



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ»**

ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ, Α.Μ. : 18301

ΛΙΑΣΟΥ ΙΩΑΝΝΑ, Α.Μ. :18453

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΙΑΦΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2022

**«SPEECH-THERAPEUTIC AND PSYCHOSOCIAL
APPROACHES OF STUTTERING»**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, Ιανουάριος 2022

Επιτροπή Αξιολόγησης

1. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Βασιλική Σιαφάκα
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ψυχολογία της Υγείας

2. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Σουλτάνα Παπαδοπούλου
Επίκουρος Καθηγήτρια, Λογοπαθολογία

3. Επιβλέπων Καθηγητής
Διονύσιος Ταφιάδης
Επίκουρος Καθηγητής, Λογοπαθολογία με έμφαση στις Διαταραχές
Επικοινωνίας

Η Πρόεδρος του τμήματος
Ναυσικά Ζιάβρα
Καθηγήτρια, Χειρουργός ΩΡΛ
Υπογραφή

Δήλωση μη Λογοκλοπής

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

Πνευματικά δικαιώματα

© Αναστασοπούλου Χριστίνα, Λιάσου Ιωάννα

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved.

Ευχαριστίες

Με την περάτωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτρια μας, κ. Σιαφάκα Βασιλική για την άμεση ανταπόκριση, την καθοδήγηση της καθώς και για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσε καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της πτυχιακής μας εργασίας. Επιπρόσθετα νιώθουμε την ανάγκη να την ευχαριστήσουμε και για τις πολύτιμες γνώσεις που μας μετέδωσε, μέσα από τη διδασχία των μαθημάτων της, που θα μας συντροφεύουν στην επαγγελματική μας ανέλιξη. Επιπλέον οφείλουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στους καθηγητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που διεύρυναν τους ορίζοντες μας και αναζωπύρωνα το ενδιαφέρον μας για την Λογοθεραπεία στη διάρκεια των σπουδών μας. Τέλος, ευχαριστούμε από καρδιάς τις οικογένειες μας που επιθυμούν για εμάς και μας προσφέρουν την καλύτερη δυνατή μόρφωση, αλλά και για την αμέριστη ψυχολογική υποστήριξη που μας παρείχαν κατά τα φοιτητικά μας χρόνια, όπως ακριβώς και οι φίλοι μας τους οποίους επίσης ευχαριστούμε.

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μια προσέγγιση της έννοιας του τραυλισμού, όπως εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και την εξέλιξη αυτού στην ενήλικη ζωή. Απώτερος στόχος είναι η μελέτη αυτής της γλωσσικής διαταραχής, των ειδών της, της αντιμετώπισης και της επίδρασης των χαρακτηριστικών της στοιχείων στη ζωή των ατόμων. Ακόμη, σημαντικό σημείο συνιστά η αντιμετώπιση και ανάρρωση των ατόμων με τραυλισμό, αλλά και η ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και το εργασιακό περιβάλλον. Τέλος, η άντληση των σημαντικών πληροφοριών και στοιχείων θα επιτευχθεί μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και των επιστημονικών άρθρων.

Λέξεις-κλειδιά: Τραυλισμός, λόγος, συναίσθημα, αντιμετώπιση

Abstract

The present essay is an approach to the concept of stuttering as it occurs during childhood and its development into adulthood. The ultimate goal is to study this language disorder, its types, treatment and the effect of its characteristics on the lives of individuals. Also, an important point is the treatment and recovery of people with stuttering, but also their integration into society and the work environment. Finally, the extraction of important information and data will be achieved through the review of literature and scientific articles.

Key Words: Stuttering, Speech, Emotion, Treatment

Πίνακας περιεχομένων

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή.....	3
Δήλωση μη Λογοκλοπής	4
Ευχαριστίες	5
Περίληψη	6
Abstract	7
Εισαγωγή	12
Κεφάλαιο 1 ^ο Η έννοια του τραυλισμού	14
1.1 Ιστορική αναδρομή	18
1.2 Βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού	19
Βασικές συμπεριφορές τραυλισμού.....	19
Επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών και λέξεων:	19
Δυσρυθμίες:	20
Παύσεις:	20
Ατελείς φράσεις:	20
Εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων ή φράσεων:	21
Αναθεωρήσεις:	21
Αφύσικος ρυθμός ομιλίας:	21
Αφύσικο ανέβασμα της έντασης και του τόνου της φωνής:.....	21
Δευτερογενείς συμπεριφορές	22
Συμπεριφορές διαφυγής	22
Συμπεριφορές αποφυγής.....	22
1.3 Αναπτυξιακή πορεία τραυλισμού.....	23
Προσχολική ηλικία	23
Σχολική ηλικία	23
Εφηβεία.....	24
Ενηλικίωση	24

1.4	Τα είδη τραυλισμού.....	25
	Εξελικτικός τραυλισμός.....	25
	Ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός (ΨΕΤ)	25
	Νευρογενής επίκτητος Τραυλισμός (NET).....	26
	Κλονοτονικός τραυλισμός (ελαφρές συσπάσεις)	26
	Τονικός Τραυλισμός (αυξημένος τόνος των μυών).....	26
	Κλονοτονικός – τονοκλονικός Τραυλισμός	27
	Cluttering	27
1.5	Διαβάθμιση του τραυλισμού	28
	Φυσιολογική Δυσχέρεια στη Ροή της Ομιλίας	28
	Ήπιος τραυλισμός.....	28
	Μέτριος Τραυλισμός.....	29
	Σοβαρός τραυλισμός.....	30
1.6	Επιδημιολογία	31
	Κεφάλαιο 2 ^ο Αιτιολογικοί παράγοντες.....	32
2.1	Γενετικοί παράγοντες	32
2.2	Νευρολογικοί παράγοντες.....	33
2.3	Διαφορές φύλου	33
2.4	Γλωσσικές δεξιότητες	34
2.5	Φωνολογικές δεξιότητες	34
2.6	Περιβάλλον επικοινωνίας	35
2.7	Συναισθηματικοί παράγοντες.....	35
2.8	Ιδιοσυγκρασία	36
	Κεφάλαιο 3 ^ο Τραυλισμός και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.....	37
3.1	Τραυλισμός και Κοινωνικό Άγχος.....	40
3.2	Χαρακτηριστικά της διαταραχής του κοινωνικού άγχους στον τραυλισμό. 41	

3.3	Φόβος της αρνητική αξιολόγησης.....	42
3.4	Μεροληψίες προσοχής και συμπεριφορές ασφαλείας.	43
3.5	Έρευνα για την παρουσία Διαταραχών Κοινωνικού Άγχους στον Τραυλισμό	45
3.6	Τραυλισμός και εργασία	47
3.6.1.	Εργασιακή διάκριση και αίσθημα ικανοποίησης στη δουλειά	48
3.6.2.	Εργασιακές Ευκαιρίες και Επιδόσεις.....	49
Κεφάλαιο 4 ^ο Αξιολόγηση		50
4.1	Οι ανάγκες του πελάτη και ο ρόλος του θεραπευτή	51
4.2	Αντικειμενικότητα αξιολόγησης	52
4.3	Δομή της αξιολόγησης	53
4.3.1	Πληροφορίες ιστορικού	53
4.3.2	Συνέντευξη.....	53
4.3.3	Δείγμα ομιλίας	54
Κεφάλαιο 5 ^ο Αντιμετώπιση τραυλισμού		57
5.1	Θεραπευτικά προγράμματα.....	58
5.1.1	Palin Parent-Child Interaction.....	59
5.1.2	Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία.....	62
5.1.3	Διαλογισμός Επίγνωσης.....	65
5.1.4	Πρόγραμμα Fluency Plus.....	66
5.1.5	Λεξιπόντιξ.....	68
5.1.6	Πρόγραμμα Lidcombe:	71
5.1.7	Fun With Fluency	79
5.1.8	Comprehensive Stuttering Program.....	80
5.1.9	Ομάδες Θεραπείας και Στήριξης	81
5.1.10	Ο εκούσιος τραυλισμός.....	82
5.1.11	Westmead Syllable Timed Speech (STS) Program.	83

5.1.12 Demands and Capacities Model (DCM).....	84
5.1.13 Family-focused therapy	85
5.2 Συσκευές για τον τραυλισμό	86
5.2.1 Edinburgh Masker.....	87
5.2.2 Καθυστερημένη Ακουστική Ανατροφοδότηση	88
5.2.3 SpeechEasy	89
5.2.4 Μετρονόμος	90
5.3 Θεραπεία με φάρμακα.....	91
Κεφάλαιο 6 ^ο Συμπεράσματα.....	93
Βιβλιογραφία	94

Εισαγωγή

Η γλώσσα είναι το βασικότερο μέσο διαμέσου του οποίου καθίσταται εφικτό στους ανθρώπους να επικοινωνήσουν μεταξύ τους. Ειδικότερα, θα πρέπει να τονιστεί πως ορίζεται ως ένας μηχανισμός μέσω του οποίου οι γνώσεις τις οποίες έχουν οι άνθρωποι σε όλο τον κόσμο αναπαρίστανται διαμέσου ενός συμβατικού κώδικα ο οποίος περιλαμβάνει αυθαίρετα στοιχεία με βασικότερο σκοπό την επικοινωνία. Η ομιλία και ο λόγος αναπτύσσουν μια σύνθετη σχέση μεταξύ του εγκεφάλου και του νου και αποτελούν σημαντικές δράσεις της γλωσσικής συμπεριφοράς των ανθρώπων στη σημερινή εποχή. Παρά το γεγονός αυτό, όμως, η ομιλία αφορά σε διαφορετικές πτυχές της εν λόγω συμπεριφοράς.

Η ομιλία αποτελεί τη φωνητική έκφραση συστηματοποιημένων ήχων οι οποίοι έχουν ένα συγκεκριμένο νόημα, υπό τη μορφή ηχητικών συνδυασμών και φράσεων ενώ ο λόγος αποτελεί έναν μηχανισμό συμβόλων. Μια εκ των κυριότερων ικανοτήτων του λόγου αποτελεί η λεκτική και η μη λεκτική μορφή επικοινωνίας με το περιβάλλον. Ωστόσο, υπάρχουν παιδιά τα οποία εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σε ότι αφορά στο λόγο και ως επί το πλείστον τη ροή του. Οι διαφορές αυτές είναι υπό τη μορφή αποκλίσεων, δηλαδή φαινόμενα τα οποία έχουν την ευχέρεια να ξεπεράσουν τα κανονικά όρια των διατομικών παραλλαγών.

Η κατάκτηση του λόγου εμφανίζει σημαντικές δυσκολίες και το παιδί δεν έχει τη δυνατότητα να εξελίξει κατάλληλα τις γλωσσικές του ικανότητες. Η εν λόγω διαταραχή της ροής της ομιλίας αποτελεί το πεδίο έρευνας της πτυχιακής αυτής εργασίας καθώς θα πρέπει να μελετηθεί με στόχο να παρουσιαστεί ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζει και πως αναπτύσσει προβλήματα συμπεριφοράς. Εξαιτίας του γεγονότος πως ο λόγος, η γλώσσα αλλά και η επικοινωνία, γενικότερα, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανθρώπινη ύπαρξη και στην ανθρώπινη ταυτότητα, οι διαταραχές αυτής της μορφής είναι δυνατόν να έχουν σύνθετες συνέπειες στη ζωή ενός ανθρώπου σε διαφορετικά επίπεδα της καθημερινότητας του, όπως για παράδειγμα στην κοινωνική του ένταξη, στην επαγγελματική του αποκατάσταση καθώς επίσης και στην ψυχολογική του υπόσταση.

Η διάγνωση των συγκεκριμένων διαταραχών που αφορούν την ομιλία, είναι ζωτικής σημασίας να γίνεται με μεγάλη προσοχή καθώς είναι πιθανόν να υφίστανται σοβαρές ατομικές διαφοροποιήσεις των παιδιών ως προς το ρυθμό, την ροή και την ηλικία κατάκτησης του λόγου, που να μην αποτελούν συμπτώματα ενός σημαντικού προβλήματος αλλά αντίθετα να ανήκουν σε φυσιολογικά όρια.

Κεφάλαιο 1^ο Η έννοια του τραυλισμού

Ο τραυλισμός ορίζεται ως η «δυσλειτουργία της ροής της ομιλίας και εμφανίζεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της φωνής, της αναπνοής και της άρθρωσης. Η δυσρυθμία μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε σημείο της ομιλίας, είτε με επαναλήψεις φθόγγων, συλλαβών, λέξεων, είτε με ένα επίμονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο». (Δράκος, 2003)

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-V, ο τραυλισμός αναφέρεται στη διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας (δυσανάλογη για την ηλικία του ατόμου), η οποία χαρακτηρίζεται από τη συχνή παρουσία ενός από τα ακόλουθα:

- Επαναλήψεις ολόκληρων λέξεων (για παράδειγμα «και, και, και μετά γύρισα»)
- Επαναλήψεις τμήματος λέξεων (για παράδειγμα «πα...πα...πάω σπίτι»)
- Επιμηκύνσεις ήχων («σςσςσςσςσςσήμερα πήγα»)
- Διακοπτόμενες λέξεις (π.χ. παύσεις μέσα σε μια λέξη)
- Μπλοκάρισμα ήχων (με σταθερή θέση στόματος, χωρίς όμως την παραγωγή ήχου)
- Περιφράσεις (υποκαταστάσεις λέξεων για την αποφυγή δυσρυθμιών)
- Συνοδές κινήσεις σώματος μπορεί να συμβούν.
- Επιφωνήματα
- Το αναπνευστικό πρότυπο μπορεί να διακοπεί

Ορισμένες στιγμές, λαμβάνουν χώρα στρατηγικές στην ανάγκη απόκρυψης του προβλήματος. Συγκεκριμένα:

- ✓ Αποφυγή ή αλλαγή λέξεων. Για παράδειγμα, «πρόσεχα τον NNN...τον αδερφό μου σήμερα ή άστο δεν θυμάμαι.
- ✓ Αποφυγή καταστάσεων (να μη σηκώνει το χέρι στη τάξη)

Ορισμένοι άνθρωποι γίνονται τόσο καλοί στο να προσαρμόζονται ή να κρύβουν τις δυσρυθμίες τους, που μπορεί να δώσουν την εντύπωση τυπικού ομιλητή με ρέοντα λόγο.

Η διαταραχή στην ροή της ομιλίας παρεμβαίνει και δημιουργεί προβλήματα στη σχολική απόδοση, στην ακαδημαϊκή απόδοση, στην επαγγελματική απόδοση και στην κοινωνική επικοινωνία. Ο τραυλισμός συχνά συνοδεύει και συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης (Prasse & Kikano, 2008).

Ο τραυλισμός φαίνεται εκ πρώτης όψεως πολύπλοκος και μυστηριώδης αλλά ένα μεγάλο μέρος οφείλεται στην ανθρώπινη φύση και κατανοείται πιο εύκολα αν ο καθένας μας σκεφτεί προσωπικές του εμπειρίες.

Κατά κάποιο τρόπο είναι σαν να έχεις ένα πρόβλημα με το αυτοκίνητο σου. Φανταστείτε ότι έχετε ένα αυτοκίνητο που σταματά ξαφνικά, όταν οδηγείτε σε κίνηση. Μερικές φορές «βήχει» και τινάζεται όταν ξεκινάτε από το stop. Άλλες φορές, μπαίνει στο «νεκρό» και η μηχανή δουλεύει κανονικά αλλά οι ρόδες δεν κινούνται. Άλλοτε πάλι κολλούν τα φρένα και δεν ξεμπλοκάρουν παρά μόνο αν πατήσετε πολλές φορές δυνατά το πετάλι. Αυτές οι αντιδράσεις συγκρίνονται με τη βασική συμπεριφορά του τραυλισμού. Αν το πρόβλημα επιμένει για μερικές ή και περισσότερες φορές, είναι πιθανό να αναπτύξετε αρνητικά συναισθήματα για αυτό. Την πρώτη φορά που συνέβη ξαφνιαστήκατε. Μετά νιώσατε απογοήτευση καθώς επέμενε το πρόβλημα. Αν σας άφηνε συχνά στο δρόμο θα είχατε μάθει να αναμένετε τα προβλήματα και να φοβάστε ότι θα συμβαίνουν κάθε φορά. Το παιδί που ξεκινά να τραυλίζει νιώθει ανάλογα συναισθήματα- έκπληξη, απογοήτευση, ντροπή και φόβο. Αυτά τα συναισθήματα, σε συνδυασμό με τη δυσκολία μπορεί να κάνει το άτομο που τραυλίζει να περιορίσει τις επαφές του στο σχολείο, τις κοινωνικές συνθήκες και στη δουλειά (Guitar, Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment, 2014)

Οι Brutten και Shoemaker το 1967 όρισαν τον τραυλισμό ως εκείνη τη μορφή αποτυχίας ευφράδειας που είναι αποτέλεσμα κατεστημένου αρνητικού συναισθήματος (Brutten & Shoemaker, 1967), (Kraaimaat, Vanryckeghem, & Baggen, 2002). Ο Van Riper (1973), προσπαθεί να δώσει έναν αρκετά συνοπτικό ορισμό, ο οποίος αναφέρει ότι «μια συμπεριφορά τραυλισμού αποτελείται πρώτον από μια λέξη η οποία παράγεται με ανακρίβεια ως προς τον χρόνο και δεύτερον από τις αντιδράσεις του ομιλητή σε αυτή τη λανθασμένη παραγωγή».

Ο Van Riper επεξηγεί τον ορισμό του αναφέροντας ότι όταν ένα παιδί τραυλίζει σε μια λέξη τότε διακόπτεται η ολοκλήρωση της κινητικής ακολουθίας αυτής της λέξης, γεγονός το οποίο πιθανόν να οφείλεται στην αλλοίωση του χρόνου παραγωγής του ήχου ή της συλλαβής που αποτελούν τη λέξη (Van Riper, 1973). Σύμφωνα με τον ίδιο, «από τη στιγμή που ο τραυλισμός είναι μια δυσχέρεια στην οργάνωση της λέξεως, σίγουρα το ίδιο θα εμφανισθεί και κατά την εκπομπή αυτής της λέξεως» (Καρπαθίου, 1998).

Σύμφωνα με τον Schaferskupper, ο τραυλισμός είναι «μια προοδευτική βλάβη της κοινωνικής επαφής (επικοινωνίας) λόγω δυσκολιών ομιλίας, της οποίας κύρια συμπτώματα είναι αναστολές, πολλές επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων, οι μηχανισμοί υπερνικήσεως των συμπτωμάτων, η βλάβη της συνειδήσεως, της αυτό-αξίας και του εγώ, καθώς και πολλοί ακαθόριστοι φόβοι» (Schäfersküpper, 1987) .

Ο τραυλισμός περιλαμβάνεται στις νευρωτικές διαταραχές της ομιλίας και του λόγου. Θεωρείται μια διαταραχή της ροής του λόγου και παρουσιάζεται με μη συντονισμένες κινήσεις του μυϊκού λόγου είτε του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης. Η εν λόγω μορφή διαταραχής υλοποιείται στο ξεκίνημα είτε στο ενδιάμεσο της ομιλίας ή μέσω επαναλήψεων μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών, λέξεων, όπως για παράδειγμα κάποιο επίμονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο (Onslow, Menzies, & Packman, 2001).

Εάν ένα παιδί επαναλαμβάνει το αρχικό γράμμα, την αρχική συλλαβή είτε ολόκληρη τη φράση, δεν σημαίνει πάντοτε ότι έχει τη συγκεκριμένη διαταραχή. Οι επαναλήψεις, οι παύσεις και η γενική σύγχυση στο λόγο, αρκετές φορές λογίζονται στα όρια του κανονικού καθώς θεωρούνται φυσιολογικές αντιδράσεις. Την περίοδο της προσχολικής ηλικίας, τα παιδιά έχουν αρκετές εμπειρίες για τις οποίες επιθυμούν συχνά να μιλήσουν δίχως, όμως, να είναι εφικτό πάντοτε να κάνουν χρήση αρκετών λέξεων μαζί, έτσι ώστε να εκφραστούν με ευφράδεια. Είναι, επομένως, αρκετά πιθανόν, κάποια συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής να εμφανίζονται σε ένα παιδί δίχως, όμως, να υφίσταται πάντα ένα τέτοιο ζήτημα (Craig, Hancock, Tran, Craig, & Peters, 2002)

Η έννοια αυτή καλείται και διαταραχή του λόγου και έχει ως βασικό γνώρισμα τη γλωσσική νεύρωση είτε ακόμα και ψυχοσωματικά αίτια, καθώς στη συγκεκριμένη περίπτωση παίζουν ρόλο αρκετοί και διαφορετικοί παράγοντες. Η νευρωτική παρουσία της εν λόγω διαταραχής αντιδιαστέλλεται σε μεγάλο βαθμό από αυτή της οποίας η αιτιολογία συνίσταται σε παθολογικά αλλά και οργανικά αίτια (Hulit, 1996).

Αρκετοί ερευνητές προσπάθησαν να προσδώσουν μια συγκεκριμένη ορολογία για την εν λόγω έννοια, όμως, οι περισσότερες εξ αυτών βασιζόταν στον τομέα και την επιστήμη την οποία αντιπροσώπευαν. Εάν θα έπρεπε να επιλεγεί ένας καθορισμένος ορισμός για τη συγκεκριμένη έννοια αυτό θα ήταν πως αποτελεί ένα σύνδρομο είτε ένα φαινόμενο με μεγάλη ιστορία που αποτελεί μια λειτουργική διαταραχή του ρυθμού του λόγου, της οποίας η ελεύθερη ροή είναι εφικτό να αναχαιτιστεί από κομπιασμούς και επαναλήψεις διαφορετικών ήχων, συλλαβών και λέξεων (Gregory, Campbell, Gregory, & Hill, 2003)

Γενικότερα, με τον όρο αυτόν αναφερόμαστε σε όλες τις διακοπές στην προώθηση της ροής της ομιλίας που χαρακτηρίζεται από ακουστικές είτε μη ακουστικές επαναλήψεις είτε επιμηκύνσεις συλλαβών, λέξεων, φράσεων οι οποίες περιλαμβάνουν μεγάλη διάρκεια σιωπής μεταξύ των λέξεων είτε των συλλαβών (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001).

1.1 Ιστορική αναδρομή

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή με μακροχρόνια ιστορία, παρόλο που τα αίτια του δεν έχουν αποσαφηνιστεί μέχρι σήμερα. Οι άνθρωποι είχαν παρατηρήσει το φαινόμενο του τραυλισμού εδώ και αιώνες. Οι Αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν ένα ιερογλυφικό σύμβολο για τον τραυλισμό, το οποίο απεικόνιζε ένα τρέμουλο, όμοιο με σεισμό που ξεκινούσε από το έδαφος και έφτανε στο στόμα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006) (Silverman, 2004).

Ο νεότεροι ορισμοί του τραυλισμού μοιάζουν τον τρόπο που οι Αρχαίοι Αιγύπτιοι απεικόνιζαν τη στιγμή του τραυλισμού, με την έννοια ότι τόσο τότε όσο και τώρα οι ορισμοί βασίζονται στον τρόπο με τον οποίο ηχεί ο τραυλισμός στα αυτιά του ακροατή, σαν ένα συνεχές τρέμουλο, μια διακοπή της κανονικής ροής του λόγου και η αντικατάστασή από ένα συνεχές «τρέμουλο» του ίδιου φθόγγου ή συλλαβής (Lavid, 2003), (Alfredo & Eliane, 2007). Η πρώτη αναφορά σε γλωσσικά προβλήματα γίνεται από τον Ηρόδοτο και αφορά τον Βάττο, γιο του Πολύμηστου από την Θήρα, στον οποίο ο ιστορικός αναφέρεται ως "ισχνόφωνος και τραυλός". Από τον Βάττο προέκυψε και ο όρος Βατταρισμός που χρησιμοποιούσαν παλιότερα για τον τραυλισμό. (Ηρόδοτος).

Μέσα από τους αιώνες έχουν αποδοθεί στον τραυλισμό σωρεία αιτιών τα οποία περιλαμβάνουν παραμορφωμένο στόμα και γλώσσα, δαιμονισμούς, τιμωρία από τα Θεία για κάποια αμαρτία του ατόμου που τραυλίζει ή των προγόνων του, πρακτικές ανατροφής των παιδιών, διάφορες μορφές νεύρωσης ή και ψύχωσης, βαρεμάρα, μίμηση άλλων που τραυλίζουν και απροθυμία για καθαρό λόγο (Alfredo & Eliane, 2007). Ευτυχώς τέτοιες θεωρίες έχουν πλέον εξαλειφτεί. Το μυστήριο ωστόσο γύρω από το φαινόμενο του τραυλισμού και τα αίτιά του, δεν έχει ακόμη αποσαφηνιστεί, μέχρι και σήμερα.

1.2 Βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού

Στον τραυλισμό υφίστανται οι βασικές και οι δευτερογενείς συμπεριφορές.

Βασικές συμπεριφορές τραυλισμού

- Επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών και λέξεων
- Δυσρυθμίες
- Παύσεις
- Ατελείς φράσεις
- Εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων ή φράσεων
- Αναθεωρήσεις
- Αφύσικος ρυθμός ομιλίας
- Αφύσικο ανέβασμα της έντασης και του τόνου της φωνής

Επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών και λέξεων:

Οι επαναλήψεις αυτές, κυρίως μονοσύλλαβων, είναι το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα του τραυλισμού το οποίο εμφανίζεται τόσο στην ομιλία παιδιών προσχολικής ηλικίας, που ξεκινούν να τραυλίζουν, όσο και στην ομιλία ενηλίκων που τραυλίζουν (Johnson, 1961).

Για παράδειγμα:

- a. Έπαιξα με την μπ-μπάλα
- b. Έπαιξα με την μπα-μπάλα
- c. Έπαιξα με την την μπάλα

Οι επαναλήψεις εμφανίζονται κυρίως στις πρώτες συλλαβές και ποτέ στις τελευταίες (Lebrun & Van Borsel, 1990). Αν στις επαναλήψεις, το άτομο νιώθει μεγάλη ένταση, τότε οι ήχοι είτε επιμηκύνονται είτε προφέρονται δυσρυθμικά (Van Riper, 1973).

Δυσρυθμίες:

Είναι οι διαφορές στον ρυθμό παραγωγής του λόγου. Χωρίζονται σε επιμηκύνσεις («σπασμένες λέξεις») και επαναλήψεις. Οι επαναλήψεις όπως και οι επιμηκύνσεις φθόγγων, εμφανίζονται συνήθως στους αρχικούς φθόγγους των λέξεων και σχεδόν ποτέ στους τελικούς (Brutten & Shoemaker, 1967). Εκδηλώνονται ως επίμονο «κόμπιασμα» σε μια αρθρωτική θέση ή ως παρατεταμένος ήχος και η διάρκειά τους φτάνει έως και τα πέντε δευτερόλεπτα (Sheehan, 1974). Κατά την επιμήκυνση ενός φθόγγου, το άτομο δίνει την εντύπωση ότι δεν μπορεί να προφέρει τον ήχο που θέλει να πει και συχνά η προσπάθεια αυτή συνοδεύεται από ορατή ένταση στους μύς του προσώπου ή του λαιμού.

Παύσεις:

Αυτές οι παύσεις εκδηλώνονται μεταξύ των λέξεων και συνοδεύονται συνήθως από ένταση στους μύς που σχετίζονται με την παραγωγή της ομιλίας, κυρίως στον λάρυγγα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ο μηχανισμός ο οποίος φαίνεται να είναι υπεύθυνος για αυτού του είδους τις παύσεις είναι η δυσκολία ρύθμισης της ποσότητας του αέρα που χρειάζεται να εκπνεύσει το άτομο προκειμένου να προφέρει τον εν λόγω φθόγγο.

Ατελείς φράσεις:

Είναι οι φράσεις που ξεκινούν αλλά δεν ολοκληρώνονται. Για παράδειγμα, «Πήγα στο...». Αυτό το φαινόμενο, παρόλο που εμφανίζεται και σε ομιλητές με φυσιολογική ροή, έχει μια σαφή διαφορά στα άτομα που τραυλίζουν. Συνήθως τα άτομα που τραυλίζουν, αφήνουν την φράση ατελή με τον φόβο ότι στην επόμενη λέξη που θα πούνε μπορεί να τραυλίσουν. Το αποτέλεσμα είναι η φανερότερη δυσκολία επικοινωνίας με τον συνομιλητή.

Εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων ή φράσεων:

Αυτού του είδους οι εμβολές όπως το παρατεταμένο «εεε...», «μμμ...» και άλλα τέτοιου είδους, μπορούν να συμβούν στον οποιονδήποτε ομιλητή. Στην ομιλία όμως των ανθρώπων που τραυλίζουν, οι εμβολές αυτές αποτελούν συχνό φαινόμενο και είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας αλλοίωσής ορισμένων λέξεων στις οποίες ο ομιλητής φοβάται ότι θα «κολλήσει». Ένα παράδειγμα λόγου, με αυτού του είδους την δυσκολία ενός παιδιού θα μπορούσε να είναι το «Θέλω και να πάω και στην παιδική χαρά και να παίζω».

Αναθεωρήσεις:

Τα άτομα που τραυλίζουν, στην προσπάθειά τους να αποφύγουν να τραυλίσουν περισσότερο, καταφεύγουν σε στιγμιαίες λύσεις όπως είναι η αντικατάσταση της λέξης που ξεκίνησαν να λένε με κάποια συνώνυμα. Ένα παράδειγμα αυτής της μορφής είναι, «ο ΚΚΚ... (Κώστας), ο αδερφός μου πήγε σχολείο».

Αφύσικος ρυθμός ομιλίας:

Ο ρυθμός ομιλίας των ατόμων που τραυλίζουν μπορεί να κυμαίνεται από πολύ αργό μέχρι και πολύ γρήγορο. Ο αργός ρυθμός μπορεί να είναι αποτέλεσμα του ίδιου του τραυλισμού, ή να υιοθετείται σκόπιμα από το άτομο στην προσπάθειά του να μην τραυλίσει. Ο γρήγορος ρυθμός, μπορεί επίσης, να υιοθετείται σκόπιμα καθώς το άτομο που τραυλίζει ενδέχεται να πιστεύει ότι αν κάνει παύσεις στο λόγο του είναι πιθανό να μην τραυλίσει.

Αφύσικο ανέβασμα της έντασης και του τόνου της φωνής:

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αύξηση της έντασης της φωνής ή η εκφορά του λόγου με τρόπο μονότονο μπορεί να υιοθετείται από τα άτομα που τραυλίζουν, στην προσπάθειά τους να αποφύγουν τον τραυλισμό (Van Riper, 1982).

Δευτερογενείς συμπεριφορές

Οι δευτερογενείς συμπεριφορές χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες:

- Συμπεριφορές διαφυγής
- Συμπεριφορές αποφυγής

Συμπεριφορές διαφυγής

Τη στιγμή του τραυλισμού, ο ομιλητής προσπαθεί να τερματίσει το επεισόδιο χρησιμοποιώντας κάποιες συγκεκριμένες τακτικές. Τέτοιου είδους τακτικές είναι το άνοιγμα και κλείσιμο των ματιών, το κούνημα του κεφαλιού και η προσθήκη ήχων όπως το «μμμ» που συνήθως οδηγούν στον τερματισμό του επεισοδίου και για αυτό ενισχύονται (Guitar, 2014).

Συμπεριφορές αποφυγής

Είναι οι συμπεριφορές οι οποίες συνηθίζονται όταν ο ομιλητής περιμένει ότι θα εμφανίσει επεισόδιο τραυλισμού και ανακαλεί τις εμπειρίες που αυτόματα συσχετίζονται με αυτό. Για να αποφύγει μια τέτοια κατάσταση καταφεύγει σε λύσεις που έχει ήδη χρησιμοποιήσει σε αντίστοιχες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα στην αλλαγή της λέξης που σκόπευε να πει (Guitar, 2014).

1.3 Αναπτυξιακή πορεία τραυλισμού

Προσχολική ηλικία

Ο τραυλισμός εκδηλώνεται περιστασιακά, δηλαδή για συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα, τα οποία μπορεί να είναι εβδομάδες ή ακόμη και μήνες, ανάμεσα στα οποία παρεμβάλλονται διαστήματα όπου η ροή λόγου είναι φυσιολογική. Τα συμπτώματα τραυλισμού εμφανίζονται συχνότερα όταν το παιδί βρίσκεται υπό την επήρεια έντονων συναισθημάτων και επικοινωνιακής πίεσης. Κυριαρχούν οι επαναλήψεις και η εκδήλωση εμφανίζεται κυρίως στο ξεκίνημα της φράσης. Τα παιδιά που βρίσκονται σε αυτή τη φάση, φαίνεται να μην αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες στη ροή της ομιλίας τους και να μην προβληματίζονται από αυτή. Σε αυτές τις περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η άμεση παρέμβαση του ειδικού.

Σχολική ηλικία

Ο τραυλισμός, σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, εμφανίζεται με σταθερότητα και τα διαστήματα ύφεσης φαίνεται να είναι περιορισμένα και σύντομα. Τα παιδιά αντιλαμβάνονται τη δυσκολία τους και κατά κύριο λόγο αναφέρονται σε αυτή ως «κόλλημα». Επιπλέον, ο τραυλισμός μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε μέσα στη πρόταση και η επανάληψη λέξεων δεν είναι ένα τόσο συχνό φαινόμενο. Το παιδί στην παρούσα φάση αναπτύσσει αντισταθμιστικές τεχνικές για την αποφυγή των δυσκολιών του. Η σοβαρότητα του τραυλισμού αυξάνεται σε καταστάσεις έντονου συναισθηματικού φορτίου.

Εφηβεία

Ο βαθμός σοβαρότητας του τραυλισμού αυξάνεται σε αγχογόνες καταστάσεις όπως οι κοινωνικές συναναστροφές με αγνώστους, οι τηλεφωνικές συνομιλίες όπως επίσης και η σχολική εξέταση. Ο έφηβος αναπτύσσει τεχνικές, όταν βρίσκεται σε καταστάσεις έντονης συναισθηματικής φόρτισης. Κατασκευάζει κανόνες για την εκφορά δύσκολων κανόνων και λέξεων με αποτέλεσμα να αποφεύγει την παραγωγή ορισμένων φθόγγων και να αντικαθιστά τις «δύσκολες λέξεις».

Ενηλικίωση

Ο ενήλικας πλέον ξέρει πότε θα τραυλίσει και για τον λόγο αυτό αποφεύγει αγχογόνες καταστάσεις στις οποίες ξέρει ότι θα εμφανίσει δυσρυθμίες. Συνήθως διακατέχεται από έντονο φόβο και άγχος και αυτό πολλές φορές οδηγεί στην αποξένωση του (Ανδρέου, 2010).

1.4 Τα είδη τραυλισμού

Εξελικτικός τραυλισμός

Παρουσιάζεται ως επί το πλείστον στην προσχολική ηλικιακή ομάδα και εκδηλώνεται υπό τη μορφή επανάληψης μιας συλλαβής είτε ως παρεμπόδιση της γλωσσικής ροής στο ξεκίνημα της ομιλίας. Στην περίπτωση στην οποία τα συγκεκριμένα συμπτώματα ενισχυθούν ακόμα περισσότερο από εξωγενείς παράγοντες (όπως για παράδειγμα η κακή διαπαιδαγώγηση, το άσχημο ψυχολογικό κλίμα) η συγκεκριμένη διαταραχή είναι εφικτό να γίνει μόνιμη και αυτό να έχει σαν συνέπεια τα συμπτώματα τα οποία υφίστανται γίνονται ολοένα πιο συχνά και πιο έντονα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός (ΨΕΤ)

Ο ΨΕΤ εμφανίζεται συνήθως μετά από μία παρατεταμένη περίοδο άγχους ή μετά από κάποιο τραυματικό επεισόδιο. Η συγκεκριμένη μορφή αυτής της διαταραχής εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικες αλλά και εφήβους ενώ σπάνια τη συναντάμε σε άτομα μικρότερης ηλικίας (Prasse & Kikano, 2008). Είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι δεν πρέπει να συγχέεται με περιπτώσεις επανεμφάνισης εξελικτικού τραυλισμού. Στον ΨΕΤ οι συμπεριφορές είναι ακούσιες ενώ έχει βρεθεί ότι χαρακτηρίζει λιγότερο από το 3% όλων των περιπτώσεων τραυλισμού. Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές (δυσρυθμίες) είναι αρκετά παρόμοιες με αυτές που βλέπουμε στον εξελικτικό τραυλισμό, γεγονός που καθιστά τη διαφοροδιάγνωση ανά στιγμές δύσκολη. Παρόλα αυτά, στον ΨΕΤ βλέπουμε συχνότερα επαναλήψεις αρχικών ή τονιζόμενων συλλαβών. Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές μπορεί ακόμη να είναι διαφορετικές και όχι απαραίτητα εμφανιζόμενες μαζί ή σαν πρόδρομος των πρωτευουσών συμπεριφορών. Είναι σημαντικό, όμως, το γεγονός πως με την κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο είναι δυνατόν τα παραπάνω συμπτώματα να εξασθενήσουν (Μαλανδράκη, 2012) (Craig, Hancock, Tran, Craig, & Peters, 2002) (Almada, Simoes, Constante, Casquinha, & Heitor, 2020).

Νευρογενής επίκτητος Τραυλισμός (NET)

Η αιτιολογία στον NET αναφέρεται σε επίκτητες νευρολογικές ασθένειες και βλάβες όπως για παράδειγμα το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η κρανιοεγκεφαλική κάκωση, οι εγκεφαλικοί όγκοι, η λήψη φαρμάκων ή σε σπάνιες περιπτώσεις η γεροντική άνοια. Με τον νευρογενή τραυλισμό ο εγκεφαλος δυσκολεύεται να συντονίσει τις διάφορες περιοχές του εγκεφάλου που ευθύνονται για την ομιλία, με αποτέλεσμα προβλήματα στην παραγωγή καθαρού και με ευφράδεια λόγου. (NIDCD, 2017). Έχει γίνει προσπάθεια διάκρισης του NET ανάλογα με τα συμπτώματα στη ροή της ομιλίας αλλά καμία δεν έχει θεωρηθεί επαρκής. Σύγχρονες μελέτες αναφέρουν ότι τα συμπτώματα στη ροή είναι ανάλογα της εγκεφαλικής βλάβης από την οποία προκλήθηκαν. Για παράδειγμα, στα εγκεφαλικά επεισόδια εμφανίζονται περισσότερο επαναλήψεις ήχων, συλλαβών και φράσεων. Στην κρανιοεγκεφαλική κάκωση, οι επαναλήψεις είναι απότομες και συνοδεύονται από ακανόνιστο ρυθμό και από ακατάληπτο λόγο. Στην εγκεφαλική βλάβη στα βασικά γάγγλια, εμφανίζονται μπλοκαρίσματα και κατά κύριο λόγο δυσρυθμίες σε αρχική θέση λέξεων. Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές στον NET είναι γενικώς ήπιες. Μέχρι πρόσφατα ο NET θεωρούνταν εξαιρετικά σπάνιος, όμως πλέον εμφανίζεται όλο και συχνότερα σε κλινικές αναφορές (Silverman, 2004).

Κλονοτονικός τραυλισμός (ελαφρές συσπάσεις)

Στην εμφάνιση επεισοδίου τραυλισμού, ο ομιλητής επαναλαμβάνει την αρχική συλλαβή ή λέξη μέχρι το ξεκίνημα της ομιλίας.

Τονικός Τραυλισμός (αυξημένος τόνος των μυών)

Η δυσκολία βρίσκεται στο ξεκίνημα της ομιλίας παρά τις έντονες προσπάθειες που γίνονται από το άτομο που τραυλίζει.

Κλονοτονικός – τονοκλονικός Τραυλισμός

Η μορφή αυτή του τραυλισμού συνδυάζει συμπτώματα και από τις δύο προαναφερθείσες κατηγορίες και αναλόγως με τα συμπτώματα που επικρατούν, ονομάζεται κλονοτονικός ή τονοκλονικός. (Ανδρέου, 2010)

Cluttering

Το cluttering ή αλλιώς ταχυλαλία, είναι κατά κύριο λόγο μια γενετική διαταραχή που εμφανίζεται κατά την ανάπτυξη του παιδιού. Χαρακτηρίζεται κυρίως από επαναλήψεις, αναθεωρήσεις και δισταγμούς, όπως επίσης και από γρήγορο ρυθμό ομιλίας ανά περιστάσεις, χωρίς όμως να εμφανίζει ιδιαίτερη ένταση. Ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας εμφανίζεται συνήθως ως «εκρήξεις» κατά την ομιλία και δεν είναι συνεχόμενος. Σε αυτή τη μορφή του τραυλισμού συνήθως δεν υπάρχει συνειδητοποίηση της διαταραχής (Μαλανδράκη, 2012) (Ανδρέου, 2010).

1.5 Διαβάθμιση του τραυλισμού

Φυσιολογική Δυσχέρεια στη Ροή της Ομιλίας

Μεταξύ της ηλικίας των 18 μηνών και των 7 χρόνων, πολλά παιδιά περνούν στάδια δυσχέρειας στη ροή της ομιλίας που συσχετίζονται με την προσπάθειά τους να μάθουν να μιλούν. Τα παιδιά ηλικίας 18 μηνών έως 3 χρόνων με «φυσιολογικές δυσχέρειες στη ροή της ομιλίας» εμφανίζουν συμπτώματα όπως επαναλήψεις φθόγγων, συλλαβών και λέξεων, κυρίως στην αρχή της πρότασης. Παιδιά με φυσιολογική δυσχέρεια εμφανίζουν συμπτώματα σε έντονες συναισθηματικά καταστάσεις. Η δυσχέρεια που εμφανίζουν στη ροή της ομιλίας μπορεί να αυξάνει σε συχνότητα για αρκετές μέρες ή εβδομάδες και μετά να μειώνεται για εβδομάδες και μήνες σε βαθμό που δύσκολα να γίνεται αντιληπτή, μέχρι να ξανακάνει την εμφάνισή της αργότερα. Τα παιδιά σε αυτή τη φάση δύσκολα αντιλαμβάνονται τι συμβαίνει σε αντίθεση με ορισμένους γονείς που είναι αρκετά προβληματισμένοι. Αυτοί οι γονείς με την υπερβολική ανησυχία συχνά επωφελούνται από τον εφησυχασμό που προσφέρει η παραπομπή σε έναν λογοθεραπευτή, η εξειδικευμένη αξιολόγησή του και η πρόσθετη καθοδήγηση που μπορεί να τους προσφέρει (Μαλανδράκη, 2012).

Ήπιος τραυλισμός

Ο ήπιος τραυλισμός μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή μεταξύ των ηλικιών των 18 μηνών και των 7 ετών, αλλά πιο συχνά ξεκινά μεταξύ των 3 και 5 ετών, όταν η γλωσσική ανάπτυξη είναι ιδιαίτερα ταχεία. Ο τραυλισμός σε κάποια παιδιά πρωτοεμφανίζεται κάτω από συνθήκες αναμενόμενης συναισθηματικής πίεσης, όπως όταν γεννιέται ένα αδερφάκι ή όταν η οικογένεια μετακομίζει σε ένα καινούργιο σπίτι. Τα παιδιά με ήπιο τραυλισμό μπορεί να παρουσιάσουν τα ίδια συμπτώματα (επαναλήψεις ήχων, συλλαβών και λέξεων) με αυτά των παιδιών με φυσιολογική δυσχέρεια στη ροή της ομιλίας, αλλά συνολικά σημειώνουν μεγαλύτερη συχνότητα επαναλήψεων καθώς και περισσότερες επαναλήψεις κάθε φορά. Πέρα από αυτά τα λεκτικά χαρακτηριστικά, τα παιδιά με ήπιο τραυλισμό μπορεί να επιδείξουν σημάδια αντίδρασης απέναντι στη δυσχερεία τους στη ροή της ομιλίας.

Για παράδειγμα, μπορεί να πεταρίζουν τα βλέφαρα ή να κλείνουν τα μάτια τους, να κοιτάζουν αλλού, ή να σφίγγουν το στόμα τους όταν τραυλίζουν. Ο ήπιος τραυλισμός έχει την τάση πιο συχνά να εμμένει. Τα παιδιά σε αυτό το στάδιο της διαταραχής μπορεί ακόμα και να ρωτήσουν τους γονείς τους γιατί αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα στην ομιλία. Οι αντιδράσεις των γονέων στον ήπιο τραυλισμό ποικίλουν. Οι περισσότεροι γονείς θα είναι τουλάχιστον ελαφρώς ανήσυχοι για τον τραυλισμό, θα αναρωτιούνται τι πρέπει να κάνουν και εάν αυτοί είναι οι υπαίτιοι της δυσκολίας του παιδιού τους. Κάποιοι γονείς δεν θα παρατηρήσουν καθόλου τη δυσκολία αυτή, ενώ άλλοι μπορεί να είναι πάρα πολύ ανήσυχοι, αλλά αρχικά να αρνούνται αυτή τους την ανησυχία (Ανδρέου, 2010) (Μαλανδράκη, 2012).

Μέτριος Τραυλισμός

Ο Μέτριος Τραυλισμός είναι συνήθης σε παιδιά ηλικίας 6 έως 13 ετών και έχει δύο βασικά χαρακτηριστικά που το διαφοροποιούν από το παιδί με ήπιο τραυλισμό. Πρώτον, αρχίζει να φοβάται τον τραυλισμό, ενώ το παιδί προσχολικής ηλικίας με ήπιο τραυλισμό νιώθει μόνο απογοήτευση, έκπληξη ή ενόχληση. Δεύτερον, το παιδί με μέτριο τραυλισμό αντιδρά στον φόβο του για τον τραυλισμό με αποφυγή, σε αντίθεση με το παιδί με ήπιο τραυλισμό που δεν καταφεύγει συχνά σε αυτή την στρατηγική. Τα νέα αυτά συμπτώματα αναδύονται σταδιακά καθώς το παιδί βιώνει όλο και περισσότερα αρνητικά συναισθήματα στη διάρκεια των επεισοδίων του τραυλισμού του. (Guitar, 2014)

Σοβαρός τραυλισμός

Ο σοβαρός τραυλισμός εμφανίζει δυσρυθμίες σε κάθε φράση ή πρόταση, με κάποιες στιγμές να έχουν διάρκεια ενός δευτερολέπτου ή ακόμη μεγαλύτερη. Παρατηρούνται επιμηκύνσεις φωνημάτων και σιωπηλά μπλοκαρίσματα της ομιλίας. Επιπλέον, εμφανίζονται πετάρισμα των βλεφάρων, κλείσιμο των ματιών, αποφυγή βλεμματικής επαφής, ή φυσική ένταση γύρω από το στόμα και άλλα μέρη του προσώπου. Ο σοβαρός τραυλισμός μονιμοποιείται σε παιδιά που εμφανίζουν τα συμπτώματα για περισσότερο από 18 μήνες, αν και πολλές φορές μπορεί να συμβεί μια μη αναμενόμενη ανάκαμψη. Η απογοήτευση και η ντροπή είναι οι δύο παράγοντες που μπορεί να επιφέρουν φόβο για την ομιλία σε συνδυασμό με έντονη νευρική ή συστολή. Πολλοί γονείς εμφανίζουν έντονη ανησυχία και συχνά θεωρούν λανθασμένα τον εαυτό τους υπεύθυνο για τη δυσκολία του παιδιού τους, πράγμα που κρίνει αναγκαία την εξήγηση του πολυπαραγοντικού μοντέλου του τραυλισμού από κάποιον ειδικό (Ανδρέου, 2010) (Μαλανδράκη, 2012).

1.6 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, ο τραυλισμός εκδηλώνεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού ενώ συμπτώματα τραυλισμού με διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών παρουσιάζει το 5% του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, η συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού σε παιδιά ηλικίας 2 έως 10 ετών υπολογίζεται στο 1,4% (Guitar & Peters, 1991).

Ορισμένοι ερευνητές διερεύνησαν τη συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού σε άτομα που παρουσίαζαν και άλλου είδους προβλήματα και διαπίστωσαν διαφορές σε σχέση με τα επιδημιολογικά στοιχεία που διαθέτουμε για το γενικό πληθυσμό (Guitar, 2014). Η συχνότητα αυτή μάλιστα αυξάνεται εντυπωσιακά στις περιπτώσεις των παιδιών με σύνδρομο Down, στα οποία ο τραυλισμός εκδηλώνεται σε ποσοστά μεταξύ 21% - 48%. Ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο είναι επίσης η εκδήλωση τραυλισμού σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση, καθώς οι ερευνητές έχουν καταγράψει ποσοστά που κυμαίνονται από 3,9% - 24%. Αναφέρεται χαρακτηριστικά η περίπτωση των ατόμων με νοητική υστέρηση, μεταξύ των οποίων η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού ανέρχεται στο 3%. Σε αντίθεση η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού σε άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα ακοής είναι μικρότερη από αυτή που παρατηρείται στο γενικό πληθυσμό, καθώς αγγίζει μόλις το 0,12%. Τέλος, διερευνήθηκε η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε δίγλωσσα άτομα και διαπιστώθηκε διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η διαταραχή αυτής της μορφής είναι εφικτό να παρουσιαστεί σε οποιαδήποτε στιγμή της παιδικής ηλικίας, ενώ η πιο συχνή ηλικιακή ομάδα ξεκινήματος ανιχνεύεται ανάμεσα στα 2 έως και τα 5 χρόνια, ενώ η πιο μικρή ηλικιακή ομάδα ξεκινήματος είναι οι 18 μήνες. Βάσει ερευνών που έχουν γίνει τα προηγούμενα χρόνια, υφίσταται μεγάλη πιθανότητα ελάττωσης (σχεδόν 50%) της εν λόγω εμφάνισης ύστερα από την ηλικία των 4 χρόνων, 75% ύστερα από τα 6 χρόνια, ενώ μειώνεται ακόμα περισσότερο με το πέρασμα των 12 χρόνων. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο τραυλισμός συμπίπτει με την περίοδο ραγδαίας ανάπτυξης του προφορικού λόγου. Κάποιες φορές η έναρξη του τραυλισμού είναι απότομη και κάποιες φορές σταδιακή και χαρακτηρίζεται από εναλλασσόμενα διαστήματα τραυλισμού και φυσιολογικής ροής της ομιλίας.

Κεφάλαιο 2^ο Αιτιολογικοί παράγοντες

Σε αυτή την ενότητα θα αναλύσουμε το πολύ-παραγοντικό μοντέλο του τραυλισμού.

2.1 Γενετικοί παράγοντες

Υπάρχουν πλέον ξεκάθαρα ισχυρά ευρήματα που φανερώνουν ότι ο τραυλισμός είναι περισσότερο συχνός σε οικογένειες όπου υπάρχει ήδη οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού, ενισχύοντας την άποψη περί γενετικής βάσης της διαταραχής. Για να το πούμε με απλά λόγια, ένα παιδί κληρονομεί «κάτι» που το κάνει περισσότερο εύλωτο να ξεκινήσει να τραυλίζει. Έρευνες διεξάγονται σε βάθος χρόνου, ώστε να εντοπιστεί συγκεκριμένο γονίδιο ή γονίδια τα οποία θα προδιαθέτουν κάποιο παιδί για να τραυλίσει και τελικά να αποκαλυφθεί το γιατί αλλά και το πώς επηρεάζουν τη ροή ομιλίας των παιδιών. Παρά τα στοιχεία που ανακαλύπτονται περί του γενετικού συστατικού του τραυλισμού, ένα γενετικό ιστορικό από μόνο του δεν μπορεί να καθορίσει το αν θα τραυλίσει ή όχι κάποιο παιδί. Τα γονίδια απλώς αυξάνουν την πιθανότητα να εμφανιστεί μία συμπεριφορά. Το περιβάλλον είναι αυτό που έχει τον κύριο λόγο στην εμφάνιση ή μη του τραυλισμού (Yairi & Ambrose, 2005).

2.2 Νευρολογικοί παράγοντες

Έρευνες έχουν δείξει ότι ο τραυλισμός σχετίζεται με δομικές, λειτουργικές διαφορές (ή και τα δύο μαζί) στον εγκέφαλο. Δομικές διαφορές έχουν εντοπιστεί στην αριστερή 'ρολανδίο' περιοχή, σε μία περιοχή που σχετίζεται με τον αισθητικό-κινητικό συντονισμό, ο οποίος είναι απαραίτητος για την ευχερή ομιλία (Sommer et al, 2002) αλλά και στο planum temporale, που επηρεάζει την επικοινωνία μεταξύ πολύ σημαντικών περιοχών, τόσο ως προς την ακουστική πρόσληψη όσο και ως προς τον κινητικό έλεγχο της ομιλίας μας. Σύμφωνα με αποτελέσματα που βασίζονται σε νευροαπεικονιστικές έρευνες, υπάρχει μια γενική παραδοχή ότι συμβαίνει υπερ-ενεργοποίηση των δομών του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου σε άτομα που τραυλίζουν συγκριτικά με τους ευχερείς ομιλητές, οι οποίοι ενεργοποιούν τις αντίστοιχες γλωσσικές περιοχές του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου (Braun et al, 1997; De Nil et al, 2000; Fox et al, 1996). Επίσης, ένας αριθμός ερευνών έχει καταδείξει τη μειωμένη ενεργοποίηση του αριστερού ακουστικού φλοιού των ατόμων που τραυλίζουν σε σύγκριση με ευχερείς ομιλητές.

2.3 Διαφορές φύλου

Σύμφωνα με έρευνες τα αγόρια εμφανίζουν πιο έντονο και επίμονο τραυλισμό από ότι τα κορίτσια. Κατά την έναρξη του τραυλισμού η αναλογία αγοριών-κοριτσιών είναι 1:1, ενώ μέχρι να φτάσουν την ηλικία των 10 ετών έχει μετατραπεί σε 5:1 ή 6:1 (Guitar, 2014).

2.4 Γλωσσικές δεξιότητες

Ο τραυλισμός συνήθως εμφανίζεται σε περιόδους μεγάλης ανάπτυξης του λόγου και της ομιλίας. Ορισμένα παιδιά ξεκινούν να τραυλίζουν αμέσως μόλις αρχίσουν να συνδέουν λέξεις μεταξύ τους, ενώ άλλα φαίνεται να εμφανίζουν φυσιολογική ροή για κάποιο διάστημα προτού αρχίσουν να δυσκολεύονται να μιλήσουν (Yairi & Ambrose, 2005). Η απότομη γλωσσική ανάπτυξη στην ηλικία μεταξύ 2ου – 5ου έτους εγείρει υψηλές απαιτήσεις σε εγκεφαλικές δυνάμεις και πόρους, καθώς υπάρχει επιβάρυνση στο αισθητικοκινητικό κομμάτι της ομιλίας. Από μια άλλη σκοπιά, σε περιπτώσεις γλωσσικής καθυστέρησης, φαίνεται να προκαλείται τραυλισμός εξαιτίας δύο παραγόντων. Των δυσκολιών κινητικού ελέγχου της ομιλίας και των δυσκολιών σε προβλημάτων λόγου. Παρατηρήθηκαν τέσσερα γλωσσικά μεγέθη που υποδεικνύουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε παιδιά που τραυλίζουν και σε παιδιά με φυσιολογική ροή. Το επίπεδο του λόγου, το αντιληπτικό λεξιλόγιο, το εκφραστικό λεξιλόγιο, το μέσο μήκος εκφωνήματος. Συγκεκριμένα, οι χρόνοι αντίδρασης είναι βραδύτεροι, η ευχερής ομιλία είναι πιο αργή, έχουν φωνήεντα με μεγαλύτερη διάρκεια, υπάρχει καθυστερημένη έναρξη φώνησης, οι ικανότητες γλωσσικής επεξεργασίας είναι ανεπαρκείς και ο τραυλισμός επηρεάζεται από τη θέση της λέξης και το μήκος (Guitar, 2014).

2.5 Φωνολογικές δεξιότητες

Παρόλο που ο βαθμός επηρεασμού των φωνολογικών δεξιοτήτων στη ροή της ομιλίας κρίνεται περαιτέρω διερεύνησης, υπάρχουν έρευνες οι οποίες καταδεικνύουν ότι η φωνολογική διαταραχή και ο τραυλισμός συμπορεύονται. Συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι σε παιδιά με φτωχές φωνολογικές δεξιότητες, ο τραυλισμός φαίνεται να εμμένει, σε αντίθεση με παιδιά που έχουν ομαλή φωνολογική ανάπτυξη (Yairi & Ambrose, 2005).

2.6 Περιβάλλον επικοινωνίας

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ίδιοι παράγοντες προδιάθεσης, που οδηγούν ένα παιδί στο να τραυλίζει, είναι και αυτοί που δυσκολεύουν την διατήρηση της ροής ομιλίας τους στο πλαίσιο της τυπικής αλληλεπίδρασης ενήλικα- παιδιού. Διατείνονται, επίσης, ότι ο τραυλισμός μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή του ύφους αλληλεπίδρασης ενός γονέα ως συνέπεια του αυξημένου άγχους που τους προκαλεί ο τραυλισμός. Παρά το ότι δε σχετίζεται με την έναρξη του τραυλισμού, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι αλλαγές στο επικοινωνιακό ύφος του γονέα μπορούν να επηρεάσουν τη συχνότητα του τραυλισμού σε ορισμένα παιδιά, δίχως να έχει επιβεβαιωθεί κάποια μακροπρόθεσμη επίδραση (Yairi & Ambrose, 2005).

2.7 Συναισθηματικοί παράγοντες

Τα συναισθήματα είναι σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας που πυροδοτεί την εμφάνιση του δυσχεραίνει την ανάκαμψη από αυτόν. Το βίωμα του τραυλισμού γεννά συναισθήματα απογοήτευσης, φόβου, θυμού. Με άλλα λόγια η συναισθηματική διέγερση μπορεί να προκαλέσει τραυλισμό αλλά και ο τραυλισμός μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική διέγερση. Άλλη μια σημαντική έννοια είναι η ιδιοσυγκρασία.

2.8 Ιδιοσυγκρασία

Τα τελευταία χρόνια έχει ανανεωθεί το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για τη σύνδεση τραυλισμού και ιδιοσυγκρασίας. Παρόλο που δεν υποστηρίζεται ότι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ιδιοσυγκρασίας ενός παιδιού ευθύνονται για την έναρξη του τραυλισμού, πάραυτα στηρίζεται η άποψη ότι η ιδιοσυγκρασία του παιδιού μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στο πώς εξελίσσεται το πρόβλημα. Συγκεκριμένα, αν ρωτήσουμε τους γονείς να μας πουν τη γνώμη τους για τα παιδιά που τραυλίζουν θα τους ακούσουμε να λένε ότι ακόμη και πριν εμφανιστεί ο τραυλισμός τους, το παιδί τους αναστατωνόταν πιο εύκολα από αλλαγές στη ρουτίνα του ή ότι ήταν πιο ντροπαλό με τους ξένους σε σχέση με τα αδέρφια του. Αυτού του είδους τα χαρακτηριστικά είναι μέρος της κληρονομικής φυσιολογίας ή ιδιοσυγκρασίας. Από ότι φαίνεται κάποια παιδιά έχουν γεννηθεί με ευαίσθητη ή συνεσταλμένη ιδιοσυγκρασία και έχουν την τάση να αντιδρούν σε καινούργιους ανθρώπους και νέες καταστάσεις με αυξημένη μυϊκή ένταση και σωματικές εκδηλώσεις άγχους. Για παράδειγμα, Ένα παιδί εμφανίζει δυσρυθμίες. Μια αντιδραστική ιδιοσυγκρασία μπορεί να προκαλέσει αυξημένη σωματική ένταση δημιουργώντας ένα εκμαθημένο κύκλο δυσρυθμιών, προκαλώντας πιο σοβαρές δυσρυθμίες, φτάνοντας τον χρόνιο τραυλισμό. Ένα παιδί εμφανίζει δυσρυθμίες. Μια ήρεμη ιδιοσυγκρασία του επιτρέπει να παραμείνει ήρεμο, αγνοώντας τις δυσρυθμίες, με αποτέλεσμα να ξεπεράσει τον πρώιμο τραυλισμό.

Κεφάλαιο 3^ο Τραυλισμός και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

Οι διαταραχές του λόγου και της ομιλίας είναι πιθανό να επιφέρουν σημαντικές επιρροές αλλά και επιδράσεις, όχι μονάχα στη δυνατότητα του παιδιού για λεκτική επικοινωνία αλλά και στη γενικότερη συμπεριφορά και την κοινωνικοποίηση του, τη ψυχοσυναισθηματική του ισορροπία και την προσπάθεια του για μάθηση. Όπως προκύπτει από αρκετές έρευνες που έχουν διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια, η ψυχοκινητική εξέλιξη ενός παιδιού πραγματοποιείται παράλληλα στους περισσότερους επιμέρους αναπτυξιακούς τομείς (αδρή και λεπτή κίνηση, αντίληψη, κοινωνικότητα, αυτοεξυπηρέτηση αλλά και συναίσθημα). (Μαλανδράκη, 2012)

Οι τομείς της εξέλιξης συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους με αποτέλεσμα οποιαδήποτε καθυστέρηση ή διαταραχή υπάρξει, να μπορεί να επιφέρει επιδράσεις και επιρροές και σε άλλους εξίσου σημαντικούς τομείς. Εάν ένα παιδί χρήζει εξατομικευμένου προγράμματος θεραπείας και δεν ενταχθεί άμεσα, τότε με το πέρασμα του χρόνου και με τη συνειδητοποίηση του προβλήματος που έχει από μικρός, είναι πιθανό να παρουσιάσει αποφυγή ή παραίτηση από την επιθυμία να επικοινωνήσει με άλλους ανθρώπους λεκτικά. (Καμπανάρου, 2007)

Το άτομο καταβάλλει μια προσπάθεια να σταματήσει ή να αποφύγει τα επεισόδια τραυλισμού, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ισχυρή ψυχολογική πίεση και μια αίσθηση ανεπάρκειας και ματαίωσης της επιθυμίας του για επικοινωνία. Τα συναισθήματα που βιώνει και αφορούν το συγκεκριμένο πρόβλημα αποτελούν τα εσωτερικά γνωρίσματα του, που παρουσιάζουν σημαντική ανοδική τάση με το πέρασμα των ετών με συνέπεια να διατηρούνται ακόμα περισσότερο. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Οι διαταραχές στο λόγο και την ομιλία είναι εφικτό να προκαλέσουν σε μεγάλο βαθμό χαμηλή αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση όπου και τα δυο αυτά γνωρίσματα αποτελούν τις κυριότερες συνιστώσες του όρου του εαυτού. Η αυτοαντίληψη αποτελεί την ευχέρεια ενός ανθρώπου να αναπτύσσει μια εικόνα για τον ίδιο του τον εαυτό και η αυτοεκτίμηση αντιπροσωπεύει την αίσθηση την οποία έχουμε για την προσωπικότητα και την αξία μας. Και τα δυο αυτά σημαντικά γνωρίσματα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικής μας ταυτότητας κάτι το οποίο αποτελεί βασικό γνώρισμα κυρίως της εφηβικής ανάπτυξης.

Από αυτά προκύπτει πως τα προβλήματα στο λόγο και την ομιλία ενός ανθρώπου και κυρίως ενός παιδιού, είναι πιθανό να προκαλέσουν καθοριστικές επιρροές και ψυχοσυναισθηματικές συνέπειες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες αλλά ως επί το πλείστον στις εφηβικές ηλικίες. (Λιβεριάδου, 2007)

Άγχος, ανησυχία, απογοήτευση, φοβίες, ενοχές είναι μερικά αρνητικά συναισθήματα που συνοδεύουν τον τραυλισμό. Ο θυμός στην περίπτωση στην οποία εκφράζεται λεκτικά είναι δυνατόν να ηρεμήσει έναν άνθρωπο, η λύπη όταν μοιράζεται με άλλους ανθρώπους ελαττώνεται, οι φοβίες οι οποίες εκφράζονται με λέξεις το ίδιο. Η ενοχή η οποία εξομολογείται, συγχωρείται και μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο και να ηρεμίσει έναν άνθρωπο. (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001) Πέρα, όμως, από τη δυσκολία του να εκφράσει τα προσωπικά του συναισθήματα, ιδέες και απόψεις, το πιο απογοητευτικό ενδεχομένως να είναι η αδυναμία του ανθρώπου να εκφραστεί για τον ίδιο του τον εαυτό, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό η ψυχολογία του και η συμπεριφορά του. (Gregory, Campbell, Gregory, & Hill, 2003)

Τα κυριότερα πεδία ανησυχητικών ενδείξεων είναι τα εξής:

- Αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής
- Ο τρόπος με τον οποίο εκδηλώνει τα συναισθήματα του (εκρηκτικότητα ή σε πολλές περιπτώσεις θυμό)
- Ο τρόπος που οργανώνει τις σκέψεις του
- Η προσαρμοστικότητα αλλά και η συμμετοχή στη σχολική ζωή (ανυπακοή, παθητικότητα καθώς επίσης και αντιδραστικότητα) (Μαλανδράκη, 2012)
- Οι επιδόσεις συγκριτικά με την προσπάθεια την οποία κάνει (Μεσσήνης & Αντωνιάδης, 2001)
- Η ψυχοσωματική κατάσταση (ψυχοσωματικά ζητήματα υγείας και αυτό εικόνα)

Τα παιδιά τα οποία τραυλίζουν αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στο να καταφέρουν να ελέγξουν και να διαχειρίζονται τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα τους, σε σύγκριση με τα υπόλοιπα παιδιά που δεν αντιμετωπίζουν παρόμοιας μορφής προβλήματα. Εάν αυτά τα παιδιά μάθουν πώς να διαχειρίζονται καλύτερα το άγχος και τα συναισθήματα που έχουν, μπορούν να βοηθηθούν σημαντικά. Έρευνες που έχουν γίνει τα προηγούμενα χρόνια, έδειξαν πως μικρά παιδιά τα οποία τραυλίζουν, εμφανίζουν πιο εύκολα συναισθηματική διέγερση και δυσκολεύονται ακόμα πιο πολύ να ηρεμήσουν ύστερα από αυτήν. Είναι λιγότερο ικανά να ελέγχουν την προσοχή και τη συγκίνηση την οποία έχουν κατά τη διάρκεια των καθημερινών καταστάσεων που αντιμετωπίζουν. (Ανδρέου, 2010)

Κάποιες άλλες έρευνες έχουν δείξει πως μερικές από τις συμπεριφορικές αλλά και συναισθηματικές διαφοροποιήσεις των παιδιών με ένα τέτοιο πρόβλημα, υφίστανται ως επί το πλείστον πριν από το ξεκίνημα του τραυλισμού και έχουν παίξει καθοριστικό ρόλο στο ξεκίνημα της συγκεκριμένης διαταραχής. Οι συναισθηματικές αλλά και οι συμπεριφορικές αντιδράσεις και ιδιαιτερότητες των συγκεκριμένων παιδιών, παρουσιάζουν σημαντική ανοδική τάση του κινδύνου για την ύπαρξη είτε τη συνέχιση του προβλήματος αυτού κυρίως όταν αναφερόμαστε σε παιδιά τα οποία έχουν προδιάθεση σε μια τέτοια πάθηση.

3.1 Τραυλισμός και Κοινωνικό Άγχος

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι από τους οποίους προκύπτει ότι ο τραυλισμός μπορεί να συσχετίζεται με την διαταραχή κοινωνικού άγχους. Ξεκινώντας, ο τραυλισμός συνοδεύεται από πολυάριθμες αρνητικές συνέπειες κατά την διάρκεια της ζωής, κάτι που μπορεί να αυξήσει την ευαισθησία σε κοινωνικές και ψυχολογικές δυσκολίες. Αυτές οι αρνητικές συνέπειες μπορούν να ξεκινήσουν νωρίς, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα παιδιά προσχολικής ηλικίας τα οποία τραυλίζουν και βιώνουν bullying, πειράγματα, αποκλεισμό και αρνητικές αντιδράσεις συνομηλίκων. Οι συμπεριφορές αυτές γίνονται πιο έντονες κατά την διάρκεια των σχολικών χρόνων, όταν τα παιδιά γίνονται πιο ενεργά σε κοινωνικές και ομιλητικές συνθήκες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, παιδιά και έφηβοι που τραυλίζουν συχνά να βιώνουν θυματοποίηση από τους συνομήλικους, κοινωνική απομόνωση και απόρριψη, και επίσης όπως προκύπτει, τα άτομα αυτά μπορεί να είναι λιγότερο δημοφιλή από τους συνομήλικους τους που δεν τραυλίζουν. Αυτές οι αρνητικές συνέπειες μπορούν να προκαλέσουν ντροπή, αμηχανία, χαμηλή αυτοπεποίθηση, απόσυρση και χαμηλές σχολικές επιδόσεις. Παρόμοιοι παράγοντες έχουν συσχετιστεί με το κοινωνικό άγχος. Δεν αποτελεί έκπληξη ότι ενήλικες που τραυλίζουν έχουν εκ των υστέρων αναφέρει ότι ο τραυλισμός είχε εξαιρετικά επιβλαβή επιρροή στην σχολική ζωή και μακροπρόθεσμες επιδράσεις στην κοινωνική και συναισθηματική λειτουργικότητα. Ο τραυλισμός στην ενηλικίωση επίσης συσχετίζεται με δυσμενείς αντιδράσεις ακροατών, αρνητικά στερεότυπα και σημαντικά επαγγελματικά και εκπαιδευτικά μειονεκτήματα. Συνεπώς, η διαταραχή μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της ζωής τόσο αρνητικά όσο και με απειλούμενες για την ζωή συνθήκες όπως η νευροπάθεια και η στεφανιαία νόσος, καθώς αυτοκτονικές σκέψεις και αυτοκτονίες που έχουν καταγραφεί σε ενήλικες με τραυλισμό. Οι πολυάριθμες αρνητικές συνέπειες που έχουν συσχετιστεί με τον τραυλισμό θεωρείται ότι αυξάνουν την ανάπτυξη του άγχους.

3.2 Χαρακτηριστικά της διαταραχής του κοινωνικού άγχους στον τραυλισμό.

Η διαταραχή του κοινωνικού άγχους συχνά συσχετίζεται με τον φόβο της αρνητικής αξιολόγησης, προσδοκίες κοινωνικής βλάβης, αρνητικές γνωστικές λειτουργίες, προκαταλήψεις προσοχής, αποφυγή και συμπεριφορές ασφαλείας. Υπάρχουν αυξανόμενες αποδείξεις ότι αυτά τα χαρακτηριστικά της διαταραχής του κοινωνικού άγχους, μπορεί να παίζουν κεντρικό ρόλο στην βίωση του τραυλισμού και επίσης μπορεί να βοηθούν στην διατήρηση της παρουσίας του κοινωνικού άγχους. Για παράδειγμα, άνθρωποι που τραυλίζουν είναι γνωστό ότι αποφεύγουν κοινωνικά απειλητικές καταστάσεις ώστε να ελαττώσουν το άγχος και την αμηχανία. Επιπλέον, έρευνες σχετικά με τον φόβο της αρνητικής αξιολόγησης και των συμπεριφορών ασφαλείας, έχουν βελτιώσει την κατανόησή μας για την σχέση μεταξύ της διαταραχής κοινωνικού άγχους και του τραυλισμού.

Σύμφωνα με το γνωστικό – συμπεριφορικό μοντέλο της διαταραχής του κοινωνικού άγχους των Rapee και Heimberg, ένα άτομο το οποίο τραυλίζει μπορεί να φοβάται την αρνητική αξιολόγηση σε κοινωνικές καταστάσεις και μπορεί να εστιάζει σε εσωτερικές υποδείξεις (παρουσία του τραυλισμού, φόβο απόρριψης ή αδιαφορίας) και εξωτερικές απειλές (σημάδια αδιαφορίας ή απόρριψης του ακροατή). Η μεροληψία επεξεργασίας πληροφοριών μετά προκαλεί στο άτομο να ανιχνεύσει αρνητικές ενδείξεις (συλλαβές και λέξεις που εμφανίζουν τραυλισμό, σημάδια αδιαφορίας ή απόρριψης του ακροατή). Ως εκ τούτου, οι κοινωνικές φοβίες του ατόμου επιβεβαιώνονται, το άγχος επιδεινώνεται, η μεροληψία επεξεργασίας πληροφοριών ή οι διαστρεβλώσεις είναι συνδυασμένες και το άτομο συμπεριφέρεται με τρόπους (αποφυγή της ομιλίας, απουσία βλεμματικής επαφής) που προκαλούν τις φοβούμενες αντιδράσεις από τους άλλους (απόρριψη και αδιαφορία). (Rapee & Heimberg, 1997)

3.3 Φόβος της αρνητική αξιολόγησης

Ο φόβος της αρνητικής αξιολόγησης είναι επίσης ένα από τα πιο ευρέως μελετημένα χαρακτηριστικά του κοινωνικού άγχους ανάμεσα σε ανθρώπους που τραυλίζουν. Συγκεκριμένα, ενήλικες που τραυλίζουν έχει βρεθεί ότι επιδεικνύουν σημαντικά αυξημένο φόβο αρνητικής αξιολόγησης και αυξημένο άγχος σε κοινωνικά αξιολογήσιμες καταστάσεις. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν επίσης αναφερθεί για έφηβους και μεγαλύτερους ενήλικες που τραυλίζουν, υποδεικνύοντας ότι ο φόβος της αρνητικής αξιολόγησης μπορεί να ξεκινάει νωρίς και να συνεχίζει να είναι παρόν στην μετέπειτα ζωή, για πολλούς ανθρώπους που τραυλίζουν. Υπάρχουν, ωστόσο, μερικές ενδείξεις ότι ο φόβος της αρνητικής αξιολόγησης μεταξύ ανθρώπων που τραυλίζουν μπορεί να μην είναι τόσο υψηλός όσο τα επίπεδα που έχουν αναφερθεί από κλινικά αγχώδη ή κοινωνικά φοβικά δείγματα. Μεγάλη πλειονότητα των μελετών προτείνει ότι οι αρνητικές κοινωνικές εμπειρίες που σχετίζονται με τον τραυλισμό μπορεί να συμβάλλουν στην παρουσία του φόβου της αρνητικής αξιολόγησης στην διάρκεια της ζωής αυτών που τραυλίζουν. Είναι επίσης εύλογο ότι ο φόβος της αρνητικής αξιολόγησης στον τραυλισμό μπορεί να σχετίζεται με, ή να καθοδηγείται από, αρνητικές σκέψεις σχετικά με την απειλή της κοινωνικής βλάβης, αμηχανίας και απόρριψης. Συγκεκριμένα, ενήλικες οι οποίοι τραυλίζουν και είναι κοινωνικά αγχώδεις έχει βρεθεί ότι αναφέρουν σημαντικά περισσότερες αρνητικές σκέψεις και πεποιθήσεις σχετικά με τον τραυλισμό, από ενήλικες οι οποίοι τραυλίζουν και δεν είναι κοινωνικά αγχώδεις. Αυτές οι αρνητικές σκέψεις μπορεί να περιλαμβάνουν σκέψεις και πεποιθήσεις όπως «Οι άνθρωποι εστιάζουν σε κάθε λέξη που λέω», «Ο καθένας στο δωμάτιο θα με ακούσει να τραυλίζω» και «Κανένας δεν θα με συμπαθήσει αν τραυλίσω». Αυτές οι αυτό-εστιασμένες αρνητικές σκέψεις μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην διατήρηση του φόβου της αρνητικής αξιολόγησης, και σχετίζονται με το κοινωνικό άγχος.

3.4 Μεροληψίες προσοχής και συμπεριφορές ασφαλείας.

Όπως έχει αναφερθεί ήδη, άτομα με διαταραχή κοινωνικού άγχους θέτουν υπερβολική προσοχή σε πιθανώς απειλητικά ερεθίσματα, εσωτερικευμένες αρνητικές σκέψεις, ψυχολογική διέγερση και στην απεικόνιση του εαυτού τους. Έχουν επίσης μια τάση να ερμηνεύουν ασαφείς και ουδέτερες κοινωνικές εκδηλώσεις με αρνητικό τρόπο και να αξιολογούν ηπίως αρνητικές κοινωνικές εκδηλώσεις με καταστροφικό τρόπο. Με αποτέλεσμα, η προσοχή να απομακρύνεται από θετικές εξωτερικές κοινωνικές υποδείξεις ή πληροφορίες, γεγονός που μπορεί να βοηθάει στην κηλίδωση αρνητικών σκέψεων και πεποιθήσεων και με αυτό τον τρόπο να διαιωνίζονται κοινωνικοί φόβοι. Άτομα με διαταραχή κοινωνικού άγχους, επίσης, συχνά εμπλέκονται σε γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές (συμπεριφορές ασφαλείας), ώστε να μειώσουν το άγχος και να ελαχιστοποιήσουν την πιθανότητα να πραγματοποιηθούν φοβούμενες εκδηλώσεις. Κοινές συμπεριφορές ασφαλείας περιλαμβάνουν αποφυγή, απουσία βλεμματικής επαφής και αυτοέλεγχο σε κοινωνικές καταστάσεις. Παρόλο που οι συμπεριφορές ασφαλείας προσωρινά μειώνουν το άγχος σε κοινωνικές καταστάσεις, αυτές οι συμπεριφορές συμβάλλουν στην μακρόχρονη παρουσία των φόβων. Για παράδειγμα, η απουσία της βλεμματικής επαφής μπορεί να γίνει αντιληπτή από τους άλλους σαν αδιαφορία και μπορεί να παραγάγει αρνητικές αντιδράσεις οι οποίες επιβεβαιώνουν κοινωνικούς φόβους. Ως εκ τούτου, άτομα με διαταραχή κοινωνικού άγχους συχνά συμπεριφέρονται με τρόπους που διατηρούν το άγχος. Οι μεροληψίες προσοχής και οι συμπεριφορές ασφαλείας είναι συχνές στον τραυλισμό. Συγκεκριμένα, ενήλικες που τραυλίζουν συχνά αποφεύγουν βλεμματική επαφή και κοινωνικές καταστάσεις που γίνονται αντιληπτές ως απειλητικές, ως εκ τούτου περιορίζουν την έκθεση σε θετικές αντιδράσεις του ακροατή και μειώνουν την πιθανότητα ανεπιβεβαίωτων αρνητικών σκέψεων και φόβων για την ομιλία. . Για να ερευνηθεί την μεροληψία προσοχής στον τραυλισμό, ο Lowe et al. (2012) αξιολόγησε βλεμματικές συμπεριφορές σε 16 ενήλικες που τραυλίζουν και 16 ενήλικες σε ομάδες ελέγχου, ενώ μιλούσαν. Τα μέλη του κοινού, είχαν εκπαιδευτεί για να επιδεικνύουν θετικές, ουδέτερες και αρνητικές εκφράσεις και ο ανιχνευτής ματιών χρησιμοποιήθηκε για να καταγράψει τις κινήσεις των ματιών των συμμετεχόντων.

Σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου, οι ενήλικες που τραυλίζουν βρέθηκε να κοιτάνε τα θετικά μέλη του κοινού για σημαντικά μικρότερο χρόνο από ότι τα ουδέτερα ή αρνητικά μέλη του κοινού. Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι ενήλικες που τραυλίζουν μπορεί να παραμελούν θετικές κοινωνικές υποδείξεις σε κοινωνικές καταστάσεις, επομένως επιβεβαιώνονται οι αρνητικές σκέψεις και οι κοινωνικοί φόβοι. Αυτές οι μεροληψίες και οι συμπεριφορές μπορεί να συμβάλλουν ουσιαστικά στην ανάπτυξη ή την διατήρηση συσχετιζόμενης διαταραχής κοινωνικού άγχους. (Lowe, et al., 2012) Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για το αν οι άνθρωποι που τραυλίζουν επιδεικνύουν την ίδια μεροληψία στην επεξεργασία πληροφοριών όταν ανταποκρίνονται σε μια ποικιλία πειραματικών εργαλείων που χρησιμοποιούνται στην έρευνα για το άγχος. Αν οι ενήλικες που τραυλίζουν πράγματι επιδεικνύουν μεροληψία προσοχής προς αρνητικές ενδείξεις και μακριά από θετικές ενδείξεις σε κοινωνικές καταστάσεις, θα είναι απαραίτητο να προσδιορίσουμε εάν αυτές οι μεροληψίες προσοχής είναι αποδοτέες στον τραυλισμό ή στο κοινωνικό άγχος ή και στα δύο. Παρομοίως, αποδείξεις σχετικά με την χρήση και τον πειραματικό χειρισμό συμπεριφορών ασφαλείας σε κοινωνικές συναντήσεις για ανθρώπους που τραυλίζουν, είναι ελλιπείς. (Iverach & Rapee, 2014)

3.5 Έρευνα για την παρουσία Διαταραχών Κοινωνικού Άγχους στον Τραυλισμό

Η ανάπτυξη των διαταραχών του κοινωνικού άγχους (ΔΚΑ) μεταξύ ατόμων που τραυλίζουν ήταν και συνεχίζει να είναι ελάχιστα κατανοητή. Παρά την απουσία ξεκάθαρων παραγόντων υπεύθυνων για την εμφάνιση τέτοιων διαταραχών μεταξύ του πληθυσμού που τραυλίζει, η ηλικία, το φύλο και η σοβαρότητα του τραυλισμού παρέμειναν μεταξύ των κυριότερων παραγόντων που συμβάλλουν. Οι στόχοι αυτής της έρευνας ήταν να καθορίσει την συχνότητα των ΔΚΑ μεταξύ ατόμων που τραυλίζουν και να μελετήσει την σχέση μεταξύ της ηλικίας των ατόμων που τραυλίζουν, του φύλου τους, του βαθμού της σοβαρότητας του τραυλισμού και της παρουσίας ΔΚΑ. Αυτή η μελέτη διεξήχθη μεταξύ του πληθυσμού με τραυλισμό που παραβρέθηκε στα φωνοιατρικά εξωτερικά ιατρεία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν αναδρομικά. Ένα σύνολο από 120 άτομα που τραυλίζουν, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε φωνολογική και ψυχιατρική αξιολόγηση μεταξύ του Ιανουαρίου του 2015 και του Ιανουαρίου του 2017, συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την μελέτη. Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε εφαρμόζοντας το πρωτόκολλο αξιολόγησης του τραυλισμού (συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης της σοβαρότητας του τραυλισμού χρησιμοποιώντας Stuttering Severity Instrument for Children and Adults-3), καθώς και μια δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη χρησιμοποιώντας Mini International Neuropsychiatric Interview και Mini International Neuropsychiatric Interview για παιδιά και εφήβους και Structured Clinical Interview for DMS-IV (SCID) για αξιολόγηση της ΔΚΑ. Ένα σύνολο από 120 ασθενείς, 92 άντρες και 28 γυναίκες, υποβλήθηκαν σε φωνολογική και ψυχιατρική αξιολόγηση. Ένα σύνολο από 70 ασθενείς, 46 αγόρια και 24 κορίτσια, αξιολογήθηκαν ως παιδική ομάδα και 50 ασθενείς, 46 άντρες και 4 γυναίκες, αξιολογήθηκαν σαν ομάδα εφήβων και ενηλίκων. Από την έρευνα προέκυψε ότι διαταραχές κοινωνικού άγχους παρουσιάζονταν στην ομάδα εφήβων και ενηλίκων και όχι στην ομάδα παιδιών.

Η ανάπτυξη των ΔΚΑ συσχετιζόταν με την μεγαλύτερη ηλικία των ατόμων που τραυλίζουν και με τα σκορ σοβαρότητας του τραυλισμού. Από την έρευνα αυτή συμπεραίνουμε ότι η συννοσηρότητα του τραυλισμού με ΔΚΑ μπορεί να θεωρηθεί μια συγκεκριμένη υποομάδα του τραυλισμού. Επομένως, αυτή η συννοσηρότητα θα πρέπει να προσδιορίζεται κατά την διάρκεια της αξιολόγησης και της επίβλεψης του τραυλισμού. Διαφορετικά, θα μπορούσε αισθητά να επηρεάσει την πορεία και την πρόγνωση των συνθηκών του τραυλισμού.

3.6 Τραυλισμός και εργασία

Ο τραυλισμός επιδρά στους περισσότερους τομείς της ζωής του ανθρώπου που τραυλίζει. Ένας από αυτούς τους τομείς είναι η επαγγελματική του αποκατάσταση. Τα άτομα αυτά εξαιτίας του τραυλισμού μπορεί να αποφύγουν αρκετά επαγγέλματα που χρειάζονται άμεση και συχνή επικοινωνία με άλλους ανθρώπους, επαγγέλματα που φέρουν υψηλές απαιτήσεις και ευθύνες και γενικότερα όσα επαγγέλματα είναι στρεσογόνα. Παράγοντες δηλαδή που μπορεί να δυσκολέψουν την ομιλία τους και να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον ευνοϊκό για την εμφάνιση του τραυλισμού. Ακόμα, οι συνεντεύξεις στις οποίες θα υποβληθούν κατά την αναζήτηση εργασίας και το άγχος για το πως θα τους αντιμετωπίσουν οι εργοδότες όταν αντιληφθούν ότι τραυλίζουν, επιδεινώνει ακόμα περισσότερο τον τραυλισμό τους. Πέρα όμως από τις δικές τους σκέψεις και ανησυχίες για την εύρεση δουλειάς, αντιμετωπίζουν και εξωτερικές δυσκολίες όπως για παράδειγμα, εάν οι εργοδότες θα αποφασίσουν να τους προσλάβουν, αφηφώντας την διαταραχή στην ομιλία τους, οι ευκαιρίες ανέλιξης και προαγωγής που θα τους δοθούν σε περίπτωση πρόσληψης τους αλλά και το πως θα τους αντιμετωπίζουν οι συνάδελφοι τους. Τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζονται ως άτομα με «ανικανότητα», όρος που σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) αναφέρεται ως βλάβη, περιορισμός δραστηριότητας και απαγόρευση συμμετοχής ενώ ο τραυλισμός για αυτούς αποτελεί την κοινωνική τους ταυτότητα και τους στιγματίζει. Όλοι οι άνθρωποι έχουν κοινωνική ταυτότητα και είναι αυτή που ορίζει τις σχέσεις με τους υπολοίπους, ως μέλη μιας ομάδας που ανήκουν με τα ίδια χαρακτηριστικά και ως μέλη της ομάδας με διαφορετικά χαρακτηριστικά που δεν ανήκουν. Η κοινωνική ταυτότητα είναι σημαντική για πολλές παραμέτρους, συμπεριλαμβανομένου της εργασίας. Είναι δυνατόν να επηρεάσει τις αντιλήψεις των εργοδοτών και τις συμπεριφορές των συναδέλφων. Μπορεί επίσης να στιγματίσει τους ανθρώπους που τραυλίζουν και να τους υποβάλλει σε μια διαδικασία διακρίσεως. (Plexico, Hamilton, Hawkins, & Erath, 2019)

3.6.1. Εργασιακή διάκριση και αίσθημα ικανοποίησης στη δουλειά

Οι άνθρωποι που τραυλίζουν πολύ συχνά υφίστανται διάκριση στο εργασιακό τους περιβάλλον. Στις αντιλήψεις της κοινωνίας κυριαρχεί η πεποίθηση πως αυτοί οι άνθρωποι χαρακτηρίζονται από δειλία, έλλειψη ανάληψης πρωτοβουλιών και ανασφάλεια γεγονός που διαιωνίζει την άποψη ότι ο τραυλισμός μειώνει τις προοπτικές εργασίας. Μια έρευνα για τη στάση των εργοδοτών απέναντι στους ανθρώπους με τραυλισμό φανέρωσε ότι το 40% των ερωτηθέντων θεώρησαν τον τραυλισμό ως εμπόδιο στην απασχόληση, ενώ το 75% πίστευε ότι ο τραυλισμός είχε αρνητικό αντίκτυπο στην εργασία. (Hurst & Cooper, 1983) Το 50% όσων συμμετείχαν στην έρευνα ανέφερε επίσης ότι θα επέλεγε έναν υποψήφιο που δεν τραυλίζει εάν ήταν ανάμεσα σε δύο υποψηφίους, έναν με τραυλισμό και έναν χωρίς. Το 80% επίσης φάνηκε να θεωρεί τον τραυλισμό ως αναπηρία, ενώ δεν πιστεύουν ότι ο τραυλισμός μπορεί να μειώσει την απόδοση του ατόμου αλλά θεωρούν ότι η πρόσληψη ενός τέτοιου ατόμου αποτελεί πρόκληση. (Bricker-Katz, Lincoln, & Cumming, 2013)

Η διάκριση στην εργασία που υφίστανται συχνά τα άτομα με «αδυναμίες» μπορεί να υπονομεύσει το αίσθημα ικανοποίησης που βιώνει κάποιος από την δουλειά του. Αρχικά πολλές φορές ο τραυλισμός πιστεύεται ότι μπορεί να μειώσει τις αποδόσεις, ότι το άτομο που τραυλίζει πρέπει να αναζητήσει εργασία που δεν απαιτεί την χρήση ομιλίας, ότι υπάρχουν λίγες έως ελάχιστες πιθανότητες εξέλιξης στην εργασία ενώ πολλοί εργοδότες πιστεύουν ότι η παρουσία τραυλισμού μειώνει τις πιθανότητες πρόσληψης. Πολυάριθμες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με τραυλισμό θεωρούν ότι ο τραυλισμός τους οφείλεται για την απόλυση τους, για την μη παροχή αύξησης, για το γεγονός ότι οι ικανότητες τους δεν εκτιμήθηκαν σωστά και ότι ο τραυλισμός παρέκβαινε στις εργασιακές επιδόσεις τους. Επιπλέον, μέσα από έρευνα προέκυψε ότι τόσο οι άντρες αλλά και οι γυναίκες με τραυλισμό αμείβονται λιγότερο από τους άντρες και τις γυναίκες χωρίς τραυλισμό. (Plexico, Hamilton, Hawkins, & Erath, 2019)

3.6.2. Εργασιακές Ευκαιρίες και Επιδόσεις

Είναι αρκετές οι περιπτώσεις ατόμων στους οποίους ο τραυλισμός επηρέασε τις εργασιακές τους επιδόσεις και τους ώθησε ακόμα και να ακολουθήσουν τελείως διαφορετικές επιλογές καριέρας. Σύμφωνα με τον (Gilmore, 1974), οι ίσες ευκαιρίες για τους ανθρώπους με διαταραχές στην επικοινωνία μπορεί να περιοριστούν με δύο τρόπους: από τις αρνητικές στάσεις των ατόμων χωρίς διαταραχές και από τις αρνητικές στάσεις που προκύπτουν από τα άτομα με διαταραχές για τον εαυτό τους. Αυτοί μπορεί να βιώσουν απόρριψη, τιμωρία και κατά συνέπεια, άγχος, απογοήτευση και απόσυρση. Τα άτομα που τραυλίζουν, επομένως, μπορεί να υποαπασχολούνται τόσο λόγω των στάσεων της κοινωνίας όσο και λόγω της δικής τους στάσης για την ομιλία τους. Πέρα από τις συμπεριφορές όσων εργάζονται με, και προσλαμβάνουν άτομα που τραυλίζουν στις οποίες αναφερθήκαμε προηγουμένως, οι συμπεριφορές όσων τραυλίζουν μπορεί να διαδραματίσουν ακόμη μεγαλύτερο ρόλο στις δυνατότητες απασχόλησης και προαγωγής τους. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης, επικοινωνιακών δεξιοτήτων και οι αμφιβολίες για τον εαυτό τους έχεις πολλές φορές ως αποτέλεσμα να προτιμώνται άτομα χωρίς τραυλισμό γιατί έχουν την αντίθετη στάση, ενώ πολλές φορές εάν προσληφθούν θα τοποθετηθούν σε κατώτερες θέσεις από ότι τους αναλογεί εξαιτίας των προαναφερθέντων. (Klein & Hood, 2004) Έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με τραυλισμό θεωρούν πως εξαιτίας του τραυλισμού, δεν είχαν την επιδόσεις, την μόρφωση και την αυτοεκτίμηση που επιθυμούσαν. Επηρεαζόταν επίσης οι σχέσεις του με τους ανθρώπους σε θέσεις εξουσίας, ανωτέρων τους στο επάγγελμα τους αλλά και οι δυνατότητες προαγωγής τους. Τα άτομα αυτά τονίζουν πως για αυτούς η εργασία είναι πολύ διαφορετική, ο τραυλισμός είναι πάντα εκεί και οι υπόλοιποι τους αντιμετωπίζουν ως μη φυσιολογικούς, δεν μπορούν να τους δουν ανταγωνιστικά, δηλαδή ως αξιοποιήσιμη δύναμη στη δουλειά, ενώ ο τραυλισμός τους δυσχεραίνει την επικοινωνία τους αφού για αυτούς είναι δύσκολο να μιλήσουν, με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και επομένως δεν μπορούν και να αποδώσουν στο μέγιστο δυνατό. (Bricker-Katz, Lincoln, & Cumming, 2013)

Κεφάλαιο 4^ο Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση λειτουργεί σε διαφορετικά επίπεδα. Σε ένα πρώτο επίπεδο απαιτείται συγκέντρωση πληροφοριών μέσα από τη συνέντευξη, τη μέτρηση της ευχέρειας στη ροή της ομιλίας, τη διεξαγωγή δοκιμασιών και τη χορήγηση ερωτηματολογίων. Αυτό προϋποθέτει προσεκτική οργάνωση, παρατηρητικότητα και ενδελεχή ανάλυση των δεδομένων. Η αξιολόγηση ξεκινά με το αίτημα του πελάτη για βοήθεια και ολοκληρώνεται με τον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η αξιολόγηση αφορά τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του περιστατικού, πολλές φορές και της οικογένειας, και του θεραπευτή. Σε αυτό το στάδιο, ο θεραπευτής, προσπαθεί να κερδίσει την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό του περιστατικού του, ώστε με τον τρόπο αυτό να έχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τις ανάγκες του εκάστοτε θεραπευόμενου και να είναι σε θέση να δημιουργήσει ένα στοχευμένο πλάνο θεραπείας. Έτσι, ο θεραπευτής γνωρίζει τον τραυλισμό στην ολότητα του και ο θεραπευόμενος εμπιστεύεται και εκτιμά την ικανότητα του θεραπευτή να βοηθήσει.

4.1 Οι ανάγκες του πελάτη και ο ρόλος του θεραπευτή

Πολλές φορές είναι δύσκολο ο θεραπευτής να εφαρμόσει στη θεραπεία τις ανάγκες του πελάτη καθώς μπορεί να υπάρξει σύγχυση σχετικά με τις προσδοκίες και τις προτεραιότητες. Ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να επιτρέπει σε στοιχεία που δόθηκαν κατά την παραπομπή, σε προηγούμενες εμπειρίες ή προκαταλήψεις να επηρεάζουν την ικανότητα του να δει καθαρά και πολύπλευρα τις εκάστοτε ανάγκες. Όταν θα έχει αναπτυχθεί η εμπιστοσύνη μεταξύ του πελάτη ή της οικογένειας και του θεραπευτή, τότε θα είναι δυνατή η από κοινού τροποποίηση του πλάνου. Επιπλέον, ο θεραπευτής θα πρέπει να δείχνει ειλικρινές ενδιαφέρον και ενσυναίσθηση, όπως επίσης και να αποδέχεται τυχόν παλινδρομήσεις που μπορεί να συμβούν.

Ένα πολύ βασικό κομμάτι στον ρόλο του θεραπευτή είναι να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να αποδεχτεί τον εαυτό του και τον τραυλισμό του καθώς αυτό είναι και το πρώτο βήμα για την ευχερή ομιλία και την αποτελεσματική επικοινωνία. Συγκεκριμένα, ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοεί τις ανάγκες του θεραπευόμενου ή της οικογένειας, να μπορεί να επιδείξει τις γνώσεις του με σκοπό να κερδίσει την εμπιστοσύνη, να αντιλαμβάνεται το αίτημα που συνοδεύεται με την παραπομπή και να κατανοεί το πρόβλημα του τραυλισμού (Guitar, 2014).

4.2 Αντικειμενικότητα αξιολόγησης

Ο θεραπευτής θα πρέπει να γνωρίζει κατά πόσο είναι έγκυρη και αξιόπιστη η μέθοδος που ακολουθεί για την αξιολόγηση ενός ή περισσότερων χαρακτηριστικών τραυλισμού. Ο τραυλισμός είναι από τη φύση του δύσκολο να μετρηθεί, καθώς πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τη διαδικασία μέτρησης. Μερικοί πολύ συχνοί παράγοντες είναι η υποκειμενικότητα, οι τυχαίες διακυμάνσεις, το πλαίσιο αξιολόγησης, το μήκος και ο τύπος δείγματος και οι τομείς που επιλέγονται για αξιολόγηση (συχνότητα/σοβαρότητα/διάρκεια/τύπος). Η αξιοπιστία όμως της μέτρησης μπορεί να ελεγχθεί με διάφορους τρόπους:

- Όταν ο παρατηρητής καταλήγει στο ίδιο αποτέλεσμα για δεύτερη φορά μέσω της βιντεοσκόπησης
- Όταν πραγματοποιείται σύγκριση μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου βαθμολογητή

Η μέτρηση της αξιοπιστίας πραγματοποιείται είτε:

- Σημείο προς σημείο, δηλαδή μετρώντας τις συλλαβές με τραυλισμό και διαιρώντας τις με τις συνολικές συλλαβές του δείγματος.
- Ποσοστό σφάλματος, δηλαδή αξιολογείται η διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στη μέτρηση του πρώτου και του δεύτερου βαθμολογητή σε ένα ελάχιστο δείγμα 10%.
- Συσχέτιση με χρήση t-test, δηλαδή με τη συσχέτιση των αρχικών μετρήσεων με τις επόμενες μετρήσεις (Καμπανάρου, 2007).

4.3 Δομή της αξιολόγησης

Η δομή που θα μπορούσε να έχει η αξιολόγηση είναι η ακόλουθη:

1. Ιστορικό
2. Αλληλεπίδραση γονέων –παιδιού
3. Ανάλυση
4. Συνέντευξη
5. Δείγμα Ομιλίας
6. SSI-4
7. Φωνολογική αξιολόγηση
8. Αξιολόγηση Λόγου

4.3.1 Πληροφορίες ιστορικού

Η διαδικασία αυτή είναι απαραίτητη για να συγκεντρωθούν οι πληροφορίες που σχετίζονται με το ιστορικό ανάπτυξης των δυσκολιών της ροής του λόγου και το γενικότερο αναπτυξιακό προφίλ, για την διερεύνηση των βασικών προβλημάτων των γονέων και για την κατανόηση της γενικότερης αντίληψης που έχουν οι γονείς σχετικά με τη διαταραχή του παιδιού τους (Guitar, 2014).

4.3.2 Συνέντευξη

Μερικές στοχευμένες ερωτήσεις κατά τη συνέντευξη με τους γονείς ή το οικογενειακό περιβάλλον θα μπορούσαν να είναι:

- Υπάρχει κάποιο μέλος στην οικογένεια με διαταραχές λόγου –ομιλίας;
- Πότε παρατηρήσατε για πρώτη φορά τη δυσρυθμία;
- Συνέβαινε κάτι ιδιαίτερο στη ζωή του παιδιού/σας όταν άρχισε να τραυλίζει/τραυλίζετε;
- Τι αλλαγές, αν υπάρχουν, έχετε εντοπίσει στην ομιλία από τότε που παρατηρήθηκε για πρώτη φορά ο τραυλισμός;
- Το παιδί ή ο ενήλικας φαίνεται να έχει επίγνωση της δυσρυθμίας του;
- Μήπως αποφεύγει να μιλήσει;

- Έχουν απευθυνθεί αλλού ώστε να αξιολογηθεί;
- Πότε και σε ποιες περιπτώσεις το παιδί παρουσιάζει τη μεγαλύτερη και τη μικρότερη δυσρυθμία;

(Guitar, 2014)

4.3.3 Δείγμα ομιλίας

Κατά την αξιολόγηση είναι απαραίτητο να υπάρχουν δείγματα ομιλίας από διάφορα πλαίσια, όπως για παράδειγμα το κλινικό πλαίσιο και το φυσικό περιβάλλον του θεραπευόμενου, είτε αυτό πρόκειται για το σπίτι και το εργασιακό πλαίσιο για τον ενήλικα, είτε πρόκειται για το σπίτι και το σχολείο για ένα παιδί. Αυτό συμβαίνει γιατί πρέπει να διασφαλιστεί ότι το δείγμα που αξιολογείται δεν περιορίζεται μέσα στο χώρο της παρέμβασης, καθώς εκεί μπορεί να υπάρξει λανθασμένη εικόνα. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι ο τραυλισμός διαφοροποιείται ανά διαστήματα, ακόμα και μέσα στη μέρα (Καμπανάρου, 2007). Το μέγεθος του δείγματος θα πρέπει να δίνει ξεκάθαρη εικόνα, δεν θα πρέπει δηλαδή να είναι μικρό αλλά επαρκές και δεν θα πρέπει να δημιουργούνται συναισθηματικές εντάσεις, εκτός και αν είναι αυτός ο στόχος (Guitar, 2014).

Καταγραφές σε μια αξιολόγηση

- Επαναλαμβανόμενων ήχων/συλλαβών
- Επιμηκύνσεων
- Παύσεων
- Συμπεριφορών διαφυγής και αποφυγής
- Μεγάλα επεισόδια τραυλισμού
- Μ.Ο. των τριών μεγαλύτερων επεισοδίων

Μια αξιολόγηση περιλαμβάνει τη συχνότητα, τους τύπους επεισοδίων τραυλισμού, τη διάρκεια, τις δευτερεύουσες συμπεριφορές, τη σοβαρότητα, τη φυσικότητα της ομιλίας, τον ρυθμό της ομιλίας και της ανάγνωσης, τα συναισθήματα και τις στάσεις (Guitar, 2014).

Αξιολόγηση της συχνότητας

Το ποσοστό των συλλαβών ή των λέξεων ή τον αριθμό των επεισοδίων ανά 100 λέξεις με τραυλισμό. Σημαντικό είναι να ελεγχθεί η συχνότητα και κατά την ανάγνωση, καθώς ο ομιλητής στο ελεύθερο δείγμα ομιλίας μπορεί να αποφύγει λέξεις στις οποίες είναι πιθανό να τραυλίσει, πράγμα που δεν μπορεί να συμβεί κατά την ανάγνωση (Guitar, 2014).

Αξιολόγηση των τύπων επεισοδίων του τραυλισμού

Κατά την αξιολόγηση των παιδιών προσχολικής ηλικίας καλό θα ήταν να υπολογίζεται ο αριθμός των συνολικών δυσρυθμιών, καθώς μετά την ηλικία των 4 ετών όταν διατηρούνται ή αυξάνονται οι επαναλήψεις τότε πιθανόν παρουσιάζει τραυλισμό και όχι φυσιολογική δυσρυθμία.

Αξιολόγηση διάρκειας

Η διάρκεια μας δίνει σημαντικές πληροφορίες για τη σοβαρότητα του τραυλισμού. Η διάρκεια κάθε επεισοδίου αποτελεί ένα από τα βασικά συστατικά της σοβαρότητας. Όσο πιο μεγάλα τα επεισόδια τόσο πιο σοβαρός είναι ο τραυλισμός (Guitar, 2014).

Αξιολόγηση των δευτερευουσών συμπεριφορών

Η ύπαρξη τους μπορεί να αποτελεί κριτήριο για την τοποθέτηση του θεραπευόμενου σε σοβαρότερη κλίμακα τραυλισμού. Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές μπορεί να έχουν τη μορφή σωματικών κινήσεων, πρόσθετων ήχων ή αλλαγή στον τρόπο παράγωγης της ομιλίας (Guitar, 2014).

Αξιολόγηση συναισθημάτων και πεποιθήσεων

Η εμφάνιση αρνητικών αντιλήψεων και συμπεριφορών είναι συχνή σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Μερικά προγράμματα αξιολόγησης της συναισθηματικής κατάστασης σε σχέση με τον τραυλισμό είναι τα εξής:

Προσχολική ηλικία

- KiddyCat
- The impact of stuttering on preschoolers and parents questions (ISPP)
- Behavioral Style Questionnaire (BSQ)

Σχολική ηλικία

- Communication Attitude Test (CAT)
- Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)
- Teaches Assessment of Students Communicative Competence (TASCC)

Έφηβοι και ενήλικες

- Modified Ericson Scale of Communication Attitudes (S-24)
- Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)

Κεφάλαιο 5^ο Αντιμετώπιση τραυλισμού

Οι στόχοι της θεραπείας του τραυλισμού διακρίνονται σε άμεσους και έμμεσους, που οριοθετούνται πριν από την έναρξη της θεραπευτικής παρέμβασης. Οι στόχοι έχουν άμεση εξάρτηση από τον εκάστοτε πάσχοντα, το βαθμό του τραυλισμού του, την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει και σε ορισμένες περιπτώσεις από το οικογενειακό περιβάλλον του, καθώς επίσης και από τον ίδιο τον κλινικό και την κατάρτιση την οποία έχει. (Μαλανδράκη, 2012)

Αναφορικά, οι στόχοι που αποσκοπούν να πετύχουν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις του τραυλισμού είναι η μείωση της συχνότητας του τραυλισμού, η μείωση των συμπτωμάτων του, η μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, σκέψεων και στάσεων για τον τραυλισμό και την ομιλία, η μείωση της αποφυγής των επεισοδίων τραυλισμού, αλλά και η γενικότερη βελτίωση των συνολικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων του ατόμου που τραυλίζει. (Guitar, 2014)

Φυσικά, στους παραπάνω στόχους της θεραπείας του τραυλισμού εμπεριέχονται και τα ζητήματα κοινωνικοποίησης, αποδοχής από το περιβάλλον καθώς επίσης και η αποδοχή της διαταραχής στη ροή της ομιλίας από τον εκάστοτε άνθρωπο που τραυλίζει. Καθοριστικό ρόλο σε όλα αυτά μπορεί να διαδραματίσει και ένας γνωστικός ψυχολόγος ο οποίος έχει μεγάλη πείρα και γνώση σε ότι έχει να κάνει με τη γνωσιακή και συμπεριφορική αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος. (Μαλανδράκη, 2012)

5.1 Θεραπευτικά προγράμματα

Εάν θα έπρεπε για τις ανάγκες αυτής της πτυχιακής εργασίας να επιλεχθούν 2 προγράμματα θεραπείας αυτά θα ήταν το πρόγραμμα Palin Parent-Child Interaction και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Μερικά εξίσου σημαντικά προγράμματα για τη θεραπεία του προβλήματος αυτής της μορφής είναι το πρόγραμμα Lindcombe (το οποίο αφορά ως επί το πλείστον παιδιά προσχολικής ηλικίας), το πρόγραμμα Camperdown (χρησιμοποιείται κατά βάση σε ενήλικες αλλά και εφήβους με τραυλισμό) καθώς επίσης και το πρόγραμμα Fluency Plus (το οποίο ως επί το πλείστον αφορά εφήβους και ενήλικες) (Μαλανδράκη, 2012).

Παράλληλα με όλα τα παραπάνω, καθοριστικό ρόλο παίζει και η συμβουλευτική, η οποία είναι σημαντικό να έχει ουσιαστική αλλά και εις βάθος γνώση της κατάστασης του εκάστοτε πάσχοντα και να τον ακούει ουσιαστικά με βασικότερο στόχο να καταφέρει να τον συμβουλευτεί κατάλληλα. Οι τακτικές που θα προτείνει ένας ειδικός υλοποιούνται με απαντήσεις περιεχομένου, απαντήσεις με βάση το συναίσθημα, αντερωτήσεις, διαβεβαιώσεις, επανεξέταση της κατάστασης, άνοιγμα προσωπικών εμπειριών. Φυσικά, σε περίπτωση που εντοπιστούν πιο σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα, τότε είναι ζωτικής σημασίας να παραπεμφθεί σε κάποιον ειδικό (όπως για παράδειγμα σε κάποιον ψυχολόγο) (Μαλανδράκη, 2012).

5.1.1 Palin Parent-Child Interaction

Το πρόγραμμα αναπτύχθηκε από το κλινικό κέντρο θεραπείας του Michael Palin στο Ηνωμένο Βασίλειο. Πολλές θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν άμεσες και έμμεσες θεραπευτικές μεθόδους ή ακόμα και τον συνδυασμό τους. Η άμεση παρέμβαση δημιουργεί κλίμα αλλαγών στο περιβάλλον του παιδιού και στην αλληλεπίδραση με τους γονείς, ώστε να βελτιωθεί η ροή ομιλίας του παιδιού. Στην άμεση παρέμβαση συνήθως υπάρχουν τεχνικές τροποποίησης της ομιλίας, όπως για παράδειγμα η μείωση του ρυθμού ομιλίας.

Το Palin PCI είναι ένας συνδυασμός άμεσης και έμμεσης θεραπείας για παιδιά από 7 ετών και κάτω και οι γονείς είναι βασικός πυλώνας της θεραπείας. Το πρόγραμμα ξεκινάει από την αξιολόγηση με στόχο τη δημιουργία ενός θεραπευτικού προγράμματος στοχευμένου στις ανάγκες του παιδιού και του οικογενειακού πλαισίου. Το θεραπευτικό πρόγραμμα ακολουθεί τρεις βασικές στρατηγικές:

- Στρατηγικές αλληλεπίδρασης, όπως για παράδειγμα η πρωτοβουλία του παιδιού στο παιχνίδι
- Στρατηγικές οικογένειας, όπως για παράδειγμα η διαχείριση των συναισθημάτων
- Στρατηγικές παιδιού, όπως για παράδειγμα η μείωση του ρυθμού ομιλίας

Το πρόγραμμα είναι ένα σύνολο έξι εβδομάδων θεραπείας που ακολουθείται από έξι εβδομάδες εργασίας στο σπίτι. Με το τέλος των δώδεκα εβδομάδων, το παιδί αξιολογείται ώστε να κριθεί η αναγκαιότητα ή μη επιπλέον θεραπευτικού προγράμματος του παιδιού ή της οικογένειας. Για ορισμένα παιδιά, το αποτέλεσμα του προγράμματος είναι η φυσιολογική ροή ομιλίας, ενώ για κάποια άλλα παιδιά είναι η ελαχιστοποίηση των συνεπειών του τραυλισμού για το παιδί και την οικογένεια.

Πρώτη συνεδρία αξιολόγησης

Κρατάει 1-1,5 ώρα και στην συνεδρία βρίσκεται ο ένας ή και οι δύο γονείς χωρίς την παρουσία από τα αδέρφια, αν υπάρχουν. Λαμβάνεται βίντεο αλληλεπίδρασης του γονέα με το παιδί και γίνεται ανίχνευση δεξιοτήτων λόγου, ομιλίας και κοινωνικής επικοινωνίας του παιδιού, όπως επίσης και αξιολόγηση του τραυλισμού. Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση των αποτελεσμάτων και συμπλήρωση του βιβλιαρίου του παιδιού. Το βίντεο αλληλεπίδρασης θα πρέπει να είναι πεντάλεπτο.

Η Ανίχνευση δεξιοτήτων λόγου, ομιλίας και κοινωνικής επικοινωνίας περιλαμβάνει:

- Δεξιότητες γλωσσικής κατανόησης και έκφρασης
- Φωνολογία/ φθόγγοι ομιλίας
- Ανάκληση Λέξεων (Ονοματισμός)

Η αξιολόγηση του τραυλισμού έχει ως στόχο την καταγραφή της σοβαρότητας του τραυλισμού ως προς την συχνότητα και το είδος των παρατηρούμενων συμπεριφορών τραυλισμού. Στην ανάλυση του δείγματος ομιλίας γίνεται αναγνώριση κάθε επεισοδίου τραυλισμού, υπολογισμός του ποσοστού συλλαβών τραυλισμού (%SS), περιγραφή του είδους των συμπεριφορών τραυλισμού που παρατηρήθηκαν και διαπίστωση / καταγραφή του βαθμού σοβαρότητας του τραυλισμού.

Από τη σύνοψη των ευρημάτων του βίντεο αλληλεπίδρασης γονέα παιδιού, πρέπει να γίνει ένας στοχασμός του τι έχει ανάγκη το παιδί για να βοηθηθεί στη ροή της ομιλίας. Επιπλέον, πρέπει να γίνει αναγνώριση των τεχνικών που χρησιμοποιούν αυθόρμητα οι γονείς και έχουν αποτέλεσμα στο παιδί, όπως επίσης και η αναγνώριση της ανάγκης των γονέων που μπορεί να θεωρηθεί ένας πιθανός πρώτος στόχος.

Δεύτερη συνεδρία αξιολόγησης

Στη δεύτερη συνεδρία αξιολόγησης γίνεται η λήψη ιστορικού. Συμμετέχουν και οι δύο γονείς ή ο κύριος φροντιστής του παιδιού. Συγκεκριμένα αξιολογείται το αντίκτυπο του τραυλισμού κατά την εκτίμηση των γονιών των παιδιών που τραυλίζουν με ειδικά ερωτηματολόγια, στη συνέχεια γίνεται η λήψη του ιστορικού που έχει να κάνει με οργανικούς, γλωσσικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Τέλος, γίνεται η διατύπωση από τον θεραπευτή γενικών δεδομένων για τον τραυλισμό αλλά και των ευρημάτων από την αξιολόγηση, όπως επίσης και προτάσεων χειρισμού.

Περιγραφή συνεδριών θεραπείας

Η διάρκεια του προγράμματος είναι έξι εβδομάδες αλληλεπίδρασης γονέων-παιδιού. Οι συνεδρίες γίνονται μία φορά την εβδομάδα στο πλαίσιο της κλινικής, μαζί με τους γονείς του παιδιού, και κρατάνε μία ώρα. Στη συνέχεια ακολουθεί μια περίοδος έξι εβδομάδων εμπέδωσης στο σπίτι από το παιδί και με το πέρας των δώδεκα εβδομάδων γίνεται μία συνεδρία επανεκτίμησης.

Ο κάθε γονέας βιντεοσκοπεί στο σπίτι πεντάλεπτα βίντεο αποκλειστικού χρόνου με το παιδί που τραυλίζει. Στη διάρκεια του αποκλειστικού το παιδί διαλέγει τη δραστηριότητα και ο γονιός προσπαθεί να ενσωματώσει μια από τις στρατηγικές που επιλέχθηκαν ως στόχος (στρατηγικές αλληλεπίδρασης, στρατηγικές οικογένειας). Στις συνεδρίες στην κλινική, γίνεται ανασκόπηση των εργασιών στο σπίτι, επεξεργασία του βίντεο και αναγνώριση νέου στόχου και σκεπτικού.

Κατά την περίοδο εμπέδωσης, οι γονείς συνεχίζουν να κάνουν τα πεντάλεπτα του αποκλειστικού χρόνου, για έξι εβδομάδες, χωρίς όμως επίσκεψη στην κλινική. Ο θεραπευτής παρακολουθεί και επικοινωνεί με τους γονείς εάν χρειαστεί κατά περίπτωση. Ορίζεται το ραντεβού επανεκτίμησης στο τέλος των έξι εβδομάδων όπου γίνονται εκ νέου μετρήσεις και αποφασίζεται αν χρειάζεται περαιτέρω παρέμβαση. Η περαιτέρω παρέμβαση σύμφωνα με το πρόγραμμα είναι οι Στρατηγικές Παιδιού, όπου αυτό είναι μια μορφή άμεσης παρέμβασης.

(Kelman & Nicholas, 2017)

5.1.2 Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία

Ένα γνωστικό - συμπεριφορικό μοντέλο τραυλισμού εστιάζει στα πρωταρχικά συμπεριφορικά, γνωστικά και συναισθηματικά συμπτώματα. Οι στρατηγικές που αποδείχθηκε ότι είναι αποτελεσματικές περιλαμβάνουν την ψυχοεκπαίδευση, την χαλάρωση, την βαθιά αναπνοή, το βουητό, την επιμήκυνση, τη γνωστική αναδιάρθρωση, στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και τη διεκδικτικότητα, αντιμετωπίζοντας έτσι προβλήματα ομιλίας, την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την υπερβολική γενίκευση, καταστροφικές πεποιθήσεις την κοινωνική αναστολή και αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων σε βαθμό κοινωνικής φοβίας. Οι στρατηγικές για τη διαχείριση του άγχους στη θεραπεία αυτή, περιλαμβάνουν τη γνωστική αναδιάρθρωση (ανάλυση γνωστικών λαθών και λήψη κατάλληλων μέτρων), την εκπαίδευση προσοχής (ανάπτυξη δεξιοτήτων για να γνωρίζουμε και να ελέγχουμε πού στρέφεται η προσοχή μας) και τα πειράματα συμπεριφοράς (συμπεριλαμβάνονται στρατηγικές αντιμετώπισης κοινωνικών καταστάσεων που συνδέονται με αρνητικές συσχετίσεις με τον τραυλισμό). Υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός παρεμβάσεων στην συγκεκριμένη θεραπεία που αυτή η εργασία καλύπτει συνοπτικά. Αυτές περιλαμβάνουν τη θεραπεία τροποποίησης τραυλισμού, την καταγραφή δυσλειτουργικής σκέψης και τις γνωστικές παρεμβάσεις. Η θεραπεία τροποποίησης του τραυλισμού αποσκοπεί στην αποδοχή και στη μείωση των ανησυχιών και των φόβων τραυλισμού. Η θεραπεία μη αποφυγής είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μορφή της θεραπείας. Η καταγραφή δυσλειτουργικών σκέψεων εστιάζει στον εντοπισμό και την ανάλυση κοινών δυσλειτουργικών σκέψεων που δημιουργούνται μέσω της αυτο-παρακολούθησης και στη συνέχεια στην αντικατάσταση αυτών με πιο λειτουργικές και ρεαλιστικές. Οι γνωστικές παρεμβάσεις για τον τραυλισμό αποτελούνται από συνεδρίες για τον εντοπισμό και την τροποποίηση γνωστικών στρεβλώσεων, διευκρίνιση ιδιοσυγκρασιακού νοήματος με αμφισβήτηση, εξέταση γεγονότων, αποδόμηση καταστροφικών σκέψεων, εναλλακτικές προοπτικές και γνωστική επανάληψη. Η βαθιά αναπνοή είναι μια στρατηγική όπου το άτομο παίρνει βαθιές αναπνοές.

Η χαλάρωση μπορεί να εξασκηθεί μέσω προτάσεων για χαλάρωση των μυών της ομιλίας όταν το άτομο αισθάνεται ένταση. Το βουητό είναι επίσης μια αποτελεσματική στρατηγική που βοηθά στη χαλάρωση των φωνητικών χορδών. Το βουητό ασκείται με το να βουίζει το άτομο πρώτα με το στόμα κλειστό και μετά με τα χείλη ανοιχτά. Η βαθιά αναπνοή και η χαλάρωση βοηθούν ένα άτομο να απελευθερώσει την ένταση από το σώμα και να μειώσει το άγχος, μειώνοντας έτσι τη συχνότητα των επεισοδίων τραυλισμού. Η επιμήκυνση είναι μια μορφή αναδιάρθρωσης του λόγου όπου οι αλλαγές στην παραγωγή του λόγου βοηθούν το άτομο να καταστείλει τον τραυλισμό σε διάφορους βαθμούς. Εδώ, οι κοινωνικές καταστάσεις μετακινούνται από εκείνες όπου το άτομο νιώθει άνετα σε εκείνες που φοβάται. Οι στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων περιλαμβάνουν τον εντοπισμό του πραγματικού προβλήματος, την αξιολόγηση πιθανών λύσεων και τον διαχωρισμό των πιθανών λύσεων σε εφικτές στρατηγικές. Η διεκδικητικότητα και η δήλωση των σκέψεων και των προσωπικών αναγκών είναι πιθανό να μειώσει το άγχος. Αυτό πρέπει να γίνεται ενώ διατηρείται καλή οπτική επαφή. Το άτομο που τραυλίζει μπορεί να ωφεληθεί εξασκώντας τη διατήρηση της οπτικής επαφής ενώ κάνει κάποιο εθελοντικό τραυλισμό. Η διατήρηση της οπτικής επαφής είναι σημάδι αυτοπεποίθησης. Επιπλέον, εξίσου σημαντικό για αυτόν είναι να μάθει να είναι αρκετά γενναίος ώστε να ανταποκρίνεται ακόμα και όταν κάποιος αντιδρά αρνητικά στον τραυλισμό του. Εφόσον ο θεραπευτής αντιμετωπίσει τις συμπεριφορές αποφυγής και τις αρνητικές σκέψεις του ατόμου που τραυλίζει, καλείται να εκπαιδεύσει τον ίδιο και την οικογένεια του. Η θεραπεία εξελίσσεται με αυτόν τον τρόπο και οι προσπάθειες του ατόμου με τραυλισμό αξιολογούνται μέσω ενισχύσεων. Στη διάρκεια της θεραπείας γίνεται χρήση στρατηγικών όπως η μοντελοποίηση και τα παιχνίδια ρόλων. Η μοντελοποίηση είναι η πρακτική του πιο αργού ρυθμού ομιλίας με παύσεις. Το παιχνίδι ρόλων αναφέρεται σε συνθήκες που προκαλούν άγχος. Η σημασία της γενίκευσης των δεξιοτήτων που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, θα πρέπει να προωθηθεί με τη συμμετοχή της οικογένειας ως συνθεραπευτών.

Με την πάροδο του χρόνου, τα άτομα που τραυλίζουν μπορεί να μάθουν να αμφισβητούν τον φόβο τους για αρνητική αξιολόγηση. Αυτές οι δεξιότητες βοηθούν τους πελάτες να αντιμετωπίσουν τέτοια ζητήματα στο μέλλον και ο κύριος στόχος της θεραπείας είναι η πρόληψη υποτροπών για την οποία μπορούν να διεξάγονται αναμνηστικές συνεδρίες περιοδικά. Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία δεν θεραπεύει τον τραυλισμό, αλλά παρέχει στον πελάτη τα εφόδια για να αντιμετωπίσει προβλήματα που σχετίζονται με τον τραυλισμό σε καθημερινές συνθήκες και διευκολύνουν την επαρκή διαχείριση του προβλήματος. (Mongia, Gurta, Vijay, & Sadhu, 2019)

5.1.3 Διαλογισμός Επίγνωσης

Οι βασισμένες στην ενσυνείδηση προσεγγίσεις αποσκοπούν στην αύξηση των πιθανοτήτων επιλογής μέσω της συνειδητής ανταπόκρισης αντί της αυτόματης αντίδρασης, καλλιεργώντας την καλοσύνη και την συμπόνια για τον εαυτό τους, αυξάνοντας και τις πιθανότητες να νιώσουν ηρεμία. Προάγει το άτομο στην διαδικασία του να αφεθεί στο επεισόδιο τραυλισμού του αντί να προσπαθήσει να το διορθώσει, να μιλάει ανοιχτά για τις δύσκολες εμπειρίες μειώνοντας τις αρνητικές σκέψεις, συμπεριφορές και συναισθήματα που πυροδοτούνται από τα αρνητικά πρότυπα σκέψης. Δίνεται έμφαση στην επίγνωση του σώματος, να βγαίνει δηλαδή κανείς από τις σκέψεις στο μυαλό του και να βιώνει την παρούσα στιγμή. Η ικανότητα ανταπόκρισης αντί της αντίδρασης διευκολύνει τις λογοθεραπευτικές τεχνικές μαζί με την χαλάρωση και τη διαχείριση του άγχους. Ο διαλογισμός δεν είναι μια μορφή χαλάρωσης, καθώς κάποιος οδεύει προς την επίγνωση του τι συμβαίνει στη ζωή του, εκπλήσσεται λιγότερο για τα συναισθήματα που αναδύονται μέσα του. Επίσης, δεν είναι θρησκεία, αποτελεί μια προπόνηση ενσυνείδησης και είναι από τους βασικές θεραπείες στην ψυχοθεραπεία.

Στοχεύει σε ολοκληρωμένη ενσυνείδηση του εαυτού χωρίς να προσπερνά μικρότερης σημασίας στιγμές από τη ζωή του ανθρώπου, ωθεί το άτομο να αφουγκράζεται πιο φιλικά τους στοχασμούς και τα συναισθήματα του καθώς μαθαίνει τον τρόπο λειτουργίας του μυαλού του, ενώ είναι πιθανό να έχει λιγότερες αρνητικές σκέψεις καθώς δεν παλεύει μαζί τους. Ο διαλογισμός δεν είναι εφησυχασμός. Η αποδοχή δεν σημαίνει συμφωνία αλλά ότι αναγνωρίζεις οτιδήποτε συμβαίνει. (Mongia, Gupta, Vijay, & Sadhu, 2019)

5.1.4 Πρόγραμμα *Fluency Plus*

Το πρόγραμμα *Fluency Plus* δημιουργήθηκε από τους Kroll and Scott-Sulsky το 2010 όταν μετά από έρευνες και κλινικές μελέτες σε μεγαλύτερο ηλικιακά πληθυσμό, εφάρμοσαν τις αρχές που προέκυψαν σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Τα κρίσιμα στάδια της θεραπείας είναι η εγκαθίδρυση των θεραπευτικών στόχων στην ομιλία, η μεταφορά των εκμαθημένων συμπεριφορών εκτός κλινικού πλαισίου και η διατήρησή τους. Οι διαδικασίες διευκόλυνσης της ευχέρειας που εξασκούνται είναι η ολοκληρωμένη αναπνοή, οι παρατεταμένες συλλαβές, η απαλή έναρξη, η απαλή επαφή, η ανάμειξη και η ολοκληρωμένη κίνηση. Η διαδικασία απόκρισης της ομιλίας πραγματοποιείται με σύμφωνο-φωνήεν, μονοσύλλαβες λέξεις, δισύλλαβες λέξεις, πολυσύλλαβες λέξεις, με σύντομες και στη συνέχεια με μεγάλες αλυσίδες λέξεων που δημιουργούνται από τους ίδιους. Η ολοκληρωμένη αναπνοή πρόκειται για έναν ολοκληρωμένο και ελεγχόμενο κύκλο εισπνοής-εκπνοής όπου το διάφραγμα αποτελεί το σημαντικό μυϊκό συνεργάτη. Στόχος είναι να διορθωθούν λανθασμένα πρότυπα αναπνοής και να διευκολυνθεί ο ανασχηματισμός των φωνητικών χαρακτηριστικών. Η διαδικασία είναι η εξής : πάρε μια αργή βαθιά αναπνοή ωθώντας το διάφραγμα προς τα έξω, μην κάνεις παύση κατά την διάρκεια εισπνοής-εκπνοής και εξέπνευσε χαλαρώνοντας το διάφραγμα χωρίς να πιέζεις.

Οι παρατεταμένες συλλαβές επιτυγχάνονται όταν η διάρκεια κάθε ήχου συλλαβής και των ήχων ανάμεσα στις συλλαβές είναι υπερβολικά παρατεταμένες πέρα από τα κανονικά όρια. Στόχος είναι να ενισχυθεί η γνώση του ατόμου για τους κινητικούς μηχανισμούς ομιλίας και να δημιουργήσει τα θεμέλια μια ομιλίας με ευχέρεια. Πραγματοποιείται με κάθε συλλαβή να κρατιέται παρατεταμένη δύο δευτερόλεπτα, ο πρώτος ήχος της συλλαβής να μένει παρατεταμένος για ένα δευτερόλεπτο, το υπόλοιπο μέρος της συλλαβής παίρνει το υπόλοιπο ένα δευτερόλεπτο και σε λέξη με παραπάνω από μια συλλαβή πρέπει να υπάρξει παύση ενός δευτερολέπτου μετά την πρώτη συλλαβή και να πραγματοποιηθεί ολοκληρωμένη αναπνοή.

Η απαλή έναρξη φώνησης πρόκειται για μια αρχική χαμηλή δόνηση των φωνητικών χορδών που ακολουθείται από σταθερή και βαθμιαία αύξηση της δύναμης

των δονήσεων. Αποσκοπεί να διευκολύνει τις φωνητικές ενάρξεις και να μειώσει τις απότομες και υπερβολικές εντάσεις των φωνητικών χορδών.

Τα πέντε βήματα της απαλής έναρξης είναι : πάρτε μια αργή, πλήρη αναπνοή, ξεκινήστε τη φώνηση πολύ απαλά, ανεβάστε την ένταση της φωνής σας πολύ σταδιακά, ανεβάστε την ένταση στο κανονικό επίπεδο έντασης της ομιλίας σας ή ελαφρώς πιο δυνατά εάν μιλάτε απαλά και τώρα μειώστε την ένταση σας εκεί όπου ξεκινήσατε την έναρξη. Η απαλή επαφή αναφέρεται στην μείωση της ροής αέρα στην φωνητική οδό και την απαλή επαφή των αρθρωτών και σκοπεύει να αποτρέψει τη συσσώρευση υπερβολικής πίεσης στα χείλη και τη γλώσσα στους έκκροτους ήχους, στην μείωση της διαφυγής αέρα στους τριβόμενους ήχους και να εξασφαλίσει την σωστή αρχή της φώνησης των επόμενων ήχων. Η ανάμειξη είναι το εύρος και η ανάμειξη των συλλαβών στη γλωσσική αλυσίδα και στοχεύει στη διαρκή φώνηση των συλλαβών, στη διευκόλυνση της έναρξης των συλλαβών που εμπεριέχονται στις λέξεις και τις φράσεις, καθώς και στη βελτίωση της ροής της ομιλίας και της προσωδίας. Η ολοκληρωμένη κίνηση είναι η πλήρης και σκόπιμη κίνηση των αρθρωτών από ήχο σε ήχο μεταξύ των συλλαβών. Αποσκοπεί στην μείωση της φυσικής τάσης στις περιοχές της γνάθου και του λαιμού και στη διευκόλυνση της κιναισθητικής αντίληψης άλλων συμπεριφορών-στόχων. Το πρόγραμμα αυτό πραγματοποιείται κυρίως σε ομαδικές συνεδρίες παιδιών άνω των 7 ετών. Διαρκεί 4.5 ώρες την ημέρα για πέντε ημέρες της εβδομάδας για τρεις εβδομάδες, 2-4 ώρες την ημέρα για εφτά ημέρες εξάσκηση στο σπίτι τις τρεις εβδομάδες αυτές και 11 μήνες η φάση της διατήρησης. (Kroll, Grotell, Ayuyao, & Vekris, 2009) (University, n.d.)

5.1.5 Λεξιπόντιξ

Το πρόγραμμα Λεξιπόντιξ είναι η απάντηση στην ανάγκη ενός εναλλακτικού προγράμματος για τον τραυλισμό. Είναι ένα δομημένο πρόγραμμα παρέμβασης για παιδιά σχολικής ηλικίας και περιλαμβάνει πρακτικές από τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, τη Θεραπεία Αλληλεπίδρασης Γονέα-Παιδιού (Kelman & Nicholas, 2017), τη Βραχεία Θεραπεία Εστίασης στη Λύση και τις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις τραυλισμού. Το πρόγραμμα αυτό μπορεί να εξατομικευτεί σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε παιδιού.

Η θεραπεία διαμορφώνεται σαν ένα παιχνίδι ρόλων με δύο βασικούς πρωταγωνιστές. Το παιδί είναι ο Υπερήρωας που υπερασπίζεται το εργοστάσιο του νου και το κακό ποντίκι, τον Λεξιπόντικα, που θέλει να εισχωρήσει στο Εργοστάσιο του Νου και να Σαμποτάρει τις Μηχανές του Εργοστασίου. Το παιδί σε αυτό το παιχνίδι έχει ως βοηθούς τους γονείς και την ευρύτερη οικογένεια, όπως επίσης και τα σημαντικά για το ίδιο πρόσωπα.

Το Εργοστάσιο του Νου αποτελείται από τέσσερις πυλώνες που δουλεύουν κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου τραυλισμού. Αυτοί οι τέσσερις πυλώνες είναι Η Μηχανή των Σκέψεων, Το Εργαστήρι των Συναισθημάτων, Ο Αισθητήρας Σώματος και Η Μηχανή Λέξεων και Συμπεριφορών. Στο Εργοστάσιο του νου, επιπλέον υπάρχει το κέντρο ελέγχου που συντονίζει όλες τις άλλες μονάδες. Αυτοί οι πυλώνες που αναφέρθηκαν, είναι οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι σωματικές αντιδράσεις και οι συμπεριφορές.

Κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου τραυλισμού, ο Λεξιπόντικας, προσπαθεί να εισβάλλει στο εργοστάσιο του νου (πρόβλεψη στιγμής τραυλισμού), και να πειράξει κάποια από τις μηχανές (στιγμή τραυλισμού), ή προσπαθεί να εισχωρήσει στο κέντρο ελέγχου. Όλα αυτά δημιουργούν αντιδράσεις στο παιδί και στην τελική παράδοση του εργοστασίου στον Λεξιπόντικα.

Ο μόνος που μπορεί να αντιμετωπίσει τον Λεξιπόντικα είναι ο Υπερήρωας, δηλαδή το παιδί που τραυλίζει. Ο σκοπός της θεραπείας είναι το παιδί να οπλιστεί με τα κατάλληλα μέσα ώστε να ανακτήσει το εργοστάσιο και το κέντρο ελέγχου και όσες

απόπειρες εισβολής γίνουν να μην έχουν αντίκτυπο στη λειτουργικότητα του παιδιού. Σκοπός δεν είναι να αφανιστεί ο Λεξιπόντικας αλλά το παιδί να ζει σε αρμονία μαζί του.

Οι γονείς, που αποτελούν τη Συμμαχία, έχουν τους δικούς τους στόχους. Εκπαιδεύονται ώστε να γνωρίζουν στην ολότητα του τον τραυλισμό του παιδιού τους όπως και τα συναισθήματα που αυτό του προκαλεί, να ελέγχουν τις δικές τους αντιδράσεις και συναισθήματα ως προς τον τραυλισμό του παιδιού τους, όπως επίσης και να είναι υποστηρικτικοί σε ότι αφορά το επικοινωνιακό κομμάτι του παιδιού τους.

Ο βασικός στόχος αυτού του προγράμματος είναι να:

- Το άτομο να αναδομήσει τον επικοινωνιακό του ρόλο
- Να γίνει ένας επαναπροσδιορισμός των όρων «επιτυχία» και «αποτυχία»
- Το παιδί να είναι λειτουργικό σε επικοινωνιακές καταστάσεις

Το πρόγραμμα έχει δύο φάσεις. Η Φάση Α διαρκεί 12 εβδομάδες και με το πέρας των δώδεκα εβδομάδων γίνεται μια επαναξιολόγηση (13^η συνεδρία) για να κριθεί αν είναι αναγκαίο το παιδί να περάσει στη Φάση Β. Το πρώτο στάδιο χωρίζεται σε δύο δομές οι οποίες έχουν τους δικούς τους στόχους για το παιδί και την οικογένεια. Η πρώτη δομή διαρκεί 5 εβδομάδες, καθώς οι συνεδρίες είναι εβδομαδιαίες, και περιλαμβάνει στρατηγικές συζήτησης, αλληλεπίδρασης και ενδυνάμωσης του παιδιού και της οικογένειας, όπως και στόχους από την γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία που αφορούν τις γνωστικές φάσεις και παραποιήσεις. Τέλος, στη πρώτη δομή υπάρχουν οι παραδοσιακές τεχνικές ομιλίας που περιλαμβάνουν την αναγνώριση εννοιών τραυλισμού και τον εθελοντικό τραυλισμό.

Η δεύτερη δομή διαρκεί επτά εβδομάδες και επιλέγονται συγκεκριμένα πεδία παρέμβασης, σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας. Οι στρατηγικές αφορούν την επέκταση και ενδυνάμωση της συμμαχίας με τους γονείς, την ανίχνευση των γνωστικών παραποιήσεων, την αναδόμηση αυτόματων αρνητικών σκέψεων, την έκθεση σε αγχογόνες καταστάσεις, την επίλυση προβλημάτων, τα συμπεριφορικά πειράματα ελέγχου και την τροποποίηση της ομιλίας.

Η πρόοδος αξιολογείται ένα μήνα μετά την ολοκλήρωση και των δύο δομών, στη 13^η συνεδρία. Το διάστημα του ενός μήνα θεωρείται περίοδος εδραίωσης. Σε αυτή τη συνεδρία πραγματοποιείται αξιολόγηση επίτευξης των στόχων και συνέντευξη της Συμμαχίας. Αν τα αποτελέσματα της επανεκτίμησης κρίνουν ότι είναι αναγκαία η επιπρόσθετη παρέμβαση τότε ακολουθεί η Φάση Β η οποία έχει κοινό θεραπευτικό πλάνο με τη Φάση Α. Αν δεν κριθεί αναγκαία η επιπλέον παρέμβαση τότε το παιδί περνάει σε μια φάση παρακολούθησης προόδου ανά μερικούς μήνες.

(Φούρλας & Μαρούσος, 2018)

5.1.6 Πρόγραμμα Lidcombe:

Το Πρόγραμμα Lidcombe είναι μια θεραπεία συμπεριφοράς, η οποία στοχεύει στην ομιλία παιδιών που τραυλίζουν. Είναι σχεδιασμένο για παιδιά κάτω των 6 ετών, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι κατάλληλο και για μεγαλύτερα παιδιά. Κατά τη διάρκεια του Προγράμματος Lidcombe τα παιδιά δεν είναι υποχρεούνται να αλλάξουν το συνηθισμένο μοτίβο ομιλίας τους με οποιονδήποτε τρόπο. Οι γονείς δεν αλλάζουν το μοτίβο ομιλίας ή τις συνήθειες ομιλίας και γλώσσας τους με οποιονδήποτε τρόπο, ούτε αλλάζουν τον τρόπο ζωής της οικογένειας με οποιονδήποτε τρόπο. Εξαιρέση αποτελούν οι εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις. Οι γονείς, ή μερικές φορές και οι φροντιστές, παρέχουν τη θεραπεία του προγράμματος Lidcombe με τη συνεχή εκπαίδευση και επίβλεψη ενός ειδικευμένου κλινικού.

Ο όρος «εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις» αναφέρεται όταν οι γονείς σχολιάζουν αφότου ένα παιδί τραυλίσει ή όχι. Οι γονείς παρέχουν εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις στο παιδί τους κατά τη διάρκεια της κλινικής και κατά τη διάρκεια των φυσικών συνομιλιών.

Σοβαρότητα τραυλισμού

Η τακτική μέτρηση της σοβαρότητας του τραυλισμού των παιδιών πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια του Προγράμματος Lidcombe με κλίμακα αξιολόγησης σοβαρότητας (SR): 0 = χωρίς τραυλισμό, 1 = εξαιρετικά ήπιος τραυλισμός και 9 = εξαιρετικά σοβαρός τραυλισμός. Γονείς και κλινικοί χρησιμοποιούν την κλίμακα SR κατά τη διάρκεια του Προγράμματος Lidcombe.

Εβδομαδιαίες συναντήσεις

Το Πρόγραμμα Lidcombe αναπτύχθηκε με τη μορφή εβδομαδιαίων κλινικών ραντεβού. Αυτά μπορεί να συμβούν στην κλινική ή με τηλεπρακτική ή με τη χρήση

webcam. Κατά τη διάρκεια κάθε εβδομαδιαίου ραντεβού, για 45–60 λεπτά, ο κλινικός διδάσκει στον γονέα πώς να κάνει τη θεραπεία και διασφαλίζει ότι γίνεται σωστά.

Οι στόχοι κατά τη διάρκεια του σταδίου 1 και 2

Το Πρόγραμμα Lidcombe έχει δύο στάδια. Ο στόχος της θεραπείας κατά το Στάδιο 1 είναι να μιλήσει το παιδί χωρίς τραυλισμό ή σχεδόν καθόλου τραυλισμό, και ο στόχος του Σταδίου 2 είναι να μην τραυλίσει ή σχεδόν να μην τραυλίσει για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

Σκοπός της κλίμακας σοβαρότητας

Οι αξιολογήσεις σοβαρότητας (SR) χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του τραυλισμού των παιδιών εντός και εκτός της κλινικής. Η απλότητά τους παρέχει έναν γρήγορο και αποτελεσματικό τρόπο για τους κλινικούς ιατρούς και τους γονείς να επικοινωνούν μεταξύ τους σχετικά με τη σοβαρότητα του τραυλισμού των παιδιών. Επιτρέπουν την πρόοδο προς τους στόχους θεραπείας του προγράμματος Lidcombe να αξιολογείται συνεχώς. Εάν η πρόοδος δεν είναι ικανοποιητική, τότε οι βαθμολογίες SR θα ειδοποιήσουν τον κλινικό και το πρόβλημα μπορεί να επιλυθεί. Αυτή η επίλυση προβλημάτων και η επακόλουθη λήψη αποφάσεων είναι ένα συνηθισμένο μέρος του προγράμματος Lidcombe, και μεγάλο μέρος του επικεντρώνεται στις SR.

Είναι χρήσιμο εάν οι κλινικοί γιατροί εξηγούν τη σημασία των SR κατά το πρώτο ραντεβού στην κλινική και το επαναλαμβάνουν καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος. Τέλος, οι SR δίνουν στους γονείς και τους κλινικούς έναν τρόπο να σχεδιάσουν την παρουσίαση των εναλλακτικών λεκτικών αντιδράσεων γονέων. Για παράδειγμα, μπορεί να επιθυμούν να στοχεύσουν σε περιπτώσεις που ο τραυλισμός είναι σοβαρός και στις οποίες θα εφαρμόσουν εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις και σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να επιθυμούν να στοχεύσουν καταστάσεις όπου ο τραυλισμός είναι ήπιος.

Εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις για ομιλία χωρίς τραυλισμό

Οι εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις για την ομιλία χωρίς τραυλισμό είναι κεντρικής σημασίας στο Πρόγραμμα Lidcombe γιατί, πάνω απ' όλα, τα παιδιά πρέπει να απολαμβάνουν τη θεραπεία. Επομένως, οι εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις των γονέων για ομιλία χωρίς τραυλισμό πρέπει να την κάνουν να είναι εγγενώς θετική, υποστηρικτική και ευχάριστη. Η πρώτη εναλλακτική λεκτική αντίδραση είναι ο έπαινος. Οι κλινικοί μαθαίνουν στους γονείς να επαινούν τα παιδιά τους για την ομιλία χωρίς τραυλισμό. Οι γονείς μπορούν να διδαχθούν να λένε πράγματα όπως «ήταν υπέροχη ομαλή ομιλία» ή «καλή ομιλία, χωρίς κολλήματα». Είναι απαραίτητο για τους γονείς να το κάνουν αυτό με τον δικό τους τρόπο. Κάθε γονέας έχει διαφορετικό στυλ και σε διαφορετικά παιδιά αρέσει να τα επαινούν με διαφορετικούς τρόπους. Οι κλινικοί πρέπει επίσης να είναι σίγουροι ότι οι γονείς είναι ειλικρινείς με τον έπαινο τους και να μην το παρακάνουν σε σημείο που παύει να είναι ευχάριστο για το παιδί.

Η δεύτερη εναλλακτική λεκτική αντίδραση του γονέα για ομιλία χωρίς τραυλισμό, είναι η αυτοαξιολόγηση του αιτήματος. Αυτή η εναλλακτική λεκτική αντίδραση μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν ένα παιδί δεν τραυλίζει για μια περίοδο σύντομη ή για αρκετές ώρες. Όταν δεν εμφανίζεται τραυλισμός κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ο γονέας μπορεί να ζητήσει από το παιδί να αξιολογήσει την ομιλία. Ο γονέας θα μπορούσε να πει κάτι σαν "ήταν ομαλή;" και να περιμένει το παιδί να απαντήσει "ναι" ή "υπήρχαν κάποια κολλήματα εκεί" ή να περιμένει την απάντηση «όχι». Αυτή η εναλλακτική λεκτική αντίδραση χρησιμοποιείται μόνο για ομιλία χωρίς τραυλισμό και όχι για τραυλισμό.

Η τρίτη εναλλακτική λεκτική αντίδραση για ομιλία χωρίς τραυλισμό είναι η αναγνώριση. Αναγνωρίζοντας την ομιλία χωρίς τραυλισμό διαφέρει από τον έπαινο για την ομιλία χωρίς τραυλισμό, επειδή είναι μια δήλωση επί της ουσίας παρά ένα θετικό σχόλιο. Τα παραδείγματα θα περιλαμβάνουν "αυτό ήταν ομαλό" και "δεν υπήρχαν κολλήματα στις λέξεις." Διαφέρει επίσης από τον έπαινο και το αίτημα αυτοαξιολόγησης, επειδή μπορεί να χρησιμοποιηθεί εν συντομία με τρόπο που δεν διαταράσσει τη ροή μιας συνομιλίας. Από αυτή την άποψη, έχει κλινική αξία.

Εναλλακτική λεκτική αντίδραση για ξεκάθαρο τραυλισμό

Αυτά πρέπει να εισάγονται προσεκτικά γιατί κάποια παιδιά μπορούν αρχικά να ανταποκριθούν αρνητικά σε αυτά. Χρησιμοποιούνται πολύ λιγότερο συχνά από τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις για ομιλία χωρίς τραυλισμό. Με άλλα λόγια, οι περισσότερες από τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις που λαμβάνουν τα παιδιά κατά τη διάρκεια του προγράμματος Lidcombe είναι για την ομιλία χωρίς τραυλισμό. Όπως συμβαίνει με τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις για ομιλία χωρίς τραυλισμό, κάθε γονέας έχει διαφορετικό στυλ με το παιδί του και διαφορετικά παιδιά θα χρειαστεί να τα λαμβάνουν με διαφορετικούς τρόπους.

Η πρώτη εναλλακτική λεκτική αντίδραση για ξεκάθαρο τραυλισμό είναι η αναγνώριση. Όπως και με την εναλλακτική λεκτική αντίδραση της αναγνώρισης στην ομιλία χωρίς τραυλισμό, έτσι και εδώ η αναγνώριση δεν είναι αξιολογική. Ο γονιός απλώς σημειώνει ότι έχει συμβεί επεισόδιο τραυλισμού και προχωρά λέγοντας κάτι σαν «αυτό δεν ήταν ομαλό» ή «αυτή ήταν μια κολλημένη λέξη». Όπως συμβαίνει με την αναγνώριση που χρησιμοποιείται για ομιλία χωρίς τραυλισμό, αυτό δεν διαταράσσει τη ροή μιας συνομιλίας.

Η δεύτερη εναλλακτική λεκτική αντίδραση για ξεκάθαρο τραυλισμό είναι το αίτημα για αυτοδιόρθωση. Εδώ ο γονιός ζητά από το παιδί να ξαναπεί αυτό που είπε χωρίς να τραυλίσει. Συνήθως το παιδί μπορεί να το κάνει αυτό, αλλά αν το παιδί δεν το κάνει, είναι καλύτερο για τον γονέα να μην επιμείνει. Εάν ένα παιδί αντιδρά αρνητικά σε οποιαδήποτε σε αιτήματα για αυτοδιόρθωση, τότε είναι απαραίτητο να σταματήσουν αμέσως και το θέμα να συζητηθεί και να επιλυθεί με τον κλινικό.

Παραδείγματα αιτημάτων για αυτοδιόρθωση θα ήταν το «μπορείς να το ξαναπεις;», ή «μπορείς να το πεις πιο ομαλά;», ή «μπορείς να το πεις αυτό χωρίς να κολλήσεις;». Το αίτημα για αυτοδιόρθωση εμφανίζεται περιστασιακά.

Η εξαίρεση σε αυτόν τον κανόνα είναι όταν το παιδί έχει μόνο μερικές στιγμές τραυλισμού κάθε μέρα, κάτι που συμβαίνει προς το τέλος του Σταδίου 1. Εκείνη τη στιγμή μπορεί να είναι κατάλληλο για τον κλινικό να κατευθύνει έναν γονέα να ζητήσει αυτοδιόρθωση για όλες τις στιγμές τραυλισμού.

Οι κλινικοί δεν διδάσκουν στους γονείς πώς να χρησιμοποιούν τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις ταυτόχρονα. Πρώτα μαθαίνουν στους γονείς πως να δίνουν εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις για ομιλία χωρίς τραυλισμό, έτσι ώστε τα παιδιά να νιώθουν άνετα. Η μεταχείριση. Στη συνέχεια, διδάσκουν τους γονείς πως να δίνουν εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις για ομιλία με τραυλισμό όταν είναι σίγουροι ότι τα παιδιά είναι έτοιμα για αυτό. Είναι κλινικά λογικό να εισάγουμε τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις για ομιλία χωρίς τραυλισμό πριν από αυτές για ομιλία με τραυλισμό, επειδή τα πρώτα είναι εγγενώς θετικά.

Εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις κατά τη διάρκεια δομημένων θεραπευτικών συζητήσεων

Η χρήση εναλλακτικών λεκτικών αντιδράσεων κατά τη διάρκεια των δομημένων συνεδριών επιτρέπει στον γονέα να μάθει πώς να τα χρησιμοποιεί με ασφάλεια, σωστά και με θετικό τρόπο. Αυτός ο θετικός τρόπος είναι ιδιαίτερα σημαντικός όταν τα παιδιά έχουν βιώσει αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις σχετικά με τον τραυλισμό τους. Η εξάσκηση επίσης επιτρέπει στον κλινικό και τον γονέα να καθορίσουν το βέλτιστο ποσοστό ανταπόκρισης του παιδιού να μιλήσει χωρίς τραυλισμό. Με άλλα λόγια, θα πρέπει να κυριαρχεί η επιθυμητή συμπεριφορική απόκριση της ομιλίας χωρίς τραυλισμό κατά τη διάρκεια της συζήτησης. Ωστόσο, το να επιτρέπουν περιορισμένα τον τραυλισμό επιτρέπει στους γονείς να μάθουν πώς να χρησιμοποιούν εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις για ομιλία με τραυλισμό. Για να διατηρηθεί η συζήτηση μια θετική εμπειρία για το παιδί, οι στιγμές τραυλισμού πρέπει να εμφανίζονται μόνο περιστασιακά κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας.

Οι μέθοδοι για τη μείωση του τραυλισμού κατά τη διάρκεια της δομημένης συζήτησης μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Εναλλαγή σειράς
- Μίμηση λέξεων ή φράσεων
- Συμπλήρωση πρότασης
- Κλειστές ερωτήσεις
- Ερωτήσεις δυαδικής επιλογής
- Μιλώντας για το εδώ και τώρα
- Ξεκάθαρο κίνητρο

Οι εκφράσεις του παιδιού μπορεί επίσης να επηρεαστούν από:

- Τον συνομιλητή
- Το περιβάλλον όπου πραγματοποιείται η δομημένη συζήτηση
- Το επίπεδο ενθουσιασμού που δημιουργείται από τον συνομιλητή, το πλαίσιο, τα παιχνίδια ή τις δραστηριότητες ομιλίας

Οι κλινικοί μαθαίνουν στους γονείς πώς να αλλάζουν αυτές τις μεταβλητές για να διασφαλίσουν ότι εμφανίζεται μόνο περιστασιακός τραυλισμός κατά τη διάρκεια των δομημένων συζητήσεων. Το θεμελιώδες καθήκον για τον γονέα κατά τη διάρκεια των συζητήσεων είναι η συνέπεια του να χρησιμοποιεί τις παραπάνω μεθόδους για να διασφαλίσετε ότι η ομιλία χωρίς τραυλισμό μεγιστοποιείται. Είναι απαραίτητο ο γονιός να αλλάξει τις μεθόδους και τον τρόπο χρήσης τους κατά τη διάρκεια των συζητήσεων. Στόχος είναι τα παιδιά να είναι κατά κύριο λόγο χωρίς επεισόδια τραυλισμού κατά τη διάρκεια των συζητήσεων, αλλά ταυτόχρονα, ότι παράγουν την περισσότερο πολύπλοκη ομιλία χωρίς τραυλισμό που είναι ικανοί να παράγουν εκείνη τη στιγμή.

Ο κλινικός μαθαίνει στον γονέα να κάνει μια δομημένη θεραπευτική συζήτηση συνήθως μία ή μερικές φορές δύο φορές την ημέρα. Οι συζητήσεις αυτές συνήθως διαρκούν 10-15 λεπτά. Σε ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις, ωστόσο, μπορεί να ταιριάζει σε ορισμένα παιδιά να έχουν μικρότερες τέτοιες συζητήσεις εάν αυτό τους λειτουργεί καλύτερα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο κλινικός μπορεί να θεωρήσει ότι αυτό είναι χρήσιμο να γίνεται περισσότερο από μία ή δύο φορές την ημέρα.

Εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις σε μη δομημένες συζητήσεις

Η θεμελιώδης προϋπόθεση του προγράμματος Lidcombe είναι ότι οι γονικές εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις είναι ο θεραπευτικός παράγοντας για την εξάλειψη ή τη σημαντική μείωση του τραυλισμού. Έτσι, όταν ο κλινικός θεωρήσει ότι είναι κατάλληλο, είναι λογικό αυτές οι εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις των γονέων να συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των μη δομημένων συνομιλιών με παιδιά. Σε αντίθεση με τις δομημένες, οι φυσικές συζητήσεις της καθημερινής παιδικής ζωής δεν τροποποιούνται ποτέ για να βελτιστοποιήσουν την εμφάνιση ομιλίας χωρίς τραυλισμό. Αντίθετα, οι γονείς εκμεταλλεύονται τις φυσικές περιόδους μειωμένης σοβαρότητας τραυλισμού κατά τη διάρκεια κάθε ημέρας για να εμφανίσουν εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις. Παραδείγματα μη δομημένων συνομιλιών με παιδιά, κατά τις οποίες οι γονείς συνήθως δίνουν εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις, είναι η προετοιμασία φαγητού, οι ώρες γευμάτων, το μπάνιο, ο δρόμος για το νηπιαγωγείο, το πάρκο και τα ψώνια.

Για ορισμένο χρόνο, οι γονείς παρέχουν θεραπεία κατά τη διάρκεια των δομημένων και κατά τη διάρκεια των μη δομημένων συνομιλιών. Τελικά, η θεραπεία κατά τη διάρκεια των φυσικών συνομιλιών αντικαθιστά τη θεραπεία κατά τη διάρκεια των δομημένων συνομιλιών και η θεραπεία κατά τη διάρκεια των δομημένων συνεδριών δεν συμβαίνει καθόλου. Ο κλινικός μπορεί να αποφασίσει ότι αυτή η μετάβαση δεν πρέπει να ολοκληρωθεί παρά μόνο κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια του Σταδίου 2.

Στάδιο 2

Υπάρχουν δύο σκοποί του Σταδίου 2. Ο πρώτος είναι να παραδώσει συστηματικά την πλήρη ευθύνη για τη διαχείριση του τραυλισμού των παιδιών στους γονείς τους. Δεύτερον, το Στάδιο 2 έχει σχεδιαστεί για να διατηρεί την απουσία ή το χαμηλό επίπεδο τραυλισμού που επιτεύχθηκε κατά το Στάδιο 1. Υποτροπή μετά από επιτυχημένο πρόγραμμα Lidcombe μπορεί να συμβεί.

Κατά τη διάρκεια του Σταδίου 2, ο γονέας αποσύρει προοδευτικά τις εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις κατά τη διάρκεια των φυσικών συνομιλιών, με την προϋπόθεση ότι μπορεί να γίνει χωρίς να αυξάνεται ο τραυλισμός. Ο κλινικός κάνει προτάσεις για το χρονοδιάγραμμα της απόσυρσης. Οι προτάσεις βασίζονται στη σοβαρότητα του τραυλισμού του παιδιού και στη συζήτηση με τον γονιό.

Για μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο θα πρέπει σε τρεις συνεχόμενες συνεδρίες, το παιδί, να αξιολογείται με «καθόλου τραυλισμό» ή «εξαιρετικά ήπιος». Μια ελάχιστη απαίτηση κατά το Στάδιο 2 είναι οι γονείς να καταγράφουν το SR μόνο κατά τη διάρκεια της εβδομάδας πριν από το ραντεβού στην κλινική. Ωστόσο, ο κλινικός ιατρός μπορεί να κατευθύνει τους γονείς να καταγράφουν το SR πιο συχνά κατά το Στάδιο 2.

Όταν τα παιδιά ολοκληρώνουν το Στάδιο 1 και δεν υπάρχει τραυλισμός ή σχεδόν καθόλου τραυλισμός, οι γονείς ή οι κλινικοί, ή και τα δύο, μπορεί να εφησυχάσουν και να μην ακολουθήσουν την προβλεπόμενη συντήρηση του Σταδίου 2. Αυτό δημιουργεί σοβαρό κίνδυνο υποτροπής. Είναι απαραίτητο οι εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις σε ομιλία χωρίς τραυλισμό να συνεχίζουν να εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του Σταδίου 2 και ότι τυχόν ξεκάθαρες στιγμές τραυλισμού που συμβαίνουν να λαμβάνουν εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις από τους γονείς.

Το στάδιο 2 συνεχίζεται έως ότου το παιδί επιτύχει τους θεραπευτικούς στόχους για περίπου ένα χρόνο. Μετά από το τέλος του Σταδίου 2, συνιστάται στους γονείς να επικοινωνήσουν με τον κλινικό εάν εμφανιστεί υποτροπή που δεν μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά.

(Onslow, et al., 2020)

5.1.7 Fun With Fluency

Το πρόγραμμα αυτό επικεντρώνεται στη θεραπεία του τραυλισμού σε παιδιά σχολικής ηλικίας 7-12 ετών. Χρησιμοποιεί τεχνικές μορφοποίησης της ευχέρειας που ξεκινούν με επιμήκυνση του πρώτου ήχου της φράσης (εύκολες ενάρξεις, απαλές επαφές), ενώ στην περίπτωση που το παιδί αντιδρά αρνητικά στον τραυλισμό του χρησιμοποιεί: εκούσιο τραυλισμό και διαφυγές που κάνουν το παιδί να αισθάνεται ότι ελέγχει τον τραυλισμό. Εξίσου σημαντικό είναι πως αυτό το πρόγραμμα θεραπείας δουλεύει με τις στάσεις και τα συναισθήματα του παιδιού καθώς είναι παράγοντες που πρέπει να εξεταστούν και να διαμορφωθούν αφού αποτελούν σημαντικές συνιστώσες στον τραυλισμό. Παράλληλα βέβαια με την δουλειά που γίνεται με το παιδί ο λογοθεραπευτής έχει στενή σχέση τόσο με την οικογένεια του παιδιού αλλά και με τους δασκάλους του. Διερευνώνται τα επεισόδια τραυλισμού και οι συνθήκες που τα προκάλεσαν, οι συμπεριφορές και τα συναισθήματα του παιδιού στο σχολικό και στο οικογενειακό πλαίσιο. Επιπλέον, η οικογένεια και οι δάσκαλοι του παιδιού ενημερώνονται, εκπαιδεύονται σε τεχνικές και στρατηγικές που υιοθετεί το παιδί με τον λογοθεραπευτή και μαθαίνουν πως μπορούν σωστά να είναι δίπλα στο παιδί για να το στηρίζουν. (Walton, 2013) (Guitar, Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment, 2014)

5.1.8 Comprehensive Stuttering Program

Το CSP είναι ένα πρόγραμμα εντατικής ομαδικής θεραπείας για εφήβους και παιδιά ηλικίας 14 ετών και άνω. Αναπτύχθηκε από τους Einer Boberg και Deborah Kully το 1985 ενώ τα τελευταία 20 χρόνια η Deborah Kully και η Marilyn Langevin το επεξεργάστηκαν περαιτέρω δίνοντας βάση σε στοιχεία για τη διαχείριση του τραυλισμού, τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και την αυτοδιαχείριση. Περιέχει έναν συνδυασμό μορφοποίησης ροής και γνωστικών στόχων. Τα άτομα με τραυλισμό μαθαίνουν να χρησιμοποιούν αργή και παρατεταμένη ομιλία που αποτελείται από: απαλά πρότυπα αναπνοής και εκπνοής, απαλή έναρξη φώνησης, απαλή ροή αέρα, συνεχή κίνηση και απαλή επαφή των αρθρωτών. Μόλις υιοθετήσουν αυτά τα πρότυπα αυξάνουν βαθμιαία τον ρυθμό της ομιλίας τους και εξετάζουν την φυσικότητα της. Παράλληλα μαθαίνουν τις τεχνικές διαφυγής και αποφυγής του Van Riper για να αντιμετωπίσουν επεισόδια τραυλισμού που ενδέχεται να υπάρξουν με την αύξηση του ρυθμού της ομιλίας. Σε αυτό το στάδιο εξοικειώνονται με τη χρήση γνωσιακών και συμπεριφορικών τεχνικών για να μπορούν να χρησιμοποιούν τις τεχνικές αυτές δημόσια χωρίς να ντρέπονται. Αφού πραγματοποιηθούν όλα αυτά στόχος είναι η βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους καθώς και η διαχείριση μιας πιθανής υποτροπής. Μόλις αφομοιώσουν τις συμπεριφορές αυτές αρχίζουν οι διαδικασίες μεταφοράς και εκτός κλινικού πλαισίου, με ιεράρχηση των αναγκών και των επιθυμιών, αλλά και η διαδικασία συντήρησης των νεοαποκτειθέντων συμπεριφορών στην συμπεριφορά και την ομιλία τους μετά την λήξη των συνεδριών. (Guitar, *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, 2014)

5.1.9 Ομάδες Θεραπείας και Στήριξης

Οι ομάδες θεραπείας του τραυλισμού μεταξύ ανθρώπων που τραυλίζουν έχουν αναρίθμητα οφέλη. Αρχικά, τα άτομα αυτά συνειδητοποιούν ότι δεν είναι οι μοναδικοί που τραυλίζουν και ότι υπάρχει πλήθος κόσμου που αντιμετωπίζει την ίδια διαταραχή στην ομιλία του. Η επαφή που έχουν με άλλους ανθρώπους που τραυλίζουν τους κάνει περισσότερο ανεχτικούς στον τραυλισμό. Έτσι, αισθάνονται λιγότερη ντροπή και φόβο και μπορούν να εφαρμόσουν τις τεχνικές για τον τραυλισμό πιο άνετα, ενώ δέχονται και ανατροφοδότηση ο ένας από τον άλλον γεγονός που είναι πολύ βοηθητικό. Επιπλέον, πέρα από τα πλαίσια της θεραπείας τα άτομα αυτά μπορούν μεταξύ τους να βρεθούν και εκτός, όπως στο χώρο ενός εστιατορίου και διαφόρων μαγαζιών για να δοκιμάσουν την ομιλία τους και τις τεχνικές τραυλισμού σε περισσότερο ρεαλιστικά πλαίσια. Η κοινωνικοποίηση που δέχονται τα άτομα αυτά κατά την διάρκεια της θεραπείας τους επιταχύνει και τους στόχους της θεραπείας που εύλογα περιέχουν την ομαλή ένταξη και κοινωνικοποίηση του ατόμου σε διάφορα πλαίσια. Πέρα όμως και από τους στόχους, η γενικότερη κοινωνικοποίηση συμβάλλει στην καλύτερη ψυχολογική κατάσταση και υγεία των ατόμων αυτών, που μπορεί μέχρι πριν τις ομάδες θεραπείας να ήταν αντιμετώπι με την μοναξιά ή με περιορισμένες κοινωνικές επαφές γεγονός που μπορεί να προκαλούσε σε αυτούς καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές. Η στήριξη που παρέχουν και δέχονται ο ένας από τον άλλον είναι αμέριστη, μεταξύ των ατόμων αυτών δημιουργείται μια αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης και τα άτομα αυτά νιώθουν άνετα να μιλήσουν για τις ανησυχίες, τους φόβους αλλά και για τις ελπίδες και τις προσδοκίες που έχουν από την θεραπεία. Φυσικά, οι ομαδικές θεραπείες πραγματοποιούνται από τις ηλικίες της εφηβείας και μετά, ιδιαίτερα στους ενήλικες καθώς πριν τις ηλικίες αυτές τα παιδιά δεν είναι έτοιμα για αυτά τα πλαίσια. (Guitar, 2014)

5.1.10 Ο εκούσιος τραυλισμός

Ένας από τους πιο σημαντικούς στόχους για να αντιμετωπιστεί ο τραυλισμός είναι η εξάλειψη των αρνητικών συναισθημάτων που συνδέονται με αυτόν. Ένας τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι ο εκούσιος τραυλισμός. Προκειμένου το άτομο να μην αγχώνεται και ντρέπεται για τον φόβο του, δηλαδή τον τραυλισμό, πρέπει να έρθει αντιμέτωπος με αυτόν. Ο εκούσιος τραυλισμός προσφέρει στους ανθρώπους ελεγχόμενη ευχέρεια του τραυλισμού, αντί της απόλυτης, γεγονός που προκαλεί λιγότερη ένταση και συμπεριφορές αποφυγής. Η μέθοδος αυτή ξεκινάει με τον θεραπευτή να δείχνει σύντομες επαναλήψεις και επιμηκύνσεις καθώς παραμένει ήρεμος και μετά ακολουθεί η ελεγχόμενη ευχέρεια. Στον θεραπευόμενο ζητείται να κάνει το ίδιο, μειώνοντας σταδιακά την ένταση και χρησιμοποιώντας ελεγχόμενη ευχέρεια στη συνέχεια. Σε περίπτωση που κάποιος δεν το καταφέρει το κάνει ταυτόχρονα και με υποδείξεις του θεραπευτή. Τα περισσότερα άτομα μετά από την παρουσίαση παραδειγμάτων του εκούσιου τραυλισμού καταφέρνουν να τον πραγματοποιήσουν στην πρώτη κιόλας συνεδρία. Μόλις οι θεραπευόμενοι χρησιμοποιήσουν με ευκολία τον εκούσιο τραυλισμό και την ελεγχόμενη ευχέρεια στο κλινικό πλαίσιο, ορίζεται μια ιεραρχία καταστάσεων που μπορούν να τον χρησιμοποιήσουν εκτός. Στην διαδικασία αυτή είναι απαραίτητη και η συμμετοχή του θεραπευτή, ο οποίος ξεκινάει ο ίδιος τον εκούσιο τραυλισμό και μαζί με τον θεραπευόμενο βαθμολογούν σε κλίμακες, όπως για παράδειγμα από το 1 μέχρι το 10, και σταδιακά χρησιμοποιούν τον εκούσιο τραυλισμό σε όλα τα επίπεδα της κλίμακας. Καθώς ο θεραπευόμενος γίνεται καλύτερος στη χρήση του εκούσιου τραυλισμού και σε διαφορετικά εξωτερικά πλαίσια μειώνεται και εμπλοκή του θεραπευτή. Έτσι το άτομο μαθαίνει να χρησιμοποιεί την τεχνική αυτή και μετά την λήξη της θεραπείας. (Guitar, 2014)

5.1.11 Westmead Syllable Timed Speech (STS) Program.

Σε αντίθεση με άλλες άμεσες παρεμβάσεις, αυτό το πρόγραμμα προορίζεται για τη θεραπεία του τραυλισμού, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, κοντά στη περίοδο έναρξης – εμφάνισης του. Οι τεχνικές ομιλίας με χρονομετρούμενη συλλαβή έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του τραυλισμού με διαφορετικές μορφές για πολλά χρόνια. Παραδοσιακά, αυτό περιλάμβανε το να μιλάς ρυθμικά με ρομποτικό τρόπο. Το πρόγραμμα Westmead είναι διαφορετικό προηγούμενα πρόγραμμα θεραπείας στο ότι δεν απαιτεί κανονικό ρυθμό όπως ένας μετρονόμος, ή στο ότι το παιδί δεν μιλάει πολύ αργό ρυθμό ή με μονότονη φωνή. Το παιδί ενθαρρύνεται να μιλήσει σε σχεδόν κανονικό ή κανονικό ρυθμό με φυσική διακύμανση του τόνου αλλά χρησιμοποιώντας έναν ακανόνιστο «sing song» ρυθμικό βηματισμό.

Η θεραπεία έχει δύο στάδια και χορηγείται από τον γονέα, ο οποίος μετρά κατά μέσο όρο τη σοβαρότητα του τραυλισμού καθημερινά, χρησιμοποιώντας μια αντιληπτική κλίμακα της σοβαρότητας από 0 μέχρι 9.

Οι γονείς εφαρμόζουν το πρόγραμμα στη συζήτηση και τα παιδιά μαθαίνουν και στη συνέχεια εξασκούνται στην τεχνική αυτή τέσσερις έως έξι φορές την ημέρα, για 5 έως 10 λεπτά κάθε φορά, έως ότου ο τραυλισμός μειωθεί ή εξαλειφθεί σε σημαντικό βαθμό.

Ακολουθεί μια περίοδος συντήρησης, όπου η θεραπεία αποσύρεται αργά κάτω από την επίβλεψη του λογοθεραπευτή για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου υποτροπής. (Shenker & Santayana, 2018)

5.1.12 Demands and Capacities Model (DCM)

Η θεραπεία DCM δίνει έμφαση σε τέσσερις διαστάσεις που επηρεάζουν την ανάπτυξη του τραυλισμού, τον κινητικό, τον γλωσσικό, τον κοινωνικό-συναισθηματικό και τον γνωστικό τομέα. Η κινητική διάσταση περιλαμβάνει πτυχές όπως η πίεση χρόνου που μπορεί να αυξήσει την συχνότητα του τραυλισμού ή την σοβαρότητα, ενώ παράλληλα η γλωσσική διάσταση λαμβάνει υπόψη σημασιολογικές, συντακτικές, φωνολογικές και πραγματολογικές πτυχές της γλωσσικής ανάπτυξης. Οι κοινωνικό-συναισθηματικές πτυχές σχετίζονται με τον ενθουσιασμό και το άγχος, ενώ η γνωστική διάσταση περιλαμβάνει τη χρήση μεταγλωσσικών δεξιοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της διατύπωσης της σκέψης και της επεξεργασίας.

Η θεραπεία DCM προσαρμόστηκε αργότερα από τον Gottwald, ενσωματώνοντας πτυχές αυτής της έμμεσης θεραπείας, μαζί με πιο άμεση θεραπεία με τη μορφή αργών, χαλαρών αλληλεπιδράσεων, με τη μοντελοποίηση και αναγνώριση των φυσιολογικών δυσρυθμιών της ομιλίας και με την προσοχή στον τραυλισμό μέσω της ταυτοποίησης και τροποποίησης του κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης του γονέα με το παιδί. (Shenker & Santayana, 2018)

5.1.13 Family-focused therapy

Αυτή η μορφή έμμεσης θεραπείας είναι μια πολυπαραγοντική θεραπεία που περιλαμβάνει εκπαίδευση και συμβουλευτική, εκπαίδευση για την τροποποίηση της επικοινωνίας, όπως επίσης επανεξέταση και επαναξιολόγηση. Οι γονείς εκπαιδεύονται σε έξι έως οκτώ, εβδομαδιαίες συνεδρίες των 45 λεπτών. Συμπληρώνουν ένα ερωτηματολόγιο άγχους για να εντοπιστούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την επικοινωνία και την ευχέρεια της ροής του παιδιού.

Επιπλέον, παρατηρούν και χαρτογραφούν τη συχνότητα και τον τύπο του τραυλισμού, τις αντιδράσεις των ακροατών, όπως επίσης και την ευαισθητοποίηση του παιδιού έξω από την κλινική κατά τη διάρκεια φυσικών καταστάσεων συνομιλίας.

Οι γονείς εκπαιδεύονται στο να χρησιμοποιούν στρατηγικές που περιλαμβάνουν την ελαχιστοποίηση της πίεσης χρόνου, τη μοντελοποίηση «εύκολης, χαλαρής ομιλίας» και τη μείωση των απαιτήσεων επικοινωνίας μέσω της τροποποίησης του ερωτηματικού τους στυλ.

Στις συνεδρίες επανεξέτασης και επαναξιολόγησης, ο κλινικός ιατρός συναντά τα μέλη της οικογένειας ή τους φροντιστές για να συζητήσουν την πρόοδο ή ενδεχόμενα σημάδια υποτροπής. (Shenker & Santayana, 2018)

5.2 Συσκευές για τον τραυλισμό

Στο μακρινό παρελθόν ακόμα, οι επαγγελματίες παρείχαν στους ανθρώπους που τραύλιζαν μια ποικιλία από βοηθήματα, προκειμένου να τους διευκολύνουν και να επιτευχθεί μια ευχερής ομιλία. Κάποια από αυτά είναι τα πιρούνια από ελεφαντόδοντο που τοποθετούνταν κάτω από τη γλώσσα, οι ζώνες ελέγχου της αναπνοής που φοριόντουσαν στη μέση, τα εργαλεία καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης που έμπαιναν στο αυτί και τα συστήματα ακουστικής επισκίασης που ενεργοποιούνταν από αισθητήρες που είχαν τοποθετηθεί στο λαιμό.

Κάποια από τα εργαλεία χρησιμοποιούνταν ξεχωριστά και άλλα σε συνδυασμό με την θεραπεία. Ορισμένα από αυτά βοήθησαν ανθρώπους με τραυλισμό που δεν είχαν δει αποτελέσματα από την παραδοσιακή θεραπεία. Οι μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν, για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα ή όχι των εργαλείων, για κάποια από αυτά είχε σημαντικά ποσοστά επιτυχίας και φάνηκε να βοηθούν όντως τα άτομα με τραυλισμό να μειώσουν τη συχνότητα και την ένταση του τραυλισμού και να αποκτήσουν περισσότερη ευχέρεια στη ροή της ομιλίας τους. Σε μεταγενέστερη μελέτη για να διαπιστωθεί το ποσοστό ικανοποίησης χρησιμοποιώντας κάποια συσκευή τραυλισμού για ένα χρόνο μερικοί ήταν ευχαριστημένοι, άλλοι είχαν ανάμεικτα συναισθήματα και άλλοι ήταν δυσαρεστημένοι επειδή η συσκευή δεν είχε αποτελέσματα στις παύσεις τους ή όταν την χρησιμοποιούσαν σε περιβάλλοντα με θόρυβο. Ωστόσο, τα στοιχεία αυτά δεν αποτελούν αντικειμενικές μετρήσεις αλλά υποκειμενικές απόψεις των ατόμων που ερωτήθηκαν, χάνοντας έτσι την αξιοπιστία τους.

Στους παράγοντες που οι συσκευές για τον τραυλισμό δεν αποτελούν την κύρια μορφή θεραπείας συγκαταλέγονται το υψηλό κόστος τους, η ελλιπής ενημέρωση και η απουσία αποδείξεων για μακροπρόθεσμα οφέλη. Ο Merson το 2003 παρουσίασε μια σύντομη ανασκόπηση διάφορων βοηθημάτων όπως είναι το Edinburgh Masker, το Fluency Master, το σύστημα καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης Casa Futura και το SpeechEasy. (Guitar, 2014)

5.2.1 Edinburgh Masker

Το Edinburgh Masker αναπτύχθηκε από τους Ann και A.D. Dewar. Αποτελείται από ένα μικρόφωνο λαιμό που τοποθετείται στο ύψος του θυροειδή, ένα χειριστήριο ελέγχου και ακουστικά. Ο επικαλυπτόμενος ήχος ξεκινά με την έναρξη της φώνησης που ανιχνεύεται από το μικρόφωνο στο λαιμό. Μόλις ολοκληρωθεί η άρθρωση και σταματήσει η φώνηση, η έλλειψη σήματος εισόδου στο μικρόφωνο του λαιμού διακόπτει αυτόματα τον θόρυβο κάλυψης. Πρόκληση για αυτούς τους τύπους συσκευών αποτελούν τα άτομα των οποίων η έναρξη ομιλίας χαρακτηρίζεται από σιωπηλές επιμηκύνσεις/ μπλοκαρίσματα. Το χειριστήριο ελέγχου διαθέτει διακόπτη που επιτρέπει τη χειροκίνητη ενεργοποίηση του θορύβου κάλυψης. Η χρήση μικροφώνου λαιμού αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό για αυτούς τους τύπους συσκευών. Με ένα κανονικό μικρόφωνο, οποιαδήποτε συνομιλία ή ήχος περιβάλλοντος κοντά στο μικρόφωνο θα προκαλούσε την απενεργοποίηση της κάλυψης, είτε ο χρήστης μιλούσε είτε όχι. Όταν το άτομο με τραυλισμό μιλάει ενώ ακούει έναν ουδέτερο δυνατό θόρυβο, ο ήχος αυτός τον αποτρέπει από το να ακούει τη δική του φωνή με αποτέλεσμα να μπορεί να μιλήσει με πολύ καλή ροή. Παρόμοια λειτουργεί και το Fluency Master. Το Edinburgh Masker έφτασε στο ζενίθ της δημοτικότητάς του τη δεκαετία του 1990. Δυστυχώς, δεν κατασκευάζεται πλέον. (Guitar, 2014) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006) (Germeyer, 2009)

5.2.2 Καθυστερημένη Ακουστική Ανατροφοδότηση

Η συσκευή της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης προέκυψε από την διαπίστωση ότι τα άτομα που τραυλίζουν μπορούν να μιλήσουν με αρκετά μεγάλη ευχέρεια όταν τους παρέχεται τεχνητά καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση της ίδιας τους της ομιλίας για 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου. Η συσκευή της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης μοιάζει με κασετόφωνο με ακουστικά, και είναι αρκετά μικρή προκειμένου το άτομο να τη μεταφέρει παντού μαζί του. Όσο 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 & Μανιαδάκη , 2006)

5.2.3 *SpeechEasy*

Η συσκευή *SpeechEasy* χρησιμοποιεί ακουστική αλλοιωμένη ανατροφοδότηση για να δημιουργήσει το χορωδιακό εφέ ή την αντίληψη ότι κάποιος μιλά από κοινού με άλλους. Η χορωδιακή ομιλία είναι από καιρό μια μέθοδος που χρησιμοποιείται στη θεραπεία για την αύξηση της ευχέρειας ή τη μείωση του τραυλισμού. Η τεχνολογία της συσκευής χρησιμοποιεί δύο τύπους αλλοιωμένης ακουστικής ανατροφοδότησης. Ο πρώτος είναι η καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση, μια καθυστέρηση στο ακουστικό σήμα που λαμβάνεται από τη συσκευή, όπως η καθυστέρηση που ακούγεται σε μια τηλεφωνική σύνδεση στο εξωτερικό. Ο δεύτερος είναι η αλλοιωμένη ανατροφοδότηση συχνότητας, μια αλλαγή του ύψους της φωνής σε υψηλότερη ή χαμηλότερη συχνότητα. Όταν η καθυστέρηση και η συχνότητα αλλάζουν, δημιουργείται το χορωδιακό εφέ. Αυτό επιτρέπει στον ομιλητή που φορά τη συσκευή να αισθάνεται σαν να μιλάει από κοινού με κάποιον άλλο (χορωδιακή ομιλία). Για άγνωστο λόγο, σχεδόν όλοι οι άνθρωποι που τραυλίζουν μιλάνε άπταιστα όταν μιλούν από κοινού με τους άλλους.

Ο Ramig επισημαίνει ότι παρέχει το *SpeechEasy* μόνο σε παιδιά άνω των 11 ετών, εφήβους και ενήλικες καθώς θεωρεί ότι τα παιδιά μικρότερης ηλικίας μπορούν να επωφεληθούν με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Εκτός αυτού, οι επιφυλάξεις του βασίζονται και στο γεγονός πως ο ακουστικός τους φλοιός δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένος, αλλά και από το γεγονός ότι προς το παρόν δεν έχουν γίνει ακόμα γνωστές οι επιδράσεις της παρατεταμένης έκθεσης σε συσκευές καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης και τροποποίησης της συχνότητας. (Guitar, Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment, 2014) (Cleveland Hearing & Speech Center, 2018)

5.2.4 Μετρονόμος

Έχει διαπιστωθεί ότι η πλειονότητα ατόμων με τραυλισμό είναι σε θέση να μιλήσει με καλή ροή, τουλάχιστον παροδικά, όταν τους παρέχεται η δυνατότητα να συγχρονίσουν την ομιλία τους με τους χτύπους ενός μετρονόμου. Ο μετρονόμος είναι μία μικρή ηλεκτρονική συσκευή, η οποία τοποθετείται πίσω από το αυτί. Αρχικά, επιλέγεται ένας μικρός, ηλεκτρονικός μετρονόμος που λειτουργεί με μπαταρίες και ο ασθενής το φοράει σαν ακουστικό. Στη συνέχεια, εντοπίζεται ο ρυθμός των χτύπων που μειώνει ή εξαλείφει τον τραυλισμό και ζητείται από τον ασθενή να χρονομετρά την παραγωγή συλλαβών με τους χτύπους στα πρώτα στάδια της θεραπείας. Σταδιακά ζητείται από τον ασθενή να χρονομετρά την παραγωγή λέξεων με τους χτύπους σε μετέπειτα στάδια θεραπείας και καθώς αυξάνεται η ευχέρεια στη ροή της ομιλίας ζητείται από τον ασθενή να χρονομετρά την παραγωγή φράσεων και προτάσεων. Ο ρυθμός των χτύπων αυξάνεται ή μειώνεται ανάλογα με το σημείο εκκίνησης. Ζητείται από τον ασθενή να φοράει τη συσκευή σε όλες τις περιστάσεις και αφαιρούνται σταδιακά οι χτύποι του μετρονόμου μειώνοντας την ένταση σταδιακά. Η θεραπεία συνεχίζεται σε επίπεδο συζήτησης χωρίς τη συσκευή για τη σταθεροποίηση της ευχέρειας στη ροή της ομιλίας και σε τελικό στάδιο πραγματοποιούνται ανεπίσημες θεραπευτικές συνεδρίες σε διάφορα μη κλινικά πλαίσια (Hedge, 2014)

5.3 Θεραπεία με φάρμακα

Οι σκέψεις για την χρήση φαρμάκων στη θεραπεία του τραυλισμού ξεκινούν από πολύ παλιά. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν υπάρχει επαρκής επιστημονική τεκμηρίωση. Η απουσία αυτή χρονολογείται από το 1973 όταν ο Van Riper τόνισε την σημασία μιας μελέτης φαρμάκων η οποία θα περιελάμβανε δύο ομάδες ανθρώπων με τραυλισμό, όπου στη μία θα χορηγούνταν το κανονικό φάρμακο ενώ στην άλλη το placebo εικονικό χάπι με παρόμοιες παρενέργειες, χωρίς να γνωρίζει ο ερευνητής αλλά και ο συμμετέχων εάν πήρε το κανονικό ή το εικονικό χάπι και την ανάγκη συνεχών μετρήσεων του ερευνητή για την επίδραση του φαρμάκου στη συχνότητα και τη σοβαρότητα του τραυλισμού, αλλά και μετρήσεις σχετικά με το πως οι ίδιοι άνθρωποι με τραυλισμό αντιλαμβάνονται την ομιλία τους.

Ήδη σε κάποιες παλιότερες μελέτες είχε διαπιστωθεί πως τα ηρεμιστικά και τα κατασταλτικά χάπια μείωναν την σοβαρότητα του τραυλισμού και έκαναν τους ανθρώπους που τραύλιζαν να αισθάνονται καλύτερα με την ομιλία τους. Θετικά αποτελέσματα είχαν διαπιστωθεί επίσης και από την χρήση αλοπεριδόλης, ενός αντιψυχωτικού φαρμάκου με ιδιότητες αναστολής των υποδοχέων της ντοπαμίνης, ενός νευροδιαβιβαστή που χρησιμοποιείται από τα νευρικά κύτταρα για να επικοινωνούν μεταξύ τους, με βασική δομή της την σεροτονίνη η οποία ανάλογα τα επίπεδα που βρίσκεται επηρεάζει την ψυχική διάθεση και η οποία όταν βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα ενδέχεται να επιβαρύνει την ευχέρεια στη ροή της ομιλίας. Η αλοπεριδόλη επηρέαζε τα συμπτώματα του τραυλισμού άμεσα και όχι από τους ηρεμιστικούς και κατασταλτικούς μηχανισμούς, παρόλα αυτά είχε σημαντικές παρενέργειες που αντενδείκνυαν τη χρήση της. Κάποιες από αυτές ήταν η υπνηλία, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η υπερκινησία των άκρων και ο κίνδυνος μόνιμης κινητικής δυσλειτουργίας που ονομάζεται όψιμη δυσκινησία.

Έρευνα των Maguire, Yu, Franklin και Riley το 2004 παρουσίασε στοιχεία για την αποτελεσματικότητα φαρμάκων που μειώνουν την απορρόφηση της ντοπαμίνης και περιορίζουν με επιτυχία τον τραυλισμό. Οι ίδιοι πραγματοποίησαν μια μελέτη για την ολανζαπίνη, μια ανταγωνιστική ουσία της ντοπαμίνης χωρίς τις παρενέργειες που προκαλούν άλλα φάρμακα μείωσης της ντοπαμίνης, όπως η αλοπεριδόλη ή τα υποκατάστατα της, η ρισπεριδόνη και η πιμοζίδη. Σε μελέτη φάνηκε ότι η χορήγηση 5mg/d ολανζαπίνης μείωνε σημαντικά τον τραυλισμό σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Η μείωση του τραυλισμού προέκυψε από τρεις μετρήσεις: στο SSI-3, τη συνολική εντύπωση του κλινικού και στην αυτοβαθμολόγηση των συμμετεχόντων. Η μόνη παρενέργεια της ολανζαπίνης ήταν η τάση για αύξηση του σωματικού βάρους, η οποία μπορούσε να ελαχιστοποιηθεί με διατροφή και άσκηση.

Σε άλλες μελέτες για την δράση της ντοπαμίνης στην αιτιολογία του τραυλισμού παρουσιάστηκαν στοιχεία για ένα νέο φάρμακο, την παγοκλόνη. Οι Maguire, Franklin, Vatakis, Morgenshtern, Denko και οι συνεργάτες τους το 2010 παρουσίασαν δεδομένα για την παγοκλόνη στα οποία είχε μειωθεί ο τραυλισμός σε 88 άτομα με ποσοστό 19,4%, ενώ στην ομάδα των 44 ατόμων που είχε χορηγηθεί το εικονικό φάρμακο ο τραυλισμός είχε μειωθεί σε ποσοστό 5.1% σε δοκιμή οχτώ εβδομάδων. Στο τέλος της δοκιμής χορηγήθηκε παγοκλόνη σε όλα τα άτομα και ο τραυλισμός τους μειώθηκε κατά 40% μετά από ένα διάστημα θεραπείας. Η μόνη παρενέργεια ήταν ο πονοκέφαλος που παρουσιάστηκε στο 12% των συμμετεχόντων.

Κάποια φάρμακα που χορηγούνται επίσης είναι τα αντισπασμωδικά (Epileptal), τα ομοιοπαθητικά προϊόντα (Tenoten), τα φάρμακα με ηρεμιστικό αποτέλεσμα (Valerian), φάρμακα της κατηγορίας νοοτροπικών (Piracetam), και τα ηρεμιστικά (Zanax). Ωστόσο, οι ευρείας κλίμακας μελέτες υποστηρίζουν την χορήγηση ουσιών που αναστέλλουν την ντοπαμίνη, ειδικά της ολανζαπίνης και της παγοκλόνης. Μέχρι σήμερα όμως η φαρμακευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού δεν έχει αποδειχτεί ότι είναι πιο αποτελεσματική από την παραδοσιακή θεραπεία για την πλειονότητα των ανθρώπων. (Guitar, 2014)

Κεφάλαιο 6^ο Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, για τον τραυλισμό, για τη διαταραχή δηλαδή στη ροή της ομιλίας έχουν αποδοθεί αρκετοί ορισμοί και η εμφάνιση του ξεκινά από την Αρχαιότητα. Οι συμπεριφορές του τραυλισμού είναι αρκετές και διακρίνονται στις βασικές και στις δευτερογενείς. Κατά τη διάρκεια της ομιλούμενης γλώσσας ο τραυλισμός μπορεί να επηρεάζεται γενικά από τα αρχικά των λέξεων και εκείνοι που τραυλίζουν συνήθως βρίσκουν ότι ορισμένοι ήχοι είναι συχνά πιο διακεκριμένοι, σε κάποια φωνήματα αναμένουν ότι θα τραυλίσουν, σε κάποια δεν θα τραυλίσουν, ενώ το ίδιο ισχύει και με ολόκληρες λέξεις.

Η έναρξη του τραυλισμού ξεκινά νωρίς κατά τη διάρκεια των προσχολικών ετών απροσδόκητα και συχνά γρήγορα. Η αιτιολόγηση του τραυλισμού αποδίδεται σε βασικούς παράγοντες: τους νευρολογικούς, τους κληρονομικούς, τους γλωσσικούς, τους συναισθηματικούς και τους περιβαλλοντικούς. Από την αναλυτική αξιολόγηση του παιδιού και τις συζητήσεις με τους γονείς μπορεί να αποσαφηνιστούν ποιοι από τους παράγοντες αυτούς έχουν συμβάλει στη δημιουργία των διαταραχών του λόγου και πιο συγκεκριμένα κατά πόσο επηρεάζει ο κάθε παράγοντας. Η κλινική μέτρηση είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση των ατόμων. Είναι επίσης σημαντικό να δηλώνονται οι στόχοι της θεραπείας, να αξιολογείται η πρόοδος και να διαχειρίζεται η διατήρηση αυτών των θεραπευτικών στόχων.

Υπάρχουν πολλές καταστάσεις που δυσχεραίνουν τον τραυλισμό. Η εξοικείωση των ανθρώπων αυτών σε αυτές τις καταστάσεις αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην πετυχημένη θεραπεία του τραυλισμού. Το τραύλισμα επηρεάζει τους ανθρώπους καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, από την πρώιμη παιδική ηλικία έως τα γηρατειά. Ο τραυλισμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς τομείς. Η διαταραχή προκαλεί συνήθως κοινωνικό άγχος, το οποίο συνδέεται με την αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Ainsworth, S. (1949). Present Trends in the Treatment of Stuttering. *Journal Of Exceptional Children*, 16(2), pp. 41-64.
- Alfredo, A., & Eliane, R. (2007). *Speech and Language Disorders in Bilinguals*. Nova.
- Almada, A., Simoes, R., Constante, M., Casquinha, P., & Heitor, M. (2020). Psychogenic stuttering: A case and review. *European Psychiatry* , 33(1), pp. 386-387.
- Bricker-Katz, R., Lincoln, M., & Cumming, S. (2013). Stuttering and work life: An interpretativephenomenological analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 38(4), pp. 342-355.
- Brosch, S., & Wolfgang, P. (2001). Stuttering in history and culture. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 59(2), pp. 82-87.
- Brutten, D., & Shoemaker, E. (1967). *The Modification of Stuttering*. Prentice Hall.
- Büschel, C., & Sommer, M. (2004). What causes stuttering? *Plos Biology*, 2(2), pp. 159-163.
- Cleveland Hearing & Speech Center. (2018). *Fluency Enhancing Devices*. Ανάκτηση από Cleveland Hearing & Speech Center.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* , 45(6).
- Germeyer, D. (2009). Edinburgh Maskers, Repair Service. Ανάκτηση από www.mnsu.edu
- Gilmore, S. (1974). Social and vocational acceptability of esophageal speakers compared to normal speakers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 17(4), pp. 599-607.
- Gregory, H., Campbell, J., Gregory, C., & Hill, D. (2003). *Stuttering Therapy: Rationale and Procedures* (1η εκδ.). Pearson.

- Guitar, B. (2014). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Αθήνα: Κωνσταντάρης Ιατρικές Εκδόσεις.
- Guitar, B., & Peters, T. (1991). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hahn, E. (1943). Stuttering Significant Theories and Therapies. *Stanford University Press*, 33(2), pp. 250-251.
- Hedge, M. (2014). *Οδηγός Λογοθεραπευτικής Παρέμβασης*.
- Hulit, L. (1996). *Straight talk on stuttering : information, encouragement, and counsel for stutterers, caregivers, and speech-language clinicians* (2η εκδ.). Charles C. Thomas.
- Hulit, L. (2004). *Straight Talk on Stuttering : Information, Encouragement, and Counsel for Stutterers, Caregivers, and Speech-Language Clinicians*. Baltimore: Charles C Thomas Pub Ltd.
- Hurst, M., & Cooper, E. (1983). Employer attitudes towards stuttering. *Journal of fluency disorders*, 8, pp. 1-12.
- Iverach, L., & Rapee, R. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: current status and future directions. *Journal of fluency disorders*, 40, pp. 69-82.
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2017). *Πρακτική Παρέμβαση για Πρώιμο Παιδικό Τραυλισμό ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ Palin PCI*. (Ι. Μαρτίνης, Μεταφρ.) Αθήνα: Urbility Publications LTD.
- Klein, J., & Hood, S. (2004). The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of fluency disorders*, 29(4), pp. 255-273.
- Kraaimaat, F., Vanryckeghem, M., & Baggen, R. (2002). Stuttering and social anxiety. *Journal of fluency disorders*, 27(4), pp. 319-331.
- Kroll, R., Grotell, M., Ayuyao, L., & Vekris, R. (2009). *Fluency Plus Program A Comprehensive Treatment for School Aged Children*. Speech ASHA Convention.
- Lavid, N. (2003). *Understanding Stuttering* (1η εκδ.). Oxford, Mississippi: University Press of Mississippi.

- Lowe, R., Guastella, A., Chen, N., Menzies, R., Packman, A., O'brian, S., & Onslow, M. (2012). Avoidance of eye gaze by adults who stutter. *Journal of fluency disorders*, 37(4), pp. 263-274.
- Manning, W. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders* (3η εκδ.). Delmar, Cengage Learning.
- Mongia, M., Gupta, A., Vijay, A., & Sadhu, R. (2019). Management of stuttering using cognitive behavior therapy and mindfulness meditation. *Industrial Psychiatry Journal*, 28(1), pp. 4-12.
- NIDCD. (2017). Stuttering. USA.
- Onslow, M., Menzies, R., & Packman, A. (2001). An Operant Intervention for Early Stuttering: The Development of the Lidcombe Program. *Behavior Modification*, 25(1), pp. 116-139.
- Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., . . . Hearne, A. (2020). *The Lidcombe Program Treatment Guide*. Lidcombe Program Trainers Consortium.
- Plexico, L., Hamilton, M.-B., Hawkins, H., & Erath, S. (2019). The influence of workplace discrimination and vigilance on job satisfaction with people who stutter. *Journal of fluency disorders*, 62, pp. 326-358.
- Prasse, J., & Kikano, G. (2008). Stuttering: An Overview. *American Family Physician*. *American Family Physician*, 77(9), pp. 1271-1276.
- Rapee, R., & Heimberg, R. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), pp. 741-756.
- Rieber, R., & Wollock, J. (1977). The historical roots of the theory and therapy of stuttering. *Journal of Communication disorders*, 10(1-2), pp. 3-24.
- Said, S., Trede, M., & Boulluec, A. (2001). *Ιστορία Της Ελληνικής Λογοτεχνίας*.
- Schäfersküpper, P. (1987). Stuttering. Symptoms, development, causes and therapy. *Munch Med Wochensur*, 123(10), pp. 395-397.

- Shenker, R., & Santayana, G. (2018). What Are the Options for the Treatment of Stuttering in Preschool Children? *Thieme Medical Publishers*, 39(4), pp. 313-323.
- Silverman, F. (2004). *Stuttering and Other Fluency Disorders* (3η εκδ.). Waveland Press.
- University, W. M. (χ.χ.). *Selected Fluency Shaping Approaches and Issues*. Ανάκτηση από SlidePlayer.
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering* (7η εκδ.). Englewood Cliffs.
- Ward, D. (2017). *Stuttering and Cluttering (Second Edition): Frameworks for Understanding and Treatment* (2η εκδ.). Psychology Press.
- Willyard, C. (2011). Ancient Mutation to Blame for Stuttering. *Science*, 24(2), pp. 372-387.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2005). *Early Childhood Stuttering for Clinicians by Clinicians*. Illinois: PRO-ED.
- Yaruss, J., & Conture, E. (1996). Stuttering and Phonological Disorders in Children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39(2), pp. 349-364.
- Ανδρέου, Γ. (2010). *Αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές Από τη βασική έρευνα στην κλινική πράξη*. Θεσσαλονίκη : Επίκεντρο.
- Δράκος , Γ. (2003). *Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλίας: λογοπαιδεία-λογοθεραπεία: παιδοψυχολογικές και λογοθεραπευτικές στρατηγικές αποκατάστασης στην προσχολική και σχολική ηλικία*. ΑΘΗΝΑ.
- Δροσινού, Μ. (2014). *Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση // Η «ΔΙΑ» Της Ειδικής Αγωγής*.
- Κάκουρος , Ε., & Μανιαδάκη , Κ. (2006). *Τραυλισμός - Η φύση και η αντιμετώπιση του σε παιδιά και σε εφήβους*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
- Καρπαθίου, Χ. (1998). *Νευρογλωσσική Λογοθεραπεία*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ
- Λιβεριάδου, Ρ. (2007). *Ειδική Γλωσσική Διαταραχή*. Πάτρα: Γλωσσάρι.

Μαλανδράκη, Γ. (2012). *Εξελικτικός & Επίμονος Τραυλισμός*. Αθήνα : Ιδιωτική Έκδοση.

Μεσσήνης, Λ., & Αντωνιάδης, Γ. (2001). *Νευροκινητικές διαταραχές ομιλίας*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.

Φούρλας, Γ., & Μαρούσος, Δ. (2018). *Λεξιπόντιζ Πρόγραμμα Θεραπείας Τραυλισμού για Παιδιά Σχολικής Ηλικίας*. Αθήνα: Κωνσταντάρας Ιατρικές Εκδόσεις.

Χρηστάκης, Κ. (2011). *Εκπαίδευση των παιδιών με δυσκολίες*. Αθήνα: ΔΙΑΔΡΑΣΗ.