των οικογενειών (Boggs, Eyberg, Edwards, Rayfield, Jacobs, Bagner & Hood, 2004).

Έρευνα με μελέτη περίπτωσης τετράχρονου παιδιού με χρόνια ασθένεια και συναισθηματικές δυσκολίες συνοδευόμενες από προβλήματα συμπεριφοράς, όπως επιθετικότητα, μη υπακοή και αντιδραστικότητα, διαπίστωσε ότι το πρόγραμμα PalinPCI βελτίωσε την αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού, περιορίζοντας τις επικρίσεις, τις απαιτήσεις του γονέα και αυξάνοντας τις θετικές προσδοκίες για τη συμπεριφορά του παιδιού. Στην εν λόγω έρευνα, η γενίκευση των αποτελεσμάτων στις συναντήσεις του παιδιού και της μητέρας αλλά και κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής του περίθαλψης, φάνηκε να σημειώνεται (Bagner, Fernandez & Eyberg, 2004). Σε παλιότερη έρευνα με μελέτες περίπτωσης των Bell και Eyberg (2002), η οποία αξιοποίησε 82 έρευνες και 5.272 παιδιά, με στόχο τη μελέτη των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στα παιδιά και στους εφήβους με προβλήματα συμπεριφοράς, το PCI φαίνεται να είναι ανάμεσα στις πιο αποτελεσματικές θεραπείες ιδιαίτερα για τα παιδιά μικρότερης ηλικίας.

Άλλοι ερευνητές (Hembree-Eisenstadt et al., 2003), υπογραμμίζουν την ενίσχυση όχι μόνο των δεξιοτήτων του γονέα αλλά και των παιδιών, με κυρίαρχες την αύξηση της

μητρικής αποδοχής, την αίσθηση ελέγχου του εαυτού τους και τη βελτίωση της επικοινωνίας γονέα-παιδιού.

Τα πολλαπλά πλεονεκτήματα του θεραπευτικού προγράμματος PalinPCI αφορούν τόσο στο εύρος των δεξιοτήτων που μπορεί να βελτιώσει, όσο και στο εύρος των ηλικιών που μπορεί να εφαρμοστεί. Για παράδειγμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί με παιδιά πολύ μικρής ηλικίας, ανεξαρτήτως του επιπέδου ανάπτυξης της προσοχής, της ακρόασης, των γνωστικών δεξιοτήτων, των μετα-γλωσσικών δεξιοτήτων ή των δεξιοτήτων αυτό-παρακολούθησης (Hembree-Eisenstadt et al., 2003).

Δεύτερον, αν και η προσέγγιση ενθαρρύνει τους γονείς να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της διαταραχής του παιδιού τους, στο επίκεντρο των πρώτων σταδίων του προγράμματος δεν είναι στην ομιλία του παιδιού. Αυτή η εστίαση έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί με τα παιδιά των οποίων η ιδιοσυγκρασία περιγράφεται ως ιδιαίτερα ευαίσθητη και η άμεση θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να χειροτερεύσει την εκδήλωση των συμπτωμάτων και τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού (Hembree-Eisenstadt et al., 2003).

Τρίτον, η Palin PCI θέτει τα θεμέλια για αυτά παιδιά για τα οποία η συνιστώσα της άμεσης θεραπείας του προγράμματος συνιστάται επίσης. Η διορατικότητα, οι γνώσεις και οι δεξιότητες που αποκτούν οι γονείς κατά τη διάρκεια του προγράμματος η αξιολόγηση και η θεραπευτική διαδικασία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, βοηθώντας το παιδί να μεταφέρει την ομιλία και τις διαχειριστικές δεξιότητες που αποκτήθηκαν κατά την άμεση θεραπεία φάση του προγράμματος (Boggsetal, 2004).

3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ **PALINPCI**

Το πρόγραμμα αλληλεπίδρασης γονέα και παιδιού PCI, διαφέρει από άλλα προγράμματα έμμεσης παρέμβασης, καθώς αξιοποιεί μεγάλο εύρος στρατηγικών που δύνανται να προσαρμοστούν για τις ανάγκες της κάθε οικογένειας και σύμφωνα με τους στόχους που τίθεται. Το πρόγραμμα αποτελείται από στρατηγικές αλληλεπίδρασης, που είτε κατευθύνονται από το παιδί είτε κατευθύνονται από το γονέα, ενώ οι δραστηριότητες

που επιλέγονται κάθε φορά του προσδίδουν έναν εξατομικευμένο χαρακτήρα (McCabe, & Yeh, 2009).

Είναι σαφές ότι οι γονείς και τα παιδιά, συμμετέχουν και ζουν σε ένα περιβάλλον διαδραστικό, όπου η κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξή τους το επηρεάζει και κατ' επέκταση επηρεάζεται από τη συμπεριφορά τους. Ο τρόπος με τον οποίο τα παιδιά αντιδρούν και εξελίσσονται επηρεάζει τη δυναμική της οικογένειας και τη συμπεριφορά των γονέων τους, καθώς αναπτύσσεται συνεχώς με μοναδικό τρόπο για κάθε οικογένεια (Niec, Gering & Abbenante, 2011).

Για αυτό και πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις πρώιμης παρέμβασης επιδιώκουν την παροχή βοήθεια στους γονείς, μέσα από την τροποποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος, βασιζόμενα στην παραδοχή ότι με τέτοιο τρόπο θα περιοριστούν και στη συνέχεια και εξαλειφθούν τα συμπτώματα του τραυλισμού. Αρκετές εκφάνσεις της συμπεριφοράς των γονέων μπορούν να αλλάξουν και στη συνέχεια να επιδράσουν θετικά στη θεραπεία του τραυλισμού, όπως είναι η επιβράδυνση του ρυθμού ομιλίας, η αύξηση του χρόνου παύσης, η καθυστέρηση του χρόνου ανταπόκρισης και η δόμηση της έκφρασης (Nicholas, Millard, & Cook, 2008). Οι αλλαγές αυτές φάνηκαν να επιδρούν θετικά στην εξέλιξη του θεραπευτικού προγράμματος και να περιορίζουν τα συμπτώματα της διαταραχής σε μεγάλο αριθμό παιδιών (Kelman & Nicholas, 2008).

Σύμφωνα με αποτελέσματα μεγάλου αριθμού μελετών, οι αλλαγές στον τρόπο αλληλεπίδρασης μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα της διαταραχής, καθώς θεωρείται πως η ίδια η διαταραχή επηρεάζεται σημαντικά από τη συμπεριφορά των γονέων. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γονείς των παιδιών που παρουσιάζουν τη διαταραχή, μιλούν με ταχύτερο τρόπο, ενώ παράλληλα φαίνονται περισσότερο ανήσυχοι (Niecetal, 2011)

Αρκετοί συγγραφείς τόνισαν τον σημαντικό ρόλο της δυναμικής της οικογένειας και του τρόπου αλληλεπίδρασης γονέων και παιδιού, ενώ υποστηρίζεται έντονα ότι οι διαταραχές της επικοινωνίας πρέπει να αντιμετωπίζονται εντός του οικογενειακού πλαισίου (Hembree-Eisenstadt et al., 2003).

Η παραδοχή ότι η αλληλεπίδραση της οικογένειας επιδρά σε όλους του τομείς ανάπτυξης των μελών της, αποτελεί τη βάση για την τροποποίηση αυτής της

αλληλεπίδρασης. Ωστόσο είναι σαφές ότι δεν γίνεται λόγος για μια συγκεκριμένη «συνταγή επιτυχίας», καθώς οι στόχοι αλλάζουν κάθε φορά, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της οικογένειας και του ειδικού θεραπευτή ως προς τις περιπτώσεις που τα συμπτώματα της διαταραχής είναι πιο έντονα αλλά και τις περιπτώσεις που αυτά περιορίζονται. Η αλλαγή σε ορισμένες εκφάνσεις της αλληλεπίδρασης μπορεί να είναι έμμεση και να ασκεί με τη σειρά της επίδραση σε κάποια άλλη, σύμφωνα με τους στόχους που τίθεται (Eyberg & Funderburk, 2011).

Το θεραπευτικό πρόγραμμα Palin PCI εστιάζει την προσοχή του στο παιδί και στο γονέα, καθώς αποσκοπεί στην ανάπτυξη εκείνων των δεξιοτήτων που θα ενθαρρύνουν την επικοινωνία και τη φυσική ευχέρεια αυτής στο περιβάλλον του παιδιού. Στόχος είναι να εκπαιδεύσει τους γονείς και να καλλιεργήσει αισθήματα εμπιστοσύνης που θα υποστηρίξουν θετικά την επικοινωνία (Eyberg & Funderburk, 2011). Για αυτό και απαρτίζεται από στρατηγικές που υποστηρίζουν τη θετική αλληλεπίδραση και περιορίζουν την εκδήλωση των συμπτωμάτων της διαταραχής και των συναισθημάτων που αυτή προκαλεί τόσο στο παιδί όσο και στους γονείς (Niecetal, 2011).

Οι στρατηγικές αλληλεπίδρασης μπορεί να αφορούν σε τροποποιήσεις στο ρυθμό, το μήκος και την πολυπλοκότητα των ρημάτων, στη χρήση παύσεων, στη θετική ανατροφοδότηση σε συμφωνία με τη συμπεριφορά του παιδιού. Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, όπου η μια περιλαμβάνει στρατηγικές αλληλεπίδρασης κατευθυνόμενες από το γονέα και η άλλη περιλαμβάνει στρατηγικές αλληλεπίδρασης κατευθυνόμενες από το παιδί. Οι στρατηγικές που κατευθύνονται από το γονέα αφορούν στη διαχείριση του άγχους για το τραύμα, στην αντιμετώπιση των συναισθημάτων των παιδιών, στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και στη διαχείριση συμπεριφοράς. Οι στρατηγικές που κατευθύνονται από το παιδί αφορούν στην τροποποίηση της ομιλίας, στην ενίσχυση της ευχέρειας λόγου, στη γλωσσική θεραπεία ή στον ήχο ομιλίας (Eyberg & Funderburk, 2011).

3.1 ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Οι στρατηγικές αλληλεπίδρασης που κατευθύνονται από το παιδί, έχουν κοινή φιλοσοφία με τις στρατηγικές που κατευθύνονται από τους γονείς. Βασικός ρόλος του

ειδικού θεραπευτή είναι να παρέχει επαίνους στους γονείς για να αυξήσουν τις δεξιότητες αλληλεπίδρασης του παιδιού. Η στρατηγική προσοχή και η επιλεκτική αδιαφορία, αξιοποιούνται σε μεγάλο βαθμό ούτως ώστε να αυξηθούν ορισμένες συμπεριφορές και να μειωθούν άλλες.

Ο βασικός στόχος του γονέα σε αυτό το στάδιο του θεραπευτικού προγράμματος είναι να ακολουθήσει το παράδειγμα του παιδιού κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, επιδιώκοντας παράλληλα να ακολουθήσει τους κανόνες που βρίσκονται σε συμφωνία με την προσέγγιση και να αποφύγουν άλλου τύπου συμπεριφορές. αλληλεπίδραση που κατευθύνεται από το παιδί πρέπει να χαρακτηρίζεται από ελευθερία δραστηριοτήτων και αποφάσεων, ούτως ώστε να αναλαμβάνει ηγετικό ρόλο, να έχει έλεγχο και να καλλιεργήσει την αυτονομία και την ανεξαρτησία του (Kelman & Nicholas, 2008).

Για αυτό το λόγο, υπάρχουν κανόνες που προτείνουν τι να μην γίνεται και κανόνες που προτείνουν τι πρέπει να γίνεται. Οι πρώτη κατηγορία κανόνων, λειτουργούν βοηθητικά για τους γονείς, ως προς τα στοιχεία που πρέπει να αποφύγουν, όπως είναι οι εντολές, οι ερωτήσεις και η κριτική, με στόχο να ενθαρρύνουν το παιδικό παιχνίδι. Πιο αναλυτικά, θεωρείται ότι οι εντολές μπορούν να αποθαρρύνουν το παιχνίδι και να προκαλέσουν διαφωνίες, υποσκάπτοντας έτσι τη θετική πορεία της αλληλεπίδρασης (Kelman & Nicholas, 2008). Παράλληλα δίνεται η οδηγία στους γονείς να αποφεύγουν τις ερωτήσεις όπως «μήπως να βάλεις τα παιχνίδια μακριά;», που στην πραγματικότητα αποτελούν υπονοούμενες εντολές. Η ανησυχία σχετικά με την ερώτηση είναι ότι μπορεί να ερμηνευτεί ως κριτική ("γιατί επιλέξατε αυτό το παιχνίδι;") ή αποδώσει στην αλληλεπίδραση χαρακτήρα συζήτησης ενηλίκων, αντί να επιτρέψει στο παιδί να παίζει ελεύθερα και φυσικά. Σύμφωνα με την εν λόγω προσέγγιση οι ερωτήσεις παρέχουν ελάχιστες πληροφορίες στους γονείς και για αυτό έχουν περιορισμένη χρησιμότητα στη θεραπεία (Niecetal, 2011)

Ο τελευταίος κανόνας αφορά στην αποφυγή κριτικής προς το παιδί. Αν και η κριτική μπορεί να έχει διάφορες διακυμάνσεις, οι επικρίσεις που ασκεί μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικά αποτελέσματα στην αυτοεκτίμηση του παιδιού (Niecetal, 2011). Καθώς τα παιδιά μαθαίνουν ποιες συμπεριφορές είναι καλές ή κακές, βασίζονται σε αυτό που λένε οι γονείς τους και σταδιακά το πιστεύουν. Ακόμα, οι επικρίσεις μπορεί επίσης να

οδηγήσουν σε μια αντεπίθεση του παιδιού προς τους γονείς με αποτέλεσμα να ζημιωθεί σε μεγάλο βαθμό η σχέση τους. Συνολικά, οι επικρίσεις δεν είναι μόνο μη παραγωγικές στη θεραπεία, αλλά και απειλές για τη θετική σχέση που τονίζει το θεραπευτικό πρόγραμμα Palin PCI (Kelman & Nicholas, 2008).

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν οι κανόνες που προτείνουν το τι πρέπει να γίνεται. Αυτοί προωθούν τη θετική συμπεριφορά σε όλο το παιχνίδι. Ο πρώτος κανόνας προτάσσει την περιγραφή του παιχνιδιού από το παιδί κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας. Κάτι τέτοιο μπορεί να φαίνεται αρχικά αφύσικο, αλλά η περιγραφή εξυπηρετεί μερικούς σκοπούς. Αρχικά επιτρέπει στο παιδί να παίζει το παιχνίδι και να καθοδηγήσει τους γονείς. Ακόμα του επιτρέπει να βελτιώσει την προσοχή στις ανεξάρτητες δραστηριότητες, να διευκρινίσει τη δραστηριότητα, το ενθαρρύνει να επεξεργαστεί περαιτέρω το παιχνίδι, ενώ την ίδια στιγμή βοηθάει το γονέα να διδάξει διαφορετικές έννοιες με θετική ανατροφοδότηση (Niecetal, 2011).

Ο δεύτερος κανόνας προτάσσει τη μίμηση. Συνίσταται στους γονείς «να κάθονται κοντά και να κάνουν το ίδιο με το παιδί». Ο γονέας μπορεί να προσθέσει στο παιδικό παιχνίδι ή να κάνει κάτι παρόμοιο, αλλά η εστίαση θα πρέπει να παραμείνει στο στυλ παιχνιδιού του παιδιού. Μέσα από το μιμητικό παιχνίδι, ο γονέας μπορεί να δείξει στο παιδί ότι ενδιαφέρεται και πιστεύει ότι κάνει αυτό που κάνουν είναι σημαντικό. Η μίμηση μπορεί να λειτουργήσει και αντίθετα, οδηγώντας το παιδί να μιμείται τον γονέα. Ο στόχος είναι να καλλιεργηθούν δεξιότητες συνεργασίας μέσω του παιχνιδιού, να επιτραπεί η απρόσκοπτη επικοινωνία και η φυσική ευχέρεια λόγου, σε ένα άνετο κλίμα (Roberts & Kaiser, 2011).

Σύμφωνα με τον τρίτο κανόνα, οι γονείς ενθαρρύνονται να αναπαριστούν ή να επαναλαμβάνουν αυτό που λέει το παιδί κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού. Αυτό εξασκεί τους γονείς στην ενεργητική ακρόαση του παιδιού τους. Για παράδειγμα, όταν το παιδί λέει "Το αυτοκίνητο είναι γρήγορο", ο γονέας μπορεί να πει "Ναι, το αυτοκίνητο είναι γρήγορο". Αυτές οι σκέψεις δείχνουν ότι ο γονέας καταλαβαίνει και αποδέχεται αυτό που λέει το παιδί (Roberts & Kaiser, 2011). Επιπλέον, συνίσταται η χρήση δηλώσεων που μπορούν να βελτιώσουν το λεξιλόγιο και τη γραμματική του παιδιού, παρέχοντας σαφήνεια

στις σκέψεις του. Παράλληλα, παρέχεται στο παιδί η ευκαιρία να συμφωνήσει ή να διαφωνήσει με την κατανόηση του γονέα και να την επεξεργαστεί.

Ο έπαινος είναι ο τέταρτος κανόνας, και είναι πολύ σημαντικός γιατί μπορεί να κάνει τα παιδιά να αισθάνονται ευχάριστα και να αυξάνουν το θετικό κλίμα αλληλεπίδρασης (Gregory, 2003). Έπαινοι είναι οι δηλώσεις όπως «καλή δουλειά!» Δείχνουν στο παιδί ότι οι δημιουργίες και οι ενέργειές τους είναι σημαντικές. Αυτό είναι σημαντικό καθώς τα παιδιά τείνουν να πιστεύουν τα πράγματα που τους λένε οι γονείς, είτε είναι θετικά είτε αρνητικά. Οι δηλώσεις προσδιορίζουν ακριβώς τα στοιχεία της συμπεριφοράς τους που ευχαριστούν τους γονείς τους. Για παράδειγμα, λέγοντας: "Μου αρέσει που χρησιμοποίησες αυτές τις δύσκολες λέξεις για να περιγράψεις την εικόνα", καθιστά σαφές ότι η δραστηριότητα ευχαριστεί το γονέα και παράλληλα ξεκαθαρίζει το λόγο για τον οποίο επαινείται. Οι γονείς ενθαρρύνονται να επαινέσουν και να αντικατοπτρίζουν όλες τις προσπάθειες του παιδιού τους να επικοινωνούν προφορικά, καθώς οι δεξιότητες λόγου αναπτύσσονται με ένα φυσικό τρόπο (Roberts & Kaiser, 2011).

Ένας από τους σημαντικούς στόχους, είναι να ακολουθεί ο γονέας την πρωτοβουλία του παιδιού. Η υποστήριξη της ροής της ομιλίας του παιδιού, πραγματοποιείται με την επιβεβαίωση ότι ο ρυθμός της ομιλίας του γονέα συγχρονίζεται με αυτόν του παιδιού και με αυτόν τον τρόπο περιορίζονται οι απαιτήσεις προσοχής, γλωσσικής παραγωγής και ροής του παιδιού (Starkweather, Halfond & Gottwald, 1990). Οι γονείς επιλέγουν αυτόν τον τρόπο και για καλλιέργεια δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, της ανεξαρτησίας και της αυτοπεποίθησης του παιδιού τους. Η επιστημονική έρευνα δείχνει ότι οι έντονα κατευθυντήριες και οι υπερπροστατευτικές συμπεριφορές γονέων σχετίζονται με το παιδικό άγχος και περιορίζουν τις ευκαιρίες του παιδιού για ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων (Hudson & Rapee, 2002; Rapee, 1997). Προς επίτευξη αυτού του στόχου οι γονείς μπορεί να υιοθετήσουν ένα λιγότερο ενεργό φυσικό ρόλο, να συμμετέχουν στις ενέργειες του παιδιού, να επικεντρωθούν σε αυτό που θέλει το παιδί από την δραστηριότητα, να περιμένουν για

λεκτικά και μη σήματα του παιδιού για άμεση εμπλοκή τους και να του δίνουν μεγαλύτερο χρονικό περιθώριο για να επιλύσει μόνο του τα προβλήματα που προκύπτουν.

Ο γονέας συμμετέχει στις δραστηριότητες με την εκδήλωση ενδιαφέροντος, την διατήρηση βλεμματικής επαφής, σχολιάζοντας τις πράξεις του παιδιού και το τι γίνεται στο παιχνίδι, χρησιμοποιώντας λιγότερες οδηγίες. Τυπικά ο γονέας θα εντοπίσει έναν από τους άξονες του στόχου και θα δομήσει πάνω σε αυτόν στις ακόλουθες συνεδρίες (Kelman & Nikolas, 2008).

Οι αρνητικές συμπεριφορές εκ μέρους του γονέα, που συνήθως εμφανίζονται αλλά πρέπει να αποφεύγονται είναι οι ερωτήσεις, οι εντολές και οι κρίσεις, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται αναλυτικά οι δεξιότητες των αλληλεπιδράσεων που κατευθύνονται από το παιδί, τις οποίες θα διδαχθούν οι γονείς. Οι συνεδρίες ξεκινούν με μία μικρή εισαγωγή στο γονέα για το περιεχόμενο της συνεδρίας, διάρκειας πέντε λεπτών και στη συνέχεια ο γονέας αλληλεπιδρά μόνος του με το παιδί για πέντε λεπτά τα οποία και βιντεοσκοπούνται (Sylvestreetal., 2016). Το παιχνίδι που χρησιμοποιείται είναι το ελεύθερο, φανταστικό παιχνίδι και επιδιώκεται το παιδί να ηγείται στο παιχνίδι και ο γονέας να ακολουθεί ενισχύοντάς θετικά το παιδί μέσα από τη χρήση των διδασκόμενων δεξιοτήτων.

Η εκπαίδευση του γονέα στις δεξιότητες αυτού του τύπου αλληλεπιδράσεων πραγματοποιείται μέσα από «στην πράξη» εκπαίδευση γονέα και ειδικού θεραπευτή. Ο θεραπευτής είναι παρόν κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης μεταξύ του γονέα και του παιδιού και παρέχει λεκτική καθοδήγηση στον πρώτο (Kelman & Nikolas, 2008). Η κατευθυνόμενη εφαρμογή των δεξιοτήτων που αφορούν στην αλληλεπίδραση που ηγείται το παιδί, έχει στόχο τη σταδιακή αυτοματοποίηση και γενίκευση αυτών των δεξιοτήτων σε άλλα πλαίσια, χωρίς την απαραίτητη παρουσία του ειδικού θεραπευτή. Για αυτό και ακολουθεί ανατροφοδότηση και αξιολόγηση των αλληλεπιδράσεων, ούτως ώστε να προσδιοριστούν με ακρίβεια τα θετικά και αρνητικά στοιχεία αλλά και οι συνθήκες υπό τις οποίες αυτά έγιναν (Niecetal, 2011).

Κανόνες στρατηγικών αλληλεπίδρασης κατευθυνόμενων από το παιδί

Κανόνες	Αίτια	Παραδείγματα
Επαινούμε την κατάλληλη συμπεριφορά	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Αυξάνει την εμφάνιση της συμπεριφοράς <input type="checkbox"/> Επιτρέπει στο παιδί να γνωρίζει τι ευχαριστεί το γονέα <input type="checkbox"/> Αυξάνει την αυτοεκτίμηση του παιδιού <input type="checkbox"/> Κάνει τον γονέα και το παιδί να αισθάνονται καλά! 	<ul style="list-style-type: none"> • Αυτό είναι καταπληκτικό! • Μου αρέσει ο τρόπος που μιλάς! • Έχετε υπέροχες ιδέες για αυτήν την εικόνα. • Μου αρέσει που είσαι ευγενικός • Μου αρέσει να παίζω μαζί σου.
Ενθαρρύνει κατάλληλη συζήτηση	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν ελέγχει τη συνομιλία • Δείχνει στο παιδί ότι το ακούει πραγματικά • Αποδεικνύει την αποδοχή και κατανόηση του παιδιού • Βελτιώνει την ομιλία του παιδιού • Αυξάνει τη λεκτική επικοινωνία 	<p>Παιδί: έκανα ένα αστέρι.</p> <p>Μητέρα: Ναι, δημιούργησες ένα αστέρι.</p> <p>Παιδί: Η καμήλα χτυπήθηκε στην κορυφή.</p> <p>Γονέα: Έχει δύο καμπούρες στην πλάτη του.</p> <p>Παιδί: Μου αρέσει να παίζω με το κάστρο.</p> <p>Γονέα: Αυτό το κάστρο είναι διασκεδαστικό να παίζεις!</p>
Μίμηση του κατάλληλου παιχνιδιού	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Αφήνει το παιδικό καλώδιο <input type="checkbox"/> Εγκρίνει την επιλογή του παιδιού <input type="checkbox"/> Δείχνει στο παιδί ότι εμπλέκεται <input type="checkbox"/> Διδάσκει στο παιδί πώς να παίζει με άλλους 	<p>Παιδί: Βάζω το μωρό μου στο κρεβάτι.</p> <p>Γονέα: Θα βάλω και την αδερφή μου στο κρεβάτι.</p> <p>Παιδί: Κάνω έναν ήλιο στον ουρανό.</p> <p>Γονέα: Θα βάλω και έναν ήλιο στην εικόνα μου.</p>

- Αυξάνει τη απομίμηση του παιδιού από αυτό που κάνετε

Περιγραφή κατάλληλης συμπεριφοράς	<p>Επιτρέπει στο παιδί να οδηγεί</p> <p>Δείχνει στο παιδί το ενδιαφέρον</p> <p>Διδάσκει έννοιες</p> <p>Διατηρεί την προσοχή του παιδιού</p> <p>Οργανώνει τις σκέψεις του παιδιού</p>	<p>Αυτό είναι ένα κόκκινο μπλοκ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κάνεις έναν πύργο. • Έγινε ένα χαμογελαστό πρόσωπο.
Ενθουσιασμός	<ul style="list-style-type: none"> • Δείχνει ενδιαφέρον για το παιδί • Προτυποποίηση κατάλληλης αντίδρασης • Υποστηρίζει θετικές δηλώσεις • Ενισχύει τη θετική σχέση 	<ul style="list-style-type: none"> • Την επαφή με τα μάτια • Κινούμενες εκφράσεις προσώπου • Χρήση ηχητικών εφέ • Ενθουσιασμένος- τόνος φωνής • "Πω πω" • "Αυτό είναι υπέροχο!"
<p>Αγνόηση ακατάλληλης συμπεριφοράς (εκτός εάν είναι επικίνδυνη ή καταστροφική)</p> <p>A. Γυρίστε την πλάτη σας, κοιτάξτε μακριά</p> <p>B. Μείνε σιωπηλός</p> <p>Γ. Αναμείνετε τη συμπεριφορά για να επιδεινωθεί αρχικά</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αποφεύγει την αύξηση της κακής συμπεριφοράς • Μειώνει ορισμένες συμπεριφορές • Βοηθά το παιδί να παρατηρήσει τη διαφορά μεταξύ των απαντήσεων σας σε καλή και κακή συμπεριφορά • Να γνωρίζουμε το παιδί ότι ο γονέας διατηρεί τον 	<p>Παιδί: (παίρνει τον γονέα και παίρνει το παιχνίδι)</p> <p>Γονέας: (το αγνοεί)</p> <p>Παιδί: (τραπέζι φύλλων)</p> <p>Γονείς: (γυρίζει σε άλλη μεριά μέχρι το παιδί να επιστρέψει στο τραπέζι)</p> <p>"Ευχαριστώ που επιστρέψατε, τώρα μπορούμε να διασκεδάσουμε να παίζουμε μαζί".</p> <p>Παιδί :: (χτυπάει το γονέας)</p> <p>Μητέρα: σταματάει το παιχνίδι (Αυτό</p>

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

Δ. Επιστρέψτε την αυτοέλεγχο (δεν μπορεί να γίνει έτσι.)
προσοχή με ενθουσιασμό
όταν το παιδί είναι
ουδέτερο / θετικό

Αποφύγετε τις εντολές	<ul style="list-style-type: none">• Επιτρέπει στο παιδί να οδηγή• Αποφεύγεται η πρόκληση δυσαρέσκειας• Η παιδική υπακοή θα διδάσκεται αργότερα	Έμμεσα: Θα μου δώσεις το χαρτί; Μπορείτε να μου πείτε το αλφάβητο; Απευθείας: Κοίτα αυτό. Παρακαλώ δέσε το παπούτσι σου. Έλα εδώ.
------------------------------	--	---

Αποφύγετε τις ερωτήσεις	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Επιτρέπει στο παιδί να οδηγή τη συζήτηση<input type="checkbox"/> Πολλές ερωτήσεις περιέχουν κρυφές εντολές<input type="checkbox"/> Οι ερωτήσεις μπορεί να φαίνονται σαν να μην ακούτε ή να διαφωνείτε με το παιδί	<ul style="list-style-type: none">• Αυτό είναι το μπλε, σωστά;• Ποιο χρώμα είναι αυτό;• Διασκεδάζεις;• Θέλεις να παίζεις με το φορτηγό;• Τι θέλεις να κάνεις;• Τι κάνεις;
--------------------------------	--	--

Αποφύγετε την κριτική ή τη διόρθωση	<ul style="list-style-type: none">• Η κριτική δεν λειτουργεί για να μειώσει τις κακές συμπεριφορές• Η προσοχή συχνά αυξάνει την αρνητική συμπεριφορά• Η κριτική θα μειώσει την αυτοεκτίμηση του παιδιού• Η συχνή διόρθωση δημιουργεί μια δυσάρεστη αλληλεπίδραση	<ul style="list-style-type: none">• Είσαι άτακτος.• Δεν μου αρέσει όταν μου αντί μιλάς.• Μη γράφεις χαρτί στο χαρτί .• Όχι, δεν είναι σωστό.• Τα αεροπλάνα δεν πετούν κάτω από το νερό.• Αν δεν μοιράζεσαι, τα παιδιά στο σχολείο δεν θα σε παίζουν
--	---	--

4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΣΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΟ PCI

Τα προγράμματα θεραπείας παρέχουν μια χρήσιμη δομή για τους ειδικούς θεραπευτές καθοδηγώντας τους μέσω μιας σειράς βημάτων και σταδίων επεξεργασίας. Ωστόσο, είναι σχεδόν απίθανο να ανταποκριθεί η προσέγγιση στις ανάγκες όλων των οικογενειών, και αυτό ασφαλώς ισχύει και με τα παιδιά που τραυλίζουν. Οι περισσότεροι ερευνητές και ειδικοί θεραπευτές συμφωνούν ότι δεν υπάρχουν δύο παιδιά που τραυλίζουν είναι τα ίδια; ως εκ τούτου, κάθε παιδί απαιτεί η θεραπεία να είναι προσαρμοσμένη στις ιδιότητές του / της ανάγκες των (Lau, 2006).

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, το Palin PCI ξεκινάει με μια λεπτομερή αξιολόγηση από την οποία προκύπτει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας. Το παιδί, οι ανάγκες του και οι συνθήκες της οικογένειας, υπαγορεύουν συγκεκριμένα συστατικά της θεραπείας.

Αυτό σημαίνει ότι οι προσωπικοί και πολιτιστικοί παράγοντες για το παιδί και την οικογένεια είναι αναπόσπαστο μέρος της αξιολόγησης και θεραπείας. Για να εξασφαλιστεί ότι τα παιδιά και οι οικογένειες από διαφορετικό πολιτιστικό και γλωσσικό υπόβαθρο έχουν πρόσβαση σε αυτήν την προσέγγιση, είναι συχνά απαραίτητο να φροντίζει για πιθανή παρουσία διερμηνέων που θα βοηθήσουν στην αξιολόγηση και τη θεραπεία (Kelman & Nikolas, 2008; Lau, 2006). Παράλληλα συνίσταται στους ειδικούς θεραπευτές να ενημερωθούν ενδελεχώς για την κουλτούρα και τη γλώσσα των οικογενειών με τις οποίες συναναστρέφονται, ούτως ώστε να είναι σε θέση να αξιολογήσουν αντικειμενικά και να προσδιορίσουν τα στοιχεία που θα λειτουργήσουν θετικά. Η βαθιά κατανόηση μπορεί να είναι ανεκτίμητη στην παροχή γενικών πληροφοριών για μια συγκεκριμένη κουλτούρα, όπως για παράδειγμα, τη στάση απέναντι στην αναπηρία, τους ρόλους των γονέων και τις προσδοκίες της θεραπείας. Ωστόσο, οι γενικεύσεις για μια κουλτούρα πρέπει να αποφεύγονται, καθώς κάθε οικογένεια θα έχει το δικό της μοναδικό σύνολο συμπεριφορών, συνήθειες και στόχους (Niecetal, 2011).

Είναι σημαντικό οι οικογένειες έχουν ίση πρόσβαση στην θεραπευτική προσέγγιση αλληλεπίδρασης γονέα και παιδιού Palin PCI, ανεξάρτητα από τις προσωπικές συνήθειες που μπορεί να έχουν. Όταν υπάρχουν δύο γονείς με το παιδί στο σπίτι, και οι δύο

συμμετέχουν στο πρόγραμμα αξιολόγησης και θεραπείας. Όταν ένας γονέας ζει μακριά από το σπίτι (π.χ., εργασία ή σπουδές στο εξωτερικό), η θεραπεία θα συνεχιστεί με τον γονέα που είναι διαθέσιμος και στη συνέχεια η περαιτέρω είσοδος θα διευθετηθεί όταν ο άλλος γονέας είναι στο σπίτι. Εάν οι γονείς έχουν χωρίσει ή διαζευγμένοι, αλλά και οι δύο φροντίζουν για το παιδί, αυτοί ερωτώνται αν επιθυμούν να παρακολουθήσουν συνεδρίες μαζί ή χωριστά (Lau, 2006). Στην περίπτωση των οικογενειών με ένα γονέα, εάν υπάρχει σημαντικός άλλος φροντιστής (π.χ. ένας νέος συνεργάτης ή ένας παππούς και ο παππούς που ο γονέας επιθυμεί να συμπεριλάβει), προσκαλούνται να συμμετέχουν στις συνεδρίες. Εάν κάποιος άλλος φροντίζει το παιδί (π.χ., γονιός αναδόχου, παιδοκόμος, νταντά, ή παππούδες), αυτό το άτομο μπορεί να εμπλακεί στην αξιολόγηση και στη θεραπεία. Άλλοι προσωπικοί παράγοντες μπορεί να έχουν αντίκτυπο σχετικά με το χρόνο και τη φύση της θεραπείας. Γονείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα σχέσεων ή η υγείας ή οικονομικά ή ανησυχίες, μπορεί αντιμετωπίσουν δυσκολίες στο να συμμετάσχετε στη διαδικασία θεραπείας καθώς άλλα θέματα παρουσιάζουν μεγαλύτερη προτεραιότητα για την οικογένεια. Οι ειδικοί θεραπευτές μπορεί να είναι σε θέση να παρέχουν υποστήριξη, πρακτική καθοδήγηση ή βοήθεια στους γονείς για να βρουν υποστήριξη σε άλλα μέρη (Berna & Jimenez-Chafey, 2008).

Σε περιπτώσεις όπως αυτές, είναι σημαντικό να αξιολογούμε ρεαλιστικά τις προσδοκίες της θεραπείας που μπορεί να επιτύχει. Για τους γονείς, η ανάληψη νέων καθηκόντων ως μέρος της θεραπείας είναι πάντα μια πρόκληση και για αυτό ο ειδικός θεραπευτής επιδιώκει να οργανώσει το πλαίσιο με ευαισθησία και ευελιξία για να επιτύχει ένα επιτυχές αποτέλεσμα. Όπως με όλες τις γλωσσικές θεραπείες, υπάρχουν μερικές πολιτιστικές ομάδες που κρίνουν κάποιες πτυχές του Palin PCI πρόκληση. Για παράδειγμα, υπάρχουν μερικοί οι γονείς που μπορεί να μην είναι εξοικειωμένοι με την ιδέα του να παίζουν με τα παιχνίδια και δεν συμμετέχουν συνήθως στο φανταστικό παιχνίδι με το παιδί τους (Niecetal, 2011). Ωστόσο, μπορεί να ενθαρρυνθούν να εξερευνήσουν και άλλα δραστηριότητες στις οποίες μπορεί να εμπλέκονται στο σπίτι που είναι επίσης κατάλληλες για τους λεγόμενους Ειδικούς Χρόνους, όπως μια δραστηριότητα μαγειρέματος ή μια βόλτα στο πάρκο μαζί.

Ακόμα, μπορεί να υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές σε μη λεκτικά χαρακτηριστικά της επικοινωνίας όπως η χρήση της επαφής με τα μάτια, ο τόνος της φωνής ή η στάση του

σώματος και οι εκφράσεις του προσώπου (Kelman & Nikolas, 2008). Ωστόσο, αυτές συνήθως μπορούν να προσαρμοστούν στο πλαίσιο της θεραπείας Palin PCI επειδή η θεμελιώδης αρχή της είναι η συνεργασία με την οικογένεια για τον εντοπισμό των αποτελεσματικών στοιχείων και του τρόπου με τον οποίο αυτά μπορούν να προσαρμοστούν για να υποστηρίξουν τις ανάγκες του παιδιού που τραυλίζει και τις οικογένειας συνολικά (Bernal & Jimenez-Chafey, 2008).

Ένα από τα προτερήματα της θεραπευτικής προσέγγισης Palin PCI είναι ότι λειτουργεί με βάση την υπόθεση ότι οι γονείς ενστικτωδώς ξέρουν τι βοηθά τα παιδιά τους και διαθέτουν ήδη πολύ καλή γνώση πάνω σε αυτά. Για αυτό το λόγο ο στόχος της προσέγγισης Palin PCI είναι να τους βοηθήσει να τα εφαρμόσουν οργανωμένα και με συγκεκριμένους στόχους, εφόσον θα τα έχουν προσδιορίσει με σαφήνεια. Επομένως δεν ζητείται να σταματήσουν μια δραστηριότητα ή να ξεκινήσουν μια καινούργια. Αυτό σημαίνει ότι οποιοσδήποτε πολιτισμικό ή προσωπικό στυλ ενός γονέα μπορεί να αλληλεπιδρά και να διαχειρίζεται το παιδί του, να αναπτύξει τις δεξιότητές τους και να καταλαβαίνουν ότι είναι πολύ χρήσιμοι στη διαδικασία θεραπείας. Με αυτόν τον τρόπο, η προσέγγιση Palin PCI θέτει τις προϋποθέσεις και μπορεί να εφαρμοστεί σε οικογένειες που διαφέρουν τόσο πολιτιστικά όσο και προσωπικά (Lau, 2006).

4.1 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΓΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΓΛΩΣΣΙΚΟ Ή ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Υποστηρίζεται ότι η πολιτισμική προσαρμογή των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι μια στρατηγική για τη μεγιστοποίηση της δέσμευσης των οικογενειών που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο να τηρήσουν τις οδηγίες του ειδικού θεραπευτή για την επιτυχή έκβαση του προγράμματος. (Bernal et al., 2009; Lau, 2006). Η πολιτισμική προσαρμογή αφορά σε συστηματικές τροποποιήσεις μιας παρέμβασης προκειμένου να προσαρμοστεί η γλώσσα, ο πολιτισμός και το περιβάλλον με τρόπο συμβατό με τα πολιτισμικά πρότυπα, τις έννοιες και τις αξίες της οικογένειας (Bernal et al., 2009). Κρίνεται ότι οι πολιτισμικές προσαρμογές των παρεμβάσεων μπορεί να είναι ωφέλιμες για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος καθώς προκύπτει η ανάγκη να αντιμετωπιστεί ένα ξεχωριστό σύνολο παραγόντων κινδύνου και ανθεκτικότητας που

συμβάλλουν στην έκφραση συμπτωμάτων του τραυλισμού σε παιδί μιας μειονοτικής ομάδας αλλά και στην κοινωνική εγκυρότητα της παρέμβασης για τις μειονοτικές οικογένειες (Lau , 2006).

Οι διαφορετικές πολιτισμικές εμπειρίες και πεποιθήσεις διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο και επηρεάζουν το βαθμό έκφρασης των συμπτωμάτων. Η ανεπαρκής αντιμετώπιση των διακρίσεων και η εφαρμογή απαράλλαχτων πρακτικών, που δεν λαμβάνουν υπόψη τη διαφορετική ερμηνεία και αξία που ενδέχεται να αποδίδεται από διαφορετικού πολιτισμικού και γλωσσικού υπόβαθρου οικογένειες μπορεί να αυξήσει τελικά τα συμπτώματα και να δυσχεράνουν την παρούσα κατάσταση. Για αυτό ο ειδικός θεραπευτής πρέπει να κατέχει επαρκή γνώση των ρόλων των γονέων εντός της οικογένειας και της επιρροής που ασκούν στο παιδί, και να προσαρμόσει την εκπαίδευση των γονέων μεταξύ των προτύπων που επικρατούν στην οικογένεια και αυτών που προτάσσονται από τη θεραπευτική μέθοδο αλληλεπίδρασης γονέα και παιδιού. Με αυτόν τον τρόπο αυξάνει το προσωπικό κίνητρο των γονέων, καθώς οι ίδιοι εντοπίζουν σημεία ταύτισης και αποκτούν καλύτερη κατανόηση του εν λόγω θεραπευτικού προγράμματος (Bernal et al., 2009).

Σε αντίθετη περίπτωση, όπου απουσιάζει η πολιτισμική και γλωσσική προσαρμογή και συσχέτιση, υπάρχει μειωμένη εμπλοκή ή μικρότερη αποδοχή του περιεχομένου παρέμβασης μεταξύ των γονέων της μειονότητας (Lau, 2006). Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται από αρκετές μελέτες ότι οι γονείς των μειονοτήτων είναι λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν σε μη προσαρμοσμένη γονική κατάρτιση για να αντιμετωπίσουν προβλήματα συμπεριφοράς στην πρώιμη παιδική ηλικία ή κοινωνική συμπεριφορά από τους γονείς μη μειονότητας (Niecetal., 2011). Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί σε έρευνα για την τυπική γονική κατάρτιση για μικρά παιδιά, ότι το χαμηλό εισόδημα φυλετικής/ εθνοτικής μειονότητας προέβλεπε διακοπή της θεραπείας, ενώ αντίθετα το χαμηλό εισόδημα μη φυλετικής/εθνοτικής μειονότητας προέβλεπε τη διατήρηση της θεραπείας (Ortiz & Del Vecchio, 2013). Αυτό το εύρημα δείχνει ότι η μικρότερη δέσμευση των μειονοτικών οικογενειών μπορεί να μην οφείλεται εξ ολοκλήρου στις φυλετικές/εθνοτικές διαφορές

αλλά στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Παράλληλα, μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη ισχυρής σχέση μεταξύ φυλής/ εθνικότητας και της αποδοχής των στρατηγικών γονικής αλληλεπίδρασης που προτάσσει το πρόγραμμα Palin PCI, οι οποίες εντοπίζονται συνήθως στο περιεχόμενο των παρεμβάσεων (Bernal et al., 2009).

Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι μερικές φυλετικές ομάδες αποδέχονται σε μεγαλύτερο βαθμό και ίσως με μεγαλύτερη ευκολία τις παρεμβάσεις και τις στρατηγικές αλληλεπίδρασης που προτάσσονται, χωρίς ωστόσο να υποβαθμίζεται ο ρόλος των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών της οικογένειας. Φαίνεται ότι συχνά χρειάζονται τροποποιήσεις στην παρέμβαση για την ενίσχυση της δεκτικότητας των γονέων των μειονοτικών ομάδων στις στρατηγικές αλληλεπίδρασης που κατευθύνονται από τους ίδιους όσο και σε αυτές που κατευθύνονται από το παιδί (Niecetal, 2011).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ακόμα ότι οι πολιτισμικές διαφορές επηρεάζουν στην αποδοχή των στρατηγικών, πράγμα που ενδέχεται να οφείλεται στην επίδραση των πολιτιστικών πεποιθήσεων στις πρακτικές αλληλεπίδρασης. Οι πολιτιστικές πεποιθήσεις για την αλληλεξάρτηση μεταξύ των γονέων και του παιδιού, οι πεποιθήσεις για τους στόχους της κοινωνικοποίησης και της ταυτότητα μεταξύ των γονέων και η πολιτιστική αξία του σεβασμού μεταξύ τους, συνδέονται με διάφορες πρακτικές αλληλεπίδρασης, που αντιμετωπίζονται συνήθως στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων (Kelman & Nikolas, 2008; Bernal et al., 2009).

Παρουσιάζεται χαμηλή δέσμευση σε μη προσαρμοσμένες παρεμβάσεις γονικής εκπαίδευσης και η χαμηλότερη αποδοχή των στρατηγικών αλληλεπίδρασης που συνήθως διδάσκονται στα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων μεταξύ των μειονοτικών οικογενειών υποδηλώνει ότι η πολιτισμική προσαρμογή μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της εμπλοκής των γονέων της μειονότητας ενισχύοντας τη γονική δεκτικότητα στο περιεχόμενο παρέμβασης (Niecetal, 2011). Για αυτό εφίσταται η προσοχή στο πιθανό όφελος των πολιτισμικά προσαρμοσμένων παρεμβάσεων για την ενίσχυση της εμπλοκής στη γονική κατάρτιση των γονέων των μικρών παιδιών των μειονοτήτων στον τομέα αυτό.

Η προσοχή της πολιτισμικής προσαρμογής του προγράμματος, εστιάζει στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων (Rossello, Bernal & Rivera, 2008). Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις μεθόδους προσαρμογής του θεραπευτικού προγράμματος, μέσα από

την ένταξη στοιχείων πολιτισμικά αποδεκτών από τις οικογένειες, από τη γλωσσική προσαρμογή, σε έννοιες στις οποίες αποδίδεται μεγάλη αξία, στις στρατηγικές που φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη απήχηση σύμφωνα με το υπόβαθρο της οικογένειας και πηγάζουν από τη φιλοσοφία του προγράμματος. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι οι πολιτισμικά προσαρμοσμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν θετικές επιπτώσεις στη δέσμευση των γονέων για συμμετοχή, διατήρηση και ικανοποίηση από τα αποτελέσματα (Ortiz & Del Vecchio, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, για την εφαρμογή του προγράμματος αλληλεπίδρασης γονέα και παιδιού, προϋποτίθεται η μετάφρασή του και η πολιτισμική τροποποίησή του, σε βαθμό που να μην αλλοιώνει το περιεχόμενο και τους επιδιωκόμενους στόχους (Rosselloetal., 2008). Πολύ σημαντική κρίνεται η γλωσσική καταλληλότητα των όρων που θα χρησιμοποιηθούν, οι μέθοδοι, η κατανόηση του συγκεκριμένου πλαισίου της οικογένειας και η ερμηνεία που θα αποδοθεί από τους γονείς που θα συμμετάσχουν σε αυτό. Για παράδειγμα, ο ειδικός πριν την αρχική συνάντηση ο ειδικός πρέπει να διεξάγει τη δική του έρευνα, αναφορικά με το πολιτισμικό υπόβαθρο της οικογένειας, τις αξίες και τις συνήθειες που ενδεχομένως να διαφέρουν αλλά και το ρόλο των γονέων ή τις συνθήκες και το είδος των αλληλεπιδράσεων με το παιδί τους(Ortiz & Del Vecchio, 2013). Στη συνέχεια, θα επιδιώξει να συλλέξει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για τη συγκεκριμένη οικογένεια μέσα από ημιδομημένες συνεντεύξεις και παρατήρηση των αλληλεπιδράσεων. Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι ο ειδικός οφείλει να καταστήσει σαφές ότι γνωρίζει καλά τα στοιχεία του πολιτισμού της οικογένειας και ότι αποδίδει σεβασμό σε αυτά. Αναφορικά με τις προσαρμογές που μπορούν να εφαρμοστούν, αυτές αφορούν σε προσαρμοσμένη έκδοση που χρησιμοποιεί ιδιωματικές εκφράσεις και για να παρουσιαστούν οι στρατηγικές και το πρόγραμμα εκπαίδευσης των γονέων αλλά και το πιθανό υλικό που θα χρησιμοποιηθεί. Σε σχέση με το περιεχόμενο και τον ορισμό της θεραπευτικής παρέμβασης, προτάσσεται ο επαναπροσδιορισμός των στόχων, των επιδιωκόμενων δεξιοτήτων τόσο για τους γονείς όσο και για τα παιδιά και τον καθορισμό των ορίων (Rosselloetal , 2008; Lau, 2006).

Λαμβάνοντας υπόψη το κοινωνικό, γλωσσικό και πολιτισμικό πλαίσιο, το θεραπευτικό πρόγραμμα Palin PCI μπορεί να έρθει αντιμέτωπο με προκλήσεις όπως η δυσκολία προτυποποίησης στους γονείς τους σωστούς τρόπους διαχείρισης και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της διαταραχής, ο πιθανός φόβος του παιδιού και η αδυναμία εύρεσης πολιτισμικά αποδεκτών στρατηγικών, τρόπους αντιμετώπισης που δεν συνάδουν με τα πρότυπα και τις αντιλήψεις της οικογένειας (Kelman & Nikolas, 2008). Αυτές είναι προκλήσεις με τις οποίες ο θεραπευτής ενδέχεται να έρθει αντιμέτωπος με οποιαδήποτε οικογένεια συνεργάζεται, ανεξαρτήτως πολιτισμικού υπόβαθρου. Ωστόσο φαίνεται πως όταν πρόκειται για οικογένειες που διαφέρουν πολιτισμικά ή γλωσσικά, οι προκλήσεις αυξάνονται. Για αυτό συστήνεται στους ειδικούς θεραπευτές να εφαρμόζουν τη μέθοδο με σχετική ευελιξία και όπου κρίνουν ότι χρειάζεται να τμηματοποιούν τους στόχους, να τους προσαρμόζουν και να λειτουργούν με ενσυναίσθηση ως προς τις ιδιαιτερότητες της κάθε οικογένειας.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί το μοντέλο της οικολογικής εγκυρότητας, όπως αναφέρεται, ως θεμέλιο λίθο της πολιτισμικής προσαρμογής του θεραπευτικού προγράμματος αλληλεπίδρασης γονέα και παιδιού για τη διαχείριση των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η προσαρμογή του εν λόγω θεραπευτικού προγράμματος πρέπει να εστιάζει σε έξι τομείς. Αυτοί είναι η δυναμική των σχέσεων, η πολιτισμικές πεποιθήσεις, η πολυπλοκότητα και ο προσανατολισμός που συνοδεύει κάθε οικογένεια και πηγάζει από το πολιτισμικό υπόβαθρό της, η αντίληψη για τη θεραπεία και το θεραπευτή και οι πολιτισμικές διαφορές που εντοπίζονται στην έκφραση και την επικοινωνία (Ortiz & Del Vecchio, 2013; Lau, 2006).

Αρχικά λοιπόν πραγματοποιείται μια αξιολόγηση εκ μέρους του θεραπευτή για να εντοπίσει τις πιθανές πολιτισμικές προσαρμογές που δικαιολογούνται και πηγάζουν από το παρόν θεραπευτικό πρόγραμμα και είναι συμβατές με τις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας συνολικά. Εφόσον λοιπόν προσαρμοστούν οι στόχοι, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στο περιεχόμενο, ούτως ώστε να λαμβάνονται υπόψιν οι παράγοντες που είτε βελτιώνουν είτε δυσχεραίνουν τα συμπτώματα και τα συναισθήματα των γονέων.

Κατόπιν αυτού επιδιώκεται να ενισχυθεί η συμμετοχή των γονέων και η θετική αλληλεπίδραση με στρατηγικές που παρουσιάζουν υψηλή οικολογική εγκυρότητα και πηγάζουν από το θεραπευτικό πρόγραμμα (Lau, 2006).

Η επίδραση και η εννοιολογική ερμηνεία που αποδίδει η οικογένεια, πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψιν. Αυτή αφορά στην αποδοτικότητα των θεραπειών και στις σχέσεις με το θεραπευτή. Σύμφωνα με τις διαφορές που παρατηρούνται σε κάθε στοιχείο θα μπορούσαν να προσδιοριστούν οι πτυχές του περιεχομένου και των διαδικασιών εφαρμογής του προγράμματος που ενδέχεται να απαιτήσουν προσαρμογή (Bernaletal, 2009).

Ο αριθμός και η έκταση των προσαρμογών που απαιτούνται μπορεί να διαφέρουνσημαντικά ούτως ώστε να ανταποκρίνονται στις μοναδικές ανάγκες κάθε οικογένειας που διαφοροποιείται πολιτισμικά. Είναι σαφές το γεγονός ότι δεν υπάρχει «συνταγή» προσαρμογής του προγράμματος, σύμφωνα με συγκεκριμένες κουλτούρες, ωστόσο οι υπάρχουσες κατευθύνσεις αναφέρουν μερικά βασικά στοιχεία στον τρόπο προσέγγισης της διαδικασίας και του περιεχομένου, σε επίπεδο μεθοδολογίας (Rosselloetal, 2008).

Τα βασικά αυτά στοιχεία αφορούν στη γλώσσα και στη χρήση κατάλληλων όρων, στο πολιτισμικό υπόβαθρο του ειδικού θεραπευτή, στις στρατηγικές που αρμόζουν ούτως ώστε να γεφυρωθούν οι παρατηρούμενες διαφορές (Niecetal, 2011). Η πολιτιστική προσαρμογή αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για τους ειδικούς θεραπευτές που εργάζονται με ποικίλους πληθυσμούς. Επιπλέον, το έργο τους σχετικά με τις πολιτιστικές προσαρμογές αποτελεί σημαντική γέφυρα μεταξύ της πολιτισμικής ικανότητας και της πολιτισμικής ευαισθησίας.

Η ικανοποίηση των οικογενειών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα μετά την προσαρμογή των παρεμβάσεων επιβεβαιώνει ότι οι συγκεκριμένες δεξιότητες γονέων όπως

η επίδειξη σταθερής πειθαρχίας, ορίων και η ενθάρρυνση δεξιοτήτων φαίνεται να είναι εξίσου σημαντικές σε όλες τις κουλτούρες (Kaminski et al., 2008). Αυτά τα δεδομένα είναι σημαντικά λόγω της περιορισμένης διαθεσιμότητας πολιτιστικά σημαντικών μεθόδων και προσαρμογών που αρμόζουν για ευάλωτους πληθυσμούς. Η ανάπτυξη διαπολιτισμικών θεωριών αποτελεσματικής προσαρμογής θα λειτουργούσε αρκετά βοηθητικά για τη διάδοση αποτελεσματικών προγραμμάτων θεραπείας για τις οικογένειες που διαφέρουν πολιτισμικά σε εθνικό και διεθνές πλαίσιο, καθώς χρειάζονται τέτοια προγράμματα, αλλά δεν διαθέτουν τους πόρους για την υλοποίησή τους (Kelman & Nikolas, 2008).

Όσον αφορά την πιστότητα στην υλοποίηση, μια βασική προϋπόθεση της παρέμβασης αναφέρεται, αρχικά στην προτυποποίηση αποτελεσματικών γονικών δεξιοτήτων από τους γονείς. Καθώς παραμένουν «ειδήμονες» όσον αφορά το παιδί τους και τη διαχείρισή του. Αυτή η προϋπόθεση φαίνεται να αντικατοπτρίζεται σε αποτελέσματα ερευνών όπου οι συμμετέχοντες περιγράφουν ότι οι θετικές αλλαγές στις δεξιότητες τους άρχισαν με το να «βλέπουν τα λάθη τους». Σύμφωνα με το εν λόγω θεραπευτικό πρόγραμμα παρέμβασης οι γονείς επιδεικνύουν αποτελεσματικούς τρόπους διαχείρισης των συμπτωμάτων των παιδιών, ενώ παράλληλα θεωρείται ότι εκθέτοντας τους συμμετέχοντες σε αντίθετες δεξιότητες, αποτελεσματικές και αναποτελεσματικές, οι γονείς θα εντοπίσουν τους καταλληλότερους τρόπους (Kelman & Nikolas, 2008; Ortiz & Del Vecchio, 2013).

Κρίσιμος ωστόσο θεωρείται και συνεχίζει να είναι ο ρόλος της πολιτισμικής προσαρμογής στο περιεχόμενο και τους στόχους της παρούσας θεραπευτικής αντιμετώπισης, στα υποστηρικτικά υλικά και στις δραστηριότητες που θα χρησιμοποιηθούν προκειμένου να εξασφαλιστεί η γλωσσική και πολιτισμική καταλληλότητα, καθώς και η πολιτισμική ευαισθησία στην εφαρμογή τους. Η πολιτισμική αντιστοίχιση έχει προσδιοριστεί ως πρόδρομος στην εμπλοκή και στη συνεργασία των γονέων με τους ειδικούς θεραπευτές, ενώ η εμπειρία του δεύτερου υποστηρίζει ένα βαθύ επίπεδο κατανόησης στις συχνές και έντονες προκλήσεις που θα αντιμετωπίσουν οι συμμετέχοντες σε τέτοιο πλαίσιο. Θεωρούμε ότι η τοποθέτηση του πολιτισμού στον πυρήνα των διαδικασιών μελέτης συμβάλλει στην ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης

μεταξύ των συμμετεχόντων, το οποίο μεταφράζεται σε υψηλά ποσοστά ικανοποίηση συμμετεχόντων και ολοκλήρωση της παρέμβασης (Ortiz & Del Vecchio, 2013).

Όσον αφορά στις πολιτισμικά εστιασμένες συναντήσεις, οι συμμετέχοντες στην φαίνεται να βιώνουν μεγάλη ικανοποίηση που απορρέει από την ευκαιρία να προβληματιστούν σε θέματα που σχετίζονται με τις καλές πρακτικές και στρατηγικές που αξιοποιούν καθώς πολλοί είναι οι γονείς που θεωρούν ότι είναι απαραίτητο να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο και προσοχή στις δυσκολίες που βιώνει το παιδί τους και κατ' επέκταση οι ίδιοι, καθώς έχουν βαθύ αντίκτυπο στις καθημερινές τους εμπειρίες γονικής μέριμνας (Lau, 2006).

Η διεξαγωγή μελετών πολιτιστικής προσαρμογής των θεραπευτικών προγραμμάτων και ιδιαιτέρως αυτών που θέτουν σε πρωταγωνιστικό ρόλο τους γονείς, με στόχο τη σύγκριση και αντιπαραβολή του αντίκτυπου των διαφοροποιημένων παρεμβάσεων καθίσταται ένα πεδίο μεγάλης σημασίας. Η χρήση μεικτών μεθοδολογιών μπορεί να αποδώσει αποτελεσματικότητα και τελικά να αποτελέσει την ειδοποιό διαφορά για τις οικογένειες που συμμετέχουν και τη διαχείριση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Lau, 2006; Rosselloetal, 2008).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι περιορισμένα είναι τα δεδομένα που αφορούν σε ποσοτικούς δείκτες συμμετοχής συγκεκριμένων εθνοτήτων, ωστόσο οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί φανερώνουν τις θετικές επιδράσεις του προγράμματος σε πρακτικές και συμπεριφορές τόσο των γονέων όσο και των παιδιών, επιβεβαιώνοντας ότι ο πολιτισμός επηρεάζει τη ζωή τους με βαθιά και παραμένει στον πυρήνα της εμπειρίας δράσης γονέων.

5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Βασική προϋπόθεση στη θεραπευτική διαδικασία είναι η ενεργή εμπλοκή όλων των σημαντικών προσώπων που ασκούν επίδραση στο παιδί. Στα πλαίσια αυτής της φιλοσοφίας, κρίνεται ύψιστης σημασίας η συνεργασία του ειδικού θεραπευτή με τους

γονείς του παιδιού ούτως ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα του προγράμματος παρέμβασης. Η συνεργασία αυτή δεν αφορά μόνο τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αλλά επεκτείνεται και στα παιδιά σχολικής ηλικίας και εφηβικής (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Η συνεργασία μεταξύ ειδικού θεραπευτή και γονέων πραγματοποιείται συνήθως στο τέλος κάθε συνεδρίας, με χρονική διάρκεια που διαφοροποιείται ανάλογα με τις ανάγκες της οικογένειας. Στην περίπτωση των παιδιών που παρουσιάζουν συμπτώματα της διαταραχής του τραυλισμού και συναισθηματικές δυσκολίες που συνήθως τα συνοδεύουν, η ενημέρωση και η καθοδήγηση των γονέων προτάσσεται ως μια σημαντική συνιστώσα της θεραπευτικής διαδικασίας. Όπως άλλωστε υποστηρίζεται, η απλή ενημέρωση δεν καθίσταται αρκετή να τροποποιήσει δυσλειτουργικές αντιλήψεις των γονέων ή να βοηθήσει στη διαχείριση των δικών τους αρνητικών συναισθημάτων που πολλές φορές αφορούν τους ίδιους και τις ικανότητές τους ως γονείς. Παράλληλα, ο συστηματικός χαρακτήρας που πρέπει να έχει η συμβουλευτική προς τους γονείς, συμβουλεύει ως προς τη χρήση τεχνικών που μπορούν να βοηθήσουν άμεσα το παιδί τόσο στο θεραπευτικό πλαίσιο όσο και στο πλαίσιο του σπιτιού (Lock, Bradley, Hendricks & Brown, 2013).

Τα οφέλη που θα αποκομίσουν οι γονείς συμμετέχοντας σε συμβουλευτικού τύπου συνεδρίες με τον ειδικό θεραπευτή είναι αρκετά. Αρχικά αντιλαμβάνονται τις διαστάσεις της δυσκολίας του παιδιού τους και τις επιρροές που ασκεί σε όλους του τομείς της καθημερινότητά τους, το συναισθηματικό και τον κοινωνικό, αλλά και τον τρόπο που αυτοί επηρεάζουν την ένταση και τη συχνότητα των συμπτωμάτων. Παράλληλα, μέσα από αυτή τη διαδικασία, οι γονείς εντοπίζουν τα θετικά στοιχεία της συμπεριφοράς τους προς το παιδί και εκπαιδεύονται σε τεχνικές αποτελεσματικής διαχείρισης των συμπτωμάτων σε λεκτικό και επικοινωνιακό επίπεδο.

Ένα εξίσου σημαντικό όφελος για τους γονείς είναι ότι δημιουργείται ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο θα αισθάνονται άνεση και ασφάλεια, να μοιραστούν τις ανησυχίες τους, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να εκτονώσουν το άγχος και την ένταση που αισθάνονται. Έχουν δηλαδή την ευκαιρία να αποφορτιστούν από αρνητικά στοιχεία που ενδεχομένως επηρεάζουν τις δυσκολίες του παιδιού και τις κάνουν πιο έντονες.

Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών, οι γονείς των παιδιών που παρουσιάζουν συμπτώματα της διαταραχής του τραυλισμού, έχουν λανθασμένες αντιλήψεις ως προς αυτά αλλά και προς τους πιθανούς στόχους του θεραπευτικού προγράμματος. Επομένως, ένας βασικός στόχος της συμβουλευτικής είναι η κατανόηση της εν λόγω διαταραχής, ο προσδιορισμός των στόχων και η διαβάθμιση αυτών σε πρωταρχικούς και δευτερεύοντες. Το θεραπευτικό πρόγραμμα αλληλεπίδρασης γονέας και παιδιού, επιδιώκει τη βαθιά κατανόηση των συμπτωμάτων και την ενεργή συμμετοχή των γονέων και την εκπαίδευσή τους σε κατάλληλους τρόπους διαχείρισης, αυξάνονται οι πιθανότητες διατήρησης των αποτελεσμάτων καθώς και η γενίκευση των αποτελεσματικών τεχνικών τόσο στο πλαίσιο του σπιτιού όσο και σε άλλα πλαίσια. Σε αντίθετη περίπτωση, όπου οι γονείς δεν συμμετέχουν και δεν εμπλέκονται στη θεραπευτική διαδικασία, ενδέχεται να καλλιεργηθούν ή να αυξηθούν ήδη υπάρχοντα συναισθήματα αδυναμίας δικής τους για την αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων και των συναισθηματικών δυσκολιών του παιδιού και επομένως να αναιρεθούν τα θετικά αποτελέσματα οποιασδήποτε θεραπευτικής παρέμβασης.

Στα πλαίσια του θεραπευτικού προγράμματος Palin PCI η συμβουλευτική γονέων επιδιώκει:

- Την ενδελεχή ενημέρωση των γονέων για την ποιότητα, την αιτιολογία, την εξελικτική πορεία και την πιθανή έκβαση της διαταραχής του τραυλισμού ούτως ώστε να κατανοήσουν τον τρόπο εκδήλωσής του.
 - Την εκπαίδευση των γονέων στους αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών του παιδιού τους στη ροή και εκφορά του λόγου και στην τροποποίηση διαστάσεων της δικής τους συμπεριφοράς κατά την λεκτική επικοινωνία με το παιδί που τραυλίζει.
 - Στην παροχή καθοδήγησης ούτως ώστε να αλλάξουν στοιχεία στο οικογενειακό πλαίσιο που ενδέχεται να επιδρούν αρνητικά στη διαταραχή και να αυξάνουν την έντασή της.

Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της πρώτης επικοινωνίας με τους γονείς του παιδιού που παρουσιάζει τα συμπτώματα του τραυλισμού, ο ειδικός θεραπευτής συχνά διαπιστώνει ότι οι γονείς έχουν ήδη διεξάγει έρευνας αναφορικά με τη διαταραχή αυτή με αποτέλεσμα να έχουν ήδη διαμορφώσει πεποιθήσεις για αυτή, μερικές εκ των οποίων

πιθανότατα θα είναι λανθασμένες ή δεν θα ανταποκρίνονται στη δική του μοναδική οικογένεια. Αυτές οι πεποιθήσεις μπορούν να αφορούν είτε τα αίτια της διαταραχής είτε την αντιμετώπισή της και θα επηρεάζουν τις προσωπικές τους ερμηνείες σε μια προσπάθεια τροποποίησης του προβλήματος. Εδώ βέβαια εντοπίζεται ο κίνδυνος της υιοθέτησης λανθασμένων τρόπων αντιμετώπισης που θα πηγάζουν από μη έγκυρες πηγές γνώσης ως προς το θέμα αυτό. Επομένως, ο ειδικός θεραπευτής μπορεί να έρθει αντιμέτωπος με ένα ήδη διαμορφωμένο σύστημα πεποιθήσεων και γνώσεων, τις οποίες πρέπει να αλλάξει άμεσα καθώς αυτές θα αποκλίνουν από τις ισχύουσες επιστημονικές απόψεις για τον τραυλισμό. Στην περίπτωση που οι γονείς δεν κατανοούν την ποιότητα και τον μηχανισμό εκδήλωσης του τραυλισμού, είναι πιθανόν να μην κατανοήσουν τις βασικές αρχές της θεραπευτικής παρέμβασης.

Η τροποποίηση των λανθασμένων αντιλήψεων και τρόπων διαχείρισης θα πραγματοποιηθεί στις αρχικές συναντήσεις με τον ειδικό θεραπευτή, καθώς αυτή αποτελεί προϋπόθεση εφαρμογής του θεραπευτικού προγράμματος. Ο ειδικός στο σημείο αυτό καλείται να αξιολογήσει και να διερευνήσει τις απόψεις των γονέων και τις αντιλήψεις των παιδιών καθώς επίσης και να εξηγήσει τις βασικές αρχές που διέπουν το εν λόγω θεραπευτικό πρόγραμμα και θα πρέπει να αντικατοπτρίζονται τόσο στη συμπεριφορά των γονέων όσο και των παιδιών. Παράλληλα θα επιδιώξει να συνάψει σχέση εμπιστοσύνης με τους γονείς, καθώς αυτή θα αποτελέσει τη βάση για την εφαρμογή της θεραπείας και θα ενθαρρύνει την έκφραση και την αποφόρτιση των δικών τους ενοχών (Locketal., 2013).

Στο σημείο αυτό θα βοηθήσει τους γονείς να κατανοήσουν τα βαθύτερα αίτια της διαταραχής, το ρόλο που καλούνται να διαδραματίσουν ως προς τη θεραπεία και την αναγκαιότητα συμμετοχής τους και ενεργής εμπλοκής στο θεραπευτικό πρόγραμμα, ούτως ώστε να δεσμευτούν ουσιαστικά σε αυτό (Κάκουρος –Μανιαδάκη, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια των συμβουλευτικών συνεδριών, επιδιώκεται για τους γονείς να κατανοήσουν ότι:

- Η διαταραχή αυτή δεν αποτελεί σκόπιμη, προκλητική ή μιμητική ενέργεια του παιδιού ούτε είναι φυσιολογικό στάδιο ανάπτυξης του λόγου.
- Δεν πρόκειται για ένα απλό πρόβλημα του λόγου και ομιλίας, αλλά για μια δυσκολία που επηρεάζεται από το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο του παιδιού .

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

- Το παιδί δεν έχει έλεγχο της ροής και εκφοράς του λόγου του και επομένως των συμπτωμάτων που εκδηλώνει
- Η προδιάθεση φαίνεται να διαδραματίζει ρόλο στην εκδήλωση της διαταραχής, αλλά τελικά οι συνθήκες και τα χαρακτηριστικά του παιδιού κρίνονται ως πιο σημαντικοί παράγοντες.
- Η διαταραχή του τραυλισμού μπορεί να χαρακτηρίζεται από παροδικότητα ως προς την εμφάνιση της ή να παρατηρούνται περίοδοι πιο έντονης ή πιο ήπιας παρουσίας.
- Η εκδήλωση της διαταραχής αυτής μπορεί να εξαρτάται από συγκεκριμένους παράγοντες, πρόσωπα ή περιστάσεις. Για παράδειγμα ενδέχεται να μην παρατηρούνται τα συμπτώματα όταν το παιδί τραγουδάει ή όταν το παιδί είναι πολύ χαλαρό
- Στις περιπτώσεις που παρατηρείται συννοσηρότητα ή άλλου τύπου αγχωτικές δυσκολίες, ο ειδικός θεραπευτής πρέπει να καταστήσει σαφή τη πιθανή σύνδεση μεταξύ των διαταραχών.

Ο ειδικός θεραπευτής πληροφορεί τους γονείς ότι μέσα από το θεραπευτικό πρόγραμμα αλληλεπίδρασης γονέα και παιδιού Palin PCI, αναμένεται η υποχώρηση των συμπτωμάτων της διαταραχής, η βελτίωση του παιδιού σε άλλα πεδία και η εκμάθηση τρόπων διαχείρισης τόσο των συμπτωμάτων όσο και των συναισθημάτων που απορρέουν από τη δυσκολία του παιδιού. Ωστόσο είθισται να τους ενημερώσει ότι τα συμπτώματα μπορεί να συνεχίζουν να παρουσιάζονται υπό συγκεκριμένες συνθήκες (Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006)

Κρίνεται πολύ σημαντικό για την εξέλιξη και την επιτυχή έκβαση του προγράμματος να τεθούν οι στόχοι από κοινού με τους γονείς του παιδιού, ενώ επισημαίνεται ότι αυτοί δεν θα αφορούν μόνο στην υποχώρηση των συμπτωμάτων της διαταραχής, αλλά και στο συναισθηματικό τομέα, ενώ παράλληλα ο ειδικός θεραπευτής δίνει πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο θα εξελιχθεί η συνεργασίας μαζί τους. Στο σημείο αυτό αξίζει να ειπωθεί ότι ο ειδικός θεραπευτής δεν θα πρέπει να παρέχει όλο το φάσμα πληροφοριών, καθώς αυτό μπορεί να γίνει κουραστικό και να αποθαρρύνει τους γονείς. Αυτό που προτείνεται είναι η σταδιακή καθοδήγηση, με βήμα προς βήμα οδηγίες

για κάθε στάδιο του προγράμματος, ούτως ώστε οι γονείς να έχουν την ευκαιρία να αφομοιώσουν τις πληροφορίες και να αυξήσουν το προσωπικό αίσθημα αυτοπεποίθησης ως προς τις δεξιότητές τους ως γονείς. Με άλλα λόγια προτείνεται η σταδιακή εξάσκηση των γονέων, με περιεχόμενο ανάλογο των επιμέρους στόχων που τίθενται (Locketal, 2013).

Στο σημείο αυτό γίνεται λόγος για την εκπαίδευση των γονέων σε αποτελεσματικές μεθόδους διαχείρισης της συμπεριφοράς του παιδιού, είτε είναι λεκτική είτε αφορά σε άλλο τομέα. Για να είναι προσοδοφόρα η διαδικασία αυτή, προϋποτίθεται η δημιουργία ενός άνετου κλίματος, ούτως ώστε οι γονείς να αισθανθούν ασφάλεια και παράλληλα να αντιμετωπιστούν ενοχικά συναισθήματα προς τον εαυτό τους και την εξέλιξη της δυσκολίας του παιδιού (Millardetal, 2008). Είναι σύνηθες για τους γονείς να αισθάνονται ότι οι ίδιοι προκάλεσαν κατά κάποιο τρόπο δυσκολία στο παιδί τους ή ότι οι ίδιοι ευθύνονται αν το θεραπευτικό πρόγραμμα δεν φέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Σε αυτό το πλαίσιο, όπως αντίστοιχα οι γονείς καλούνται να αποδεχτούν το παιδί και την όποια δυσκολία, οι ειδικοί θεραπευτές καλούνται να αποδεχτούν τους γονείς με τις όποιες αδυναμίες μπορεί να έχουν (Millard, Edwards & Cook, 2009).

Όπως παρατηρείται συχνά σε παιδιά που παρουσιάζουν δυσκολίες, αντίστοιχα και στις περιπτώσεις παιδιών που παρουσιάζουν συμπτώματα τραυλισμού, ο βασικός στόχος του ειδικού θεραπευτή θα πρέπει να είναι η παροχή βοήθεια και η υποστήριξη των γονέων ούτως ώστε να δημιουργήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης, η οποία όπως προαναφέρθηκε θα αποτελέσει και τη βάση για την θεραπευτική παρέμβαση. Όπως άλλωστε είναι αποδεκτό, η ροή της ομιλίας και η ευχέρεια εκφοράς λόγου αποτελεί μια μόνο έκφανση της προσωπικότητας και των δεξιοτήτων του παιδιού, στην οποία συχνά δίνεται τόσο μεγάλη σημασία, με αποτέλεσμα να παραβλέπονται άλλες δεξιότητες και ικανότητες που κατέχει σε υψηλό βαθμό. Για αυτό το λόγο, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στον περιορισμό της επιρροής που ασκεί η διαταραχή αυτή και στην ανάδειξη εκείνων των πεδίων που ευχαριστούν τόσο τους γονείς όσο και την οικογένεια και η ενασχόληση με αυτά. Σε αυτό φαίνεται να συμφωνούν και οι Κάκουρος και Μανιαδάκη (2006), καθώς όπως υποστηρίζουν οι γονείς αναλαμβάνουν διττό ρόλο κατά τη διάρκεια της παρούσας

θεραπευτικής παρέμβασης. Είναι γονείς και συν-θεραπευτές του παιδιού και παράλληλα διαμορφώνουν το πλαίσιο (Auert, Trembath, Arciuli & Thomas, 2012).

Σύμφωνα με θεωρητική βάση της θεραπευτικής παρέμβασης Palin PCI που δίνει έμφαση στο οικογενειακό πλαίσιο και στον τρόπο που λειτουργεί, η διαταραχή του τραυλισμού προσεγγίζεται με σεβασμό και επιδιώκεται η ανακάλυψη του πιο λειτουργικού τρόπου διαχείρισης της, ενώ παράλληλα προτείνεται η λεπτομερής αξιολόγηση του πλαισίου, με γνώμονα τις μοναδικές ανάγκες της κάθε οικογένειας. Η κάθε οικογένεια λειτουργεί με μοναδικό τρόπο και χαρακτηρίζεται από τα δικά της στοιχεία, με συγκεκριμένες περιστάσεις ή σχέσεις, που θα μπορούσαν να γίνουν οδηγός για τα συγκεκριμένα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν και τους στόχους που θα τεθούν, σύμφωνα με τα όσα προτάσσει η θεραπεία αλληλεπίδρασης γονέα και παιδιού (Kelman & Nikolas, 2008; Auertetal., 2012).

Όπως φαίνεται από τα προαναφερθέντα, πρωταρχικό ρόλο διαδραματίζει η θεραπεία της οικογένειας συνολικά, με στόχο τη διαχείριση των συμπτωμάτων του παιδιού στη ροή και την εκφορά λόγου (Kelman & Nikolas, 2008; Baileyetal, 2007). Για αυτό προτάσσονται τα εξής:

- Η αναδιαμόρφωση των οικογενειακών σχέσεων που επιδρούν σημαντικά στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της.
- Δημιουργία άμεσης σχέσης μεταξύ θεραπευτή και οικογένειας, ούτως ώστε να καθίσταται λειτουργική θεραπευτική προσέγγιση, να περιορίζονται οι αμυντικές συμπεριφορές τόσο των γονέων όσο και των παιδιών, και να επιλύονται οι πιθανές συγκρούσεις που προκύπτουν.
- Η προσοχή να εστιάζει στις θετικές συμπεριφορές και εμπειρίες, καταδεικνύοντας παράλληλα ότι η δυσκολία δεν αποτελεί το κυρίαρχο πρόβλημα προς επίλυση. Είναι κατανοητό ότι οι γονείς καθοδηγούνται πιο αποτελεσματικά όταν το πλαίσιο το επιτρέπει.
- Οι διαπροσωπικές συγκρούσεις μπορούν να λυθούν και να ενθαρρύνουν την αλληλεπίδραση και την επικοινωνία

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

- Ο ειδικός θεραπευτής πρέπει να κατανοήσει τα στοιχεία που συγκαλύπτονται από τις συγκρούσεις και να τα θέσει ως στόχους θεραπείας για τους γονείς
- Η απόδοση ευθυνών σε κάποιον από τους γονείς, λειτουργούν αρνητικά για την θετική έκβαση της θεραπείας και επομένως πρέπει να αντιμετωπιστούν και να ξεπεραστούν
- Οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας είναι ένα στοιχείο που θα προκύψει κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οπότε ο ειδικός θεραπευτής επιδιώκει την εξομάλυνση της κατάστασης.
- Η προτυποποίηση των θετικών και αποτελεσματικών τρόπων διαχείρισης των θεμάτων που θα προκύψουν είναι βασικός ρόλος του θεραπευτή
- Ο ειδικός θεραπευτής δημιουργεί σχέσεις πρότυπα με την οικογένεια τις οποίες οι γονείς θα μιμηθούν και τελικά θα υιοθετήσουν
- Έμφαση δίνεται στις μεθόδους αλληλεπίδρασης που μειώνουν την ένταση και παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη
- Η στάση του ειδικού θεραπευτή προς τους γονείς, καθορίζει το βαθμό επιτυχίας της θεραπευτικής παρέμβασης
- Η καλλιέργεια θετικών συναισθημάτων για το κάθε μέλος της οικογένειας βρίσκεται στη βάση της θεραπευτικής παρέμβασης
- Ο ειδικός θεραπευτής μπορεί να αναλάβει να υποδείξει της το ρόλο που πρέπει να υιοθετήσει ο γονέας, σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες της κάθε οικογένειας
- Οι θεραπευτικοί στόχοι μπορεί να ξεκινούν από τους γονείς, παρέχοντας στήριξη, ενθάρρυνση και βοηθώντας τους να χτίσουν μια σχέση ασφάλειας και αποδοχής μεταξύ τους

5.1 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣ ΓΟΝΕΙΣ

Η συμβουλευτική γονέων που αναφέρθηκε και παραπάνω πραγματοποιείται με χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών που πηγάζουν από την εν λόγω θεραπευτική προσέγγιση και θέτουν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος την θετική αλληλεπίδραση γονέα και παιδιού, μέσω της οποίας θα αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα της διαταραχής του

τραυλισμού. Σύμφωνα με Solomon και Chung (2012), η διαδικασία αυτή κρίνεται πολύ σημαντική στην πρόωπη αντιμετώπιση του παιδικού τραυλισμού.

Οι σημαντικότερες ίσως παραινέσεις προς τους γονείς, αφορούν :

- Στην ενθάρρυνση των θετικών συμπεριφορών και στην αποφυγή των αρνητικών αντιδράσεων όσον αφορά στην εκδήλωση συμπτωμάτων της διαταραχής, ούτως ώστε να περιοριστεί και η σημασία ή τα αρνητικά συναισθήματα που αποδίδει το παιδί σε αυτά τα συμπτώματα
- Η βελτίωση της σχέσης και της αλληλεπίδρασης μεταξύ γονέων και παιδιού
- Η υποστήριξη προς τους γονείς ούτως ώστε να αποβάλλουν τα αρνητικά συναισθήματα και να περιορίσουν τους παράγοντες που τελικά αυξάνουν την ένταση των συμπτωμάτων
- Τη παροχή καθοδήγησης ούτως ώστε οι γονείς να είναι σε θέση να αναπροσαρμόσουν τις συνθήκες υπό τις οποίες πραγματοποιείται η αλληλεπίδραση και η επικοινωνία με το παιδί.

Στο πλαίσιο αυτό προτάσσεται η απευαισθητοποίηση των γονέων αρχικά κι έπειτα του παιδιού και η ενθάρρυνσή του να αντιμετωπίζει πιεστικές καταστάσεις που ενδεχομένως να του προκαλούν αισθήματα φόβου, με στόχο την άμεση αντιμετώπισή τους και παροχή συμβουλών ως προς αυτές.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα κατά τη συμβουλευτική των γονέων διδάσκεται μια διαφορετική, με περισσότερο θετική συμπεριφορά απέναντι στο παιδί που παρουσιάζει δυσκολία στην ροή του λόγου (Solomon & Chung, 2012). Ακόμα, δίνονται οδηγίες στους γονείς για ομιλία με αργό ρυθμό ή για αργή και απλοποιημένη ομιλία που προέρχεται από τη μητέρα, καθώς βρέθηκε ότι ο ρυθμός της ομιλίας των παιδιών τους και η πολυπλοκότητα της γλώσσας δεν ήταν ισότιμη με την ρύθμιση ομιλία που προέρχονταν από τη μητέρα.

Εξετάστηκε η χρήση της συμβουλευτικής των γονέων ως ένα σταθερό επαναλαμβανόμενο γεγονός της έμμεσης θεραπείας. Κρίνεται ότι η παραδοσιακή συμβουλευτική γονέων εάν χρησιμοποιείται ανεξάρτητα ή με τη συνύπαρξη της λογοθεραπευτικής παρέμβασης για το παιδί, μπορεί να δώσει σημαντικά στοιχεία και γνώσεις για τη δυναμική των σχέσεων μεταξύ γονέων και παιδιών. Αυτό μπορεί να συμβεί πιο αποτελεσματικά δίνοντας στους γονείς κάτι διαφορετικό να σκεφτούν όσον αφορά την

επικοινωνιακή αλληλεπίδραση με το παιδί. Επίσης, μπορεί ελαφρύνει την συμπεριφορά και τα ενοχικά συναισθήματα μερικών γονέων όσον αφορά το ρόλο τους στο ξεκίνημα και τη διαιώνιση των συμπτωμάτων του τραυλισμού των παιδιών τους. Ιδιαίτερα σημαντικό, είναι ότι αυτοί οι γονείς χρειάζονται βοήθεια στην κατανόηση της αιτίας εκδήλωσης της διαταραχής του τραυλισμού, πράγμα που δεν είναι τόσο σχετικό με το ρόλο που μπορεί αυτοί να διαδραματίζουν σαν παράγοντας αλλαγής για την ευημερία του παιδιού και την πιθανότητα ότι ο τραυλισμός θα μειωθεί ή θα εξαλειφθεί (Sharryetal, 2005).

Ακόμα, η συμβουλευτική που παρέχεται στους γονείς και εστιάζει στην έμμεση θεραπεία των συμπτωμάτων του τραυλισμού, μέσα από την εκπαίδευση των γονέων, αφορά στη απομάκρυνση από το περιβάλλον του παιδιού τα ερεθίσματα εκείνα που προκαλούν άγχους και ένταση (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006). Η βελτίωση στην ευφράδεια και ροή του λόγου των παιδιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εμπλοκή των γονέων και τις ουσιαστικές τροποποιήσεις μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο. Η αποτυχία στην τροποποίηση των αγχωτικών παραγόντων θεωρείται ότι μπορεί να αναιρέσει την όποια αποτελεσματικότητα του προγράμματος και ίσως να αυξήσει το πρόβλημα και τα αρνητικά συναισθήματα τόσο για το παιδί όσο και για τους γονείς (Niecetal, 2011).

Αν επιδιώκουμε να συνοψίσουμε το σύνολο των πρακτικών οδηγιών/κατευθύνσεων που δίνονται στους γονείς κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής, θα λέγαμε τα εξής:

- Μιλήστε στο παιδί με πιο αργή ομιλία.
- Αποφύγετε να διορθώσετε ή να κάνετε υποδείξεις ως προς τον τρόπο που αναπνέει ή που ελέγχει την αναπνοή του.
- Καθώς μιλάτε είναι χρήσιμο να κάνετε παύσεις, στις οποίες το παιδί θα μπορεί να εκφραστεί.
- Αποφύγετε να χρησιμοποιήσετε λεξιλόγιο που δεν ξέρει ή είναι δύσκολο.
- Αποφύγετε φράσεις συντακτικά πολύπλοκες που είναι δύσκολες ως προς την κατανόηση και έκφραση
- Οι στόχοι σας να είναι μικροί με περιορισμένες απαιτήσεις, ούτως ώστε το παιδί να αντλήσει ευχαρίστηση από την επίτευξή τους.

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

- Οι ερωτήσεις ενδέχεται να αυξάνουν το αίσθημα της πίεσης και να δίνουν την εντύπωση ότι προσπαθείτε να το αξιολογήσετε.
- Μην απαιτείτε από το παιδί να διηγηθεί την ημέρα του ή ένα συμβάν. Προτιμήστε την αυθόρμητη συζήτηση για ένα θέμα που του έλκει το ενδιαφέρον.
- Μπορείτε να ξεκινήσετε μια συζήτηση σχολιάζοντας κάτι ή εκφράζοντας συναισθήματα προς ένα συμβάν και παράλληλα δώστε χρόνο στο παιδί να ανταποκριθεί στη συζήτηση. Αν διαπιστώσετε ότι δεν το επιθυμεί, μην επιμένετε.
- Να δίνετε προσοχή στα λεγόμενα του παιδιού, καθώς αυτό αποτελεί μια ανάγκη ιδιαίτερα για το παιδί που παρουσιάζει συμπτώματα της διαταραχής του τραυλισμού.
- Αποφύγετε να το διακόψετε κατά τη διάρκεια εκφοράς λόγου, ακόμα και αν τα συμπτώματα είναι έντονα.
- Διατηρήστε μη λεκτικά επικοινωνιακά στοιχεία κατά τη διάρκεια που το παιδί μιλάει, όπως βλεμματική επαφή και έκφραση του προσώπου.
- Δημιουργήστε μια άνετη ατμόσφαιρα δείχνοντάς του ότι παρά την ένταση των συμπτωμάτων μπορεί να συμμετάσχει σε συζήτηση.
- Αποφύγετε την εκδήλωση συναισθημάτων αρνητικών ή αμηχανίας ως προς τον τρόπο που εκφέρει λόγο.
- Εκφράστε το ενδιαφέρον σας ως προς το περιεχόμενο της ομιλίας του παιδιού και όχι ως προς τον τρόπο ή τη ροή αυτής.
- Αποφύγετε τη συμπλήρωση της ομιλίας τους καθώς αυτό αυξάνει το αίσθημα αδυναμίας τους.
- Επιβραβεύστε το παιδί ως προς τη συμμετοχή του στη συζήτηση.
- Δώστε χρόνο στο παιδί σας να εκφραστεί και να ολοκληρώσει τη σκέψη του, όπως θα γινόταν σε κάθε περίπτωση.
- Αν διαπιστώσετε ότι αποφεύγει να εκφραστεί λόγω αρνητικών συναισθημάτων προς τη ροή του λόγου τους, μπορείτε να μιμηθείτε συμπτώματα της διαταραχής.
- Μπορείτε να «αποσυμφορήσετε» τα αρνητικά συναισθήματα που προέρχονται από τα συμπτώματα, εξηγώντας του ότι αυτό μπορεί να συμβεί αλλά δεν είναι τόσο σοβαρό
- Καθιερώστε μια συγκεκριμένη ώρα κάθε μέρα όποτε και η ατμόσφαιρα θα είναι χαλαρή, και συμμετάσχετε όλοι μαζί σε συζήτηση

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

- Στην περίπτωση που δεν μπορείτε να αποφύγετε τις ερωτήσεις, παρέχετε αρκετό χρόνο στο παιδί να απαντήσει. Αν διαπιστώσετε ότι αποφεύγει να απαντήσει, μην πιέσετε και μην απαντήσετε εκ μέρους τους. Προτιμήστε να μιλήσετε για κάτι άλλο.
- Προσέχουμε ούτως ώστε να μην αλλάξει η συμπεριφορά μας λόγω των συμπτωμάτων της διαταραχής, αλλά συμπεριφερόμαστε στο παιδί μας όπως θα συμπεριφερόμασταν σε κάθε περίπτωση.
- Επιδιώκουμε να φέρουμε σε πέρας τις καθημερινές υποχρεώσεις και δραστηριότητες χωρίς βιασύνη και άγχος.
- Επιδιώκουμε μια σταθερή καθημερινότητα, με ρουτίνες, καθώς το παιδί που παρουσιάζει συμπτώματα της διαταραχής ενδεχομένως θα βιώνει έντονο άγχος και κούραση. Η σταθερότητα του προγράμματος περιορίζει αυτά τα αισθήματα.
- Του δίνουμε το χρόνο να εκφραστεί και υιοθετούμε στάση άνετη, χωρίς να δίνουμε την εντύπωση άγχους.
- Αποφεύγουμε παραινέσεις για την ομιλία του και τη ροή της όπως και παραινέσεις για επανάληψη της φράσης.
- Η συμπλήρωση των προτάσεων του αυξάνουν τα αισθήματα αδυναμίας, οπότε το αποφεύγουμε.
- Το παιδί αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα του γονέα, οπότε προσπαθούμε να διαχειριστούμε και να περιορίσουμε τα αρνητικά, καθώς αυτά μεταφέρονται στο παιδί.
- Πολλές φορές τα παιδιά δεν συνειδητοποιούν ότι τραυλίζουν και συνεχίζουν να εκφέρουν λόγο. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ενήλικες δεν πρέπει να το υπογραμμίσουν και να το συμβουλεύσουν να μιλάει καλύτερα.
- Χρησιμοποιούμε λόγο και φράσεις αντίστοιχες της ηλικίας τους και του αναπτυξιακού τους επιπέδου. Οι δύσκολες προτάσεις και το άγνωστο λεξιλόγιο δεν ενθαρρύνουν την επικοινωνία
- Όταν το παιδί εκφέρει λόγο χωρίς να τραυλίζει δεν το σχολιάζουμε.
- Σε κάθε περίπτωση συμπεριφερόμαστε στο παιδί ε τον τρόπο που συμπεριφερόμαστε και στα αδέρφια του.
- Για να ενθαρρύνουμε την επικοινωνία σε ένα ασφαλές περιβάλλον, δημιουργούμε τις συνθήκες, δείχνοντας υπομονή, ευχάριστη διάθεση και ενδιαφέρον για αυτά που λέει.

Ακόμα, προτείνονται μερικές πρακτικές οδηγίες οι οποίες είθισται να μεταφερθούν στο σχολικό πλαίσιο με στόχο την παράλληλη και συμβατή πορεία της θεραπείας σε όλα τα πλαίσια που συμμετέχει το παιδί (Schwenketal, 2007).

- Προτείνεται στους γονείς να εξηγήσουν στο σχολείο τι είναι η διαταραχή του τραυλισμού και πως τη διαχειρίζονται στο οικογενειακό και θεραπευτικό πλαίσιο.
- Είναι σημαντικό να διατηρείται φιλική ατμόσφαιρα στο χώρο του σχολείου ούτως ώστε το παιδί να αισθάνεται ασφάλεια να εκφραστεί
- Ο εκπαιδευτικός μπορεί να δημιουργήσει σχέση εμπιστοσύνης με το παιδί, να δείξει κατανόηση και υπομονή
- Ο εκπαιδευτικός πρέπει να παρέχει ικανοποιητικό χρόνο στο παιδί για να απαντήσει ερωτήσεις.
- Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να αποφεύγει να διακόπτει το παιδί όταν εκφέρει λόγο, ανεξαρτήτως της ροής ή των δυσκολιών που παρουσιάζει
- Ο εκπαιδευτικός είθισται να μιλάει πιο αργά ούτως ώστε να αποτελεί πρότυπο προς μίμηση για το παιδί
- Στην περίπτωση που κρίνεται ότι χρειάζεται, ο εκπαιδευτικός μπορεί να παρέχει περισσότερο χρόνο στο παιδί να απαντήσει, κάνοντάς του την ερώτηση λίγα λεπτά νωρίτερα.
- Ο εκπαιδευτικός συνίσταται να διατηρεί εξωλεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας κατά την αλληλεπίδρασή του με το παιδί, όπως για παράδειγμα βλεμματική επαφή.
- Να αποφεύγεται η ολοκλήρωση του λόγου του μαθητή που τραυλίζει, καθώς από τη μια περιορίζει το χρονικό περιθώριο που δίνεται στο παιδί και από την άλλη επιβεβαιώνεται ως προς τη δυσκολία του και αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα.
- Πριν την ανάγνωση, το παιδί να ενθαρρύνεται να κάνει σιωπηλή ανάγνωση ή να διαβάσει μικρότερο κομμάτι, με οικείες λέξεις, διαβάζοντας αρχικά μόνο μπροστά στο δάσκαλο κι έπειτα μπροστά στους συμμαθητές του.
- Η ανάγνωση μπροστά στους συμμαθητές συνίσταται να γίνει μετά από προετοιμασία του μαθητή, εξηγώντας του πότε θα διαβάσει και τι θα διαβάσει, και δίνοντάς του χρόνο να επεξεργαστεί το κείμενο πριν την ανάγνωση.
- Αν το παιδί επιθυμεί να διαβάσει κείμενο παράλληλα με κάποιο συμμαθητή του, τότε αυτό συνίσταται να επιτρέπεται. (Μητρακάκη, 2011).

5.2 ΓΝΩΜΗ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ PCI

Η εκδήλωση συμπτωμάτων του τραυλισμού επηρεάζει ενδεχομένως ολόκληρη την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον, όπως αντίστοιχα θεωρείται ότι και αυτά με τη σειρά τους επηρεάζουν την ανάπτυξη της διαταραχής. Σύμφωνα με Nicholas και Cook, (2008), οι γονείς, σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, καλούνται όχι μόνο να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα και τα συναισθήματα που έχουν οι ίδιοι και το παιδί που τραυλίζει, αλλά πρέπει να αναζητήσουν υποστήριξη και πληροφορίες και να ξεκινήσουν τη θεραπευτική διαδικασία με το παιδί τους.

Όπως προαναφέρθηκε υπάρχουν δύο βασικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία με των συμπτωμάτων, οι άμεσες και οι έμμεσες, όπως είναι και η θεραπεία αλληλεπίδρασης γονέα και παιδιού PalinPCI και οι γονείς είναι αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας (Kelman & Nicholas, 2008). Παρά οι γονείς που παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία, μόνο λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τις εμπειρίες των γονιών ως προς τη συμμετοχή τους σε αυτές. Οι Auert και συν. (2012) πραγματοποίησαν μελέτη χρησιμοποιώντας συνεντεύξεις με 21 γονείς που συμμετείχαν σε έμμεσο πρόγραμμα και διαπίστωσε ότι οι εμπειρίες ήταν μικτές. Κάποιοι γονείς βρήκαν τη διαδικασία θετική πράγμα που σχετιζόταν με το αν το παιδί παρουσίαζε πρόοδο και αν φαινόταν να απολαμβάνει τη θεραπεία. Άλλοι το αξιολόγησαν ως λιγότερο θετικό, με ορισμένα στοιχεία να κρίνονται θετικά και άλλα αρνητικά.

Οι Goodhue, Onslow, Quine, O'Brian&Hearne (2010) χρησιμοποίησαν επίσης ποιοτική μεθοδολογία για να αξιολογήσουν τις απόψεις των γονέων του εν λόγω προγράμματος και είχαν παρόμοια ευρήματα. Πιο αναλυτικά τα οφέλη της θεραπείας αφορούσαν στην αύξηση του ποιοτικού χρόνου με το παιδί τους, στην αύξηση της γνώσης για τη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων και των συμπτωμάτων της διαταραχής. Ακόμα ανέφεραν σημαντική βελτίωση στις δικές τους δεξιότητες αλλά και στην αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Οι δυσκολίες αφορούσαν στην εύρεση χρόνου και στην ανάγκη αφοσίωσης και για δέσμευση στη θεραπεία. Παρόμοια θέματα έχουν προκύψει από ποιοτικές μελέτες που εξέτασαν τις εμπειρίες των γονιών για τη θεραπεία με το παιδί, που παρουσίαζε τραυλισμό

ή άλλες διαταραχές λόγου και ομιλίας. Παρατηρήθηκαν υψηλά επίπεδα ανησυχίας, που αφορούσαν στην παραπομπή της οικογένειας και ίσως στην απόρριψη της θεραπείας, αλλά και για τη φοίτηση του παιδιού στο σχολείο και την επίδοσή του. Παρατηρείται επίσης μια αναντιστοιχία μεταξύ του τι περιμένουν οι γονείς από τη θεραπεία και τι τελικά γίνεται κατά τη διάρκεια αυτής, ενώ μερικοί γονείς αναμένουν μια πιο άμεση προσέγγιση ή "θεραπεία". Οι Auert και συν. (2012), αποκάλυψαν επίσης ότι οι γονείς επιθυμούσαν να χρησιμοποιηθούν συγκεκριμένα στοιχεία της θεραπείας και όχι όλα. Η πλειοψηφία ωστόσο τόνισε τη σημασία του να είναι ο ειδικός θεραπευτής εξειδικευμένος και έμπειρος.

Ένα ακόμα θέμα που αναδείχθηκε ως το πλέον σημαντικό είναι η καλή επικοινωνία και η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των θεραπευτών και των γονέων, αλλά θεραπευτών με το παιδί (Auertetal., 2012; Carroll, 2010). Η υπάρχουσα βιβλιογραφία σε αυτόν τον τομέα έχει δείξει ότι οι γονείς επηρεάζονται συναισθηματικά από το παιδί τους, όπως αντίστοιχα το επηρεάζουν οι ίδιοι, καθώς πολλές φορές δεν είναι σίγουροι για τη φύση της κατάστασης και ανησυχούν για τον αντίκτυπο που έχει η δυσκολία αυτή στο παιδί τους.

Όσον αφορά στη θεραπεία, οι γονείς αναφέρουν μικτές εμπειρίες και προσδοκίες. Η διερεύνηση του τι σκέφτονται και τι αισθάνονται οι γονείς για το παιδί τους, φανέρωσε ότι η θεραπεία που έχουν λάβει είναι σημαντική, δεδομένου ότι οι περιβαλλοντικές επιρροές μπορούν να επηρεάσουν την εξέλιξη της διαταραχής και οι γονείς διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη θεραπεία, πράγμα που τους καθιστά παράγοντες επιτυχίας του προγράμματος (Carroll, 2010).

Ο Carroll (2010), διεξήγαγε ποιοτική έρευνα για να διερευνήσει τις αντιλήψεις των γονέων και τα αποτελέσματα που αξιολογούν ως τα σημαντικότερα της θεραπείας. Οι κλίμακες βαθμολόγησης που προέκυψαν περιείχαν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων που αντανακλούσαν την ευρεία φύση της θεραπείας που είχαν λάβει. Επιπλέον σε μειώσεις της συχνότητας του τραυλίσματος και της σοβαρότητας της διαταραχής, οι γονείς υπογράμμιζαν πως ο περιορισμός του άγχος, της απογοήτευσης και της ανησυχίας των ίδιων και του παιδιού για την ομιλία και πως η αύξηση της εμπιστοσύνης του παιδιού στην ομιλία και στις δεξιότητές τους, αποτελούν σημαντικούς δείκτες βελτίωσης του. Ακόμα, οι γονείς θεώρησαν θετικές τις αλλαγές στο επίπεδο ανησυχίας των ίδιων και αύξηση στα

επίπεδα εμπιστοσύνης ως προς τη διαχείριση των αποτελεσμάτων του θεραπευτικού προγράμματος.

Οι ίδιοι αναφέρουν μερικούς περιορισμούς της ερευνητικής διαδικασίας αλλά και το γεγονός ότι τα αποτελέσματα είναι γενικεύσιμα λόγω της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της κλίμακας που χρησιμοποιήσαν. Οι περιορισμοί αφορούν στο ότι οι μελέτες δεν συλλαμβάνουν ατομικά τις απαντήσεις στη θεραπεία και τα ευρήματα της δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προβλέψει κανείς με ποιο τρόπο, σε ποιο βαθμό ή το χρονικό πλαίσιο που το άτομο θα ανταποκριθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα (Goodhueetal, 2010).

Σε πρακτικό επίπεδο, τα ποσοστά υποκειμενικότητα πρέπει να εξετασθούν περαιτέρω, καθώς παρατηρείται μεγάλη ετερογένεια στο βαθμό και στην αιτία εκδήλωσης της διαταραχής του τραυλισμού, ενώ η σημαντικοί θεωρούνται και οι πόροι που διαθέτει η κάθε οικογένεια για την έκβαση της θεραπείας. Στις προσπάθειες διερεύνησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας αλληλεπίδρασης γονέα και παιδιού PalinPCI με παιδιά προσχολικής και πρωτοσχολικής ηλικίας, που παρουσιάζουν επίμονα και σοβαρά συμπτώματα τραυλισμού, παρατηρούνται δυσκολίες. Αυτές πηγάζουν από τις αδυναμίες διατήρησης της θεραπείας μιας ομάδας ελέγχου, καθώς αντιμετωπίζονταν πρακτικές και ηθικές δυσκολίες (Glanemannetal, 2013).

Η έμφαση στις μελέτες δίνεται στην ενσωμάτωση ελέγχου για την απόκτηση υψηλής εσωτερικής εγκυρότητας και να δικαιολογηθούν τα ευρήματα, καθώς σε ορισμένες μελέτες, παρουσιάζεται χαμηλή εξωτερική εγκυρότητα και επομένως να είναι θεμιτή η γενίκευσή των ευρημάτων στο σύνολο του πληθυσμού. Ωστόσο, επαναλαμβανόμενα ευρήματα μεταξύ των ατόμων βοηθά να αυξηθεί η εγκυρότητα και καταδεικνύουν ισχυρά επιχειρήματα και αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της εν λόγω θεραπείας και για την εκτίμηση που τρέφουν οι συμμετέχοντες (Auert, 2012).

Οι Kelman και Nikolas (2008), περιγράφουν πορίσματα ερευνών με έξι παιδιά που συμμετείχαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα PalinPCI. Τα δεδομένα συχνότητας εμφάνισης των συμπτωμάτων του τραυλισμού αποκτήθηκαν από βιντεοσκοπημένες αλληλεπιδράσεις των γονέων με το παιδί στο πλαίσιο του σπιτιού και αφορούσαν στην «ειδική ώρα» (specialtime), δηλαδή στο παιχνίδι. Αυτά γινόντουσαν μία φορά την

εβδομάδα για έξι εβδομάδες πριν από τη θεραπεία, για έξι εβδομάδες κατά τη διάρκεια της κλινικής θεραπείας και για άλλες έξι εβδομάδες κατά τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας στο οικογενειακό πλαίσιο. Η ακόλουθη αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε έξι εβδομάδες πριν από τη συνεδρία επαναξιολόγησης σε περίοδο έξι μηνών από την ολοκλήρωση του προγράμματος, ενώ και σε αυτή εμπλέκονταν βιντεοσκοπημένες αλληλεπιδράσεις μια φοράς κατά τη διάρκεια της εβδομάδας (Auert, 2012).

Στην προαναφερθείσα έρευνα και τα έξι παιδιά παρουσίασαν μείωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού μέχρι το τέλος της θεραπείας. Αυτό φαίνεται να συνδέεται με τη θεραπεία και τέσσερις παράγοντες. Καθénas από τους συμμετέχοντες γονείς έλαβε άμεση θεραπεία με επίκεντρο την ανάπτυξη αλληλεπιδράσεων κατευθυνόμενες από το παιδί, ενώ φάνηκε ότι οι γονείς αντιλήφθηκαν την ευελιξία του παιδιού και τη βελτίωσή του, και αισθάνθηκαν πιο έμπειροι γνώστες του θέματος και αυτοπεποίθηση σχετικά με τη διαχείριση της διαταραχής, ενώ ήταν λιγότερο ανήσυχοι περίπου έξι μήνες μετά τη λήψη της θεραπείας συγκριτικά με πριν. Τα συνδυασμένα ευρήματα τόσο του Millard, Νικολάου και Cook (2008) και Millard, Edwards, και οι μελέτες Cook (2009) δείχνουν ότι η PalinPCI μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση του τραυλισμού σε μικρά παιδιά που διατρέχουν κίνδυνο επιμονής της διαταραχής. Παράλληλα φαίνεται από τα αποτελέσματα ότι περίπου τα δύο τρίτα των παιδιών θα παρουσιάσουν μείωση του τραυλισματος κατά τη διάρκεια της κλινικής θεραπείας ή της θεραπείας στο σπίτι. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν από τους Auert και συνεργάτες (2012). Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι ο τραυλισμός μπορεί να μειωθεί σε μακροπρόθεσμο διάστημα σε παιδιά που συμμετείχαν στη θεραπεία PalinPCI.

Οι ερευνητές προχώρησαν στον προσδιορισμό των οικογενειών που κρίνουν πιο θετικά τη θεραπεία αλληλεπίδρασης PalinPCI με αποτέλεσμα να αυξάνεται η αποτελεσματικότητά της. Κατέδειξαν ότι η μέθοδος PalinPCI είναι αποτελεσματική σε πλαίσιο με βέλτιστες συνθήκες, οι οποίες περιλαμβάνουν την εφαρμογή από τους ειδικούς θεραπευτές και είναι εξειδικευμένοι στην προσέγγιση μέσα σε ένα δομημένο περιβάλλον, ενώ θεώρησαν ότι είναι απαραίτητο να διαπιστωθεί εάν η προσέγγιση είναι αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται σε διαφορετικές υποομάδες του κλινικού πληθυσμού των παιδιών που τραυλίζουν.

Ακόμα η μελέτη που επαναλήφθηκε από τον Carroll (2010), κατέδειξε μείωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού σε παιδί τυπικής ανάπτυξης και ηλικίας τεσσάρων ετών που συμμετείχε στη θεραπεία PalinPCI. Ως εκ τούτου, υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις ότι η μέθοδος PalinPCI μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία και ότι αξιολογείται θετικά από τους γονείς των παιδιών, υπογραμμίζοντας τη βελτίωση και των ίδιων και του παιδιού, όχι μόνο στη ροή της ομιλίας αλλά και σε συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα.

Ένα ακόμα παράγοντας που φαίνεται να λαμβάνεται υπόψη και να αξιολογείται ως σημαντικός από τους γονείς είναι το κόστος της θεραπείας. Συγκεκριμένα φαίνεται να προβληματίζονται αρκετά οι γονείς που έρχονται από κατώτερα οικονομικά στρώματα, καθώς αρκετοί αδυνατούν να ανταποκριθούν σε αυτό. Ωστόσο φαίνεται ότι τα θετικά αποτελέσματα κρίνονται ως πιο σημαντικά ενώ παράλληλα προτείνονται διακανονισμοί για τη διαχείριση του κόστους (Goodhueetal, 2010).

Συνοψίζοντας, τα αποδεικτικά στοιχεία και τα πορίσματα των μελετών, δείχνουν ότι η θεραπευτική μέθοδος PalinPCI μπορεί να είναι αποτελεσματική με παιδιά που παρουσιάζουν συμπτώματα τραυλισμού, ενώ παράλληλα η καθοδήγηση και η συμβουλευτική που παρέχεται στους γονείς ενθαρρύνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων πολύ σημαντικών τόσο για την βελτίωση του παιδιού όσο και για τη βελτίωση των πρακτικών διαχείρισης των γονέων. Τα θετικά αποτελέσματα φαίνεται να μπορούν να γενικευτούν σε πολλαπλά πλαίσια, αυξάνοντας την αυτοπεποίθηση του παιδιού και των γονέων και οδηγώντας στη θετική αξιολόγηση της θεραπείας από τους ίδιους (Herschelletal, 2002).

6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΡΘΡΑ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

6.1 ΑΡΘΡΟ 1:

Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?

Είναι η θεραπεία αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού αποτελεσματική στη μείωση του τραυλισμού;

6.1.1 ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Γενικά:

Το 70% των παιδιών με τραυλισμό θα λύσει το πρόβλημα του αφήνοντας ένα 30% να βιώνουν ένα μακροπρόθεσμο πρόβλημα (Kloth, Kraaimaat, Janssen, & Brutten, 1999; Yairi & Ambrose, 1999). Η διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη θεραπεία κάθε παιδιού επηρεάζεται απ' τη καλύτερη κατανόηση των δυσκολιών που έχει ο καθένας αλλά όχι τι ακριβώς θεραπεία πρέπει να ακολουθηθεί .

Η θεραπεία Palin-PCI είναι ευέλικτη και μπορεί να προσαρμοστεί στις ατομικές ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας .Στόχος του προγράμματος είναι να αποδεχτούν οι γονείς τις δυσκολίες του παιδιού και να το ενθαρρύνουν ώστε να διαχειριστεί τα προβλήματα του.

Στόχος:

Το PCI (Rustin et al., 1996)) έχει αναπτυχθεί και τροποποιηθεί εδώ και πολλά χρόνια ως απόκριση στην κλινική εμπειρία και υπάρχει ανατροφοδότηση χρήστη και, όπου είναι διαθέσιμα, ερευνητικά στοιχεία (Kelman & Nicholas, 2008). Η προσέγγιση είναι ευέλικτη και μπορεί να προσαρμοστεί στις ατομικές ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας. Το τραύλισμα συζητείται ανοιχτά και οι παραγωγοί ενθαρρύνονται να αναγνωρίσουν τον τραυματισμό με το παιδί. Το πρόγραμμα είναι σαφές στο στόχο του να εξουσιοδοτήσει τους γονείς να διαχειριστούν τον τραυματισμό του παιδιού τους και να αυξήσουν την εμπιστοσύνη τους στις δικές τους δεξιότητες καθώς και να επιδιώξουν να αυξήσουν την ευχέρεια του παιδιού. Το PCI περιλαμβάνει τόσο τις στρατηγικές διαχείρισης όσο και τις στρατηγικές αλληλεπίδρασης και η επιλογή των στρατηγικών σε κάθε μία από αυτές τις κατηγορίες επιτρέπει την εξατομίκευση του προγράμματος.

Έρευνα

Μια μεμονωμένη μελέτη αντιγραφής με τρεις διακριτές φάσεις. Κατά τη διάρκεια κάθε φάσης, ελήφθησαν πολλαπλά δείγματα ομιλίας παιδιών. Σε μια προσπάθεια απόκτησης αξιόπιστων και αντιπροσωπευτικών δειγμάτων ευχέρειας, μειώνοντας την πιθανή επιρροή

ενός άγνωστου ενήλικα, κάθε κόμπος βρήκε τον εαυτό του να παίζει μαζί με το παιδί στο σπίτι για 20 λεπτά. Οι γονείς έλαβαν γραπτές πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο λήψης των ηχογραφήσεων, συμβουλευόντάς τους να αποφεύγουν τηλεόραση, βιβλία, τραχύ παιχνίδια και επιτραπέζια παιχνίδια κατά τη διάρκεια αυτών των συνεδριών. Προτάθηκε ότι οι πιο κατάλληλες δραστηριότητες ήταν εκείνες που μπορούσαν να παίξουν με το παιδί στο πάτωμα ή σε ένα τραπέζι, όπως το παιχνίδι με τούβλα, αυτοκίνητα, αγροκτήματα, κούκλες και ούτω καθεξής. Έχει εξηγηθεί ότι ο στόχος ήταν να επιτευχθεί ως

φυσιολογικό δείγμα του παιδιού που αλληλεπιδρά όσο το δυνατόν και να μην καταβάλει ιδιαίτερη προσπάθεια να προκαλέσει ομιλία από το παιδί.

Η φάση Α ήταν μια βασική φάση χωρίς θεραπεία που διήρκεσε για 6 εβδομάδες. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, οι γονείς έκαναν μία εγγραφή μία φορά την εβδομάδα. Στο τέλος της Φάσης Α, τόσο οι γονείς όσο και το παιδί παρακολούθησαν την αξιολόγηση των διαβουλεύσεων. Δύο γλωσσικές αξιολογήσεις έγιναν: (α) οι βρετανικές κλίμακες λεξιλογίου λεξιλογίου (BPVS, Dunn, Dunn, Whetton&Pintilie, 1982), που είναι ένα δεκτικό λεξιλόγιο και β) Renfrew, 1988), μια εκφραστική εκτίμηση γλωσσών η οποία αποδίδει μια βαθμολογία για την ποσότητα των παρεχόμενων πληροφοριών και μια γραμματική πολυπλοκότητα.

Η φάση Β ήταν μια φάση θεραπείας 12 εβδομάδων αποτελούμενη από έξι εβδομαδιαίες κλινικές συνεδρίες και 6 εβδομάδες θεραπείας στο σπίτι. Οι ηχογραφήσεις έγιναν εβδομαδιαία.

Η φάση C ήταν μία μονοετής φάση παρακολούθησης μετά τη θεραπεία. Κατά τη διάρκεια της Φάσης Γ, το παιδί και οι γονείς παρέστησαν στην κλινική για να εξετάσουν την πρόοδο 3 μηνών, 6 μηνών και 1 έτους μετά τη θεραπεία και κατέγραψαν μία φορά μηνιαίως.

Δείγμα

Όλα τα παιδιά που παραπέμφθηκαν στην κλινική που πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια κλήθηκαν να συμμετάσχουν: κάτω από την ηλικία των 5 ετών. (Yairi&Ambrose 1992, Yairi, Ambrose, Paden&Throneburg 1996), για να μειωθεί η πιθανότητα φυσικής ανάκαμψης. μιλώντας αγγλικά ως την κύρια γλώσσα στο σπίτι. που ζουν με δύο γονείς?

καμία θεραπεία δεν ελήφθη κατά τους προηγούμενους 12 μήνες. και δεν εντοπίστηκαν μαθησιακές δυσκολίες ή σύνδρομα. Εννέα παιδιά προσλήφθηκαν στη μελέτη.

Αποτέλεσμα:

Η μελέτη έδειξε ότι τα 4 από τα 6 παιδιά που μελετήθηκαν μείωσαν σημαντικά τη συχνότητα τραύματος τους με του δύο γονείς ως το τέλος της φάσης της θεραπείας.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι τα παιδιά που σημείωσαν σημαντική πρόοδο το έκαναν με τους δύο γονείς και αυτό επιτεύχθηκε μέχρι το τέλος του προγράμματος των 12 εβδομάδων. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι εάν δεν παρατηρηθεί σημαντική πρόοδος στο χρονικό πλαίσιο των 12 εβδομάδων, στην πρώτη περίοδο ανασκόπησης επισημαίνεται περαιτέρω ή εναλλακτική επέμβαση. Τα αποτελέσματα αυτά των συμμετεχόντων σε αυτή τη μελέτη και η εξέταση των ευρημάτων μαζί με τις προηγούμενες μελέτες συμβάλλει στην ενίσχυση της χρήσης έμμεσων μεθόδων με αυτή τη συγκεκριμένη ομάδα παιδιών (Muma, 1993, Pring, 2005). Η μελέτη αυτή έθεσε ως στόχο να εξετάσει αν το PCI ήταν αποτελεσματικό στη μείωση του τραυλισμού σε παιδιά ,παρέχοντας αποδείξεις που βοηθούσαν τους κλινικούς στη λήψη αποφάσεων . Συνολικά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι 6 κλινικές συνεδρίες PCIT , που ακολουθούνται από μια περίοδο 6 εβδομάδων στενής παρακολούθησης της γονικής θεραπείας στο σπίτι , μπορεί να είναι επιτυχείς για να μειώσουν σημαντικά το τραυλισμό στα νεαρά άτομα .

Συμπέρασμα:

Αυτή η μελέτη έθεσε ως στόχο να εξετάσει εάν το PCI ήταν αποτελεσματικό στη μείωση του τραυλισμού στα μικρά παιδιά, παρέχοντας αποδείξεις που θα βοηθούσαν τους κλινικούς γιατρούς στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Συνολικά, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι έξι κλινικές συνεδρίες PCI, που ακολουθούνται από μια περίοδο 6 εβδομάδων στενής παρακολούθησης της γονικής θεραπείας που διεξάγεται στο σπίτι, μπορεί να αποδειχτούν επιτυχείς για να μειώσουν σημαντικά τον τραυματισμό στα νεαρά άτομα. Επιπλέον, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι τα παιδιά που δεν κάνουν επαρκή πρόοδο σε αυτό το χρονικό πλαίσιο είναι εκείνα που θα απαιτήσουν συνεχή παρέμβαση. Συγκεκριμένα, η μελέτη αυτή αποδεικνύει ότι οι έμμεσες μέθοδοι, ιδιαίτερα εκείνες που χρησιμοποιούνται στο PCI, μπορούν να χρησιμοποιηθούν με επιτυχία για να μειώσουν το

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

τραυλισμό και ότι αυτό το πρόγραμμα είναι μια επιλογή διαχείρισης βάσει τεκμηρίωσης. Επιπλέον, αυτά τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι η PCI μπορεί να είναι αποτελεσματική σε παιδιά που έχουν υποστεί τραύλισμα έως και 2 χρόνια πριν την έναρξη της θεραπείας και τα οποία θεωρούνται ότι διατρέχουν κίνδυνο εμμένουμένου τραύματος. Η μελέτη καταδεικνύει επίσης ότι για μερικά παιδιά η έμμεση συνιστώσα αυτού του προγράμματος μπορεί να είναι αποτελεσματική από μόνη της, αλλά για άλλες μπορεί να απαιτούνται πιο άμεσες μέθοδοι και συνεχή θεραπεία.

6.2 ΑΡΘΡΟ 2:

Cognitive Behaviour Therapy with children who stutter

Θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς με παιδιά που τραυλίζουν

6.2.1 Περίληψη

Γενικά

Η θεραπεία που στοχεύει στην υποστήριξη των παιδιών να εντοπίζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ομιλία των παιδιών ακόμα και σε νεαρή ηλικία.

Το άρθρο παρουσιάζει πως η θεραπεία Γνωστικής Συμπεριφοράς (CBT) έχει χρησιμοποιηθεί με παιδιά που τραυλίζουν στο κέντρο Michael Palin στην ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση για παιδιά ηλικίας 5-14 ετών και τους γονείς τους .

Ειδικά

Η θεραπεία της γνωστικής συμπεριφοράς (CBT) είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας που βοηθά τους ανθρώπους να διερευνήσουν τον αντίκτυπο των σκέψεων, των συναισθημάτων και των φυσιολογικών τους απαντήσεων στη συμπεριφορά τους και τους υποστηρίζει στον

πειραματισμό με την πρόκληση των σκέψεων και των προβλέψεών τους, προκειμένου να αναπτύξουν πιο χρήσιμες απαντήσεις. Το CBT έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως με παιδιά κ ' εφήβους με δυσκολίες στη ψυχική υγεία κι ' ήταν μια αποτελεσματική θεραπεία για παιδιά και εφήβους με διαταραχές άγχους .Εξετάζεται η αποτελεσματικότητα του CBT με άλλες ψυχικές διαταραχές. Το Κέντρο Michael Palin χρησιμοποιεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στη διαχείριση του τραύματος (Cook & Botterill, 2005), ενσωματώνοντας τεχνικές διαχείρισης ομιλίας, εκπαίδευση σε δεξιότητες κοινωνικής επικοινωνίας και γνωσιακές τεχνικές, όλα μέσα στο περιβάλλον του παιδιού. Ο θεραπευτής κάποιες φορές εισαγάγει το γνωστικό μοντέλο εστιάζοντας πρώτα στα συναισθήματα των παιδιών. Αυτό θα επιτρέψει στα παιδιά να αναγνωρίσουν τα συναισθήματά τους, να εξομαλύνουν τις εμπειρίες τους και να αρχίσουν να προκαλούν τυπικούς αρνητικούς κύκλους σκέψης που μπορεί να έχουν αναπτυχθεί. Τα παιδιά συνήθως παρατηρούν τα συναισθήματά τους και τις αλλαγές στη διάθεσή τους, πιο εύκολα από ό, τι είναι σε θέση να προσδιορίσουν συγκεκριμένες γνωστικές ικανότητες. Η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται ώστε να ταιριάζει με τα συμφέροντα, τις εμπειρίες και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού, ώστε να διασφαλίζεται ότι οι έννοιες είναι κατανοητές και προσβάσιμες και ότι οι δραστηριότητες είναι συναρπαστικές και κίνητρα. Είναι επομένως σημαντικό ο θεραπευτής να επιδεικνύει ευελιξία και δημιουργικότητα στην προσέγγισή του (Stallard 2014). Οι ιστορίες που επικεντρώνονται σε θέματα όπως ο θυμός, το άγχος και η αρνητική σκέψη (Lamb-Shapiro, 2000a; 2000b; Sobel, 2000) μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία, ως μέσο για την περιγραφή γνωστών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι φανταστικοί χαρακτήρες. Επίσης η ζωγραφική μπορεί να είναι μια πολύτιμη μέθοδος για να υποστηρίξει τα παιδιά να εκφράζονται χωρίς να βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στη χρήση της γλώσσας ή στις αλληλεπιδράσεις που οδηγούνται από τους ενήλικες.

Συμπέρασμα

Η κλινική πρακτική στο Κέντρο Michael Palin υποδεικνύει ότι το CBT είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τα παιδιά που τραυλίζουν, αλλά είναι σημαντικό να δημιουργηθούν εμπειρικά στοιχεία που να το αποδεικνύουν. Ο προσδιορισμός ή η ανάπτυξη κατάλληλων μέτρων για τα αποτελέσματα θα αποτελέσει ένα σημαντικό βήμα με αυτήν την ομάδα πελατών, προκειμένου να καταγραφούν οι αλλαγές που προκύπτουν από αυτήν την προσέγγιση.

Τραυλισμός: Συμβουλευτική γονέων και θεραπευτική προσέγγιση στη μέθοδο PCI

Η δημιουργικότητα είναι ένα κρίσιμο στοιχείο στη χρήση του CBT με τα μικρότερα παιδιά, πρώτον, προκειμένου να τους βοηθήσει να έχουν πρόσβαση σε αφηρημένες έννοιες, όπως σκέψεις και συναισθήματα, και δεύτερον, να τους υποστηρίξει στην εξερεύνηση και την πραγματοποίηση αλλαγών που θα οδηγήσουν σε πιο χρήσιμες απαντήσεις. Υπάρχει μια αυξανόμενη βάση πόρων διαθέσιμη για τους θεραπευτές χρησιμοποιώντας αυτήν την προσέγγιση που καθοδηγείται από το παιδί και το μεγαλύτερο πλεονέκτημα θα είναι πάντα οι δεξιότητες του κλινικού γιατρού που περιλαμβάνουν την ευελιξία, το χιούμορ και τη φαντασία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων-Αναπτυξιακή Προσέγγιση. Αθήνα: τυπωθήτω- Γιώργος Δάρδανος

Κακούρος, Ε. Μανιαδάκη, Κ. (2006). ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ: Η Φύση και η Αντιμετώπισή του στα Παιδιά και τους Εφήβους. Αθήνα: τυπωθήτω

Κάκουρος, Ε., Μπαλούρδος, Δ. & Ρεκούττης, Π. (1995). Διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά που παραπέμπονται σε Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού, 32- 33, 61- 76

Σερδάρης, Π. (1998). Ψυχολογία των διαταραχών του λόγου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Ξενόγλωσση

Anderson, H., & Gehart, D. (2009). Collaborative practice: Relationships and conversations that make a difference. *The Wiley handbook of family psychology*, 300-313.

Assemany, A.E. & McIntosh, D.E. (2002). Negative treatment outcomes of behavioral parent training programs. *Psychology in the schools*, 39 (2), 209-219.

Auert, E.J., Trembath, D. Arciuli, J. & Thomas, D. (2012) Parents' expectations, awareness, and experiences of accessing evidence-based speech-language pathology services for their children with autism. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14 (2) 109-118

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bagner, D.M., Fernandez, M.A. & Eyberg, S.M. (2004). Parent-child interaction therapy and chronic illness: a case study. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 11 (1), 1-6.

Bailey, D.B., Nelson, L., Hebbeler, K. & Spiker, D. (2007). Modeling the impact of formal and informal supports for young children with disabilities and their families. *Pediatrics*, 120, e992-e1001.

Beamish, W. & Bryer, F. (1999). Practitioners and parents have their say about best practice: early intervention in Queensland. *International journal of disability development and education*, 46 (2), 261-278.

Bell, S.K. & Eyberg, S.M. (2002). Parent-child interaction therapy: a dyadic intervention for the treatment of young children with conduct problems. In *Innovations in clinical practice: a source book* (vol.20).

Bernal, G., & Jime'nez-Chafey, M. I. (2008). Cultural adaptation of psychotherapy for ethnic-minority youth: Beyond one-size-fits-all. *Child and Family Policy and Practice Review*, 4, 3–6.

Bernal, G., Rodrigues, M. & Jime'nez-Chafey, M. I. (2009). Cultural Adaptation of Treatments: A Resource for Considering Culture in Evidence-Based Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 40, No. 4, 361–368.

Biggart, A., Cook, F., Sc, M., & Fry, J. (2006). The role of parents in stuttering treatment from a Cognitive Behavioural Therapy perspective.

Bloodstein, O. (1995). A handbook of stuttering (5th ed). San Diego: Singular Publishing Group.

Boggs, S.R., Eyberg, S.M., Edwards, D.L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner D. & Hood, K.K. (2004). Outcomes of parent-child interaction therapy: a comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. *Child and family behavior therapy*, 26 (4), 1-22.

Brink, M.B. (2002). Involving parents in early childhood assessment: perspectives from an early intervention instructor. *Early childhood education journal*, 29 (4), 251-257.

Carroll, C. (2010) “It’s not every day that parents get a chance to talk like this”: Exploring parents’ perceptions and expectations of speech-language pathology services for children with intellectual disability. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12 (4), 352-361

Cummins, K., & Hulme, S. (1997). Video-a reflective tool. *Speech and Language Therapy in Practice*, 4-7.

Curlee, R.F. & Yairi, E. (1997). Early intervention with early childhood stuttering: a critical examination of the data. *American Journal of Speech- Language Pathology*, 6 (2), 8-17

De Shazer, S. (2007). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. WW Norton & Co.

Dockrell, J. E., & Messer, D. (2004). Later vocabulary acquisition. In R. Berman (Ed.), *Language development across childhood and adolescence: Psycholinguistic and crosslinguistic perspectives* (pp. 35-52). Trends in Language Acquisition Research 3. Amsterdam: John Benjamins.

Ellen, K & Sarah, W. (2014). *Procedia Social and Behavioral Sciences. Cognitive behavior therapy with children who stutter*. 166-175

Elkind, D. (2007). *The power of play: How spontaneous, imaginative activities lead to happier, healthier children*. Cambridge: Da Capo Press.

Eyberg, S.M. (2004). The PCIT story. *PCIT Pages: The parent-child interaction therapy newsletter*, 1, 1-2

Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). Eyberg child behavior inventory and sutter-eyberg student behavior inventory-revised: *Professional manual. Psychological Assessment Resources*.

Eyberg, S. M., & Funderburk, B. W. (2011). Parent-child interaction therapy: Treatment manual. Unpublished manuscript, University of Florida at Gainesville.

Franken, M. C. J., Kielstra-Van der Schalk, C. J., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 30(3), 189-199.

Fourlas, G., & Marousos, D. (2015). A Report on the Development and Clinical Application of Lexipontix, a New Therapy Programme for School age CWS. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 92-107

Funderburk, B. (1993). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of clinical child psychology*, 22 (1), 42-51.

Gallagher, P.A., Rhodes, C.A. & Darling, S.M. (2004). Parents as professionals in early intervention: a parent educator model. *Topics in early childhood special education*, 24 (1), 5-13.

Gardner, F. (1997). Observational methods for recording parent-child interaction: how generalisable are the findings? *Child psychology & psychiatry review*, 2 (2), 70- 74.

Gregory H., (2003). *Stuttering Therapy, Rationale and Procedure*. USA, Pearson Education, Inc.

Gilman, M. Yaruss, J. S. (2000). Stuttering and relaxation: applications for somatic education in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 25(1), 59-76.

Gray, R. & McCormick, M.C. (2005). Early childhood intervention programs in the US: recent advances and future recommendations. *The journal of primary prevention*, 26 (3), 259-275.

Glanemann, R., Reichmuth, K., Matulat, P., & Zehnhoff-Dinnesen, A. (2013). Muenster Parental Programme empowers parents in communicating with their infant with hearing loss. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 77(12), 2023-2029.

Goodhue, R., Onslow, M., Quine, S., O'Brian, S. & Hearne, A. (2010) The Lidcombe Program of early stammering intervention: mother's experiences. *Journal Fluency Disorders*, doi: 10.1016/j.jfludis.2010.02.002

Harachi, T.W., Catalano, R.F. & Hawkins, J.D. (1997). Effective recruitment for parenting programs within ethnic minority communities. *Child and adolescent social work journal*, 14 (1), 23-39.

Herschell, A.D., Calzada, E.J., Eyberg, S.M. & McNeil, C.B. (2002). Parent-child interaction therapy: new directions in research. *Cognitive and behavioral practice*, 9, 9-16.

Herschell, A.D., Calzada, E.J., Eyberg, S.M. & McNeil, C.B. (2002). Clinical issues in parent-child interaction therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 9, 16-27.

Hembree-Eisenstadt, T., Eyberg, S., Bodiford-McNeil, C., Newcomb, K. & Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 548-555.

Howell, P., Davis, S. & Williams, R. (2008). Late childhood stuttering. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 51, 669-684.

Hulit, Lloyd M. (2004). Straight talk on stuttering: information, encouragement, and counsel for stutterers, caregivers, and speech-language clinicians (2nd ed.). Springfield, Illinois: Charles C Thomas.

Jindal-Snape, D., Douglas, W., Topping, K. J., Kerr, C., & Smith, E. F. (2005). Effective Education for Children with Autistic Spectrum Disorder: Perceptions of Parents and Professionals. *International Journal of Special Education*, 20(1), 77-87.

Johnson, Linda J. (1980) "Facilitating parental involvement in therapy of the disfluent child." *Seminars in Hearing. Vol. 1. No. 04.*

Kaminski, J.W., Valle, L.A., Filene, J.H., Boyle, C.L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of abnormal child psychology, 26, 567-589.*

Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach. Speechmark.

Kontos, S. & Diamond, K. (2002). Measuring the quality of early intervention services for infants and toddlers: problems and prospects. *International journal of disability, development and education, 49 (4), 337-351.*

Koester, E., L.S., Lahti-Harper, (2010) Mother–infant hearing status and intuitive parenting behaviors during the first 18 months, *Am. Ann. Deaf 155 (1) 5–18.*

Langevin, M., & Kully, D. (2003). Evidence-based treatment of stuttering: III. Evidence-based practice in a clinical setting. *Journal of fluency disorders, 28(3), 219-236.*

Lau, A. S. (2006). Making the case for selective and directed cultural adaptations of evidence-based treatments: Examples from parent training. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13, 295–310.*

Lincoln, M. A., & Onslow, M. (1997). Long-term outcome of early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology, 6, 51–58*

Lock, R. Bradley L., Hendricks, B. & Brown, D., (2013). Evaluating the Success of a Parent-Professional Autism Network: Implications for Family Counselors, *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 21(3), 288-296.*

Mahoney, G., & Perales, F. (2003). Using relationship-focussed intervention to enhance the social-emotional functioning of your children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education, 23, 77-89.*

Mallard, A. R. (1998) "Using problem-solving procedures in family management of stuttering." *Journal of Fluency Disorders 23 (2), 127-135.*

McCabe, K. M., & Yeh, M. (2009). Parent-child interaction therapy for Mexican Americans: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38(5), 753–759.*

Meyers, S. C., & Woodford, L. L. (1992). The Fluency Development System for Young Children (ages 2-9 Years). T. A. Calisto (Ed.). United Educational Services.

Millard, S.K., Nicholas, A., Frances M. Cook. (2008). Is Parent–Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering? *American Speech-Language-Hearing Association Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. Vol. 51. 636–650.

Millard, S.K., Edwards, S. & Cook, F. (2009) Parent– child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech & Language Pathology*, 11 (1), 61–76.

M. Papoušek, (2007) Communication in early infancy: an arena of intersubjective learning, *Infant Behavior. Dev.* 30 (2) 258–266.

M.P. Moeller, (2000) Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing, *Pediatrics* 106 (3) e43.

Natke, U., Sandrieser, P., Van Ark, M., Pietrowski, R. & Kalverman, K.T. (2004). Linguistic stress, within-word position, and grammatical class in relation to early childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 29,109-122.

Niec, L. N., Gering, C., & Abbenante. (2011). Parent–child interaction therapy: The role of play in the behavioral treatment of childhood conduct problems. In S. Russ & L. Niec (Eds.), *An evidence-based approach to play in intervention and prevention: Integrating developmental and clinical science*. New York: Guilford Press.

Onslow, M., Packman, A., Stocker, S., Van Doorn, J.& Siegel, G. M.(1997).Control of children’s stuttering with response-contingent time-out: Behavioral, perceptual, and acoustic data. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 40, 121-133

Onslow, M., Harris, V., Packman, A., Harrison, E. &Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 27 (3), 203-214.

Ortega, R. (2003). Play, activity, and thought: reflections on Piaget’s and Vygotsky’s theories. In D.E. Lytle (Ed.), *Play and educational theory and practice* (pp.99- 115). Westport: Praeger Publishers.

Ortiz C & Del Vecchio T. (2013). Cultural diversity: do we need a new wake-up call for parent training, *44(3)*, 443–458.

Perez, H. R. & Stoeckle, J.H., (2016). Stuttering: Clinical and research update. *Journal of Fluency Disorders*, 68, 480-488.

Roberts, M., & Kaiser, A. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Intervention: A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 180-199.

Rossello, J., Bernal, G., & Rivera, C. (2008). Randomized trial of CBT and IPT in individual and group format for depression in Puerto Rican adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14, 234-245.

Rustin L. & Cook, F. (1983). Intervention procedures for dysfluent child. Στο P. Dalton (Ed.), *Approaches to the treatment of stuttering* (pp. 47-75). Beckenham, Kent, Great Britain: Croom Helm Ltd.

Rustin, L., Botterill, W., & Kelman, E. (1996). *Assessment and therapy for young dysfluent children: Family interaction*. Singular.

Rustin, L., Purser, H., & Rowley, D. (1987). The treatment of childhood dysfluency through active parental involvement. *Progress in the treatment of fluency disorders*, 166-180.

Ryan, B. (1992). Articulation, language, rate and fluency characteristics of stuttering and nonstuttering preschool children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 333-342.

Silverman, F.H. (2004). *Stuttering and other fluency disorders*. USA: Waveland Press

Schwenk, K., Conture, E. & Walden, T. (2007). Reaction to background stimulation of preschool children who do and do not stutter. *Journal of Communication Disorders*, 40, 129-141.

Sharon, K, Alison, Nicholas, Frances M. (2008). *Is Parent-Child Interaction Therapy Effective In Reducing Stuttering*, 637-639.

Sharry, J., Guerin, S., Griffin, C. & Drumm, M. (2005). An evaluation of the parents plus early years programme: a video-based early intervention for parents of preschool children with behavioral and developmental difficulties. *Clinical child psychology and psychiatry*, 10 (3), 319-336.

Starkweather, C. W. Gottwald, S. R., & Halfond, M. M. (1990). *Stuttering prevention: A clinical method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Solomon, A. & Chung, B., (2012). Understanding Autism: How Family Therapists Can Support Parents of Children with Autism Spectrum Disorders, *Family Process*, 51, 250-264.

Sylvestre, A., Brisson, J., Lepage, C., Nadeau, L. & Deaudelin, I. (2016). Social participation of children age 8-12 with SLI. *Disability and Participation*, 38, 1146-1156.

Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior therapy*, 21, 319-337.

Werba, B.E., Eyberg, S.M., Boggs, S.R. & Algina, J. (2006). Predicting outcome in parent- child interaction therapy: success and attrition. *Behavior modification*, 30 (5), 618-646.

Yairi, E. (1997a). Disfluency characteristics of childhood stuttering. In R.F. Curlee & G.M. Siegel (Eds), *Nature and treatment of stuttering: new directions*, 2nd ed. (pp. 49- 78). USA: Ally & Bacon.

Yairi, E. (1997b). Home environment and parent- child interaction. In R.F. Curlee & G.M. Siegel (Eds), *Nature and treatment of stuttering: new directions*, 2nd ed. (pp. 24- 48). USA: Ally & Bacon.

