



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

### ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Θέμα: Προγράμματα συμμετοχής των γονέων στην παρέμβαση των διαταραχών  
επικοινωνίας.**

Σπουδαστές:

Καραϊβαζίδης Παΐσιος Α.Μ 14525

Κοζυράκης Λεωνίδα Α.Μ 14889

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Νησιώτη Μελπομένη

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος 2016



### **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Νησιώτη Μελομένη για την υποστήριξη, καθοδήγηση και προπάντων για το θάρρος της να μας επιτρέψει να πραγματευτούμε ένα θέμα εκτός των προτεινομένων.

Ευχαριστούμε επίσης την κ. Παρί Μεράβογλου , το προσωπικό του Κοινωνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και όσους συμμετείχαν στην εφαρμογή του προγράμματος εκπαίδευσης γονέων Hanen στην Ελλάδα, οι οποίοι αποτέλεσαν την έμπνευση για αυτήν την εργασία και που μας στήριξαν προθύμως. Τους ευχόμαστε δύναμη για να συνεχίζουν να καινοτομούν .

Θα θέλαμε να αφιερώσουμε την προσπάθειά μας σε όλους τους γονείς των παιδιών με διαταραχές επικοινωνίας, για τον αφανή αγώνα που κάνουν και σε όλους τους επιστήμονες που δημοσιεύουν τα άρθρα τους διαθέσιμα για όλους.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία ανασκοπεί βιβλιογραφικά τα προγράμματα εκπαίδευσης και συμμετοχής γονέων στις διαταραχές επικοινωνίας. Αρχικά, γίνεται σύντομη αναφορά στην ιστορική διαδρομή του θεσμού τέτοιων προγραμμάτων και παρουσιάζονται αυτά ανά ομάδα διαταραχών επικοινωνίας. Κάθε ομάδα διαταραχών ξεκινά με παράθεση των γενικών στοιχείων αυτής και ακολούθως παρουσιάζονται τα διαθέσιμα προγράμματα παρέμβασης. Η παρουσίαση κάθε προγράμματος ξεκινά με τα κύρια χαρακτηριστικά, συνεχίζει με τους βασικούς στόχους, την δομή, το περιεχόμενο της θεραπείας και ολοκληρώνεται με την ερευνητική τεκμηρίωση του προγράμματος. Η προσέγγιση Hanen και η ομάδα των προγραμμάτων που προσφέρει παρουσιάζονται μαζί και ξεχωριστά από το υπόλοιπο κομμάτι, καθώς μοιράζονται κοινή φιλοσοφία, κοινά στοιχεία, κοινή θεωρητική και ερευνητική θεμελίωση. Η εργασία κλείνει με την σύνοψη, την παράθεση της βιβλιογραφίας και το παράρτημα.

## **ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ**

διαταραχές επικοινωνίας, ψυχοπαιδαγωγικά προγράμματα γονέων, έμμεση παρέμβαση, ολιστική προσέγγιση.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ .....	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ .....	11
1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΡΟΗΣ.....	13
1.1 Εισαγωγικά γενικά στοιχεία .....	13
1.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ.....	18
1.3 Parent-Child Interaction Therapy-PCIT (Θεραπεία Αλληλεπίδρασης Γονέα-Παιδιού) 19	
1.3.1 Μορφή θεραπευτικών συνεδριών.....	20
1.3.2 Περιεχόμενο θεραπείας .....	21
α) Στρατηγικές διαχείρισης .....	21
β) Στρατηγικές αλληλεπίδρασης .....	23
1.3.3 Η περίοδος εδραίωσης.....	25
1.4 PROBLEM SOLVING TECHNIQUE (Τεχνική επίλυσης προβλημάτων).....	25
1.5 Το πρόγραμμα αντιμετώπισης τραυλισμού LIDCOMBE .....	28
1.6 Demands And Capacity Model- DACM (Μοντέλο Απαιτήσεων και Δυνατοτήτων) ...	30
1.7 ΛΕΞΙΠΟΝΤΙΕ.....	31
2. ΝΟΗΤΙΚΗ ΣΤΕΡΗΣΗ .....	33
2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	33
2.1.2. Αίτια νοητικής καθυστέρησης.....	34
2.1.3. Ταξινόμηση νοητική καθυστέρησης .....	35
2.1.4 Χαρακτηριστικά ατόμων με νοητική υστέρηση .....	35
2.2 PORTAGE GUIDE TO EARLY EDUCATION (Το πρόγραμμα Portage για την πρώιμη εκπαίδευση) .....	38
3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ.....	40
3.1 Εισαγωγικά στοιχεία. ....	41
3.1.1 Βασικά χαρακτηριστικά: .....	42
3.2 Τα προγράμματα EARLY BIRD.....	50
3.3 Developmental, Individual differences & Relation based program (Πρόγραμμα αναπτυξιακών, ατομικών διαφορών και δημιουργίας σχέσεων) .....	52
4. ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	57
4.1 Parents and Children Together-PACT (Γονείς και παιδιά μαζί) .....	61

5. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ HANEN .....	67
5.1 IT TAKES TWO TO TALK (Χρειάζεται δύο για να συνομιλήσεις).....	68
5.1.2 Εξαρτήματα του προγράμματος .....	69
5.1.3 Εγχειρίδιο προγράμματος.....	70
5.1.4 Πλεονεκτήματα του It Takes Two to Talk .....	70
5.1.5 Ερευνητική τεκμηρίωση του It Takes Two to Talk.....	71
5.1.6 Βασικές αρχές πάνω στις οποίες βασίζεται το πρόγραμμα It Takes Two to Talk..	73
5.2 TARGET WORD (Λέξη Στόχος).....	75
5.3 MORE THAN WORDS (Περισσότερο από λέξεις) .....	78
5.3.1 Στόχοι προγράμματος.....	79
5.3.2 Περιεχόμενα προγράμματος.....	80
5.3.3 Υλικό .....	80
5.3.4 Πρακτικές στρατηγικές .....	80
5.3.5 Θεωρητική τεκμηρίωση.....	81
5.3.6 Ερευνητική τεκμηρίωση.....	83
5.4 TALKABILITY (Ικανότητα Ομιλίας) .....	84
5.4.1 Θεωρητική βάση.....	85
5.4.2 Περιεχόμενα .....	86
5.4.3 Υλικό .....	87
6. ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ .....	89
6.1 ΤΥΠΟΙ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ.....	89
6.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ.....	91
6.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ.....	93
6.4 MÜNSTER PARENTAL PROGRAMME (Το πρόγραμμα του Μονάχου για γονείς με βαρήκοα παιδιά) .....	94
6.4.1 Βασικοί στόχοι .....	94
6.4.2 Κύρια χαρακτηριστικά του MPP:.....	95
6.4.3 Σε ποιούς απευθύνεται .....	95
6.4.4 Πλαίσιο/Setting .....	96
6.4.5 Περιεχόμενα προγράμματος.....	97
6.6.6 Διαδικασία .....	99
ΣΥΝΟΨΗ.....	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	118



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επικοινωνία αποκτά νόημα και πραγματώνεται μεταξύ τουλάχιστον δυο ατόμων, με αυτό το δίπολο πομπού δέκτη να αποτελεί το πρώτο περιβάλλον επικοινωνίας. Κάθε διαταραχή επικοινωνίας επηρεάζει αυτό το περιβάλλον, την επικοινωνία και το άτομο. Τα τελευταία χρόνια η σύγχρονη θεώρηση παρέμβασης στις διαταραχές επικοινωνίας διερευνά την αποτελεσματικότητα που μπορεί να έχει η αντιστροφή μεταβίβασης του προβλήματος από το άτομο στο περιβάλλον, μέσα από θεραπευτική επίδραση του περιβάλλοντος προς το άτομο. Πρώτο και σημαντικότερο περιβάλλον είναι η οικογένεια και κυρίως οι γονείς, επομένως η συμμετοχή των γονέων στην αντιμετώπιση των διαταραχών επικοινωνίας αποτελεί το πρώτο βήμα, με βάση τον φυσικό ρόλο των γονέων για προστασία, ανάπτυξη και μάθηση των βασικών δεξιοτήτων στα παιδιά.

Πάνω σε αυτόν τον ρόλο βασίστηκαν τα πρώτα προγράμματα λογοθεραπευτικής παρέμβασης με συμμετοχή των γονέων, με αποτελέσματα τόσο ευεργετικά που πλέον αποτελούν την προτιμώμενη μέθοδο παρέμβασης. *«Μια από τις βασικές αρχές της πολυεπίπεδης προσέγγισης [...] (εν. των διαταραχών επικοινωνίας) είναι η διερεύνηση του θεραπευτικού πλαισίου με την ενεργή εμπλοκή στην θεραπευτική διαδικασία όλων των σημαντικών προσώπων που επηρεάζουν το παιδί. Στα πλαίσια αυτής της συλλογιστικής, η συνεργασία του ειδικού με τους γονείς είναι καθοριστικής σημασίας, προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης».* (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2006) Η παρούσα εργασία με βάση την βιβλιογραφική επισκόπηση των σημαντικότερων προσπαθειών σύστασης προγραμμάτων συνεργασίας και συμμετοχής των γονέων ευελπιστεί να παρουσιάσει σε όλους τους εμπλεκόμενους (γονείς, λογοθεραπευτές, μέλη της διεπιστημονικής ομάδας παρέμβασης) τις κυριότερες επιλογές που έχουν εάν αποφασίσουν να ακολουθήσουν αυτή την οδό. Τα προγράμματα έχουν χωριστεί ανά ομάδα διαταραχών, ώστε να παρέχεται εύκολα όλο το εύρος των διαθέσιμων προγραμμάτων. Σε κάθε ομάδα διαταραχών γίνεται μια μικρή αναφορά στα γενικά στοιχεία της διαταραχής, με πληροφορίες που θα χρειάζονταν οι γονείς και έπειτα παρουσιάζονται το θεωρητικό μοντέλο πάνω στο οποίο βασίζεται, οι στόχοι, η γενική δομή του κάθε προγράμματος, η δομή των συνεδριών, το περιεχόμενο της θεραπείας, και η ερευνητική τεκμηρίωση του.

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ

Η συμμετοχή των γονέων στην διαδικασία εκπαίδευσης των παιδιών έχει ιστορική, βιολογική και εξελικτική βάση. Από την εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων επιβίωσης έως την βοήθεια στα καθήκοντα του σχολείου και από τις καθαρά ιατρικού χαρακτήρα πράξεις έως την αποκατάσταση διαταραχών επικοινωνίας, ο ρόλος του γονέα ως φυσική συνεπαγωγή είναι να είναι παρών δίπλα στο παιδί του. Η απόκλιση από την τυπικότητα, τους γενικούς κανόνες κλπ οδηγεί σε αίσθημα απώλειας που μπορεί να δημιουργήσει: θλίψη, θυμό, κατάθλιψη (θυμός που εσωτερικεύεται και οδηγεί σε παθητικότητα και αίσθημα ανικανότητας. Σε περίπτωση που υπάρχει κατάθλιψη στον ασθενή η θεραπεία αυτής προηγείται της λογοθεραπευτικής παρέμβασης), ενοχή (αυτή η μορφή αυτοκατηγορίας μπορεί να εμφανιστεί ως υπερβολική ανάμειξη στην θεραπεία ή με παντελή αποχή από αυτή), ντροπή: (αρνητική αξιολόγηση που προκαλεί συναισθήματα αποτυχίας), άγχος (ανησυχία που προκύπτει από την αβεβαιότητα και τον κοινωνικό αντίκτυπο που θα έχει η διαταραχή), ανεπάρκεια (ανικανότητα και εσωτερική ανασφάλεια που μπορεί να προβληθεί ως προσκόλληση στον θεραπευτή), απομόνωση (προσωπική απομάκρυνση από την κοινωνία) (Παπαγεωργίου, 2005).

Τέτοιες συμπεριφορές σπάνια εκφράζονται λεκτικά. Ο θεραπευτής πρέπει να βρει τις ενδείξεις των συναισθημάτων και να διαχειριστεί ή εάν χρειαστεί να παραπέμψει σε ειδικό που θα βοηθήσει τον ασθενή ή τους γονείς του να διαχειριστούν τέτοια συναισθήματα (Παπαγεωργίου, 2005). Η συμμετοχή των γονέων μπορεί να διαχειριστεί τέτοιες αντιδράσεις και να έχει πολλαπλά οφέλη για όλους τους εμπλεκόμενους, εάν οριοθετηθεί και δομηθεί σωστά.

Κύριο όφελος από την ενεργή συμμετοχή του γονέα στην θεραπευτική διαδικασία αποκομίζει το παιδί. Η θεραπευτική διαδικασία επεκτείνεται από το στενό κλινικό πλαίσιο, εφαρμόζεται έμμεσα, αποτελεσματικά, εξατομικευμένα, δομημένη πάνω στα μοναδικά χαρακτηριστικά του παιδιού, με φυσικό τρόπο, από πρόσωπα γνωστά και οικεία, σε διαφορετικές ευκαιρίες που ταιριάζουν καλύτερα σε κάθε θεραπευτική δραστηριότητα, σε καθημερινές καταστάσεις. Οι κοινές δραστηριότητες ενδυναμώνουν την σχέση γονέα παιδιού και μαζί με την πρόοδο στην παρέμβαση δομούν την αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση του παιδιού.

Η εμπλοκή του γονέα στην αποκατάσταση μιας διαταραχής επικοινωνίας έχει θετική επίδραση και στον ίδιο τον γονέα. Αρχικά, τους δίνεται με επιστημονικό τρόπο η περιγραφή της διαταραχής ως προς την φύση, την αιτιολογία και την εξελικτική

πορεία, θέτοντας έτσι το πλαίσιο συνεργασίας, τους στόχους, τις προσδοκίες από την θεραπεία και αναιρώντας τυχόν υπολανθάνουσες θεωρίες για την αιτία και ενοχικά σύνδρομα (Κακούρος, Μανιαδάκη, 2006). Με τον ανοιχτό διάλογο εδραιώνεται ένα πλαίσιο αναφοράς και στήριξης που φιλοξενεί ανησυχίες, προβληματισμούς, αυτομεμψίες και αποφορτίζει συναισθήματα άγχους, έντασης και θυμού. Οι γονείς δεν λαμβάνουν μόνο μέρος στην θεραπεία αλλά σε μεγάλο βαθμό την επιτελούν και την κατευθύνουν, επιλέγουν στόχους, καταγράφουν την πρόοδο και ενισχύεται έτσι ο γονεϊκός ρόλος, αίσθηση που πιθανόν να είχε ματαιωθεί ή είχε κλονιστεί η συνέπεια προς αυτόν με την διάγνωση της διαταραχής επικοινωνίας. Η ενεργή αυτή στάση προς την διαταραχή εκτοπίζει την αίσθηση παθητικότητας και μεμψιμοιρίας, επιδρώντας θετικά στην γενική και προσωπική ποιότητα ζωής του ζευγαριού.

Ιστορικά, η συμμετοχή των γονέων στο πρόγραμμα παρέμβασης προτάθηκε από τους λογοπεδικούς καθώς παρουσιάζει συγκριτικά πλεονεκτήματα και για αυτούς. Πέραν της ερευνητικά τεκμηριωμένης θετικής επίδρασης στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας, η συμμετοχή των γονέων τροποποιεί το δίπολο ειδικού παντογνώστη-γονέα σε μια σχέση θεραπευτή και συνθεραπευτή. Τυχόν δυσπιστία ως προς τον ρόλο, την αποτελεσματικότητα της ιδιότητας του θεραπευτή απαλείφεται και γεννιέται πλέον η σχέση επικοινωνιακής συνεργασίας, σεβασμού και αλληλοβοήθειας, όπου κάθε πλευρά προσφέρει αυτό που μπορεί με γνώμονα την θετική έκβαση της θεραπείας. Στοιχεία του χαρακτήρα και μοναδικές ιδιαιτερότητες του παιδιού που δεν μπορεί να γνωρίζει ο θεραπευτής, αποτελούν με αυτή την συνεργασία πολύτιμα εργαλεία παρέμβασης. Η εδραίωση και παγίωση των επιθυμητών συμπεριφορών ξεκινά ουσιαστικά παράλληλα με την αρχική παρέμβαση. Ο θεραπευτής έχει πρόσβαση και αξιόπιστη ανατροφοδότηση στο φυσικό περιβάλλον του παιδιού, δεδομένα καίρια για την πορεία της εξέλιξη ή τροποποίηση της θεραπείας.

Το σημαντικό στοιχείο σε αυτή την συνεργασία είναι να οριστούν ακριβώς τα όρια της παρέμβασης των γονέων. Ο γονέας οφείλει να συμμετέχει με υπευθυνότητα και σοβαρότητα, ακολουθώντας τις οδηγίες της διεπιστημονικής ομάδας και κάνοντας χρήση του εκπαιδευτικού υλικού με τον τρόπο τον οποίο του υπεδείχθη. Από την άλλη, δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι η συμμετοχή του γονέα ως συνθεραπευτή είναι βοηθητική και δευτερεύουσα σε σχέση με τον ρόλο του ως γονέα. Είναι προτιμότερο να ακυρωθεί η παρέμβαση και να διακοπεί το πρόγραμμα παρά να διαρραγεί η σχέση γονέα παιδιού, με ολέθριες επιπτώσεις και για τους δύο.

Άλλο στοιχείο που χρίζει προσοχής είναι τον ρόλο του συνθεραπευτή να λαμβάνει μόνο ο γονέας και το λοιπό οικογενειακό περιβάλλον να συμμετέχει, όπου κριθεί αναγκαίο, χωρίς όμως να ορίζει κατευθυντήριες γραμμές και παρεμβάσεις υπονομεύοντας την θεραπευτική διαδικασία, τον ρόλο του γονέα και την ανεξαρτησία του παιδιού.

## 1.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΡΟΗΣ

### 1.1 Εισαγωγικά γενικά στοιχεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τραυλισμός είναι «η διαταραχή στο ρυθμό της ομιλίας κατά την οποία το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει, αλλά εκείνη τη στιγμή δεν είναι σε θέση να το πει, εξαιτίας μιας ακούσιας επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου» (WHO, 1977).

Ωστόσο ο τραυλισμός διαφέρει από τις άλλες διαταραχές επικοινωνίας σε τέτοιο βαθμό που έχει περισσότερα κοινά στοιχεία με μια άλλη ομάδα διαταραχών, αυτή των αγγωδών διαταραχών. Ο τραυλισμός αποτελεί μια διάσταση ενός πολυσύνθετου προβλήματος και για αυτό δεν μπορεί να οριστεί απλώς ως ανικανότητα ελέγχου των οργάνων της ομιλίας (Κακούρος, Μανιαδάκη 2006).

Ως διαταραχή ροής, ο τραυλισμός μπορεί να εμφανιστεί και εντός των ορίων της τυπικής ανάπτυξης (εξελικτικός τραυλισμός) ως αποτέλεσμα της απαιτητικής διαδικασίας αφομοίωσης και συνδυασμού της γλώσσας. Η διαφοροδιάγνωση εξελικτικού-παθολογικού τραυλισμού έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές.

Ο Vairi,1997 κατατάσσει τις δυσρυθμίες σε ενδολεκτικές (Stuttering Like Disfluencies- SLD) και σε δυσρυθμίες μεταξύ λέξεων (non-SLD).

Δυσρυθμίες	
Ενδολεκτικές - SLD	Μεταξύ λέξεων non-SLD
επανάληψη φωνήματος	επανάληψη φράσης
επανάληψη συλλαβής	επαναδιατύπωση
επανάληψη λέξης	παρεμβολή ήχου
επιμήκυνση	
μπλοκάρισμα	

Μετά από αυτήν την διαφοροποίηση συνεχίζει στην διαφοροδιάγνωση όπου αναφέρει ότι με βάση ερευνητικά δεδομένα τα παιδιά με παθολογικό τραυλισμό σε σχέση με αυτά του εξελικτικού παρουσιάζουν :

- διπλάσιες ενδολεκτικές δυσρυθμίες
- διπλάσιο μέσο όρο δυσρυθμιών
- τρεις ενδολεκτικές σε 100 λέξεις
- συμπλέγματα δυσρυθμιών (Conture, 1997)
- εμφανίζουν τραυλισμό πριν τα 3 έτη
- έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού
- παρουσιάζουν και άλλα προβλήματα ομιλίας και λόγου
- έχουν ελάχιστη μείωση των δυσρυθμιών τους πρώτους 15 μήνες
- επαναλαμβάνουν συχνότερα συλλαβές παρά λέξεις

Ο Curlee από το 1998 εντοπίζει τις διαφορές στην ποιότητα και ποσότητα των δυσρυθμιών καθώς και την αντίδραση του ατόμου/περιβάλλοντος σε αυτές, ενώ ο Bloodstein επικεντρώνεται στην έκταση και όχι την ποιότητα. Οι Κάκουρος & Μανιαδάκη το 2006 παρατήρησαν διαφορές στην συχνότητα, ένταση, έκταση των δυσρυθμιών και στην ύπαρξη δευτερογενών σωματικών χαρακτηριστικών, χαρακτηριστικά τα οποία σημειώνει και η Καμπανάρου το 2007 μαζί με την τριπλάσια εμφάνιση δυσρυθμιών που καλύπτει περισσότερο από 10% το λόγο, με διάρκεια 250-1500 χιλιοστά του δευτερολέπτου. Για την Καμπανάρου, ο παθολογικός τραυλισμός εμφανίζει επιμήκυνση και επανάληψη σε ποσοστό άνω του 25% των συνολικών δυσρυθμιών με εκδήλωση δυσρυθμίας περισσότερο από δυο φορές σε κάθε λέξη και πάνω από δύο λέξεις σε μια πρόταση. Το πιο ενδιαφέρον στοιχείο που αναφέρεται από την ερευνήτρια είναι η σύγκριση ρυθμού ομιλίας μητέρας-παιδιού, όπου η διαφορά τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 2 συλλαβές ανά λεπτό (Καμπανάρου, 2007).

Με τους γονείς και γενικότερα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση τραυλισμού ασχολήθηκαν οι Andrews et al. το 1983. Στην έρευνά τους αναφέρουν ότι ένας βασικός παράγοντας εμφάνισης τραυλισμού είναι το βίωμα επικοινωνιακής πίεσης. Έχει θεμελιωθεί ερευνητικά ότι ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα όταν το άτομο μιλάει στο τηλέφωνο, συστήνεται για πρώτη φορά, λέει ένα ανέκδοτο, μιλάει σε άτομο υψηλού κύρους (Bloodstein, 1987, Van Riper 1982) ή σε

ακροατήριο (Young,1985). Ο δεύτερος βασικός παράγοντας που αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης τραυλισμού είναι ο βαθμός προσοχής του ατόμου στην ομιλία του.

Αντίθετα, περιβάλλοντα που μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης τραυλισμού είναι η ανάγνωση με κάποιον άλλον (Barber,1939) όταν το άτομο τραγουδά, βρίζει, αριθμεί μια σειρά αντικειμένων ή λέει από έξω κάτι που έμαθε, όταν μιλάει σε ζώα ή μικρά παιδιά (Andrews et al. 1983) και όταν διαφοροποιεί τον ρυθμό της ομιλίας του (ταχύτητα, ένταση, «χρωματισμός») (Bloodstein, 1987).

Τα δευτερογενή συμπτώματα μη λεκτικής φύσεως που συνοδεύουν τα φαινόμενα τραυλισμού αποτελούν ένδειξη παθολογικού τραυλισμού και για αυτό οι γονείς πρέπει να τα γνωρίζουν ώστε να τα αναφέρουν και να τα αντιμετωπίσουν, αφού μπορεί να εμφανίζονται από την προσχολική ακόμα ηλικία (Conture & Kelly,1991 Yairi et al.,1993). Τέτοια φαινόμενα μπορεί να είναι η αποφυγή βλεμματικής επαφής, το συνεχές άνοιγμα κλείσιμο των βλεφάρων, η ρυτίδωση του προσώπου, η πίεση των χειλιών μεταξύ τους και διάφορες παρασιτικές κινήσεις του προσώπου, της κεφαλής και των χεριών. Συχνά εμφανίζονται και νευροφυτικά συμπτώματα όπως κοκκίνισμα, εφίδρωση, δυσκολίες της αναπνοής με σμίκρυνση του χρόνου εκπνοής και αύξηση του χρόνου εισπνοής κ.ά. (Silverman, 2004). Ο Van Ripper το 1937 κατηγοριοποίησε αυτά τα συμπτώματα σε α) συμπτώματα αποφυγής, με αντικατάσταση των δύσκολων λέξεων, β) συμπτώματα αναβολής, με καθυστέρηση δύσκολων λέξεων με παύση ή «ξέρεις», «λοιπόν» γ) συμπτώματα εκκίνησης, με την εκφορά στερεότυπων ήχων πριν την εκφορά δύσκολων λέξεων δ) συμπτώματα διαφυγής, με απότομη διακοπή του λόγου και επανάληψη της φράσης ε) συμπτώματα μείωσης της προσδοκίας τραυλισμού, με την υιοθέτηση παράξενου ρυθμού ομιλίας (Van Ripper, 1937).

Στο πλαίσιο της πολυεπίπεδης προσέγγισης, βασικό ρόλο παίζει η ενσωμάτωση των γονέων στο θεραπευτικό πλαίσιο, με δυναμική εμπλοκή σε κάθε φάση της θεραπευτικής διαδικασίας.

*Τα οφέλη από αυτή την συνεργασία είναι πολλαπλά. Πρώτον, οι γονείς αντιλαμβάνονται ότι το πρόβλημα δεν αφορά αποκλειστικά το παιδί, αλλά σχετίζεται άμεσα με το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον [...]. Δεύτερον, [...] οι γονείς εκπαιδεύονται στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των δυσκολιών του παιδιού [...]. Τρίτον, δημιουργείται για αυτούς ένα πλαίσιο αναφοράς και στήριξης, μέσα στο οποίο μπορούν να μοιραστούν τις ανησυχίες, τους προβληματισμούς, τις*

ενοχές και να αποφορτίσουν δικά τους συναισθήματα άγχους και έντασης, τα οποία ενδέχεται να επηρεάζουν την εκδήλωση του τραυλισμού στο παιδί. (Κάκουρος; Μανιαδάκη σελ 275-276)

Γενικοί στόχοι οι οποίοι τίθενται από την συνεργασία ειδικού-γονέων είναι:

α) Να ενημερωθούν οι γονείς με λεπτομέρειες για την φύση, την αιτιολογία, την εξελικτική πορεία και την πιθανή έκβαση του τραυλισμού [...] και να κατανοήσουν το μηχανισμό εκδήλωσής του.

β) 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.

γ) Να βοηθηθούν ώστε να τροποποιήσουν παράγοντες στο οικογενειακό περιβάλλον, οι οποίοι ενδέχεται να αποτελούν πηγή άγχους για το παιδί. (Κάκουρος; Μανιαδάκη, 2006 σελ 277)

Αναλυτικότερα:

α) Ενημέρωση των γονέων σχετικά με τη φύση και την αιτιολογία του τραυλισμού και κατανόηση των βασικών αρχών του θεραπευτικού προγράμματος.

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 και γνωστούς ή [...] εκλαϊκευμένα βιβλία και περιοδικά. Επιπλέον [...] οι γονείς συνήθως διαμορφώνουν τις δικές τους υπολανθάνουσες θεωρίες σχετικά με την αιτιολογία του προβλήματος και το σωστό τρόπο αντιμετώπισης. [...] 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 [...]

β) Εκπαίδευση των γονέων στην τήρηση βασικών αρχών κατά την λεκτική επικοινωνία με το παιδί [...]

ι) Παρατηρήσεις και υποδείξεις

Μια από τις βασικές οδηγίες που δίνεται συνήθως στους γονείς των παιδιών κάθε ηλικίας με τραυλισμό, είναι να μην αντιδρούν με αρνητικό τρόπο στην εκδήλωση των συμπτωμάτων τραυλισμού [...].

ιι) Μη λεκτική επικοινωνία

Τα αρνητικά συναισθήματα, που μπορεί να βιώνουν οι γονείς για τις δυσχέρειες στη ροή του λόγου του παιδιού, δεν μεταδίδονται μόνο μέσω παρατηρήσεων και υποδείξεων αλλά και με μη λεκτικό τρόπο[...]. Ο τόνος της φωνής, η έκφραση του προσώπου, οι κινήσεις του σώματος μπορεί επίσης να μεταδώσουν το παιδί το άγχος των γονέων για την ομιλία του. Τα παιδιά όμως [...] αντιλαμβάνονται πολύ εύκολα αυτές τις αντιδράσεις [...]

#### iii) Ρυθμός ομιλίας των γονέων

[...] Επιπλέον [...] η σκόπιμη μείωση του ρυθμού ομιλίας των γονέων κατά την διάρκεια εκδήλωσης έντονου τραυλισμού από την μεριά του παιδιού, μπορεί να βοηθήσει στην άμεση μείωση της έντασής του.

#### iv) Τήρηση βασικών κανόνων επικοινωνίας

Κατά την λεκτική αλληλεπίδραση με το παιδί που τραυλίζει είναι σημαντικό να τηρούνται ορισμένοι βασικοί κανόνες επικοινωνίας. Οι γονείς δεν θα πρέπει να συμπληρώνουν αυτό που προσπαθεί να πει το παιδί, ακόμη και αν το έχουν καταλάβει [...]Επιπλέον είναι σημαντικό να μην διακόπτουν το παιδί όταν μιλάει και να δημιουργούν τις προϋποθέσεις ώστε να περιμένει ο καθένας την σειρά του να μιλήσει. [...] Το παιδί πρέπει να αισθάνεται, πάνω απ' όλα, ότι οι συνομιλητές του ενδιαφέρονται γι' αυτά που έχει να πει και ότι δίνουν αξία στις ιδέες, τις απόψεις και τα συναισθήματα που εκφράζει και όχι στη λεκτική ευχέρεια.

#### v) Ερωτήσεις

Οι γονείς όταν κουβεντιάζουν με τα παιδιά, συχνά θέτουν ερωτήσεις προκειμένου να διατηρήσουν την επικοινωνία μαζί τους.[...] Στην περίπτωση του παιδιού που τραυλίζει, είναι σημαντικό οι γονείς να μη θέτουν συνεχώς ερωτήσεις και, σε κάθε περίπτωση, να περιμένουν να απαντηθεί η πρώτη ερώτηση πριν θέσουν την επόμενη.[...]

#### vi) Πολυπλοκότητα

Η δομή και το λεξιλόγιο, τα οποία χρησιμοποιούν οι γονείς όταν απευθύνονται στο παιδί, θα πρέπει να είναι τέτοιου βαθμού πολυπλοκότητας που να μην του δημιουργούν αυξημένη πίεση [...]

#### vii) Βλεμματική επαφή

Ένα σημαντικό στοιχείο κατά την επικοινωνία είναι η διατήρηση της βλεμματικής επαφής μεταξύ των συνομιλητών. [...] Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους γονείς των παιδιών που τραυλίζουν να διατηρούν φυσιολογική βλεμματική επαφή με το παιδί τους

*προκειμένου να μην του μεταδίδουν μηνύματα ανησυχίας ή απογοήτευσης και να συμβάλλουν στη διατήρηση της επικοινωνίας παρά την εκδήλωση του τραυλισμού.*

*νιι) Συναισθηματική στήριξη*

*[...]Το σημαντικό είναι να μην συμπεριφέρονται σαν να μην υπάρχει το πρόβλημα, σε περίπτωση που το ίδιο το παιδί το φέρει στην επιφάνεια, αλλά να στηρίζουν συναισθηματικά το παιδί, χωρίς εκτεταμένες αναλύσεις του θέματος [...]*

*ιχ) Εκπαίδευση των γονέων στη μείωση των αγχογόνων παραγόντων στο οικογενειακό περιβάλλον*

Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την εξασφάλιση ήρεμου οικογενειακού περιβάλλοντος, ενημέρωση συγγενών, επιβολή κανόνων επικοινωνίας, αποφυγή πίεσης χρόνου, αποφυγή υπερβολικών απαιτήσεων και εκμάθηση νέων τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων συμπεριφοράς. (Κάκουρος· Μανιαδάκη, 2006 σελ 277-294)

## **1.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΩΤΟΓΕΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ**

Η αντιμετώπιση του τραυλισμού μπορεί να χωριστεί αδρά σε δυο κατηγορίες. Πρώτα, στην άμεση παρέμβαση όπου το παιδί καλείται να κάνει αλλαγές στον λόγο του μειώνοντας τον ρυθμό ομιλίας ή εκκινώντας μαλακά την άρθρωση, ακολουθώντας το γενικό πλαίσιο από την μία λέξη σε προτάσεις και τελικά στον αυθόρμητο λόγο. Η δεύτερη κατηγορία ακολουθεί την έμμεση οδό παρέμβασης στην οποία ζητείται από τους γονείς να τροποποιήσουν την ομιλία τους ώστε να εσωτερικευθούν οι αλλαγές στον ρυθμό του παιδιού. Αν και σε αυτή την μέθοδο αργότερα εισέρχονται και τεχνικές άμεσης παρέμβασης, κατά τους ερευνητές το προβάδισμα της έμμεσης παρέμβασης εδραιώνει πληρέστερα την αποτελεσματικότητα της άμεσης παρέμβασης και δίνει στους γονείς ικανότητες που βοηθούν το παιδί στην θεραπευτική πορεία.

Αν και πριν την εμφάνιση του τραυλισμού οι γονείς παιδιών με τραυλισμό (ΠΜΤ) και παιδιών χωρίς τραυλισμό (ΠΧΤ) δεν έχουν διαφορά σε: ρυθμό ομιλίας, χρόνο απόκρισης, συμπεριφορές διακοπή της ομιλίας του παιδιού, ανταπόκριση, ή επικοινωνιακού στυλ, φαίνεται ότι το γεγονός του τραυλισμού του παιδιού τροποποιεί και την ομιλία των γονέων. Γονείς ΠΜΤ και ΠΧΤ όταν μιλούν σε παιδιά με τραυλισμό παρουσιάζουν αυξημένο ρυθμό ομιλίας (Meyers & Freeman, 1985a,

1985b), διακόπτουν πιο συχνά (Meyers & Freeman, 1985a) και έχουν περισσότερο άγχος (Zenner, Ritterman, Bowen, & Gronhord, 1978). Άλλη έρευνα που υποστηρίζει την άποψη ότι το επικοινωνιακό στυλ των γονέων δεν επηρεάζει την εμφάνιση του τραυλισμού είναι αυτή των (Kloth, Janssen, Kraaimaat, Brutton, 1998) όπου δεν βρήκαν διαφορές στο επικοινωνιακό στυλ των μητέρων 93 παιδιών όταν ακόμα δεν εμφάνιζαν συμπτώματα τραυλισμού. Τέσσερα χρόνια αργότερα (Kloth et al., 1999) οι μητέρες όσων παιδιών τραύλιζαν είχαν υιοθετήσει ένα πιο παρεμβατικό επικοινωνιακό στυλ, με περισσότερα αιτήματα για πληροφόρηση και περισσότερες επιβεβαιωτικές δηλώσεις. Σε αυτή την έρευνα ένας από τους δυο γονείς είχε παρουσιάσει σε κάποια φάση της ζωής του τραυλισμό, κάτι που τον/την επηρέαζε πιθανώς, έχοντας υπόψη τις κοινωνικές δυσκολίες που ακολουθούν τον τραυλισμό.

Η άποψη ότι η ομιλία των γονέων επηρεάζει τις δυσρυθμίες του παιδιού διαφαίνεται από την μείωση των δυσρυθμιών σε παιδιά όταν οι γονείς τους μείωναν τον ρυθμό ομιλίας τους (Guitar, Kopf-Schaefer, Donahue-Kilburg, Bond, 1992) αύξαναν τον χρόνο που ανέμεναν απάντηση από τα παιδιά τους (Newman & Smit, 1989) και δομούσαν καλύτερα την εναλλαγή σειράς (Winslow & Guitar, 1994).

### **1.3 Parent-Child Interaction Therapy-PCIT (Θεραπεία Αλληλεπίδρασης Γονέα-Παιδιού)**

(όπως σύντομα παρουσιάζεται στο Sharon K. Millard , Alison Nicholas Frances M. Cook. Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering? Journal of Speech, Language, and Hearing Research . Vol. 51 . 636-650. June 2008 . American Speech-Language-Hearing Association)

Το Πρόγραμμα Αλληλεπίδραση Γονέα Παιδιού PCIT (Rustin et al., 1996) έχει αναπτυχθεί αρχικά για την διαχείριση παιδιών με διαταραχή διαγωγής (Eyberg, 1988) και αργότερα τροποποιήθηκε για να αφορά ειδικά την γλωσσική ανάπτυξη (Cummins & Hulme, 1997, Rustin et al., 1996). Στον τομέα διαταραχών επικοινωνίας διαμορφώθηκε σε μια περίοδο ετών με βάση την κλινική εμπειρία, την ανατροφοδότηση που παρείχαν οι συμμετέχοντες και, όπου ήταν δυνατό, ερευνητικά δεδομένα (Kelman & Nicholas, 2008). Η προσέγγιση είναι ευπροσάρμοστη και μπορεί να διαφοροποιεί για τις ατομικές ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας.

Στην εφαρμογή του προγράμματος στις διαταραχές ροής, ο τραυλισμός συζητείται ανοιχτά και οι γονείς ενθαρρύνονται να τον αναγνωρίσουν με το παιδί. Το πρόγραμμα σαφώς στοχεύει στο να ενδυναμώσει τους γονείς να διαχειριστούν τον τραυλισμό του παιδιού τους και να αυξήσουν την αυτοπεποίθησή τους στις δικές τους ικανότητες, παράλληλα με μείωση των δυσρυθμιών του παιδιού. Όπως και σε άλλα προγράμματα (Conture, 2001, Yaruss et al., 2006), η έμμεση παρέμβαση συστήνεται σαν πρώτο στάδιο αντιμετώπισης από τους Rustin et al. (1996), αλλά δεν αποκλείει πιο άμεσες τεχνικές. Οι Rustin et al. υποστηρίζουν ότι η έμμεση παρέμβαση του PCIT θα βοηθήσει αποτελεσματικά τα περισσότερα παιδιά να αποκτήσουν ομαλή ροή ομιλίας. Για όσα παιδιά θα συνεχίζουν να τραυλίζουν, ο στόχος που θα έχει επιτευχθεί αφορά την εδραίωση γονεϊκών στρατηγικών που θα υποστηρίξουν την ομαλή ροή του παιδιού και θα ελαχιστοποιήσουν την επίπτωση του τραυλισμού, ενώ παράλληλα θέτουν τις βάσεις για μελλοντική άμεση παρέμβαση. Οι Rustin et al. πρότειναν την χρήση το Fluency Development System for Young Children (Σύστημα Ανάπτυξης Ομαλής Ροής Ομιλίας για Νεαρά Παιδιά των Meyers & Woodford, 1992) σαν άμεση παρέμβαση, ενώ χρησιμοποιήθηκε και το Πρόγραμμα Lidcombe (Onslow et al., 2003). Η εκπαίδευση για το πρόγραμμα είναι διαθέσιμη και προτείνεται.

Το PCIT ξεκινά με μια λεπτομερή συνεδρία αξιολόγησης που ακολουθήται από μια συνεδρία στην κλινική για έξι εβδομάδες και έξι εβδομάδες συνεδριών στο σπίτι. Ο αριθμός των συνεδριών αρχικά βασιζόταν σε σταθμισμένα πακέτα στήριξης που κοινοποιούσαν οι υπεύθυνοι δομών υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου στους λογοθεραπευτές όσο το πρόγραμμα εξελισσόταν. Η γενική δομή των συνεδριών ήταν κοινή μεταξύ των οικογενειών, αν και το περιεχόμενό της διαφοροποιούνταν με βάση την αρχή της εξατομικευμένης παρέμβασης για κάθε παιδί και οικογένεια.

### **1.3.1 Μορφή θεραπευτικών συνεδριών**

Η γενική δομή των συνεδριών είναι κοινή μεταξύ των οικογενειών.

Στην πρώτη συνεδρία, αναλύονται τα δεδομένα της αξιολόγησης που προηγήθηκε, και ορίζεται η «Ειδική ώρα» (“Special Time”). Η «Ειδική Ώρα» είναι πέντε λεπτά παιχνιδιού του κάθε γονέα με το παιδί, τρεις με πέντε φορές την εβδομάδα (Rustin et al., 1996). Σκοπός της είναι να παρέχει στους γονείς καθορισμένη ώρα στην οποία να εφαρμόζουν τον από αυτούς επιλεγμένο στόχο σε

χαλαρό, σε πλαίσιο επικοινωνίας ένας με έναν. Η «Ειδική Ώρα» αποτελεί το θεμέλιο του θεραπευτικού προγράμματος και επιτελείται καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας. Οι γονείς καλούνται να σκεφτούν τρόπον εφαρμογής των στόχων τους κατά την διάρκειά της και να συντάξουν γραπτές αναφορές ώστε να δώσουν και να λάβουν ανατροφοδότηση στην αρχή κάθε επόμενης συνεδρίας. Οι γονείς εν τέλει γενικεύουν τις ικανότητες αυτές και εκτός της «Ειδικής Ώρας» σε άλλα πλαίσια, όσο αποκτούν αυτοπεποίθηση και αποτελεσματικότητα.

Οι συνεδρίες νούμερο δύο έως έξι ξεκινούν με ανασκόπηση της φόρμας ανατροφοδότησης της Ειδικής Ώρας και της προόδου κατά την διάρκεια της εβδομάδας. Έπειτα, βιντεοσκοπείται ένα διάστημα παιχνιδιού γονέα και παιδιού και αξιολογείται από κάθε γονέα, επιλέγονται ατομικά στόχοι αλληλεπίδρασης και συζητιούνται οι προοπτικές επιτυχίας κάθε προτεινόμενης αλλαγής. Οι γονείς στη συνέχεια εφαρμόζουν ατομικά τον στόχο τους σε ένα σύντομο διάστημα παιχνιδιού με το παιδί, το οποίο και πάλι βιντεοσκοπείται ώστε να εντοπίσουν στιγμές που πέτυχαν τον στόχο τους.

### **1.3.2 Περιεχόμενο θεραπείας**

Το PCIT διαφέρει από άλλα προγράμματα έμμεσης παρέμβασης στην μεγάλη ποικιλία διαφορετικών στρατηγικών που μπορούν να προσαρμοστούν σαν μέρος του προγράμματος. Το PCIT περιλαμβάνει και στρατηγικές διαχείρισης και στρατηγικές αλληλεπίδρασης, με την επιλογή δραστηριοτήτων σε κάθε μια από αυτές τις κατηγορίες να το καθιστά εξατομικευμένο σε πολύ μεγάλο βαθμό.

#### **α) Στρατηγικές διαχείρισης**

Το PCIT εκπαιδεύει τους γονείς να διαχειρίζονται το σχετιζόμενο με τον τραυλισμό άγχος, την διαχείριση ευαίσθητων παιδιών, δόμηση αυτοπεποίθησης και άλλες τεχνικές διαχείρισης συμπεριφοράς, όπως η θέσπιση ορίων και η εδραίωση προγράμματος για την ώρα ύπνου, φαγητού ή αναμονή σειράς. Παρόλο που προς το παρόν τα ερευνητικά δεδομένα δεν συνδέουν άμεσα τα παραπάνω με τον τραυλισμό, οι γονείς συχνά αναφέρουν ότι ζητήματα άγχους επηρεάζουν την ροή λόγου του παιδιού ή/και την μεταξύ του σχέση.

Ο τραυλισμός μοιράζεται πολλά στοιχεία με τις αγχώδεις διαταραχές και επηρεάζει αμφίδρομα γονείς και παιδιά. Το άγχος των γονέων σχετικά με τις

δυσρυθμίες του παιδιού τους μπορεί να μεταδοθεί στο παιδί και να επηρεάσει την συμπεριφορά τους προς αυτό (Biggart et al., 2007). Οι γονείς τείνουν να είναι λιγότερο συνεπής στα καθήκοντά τους όταν νοιώθουν φορτισμένοι συναισθηματικά (Allen & Rapee, 2005) και κάποιοι γονείς φοβούνται να εφαρμόσουν με πυγμή το καθημερινό πρόγραμμα υπό τον φόβο να μην εντείνουν τον τραυλισμό, κάτι που έχει αρνητική επίπτωση στην αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση τους όταν διαχειρίζονται το παιδί τους (Schmidt et al., 2005). Αυτά τα δεδομένα τονίζουν την σημαντικότητα της εκπαίδευσης των γονέων ώστε να καταλάβουν ότι η συναισθηματική τους κατάσταση επηρεάζει τις αλληλεπιδράσεις με το παιδί, καθιστώντας την μείωση του άγχους τους για τον τραυλισμό του παιδιού σημαντικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι γονείς μαθαίνουν να διαχειρίζονται την συμπεριφορά του παιδιού του με συμπεριφοριστικές τεχνικές, όπου η επιθυμητή συμπεριφορά ορίζεται ξεκάθαρα και διαιρείται σε μικρά, πιο εύκολα βήματα που όταν επιτυγχάνονται επιβραβεύονται σε ένα σύστημα ανταμοιβών. Η επιβράβευση μπορεί να είναι ένας έπαινος ή μια χειροπιαστή ανταμοιβή, όπως ένας πίνακας με αστεράκια, μια ανταμοιβή που λειτουργεί ως ενισχυτής τόσο για το παιδί, λόγω επιτυχίας, όσο και στον γονέα λόγω της σωστής διαχείρισης (Douglas, 2005). Η τμηματοποίηση μακροπρόθεσμων στόχων σε ρεαλιστικούς, πιο απλούς στόχους μέσα σε ένα ενισχυτικό περιβάλλον που υπηρετεί επιτεύγματα και ικανότητες, έχει και βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη στην θεραπευτική διαδικασία.

Στα πλαίσια εκμάθησης στρατηγικών διαχείρισης προς ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και διαχείριση ευαίσθητων παιδιών, μια συνεδρία αφορά τον έπαινο. Ζητείται από τους γονείς να σκεφτούν γιατί ο έπαινος είναι σημαντικός, την επίδραση του επαίνου σε αυτόν που τον δίνει και σε αυτόν που το λαμβάνει, καθώς επίσης τρόπους που μπορεί να δοθεί ο έπαινος ώστε να έχει τα μέγιστα αποτελέσματα ιδιαίτερα με την εφαρμογή του «συγκεκριμένου επαίνου» (Faber & Mazlish, 1980). Η έννοια του επαίνου έχει πολλές θετικές επιδράσεις στην οικογένεια και το παιδί. Μέσα από τον έπαινο παρέχεται κίνητρο στο παιδί, αναπτύσσονται ατομικές προοπτικές, προάγεται η ανεξαρτησία και η αυτονομία του (Henderlong & Lepper, 2002) στοιχεία βασικά για την ανάπτυξη της επικοινωνίας. Για του γονείς, ο έπαινος είναι μια αποδοτική τεχνική διαχείρισης, πηγή ανατροφοδότησης και ενίσχυσης για τις δικές τους ικανότητες, ενώ παράλληλα βελτιώνει την σχέση γονέα-παιδιού αφού βοηθά στην εστίαση στις δυνατότητες και επιτεύγματα του παιδιού.

Η μέθοδος «συγκεκριμένου επαίνου» των Faber και Mazlish (1980) ζητεί από τους γονείς να περιγράψουν την συμπεριφορά που θέλουν να επαινέσουν και μετά να προσθέσουν ένα χαρακτηρισμό. Για παράδειγμα «Έβαλες όλα τα ρούχα στο πλυντήριο, αυτό με βοήθησε πάρα πολύ». Αυτό μεταδίδει στο παιδί ότι ο έπαινος είναι ειλικρινής και οι απαιτήσεις είναι εφικτές (Henderlong & Lepper, 2002). Οι γονείς καταγράφουν περιπτώσεις που επαίνεσαν τα παιδιά τους (ασχέτως με δυσρυθμίες) και καταγράφουν την αντίδραση του παιδιού σε φύλλο που κοινοποιείται στον λογοθεραπευτή σε εβδομαδιαία βάση.

### **β) Στρατηγικές αλληλεπίδρασης**

Καθώς η αλλαγή μιας πτυχής της αλληλεπίδρασης μπορεί να βοηθήσει κάποια παιδιά και όχι άλλα (Zebrowski et al., 1996), δεν υπάρχουν γενικοί ή προκαθορισμένοι στόχοι. Οι στόχοι επιλέγονται με βάση τι θεωρούν οι γονείς ως ανάγκες του παιδιού και ποιές στιγμές αυτό τραυλίζει λιγότερο. Επειδή η τροποποίηση μια μεταβλητής της αλληλεπίδρασης μπορεί να έχει έμμεση επίδραση σε μια άλλη (Bernstein & Ratner, 1992), δεν προκαθορίζονται όλοι οι στόχοι στη αρχή της θεραπείας αλλά νέοι στόχοι προκύπτουν και προσθέτονται κατά την εξέλιξη των συνεδριών.

Το PCIT διαφέρει από άλλες προσεγγίσεις έμμεσης παρέμβασης και στις μεθόδους ορισμού και εφαρμογής των στόχων για κάθε οικογένεια. Παρατηρήσεις ή οδηγίες που μπορεί να γίνουν αντιληπτές ως κριτική της συμπεριφοράς των γονέων ή ότι κάνανε κάτι λάθος μπορεί τους αποθαρρύνει και να πλήξει την αυτοπεποίθησή τους (Dadds & Barrett, 2001). Για αυτό, στο PCIT ο λογοθεραπευτής ούτε παρέχει οδηγίες, ούτε θέτει στόχους, ούτε λειτουργεί σαν μοντέλο. Αντιθέτως οι γονείς ενθαρρύνονται να επιλέξουν δικούς τους στόχους αφού πρώτα έχουν ξεχωρίσει τις δικές τους συμπεριφορές που υποστηρίζουν την επικοινωνία. Κάθε γονέας αντιλαμβάνεται αυτές τις συμπεριφορές μέσα από παρακολούθηση μιας σύντομης βιντεοσκόπησης της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης. Πάνω σε αυτήν ο γονέας καλείται να παρατηρήσει συμπεριφορές που μπορεί να βοηθήσουν το παιδί και αυτές εφαρμόζονται κατά την διάρκεια της συνεδρίας. Η ώρα παιχνιδιού βιντεοσκοπείται και πάλι ο γονέας καλείται να καθορίσει τις στιγμές που πέτυχε τον στόχο. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ο τρόπος της θεραπείας εφαρμόζεται σε συνεργασία με τους γονείς, με τον λογοθεραπευτή να αφομοιώνει, ενθαρρύνει και να ενισχύει την

διαδικασία μέσα από ανατροφοδότηση που εστιάζει στις δυνατότητες. Όποια αλλαγή αποδίδεται στις προσπάθειες των γονέων (Douglas, 2005).

Οι στοχοθεσία των γονέων μπορεί να περιλαμβάνει μείωση του ρυθμού ομιλίας (Guitar et al., 1992; Stephenson-Opsal & Bernstein Ratner, 1988) ώστε να ταιριάζει με αυτήν του παιδιού (Yaruss & Conture, 1995), αύξηση του χρόνου αναμονής απόκρισης (Newman & Smit, 1989), ή μείωση της γραμματικής/γλωσσολογικής (linguistic) πολυπλοκότητας σε επίπεδο που ταιριάζει στο παιδί (Rommel, 2000). Κάποιοι γονείς επιλέγουν να τροποποιήσουν την χρήση των ερωτήσεων που κάνουν. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την μείωση του αριθμού των ερωτήσεων και αύξηση των σχολιασμών ώστε να μειωθούν οι απαιτήσεις για ομιλία του παιδιού (Starkweather & Gottwald, 1990), την αύξηση του χρόνου αναμονής για απάντηση του παιδιού σε ερώτηση Newman & Smit, 1989), ή την χρήση λιγότερο πολύπλοκων ερωτηματικών τύπων (Weiss & Zebrowski, 1992).

Ένα από τους στόχους που συχνά επιλέγονται είναι να ακολουθεί ο γονέας την πρωτοβουλία του παιδιού. Όσο να αφορά την υποστήριξη της ομιλίας του παιδιού σε αυτόν τον στόχο, γίνεται με την επιβεβαίωση ότι ο ρυθμός της ομιλίας συγχρονίζεται με αυτόν του παιδιού και μειώνονται οι απαιτήσεις προσοχής, γλωσσικής παραγωγής και ροής του παιδιού (Starkweather & Gottwald, 1990). Οι γονείς επιλέγουν αυτόν το στόχο και για προαγωγή της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων, της ανεξαρτησίας και της αυτοπεποίθησης του παιδιού τους. Δεν υπάρχουν στοιχεία απευθείας και άμεσης σύνδεσης αυτών των στόχων με τον τραυλισμό αλλά η επιστημονική έρευνα δείχνει ότι υπερεμπλεκόμενες και υπερπροστατευτικές συμπεριφορές γονέων σχετίζονται με το παιδικό άγχος και περιορίζουν τις ευκαιρίες του παιδιού για ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων (Hudson & Rapee, 2002; Rapee, 1997). Προς επίτευξη αυτού του στόχου οι γονείς μπορεί να υιοθετήσουν ένα λιγότερο ενεργό φυσικό ρόλο, να συμμετέχουν στις ενέργειες του παιδιού, να επικεντρωθούν σε αυτό που θέλει το παιδί από την δραστηριότητα, να περιμένουν για λεκτικά και μη σήματα του παιδιού για άμεση εμπλοκή τους και να δίνουν στο παιδί χρόνο για να επιλύσει μόνο του τα ανακύπτοντα προβλήματα.

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

### **1.3.3 Η περίοδος εδραίωσης**

Όταν ολοκληρωθούν οι συνεδρίες σε κλινικό πλαίσιο, οι γονείς συνεχίζουν την Ειδική Ώρα και την εφαρμογή των τεχνικών διαχείρισης που υιοθέτησαν. Οι γονείς αποστέλλουν τις φόρμες ανατροφοδότησης στον λογοθεραπευτή σε εβδομαδιαία βάση, με σχόλια πάνω στο πως προχωρεί η επίτευξη των στόχων και εάν ανέκυψε κάποια δυσκολία. Ο λογοθεραπευτής παρέχει γραπτή ανατροφοδότηση για κάθε φυλλάδιο και επιπλέον συμβουλές εάν χρειάζεται. Αυτή η θεραπευτική περίοδος στο σπίτι διαρκεί έξι εβδομάδες, με στόχο την εδραίωση και γενίκευση των ικανοτήτων που αναπτύχθηκαν. Στο τέλος της περιόδου αυτής γίνεται μια επαναξιολόγηση της προόδου του παιδιού .

Στην Ελλάδα, εκπαίδευση στη Parent Child Interaction Therapy παρέχεται από το Κέντρο Έρευνας και Θεραπείας Τραυλισμού, από το 2006.

### **1.4 PROBLEM SOLVING TECHNIQUE (Τεχνική επίλυσης προβλημάτων)**

Μια από τις πρώτες προσπάθειες αντιμετώπισης του τραυλισμού μέσα από την έμμεση παρέμβαση έγινε το 1998 στο Southwest Texas States University, υπό την επίβλεψη του Mallard, βασισμένη στις πρώτες θεωρητικές προσεγγίσεις της Rustin(1987a, 1987b), περίπου μια δεκαετία πριν η ίδια αναπτύξει το PCIT.

Το πρόγραμμα είχε διάρκεια 2 εβδομάδες και περιείχε προσανατολισμένη στην οικογένεια θεραπεία για παιδιά σχολικής ηλικίας που παρουσίαζαν τραυλισμό. Μετά από 1 χρόνο οι γονείς ενημέρωναν αν εγγράφησαν για λογοθεραπευτική παρέμβαση για τον τραυλισμό.

Η παραπομπή γινόταν από τοπικούς λογοπαθολόγους που είχαν ενημερωθεί για την διαθεσιμότητα του προγράμματος. Ακολουθούσε μια τηλεφωνική επικοινωνία των συντελεστών με τους γονείς, όπου τους εξηγούσαν τον πρόγραμμα, απαντούσαν τυχόν ερωτήσεις και κανονιζόταν η πρώτη συνάντηση αξιολόγησης.

Η συνάντηση αξιολόγησης αφορούσε τον λόγο και τις γλωσσικές δεξιότητες του παιδιού με έμφαση στην ροή και μια ολοκληρωμένη συνέντευξη με τους γονείς, διαδικασία που διαρκούσε σχεδόν δύο ώρες. Σκοπός της ήταν να προσδιοριστεί το ιστορικό και η πορεία ανάπτυξης του προβλήματος ώστε να γίνει κατανοητός ο τρόπος αλληλεπίδρασης της οικογένειας και να η θέση του παιδιού με τραυλισμό στο οικογενειακό πλαίσιο (Rustin & Cook, 1983). Η αξιολόγηση του παιδιού

περιελάμβανε ανάλυση του τραυλισμού σε επίπεδο συζήτησης, ανάγνωσης, δοκιμασία άρθρωσης, δοκιμασία γλωσσικών δεξιοτήτων και αμφίπλευρο ακουόγραμμα στα 25 dB HL.

Στο πρόγραμμα συμμετείχαν οι γονείς (ή σε μονογονεϊκές οικογένειες ο γονέας που είχε την εποπτεία) και τα αδέρφια εάν ήταν πάνω από έξι ετών και το επιθυμούσαν. Εάν γινόταν κατανοητό ότι η οικογένεια δεν μπορούσε να συνεργαστεί προς επίτευξη ενός αντικειμενικού σκοπού ή ότι υπήρχαν προβλήματα ασυμφωνίας μεταξύ των γονέων, παραπέμπονταν πρώτα για επίλυση αυτών και μετά συμμετείχαν.

#### **1.4.1 Πρόγραμμα θεραπείας.**

Η υιοθέτηση της προσέγγισης επίλυσης προβλημάτων (problem-solving technique) σημαίνει ότι τα άτομα επιλύουν το πρόβλημα του τραυλισμού τους με τον δικό τους μοναδικό τρόπο. Για κάποια παιδιά η θεραπεία επικεντρωνόταν σε παραδοσιακές τεχνικές ελέγχου της ομιλίας (Dell, 1979. Webster, 1980), ενώ σε άλλα πρωτεύοντα ρόλο έπαιζε πως οι γονείς διαχειρίζονταν συμπεριφορές που δεν αφορούσαν στενά την ροή του λόγου, όπως η πειθαρχία (Mallard, 1992. Zembrowski & Schum, 1995). Ο ρόλος του κλινικού ήταν να βοηθήσει την οικογένεια να βρει τις πιο ταιριαστές για αυτήν μεθόδους παρέμβασης.

Βεβαίως γενικά στοιχεία και ένα καθημερινό πρόγραμμα υπήρχε σε κάθε συμμετέχοντα. Κοινωνικές δεξιότητες όπως η παρατήρηση, ακρόαση, εναλλαγή σειράς, διαχείριση συναισθημάτων σχετικά με τραυλισμό, ανταπόκριση σε έπαινο και κριτική, διαπραγμάτευση, επίλυση προβλημάτων σε συνδυασμό με δεξιότητες τροποποίησης ροής όπως υιοθέτηση αργότερου του κανονικού ρυθμού ομιλίας, σωστή αναπνοή, και ομαλή εκκίνηση φώνησης (Webster, 1980) παρουσιάστηκαν σε όλους του συμμετέχοντες, όπως επίσης και τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς που περιελάμβαναν ανάλυση του τραυλισμού και απευαισθητοποίηση μέσω εκούσιου τραυλισμού (Dell, 1979).

Οι παραπάνω τεχνικές χωρίστηκαν σε τρεις θεματικές ενότητες: δεξιότητες λόγου, μετάθεση, κοινωνικές δεξιότητες. Αναλυτικά κάθε μια από αυτές της ενότητες περιελάμβαναν:

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

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

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

Η πρώτη εβδομάδα αφιερώθηκε αποκλειστικά στις δεξιότητες λόγου και κοινωνικής αλληλεπίδρασης, με την επίλυση προβλημάτων και την διαπραγμάτευση (Rustin,1987b) να εισάγονται την δεύτερη εβδομάδα. Κορύφωση του προγράμματος αποτελούσε όταν η ίδια η οικογένεια ανέπτυσε το δικό της πρόγραμμα αντιμετώπισης του τραυλισμού, ενώ κάθε άτομο είχε ορισμένους δραστηριότητες να επιτελέσει μέχρι ολοκλήρωσεως της θεραπείας.

Τουλάχιστον 1 χρόνο μετά από την θεραπεία, οι συντελεστές επικοινωνήσαν με τους γονείς ώστε να καθορίσουν πόσα παιδιά εγράφησαν σε πρόγραμμα λογοθεραπείας μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, ενώ τους στάλθηκε και ερωτηματολόγιο στο οποίο αξιολογούσαν πια από τις τρεις ενότητες ήταν πιο σημαντική για αυτούς. Προέκυψε ότι για τους περισσότερους πιο σημαντική οριζόταν η ενότητα Μετάθεση (55%), με δεύτερη αυτή των κοινωνικών δεξιοτήτων (30%) και τέλος τις δεξιότητες λόγου (15%). Από πλευράς δραστηριοτήτων διπλάσια σε συχνότητα ως πιο βοηθητική ήταν η «Αφήνοντας το παιδί να αναλάβει την ευθύνη», ακολουθούμενη από την «Οικογενειακή συζήτηση», την «Ακρόαση» από τις κοινωνικές δεξιότητες και την «Απευαισθητοποίηση τραυλισμού» από την ενότητα των δεξιοτήτων ομιλίας. Η αποκατάσταση της ομιλίας δεν ήταν πρωτεύον στόχος των γονέων μετά το πέρας της θεραπείας. Είκοσι τρία από τα εικοσιοκτώ παιδιά δεν χρειάστηκαν περαιτέρω παρέμβαση για διαχείριση του τραυλισμού, ενώ 4 από τα 5 που ακολούθησαν επιπλέον παρέμβαση είχαν και άλλες διαταραχές λόγου, πέραν του τραυλισμού. Να σημειωθεί εδώ ότι το γεγονός ότι το 82% των παιδιών για τουλάχιστον ένα χρόνο μετά την θεραπεία δεν χρειάστηκαν περαιτέρω λογοθεραπευτική υποστήριξη δεν σημαίνει ότι δεν τραύλιζαν πλέον ή ότι επιλύθηκαν

όλα τα προβλήματα λόγου που είχαν. Πιθανώς όμως, οι οικογένειες έμαθαν πως να διαχειρίζονται τα φαινόμενα τραυλισμού ώστε να μην χρειάζονται επιπλέον βοήθεια.

#### **1.4.2 Μειονεκτήματα.**

Η Τεχνική Επίλυσης Προβλημάτων παρουσιάζει διακριτά μειονεκτήματα. Όπως προκύπτει από τα ερευνητικά δεδομένα, το πρόγραμμα δεν απευθύνεται σε παιδιά που τραυλίζουν και συγχρόνως παρουσιάζουν και άλλες διαταραχές επικοινωνίας. Όπως και η έρευνα αναφέρει, θα έπρεπε να γινόταν επανέλεγχος και σε χρονική περίοδο πέραν του ενός έτους, ώστε να καθοριστεί επακριβώς η αποδοτικότητά του σε βάθος χρόνου (Mallard, 1998). Ένα άλλο μεθοδολογικό ζήτημα είναι ότι κατά την επιλογή των παιδιών δεν σημειώνεται η σοβαρότητα του τραυλισμού κάθε παιδιού, ούτε αναφέρεται αν έγινε έλεγχος προς διαχωρισμό εξελικτικού ή μόνιμου τραυλισμού, παρόλο που σχετική βιβλιογραφία υπήρχε ένα χρόνο πριν την εκτέλεση του προγράμματος από τον Conture (1997). Επιπλέον, σε μια πιο αντικειμενική θεώρηση της αποτελεσματικότητας θα βοηθούσε ο καθορισμός γραμμής βάσης στην πρώτη συνεδρία αξιολόγησης και η σύγκριση αυτής με μια τελική συνεδρία επαναξιολόγησης στο τέλος τους έτους.

Από την άλλη, το πρόγραμμα αποτελεί μια πρώτη δομημένη προσπάθεια να εφαρμοστεί παρέμβαση στον τραυλισμό που να επικεντρώνεται στην οικογένεια, με τρόπο απλό, σύντομο, κατανοητό αλλά ταυτόχρονα επαρκή και αποδοτικό. Ένα πρωτοποριακό στοιχείο που το χαρακτηρίζει είναι η μετατόπιση του θεραπευτή από το ρόλο του θεραπευτή-παντογνώστη στο ρόλο του συνθεραπευτή-καθοδηγητή. Αυτό το πρόγραμμα άνοιξε το δρόμο για επόμενα προγράμματα που εμπλέκουν την οικογένεια στην επιλογή θεραπευτικών στόχων (όπως αργότερα το PCIT), ενώ παράλληλα δίνει ενεργητικό ρόλο σε όλη την οικογένεια. Τέλος, η αξιολόγηση των γονέων δίνει το εξής συμπέρασμα που έχει ισχύ και στις υπόλοιπες διαταραχές επικοινωνίας: η εκπαίδευση των κοινωνικών δεξιοτήτων παρέχει το βασικό πλαίσιο ώστε να χρησιμοποιηθούν όσα μαθαίνονται στις συνεδρίες και εκτός κλινικού πλαισίου.

#### **1.5 Το πρόγραμμα αντιμετώπισης τραυλισμού LIDCOMBE**

(όπως σύντομα παρουσιάζεται στο Franken, M. C. J., Kielstra-Van der Schalk, C. J., & Boelens, H. (2005).

Το πρόγραμμα Lidcombe (Onslow et al., 1990) είναι το πιο ευρέως μελετημένο πρόγραμμα αντιμετώπισης τραυλισμού σε πρώιμη ηλικία. Στο Lidcombe Program (εφεξής LP) οι γονείς ανταποκρίνονται διαφορετικά στον λόγο του παιδιού τους, ανάλογα με την εμφάνιση ή όχι δυσρυθμιών. Ο ορθός λόγος ακολουθείται από έπαινο ή αναγνώριση της ορθότητάς του. Τα φαινόμενα δυσρυθμιών ακολουθούνται από παραίνεση για ομαλή, διορθωμένη παραγωγή ή αναγνωρίζονται ως δυσρυθμίες.

Ο γονέας καθοδηγείται να ανταποκρίνεται σε μια δυσρυθμία ανά πέντε θετικές ανατροφοδοτήσεις. Αρχικά, καλείται να το εφαρμόσει σε δεκαπεντάλεπτες καθημερινές συνεδρίες στο σπίτι, χωρίς τον θεραπευτή. Αργότερα, αναλόγως με την σοβαρότητα του τραυλισμού, δίνεται η δυνατότητα να γίνεται και σε άλλες ώρες και εκτός σπιτιού. Πιο συγκεκριμένα, ο γονέας αξιολογεί την σοβαρότητα του τραυλισμού σε κλίμακα δέκα μονάδων (1: καθόλου τραυλισμός, 10: επίμονος τραυλισμός) και ξεκινά την παρέμβαση εκτός σπιτιού εάν η αξιολόγησή του είναι κάτω του τέσσερα.

Ο γονέας εκπαιδεύεται από τον θεραπευτή στην εφαρμογή του προγράμματος σε εβδομαδιαία βάση με την παρακάτω σειρά: Αρχικά γίνεται παιχνίδι γονιού-παιδιού για δέκα λεπτά. Ο γονέας και ο θεραπευτής ξεχωριστά αξιολογούν την σοβαρότητα του τραυλισμού του παιδιού, συγκρίνουν τα αποτελέσματα της αξιολόγησης του γονέα από το σπίτι και τις διαδικασίες που ακολούθησε. Αυτές αξιολογούνται και τροποποιούνται εάν χρειάζεται. Τέλος, ο θεραπευτής παρουσιάζει την επαναξιολογημένες τεχνικές, τις οποίες εφαρμόζει ο γονέας και λαμβάνει ανατροφοδότηση.

Αποτελέσματα θεραπείας εμφανίζονται μέσα σε 12 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας (Onslow et al., 1990 και Onslow et al., 2002) ενώ συνεχιζόμενες μελέτες μετά από ένα έως επτά έτη έδειξαν πλήρη απαλοιφή των δυσρυθμιών σε πολλές περιπτώσεις (Lincoln & Onslow, 1997).

Το LB ερευνητικά έχει καλύτερα αποτελέσματα από την αυτόματη υποχώρηση τραυλισμού- απουσία θεραπείας (Harris και συν., 2002) ενώ η σύγκρισή του με το Demands and Capacities Model σε 12 εβδομάδες θεραπείας δεν έδειξε μεγάλες διαφοροποιήσεις στα αποτελέσματα (Franken, Kielstra-Van der Schalk, Boelens, 2005).

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

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

Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα (Starkweather, Gottwald, Halfond. 1990), η θεραπεία στοχεύει στην μείωση των απαιτήσεων και στην αύξηση των δυνατοτήτων στους γλωσσικούς και γνωστικούς τομείς ανάπτυξης. Για κάθε παιδί υπάρχουν τρεις διαδικασίες: 1) καθημερινός χρόνος ειδικής αλληλεπίδρασης: ο υπεύθυνος γονέας κάθεται με το παιδί για 15 λεπτά έχοντας όλη του την προσοχή στραμμένη στο παιδί, με στόχο να αυξήσει την αυτοπεποίθηση του παιδιού σε δραστηριότητες που περιέχουν παιχνίδια με ομιλία ή χωρίς και διάβασμα. 2)Αλλαγή ρυθμού ομιλίας του γονέα: Ο γονέας μιλάει πιο αργά, με μεγαλύτερες παύσεις και πιο αργές αρθρωτικές κινήσεις, διατηρώντας όμως φυσικό επιτονισμό 3) Αντικατάσταση μοντέλου και αυτοδιάλογος (ομιλία στον εαυτό του, self-talk) για δημιουργία ανάγκης ομιλίας: Ζητείται από τον γονέα να μην απαιτεί από το παιδί γλωσσική επίδοση, απλώς να αποτελεί πρότυπο μοντέλο επικοινωνίας.

Άλλες διαδικασίες του προγράμματος στοχεύουν στην μείωση των συναισθηματικών απαιτήσεων (π.χ. επιβράδυνση του ρυθμού με τον οποίο γίνονται οι δουλειές του σπιτιού, επιτέλεση δραστηριοτήτων με ήρεμο, αποφυγή έξαψης, κανονικές δυσρυθμίες, μείωση συναισθηματικών αντιδράσεων, ανοιχτός διάλογος για τον τραυλισμό), στην μείωση των κινητικών απαιτήσεων (π.χ. τοποθέτηση παύσης ανάμεσα στην εναλλαγή σειράς στον διάλογο, καθιέρωση κανόνων για ανάληψη σειράς) και στην μείωση των γνωστικών και γλωσσικών απαιτήσεων (ομιλία με μικρές, απλές προτάσεις, αποφυγή ερωτήσεων που απαιτούν μεγάλες και περίπλοκες απαντήσεις).

Ο θεραπευτής παρέχει στον γονέα οδηγίες σχετικά με την ορθή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος σε εβδομαδιαία βάση. Κάθε συνεδρία ξεκινά με δέκα λεπτά παιχνιδιού. Έπειτα ο θεραπευτής και ο γονέας αξιολογούν την ομιλία του παιδιού κατά το παιχνίδι και την προηγούμενη εβδομάδα και επιλέγουν μια θεραπευτική διαδικασία. Αυτό είναι κάτι που ο γονέας κάνει για να μειώσει τις απαιτήσεις ή να αυξήσει τις δυνατότητες που σχετίζονται με την ροή του λόγου. Στο τέλος, ο θεραπευτής εφαρμόζει πρότυπα την στοχευμένη θεραπευτική διαδικασία, ο

γονέας την εκτελεί και ο θεραπευτής δίνει ανατροφοδότηση. Η θεραπεία τερματίζεται μετά από δώδεκα εβδομάδες ή νωρίτερα αν α) ο γονέας είναι σε θέση να εφαρμόζει αποδοτικά όλες τις θεραπευτικές β) ο γονέας αισθάνεται έτοιμος να διατηρήσει τις διαδικασίες στο σπίτι, και γ) αν και ο θεραπευτής και ο γονέας παρατηρούν μόνο ελάχιστες αποκλίνουσες συμπεριφορές δυσρυθμιών. Κατά μέσο όρο για την επίτευξη ενός των παραπάνω παραγόντων που συνεπάγεται ολοκλήρωση του προγράμματος χρειάζονται 11 συνεδρίες. (Franken και συν. 2005)

### **1.7 ΛΕΞΙΠΟΝΤΙΞ**

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

Ο «Λεξιπόντιξ» είναι μια δομημένη θεραπεία για παιδιά σχολικής ηλικίας που τραυλίζουν. Βασίζεται στις θεωρητικές αρχές της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (Cognitive Behavioral Therapy-CBT) (Beck, 1967a; 1967b; Beck, 1995), και των θεραπευτικών προγραμμάτων Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) (Eyberg et al, 1999; Kelman & Nicholas, 2008), Solution Focused Brief Therapy (Berg, 1999; De Shazer, 1988; De Shazer et al, 2007), Fluency Shaping (Ingham & Andrews, 1973) και Block Modification (Van Riper, 1971; 1973). Κύριος ήρωας του «Λεξιπόντικα» είναι το παιδί που έχει ως στόχο να συμφιλιωθεί με τον ποντικό που προκαλεί προβλήματα στο «Κέντρο του νου» του και του προκαλεί τις δυσρυθμίες. Σε αυτήν την προσπάθεια αντιμετώπισης χρησιμοποιεί «Συμμάχους» και «Εργαλεία», εκτελεί «Αποστολές» και «Πειράματα» Ανήκει στις ολιστικές προσεγγίσεις με γονείς και παιδιά να συμμετέχουν στην θεραπείας ως ίσοι συνεργάτες (Anderson & Gehart, 2009; Biggart, Cook & Fry, 2006).

Μέσα από την παραπάνω αναλογία, το παιδί μαθαίνει να αναγνωρίζει την αναμονή για τραυλισμό, να αντιμετωπίζει την εμπειρία του τραυλισμού και ακυρώνει τα φαινόμενα αποφυγής, μαθαίνοντας να αντιμετωπίζει την δυσκολία του. Οι γονείς ως μέρος την θεραπείας εργάζονται και προς τους δικούς τους στόχους σε γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Στόχος της θεραπείας είναι το παιδί να εκτελέσει μια «επικοινωνιακή αναδόμηση», δηλαδή να αναδομήσει τον επικοινωνιακό του ρόλο, να αναπροσδιορίσει την έννοια της επικοινωνιακής

«επιτυχίας» και «αποτυχίας», να ανταποκρίνεται λειτουργικά και με νόημα στις απαιτήσεις της επικοινωνιακής περίπτωσης και να αναπτύξει μια ρεαλιστική και αρμονική σχέση με τον τραυλισμό του (Fourlas & Marousos, 2014).

Το πρόγραμμα ξεκινά μια συνεδρία αξιολόγησης και διερεύνησης των δυνατοτήτων του παιδιού και των στόχων των γονιών που καταλήγει σε μια συνεδρία διατύπωσης. Εάν το παιδί έχει χαμηλό κίνητρο ή οι γονείς έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες ή χαμηλή διάθεση συνεργασίας διεκπεραιώνεται μια προπαρασκευαστική («προσυμμαχική») συνάντηση ώστε να παρασχεθεί βοήθεια για δέσμευση στη θεραπεία, υπερπήδηση εδραιωμένων μηχανισμών ασφαλείας και την εξέταση για εναλλακτικές προοπτικές. Στους γονείς με χαμηλό κίνητρο αναγνωρίζεται η μοναδική τους ικανότητα να είναι ειδικοί στο παιδί τους και να παίζουν το πιο σημαντικό ρόλο στην επιτυχία της παρέμβασης. Με την ολοκλήρωση αυτής της φάσης ξεκινούν την συμμετοχή στο πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα αποτελείται από 1 συνεδρία την εβδομάδα για 4 μήνες. Η Δομή του προγράμματος χωρίζεται στην φάση Α (συνεδρίες 1-12, υποχρεωτική) και στην φάση Β (προαιρετική η 13<sup>η</sup> και κάθε επόμενη συνεδρία).

Η φάση Α με την σειρά της χωρίζεται στην Βασική Δομή (συνεδρίες 1-5) και στις Ενότητες (συνεδρίες 6-12). Η Βασική Δομή είναι σχετικά σταθερή, περιλαμβάνει αρχικά συζήτηση για τα στάδια της θεραπείας και τους ρόλους της συμμαχίας, παρουσιάζεται η θεραπεία αλληλεπίδρασης γονέα παιδιού (Parent-Child Interaction Therapy βλ. προηγούμενο υποκεφάλαιο) με τις στρατηγικές ενδυνάμωσης και αλληλεπίδρασης της συμμαχίας, παρουσιάζεται το κομμάτι της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (Cognitive Behavioral Therapy- CBT) με την αναγνώριση των γνωσιακών κύκλων, των γνωστικών παραποιήσεων και της δυνατότητας απάντησης/σχολιασμού (talking back) στις αρνητικές σκέψεις ενώ παράλληλα ξεκινούν οι παραδοσιακές τεχνικές ελέγχου της ομιλίας με παράθεση και αναγνώριση των βασικών εννοιών του τραυλισμού και τον εθελοντικό τραυλισμό. Στον τομέα των Ενοτήτων (συνεδρίες 6-12) χρησιμοποιούνται οι επιλεγμένες για κάθε παιδί στρατηγικές σε επίπεδο PCI (βιντεοσκόπηση αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού, ενδυνάμωση αυτής με έπαινο, απευαισθητοποίηση, επέκταση συμμαχιών), CBT (γνωσιακές παραποιήσεις, αναγνώριση στάσεων-συναισθημάτων, ανταπόκριση ή αναδόμηση αυτόματων αρνητικών σκέψεων, πειράματα ελέγχου, αποστολές) και επιπλέον τεχνικές ομιλίας (απαλή εκκίνηση, μακρόσυρτη ομιλία, ακύρωση, παύσεις, προ-μετα-ενδο τροποποίηση ομιλίας).

Η δομή κάθε συνεδρίας βασίζεται σε ένα σταθερό πρόγραμμα. Αρχικά γίνεται έλεγχος διάθεσης και σύντομη ανασκόπηση εβδομάδας με ανασκόπηση προηγούμενης συνεδρίας-εργασιών, γίνεται συζήτηση θεμάτων συνεδρίας και ανάλογα εισάγεται νέα ενότητα, εργαλεία, επιτραπέζια παιχνίδια, αποστολές, εργασίες. Σε κάθε συνεδρία καταγράφονται οι νέες δυνάμεις του παιδιού στα πλαίσια της Solution Focused Brief Therapy-SFBT (Βραχεία προσανατολισμένη στην λύση θεραπεία) (Berg, 1999; De Shazer, 1988; De Shazer et al, 2007). Στη συνέχεια γίνεται ανασκόπηση της συνεδρίας, παρέχεται ανατροφοδότηση και η συνεδρία κλείνει με την σημαντική σκέψη της ημέρας.

Στο τέλος της Α φάσης γίνεται μια συνεδρία αξιολόγησης και μαζί με τους γονείς αποφασίζεται αν είναι αναγκαία η συνέχεια του προγράμματος και σε ποιούς τομείς να επικεντρωθεί.

Στο εγγύς μέλλον αναμένεται η ερευνητική τεκμηρίωση του προγράμματος με δημοσιοποίηση των στοιχείων από τις επαναξιολογήσεις των παιδιών που συμμετείχαν.

## **2. ΝΟΗΤΙΚΗ ΣΤΕΡΗΣΗ**

Η νοητική καθυστέρηση αποτελεί την πιο πολυμελετημένη αλλά και ταυτόχρονα την πιο πολύπαθη διαταραχή. Πρόκειται για την πιο ανομοιογενή ομάδα ως προς την αιτιολογία, το δείκτη νοημοσύνης, την κοινωνική προσαρμογή, την ύπαρξη και άλλων συνοδών προβλημάτων.

### **2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

#### **2.1.1 Ορισμός**

Ένας ορισμός που έχει γίνει ευρύτερα αποδεκτός είναι ο ορισμός του Αμερικάνικου Συνδέσμου Νοητικής Καθυστέρησης (American Association on Mental Retardation, 1977): Η νοητική καθυστέρηση αναφέρεται ως μία σημαντικά κάτω από το μέσο όρο γενική νοητική λειτουργία, που συνοδεύεται από ανεπάρκειες στην προσαρμοστική συμπεριφορά (αυτοεξυπηρέτηση, ζωή μέσα στο σπίτι, κοινωνικές δεξιότητες, αυτό-καθοδήγηση, λειτουργικές ακαδημαϊκές δεξιότητες, ψυχαγωγία, υγεία-ασφάλεια, χρήση κοινοτικών υπηρεσιών/ πόρων, εργασία, επικοινωνία) και εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου).

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη νοητική καθυστέρηση σύμφωνα με το DSM IV (1997):

α) Σημαντικά κάτω από το μέσο όρο νοητική ικανότητα: ένα δείκτη νοημοσύνης περίπου στο 70 ή πιο κάτω σε ένα παρεχόμενο ατομικό τεστ του δείκτη νοημοσύνης (για τα βρέφη, μία κλινική κρίση μίας σημαντικά κάτω από το μέσο όρο νοητικής λειτουργίας).

β) Συντρέχουσες δυσλειτουργίες ή αναπηρίες στην παρούσα προσαρμοστική ικανότητα (π.χ. η αποτελεσματικότητα ενός ατόμου στο να πετυχαίνει τα στάνταρ, που απαιτούνται για την ηλικία του/ της από την πολιτισμική ομάδα του/ της) σε τουλάχιστον δύο από τις ακόλουθες περιοχές: επικοινωνία, αυτοεξυπηρέτηση, ζωή μέσα στο σπίτι, κοινωνικές/ διαπροσωπικές δεξιότητες, χρήση των κοινοτικών πόρων, αυτό-καθοδήγηση, λειτουργικές ακαδημαϊκές δεξιότητες, εργασία, ψυχαγωγία, υγεία και ασφάλεια.

γ) Η ηλικία έναρξης είναι πριν από τα 18 χρόνια.

Σύμφωνα με την επόμενη έκδοση του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών και Διανοητικών Διαταραχών» (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association) η διανοητική αναπτυξιακή διαταραχή καθορίζεται ως η εμφάνιση «τρέχοντος διανοητικού ελλείμματος απαραίτητα συνοδευόμενο από έλλειμμα στην προσαρμοστική λειτουργία με αρχική εκδήλωση κατά την περίοδο ανάπτυξης του ατόμου». Απαραίτητα κριτήρια για τη διάγνωση της διανοητικής αναπτυξιακής διαταραχής είναι το έλλειμμα στις γενικές διανοητικές ικανότητες (συλλογισμός, επίλυση προβλημάτων, προγραμματισμός, αφηρημένη σκέψη, κρίση, ακαδημαϊκή μάθηση και εμπειρική μάθηση) και η ελλειμματική λειτουργία στις γενικές διανοητικές ικανότητες σε σύγκριση με την ηλικία και την κοινωνική ομάδα του ατόμου σχετικά με καθημερινές δραστηριότητες (επικοινωνία, κοινωνική συμμετοχή, λειτουργικότητα στο σχολείο ή στην εργασία, προσωπική ανεξαρτησία στο σπίτι ή στο κοινωνικό πλαίσιο).

### 2.1.2. Αίτια νοητικής καθυστέρησης

Προγεννητικά αίτια: Κληρονομικοί παράγοντες, χρωμοσωμικές ανωμαλίες (σύνδρομο Down, σύνδρομο Klinefelter, σύνδρομο Turner), ασθένειες της εγκύου (λοιμώξεις, ερυθρά, ιλαρά, κοκ.), ανωμαλίες μεταβολισμού (PKU), Ασυμβατότητα

του Rh του αίματος της μητέρας με αυτό του εμβρύου, ανοξία,, Τραυματισμοί της εγκύου, κακή διατροφή, δηλητηρίαση από μόλυβδο.

2.2. Περιγεννητικά αίτια: Ανοξία, τραυματισμοί και αιμορραγία του εγκεφάλου, πρόωρη γέννηση.

2.3. Μεταγεννητικά αίτια: Μολυσματικές ασθένειες, ατυχήματα, υψηλός πυρετός, μεταβολικές ανωμαλίες, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (ιδρυματοποίηση, στερημένο εκπαιδευτικό περιβάλλον, συναισθηματική αποστέρηση).

### 2.1.3. Ταξινόμηση νοητική καθυστέρησης

Η πιο διαδεδομένη μορφή ταξινόμησης της νοητικής υστέρησης είναι αυτή που χρησιμοποιεί το δείκτη νοημοσύνης. Δεδομένου ότι αφενός ο δείκτης νοημοσύνης αποτελεί ένα μόνο χαρακτηριστικό του ατόμου, αφετέρου από μόνος του δε βοηθάει το εκπαιδευτικό έργο, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην ερμηνεία του για τις ικανότητες των νοητικά καθυστερημένων ατόμων. Παρόλα αυτά αποτελεί έναν τρόπο για μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης του ανομοιογενούς αυτού πληθυσμού. Έτσι:

α. Ελαφρά νοητική καθυστέρηση	Δ.Ν. 50-55 έως 70
β. Μέτρια νοητική καθυστέρηση	Δ.Ν. 35-40 έως 50-55
γ. Σοβαρή νοητική καθυστέρηση	Δ.Ν. 20-25 έως 35-40
δ. Βαριά νοητική καθυστέρηση	Δ.Ν. κάτω από 20-25
ε. Απροσδιόριστη νοητική καθυστέρηση	όταν υπάρχει ισχυρή υπόθεση για ύπαρξη νοητικής καθυστέρησης, αλλά η νοημοσύνη του ατόμου δε μπορεί να μετρηθεί με τα σταθμισμένα τεστ.

### 2.1.4 Χαρακτηριστικά ατόμων με νοητική υστέρηση.

#### **Ελαφρά νοητική καθυστέρηση**

Αποτελεί την πολυπληθέστερη ομάδα ανάμεσα στα άτομα με νοητική καθυστέρηση (85%). Μία από τις κυριότερες αιτίες είναι η κοινωνικο- πολιτισμική αποστέρηση, εξαιτίας του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας. (Παρασκευόπουλος, 1980) Μόνο ένα μικρό ποσοστό της ομάδας αυτής (10% – 20%) έχει αναγνωρισθεί ότι έχει οργανικές παθολογίες. Η διάγνωσή της σπάνια γίνεται στην προσχολική ηλικία, αν και φαίνονται τα παιδιά αυτά να παρουσιάζουν ήδη κάποιες δυσκολίες. Η είσοδός τους στο δημοτικό σχολείο σηματοδοτεί και την

αναγνώρισή τους. Το ύψος και το βάρος τους δεν παρουσιάζει διαφορές από των φυσιολογικών ατόμων. Εντούτοις εξαιτίας της ύπαρξης περισσότερων νευρολογικών προβλημάτων η φυσική και η κινητική τους κατάσταση είναι λίγο πιο χαμηλή. Μπορεί να παρουσιάσουν βλάβες στην ακοή, στην όραση ή και στον συντονισμό των κινήσεών τους, οι περιπτώσεις, όμως, αυτές δεν είναι πολύ συχνές. Είναι πιθανόν να παρουσιάσουν ελαφρές διαταραχές του λόγου ή της ομιλίας, ενώ *«κατανοούν τα περισσότερα μαθήματα του δημοτικού σχολείου ή τουλάχιστον των περισσότερων τάξεων του δημοτικού»* (Πολυχρονοπούλου, 1995). Προσαρμόζονται κοινωνικά, έτσι που να μπορούν να είναι ανεξάρτητοι μέσα στην κοινωνία. Επιτυγχάνουν επαγγελματικές δεξιότητες, όμως μπορεί να χρειάζονται επίβλεψη και βοήθεια.

### **Μέτρια νοητική καθυστέρηση**

Οφείλεται κυρίως σε βιολογικά αίτια, καθώς και σε ατυχήματα, τραυματισμούς ή μολυσματικές ασθένειες κατά την ενδομήτρια, την περιγεννητική, τη βρεφική ή και τη νηπιακή περίοδο. Έχουν εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά (ύψος, βάρος, σωματική κατασκευή χαρακτηριστικά προσώπου) και η διάγνωση μπορεί να γίνει από τη βρεφική ή την πρώτη παιδική ηλικία. Αποτελεί το 10% του πληθυσμού των ατόμων με νοητική καθυστέρηση. Εξαιτίας βλαβών ή διαταραχών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα η κινητική τους ικανότητα είναι φτωχή και χαρακτηρίζεται από προβλήματα τόσο στην αδρή, όσο και στη λεπτή κινητικότητα. Παρουσιάζουν περισσότερα και σοβαρότερα προβλήματα στην ακοή, στην όραση, στο λόγο και στην ομιλία (προβλήματα άρθρωσης, φτωχό λεξιλόγιο, τηλεγραφικός λόγος, χαμηλό επίπεδο κατανόησης εννοιών, φτωχή ακουστική διάκριση, προβλήματα στη γραμματικο-συντακτική δομή κα.). Καταφέρνουν, παρόλα αυτά “να αποκτήσουν τις στοιχειώδεις σχολικές δεξιότητες, όπως ανάγνωση, γραφή απλών φράσεων ή μικρών κειμένων ή απλές αριθμητικές πράξεις. Στον κοινωνικό τομέα μπορούν να επιτύχουν κάποιο βαθμό κοινωνικής υπευθυνότητας, ν’ αποκτήσουν δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, να ντύνονται, να τρώνε κλπ., να προστατεύουν τον εαυτό τους από συνηθισμένους κινδύνους στο σπίτι, στο σχολείο κλπ., να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του σπιτιού ή της γειτονιάς, να σέβονται την περιουσία και τα δικαιώματα των άλλων, να συνεργάζονται.” (Πολυχρονοπούλου, 1995)

Επαγγελματικά μπορούν να προσφέρουν δουλειά κάτω από επίβλεψη σε προστατευμένα εργαστήρια ή στην ανοικτή αγορά εργασίας.

### **Σοβαρή νοητική καθυστέρηση**

Αποτελούν το 3% – 4% του πληθυσμού της νοητικής καθυστέρησης. Οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά σε βιολογικά αίτια, δεν αποκλείονται, όμως, ατυχήματα ή ασθένειες κατά την προγεννητική, την περιγεννητική ή τη μεταγεννητική περίοδο. Έχουν εμφανή εξωτερικά χαρακτηριστικά και συνήθως συνοδεύεται από σοβαρά προβλήματα, όπως εγκεφαλική παράλυση, απώλεια ακοής ή όρασης, συναισθηματικές διαταραχές. Η φυσική και η κινητική τους ανάπτυξη χαρακτηρίζεται από σοβαρότατα προβλήματα σε όλα τα επίπεδα. Ο λόγος τους είναι πολύ στοιχειώδης και συνοδεύεται από προβλήματα άρθρωσης. Μπορούν να ωφεληθούν μέχρι ενός περιορισμένου σημείου από τη διδασκαλία προ-ακαδημαϊκών αντικειμένων, όπως η οικειότητα με το αλφάβητο ή την απλή αρίθμηση. Τα εκπαιδευτικά τους προγράμματα στοχεύουν «στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον». (Πολυχρονοπούλου, 1995) Πολλές φορές έχουν ανάγκη από ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

### **Βαριά νοητική καθυστέρηση**

Είναι το 1% – 2% των ατόμων με νοητική καθυστέρηση. Οι περισσότεροι έχουν ένα διαγνωσμένο νευρολογικό πρόβλημα, που είναι υπεύθυνο για τη νοητική καθυστέρηση. Η κινητική ανάπτυξη, η προσωπική φροντίδα και οι επικοινωνιακές τους δεξιότητες μπορούν να βελτιωθούν, αν τους δοθεί η απαραίτητη εκπαίδευση.

Τα εκπαιδευτικά τους, λοιπόν, προγράμματα, όπως και στη σοβαρή νοητική καθυστέρηση, στοχεύουν στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον.

### **Απροσδιόριστη νοητική καθυστέρηση.**

*« Η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης ως απροσδιόριστη, θα πρέπει να χρησιμοποιείται, όταν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ύπαρξης νοητικής καθυστέρησης, αλλά το άτομο δε μπορεί να εξεταστεί επιτυχώς από τα σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης. Αυτό μπορεί να συμβαίνει σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, που είναι ιδιαίτερα ανίκανοι ή μη συνεργάσιμοι, ώστε να εξεταστούν ή σε βρέφη, που υπάρχει κλινική κρίση σημαντικά χαμηλής νοητικής λειτουργίας, αλλά τα διαθέσιμα τεστ (π.χ. η κλίμακα Bayley για τη βρεφική ανάπτυξη, η κλίμακα Cattell για τη βρεφική νοημοσύνη κ.α.) δεν αποφέρουν μέτρηση της νοημοσύνης. Γενικά, όσο πιο μικρή είναι η ηλικία, τόσο πιο*

*δύσκολο είναι να εκτιμηθεί η ύπαρξη νοητικής καθυστέρησης, εκτός από τις περιπτώσεις με βαριές αναπηρίες.» (DSM-IV, σελ.42)*

## 2.2 PORTAGE GUIDE TO EARLY EDUCATION (Το πρόγραμμα Portage για την πρώιμη εκπαίδευση)

Το πιο γνωστό και ευρέως διαδεδομένο πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων παιδιών με ειδικές ανάγκες είναι το Portage Guide to Early Education των D.Shearer, J. Billingsley, A. Frohman, J. Hilliard, F. Johnson, M. Shrearer που εκδόθηκε το 1970 (όπως αναφέρεται στο Shearer & Shearer, 1972) στο Wisconsin των ΗΠΑ. Πλέον το πρόγραμμα συναντάται σε 34 γλώσσες και 90 χώρες (προς το παρόν όχι στα Ελληνικά).

Το Portage είναι ένα σύστημα καλά δομημένων διαδικασιών μάθησης και εξατομικευμένου προγράμματος που αναπτύχθηκε για να εκπαιδεύσει τα μέλη της οικογένειας στο σπίτι και στην κοινωνία. Οι δραστηριότητές του διεγείρουν την απόκτηση αναπτυξιακών οροσήμων που θα οδηγήσουν σε περισσότερη ανεξαρτησία και συνεχή συμμετοχή των γονέων (Brulette et al., 1993)

### 2.2.1 Βασικές αρχές

Βασικές αρχές του προγράμματος είναι :

- Η εμπλοκή του γονέα/κηδεμόνα είναι πρωτίστης σημασία για την επιτυχία της πρώιμης παρέμβασης,
- το σπίτι και άλλα λιγότερα περιοριστικά περιβάλλοντα είναι φυσικά και σημαντικά περιβάλλοντα μάθησης,
- οι θεραπευτικοί στόχοι και στρατηγικές πρέπει να είναι εξατομικευμένες για κάθε παιδί και οικογένεια με βάση τις δικές τους ανησυχίες, προτεραιότητες και πόρους,
- η συλλογή δεδομένων είναι σημαντική στην επίτευξη θετικής αλλαγής και στον σχεδιασμό των εξελισσόμενων θεραπευτικών αποφάσεων

(Sampon, Wollenburg 1998)

Οι γονείς πριν την συμμετοχή στο πρόγραμμα πρέπει να καταλάβουν ότι η φύση της ανάπτυξης του παιδιού τους είναι διαδοχική, ότι μπορεί να επηρεαστεί από τις

πράξεις τους και η παραδοχή του γονικού τους ρόλου στην ενεργητικά διαμορφούμενη ανάπτυξη του παιδιού τους (Simeonsson , 1991).

### **2.2.2 Διαδικασία παραπομπής**

Όταν μια οικογένεια είχε ένα παιδί με υποψία απόκλισης (disability), απευθυνόταν σε έναν οργανισμό που χρησιμοποιούσε το Portage Model. Εκεί γινόταν αξιολόγηση και εάν προέκυπτε υστέρηση, παρέχόταν στην οικογένεια το Βιβλίο Καρτών Δραστηριοτήτων (Activity Card File). Αυτό το βιβλίο περιέχει 580 αναπτυξιακά διαδοχικές συμπεριφορές από την γέννηση έως τα 6 χρόνια χωρισμένες σε 5 κατηγορίες: Κοινωνικότητα, Αυτοεξυπηρέτηση, Γλώσσα, Γνωστική εξέλιξη, Κινητικότητα. Οι γονείς εκπαιδεύονται στην χρήση των καρτών και στο να κρατούν σημειώσεις για την ανάπτυξη του παιδιού τους.

Η πρώτη έκδοση του Portage Model περιελάμβανε αξιολόγηση του παιδιού με επίσημα σταθμισμένα εργαλεία και ανεπίσημη αξιολόγηση σχολικής επίδοσης. Με βάση τα αποτελέσματα αυτών των αξιολογήσεων, ο γονέας και ο ειδικός παιδαγωγός επέλεγαν δεξιότητες και συμπεριφορές προς μάθηση. Συνήθως επιλέγονταν 3-5 συγκεκριμένες συμπεριφορές για κάθε εβδομαδιαία συνάντηση.

### **2.2.3 Δομή καρτών.**

Κάθε κάρτα στο άνω δεξιά μέρος της αναγράφει σε ποιόν από τους 5 τομείς ανήκει και αριθμητικά σε ποιο επίπεδο (Παράρτημα εικόνα 1). Στη συνέχεια, αναγράφει την ηλικία στην οποία αναφέρεται, τον τίτλο-στόχο της δραστηριότητας και στην συνέχεια έχει ακριβείς οδηγίες εφαρμογής π.χ Γλώσσα, 70. Ηλικία 3-4. Τίτλος: Να μπορεί να πει 2 γεγονότα στην σειρά που έγιναν.

Δραστηριότητες. 1. Αφήστε το παιδί να σας παρακολουθήσει να κάνετε δυο δραστηριότητες. Για παράδειγμα ακουμπήστε το κεφάλι σας και χτυπήστε παλαμάκια. Έπειτα ρωτήστε να σας πει τα δύο πράγματα που κάνατε. Βοηθήστε το με σειρές όπως «πρώτα... και μετά...» 2. Ζητήστε από το παιδί να κάνει δυο πράγματα. Μετά την εκτέλεσή τους, ρωτήστε το να σας πει τι έκανε μόλις. 3. Όταν σας πει δυο γεγονότα που μόλις έγιναν, ζητήστε του να σας πει γεγονότα που έγιναν διαδοχικά προηγουμένως (πράγματα που έκανε μέσα στη μέρα). Ή διαβάστε μια γνωστή ιστορία και μπερδέψτε τα γεγονότα, αφήνοντας το παιδί να σας διορθώσει. 4.

Εναλλάξτε σειρά κάνοντας πράγματα και αφήνοντας το παιδί να σας πει για αυτά π.χ «Έκανες μια φούσκα και εγώ την έσκασα».

#### **2.2.4 Πλεονεκτήματα.**

Όπως κάθε πρόγραμμα έτσι και το Portage έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα: (Brulette et al., 1993):

Στα θετικά του προγράμματος συγκαταλέγονται ότι αν και ξεκάθαρα δομημένο είναι ένα εύκολα τροποποιήσιμο εκπαιδευτικό πακέτο, με υψηλή προσαρμοστικότητα σε καθημερινές δεξιότητες στο σπίτι και στην κοινωνία, είναι φτηνό, εύκολα διαθέσιμο, μεταφράζεται και προσαρμόζεται εύκολα, είναι πιο συνεχές και ολιστικό από τις περισσότερες προσεγγίσεις που εφαρμόζονται ανά διαστήματα, διευκολύνει την αποδοχή και το δέσιμο του παιδιού με την οικογένεια και με μικρή τροποποίηση μπορεί να εφαρμοστεί σε μεγαλύτερα παιδιά και σε εύρος διαταραχών-ελλειμμάτων (Brulette et al., 1993). Επίσης, η εφαρμογή του δεν επηρεάζεται από εθνολογικές καταβολές των γονέων, είναι εύκολο στην χρήση και στην ποσοτική/ποιοτική καταγραφή αποτελεσμάτων.

#### **2.2.5 Μειονεκτήματα**

Στον αντίποδα, το Portage μπορεί να αποτελέσει ένα επιπλέον φορτίο στους ήδη αγχωμένους γονείς, η εφαρμογή του είναι κυρίως ατομική (απομονωμένα από άλλα παιδιά), προς το παρόν είναι περιορισμένο ηλικιακά (χωρίς τροποποίηση αφορά παιδιά μόνο μέχρι 6 ετών), ίσως μεταθέτει την ευθύνη από την κοινωνία στην οικογένεια ενώ υπάρχει ανάγκη για περεταίρω ερευνητική τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων της εμπλουτισμένης και τροποποιημένης έκδοσης της προσέγγισης (Brulette et al., 1993).

### **3.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ**

Ο αυτισμός, γνωστός και ως αυτιστική διαταραχή, εντάσσεται στην κατηγορία των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών. Οι διαταραχές αυτές ονομάζονται διάχυτες λόγω των σοβαρών ελλειμμάτων σε διάφορους τομείς. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν: το σύνδρομο Asperger, η διαταραχή Rett, η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή και η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

### **3.1 Εισαγωγικά στοιχεία.**

Ο αυτισμός ανήκει στο φάσμα των σύνθετων νευροεξελικτικών διαταραχών οι οποίες αποκαλούνται Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (Δ.Α.Δ.) και αναγνωρίζονται ως διαταραχές που έχουν κυρίως βιολογική βάση (Βαρβόγλη, 2006). Στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές συνήθως παρατηρείται έκπτωση στους παρακάτω τομείς:

- Αμοιβαίες Κοινωνικές Συναλλαγές
- Επικοινωνία
- Γενική Συμπεριφορά
- Ενδιαφέροντα
- Δραστηριότητες

Στις Δ.Α.Δ. περιλαμβάνονται οι παρακάτω διαταραχές: Αυτισμός, Σύνδρομο Asperger, Διαταραχή Rett, Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή και Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη Προσδιορισμένη Αλλιώς. (Γενά, 2002). Ο αυτισμός είναι μια πρώιμη και σφαιρική διαταραχή της εξέλιξης (πριν τα 3 χρόνια) που χαρακτηρίζεται από σοβαρές διαταραχές επικοινωνίας, αδυναμίας κοινωνικών σχέσεων και διαταραχές συμπεριφοράς. Σήμερα ο αυτισμός συνδέεται με μια διαταραχή της εξέλιξης του νευρικού συστήματος. (Χίτογλου-Αντωνιάδου, Κεκές, Χίτογλου-Χατζή, 2000).

#### **Ιστορική αναδρομή**

Το 1943 ο Kanner χρησιμοποιεί την έκφραση «αυτιστικές διαταραχές της συναισθηματικής επαφής» (Συνοδινού,2007) για να περιγράψει μια ομάδα παιδιών που είχαν ορισμένα κλινικά χαρακτηριστικά όπως η δυσκολία επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους. (Βογινδρούκας, 2002). Το επόμενο έτος δημιουργεί το «πρώιμο παιδικό αυτιστικό σύνδρομο» για να μιλήσει για τη σοβαρή παθολογική κατάσταση παιδιών που κόβουν κάθε σχέση με τον εξωτερικό κόσμο. (Συνοδινού,2007). Ο ορισμός του «αυτισμού» κατά τον Asperger, ή της «αυτιστικής ψυχοπάθειας» όπως τον ονόμαζε, είναι πολύ ευρύτερος από τον ορισμό του Kanner. (Frith,1994). Όμως ο αυτισμός δε συνιστούσε μια καινούργια διαταραχή. Υπήρχε πριν καταγραφεί από τον Kanner. Συναφή στοιχεία υπάρχουν από το 1799, όταν ο Haslam καταγράφει μια περίπτωση ενός πεντάχρονου αγοριού στο ιστορικό του οποίου αναφέρεται ότι κατά τον 1ο χρόνο της ζωής του υπέφερε από ιλαρά σοβαρής μορφής. Στα δυο του χρόνια

περπάτησε και ήταν ιδιαίτερα ζωηρό. Πριν τα 4 του χρόνια δεν είχε μιλήσει. Έπαιζε απορροφημένο αλλά απομονωμένο, θυμόταν πολλούς ρυθμούς και μπορούσε να τους μουρμουρίσει, ενώ μιλούσε για τον εαυτό του στο 3ο πρόσωπο. Η καθημερινή κλινική πράξη δείχνει ότι ο όρος «αυτισμός» δεν παρέχει σημαντικές πληροφορίες στους γονείς σχετικά με τη φύση της διαταραχής ενώ ταυτόχρονα τους τρομοκρατεί. Παράλληλα, προκαλεί συχνά διαφωνίες μεταξύ των ειδικών κυρίως σε σχέση με τα άτομα υψηλής λειτουργικότητας. (Βογινδρούκας, 2002).

### **3.1.1 Βασικά χαρακτηριστικά:**

Όταν ρωτάμε ποια είναι τα καθοριστικά γνωρίσματα μιας διαταραχής, η ερώτηση μας στρέφεται γύρω από τα συμπτώματα που είναι αναγκαία και επαρκή για τη διάγνωση που πρέπει να γίνει. Κάθε διαταραχή θα έχει κεντρικά γνωρίσματα που πρέπει να δείχνει ένα άτομο προκειμένου να διαγνωσθεί. Αλλά θα υπάρχουν επίσης και γνωρίσματα που δεν είναι απαραίτητο κάποιος ασθενής να τα έχει ή να μην τα έχει. Τα κεντρικά γνωρίσματα από μόνα τους θα είναι επαρκή για τη διάγνωση και θα διαχωρίζουν τη διαταραχή από άλλες καταστάσεις. Μια επιδημιολογική έρευνα οδηγεί στο συμπέρασμα ότι από τον μεγάλο αριθμό των συμπτωμάτων που παρατηρούνται σε άτομα με αυτισμό, πολλά δεν αναφέρονται ειδικά στον αυτισμό. Έτσι ο Wing το 1996 βρήκαν ότι ενώ πλέον του 80% των παιδιών με αυτισμό στο δείγμα τους έδειξαν μια προτίμηση στις αισθήσεις εγγύτητας (όσφρηση, γεύση, αφή), αυτή η προτίμηση παρατηρήθηκε επίσης στο 87% των παιδιών με μειωμένη όραση και κώφωση, στο 47% των υποκειμένων με σύνδρομο Down και στο 28% των παιδιών με φυσιολογική ανάπτυξη. Μιας και γνωρίσματα όπως προβλήματα γλώσσας, στερεότυπες συμπεριφορές και νοητική στέρση μπορεί να παρατηρούνται σε άλλα μη αυτιστικά παιδιά, δεν μπορεί να είναι πρωταρχικές και επαρκείς αιτίες άλλων προβλημάτων του παιδιού με αυτισμό. (Happe, 2003).

Τη συμπτωματολογία του αυτισμού μπορούμε να την διακρίνουμε σε «ελλείψεις» και «πλεονασμούς» της συμπεριφοράς. Οι ελλείψεις αφορούν στους βασικότερους τομείς της ανάπτυξης, όπως:

#### Προσοχή

- Αποφυγή βλεμματικής επαφής
- Διάσπαση προσοχής
- Ελάχιστη ή υπερβολική ενασχόληση με ορισμένα αντικείμενα

- Εκδήλωση ανησυχίας

#### Προφορικός Λόγος

- Ηχολαλία ο Ακατάληπτη άρθρωση
- Ακατάλληλοι κυματισμοί φωνής
- Ακατάλληλη ένταση φωνής
- Ασυνάρτητος λόγος
- Επαναληπτικός λόγος (Γενά, 2002)
- Δεν έχει αυθόρμητες φράσεις των 2 λέξεων σε ηλικία 24 μηνών (δεν πρέπει απλώς να επαναλαμβάνει σαν ηχώ αυτά που λένε οι άλλοι)
- Μερική ή Ολική απώλεια λόγου
- Σύγχυση μεταξύ του α' και β' ενικού προσώπου (Βαρβόγλη, 2006).

#### Κοινωνικές και Συναισθηματικές εκδηλώσεις

- Αποφυγή ή άρνηση σωματικής επαφής
- Αποφυγή ή άρνηση κοινωνικής επαφής/επικοινωνίας
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για συνομηλίκους
- Έλλειψη γενικά ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους
- Έλλειψη πρωτοβουλίας και ανταπόκρισης σε κοινωνικές συναλλαγές
- Απάθεια σε ερεθίσματα που προκαλούν φόβο
- Υπερβολική αντίδραση φόβου σε ερεθίσματα που συνήθως δεν προκαλούν φοβική αντίδραση
- Απάθεια ή υπερβολική αντίδραση στον αποχωρισμό από την μητέρα
- Απαθείς ή ανάρμοστες με το περιβάλλον συναισθηματικές εκφράσεις
- Έλλειψη ενσυναίσθησης

#### Παιχνίδι

- Ιδιόρρυθμη χρήση παιχνιδιών
- Αποχή από συμβολικό ή αναπαραστατικό παιχνίδι
- Αποχή από δυαδικό ή ομαδικό παιχνίδι με συνομηλίκους
- Υπερβολική προσκόλληση σε ορισμένα παιχνίδια

- Ενδιαφέρον για πολύ περιορισμένο αριθμό παιχνιδιών

#### Αισθητηριακή Επεξεργασία

- Ιδιόρρυθμη επεξεργασία οπτικών ερεθισμάτων (π.χ. απλανές βλέμμα)
- Αδιαφορία ή υπερβολική αντίδραση σε ακουστικά ερεθίσματα (π.χ. δεν αντιδρά σε ένα δυνατό κρότο, ενώ κλείνει τα αυτιά του στο άκουσμα της ηλεκτρικής σκούπας)
- Αδιαφορία ή υπερβολική αντίδραση σε απτικά ερεθίσματα (π.χ. μένει απαθής σε πρόκληση πόνου, ενώ δεν ανέχεται το χάδι)
- Υπερευαισθησία σε ορισμένες γεύσεις και οσμές

#### Επιλεκτική Προσοχή σε Ορισμένα χαρακτηριστικά των Ερεθισμάτων του Περιβάλλοντος ή Υπερεπιλεκτικότητα

Το παιδί με διαταραχές αυτιστικού φάσματος έχει τη τάση να εστιάζει την προσοχή σε μεμονωμένα χαρακτηριστικά ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, όπως στο χρώμα ή στο σχήμα, με αποτέλεσμα να τα επεξεργάζεται αποσπασματικά και όχι σφαιρικά. Η αποσπασματική ή υπερεπιλεκτική αυτή επεξεργασία επιτείνει τη δυσκολία που έχει το άτομο με αυτισμό να διακρίνει και να αναγνωρίζει αντικείμενα ή σύμβολα και να γενικεύει τις δεξιότητές του με καινούργια ερεθίσματα και σε καινούργιες συνθήκες. Για παράδειγμα, εάν έχει μάθει να ονομάζει το πρόσωπο που απεικονίζει κάποια φωτογραφία, δεν το αναγνωρίζει παρά μόνο από την συγκεκριμένη φωτογραφία. Δεν αντιλαμβάνεται ότι το πρόσωπο που απεικονίζεται σε διαφορετικές φωτογραφίες είναι το ίδιο. Αυτή η δυσκολία οφείλεται στην αποσπασματική παρατήρηση κάποιου στοιχείου ή στοιχείων της 16 φωτογραφίας, όπως τα ρούχα του απεικονιζόμενου ή το τοπίο, αντί της σφαιρική παρατήρησης όλων των χαρακτηριστικών του προσώπου του αποτελεί το κύριο ερέθισμα για την αναγνώριση ανθρώπων.

#### Γνωσιακές Λειτουργίες

- Νοητική καθυστέρηση
- Ασταθής μάθηση

- Αναπτυξιακά χάσματα στους γνωσιακούς τομείς
- Μαθησιακή παλινδρόμηση (Γενά, 2002)

Ο αυτισμός μπορεί να εμφανίζεται και στα αδέρφια αυτιστικών ατόμων, σ' ένα ποσοστό 3%- 7%. Σε σχέση με τη συχνότητα του αυτισμού στο γενικό πληθυσμό, αποτελεί μια σημαντική αύξηση β) συμφωνία για αυτισμό ουσιαστικά έχει βρεθεί μόνον στους μονοζυγωτικούς διδύμους και σε σημαντικό ποσοστό στις πρόσφατες μελέτες ( οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι μοιράζονται όμοιο γενετικό υλικό ), έναντι των διζυγωτικών. γ) μερικά από τα δίδυμα μέλη που δεν εμφανίζουν αυτισμό, μπορεί όμως να εμφανίζουν γνωσιακού τύπου δυσκολίες, κυρίως επιβράδυνση στην ανάπτυξη του λόγου ή μαθησιακές δυσκολίες δ) τέτοιου είδους δυσκολίες, γνωσιακές ή και κοινωνικό-συναισθηματικές, μπορεί επίσης να υπάρχουν και σε μερικά από τα αδέρφια των αυτιστικών ατόμων ή και σε μερικούς από τους συγγενείς, χωρίς πάλι αυτά τα μέλη να παίρνουν διάγνωση αυτισμού.

Συνδυάζοντας τα παραπάνω φαίνεται ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο από αιτιολογικής πλευράς. Το ζήτημα ωστόσο εμφανίζεται πολύπλοκο και πολύ-παραγοντικό και έτσι, ιδίως ο τρόπος μεταβίβασης, δεν μπορεί ακόμη να προσεγγιστεί. Φαίνεται ότι αυτό που μπορεί να μεταβιβάζεται είναι μια προδιάθεση για γνωσιακού ή / και κοινωνικό-συναισθηματικού τύπου δυσκολία, που μερικές φορές μπορεί να καταλήξει σε αυτισμό. Υπενθυμίζεται βέβαια πάλι, ότι οι γενετικοί παράγοντες δεν καλύπτουν αιτιολογικά όλες τις περιπτώσεις αυτισμού. Μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη. Σε μια τέτοια γενετική πολυκεντρική μελέτη, συμμετέχει και η χώρα μας μαζί με άλλες έξι χώρες.

### **3.1.2 ΑΙΤΙΑ**

Με βάση όλα τα παραπάνω, το ζήτημα της αιτιολογίας εμφανίζεται ιδιαίτερα πολύπλοκο. Ποικίλοι αιτιολογικοί παράγοντες και σε διάφορα επίπεδα φαίνεται να σχετίζονται: Γενετικοί παράγοντες και παράγοντες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συζητείται επίσης ότι και περιγεννητικά συμβάμματα μπορεί να παίζουν ρόλο ή να συμβάλλουν. Σπανίως, έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις αυτισμού που αποδόθηκαν σε παράγοντες μετά τη γέννηση, εφόσον βέβαια προκάλεσαν κάποια προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος, π.χ. εγκεφαλίτιδες. Υπάρχει επομένως αιτιολογική ετερογένεια. Σε μερικές περιπτώσεις είναι πιθανόν να υπάρχει

και συνδυασμός παραγόντων (π.χ. μια γενετική προδιάθεση σε συνδυασμό με κάποια επιβάρυνση κατά τον τοκετό.

Ο ερχομός ενός παιδιού με αυτισμό σε μια οικογένεια σηματοδοτεί μια νέα κατάσταση και την απαρχή μιας σειράς προβλημάτων σε διάφορους τομείς της ζωής της. Οι δυσκολίες και οι ανάγκες της οικογένειας του παιδιού με αυτισμό αρχίζουν να διαφαίνονται από τη στιγμή της διάγνωσης και γίνονται πιο σύνθετες κάθε φορά που το παιδί πρόκειται να μεταβεί από ένα αναπτυξιακό στάδιο σε άλλο. Η διάγνωση του αυτισμού προκαλεί μεγάλη αναστάτωση στην οικογένεια του παιδιού με αυτισμό. Σύμφωνα με την ερευνητική βιβλιογραφία οι γονείς των παιδιών με αυτισμό αντιμετωπίζουν μμεγαλύτερη δυσκολία στην αποδοχή της διάγνωσης από ότι άλλοι γονείς παιδιών με άλλες αναπηρίες και συχνά περιπλανώνται από ειδικό σε ειδικό για να βρουν απαντήσεις (Harris, 1991). Αμέσως μετά τη διάγνωση οι περισσότεροι γονείς περιγράφουν ότι βιώνουν συναισθήματα πανικού και τη διάγνωση περνούν από διάφορες συναισθηματικές φάσεις: την άρνηση, το θυμό, τον πανικό, την απογοήτευση, την ενοχή και καταλήγουν στη μόνιμη θλίψη (Constantareas & Homatidis, 1991). Οι γονείς των παιδιών με αυτισμό βιώνουν μμεγαλύτερο άγχος, αμηχανία και ντροπή για την αναπηρία του παιδιού τους από τους γονείς παιδιών με άλλες αναπηρίες (Constantareas & Homatidis, 1991· Dunn, Burbine, Bowers & Tantleff-Dunn, 2001). Η συνεργασία των εκπαιδευτικών με τους γονείς είναι σημαντική ανεξάρτητα από την ηλικία του παιδιού. Κατά την προσχολική και σχολική ηλικία, οι γονείς συνειδητοποιούν τη σοβαρότητα της διαταραχής, καθώς τα προβλήματα του παιδιού τους στην επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση είναι πλέον εμφανή. Σε αυτή την ηλικία, οι γονείς πρέπει να επιλέξουν το εκπαιδευτικό πλαίσιο που θα φοιτήσει το παιδί τους.

Ο εκπαιδευτικός που έρχεται σε επαφή με τους γονείς εμπλέκεται στις δυσκολίες αυτών των οικογενειών και καλείται να συνεργαστεί με τους γονείς του μαθητή προκειμένου να εξασφαλίσει τις καλύτερες συνθήκες για την αποτελεσματική εκπαίδευση, αυτόνομη διαβίωση και ένταξη του. Στην εφηβεία, οι εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών με αυτισμό είναι σύνθετες και αυξημένες. Αυτή η κατάσταση οδηγεί τους γονείς στην συνειδητοποίηση της μονιμότητας της αναπηρίας. Οι γονείς έχουν πια επίγνωση ότι η εξάρτηση του παιδιού τους από αυτούς θα είναι μακροχρόνια. Σε κάθε στάδιο, η συνεργασία και η συμπόρευση των γονέων και των εκπαιδευτικών έχει πολλαπλά οφέλη και για τις δύο πλευρές. Από την μια, μπορεί να αμβλύνει αρκετά από τα προβλήματα της οικογένειας και να μμειώσει

το άγχος των γονέων και από την άλλη μπορεί να κάνει πιο αποτελεσματική την παιδαγωγική προσέγγιση που ακολουθείται.

### **3.1.3 Πεδία συνεργασίας του εκπαιδευτικού με τους γονείς**

A) Αξιολόγηση. Η συμμετοχή των γονέων στην εκπαιδευτική αξιολόγηση του μαθητή με αυτισμό μπορεί να εμπλουτίσει τις πληροφορίες που συλλέγει ο εκπαιδευτικός για τις ικανότητες και τις εκπαιδευτικές ανάγκες του μαθητή στον τομέα της επικοινωνίας, των κοινωνικών δεξιοτήτων και της αυτοεξυπηρέτησης. Η συγκέντρωση αυτών των στοιχείων θα βοηθήσει τον εκπαιδευτικό να ιεραρχήσει τους διδακτικούς στόχους και να σχεδιάσει τη σύνδεση του εκπαιδευτικού προγράμματος του σχολείου με το σπίτι. Για τον σκοπό αυτό, ο εκπαιδευτικός καλεί τους γονείς σε ατομική συνάντηση στο χώρο του σχολείου. Σε αυτές τις συναντήσεις, η στάση του εκπαιδευτικού πρέπει να είναι ιδιαίτερα διακριτική και να δημιουργεί ένα θετικό κλίμα για τους γονείς. Η πρώτη συνάντηση του εκπαιδευτικού με τους γονείς έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί θα επηρεάσει την εξέλιξη αυτής της συνεργασίας.

B) Σχεδιασμός του εκπαιδευτικού προγράμματος. Ο σχεδιασμός του εκπαιδευτικού προγράμματος δεν πρέπει να αποκλείει τη συμμετοχή των απελπισίας. Οι γονείς κατά τα πρώτα στάδια και μετά γονέων σε αυτό, αφενός μεν γιατί θα δίνουν πληροφόρηση για τα χαρακτηριστικά του μαθητή (καθημερινότητα, στερεοτυπίες, ενδιαφέροντα, ρουτίνες, φαρμακευτική υποστήριξη, κ.ά.) και τις αλλαγές που παρατηρούν, και αφετέρου γιατί είναι απαραίτητο και οι ίδιοι να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους και αρκετές καθημερινές συνήθειες τους προκειμένου να επιτύχει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Οι γονείς καλούνται να προσαρμόσουν πολλές πλευρές της ζωής τους και συχνά να αναδιαμορφώσουν το περιβάλλον του σπιτιού έτσι ώστε να γίνει προβλέψιμο για το μαθητή.

Γ) Υλοποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος. Είναι σημαντική αρχή οι γονείς να συμμετέχουν αλλά και να δέχονται εκπαιδευτική υποστήριξη κυρίως στα πρώτα στάδια της παρέμβασης αλλά και σε όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσης του μαθητή. Η συμμετοχή των γονέων στο πρόγραμμα εκπαίδευσης μπορεί να τους βοηθήσει να χειριστούν το άγχος τους, να αισθάνονται λιγότερη σύγχυση και ταυτόχρονα να συνεργαστούν συστηματικά με τους εκπαιδευτικούς, έτσι ώστε οι προτεινόμενες εκπαιδευτικές δραστηριότητες να εφαρμόζονται και στο σπίτι στο μέτρο των δυνατοτήτων τους. φές ανάλογα με την δυνατότητα παρακολούθησης και συμμετοχής των γονέων στην εκπαίδευση του παιδιού τους. Ο εκπαιδευτικός επιλέγει

τις μορφές συνεργασίας που ταιριάζουν καλύτερα στις δυνατότητες και ανάγκες της οικογένειας. Αναλυτικότερα, οι τρόποι συνεργασίας του εκπαιδευτικού με τους γονείς είναι:

### **3.1.4 Οι συναντήσεις.**

Οι επαφές του εκπαιδευτικού με τους γονείς μπορεί να είναι:

α. Αρχικές συναντήσεις, κατά τις οποίες ο εκπαιδευτικός συγκεντρώνει πληροφορίες για την συμπεριφορά του μαθητή στο σπίτι. Οι γονείς συνεισφέρουν με την πληροφόρηση για ό,τι αφορά στην συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι. Οι γονείς μαθαίνουν να καταγράφουν τι αρέσει και τι δυσραρεστεί το παιδί, τη συμπεριφορά, τις προβληματικές συμπεριφορές, τους στρεσογόνους παράγοντες και τις αιτίες της αναστάτωσης ή της σύγχυσης του παιδιού. Οι εκπαιδευτικοί αντίστοιχα δίνουν τις σχετικές πληροφορίες στους γονείς και φροντίζουν να παρουσιάσουν στους γονείς ενδεικτικές δραστηριότητες και τρόπους συνέχισης του προγράμματος προκειμένου να επιτευχθεί η γενίκευσή του. Μπορεί ακόμα να υπάρξει μία αρχική συνάντηση με όλους τους γονείς στην οποία ο εκπαιδευτικός θα αναλύσει το πρόγραμμα που θα ακολουθηθεί και τη μορφή συνεργασίας που θα έχει με τους γονείς. Μπορεί ακόμα να λύσει απορίες σε εκείνους τους γονείς που τα παιδιά τους εντάσσονται πρώτη φορά σε σχολικό πλαίσιο.

β. Τακτικές (μηνιαίες) συναντήσεις κατά τις οποίες οι γονείς ενημερώνονται για τη δομή, τους στόχους και τις μεθόδους υλοποίησης του εκπαιδευτικού προγράμματος για το παιδί τους. Για τον επαναπροσδιορισμό των στόχων, στις οποίες οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς ανταλλάσσουν πληροφορίες με σκοπό την τροποποίηση των στόχων. Η αμφίδρομη πληροφόρηση έχει σαν αποτέλεσμα την ολοκληρωμένη εικόνα του μαθητή σε διάφορα στάδια της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

Εκτιμήσεις συνεργασίας: Αυτές τις συναντήσεις μπορεί να τις προκαλέσει είτε ο γονέας είτε ο εκπαιδευτικός εξαιτίας κάποιου έκτακτου ή και Τρόποι συνεργασίας του εκπαιδευτικού με τους γονείς Η συνεργασία του εκπαιδευτικού με τους γονείς του μαθητή με αυτισμό μπορεί να έχει ποικίλες μορφές με στόχο την προσαρμογή της μεθόδου και τον επαναπροσδιορισμό στόχων όποτε αυτό είναι αναγκαίο.

Το τετράδιο επικοινωνίας εκπαιδευτικού με τους γονείς συνδέει το σπίτι και το σχολείο σε καθημερινή βάση καθώς αμφίδρομα μεταφέρονται πληροφορίες. Μπορεί να είναι ένα τετράδιο το οποίο να χρησιμοποιούν και οι δύο πλευρές ή και

δύο το τετράδιο του σπιτιού και το τετράδιο του σχολείου. Ο εκπαιδευτικός φροντίζει καθημερινά να γράφει στο τετράδιο τόσο για το πρόγραμμα που υλοποιήθηκε όσο και για ό,τι αξιοσημείωτο παρουσιάστηκε κατά τη διάρκεια της ημέρας, επίσης ενημερώνει το γονέα για την επιτυχία των εργασιών που έγιναν αλλά και για τις εργασίες που πρέπει να γίνουν στο σπίτι. Αντίστοιχα και οι γονείς ενημερώνουν το σχολείο για ό,τι συμβαίνει στο σπίτι σε σχέση με το πρόγραμμα του μαθητή, για την επιτυχία ή και τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν.

Ανάλογο είναι και το φύλλο «Αξιολόγησης» που συμπληρώνει καθημερινά ο εκπαιδευτικός μαζί με το μαθητή και αναφέρει σε ποιες δραστηριότητες εκείνης της ημέρας συμμετείχε ο μαθητής. Ομοίως, συμπληρώνεται από τους γονείς του παιδιού. Είναι μία μορφή επικοινωνίας εκπαιδευτικού-γονέων στην οποία εμπλέκεται και ο μαθητής. Η τηλεφωνική επαφή του εκπαιδευτικού με τους γονείς: μπορεί να είναι προγραμματισμένη – να επικοινωνεί ο εκπαιδευτικός με το γονέα – και έκτακτη από μέρους του γονέα αν συμβεί κάτι σημαντικό στο σπίτι που θεωρεί ότι πρέπει να το γνωρίζει ο εκπαιδευτικός.

Η παράδοση του εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος (σε αντίγραφο) στους γονείς, έτσι ώστε να προετοιμάζουν κατάλληλα το μαθητή για δραστηριότητες όπως η γυμναστική, το κολυμβητήριο, για επίσκεψη εκτός σχολείου όπου μπορεί να συμμετέχει και ο γονιός. Η αποστολή εργασιών του μαθητή στους γονείς του είναι μία διαδικασία που δίνει χαρά στους γονείς γιατί παρακολουθούν τα βήματα του παιδιού στο σχολείο και την προσπάθεια του. Η παράδοση στους γονείς μιας βιντεοταινίας ή φωτογραφιών που αφορούν το δικό τους παιδί. Μπορεί να προηγηθεί η προβολή της βιντεοταινίας στο σχολείο, την οποία θα παρακολουθήσουν οι γονείς μαζί με τον εκπαιδευτικό, σχολιάζοντας τη συμπεριφορά του μαθητή και επισημαίνοντας τυχόν λάθη ή αβλεψίες που πρέπει να διορθωθούν.

Η επιτυχημένη υλοποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από τη συμμετοχή και την υποστήριξη της οικογένειας σε αυτό. Οι γονείς πρέπει να προετοιμαστούν για την παροχή πληροφοριών, για τη συχνότητα συνεργασίας, να συνηθίσουν να αναζητούν αλλά και να δέχονται καθοδήγηση από τους εκπαιδευτικούς. Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να προσδιορίσει την συνεργασία με τους γονείς εστιάζοντας στα εξής σημεία:

- Αναδιάρθρωση του χώρου του σπιτιού σύμφωνα με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ώστε να εφαρμόζεται όσο είναι δυνατόν και στο σπίτι. Ειδικότερα, ο εκπαιδευτικός συζητά με τους γονείς για την τροποποίηση χώρων του σπιτιού (π.χ.

κουζίνα, μπάνιο, καθιστικό) ώστε το παιδί με αυτισμό να κατανοεί τη λειτουργία τους. Επιπλέον, τους βοηθά να δομήσουν τις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού στο σπίτι, ώστε το καθημερινή πρόγραμμα να είναι προβλέψιμο.

- Εύρεση τρόπου για την ενημέρωση του εκπαιδευτικού από τους γονείς για τη φαρμακευτική αγωγή που πιθανόν ακολουθεί το παιδί ή άλλα προβλήματα που το αφορούν.

Η εμπειρία και η γνώση των γονέων μπορούν να φανούν ως οι σημαντικότεροι αρωγοί στην επιτυχημένη εκπαίδευση των παιδιών με αυτισμό και η απουσία τους από το σχεδιασμό και την υλοποίηση όποιου προγράμματος εφαρμόζεται μπορεί να αποβεί παράγοντας αποτυχίας. Όταν γονείς και εκπαιδευτικοί αναζητούν μαζί τρόπους να βοηθήσουν το παιδί, ο ιδέ συν υ παιδιού με αυτισμό συνεχίζεται στο σπίτι του και με την οικογένειά του και γι' αυτό είναι απαραίτητο τα εκπαιδευτικά προγράμματα που υλοποιούνται να περιλαμβάνουν σε όλα τα στάδια τους γονείς των παιδιών με αυτισμό και αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την καλόπιστη και σταθερή συνεργασία εκπαιδευτικών και γονέων. καθένας σεβόμενος την εμπειρία του άλλου, μπορούν να αναπτύξουν νέες ες που μπορεί να μην είχαν αναπτυχθεί χωρίς αυτού του είδους τη εργασία (Newson, 1985' Christie, 1985).

### **3.2 Τα προγράμματα EARLY BIRD**

Το EarlyBird, για παιδιά κάτω των πέντε, και το EarlyBird Plus, για ηλικίες τεσσάρων ως οκτώ, είναι προγράμματα στήριξης για γονείς και φροντιστές, προσφέροντας συμβουλές και καθοδήγηση σχετικά με στρατηγικές για προσέγγιση και διαχείριση παιδιών με αυτισμό. Και τα δύο προγράμματα βοηθούν στην κατανόηση του αυτισμού, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης για ενθάρρυνση της επικοινωνίας, την αλληλεπίδραση καθώς και την ανάλυση και διαχείριση συμπεριφορών. Το EarlyBird Healthy Minds είναι ένα πρόγραμμα έξι συνεδριών για την στήριξη γονέων, για την προώθηση της καλής ψυχικής υγείας των παιδιών με αυτισμό. Το κέντρο NAS EarlyBird έχει έδρα στο Νότιο Γιόρκσαιρ και με προσωπικό τοπικής αυτοδιοίκησης πραγματοποιεί προγράμματα σε πολλές περιοχές του Ηνωμένου Βασιλείου καθώς και στο εξωτερικό.

#### **3.2.1 EarlyBird**

Το πρόγραμμα αυτό έχει ως στόχο την στήριξη των γονέων στην περίοδο μεταξύ την διάγνωσης και της σχολικής ένταξης, βοηθώντας τους να διευκολύνουν την κοινωνικοποίηση του παιδιού τους και να ενισχύσουν τις σωστές συμπεριφορές στο φυσικό τους περιβάλλον. Προετοιμάζει επίσης τους γονείς για της σωστή διαχείριση του παιδιού τους στα πρώτα του χρόνια, έτσι ώστε να αποφύγουν την ανάπτυξη μη επιθυμητών συμπεριφορών. Το πρόγραμμα βοηθάει στην κατανόηση της διαταραχής του παιδιού, επιτρέπει στον γονέα να εισέλθει στον κόσμο του παιδιού και να δημιουργήσει επαφή μαζί του, βρίσκοντας τρόπους να αναπτύξει την αλληλεπίδραση και την επικοινωνία, ενώ παράλληλα μαθαίνει πώς να αναλύει, να κατανοεί αλλά και να αποφεύγει προβληματικές συμπεριφορές που μπορεί να εμφανιστούν.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει:

- Την προσέγγιση NAS SPELL
- Τεχνικές από το πρόγραμμα TEACCH
- Picture Exchange Communication System (PECS).

Συνεργάζονται έξι οικογένειες την φορά. Δύο περιοχές δίνονται στην κάθε οικογένεια. Το πρόγραμμα διαρκεί τρεις μήνες και συνδυάζει τόσο ομαδικές συνεδρίες εξάσκησης, όσο και ατομικές επισκέψεις στο σπίτι, όπου δίνεται βιντεοσκοπημένο υλικό για βοήθεια των γονέων να εφαρμόσουν όσα μάθανε. Οι γονείς δεσμεύονται για μια συνεδρία εξάσκησης ή επίσκεψης στο σπίτι την εβδομάδα, διάρκειας δυόμισι ωρών, αλλά και σε συνεχή ενασχόληση με το παιδί στο σπίτι.

### **3.2.2 EarlyBird Plus**

Τα πρόγραμμα EarlyBird Plus απευθύνονται σε γονείς που έχουν λάβει καθυστερημένη διάγνωση για το παιδί τους, για διαταραχή αυτιστικού φάσματος, και βρίσκεται σε ηλικία μεταξύ τεσσάρων και εννέα ετών. Το πρόγραμμα καλύπτει τις ανάγκες τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο μέσω εκπαίδευσης των γονέων/φροντιστών μαζί με έναν επαγγελματία που δουλεύει με το παιδί συχνά, με στόχο την συνεχή στήριξη του παιδιού. Γίνεται προσπάθεια ενθάρρυνσης και προτροπής τόσο των γονέων όσο και των ειδικών για την από κοινού επίλυση των προβλημάτων. Υπάρχει και η δυνατότητα για τους γονείς να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα χωρίς την παρουσία κάποιου ειδικού. Το EarlyBird Plus χρησιμοποιεί τον ίδιο σκελετό με το EarlyBird, ενημερώνοντας για τον αυτισμού προτού ξεκινήσει η

ανάπτυξη επικοινωνίας και η διαχείριση συμπεριφορών. Το πρόγραμμα αποτελείται από οκτώ ομαδικές συνεδρίες και δύο επισκέψεις κατ' οίκον την εβδομάδα.

### **3.2.3 EarlyBird Healthy Minds**

Το πρόγραμμα EarlyBird Healthy Minds είναι ένα πρόγραμμα έξι συνεδριών, διάρκειας δύομιση ωρών, που έχει ως στόχο την στήριξη γονέων για την ενίσχυση και προώθηση την καλής ψυχικής υγείας παιδιών με αυτισμό (συμπεριλαμβανομένου και του συνδρόμου Asperger). Το πρόγραμμα αυτό στηρίζεται σε στοιχεία που έδειξαν ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών με αυτισμό που εμφανίζουν προβλήματα και κινδύνους ψυχικής υγείας κατά την εφηβεία αλλά και την ενήλικη ζωή τους και έχει ως στόχο την πρόληψη και ελαχιστοποίηση αυτού του κινδύνου. Στο πρόγραμμα παίρνουν μέρος δύο οικογένειες με τα παιδιά τους, σε συνεργασία με κάποιον ειδικό, υπεύθυνο για το παιδί. Οι ειδικοί εκπαιδεύονται και παίρνουν έγκριση από την Εθνική κοινότητα αυτιστικών του κέντρου EarlyBird.

Στόχος του προγράμματος είναι να βοηθήσουν του γονείς, τους φροντιστές και τους ειδικούς που δουλεύουν με το παιδί, να κατανοήσουν περισσότερο για τις διαταραχές ψυχικής υγείας που μπορεί να αντιμετωπίσει το παιδί με αυτισμό. Κατά την διάρκεια των έξι αυτών συνεδριών γίνεται προσπάθεια για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης του παιδιού, για την μείωση του άγχους και την ανάπτυξη αντοχής και υπομονής.

### **3.3 Developmental, Individual differences & Relation based program**

**(Πρόγραμμα αναπτυξιακών, ατομικών διαφορών και δημιουργίας σχέσεων)**  
(Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006). Engaging autism: The Floortime approach to helping children relate, communicate and think. Reading, MA: Perseus Books.)

Η προσέγγιση που βασίζεται στις αναπτυξιακές και ατομικές διαφορές κάθε παιδιού μαζί με την δημιουργία σχέσεων που ευνοούν την θεραπευτική διαδικασία (Developmental, Individual differences, & Relationship based- DIR) είναι μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που αναπτύχθηκε από τον Δρ. Stanley Greenspan και τη Serena Wieder το 2006. Η βασιζόμενη στις σχέσεις αυτή προσέγγιση εστιάζει στη χρήση μιας εντατικής και ολοκληρωμένης παρέμβασης που είναι εξατομικευμένη για να ταιριάζει με το επίπεδο του παιδιού στην ιεραρχία ανάπτυξης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Οι αναπτυξιακές εμπειρίες που βασίζονται στις σχέσεις, αναπτύσσουν δεξιότητες στις βασικές διαδικασίες της ταύτισης, της προσοχής, της επικοινωνίας και της σκέψης. Δυσκολίες στην ταύτιση και την επικοινωνία θεωρούνται δευτερεύουσες από τα ελλείμματα αισθητικής και κινητικής επεξεργασίας. Ο απώτερος στόχος της παρέμβασης είναι να βοηθήσει το παιδί να αναπτύξει αλληλεπίδραση και να σχηματίσει μια αίσθηση εαυτού ως άτομο κοινωνικό και με βούληση. Ενώ το μοντέλο DIR μας βοηθά να κατανοήσουμε και να προωθήσουμε τη θετική εξέλιξη όλων των παιδιών, το DIR και DIR Floortime χρησιμοποιούνται πιο συχνά σε παιδιά με μαθησιακές, κοινωνικο-συναισθηματικές, νοητικές ή/και αναπτυξιακές δυσκολίες. Το DIR Floortime έχει γίνει ευρέως γνωστό ως μια προσέγγιση για την στήριξη των παιδιών με διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ). Οι γονείς και οι κύριοι φροντιστές διδάσκονται συγκεκριμένες στρατηγικές που χρησιμοποιούνται κατά την διάρκεια οκτώ με δέκα συνεδριών (20-30 λεπτά η καθεμιά) την ημέρα του πατώματος, σε παιχνίδι με το παιδί. Η ώρα του πατώματος είναι μια σειρά αμοιβαίων αλληλεπιδράσεων που απευθύνονται στο παιδί, με αποτέλεσμα τους επικοινωνιακούς κύκλους.

Ο στόχος της «Floortime» είναι να στηρίζει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του παιδιού και του ενήλικα με βαθμιαία αύξηση της κυκλικής επικοινωνίας. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις γίνονται βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη του παιχνιδιού. Κατά τη διάρκεια της «Floortime» ο ενήλικος παίρνει μέρος στο παιδικό παιχνίδι για να αυξηθούν οι ευκαιρίες για ευχάριστη αλληλεπίδραση και εμπλοκή. Οι ενέργειες του παιδιού θεωρούνται εσκεμμένες και σκόπιμες. Ο ενήλικας ακολουθεί τις οδηγίες του παιδιού για να επικυρώσει την αίσθηση εαυτού του παιδιού. Τα αντικείμενα και οι δραστηριότητες που προτιμάει το παιδί χρησιμοποιούνται για να παρακινήσουν το παιδί και να το βοηθήσουν να υπομένει και να επιμένει. Οι υψηλότερου επιπέδου δεξιότητες και έννοιες διδάσκονται μέσα από το διαδραστικό παιχνίδι. Η floortime προβλέπει για την παροχή εμπειρίας ίσης με αυτήν των παιδιών με τυπική ανάπτυξη. Οι στόχοι του μοντέλου DIR είναι να δομηθούν υγιείς βάσεις για τις κοινωνικές, συναισθηματικές, και πνευματικές ικανότητες αντί να εστιάζει σε δεξιότητες και μεμονωμένες συμπεριφορές.

Το μοντέλο DIR είναι επίσης ένα πλαίσιο που βοηθά τους κλινικούς γιατρούς, τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς να κάνουν εκτεταμένες αξιολογήσεις και να αναπτύξουν προγράμματα εκπαίδευσης ή/και παρέμβασης, προσαρμοσμένα στις

μοναδικές δυσκολίες και δυνατότητες του κάθε παιδιού. (Greenspan & Wieder, 2006) το DIR floortime είναι η εφαρμογή του μοντέλου DIR στην πράξη.

Το αναπτυξιακό μέρος του μοντέλου περιγράφει τα δομικά στοιχεία του εν λόγω προγράμματος. Η κατανόηση του αναπτυξιακού σημείου είναι προϋπόθεση για τον σχεδιασμό ενός προγράμματος θεραπείας. Τα έξι αναπτυξιακά επίπεδα περιγράφουν τα αναπτυξιακά ορόσημα που κάθε παιδί πρέπει να έχει κατακτήσει για μια υγιή συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξη. Αυτό περιλαμβάνει την στήριξη των παιδιών να αναπτύξουν τις ικανότητες για να είναι και να παραμένουν ήρεμα και να προσαρμόζονται, εμπλέκονται και να ταυτίζονται με άλλους, να εμπλέκονται και να ανταποκρίνονται σε κάθε είδους επικοινωνίας, ξεκινώντας από χειρονομίες που έχουν συναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις, να συμμετέχουν σε επίλυση κοινών, κοινωνικών προβλημάτων και εκ προθέσεως συμπεριφορά που περιλαμβάνει συνεχή ροή των αλληλεπιδράσεων σε σειρά, να χρησιμοποιούν ιδέες για την κάλυψη αναγκών επικοινωνίας, και να σκέφτονται και να παίζουν δημιουργικά, και να χτίσουν γέφυρες μεταξύ ιδεών με λογικό τρόπο που οδηγούν σε υψηλότερου επιπέδου ικανότητες να σκέφτονται με πολύπλοκο και στοχαστικό τρόπο. Αυτές οι αναπτυξιακές ικανότητες είναι απαραίτητες για τις αυθόρμητες και ενσυναίσθητες σχέσεις, καθώς και την εκμάθηση των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων (Greenspan & Wieder, 1997).

Το κομμάτι των ατομικών διαφορών του μοντέλου περιγράφει τον μοναδικό βιολογικά, τρόπο που το κάθε παιδί δέχεται, προσαρμόζεται, ανταποκρίνεται και κατανοεί αισθήσεις όπως ο ήχος, η αφή, ο σχεδιασμός και η αλληλουχία των δράσεων και των ιδεών. Μερικά παιδιά για παράδειγμα παρουσιάζουν έντονη απόκριση σε αφή και ήχο, άλλα αποκρίνονται αργά, άλλα επιζητούν ενώ άλλα αποφεύγουν αυτές τις αισθήσεις. Ο όρος «Βιολογικές Προκλήσεις» περιγράφει τα διάφορα θέματα επεξεργασίας που συνθέτουν τις ατομικές διαφορές του παιδιού και ότι μπορεί να παρεμβαίνει με την ικανότητά του να αναπτυχθούν και να μάθουν. Το βασικό μέρος στις σχέσεις μέρος του μοντέλου, περιγράφει τις σχέσεις μάθησης με τους φροντιστές, τους εκπαιδευτικούς, θεραπευτές, τους συμμαθητές, και άλλους που προσαρμόζουν τις αλληλεπιδράσεις τους στις ατομικές διαφορές και τις αναπτυξιακές ικανότητες του κάθε παιδιού με τέτοιο τρόπο που να επιτρέπουν πρόοδο στην κατάκτηση των βασικών αρχών.

Οι κατευθυντήριες γραμμές για ένα ολοκληρωμένο DIR πρόγραμμα για παιδιά που έχουν σημαντικές δυσκολίες στην ταύτιση και επικοινωνία- συχνά

διαγνωσμένα με διαταραχή αυτιστικού φάσματος ή μια πολύ-συστημική αναπτυξιακή διαταραχή ξεκινούν με μια περιεκτική διαδικασία αξιολόγησης που προσπαθεί να κατανοήσει το πλήρες ατομικό προφίλ του παιδιού. Στόχος είναι η αξιολόγηση να εξετάσει το παιδί ως σύνολο και όλες τις επιμέρους ατομικές διαφορές του, χωρίς να μείνει απλά στα συμπτώματα και στη διάγνωση.

Το κύριο κομμάτι του προγράμματος DIR είναι το Floortime. Ωστόσο, δεν περιορίζεται μόνο σε αυτό. Εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, φυσικοθεραπεία, συμβουλευτική, στήριξη γονέων, μαθησιακή στήριξη και άλλες κατάλληλες θεραπείες πρέπει να χρησιμοποιηθούν ως μέρος του Προγράμματος DIR. Θα πρέπει να παρέχονται όλες οι θεραπείες με ένα συντονισμένο, διεπιστημονικό τρόπο βασισμένο στο πρόγραμμα DIR, έτσι ώστε να στηρίζει τη συνολική ανάπτυξη του ατόμου. Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση περιλαμβάνει πολλά στοιχεία, αλλά ο κύριος λίθος είναι το πρόγραμμα floortime. Για τα πιο σοβαρά και σημαντικά προβλήματα, έξι με δέκα συνεδρίες floortime των είκοσι ή τριάντα λεπτών καθημερινά θεωρούνται απαραίτητες. Η εφαρμογή αυτού του προγράμματος συχνά δείχνει την αποφασιστικότητα του κάθε γονέα, το πόσα μπορεί να κάνει και πόση βοήθεια χρειάζεται. Η βοήθεια μπορεί να περιλαμβάνει τα αδέρφια, άλλα μέλη της οικογένειας, έναν λογοθεραπευτή, εργοθεραπεία ή ειδική αγωγή, μαθητές γυμνασίου, γείτονες ή εθελοντές.

Τα άτομα που συνεργάζονται με το παιδί για το πρόγραμμα Floortime χρειάζονται μια φυσική ικανότητα να συνδέονται και να αλληλεπιδρούν, καθώς και την ικανότητα και την εμπειρία να κατανοήσουν απόλυτα τις οδηγίες που περιγράφονται πιο πάνω. Οι γονείς ή οι θεραπευτές συνήθως χρειάζεται να εκπαιδευθούν άλλους βοηθούς. Αυτό απαιτεί πολλές ώρες κάθε μέρα. Αν το παιδί ξοδεύει υπερβολικά μεγάλο μέρος της ημέρας του για να εμπλέκεται σε δραστηριότητες εγωκεντρικές, αυτοδιέγερσης ή μονομερούς επικοινωνίας, όπως το να βλέπει τηλεόραση, δεν θα έχει αρκετό χρόνο για να εξασκήσει και να κατακτήσει τις βασικές δεξιότητες. Η πρόοδος του παιδιού είναι γενικά ανάλογη με την ποσότητα της ενέργειας και του χρόνου που ξοδεύει αλληλεπιδρώντας, φωνάζοντας και παίζοντας με κάποιον στα πλαίσια του προγράμματος floortime. Καθώς το παιδί επικοινωνεί περισσότερο λεκτικά και είναι ικανό να φτιάξει γέφυρες μεταξύ ιδεών, είναι σημαντικό να προστεθούν συζητήσεις επίλυσης προβλημάτων βασισμένων στην πραγματικότητα, σε καθημερινή βάση. Τέτοιου είδους διάλογος μπορεί να είναι σχετικά με το σχολείο, με τους φίλους, το αγαπημένο φαγητό ή τα παιχνίδια. Το παιδί

επίσης χρειάζεται βοήθεια στην πρόβλεψη προκλήσεων που μπορεί να προκύψουν αργότερα στην κάθε μέρα.

Καθώς το παιδί γίνεται πιο λογικό, θα πρέπει να γίνονται τμήματα της καθημερινής ρουτίνας του τα παρακάτω έξι βήματα: το floortime, η ώρα επίλυσης προβλημάτων, η ενσυναίσθηση της οπτικής του παιδιού, η ανάλυση των προκλήσεων σε επιμέρους κομμάτια, την οριοθέτηση καθώς και οι επιπλέον ώρες floortime όταν υπάρχει η ανάγκη για επιπλέον όρια. Μόλις είναι ικανό για μεγάλες διαδραστικές ακολουθίες και για συμβολικό παιχνίδι ή για σκόπιμη χρήση λέξεων, είναι σημαντικό για ένα παιδί να έχει πολλές ευκαιρίες για να εξασκήσει τις ικανότητές του, όχι μόνο με ενήλικες, αλλά και με συμμαθητές. Τα παιδιά μπορούν να επωφεληθούν από τρεις με τέσσερις ημέρες παιχνιδιού με άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας (με 1-2 χρόνια απόκλιση), εφόσον ο «συμπαίκτης» έχει επικοινωνιακό επίπεδο ίσο ή καλύτερο του παιδιού. Το αρχικό παιχνίδι συμμαθητών, συχνά υπό την επίβλεψη γονέα ή άλλου ενήλικα, επιτρέπει στα παιδιά να εξασκήσουν τη νέα τους ικανότητα και να συνηθίσουν στην αλληλεπίδραση με άλλα παιδιά. Το να συμμετέχουν σε μια ευχάριστη σχέση με συμμαθητές-συνομηλίκους, θα βοηθήσει αργότερα τα παιδιά να προσαρμόσουν και να αναπτύξουν ακόμα περισσότερο τις δεξιότητες αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας. Τα αδέρφια μπορούν επίσης να πάρουν μέρος στο πρόγραμμα που εφαρμόζεται στο σπίτι. Για παράδειγμα, αν ένα παιδί τριών ετών με ειδικές ανάγκες δεν μιλάει και ο αδερφός του που είναι πέντε ετών κάνει πολύπλοκο συμβολικό παιχνίδι και μιλάει ακατάπαυστα, οι γονείς μπορεί να χρειαστεί να πάρουν μέρος μαζί με το παιδί που δεν μιλάει και να το βοηθήσουν να μετακινήσει το φορητό ή την κούκλα ή να κρυφτούν μαζί του όταν παίζει κρυφτό.

Σε συνδυασμό με το floortime για το σπίτι και το παιχνίδι συνομηλίκων, άλλος ένας βασικός λίθος για ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα είναι η ομάδα των θεραπειών που ασχολούνται με τα διαφορετικά συστατικά μέρη του μυαλού του παιδιού που συμβάλλουν στις δυσκολίες του. Το ιδανικό πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει συνεδρίες άμεσης λογοθεραπείας, διάρκειας μισής με μίας ώρας, για τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα. Μπορεί να χρειαστεί ένας εργοθεραπευτής, εκπαιδευμένος σε αισθητηριακή ενσωμάτωση για να δουλέψει την αισθητηριακή διαμόρφωση, επεξεργασία και τον κινητικό σχεδιασμό σε συνεδρίες διάρκειας μιας ώρας, για τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα. Παιδιά με σημαντικά κινητικά προβλήματα μπορεί να χρειαστεί να δουλέψουν με φυσιοθεραπευτή δύο ή περισσότερες φορές την εβδομάδα. Εντωμεταξύ οι γονείς θα

πρέπει να ενσωματώσουν την γλώσσα, την αισθητηριακή διαμόρφωση, επεξεργασία και τον κινητικό σχεδιασμό στις αυθόρμητες floortimes.

#### **4. ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Προς το τέλος του 20<sup>ου</sup> αιώνα πληροφορίες σχετικά με τις φωνολογικές διαταραχές έγιναν διαθέσιμες παγκόσμια μέσα από το διαδίκτυο. Η δημιουργική χρήση της πληροφορικής από ειδικούς και καταναλωτές έχει επιταχύνει την διαμοίραση πληροφοριών προς τους γονείς σχετικά με την εφαρμογή της θεραπείας φωνολογικών διαταραχών. Ως αποτέλεσμα, πρωτόκολλα παρέμβασης και στρατηγικές διαχείρισης που βρισκότουσαν μόνο σε επιστημονικές εκδόσεις και ειδικά εργαστήρια βρίσκονται πλέον στην διάθεση των γονέων οδηγώντας τους στην απαίτηση για διεπιστημονική προσέγγιση και ενεργό ρόλο της οικογένειας στην θεραπευτική διαδικασία. Συγχρόνως, όλο και περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις καθορίζουν τον ρόλο των γονέων ως κεντρικό, ιδιαίτερα σε καθημερινά, φυσικά πλαίσια (Camarata and Nelson, 1992; Camarata, 1993).

##### **Ορισμός φωνολογίας**

Η φωνολογία είναι ο κλάδος της γραμματικής που ασχολείται με τους φθόγγους (ήχους) οι οποίοι χρησιμοποιούνται συστηματικά στις φυσικές γλώσσες για την κοινοποίηση σημασιών. Μ' άλλα λόγια, η φωνολογία μελετά τη φωνολογική ικανότητα που ένας ομιλητής εμφανίζει στη μητρική του γλώσσα. Δηλαδή το σύστημα εκείνο που αναπτύσσεται στα πρώτα έτη της ζωής του ανθρώπου και στα πλαίσια του οποίου καθορίζεται η διαφορά μεταξύ των φθόγγων που διακρίνουν σημασίες και μη σημασίες. (Ράλλη & Nespor, 1996). Τα παιδιά στην αρχή μπορεί να μην συνειδητοποιούν ότι, για παράδειγμα, υπάρχει διαφορά μεταξύ των συμφώνων στην αρχή λέξεων, όπως λίγος και ρίγος. Αργότερα, συνειδητοποιούν ότι αυτές οι λέξεις αρχίζουν με διαφορετικούς φθόγγους. Τελικά, μαθαίνουν να ξεχωρίζουν όλους του φθόγγους που μπορούν να αλλάξουν το νόημα των λέξεων (Ladefoged, 2006).

##### **Ορισμός Φωνολογικής Διαταραχής**

Μία φωνολογική διαταραχή μπορεί να οριστεί ως ένα σημαντικό έλλειμμα στην παραγωγή ομιλίας, στην αντίληψη ομιλίας ή στην οργάνωση της φωνολογίας,

συγκριτικά με τους συνομηλικούς ενός παιδιού. Η διαφορά μπορεί, αρχικά, να γίνει αντιληπτή από έναν γονέα, από άλλους φροντιστές, από έναν εκπαιδευτικό, από συνομηλικούς του ή άλλα σημαντικά άτομα στην ζωή του παιδιού (N.B. Anderson, 2010). Ένας λογοπαθολόγος επιβεβαιώνει τη διαταραχή με σταθμισμένες και μη σταθμισμένες μεθόδους αξιολόγησης. Η πηγή των κανονιστικών δεδομένων είναι ένας σημαντικός παράγοντας. Όταν λαμβάνεται ως κριτήριο σύγκρισης οι γλωσσική ανάπτυξη των συνομηλικών, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα χαρακτηριστικά του γλωσσικού περιβάλλοντος του παιδιού (π.χ. διάλεκτο) και πρέπει να αναγνωρίζονται τα θέματα, τα οποία αντιμετωπίζουν τα δίγλωσσα παιδιά τόσο στην πρώτη όσο και στην δεύτερη γλώσσα τους.

Ένας δεύτερος παράγοντας για τον προσδιορισμό μιας φωνολογικής διαταραχής είναι ο ορισμός του τι αποτελεί ένα «σημαντικό έλλειμμα». Τα κριτήρια για να γίνει αυτός ο προσδιορισμός ποικίλουν από μια υποκειμενική κρίση, ότι το παιδί μπορεί να κινδυνεύει κοινωνικά ή εκπαιδευτικά, έως τεκμηριωμένες κρίσεις, ότι οι ομιλητικές ικανότητες του παιδιού δεν είναι συγκρίσιμες με αυτές των συνομηλικών του. Ακόμα και οι πιο ήπιες διαταραχές μπορεί να παρεμποδίζουν την επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση, επειδή ο ακροατής εστιάζει στο πως λέγεται κάτι, παρά στο μήνυμα. Οι ακροατές μπορεί να μην είναι ικανοί να κατανοούν το παιδί ή μπορεί να κρίνουν την ομιλία του παιδιού ως ελλιπή ή ανώριμη (N.B. Anderson, 2010).

Τα παιδιά με φωνολογικές διαταραχές διαφέρουν στη φύση και στον βαθμό της διαταραχής τους. Ποικίλουν στη σοβαρότητα της διαταραχής, με ορισμένα παιδιά να εμφανίζουν ένα μικρό αριθμό λαθών και άλλα παιδιά να παράγουν μόνο μέρη λέξεων.

Η κλίμακα σοβαρότητας μπορεί επίσης να περιγραφεί, ανάλογα με την ευκολία ή τη δυσκολία, με την οποία μπορούν οι ακροατές να κατανοήσουν όσα λέει το παιδί. Αυτό ονομάζεται καταληπτότητα. Η καταληπτότητα είναι μια σημαντική λειτουργική μέτρηση, επειδή ο στόχος της ομιλίας είναι η επικοινωνία.

Μπορούμε, επίσης, να περιγράψουμε τις διαταραχές όσον αφορά το αίτιο ή την αιτιολογία του. Οι λογοπαθολόγοι διακρίνουν μεταξύ διαταραχών, οι οποίες έχουν ένα προσδιορισμένο φυσικό αίτιο κι αυτές, που δεν έχουν ένα προσδιορισμένο φυσικό αίτιο. Ονομάζονται, αντίστοιχα, οργανικές και λειτουργικές.

## **Τα φωνολογικά λάθη.**

Υπάρχει πλατιά συναίνεση ως προς το ότι η παραγωγή του παιδιού δεν είναι τυχαία αλλά διαφέρει με συστηματικούς και συγκεκριμένους τρόπους από την παραγωγή των ενηλίκων. Μια τέτοια διαφοροποίηση συνεπάγεται ότι η παραγωγή δεν καθορίζεται μόνο από την ομιλία που ακούει το παιδί αλλά και από μια εσωτερικά προερχόμενη απόπειρα να επιλυθούν προβλήματα της φωνολογικής παραγωγής. (Κατή, 2009). Σύμφωνα με την Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης, του Πανελληνίου Συλλόγου Λογοπεδικών, 1995:

### α) Δομικές διαδικασίες απλοποίησης.

Οι δομικές διαδικασίες είναι οι στρατηγικές απλοποίησης της δομής μιας φωνητικής ακολουθίας (συλλαβής, λέξης, πρότασης). Οι διαδικασίες αυτές αφορούν είτε στη μείωση των διαφοροποιητικών χαρακτηριστικών που υπάρχουν είτε στην απλοποίηση της φωνοτακτικής δομής της ακολουθίας. ( Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 1995).

Αυτές είναι:

- Η πτώση συλλαβής. Το παιδί απλουστεύει τη δομή των πολυσυλλαβών λέξεων παραλείποντας μία ή και περισσότερες από τις μη τονιζόμενες συλλαβές. Οι συλλαβές που κατά κανόνα παραλείπονται είναι αυτές που βρίσκονται πριν από την τονισμένη συλλαβή
- Ο αναδιπλασιασμός. Το παιδί επαναλαμβάνει ολόκληρη ή μέρος της τονισμένης συνήθως συλλαβής.
- Η πτώση φωνήματος ή συμπλέγματος συμφώνων. Το παιδί παραλείπει ένα φώνημα ή ένα σύμπλεγμα συμφώνων και απλοποιεί τη φωνοτακτική δομή της
- Η πτώση φωνήματος κλειστής συλλαβής. Το παιδί παραλείπει το τελικό σύμφωνο κλειστής συλλαβής, είτε αυτή βρίσκεται στο τέλος της λέξης με τα σύμφωνα /s/, και /η/ ή μέσα στη λέξη
- Η αρμονία συμφώνων. Το παιδί με αυτήν την διαδικασία προσπαθεί να «εναρμονίσει» τα φωνήματα μιας λέξης, μειώνοντας τα διαφοροποιητικά χαρακτηριστικά τους.

- Η μετάθεση είναι η διαδικασία με την οποία το παιδί κάνει αμοιβαία μετακίνηση δύο φωνημάτων ή συλλαβών μέσα στη λέξη. Παρατηρείται κυρίως στις πολυσύλλαβες λέξεις

#### β)Συστημικές διαδικασίες απλοποίησης.

Οι συστηματικές διαδικασίες είναι οι διαδικασίες απλοποίησης των φωνημικών αντιθέσεων. Περιγράφουν την πορεία οργάνωσης των φωνημικών αντιθέσεων, οι οποίες πραγματοποιούνται μέσα στα πλαίσια μιας ομάδας φωνημάτων με κοινά διαφοροποιητικά .( Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 1995)

- Η εμπροσθοποίηση. Το παιδί αντικαθιστά τα οπίσθια φωνήματα με πρόσθια
- Η οπισθοποίηση. Είναι η αντίθετη διαδικασία. Το παιδί αντικαθιστά τα πρόσθια φωνήματα με οπίσθια
- Η στιγμικοποίηση. Το παιδί χρησιμοποιεί στη θέση των συνεχών ή των προστριβόμενων φωνημάτων τα ομοοργανικά στιγμιαία ή κάποιο άλλο στιγμιαίο με γειτονική θέση.
- Η ηχηροποίηση. Το παιδί αντικαθιστά ένα άηχο φώνημα με το ηχηρό που έχει τον ίδιο τρόπο και τον ίδιο τόπο άρθρωσης
- Η αηχοποίηση. Η αντίστροφη διαδικασία. Το παιδί αντικαθιστά ένα ηχηρό φώνημα με το άηχο που έχει τον ίδιο τρόπο και τον ίδιο τόπο άρθρωσης
- Χειλικοποίηση. Το παιδί υιοθετεί μια πιο πρόσθια θέση, /θ/ - /f/. /δ/-/v/
- Φατνικοποίηση. Το παιδί υιοθετεί μια πιο οπίσθια θέση

#### γ)Άλλες διαδικασίες απλοποίησης.

Κατά την πορεία οργάνωσης του φωνολογικού συστήματος ορισμένα παιδιά χρησιμοποιούν κάποιες συστηματικές και δομικές στρατηγικές απλοποίησης, λιγότερο κοινές ή κάποιες ιδιοσυστατικές στρατηγικές. ( Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 1995)

#### **4.1 Parents and Children Together-PACT (Γονείς και παιδιά μαζί)**

Το Parents and Children Together (PACT) είναι μια εκλεκτική φωνολογική προσέγγιση της θεραπείας αναπτυξιακών φωνολογικών διαταραχών, σύμφωνα με την οποία οι γονείς έχουν ενεργητική συμμετοχή στην θεραπευτική διαδικασία. Συμπλέουσα με τις απαιτήσεις μιας θεραπείας ευρείας βάσης (Kamhi, 1992) το πρόγραμμα βασίζεται στο μοντέλο το οποίο συμπεριλαμβάνει: εκπαίδευση οικογένειας, μεταγλωσσικές ασκήσεις, παραδοσιακές τεχνικές φωνητικής παραγωγής, πολλαπλές υποδειγματικές τεχνικές (ελάχιστη αντίθεση, δραστηριότητες στοχευμένων ακουστικών ερεθισμάτων), καθήκοντα στο σπίτι τα οποία διαχειρίζονται οι γονείς και σημαντικοί άλλοι, συμπεριλαμβανομένων των δασκάλων.

##### **4.1.1 Εφαρμογή του PACT.**

Αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με την εφαρμογή του προγράμματος μπορούν να βρεθούν στις εργασίες των Bowen and Cupples, 1999a;1999b, δυο μελέτες περιπτώσεων (Bowen and Cupples, 1998; 1999b), και σε ένα βιβλίο για γονείς και δασκάλους (Bowen, 1998).

Αυτό το οποίο καθιστά αρεστό το PACT σε γονείς και θεραπευτές είναι ότι επικεντρώνεται στην συμμετοχή των γονέων, και των δασκάλων αν γίνεται, στην θεραπευτική διαδικασία (Bowen, 2000). Οι γονείς αναφέρουν ότι νοιώθουν ότι συμμετέχουν με ουσιαστικό τρόπο, χωρίς να περιορίζονται στην μεταφορά του παιδιού ή να περιμένουν στην αίθουσα αναμονής.

Όταν οι γονείς έχουν κάτι συγκεκριμένο να κάνουν, που κατανοούν την χρησιμότητά του, νιώθουν πιο χρήσιμοι, κάτι που έχει θετικές επιπτώσεις στην τριμερή σχέση παιδιού, γονέα και θεραπευτή.

##### **4.1.2 Τα 5 βασικά στοιχεία του PACT.**

1. Εκπαίδευση γονέων. Οι γονείς μαθαίνουν συγκεκριμένες τεχνικές όπως: να λειτουργούν ως πρότυπο, να αναδιατυπώνουν τα λεγόμενα του παιδιού, να ενθαρρύνουν την αυτοπαρακολούθηση και την αυτοδιόρθωση του παιδιού, να χρησιμοποιούν συγκεκριμένο έπαινο, να παρέχουν στοχευμένη ακουστική παραγωγή. Αυτά επιτυγχάνονται μέσα από συνδυασμό παρατήρησης και συμμετοχής στην αξιολόγηση και στην παρέμβαση, άμεση καθοδήγηση, ηλεκτρονικές παρουσιάσεις

στο κλινικό πλαίσιο, παιχνίδι ρόλων και συζήτηση (Bowen and Cupples, 1999a). Παρέχεται επίσης γραπτό υλικό μέσα από βιβλία (Bowen, 1998; Flynn and Lancaster, 1996), φυλλάδια και το διαδίκτυο. Ακόμα, χρησιμοποιείται ένα βιβλίο λόγου (βιβλίο ασκήσεων) για διευκόλυνση της επικοινωνίας θεραπευτή, οικογένειας, δασκάλων. Περιλαμβάνει γραπτές πληροφορίες για που αφορούν εξατομικευμένα το παιδί και μπορεί να περιέχουν: βραχυπρόθεσμους στόχους, καταγραφή προόδου, ασκήσεις για το σπίτι, αναπτυξιακές νόρμες και πληροφορίες σχετικά με την θεραπεία των φωνολογικών διαταραχών. Γονείς και δάσκαλοι επίσης μπορούν να γράφουν στο βιβλίο προόδους, σχόλια για την ευκολία ή δυσκολία εφαρμογής των καθηκόντων, αγαπημένες δραστηριότητες ή δικές του καινοτομίες και συχνά δίνουν σημαντική ανατροφοδότηση στον θεραπευτή που αλλιώς πιθανώς να μην είχε.

2. Μεταγλωσσική εκπαίδευση. Το παιδί, οι γονείς και ο θεραπευτής μιλούν και σκέφτονται για τους γλωσσικούς ήχους και πως οργανώνονται για να δώσουν νόημα. Παιχνίδια και δραστηριότητες, στο σπίτι ή στην συνεδρία, περιλαμβάνουν σύνδεση ήχων με εικόνες (το /s/ σημαίνει κάνε ησυχία), φωνηματική τμηματοποίηση για αντιστοίχιση έναρξης (Γιάννης ξεκινά με την /γ), ευαισθητοποίηση σε ομοιοκαταληξία και τα ηχητικά μοτίβα μεταξύ των λέξεων (π.χ., ελάχιστη αντίθεση), στοιχειώδη γνώση της έννοιας της «λέξης», κατανόηση της ιδέας των λέξεων «που βγάζουν νόημα», συνειδητοποίηση της χρήσης στρατηγικών της αναθεώρησης και της διόρθωσης, κρίση για την ορθότητα των καθηκόντων ορθότητας («ένα γατάκι είναι μια μικρή γάτα» έναντι «μικρή γάτα») και, παίζοντας με λεξιλογικές και γραμματικές καινοτομίες, χρησιμοποιώντας μορφοφωνολογικές δομές («αγόρι» αντί «αγόρια», «σκουπίζω» αντί «σκουπίζομαι»). Προτείνεται η αναλογία δραστηριοτήτων ομιλίας και αντίληψης να είναι 50:50.

3. Εκπαίδευση φωνητικής παραγωγής.

Ο θεραπευτής διδάσκει το παιδί πώς να κάνει τους ήχους στους οποίους δυσκολεύεται, και οι γονείς εργάζονται με το παιδί στο σπίτι με ασκήσεις αντίληψης και παραγωγής σε αναλογία 50:50.

4. Εκπαίδευση με πολλαπλά υποδείγματα.

Γονέας και θεραπευτής διαβάζουν στο παιδί λίστες με λέξεις και το παιδί μαθαίνει να κατατάσσει τις αντίστοιχες εικόνες τους, ανάλογα με τις ηχητικές τους ιδιότητες. Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν: «Δείξε μου αυτό που σου λέω». Το παιδί δείχνει τις εικόνες των λέξεων που του δίνονται από τον ενήλικα είτε σε τυχαία σειρά (π.χ κλειδί, σκυλί, μήλο, κουτάλι) είτε σε ομοιοκαταληξία (π.χ. μήλο, φύλλο, τρομπέτα,

κουβέρτα). «Βάλε μαζί τις λέξεις που μοιάζουν». Τρεις έως εννιά κάρτες παρουσιάζονται και το παιδί καλείται να βάλει αυτές που ομοιοκαταληκτούν δίπλα τους. «Πες την λέξη που ομοιοκαταληκτεί με αυτή που λέω». Ο ενήλικας λέει λέξεις με το φώνημα στόχο και το παιδί λέει ομοιοκαταληκτούσες λέξεις χωρίς το φώνημα στόχο. « Δώσε μου την λέξη που ομοιοκαταληκτεί με αυτή που λέω». Αντιθέτως, ο ενήλικας λέει μια λέξη χωρίς το φώνημα στόχο και το παιδί πρέπει να του δώσει μια που ομοιοκαταληκτεί και έχει το φώνημα στόχο. «Πες μου αυτή που θέλεις να σου πω». Το παιδί προσπαθεί να πει μια λέξη με το φώνημα στόχο και σε τυχόν λάθος παραγωγή ο ενήλικας δίνει την ορθή παραγωγή (π.χ αν το παιδί προσπαθήσει να πει «δέντρο» αλλά πει «βέντρο», ο ενήλικας θα του πει «δέντρο») ώστε να κατανοήσει την αποτυχία του επικοινωνιακού του μηνύματος και να προσπαθήσει να αναθεωρήσει την παραγωγή. Αυτή η δραστηριότητα δεν περιλαμβάνεται στις ασκήσεις για το σπίτι. «Εσύ θα είσαι ο δάσκαλος: πες μου αν λέω σωστά ή λάθος τις λέξεις». Ο ενήλικας λέει λέξεις με ομοιοκαταληξία ή τυχαία και το παιδί λέει αν ειπώθηκαν σωστά. «Λάθος προτάσεις». Όπως προηγουμένως αλλά σε επίπεδο πρότασης (π.χ Πήδηξε/πήζηξε στην πισίνα). «Λάθος παραγγελία». Παραλλαγή του προηγούμενου, ο ενήλικας λέει τι θέλει να φάει και το παιδί καθορίζει αν είναι λάθος παραγγελία (π.χ Πατάτες με κρέας/κέας). «Ταιριαστά και ανάκατα». Παρουσιάζονται στο παιδί τέσσερις λέξεις που αντιπροσωπεύουν ελάχιστη διακριτικότητα (π.χ κάστρο-άστρο, κλαίω-λέω), ανακατεύονται σε ένα κουτί και κάθε ένα που βγάζει πρέπει να το βάλει με το ζευγάρι του, όπως πριν. «Βρες την λέξη των δύο βημάτων». Το παιδί ξεχωρίζει τις λέξεις ανάλογα με το αν έχουν συμφωνικό σύμπλεγμα από άλλες με ελάχιστη διαφοροποίηση και απλή συμφωνική δομή (π.χ κλάμα-λάμα). «Πάνε τα δύο βήματα» το παιδί με τα δάχτυλα «περπατάει τα δύο σύμφωνα» σε αντίθεση με την απλή συμφωνική παραγωγή.

#### 5. Εργασίες για το σπίτι.

Οι γονείς εκτελούν κάποιες από τις παραπάνω δραστηριότητες με το παιδί, για 5 με 7 λεπτά, μια ή τρεις φορές την μέρα, όπως εκτιμήσει ο θεραπευτής. Οι εργασίες στο σπίτι ενσωματώνουν τις δραστηριότητες από την προηγούμενη θεραπευτική συνεδρία.

#### 4.1.3 Συνεδρίες αξιολόγησης.

Η συνεργατική φύση της συνεργασίας γονέων-θεραπευτή στο PACT ξεκινά από την αρχική συνάντηση και την αξιολόγηση. Βασικός παράγοντας της αρχικής αξιολόγησης είναι η χορήγηση ενός τεστ αξιολόγησης της φωνολογικής ανάπτυξης. Στην περίπτωση του PACT προτείνεται το Metaphon Resource Pack (Dean et al., 1990) καθώς, παρουσία των γονέων στην πρώτη αξιολόγηση, δίνεται περισσότερη έμφαση στις φωνολογικές διαδικασίες παρά στους ατομικούς ήχους. Στο τέλος της αξιολόγησης, συζητιέται το γενικό αποτέλεσμα και διαχειρίζονται οι άμεσες ερωτήσεις ή προβληματισμοί των γονέων. Σε αυτή την περίοδο χρησιμοποιείται ένα βιβλίο που απεικονίζει τις αναπτυξιακές νόρμες, ενώ στους γονείς δίνεται μια γραπτή έκθεση της γραμμής βάσης, ώστε να το μοιραστούν με τους δασκάλους και όποιους άλλους κατά την δική τους κρίση. Η έκθεση συμπεριλαμβάνει προτάσεις για παρέμβαση σε ένα γενικό περίγραμμα των τρόπων που μπορούν να συμμετέχουν, μαζί με παραδείγματα των διαδικασιών που θα χρησιμοποιούν. Οι εκθέσεις είναι γραμμένες σε απλή, κατανοητή γλώσσα και παραδίδεται εντός δεκαημέρου μαζί με υπόλοιπα έγγραφα.

#### **4.1.4 Συνεδρίες θεραπείας.**

Οι θεραπευτικές συνεδρίες διαρκούν περίπου 50 λεπτά. Μέσα σε αυτό το διάστημα, το παιδί περνά περίπου 30 με 40 λεπτά μόνο του με τον θεραπευτή. Ο ελάχιστος χρόνος συμμετοχής του γονέα στην συνεδρία είναι 10' με 20' πριν το τέλος της συνεδρίας ή 10' στην αρχή και 10' στο τέλος. Το μέγιστο χρονικό διάστημα ενεργής συμμετοχής του γονέα στην θεραπευτική τριάδα είναι το ήμισυ της θεραπευτικής συνεδρίας. Αυτά τα διαστήματα απαιτούν την συνεχή εμπλοκή με του γονιού με το παιδί, ώστε να παρουσιαστεί τι πως πρέπει να εκτελεστούν οι εργασίες στο σπίτι.

#### **Ομάδες συνεδριών και διαλλείματα.**

Η θεραπευτική διαδικασία περιέχει ομάδες συνεδριών και διαλλείματα. Η πρώτη ομάδα και το πρώτο διάλλειμα διαρκούν 10 εβδομάδες το καθένα, μετά από τα οποία οι ομάδες συνεδριών περιέχουν λιγότερες συνεδρίες, με το μεταξύ τους διάλλειμα να παραμένει σχεδόν το ίδιο. Στα διαλλείματα, ζητείται από τους γονείς να μην κάνουν καμιά επίσημη δραστηριότητα για οχτώ εβδομάδες. Δύο εβδομάδες πριν την επόμενη σειρά συνεδριών, προτείνεται να ξαναδιαβάσουν μερικές φορές το βιβλίο λόγου μαζί με τα παιδιά και να κάνουν τις συνεδρίες που φαίνεται να αρέσουν

πιο πολύ στο παιδί. Κατά την διάρκεια των διαλλειμάτων, επικεντρώνονται στο να αποτελούν πρότυπα σωστής εκφοράς, να ενισχύουν τις αναθεωρήσεις και διορθώσεις και περιοδικώς να κάνουν μεταγλωσσικές δραστηριότητες, όποτε εμφανίζονται ευκαιρίες.

#### **4.1.5 Καθήκοντα στο σπίτι.**

Οι γονείς στο PACT παίζουν σημαντικό ρόλο όσο αφορά την εκτέλεση καθηκόντων στο σπίτι, κατά την διάρκεια των θεραπειών, και την συνεχή διαχείριση κατά τα διαλλείματα από τις θεραπείες (Bowen and Cupples, 1999a). Τα καθήκοντα στο σπίτι ενσωματώνουν δραστηριότητες από τις προηγούμενες συνεδρίες και λαμβάνει την μορφή την οποία τα παιδιά αντιλαμβάνονται ως «παιχνίδια με ήχους» και για τους γονείς «παιχνίδια γλώσσας» (Crystal, 1996; Crystal, 1998). Οι γονείς εκτελούν τα καθήκοντα για το σπίτι σε περιόδους των πέντε έως επτά λεπτών, δύο ή τρεις φορές την μέρα, πέντε ή έξι φορές την εβδομάδα, με ενδιάμεσο κενό τουλάχιστον 10 λεπτά, και πάντα σε όσο πιο ήσυχο περιβάλλον γίνεται (όχι σε κινούμενο αυτοκίνητο ή με ανοιχτή την τηλεόραση). Οι γονείς γενικά καλούνται να διατηρούν αναλογία 50:50 μεταξύ καθηκόντων ακοής, ομιλίας και σκέψης. Τους προτείνεται να δίνουν περισσότερη βαρύτητα στα καθήκοντα ακοής και σκέψης. Πάνω απ'όλα τους ζητείται να κάνουν τα καθήκοντα συχνά, σύντομα, φυσικά και διασκεδαστικά. Τα καθήκοντα στο σπίτι βοηθούν στην ενίσχυση, γενίκευση και παγίωση των νεοαποκτηθέντων ικανοτήτων για το παιδί και την οικογένεια. Για το παιδί, η εξάσκηση το βοηθά να ενισχύσει και να γενικεύσει γνώσεις για την δική του φωνολογία, ενώ για τους γονείς επιτρέπει να βελτιώσουν τις συνθεραπευτικές τους δεξιότητες. Εφαρμογή των δραστηριοτήτων χωρίς τον θεραπευτή βοηθά τους ανεξάρτητους πειραματισμούς και την παραγωγική ανάπτυξη των θεραπευτικών ζητουμένων. Συνήθως, τον ρόλο επιτέλεσης των καθηκόντων των αναλαμβάνουν οι μητέρες (68,2%), ενώ σε μεμονωμένες περιπτώσεις και οι γιαγιάδες συμμετέχουν στην επίσημη διαδικασία. Απαραίτητο στοιχείο είναι η χρήση συμπεριφοριστικών μεθόδων ανταμοιβής, σύμφωνα με την παραίνεση του θεραπευτή (Bowen, 1998).

#### **4.1.6 Αποτελεσματικότητα θεραπείας.**

Ένα σημαντικό στοιχείο του PACT είναι ότι αποτελεί την πρώτη φωνολογική θεραπεία της οποίας η αποτελεσματικότητα έχει δοκιμαστεί σε ομάδες παιδιών που συμμετείχαν στην θεραπεία και σε άλλα που δεν συμμετείχαν (Bowen, 1996; Bowen

and Cupples, 1999a; 1999b). 14 παιδιά προσχολικής ηλικίας από 2;11 έως 4;9 ετών στην έναρξη της θεραπείας συμμετείχαν στην μελέτη αποτελεσματικότητας της θεραπείας (Bowen, 1996) η οποία περιελάμβανε διαμήκη σχεδιασμό αντίστοιχων ομάδων παιδιών που περιελάμβανε φάσεις αξιολόγησης, θεραπείας και επαναξιολόγησης.

Προσεκτικές παρατηρήσεις εφαρμογής του PACT και συζητήσεις με γονείς έχουν δείξει ότι η αυτοπεποίθησή τους ανεβαίνει καθώς αναλαμβάνουν δομικά ξεκάθαρους ρόλους και καινοτόμες προσεγγίσεις στην επιτέλεση των καθηκόντων. Μέσα σε λίγο διάστημα, οι περισσότεροι γονείς είναι σε θέση να προτείνουν νέες κατευθύνσεις στην θεραπεία, βασιζόμενοι σε κάτι που έγινε κατά την δουλειά στο σπίτι. Τα καθήκοντα στο σπίτι ευνοούν την προσωπική εξέλιξη, καθώς κάθε οικογένεια μπορεί να τα εξατομικεύσει σε κάποιο βαθμό, καθιστώντας τα σχετικά και ενδιαφέροντα για το παιδί. Καθώς τα καθήκοντα στο σπίτι είναι δυναμικά στοιχεία που έχουν την δυνατότητα να μεταλλάσσονται, σύντομα αποκτούν την «σφραγίδα» της οικογένειας (και την «υπογραφή» του θεραπευτή) επιτρέποντας στο θεραπευτή να τροποποιήσει δραστηριότητες ώστε να ταιριάζουν ατομικά σε ένα παιδί και στην οικογένειά του.

Στο στάδιο της επαναξιολόγησης, παιδιά που είχαν ακολουθήσει το PACT έδειξαν επιταχυνόμενη βελτίωση στα φωνολογικά τους μοτίβα, ενώ ανάλυση της διακύμανσης μεταξύ αρχικής και τελικής επίδοσης έδειξε ότι μόνο τα παιδιά που υποβλήθηκαν στην θεραπεία είχαν σημαντικά υψηλότερη πρόοδο. Από την άλλη, δεν παρατηρήθηκε τέτοια πρόοδος σε επίπεδο αντιληπτικού λεξιλογίου ή μέσου μήκους εκφωνήματος, κάτι που δείχνει την επικεντρωμένη επίπτωση της θεραπείας. Η αρχική σοβαρότητα της φωνολογικής διαταραχής ήταν ο μόνος παράγοντας πρόβλεψης για την συχνότητα και διάρκεια των θεραπειών που χρειαζόνταν ώστε η ομιλία τους να ενταχθεί στην τυπική ανάπτυξη.

Το PACT διαφέρει από άλλες μεθόδους στην έμφαση που δίνει στον ρόλο των γονέων στην θεραπεία, στον τρόπο που η θεραπευτική διαδικασία σχεδιάζεται σε ομάδες συνεδριών και διαλλείματα. Τέλος, διαφέρει στον όγκο και στον τύπο των τεχνικών πληροφοριών που μεταδίδονται και επεξηγούνται στους γονείς, σε επίπεδο που μπορούν να οριστούν ως συνθεραπευτές.

## 5. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ HANEN

Τα οικογενειακά προγράμματα του κέντρου Hanen για γονείς διενεργούνται από πιστοποιημένους λογοπαθολόγους οι οποίοι έχουν ακολουθήσει ειδική εκπαίδευση στο εργαστήριο του Hanen.

Μέσα από τη χρήση δραστηριοτήτων και ομαδικών συζητήσεων, μικρές ομάδες γονέων μαθαίνουν να δημιουργούν και να εκμεταλλεύονται καθημερινές ευκαιρίες για να βελτιώσουν τις ικανότητες επικοινωνίας των παιδιών τους. Όλα τα προγράμματα Hanen χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό από ομαδικές εκπαιδευτικές ενότητες (όπου μόνο οι γονείς και οι εξειδικευμένοι παθολόγοι είναι παρόντες) και ατομικές συνεδρίες με τους ειδικούς (στις οποίες συμμετέχει και το παιδί). Αυτή η διαδικασία παρέχει μια ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη εμπειρία μάθησης για κάθε οικογένεια που συμμετέχει στο πρόγραμμα.

Σε γονείς των οποίων το παιδί αντιμετωπίζει μια δυσκολία επικοινωνίας, τα εξειδικευμένα προγράμματα Hanen μπορούν να παρέχουν εργαλεία για να το βοηθήσουν, ώστε το παιδί να φτάσει την μεγαλύτερη δυνατή του επικοινωνία. Το Ίδρυμα Hanen έχει αναπτύξει προγράμματα για τους γονείς σε τρεις τομείς: καθυστέρηση ομιλίας, διαταραχή αυτιστικού φάσματος, και σύνδρομο Asperger.

Γενικές αρχές των παραπάνω προγραμμάτων είναι η τοποθέτηση της οικογένειας στο κέντρο της θεραπευτικής διαδικασίας, η νατουραλιστική προσέγγιση και η θετική και άμεση ανταπόκριση στις επικοινωνιακές προσπάθειες του παιδιού.

Βασικοί στόχοι της προσέγγισης Hanen είναι η πρόωμη παρέμβαση, η εκπαίδευση των γονέων και οι κοινωνική στήριξή τους. Η εκπαίδευση των γονέων στο θεωρητικό υπόβαθρο των διαταραχών επικοινωνίας περιλαμβάνει βασικά θεωρητικά στοιχεία, τα στάδια της γλωσσικής ανάπτυξης με παράλληλη αξιοποίηση της γνώσης και της εμπειρίας των γονέων. Σε αυτό το κομμάτι οι γονείς καλούνται να αναγνωρίσουν σε ποιο επικοινωνιακό στάδιο βρίσκεται το παιδί τους: στην ανακάλυψη (αντίδραση σε ερέθισμα χωρίς την εκφορά εφευρετικής επικοινωνίας), στην επικοινωνία (μηνύματα χωρίς την χρήση λέξεων), στην χρήση πρώτων λέξεων (μια λέξη ή μια χειρονομία/εικόνα) ή στον συνδυασμό (προτάσεις 2-3 λέξεων). Στο σχεδιασμό των συναντήσεων τηρούνται οι αρχές της εκπαίδευσης των ενηλίκων: αξιοποίηση της εμπειρίας και γνώσης των γονιών, ενεργητικές τεχνικές, εξατομίκευση των στόχων, ευκαιρίες για πρακτική και εξάσκηση των στρατηγικών στα πλαίσια της ομάδας, αλλά και στο σπίτι με το παιδί τους. Λαμβάνονται υπόψη οι προτιμώμενοι τρόποι μάθησης και γίνεται εξατομικευμένη προσέγγιση του τρόπου με

τον οποίο κάθε γονιός μαθαίνει καλύτερα (Watson, 1993 όπως αναφέρεται στο Μεράβογλου, Λαγάκου, 2016). Στην συνέχεια καθορίζουν το επικοινωνιακό στυλ του παιδιού με βάση την δεξιότητα του να ξεκινά και να ανταποκρίνεται σε αλληλεπιδράσεις: κοινωνικό στυλ (ξεκινά συχνά αλληλεπιδράσεις), απρόθυμο (σπάνια ξεκινάει, θέλει προετοιμασία, πιο εύκολο του είναι να αποκρίνεται), παθητικό (σπάνια ξεκινά ή ανταποκρίνεται σε αλληλεπιδράσεις), ιδιωτική ατζέντα [Own Agenda] (προτιμά να παίζει μόνο του). Σε επόμενο στάδιο οι γονείς αναλογίζονται τι ρόλο έχουν στην αλληλεπίδρασή τους με το παιδί: σκηνοθέτη (καθορίζει τα πάντα), αξιολογητή («Τι χρώμα είναι αυτό; Πόσες ρόδες έχει;»), διασκεδαστή (καθοδηγεί και μιλάει/παίζει ο ίδιος την περισσότερη ώρα), βοηθού (κάνει τα πάντα αντί του παιδιού), υποκινητή (γρήγορος ρυθμός ζωής), θεατή (σχολιασμός παιχνιδιού) ή συγχρονισμένου γονέα (δίνει ευκαιρίες για εκκίνηση αλληλεπίδρασης, απαντά άμεσα.

Στο πρακτικό μέρος οι γονείς εκπαιδεύονται στις ενεργητικές τεχνικές παρέμβασης. Μαθαίνουν να δίνουν στο παιδί ευκαιρίες να ζητήσει κάτι τοποθετώντας ένα αγαπημένο αντικείμενο κάπου που το παιδί δεν φτάνει, προσφέροντας λίγο από κάτι και περιμένοντας, δίνοντας μια επιλογή ή διακόπτοντας μια γνωστή επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα και περιμένοντας. Σε άλλες περιπτώσεις οι γονείς δίνουν ευκαιρίες στο παιδί να σχολιάσει κάτι αλλάζοντας μια γνωστή δραστηριότητα, κρύβοντας αντικείμενα σε σημεία που θα βρει το παιδί ή κάνοντας επίτηδες κάτι λάθος και περιμένοντας την αντίδραση του παιδιού. Οι γονείς μαθαίνουν να εφαρμόζουν στρατηγικές για την διευκόλυνση της επικοινωνίας στην προσχολική ηλικία, όταν η κλινική ατομική παρέμβαση είναι λιγότερο αποτελεσματική (Roberts & Kaiser, 2011 όπως αναφέρεται στο Μεράβογλου, Λαγάκου, 2016).

Οι γονείς αξιολογούνται στο πόσο επιτυχώς μπορούν να εναλλάσσουν την σειρά επικοινωνίας και να ακολουθούν το ενδιαφέρον, τον ρυθμό και το μήκος της επικοινωνίας του παιδιού τους.

### **5.1 IT TAKES TWO TO TALK (Χρειάζεται δύο για να συνομιλήσεις)**

Το πρόγραμμα It Takes Two to Talk (Manolson, 1992) είναι ειδικά σχεδιασμένο για γονείς παιδιών με καθυστέρηση ομιλίας (μέχρι 5 χρονών) στα οποία έχει αναγνωριστεί ότι έχουν μια καθυστέρηση ομιλίας. Σε μια μικρή, εξατομικευμένη

ομάδα, οι γονείς μαθαίνουν πρακτικές στρατηγικές για να βοηθήσουν τα παιδιά τους να βελτιώσουν την ομιλία τους με τρόπο φυσικό και μέσα από τις καθημερινές δραστηριότητες της μέρας τους.

Το πρόγραμμα It Takes Two to Talk διδάσκει, βήμα – βήμα, πως ο γονέας να γίνει ο πιο σημαντικός δάσκαλος ομιλίας του παιδιού του. Το πρόγραμμα δείχνει στους γονείς πώς να :

- Αναγνωρίζουν το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και το είδος της επικοινωνίας ώστε να γνωρίζει ποιο αναπτυξιακό βήμα θα ακολουθήσει
- Εντοπίζουν τι παρακινεί το παιδί στους να αλληλεπιδρά μαζί τους ώστε θα ξέρουν πως θα ξεκινήσουν οι συζητήσεις
- Προσαρμόσουν την καθημερινότητα για να βοηθήσουν το παιδί τους να μπει σε μια σειρά και να διατηρήσει την αλληλεπίδραση
- Ακολουθήσουν την τάση του παιδιού τους να χτίσει την αυτοπεποίθηση του και να το ενθαρρύνουν να επικοινωνεί
- Προσθέσουν την γλώσσα στις αλληλεπιδράσεις με το παιδί τους για να το βοηθήσουν να καταλάβει την γλώσσα και μετά να την χρησιμοποιήσει όταν είναι έτοιμο
- Ζωντανέψουν τον τρόπο που παίζει και να διαβάζουν βιβλία με το παιδί που θα το βοηθήσουν να μάθει την γλώσσα
- Αλλάξουν τον τρόπο που μιλάνε στο παιδί τους ώστε αυτό θα καταλαβαίνει και θα μαθαίνει νέες λέξεις

(Manolson, 1992)

### **5.1.2 Εξαρτήματα του προγράμματος**

- 6 – 8 εκπαιδευτικές συνεδρίες για τους γονείς σε μικρά, εξατομικευμένα τμήματα
- Ένας πιστοποιημένος λογοθεραπευτής που καθοδηγεί το πρόγραμμα
- Μια συνεδρία πριν το πρόγραμμα για τους γονείς και το παιδί με τον λογοθεραπευτή
- Τρεις ξεχωριστές επισκέψεις για τους γονείς και το παιδί με τον λογοθεραπευτή στην οποία βιντεοσκοπούνται οι γονείς ενώ θέτουν σε εφαρμογή στρατηγικές για να βοηθήσουν το παιδί σας να καταφέρει

συγκεκριμένους στόχους επικοινωνίας. Οι γονείς και ο εξειδικευμένος λογοπαθολόγος έπειτα παρακολουθούν την βιντεοσκοπημένη αλληλεπίδραση για να δουν τι βοηθάει το παιδί και τους γονείς και τι θα μπορέσουν να τροποποιήσουν ώστε να το βοηθήσουν περαιτέρω.

### **5.1.3 Εγχειρίδιο προγράμματος**

Το εγχειρίδιο *It Takes Two to Talk: A Practical Guide for Parents of Children with Language Delays* (Χρειάζεται δυο για να συνομιλήσεις: Ένας πρακτικός οδηγός για γονείς με παιδιά με γλωσσική καθυστέρηση) είναι ένας οδηγός που θα χρησιμοποιήσουν οι γονείς μέσα στο πρόγραμμα για να υποστηρίξει στην μάθηση. Αυτός ο οδηγός περιγράφει όλες τις στρατηγικές που καλύπτει το πρόγραμμα με πολύ πρακτικά παραδείγματα του τι θα πουν και τι θα κάνουν με το παιδί τους για να προωθήσουν τις γλωσσικές του ικανότητες.

Οι γονείς που αναμένουν να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα μπορούν να αγοράσουν τον οδηγό εκ των προτέρων για να δώσει στην εκμάθηση τους μια καλή αρχή και να κερδίσουν μερικές πρακτικές στρατηγικές που μπορούν να ξεκινήσουν να χρησιμοποιούν με το παιδί τους αμέσως.

### **5.1.4 Πλεονεκτήματα του It Takes Two to Talk.**

Το *It Takes Two to Talk* πρόγραμμα δείχνει την φυσιολογική, καθημερινή ζωή για να βοηθήσουν οι γονείς το παιδί να αναπτύξει τις γλωσσικές του ικανότητες. Οι γονείς έχουν την δυνατότητα να ανακαλύψουν απλά πράγματα που μπορούν να κάνουν παράλληλα με τις καθημερινές τους ασχολίες όπως η ώρα του γεύματος, η ώρα για παραμύθι, και η ώρα του μπάνιου για να δημιουργήσουν ευχάριστες ευκαιρίες εκμάθησης για το παιδί τους.

Το *It Takes Two to Talk* μετατρέπει την έρευνα από μια πρόωμη παρέμβαση στην γλώσσα σε ολοκληρωμένες στρατηγικές που είναι εύκολο για τους γονείς να καταλάβουν και να το κάνουν πράξη. Το πρόγραμμα προσφέρει στους γονείς πολλές ευκαιρίες να εξασκηθούν και να συζητήσουν κάθε στρατηγική που μαθαίνουν ώστε να τις χρησιμοποιήσουν με άνεση και αυτοπεποίθηση στο σπίτι.

Ακολουθεί ένα παράδειγμα από την στρατηγική του *It Takes Two to Talk* που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κάθε δραστηριότητα για να ενθαρρύνεται το παιδί να ξεκινήσει συζητήσεις :

**“OWL to Let Your Child Lead”** (κάνε την κουκουβάγια ώστε να ηγείται το παιδί σου)

**Observe** (παρατηρώ)

**Wait** (περιμένω)

**Listen** (ακούω)

Τα παιδιά μαθαίνουν την γλώσσα καλύτερα όταν τους επιτρέπεται να καθοδηγήσουν μια συζήτηση και να επικοινωνούν σχετικά με τα ενδιαφέροντα τους. Η στρατηγική της κουκουβάγιας βοηθάει τους γονείς να ακολουθήσουν την καθοδήγηση του παιδιού τους ώστε να είναι πιθανότερο να μείνει σε αλληλεπίδραση και να επωφεληθεί της πρακτικής και της ανατροφοδότησης που χρειάζεται για να χτίσει τις επικοινωνιακές του ικανότητες.

Το It Takes Two to Talk απαιτεί σημαντικό χρόνο δέσμευσης από τους γονείς προκειμένου να εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή εμπειρία εκμάθησης. Ολοκληρώνοντας ωστόσο το πρόγραμμα, οι στρατηγικές που μαθαίνονται θα γίνουν ένα φυσικό κομμάτι του τρόπου με τον οποίο αλληλεπιδρά ο γονέας με το παιδί χωρίς να καταλαβαίνει πως τις χρησιμοποιεί.

### **5.1.5 Ερευνητική τεκμηρίωση του It Takes Two to Talk.**

Το It Takes Two to Talk αναπτύχθηκε από λογοπαθολόγους και βασίστηκε σε εκτενή έρευνα. Το πρόγραμμα έχει αποδειχθεί μέσω κλινικής μελέτης ότι έχει θετικές επιρροές στην ανάπτυξη της επικοινωνίας για μικρά παιδιά.

Τρεις μελέτες έχουν διενεργηθεί με το πρόγραμμα It Takes Two to Talk. Και οι τρεις μελέτες περιελάμβαναν παιδιά προσχολικής ηλικίας (κάτω των 4 χρονών) και τις μητέρες τους, οι οποίες συμμετείχαν στο πρόγραμμα It Takes Two to Talk. Η συμπεριφορά αυτών των μητέρων και των παιδιών ήταν σε σύγκριση με τις ομάδες μητέρων και τα παιδιά που ήταν στην λίστα αναμονής για το πρόγραμμα It Takes Two to Talk (που αργότερα πήραν μέρος στο πρόγραμμα).

Σε δύο μελέτες (Girolametto, 1988, Tannock, Girolametto, & Siegel 1992) βρέθηκαν τα ακόλουθα αποτελέσματα για τις μητέρες και τα παιδιά που συμμετείχαν στο πρόγραμμα It Takes Two to Talk (σε αντίθεση με τις μητέρες και τα παιδιά που ήταν στην ομάδα ελέγχου, που δεν συμπεριλαμβάνονταν στο πρόγραμμα It Takes Two to Talk) :

- Οι μητέρες έδειχναν πιο συχνά ανταπόκριση
- Τα παιδιά ήταν πιο θετικά, ανταποκρίνονταν περισσότερο και ήταν ικανά να ακολουθήσουν την εναλλαγή σειράς (λεκτικά όσο και μη λεκτικά)
- Οι αλληλεπιδράσεις μητέρας – παιδιού ήταν πιο ισορροπημένες, συχνές και κρατούσαν μεγαλύτερο διάστημα
- Οι γονείς ανέφεραν ότι οι οικογενειακές σχέσεις βελτιώθηκαν

Αυτά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το πρόγραμμα «It Takes Two to Talk» καθιστά ικανούς μητέρες και παιδιά να συνδέονται και να επικοινωνούν καλύτερα, να παρέχουν στα παιδιά πολλές περισσότερες ευκαιρίες μέσα από καθημερινές αλληλεπιδράσεις και συζητήσεις.

Άλλη μελέτη (Girolametto, Pearce, & Weitzman, 1996) επικεντρώνεται στα παιδιά ηλικίας 23 – 33 μηνών, τα οποία έχουν καθυστέρηση ομιλίας. Τα παιδιά μπορούν να πουν πολύ λίγες μεμονωμένες λέξεις και στις περισσότερες δεν χρησιμοποιούν καθόλου φράσεις δύο λέξεων.

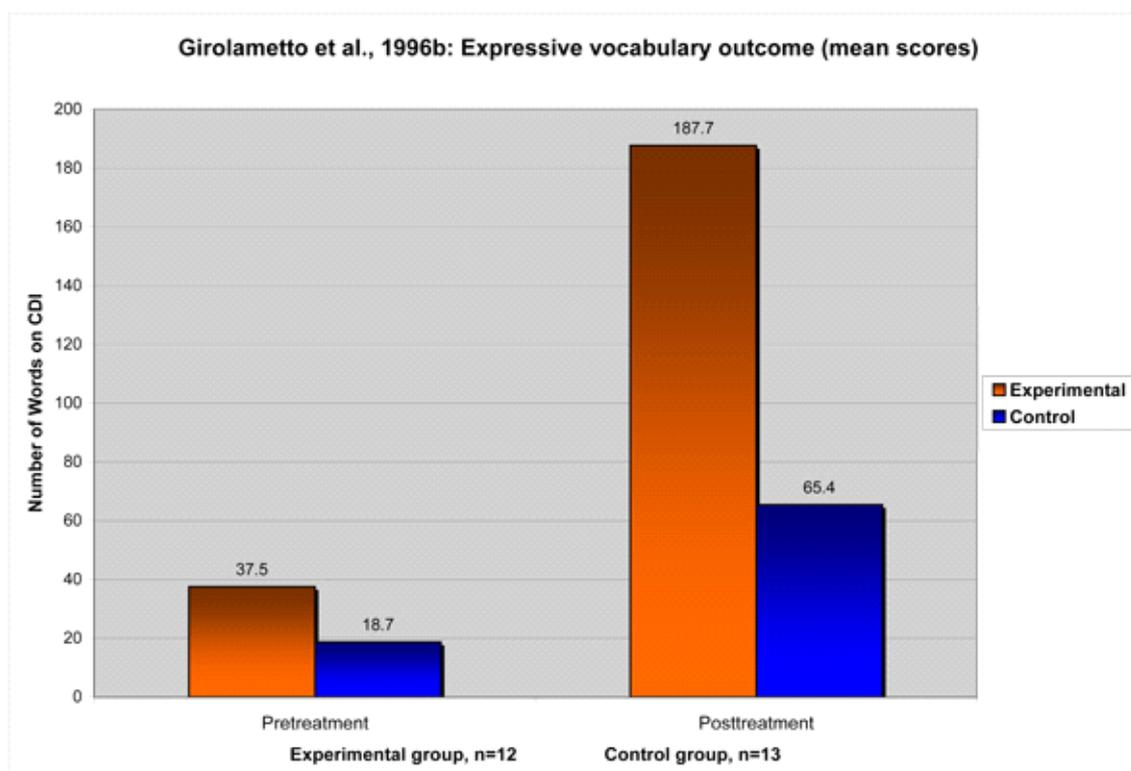
Σε σύγκριση με τις μητέρες και τα παιδιά στο γκρουπ ελέγχου που δε συμμετείχαν στο πρόγραμμα «It Takes Two To Talk» οι μητέρες και τα παιδιά που συμμετείχαν στο πρόγραμμα εμφάνισαν τις παρακάτω αλλαγές:

<b>Μητέρες</b>	<b>Παιδιά</b>
<p>Στο πρόγραμμα «It Takes Two To Talk»</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ήταν λιγότερο κατευθυντικές, περισσότερο ανταποκριτικές.</li> <li>• Χρησιμοποιούσαν πιο αργή, λιγότερο περίπλοκη γλώσσα κατά την επαφή τους με το παιδί</li> <li>• Χρησιμοποιούσαν πιο συχνά τις λέξεις – ‘στόχους’</li> </ul>	<p>Στο πρόγραμμα «It Takes Two To Talk»</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έδειξαν μεγαλύτερη ικανότητα στην αλληλεπίδραση και στο να παίρνουν σειρά</li> <li>• Είχαν ευρύτερο λεξιλόγιο</li> <li>• Εμφάνιζαν μεγαλύτερη ποικιλία λέξεων στο λεξιλόγιό τους</li> <li>• Χρησιμοποιούσαν προτάσεις με πολλές λέξεις</li> <li>• Χρησιμοποιούσαν τις λέξεις ‘στόχους’ σε διάφορα περιεχόμενα</li> <li>• Χρησιμοποιούσαν περισσότερους ήχους ομιλίας</li> </ul>

Το πρόγραμμα «It Takes Two To Talk» έδωσε ώθηση στη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών, διευκολύνοντάς τα να μάθουν ακόμη και λέξεις που δεν είχαν

ως 'στόχο' και να ξεκινήσουν να συνδυάζουν λέξεις και προτάσεις, με αποτέλεσμα να γίνονται κατανοητά πιά εύκολα.

Διάγραμμα του αριθμού λέξεων που τα παιδιά μπορούσαν να πουν πριν και μετά το πρόγραμμα «It Takes Two To Talk».



Το παραπάνω διάγραμμα δείχνει τη διαφορά του αριθμού των λέξεων που μπορούσαν να πουν τα παιδιά πριν το πρόγραμμα «It Takes Two To Talk», σε αντιδιαστολή με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου, που δε συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Ενώ τα παιδιά στο γκρουπ ελέγχου βελτιώθηκαν λίγο (πάντα αναμένουμε μια βελτίωση λόγω της ωριμότητας), τα παιδιά του «It Takes Two To Talk» προχώρησαν πολύ περισσότερο από όσο θα περίμενε κανείς από την ωριμότητα, πράγμα που συντείνει προς το συμπέρασμα πως το πρόγραμμα «It Takes Two To Talk» ήταν υπεύθυνο γι' αυτή τη βελτίωση.

### **5.1.6 Βασικές αρχές του προγράμματος It Takes Two to Talk.**

Το πρόγραμμα It Takes Two to Talk επικεντρώνεται στην οικογένεια, και στην διάρκειά του οι γονείς συμπεριλαμβάνονται στην παρέμβαση του παιδιού τους με τρόπους που ενδυναμώνουν την ικανότητα να βοηθούν το παιδί τους. Οι γονείς

μαθαίνουν τι να κάνουν για να βοηθήσουν το παιδί τους να μάθει και να αναπτυχθεί, και όσο νωρίτερα συμπεριληφθούν οι γονείς στην παρέμβαση του παιδιού τους, τόσο καλύτερο αποτέλεσμα θα έχει για το παιδί.

- Η θεραπεία είναι κάθε μέρα κομμάτι της οικογενειακής ζωής

Το πρόγραμμα It Takes Two to Talk χρησιμοποιεί καθημερινές ασχολίες και αλληλεπιδράσεις μέσα στην οικογενειακή ζωή. Όταν τα παιδιά μαθαίνουν να επικοινωνούν στο φυσικό τους περιβάλλον σε πραγματικές συνθήκες ζωής με αυτούς που τους φροντίζουν, παρακινούνται περισσότερο να επικοινωνήσουν και είναι περισσότερα ικανά να εφαρμόσουν τις ικανότητες που μόλις έμαθαν σε άλλες καταστάσεις.

- Μαθαίνοντας να επικοινωνείς μέσα από τις αλληλεπιδράσεις παιδιού – γονέων

Το πρόγραμμα It Takes Two to Talk είναι βασισμένο στην άποψη ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ ενήλικα και παιδιού είναι βασικός καταλύτης για την εκμάθηση γλώσσας στο παιδί.

Αυτή η θεωρία βασίζεται στην πεποίθηση ότι η εκμάθηση γλώσσας στα παιδιά ενθαρρύνεται όταν ο ενήλικας :

- Ανταποκρίνεται πολύ στις προσπάθειες επικοινωνίας του παιδιού, και
- Απλοποιεί και ρυθμίζει τι λέει στο παιδί έτσι ώστε το παιδί μπορεί να το καταλάβει και να μάθει από αυτό.

- Το να ανταποκρίνεσαι στο παιδί είναι το κλειδί

Το πρόγραμμα It Takes Two to Talk διδάσκει τους γονείς να ανταποκρίνονται στο παιδί τους. Το να ανταποκρίνεσαι σημαίνει :

- Να απαντάει γρήγορα (συνήθως σε 1 – 2 δευτερόλεπτα όταν το παιδί λέει ή κάνει κάτι)
- Να ανταποκρίνεται θετικά – με έναν τρόπο που να δείχνει στο παιδί ότι ο γονιός πραγματικά ενδιαφέρεται για το τι εκείνο λέει
- Να «κολλήσει» με το τι λέει το παιδί και να μην προσπαθεί να του τραβήξει το ενδιαφέρον σε κάτι άλλο (π.χ. αν το παιδί δείχνει στο γονιό πώς μπορεί να οδηγήσει το αυτοκινητάκι του στο πάτωμα της κουζίνας, ο γονιός μετά να μιλήσει σχετικά με το τι κάνει με το αυτοκινητάκι του, όχι με το χρώμα από το αυτοκινητάκι η σχετικά με κάποιο άλλο παιχνίδι )

Όταν οι γονείς ανταποκρίνονται με ευαισθησία στα παιδιά τους, τα παιδιά επιδεικνύουν :

- Μεγαλύτερη κατανόηση της γλώσσας σε έναν χρόνο
- Πιο προχωρημένη ανάπτυξη σε λόγο και λεξιλόγιο και μεγαλύτερη κατανόηση της γλώσσας στον δεύτερο και τρίτο χρόνο ζωής
- Μεγαλύτερη δεκτικότητα λεξιλογίου (κατανόηση λέξεων) στην ηλικία των 12

➤ Η ευκαιρία επαφής με άλλους γονείς.

Ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα του προγράμματος «Θέλει δύο για να μιλήσεις» είναι η ευκαιρία που προσφέρει να έρθετε σε επαφή με άλλους γονείς σε παρόμοιες καταστάσεις. Δίνεται η ευκαιρία στους γονείς να γνωρίσουν ανθρώπους που πραγματικά καταλαβαίνουν πώς νιώθουν και αποκτήσουν πολύτιμες γνώσεις ακούγοντας τις δικές τους εμπειρίες από την χρήση του «It takes two to talk» με το παιδί τους.

## 5.2 TARGET WORD (Λέξη Στόχος)

Target Word (Λέξη Στόχος)- Το πρόγραμμα Hanen για γονείς παιδιών που αργούν να μιλήσουν

Αυτό το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί ειδικά για ομάδες γονέων με παιδιά κάτω των 30 μηνών που χρησιμοποιούν λίγες λέξεις ή δεν χρησιμοποιούν κάποιους συνδυασμούς δύο λέξεων, σε ηλικία περίπου 24 μηνών. Αυτά τα παιδιά καταλαβαίνουν αυτά που ακούν, έχουν καλές ικανότητες παιχνιδιού και διατήρησης σειράς και δεν δυσκολεύονται να μάθουν καθημερινές δραστηριότητες. Όσον αφορά την χρήση λέξεων όμως το λεξιλόγιο τους είναι περιορισμένο.

Το πρόγραμμα αναγνωρίζει ως αργό ομιλητή ένα παιδί που πληροί τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- Έχει εκφραστικό λεξιλόγιο με λιγότερες από 24 λέξεις και βρίσκεται στην ηλικία των 18 με 20 μηνών
- Έχει εκφραστικό λεξιλόγιο με λιγότερο από 40 λέξεις και βρίσκεται στην ηλικία των 21 με 30 μηνών

- Έχει λεξιλόγιο έκφρασης που αποτελείται από λιγότερες από 100 λέξεις ενώ βρίσκεται στην ηλικία 24 με 30 μηνών
- Έχει σχετικά καλές δεξιότητες στις υπόλοιπες περιοχές ανάπτυξής του/της (μάθηση, παιχνίδι, κοινωνικότητα κ.α.) και
- Παρουσιάζει κάποιους παράγοντες κινδύνου, όπως περιορισμένη χρήση χειρονομιών, περιορισμένη χρήση διαφορετικών ήχων ομιλίας και έχει κάποιο μέλος της ευρύτερης οικογένειάς του που παρουσιάζει δυσκολίες στην ομιλία ή μαθησιακές δυσκολίες.

Σε γονείς παιδιών με καθυστέρηση ομιλίας το πρόγραμμα «Target Word» βοηθά με την εκμάθηση πρακτικών στρατηγικών που θα αυξήσουν την χρήση λέξεων του παιδιού και θα χτίσουν το λεξιλόγιο του κατά την διάρκεια καθημερινών δραστηριοτήτων που κάνουν μαζί.

Οι γονείς μαθαίνουν:

- Πώς να φτιάξουν ευκαιρίες μάθησης γλώσσας σε καθημερινές δραστηριότητες και ρουτίνες
- Τί να κάνουν όταν το παιδί τους προσπαθεί να επικοινωνήσει χωρίς την χρήση λέξεων που θα τον βοηθήσουν να κάνει το επόμενο βήμα
- Πώς να εντάξουν λέξεις στόχους σε καθημερινές ρουτίνες και στο παιχνίδι
- Πώς να μετατρέψουν την ώρα του παιχνιδιού σε χρόνο μάθησης της γλώσσας.

### 5.2.1 Παροχές Προγράμματος

Το πρόγραμμα «Target Word» για γονείς περιλαμβάνει:

- Μια προσωπική συνεδρία συμβουλευτικής των γονέων με έναν λογοθεραπευτή με πιστοποίηση Hanen, πριν την εκκίνηση του προγράμματος
- Πέντε ενημερωτικές συνεδρίες με μια μικρή ομάδα γονέων, με επικεφαλή έναν λογοθεραπευτή με πιστοποίηση Hanen
- Δύο ατομικά ραντεβού συμβουλευτικής των γονέων με τον λογοθεραπευτή ώστε να συζητήσουν συγκεκριμένους επικοινωνιακούς στόχους για το παιδί τους. Σε αυτές τις συνεδρίες οι γονείς θα βιντεοσκοπηθούν σε αλληλεπίδραση με το παιδί και θα τις παρακολουθήσουν μαζί με τον θεραπευτή για να βρουν ποιές μέθοδοι λειτουργούν και πως μπορούν να προσαρμόσουν τις αλληλεπιδράσεις με το παιδί για να μάθει ακόμη περισσότερα.

### 5.2.3 Υλικά Προγράμματος

Το εγχειρίδιο για γονείς του προγράμματος «Target Word» χρησιμοποιείται καθ'όλη τη διάρκεια του προγράμματος για να βοηθήσει τους γονείς να εντοπίζουν τις προσωπικές ανάγκες του παιδιού και να χρησιμοποιούν κάθε στρατηγική για να ανταποκριθούν ορθώς. Χρησιμοποιείται επίσης για παρακολούθηση της χρήσης της λέξης-στόχου από το παιδί, για οργάνωση και καταγραφή των δραστηριοτήτων στο σπίτι και να σημειώνονται οι αλλαγές που παρατηρούνται στο παιδί.

Σε συνδυασμό με το εγχειρίδιο για γονείς, το πρόγραμμα «Target Word» χρησιμοποιεί τον οδηγό του «It Takes Two To Talk» (βλ. προηγουμένως). Κατά την εξέλιξη του προγράμματος, ο γονέας μπορεί να ανατρέξει σε αυτό το βιβλίο για χρήσιμες συμβουλές ώστε να ενθαρρύνει το παιδί στην εκμάθηση της γλώσσας.

Γονείς που περιμένουν να συμμετάσχουν σε ένα πρόγραμμα μπορούν να προμηθευτούν τον οδηγό νωρίτερα για να δώσουν στην μάθηση ένα προβάδισμα και να αποκτήσουν κάποιες πρακτικές στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν με το παιδί τους άμεσα.

### 5.2.4 Πλεονεκτήματα Χρήσης του προγράμματος «Target Word»

Παρόλο που τα άτομα με καθυστέρηση ομιλία καταλαβαίνουν τι ακούνε, πιστεύεται πως έχουν δυσκολίες στην απομόνωση μιας λέξης από άλλες και αυτό δυσκολεύει την χρήση μεμονωμένων λέξεων. Το πρόγραμμα «Target Word» δείχνει στους γονείς πως να δημιουργούν ευκαιρίες για το παιδί τους να στείλουν ένα μήνυμα και να τονίσουν συγκεκριμένες λέξεις κατά την διάρκεια καθημερινών αλληλεπιδράσεων, για να διευκολύνουν το παιδί στο να μάθει να λέει νέες λέξεις.

Λογοθεραπευτές με πιστοποίηση από το Hanen που συντονίζουν το πρόγραμμα «Target Word» βοηθούν τους γονείς να επιλέξουν προσεκτικά δέκα λέξεις στόχους για το παιδί (π.χ. λέξεις που το παιδί σας θα παρακινηθεί να μάθει και να χρησιμοποιήσει, με βάση την συμβολή των γονέων και τις εκτιμήσεις του θεραπευτή) και θα τους δείχνει πως να δημιουργήσουν ευκαιρίες για να χρησιμοποιεί το παιδί αυτές τις λέξεις συχνά μέσα στη μέρα.

Αυτές οι λέξεις επιλέγονται με βάση τα ενδιαφέροντα και το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού και περιλαμβάνουν αυτές που έχουν ήχους που το παιδί μπορεί ήδη να παράγει. Για παράδειγμα, εάν το παιδί χρησιμοποιεί τον ήχο 'μπα', θα χρησιμοποιηθούν λέξεις όπως «μπάλα» ή «μπαμ», εφόσον το παιδί φαίνεται να τις προτιμά.

Παράλληλα με την εκμάθηση όλων των ανταποκριτικών στρατηγικών, οι μητέρες μαθαίνουν να χρησιμοποιούν τις λέξεις – στόχους κατ’ επανάληψη στις καθημερινές αλληλεπιδράσεις τους με το παιδί, και φτιάχνουν το πρόγραμμά τους με τέτοιο τρόπο, ώστε οι λέξεις να χρησιμοποιούνται ξανά και ξανά. Ποτέ δεν ζητείται ευθέως από τα παιδιά να πουν τη λέξη.

Παραδείγματα στρατηγικών που μαθαίνονται μέσω του προγράμματος:

<b><i>Αφήστε το παιδί να ηγηθεί</i></b> Συμμετέχετε στο παιχνίδι και εισάγετε νέες λέξεις και ιδέες.	<b><i>Επεκτείνετε το μήνυμα του παιδιού</i></b> Προσθέστε νέες ιδέες και 'λέξεις στα μηνύματα του παιδιού σας.
<b><i>Μιλήστε Στοχευμένα</i></b> Τονίστε λέξεις και προσθέστε χειρονομίες για να τις κάνετε να ξεχωρίσουν.	<b><i>Βάλτε μια Σπίθα σε τραγούδια και παιχνίδια</i></b> Προσθέστε λέξεις που είναι σημαντικές για το παιδί σε τραγούδια και παιχνίδια.

### 5.3 MORE THAN WORDS (Περισσότερο από λέξεις)

Για τα παιδιά με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ) είναι αρκετά απαιτητική η διαδικασία ουσιαστικής αλληλεπίδρασης με τους άλλους και η σύνδεση με τον κόσμο γύρω τους.

Το πρόγραμμα More Than Words® είναι σχεδιασμένο για γονείς με παιδιά ηλικίας μικρότερης των πέντε ετών που είναι στο φάσμα του αυτισμού. Απευθυνόμενο στις μοναδικές ανάγκες αυτών των παιδιών, το πρόγραμμα παρέχει στους γονείς τα εργαλεία, τις στρατηγικές και την υποστήριξη που χρειάζονται για να βοηθήσουν τα παιδιά τους να προσεγγίσουν την μέγιστη επικοινωνιακή τους δυνατότητα.

Το πρόγραμμα ενδυναμώνει τους γονείς να βοηθήσουν τα παιδιά τους να επιτύχουν να βελτιώσουν:

1. Τις κοινωνικές τους δεξιότητες
2. Την ικανότητα συνδιαλλαγής
3. Την κατανόηση της γλώσσας

Μέσα από το πρόγραμμα οι γονείς μαθαίνουν ποιά είναι η πιο αποδοτική μέθοδος εκμάθησης για το παιδί τους, τι του δίνει κίνητρο να επικοινωνεί, γιατί το

παιδί συμπεριφέρεται με συγκεκριμένους τρόπους και πως μπορούν να μειώσουν ή να αυξήσουν την συχνότητα εμφάνισης αυτών των συμπεριφορών, πως να χρησιμοποιήσουν την ιδιαίτερη γνώση που έχουν για το παιδί ώστε να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους, πως να επιμηκύνουν της αλληλεπιδράσεις του παιδιού τους καθιστώντας τις παράλληλα πιο ουσιαστικές, συμβουλές για το πως να χρησιμοποιούν εικονογραφημένο υλικό που θα βοηθήσει την ικανότητα κατανόησης του παιδιού, στρατηγικές που θα αναπτύξουν την ικανότητες παιχνιδιού, τρόπους να βοηθήσουν το παιδί να κάνει φίλους.

### **5.3.1 Στόχοι προγράμματος**

Οι βασικοί στόχοι του προγράμματος είναι τρεις:

1. εκπαίδευση γονέων
2. πρώιμη παρέμβαση για βελτίωση επικοινωνίας
3. κοινωνική στήριξη στους γονείς

Οι γονείς μαθαίνουν για το μοναδικό στυλ μάθησης και τις αισθητηριακές προτιμήσεις του παιδιού ώστε να κατανοήσουν τα δυνατά και αδύναμα σημεία του. Μαθαίνουν επίσης βασικές έννοιες επικοινωνίας και γλωσσικής ανάπτυξης όπως η σημασία της κοινής προσοχής, τον ρόλο του παιχνιδιού, κατεύθυνση περιβάλλοντος, παροχή κινήτρων για επικοινωνία, την σημασία για ενεργή συμμετοχή του παιδιού σε συχνές διαλεκτικές πράξεις με εναλλαγή σειράς. Οι γονείς έρχονται σε επαφή με το στάδιο επικοινωνιακής ανάπτυξης του παιδιού τους, ώστε να έχουν την δυνατότητα να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους και να ανταποκρίνονται περισσότερο στις επικοινωνιακές προσπάθειες του παιδιού τους.

Στην πρώιμη επικοινωνιακή παρέμβαση οι γονείς μαθαίνουν να εφαρμόζουν ανταποκριτικές στρατηγικές αλληλεπίδρασης σε καθημερινές δραστηριότητες. Γονέας και ειδικός επικεντρώνονται σε στρατηγικές που βοηθούν την επίτευξη στόχων τους οποίους μαζί θέσανε και τροποποίησαν κατά την εξέλιξη του προγράμματος. Η αποδοτικότητα της παρέμβασης βασίζεται στην ικανότητα του γονέα να εφαρμόζει αυτές τις στρατηγικές ευέλικτα και σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του παιδιού ώστε να γίνουν μέρος της καθημερινής αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού. Η ανατροφοδότηση μέσω βίντεο, αποτελεί τον βασικό παράγοντα που

βοηθά τους γονείς να τροποποιήσουν τις συμπεριφορές τους και να εφαρμόζουν τις στρατηγικές με συνέπεια, μεγιστοποιώντας τις ευκαιρίες του παιδιού για ανάπτυξη των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του.

Ο πολυπαραγοντικός ρόλος του λογοθεραπευτή εστιάζεται και στην υποστήριξη των γονέων σε κοινωνικό επίπεδο, αφού σε σχέση με άλλους γονείς με παιδιά με ειδικές ανάγκες, οι γονείς παιδιών με αυτισμό παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψη, άγχος, κοινωνική απομόνωση, κούραση και εκνευρισμό (Crnic & Stormshak, 1997)

### **5.3.2 Περιεχόμενα προγράμματος**

Το πρόγραμμα για γονείς More Than Words® περιλαμβάνει:

- 8 εκπαιδευτικές συνεδρίες σε μικρές, εξατομικευμένες ομάδες μέχρι 8 οικογένειες, με ελάχιστο όριο τις 17,5 ώρες (7 συνεδρίες)
- Έναν λογοπαθολόγο που έχει πιστοποιημένα εκπαιδευτεί στο πρόγραμμα
- Μια συνεδρία συμβουλευτικής πριν την έναρξη του προγράμματος με τον λογοθεραπευτή, όπου βιντεοσκοπείται η αλληλεπίδραση και καθορίζεται η γραμμή βάσης
- Τρεις ατομικές συναντήσεις γονέα, παιδιού και λογοθεραπευτή όπου βιντεοσκοπείται ο γονέας να αλληλεπιδρά με το παιδί, ώστε να δοθεί ανατροφοδότηση από τον ειδικό σχετικά με το τι βοηθάει και τι αν τροποποιηθεί μπορεί να βοηθήσει περισσότερο.

### **5.3.3 Υλικό**

Κατά την διάρκεια του προγράμματος χορηγείται το αντίστοιχο εγχειρίδιο και DVD, στο οποίο καλύπτονται όλες οι στρατηγικές του προγράμματος και παρατίθενται πολλά παραδείγματα εφαρμογής αυτών στην καθημερινή ζωή. Μετά το πέρας του προγράμματος το εγχειρίδιο αποτελεί χρήσιμο υλικό όπου ανατρέχει ο γονιός προς υπενθύμιση όσων έχει μάθει και υποστήριξη της προόδου του παιδιού, ανανεώνοντας την στοχοθεσία εκτός προγράμματος.

### **5.3.4 Πρακτικές στρατηγικές**

Το More Than Words® επικεντρώνεται στην φυσική, καθημερινή ζωή γονέα-παιδιού. Κάθε αλληλεπίδραση, όπως η ώρα φαγητού, η ανάγνωση παραμυθιού ή η

ώρα μπάνιου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί προς βελτίωση των επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Η προσέγγιση είναι εύκολη στην κατανόηση και εφαρμογή. Με την εκμάθηση κάθε νέας στρατηγικής, δίνονται στον γονέα πολλές ευκαιρίες εξάσκησης και πολύς χρόνος συζήτησης με τον θεραπευτή ώστε να αφομοιωθεί πλήρως.

Παραδείγματος χάριν, μια στρατηγικής που μαθαίνεται στο πρόγραμμα ονομάζεται “R.O.C.K.<sup>TM</sup> in your Routine” (Ταρακούνησε την ρουτίνα σου) όπου τα αρχικά σημαίνουν Repeat (επανάλαβε αυτό που λέει το παιδί) Offer (δώσε ευκαιρίες στο παιδί να πάρει την σειρά του) Cue (Δώσε στο παιδί να καταλάβει ότι είναι η σειρά του) Keep (διατήρησε την αλληλεπίδραση ευχάριστη και συνεχιζόμενη).

### **5.3.5 Θεωρητική τεκμηρίωση**

Οι θεωρητικές βάσεις πίσω από την προσέγγιση του More Than Words προτείνει δύο παράγοντες:

1. Η εκμάθηση της επικοινωνίας είναι μια πολύ κοινωνική διαδικασία και τα παιδιά μαθαίνουν να επικοινωνούν εκ γενετής από τις καθημερινές αλληλεπιδράσεις με τους γονείς τους.

2. Οι γονείς υποστηρίζουν αυτή την επικοινωνιακή ανάπτυξη με το να ανταποκρίνονται προθύμως και να συνεχίζουν την αλληλεπίδραση, με βάση την αρχική επικοινωνιακή κίνηση του παιδιού. Αυτό ισχύει για όλα τα παιδιά, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών με διαταραχές αυτιστικού φάσματος. Βέβαια, φαίνεται ότι τα παιδιά με αυτισμό επωφελούνται επίσης από συγκεκριμένους τρόπους ανταπόκρισης προς αυτά, όπως αναλύεται παρακάτω.

### **Πρώιμη γλωσσική παρέμβαση**

Η προσέγγιση του More Than Words® για την πρώιμη παρέμβαση βασίζεται α) στην θεωρία της κοινωνικής μάθησης της γλώσσας και β) της ανταποκρισιμότητας των γονέων. Το πρόγραμμα προσάρμοσε και έντεινε την προσέγγισή του για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού. Αναλυτικότερα:

A) Κοινωνική μάθηση

Όπως και σε άλλα προγράμματα παρέμβασης, έτσι κι εδώ οι θεωρητικές βάσεις είναι αυτές της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης, οι οποίες όταν επικεντρώνονται στην κατάκτηση της επικοινωνίας έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- επιτρέπει στο παιδί να εκκινεί την αλληλεπίδραση
- ακολουθεί την πρωτοβουλία του παιδιού και τις συνδιαλλαγές ως προς το αντικείμενο της προσοχής και του ενδιαφέροντός του
- αντιμετωπίζει την επικοινωνία του παιδιού ως λειτουργική (ακόμα και αν ο γονέας δεν κατανοεί τι λέει το παιδί) και ανταποκρίνεται στην επικοινωνιακή πράξη του παιδιού ακόμα και αν είναι παράτυπη-αντισυμβατική
- χρησιμοποιεί καθημερινές καταστάσεις ως πλαίσιο επικοινωνίας ώστε να αφορά καθημερινά, χρήσιμα πράγματα
- χρησιμοποιεί την φυσιολογική επανάληψη, δομή, επαναληψιμότητα της καθημερινότητας ώστε να γίνει πιο εύκολη η εκμάθηση
- χρησιμοποιεί οπτικό υλικό, όπως χειρονομίες και οπτικά βοηθήματα (φωτογραφίες, εικόνες, γραπτές λέξεις) για να βοηθήσει το παιδί να καταλάβει τι λένε οι άλλοι και να εκφράζει το εαυτό του
- εδραιώνει ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει την επικοινωνία-π.χ σύντομη διακοπή μιας δραστηριότητας μέσω παιχνιδιού, αλλαγή μιας γνωστής ρουτίνας ώστε να εκμαιευθεί μια απόκριση από το παιδί, τοποθέτηση αντικειμένων σε μέρος που δεν φτάνει

#### B) Συχνότητα απόκρισης\*

(\*Ο όρος responsiveness ορίζεται από τους Anderson & Marinac 2007 ως η συχνότητα (rate) με την οποία οι κηδεμόνες ανταποκρίνονται στις χειρονομίες, τα φωνητικά ή άλλα επικοινωνιακά σήματα του παιδιού. Στα ελληνικά μπορεί να αποδοθεί ως ανταποκρισιμότητα, απαντητικότητα ή βαθμός απόκρισης)

Στο πρόγραμμα μαθαίνονται οι ακόλουθες τρεις στρατηγικές ανταπόκρισης:

1. Στρατηγικές προσανατολιζόμενες στο παιδί: παρατήρηση του παιδιού, αναμονή και ακρόαση, προβάδισμα στο παιδί, σχολιασμός ή συμμετοχή, θέση πρόσωπο με πρόσωπο

2. Στρατηγικές που ευνοούν την αλληλεπίδραση: αλληλεπίδραση εναλλαγής σειράς στην καθημερινή ρουτίνα, παροχή σημάτων στο παιδί ώστε έμμεσα ή άμεσα να καταλάβει ότι είναι η σειρά του, παρέμβαση για να δημιουργία αλληλεπίδραση και μετά δίνεται το προβάδισμα στο παιδί
3. Στρατηγικές που παρέχουν γλωσσικό μοντέλο: ερμηνεία των ενεργειών του παιδιού, μικρές και πιο απλές προτάσεις, έμφαση στις σημαντικές λέξεις, χρήση οπτικών ερεθισμάτων, επανάληψη, επέκταση (Sussman, 2012)

Αυτές οι στρατηγικές μαζί με τα τρία στοιχεία που ακολουθούν συνθέτουν έναν ανταποκριτικό γονέα:

1. Να ανταποκρίνεται έγκαιρα (μέσα σε δευτερόλεπτα από την επικοινωνιακή ή φυσική πράξη του παιδιού)
2. Να ανταποκρίνεται θετικά (με τρόπο που να δείχνει ότι τον ενδιαφέρει αυτό που λέει το παιδί)
3. Να παραμένει σε αυτό για το οποίο μιλάει το παιδί και έχει ενδιαφέρον (να μην προσπαθεί να μετατοπίσει το ενδιαφέρον του παιδιού κάπου αλλού όταν είναι συγκεντρωμένο κάπου ή κάποιον)

Για παράδειγμα, εάν διασπαστεί η προσοχή ενός παιδιού από τον θόρυβο ενός φορτηγού που περνάει και γυρίσει να κοιτάξει (άρα αποτελεί πλέον κέντρο του ενδιαφέροντός του) η μητέρα του μπορεί να πει: «Πωπώ! Αυτό το φορτηγό κάνει πολλή φασαρία!» (ακολουθώντας την προσοχή του παιδιού) και όχι «Εντάξει, δεν πειράζει. Λοιπόν, τι έκανες σήμερα στο σχολείο; (καθοδήγηση ενδιαφέροντος μακριά από το κέντρο ενδιαφέροντός του)

### 5.3.6 Ερευνητική τεκμηρίωση

Ο συνδυασμός κοινωνικής μάθησης και υψηλού βαθμού ανταπόκρισης σε παρεμβάσεις που απευθύνονται σε παιδιά με διαταραχές αυτιστικού φάσματος έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά από το 2000. Αναλυτικότερα, οι Siller και Sigman το 2002 εκδύσαν μια έρευνα που έδειξε ότι παιδιά με κηδεμόνες που είχαν υψηλό βαθμό ανταπόκρισης στην μεταξύ του αλληλεπίδραση, είχαν καλύτερες γλωσσικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, 10 και 16 χρόνια από την έναρξη της έρευνας. Σε άλλη έρευνα (Mahoney & Perales, 2003) όταν μητέρες εκπαιδεύτηκαν να αυξήσουν τον

βαθμό ανταπόκρισης τους, επήλθαν αλλαγές που βελτίωσαν τα παιδιά τους στους τομείς της προσοχής, επιμονής, εκκίνηση επικοινωνίας και κοινή προσοχή. Παιδιά γονέων που ανταποκρίνονταν επέδειξαν βελτιωμένη επικοινωνιακή αλληλεπίδραση, εμπλοκή (παρέμεναν περισσότερο σε μια αλληλεπίδραση), υψηλή ανταπόκριση (προς τους γονείς τους), εκκίνηση αλληλεπίδρασης, λεξιλόγιο και επικοινωνιακές πράξεις (αριθμός αλληλεπιδράσεων με γονείς (Alfred, Green & Adams, 2004). Ακόμα, 18 μηνών παιδιά με υποψία αυτισμού, που αργότερα έλαβαν όντως την διάγνωση, είχαν καλύτερες επιδόσεις σε εκφραστική γλώσσα μεταξύ 2 και 3 ετών, όταν οι μητέρες τους είχαν υψηλότερο βαθμό ανταπόκρισης (Baker, Messinger, Lyons & Grantz, 2010)

Όσο αφορά συγκεκριμένα το More Than Words® η επιστημονική έρευνα έχει να επιδείξει ενδιαφέροντα στοιχεία.

Σε σύγκριση του βαθμού ανταπόκρισης μεταξύ γονέων που ξεκίνησαν την παρέμβαση νωρίς και άλλων που ξεκίνησαν αργότερα, οι πρώτοι επέδειξαν καλύτερη αφομοίωση των στρατηγικών, χαμηλότερο άγχος, καλύτερη προσαρμοστικότητα στο παιδί και τα παιδιά τους παρουσίασαν πιο διευρυμένο λεξιλόγιο, λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς και καλύτερες επικοινωνιακές δεξιότητες (McConachie, Randle, Hammal, & Le Couteur, 2005).

Τρεις μητέρες με παιδιά στο φάσμα του αυτισμού που ακολούθησαν για 11 εβδομάδες το πρόγραμμα αύξησαν τον βαθμό ανταπόκρισής τους και τα παιδιά τους είχαν βελτιωμένες επιδόσεις σε λεξιλόγιο, στον αριθμό κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και στην ικανότητα έναρξης αυτών (Girolametto, Sussman, & Weitzman 2007).

Η έρευνα των Carter, Messinger, Stone, Celimli, Nahmias και Yoder το 2011, οδήγησε σε αναθεώρηση σημείων του προγράμματος ...συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα της θεραπείας δυο ομάδων παιδιών με αυτισμό, μία από τις οποίες ακολουθούσε το πρόγραμμα More Than Words και μια άλλη που ακολουθούσε άλλη θεραπεία που δεν το περιελάμβανε καθόλου. Τα τρία κύρια συμπεράσματα της έρευνας ήταν:

#### **5.4 TALKABILITY (Ικανότητα Ομιλίας)**

TalkAbility™ — The Hanen Program® for Parents of Verbal Children on the Autism Spectrum

Το πρόγραμμα *TalkAbility* απευθύνεται σε γονείς ομιλούντων παιδιών ηλικίας 3-7 ετών με κοινωνικές δυσκολίες στην επικοινωνία, δίνοντάς τους πρακτικά εργαλεία να υποστηρίξουν τα παιδιά τους στις διαπροσωπικές σχέσεις.

#### 5.4.1 Θεωρητική βάση

Το πρόγραμμα βασίζεται στα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν την ανάπτυξη της θεωρίας του Νου στα μικρά παιδιά, από την βλεμματική επαφή με την μητέρα μέχρι περίπου τα έξι χρόνια μέσα από τα εξής πέντε στάδια:

Στάδιο 1: Κατανόηση των «θέλω», όταν τα παιδιά καταλαβαίνουν ότι οι άνθρωποι θέλουν διαφορετικά πράγματα

Στάδιο 2: Κατανόηση του «σκέφτομαι», όταν καταλαβαίνουν ότι οι άνθρωποι σκέφτονται διαφορετικά

Στάδιο 3: Κατανόηση ότι το «βλέπω» οδηγεί στο «ξέρω», όταν καταλαβαίνουν ότι επειδή βλέπουν κάτι δεν σημαίνει ότι και οι άλλοι μπορούν να δουν το ίδιο

Στάδιο 4: Κατανόηση κρυφών συναισθημάτων, όταν καταλαβαίνουν ό,τι λέμε ή δείχνουμε δεν είναι πάντα αυτό που αισθανόμαστε

Στάδιο 5: Κατανόηση ψευδών «πιστεύω», όταν καταλαβαίνουν ότι μερικές φορές οι άνθρωποι πιστεύουν πράγματα για αληθινά πράγματα που δεν είναι (Peterson et al, 2005).

Ανεξαρτήτως αν τους έχει δοθεί η διάγνωση της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος, όλα τα παιδιά συνεχίζουν να αναπτύσσουν τις κοινωνικές δεξιότητες επικοινωνίας στα προσχολικά τους χρόνια. Γύρω στην ηλικία των τριών χρησιμοποιούν την γλώσσα για να μιλούν, εκτός από το παρόν, για το παρελθόν και το μέλλον και να επιλύουν προβλήματα. Οι συζητήσεις τους αρχίζουν να μοιάζουν περισσότερο με αυτές των ενηλίκων: λαμβάνουν έποψη τα ενδιαφέροντα του συνομιλητή ρωτώντας ή σχολιάζοντας κάτι που είπε και ακούν με προσοχή και κοιτούν τον συνομιλητή όταν μιλάει.

Τα πρώτα χρόνια είναι ιδιαίτερος κομβικά και για τα παιδιά με ΔΑΦ γιατί και τότε έχουν ιδιαίτερες επικοινωνιακές δυσκολίες. Συχνά, τέτοια παιδιά δυσκολεύονται να έχουν συζητήσεις με άλλους, να παίζουν με παιδιά της ηλικίας τους, να μιλούν για πράγματα που ενδιαφέρουν κάποιον άλλο και να αλλάξουν μια εδραιωμένη ρουτίνα χωρίς να εκνευριστούν

Ουσιαστικά, τα παιδιά βοηθούνται να συγχρονιστούν με τις σκέψεις και τα συναισθήματα των συνομιλητών τους παρατηρώντας μη λεκτικές συμπεριφορές όπως

την γλώσσα του σώματος, τις εκφράσεις του προσώπου, το βλέμμα και τον τόνο της φωνής. Η ικανότητα να κατανοείς οπτικές γωνίες διαφορετικές από την δική σου και να κατανοείς τα συναισθήματα των άλλων (συναίσθηση) είναι βασικό στοιχείο για την επιτυχή επικοινωνία και την δημιουργία φίλων. Παιδιά με δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία χρειάζονται επιπλέον στήριξη για να αναπτύξουν τέτοιες ικανότητες.

Μέσα από το πρόγραμμα *TalkAbility* ο γονέας μαθαίνει:

- Πως το παιδί συνεχίζει συζητήσεις και τα βήματα που θα το βοηθήσουν να έχει διαλογικές συζητήσεις
- Πώς να προτρέπει το παιδί να προσέχει τα κοινωνικά μηνύματα που δίδονται μη λεκτικώς
- Τρόπους που θα βοηθήσουν το παιδί να συντονιστεί με αυτά που ο συνομιλητής σκέφτεται
- Πώς να βοηθήσει το παιδί να αφηγείται ιστορίες και να έχει συμβολικό παιχνίδι
- Πώς να κάνει φίλους

#### **5.4.2 Περιεχόμενα**

- Ατομικές και ομαδικές συνεδρίες επιμόρφωσης γονέων σε μικρές ομάδες
- Έναν πιστοποιημένο από το ίδρυμα Hanen λογοπαθολόγο που επιτελεί το πρόγραμμα και έχει λάβει ειδική εκπαίδευση
- Συμβουλευτική για τον γονέα και το παιδί πριν την έναρξη του προγράμματος από τον λογοθεραπευτή
- Ατομικές συνεδρίες βιντεοανατροφοδότησης της αλληλεπίδρασης παιδιού-γονέα, ώστε να σημειώνεται η πρόοδος και οι περιοχές βελτίωσης
- Ατομικές συνεδρίες βιντεοανατροφοδότησης της αλληλεπίδρασης του παιδιού με άλλο παιδί ώστε να καταστεί κατανοητό πως μπορεί να βοηθηθεί η αλληλεπίδραση τους

Το πρόγραμμα *TalkAbility*, ξεκινά με την εκπαίδευση των γονέων. Σε πρώτο επίπεδο οι γονείς μαθαίνουν τα στάδια μιας συζήτησης (εκκίνηση, συνέχεια, τέλος) και με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου που περιέχεται στο εγχειρίδιο, καθορίζουν το στάδιο στο οποίο δυσκολεύεται το παιδί.

Μετά την προεναρκτήριο συνάντηση, η θεματολογία των συνεδριών ορίζεται ως:

Συνεδρία	Αντικείμενο/Στόχος
1	«Βοηθήστε το παιδί σας να καταλάβει τι του λέτε, χωρίς λέξεις»
2	« Διατηρήστε την συζήτηση»
3	«Βοηθήστε το παιδί σας να συντονιστεί με άλλους (Tune in)»
4	«Επέκταση και προσποίηση»
5	«Εναρμόνιση με βιβλία»
6-8	«Βοηθήστε τις φιλικές ικανότητες του παιδιού σας»

### 5.4.3 Υλικό

Το εγχειρίδιο του προγράμματος υπό τον τίτλο: *TalkAbility: People Skills for Verbal Children on the Autism Spectrum – A Guide for Parents* είναι το εγχειρίδιο που χρησιμοποιείται καθ' όλη την διάρκεια του προγράμματος ώστε να ενισχύει την διαδικασία επιμόρφωσης και να προτείνει νέες ιδέες για αλληλεπίδραση με το παιδί ώστε να βελτιωθούν οι ικανότητές του.

Τα παραπάνω υποστηρίζονται από τα αντίστοιχα κεφάλαια του εγχειριδίου το περιεχόμενο των οποίων αδρά παραθέτεται παρακάτω:

1. Πως μαθαίνει το παιδί σας
2. Βοηθήστε το παιδί σας να καταλάβει τι του λέτε, χωρίς λέξεις
3. Προετοιμαστείτε για συζήτηση: Σπάστε τον πάγο (αγγλ I.C.E ακρωνύμιο για Initiate, Continue, End- Εκκίνηση, Συνέχεια, Ολοκλήρωση)
4. Χρησιμοποιήστε τεχνικές που βοηθούν την εναλλαγή σειράς
5. Τεχνικές βοήθειας ώστε το παιδί να συντονιστεί με άλλους
6. Μάθετε μαζί τον κόσμο
7. Συγχρονιστείτε με βιβλία
8. Βοηθήστε το παιδί σας να γίνει αφηγητής ιστοριών
9. Επωφεληθείτε στο μέγιστο από την υπόδηση ρόλων
10. Γνωρίστε τις φιλικές ικανότητες του παιδιού σας
11. Γίνεται ο προπονητής παιχνιδιού του παιδιού σας
12. Απομακρυνθείτε και επαναπροσεγγίστε

13. Χρησιμοποιήστε οπτικά σημάδια για να δείξετε στο παιδί σας πως να είναι φίλος

Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, ο γονέας μπορεί να συμβουλευτεί το εγχειρίδιο για συνεχή υποστήριξη και την επίτευξη νέων στόχων. Με βοηθητικές λίστες, το εγχειρίδιο δίνει την δυνατότητα να επικεντρωθεί πλήρως το πρόγραμμα στις υπάρχουσες δυνατότητες και ελλείψεις του παιδιού, ώστε να καθοριστεί που χρειάζεται περισσότερη υποστήριξη.

### **5.5 Το Πρόγραμμα Hanen στην Ελλάδα.**

Στην επίσημη ιστοσελίδα του ιδρύματος Hanen αναφέρονται 15 ειδικευμένοι λογοθεραπευτές για την Ελλάδα και Κύπρο, όλοι με εκπαίδευση στο It Takes Two To Talk και ιδιωτική εφαρμογή σε μεμονωμένες οικογένειες.

Σε ομαδικό πλαίσιο, τα προγράμματα Hanen It takes two to talk εφαρμόζεται στο Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής του Βύρωνα από το 2011. Το κέντρο ιδρύθηκε το 1979 από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και αποτελεί τμήμα του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Ρόλο συντονιστή στο πρόγραμμα είχε μια λογοπεδικός πιστοποιημένη στο παραπάνω πρόγραμμα και μια ψυχολόγος. Ωστόσο αξιοποιήθηκε όλη η διεπιστημονική ομάδα του ΚΚΨΥ για τη πρώτη αξιολόγηση και την επαναξιολόγηση στην ολοκλήρωση του προγράμματος (κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής, ψυχολόγος, λογοπεδικός και παιδοψυχίατρος αν υπήρχε θέμα διαφοροδιάγνωσης). (Μεράβoglou, Λαγάκου, 2016).

Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 2 ομάδες, με συμμετοχές 10 οικογενειών. Ενδιαφέρουσα ήταν η συμμετοχή πολλών πατεράδων αλλά και ζευγαριών. Ειδικά η συμμετοχή ζευγαριών ήταν άξια λόγου καθώς οι περισσότεροι γονείς έφεραν ως δυσκολία στη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, τη φύλαξη των παιδιών τους την ώρα της ψυχοεκπαιδευτικής ομάδας (Μεράβoglou, Λαγάκου, 2016)..

Τέτοιες έμμεσες παρεμβάσεις είναι αρκετά περιορισμένες στην Ελλάδα. Το ιατρικό μοντέλο θεραπείας αποτελεί την κυρίαρχη προσέγγιση των γονέων για την θεραπεία, χωρίς να είναι εξοικειωμένοι με έναν πιο ενεργό ρόλο του γονέα στην θεραπεία κάτι που τους κάνει επιφυλακτικούς στις έμμεσες παρεμβάσεις και τους επικεντρώνει στην δυσκολία του παιδιού χωρίς να συνειδητοποιούν ότι είναι ένα

ζήτημα που αφορά όλη την οικογένεια. Αυτοί ήταν οι λόγοι που στην εφαρμογή του προγράμματος στην Ελλάδα υιοθετήθηκε ένα μικρότερο σε χρονική διάρκεια πρόγραμμα με περισσότερη έμφαση στην προετοιμασία των γονέων, ώστε να δεσμευτούν σε αυτό (Μεράβογλου, Λαγάκου, 2016)..

Μικρές τροποποιήσεις έγιναν και στο περιεχόμενο της θεραπείας. Στην αρχική βιντεοσκόπηση οι γονείς προτιμούσαν να συμβουλεύουν ή να διευκολύνουν το παιδί, συνήθως διαβάζοντας ένα βιβλίο ή παίζοντας ένα εκπαιδευτικό παιχνίδι. Αυτός ήταν ο λόγος που περισσότερη έμφαση δόθηκε στο επικοινωνιακό στυλ του γονέα, στην δυναμική της οικογένειας και την ανάπτυξη του παιχνιδιού και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, μαζί με την βελτίωση του ρόλου των γονέων στο παιχνίδι και στην γενική επικοινωνία.

Άλλη τροποποίηση ήταν η εμπλοκή μιας ψυχολόγου ως συντονίστριας. Η συμβολή της ήταν σημαντική στο να αξιολογήσει και να ρυθμίσει συναισθηματικούς παράγοντες που γεννιούνται από τις διαταραχές επικοινωνίας και επηρεάζουν το παιδί και την οικογένεια (Μεράβογλου, Λαγάκου, 2016).Επιπλέον, οι γονείς μικρών παιδιών είχαν καθοδήγηση σε θέματα που τους απασχολούσαν όπως πειθαρχία και σχέσεις με τα άλλα αδέρφια, ενώ παράλληλα διαχειριζόταν συναισθηματικά ζητήματα των γονέων χωρίς να γίνονται κύριο θέμα και να παρακωλύουν την πορεία της θεραπείας.

Η τελευταία τροποποίηση αφορούσε την ανατροφοδότηση. Οι γονείς κατέγραφαν σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με κάθε συνεδρία. Οι συντονιστές είχαν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την συνοχή και τα συναισθήματα της ομάδας ώστε να είναι σε θέση να τροποποιήσουν το πρόγραμμα ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες της ομάδας (Μεράβογλου, Λαγάκου, 2016)..

## **6.ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ**

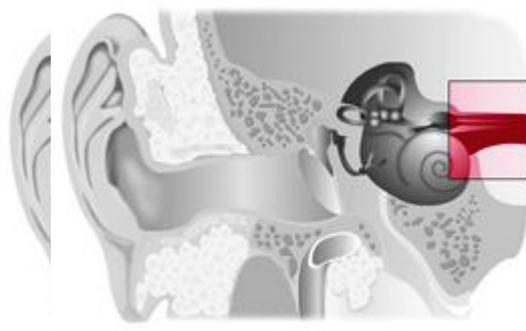
### **6.1 ΤΥΠΟΙ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ**

Όταν ένα τμήμα του ακουστικού μηχανισμού αδυνατεί να λειτουργήσει ομαλά, το αποτέλεσμα είναι η μείωση της ακουστικής δυνατότητας. Υπάρχουν διάφοροι τύποι βαρηκοΐας (Πανελλήνιος Σύλλογος Ειδικών στις Διαταραχές του Λόγου, 1999):

**6.1.1 Βαρηκοΐα Αγωγιμότητας :** προκαλείται από βλάβη στο έξω ή μέσο αυτί. Τα ηχητικά κύματα εμποδίζονται ενώ κινούνται μέσω του έξω ή μέσου αυτιού. Καθώς ο ήχος δεν μπορεί να μεταδοθεί αποτελεσματικά, η ηχητική ενέργεια που φθάνει στο στο έσω αυτί είναι αδύνατη ή χαμηλή. Η βαρηκοΐα αγωγιμότητας μπορεί να προκληθεί από μόλυνση, ύπαρξη σημαντικής ποσότητας σμήγματος εντός του ακουστικού πόρου, υγρό στο μέσο αυτί, βλάβη στα οστάρια του μέσου αυτιού, διάτρηση της τυμπανικής μεμβράνης ή ύπαρξη ξένου σώματος στον ακουστικό πόρο.



**6.1.2 Μικτή Βαρηκοΐα** προκαλείται από βλάβη τόσο στο έξω/μέσω αυτί όσο και στο έσω αυτί. Τυπικά, τα ηχητικά κύματα δεν μεταδίδονται αποτελεσματικά στο έσω αυτί, δεν ανιχνεύονται και δεν περνάνε στον εγκέφαλο. Για αυτό το λόγο, μια μικτή βαρηκοΐα αποτελεί το συνδυασμό μεταδόσεως και νευροαισθητηρίου βαρηκοΐας.



**6.1.3 Κεντρική βαρηκοΐα** προκαλείται από βλάβη στο ακουστικό νεύρο ή στα ακουστικά κέντρα. Τα ηχητικά κύματα μεταδίδονται φυσιολογικά μέσω και των τριών τμημάτων του αυτιού, αλλά είτε το ακουστικό νεύρο αδυνατεί να μεταδώσει τους ηλεκτρικούς παλμούς στον εγκέφαλο ή τα ακουστικά κέντρα του εγκεφάλου δεν λαμβάνουν τα σήματα σωστά. Μια κεντρική βαρηκοΐα μπορεί να προκληθεί από κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, νόσους ή όγκους.

Η βαρηκοΐα οφείλεται κατά 50% σε γενετικούς παράγοντες (συγγενής βαρηκοΐα), κατά 25% σε περιβαλλοντικούς (λοιμώξεις, ηχητικοί τραυματισμοί, ωτοτοξικά φάρμακα) ή σε άγνωστους κατά 25%.

## 6.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ

### **Νεογνά (0-4 εβδομάδων)**

Η πρώιμη διάγνωση και η αντιμετώπιση της βαρηκοΐας στα νεογνά είναι σημαντική για την ανάπτυξη του παιδιού, γι' αυτό και ο έλεγχος πρέπει να γίνεται πριν από την έξοδο από το μαιευτήριο και να περιλαμβάνει όλα τα μωρά, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι το 50% της συγγενούς βαρηκοΐας αφορά σε νεογνά που δεν έχουν προβλήματα υγείας, ενώ μόνο το 50% αφορά σε εκείνα υψηλού κινδύνου, που νοσηλεύονται στη Μονάδα Προώρων.

Ο έλεγχος γίνεται με τις Ωτοακουστικές Εκπομπές, που είναι μέθοδος μη επεμβατική, εύκολη, γρήγορη αλλά και αντικειμενική (Ζιάβρα, Ν., Σκευάς, Α. 2009). Εφαρμόζεται από το δεύτερο 24ωρο της ζωής και μας εξασφαλίζει σε ποσοστό 99% ότι δεν υπάρχει βαρηκοΐα.

Ο βασικός στόχος είναι να ολοκληρωθεί μέχρι τον 6ο μήνα ο διαγνωστικός έλεγχος και το βρέφος να ωφεληθεί από την αποκατάσταση, η οποία περιλαμβάνει συντηρητικές τεχνικές (ακουστικά βαρηκοΐας) ή χειρουργικές επεμβάσεις στο έξω και μέσο αφτί (με αρκετά καλή πρόγνωση) ή στο έσω αφτί (κοχλιακά εμφυτεύματα, καλή πρόγνωση). Έτσι, το παιδί μπορεί να αναπτύξει ομιλία και να παρακολουθήσει κανονικό σχολείο.

### **Βρέφη (4 εβδομάδων-2 ετών)**

Η συμβολή των γονέων και των παιδιάτρων είναι καθοριστική. Συνήθως, οι γονείς ζητούν τη βοήθεια του ωτορινολαρυγγολόγου διότι τα παιδιά παρουσιάζουν καθυστέρηση της ομιλίας. Τα αίτια μπορεί να είναι είτε τα ίδια με της νεογνικής ηλικίας είτε η επίδραση βλαπτικών παραγόντων μετά τον 1ο μήνα (λοιμώξεις, ωτοτοξικά φάρμακα). Καθώς η συνεργασία του εξεταζόμενου δεν είναι πάντα πλήρης και δεδομένη, η πλήρης ακουστική ικανότητα ενός παιδιού μπορεί να προσδιοριστεί μετά από 2 ή 3 επισκέψεις (Ηλιάδη-Κεκέ, 1986). Η αντιμετώπιση είναι παρόμοια με της προηγούμενης ηλικίας.

### **Παιδιά προσχολικής ηλικίας (2 - 5 ετών)**

Η κύρια διαφορά των παιδιών αυτών είναι ότι παραπονούνται τα ίδια για την ακοή τους, καθώς συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες, για τις οποίες η ακοή

είναι απαραίτητη. Η εκκριτική ωτίτιδα (συλλογή υγρού στο μέσο αφτί) είναι το συχνότερο αίτιο σε αυτή την ηλικία, ενώ και τα υπόλοιπα αίτια, που αναφέρθηκαν στις μικρότερες ηλικίες, μπορούν να προκαλέσουν βαρηκοΐα. Η εκκριτική ωτίτιδα είναι πιο επικίνδυνη από τη γνωστή οξεία μέση ωτίτιδα, η οποία γίνεται αντιληπτή από τους γονείς και αντιμετωπίζεται καθώς το παιδί πονάει, έχει πυρετό. Αντίθετα, στην εκκριτική ωτίτιδα το παιδί δεν πονάει, δεν έχει πυρετό, έχει μόνο βαρηκοΐα, η οποία δεν γίνεται αντιληπτή και μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στο αφτί (Ζιάβρα, Ν., 2004). Η αντιμετώπιση της εκκριτικής ωτίτιδας είναι στην αρχή συντηρητική με τη χορήγηση φαρμάκων, όταν όμως το υγρό παραμένει για περισσότερους από 2 - 3 μήνες, είναι υποχρεωτική η χειρουργική παρέμβαση.

### **Παιδιά σχολικής ηλικίας (5 - 10 ετών)**

Ο έλεγχος είναι απαραίτητος σε κάθε παιδί προτού πάει στην πρώτη τάξη του σχολείου. Βέβαια τα παιδιά με προβλήματα ακοής έχουν ήδη διαγνωστεί, ωστόσο είναι καλύτερο να τα ελέγξουμε όλα, παρά να μας διαφύγει έστω και ένα παιδί με βαρηκοΐα. Ο έλεγχος είναι επίσης απαραίτητος σε κάθε παιδί που εμφανίζει μαθησιακές δυσκολίες. Τα αίτια και η αντιμετώπιση είναι τα ίδια με της προηγούμενης ομάδας.

### **Παιδιά προεφηβικής ηλικίας (10 - 14 ετών)**

Η προεφηβική ηλικία είναι φορτισμένη με σημαντικές αλλαγές στο παιδί. Ο προέφηβος παραπονείται για ασαφή ενοχλήματα στην ακοή, παρά το ότι μπορεί να μην έχει κάποιο πρόβλημα βαρηκοΐας. Ο έλεγχος είναι απαραίτητος σε κάθε παιδί με συμπτώματα ενοχλήσεως στο αφτί. Τα αίτια ομοιάζουν με των ενηλίκων (λοιμώξεις, έκθεση σε θόρυβο, νευρολογικές και κληρονομικές παθήσεις). Η αντιμετώπιση παρουσιάζει λιγότερα προβλήματα, καθώς έχουν αναπτυχθεί ο λόγος και η επικοινωνία του παιδιού. Οι μέθοδοι (συντηρητικές και χειρουργικές) είναι όμοιες με των μικρότερων παιδιών.

Η ταυτοποίηση της ακουστικής έκπτωσης από την Παγκόσμια Διαγνωστική Δοκιμασία για Νεογέννητα (Universal Newborn Hearing Screening- UNHS) έχει δώσει την δυνατότητα σε πολλά προγράμματα παρέμβασης που εμπλέκουν τους γονείς να βελτιώσουν την επικοινωνιακή, ακαδημαϊκή και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού τους. Τέτοια προγράμματα έχουν σημαντικά βελτιώσει την πιθανότητα αυτά

τα παιδιά να αναπτύξουν λειτουργική προφορική ομιλία, παρόμοια με αυτή των συνομηλίκων τους (Yoshinaga-Itano et al 1998, Ching et al 2010, Young et al 2009).

Παρόλα αυτά, η πρόωμη διάγνωση είναι ευεργετική μόνο όταν ποιοτικές υπηρεσίες για το παιδί εκμεταλλεύονται την έγκαιρη διάγνωση ( Young et al 2009, Young et al 2007, Muse et al 2013). Επιπλέον, εάν η διάγνωση δεν ακολουθηθεί από άμεση υποστήριξη ίσως αποτελέσει επιπλέον παράγοντα άγχους για τους γονείς.

### **6.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ**

Ιδιαίτερα για γονείς χωρίς οικογενειακό ιστορικό βαρηκοΐας, η διάγνωση έρχεται απροειδοποίητα και σε μια περίοδο που είναι πλήρως συνδεδεμένοι με το νεογνό. Εύκολα κατακλύζονται από θλίψη καθώς καλούνται να λάβουν αποφάσεις σχετικά με την επικοινωνιακή μέθοδο, την εφαρμογή κοχλιακού, την αβεβαιότητα και την αίσθηση ότι είναι αβοήθητοι για μια απρόσμενη κατάσταση που δεν μπορούσαν να προετοιμαστούν (Koester et al, 2010). Συνεπώς, οι γονείς συχνά χάνουν την αυτοπεποίθηση στις γονικές τους ικανότητες και συχνά εκφράζουν εκνευρισμό στην συμπεριφορά και την επικοινωνία με το παιδί τους. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει την ενστικτώδη συμπεριφορά προς το παιδί και την προσανατολισμένη συμπεριφορά. Πέραν τούτων, τα νεογνά με βαρηκοΐα δείχνουν ποικίλες μορφές επικοινωνιακών σημάτων λόγω διαφορών στην ακουστική επεξεργασία. Σε αυτή την περίπτωση είναι αναγκαία η υποστήριξη στους γονείς ώστε να ανακαλύψουν και να αξιολογήσουν τα προσωπικά επικοινωνιακά σήματα του παιδιού τους.

Συγκεκριμένα, η φύση της αλληλεπίδρασης μεταξύ βαρήκοου παιδιού και γονέα και η ποιότητα του γλωσσικού περιβάλλοντος που βιώνει το παιδί έχουν βρεθεί ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην γλωσσική του ανάπτυξη ( Hintermair et al 2000, Spencer 2003, Szagun, Stumper 2012). Εξάλλου, η πρόωμη διάγνωση με την σύντομη τοποθέτηση ακουστικού βοηθήματος και η έγκαιρη έναρξη εκπαιδευτικού προγράμματος σε συνδυασμό με υψηλά επίπεδα συμμετοχής γονέων, είναι οι παράγοντες που καλύτερα προβλέπουν επιτυχή γλωσσική ανάπτυξη ( Holzinger, Fellinger, Beitel 2011, Moeller 2000, Yoshinga-Itano, 2003).

Τα τελευταία χρόνια, οι επαγγελματίες υγείας έρχονται σε επαφή με πολύ νεαρότερα παιδιά και τις οικογένειές τους από τις προηγούμενες δεκαετίες. Έτσι τα προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης καλούνται να προσαρμοστούν στην προγλωσσική περίοδο του νεογνού και στις ανάγκες των γονέων (Jackson 2011, Wilson, Nevins, Houston 2010).

Η προγλωσσική περίοδος εμφανίζεται τους πρώτους 18 μήνες του παιδιού και χαρακτηρίζεται από δυο μεγάλες μεταβάσεις: 1) την μετάβαση από την χωρίς πρόθεση επικοινωνία στην εμπρόθετη και 2) την μετάβαση από την προσυμβολική στην συμβολική επικοινωνία ( Adamson et al 1998, Wetherby et al 1998). Οι γονείς υποστηρίζουν την εμπρόθετη και συμβολική επικοινωνία του παιδιού τους ως βάση για την ομιλία. Από την γέννηση ακόμα ο διαλογικός χαρακτήρας της συνδιαλλαγής παιδιού-βρέφους είναι μέγιστος παράγοντας προγλωσσικής επικοινωνίας (Parousek,2007). Το βρέφος πρέπει να κατηγοριοποιήσει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα στην υποσυνείδητη συμπεριφορά του. Οι γονείς μιμούνται την φωνημική παραγωγή του βρέφους με αυτήν την συνδιαλλαγή να αποτελεί το καλύτερο περιβάλλον μάθησης.

#### **6.4 MUESTER PARENTAL PROGRAMME (Το πρόγραμμα του Μονάχου για γονείς με βαρήκοα παιδιά)**

Το Muenster Parental Programme (PPM) αποτελεί προϊόν της ανάγκης για ένα πρόγραμμα στήριξης των γονέων στην αρχική περίοδο της διάγνωσης της βαρηκοΐας , μέσα στο διεπιστημονικό πλαίσιο. Γενικός στόχος του PPM είναι ενδυναμώσει τους γονείς με το να τους δώσει αυτοπεποίθηση στις δικές τους γονεϊκές ικανότητες και την ευκαιρία να μοιραστούν τις εμπειρίες τους με οικογένειες με κοινούς προβληματισμούς. Η παροχή στους γονείς επικοινωνιακών και συμπεριφορικών ικανοτήτων μαζί με την δυνατότητα να συνδιαλέγονται με γονείς με παρόμοια προβλήματα μειώνει το άγχος τους (Hintermair,2000) Οι ίδιοι οι γονείς χαρακτηρίζουν την συνδιαλλαγή με άλλους γονείς πολύ υποστηρικτική (Jackson 2011, Zaidman-Zait,2007).

##### **6.4.1 Βασικοί στόχοι**

Το MPP έχει δύο βασικούς στόχους. Πρώτος, οι γονείς υποστηρίζονται στο να αναπτύξουν βέλτιστες επικοινωνιακές συμπεριφορές προς το προγλωσσικό παιδί τους δημιουργώντας τις καλύτερες δυνατές συνθήκες για τις ακουστικές και ομιλητικές ικανότητές του. Το στοιχείο κλειδί που ενεργοποιεί το MPP είναι η ανταπόκριση των γονέων. Το να ανταποκρίνεται ο γονέας, σημαίνει να επιτρέπει στο παιδί να καθοδηγεί την επικοινωνία, να ανταποκρίνεται αμέσως στις επικοινωνιακές του προσπάθειες με μίμηση του σήματος και με επέκταση του μηνύματος (Schlack 2002, Spiker, Boyce, Boyce, 2007). Δεύτερος στόχος είναι η μείωση του άγχους και του

βάρους που αισθάνονται οι γονείς μέσα από την ευκαιρία συνομιλίας με γονείς που αντιμετωπίζουν ίδιες καταστάσεις.

#### **6.4.2 Κύρια χαρακτηριστικά του MPP:**

1. Είναι επικεντρωμένο σε οικογενειακό επίπεδο, με τον γονέα που συμμετέχει να αποτελεί και το πρόσωπο με το οποίο το παιδί αλληλεπιδρά περισσότερο.
2. Το MPP συνδυάζει ομαδικές συνεδρίες γονέων με εξατομικευμένη συμβουλευτική που υποστηρίζεται από ανατροφοδότηση με βίντεο.
3. Το πρόγραμμα ακολουθεί τις αρχές της φυσιολογικής πορείας κατάκτησης της γλώσσας όσον αφορά την βασισμένη σε αλληλεπίδραση φυσιολογική ακουστική και ομιλητική προσέγγιση με ενεργητική παρέμβαση γονέων. Στόχος του MPP είναι το παιδί να αφομοιώσει το γλωσσικό στυλ που καλύτερα ταιριάζει στις προσωπικές του δυνατότητες.

Το MPP εφαρμόζεται από πιστοποιημένους ειδικούς. Αυτή η ειδίκευση παρέχεται σε ειδικούς με εμπειρία στην συμβουλευτική γονέων με βαρήκοα βρέφη έπειτα από επιτυχή ολοκλήρωση του πενθήμερου προγράμματος επιμόρφωσης, που από το 2012 λαμβάνει χώρα στην Κλινική Φωνιατρικής και Παιδοακουσολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Muenster της Γερμανίας.

#### **6.4.3 Σε ποιούς απευθύνεται**

Το MPP απευθύνεται σε γονείς με παιδιά που παρουσιάζουν βαρηκοΐα μέτρια ή σοβαρού βαθμού βαρηκοΐα που απαιτεί ένα ή δυο ακουστικά βοηθήματα. Παιδιά με μονόπλευρη βαρηκοΐα έχουν πολύ λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης γλωσσικής καθυστέρησης από παιδιά με αμφοτερόπλευρη βαρηκοΐα. Βεβαίως και πάλι οι γονείς ανησυχούν για την ανάπτυξη του παιδιού τους, παράγοντας που πιθανώς επηρεάζει την επικοινωνία τους. Ακόμα και σε περιπτώσεις χαμηλού βαθμού βαρηκοΐας όπου το παιδί έχει ενισχυθεί με ακουστικά βοηθήματα, οι γονείς είναι ευπρόσδεκτοι στις ομαδικές συνεδρίες. Κατά την εμπειρία των Glanemann et al, (2013) δεν είναι ο βαθμός της βαρηκοΐας αλλά η προσωπική διαχείριση του γεγονότος που επηρεάζει εάν οι γονείς ζητήσουν να λάβουν μέρος στο MPP. Στο πρόγραμμα τα βρέφη είναι ανάμεσα στους 3 και 18 μήνες αλλά συμπεριλαμβάνονται και βρέφη μεγαλύτερης ηλικίας, εάν είναι ακόμα στο προσυμβολικό στάδιο της μιας λέξης. Το MPP αφορά και γονείς με παιδιά με επιπλέον αναπτυξιακές ή ιατρικές διαγνώσεις (μετά από μόλυνση από κυτταροτοξικό ιό, σύνδρομο ή αναπτυξιακές καθυστερήσεις). Παρόλα

αυτά, ο υπεύθυνος του προγράμματος θα πρέπει να οργανώσει ισορροπημένες ομάδες γονέων με σεβασμό στις αναπτυξιακές δυνατότητες των παιδιών τους.

Μια ομάδα γονέων MPP αποτελείται ιδανικά από 4-6 οικογένειες, με δεκτές και τις 3 οικογένειες εάν μεγαλύτερος αριθμός δεν είναι εφικτός. Η συμμετοχή και των δυο γονέων προτείνεται αν και αυτό αποτελεί μια οργανωτική πρόκληση για κάθε οικογένεια. Στατιστικά αυτό είναι εφικτό στο 16% των περιπτώσεων (Glanemann et al, 2013).

Σε δυο περιπτώσεις μια οικογένεια εξαιρείται από το πρόγραμμα. Η πρώτη περίπτωση είναι όταν το παιδί έχει οπτική τύφλωση. Η δεύτερη αφορά τους γονείς, οι οποίοι δεν έχουν τις βασικές ικανότητες συμμετοχής στο πρόγραμμα δηλαδή γλώσσα του προγράμματος (προς το παρόν μόνο στα γερμανικά) και ικανότητες ομιλίας.

#### **6.4.4 Πλαίσιο/Setting**

Το MPP αποτελείται από 6 ομαδικές συναντήσεις και 2 εβδομαδιαίες ατομικές συν μια ατομική προπαρασκευαστική και την συνεδρία ολοκλήρωσης για κάθε οικογένεια. Επιπλέον, υπάρχει μια επαναληπτική συνεδρία όταν το παιδί γίνεται 24-30 μηνών. Αυτή η επανάληψη ακολουθεί τον κλινικό έλεγχο, επιτρέποντας προσωπική ανατροφοδότηση, λαμβάνοντας υπόψη την ποικιλότητα της ανάπτυξη σε αυτή την περίοδο. Και οι έντεκα συνεδρίες γίνονται από τον ίδιο ειδικό του MPP. Στην πρώτη συνάντηση ο ειδικός γνωρίζεται με τους γονείς και το παιδί, εξηγεί την διαδικασία και τους στόχους. Πέρα από την εισαγωγή είναι σημαντικό να λάβει μια πρώτη εντύπωση των ανησυχιών και προσδοκιών των γονέων. Ένα άλλος στόχος είναι να διαγνώσει την γενική, ακουστική, επικοινωνιακή κατάσταση του παιδιού πριν την θεραπεία και δύο εβδομάδες μετά από την λήξη των θεραπειών. Αυτή η αρχική και η τελική συνάντηση κρατά 2 ώρες η καθεμιά. Σε όλες τις συναντήσεις δίνεται στους γονείς χώρος και χρόνος να εκφράσουν λύπη ή στενοχώρια, εάν αισθάνονται την ανάγκη. Εάν ο ειδικός MPP απασχολείται στην κλινική και οι έντεκα συνεδρίες λαμβάνουν χώρα στην κλινική, παρόλο που ατομικές συνεδρίες έρχονται σε καλύτερη επαφή με την καθημερινότητα εφόσον λαμβάνουν χώρα στο σπίτι.. Κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα δυνατό λόγω των μειωμένων κονδυλίων σε πολλές κλινικές και ιδρύματα. Εφόσον όμως είναι δυνατό, οι θεραπείες στο σπίτι προτιμούνται πάντα. Στις ομαδικές συναντήσεις γονέων, οι γονείς προσέρχονται χωρίς τα παιδιά τους. Κάθε ομαδική θεραπεία διαρκεί 3 ώρες. Οι δυο ατομικές θεραπείες και η

επαναληπτική διαρκεί σχεδόν 1,5 ώρες η καθεμιά. Οι συνολικές ώρες του MPP ανέρχονται σε 26,5.

Στην χώρα εφαρμογής του προγράμματος (Γερμανία), η εφαρμογή του προγράμματος γίνεται παράλληλα με κρατικά χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα ειδικής αγωγής.

#### **6.4.5 Περιεχόμενα προγράμματος**

Καθώς το MPP στοχεύει στο να συνειδητοποιήσουν και να ενισχύσουν οι γονείς την ανταποκριτική τους συμπεριφορά, ο εκπαιδευτής τους εξηγεί και μαθαίνει τις αρχές πίσω από τις κοινές δραστηριότητες και την σύνδεση στην ποιοτική συνδιαλλαγή.

Τα τέσσερα θεμελιώδη στοιχεία του MPP (Παράρτημα, Πίνακας 1) αποτελούνται από τεκμηριωμένα και διαδοχικά χαρακτηριστικά ανταπόκρισης των γονέων στους πρώτους διαλόγους των παιδιών:

1. *δημιουργία κοινής προσοχής* με το να ακολουθούν την εστίαση της προσοχής του παιδιού παρατηρώντας και αναμένοντας το επόμενο σήμα του παιδιού

2. *άμεση ανταπόκριση* (και συνεχής) στις επικοινωνιακές προσπάθειες του παιδιού, μέσα από την μίμηση των ηχητικών και πρωτογλωσσικών και εξωγλωσσικών σημείων. Με άλλα λόγια, το παιδί οδηγεί την επικοινωνιακή αλληλεπίδραση. Οι γονείς μαθαίνουν ότι η ίδια τους η φωνή αποτελεί σημαντικό μέσο της φυσικής ακουστικής αποκατάστασης στην καθημερινή ζωή.

3. *εδραίωση εναλλαγής σειράς* μαθαίνοντας να περιμένουν ξανά και ξανά καθώς αποτελεί θεμελιώδη κανόνα συνομιλίας και ποιοτικής διαπροσωπικής συνδιαλογής

4. *ανταπόκριση με τρόπο που ευνοεί την επέκταση* των πρώιμων ηχητικών, γλωσσικών και μη προσπαθειών επικοινωνίας με σχετιζόμενο με την ηλικία τρόπο και εμπλουτισμένο σε ηχητική, ακουστική και γλωσσική ανάπτυξη («ένα βήμα μπροστά»).

Για να βοηθηθούν οι γονείς στην εφαρμογή αυτού του ανταποκριτικού τρόπου συνδιαλλαγής σε καθημερινή βάση, το πρόγραμμα παρέχει γνώσεις που αφορούν:

1. τον βασικό ρόλο της επικοινωνίας και της ανταπόκρισης στην πρώιμη ανάπτυξη
2. την σύνδεση μεταξύ παιχνιδιού και συμβολικής ανάπτυξης σαν βάση για την γλωσσική κατάκτηση

3. τα αναπτυξιακά στάδια από την προγλωσσική στην γλωσσική επικοινωνία
4. τον ρόλο των βιβλίων με εικόνες που προκαλούν διάλογο στην γλωσσική ανάπτυξη

Τα παραπάνω στοιχεία είναι κοινά με άλλα γνωστά προγράμματα συμμετοχής γονέων σε λογοθεραπευτική παρέμβαση όπως το Hanen Program ITTT (It Takes Two To Talk) ή το PALS. Το MPP, ανταποκρινόμενο στις ειδικές ανάγκες των γονέων με βαρήκοα παιδιά, έχει προσαρτήσει –μεταξύ άλλων- και τα εξής στοιχεία:

1. βασικές πληροφορίες για την βαρηκοΐα και τα ακουστικά βοηθήματα.
2. πληροφορίες για τα στάδια ακουστικής ανάπτυξης: αντίληψη, εντοπισμός, διάκριση, ταυτοποίηση, κατανόηση ήχου και ομιλίας .
3. ενίσχυση των γονέων με επιβεβαίωση του γονεϊκού ρόλου και της αυτοπεποίθησής τους μέσα από την εφαρμογή των τεσσάρων αρχών καθημερινής συνδιαλλαγής, με βάση την τυπική ακουστική και προφορική αφομοίωση ακουστικών ικανοτήτων που βασίζεται σε αλληλεπίδραση. Δίνεται έμφαση στον ενεργό ρόλο του παιδιού που ανακαλύπτει περιβαλλοντικούς ήχους. Η ανταποκριτική και φυσικώς υπερβολική μελωδική χρήση της φωνής του γονέα που σαν ηχώ μιμείται ήχους του περιβάλλοντος και του παιδιού επίσης τονίζεται, μαζί με τον βασικότατο ρόλο που παίζει στην ακουστική και γλωσσική ανάπτυξη του βαρήκοου παιδιού
4. Μέσα από μαθήματα και βιντεοπαρουσιάσεις, δίνονται οι θεωρητικές βάσεις της γλωσσικής ανάπτυξης παιδιών με διάφορους βαθμούς βαρηκοΐας, με βάση τις ισχύουσες επιστημονικές γνώσεις. Εξηγείται επίσης ο ρόλος των χειρονομιών στην προγλωσσική περίοδο ως εχέγγυο για την προφορική και νοηματική γλωσσική κατάκτηση.
5. Παρέχεται υποστήριξη στη διαχείριση της ακουστικής απώλειας με
  - α) ενεργητική ακοή της θλίψης και του πένθους των γονέων από τον θεραπευτή σε όλες τις συνεδρίες
  - β) την δυνατότητα να γνωριστούν οι γονείς με τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις άλλων οικογενειών με κοινούς προβληματισμούς και προκλήσεις (συν διαλείματα για καφέ χωρίς την παρουσία θεραπευτή)
  - γ) ύπαρξη χρόνου για ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ θεραπευτή και γονέων για τα παιδιά με βαρηκοΐα
  - δ) εισαγωγή του Schmutzler μοντέλου διαχείρισης θλίψης και συναισθηματικής αποδοχής (Schmutzler,1999), μαζί με την κοινοποίηση σκέψεων και συναισθημάτων σχετικά με την διάγνωση και τον αντίκτυπο στην οικογένεια.

Όλα αυτά στοχεύουν να μειώσουν το βιωμένο από τους γονείς άγχος και φορτίο αλλά χωρίς σε καμία περίπτωση να αντικαθιστά την επαγγελματική ψυχολογική υποστήριξη, σε περίπτωση που χρειάζεται γίνονται οι κατάλληλες παραπομπές.

#### **6.6.6 Διαδικασία**

Το χρονοδιάγραμμα και το πρόγραμμα του MPP παρουσιάζεται περιληπτικά παρακάτω και αναλυτικά στο Παράρτημα Πίνακας 2.

Η προπαρασκευαστική συνεδρία γνωριμίας με την οικογένεια, εκτός των βιογραφικών στοιχείων και τον έλεγχο της ακουστικής ανάπτυξης με το ερωτηματολόγιο γονέων LittlEARS (Kuehn-Inocker και συν., 2003) περιλαμβάνει και μια γενική ενημέρωση για το χρονοδιάγραμμα και την οργάνωση του MPP.

Οι επόμενες δύο συναντήσεις είναι της ομάδας γονέων όπου γίνεται αναφορά στο ιστορικό και τις θεωρητικές βάσεις του προγράμματος, εισάγονται οι τρεις πρώτες αρχές, δηλαδή παρατήρηση, μίμηση, εναλλαγή σειράς και γίνεται γενική επισκόπηση της παιδικής βαρηκοΐας. Πάνω σε αυτό η ομάδα δουλεύει στην διαχείριση της διάγνωσης και τα μέλη της ανταλλάσσουν εμπειρίες.

Πλέον οι γονείς είναι έτοιμοι να έρθουν στο κλινικό πλαίσιο με το παιδί, ώστε να γίνει η πρώτη ατομική εκπαίδευση στις αρχές 1-3 και να λάβουν την ανατροφοδότηση.

Ακολουθεί η τρίτη ομαδική συνεδρία που επικεντρώνεται στη σωστή ανταπόκριση στις επικοινωνιακές προσπάθειες του παιδιού και στο πως μπορούν καθημερινές εμπειρίες να αποτελούν ευκαιρίες για ακουστική εκπαίδευση. Οι γονείς μαθαίνουν πως να ελέγχουν την ακουστική συσκευή και ανταλλάσσουν εμπειρίες για την αποδοχή της αναπηρίας του παιδιού τους.

Στην τέταρτη ομαδική συνεδρία κύριος στόχος είναι να γίνει κατανοητό ότι το παιχνίδι και οι χειρονομίες είναι ένα βήμα προς τη γλώσσα, ενώ τονίζεται το γεγονός ότι η εμπειρία των γονέων είναι χρήσιμος παράγοντας στην παρέμβαση.

Η πέμπτη ομαδική συνεδρία αφορά την μετάβαση από την κοινή δράση στο διάλογο, τα στάδια επικοινωνιακής ανάπτυξης, την αλληλεπίδραση της επικοινωνίας με άλλους αναπτυξιακούς τομείς και πως η ομοιοκαταληξία μπορεί να αποτελέσει ένα ευχάριστο εργαλείο αποκατάστασης.

Σε αυτό το στάδιο πραγματοποιείται η δεύτερη ατομική συνεδρία επιμόρφωσης, όπου το παιδί είναι παρών ώστε να γίνει η ανατροφοδότηση στους γονείς για το πως εκτελούν τις τέσσερις πρώτες αρχές του προγράμματος (παρατήρηση, μίμηση, εναλλαγή σειράς, χρησιμοποίηση της προσωπικής τους εμπειρίας), να αξιολογήσουν αντικειμενικά οι ίδιοι το επικοινωνιακό επίπεδο του παιδιού τους και να λάβουν ατομικές συμβουλές για τα επικοινωνιακά στάδια που θα ακολουθήσουν.

Η έκτη και τελευταία ομαδική συνεδρία ξεκινά με τις εμπειρίες των γονέων από την εφαρμογή των αρχών του προγράμματος, συνεχίζει με το πως τα εικονογραφημένα βιβλία μπορούν να αποτελούν επικοινωνιακές ευκαιρίες και ολοκληρώνεται με την δημιουργία του προσωπικού άλμπουμ κάθε παιδιού.

Η τελευταία ατομική συνεδρία, ή συμβουλευτική συνεδρία ολοκλήρωσης, επαναξιολογεί την ακουστική ανάπτυξη του παιδιού με την χρήση του LittleEARS (ό.π.) και ορίζεται το χρονοδιάγραμμα της επαναληπτικής συνεδρίας, όπου θα λάβει χώρα όταν το παιδί γίνει 2 ετών.

Τότε, η επαναληπτική συνάντηση θα αξιολογήσει εκ νέου την ακουστική και γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού και οι γονείς θα εκπαιδευτούν στην ατομική εκπαίδευση σε βιβλία διαλόγου με τις αρχές 1-4 του προγράμματος. Τέλος οι γονείς εξοικειώνονται με την διορθωτική και επεκτατική ανατροφοδότηση στο πρώιμο γλωσσικό στάδιο, ώστε η επέκταση της χρήσης των λέξεων να καλύπτει και την περιγραφή συναισθημάτων.

Συνολικά προβλέπονται έξι ομαδικές συναντήσεις γονέων και πέντε συνεδρίες στις οποίες το παιδί και γονέων μαζί.

## **ΣΥΝΟΨΗ**

Στην παρούσα εργασία παρουσιάστηκαν επιγραμματικά τα κυριότερα προγράμματα παρέμβασης στις διαταραχές επικοινωνίας παιδιατρικού πληθυσμού που προβλέπουν την συμμετοχή των γονέων στην διαδικασία της παρέμβασης. Έγινε προσπάθεια στην παρουσίαση κάθε προγράμματος να υπάρχει η ιστορική του πορεία, η θεωρητική του βάση, οι στόχοι, η δομή, το χρονοδιάγραμμα, το περιεχόμενο, το υλικό και η ερευνητική του τεκμηρίωση. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των κυριότερων προγραμμάτων συμμετοχής γονέων στην παρέμβαση των διαταραχών επικοινωνίας μπορεί να ορίσει τους βασικούς άξονες και τα κύρια χαρακτηριστικά

που πρέπει να έχει ένα επιτυχημένο πρόγραμμα το οποίο θα συμπεριλαμβάνει και τους γονείς στην θεραπευτική διαδικασία.

Πρώτον, θα πρέπει να βασίζεται σε σταθερή θεωρητική τεκμηρίωση. Τα περισσότερα προγράμματα βασίζονται στην θεραπεία ευρείας βάσης (Kamhi, 1992) και στην θεωρία της κοινωνικής μάθησης της γλώσσας (Bandura, 1989) μέσα από τον βαθμό και τον τρόπο ανταπόκρισης των γονέων (Anderson, Marinac 2007).

Δεύτερον, ο σχεδιασμός και η διεξαγωγή του θα πρέπει να διέπεται από διεπιστημονικότητα. Το σύνολο των προγραμμάτων που παρατέθηκαν περιείχαν το παραπάνω στοιχείο ως προϋπόθεση διεξαγωγής, καθώς η ολιστική προσέγγιση δεν μπορεί να επιτευχθεί από μόνο μια ειδικότητα. Ιδιαίτερα η προσέγγιση Γονείς και Παιδιά Μαζί (Parents and Children Together) συμπεριλαμβάνει ψυχολόγο για την εκπαίδευση της οικογένειας, ειδικό παιδαγωγό για τις γλωσσικές ασκήσεις και λογοθεραπευτή για τις παραδοσιακές τεχνικές φωνητικής παραγωγής και τις πολλαπλές υποδειγματικές τεχνικές.

Επιπλέον παράγοντας κλειδί είναι η ισορροπία μεταξύ της λειτουργικής δομής και της ευελιξίας του να δρα εξατομικευμένα. Η βασική δομή των προγραμμάτων διακρίνεται σε αξιολόγηση, παρέμβαση, επαναξιολόγηση. Η παρέμβαση διαχωρίζεται σε εκπαίδευση γονέων, εφαρμογή σε κλινικό πλαίσιο, ανατροφοδότηση από τον θεραπευτή και παγίωση, για όσες φορές ή στόχους κριθεί αναγκαίο. Πρότυπη παράθεση του χρονοδιαγράμματος βρίσκουμε στα προγράμματα Muenster, Λεξιπόντιξ και Hanen, όπου υπάρχει πίνακας χρονοδιαγράμματος με στόχους και περιεχόμενα κάθε συνεδρίας. Προγράμματα που παρέχουν ιδιαίτερα υψηλή ευελιξία και εξατομίκευση είναι η Θεραπεία Αλληλεπίδρασης Γονέα-Παιδιού (PCIT) και η Τεχνική Επίλυσης Προβλημάτων (Problem Solving Technique), στα οποία οι γονείς και ο θεραπευτής έχουν να επιλέξουν από πολλές δραστηριότητες που τροποποιούνται με βάση την αποτελεσματικότητα και τα ενδιαφέροντα του παιδιού. Το ίσως περισσότερο λειτουργικό υλικό χαμηλού κόστους παρέχει ο οδηγός πρώιμης παρέμβασης Portage όπου περιέχει κατηγοριοποιημένες και με απλές οδηγίες 580 καλά δομημένες διαδικασίες μάθησης. Επίσης τα προγράμματα Hanen που παρέχουν εικονογραφημένα βιβλία και ψηφιακούς δίσκους με οδηγίες για το πρόγραμμα μπορούν να αξιολογηθούν ως λειτουργικά.

Ακόμα, είναι σημαντικό να είναι συγκεκριμένη η ταυτότητα του προγράμματος. Να ορίζεται ακριβώς τι στόχους και τις απαιτήσεις έχει. Το πρόγραμμα Muenster για γονείς με βαρήκοα/κωφά παιδιά, ίσως λόγο και της ύπαρξης

αντικειμενικών απεικονιστικών δεδομένων της διαταραχής, έχει ξεκάθαρα ορισμένη ομάδα οικογενειών που απευθύνεται, βαθμό και τύπο βαρηκοΐας ενώ παράλληλα έχει και κριτήρια εξαίρεσης από το πρόγραμμα. Η ταυτότητα του προγράμματος διασφαλίζεται και από την εφαρμογή από διεπιστημονική ομάδα που έχει πιστοποιημένη εκπαίδευση και επάρκεια εφαρμογής του προγράμματος. Τα προγράμματα Hanen παρέχουν εκπαιδεύσεις πιστοποίησης με μορφή σεμιναρίων ανά τον κόσμο, ενώ παράλληλες δράσεις έχουν το PCIT και το Lidcombe.

Το πιο ουσιώδες χαρακτηριστικό ενός προγράμματος είναι η αποτελεσματικότητα, όταν αυτή τεκμηριώνεται από τα ερευνητικά δεδομένα. Η ακριβής εφαρμογή του προγράμματος σε συνδυασμό με την αντικειμενική αξιολόγηση μπορούν να προσφέρουν πολύτιμα δεδομένα για την βελτίωση του προγράμματος και μελλοντική αύξηση της αποδοτικότητάς του. Αυτά τα δεδομένα προέρχονται από ένα άλλο διακριτικό χαρακτηριστικό ενός αποτελεσματικού προγράμματος, την διάρκεια στο χρόνο. Περισσότερη διάρκεια σημαίνει περισσότερα δεδομένα, πληρέστερη ανατροφοδότηση, βελτίωση της εφαρμογής. Σε αυτό τον τομέα πρωτεύει το πρόγραμμα Portage, που από το 1970 εκπαιδεύει γονείς στην πρώιμη εκπαίδευση παιδιών με νοητική στέρηση. Ακολουθεί το Lidcombe και η Demands And Capacities Method το 1990, το It Takes To Talk το 1992, το PCIT που από το 1996 επικεντρώθηκε στην γλωσσική ανάπτυξη, η Τεχνική Επίλυσης Προβλημάτων το 1998 με τα υπόλοιπα έπονται μετά το 2000.

Ένα σημαντικό κομμάτι κάθε προγράμματος είναι η συλλογικότητα και η αίσθηση της ομάδας μεταξύ των γονέων. Στο πρόγραμμα Muenster για γονείς με βαρήκοα ή κωφά παιδιά, οι συναντήσεις της ομάδας γονέων με τον θεραπευτή ξεπερνούν σε αριθμό τις συναντήσεις του παιδιού με τον θεραπευτή. Επίσης στην προσέγγιση Hanen, δίνεται μεγάλο βάρος στην αλληλεπίδραση και την συναισθηματική σύνδεση των γονέων σε επίπεδο ομάδας.

Μελλοντική κατεύθυνση έρευνας μπορεί να αποτελεί η προσαρμογή ή δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης γονέων στις διαταραχές επικοινωνίας στα ελληνικά ή και η ερευνητική τεκμηρίωση όσων προγραμμάτων ήδη εφαρμόζονται στην Ελλάδα. Άλλη κατεύθυνση η οποία δεν αναλύθηκε εδώ είναι η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος και των φροντιστών ενήλικων ατόμων με διαταραχές επικοινωνίας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- A.M. Wetherby, S.F. Warren, J. Reichle, (1998) Transitions in Prelinguistic Communication, vol. 7, Paul H Brookes Pub Co, Baltimore, MD.
- Aldred, C., Green, J., Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomized controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1-11.
- Allen, J. L., Rapee, R. M., & Sandberg, S. (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: A matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(7), 1047-1056.
- Ambrose, N., N. Bernstein Ratner, and J. Tetnowski. (2006) "Early stuttering: Parent counseling." *Current issues in stuttering research and practice* : 87-98.
- Andersen, C.E., Marinac J.V. (2007). "Using an observational framework to investigate adult language input to young children in a naturalistic environment." *Child Language Teaching and Therapy* 23, 307-324
- Anderson, H., & Gehart, D. (2009). Collaborative practice: Relationships and conversations that make a difference. *The Wiley handbook of family psychology*, 300-313.
- Anderson, Noma B., and George H. Shames. *Human communication disorders: An introduction*. Pearson Education Canada, 2010.
- Andrews, James R., Mary A. Andrews, and William M. Shearer.(1989) "Parents' attitudes toward family involvement in speech-language services." *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 20.4: 391-399.
- Bailey, Alice Anne Gamble, and Walter R. Bailey. (1982) "Managing the environment of the stutterer." *Communication Disorders Quarterly* 6.1: 26-39.
- Baker, J., Messinger, D., Lyons, K., Grantz, C. (2010). A Pilot Study of Maternal Sensitivity in the Context of Emergent Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 988-999.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist*, 44(9), 1175.
- Barber, Virginia. (1939) "Studies in the Psychology of Stuttering, XV Chorus Reading as a Distraction in Stuttering" This study is part of a Ph. D. thesis

directed by Dr. Wendell Johnson at the State University of Iowa as part of a program of studies in the psychology of stuttering." *Journal of Speech Disorders* 4.4: 371-383.

- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 135.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, S. (1995). Negative islands and reconstruction. On extraction and extraposition in German, 11, 121. *Behavior Analysis* 26, 173-82.
- Berg, M. (1999). Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International journal of medical informatics*, 55(2), 87-101.
- Biggart, A., Cook, F., Sc, M., & Fry, J. (2006). The role of parents in stuttering treatment from a Cognitive Behavioural Therapy perspective.
- Biggart, A., Cook, F. M., & Fry, J. (2007). The role of parents in stuttering treatment from a cognitive behavioural perspective. In *Proceedings of the Fifth World Congress on Fluency Disorders* (pp. 368-375).
- Bloodstein, O. (1969). "A handbook on stuttering."
- Bowen, C. (1996). Evaluation of a phonological therapy with treated and untreated groups of young children.
- Bowen, C. (2000). PACT: Collaboration avec les familles et les enseignants en rééducation phonologique. *Rééducation orthophonique*, 38(203), 11-17.
- Bowen, C., & Cupples, L. (1998). A tested phonological therapy in practice. *Child Language Teaching and Therapy*, 14(1), 29-50..
- Bowen, C., & Cupples, L. (1999). A phonological therapy in depth: a reply to commentaries. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 34(1), 65-83.
- Bowen, C., & Cupples, L. (1999). Parents and children together (PACT): a collaborative approach to phonological therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 34(1), 35-55.

- Brouillette, Ron and Mariga, Lilian, (1993) Community-based Approaches for Individuals with Mental Handicap. International League of Societies for Persons with Mental Handicap, Belgium
- Brouillette, R. (1993). Theories to explain the development of special education. World Yearbook of Education: Special Needs Education. London: Kogan Page
- C. Yoshinaga-Itano, A.L. Sedey, D.K. Coulter, A.L. Mehl, (1998) Language of early-and later-identified children with hearing loss, Pediatrics 102 (5) 1161–1171.
- C.W. Jackson, (2011) Family supports and resources for parents of children who are deaf or hard of hearing, Am. Ann. Deaf 156 (4) 343–362.
- Camarata, S. (1993). The application of naturalistic conversation training to speech production in children with speech disabilities. Journal of Applied Behavior Analysis, 26(2), 173-182.
- Camarata, S. M. and Nelson, K. (1992): Treatment efficacy as a function of collaborative approach to phonological therapy. International Journal of commentaries. International Journal of Language and Communication
- Conture, E. G., & Kelly, E. M. (1991). Young stutterers' nonspeech behaviors during stuttering. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 34(5), 1041-1056.
- Cook, F., & Rustin, L. (1997). Commentary on the Lidcombe Programme of early stuttering intervention. International Journal of Language & Communication Disorders, 32(2), 250-258.
- Craig, A., & Andrews, G. (1985). The Prediction and Prevention of Relapse in Stuttering The Value of Self-Control Techniques and Locus of Control Measures. Behavior modification, 9(4), 427-442.
- Crnic, K. & Stormshak, E. (1997). The effectiveness of providing social support for families of children at risk. In M.J. Guralnick (Ed.), The effectiveness of early intervention (pp. 209-226). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

- Crowe, Thomas A., and Eugene B. Cooper. (1977) "Parental attitudes toward and knowledge of stuttering." *Journal of Communication Disorders* 10.4: 343-357.
- Crystal, D. (1996). Language play and linguistic intervention. *Child Language Teaching and Therapy*, 12(3), 328-344.
- Crystal, D. (1998) *Language play*. London: Penguin Books.
- Cummins, K., & Hulme, S. (1997). Video-a reflective tool. *Speech and Language Therapy in Practice*, 4-7.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 132-135.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. WW Norton & Co.
- Dell, C.W. (1979). *Treating the school-age stutterer: A guide for clinicians*. Memphis, TN: Speech Foundation of America
- Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floor Time Play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 196-203.
- Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2007). More than miracles: the state of the art of solution-focused brief therapy.
- Edward G. Conture and Ellen M. Kelly (1991). Young Stutterers' Nonspeech Behaviors During Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*,
- Einarsdóttir, J., & Ingham, R. (2009). Accuracy of parent identification of stuttering occurrence. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(6), 847-863.
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). *Eyberg child behavior inventory and sutter-eyberg student behavior inventory-revised: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Faber, A., & Mazlish, E. (1980). *How to talk so kids will listen and listen so kids will talk*. New York, NY: Rawson.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version*. American Psychiatric Pub.

- Flynn, L. and Lancaster, G. (1996): Children's phonology sourcebook. Oxford
- Fourlas, G. & Marousos, D. (2014). "Lexipontix": Developing a Structured Stuttering Therapy Programme for School Age Children. 4th European Symposium on Fluency Disorders 2014, Antwerp.
- Fourlas, G., & Marousos, D. (2015). A Report on the Development and Clinical Application of Lexipontix, a New Therapy Programme for School age CWS. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 92-107.
- Franken, M. C. J., Kielstra-Van der Schalk, C. J., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 30(3), 189-199.)
- Franken, M. C. J., Kielstra-Van der Schalk, C. J., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 30(3), 189-199.
- G. Szagun, B. Stumper, (2012) Age or experience? The influence of age at implantation and social and linguistic environment on language development in children with cochlear implants, *J. Speech Lang. Hear. Res.* 55 (6) 1640–1654.
- Gill, M. J., & Harris, S. L. (1991). Hardiness and social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(4), 407-416.
- Girolametto, L. (1988). Improving the social-conversational skills of developmentally delayed children: An intervention study. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53, 156-167.
- Girolametto, L., Pearce, P. & Weitzman, E. (1996a). The effects of focused stimulation for promoting vocabulary in children with delays: A pilot study. *Journal of Childhood Communication Development*, 17, 39-49.
- Girolametto, L., Pearce, P. & Weitzman, E. (1996b). Interactive focused stimulation for toddlers with expressive vocabulary delays. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 1274-1283.
- Girolametto, L., Sussman, F., & Weitzman, E. (2007). Using case study methods to investigate the effects of interactive intervention for children with

- autism spectrum disorders. *Journal of Communication Disorders*, 40(6), 470-492.
- Glanemann, R., Reichmuth, K., Matulat, P., & am Zehnhoff-Dinnesen, A. (2013). Muenster Parental Programme empowers parents in communicating with their infant with hearing loss. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 77(12), 2023-2029.
  - Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1997). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1, 87-141.
  - Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006). *Engaging autism: The Floortime approach to helping children relate, communicate and think*. Reading, MA: Perseus Books.
  - Grossman, H. J. (1977). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. American Association on Mental Deficiency.
  - Guitar, B., Kopf-Schaefer, H. K., Donahue-Kilburg, G., & Bond, L. (1992). Parental verbal interactions and speech rate: A case study in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 742–754.
  - Guitar, B., Schaefer, H. K., Donahue-Kilburg, G., & Bond, L. (1992). Parent Verbal Interactions and Speech Rate A Case Study in Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 35(4), 742-754.
  - H. Kuehn-Inacker, V. Weichbold, L. Tsiakpini, F. Coninx, P. D’Haese, (2003) *LittleEARS Auditory Questionnaire Manual—Parent Questionnaire to Assess Auditory Behaviour in Young Children*, MED-EL, Innsbruck, Austria,.
  - H. Schmutzler, (1999) *Handbuch Heilpädagogisches Grundwissen: Einführung in Die Früherziehung Behinderter Und Von Behinderung Bedrohter Kinder*, Herder, Wien,.
  - H.G. Schlack (Ed.), (2002) *Große Pläne für kleine Leute: Grundlagen. Konzepte Und Praxis Der Frühförderung*. 2. Auflage ed., E. Reinhardt, München, No. 6.
  - Happe, F. (1998). "Αυτισμός, Ψυχολογική Θεώρηση."

- Harris, V., Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., & Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 203–214.
- Harrison, E, and M. Onslow. "Early intervention for stuttering: the Lidcombe Program." *Stuttering and related disorders of fluency* (1999): 65-79.
- Hayhow, R. "Parents' experiences of the Lidcombe Program of early stuttering intervention." *International Journal of Speech-Language Pathology* 11.1 (2009): 20-25.
- Henderlong, J., & Lepper, M. R. (2002). The effects of praise on children's intrinsic motivation: a review and synthesis. *Psychological bulletin*, 128(5), 774.
- Holzinger, J. Fellingner, C. Beitel, (2011) Early onset of family centered intervention predicts language outcomes in children with hearing loss, *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 75 (2) 256–260.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 548-555.
- Ingham, R. J., & Andrews, G. (1973). AN ANALYSIS OF A TOKEN ECONOMY IN STUTTERING THERAPY. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6(2), 219-229.
- Jindal-Snape, D., Douglas, W., Topping, K. J., Kerr, C., & Smith, E. F. (2005). Effective Education for Children with Autistic Spectrum Disorder: Perceptions of Parents and Professionals. *International Journal of Special Education*, 20(1), 77-87.
- Johnson, Linda J. (1980) "Facilitating parental involvement in therapy of the disfluent child." *Seminars in Hearing*. Vol. 1. No. 04. Copyright© 1980 by Thieme Medical Publishers, Inc.,.
- K. Wilson, M.E. Nevins, K.T. Houston, (2010) Professional development for in-service practitioners serving children who are deaf and hard of hearing, *Volta Rev.* 110 (2) 231–247.

- Kamhi, A. G. (1992). The need for a broad-based model of phonological disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 23(3), 261-268.
- Kamhi, A. G. 1992: Clinical forum: phonological assessment and treatment.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact.
- Kelly, E. M. (1995). Parents as partners: Including mothers and fathers in the treatment of children who stutter. *Journal of communication disorders*, 28(2), 93-105.
- Kelly, Ellen M., and Edward G. Conture. (1991) "Intervention with school-age stutterers: A parent-child fluency group approach." *Seminars in Speech and Language*. Vol. 12. No. 04. ©by Thieme Medical Publishers, Inc., 1991.
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach. *Speechmark*.
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach. *Speechmark*.
- Kloth, S. A. M., Janssen, P., Kraaimaat, F., & Brutten, G. J. (1998). Child and mother variables in the development of stuttering among high-risk children: A longitudinal study. *Journal of Fluency Disorders*, 23, 217–230.
- Kloth, S. A. M., Kraaimaat, F. W., Janssen, P., & Brutten, G. J. (1999). Persistence and remission of incipient stuttering among high-risk children. *Journal of Fluency Disorders*, 24, 253–256.
- L.B. Adamson, R. Bakeman, C.B. Smith, (1998) Gestures, words, and early object sharing, in: V. Volterra, C.J. Erting (Eds.), *From Gesture to Language in Hearing and Deaf Children*, Gallaudet University Press, Washington, DC, , pp. 31–41.
- L.S. Koester, E. Lahti-Harper, (2010) Mother–infant hearing status and intuitive parenting behaviors during the first 18 months, *Am. Ann. Deaf* 155 (1) 5–18.
- Ladefoged, Peter. "A Course in Phonetics (5th)." Thomson Wadsworth (2006).

- Langevin, M., & Kully, D. (2003). Evidence-based treatment of stuttering: III. Evidence-based practice in a clinical setting. *Journal of fluency disorders*, 28(3), 219-236. *Language and Communication Disorders* 34, 35–55.
- Lincoln, M. A., & Onslow, M. (1997). Long-term outcome of early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 51–58 *Linguistics and Phonetics* 6, 167–78.
- Logan, K. J., & Conture, E. G. (1997). Selected temporal, grammatical, and phonological characteristics of conversational utterances produced by children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(1), 107-120.
- M. Hintermair, (2000) Hearing impairment, social networks, and coping: the need for families with hearing-impaired children to relate to other parents and to hearingimpaired adults, *Am. Ann. Deaf* 145 (1) 41–51.
- M. Papoušek, (2007) Communication in early infancy: an arena of intersubjective learning, *Infant Behav. Dev.* 30 (2) 258–266.
- M.P. Moeller, (2000) Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing, *Pediatrics* 106 (3) e43.
- Mahoney, G., & Perales, F. (2003). Using relationship-focussed intervention to enhance the social-emotional functioning of your children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23, 77-89.
- Mallard, A. R. (1998) "Using problem-solving procedures in family management of stuttering." *Journal of Fluency Disorders* 23.2: 127-135.
- Mallard, A.R (1992). Family intervention in stuttering therapy. Στο W.Perkins (Ed.), *Stuttering prevented* (pp. 153- 188). San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- Manolson, A. (1992). *It takes two to talk: A parent's guide to helping children communicate*. Toronto, Ontario, Canada: The Hanen Centre.
- McConachie, H., Randle, V., Hammal, D., & Le Couteur, A. (2005). A controlled trial of a training course for parents of children with suspected autism spectrum disorder. *The Journal of pediatrics*, 147(3), 335-340.
- Meyers, S. C., & Freeman, F. J. (1985a). Interruptions as a variable in stuttering and disfluency. *Journal of Speech and Hearing Research*, 28, 428–435.

- Meyers, S. C., & Freeman, F. J. (1985b). Mother and child speech rates as a variable in stuttering and disfluency. *Journal of Speech and Hearing Research*, 28, 436–444.
- Meyers, S. C., & Woodford, L. L. (1992). *The Fluency Development System for Young Children (ages 2-9 Years)*. T. A. Callisto (Ed.). United Educational Services.
- Muse, J. Harrison, C. Yoshinaga-Itano, A. Grimes, P.E. Brookhouser, S. Epstein, et al., (2013) Supplement to the JCIH 2007 position statement: principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing, *Pediatrics* 131 (4) e1324–e1349.
- Nespor, Marina, and Angela Ralli. "Morphology-phonology interface: Phonological domains in Greek compounds." *The Linguistic Review* 13.3-4 (1996): 357-382.
- Newman, L. L., & Smit, A. B. (1989). Some effects of variations in response time latency on speech rate, interruptions, and fluency in children's speech. *Journal of Speech and Hearing Research*, 32, 635–644.
- Nippold, M. A., Rudzinski M.. (1995) "Parents' Speech and Children's Stuttering A Critique of the Literature." *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 38.5 978-989.
- Onslow, M., Andrews, C., & Lincoln, M. (1994). A control/experimental trial of an operant treatment for early stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1244–1259.
- Onslow, M., Costa, L., & Rue, S. (1990). Direct early intervention with stuttering: Some preliminary data. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 405–416.
- Onslow, M., Costa, L., & Rue, S. (1990). Direct early intervention with stuttering: Some preliminary data. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 405–416.
- P. Spencer, (2003) Parent–child interaction: implications for intervention and development, in: B. Bodner-Johnson, M. Sass-Lehrer (Eds.), *The Young Deaf or Hard of Hearing Child: A Family-Centered Approach to Early Education*, Paul Brooks, Baltimore, pp. 333–371.

- Papoušek, M. (2007). Communication in early infancy: an arena of intersubjective learning. *Infant Behavior and Development*, 30(2), 258-266.
- Pappas, Nicole Watts, et al. (2008) "Parental involvement in speech intervention: A national survey." *Clinical linguistics & phonetics* 22.4-5: 335-344.
- Peterson, C., Wellman, H.M., & Liu, D. (2005). Steps in theory-of-mind development for children with deafness or autism. *Child Development*, 76(2), 502-517.  
Portage, Wisconsin. Web address <http://www.portageproject.org/model.htm>
- Ramig, P., Dodge D. (2009) *The Child and Adolescent Stuttering Treatment & Activity Resource Guide*. Cengage Learning,
- Ratner, N. B. (1992). Measurable Outcomes of Instructions to Modify Normal Parent-Child Verbal Interactions Implications for Indirect Stuttering Therapy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 35(1), 14-20.
- re'éducation phonologique. *Re'éducation Orthophonique* 203 (September), Research Ltd.
- Roberts, M., & Kaiser, A. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Intervention: A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 180-199.
- Rommel, D. (2000). The influence of psycholinguistic variables on stuttering in childhood. *Journal of Fluency Disorders*, 25(3), 212.
- Rustin L. & Cook, F. (1983). Intervention procedures for dysfluent child. Στο P. Dalton (Ed.), *Approaches to the treatment of stuttering* (pp. 47-75). Beckenham, Kent, Great Britain: Croom Helm Ltd.
- Rustin, L., Botterill, W., & Kelman, E. (1996). Assessment and therapy for young dysfluent children: Family interaction. Singular.
- Rustin, L., Purser, H., & Rowley, D. (1987). The treatment of childhood dysfluency through active parental involvement. *Progress in the treatment of fluency disorders*, 166-180.
- Sampon, Mary Anne and Wollenburg, Karen (1998) *Portage Project / CESA5*
- Sharon K. M , Alison Nicholas Frances M. Cook. (2008) Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering? *Journal of Speech*,

Language, and Hearing Research . Vol. 51 . 636–650. American Speech-Language-Hearing Association)

- Shearer, M. S., & Shearer, D. E. (1972). The Portage Project: A model for early childhood education. *Exceptional Children*, 39(3), 210-217..
- Siller, M., & Sigman, M. (2002). The behaviours of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(2), 77-89.
- Silverman, F. H. (2004). *Stuttering and other fluency disorders*. Waveland Press Inc
- Simeonsson, R. J, (1991, March) Early Prevention of Childhood Disability in Developing Countries, *International Journal of Rehabilitation Research*, vol 14, no. 1, pages 1-12 School of Education, University of North Carolina, Chapman and Hall Ltd *Speech and Hearing Services in Schools* 23, 261–68. speech production in children with speech disabilities.
- Spiker, G.C. Boyce, L.K. Boyce, (2002) Parent–child interactions when young children have disabilities, *Int. Rev. Res. Ment. Retard.* 25 35–70
- Starkweather, C. W., Gottwald, S. R., & Halfond, M. M. (1990). *Stuttering prevention: A clinical method*. Prentice Hall.
- Sussman, F. (2012) *More Than Words: A Parent's Guide to Building Interaction and Language Skills for Children with Autism Spectrum Disorder or Social Communication Difficulties*. Toronto: The Hanen Centre.
- Szagun, B. Stumper, S.A. Schramm, (2009), *Fragebogen Zur Fruhkindlichen Sprachentwicklung (FRAKIS) Und FRAKIS-K (Kurzform)*, Pearson Assessment, Frankfurt,
- T.Y. Ching, K. Crowe, V. Martin, J. Day, N. Mahler, S. Youn, et al., (2010) Language development and everyday functioning of children with hearing loss assessed at 3 years of age, *Int. J. Speech. Lang. Pathol.* 12 (2) 124–131.
- Van Riper, B. W. (1971). Student perception: The counselor is what he does. *The School Counselor*, 19(1), 53-56.
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering*. Prentice Hall.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering*. Prentice Hall,.

- Watson, C. (1993). Making Hanen Happen. A Hanen Centre Publication.
- Webster, R.L. (1980). Evolution of a target-based behavioral therapy for stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 5, 303-320
- Weir, E., and Bianchet. S. (2004). "Developmental dysfluency: early intervention is key." *Canadian Medical Association Journal* 170.12: 1790-1791. Winslow Press.
- Wing, L. (1996). *the Autistic Spectrum: A guide for Parents and Professional.* London: Constable.
- Winslow, M., & Guitar, B. (1994). The effects of structured turn-taking on disfluencies: A case study. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 25, 251–257.
- Yairi, E. (1997). Home Environments of Stuttering Children. In R. Curlee and G. Siegel (Eds. ), *Nature and Treatment of Stuttering*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Yairi, E. (1997). Speech Characteristics of Early Childhood Stuttering. In R. Curlee and G. Siegel (Eds. ), *Nature and treatment of stuttering*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Yairi, Ehud, and Noline Grinager Ambrose (1999). "Early Childhood Stuttering IPersistence and Recovery Rates." *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 42.5 : 1097-1112.
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. *Journal of communication disorders*, 37(1), 35-52.
- Yoshinaga-Itano, (2003). Early intervention after universal neonatal hearing screening: impact on outcomes, *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* 9 (4) 252–266.
- Young, H. Tattersall, (2007) Universal newborn hearing screening and early identification of deafness: parents' responses to knowing early and their expectations of child communication development, *J. Deaf Stud. Deaf Educ.* 12 (2209–220).
- Young, M. Gascon-Ramos, M. Campbell, J. Bamford, (2009) The design and validation of a parent-report questionnaire for assessing the characteristics and

- quality of early intervention over time, *J. Deaf Stud. Deaf Educ.* 14 (4) 422–435.
- Zaidman-Zait, (2007) Parenting a child with a cochlear implant: a critical incident study, *J. Deaf Stud. Deaf Educ.* 12 (2) 221–241.
  - Zebrowski, P. M., Weiss, A. L., Savelkoul, E. M., & Hammer, C. S. (1996). The effect of maternal rate reduction on the stuttering, speech rates and linguistic productions of children who stutter: Evidence from individual dyads. *Clinical linguistics & phonetics*, 10(3), 189-206.
  - Zembrowski, P.M & Schum, R.L. (1995). Counseling parents of children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2, 65-73
  - Zenner, A. A., Ritterman, S. I., Bowen, S., & Gronhord, K. D. (1978). Measurement and comparison of anxiety levels of parents of stuttering, articulatory defective and nonstuttering children. *Journal of Fluency Disorders*, 3,273–283.
  - Βαρβόγλη, Α. (2006). Η διάγνωση του Αυτισμού. Αθήνα: Καστανιώτη
  - Βογινδούκας, Ι. (2002). Η ανάπτυξη του λόγου σε παιδιά με αυτισμό και βαριές διαταραχές στην επικοινωνία. Διδακτορική διατριβή. Ιωάννινα.
  - Βογινδρούκας, Ι., (2002). Η ανάπτυξη του λόγου σε παιδιά με αυτισμό και βαριές διαταραχές στην επικοινωνία. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Ιωάννινα
  - Γενά, Α. (2002). Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Αθήνα.
  - Γενά, Α. (2002). Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές: Αξιολόγηση- διάγνωση- αντιμετώπιση. Αθήνα: Έκδοση της συγγραφέως
  - Ζιάβρα, Ν. (2004). Σημειώσεις μαθήματος: «Ανατομία – Φυσιολογία Ακοοφωνητικών Οργάνων», Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου (Ιωάννινα), Τμήμα Λογοθεραπείας.
  - Ζιάβρα, Ν., Σκευάς, Α. (2009). «Ωτορινολαρυγγολογία Στοιχεία Ανατομίας Φυσιολογίας και Παθολογίας», Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
  - Ηλιάδης Θ., Κεκής Γ. (1986) Κλινική ακουολογία., Θεσσαλονίκη, Εκτύπωση Τριανταφύλλου
  - Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη (2006) Κ. Τραυλισμός : Η φύση και η αντιμετώπισή του στα παιδιά και τους εφήβους. Αθήνα : Τυπωθήτω,

- Κακούρος, Ε. Μανιαδάκη, Κ. (2006). ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ: Η Φύση και η Αντιμετώπισή του στα Παιδιά και τους Εφήβους. Αθήνα: τυπωθήτω
- Καμπανάρου Μ. (2007). Διαγνωστικά θέματα λογοθεραπείας. Έλλην: Αθήνα.
- Κάτη, Δ. ( 1992) . Γλώσσα και επικοινωνία στο παιδί. Αθήνα : Οδυσσεάς
- Κυριαφίνης Γ. (2005) Η αξιολόγηση του αποτελέσματος της κοχλιακής εμφύτευσης σε κωφά άτομα από την μελέτη των προεγχειρητικών και μετεγχειρητικών παραμέτρων. Διδακτορική διατριβή που υποβλήθηκε στην Ιατρική σχολή του Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη
- Μεράβολου, Π. Λαγάκου, Ε. Πρόγραμμα γονέων για την ανάπτυξη λόγου και επικοινωνίας παιδιών προσχολικής ηλικίας: Η εφαρμογή της προσέγγισης Hanen στην Ελλάδα, στο 13<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Λογοθεραπευτών, Αθήνα, 20-22 Μαΐου 2016
- Πανελλήνιος Σύλλογος Ειδικών στις Διαταραχές του Λόγου (1999). «Βαρηκοΐα – Κώφωση στην παιδική κα εφηβική ηλικία», Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Παπαγεωργίου Β. (2005) Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων, Θεσσαλονίκη, University Studio Press
- Παπαγεωργίου, Β. (2005) Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων, Θεσσαλονίκη, University Studio Press
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (1991). Πρότυπο πρόγραμμα επαγγελματικής εκπαίδευσης εφήβων με νοητική καθυστέρηση. Λόγος και Πράξη
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (1995). Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες. Αθήνα: εκδ. Σ. Πολυχρονοπούλου
- Συνοδινού, Κ. (2007). Ο παιδικός Αυτισμός. Αθήνα. Καστανιώτης.
- Τριαρίδης Κ. (1981) Το Βαρήκοο παιδί. Έκδοση της ΩΡΛ κλινικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, , σελ 37-43
- Χίτογλου-Αντωνιάδου, Μ. Κεκές, Γ. Χίτογλου-Χατζή, Γ. (2000). Αυτισμός-Ελπίδα. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

AGE 3-4

TITLE: Tells two events in order of occurrence

WHAT TO DO:

1. Have the child watch you as you perform two activities. For example tap your head and then clap your hands. Then ask the child to tell you the two things you did. Aid him with cues such as "first I . . . and then I . . ."
2. Instruct the child to do two things. After he does them have him tell you what he just did.
3. When child can tell you 2 events which just occurred have him tell about events that just happened progressively longer ago; for example telling about things he did today. Or read the child a familiar story and mix up the order of events. Let the child correct you.
4. Take turns doing things and have child tell you about them such as "You blew a bubble and I broke it."

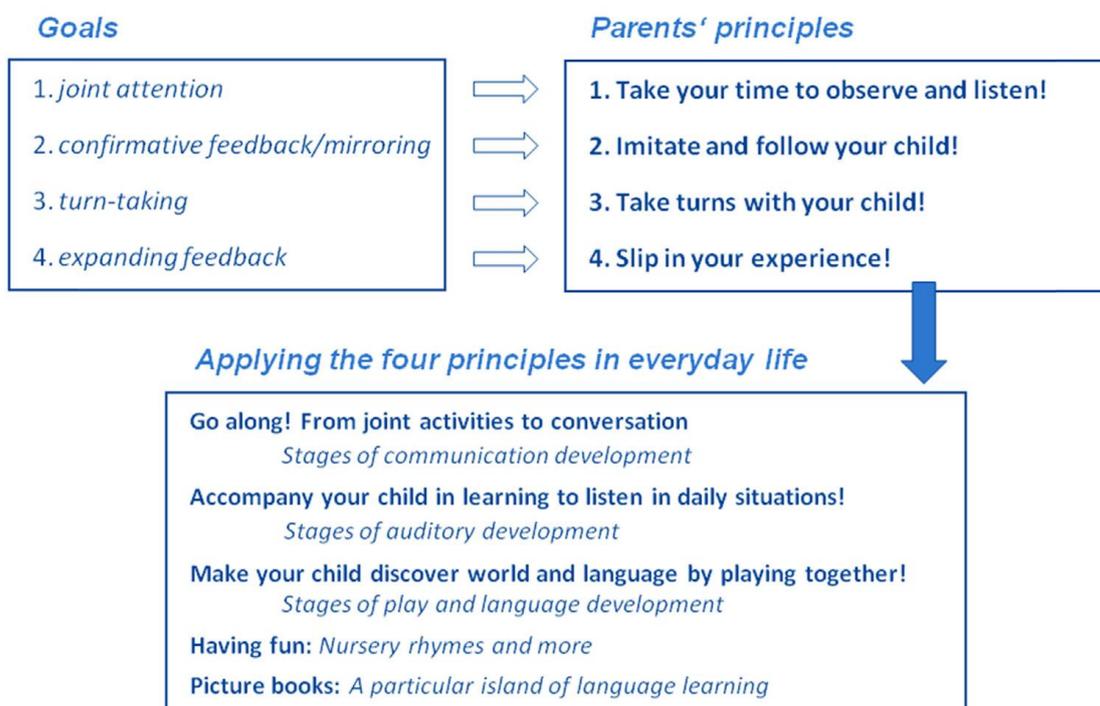


© 1976 Cooperative Educational Service Agency 12

Εικόνα 1. Κάρτα Parents Guide to Early Education

### *Muenster Parental Programme's Principles*

*on the way to becoming a responsive partner in communication:*



Πίνακας 1. Οι βασικές αρχές του Προγράμματος Γονέων του Μονάχου για παιδιά με βαρηκοΐα.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ
Προπαρασκευαστική	<p>1. Γνωριμία με την οικογένεια, βιογραφικά στοιχεία παιδιού-οικογένειας, πληροφορίες για την ακουστική απώλεια.</p> <p>2. Έλεγχος την ακουστικής ανάπτυξης του παιδιού (LittleEARS ερωτηματολόγιο γονέων για ακουστική ανάπτυξη (Kuehn-Inocker et al,2003), αξιολόγηση επίπεδου επικοινωνίας και γενικής ανάπτυξης.</p> <p>3. Χρονοδιάγραμμα, οργάνωση, πληροφορίες για MPP</p>	Γονείς + Παιδί
Ομαδική συνεδρία 1	<p>Το ιστορικό και οι θεωρητικές βάσεις του MPP. Αρχή 1: Πάρτε χρόνο για παρατήρηση και ακοή. Αρχή 2: Μιμηθείτε και ακολουθήστε το παιδί σας</p>	Ομάδα γονέων
Ομαδική συνεδρία 2	<p>1. Παγίωση αρχής 1 και 2.</p> <p>2. Αρχή 3: Μοιραστείτε την σειρά με το παιδί σας.</p> <p>3. Παιδική βαρηκοΐα- Γενική επισκόπηση</p> <p>4. Διαχείριση της διάγνωσης- ανταλλαγή εμπειριών</p>	Ομάδα γονέων
Ατομική συνάντηση επιμόρφωσης 1	Ατομική εκπαίδευση για αρχές 1-3 (ανατροφοδότηση μέσω βίντεο)	Γονείς + Παιδί
Ομαδική συνεδρία 3	<p>1. Ανταπόκριση: Θεωρία και πράξη.</p> <p>2. Συνοδεύετε την καθημερινή ακουστική εκπαίδευση του παιδιού σας: Θεωρία και πράξη.</p> <p>3. Έλεγχος ακουστικής συσκευής</p> <p>4. Αποδοχή της αναπηρίας του παιδιού- Θεωρία και ανταλλαγή εμπειριών</p>	Ομάδα γονέων
Ομαδική συνεδρία 4	<p>1. Το παιχνίδι είναι ένα βήμα προς την γλώσσα</p> <p>2. Αρχή 4: Βάλτε την εμπειρία σας</p> <p>3. Οι χειρονομίες σαν οδός προς την γλώσσα</p>	Ομάδα γονέων
Ομαδική συνεδρία 5	<p>1. Από την κοινή δράση στον διάλογο: τα στάδια της επικοινωνιακής ανάπτυξης</p> <p>2. Αλληλεπίδραση επικοινωνίας και άλλους αναπτυξιακούς τομείς</p> <p>3. Ευχαριστηθείτε το: Ομοιοκαταληξίες και άλλα</p>	Ομάδα γονέων
Ατομική συνάντηση	1. Ατομική εκπαίδευση για αρχές 1-4 (ανατροφοδότηση	Γονείς + Παιδί

επιμόρφωσης 2	<p>μέσω βίντεο)</p> <p>2.Οι γονείς αξιολογούν επικοινωνιακό και επίπεδο παιχνιδιού του παιδιού τους.</p> <p>3. Ατομικές συμβουλές σχετικά με τα επόμενα αναπτυξιακά στάδια</p>	
Ομαδική συνεδρία 6	<p>1. Εμπειρίες γονέων από τις αρχές 1-4</p> <p>2.Εικονογραφημένα βιβλία: Νησίδες γλώσσας στην καθημερινή ρουτίνα</p> <p>3.Προσωπικό φωτογραφικό άλμπουμ του παιδιού</p>	Ομάδα γονέων
Συμβουλευτική ολοκλήρωσης	<p>1. Αξιολόγηση της ακουστικής ανάπτυξης του παιδιού (LittIEARS)</p> <p>2. Χρονοδιάγραμμα της επαναληπτικής συνεδρίας</p>	Γονείς + Παιδί
ΠΑΥΣΗ (μέχρι το παιδί να γίνει 2 χρονών)		
Ατομική συνάντηση επιμόρφωσης 3 (επαναληπτική)	<p>1. Αξιολόγηση ακουστικής και γλωσσικής ανάπτυξης του παιδιού (LittIEARS, FRAKIS (Holzinger,2013)</p> <p>2.Ατομική εκπαίδευση σε βιβλία διαλόγου με τις αρχές 1-4 (βιντεοανατροφοδότηση)</p> <p>3.Παγίωση αρχής 4: Θεωρία και πράξη διορθωτικής και επεκτατικής ανατροφοδότησης στο πρώιμο γλωσσικό επίπεδο, επέκταση της χρήσης λέξεων για περιγραφή συναισθημάτων</p>	Γονείς + Παιδί

Πίνακας 2. Χρονοδιάγραμμα και επιγραμματικό περιεχόμενο του MPP