



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα: Διαταραχές Ροής της Ομιλίας – Τραυλισμός

ΑΡΕΤΗ ΚΑΤΣΑΒΟΥ (Α.Μ. 16193)

Επιβλέπων Καθηγητής:

Διονύσιος Ταφιάδης

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2020



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα: Διαταραχές Ροής της Ομιλίας – Τραυλισμός

ΑΡΕΤΗ ΚΑΤΣΑΒΟΥ (Α.Μ. 16193)

Επιβλέπων Καθηγητής:

Διονύσιος Ταφιάδης

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2020

FLUENCY DISORDER – STUTTERING

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, 2019

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Διονύσιος Ταφιάδης,

Δρ. Λογοπαθολόγος-Λογοθεραπευτής, Επίκουρος Καθηγητής

2. Μέλος επιτροπής

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

3. Μέλος επιτροπής

Πάυλος Χριστοδουλίδης,

Υπόψηφιος Διδάκτορας Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημιακός Υπότροφος

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

Υπογραφή

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.

Κατσαβού Αρετή

Υπογραφή

Ευχαριστίες

Αισθάνομαι επιτακτική την ανάγκη, να εκφράσω ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της παρούσας μελέτης. Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέπων καθηγητή κ. Ταφιάδη Διονύσιο που σε σύντομο χρονικό διάστημα ανέλαβε την επίβλεψη και συνέβαλε στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω το οικογενειακό και φιλικό μου περιβάλλον για την συμπαράσταση, την υπομονή και την κατανόηση που επέδειξαν, καθιστώντας δυνατή την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

Περίληψη

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή ομιλίας που αρχίζει κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής και είναι από τις πλέον διαδεδομένες αναπτυξιακές διαταραχές. Η έναρξη συνήθως συμβαίνει την πρώιμη ηλικία, λίγο μετά την έναρξη της γλωσσικής ανάπτυξης. Εάν η εκδήλωση της διαταραχής δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα γίνεται ανυπόφορη και μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικά, κοινωνικά, Εκπαιδευτικά και επαγγελματικά προβλήματα. Έρευνες έχουν δείξει ότι η αντιμετώπιση του τραυλισμού κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας μπορεί να οδηγήσει στην εξάλειψη του. Συνιστάται η έγκαιρη παρέμβαση με έναν παθολόγο ομιλίας. Μερικά παιδιά που αρχίζουν να τραυλίζουν θα ανακάμψουν χωρίς τέτοια παρέμβαση. Ωστόσο δεν μπορούμε να γνωρίζουμε το ποσοστό των παιδιών που θα ξεπεράσει τη διαταραχή χωρίς κάποια μορφή παρέμβασης. Κατά συνέπεια η τρέχουσα βελτίωση πρακτικής για τους παθολόγους ομιλίας είναι να παρακολουθούν τα παιδιά για τα σημάδια φυσικής ανάκαμψης για διάστημα έως και 1 έτους πριν από την έναρξη της θεραπείας.

Τα παραπάνω δεδομένα αποτελούν τον βασικό κορμό της παρούσας εργασίας μέσα από την οποία θα αναλύσουμε τα αίτια πρόκλησης, την παρακολούθηση, τη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία των ατόμων που παρουσιάζουν διαταραχές στην ομιλία τους και δυσκολεύονται στην άρθρωση λόγω του τραυλισμού.

Λέξεις κλειδιά: διάγνωση, αξιολόγηση, θεραπεία, τραυλισμός.

Abstract

Stuttering is a fluency disorder that begins in the early years of life and is one of the most widespread developmental disorders. The onset usually happens at an early age, shortly after the onset of language development. If the disorder is not treated promptly it becomes unbearable and can cause psychological, social, educational and occupational problems. Research has shown that tackling stuttering during preschool can lead to its eradication. Early intervention with a speech therapist is recommended. Some children who start stuttering will recover without such intervention. However, we cannot know the percentage of children who will overcome the disorder without some form of intervention. Therefore the current best practice for speech therapists is to monitor children for signs of physical recovery for up to one year before treatment begins.

The above data constitute the main body of this work through which we will analyze the causes of challenge, monitoring, diagnosis and treatment of people with speech disorders who have difficulty in articulating due to stuttering.

Key words: diagnosis, evaluation, treatment, stuttering

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	2
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	2
1.2 Ορισμοί για τον τραυλισμό	4
1.3 Επιδημιολογία.....	6
1.4 Φυσιολογική ροή/ ευχέρεια της ομιλίας	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	9
2.1 Αιτιολογία τραυλισμού.....	9
2.2 Συμπτωματολογία τραυλισμού.....	20
2.3 Είδη τραυλισμού.....	25
2.4 Εξελικτικός τραυλισμός.....	29
2.5 Ταξινόμηση δυσροών	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	34
3.1 Διάγνωση	34
3.2 Σκοπός αξιολόγησης.....	36
3.3. Αρχές αξιολόγησης	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	46
4.1 Θεραπεία τραυλισμού.....	46
4.2 Μέθοδοι αντιμετώπισης τραυλισμού.....	49
4.3 Παλαιότερες μέθοδοι θεραπείας.....	54
4.4 Νεότερες μέθοδοι αντιμετώπισης τραυλισμού.....	58
4.5 Συσκευές τραυλισμού.....	67
4.6 Θεραπευτικές προσεγγίσεις ανά ηλικιακή ομάδα.....	72
4.7 Θεραπευτικά προγράμματα για τον τραυλισμό	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	110
Λογοθεραπευτικό ιστορικό παιδιού με τραυλισμό	110
ΦΟΡΜΑ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ	110
Συμπέρασμα	95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ιστορική αναδρομή

Ο τραυλισμός έχει απασχολήσει ήδη από την αρχαιότητα και παρουσιάζεται σε όλους τους πολιτισμούς. Ευρέως διαδεδομένη είναι η ανεκδοτική φύσης ιστορία με τον ρήτορα Δημοσθένη, ο οποίος τον 4^ο αιώνα φέρεται να αντιμετώπιζε το πρόβλημα του τραυλισμού, κάνοντας εξάσκηση τους διαλόγους του, τους οποίους πρόφερε μπροστά στον καθρέφτη

(Δροσινού,2014, Δράκος, 2003). Η ίδια μέθοδος χρησιμοποιήθηκε και στο Ρωμανό αυτοκράτορα Κλαύδιο που είχε και αυτός τραυλισμό. Απ'ότι φαίνεται και στις δύο περιπτώσεις τα χαλίκια εμπόδιζαν τις συσπάσεις των αρθρωτικών οργάνων, με αποτέλεσμα να διευκολύνονται κατά κάποιο τρόπο αυτοί οι άνθρωποι (Πλούταρχος, Δημοσθένης, 11. 1-2).

Με τον τραυλισμό ασχολήθηκαν ακόμη, ο Ιπποκράτης και ο Αριστοτέλης. Ο πρώτος είχε την άποψη ότι ο τραυλισμός οφείλεται σε ελαττώματα των περιφερειακών οργάνων του λόγου του (γλώσσα, ουρανίσκος, φάρυγγας), ενώ ο Αριστοτέλης υποστηρίζει ότι η αιτία του τραυλισμού βρίσκεται στο μη ορθό σχηματισμό των οργάνων του λόγου και ιδιαίτερα της γλώσσας (Καρπάθιου,1999).

Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν ένα σύμβολο για τον τραυλισμό, το οποίο απεικόνιζε ένα τρέμουλο, που ξεκινούσε από το έδαφος και κατέληγε στο στόμα. Αυτή η συμβολική αναπαράσταση σεισμού δήλωνε μεταφορικά τη στιγμή του τραυλισμού (Κρουσταλλάκης, 1977).

Στην αρχαία Ρώμη δόθηκε επίσης μεγάλη σημασία στον τραυλισμό. Ο γιατρός Γαλιλαίος εκφράζει την άποψη ότι ο τραυλισμός είναι επακόλουθο βλάβης της γλώσσας ή του μυαλού ή ταυτόχρονα και των δύο. Ο Γαληνός πίστευε ότι η αιτία του τραυλισμού ήταν η ανεπαρκής κινητική ικανότητα της γλώσσας, ενώ ο Κικέρων θεωρούσε ότι έπρεπε η γλώσσα των ανθρώπων να λύνεται με την χρήση αιχμηρού οργάνου (Ανδρέου 1994, 25).

Το μεσαίωνα οι θεραπευτές πίστευαν ότι μπορούσαν να θεραπεύσουν τον τραυλισμό ή να μειώσουν τα συμπτώματά του με φάρμακα και διάφορα βότανα. Τον 16^ο αιώνα ο Άγγλος φιλόσοφος F. Bacon, υποστήριζε ότι ο τραυλισμός οφείλεται στον αυξημένο μυϊκό τόνο της γλώσσας. Συμβούλευε τα άτομα με τραυλισμό να βάζουν στο στόμα τους ζεστό κρασί για αρκετό χρονικό διάστημα, το οποίο θεωρούσε μυοχαλαρωτικό φάρμακο (Willyard, 2011).

Το 19^ο αιώνα οι ειδικοί ανακάλυψαν νέες μεθόδους αντιμετώπισης του τραυλισμού. Ο ιατρός Dieffenbach αντιμετώπισε τον τραυλισμό για πρώτη φορά χειρουργικά σε κλινική στη Γερμανία, αφού πίστευε ότι ήταν αποτέλεσμα σπασμών της γλωττίδας. Ακόμη, στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, εκδίδονται οι πρώτες εργασίες, στις οποίες εξετάζεται πλέον επιστημονικά το πρόβλημα και δίνεται το ερέθισμα διαμόρφωσης παιδαγωγικών και

ιατρικών μεθόδων για την απομάκρυνσή του. Κατά την ίδια περίοδο στη δυτική και ανατολική Ευρώπη αρχίζει να εξετάζεται και να μελετάται μεθοδικότερα το θέμα του τραυλισμού σε ιατρικά τμήματα και παιδαγωγικά ιδρύματα και να ασχολούνται με αυτό παιδαγωγοί, γιατροί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, νευρολόγοι, φυσιολόγοι, φωνίατροι και φωνητικοί.

Η αντιμετώπιση του τραυλισμού έχει βασισθεί σε ποικιλία μεθόδων, με πρώτη καταγεγραμμένη προσπάθεια αυτή του Δημοσθένη. Ωστόσο, οι τρόποι θεραπείας που επιλέχθηκαν δεν ήταν πάντα το ίδιο απλοί και ανώδυνοι. Υπήρξαν θεραπευτές, οι οποίοι αρκέστηκαν σε τακτικές που αποσκοπούσαν στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης του ατόμου ή τη χαλάρωσή του, ενώ άλλοι συνέστησαν και χρησιμοποίησαν τεχνικές όπως το ηλεκτροσόκ ή την εγχείρηση της γλώσσας (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006, σ.313). Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τις εγχειρήσεις της γλώσσας, αξίζει να αναφέρουμε πως στηρίχθηκαν στις ιδέες του Αριστοτέλη, που καταλόγιζε τις ευθύνες για τον τραυλισμό σε κακή διάπλαση της γλώσσας (Καρπάθιου, 1999).

Νεώτερες προσωπικότητες της ιστορίας με τραυλισμό ήταν: ο βασιλιάς Γεώργιος Στ΄ της Αγγλίας, ο Μέγας Ναπολέων, ο Winston Churchill, ο Lenin, ο Theodore Roosevelt, ενώ από τον καλλιτεχνικό χώρο οι ηθοποιοί: Marilyn Monroe και ο τραγουδιστής Mell Tillis.

Στη σημερινή εποχή ένας σημαντικός αριθμός ατόμων που τραυλίζει μπορούν να απαλλαγούν εντελώς από τα συμπτώματα της πάθησης αυτής ή να τα μειώσουν αισθητά εάν έχουν έγκαιρη και κατάλληλη λογοθεραπευτική αγωγή.



1.2 Ορισμοί για τον τραυλισμό

Ο τραυλισμός αποτελεί διαταραχή επικοινωνίας κατά την οποία η ροή της ομιλίας διακόπτεται από επανάληψη (λέξης, συλλαβής ή φωνήματος), επιμήκυνση φωνήματος, μπλοκάρισμα, επαναδιατύπωση, παρεμβολή ήχων/φωνημάτων, τα οποία διαφέρουν ποιοτικά και ποσοτικά από αυτά που εμφανίζονται στην ομιλία ατόμων που δεν τραυλίζουν (Δράκος, 2003, 170). Επίσης άτομα που τραυλίζουν μπορεί να παρουσιάζουν και δευτερεύουσες μη λεκτικές συμπεριφορές όπως είναι οι ακόλουθες:

- Αποφυγή βλεμματικής επαφής
- Επαναλαμβανόμενες ρυθμικές κινήσεις των άκρων
- Μορφασμοί
- Πίεση των χειλιών
- Κλείσιμο των ματιών κ.α.

Τέλος, όταν μιλάμε για τραυλισμό δεν πρέπει να ξεχνάμε τις συναισθηματικές του προεκτάσεις. Αρκετά άτομα που τραυλίζουν νιώθουν, ντροπή, απογοήτευση, άγχος, άρνηση για τον τραυλισμό (Καμπανάρου, 2007).

Ο τραυλισμός συγκαταλέγεται στις νευρωτικές δυσλειτουργίες-διαταραχές της ομιλίας. Θεωρείται δυσλειτουργία της ροής της ομιλίας και εκδηλώνεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης. Η δυσλειτουργία συμβαίνει στην αρχή ή στο μέσο της ομιλίας, είτε με επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών, λέξεων (χα χαρούμενος), είτε με ένα επίμονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο (χ... χαρούμενος), (Δράκος, 1992). Ο τραυλισμός στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάται και με τους όρους "δυσφημία", "σπασμοφοβία" και "Balbutes".

Τα δυο επικρατέστερα διαγνωστικά εγχειρίδια, το DSM-IV και το ICD-10, θεωρούν τον τραυλισμό ως μια διαταραχή του λόγου και της ομιλίας και τον εντάσσουν στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών επικοινωνίας. Σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association 1994, 63-65), ο τραυλισμός ορίζεται ως διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας, η οποία είναι δυσανάλογη με την ηλικία του ατόμου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), (1978), ο τραυλισμός είναι "διαταραχή στη ροή της ομιλίας, κατά την οποία το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει, αλλά, εκείνη τη στιγμή, δεν είναι σε θέση να το πει, εξαιτίας μιας ακούσιας

επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου'' (World Health Organization, 1978, Lawrence & Barclay, 1998).

Ο Wingate (1964) ορίζει τον τραυλισμό ως μια διαταραχή της ροής της λεκτικής έκφρασης, η οποία χαρακτηρίζεται από ακούσιες επαναλήψεις και επιμηκύνσεις, ηχητικές ή όχι, εφόσον πρόκειται για μερικές λεκτικές μονάδες, δηλαδή λέξεις μονοσύλλαβες ή πολυσύλλαβες. Αυτές οι δυσλειτουργίες εμφανίζονται σε μία συνεχή συχνότητα και είναι πολύ δύσκολο να ελεγχθούν. Πολλές φορές οι δυσχέρειες αυτές αντανακλούν σε κινήσεις, είτε του μυϊκού συστήματος της ομιλίας είτε και άλλων εκτός από του στόματος μυϊκών συστημάτων.

Ο Van Riper (1973) πιστεύει ότι από την στιγμή που ο τραυλισμός είναι μια δυσχέρεια στην οργάνωση της λέξης, σίγουρα το ίδιο θα εμφανισθεί και κατά την εκφορά αυτής της λέξης

1.3 Επιδημιολογία

Συχνότητα: Στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας 20% των παιδιών περνάνε μια δυσρυθμική περίοδο στην ομιλία τους. Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, ο τραυλισμός εκδηλώνεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού, ενώ συμπτώματα τραυλισμού για διάρκεια έξι μηνών παρουσιάζει το 5% του πληθυσμού, η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού σε παιδιά ηλικίας 2 έως 10 ετών υπολογίζεται στο 1.4% ενώ στους έφηβους ηλικίας 11 έως 20 ετών υπολογίζεται στο 0,5%. Παρότι απαντάται σε όλες τις φυλές το φαινόμενο είναι πιο σύνηθες σε λαούς με υψηλό κοινωνικό επίπεδο (Δράκος, 1999).

Ηλικία: Ο τραυλισμός μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε στιγμή κατά την παιδική ηλικία, αλλά η συνηθέστερη ηλικία έναρξης εντοπίζεται μεταξύ 2 έως 5 ετών, ενώ ως η μικρότερη ηλικία έναρξης αναφέρονται οι 18 μήνες. Σύμφωνα με τον Andrews (1984), εκτιμάται ότι η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού μειώνεται κατά το 50% μετά την ηλικία των 4 ετών, κατά το 75% μετά την ηλικία των 6 ετών, ενώ ελαχιστοποιείται μετά την πάροδο του 12^{ου} έτους της ηλικίας.

Πολλοί μελετητές χωρίζουν τον τραυλισμό σε τρία είδη σύμφωνα με την περίοδο εμφάνισής του:

- Τον πρωτογενή

- Τον μεταβατικό
- Τον δευτερογενή

Ο πρωτογενής τραυλισμός γενικά περιλαμβάνει τη σκέψη για λειτουργία κυρίως κατά τη διάρκεια του ξεκινήματος του τραυλισμού στην ηλικία 5 ή 6 ετών. Ο μεταβατικός τραυλισμός σχεδιάστηκε για να καλύψει τη χρονική περίοδο από τα 5 ή 6 μέχρι τα 8 ή 9 έτη (συνηθίζεται μέχρι την εφηβεία), και ο δευτερογενής τραυλισμός κάλυψε τα άτομα με τραυλισμό που εκδηλώνουν ένα γενικό δείγμα από ανεπτυγμένα χαρακτηριστικά του τραυλισμού (Καρπάθιου, 1999).

Φύλο: Από έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με την συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού έχει βρεθεί ότι η αναλογία αγοριών-κοριτσιών διαφοροποιείται ανά ηλικία. Πιο συγκεκριμένα στην προσχολική ηλικία η αναλογία είναι 1:1, δηλαδή για κάθε ένα κορίτσι που τραυλίζει αντιστοιχεί ένα αγόρι που τραυλίζει. Η ίδια αναλογία δεν παρατηρείται και κατά τη σχολική ηλικία (6-7 ετών) καθώς για κάθε ένα κορίτσι που τραυλίζει αντιστοιχούν τρία αγόρια (αναλογία 3:1). Κατά την εφηβική ηλικία (12-13 ετών) η αναλογία αυξάνεται σε 5:1, καθώς σε κάθε ένα κορίτσι αντιστοιχούν πέντε αγόρια που τραυλίζουν (Walton, 1987).

Σε μια σχετική έρευνα στο παρελθόν που έγινε σε ενήλικες με εξελικτικό τραυλισμό, τόσο άντρες όσο και γυναίκες, εξετάστηκαν για να καθοριστούν τα διαφορετικά μέρη του εγκεφάλου που συνδέονται μεταξύ τους για να στηρίξουν την παραγωγή της ομιλίας. Για να επιτευχθεί αυτό χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι μαγνητικής τομογραφίας που επιτρέπουν να δούμε ποια τμήματα του εγκεφάλου ενεργοποιούνται μαζί κατά τη διάρκεια της παραγωγής της ομιλίας και πώς είναι ανατομικά διασυνδεδεμένοι.

Η έρευνα έδειξε ότι τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες που τραυλίζουν είχαν λιγότερο συντονισμένη δράση μεταξύ του μηχανισμού ομιλίας και των περιοχών σχεδιασμού στο αριστερό ημισφαίριο σε σύγκριση με την ομάδα που δεν τραυλίζουν. Οι άνδρες που τραυλίζουν φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη συνδεσιμότητα με τις σωστές περιοχές του μηχανισμού ομιλίας, αλλά οι γυναίκες που τραυλίζουν βρέθηκαν να έχουν λιγότερη σύνδεση με το δεξιό μέρος του μηχανισμού ομιλίας (Soo-Eun Chang, 2011)

Η εξάπλωση του τραυλισμού είναι σημαντικά υψηλή σε παιδιά με εγκεφαλική βλάβη, με καθυστέρηση ομιλίας, με νοητική υστέρηση ή ακόμη και σε παιδιά με άλλες διαταραχές

της ομιλίας όπως, δυσαρθρία, απραξία ή αφασία. Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά αυτά θα έχουν λιγότερες πιθανότητες αντιμετώπισης του τραυλισμού τους.

Η καλύτερη κατανόηση των νευρωτικών βάσεων του τραυλισμού που ξεκινά στην πρώιμη παιδική ηλικία, θα μας δώσει τη δυνατότητα να εντοπίσουμε έγκαιρα τα παιδιά που είναι πιο πιθανό να έχουν χρόνιο τραυλισμό, και θα μας επιτρέψει να δοθεί προτεραιότητα θεραπείας για αυτά τα παιδιά (Van Riper, 1982).

1.4 Φυσιολογική ροή/ ευχέρεια της ομιλίας

Όταν χρησιμοποιούμε την φράση “φυσιολογική ροή της ομιλίας”, ουσιαστικά αναφερόμαστε στην ανεμπόδιστη ροή ομιλίας ενός ανθρώπου όπου δίχως ιδιαίτερη προσπάθεια ολοκληρώνει την λεκτική του προσπάθεια. Κατά τη φυσιολογική ροή ομιλίας παρατηρούνται συνήθως ομαλές μεταβάσεις από τον έναν λεκτικό ήχο στον επόμενο, από τη μια συλλαβή στην επόμενη και από τη μία λέξη στην άλλη.

Σύμφωνα με τον Guitar (2006): “φυσιολογική ροή της ομιλίας είναι η ροή ομιλίας χωρίς προσπάθεια ή η ομιλία με μετάβαση ήχων, συλλαβών και λέξεων”.

Σύμφωνα με τους Yairi and Seery (2011): “αναγνωρίζεται από την ευκολία και συνεχόμενη (μη διακοπόμενη) κίνηση των μυών της ομιλίας και των ήχων που καταλήγουν από αυτήν”.

Η Αμερικανική Ένωση Ομιλίας, Λόγου και Ακοής (ASHA, 1999), ορίζει τη φυσιολογική ροή ομιλίας ως “παράμετρο της παραγωγής ομιλίας που περιέχει την συνέχεια, την ομαλότητα, το ρυθμό ή/και την προσπάθεια με τις οποίες ένας ομιλητής παράγει τις γλωσσικές μονάδες” (American Speech Language, Hearing Association).

Όταν η ροή της ομιλίας παρεμποδίζεται και διακόπτεται αυτό μπορεί να συμβαίνει για περισσότερες από μία φορές. Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι η φυσιολογική ροή της ομιλίας περιλαμβάνει και λιγότερες ήπιες δυσρυθμίες¹ που εντάσσονται στα πλαίσια της

¹ Η δυσρυθμία (cluttering) είναι μια λιγότερο συνηθισμένη διαταρχή ροής, η οποία ξεκινά στην παιδική ηλικία και οπίζεται ως εξής: Είναι μια διαταρχή της ομιλίας και της γλωσσικής επεξεργασίας, που έχει σαν αποτέλεσμα τη γρήγορη, δυσρυθμική, σποραδική, ανοργάνωτη και, συχνά, ακατάληπτη ομιλία. Η επιταχυνόμενη ομιλία δεν υπάρχει πάντα, αλλά μια διαταραχή στον σχηματισμό λόγου υπάρχει σχεδόν

φυσιολογικής δυσρυθμίας την οποία όλοι οι ομιλητές μιας γλώσσας παρουσιάζουν κατά την επικοινωνία τους (Culatta & Leeper, 2016).

Κάθε δυσρυθμία επομένως δεν θα πρέπει να θεωρείται ανησυχητικό χαρακτηριστικό όταν δεν εμφανίζεται σε υψηλή συχνότητα, όταν δεν εκδηλώνεται με μεγάλη βαρύτητα και δεν προσλαμβάνεται από τον ομιλητή ως κάτι ανησυχητικό. Ένας από τους λόγους που είναι απαραίτητη η πρόωμη αξιολόγηση από Λογοθεραπευτή είναι και αυτή ακριβώς η διάκριση μεταξύ του οριακού ή αρχικού τραυλισμού και της φυσιολογικής δυσρυθμίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Αιτιολογία τραυλισμού

Παρόλο που έχουν περάσει αρκετές χιλιάδες χρόνια από τότε που έγινε γνωστό το φαινόμενο του τραυλισμού και έχουν γίνει αμέτρητες προσπάθειες προς διερεύνηση του, δεν έχει σταθεί ακόμα δυνατό να δοθεί μια σαφή αιτιολογία. Όσο οι διάφορες θεωρίες που προτείνονται κατά καιρούς δεν καταφέρνουν να προσφέρουν ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πλαίσιο, τόσο τα αίτια του τραυλισμού θα παραμένουν αδιευκρίνιστα ή χωρίς σαφή ερμηνεία (Conture & Wolk, 1990, Conture 2001, Guitar, 2006, Manning, 2010, Silverman, 1996, Wingate, 2002, Yairi and Seery, 2011).

Δεν είναι ακόμα γνωστό τι προκαλεί τον τραυλισμό. Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύλλογο Λογοπαθολόγων και Ακουολόγων, ο τραυλισμός μπορεί να προκαλείται από διαφορετικούς παράγοντες σε κάθε άνθρωπο ή να είναι αποτέλεσμα συνδυασμού αιτιών. Επίσης τα αίτια της έναρξης του τραυλισμού μπορεί να είναι πολύ διαφορετικά από τα αίτια που τον συντηρούν ή τον επιδεινώνουν. Κάποιοι ερευνητές πιστεύουν πως υπάρχει

πάντα. Αντίθετα με τα άτομα, που τραυλίζουν, πολλά άτομα με δυσρυθμία, επίσης, πασχίζουν ακαδημαϊκά και δεν έχουν επίγνωση του πόσο ακατάληπτα και ανώμαλα ηξεύρι η ομιλία τους στον ακροατή τους.

πρόβλημα σε επίπεδο φυσιολογίας, άλλοι σε επίπεδο ψυχολογίας και άλλοι και στα δύο επίπεδα. Ο τραυλισμός είναι καλό να εξετάζεται ως διαταραχή του λόγου με διαφορετική αιτιολογία στη κάθε περίπτωση, διότι εμφανίζεται ως αποτέλεσμα μιας άμεσης επίδρασης και κάποιων αιτιών πάνω σε υπάρχοντες ευνοικούς παράγοντες οι οποίοι δημιουργούν τις κατάλληλες για τον τραυλισμό συνθήκες.

Το τι προκαλεί όμως, το φαινόμενο του τραυλισμού είναι μέχρι σήμερα άγνωστο, αν και αρκετοί ερευνητές θεωρούν την έναρξή του απόρροια πολλών παραγόντων. Αρχικά οι γενετικοί-κληρονομικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο αφού το 40-60% των παιδιών που παρουσιάζουν φαινόμενο τραυλισμού έχουν κάποιο συγγενή στην οικογένεια τους με διάγνωση τραυλισμού (Yairi & Ambrose, 1992).

Νεότερες νευροαπεικονιστικές μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που τραυλίζουν έχουν κάποιες ήπιες αλλά αξιοσημείωτες ανατομικές εγκεφαλικές διαφορές από τα άτομα που έχουν φυσιολογική ροή ομιλίας, εντάσσοντας έτσι και τους νευρογενείς-βιολογικούς παράγοντες στην πολυπαραγοντικότητα του φαινομένου.

Σημαντική είναι η άποψη που επικρατεί για τον τραυλισμό, ότι πρόκειται για μια ψυχογενή διαταραχή που δημιουργείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως αναφορικά είναι η περίοδος της έντονης ανάπτυξης της ομιλίας όπου τα παιδιά έχουν απίστευτο άγχος σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος για την σωστή επικοινωνία (Μαλανδράκη,2012).

Στις μέρες μας έχοντας μελετήσει αυτές τις θεωρίες και με την κλινική παρατήρηση, καταλήγουμε πως δεν υπάρχει μία μόνο αιτία που να οδηγεί στην εμφάνιση του τραυλισμού, αλλά ότι είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των εγγενών, αναπτυξιακών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων, οι οποίοι μπορεί να αποτελέσουν προδιαθεσιακούς παράγοντες ή έκλυτα αίτια (Στασινός, 2009).

Πολυπαραγοντική Θεώρηση Τραυλισμού (Van Riper, 1982)



Παρακάτω παρουσιάζονται οι παράγοντες για την αιτιολογία του τραυλισμού:

A. Οργανικοί παράγοντες: Εδώ εντάσσονται οι ποικιλόμορφες στοματικές παθήσεις με εγκεφαλικά επακόλουθα, τραύματα στην εμβρυική ζωή ή κατά τη γέννηση, διάφορες εξαντλητικές αρρώστιες όπως τύφος, μαγουλάδες, κιτρινάδα, τοξικές δηλητηριάσεις και διαταραχές στο μεταβολισμό, μικροοργανικές βλάβες στις κινητικές περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες ευθύνονται για το συγχρονισμό των μυών και παίρνουν ενεργά μέρος στην ομιλία, ενδοκρινολογικές διαταραχές, δυσπλασίες ή βλάβες των φωνοπλαστικών οργάνων (πχ σχιστίες των χειλέων-γνάθου-υπερώας), ατελή πλαγίωση ή ανώμαλη εγκεφαλική επικράτηση. Πολλές μελέτες με τη χρήση ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, ανακάλυψαν ότι οι άντρες που τραυλίζουν εμφάνιζαν καταστολή των κυμάτων στο δεξιό ημισφαίριο κατά τη διάρκεια λεκτικών ερεθισμάτων και δοκιμαστών, όσοι δεν τραυλίζουν παρουσίαζαν καταστολή στο αριστερό ημισφαίριο (Kaplan & Sudock's). Είναι συχνότερος σε αριστερόχειρες, αμφίχειρες από ότι σε δεξιόχειρες (Μάνος, 1997). Η ερμηνεία του τραυλισμού ως διαταραχή στην ακουστική επεξεργασία έχει ερευνηθεί πολλές φορές. Οι διαταραχές της ακοής μπορεί να είναι κεντρικού τύπου (η διαταραχή αφορά στο τμήμα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνο για την ακοή) ή περιφερειακού τύπου (διαταραχή των νευρικών διόδων ή του αυτιού, Δράκος, 2003).

B. Γενετικοί-Κληρονομικοί παράγοντες: Η κληρονομικότητα είναι ίσως ένας από τους πιο αποδεδειγμένους παράγοντες εμφάνισης τραυλισμού σε παιδιά και έρευνες στον τομέα της γενετικής συνεχίζονται μέχρι σήμερα για την απόδειξη του και για επίλυση του μυστηρίου που περιβάλλει τον τραυλισμό για την αιτία του. Οι πρώτες ενδείξεις ότι ο τραυλισμός μπορεί να συνδέεται με γενετικούς παράγοντες προήλθαν από έρευνες οικογενειακού ιστορικού, καθώς και από το γεγονός ότι η εμφάνιση της διαταραχής ήταν πολύ συχνότερη σε αγόρια. Συγκεκριμένα και σύμφωνα με το DSM-IV, το φαινόμενο εμφανίζεται περισσότερο σε αγόρια, με αναλογία μάλιστα 3:1 (American Psychiatric Association, 1994, 63). Φαίνεται ότι ένα υψηλό ποσοστό παιδιών που παρουσιάζουν τραυλισμό, 40-60% των παιδιών, είχαν κάποιο συγγενικό πρόσωπο με διάγνωση

τραυλισμού (Yairi and Ambrose, 2005), αριθμός που υποδεικνύει ότι η κληρονομικότητα είναι ένας πολύ πιθανός παράγοντας εκδήλωσης τραυλισμού.

Επιπλέον η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε παιδιά στα οποία ο πατέρας τραυλίζει ανέρχεται στο 9% για τα κορίτσια και στο 22% για τα αγόρια ενώ η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε παιδιά των οποίων η μητέρα τραυλίζει ανέρχεται στο 17% για τα κορίτσια και στο 36% για τα αγόρια (Howie 1981, 317-321, Ανδρέου 1994, 29-30, Yairi and Ambrose, 2005). Επίσης, σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε πληθυσμό διδύμων, έχει διαπιστωθεί ότι οι πιθανότητες εκδήλωσης τραυλισμού και στα δύο αδέλφια ανέρχεται στο 63% για τα μονοζυγωτικά δίδυμα, ενώ φτάνει μόλις στο 19% για τα διζυγωτικά δίδυμα. Πρόκειται λοιπόν για μια μεγάλη διαφορά, η οποία και αποδεικνύει την ισχυρή σχέση μεταξύ τραυλισμού και κληρονομικότητας (Howie 1981, 317-321).

Σύμφωνα με το DSM-IV (1994, 64) υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις ότι ο γενετικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση τραυλισμού. Έρευνες που έχουν γίνει με δεδομένα από οικογένειες και ζεύγη διδύμων αποδεικνύουν ακριβώς αυτό: ότι ένας από τους παράγοντες που συνδέεται με την εμφάνιση του τραυλισμού είναι ο γενετικός-κληρονομικός παράγοντας. Ειδικότερα, η παρουσία Φωνολογικής Διαταραχής ή η ανάπτυξη ενός είδους Εκφραστικής Γλωσσικής Διαταραχής αυξάνουν τις πιθανότητες τραυλισμού.

Η πιθανότητα εμφάνισης τραυλισμού μεταξύ πρώτου βαθμού βιολογικών συγγενών είναι τρεις φορές μεγαλύτερη από την πιθανότητα εμφάνισης τραυλισμού του γενικότερου πληθυσμού. Επιπλέον σε άντρες που έχουν ιστορικό τραυλισμού, υπάρχει 10% πιθανότητα για τις κόρες τους και 20% πιθανότητα για τους γιους τους να τραυλίζουν (American Psychiatric Association 1994, 64).

Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι ο τύπος του τραυλισμού ο οποίος τυχαίνει ανάρρωσης και εξάλειψης δεν φαίνεται να είναι ηπιότερης μορφής από αυτόν που εξακολουθεί να υφίσταται, και αυτό φαίνεται να οφείλεται, εν μέρει, σε άλλους γενετικά μεταδιδόμενους παράγοντες, επιπρόσθετα με τις θεμελιώδεις ανωμαλίες που μπορούν να αυξήσουν τις πιθανότητες για ένα άτομο να τραυλίζει (Gordon, 2007, 279).

Γ. Συναισθηματικοί/Ψυχολογικοί παράγοντες: Όταν αναφερόμαστε στα ψυχολογικά αίτια εμφάνισης του τραυλισμού συνήθως έχουμε υπόψη το φόβο και τον τρόμο. Αλλά και

στη συνείδηση των ανθρώπων συχνά η εμφάνιση του τραυλισμού συνδέεται με κάποιο ισχυρό συγκινησιακό βίωμα τρόμου. Όλες οι έρευνες αποκαλύπτουν, από τις απαντήσεις παιδιών, ως βασική αιτία του τραυλισμού κάποιο ισχυρό σοκ ή φόβο που βίωσαν (Σερδάρης, 1998). Εκτός από τον φόβο των παιδιών αυτών, άλλο μέτρο είναι η υπέρμετρη αυστηρότητα του ενός ή και των δύο γονέων. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον το παιδί ζει κάτω από το μόνιμο τρόμο μήπως το μαλώσουν.

Γι' αυτό το παιδί αναπτύσσει μηχανισμούς αποφυγής, ώστε να μην βιώσει την απόρριψη από τους γονείς και το περιβάλλον του λόγω αυτής της ακούσιας διαταραχής της ομιλίας του. Όλο αυτό οδηγεί σε μία συνεχή και ατέρμονη κόντρα με τον ίδιο του τον εαυτό. Νιώθει ένοχο όταν τραυλίζει, αγχώνεται και θυμώνει όταν παρουσιάζεται η διαταραχή. Με βάση τη θεωρία "δυνατοτήτων και απαιτήσεων", φαίνεται ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται ακριβώς εξαιτίας των προσδοκιών για καλή ροή στην ομιλία του παιδιού, μη λαμβάνοντας υπόψη τις όποιες γνωστικές, γλωσσολογικές, κινητικές ή συναισθηματικές του δυνατότητες (Starkweather 2002, 269-288). Ο φόβος για το τραύλισμα εμποδίζει το άτομο να μιλήσει ελεύθερα και έτσι το άτομο με τραύλισμο να αποφεύγει ολοένα και περισσότερο την χρήση του έναρθρου λόγου (Ανδρέου, 1994, 31).

Δ. Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Η διγλωσσία συνιστά ένα περιβαλλοντικό αίτιο εκδήλωσης τραυλισμού. Το δίγλωσσο παιδί μπορεί να δυσκολεύεται να εκφραστεί το ίδιο με τις δύο γλώσσες. Επίσης, συντακτικά, γραμματικά και φωνολογικά να μην έχει ωριμάσει, γεγονός που μπορεί να του δημιουργεί δυσκολίες στην επικοινωνία.

Ο έντονος ρυθμός ζωής είναι παράγοντας πίεσης. Για ένα παιδί που δεν έχει ολοκληρώσει την φωνολογική και φωνοτακτική του ανάπτυξη, κάθε είδους παρέμβασης, διόρθωσης και επίπληξης μπορεί να επηρεάσουν τη γλωσσική του εξέλιξη αρνητικά.

Ένας άλλος περιβαλλοντικός παράγοντας εκδήλωσης τραυλισμού είναι η μίμηση κάποιου προσώπου από το περιβάλλον. Υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών, όπου ο τραυλισμός τους έχει θεωρηθεί αποτέλεσμα μίμησης της ομιλίας κάποιου άλλου ατόμου. Συνήθως αυτό το άτομο ανήκει στα μέλη της οικογένειας του θεωρείται εντούτοις, ότι η μίμηση από μόνη της δεν μπορεί να είναι τόσο καθοριστική για την έναρξη του τραυλισμού (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

Άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν τον τραυλισμό είναι η στάση απέναντι στον τραυλισμό, οι ρυθμοί ζωής, η καθημερινότητα, η επικοινωνία και οι επικοινωνιακές δεξιότητες του ατόμου που τραυλίζει, η διαχείριση της δυσχέρειας από την οικογένειά του και των ατόμων που τον περιβάλλουν (Φούρλας, 2005).

Τα παιδιά ηλικίας 3-4 ετών μπορεί να ενοχλούνται από συνομήλικα μεγαλύτερα παιδιά εξαιτίας της δυσκολίας στην ομιλία τους. Αυτό συνεχίζεται στη διάρκεια όλων των σχολικών χρόνων, επηρεάζοντας τη σχολική τους μέρα και έχοντας μακροπρόθεσμες συνέπειες πάνω στην αυτοεκτίμησή τους και την ικανότητα αλληλεπίδρασης με τους άλλους στο πλαίσιο πορσωπικών σχέσεων. Πρόκειται για περιπτώσεις εκφοβισμού. Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν στα άτομα που τραυλίζουν κοινωνικό άγχος στη διάρκεια καταστάσεων στις οποίες πρέπει να μιλήσουν. Αυτό θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή της προσοχής και της ερμηνείας, με το άτομο να αντιδρά μόνο στις αρνητικές απαντήσεις και να αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις όπου χρειάζεται να μιλήσει ως απειλητικές.

Εντούτοις, ο ίδιος περιβαλλοντικός παράγοντας ενδέχεται να επηρεάζει διαφορετικά παιδιά με διαφορετικές γενετικές καταβολές ή παιδιά διαφορετικής ηλικίας. Για παράδειγμα, ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας των γονέων δεν επηρεάζει με τον ίδιο τρόπο όλα τα παιδιά. Ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα επιβλαβής σε παιδιά ηλικίας 2-4 ετών με προδιάθεση για εκδήλωση τραυλισμού. Σε παιδιά όμως μεγαλύτερης ηλικίας ή σε παιδιά χωρίς αντίστοιχη προδιάθεση, ο ρυθμός αυτός μπορεί να μην ασκήσει καμία επίδραση πάνω τους ή ακόμα και να διευκολύνει την επικοινωνία μαζί τους (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

Θεωρίες αιτιολογίας:

Θεωρία εγκεφαλικής επικράτησης: Οι θεωρίες υποτίμησης αντιμετωπίζουν τον τραυλισμό ως ένα σύμπτωμα κάποιας εσωτερικής, υποβόσκουσας, πείπλοκης νευροφυσιολογικής ή βιπλογικής διαταραχής. Η θεωρία Orton-Travis της εγκεφαλικής επικράτησης (Orton & Travis⁵², 1929) είναι μία από τις πιο γνωστές θεωρίες υποτίμησης του αιτίου του τραυλισμού. Ορίζει ότι, ένα παιδί έχει προδιάθεση στον τραυλισμό, επειδή καμία πλευρά του εγκεφάλου δεν επικρατεί στον έλεγχο των κινητικών δραστηριοτήτων,

που περιλαμβάνονται στην ομιλία. Αυτή η θεωρία ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα στους ερευνητές για πολλά χρόνια, χάνοντας, τελικά, το ενδιαφέρον της, λόγω των διαφορούμενων ερευνητικών ενδείξεων. Πιο πρόσφατα, ωστόσο, η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (positron emission tomography-PET) και άλλοι τύποι απεικόνισης του εγκεφάλου έχουν αποκαλύψει διαφορές στην εγκεφαλική δραστηριότητα των ατόμων, τα οποία τραυλίζουν, συγκριτικά με αυτή φυσιολογικών ομιλητών. Αυτή η πρόσφατη έρευνα έχει αποφέρει ανανεωμένο ενδιαφέρον σε αυτή τη θεωρία και την πιθανότητα μιας έλλειψης εγκεφαλικής επικράτησης ή ανταγωνισμού των εγκεφαλικών ημισφαιρίων σε άτομα, τα οποία τραυλίζουν.

Βιοχημικές και Φυσιολογικές Θεωρίες: Ο West (1958) θεωρεί, επίσης, ότι ο τραυλισμός περιλαμβάνει μια κληρονομούμενη προδιάθεση. Πιστεύει ότι είναι, κυρίως, μία σπαστική διαταραχή, που σχετίζεται με την επιληψία, με τις περιπτώσεις του τραυλισμού να είναι κρίσεις, οι οποίες μπορεί να πυροδοτούνται από συναισθηματικό στρες. Ο West συσχέτισε τη θεωρία του με μία ανισορροπία του ζαχάρου στο αίμα, η οποία παρατηρείται σε άτομα, τα οποία τραυλίζουν, κατά τη διάρκεια του τραυλισμού. Αυτή η θεωρία, συγκεκριμένα, σχετίζεται με ένα μεγάλο μέρος της έρευνας σχετικά με τον βασικό μεταβολισμό, την χημεία του αίματος, τα εγκεφαλικά κύματα, τη διδυμοτοκία και τις νευροφυσιολογικές συσχετίσεις στον τραυλισμό.

Σχετικές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί από τους M.R. Adams (1978), Perkins, Ruder, Johnson & Michael (1976) και M. Wingate (1969). Αυτοί οι ερευνητές αναφέρουν τα φυσιολογικά και αεροδυναμικά συμβάντα, τα οποία συντελούνται στη φωνητική οδό κατά τη διάρκεια της ομιλίας και θεωρούν τον τραυλισμό, ως δυσκολίες με την φώνηση, την αναπνοή και την άρθρωση. Οι Adams Perkins και οι συνεργάτες τους, και ο Wingate, ξεχωριστά, συζητούν την διαταραχή στα πλαίσια των φωνητικών μεταβάσεων, που δυσκολεύουν το άτομο, το οποίο τραυλίζει, να ξεκινήσει, να συγχρονίζει και να διατηρεί την ροή αέρα και την ηχηρότητα σε συντονισμό με την άρθρωση. Οι Freeman και Ushijima (1978) αναφέρουν την δυσκολία συντονισμού και την υπερβολική ένταση στην λαρυγγική περιοχή ως παράγοντες στον τραυλισμό, ενώ οι Conture, McCall και Brewer (1977) υποστηρίζουν ότι τα άτομα, τα οποία τραυλίζουν, διαχειρίζονται λανθασμένα την λαρυγγική δραστηριότητά τους και ότι ο "λαρυγγικός τραυλισμός" συνδιακυμαίνεται με τον "προφορικό τραυλισμό".

Γενετική Θεωρία: Είναι άσκοπο να αποδίδουμε την ανάπτυξη οποιουδήποτε πολύπλοκου χαρακτηριστικού ή συμπεριφοράς αποκλειστικά και μόνο στις επιπτώσεις της γενετικής ή του περιβάλλοντος, επειδή όλα τα χαρακτηριστικά αναπτύσσονται σε κάποιο πλαίσιο. Δεδομένου ότι οι γενετικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν, το ερώτημα είναι πως προσδιορίζονται οι σχετικές συμβολές του κάθε παρόντα- σε αυτή την περίπτωση, την διαταραχή του τραυλισμού (Kidd, 1977). Ακόμα δεν έχουμε καταφέρει να προσδιορίσουμε ή να εντοπίσουμε ένα μεμονωμένο γονίδιο, υπεύθυνο για τον τραυλισμό, καθώς είναι πιο πιθανό, ότι ένας αριθμός γονιδίων συμβάλλουν στην εμφάνιση της διαταραχής. Ακόμα και εάν συγκεκριμένα γονίδια εντοπιστούν και εξεταστούν, ο προσδιορισμός της συμβολής τους στην ανάπτυξη του τραυλισμού παραμένει δύσκολος, εξαιτίας των ανατρεπτικών περιβαλλοντικών παραγόντων. Έχουμε, ωστόσο, ερευνητικά μοντέλα, τα οποία έχουν εφαρμοστεί σε δεδομένα σχετικά με την παρουσία του τραυλισμού σε οικογένειες. Αυτά τα δεδομένα, ορισμένες φορές, μας δίνουν την δυνατότητα να προβλέψουμε τον τραυλισμό και υποδεικνύουν ότι μπορεί να υπάρχει μία σημαντική γενετική βάση για αυτή τη διαταραχή. Υπάρχει ελάχιστη αμφιβολία, ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται στις οικογένειες και είναι λογικό, να συμπεράνουμε ότι ένα γενετικό στοιχείο τον επηρεάζει (Felsenfeld, 1997). Ως αποτέλεσμα, πιο εμπειρική γενετική έρευνα απαιτείται, για να αυξήσει την κατανόησή μας σχετικά με αυτή την πολύπλοκη, πολυδιάστατη διαταραχή. Ωστόσο, εξαιτίας της μεθοδολογικής πολυπλοκότητας της γενετικής έρευνας, ερευνητές οι οποίοι εστιάζουν στον τραυλισμό, συχνά, αποθαρρύνονται από την διεξαγωγή αυτής της μελέτης.

Νευρο-ψυχολογολογική Θεωρία: Το 1991, οι Perkins, Kent και Curlee πρότειναν την θεωρία τους για την νευρο-ψυχολογολογική λειτουργία στον τραυλισμό. Αυτή η περιεκτική θεωρία αναφέρεται στην παραγωγή ομιλίας με φυσιολογική ροή, ομιλίας με τραυλισμό και διακοπών στην ομιλία χωρίς τραυλισμό. Συγκεκριμένα, η παραγωγή ομιλίας με τραυλισμό απαιτεί δύο στοιχεία, που ονομάζονται το γλωσσολογικό ή συμβολικό σύστημα και το παραγλωσσολογικό ή σύστημα σημάτων, όπου το κάθε ένα θεωρείται ότι επεξεργάζεται ξεχωριστά στον εγκέφαλο και, έπειτα στο τέλος, ενώνονται σε ένα κοινό σύστημα εκροής. Για να παραχθεί ομιλία με φυσιολογική ροή, και τα δύο στοιχεία πρέπει να συγχρονιστούν και να ενσωματωθούν, καθώς συγκλίνουν, σε ένα κοινό σύστημα. Εάν τα στοιχεία δεν συγχρονίζονται, επέρχεται μία κατάρρευση στην ροή της ομιλίας. Ωστόσο, αυτή η κατάρρευση βιώνεται ως μια απώλεια ελέγχου- μία πραγματική

στιγμή τραυλισμού- από τον ομιλητή μόνο, εάν ο προστιθέμενος παράγοντας της πίεσης του χρόνου είναι παρών. Οι συγγραφείς προσδιορίζουν την πίεση του χρόνου ως "την ανάγκη του ομιλητή να ξεκινήσει, να συνεχίσει ή να επιταχύνει ένα εκφώνημα". Εάν η πίεση του χρόνου απουσιάζει, η επακόλουθη κατάρρευση είναι μερικώς μία παροδική δυσρυθμία χωρίς τραυλισμό, από το είδος, που οι περισσότεροι ομιλητές, βιώνουν σποραδικά.

Μια αλλή περιεκτική νευρό-ψυχολογολογική θεωρία έχει αναπτυχθεί από τους Postma και Kolk (1993). Κατά την άποψη τους, ο τραυλισμός προέρχεται από μία διαταραγμένη αλληλεπίδραση μεταξύ της φωνολογικής κωδικοποίησης (δηλ., της κατασκευής του φωνητικού σχεδίου για τα εκφώνηματα) και του λεκτικού αυτό-ελέγχου (δηλ., τον έλεγχο για λάθη και την επιδιόρθωσή τους, εάν είναι απαραίτητη). Το σύστημα ελέγχου λανθασμένα ανιχνεύει "λάθη" και, έπειτα, επιχειρεί να αυτό-επιδιορθωθεί, σταματώντας ή καθυστερώντας την εκτέλεση της συνεχιζόμενης ομιλίας, επιφέροντας τραυλισμό. Μελλοντική έρευνα, η οποία να καταπιάνεται με τις υποθέσεις αυτών των θεωρητικών, χρειάζεται, για να προσδιοριστεί η δύναμη των μοντέλων τους.

Διαγνωσογενετική- Σηματογενετική Θεωρία: Από το 1940 έως το 1970, πιθανόν, η πιο ευρεία ενστερνιζόμενη θεωρία για το αίτιο του τραυλισμού ήταν η διαγνωσογενετική-σηματογενετική θεωρία του Wendell Johnson, (Johnson, 1938, 1942, 1944, 1961). Αυτή η θεωρία έχει ονομαστεί αναπτυξιακή θεωρία (Ainsworth, 1945) και μία θεωρία "πρόβλεψης μεγάλης προσπάθειας" (Bloodstein, 1995). Ακολουθώντας την έρευνα και τις συνεντεύξεις του με γονείς μικρών παιδιών με και χωρίς τραυλισμό, ο Johnson αναφέρει:

Σχεδόν κάθε περίπτωση τραυλισμού διαγνώστηκε αρχικά... συνήθως, από τον έναν ή και τους δύο γονείς του παιδιού. Αυτό, που αυτοί οι μη ειδικοί είχαν διαγνώσει ως τραυλισμό, ήταν αδύνατο να διακριθεί από τον δισταγμό και τις επαναλήψεις, που είναι γνωστές ως χαρακτηριστικό της φυσιολογικής ομιλίας των μικρών παιδιών... Ο τραυλισμός, ως μία σαφής διαταραχή, θεωρείται ότι παρουσιάζεται, όχι πριν διαγνωστεί, αλλά αφού διαγνωστεί (1944, pp. 330ff).

Κατά την άποψη του Johnson, αυτή η διάγνωση από τους γονείς δημιουργεί ένα περιβάλλον "διαφοράς" και "αναπηρίας". Το παιδί, σύντομα, ξεκινά να μην μιλά

φυσιολογικά, ως αντίδραση στο άγχος, τις πιέσεις, την βοήθεια, την κριτική και τις επιδιορθώσεις των γονέων. Τόσο το παιδί, όσο και οι γονείς αντιδρούν στην ιδέα της αναπηρίας, περισσότερο από ότι στην ομιλητική συμπεριφορά του παιδιού. Όπως ο Johnson αναφέρει τόσο εύστοχα, ο τραυλισμός ξεκινά όχι στο στόμα του παιδιού, αλλά στο αντί του γονέα.

Αυτή η θεωρία ενέπνευσε ένα μεγάλο κομμάτι της έρευνας. Έχουμε ένα μεγάλο ποσοστό ενδείξεων, που παρουσιάζουν ότι τα περισσότερα φυσιολογικά μικρά παιδιά παρουσιάζουν δύσρυθμη ομιλία (D.M. Davis, 1939, 1940 Winitz, 1961). Γνωρίζουμε, επίσης, ότι οι γονείς των ατόμων, που τραυλίζουν, ορισμένες φορές, είναι αγχώδεις και τελειομανείς, και έχουν θψηλά πρότυπα ωστόσο, υπάρχει κάποια αμφιβολία σχετικά με την δυναμική της "αρχικής διάγνωσης" (Bloodstein, 1995). Και υπάρχουν σοβαρά ερωτήματα σχετικά με το εάν δίνοντας προσοχή στην δυσρυθμία, προκαλείται, απαραιτήτως, μία αύξηση στην συχνότητά της (M. Wingate, 1959).

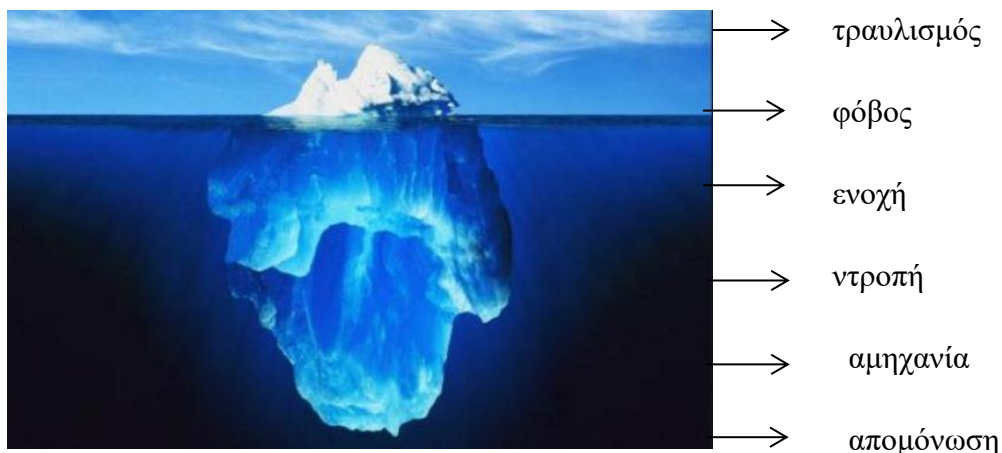
Νευρωτικές Θεωρίες: Οι νευρωτικές θεωρίες των αιτιών του τραυλισμού εστιάζουν σε έναν αριθμό διαφορετικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας και ψυχολογίας των ατόμων, που τραυλίζουν. Μέσω παρατήρησης, συνεντεύξεων, προβολικών και γραπτών δοκιμασιών έχουν γίνει προσπάθειες για κατανόηση της προσωπικότητας, της ψυχοδυναμικής, της κοινωνικής προσαρμογής και των εσωτερικών, ασυνείδητων αναγκών του ατόμου, που τραυλίζει. Ο τραυλισμός έχει θεωρηθεί ως μια ανάγκη για στοματική ικανοποίηση, μία ανάγκη για πρωκτική ικανοποίηση, μία συγκεκαλυμμένη έκφραση εχθρότητας, μία αναστολή απειλητικών συναισθημάτων και μηνυμάτων, ένας φόβος ευνουχισμού, καταπιεσμένος θυμός και εχθρότητα, ένα μέσο για προσοχή και συμπάθεια, και μία δικαιολογία για αποτυχία. Σύμφωνα με αυτές τις θεωρίες, ο τραυλισμός μπορεί να γίνει μια καλά-ενσωματωμένη, σκόπιμη άμυνα ενάντια σε κάποια απειλητική ιδέα. Από ψυχοαναλυτική πλευρά, ο τραυλισμός ενεργεί ως ένας μηχανισμός για την καταπίεση ανεπιθύμητων ή απειλητικών συναισθημάτων (Abbott, 1947, Barbara, 1954, Travis, 1957).

Θεωρίες Εξάρτησης: Οποιοσδήποτε αναγνώστης έχει κάνει ένα εισαγωγικό μάθημα στην ψυχολογία, θα είναι εξοικειωμένος με τους δύο μηχανισμούς συσχετιστικής μάθησης, κλασσική και ενεργή εξάρτηση. Η κλασσική εξάρτηση αφορά το συνταίριασμα ενός μη εξαρτημένου ερεθίσματος, όπως ένα πιάτο με φαγητό, το οποίο εκλύει μία σωματική απόκριση, με ένα νευρικό ερέθισμα, όπως ένα κουδούνι, το οποίο δεν εκλύει μία

απόκριση. Όταν αυτά τα δύο ερεθίσματα συνταιριάζονται επαναλαμβανόμενα, στο τέλος, συσχετίζεται το ένα με το άλλο και ο οργανισμός καταλήγει να παράγει μία συμπεριφορική απόκριση στο άλλοτε νευρικό ερέθισμα. Όταν εφαρμοστούν στον τραυλισμό, οι θεωρίες κλασικής εξάρτησης κάνουν μία εξαιρετική δουλειά στην ερμηνεία του πως η διαταραχή μπορεί να επιδεινωθεί με την πάροδο του χρόνου. Αυτές οι θεωρίες ανφέρουν ότι οι πρώιμες καταρρεύσεις στη ροή της ομιλίας σταδιακά συσχετίζονται με το άγχος του ομιλητή για την ομιλία. Η αμηχανία και η ντροπή, που προκύπτουν φυσικά από τον τραυλισμό (το μη εξαρτημένο ερέθισμα) συνδυάζεται με τον ακροατή ή το πλαίσιο ή τη λέξη, που δεν προκάλεσε αντίδραση στην αρχή (το νευρικό ερέθισμα). Έπειτα από κάποιο διάστημα, το άτομο θα τραυλίζει σε οποιαδήποτε κατάσταση του προκαλεί άγχος και του έχει προκαλέσει προβλήματα στο παρελθόν, ο τραυλισμός γίνεται κλασικά εξαρτημένος. Οι Brutten και Shoemaker (1967) διαμόρφωσαν μια θεωρία δύο παραγόντων για τον τραυλισμό, βάση των αρχών της μάθησης. Στη θεωρία τους αναφέρουν ότι οι περισσότερες διακοπές στην ομιλία πυροδοτούνται από αυτόνομες αντιδράσεις φόβου, οι οποίες είναι κλασικά εξαρτημένες αντιδράσεις σε παράγοντες, οι οποίοι έχουν επισπεύσει τον τραυλισμό στο παρελθόν: συγκεκριμένα περιβάλλοντα, άτομα, θέματα συζητήσεων, και ούτω καθεξής. Θεωρούν τις μη ομιλητικές συμπεριφορές των ατόμων που τραυλίζουν (την μυική ένταση, το πετάρισμα των ματιών, τις γκριμάτσες, κτλ.) ως ενεργά εξαρτημένες συμπεριφορές, σχεδιασμένες για την αποφυγή ή την διαφυγή από στιγμές τραυλισμού.

Η ενεργή εξάρτηση περιλαμβάνει την τροποποίηση μιας συμπεριφοράς μέσω συνεπειών, οι οποίες συμβαίνουν ακριβώς μετά από αυτή. Οι συμπεριφορές μπορούν να ενθαρρυνθούν μέσω ενίσχυσης, ή μπορεί να μειωθούν μέσω τιμωρίας (είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η τιμωρία σε αυτό το πλαίσιο δεν υποδηλώνει απαραίτητα κάτι αρνητικό, είναι, μερικώς, ένα επακόλουθο, το οποίο προκαλεί μία μείωση σε μία συμπεριφορά). Οι Flanagan, Goldiamond και Azrin (1958) αναφέρουν ότι ο τραυλισμός αποκρίθηκε πολύ προβλέψιμα σε διαδικασίες, οι οποίες επιβράβευαν ή αποθάρρυναν τη συμπεριφορά, δείχνοντας ότι μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί στο εργαστήριο σε συνάρτηση με τις επιπτώσεις του. Ως παράδειγμα αυτής της αρχής εν δράση, μπορούμε να κάνουμε ένα παιδί να τραυλίζει λιγότερο συχνά, εάν η ομιλία του με φυσιολογική ροή ανταμείβεται με ένα δώρο, όπως ένα αυτοκόλλητο (ενίσχυση) ή εάν του ζητηθεί να γυρίσει πίσω και να επιδιορθώσει τη δυσρυθμία (τιμωρία).

Διάσημη αναλογία του παγόβουνου (Sheehan, 1970)



Θεωρίες για την αιτιολογία του τραυλισμού (Johnson et al, 1942):

- **Της προσμονής:** χαρακτηρίζεται από την ικανότητα που έχουν τα άτομα που τραυλίζουν να μπορούν να αναγνωρίζουν με μεγάλη επιτυχία τα περισσότερα από τα σημεία στα οποία θα τραυλίσουν σε ένα κείμενο.
- **Της συνέπειας:** πρόκειται για την τάση ορισμένων δυσρυθμιών να παραμένουν στα ίδια σημεία κατά τις συνεχόμενες προφορικές αναγνώσεις του ίδιου κειμένου.
- **Της προσαρμογής:** τάση μείωσης της συχνότητας των δυσρυθμιών μετά από συνεχόμενες προφορικές αναγνώσεις του ίδιου κειμένου.
- **Καταστάσεις που προάγουν τη φυσιολογική ροή:** είναι η ικανότητα του ατόμου να μιλήσει με πολύ καλή ή και απόλυτη ευχέρεια κάτω από ορισμένες συνθήκες και για μεγάλα διαστήματα μερικές φορές.

2.2 Συμπτωματολογία τραυλισμού

Τα συμπτώματα του τραυλισμού γίνονται εύκολα αντιληπτά αρκεί να δοθεί έμφαση στις συσπάσεις των οργάνων της άρθρωσης και της φώνησης κατά την ομιλία ενός ατόμου που υποφέρει από την πάθηση αυτή. Άλλωστε η διακεκομμένη και χωρίς ρυθμό ομιλία μπορεί εύκολα να τραβήξει την προσοχή οποιουδήποτε. Ένα από τα σημαντικότερα συμπτώματα

του τραυλισμού είναι η περιοδικότητα² με την οποία εκδηλώνεται. Σε ελάχιστες περιπτώσεις ένα άτομο τραυλίζει σε κάθε λέξη που εκφέρει.

Τα πρώτα συμπτώματα του τραυλισμού ξεκινούν όπως αναφέραμε στην ηλικία των 2-5 ετών, η οποία περίδος συνυπάρχει με την περίοδο ταχείας ανάπτυξης των δεξιοτήτων του λόγου και ομιλίας. Η έναρξη μπορεί να είναι ξαφνική ή και σταδιακή ενώ κάποιες φορές μπορεί να σχετίζεται με κάποιο σημαντικό γεγονός (αλλαγή περιβάλλοντος, ερχομός νέου μέλους στην οικογένεια, διαζύγιο) που συνέβη στη ζωή του παιδιού (Guitar, 1998).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι παρακολουθώντας το προφίλ ομιλίας ενός ατόμου που τραυλίζει, θα παρατηρήσει κανείς ότι το άτομο μπορεί να έχει πολλές "διαφορετικές" ημέρες. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να διαφέρει από μέρα σε μέρα και από μια κατάσταση σε άλλη διότι επηρεάζεται από μια σειρά πολλών παραγόντων. Περίοδοι τραυλισμού συχνά περιλαμβάνουν και φάσεις πλήρως ευχερούς ομιλίας (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

Το παιδί με τραυλισμό παρουσιάζει υστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου, έχει συχνότερα ελλείμματα στην άρθρωση, επιτυγχάνει χαμηλότερες επιδόσεις σε ορισμένες ψυχομετρικές κλίμακες νοημοσύνης και παρουσιάζει υστέρηση στις περισσότερες γνωστικές αξίες της αισθιο-κινητικής επεξεργασίας πληροφοριών (Bloodstein, 1995).

Τα συμπτώματα του τραυλισμού θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε πρωτογενή λεκτικά συμπτώματα και σε δευτερεύουσες ή συνοδές συμπεριφορές. Στα πρωτογενή λεκτικά συμπτώματα του τραυλισμού περιλαμβάνεται ένας συνδυασμός από αντιληπτικές λεκτικές συμπεριφορές που επαναλαμβάνονται και διαταράσσουν τη ροή όπως είναι, οι επαναλήψεις ήχων, συλλαβών, λέξεων (μονοσύλλαβων-πολυσύλλαβων) και φράσεων (Φούρλας, 2011).

Οι συμπεριφορές του τραυλισμού διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες:

A. Πρωτεύουσες συμπεριφορές

² Με τον όρο περιοδικότητα εννοούμε τις "στιγμές τραυλισμού", δηλαδή όταν το άτομο που τραυλίζει μπορεί να μιλά με απόλυτη ευχέρεια για ώρες, ημέρες, εβδομάδες ή ακόμη και μήνες και στη συνέχεια να αρχίσει ξανά να τραυλίζει. Έτσι, η εκδήλωση του τραυλισμού που δεν αποτελεί οπωσδήποτε συνεχές και μόνιμο χαρακτηριστικό στο λόγο των ατόμων με αυτό το πρόβλημα.

B. Δευτερεύουσες συμπεριφορές

Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές είναι τα πιο εμφανή στοιχεία κατά τη διάρκεια της ομιλίας. Στις πρωτεύουσες συμπεριφορές περιλαμβάνονται:

Οι επαναλήψεις

- Επαναλήψεις ήχων (έφαγα το **μ-μ-μήλο**)
- Επαναλήψεις συλλαβών (το **πο-πο-πο**δήλατο χάλασε)
- Επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων (η Σοφία μιλάει με **τη τη** τη μαμά της)
- Επαναλήψεις πολυσύλλαβων λέξεων (**γιατί γιατί** γιατί ο ήλιος είναι κίτρινος?)
- Επαναλήψεις φράσεων (**θέλω να** θέλω να φάω πατάτες) (Johnson, 1961).

Οι επαναλήψεις είναι το συχνότερο είδος της δυσροής και αυτό που εμφανίζεται αυνήθως πρώτο στον εξελικτικό τραυλισμό. Οι επαναλήψεις μπορεί να είναι λίγες σε αριθμό, ήρεμες και εύκολες ή μπορεί να παράγονται με ιδιαίτερη ένταση και να αποτελούνται από πολλές μονάδες επανάληψης. Σε περιπτώσεις παιδιών με φυσιολογικές δυσρυθμίες (με διακοπές στην ομιλία τους που δεν συναντώνται σε μεγαλύτερη συχνότητα από το φυσιολογικό), οι επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων υποχωρούν αισθητά ως την ηλικία των 4 ετών. Σε μετέπειτα στάδια εξέλιξης της διαταραχής οι επαναλήψεις μπορούν να αφορούν σε συλλαβές στην αρχή και στη μέση των λέξεων και σπανιότερα στο τέλος (Van Riper, 1982).

Οι επιμηκύνσεις (φφφφφαγητό, θθθθέλω να φύγω).

Οι επιμηκύνσεις φθόγγων είναι η παράταση ηχηρών και άηχων ήχων και του εκπνεόμενου αέρα ενώ οι αρθρωτές που τους παράγουν παραμένουν στην ίδια θέση. Εξελικτικά, συνήθως εμφανίζονται μετά τις επαναλήψεις αν και υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις στις οποίες θα δούμε ένα παιδί να παρουσιάζει επαναλήψεις και επιμηκύνσεις στις πρώτες μέρες ή εβδομάδες του τραυλισμού (Sheehan, 1974). Η διάρκεια των επιμηκύνσεων είναι από μισό δευτερόλεπτο ως πολλά δευτερόλεπτα ανάλογα με τη σοβαρότητα του επεισοδίου ή της διαταραχής. Τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως στην πρώτη λέξη της πρότασης ή στον αρχικό ήχο μιας λέξης και σχεδόν ποτέ στον τελικό (Bloodstein, 1995).

Μπλοκαρίσματα/Κωλήματα (φ...αγητό, το μωρό πίνει το (...) γάλα του).

Τα μπλοκαρίσματα είναι η παράλληλη ακατάλληλη διακοπή της ροής του εκπνεόμενου αέρα και των αρθρωτικών κινήσεων. Στον εξελικτικό επίμονο τραυλισμό ή σε περιπτώσεις που αυξάνεται το άγχος, τα μπλοκαρίσματα μπορεί να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια ή/και να συνοδεύονται σε ορισμένες περιπτώσεις με τρόμο των αρθρωτών.

Σπάσιμο

Σπάσιμο της λέξης ή παύση πριν τη λέξη που συνοδεύεται από ένταση στην περιοχή του λαιμού ή του προσώπου. Η αναπνοή κόβεται και οι αρθρωτές μένουν ακίνητοι (σιωπηλό αναπνευστικό μπλοκάρισμα). Εξελικτικά συνήθως εμφανίζονται τελευταία στην ομιλία του ατόμου με τραυλισμό (Guitar, 2006, Williams et al., 1986).

Αφύσικο ανέβασμα της έντασης και του τόνου της φωνής

Τα άτομα που τραυλίζουν στην προσπάθειά τους να αποφύγουν τον τραυλισμό, σε κάποιες περιπτώσεις αυξάνουν την ένταση της φωνής ή εκφέρουν το λόγο με μονότονο τρόπο (Van Riper, 1982).

Εμβολοφρασίες (θέλω εεε να φάω εεε παγωτό)

Είναι τα γεμίσματα στη ροή της ομιλίας (Johnson, 1961).

Αναθεωρήσεις/αναδιατυπώσεις (θα πάω στη γι...θα πάω στον παππού μου).

Το άτομο ξεκινά τη λέξη/φράση αλλά αν συνειδητοποιήσει ότι πάει να κολλήσει, την αντικαθιστά με κάποια άλλη συνώνυμη (Van Riper, 1982).

B. Δευτερεύουσες ή συνοδές συμπεριφορές:

Τα δευτερογενή συμπτώματα του τραυλισμού εκδηλώνονται αργότερα και αποτελούν συμπεριφορές "διαφυγής" και "αποφυγής" των πρωτογενών συμπτωμάτων του τραυλισμού. Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές είναι οι προσπάθειες του προσώπου που τραυλίζει να αντιμετωπίσει ή να "καλύψει" τις δυσρυθμίες ή πρωτεύουσες συμπεριφορές του. Θεωρούνται "μαθημένες" συμπεριφορές ως αντιδράσεις σε κάποιο ερέθισμα. Ως ένα βαθμό, οι συμπεριφορές αυτές καταδεικνύουν το κατά πόσο το άτομο που τραυλίζει έχει

συνειδητοποιήσει ότι κάνει κάτι διαφορετικό όταν μιλάει από τα άλλα άτομα στο περιβάλλον του. Η ύπαρξή τους τοποθετεί ένα πρόσωπο που τραυλίζει σε μεγαλύτερη κλίμακα σοβαρότητας τραυλισμού. Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη ότι το παιδί αρχίζει να συνειδητοποιεί τη διαφορετικότητά του στην επικοινωνία. Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης σε παιδιά που τραυλίζουν από παιδιά με φυσιολογική ροή (Zebrowski, 2002).

Οι συμπεριφορές "διαφυγής" έχουν ως στόχο να βοηθήσουν το άτομο να διαφύγει από μια στιγμή τραυλισμού ή από ένα βασικό λεκτικό σύμπτωμα, να τερματίσει το επεισόδιο του τραυλισμού και να ολοκληρώσει τη φράση ή τη λέξη του. Από την άλλη οι συμπεριφορές "αποφυγής" έχουν ως στόχο να αποφύγει το άτομο ένα επεισόδιο τραυλισμού βιώνοντας μια αρνητική εμπειρία. Παρατηρούνται πριν την έναρξη της δυσρυθμίας, όταν το άτομο νιώθει ότι θα τραυλίσει στην επόμενη λέξη ή τον επόμενο φθόγγο (Guitar, 2006).

Ενδεικτικές δευτερεύουσες συμπεριφορές είναι:

- Αποφυγή βλεμματικής επαφής
- Συχνό άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων
- Γύρισμα κεφαλής προς άλλη κατεύθυνση
- Εμβολοφρασίες
- Αντικαταστάσεις λέξεων
- Αναθεωρήσεις
- Ρυτίδωση του μετώπου
- Πίεση των χειλιών μεταξύ τους
- Διάφορες συσπάσεις των μυών του προσώπου και των χεριών
- Νευροφυτικά συμπτώματα (κοκκίνισμα, εφίδρωση, δυσκολίες στην αναπνοή με σμίκρυνση του χρόνου εκπνοής και αύξηση του χρόνου εισπνοής).

Τέλος όταν μιλάμε για τραυλισμό δεν πρέπει να ξεχνάμε τις συναισθηματικές του προεκτάσεις. Αρκετά άτομα που τραυλίζουν νιώθουν ντροπή, θυμό, απογοήτευση, άγχος, άρνηση για το φαινόμενο του τραυλισμού. Αρκετές είναι οι περιπτώσεις ατόμων με τραυλισμό τα οποία κλείνονται στον εαυτό τους, απελπίζονται και δημιουργούν συμπλέγματα κατωτερότητας (Silverman, 2004).

2.3 Είδη τραυλισμού

- **Κλονικός τραυλισμός:** Χαρακτηρίζεται από ελαφριές συσπάσεις των οργάνων της άρθρωσης και της φώνησης που έχουν ως επακόλουθο την ανεπιθύμητη επανάληψη φθόγγων ή ακόμα και συλλαβών κατά τη διάρκεια της ομιλίας. Συνήθως έχουμε επανάληψη μικρής διάρκειας του πρώτου φθόγγου ή της πρώτης συλλαβής (**ππππάω, κα κα καλά**). Επαναλήψεις στη μέση ή στο τέλος μιας λέξης δεν είναι και τόσο συχνές στον κλονικό τραυλισμό (Ανδρέου, 1994).
- **Τονικός τραυλισμός:** Η μορφή αυτού του τραυλισμού θεωρείται ως πολύ σοβαρή. Στην περίπτωση αυτή παρατηρείται αυξημένος τόνος στους μύες των οργάνων του αθρωτικο-φωνητικού μηχανισμού (Ανδρέου, 1994). Ωστόσο, το άτομο μπλοκάρει και δεν μπορεί να συνεχίσει την ομιλία του (Αλεξάνδρου, 1991). Σε αυτό το είδος τραυλισμού η δυσκολία εκδηλώνεται στο ξεκίνημα της ομιλίας παρά τις έντονες προσπάθειες που γίνονται από το άτομο που τραυλίζει και συνοδεύονται από κινήσεις του προσώπου, του λαιμού κ.ά. Αυτό, έχει ως φυσιολογικό επακόλουθο

την ψυχική αναστάτωση του ατόμου που υποφέρει από αυτή τη μορφή τραυλισμού (Ανδρέου, 1994).

- **Κλονικοτονικός-τονικοκλονικός τραυλισμός:** Σε αυτό το είδος πρόκειται για μεικτή μορφή τραυλισμού στην οποία άλλοτε υπερτερούν τα στοιχεία του κλονικού και άλλοτε τα στοιχεία του τονικού τραυλισμού (Γ. Τσιάντης & Α. Ξυπολυτά Ζαχαριάδη, 2001).

Άλλα είδη τραυλισμού:

- **Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός (ΨΕΤ):** Ο Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός συνήθως εμφανίζεται μετά από μία παρατεταμένη περίοδο άγχους ή μετά από κάποιο τραυματικό επεισόδιο. Σχεδόν αποκλειστικά είναι χαρακτηριστικό ατόμων εφηβικής ηλικίας και ενηλίκων ενώ σπάνια συναντάται σε μικρότερες ηλικίες. Ένας τυπικός ασθενής με Ψυχογενή Επίκτητο Τραυλισμό είναι ο ενήλικας χωρίς ιστορικό τραυλισμού που ξαφνικά αρχίζει να παρουσιάζει δυσρυθμίες μετά ή κατά τη διάρκεια ψυχολογικού στρες και που δεν παρουσιάζει νευρολογική παθολογία που να εξηγεί τα συμπτώματα αυτά. Σε αυτό το είδος τραυλισμού οι συμπεριφορές που παρουσιάζει το άτομο που τραυλίζει είναι ακούσιες (Guitar, 2006). Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές είναι παρόμοιες με αυτές που βλέπουμε στον εξελικτικό τραυλισμό, συχνότερες είναι, οι επαναλήψεις αρχικών ή τονιζόμενων συλλαβών. Από την άλλη οι δευτερεύουσες συμπεριφορές μπορεί να είναι πολύ διαφορετικές και όχι απαραίτητα εμφανιζόμενες μαζί ή σαν πρόδρομος των πρωτευουσών συμπεριφορών (Φούρλας, 2011).
- **Ο Νευρογενής Επίκτητος Τραυλισμός (NET):** Ο Νευρογενής Επίκτητος Τραυλισμός οφείλεται σε επίκτητη ασθένεια ή βλάβη με πιο συχνές αιτιολογίες το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ), την Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση (ΚΕΚ), τους εγκεφαλικούς όγκους, τη λήψη φαρμάκων ή σε σπάνιες περιπτώσεις τη γεροντική άνοια.

Τα συμπτώματα είναι ανάλογα της εγκεφαλικής βλάβης που τα προκάλεσε. Ασθενείς μετά από ΑΕΕ, παρουσιάζουν συχνότερα επαναλήψεις φθόγγων, συλλαβών και φράσεων και λιγότερο συχνά επιμηκύνσεις και μπλοκαρίσματα. Ασθενείς με ΚΕΚ

εμφανίζουν απότομες επαναλήψεις, ακανόνιστο ρυθμό ομιλίας και ανά διαστήματα ακατάληπτο λόγο. Τέλος ασθενείς με βλάβη στα Βασικά Γάγγλια, έχουν μπλοκαρίσματα και συχνότερες δυσρυθμίες σε αρχική θέση λέξεων (Μαλανδράκη, 2012).

Ο Νευρογενής Επίκτητος Τραυλισμός μπορεί να συνοδεύεται από δευτερεύουσες συμπεριφορές αλλά γενικά ήπιες. Άτομα με Νευρογενή Επίκτητο Τραυλισμό μπορεί να δηλώνουν ενοχλημένα με τα συμπτώματά τους αλλά συνήθως δεν παρουσιάζουν έντονο άγχος για αυτά.

- **Υστερικός τραυλισμός:** Παρουσιάζεται ξαφνικά ύστερα από συχνούς ψυχικούς ερεθισμούς ή ξεκινάει ύστερα από υστερική αφωνία, αλαλία ή κώφωση. Στα άτομα αυτά υπάρχουν καταβολές, νευροπαθικά και ψυχοπαθικά χαρακτηριστικά. Για τον υστερικό τραυλισμό χρειάζεται μια άμεση και ενεργητική παρέμβαση, ψυχιατρικές και ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι, υποβολή ηλεκτροθεραπείας κ.ά.
- **Βατταρισμός (cluttering):** Πρόκειται για μια ξεχωριστή διαταραχή ροής με διακριτές διαφορές από τον εξελικτικό ή επίμονο τραυλισμό αλλά συχνά εμφανίζεται σε άτομα που παρουσιάζουν και εξελικτικό τραυλισμό (Καραγιάννης, 2011).

Σύμφωνα με τον Guitar, 2006, "είναι ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας, μιας δυσνόητης ομιλίας συχνά συνοδευόμενη από ιδιόρρυθμες δυσρυθμίες".

Σύμφωνα με τον Daly, (1993): "Πρόκειται για μια διαταραχή ομιλίας και λόγου που συχνά καταλήγει σε γρήγορη, δυσρυθμική, σποραδική, ανοργάνωτη και συχνά ακατανόητη ομιλία. Αν και ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας δεν είναι πάντα χαρακτηριστικός του βατταρισμού, προβλήματα στο σχηματισμό είναι σχεδόν πάντοτε παρόντα. Άτομα με βατταρισμό συχνά μπερδεύουν τους ακροατές τους με τις ανολοκλήρωτες και περίεργες προτάσεις τους, τις λανθασμένες ενάρξεις τους και προβλήματα εύρεσης της κατάλληλης λέξης. Ακόμη, έχουν έλλειψη συνειδητοποίησης της διαταραχής και σχεδόν μηδαμινές ικανότητες αυτοδιόρθωσης".

Τα χαρακτηριστικά της δυσρυθμίας στον βατταρισμό είναι, οι επαναλήψεις, αναθεωρήσεις και δισταγμοί σε λέξεις και φράσεις χωρίς όμως ιδιαίτερη ένταση αλλά και ανά διαστήματα γρήγορο ρυθμό ομιλίας.

Επίσης, υπάρχουν “εκρήξεις” γρήγορης ομιλίας κατά τη διάρκεια του συνεχή λόγου. Τα άτομα με Βατταρισμό δεν συνειδητοποιούν τη διαταραχή τους με αποτέλεσμα να μην αναζητούν θεραπεία. Αν τελικά προσφύγουν σε βοήθεια, θα είναι γιατί κάποιος από το οικογενειακό, φιλικό ή επαγγελματικό περιβάλλον τους θα έχει επιμείνει.

Διαφοροποιητικά χαρακτηριστικά τραυλισμού και βατταρισμού (Shipley & McAfee, 2013).

Τραυλισμός	Βατταρισμός
Το άτομο έχει επίγνωση της διαταραχής του.	Το άτομο δεν έχει επίγνωση της διαταραχής του.
Οι δυσρυθμίες αυξάνονται όσο το άτομο συγκεντρώνεται στην παραγωγή ευχερούς ομιλίας.	Η ομιλία γίνεται πιο ευχερής όσο το άτομο επικεντρώνεται σε αυτή.
Η αυθόρμητη ομιλία μπορεί να είναι ομαλότερη από ό,τι είναι η κατευθυνόμενη ομιλία ή η ομιλία κατά την προφορική ανάγνωση.	Η αυθόρμητη ομιλία μπορεί να είναι πιο δυσχερής από ό,τι είναι η κατευθυνόμενη ομιλία ή η ομιλία κατά τη προφορική ανάγνωση.
Η ομιλία είναι συνήθως πιο δυσχερής μπροστά σε μη οικεία άτομα.	Η ομιλία είναι συνήθως πιο ευχερής μπροστά σε μη οικεία άτομα.
Το άτομο μπορεί να δυσκολεύεται περισσότερο σε πιο σύντομες λεκτικές παραγωγές.	Το άτομο πιθανά να ελέγχει καλύτερα την ροή του σε πιο σύντομες λεκτικές παραγωγές.
Οι δομημένες λεκτικές επαναδοκιμές πιθανά να μην οδηγήσουν σε βελτιωμένη ροή.	Οι δομημένες λεκτικές επαναδοκιμές πιθανά να οδηγήσουν σε βελτιωμένη ροή.
Υπάρχουν περισσότερες επαναλήψεις ήχων και συλλαβών.	Λιγότερες επαναλήψεις ήχων και συλλαβών είναι παρούσες.

Σπάνια υπάρχουν γλωσσικές προεκτάσεις.	Είναι υπαρκτά τα γλωσσικά προβλήματα (π.χ δυσκολία σχηματισμού συνεκτικών προτάσεων, ανολοκλήρωτες προτάσεις, μειωμένη γλωσσική πολυπλοκότητα, κλπ.).
Ο ρυθμός ομιλίας μπορεί να είναι πιο αργός ή φυσιολογικός όταν παραλείπονται οι δυσρυθμίες/δυσροές από τη μέτρηση ρυθμού.	Ο ρυθμός ομιλίας είναι συχνά ακανόνιστος ή γρήγορος. Εκδηλώνονται κυρίως "εκρήξεις" γρήγορου ρυθμού κατά τη διάρκεια της συνδεδεμένης ομιλίας.
Λιγότερα αρθρωτικά λάθη είναι παρόντα.	Μπορεί να παρατηρηθούν πολλαπλά αρθρωτικά λάθη.

2.4 Εξελικτικός τραυλισμός

Η έναρξη του εξελικτικού τραυλισμού είναι συνήθως σταδιακή με απλές και "εύκολες" δυσρυθμίες. Σε κάποια παιδιά η έναρξη είναι ξαφνική (ακόμη και πριν την ηλικία των 3 ετών) και δεν συνοδεύεται πάντα από ήπια συμπτώματα. Ορισμένα παιδιά εμφανίζουν ακόμα και δευτερεύουσες συμπεριφορές σε διάστημα πολύ κοντινό από την έναρξη των συμπτωμάτων τους που γενικά εμφανίζονται αργότερα. Η συμπτωματολογία συχνά είναι συνεχόμενη, δηλαδή, μετά την έναρξη, τα συμπτώματα εμφανίζονται σε καθημερινή βάση. Σε κάποιες περιπτώσεις η συμπτωματολογία μπορεί να είναι σποραδική ή κυκλική. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα συμπτώματα εμφανίζονται για λίγες μέρες ή εβδομάδες, επιστρέφει η φυσιολογική ροή για κάποιο διάστημα και έχουμε επανεμφάνιση των συμπτωμάτων αργότερα.

Η χρονική έναρξη του εξελικτικού ή επίμονου τραυλισμού είναι από 18 μηνών έως 12 ετών. Συχνότερα συναντάται στις ηλικίες μεταξύ 2 και 5 ετών (Buchel & Soomer, 2004, 159). Σύμφωνα με έρευνες περίπου το 80% των παιδιών που παρουσιάζουν εξελικτικό

τραυλισμό έχουν έναρξη των συμπτωμάτων τους μεταξύ των 24 και 48 μηνών. Η πιθανότητα έναρξης του εξελικτικού τραυλισμού μειώνεται σημαντικά όσο αυξάνεται η ηλικία των παιδιών. Τέλος παιδιά με έναρξη συμπτωμάτων κάποιας δυσροής σε ηλικία μικρότερη των 3 ετών έχουν περισσότερες πιθανότητες να περιλαμβάνονται στην κατηγορία της φυσιολογικής δυσροής, αυτή που δεν θα επιμείνει για καιρό (Ανδρέου, 2010).

Σύμφωνα με τον Yairi & Seery, 2011:

Ο εξελικτικός τραυλισμός είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που η αξιολόγηση και η αντιμετώπισή του οφείλει να περιλαμβάνει όλους εκείνους τους παράγοντες που εμπλέκονται σε αυτό. Οι παράγοντες αυτοί είναι, "τα εμφανή χαρακτηριστικά της ομιλίας", που έχουν την ακουστική μορφή επαναλήψεων, επιμηκύνσεων και παύσεων και είναι γνωστές ως πρωτεύουσες συμπεριφορές, και από την άλλη, "οι σωματικές συνοδές συμπεριφορές" (κινήσεις της κεφαλής, του λαιμού και του σώματος, οι οποίες συχνά συνοδεύουν τα εμφανή χαρακτηριστικά της ομιλίας και συνηθίζουν να χαρακτηρίζονται ως δευτερεύουσες συμπεριφορές).

2.5 Ταξινόμηση δυσροών

Εξελικτική ταξινόμηση δυσροών βάσει Barry Guitar (2006):

- Φυσιολογική δυσρυθμία
- Οριακός εξελικτικός τραυλισμός
- Αρχικός/ήπιος εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός
- Μέτριος εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός
- Προχωρημένος/σοβαρός εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός.

Για να πούμε με βεβαιότητα σε ποια κατηγορία εμπίπτει το κάθε άτομο που τραυλίζει θα πρέπει να λάβουμε υπόψη τις εξείς συμπεριφορές του τραυλισμού:

- τη συχνότητα
- το είδος
- τη σοβαρότητα των λεκτικών συμπτωμάτων

- την αναλυτική περιγραφή των δευτερευουσών συμπεριφορών και των συναισθημάτων (Yairi & Seery, 2011).

Πιο αναλυτικά:

- **Στάδιο των φυσιολογικών δυσρυθμιών:** Ορισμένα παιδιά περνάνε από μια περίοδο δυσροών κατά την ανάπτυξή τους και στην οποία επιδρούν σημαντικά γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η ομαλή ροή της ομιλίας απαιτεί εξαιρετικό συγχρονισμό ανάμεσα σε πολλά διαφορετικά συστήματα ανατομίας και φυσιολογίας. Περίπου στα τρία έτη, τα περισσότερα παιδιά ξεκινούν το σχηματισμό πιο περίπλοκων φράσεων και προτάσεων. Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) προσπαθεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του μηχανισμού λόγου και ομιλίας καθώς και πολλών άλλων συστημάτων.

Οι συχνές πρωτεύουσες συμπεριφορές στο στάδιο των φυσιολογικών δυσροών είναι οι επαναλήψεις τμήματος λέξης, επαναλήψεις μονοσύλλαβων/πολυσύλλαβων λέξεων και επαναλήψεις φράσεων. Στο στάδιο αυτό δεν υπάρχουν καθόλου δευτερεύουσες συμπεριφορές ούτε αρνητικά συναισθήματα. Γενικά οι δυσροές είναι ήπιες και ήρεμες και σπάνια γίνονται πάνω από 3-4 δυσροές ομοιάζουσες με αυτές του τραυλισμού. Γι' αυτό και χαρακτηρίζεται ως φυσιολογική δυσροή (Yairi & Ambrose, 1999).

- **Στάδιο οριακού εξελκτικού τραυλισμού:** Πρόκειται για ένα εξαιρετικά κρίσιμο στάδιο που σε αρκετές περιπτώσεις θα αναδείξει τη μελλοντική πορεία ενός παιδιού σε σχέση με τα συμπτώματά του. Σε αυτό το στάδιο θα πρέπει να υπάρξει κάποια μορφή παρέμβασης από ειδικό. Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει παιδιά με αυξημένη επικινδυνότητα για επίμονο τραυλισμό (Yairi & Seery, 2011).

Σε αυτό το επίπεδο παρατηρείται μεγαλύτερη αναλογία επαναλήψεων μονοσύλλαβων λέξεων, τμήματος λέξεων, επιμηκύνσεων και παύσεων. Εδώ οι δυσροές ομοιάζουσες του τραυλισμού τείνουν να είναι 5-6 φορές περισσότερες από τις δυσροές μη ομοιάζουσες του τραυλισμού. Ωστόσο, οι δυσροές εξακολουθούν να είναι σχετικά ήπιες με ελάχιστα πιο γρήγορη την ταχύτητα παραγωγής των επαναλήψεων (Ambrose & Yairi, 1999).

Συνήθως δεν συνοδεύεται από δευτερεύουσες συμπεριφορές και αρνητικά συναισθήματα. Τα άτομα παρουσιάζουν συμπτώματα για σχετικά μικρό χρονικό διάστημα και δεν έχουν ακόμη συνειδητοποιήσει πλήρως τι τους συμβαίνει. Σπανίως μπορεί να εκδηλώσουν μια στιγμιαία έκπληξη σε σχέση με τη δυσροή τους (Guitar,2006).

- **Στάδιο του αρχικού/ήπιου εξελικτικού ή επίμονου τραυλισμού:** Αφορά ένα ποσοστό παιδιών που παρουσίαζαν οριακό τραυλισμό. Για κάποια παιδιά η εξέλιξη θα είναι αργή και διαδοχική και για άλλα ξαφνική ή σε μερικές περιπτώσεις θα αποτελέσει την πρώτη εικόνα των συμπτωμάτων τους (Yairi & Seery, 2011). Όταν ένα παιδί περάσει σε αυτό το επίπεδο και αυτό διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι πιθανότητες πλήρους ανάκτησης της φυσιολογικής ροής θα μειωθούν αισθητά (Yairi & Ambrose, 1999). Οι περίοδοι τραυλισμού είναι πλέον συχνότερες και σε πολλά παιδιά δεν θα υπάρχουν καν ιδιαίτερες περίοδοι απόλυτης ευχέρειας (Guitar, 2006). Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει ηλικίες από 2 έως 8 ετών και σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν πλέον και τη συνειδητοποίηση της δυσκολίας από το ίδιο το παιδί (Zebrowski, 2000).

Σε αυτό το στάδιο είναι εμφανώς αυξημένη η ένταση, πιο απότομες και γρήγορες επαναλήψεις, οι επιμηκύνσεις ενδέχεται να συνοδεύονται από ήπιες δευτερεύουσες συμπεριφορές (Guitar, 2006). Ακόμη, υπάρχουν ήπια και διακριτικά γενικά μπλοκαρίσματα και πιθανή μικρή μυική ένταση κατά τη διάρκεια των δυσροών. Οι δυσροές ομοιάζουσες του τραυλισμού είναι πιθανόν να ξεπερνούν τις 5-6 συλλαβές ανά 100 λέξεις (Yairi & Throneburg, 1996).

Σε αυτό το σημείο το άτομο αρχίζει να συνειδητοποιεί τη δυσκολία και τη διαφορετικότητά του. Κάποιες περιπτώσεις εμφανίζουν δευτερεύουσες συμπεριφορές (πχ αύξηση του ύψους της φωνής κατά τη διάρκεια των επιμηκύνσεων ή επαναλήψεων, ήπια γεμίσματα ομιλίας ανάμεσα στις λέξεις και σχετικά ήρεμες κινήσεις κεφαλής και χαρακτηριστικών προσώπου). Το άτομο ίσως νιώθει μικρή δυσφορία ή και αγανάκτηση για συγκεκριμένα επεισόδια με χαρακτηριστική ένταση (Zebrowski, 2000).

- **Στάδιο μέτριου εξελικτικού ή επίμονου τραυλισμού:** Είναι το στάδιο που εμφανίζεται κατά πληοψηφία σε παιδιά που έχουν πλέον περάσει στο στάδιο του επίμονου ή χρόνιου τραυλισμού. Οι ηλικίες κυμαίνονται από 6-12 ετών. Σημαντικά

διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία είναι οι δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα. Άλλοι παράγοντες που εμπλέκονται στο στάδιο αυτό είναι η γενετική προδιάθεση αλλά κυρίως οι περιβαλλοντικές πιέσεις από την οικογένεια και από το ίδιο το παιδί και το σχολικό του περιβάλλον (Yairi & Ambrose, 2005). Οι επαναλήψεις είναι απότομες και γρήγορες, τα μπλοκαρίσματα είναι έντονα που συνοδεύονται από μυική ένταση και συχνά και δευτερεύουσες συμπεριφορές. Οι δυσροές είναι τουλάχιστον 10/100 συλλαβές (Ingham et al., 1996).

Η διαχρονικότητα των συμπτωμάτων έχει ως λογική συνέπεια την απόλυτη συνειδητοποίηση της δυσκολίας από το πρόσωπο που τραυλίζει. Γίνονται προσπάθειες αποφυγής ή διαφυγής από αυτήν με τη μορφή εμβολοφρασιών, αναθεωρήσεων και σωματικών κινήσεων. Σταδιακά μπορεί να πάρουν τη μορφή πλήρους αποφυγής κοινωνικών καταστάσεων επικοινωνίας. Το άτομο έχει έντονο το συναίσθημα της απογοήτευσης και της απομόνωσης (Craig, Tran, Hancock, 2002).

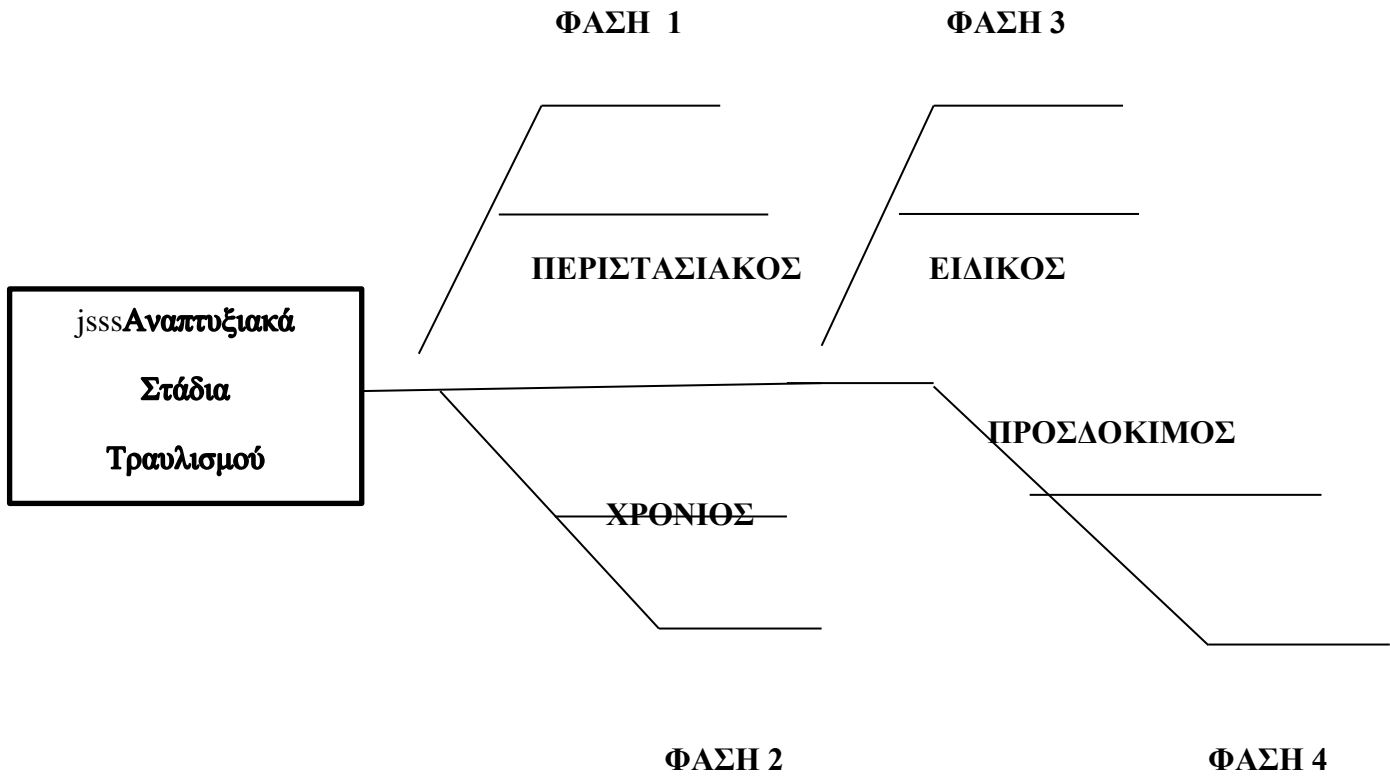
- **Στάδιο προχωρημένου/σοβαρού εξελικτικού ή επίμονου τραυλισμού:** Το πρόσωπο που τραυλίζει σε αυτό το στάδιο γίνεται για αρκετά χρόνια. Περιλαμβάνει κυρίως εφήβους και ενήλικες. Σε αυτό το στάδιο όλα τα συμπτώματα από τα προηγούμενα στάδια είναι πιο έντονα και σε μεγαλύτερο βαθμό εδραιωμένα. Καθοριστικοί παράγοντες εξέλιξης είναι ο βαθμός της κληρονομικότητας, οι περιβαλλοντικές επηρροές και οι μαθημένες συμπεριφορές των δευτερευουσών συμπεριφορών. Το άτομο έχει πλήρη επίγνωση της δυσκολίας και συχνά έχει βιώσει εμπειρίες αποτυχημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης (Μαλανδράκη, 2012).

Σε αυτό το επίπεδο συνυπάρχουν όλες οι πρωτεύουσες συμπεριφορές με εκδήλωση μπλοκαρισμάτων. Εξαιρετική είναι η μυική ένταση που φτάνει τα επίπεδα μυικού τρόμου. Συχνά είναι ορατά λαρυγγικά και αναπνευστικά μπλοκαρίσματα. Η διάρκεια των μπλοκαρισμάτων είναι από ένα ως πολλά δευτερόλεπτα (Yairi & Seery, 2011).

Και σε αυτό το επίπεδο υπάρχει απόλυτος βαθμός συνειδητοποίησης της διαταραχής. Κάποια άτομα προσπαθούν με έντονες και εμφανείς προσπάθειες να αποφύγουν τα πρωτεύοντα συμπτώματά τους. Το εύρος και η ένταση των δευτερευουσών συμπεριφορών μπορεί να είναι “ενοχλητικές” και για τον συνομιλητή τους (Guitar, 2006). Από την άλλη υπάρχουν πρόσωπα που έχουν αναπτύξει με τα χρόνια εξαιρετικές ικανότητες αποφυγής

και διαφυγής που τα συμπτώματά τους δεν είναι τόσο εμφανή. Γενικά τα άτομα παρουσιάζουν μια αρνητική αυτό-εικόνα με τη διαταραχή να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της προσωπικότητάς τους (Ginsberg, 2000).

Αναπτυξιακά στάδια του τραυλισμού (Bloodstein, 1960a, 1960b):



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Διάγνωση

Στο στάδιο της διάγνωσης αναγνωρίζουμε και αξιολογούμε το είδος, το βαθμό, την αιτία, την παθογένεια και την πρόγνωση της δυσκολίας της επικοινωνίας του παιδιού με όλες τις ψυχολογικές, περιβαλλοντικές και οικογενειακές επιπτώσεις της. Πάνω σε αυτά τα δεδομένα προγραμματίζεται και η μετέπειτα θεραπεία, στην οποία θα φανεί αν οι διαγνωστικές αποθέσεις επιβεβαιώνονται ή απορρίπτονται. Η αξιολόγηση ατόμων που τραυλίζουν είναι πολυπαραγοντική και αφορά στο άτομο συνολικά και όχι μόνο στα λεκτικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού. Όπως σε κάθε περίπτωση λογοθεραπευτικής αξιολόγησης, έτσι και στην περίπτωση του τραυλισμού η αξιολόγηση πρέπει να ξεκινά με συγκεκριμένα ερωτήματα τα οποία μπορεί να αλλάζουν ανάλογα με την ηλικία του εκάστοτε ατόμου (Ανδρέου, 2010).

Μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση, τόσο στην περίπτωση παιδιών όσο και στην περίπτωση ενηλίκων, δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στην καταμέτρηση και την ανάλυση των δυσρυθμιών. Αντίθετα, λόγω της πολυπαραγοντικής φύσης του τραυλισμού, ο κλινικός οφείλει να συγκεντρώσει δεδομένα που αφορούν στα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του ατόμου που τραυλίζει απέναντι στο πρόβλημα ομιλίας του και πληροφορίες σχετικά με το επικοινωνιακό του περιβάλλον (Καμπανάρου, 2007). Κατά την εκτίμηση ενός παιδιού με δυσχέρεια ροής πρέπει επίσης να αξιολογηθεί η γλωσσική και αρθρωτική του ικανότητα και οι στοματοκινητικές του δεξιότητες. Ορισμένες φορές μια προφανής "διαταραχή ροής" μπορεί στην πραγματικότητα να αποτελεί μια δευτερογενή συμπεριφορά μιας άλλης επικοινωνιακής διαταραχής. Οι λογοπαθολόγοι βασίζονται στην εμπειρία, τη γνώση του τραυλισμού και την επαγγελματική τους κρίση προκειμένου να προβούν σε διαγνώσεις και συστάσεις. Ένα εμπορικά διαθέσιμο εργαλείο αξιολόγησης που μπορεί να βοηθήσει στη διαγνωστική διαδικασία είναι το Behavior Assessment Battery (BAB), για παιδιά σχολικής ηλικίας που τραυλίζουν (Kenneth et al.).

Τα διαγνωστικά κριτήρια του τραυλισμού: Παρά το γεγονός ότι διαφορετικά άτομα μπορεί να τραυλίζουν με διαφορετικό τρόπο και διαφορετική συχνότητα, οι γονείς ή άλλα οικεία πρόσωπα του ατόμου που τραυλίζει συνήθως δεν έχουν καμία δυσκολία να αναγνωρίσουν το είδος της δυσκολίας του. Φυσικά σε αρκετές περιπτώσεις οι γονείς μπορεί να μην χρησιμοποιούν για την περιγραφή της δυσκολίας του παιδιού τον όρο του "τραυλισμού" αλλά είναι σαφείς στις διαπιστώσεις τους. Οι γονείς ή τα ίδια τα παιδιά, όταν αναφέρονται στον τραυλισμό, συνήθως τον περιγράφουν ως "κόλλημα" (Kaplan & Sadock's)

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-IV:

- A.** Διαταραχή στη φυσιολογική ροή και στη χρονική διαμόρφωση της ομιλίας (δυσανάλογη με την ηλικία του ατόμου) η οποία χαρακτηρίζεται από το ότι συμβαίνουν συχνά ένα από τα παρακάτω συμπτώματα:
- επαναλήψεις ήχων και συλλαβών
 - επιμηκύνσεις ήχων
 - διακοπτόμενες λέξεις (παύσεις μέσα στη λέξη)

- ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές (γεμάτες ή κενές παύσεις της ομιλίας)
- περιφράσεις λέξεων (αντικατάσταση των προβληματικών λέξεων)
- παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση
- επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων (το-το το μήλο)

B. Η διαταραχή στη ροή παρεμποδίζει τη σχολική ή επαγγελματική επίδοση ή την κοινωνική επικοινωνία.

Γ. Εάν ένα κινητικό ή αισθητηριακό έλλειμμα του λόγου είναι παρόν, οι δυσκολίες στην ομιλία ξεπερνούν συνήθως αυτές που συνδέονται με αυτά τα προβλήματα (Γκοτζαμάνης, 1996).

Παρατηρούμε λοιπόν πως ο τραυλισμός εμφανίζεται συνήθως κατά την περίοδο όπου η γλωσσική ανάπτυξη εξελίσσεται με γρήγορο ρυθμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η έναρξη του τραυλισμού δεν συνδέεται με κάποιο συγκεκριμένο ψυχολογικό ή οργανικό τραύμα. Η εδραίωση της διαταραχής αυτής είναι συνήθως σταδιακή, ενώ συχνά υπάρχουν περίοδοι όπου η ροή του λόγου είναι καλή.

3.2 Σκοπός αξιολόγησης

Στόχοι της λογοθεραπευτικής αξιολόγησης παιδιών σχολικής και προσχολικής ηλικίας των οποίων η ομιλία χαρακτηρίζεται από δυσρυθμίες είναι οι ακόλουθοι:

- Διαφοροδιάγνωση παιδιών που εμφανίζουν “φυσιολογικές” δυσροές και αυτών που τραυλίζουν
- Αξιολόγηση σοβαρότητας τραυλισμού ως προς τη συχνότητα και το είδος των παρατηρούμενων συμπεριφορών του τραυλισμού
- Εκτίμηση της πρόγνωσης, δηλαδή πόσο πιθανό είναι το παιδί να σταματήσει να τραυλίζει χωρίς θεραπευτική παρέμβαση
- Συλλογή δεδομένων για το σχεδιασμό κατάλληλων θεραπευτικών στόχων (Καμπανάρου, 2007).

Στόχος της αξιολόγησης είναι και η συλλογή των ακόλουθων πληροφοριών:

- Καταγραφή της σοβαρότητας του τραυλισμού

- Ποια είναι τα πιστεύω του ατόμου που τραυλίζει σχετικά με την έναρξη και τα αίτια των δυσροών
- Στοιχεία για το οικογενειακό και επαγγελματικό περιβάλλον
- Ποια η πορεία του τραυλισμού από την έναρξή του
- Τρόποι με τους οποίους ο τραυλισμός επηρεάζει τη ζωή του ατόμου
- Τα κίνητρα του ατόμου για θεραπεία
- Ποιες είναι οι καταστάσεις στις οποίες αυξάνονται οι δυσροές (ιεράρχηση καταστάσεων).



3.3. Αρχές αξιολόγησης

Αρχική Επαφή: Η πρώτη επαφή γίνεται συνήθως τηλεφωνικά ανάμεσα στους γονείς/κηδεμόνες του παιδιού και τον κλινικό. Ο γονέας είναι αυτός που θα εκφράσει την ανησυχία του και επιθυμεί πολλές φορές άμεση απάντηση στις απορίες του. Τότε ο κλινικός θα πρέπει να διαβεβαιώσει τον γονέα πως ήρθε σε επαφή με τον κατάλληλο ειδικό και μετά το πέρας της αξιολογικής διαδικασίας θα απαντήσει σε απορίες. Χρήσιμη θα φανεί και η επικοινωνία με πηγή παραπομπής εάν υπάρχει. Η σχέση του κλινικού και του προσώπου που τραυλίζει θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την πρόοδο της θεραπείας (Miller et al., 1994).

Συνέντευξη με τους γονείς/λήψη ιστορικού: Η διαδικασία αυτή είναι απαραίτητη για τη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με το ιστορικό ανάπτυξης των δυσκολιών στη ροή του λόγου του παιδιού, για τη διερεύνηση των βασικών προβλημάτων των γονέων και των

αντιλήψεων σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί τους. Έτσι, συγκεντρώνονται πληροφορίες για το γενικό αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού, το ιστορικό κύησης και τοκετού, το ιατρικό ιστορικό, το οικογενειακό ιστορικό, το κοινωνικοσυναισθηματικό ιστορικό, το εκπαιδευτικό/σχολικό ιστορικό κλπ (Καμπανάρου, 2007). Σύμφωνα με έρευνες, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην διάρκεια της κύησης, τοκετού, βάρους νεογνού και ηλικία γονέων παιδιών που τραυλίζουν. Επιπλέον, αυτές οι δύο ομάδες παιδιών δεν παρουσιάζουν σημαντική διαφορά στο ιατρικό ιστορικό, στην κινητική ανάπτυξη, σε δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης και στην απόκτηση του ελέγχου των σφικτήρων.

Ο ειδικός ζητάει από τους γονείς να περιγράψουν κατά πόσο η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού διαφοροποιείται ανάλογα με το πλαίσιο με το οποίο βρίσκεται, δηλαδή στο σχολείο ή στο σπίτι, τα άτομα στα οποία απευθύνεται γονείς ή αδέρφια, το είδος της λεκτικής δραστηριότητας που εκτελεί (ελεύθερος λόγος ή ανάγνωση) και τη συναισθηματική του κατάσταση (ενθουσιασμός, θυμός κ.ά.). Πολύ σημαντική αποτελεί η πληροφορία για ενδεχόμενη ύπαρξη άλλων ατόμων στο συγγενικό περιβάλλον με τραυλισμό και η εξέλιξη του τραυλισμού στα άτομα αυτά (Andrews, & Culter, 1974).

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ο ειδικός ρωτά τους γονείς κατά πόσο συσχετίζουν τον τραυλισμό με κάποιο συγκεκριμένο γεγονός. Σε πολλές περιπτώσεις, οι γονείς είναι σε θέση να εντοπίσουν ένα τέτοιο γεγονός, τη γέννηση ενός μικρότερου αδερφού ή κάποια εμπειρία που θεωρούν ως τραυματική π.χ ένας σεισμός ή κάποιος θάνατος. Η ποιότητα της επικοινωνίας γονέα-παιδιού μπορεί να αξιολογηθεί αντικειμενικότερα με την παρατήρηση της λεκτικής τους αλληλεπίδρασης. Κατά την παρατήρηση της συνομιλίας γονέων-παιδιών, ο ειδικός παρατηρεί τον ρυθμό ομιλίας των ίδιων των γονέων, μετρά το χρονικό διάστημα που αφήνουν οι γονείς πρωτού να πάρουν το λόγο εφόσον το παιδί έχει ολοκληρώσει την πρότασή του, παρατηρεί κατά πόσο τηρούνται οι κανόνες του διαλόγου ή υπάρχει η τάση διακοπής του συνομιλητή και καταγράφει τις αντιδράσεις των γονέων όταν το παιδί εκδηλώνει τραυλισμό. Οι αντιδράσεις αυτές μπορεί να είναι λεκτικές (παρατηρήσεις, διορθώσεις) ή μη λεκτικές (αποφυγή της βλεμματικής επαφής ως ένδειξη αμηχανίας) (Conture, 1997).

Η διερεύνηση των ερμηνειών που δίνουν οι γονείς στις δυσκολίες του παιδιού, αποτελεί σημαντικό βήμα της διαγνωστικής διαδικασίας καθώς αυτές αντανακλούν τις αντιλήψεις

τους ως προς τη φύση των δυσκολιών του παιδιού. Τέλος ο ειδικός εξετάζει τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και τις συνθήκες στις οποίες μεγαλώνει το παιδί, προκειμένου να εντοπίσει πιθανούς παράγοντες οι οποίοι ενδέχεται να δημιουργούν άγχος, είτε μεμονωμένα στο παιδί είτε σε ολόκληρη την οικογένεια. Στην περίπτωση παιδιού σχολικής ηλικίας ιδιαίτερα χρήσιμη κρίνεται η συνέντευξη με τον εκπαιδευτικό του παιδιού, καθώς συνιστά πολύτιμη πηγή χρήσιμων πληροφοριών που για το επίπεδο της λεκτικής επικοινωνίας του παιδιού, της συμμετοχής του στο σχολικό περιβάλλον, αλλά και του κατά πόσον οι δυσκολίες στην ομιλία του, έχουν επηρεάσει τη σχολική του επίδοση και την κοινωνική του προσαρμογή. Επιπλέον, είναι σημαντικό να γίνουν γνωστές οι απόψεις, τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις του δασκάλου απέναντι στο παιδί και τις δυσκολίες του (Guitar, 2006).

Συζήτηση/ δραστηριότητες με το ίδιο το παιδί: Η εξέταση των δυσκολιών ενός παιδιού που παρουσιάζει δυσχέρειες στη ροή του λόγου προϋποθέτει αρχικά την αξιολόγηση της ομιλίας του. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να ελέγξει ο ειδικός την ομιλία του παιδιού. Μπορεί να ζητήσει από το παιδί να απαντήσει σε συγκεκριμένες ερωτήσεις ή να επαναλάβει συγκεκριμένες λέξεις, να πραγματοποιήσει μια χαλαρή συζήτηση μαζί του, να του αναθέσει μια δραστηριότητα και να προκαλέσει σε συζήτηση κατά τη διάρκεια εκτέλεσης αυτής, να δείξει στο παιδί προσχολικής ηλικίας διάφορες εικόνες και να του ζητήσει να τις ονομάσει. Η αξιολόγηση αυτή έχει ως αρχικό στόχο να προσδιορίσει κατά πόσο οι δυσχέρειες του λόγου πληρούν τα κριτήρια για την διάγνωση του τραυλισμού (Ανδρέου, 2010).

Κατά τη διαδικασία αυτή, είναι πολύ σημαντικό για τον ειδικό να λαμβάνει υπόψη του το γεγονός ότι η ομιλία του παιδιού στο κλινικό πλαίσιο, ενδέχεται να μην είναι αντιπροσωπευτική της ομιλίας, όπως αυτή που χρησιμοποιεί στην καθημερινότητά του. Ο ειδικός πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός στην περίπτωση που το παιδί δεν τραυλίζει κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης και πρέπει να μην βιαστεί προκειμένου να αποκλείσει τη διάγνωση του τραυλισμού (Μπέλλα, 2007).

Όσον αφορά το δείγμα ομιλίας: Ένα βασικό μέσο αξιολόγησης της ομιλίας είναι η απόκτηση δείγματος ομιλίας. Αρχικά, η συλλογή τουλάχιστον 2-3 δειγμάτων ομιλίας είναι ενδεδειγμένη και αντιπροσωπεύει τη τυπική εικόνα του προσώπου που τραυλίζει. Το δείγμα ομιλίας είναι ηχογραφημένο. Το δείγμα θα πρέπει να είναι αρκετά μεγάλο ώστε να

επιτυγχάνεται η αντιπροσωπευτικότητα. Εκτός από το κλινικό περιβάλλον δείγμα ομιλίας μπορεί να συλλεχθεί και από διαφορετικά αλλά τυπικά περιβάλλοντα επικοινωνίας του ατόμου (πχ σπίτι, σχολείο), (Conture, 1997). Η συλλογή δειγμάτων θα ήταν καλό να γίνει σε δύο συνεδρίες με διαφορά μιας εβδομάδας για να ελαχιστοποιηθούν οι επηρροές της συναισθηματικής κατάστασης ή διάθεσης του παιδιού σε μια συγκεκριμένη μέρα ή συγκυρία. Σημαντική σε αυτό το στάδιο είναι η συνεχής επαναξιολόγηση μέσω τακτής λήψης δειγμάτων ομιλίας.

Συνήθως κατάμετρούνται οι ακόλουθες δυσρυθμίες:

- Μονόλογος 2-3 λεπτών, τουλάχιστον 350 συλλαβών
- 2-3 λεπτά συζήτηση με τον κλινικό, τουλάχιστον 350 συλλαβών
- Ομιλία στο τηλέφωνο/συζήτηση με άγνωστο άτομο
- 2-3 λεπτά συνομιλία με κάποιο πολύ οικείο, φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο, τουλάχιστον 350 συλλαβών

Αφού ο ειδικός συγκεντρώσει το ικανοποιητικό δείγμα ομιλίας, καταγράφει, αναλύει και κωδικοποιεί μόνος τις φράσεις που είναι καταληπτές και δεν αποτελούν επανάληψη φράσεων του ατόμου (Johnson & Knott, 1937).

Η μεγαλύτερη δυσκολία κατά τη διαδικασία διάγνωσης του τραυλισμού είναι η διαφοροποίηση των φαινομένων δισταγμού που αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού και εκείνων που χαρακτηρίζουν τη φυσιολογική ομιλία των παιδιών, ιδιαίτερα κατά την προσχολική ηλικία, καθώς παρατηρούνται υψηλά ποσοστά αλληλοεπικάλυψης των φαινομένων αυτών στις δύο ομάδες (Johnson, Associates, 1959). Καθώς "φαινόμενα δισταγμού" όπως και τα κριτήρια που προτείνονται από το DSM-IV, εμφανίζονται επίσης και στο λόγο των ατόμων που δεν τραυλίζουν, τίθεται το ερώτημα από ποιο σημείο και μετά οι "επαναλήψεις" και τα "κομπιάσματα" τα οποία μπορούν να συμβούν στον καθένα, χαρακτηρίζονται ως παθολογικά στοιχεία και αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού. Ορισμένα κριτήρια, που έχουν προταθεί για τη διάκριση των "φυσιολογικών" από τα παθολογικά "φαινόμενα δισταγμού", είναι τα εξής:

- **Η χρονολογική ηλικία του ατόμου:** Τα φαινόμενα αυτά είναι πιο συχνά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και λιγότερο συχνά σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και σε ενήλικες. Επομένως, όσο μικρότερο είναι ένα παιδί τόσο μεγαλύτερη προσοχή

χρειάζεται από τον ειδικό, προκειμένου να μη διαγνώσει τραυλισμό σε περίπτωση όπου η ομιλία του παιδιού χαρακτηρίζεται από μορφές συμπεριφοράς συμβατές με το αναπτυξιακό του επίπεδο.

- **Το νοητικό επίπεδο του ατόμου:** Τα "φαινόμενα δισταγμού", τα οποία θεωρούνται φυσιολογικά για παιδιά προσχολικής ηλικίας, συνήθως εκδηλώνονται αργότερα σε άτομα με νοητική υστέρηση, καθώς η γλωσσική ανάπτυξη συσχετίζεται στενά με τη νοητική ανάπτυξη. Συνεπώς χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή προκειμένου να μην χαρακτηριστούν λανθασμένα ως τραυλισμός φυσιολογικά "φαινόμενα δισταγμού" στην ομιλία ενός παιδιού σχολικής ηλικίας με νοητική υστέρηση, κατ'αναλογία με την περίπτωση του παιδιού προσχολικής ηλικίας με φυσιολογική νοημοσύνη.
- **Η ύπαρξη τραυλισμού σε άλλο μέλος της οικογένειας:** Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό τραυλισμού στην οικογένεια είναι περισσότερο πιθανό τα "φαινόμενα δισταγμού" στην ομιλία ενός παιδιού να αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού παρά φυσιολογικές δυσκολίες στη ροή του λόγου (Silverman, 2004).

Εκτός από τους παραπάνω τομείς σημαντική είναι και η αξιολόγηση των δυσροών ως προς την:

- **Συχνότητα:** Η συχνότητα των δυσρυθμιών είναι σημαντική για την διάγνωση του τραυλισμού. Μετρώντας τον συνολικό αριθμό των συλλαβών του τραυλισμού, τον συνολικό αριθμό των συλλαβών που εκφωνήθηκαν και αυτά τα δύο επί τις 100 (X) βρίσκουμε το ποσοστό της συχνότητας που τραυλίζει ένα άτομο. Η χρήση συλλαβών αντί λέξεων προτιμάται, καθώς ένα άτομο μπορεί να εκφέρει σε μια λέξη πάνω από μια συλλαβή με επεισόδια τραυλισμού (Καμπανάρου, 2007).
- **Αξιολόγηση τύπων:** Για να είμαστε σίγουροι για τη σωστή διάκριση μεταξύ φυσιολογικής δυσρυθμίας και οριακού ή αρχικού τραυλισμού θα πρέπει εκτός από τη συχνότητα των δυσρυθμιών να υπολογίσουμε και τον κάθε τύπο δυσρυθμίας ξεχωριστά (πχ. Επανάληψη τμήματος λέξης/συνολικού αριθμού δυσρυθμιών επί 100).
- **Αξιολόγηση διάρκειας:** Εδώ καταμετράται ο μέσος όρος των τριών μακρύτερων μπλοκαρισμάτων και επιμηκύνσεων. Η αξιολόγηση της διάρκειας αντανακλά το βαθμό δυσκολίας που έχει το παιδί να μεταβαίνει αμαλά από τον έναν ήχο στον

επόμενο ή από την μία λέξη στην άλλη. Η διάρκεια των επιμηκύνσεων συγκεκριμένα δεν είναι απαραίτητα σημαντικό διαφοροδιαγνωστικό χαρακτηριστικό σε περιπτώσεις παιδιών που μόλις ξεκίνησαν να παρουσιάζουν δυσροές. Η μείωση, κλινικά, της διάρκειας των δυσροών μπορεί να αποτελεί σημαντική ένδειξη προόδου στη θεραπεία (Zebrowski, 2000).

- **Αξιολόγηση ρυθμού/ανάγνωσης:** Προσμετράται ο αριθμός των λέξεων ή συλλαβών που εκφράζει το άτομο ανά λεπτό κατά την ομιλία και ανάγνωση ακολουθώντας τους εξής κανόνες: α) κατάμετρώνται οι συλλαβές που το άτομο θα παρήγαγε αν δεν είχε τραυλίσει εκείνη τη χρονική στιγμή β) προσμετριοούνται μόνο αυτές που έχουν νόημα και όχι για παράδειγμα οι εμβολοφρασίες (εεε, μμμ). Για κάθε παύση του προσώπου που τραυλίζει μεγαλύτερη των 2 λεπτών, σταματάμε το χρονόμετρο και το επαναθέτουμε σε λειτουργία όταν το άτομο ξανά αρχίσει να μιλάει (Μαλανδράκη, 2012).

Γενικά όσο περισσότερο τραυλίζει ένα άτομο τόσο αργότερο ρυθμό ομιλίας θα έχει. Ο ρυθμός της ομιλίας μας παρέχει πληροφορίες σχετικά με το πόσο οι δυσροές επηρεάζουν την ποσότητα της λεκτικής επικοινωνίας του ατόμου που τραυλίζει (Καμπανάρου, 2007)

- **Αξιολόγηση δευτερευουσών συμπεριφορών:** Χρήσιμη είναι μια φόρμα για την αξιόπιστη παρατήρηση και καταγραφή της παρουσίας και της συχνότητας των δευτερευουσών συμπτωμάτων. Η ύπαρξή τους μπορεί να αποτελεί κριτήριο για την τοποθέτηση του ατόμου που τραυλίζει σε μεγαλύτερη κλίμακα σοβαρότητας του τραυλισμού. Η ύπαρξη και η συχνότητα αυτών των συμπεριφορών στην αρχική αξιολόγηση βοηθούν στην κατάλληλη στοχοποίηση τους κατά την θεραπεία ενώ η απουσία τους μπορεί να είναι σημάδι ότι το παιδί δεν έχει τραυλισμό ή ότι έχει οριακό ή ήπιο εξελικτικό τραυλισμό. Σε κάθε κλινική περίπτωση μπορεί να παρατηρηθούν περισσότερες και διαφορετικές συμπεριφορές (Schwartz, Zebrowski, Conture, 1990).
- **Αξιολόγηση συναισθημάτων και πεποιθήσεων:** Η εμφάνιση αρνητικών αντιλήψεων και πιθανής ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης είναι συχνή κυρίως σε παιδιά σχολικής ηλικίας, εφήβους και ενήλικες. Συνήθως περιλαμβάνει τη χρήση διαφορετικών κλινικών εργαλείων/ερωτηματολογίων ανά ηλικιακό επίπεδο. Η ύπαρξη αρνητικών πεποιθήσεων για την ομιλία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη

θεραπευτική διαδικασία και το αποτέλεσμα αυτής. Σε κάποιες περιπτώσεις που η ψυχολογία των ατόμων είναι εμφανώς επηρεασμένη, κρίνεται αναγκαία η συνεργασία με κάποιον ειδικό γνωστικό ψυχολόγο. Σε μικρότερα παιδιά, είναι αναγκαία η κλινική παρατήρηση και καταγραφή των δευτερευουσών συμπεριφορών. Σε μεγαλύτερα παιδιά από την άλλη, μπορούμε επίσης να συμπεριλάβουμε και μια σχετική συζήτηση με το παιδί (Guitar, 2006). Ο εντοπισμός τους και η αντιμετώπισή τους μπορεί να θεωρηθεί ακόμη και ως προγνωστικό κριτήριο. Σύμφωνα με τον Guitar (2006), ‘‘τα άτομα που τραυλίζουν με θετικές σκέψεις για την ομιλία τους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διατηρήσουν καλή ροή ένα χρόνο μετά το πέρας της θεραπείας’’.

- **Κλινική σημασία της αξιολόγησης των φαινομένων της προσαρμογής και της συνέπειας:** Αν ένα πρόσωπο που τραυλίζει παρουσιάζει αυτά τα φαινόμενα τότε ανήκει στην κατηγορία του ‘‘προβλέψιμου τραυλισμού’’. Τα αποτελέσματα βοηθούν στη δόμηση των θεραπευτικών στόχων, πχ. Αν ένα παιδί τραυλίζει με συνέπεια (συνεχώς) στα χειλικά σύμφωνα, τότε η μείωση του τραυλισμού αρχικά μπορεί να εστιάσει σε λέξεις που ξεκινούν με αυτά τα σύμφωνα. Σε περιπτώσεις ατόμων που δεν εμφανίζουν αυτά τα φαινόμενα, μπορεί να είναι ένδειξη πως ο τραυλισμός τους δεν είναι προβλέψιμος ή ότι δεν έχουν εξελικτικό τραυλισμό (Zebrowski, 2000).

Η καταμέτρηση αυτών των φαινομένων του τραυλισμού γίνεται με:

- Την ανάγνωση κειμένου (5-6) φορές συνεχόμενα χωρίς παύσεις ή συζητήσεις ενδιάμεσα από τις αναγνώσεις
- Με την χρήση κειμένων 50 λέξεων για παιδιά σχολικής ηλικίας ή επανάληψη μικρότερων προτάσεων για παιδιά μικρότερης ηλικίας.

Ο τελικός βαθμός για το φαινόμενο της προσαρμογής προκύπτει από την αφαίρεση του αριθμού των δυσροών κατά την τελευταία ανάγνωση ή επανάληψη από τον αριθμό των δυσροών κατά την πρώτη ανάγνωση/επανάληψη. Αν το ποσοστό είναι μεγαλύτερο από 50% τότε το άτομο εμφανίζει το φαινόμενο της προσαρμογής (Zebrowski, 2000).

Ο τελικός βαθμός για το φαινόμενο της συνέπειας προκύπτει από την σύγκριση των δυσροών που εκφράστηκαν στις 3 πρώτες αναγνώσεις/επαναλήψεις. Για κάθε δείκτη σύγκρισης διαιρούμε τον αριθμό των λέξεων που εκφράστηκαν με δυσροές στη δεύτερη υπό εξέταση ανάγνωση. Και εδώ εάν το ποσοστό είναι πάνω από 50% το άτομο εμφανίζει το φαινόμενο της συνέπειας (Zebrowski, 2000)

- **Αξιολόγηση της φυσικότητας της ομιλίας:** Γίνεται αντικειμενική προσπάθεια καταγραφής του πόσο φυσική ακούγεται η ομιλία του ατόμου. Χρησιμοποιείται βαθμιαία κλίμακα αξιολόγησης (πχ. 1-10) για το πόσο φυσική ή αφύσικη ακούγεται η ομιλία του ατόμου. Σύμφωνα με τον Guitar (2006), οι κυριότερες μορφές έλλειψης της φυσικότητας είναι α) μονότονη ομιλία, β) αφύσικος ρυθμός ομιλίας, γ) χαμηλόφωνη φώνηση, δ) αλλαγή συχνότητας (ύψος) της φωνής.

Βαθμός σοβαρότητας τραυλισμού ως προς το ποσοστό των δυσρυθμιών:

- <3%, τυπικό εύρος δυσροών
- 3-7%, ήπιος τραυλισμός
- 7-14%, μέτριος τραυλισμός
- >15%, σοβαρός τραυλισμός (Andrews & Harris, 1964).

Εργαλεία αξιολόγησης σοβαρότητας τραυλισμού:

- Stuttering Severity Instrument-4 (SSI-4), (Riley, 1972)
- Scale of Rating Severity of stuttering (Johnson et al., 1952, Williams, 1978)
- Test of Childhood Stuttering (TOCS), (Gillam, Logan & Pearson, 2009)

Ενδεικτικά ερωτηματολόγια/κλίμακες αξιολόγησης συναισθημάτων και πεποιθήσεων:

- Kiddy CAT, για παιδιά προσχολικής ηλικίας (Hernandez, 2001, Vanryckeghem, Hernandez & Brutton, 2001).
- Behavioral Style Questionnaire, για παιδιά προσχολικής ηλικίας που συμπληρώνεται από τους γονείς (McDevit & Carey, 1978, 1995).
- Communication Attitude Test (CAT), για παιδιά σχολικής ηλικίας (Vanryckeghem, Hylebos, Brutton & Peleman, 2001).

- Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering, για παιδιά σχολικής ηλικίας, εφήβους και ενήλικες (World Health Organization, 2001).
- Iowa Scale for Rating the Severity of Stuttering (Johnson et al., 1978).
- Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (SSI Riley, 1994).
- Stuttering Prediction Instrument for Young Children (Riley, 1984).
- The Cooper Chronicity Prediction Checklist (Gordon & Luper, 1986).
- Stocker Probe Fluency and Language (Stocker and Goldfarb, 1995).
- Cooper Assessment for Stuttering Syndromes-Adolescent and Adult (CASS-A), (Cooper and Cooper, 1993).

Μέθοδοι αξιολόγησης των στάσεων και των συναισθημάτων στον τραυλισμό των ενηλίκων:

- **S-24:** Ένα ερωτηματολόγιο με 24 ερωτήσεις, που φαίνεται να είναι αξιόπιστο για την αρχική αξιολόγηση και την επαναξιολόγηση των στάσεων απέναντι στην επικοινωνία. Μερικές έρευνες έδειξαν ότι μπορεί να προβλέψει τα αποτελέσματα συγκεκριμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων.
- **SSRSS:** Αυτό το ερωτηματολόγιο αξιολογεί τη συχνότητα με την οποία ένα άτομο αντιμετωπίζει τις συνθήκες που απαιτούν ομιλία, τις αντιδράσεις του σε αυτές και την τάση του να τις αποφεύγει. Αρκετές έρευνες έδειξαν επίσης ότι μπορεί να προβλέψει τα αποτελέσματα συγκεκριμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων.
- **PSI:** Αυτό το ερωτηματολόγιο αξιολογεί τις αντιλήψεις που έχει το ίδιο το άτομο για την αγωνιώδη προσπάθεια, την αποφυγή και την αναμονή που συνδέονται με τον τραυλισμό του. Μας βοηθά να αντιληφθούμε τον βαθμό επίγνωσης που έχει ένα άτομο για τον τραυλισμό του.
- **Loeus of Control:** Αυτή η κλίμακα βοηθά τον κλινικό να εκτιμήσει κατά πόσο ο ασθενής πιστεύει ότι μπορεί να ελέγχει τον τραυλισμό του. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόγνωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων.
- **OASES:** Αξιολογεί τις συνολικές επιπτώσεις του τραυλισμού στη ζωή ενός ατόμου. Είναι χρήσιμο για να αξιολογήσει αν η θεραπεία επηρεάζει γενικά την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου ή αν απλά βοηθά στην παραγωγή ομιλίας με μεγαλύτερη ευχέρεια ροής (Barry Guitar, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Θεραπεία τραυλισμού

Όταν μιλάμε για τραυλισμό, αντιλαμβανόμαστε ότι πρόκειται για μια πολυσύνθετη διαταραχή και λόγω αυτού, δεν μπορούμε να θεωρήσουμε ότι υπάρχει μονόδρομος στη θεραπεία της. Το σίγουρο είναι ότι η εν λόγω διαταραχή απαιτεί ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο θεραπευτικής προσέγγισης. Κανείς δεν μπορεί να εγγυηθεί την οριστική απομάκρυνση του τραυλισμού. Θα ήταν υπερβολικό και ανεπαρκές απέναντι στον πάσχοντα και την οικογένειά του. Είναι σημαντικό να μην ξεχνάμε πως εξάλλου στην ενήλικη ζωή, μιλάμε για μια διαταραχή με θεωρία συγκαλύψεως (Guitar, 2006).

Για αυτό μόνο η έγκαιρη και ενδεδειγμένη αξιολόγηση και παρέμβαση, βασισμένη στις ανάγκες και ικανότητες του ατόμου με τραυλισμό, θα καλύψουν τις ανάγκες μιας τέτοιας θεραπείας. Η συμμετοχή του ατόμου που παρουσιάζει την διαταραχή αλλά και τα άτομα

του περιβάλλοντος του είναι απαραίτητη. Κάθε άτομο χρειάζεται τη σωστή καθοδήγηση και συμβουλευτική για μια διαταραχή που είναι μεν σύνθετη αλλά όχι μη αντιμετωπίσιμη.

Για την θεραπεία του τραυλισμού υπάρχουν σύγχρονες τεχνικές, οι οποίες διακρίνονται σε έμμεσες και άμεσες. Έμμεσες θεραπείες είναι αυτές που δεν στοχεύουν απευθείας στην ομιλία του παιδιού με τεχνικές ή άλλες μεθόδους αλλά στοχεύουν στη μείωση των πιέσεων που δέχεται η ροή της ομιλίας του ατόμου, από τους οργανικούς, ψυχολογικούς, γλωσσικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που αναφέραμε παραπάνω (Jindal-Snape, Douglas, Topping, Kerr & Smith, 2005). Από την άλλη, στις άμεσες προσεγγίσεις, η θεραπεία στοχεύει στην ομιλία του ατόμου με τεχνικές διαχείρισης των συμπτωμάτων ή με συμπεριφορική ενίσχυση της "καλής" ροής της ομιλίας μέσω λεκτικών χαρακτηριστικών (Ingham, 2003).

Φυσικά υπάρχουν μοντέλα θεραπείας, καθένα από τα οποία εφαρμόζεται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζει το άτομο, την ηλικία, το χρόνο τραυλισμού και άλλους παράγοντες. Ο λογοθεραπευτής είναι εκείνος ο ειδικός που θα επιλέξει την κατάλληλη θεραπεία θέτοντας στόχους και δίνοντας οδηγίες στην οικογένεια του ατόμου/παιδιού (Gregory, 2003).

Θεραπευτικοί στόχοι: Πριν από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπευτικής παρέμβασης κρίνεται σημαντικό ή τοποθέτηση θεραπευτικών στόχων (βραχυπρόθεσμων ή μακροπρόθεσμων). Οι στόχοι είναι ανάλογοι με το άτομο, τη μορφή που έχει ο τραυλισμός εκείνη τη χρονική στιγμή, την ηλικία του ατόμου καθώς και παράγοντες που αφορούν την οικογένεια και άλλα εξωτερικά, κοινωνικά περιβάλλοντα (Hulit & Lloyd, 2004). Ως βασικός στόχος θεωρείται η απόλυτη ευχέρεια της ομιλίας του ατόμου που τραυλίζει. Αυτός ο στόχος είναι πιο εύκολο να επιτευχθεί όταν το άτομο βρίσκεται σε μικρότερη ηλικία και ο τραυλισμός του είναι σε αρχικό στάδιο. Σε πιο προχωρημένα επίπεδα της διαταραχής στόχος είναι η μεγαλύτερη ευχέρεια ή ο αποδεκτός τραυλισμός. Άλλος ένας θεραπευτικός στόχος αφορά τις συνθήκες-περιβάλλον που θα βοηθήσει το άτομο να νιώθει πιο άνετα και να προάγει την ευχέρεια της ομιλίας. Ένας πιο ολιστικός μακροπρόθεσμος στόχος είναι η πιο αποτελεσματική συναισθηματική-γνωστική προσαρμογή του προσώπου που τραυλίζει. Βέβαια μέσα σε αυτούς τους στόχους θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται

και η κοινωνική ενσωμάτωση του ατόμου, η απόδοση της διαταραχής από τους άλλους και πρωτίστως από το ίδιο το άτομο (Bailey et al., 2007).

Ενδεικτικοί Μακροπρόθεσμοι/Βραχυπρόθεσμοι στόχοι:

Μακροπρόθεσμοι στόχοι:

- Ανάπτυξη της ομιλίας, τουλάχιστον στο 95% καλής ροής.
- Διατήρηση της ροής με συνεπή χρήση στρατηγικών αυτοδιαχείρισης.
- Να ενισχύεται η ροή του λόγου, από την οικογένεια και τους φροντιστές του θεραπευόμενου και να προωθείται σε καθημερινές καταστάσεις.

Βραχυπρόθεσμοι στόχοι:

- Να συμμετέχει το παιδί εκούσια σε μια αξιολόγηση λόγου και ομιλίας.
- Αναγνώριση και ανάλυση των τύπων συμπεριφοράς του τραυλισμού.
- Να ιεραρχεί τις καταστάσεις ομιλίας στις οποίες παρουσιάζεται ο τραυλισμός και το άγχος.
- Να περιορίσει το άγχος και να παρουσιάζει 95% καλή ροή, χρησιμοποιώντας μεθόδους χαλάρωσης.
- Να παρουσιάζει μαλακή έναρξη φώνησης κατά το 95% του χρόνου, χρησιμοποιώντας αποτελεσματικές τεχνικές αναπνοής.
- Να παρουσιάζει έλεγχο των διαταραχών της ροής χρησιμοποιώντας ψευδο-τραυλισμό.
- Ο τραυλισμός να γίνεται πιο εύκολος, χρησιμοποιώντας την τεχνική της "αναπήδησης" (να "αναπηδά" ο θεραπευόμενος αβίαστα και αργά σε συλλαβές που τραυλίζει, πχ. **Μπ-μπ-μπ-μπάλα**).
- Να προβλέπει και να αναχαιτίζει τα παρουσιαζόμενα συμπτώματα τραυλισμού με αναπροσαρμογή της μυικής προετοιμασίας.
- Να επανακαθορίζει τον έλεγχο της ροής μετά από κάθε σύμπτωμα τραυλισμού, χρησιμοποιώντας ακυρώσεις λόγου και υποχωρήσεις.
- Να ενισχύει τη ροή του λόγου, μειώνοντας τον ρυθμό της ομιλίας.
- Να επιτύχει καλή ροή, χρησιμοποιώντας ρυθμική ομιλία.

- Να επιτύχει συστηματικά καλή ροή, αυξάνοντας σταδιακά το μέγεθος και την πολυπλοκότητα των εκφράσεων.
- Να διατηρεί τη ροή τουλάχιστον στο 95% σε διαφορετικές καταστάσεις ομιλίας της καθημερινότητας (Arthur, 2012).

4.2 Μέθοδοι αντιμετώπισης τραυλισμού

Οι δύο γνωστότερες θεραπευτικές σχολές του τραυλισμού σύμφωνα με τον Van Riper (1973) είναι:

- **Τροποποίηση του τραυλισμού**
- **Η μορφοποίηση της ροής**

Η τροποποίηση του τραυλισμού σχεδιάστηκε για να βοηθήσει κυρίως άτομα με επιβεβαιωμένο (δηλαδή επίμονο) μέτριο ή σοβαρό τραυλισμό. Βασίζεται στις αρχές της θεωρίας της:

- **Της μάθησης:** Το άτομο που τραυλίζει πρέπει να “ξεμάθει” τις παλιές δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές.
- **Της ιδιοδεκτικότητας και της κιναισθησίας:** Διδασχί ιδιοδεκτικών ικανοτήτων με στόχο την κυριαρχία της ιδιοδεκτικότητας σε σχέση με την ακουστική αντίδραση.
- **Της ψυχοθεραπείας:** Σε περιπτώσεις που υπάρχουν δευτερεύουσες συμπεριφορές οι οποίες συνοδεύονται από συναισθήματα φόβου, ντροπής και απογοήτευσης.

Στόχος του προγράμματος δεν είναι η εξάλειψη του τραυλισμού αλλά η αναγνώριση και τροποποίηση των επεισοδίων ή στιγμών του τραυλισμού, η μείωση φοβίας του τραυλισμού και της ομιλίας και η μείωση ή εξάλειψη των συμπεριφορών αποφυγής. Η μέθοδος τροποποίησης στοχεύει στην συμβουλευτική και στην επίτευξη αυθόρμητης ευχέρειας, ελεγχόμενης ευχέρειας και του αποδεκτού τραυλισμού (Μαλανδράκη, 2012).

Στάδια τροποποίησης τραυλισμού:

- **Αναγνώριση:** Το άτομο που τραυλίζει ανακαλύπτει, αναλύει και κατηγοριοποιεί τις εμφανείς και μη εμφανείς συμπεριφορές δηλαδή, τις βασικές συμπεριφορές τραυλισμού που παρουσιάζει (ξέρει ότι τραυλίζει αλλά όχι πως τραυλίζει) και τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με την ομιλία του. Γνωρίζει καλύτερα τον τραυλισμό και αρχίζει να μην τον φοβάται (αναγνώριση). Σε αυτό το στάδιο στοχοποιούνται άμεσα οι "προβληματικές" συμπεριφορές που θα χρειαστεί να αποβάλλει αργότερα. Η διαδικασία περιλαμβάνει εξατομικευμένη και ιεραρχική προσέγγιση (πρώτα αναγνώριση των εύκολων δυσροών και μετά αναγνώριση συναισθημάτων και στρεσογόνων καταστάσεων (Van Riper, 1973 p. 75).
- **Απευαισθητοποίηση:** Μείωση του σχετιζόμενου με της ομιλίας άγχους και όλων των αρνητικών συναισθημάτων που προκύπτουν από τις δυσκολίες στην ομιλία. Στόχος είναι το άτομο να νιώθει άνετα ως προς τον τραυλισμό του, απέναντι στην επαφή μιας επικοινωνιακής αποτυχίας, απέναντι σε αντιδράσεις ακροατών. Ένας βαθμός απευαισθητοποίησης της διαταραχής θα έχει ήδη πραγματοποιηθεί στο προηγούμενο στάδιο (Van Riper, 1973 p. 75).
- **Τροποποίηση:** Στοχοποιούνται άμεσα οι δυσροές. Το άτομο εκπαιδεύεται να τραυλίζει με έναν τρόπο χαλαρό, εύκολο, αποδεκτό από τον ίδιο και άλλα επικοινωνιακά άτομα. Συζήτηση και εξοικείωση με την έννοια της "αλλαγής". Διδαχή ιδεοδεκτικότητας και κιναισθησίας (τρόπου με τον οποίο τραυλίζει και όχι μόνο να ακούει τα συμπτώματα), (Van Riper, 1973 p. 75).
- **Σταθεροποίηση/ διατήρηση:** Στόχος είναι να διατηρηθεί ο ένας τρόπος "εύκολου" τραυλισμού στο χρόνο, σε διάφορα περιβάλλοντα και με διάφορα άτομα που έρχεται σε επικοινωνία. Προετοιμασία ατόμου για πιθανές επανεμφάνσεις ή επιδεινώσεις της τωρινής κατάστασης της ομιλίας (πλέον μπορεί να αντιμετωπίσει τα επεισόδια του τραυλισμού). Το πρόσωπο που τραυλίζει είναι ο βασικός θεραπευτής του εαυτού του και ο κλινικός γίνεται περισσότερο ο σύμβουλος. Αυτοματοποίηση των τεχνικών διαφυγής και συνόλων προετοιμασίας (ο τραυλισμός γίνεται αποδεκτός). Σταδιακή μείωση των ατομικών συνεδριών, πιθανή αύξηση ομαδικών συνεδριών (Van Riper, 1973, p. 75).

Μέθοδος μορφοποίησης της ροής: Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην προσέγγιση που εστιάζει στον ευχερή λόγο και όχι στις δυσροές ή στις στιγμές τραυλισμού. Στόχος είναι η εξάλειψη του τραυλισμού εντός κλινικού πλαισίου με μικρές και απλές φωνολογικές μονάδες και σταδιακά σε αυθόρμητο λόγο και σε διάφορα επικοινωνιακά περιβάλλοντα. Σε αυτή τη μέθοδο δεν δίνεται έμφαση στα συναισθήματα αλλά περιλαμβάνει μετατροπές στα συνολικά σχήματα της ομιλίας του προσώπου που τραυλίζει. Η εφαρμογή της μορφοποίησης της ροής γίνεται σε παιδιά μικρότερης ηλικίας και στα πρώτα και ηπιότερα στάδια του εξελικτικού τραυλισμού. Τα άτομα θα πρέπει να έχουν θετικά συναισθήματα για την ικανότητα επικοινωνίας τους, να μην αποφεύγουν λεκτικές καταστάσεις ή τις στιγμές του τραυλισμού και να έχουν θετικά αποτελέσματα με τη χρήση της δοκιμαστικής θεραπείας με μεθόδους μορφοποίησης της ροής (Zebrowski & Kelly, 2002).

Τεχνικές μορφοποίησης της ροής:

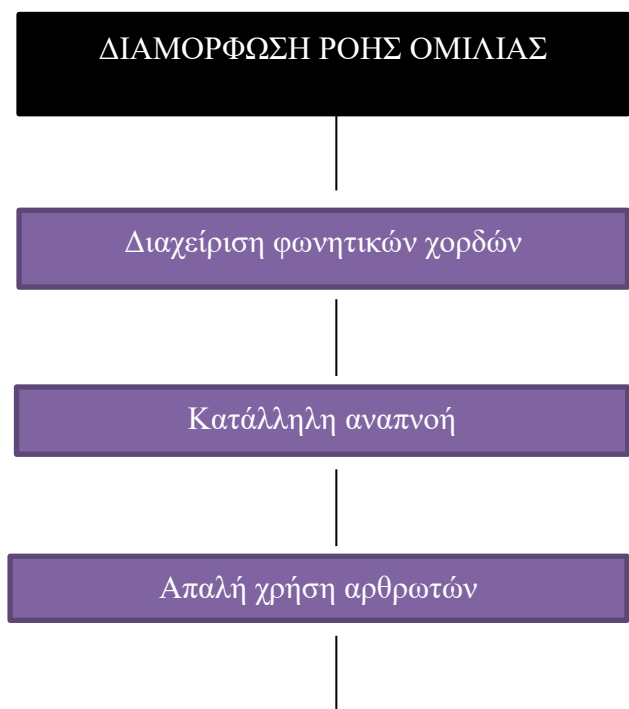
- **Μηχανές ομιλίας:** Εκπαίδευση του ατόμου στο μηχανισμό ομιλίας και τα συστήματα που τον αποτελούν με σκοπό το πρόσωπο που τραυλίζει να αποκτήσει γνώση και κατανόηση όλων των διαφορετικών συστημάτων που παίζουν ρόλο στην επίτευξη ευχέρειας ώστε να αρχίσει να τα ελέγχει. Η μάθηση μπορεί να γίνει με δραστηριότητες χειροτεχνίας και ζωγραφικής σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας ή επιτραπέζια, εικόνες, παζλ ή βιβλία ανατομίας για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Μαλανδράκη, 2012).
- **Εύκολη έναρξη φώνησης:** Χρησιμοποιείται για να μειώσει την ένταση του αναπνευστικού, φωνητικού και αρθρωτικού συστήματος στην αρχή μιας λέξης, φράσης ή πρότασης. Η μάθηση γίνεται αρχικά μέσω παραγωγής /h/ σε συλλαβές. Εισαγωγή με παρατεταμένα φωνήεντα ή χρήση άηχων τριβόμενων συμφώνων. Ακόμη, εκπαίδευση με ηχηρά και έκκροτα σύμφωνα, χρήση σε λέξεις, φράσεις και προτάσεις.
- **Παρατεταμένη ή συνεχής φώνηση:** Οι ήχοι παράγονται χωρίς διακοπή της φώνησης. Δίνεται έμφαση στην πρόσθια ροή της ομιλίας χωρίς διακοπές (Ανδρέου, 2010). Η τεχνική αυτή βοηθάει στη χαλάρωση της έντασης των μυών. Η εκπαίδευση γίνεται αρχικά σε ήχους και μετά σε λέξεις και φράσεις. Προτείνεται μίμηση και παραγωγή των ήχων με υπερβολικές κινήσεις των αρθρώτων που

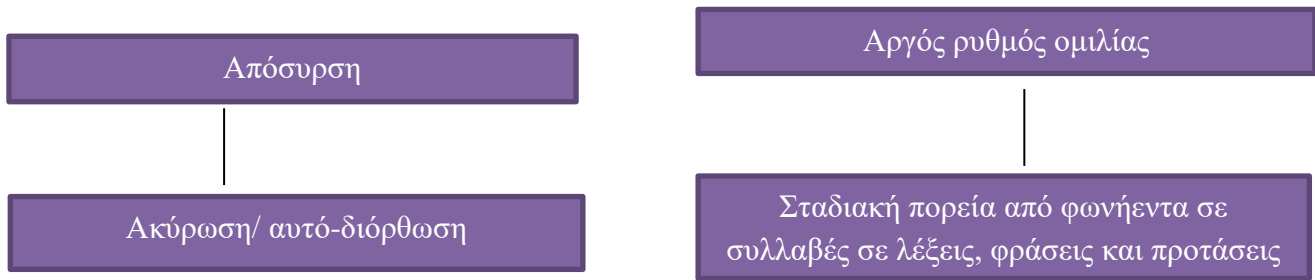
βοηθούν στο να καλύπτονται τα κενά μεταξύ των ήχων και των λέξεων (Εξαρχάκος, 2011).

- **Ενίσχυση ιδιοδεκτικότητας και κιναισθησίας με τη χρήση απτικών βοηθημάτων** (χέρι του προσώπου που τραυλίζει στο λάρυγγά του). Εκπαίδευση γίνεται και σε φράσεις (παράταση τελευταίου ήχου της πρώτης λέξης ή του πρώτου ήχου της δεύτερης λέξης), (Van Riper, 1973 p. 211).
- **Απαλές αρθρωτικές επαφές:** Γίνεται προσπάθεια άρθρωση με απαλή επαφή των αρθρωτών με σκοπό την παραγωγή ομιλίας με όσο το δυνατόν μικρότερη μυική ένταση στο αρθρωτικό σύστημα. Η διδαχή αυτής της τεχνικής γίνεται μετά την εκμάθηση του τρόπου λειτουργίας του μηχανισμού της ομιλίας. Χρήσιμη είναι η ενίσχυση της κατανόησης και διάκρισης εννοιών "σκληρό-μαλακό" με παιχνίδια αναλογίας ή άλλες δραστηριότητες (Μαλανδράκη, 2012).
- **Χρήση κατάλληλης αναπνοής:** Η τεχνική αυτή μαθαίνεται μόνο σε περιπτώσεις ατόμων με σοβαρή συμπτωματολογία όπου έχει παρατηρηθεί έλλειψη συγχρονισμού αναπνοής-ομιλίας που επηρεάζει σε κάποιο βαθμό τη ροή. Γίνεται απλή διδαχή της αλληλουχίας εισπνοής-εκπνοής και της παραγωγής ομιλίας κατά την αναπνοή. Νωρίτερα θα πρέπει να έχει προηγηθεί η χρήση της "μηχανής ομιλίας". Σε αυτή την τεχνική δίνεται έμφαση στο αναπνευστικό και φωνητικό σύστημα και στη συσχέτισή τους με αναλογίες, με οπτικά παιχνίδια και βοηθήματα (πχ. Ένα αυτοκινητάκι που κινείται μόνο όταν το πηγαίνουμε μπροστά), (Ονούφριο, 2000).
- **Φράσεις και παύσεις:** Εδώ γίνεται καταμερισμός της ομιλίας σε μικρότερα κομμάτια. Οι παύσεις εισάγονται σε συντακτικά δικαιολογημένα σημεία μέσα στην πρόταση. Η πρώτη παύση γίνεται στο τέλος της πρώτης λέξης σε μια πρόταση και οι υπόλοιπες ανά 3-4 λέξεις για αποφυγή του φαινομένου "ντόμινο" που συναντάται στον τραυλισμό. Οι παύσεις μπορούν να γίνουν μέσω οπτικών-απτικών βοηθημάτων με τη χρήση μετρονόμου ή άβακα. Σταδιακά μειώνονται σε διάρκεια ώστε η ομιλία να αποκτά αυξανόμενη φυσικότητα (Ανδρέου, 2010).
- **Αργός ρυθμός ομιλίας:** Η μείωση του ρυθμού θεωρείται πως βοηθά στο να αποκτήσει το άτομο απόλυτο έλεγχο του μηχανισμού της ομιλίας του και στον καλύτερο συγχρονισμό μεταξύ του αναπνευστικού, φωνητικού και αρθρωτικού συστήματος. Σε παιδιά μικρότερης ηλικίας αποσκοπεί στην κατανόηση "αργής"

ομιλίας με ομιλία "χελώνας". Το παιδί μπορεί να συνδέσει άλλα αντικείμενα και εικόνες που αντιπροσωπεύουν τις έννοιες "αργό" και "γρήγορο". Ο αργός και ελεγχόμενος ρυθμός του κλινικού θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως πρότυπο. Η μίμηση-παιχνίδια μουσικής, χορού με γρήγορο και αργό ρυθμό, αποτελούν έναν πιο διασκεδαστικό τρόπο εκπαίδευσης. Σε εφήβους και ενήλικες χρήσιμα είναι και η χρήση μετρονόμου και καθυστερημένης ακουστικής ανάδρασης. Αρχικός στόχος τίθεται η παραγωγή 50 ή και λιγότερων συλλαβών το λεπτό (Κότσιρα, 2015).

- **Παραλλαγή της τεχνικής του αργού ρυθμού ομιλίας:** Πρόκειται για έναν "ευέλικτο" ρυθμό ομιλίας όπου το άτομο εκπαιδεύεται να κάνει πιο αργή την εκφορά μιας συλλαβής ή λέξης (συνήθως της πρώτης λέξης μιας πρότασης) και να συνεχίσει κανονικά την εκφορά του. Αυτός ο τρόπος δίνει χρόνο για καλύτερη προετοιμασία και έλεγχο της υπόλοιπης εκφοράς χωρίς να απαιτεί το άτομο να μιλάει αργά καθ'όλη τη διάρκεια της ομιλίας του. Έτσι, έχουμε αποφυγή του φαινομένου "ντόμινο" (Κότσιρα, 2015).





4.3 Παλαιότερες μέθοδοι θεραπείας

- **Μέθοδος του Gutzmann:** Επιστημονικά αναγνωρίστηκε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Η μέθοδος του Albert Gutzmann βελτιώθηκε αργότερα από το γιο, καθηγητή της ιατρικής, Hermann. Ο γιατρός Hermann Gutzmann έδωσε στην μέθοδο του πατέρα του την απαιτούμενη ιατρικής στήριξη, πράγμα που της επέτρεψε να γνωρίσει παγκόσμια ιατρική αναγνώριση. Ήταν μια ολοκληρωμένη μέθοδος που περιλάμβανε αναπνευστικές, φωνητικές και αρθρωτικές ασκήσεις (Καλαντζής, 1985).

Ο Gutzmann ξεκίνησε από την αντίληψη ότι ο τραυλισμός οφείλεται σε σπασμούς του αναπνευστικού, του φωνητικού ή του αρθρωτικού συστήματος. Ο Gutzmann συστήνει ασκήσεις αναπνοής μπροστά σε καθρέφτη, για τον αυτοέλεγχο και την αυτοδιόρθωση. Οι φωνητικές ασκήσεις γίνονται με την μετάβαση από την πνοή στον ψίθυρο και από τον ψίθυρο στη φωνή σε μία μόνο εκπνοή. Η μετάβαση από τον ψίθυρο στη φωνή να μη γίνει με χτύπημα της γλωττίδας ή με δυνατή τριβή αλλά σε μια αδιάλειπτη γραμμή. Η φωνή να είναι όσο το δυνατόν βαθιά και σιγανή. Άσκηση της φωνής σε όλες τις θέσεις εισαγωγής, στην πνευστή, μαλακή και σκληρή εισαγωγή. Οι αρθρωτικές ασκήσεις ξεκινούν πρώτα με ηχηρούς και διαρκεί φθόγγους, έπειτα με άηχους διαρκείς και τέλος στα στιγμιαία ηχηρά και άηχα. Η άσκηση αρχίζει με μεμονωμένους φθόγγους, ύστερα με συλλαβές, λέξεις, προτάσεις. Στην αρχή και το σύμφωνο και το φωνήεν πρέπει να προφέρεται σιγανά και λίγο να δυναμώνουν. Στις λέξεις και στις προτάσεις το πρώτο φωνήεν να προφέρεται παρατεταμένα και μετά τα υπόλοιπα όλα μαζί χωρίς διακοπή, σαν αδιάσπαστη αλυσίδα (Καλαντζής, 1985).

- **Μέθοδος του Seeman:** Ο Seeman εφαρμόζει σύνθετη θεραπεία που αποτελείται από ψυχοθεραπεία, ασκησιοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Το κυριότερο κατά

τον Seeman, είναι η αναμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου με τραυλισμό. Γι' αυτό και υποστηρίζει ότι η ψυχοθεραπεία πρέπει να αποτελεί, τη βάση της θεραπείας. Εφόσον πρέπει να αλλάξει η προσωπικότητα του ατόμου με τραυλισμό η ψυχοθεραπεία πρέπει να αποβλέπει σε παιδαγωγικά μέτρα, αναγκαία για την αναμόρφωσή της. Η ψυχοθεραπεία πρέπει να συνδέεται με την ασκησιοθεραπεία (η οποία πρέπει να υποτάσσεται στην πρώτη). Και πρώτα πρέπει να εξασφαλίζεται η ομαλή και απαλλαγμένη από τις συσπάσεις ομιλία. Το ξεχωριστό που υποστηρίζει ο Seeman στην μέθοδό του είναι η προσέγκυση της προσοχής του ατόμου από τα σύμφωνα στα φωνήεντα και στη μελωδικότητα της ομιλίας (Παπασιλέκας, 1979).

➤ **Μέθοδος του Liebmann:** Υποστηρίζει ότι το άτομο με τραυλισμό δεν πρέπει να στρέψει την προσοχή του στις λειτουργίες της αναπνοής, φώνησης και άρθρωσης τις βλέπει περιττές και ως ένα βαθμό βλαβερές στην ομιλία του. Η θεραπεία του παιδικού τραυλισμού που εφαρμόζει περνά από 5 στάδια. Αυτά είναι:

1. Η κοινή ανάγνωση με τη βοήθει εικόνων, που βοηθάει στο να ξεφύγει η προσοχή του ατόμου με τραυλισμό από την ίδια του την ομιλία.
2. Το παιδί επαναλαμβάνει σιγά και αργά τα λόγια του δασκάλου. Με τον καιρό η φωνή του δασκάλου αδυνατίζει ώσπου αυτή εξαφανίζεται. Ο δάσκαλος συνεχίζει μόνο με τις αρθρωτικές κινήσεις.
3. Το παιδί επαναλαμβάνει απλές ιστορίες μικρές στην αρχή. Αργότερα μπορεί να περάσει σε διηγήσεις με βάση εικόνες ή σειρά εικόνων.
4. Το παιδί είναι σε θέση να διηγηθεί μόνο του ανεξάρτητα. Μπορεί να διηγηθεί κάτι που θα διαβάσει.
5. Το τελευταίο στάδιο είναι η ελεύθερη συζήτηση. Όταν πετύχει η θεραπεία και το παιδί μιλήσει ήδη καλά, αποβάλλεται αυτόματα το σύμπλεγμα και μπορεί πια να μιλάει μπροστά σε ξένα πρόσωπα (Παπασιλέκας, 1979).

➤ **Μέθοδος Vlassova:** Κατά την Vlassova, ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή που εμφανίζεται λόγω πολλών αιτιών. Ωστόσο, ανέπτυξε μια μεικτή μέθοδο για την θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής που περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία και ασκήσεις λογοθεραπείας με έμφαση στη λογορυθμική. Η ομιλία αποτελεί μια πολυσύνθετη εγκεφαλική δραστηριότητα, αποτέλεσμα μιας σύνθετης και

αρμονικής δραστηριότητας ανάμεσα στα δύο συστήματα σήμανσης και το περιβάλλον. Η μέθοδος περιλαμβάνει:

1. Εικόνες αντικειμένων ή εικόνες σε συνδυασμό με προτάσεις. Το άτομο με τραυλισμό επαναλαμβάνει αυτά που λέει ο θεραπευτής.
2. Ανεξάρτητη έκφραση προτάσεων με τη βοήθεια εικόνων.
3. Προφορά ρυθμικών προτάσεων ενώ ταυτόχρονα κουνάει με την υπόδειξη του θεραπευτή, τα χέρια του δεξιά-αριστερά.

Η θεραπευτική αγωγή γίνεται από το απλό στο σύνθετο, από το εύκολο στο δύσκολο με την παρακάτω σειρά:

1. Ταυτόχρονη ομιλία του παιδιού με τον λογοθεραπευτή.
 2. Προφορά του παιδιού μετά τον λογοθεραπευτή, ερωτήσεις-απαντήσεις πάνω σε γνωστές εικόνες, ασκήσεις περιγραφής εικόνων, ασκήσεις ανεξάρτητης διήγησης που προηγήθηκε από τον λογοθεραπευτή.
 3. Ασκήσεις ελεύθερης ομιλίας (Παπασιλέκας, 1979).
- **Μέθοδος του Rothe:** Βάζει σαν υπέρτατο σκοπό την αναμόρφωση της ανθρώπινης προσωπικότητας. Θεωρεί πρωταρχική την αγωγή χαράς σαν αντιστάθμισμα στην αφόρητη κατάσταση που ωθεί το παιδί στον τραυλισμό. Για τα μεγαλύτερα παιδιά πρέπει να βλέπουν τις δυσκολίες τους κατάματα και να παλεύουν ενάντια στα ίδια τους τα ελαττώματα. Συστήνει και στους μεγαλύτερους (ηλικιωμένους) με τραυλισμό να απολαμβάνουν την χαρά (Παπασιλέκας, 1979).
 - **Μέθοδος του Anton Schilling:** Ο Schilling, έχει σχεδιάσει στο θεραπευτικό του πρόγραμμα την ψυχοθεραπεία και την καθαρή λογοθεραπευτική αγωγή. Η ψυχοθεραπεία έχει ως βασικό στόχο τη στήριξη του ατόμου και την ενθάρρυνσή του για να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα του τραυλισμού. Η λογοθεραπευτική θεραπεία στη σταδιακή μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής. Ο Schilling πιστεύει ότι με τη σύνθετη θεραπεία, το άτομο μπορεί να βοηθηθεί πολύπλευρα και πιο αποτελεσματικά (Ανδρέου, 2010). Με τις ασκήσεις ομιλίας μπορεί να θεραπευτεί το σύμπτωμα όχι η αιτία. Όσο για τις αναπνευστικές ασκήσεις θεωρεί ότι μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις επιβάλλονται. Οι περιπτώσεις αυτές ανήκουν στον τύπο υψηλής αναπνοής (Παπασιλέκας, 1979).

- **Μέθοδος Gervaleva:** Η Gervaleva πιστεύει ότι η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού είναι η "θεραπεία χωρίς ομιλία". Το παιδί καλείται να απομονωθεί στο σπίτι και να κάθεται να παίζει μόνο του ήσυχο χωρίς να μιλάει. Καλύτερα να μην έρχεται σε επαφή με πρόσωπα για να μην είναι υποχρεωμένο να μιλάει. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις που θα θέλει να ζητήσει κάτι από τους γονείς του θα πρέπει να μιλήσει ψιθυριστά. Η θεραπεία αυτή διαρκεί 2-3 εβδομάδες (Παπασιλέκας, 1979).
- **Μέθοδος Cevaljeva:** Η Ρωσίδα λογοθεραπεύτρια Cevaljeva παρατήρησε ότι η ομιλία των παιδιών προσχολικής ηλικίας που υπέφεραν από τραυλισμό, ήταν πολλή καλύτερη όταν περιέγραφαν κάτι συγκεκριμένο, το οποίο έβλεπαν και μπορούσαν να το αγγίξουν ή να παίζουν μαζί του. Έτσι, επινόησε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που βοηθά στην καταπολέμηση του τραυλισμού και χωρίζεται σε 3 φάσεις:

1^η Φάση: Το παιδί εξηγεί με απλό και ήρεμο τρόπο τι κάνει τη στιγμή εκείνη π.χ. "εγώ ζωγραφίζω στο τετράδιό μου, ένα σπίτι που έχει όμορφο κήπο με λουλούδια". Η πρόταση αυτή επαναλαμβάνεται πολλές φορές από το παιδί, καθώς ανενόχλητο συνεχίζει την ασχολία του.

2^η Φάση: Η δεύτερη φάση γίνεται σταδιακά και σε αυτήν ο γονέας ή ο λογοθεραπευτής ζητά από το παιδί να περιγράψει με απλά λόγια την εργασία που έκανε π.χ. "εγώ ζωγράφισα στο τετράδιό μου, ένα σπίτι που έχει κήπο με λουλούδια", η συγκεκριμένη απάντηση εννοείται ότι πρέπει να ικανοποιεί αυτόν που την ακούει.

3^η Φάση: Είναι η δυσκολότερη του προγράμματος. Αυτή τη φορά το παιδί περιγράφει τι θα ήθελε να κάνει, π.χ. "θα ήθελα να ζωγραφίσω στο τετράδιό μου, ένα σπίτι που να έχει κήπο με λουλούδια". Η φάση αυτή θεωρείται και η πιο κρίσιμη γιατί τη δεδομένη στιγμή, το παιδί δεν ασχολείται με κάτι συγκεκριμένο, ούτε έχει μπροστά του βοηθητικό υλικό. Αναγκάζεται λοιπόν, να συντάξει την πρόταση σύμφωνα με τις παλαιότερες εμπειρίες που έχει και φυσικά τις επιθυμίες του. Η ενίσχυση του παιδιού από το γονιό ή τον θεραπευτή στη φάση αυτή είναι αναγκαία για να μπορέσει να αποκτήσει την αυτοπεποίθηση που χρειάζεται, πράγμα βασικό για την αντιμετώπιση του τραυλισμού (Ανδρέου, 2010).

4.4 Νεότερες μέθοδοι αντιμετώπισης τραυλισμού

Μερικές από τις τεχνικές τροποποίησης ροής που χρησιμοποιεί ο λογοθεραπευτής για την εκμείωση της επιθυμητής συμπεριφοράς είναι:

- **Παρατεταμένη φώνηση:** Ο κλινικός επιδιώκει να παρατείνει τη διάρκεια των ήχων του εξεταζόμενου, συνήθως με μία αργή, καλώς ελεγχόμενη μετάβαση μεταξύ των ήχων και των συλλαβών (χωρίς διακοπή μεταξύ τους).
- **Εύκολη έναρξη φώνησης:** Κατά τη διάρκεια αυτής ζητείται από το άτομο που τραυλίζει να αρχίσει τη φώνηση με μια σταθερή έξοδο ροής του αέρα και να επιστρέψει την απαλή δόνηση των φωνητικών χορδών (ήπια έναρξη φώνησης).
- **Μείωση του ρυθμού ομιλίας:** Το άτομο που τραυλίζει διατηρεί έναν μειωμένο ρυθμό ομιλίας, αρχίζοντας συνήθως με μονολεκτικές παραγωγές και προχωρώντας σε μακρότερες, πιο σύνθετες εκφράσεις, τα κανονικά όρια των φραστικών ενοτήτων και τα προσωδιακά χαρακτηριστικά γνωρίσματα διατηρούνται και η μείωση αρθρωτικής προσπάθειας κατά την οποία ο εξεταζόμενος ελαχιστοποιεί την μυική ένταση φέροντας τους αρθρωτές σε επαφή με απαλό τρόπο κατά την παραγωγή ομιλίας.
- **Μίμηση/παροχή σαφών οδηγιών:** Οι δύο αυτές τεχνικές χρησιμοποιούνται συνδυαστικά με την απάντηση-ενδεχόμενη διαχείριση (ειδικότερα, θετική ή αρνητική ενίσχυση των επιθυμητών απαντήσεων. Η διαδικασία πρόκλησης ευχερών ερεθισμάτων ξεκινάει συνήθως σε μονολεκτικό επίπεδο και αυξάνεται σταδιακά (Γκουντάντση, 2014).

Χαλάρωση: Ένας από τους λόγους που ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα, είναι τα υψηλά επίπεδα άγχους που παρουσιάζονται στο άτομο. Αυτό εντοπίζεται συνήθως σε περιπτώσεις έντασης κατά τη διάρκεια συνομιλίας με άγνωστα άτομα. Έτσι, στο θεραπευτικό πρόγραμμα οι ασκήσεις χαλάρωσης παίζουν πρωτεύοντα ρόλο (Ανδρέου, 2010). Η χαλάρωση έχει στόχο να ελαττώσει την ψυχική και μυική ένταση του σώματος και ειδικότερα των οργάνων που παράγουν τη φωνή. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι χαλάρωσης, η καθεμιά από τις οποίες έχει τις δικές της ειδικές εφαρμογές (Εξαρχάκος, 2001).

Ασκήσεις χαλάρωσης για μιμικούς και αρθρωτικούς μύες:

- Γέρνει το κεφάλι ελαφρά προς τα πίσω, τετώνοντας τους μυς του λαιμού για 10-15 δευτερόλεπτα. Συγκεντρώνει την προσοχή του σε αυτή την προσπάθεια. Αφήνει μαλακά το κεφάλι να πέσει μπροστά.
- Σφίγγει το μέτωπο, ανασηκώνοντας τα φρύδια για 10-15 δευτερόλεπτα επικεντρώνοντας την προσοχή στην ένταση των τετωμένων μυών στην περιφέρεια του μετώπου.
- Σφίγγει τους μυς των ματιών για 5-10 δευτερόλεπτα επικεντρώνει την προσοχή του στην ένταση που ασκείται ανάμεσα στα μάτια.
- Κλείνει σφιχτά τα μάτια για 5-10 δευτερόλεπτα επικεντρώνοντας την προσοχή του στην ένταση.
- Για 5-10 δευτερόλεπτα σφίγγει τα δόντια. Προσπαθεί να νιώσει τον τρόπο που απλώνεται η πίεση από τα σαγόνια στους κροτάφους.
- Χαμογελά με πλατύ χαμόγελο αφήνοντας τα δόντια να φανούν για 5 δευτερόλεπτα. Επικεντρώνει την προσοχή του στην ένταση γύρω από τις παρειές.
- Κρατά τα χείλη παρατεταμένα προς τα έξω και φουσα για 10 δευτερόλεπτα. Παρακολουθεί την πίεση που ασκείται στα χείλη.
- Πιέζει τη γλώσσα στα μπροστινά δόντια για 10 δευτερόλεπτα. Επικεντρώνει την προσοχή του στην πίεση που ασκείται στη γλώσσα.
- Τραβά τη γλώσσα προς τα πίσω για 10 δευτερόλεπτα. Νιώθει την ένταση στη γλώσσα στο κάτω μέρος του στόματος και στο λαιμό.
- Χασμουριέται ελαφρά, πιο έντονα, πολύ έντονα. Στο τελευταίο χασμουρητό κλείνει τα μάτια και τετώνει τους μύες του στόματος και του λάρυγγα.

Χαλάρωση με Μασάζ:

Χρήση του μασάζ στον τραυλισμό: Το λογοθεραπευτικό μασάζ είναι μία από τις μεθόδους που χρησιμοποιείται για την αποκατάσταση του τραυλισμού. Κατά τη διάρκεια του μασάζ ευαισθητοποιούνται τα αισθητήρια νεύρα της επιδερμίδας και των μυών και υπάρχει καλύτερη λειτουργία του λεμφικού συστήματος και του μεταβολισμού. Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι για τη χρήση του μασάζ ανάλογα με το τί θέλει να πετύχει ο

λογοθεραπευτής, ωστόσο ο λογοθεραπευτής μπορεί να θέλει να πετύχει μείωση του μυϊκού τόνου ή και αύξηση. Αυτό βοηθάει στην ανάπτυξη και στην πραγματοποίηση των ενεργητικών, αυτόβουλων και συντονισμένων κινήσεων των οργάνων της άρθρωσης. Το μασάζ πραγματοποιείται από τον λογοθεραπευτή ο οποίος είναι εκπαιδευμένος σε αυτή τη μέθοδο. Όταν ο λογοθεραπευτής εκπαιδεύσει τον γονέα ή τον ενήλικα που τραυλίζει, το μασάζ μπορεί να πραγματοποιείται και στο σπίτι. Το μασάζ γίνεται στην περιοχή του κεφαλιού, στο λαιμό και στους ώμους, χρησιμοποιώντας δύο τεχνικές:

- Το κλασσικό μασάζ
- Το τοπικό μασάζ (με το ένα δάχτυλο σε συγκεκριμένα σημεία)
- Η συνδυασμός των δύο τεχνικών

Η θεραπεία διαρκεί 10-20 μέρες και τις πρώτες μέρες διαρκεί 5-7 λεπτά φτάνοντας μέχρι και τα 20-25 λεπτά. Φυσικά η διάρκεια εξαρτάται και από την ηλικία του ατόμου και από τα νευρολογικά του συμπτώματα.

Πριν την έναρξη του μασάζ επιτρέπεται η χρήση φράσεων που θα χαλαρώσουν το άτομο (π.χ ηρέμησε, κλείσε τα μάτια σου κ.ά.). Η φωνή του λογοθεραπευτή πρέπει να είναι χαμηλή, μαλακή και ήρεμη. Το άτομο που τραυλίζει πρέπει να ξαπλώνει ανάσκελα και τα χέρια του να βρίσκονται δίπλα από τους γοφούς, τα πόδια πρέπει να είναι ίσια και ελεύθερα, τα πέλματα των ποδιών ελαφρώς ανοιχτά σχηματίζοντας γωνία. Κατά τη διάρκεια του μασάζ τοποθετούμε ένα μικρό μαξιλάρι μέχρι την ωμοπλάτη και ο εκπαιδευόμενος λογοθεραπευτής στέκεται πίσω από το άτομο (Beliakova-Ivanovna, 2002).

Βασικοί τρόποι του λογοθεραπευτικού μασάζ: Οι βασικοί τρόποι του λογοθεραπευτικού μασάζ είναι το χάιδεμα (ελαφρύ και έντονο χάιδεμα), το τρίψιμο, η μάλαξη, η δόνηση και η άσκηση πίεσης. Για να διαλέξουμε το σωστό τρόπο και τη κατάλληλη διάρκεια του μασάζ είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε την τόνωση των μυών του ατόμου (μύες του λαιμού, της ωμοπλάτης, των μιμικών μυών, των αρθρωτικών μυών και των μυών της γλώσσας) (Beliakova-Ivanovna, 2002).

Χαλάρωση των μυών του λαιμού: Η χαλάρωση του λαιμού βοηθά στη μείωση της μυϊκής έντασης της βάσης της γλώσσας και στην ενεργοποίηση των κινήσεων της κάτω γνάθου. Η χαλάρωση ξεκινά χαιδεύοντας αργά το λαιμό με τις δύο παλάμες από πάνω

προς τα κάτω από την περιοχή του λαιμού με το δεξί χέρι και μετά με το αριστερό. Στη συνέχεια ξεκινά από τον λαιμό με τα δύο χέρια, κατεβαίνει προς το στήθος και με συνοδική πορεία προχωρά στα χέρια και καταλήγει στο σβέρκο. Τοποθετεί τις παλάμες στο σβέρκο και αργά αυτές γλιστρούν κατά μήκος της πλάτης φτάνοντας στις μασχάλες. Για συμπλήρωμα μετά το μασάζ κάνει κάποιες ασκήσεις για την χαλάρωση των μυών του λαιμού όπως: το κεφάλι να πέφτει μπροστά, το κεφάλι να είναι σηκωμένο κοιτώντας προς τα πάνω και από αυτή τη στάση το παιδί κουνά το κεφάλι του δεξιά και αριστερά και τέλος το κεφάλι έρχεται στην σωστή θέση (Νεάρχου, 2014).

Χαλάρωση των μυών του προσώπου: 1) Ξεκινά το μασάζ από τη μέση του μετώπου φτάνοντας στους κροτάφους. 2) Το δεύτερο στάδιο του μασάζ ξεκινά από τα φρύδια με κατεύθυνση προς τα πάνω φτάνοντας στις ρίζες των μαλλιών. Οι κινήσεις εκτελούνται με τα δύο χέρια ταυτόχρονα. Στο σημείο όπου τελειώνουν οι κινήσεις πιέζει με τα δάχτυλά του. 3) Ξεκινάει από το πιγούνι ανεβαίνοντας αργά μέχρι τους κροτάφους. Σε αυτήν την κίνηση πιέζει μπροστά από το αυτί. 4) Από τη μύτη προχωρά και φτάνει στο αυτί. 5) Ξεκινά από το πάνω χείλος και φτάνει στο αυτί. 6) Ξεκινά από τη μέση του μετώπου και προχωρά προς τα κάτω, προς τους κροτάφους και τις παρειές, και φτάνει στο πιγούνι. 7) Ξεκινά από το πιγούνι και ανεβαίνει προς τα πάνω περνώντας από το σημείο σύγκλισης των χειλιών και δίπλα από τη μύτη φτάνει στο ρινικό οστό και κατόπιν από το κέντρο του μετώπου ημικυκλικά προς τους κροτάφους.

Για τις παραπάνω τεχνικές μασάζ συνήθως χρησιμοποιεί τα τρία δάχτυλα (δείκτης, μέσος και παράμεσος). Κάθε κίνηση τελειώνει με ελαφριά πίεση. Οι τεχνικές 3,4 και 5 επαναλαμβάνονται και με τη μορφή της δόνησης (Νεάρχου, 2014).

Μασάζ για χαλάρωση των σφιγκτήρων μυών των βλεφάρων:

1. Χάιδεμα (με τον δείκτη και το μεσοδάκτυλο). Από τους κροτάφους περνά στο κάτω βλέφαρο των ματιών και από εκεί κυκλικά γύρω από τα μάτια προς την εξωτερική γωνία των ματιών πάνω στα φρύδια. Ελαφρύ γλίστρημα στα φρύδια και στους κροτάφους. Στο τέλος της κίνησης πιέζει ελαφρά.
2. Χαιδεύει τους κυκλικούς μύες των ματιών. Με τον παράμεσο ξεκινά από τους κροτάφους και προχωρά προς την εσωτερική γωνία των ματιών. Η κίνηση στα άνω

βλέφαρα γίνεται χαιδεύοντάς τα ελαφρώς χωρίς να πατά τον οφθαλμό βολβό (Νεάρχου, 2014).

Χαάρωτικό μασάζ στους σφιγκτήρες των χειλιών: Εκτελούνται ελαφρές κινήσεις με τον εξής τρόπο:

1. Από την γωνία του πάνω χείλους προς το κέντρο αυτού.
2. Από την γωνία του κάτω χείλους προς το κέντρο του πιγουνιού.
3. Από το κέντρο του πάνω χείλους κυκλικά προς τα κάτω μέχρι το κέντρο του πιγουνιού.
4. Ο δείκτης και ο μέσος των δύο χεριών, τοποθετούνται στο σημείο όπου ενώνονται τα χείλη και ελαφρώς τα τραβάνε όταν χαμογελάμε. Κατόπιν επαναφέρει με τα δάχτυλα τα χείλη. Οι κινήσεις αυτές είναι ελαφρές και ελαστικές.
5. Ξεκινά από το εξωτερικό σημείο των πτερυγίων της μύτης και καταλήγει στις γωνίες των χειλιών.
6. Με τον δείκτη και το μέσο δάκτυλο κάνει ελαφρά χτυπήματα στους κυκλικούς μύες (σφιγκτήρας των χειλιών) των χειλιών με τη φορά των δεικτών του ρολογιού.

Οι κινήσεις κατά το μασάζ εκτελούνται σε διαφορετικές θέσεις του στόματος- ανοιχτό ελαφρώς ή κλειστό (Νεάρχου, 2014).

Μασάζ στον λάρυγγα: Με τον αντίχειρα, τον δείκτη και τον μέσο ο λογοθεραπευτής πιάνει τον λάρυγγα με προσοχή. Κάνει ρυθμικές κινήσεις των δακτύλων εγκάρσια. Ταυτόχρονα το παιδί μπορεί να τραγουδάει τα φωνήεντα. Κατά τη διάρκεια του μασάζ ακολουθείται η εξής σειρά:

1. Μυς του λαιμού
2. Μυς της ωμοπλάτης
3. Μιμικοί μυς
4. Μυς (σφιγκτήρες) των χειλιών
5. Μυς του λάρυγγα

Η μείωση της μυικής έντασης στα παιδιά με τραυλισμό γίνεται με το μασάζ. Αυτό το είδος μασάζ έχει ιδιαίτερα ενεργητική επίδραση στα άτομα με νευρωτική μορφή τραυλισμού (Beliakova-Ivanovna, 2002).

Μέθοδος των Βιοενεργητικών σημείων (ΒΕΣ)

Βασικοί τρόποι μασάζ στα ΒΕΣ:

Χάιδεμα: Με ένα από τα τρία μεσαία δάχτυλα κάνει κυκλικές κινήσεις προσέχοντας να μην μετατοπίσει τους μύες. Οι κινήσεις εκτελούνται αργά αλλά σταθερά. Αυτό βοηθάει στη χαλάρωση των μυών.

Μάλαξη: Κάνει κυκλικές κινήσεις πάνω σε ένα σημείο ασκώντας πίεση και χωρίς να σηκωθεί το δάχτυλο από το σημείο αυτό. Οι κινήσεις αυτές περιλαμβάνουν 30-60 στροφές το λεπτό.

Η επίδραση στα σημεία αυτά γίνεται με τον εξής τρόπο: Οι κυκλικές κινήσεις πρέπει να είναι αργές, ελαστικές και με τη φορά των δεικτών του ρολογιού. Αυτό γίνεται για 30 περίπου δευτερόλεπτα και βαθμιαία αυξάνει την πίεση. Ύστερα ελαττώνει πάλι αργά την πίεση. Κρατά το δάχτυλο σταθερό στο σημείο και κάνει στάση για 1-2 δευτερόλεπτα. Επαναλαμβάνει τις κινήσεις 3-4 φορές έτσι ώστε οι πιέσεις σε ένα ΒΕΣ να μπορεί να διαρκέσουν 3-5 λεπτά. Αφού απομακρύνει το δάχτυλο από το σημείο στο δέρμα του παιδιού δεν πρέπει να έχει σχηματιστεί σημάδι. Ακολούθως θα γίνει περιγραφή ΒΕΣ:

1. Σύμπλεγμα ΒΕΣ1: Μείωση της έντασης των αρθρωτικών μυών:

- Το σημείο ανάμεσα στο πάνω χείλος και το χώρισμα των ρουθουνιών
- Το σημείο το οποίο βρίσκεται ανάμεσα στο κάτω χείλος και στο σαγόι
- Το σημείο που βρίσκεται 1cm δίπλα από την γωνία ένωσης των χειλιών

2. Σύμπλεγμα ΒΕΣ2: Συνδέεται με την κατάσταση των μυών του φάρυγγα και του λάρυγγα

- Το σημείο βρίσκεται ανάμεσα στο νοειδές οστό και το θυρεοειδή
- Το σημείο βρίσκεται περίπου 0,7 cm επάνω από υπεροστερνίδιο διάστημα.

3. Σύμπλεγμα ΒΕΣ3: Συνδέεται με τη χαλάρωση των μυών του φάρυγγα, του λάρυγγα και της βάσης της γλώσσας. Το μασάζ γίνεται πολύ προσεκτικά

επειδή παρουσιάζονται δυσάρεστες αισθήσεις. Το σημείο βρίσκεται στην κεντρική κάθετη γραμμή του λαιμού, πάνω από το υοειδές οστό.

4. Σύμπλεγμα ΒΕΣ4: Μείωση της έντασης της κάτω γνάθου. Το σημείο βρίσκεται στη μέση του πηγουνιού.
5. Σύμπλεγμα ΒΕΣ5: Μείωση των μυών της κάτω γνάθου
 - Το σημείο βρίσκεται μπροστά από τον τράγο του αυτιού
 - Το σημείο βρίσκεται μπροστά από το λοβίο του πτερυγίου του αυτιού
6. Σύμπλεγμα ΒΕΣ6: Μείωση της έντασης των μυών της ωμοπλάτης και ρύθμιση της αναπνοής
 - Το σημείο βρίσκεται 8-10 cm από κάτω από το στερνικό άκρο της κλείδας
 - Το σημείο βρίσκεται στο κέντρο της απόστασης των θηλών του στήθους
 - Το σημείο αυτό μπορεί να βρει στο βαθούλωμα που δημιουργείται όταν γέρνει τους ώμους μπροστά
7. Σύμπλεγμα ΒΕΣ7: Βοηθάει τους φωνητικούς μυς και αυξάνει την ικανότητα εργασίας μετά από πνευματική κόπωση.
 - Το σημείο αυτό βρίσκεται στο πόδι, δύο δάχτυλα κάτω από την ένωση του μακρού περνιαίου μύα με τον πρόσθια κνημιαίο μύα.
 - Το σημείο αυτό βρίσκεται ανάμεσα στο πρώτο και δεύτερο μετακάρπιο οστό του χεριού (πιο κοντά στο κέντρο του δεύτερου μετακάρπιου οστού). Προβλέπει την επίδραση στο "σημείο ζωής".
8. Σύμπλεγμα ΒΕΣ8: Το σημείο αυτό βρίσκεται στην κορυφή του κεφαλιού στο κέντρο της οβελιαίας ραφής. Για να το βρει ακριβώς φέρει νοητή γραμμή, από το αυτί στην κορυφή του κρανίου (Beliakova-Ivanpna, 2002).

Όταν κάνεις τέτοιου είδους μασάζ πρέπει να έχεις υπόψη τα εξής:

1. Όταν ξεκινάει η θεραπεία με το μασάζ, δεν ξεπερνάμε τα 3-4 σημεία. Σταδιακά αυξάνονται τα σημεία.
2. Στα συμμετρικά σημεία κάνει ταυτόχρονα μασάζ και με τα δύο χέρια
3. Αυτού του είδους το μασάζ συνίσταται να συνδυάζεται με το κλασικό μασάζ
4. Κατά κανόνα το μασάζ είναι το στάδιο προετοιμασίας για τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες. Σπανίως γίνεται στο τέλος της συνεδρίας

5. Συνιστά το μασάζ να γίνεται με την ακόλουθη σειρά: μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης σειράς συνεδριών, διάλειμμα δύο εβδομάδων, μεταξύ της δεύτερης και τρίτης σειράς συνεδριών, διάλειμμα περίπου 3 μηνών. Οι σειρές συνεδριών επαναλαμβάνονται κάθε 3-6 μήνες. Το μασάζ πρέπει να γίνεται μέρα παρά μέρα. Το διάλειμμα μεταξύ των συνεδριών του μασάζ δεν πρέπει να ξεπερνά τις 3 μέρες.
6. Στη διάρκεια του μασάζ το παιδί πρέπει να είναι χαλαρό και ήρεμο. Το μασάζ των ΒΕΣ συνίσταται να γίνεται μαζί με ασκήσεις χαλάρωσης και αυτογενούς άσκησης. Για καλύτερη απόδοση χρησιμοποιείται κατάλληλη μουσική (Beliakova-Ivanovna, 2002).

Ασκήσεις αναπνοής: Πριν να αρχίσουν οι ασκήσεις αναπνοής, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να χαλαρώσουν όλα τα μέλη του σώματος και να διωχθεί από το μυαλό του ασθενή κάθε άσχετη σκέψη με τη λειτουργία της αναπνοής. Η αναπνοή είναι η σημαντικότερη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού που χωρίζεται σε δύο στάδια, α) την εισπνοή και β) την εκπνοή.

Το πρώτο στάδιο της αναπνοής είναι η εισπνοή. Κατά τη διάρκεια που ο ασθενής εισπνέει σταυρώνει συγχρόνως τα χέρια του στο ύψος των ώμων, με χαλαρωμένες τις παλάμες του (χωρίς σφίξιμο), ώστε η παλάμη του δεξιού του χεριού να ακουμπήσει ελαφρά τον αριστερό του ώμο και η παλάμη του αριστερού του χεριού να ακουμπήσει τον δεξιό του ώμο. Αυτό γίνεται για να είναι οι πνεύμονες πιο ελεύθεροι και να χωρέσουν σε κάθε εισπνοή περισσότερα κυβικά αέρος, κάνοντας κάμψη του κορμού προς τα εμπρός και κάτω, λυγίζοντας ελαφρά τα γόνατα, όση ώρα διαρκεί η εισπνοή.

Το δεύτερο στάδιο της αναπνοής είναι η εκπνοή, συγχρόνως με την εκπνοή ανοίγει τα χέρια του στα πλάγια σε έκταση και σφίγγει το διάφραγμα με τους μυς της κοιλιάς προς τα μέσα και επάνω σηκώνοντας τον κορμό του τεντωμένο σε ανάταση, ισιώνοντας και τα γόνατα, όση ώρα διαρκεί η εκπνοή (Ονούφριο, 2000).

Τα άτομα με τραυλισμό τις περισσότερες φορές χρειάζονται αναπνευστικές ασκήσεις για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα του τραυλισμού. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού διαταράσσουν αρκετές φορές την λειτουργία της αναπνοής. Η πραγμάτωση του έναρθρου λόγου εξαρτάται πολύ από τον τρόπο που χρησιμοποιούν τον αέρα που

αναπνέουν. Αυτό δεν ισχύει μόνο στην πραγμάτωση του λόγου αλλά και σε διάφορες δραστηριότητες όπως π.χ. το περπάτημα.

Πριν αρχίσουν οι αναπνευστικές ασκήσεις γίνεται σωστή τοποθέτηση της στάσης του σώματος, χαλάρωση των ώμων και σωστή τοποθέτηση του κεφαλιού στη φυσιολογική ίσια θέση (Ανδρέου, 2010). Κάποιες από τις ασκήσεις αναπνοής είναι:

1. Εισπνέει αργά από τη μύτη και εκπνέει αργά από το στόμα
2. Εισπνέει από τη μύτη και εκπνέει διακεκομμένα από το στόμα (αρχικά σε δύο φάσεις, μετά σε τρεις, τέσσερις κλπ.)
3. Εισπνέει διακεκομμένα σε δύο ή τρεις φάσεις από τη μύτη και εκπνέει αργά από το στόμα
4. Εισπνέει διακεκομμένα από τη μύτη και εκπνέει διακεκομμένα από το στόμα
5. Εισπνέει με τα χέρια να βρίσκονται στη θέση της ανάτασης, και εκπνέει κατεβάζοντάς τα αρμονικά, ενώ μετρά αρχικά μέχρι το 1 μετά μέχρι το 2,3, κλπ.
6. Εισπνέει και γεμίζει τα μάγουλά του με αέρα και ακολουθεί απότομη έξοδος του αέρα από το στόμα.
7. Εισπνέει και στη συνέχεια εκπνέει μελωδικά και παρατεταμένα τα φωνήεντα (Νεάρχου, 2014 και Ανδρέου, 2010).

Κανόνες σωστής ομιλίας: Το άτομο με τραυλισμό πρέπει να διδαχθεί από τον λογοθεραπευτή τους σωστούς κανόνες ομιλίας. Τα άτομα με τραυλισμό παρουσιάζουν συχνά γρήγορη ομιλία, χωρίς ρυθμό και με ασυντόνιστες αναπνοές. Συχνά επαναλαμβάνουν ή παραλείπουν φθόγγους, συλλαβές, λέξεις στην προσπάθεια τους να αποφύγουν τις ανεπιθύμητες συσπάσεις των οργάνων της άρθρωσης. Γι' αυτό το λόγο τα άτομα με τραυλισμό πρέπει να χρησιμοποιούν κάποιους απλούς κανόνες κατά τη διάρκεια της ομιλίας:

1. Αργή και σταθερή ομιλία
2. Οι προτάσεις δεν πρέπει να είναι αρκετά μεγάλες
3. Ο εκπνεόμενος αέρας πρέπει να κατανέμεται ομοιόμορφα στις λέξεις που προφέρουν
4. Με το τέλος της πρότασης πρέπει να παίρνουν μια νέα και αργή εισπνοή
5. Μείωση φόβου του τραυλισμού κατά τη διάρκεια της ομιλίας (Ανδρέου, 2010).

Κανόνες αντιμετώπισης τραυλισμού

Ο λογοθεραπευτής πρέπει να εξασκήσει αρκετές φορές το άτομο με τραυλισμό στους κανόνες αντιμετώπισης έτσι ώστε να μπορεί να τους εφαρμόζει σωστά και γρήγορα. Όταν το άτομο με τραυλισμό αισθανθεί ότι θα τραυλίσει πρέπει να:

1. Σταματήσει κάθε προσπάθεια για ομιλία
2. Να εκπνεύσει τον αέρα που έχει μέσα του
3. Να χαλαρώσει
4. Να πάρει νέα αναπνοή
5. Να επαναλάβει σιωπηλά τη λέξη ή τη συλλαβή που τον δυσκόλεψε και στην εκπνοή να την προφέρει μελωδικά και παρατεταμένα (π.χ κηηηηηήπος).

Οι κανόνες αυτοί χρησιμοποιούνται όταν το άτομο αισθάνεται ότι θα τραυλίσει. Με την σωστή εξάσκηση οι κανόνες αυτοματοποιούνται χωρίς να γίνεται αντιληπτή ή όλη διαδικασία από τον οποιοδήποτε (Ανδρέου, 2010).

Μίμηση συμπτωμάτων τραυλισμού

Το άτομο καλείται να μιμείται τα συμπτώματά του όταν τραυλίζει και ταυτόχρονα να εφαρμόζει και τους κανόνες αντιμετώπισης του τραυλισμού. Ο ειδικός δίνει ένα κείμενο στον ασθενή στο οποίο θα μιμείται τους φθόγγους /κ/ και /β/ ότι τραυλίζει στην πραγματικότητα και θα προσπαθεί να εφαρμόζει και τους κανόνες αντιμετώπισης του τραυλισμού. Αυτή η διαδικασία μπορεί να γίνει και με μικρότερα παιδιά παρέχοντάς τους τις εικόνες στις οποίες πρέπει να τραυλίζει σκόπιμα.

4.5 Συσκευές τραυλισμού

- **Ομιλία με την βοήθεια μετρονόμου:** Έχει διαπιστωθεί ότι τα περισσότερα άτομα με τραυλισμό μπορούν να μιλούν με καλή ροή, τουλάχιστον προσωρινά, όταν τους προσφέρεται η δυνατότητα να συγχρονίζουν την ομιλία τους με τους χτύπους ενός μετρονόμου. Ο μετρονόμος είναι μία μικρή ηλεκτρονική συσκευή, η οποία μπορεί να φορεθεί πίσω από το αυτί. Η διαδικασία αντιμετώπισης τραυλισμού μέσω μετρονόμου είναι:

1. Επιλέγουμε ένα μικρό, ηλεκτρονικό μετρονόμο που λειτουργεί με μπαταρίες τον οποίο ο ασθενής μπορεί να φορέσει σαν ακουστικό
 2. Βρίσκουμε τον ρυθμό των χτυπημάτων που μειώνει ή εξαλείφει τον τραυλισμό
 3. Ζητάμε από τον ασθενή να χρονομετρά την παραγωγή συλλαβών με τους χτύπους στα πρώτα στάδια της θεραπείας
 4. Ζητάμε από τον ασθενή να χρονομετρά την παραγωγή λέξεων με τους χτύπους σε μετέπειτα στάδια θεραπείας
 5. Καθως αυξάνεται η ευχέρεια στη ροή της ομιλίας ζητάμε από τον ασθενή να χρονομετρά την παραγωγή φράσεων και προτάσεων
 6. Αυξάνουμε τον αριθμό των χτύπων ή το αντίθετο, ανάλογα με το σημείο εκκίνησης
 7. Ζητάμε από τον ασθενή να φοράει τη συσκευή σε όλες τις περιστάσεις
 8. Αφαιρούμε σταδιακά τους χτύπους του μετρονόμου μειώνοντας την ένταση σε σταδιακά βήματα
 9. Συνεχίζουμε τη θεραπεία σε επίπεδο συζήτησης χωρίς τη συσκευή για τη σταθεροποίηση της ευχέρειας στη ροή της ομιλίας
 10. Πραγματοποιούμε ανεπίσημες θεραπευτικές συνεδρίες σε διάφορα μη κλινικά περιβάλλοντα (Hegde).
- **Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση:** Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με τραυλισμό μπορούν να μιλούν με αρκετά μεγάλη ευχέρεια, στην περίπτωση που τους παρέχεται τεχνητά καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση της ίδιας τους της ομιλίας για 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου. Η συσκευή που παρέχει την καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση μοιάζει με κασετόφωνο με ακουστικά και είναι αρκετά μικρή για να μπορεί το άτομο να τη μεταφέρει παντού μαζί του. Καθώς το άτομο μιλά υπό την επίδραση καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης ο ρυθμός του τείνει να είναι πιο αργός και η εκφορά των ήχων και των συλλαβών πιο παρατεταμένη (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).
- **Ομιλία με τη βοήθεια συσκευής επικαλυπτόμενου ήχου:** Όταν το άτομο με τραυλισμό μιλάει ενώ ακούει έναν ουδέτερο δυνατό θόρυβο, ο οποίος τον αποτρέπει από το να ακούει τη δική του φωνή, τότε φαίνεται ότι μπορεί να μιλήσει με πολύ καλή ροή. Η διαπίστωση αυτή οδήγησε στην κατασκευή συσκευών επικαλυπτόμενου ήχου, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού. Ένα είδος τέτοιων συσκευών φοριέται όπως τα

ακουστικά στα αυτιά και διαθέτει διακόπτη, τον οποίο το άτομο έχει τη δυνατότητα να ενεργοποιεί όταν αναμένει ότι θα τραυλίσει ή όταν ξεκινήσει να τραυλίζει (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Θεραπεία του τραυλισμού με φάρμακα

Πολλά φάρμακα έχουν δοκιμασθεί στην θεραπεία του τραυλισμού, παρόλο μέχρι τα σημερινά δεδομένα, κανένα δεν έχει εγκριθεί από την Αμερικάνικη Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), ειδικά για τη θεραπεία του τραυλισμού. Έτσι, τα πιο ελπιδοφόρα φάρμακα μέχρι τώρα έχουν αντντοπαμινεργικούς παράγοντες. Η παγοκλόνη, μια μερική GABAA έχει επίσης δείξει ευνοικά αποτελέσματα (Van Riper, 1973).

Οι έρευνες γύρω από τις απεικονιστικές μελέτες δείχνουν ότι οι άνθρωποι που τραυλίζουν εμφανίζουν υπομεταβολισμό του ραβδωτού σώματος και αυξημένη δραστηριότητα της ντοπαμίνης. Τα εν λόγω στοιχεία παρέχουν έναν εύλογο μηχανισμό ως προς τον τρόπο που οι ανταγωνιστές της ντοπαμίνης μειώνουν τον τραυλισμό με την αύξηση του μεταβολισμού του ραβδωτού σώματος μπλοκάροντας τους υποδοχείς D2 στο ραβδωτό σώμα. Φαρμακευτικές μελέτες σχετικά με τα φάρμακα που μειώνουν την δραστηριότητα της ντοπαμίνης έχουν επανειλημμένα δείξει την επιτυχία αυτών των φαρμάκων στη βελτίωση του τραυλισμού.

Παρα το γεγονός ότι εμφανίζουν κατασταλτικές ιδιότητες, είναι πιθανό ότι η αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητά τους στον τραυλισμό έχει σχέση με τις επιπτώσεις τους στην ντοπαμίνη και όχι απλώς στις αγχολυτικές ή κατασταλτικές τους ιδιότητες. Άλλοι παράγοντες έχουν δοκιμαστεί με περιορισμένη αποτελεσματικότητα. Περιορισμένη έρευνα με φάρμακα αποκλεισμού των διαύλων ασβεστίου όπως η βαραπαμίλη, έχουν δείξει περιορισμένη αποτελεσματικότητα στον τραυλισμό. Άλλα τέτοια φάρμακα αποκλεισμού των διαύλων ασβεστίου μπορεί να ασκήσουν μια ήπια αντντοπαμινική δράση. Δοκιμές αναστολής επαναπρόσληψης επιλεκτικής σεροτονίνης και βενζοδιαζεπίνων δεν έχουν αποφέρει θετικά αποτελέσματα. Οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά, τα οποία είναι αγχολυτικά και εξαιρετικά κατασταλτικά, έχουν βρεθεί να μην έχουν κανένα ενεργητικό αποτέλεσμα έναντι του εικονικού φαρμάκου στη θεραπεία

του τραυλισμού. Σε προηγούμενες μελέτες ούτε οι παράγοντες αποκλεισμού της ισταμίνης φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στον τραυλισμό (Van Riper, 1973).

Παρακάτω αναφέρονται κάποια από τα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν:

- **Αλοπεριδόλη:** Πολλές μελέτες με αλοπεριδόλη, ένα συμβατικό ανταγωνιστή της ντοπαμίνης και αντιψυχωτικό, έδειξαν ότι αυτό το φάρμακο μπορεί να βελτιώσει την ευχέρεια σε άτομα που τραυλίζουν. Ωστόσο, η μακροχρόνια χρήση αλοπεριδόλης σε άτομα με τραυλισμό είναι κακή δεδομένου των μειονεκτημάτων του φαρμάκου: εμφάνιση συνεχούς δυσφορίας, σεξουαλική δυσλειτουργία, εξωπυραμιδικές ανησυχίες και κίνδυνοι όψιμης δυσκινησίας. Οι πρόωρες υποθέσεις γύρω από τις δυνητικές ενεργητικές επιδράσεις της αλοπεριδόλης στη θεραπεία του τραυλισμού βασίζονταν στην επίδρασή της επί του ντοπαμινεργικού συστήματος και σε μελέτες που δείχνουν την αποτελεσματικότητα της αλοπεριδόλης στη θεραπεία του συνδρόμου Tourette.

Στην πρώιμη τυφλή και από τις δύο πλευρές και διασταυρωμένη μελέτη των Rozenberger σχετικά με τη χρήση της αλοπεριδόλης στη θεραπεία του τραυλισμού, 8 ασθενείς παρουσίασαν κλινική βελτίωση στο ποσοστό του χρόνου της δυσκολίας στη ροή. Αλλά αυτή η βελτίωση ήταν σημαντική μόνο για τους ασθενείς που είχαν 30% μεγαλύτερη δυσκολία στη ροή από την αρχή (Brady, 1991).

Οι Murray και συνεργάτες εκτέλεσαν άλλη μια διπλά τυφλή διασταυρωμένη μελέτη με 26 ενήλικες με αλοπεριδόλη, η μελέτη έδειξε ότι σχεδόν σε όλους τους ασθενείς βελτιώθηκε σημαντικά ο αριθμός ποσοστού της δυσκολίας στη ροή, η ταχύτητα της ομιλίας, και μειώθηκε και το σύμπτωμα του ζορίσματος κατά την ομιλία. Παρόλα αυτά μόνο ένας στους 26 ασθενείς αποφάσισαν να συνεχίσουν λήψη του φαρμάκου μετά από ένα χρόνο, και σχεδόν το 1/3 δεν ολοκλήρωσε τη δοκιμαστική περίοδο των 3 μηνών εξαιτίας των δυσμενών επιπτώσεων της φαρμακοθεραπείας.

- **Ολανζαπίνη:** Η ολανζαπίνη είναι ένα άλλο νεότερης γενιάς (SGA) ψυχοτρόπο φάρμακο, που έχει ντοπαμινικές μονωτικές ιδιότητες με λιγότερες παρενέργειες που σχετίζονται με την προλακτίνη επίδραση. Η ολανζαπίνη δρα ως ανταγωνιστής των υποδοχέων D2 με πρόσθετη δραστικότητα ανταγωνιστή στους σεροτονεργικούς υποδοχείς. Η ολανζαπίνη διαθέτει ένα διαφορετικό προφίλ

παρενεργειών από τη ρισπεριδόνη, με μικρότερη συχνότητα εξωπυραμιδικών παρενεργειών και υπερπρολακτινουμία, αλλά μεγαλύτερη επίδραση στην αύξηση του σωματικού βάρους και των τριγλυκεριδίων.

Στην εικονικά ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη των Maguire et al σε 24 ενήλικες με εξελικτικό τραυλισμό, η ολανζαπίνη μείωσε σημαντικά τα συμπτώματα τραυλισμού σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Ο βαθμός βελτίωσης κρίθηκε "κλινικά σημαντικός" τόσο από τον ασθενή όσο και από τον κλινικό ιατρό, όπως αξιολογήθηκε από την Κλινική Παγκόσμια Κλίμακα Βελτίωσης. Οι θετικές επιπτώσεις της φαρμακευτικής αγωγής επεκτάθηκαν και στις φυσικές καταστάσεις ομιλίας, όπως μετρήθηκαν από τον υποκειμενικό έλεγχο του τραυλισμού και παγκόσμιας κλινικής κλίμακας βελτίωσης.

Το φάρμακο εΐαι αποδεκτό σε ικανοποιητικό βαθμό με μερικούς βαθμούς στην αύξηση του βάρους, χωρίς παρενέργειες συνδεδόμενες με τη προλακτίνη. Η συμμόρφωση είναι επίσης υψηλή, για όλους τους συμμετέχοντες που επιλέγουν να εισέλθουν στην ανοιχτή φάση του πρωτοκόλλου. Αξίζει να σημειωθεί ότι, για πολλούς συμμετέχοντες στην ανοιχτή φάση επέκτασης, τα συμπτώματα του τραυλισμού συνέχισαν να βελτιώνονται για περισσότερο από 6 μήνες έως 1 έτος (ή ίσως και περισσότερο), γεγονός που υποδηλώνει ότι η επαρκής "δοκιμαστική θεραπεία" θα πρέπει να μετράται σε μήνες αντί για ημέρες ή εβδομάδες. Εκθέσεις ασθενών δείχνουν επίσης ότι η ολανζαπίνη μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική και ανεκτή στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό και σε περιπτώσεις επίκτητου νευρογενή τραυλισμού (Maguire, Yu, Franklin & Riley, 2004).

- **Παγοκλόνη:** Η παγοκλόνη είναι ένας εκλεκτικός αγωνιστής (GABAA) μερικώς αναπτυσσόμενος μέσω της US FDA ειδικά για τη θεραπεία του τραυλισμού. Σε μια ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο πολυκεντρική και διπλά-τυφλή μελέτη 8 εβδομάδων, σε 132 ασθενείς ηλικίας 18-65 ετών, οι Maguire et al. βρήκαν ότι η θεραπεία παγοκλόνης είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση 19,4% του ποσοστού συλλαβισμού στον τραυλισμό, με 40% μείωση μετά από μία ανοιχτής θεραπείας μεταγενέστερη του 1 έτους. Επιπλέον, η παγοκλόνη ήταν ικανοποιητικά αποδεχόμενη από τους ασθενείς στη μελέτη. Η πιο συχνά αναφερόμενη ανεπιθύμητη ενέργεια, ο πονοκέφαλος, αναφέρθηκε στο 12,5% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία. Σχεδόν το 90% των ασθενών επιλεκτικά επέλεξε να συνεχίσει να

λαμβάνει το φάρμακο κατά τη διάρκεια του 1 έτους, ανοιχτού τμήματος επέκτασης της μελέτης. Επιπλέον, οι ασθενείς στην ομάδα αγωγής ανέφεραν μια μεγαλύτερη αίσθηση του ελέγχου πάνω στον τραυλισμό τους και λεκτική ευχέρεια χωρίς επίδραση στην αναφερόμενη φυσικότητα της ομιλίας. Οι ασθενείς ανέφεραν επίσης μείωση του κοινωνικού άγχους κάτι που πιθανόν να οφείλεται στην επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής για το GABA, ένα νευροχημικό άγχος, το οποίο δεν παρατηρείται εύκολα με τους παράγοντες αποκλεισμού ντοπαμίνης. Υπό το φως του ευνοϊκού προφίλ ανεκτικότητάς του, καθώς και με συνοχή των αποτελεσμάτων σε πολλαπλά μεταβλητά αποτελέσματα, η παγοκλόνη μπορεί να έχει δυνατότητες ως φαρμακολογική θεραπεία του τραυλισμού (Maguire, Riley, Franklin & Gumusaneli, 2010).

4.6 Θεραπευτικές προσεγγίσεις ανά ηλικιακή ομάδα

Προσχολική ηλικία: Η προσχολική ηλικία περιλαμβάνει τρεις θεραπευτικές κατευθύνσεις: την συμβουλευτική εκπαίδευση των γονέων, την έμμεση θεραπεία και την άμεση θεραπεία (Zebrowski & Kelly, 2002).

Πιο αναλυτικά η συμβουλευτική εκπαίδευση των γονέων περιλαμβάνει την εκπαίδευση στο τι ακριβώς συμβαίνει και μείωση της ανησυχίας που μπορεί να αισθάνονται οι γονείς. Ο κλινικός παρέχει πληροφορίες σχετικά με την φυσιολογική ανάπτυξη του λόγου και ομιλίας, τον εξελικτικό τραυλισμό και την φυσιολογική δυσροή. Επίσης συνίσταται η εκπαίδευση για κατάλληλους τρόπους επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης. Δίνονται συγκεκριμένες προτάσεις για περιβαλλοντικές μετατροπές. Οι προτάσεις αυτές, δίνονται σε περιπτώσεις παιδιών με πολλούς παράγοντες επιβάρυνσης και σε περιπτώσεις παιδιών με οριακό τραυλισμό. Ο ειδικός κρατάει επικοινωνία με τους γονείς για πιθανή επαναξιολόγηση σε περίπτωση αλλαγής της παρούσας εικόνας του παιδιού τους (Conture, 2010).

Έμμεση θεραπεία/ Συμβουλευτική εκπαίδευση και περιβαλλοντικές μετατροπές:

Η έμμεση θεραπεία προτείνεται για παιδιά που αμφιταλαντεύονται μεταξύ φυσιολογικής δυσροής και οριακού ταυλισμού ή με οριακό τραυλισμού. Η έμμεση θεραπεία

περιλαμβάνει πιο ενεργό συμμετοχή των γονέων σε περιβαλλοντικές επικοινωνιακές αλλαγές με στόχο την μείωση ή εξάλειψη των δυσροών στην ομιλία του παιδιού.

Βήματα έμμεσων προσεγγίσεων:

- Αξιολόγηση υπάρχουσας επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης γονέων-παιδιού και περιβαλλοντικών συνθηκών σπιτιού-σχολείου
- Αναλυτική εκπαίδευση για την ομιλία και τον τραυλισμό (π.χ. εκπαιδευτικά βίντεο, πρόσβαση σε διαδικτυακές ιστοσελίδες κ.ά.)
- Συζήτηση συμπεριφορών που προάγουν την ευχέρεια της ομιλίας
- Στοχοποίηση προβληματικών συμπεριφορών
- Εκπαίδευση του γονέα σε διαδικασίες αξιολόγησης και χρήσης κλιμάκων σοβαρότητας τραυλισμού (οι γονείς αναλαμβάνουν τον κύριο ρόλο).
- Τακτές επαναξιολογήσεις από τον ειδικό (ανά 3-6 μήνες)
- Ενθάρρυνση γονέων για αποκλειστικό "χρόνο ομιλίας" με το παιδί τους σε καθημερινή βάση χωρίς να δίνεται έμφαση στην ομιλία
- Ενημέρωση και συζήτηση για πιθανότητες επανεμφάνισης των συμπτωμάτων ή περιόδων όπου τα συμπτώματα είναι πιο έντονα (Guitar et al., 1992)

Ενδεικτικές έμμεσες θεραπευτικές προτάσεις:

- Μείωση του ρυθμού ομιλίας της οικογένειας
- Σωστή χρησιμοποίηση της εναλλαγής σειράς
- Αύξηση των επιβραβεύσεων για ευχερή τμήματα ομιλίας και εξάλειψης των αρνητικών σχολίων (αποφυγή τιμωρητικών συμπεριφορών για τις στιγμές του τραυλισμού)
- Έμμεση διόρθωση εκφορών με δυσροές
- Αλλαγές στο οικογενειακό πρόγραμμα (αν χρειάζεται), (Guitar & Mc Cauley, 2010).

Από την άλλη άμεση θεραπεία προτείνεται σε περιπτώσεις παιδιών προσχολικής ηλικίας με οριακό ή ήπιο εξελικτικό τραυλισμό όπου η έμμεση θεραπεία δεν φέρεται να είναι αποτελεσματική σε διάστημα 3-6 μηνών.

Η άμεση θεραπεία περιλαμβάνει:

- Τακτικές συνεδρίες του κλινικού με το παιδί στοχοποιώντας την ομιλία του παιδιού
- Κάθε κλινικός χρησιμοποιεί διαφορετικά μοντέλα άμεσης παρέμβασης που βασίζονται είτε σε τεχνικές μορφοποίησης της ροής είτε σε συνδυασμό τεχνικών μορφοποίησης και τροποποίησης της ροής

Ένα άμεσο θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να αποτελείται από:

- Ευχάριστο και διασκεδαστικό τρόπο παρέμβασης (π.χ μέσα από παιχνίδια)
- Περιβάλλον αποδοχής
- Συνεχής επιβράβευση
- Χρήση τεχνικών μορφοποίησης της ροής, κυρίως με διαχωρισμό “αργού-γρήγορου”
- Χρήση τεχνικών τροποποίησης της ροής συνήθως όταν δεν είναι αποτελεσματικές οι τεχνικές μορφοποίησης. Στόχος η αναγνώριση αρχικά των δυσροών στην ομιλία του κλινικού και σταδιακή εξοικείωση
- Σπάνιο αλλά όχι απίθανο να πρέπει να στοχοποιηθούν και τα συναισθήματα (Ramig & Dodge, 2005).

Σχολική ηλικία: Η σχολική ηλικία περιλαμβάνει τεχνικές που βασίζονται στα ελλείματα που μπορεί να παρουσιαστούν στην ομιλία του παιδιού, στα συναισθήματα και στην σκέψη που σχετίζονται με την ομιλία του. Στα παιδιά που παρουσιάζουν τραυλισμό σε αυτήν την περίοδο της ζωής τους προτείνεται μια πιο άμεση προσέγγιση. Σημαντικά κριτήρια αποτελούν η δυνατότητα του παιδιού να συμμετάσχει ενεργά στη διαδικασία της θεραπείας και ο ρόλος του παιδαγωγού στη θεραπεία (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών- Λογοθεραπευτών, 2014).

Τεχνικές που στοχοποιούν την ομιλία: Πρόκειται για τεχνικές που χρησιμοποιούν συνδυασμό τροποποίησης και μορφοποίησης της ροής. Το πρώτο βήμα αφορά την έννοια της ανάγνωσης και περιλαμβάνει μηχανές ομιλίας και εκπαίδευση για την ομιλία και τον τραυλισμό. Μίμηση στιγμών τραυλισμού, ο λεγόμενος ψευδοτραυλισμός, εκούσια παράταση στιγμών τραυλισμού (πάγωμα). Το αμέσως επόμενο βήμα είναι η απευαισθητοποίηση ειδικότερα για παιδιά που έχουν αρχίσει να αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα για την ομιλία τους. Αυτό το στάδιο περιλαμβάνει ένα μοντέλο εύκολου

τραυλισμού από τον κλινικό για να διαβεβαιώσει το άτομο πως όλοι έχουμε δυσκολίες στην ομιλία μας μερικές φορές. Θα πρέπει το παιδί να νιώσει έτοιμο να "αλλάξει" τις στιγμές τραυλισμού και να προσπαθήσει για μεγαλύτερη ή και απόλυτη αυθόρμητη ή ελεγχόμενη ευχέρεια της ομιλίας (Shapiro, 2011).

Σε παιδιά με μικρότερη συναισθηματική και γνωστική εμπλοκή, προτιμούνται οι εξής τεχνικές μορφοποίησης:

- Απαλές αρθρωτικές επαφές
- Παρατεταμένη φώνηση
- Τεχνικές εναλλαγής σειράς και χρήσης παύσεων πριν από κάθε απάντηση με έμμεσο στόχο τον πιο αργό και χαλαρό τρόπο ομιλίας
- Δίνεται έμφαση στην ήρεμη, χαλαρή και αργή ομιλία

Σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας με εντονότερη συναισθηματική και γνωστική εμπλοκή, προτιμούνται οι τεχνικές τροποποίησης όπως:

- Ακύρωση, διαφυγή, σύνολα προετιμασίας
- Δημιουργικό παιχνίδι, φαντασία, ευελιξία (Guitar & Reville, 1997)

Τεχνικές που στοχοποιούν τα συναισθήματα: Σε περίπτωση ύπαρξης αρνητικών συναισθημάτων για την ομιλία, προτείνεται η αναγνώριση και η απευαισθητοποίηση. Για την διαδικασία της αναγνώρισης γίνεται μια πιο έμμεση προσέγγιση, αρχικά με συζήτηση για τα διαφορετικά συναισθήματα, παιχνίδια ζωγραφικής, ανάγνωση ιστοριών, εξιστόρηση εικόνων με θέμα τα συναισθήματα κ.ά.

Μια διαφορετική προσέγγιση (πιο άμεση) ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και την επίγνωση είναι:

- Χρήση ιεραρχικής "σκάλας"
- Ψευδοτραυλισμός μπροστά σε άλλους
- Σύνταξη ενός γράμματος για το πως νιώθουν όταν μιλάνε και αποστολή σε πρόσωπο της επιλογής τους (Yarus, Pelczarki & Quesal, 2010).

Τεχνικές που στοχοποιούν τις σκέψεις: Για παιδιά με αρνητικές σκέψεις στόχος είναι η μετατροπή αυτού του τρόπου σκέψης (αρνητική σε θετική). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της αναγνώρισης και της απευαισθητοποίησης (Yarus, Pelczarki & Quesal, 2010).

Συνεργασία με τον παιδαγωγό: Η συνεργασία με τον παιδαγωγό είναι καθοριστική για την επιτυχία ενός προγράμματος παρέμβασης και της γενίκευσής του. Θα πρέπει να ελεγχθεί αν ο παιδαγωγός έχει επαφή και διερεύνηση των γνώσεων και συναισθημάτων για τον τραυλισμό και το συγκεκριμένο παιδί που τραυλίζει. Σημαντική είναι η εκπαίδευση και η συμβουλευτική πάνω στον εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό και τις εκφάνσεις του και στα συμπτώματα του μαθητή του. Ο παιδαγωγός είναι αυτός που μπορεί να ενημερώσει για την ομιλία του παιδιού μέσα στο σχολικό περιβάλλον, τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του ίδιου και των άλλων, την επηρροή που έχει ο τραυλισμός στη σχολική επίδοση (Walton & Wallace, 1998).

Τεχνικές για παιδαγωγούς:

- Προσοχή σε αυτό που λέει το παιδί και όχι πως το λέει
- Ενίσχυση των κανόνων εναλλαγής σειράς στην τάξη (για όλους τους μαθητές)
- Ανοιχτή επικοινωνία με το παιδί για το τι προτιμάει
- Όχι ιδιαίτερη μεταχείριση αλλά ίσως μερικές μετατροπές
- Απόλυτη αποδοχή της δυσκολίας του και εξάλειψη πειράγματος
- Τεχνικές που μπορούν να εισαχθούν στην ομιλία του δασκάλου για την προαγωγή ενός ευχερούς και χαλαρού περιβάλλοντος (Yarus, 2004)

Εφηβεία: Η θεραπεία για τους εφήβους περιλαμβάνει συνήθως μια μεικτή προσέγγιση προώθησης θετικών ψυχολογικών αλλαγών και διδασκαλίας της συμπεριφοριστικής ή γνωστικής διαχείρισης της ομιλίας. Αρχικά τα δεδομένα που έχουμε για τη θεραπευτική αντιμετώπιση στους εφήβους είναι περιορισμένα και προέρχονται κυρίως από έρευνες σε ενήλικες που έχουν προσαρμοστεί σε μικρότερο ηλικιακά πληθυσμό. Ωστόσο, αδιαμφισβήτητο είναι το γεγονός ότι σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, ύστερα από την αξιολόγηση και διάγνωση σοβαρότητας του τραυλισμού, ξεκινά άμεσα η ένταξη του εφήβου στο θεραπευτικό πλάνο, με κεντρικό στόχο την προσπάθεια τροποποίησης της ροής του λόγου με συμπεριφοριστικές μεθόδους (Μαρτίνης, 2011).

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι ο θεραπευόμενος έχει κυρίαρχο ρόλο στη θεραπευτική προσέγγιση και γι αυτό θα πρέπει να έχει ουσιαστικό κίνητρο για να συμμετέχει στην παρέμβασή του. Οι κυρίαρχες θεραπευτικές μέθοδοι για εφήβους χωρίζονται κυρίως σε δύο κατηγορίες:

1. Σε αυτές που στοχεύουν στη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας και
2. Σε αυτές που στοχεύουν στην τροποποίηση των τραυλικών συμπτωμάτων

Ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια για μείωση των αρνητικών στάσεων και αντιδράσεων του εφήβου απέναντι στον τραυλισμό (Κότσιρα, 2015).

Δομημένα προγράμματα άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης, τα οποία βασίζονται σε αρχές της συντελεστικής μάθησης και ακολουθούν την προσέγγιση η οποία στοχεύει στην άμεση βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας είναι τα προγράμματα:

1. **Σταδιακή αύξηση του μήκους και της πολυπλοκότητας των προτάσεων.** Ο έφηβος ασκείται να διαβάζει με ευχέρεια χωρίς να τραυλίζει, υλικό με προοδευτικά αυξανόμενη δυσκολία. Παράδειγμα αυτού, είναι ότι ξεκινάει με μεμονωμένες λέξεις, συνεχίζει με μικρές προτάσεις και παραγράφους και καταλήγει στην ανάγνωση κειμένου για πέντε συνεχόμενα λεπτά. Σε αυτό το πρόγραμμα κυρίαρχο ρόλο παίζουν η ενθάρρυνση και η τιμωρία και έχουν αναφερθεί θετικά αποτελέσματα (Ryan & Van Kirk, Ryan, 1983, 1995).
2. **Εύκολη και χαλαρή προσέγγιση- Απαλή κίνηση.** Το άτομο μαθαίνει να ξεκινά χαλαρά και χωρίς ένταση την άρθρωση των λέξεων και να μεταβαίνει απαλά και αργά από τους πρώτους δύο ήχους στους επόμενους ήχους της λέξης.

Βασικά συστατικά τέτοιων προγραμμάτων είναι:

- Σταδιακή αύξηση της έντασης και της πολυπλοκότητας του λόγου. Η τεχνική αυτή βασίζεται στη διαπίστωση ότι ο συντονισμός της αναπνοής, των οργάνων παραγωγής λόγου και της άρθρωσης αυξάνεται σε πολυπλοκότητα και συνοδεύεται από αυξημένες γνωστικές απαιτήσεις ανάλογα με τις δυνατότητες του ατόμου.
- Ρύθμιση και έλεγχο αναπνοής. Εφόσον στον τραυλισμό διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία της αναπνοής σημαντική είναι η εκμάθηση αναπνευστικών ασκήσεων.

- Εδραίωση απαλών επαφών των οργάνων άρθρωσης. Διδάσκονται να κινούν απαλά και χαλαρά τα όργανα της άρθρωσης και να διακινούν ελεύθερα τον αέρα, προκειμένου να μειωθεί η ένταση που μπλοκάρει την παραγωγή των πρώτων ήχων της λέξης.
- Μείωση ρυθμού ομιλίας. Η μείωση αυτή διευκολύνει τον συντονισμό των οργάνων παραγωγής λόγου και αναπνοής για να επιτευχθεί λεκτική ευχέρεια. Ο ειδικός παρέχει ένα συνεχές μοντέλο αργού ρυθμού ομιλίας και σωματικών κινήσεων.
- Μείωση αποφευκτικών συμπεριφορών. Ύστερα από τον εντοπισμό των συμπεριφορών αποφυγής από τον ειδικό, αυτός εξηγεί στο παιδί τις συνέπειες αυτής του της συμπεριφοράς σε σχέση με τη ροή στο λόγο του, προκειμένου να σκηθεί στη μείωση αυτών.
- Ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στην ομιλία. Για τους εφήβους με τραυλισμό ο συγκεκριμένος στόχος ανάπτυξης επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι εξέχουσα σημασίας διότι η ανάπτυξη των θετικών στάσεων (μέσα από αλλαγές συναισθημάτων και σκέψεων) σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Η ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων, και η τροποποίηση των αντιλήψεων που αφορούν την εικόνα που έχει ο έφηβος για τον εαυτό του ως ομιλητή οδηγούν σε αύξηση της αυτοεκτίμησης κάτι το οποίο αποτελεί βασικό τομέα στην θεραπευτική διαδικασία (Κότσιρα, 2015).

Αντιμετώπιση τραυλισμού στην ενηλικίωση: Προφανώς μιλάμε για μια πολυσύνθετη διαταραχή και λόγω αυτού, δεν μπορούμε να θεωρήσουμε ότι υπάρχει μονόδρομος στη θεραπεία της. Το σίγουρο είναι ότι η εν λόγω διαταραχή απαιτεί ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο θεραπευτικής παρέμβασης. Κανείς δεν μπορεί να εγγυηθεί την οριστική απομάκρυνση του τραυλισμού. Θα ήταν υπερβολικό και ανεπαρκές απέναντι στον πάσχοντα και την οικογένειά του. Είναι σημαντικό να μην ξεχνάμε εξάλλου στην ενήλικη ζωή, μιλάμε για μια θεραπεία συγκαλύψεως. Γι' αυτό μόνο η έγκαιρη και ενδεδειγμένη αξιολόγηση και παρέμβαση, βασισμένη στις ανάγκες και ικανότητες του ατόμου με τραυλισμό, θα καλύψουν τις ανάγκες μιας τέτοιας θεραπείας. Η συμμετοχή του ατόμου με την διαταραχή αλλά και του συσχετιζόμενου περιβάλλοντός του είναι επιτακτική. Κάθε ασθενής χρειάζεται τη σωστή καθοδήγηση και συμβουλευτική για μια διαταραχή που είναι

μεν σύνθετη αλλά όχι μη αντιμετωπίσιμη. Η θεραπεία των ενηλίκων δεν είναι πολύπλοκη, αλλά εξαρτάται από την σοβαρότητα του τραυλισμού. Κάποιες θεραπείες είναι απλές με γρήγορα αποτελέσματα, ενώ κάποιες άλλες απαιτούν περισσότερο χρόνο αλλά με εξίσου ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η επιτυχημένη παρέμβαση εξαρτάται και από το κίνητρο και τη διάθεση για συνεργασία. Παρότι καμία θεραπεία δεν οδηγεί σε πλήρη και μόνιμη αποκατάσταση της ομιλίας, ο ενήλικας που τραυλίζει μπορεί να καταφέρει:

1. Σημαντική αύξηση της ευφράδειας
2. Μείωση της συχνότητας και έντασης των στιγμών του τραυλισμού
3. Ευκολότερη και αποτελεσματικότερη επικοινωνία
4. Θετική αλλαγή ρολου, στάσης και συμπεριφοράς στην επικοινωνία
5. Ευκολότερη συναναστροφή με τους άλλους ανθρώπους

Η θεραπεία θα πρέπει να ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένα αιτήματα του ατόμου που τραυλίζει, που σε αυτή την ηλικία μπορεί να είναι πολύ συγκεκριμένα, όπως για παράδειγμα η ομιλία σε ακροατήριο, στο τηλέφωνο ή σε συνέντευξη για δουλειά και να αυξάνει την λειτουργικότητα του ατόμου στους σημαντικούς για αυτόν τομείς της καθημερινότητάς του. Ο τραυλισμός κάθε ενήλικα είναι διαφορετικός. Διαφορετικές προσεγγίσεις εξυπηρετούν διαφορετικά αιτήματα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις έχουν και διαφορετικά αποτελέσματα. Επίσης, πολλά άτομα που έχουν δεχτεί θεραπεία παλαιότερα, χωρίς επιτυχημένα αποτελέσματα πιστεύουν πως αν δεχτούν μια νεότερη θεραπεία θα έχουν το ίδιο αποτέλεσμα. Αυτό είναι λάθος, διότι οι θεραπευτικές προσεγγίσεις ποικίλουν και τα αποτελέσματά τους επίσης (Πελεκάνος, 2014).

Ομαδική θεραπεία: Σύμφωνα με τον Yairi and Seery (2011), είναι μία μορφή θεραπείας που προτείνεται για εφήβους και ενήλικες με θετικές και αρνητικές επιπτώσεις.

Πλεονεκτήματα:

- Προσβάσιμο περιβάλλον για γενίκευση των αποκτημένων ικανοτήτων από την ατομική θεραπεία
- Μοίρασμα κοινών εμπειριών

- Ρεαλιστικό περιβάλλον επικοινωνίας
- Τυπικές δυσροές και αντιμετώπισή τους με μαθημένες τεχνικές μπροστά σε άλλους.

Μειονεκτήματα:

- Λιγότερο ατομική προσοχή από τον κλινικό
- Διαφορετικά επίπεδα βελτίωσης
- Πιο αργή βελτίωση

Για να μπορέσει να δημιουργηθεί μια ομάδα θεραπείας θα πρέπει:

- Αριθμός μελών 5-10
- Παρόμοιες ηλικίες, ίσως και φύλο ανάλογα με τις ηλικίες
- Παρόμοιο γνωστικό και γλωσσικό υπόβαθρο
- Παρόμοιο θεραπευτικό επίπεδο (Zebrowski & Kelly, 2002).

4.7 Θεραπευτικά προγράμματα για τον τραυλισμό

Palin Parent-Child Interaction (PCI): Πρόκειται για ένα πρόγραμμα παρέμβασης για παιδιά έως 7 ετών (Eyberg, 2004). Αναπτύχθηκε από το κλινικό κέντρο θεραπείας του Michael Palin στο Ηνωμένο Βασίλειο. Και σε αυτό το πρόγραμμα θεραπείας δίνεται έμφαση στο ρόλο των γονέων. Στόχος είναι η κατανόηση και γνώση των γονέων για τον τραυλισμό, η μείωση του άγχους και η μείωση εμμέσως των επεισοδίων τραυλισμού του παιδιού (Boggs, Eyberg, Edwards, Rayfield, Jacobs, Bagher & Hood, 2004).

Το πρόγραμμα βασίζεται στην πεποίθηση ότι ο τραυλισμός είναι πολυπαραγοντικός. Γίνεται ανατροφοδότηση των γονέων από τον κλινικό με βιντεοσκοπημένες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονέων και του παιδιού τους. Οι γονείς εφοδιάζονται με πληροφορίες για αποτελεσματικές και μη τεχνικές αλληλεπίδρασης και στοχοποιούνται οι πρώτες. Και σε αυτό το πρόγραμμα είναι προαπαιτούμενη η ειδική εκπαίδευση (Boggs et al., 2004).

Η προσέγγιση του προγράμματος αρχίζει με μία ενδελεχή αξιολόγηση των ικανοτήτων και των αναγκών του παιδιού. Αξιολογούνται ο αντιληπτικός και εκφραστικός λόγος, η

άρθρωση, ο ρυθμός της ομιλίας, οι κοινωνικές δεξιότητες και η ευαισθησία. Αυτό δίνει μια εικόνα των αδυναμιών που ενδεχομένως συμβάλλουν στον τραυλισμό. Βιντεοσκοποούνται οι γονείς και το παιδί την ώρα που παίζουν και αυτό στη συνέχεια αναλύεται ώστε να εντοπιστούν εκείνοι οι τρόποι αλληλεπίδρασης που ενισχύουν την ευχέρεια και εκείνοι που πρέπει να αναπτυχθούν περισσότερο (Boggs, Eyberg, Edwards, Rayfield, Jacobs, Bagher & Hood, 2004).

Η συνέντευξη με τους γονείς αντλεί πληροφορίες για το παιδί και την ευχέρεια που έχει στο οικογενειακό του περιβάλλον και αναζητούνται οι ιδέες που έχουν οι γονείς για τυχόν παράγοντες που ενισχύουν την ευχέρεια στη ροή της ομιλίας. Οι ιδέες των γονέων εκτιμώνται και λαμβάνονται υπόψη στη θεραπεία. Ο ειδικός τονίζει στους γονείς ότι τίποτε από όσα έχουν κάνει εκείνοι δεν αποτελούν αιτία του τραυλισμού του παιδιού τους, αλλά ότι η συμμετοχή τους στη θεραπεία είναι θεμελιώδους σημασίας για την επιτυχία της.

Οι συνεδρίες γίνονται με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα και για έξι εβδομάδες. Στη συνεδρία, ο θεραπευτής βλέπει μαζί με τους γονείς ένα βίντεο με την αλληλεπίδρασή τους. Τους ζητά να σχολιάσουν τι από εκείνα που κάνουν ήδη βοηθάει το παιδί, όπως το να μιλούν πιο αργά ή να σταματούν για λίγα δευτερόλεπτα αφού το παιδί ολοκληρώσει κάτι που έλεγε, αντί να μιλούν αμέσως μετά από αυτό. Οι γονείς και ο θεραπευτής επιλέγουν από κοινού έναν στόχο, όπως το να αυξήσουν το διάστημα της παύσης πριν ξεκινήσουν να μιλούν εκείνοι και αφού έχει μόλις πει κάτι το παιδί. Στο σπίτι, οι γονείς εργάζονται πάνω στο νέο στόχο μαζί με το παιδί καθημερινά, σε πεντάλεπτες συνεδρίες εξάσκησης.

Παρότι περισσότερη έμφαση δίνεται στις επικοινωνιακές τους αλληλεπιδράσεις, οι γονείς μαθαίνουν επίσης να επιβραβεύουν κι άλλες δεξιότητες προκειμένου να ενισχύσουν την αυτοπεποίθηση του παιδιού. Παρουσιάζονται επίσης άλλες "οικογενειακές στρατηγικές", όπως η διαδοχή σειράς και η διαχείριση της ευαισθησίας ή της τελειομανίας (Boggs, Eyberg, Edwards, Rayfield, Jacobs, Bagher & Hood, 2004).

Έπειτα από έξι εβδομάδες συναντήσεων οι γονείς δουλεύουν μόνοι τους στο σπίτι για έξι επιπλέον εβδομάδες, ώστε να "εμπεδώσουν" τις νέες συμπεριφορές τους. Στο τέλος των έξι εβδομάδων εμπέδωσης, η οικογένεια συναντιέται με τον θεραπευτή για να συζητήσουν την πρόοδο. Αν η ευχέρεια του παιδιού έχει βελτιωθεί σημαντικά και εξακολουθεί να

βελτιώνεται ακόμη, οι γονείς θα πρέπει να συνεχίσουν να δουλεύουν πάνω στις αλλαγές που κάνουν και μια νέα συζήτηση προγραμματίζεται έξι εβδομάδες μετά. Αν η ευχέρεια του παιδιού δεν βελτιώνεται, γίνεται περισσότερη άμεση θεραπεία, όπως για παράδειγμα χρησιμοποιώντας τις "στρατηγικές με το παιδί" που βασίζονται στο πρόγραμμα Lidcombe, το οποίο θα αναφερθεί παρακάτω (Boggs, Eyberg, Edwards, Rayfield, Jacobs, Bagher & Hood, 2004).

Η ευχέρεια στη ροή της ομιλίας του παιδιού παρακολουθείται τουλάχιστον για έναν χρόνο. Οι κλινικοί ερευνητές στο Michael Palin Center έδειξαν ότι τα έμμεσα συστατικά αυτής της προσέγγισης (αλληλεπίδραση και στρατηγικές της οικογένειας) μπορούν να μειώσουν αποτελεσματικά τη συχνότητα του τραυλισμού στα παιδιά. Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία ότι η προσέγγιση αυτή μπορεί να μειώσει την επίδραση του τραυλισμού τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς και να αυξήσει τους βαθμούς των γονέων ως προς την γνώση και την αυτοπεποίθησή τους σε σχέση με τη διαχείριση του τραυλισμού (Starkweather et al., 1990).

Πρόγραμμα Lidcombe: Πρόκειται για ένα πρόγραμμα παρέμβασης με άμεσες θεραπευτικές τεχνικές, στηριζόμενο κυρίως στη μορφοποίηση της ροής. Αναπτύχθηκε από την Αυστραλία και συγκεκριμένα από την ομάδα του ερευνητή και κλινικού Mark Onslow. Έχουν γίνει σχετικές έρευνες για την αποτελεσματικότητά του στην Ευρώπη και στην Αμερική.

Αρχικά, σχεδιάστηκε για παιδιά έως 6 ετών, προοδευτικά εφαρμόστηκε και σε μεγαλύτερα παιδιά αν και όχι με την ίδια αποτελεσματικότητα. Σηματική είναι η συμμετοχή των γονέων και των οικείων. Οι γονείς λειτουργούν ως φορείς της θεραπευτικής παρέμβασης από τη στιγμή της αξιολόγησης της ομιλίας του παιδιού μέχρι και τη διαδικασία της γενίκευσης. Ο κλινικός ενημερώνει για την διαδικασία της αξιολόγησης και τα ευρήματα και κατόπιν εκαπιδεύει τους γονείς στη χρήση του προγράμματος στο σπίτι και σε φυσικά περιβάλλοντα (Hayhow, 2009, 20).

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει την δημιουργία 15-20 λεπτών δομημένων δραστηριοτήτων καθημερινά. Οι ευχερείς εκφορές ανταμείβονται με λεκτικές επιβραβεύσεις από τους γονείς. Εκφορές με στιγμές τραυλισμού αντιμετωπίζονται ουδέτερα ή επισημαίνονται σε μικρότερο βαθμό. Ο κλινικός λειτουργεί ως καθοδηγητής των γονέων και πραγματοποιεί

εβδομαδιαία συνάντηση μαζί τους για την παροχή κλιμάκων αξιολόγησης από το σπίτι. Αναγκαία είναι η ειδική εκπαίδευση από εκπαιδευτές του προγράμματος. Το πρόγραμμα δεν προτείνεται ως άμεση επιλογή παρέμβασης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας που δεν έχουν επίγνωση (Schwenk et al., 2007).

Αυτό το θεραπευτικό πρόγραμμα αναλύεται σε δύο στάδια ως εξής:

Στάδιο 1^ο: Το πρώτο στάδιο του προγράμματος αποτελείται από την πρώτη επίσκεψη του γονέα του παιδιού στο κλινικό πλαίσιο προκειμένου να εκπληρωθούν τρεις στόχοι:

1. Να αξιολογηθεί ο τραυλισμός του παιδιού
2. Να εξηγήσει ο κλινικός την κλίμακα μέτρησης σοβαρότητας (ΚΜΣ) στον γονέα
3. Να εκπαιδεύσει τον γονέα στον σχεδιασμό καθημερινών θεραπευτικών συζητήσεων.

Οι επισκέψεις σε αυτό το στάδιο διαρκούν συνήθως μία ώρα. Η αξιολόγηση του τραυλισμού του παιδιού γίνεται μετρώντας τις συλλαβές με τραυλισμό που προκύπτουν κατά τη διάρκεια συζήτησης ανάμεσα στο παιδί, τον γονέα και τον κλινικό όση ώρα παίζουν ένα παιχνίδι που απολαμβάνει το παιδί. Για να είναι το δείγμα αξιόπιστο, πρέπει να αξιολογήσουμε περίπου 300 συλλαβές ομιλίας του παιδιού τις οποίες συλλέγουμε συνήθως με μια δραστηριότητα δέκα λεπτών. Η μέτρηση του ποσοστού των συλλαβών είναι καλύτερα να γίνεται χρησιμοποιώντας είτε ένα χρονόμετρο και μία αριθμομηχανή, είτε τον φορητό μετρητή συλλαβών. Δεν προσπαθούμε να κρύψουμε ότι αξιολογούμε την ομιλία του παιδιού. Στο τέλος της αξιολόγησης ο κλινικός ενημερώνει τον γονέα για το αποτέλεσμα και συζητούν κατά πόσο μοιάζει με την ομιλία του παιδιού σε άλλες συνθήκες.

Η κλίμακα μέτρησης σοβαρότητας (ΚΜΣ) χρησιμοποιείται καθημερινά και από τους γονείς για να αξιολογήσουν τον τραυλισμό του παιδιού στο σπίτι. Πρόκειται για μια κλίμακα 10 πόντων. Το νούμερο 1 αντιπροσωπεύει την απουσία τραυλισμού, το 2 αντιπροσωπεύει τον εξαιρετικά ήπιο τραυλισμό και το 10 αντιπροσωπεύει τον εξαιρετικά σοβαρό τραυλισμό (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O' Brian, MacMillan, Liloyd, 2016).

Τέλος στην πρώτη επίσκεψη στον κλινικό ο θεραπευτής εκπαιδεύει τον γονέα στο πως να πραγματοποιεί καθημερινά δομημένες θεραπευτικές συζητήσεις. Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς να δημιουργούν συνθήκες που όχι μόνο είναι ευχάριστες για το παιδί, αλλά και το παρακινούν για ευχερή ομιλία.

Οι δομημένες συζητήσεις περιλαμβάνουν έναν σημαντικό αριθμό εναλλακτικών λεκτικών αντιδράσεων για ευχέρεια στη ροή της ομιλίας του παιδιού. Είναι σημαντικό να γίνει ένα σχόλιο σχετικό με την ευχερή ομιλία του παιδιού παρά ένα γενικό επαινετικό σχόλιο (Guitar, 2006).

Στα παιδιά με πιο σοβαρό τραυλισμό οι δομημένες συζητήσεις ξεκινούν με μονοσύλλαβες λέξεις ή επανάληψη της λέξης από το παιδί μετά τον θεραπευτή. Τα παιδιά με ηπιότερο τραυλισμό προχωρούν γρήγορα από τις μονοσύλλαβες λέξεις σε φράσεις και λέξεις με σημασία και από εκεί στις προτάσεις τριών ή τεσσάρων λέξεων (Guitar, 2006).

Οι επόμενες επισκέψεις στο κλινικό πλαίσιο έχουν τους εξής τρεις στόχους:

1. Αξιολόγηση του τραυλισμού του παιδιού
2. Συζήτηση για την τρέχουσα πρόοδο
3. Εισαγωγή νέων πρακτικών όταν πρέπει

Κάθε συνεδρία ξεκινά με την αξιολόγηση του τραυλισμού του παιδιού από τον θεραπευτή και τον γονέα με την κλίμακα μέτρησης σοβαρότητας (ΚΜΣ). Η αξιολόγηση ολοκληρώνεται όταν έχει συγκεντρωθεί αρκετό δείγμα ομιλίας διαλόγου του παιδιού με τον γονέα και τον θεραπευτή. Οι ακριβείς ΜΣ του γονέα είναι σημαντικές για την ακεραιότητα του θεραπευτικού προγράμματος. Αυτές οι μετρήσεις μαζί με τον θεραπευτή καθορίζουν αν η θεραπεία προχωράει με επιτυχία και σηματοδοτούν πότε πρέπει να μειθούν οι δομημένες θεραπευτικές συζητήσεις και να αντικατασταθούν από την θεραπεία με ελεύθερες, μη δομημένες συζητήσεις.

Δεν υπάρχει καμία προσπάθεια να μην ακούσει το παιδί τη συζήτηση του γονέα με τον θεραπευτή για τον τραυλισμό του. Ο ρεαλιστικός τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής και ο γονέας συζητούν για την ομιλία του παιδιού φαίνεται ότι τελικά βοηθάει τον γονέα και το παιδί να είναι λιγότερο ανήσυχοι για τον τραυλισμό του παιδιού και μάλλον μειώνει κάθε ίχνος ντροπής που μπορεί να νιώθει το παιδί για την δυσκολία του.

Όταν παρατηρηθεί ικανοποιητική πρόοδος και οι μετρήσεις του σπιτιού και οι αξιολογήσεις στο κλινικό πλαίσιο δείχνουν ότι το παιδί αποκτά όλο και περισσότερη ευχέρεια στη ροή της ομιλίας του, μπορούν να εισαχθούν νέες θεραπευτικές πρακτικές. Όταν ο γονέας ενισχύει κατάλληλα την ευχέρεια στη ροή της ομιλίας του παιδιού μπορεί να εκπαιδευτεί στη χρήση εναλλακτικών λεκτικών αντιδράσεων και για τα επεισόδια τραυλισμού. Η πιο ήπια μορφή τους είναι η λεκτική αναγώριση ενός αδιαμφισβήτητου επεισοδίου τραυλισμού και όχι μιας φυσιολογικής δυσροής. Ο κλινικός παρουσιάζει με παράδειγμα τον τρόπο αναγνώρισης του επεισοδίου χρησιμοποιώντας σχόλια όπως, "αυτό δεν ήταν πολύ άνετο" ή "αυτό ήταν κάπως ανώμαλο". Σχολιάζουμε χαλαρά αμέσως μετά το επεισόδιο τραυλισμού, χωρίς καμία αρνητική χροιά στη φωνή μας. Στην επόμενη εβδομαδιαία συνάντηση, προσθέτουμε την εναλλακτική λεκτική αντίδραση "αίτημα για αυτοδιόρθωση" ενός αδιαμφισβήτητου επεισοδίου τραυλισμού. Ο γονέας δηλαδή, ζητάει από το παιδί να ξαναπεί τη λέξη στην οποία τραύλισε λέγοντας του π.χ. "Μπορείς να ξανά πεις εγώ;", αν η λέξη που τραύλισε ήταν η λέξη "εγώ". Αυτά τα αιτήματα διατυπώνονται με έναν θετικό, υποστηρικτικό τρόπο, γι' αυτό είναι σημαντικό ο γονέας να εξασκείται σε αυτές τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις έπειτα από επίδειξη του θεραπευτή.

Όταν το παιδί επαναλάβει τη λέξη με ευχέρεια, ο γονέας πρέπει να επαινέσει την αυτοδιόρθωση με σχόλια όπως, "μπράβο, είπες ομαλά τη λέξη". Αν το παιδί αγνοεί το αίτημα του γονέα για αυτοδιόρθωση ή αρνείται, ο γονέας πρέπει να συνεχίσει.

Στις επόμενες εβδομάδες ο θεραπευτής ελέγχει την πρόοδο του παιδιού και εξασφαλίζει ότι ο γονέας χρησιμοποιεί τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις αποτελεσματικά. Ο θεραπευτής, επίσης, ελέγχει αν το παιδί απολαμβάνει τις θεραπευτικές δομημένες συζητήσεις και αν ανταποκρίνεται καλά στις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις για την ευχερή ομιλία και για τον τραυλισμό. Επειδή κάθε παιδί και η οικογένειά του είναι διαφορετική, το πρόγραμμα πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε περίπτωση (Packman, Onslow, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brain, MacMillan, Lloyd, 2016).

Η μετάβαση από τις δομημένες συζητήσεις στις μη δομημένες (ελεύθερες) θεραπευτικές συζητήσεις μπορεί να γίνει σταδιακά, όταν η θεραπεία έχει προχωρήσει ικανοποιητικά για δύο τρεις εβδομάδες και η ΜΣ δείχνουν βελτίωση. Επομένως, οι εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις του επαίνου, της αναγνώρισης των επεισοδίων τραυλισμού και των αιτημάτων για διόρθωση μπορούν πλέον να δίνονται στις συνηθισμένες καθημερινές συζητήσεις,

όπως κατά τη διάρκεια των γευμάτων, στο αυτοκίνητο ή στο παιχνίδι. Όταν εισάγουμε για πρώτη φορά τη θεραπεία με ελεύθερες συζητήσεις, συνήθως συνεχίζουμε παράλληλα και τη δομημένη θεραπεία για λίγο χρονικό διάστημα, ώστε η μετάβαση να είναι εύκολη. Όταν η μη δομημένη θεραπεία εξελίσσεται καλά για μία ή δύο εβδομάδες και ο τραυλισμός συνεχίζει να μειώνεται, οι δομημένες συνεδρίες μπορούν να ελαττωθούν.

Κατά τη διάρκεια των μη δομημένων συζητήσεων είναι σημαντικό οι εναλλακτικές αντιδράσεις να μη δίνονται αδιακρίτως όλη τη μέρα, αλλά να χρησιμοποιούνται στην αρχή επιλεκτικά, ώστε ο γονέας να κρίνει την αντίδραση του παιδιού σε αυτές. Αν το παιδί αντιδρά ικανοποιητικά, όπως γίνεται, συνήθως, ο γονέας μπορεί να χρησιμοποιεί τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις σε όλο και περισσότερες συζητήσεις και ταυτόχρονα πρέπει να εξασφαλίζει ότι το παιδί δεν πνίγεται από την τόσο συχνή προσοχή που δίνεται στην ομιλία του. Το παιδί πρέπει, για το καλό του, να νιώθει ότι η συζήτηση κυλά φυσιολογικά χωρίς να αισθάνεται ότι αξιολογείται για καθετί που λέει. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα ευαίσθητα παιδιά.

Ένα άλλο ζήτημα είναι σχετικό με το άτομο που πραγματοποιεί τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις. Παρόλο που ο ένας γονέας πραγματοποιεί τη δομημένη θεραπεία και οι δύο γονείς, ακόμη και άλλα μέλη της οικογένειας, μπορεί να εμπλέκονται στη μη δομημένη θεραπεία. Όταν συμβαίνει αυτό, πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή και να προσαρμόζεται το πρόγραμμα σε κάθε οικογένεια.

Η μη δομημένη κατ'οίκον θεραπεία και οι εβδομαδιαίες συναντήσεις στην κλινική συνεχίζουν μέχρι το παιδί να έχει ουσιαστικά ευχέρεια στη ροή της ομιλίας του για να μπορεί να μεταβεί στο 2^ο στάδιο. Αυτό συμβαίνει όταν πληρούνται δύο κριτήρια: α) οι ΜΣ του γονέα κυμαίνονται ανάμεσα στο 1 και το 2 για τρεις εβδομάδες στη σειρά και τουλάχιστον τέσσερις βαθμολογίες είναι στο 1 της κλίμακας και β) οι ΜΣ του θεραπευτή για όλη τη διάρκεια της επίσκεψης στο κλινικό πλαίσιο είναι στο 1 και στο 2 για το διάστημα αυτών των τριών εβδομάδων. Είναι πολύ σημαντικό να πληρούνται αυτά τα κριτήρια, αν επιθυμούμε να διατηρηθεί η ευχέρεια στη ροή μετά τη θεραπεία. Αν ο θεραπευτής έχει αμφιβολίες για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των ΜΣ του γονέα, πρέπει να ζητήσει από τον γονέα να φέρει ένα ηχογραφημένο ή βιντεοσκοπημένο δείγμα της ομιλίας του παιδιού στο σπίτι για να επιβεβαιωθεί ότι πληρούνται τα κριτήρια

(Packman, Onslow, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brain, MacMillan, Lloyd, 2016).

Στάδιο 2^ο: Ένα από τα πιο σημαντικά συστατικά στοιχεία του προγράμματος Lidcombe είναι η διαδικασία της συντήρησης. Επειδή η υποτροπή είναι συνηθισμένη στη θεραπεία του τραυλισμού, οι γονείς ενημερώνονται όταν ξεκινούν το 1^ο στάδιο του προγράμματος ότι είναι ζωτικής σημασίας να συνεχίσουν να δουλεύουν με τον θεραπευτή μέχρι την ολοκλήρωση του 2^{ου} σταδίου.

Το στάδιο 2 περιλαμβάνει 30λεπτες επισκέψεις στο κλινικό πλαίσιο όπου οργανώνονται σε σταδιακά όλο και μεγαλύτερα διαστήματα. Ουσιαστικά, γίνονται δύο επισκέψεις ανά τέσσερις εβδομάδες, δύο επισκέψεις ανά οχτώ εβδομάδες και στο τέλος μία επίσκεψη μετά από δεκαέξι εβδομάδες. Σε αυτό το χρονικό διάστημα, οι γονείς συνεχίζουν να παρέχουν εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις στην ευχέρεια της ομιλίας και στον τραυλισμό όπως και στο προηγούμενο στάδιο και συνεχίζουν να συμπληρώνουν την ΜΣ, αλλά ο θεραπευτής συμβουλεύει τους γονείς να μειώνουν σταδιακά τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις μέχρι να σταματήσουν οριστικά. Για να τηρηθεί το πρόγραμμα των επισκέψεων, το παιδί πρέπει να διατηρεί το ίδιο επίπεδο ευχέρειας στη ροή του με αυτό που είχε κατακτήσει όταν ξεκίνησε το δεύτερο στάδιο.

Σε κάθε επίσκεψη, ο γονέας και ο θεραπευτής αποφασίζουν αν θα συνεχίσουν τη μείωση της συχνότητας των επισκέψεων ή αν θα κάνουν κάποιες αλλαγές, όπως να διατηρήσουν τη συγκεκριμένη συχνότητα επισκέψεων, να διατηρήσουν τις ελεύθερες θεραπευτικές συζητήσεις ή να επαναφέρουν τη δομημένη και τη μη δομημένη θεραπεία. Τα περισσότερα παιδιά ολοκληρώνουν στο 2^ο στάδιο σε ένα περίπου χρόνο. Αν και μπορεί να προκύψουν μικρές υποτροπές, οι γονείς συνήθως μπορούν να αξιολογήσουν με ευκρίνεια ποιες αλλαγές πρέπει να γίνουν για να επαναφέρουν στο παιδί ευχερή ουσιαστικά ομιλία (Packman, Onslow, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brain, MacMillan, Lloyd, 2016).

Επίλυση προβλημάτων: Είναι συνηθισμένο να προκύπτουν μικρά προβλήματα κατά τη διάρκεια των σταδίων 1 και 2. Μερικές φορές, η πρόοδος προς την κατάκτηση της ευχέρειας αργοπορεί για μερικές εβδομάδες ή η πρόοδος που έχει κατακτηθεί στιγμιαία χάνεται. Σε αυτή τη περίπτωση ο ειδικός συζητάει με τους γονείς αν έχει αλλάξει κάτι στη

ζωή του παιδιού ή στον τρόπο που εφαρμόζουν τη θεραπεία. Διαφορετικά, μπορεί ο γονέας να μην έχει αντιληφθεί σωστά κάποιες πλευρές της θεραπείας.

Ενδεικτικά πράγματα που μπορεί να μην γίνονται σωστά είναι:

1. Οι γονείς μπορεί να μην είναι αρκετά προσεκτικοί στον τακτικό έπαινο της ομιλίας με ευχέρεια, οπότε έχουν λιγότερες θετικές ενισχύσεις από ότι αιτήματα για διόρθωση
2. Οι γονείς παραμελούν τη σταθερότητα των δομημένων θεραπευτικών συζητήσεων, οπότε έτσι χάνονται κάποιες μέρες
3. Άλλα μέλη της οικογένειας στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν κάνουν λάθη στη χρήση των εναλλακτικών λεκτικών αντιδράσεων, διότι δεν έχουν εκπαιδευτεί
4. Το παιδί είναι υπερβολικά ευαίσθητο στις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις και ζητά από τον γονέα να τις σταματήσει
5. Μερικά παιδιά που τραυλίζουν υπερβολικά στην αρχή της θεραπείας έχουν δυσκολία στην γενίκευση ικανοποιητικής ευχέρειας σε δομημένες συνεδρίες.

Τα προβλήματα που προκύπτουν από κακή κατανόηση των παραμέτρων της θεραπείας μπορούν συνήθως να αντιμετωπισθούν με υποστηρικτική ανατροφοδότηση και καθοδήγηση του γονέα καθώς και με την επίδειξη της κατάλληλης συμπεριφοράς από τον ειδικό. Για άλλα ζητήματα, όπως η σταθερότητα στην πραγματοποίηση της θεραπείας ίσως χρειάζεται ο θεραπευτής και ο γονέας να σκεφτούν πως μπορεί η θεραπεία να υλοποιείται τακτικά. Αν το παιδί δεν απολαμβάνει τις συζητήσεις, η πρόοδος θα σταματήσει.

Κάποια παιδιά που είναι ευαίσθητα δεν προτιμούν τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις, αλλά το κλείσιμο του ματιού ή το σήμα του "όλα καλά" με τον αντίχειρα προς τα πάνω έπειτα από αρκετά εκφωνήματα που ειπώθηκαν με ευχέρεια και μια σύντομη βλεμματική επαφή έπειτα από ένα επεισόδιο τραυλισμού. Στην περίπτωση των παιδιών με μέτριο ή προχωρημένο/σοβαρό τραυλισμό, είναι σημαντικό να δομηθούν οι θεραπευτικές τους συζητήσεις έτσι ώστε το παιδί να έχει κυρίως ευχέρεια στην ομιλία του και περιστασιακά μόνο επεισόδια τραυλισμού. Στις θεραπευτικές συζητήσεις στο σπίτι, ο γονέας μπορεί να δείξει στο παιδί τι ακριβώς του ζητά να κάνει και να συνεχίσει να χρησιμοποιεί άλλες ενισχύσεις για να ελέγχει την ομιλία του παιδιού.

Το πρόγραμμα Lidcombe είναι μια αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί, αφού έχει προηγηθεί εκπαίδευση από εργαστήριο που οργανώνει το πρόγραμμα εκπαίδευσης του Ιδρύματος Lidcombe (Packman, Onslow, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brain, MacMillan, Lloyd, 2016).

Αποτελέσματα: Ένα πλήθος ερευνών είχε αναφέρει ότι το πρόγραμμα Lidcombe είναι αποτελεσματικό στην εξάλειψη του τραυλισμού στα περισσότερα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Τα αποτελέσματα μιας διαχρονικής μελέτης σε 42 παιδιά που θεραπεύτηκαν με το πρόγραμμα έδειξαν ότι ο τραυλισμός τους βρισκόταν κοντά στο επίπεδο μηδέν έπειτα από τέσσερα ως επτά χρόνια μετά τη θεραπεία (Lincoln & Onslow, 1997).

Οι Miller και Guitar (2009), έδειξαν ότι το πρόγραμμα ήταν πολύ αποτελεσματικό όταν εφαρμόστηκε από τελειόφοιτους φοιτητές που εποπτεύονταν έχοντας εξαιρετικά αποτελέσματα σε 15 παιδιά που είχαν πιο σοβαρό τραυλισμό πριν τη θεραπεία χρειάστηκαν περισσότερο χρόνο για να αποκτήσουν ευχέρεια στην ομιλία τους. Αυτή είναι μια χρήσιμη πληροφορία για τους θεραπευτές, γιατί έτσι μπορούν να ενημερώνουν τους γονείς παιδιών με πιο προχωρημένο τραυλισμό ότι η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει 20 συνεδρίες ή και περισσότερο Lidcombe (Packman, Onslow, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brain, MacMillan, Lloyd, 2016, Guitar, 2006).

Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία: Τα τελευταία χρόνια είναι ένα άλλο πρόγραμμα που αποκτάει όλο και μεγαλύτερη κλινική αποδοχή στη θεραπεία του τραυλισμού. Χρησιμοποιείται κυρίως σε παιδιά σχολικής ηλικίας, εφήβους και ενήλικες και συχνά πραγματοποιείται στα πλαίσια ομαδικής θεραπείας. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία βοηθάει το άτομο να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά τις δυσκολίες του μέσα από την προσπάθεια να γίνει πιο ευέλικτο ως προς τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται αυτά που του συμβαίνουν και τον τρόπο που αντιδρά σε αυτές τις καταστάσεις. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την τροποποίηση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων και την άσκηση του στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων. Στην περίπτωση του τραυλισμού, οι γνωσιακές/συμπεριφορικές μέθοδοι επικεντρώνονται στην αλλαγή των προσδοκιών αυτό-αποτελεσματικότητας του ατόμου που τραυλίζει κατά τη λεκτική επικοινωνία. Πιο συγκεκριμένα, ο βασικός στόχος είναι να βοηθήσουν το άτομο

που τραυλίζει να πιστέψει στις ικανότητές του, να αντιδρά αποτελεσματικά στην παρουσία των ενδείξεων, που παλιότερα πυροδοτούσαν την αναμονή εκδήλωσης τραυλισμού. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που, χρειάζεται ειδική εκπαίδευση και εμπειρία πρωτού εφαρμοστεί (Βιρβιδάκη, 2015).

Στάδια και παραδείγματα της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Θεραπείας (Βιρβιδάκη, 2015):

Αναγνώριση του κύκλου συμπεριφορών από το Διδαχή του κύκλου με παραδείγματα αρχικά άσχετα πρόσωπο που τραυλίζει. με την ομιλία και στην συνέχεια σχετιζόμενα.

Αναγνώριση συγκεκριμένων φοβικών καταστάσεων Π.χ "το να μιλά στο τηλέφωνο". που αφορούν στο πρόσωπο που τραυλίζει.

Ερωτήσεις κλινικού για πιθανό αποτέλεσμα και Π.χ "τι μπορεί να συμβεί όταν πας να μιλήσεις στο κατηγοριοποίηση απαντήσεων στον κύκλο τηλέφωνο;" συμπεριφορών.

Ερωτήσεις κλινικού με στόχο να Π.χ "είναι πιθανό να μη σου κλείσουν το τηλέφωνο;". επαναδιαπραγματευτεί το άτομο την κατάσταση.

Ερωτήσεις κλινικού με στόχο να βρει το άτομο Π.χ "αν συνεχίσεις να μιλάς και εξηγήσεις ότι έχεις εναλλακτικές συμπεριφορές. μικρή δυσκολία στην ομιλία, τι μπορεί να συμβεί;".

Πρόγραμμα Fluency Plus: Το πρόγραμμα αυτό, είναι ένα εντατικό πρόγραμμα θεραπείας που αναπτύχθηκε στο Κέντρο Τραυλισμού του Τορόντο στον Καναδά από τον κλινικό και ερευνητή Kroll και έχει πολλές ομοιότητες με το Camperdown. Και αυτό το πρόγραμμα σχεδιάστηκε για να εφαρμόζεται κυρίως σε εφήβους και ενήλικες. Στόχος του προγράμματος είναι το άτομο να αναπτύξει ικανότητες που το επιτρέπουν να μιλάει με ελάχιστα ή μηδαμινά αρνητικά συναισθήματα.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι:

- Τεχνικές τροποποίησης της ομιλίας
- Εφαρμογή γνωσιακής θεραπείας για την αντιμετώπιση του τραυλισμού και διάφορων επικοινωνιακών δυσκολιών
- Εκμάθηση ικανοτήτων επίλυσης προβλημάτων με στόχο την διατήρηση των ήδη αποκτειθέντων ικανοτήτων.

Η βασική διαφορά ανάμεσα στο Fluency και το Camperdown είναι ότι το πρώτο απαιτεί τη δέσμευση του ατόμου για ένα χρόνο και περιλαμβάνει εντατικές συνεδρίες από την αρχή (4 ώρες κάθε μέρα για 3 εβδομάδες) και συνεχίζει με πιο αραιές συνεδρίες (Kroll & scott, 2010).

Demand 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:

1^η Φάση: 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.

2^η Φάση: 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.

3^η Φάση: 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 φάσεις που ανφέρθηκαν 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 τον 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 τον 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. Η θεωρητική του βάση εντοπίζεται στις αρχές της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (Cognitive-Behavioral Therapy- CBT), και των θεραπευτικών προγραμμάτων Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), (Eyberg et al., 1999, Kelman & Nicholaw, 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 συμφιλιωθεί με τον ποντικό που προκαλεί προβλήματα στο “Κέντρο του νου” του και προκαλεί την εκδήλωση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Furlaw & Marousow, 2015). Κατά τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας χρησιμοποιεί βοηθούς και εργαλεία, ενώ παράλληλα εκτελεί αποστολές και πειράματα. 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. Οι γονείς έχουν με την σειρά τους τους δικούς τους στόχους, που αφορούν στη διαχείριση των συναισθημάτων τους και στην υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών. Ο κεντρικός 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 (Furlas & Marousos, 2015).

Κατά τη πρώτη συνεδρία του προγράμματος πραγματοποιείται αξιολόγηση της σοβαρότητας και των δυνατοτήτων του παιδιού αλλά και του οικογενειακού πλαισίου. 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. Όταν παρατηρείται περιορισμένη διάθεση και κίνητρο από τους γονείς, δίνεται έμφαση στην δική τους "εξιδίκευση" ως γονείς του παιδιού, ενώ υπογραμμίζεται ο ρόλος τους ως συν-θεραπευτές και βασικοί πυλώνες για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας. Με την ολοκλήρωση αυτών των στόχων ξεκινούν την συμμετοχή στο πρόγραμμα.

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

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 συμμετοχόντων και αλληλεπίδρασης. Ακόμα, παρουσιάζονται οι στόχοι που απορρέουν από τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, που αφορούν στην αναγνώριση των γνωσιακών φάσεων, των γνωστικών παραποιήσεων και της δυνατότητας απάντησης/σχολιασμού 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.

Κατά τη διάρκεια των ενοτήτων που γίνονται στις 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 επιλέον σε τεχνικές ομιλίας με απαλή εκκίνηση, μακρύσυρτη ομιλία, ακύρωση, παύσεις, και τροποποίηση της ομιλίας στην αρχή, στη μέση ή στο τέλος εκφοράς προφορικού λόγου.

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 ενότητες, εργαλεία, επιτραπέζια παιχνίδια, αποστολές και εργασίες. Λίγο πριν την 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.

Camperdown: Το πρόγραμμα αυτό αναπτύχθηκε από τους ίδιους δημιουργούς του προγράμματος Lidcombe (πρόγραμμα θεραπείας για παιδιά). Γενέτειρά του είναι η Αυστραλία όπου χρησιμοποιείται και ευρέως σε ενήλικες και εφήβους με τραυλισμό. Στόχος του προγράμματος είναι να μειωθεί ή και να εξαλειφθεί ο τραυλισμός του ατόμου σε διάφορα επικοινωνιακά περιβάλλοντα και καταστάσεις. Για να επιτευχθεί αυτό, χρησιμοποιούνται τεχνικές μορφοποίησης ροής, αυτό-αξιολογήσεις από τον ασθενή και γνωσιακής προσέγγισης. Συγκεκριμένα το πρόγραμμα αποτελείται από τέσσερα στάδια θεραπείας:

1^ο στάδιο: Οι ασθενείς διαδίδονται τη τεχνική της παρατεταμένης ομιλίας μέσα από ένα βίντεο διδασχής που παρέχεται από τον κλινικό. Προτείνεται μάλιστα και υπερβολή στη χρήση αυτής για ομιλία χωρίς τραυλισμό. Στη συνέχεια ο κλινικός, εκπαιδεύει τον ασθενή στη χρήση μιας βαθμιαίας κλίμακας αξιολόγησης, για την αξιολόγηση της σοβαρότητας του τραυλισμού, αλλά και τη φυσικότητα της ομιλίας του.

2^ο στάδιο: Σε αυτό το στάδιο στόχος είναι η φυσικότητα της καινούριας ομιλίας

3^ο στάδιο: Πραγματοποιούνται ομαδικές συνεδρίες, κατά τις οποίες οι ασθενείς παροτρύνονται να επιλύουν προβλήματα με στόχο τη γενίκευση των προηγούμενων κεκτημένων ικανοτήτων.

4^ο στάδιο: Τέλος το τέταρτο στάδιο αφορά δραστηριότητες που αναπτύσσει ο ασθενής με τον κλινικό και στοχεύουν στη διατήρηση/γενίκευση των ικανοτήτων ευχέρειας.

Ερευνητικές μελέτες φανερώνουν θετικά αποτελέσματα διατηρώντας όμως μια μικρή αμφιβολία διότι οι έρευνες για τα αποτελέσματα έγιναν από τους ίδιους τους δημιουργούς του προγράμματος (Bloodstein, 1995).

Συμπέρασμα

Η διαταραχή του τραυλισμού μπορεί να συσχετιστεί με δυνητικά συγκεχυμένη ορολογία που είναι καλύτερα να αποφευχθεί. Οι παρατηρούμενες συμπεριφορές του τραυλισμού είναι πολλές και περίπλοκες, επομένως είναι κλινικά σημαντικό να υπάρχουν τρόποι για να τους περιγράψουμε με σαφήνεια. Η κατανομή των στιγμών τραυλισμού κατά τη διάρκεια της ομιλούμενης γλώσσας επηρεάζεται γενικά από τα αρχικά των λέξεων και εκείνοι που τραυλίζουν συνήθως βρίσκουν ότι ορισμένοι ήχοι είναι συχνά πιο διακεκριμένοι. Υπάρχουν πολλές καταστάσεις ή εξαλείφουν τον τραυλισμό και πολλές από αυτές χρησιμοποιούνται σε επιτυχείς μεθόδους θεραπείας.

Το τραύλισμα επηρεάζει τους ανθρώπους καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, από την πρώιμη παιδική ηλικία έως τα γηρατειά. Ο τραυλισμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς τομείς. Η διαταραχή προκαλεί συνήθως κοινωνικό άγχος, το οποίο συνδέεται με την αποφυγή της κατάστασης. Η έναρξη του τραυλισμού

εμφανίζεται νωρίς κατά τη διάρκεια των προσχολικών ετών απροσδόκητα, απρόβλεπτα και συχνά γρήγορα. Τα δύο τρίτα έως τα τρία τέταρτα των παιδιών θα ανακάμψουν αργότερα, ωστόσο η πιθανότητα ανάκαμψης μετά την έναρξη του πρώτου έτους είναι χαμηλή.

Η αιτιολόγηση του τραυλισμού βασίζεται σε τέσσερις βασικούς παράγοντες: τους οργανικούς, τους γλωσσικούς, τους συναισθηματικούς και τους περιβαλλοντικούς. Η διευκρίνιση των αιτιών είναι ο στόχος των ειδικών για την διάγνωση και αντιμετώπιση των διαταραχών του λόγου. Με την αναλυτική αξιολόγηση του παιδιού και τις συζητήσεις με τους γονείς μπορούν να παρατηρήσουν ποιοι από τους παράγοντες, που ήδη αναφέραμε, έχουν συμβάλει στη δημιουργία των διαταραχών του λόγου και πιο συγκεκριμένα κατά πόσο επηρεάζει ο κάθε παράγοντας.

Η κλινική μέτρηση είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση των ατόμων καθώς και για την επικοινωνία μαζί τους σχετικά με τον τραυλισμό τους. Είναι επίσης σημαντικό να δηλώνονται οι στόχοι της θεραπείας, να αξιολογείται η πρόοδος και να διαχειρίζεται η διατήρηση αυτών των θεραπευτικών στόχων.

Εάν ένας ενήλικας έχει κλινικά σημαντική ανησυχία μειώνει την πιθανότητα αποτελεσματικής θεραπείας της ομιλίας. Η ηλικία της έναρξης πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και οι έφηβοι που αναζητούν θεραπεία για τον τραυλισμό είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν κλινικά σημαντική ανησυχία. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με τον τραυλισμό αρχίζουν νωρίς κατά τη διάρκεια της ζωής. Κατά συνέπεια μετά από τη διάγνωση του πρώιμου τραυλισμού θα πρέπει να ξεκινήσει άμεσα μια κατάλληλη θεραπεία.

Βιβιογραφία

Ελληνική:

Αλεξάνδρου, Κ.Α (1991). Η πιο οδυνηρή διαταραχή της ομιλίας, θεωρητική και πρακτική αντιμετώπιση του προβλήματος, Αθήνα: Δανιάς.

Ανδρέου, Σ.Α. (1994), Τραυλισμός, Λεμεσός: Άριστος Φιλή

Ανδρέου, Σ.Α. (2010). Διαταραχές της ροής της ομιλίας: Λεμεσός: Στέλιος Ανδρέου

Βιρβιδάκη, Ε. (2015). Σημειώσεις για το μάθημα: "Διαταραχές ροής της ομιλίας".
Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Λογοθεραπείας

Γιώργος Φούρλας, Λώσσα και διαταραχές ροής της ομιλίας, Κέντρο έρευνας και
θεραπείας Τραυλισμού, Αθήνα 23 Μαΐου 2015.

Γκοτζαμάνης, Κ. (1996). Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV. Αθήνα: Λίτσας

- Γκουντάντσης Χ., (2009). Πτυχιακή εργασία με θέμα: Διάγνωση και αντιμετώπιση του ταυλισμού στην προσχολική ηλικία, Ιωάννινα
- Δημοσθένης, (1994). Δημοσθένης Άπαντα: Υπέρ Κτησιφώντος περί του Στεφάνου (Τομ. IV). (Φ. Ο. κάκτου, Επιμ.) Αθήνα: Κάκτος
- Δράκος, Γ. (1992). Σύγχρονα Προβλήματα της Θεραπευτικής Παιδαγωγικής. Η Παιδαγωγική Αγωγή του Λόγου και της Ομιλίας. Τραυλισμός. Αθήνα: Αφών Τολίδη
- Δράκος, Γ. (2003). Ειδική Παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλίας, Αθήνα: Άτραπος
- Δράκος, Γ. Δ, (2003), Ειδική Παιδαγωγική των προβλημάτων του λόγου και της ομιλίας, Αθήνα
- Δροσινού-Κορέα, Μ., Πρακτικά του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης (ΕΛΛ.Ι.Ε.Ο..ΕΚ.): ΤΙΤΛΟΣ ΕΙΣΗΓΗΣΗ: Η φυσιογνωμία του Δημοσθένη και το ανθρωποκεντρικό μοντέλο της Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης, 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο 10,11,12 Οκτωμβρίου 2014
- Εξαρχάκος, Γ. (2001). Φυσιοπαθολογία της Φωνής. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κάκουρος, Ε. και Μανιαδάκη, Κ. (2006). Τραυλισμός. Η φύση και η αντιμετώπισή του στα παιδιά και τους εφήβους. Αθήνα: Τυποθήτω
- Καλαντζής Γ.Κ. Διαταραχές του Λόγου στην Παιδική Ηλικία, Φωνή-Ομιλία-Ανάγνωση-Γραφή, Αθήνα, Εκδόσεις: Παπαζήση
- Καμπανάρου, Μ. (2007) Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας. Αθήνα: Ελλην
- Καραγιάννης, Σ. (2011). Σημειώσεις για το μάθημα: "Διαταραχές της ροής της ομιλίας". Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Λογοθεραπείας
- Καρπαθίου, Χ. (1999). Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία. Τόμος 1^{ος}, Φυσιολογία-Παθολογία-Διάγνωση, Αθήνα: Ελλην
- Κρουσταλλάκης, Γ. (1977). Ψυχοπαιδαγωγική της Σχολικής Διαγνώσεως. Αθήνα

- Μάνος Ν., 1997, Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη: University studio Press
- Μαλανδράκη Γ., 2012, Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός, Αθήνα
- Μπέλλα, Σ. (2007). Σημειώσεις για το μάθημα: "κλινικά θέματα Λογοπαθολογίας". Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π. Τμήμα Λογοθεραπείας
- Νεάρχου, Α. (2014). Πτυχιακή εργασία με θέμα: Τραυλισμός σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, Ιωάννινα
- Ονούφριο, Α.Σ. (2000). Η Φωνητική Ορθοφωνία με απλά στοιχεία ανατομίας και λειτουργίας του φωνητικού και αναπνευστικού συστήματος. Αθήνα, Β.
- Παπασιλέκας, Α.Π., (1979). Διαταραχές του λόγου, αιτιολογία-διάγνωση-θεραπεία, Αθήνα
- Σερδάρης Π., 1998, Ψυχολογία των διαταραχών του λόγου, Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Στασινός, Δ.Π., (2009). Ψυχολογία του λόγου και της γλώσσας. Αθήνα: Gutenberg
- Τσιάντης, Γ. Ξυπολυτά, Ζ. (2001). Ψυχοσωματικά Προβλήματα των Παιδιών. Αθήνα: Καστανιώτη
- Φούρλας Γ., 2011, Τραυλισμός: Το σύγχρονο πλαίσιο θεώρησης των διαταραχών της ροής της ομιλίας

Ξενογλώσση:

- Abbott, J.A. (1947). Repressed hostility as a factor in adult stuttering. Journal of Speech Disorders, 12, 428-430
- Adams, M.R. (1978). Further analysis of stuttering as a phonetic transition defect. Journal of Fluency Disorders, 3(4), 265-271
- Ainsworth, S. (1945). Integrating theories of stuttering. Journal of Speech Disorders, 10, 205-210

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV). Nashington, DC: American Psychiatric Association
- Anderson, H., & Gehart, D. (2009). Collaborative practice: Relationships and conversations that make a difference. *The Wilwy handbook of family psychology*, 300-313
- Andrews, G., & Harris, M. (1964). *The syndrome of stuttering*. London: Spasticw Society Medical Education and Information Unit in association with W. Heinemann Medical Books
- Andrews, G (1984). Epidemiology of stuttering. In. R.F. Curlee and W. H Perkins (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: new directions*. San Diego: College-Hill Press
- Arthur E. Jongsma, Jr., Series Editor: Οδηγός σχεδιασμού λογοθεραπευτικής παρέμβασης, 2^η Έκδοση, εκδόσεις ΡΟΔΩΝ, Θεσσαλονίκη. 2012, σελ. 119-124
- 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
- Barbara, D. (1954). *Stuttering: A psychodynamic approach to its understading and treatment*. New York, NY: Julian Press
- Barry Guitar, Τραυλισμός: Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στη φύση και τη θεραπεία του (2014), Εκδόσεις: Ιωάννης Κωνσταντάρας
- Beliakova-Ivanovna, L.(2002). Παρουσίαση στο εκπαιδευτικό σεμινάριο με θέμα: “Τραυλισμός, θεωρητικά και πρακτικά μοντέλα”.
- 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 (5rh ed.)*. Sn 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
- Brady, J.P. (1991). The pharmacology of stuttering: A critical review. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1309-1316
- Brutten, E. J., & Shoemaker, D. J. (1967). *The modification of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Buchel, C. & Sommer, M. (2004), "What Causes Stuttering?", *Plos Biology*, Vol.2, Issue 2, 159-163
- Conture, E. G., McCall, G., & Brewer, D. W. (1977). Laryngeal behavior during stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 20, 661-668
- Conture, E. G. & Wolk, L., (1990), "The Efficacy of Speech-Language Pathology Intervention", *Seminars in Speech and Language*, 11, New York; Syracuse University, 200-209
- Conture, E.G. (1997). Evaluating childhood stuttering. In R.F. Curlee and G.M. Siegel (Eds), *Nature and Treatment of Stuttering: New Directions*, 2ed. USA: Allyn and Bacon
- Conture, E. (Ed.), 2010. *Stuttering and Your Child: Questions and Answers* Memphis: stuttering Foundation of America
- Cooper, E. B., & Cooper, C.S. (1993). Fluency disorders. In D.E. Battle (Ed.), *Communication disorders in multicultural organizations* (pp 189-211). Boston: Andover Medical Publishers
- Craig, A. Hancock, K. Tran, Y. Craig, M. & Peter, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 45, 1097-1105
- Culatta R., Leeper L.H (1989-1990). The differential diagnosis of disfluency. *National Student Speech Language Hearing Association Journal* 17, 59-64

- Daly, D.A. (1993). The clutterer In K. St Louis (Ed.) The atypical stutterer. New York: Academic Press
- Davis, D. M. (1939). The relation of repetitions in the speech of young children to certain measures of language maturity and situational factors. Part 1. Journal of Speech and Hearing Disorders, 4, 303-318
- De Shazer, S. (2007) Clues: Investigating solutions in brief therapy. WW Norton & Co
- Duffy J.R., Νευρογενείς Κινητικές Διαταραχές Ομιλίας Υποστρώματα, διαφορεική διάγνωση και αντιμετώπιση, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Νάσιος Γ, Ιγνατίου Μ, Εκδόσεις: Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
- 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 (2004). The PCIT story. PCIT Pages: The parent-child interaction therapy newsletter,1, 1-2
- Felsenfeld, S. (1997). Epidemiology and genetics of stuttering. In Curlee, R., and Siegel, G (Eds.), Nature and treatment of stuttering: New directions (2nd ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Flanagan, B., Goldiamond, I., & Azrin, N. (1958). Operant stuttering: The control of stuttering behavior through response-contingent consequences. Journal of the Experimental Analysis of Behavior,1, 173-177
- Fourlas & 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
- Fox, P. T., Ingham, R., Ingham, J.C., Hirsch, T.B., Downs, J.H., Martin, C. et al. (1996). A PET study of the neural systems of stuttering. Nature, σελ: 158-162

- Franken, MC. J., Kielstra-Van der Schalk, C.d., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering. A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 30 (3), 189-192
- Gillam, R.B., Logan, K.J., and Pearson, N.A. (2009). *TOCS: Test of Childhood Stuttering*, Austin, TX: Pro-Ed
- Ginsberg A.P. (2000) "Shame, self-consciousness, and locus of control in people who stutter", *The Journal of Genetic Psychology*, 161 (4), 389-99
- Gordon, P.A. Luper, H.L., and Peterson, H.A. (1986). The effects of syntactic complexity on the occurrence of disfluencies in 5-year old stutters. *Journal of Fluency Disorders*, 11, 151-164
- Gordon, N. (2002), "stuttering incidence and causes", *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44: 278-282
- Gregory H., (2003). *Stuttering Therapy, Rationale and Procedure*. USA, Pearson Education, Inc
- Guitar, B., *Stuttering An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, Second Edition, Lippincott Williams and Wilkins
- Guitar, B., Kopff-Schaefer, H.K., Donahue-Kilburg, G., and Bond, L. (1992). Parent verbal interaction and speech rate. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 742-754
- Guitar, B., & Reville, j. (1997). *Easy talker: A fluency workbook for school-age children*. Austin, TX: Pro-Ed Publishers
- Guitar, B. (1998). *Stuttering: An Intergrated Approach to Its Nature and Treatment*, 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins
- Guitar, B., Guitar, C., (2006). *Stuttering and your child: Help for parents*. Memphis TN: stuttering foundation of America
- Guitar, B.E. (2006). *Stuttering: An Integrated approach to its nature and treatment* (3rd, rd.) Baltimore MD: Lippincott Williams and Wilkins

- Hayhow, R. (2009), "Parents experiences of the Lidcombe Program of early stuttering intervention", *International Journal of Speech-Language Pathology*, Vol.11, Issue 1, 20-25
- Hegde, M.N., Οδηγός Λογοθεραπευτικής Αξιολόγησης, Μετάφραση: Ειρήνη Γερμανά, Επιστημονικές Εκδόσεις: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Hernandez, L. M. (2001). A normative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children. Masters, University of Central Florida, Orlando
- Howie, P.M. (1981) "Concordance for stuttering in monozygotic and dizygotic twin pairs", *Journal of Speech and Hearing Research* 24 (3), 317-321
- 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
- Ingham, R.J. (2003). *Brain Imaging and Stuttering* (special issue). *Journal of fluency Disorders*, σελ. 28
- In B. Guitar and R. McCauley (EDS.), *Treatment of stuttering: Established and Emerging Interventions*, Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins
- Jindal-Snape, D., Daiglas, W. Topping, K.J., Kerr, C., & Smith, E.F. (2005). *Effective Education for Children with Autistic Spectrum Disorders: Perceptions of Parents and Professionals*. *International Journal of Special Education*, 20(1), 77-87
- Joseph R. Duffy, Elsevier Inc, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Γρηγόριος Νάσιος, Μαρία Ιγνατίου (2006). *Νευρογενείς Κινητικές Διαταραχές Ομιλίας*, Έκδοση: Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
- Johnson, W. & Knott, J.R. (1937). *Studies in the psychology of stuttering: The distribution of moments of stuttering in successive reading of the same material*. *Journal of Speech Disorders*, 2, 17-19
- Johnson, W. (1938). *The role of evaluation in stuttering behavior*. *Journal of Speech Disorders*, 3, 85-89

- Johnson, W. (1942). A study of the onset and development of stuttering. *Journal of Speech Disorders*, 7, 251-257
- Johnson, W. (1944). The Indians have no word for it. 1. Stuttering in children. *Quarterly Journal of Speech*, 30, 330-337
- Johnson, W., Darley, F., and Spriestersbach, D. (1952). *Diagnostic manual in speech correction professional training workbook*. New York: Harper and Brothers
- Johnson, W. & Associates (1959). *The onset of stuttering*. Minneapolis: university of Minneapolis Press
- Johnson, W. (1961). Measurement of oral reading and speaking rate and disfluency of adult male and female stutterers and non stutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders Monograph Supplement*, No: 7, 1-20
- Johnson, W. (1961). *Stuttering and what you can do about it*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press
- Johnson, W., Darley, F., and Spriestersbach, D. (1963). *Diagnostic methods in speech Pathology*, New York: Harper and Row
- Kaplan & Sadock's, *Επίτομη Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων*, Ιατρικές Εκδόσεις: Λίτσας
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008) *Practical intervention for early childhood stammering: Pakin PCI approach* Speechmark
- Kenneth G. Shipley, Julie G. McAfee, ο.π. σελ. 365
- Kenneth G. Shipley, Julie G. McAfee, *Διαγνωστικές Προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Βιρβιδάκη Ε., Ταφιάδης Δ., 4^η Έκδοση, Εκδόσεις: GOTSIS, 2013, σελ. 373, 377-379, 385-386.*
- Kidd, K. K. (1977). A genetic perspective on stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 2, 259-269
- Kroll R., Scott-Sulsky L., (2010). The Fluency Plus Program: an integration of fluency shaping and cognitive restructuring procedures for adolescents and adults who stutter. In: Guitar B., McCauley R., Eds. *Treatment of stuttering: Established and Emerging*

- Interventions, Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins, 277-311
- Miller C., Φραγκούλη α., Γιαννοπούλου Σ., 1994, Βασική Παιδοψυχιατρική: Ερευνητικά και Κλινικά κείμενα, Επιμέλεια: Τσιάντης Γ., Αθήνα, Εκδόσεις: Καστανιώτη
- Maguire, G., Yu, B.P., Franklin, D.L., & Riley, G. D (2004). Alleviating stuttering with pharmacological interventions. *Expert Opinion in Pharmacotherapy*, 5, 1565-1571
- Maguire, G., Riley, G., Franklin, D.L., & Gumusaneli, G. (2010). The physiological basis and pharmacologic treatment of stuttering. In B. Guitar, & R.J. McCauley (Eds), *Treatment of stuttering: Established and emerging interventions* (pp. 329-354). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins
- McDevitt, S. C., & Carey, W. (1995). Behavioral style questionnaire. West Chester, PA: TempraMetrics
- Orton, S., & Travis, L. E. (1929). Studies in stuttering: IV. Studies of action currents in stutterers. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 21, 61-68
- Packman, A., Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., Sheedy, S., O' Brian, S., MacMillan V., Llyoyd, W. (2016), *The Lidcombe Program Treatment Guide*, Lidcombe Program Trainers Consortium
- Perkins, W. H., Kent, E. D., & Curlee, R. F. (1991). A theory of neuropsycholinguistic function in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 734-752
- Perkins, W. H., Ruder, J., Johnson, L., & Michael, W. (1976). Stuttering: Discoordination of phonation with articulation and respiration. *Journal of Speech and Hearing Research*, 19, 509-522
- Peters, T.J., and Guitar, B. (1991). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore. Williams and Wilkins
- Postma, A., & Kolk, H. H. J. (1993). The covert repair hypothesis: Prearticulatory repair processes in normal and stuttered disfluencies. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 472-487

- Ramig, P., & Dodge, D. (2005). *The child and adolescent stuttering therapy and activity resource guide*. Clifton Park, NY: Thompson Delmar Learning
- Riley G. (1972). A stuttering severity instrument for children and adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 37, 314-322
- Riley, G. (1994). *Stuttering severity instrument for children and adults* (3rd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
- Ryan, B. & Ryan, B. (1983). Programmed stuttering therapy for children: Comparison of four establishment programs, *Journal of Fluency Disorders*, 8, 291, 321
- Ryan, B. & Ryan, B. (1995). Programmed stuttering treatment for children: Comparison of two establishment programs through transfer, maintenance, and follow-up. *Journal of Speech and Hearing Research*, 38, 61-75
- Schwartz, H.D. Zebrowski, P.M., Conture, E.G., (1990). Behaviors at the onset of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 15, σελ. 77-86
- 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
- Shapiro, D. (2011). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed
- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering: Research and therapy*. New York:Harper & Row
- Sheehan, J.G. (1974). Stuttering behavior. A phonetic analysis. *Journal of Communication Disorders*, 7, 193-212
- Silverman, F.H. (2004). *Stuttering and other fluency disorders*. USA: Waveland Press
- Soo-Eun Chang Ph. D. (August 2011) *Using Brain Imaging to Unravel the Mysteries of stuttering*
- Starkweather, C.W., Gottwald, S.R., & Halfond, M.H. (1990). *Stuttering prevention: A clinical method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

- Stark, C.W. (2002), "The epigenesis of stuttering", *Journal of Fluency Disorders*, Issue 27, 269-288
- Stocker, B., Usprich, C. (1976). Stuttering in young children and level of demand. *Journal of Childhood Communication Disorders*, 1, 116-131
- Traviw, L. E. (1957). The unspeakable feeling of people with special reference to stuttering. In L. E. Travis (Ed.), *Handbook of speech pathology*. East Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering* (2nd Ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Vanryckeghem, M., Hylebos, C., Brutten, G., & Peleman, M. (2001). The relationship between communication attitude and emotion of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26(1), 1
- Walton, J. (1987). *Νευρολογία*, 5^η Έκδοση. Αθήνα: Λίτσας
- Walton, P., & Wallace, M. (1998). *Fun with fluency*. Bisbee, AZ: Imaginart International, Inc
- West, R. (1958). An agnostic's speculations about stuttering. In J. Eisenson (Ed.), *Stuttering: A symposium*. New York, NY: Harper & Row
- Willyard, C. (2011), *Science AAAS*, "Ancient Mutation to Blame for Stuttering"
- Wingate, M. (1959). Calling attention to stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 2, 326-335
- Wingate, M.E. (1964). Recovery from stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 29, 312-321
- Wingate, M. (1969). Stuttering as phonetic transition defect. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 34, 107-108

- Winitz, H. (1961). Repetitions in the vocalizations and speech of children in the first two years of life. *Journal of Speech and Hearing Disorders (Monograph Suppl. 7)*, 55-62
- World Health Organization (1978), *The international classification of diseases, 9th revision, clinical modification: ICD. 9. CM. 9th rev.* Ann Arbor, Mich: Commission on Professional and Hospital Activities
- Yairi, E., and Ambrose, N. (1992), "A longitudinal study of stuttering in children: A preliminary report", *Journal of speech and Hearing Research*, 35, 755-760
- Yairi, E., Ambrose, N. g., Paden, E., and Throneburg, R. (1996). Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 29, 51-57
- Yairi, E.E., and Ambrose, N.G. (1999), "Early childhood stuttering: Persistency and recovery rates", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1097-1112
- Yairi, E. (2004), "The formative years of stuttering: A changing portrait", *Contemporary issues in Communication Science and Disorders*, 31, 92-104
- Yairi, E. and Ambrose, N. (2005), *Early childhood stuttering*, Austin: Pro-Ed. Inc
- Yairi, E., and Seery, C.H. (2011). *Stuttering: Foundations and clinical applications.* Boston: Pearson
- Yaruss, J. S., Murphy, B., Quesal, R., Reardon-Reeves, N., and Flores, T. (2004). *Bullying and teasing: Helping children who stutter.* New York: National Stuttering Association
- Yaruss, J.S., Pelczarski, K., and Quesal, R.(2010). Comprehensive treatment for scholl-age children who stutter: Treating the entre disorder. In *treatment of stuttering: Established and Emerging Interventions* (pp. 215-244) Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins
- Zebrowski, P.M., and Kelly, E.M. *Manual of stuttering intervention.* Clifton Park, N.Y.: Singular- Thomson Learning, 2002

- <http://www.proseggisi.gr/%CF%86%CF%85%CF%83%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CF%81%CE%BF%CE%B7-%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BB%CE%B9%CE%B1%CF%83/>
- http://grafwnimata.blogspot.com/2013/06/blog-post_23.html
- <https://boro.gr/92971/ta-eidh-kai-ta-aitia-toy-traylismoy-sto-paidi/>
- https://ideasforspeechandlanguagetherapy.blogspot.com/2014/02/blog-post_6.html

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Λογοθεραπευτικό ιστορικό παιδιού με τραυλισμό

ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Γενικά στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο παιδιού:.....

Ημερομηνία γέννησης:.....

Διεύθυνση κατοικίας:.....

Τηλέφωνο:.....

Ημερομηνία συμπλήρωσης του ιστορικού:.....

Παραπέμφθηκε από:.....

Οικογένεια

Πατέρας:..... Ηλικία:.....

Μένει με την οικογένεια;.....

Επάγγελμα:.....

Εκπαίδευση:.....

Μήτερα:..... Ηλικία:.....

Επάγγελμα:.....

Εκπαίδευση:.....

Αδέρφια: Όνομα Ηλικία Όνομα Ηλικία

.....

Ιστορικό τραυλισμού:

1. Δώστε ακριβή ηλικία που παρουσιάστηκε ο τραυλισμός:.....
2. Ποιος πρώτος παρατήρησε ή ανέφερε τον τραυλισμό;.....
3. Σε ποια κατάσταση παρατηρήθηκε για πρώτη φορά ο τραυλισμός;.....
4. Περιγράψτε τις καταστάσεις ή τις συνθήκες που μπορεί να σχετίζονται με το ξεκίνημα ή την έναρξη του τραυλισμού:.....
5. Κάτω από ποιες συνθήκες συνέβη ο τραυλισμός;.....

Τα πρώτα σημάδια τραυλισμού:

A. Επανάληψη όλης της λέξης:.....

B. Επανάληψη του πρώτου γράμματος:.....

Γ. Επανάληψη της πρώτης συλλαβής:.....

Δ. Ολοκληρωτικό μπλοκάρισμα στο πρώτο γράμμα:.....

Ε. Επιμήκυνση του φωνήεντος:.....

ΣΤ. Προφανή προσπάθεια να μιλήσει (πχ ανάσα στόματος) αλλά χωρίς να βγαίνει ήχος:.....

Ενδεικτικές ερωτήσεις για τον τραυλισμό:

Ο τραυλισμός είναι πάντα ο ίδιος ή εμφανίζεται με διαφορετικές μορφές;.....

Αν εμφανίζεται με διαφορετικούς τρόπους. Πως είναι διαφορετικοί ο ένας από τον άλλον; Περιγράψτε:.....

Περίπου πόσο διαρκούσε το κάθε μπλοκάρισμα (πχ στην μία λέξη);.....

Ήταν ο τραυλισμός απλός, εύκολος ή υπήρχε προσπάθεια την στιγμή που παρατηρήθηκε για πρώτη φορά;.....

Οι λέξεις που τραύλιζε ήταν στην αρχή της πρότασης ή στο ενδιάμεσο της πρότασης;.....

Όταν πρωτοσυνέβη ο τραυλισμός υπήρχε μετά αποφυγή ομιλίας του τραυλισμού; Δώστε παραδείγματα:.....

Όταν πρωτοπαρατηρήθηκε ο τραυλισμός ποια ήταν η αντίδραση του παιδιού;.....

Επίγνωση ότι ο λόγος ήταν διαφορετικός:..... Έκπληξη:.....

Αδιαφορία:..... Θυμός ή σύγχυση:..... Ντροπή:.....

Άλλα:..... Περιγράψτε:.....

Ανάπτυξη του τραυλισμού:

Από το ξεκίνημα του τραυλισμού υπήρχε καμία αλλαγή στα συμπτώματά του;.....

Αύξηση του αριθμού επαναλήψεων ανά λέξη:.....

Διαφορά στην προσπάθεια που χρειάζεται:.....

Αυξάνεται:..... Μειώνεται:.....

Αύξηση του τραυλισμού:.....

Αύξηση του μακρους/μήκους του μπλοκαρίσματος:.....

Περίοδοι μη τραυλισμού:..... Μακρύτερη περίοδο που τραυλίζει:.....

Πιο ακριβής στις προσπάθειες να μιλήσει:.....

Χαμηλότερη φωνή:.....

Πιο αργός ρυθμός ομιλίας:.....

Αλλαγή της έντασης και τις εντόπισεις όταν τραυλίζει (αν η φωνή υπάρχει):.....

Κοιτάζει μακριά από τον ομιλητή:.....

Περιγράψτε καθένα από τα παραπάνω όπου εμφανίζονται:.....

Υπήρχαν περίοδοι (εβδομάδες, μήνες) που ο τραυλισμός εξαφανίζεται:.....

Μπορείται να δώσετε οποιαδήποτε εξήγηση για τις χειρότερες περιόδους του τραυλισμού:.....

Είναι καμία από αυτές τις καταστάσεις ιδιαίτερα δύσκολες; Αν ναι περιγράψτε:.....

Αναφέρατε τις καταστάσεις που δεν προκάλεσαν ποτέ δυσκολία:.....

Απαντήστε "ναι" ή "όχι" στα ακόλουθα που αρμόζουν (στον παιδιού σας) τον τραυλισμό

Τραυλίζει όταν:

Μιλάς σε μικρά παιδιά;

Απαντάς άμεσες ερωτήσεις;

Χρησιμοποιείς λέξεις μη οικείες;

Διαβάζεις δυνατά;

Λες το όνομά σου;

Μιλάς σε ενήλικες/ δασκάλους;

Αναπαράγεις υλικό που έχεις αποστηθεί;

Ρωτά κανείς ερωτήσεις;

Μιλάς όταν είσαι κουρασμένος;

Μιλά σε μέλη της οικογένειας;

Ξέρεις άλλους που τραυλίζουν;

Μιλάς σε αγνώστους;

Όταν ενθουσιάζεσαι;

Μιλάς σε φίλους;

Ξέρεις άλλους που τραυλίζουν; Περιγράψτε τη σχέση

.....

Αισθάνεστε ότι ο τραυλισμός περιπλέκει την ζωή (του παιδιού σας) καθημερινά;

Κοινωνικές επαφές;

Επιτυχία στο σχολείο;

Ιατρικό, αναπτυξιακό και οικογενειακό ιστορικό:

Περιγράψτε την υγεία της μαμάς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το ιστορικό γέννας (επιπλοκές κ.ά.):

Περιγράψτε αναπτυξιακά προβλήματα κατά την βρεφική ηλικία ή την πρώτη παιδική ηλικία (π.χ. άργησε να περπατήσει, προβλήματα διατροφής, τροφικές αλλεργίες, άργησε να μιλήσει):.....

Νομίζεται ότι ο λόγος του παιδιού και η γλωσσική ανάπτυξη ήταν ασυνήθιστα γρήγορη ή καθυστερημένη; Αν ναι παρακαλώ περιγράψτε:.....

Αναφέρατε όλες τις ασθένειες, τους τραυματισμούς και τις επεμβάσεις:

ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	ΠΥΡΕΤΟΣ	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΟΝΟΜΑ
					ΓΙΑΤΡΟΥ

Αναφέρατε τις παρούσες σωματικές αναπηρίες;

Χρόνιες ασθένειες, αλλεργίες ή σωματικές καταστάσεις:.....

Όραση κανονική/φυσιολογική:..... Ακοή φυσιολογική:

Έχουν άλλα μέλη της οικογένειας προβλήματα λόγου, γλωσσικά ή αναγνωστικά ή μαθησιακές δυσκολίες; Αν ναι παρακαλώ περιγράψτε.....

Είναι κάποιο μέλος της οικογένειας αριστερόχειρας ή χρησιμοποιεί και τα δύο χέρια εξίσου καλά;

Το παιδί η κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας δείχνουν καλλιτεχνικά ταλέντα ή ενδιαφέροντα;

Κάποιο μέλος της οικογένειας μιλάει πολύ γρήγορα; Αν ναι, ποιο;

Σχολικό και κοινωνικό ιστορικό:

Αγαπημένα μαθήματα και δραστηριότητες στο σχολείο:.....

Δύσκολα μαθήματα:

Χόμπι:..... Αθλήματα:

Δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου:

Ποιες συγκεκριμένες ερωτήσεις έχετε για το παιδί που θα θέλατε από εμάς να προσπαθήσουμε να απαντήσουμε;

Τι στόχους θέλετε να υλοποιηθούν από αυτήν την αξιολόγηση;

.....

Για να βοηθήσουμε όσον το δυνατόν καλύτερα το παιδί σας θα πρέπει να στείλουμε αναφορές σε άλλα ειδικά κέντρα ή επαγγελματίες ή να επικοινωνήσουμε μαζί τους. Εφόσον συμφωνείται εξουσιοδοτήστε την άδεια υπογράφοντας το παρακάτω έγγραφο.

Εξουσιοδοτώ και ζητάω (συμπληρώνεται όνομα του κλινικού ιατρού ή της κλινικής) για να αποκτήσετε ή να ανταλλάξετε ιατρικές/εκπαιδευτικές πληροφορίες. Καταλαβαίνω ότι όλες οι πληροφορίες θα παραμείνουν εμπιστευτικές.

ΟΝΟΜΑ:

ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

(Guitar, B. 2014).

Συχνότητα Εμφάνισης Δυσκολιών στη Ροή

Όνομα:..... Ηλικία: Ημερομηνία:.....

Εξεταστής:.....

Οδηγίες: Βάλτε (τικ) στην κατάλληλη γραμμή κάθε φορά που παράγεται η αντίστοιχη δυσρυθμία.

Επαναλήψεις:

Σύνολα:

Φωνήματος.....

Συλλαβής.....

Ολόκληρης λέξης.....

Φράσης.....

Επιμηκύνσεις.....

Παύσεις.....

Μπλοκαρίσματα.....

Σιωπηλές παύσεις.....

Εμβολοφρασίες:

Ήχου/συλλαβής.....

Ολόκληρης λέξης.....

Φράσης.....

Ανολοκλήρωτη φράση.....

Αναθεωρήσεις.....

Αξιολόγηση Συνοδών Κινητικών Συμπεριφορών

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

Εξεταστής:.....

Οδηγίες: Ελέγξτε όλες τις συνοδές σωματικές συμπεριφορές που παρουσιάζει ο εξεταζόμενος. Χρησιμοποιήστε την δεξιά στήλη για να περιγράψετε συμπεριφορές ή να καταγράψετε τη συχνότητα εμφάνισής τους.

Μάτια

..... Ανοιγοκλείσιμο ματιών.....

..... Κλείσιμο.....

..... Κίνηση βλεφάρων προς τα πάνω.....

..... Κίνηση βλεφάρων προς τα κάτω.....

..... Άλλο (προσδιορίστε).....

Μύτη

..... Ερεθισμός.....

..... Άνοιγμα ρωθώνων.....

..... Ρυτίδιασμα.....

..... Άλλο (προσδιορίστε).....

Μέτωπο

..... Συνοφρύωση.....

..... Άλλο (προσδιορίστε).....

Κεφάλι

..... Κίνηση (δεξιά-αριστερά).....

..... Κίνηση προς τα πάνω.....

..... Κίνηση προς τα κάτω.....

..... Πλευρική κίνηση δεξιά.....

..... Πλευρική κίνηση αριστερά.....

..... Άλλο (προσδιορίστε).....

Χείλη

..... Τρεμούλιασμα.....

..... Σούφρωμα.....

..... Αναστροφή του κάτω χείλους.....

..... Άλλο (προσδιορίστε).....

Γλώσσα

..... Κροτάλισμα.....

..... Ακανόνιστες κινήσεις.....

..... Άλλο (προσδιορίστε).....

Δόντια

..... Σφίξιμο.....

..... Τριγμός.....

..... Κροτάλισμα.....

..... Άλλο (προσδιορίστε).....

Γνάθος

..... Σφίξιμο.....

..... Άνοιγμα.....

..... Σφιχτό κλείσιμο.....

..... Άλλο (προσδιορίστε).....

Λαιμός

..... Σφίξιμο.....

- Σύσπαση/τικ.....
- Κίνηση προς τα πάνω.....
- Κίνηση προς τα κάτω.....
- Πλευρική κίνηση δεξιά.....
- Πλευρική κίνηση αριστερά.....
- Άλλο (προσδιορίστε).....

Δάχτυλα

- Ελαφρύ ρυθμικό κτύπημα.....
- Τρίψιμο.....
- Σφίξιμο.....
- Υπερβολική κίνηση.....
- Κλικ με τα δάχτυλα.....
- Άλλο (προσδιορίστε).....

Παλάμες

- Σφίξιμο σε γροθιά.....
- Στρίψιμο.....
- Έκταση.....
- Άλλο (προσδιορίστε).....

Χέρια

- Υπερβολική κίνηση.....
- Κτύπημα στο πλευρό.....
- Κτύπημα στο πόδι.....

..... Ακαθόριστες απότομες κινήσεις.....

..... Τέντωμα.....

..... Άλλο (προσδιορίστε).....

Πόδια

..... Τέντωμα.....

..... Κλώτσημα.....

..... Άλλο (προσδιορίστε).....

Ερωτηματολόγιο Επικοινωνίας Εφήβων

Όνομα:..... Ηλικία:.....

Σχολείο:..... Τάξη:.....

Ημερομηνία:.....

Οδηγίες: Ενδιαφερόμαστε να μάθουμε περισσότερα για τις ομιλητικές σου ικανότητες και για την αυτοπεποίθησή σου σε διαφορετικές συνθήκες επικοινωνίας. Οι απαντήσεις σου είναι εμπιστευτικές.

Στο αριστερό μέρος της σελίδας, κύκλωσε το νούμερο που αντανακλά περισσότερο το επίπεδο αυτοπεποίθησής σου στις καταστάσεις που περιγράφονται. Λάβε υπόψη σου, ότι το 1 σημαίνει "σε καμία περίπτωση δεν θα μπορούσα να μιλήσω, θα ήμουν ιδιαίτερα σφιγμένος για να μιλήσω" και 5 σημαίνει "δεν θα είχα κανένα πρόβλημα, θα μιλούσα με μεγάλη αυτοπεποίθηση".

- 1 2 3 4 5 1. Συζητώντας με έναν γονέα για μια ταινία
- 1 2 3 4 5 2. Συζητώντας με τον αδερφό ή την αδερφή σου στο γεύμα.
- 1 2 3 4 5 3. Συζητώντας με τρεις φίλους σου κατά τη διάρκεια του μεσημεριανού στο σχολείο.
- 1 2 3 4 5 4. Συζητώντας με μεγάλη παρέα φίλων κατά τη διάρκεια του μεσημεριανού στο σχολείο
- 1 2 3 4 5 5. Απαντώντας το τηλέφωνο.
- 1 2 3 4 5 6. Συζητώντας με τον καθηγητή στην τάξη
- 1 2 3 4 5 7. Συζητώντας με τον διευθυντή του σχολείου σου
- 1 2 3 4 5 8. Ζητώντας από έναν φίλο σου να έρθει σπίτι μετά το σχολείο.
- 1 2 3 4 5 9. Διαφωνώντας με τον αδερφό σου ή την αδερφή σου.
- 1 2 3 4 5 10. Ζητώντας από έναν γονέα, αν μπορείς να περάσεις την νύχτα σε ένα σπίτι φίλου ή φίλης.
- 1 2 3 4 5 11. Μιλώντας σε έναν καινούριο φίλο για την οικογένειά σου.
- 1 2 3 4 5 12. Λέγοντας στον καθηγητή σου την ημερομηνία γέννησής σου.
- 1 2 3 4 5 13. Καλώντας έναν φίλο ή μια φίλη σου στο τηλέφωνο
- 1 2 3 4 5 14. Ζητώντας από έναν γονέα, αν μπορείς να κοιμηθείς αργότερα από το συνηθισμένο.
- 1 2 3 4 5 15. Μιλώντας στο τηλέφωνο με ένα μέλος της οικογένειάς σου.
- 1 2 3 4 5 16. Εξηγώντας στο φίλο ή στη φίλη σου, πως θα παίξει ένα παιχνίδι.
- 1 2 3 4 5 17. Ζητώντας από ένα βιβλιοθηκάριο, να σε βοηθήσει να βρεις ένα βιβλίο
- 1 2 3 4 5 18. Μιλώντας με ένα φίλο ή φίλη μόνοι.

- 1 2 3 4 5 19. Ρωτώντας ένα πωλητή ή μια πωλήτρια, πόσο κοστίζει ένα αντικείμενο.
- 1 2 3 4 5 20. Λέγοντας σε έναν αστυνομικό τη διεύθυνση του σπιτιού σου.
- 1 2 3 4 5 21. Τηλεφωνώντας σε ένα κατάστημα, για να μάθεις τι ώρα ανοίγει.
- 1 2 3 4 5 22. Συζητώντας με έναν καθηγητή μόνοι σας μετά το μάθημα.
- 1 2 3 4 5 23. Διαβάζοντας δυνατά μπροστά σε όλους τους συμμαθητές σου στη τάξη.
- 1 2 3 4 5 24. Διαβάζοντας δυνατά μπροστά σε 5 συμμαθητές σου.
- 1 2 3 4 5 25. Διαβάζοντας δυνατά μπροστά στην οικογένειά σου.
- 1 2 3 4 5 26. Μιλώντας στο κατοικίδιό σου.
- 1 2 3 4 5 27. Σηκώνοντας το χέρι σου, για να κάνεις μια ερώτηση στην τάξη.
- 1 2 3 4 5 28. Απαντώντας σε μια ερώτηση στην τάξη.
- 1 2 3 4 5 29. Κάνοντας μια ερώτηση στην τάξη.
- 1 2 3 4 5 30. Παραγγέλλοντας φαγητό σε μία ταβέρνα ή ένα εστιατόριο.
- 1 2 3 4 5 31. Λέγοντας ένα αστείο.
- 1 2 3 4 5 32. Παρουσιάζοντας ένα βιβλίο μπροστά στην τάξη.
- 1 2 3 4 5 33. Παίροντας ρόλο ομιλητή σε ένα σχολικό έργο.
- 1 2 3 4 5 34. Διαβάζοντας δυνατά μόνο στον καθηγητή σου.
- 1 2 3 4 5 35. Συζητώντας με μία μεγάλη παρέα φίλων.
- 1 2 3 4 5 36. Μιλώντας δυνατά στον εαυτό σου, χωρίς την παρουσία άλλων.
- 1 2 3 4 5 37. Μιλώντας με τη γραμματεία του σχολείου σου.
- 1 2 3 4 5 38. Διαβάζοντας ένα βιβλίο δυνατά, χωρίς την παρουσία άλλων στο δωμάτιο.

1 2 3 4 5

39. Συζητώντας με τον καθηγητή σας στο τηλέφωνο.

(Shipley & McAfee, 2013).