



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**Πτυχιακή Εργασία**

**Θέμα: Ο τραυλισμός στην παιδική ηλικία**

**ΑΝΙΚΟΛΑΪΤΗ ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ – ΡΑΦΑΗΛΙΑ (Α.Μ. 18309)**

**ΧΑΤΖΗΚΟΜΠΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ (Α.Μ. 18405)**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:**

**Σιαφάκα Βασιλική**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2021**

## **Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

## **STUTTERING IN CHILDHOOD**

## 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 μας 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.

Ανικολαΐτη Ανδρονίκη – Ραφαηλία

Χατζηκομπί Δέσποινα

Υπογραφή

## **Ευχαριστίες**

Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτριά μας Σιαφάκα Βασιλική για τις πολύτιμες συμβουλές και την καθοδήγηση της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε επίσης τους γονείς μας για την υπομονή και την πίστη στα όνειρά μας και την στήριξη τους σε κάθε μας επιλογή. Τέλος, ευχαριστώ τους φίλους για την υποστήριξη τους.

## Περίληψη

Ο τραυλισμός αποτελεί μια διαταραχή ομιλίας που αρχίζει να εμφανίζεται κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου και είναι από τις πλέον διαδεδομένες αναπτυξιακές διαταραχές. Η έναρξη, συνήθως, παρατηρείται στην πρώιμη ηλικία στη φάση έναρξης της γλωσσικής ανάπτυξης. Η έγκαιρη, ωστόσο, αντιμετώπιση της διαταραχής φαίνεται πως είναι εφικτή, με πιθανότητα πάντα κάποιας ενδεχόμενης παλινδρόμησης. Η σωστή αντιμετώπισης προϋποθέτει την ορθή αξιολόγηση του τραυλισμού του παιδιού από τον ειδικό και την επιλογή του καταλληλότερου θεραπευτικού προγράμματος. Σημαντική σε κάθε περίπτωση κρίνεται και η συνεισφορά των γονέων και των εκπαιδευτικών στη διάρκεια της θεραπευτικής προσέγγισης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προσεγγίσει το θέμα του τραυλισμού παρουσιάζοντας την αιτιολογία του, τις μορφές του και παραθέτοντας μεθόδους αξιολόγησης, διάγνωσης και θεραπευτικής προσέγγισής του. Επιπλέον, αποσκοπεί στη διερεύνηση του ρόλου που φέρουν γονείς, εκπαιδευτικοί και ειδικοί στην αντιμετώπιση του τραυλισμού, καθώς πρόκειται για ευαίσθητο θέμα, που αποτελεί συχνά λόγο στιγματισμού των παιδιών

**Λέξεις Κλειδιά:** Τραυλισμός, Θεραπευτική προσέγγιση, διάγνωση, αξιολόγηση, λογοθεραπευτής.

## **Περιεχόμενα**

<b>Ευχαριστίες</b>	5
<b>Περίληψη</b>	6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	11
1.1 Ιστορική αναδρομή	11
1.2 Εννοιολογικοί ορισμοί	13
1.2.1 Φυσιολογική Ροή της ομιλίας	13
1.2.2 Ορισμός Τραυλισμού	13
1.2.3 Ταχυλαλία	14
1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία	15
1.4 Διαφορές ως προς το Φύλο	16
1.5 Είδη Τραυλισμού	17
1.5.1 Εξελικτικός και επίμονος τραυλισμός.	17
1.5.2 Ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός	17
1.5.3 Νευρογενής επίκτητος τραυλισμός	18
1.6 Μορφές και φάσεις τραυλισμού	18
1.6.1 Μορφές τραυλισμού	19
1.6.2 Οι Αναπτυξιακές φάσεις του τραυλισμού	19

1.7 Τα γενικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού	20
1.7.1 Συνοδά Χαρακτηριστικά	22
1.8 Τα αίτια του τραυλισμού	23
1.8.1 Οργανικά αίτια	23
1.8.2 Κληρονομικά αίτια	23
1.8.3 Κοινωνικοπολιτισμικά αίτια	24
1.8.4 Ψυχικά αίτια	25
1.8.5 Γλωσσικά αίτια	25
1.8.6 Ψυχολογικά αίτια	26
1.8.7 Άλλα αίτια	26
1.9 Πολυπαραγοντικό μοντέλο	27
1.10 Συμπτωματολογία τραυλισμου	28
1.11 Αύξηση εκδήλωσης τραυλισμού	29
1.12 Μείωση εκδήλωσης τραυλισμού	31
1.13 Γλωσσικά στοιχεία που ευνοούν την εκδήλωση του τραυλισμού	33
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	<b>36</b>
2.1 Διάγνωση του τραυλισμού	36
2.2 Διαγνωστικά κριτήρια	37



2.3 Μέσα και εργαλεία διάγνωσης	40
2.4 Αρχές και σκοπός της αξιολόγησης	42
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	45
3.1 Η πρόληψη του τραυλισμού	45
3.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού	46
3.2.1 Παλαιότερες μέθοδοι	46
3.2.2 Σύγχρονες μέθοδοι	48
3.3 Νεότερες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης	50
3.4 Συσκευές τραυλισμού	55
3.5 Φαρμακευτική Θεραπεία	56
3.6 Θεραπευτικές προσεγγίσεις ανά ηλικιακή ομάδα παιδιών	58
3.7 Θεραπευτικά προγράμματα	65
3.7.1 Palin Parent-Child Interaction (PCI)	65
3.7.2 Πρόγραμμα Lidcombe	67
3.7.3 Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία	69
3.7.4 Demand And Capacity Model-DACM (Μοντέλο Απαιτήσεων και Δυνατοτήτων)	69
3.7.5 Λεξιπόντιξ	70
3.8 Παλινδρόμηση μετά τη θεραπεία	71

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b>	72
4.1 Ο ρόλος της οικογένειας	72
4.2 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού	76
4.3 Ο ρόλος του λογοθεραπευτή	79
4.3.1 Η συμβουλευτική γονέων	80
4.3.2 Η συνεργασία των εκπαιδευτικών και ειδικούς	82
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b>	82
5.1 Η εικόνα του εαυτού και οι επιπτώσεις του τραυλισμού	82
5.2 Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση των παιδιών που τραυλίζουν	84
5.3 Τα παιδιά που τραυλίζουν και ο χλευασμός	85
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b>	87
6.1 Συμπεράσματα	87
<b>Βιβλιογραφία</b>	90

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

---

## 1.1 Ιστορική αναδρομή

Η γλώσσα είναι ένα όργανο με το οποίο οι ανθρώπινες κοινωνίες αλληλεπιδρούν και επικοινωνούν μεταξύ τους. Η επικοινωνία περιλαμβάνει τόσο τη λεκτική όσο και τη μη λεκτική επικοινωνία, τη στάση του σώματος, διάφορες χειρονομίες, αλλά και εκφράσεις του προσώπου μας (Λιβεριάδου,2007).

Όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες, αρκετά είναι τα παιδιά που εμφανίζουν διαταραχές στο λόγο τους. Το παιδί αντιμετωπίζει εμπόδια κατά την ανάπτυξη των γλωσσικών του δεξιοτήτων, όπως για παράδειγμα ο τραυλισμός. Αυτή η παρεμπόδιση δημιουργεί στο παιδί μελλοντικό πρόβλημα στην επικοινωνία του με το περιβάλλον γύρω του, αλλά και σε διάφορους άλλους τομείς όπως είναι η κοινωνική του ένταξη, η ακαδημαϊκή του πορεία, αλλά και η επαγγελματική του αποκατάσταση (Βλασσοπούλου,2001). Είναι βασικό να αναφερθεί ότι η αξιολόγηση των δυσκολιών που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα παιδί θα πρέπει να γίνεται με προσοχή και έχοντας υπόψη τη διαφορετικότητα του κάθε ατόμου, τον προσωπικό ρυθμό ανάπτυξης, καθώς και την ηλικία του.

Ο τραυλισμός έχει παρατηρηθεί αρκετά χρόνια πριν σε διάφορους πολιτισμούς. Τα παλαιότερα ευρήματα που έχουν έρθει στο φως και σχετίζονται με τον τραυλισμό, είναι πήλινες πλάκες οι οποίες βρέθηκαν στην Μεσοποταμία πριν από την γέννηση του Χριστού (Owens,2003). Όπως αναφέρει η Μαλανδράκη (2012), οι αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν επινοήσει ένα συγκεκριμένο σύμβολο για τον τραυλισμό. Πιο συγκεκριμένα στο σύμβολο απεικονιζόταν ένα τρέμουλο το οποίο ξεκινούσε από το έδαφος και έφτανε έως το στόμα. Αυτό το τρέμουλο δήλωνε τη στιγμή του τραυλισμού κατά την ομιλία. Στην αρχαιότητα οι γιατροί θεωρούσαν πως τα άτομα που τραυλίζουν είχαν πολύ μακριά ή πολύ κοντή γλώσσα ή ακόμη και πολύ στεγνή ή υγρή. Για αυτό τον λόγο, υλοποιούσαν επεμβάσεις για να γιατρέψουν τον τραυλισμό, όπως για παράδειγμα τρύπες στο κρανίο ή έκοβαν κομμάτια της γλώσσας. Αρκετοί ήταν εκείνοι και από παλαιότερα που προσπάθησαν να διατυπώσουν τις απόψεις τους σχετικά με τον τραυλισμό. Ο Αριστοτέλης για παράδειγμα, αναφέρει ότι ο τραυλισμός είναι απόρροια της νευρικότητας της γλώσσας. Ο Δημοσθένης από την μεριά του πιστεύει ότι έχει να κάνει με την έλλειψη δύναμης (Owens,2003).

Ένα από τα ερωτήματα που έχει γεννηθεί στους ερευνητές είναι το αν μπορεί κανείς να συναντήσει τον τραυλισμό σε όλους τους πολιτισμούς ανά τον κόσμο και σε όλες τις γλώσσες συνάμα. Για να μπορούν να δώσουν απαντήσεις στο παραπάνω ερώτημα, εξέτασαν τις περισσότερες γλώσσες του κόσμου αναζητώντας λέξεις που να αναφέρονται στον τραυλισμό. Αν δεν υπήρχε κάποια λέξη τότε το πιο πιθανό ήταν να μην υπάρχει αυτή η διαταραχή στον συγκεκριμένο πολιτισμό. Τα στοιχεία όμως έδειξαν ότι ο τραυλισμός είναι παγκόσμιος καταρρίπτοντας την παραπάνω θεωρία. Όπως αναφέρει ο Van Riper, υπάρχει παντού μια λέξη που να αντικατοπτρίζει τον τραυλισμό (Manning,2001). Όπως αναφέρεται από την Καμπανάρου (2007), ο τραυλισμός δεν έχει σχέση με το χρώμα, την φυλή, την κοινωνική τάξη ή οποιοδήποτε χαρακτηριστικό που καθιστά το άτομο διαφορετικό από τα άλλα. Η πρώτη προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος πραγματοποιήθηκε από τον ρήτορα Δημοσθένη κατά τον 4ο αιώνα π.Χ. Στην προσπάθεια του να αντιμετωπίσει το πρόβλημα του τραυλισμού, έκανε εξάσκηση του λόγου του, βάζοντας πετραδάκια κάτω από την γλώσσα (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006). Στις αρχές του 19ου αιώνα ξεκινάει να εξετάζεται το πρόβλημα υπό το επιστημονικό πρίσμα. Πλέον το πρόβλημα λαμβάνει μια ιατρική και παιδαγωγική προσέγγιση. Πρωτοπόρος αυτής της νέας διαδρομής, ήταν ο Κολόμπο, ο οποίος ήταν αυτός που έκανε λόγο για την αναπνοή και την ρυθμική ομιλία τα οποία επιτυγχάνονται με κάποιο ειδικό μετρονόμο. Από εκείνη την στιγμή και έπειτα ξεκινάει και στην Ευρώπη να εξετάζεται το θέμα του τραυλισμού από γιατρούς, παιδαγωγούς, ψυχιάτρους και άλλες διάφορες ειδικότητες. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα έκαναν την εμφάνισή τους αυτές οι ειδικότητες πριν από 15 χρόνια όπου ιδρύθηκε και η Ειδική Αγωγή (Σερδάρης,1998).

Συμπερασματικά, μπορούμε να τονίσουμε ότι οι αιτίες που προκαλούν τον τραυλισμό δεν έχουν μελετηθεί έως τώρα σε κάποιον ικανοποιητικό βαθμό. Αρκετοί είναι οι μελετητές που πιστεύουν ότι ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή με πολυπαραγοντικά αίτια. Πιο συγκεκριμένα θα πρέπει αυτή η διαταραχή του λόγου να εξετάζεται υπό το πρίσμα διαφορετικής αιτιολογίας σε κάθε περίπτωση. Έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζεται ως μια άμεση επίδραση όταν οι παράγοντες που είδη υπάρχουν είναι ευνοϊκοί και έτσι δημιουργούν το κατάλληλο έδαφος για να εμφανιστεί ο τραυλισμός (Σερδάρης,1998).

## 1.2 Εννοιολογικοί ορισμοί

### 1.2.1 Φυσιολογική Ροή της ομιλίας

Ο τραυλισμός θεωρείται ως μια διαταραχή της ροής της ομιλίας. Για να μπορεί να γίνει πιο αντιληπτός από το ευρύ κοινό ο ορισμός του τραυλισμού, πρέπει πρώτα να αναφέρουμε λίγα λόγια για το τι ορίζεται ως “φυσιολογική ροή”. Όπως αναφέρεται από τον Νικολόπουλο (2008), η φυσιολογική ροή του λόγου, δηλαδή κάποιος να έχει ευχέρεια στο λόγο του, είναι μια έννοια που δεν μπορεί να οριστεί με μεγάλη ακρίβεια. Το γεγονός ότι δεν μπορεί να δοθεί μια επαρκή ερμηνεία, έχει οδηγήσει πολλούς ερευνητές στην προσπάθεια να ορίσουν το αντίθετό της. Παρόλα αυτά, δύο ερευνητές ο Yairi και ο Seery, προσπάθησαν να ορίσουν την φυσιολογική ροή του λόγου αναφέροντας στο βιβλίο τους ότι μπορεί κανείς να την αναγνωρίσει όταν δεν υπάρχουν διακοπές και κομπιάσματα στους ήχους που παράγονται από την γλώσσα (Guitar,2006).

### 1.2.2 Ορισμός Τραυλισμού

Αρκετοί είναι οι ερευνητές που προσπάθησαν να δώσουν διάφορους ορισμούς για τον τραυλισμό όπως και για την φυσιολογική ροή. Αν μπορούσε να δοθεί ένας γενικός ορισμός για τον τραυλισμό είναι πως ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή της ροής της ομιλίας. Από όσους ορισμούς έχουν δοθεί για τον τραυλισμό ένας αντιπροσωπευτικός είναι αυτός του Van Riper (1982), ο οποίος αναφέρει ότι είναι μια αδυναμία να συνδέονται μεταξύ τους οι ρυθμοί της ομιλίας. Επιπρόσθετα και δύο διαγνωστικά εγχειρίδια, το DSM-IV και το ICD-10 εντάσσουν τον τραυλισμό στις διαταραχές της επικοινωνίας. Το εγχειρίδιο DSM-5, το οποίο είναι η συνέχεια του DSM-IV, εκδόθηκε το 2013 και τοποθετεί τον τραυλισμό κάτω από την ομπρέλα του όρου «Διαταραχή ροής στην παιδική ηλικία» (childhood fluency disorder) μαζί με τον όρο βατταρισμό (cluttering).

Όπως συμπληρώνει ο Μάνος (1997), σε αυτή τη διαταραχή μπορεί κανείς να συναντήσει ένα ή περισσότερα από τα εξής συμπτώματα: επαναλήψεις κάποιων συλλαβών, σπασμένες λέξεις, μπλοκαρίσματα κατά την ομιλία, υποκαταστάσεις λέξεων, λέξεις που μπορεί να προφέρονται με πολύ ένταση, ακόμη και επαναλήψεις μονοσύλλαβων ολόκληρων λέξεων. Αξίζει να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο τις διαπιστώσεις των Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2006), οι οποίοι αναφερόμενοι στα συμπτώματα του τραυλισμού τονίζουν ότι η μεγαλύτερη εκδήλωση του προβλήματος συμβαίνει όταν

το ίδιο το άτομο προσπαθεί να αποφύγει αυτή την κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, όταν ένα άτομο προσπαθεί με κάθε τρόπο να αποφύγει το τραυλισμα τότε αυτό που καταφέρνει είναι να τραυλίζει περισσότερο. Οι ίδιοι αναφέρουν ότι η παραπάνω κατάσταση μπορεί να είναι η αιτία της εκδήλωσης του τραυλισμού σε μεγάλη ένταση αλλά και η διατήρηση του.

Με το πέρασμα των χρόνων και εμβαθύνοντας τις μελέτες για τον τραυλισμό από τους μελετητές έχουν καταλήξει ότι ο τραυλισμός δεν είναι μια απλή διαταραχή της ομιλίας αλλά ότι εμπεριέχονται σε αυτή και πολλοί άλλοι παράγοντες όπως είναι οι γλωσσικοί, οι αναπτυξιακοί, γνωστικοί και περιβαλλοντικοί (Μαλανδράκη, 2012). Αυτή η πολυπαραγοντικότητα γύρω από τον τραυλισμό, κάνει αντιληπτό το γεγονός ότι η διαταραχή της ροής της ομιλίας είναι μια πτυχή του προβλήματος. Μάλιστα ο τραυλισμός διαφοροποιείται σε μεγάλο βαθμό από τις υπόλοιπες διαταραχές λόγου και ομιλίας (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ, 2006).

### **1.2.3 Ταχυλαλία**

Σε αυτό το σημείο είναι αναγκαίο να αναφερθεί η διάκριση του τραυλισμού από την ταχυλαλία. Η ταχυλαλία θεωρείται διαταραχή του λόγου και της ομιλίας όπως και ο τραυλισμός. Τα κύρια χαρακτηριστικά της ταχυλαλίας είναι ότι δεν υπάρχει φυσική ροή στην ομιλία. Το παραπάνω χαρακτηριστικό δεν μπορεί να κατηγοριοποιηθεί στον τραυλισμό. Επίσης άλλα χαρακτηριστικά της ταχυλαλίας είναι ο γρήγορος ρυθμός της ομιλίας το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχει ένας ασαφής λόγος αλλά και την μεγάλη σε ταχύτητα ομιλία (Φούρλας,2011). Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι οι επιπτώσεις της ταχυλαλίας δεν περιορίζονται μόνο στην ομιλία αλλά επηρεάζουν και τον γραπτό λόγο, ο οποίος πολλές φορές είναι άστατος, με παραλήψεις γραμμάτων και παραπονήσεις διάφορων λέξεων. Εκτός από τον προφορικό λόγο έχει και αντίκτυπο στις κινήσεις του σώματος του ατόμου, οι οποίες είναι κατά βάση απότομες και βιαστικές χωρίς κάποιο συγκεκριμένο ρυθμό (Δράκος,2003). Τα άτομα που διακατέχονται από αυτή την διαταραχή δεν παραδέχονται το πρόβλημα τους, είναι ευερέθιστα και δεν δέχονται καμία κριτική. Το να διακρίνει κανείς ένα άτομο που πάσχει από ταχυλαλία ή από τραυλισμό είναι μια δύσκολη υπόθεση, διότι πολλές φορές η ταχυλαλία ακολουθείται και από εξελικτικό τραυλισμό (Μαλανδράκη,2012).

### 1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Όπως αναφέρουν ο Peters & Guitar (1991), βασιζόμενοι σε επιδημιολογικές έρευνες, ο τραυλισμός ταλανίζει το 11% του γενικού πληθυσμού ενώ σε διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών το 5% του πληθυσμού παρουσιάζουν συμπτώματα του. Πιο συγκεκριμένα στην ηλικία των 2 έως 10 ετών ο τραυλισμός κάνει την εμφάνισή του σε ένα ποσοστό 1,4% στον γενικότερο πληθυσμό.

Σε έρευνα που διεξήχθη στην χώρα μας, διαπιστώθηκε ότι το 2,2% των παιδιών τραυλίζουν. Το δείγμα αυτής της έρευνας ήταν 1.113 παιδιά από 57 παιδικούς σταθμούς και νηπιαγωγεία σε ευρύτερες περιοχές του τραυλισμού (Okalidou A. & Kampanaros M., 2001).

Άλλοι ερευνητές μελέτησαν τη συχνότητα που εμφανίζεται ο τραυλισμός σε άτομα που πάσχουν και από άλλα είδη προβλημάτων. Μια περίπτωση που αναφέρεται είναι εκείνη των ατόμων με νοητική υστέρηση με ποσοστό συχνότητας εμφάνισης του τραυλισμού 3%. Σε περιπτώσεις παιδιών με σύνδρομο Down, το ποσοστό συχνότητας αυξάνεται κατακόρυφα (21-48%). Επίσης ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό (3,9-24%) παρατηρείται σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση. Μικρότερα ποσοστά κυμαίνονται σε περιπτώσεις που τα άτομα που πάσχουν από προβλήματα ακοής με μόλις 0,12% (Montgomery & Fitch, 1998). Υψηλά ποσοστά τραυλισμού εντοπίζονται και στις περιπτώσεις δίγλωσσων ατόμων όπως αναφέρουν ο Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2006).

Η εκδήλωση του τραυλισμού μπορεί να εκδηλωθεί οποιαδήποτε στιγμή στην παιδική ηλικία. Η πιο συνηθισμένη ηλικία είναι εκείνη των 2-5 ετών. Έχει παρατηρηθεί εκκίνηση του τραυλισμού και σε μικρότερες ηλικίες (18 μηνών), όπου αυτή η ηλικία είναι ορόσημο για την εμφάνιση των πρώτων προτάσεων (Bloodstein, 1987). Σε αρκετές περιπτώσεις ο τραυλισμός ξεκινάει απότομα ενώ άλλες φορές είναι πιο σταδιακή η εκκίνηση του. Μάλιστα αρκετές φορές χαρακτηρίζονται από εναλλασσόμενα διαστήματα τραυλισμού με φυσιολογική ροής. Αρκετοί είναι οι γονείς που συνδέουν την εμφάνιση του τραυλισμού στο παιδί τους, με κάποιο τραυματικό γεγονός που βίωσαν. Όπως τονίζει ο Adrews (1984), η πιθανότητα να εκδηλωθεί τραυλισμός μετά την ηλικία των 4 ετών μειώνεται κατά 50% και κατά 75% μετά την ηλικία των 6. Στην ηλικία των 12 οι πιθανότητες εμφάνισης του τραυλισμού είναι απειροελάχιστες. Άλλοι ερευνητές όπως ο Yairi & Ambrose, υποστηρίζουν ότι το να εμφανίσει κάποιο παιδί τραυλισμό μετά τα 3 έτη, κυμαίνεται στο 25% (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

## 1.4 Διαφορές ως προς το Φύλο

Το κατά πόσο συχνά παρατηρείται ο τραυλισμός ανάμεσα στα δύο φύλλα φαίνεται να διαφοροποιείται. Αυτή διαφορετικότητα είναι σύνηθες φαινόμενο ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια όσο αφορά και άλλες διαταραχές που ερευνώνται. Κατά την προσχολική ηλικία η διαφοροποίηση αυτή δεν είναι εμφανής, αφού η αναλογία είναι 1:1. Αυτή όμως η αναλογία διαφοροποιείται σε 3:1 εις βάρος των αγοριών κατά την ηλικία των 6-7 ετών και σε 5:1 στην εφηβική ηλικία (12-13 ετών). Το παραπάνω φαινόμενο έχουν προσπαθήσει πολλοί να το μελετήσουν. Κάποιοι από αυτούς υποστηρίζουν ότι η διαφορά αυτή έγκειται στο γεγονός ότι τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες και επομένως προσφέρεται πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη του τραυλισμού. Αυτή η άποψη έχει ενταχθεί στο πλαίσιο μιας έρευνας που στρέφει το ενδιαφέρον της για την μελέτη των γενετικών παραγόντων που καθιστούν τα αγόρια πιο ευαίσθητα από τα κορίτσια. Υπάρχουν κάποιοι άλλοι ερευνητές που υποστηρίζουν ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως είναι για παράδειγμα οι αντιλήψεις που έχουν οι γονείς για την γλωσσική ανάπτυξη. Όπως επιβεβαιώνεται και από έρευνα του Johnson και των συνεργατών του (1959), έχουν διαπιστώσει ότι αρκετοί γονείς αντιδρούν με μεγαλύτερη απογοήτευση προς τα αγόρια παρά στα κορίτσια όταν πρόκειται για περιπτώσεις δισταγμού.

Αν λάβουμε υπόψη μας πως η γλωσσική ανάπτυξη των κοριτσιών είναι πιο γρήγορη σε σχέση με των αγοριών, καταλαβαίνουμε ότι η πίεση και το άγχος που δέχονται είναι μεγαλύτερη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού να είναι αρκετά μεγάλη. Όπως συμπληρώνει η Tatman (Bloodstein, 1995), τα κορίτσια κρατάνε μια σιωπηλότερη στάση σε καταστάσεις άγχους και έντασης από τα αγόρια. Αυτό καθιστά τα κορίτσια σε μια θέση που να μπορούν να αποφύγουν πιο εύκολα τον προφορικό λόγο όπου είναι η βασική εστία εκδήλωσης του τραυλισμού. Μια ακόμη διαφορά που έχει διατυπώσει η ίδια όσον αφορά τα δύο φύλλα, είναι η εκκίνηση του τραυλισμού στο καθένα ξεχωριστά. Στα κορίτσια σημειώνεται έως και 6 μήνες νωρίτερα από ότι στα αγόρια. Αυτό μπορεί να ταυτιστεί και με το γεγονός ότι για αυτό τον λόγο τα κορίτσια έχουν πιο γρήγορη γλωσσική ανάπτυξη (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).



## 1.5 Είδη Τραυλισμού

### 1.5.1 Εξελικτικός και επίμονος τραυλισμός

Ο εξελικτικός τραυλισμός εμφανίζεται κατά την ανάπτυξη του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα, εκδηλώνεται ως επανάληψη σε μια συλλαβή ή παρεμπόδιση στο ξεκίνημα μιας ομιλίας. Αυτός ο τραυλισμός μπορεί να θεωρηθεί δικαιολογημένος, καθώς σε αυτή την ηλικία η γλωσσική ικανότητα που έχει αναπτύξει το παιδί είναι περιορισμένη. Αρκετές φορές μάλιστα αυτό το είδος τραυλισμού θεωρείται από τους ειδικούς ως ένα στάδιο που περνάει το παιδί κατά την πορεία της γλωσσικής του ανάπτυξης (Μαλανδράκη, 2012). Ραγδαία εξέλιξη της γλωσσικής ανάπτυξης εμφανίζεται στο 3ο με 4ο έτος. Αν σε εκείνη την περίοδο τα συμπτώματα του τραυλισμού επιμένουν, τότε ο τραυλισμός μπορεί να μονιμοποιηθεί. Η θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να πραγματοποιήσει κάποιος, μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση. Πιο συγκεκριμένα στην άμεση παρέμβαση γίνεται μια ατομική δουλειά του λογοθεραπευτή με το παιδί, ενώ στην έμμεση γίνεται μια ομαδική δουλειά. Ο λογοθεραπευτής δίνει οδηγίες και συμβουλές σε εκπαιδευτικούς, γονείς και φίλους του παιδιού έτσι ώστε να αποβάλει το άγχος όταν μιλάει (Manning, 2001).

### 1.5.2 Ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός

Αυτού του είδους τραυλισμός εμφανίζεται συνήθως μετά από μια μακροχρόνια περίοδο άγχους ή ακόμη και μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός. Μπορεί κανείς να το συναντήσει κατά κύριο λόγο σε άτομα εφηβικής ηλικίας ή και σε ενηλίκους. Σε σπάνιες περιπτώσεις το συναντάμε σε μικρότερες ηλικίες (Μαλανδράκη, 2012). Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι με τον ψυχογενή επίκτητο τραυλισμό δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να γίνεται ταύτιση με περιπτώσεις εξελικτικού τραυλισμού. Αν για παράδειγμα εμφανίσει ένα παιδί σε μικρή ηλικία δυσθυμίες και καταφέρει να τις ξεπεράσει αλλά αυτές ξανά έκαναν την εμφάνισή τους σε μεγαλύτερη ηλικία, δεν θεωρούμαι ότι η διαταραχή του παιδιού είναι ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός αλλά επανεμφάνιση εξελικτικού τραυλισμού (American Psychiatric Association, 1987). Αξιοσημείωτη μάλιστα είναι η αναφορά στο γεγονός ότι οι περιπτώσεις ψυχογενούς τραυλισμού είναι λιγότερες από το 3% στο σύνολο των περιπτώσεων τραυλισμού που υπάρχουν (Μαλανδράκη, 2012).

### 1.5.3 Νευρογενής επίκτητος τραυλισμός

Απέναντι στον εξελικτικό τραυλισμό βρίσκεται μια άλλη μορφή τραυλισμού αυτή του νευρογενή. Αυτή η μορφή εμφανίζεται ως απόρροια διάφορων νευρολογικών ασθενειών ή και κάποιου τραύματος (Duffy,2012). Υπάρχουν αρκετές διαφορές ανάμεσα σε αυτά τα δύο είδη. Πιο συγκεκριμένα, στον εξελικτικό τραυλισμό το άτομο έχει δυσκολίες στην εκφορά των ουσιαστικών και των ρημάτων, ενώ στον νευρογενή οι δυσκολίες υπάρχουν σε συνδέσμους και προθέσεις. Μια ακόμη διαφορά είναι ότι σε εκείνους που έχουν διαγνωστεί με εξελικτικό τραυλισμό παρατηρούνται και δευτερογενή συμπτώματα άγχους σχετικά με την ομιλία τους. Αντιθέτως στον νευρογενή τραυλισμό δεν είναι εμφανή τέτοιου είδους συμπτώματα. Επίσης, στο πρώτο είδος επηρεάζεται η εκφορά των πρωταρχικών συλλαβών στις λέξεις, ενώ στον νευρογενή επηρεάζεται το σύνολο εκφοράς ολόκληρης της φράσης (Owens, 2003). Βασικά χαρακτηριστικά του νευρογενούς τραυλισμού είναι οι επαναλήψεις, τα μπλοκαρίσματα ήχων αλλά και των συλλαβών. Μάλιστα ο πιο συχνός τύπος δυσκολίας που συναντάμε είναι οι επαναλήψεις ήχου (Duffy,2012). Όπως αναφέρει η Μαλανδράκη (2012), ο νευρογενής τραυλισμός είναι πολύ πιθανό να συνοδεύεται από κάποιες ήπιες δευτερεύουσες συμπεριφορές. Αυτά τα άτομα συνήθως φαίνονται να είναι ενοχλημένα από τα συμπτώματά τους αλλά δεν παρουσιάζουν άγχος. Αν για κάποιο λόγο υπάρξει μια ξαφνική διαταραχή στην ροή αυτό μπορεί να φανερώσει την αρχή μιας νευρολογική νόσου (Owens,2012). Καταληκτικά να αναφερθεί ότι όπως ο αναπτυξιακός τραυλισμός έτσι και ο νευρογενής, παρατηρείται κατά βάση σε άντρες παρά σε γυναίκες (Owens,2003).

### 1.6 Μορφές και φάσεις τραυλισμού

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο ειδικός μέσα από τη διαδικασία της αξιολόγησης να καταγράψει και να ταξινομήσει τον τραυλισμό και το είδος που ανήκει η κάθε περίπτωση. Η ταξινόμηση της περίπτωσης θα πρέπει να γίνει ανάλογα με τα συμπτώματα, την ηλικία, το πότε ξεκίνησε ο τραυλισμός καθώς και τους διάφορους εξωγενείς ή γενετικούς παράγοντες.

### **1.6.1 Μορφές τραυλισμού**

#### **Κλωνική μορφή**

Κατά τον κλωνικό τραυλισμό το άτομο δεν επαναλαμβάνει τις πρώτες συλλαβές της λέξης ή την πρώτη λέξη κατά την ομιλία του. Η επανάληψη γίνεται χωρίς την θέληση του ίδιου του ατόμου και συνοδεύεται από συσπάσεις του προσώπου. Έρευνες έχουν δείξει ότι τις περισσότερες φορές το άτομο δεν συνειδητοποιεί ακόμη τη δυσκολία που έχει στην λεκτική έκφραση του (Ανδρέου, 1994).

#### **Τονική μορφή**

Το άτομο σε αυτή τη μορφή του τραυλισμού επαναλαμβάνει κατά βάση τον πρώτο φθόγγο της λέξης. Αυτήν την μορφή μπορούμε να την θεωρήσουμε και επικίνδυνη για το λόγο του ότι μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα το άτομο δυσκολεύεται να εκφραστεί παρά τις προσπάθειες που καταβάλει. Μάλιστα αυτή η παρεμπόδιση της παραγωγής του λόγου, συνοδεύεται και με συσπάσεις των χειλιών και του προσώπου (Αλεξάνδρου, 1991).

#### **Μεικτή μορφή**

Σε αυτή τη μορφή συνυπάρχουν τα στοιχεία των δύο παραπάνω μορφών. Δεν είναι απίθανο μάλιστα να υπερτερήσουν τα στοιχεία του κλωνικού τραυλισμού, είτε τα στοιχεία του τονικού τραυλισμού (Τσιάντης & Ξυπολυτά, 2001).

### **1.6.2 Οι Αναπτυξιακές φάσεις του τραυλισμού**

Όπως αναφέρουν οι Kaplan & Sadock's (1998), υπάρχουν τέσσερις εξελικτικές φάσεις στην ανάπτυξη ενός παιδιού όσον αφορά τον τραυλισμό. Η πρώτη φάση παρουσιάζεται κατά την διάρκεια της προσχολικής ηλικίας. Σε αυτή τη φάση εκδηλώνεται για μεγάλες περιόδους (εβδομάδες, μήνες) όπου μπορεί να εμπλέκεται και με φυσιολογική ομιλία. Στην συγκεκριμένη φάση το παιδί επαναλαμβάνει διάφορους ήχους και συλλαβές. Έχει παρατηρηθεί ότι το φαινόμενο γίνεται πιο έντονο

όταν τα παιδιά βρίσκονται σε κατάσταση σύγχυσης και όταν θέλουν να εκφράσουν αρκετά πράγματα αλλά οι συνθήκες που τους προσφέρονται χαρακτηρίζονται από επικοινωνιακή πίεση. Η δεύτερη φάση κάνει την εμφάνιση της κατά την διάρκεια της φοίτησης του παιδιού στο δημοτικό σχολείο. Στην συγκεκριμένη φάση, η διαταραχή δεν εμπλέκεται με ενδιάμεση φυσιολογική ομιλία. Τα παιδιά που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή κατανοούν τις δυσκολίες επικοινωνίας που αντιμετωπίζουν. Στην προκειμένη φάση ο τραυλισμός εντοπίζεται σε μέρη του λόγου, όπως είναι το ρήμα, τα ουσιαστικά, τα επίθετα αλλά και οι αντωνυμίες. Η τρίτη φάση εκδηλώνεται μετά την ηλικία των 8 ετών όπου διαρκεί και μέχρι την ενήλικη ζωή του ατόμου. Ο τραυλισμός σε αυτή την φάση κάνει την εμφάνιση του σε συγκεκριμένες καταστάσεις όπως είναι η εξέταση στην τάξη ή όταν το άτομο προσπαθήσει να επικοινωνήσει με ξένους ή ακόμη και όταν επικοινωνεί μέσω τηλεφώνου. Αρκετοί μάλιστα είναι μερικοί ήχοι και λέξεις που το άτομο τα θεωρεί πιο δύσκολα σε σχέση με κάποια άλλα. Η τέταρτη και τελευταία φάση μπορεί κανείς να την συναντήσει κατά την ενήλικη ζωή. Σε αυτή τη φάση το άτομο κάνει παύσεις κατά την διάρκεια της ομιλίας αλλά και αρκετά μπλοκαρίσματά τα οποία είναι αρκετά μεγάλα που καταστούν την επικοινωνία του με τους άλλους ανθρώπους δυσκολεύει.

## 1.7 Τα γενικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού

Όταν κάνουμε λόγο για τα γενικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού αναφερόμαστε στη λεκτική ομιλία και συμπεριφορά του ατόμου που πάσχει από τραυλισμό. Αυτά τα χαρακτηριστικά διακρίνονται σε γενικά και συνοδά. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006) Πιο συγκεκριμένα τα γενικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι τα παρακάτω:

**1) επαναλήψεις:** Θεωρείται το βασικό χαρακτηριστικό της εμφάνισης του τραυλισμού. Πιο συγκεκριμένα αναφερόμαστε σε επαναλήψεις ήχων, συλλαβών, λέξεων ακόμη και φράσεων. Κατά βάση οι επαναλήψεις παρατηρούνται στις πρώτες συλλαβές των λέξεων και σε σπάνιες περιπτώσεις στις τελευταίες. Στην προσπάθεια τους, τα άτομα που πάσχουν από τραυλισμό, όταν θέλουν να πουν μια λέξη την ξανά λένε δύο με τρεις φορές σε γρήγορο ρυθμό (Manning, 2001).

**2) επιμηκύνσεις:** Το άτομο που τραυλίζει παρατείνει τους ήχους όταν μιλάει. Αρκετές είναι οι φορές που οι επιμηκύνσεις συνδυάζονται με ύψωση της έντασης και του τόνου της φωνής (Owens, 2003). Έχει

παρατηρηθεί ότι συνήθως συμβαίνει στους αρχικούς φθόγγους των λέξεων και μάλιστα η επιμήκυνση τους φτάνει μέχρι και τα 5 δευτερόλεπτα (Κάκουρος Ε.& ΜανιαδάκηΚ.,2006).

**3)** Το να δυσκολεύεται κάποιος να ξεκινήσει να μιλάει ονομάζεται **κομπιάσματα**. Πιο συγκεκριμένα η δυσκολία της εκκίνησης της ομιλίας σημαίνει ότι υπάρχει κάποιο εμπόδιο στην ροή του αέρα. Μπλοκάρισμα επίσης μπορεί να παρατηρηθεί και ανάμεσα σε μια λέξη, στην αρχή μιας φράσης ή και στην μέση. Πιο συγκεκριμένα το άτομο κάνει μια παύση ενδιάμεσα στις συλλαβές μιας λέξης που θέλει να προφέρει (Manning,2001).

**4)Παύσεις:** Αυτές οι διακοπές εκδηλώνονται ανάμεσα σε λέξεις και οφείλονται στην μη καλή διαχείριση της ποσότητας του αέρα από το άτομο έτσι ώστε να μπορέσει να προφέρει σωστά το φθόγγο χωρίς να αντιμετωπίσει κάποια δυσκολία. Θα πρέπει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι αυτές οι παύσεις παρατηρούνται πριν από λέξεις που δυσκολεύουν το άτομο να προφέρει κάποιον φθόγγο.

**5)Ατελείς φράσεις:** Το άτομο προσπαθεί να προφέρει κάποια φράση αλλά δεν καταφέρνει να την τελειώσει. Έχει παρατηρηθεί ότι αυτό το άτομο σταματάει ακριβώς πριν από την λέξη, η οποία νομίζει ότι θα του προκαλέσει εκδήλωση τραυλισμού (Μαλανδράκη,2012).

**6)Αναθεωρήσεις:** Κατά την διάρκεια της ομιλίας το άτομο δεν ολοκληρώνει την λέξη την οποία ξεκίνησε αρχικά να λέει, αλλά την αντικαθιστά με κάποια άλλη ομώνυμη που την θεωρεί σύμφωνα με την κρίση του πιο εύκολη στην εκφορά της έτσι ώστε να αποφύγει να τραυλίσει (ΚάκουροςΕ.&ΜανιαδάκηΚ.,2006).

**7)Κάθε συλλαβή τονίζεται διαφορετικά.** Μπορεί κάποια να τονιστεί λιγότερο και κάποια να τονιστεί περισσότερο. Όταν το άτομο τονίζει όλες τις συλλαβές ή ακόμη και όλες τις λέξεις τότε κάνουμε λόγο για **δυσθυμίες** (Μαλανδράκη,2012).

**8)Μετρώντας τις συλλαβές μιας λέξης μπορούμε να καταλάβουμε την ταχύτητα της πρότασης.** Για τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του τραυλισμού αντιστοιχούν 6 συλλαβές ανά

δευτερόλεπτο. Γίνεται αντιληπτό λοιπόν ότι όταν ένα άτομο πάσχει από τραυλισμό και συνοδεύουν οι παύσεις την ομιλία του, αυτό έχει ως επίπτωση την ταχύτητα της ομιλίας του (Μαλαπέρδας,2012).

### 1.7.1 Συνοδά Χαρακτηριστικά

Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά χωρίζονται σε οπτικά και συναισθηματικά. Όπως αναφέρει ο Φούρλας (2011), τα οπτικά χαρακτηριστικά μπορεί κανείς να τα εντοπίσει στο πρόσωπο αλλά και στο σώμα εκείνων πάσχουν από τραυλισμό. Αυτά τα οπτικά χαρακτηριστικά αποτελούνται από μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως είναι για παράδειγμα η αποφυγή βλεμματικής επαφής, το έντονο ανοιγοκλείσιμο των ματιών, η εμφάνιση ρυτίδων στο μέτωπο, διάφορα τικ ή και πίεση των χειλιών αναμεταξύ τους. Αρκετές είναι οι περιπτώσεις που παρατηρούνται χαρακτηριστικά όπως είναι το κοκκίνισμα, η εφίδρωση αλλά και δυσκολίες στην αναπνοή (Μαλανδράκη,2012).

Χρησιμοποιώντας τις παραπάνω συμπεριφορές, το άτομο προσπαθεί να αποφύγει τον τραυλισμό. Όπως συμπληρώνει και ο Manning (2001), το να φύγει το άτομο από το δωμάτιο που βρίσκεται ή να στρέψει το κεφάλι του προς κάποια άλλη κατεύθυνση από εκείνη που είναι ο συνομιλητής του, δηλώνει την προσπάθεια του να αποφύγει το τραύλισμα. Αυτές οι συμπεριφορές επιφέρουν καρπούς αφού το άτομο στρέφει την προσοχή του σε αυτές τις καινούργιες συμπεριφορές και όχι στον τρόπο που θα μιλήσει. Με τον καιρό αυτές οι συμπεριφορές χάνουν την δύναμη τους και το άτομο τις αντικαθιστά με τις παλιές συμπεριφορές (ανοιγοκλείσιμο ματιών). Επομένως λοιπόν το άτομο δεν καταφέρνει να αντιμετωπίσει τον τραυλισμό (Owens,2003). Από την άλλη μεριά τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά δεν είναι ορατά. Υπάρχουν άνθρωποι που το έχουν αποδεκτή ότι τραυλίζουν, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις που οι άνθρωποι δεν το δέχονται με αποτέλεσμα να δημιουργούν στον εαυτό τους συναισθήματα άγχους και φόβου (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. ,2006). Όπως έχει παρατηρηθεί τα άτομα που τραυλίζουν διακατέχονται από αρνητικά συναισθήματα όπως είναι το άγχος και ο φόβος. Αρκετά είναι μάλιστα τα άτομα που νιώθουν άβολα με όλη αυτή την κατάσταση και αυτό μπορεί να αποδοθεί από ελαφριά δυσφορία μέχρι και πανικό. Όσο περισσότερο άγχος έχουν τόσο πιο πολλά εμπόδια αντιμετωπίζουν. Επιπρόσθετα τα άτομα που τραυλίζουν έχουν πρόβλημα με την αυτοπεποίθησή τους. Ζουν γενικότερα σε μία ένταση και μια αγωνία για να αποφύγουν να εκδηλωθεί ο τραυλισμός και να μην νιώσουν ντροπή και απογοήτευση

(Dogge,2000).

## **1.8 Τα αίτια του τραυλισμού**

Η διαταραχή του τραυλισμού αποτελεί μία από τις πιο αναγνωρίσιμες πολλές χιλιάδες χρόνια τώρα, αν και τα αίτια της, παρ' όλες τις προσπάθειες των διαφόρων προσώπων και «σχολών» που αναπτύχθηκαν ανά τους αιώνες, δεν έχουν ακόμη εξακριβωθεί. Οι βασικές κατηγορίες αιτιών που παίζουν ρόλο και σχηματίζουν το προφίλ κάθε παιδιού που τραυλίζει είναι τα οργανικά, τα κληρονομικά, τα κοινωνικοπολιτικά, τα γλωσσικά και τα ψυχολογικά.

### **1.8.1 Οργανικά αίτια**

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), σε αυτή την κατηγορία αιτιών ανήκουν διάφορες στοματικές παθήσεις, τραυματισμοί κατά την γέννηση ή την εμβρυακή ζωή, διάφορες εξουθενωτικές ασθένειες όπως είναι ο τύφος, οι μαγουλάδες, σοβαρές δηλητηριάσεις, βλάβες σε κινητικές περιοχές του εγκεφάλου κ.τ.λ. Αρκετές είναι οι μελέτες χρησιμοποιώντας ηλεκτρογραφήματα έχουν καταλήξει στο γεγονός ότι οι άντρες που τραυλίζουν παρουσίαζαν καταστολή κυμάτων στο δεξί ημισφαίριο ενώ οι άντρες που δεν τραυλίζουν εμφάνιζαν καταστολή στο αριστερό ημισφαίριο. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι ο τραυλισμός παρουσιάζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στους αριστερόχειρες παρά σε δεξιόχειρες. Επιπρόσθετα ο τραυλισμός στην ακουστική επεξεργασία είναι ακόμη ένα ζήτημα που έχει ερευνηθεί εκατοντάδες φορές. Οι διαταραχές που προκύπτουν στην ακοή μπορεί να είναι είτε κεντρικού τύπου είτε περιφερειακού τύπου (Δράκος,2003).

### **1.8.2 Κληρονομικά αίτια**

Αυτό που έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ερευνητές είναι η επίδραση που ασκούν τα κληρονομικά αίτια στην εκδήλωση του τραυλισμού. Όπως αναφέρουν ο Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ. (2006), υποστηρίζουν ότι η πιθανότητα να εκδηλωθεί τραυλισμός σε συγγενή πρώτου βαθμού

ατόμων που πάσχουν από την διαταραχή του τραυλισμού είναι τριπλάσια σε σχέση με το ευρύ κοινό. Αυτά τα ευρήματα μάλιστα ενίσχυσαν τον προβληματισμό. Αρκετές είναι οι έρευνες που έχουν διατυπώσει ότι ένα παιδί έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει τραυλισμό αν στο συγγενικό του περιβάλλον υπάρχουν άτομα που πάσχουν από τραυλισμό. Όπως υποστηρίζουν οι ίδιοι, σε μια έρευνα έχει βρεθεί ότι παρά το γεγονός ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται στα αγόρια με μεγαλύτερη συχνότητα, οι συγγενείς των κοριτσιών που τραυλίζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τραυλισμό. Σε άλλη έρευνα που διεξάχθηκε από τον Andrews και τους συνεργάτες του (1991), έχει διαπιστωθεί ότι τα αίτια των ατόμων που εμφανίζουν τραυλισμός προέρχονται κατά 71% από κληρονομικότητα και το υπόλοιπο 29% έχουν σχέση με περιβαλλοντικούς παράγοντες.

### **1.8.3 Κοινωνικοπολιτισμικά αίτια**

Ως κοινωνικοπολιτισμικός παράγοντας μπορεί να θεωρηθούν οι αντιλήψεις που επικρατούν στις διάφορες κοινωνίες, όπως, για παράδειγμα, το τι θα πρέπει να κατορθώσει ένα παιδί όσο αφορά στη γλωσσική του ανάπτυξη. Αυτό όμως καθιστά κάποιους να χαρακτηριστούν ως αποτυχημένοι, διότι οι κοινωνικές απαιτήσεις να μην είναι εύκολο να επιτευχθούν από όλα τα άτομα ή να χρειάζονται περισσότερο χρόνο (Μαλανδράκη, 2012). Μάλιστα και οι γονείς βομβαρδίζουν τα παιδιά τους με διάφορες δραστηριότητες όπως πιάνο, μπαλέτο, ξένες γλώσσες με αποτέλεσμα αυτό το πλήθος απαιτήσεων να οδηγούν τα παιδιά στην εμφάνιση του τραυλισμού. Άλλη μια κοινωνική αίτια εμφάνισης τραυλισμού μπορεί να θεωρηθεί η λανθασμένη συμπεριφορά που έχουν οι γονείς απέναντι στα παιδιά κατά την περίοδο σχηματισμού της ομιλίας τους (Σερδάρης, 1998). Επιπρόσθετα λόγοι που θα μπορούσαν να ευθύνονται για την εμφάνιση του τραυλισμού και γενικότερα διαταραχών λόγου είναι το να μαθαίνει ένα παιδί ταυτόχρονα την μητρική του γλώσσα αλλά και μια ξένη, το να μένει σε κάποιον χώρο που να μην είναι επαρκείς αλλά και οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες. Ιδανικά η μάθηση της ξένης γλώσσας πρέπει να επέρχεται μετά το 5ο έτος της ηλικίας του παιδιού, ώστε να αποφευχθούν όσο το δυνατό περισσότερες δυσκολίες στο λόγο του.



#### 1.8.4 Ψυχικά Αίτια

Όταν κάνουμε λόγο για εμφάνιση του τραυλισμού βασιζόμενοι σε συναισθήματα, όπως είναι ο φόβος και ο τρόμος, γνωρίζουμε ότι αναφερόμαστε στις ψυχικές αιτίες. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συνδέσει τον τραυλισμό με κάποιο περιστατικό τρόμου που είχα βιώσει. Όλες οι μελέτες μετά από απαντήσεις που έχουν δοθεί από παιδιά έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι βασική αιτία εμφάνισης του τραυλισμού ήταν κάποιο ισχυρό σοκ που υπέστησαν ή κάποιο γεγονός που τους δημιούργησε πολύ φόβο (Σερδάρης, 1998). Αυτό που έχει διαπιστωθεί ότι δημιουργεί φόβο στα παιδιά είναι όταν ένας ή και οι δύο γονείς είναι αρκετά αυστηροί. Το παιδί ζει και μεγαλώνει κάτω από ένα περιβάλλον μόνιμου εκφοβισμού μήπως το μαλώσουν. Αυτό καταφέρνει να δημιουργεί στο παιδί μια μόνιμη ένταση και μια γενικότερη παθολογική ανησυχία. Αυτή η κατάσταση έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση του τραυλισμού. Μάλιστα υπάρχουν περιπτώσεις που τέτοια συμπεριφορά όμως την παραπάνω την συναντάμε και σε τάξεις σχολείου από τους εκπαιδευτικούς προς τους μαθητές (Καμπουρόγλου, 2000). Ο χωρισμός των γονιών, κάποιος ανταγωνισμός που μπορεί να υπάρχει στην οικογένεια και συγκεκριμένα ανάμεσα σε αδέρφια, συνεχής καβγάδες, ο εγκλεισμός σε κάποιο ίδρυμα ή ακόμη και διάφορες κρίσεις που μπορεί να περνάει το ζευγάρι είναι ψυχικές εντάσεις που έχουν αντίκτυπο στο παιδί και στην ανάπτυξη του (Σερδάρης, 1998).

Καταληκτικά αντιλαμβανόμαστε ότι το να διευκρινιστούν τα αίτια εμφάνισης τραυλισμού και γενικότερα διαταραχών λόγου είναι ένα κομβικό σημείο έτσι ώστε να μπορεί να γίνει σωστή διάγνωση. Οι ειδικοί μέσα από προσεκτική παρατήρηση, εξέταση αλλά και συζητήσεις με τους γονείς θα είναι σε θέση να εντοπίσουν τους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση των διαταραχών λόγου.

#### 1.8.5 Γλωσσικά αίτια

Τα παιδιά που τραυλίζουν, έχει αποδειχθεί πως φέρουν ευαίσθητο σύστημα λόγου και επικοινωνίας, οπότε είναι πιο επιρρεπή στο να θα υποστούν παρεμβολές στην ομαλή παραγωγή του από τον γλωσσικό σχεδιασμό που παράλληλα απαιτείται να γίνει. Συγκεκριμένα, υπογραμμίζεται πως η γλωσσική περιπλοκότητα ενός νοήματος μπορεί να επηρεάσει τη σταθερότητα στον κινητικό έλεγχο στα άτομα που τραυλίζουν (Kleinow και Smith, 2000). Έτσι, προκύπτει και το γεγονός πως τα παιδιά

που εμφανίζουν δυσκολίες στις αρθρωτικές διαδοχοκινήσεις, είναι πιθανό να φέρουν διαταραχές ροής του λόγου όπως ο τραυλισμός.

### **1.8.6 Ψυχολογικά αίτια**

Ως προς τις ψυχικές αιτίες εμφάνισης του τραυλισμού σε αυτές εντάσσεται ο φόβος, ο τρόπος ή κάποιο ισχυρό συγκινησιακό βίωμα τρόμου. Ειδικότερα, ο ισχυρός τρόμος επιφέρει απότομη διαταραχή στη σύνθεση του αίματος και πλατιά βιοκύματα (ραδιενέργεια) στην αφύπνιση του εγκεφαλικού φλοιού. Ως εκ τούτου, προκαλείται ένας έκτακτος και δυνατός ερεθισμός, ο οποίος φτάνει στη νευρική έκρηξη και ακολούθως προκαλεί δυσισορροπία των κινήσεων του λόγου, εμφανίζοντας τους σπασμούς. Οι συγκεκριμένοι σπασμοί ακόμα κι αν εμφανιστούν μία φορά, είναι ικανοί να προκαλέσουν ιδιαίτερη εντύπωση στο παιδί και να αποτυπωθούν στην συνείδηση του ως δυσκολίες στη προφορά του λόγου και σταδιακά αποτελούν μόνιμο, βασανιστικό φαινόμενο.

Η ιδιοσυγκρασία του παιδιού διακατέχει, επίσης, σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του τραυλισμού και είναι καθοριστική για το αν ο τραυλισμός θα είναι επίμονος ή όχι. Παιδιά με συναισθηματική ευαισθησία τείνουν να «αντιδρούν» σε τυχόν δυσρυθμίες του παρουσιάζουν και αυτό εμποδίζει την ανάκαμψή τους.

### **1.8.7 Άλλα αίτια**

Άλλοι παράγοντες που σύμφωνα με έρευνες φανερώνουν μία σχέση σύνδεσης με τον τραυλισμό είναι η βίαιη επιβολή της δεξιοχειρίας κατά το παρελθόν, η διγλωσσία ή και η πολυγλωσσία, αλλά και τα δίδυμα παιδιά. Μελέτες σε δίδυμα αδέρφια που γίνονται ανά καιρούς αποδεικνύουν πως τα μονοζυγωτικά ίδιου φύλου δίδυμα έχουν περισσότερες πιθανότητες να τραυλίζουν και τα δύο, αφού υπάρχει γονιδιακή συμφωνία.

Επιπλέον, ο τραυλισμός συνδέεται και με δυσκολία των παιδιών που τραυλίζουν στο να κοιμηθούν σωστά. Συγκεκριμένα, ο μη ικανοποιητικός ύπνος των παιδιών κατά τη διάρκεια της νύχτας είναι ικανός να αποτελέσει παράγοντα που πυροδοτεί την εμφάνιση του τραυλισμού, λόγω κόπωσης του

παιδιού ή να οδηγήσει σε εδραίωση του τραυλισμού, καθώς η κόπωση εμποδίζει τις εγκεφαλικές λειτουργίες και συνεπώς και τη ροή της ομιλίας (Merlo, 2011).

## 1.9 Πολυπαραγοντικό μοντέλο

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, για την εκδήλωση της διαταραχής του τραυλισμού είναι υπεύθυνοι αρκετοί παράγοντες. Ο Rustin και οι συνεργάτες του (1995), έχουν αναπτύξει ένα μοντέλο στο οποίο κάνουν αναφορά για τέσσερις παραμέτρους. Πιο συγκεκριμένα, οι παράγοντες αυτοί είναι οι οργανικοί, οι κοινωνικοί και συναισθηματικοί, οι περιβαλλοντικοί και οι γνωστικοί.

Οι οργανικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την εκδήλωση του τραυλισμού, καθώς και την ανάπτυξη του στην παιδική ηλικία. Όπως αναφέρει ο Μύρκος (2013), οι παράγοντες αυτοί έχουν σχέση με το ιατρικό, αναπτυξιακό και οικογενειακό ιστορικό του παιδιού. Όπως έχουν αποδειχθεί από έρευνες του 1930, αν ένα άτομο έχει ιστορικό τραυλισμού στον οικογενειακό κύκλο, υπάρχει πιθανότητα να τραυλίσουν και αυτά. Μάλιστα υπογραμμίζεται ότι στους άντρες είναι πιο πιθανό να κληρονομηθεί ο τραυλισμός από ότι στις γυναίκες. Η θεραπεία του προβλήματος εξαρτάται από την περίπτωση της κληρονομικής συνθήκης. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο τραυλισμός έχει σχέση με τις αλλαγές που υπάρχουν στα χρωμοσώματα 9,10,12,13 και 18 (Perez & Stoeckle,2006). Πέρα όμως από την γενετική πτυχή του τραυλισμού, έχουν διεξαχθεί μελέτες βασιζόμενες σε οργανικές δοκιμές. Πιο συγκεκριμένα, έχουν ανακαλυφθεί ότι άτομα τα οποία δεν έχουν κάποια δυσκολία στην ροή να χρησιμοποιούν το αριστερό ημισφαίριο περισσότερο, ενώ άτομα που πάσχουν από τραυλισμό ή κάποια άλλη δυσκολία στην ομιλία, ενεργοποιούν το αριστερό ημισφαίριο περισσότερο.

Δεύτερη παράμετρος του μοντέλου αποτελούν οι κοινωνικοί και συναισθηματικοί παράγοντες. Στους συγκεκριμένους παράγοντες δεν έχει μελετηθεί ακόμη η πιθανή επιρροή στην παιδική ηλικία. Το μόνο που μπορεί να αναφερθεί με σιγουριά είναι ότι αυτοί οι παράγοντες ασκούν επίδραση στην έναρξη του αναπτυξιακού τραυλισμού, καθώς και της διατήρησης του. Στα παιδιά που τραυλίζουν συνήθως δημιουργούνται αισθήματα άγχους, χαμηλής αυτοεκτίμησης και μπορεί να εκδηλώσουν και νευρωσικά συμπτώματα. Πολλές φορές στο σχολείο γίνονται θύματα εκφοβισμού από άλλα παιδιά.

Το περιβάλλον του ατόμου που αναφέρεται ως τρίτη παράμετρος, διαδραματίζει έναν πολύ σπουδαίο ρόλο. Το σχολείο και η οικογένεια είναι οι δύο βασικοί πυλώνες στην ζωή ενός ατόμου. Έρευνες έχουν

δείξει ότι τα παιδιά που τραυλίζουν έχουν γονείς οι οποίοι είναι αρκετά απαιτητικοί και αυστηροί με αυτά. Επίσης, οι ίδιοι οι γονείς χρησιμοποιούν δύσκολο λεξιλόγιο στην καθημερινή τους ομιλία, μακροσκελείς προτάσεις, μιλάνε γρήγορα και θέλουν μάλιστα να κάνουν και τα παιδιά τους να ξεπεράσουν τον τραυλισμό. Επίσης ακόμη και ένα περιστατικό που έχει συμβεί στην οικογένεια, όπως για παράδειγμα ένας χωρισμός, μπορεί να δημιουργήσει στο παιδί εκδήλωση τραυλισμού και γενικότερα δυσκολίες στην ομιλία του.

Τέλος, ως τέταρτη παράμετρος αναφέρονται οι γνωστικοί παράγοντες στους οποίους ανήκει η ανάπτυξη της αντίληψης, της μνήμης, της προσοχής κ.ά.. Όλα τα προαναφερόμενα μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ομιλία ενός παιδιού. Πολλές φορές τα ίδια τα παιδιά συγκρίνουν τις γνωστικές δεξιότητες που έχουν αναπτύξει με τις αντίστοιχες άλλων παιδιών και αυτό τους δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα.

Καταληκτικά, λοιπόν, γίνεται αντιληπτό ότι για να κατανοηθεί η πολύπλευρη φύση του τραυλισμού θα πρέπει να υπάρχει μια ολοκληρωμένη εικόνα μέσα από την ανάλυση του πλήθους των παραγόντων. Παραβλέποντας κάτι ή ερμηνεύοντας κάτι λάθος, έχει ως συνέπεια να οδηγηθούμε σε μη έγκυρη εκτίμηση, αλλά και σε λανθασμένη διαχείριση της περίπτωσης. Ένα μοντέλο, όπως το παραπάνω, είναι το ιδανικότερο για να κατανοηθεί η πολύπλευρη φύση του τραυλισμού, αλλά και των δυσκολιών που τον συνοδεύουν.

## **1.10 Συμπτωματολογία τραυλισμού**

Ο τραυλισμός εμφανίζεται ως διαρκές σύμπτωμα στο 1% των παιδιών, ενώ ως προσωρινό σύμπτωμα εμφανίζεται στο 4% του πληθυσμού. Τα γενικά χαρακτηριστικά που εμφανίζει το άτομο που τραυλίζει είναι ποικίλα, πολυπαραγοντικά και ποικιλόμορφα. Επομένως, η κλινική εικόνα του ατόμου με αυτή τη διαταραχή διαφέρει από άτομο σε άτομο λόγω και της δυσκολίας εύρεσης σωστής αιτιολογίας, όπως έχει ήδη προαναφερθεί (Καρπαθίου,1999). Βασικό σημείο της συμπτωματολογίας του τραυλισμού είναι ότι ο παθών δεν καταφέρνει να ανταπεξέλθει στις επικοινωνιακές του ανάγκες, εξαιτίας του κακού συντονισμού του χρόνου εισπνοής και εκπνοής, χωρίς αυτό να σημαίνει πως οι αναπνευστικοί λόγοι είναι οι μόνοι υπεύθυνοι για την εμφάνιση των συμπτωμάτων.

Τα κύρια συμπτώματα του τραυλισμού εμφανίζονται στο λόγο, καθώς το παιδί που τραυλίζει δεν καταφέρνει να εκφέρει σωστά το λόγο του, οπότε αυτός είναι ατελής, με διάθεση περιττών συλλαβών ή αχρειαστών επαναλήψεων, ενώ συχνά παρεμβάλλονται σε αυτόν κενά στην αρχή αλλά και στο μέσον μιας φράσης, κομμάτια λόγου που δεν ακούγονται λόγω της έντασης τους, καθώς και ενοχλητικοί ήχοι εξαιτίας της έντασης στις φωνητικές χορδές (Εξαρχάκος, 2001).

Επιπλέον, η συμπτωματολογία περιλαμβάνει τη συνοδεία από σπασμωδικές κινήσεις των μυών που συμμετέχουν στο μηχανισμό της ομιλίας, δηλαδή των προσωπικών και αναπνευστικών μυών, όπως και άλλες κινήσεις που κανονικά δεν παίρνουν μέρος στη λειτουργία του λόγου. Οι εν λόγω κινήσεις ονομάζονται συν-κινήσιες και αφορούν κινήσεις των μυών του λαιμού, της ωμοπλάτης, διάφορες κινήσεις των φρυδιών και των βλεφάρων, των πτερυγίων της μύτης, του κεφαλιού προς τα πίσω, καταποτικές κινήσεις, ακόμη και κινήσεις των χεριών και των ποδιών. Τέλος, ένα ακόμα σύμπτωμα που διακρίνεται σε παιδιά με τραυλισμό είναι η εφίδρωση, το κοκκίνισμα του προσώπου, η καρδιακή υπερένταση και οι υστερίες (Εξαρχάκος, 2001).

## **1.11 Αύξηση εκδήλωσης τραυλισμού**

Η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε συγκεκριμένες περιπτώσεις υπάρχει περίπτωση να επηρεάζεται από μια σειρά παράγοντες (Andrews et al., 1983). Αξιοσημείωτο είναι πως οι παράγοντες που ευθύνονται για την αύξηση αυτή διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ένας βασικός παράγοντας ο οποίος αυξάνει τη πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού είναι η επικοινωνιακή πίεση, η οποία εμφανίζεται σε ποικίλες μορφές. Σε κάθε περίπτωση που το άτομο αντιλαμβάνεται την επικοινωνία ως μια πιεστική κατάσταση, έχει πολλές πιθανότητες να εκδηλώσει τραυλισμό κατά το λόγο του. Επιπλέον, είναι διαπιστωμένο ότι όταν τα άτομα μιλούν στο τηλέφωνο, συστήνονται πρώτη φορά ή μιλάνε σε άτομο με αυξημένο κύρος συχνά εμφανίζουν τραυλισμό (Van Riper, 1982). Κοινό χαρακτηριστικό των καταστάσεων αυτών είναι η μεγάλη προσπάθεια που καταβάλλεται από το άτομο που τραυλίζει, να μην το κάνει. Ωστόσο, όσο μεγαλύτερη είναι η προσπάθεια, τόσο πιο έντονη είναι η πιθανότητα εμφάνισης του τραυλισμού. Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια μιας τηλεφωνικής συνδιάλεξης, η διαμόρφωση εντυπώσεων για το συνομιλητή βασίζεται αποκλειστικά και μόνο σε ακουστικά δεδομένα καθώς εκλείπουν οι οπτικές πληροφορίες. Επομένως, ο φόβος του ατόμου που τραυλίζει για

ενδεχόμενη αρνητική εντύπωση αυξάνεται, καθώς η επικοινωνία βασίζεται σε λεκτικές ικανότητες τις οποίες το άτομο αντιλαμβάνεται ως μειωμένες για τον εαυτό του.

Μία επίσης συνθήκη που αυξάνει την πιθανότητα αύξησης του τραυλισμού, είναι η περίπτωση στην οποία ζητείται από το άτομο που τραυλίζει να επαναλάβει κάτι που είπε επειδή δεν έγινε κατανοητό την πρώτη φορά (Bloodstein, 1987). Γίνεται αντιληπτό πως η ανάγκη και η επιθυμία του ατόμου που τραυλίζει να γίνει κατανοητό, αυξάνει τα επίπεδα άγχους του και τις πιθανότητες να τραυλίσει. Με άλλα λόγια η αύξηση του αισθήματος της σοβαρότητας, σε περιπτώσεις που θέλει να διαφύγει αυξάνουν το χαρακτηριστικό του τραυλισμού στην ομιλία. Γι' αυτό όταν αρκετοί ενήλικοι ζητούν από παιδιά τα οποία τραυλίζουν, να επαναλαμβάνουν τη λέξη ή τη φράση στην οποία τραύλισαν «αργά και καθαρά», όχι απλά δε βοηθούν τα παιδιά, αλλά συνήθως επιδεινώνουν την κατάσταση. Αν συνοπλογίσουμε τη διαπίστωση ότι τα άτομα που τραυλίζουν τείνουν να τραυλίσουν σε λέξεις κατά την εκφορά των οποίων είχαν τραυλίσει στο παρελθόν, γίνεται κατανοητό ότι η τακτική αυτή οδηγεί σε σταδιακή αύξηση του βαθμού της σοβαρότητας του τραυλισμού.

Τέλος, η παρουσία μπροστά σε μεγάλο ακροατήριο συχνά επιδεινώνει τη σοβαρότητα του τραυλισμού (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006). Παιδιά που έρχονται αντιμέτωπα με αυτή τη δύσκολη κατάσταση είναι συνήθως αυτά που καλούνται να απαγγείλουν ένα ποίημα σε μια σχολική εορτή ή να λύσουν ένα πρόβλημα στον πίνακα μέσα στη τάξη. Σε κάποιες περιπτώσεις, κυρίως μικρών παιδιών, ακόμα και τα θετικά συναισθήματα αυξημένης έντασης, όπως είναι ο ενθουσιασμός, ενδέχεται να επιδράσουν αρνητικά στο βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού (Adams, 1992).

Ένας επιπλέον βασικός και σημαντικός παράγοντας, ο οποίος αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης του τραυλισμού, είναι ο βαθμός της προσοχής που το άτομο που τραυλίζει δίνει στην ομιλία του, καθώς η εστίαση στην προσπάθεια που καταβάλει για να οργανώσει τον λόγο του πριν μιλήσει. Συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί πως κάποια άτομα, όσο περισσότερο αναμένουν για να μιλήσουν, τόσο ενισχύουν τις πιθανότητες να τραυλίσουν. Για παράδειγμα, όταν περιμένουν σε σειρά για να μιλήσουν, είναι πιθανότερο να τραυλίσουν εάν βρίσκονται στις τελευταίες παρά στις πρώτες θέσεις της σειράς. Ο μεγαλύτερος χρόνος αναμονής δίνει την ευκαιρία στο άτομο που τραυλίζει να προσπαθεί για περισσότερη ώρα να οργανώσει τον λόγο του προκειμένου να μην τραυλίσει, με αποτέλεσμα να πετυχαίνει ακριβώς το αντίθετο. Τα παιδιά που τραυλίζουν βιώνουν ανάλογες καταστάσεις στο σχολείο όταν περιμένουν να εξεταστούν από τη δασκάλα. (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

## 1.12 Μείωση εκδήλωσης τραυλισμού

Βέβαια, πέρα από τις καταστάσεις που εντείνουν την πιθανότητα αύξησης τραυλισμού, υπάρχουν και αυτές, κατά τις οποίες μπορεί να μειώνεται ή να αποτρέπεται εντελώς η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού. Κοινά χαρακτηριστικά αυτών των καταστάσεων υπογραμμίζεται πως είναι η απουσία βιώματος επικοινωνιακής πίεσης και η μειωμένη επικέντρωση της προσοχής του ατόμου στην ομιλία του, δηλαδή οι αντίθετες από τις προαναφερθείσες καταστάσεις που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης.

Μελέτες διαπιστώνουν ότι στην περίπτωση που το άτομο που τραυλίζει διαβάζει δυνατά ταυτόχρονα με κάποιον άλλο, τότε ελαχιστοποιείται η πιθανότητα να τραυλίσει (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006). Όμως ο τραυλισμός θα εκδηλωθεί ξανά όταν το δεύτερο άτομο σταματήσει να διαβάζει. Ανάλογα λειτουργεί και ο προφορικός λόγος, στις περιπτώσεις που αντίστοιχα το άτομο που τραυλίζει λέει ταυτόχρονα ή όχι τα ίδια λόγια με ένα άλλο άτομο. Η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας του τραυλισμού φαίνεται πως σε τέτοιες περιπτώσεις οφείλεται στο γεγονός ότι το άτομο που τραυλίζει νιώθει μειωμένο το αίσθημα της ευθύνης για το αποτέλεσμα της ενέργειάς του, εφόσον την πραγματοποιεί από κοινού με κάποιον άλλο, με τον οποίο και μοιράζεται την ευθύνη. Εναλλακτικά, υποστηρίζεται πως το δεύτερο άτομο έχει το ρόλο του μετρονόμου, δηλαδή κατά κάποιο τρόπο δίνει στο άτομο που τραυλίζει το σωστό ρυθμό ομιλίας.

Επιπλέον, ο τραυλισμός εκδηλώνεται εξαιρετικά σπάνια όταν το άτομο τραγουδά, βρίζει, μιλά με συγκεκριμένο ρυθμό, για παράδειγμα όταν αριθμεί μια σειρά αντικειμένων, ή λέει απ' έξω κάτι που έμαθε (Andrews et al., 1983). Μια άλλη περίπτωση, κατά την οποία το άτομο που συνήθως τραυλίζει μπορεί να μιλήσει με κανονική ροή, είναι όταν αυτό που θέλει να πει είναι ήδη γνωστό στον ακροατή. Όταν για παράδειγμα, ένα άτομο που θέλει να αγοράσει ένα συγκεκριμένο αντικείμενο από ένα κατάστημα, φαίνεται πως μπορεί να το ζητήσει λεκτικά χωρίς να τραυλίσει, εάν το έχει δείξει πρώτα στον πωλητή (Bloodstein, 1987).

Ακόμη, όταν το άτομο μιλάει χωρίς την παρουσία ακροατών φαίνεται πως μειώνεται εξαιρετικά η πιθανότητα εμφάνισης τραυλισμού, ή όταν απευθύνεται σε ζώα. Όταν τα παιδιά που τραυλίζουν παίζουν μόνα τους στο δωμάτιο τους και συνομιλούν με τα παιχνίδια τους ή όταν μιλούν με παιδιά μικρότερης ηλικίας, σπάνια εκδηλώνεται τραυλισμός. Πιθανό είναι στο συγκεκριμένο φαινόμενο να

υπάρχει ελαχιστοποίηση της ανάγκης του ατόμου να αποφύγει τον τραυλισμό, καθώς απουσιάζουν οι ακροατές, ή οι ακροατές είναι παιχνίδια ή ζώα.

Επίσης, παρατηρείται μείωση της πιθανότητας τραυλισμού και σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο που τραυλίζει διαφοροποιεί τον συνήθη ρυθμό ομιλίας του για παράδειγμα την ταχύτητα της ομιλίας του, την ένταση, τον «χρωματισμό» της φωνής, ή τη μελωδικότητα του λόγου, τότε μειώνεται η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού. Αυτό αιτιολογείται από το γεγονός ότι οι αλλαγές του τρόπου ομιλίας λειτουργούν ως μάσκα της πραγματικής ομιλίας του ατόμου και απομακρύνουν την προσοχή του από τη σκέψη και την προσπάθεια να μην τραυλίσει (Bloodstein, 1987). Βέβαια στην πλειοψηφία των φορών είναι προσωρινή η βελτίωση, διότι από την μία τα ασυνήθη στοιχεία της ομιλίας χάνουν την αποτελεσματικότητά τους όταν γίνουν συνήθη και από την άλλη ο παράδοξος τρόπος ομιλίας προσελκύει περισσότερο την αρνητική προσοχή των συνομιλητών από τα συμπτώματα του τραυλισμού.

Παρατηρήσεις, οι οποίες χρονολογούνται από το 1937 (Johnson & Knott) αποκαλύπτουν ότι η εκδήλωση τραυλισμού μειώνεται μετά από επανειλημμένες διαδοχικές αναγνώσεις του ίδιου υλικού. Ειδικότερα, έχει διαπιστωθεί πως μετά από πέντε περίπου αναγνώσεις του ίδιου αποσπάσματος, ο τραυλισμός μειώνεται κατά 50% σε σύγκριση με την πρώτη ανάγνωση. Οι περαιτέρω αναγνώσεις επιφέρουν ελάχιστη έως και καθόλου μείωση του τραυλισμού. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε «επίδραση της προσαρμογής».

Με σκοπό την ερμηνεία του συγκεκριμένου φαινομένου έχουν προταθεί ποικίλες θεωρίες. Ορισμένοι ερευνητές συσχέτισαν την προσαρμογή με τη σταδιακή μείωση του άγχους, καθώς ο αναγνώστης εξοικειώνεται με το υλικό και παύει να το φοβάται (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006). Άλλοι απέδωσαν το φαινόμενο της προσαρμογής στο γεγονός ότι με τις επαναλήψεις, το προς ανάγνωση υλικό γίνεται προβλέψιμο σε φωνητικό επίπεδο και το άτομο δεν χρειάζεται πλέον να προετοιμάσει και να οργανώσει την εκφορά των λέξεων, καθώς αυτές σχεδόν αυτοματοποιούνται και λειτουργούν όπως λειτουργεί η αρίθμηση ή η από μνήμης απαγγελία (Bloodstein, 1972).

Μια κατάσταση κατά την οποία διακρίνεται επίσης μείωση του τραυλισμού είναι όταν το άτομο μιλάει σε περιβάλλον όπου υπάρχει δυνατός θόρυβος, για παράδειγμα, σε ένα εργοτάξιο, ή κατά την είσοδο ενός τρένου στο σταθμό. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε «επίδραση του λευκού θορύβου». Πιθανή θεωρία του συγκεκριμένου φαινομένου είναι ότι ο τραυλισμός ελαχιστοποιείται, επειδή το



άτομο αδυνατεί να ακούσει την ίδια του τη φωνή και επομένως δεν προσπαθεί συνειδητά να ελέγξει την ροή του λόγου του. Ωστόσο, η θεωρία αυτή δεν επιβεβαιώθηκε ερευνητικά, καθώς διαπιστώθηκε ότι ο τραυλισμός μειώνεται με την παρουσία δυνατού θορύβου ακόμη και όταν το άτομο είναι σε θέση να ακούει την φωνή του (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

Ωστόσο, υφίσταται μια εναλλακτική θεωρία, βάσει της οποίας ο «λευκός θόρυβος» δίνει στο άτομο ένα νέο είδος ακουστικής ανατροφοδότησης σχετικά με την ομιλία του (Bloodstein, 1987). Ακριβώς όπως η υιοθέτηση ενός διαφορετικού τρόπου ομιλίας φαίνεται να μειώνει την έκταση του τραυλισμού, σε προσωρινό τουλάχιστον επίπεδο, έτσι και η ακουστική ανατροφοδότηση ενδέχεται να καταλήγει στο ίδιο αποτέλεσμα. Με άλλα λόγια, η όποια αλλαγή στον συνηθισμένο τρόπο, με τον οποίο το άτομο που τραυλίζει ακούει την ομιλία του, μπορεί να μειώσει την εκδήλωση του τραυλισμού (Howell et al., 1987). Η αλλαγή στην ακουστική ανατροφοδότηση των ατόμων με τραυλισμό, η οποία μελετήθηκε περισσότερο και η οποία φαίνεται να μειώνει την εκδήλωση του τραυλισμού, είναι η ακουστική ανατροφοδότηση με καθυστέρηση (Delayed Auditory Feedback) (Kalinowski et al., 1993). Η διαπίστωση αυτή ήταν που οδήγησε στην κατασκευή φορητών συσκευών με ακουστικά, τα οποία επιτρέπουν στο άτομο που τραυλίζει να ακούει την ομιλία του με μικρή καθυστέρηση, συσκευές οι οποίες έχουν την ικανότητα να βελτιώνουν τη ροή της ομιλίας των ατόμων με τραυλισμό, ωστόσο δεν υπάρχει επιβεβαίωση της διάρκειας των αποτελεσμάτων στο χρόνο (Garber & Martin, 1974).

### **1.13 Γλωσσικά στοιχεία που ευνοούν την εκδήλωση του τραυλισμού**

Οι στιγμές τραυλισμού δεν εκδηλώνονται σε τυχαία σημεία του λόγου. Ειδικότερα, πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί ώστε να γίνει εντοπισμός συγκεκριμένων χαρακτηριστικών των λέξεων, στις οποίες είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί τραυλισμός. Αν και δυνητικά ο τραυλισμός μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε λέξη, έχει διαπιστωθεί ότι συνήθως εμφανίζεται σε συγκεκριμένες λέξεις ή σημεία μέσα στις λέξεις. Οι περισσότεροι γλωσσικοί παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση τραυλισμού επηρεάζουν, επίσης, την εκδήλωση φαινομένων δισταγμού στον λόγο των ατόμων που δεν τραυλίζουν (Natke et al., 2004).

Ο τραυλισμός φαίνεται πως έχει μία τάση να εμφανίζεται περισσότερο σε λέξεις οι οποίες ξεκινούν με σύμφωνα, σε σχέση με λέξεις που ξεκινούν με φωνήεντα. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι η άρθρωση των συμφώνων απαιτεί μεγαλύτερη μυϊκή ένταση από αυτή των φωνηέντων και

επομένως ενδέχεται να οδηγεί τα άτομα που τραυλίζουν στην εκτίμηση ότι τα σύμφωνα είναι πιο δύσκολα γράμματα στην εκφορά τους από τα φωνήεντα. Επίσης, τα σύμφωνα είναι περισσότερα από τα φωνήεντα σε όλες τις γλώσσες και η αυξημένη συχνότητα τους ενδέχεται να οδηγεί για στατιστικούς λόγους σε περισσότερες εμπειρίες τραυλισμού. Όμως είναι σημαντικό να γίνει επισήμανση του γεγονότος ότι όλα τα άτομα που τραυλίζουν δεν δυσκολεύονται εξίσου σε όλα τα σύμφωνα, ενώ υπάρχουν και άτομά τα οποία τείνουν να τραυλίζουν σε λέξεις οι οποίες αρχίζουν με φωνήεντα. Με άλλα λόγια, μεγάλη σημασία φαίνεται να φέρει η υποκειμενική αξιολόγηση της δυσκολίας της εκφοράς ενός ήχου από το άτομο που τραυλίζει και λιγότερη σημασία ο πραγματικός βαθμός δυσκολίας της εκφοράς του ήχου αυτού. Άρα αναφορικά με τις διαπιστώσεις για τα γλωσσικά στοιχεία που ευνοούν την εκδήλωση τραυλισμού, φαίνεται ότι αποτελούν γενικές παρατηρήσεις που αφορούν στον πληθυσμό των ατόμων που τραυλίζουν ως σύνολο και σε καμία περίπτωση δεν συνιστούν ένα προφίλ το οποίο ανταποκρίνεται σε κάθε μεμονωμένη περίπτωση τραυλισμού (Griggs and Still, 1979).

Ένας ακόμα παράγοντας που επηρεάζει την εκδήλωση του τραυλισμού είναι η γραμματική λειτουργία της λέξης. Ειδικότερα, παρατηρείται πως σε παιδιά σχολικής ηλικίας η εκδήλωση τραυλισμού εμφανίζεται σε λέξεις περιεχομένου, όπως ουσιαστικά, ρήματα, επίθετα και επιρρήματα, σε σχέση με λέξεις λειτουργικές όπως άρθρα, προθέσεις, συνδέσμους και αντωνυμίες (Brown, 1945). Σε αντίθεση, στα παιδιά προσχολικής ηλικίας ο τραυλισμός φαίνεται να εκδηλώνεται συχνότερα στα λειτουργικά μέρη του λόγου (Howell et al., 1999). Η συχνότερη εκδήλωση τραυλισμού στις λέξεις περιεχομένου πιθανολογείται πως οφείλεται στην επίγνωση των παιδιών σχολικής ηλικίας, ότι οι λέξεις αυτές είναι φορείς μηνυμάτων, αποτελούν τα βασικά στοιχεία της επικοινωνίας και προκαλούν περισσότερο το ενδιαφέρον του ακροατή (Brown, 1945).

Οι στιγμές τραυλισμού φαίνεται πως εκδηλώνονται περισσότερο στην πρώτη λέξη μιας πρότασης, ενώ η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού μειώνεται σταδιακά όταν πρόκειται για τη δεύτερη ή τη τρίτη λέξη της πρότασης. Η διαπίστωση αφορά εξίσου τον προφορικό λόγο και την ανάγνωση (Wingate, 1982). Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι η αρχή της πρότασης είναι το καθοριστικό σημείο κατά το οποίο προσελκύεται η προσοχή του ακροατή, με αποτέλεσμα να προκαλεί μεγαλύτερη συναισθηματική φόρτιση στον ομιλητή. Η θέση της λέξης μέσα στη πρόταση αφορά μόνο στον λόγο των ατόμων που τραυλίζουν και δεν φαίνεται να επηρεάζει την εκδήλωση φαινομένων δισταγμού στον λόγο των ατόμων που δεν τραυλίζουν (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

Επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει την εκδήλωση του τραυλισμού, είναι το μήκος της λέξης. Οι μεγαλύτερες λέξεις ευνοούν περισσότερο την εμφάνιση τραυλισμού σε σχέση με τις μικρότερες. Ειδικότερα, οι μεγαλύτερες λέξεις ενδέχεται να εκλαμβάνονται από τον ομιλητή ως πιο δύσκολες και πιο πολύπλοκες στην εκφορά τους (Brown and Moren, 1942).

Τέλος και ο βαθμός εξοικείωσης του ομιλητή με μια λέξη επηρεάζει την εκδήλωση του τραυλισμού, αφού ο τραυλισμός έχει την τάση να εκδηλώνεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε λέξεις με τις οποίες ο ομιλητής δεν είναι εξοικειωμένος, ιδιαίτερα κατά την ανάγνωση (Hubbard & Prins, 1994). Οι στιγμές τραυλισμού τείνουν να επανεμφανίζονται σε λέξεις κατά τις οποίες έχουν εμφανιστεί στο παρελθόν. Δηλαδή, όταν ένα άτομο τραυλίζει σε μια λέξη, είναι πιο πιθανόν να τραυλίζει ξανά όταν επαναλάβει την ίδια λέξη σε κάποια άλλη χρονική στιγμή (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

---

### 2.1 Διάγνωση του τραυλισμού

Όταν το παιδί ή οι γονείς του ή ο εκπαιδευτικός διαπιστώσει πως η ροή του λόγου του δεν είναι φυσιολογική ή γίνει αντιληπτό πως το παιδί παρουσιάζει προβλήματα στην ομιλία, τότε οφείλουν οι γονείς να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό, ώστε να ακολουθηθεί η απαραίτητη διάγνωση και ως επακόλουθο να επιλεγεί η αρμόδια θεραπεία. Γενικά, η διάγνωση του τραυλισμού καθίσταται αρκετά δύσκολη στις μικρές ηλικίες, καθώς έγκειται η βασική δυσκολία για τον ειδικό της αναγνώρισης αν πρόκειται για τραυλισμό ή κάποια άλλη διαταραχή του λόγου κι εν συνεχεία καλείται να εκτιμήσει το βαθμό σοβαρότητας του προβλήματος. Ταυτόχρονα, πρέπει να μπει στη διαδικασία εξετάσεις πληθώρα άλλων παραγόντων ώστε να γίνει η διαπίστωση αν πρόκειται για τραυλισμό που πρόκειται να υποχωρήσει ή για τραυλισμό ο οποίος θα εδραιωθεί.

Η αρχική διάγνωση περιλαμβάνει την αναγνώριση και την αξιολόγηση του προβλήματος στην ομιλία και κατά συνέπεια την αναγνώριση και αξιολόγηση του είδους, του βαθμού σοβαρότητας και τα πιθανά αίτια ή τους αιτιολογικούς παράγοντες. Στη συνέχεια ακολουθεί η προσπάθεια να γίνει πρόβλεψη των επικοινωνιακών και μη προβλημάτων, των μαθησιακών, των ψυχολογικών, των κοινωνικών προβλημάτων, κ.λπ., μέχρι τελικά να επιλεγεί η καλύτερη δυνατή και καταλληλότερη θεραπεία για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Αρκετές διαγνωστικές υποθέσεις που έχουν διατυπωθεί υπάρχει περίπτωση να απορριφθούν κατά τη θεραπεία, επομένως ακολουθεί η επιλογή νέων πιο αποτελεσματικών μεθόδων και τεχνικών. Σε κάθε περίπτωση το σημαντικό της υπόθεσης είναι να υφίσταται έγκυρη διάγνωση, ευέλικτη και συνοδευόμενη από τακτικές επανεκτιμήσεις.

Η Zebrowski P.(1994) υποστηρίζει πως κατά τη διάρκεια της αρχικής διάγνωσης θα πρέπει να απαντώνται ορισμένα ερωτήματα, τα οποία θα μπορούν να παρέχουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, με σκοπό ο ειδικός να είναι ικανός να διαπιστώσει εάν πρόκειται για τραυλισμό και εάν αυτός θα υποχωρήσει μελλοντικά. Επιπλέον, οι απαντήσεις αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ορθή αξιολόγηση του φαινομένου αναφορικά με τη θεραπευτική προσέγγιση, αλλά και τη στοχοθέτηση της θεραπείας ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική (Zebrowski P., et al.,

1994). Τα ερωτήματα αυτά που προτάθηκαν αφορούν τη διάγνωση, αν δηλαδή τα προβλήματα ομιλίας που παρουσιάζει το παιδί μπορούν να χαρακτηριστούν ως τραυλισμός, την πρόγνωση, εάν δηλαδή ο τραυλισμός θα υποχωρήσει, την πρόταση θεραπείας, εάν η θεραπεία κρίνεται απαραίτητη, και τους στόχους της θεραπείας, η στοχοθέτηση δηλαδή του θεραπευτικού προγράμματος που θα ακολουθήσει το παιδί (Zebrowski P., et al., 1994; Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006).

## 2.2 Διαγνωστικά κριτήρια

Το εγχειρίδιο DSMIV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης αποτελεί οδηγό αναφορικά με τη διάγνωση του τραυλισμού. Βάσει του συγκεκριμένου εγχειριδίου ο τραυλισμός αποτελεί διαταραχή της επικοινωνίας και συμπεριλαμβάνεται στην ευρύτερη κατηγορία σχετικά με τις διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται και διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, την παιδική και την εφηβική ηλικία (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994). Το εν λόγω διαγνωστικό εγχειρίδιο υπογραμμίζει τρία κριτήρια διάγνωσης του τραυλισμού:

• Αν η διαταραχή της φυσιολογικής ροής ομιλίας αλλά και της χρονικής διαμόρφωσης αυτής (αν είναι δυσανάλογη με την ηλικία του ατόμου) χαρακτηρίζεται συστηματικά από τα εξής:

1. Επαναλήψεις ήχων και συλλαβών
2. Επιμηκύνσεις ήχων
3. Επιφωνήματα
4. Διακοπτόμενες λέξεις, δηλαδή παύσεις εντός μιας λέξης
5. Ηχηρές ή σιωπηρές αναστολές, μπλοκαρίσματα, δηλαδή κενές ή γεμάτες παύσεις κατά την ομιλία
6. Περιφράσεις, το άτομο δηλαδή υποκαθιστά λέξεις για να αποφύγει αυτές που θεωρεί προβληματικές
7. Παραγωγή λέξεων αλλά με υπέρμετρη φυσική προσπάθεια και ένταση

## 8. Επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων, για παράδειγμα «τα-τα-τα βλέπω»

- Αν η διαταραχή της ροής ομιλίας παρεμβάλλεται στη σχολική, στην ακαδημαϊκή ή την επαγγελματική απόδοση του ατόμου ή και δυσχεραίνει την κοινωνική του επικοινωνία
- Αν υπάρχει αισθητηριακό ή κινητικό ελάττωμα του λόγου, οι δυσκολίες κατά την ομιλία είναι μεγαλύτερες από αυτές που σχετίζονται συνήθως με αυτά τα προβλήματα

Τα προαναφερθέντα αποτελούν φαινόμενα δισταγμού, ωστόσο τα φαινόμενα δισταγμού μπορούν να εντοπιστούν και στον λόγο ανθρώπων με φυσιολογική ροή ομιλίας. Ιδιαίτερη δυσκολία εντοπίζεται κατά την προσπάθεια αναγνώρισης των φαινομένων δισταγμού που αποτελούν κύριες ενδείξεις του τραυλισμού και διαφοροποίησης αυτών των φαινομένων από εκείνα που χαρακτηρίζουν τη φυσιολογική ροή ομιλίας κατά την προσχολική ηλικία. Τα παραπάνω φαινόμενα, ο φυσιολογικός δισταγμός και αυτός που χαρακτηρίζει τον τραυλισμό, στην προσχολική ηλικία συνήθως αλληλοεπικαλύπτονται (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006). Με άλλα λόγια, θα πρέπει να γίνεται διάκριση αναφορικά με τις ενδείξεις των κριτηρίων του εγχειριδίου ως παθολογικές και επομένως ενδείξεις τραυλισμού, από τις ενδείξεις οι οποίες χαρακτηρίζουν τον λόγο ενός ατόμου με φυσιολογική ροή ομιλίας.

Σύμφωνα με τον Silverman, τα κριτήρια διάκρισης των φυσιολογικών από τα παθολογικά φαινόμενα δισταγμού διαφοροποιούνται είναι τα εξής (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006):

- Το νοητικό επίπεδο του ατόμου: τα φυσιολογικά φαινόμενα δισταγμού που παρουσιάζονται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, συνήθως εμφανίζονται αργότερα σε άτομα με νοητική υστέρηση. Για το συγκεκριμένο λόγο πρέπει να γίνεται προσεκτική αξιολόγηση των φαινομένων.
- Η χρονολογική ηλικία του ατόμου: τα φαινόμενα δισταγμού εντοπίζονται κυρίως σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και συνεπώς υπάρχει περίπτωση να πρόκειται για εκδήλωση φυσιολογικών φαινομένων δισταγμού.
- Η κληρονομικότητα: εάν υπάρχει ιστορικό τραυλισμού στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, είναι πιθανότερο τα φαινόμενα δισταγμού να αποτελούν ένδειξη τραυλισμού.
- Η συχνότητα και η διάρκεια εκδήλωσης των φαινομένων: εάν τα φαινόμενα δισταγμού εντοπίζονται συστηματικά και έχουν διάρκεια, τότε είναι πιθανότερο να αποτελούν ένδειξη τραυλισμού.

• Η ένταση των φαινομένων: η ένταση των φαινομένων δισταγμού εκδηλώνεται συνήθως με ακανόνιστη αναπνοή, παύσεις, αύξηση της έντασης και του τόνου της φωνής, συσπάσεις του προσώπου και άλλων μελών του σώματος· στοιχεία τα οποία υποδεικνύουν ιδιαίτερη προσπάθεια κατά την παραγωγή ομιλίας.

• Τα δευτερογενή συμπτώματα: αν τα φαινόμενα δισταγμού συνοδεύονται από αποφυγή βλεμματικής επαφής, κλείσιμο ματιών, συνεχές άνοιγμα και κλείσιμο των ματιών, κινήσεις κεφαλής, χεριών, ποδιών και προσώπου, πίεση των χειλιών, εφίδρωση, ακανόνιστη αναπνοή ή και κοκκίνισμα, τότε αποτελούν ένδειξη τραυλισμού, καθώς σε άτομα με φυσιολογική ροή ομιλίας τα φαινόμενα δισταγμού δεν συνοδεύονται από τα παραπάνω.

• Η αποφυγή: εάν το άτομο προσπαθεί συστηματικά και έντονα να αποφύγει τα φαινόμενα δισταγμού, τότε είναι πιθανότερο να πρόκειται για τραυλισμό, εφόσον η αποφυγή είναι κεντρική έννοια για το εν λόγω φαινόμενο.

Το εγχειρίδιο DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης αποτελεί επίσης έναν οδηγό αναφορικά με τη διάγνωση του τραυλισμού. Το εν λόγω εγχειρίδιο είναι η συνέχεια του DSM-IV, εκδόθηκε το 2013 και τοποθετεί τον τραυλισμό κάτω από την ομπρέλα του όρου «Διαταραχή ροής στην παιδική ηλικία» (childhood fluency disorder) μαζί με τον όρο βατταρισμό (cluttering). Το συγκεκριμένο εγχειρίδιο υποστηρίζει ότι ο τραυλισμός είναι η διαταραχή στην κανονική ομιλία, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- επαναλήψεις ήχου και συλλαβών, όπως οι επαναλήψεις μερικής λέξης, για παράδειγμα μω-μωρό
- παράταση ήχου, συχνά εμφανιζόμενη στο γράμμα Σ..σσς
- σπασμένες λέξεις, δηλαδή γίνονται παύσεις μέσα σε μία λέξη, για παράδειγμα τρα...πέξι
- ακουστικός ή αθόρυβος αποκλεισμός, δηλαδή παρατηρούνται γεμάτες ή μη συμπληρωμένες παύσεις στην ομιλία
- περιγραφές, με σκοπό την αντικατάσταση λέξεων για την αποφυγή “προβληματικής” λέξης
- λέξεις που προφέρονται με υπερβολική σωματική ένταση
- μονοσυλλαβικές επαναλήψεις ολόκληρης της λέξης

Επιπλέον, στο εγχειρίδιο υπογραμμίζεται ότι η διαταραχή στην ευχέρεια ομιλίας που επιφέρεται από τον τραυλισμό προκαλεί άγχος για ομιλία ή περιορισμούς στην αποτελεσματική επικοινωνία, την κοινωνική συμμετοχή και την επαγγελματική αποκατάσταση (DSM 5, 2013). Η βασική διαφορά μεταξύ των δύο εγχειριδίων, DSM-5 και DSM-IV, είναι ότι το πρώτο αναγνωρίζει τον τραυλισμό ως μια διαταραχή ροής του λόγου που έγκειται από την παιδική ηλικία, ενώ το δεύτερο ως μια διαταραχή του λόγου που καθίσταται δυσανάλογη για την ηλικία του ασθενούς. Με άλλα λόγια, το εγχειρίδιο DSM-5 επέφερε αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζεται η διαταραχή του τραυλισμού. Αναγνωρίζεται ως μία διαταραχή που ξεκινά από την παιδική ηλικία και ορίζονται τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά για την αναγνώρισή της, τα οποία είναι ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου, αλλά ταυτόσημα με τον τραυλισμό.

## **2.3 Μέσα και εργαλεία διάγνωσης**

Τα μέσα διάγνωσης του τραυλισμού παιδικής ηλικίας είναι κατά βάση τρία, η συνέντευξη του ειδικού με τους γονείς του παιδιού, η κλινική παρατήρηση του παιδιού και η αξιολόγηση του τραυλισμού.

Η συνέντευξη με τους γονείς κρίνεται ιδιαίτερης σημασίας διαδικασία, καθώς αυτή παρέχει σημαντικά στοιχεία και πληροφορίες για το ιστορικό του παιδιού, ειδικά όσον αφορά στη ροή της ομιλίας του και στις δυσκολίες που παρουσιάστηκαν από όταν ξεκίνησε να μιλάει. Στο πρώτο στάδιο οι ειδικοί ξεκινάνε με το να θέτουν ερωτήματα σχετικά με την ηλικία του παιδιού, την πρώτη φορά εκδήλωσης δυσκολιών στην ομιλία του ή την πρώτη φορά εκδήλωσης του φαινομένου, το βαθμό και τον τρόπο που αυτές εξελίχθηκαν και την ύπαρξη ιστορικού τραυλισμού στην οικογένεια. Επίσης, σημαντικό είναι να δίνεται σημασία στη συχνότητα εκδήλωσης των δυσκολιών και τις συνθήκες στις οποίες εκδηλώθηκαν, εάν δηλαδή το παιδί βρισκόταν σε περιβάλλον στο οποίο δεχόταν ή όχι πίεση και η συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται όταν εκδηλώνεται η συγκεκριμένη δυσκολία ομιλίας.

Σημαντικό είναι και το γεγονός να καταφέρει ο ειδικός να διακρίνει, εάν τα προβλήματα εκδηλώθηκαν πρώτη φορά ύστερα από σειρά συγκεκριμένων γεγονότων και κατά πόσο το παιδί έχει την ικανότητα να αντιληφθεί τις δυσκολίες αυτές στο λόγο του και πως αντιδρά σε αυτές. Επίσης, είναι ιδιαίτερης σημασίας ο ειδικός να γνωρίζει για τη σχέσεις του παιδιού με τους γονείς και το επίπεδο



επικοινωνίας τους, τις ευρύτερες ενδοοικογενειακές σχέσεις, τα συναισθήματά τους για την κατάσταση και τον τρόπο με τον οποίο αυτοί συνήθιζαν να αντιδρούν κατά την εκδήλωση των δυσκολιών της ομιλίας (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006). Εξίσου σημαντική είναι και η ανάγκη για διερεύνηση του τρόπου που επιλέγουν και ερμηνεύουν οι ίδιοι οι γονείς την εν λόγω κατάσταση, καθώς ο τρόπος ερμηνείας τους επηρεάζει άμεσα τον τρόπο αντίδρασης και συμπεριφοράς αυτών προς το παιδί (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006).

Η κλινική παρατήρηση αποσκοπεί κατά βάση στην επαλήθευση των κριτηρίων διάγνωσης του τραυλισμού. Ωστόσο, ο ειδικός οφείλει πάντα να λαμβάνει υπόψη του πως ο λόγος του παιδιού κατά την κλινική παρατήρηση δεν είναι αντιπροσωπευτικός. Συγκεκριμένα, το παιδί δεν βρίσκεται σε οικείο περιβάλλον, ούτε έχει μεγάλη οικειότητα, σε αυτό το στάδιο, με τον ειδικό και επομένως ο λόγος του πιθανόν να διαφοροποιείται. Επιπλέον, πολλές φορές τα συμπτώματα του τραυλισμού είναι περιστασιακά, ενώ εκδηλώνονται ή υποχωρούν κάτω από ορισμένες συνθήκες. Συνήθως κατά τη διάρκεια της κλινικής παρατήρησης, ο ειδικός θέτει ερωτήσεις στο παιδί, συζητά σε πιο χαλαρό επίπεδο μαζί του, του ζητά να επαναλάβει συγκεκριμένες λέξεις και φράσεις, δείχνει εικόνες και ζητά από το παιδί να τις περιγράψει, του ζητά να διαβάσει ένα κείμενο ή και του αναθέτει μια δραστηριότητα η οποία ωστόσο προσφέρεται για συζήτηση (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006).

Συνοπτικά, ο κλινικός καλείται να παρατηρεί κυρίως:

1)Τη συμπεριφορά επικοινωνίας του παιδιού όπου περιέχονται οι λεκτικές και γλωσσικές αντιδράσεις, καθώς και τα μη λεκτικά σχήματα επικοινωνίας (π.χ. επικοινωνία με τα μάτια, με τις χειρονομίες κ.α.) και να ελεγχθεί εάν συμβαδίζουν με την ηλικία του.

2)Τη συμπεριφορά εξερεύνησης και παιχνιδιού και την συχνότητα δημιουργικών αντιδράσεων και φαντασίας

3)Τον κινητικό συντονισμό στον τομέα αδρής κινητικότητας και λεπτών χειρισμών (π.χ. περπάτημα, χειρισμοί με τα δάχτυλα κ.α.)

4)Το εύρος της προσοχής και την ικανότητα συγκέντρωσης αλλά και το ενδιαφέρον για ορισμένα αντικείμενα (όπως είναι τα παιχνίδια, η ζωγραφική και τα βιβλία) και γεγονότα (όπως θόρυβοι, ήχοι και συζητήσεις), όπου θα ελέγχεται η ακουστική ικανότητα του παιδιού.

5)Την κοινωνική συμπεριφορά και τις συναισθηματικές αντιδράσεις όπου μπορεί να αποκαλύψουν ασυνήθιστα σημάδια επιθετικότητας, οργής, απομόνωσης, άγχους κ.α.

Με το πέρας της συνέντευξης με τους γονείς και την κλινική παρατήρηση ακολουθεί η αξιολόγηση, που θα αναλυθεί ευρέως στο ακόλουθο υποκεφάλαιο.

## 2.4 Αρχές και σκοπός της αξιολόγησης

Για την αξιολόγηση της ομιλίας των παιδιών, τα οποία εξετάζονται για τραυλισμό έχουν προταθεί ποικίλα κριτήρια, τα οποία αφορούν τόσο το επίπεδο αξιολόγησης της ομιλίας όσο και το επίπεδο αξιολόγησης των δευτερογενών χαρακτηριστικών. Συγκεντρωτικά τα κριτήρια αξιολόγησης της ομιλίας του παιδιού είναι:

- Το επίπεδο ανάπτυξης του λόγου του παιδιού: Κρίνεται σημαντικό να διερευνάται αν η ομιλία του παιδιού, πέρα από τον τραυλισμό, χαρακτηρίζεται κι από άλλες δυσκολίες, όπως είναι οι δυσκολίες άρθρωσης ή δυσκολίες ακουστικού τύπου, οι οποίες εντείνουν και την κατάσταση του τραυλισμού. Τέτοιου είδους προβλήματα έχουν ιδιαίτερη σημαία κατά την επιλογή της θεραπείας και την αντίστοιχη στοχοθεσία αυτής (Zebrowski P., et al., 1994).

- Η συχνότητα εκδήλωσης των φαινομένων δισταγμού: δηλαδή το πόσο συχνά εμφανίζονται και σε πόσες λέξεις οι δυσκολίες. Η συχνότητα των φαινομένων αυτών αποτελεί και την κυριότερη διάκριση αυτών σε παθολογικά και φυσιολογικά (Yairi E. & Lewis B., 1983).

- Η διάρκεια και η διασπορά των φαινομένων δισταγμού: συγκεκριμένα, η μεγάλη διάρκεια εκδήλωσης των φαινομένων υποδηλώνει τόσο τον τραυλισμό, όσο και τον βαθμό σοβαρότητας του, ενώ αντίθετα η μείωση της διάρκειας του φαινομένου αποτελεί ένδειξη βελτίωσης (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006). Σημαντικό είναι να διερευνάται και η διασπορά των φαινομένων, δηλαδή αν υπάρχει παρατήρηση του φαινομένου σε περισσότερες από μία λέξη στην ίδια φράση.

- Ο ρυθμός ομιλίας του παιδιού: εάν τα φαινόμενα δισταγμού έχουν μεγάλη διάρκεια, τότε ανά συγκεκριμένη χρονική στιγμή παρατηρείται πως το παιδί παράγει λιγότερες λέξεις, από κάποιο άλλο παιδί που δεν τραυλίζει. Επομένως τα φαινόμενα δισταγμού είναι μικρότερης διάρκειας. Για να γίνει διερεύνηση του ρυθμού ομιλίας ο συνηθέστερος τρόπος είναι να γίνει μέτρηση των λέξεων που παράγει

το παιδί σε δέκα διαφορετικές χρονικές στιγμές, διάρκειας 10 δευτερολέπτων η καθεμία και να υπολογιστεί ο μέσος όρος παραγωγής ανά λεπτό (Zebrowski P., et al., 1994).

- Η εκδήλωση χαρακτηριστικών μη λεκτικής φύσης: Ο τραυλισμός συνοδεύεται από δευτερογενή μη λεκτικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η εφίδρωση, το κοκκίνισμα, κ.λπ.. Οι εκδηλώσεις αυτών των χαρακτηριστικών, εκτός από το ότι αποτελούν κύρια ένδειξη τραυλισμού, παρέχουν ταυτόχρονα πολλές πληροφορίες σχετικά με τον βαθμό σοβαρότητας του φαινομένου, αλλά και στοιχεία για τον βαθμό στον οποίο το παιδί αναγνωρίζει τις δυσχέρειες της ομιλίας του και καταβάλλει προσπάθειες να τις αποφύγει ή να τις βελτιώσει (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006).

- Η σύγκριση ρυθμού ομιλίας μητέρας-παιδιού: Οι μητέρες των παιδιών που τραυλίζουν υιοθετούν συνήθως πιο γρήγορο ρυθμό ομιλίας σε σχέση με το παιδί και η διαφορά αυτή υπερβαίνει τις δύο συλλαβές ανά δευτερόλεπτο

Γίνεται επομένως αντιληπτό πως μετά από την αξιολόγηση της ομιλίας του παιδιού θα πρέπει να γίνεται και αξιολόγηση δευτερογενών στοιχείων, όπως είναι η ψυχολογία του παιδιού, η προσωπική του ερμηνεία για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει κατά την παραγωγή ομιλίας και τους τρόπους με τους οποίους προσπαθεί μόνο του να τις αντιμετωπίσει. Όλα αυτά τα στοιχεία συμβάλλουν στην αξιολόγηση του εξελικτικού σταδίου του τραυλισμού από τον ειδικό. Επίσης, αξιοσημείωτο είναι πως στη διάρκεια της αξιολόγησης κρίνεται σημαντικό να γίνεται έλεγχος για τυχόν συμπτώματα άλλης διαταραχής, άγχους, Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής, κ.λπ., καθώς επίσης και να διερευνάται και παράλληλα να αξιολογείται η προσωπικότητα του παιδιού. Η αξιολόγηση συγκεκριμένα της προσωπικότητας του παιδιού είναι καίριας σημασίας, καθώς βοηθά στη διερεύνηση επιπλέον στοιχείων που ενδεχομένως δυσχεραίνουν τον τραυλισμό και συμβάλλουν στην εδραίωση του, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τυχόν εμμονές, συναισθήματα ανασφάλειας. Τέτοιου είδους χαρακτηριστικά θα πρέπει να αντιμετωπίζονται παράλληλα με τη θεραπεία για τον τραυλισμό, ώστε να είναι αυτή αποτελεσματική.

Οι πιο διαδεδομένες κλίμακες για την αξιολόγηση και τη σοβαρότητα του τραυλισμού είναι η κλίμακα Iowa Scale for Rating the Severity of Stuttering και η κλίμακα Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (O'Brian S., et al., 2004; Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006). Τόσο η μία, όσο και η άλλη κλίμακα βασίζονται στην άμεση παρατήρηση, τη διερεύνηση των φαινομένων δισταγμού, του τύπου και της διάρκειας αυτών, καθώς επίσης και στον έλεγχο δευτερογενών

χαρακτηριστικών και συμπτωμάτων. Για κάθε ένα χαρακτηριστικό – σύμπτωμα υπάρχει ποιοτική διαβάθμιση ως εξής: καθόλου, ήπιος, μέτριος, σοβαρός, πολύ σοβαρός τραυλισμός. Σύμφωνα με τη βαθμολογία, που προκύπτει μέσω της ποιοτικής κλίμακας, ο ειδικός είναι σε θέση να αξιολογήσει ολοκληρωμένα το εκάστοτε περιστατικό τραυλισμού (O'Brian S., et al., 2004; Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006).

Για την αξιολόγηση των αντιλήψεων του ίδιου του παιδιού που τραυλίζει, συνήθως χρησιμοποιούνται η κλίμακα του Williams και η κλίμακα των De Nil και Brutten (De Nil L. F. & G. J. Brutten G. J., 1991; Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006). Η πρώτη αξιολογεί τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα του παιδιού το οποίο τραυλίζει, ενώ ταυτόχρονα επιτελείται διερεύνηση των αντιδράσεων των άλλων, όσον αφορά τις δυσκολίες της ροής της ομιλίας του. Η δεύτερη κλίμακα αξιολόγησης αποτελείται από ορισμένες προτάσεις τις οποίες τα παιδιά πρέπει να χαρακτηρίσουν ως αληθείς ή ως ψευδείς, ανάλογα με τον βαθμό που αυτές αντιπροσωπεύουν δικά τους χαρακτηριστικά (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006).

Επιπλέον, υφίστανται και κλίμακες οι οποίες δίνουν έμφαση στην πρόγνωση του τραυλισμού, δηλαδή εστιάζουν στην αξιολόγηση της πιθανότητας αυτός να υποχωρήσει. Οι δύο πιο διαδεδομένες θεωρείται πως είναι η Stuttering Prediction Instrument for Young children και The Cooper Chronicity Prediction Checklist (Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ., 2006). Αυτές οι δύο κλίμακες έχουν ως βάση τη συνέντευξη των γονιών κατά την διάγνωση, αλλά και την κλινική παρατήρηση του παιδιού από τον ειδικό, με την ανάλογη ποιοτική διαβάθμιση.

Πρέπει να σημειωθεί πως η αξιολόγηση των ατόμων με τραυλισμό και η αξιολόγηση του τραυλισμού αποτελεί πολυσύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία, αφού έχει να κάνει με τη γενικότερη διερεύνηση και αξιολόγηση του ατόμου, ως σύνολο και όχι μόνο σε γλωσσικό επίπεδο. Βασικός στόχος της αξιολόγησης είναι η αναγνώριση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και συμπτωμάτων της εκάστοτε περίπτωσης με σκοπό την επιλογή της καλύτερης δυνατής και συνεπώς αποτελεσματικής θεραπείας, η οποία είναι εφικτή μόνο μέσω μιας ολοκληρωμένης διάγνωσης και αξιολόγησης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1 Η πρόληψη του τραυλισμού

Όπως αναφέρει ο Silverman (2004), ο τραυλισμός είναι ένα πρόβλημα το οποίο όμως μπορεί να προληφθεί, ακόμη και αν το άτομο έχει τη γενετική προδιάθεση για να το εκδηλώσει. Η πρόληψη μπορεί να πραγματοποιηθεί σε δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο αφορά την πρόληψη στην εκδήλωση των διαφόρων συμπτωμάτων τραυλισμού σε παιδιά που βρίσκονται στην προσχολική ηλικία, τα οποία ξεκινούν να εκδηλώνουν ορισμένες δυσκολίες στη ροή του λόγου αλλά δεν φαίνεται να τις αντιλαμβάνονται πόσο μάλλον να ανησυχούν για αυτές. Το δεύτερο στάδιο αφορά την πρόληψη των συνεπειών του τραυλισμού στις ζωές των στα οποία ήδη έχει εκδηλωθεί.

Ένα από τα πιο βασικά μέσα για την πρόληψη της εξέλιξης των δυσκολιών στη ροή του λόγου σε τραυλισμό, αποτελεί η έγκαιρη ενημέρωση αλλά και η παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής στους γονείς. Αν και στη θεωρία του ο Johnson υποστηρίζει πως η υπερβολική ανησυχία των γονέων μπορεί να προκαλέσει σχετικά άμεσα την εκδήλωση του τραυλισμού, τα τελευταία χρόνια είναι κοινά αποδεκτό ότι η στάση που θα κρατήσουν οι γονείς απέναντι σε δυσχέρειες λόγου του παιδιού τους μπορεί να συμβάλει θετικά στη μείωση τους ή αντιθέτως να οδηγήσει στην επιδείνωσή αλλά και στην εδραίωσή τους. Οι βασικές οδηγίες, που δίνονται στους γονείς στη συγκεκριμένη φάση μπορούν να συνοψιστούν στα εξής: Αρχικά δεν ωφελεί να προσπαθούν να διορθώσουν την ομιλία του παιδιού αλλά ούτε και να το συμβουλεύουν πώς να μιλάει πιο σωστά. Παράλληλα πρέπει να αποφεύγεται η τιμωρία για τις δυσκολίες αυτές. Το πιο σημαντικό είναι να μην περάσουν με κανένα τρόπο το μήνυμα στο παιδί ότι αυτές οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει ίσως να είναι κάτι «ανησυχητικό» ή «κακό». Επιπλέον, η ενίσχυση των προσπαθειών του παιδιού για λεκτική επικοινωνία είναι πολύ σημαντική. Οι γονείς οφείλουν να επικεντρώνονται περισσότερο σε αυτά που λέει το παιδί, παρά στον τρόπο που τα λέει. Όσον αφορά τον ειδικό, εκείνος θα πρέπει να είναι αρκετά προσεκτικός έτσι ώστε να μην δημιουργηθούν τύψεις στους γονείς για ενδεχόμενες λανθασμένες μορφές συμπεριφοράς, αλλά και για να τους βοηθήσει να κατανοήσουν ότι η συμπεριφορά που απορρέει από την κοινή λογική δεν είναι πάντοτε κατάλληλη απέναντι σε ένα παιδί με δυσκολίες στη ροή του λόγου. Στην περίπτωση όπου οι

δυσχέρειες στον λόγο ενός παιδιού έχουν ήδη εξελιχθεί σε τραυλισμό, ο ειδικός οφείλει να το βοηθήσει έτσι ώστε η ύπαρξη του τραυλισμού να μην αποτελέσει εμπόδιο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του και στη λειτουργικότητα του σε διάφορους τομείς της ζωής του. Το πιο σημαντικό που μπορεί να κάνει, είναι να βοηθήσει το παιδί να κατανοήσει ότι η λεκτική ευχέρεια δεν είναι συνώνυμο της λεκτικής επικοινωνίας και να πιστέψει ότι μπορεί να επικοινωνεί αποτελεσματικά με τους άλλους, αλλά και να αντιμετωπίζει ορισμένες δυσκολίες στη ροή του λόγου του (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

## **3.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού**

### **3.2.1 Παλαιότερες μέθοδοι**

Οι απόψεις που αφορούν τις αιτίες της εμφάνισης του τραυλισμού είναι πολλές, αποκλίνουσες και διφορούμενες. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο υπάρχει μια πολυμορφία στις διάφορες θεραπευτικές κατευθύνσεις που σχετίζονται με τον τραυλισμό.

Σύμφωνα με τον Schilling υπάρχουν τρεις βασικές θεραπευτικές κατευθύνσεις: η ψυχοθεραπεία, όπου ο τραυλισμός εξετάζεται ως απόρροια ψυχικών συγκρούσεων, η συμπτωματολογική θεραπεία, όπου βασική επιδίωξη είναι η θεραπεία των συμπτωμάτων του τραυλισμού δηλαδή της αναπνοής, της άρθρωσης και της φωνής αλλά και η σύνθετη θεραπεία που εμπεριέχει ψυχοθεραπευτικές και λογοπαιδαγωγικές ασκήσεις με βασικό στόχο την εξάλειψη των αρνητικών συγκρούσεων του ατόμου που υποφέρει από τραυλισμό και την θεραπεία των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Όσον αφορά τις ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, αυτές έχουν ευεργετική επίδραση και μπορεί να οδηγήσει στο να ξεπεραστεί τελικά το πρόβλημα του τραυλισμού, με την προϋπόθεση ότι λαμβάνονται υπ' όψη η ατομικότητα και η μοναδικότητα της κάθε περίπτωσης. Σε αντίθετη περίπτωση τα συμπτώματα που παρουσιάζει η γλωσσική νεύρωση μπορούν να μεταφερθούν σε κάποιο άλλο όργανο με αποτέλεσμα αρκετές δυσάρεστες παρενέργειες .

Η συμπτωματολογική προσέγγιση θεραπείας εστιάζει στις διαταραχές της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης, σε αντίθεση με τις ψυχικές συγκρούσεις οι οποίες λαμβάνονται ως δευτερογενή

συμπτώματα. Η μέθοδος του Gutzmann (1879) περιλαμβάνει ένα σύνολο από φωνητικές, αρθρωτικές και αναπνευστικές ασκήσεις, διότι ο ίδιος υποστήριζε ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα σπασμών, του αναπνευστικού, φωνητικού, αρθρωτικού συστήματος ή συνδυασμός όλων αυτών. Οι αναπνευστικές ασκήσεις αποτελούνται από σύντομες εισπνοές και αργές εκπνοές μπροστά σε έναν καθρέφτη με τα χέρια ακουμπισμένα στο στήθος για περισσότερο αυτοέλεγχο. Οι φωνητικές ασκήσεις περιλαμβάνουν ψιθύρισμα και σταδιακό δυνάμωμα της φωνής. Έπεται η προφορά συμφώνων και φωνηέντων ξεχωριστά και ακολουθούν ασκήσεις ανάγνωσης, απαγγελίας και ομιλίας. Πολλοί είναι οι επικριτές αυτής της θεωρίας με τους περισσότερους να υποστηρίζουν ότι η συνειδητοποίηση του προβλήματος του τραυλισμού από το ίδιο το άτομο που τραυλίζει έχει αρνητικά αποτελέσματα και οδηγεί στην ένταση των συσπάσεων κατά την ομιλία.

Ο Adler, ο οποίος θεωρείται θεμελιωτής της ατομικής ψυχολογίας, τονίζει ότι το άτομο αγωνίζεται να υπερνικήσει τα μειονεκτήματά και τις αδυναμίες του. Ίσως το πιο δυνατό κίνητρο του είναι η προσπάθειά του για κοινωνική καταξίωση-αναγνώριση. Ο τραυλισμός αποτελεί το μέσο με το οποίο το άτομο κρύβει αισθήματα μειονεξίας αλλά και την αδυναμία του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του.

Από την πλευρά του ο Freud υποστηρίζει ότι υπεύθυνη για τον τραυλισμό είναι η Libido. Όλες οι απωθημένες παραστάσεις αλλά και οι διάφορες ψυχικές συγκρούσεις του ατόμου που βρίσκονται αποθηκευμένες στο υποσυνείδητο έχουν ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της ροής της ομιλίας. Η αρνητική επίδραση που μπορεί να έχει το οικογενειακό περιβάλλον σε συνδυασμό με την κληρονομικότητα σχηματίζουν μια προσωπικότητα με ψυχοπαθολογικά στοιχεία. Το γεγονός ότι μία μητέρα μπορεί να είναι υπερπροστατευτική ή ακόμη και να έχει αδύναμη προσωπικότητα μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση. Μέσω της ψυχανάλυσης ως μέθοδο θεραπείας του τραυλισμού, μπορούν να προσδιοριστούν οι νευρωτικές διαταραχές και η αντιμετώπισή τους ενισχύοντας την αυτοεικόνα. Στην παιδική ηλικία η θεραπεία επιτυγχάνεται μέσω της ομιλίας και είναι κυρίως παιγνιοθεραπεία. Μέσα από μία φιλική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ παιδιού και θεραπευτή, το παιδί ενισχύει την αυτοπεποίθησή του και μαθαίνει να μη δέχεται αφήφιστα επιβολές από τους (Δράκος, 1991).

### 3.2.2 Σύγχρονες μέθοδοι

Κατά την έναρξη της δεκαετίας του 1960 είχαμε μια μεγάλη αλλαγή που αφορούσε τον τρόπο με τον οποίο αξιολογούνταν οι διάφορες διαταραχές της συμπεριφοράς. Πιο ειδικά, τα συμπτώματα αρκετών διαταραχών είχαν αρχικά θεωρηθεί ως είδη δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, οι οποίες αναπτύχθηκαν σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Επομένως, οι ειδικοί προσπάθησαν να εστιάσουν στην αλλαγή αυτών των ήδη μαθημένων αντιδράσεων εφαρμόζοντας τεχνικές που προήλθαν μέσα από πειραματική μελέτη των βασικών αρχών της μάθησης.

Όσον αφορά τον τραυλισμό, οι μέθοδοι τροποποίησης της συμπεριφοράς, δίνουν βάση στις δυσκολίες που εμφανίζει ένα άτομο στη ροή του λόγου του και έχουν ως κύριο στόχο την ελάττωση της εκδήλωσης των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Τις μεθόδους αυτές μπορούμε να τις χρησιμοποιούμε τόσο μεμονωμένα όσο και σε συνδυασμό (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

Η συστηματική απευαισθητοποίηση αναφέρει ότι αν μειωθεί το άγχος του ατόμου στην παρουσία δυσκολιών στην ομιλία, τότε μειώνεται και η σύνδεση ανάμεσα στο ερέθισμα και τη φοβική αντίδραση. Για να εφαρμοστεί αυτή η αρχή θα πρέπει το άτομο να βρίσκεται σε κατάσταση χαλάρωσης όπου το άγχος θα είναι αρκετά περιορισμένο. Έπειτα, ζητάμε από το άτομο να φανταστεί το φοβικό ερέθισμα με ποικίλους τρόπους, ξεκινώντας από αυτόν που όταν το σκέφτεται του δημιουργεί το λιγότερο άγχος και συνεχίζοντας σε τρόπους με αυξημένο αίσθημα του άγχους. (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

Άλλες μέθοδοι, οι οποίες στοχεύουν ευθέως στην τροποποίηση της λεκτικής συμπεριφοράς του ατόμου είναι οι αναπνευστικές ασκήσεις (Tonev, 1994), η βιοανάδραση, οι τεχνικές χαλάρωσης των μυών του γλωσσικού μηχανισμού (Gilman & Yaruss, 2000), υποβολή μέσω ύπνωσης ή και χωρίς ύπνωση και άλλα. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Τα τελευταία 30 χρόνια η αντιμετώπιση του τραυλισμού έχει ως επίκεντρο το άτομο ως σύνολο δηλαδή ο άνθρωπος δεν είναι παθητικός δέκτης των διάφορων περιβαλλοντικών ερεθισμάτων αλλά διαμορφώνει τη συμπεριφορά του ανάλογα με το πως ερμηνεύει αυτά τα ερεθίσματα. Η διαδικασία ερμηνείας των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος είναι μια φυσιολογική λειτουργία, η οποία διευκολύνει



συνήθως το άτομο στην αποτελεσματική του προσαρμογή. Στην περίπτωση όμως, που οι αντιλήψεις του ατόμου είναι δυσλειτουργικές, τότε αντιμετωπίζει δυσκολίες προσαρμογής στο περιβάλλον του.

Σύμφωνα με τον Bandura(1986) «προκειμένου να αλλάξει κανείς τον τρόπο που συμπεριφέρεται, πρέπει πρώτα να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται». Η άποψη αυτή αποτελεί τη βάση των σύγχρονων μεθόδων αντιμετώπισης του τραυλισμού, οι οποίες υιοθετούν τις αρχές της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και βασίζονται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, στη γνωσιακή θεωρία και στη θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας. (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. , 2006). Ωστόσο, οι ρίζες, των μεθόδων αυτών ανατρέχουν στις ιδέες του Johnson και του VanRiper, οι οποίες έχουν απορριφθεί από τους ειδικούς που υιοθετούσαν την αυστηρά συμπεριφοριστική προσέγγιση.

Η τροποποίηση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων ενός ατόμου επιτυγχάνουν μέσα από βιώματα ελέγχου των καταστάσεων που προκύπτουν από επιτυχείς επιδόσεις. Τα άτομα με τραυλισμό, βιώνουν συχνές εμπειρίες αποτυχίας στη λεκτική επικοινωνία, οι οποίες μπορεί να τα οδηγήσουν στη διαμόρφωση της αντίληψης ότι δεν έχουν τον έλεγχο της ομιλίας τους και ότι τους συμβαίνει κάτι μυστηριώδες, στο οποίο δεν έχουν δυνατότητα παρέμβασης. Στα πλαίσια των γνωσιακών-συμπεριφορικών μεθόδων, ο ειδικός καθοδηγεί το άτομο με πολλές τεχνικές στην επίτευξη καλής ροής ομιλίας κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, προκειμένου να πεισθεί ότι έχει την ικανότητα με μιλά με καλή ροή. Η επισήμανση όλων αυτών των καταστάσεων στις οποίες μειώνεται η εκδήλωση του τραυλισμού (τραγούδι, ομιλία σε ζώα, κ.α.), διευκολύνει προς αυτή τη κατεύθυνση. Ακόμη, μια άλλη μέθοδος η οποία απορρέει από τη θεωρία του, για την αλλαγή των δυσλειτουργικών αντιλήψεων, είναι αυτή, όπου μέσω της παρακολούθησης βιντεοσκοπημένων στιγμιότυπων, το άτομο που βρίσκεται σε θεραπευτικό πρόγραμμα, παρακολουθεί άλλα άτομα που τραυλίζουν, ή ακόμα και τον εαυτό του, σε στιγμιότυπα που παρουσιάζουν επιτυχία στη λεκτική επικοινωνία σε διάφορες καταστάσεις(modeling, self-modeling) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η σταδιακή τροποποίηση των προσδοκιών αυτό-αποτελεσματικότητας του ατόμου οδηγεί, συνήθως, σε βελτίωση των επιδόσεών του στο συγκεκριμένο τομέα, με αποτέλεσμα την περαιτέρω ενίσχυση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητάς του μέσω επανειλημμένων βιωμάτων επιτυχίας στον τομέα όπου πιο παλιά δοκίμαζε κυρίως αποτυχίες (Bandura, 1986).

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η χρήση των αρχών και τεχνικών της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, στηρίζεται σε ένα καλά δομημένο, τεκμηριωμένο και

πολυδιάστατο θεωρητικό πλαίσιο. Ωστόσο, η εφαρμογή αυτών των μεθόδων αποτελεί εγχείρημα πιο πολύπλοκο από την εφαρμογή μεθόδων τροποποίησης συμπεριφοράς επειδή απαιτεί σαφή θεωρητικό προσανατολισμό, μεγάλη εμπειρία, καθώς επίσης και τον συνδυασμό γνώσεων από πολλά διαφορετικά επιστημονικά πεδία. Ίσως για αυτό οι μέθοδοι αυτές δεν έχουν υιοθετηθεί στην πράξη από πολλούς ειδικούς (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

### 3.3 Νεότερες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης

Μερικές από τις τεχνικές τροποποίησης ροής που χρησιμοποιεί ο ειδικός, κατά βάση ο λογοθεραπευτής, με σκοπό την εκμείωση της επιθυμητής συμπεριφοράς είναι:

Παρατεταμένη φώνηση: Ο κλινικός επιδιώκει την παράταση της διάρκειας των ήχων του εξεταζόμενου, συνήθως με μία αργή, καλώς ελεγχόμενη μετάβαση μεταξύ των ήχων και των συλλαβών (χωρίς διακοπή μεταξύ τους).

Εύκολη έναρξη φώνησης: Στη διάρκεια αυτής της μεθόδου 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 καλείται να διατηρήσει 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 μυϊκή 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 βασικούς λόγους εξαιτίας του οποίου ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα, είναι τα υψηλά επίπεδα άγχους που παρουσιάζονται στο άτομο. Αυτό μπορεί να

παρατηρηθεί κυρίως σε περιπτώσεις έντασης κατά τη διάρκεια συνομιλίας με άγνωστα άτομα. Επομένως, στο θεραπευτικό πρόγραμμα οι ασκήσεις χαλάρωσης παίζουν πρωτεύοντα ρόλο (Ανδρέου, 2010). Η χαλάρωση αποσκοπεί στην ελάττωση της ψυχικής και μυϊκής έντασης 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). Για την επίτευξη της χαλάρωσης προτείνονται και μία σειρά από βοηθητικές ασκήσεις κατά τις οποίες το παιδί:

Γέρνει το κεφάλι ελαφρά προς τα πίσω, τεντώνοντας 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 τεντωμένων 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 φυσά 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 τεντώνει τους μύες του στόματος και του λάρυγγα.

Μία συμπληρωματική μέθοδος για χαλάρωση είναι το λογοθεραπευτικό μασάζ. Στη διάρκεια του μασάζ επιτυγχάνεται ευαισθητοποίηση των αισθητήριων νευρών της επιδερμίδας και των μυών και υφίσταται καλύτερη λειτουργία του λεμφικού συστήματος και του μεταβολισμού. Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι για τη χρήση του μασάζ ανάλογα ποιος είναι ο στόχος που τίθεται για να επιτευχθεί. Το μασάζ πραγματοποιείται από τον ειδικό, ο οποίος είναι εκπαιδευμένος σε αυτή τη μέθοδο και γίνεται στην περιοχή του κεφαλιού, στο λαιμό και στους ώμους, χρησιμοποιώντας δύο τεχνικές:

Το κλασικό μασάζ

Το τοπικό μασάζ (με το ένα δάχτυλο σε συγκεκριμένα σημεία)

Η συνδυασμός των δύο τεχνικών

Η θεραπεία έχει συνολική διάρκεια 10-20 μέρες και τις πρώτες μέρες διαρκεί 5-7 λεπτά φτάνοντας μέχρι και τα 20-25 λεπτά. Προφανές είναι το γεγονός ότι η διάρκεια εξαρτάται και από την ηλικία του ατόμου και από τα νευρολογικά του συμπτώματα.

Πριν την έναρξη του μασάζ καθίσταται επιτρεπτή η χρήση φράσεων που θα χαλαρώσουν το άτομο, όπως ηρέμησε, κλείσε τα μάτια σου. Η φωνή του ειδικού 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 L., 2002). 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 γίνει επιλογή του σωστού τρόπου και της κατάλληλης διάρκειας του μασάζ είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο ειδικός την τόνωση των μυών του ατόμου (μύες του λαιμού, της ωμοπλάτης, των μιμικών μυών, των αρθρωτικών μυών και των μυών της γλώσσας) (Beliakova-Ivanovna L. , 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 με το χάιδεμα αργά του λαιμού 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, κατεβάνει

προς το στήθος και με συνοδική πορεία προχωρά στα χέρια και καταλήγει στο σβέρκο (Νεάρχου Α., 2014).

Χαλάρωση των μυών του προσώπου: Ξεκινά το μασάζ από τη μέση του μετώπου φτάνοντας στους κροτάφους. Το δεύτερο στάδιο έχει κατεύθυνση από τα φρύδια προς τα πάνω φτάνοντας στις ρίζες των μαλλιών. Οι κινήσεις εκτελούνται με τα δύο χέρια ταυτόχρονα. Εν συνεχεία η κατεύθυνση είναι από το πηγούνι ανεβαίνοντας αργά μέχρι τους κροτάφους και από τη μύτη προχωρά και φτάνει στο αυτί. Έπειτα από το πάνω χείλος έως το αυτί και από τη μέση του μετώπου προς τα κάτω, προς τους κροτάφους και τις παρειές, έως το πηγούνι. Τέλος, από το πηγούνι μέχρι πάνω περνώντας από το σημείο σύγκλισης των χειλιών και δίπλα από τη μύτη έως το ρινικό οστό και κατόπιν από το κέντρο του μετώπου ημικυκλικά προς τους κροτάφους. Οι τεχνικές αυτές επαναλαμβάνονται και με τη μορφή της δόνησης (Νεάρχου Α., 2014).

Μασάζ για χαλάρωση των σφιγκτήρων μυών των βλεφάρων: 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 υφίσταται ελαφριά πίεση. Ακολουθεί χάιδεμα στους κυκλικούς μύες των ματιών έως και την εσωτερική γωνία των ματιών. Η κίνηση στα άνω βλέφαρα γίνεται χαϊδεύοντας τα ελαφρώς χωρίς να πατιέται ο οφθαλμικός βολβός (Νεάρχου Α., 2014).

Χαλάρωτικό μασάζ στους σφιγκτήρες των χειλιών:

1. Από την γωνία του πάνω χείλους προς το κέντρο αυτού.
2. Από την γωνία του κάτω χείλους προς το κέντρο του πηγουνιού.
3. Από το κέντρο του πάνω χείλους κυκλικά προς τα κάτω μέχρι το κέντρο του πηγουνιού.
4. Ο δείκτης και ο μέσος των δύο χεριών, τοποθετούνται στο σημείο όπου ενώνονται τα χείλη και ελαφρώς τα τραβάνε όταν χαμογελάμε. Οι κινήσεις αυτές είναι ελαφρές και ελαστικές.
5. Έναρξη από το εξωτερικό σημείο των πτερυγίων της μύτης έως τις γωνίες των χειλιών.
6. Με τον δείκτη και το μέσο δάκτυλο εκτελούνται ελαφρά χτυπήματα στους κυκλικούς μύες (σφιγκτήρας των χειλιών) των χειλιών με τη φορά των δεικτών του ρολογιού (Νεάρχου Α., 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 (Beliakova-Ivanovna L., 2002).

Ασκήσεις αναπνοής: Η αναπνοή αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές λειτουργίες του ανθρωπίνου οργανισμού και χωρίζεται σε δύο στάδια, την εισπνοή και την εκπνοή. Πριν αρχίσουν οι αναπνευστικές ασκήσεις πρέπει να γίνεται σωστή τοποθέτηση της στάσης του σώματος, χαλάρωση των ώμων, και σωστή τοποθέτηση του κεφαλιού στην φυσιολογική ίσια θέση (Ανδρέου, 2010). Ενδεικτικές ασκήσεις αναπνοής είναι:

- Εισπνοή αργά από την μύτη και εκπνοή αργά από το στόμα.
- Εισπνοή από την μύτη και εκπνοή διακεκομμένα από το στόμα (αρχικά σε δύο φάσεις, μετά σε τρεις, τέσσερις κ.λπ.).
- Εισπνοή διακεκομμένα σε δύο ή τρεις φάσεις από την μύτη και εκπνοή αργά από το στόμα.
- Εισπνοή διακεκομμένα από την μύτη και εκπνοή διακεκομμένα από το στόμα.
- Εισπνοή με τα χέρια να βρίσκονται στη θέση της ανάτασης, και εκπνοή κατεβάζοντας τα αρμονικά, ενώ γίνεται μέτρηση αρχικά μέχρι το 1 μετά μέχρι το 2,3 κ.λπ.
- Εισπνοή μέχρι να γεμίσουν τα μάγουλα με αέρα και ακολουθεί απότομη έξοδος του αέρα από το στόμα.
- Εισπνοή και στην συνέχεια εκπνοή μελωδικά και παρατεταμένα τα φωνήεντα. (Ανδρέου, 2010)

### 3.4 Συσκευές τραυλισμού

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

1. Επιλογή ενός μικρού, ηλεκτρονικού μετρονόμου που λειτουργεί με μπαταρίες τον οποίο ο ασθενής μπορεί να φορέσει σαν ακουστικό
2. Εύρεση του ρυθμού των χτυπημάτων που μειώνει ή εξαλείφει τον τραυλισμό
3. Χρονομέτρηση της παραγωγής συλλαβών με τους χτύπους στα πρώτα στάδια της θεραπείας
4. Χρονομέτρηση της παραγωγής συλλαβών με τους χτύπους σε μετέπειτα στάδια θεραπείας
5. Καθώς αυξάνεται η ευχέρεια στη ροή της ομιλίας γίνεται χρονομέτρηση της παραγωγής συλλαβών με τους χτύπους της παραγωγής φράσεων και προτάσεων
6. Αύξηση του αριθμού των χτύπων ή το αντίθετο, ανάλογα με το σημείο εκκίνησης
7. Αφαίρεση σταδιακά των χτύπων του μετρονόμου μειώνοντας την ένταση σε σταδιακά βήματα
8. Συνέχεια της θεραπείας σε επίπεδο συζήτησης χωρίς τη συσκευή για τη σταθεροποίηση της ευχέρειας στη ροή της ομιλίας
9. Πραγματοποίησης ανεπίσημων θεραπευτικών συνεδριών σε διάφορα μη κλινικά περιβάλλοντα (Hegde).

Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση: Υπογραμμίζεται ότι άτομα με τραυλισμό έχουν την ικανότητα 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 είναι ικανή να 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. Όταν 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 Ε. και Μανιαδάκη Κ., 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 παρατηρείται ότι μπορεί να μιλήσει με πολύ καλή ροή. Η διαπίστωση αυτή έδωσε έναυσμα για την κατασκευή συσκευών επικαλυπτόμενου ήχου, ώστε 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 Ε. και Μανιαδάκη Ε., 2006).

### **3.5 Φαρμακευτική Θεραπεία**

Εκτός των προαναφερθέντων θεραπευτικών μεθόδων, έχουν δοκιμασθεί και αρκετά φάρμακα για τη θεραπεία του τραυλισμού, χωρίς κάποιο όμως να έχει εγκριθεί ακόμη από την Αμερικάνικη Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA). Τα φάρμακα που χαρακτηρίζονται ως πιο ελπιδοφόρα είναι αυτά που φέρουν αντιντοπαμινεργικούς παράγοντες, καθώς και η παγοκλόνη, μια μερική GABAA που έχουν εμφανίσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Maguire et al., 2010).

Βάσει των ερευνών αποδεικνύεται ότι οι άνθρωποι που τραυλίζουν εμφανίζουν υπομεταβολισμό του ραβδωτού σώματος και αυξημένη δραστηριότητα της ντοπαμίνης. Η διαπίστωση αυτή δικαιολογεί τον τρόπο δράσης των ανταγωνιστών ντοπαμίνης, οι οποίοι μειώνουν τον τραυλισμό μέσω της αύξησης του μεταβολισμού του ραβδωτού σώματος εμποδίζοντας τους υποδοχείς D2 στο ραβδωτό σώμα. Φαίνεται πως σε μελέτες επανειλημμένα αναδεικνύεται η επιτυχία τέτοιου είδους φαρμάκων στη μείωση του τραυλισμού. Αν και εμφανίζουν κατασταλτικές ιδιότητες, θεωρείται πιθανό, αυτή η αποτελεσματικότητά τους να αποδίδεται στις επιπτώσεις τους στην ντοπαμίνη και όχι απλώς στις αγχολυτικές ή κατασταλτικές τους ιδιότητες. Εκτός των συγκεκριμένων φαρμάκων έχουν δοκιμασθεί και άλλοι παράγοντες χωρίς όμως να φέρουν την ίδια επιτυχία. Επιπλέον, 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 αντιντοπαμινική 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).

Τα βασικότερα φάρμακα που ανα καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί με σκοπό τη βελτίωση του τραυλισμού είναι:

- Αλοπεριδόλη: Αποτελεί ένα συμβατικό ανταγωνιστή της ντοπαμίνης και παράλληλα αντιψυχωτικό, η οποία βάσει μελετών έχει την ικανότητα να βελτιώνει την ευχέρεια σε άτομα που τραυλίζουν. Βέβαια, η μακροχρόνια χρήση αλοπεριδόλης σε άτομα με τραυλισμό κρίνεται απαγορευτική λόγω των συνοδευτικών συμπτωμάτων του φαρμάκου, εκ των οποίων είναι η εμφάνιση συνεχούς δυσφορίας, η σεξουαλική δυσλειτουργία, οι εξωπυραμιδικές ανησυχίες και οι κίνδυνοι όψιμης δυσκινησίας. Η επίδραση του φαρμάκου επί του ντοπαμινεργικού συστήματος και ταυτόχρονα οι μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία του συνδρόμου Tourette ήταν αυτές που οδήγησαν στις πρόωρες υποθέσεις σχετικά με τις εν δυνάμει ευεργετικές του ιδιότητες. Σε μελέτη των Rozenberger που αφορούσε τη χρήση αλοπεριδόλης στη θεραπεία του τραυλισμού, φάνηκε πως 8 ασθενείς παρουσίασαν κλινική βελτίωση στο ποσοστό του χρόνου της δυσκολίας στη ροή. Ωστόσο η συγκεκριμένη βελτίωση ήταν σημαντική μόνο για τους ασθενείς που είχαν 30% μεγαλύτερη δυσκολία στη ροή από την αρχή (Brady, 1991).

- Ολανζαπίνη: Αποτελεί ένα νεότερης γενιάς (SGA) ψυχοτρόπο φάρμακο, το οποίο φέρει ντοπαμινικές μονωτικές ιδιότητες, με λιγότερες παρενέργειες που σχετίζονται με την προλακτινική επίδραση. Η ολανζαπίνη δρα ως ανταγωνιστής των υποδοχέων D2 με πρόσθετη δραστηριότητα ανταγωνιστή στους σεροτονεργικούς υποδοχείς. Επιπλέον, διαθέτει ένα διαφορετικό προφίλ παρενεργειών από τη ρισπεριδόνη που ανήκουν στην ίδια οικογένεια φαρμάκων, με μικρότερη συχνότητα εξωπυραμιδικών παρενεργειών και υπερπρολακτινουμία, αλλά μεγαλύτερη επίδραση στην αύξηση του σωματικού βάρους και των τριγλυκεριδίων. Αξιοσημείωτο για την ολανζαπίνη είναι πως εκθέσεις ασθενών αποκαλύπτουν πως αποτελεί ένα φάρμακο που μπορεί να είναι αποτελεσματικό και ανεκτό στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό και σε περιπτώσεις επίκτητου νευρογενή τραυλισμού (Maguire et al., 2004).

- Παγοκλόνη: Η παγοκλόνη αποτελεί έναν εκλεκτικό αγωνιστή (GABAA) μερικώς αναπτυσσόμενο μέσω της US FDA, ειδικά για τη θεραπεία του τραυλισμού, με την πιο συχνά αναφερόμενη παρενέργειά της να είναι ο πονοκέφαλος (Maguire et al., 2010).

### **3.6 Θεραπευτικές προσεγγίσεις ανά ηλικιακή ομάδα παιδιών**

#### **Προσχολική ηλικία**

Την τελευταία δεκαετία παρουσιάζεται σημαντικότατο ενδιαφέρον για την αξιολόγηση αλλά και εφαρμογή μεθόδων θεραπευτικής αντιμετώπιση του τραυλισμού σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στα πλαίσια της προσχολικής ηλικίας εντοπίζονται τρεις διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις του τραυλισμού: η συμβουλευτική εκπαίδευση των γονέων, η έμμεση θεραπεία και η άμεση θεραπεία (Zebrowski P. & Kelly, 2002). Συγκεκριμένα, η πρώτη περιλαμβάνει την εκπαίδευση των γονέων σχετικά με το τι ακριβώς συμβαίνει και την ταυτόχρονη προσπάθεια να μειωθεί η ανησυχία τους σχετικά με το πρόβλημα ομιλίας που αντιμετωπίζει το παιδί τους. Στη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση ο ειδικός αναλαμβάνει να πληροφορήσει τους γονείς σχετικά με τη φυσιολογική ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας, τον εξελικτικό τραυλισμό και την φυσιολογική δυσροή. Επιπλέον, είναι πάντα συνιστώμενη και η εκπαίδευσή τους σε κατάλληλους μεθόδους επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης, με παράλληλες προτάσεις για περιβαλλοντικές μετατροπές. Πρέπει να σημειωθεί, πως οι προτάσεις περιβαλλοντικών αλλαγών συνίστανται κυρίως στα παιδιά που έρχονται αντιμέτωπα με πολλούς παράγοντες επιβάρυνσης ή φέρουν οριακό τραυλισμό. Ο ειδικός οφείλει να διατηρεί την επικοινωνία του με τους γονείς για πιθανή επαναξιολόγηση σε περίπτωση αλλαγής της παρούσας εικόνας του παιδιού τους (Conture, 2010). Κατά την συμβουλευτική των γονέων, στόχος είναι η τροποποίηση του περιβάλλοντος του παιδιού έτσι ώστε να λιγοστέψει το άγχος που μπορεί να έχει οδηγήσει το παιδί στην εκδήλωση του τραυλισμού. Εδώ, σημαντικότατο ρόλο διαδραματίζει η αλλαγή της συμπεριφοράς τους έτσι ώστε να μην διορθώνουν, να μην κριτικάρουν και να μην εκδηλώνουν αρνητική συμπεριφορά στις δυσκολίες τους παιδιού. Ο ειδικός συμβουλεύει και μαθαίνει στους γονείς να μην είναι υπερβολικοί και υπερπροστατευτικοί με το παιδί που εκδηλώνει συμπτώματα τραυλισμού, δείχνοντας τους πως να κατανοήσουν τις ικανότητες και τις ανάγκες του παιδιού τους και να προσαρμόσουν τις προσδοκίες τους σύμφωνα με αυτές. Επιπλέον, παρέχονται ορισμένες οδηγίες έτσι ώστε να τροποποιήσουν τις

συνθήκες ζωής του παιδιού τους με τέτοιον τρόπο που να δίνονται περισσότερες ευκαιρίες για επιτυχία στην επικοινωνία του με άλλους.

Αναφορικά με την έμμεση θεραπεία, πρόκειται για μία προσέγγιση που προτείνεται για παιδιά τα οποία αμφιταλαντεύονται μεταξύ φυσιολογικής δυσροής και οριακού τραυλισμού ή με οριακό τραυλισμού. Η έμμεση θεραπεία απαιτεί πιο ενεργό συμμετοχή των γονέων σε περιβαλλοντικές επικοινωνιακές αλλαγές, ώστε να μειωθούν ή και να εξαλειφθούν οι δυσροές στην ομιλία του παιδιού. Τα βασικά βήματα των έμμεσων προσεγγίσεων είναι:

- η αξιολόγηση της υπάρχουσας επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης μεταξύ γονέων, παιδιού και περιβαλλοντικών συνθηκών σπιτιού, σχολείου
- η αναλυτική εκπαίδευση για την ομιλία και τον τραυλισμό, όπως με τη χρήση εκπαιδευτικών βίντεο, ή μέσω της πρόσβασης σε διαδικτυακές ιστοσελίδες.
- η συζήτηση των συμπεριφορών αυτών οι οποίες προάγουν την ευχέρεια της ομιλίας
- η στοχοποίηση των προβληματικών συμπεριφορών
- η εκπαίδευση του γονέα σε διαδικασίες αξιολόγησης και χρήσης κλιμάκων σοβαρότητας τραυλισμού, δηλαδή οι γονείς καλούνται να αναλάβουν τον κύριο ρόλο
- οι τακτές επαναξιολογήσεις από τον ειδικό, κατά προτίμηση κάθε 3 με 6 μήνες
- η ενθάρρυνση των γονέων για τη χρήση αποκλειστικού "χρόνου ομιλίας" με το παιδί τους σε καθημερινή βάση, χωρίς να δίνεται έμφαση στην ομιλία
- η ενημέρωση και η συζήτηση για πιθανότητες επανεμφάνισης των συμπτωμάτων ή περιόδων όπου τα συμπτώματα είναι πιο έντονα (Guitar et al., 1992).

Ενδεικτικές έμμεσες θεραπευτικές προτάσεις είναι:

- η μείωση του ρυθμού ομιλίας της οικογένειας
- η ορθή χρήση της εναλλαγής σειράς
- η αύξηση των επιβραβεύσεων για ευχερή τμήματα ομιλίας και εξάλειψης των αρνητικών σχολίων, όπως είναι η αποφυγή τιμωρητικών συμπεριφορών για τις στιγμές του τραυλισμού
- η έμμεση διόρθωση εκφορών με δυσροές
- οι αλλαγές στο οικογενειακό πρόγραμμα, αν κι εφόσον χρειάζεται (Guitar & Mc Cauley, 2010).

Η έμμεση παρέμβαση φαίνεται να προτιμάται από τους ειδικούς με την συμβουλευτική των γονέων να αποτελεί μία από τις πιο έγκαιρες μεθόδους παρέμβασης για τον τραυλισμό. Άλλωστε, τόσο η ανάπτυξη

του παιδιού όσο και η ζωή της οικογένειάς του επηρεάζονται από την ύπαρξη του τραυλισμού και αντίστροφα (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006). Επομένως, η εφαρμογή μεθόδων που λαμβάνουν υπόψη αυτή τη δυναμική αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας στην αντιμετώπιση του τραυλισμού.

Σε κάποια προγράμματα έμμεσης παρέμβασης, εκτός από τη συμβουλευτική που προαναφέραμε, το παιδί εντάσσεται σε πρόγραμμα, χωρίς όμως να επικεντρώνεται η θεραπεία απευθείας στην αλλαγή της ομιλίας του. Στο πρόγραμμα συστηματικής απευαισθητοποίησης, για παράδειγμα, που περιγράφηκε από τον VanRiper (1972), το παιδί εκτίθεται σε σταδιακά αυξανόμενες συνθήκες επικοινωνιακής πίεσης, τις οποίες διαμορφώνει ο θεραπευτής, προκειμένου να μάθει να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε αυτές. Σε άλλα προγράμματα, ο θεραπευτής λειτουργεί ως μοντέλο σωστής ομιλίας προς το παιδί, χωρίς όμως να απαιτεί άμεσα από αυτό την υιοθέτηση του τρόπου ομιλίας που του δείχνει ενώ, ταυτόχρονα, λειτουργεί ως μοντέλο σωστής συμπεριφοράς προς τους γονείς, προκειμένου να τροποποιήσουν στη συνέχεια και οι ίδιοι τη συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί που τραυλίζει (Egolfetal., 1972).

Τέλος, κατά την άμεση παρέμβαση βασική προϋπόθεση είναι η ένταξη του παιδιού στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Σε αυτού του είδους την παρέμβαση περιλαμβάνεται πληθώρα τεχνικών που στοχεύουν στο να μπορεί το παιδί να μάθει να ελέγχει και να μειώνει τα συμπτώματα του τραυλισμού. Στην άμεση παρέμβαση εμπεριέχεται και η χρήση μεθόδων τροποποίησης συμπεριφοράς, σε αντίθεση με την έμμεση παρέμβαση, στην οποία το παιδί δε χρειάζεται να ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα αλλά κεντρικό ρόλο παίζει η εκπαίδευση των γονέων και η αλλαγή άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006). Η τροποποίηση της λεκτικής συμπεριφοράς μέσω της συντελεστικής μάθησης, όπως αναφέραμε προηγουμένως, ανήκει στην άμεση παρέμβαση και είναι αρκετά διαδεδομένη στα παιδιά προσχολικής ηλικίας τα οποία παρουσιάζουν τραυλισμό. Σύμφωνα με ένα πρόγραμμα του Costello(1983), παρέχουμε στα παιδιά διάφορους ενισχυτές όταν ο λόγος τους είναι ομαλός χωρίς εκδηλώσεις τραυλισμού, ενώ τους ζητάμε να σταματούν και να επαναλαμβάνουν τις λέξεις ή τις προτάσεις σε αντίθετη περίπτωση. Οι επικοινωνιακές απαιτήσεις αυξάνονται σταδιακά μέχρι να φτάσουμε στο σημείο όπου το παιδί θα είναι ικανό να εκφέρει μία ολόκληρη πρόταση χωρίς την εκδήλωση τραυλισμού. Μέσα από έρευνες που έχουν διεξαχθεί από τον Martin και τους συνεργάτες του (1972) έχει αποδειχθεί ότι τέτοιου είδους τεχνικές μπορούν να οδηγήσουν στην ελάττωση συμπτωμάτων τραυλισμού μέχρι την πλήρη εξαφάνισή τους. Η άμεση θεραπεία συνίσταται σε περιπτώσεις παιδιών προσχολικής ηλικίας με οριακό ή ήπιο εξελικτικό τραυλισμό όπου η έμμεση θεραπεία δεν φέρεται να είναι αποτελεσματική σε διάστημα 3 έως 6 μηνών. Η άμεση θεραπεία

περιλαμβάνει επίσης τακτικές συνεδρίες του ειδικού με το παιδί, κατά τις οποίες επικεντρώνονται στην ομιλία του παιδιού και χρήση εκείνων των μοντέλων άμεσης παρέμβασης που ο κάθε ειδικός θα κρίνει ως ιδανικά, βασιζόμενος πάντα είτε σε τεχνικές μορφοποίησης της ροής είτε σε συνδυασμό τεχνικών μορφοποίησης και τροποποίησης της ροής. Ιδανικά, ένα άμεσο θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να αποτελείται από:

- ένα ευχάριστο και διασκεδαστικό τρόπο παρέμβασης, όπως η χρήση παιχνιδιών
- ένα περιβάλλον αποδοχής
- μια συνεχή επιβράβευση της προσπάθειας και της βελτίωσης
- τη χρήση τεχνικών μορφοποίησης της ροής, κατά βάση με το διαχωρισμό "αργού-γρήγορου"
- τη χρήση τεχνικών τροποποίησης της ροής, κυρίως όταν διακρίνεται πως δε δίνουν αποτέλεσμα οι τεχνικές μορφοποίησης
- στοχοποίηση των συναισθημάτων του παιδιού (Ramig & Dodge, 2005).

Συνοψίζοντας, όσοι ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού στην προσχολική ηλικία, διαπιστώνουν σημαντικά αποτελέσματα αλλά και ελάχιστες πιθανότητες για επανεμφάνιση των συμπτωμάτων τραυλισμού (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006). Η παρέμβαση στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα δείχνει να έχει τις πολλές πιθανότητες για επιτυχία και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην πλήρη εξαφάνιση του τραυλισμού (Conture, 1996).

### **Σχολική ηλικία**

Η σχολική ηλικία περιλαμβάνει τεχνικές που βασίζονται στα ελλείμματα, τα οποία παρατηρούνται και παρουσιάζονται στην ομιλία του παιδιού, στα συναισθήματα και στην σκέψη που σχετίζονται με την ομιλία του. Τα παιδιά με τραυλισμό στη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής τους ιδανικά πρέπει να ακολουθήσουν θεραπεία άμεσης προσέγγισης. Η δυνατότητα που έχει το παιδί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία και ο ρόλος του παιδαγωγού σε αυτήν αποτελούν σημαντικά κριτήρια (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών- Λογοθεραπευτών, 2014).

Οι τεχνικές οι οποίες στοχοποιούν την ομιλία είναι αυτές που χρησιμοποιούν ένα συνδυασμό τροποποίησης και μορφοποίησης της ροής. Το πρώτο βήμα των τεχνικών αυτών αφορά την έννοια της ανάγνωσης και περιλαμβάνει μηχανές ομιλίας και εκπαίδευση για την ομιλία και τον τραυλισμό. Το

αμέσως επόμενο βήμα αποτελεί η απευαισθητοποίηση ειδικότερα των παιδιών, τα οποία έχουν αρχίσει να αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα για την ομιλία τους. Αυτό το στάδιο περιλαμβάνει ένα μοντέλο εύκολου τραυλισμού από τον ειδικό, με σκοπό να διαβεβαιώσει το παιδί πως όλοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ομιλία ορισμένες φορές. Το παιδί θα πρέπει να νιώσει έτοιμο να μετατρέψει τις στιγμές τραυλισμού και να καταβάλει την προσπάθεια να αποκτήσει μια αυθόρμητη και ελεγχόμενη ευχέρεια της ομιλίας (Shapiro, 2011).

Σε παιδιά που χαρακτηρίζονται από μικρότερη συναισθηματική και γνωστική εμπλοκή, προτείνονται τεχνικές μορφοποίησης με απαλές αρθρωτικές επαφές, παρατεταμένη φώνηση, εναλλαγή της σειράς και της χρήσης των παύσεων πριν από κάθε απάντηση με έμμεσο στόχο τον πιο αργό και χαλαρό τρόπο ομιλίας, έμφαση στην ήρεμη, χαλαρή και αργή ομιλία. Από την άλλη σε παιδιά τα οποία παρατηρείται εντονότερη συναισθηματική και γνωστική εμπλοκή, προτιμούνται οι τεχνικές τροποποίησης όπως η ακύρωση, η διαφυγή, τα σύνολα προετοιμασίας, το δημιουργικό παιχνίδι, η φαντασία και η ευελιξία (Guitar & Reville, 1997).

Ως προς την στοχοποίηση των συναισθημάτων, σε περιπτώσεις που διακρίνεται η ύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων για την ομιλία, προτείνεται η χρήση τεχνικών που περιλαμβάνουν την αναγνώριση και την απευαισθητοποίηση. Η διαδικασία της αναγνώρισης περιλαμβάνει μια πιο έμμεση προσέγγιση, που ξεκινά με μία συζήτηση σχετικά με τα διαφορετικά συναισθήματα, παιχνίδια ζωγραφικής, ανάγνωση ιστοριών, εξιστόρηση εικόνων με θέμα τα συναισθήματα κ.ά. Μια εναλλακτική πιο άμεση προσέγγιση με γνώμονα πάντα την ηλικία του παιδιού και την επίγνωση είναι:

- η χρήση ιεραρχικής "σκάλας"
- ο ψευδοτραυλισμός μπροστά σε άλλους
- η σύνταξη ενός γράμματος για το πως νιώθουν όταν μιλάνε και αποστολή σε πρόσωπο της επιλογής τους (Yarus et al., 2010).

Για τα παιδιά που φέρουν αρνητικές σκέψεις στόχος είναι η μετατροπή αυτού του τρόπου σκέψης σε θετική με τη χρήση τεχνικών προσέγγισης του συναισθήματος. Αυτό καθίσταται δυνατό με την αναγνώριση και την απευαισθητοποίηση (Yarus et al., 2010).

Επιπλέον, το κομμάτι της συνεργασίας με τον παιδαγωγό διακατέχει καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία του επιλεγόμενου προγράμματος για παρέμβαση και γενίκευση. Πρέπει να ελέγχεται αν ο παιδαγωγός διευρύνει τις γνώσεις και τα συναισθήματά του σχετικά με τον τραυλισμό και το παιδί που τραυλίζει

και έχει αναλάβει. Σημαντική κρίνεται σε κάθε περίπτωση 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 επιρροή που έχει ο τραυλισμός στη σχολική επίδοση (Walton & Wallace, 1998).

Για παιδαγωγούς οι προτεινόμενες τεχνικές είναι:

- η προσοχή στα λεγόμενα του παιδιού και όχι στον τρόπο που επιλέγει να εκφραστεί
- η ενίσχυση των κανόνων εναλλαγής σειράς στην τάξη για όλους τους μαθητές
- η ανοιχτή επικοινωνία με το παιδί για το τι προτιμάει
- η μη ιδιαίτερη μεταχείριση, αλλά ίσως μερικές μετατροπές σε αυτήν
- η απόλυτη αποδοχή της δυσκολίας του και η εξάλειψη τυχόν πειράγματος
- η χρήση τεχνικών που μπορούν να εισαχθούν στην ομιλία του δασκάλου για την προαγωγή ενός ευχερούς και χαλαρού περιβάλλοντος (Yarus et al., 2004)

## **Εφηβεία**

Η εφηβεία αποτελεί μια μεταβατική περίοδο μεταξύ παιδικής και ενήλικης ζωής κατά την οποία η θεραπεία περιλαμβάνει συνήθως μια μεικτή προσέγγιση προώθησης θετικών ψυχολογικών αλλαγών και διδασκαλίας της συμπεριφοριστικής ή γνωστικής διαχείρισης της ομιλίας. Ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση τα δεδομένα φαίνεται να είναι περιορισμένα και αφορούν κυρίως έρευνες που έχουν γίνει σε ενήλικες προσαρμοσμένους σε μικρότερο ηλικιακά πληθυσμό. Το δεδομένο και αναμφισβήτητα βέβαια για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα είναι πως τυχόν εντοπισμός τραυλισμού στο άτομο οδηγεί άμεσα την ένταξή του σε θεραπευτικό πλάνο, ύστερα από την αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάστασης, ώστε να γίνει προσπάθεια να τροποποιηθεί η ροή του λόγου μέσω συμπεριφοριστικών μεθόδων (Καραγιάννης, 2011).

Σημαντικό είναι να λαμβάνεται υπόψη πως ο θεραπευόμενος οφείλει να έχει τον κυρίαρχο ρόλο στη θεραπευτική προσέγγιση, οπότε να διαμορφώνεται και 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.

Παράλληλα, γίνεται προσπάθεια να μειωθούν οι αρνητικές στάσεις και αντιδράσεις των εφήβων αναφορικά με θέματα που αφορούν τον 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:

- Σταδιακή αύξηση του μήκους και της πολυπλοκότητας των προτάσεων. Ο έφηβος ασκείται στο να διαβάζει με ευχέρεια χωρίς να τραυλίζει, υλικό με προοδευτικά αυξανόμενη δυσκολία. Με άλλα λόγια ξεκινάει με μεμονωμένες λέξεις, συνεχίζει με μικρές προτάσεις και παραγράφους και καταλήγει στην ανάγνωση κειμένου για πέντε συνεχόμενα λεπτά. Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα κυρίαρχο ρόλο παίζουν η ενθάρρυνση και η τιμωρία και έχουν αναφερθεί θετικά αποτελέσματα (Ryan and Ryan, 1995).
- Εύκολη και χαλαρή προσέγγιση- Απαλή κίνηση. Ο έφηβος 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.

Τέτοιου είδους προγράμματα φέρουν μία σειρά από βασικά χαρακτηριστικά, τα οποία είναι:

- η σταδιακή αύξηση της έντασης και της πολυπλοκότητας του λόγου. Η συγκεκριμένη τεχνική 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.
- η ρύθμιση και ο έλεγχος της αναπνοής. Αφού ο τραυλισμός στην ουσία διαταράσσει την ομαλή λειτουργία της αναπνοής, σημαντική καθίσταται η εκμάθηση βασικών αναπνευστικών ασκήσεων.
- η εδραίωση απαλών επαφών των οργάνων άρθρωσης. Το άτομο συγκεκριμένα διδάσκεται να κινεί απαλά και χαλαρά τα όργανα της άρθρωσης και να διακινεί ελεύθερα τον αέρα, προκειμένου να μειωθεί η ένταση που μπλοκάρει την παραγωγή των πρώτων ήχων της λέξης.
- η μείωση του ρυθμού ομιλίας. Η μείωση του ρυθμού ομιλίας έχει την ικανότητα να διευκολύνει τον συντονισμό των οργάνων παραγωγής λόγου και αναπνοής, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται η λεκτική ευχέρεια. Ο ειδικός στην προκειμένη περίπτωση καλείται να παρέχει ένα συνεχές μοντέλο αργού ρυθμού ομιλίας και σωματικών κινήσεων.



- η μείωση των αποφευκτικών συμπεριφορών. Αφού έχει γίνει εντοπισμός των συμπεριφορών αποφυγής από τον ειδικό, καλείται να εξηγήσει στο παιδί τις συνέπειες αυτής του της συμπεριφοράς σε σχέση με τη ροή στο λόγο του, ώστε να προτραπεί στη μείωση αυτών.
- η ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στην ομιλία. Για τους εφήβους με τραυλισμό ο συγκεκριμένος στόχος ανάπτυξης επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι εξέχουσας 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).

### **3.7 Θεραπευτικά προγράμματα**

Η αντιμετώπιση του τραυλισμού σε παιδιά περιλαμβάνει μία σειρά από θεραπευτικά προγράμματα που προτείνονται, όπως το Palin Parent-Child Interaction (PCI) και Πρόγραμμα Lidcombe που έχουν ήδη προαναφερθεί, καθώς και η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία, το Demand And Capacity Model-DACM (Μοντέλο Απαιτήσεων και Δυνατοτήτων) και το Λεξιπόντιξ, τα οποία θα αναλυθούν ακολούθως.

#### **3.7.1 Palin Parent-Child Interaction (PCI)**

Το πρόγραμμα Palin Parent-Child Interaction (PCI) αφορά παιδιά έως 7 ετών που έχουν ανάγκη από παρέμβαση (Eyberg, 2004). Το κλινικό κέντρο θεραπείας του Michael Palin στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν αυτό που ανέπτυξε το συγκεκριμένο πρόγραμμα, στο οποίο δίνεται έμφαση στο ρόλο που διαδραματίζουν οι γονείς. 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 et al., 2004). Το Palin PCI στηρίζεται στην άποψη ότι ο τραυλισμός είναι πολυπαραγοντικός. Κάθε παιδί που παρουσιάζει συμπτώματα τραυλισμού ο θεραπευτής οφείλει να αναγνωρίζει την πολυπαραγοντικότητα των συμπτωμάτων και να λαμβάνει υπόψιν του τις ιδιαίτερες ικανότητες του κάθε παιδιού. Η ανατροφοδότηση αποτελεί βασικό στοιχείο του προγράμματος και παρέχεται από τον

ειδικό στους γονείς μέσα από βιντεοσκοπημένες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονέων και του παιδιού τους την ώρα του παιχνιδιού, με σκοπό να γίνει εντοπισμός των τρόπων με τους οποίους αλληλεπιδρούν και ενδεχομένως ενισχύουν την ευχέρεια, αλλά και να φανερωθούν και κομμάτια στα οποία οι γονείς μπορούν να βελτιωθούν (Boggs et al., 2004). Μέσα από τις ανατροφοδοτήσεις οι γονείς λαμβάνουν πληροφορίες για σωστές και «λανθασμένες» τεχνικές αλληλεπίδρασης. Η διάρκεια του προγράμματος είναι περίπου 6-12 βδομάδες, οι συνεδρίες διεξάγονται στο σπίτι όπου και βιντεοσκοπούνται και γίνονται με συχνότητα μια φορά την εβδομάδα (Kelman & Nicholas, 2013). Για την προσέγγιση του προγράμματος γίνεται πρωταρχικά μία ενδελεχή αξιολόγηση των ικανοτήτων και των αναγκών του παιδιού. Συγκεκριμένα γίνεται αξιολόγηση του αντιληπτικού και εκφραστικού λόγου, της άρθρωσης, του ρυθμού της ομιλίας, των κοινωνικών δεξιοτήτων και της ευαισθησίας. Η εικόνα που λαμβάνεται είναι η απεικόνιση των αδυναμιών που πολύ πιθανό είναι να ευθύνονται ή να συμβάλλουν στην εμφάνιση του τραυλισμού.

Επιπλέον, το πρόγραμμα περιλαμβάνει μία συνέντευξη με τους γονείς, μέσω της οποίας ο ειδικός μπορεί να αντλήσει πληροφορίες τόσο για το παιδί, όσο και για την ευχέρεια που έχει στο οικογενειακό του περιβάλλον. Ακόμη, γίνεται αναζήτηση ιδεών σε συνεργασία με τους γονείς, για τυχόν παράγοντες που ενισχύουν την ευχέρεια στη ροή της ομιλίας. Σημαντικό καθίσταται να εκτιμώνται και να λαμβάνονται υπόψη, στη διάρκεια της θεραπείας, οι απόψεις των γονέων. Ο ειδικός οφείλει να τονίζει στους γονείς ότι τίποτα 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. Συγκεκριμένα 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 καλούνται να επιλέξουν 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. Αν και μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στις επικοινωνιακές τους αλληλεπιδράσεις, οι γονείς μαθαίνουν επίσης να επιβραβεύουν κι άλλες δεξιότητες προκειμένου να ενισχύσουν την αυτοπεποίθηση του. Με το πέρας των έξι εβδομάδων του προγράμματος, οι γονείς καλούνται να δουλέψουν μόνοι τους για έξι ακόμη εβδομάδες και στο τέλος αυτών συναντώνται με τον θεραπευτή για να συζητήσουν την πρόοδο που έχει καταγραφεί (Boggs et al., 2004).

Η ευχέρεια της ροής της ομιλίας του παιδιού πρέπει να παρακολουθείται για τουλάχιστον για έναν χρόνο. Οι κλινικοί ερευνητές στο Michael Palin Center έδειξαν ότι τα έμμεσα συστατικά αυτής της προσέγγιση, δηλαδή της αλληλεπίδρασης και των στρατηγικών της οικογένειας, μπορούν να μειώσουν αποτελεσματικά τη συχνότητα του τραυλισμού στα παιδιά. Επιπλέον, είναι πολλά τα στοιχεία αυτά που υποδεικνύουν πως η παρούσα προσέγγιση είναι ικανή 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).

### 3.7.2 Πρόγραμμα Lidcombe

Μία ομάδα Αυστραλών, που βασίστηκε στις παραπάνω έρευνες ανέπτυξε ένα πρόγραμμα τροποποίησης συμπεριφοράς στα παιδιά με τραυλισμό που ονομάζεται «Lidcombe». Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποτελεί μία ευρέως διαδεδομένη μέθοδο αντιμετώπισης του τραυλισμού σε παιδιά προσχολικής ηλικίας η οποία φαίνεται να είναι άκρως αποτελεσματική (Onslowetal., 1990). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης περιλαμβάνει άμεσες θεραπευτικές τεχνικές, στηριζόμενο κυρίως στη μορφοποίηση της ροής και σχεδιάστηκε για παιδιά έως 6 ετών, όμως σταδιακά άρχισε να εφαρμόζεται και σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας, όχι βέβαια με την ίδια αποτελεσματικότητα. Το εν λόγω πρόγραμμα το χαρακτηρίζουν η συμμετοχή γονέων και οικείων. Οι γονείς λειτουργούν ως φορείς της θεραπευτικής παρέμβασης από τη στιγμή της αξιολόγησης της ομιλίας του παιδιού μέχρι και τη διαδικασία της γενίκευσης και ο θεραπευτής ενημερώνει για την διαδικασία της αξιολόγησης και τα ευρήματα και κατόπιν εκπαιδεύει τους γονείς στη χρήση του προγράμματος στο σπίτι και σε φυσικά περιβάλλοντα (Hayhow, 2009). Η θεραπευτική διαδικασία του διαφοροποιείται σε δύο στάδια:

1ο στάδιο: Στο αρχικό αυτό στάδιο γίνεται η πρώτη επίσκεψη γονέα και παιδιού στον θεραπευτή ώστε να γίνει εκπλήρωση τριών βασικών στόχων, της αξιολόγησης του τραυλισμού του παιδιού, της εξήγησης από τον θεραπευτή της κλίμακας μέτρησης σοβαρότητας και την εκπαίδευση του γονέα στον σχεδιασμό καθημερινών θεραπευτικών συζητήσεων. Οι επισκέψεις του συγκεκριμένου σταδίου έχουν διάρκεια περίπου μία ώρα. Για την αξιολόγηση του τραυλισμού γίνεται μέτρηση συλλαβών με τραυλισμό, οι οποίες προκύπτουν στη διάρκεια της συζήτησης μεταξύ παιδιού, γονέα και θεραπευτή, καθώς παίζουν ένα παιχνίδι που απολαμβάνει το παιδί. Αξιόπιστο θεωρείται το δείγμα όταν έχουν αξιολογηθεί 300 συλλαβές ομιλίας του παιδιού, σε μία δραστηριότητα διάρκειας 10 λεπτών. Με το

πέρας της αξιολόγησης γίνεται ενημέρωση του γονέα για το αποτέλεσμα και ακολουθεί συζήτηση για το αν η ομιλία στην προκειμένη φάση μοιάζει με ομιλία του παιδιού υπό άλλες συνθήκες. Η κλίμακα μέτρησης σοβαρότητας (ΚΜΣ) πρέπει να χρησιμοποιείται καθημερινά και από τους γονείς, ώστε να αξιολογούν τον τραυλισμό του παιδιού και στο σπίτι. Πρόκειται για μια κλίμακα 10 πόντων, με το νούμερο 1 να αντιπροσωπεύει την απουσία τραυλισμού, το 2 να αντιπροσωπεύει τον εξαιρετικά ήπιο τραυλισμό και το 10 να αντιπροσωπεύει τον εξαιρετικά σοβαρό τραυλισμό (Packman et al., 2016). Οι επόμενες επισκέψεις στο κλινικό πλαίσιο έχουν νέους στόχους, οι οποίοι είναι η αξιολόγηση του τραυλισμού του παιδιού, η συζήτηση για την τρέχουσα πρόοδο και η εισαγωγή νέων πρακτικών όταν πρέπει (Packman et al., 2016).

2ο στάδιο: Ένα από τα πιο σημαντικά συστατικά στοιχεία του προγράμματος Lidcombe είναι η διαδικασία της συντήρησης, καθώς η υποτροπή είναι συνηθισμένη στη θεραπεία του τραυλισμού, γεγονός για το οποίο οι γονείς ενημερώνονται όταν ξεκινούν το 1ο στάδιο του προγράμματος και τους τονίζεται πως είναι ζωτικής σημασίας να συνεχίσουν να δουλεύουν με τον θεραπευτή μέχρι την ολοκλήρωση και του 2ου σταδίου. Το συγκεκριμένο στάδιο περιλαμβάνει 30λεπτες επισκέψεις στον θεραπευτή, οι οποίες οργανώνονται σε σταδιακά όλο και μεγαλύτερα διαστήματα. 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 καλούνται να αποφασίσουν 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 2ο 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 et al., 2016). Παρά την αποτελεσματικότητά του, το «Lidcombe» είναι ένα κυρίως συμπεριφοριστικό πρόγραμμα το οποίο εστιάζει μονάχα στη ροή του λόγου. Ένα από τα βασικά μειονεκτήματά του είναι ότι δεν βασίζεται σε κάποια θεωρητική προσέγγιση που να λαμβάνει υπόψιν τα αίτια του τραυλισμού. Αντιθέτως, σημασία έχουν μόνο τα συμπτώματα που παρουσιάζονται και όχι ο λόγος που μπορεί να εμφανίστηκαν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Παράλληλα, η συνεχόμενη παρατήρηση του παιδιού στο πως μιλάει μπορεί να προκαλέσει άγχος που θα οδηγήσει στην εκδήλωση περαιτέρω συμπτωμάτων (Venkatagiri, 2005). Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι οι ίδιοι οι ειδικοί, οι οποίοι επινόησαν το πρόγραμμα Lidcombe, δεν μπορούν να εξηγήσουν με ποιον τρόπο καταλήγει να είναι

αποτελεσματική η συγκεκριμένη μέθοδος. Ίσως να οφείλεται στην αυθυποβολή του ίδιου του παιδιού το οποίο ενώ προσπαθεί να διορθώσει τα λάθη του και να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του, καταλήγει να πείθεται σχετικά με τη δυνατότητά του να μιλάει με φυσιολογική ροή. Αυτή η πεποίθηση εδραιώνεται μέσα από τη θετική ανατροφοδότηση του περιβάλλοντός του το οποίο καθοδηγείται από τον ειδικό θεραπευτή.

### **3.7.3 Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία**

Τελευταία το πρόγραμμα της γνωσιακής και συμπεριφορικής θεραπείας αποκτά συνεχώς μεγαλύτερη κλινική αποδοχή στη θεραπεία του τραυλισμού. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα χρησιμοποιείται κυρίως σε παιδιά σχολικής ηλικίας, εφήβους και ενήλικες και συχνά πραγματοποιείται στα πλαίσια ομαδικής θεραπείας. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία καθίσταται ικανή να 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 επιτυγχάνεται κυρίως μέσα από την τροποποίηση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων και την άσκησή 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. Ειδικότερα βασικό μέλημα του προγράμματος είναι να βοηθηθεί το άτομο που τραυλίζει να πιστέψει στις ικανότητές του, να αντιδρά αποτελεσματικά στην παρουσία των ενδείξεων, που παλαιότερα πυροδοτούσαν την αναμονή εκδήλωσης τραυλισμού. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, η οποία χρειάζεται ειδική εκπαίδευση και εμπειρία πριν αυτή εφαρμοστεί (Βιρβιδάκη, 2015).

### **3.7.4 Demand And Capacity Model-DACM (Μοντέλο Απαιτήσεων και Δυνατοτήτων)**

Το πρόγραμμα Demand And Capacity Model-DACM (Μοντέλο Απαιτήσεων και Δυνατοτήτων) αποτελεί ένα πρόγραμμα θεραπείας με στόχους που επικεντρώνονται στον περιορισμό των απαιτήσεων και στην αύξηση των δυνατοτήτων σε γλωσσικούς και γνωστικούς τομείς ανάπτυξης, σε μία διάρκεια

δώδεκα εβδομάδων (Starkweather et al., 1990). Τα παιδιά που συμμετέχουν σε αυτό το πρόγραμμα, παίρνουν μέρος σε τρεις φάσεις.

Η πρώτη είναι η συμμετοχή σε ειδική αλληλεπίδραση, όπου ο υπεύθυνος γονέας κάθεται με το παιδί για 15 λεπτά με στόχο να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση του παιδιού σε δραστηριότητες που γίνονται με παιχνίδια με ομιλία ή χωρίς και διάβασμα. Η δεύτερη φάση αφορά στην τροποποίηση του ρυθμού ομιλίας του γονέα, ούτως ώστε να μιλάει πιο αργά, κάνοντας παύσεις και πιο αργές αρθρωτικές κινήσεις, διατηρώντας όμως φυσικό επιτονισμό. Τέλος, 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 (Franken et al., 2005).

### 3.7.5 Λεξιπόντιξ

Το θεραπευτικό πρόγραμμα "Λεξιπόντιξ" είναι ένα πρόγραμμα δομημένης θεραπείας για παιδιά σχολικής ηλικίας, τα οποία 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 & Nicholas, 2008), Solution Focused Brief Therapy (De Shazer, 2007), Fluency Shaping και Block Modification. Ενώ παράλληλα χαρακτηρίζεται ως μια συνολική προσέγγιση, όπου τόσο οι γονείς όσο και το παιδί συμμετέχουν θεωρούμενοι ως ίσοι (Anderson & Gehart, 2009; Biggart et al., 2006).

Η παρούσα θεραπεία χρησιμοποιεί έναν φανταστικό ήρωα, ο οποίος είναι ένα παιδί και έχει ως κύριο στόχο τη συμφιλίωση του με τον ποντικό που προκαλεί προβλήματα στο "Κέντρο του νου" του και προκαλεί την εκδήλωση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Fourlas & Marousos, 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.

Η οργάνωση του προγράμματος περιλαμβάνει συνήθως δύο στάδια, το πρώτο και το δεύτερο, με συναντήσεις μια φορά την εβδομάδα με συνολική διάρκεια 4 μήνες. Στο πρώτο στάδιο υφίσταται η

βασική δομή και οι βασικές ενότητες πάνω στις οποίες θα κινηθεί η θεραπεία και ακολουθούνται για 12 εβδομάδες. Ειδικότερα, περιλαμβάνεται συζήτηση σχετικά με τα στάδια του θεραπευτικού προγράμματος και τους ρόλους του παιδιού, των γονέων και του θεραπευτή, ενώ παράλληλα παρουσιάζονται και στρατηγικές ενίσχυσης όλων των συμμετεχόντων και αλληλεπίδρασης. Μόλις ολοκληρωθεί το πρώτο στάδιο πραγματοποιείται μια συνεδρία που έχει σκοπό να αξιολογήσει το βαθμό επίτευξης των στόχων και να αποφασιστεί για το αν θα συνεχιστεί το πρόγραμμα και σε δεύτερο στάδιο και στην περίπτωση αυτή να επαναπροσδιορίσει ο θεραπευτής τους στόχους (Fourlas & Marousos, 2015).

### **3.8 Παλινδρόμηση μετά τη θεραπεία**

Η πιθανότητα παλινδρόμησης στην περίπτωση του τραυλισμού αποτελεί έναν παράγοντα που έχει απασχολήσει αρκετά τους ειδικούς. Οι Kuhr και Rustin ( 1985) ονόμασαν την παλινδρόμηση ως την «Αχίλλειο πτέρνα» της θεραπευτικής παρέμβασης, ενώ οι Craig και οι συνεργάτες της (2002), σε έρευνά τους, υιοθετούν ένα αυστηρά ποσοτικό κριτήριο σύμφωνα με το οποίο : «...όλα τα άτομα στα οποία συμπτώματα τραυλισμού εκδηλώνονταν με συχνότητα πάνω από 2% στο σύνολο των εκφερόμενων συλλαβών θεωρούνταν ότι είχε παλινδρομήσει» και προτείνουν να ορίζεται η παλινδρόμηση ως η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων του τραυλισμού , που θεωρούνται ως μη αποδεκτά από το ίδιο το άτομο μετά από ένα χρονικό διάστημα στο οποίο είχε επιτευχθεί βελτίωση».

Με δεδομένο τη δυσκολία ως προς την καθιέρωση ενός ορισμού για την παλινδρόμηση του τραυλισμού, σε αδρές γραμμές υπολογίζεται ότι περίπου στο ένα τρίτο των παιδιών ύστερα το πετυχημένο πέρας της θεραπείας παρατηρείται παλινδρόμηση, ενώ το υπόλοιπο ένα τρίτο δεν ολοκληρώνει το πρόγραμμα ή δεν είναι διαθέσιμο για αξιολόγηση μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Επομένως, είναι φανερό πως η παλινδρόμηση είναι ένα υφιστάμενο φαινόμενο και εμφανίζεται σε ποσοστό περίπου 30%, βάσει ερευνών. Ωστόσο, το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά μικρότερο στις περιπτώσεις παιδιών προσχολικής ηλικίας. Επιπλέον, επισημαίνεται ότι σε έρευνες παρακολούθησης η πλειονότητα των γονέων, σε ποσοστό 71%, δεν θεωρεί ότι το παιδί τους κατάφερε να απαλλαγεί πλήρως από το πρόβλημα του τραυλισμού, αλλά ότι τα επεισόδια του τραυλισμού εξακολουθούσαν να επανέρχονται περιοδικά. Παρόλο που η παλινδρόμηση είναι πιθανή μετά την εφαρμογή σχεδόν οποιασδήποτε μεθόδου, φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερα σύννηθες φαινόμενο στην

περίπτωση αντιμετώπισης του τραυλισμού με τις αυστηρά συμπεριφοριστικές μεθόδους. Εξαιτίας της αυξημένης πιθανότητας παλινδρόμησης ύστερα από την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος, μετά από πολλά προγράμματα επιλέγεται η συμπερίληψη και μιας τελικής φάσης, της φάσης της διατήρησης, κατά την οποία επιχειρείται η πρόληψη της παλινδρόμησης και η συντήρηση της προόδου που επετεύχθη κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Στη συγκεκριμένη φάση, το άτομο καλείται να επανέρχεται περιοδικά στο θεραπευτικό χώρο ώστε να παρακολουθεί ορισμένες συνεδρίες, για να διαπιστωθεί η πορεία του και ενδεχομένως να γίνει ανανέωση κάποιων από τις θετικές αλλαγές που σημειώθηκαν στην κυρίως φάση του θεραπευτικού προγράμματος (Boberg, 1981). Σε κάθε περίπτωση, πάντως ο ειδικός οφείλει να ενημερώνει και να προειδοποιεί τους γονείς των παιδιών με τραυλισμό για την πιθανότητα παλινδρόμησης και να τους παρέχει τα απαραίτητα γνωστικά και συνθηματικά εφόδια, ώστε να μπορέσουν άμεσα να την αντιμετωπίσουν (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

---

### 4.1 Ο ρόλος της οικογένειας

Απόλυτα αποδεκτό είναι το γεγονός ότι η οικογένεια αποτελεί το πρώτο περιβάλλον εντός του οποίου το παιδί καλείται να αναπτυχθεί, να δράσει και να διαμορφώσει την προσωπικότητά του. Ως επακόλουθο, είναι λογικό οι πρώτοι που, συνήθως, αντιλαμβάνονται το οποιοδήποτε πρόβλημα προκύπτει σχετικά με την υγεία, τη σωματική ανάπτυξη, τον τρόπο με το οποίο το παιδί κοινωνικοποιείται, καθώς και οποιαδήποτε διαταραχή επικοινωνίας είναι οι γονείς. Βέβαια, πρέπει να σημειωθεί πως είναι πολλές οι περιπτώσεις που το οικείο περιβάλλον αιτιολογεί, ερμηνεύει τα συμπτώματα και προσπαθεί να λύσει το πρόβλημα, χωρίς απαραίτητα να συμβουλευτεί κάποιον ειδικό, με αποτέλεσμα να ζητούν τη βοήθεια ειδικού σε αρκετά προχωρημένο στάδιο της εκάστοτε προβληματικής. Ειδικά αναφορικά με το θέμα του τραυλισμού, τις περισσότερες φορές οι γονείς και



το οικείο περιβάλλον του παιδιού αποδίδουν τα συμπτώματά του σε άλλες αιτίες, όπως το περιβάλλον, η υιοθέτηση τρόπων ομιλίας άλλων παιδιών με τα οποία έρχεται σε επαφή, ως τρόπος να λάβει περισσότερη προσοχή, κ.λπ (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

Αδιαμφισβήτητα, όταν ένα παιδί εκδηλώνει οποιοδήποτε πρόβλημα, οι γονείς ανησυχούν και παίρνουν συγκεκριμένες αποφάσεις με σκοπό την επίλυση του. Η πρώτη αντίδραση των γονέων απέναντι στην εμφάνιση τραυλισμού στο παιδί τους είναι η ανησυχία και εν συνεχεία προσπαθούν να κάνουν την όποια αξιολόγηση της κατάστασης. Ειδικότερα, αρχικά θεωρούν ότι η μη φυσιολογική ροή ομιλίας των παιδιών τους είναι παροδικό φαινόμενο και οφείλεται κυρίως στην ανυπομονησία τους να εκφραστούν ή λόγω του περιορισμένου ακόμα λεξιλογίου τους ή και επειδή ακόμα δεν κατανοούν πλήρως τους τρόπους εκφοράς συλλαβών και λέξεων (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006). Δεν είναι λίγες οι φορές που παρατηρούνται γονείς να επιρρίπτουν ευθύνες και στους ίδιους τους εαυτούς τους και στον τρόπο με τον οποίο απευθύνονται στα παιδιά και στη συμπεριφορά τους όταν αυτά καταβάλουν προσπάθεια να επικοινωνήσουν λεκτικά. Ο τραυλισμός, ο οποίος εκδηλώνεται κατά την προσχολική ηλικία θεωρείται από τους γονείς ως φυσιολογικό εξελικτικό στάδιο και προσπαθούν να βελτιώσουν την ομιλία των παιδιών με διάφορους τρόπους και τεχνικές, χωρίς να συμβουλευτούν πρώτα κάποιον ειδικό (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

Ωστόσο, δεν πρέπει να παραληφθεί να σημειωθεί πως υφίστανται περιπτώσεις γονέων, οι οποίοι απευθύνονται άμεσα στον παιδίατρο τους, ώστε να ζητήσουν την απαραίτητη βοήθεια. Αυτό σημαίνει πως οι παιδίατροι θα πρέπει να είναι ενήμεροι επί του θέματος και να καθίστανται ικανοί να ξεχωρίζουν τη φυσιολογική δυσκολία επικοινωνίας του παιδιού λόγω ηλικίας και λόγω τραυλισμού ή κάποιας άλλης διαταραχής της επικοινωνίας. Σε κάθε περίπτωση ο παιδίατρος οφείλει να παραπέμπει στους γονείς στους ειδικούς, κυρίως λογοθεραπευτές και παιδοψυχολόγους, ώστε να αντιμετωπιστεί άμεσα και ορθά το πρόβλημα. Στην περίπτωση του τραυλισμού ειδικά, η έγκαιρη βοήθεια από ειδικό είναι καίριας σημασίας για την αντιμετώπισή του (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

Η συμβολή των γονέων στην ανάπτυξη του παιδιού σε κάθε επίπεδο, σωματικό, ψυχοκοινωνικό, συναισθηματικό κρίνεται απαραίτητη και ιδιαίτερα σημαντική για την καλλιέργεια της αυτοεικόνας του παιδιού, της αυτογνωσίας και της αυτοεκτίμησής του, για την σύνθεση μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας. Ιδιαίτερα για τα παιδιά με τραυλισμό έχει μεγάλη σημασία η αυτοεικόνα τους και τα συναισθήματα που έχουν κατά τις στιγμές τραυλισμού, αλλά και μετέπειτα σε κάθε κατάσταση, η οποία απαιτεί την λεκτική επικοινωνία. Για τον λόγο αυτό, οι γονείς οφείλουν να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί

ως προς την συμπεριφορά τους και τις αντιδράσεις τους τόσο κατά τις στιγμές τραυλισμού, όσο και κάθε φορά που το παιδί προσπαθεί να εκφραστεί. Επίσης, είναι σημαντικό να αποφεύγονται συμπεριφορές που βλάπτουν σε σημαντικό βαθμό την ανάπτυξη και την εξέλιξη του παιδιού, ειδικά σε ψυχολογικό-συναισθηματικό επίπεδο (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

Το άγχος και η πίεση κατά την επικοινωνία χαρακτηρίζονται ως βασικοί παράγοντες εμφάνισης του τραυλισμού, χαρακτηριστικά για τα οποία ευθύνεται αποδίδεται στους γονείς ειδικά για τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας ευθύνονται, αφού τις περισσότερες φορές δεν δίνουν προσοχή τόσο στις ιδέες που εκφράζει το παιδί, όσο στον τρόπο με τον οποίο επιλέγει να τις εκφράσει. Πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη από τους γονείς η γλωσσική επικοινωνία και να γίνει κατανοητό πως πρέπει να αποσκοπεί στη μεταφορά νοημάτων (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

Επίσης, οι γονείς θα πρέπει να αποφεύγουν να συζητούν σχετικά με τον τραυλισμό του παιδιού τους, τόσο μπροστά στο παιδί τους όσο και παρουσία τρίτων. Αν υφίστανται συζητήσεις μπροστά στο παιδί, αυτό έχει την τάση να αντιλαμβάνεται πως έχει κάποιο πρόβλημα, να θεωρεί πως αδυνατεί να εκφραστεί ομαλά και σταδιακά αποφεύγει τόσο την λεκτική επικοινωνία όσο και τις κοινωνικές καταστάσεις οι οποίες την απαιτούν. Επιπρόσθετα, και ειδικά όσον αφορά σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, η κριτική των γονιών, η διαρκής πίεση για φυσιολογική ροή ομιλίας και η συνεχής διόρθωση, προκαλεί στα παιδιά μεγαλύτερη ανασφάλεια και φόβο για τις κοινωνικές συναναστροφές. Βέβαια, η ανασφάλεια δύναται να αναπτυχθεί και από θετικές συμπεριφορές, όπως η υπερβολική προστασία και η υπερβολική αγάπη. Συνεπώς, οι γονείς δεν πρέπει να αγχώνουν το παιδί, αλλά ούτε να είναι υπερπροστατευτικοί, αντιθέτως θα πρέπει να βοηθήσουν το παιδί και να ενισχύουν διαρκώς την αυτοεκτίμησή του σε ένα πλαίσιο αγάπης και κατανόησης και όχι κριτικής, απαιτήσεων ή συμπόνοιας (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

Οι γονείς προτού ξεκινήσουν να κάνουν κάποια προσπάθεια αντιμετώπισης του τραυλισμού θα πρέπει να κατανοήσουν πως ο τραυλισμός δεν είναι πρόβλημα, αλλά αποτελεί μια διαταραχή επικοινωνίας η οποία δεν συνεπάγεται νοητική ή άλλη υστέρηση και απαιτεί ιδιαίτερη μεταχείριση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή και την εξάλειψή του. Συγκεκριμένα, οι ειδικοί προτείνουν συγκεκριμένους τρόπους συμπεριφοράς και διαχείρισης τους φαινομένου που οφείλουν να υιοθετούν οι γονείς, καθώς και απαγορεύσεις προς αυτούς. Ειδικότερα, γονείς που έχουν παιδιά με τραυλισμό δεν πρέπει:

- να ασκούν κριτική στο παιδί, ειδικά κατά τις στιγμές τραυλισμού
- να διακόπτουν το παιδί κατά τη διάρκεια που αυτό προσπαθεί να εκφραστεί και ειδικά όταν εκδηλώνει συμπτώματα τραυλισμού
- να του παρέχουν διαρκώς οδηγίες αναφορικά με τον τρόπο ομιλίας
- να εκφράζουν αποδοκιμασία με μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα ο τρόπος που κοιτάν το παιδί, οι εκφράσεις του προσώπου, άλλες κινήσεις του σώματος
- να μην υποχρεώνουν το παιδί να πάρει μέρος σε καταστάσεις οι οποίες θα συμβάλλουν στην εκδήλωση των συμπτωμάτων

Αυτό που πρέπει να κάνουν είναι να δίνουν έμφαση στο γεγονός ότι το παιδί τους επικοινωνεί, που σημαίνει πως αναπτύσσει τις γλωσσικές του ικανότητες, για αυτό και οφείλουν να δημιουργούν καταστάσεις ομιλίας. Ο τρόπος της λεκτικής επικοινωνίας δεν έχει σημασία, αυτό που είναι σημαντικό είναι το περιεχόμενό της. Οι γονείς μπορούν εύκολα να διαμορφώσουν συνθήκες, ώστε να προάγουν την ουσιαστική επικοινωνία με το παιδί τους. Συγκεκριμένα, μέσω παιχνιδιού με διάφορα ζώα και κούκλες ή μέσω ενός παιχνιδιού ρόλων, όπου τα παιδιά μιλούν συνεχώς με ευχάριστη διάθεση και σταδιακά σταματούν τα συμπτώματα τραυλισμού. Άρα, η δημιουργία ευχάριστων πλαισίων ομιλίας είναι εφικτή από τους γονείς, καθώς και η διαμόρφωση επαναλαμβανόμενων καταστάσεων στις οποίες το παιδί μιλάει με ευχέρεια και σταδιακά το συνηθίζει, μέχρι που τραυλίζει ολοένα και πιο σπάνια, καθώς έχει πλέον την αυτοπεποίθηση να εκφραστεί και να επικοινωνήσει σε οποιαδήποτε σχεδόν περίπτωση (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006). Αξιοσημείωτο και σημαντικό είναι το γεγονός, πως καλούνται και οι γονείς να αλλάξουν τον δικό τους τρόπο ομιλίας, ο οποίος συμπεριλαμβάνει και τις εκφράσεις και τις χειρονομίες. Η ομιλία τους θα πρέπει να είναι πιο αργή, ήρεμη και καθαρή και πρέπει να δίνουν τον απαραίτητο χρόνο και χώρο στο παιδί να επικοινωνήσει (Nippold M. και Rudzinski M., 1995).

Σε κάθε περίπτωση οι γονείς πρέπει να προβαίνουν σε ενημέρωση σχετικά με το θέμα του τραυλισμού, τις τεχνικές που ακολουθούν για την αντιμετώπισή του και τον τρόπο συμπεριφοράς που έχουν υιοθετήσει, όποιου επισκέπτεται το παιδί τους και έρχεται σε συστηματική επαφή με αυτό.

## 4.2 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού, όπως και κάθε κοινωνικός ρόλος, διαμορφώνεται και συγκροτείται στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης ιστορικής κοινωνίας, η οποία με τη σειρά της λειτουργεί ακριβώς και υπάρχει επειδή συγκροτεί και κατανέμει κοινωνικούς ρόλους στα μέλη της και τα εκπαιδεύει γι' αυτούς (Τσαρδάκης, 1992). Στην πλέον σύγχρονη κοινωνία το εκπαιδευτικό σύστημα επιβάλλει στους εκπαιδευτικούς την υποχρέωση να είναι μονίμως προετοιμασμένοι, ώστε να μπορούν ανά πάσα στιγμή να αναγνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες του παισίου μέσα στο οποίο καλούνται να δράσουν, τις δυνατότητες και τα όρια του συστήματος μέσα στο οποίο εργάζονται καθώς και τις προσωπικές τους αντιφάσεις (Παναγιωτοπούλου, 2008).

Ο εκπαιδευτικός κατέχει σημαντική θέση αναφορικά με την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του τραυλισμού, καθώς η συμπεριφορά του και ο τρόπος με το οποίο επιλέγει να αντιμετωπίσει το παιδί, κυρίως κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας, είναι καθοριστικής σημασίας για τη συνολική βελτίωση του παιδιού, ψυχολογικά, κοινωνικά, λεκτικά.

Ένας αποτελεσματικός εκπαιδευτικός οφείλει να είναι καινοτόμος, ευρηματικός και ενθουσιώδης. Θα πρέπει να θέτει ως μέλημα του την επιδίωξη διαφοροποιημένης ή και εξατομικευμένης διδασκαλίας, όπου χρειάζεται και όσο είναι δυνατόν, ιδίως όταν απευθύνεται σε μαθητές με ειδικές φυσικές, συναισθηματικές και νοητικές ανάγκες (Τεντζέρης, 2012). Η διαφοροποιημένη διδασκαλία έχει τη βάση της στις θεωρίες της εποικοδόμησης της μάθησης και της αλληλεπίδρασης (Vygotsky, 1988), όπου οι μαθητές συνεργάζονται, συμμετέχουν ενεργά, ενσωματώνονται στην ομάδα, εθίζονται στο διάλογο και τη δημοκρατία, χειραφετούνται, αποκτούν κριτική ικανότητα και σκέψη, αποδέχονται.

Επομένως, γίνεται αντιληπτό πως είναι κομβικής σημασίας ο ρόλος του σύγχρονου εκπαιδευτικού, στην καθοδήγηση των παιδιών «πώς να μαθαίνουν», στο να βοηθάει στη σύνθεση και την ανάλυση της γνώσης, στη διεύρυνση της κριτικής τους σκέψης και στην ενίσχυση της παραγωγικής τους ικανότητας. Γενικά, ο εκπαιδευτικός πρέπει να επιδιώκει την ανάπτυξη ικανοτήτων οι οποίες συνδέονται με την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και με την αποτελεσματική διαχείριση προβλημάτων (Φιλιππάκη, 2012).

Αναλυτικότερα, ο εκπαιδευτικός καλείται πρωταρχικά να δημιουργήσει ένα ευχάριστο, άνετο και ασφαλές κλίμα επικοινωνίας εντός της σχολικής μονάδας, ώστε να βοηθηθεί το παιδί και να μην του δημιουργείται περαιτέρω άγχος. Επίσης, θα πρέπει να επιβάλει γενικότερους κανόνες επικοινωνίας για όλα τα παιδιά της σχολικής αίθουσας, σε ένα πλαίσιο σεβασμού και αποδοχής, και να φροντίζει να μην υπάρχουν διακοπές από τον ίδιο, αλλά και από τα υπόλοιπα παιδιά κατά τη διάρκεια που κάποιος μιλάει. Επιπλέον, ο ίδιος θα πρέπει να αποτελεί πρότυπο τόσο για το παιδί που εκδηλώνει συμπτώματα τραυλισμού όσο και για το σύνολο των μαθητών της σχολικής τάξης, θα πρέπει να υιοθετήσει τέτοια συμπεριφορά που να προωθεί την ενσωμάτωση και αποδοχή του διαφορετικού. Ειδικότερα, οι πιο κοινές οδηγίες προς τους εκπαιδευτικούς αναφορικά με το ζήτημα του τραυλισμού είναι:

- Αφήστε το παιδί με τραυλισμό να εκφραστεί χωρίς να συμπληρώνετε τις προτάσεις του
- Διατηρήστε βλεμματική επαφή
- Δώστε τον χρόνο που χρειάζεται
- Προσέξτε το περιεχόμενο της ομιλίας του και δείξτε του πως δεν δίνετε έμφαση στον τρόπο που μιλάει, αλλά στο τι λέει
- Χρησιμοποιήστε παύσεις όταν κρίνεται απαραίτητο, αλλά και σε άλλες στιγμές ώστε να μειωθεί το άγχος και η επικοινωνιακή πίεση
- Μην κάνετε υποδείξεις τύπου «σκέψου πρώτα καλύτερα τι θέλεις να πεις» ή «ηρέμησε και ξαναπροσπάθησε»
- Μην το ξεχωρίζετε από τα υπόλοιπα παιδιά με οποιονδήποτε τρόπο
- Διατυπώστε ερωτήσεις με τρόπο απλό και εκφραστείτε πιο αργά, ενώ παράλληλα φροντίστε οι ερωτήσεις να μπορούν να απαντηθούν απλά και με λίγες λέξεις
- Διαβεβαιώστε όλους του μαθητές πως έχουν όσο χρόνο χρειάζονται για να απαντήσουν
- Ζητήστε την ανάγνωση σε ζευγάρια, καθώς έτσι το παιδί μαθαίνει να ελέγχει την ομιλία του
- Φροντίστε για την τήρηση των κανόνων επικοινωνίας εντός της αίθουσας (σεβασμός, διακοπή ομιλίας)
- Δώστε του ευκαιρίες να εκφραστεί
- Επαινέστε τις προσπάθειες του να επικοινωνήσει λεκτικά
- Συζητήστε κατ' ιδίαν με το παιδί και ενημερώστε το πως ο τραυλισμός δεν αποτελεί για εσάς και για αυτό πρόβλημα κατ' οποιονδήποτε τρόπο
- Μην χρησιμοποιείται εξεζητημένο λεξιλόγιο και μην εκφράζεστε με πολύπλοκες συντακτικά προτάσεις

- Ενίοτε να επαναλαμβάνεται αυτά που είπε το παιδί, ώστε να ακούει τον σωστό, ομαλό τρόπο έκφρασης αυτών, αλλά όχι την ίδια στιγμή που κάνει τα λάθη
- Μην δείχνετε ποτέ αμηχανία για τον τρόπο με τον οποίο εκφράζεται
- Μην είστε επικριτικοί απέναντι του
- Στις περιπτώσεις κριτικής από τους συμμαθητές, συμπεριφερθείτε όπως σε κάθε άλλη περίπτωση, δηλαδή σταματήστε την και εξηγήστε στα παιδιά την όλη κατάσταση αλλά και το ότι θα πρέπει πάντοτε να σέβονται τον άλλο και να αποδέχονται το διαφορετικό
- Εάν συμφωνούν οι γονείς, ο ειδικός και το ίδιο το παιδί, ενημερώστε τους συμμαθητές του σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ή αφήστε το παιδί να εξηγήσει στους συμμαθητές του και να τους ενημερώσει συνολικά
- Σε κάθε περίπτωση δημιουργήστε και διατηρήστε ευχάριστα και ασφαλή πλαίσια επικοινωνίας χωρίς ένταση και άγχος ή υπερβολικές απαιτήσεις (<http://www.nsastutter.org/>).

Εάν ο εκπαιδευτικός επιλέξει να ακολουθήσει τις οδηγίες ειδικών και γονέων, κρίνεται πως θα είναι ικανός να συνδράμει ουσιαστικά στην επιτυχή έκβαση των προσπαθειών αντιμετώπισης του τραυλισμού. Επιπλέον, και ιδιαίτερα σημαντικό είναι πως το παιδί θα αισθάνεται άνετα και ασφαλές όσον αφορά στην προσπάθεια του να επικοινωνήσει και να συμμετέχει ενεργά στην εκπαιδευτική διαδικασία, ενώ σταδιακά θα βελτιωθεί ο τρόπος επικοινωνίας του και θα μειωθούν τα συμπτώματα τραυλισμού. Ως επακόλουθο, θα παρατηρηθεί βελτίωση στην αυτοεικόνα του και αντίληψη από μέρος του πως έχει τη δυνατότητα και την ικανότητα ομαλής έκφρασης και πως είναι σε θέση να διορθώσει ή να βελτιώσει την ροή της ομιλίας του, να ελέγξει τον τρόπο που εκφράζεται. Ταυτόχρονα, το συναισθηματικά ασφαλές εκπαιδευτικό πλαίσιο, βοηθάει το παιδί να σταματήσει να αγχώνεται και να φοβάται να εκφραστεί, καθώς διαπιστώνει πως όλοι έχουν το δικαίωμα να κάνουν λάθη και ειδικά στην ομιλία τους, αφού η αποδοχή από τους τρίτους δεν καθορίζεται από τη μη φυσιολογική ροή ομιλίας.

Εξίσου σημαντική με τη διαμόρφωση του κατάλληλου περιβάλλοντος είναι και η ανατροφοδότηση των γονέων από τους εκπαιδευτικούς, σχετικά με την πρόοδο του παιδιού τους, ώστε αν κριθεί απαραίτητο να τροποποιηθεί η προσέγγιση με την οποία αντιμετωπίζεται η κατάσταση.

### 4.3 Ο ρόλος του λογοθεραπευτή

Η επιστήμη της λογοθεραπείας επικεντρώνεται στην πρόληψη, την αξιολόγηση, τη διάγνωση, την παρέμβαση και έρευνα στα πεδία του λόγου, της ομιλίας και της επικοινωνίας, σε όλα τα στάδια της ζωής ενός ατόμου. Κύριος στόχος της καθίσταται η ενίσχυση της ικανότητας που φέρει ένα παιδί να επικοινωνεί αποτελεσματικά σε διάφορες επικοινωνιακές περιστάσεις, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής του.

Αναφορικά με το ρόλο του λογοθεραπευτή, είναι ο ειδικός αυτός που καλείται να παρέχει κατανοητές, βασισμένες σε επιστημονικά δεδομένα, υπηρεσίες πρόληψης, αξιολόγησης και παρέμβασης διαταραχών ομιλίας, λόγου και επικοινωνίας, όπως είναι στην προκειμένη περίπτωση ο τραυλισμός, σε συνεργασία με την οικογένεια και άλλες εμπλεκόμενες ειδικότητες. Ακόμα, οφείλει να υποστηρίζει και να ενημερώνει πλήρως για τα προγράμματα λογοθεραπείας και πως αυτά εφαρμόζονται πάντα με σεβασμό στις ανάγκες των παιδιών (<http://www.psychologotherapeia.gr>).

Ο λογοθεραπευτής πρέπει να έχει ως κέντρο την οικογένεια και το παιδί και στη διαδικασία της αξιολόγησης καθώς και στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της θεραπευτικής παρέμβασης οφείλει να συνδυάζει πρόσφατα και αξιόπιστα επιστημονικά δεδομένα, με την κλινική εμπειρία και τις προτεραιότητες του παιδιού. Σχετίζοντας τη λογοθεραπεία με τον τραυλισμό, υπάρχουν πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις για θεραπεία. Η θεραπευτική παρέμβαση οφείλει να είναι εξατομικευμένη στις ανάγκες του κάθε παιδιού που τραυλίζει ενώ διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, τις ανάγκες και την δυναμική του επικοινωνιακού του περιβάλλοντος. Ο λογοθεραπευτής είναι ο ειδικός που θα υποστηρίζει το παιδί που τραυλίζει να κάνει θετικές αλλαγές στην ομιλία του, τα συναισθήματά του και τη στάση του απέναντι στην επικοινωνία και τη συμμετοχή του σε διάφορες επικοινωνιακές και κοινωνικές περιστάσεις με απώτερο πάντα στόχο την βελτίωση της επικοινωνιακής λειτουργίας και της ποιότητας ζωής (<http://www.psychologotherapeia.gr>). Σημαντικό καθίσταται στην προσπάθεια που καταβάλλει ο λογοθεραπευτής να συμβάλουν τόσο οι γονείς, όσο και οι εκπαιδευτικοί του παιδιού.

### 4.3.1 Η συμβουλευτική γονέων

Η συμβουλευτική γονέων, κατά την οποία επιτελείται εκπαίδευση των γονέων, ώστε να μάθουν από τους ειδικούς, τρόπους διαφοροποίησης της συμπεριφοράς τους, του περιβάλλοντος του παιδιού και των συνθηκών που συμβάλλουν στην εκδήλωση του τραυλισμού ή και τον επιδεινώνουν, επιλέγεται ευρέως τα τελευταία χρόνια. Πριν τη συμβουλευτική ο ειδικός θα πρέπει να εξετάσει τις γνώσεις των γονιών αναφορικά με τον τραυλισμό και οφείλει να γνωρίζει την άποψη τους σχετικά με την αιτιολογία του προβλήματος και τους τρόπους αντιμετώπισης του και να εξετάσει το κατά πόσο αποδέχονται το εν λόγω πρόβλημα (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

Για να είναι αποτελεσματική η έκβαση της συμβουλευτικής διαδικασίας οι γονείς θα πρέπει να κατανοήσουν πως (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006):

- Ο τραυλισμός αποτελεί γλωσσικό πρόβλημα, αλλά παράλληλα είναι και κοινωνικό και ψυχολογικό
- Ο τραυλισμός εκδηλώνεται σε συγκεκριμένες συνθήκες ή και την λεκτική επικοινωνία με συγκεκριμένους ανθρώπους
- Ο τραυλισμός ενίοτε συνοδεύεται και από άλλα προβλήματα, τα οποία ο ειδικός εξηγεί στους γονείς
- Τα συμπτώματα του τραυλισμού ορισμένες φορές εξαφανίζονται για σημαντικά χρονικά διαστήματα, αλλά υπάρχει περίπτωση να επανεμφανιστούν
- Οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να είναι αρχικά αποτελεσματική, αλλά ενδεχομένως να υπάρξει παλινδρόμηση. Επομένως, οι γονείς θα πρέπει να κατανοήσουν, ότι βασικός τους στόχος θα πρέπει να είναι η μείωση των συμπτωμάτων και η βελτίωση της λεκτικής επικοινωνίας και της αυτοεικόνας του παιδιού και έπειτα η πλήρης εξάλειψή του.

Επιπλέον, η επιτυχία έγκειται και στο να απαντήσουν σε κάποια ερωτήματα οι ίδιοι οι γονείς, τα οποία είναι:

- Τι σημαίνει για αυτούς η δυσκολία που αντιμετωπίζει το παιδί στο λόγο
- Ποιες είναι οι απόψεις τους για την πιθανή αιτία και τη δυνατότητα αντιμετώπισης της διαταραχής του λόγου
- Ποια είναι τα συναισθήματα τους και η συμπεριφορά τους τη στιγμή που το παιδί αδυνατεί να εκφραστεί λεκτικά
- Ποιες είναι οι ανησυχίες τους σχετικά με το μέλλον του παιδιού



- Εάν και κατά πόσον είναι σε θέση να καταλαβαίνουν και να αποδέχονται το μη γλωσσικό τρόπο επικοινωνίας του παιδιού τους
- Πόσο προσπάθησαν να καταλάβουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του παιδιού τους, τα οποία προκύπτουν όταν οι άλλοι δεν κατανοούν την ομιλία του και όταν, παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει, δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των γονιών του

Η συνεργασία γονέων και ειδικών είναι καίριας σημασίας για την αποτελεσματικότητα της εκάστοτε θεραπευτικής παρέμβασης, καθώς οι γονείς καλούνται να είναι ενεργοί συμμετέχοντες στην όποια θεραπευτική προσέγγιση επιλέγεται για το παιδί τους. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση των γονιών παιδιών με τραυλισμό και παράλληλα η συνεργασία ειδικού-γονιών-παιδιού αυξάνουν κατά πολύ τις πιθανότητες να εξαλειφθεί κι όχι απλά να μειωθεί ο τραυλισμός, καθώς οι διάφορες τεχνικές αντιμετώπισης εφαρμόζονται άμεσα και συστηματικά και κυρίως είναι εξατομικευμένες για τα μοναδικά στοιχεία και χαρακτηριστικά του εκάστοτε παιδιού. Η αποτελεσματικότητα αυτών έγκειται και στο γεγονός, ότι δεν υφίσταται εφαρμογή τους από κάποιον ειδικό μεμονωμένα, αλλά από οικεία άτομα του παιδιού και η εφαρμογή λαμβάνει χώρα σε όλες τις καθημερινές δραστηριότητες και καταστάσεις, στις οποίες συνήθως το παιδί εμφανίζεται να τραυλίζει.

Επίσης, η συνεργασία με τον ειδικό συμβάλλει ουσιαστικά και στην ενδυνάμωση των σχέσεων ανάμεσα σε γονείς και παιδί, καθώς γίνεται αποδεκτή και απόλυτα κατανοητή η ιδιαιτερότητα του παιδιού και υιοθετείται ο νέος τρόπος συμπεριφοράς που έχει επιλεγεί για τη βοήθεια του παιδιού. Μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον με τη συγκεκριμένη σχέση που έχει διαμορφωθεί μεταξύ γονέων και παιδιού, παρατηρείται πως το παιδί αντιλαμβάνεται πως μπορεί να αναπτυχθεί και να δράσει σε ένα πλαίσιο που του προσφέρονται αποδοχή, αγάπη και ασφάλεια.

Η συνεργασία αυτή μεταξύ ειδικού και γονέα είναι εξίσου σημαντική και για τον ίδιο τον ειδικό, διότι αποκτά άμεση πρόσβαση και ανατροφοδότηση για την πορεία των θεραπευτικών τεχνικών και την αποτελεσματικότητά τους. Με άλλα λόγια είναι σε θέση, γονείς και ειδικός, να θέτουν εκ νέου στόχους και να διαμορφώνουν και να τροποποιούν τις πρακτικές τους, μέχρι να εντοπίσουν τις πλέον κατάλληλες οι οποίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες του παιδιού (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

### **4.3.2 Η συνεργασία των εκπαιδευτικών και ειδικούς**

Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να ενημερωθεί δια ζώσης από τον ειδικό και να εξεταστεί ως προς τις γνώσεις του για το θέμα του τραυλισμού, τη στάση που έχει υιοθετήσει απέναντι στο παιδί και τη συμπεριφορά του προς αυτό, καθώς και τους πιθανούς τρόπους παρέμβασης που ενδεχομένως να έχει να προτείνει. Επιπλέον, ο ειδικός θα πρέπει εν συνεχεία να εκπαιδεύσει και να καθοδηγήσει τον εκπαιδευτικό ως προς τις τεχνικές που έχουν επιλέξει για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του παιδιού. Τόσο ο ειδικός, όσο και ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να παρέχουν όλες τις πληροφορίες που έχουν συλλέξει σχετικά με το παιδί και το πρόβλημα που αντιμετωπίζει, τη στάση και τη συμπεριφορά του κατά τη διαδικασία της εκπαίδευσης και κυρίως κατά τις στιγμές τραυλισμού, τη συναναστροφή του με τα υπόλοιπα παιδιά και το πώς αυτό κοινωνικοποιείται εντός της σχολικής μονάδας, ένα χώρο στον οποίο το παιδί αφιερώνει σημαντικό χρόνο καθημερινά. Ο εκπαιδευτικός είναι αυτός που μπορεί να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για τους παράγοντες που πιθανόν πυροδοτούν την εκδήλωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού και με τη συνεργασία του ειδικού να τους συγκεκριμενοποιήσει, ώστε να είναι δυνατή η επιλογή του κατάλληλου τρόπου διαμόρφωσης αυτών με τρόπο που να συμβάλλουν θετικά στην πορεία της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Επομένως, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να είναι καθοδηγούμενος από τον ειδικό ως προς τις συγκεκριμένες συμπεριφορές που πρέπει να έχει απέναντι στο παιδί και ως προς την επιλογή εκπαιδευτικών πρακτικών με στόχο την ομαλή προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο, τη βελτίωση του αναφορικά με τη σχολική επίδοση, αλλά και την κοινωνικότητα και τη ψυχολογία του (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2006).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

---

### **5.1 Η εικόνα του εαυτού και οι επιπτώσεις του τραυλισμού**

Ο κλάδος της Ψυχολογίας ίσως ασχολείται με έναν από τους σημαντικότερους και δημοφιλείς τομείς που αφορούν την «έννοια του εαυτού» και την εικόνα του που φαίνεται το άτομο να προβάλλει στους άλλους. Η θεωρία αυτή δημιουργείται από το γεγονός ότι από την σχολική ηλικία και αργότερα

στην εφηβεία τα παιδιά ασχολούνται όλο και περισσότερο με την έννοια του εαυτού τους. Αυτή η γενική κατηγορία απαρτίζεται από άλλες ειδικότερες, που ορίζονται ως αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση. Η βιβλιογραφία εμφανίζει μία έντονη ασάφεια ως προς αυτή την έννοια και τους συναφείς ορισμούς, μέχρι και τη δεκαετία του 1980. Σε κάθε περίπτωση κρίνεται αναγκαίο να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του τραυλισμού και των ψυχολογικών παραγόντων, για να μπορέσουν να ερμηνευθούν πλήρως και σε όλα τα επίπεδα οι εν λόγω έννοιες.

Η αυτοαντίληψη είναι μια έννοια για την οποία έχουν αποδοθεί πληθώρα ορισμών. Ειδικότερα, το 1963 ο Kinch, αναφέρει πως *«η αυτοαντίληψη συνιστά ένα σχήμα γνώσης και είναι το αποτέλεσμα του συνόλου των αναφορών που το άτομο λαμβάνει για τον εαυτό του από τους ανθρώπους του περιβάλλοντός του»*. Ενώ το 1982, ο Burns ισχυρίζεται ότι αυτή η έννοια αποτελεί *«μια δήλωση ή μια περιγραφή του ατόμου, ανεξάρτητα από το κατά πόσο η γνώση είναι σωστή ή λανθασμένη, βασισμένη σε αντικειμενικά στοιχεία ή σε υποκειμενική γνώμη»*. Με λίγα λόγια, μπορεί να προκύψει ότι η αυτοαντίληψη είναι μια εσωτερική απεικόνιση του εαυτού του ατόμου, ένα συνονθύλευμα προσωπικών εμπειριών αλλά και του κοινωνικού και οικογενειακού περιβάλλοντός με το οποίο έρχεται σε καθημερινή επαφή ο καθένας ξεχωριστά.

Ο James (1890/1963) αποτέλεσε το πρώτο άτομο που έδωσε το έναυσμα και έκανε την προσπάθεια να δώσει ερμηνεία στον όρο της αυτοεκτίμησης, ο οποίος εντάσσεται σε ένα κομμάτι που αφορά τον ίδιο τον εαυτό. Η θεωρία του βασίστηκε, στο ότι ο κάθε άνθρωπος, προσπαθώντας να παραβλέψει τις οποιεσδήποτε αυτοπεριγραφές, διαμορφώνει μία σφαιρική και ολοκληρωμένη εικόνα για τον εαυτό του. Η άποψή του έγινε πιο σαφής και ξεκάθαρη, στο σημείο που τόνισε πως η αυτοεκτίμηση ενός ατόμου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τις προσωπικές του επιδιώξεις και τις φιλοδοξίες που έχει για το μέλλον του και σε τελικό στάδιο από την αξιολόγησή του σχετικά με την επίτευξη ή όχι των στόχων του. Οι σκέψεις και οι ενέργειες ενός ατόμου στην καθημερινές του δραστηριότητες και κοινωνικές επαφές, καθορίζονται σε ένα μεγάλο ποσοστό από το βαθμό αυτοεκτίμησης που έχει θέσει. Ουσιαστικά, η έννοια της αυτοεκτίμησης λειτουργεί ως ρυθμιστής για το συνολικό τρόπο ζωής, διασχίζοντας τα στάδια που ρυθμίζουν τη σχέση του ατόμου πρώτα με τον εαυτό του και μετά με τους γύρω του. Φυσικά, ως κοινωνική ζωή νοείται και η σχολική ζωή και η μικρή κοινωνία πολλαπλών προσωπικοτήτων που δημιουργείται μέσα στις σχολικές τάξεις.

## 5.2 Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση των παιδιών που τραυλίζουν

Ένα φαινόμενο που έχει παρατηρηθεί σε μεγάλο βαθμό, και συχνά δημιουργεί τόσο ένα χάσμα απόψεων, όσο και αγωνία για τους ειδικούς που προσπαθούν να κατανοήσουν τον τραυλισμό, είναι ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα με τραυλισμό διαχειρίζονται την έννοια του ίδιου τους εαυτού. Γενικά, επικρατεί η άποψη ότι οι διαταραχές δύναται να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην αυτοαντίληψη αλλά και την αυτοπεποίθησή αυτών των ατόμων (Van Riper, 1982). Φαίνεται ότι ο τραυλισμός, όπως έχει ήδη υπογραμμιστεί, αποτελεί μια διαταραχή που έχει συσχετιστεί αρκετά με το άγχος και άλλες πτυχές που αφορούν την ποιότητας ζωής που ακολουθούν τα άτομα, λόγω των γενικότερων προβλημάτων που δημιουργούνται στην επικοινωνία. Ιδιαίτερα, τα μικρά παιδιά καταβάλλονται από το φόβο πως όταν μιλήσουν θα τραυλίζουν και επιλέγουν να μην επικοινωνήσουν καθόλου. Μία μερίδα ειδικών υποστηρίζει πως τα πολύ υψηλά επίπεδα φόβου προέρχονται από αξιολογήσεις και κριτικές της θεωρητικά κακής επικοινωνίας που έχουν δεχτεί από τον περίγυρο.

Επιπλέον, όταν γίνεται αναφορά σε ένα παιδί της σχολικής ή της εφηβικής ηλικίας με τραυλισμό, πρέπει ο καθένας να θυμάται και να αντιλαμβάνεται πως μιλάει για ένα τραυλισμό με πρωτογενή αλλά και δευτερογενή χαρακτηριστικά. Ένα τέτοιο παιδί είναι υποχρεωμένο να συμβιώνει με τον τραυλισμό του για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα και σε πολλές διαφορετικές συγκυρίες. Με άλλα λόγια ο τραυλισμός αποτελεί κομμάτι της προσωπικότητας του, καθώς είναι ο τρόπος με τον οποίο μιλάει. Οφείλεται να αναγνωριστεί ότι είναι αρκετά δύσκολο για ένα παιδί αυτής της ηλικίας να δεχτεί πρώτα πρώτα την μονιμότητα του και σε ένα δεύτερο επίπεδο να απομακρύνει όλα εκείνα τα αρνητικά συναισθήματα που εμπειρίες του μέχρι τώρα του πρόσφεραν για τον τραυλισμό. Ένας φαύλος κύκλος ανάμεσα στον φόβο, το άγχος, το τραύλισμα και τον αρνητικό αντίκτυπο επηρεάζει αρνητικά στο να σχηματιστεί μια ευνοϊκή και θετική εικόνα του εαυτού του από το ίδιο. Πολλές είναι οι φορές μάλιστα θέτει τα ερωτήματα στον εαυτό του, του ποιος πραγματικά είναι και αν είναι ικανός να κάνει πράγματα, που κρίνει πως δεν μπορεί, ερώτημα στο οποίο η συνήθης απάντηση είναι όχι, εξαιτίας της χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης που του έχουν δημιουργηθεί.

Η ύπαρξη της ιδέας πως ο αναπτυξιακός τραυλισμός μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογική ευεξία για τα παιδιά που φεύγουν από την παιδική ηλικία και οδεύουν προς την σχολική έχει κινητοποιήσει πολλούς ερευνητές, καθώς κρίνεται σημαντικό να γίνει διερεύνηση του ακριβή τρόπου με τον οποίο ο

τραυλισμός καθίσταται ικανός να προκαλέσει συμπεριφορικά, συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα. Ο McAllister (2016) στην έρευνά του, χρησιμοποίησε δείγμα από την έρευνα Millennium Cohort study (MCS), η οποία σύγκρινε 18.818 παιδιά από τις ηλικίες των 3, 5 και 11 ετών στο Ηνωμένο Βασίλειο (2000). Οι γονείς των παιδιών κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο, ώστε να διερευνά τη συμπεριφορική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη σε παιδιά ηλικίας 2 έως 17 ετών. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων αποκάλυψε πως τα παιδιά που ανήκουν στην κατηγορία των 3 ετών με τραυλισμό δεν δείχνουν σημαντικές διαφορές με εκείνα που δεν τραυλίζουν. Ενώ στις κατηγορίες των 5 και 11 ετών τα παιδιά με τραυλισμό εμφανίζουν μεγαλύτερες διαφορές με τους τυπικώς αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους. Όπως αποδείχθηκε, τα άτομα του δείγματος που είχαν τραυλισμό ήταν περισσότερο πιθανό να βιώσουν συμπεριφορικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες, συγκριτικά με τα άτομα με τυπικά αναπτυσσόμενο λόγο. Η παρουσία του άγχους στη ζωή των παιδιών με τραυλισμό είναι κρίσιμη και δημιουργεί μια κατάσταση που ενισχύει την αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων και μια μετέπειτα εσωτερική σύγκρουση (Iverach et al., 2016).

### **5.3 Τα παιδιά που τραυλίζουν και ο γλευσμός**

Τα παιδιά που τραυλίζουν συχνά αποτελούν τα “αγαπημένα” θύματα προς κοροϊδία από τους συνομηλίκους τους. Τα παιδιά αυτά είναι τόσο ευάλωτα, όσο και φοβισμένα, καθώς δε μπορούν να μιλήσουν όπως τα άλλα παιδιά, ιδίως εάν δεν έχουν κάνει λογοθεραπεία. Η κοροϊδία που δέχονται έχει την τάση να επιδεινώνει τα προβλήματά τους και μπορεί να τα οδηγήσει στην αποφυγή της προφορικής επικοινωνίας ή ακόμη και στην αποφυγή της συναναστροφής με συνομηλίκους. Συνέπεια όλων αυτών είναι η δημιουργία ενός φαύλου κύκλου με δυσάρεστες συνέπειες.

Για να αντιμετωπιστεί η κοροϊδία στα παιδιά απαιτούνται λεπτοί χειρισμοί. Οι συνομήλικοι οφείλουν να ενημερώνονται για τον τραυλισμό και να κατανοήσουν πως είναι μια δυσκολία, την οποία το παιδί που τραυλίζει δεν είναι σε θέση να ελέγξει από μόνο του. Το ζήτημα μπορεί επίσης να αντιμετωπιστεί διακριτικά μέσω μιας συνολικής συζήτησης σχετικά με τη διαφορετικότητα και την ανάγκη για αποδοχή της. Για το παιδί που συνεχίζει να κοροϊδεύει, ίσως απαιτείται μία κατ’ ιδίαν συζήτηση για την κατανόηση του τραυλισμού. Τα παιδιά που κοροϊδεύουν είναι πολύ πιθανό να νιώθουν και τα ίδια

ευάλωτα, γι' αυτό επιλέγουν και στοχοποιούν ένα ακόμη πιο ευάλωτο παιδί, αυτό που τραυλίζει ([www.travlismos.gr](http://www.travlismos.gr)).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### 6.1 Συμπεράσματα

Ο τραυλισμός αποτελεί μια διαταραχή της επικοινωνίας, η οποία καθίσταται δυνατόν να διαγνωστεί από την προσχολική ηλικία, κατά την οποία η γλωσσική ανάπτυξη είναι ταχεία. Η πρόκληση του τραυλισμού αποδίδεται σε ποικίλους παράγοντες τόσο κληρονομικούς, όσο και κοινωνικοπολιτικούς. Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο γενικό πληθυσμό φαίνεται πως μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης φέρουν τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια.

Ένα άτομο που τραυλίζει έχει κάποια βασικά χαρακτηριστικά εκ των οποίων είναι οι επαναλήψεις ήχων και συλλαβών, οι επιμηκύνσεις ήχων, τα επιφωνήματα, οι διακοπτόμενες λέξεις, οι ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές, οι περιφράσεις, η παραγωγή λέξεων με υπερβολική ένταση και οι επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων. Για να καταστεί δυνατή η αντιμετώπιση του τραυλισμού και μείωση της εμφάνισης αυτών των χαρακτηριστικών ο ειδικός πρέπει να αποκτήσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για το άτομο που τραυλίζει και να διερευνήσει τα αίτια που οδηγούν στην εμφάνιση του φαινομένου, ώστε επιλέξει το κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα και μέθοδο για να εξασφαλίσει τα βέλτιστα αποτελέσματα.

Αναφορικά με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις διακρίνεται να εξελίσσονται στη διάρκεια του χρόνου και να ενσωματώνουν μεθόδους που ενισχύουν την καλύτερη αντιμετώπιση του φαινομένου. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν παλαιότερες και νεότερες μεθόδους, στις οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ποικίλες συσκευές τραυλισμού ή και φαρμακευτικά σκευάσματα που βάσει ερευνών φαίνεται να ευνοούν τη μείωση του τραυλισμού. Σημαντικό είναι να σημειωθεί πως η θεραπευτική προσέγγιση διαφοροποιείται βάσει της ηλικιακής βαθμίδας στην οποία ανήκει το παιδί και επιλέγεται βάσει των μοναδικών χαρακτηριστικών του εκάστοτε παιδιού και των στόχων που έχουν τεθεί από τον ειδικό και τους γονείς, το καταλληλότερο θεραπευτικό πρόγραμμα. Δε θα πρέπει ωστόσο να παραλείπεται η ενημέρωση ως προς το γεγονός ότι ακόμα και μετά τη λήξη της θεραπείας υφίσταται πιθανότητα παλινδρόμησης, δηλαδή επανεμφάνισης εκδηλώσεων τραυλισμού.

Τον τραυλισμό που εκδηλώνουν τα παιδιά οφείλουν πρωταρχικά να αναγνωρίσουν οι γονείς, καθώς το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί το πρώτο πλαίσιο μέσα στο οποίο το παιδί αναπτύσσει τις

επικοινωνιακές του ικανότητες και τον λόγο του. Πρέπει να σημειωθεί πως οι γονείς οφείλουν να μην εθελotuφλούν απέναντι στη διαταραχή του παιδιού τους και άμεσα να απευθύνονται στον ειδικό για την κατάλληλη και έγκαιρη αντιμετώπισή του. Επίσης, πρέπει να ενημερωθούν για το τι είναι τραυλισμός και να αποβάλλουν τυχόν σκέψεις πως είναι πρόβλημα γιατί θα τις μεταδώσουν και στο παιδί. Ακόμη, οι γονείς πρέπει να συνεργάζονται στενά με τους ειδικούς, για να μπορούν να παρέχουν τις κατάλληλες πληροφορίες για τη συμπεριφορά και το συναισθηματικό κόσμο τους παιδιού τους, καθώς και την πρόοδο της θεραπείας του στο σπίτι.

Οι εκπαιδευτικοί, φέρουν επίσης σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του τραυλισμού, καθώς καθημερινά συναναστρέφονται με το παιδί που τραυλίζει. Επίσης, οφείλουν και οι εκπαιδευτικοί να είναι σε επαφή με τους ειδικούς για να ενημερώνουν για την πρόοδο του παιδιού και τις αντιδράσεις του στο σχολικό περιβάλλον. Συμπληρωματικά, καλούνται να γίνουν πρότυπο για τους μαθητές του, υιοθετώντας λόγο και στοιχεία ομιλίας που διευκολύνουν το σύνολο της τάξης, καθώς και να μεταλαμπαδεύσουν την ανάγκη για αποδοχή της διαφορετικότητας και μη αντιμετώπισής τη ως πρόβλημα.

Οι ειδικοί και συγκεκριμένα οι λογοθεραπευτές είναι αυτοί που δίνουν τις οδηγίες σε γονείς και εκπαιδευτικούς και παράλληλα επιλέγουν το κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα για το παιδί. Ωστόσο, προτού γίνει η επιλογή θεραπευτικής προσέγγισης, ο ειδικός πρέπει να κάνει σωστή αξιολόγηση της κατάστασης και διάγνωσης του τραυλισμού και της σοβαρότητάς τους, μέσω της χρήσης διαγνωστικών εργαλείων που έχουν σχεδιαστεί για τις περιπτώσεις τραυλισμού. Η αξιολόγηση γίνεται βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων και ακολουθώντας προτεινόμενες κλίμακες. Σημαντικό είναι επίσης να καταφέρει ο ειδικός να διαμορφώσει ένα κλίμα οικειότητας, ώστε το παιδί να νιώθει άνεση.

Μελέτες που γίνονται σχετικά με το φαινόμενο του τραυλισμού σε παιδιά έχουν δείξει πως υφίστανται παράγοντες που αυξάνουν, αλλά και άλλοι που μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης του. Η αύξηση των πιθανοτήτων αποδίδεται κυρίως σε καταστάσεις πίεσης και άγχους, κατά τις οποίες το παιδί μπαίνει στη διαδικασία να προμελετά το λόγο του και να σκέφτεται να μην τραυλίσει. Αντίθετα, η μείωση των πιθανοτήτων συνδέεται με τις αντίθετες καταστάσεις, όταν δηλαδή το παιδί δε σκέφτεται τι πρέπει να πει και αν πρέπει να το πει σωστά και επικοινωνεί υπό συνθήκες έλλειψης άγχους και πίεσης.



Ακόμη, ως προς τις λέξεις στις οποίες εμφανίζουν εκδηλώσεις τραυλισμού, φαίνεται πως δυσκολία εντοπίζεται κυρίως σε αυτές που ξεκινούν από σύμφωνο σε σχέσεις με αυτές που ξεκινούν από φωνήεν. Επίσης, η πρώτη λέξη κάθε πρότασης είναι αυτή στην οποία τραυλίζουν τα περισσότερα άτομα, καθώς έχει φανεί πως τη σκέφτονται περισσότερο γιατί με αυτήν θα ξεκινήσουν να αποδίδουν το λόγο τους. Επιπλέον, οι μεγαλύτερες λέξεις φαίνεται πως εκλαμβάνονται από τον ομιλητή ως πιο δύσκολες και πιο πολύπλοκες στην εκφορά τους, οπότε και σε αυτές εμφανίζει εκδηλώσεις τραυλισμού. Βέβαια και ο βαθμός εξοικείωσης του ομιλητή με μια λέξη επηρεάζει την εκδήλωση του τραυλισμού, αφού ο τραυλισμός έχει την τάση να εκδηλώνεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε λέξεις με τις οποίες ο ομιλητής δεν είναι εξοικειωμένος, ιδιαίτερα κατά την ανάγνωση.

Ο τραυλισμός φαίνεται πως αποτελεί μια διαταραχή που έχει συσχετιστεί αρκετά με το άγχος και άλλες πτυχές που αφορούν στην ποιότητα ζωής του ατόμου, λόγω των γενικότερων προβλημάτων που δημιουργούνται στην επικοινωνία. Ιδιαίτερα, τα μικρά παιδιά καταβάλλονται από το φόβο πως όταν μιλήσουν θα τραυλίζουν και επιλέγουν να μην επικοινωνήσουν καθόλου. Αναμφισβήτητο είναι το γεγονός πως είναι αρκετά δύσκολο για ένα παιδί να δεχτεί τη μονιμότητα του τραυλισμού και σε δεύτερο επίπεδο να απομακρύνει όλα εκείνα τα αρνητικά συναισθήματα που εμπειρίες του μέχρι τώρα του πρόσφεραν για τον τραυλισμό. Ο φαύλος κύκλος που δημιουργείται ανάμεσα στον φόβο, το άγχος, το τραύλισμα και τον αρνητικό αντίκτυπο επηρεάζει αρνητικά το παιδί στο να σχηματίσει μια ευνοϊκή και θετική εικόνα του εαυτού του. Παρατηρείται πως τα παιδιά που τραυλίζουν συχνά αποτελούν τα “αγαπημένα” θύματα προς κοροϊδία από τους συνομηλίκους τους και χαρακτηρίζονται ως ευάλωτα και φοβισμένα, καθώς δε μπορούν να μιλήσουν όπως τα υπόλοιπα παιδιά, ιδίως εάν δεν έχουν κάνει λογοθεραπεία. Η κατάσταση αυτή προκαλεί μείωση στην ήδη διαταραγμένη αυτοεκτίμηση που έχουν για τον εαυτό τους και πολλές φορές οδηγεί στην διαμόρφωση λάθος εντυπώσεων ως προς τους εαυτούς τους, καθώς και την περιθωριοποίηση από τους συνομηλίκους του.

Σε καμία περίπτωση η κοροϊδία παιδιών και γενικότερα ατόμων με τραυλισμό δεν είναι αποδεκτή, αντιθέτως οφείλεται να εντοπίζεται άμεσα και να αντιμετωπίζεται έως την εξάλειψή της. Η επίτευξη αυτού μπορεί να προέλθει από τη συνεργασία γονέων και εκπαιδευτικών, ώστε να μεταλαμπαδεύονται στα παιδιά σωστές αντιλήψεις περί διαφορετικότητας και αποδοχής της και ισότιμων ευκαιριών όλων, ανεξαρτήτως των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους. Τέλος, θα πρέπει να γίνει αντιληπτό πως ο τραυλισμός είναι αντιμετωπίσιμος και κάθε άλλο από πρόβλημα δεν είναι.

# Βιβλιογραφία

## Ελληνική

Ανδρέου, Σ. Α. (1994). Ο Τραυλισμός. Λεμεσός

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

Βλασσοπούλου Μ. (2001) Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές στο Λόγο. Σημειώσεις σεμιναρίου: Για το Πρόγραμμα Εκπαίδευσης στις Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές, Αθήνα

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

Γκουντάντσης Χ., (2009). Πτυχιακή εργασία με θέμα: Διάγνωση και αντιμετώπιση του τραυλισμού στην προσχολική ηλικία», Ιωάννινα

Δράκος Γ. (1991). Ειδική Παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλίας. Αθήνα: Ατραπός

Εξαρχάκος, Γ. (2001). Φυσιοπαθολογία της Φωνής. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ. (2006). Τραυλισμός, η Φύση και η Αντιμετώπισή του, Αθήνα.

Καμπανάρου, Μ. (2007), « Διαγνωστικά Θέματα Δογοθεραπείας» . Αθήνα: Έλλην

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 «Φυσιολογία - Παθολογία - Διάγνωση», Τ 1ος Αθήνα: Έλλην.

Κότσιρα Π. (2015). Απόψεις και στάσεις εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης γενικής και ειδικής αγωγής για εφήβους μαθητές με τραυλισμό, ΤΕΙ Πελοποννήσου.

Λιβεριάδου, Ρ.(2007) Ε ιδική Γλωσσική Διαταραχή : Μελέτη Περίπτωσης, « Γλωσσικές δυσκολίες και γραπτός λόγος στο π λα ίσιο σχολικής μάθησης». Αθήνα: εκδόσεις Γρηγόρη σελ.399

Μαλανδράκη Γ. Α., Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός. Αθήνα: αυτοέκδοση, 2012

Νεάρχου, Α. (2014). Πτυχιακή εργασία με θέμα: Τραυλισμός σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, Ιωάννινα

Παναγιωτοπούλου, Α. (2008). Η διαχείριση της πολιτισμικής ετερότητας στο χώρο του σχολείου- ο ρόλος του εκπαιδευτικού. ΕΝΔΟΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ. Ενίσχυση του ρόλου του εκπαιδευτικού στην ψυχοκοινωνική στήριξη των αλλοδαπών και παλιννοστούντων μαθητών. ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ. Έργο: «Ένταξη παιδιών παλιννοστούντων και αλλοδαπών στο σχολείο – για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο)».

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

Τεντζέρης Ε. (2012). «Ειδική Αγωγή», από το πρόγραμμα επιμόρφωσης του Πάντειου Πανεπιστήμιου, Τμήματος Ψυχολογίας «Υποστηρίζοντας το έργο των εκπαιδευτικών στο σύγχρονο σχολείο». Αθήνα.

Τσαρδάκης, Δ. (1992). Η κοινωνική θεωρία των ρόλων. Αθήνα: Σκαρβαβίος.

Φιλιππάκη, Ν. (2012). «Σχολείο ανοικτό στην κοινωνία και η προβληματική της διά βίου μάθησης» από το πρόγραμμα επιμόρφωσης του Πάντειου Πανεπιστήμιου, Τμήματος Ψυχολογίας «Υποστηρίζοντας το έργο των εκπαιδευτικών στο σύγχρονο σχολείο». Αθήνα

## Ξενόγλωσση

Adams, M.R. (1992). A case report on the use of flooding in stuttering therapy. *Journal of Fluency Disorders*, 7, 343- 353.

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

Andrews, G., Craig, A., Feyer, A. M., Hoddinott, S., Howie, P. & Neilson, M.(1983). Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. . *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48, 226- 246.

Beliakova-Ivanovna, L.(2002). Παρουσίαση στο εκπαιδευτικό σεμινάριο με θέμα: ``Τραυλισμός, θεωρητικά και πρακτικά μοντέλα``, Αθήνα, 18-20/5/2002.

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

Bloodstein, O. (1972). The anticipatory struggle hypothesis; implications of research on the variability of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 15, 487- 499.

Bloodstein, O. (1987). *A Handbook on Stuttering* (4th Ed.). Chicago: National Easter Seal Society.

Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering* (5th ed.). 2-6 Boundary Row, London SE1 8HN: Chapman & Hall

Boberg E. (1981). *Maintenance of fluency*. New York: Elsevier.

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, 1-22.

Brown, S.F. (1945). The loci of stuttering in the speech sequence. *Journal of Speech and Disorders*, 10, 181- 192

Conture, E.G. (1996). Treatment efficacy: stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39

Conture, E. (Ed.), 2010. *Stuttering and Your Child: Questions and Answers* Memphis: stuttering Foundation of America

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

De Nil L. F. & Brutten G. J. (1991). "Speech-Associated Attitudes of Stuttering and Nonstuttering Children", *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, vol. 34.

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

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1994), 4th ed., American Psychiatric Association (APA), USA, 55.

Egolf, D.B., Shames, G.H., Johnson, P.R., & Kasprisin- Burelli, A. (1972). The use of parent- child interaction patterns in therapy for young stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 2-10

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

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

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, 189-99

Garber, S.F., & Martin, R.R. (1974). The effects of white noise on the frequency of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 17, 73-79.

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, 742-54.

Guitar, B., & Reville, J. (1997). *Easy talker: A fluency workbook for school-age children*. Austin, TX: Pro-Ed Publishers

- Guitar B. and McCauley R. (2010). Treatment of stuttering: Established and Emerging Interventions, Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins
- Hayhow, R. (2009), 'Parents experiences of the Lidcombe Program of early stuttering intervention', International Journal of Speech-Language Pathology, 11 (1), 20-25
- Howell, P., El- Yaniv, N. & Powell, D.J. (1987). Factors affecting fluency in stutterers when speaking under altered auditory feedback. In H.F.M. Peters & W. Hulstijn (Eds), Speech Motor Dynamics in Stuttering. New York: Springer
- Howell, P., Au- Yeung, J. & Sackin, S. (1999). Exchange of stuttering from function words to content words with age. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 42, 345- 354.
- Hubbard, C.P. & Prins, D. (1994). Word familiarity, syllabic stress pattern, and stuttering. Journal of Speech and Hearing Research, 37 (3), 564- 571.
- Kalinowski, J., Armson, J., Roland- Mieszkowski, M., Stuart, A. & Gracco, V.L. (1993). Effects of alterations in auditory feedback and speech rate on stuttering frequency. Language and Speech, 36, 1- 16.
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008) Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach Speechmark.
- Kelman E. & Nicholas A. (2013). Πρακτική παρέμβαση για πρώιμο παιδικό τραυλισμό. Προσέγγιση Palin PCI. (Μετ.- Επιμ.: Ι. Μαρτίνης). Αθήνα: Εκδόσεις: Προσέγγιση παιδιού εφήβου οικογένειας.
- Maguire, G., Yu, B.P., Franklin, D.L., & Riley, G. D (2004). Alleviating stuttering with pharmacological interventions. Expert Opinion in Pharmacotherapy, 5, 1565-71.
- 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. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins
- Natke, U., Sandrieser, P., Van Ark, M., Pietrowski, R. & Kalverman, K.T. (2004). Linguistic stress, within-word position, and grammatical class in relation to early childhood stuttering. Journal of Fluency Disorders, 29,109-122.

- Nippold M. and Rudzinski M. (1995). "Parent's Speech and Children's Stuttering: A Critique of the Literature", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 38, 978-989
- O'Brian S., Packman A., Onslow M. & O'Brian N. (2004). "Measurements of Stuttering in Adults Comparison of Stuttering-Rate and Severity-Scaling Methods", *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 47, 1081-1087.
- Okalidou, A., & Kampanaros, M. (2001). Teacher perceptions of communication impairment at screening stage in preschool children living in Patras, Greece. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(4), 489–502.
- Owens, R. E., & Metz, D. E. & Haas, A. (2003). *Introduction to communication disorders: A life span approach* (2nd Ed.), Boston, Mass: Allyn & Bacon.
- Packman, A., Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., Sheedy, S., O' Brian, S., MacMillan V., Llioyd, W. (2016), *The Lidcombe Program Treatment Guide*, Lidcombe Program Trainers Consortium
- Ramig, P., & Dodge, D. (2005). *The child and adolescent stuttering therapy and activity resource guide*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning
- 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.
- Shapiro, D. (2011). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed
- Silverman F. H., *Stuttering and other Fluency Disorders*. USA: Waveland Press, 2004.
- Starkweather, C.W., Gottwald, S.R., & Halfond, M.H. (1990). *Stuttering prevention: A clinical method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Walton, P., & Wallace, M. (1998). *Fun with fluency*. Bisbee, AZ: Imaginart International, Inc

- Wingate, M.E. (1982). Early position and stuttering occurrence. *Journal of Fluency Disorders*, 7, 243-258.
- 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, Inc
- Venkatagiri, H.S. (2005). Recent advances in the treatment of stuttering: A theoretical perspective. *Journal of Communication Disorders*, 38, 375- 393.
- Vygotsky, L. (1988). *Σκέψη και Γλώσσα*, Αθήνα: Γνώση.
- Yairi E. & Lewis B. (1983). “Disfluencies at the Onset of Stuttering”, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 27, 226-246.
- 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
- Yarus, J.S., Pelczarski, K., and Quesal, R.(2010). *Comprehensive treatment for scholl-age children who stutter: Treating the entire disorder*. In *treatment of stuttering: Established and Emerging Interventions* (pp. 215-244) Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins
- Zebrowski P, Morris H. & Spriestersbach D. (1994). *Diagnosis in speech-language pathology*, (Singular, San Diego).



## **Πηγές από το διαδίκτυο**

<http://www.nsastutter.org/>

[www.travlismos.gr](http://www.travlismos.gr)

<http://www.psychologotherapeia.gr>