

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

*«ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ
ΗΛΙΚΙΑ»*



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΚΟΥΝΤΑΝΤΣΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:586

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : DR ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗΣ ΦΩΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟ
ΜD ΔΙΔΑΚΤΩΡ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	5
Εισαγωγή.....	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ- ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

1.1. Ιστορική αναδρομή	7
1.2. Ορισμός	9
1.3. Αιτιοπαθογένεια- συχνότητα.....	10
1.4. Κλινικά χαρακτηριστικά.....	14
1.4.α)Γλωσσικά στοιχεία που ευνοούν την εκδήλωση του τραυλισμού.....	17
β)Καταστάσεις που αυξάνουν την εκδήλωση τραυλισμού.....	19
γ)Καταστάσεις που μειώνουν την πιθανότητα εκδήλωσης	20
1.5. Ειδικά συνοδά χαρακτηριστικά	21
1.6. Αναπτυξιακή πορεία του τραυλισμού.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΑΓΝΩΣΗ- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

2.1.Διάγνωση	23
2.2. Άτυπα διαγνωστικά εργαλεία	29
2.3. Τυπικά διαγνωστικά εργαλεία.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1. Κριτήρια για την έναρξη ενός θεραπευτικού προγράμματος.....	32
3.2. Μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.....	37
3.3. Η πολυεπίπεδη προσέγγιση στην αντιμετώπιση του τραυλισμού.....	42
3.4. Θεραπεία.....	44
3.5.Υιοθέτηση κανόνων που προάγουν τη λεκτική ευχέρεια.....	46
3.6. Η διατήρηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβαση στο χρόνο..	50
3.7. Παρουσίαση προγράμματος θεραπείας τριών περιστατικών.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΟΝΕΩΝ

4.1 Η συνεργασία του ειδικού με τους γονείς	56
4.2 Παρατηρήσεις και υποδείξεις	61
4.3.Τραυλισμός στα παιδιά- μοντέλο συμβουλευτικής γονέων.....	62
4.4. Συμβουλευτική γονέων.....	64
Παράρτημα.....	66
Βιβλιογραφία	72

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Έχουν περάσει πολλά χρόνια από τότε που ο τραυλισμός, αυτή η διαταραχή στη ροή της ομιλίας έχει εμφανιστεί. Έγιναν αμέτρητες προσπάθειες τόσο για την κατανόηση του όσο και για την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπισή του. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η συμβολή των ερευνών οι οποίες ξεκίνησαν από μια ομάδα επιστημόνων στο πανεπιστήμιο της Iowa των Ηνωμένων Πολιτειών κατά τη δεκαετία του 1930. Ανάμεσα στους ερευνητές ήταν και αρκετοί οι οποίοι τραύλιζαν, όπως για παράδειγμα, οι Johnson, Van Riper.

Παλαιότερα είχαν γίνει επίσης, πολλές ανάλογες προσπάθειες στην Ευρώπη και πιο συγκεκριμένα, στη Γερμανία, σε αντίθεση με την Ελλάδα όπου η ενασχόληση των ειδικών υπήρξε περιορισμένη. Η ερευνά μου για την επίτευξη της εργασίας αυτής πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας κυρίως ξένη βιβλιογραφία, εξαιτίας του γεγονότος ότι οι πληροφορίες που μπορεί κανείς να συλλέξει από την ελληνική βιβλιογραφία είναι ελάχιστες και αυτές σε βιβλία που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία

Με αφορμή της πτυχιακής μου εργασίας με τίτλο *διάγνωση και αντιμετώπιση του τραυλισμού στην παιδική ηλικία στο Τμήμα Λογοθεραπείας του ΤΕΙ Ηπείρου* θα προσπαθήσω να προσεγγίσω αυτό το εξαιρετικά πολύπλοκο αλλά και πολυδιάστατο θέμα. Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που συντέλεσαν στην παρακάτω εργασία τον Διδάκτορα της Ιατρικής του Πανεπιστημίου των Ιωαννίνων Κύριο Φώτη Μωρόγιαννη για την στήριξη του και για το χρόνο που αφιέρωσε. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δρ. Αθανάσιο Ξωφύλλη, ειδικό λογοπαθολόγο και διευθυντή του κέντρου φωνής, λόγου και ομιλίας «λόγος», ο οποίος μου έδωσε σημαντικές πληροφορίες για την κατάσταση που επικρατεί στη χώρα μας σχετικά με τον τραυλισμό στην παιδική ηλικία και μου παραχώρησε υλικό από την προσωπική του βιβλιοθήκη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας, οι ειδικοί που ασχολούνται με τον τραυλισμό επιχειρούν να προσεγγίσουν συνολικά τα άτομα με δυσκολίες στη ροή του λόγου γιατί γίνεται ολοένα και περισσότερα αποδεκτό πως τα αίτια του τραυλισμού δεν περιορίζονται απλώς στη δυσλειτουργία των οργάνων της ομιλίας. Με άμεση απόρροια οι θεραπευτικές αντιμετώπισεις σήμερα να μην εστιάζουν αποκλειστικά στη βελτίωση της λεκτικής ικανότητας του ατόμου που τραυλίζει, αλλά στη βελτίωση της λειτουργικότητας του συνολικά. Είναι σημαντικό να γίνει γνωστός ο τρόπος με τον οποίο βιώνει την εμπειρία και τις συνέπειες του τραυλισμού το παιδί.

Στο πρώτο κεφάλαιο αυτής της εργασίας, παρουσιάζεται μια γενική εικόνα του τραυλισμού η οποία μεταξύ των άλλων περιλαμβάνει ορισμό, κλινικά χαρακτηριστικά καθώς και την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού με τραυλισμό.

Το δεύτερο κεφάλαιο, ασχολείται με τη διάγνωση παρουσιάζοντας τα τυπικά και άτυπα διαγνωστικά εργαλεία του τραυλισμού.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η αντιμετώπιση και θεραπεία του τραυλισμού στην παιδική ηλικία. Το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει κριτήρια ένταξης ενός παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα, μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, θεραπεία, και την υιοθέτηση κανόνων που προάγουν τη λεκτική ευχέρεια. Επίσης, παρουσιάζεται η διατήρηση των αποτελεσμάτων στον χρόνο και το πρόγραμμα θεραπεία τριών περιστατικών με τραυλισμό.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η συνεργασία του ειδικού με τους γονείς διάφορες παρατηρήσεις και υποδείξεις προς τους γονείς, και τέλος προτείνεται ένα μοντέλο συμβουλευτικής προς τους γονείς.

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο προβληματισμός για την αιτιολογία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού έχει ιστορία τουλάχιστον πέντε χιλιάδων χρόνων. Οι ερμηνείες που δόθηκαν κατά καιρούς, αντανακλούσαν συνήθως τις απόψεις που οι γιατροί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, θεολόγοι και φιλόσοφοι κάθε εποχής υιοθετούσαν σχετικά με την αιτιολογία κάθε είδους αποκλίνουσας συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με μια θεωρία για τα αίτια του τραυλισμού, η οποία κυριάρχησε για πάρα πολλά χρόνια, ο τραυλισμός αποτελεί μια μορφή τιμωρίας για κάποιο αμάρτημα που διέπραξε είτε το ίδιο το άτομο είτε κάποιο μέλος της οικογένειάς του (Silverman,2004). Όπως αναφέρει ο Ηρόδοτος, ο Βάττος, επιφανής Έλληνας που έζησε τον 5^ο αιώνα π.χ.(από τον οποίο προήλθε ο όρος βατταρισμός), πήγε στους Δελφούς προκειμένου να ζητήσει από την Πυθία να θεραπεύσει τον τραυλισμό του. Η Πυθία αποφάνθηκε ότι ο τραυλισμός προκλήθηκε από την οργή του θεού Απόλλωνα, τον οποίο ο Βάττος έπρεπε να εξευμενίσει για να απαλλαγεί από το πρόβλημα.

Η αιτιολογία του τραυλισμού είχε προβληματίσει επίσης τους αρχαίους Έλληνες φιλοσόφους. Ο Ιπποκράτης πίστευε ότι τα αίτια του τραυλισμού θα πρέπει να αναζητηθούν στην ασυμφωνία ανάμεσα στη σκέψη και τον προφορικό λόγο (Καλαντζής, 1958). Ο Αριστοτέλης περιέγραψε τον τραυλισμό ως αδυναμία γρήγορης σύνδεσης των συλλαβών μεταξύ τους και εκτιμούσε ότι η αιτία της διαταραχής αυτής είναι η ελαττωματική διάπλαση της γλώσσας και η ανεπαρκής κινητική ικανότητα του οργάνου αυτού (*καταδεδεμένη γλώσσα*)(Δράκος, 1999).

Μια σειρά παλαιότερων θεωριών απέδιδε την εκδήλωση του τραυλισμού σε ανωμαλίες στη δομή και τη λειτουργία των οργάνων της ομιλίας. Σύμφωνα με αυτές τις θεωρίες, υποστηριζόταν ότι ο τραυλισμός ήταν αποτέλεσμα κάποιας ανωμαλίας η οποία σχετιζόταν με τη δομή ή τη λειτουργία του μηχανισμού της αναπνοής ή της άρθρωσης. Οι πιο διαδεδομένες θεωρίες, ανάμεσα στην αρχαιότητα και την περίοδο της Αναγέννησης, ήταν αυτές που θεωρούσαν τον τραυλισμό ως αποτέλεσμα κάποιας ανωμαλίας που σχετίζεται με τη δομή ή/και τη λειτουργία του οργάνου της γλώσσας (Ε. Κάκουρος- Κ. Μανιαδάκη, 2006).

Ο Γάλλος γιατρός Itard, σε βιβλίο του υποστήριζε την άποψη ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα της γενικής αδυναμίας των νεύρων τα οποία διεγείρουν τη γλώσσα και το λάρυγγα(Hunt, 1861). Η αναφορά αυτή του Itard ήταν από τις πρώτες οι οποίες ενοχοποιούσαν τη λειτουργία του λάρυγγα για την εκδήλωση τραυλισμού και για τη

διερεύνηση του ενδεχομένου αυτού διεξήχθησαν πάρα πολλές έρευνες κατά τις δεκαετίες του 1970 και 1980.

Ο Asperger (1952) υποστήριζε ότι οι σοβαρές περιπτώσεις τραυλισμού είναι αποτέλεσμα εγκεφαλίτιδας, ενώ οι ηπιότερες εκδηλώσεις του είναι αποτέλεσμα κακών χειρισμών και παρεμβάσεων του περιβάλλοντος του μικρού παιδιού, στις περιπτώσεις όπου αυτό συναντά φυσιολογικές δυσκολίες στη ροή του λόγου κατά την περίοδο της γλωσσικής ανάπτυξης.

*Σε όλες σχεδόν τις χρονολογικές περιόδους υπήρχαν σημαντικές διαφωνίες μεταξύ των ειδικών ως προς την αιτιολογία του τραυλισμού. Πάντα υπήρχαν ορισμένοι οι οποίοι ενοχοποιούσαν **βασικά κάποιους οργανικούς παράγοντες** για την εκδήλωση του τραυλισμού, ενώ άλλοι υιοθετούσαν **την άποψη ότι τα αίτια είναι ψυχολογικά**. Στο σημείο αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονίσουμε το γεγονός πως σχεδόν κανείς από όσους υποστήριζαν την άποψη περί οργανικής αιτιολογίας του τραυλισμού δεν παραγνώριζε τελείως την συμβολή των περιβαλλοντικών επιδράσεων στην εκδήλωσή του (Ε. Κάκουρος- Κ. Μανιαδάκη, 2006).*

Κατά το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, συνέχισε να κυριαρχεί η τάση ενοχοποίησης της δομής και της λειτουργίας των οργάνων της ομιλίας για την εκδήλωση του τραυλισμού, αλλά άρχισε να δίνεται παράλληλα και ιδιαίτερη έμφαση στους ψυχολογικούς μηχανισμούς οι οποίοι σχετίζονται με την εκδήλωση ή/και τη διατήρησή του. Σύμφωνα με μια πολύ διαδεδομένη άποψη στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η πίεση που μπορεί να ασκηθεί στα αριστερόχειρα παιδιά, προκειμένου να μάθουν να χρησιμοποιούν το δεξί τους χέρι, ενδέχεται να ευθύνεται για την εκδήλωση τραυλισμού (Ballard, 1912 Van Riper, 1935).

1.2. Ορισμός

Ο Wingate το 1964 ορίζει τον τραυλισμό ως μία διαταραχή της ροής της λεκτικής έκφρασης η οποία χαρακτηρίζεται από ακούσιες επαναλήψεις και παρατάσεις, ηχητικές ή όχι, εφόσον πρόκειται για μερικές λεκτικές μονάδες, δηλαδή συλλαβές ή λέξεις μονοσύλλαβες. Αυτές οι διαταραχές εμφανίζονται σε μία συνεχή συχνότητα και είναι πολύ δύσκολο να ελεγχθούν.

Ένας άλλος ορισμός, ο οποίος δίδεται από τον Van Riper το 1973 αναφέρει : «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)

Κατά την διάρκεια των δεκαετιών του 1940 και του 1950 ο Johnson όρισε τον τραυλισμό σαν η προσδοκώμενη, φοβισμένη, υπερτονική αντίδραση αποφυγής. Η άποψη του ήταν ότι ο τραυλισμός είναι μία γνωστή αντίδραση σε περιβαλλοντικά γεγονότα και κάτι που το άτομο κάνει, όχι κάτι το οποίο σημαίνει· κάτι που το περιμένει να συμβεί, το φοβάται όταν συμβαίνει, νιώθει ένταση και προσπαθεί να το αποφύγει.

Ο Διεθνής Οργανισμός Υγείας (1977) χαρακτηρίζει τον τραυλισμό ως μια διαταραχή στο ρυθμό της ομιλίας στις οποίες το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι επιθυμεί να πει αλλά προς το παρόν ένα αναξιόπιστο να το πούμε εξαιτίας μιας ακούσιας επαναληπτικής παράτασης ή κατάπαυσης ενός ήχου.

Οι Brutten & Shoemaker's το 1967 όρισαν ότι «ο τραυλισμός, είναι εκείνη μορφή της αποτυχίας ευφράδειας που είναι αποτέλεσμα κατεστημένου αρνητικού συναισθήματος».

Ο Coriat το 1943 περιέγραψε το τραυλισμό σαν μια «ψυχονεύρωση που χαρακτηρίζεται από την επιμονή των πρώιμων, προγεννητικών προφορικών φροντίδων, προφορικών σαδιστικών και πρωκτικών σαδιστικών στοιχείων».

Με μια παρόμοια προσέγγιση, ο Glauber το 1958, περιέγραψε τον τραυλισμό σαν «ένα σύμπτωμα σε μια ψυχοπαθολογική κατάσταση που κατατάσσεται σαν μια προγεννητική νεύρωση μετατροπής».

Ο Fenichel το 1945 δήλωσε ότι «ο τραυλισμός είναι μια προγεννητική νεύρωση μετατροπής σε εκείνα τα πρώιμα προβλήματα της διαχείρισης με επίσχεση και αποβολή των κοπράνων που έχουν εκτόπιση προς τα πάνω μέσα τους σφιγκτήρες του στόματος» (όπως έχει παρατεθεί από τον Van Riper το 1982). (Manning, 2001).

Σύμφωνα με τον Van Riper (1971) κανένας ορισμός δεν είναι αρκετά ικανοποιητικός. Ο ίδιος 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, 1971).

1.3. Αιτιοπαθγένεια – Συγγνότητα

Η πιο συνηθισμένη ερώτηση που κάνει ένας γονέας είναι γιατί το παιδί του τραυλίζει. Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι η επικρατέστερη άποψη είναι ότι ο τραυλισμός δεν εκδηλώνεται εξαιτίας ενός παράγοντα αλλά εξαιτίας πολλών παραγόντων. Τα αίτια έχουν κατηγοριοποιηθεί *ως οργανικά* (οργανική ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος κ.α), *ψυχογενή* (προσωπικότητα, νευρωτικά χαρακτηριστικά), *μαθημένες συμπεριφορές* (μαθημένες συμπεριφορές αποφυγής), *περιβαλλοντικά* (γονείς). Η άγνοια για τα αίτια του τραυλισμού υπάρχει ακόμα και στις μέρες μας, παρόλο που αρκετές μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα αίτια του τραυλισμού είναι κυρίως ψυχολογικά.

Βέβαια κάποιες καταστάσεις έχουν ενοχοποιηθεί περισσότερο για την έναρξη του τραυλισμού.

- **Φυσική ανάπτυξη.** Τα παιδιά μεγαλώνουν με τα ίδια στάδια ανάπτυξης και αποκτούν τις ίδιες δεξιότητες, όμως κάποια τραυλίζουν.
- **Ασθένεια.** Σε κάποιες περιπτώσεις οι γονείς αναφέρουν ότι ο τραυλισμός ξεκίνησε μετά από μια ασθένεια. Ο Silverman το 1996 τόνισε ότι αν υπάρχει ασθένεια η οποία επηρεάζει το Κ.Ν.Σ., τότε μπορεί να είναι πιθανή μια σύνδεση με τον τραυλισμό. Επίσης μια ασθένεια μπορεί να επηρεάσει την φύση του τραυλισμού σ' αυτούς που ήδη τραυλίζουν. Είναι δύσκολο για ένα παιδί να διατηρήσει την ενέργεια να παρακολουθεί την παραγωγή του λόγου. Όταν είναι άρρωστο και έχει χαμηλή ενέργεια. (Luchsinger & Arnold, 1965· Van Riper, 1978).
- **Μίμηση.** Αυτή η άποψη για την έναρξη του τραυλισμού μπορεί να απορρέει από την κουλτούρα του ομιλητή. Σε μία μελέτη του Van Riper το 1982 υπέδειξε ότι υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις όπου η μίμηση φαίνεται να εμπλέκεται στην έναρξη του τραυλισμού.

- **Σοκ η φόβος.** Οι γονείς μπορεί να αναφέρουν ότι η έναρξη τραυλισμού προήλθε από ένα τραυματικό συναισθηματικό γεγονός (Van Riper, 1982).
- **Συναισθηματικές και επικοινωνιακές αντιθέσεις.** Κάποιοι γονείς υποπτεύονται ότι τα οικογενειακά άγχη μπορεί να προκαλέσουν τον τραυλισμό. Πολλοί μελετητές πιστεύουν ότι παρόλο τέτοιες μορφές άγχους επιβαρύνουν τον τραυλισμό, υπάρχει μία εμπειρική υποστήριξη γι' αυτήν την αιτιολογία.
- **Κοινωνικοοικονομική κατάσταση οικογένειας.** Σε μελέτες του ο Van Riper υποδεικνύει ότι οι μορφές τραυλισμού διαφέρουν ανάμεσα σε κουλτούρες και φυλές. Ο Bloodstein το 1987 παρατήρησε ότι η εμφάνιση του τραυλισμού μπορεί να σχετίζεται με τις υψηλές προσδοκίες για την επίτευξη της κοινωνικής καταξίωσης.
- **Εθνικότητα.** Η εμφάνιση του τραυλισμού στις τεχνολογικά ανεπτυγμένες χώρες αναφέρθηκε στο περίπου 0,7 – 1% του πληθυσμού. Η εμφάνιση είναι κάπως υψηλότερη σε αρκετές κουλτούρας του κόσμου, πιθανώς εξαιτίας ενός συνδυασμού περιορισμένων εφοδίων και πολιτισμικών αιτιών (Bullen, 1945· Lemert, 1953, 1962· Morgenstern, 1956· Snidecor, 1947).
- **Φύλο.** Ο Kent το 1983 συζήτησε το γεγονός ότι υπάρχει μεγαλύτερη εμφάνιση του τραυλισμού στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια. Φαίνεται βέβαιο ότι ο τραυλισμός ξεκινά με την ίδια περίπου συχνότητα και για τα αγόρια και για τα κορίτσια. Όμως τα κορίτσια είναι περισσότερο πιθανό να αναρρώσουν από το τραυλισμό κατά τη διάρκεια των προσχολικών χρόνων από ότι τα αγόρια. Τα αποτελέσματα είναι ότι κατά τα πρώτα σχολικά χρόνια υπάρχουν τρία περίπου αγόρια που τραυλίζουν για κάθε κορίτσι. Οι νεαροί αρσενικοί ομιλητές μπορούν να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στο να καταφέρουν και να διατηρήσουν την ευφράδεια.
- **Ηλικία.** Τα παιδιά που είναι γύρω στα 2 με 7 χρόνια είναι πολύ πιο πιθανό να ξεκινήσουν να τραυλίζουν από άλλα παιδιά ή ενήλικες. Υπάρχει πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα για την έναρξη του τραυλισμού, πριν την ηλικία των 5 παρά μετά την ηλικία των 7. Η έναρξη του τραυλισμού κατά την διάρκεια της μέσης ηλικίας ή και πιο αργά είναι πολύ σπάνιο και πιθανή να συμβεί μόνο σε περίπτωση νευρολογικής ή ψυχολογικής φύσης. Είναι επίσης σημαντικό να εκτιμήσουμε ότι η ηλικία του ομιλητή φαίνεται επίσης να αλληλεπιδρά με το φύλο του ομιλητή με αρκετούς τρόπους.
- **Γενετικοί παράγοντες.** Έρευνες δείχνουν ότι το ποσοστό των ανθρώπων που έχουν συγγενείς από τη μητρική ή πατρική μεριά που τραυλίζουν κυμαίνεται από 30 – 69%. Οι έρευνες που αφορούν τη γενική και η φύση του τραυλισμού έχουν επικεντρωθεί

στην εμφάνιση του τραυλισμού σε οικογένειες, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου υπάρχει η διαταραχή αυτή σε πρώτου και δεύτερου βαθμού συγγένειας.

- **Εγκεφαλικό τραύμα.** Ο Van Riper το 1982 συγκεντρώνει ευρήματα που αναφέρουν ότι πάνω από 1% εμφανίζονταν τραυλισμό με εγκεφαλική βλάβη, ιδιαίτερα για ομιλητές με εγκεφαλική παράλυση και επιληψία. Βέβαια κάποιες φορές είναι δύσκολο να διαχωρίσουμε τα γλωσσικά προβλήματα από τα «διαλείμματα» ευφράδειας. Επιπλέον, οι ομιλητές που είναι αναπτυξιακά καθυστερημένοι συχνά έχουν υψηλότερη από τη συνηθισμένη εμφάνιση του τραυλισμού, ιδιαίτερα αυτή με σύνδρομο Down.
- **Συντονισμός μηχανισμού.** Υπάρχουν μερικά ευρήματα ότι οι ενήλικες που τραυλίζουν έχουν περισσότερες δυσκολίες στο συντονισμό του μηχανισμού. Για παράδειγμα, υπάρχει κάποια ένδειξη για έλλειψη της κατάλληλης αλληλεπίδρασης μεταξύ λαρυγγικών και υπερλαρυγγικών συμπεριφορών κατά τη διάρκεια του άνετου λόγου στα μικρά παιδιά που τραυλίζουν.

Συχνότητα

Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 4-4,5% του πληθυσμού έχουν εμφανίσει τραυλισμό σε κάποια περίοδο της ζωής τους (Andrews & Harris, 1964, Bloodstein, 1982, Curlee, 1980, Van Riper, 1982). Σε αντίθεση με την εξάπλωση του τραυλισμού, σε παιδιά σχολικής ηλικίας προσεγγίζει το 1% ή και λιγότερο (Bloodstein, 1981). Ο τραυλισμός, μάλλον εμφανίζεται λιγότερο κατά την διάρκεια τότε γυμνασίου από ότι κατά τη διάρκεια του δημοτικού και εμφανίζεται περισσότερο κατά την διάρκεια των προσχολικών χρόνων. Οι διαφορές στη συχνότητα και την εξάπλωση ανάμεσα σε διαφορετικούς πολιτισμούς ή σε κοινωνικοοικονομικές ομάδες είναι σχετικά μικρές (Costello&Holland), 1986).

Από έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής του τραυλισμού, έχουν βρεθεί ότι τα αγόρια εμφανίζουν πιο συχνά τραυλισμό σε σχέση με τα κορίτσια. Σύμφωνα με τον Bloodstein (1995), η αναλογία μεταξύ αγοριών και κοριτσιών ποικίλει από 2,2:1 μέχρι 5,3:1 και αυτή η αναλογία αυξάνεται με την ηλικία είτε γιατί τα αγόρια αρχίζουν να τραυλίζουν αργότερα είτε γιατί τα κορίτσια θεραπεύονται πιο γρήγορα. Γενικώς, η αναλογία εμφάνισης του τραυλισμού ανάμεσα στα αγόρια και στα κορίτσια είναι 3-4:1 (Gregory, 2003).

Όσον αφορά αυτή την αναλογία, φαίνεται ότι κατά κάποιο τρόπο αντανακλά ένα περισσότερο ασταθές σύστημα στο νεύρο-μυϊκό έλεγχο της ομιλίας στα αγόρια, τουλάχιστον κατά τα

πρώτα χρόνια της ζωής τους. Η οργάνωση της ομιλίας ενός αγοριού είναι πιο ανώριμη σε σχέση με αυτή των κοριτσιών την ίδια χρονική περίοδο. Συνεπώς, είναι πιο ευάλωτη να διαταραχθεί. Επιπλέον, τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες αυτοίιασης ή έχουν καλύτερες τεχνικές αντιμετώπισης της διαταραχής. (Van Riper, 1971).

Η εξάπλωση του τραυλισμού είναι σημαντικά υψηλή σε παιδιά με εγκεφαλική βλάβη, με καθυστέρηση ομιλίας, με νοητική υστέρηση ή ακόμη και σε παιδιά με άλλες διαταραχές της ομιλίας όπως, δυσαρθρία, απραξία ή αφασία. Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά αυτά θα έχουν λιγότερες πιθανότητες ίασης του τραυλισμού τους. (Van Riper, 1982).

Η πιθανότητα εμφάνισης του τραυλισμού σε συγγενείς πρώτου βαθμού που έχουν τραυλισμό ή έχουν αναρρώσει είναι τρεις φορές μεγαλύτερη από ότι στο γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα είναι υψηλότερη στους απόγονους ατόμων με τραυλισμό από ότι στα δίδυμά τους, ενώ πρώτου βαθμού άρρενες συγγενείς με γυναίκες που τραυλίζουν είναι τέσσερις φορές πιθανότερο να τραυλίσουν από ότι πρώτου βαθμού γυναίκες, συγγενείς με άρρενες που τραυλίζουν (Costello&Holland, 1986)

Καθώς, λοιπόν, η απόδειξη για γενετική μεταβίβαση του τραυλισμού αυξάνεται σταθερά είναι φανερό ότι και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο, αν και όχι απόλυτο, στην εμφάνιση και την ανάπτυξη του τραυλισμού. Σύμφωνα με τους Johnson&Associates (1959) πιστεύεται ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα μιας γενικής αλληλεπίδρασης:

- 1) του βαθμού δυσρυθμίας του παιδιού,
- 2) της ευπάθειας του ακροατή στην δυσρυθμία του παιδιού και
- 3) της ευπάθειας του παιδιού στη δυσρυθμία του και στις αντιδράσει του ακροατή (Gregory,2003). Άλλοι κλινικοί ερευνητές (π.χ. Van Riper, 1973,1982, Gregory,1973,1986, Riley&Riley, 1979, 1983) υποστηρίζουν ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με τις φυσιολογικές προδιαθέσεις (γενετικές, γλωσσολογικές, κ.α.) (Gregory, 2003).

Παρόλα αυτά, δεν μπορούμε να εξακριβώσουμε τις καθοριστικές προδιαθέσεις οι οποίες μεταβιβάζονται γενετικά ή να περιγράψουμε πως αυτοί οι προδιαθετούμενοι περιορισμοί αντιδρούν με το περιβάλλον έτσι ώστε να προκαλούν τραυλισμό.(Costello&Holland, 1986).

1.4. Κλινικά χαρακτηριστικά

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι η περιοδικότητα με την οποία εμφανίζεται. Σε ελάχιστες περιπτώσεις ένα άτομο τραυλίζει σε κάθε λέξη που εκφέρει. (Johnson, 1961 Silverman, 1974).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο λόγος ενός ατόμου που τραυλίζει παρουσιάζει ανάμεικτα στοιχεία:

- επαναλήψεις ήχων και συλλαβών
- επιμηκύνσεις ήχων
- επιφωνήματα
- διακοπτόμενες λέξεις (π.χ παύσεις μέσα σε μια λέξη)
- ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές (γεμάτες ή κενές παύσεις τις ομιλίας)
- περιφράσεις (υποκαταστάσεις λέξεων για την αποφυγή προβληματικών λέξεων)
- παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση
- επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων (π.χ το-το-το-το είδα) (DSM-IV)

Οι στιγμές τραυλισμού χαρακτηρίζονται από λεκτικές μορφές συμπεριφοράς, οι οποίες μπορούν να γίνουν αντιληπτές από τον ακροατή. Αυτές οι λεκτικές μορφές συμπεριφοράς ονομάζονται φαινόμενα δισταγμού, τα κυριότερα από τα οποία είναι τα εξής:

1. **επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών και λέξεων.** Είναι το πλέον χαρακτηριστικό γνώρισμα του τραυλισμού, το οποίο εκδηλώνεται τόσο στην ομιλία παιδιών προσχολικής ηλικίας που ξεκινούν να τραυλίζουν όσο και σε ενήλικες που τραυλίζουν (Johnson, 1961). Αυτή η μορφή εκδήλωσης τραυλισμού ονομάζεται κλονική. Παραδείγματα τέτοιων επαναλήψεων είναι τα εξής: το μωρό ήπια το γ-γάλα του, το μωρό ήπια το γά-γάλα του, το μωρό ήπια το το γάλα του. Οι περισσότερες επαναλήψεις λέξεων εμφανίζονται στις πρώτες συλλαβές των λέξεων και σχεδόν ποτέ στις τελευταίες (Lebrun and Van Borsel, 1990 Stansfield, 1995). Ο αριθμός των επαναλήψεων ποικίλλει συνήθως από δύο έως πέντε φορές . Εάν κατά τη διάρκεια των επαναλήψεων το άτομο βιώνει μεγάλη ένταση, τότε οι ήχοι μπορεί να επιμηκύνονται ή να προφέρονται δυσρυθμικά (Van Riper, 1982).
2. **Δυσρυθμίες.** Πρόκειται για διαταραχές στο ρυθμό εκφοράς του λόγου. Τα δύο είδη δυσρυθμιών είναι οι επιμηκύνσεις στην παραγωγή σύντομων λεκτικών

στοιχείων και οι σπασμένες λέξεις. Αυτή η μορφή τραυλισμού ονομάζεται τονική. Οι επιμηκύνσεις φθόγγων όπως και οι επαναλήψεις εμφανίζονται συνήθως στους αρχικούς φθόγγους των λέξεων και σχεδόν ποτέ στους τελικούς (Bloodstein, 1987). Εκδηλώνονται ως επίμονο κόμπιασμα σε μια αρθρωτική θέση ή ως παρατεταμένος ήχος και η διάρκειά τους φτάνει συνήθως μέχρι τα πέντε δευτερόλεπτα (Sheehan, 1974). Κατά την επιμήκυνση ενός φθόγγου, το άτομο δίνει την εντύπωση ότι αδυνατεί να προφέρει τον ήχο που θέλει να πει και συχνά η προσπάθεια αυτή συνοδεύεται από ορατή ένταση στους μύς του προσώπου ή και του λαιμού. Ως σπασμένες λέξεις αναφέρονται αυτές κατά τις οποίες το άτομο κάνει μια αφύσικη παύση ανάμεσα στις συλλαβές μιας λέξης π.χ λέει θέ (παύση) λω. Οι παύσεις αυτές μπορεί να είναι σιωπηρές ή να χαρακτηρίζονται από την παραγωγή κάποιου ήχου.

3. **Παύσεις.** Εκδηλώνονται μεταξύ των λέξεων και συνοδεύονται συνήθως από ένταση στους μύς που σχετίζονται με την παραγωγή της ομιλίας (Williams et al., 1968). Εμφανίζονται συνήθως πριν από λέξεις των οποίων το άτομο δυσκολεύεται να προφέρει τον πρώτο φθόγγο π.χ το μωρό πίνει το [...] γάλα του. Ο μηχανισμός που υποκινεί αυτές τις παύσεις φαίνεται ανάλογος με αυτόν που υποκινεί τις σπασμένες λέξεις : δυσκολία ρύθμισης της ποσότητας του αέρα που χρειάζεται να εκπνεύσει το άτομο προκειμένου να προφέρει τον φθόγγο.
4. **Ατελείς φράσεις.** Υπάρχουν φράσεις τις οποίες το άτομο που τραυλίζει ξεκινά να προφέρει αλλά δεν τις ολοκληρώνει. Η φράση παραμένει ατελής επειδή το άτομο που τραυλίζει ενδέχεται να πιστεύει ότι στην επόμενη λέξη μπορεί να κολλήσει και επομένως προτιμά σκόπιμα να την αποφύγει (Van Riper, 1982).
5. **Εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων ή φράσεων.** Στην ομιλία όλων των ανθρώπων παρεμβάλλονται ορισμένες φορές φθόγγοι ή φράσεις όπως εεεε, μμμ, ξέρεις τώρα κτλ. τα οποία δεν παρεμποδίζουν το νόημα της πρότασης (Johnson, 1961). Στην ομιλία των ατόμων που τραυλίζουν, οι εμβολές αυτές είναι ιδιαίτερα συνήθεις και αποτελούν προσπάθεια αλλοίωσης ορισμένων λέξεων, στις οποίες ο ομιλητής φοβάται ότι θα κολλήσει (Van Riper, 1982).
6. **Αναθεωρήσεις.** Τα άτομα που τραυλίζουν έχουν ορισμένες φορές την τάση να μην ολοκληρώνουν τη λέξη την οποία ξεκίνησαν να εκφέρουν τραυλίζοντας, αλλά να την αντικαθιστούν με κάποιο συνώνυμο προκειμένου να αποφύγουν περαιτέρω τραυλισμό (Van Riper, 1982).

7. *Αφύσικος ρυθμός ομιλίας.* Ο ρυθμός της ομιλίας των ατόμων που τραυλίζουν μπορεί να κυμαίνεται από πολύ αργός έως πολύ γρήγορος. Ο αργός ρυθμός μπορεί να είναι αποτέλεσμα του ίδιου του τραυλισμού ή να υιοθετείται σκόπιμα από το άτομο για να μην τραυλίσει (Van Riper, 1982).
8. *Αφύσικο ανέβασμα της έντασης και του τόνου της φωνής.* Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αύξηση της έντασης της φωνής ή η εκφορά του λόγου με μονότονο τρόπο μπορεί να υιοθετείται από τα άτομα που τραυλίζουν, στην προσπάθειά τους να αποφύγουν τον τραυλισμό (Van Riper, 1982).

1.4.α) Γλωσσικά στοιχεία που ευνοούν την εκδήλωση του τραυλισμού

Σύμφωνα με τις μελέτες του Brown (1945) τα βασικά χαρακτηριστικά των λέξεων στις οποίες εκδηλώνεται συνηθέστερα ο τραυλισμός αφορούν το αρχικό ήχο της λέξης, τη γραμματική της σημασία, τη θέση της στην πρόταση και το μήκος της. Ο τραυλισμός φαίνεται να εκδηλώνεται συχνότερα σε λέξεις που ξεκινούν με σύμφωνα, σε σχέση με λέξεις που ξεκινούν με φωνήεντα. Μια πιθανή ερμηνεία αυτού του φαινομένου είναι ότι η άρθρωση των συμφώνων απαιτεί μεγαλύτερη μυϊκή ένταση από αυτή των φωνηέντων και επομένως ενδέχεται να οδηγεί τα άτομα που τραυλίζουν στην εκτίμηση ότι τα σύμφωνα είναι πιο δύσκολα στην εκφορά τους από τα φωνήεντα.

Η γραμματική λειτουργία της λέξης είναι ένας άλλος παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την εκδήλωση του τραυλισμού. Έχει παρατηρηθεί ότι στον πληθυσμό των ενηλίκων και των παιδιών σχολικής ηλικίας, οι στιγμές τραυλισμού είναι πιθανότερο να εκδηλωθούν σε λέξεις περιεχομένου όπως ουσιαστικά, ρήματα, επίθετα και επιρρήματα σε σχέση με λειτουργικές λέξεις όπως άρθρα, προθέσεις, αντωνυμίες και συνδέσμους (Brown, 1945 Williams et al, 1969b).

Σε αντίθεση στα παιδιά προσχολικής ηλικίας ο τραυλισμός φαίνεται να εκδηλώνεται συχνότερα στα λειτουργικά μέρη του λόγου (Bernstein, 1981 Howell et al.,1999). Σύμφωνα με τον Brown (1945), η συχνότερη εκδήλωση τραυλισμού στις λέξεις περιεχομένου ίσως οφείλεται στην επίγνωση των ενηλίκων και των παιδιών σχολικής ηλικίας ότι οι λέξεις αυτές είναι φορείς μηνυμάτων, αποτελούν τα βασικά στοιχεία της επικοινωνίας και προκαλούν περισσότερο το ενδιαφέρον του ακροατή.

Οι στιγμές τραυλισμού εκδηλώνονται συνηθέστερα στην πρώτη λέξη μιας πρότασης, ενώ η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού μειώνεται σταδιακά όταν πρόκειται για τη δεύτερη ή την τρίτη λέξη της πρότασης. Η διαπίστωση αυτή αφορά τόσο στον προφορικό λόγο όσο και στον γραπτό (Brown, 1945 Wingate, 1982). Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η αρχή της πρότασης είναι το καθοριστικό σημείο κατά το οποίο προσελκύεται η προσοχή του ακροατή και, επομένως, προκαλεί μεγαλύτερη συναισθηματική φόρτιση στον ομιλητή.

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

Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι ο βαθμός εξοικείωσης του ομιλητή με μια λέξη επηρεάζει την εκδήλωση του τραυλισμού, καθώς ο τραυλισμός εκδηλώνεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε λέξεις με τις οποίες ο ομιλητής δεν είναι εξοικειωμένος, ιδιαίτερα κατά την ανάγνωση (Hubbard & Prins, 1994). Οι στιγμές του τραυλισμού τείνουν να επανεμφανίζονται σε λέξεις κατά τις οποίες έχουν εμφανιστεί στο παρελθόν (Johnson & Knott, 1937).

1.4 β) Καταστάσεις που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού

Ένας βασικός παράγοντας ο οποίος αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού είναι το βίωμα της επικοινωνιακής πίεσης, το οποίο μπορεί να πάρει πολλές μορφές. Σε κάθε περίπτωση που το άτομο αντιλαμβάνεται την επικοινωνία ως μια πιεστική κατάσταση, είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί τραυλισμός. Έχει διαπιστωθεί ότι ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα όταν το άτομο μιλάει στο τηλέφωνο, συστήνεται για πρώτη φορά, λέει ανέκδοτα ή μιλάει σε κάποιο άτομο αυξημένου κύρους (Bloodstein, 1987 Van Riper, 1982). Το κοινό στοιχείο σε όλες αυτές τις καταστάσεις είναι ότι το άτομο που τραυλίζει καταβάλλει μεγαλύτερες προσπάθειες να αποφύγει την εκδήλωση τραυλισμού, επειδή του είναι σημαντική η επιτυχής έκβαση της επικοινωνίας.

Μια άλλη κατάσταση η οποία αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού, είναι όταν ζητηθεί από το άτομο που τραυλίζει να επαναλάβει κάτι που είτε επειδή δεν έγινε κατανοητό την πρώτη φορά (Bloodstein, 1987). Η συνήθης τακτική των ενηλίκων να ζητούν από τα παιδιά που τραυλίζουν να επαναλάβουν τη λέξη ή τη πρόταση στην οποία τραύλισαν αργά και καθαρά, όχι μόνο δεν βοηθά τα παιδιά αλλά συνήθως επιδεινώνει την κατάσταση.

Τέλος, η παρουσία μπροστά σε μεγάλο ακροατήριο συχνά επιδεινώνει το βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού (Young, 1985). Για τα παιδιά μια τέτοια δύσκολη κατάσταση είναι η απαγγελία ενός ποιήματος σε μια σχολική εορτή ή η λύση ενός προβλήματος στον πίνακα της τάξης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, κυρίως μικρών παιδιών, ακόμη και θετικά συναισθήματα αυξημένης, όπως ο ενθουσιασμός, ενδέχεται να επιδράσουν αρνητικά στο βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού (Adams, 1992).

Τέλος, ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να αυξήσει τον τραυλισμό είναι ο βαθμός της προσοχής που το άτομο που τραυλίζει δίνει στην ομιλία του, καθώς επίσης και της προσπάθειάς του να οργανώσει το λόγο του πριν μιλήσει. Για παράδειγμα, όταν περιμένουν σε σειρά για να μιλήσουν, είναι πιθανότερο να τραυλίσουν εάν βρίσκονται στις τελευταίες παρά στις πρώτες θέσεις της σειράς. Ο μεγάλος χρόνος αναμονής δίνει τη ευκαιρία στο άτομο που τραυλίζει να προσπαθεί για περισσότερη ώρα να οργανώσει το λόγο του προκειμένου να μην τραυλίσει, με αποτέλεσμα να πετυχαίνει ακριβώς το αντίθετο. Τα παιδιά που τραυλίζουν βιώνουν ανάλογες καταστάσεις όταν περιμένουν να εξεταστούν από τη δασκάλα στο σχολείο (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

1.4.γ) Καταστάσεις που μειώνουν την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού

Έχει διαπιστωθεί ότι στην περίπτωση που το άτομο διαβάζει δυνατά ταυτόχρονα με κάποιον άλλον, τότε ελαχιστοποιείται η πιθανότητα να τραυλίσει (Barber, 1939). Σύμφωνα με τους Eisenson και Wells (1942) η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας τραυλισμού οφείλεται στο γεγονός ότι το άτομο που τραυλίζει νιώθει μειωμένο αίσθημα ευθύνης για το αποτέλεσμα της ενέργειάς του εφόσον την πραγματοποιεί από κοινού με άλλο άτομο, το οποίο μοιράζεται την ευθύνη.

Επίσης, ο τραυλισμός εκδηλώνεται εξαιρετικά σπάνια όταν το άτομο τραγουδά, βρίζει, μιλά με συγκεκριμένο ρυθμό, π. χ αριθμεί μια σειρά αντικειμένων, ή λέει απ' έξω κάτι που έμαθε (Andrews et al., 1983). Μια άλλη περίπτωση, κατά την οποία το άτομο που συνήθως τραυλίζει μπορεί να μιλήσει με κανονική ροή, είναι όταν αυτό που θέλει να πει είναι ήδη γνωστό στον ακροατή.

Η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού φαίνεται να μειώνεται εξαιρετικά όταν το άτομο μιλά χωρίς την παρουσία ακροατών ή όταν απευθύνεται σε ζώα ή πολύ μικρά παιδιά (Andrews et al., 1983). Όταν τα παιδιά που τραυλίζουν παίζουν μόνα τους στο δωμάτιο και συνομιλούν με τα παιχνίδια τους ή όταν μιλούν σε παιδιά μικρότερης χρονολογικής ηλικίας, σπάνια εκδηλώνεται τραυλισμός.

Έχει παρατηρηθεί ότι στις περιπτώσεις όπου το άτομο διαφοροποιεί το συνήθη ρυθμό ομιλίας του, π. χ την ταχύτητα ομιλίας, την ένταση ή το χρωματισμό της φωνής, τη μελωδικότητα του λόγου, τότε μειώνεται η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού. Σύμφωνα με τον Bloodstein (1987), αυτό συμβαίνει γιατί οι αλλαγές στον τρόπο ομιλίας ενδεχομένως λειτουργούν ως μια μάσκα της πραγματικής ομιλίας του ατόμου και απομακρύνουν την προσοχή του ατόμου που τραυλίζει από την προσπάθεια να μην τραυλίσει.

Σύμφωνα με παρατηρήσεις, οι οποίες χρονολογούνται από το 1937 (Johnson & Knott), η εκδήλωση τραυλισμού μειώνεται μετά από επανειλημμένες διαδοχικές αναγνώσεις του ίδιου του υλικού. Συγκεκριμένα μετά από περίπου πέντε αναγνώσεις του ίδιου αποσπάσματος, μειώνεται κατά 50% ο τραυλισμός σε σύγκριση με την πρώτη ανάγνωση.

1.5. Ειδικά συνοδά χαρακτηριστικά

Κατά τη διάρκεια του τραυλισμού παρατηρείται η εκδήλωση ορισμένων μορφών συμπεριφοράς, λεκτικών και μη λεκτικών. Αυτά τα χαρακτηριστικά εμφανίζονται συχνότερα στους ενήλικες και στα μεγαλύτερα παιδιά και λιγότερο στα παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας (Van Riper, 1982).

Δευτερεύοντα συμπτώματα μη λεκτικής φύσης που ενδέχεται να συνοδεύουν τον τραυλισμό είναι η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, το συνεχές άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων, η ρυτίδωση του μετώπου, η πίεση των χειλιών μεταξύ τους και διάφορες κινήσεις των μυών του προσώπου, της κεφαλής και των χεριών. Επίσης, εμφανίζονται κοκκινίλες, εφίδρωση, δυσκολίες στην αναπνοή με σμίκρυνση του χρόνου εκπνοής και αύξηση του χρόνου εισπνοής (Silverman, 2004).

Ως δευτερεύοντα συμπτώματα λεκτικής φύσης αναφέρονται στερεοτυπικές παραγωγές ομιλίας όπως οι παρεμβολές ήχων, συλλαβών λέξεων και φράσεων πριν από τις δύσκολες λέξεις, οι οποίες δεν έχουν λειτουργική θέση στον λόγο, οι περίεργες διακυμάνσεις του τόνου και της έντασης της φωνής καθώς και οι αυξομειώσεις της ταχύτητας ομιλίας (Silverman, 2004). Αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμούς μεταξύ τους (Prins & Lohr, 1972) και ταξινομούνται σε πέντε κατηγορίες: **συμπτώματα αποφυγής**: τα οποία περιλαμβάνουν αντικαταστάσεις λέξεων στις οποίες το άτομο φοβάται ότι θα τραυλίσει, **συμπτώματα αναβολής**: καθυστέρηση στην εκφορά των λέξεων στις οποίες το άτομο φοβάται ότι θα τραυλίσει με τη χρήση παύσεων, ή λέξεων, όπως ξέρεις, λοιπόν κ.α, **συμπτώματα εκκίνησης**: στερεότυπη χρήση συγκεκριμένων ήχων πριν από τις λέξεις στις οποίες το άτομο φοβάται ότι θα τραυλίσει, **συμπτώματα διαφυγής**: απότομη διακοπή του λόγου και ενδεχόμενη προσπάθεια επανάληψης της φράσης στην οποία εκδηλώθηκε τραυλισμός και **συμπτώματα μείωσης της προσδοκίας τραυλισμού**: υιοθέτηση παράξενου ρυθμού ομιλίας, προκειμένου το άτομο να προλάβει την εκδήλωση τραυλισμού (Van Riper, 1937).

Κατά τη διάρκεια στιγμών τραυλισμού το άτομο αισθάνεται ότι υπάρχει ένα φυσικό εμπόδιο στην προσπάθεια να αρθρώσει λόγο, δηλαδή βιώνει αδυναμία μυϊκού ελέγχου των οργάνων της ομιλίας. Τα άτομα αυτά αναφέρουν ότι αισθάνονται τη γλώσσα να κολλάει στον ουρανίσκο, τα χείλη να σφίγγουν μεταξύ τους, το λαιμό να κλείνει.

Ως συνοδά προβλήματα του τραυλισμού στα παιδιά αναφέρονται φοβίες, διαταραχές ύπνου, ενούρηση, αντιδραστική συμπεριφορά, ονυχοφαγία, εμμονές και ψυχαναγκασμοί, καθώς και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις (Bloodstein, 1995).

1.6. Αναπτυξιακή πορεία παιδιών με τραυλισμό

Στις περιπτώσεις όπου ο τραυλισμός δεν αντιμετωπίζεται με κάποια θεραπευτική αγωγή, είναι πιθανόν η δυσκολία του παιδιού στην ομιλία να επιδεινώνεται προοδευτικά. Ενώ αρχικά το παιδί μπορεί να συναντά περιστασιακά μόνο κάποιες δυσκολίες στη ροή του λόγου, αυτές οι δυσκολίες στη συνέχεια γίνονται πιο σοβαρές και αργότερα εδραιώνονται ώσπου να εκδηλώνεται τελικά τραυλισμός σε μόνιμη βάση.

Η εξέλιξη του τραυλισμού περνά από τέσσερις φάσεις:

Πρώτη φάση: η πρώτη φάση καλύπτει την περίοδο της προσχολικής ηλικίας. Στη φάση αυτή, ο τραυλισμός είναι περιστασιακός και εμφανίζεται σε όλες τις καταστάσεις όπου το παιδί είναι τρομαγμένο ή βιάζεται να πει πολλά. Σε αυτή την περίπτωση, το παιδί μπορεί να είναι αγχωμένο ή να νιώθει ότι πιέζεται για επικοινωνία. Ο τραυλισμός μπορεί να εκδηλώνεται με την επανάληψη συλλαβών ή λέξεων, συνήθως στην αρχή μιας φράσης. Στη φάση αυτή, οι δυσκολίες του παιδιού δεν δημιουργούν πάντα κάποια ιδιαίτερη ανησυχία.

Δεύτερη φάση: η δεύτερη φάση καλύπτει την περίοδο της σχολικής ηλικίας. Τώρα πια ο τραυλισμός αποτελεί χρόνιο πρόβλημα, εμφανίζεται με μεγαλύτερη επιμονή και μπορεί να εκδηλωθεί σε πολλές καταστάσεις. Σε αυτή τη φάση το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως άτομο με τραυλισμό.

Τρίτη φάση: στην Τρίτη φάση η συμπεριφορά του ατόμου που τραυλίζει διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Το άτομο αρχίζει να πιστεύει πως συγκεκριμένοι φθόγγοι, συλλαβές ή λέξεις μπορεί να δημιουργούν ιδιαίτερες δυσκολίες. Για αυτό αρχίζει να αποφεύγει τη χρήση ορισμένων λέξεων και γίνεται ευερέθιστο σε αναφορές σχετικά με το πρόβλημα του.

Τέταρτη φάση: στην τέταρτη φάση το άτομο αρχίζει να αποφεύγει καταστάσεις όπου μπορεί να προκληθεί για να μιλήσει. Σε ορισμένες καταστάσεις όταν υποψιαστεί πως είναι πιθανόν να μιλήσει τότε το διακατέχει φόβος. προς το τέλος της εφηβείας, το άτομο που τραυλίζει αρχίζει να νιώθει πως το πρόβλημά του οδηγεί ολοένα και συχνότερα σε αμηχανία. (Ε. Κάκουρος- Κ. Μανιαδάκη, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Διάγνωση

Το επίπεδο της ροής της ομιλίας μας, ποικίλει ευρέως αναλόγως τον χρόνο και την τοποθεσία. Τον περισσότερο χρόνο μιλάμε σχεδόν αυτόματα, με τις περισσότερες λέξεις να βγαίνουν εύκολα και χωρίς ιδιαίτερη προσπάθεια. Δεν δίνουμε ιδιαίτερη σημασία στον τρόπο της επικοινωνίας μας. Σε άλλες περιπτώσεις, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια επικοινωνιακού ή συναισθηματικού stress, η ευφράδεια αρχίζει να εξαφανίζεται και «διαλείμματα» εμφανίζονται στο λόγο μας. Παρόλο, ότι η ροπή ποικίλει για όλους τους ομιλητές, η ποικιλία αυτή τονίζεται περισσότερο για το άτομο που τραυλίζει.

Στις περισσότερες περιπτώσεις ένα άτομο που τραυλίζει είναι περισσότερο πιθανό, από ένα φυσιολογικό ομιλητή, να αντιδράσει νωρίτερα και σε υψηλότερο βαθμό σ' ένα ερέθισμα που διακόπτει τη ροή όπως η πίεση του χρόνου και οι δύσκολες επικοινωνιακές καταστάσεις. Στον αντίποδα, οι άνθρωποι που τραυλίζουν είναι μερικές φορές ικανοί να «εστιάσουν» τη ροή τους, με το να αποφεύγουν ήχους και φράσεις που φοβούνται (με υψηλή ενέργεια και συναίσθημα) στιγμιαία. Οι ομιλητές που τυπικά τραυλίζουν είναι ικανοί να γίνουν αχαρακτήριστα εύλωτοι.

Η αξιολόγηση έχει να κάνει με τις ποικίλες μορφές συμπεριφοράς. Ο θεραπευτής πρέπει να αποφασίσει πώς και σε ποιο βαθμό ένα άτομο περιορίζει ή κλείνει εντελώς το σύστημα παραγωγής λόγου καθώς την φωνητική οδό. Πώς ο ομιλητής εμποδίζει τη φυσιολογική φώνηση και άρθρωση από το να συμβεί; Τι κάνει ο ομιλητής για να «εμποδίσει» την ομιλία αργά και ομαλά; Τι κάνει ο ομιλητής για την μεταφορά από έναν ήχο ή συλλαβή σε κάποιον άλλο;

Η πλειονότητα των ανθρώπων που τραυλίζουν αρχίζουν να το κάνουν αυτό κατά τη διάρκεια των πρώιμων νεανικών τους χρόνων, σε οποιαδήποτε στιγμή, από την προσχολική περίοδο (όταν τα παιδιά ξεκινούν να παράγουν συνδυασμούς λέξεων) μέχρι το σημείο που είναι έτοιμα να μπουν κανονικά στο σχολείο. Όταν αρχικά παρατηρείται, συνήθως από τους γονείς, τα «διαλείμματα» στην ευφράδεια του παιδιού χαρακτηρίζονται από ελαφριές επαναλήψεις και ήπιες επιμηκύνσεις. Έτσι τους επόμενους μήνες οι χρόνιες αυτές οι διακοπές στη ροή σταδιακά γίνονται μεγαλύτερες και σχετίζονται με μεγαλύτερη αβεβαιότητα και συμπεριφορά αγωνίας.

Κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού με δυσχέρειες στη ροή του λόγου, ο ειδικός πρέπει, αφενός, να αποφασίσει αν οι δυσχέρειες αυτές αποτελούν εκδηλώσεις τραυλισμού,

και, αφετέρου, να εκτιμήσει το βαθμό σοβαρότητας του προβλήματος. Παράλληλα, πρέπει να συνυπολογίσει μια σειρά άλλων παραγόντων, προκειμένου να αποφασίσει εάν υπάρχουν πιθανότητες υποχώρησης ή παγίωσης του τραυλισμού. Το αποτέλεσμα αυτής της αξιολόγησης θα βοηθήσει τον ειδικό να αποφασίσει σχετικά με το είδος της βοήθειας που θα παρέχει στο παιδί και στους γονείς. (Κάκουρος – Μανιαδάκη,2006).

Σύμφωνα με τον Zebrowski (2000), κατά τη διαγνωστική διαδικασία, στην περίπτωση του τραυλισμού στα παιδιά, πρέπει να απαντηθούν τα παρακάτω ερωτήματα:

1. **Διάγνωση:** οι δυσχέρειες στη ροή του λόγου του παιδιού μπορούν να χαρακτηριστούν ως τραυλισμός;
2. **Πρόγνωση:** στην περίπτωση που το παιδί παρουσιάζει τραυλισμό, πόσο πιθανή εκτιμάται η αυτόματη υποχώρηση των συμπτωμάτων του;
3. **Πρόταση θεραπείας:** πόσο απαραίτητη αξιολογείται η συμμετοχή του ίδιου του παιδιού σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης;
4. **Στόχος θεραπείας:** σε περίπτωση που προταθεί η συμμετοχή του παιδιού σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης, ποιοι θα είναι οι βασικοί στόχοι του προγράμματος αυτού;

Τα μέσα διάγνωσης του τραυλισμού

Το πρώτο στάδιο ,κατά την αξιολόγηση του τραυλισμού στα παιδιά είναι η συνέντευξη του παιδιού με τους γονείς του. Η διαδικασία αυτή είναι απαραίτητη για τη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με το ιστορικό ανάπτυξης των δυσκολιών στη ροή του λόγου του παιδιού, για τη διερεύνηση των βασικών προβληματισμών των γονέων και των αντιλήψεων σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί τους. Συγκεντρώνονται πληροφορίες για το γενικότερο αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού. *Ο ειδικός ζητά από τους γονείς να περιγράψουν κατά πόσο η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού διαφοροποιείται ανάλογα με το πλαίσιο με το οποίο βρίσκεται σχολείο ή σπίτι, τα άτομα στα οποία απευθύνεται γονείς ή αδέρφια, το είδος της λεκτικής δραστηριότητας που εκτελεί (ελεύθερος λόγος ή ανάγνωση) και τη συναισθηματική του κατάσταση (ενθουσιασμός, θυμός κτλ). Πολύ σημαντική αποτελεί η πληροφορία για ενδεχόμενη ύπαρξη άλλων ατόμων στο συγγενικό περιβάλλον με τραυλισμό και η εξέλιξη του τραυλισμού στα άτομα αυτά.* (Κάκουρος – Μανιαδάκη,2006)

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ο ειδικός ρωτά τους γονείς κατά πόσο συσχετίζουν τον τραυλισμό με κάποιο συγκεκριμένο γεγονός. Σε πολλές περιπτώσεις, οι γονείς είναι σε θέση να εντοπίσουν ένα τέτοιο γεγονός, τη γέννηση ενός μικρότερου αδερφού ή κάποια εμπειρία που θεωρούν ως τραυματική π. χ ένας σεισμός ή κάποιος θάνατος.

Η ποιότητα της επικοινωνίας γονέων – παιδιού μπορεί να αξιολογηθεί αντικειμενικότερα με την παρατήρηση της λεκτικής τους αλληλεπίδρασης. Κατά την παρατήρηση της συνομιλίας γονέων – παιδιού, ο ειδικός παρατηρεί τον ρυθμό ομιλίας των ίδιων των γονέων, μετρά το χρονικό διάστημα που αφήνουν οι γονείς προτού να πάρουν το λόγο, εφόσον το παιδί έχει ολοκληρώσει την πρότασή του, παρατηρεί κατά πόσο τηρούνται οι κανόνες του διαλόγου ή υπάρχει η τάση διακοπής του συνομιλητή και καταγράφει τις αντιδράσεις των γονέων όταν το παιδί εκδηλώνει τραυλισμό. Οι αντιδράσεις αυτές μπορεί να είναι λεκτικές (παρατηρήσεις και διορθώσεις) ή μη λεκτικές (αποφυγή της βλεμματικής επαφής ως ένδειξη αμηχανίας). . (Κάκουρος – Μανιαδάκη,2006).

Η διερεύνηση των ερμηνειών που δίνουν οι γονείς στις δυσκολίες του παιδιού, αποτελεί σημαντικό βήμα της διαγνωστικής διαδικασίας καθώς αυτές αντανακλούν τις αντιλήψεις τους ως προς τη φύση των δυσκολιών του παιδιού. Οι ερμηνείες αυτές επηρεάζουν τόσο τη συμπεριφορά των γονέων απέναντι στο παιδί και τις δυσκολίες του όσο και τη διαμόρφωση ανάλογων αντιλήψεων από το ίδιο το παιδί. Οι αντιλήψεις αυτές επηρεάζουν τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς του και μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση και την εδραίωση του τραυλισμού.

Τέλος, ο ειδικός διερευνά τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και τις συνθήκες στις οποίες μεγαλώνει το παιδί, προκειμένου να εντοπίσει πιθανούς παράγοντες οι οποίοι ενδέχεται να δημιουργούν άγχος, είτε μεμονωμένα στο παιδί είτε σε ολόκληρη την οικογένεια. (Κάκουρος – Μανιαδάκη,2006).

Το δεύτερο στάδιο κατά την αξιολόγηση του παιδιού είναι η κλινική παρατήρηση του παιδιού.

Η διερεύνηση των δυσκολιών ενός παιδιού που παρουσιάζει δυσχέρειες στη ροή του λόγου προϋποθέτει αρχικά, την αξιολόγηση της ομιλίας του. υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι για να αξιολογήσει ο ειδικός την ομιλία του παιδιού. Μπορεί να ζητήσει από το παιδί να απαντήσει σε συγκεκριμένες ερωτήσεις ή να επαναλάβει συγκεκριμένες λέξεις , να πραγματοποιήσει μια χαλαρή συζήτηση μαζί του, να του αναθέσει μια δραστηριότητα και να προκαλέσει σε συζήτηση κατά την εκτέλεσή της, να δείξει στο παιδί προσχολικής ηλικίας διάφορες εικόνες και να του ζητήσει να τις ονομάσει (Rustin, 1987).Η αξιολόγηση αυτή έχει ως αρχικό στόχο να προσδιορίσει κατά πόσο ο δυσχέρειες του λόγου πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση του τραυλισμού.

Κατά τη διαδικασία αυτή , είναι πολύ σημαντικό για τον ειδικό να λαμβάνει υπόψη του το γεγονός ότι η ομιλία του παιδιού στο κλινικό πλαίσιο, ενδέχεται να μην είναι αντιπροσωπευτική του ομιλία όπως αυτής που χρησιμοποιεί στην καθημερινότητά του(

Conture , 1997· Silverman 1975). Ο ειδικός πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην περίπτωση που το παιδί δεν τραυλίζει κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης και πρέπει να βιαστεί προκειμένου να αποκλείσει τη διάγνωση του τραυλισμού. Όπως έχει επισημανθεί, τα συμπτώματα του τραυλισμού ενδέχεται να εμφανίζονται περιστασιακά και να επιδεινώνονται ή να υποχωρούν σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Επομένως, οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από τους γονείς και η αξιολόγηση ποικίλων δειγμάτων ομιλίας του παιδιού σε διαφορετικά πλαίσια ενδεχομένως και με την μαγνητοφώνηση της ομιλίας του, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας διάγνωσης του τραυλισμού. Επιπλέον, σε περίπτωση που ο ειδικός έχει πληροφορίες οι οποίες συνηγορούν υπέρ της εκτίμησης ότι η ροή του λόγου του παιδιού κατά την διάρκεια χαλαρής συζήτησης και , αφετέρου να δημιουργήσει συνθήκες στις οποίες είναι γνωστό ότι αυξάνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης τραυλισμού, προκειμένου να διαπιστώσει το εύρος των δυνατοτήτων του παιδιού να μιλά με καλή ροή.

Οι ειδικοί έχουν προτείνει διάφορα κριτήρια για την αξιολόγηση της ομιλίας των παιδιών , στα οποία εξετάζεται η πιθανότητα ύπαρξης τραυλισμού. Μια από τις μεθόδους, η οποία έχει τύχει ευρείας αποδοχής είναι η αξιολόγηση ενός δείγματος ομιλίας του παιδιού το οποίο να περιλαμβάνει τουλάχιστον τριακόσιες λέξεις(Conture, 1990). Κατά την αξιολόγηση αυτή, εξετάζονται οι εξής παράγοντες :

- **Συχνότητα εκδήλωσης <<φαινομένων δισταγμού>> στο λόγο.**

Η συχνότητα αναφέρεται συνήθως στον αριθμό των λέξεων στις οποίες εκδηλώνονται συμπτώματα τραυλισμού στο σύνολο των λέξεων του δείγματος ομιλίας που εξετάζεται. Ένα από τα βασικά κριτήρια , τα οποία φαίνεται να διαφοροποιούν τα παιδιά που τραυλίζουν από αυτά που απλώς παρουσιάζουν φυσιολογικές δυσχέρειες στη ροή του λόγου, είναι η συχνότητα εμφάνισης φαινομένων δισταγμού , η οποία υπολογίζεται δύο- έως τρεις φορές μεγαλύτερη στα παιδιά που τραυλίζουν και ξεπερνά συνολικά το 10% του εκφερόμενου λόγου (Pellowski& Conture, 2002· Yairi& Lewis, 1984· Zebrowski, 1991)

- **Διασποράς συγκεκριμένων ειδών << φαινομένων δισταγμού>>στο λόγο**

Η διασπορά αναφέρεται στη συχνότητα με την οποία εκδηλώνονται συγκεκριμένα είδη <<φαινομένων δισταγμού>> στο σύνολό των λέξεων στις οποίες εκδηλώθηκαν αυτά τα φαινόμενα. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα , στα παιδιά με τραυλισμό οι επιμηκύνσεις ήχων και επαναλήψεις συλλαβών ξεπερνούν το 25% του συνόλου των λέξεων , στις οποίες εκδηλώνονται <<φαινόμενα δισταγμού>> (Conture, 1990, Meyers, 1986, Zebrowski & Conture, 1989). Επιπλέον, στα παιδιά αυτά τα <<φαινόμενα δισταγμού>>

εκδηλώνονται συνήθως πάνω από δυο φορές στην ίδια λέξη ή σε πάνω από δυο λέξων στην ίδια πρόταση(Conture, 1997).

- **Διάρκεια των <<Φαινομένων δισταγμού>>**

Η μεγάλη διάρκεια μεμονωμένων <<φαινομένων δισταγμού>> θεωρείται ενδεικτικός παράγοντας τόσο για την παρουσία όσο και για την σοβαρότητα του τραυλισμού. Επιπλέον, η μείωση της διάρκειας των φαινομένων δισταγμού θεωρείται ως μια από τις πρώτες ενδείξεις βελτίωσης σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού (Conture, 1990). Στα παιδιά με τραυλισμό, η μέση διάρκεια των φαινομένων αυτών είναι μισό δευτερόλεπτο, ενώ ποικίλλει από 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου (Zebrowski 2000). Συνήθως προτείνεται η μέτρηση της διάρκειας των <<φαινομένων δισταγμού>> σε ένα δείγμα 10 λέξεων στις όποιες εκδηλώθηκε τραυλισμός .

- **Ο ρυθμός ομιλίας του παιδιού**

Η αξιολόγηση του ρυθμού ομιλίας των παιδιών με τραυλισμό συμβάλλει στην κατανόηση της επίδρασης των <<φαινομένων δισταγμού>> στη συνολική παραγωγή λόγου. Όσο συχνότερα είναι <<τα φαινόμενα δισταγμού>> στο λόγο και όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχουν τόσο λιγότερες λέξεις μπορεί το παιδί να παράγει σε δέκα τυχαίες τυχαία επιλεγμένες χρονικές περιόδους των 10 δευτερολέπτων, η διαίρεση αυτού του αριθμού για κάθε μια από τις δέκα περιόδους με το 10, δηλαδή το χρονικό διάστημα της αξιολόγησης, και ο πολλαπλασιασμός του αριθμού που προκύπτει με το 60, προκειμένου να διαπιστωθεί ο αριθμός των λέξεων που παράγεται ανά λεπτό. Στη συνέχεια, μπορεί να βγει ο μέσος όρος από τις μετρήσεις αυτές στο σύνολό των δέκα χρονικών περιόδων (Zebrowski, 2000)

- **Σύγκριση ομιλίας μητέρας- παιδιού**

Σύμφωνα με τον Conture, 1997), οι μητέρες των παιδιών που τραυλίζουν υιοθετούν συνήθως πιο γρήγορο ρυθμό ομιλίας σε σχέση με το παιδί, και η διαφορά αυτή υπερβαίνει τις δύο συλλαβές το δευτερόλεπτο.

- **Εκδήλωση μη λεκτικών μορφών συμπεριφοράς**

Τα συμπτώματα του τραυλισμού συνοδεύονται συνήθως από μη λεκτικές μορφές συμπεριφοράς, όπως έλλειψη βλεμματικής επαφής και ανοιγοκλείσιμο βλεφάρων, οι οποίες δεν παρατηρούνται στις περιπτώσεις των παιδιών με φυσιολογικές δυσχέρειες στη ροή του λόγου. Επιπλέον, οι εκδηλώσεις τέτοιων μορφών συμπεριφοράς δίνουν σημαντικές πληροφορίες για το βαθμό στον οποίο το παιδί συνειδητοποιεί τις δυσκολίες στη ροή του λόγου και προσπαθεί να τις αντιμετωπίσει.

- **Γενικότερο επίπεδο ανάπτυξης του λόγου.**

Κατά τη διαγνωστική διαδικασία, ιδιαίτερα σημαντική είναι η αξιολόγηση του γενικότερου επιπέδου ανάπτυξης του λόγου του παιδιού , προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχουν επιπρόσθετες δυσκολίες (π.χ. δυσκολίες άρθρωσης, ακουστικής διάκρισης , οι οποίες ενδέχεται να δυσκολεύουν το παιδί κατά την παραγωγή του λόγου και να συμβάλουν στην ανάπτυξη ή τη διατήρηση του τραυλισμού. Η ύπαρξη και ο βαθμός σοβαρότητας τέτοιου είδους δυσκολιών στο λόγο λαμβάνεται , συνήθως, υπόψη κατά το σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης για την ιεράρχηση των θεραπευτικών στόχων. (Zebrowski, 2000)

Εκτός όμως από την αντικειμενική αξιολόγηση της ομιλίας του παιδιού , η διαγνωστική διαδικασία πρέπει να εστιάζεται και σε άλλους τομείς , όπως στη διερεύνηση των αντιλήψεων του παιδιού για την ομιλία του , στα συναισθήματα που του προκαλούν τις δυσκολίες του και την επίδραση αυτών στο επίπεδο αυτοεκτίμησης και στη ζωή του γενικότερα (Zebrowski, 2000).

Τέλος ιδιαίτερα σημαντική είναι η συνολική αξιολόγηση της προσωπικότητας του παιδιού. Στοιχεία όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα ανασφάλειας , η τελειομανία ο ανελαστικός και άκαμπτος τρόπος σκέψης , η υπερβολική εμμονή στην τάξη και τους κανόνες , η μειωμένη ανοχή στη ματαίωση και την αποτυχία και η δυσκολία αποκέντρωσης της σκέψης , ενδέχεται να συμβάλλουν στην εδραίωση ου τραυλισμού και να αποτελούν τροχοπέδη στην προσπάθεια αντιμετώπισής του. καθώς συχνά η βάση για μια επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση είναι η λεπτομερής και εις βάθος ψυχολογική αξιολόγηση, ο εντοπισμός των παραπάνω χαρακτηριστικών και η επεξεργασία τους μπορεί να αποτελέσουν την ειδοποιό διαφορά ανάμεσα σε μια θεραπευτική διαδικασία που οδηγεί σε απλή μείωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού και σε εκείνη που οδηγεί, επιπλέον, στη συνολική αντιμετώπιση των δυσλειτουργικών μορφών συμπεριφοράς του ατόμου με τραυλισμό (Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006).

2.2. Άτυπα Διαγνωστικά εργαλεία

Σύμφωνα με τους περισσότερους ερευνητές του τραυλισμού, ο καταλληλότερος τρόπος αξιολόγησης του τραυλισμού είναι η συλλογή δειγμάτων ομιλίας από τρία υλικά. Τα τρία αυτά γλωσσολογικά είναι : ανάγνωση κειμένων, μονόλογος (περιγραφή ενιαίας εικόνας δραστηριοτήτων, συζήτηση λογοθεραπευτή με ασθενή). Καταγράφουμε τρία διαφορετικά προφίλ για κάθε υλικό για τις πρώτες 100 λέξεις για κάθε γλωσσολογικό υλικό.

Το κάθε δείγμα ομιλίας θα πρέπει να βιντεοσκοπείται και να παρέχεται και φωνητική καταγραφή για το κάθε δείγμα.

Στη συνέχεια για τη συμπλήρωση του γλωσσολογικού προφίλ μας ενδιαφέρουν αρκετά τα δύο σκέλη της μη ομαλής μεταφοράς των ήχων που είναι οι (1) επαναλήψεις και οι (2) εκπομπές ήχων εκτεταμένης διάρκειας. Μας ενδιαφέρουν αρκετά και οι (3) παύσεις.

Επαναλήψεις

Συλλέγονται μόνο οι πρώτες εκατό λέξεις για το γλωσσολογικό προφίλ. Οι επαναλήψεις χωρίζονται σε μεμονωμένο ήχο, σύμπλεγμα, συλλαβή, λέξη, φράση. Οι επαναλήψεις μεμονωμένων ήχων αφορούν επανάληψη ενός ήχου, επανάληψη μέρος του ήχου ή επανάληψη ενός συμφώνου μαζί με το φωνήεν α. Σημειώνεται εάν ο μεμονωμένος ήχος το σύμπλεγμα, η συλλαβή, η λέξη, η φάση επαναλήφθηκε 1, 2, 3, 4, ή περισσότερες φορές. Όταν οι επαναλήψεις είναι αργές τότε τις κυκλώνουμε. Οι αρχές επαναλήψεις συνοδεύονται συχνά και από μυϊκή ένταση και είναι αυτές που διαχωρίζουν την ομαλή από τη μη ομαλή ροή της ομιλίας.

- Επαναλήψεις σε προσωπικό επίπεδο :

Το προσωδιακό επίπεδο χωρίζεται σε τρία μέρη. Τον πυρήνα της λέξης ο οποίος είναι η τονισμένη συλλαβή, το κεφάλι της λέξης που είναι συλλαβή πριν τον πυρήνα και την ουρά της λέξης που είναι οι συλλαβές μετά τον πυρήνα. Για παράδειγμα η /συγκέντρωση/ η συλλαβή γκε είναι ο πυρήνας της λέξης, η συλλαβή συ είναι το κεφάλι της λέξης της και οι συλλαβές ντρω και ση αποτελούν την ουρά της λέξης. Στο γλωσσολογικό προφίλ καταγράφεται σε ποιο προσωδιακό μέρος της λέξης παρατηρείται η επανάληψη.

- Επαναλήψεις σε λεξικό επίπεδο :

Καταγράφεται εάν η επανάληψη συνέβη στην αρχή ή μέσα στην λέξη. Συνήθως πάντως οι επαναλήψεις λαμβάνουν μέρος στην αρχή της λέξης. Καταγράφεται και η γραμματική κατηγορία που σημειώθηκε η λέξη. Οι κυριότερες κατηγορίες που

καταγράφονται είναι επιρρήματα, επίθετα, ρήματα, συνδετικές λέξεις, άρθρα, ουσιαστικά, προθέσεις αντωνυμίες.

- Επαναλήψεις σε επίπεδο φράσης :

Υπογραμμίζεται το μέρος της φράσης ή εάν επαναλήφθηκε η ολόκληρη τη φράση τότε υπογραμμίζεται ολόκληρη η φράση.

- Επαναλήψεις σε επίπεδο πρότασης :

Υπογραμμίζεται εάν η επανάληψη συνέβη στο υποκείμενο, στο ρήμα, στο αντικείμενο, στο επίθετο ή στο επίρρημα.

Εκπομπή ήχων με εκτεταμένη διάρκεια :

Όπως και με τις επαναλήψεις και στις εκπομπές ήχων με εκτεταμένη διάρκεια συλλέγονται από ένα δείγμα 100 λέξεων και καταγράφεται το φώνημα με εκτεταμένη διάρκεια. Καταγράφεται εάν η εκπομπή του ήχου με εκτεταμένη διάρκεια συνήθως διαρκεί περισσότερο από ένα δευτερόλεπτο) σημειώθηκε στο κεφάλι της συλλαβής, στον πυρήνα ή στην ουρά της λέξης και εάν σημειώθηκε στην λέξη στην φράση ή στην πρόταση. Η εκπομπή εκτεταμένης διάρκειας σημειώνεται σε πιο συγκεκριμένο ήχο παρατηρήθηκε καθώς και εάν πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένο τρόπο άρθρωσης ή σε συγκεκριμένη θέση άρθρωσης.

Παύσεις :

Αρχικά καταγράφονται εάν είναι σιωπηρές ή λεκτικές παύσεις. Στη συνέχεια οι παύσεις καταγράφονται αν σημειώθηκαν σε προσωδιακό επίπεδο, σε επίπεδο λέξης, σε επίπεδο φράσης και σε επίπεδο πρότασης. Σε προσωδιακό επίπεδο καταγράφεται εάν η παύση εμφανίστηκε στο κεφάλι της λέξης, στον πυρήνα της λέξης στον πυρήνα της λέξης ή στην ουρά της λέξης. Σε επίπεδο φράσης, σημειώνεται η παύση συνέβη μέσα στη φράση π.χ. ανάμεσα σε φράση με ουσιαστικό. Εάν η παύση σημειώθηκε σε λέξη μέσα σε φράση τότε υπογραμμίζεται η λέξη της φράσης που σημειώθηκε η παύση. Σε επίπεδο πρότασης η παύση σημειώνεται με το διακριτικό σημάδι – μέσα στην πρόταση.

2.3.Τυπικά Διαγνωστικά Εργαλεία για παιδιά

1. **Children's Attitudes About Talking –Revised (CAT· De Nil &Brutten,1991).** Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 32 προτάσεις σχετικά με την ομιλία, τις οποίες τα παιδιά καλούνται να χαρακτηρίσουν αληθείς ή ψευδείς , ανάλογα με το πόσο αντιπροσωπευτικές αξιολογούν σε σχέση με τον εαυτό τους.
2. **Μια άλλη κλίμακα που σχεδιάστηκε για χρήση στα νέα παιδιά είναι η A – 19 Scale** για παιδιά που τραυλίζουν, από τους Guitar & Grims το 1977. Δίνονται 19 ερωτήσεις στις οποίες το παιδί πρέπει να απαντήσει με ένα ναι ή όχι. Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχεί ένας βαθμός.
3. **To SPI (Stuttering Prediction Inventory) από τον Riley το 1981** αναπτύχθηκε με σκοπό να αποφασίζει τη πιθανότητα χρόνιου τραυλισμού (Manning W., 2001).
4. **(α) Iowa Scale for Rating the Severity of Stuttering (Johnson et al.,1978) και (β) Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (SSI·Riley,1994).** Οι κλίμακες αυτές βασίζονται στην άμεση παρατήρηση και τη μέτρηση της συχνότητας , του τύπου και της διάρκειας των φαινομένων δισταγμού αλλά και της ύπαρξης δευτερογενών συμπτωμάτων και δίνουν μια συνολική βαθμολογία, η οποία αξιολογείται στη βάση μιας ποιοτικής κλίμακας με διαβάθμιση του τύπου <<καθόλου τραυλισμός>>, <<ήπιος τραυλισμός>>, <<μέτριος τραυλισμός >>, <<σοβαρός τραυλισμός>>, <<πολύ σοβαρός τραυλισμός>>. Οι δύο αυτές κλίμακες εμφανίζουν υψηλά ποσοστά συνάφειας μεταξύ τους (Ludlow,1990)
5. **(α) Stuttering Prediction Instrument for Young Children (Riley, 1984) και (β) The Cooper Chronicity Prediction Checklist (Gordon&Luper, 1992)** οι ειδικοί χρησιμοποιούν επίσης, συχνά κλίμακες οι οποίες εστιάζουν στην πρόγνωση και αξιολογούν την πιθανότητα αυτόματης υποχώρισης των συμπτωμάτων του τραυλισμού δύο από αυτές είναι οι παραπάνω. Οι κλίμακες αυτές βασίζονται τόσο στις πληροφορίες που δίνουν οι γονείς όσο και στην κλινική παρατήρηση του παιδιού από τον ειδικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1.Κριτήρια για έναρξη ενός προγράμματος θεραπευτικής αντιμετώπισης

Ένα σημαντικό ερώτημα που απασχολεί τους ειδικούς οι οποίοι ασχολούνται με τον τραυλισμό είναι κατά πόσο ένα παιδί προσχολικής ηλικίας , που εκδηλώνει συμπτώματα τραυλισμού, πρέπει να εντάσσεται άμεσα σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης ή πρέπει να δίνεται χρονικό διάστημα αναμονής, εφόσον υψηλά ποσοστά αυτόματης υποχώρησης του προβλήματος έχουν καταγραφεί κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου εκδήλωσής του. Πιο συγκεκριμένα, οι Curlee & Yairi (1997) αναφέρουν ότι ο προβληματισμός αυτός αφορά στα παιδιά ηλικίας 2- 5 ετών, τα οποία τραυλίζουν για διάστημα μικρότερο των δυο ετών. Για παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας ή για παιδιά που τραυλίζουν για διάστημα μεγαλύτερο των δυο ετών, οι ειδικοί συμφωνούν ότι επιβάλλεται η ένταξή τους σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Πολύ συχνά, οι γονείς των παιδιών που ξεκινούν να τραυλίζουν, περιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στην αυτόματη υποχώρηση του προβλήματος και σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα, κατόπιν ανάλογης παραίνεσης από παιδίατρος (Yairi& Carrico, 1992).

Ο Yairi και οι συνεργάτες του (1996,σ. 74), υποστηρίζουν ότι «δεν είναι πρακτική, δυνατή ή απαραίτητη η ένταξη κάθε παιδιού με τραυλισμό σε θεραπευτικό πρόγραμμα». Για το λόγο αυτό, προτείνουν προσεκτική αξιολόγηση των πιθανοτήτων αυτόματης υποχώρησης των συμπτωμάτων του τραυλισμού για τη λήψη της σωστής απόφασης. Επιπλέον, προτείνουν την αποφυγή ένταξης σε θεραπευτικό πρόγραμμα των παιδιών με τόσο ήπιες δυσκολίες στη ροή του λόγου που δεν προκαλούν ανησυχία και προβληματισμό στο παιδί και τους γονείς του. για τις περιπτώσεις των παιδιών για τα οποία δεν προτείνεται η ένταξή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα οι παραπάνω ερευνητές συνιστούν περιοδική παρακολούθηση για την αξιολόγηση της πορείας των συμπτωμάτων τους.

Άλλοι ειδικοί υποστηρίζουν, στις περιπτώσεις των παιδιών με τραυλισμό, η άμεση ένταξή τους σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης θα πρέπει να επιδιώκεται το συντομότερο δυνατό. Οι Curlee & Yairi (1997) συνοψίζουν την επιχειρηματολογία αυτής της ομάδας των ειδικών ως εξής:

A) τα υψηλά ποσοστά αυτόματης υποχώρησης του τραυλισμού που αναφέρονται από ορισμένους ερευνητές, είναι αμφισβητήσιμα λόγω μεθοδολογικών προβλημάτων των εν λόγω ερευνών (Martin & Lindamood 1986, Raming 1993). Επομένως, οι ειδικοί δεν δικαιολογούνται να επαφίενται σε αυτό το αμφισβητούμενο φαινόμενο και να στερούν από τα παιδιά με τραυλισμό τη δυνατότητα ένταξης τους σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης.

B) σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις των παιδιών για τα οποία αναφέρεται ο τραυλισμός υποχωρεί χωρίς συστηματική θεραπευτική παρέμβαση. Φαίνεται ότι τόσο τα ίδια τα παιδιά όσο και οι γονείς τους ανακαλύπτουν από μόνοι τους και χρησιμοποιούν κάποιες τεχνικά τις οποίες θα διδάσκονταν εάν συμμετείχαν σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης.(Ingham1983' Onslow et al., 1994 Wingate, 1976). Επομένως, είναι προτιμότερο να διδάσκονται αυτές τις τεχνικές σωστά προκειμένου να τις εφαρμόζουν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

Γ)η καθυστέρηση της ένταξης ενός παιδιού με τραυλισμό σε θεραπευτικό πρόγραμμα αυξάνει την πιθανότητα εδραίωσης του προβλήματος

Δ) οι μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης των παιδιών προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές.(Adams , 1984 Onslow et al.,1990 Starkweather, 1997 starkweather et al.,)

Επιπλέον, όπως επισημαίνουν οι Packman & Onslow (1998), η γνώση σχετικά με τα ποσοστά αυτόματης υποχώρησης του τραυλισμού και των παραγόντων που συνδέονται με αυτή δεν είναι πάντα χρήσιμη στον ειδικό, διότι δεν τον βοηθά να απαντήσει στην ερώτηση του γονιού που απευθύνεται σε αυτόν που τραυλίζει: «μπορείτε να με διαβεβαιώσετε ότι το παιδί μου θα σταματήσει να τραυλίζει ακόμη και αν δεν ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα;» Επομένως, ακόμη και αν δεχόμασταν το αμφισβητούμενο ποσοστό του 80% σχετικά με την αυτόματη υποχώρηση του τραυλισμού, δεν θα ήμασταν ποτέ σε θέση να διαβεβαιώσουμε τον γονιό που αγωνιά ότι το παιδί του δεν εντάσσεται στο 20%, στο οποίο τα συμπτώματα του τραυλισμού θα εδραιωθούν. Στην ίδια λογική κινείται και η εκτίμηση των Martin & Lindamood (1986), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση των προγνωστικών παραγόντων για την πιθανή παγίωση ή υποχώρηση του τραυλισμού σε ένα παιδί, πρέπει να οδηγεί στην κατάρτιση του κατάλληλου προγράμματος θεραπευτικής παρέμβασης και όχι στην απόφαση για το κατά πόσο θα υπάρξει ή δεν θα υπάρξει παρέμβαση.

Μια συμβιβαστική άποψη υποστηρίζει ότι η αξιολόγηση των δυσκολιών του παιδιού πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατό και να παρέχεται άμεσα συμβουλευτική στους γονείς του, αλλά να δίνεται μικρό χρονικό διάστημα αναμονής 3 έως 6 μήνες πριν

αποφασιστεί η αναγκαιότητα ένταξης του παιδιού σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης (Ingham&Cordes , 1998, Yairi 1997a)

Σύμφωνα με την δική μας εμπειρία εκτιμούμε ότι η ένταξη του παιδιού που τραυλίζει σε θεραπευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να προταθεί, αφού πρώτα συνεκτιμηθούν ορισμένοι παράγοντες. Ο ειδικός πρέπει να αξιολογήσει το παιδί για τις δυσκολίες του οποίου οι γονείς ανησυχούν προκειμένου να διαπιστώσει κατά πόσο παρουσιάζει πραγματικά κάποιο πρόβλημα. Από ερευνά μας έχει διαπιστωθεί ότι το 11% των περιπτώσεων των παιδιών που παραπέμπεται για διάγνωση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας τελικά δεν συντρέχει λόγος ανησυχίας για την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά τους γενικότερα, (Κάκουρος και συν.,1995. Σε αυτές τις περιπτώσεις , η παραπομπή για διάγνωση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τελικά δεν συντρέχει λόγος ανησυχίας για την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά τους γενικότερα (Κάκουρος και Συνεργάτες .,1995). Σε αυτές τις περιπτώσεις , η παραπομπή για διάγνωση λειτουργεί θετικά ,αφού διευκολύνει τους γονείς να δουν με ρεαλισμό την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του παιδιού τους.

Στην περίπτωση που κατά την διάγνωση διαπιστώνεται ότι τα χαρακτηριστικά της ομιλίας του παιδιού είναι τέτοια ώστε να πληρούνται τα κριτήρια για τη διάγνωση του τραυλισμού, αξιολογείται η πορεία των συμπτωμάτων του τραυλισμού στο χρόνο που μεσολάβησε μέχρι την επίσκεψη στον ειδικό και διερευνάται η πιθανή ύπαρξη συνοδών προβλημάτων. Εάν η έναρξη του προβλήματος είναι πολύ πρόσφατη (διάρκεια λίγων ημερών ή εβδομάδων) και δεν διαπιστώνεται κανένα συνοδό πρόβλημα στο παιδί τότε παρέχεται συμβουλευτική στους γονείς η οποία εστιάζεται βασικά στο τι πρέπει να κάνουν ή να μην κάνουν οι ίδιοι και ο κοινωνικός περίγυρος όταν εκδηλώνονται δυσκολίες στη ροή του λόγου. Επίσης προτείνεται η επανεξέταση του παιδιού μετά από ένα περίπου μήνα ώστε να διαπιστωθεί αν επιμένουν οι δυσκολίες στη ροή του λόγου .εάν σε αυτή την αξιολόγηση διαπιστωθεί υποχώρηση των συμπτωμάτων, προτείνεται στους γονείς να επανέλθουν σε περίπτωση που παρατηρηθεί παλινδρόμηση.

Στην περίπτωση όπου παρά τη σχετικά πρόσφατη εμφάνιση των συμπτωμάτων του τραυλισμού, διαπιστώνεται ταυτόχρονα η παρουσία αλλού προβλήματος όπως για παράδειγμα, προβλήματα άρθρωσης , μαθησιακές δυσκολίες , ΔΕΠ-Υ, αγχώδεις διαταραχές και λοιπά, τότε προτείνεται άμεσα η ένταξη του παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο εστιάζει το πρόβλημα που διαπιστώθηκε, ενώ παράλληλα παρακολουθείται η πορεία του παιδιού ως προς τη ροή του λόγου.

Τέλος, στην περίπτωση που οι δυσκολίες στη ροή του λόγου του παιδιού έχουν ήδη εκδηλωθεί ορισμένους μήνες πριν από την αξιολόγηση του παιδιού και δεν υπάρχουν

στοιχεία τα οποία να καταδεικνύουν βελτίωση σε αυτό το διάστημα, τότε προτείνεται επίσης η άμεση ένταξη του παιδιού σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης .

Στην περίπτωση των παιδιών, στα οποία συνυπάρχει ο τραυλισμός και κάποια φωνολογική διαταραχή, τίθενται συνήθως τα έξης ερωτήματα:

- ✓ Η θεραπευτική αντιμετώπιση της φωνολογικής διαταραχής θα συμβάλει θετικά στην αντιμετώπιση του τραυλισμού ή θα αυξήσει το άγχος του παιδιού κατά την παραγωγή της ομιλίας;
- ✓ Με ποια σειρά πρέπει να αντιμετωπιστούν ο τραυλισμός και η φωνολογική διαταραχή;

Σύμφωνα με την Bernstein Ratner (1995), υπάρχουν τέσσερις θεραπευτικές προσεγγίσεις στις περιπτώσεις των παιδιών, στα οποία ο τραυλισμός συνυπάρχει με κάποια φωνολογική διαταραχή:

- ✓ Μεικτή προσέγγιση, κατά την οποία και οι δυο διαταραχές αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα κατά τη διάρκεια της ίδιας συνεδρίας.
- ✓ Κυκλική προσέγγιση κατά την οποία εναλλάσσεται το επίκεντρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης μεταξύ τραυλισμού και φωνολογικής διαταραχής
- ✓ Διαδοχική προσέγγιση κατά την οποία αντιμετωπίζεται πρώτα η μια διαταραχή και μετά η άλλη
- ✓ Και ταυτόχρονη προσέγγιση κατά την οποία αντιμετωπίζονται και οι δυο διαταραχές αλλά στο χαμηλότερο επίπεδο απαιτήσεων όσων αφορά στο φωνολογικό τομέα.

Έχει διαπιστωθεί ότι η πλειονότητα των ειδικών ακολουθεί τη μεικτή ή την ταυτόχρονη προσέγγιση (Arndt & Healey,2001). Σύμφωνα με τη Wolk (1998) υπάρχουν πολλοί λόγοι για την ταυτόχρονη αντιμετώπιση και των δυο προβλημάτων. Κατά αρχήν. Σε περίπτωση που αντιμετωπιστεί μόνο η φωνολογική διαταραχή και αγνοηθεί ο τραυλισμός είναι δυνατόν να επέλθει επιδείνωση του τραυλισμού σε περίπτωση που αντιμετωπιστεί μόνο ο τραυλισμός, τότε η φωνολογική διαταραχή θα εξακολουθήσει να δημιουργεί στο παιδί δυσκολίες στην επικοινωνία του με τους άλλους, με δυσμενείς συνέπειες τόσο στις διαπροσωπικές του σχέσεις όσο και στο επίπεδο της αίσθησης αυτό- αποτελεσματικότητάς του στον τομέα της λεκτικής επικοινωνίας. Τέλος, όπως επισημαίνει η Wolk, ο τραυλισμός και η φωνολογική διαταραχή ενδέχεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και το ένα πρόβλημα να επιδρά στην εξέλιξη του άλλου.

Συμφωνά με την δική μας εκτίμηση η ύπαρξη κάποιας φωνολογικής διαταραχής είναι πολύ πιθανόν να επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα του παιδιού να μιλά με καλή ροή. Στην περίπτωση που ο τραυλισμός συνυπάρχει με φωνολογικές διαταραχές ο ειδικός θα έκανε

σίγουρα την ιδανική επιλογή αν μπορούσε στην πράξη να υιοθετήσει τη μικτή προσέγγιση αφού έτσι θα εστίαζε ταυτόχρονα τη θεραπευτική του προσπάθεια τόσο στον τραυλισμό όσο και στις φωνολογικές δυσκολίες του παιδιού. Μέσα από την κλινική μας εμπειρία , όμως, διαπιστώνουμε συχνά πως αυτή η επιλογή δεν είναι πάντα εφικτή για πολλούς λόγους για αυτό ο ειδικός θα πρέπει σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά και αφού προηγούμενος σταθμίσει μια σειρά από παράγοντες να αποφασίσει πια από τις τέσσερις προσεγγίσει θα μπορέσει να ακολουθήσει, προκειμένου να υπάρξει το μέγιστο δυνατό όφελος για το παιδί.

3.2.Μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας

Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την εφαρμογή και την αξιολόγηση νέων μεθόδων θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού, κατά την προσχολική ηλικία σύμφωνα με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται ότι επικρατούν δυο κυρίαρχες τάσεις στις προσπάθειες αντιμετώπισης του τραυλισμού σε παιδιά κάτω των πέντε ετών: η άμεση και η έμμεση παρέμβαση. Οι μέθοδοι άμεσης παρέμβασης προϋποθέτουν την ένταξη του ίδιου του παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα και περιλαμβάνουν διάφορες τεχνικές οι οποίες έχουν ως στόχο να ασκηθεί το παιδί ώστε να ελέγξει και να μειώσει, όσο γίνεται περισσότερο, τόσο τα συμπτώματα του τραυλισμού όσο και τις συναφείς μορφές δυσλειτουργικής λεκτικής συμπεριφοράς. Η αγωγή λόγου και η χρήση μεθόδων τροποποίησης συμπεριφοράς ανήκουν σε αυτό το είδος της παρέμβασης. Οι μέθοδοι έμμεσης παρέμβασης δεν προϋποθέτουν απαραίτητως την ένταξη του ίδιου του παιδιού σε πρόγραμμα αλλά επικεντρώνονται συνήθως στην εκπαίδευση των γονέων του παιδιού και περιλαμβάνουν οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια δεν παρεμβαίνει ευθέως στο λόγο του παιδιού αλλά εστιάζει στην τροποποίηση της συμπεριφοράς των γονέων του καθώς επίσης και στην αλλαγή άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων (Conture, 1990).

Η τροποποίηση της λεκτικής συμπεριφοράς μέσω της συντελεστικής μάθησης αποτελεί το πιο διαδεδομένο είδος άμεσης παρέμβασης στα παιδιά προσχολικής ηλικίας τα οποία παρουσιάζουν τραυλισμό ο Costello (1983) έχει αναπτύξει ένα πρόγραμμα όπου τα παιδιά λαμβάνουν διαφόρων ειδών ενισχυτές για την εκφορά προτάσεων που δεν περιλαμβάνουν συμπτώματα τραυλισμού, ενώ τους ζητείται να σταματήσουν και να επαναλάβουν την πρόταση τους κάθε φορά που εκδηλώνεται τραυλισμός. Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εφαρμόζεται αυτό το πρόγραμμα είναι τέτοιες ώστε να υπάρχει σταδιακή πρόοδος από μια επικοινωνιακή κατάσταση ελάχιστων απαιτήσεων, όπου ζητείται από το παιδί να εκφέρει μικρές και απλές προτάσεις, σε ένα επίπεδο αυξημένης επικοινωνιακής πίεσης και λεκτικής πολυπλοκότητας. Ο Martin και οι συνεργάτες του (1972) έδειξαν πειραματικά ότι οι τεχνικές συντελεστικής μάθησης μπορούν να μειώσουν την εκδήλωση συμπτωμάτων τραυλισμού, βάζοντας ένα παιδί να συνομιλεί με μια κούκλα η οποία βρισκόταν μέσα σε ένα φωτεινό κουτί και τη χειριζόταν ο πειραματιστής, ο οποίος βρισκόταν έξω από το δωμάτιο. Κάθε φορά που το παιδί εκδήλωνε τραυλισμό, το κουτί σκοτεινίαζε και η κούκλα εξαφανιζόταν για 10 δευτερόλεπτα. Οι ερευνητές ανέφεραν ότι τα συμπτώματα του τραυλισμού σταδιακά υποχωρούσαν, σχεδόν μέχρι να εξαφανιστούν τελείως, κατά τη διάρκεια του πειράματος.

Βασιζόμενοι στα πειράματα αυτά, μια ομάδα αυστραλών ειδικών ανέπτυξε και εφαρμόζει από τότε ένα πρόγραμμα τροποποίησης συμπεριφοράς στα παιδιά με τραυλισμό το οποίο είναι γνωστό ως πρόγραμμα Lidcombe. Το πρόγραμμα αυτό αποτελεί, ίσως, μια από τις πιο γνωστές μεθόδους άμεσης αντιμετώπισης του τραυλισμού σε μικρά παιδιά, η οποία, σύμφωνα με έρευνες των ειδικών που την προτείνουν, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική (Onslow et al 1990, 1997, 2001). Στα πλαίσια του προγράμματος αυτού, το παιδί και οι γονείς του επισκέπτονται μια φορά την εβδομάδα τον ειδικό ο οποίος εκπαιδεύει τους γονείς στην εφαρμογή των ειδικών του προγράμματος στο σπίτι. Οι επισκέψεις στον ειδικό έχουν ως σκοπό να τον δουν οι γονείς να εφαρμόζει τις τεχνικές αυτές με το παιδί καθώς και να δουλέψουν οι ίδιοι με το παιδί μπροστά του , προκειμένου αυτός να αξιολογήσει κατά πόσο οι γονείς εφαρμόζουν σωστά τις τεχνικές έτσι ώστε η συνέχεια να τους κατευθύνει ανάλογα. Οι επισκέψεις αυτές στον ειδικό αραιώνουν όσο το πρόγραμμα προχωράει.

Οι τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς, που εφαρμόζονται σε αυτό το πρόγραμμα αφορούν βασικά την ενίσχυση του παιδιού κάθε φορά που μιλά χωρίς αν τραυλίζει και στη διόρθωση του κάθε φορά που τραυλίζει. Για παράδειγμα, οι γονείς θέτουν συγκεκριμένους στόχους στο παιδί, όπως : « για να δούμε αν θα καταφέρεις να μην κολλήσεις καθόλου κατά τη διάρκεια της βόλτας που θα πάμε».αν το παιδί τραυλίζει τότε οι γονείς επισημαίνουν το γεγονός, με θετική διάθεση και χωρίς αξιολογικές κρίσεις ως εξής: « νομίζω ότι κόλλησες σε αυτή τη λέξη». Στη συνέχεια, ζητούν από το παιδί να επαναλάβει την λέξη στην οποία κόλλησε μέχρι να την πει σωστά προκειμένου να τους δοθεί η ευκαιρία να το επιβραβεύσουν.

Οι γονείς εκπαιδεύονται από τον ειδικό ώστε να χρησιμοποιούν αυτές τις τεχνικές κατά τη διάρκεια μιας καθημερινής δεκάλεπτης συνεδρίας στο σπίτι αλλά και εκτός προγράμματος, δηλαδή καθόλη τη διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων τους δίνεται, επίσης, η οδηγία να επισημαίνουν τις στιγμές τραυλισμού με θετικό και μη τιμωριστικό τρόπο. όχι όμως συνεχώς αλλά μια στις πέντε φορές που αυτές εμφανίζονται. Όταν επισκέπτονται τον ειδικό, οι γονείς φέρνουν μαζί τους μαγνητοφωνημένα δείγματα συνομιλίας με το παιδί, προκειμένου να αξιολογηθεί τόσο η πρόοδος του παιδιού όσο και η ορθότητα της δικής τους στάσης.

Είναι όμως φανερό πως ένα πρόγραμμα καθαρά συμπεριφοριστικό όπως είναι Lidcombe, το οποίο, όπως είδαμε εστιάζει άμεσα και αποκλειστικά στη ροή του λόγου, έχει πολλά μειονεκτήματα τόσο σε θεωρητικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο. Κατά αρχήν, το πρόγραμμα αυτό δεν βασίζεται σε κάποια συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση η οποία να συνυπολογίζει την αιτιολογία του τραυλισμού. Για την ακρίβεια παραγνωρίζει εντελώς την αιτιολογία του προβλήματος και επικεντρώνεται αποκλειστικά στα συμπτώματα του παιδιού

και μάλιστα μόνο σε αυτά που εκδηλώνονται σε λεκτικό επίπεδο. Όπως έχουμε επισημάνει, όμως, ο τραυλισμός δεν αποτελεί απλώς πρόβλημα λόγου και ομιλίας αλλά έχει πλείστες ψυχολογικές προεκτάσεις οι οποίες δεν φαίνονται να λαμβάνονται καθόλου υπόψη σε ένα τέτοιο πρόγραμμα. (Κάκουρος –Μανιαδάκη, 2006)

Επιπλέον, κεντρικό λόγο στο πρόγραμμα αυτό κατέχει η συνεχής και συστηματική αυτό-παρατήρηση του παιδιού στον τομέα της ομιλίας του προκειμένου να την ελέγξει αυτό το στοιχείο, μάλιστα, φαίνεται να αποτελεί και έναν από τους λόγους της επιτυχίας αυτού του προγράμματος (Venkatagiri, 2005) όπως έχει αναφερθεί, όμως, τα τελευταία χρόνια από πολλούς ειδικούς οι οποίοι ασχολούνται με την αιτιολογία του τραυλισμού οι σκόπιμοι και συνεχής προσπάθεια ενός παιδιού να παρέμβει στον αυτοματοποιημένο μηχανισμό ροής του λόγου του αποτελεί βασική αιτία εκδήλωσης του προβλήματος και είναι δύσκολα κατανοητό πως αυτή η προσπάθεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση (Silverman, 2004). Ένα άλλο σημαντικό μειονέκτημα του προγράμματος Lidcombe, το οποίο επισημαίνεται και από τους ίδιους τους επιστήμονες που το προτείνουν είναι ότι οι γονείς που θα επενδύσουν χρόνο και προσπάθεια σε αυτή τη διαδικασία και θα καταφέρουν να την φέρουν σε πέρας με τη σταθερότητα και τη θετική διάθεση που απαιτείται, δεν αποτελούν ενδεχομένως αντιπροσωπευτικό δείγμα των γονέων των παιδιών που τραυλίζουν (Onslow 2001). Επίσης, θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε πως οι ίδιοι οι ειδικοί οι οποίοι έχουν επινοήσει το πρόγραμμα Lidcombe, έχουν δηλώσει ότι αδυνατούν να βρουν ικανοποιητική εξήγηση η οποία να δικαιολογεί την αποτελεσματικότητα του προτεινόμενου θεραπευτικού προγράμματος (Onslow et al. 2002).

Εκτιμούμε πως η σχετική αποτελεσματικότητα του προγράμματος Lidcombe μπορεί να οφείλεται στο γεγονός της αυθυποβολής του παιδιού το οποίο, μέσα από την προσπάθειά του να διορθώσει τις δυσκολίες στη ροή του λόγου του βρίσκει ευκαιρίες να πεισθεί ως προς τη δυνατότητά του να μιλά με καλή ροή. Στη συνέχεια, αυτή η πεποίθηση του να εδραιώνεται μέσα από τη θετική ανατροφοδότηση που προσφέρουν οι γονείς του, οι οποίοι καθοδηγούν το παιδί σύμφωνα με τις οδηγίες του θεραπευτή στο πρόγραμμα. Μέσα, λοιπόν από μια τέτοια διαδικασία, όπως είναι αυτή η οποία ακολουθείται με την εφαρμογή του προγράμματος Lidcombe, είναι πιθανό να τροποποιηθεί η αντίληψη του παιδιού ως προς την ικανότητά του να μιλά με καλή ροή και το γεγονός αυτό μπορεί να διευκολύνει την υποχώρηση του τραυλισμού. Σε κάθε περίπτωση και ανεξάρτητα από την τεχνική η οποία χρησιμοποιείται, εφόσον το άτομο καταφέρει να τροποποιήσει τις αντιλήψεις του ως προς την ικανότητά του να μιλά με καλή ροή και εφόσον πεισθεί για αυτό, τότε δεν του είναι απαραίτητο να εστιάζει κάθε φορά που θα μιλήσει στη ροή του λόγου του και έτσι μπορεί να παραμείνει

ενεργοποιημένος ο αυτόματος μηχανισμός της ροής του λόγου, με αποτέλεσμα την υποχώρηση του τραυλισμού.

Σύμφωνα με τους Cooper & Cooper (1996), το 92% των ειδικών προτιμά την έμμεση παρέμβαση και θεωρεί τη συμβουλευτική γονέων ως το πιο σημαντικό κομμάτι της έγκαιρης παρέμβαση για τον τραυλισμό. Άλλωστε, τόσο η ανάπτυξη του παιδιού όσο και η ζωή της οικογένειάς του επηρεάζονται από την ύπαρξη του τραυλισμού και, αντίστροφα, αλλαγές στο παιδί και την οικογένεια φαίνεται να επηρεάζουν την εξέλιξη του προβλήματος (Strarkweather ,1997). Επομένως, η εφαρμογή μεθόδων που λαμβάνουν υπόψη αυτή τη δυναμική αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας στην αντιμετώπιση του τραυλισμού.

Στα πλαίσια της συμβουλευτικής των γονέων επιδιώκεται συνήθως η τροποποίηση ορισμένων στοιχείων από το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει το παιδί , έτσι ώστε να μειωθούν όσο το δυνατόν οι αγχογόνοι παράγοντες που μπορεί να πυροδοτούν ή να επιδεινώνουν την εκδήλωση του τραυλισμού. Βασικός στόχος της συμβουλευτικής των γονέων είναι η τροποποίηση της συμπεριφοράς τους ώστε να αποφεύγουν την κριτική , τις διορθώσεις και την εκδήλωση αρνητικών αντιδράσεων στις δυσχέρειες που παρουσιάζονται στην ομιλία του παιδιού. Επιπλέον, ο θεραπευτής βοηθά τους γονείς ώστε να είναι λιγότερο παρεμβατικοί και τελειομανείς στις σχέσεις του με το παιδί που τραυλίζει καθοδηγώντας τους ώστε να κατανοήσουν τις ανάγκες και τις δυνατότητες του παιδιού τους προκειμένου να προσαρμόσουν ανάλογα τις προσδοκίες και απαιτήσεις τους από αυτό. Πολλές φορές, επίσης, εφόσον υπάρχει λόγος, μπορεί να δίνονται οδηγίες στους γονείς για τη μείωση του δικού τους ρυθμού ομιλίας και χρήση πιο απλής γλώσσας κατά την αλληλεπίδραση με το παιδί. Τέλος, δίνονται οδηγίες στους γονείς για μείωση του δικού τους ρυθμού ομιλίας και χρήση πιο απλή γλώσσας κατά την αλληλεπίδραση με το παιδί. Τέλος, δίνονται οδηγίες στους γονείς προκειμένου να διαμορφώσουν με τέτοιο τρόπους συνθήκες ζωής του παιδιού, ώστε να παρέχονται στο παιδί όσο το δυνατόν περισσότερες ευκαιρίες για να βιώνει επιτυχία κατά τη λεκτική του επικοινωνία με τους άλλους. Επιπλέον, οι γονείς εκπαιδεύονται ώστε να διευκολύνουν το παιδί να ανακτήσει τον καλό ρυθμό ομιλίας σε περιόδους εκδήλωσης εξαιρετικής δυσκολίας στη ροή του λόγου. (Κάκουρος –Μανιαδάκη, 2006)

Εκτός από τη συμβουλευτική προς τους γονείς , σε ορισμένα προγράμματα έμμεση θεραπευτικής παρέμβασης για παιδιά προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό, εντάσσεται το ίδιο το παιδί σε πρόγραμμα ,χωρίς όμως να επικεντρώνεται η θεραπεία ευθέως στη τροποποίηση της ομιλίας του. Για παράδειγμα, στο πρόγραμμα συστηματικής απευαισθητοποίησης, που περιγράφηκε από τον Van Riper (1972), το παιδί εκτίθεται σταδιακά αυξανόμενες συνθήκες επικοινωνιακής πίεσης, τις οποίες διαμορφώνει ο θεραπευτής, προκειμένου να μάθει να

ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε αυτές. Σε άλλα προγράμματα, ο θεραπευτής λειτουργεί ως μοντέλο σωστής ομιλίας προς το παιδί, χωρίς όμως να απαιτεί άμεσα από αυτό την υιοθέτηση του τρόπου ομιλίας που του δείχνει ενώ, ταυτόχρονα, λειτουργεί ως μοντέλο σωστής συμπεριφοράς προς τους γονείς, προκειμένου να τροποποιήσουν στη συνέχεια και οι ίδιοι τη συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί που τραυλίζει (Egolf et al., 1972).

Συμπερασματικά, οι περισσότεροι ερευνητές που ασχολούνται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού κατά την προσχολική ηλικία, αναφέρουν σημαντικά αποτελέσματα και πολύ λίγες πιθανότητες παλινδρόμησης (Gregory & Hill, 1984 Starkweather et al., 1990). Φαίνεται, λοιπόν, ότι η παρέμβαση σε αυτή την ηλικιακή ομάδα έχει τις περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην πλήρη εξάλειψη του τραυλισμού (Conture, 1996).

3.3. Η πολυεπίπεδη προσέγγιση στην αντιμετώπιση του τραυλισμού

Σύμφωνα με τον Johnson (1937, σ. 441), « Το πιο θεμελιώδες βήμα (για τη θεραπευτική αντιμετώπιση } είναι η σαφής διαμόρφωση των αρχών που τη στηρίζουν. Από τη στιγμή που το βήμα αυτό έχει επιτευχθεί, η επεξεργασία συγκεκριμένων τεχνικών είναι αρκετά απλό και εύκολο εγχείρημα». Ο δε Williams (1968) επισημαίνει ότι η προσέγγιση που θα ακολουθήσει ο ειδικός για την αντιμετώπιση του τραυλισμού , απορρέει από τις αντιλήψεις που ο ίδιος υιοθετεί για την αιτιολογία του. Η Craig (2000), μάλιστα, τονίζει ότι όταν η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν απορρέει από μια τεκμηριωμένη θεωρία για την αιτιολογία του τραυλισμού η ποιότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι έντονα αμφισβητούμενη.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού αποτελεί μια πολυδιάστατη και εξατομικευμένη διαδικασία η οποία αντλεί στοιχεία από τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία και προσαρμόζεται κάθε φορά στις ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας.

Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας ο θεραπευτής πρέπει να εναλλάσσει ευέλικτα το ρόλο του ανάμεσα σε αυτόν του ατόμου που ακούει ενεργητικά και , καθοδηγεί , συμβουλεύει , στηρίζει, ενθαρρύνει και απαιτεί. Όπως επισημαίνουν οι Raming & Bennett (1997) ανεξάρτητα από τη θεραπευτική προσέγγιση που θα υιοθετήσει ο ειδικός θα πρέπει να διακρίνεται από ευαισθησία και λαμβάνει υπόψη του τόσο τα συναισθήματα του παιδιού απέναντι στον τραυλισμό όσο και την επίδραση αυτών των συναισθημάτων στην καθημερινή του ζωή.

Ας φανταστούμε, για παράδειγμα ένα παιδάκι πέντε ετών το οποίο τραυλίζει , είναι ντροπαλό, ανήσυχο για το άτομο που θα συναντήσει εκεί που το πάνε οι γονείς του και διστακτικό όχι μόνο να εκφράσει την ανησυχία του για το πρόβλημά του αλλά ακόμα και να μιλήσει, γνωρίζοντας πως τότε θα αποκαλυφθούν οι δυσκολίες του. Πιστεύουμε ότι είναι κατανοητό για ποιο λόγο ο τρόπος προσέγγισης από τον θεραπευτή και η εγκατάσταση μιας καλής σχέσης μαζί του, στα πλαίσια της οποίας το παιδί θα νιώθει άνεση, αποδοχή και εμπιστοσύνη, μπορεί να είναι συχνά πολύ μεγαλύτερης σημασίας από το είδος των τεχνικών που θα χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της καλής ροής της ομιλίας του από αυτές καθαυτές.

Επίσης, ο θεραπευτής δεν πρέπει να ξεχνά ότι αποτελεί ο ίδιος ένα μοντέλο για το παιδί. επομένως, ο δικός του τρόπος και ρυθμός ομιλίας , οι αντιδράσεις του απέναντι στις καταστάσεις που προκύπτουν εντός και εκτός συνεδρίας, η ποιότητα των κινήσεων του, το επίπεδο έντασης και άγχους ή αντίθετα, άνεσης και χαλαρότητας που ο ίδιος μπορεί να βιώνει κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα το παιδί και, κατά συνέπεια, την εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας.

Κάθε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης ξεκινά συνήθως με τη στοχοθεσία της παρέμβασης, οι στόχοι τους οποίους θέτει ο θεραπευτής, σε συνεργασία με το παιδί και τους γονείς του, πρέπει καταρχήν να είναι ρεαλιστικοί, ξεκάθαροι και να ανανεώνονται ανάλογα με την πορεία του προγράμματος. Οι βασικοί στόχοι για την αντιμετώπιση του τραυλισμού είναι οι εξής:

- Η μείωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού.
- Η πρόληψη της εκδήλωσης των κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων που συνοδεύουν συνήθως το χρόνιο τραυλισμό(ή η μείωση τους, εφόσον έχουν ήδη εκδηλωθεί) Lincoln & Onslow,1997). Από

3.4 Θεραπεία

Μόλις μια σίγουρη διάγνωση αναπτυξιακού τραυλισμού αποφασιστεί, η θεραπεία μπορεί να ξεκινήσει. Οι βασικοί δύο στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση του τραυλισμού και η μείωση του προβλεπόμενου άγχους. (Lavid N., 2003, σ. 46).

Σήμερα υποστηρίζεται αρκετά η άποψη πως σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται να θεραπευτεί άμεσα ο τραυλισμός σε αρχόμενο στάδιο εκτός εάν το παιδί έχει ήδη συμπληρώσει τα 5 χρόνια της ζωής του. Το παιδί λοιπόν πρέπει να έχει την ηλικία εισαγωγής του στο σχολείο (Στασινός Δ., 1999, σ. 206).

Σύμφωνα με τον Van Riper (1973), ο κλινικός έχει ως σκοπό την δημιουργία ενός περιβάλλοντος, το οποίο μπορεί να βοηθά και να συντελεί στην ευφράδεια της ομιλίας του παιδιού. Γι' αυτό το λόγο, ο κλινικός, αρχικά, συνεργάζεται με τα σημαντικά πρόσωπα του κοινωνικού περιβάλλοντος του παιδιού και δουλεύει άμεσα με το ίδιο το παιδί και όχι με τον τραυλισμό του. Ο κλινικός, ξεκινώντας με αυτού του είδους την παρέμβαση, αποφεύγει να φέρει στο επίκεντρο της προσοχής του παιδιού τον τραυλισμό του και να τον ενδυναμώσει, αποτρέποντας την εκδοχή ο τραυλισμός να γίνει έναυσμα της εμφάνισης του ή πηγή των συμπεριφορών αποφυγής και πάλης (Van Riper, 1973).

Το παιδί περιβάλλεται από άτομα, όπως οι γονείς και οι συμμαθητές του, τα οποία αγχώνονται εξαιτίας του τραυλισμού του ή απλώς τον απορρίπτουν. Ο κλινικός είναι ίσως το μοναδικό άτομο που σχετίζεται με το παιδί χωρίς να δίνει προσοχή και αξία στον τραυλισμό του και χωρίς να τον τιμωρεί. Η σχέση που θα δημιουργηθεί ανάμεσα σε αυτόν και το παιδί θα πρέπει να είναι αρκετά υποστηρικτική ώστε να μπορεί να αποτρέπει τις αρνητικές επιρροές. Εκμεταλλευόμενος τη σχέση αυτή, ο κλινικός μπορεί να εκτελέσει τουλάχιστον 7 σημαντικές λειτουργίες, οι οποίες είναι:

- ✓ *δημιουργία ευχάριστης ομιλίας*, στόχος του κλινικού είναι να κάνει, μέσω του παιχνιδιού, ευχάριστη και όχι επίμονη και απογοητευτική την παραγωγή του λόγου,
- ✓ *δημιουργία κατάλληλων μοντέλων ευφράδειας*, ο κλινικός χρησιμοποιεί πάντα ένα απλοποιημένο, αβίαστο τρόπο ομιλίας με φυσιολογική ροή,
- ✓ *ενοποίηση της ομιλίας ώστε να γίνει συνεχής και διευκόλυνση της ευφράδειας*, στόχος του κλινικού είναι να δυναμωθεί η σταθερότητα των κινητικών συστημάτων του παιδιού και η χρήση του ρυθμικού συντονισμού,
- ✓ *ενίσχυση της ευφράδειας*, ο κλινικός παρέχει μεγαλύτερη ενίσχυση στην ομιλία του παιδιού με ευφράδεια από ότι στην ομιλία με τραυλισμό,

- ✓ *απεναισθητοποίηση*, στόχος του κλινικού είναι να μειώσει τις επικοινωνιακές πιέσεις που νιώθει το παιδί, να μειώσει τη διάσπαση της ομιλίας του, δηλαδή να «σκληραγωγήσει» το παιδί απέναντι στον τραυλισμό του,
- ✓ *αντιπροσδιορισμός*, ο κλινικός λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα, μέσω του παιχνιδιού και της χαλαρής και ομαλής ομιλίας, ώστε να συνδεθούν άλλες ανταγωνιστικές αντιδράσεις με κάποια ερεθίσματα, όπως η απαντήσεις σε ερωτήσεις, η πίεση του χρόνου ή η απώλεια της ροής του ακροατή και
- ✓ *πρόληψη του τραυλισμού πριν γίνει έναυσμα της εμφάνισης του*, στόχος του κλινικού αλλά και των γονιών είναι να αποτρέψουν το παιδί να μάθει και να χρησιμοποιεί αντιδράσεις αποφυγής και πάλης. Σε όλο το πρόγραμμα γίνεται παράλληλα και η συμβουλευτική και η πληροφόρηση των γονέων από τον κλινικό (Van Riper, 1973).

Η θεραπευτική προσέγγιση που προτείνει ο Van Riper (1973) έχει αποτελέσει την βάση όλων των προγραμμάτων που έχουν δημιουργηθεί. Όλα σχεδόν τα προγράμματα έχουν πάρει κάποια βασικά στοιχεία του προγράμματος του Van Riper και από το βασικό πρόγραμμα και από το πρόγραμμα της συμβουλευτικής των γονέων . (Van Riper, 1973).

3.5.Υιοθέτηση κανόνων που προάγουν τη λεκτική ευχέρεια

Ο πυρήνας της θεραπευτικής προσπάθειας για την αντιμετώπιση του τραυλισμού , είναι η τροποποίηση της δυσλειτουργικής αντίληψης του παιδιού ότι δεν μπορεί να μιλήσει με καλή ροή και αύξηση της αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας του σε αυτό τον τομέα. Η κατανόηση της φύσης του τραυλισμού και η εξοικείωση του παιδιού με το μηχανισμό εκδήλωσής του προβλήματός, αποτελεί το πρώτο βήμα για την επιτυχή έκβαση αυτής της προσπάθειας.

Προκειμένου , όμως, να αρχίσει το παιδί να πείθεται ουσιαστικά ότι τα συμπτώματα του τραυλισμού μπορούν αν υποχωρήσουν, χρειάζεται έμπρακτες αποδείξεις ότι αυτό είναι δυνατόν. Πολλές φορές, το χαλαρό και άνετο κλίμα το οποίο επικρατεί στη θεραπευτική συνεδρία, σε συνδυασμό με τη σωστή στάση του θεραπευτή απέναντι στο παιδί και την τροποποίηση ορισμένων στοιχείων της συμπεριφοράς των γονέων , το διευκολύνουν ώστε να μιλά με μεγαλύτερη άνεση και να διαπιστώνει ότι η υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού είναι εφικτή υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Επιπλέον, όμως ο ειδικός επισημαίνει στο παιδί συγκεκριμένες αλλαγές τις οποίες μπορεί να πραγματοποιήσει, προκειμένου να «κολλάει» λιγότερο. Στα παιδιά αρέσει συνήθως να τους μιλάμε για «κόλπα» που θα τα βοηθήσουν να μιλούν με μεγαλύτερη ευχέρεια(Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006). Σε κάθε περίπτωση όμως είναι σημαντικό να μην δίνονται απλές οδηγίες στο παιδί αλλά καθοδήγηση, ώστε να κατανοήσει τη λογική που κρύβεται πίσω από αυτές τις οδηγίες και τον τρόπο με τον οποίο αυτές λειτουργούν ώστε να είναι αποτελεσματικές. (Κάκουρος –Μανιαδάκη, 2006).

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

- Πιο αργό ρυθμό ομιλίας
- Να μειώσει την ένταση με την οποία κινεί τα όργανα παραγωγής λόγου (χείλη, γλώσσα κ.λπ.
- Να μιλά εκπνέοντας αντί εισπνέοντας
- Να καταβάλλει τη μικρότερη δυνατή προσπάθεια κατά την παραγωγή λόγου.(Conture, 1990).

Για την κατανόηση της έννοιας της μείωσης της έντασης κατά την εκφορά λόγου, οι Healey & Scott (1995) προτείνουν να προτρέπει ο θεραπευτής το παιδί να φανταστεί εικόνες όπως

«φύλλα να πέφτουν απαλά στο έδαφος», «μια πεταλούδα να ακουμπά σε ένα λουλούδι» ή ένα πολύ απαλό χειροκρότημα. Επίσης, για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, η χρήση εικόνων με ζώα που κινούνται αργά ή γρήγορα (π.χ χελώνα και λαγός) μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση της διαφοράς μεταξύ του αργού και γρήγορου ρυθμού ομιλίας (Meyers & Woodford, 1992). Κατά τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας , βέβαια, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε οι αλλαγές στον τρόπο ομιλίας του παιδιού να μην καταλήγουν σε αφύσικο άκουσμα. Η άσκηση του παιδιού στη τροποποίηση ορισμένων στοιχείων της ομιλίας του μπορεί να επιτευχθεί άμεσα αλλά και έμμεσα ανάλογα με την ηλικία και τα όρια ανοχής του κάθε παιδιού. Για παράδειγμα προκειμένου να κατανοήσει καλύτερα το παιδί το μηχανισμό της λειτουργίας αυτών των κανόνων και τη διαφορά στην ομιλία του από την υιοθέτησή τους ,ο ειδικός μπορεί να του ζητήσει να επαναλάβει συγκεκριμένες λέξεις ή φράσεις αρχικά προσποιούμενο ότι τραυλίζει, και στη συνέχεια προσπαθώντας να ακολουθήσει τους παραπάνω κανόνες. Η εναλλαγή της λεκτικής παραγωγής με ένταση και χωρίς ένταση , μπορεί να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει καλύτερο έλεγχο των οργάνων παραγωγής λόγου και των μυών που εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία. Επιπλέον, ορισμένες φορές , ο ειδικός μπορεί να ζητήσει από το παιδί να επαναλάβει τη λέξη στην οποία τραύλισε χρησιμοποιώντας τις νέες μορφές λεκτικής συμπεριφοράς που έχει μάθει προκειμένου να διαπιστώσει ότι δεν υπάρχει πραγματική δυσκολία που απορρέει από τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης λέξης και το ίδιο μπορεί να ασκεί έλεγχο στα συμπτώματα του τραυλισμού. Η τεχνική αυτή ονομάζεται «ακύρωση»(cancellation) και προτάθηκε από τον Van Riper το 1973. Η έννοια της ακύρωσης αναφέρεται τόσο στη στιγμή του τραυλισμού όσο και στο συναίσθημα ματαιώσης που τη συνοδεύει.

Με τα παιδιά προσχολική ηλικίας, αντί για απλή επανάληψη λέξεων, ο ειδικός μπορεί να χρησιμοποιεί κάρτες με εικόνες που το παιδί ονομάζει. Έτσι, λοιπόν ,μπορούν να χρησιμοποιηθούν κάρτες με ζωάκια ή φρούτα τα οποία ταχτοποιούνται στον κατάλληλο χώρο, ενώ το παιδί τα ονομάζει και κάθε είδους υλικό το οποίο οδηγεί το παιδί σε παραγωγή λόγου με ευχάριστο τρόπο, ενώ παράλληλα ενθαρρύνεται να ακολουθήσει τους παραπάνω κανόνες. Όσο το παιδί προχωρεί , οι απαιτήσεις της λεκτικής παραγωγής μπορούν να αυξάνονται σε επίπεδο προτάσεων διαφορετικής λεκτικής πολυπλοκότητας. Η χρήση λεκτικού υλικού με σταδιακά αυξανόμενη πολυπλοκότητα, αποτελεί βασικό στοιχείο πολλών θεραπευτικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση του τραυλισμού στα παιδιά (Costello,1983 Ryan, 1971).

Ο ειδικός μπορεί , επίσης, να εντοπίσει , κατά τη διάρκεια της ελεύθερης συνομιλίας, στιγμές στις οποίες το παιδί έχει ξεχαστεί και δεν δίνει σημασία στον τρόπο με τον οποίο μιλάει, προκειμένου να συνειδητοποιήσει τι ακριβώς κάνει ή δεν κάνει εκείνες τις στιγμές . Στις

περιπτώσεις αυτές, προσφέρεται συνήθως η ευκαιρία ώστε το παιδί να διαπιστώσει πως η ροή του λόγου του βελτιώνεται όταν είναι ήρεμο και δεν εστιάζει την προσοχή του στον τρόπο που θα πει όσα λέει. Για να επιτευχθεί αυτό βέβαια , ο ειδικός πρέπει να διαμορφώσει τις ανάλογες συνθήκες κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, ώστε το παιδί να αισθάνεται άνετα και να ενδιαφέρεται σε ικανοποιητικό βαθμό για αυτά που λέγονται ή γίνονται ώστε να μην προσπαθεί διαρκώς να ελέγξει την ομιλία του , προκειμένου να αποφύγει τον τραυλισμό. Με άλλα λόγια ο θεραπευτής πρέπει να βρει τρόπους ώστε να ενθαρρύνει το παιδί να στρέψει την προσοχή του από τον τρόπο που μιλάει σε αυτά που λέει (Yonetich,1984). Σε αυτή την περίπτωση, μπορεί στη συνέχεια να αξιοποιήσει αυτές τις στιγμές λεκτικής ευχέρειας , αφενός, προκειμένου να δείξει στο παιδί ότι είναι ικανό να μιλά χωρίς να τραυλίζει και, αφετέρου, προκειμένου να εντοπίσουν μαζί τις αλλαγές που επέρχονται στη λεκτική συμπεριφορά του παιδιού , έτσι ώστε σταδιακά να γενικευτούν και εκτός κλινικού πλαισίου. Ο ειδικός, βοηθά, επίσης, το παιδί να ασκηθεί στους βασικούς κανόνες του διαλόγου όπως, για παράδειγμα,

- στη διατήρηση της βλεμματικής επαφής με το συνομιλητή ,
- την αποφυγή της διακοπής του συνομιλητή,
- την εναλλαγή σειράς μεταξύ των συνομιλητών κ.λ.π. Ιδιαίτερα με τα μικρότερα παιδιά, τα οποία είναι συνήθως πιο ανυπόμονα και παρορμητικά, είναι πολύ σημαντικό να εξασφαλίζονται πρώτα οι προϋποθέσεις ώστε να τηρηθούν οι παραπάνω κανόνες και μετά να ξεκινά η συζήτηση. Αυτό πρακτικά σημαίνει, για παράδειγμα ,ότι ο θεραπευτής ενθαρρύνει το παιδί να καθίσει πρώτα και να περιμένει λίγο μέχρι να είναι έτοιμος ο θεραπευτής να του δώσει την αμέριστη προσοχή του και να μην αρχίσει να διηγείται τα νέα του από το διάδρομο προς την αίθουσα της συνεδρίας.

Τέλος, ο ειδικός βοηθά το παιδί να τροποποιήσει τις δευτερογενείς αντιδράσεις λεκτικής φύσης , που τη συνοδεύουν συχνά τα συμπτώματα τραυλισμού, όπως τις εμβολοφρασίες, τις περίεργες διακυμάνσεις του τόνου και της έντασης της φωνής και γενικά τη χρήση υποκειμενικών «κανόνων για τους οποίους το παιδί πιστεύει ότι θα το βοηθήσουν να αποφύγει τον τραυλισμό.

Σύμφωνα με τον Bloodstein (1993,σ. 5), «σχεδόν κάθε άτομο που τραυλίζει έχει τη δική του προσωπική λίστα με δύσκολες λέξεις». Έχει διαπιστωθεί, όμως ότι η προσπάθεια αποφυγής συγκεκριμένων λέξεων συνήθως καταλήγει στην εδραίωση του φόβου του ατόμου για αυτές τις λέξεις (Fawcus, 1995). Επομένως ,αν υποθέσουμε, για παράδειγμα, ότι το παιδί πιστεύει πως το δυσκολεύουν οι λέξεις που αρχίζουν από 'π' ή 'τ' και προσπαθεί να τις

αντικαταστήσει με συνώνυμες , ο ειδικός πρέπει να του δείξει με ποιόν τρόπο αυτή η τάση του δυσκολεύει περισσότερο την προσπάθεια της λεκτικής επικοινωνίας του από ότι τα ίδια τα συμπτώματα τραυλισμού. Άλλωστε , ο ειδικός συνήθως μπορεί να εντοπίσει πολλές λέξεις στον αυθόρμητο λόγο του παιδιού στις οποίες το ίδιο προσφέρει με άνεση αυτούς του ήχους, προκειμένου να του δείξει ότι μπορεί , τελικά να προφέρει κάθε ήχο και να το βοηθήσει να αντιληφθεί με ποιόν τρόπο οδηγήθηκε στη διαμόρφωση αυτών των κανόνων και για ποιο λόγο ο τραυλισμός σχετίζεται με τη συναισθηματική του κατάσταση και τις δικές του αντιλήψεις και όχι με τη φύση των συγκεκριμένων ήχων και λέξεων.

Πολλές φορές η απαλλαγή της ομιλίας του παιδιού από αυτά τα λεκτικά στοιχεία, επιφέρει σημαντική βελτίωση στη ροή του λόγου του παιδιού, το οποίο απαλλάσσεται ταυτόχρονα από τη διαρκή αγωνία να βρει τρόπους να παρέμβει στη λειτουργία αυτοματοποίησης ροής του λόγου. (Κάκουρος –Μανιαδάκη, 2006)

3.6. Η διατήρηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβασης στο χρόνο

Από όλους τους παράγοντες που περιορίζουν την αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής παρέμβασης στην περίπτωση του τραυλισμού , αυτός που έχει απασχολήσει περισσότερο τους ειδικούς είναι η πιθανότητα παλινδρόμησης. Οι Kuhr και Rustin (1985) ονόμασαν την παλινδρόμηση ως την «Αχίλλειο πτέρνα» της θεραπευτικής παρέμβασης.

Όπως, όμως οι ειδικοί δεν συμφωνούν πάντα μεταξύ τους σχετικά με το τι συνιστά « αποτελεσματική παρέμβαση» κατά αναλογία υπάρχουν διαφωνίες και σχετικά με τον τρόπο ορισμού της παλινδρόμησης. Για παράδειγμα, η Craig και οι συνεργάτες της (1984, σ.177), σε έρευνά τους, υιοθετούν ένα αυστηρά ποσοτικό κριτήριο σύμφωνα με το οποίο : «...όλα τα άτομα στα οποία συμπτώματα τραυλισμού εκδηλώνονταν με συχνότητα πάνω από 2% στο σύνολο των εκφερόμενων συλλαβών θεωρούνταν ότι είχε παλινδρομήσει». Από την άλλη πλευρά πάλι, η ίδια Craig (1998 σ.3), προτείνει να ορίζεται *η παλινδρόμηση ως η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων του τραυλισμού , που θεωρούνται ως μη αποδεκτά από το ίδιο το άτομο μετά από ένα χρονικό διάστημα στο οποίο είχε επιτευχθεί βελτίωση»*

Με δεδομένες τις παραπάνω δυσκολίες στον ορισμό της παλινδρόμησης , σε αδρές γραμμές υπολογίζεται ότι περίπου στο ένα τρίτο παρατηρείται παλινδρόμηση ενώ το υπόλοιπο ένα τρίτο δεν ολοκληρώνει το πρόγραμμα ή δεν είναι διαθέσιμο για αξιολόγηση μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος (Martin ,1981). Φαίνεται λοιπόν ότι ακόμα και σε έρευνες που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είχε σαν αποτέλεσμα με διάρκεια στο χρόνο , παρατηρείται παλινδρόμηση της τάξης του 30% (Hancock et al., 1998). Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά μικρότερο στις περιπτώσεις παιδιών προσχολικής ηλικίας (Starkweather et al ., 1990). Επιπλέον, επισημαίνεται ότι, σε έρευνες παρακολούθησης , η πλειονότητα των γονέων (71%) δεν θεωρεί ότι το παιδί τους κατάφερε να απαλλαγεί πλήρως από το πρόβλημα του τραυλισμού, αλλά ότι τα επεισόδια του τραυλισμού εξακολουθούσαν να επανέρχονται περιοδικά ((Hancock et al., 1988).

Παρόλο που η παλινδρόμηση είναι πιθανή μετά την εφαρμογή σχεδόν οποιασδήποτε μεθόδου , φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερα συνήθες φαινόμενο στην περίπτωση αντιμετώπισης του τραυλισμού με τις αυστηρά συμπεριφοριστικές μεθόδους (Bloostein, 1995). Πολλοί ειδικοί σχολιάζουν ότι αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί ένα τόσο σύνθετο πρόβλημα όπως ο τραυλισμός σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα και μάλιστα με τεχνικές που αποσκοπούν αποκλειστικά στην τροποποίηση της λεκτικής συμπεριφοράς του ατόμου και δεν συμπεριλαμβάνουν προσπάθειες αλλαγής συναισθημάτων και των αντιλήψεων του σχετικά με τον τραυλισμό (Sheehan,1984).

Λόγω της αυξημένης πιθανότητας παλινδρόμησης μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος, πολλά τέτοια προγράμματα περιλαμβάνουν μια τελική φάση, τη φάση της διατήρησης, κατά την οποία επιχειρείται η πρόληψη της παλινδρόμησης και η συντήρηση της προόδου που επετεύχθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σε αυτή τη φάση, το άτομο μπορεί να επανέρχεται περιοδικά στο θεραπευτικό χώρο για ορισμένες συνεδρίες, προκειμένου να διαπιστωθεί η πορεία του και να ανανεωθούν ορισμένες από τις θετικές αλλαγές που σημειώθηκαν στην κυρίως φάση του θεραπευτικού προγράμματος (Boberg, 1981).

Σε κάθε περίπτωση, πάντως ο ειδικός πρέπει να προειδοποιεί το άτομο με τραυλισμό για την πιθανότητα παλινδρόμησης και να του παρέχει τα απαραίτητα γνωστικά και συνθηματικά εφόδια προκειμένου να την αντιμετωπίσει (Craig, 1998 Kamhi, 1982).

3.7. Παρουσίαση του προγράμματος θεραπείας τριών περιστατικών

1. Κωνσταντίνος 4, 8 ετών

Ο Κωνσταντίνος προσήλθε στο Πρότυπο Κέντρο Παθολογίας Λόγου και Ομιλίας «ΛΟΓΟΣ» σε ηλικία 3 ετών και 9 μηνών, συνοδευόμενος από τους γονείς του και τη δίδυμη αδερφή του. Ο Κωνσταντίνος έχει μια ακόμη αδερφή η οποία είναι 2 χρονών. Είχε συχνές ωτίτιδες για τις οποίες έκανε θεραπεία, επίσης, οι αμυγδαλές του είναι υπερτροφικές. Άργησε να μιλήσει ενώ τραύλισε άμεσα.

***Η διάγνωση** για τον Κωνσταντίνο ήταν φωνολογική διαταραχή ήπιας μορφής, αρθρωτική διαταραχή επίσης ήπιας μορφής και τραυλισμός μέτριας μορφής.*

***Στην ανάλυση της διάγνωσης** παρατηρήθηκε ότι ο Κ. πραγματοποιεί απαλοιφές συμφώνων, φωνηέντων, συμπλεγμάτων και αναδιπλασιασμούς. Τα άηχα φωνήματα αντικαθίστανται με ηχηρά φωνήματα. Σε ότι αφορά τον τραυλισμό ο Κ. πραγματοποιεί επαναλήψεις κυρίως στην πρώτη λέξη μιας φράσης.*

Θεραπεία

Η θεραπεία ξεκίνησε από την αρθρωτική διαταραχή δηλαδή από τα φωνήματα που δεν κατείχε όπως παραδείγματος χάρη το φώνημα /ks/. Εξαιτίας του γεγονότος ότι ο τραυλισμός ήταν σε έξαρση η παραπάνω διαδικασία πραγματοποιήθηκε με αργούς ρυθμούς.

Τρεις μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας ξεκινήσαμε το κομμάτι της απευαισθητοποίησης (σύμφωνα και με τον Van Riper). Εξηγήσαμε στον Κωνσταντίνο ότι η φωνή του ‘‘τρακάρει’’ σε κάποια σημεία και παρουσιάζει δυσκολίες. Η διαδικασία έγινε ως εξής :περιγράψαμε την ημέρα μας κάνοντας τη φωνή μας να τραυλίζει (τρακάρει για τον Κ.) Κάθε φορά που η φωνή μας ‘τρακάρει’ ο Κωνσταντίνος έπρεπε να σηκώσει το χέρι του. Το ίδιο έγινε και με τον ίδιο. Το ποσοστό επιτυχίας ήταν αρκετά μεγάλο, αν λάβουμε υπόψη ότι στην διαδικασία έκανε ότι η φωνή του τραύλιζε επίτηδες κάποιες φορές.

Ο έλεγχος του ρυθμού ομιλίας ξεκίνησε με μικρές φράσεις (π.χ. είναι μια μπάλα) παίρνοντας μια αναπνοή από τη μύτη .

Μετά από δυο μήνες οι φράσεις μεγάλωσαν (π.χ. είναι μια μπάλα και ένα κορίτσι). Μόλις κατέκτησε το στάδιο αυτό ζητήσαμε να μας περιγράψει την αλληλουχία τριών καρτών, με μια αναπνοή. Μόλις το παιδί κατακτούσε αυτό το στάδιο σταδιακά οι κάρτες αυξανόντουσαν για να αυξηθεί και η έκταση της φράσης. Ο ανώτερος αριθμός αλληλουχίας καρτών ήταν ο έξι και ήταν το τελικό στάδιο αυτής της διαδικασίας. Ο Κ. γρήγορα κατέκτησε τον έλεγχο του ρυθμού της ομιλίας του και το επόμενο στάδιο ήταν η περιγραφή ενός παραμυθιού οικείο

προς αυτόν. Τώρα βρισκόμαστε στο τελικό στάδιο της θεραπείας που είναι ο αυθόρμητος λόγος. Ο Κ. πρέπει να προσέχει τον ρυθμό της ομιλίας του καθόλη τη διάρκεια της συνεδρίας. Αυτό θα μεταφερθεί στο σπίτι και στο περιβάλλον του σχολείου σταδιακά.

2. Σωτήρης 4 ετών

Ο Σωτήρης προσήλθε στο Πρότυπο Κέντρο Παθολογίας Λόγου και Ομιλίας «ΛΟΓΟΣ» σε ηλικία 4 ετών, συνοδευόμενος από τους γονείς. Ο Σωτήρης δεν είχε άλλα αδέρφια. Η μαμά πριν το Σωτήρη είχε κάνει μια αποβολή στον 1^ο μήνα της κύησης. Οι διαταραχές οι οποίες έπρεπε να αντιμετωπιστούν ήταν τραυλισμός μέτριας μορφής και φωνολογική διαταραχή επίσης μέτριας μορφής. *Σε ότι αφορά τον τραυλισμό ο Σ. πραγματοποιεί επαναλήψεις κυρίως στην πρώτη συλλαβή της λέξης.*

Θεραπεία

Το πρόγραμμα θεραπείας ξεκίνησε με την φωνολογική διαταραχή. Μετά από δυο μήνες ξεκίνησε η θεραπεία για τον τραυλισμό πιο συγκεκριμένα άρχισε το κομμάτι της απευαισθητοποίησης. Εξηγήσαμε στο Σ. ότι η φωνούλα του κάποιες φορές ‘σκοντάφτει’ όταν μιλάει. Η διαδικασία έγινε ως εξής: περιγράψαμε την ιστορία από την αγαπημένη μας παιδική σειρά. Κάθε φορά που η φωνούλα του Σ. θα σκόνταφτε ο Σ. θα σήκωνε το χέρι του.. Το ποσοστό επιτυχίας ήταν καλό.

ο έλεγχος του ρυθμού της ομιλίας ξεκίνησε με μικρές φράσεις περιγράφοντας εικόνες. Μετά από δυο μήνες ο ρυθμός της ομιλίας συνεχίστηκε με μεγαλύτερες φράσεις. Ζητήσαμε από το παιδί να μας περιγράψει την αλληλουχία δυο καρτών, με αλληλουχία θέματος με μια αναπνοή. Μόλις το παιδί κατακτούσε αυτό το στάδιο σταδιακά οι κάρτες αυξανόντουσαν για να αυξηθεί και η έκταση της φράσης. Ο ανώτερος αριθμός αλληλουχίας καρτών ήταν ο έξι και ήταν το τελικό στάδιο αυτής της διαδικασίας.

Στη συνέχεια ζητήσαμε από το παιδί να μας περιγράψει ένα παραμύθι βλέποντας τις εικόνες του και προσέχοντας να μην ‘σκοντάψει’ η φωνούλα του.

Μετά από περίπου από ένα μήνα ζητήσαμε από τον Σ. να παίξουμε ένα ‘παιχνίδι’ αφορούσε κάρτες με ερωτήσεις όπως για παράδειγμα *θα ήθελα να μου περιγράψεις πως είναι ο μπαμπάς σου;. προσέχοντας να μην ‘σκοντάψει’ η φωνούλα σου.* Το παιδί μέσα από αυτό το παιχνίδι καρτών έμπαινε στην διαδικασία να έχει τον έλεγχο στο ρυθμό της ομιλίας του.

Το τελικό στάδιο της θεραπείας ήταν αυτό του αυθόρμητου. Το παιδί μέσα από συζητήσεις με το θεραπευτή πρόσεχε την αναπνοή του κατά τη διάρκεια της συζήτησης. Αυτή η διαδικασία μεταφέρθηκε και στο σπίτι και στο σχολείο. Το παιδί συνήθισε γρήγορα τον τρόπο ομιλίας του σε όλους τους χώρους.

3. Γιάννης 5 χρονών

Ο Γιάννης προσήλθε στο Πρότυπο Κέντρο Παθολογίας Λόγου και Ομιλίας «ΛΟΓΟΣ» σε ηλικία 4 ετών συνοδευόμενος από τη μητέρα του. είναι παιδί χωρισμένων γονιών και ο ίδιος το γνωρίζει. Είναι μοναχοπαιδί και ζει με τους γονείς της μητέρας του, και την μητέρα του. Ο Γιάννης ξεκίνησε τον τραυλισμό αμέσως μετά τον χωρισμό των γονιών του.

Διάγνωση: ήπιας μορφής τραυλισμού.

Ανάλυση Διάγνωσης: επαναλήψεις συνεχείς, δευτερογενή χαρακτηριστικά ύψωση του τόνου φωνής και παράλληλα του χεριού σε κάθε επανάληψη που έκανε.

Θεραπεία

Αρχικά, έγινε συνειδητοποίηση των χαρακτηριστικών του. έπειτα από διάστημα τριών μηνών η θεραπεία συνεχίστηκε με την εκμάθηση συνεχόμενης φώνησης με ένα αντικείμενο. Σταδιακά τα αντικείμενα αυξάνονταν και ο Γιάννης όφειλε να ελέγχει το ρυθμό της ομιλίας του καθώς περιέγραφε τα αντικείμενα. Μετά από αυτή τη διαδικασία πραγματοποιήθηκε η περιγραφή διάφορων εικόνων στις οποίες, ο Γ. πρόσεχε τη φωνή του καθώς περιέγραφε και όταν η φωνούλα του σκόνταφτε σήκωνε χεράκι. Έπειτα από ενάμιση μήνα ζητήσαμε από το Γ. να μας αφηγηθεί κάτι συνήθως διαβάζαμε ένα οικείο παραμύθι στο παιδί και μετά ζητούσαμε να μας πει τι λέει προσέχοντας την αναπνοή του. το τελικό στάδιο της θεραπείας ήταν ο αυθόρμητος. Σε αυτό στάδιο ο Γ. έπρεπε σε κάθε συνεδρία να προσέχει τη φωνούλα του δηλαδή να ελέγχει την αναπνοή του όταν μιλάει για διάφορα θέματα. Σιγά-σιγά αυτό μεταφέρθηκε στο περιβάλλον του σπιτιού του και στο σχολείο. Ο Γ ήταν πάρα πολύ καλός. γρήγορα αυτοματοποίησε τη συνεχόμενη φώνηση. Κάνει κάποιες επαναλήψεις συνήθως όταν είναι ενθουσιασμένος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Η συνεργασία του ειδικού με τους γονείς

Μια από τις βασικές αρχές της πολυεπίπεδης προσέγγισης, όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι η διερεύνηση του θεραπευτικού πλαισίου με ενεργή εμπλοκή στη θεραπευτική διαδικασία όλων των σημαντικών προσώπων που επηρεάζουν το παιδί. Στα πλαίσια αυτής της συλλογιστικής, η συνεργασία του ειδικού, με τους γονείς του παιδιού είναι καθοριστικής σημασίας, προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Η συνεργασία αυτή δεν περιορίζεται στις περιπτώσεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας, αλλά επεκτείνεται και στις περιπτώσεις των παιδιών σχολικής ηλικίας και σε μικρότερη συνήθως έκταση, στις περιπτώσεις εφήβων.

Η συνεργασία αυτή είναι συστηματική και πραγματοποιείται συνήθως στο τέλος κάθε συνεδρίας με το παιδί. Η χρονική της διάρκεια ποικίλλει ανάλογα με τις τρέχουσες εξελίξεις και τις ανάγκες που εμφανίζονται. Όπως επισημαίνει ο Mallard (1991), η συνεργασία με τους γονείς ενός παιδιού που τραυλίζει δεν σημαίνει παροδική ενημέρωση των γονέων για αυτά που διαδραματίζονται στη συνεδρία με το παιδί, αλλά δυναμική εμπλοκή τους σε κάθε φάση της θεραπευτικής διαδικασίας, ως αναπόσπαστο κομμάτι της. Άλλωστε, η απλή ενημέρωση δεν αρκεί ούτε για να αλλάξουν οι πιθανές δυσλειτουργικές αντιλήψεις, που έχουν συχνά οι γονείς σχετικά με τον τραυλισμό, ούτε για να επεξεργαστούν τα δικά τους συναισθήματα σχετικά με το πρόβλημα του παιδιού καθώς και να μην εκπαιδευτούν στη χρήση τεχνικών που μπορούν να βοηθήσουν το παιδί τους.

Τα οφέλη από αυτή τη συνεργασία είναι πολλαπλά:

- Οι γονείς αντιλαμβάνονται ότι το πρόβλημα δεν αφορά αποκλειστικά στο παιδί, αλλά ότι σχετίζεται άμεσα με το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο επηρεάζει την εκδήλωση του τραυλισμού στο παιδί και επηρεάζει από αυτό.
- Μέσα από τη συστηματική συνεργασία με τον ειδικό, οι γονείς εκπαιδεύονται στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των δυσκολιών του παιδιού τόσο στον τομέα της λεκτικής επικοινωνίας όσο και σε άλλους τομείς.
- Δημιουργείται για αυτούς ένα πλαίσιο αναφοράς και στήριξης, μέσα στο οποίο μπορούν να μοιραστούν τις ανησυχίες τους τις ενοχές τους, και να αποφορτιστούν από τα δικά τους συναισθήματα άγχους και έντασης τα οποία ενδέχεται να επηρεάσουν την εκδήλωση του τραυλισμού στο παιδί.

Ορισμένες έρευνες έχουν δείξει ότι οι γονείς των παιδιών που τραυλίζουν έχουν συχνά αρνητικές αντιλήψεις για τα παιδιά τους και μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις για τη φύση του τραυλισμού (Andrews & Culter , 1974'Langlois et al., 1986). Επομένως, η τροποποίηση αυτών των αντιλήψεων και η βαθύτερη κατανόηση εκ μέρους του μηχανισμού του τραυλισμού αποτελούν αναπόσπαστα στοιχεία της θεραπευτικής παρέμβασης, καθώς η απλή ενημέρωση τους δεν επαρκεί για να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί. Έχει επίσης επισημανθεί, ότι με την ενεργό συμμετοχή των γονέων στο θεραπευτικό πρόγραμμα αυξάνεται η κατανόηση που επιδεικνύουν στις δυσκολίες του παιδιού και επιτυγχάνεται ευκολότερα η διατήρηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης στο πέρασμα του χρόνου(Rustin &Cook, 1995). Τέλος, οι Tizart και Mantovani (1981) υποστηρίζουν την άποψη ότι, η μη αναγνώριση εκ μέρους του ειδικού του σημαντικού ρόλου που μπορεί να επιτελέσουν οι γονείς κατά την θεραπευτική διαδικασία ενδέχεται να αποδυναμώσει την εμπιστοσύνη των γονέων στην ικανότητά τους να λειτουργούν σα «καλοί γονείς» και να τους δημιουργήσει συναισθήματα ανεπάρκειας.

Στα πλαίσια της πολυεπίπεδης προσέγγισης κατά τη συνεργασία του ειδικού με τους γονείς του παιδιού που τραυλίζει, τίθενται οι εξής γενικοί στόχοι οι οποίοι αναλύονται στη συνέχεια.

- Να ενημερωθούν οι γονείς με λεπτομέρειες για τη φύση , την αιτιολογία, την εξελικτική πορεία και την πιθανή έκβαση του τραυλισμού σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα και να κατανοήσουν το μηχανισμό εκδήλωσής του.
- Να εκπαιδευτούν στο σωστό τρόπο αντιμετώπισης των δυσκολιών του παιδιού τους στη ροή του λόγου και εφόσον κρίνεται αναγκαίο, να τροποποιήσουν ορισμένα στοιχεία της δικής τους συμπεριφοράς κατά την λεκτική επικοινωνία με το παιδί που τραυλίζει.
- Να βοηθηθούν ώστε να τροποποιήσουν παράγοντες στο οικογενειακό περιβάλλον, οι οποίοι ενδέχεται να αποτελούν πηγή άγχους για το παιδί.

Ειδικότερα:

Κατά την πρώτη επικοινωνία του ειδικού με τους γονείς του παιδιού που τραυλίζει είναι πιθανόν να διαπιστωθεί πως αυτοί έχουν ήδη συγκεντρώσει πληροφορίες σχετικά με τον τραυλισμό από φίλους γνωστούς ή από διάφορα αναγνώσματα, συνήθως εκλαϊκευμένα βιβλία και περιοδικά. Επιπλέον, όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι γονείς συνήθως διαμορφώνουν τις δικές τους υπολανθάνουσες θεωρίες σχετικά με την αιτιολογία του προβλήματος και το σωστό τρόπο αντιμετώπισής του. Οι πληροφορίες τις οποίες έχουν συγκεντρώσει οι γονείς,

καθώς επίσης και οι ερμηνείες τις οποίες έχουν δώσει στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν τα αίτια του τραυλισμού στο παιδί τους, συχνά ενδέχεται να διαφέρουν σημαντικά από τις επιστημονικές γνώσεις που διαθέτουμε σήμερα για το θέμα αυτό.

Επομένως, ο ειδικός έρχεται συνήθως αντιμέτωπος με ένα ήδη διαμορφωμένο σύστημα αντιλήψεων, τις οποίες καλείται άμεσα να τροποποιήσει σε περίπτωση που αυτές αποκλίνουν από τις ισχύουσες επιστημονικές απόψεις για τον τραυλισμό. Αν οι γονείς δεν κατανοούν σε βάθος τη φύση και τον μηχανισμό εκδήλωσης του τραυλισμού, είναι πιθανόν να μην κατανοήσουν τις βασικές αρχές της θεραπευτικής παρέμβασης.

Κατά τη διάρκεια των πρώτων συναντήσεων, εφόσον ο ειδικός έχει αξιολογήσει τόσο τις δυσκολίες του παιδιού όσο και τις αντιλήψεις των γονέων του για αυτές τις δυσκολίες, τότε δίνει στους γονείς τις βασικές πληροφορίες για τον τραυλισμό και στη συνέχεια τους διευκολύνει στην κατανόηση των βασικών αρχών, οι οποίες θα πρέπει να διέπουν τη δική τους συμπεριφορά απέναντι στο παιδί. Ταυτόχρονα, όμως, ο ειδικός οφείλει να προσεγγίσει τους γονείς, προκειμένου να εκδηλώσουν τα δικά τους συναισθήματα σχετικά με τις δυσκολίες του παιδιού τους, ώστε να τους βοηθήσει να επεξεργαστούν τις τύψεις ή τις ενοχές που είναι πιθανόν να βιώνουν οι ίδιοι. Επιπλέον, μέσα από την ενημέρωση των γονέων για βασικά στοιχεία που αφορούν στον τραυλισμό ο ειδικός προσπαθεί αν τους βοηθήσει να συνειδητοποιήσουν το δικό τους ρόλο στην εξέλιξη του προβλήματος, ώστε να κατανοήσουν τη αναγκαιότητα της ενεργής συμμετοχής τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα και να δεσμευτούν για αυτό. (Κάκουρος –Μανιαδάκη, 2006)

Μεταξύ άλλων, είναι πολύ βασικό να κατανοήσουν οι γονείς του παιδιού που τραυλίζει ότι:

- Ο τραυλισμός δεν αποτελεί σκόπιμη, προκλητική ή μιμητική συμπεριφορά εκ μέρους του παιδιού ούτε φυσιολογικό στάδιο κατά την ανάπτυξη του λόγου.
- Ο τραυλισμός δεν αποτελεί απλώς πρόβλημα του λόγου και της ομιλίας, αλλά έχει πλείστες κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις.
- Η εκδήλωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού δεν βρίσκεται υπό τον έλεγχο του παιδιού.
- Σύμφωνα με τις σύγχρονες επιστημονικές απόψεις, ο τραυλισμός ενδέχεται να είναι απόρροια μιας κληρονομικής προδιάθεσης, η οποία ενεργοποιείται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες οι οποίες σχετίζονται τόσο με ορισμένα χαρακτηριστικά του παιδιού όσο και με χαρακτηριστικά και αντιδράσεις του περιβάλλοντός του.

- Ο τραυλισμός αποτελεί συχνά περιοδικό φαινόμενο και ενδέχεται να περνά φάσεις έξαρσης και ύφεσης ακόμη και να εξαφανίζεται εντελώς για ορισμένα χρονικά διαστήματα.
- Ο μηχανισμός εκδήλωσής του τραυλισμού συχνά συνδέεται με συγκεκριμένους παράγοντες, για αυτό και επηρεάζεται ανάλογα με την περίσταση και τα πρόσωπα που εμπλέκονται σε αυτή . (ο ειδικός εξηγεί, για παράδειγμα, στους γονείς γιατί το παιδί μπορεί να μην τραυλίζει με όλα τα πρόσωπα ή όταν τραγουδά και να τραυλίζει περισσότερο όταν μιλάει στο τηλέφωνο).
- Σε περίπτωση που υπάρχουν συνοδά προβλήματα ή άλλα συμπτώματα άγχους, ο ειδικός εξηγεί στους γονείς την πιθανή σύνδεση μεταξύ τους.

Ο ειδικός εξηγεί στους γονείς ότι με τη θεραπευτική παρέμβαση αναμένεται η υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού και η βελτίωση του παιδιού σε πλείστους άλλους τομείς, αλλά η πλήρης και ολοσχερής εξάλειψη των συμπτωμάτων του τραυλισμού δεν είναι εφικτή σε όλες τις περιπτώσεις. (Κάκουρος –Μανιαδάκη, 2006)

Είναι , επίσης, σημαντικό να θέσει ο ειδικός μαζί με τους γονείς τους στόχους του θεραπευτικού προγράμματος, επισημαίνοντας ότι αυτοί δεν θα πρέπει να αφορούν αποκλειστικά στην υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού, και να τους ενημερώσει για το είδος της συνεργασίας που θα έχει μαζί τους. Κατά την ενημερωτική αυτή φάση όμως, είναι σημαντικός ο τρόπος και ο ρυθμός με τον οποίο θα δίνονται αυτές οι πληροφορίες, προκειμένου να αφομοιωθούν όσο το δυνατό καλύτερα από τους γονείς. Καθόλη τη διάρκεια της συνεργασίας με τους γονείς, ο ειδικός πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός προκειμένου να μην καλλιεργήσει ο ίδιος στους γονείς το αίσθημα της ενοχής λόγω πιθανών λανθασμένων τους αντιδράσεων.

Η εκπαίδευση των γονέων σε αποτελεσματικότερους τρόπους χειρισμού της συμπεριφοράς των παιδιών τους πρέπει να γίνεται μέσα σε κλίμα κατανόησης και όχι κριτικής, ώστε να μην αισθάνονται ότι οι ίδιοι δημιούργησαν το πρόβλημα στο παιδί τους ή ότι φταίνε οι ίδιοι αν η εξέλιξη της θεραπευτικής παρέμβασης δεν είναι πάντα αναμενόμενη. Όπως ζητείται από τους γονείς να αποδεχτούν το παιδί με το πρόβλημα του , έτσι οι θεραπευτές οφείλουν να αποδέχονται τους γονείς με τις δικές τους αδυναμίες και τα δικά τους λάθη.

Τέλος επισημαίνεται ότι, όπως σε κάθε περίπτωση παιδιών με δυσκολίες, έτσι και στην περίπτωση των παιδιών με τραυλισμό, ο πρωταρχικός στόχος του ειδικού θα πρέπει να είναι η αποδοχή του προβλήματος του παιδιού από τους γονείς και η εξασφάλιση μιας ζεστής συναισθηματικής σχέσης μεταξύ τους. Άλλωστε η ευχέρεια στη ροή του λόγου

αποτελεί μια μόνο διάσταση των δεξιοτήτων του παιδιού, το οποίο έχει σίγουρα πολλές άλλες ικανότητες, ταλέντα, χάρισμα, που οι γονείς μπορεί να έχουν παραγνωρίσει δίνοντας έμφαση στα συμπτώματα του τραυλισμού. Είναι σημαντικό να μην καταλάβει η ύπαρξη του τραυλισμού όλο το χώρο στη ζωή του παιδιού και της οικογένειας και η προσπάθεια αντιμετώπισης του να μην στερήσει την ενασχόληση γονέων και παιδιού με παιχνίδια, βόλτες, μαθήματα και άλλες δραστηριότητες. Όπως επισημαίνει ο Guítar (1998), οι γονείς πρέπει να στηρίζουν το παιδί και τη θεραπευτική διαδικασία αλλά και να ενεργούν κυρίως ως γονείς και όχι ως θεραπευτές. (Κάκουρος –Μανιαδάκη, 2006)

4.2. Παρατηρήσεις και υποδείξεις

Μια από τις βασικές οδηγίες που δίνονται συνήθως στους γονείς των παιδιών κάθε ηλικίας με τραυλισμό είναι να μην αντιδρούν με αρνητικό τρόπο στην εκδήλωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Συχνά οι γονείς στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν μόνοι τους τις δυσκολίες του παιδιού τους προς τη ροή του λόγου, στην καλύτερη περίπτωση μπορεί να δίνουν διαφόρων ειδών οδηγίες όπως « Μίλα αργά», «Πάρε μια βαθιά ανάσα» ή «Ηρέμησε». Επίσης, μπορεί να το διορθώνουν κάθε φορά που δεν μιλάμε ευχέρεια, να του ζητούν να επαναλάβει σωστά τη λέξη στην οποία δυσκολεύεται κ.λ.π. στη χειρότερη περίπτωση, μπορεί να ειρωνευτούν το παιδί για την ομιλία του, να το μαλώσουν ή να το τιμωρήσουν. Σε κάθε περίπτωση, οι τακτικές αυτές είναι εντελώς ανώφελες ακόμα και επιζήμιες γιατί βασίζονται στη λανθασμένη αντίληψη ότι ο τραυλισμός είναι το αποτέλεσμα της προκλητικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, εκφράσεις αυτού του τύπου οδηγούν το παιδί στη διατύπωση ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει με την ομιλία του, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του άγχους και στη σταδιακή μείωση της ετοιμότητας του να μιλήσει.

Στην περίπτωση του αρχόμενου τραυλισμού, κατά την προσχολική ηλικία και εφόσον το παιδί δε δείχνει ακόμα να ενοχλείται από τη δυσχέρεια στη ροή του λόγου του, είναι σημαντικό να μην το αφήσουμε να διαπιστώσει ότι η ομιλία του αποτελεί αντικείμενο ανησυχίας για τους γονείς του (Van Riper, 1939). Σε αυτή τη φάση , η αντιμετώπιση των δυσχερειών του παιδιού με ήρεμο και φυσιολογικό τρόπο από τους γονείς μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην υποχώρησή τους. (Κάκουρος –Μανιαδάκη, 2006)

4.3.Τραυλισμός στα παιδιά -μοντέλο συμβουλευτικής γονέων

Σύμφωνα με τις γνωστικές- συναισθηματικές θεωρίες και τα οικογενειακά συστήματα που προσεγγίζουν με σεβασμό να αιτιολογήσουν και να ανακαλύψουν το πρότυπο στη διαταραχή της ροής του λόγου, προτείνουμε το συνδυασμό στην εφαρμογή με παιδιά που αντιμετωπίζουν τη διαταραχή στη ροή της ομιλίας τον τραυλισμό. Δεν μπορούμε να το αποδείξουμε, παρόλα αυτά, ο μοναδικός γνωστικές-συναισθηματικές θεωρίες, τα οικογενειακά συστήματα, ή ο συνδυασμός προσεγγίζουν την εφαρμογή σε όλα αυτά τα παιδιά.. Η μοναδική οικογένεια με συγκεκριμένες περιστάσεις ή με ειδικές ανάγκες του παιδιού θα μπορούσε να είναι οδηγός για όποια δημιουργική μέθοδος επιλογής, περιλαμβάνοντας και τη δική μας προσδοκία ακόμη και στις πνευματικά ελκυστικές στρατηγικές.

Ο Ackerman (1966), ένας νεαρός επικεφαλής στην ανάπτυξη της οικογενειακής θεραπείας, παρουσίασε ένα χρήσιμο μοντέλο το οποίο συνοψίζεται με εκτίμηση στη λειτουργία του θεραπευτή ως εξής :

1. Οι θεραπευτικές φόρμουλες στο νέο δίκτυο μεταξύ των μελών της οικογένειας , περιλαμβάνονται στη θεραπεία η οποία έχει σχέση με τη συναισθηματική συμμετοχή και την επικοινωνία που παίζουν σημαντικό ρόλο.
2. Άμεση σχέση, οι θεραπευτικές διευκρινήσεις και η εστιασμένη μείζων διαμάχη και στην κάλυψη της συμπεριφοράς των μελών της οικογένειας. άμεση μετακίνηση των εμποδίων, συγκαλύψεων της άμυνας, των διαφωνιών και του αποδιοργανωμένου τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς, ο θεραπευτής προσπαθεί να διευκρινίσει τη διαμάχη. Τα μέλη της οικογένειας μαθαίνουν, από το πεδίο δράσης, τι έχει γίνει με τις παρεξηγήσεις και ποιο είναι το πραγματικό πρόβλημα.
3. Αμυντικές διευκρινήσεις από την οικογένεια να αρνηθούν, την λογική αιτιολογία, και να φανερώσουν τη διαμάχη είναι η αποκάλυψη από το θεραπευτή, είναι ιδανικά για βεβαίωση από ένα ή περισσότερα μέλη της οικογένειας.
4. Κρυμμένες και αδρανείς διαπροσωπικές διαμάχες μεταμορφώθηκαν μέσα σε μια ανοιχτή αλληλεπίδραση της επικοινωνίας.

5. Οι διαπροσωπικές διαμάχες αφυπνίστηκαν με το επίπεδο της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης.
6. Η χρήση του να ρίχνουμε τις ευθύνες σε κάποιον, οι οποίες ισχυροποιούνται και κινούνται κυκλικά της οικογένειας καθώς κάποιος εξασθενεί κάποιον άλλο εξουδετερώθηκε.
7. παίζοντας ένα κομμάτι του ρόλου της πραγματικής γονικής φιγούρας, ο θεραπευτής υποδεικνύει στοιχεία που η οικογένεια είχε έλλειψη αλλά χρειάζεται για τη βασική συναισθηματική υποστήριξη.
8. Δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση του μικρότερου βαθμού εξήγησης και διαπερνούν και καθορίζουν αντιδράσεις και υποβαθμίζουν εντάσεις της ανησυχίας, ενοχής και διαμάχης.
9. Ο θεραπευτής καθίσταται ως σημαντική φιγούρα από την οποία είναι πραγματικά οικογενειακά τεστ.
10. Ο θεραπευτής εξυπηρετεί ως δάσκαλος και παραδειγματίζει την ιδέα του μοντέλου ,κατοπτρίζοντας την υγιή οικογενειακή λειτουργία.(Walter J. Rollin, 1932)

4.4. Συμβουλευτική γονέων

Η συμβουλευτική γονέων που προτάθηκε πραγματοποιείται με χρήση στρατηγικών και τη συνύπαρξη των παραδοσιακών ή διαπροσωπικών προσεγγίσεων με τα παιδιά με τραυλισμό. Ο Bloodstein (1981) περιλαμβάνει αρκετά σημαντικές απόψεις όσον αφορά τη δύναμη της συμβουλευτικής των γονέων στην πρόιμη αντιμετώπιση του παιδικού τραυλισμού. Μεταξύ διαφορετικών σημαντικών παραινέσεων τυπικά στους γονείς είναι :

1. η ενθάρρυνση αυτών να αποφεύγουν την αρνητική αντίδραση στις δυσκολίες του λόγου με κάθε τρόπο , και να βλέπουν μέχρι ως ότου είναι εφικτό τις διακοπές στο λόγο και να μην παράγουν την προσοχή άλλων στο παιδί.
2. η επιχείρηση να βελτιώσουν τη σχέση γονιού – παιδιού.
3. η βοήθεια γονέων να αποβάλλουν εκείνες τις συνθήκες ή τους παράγοντες που αυξάνουν τις συμπεριφορές του τραυλισμού.

Ο Bloodstein παραθέτει τη χρήση της θεραπείας της απευαισθητοποίησης όπως περιγράφηκε από τον Van Riper (1972) αυτό σημαίνει τη βοήθεια του παιδιού να έρχεται σε επαφή με καταστάσεις πίεσης στο σπίτι, οι οποίες πιθανώς θα μπορούσε να περισσότερο αποτελεσματικές όταν ο θεραπευτής είναι ανίκανος να συμβουλέψει αμέσως την οικογένεια. Ο Egolf και οι συνεργάτες του (1972) συνέθεσαν αμέσως στη θεραπεία των γονέων τη διαδικασία της επιχείρηση να διδάσκονται μια διαφορετική , με περισσότερο θετικό τρόπο στη συμπεριφορά τους απέναντι στα παιδιά τους με δυσκολία στην ροή του λόγου.

Η Ratner (1992) έδωσε στις μητέρες των παιδιών με φυσιολογική ροή του λόγου οδηγίες για τη μητρική ομιλία με αργό ρυθμό ή για αργή και απλοποιημένη ομιλία που προέρχεται από τη μητέρα και βρέθηκε ότι ο ρυθμός της ομιλίας των παιδιών τους και η πολυπλοκότητα της γλώσσας δεν ήταν ισότιμη με την ρύθμιση ομιλία που προέρχονταν από τη μητέρα.

Καθώς η Ratner γενίκευε τα ευρήματά της σε εκείνους τους γονείς και τα παιδιά τους τα οποία τραύλιζαν εξέταζε τη χρήση της συμβουλευτικής των γονέων ως ένα σταθερό επαναλαμβανόμενο γεγονός της έμμεσης θεραπείας εμείς εξετάζουμε την πρόταση που έγινε από την Ratner. (Walter J. Rollin, 1932)

Εμείς πιστεύουμε ότι η παραδοσιακή συμβουλευτική γονέων εάν χρησιμοποιείται ανεξάρτητα ή με τη συνύπαρξη της λογοθεραπείας για το παιδί , κάτι που είτε είναι πιθανόν να συμβεί είτε όχι τα γεγονότα που αποδίδουν στη διαδικασία αυτή είναι ότι θα μπορούσε να αποδείξει σε εμάς μερικές γνώσεις στη δυναμική σχέσεων μεταξύ γονέων και

παιδιών. Αυτό μπορεί να συμβαίνει με τον καλύτερο τρόπο δίνοντας στους γονείς κάτι διαφορετικό να σκεφτούν όσον αφορά την επικοινωνιακή αλληλεπίδραση με το παιδί. Επίσης, μπορεί ελαφρύνει την ένοχη συμπεριφορά μερικών γονέων που αισθάνονται όσον αφορά το ρόλο τους στο ξεκίνημα και τη διαίονιση του τραυλισμού των παιδιών τους και όχι από το ότι θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο. Ιδιαίτερα σημαντικό, είναι αυτοί οι γονείς χρειάζονται βοήθεια στην κατανόηση της αιτίας του τραυλισμού που είναι λιγότερο σχετικό από το ρόλο που μπορεί να αυτοί να παίξουν σαν παράγοντας της αλλαγής περά για περά την ευημερία για το παιδί με την πιθανότητα ότι ο τραυλισμός θα μειωθεί ή θα εξαλειφθεί.

Οι Onslow και Packman (1992) περιέγραψαν το πρόγραμμα the Lidcombe Programme που ανακαλύφθηκε στο Σίδνεϊ της Αυστραλίας, το οποίο εστίασε σε περίπτωση που η συμπεριφορά βασίστηκε στη λογοθεραπεία των παιδιών της προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν σε ολοκληρωμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους γονείς τους καθώς επίσης, να απομακρύνουν από το περιβάλλον τα ερεθίσματα άγχους που υπάρχουν.

Καθώς αναφέρονται τα αποτελέσματα ξεκάθαρα δείχνουν τη σπουδαιότητα της βελτίωσης στην ευφράδεια- ροή των παιδιών που είναι στο πρόγραμμα , τα υπάρχοντα από τη γονική εμπλοκή και τις πραγματικές αλλαγές μέσα στο γονικό περιβάλλον δεν είναι ξεκάθαρο. Καθώς οι Onslow και Packman αμφέβαλλαν για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος εξαιτίας του αγχογόνου περιβάλλοντος, προτείνουμε ότι η περισσότερη εμπειρία βασίστηκε στα οικογενειακά συστήματα αποτίμησης που δείχνουν περισσότερη απόδειξη αποφασιστικότητας. (Walter J. Rollin, 1932)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΦΟΡΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

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

Οδηγίες: Ελέγξτε όλες τις συμπεριφορές που παρουσιάζει ο ασθενής. Χρησιμοποιήστε τη δεξιά στήλη για να διευκρινίσετε ή να κάνετε τα πρόσθετα σχόλια.

Αναπνευστικοί παράγοντες

.....κανονική αναπνοή σε ακινησία.....
.....κανονική αναπνοή κατά τη διάρκεια της ομιλίας.....
.....ρηχή αναπνοή.....
.....ευδιάκριτη εισπνοή.....
.....παρατεταμένη εισπνοή.....
.....ευδιάκριτη εκπνοή(όχι ομιλία).....
.....λαχάνιασμα.....
..... αναπνοή με αρρυθμία.....
.....άλλο(περιγράψτε).....

Φωνητικοί παράγοντες

.....κανονικές φωνητικές λειτουργίες.....
.....καθυστερήσεις της φωνητικής αρχής.....
.....σκληρές γλωττιδικές επιθέσεις.....
.....διακοπές παύσεις).....
.....υπερβολικές παραλλαγές φωνής.....
.....παρά πολύ φωναχτά.....
.....πάρα πολύ μαλακά.....
.....εναλλασσόμενη ηχηρότητα.....
..... αναπνοή με αρρυθμία.....

.....άλλο(περιγράψτε).....

Αρθρωτικοί παράγοντες

.....κανονικές αρθρωτικές επαφές.....

.....εύκολες αρθρωτικές επαφές.....

.....σκληρές αρθρωτικές επαφές.....

.....κανονική άρθρωση(τόπος, τρόπος).....

.....άλλο(περιγράψτε).....

Προσωδιακοί παράγοντες

.....κανονική προσωδία.....

.....παρατεταμένη παραγωγή ήχου.....

.....υπερβολικός τονισμός.....

.....άτυπος τονισμός.....

.....άλλο(περιγράψτε).....

Ποσοστό ευχέρειας λόγου

.....κατάλληλη.....

.....υπερβολικά γρήγορα.....

.....υπερβολικά αργά.....

Γραμματική

.....Μη ομαλή μεταφορά ήχων.....

Σημασιολογία

.....Αντικατάσταση ολόκληρων λέξεων χωρίς νόημα.....

Εκδήλωση μη λεκτικών μορφών συμπεριφοράς

Έλλειψη βλεμματικής επαφής

Ανοιγοκλείσιμο βλεφάρων.....

Γενικότερο επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού

(δυσκολίες άρθρωσης, δυσκολίες ακουστικής διάκρισης.....)

Διερεύνηση των απόψεων του ίδιου του παιδιού

Επίπεδο αυτοεκτίμησης υψηλό χαμηλό.....

Γενικότερα συναισθήματα που προκαλούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει.

.....
.....
.....

Διερεύνηση πιθανής ύπαρξης συμπτωμάτων

.....Τικς

.....Ενούρηση.....

.....Ψυχοσωματικά προβλήματα.....

.....Φοβίες.....

.....Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής.....

Γενικότερη αξιολόγηση της προσωπικότητας του παιδιού

.....Χαμηλή αυτοεκτίμηση.....

.....Συναίσθημα ανασφάλειας.....

.....Τελειομανία.....

.....Ανελαστικός και άκαμπτος τρόπος σκέψης.....

.....Υπερβολική εμμονή στην τάξη και τους κανόνες.....

.....Μειωμένη ανοχή στην ματαίωση και την αποτυχία.....

.....Δυσκολία αποκέντρωσης της σκέψης.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Όνομα : _____ Ηλικία : _____
Φύλο : _____ Ημερομηνία Γέννησης : _____
Διεύθυνση : _____ Τηλέφωνο : _____

Σύσταση οικογένειας

Πόσα μέλη :

Πότε γεννήθηκαν τα αδέλφια :

Ποιοι μένουν στο σπίτι :

Σχέση γονέων μεταξύ τους :

Πως αποφάσισαν να κάνουν παιδιά :

Τι δουλειά κάνουν οι γονείς :

Εάν η μαμά σταμάτησε να δουλεύει :

Πόσο χρόνο περνάνε στο σπίτι :

Οι χαρακτήρες όλων :

Σε ποιο παιδί τους νιώθουν περισσότερο κοντά :

Τι τους θυμώνει :

Πως αντιδρούν στον θυμό όλοι τους :

Αναλυτικό ιστορικό παιδιού

Εγκυμοσύνη :

Θηλασμός :

Χρήση μπιμπερό :

Πότε περπάτησε το παιδί :

Λήψη στερεών τροφών :

Έλεγχος σφιγκτήρων :

Ύπνος παιδιού :

Φαγητό (ποσότητες και αν είναι δύσκολος /η) :

Πότε μίλησε το παιδί :

Υγεία παιδιού (νοσηλεία ,ιατροί):

Θάνατοι προσώπων ,ζώων:

Κάποιο συγκεκριμένο γεγονός που θέλουν να αναφέρουν οι γονείς:

Φύση τραυλισμού

Πότε άρχισε:

Ποιος το πρόσεξε:

Σε ποιες συνθήκες:

Διακυμάνσεις. Πότε είναι καλύτερα και ποτέ χειρότερα:

Τραυλίζει κάποιος άλλος στην οικογένεια:”

Γιατί πιστεύουν ότι τραυλίζουν:

Πως αντιμετωπίζεται από τους υπόλοιπους όταν τραυλίζει

Τι ακριβώς κάνει όταν τραυλίζει:

Πως προσπαθεί να το σταματήσει:

Σε ποιες συνθήκες αποφεύγει να μιλάει:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κάκουρος Ε.-Μανιαδάκη Κ.(2006). *Τραυλισμός η Φύση και η Αντιμετώπισή του στα Παιδιά και τους Εφήβους* .Αθήνα: τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός
2. Κάκουρος ,Ε. & Μανιαδάκη ,Κ.(2002).*Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων – Αναπτυξιακή Προσέγγιση* .Αθήνα: τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός
3. Καρπαθίου Χ., (1998), Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία, Τόμος 1, Αθήνα, εκδ. «Έλλην».
4. Κιάμου Ε., (2005). Κλινικά θέματα λογοπαθολογίας, Ιωάννινα
5. Οικονομίδου Μ. (2006). Διαταραχές Ροής της ομιλίας, Ιωάννινα
6. Στασινός Δ., (1999). Μαθησιακές Δυσκολίες του παιδιού και του έφηβου. Αθήνα, εκδ. Gutenberg.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adams, M. R.(1984). The different assessment and direct treatment of stuttering. In J. Costello (Ed.), *Speech disorders in children* (pp.261-290). San Diego, CA: College-Hill Press.
2. Andrews, G. (1984). Epidemiology of stuttering. In R .F. Curlee & W. H. Perkins (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: new directions*. San Diego: College-Hill Press.
3. Arndt, J. & Healey, E .c. (2001). Concomitant disorders of schoolage children who stutter. *Language, Speech and Hearing Services in School* , 32, 68-78
4. Bernstein Ratner, N.(1995). Treating the child who stutters with concomitant language or phonological impairment. *Language, speech, and Hearing Services in school*,26
5. Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering*(5th Ed.). USA: Singular Publishing Group.
6. Bloodstein, O.(1981).*Stuttering: The search for a cause and a cure*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon
7. Conture, E.G.(1990). *Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
8. Conture, E.G.(1997).Evaluating childhood stuttering. In R. F. Curlee &G .M. Siegel (Eds), *Nature and treatment of stuttering: new directions*, 2nd ed.(pp.239-256). USA: Allyn & Bacon.

9. Cooper, E. & Cooper, C.(1996).Clinician attitudes toward stuttering: Two decades of change. *Journal of Fluency Disorders*,21,119-120
10. Costello, J. M. (1983).Current behavioral treatments for children. In D. Prins &R.J. Ingham (Eds), *Treatment of stuttering in early childhood*. San Diego: College-Hill Press.
11. Craig, A., Franklin, J.& Andrews,G.(1984). A scale to measure locus of control of behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 57,173
12. Curlee, R. F.& Yairi, E.(1997). Early intervention with early childhood stuttering: a critical examination of the data. *American Journal of Speech- Language Pathology*, 6,8 ,11
13. Egolf, D.B. Shames, G. H., Johnson, P. R.& Kasprisin- Burelli, A. (1972). The use of parent-child interaction patterns in therapy for young stutters. *Journal of Speech and Hearing Research* , 37
14. Gregory H., (2003). *Stuttering Therapy, Rationale and Procedure*. USA, Pearson Education, Inc.
15. Hulit, L., (2004). *Straight Talk on Stuttering* (2th edition), Illinois, Charles C. Thomas.
16. Ingham,R.(1983). Stuttering and spontaneous remission :When willthe emperor realize he no clothes on? In D. Prins &R. Ingham (Eds.) *Treatment of stuttering and early childhood: Methods and issues* (pp. 113-140). San Diego: College-Hill Press.
17. Ingham,R.J.& Cordes, A.K. (1998). Treatment decisions for young children who stutter: Further concerns and complexities. *American Journal of Speech – Language Pathology*, 7 (3), 10-19.
18. Johnson, W. ,Darley , F.& Spriestersbach ,D.(1978).*Diagnostic methods in speech pathology*. New York: Happer & Row.
19. Lavid, N., (2003). *Understanding Stuttering*, USA, University Press of Mississippi.
Manning, W. (2001) *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*, (2th edition), Memphis, Singular – Thomson Learning.
20. Lincoln, M. & Onslow, M.(1997). Long-term outcome or early intervention for stuttering . *American .Journal of Speech and Language Pathology*, 6, 51-54
21. Mallard, A .R.(1991).Using families to help the school-age stutterer: A case study. In L. Rustin (Ed.), *Parents, families and the stuttering child*(p.p.72-73) London: Whurr Publishers

22. Martin, R.R. & Lindamood, L.P.(1986). Stuttering and spontaneous recovery: Implications for the speech- language pathologist. *Language pathologist. Language Speech, and Hearing Services in school*, 17,199-206
23. Martin, R.R., Kuhl, P.& Haroldson, S. (1972). An experimental treatment with two preschool stuttering children. *Journal of speech and Hearing Research*, 15, 743-752
24. Meyers, S. (1986). Qualitative and quantitative differences and patterns of variability emitted by preschool stutterers and nonstutterers during dyadic conversations. *Journal of Fluency Disorders*, 11, 293-306
25. Onslow, M., Menzies, R.G.& Packman, A.(2001). An operant intervention for early stuttering. The Development of the Lidcombe Program. *Behavior Modification*,25
26. Onslow, M., Packman, A., Stocker, S., Van Doorn, J.& Siegel, G. M.(1997).Control of children's stuttering with response-contingent time-out: Behavioral, perceptual, and acoustic data. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 40, 121-133
27. Onslow, M.,Stocker ,S., Packman, A.&McLeod,S.(2002). Speech timing in children after the Lidcombe Program or early stuttering intervention.*Clinical Linguistics & Phonetics* 16, 21-33
28. Pacman ,A.& Onslow, M.(1998). What is the take- home message from Curlee and Yairi? *American Journal of Speech –Language Pathology*, 7 (3), 5-9.
29. Pellowski, M. W. & Conture, E.G. (2002). Characteristics of speech disfluency and stuttering behaviors in 3- and- 4 years old children. *Journal of Speech ,Language, and Hearing Research*, 45, 20-34.
30. Kyhr,A &Rustin, L.(1985). The maintenance of fluency after intensive in-patient therapy: Long-term follow-up. *Journal of fluency Disorders*, 10, 229-236
31. Raming, P.R. & Bennett, E. M.(1997). Clinical management of children: Direct management strategies.In R.F.Curlee& G. M. Siegel(Eds.).*Nature and treatment of stuttering :new directions*, 2nd ed. (pp.292-294).USA: Allyn& Bacon.
32. Rustin, L. (1987). *Assessment and Therapy Programme for Disfluent Children*. Windsor: NFER-Nelson.
33. Silverman, F.H. (2004). *Stuttering and the other fluency disorders*. USA: Waveland Press
34. Starkweather, W.& Gottwald, S. (1990). The demands and capacities model II : Clinical applications. *Journal of Fluency Disorders*, 15
35. Van Riper , C.(1973) .*The Treatment of Stuttering*. Englewood Cliffs, N. J: Prentice-Hall.

36. Van Riper, C.(1982) *.The Nature of Stuttering (2nd Ed.)*.. Englewood Cliffs, N. J: Prentice-Hall.
37. Van Riper, C.(1939) *.Speech correction: principles and methods, 5th ed.* Englewood Cliffs, N. J: Prentice-Hall
38. Walter J. Rollin, (1932).*Counseling Individuals With Communication Disorders. Psychodynamic and Family Aspects(2nd Ed.)*. Englewood Cliffs, N. J: Prentice-Hall
39. Wingate, M.E. (1964), A Standard Definition of Stuttering. *Journal of Speech and Hearing disorders*,24, 454-457
40. Yairi, E.& Ambrose, N.(1992). Onset of stuttering in preschool children:Selected factors. *Journal of Speech and hearing Research*, 35,728-788
41. Yairi, E.H. & Lewis, B.(1984). Disfluencies at the on set of stuttering. *Journal of Speech of Speech and Hearing Research* , 27, 154-159.
42. Zebrowski, P.M.(2000).Stuttering In J.B. Tomblin, H.L. Morris& D.C. Spriestersbach (Eds), *Diagnosis in speech-Language Pathology* .USA:Singular Publishing Group.