



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
—
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

<< Τραυλισμός παιδιών και ενηλίκων >>



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Ανατολάκη Αναστασία
Χατζιωάννου Ελένη

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ταφιάδης Διονύσης

Ιωάννινα 2016

Πρόλογος

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή στη ροή της ομιλίας που συναντάται σε παιδιά και ενηλίκους. Έχει γίνει γνωστή εδώ και χιλιάδες χρόνια και είναι πλέον η πιο συνήθης διαταραχή της ροής της ομιλίας, κυρίως σε παιδιά μικρής ηλικίας αλλά και ενηλίκους. Έχουν γίνει άπειρες προσπάθειες να κατανοηθεί η διαταραχή αυτή, τόσο ως προς την αιτιολογία της, όσο και ως προς την ανεύρεση μεθόδων και τεχνικών για την αποτελεσματική θεραπεία της. Η εικόνα του ατόμου με τραυλισμό μας δείχνει ότι το άτομο καταβάλει μεγάλες προσπάθειες έτσι ώστε να μιλήσει φυσιολογικά. Σε στιγμές αμηχανίας και άγχους ο τραυλισμός του ατόμου γίνεται πολύ εμφανής, από στιγμές που το άτομο είναι χαλαρό και ήρεμο. Τα συμπτώματα του ατόμου αυτού, είναι περισσότερο λεκτικά, τα οποία αναλύονται παρακάτω αλλά σχεδόν πάντα συνυπάρχουν με τα δευτερεύοντα συμπτώματα τα οποία είναι κοκκίνισμα, εφίδρωση κτλ. όσο αφορά την αιτιολογία του τραυλισμού, είναι ασαφής. Οι παράγοντες που επηρεάζουν χωρίς όμως να έχουν επιβεβαιωθεί είναι παθολογικά, ψυχολογικά ή κληρονομικά αίτια. Λόγω του ότι δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί η ακριβής αιτιολογία, η επιτυχημένη θεραπευτική προσέγγιση απεκκλίνει. Επομένως, οι θεραπευτικές τεχνικές και μέθοδοι, δεν εστιάζουν στη βελτίωση της λεκτικής ικανότητας του ατόμου που τραυλίζει, αλλά στη βελτίωση της λειτουργικότητάς του στο σύνολο. Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να ενημερωθεί ο κόσμος για τον τραυλισμό ως προς την φύση του, την αιτιολογία, την διάγνωσή του ,την κλινική του εικόνα καθώς και την θεραπεία του. Και να μάθει πώς να συμπεριφέρεται σε ένα άτομο με τραυλισμό, είτε είναι γονιός, είτε είναι δάσκαλος είτε απλός άνθρωπος. Τα μέρη από τα οποία αποτελείται αυτή η εργασία είναι τρία (3) κεφάλαια. Το πρώτο αναφέρεται στη φυσιολογία του τραυλισμού. Το δεύτερο αναφέρεται στην διάγνωση και την αξιολόγηση του και το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στις θεραπευτικές του προσεγγίσεις και μεθόδους. Τέλος, αναλύονται η διεξαγωγή των συμπερασμάτων και αναγράφεται η βιβλιογραφία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....σελ.6

1^ο Κεφάλαιο :

1.1	Ιστορική αναδρομή.....	σελ.7
1.2	Έννοιες και ορισμοί.....	σελ.7
1.3	Επιδημιολογία.....	σελ.9
1.3.1	Συχνότητα.....	σελ.9
1.3.2	Φύλο.....	σελ.10
1.3.3	Ηλικία.....	σελ.10
1.4	Κλινική εικόνα άτομου με τραυλισμό ανά ηλικία	σελ.11
1.5	Είδη τραυλισμού.....	σελ.12
1.5.1	Εξελκτικός τραυλισμού.....	σελ.12
1.5.2	Ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός.....	σελ.13
1.5.3	Νευρογενής επίκτητος τραυλισμός.....	σελ.14
1.5.4	Κλονικός τραυλισμός.....	σελ.14
1.5.5	Τονικός τραυλισμός.....	σελ.14
1.5.6	Κλονικός – τονικοκλονικός τραυλισμός.....	σελ.14
1.5.7	Cluttering.....	σελ.14
1.6	Αιτιολογία.....	σελ.15
1.6.1	Παράμετροι.....	σελ.19
1.6.2	Γενικοί παράμετροι.....	σελ.19
1.6.3	Επιμέρους ατομικοί παράμετροι.....	σελ.20
1.7	Συμπτωματολογία και χαρακτηριστικά.....	σελ.20
1.8	Παράγοντες που επηρεάζουν.....	σελ.25
1.8.1	Μείωση των συμπτωμάτων.....	σελ.25
1.8.2	Αύξηση των συμπτωμάτων.....	σελ.28

2^ο Κεφάλαιο:

2.1	Αξιολόγηση και διαγνωστική διαδικασία.....	σελ.29
2.2	Διαγνωστικά κριτήρια.....	σελ.31
2.3	Διαγνωστικά εργαλεία.....	σελ.32

2.3.1	Επίσημα διαγνωστικά εργαλεία.....	σελ.32
2.3.2	Άτυπα διαγνωστικά εργαλεία.....	σελ.33
2.4	Μέσα διάγνωσης.....	σελ.33
2.4.1	Λογοπαθολογικό ιστορικό.....	σελ.34
2.4.2	Λογοπαθολογικό ιστορικό παιδιών/συνέντευξη με τους γονείς	σελ.34
2.4.3	Λογοπαθολογικό ιστορικό ενήλικα/ συνέντευξη.....	σελ.40
2.4.4	Μέτρηση Διανοητικών Ικανοτήτων	σελ.41
2.4.5	Έρευνα Συναισθηματικής Κατάστασης.....	σελ. 42
2.4.6	Καταγραφή, καταμέτρηση και ανάλυση των δυσρυθμιών-Ανάλυση δείγματος ομιλίας.....	σελ.43
2.4.7	Κλινική παρατήρηση.....	σελ. 46
2.5	Εκτίμηση σοβαρότητας τραυλισμού.....	σελ.46
2.6	Διαφοροποίηση τραυλισμού και βατταρισμού.....	σελ.48
2.7	Διαφοροποίηση ταχυλαλίας και τραυλισμού.....	σελ.49

3^ο Κεφάλαιο:

3.1	Παρέμβαση και θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	σελ.50
3.2	Συμβουλευτικός ρόλος Λογοθεραπευτή και Διεπιστημονική ομάδα... ..	σελ.51
3.3	Θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού ανά ηλικία.....	σελ.52
3.4	Παλαιότερες μέθοδοι.....	σελ.58
3.5	Σύγχρονες μέθοδοι θεραπείας.....	σελ.59
3.5.1	Χαλάρωση.....	σελ.60
3.5.2	Χαλάρωση με μασάζ.....	σελ.61
3.5.3	Ασκήσεις αναπνοής.....	σελ.67
3.5.4	Κανόνες σωστής ομιλίας.....	σελ.68
3.5.5	Κανόνες αντιμετώπισης τραυλισμού.....	σελ.68
3.5.6	Μίμηση συμπτωμάτων τραυλισμού.....	σελ.69
3.5.7	Θεραπεία της συμπεριφοράς	σελ.69
3.5.8	Γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία.....	σελ.72
3.5.9	Τεχνικές τροποποίησης τραυλισμού.....	σελ.72
3.5.10	Μορφοποίηση ροής.....	σελ.75
3.6	Πρόγραμμα Lidcombe.....	σελ.76

3.7 Πρόγραμμα Camperdown.....	σελ.81
3.8 Πρόγραμμα FluencyPlus.....	σελ.82
3.9 Κριτήρια για την έναρξη ενός προγράμματος θεραπείας.....	σελ.83
3.10 Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος θεραπείας.....	σελ.87
3.11 Η διατήρηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβασης στο χρόνο.....	σελ.89
3.12 Συμβουλευτική	σελ.91
Συμπέρασμα.....	σελ.97
Βιβλιογραφία.....	σελ.98

Εισαγωγή

Ο τραυλισμός αποτελεί διαταραχή της φωνής και της ομιλίας και στις μέρες μας, γίνεται ολοένα και περισσότερο αποδεκτό πως τα αίτια του τραυλισμού δεν περιορίζονται απλώς στη δυσλειτουργία των οργάνων της ομιλίας και οι παράγοντες εμφάνισης του μπορεί να οφείλονται σε γενετικούς-κληρονομικούς, νευρογενείς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στον τραυλισμό παρουσιάζεται τρόμος σε κινητικό επίπεδο, στην κινητικότητα των μυϊκών συστημάτων του λόγου (στόμα, λάρυγγας, γλώσσα). Ο τραυλισμός παρατηρείται σε κάποια ή κάποιες από τις επί μέρους λειτουργίες του συνόλου των λειτουργιών του λόγου, ιδιαίτερα σε αυτές που χαρακτηρίζουν και αποτελούν τον προφορικό λόγο. Ο τραυλισμός μπορεί να αναφέρεται σαν σύνδρομο ή σαν φαινόμενο. Επίσης, μπορεί να θεωρηθεί σαν βλάβη της κοινωνικής επαφής αλλά και των διαπροσωπικών σχέσεων. Τα συμπτώματα του τραυλισμού ποικίλλουν από άτομο σε άτομο. Σε κάθε άτομο, αλληλεπιδρούν και παραγάγουν ένα περίπλοκο πρόβλημα που περιλαμβάνει τις διακοπές της ομιλίας και τις σχετικές αντιδράσεις. Ο λογοθεραπευτής πρέπει να εξετάσει τα συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα, πάντα σε συνδυασμό με διεπιστημονική ομάδα, καθώς επίσης και την ίδια τη διαταραγμένη ομιλία. Οι θεραπευτικές αντιμετώπισεις σήμερα δεν εστιάζουν αποκλειστικά στη βελτίωση της λεκτικής ικανότητας του ατόμου που τραυλίζει, αλλά στη βελτίωση της λειτουργικότητας του συνολικά. Είναι σημαντικό να γίνει γνωστός ο τρόπος με τον οποίο βιώνει την εμπειρία και τις συνέπειες του τραυλισμού το παιδί. Αρκετοί είναι αυτοί που μπερδεύουν τον τραυλισμό με άλλες διαταραχές της ομιλίας γι' αυτό και πρέπει ο ειδικός να κάνει σοβαρή εκτίμηση του τραυλισμού και να είναι ικανός να τον ξεχωρίσει από την ταχυλαλία, την βραδυλαλία και τον βατταρισμό. Η εργασία μας αναφέρεται στον παιδικό και ενήλικο τραυλισμό. Στο πρώτο κεφάλαιο αυτής της εργασίας, παρουσιάζεται μια γενική εικόνα του τραυλισμού. Το δεύτερο κεφάλαιο, ασχολείται με τη διάγνωση και την αξιολόγηση του τραυλισμού και τέλος, στο τρίτο παρουσιάζεται η αντιμετώπιση και θεραπεία του τραυλισμού σε όλες τις ηλικίες.

Κεφάλαιο 1^ο :

1.1 Ιστορική αναδρομή

Ο τραυλισμός αποτελεί ένα πρόβλημα με μακρά ιστορία που ξεκινά από την αρχαιότητα. Είναι υπαρκτό πρόβλημα όλων των βαθμίδων της εκπαίδευσης. Η ιστορία του ξεκινά από τον Δημοσθένη και τον Κλαύδιο. Ο ρήτορας Δημοσθένης τον 4^ο αιώνα π.Χ. αποτελεί την πρώτη προσπάθεια ανθρώπου με το φαινόμενο του τραυλισμού που με δικά του μέσα και μέτρα προσπάθησε να βελτιώσει το πρόβλημα της ροής της ομιλίας του. Ο ίδιος αντιμετώπιζε την δυσκολία του βάζοντας πετραδάκια κάτω από την γλώσσα του. Την ίδια μέθοδος χρησιμοποίησε και ο Ρωμαίος αυτοκράτορας Κλαύδιος που είχε και αυτός τραυλισμό. Από ότι φαίνεται και στις δύο περιπτώσεις τα χαλίκια εμπόδιζαν τις συσπάσεις των αρθρωτικών οργάνων, με αποτέλεσμα να διευκολύνονται κατά κάποιο τρόπο αυτοί οι άνθρωποι.

Ο Ιπποκράτης πρώτος έδειξε ότι η μη ισορροπία ανάμεσα στη σκέψη και στο λόγο συμβάλλει στη γένεση του τραυλισμού. Επίσης, ο Αριστοτέλης αποδίδει τη γένεσή του στη καταδεδεμένη γλώσσα περιγράφοντας τον τραυλισμό ως την αδυναμία γρήγορης σύνδεσης των συλλαβών μεταξύ τους η οποία οφείλεται στην ελαττωματική διάσπαση της γλώσσας. Το 16ο αιώνα ο Άγγλος φιλόσοφος F. Bacon υποστήριξε ότι ο τραυλισμός οφείλεται στον αυξημένο μυϊκό τόνο της γλώσσας. Συμβούλευε τα άτομα με τραυλισμό να βάζουν στο στόμα τους ζεστό κρασί για αρκετό χρονικό διάστημα το οποίο θεωρούσε μυοχαλαρωτικό φάρμακο.

Τα τελευταία 5.000 χρόνια οι ειδικοί προσπαθούν συστηματικά να κατανοήσουν τη φύση και την αιτιολογία του τραυλισμού και να προτείνουν τεχνικές και μεθόδους αποτελεσματικής θεραπείας. Ωστόσο, ο τραυλισμός παραμένει ακόμη ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο πρόβλημα, που περιβάλλεται από μυστήριο και δημιουργεί πολλά αναπάντητα ερωτήματα.

1.2 Έννοιες και ορισμοί

Ο τραυλισμός θεωρείται διαταραχή της ροής του λόγου και εκδηλώνεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης. Συγκαταλέγεται στις νευρωτικές διαταραχές του λόγου και της ομιλίας. Η διαταραχή συμβαίνει στην αρχή ή στο μέσο του λόγου είτε με επαναλήψεις

μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών, λέξεων, είτε με ένα επίμονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί αρκετοί ορισμοί που ως στόχος τους ήταν να περιγράψουν τη φύση του τραυλισμού .παρακάτω αναφέρονται πιο αναλυτικά οι εξής ορισμοί:

DSM-IV/ ICD-10 : Αυτά είναι τα δυο επικρατέστερα διαγνωστικά εγχειρίδια που θεωρούν τον τραυλισμό ως διαταραχή του λόγου και της ομιλίας και τον εντάσσουν στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών της επικοινωνίας. Συγκεκριμένα, το DSM-IV υποστηρίζει ότι είναι μια διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας, η οποία είναι δυσανάλογη με την ηλικία του ατόμου.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) : Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή στο ρυθμό ομιλίας, κατά την οποία το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει, αλλά δεν είναι σε θέση να το πει τη δεδομένη στιγμή, εξαιτίας μια ακούσιας επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου.

Σύμφωνα με διάφορους επιστήμονες:

Δράκος: Σύμφωνα με τον Δράκο, ο τραυλισμός θεωρείται ως διαταραχή του λόγου και εκδηλώνεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, φωνής, και άρθρωσης. Η δυσλειτουργία συμβαίνει στην αρχή ή στη μέση της ομιλίας είτε με επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών, λέξεων π.χ χα χα-ρούμενος είτε με έντονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο π.χ χ...χαρούμενος.

Vingate: Ο Vingate ορίζει τον τραυλισμό ως μια διαταραχή της ροής της λεκτικής έκφρασης, η οποία χαρακτηρίζεται από ακούσιες επαναλήψεις και παρατάσεις, ηχητικές ή όχι, εφόσον πρόκειται για μερικές λεκτικές μονάδες, δηλαδή οι συλλαβές ή λέξεις μονοσύλλαβες. Αυτές οι διαταραχές εμφανίζονται με μια συνεχή συχνότητα και είναι πολύ δύσκολο να ελέγχουν. Πολλές φορές οι δυσχέρειες αυτές αντανακλούν σε κινήσεις, είτε του μυϊκού συστήματος της ομιλίας, είτε και άλλων πλην του στόματος μυϊκών συστημάτων.

VanRiper: Ο VanRiper πιστεύει ότι από την στιγμή που ο τραυλισμός είναι μια δυσχέρεια στην οργάνωση της λέξης, σίγουρα το ίδιο θα εμφανιστεί και κατά την εκπομπή αυτής της λέξης. Επίσης αναφέρει πως είναι της γνώμης ότι τα κορίτσια αναπτύσσουν γρηγορότερα και πιο ολοκληρωμένα όλες τις διαδικασίες της ομιλίας. (VanRiper, 1971)

Schaferskupper: Ο Schaferskupper θεωρεί τον τραυλισμό μια προοδευτική βλάβη της κοινωνικής επαφής (επικοινωνίας) λόγω δυσκολιών ομιλίας, της οποίας κύρια συμπτώματα είναι αναστολές, πολλές επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων, οι μηχανισμοί υπερκινήσεως των συμπτωμάτων, η βλάβη της συνειδήσεως της αυτοαξίας και του εγώ, καθώς και πολλοί ακαθόριστοι φόβοι.

H.Gundermann: Σύμφωνα με τον H.Gundermann ο τραυλισμός είναι μια ατομική, ψυχοκοινωνική βλάβη της κοινωνικής επαφής και των διαπροσωπικών σχέσεων.

1.3 Επιδημιολογία

1.3.1 Συχνότητα

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, στον γενικό πληθυσμό, ο τραυλισμός εκδηλώνεται περίπου στο 1%, ενώ συμπτώματα τραυλισμού με διάρκεια τουλάχιστον 6 μηνών παρουσιάζει το 5% του πληθυσμού. Συναντάται σε όλες τις κοινωνίες και σε όλους τους πολιτισμούς, αλλά είναι περισσότερο εξαπλωμένος στις πιο εξελιγμένες βιομηχανικά χώρες, διότι σε αυτές τις χώρες επικρατεί γενικά, ένα περιβάλλον που ευνοεί την εμφάνιση διαφόρων παιδικών νευρώσεων, χωρίς να εξαιρείται ο τραυλισμός. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που έχουν κατά καιρούς δημοσιευθεί για τη διερεύνηση της συχνότητας του τραυλισμού σε άτομα που παρουσίαζαν και άλλου είδους προβλήματα, σημειώθηκαν διαφορές σε σχέση με επιδημιολογικά στοιχεία που υπάρχουν για το γενικό πληθυσμό. Χαρακτηριστικά αναφέρεται:

- ❖ Άτομα με νοητική υστέρηση 3%
- ❖ Παιδιά με σύνδρομο Down 21%-48%

- ❖ Άτομα με εγκεφαλική παράλυση 3,9%-24%
- ❖ Άτομα με προβλήματα ακοής 0,21%
- ❖ Δίγλωσσα άτομα 2,1%- 2,8%

1.3.2 Φύλο

Η συχνότητα εκδήλωσης της διαταραχής της ροής της ομιλίας διαφοροποιείται ανάμεσα στα δυο φύλα. Στην προσχολική ηλικία η αναλογία είναι περίπου 1:1. Σε μεγαλύτερη όμως ηλικία, η αναλογία αυτή διαφοροποιείται, καθώς κυμαίνεται σε ποσοστό 3:1 "σε βάρος" των αγοριών σε παιδιά ηλικίας 6-7 ετών. Η διαφορά αυτή υποδηλώνει είτε μεγαλύτερο ποσοστό αυτόματης υποχώρησης του προβλήματος στα κορίτσια, είτε αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης τραυλισμού σε αγόρια μεγαλύτερης ηλικίας. Κάποιοι ερευνητές αποδίδουν τη διαφορά αυτή στο γεγονός ότι τα αγόρια ενδέχεται να είναι πιο ευάλωτα σε εκείνους τους γενετικούς παράγοντες που δημιουργούν την προδιάθεση για την εκδήλωση τραυλισμού, ενώ άλλοι ερευνητές, όπως η Tatmam (2005) καθώς και οι Silverman, E.-M., και Van Opens, K. (1980), υποστηρίζουν πως παίζει σημαντικό ρόλο η επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων και πιο συγκεκριμένα, οι διαφορετικές αντιλήψεις των γονέων για την γλωσσική ανάπτυξη των αγοριών και των κοριτσιών. Τέλος, μια άλλη διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα είναι η έναρξη του τραυλισμού. Στα κορίτσια εντοπίζεται περίπου 6 μήνες νωρίτερα σε σύγκριση με τα αγόρια. Ορισμένες στατιστικές έχουν διαπιστώσει ότι το ποσοστό επιβάρυνσης κατά των αγοριών μπορεί να φτάσει μέχρι και το 80%.

1.3.3 Ηλικία

Ο τραυλισμός σε μεγάλο ποσοστό 1,4%, συναντάται στην προσχολική ηλικία (2-10 ετών), όπως ανέδειξαν έρευνες του Becker. Στους εφήβους, ηλικίας 11-20 ετών υπολογίζεται στο 0,5%. Μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε στιγμή, αλλά η συνηθέστερη ηλικία έναρξης είναι μεταξύ 2-5 ετών. Σε μικρότερη ηλικία έναρξης αναφέρονται οι 18 μήνες. Ο Andrews G. (1966) υποστήριξε πως η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού μειώνεται κατά το 50% μετά την ηλικία των 4 ετών, κατά 75% μετά την ηλικία των 6 ετών, ενώ μειώνεται μετά την πάροδο του 12^{ου} έτους ηλικίας. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν πως η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού μετά τα 3¹/₂ έτη αγγίζει μόλις το 25%. Πολλοί μελετητές χωρίζουν τον τραυλισμό σε 3 είδη σύμφωνα με την περίοδο εμφάνισης:

1. Πρωτογενής τραυλισμός → περιλαμβάνει την σκέψη για λειτουργία κυρίως κατά τη διάρκεια της αρχής του τραυλισμού σε ηλικία 5 ή 6 ετών.
2. Μεταβατικός τραυλισμός → αυτός καλύπτει την χρονική περίοδο από τα 5 ή 6 μέχρι τα 8 ή 9 έτη και συνηθίζεται μέχρι την εφηβεία.
3. Δευτερογενής τραυλισμός → υποδηλώνει τον τραυλό ο οποίος εκδηλώνει ένα γενικό δείγμα από ανεπτυγμένα χαρακτηριστικά του τραυλισμού.

1.4 Η κλινική εικόνα του ατόμου με τραυλισμό

Προσχολική ηλικία → Ο τραυλισμός μπορεί να είναι περιστασιακός. Εκδηλώνεται δηλαδή για μερικές μέρες ή εβδομάδες και τα συμπτώματα ακολούθως υποχωρούν σταδιακά. Για το λόγο αυτό δεν δημιουργεί ιδιαίτερη ανησυχία στους γονείς. Εμφανίζεται κυρίως, σε καταστάσεις που αγχώνουν το παιδί καθώς προσπαθεί να εκφράσει όλα αυτά που θέλει ή πιέζεται σε κάποιες περιπτώσεις για να επικοινωνήσει με τους γύρω του (Νεάρχου, 2014).

Σχολική ηλικία (περίοδος φοίτησης στο δημοτικό σχολείο) → Η διαταραχή γίνεται εντονότερη, παρουσιάζεται με μεγαλύτερη επιμονή και εκδηλώνεται συχνά σε ποικίλες καταστάσεις. Το παιδί έχει πλέον συναίσθηση του προβλήματός του στην ομιλία, με αποτέλεσμα τη συναισθηματική φόρτιση που συνεπάγεται στην κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Τα συμπτώματα αυξάνονται σε περιπτώσεις λύπης, ενθουσιασμού, απότομης αναστάτωσης κ.λπ. Η ομιλία του παιδιού χαρακτηρίζεται από υψηλότερα των αναμενόμενων ποσοστά δυσκολιών στο ρυθμό της ομιλίας (δυσρυθμίες). Οι δυσρυθμίες εκδηλώνονται με πρωτεύοντα συμπτώματα (π.χ. επαναλήψεις ολόκληρων λέξεων, παύσεις, εμβολές ήχων) και δευτερεύοντα συμπτώματα (μπλοκαρίσματα, επιμηκύνσεις, επαναλήψεις ή επιμηκύνσεις ήχων στην αρχή ή τη μέση της λέξης) (Νεάρχου, 2014).

Εφηβεία (περίοδος φοίτησης σε γυμνάσιο και λύκειο) → Το παιδί έχει πλέον πλήρη συναίσθηση της διαταραχής που παρουσιάζει. Γνωρίζει τα συμπτώματα της διαταραχής και συχνά αισθάνεται αμηχανία, φοβίες και απογοήτευση. Σε πολλές περιπτώσεις προσπαθεί να εφεύρει μηχανισμούς αντίδρασης στο πρόβλημα και ενθαρρύνεται όταν περιστασιακά καταφέρει να μειώσει τα συμπτώματα της διαταραχής. Αποφεύγει συστηματικά την εκφορά φθόγγων που πιστεύει ότι

επιδεινώνουν την κατάστασή του. Συχνά, το τραυλό παιδί γίνεται ευερέθιστο προς εκείνους που αναφέρονται στο πρόβλημά του (Νεάρχου, 2014).

Ενηλικίωση → Το άτομο γνωρίζει τότε θα εμφανισθεί το πρόβλημα του και κάτω από ποιες συνθήκες, με αποτέλεσμα να αποφεύγει καταστάσεις όπου υπάρχει πιθανότητα να τραυλίσει. Διακατέχεται από φόβο και υπέρμετρο άγχος, με συνέπεια να οδηγείται ολοένα και περισσότερο σε αμηχανία και αποξένωση από το κοινωνικό σύνολο. Στην ομιλία του ατόμου παρουσιάζεται απότομο μπλοκάρισμα λέξης, μιας συλλαβής ή ενός φωνήματος. Επίσης παρουσιάζονται καθυστερήσεις, συντομεύσεις στην προφορά κατά την εκφορά μεμονωμένων γραμμάτων, καθώς και επαναλήψεις λέξεων και προτάσεων ή τμημάτων αυτών προσθήκη άσχετων φωνημάτων. Παράλληλα με αυτές τις λεκτικές ιδιαιτερότητες, παρατηρείται, ακόμη, μια ασυνήθιστη τεχνική αναπνοής και κακή συνεργασία των μυών που συμμετέχουν στην ομιλία όπως: ανοιχτό στόμα για ορισμένα δευτερόλεπτα, σφίξιμο, χτύπημα των δοντιών, έντονη κίνηση της γλώσσας σε λεκτικά διαλείμματα, κοφτή και απότομη αναπνοή κατά την ομιλία με τον ρυθμό τραυλισμού. (Ανδρέου, 2010)

1.5 Είδη Τραυλισμού

Οι ειδικοί έχουν διαχωρίσει τον τραυλισμό σε δυο μεγάλες κατηγορίες. Η μία είναι σύμφωνα με την χρονική περίοδο που εμφανίστηκαν τα επιμέρους συμπτώματα και η άλλη είναι σύμφωνα με την κατηγορία των ίδιων των συμπτωμάτων. Έτσι, προκύπτουν επτά είδη του τραυλισμού τα οποία αναφέρονται παρακάτω:

1.5.1 Εξελικτικός Τραυλισμός

Ο εξελικτικός τραυλισμός είναι ο πιο συχνός και μπορεί να ξεκινήσει στην παιδική ηλικία του ατόμου και να συνεχιστεί μέχρι την ενήλικη ζωή του (20-25 % των περιπτώσεων). Τις περισσότερες φορές τα παιδιά που τραυλίζουν δεν το αντιλαμβάνονται, ενώ μια περίοδος με πολλά τραυλικά επεισόδια μπορεί να προηγείται μιας περιόδου με φυσιολογική ροή της ομιλίας (Βασιλειάδης, 2014). Εκδηλώνεται ως επανάληψη μιας συλλαβής ή το κόμπιασμα στην αρχή της λέξης.

Όταν τα συμπτώματα αυτά ενισχυθούν από εξωγενείς παράγοντες ο τραυλισμός μονιμοποιείται και τα συμπτώματά του εκδηλώνονται εντονότερα (Νεάρχου, 2014).

Το άτομο παρουσιάζει *επαναλήψεις* ήχου (δ-δ-δ-δυο), συλλαβής (μπα-μπα-μπα-μπάλα), λέξης (να-να-να) ή φράσης (δεν ξέρω-δεν ξέρω- δεν ξέρω). Οι *επιμηκύνσεις* συνήθως είναι στην αρχή μιας λέξης, όπως μμμμμέρα και τα *μπλοκαρίσματα* είναι ακατάλληλη διακοπή του εμπνεόμενου αέρα και της κίνησης των αρθρώτων, όπως π... (διακοπή)... άρε. Ακόμα μπορεί να συναντήσουμε *παρεμβολές*, π.χ. αγόρασα ..εεεε.... τυρί, *επαναδιατυπώσεις* (π.χ. το μωρό, το παιδί κλαίει) ή *ανολοκλήρωτες λέξεις*, κυρίως όμως ως τρόπο αποφυγής από το άτομο, των παραπάνω τραυλικών επεισοδίων (Γεωργίου, n.d).

Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές που παρουσιάζει το άτομο οφείλονται στην προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει τις δυσρυθμίες που πραγματοποιεί- τρόπος διαφυγής, όπως έντονο κλείσιμο ματιών, κούνημα/τίναγμα χεριών ή κεφαλής-γενικά μελών του σώματος, ένταση της φωνής, αύξηση ταχύτητας της ομιλίας και ένταση στη περιοχή του λαιμού (Γεωργίου, n.d).

1.5.2 Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός

Ο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός ονομάζεται και τραυματικός τραυλισμός. Σε αυτή την περίπτωση τραυλισμού το άτομο είναι συνήθως κάποιος ενήλικας χωρίς κανένα ιστορικό τραυλισμού στην παιδική ηλικία (π.χ. εξελικτικός τραυλισμός), ο οποίος ξαφνικά παρουσιάζει δυσρυθμίες κατά τη διάρκεια ή έπειτα από ψυχολογικό στρες (Γεωργίου, n.d). Τα συμπτώματά του δεν αυξάνονται σταδιακά όπως στην περίπτωση του εξελικτικού τραυλισμού, αλλά εκδηλώνονται από την αρχή πολύ έντονα και σε σύντομο χρονικό διάστημα με την κατάλληλη θεραπεία εξασθενούν (Βίκη & Παπάνης, 2007).

1.5.3 Νευρογενής Επίκτητος Τραυλισμός

Είναι τραυλισμός που εμφανίζεται στην ενήλικη ζωή ενός ατόμου, ύστερα από μια νευρολογική βλάβη, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, όγκο εγκεφάλου ή χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ (“Ορισμοί - ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ,” n.d.)

1.5.4 Κλονικός Τραυλισμός

Αυτό το είδος τραυλισμού δημιουργείται εξαιτίας των συσπάσεων στα όργανα της άρθρωσης και της φώνησης και χαρακτηρίζεται από την επανάληψη της πρώτης συλλαβής ή του πρώτου φθόγγου κατά την διάρκεια της ομιλίας π.χ. π,π,π,πάω, κα,κα, καλός (Βασιλειάδης, 2014). Συνήθως έχουμε επανάληψη μικρής διάρκειας του πρώτου φθόγγου ή της πρώτης συλλαβής. Επαναλήψεις στη μέση ή στο τέλος μιας λέξης δεν είναι και τόσες συχνές στον κλονικό τραυλισμό.

1.5.5 Τονικός Τραυλισμός

Αυτή η μορφή τραυλισμού θεωρείται πολύ σοβαρή. Χαρακτηρίζεται από μπλοκαρίσματα στην έναρξη των λέξεων – φράσεων. Το άτομο καταλαβαίνει την δυσκολία της ροής της ομιλίας, ενώ συνοδευτικά χαρακτηριστικά είναι η σύσπαση των μυών του προσώπου και του λαιμού. Οφείλεται στον αυξημένο τόνο στους μύες του αρθρωτικόφωνητικού συστήματος (Βασιλειάδης, 2014). Το άτομο μπλοκάρει και δεν μπορεί να αρχίσει την ομιλία του (πχ. Γ..... άκης). Δηλαδή η δυσκολία έγκειται στο ξεκίνημα της ομιλίας παρά τις έντονες προσπάθειες που γίνονται από το άτομο που τραυλίζει. Φυσιολογικό επακόλουθο είναι η γενική ψυχική αναστάτωση που συνοδεύει το άτομο που υποφέρει από αυτή τη μορφή τραυλισμού.

1.5.6 Κλονικοτονικός – Τονοκλονικός Τραυλισμός

Αποτελεί ένα είδος τραυλισμού με μεικτά χαρακτηριστικά του τονικού ή του κλονικού τραυλισμού. Το άτομο άλλοτε παρουσιάζει στοιχεία του κλονικού και άλλοτε στοιχεία του τονικού τραυλισμού (Βασιλειάδης, 2014).

1.5.7 Cluttering (Ταχυλαλία)

Είναι η πιο συχνή διαταραχή ροής της ομιλίας μετά τον εξελικτικό τραυλισμό. Πιθανό να πρόκειται για διαταραχή με γενετική βάση, η οποία εμφανίζεται επίσης κατά την ανάπτυξη του παιδιού. Κάποιες φορές συγγέεται με τον εξελικτικό τραυλισμό, αλλά πρόκειται για δυο διαφορετικές δυσκολίες (σε κάποια άτομα παρατηρείται συνύπαρξη cluttering και εξελικτικού τραυλισμού). Το cluttering διαφέρει από τον εξελικτικό τραυλισμό, αφού πρόκειται για διαταραχή ομιλίας και λόγου καθώς το άτομο παρουσιάζει γρήγορη, δυσρυθμική, ανοργάνωτη και συχνά ακατανόητη ομιλία. Υπάρχουν σοβαρές δυσκολίες στον λόγο, ανολοκλήρωτες προτάσεις ίσως και χωρίς σημασιολογικό περιεχόμενο καθώς χρησιμοποιούν και λάθος λέξεις. Πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό επίσης είναι η άγνοια της διαταραχής τους, λόγω της οποίας τα άτομα με ταχυλαλία δεν μπαίνουν στη διαδικασία για προσπάθεια βελτίωσης. Αντιθέτως το άτομο με εξελικτικό τραυλισμό αντιλαμβάνεται τη δυσκολία του-προσπαθεί να τη διορθώσει και δεν παρουσιάζει δυσκολίες στον λόγο, αλλά μόνο στην ομιλία. Παρότι λοιπόν και οι δυο διαταραχές χαρακτηρίζονται από δυσρυθμίες, διαφέρουν κατά πολύ σε ό, τι αφορά στα υπόλοιπα χαρακτηριστικά (Γεωργίου, n.d).

1.6 Αιτιολογία

Οι αποδεκτοί και γνωστοί παράγοντες που έχουν εμπλακεί στη γένεση και στην εξέλιξη του τραυλισμού μπορεί να είναι:

A) Γενετικοί – κληρονομικοί παράγοντες→ Οι πρώτες ενδείξεις ότι ο τραυλισμός μπορεί να συνδέεται με γενετικούς παράγοντες προήλθαν από έρευνες οικογενειακού ιστορικού, καθώς και απ'το γεγονός ότι η εμφάνιση της διαταραχής ήταν πολύ συχνότερη σε αγόρια. Σε αρκετές μελέτες περίπου το 40-60% των παιδιών είχαν κάποιο συγγενικό πρόσωπο με διάγνωση τραυλισμού (Yairi και Ambrose, 2005), υποδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο ότι κάποιο είδος κληρονομικότητας ήταν πιθανό. Έρευνες στον τομέα της γενετικής συνεχίζονται σήμερα από αρκετές ομάδες της Αμερικής και άλλων χωρών. Παρόλα αυτά παραμένει ένας μεγάλος αριθμός ατόμων και παιδιών που τραυλίζουν χωρίς να έχουν κανένα ιστορικό στην οικογένεια τους ή κάποια μετάλλαξη στα γονίδια τους. Αρα και κάποιοι άλλοι παράγοντες θα πρέπει να παίζουν αιτιολογικό ρόλο στην γένεση της διαταραχής (Μεταξάκη Ν.,2014).

B) Νευρογενείς παράγοντες → Από διάφορες νευροαπεικονιστικές μεθόδους έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με τραυλισμό κυρίως ενήλικες αλλά και παιδιά, έχουν ορισμένες ήπιες, αλλά παρατηρήσιμες εγκεφαλικές διαφορές από άτομα με φυσιολογική ροή. Ανατομικές έχουν βρεθεί σε περιοχές γύρω από την πλάγια σχισμή/αύλακα, δηλαδή πολύ κοντά σε κέντρα λόγου (έκφρασης και κατανόησης), αλλά και στο μέγεθος ινών λευκής ουσίας, με κύριο το μεσολόβιο (Chang et al., 2008). Η χρήση νευροαπεικονιστικών μεθόδων που μας πληροφορούν για την εγκεφαλική δραστηριότητα του εγκεφάλου έχει επίσης αρχίσει να εξαπλώνεται σε πολλά πεδία της λογοπαθολογίας και δεν θα μπορούσε να εκλείπει από τον τομέα του τραυλισμού που αφορά την τόσο λεπτεπίλεπτη νευροφυσιολογική δραστηριότητα της ροής της ομιλίας

Γ) Περιβαλλοντικοί παράγοντες→ Η πιο μακροχρόνια αντίληψη για την αιτιολογία του τραυλισμού είναι ότι πρόκειται για μια ψυχογενή διαταραχή που προκαλείται από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (Andrews & Harris, 1964, Sheehan, 1975). Στην μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών συμπτώματα δυσρυθμίας εμφανίζονται τυπικά κατά την περίοδο έντονης ανάπτυξης ομιλίας και λόγου (2-5 ετών), κατά την διάρκεια της οποίας πολλά παιδιά παρουσιάζουν μικρούς δισταγμούς και επαναλήψεις στην ομιλία τους. Πρόκειται για μια περίοδο εξαιρετικά στρεσογόνο για τα παιδιά, στην οποία οι απαιτήσεις για επικοινωνία από το περιβάλλον είναι αυξημένες (Andrews, 1984, Sheehan, 1975). Ορισμένα απ' τα παιδιά αυτά θα συνεχίσουν να έχουν δυσκολία η οποία με τον καιρό θα αυξάνεται. Αυτό θα έχει ως συνέπεια η δυσκολία αυτή να φέρει αντιδράσεις από το περιβάλλον που θα αυξήσουν το παιδικό άγχος και την αγωνία , με αποτέλεσμα οι δυσρυθμίες να γίνουν πιο έντονες και μ'αυτό τον τρόπο να ξεκινήσει ένας κύκλος συμπτωμάτων . Πέρα από τους παραπάνω παράγοντες που σχετίζονται και προσπαθούν να εξηγήσουν την αιτιολογία του τραυλισμού υπάρχουν και εκατέρωθεν θεωρίες για την αιτιολογία του τραυλισμού που είναι συνήθως αρρώστιες, βιώματα τρόμου και αισθήματα ανασφάλειας τα οποία δημιουργούνται από μια αλλαγή στο ρυθμό της ζωής όπως μια αλλαγή κατοικίας, θάνατος, ή διαζύγιο γονέων, οικογενειακές συγκρούσεις, φοίτηση στο σχολείο).

Ο Schaferskupper (1983), από τα 21 παιδιά που εξέτασε με τραυλισμό, τα 5 παιδιά δήλωσαν ότι ο τραυλισμός τους εμφανίστηκε για πρώτη φορά, αμέσως μετά με την εμφάνιση μιας αρρώστιας. Τα 7 παιδιά δήλωσαν πως η εμφάνιση του τραυλισμού

τους συνδέεται με ένα αυτοκινητιστικό δυστύχημα (βίωμα τρόμου). Τα 4 παιδιά δήλωσαν ότι ο τραυλισμός τους εμφανίστηκε μόλις πήγα νηπιαγωγείο ή σχολείο. Τα υπόλοιπα 5 παιδιά δεν ήξεραν πως και πότε εμφανίστηκε για πρώτη φορά ο τραυλισμός τους. Αρκετοί ερευνητές δεν είναι σύμφωνοι σε ότι αφορά τις αιτίες του τραυλισμού και τις αιτίες που απελευθερώνουν τον τραυλισμό. Έτσι, παρατηρείται το φαινόμενο, αυτό που ορισμένοι ονομάζουν αιτία του τραυλισμού, άλλοι να το θεωρούν αιτία που απελευθερώνει τον τραυλισμό. Οι περισσότεροι θεωρούν σαν αιτίες τις παρακάτω:

- 1. Μίμηση:** Εάν στο άμεσο περιβάλλον του παιδιού υπάρχει άτομο ή άτομα που τραυλίζουν, ένας τραυλισμός παιδιού είναι πολύ πιθανός. Από τα άτομα που τραυλίζουν κατά τον Coen (1900) οφείλεται σε μίμηση το 7,5% των περιπτώσεων, κατά τον Sikorski(2012) το 2,5%, και κατά τον Froeschels (1954) το 27,5%. Βέβαια η αιτιολογία αυτή έχει και αντίθετη γνώμη, ότι δηλαδή ο τραυλισμός δεν έχει καμία σχέση με την μίμηση. Από έρευνες που έχουν γίνει σε μονοζυγωτικά δίδυμα προέκυψε ότι μόνο στο 3% των περιπτώσεων που τραύλιζε το ένα παιδί, τραύλιζε και το άλλο.
- 2. Ελλιπείς δυνατότητες ομιλίας:** Η κακή αγωγή ομιλίας, τα άσχημα πρότυπα ομιλίας και η ελλιπής κυριαρχία των κινήσεων των οργάνων ομιλίας, οδηγούν σε τραυλισμό (Νεάρχου, 2014).
- 3. Άγχος:** Οι ειδικοί που είχαν υιοθετήσει την υπόθεση της «κατάρρευσης», υποστήριξαν την άποψη πως κάποια φυσιολογική ανωμαλία, που σχετιζόταν με τα όργανα της ομιλίας, είτε από μόνη της είτε σε συνδυασμό με το άγχος, οδηγούσε σε δυσλειτουργία του μηχανισμού της ομιλίας. Οι ειδικοί, οι οποίοι είχαν υιοθετήσει την υπόθεση της «απωθημένης ανάγκης», αναζήτησαν την αιτιολογία του τραυλισμού σε συγκεκριμένες ψυχολογικές δυσλειτουργίες, οι οποίες εκτιμούσαν ότι δυσχεραίνουν την ομαλή λειτουργία των οργάνων της ομιλίας. Όσοι είχαν υιοθετήσει την υπόθεση της «αναμονής- αντιμετώπισης», αναζήτησαν τα αίτια του τραυλισμού στην αγωνιώδη προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει να τραυλίσει (Νεάρχου, 2014).
- 4. Ελαφρός ερεθισμός:** Συχνά ένας ελαφρός ερεθισμός είναι δυνατόν να αποτελέσει την αιτία ενός τραυλισμού. Στις περιπτώσεις αυτές έχουμε λειτουργικές ανωμαλίες σε περιοχές του εγκεφάλου οι οποίες άμεσα ή έμμεσα κατευθύνουν τη συναισθηματική θέση στην οποία βρίσκεται το άτομο λόγω του ελαφρού

ερεθισμού. Κατά κανόνα εννοείτε το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Και η βλάβη του αυτόνομου συστήματος είναι μια ανισορροπία (“Τραυλισμός,” 2016) Σύμφωνα με την σχολή της Πάργας θεωρούν σαν αιτία του τραυλισμού την βλάβη του Στριοπαλλιδικού συστήματος, δηλαδή, του συστήματος που το απαρτίζουν ο θάλαμος, ο υποθάλαμος, και ο εγκεφαλικός φλοιος. Η βλάβη του Στριοπαλλιδικού συστήματος έχει σαν συνέπεια την βλάβη του συγχρονισμού των μυών που σχετίζονται με την ομιλία, με αποτέλεσμα να έχουμε τραυλισμό. Ο Forster έχει παρατηρήσει ομοιότητες συμπτωμάτων μεταξύ του τραυλισμού και των Στριοπαλλιδικών κινητικών ανωμαλιών. Οι κινητικές αυτές ανωμαλίες εκδηλώνονται σαν μεγάλες εξελικτικές γλωσσικές επιβραδύνσεις, σαν σπασμωδική ακινησία της κάτω σιαγόνας, σαν πιέσεις δοντιών, σαν μορφασμοί του προσώπου, σαν εκρήξεις φωνημάτων, σαν επιμηκύνσεις φωνημάτων, σαν συνοδευτικές κινήσεις των χεριών και των ποδιών. Όλα αυτά τα συμπτώματα παρουσιάζονται και στα άτομα που έχουν τραυλισμό. Άλλοι ερευνητές θεωρούν σαν αιτία τραυλισμού μια ακαθόριστη οργανική εγκεφαλική βλάβη. Αυτή η βλάβη καταγράφεται σε ένα εγκεφαλογράφημα το οποίο όμως δεν καθορίζει οπωσδήποτε το σημείο της βλάβης. Στις περιπτώσεις αυτές τα συμπτώματα είναι υψηλή ερεθιστικότητα, εύκολες και συχνές μεταβολές στη φωνή, στα αισθήματα, στα ένστικτα και στη θέληση. Επίσης, κόπωση της προσοχής και πτώση των πνευματικών επιδόσεων. Το συμπέρασμα όλων των ερευνητών είναι πως ο Τραυλισμός οφείλεται σε οργανικά (εγκεφαλικά) αίτια και αυτό γίνεται με τον καιρό ακόμη πιο αποδεκτό (“Τραυλισμός”, n.d).

5. **Αντιληπτικές ανωμαλίες:** Ο άνθρωπος δέχεται δύο ειδών ακουστικές εντυπώσεις. Η μία εντύπωση γίνεται αισθητή διά μέσου των οστών του κρανίου και η άλλη μέσα από τα αυτιά. Μεταξύ αυτών των δύο εντυπώσεων υπάρχει μία χρονική διαφορά. Αυτή η διαφορά, με ορισμένους μηχανισμούς οι οποίοι ακόμη και σήμερα δεν μας είναι γνωστοί, εξισορροπείται στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να μην διαταράσσεται ο ρυθμός ομιλίας. Εάν, διαταραχθεί αυτός ο εξισορροπητικός μηχανισμός, τότε, όπως έχουμε τραυλισμό. Η άλλη αιτία του τραυλισμού είναι σε βλάβη της περιφερειακής ακουστικής επεξεργασίας. Στο μέσο αυτί λαμβάνει χώρα μια μηχανική αύξηση της πίεσεως των ηχητικών κυμάτων, η οποία ερεθίζει το τύμπανο και δια μέσου της σφύρας, του άκμωνος και του αναβολέα, μεταφέρονται από το μέσο στο εσωτερικό αυτί (Νεάρχου, 2014). Εκεί, μετατρέπονται οι μηχανικοί σε ηλεκτρικές ωθήσεις οι οποίες από τις

περιφερειακές ακουστικές οδούς μεταφέρονται στα πρωτογενή ακουστικά κέντρα του Κ.Ν.Σ όπου και επεξεργάζονται. Μια πιθανή τώρα επιβράδυνση των ακουστικών ερεθισμάτων λαμβάνει χώρα στο μέσο αυτί.

6. **Οργανικές βλάβες:** Μετά από την έρευνα του Seeman (1937), ο οποίος εξέτασε 33 ζεύγη διζυγωτών διδύμων από τα οποία ζεύγη το ένα άτομο τραυλίζε. Μόνο στο 1 από τα 33 ζεύγη βρήκε να τραυλίζουν και τα δύο άτομα. Το αποτέλεσμα της έρευνας αυτής δείχνει πως ο τραυλισμός οφείλεται σε οργανική βλάβη που εμφανίζεται με την γέννηση του παιδιού. Εάν η οργανική βλάβη εμφανίζεται αυθόρμητα κατά τη γέννηση ή έχει κληρονομικό υπόβαθρο δεν είναι εύκολο να διαπιστωθεί. Από το γεγονός αυτό συνεπάγεται πως κάποιος κληρονομικός φορέας ανήκει στις αιτίες του τραυλισμού.

1.6.1 Παράμετροι

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι γλωσσικές διαταραχές και δυσλειτουργίες δεν είναι απομονωμένες περιπτώσεις, αλλά πολύμορφης και πολυποίκιλης αιτιολογίας διαταραχές ψυχικών, οργανικών και κοινωνικών παραμέτρων. Οι παράμετροι που επηρεάζουν την κανονική ροή του προφορικού λόγου και προκαλούν τον τραυλισμό διακρίνονται σε γενικούς και σε επιμέρους ατομικούς:

1.6.2 Γενικοί Παράμετροι

- **Η επιβράδυνση της εξελικτικής πορείας του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ).** Έτσι δεν έχουμε σωστές αντανakλαστικές κινήσεις στα ερεθίσματα που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του με αποτέλεσμα να παρουσιάζει νευρωτικές εκδηλώσεις κατά την ομιλία (Νεάρχου, 2014).
- **Ιδιαιτερότητες της γλωσσικής εξέλιξης στην προσχολική ηλικία.** Το ΚΝΣ και η ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την εξέλιξη της γλώσσας. Με την περάτωση του 3^{ου} έτους ολοκληρώνεται η περίοδος της αισθησιοκινητικής νοημοσύνης και το παιδί αρχίζει να αποκτά λόγο (προσυλλογιστική σκέψη του Piaget). Η ανάπτυξη της γλώσσας είναι ραγδαία όσον αφορά την άρθρωση, το λεξιλόγιο, το μήκος και την δομή των προτάσεων.

Οι γλωσσικές απαιτήσεις με την είσοδο στο νηπιαγωγείο μεγαλώνουν και το ΚΝΣ δεν μπορεί να συνεισφέρει (Αραμπατζής & Παδαρνίτσα, 2010).

- **Κοινωνικές προϋποθέσεις για την γλωσσική εξέλιξη.** Η γλωσσική εξέλιξη εξαρτάται από μεγάλο αριθμό κοινωνικών παραμέτρων. Στην τελειοποίηση της γλωσσικής κατάρτισης συμβάλλει κατά μεγάλο ποσοστό η πράξη της συναναστροφής. Ένας, πρώτος παράγοντας που επηρεάζει την γλωσσική εξέλιξη είναι η συγκινησιακή επικοινωνία του παιδιού με την μητέρα και την οικογένεια του (Τραυλισμός, n.d).

1.6.3 Επιμέρους ατομικοί παράμετροι:

Κατά τον Smolenski(1988) είναι οι εξής:

- Εγκεφαλική βλάβη.
- Εξασθενημένη και μη ορμονική λειτουργία του ΚΝΣ.
- Νευροπάθειες όπου τα συμπτώματά τους είναι η οξυμένη ερεθιστικότητα, οι μεταβολές στην φωνή, στα συναισθήματα, στις ορμές και στη θέληση.
- Βίαιη επιβολή της δεξιοχειρίας.
- Την γένεση του τραυλισμού ευνοούν και οι λεγόμενες εξωγενείς ψυχικές επιδράσεις, που εμφανίζονται όταν υπάρχει ανισορροπία μεταξύ κοινωνικών απαιτήσεων και προσωπικών δυνατοτήτων του ατόμου και είναι δυνατόν να ενισχυθούν αν δεν υπάρχει σωστή αγωγή. Η Knuira (1980) προβαίνει σε μια κατηγοριοποίηση των θεωριών που σχετίζονται με την αιτιολογία του τραυλισμού. οι κατηγορίες αυτές ανάλογα με το επιστημονικό τους πρίσμα διακρίνονται σε εκείνες που θεωρούν τον τραυλισμό σαν ένα μερικό σύμπτωμα σύνθετων εγκεφαλικών και λειτουργικών αδυναμιών και σε εκείνες που τον θεωρούν σύμπτωμα νευροφυσιολογικών και βιοχημικών αλλοιώσεων που είναι δυνατόν να μεταβιβασθούν κληρονομικά.

1.7 Συμπτωματολογία και χαρακτηριστικά

Όπως και στον ορισμό αναφέραμε πως ο τραυλισμός είναι μια βλάβη κοινωνικής επαφής (επικοινωνίας) που οφείλεται στις δυσκολίες της ομιλίας του ατόμου. Τα συμπτώματα γίνονται εύκολα διακριτά από τον ακροατή, αρκεί βέβαια να παρατηρηθούν οι συσπάσεις των οργάνων άρθρωσης και φώνησης κατά την διάρκεια

της ομιλίας.(Ανδρέου,1994). Τα συμπτώματα του τραυλισμού εκδηλώνονται στην ηλικία των 2-3 χρονών. Μετά το πέρας της ηλικίας αυτής και κάτω από φυσιολογικές συνθήκες τα συμπτώματα υποχωρούν καθώς το παιδί προσαρμόζεται στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Η διαταραχή αυτή υπάρχει περίπτωση να επανεμφανιστεί στην ζωή του παιδιού όταν ακολουθήσει η είσοδος του στο σχολείο όπου συνεπάγεται ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον το οποίο και απαιτεί έναν άλλον τρόπο διαχείρισης της επικοινωνίας (Στασινός , 2009). Ο τραυλισμός διαφέρει από άτομο σε άτομο και η συχνότητα εκδήλωσης του επηρεάζεται από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες το άτομο μιλάει.

Στη γενική όμως αυτή εικόνα ανήκουν και άλλες διαφορετικές αποκλίσεις. Αυτές οι αποκλίσεις μπορεί να είναι ψυχικής, ψυχοσωματικής και ψυχοκοινωνικής υφής. Ο Charles Van Riper (1982) ήταν από τους πρώτους που χρησιμοποίησαν την κατηγοριοποίηση των συμπεριφορών του τραυλισμού σε δυο κύριες ομάδες, τις *πρωτεύουσες / βασικές συμπεριφορές* και τις *δευτερεύουσες συμπεριφορές*. Παρόλα αυτά με την πάροδο του χρόνου προστέθηκε ακόμη μία κατηγορία, η οποία σχετιζόταν με τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις (Guitar 2006, Silverman 1996, Yairi & Seery 2011). Ωστόσο πρέπει να καταστεί γνωστό, ότι οι συμπεριφορές τραυλισμού δεν παρουσιάζονται πάντα και σε όλα τα άτομα που τραυλίζουν. Τα άτομα που τραυλίζουν ενδέχεται να παρουσιάσουν ένα συνδυασμό από τα παρακάτω συμπτώματα στην ομιλία τους, ανάλογα πάντοτε με το είδος και τη βαρύτητα της διαταραχής. Παρακάτω αναλύονται οι ***πρωτεύουσες/βασικές συμπεριφορές***:

1. **Περιοδικότητα**→ Ένα από τα βασικότερα συμπτώματα είναι η περιοδικότητα με την οποία ο τραυλισμός εκδηλώνεται. Σπάνια ένα άτομο θα τραυλίσει σε κάθε λέξη που εκφέρει.(Johnson1961 ,Silverman.1974). Ο λόγος ενός ατόμου που θα τραυλίσει περιέχει και διαφορετικά στοιχεία όπως λέξεις οι φράσεις που μπορεί να εκφέρονται με φυσιολογική ροή και λέξεις οι φράσεις που μπορεί να εκφέρονται με μη φυσιολογική ροή. Σε ορισμένες συνθήκες μάλιστα η ροή του λόγου μπορεί να μην παρουσιάσει τραυλικό επεισόδιο και επιπρόσθετα το άτομο που παρουσιάζει τραυλισμό για κάποιες μέρες, ώρες, μήνες να παρουσιάσει μια εντελώς φυσιολογική ροή στον λόγο του και στη συνέχεια να εμφανίσει ξανά τραυλικά επεισόδια. Για τον λόγο αυτο είναι αντιπροσωπευτική η χρήση του όρου <<στιγμές τραυλισμού>> η

οποία τονίζει την παροδικότητα της διαταραχής και υποδηλώνει ότι τα τραυλικά επεισόδια δεν είναι απαραίτητο να είναι μόνιμα στον λόγο του ατόμου.

2. **Φαινόμενα δισταγμού**→ Κατά την διάρκεια των στιγμών τραυλισμού η παραγωγή του λόγου επηρεάζεται από τα <<φαινόμενα δισταγμού>>. Η επανάληψη τμήματος η και ολόκληρης της λέξης , η παύση για μικρό χρονικό διάστημα πριν από μια λέξη, η χρήση ηχητικών στοιχείων όπως <<εεεεεε...>>, <<ξέρεις...>> , η διακοπή της ροής προκειμένου ο ομιλητής να καταφύγει σε διόρθωση της λέξης που έκφερε λάθος αποτελούν ορισμένα από τα φαινόμενα τραυλισμού. Μάλιστα, τα φαινόμενα δισταγμού αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να δοθεί η διάγνωση του τραυλισμού. Βέβαια η διάκριση των φαινομένων δισταγμού όσων αφορά τον τραυλισμό και αυτών που παρουσιάζονται σε φυσιολογικές συνθήκες είναι δύσκολη ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παιδιά προσχολικής ηλικίας. Τέλος τα φαινόμενα δισταγμού μπορούν να θεωρηθούν είτε φυσιολογικά είτε ως ένδειξη τραυλισμού από τους ίδιους ακροατές κάτω από διαφορετικές συνθήκες (Williams&Kent,1958).
3. **Επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών και λέξεων**→ Το χαρακτηριστικό γνώρισμα του τραυλισμού, το οποίο εκδηλώνεται τόσο στην ομιλία παιδιών προσχολικής ηλικίας που ξεκινούν να τραυλίζουν είναι οι επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών και λέξεων κυρίως μονοσύλλαβων. Αυτή η μορφή εκδήλωσης τραυλισμού ονομάζεται κλονικός σπασμός. Ο κλονικός σπασμός εκδηλώνεται με την ρυθμική, σύντομη επανάληψη ενός και του αυτού ήχου ή συλλαβής ή λέξης (φ-φ-φωτιά ή φω-φω-τιά) (Νεάρχου, 2014).
4. **Δυσρυθμίες**→ Πρόκειται για διαταραχές στο ρυθμό εκφοράς του λόγου. Τα δυο συνηθέστερα είδη δυσρυθμιών είναι οι επιμηκύνσεις στην παραγωγή σύντομων λεκτικών στοιχείων και οι ‘‘σπασμένες λέξεις’’. Αυτή η μορφή τραυλισμού ονομάζεται τονικός σπασμός. Στον τονικό σπασμό τα όργανα του λόγου μπλοκάρουν σημαντικά στην αρχική εκκίνηση της θέσης προφοράς και ο λόγος δεν μπορεί να αρχίσει (θ... θέλω, π... πηγαίνω). Συνήθως, ο τονικός σπασμός είναι πιο βαριάς μορφής και πιο βασανιστικός. Η διαίρεση των σπασμών σε κλονικούς και τονικούς δεν μπορεί να είναι απόλυτη, γιατί τις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι αμιγείς αλλά έχουν μικτό χαρακτήρα,

φέρουν στοιχεία κλονισμού και τονικού, οπότε , ανάλογα με το στοιχείο που κυριαρχεί κάθε φορά, προσδιορίζουμε τον τραυλισμό ως κλονικοτονικό ή τονοκλονικό. Ανεξάρτητα, από αυτό, θα πρέπει να τονιστεί, ότι συχνά ο κλονικός μεταβάλλεται σε τονικό. Επίσης, ο τραυλισμός με τονικούς σπασμούς, αν βρεθεί σε πιο ήρεμη κατάσταση, μπορεί να εμφανίσει κλονικούς σπασμούς (Ντριβονίκου, n.d.).

5. **Παύσεις**→ Οι παύσεις αυτές εκδηλώνονται μεταξύ των λέξεων και συνοδεύονται συνήθως από ένταση στους μυς που σχετίζονται με την παραγωγή της ομιλίας, κυρίως στο λάρυγγα. Εμφανίζονται συνήθως πριν από λέξεις των οποίων το άτομο δυσκολεύεται να προφέρει τον πρώτο φθόγγο (<<το μωρό πίνει το [...] γάλα του>>). Ο μηχανισμός που υποκινεί αυτές τις παύσεις φαίνεται ανάλογος με αυτόν που υποκινεί τις ‘‘σπασμένες λέξεις’’: δυσκολία στη ρύθμιση της ποσότητας του αέρα που χρειάζεται να εκπνεύσει το άτομο προκειμένου να προφέρει τον εν λόγω φθόγγο (Κάκυρος & Μανιαδάκη, n.d).
6. **Ατελείς φράσεις**→ Το άτομο με τραυλισμό ξεκινά να προφέρει μια φράση και δεν την ολοκληρώνει. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται ατελής φράση (<<εγώ πάω.....>>). Η φράση παραμένει ατελείς επειδή το άτομο που τραυλίζει ενδέχεται να πιστεύει ότι στην επόμενη λέξη μπορεί να ‘‘κολλήσει’’ και επομένως προτιμά να μην συνεχίσει την πρόταση που θέλει να πει. Με τον τρόπο αυτό το άτομο δυσκολεύει την επικοινωνία με τον συνομιλητή του περισσότερο από ότι αν τελικά ολοκλήρωνε την φράση τραυλίζοντας (Κάκυρος & Μανιαδάκη, n.d).
7. **Εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων ή φράσεων**→ Είναι στερεότυπα λέξεις, όταν το άτομο προαισθάνεται ότι θα τραυλίσει . Αρχικά αυτό γίνεται συνειδητά. Παρεμβάλλοντας μια λέξη , αποφεύγει το τραύλισμα. Στην ομιλία ατόμων που τραυλίζουν οι εμβολές (<<εεε...>> και <<εεμμ... >> , <<ξέρεις τώρα>> και άλλες), δεν παρεμποδίζουν το νόημα της πρότασης. Οι εμβολές είναι ιδιαίτερα συνήθεις και αποτελούν προσπάθεια αλλοίωσης ορισμένων λέξεων, στις οποίες ο ομιλητής φοβάται ότι θα ‘‘κολλήσει’’. Ο τραυλισμός συνεχίζεται, οι εμβολές πολλαπλασιάζονται και η ομιλία επιδεινώνεται και δεν είναι ξεκάθαρη, εισέρχονται αναγραμματισμοί (Νεάρχου, 2014).

8. **Αναθεωρήσεις** → Τα άτομα που τραυλίζουν προκειμένου να αποφύγουν το περαιτέρω τραυλισμό, ορισμένες φορές έχουν την τάση να ην ολοκληρώνουν τη λέξη την οποία ξεκίνησαν να εκφέρουν τραυλίζοντας αλλά να την αντικαθιστούν με κάποιο συνώνυμο (πχ <<το μμμ(ωρό)>>, το παιδί πίνει το γάλα του) (Η φυσιολογία του Δημοσθένη και το ανθρωποκεντρικό μοντέλο της Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης, 2014).
9. **Αρρυθμία** → Όταν μιλάμε για αρρυθμία εννοούμε την διαταραχή της ροής της ομιλίας. Η ομιλία των ατόμων με τραυλισμό ρέει με συγκεκριμένο ρυθμό λόγω των σπασμών. Ο λόγος γίνεται ανισομερής, με καθυστερήσεις, ή επιταχύνσεις με κομπιασμούς ή σιωπή επί σημαντικό χρόνο. Ο αργός ρυθμός μπορεί να είναι αποτέλεσμα του ίδιου του τραυλισμού, ή να υιοθετείται σκόπιμα από το άτομο στην προσπάθεια του να μην τραυλίσει. Ο γρήγορος ρυθμός μπορεί επίσης να υιοθετείται σκόπιμα καθώς το άτομο που τραυλίζει ενδέχεται να πιστεύει ότι αν κάνει παύσεις στο λόγο του είναι πιθανό να τραυλίσει. Εξαιτίας της έλλειψης ρυθμού της ομιλίας χάνει την εκφραστικότητα της και διαταράσσεται η απαγγελία και ο τονισμός. Στα άτομα με τραυλισμό παρά πολύ συχνά παρατηρείται απόλυτη αρρυθμία στην κινητική σφαίρα. Οι κινήσεις τους είναι νεκρές σε ελαστικότητα και ισορροπία και οι μυς τους είναι μόνιμα τεντωμένοι. Ωστόσο υπάρχουν και οι εξαιρέσεις. Κάποια άτομα με τραυλισμό έχουν τέλειο ρυθμό και γίνονται τραγουδιστές, μουσικοί, χορευτές μπαλέτου και ποιητές (Νεάρχου, 2014).
10. **Αφύσικο ανέβασμα της έντασης και του τόνου της φωνής**→ Τα άτομα που τραυλίζουν στην προσπάθεια τους να αποφύγουν τον τραυλισμό, σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνουν την ένταση της φωνής, ή εκφέρουν το λόγο με μονότονο τρόπο (Νεάρχου, 2014).

Είναι σύνηθες φαινόμενο τα άτομα που τραυλίζουν να αναπτύξουν και *δευτερεύουσες συμπεριφορές*. Παρατηρούνται λοιπόν:

1. **Συν – κινήσεις**→ Πρόκειται για σπασμικά φαινόμενα στους μυς του λόγου. Αυτές οι κινήσεις δεν είναι αυθόρμητες. Στην ουσία είναι μια ανησυχία, που εκφράζεται με κινήσεις, χωρίς να υπάρχει αντίστοιχο ελάττωμα (κούνημα του χεριού ή του ώμου, στριφογύρισμα των κουμπιών από το σακάκι, θόρυβο με το πόδι, ανακλάδισμα των ποδιών το ένα πάνω στο άλλο, συνεχές κλείσιμο

του ματιού κτλ.). Πέρα από αυτές, στα άτομα με τραυλισμό παρατηρούνται και άλλες κινήσεις ακούσιες ή εκούσιες. Αυτές παρατηρούνται ως βοηθητικό μέσο για να ξεπεράσουν κάποιες δυσκολίες στην ομιλία. Τη στιγμή του σπασμού εκτελεί κάποια κίνηση, μέσω της οποίας εκτονώνει την κατάσταση του και καταφέρνει έτσι να αρθρώσει την λέξη. Συνδέει έτσι την ανακούφιση που αισθάνθηκε από την συγκεκριμένη κίνηση και αρχίζει, συνειδητά πλέον, να την εκτελεί σε κάθε δυσκολία. Επακόλουθο όμως είναι να χάνουν σταδιακά οι κινήσεις αυτές το δικό τους βοηθητικό ρόλο και να αποκτούν, μαζί, με τον τραυλισμό, τον χαρακτήρα των συν-κινήσεων ή των επιπλέον κινήσεων άγχους. Το άτομο αρχίζει να αναζητά τότε τη λύτρωση σε κάποια άλλη νέα κίνηση και σε τελική ανάλυση, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που γίνεται συνεχώς πιο πολύπλοκος. Επίσης, δεν είναι σε θέση να προφέρει μια λέξη, αν πρώτα δεν εκτελέσει μια σύνθετη τελετουργία συνδυασμένων ποικιλόμορφων και κωμικών κινήσεων. Αυτές οι κινήσεις ονομάζονται από μερικούς τελετουργικές (Σερδάρης, 1998).

Άλλες δευτερεύουσες συμπεριφορές είναι:

1. Το συνεχές άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων
2. Η ρυτίδωση του μετώπου
3. Τα νευροφυτικά συμπτώματα (κοκκίνισμα, εφίδρωση, δυσκολίες στην αναπνοή με σμίκρυνση του χρόνου εκπνοής και αύξηση του χρόνου εισπνοής κ.α
4. Η αποφυγή βλεμματικής επαφής
5. Οι επαναλαμβανόμενες ρυθμικές κινήσεις των άκρων
6. Οι μορφασμοί και οι συναισθηματικές προεκτάσεις (ντροπή, θυμό, απογοήτευση, άγχος, άρνηση για το τραυλισμό) (Μεταξάκη, 2014).

1.8 Παράγοντες που επηρεάζουν

Ο τραυλισμός εκδηλώνεται με μια σειρά παραγόντων. Παρόλο που οι παράγοντες αυτοί διαφέρουν από άτομο σε άτομο, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που είτε μειώνουν είτε αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού.

1.8.1 Μείωση των συμπτωμάτων:

- 1. Ταυτόχρονο διάβασμα**→ Όταν το άτομο διαβάσει δυνατά και ταυτόχρονα με ένα άλλο άτομο, τότε ελαχιστοποιείται η εκδήλωση του τραυλισμού. Όμως, όταν το δεύτερο άτομο σταματήσει την ανάγνωση, ο τραυλισμός θα εμφανιστεί ξανά. Αυτό το φαινόμενο συμβαίνει και στον προφορικό λόγο. Όταν δηλαδή το άτομο μιλάει ταυτόχρονα με κάποιο άλλο πάλι μειώνεται η εκδήλωση του τραυλισμού. Οι αιτίες που μπορεί να συμβαίνει αυτό είναι ότι το άτομο νιώθει ότι δεν έχει όλη την ευθύνη για το αποτέλεσμα της ενέργειας εφόσον μιλάει μαζί με ένα ακόμη άτομο, δηλαδή μοιράζονται την ευθύνη της ενέργειας αυτής. Άλλη μια πιθανή αιτία μπορεί να είναι ότι το δεύτερο άτομο επειδή δεν τραυλίζει και μιλάει καθαρά δίνει το σωστό ρυθμό ομιλίας στο άτομο με τον τραυλισμό (Γκουντάντση, 2009).
- 2. Μελωδικός ρυθμός**→ Ο τραυλισμός μειώνεται όταν το άτομο θέλει να τραγουδήσει, να βρῖσει ή να μιλήσει μελωδικά. Για παράδειγμα να πει τις ημέρες της εβδομάδας ή να πει την αλφαβήτα (Λαμπρούση, n.d).
- 3. Γνωστό** → Το άτομο εκδηλώνει φυσιολογική ροή της ομιλίας του όταν αυτό που θέλει να πει στον ακροατή του είναι ήδη γνωστό σε αυτόν. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η αγορά ενός αντικειμένου από ένα μαγαζί. Εκεί το άτομο που τραυλίζει έχει δείξει πρώτα τι θέλει να αγοράσει και λέει την λέξη χωρίς εκδήλωση τραυλισμού (Γκουντάντση, 2009).
- 4. Απουσία ακροατών**→ Όταν δεν υπάρχουν ακροατές το παιδί ή ο ενήλικας που τραυλίζει δεν παρουσιάζει τραυλισμό. Άλλες δυο περιπτώσεις που δεν τραυλίζουν είναι όταν απευθύνονται σε ζώα ή σε μικρά παιδιά. Αυτό συμβαίνει γιατί το άτομο δεν θα περιμένει απάντηση από τα ζώα ή τα μικρά παιδιά που δεν μιλούν. Έτσι δεν καταβάλλουν προσπάθειες να γίνουν κατανοητοί και δεν αγχώνονται, οπότε ο τραυλισμός τους δεν υπάρχει και επικρατεί μια φυσιολογική ροή της ομιλίας (Γκουντάντση, 2009).
- 5. Διαφοροποίηση ρυθμού**→ Όταν το άτομο αλλάζει τον ρυθμό της ομιλίας τους ως προς την ταχύτητα, την ένταση, ή τον μελωδικό ρυθμό του λόγου, τότε

μειώνεται η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού. Αυτό συμβαίνει διότι, αυτός ο ασυνήθιστος ρυθμός ομιλίας αποτρέπει το άτομο να καταβάλλει προσπάθειες στο να μιλήσει καθαρά και έτσι δεν υπάρχει τραυλισμός. Επίσης, αυτός ο παράξενος ρυθμός ομιλίας προσελκύει περισσότερο την αρνητική προσοχή των συνομιλητών από το να παρατηρήσουν τα συμπτώματα του τραυλισμού. Όμως, όταν αυτός ο ρυθμός γίνει συνήθεια από το άτομο τότε ξανά εμφανίζεται ο τραυλισμός (Μεταξάκη, 2014).

- 6. Ρόλος**→ Όταν ένας ηθοποιός που τραυλίζει στην πραγματική του ζωή, ο τραυλισμός του μειώνεται όταν υποδύεται έναν ρόλο. Αυτό συμβαίνει γιατί το άτομο νιώθει πως δεν είναι ο εαυτός του εκείνη την στιγμή και έτσι μειώνεται το άγχος του για την απόδοσή του στην ομιλία (Γκουντάντση, 2009).
- 7. Επανάληψη**→ Ο τραυλισμός μειώνεται μετά από επανειλημμένες διαδοχικές αναγνώσεις του ίδιου υλικού. Μετά από περίπου 5 αναγνώσεις του ίδιου υλικού ο τραυλισμός μπορεί να μειωθεί στο 50% . Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί όσο πιο πολύ εξοικειώνεται το άτομο με το υλικό τόσο μειώνεται ο φόβος του για να τραυλίσει. Καθώς και ότι με τις επαναλήψεις, το υλικό γίνεται οικείο σε φωνητικό επίπεδο και το άτομο δεν χρειάζεται πλέον να οργανώσει και να προετοιμάσει την εκφορά των λέξεων, καθώς αυτές σχεδόν (Μεταξάκη, 2014).
- 8. Θόρυβος**→ Μια άλλη κατάσταση στην οποία ο τραυλισμός φαίνεται να μειώνεται είναι όταν το άτομο μιλά σε περιβάλλον όπου υπάρχει δυνατός θόρυβος για παράδειγμα σε ένα εργοστάσιο. Μια πιθανή ερμηνεία γιατί συμβαίνει αυτό είναι ότι ο τραυλισμός μειώνεται επειδή το άτομο αδυνατεί να ακούσει την ίδια του την φωνή και επομένως δεν προσπαθεί συνειδητά να ελέγξει τη ροή του λόγου του. Αυτή η ερμηνεία όμως δεν έχει επιβεβαιωθεί ερευνητικά καθώς διαπιστώθηκε ότι ο τραυλισμός μειώνεται και όταν το άτομο μπορεί να ακούσει την φωνή του. Άλλη μια ερμηνεία είναι το είδος ακουστικής ανατροφοδότησης σχετικά με την ομιλία του. Η διαφορετική ακουστική ανατροφοδότηση, αλλάζει τον συνηθισμένο τρόπο με τον οποίο το άτομο τραυλίζει και έτσι το άτομο ακούει διαφορετικά την ομιλία του και μπορεί να μειώσει την εκδήλωση του τραυλισμού. Επίσης με την ακουστική ανατροφοδότηση με καθυστέρηση το άτομο που τραυλίζει με την βοήθεια φορητών συσκευών με ακουστικά ακούει την ομιλία του με μια μικρή καθυστέρηση και με αυτό τον τρόπο ελέγξει τον βαθμό εκδήλωσης του τραυλισμού του (Τραυλισμός, n.d).

1.8.2 Αύξηση των συμπτωμάτων:

- 1. Βίωμα της επικοινωνιακής πίεσης**→ δηλαδή κάθε φορά που το άτομο αντιλαμβάνεται ότι πιέζεται στην επικοινωνία με άλλους, το αποτέλεσμα θα είναι η εκδήλωση του τραυλισμού. Οι περισσότερες καταστάσεις που πιέζεται το άτομο είναι είτε από το τηλέφωνο, είτε όταν πρέπει να συστηθεί με κάποιον ή ακόμα και όταν λέει ανέκδοτα. Τότε, σε αυτές τις καταστάσεις το άτομο καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια για μια επιτυχής επικοινωνία επειδή δε θέλει να ‘περάσει’ στους συνομιλητές του μια αρνητική εικόνα, με αποτέλεσμα να τραυλίζει, διότι, ένα τραυλό άτομο όταν καταβάλλει μεγάλες προσπάθειες για να μην εκδηλώσει τραυλισμό, ο τραυλισμός γίνεται εντονότερος λόγω του άγχους και της πίεσης (Χιόνη, 2016).
- 2. Επανάληψη** → Μια άλλη κατάσταση η οποία αυξάνει τον τραυλισμό είναι όταν ζητηθεί από το άτομο να επαναλάβει κάτι που είτε δεν έγινε κατανοητό από τους συνομιλητές του, είτε δεν το άκουσαν οι συνομιλητές του. Το άτομο σε αυτή την κατάσταση, θέλει να επαναλάβει ξανά αυτό που δεν έγινε κατανοητό εξαρχής, αλλά αυτή τη φορά να είναι κατανοητή η ομιλία του. Έτσι, αυξάνεται η επιθυμία του να μιλήσει χωρίς να τραυλίζει, αλλά στην πραγματικότητα όσο πιο πολύ προσπάθεια κάνει να μην τραυλίζει ο τραυλισμός του γίνεται εντονότερος (Τραυλισμός, n.d).
- 3. Σε κοινό**→ Όταν το άτομο βρεθεί μπροστά σε πολύ κόσμο ή σε ένα ακροατήριο ο βαθμός σοβαρότητας του τραυλισμού αυξάνεται κατά πολύ. Για τα παιδιά μία τέτοια κατάσταση είναι για παράδειγμα η απαγγελία του ποιήματος στην σχολική εορτή, ενώ στους ενήλικες για παράδειγμα μια τέτοια κατάσταση είναι για παράδειγμα μία διάλεξη. Κάποια παιδιά όταν ενθουσιάζονται με κάτι, ο τραυλισμός τους γίνεται ακόμα πιο αισθητός (Γκουντάντση, 2009).
- 4. Βαθμός προσοχής**→ Όταν το άτομο που τραυλίζει δίνει μεγάλη προσοχή στην ομιλία του και προσπαθεί να οργανώσει τον λόγο του. Τότε αυτό που πετυχαίνει είναι ακριβώς το αντίθετο. Δηλαδή, αντί να μειωθεί η εκδήλωση του τραυλισμού, αυτή αυξάνεται. Ένα κοινό παράδειγμα είναι, όταν το άτομο περιμένει στην σειρά για να πει κάτι. Έτσι έχει χρόνο να σκεφτεί τι θέλει να πει και αγχώνεται ακόμα πιο πολύ με αποτέλεσμα να εμφανιστεί ο

τραυλισμός. Στα παιδιά ένα συνηθισμένο φαινόμενο είναι όταν περιμένουν να πουν το μάθημα στην δασκάλα τους (Γκουντάντση, 2009).

Κεφάλαιο 2^ο :

2.1 Αξιολόγηση και διαγνωστική διαδικασία

Η λογοθεραπευτική εξέταση είναι μια κλινική διαδικασία που επιτρέπει την εκτίμηση της ποιότητας του λόγου και της ομιλίας σε συνάρτηση με την γενικότερη ανάπτυξη του ατόμου. Η διάγνωση του τραυλισμού προϋποθέτει καλή γνώση της φυσιολογικής εξέλιξης της ομιλίας στο παιδί. Επίσης προϋποθέτει τα εξής:

- Ικανότητα στη δημιουργία σωστής σχέσης με το παιδί.
- Επιδεξιότητα στην παρατήρηση.
- Διαγνωστικές ικανότητες και διαίσθηση.
- Σωστή χρήση των διαγνωστικών μέσων.
- Πολύ καλή γνώση των συμπτωμάτων της διαταραχής αυτής. Η διάγνωση των διαταραχών του ρυθμού και της ροής της ομιλίας, καθώς και η εξέταση των συμπτωμάτων με την χρήση σταθμισμένων τεστ ή άλλων μέσων, αποτελεί μια δύσκολη εργασία (Ανδρέου, 2010).

Μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση δεν πρέπει να περιλαμβάνει μόνο την καταμέτρηση και ανάλυση των δυσρυθμιών αλλά λόγω της πολύπλευρης φύσης του τραυλισμού ο κλινικός απαιτείται να συγκεντρώνει πληροφορίες σχετικά με τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του ατόμου που τραυλίζει απέναντι στο πρόβλημα ομιλίας του αλλά και πληροφορίες σχετικά με το κοινωνικό του περιβάλλον. Εκτός από την συνέντευξη με τους γονείς όσο αφορά τα παιδιά και του ανήλικα που τραυλίζει, οι ειδικοί στα πλαίσια της αξιολόγησης χρησιμοποιούν συχνά ορισμένες σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης του τραυλισμού. (αναλύονται παρακάτω) (Κότσιρα, 2015). Σημαντικά στοιχεία που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στην τελική διάγνωση του τραυλισμού είναι:

- α) κατά πόσο ο τραυλισμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου

β) τη θέληση και το κίνητρο του ίδιου ασθενή για αλλαγή

γ) ποιες μεθόδους χρησιμοποιεί το άτομο για να αντιμετωπίσει τη διαταραχή και πόσο αυτές κρύβουν ή καταπιέζουν την πραγματική του εικόνα

Η διαδικασία της διάγνωσης προϋποθέτει αρχικά την ανάπτυξη φιλικών δεσμών μεταξύ του θεραπευτή, του θεραπευόμενου και της οικογένειας του. Η δημιουργία μιας τέτοιας σχέσης όπου θα επικρατεί αμοιβαιότητα συναισθημάτων σεβασμού, ειλικρίνειας και εμπιστοσύνης πρέπει να αποτελεί αφετηρία του διαγνωστικού έργου. Μόνο έτσι ο θεραπευτής θα καταφέρει να κερδίσει τον θεραπευόμενο, που στην περίπτωση των παιδιών η διαδικασία αυτή όσο εύκολη και να φαίνεται απαιτεί πολύ χρόνο και κυρίως κόπο. Το μόνο που μπορεί να επιφέρει μια τέτοια επαφή είναι η εποικοδομητικότερη και πιο ευχάριστη εκτέλεση του θεραπευτικού προγράμματος. Η ανομοιογένεια των διαταραχών ομιλίας και λόγου συχνά απαιτεί τις δεξιότητες πολλών ειδικών στους οποίους μπορεί να περιλαμβάνονται παιδίατροι, νευρολόγοι, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, παιδοψυχίατροι, σχολικός ψυχολόγος, ειδικοί παιδαγωγοί, εκπαιδευτικοί, εργοθεραπευτές και φυσικά λογοθεραπευτές. Αυτή η συνεργασία μπορεί να συμβάλει σε μια αποτελεσματική προκαταρκτική διαμόρφωση της διαφορικής διάγνωσης. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η επιτυχία της διάγνωσης όσον αφορά τον ψυχοπαιδαγωγικό τομέα εξαρτάται :

1) Από τις έμφυτες ψυχολογικές ικανότητες του θεραπευτή, ιδιαίτερα από την ψυχολογική ευαισθησία, την αυξημένη παρατηρητικότητα και την χαρακτηριστική ψυχολογική του ευελιξία.

2) Από τις θεωρητικές γνώσεις του θεραπευτή και από την πείρα του στον τομέα εφαρμογής των διάφορων διαγνωστικών μεθόδων. Η διαδικασία της διάγνωσης πρέπει να αρχίζει με την λήψη του ιστορικού του θεραπευόμενου. Μετά το ιστορικό η πρώτη ενέργεια στην διάγνωση είναι η μέτρηση των διανοητικών του ικανοτήτων. Αλλά προκειμένου να επιτύχουμε μια ολοκληρωμένη διάγνωση χρειάζεται παράλληλα και η συστηματική εξέταση της συναισθηματικής του κατάστασης (Γκουντάντση, 2009).

2.2 Διαγνωστικά κριτήρια

Τα διαγνωστικά κριτήρια του τραυλισμού σύμφωνα με το *DSM-IV*(Παπαγεωργίου, n.d) είναι τα εξής:

1. Διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας (δυσανάλογης για την ηλικία του ατόμου), η οποία χαρακτηρίζεται από τη συχνή παρουσία ενός ή περισσότερων δυσρυθμιών (πρωτεύοντες συμπεριφορές)
2. Η διαταραχή της ροής παρεμποδίζει τη σχολική ή επαγγελματική απόδοση ή την κοινωνική επικοινωνία.
3. Αν υπάρχει κινητικό ελάττωμα του λόγου ή αισθητηριακό ελάττωμα, οι δυσκολίες της ομιλίας είναι μεγαλύτερες από αυτές που συνήθως συνοδεύουν αυτά τα προβλήματα.

Ανεπίσημα διαγνωστικά κριτήρια του τραυλισμού:

1. **Η χρονολογική ηλικία του ατόμου** → Τα φαινόμενα αυτά εμφανίζονται συχνότερα στα παιδιά προσχολικής ηλικίας και λιγότερο σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και σε ενήλικες. Όσο μικρότερο είναι το παιδί τόσο μεγαλύτερη προσοχή χρειάζεται από τον ειδικό, προκειμένου να μη διαγνώσει τραυλισμό σε περίπτωση που η ομιλία του παιδιού χαρακτηρίζεται από μορφές συμπεριφοράς συμβατές με το αναπτυξιακό του επίπεδο.
2. **Το νοητικό επίπεδο του ατόμου** → Τα φαινόμενα δισταγμού συνήθως εκδηλώνονται αργότερα σε άτομα με νοητική υστέρηση καθώς η γλωσσική ανάπτυξη συσχετίζεται στενά με τη νοητική ανάπτυξη.
3. **Η ύπαρξη τραυλισμού σε άλλο μέλος της οικογένειας** → Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό τραυλισμού στην οικογένεια πιθανόν τα φαινόμενα δισταγμού στην ομιλία ενός παιδιού να αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού παρά φυσιολογικές δυσκολίες στη ροή του λόγου.
4. **Η συχνότητα και η διάρκεια εκδήλωσης των φαινομένων δισταγμού** → Όσο πιο συχνά εκδηλώνονται και όσο περισσότερο διαρκούν αυτά τα

φαινόμενα, τόσο πιθανότερο είναι να αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού.

5. **Η ύπαρξη έντασης κατά τη διάρκεια των φαινομένων δισταγμού** → Η ύπαρξη έντασης μπορεί να εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους όπως με παύσεις, αύξηση της έντασης και του τόνου της φωνής, ακανόνιστη αναπνοή αλλά και ορατές συσπάσεις των μυών του προσώπου και άλλων μερών του σώματος. Αυτές οι εκδηλώσεις που υποδηλώνουν ότι το άτομο καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να καταφέρει να αρθρώσει αυτό που θέλει να πει αποτελεί ίσως την πιο σαφή ειδοποιό διαφορά ανάμεσα στα φυσιολογικά φαινόμενα δισταγμού και στις ενδείξεις τραυλισμού.

2.3 Διαγνωστικά εργαλεία

2.3.1 Επίσημα διαγνωστικά εργαλεία

1. **StutteringSeverityInstrumentforChildrenandAdults -4thed (SS-4)(Riley, 2009)** → Εκτίμηση σοβαρότητας τραυλισμού για παιδιά και ενήλικες σε 4 τομείς. (συχνότητα, διάρκεια, σωματικά ακόλουθα, φυσιολογικότητα της ατομικής ομιλίας)
2. **StutteringPredictionInstrumentforYoungChildren (Riley, 1981)** → σχεδιασμένο για παιδιά 3-8 ετών και αξιολογεί το ιστορικό του παιδιού, τις αντιδράσεις, τις επαναλήψεις συλλαβών, επιμηκύνσεις και τη συχνότητα του τραυλισμού, βοηθώντας στον περιορισμό της διαταραχής και την πρόσληψη της εδραίωσής της.
3. **StockerProbeforFluencyandLanguage -3ded (Stocker&Goldfarb, 1995)** → στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, εξετάζει μέσω ερωτήσεων τη ροή της ομιλίας, διαφοροποιώντας τον παθολογικό από το φυσιολογικό τραυλισμό, και στους ενήλικες εξετάζει τη γλώσσα αφασικών και σχιζοφρενικών ασθενών.
4. **AssessmentofFluencyinSchool- AgeChildren (AFSC) (Thompson, 1983)** → προορίζεται για παιδιά 5-18 ετών και περιλαμβάνει έντυπα συνέντευξης για τους γονείς, τους δασκάλους και το ίδιο το παιδί και διαδοχικές ασκήσεις για να προσδιορίσει τις λειτουργίες του λόγου, της γλώσσας και της φυσιολογίας.

5. **Cooper Assessment for Stuttering Syndromes – Adolescent and Adult (CASS-A) (Cooper & Cooper, 1996)** → απευθύνεται σε έφηβους και ενήλικες και αναγνωρίζει και μετρά τα συναισθηματικά, συμπεριφορικά και γνωστικά στοιχεία των συνδρόμων του τραυλισμού στα παιδιά.
6. **Cooper Assessment for Stuttering Syndromes- Children (CASS-C) (Cooper & Cooper, 1996)** → σχεδιασμένο για παιδιά 3-13 ετών, ίδια χαρακτηριστικά με το προηγούμενο.
7. **Children's Attitudes About Talking- Revised (CAT De Nil & Brutten, 1991)** → η κλίμακα αυτή αποτελείται από 32 προτάσεις σχετικά με την ομιλία, τις οποίες τα παιδιά καλούνται να χαρακτηρίσουν αληθείς ή ψευδείς, ανάλογα με το πόσο αντιπροσωπευτικές αξιολογούν σε σχέση με τον εαυτό τους.
8. **A – 19 Scale (Guitar & Grims, 1977)** → Κλίμακα σχεδιασμένη για νέα παιδιά, δίνονται 19 ερωτήσεις στις οποίες το παιδί πρέπει να απαντήσει με ένα ναι ή όχι. Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχεί ένας βαθμός.

2.3.2 Άτυπα διαγνωστικά εργαλεία

Για την σωστή διάγνωση του τραυλισμού, ο καταλληλότερος τρόπος αξιολόγησής του είναι η συλλογή δειγμάτων ομιλίας από τρία (3) υλικά:

1. Ανάγνωση κειμένων
2. Μονόλογος
3. Συζήτηση με τον λογοθεραπευτή

Καταγράφουμε τρία διαφορετικά προφίλ για κάθε υλικό για τις πρώτες 100 λέξεις για κάθε γλωσσολογικό υλικό. Το κάθε δείγμα ομιλίας πρέπει να βιντεοσκοπείται και να παρέχεται φωνητική καταγραφή.

2.4 Μέσα Διάγνωσης

Η αξιολόγηση των ατόμων που τραυλίζουν είναι πολυπαραγοντική και αφορά το άτομο συνολικά και όχι μόνο τα λεκτικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού. Μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση περιέχει:

- καταμέτρηση και την ανάλυση των δυσρυθμιών.

- συγκέντρωση δεδομένων που αφορούν τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του ατόμου που τραυλίζει απέναντι στο πρόβλημα ομιλίας του.
- πληροφορίες σχετικά με το επικοινωνιακό του περιβάλλον (Ανδρέου, 2010).

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

- διαφοροδιάγνωση παιδιών που εμφανίζουν φυσιολογικές δυσρυθμίες και αυτών που τραυλίζουν.
- αξιολόγηση σοβαρότητας τραυλισμού.
- εκτίμηση της πρόγνωσης, δηλαδή πόσο πιθανό είναι το παιδί να σταματήσει να τραυλίζει χωρίς θεραπευτική παρέμβαση.
- συλλογή δεδομένων για το σχεδιασμό κατάλληλων θεραπευτικών στόχων.
- αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας (Καμπανάρου, 2007)

2.4.1 Λογοπαθολογικό ιστορικό.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η λήψη λογοπαθολογικού ιστορικού, οι ερωτήσεις αυτού καθώς και ο τρόπος συλλογής πληροφοριών που αφορούν στον εξεταζόμενο διαφοροποιείται ελαφρώς στην περίπτωση παιδιών από αυτή των ενηλίκων. Για το λόγο αυτό αρχικά θα επικεντρωθούμε στο λογοπαθολογικό ιστορικό των παιδιών ενώ στην συνέχεια παρατίθενται στοιχεία για το ιστορικό των ενηλίκων που τραυλίζουν.

2.4.2 Λογοπαθολογικό ιστορικό παιδιού

Λογοπαθολογικό Ιστορικό Παιδιού-Συνέντευξη με τους Γονείς

Το πρώτο στάδιο, κατά την αξιολόγηση του τραυλισμού στα παιδιά, είναι συνήθως η συνέντευξη του ειδικού με τους γονείς. Η διαδικασία αυτή είναι απαραίτητη τόσο για τη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με το ιστορικό ανάπτυξης των δυσκολιών στη ροή του λόγου του παιδιού, όσο και στη διερεύνηση των βασικών προβληματισμών των γονέων και των αντιλήψεών τους σχετικά με τις δυσκολίες του παιδιού. Η αξιολόγηση συνήθως ξεκινάει με την συμπλήρωση του ιστορικού του παιδιού το οποίο, ως γνωστόν, αναφέρεται σε διάφορους τομείς όπως είναι : ιστορικό κηφίσεως και τοκετού, ιατρικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό, αναπτυξιακό ιστορικό,

κοινωνικοσυναισθηματικό ιστορικό, εκπαιδευτικό/σχολικό ιστορικό κ.τ.λ. Κατά την αρχική φάση της συνέντευξης, συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με το γενικότερο αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού και, ειδικότερα, σχετικά με το ιστορικό ανάπτυξης του λόγου και των δυσχερειών του. Συνήθεις ερωτήσεις προς τους γονείς αφορούν στην ηλικία πρώτης εκδήλωσης των δυσχερειών στη ροή του λόγου του παιδιού, στην εξέλιξη των δυσχερειών αυτών στο διάστημα που μεσολάβησε μέχρι την επίσκεψη στον ειδικό, στη συχνότητα εκδήλωσης των δυσχερειών αυτών και στην βαρύτητά τους, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των γονέων. Επιπλέον, ο ειδικός ζητά από τους γονείς να περιγράψουν κατά πόσο η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού διαφοροποιείται ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται το παιδί (π.χ. σπίτι ή σχολείο), τα άτομα στα οποία απευθύνεται (π.χ. γονείς ή αδέρφια), το είδος της λεκτικής δραστηριότητας που εκτελεί (π.χ. ελεύθερος λόγος ή ανάγνωση) και την συναισθηματική του κατάσταση (π.χ. ενθουσιασμός, θυμός κ.α.). Σημαντική πληροφορία αποτελεί, επίσης, η ενδεχόμενη ύπαρξη άλλων ατόμων στο συγγενικό περιβάλλον με τραυλισμό και η εξέλιξη του τραυλισμού στα άτομα αυτά. Κατά την διάρκεια αυτής της φάσης, ο ειδικός συχνά ρωτά τους γονείς κατά πόσο συσχετίζουν τον τραυλισμό με κάποιο συγκεκριμένο γεγονός. Σε πολλές περιπτώσεις, οι γονείς είναι σε θέση να εντοπίσουν ένα τέτοιο γεγονός, π.χ. τη γέννηση ενός μικρότερου αδερφού ή κάποια εμπειρία που θεωρούν ως τραυματική π.χ. ένα σεισμό. Άλλες φορές, οι γονείς αναφέρουν σταδιακή έναρξη του τραυλισμού χωρίς να μπορούν να την συσχετίσουν με κάποιο συγκεκριμένο γεγονός. Σε μια δεύτερη φάση, ο ειδικός διερευνά τα συναισθήματα και το βαθμό ανησυχίας που βιώνουν οι γονείς σχετικά με τις δυσκολίες του παιδιού τους, καθώς και τις συνήθεις αντιδράσεις τους κατά τις στιγμές τραυλισμού του παιδιού. Οι γονείς των παιδιών με αρχόμενο τραυλισμό υιοθετούν, συνήθως, ποικίλες αντιδράσεις. Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό τραυλισμού στην οικογένεια, οι γονείς ενδέχεται να ανησυχούν περισσότερο σε σχέση με άλλους γονείς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γονείς μπορεί να αγνοούν τα φαινόμενα δισταγμού, θεωρώντας τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά της ομιλίας του παιδιού προσχολικής ηλικίας. Άλλοι πάλι, ενδέχεται να διορθώνουν το παιδί και να του κάνουν υποδείξεις ως προς το πώς πρέπει να μιλάει με μεγαλύτερη ευχέρεια, μπορεί να μαλώνουν, θεωρώντας ότι δεν προσπαθεί αρκετά προκειμένου να μιλήσει σωστά ή σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να αποφεύγουν να το κοιτάζουν τις στιγμές που τραυλίζει. Επιπλέον, ο ειδικός ρωτά τους γονείς αν το παιδί έχει αντιληφθεί τις δυσκολίες του, κατά πόσο φαίνεται να ανησυχεί γι' αυτές και αν

προσπαθεί να τις αντιμετωπίσει με συγκεκριμένους τρόπους. Σε γενικές γραμμές, ο ειδικός προσπαθεί να διαμορφώσει μια εικόνα σχετικά με την επίδραση του τραυλισμού τόσο στην επικοινωνία όσο και σε άλλους τομείς της ζωής του παιδιού. Σε περίπτωση που το παιδί εκδηλώνει ανησυχία για τις δυσχέρειες στη ροή του λόγου του και εκδηλώνει αποφευκτική συμπεριφορά, η συμμετοχή του σε πρόγραμμα θεραπευτικής αγωγής συνήθως κρίνεται απαραίτητη. Σε αυτή την φάση, ο ειδικός διερευνά επίσης τις ερμηνείες που οι ίδιοι οι γονείς δίνουν στην εκδήλωση του τραυλισμού, καθώς επίσης και τις πιθανές γνώσεις που έχουν αποκομίσει για το θέμα αυτό, μέσα από την μελέτη σχετικών αναγνωσμάτων. Συνήθως αναφέρονται τρεις κατηγορίες ερμηνειών, σύμφωνα με τις οποίες ο τραυλισμός είναι απόρροια :

α) κάποιου απροσδιόριστου οργανικού προβλήματος,

β) κάποιου ψυχολογικού προβλήματος και

γ) κάποιων λανθασμένων χειρισμών και αντιδράσεων των γονέων (Τσαβδαρίδου, 2009).

Επίσης ορισμένοι γονείς πιστεύουν ότι το παιδί μιμείται αυτόν τον τρόπο ομιλίας, επειδή το άκουσε από κάποιο άλλο άτομο ή ότι ο τραυλισμός αποτελεί χειριστική και σκόπιμη συμπεριφορά εκ μέρους του παιδιού. (Shipley,1998) Στην τρίτη φάση, ο ειδικός διερευνά τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και τις συνθήκες στις οποίες μεγαλώνει το παιδί, προκειμένου να εντοπίσει πιθανούς παράγοντες οι οποίοι ενδέχεται να δημιουργούν άγχος, είτε μεμονωμένα στο παιδί είτε σε ολόκληρη την οικογένεια. Επιπλέον, ο ειδικός προσπαθεί να διαμορφώσει μια γενική εικόνα ως προς ορισμένα τουλάχιστον χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γονέων, τα οποία μπορεί να διευκολύνουν ή να αποτρέπουν την εκδήλωση και διατήρηση του τραυλισμού. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι, για παράδειγμα, η τάση για αυξημένο άγχος, η τελειομανία, η υπερβολική ανάγκη τάξης και συνέπειας και η τάση για αποδιοργάνωση ακόμα και με ασήμαντες αφορμές. Είναι, επίσης, πολύ σημαντικό να διερευνηθεί κατά πόσο οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των γονέων από το παιδί είναι ανάλογες με τις ανάγκες και τις δυνατότητές του. Είναι αυτονόητο πως, στην περίπτωση που οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των γονέων ξεπερνούν τα όρια των δυνατοτήτων του παιδιού, τότε αυτό θα οδηγηθεί σε πιεστικές καταστάσεις οι οποίες μπορεί να του προκαλούν άγχος. Επίσης, είναι σημαντικό να διερευνηθεί ο ειδικός κατά πόσο οι γονείς νιώθουν οι ίδιοι ενοχές για τις δυσκολίες του παιδιού. Τέλος,

επισημαίνεται ότι ο ειδικός σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αξιολογεί την αξιοπιστία των απαντήσεων των γονέων καθώς, σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι πιθανόν οι απαντήσεις τους να είναι ανακριβείς, ελλιπείς ή ακόμη και παραπλανητικές. (Shipley,1998)

Παρακάτω παρατίθεται ενδεικτικά ένα ολοκληρωμένο λογοθεραπευτικό ιστορικό κατάλληλο για αξιολόγηση διαταραχών ροής της ομιλίας. Φυσικά ο κλινικός καλείται κάθε φορά να προσαρμόζει τις ερωτήσεις ανάλογα με τις ανάγκες της εκάστοτε αξιολόγησης. Τέλος είναι πολύ σημαντικό να χρησιμοποιεί ο λογοθεραπευτής στρατηγικές οι οποίες να του εξασφαλίζουν ότι οι γονείς κατανοούν τις ερωτήσεις και δίνουν αξιόπιστες απαντήσεις. Για παράδειγμα, όταν ο γονιός ρωτάται για τις δυσρυθμίες του παιδιού ο κλινικός μπορεί να του ζητήσει να παραθέσει παραδείγματα. (Καμπανάρου,2007)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΙΔΙΟΥ-ΔΙΑΤΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

Ημερομηνία: _____

Ποιος συμπληρώνει το ιστορικό: _____

Περιγράψτε την δυσκολία του

παιδιού: _____

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Όνοματεπώνυμο παιδιού: _____ Ημερομηνία γέννησης: _____

Ηλικία: _____

Το παιδί μένει και με τους δύο γονείς: _____

Με ποιον γονιό περνάει τον περισσότερο χρόνο μέσα στην

εβδομάδα: _____

Δυσκολεύεται το παιδί να: _ βρει τη σωστή λέξη _ φτάσει στο ζητούμενο _ οργανώσει τις σκέψεις του

Εξηγήστε: _____

Υπάρχουν δυσκολίες στο σχολείο: _ μαθησιακές _ άλλο

Εξηγήστε: _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Υπάρχει διγλωσσία στην οικογένεια: _ΝΑΙ _ΟΧΙ

Υπάρχει ιστορικό τραυλισμού ή άλλης δυσκολίας (προσοχή, ακοή, μαθησιακές δυσκολίες)
_ΝΑΙ _ΟΧΙ

Εξηγήστε: _____

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ανάπτυξη του παιδιού όσο αφορά:

ΛΟΓΟΣ: _μηνών(μπαμπαλίσματα) _μηνών(λέξεις) _μηνών(προτάσεις)

ΚΙΝΗΣΗ: _μηνών(μπουσουλίσε) _μηνών(έκατσε) _μηνών(περπάτησε)

Πότε επήλθε ο έλεγχος των

σφιγκτήρων: _____

Ποια η κατάσταση της

κύησης: _____

Ποια η υγεία του παιδιού μετά τον

τοκετό: _____

Είχε ή έχει προβλήματα

υγείας: _____

Έχει νοσηλευτεί για μεγάλο χρονικό διάστημα: _____

Παίρνει αγωγή: _____

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗ ΡΟΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ

Πότε ξεκίνησε: _____

Ποια η πορεία του: _____

Σχετίζεται τον τραυλισμό με κάτι άλλο: _____

Επιλέξτε αυτά που εμφανίζονται στο λόγο του παιδιού:

_επανάληψη ήχου στην αρχή της λέξης _επιμήκυνση ήχου _μπλοκαρίσματα

_επανάληψη συλλαβής/λέξης/φράσης _λέξεις πλήρωσης _αλλαγή στον τόνο φωνής

_ένταση στο πρόσωπο/σώμα _κακό συντονισμό αναπνοής-φώνησης _παύσεις

Πότε χειροτερεύει ο τραυλισμός: _____

Πότε είναι πιο ήπιος: _____

Πως αντέδρασε/αντιδρά η οικογένεια στον

τραυλισμό: _____

Πως αντέδρασε/αντιδρά το φιλικό

περιβάλλον: _____

Πως αντιδρά το παιδί στον τραυλισμό

του: _____

Σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 πως θα βαθμολογούσατε τον τραυλισμό του παιδιού σας:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Περιγράψτε την προσωπικότητα του παιδιού σας:

μοναχικό_ ντροπαλό_ κοινωνικό_ διανοούμενο_ ενεργητικό_ υπερκινητικό_

ήρεμο_ αισιόδοξο_ επιθετικό_ παρορμητικό_ πεισματάρης_ οξύθυμο_

επίμονο_ αφηρημένο_ απρόσεκτο_ ευαίσθητο_ ευδιάθετο_ απρόσεκτο_

κουράζεται εύκολα_ άλλο: _____

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ

Σε ποιες περιπτώσεις και πόσο συχνά επαινείται το

παιδί: _____

Υπάρχουν δυσκολίες με το πρόγραμμα

φαγητού/ύπνου: _____

Το παιδί πειθαρχεί με τους κανόνες του σπιτιού, αν όχι, τι

συμβαίνει: _____

2.4.3 Λογοπαθολογικό Ιστορικό Ενηλίκων

Συνέντευξη με τον Ενήλικα και Συμπλήρωση του Ιστορικού

Κατά την διάρκεια της αξιολόγησης ο κλινικός μπορεί να συλλέξει αρκετές πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό του τραυλισμού του ενήλικα καθώς και με τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις και τα πιστεύω του για το πρόβλημα τις ομιλίας. Κάτι τέτοιο μπορεί να γίνει μέσω της συνέντευξης και της συμπλήρωσης ιστορικού αλλά και με τη βοήθεια συγκεκριμένων ερωτηματολογίων. Παρακάτω παρατίθεται ενδεικτικά ένα ιστορικό ενήλικα που τραυλίζει. (Καμπανάρου,2007)

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΝΗΛΙΚΟΥ-ΔΙΑΤΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

Ημερομηνία: _____

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο παιδιού: _____ Ημερομηνία γέννησης: _____

Ηλικία: _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ/ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σπουδές: _____ Εργασία: _____

Πως είναι η επικοινωνία στο χώρο εργασίας: _____

Υπάρχουν υποχρεώσεις που δυσκολεύεστε να τελειώσετε εξαιτίας του τραυλισμού, αν ναι ποιες: _____

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πείτε μας για την κύηση και τον τοκετό της μητέρας

σας: _____

Αναφέρετε οτιδήποτε σημαντικό για την υγεία σας ως

παιδί: _____

Η υγείας σας τώρα: _____

Λαμβάνεται κάποια φαρμακευτική αγωγή, αν ναι, τι, κα

γιατί: _____

Αναφέρεται οτιδήποτε σχετικά με την φυσική σας κατάσταση (ύπνος, διατροφή,

συγκέντρωση, όραση

κλ.): _____

ΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑ

Η γλωσσική σας ανάπτυξη ήταν: φυσιολογική γρήγορη καθυστερημένη

Εξηγήστε: _____

Δυσκολεύεστε να οργανώσετε τις ιδέες σας όταν μιλάτε: ΝΑΙ ΟΧΙ

Αισθάνεστε ότι ψάχνετε τις λέξεις και τις ιδέες: ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο χρόνών ήσασταν όταν πρωτοεμφανίστηκε ο τραυλισμός: _____

Συνέβει κάτι κατά την περίοδο έναρξης, αν ναι τι: _____

Ο τραυλισμός είναι ίδιος τότε και τώρα, αν ναι πως: _____

Ο τραυλισμός τώρα είναι: σταθερός ποικίλει

2.4.4 Μέτρηση Διανοητικών Ικανοτήτων

Αρχικά, θα πρέπει να εξεταστεί εάν το παιδί έχει φυσιολογική νοημοσύνη ή παρεκκλίνει από τον μέσο βαθμό νοητικής ικανότητας. Για τον σκοπό αυτό υπάρχουν διάφορες ψυχομετρικές μέθοδοι στις οποίες περιλαμβάνονται τα τεστ νοημοσύνης, ικανοτήτων και γνώσεων. Αποτελούν το σημαντικότερο διαγνωστικό μέσο όσον αφορά την σχολική επίδοση.

Τεστ Νοημοσύνης→ Με αυτήν την μέθοδο διακρίνεται αναλυτικά ο βαθμός καθυστέρησης του παιδιού, εάν υπάρχει, και σε αυτήν την κατηγορία περιέχονται τα εξής τεστ :

- 1) Ατομικά τεστ νοημοσύνης για παιδιά, μη λεκτικά
- 2) Ομαδικά τεστ νοημοσύνης
- 3) Τεστ ωριμότητας ή ειδικής ωριμότητας

Τεστ Ικανοτήτων→ Με αυτήν την μέθοδο διακρίνονται αναλυτικά οι έμφυτες ή επίκτητες ικανότητες του παιδιού. Δηλαδή, μετρείται η μνήμη, η φαντασία, η προσοχή κ.τ.λ. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν :

- 1) Τεστ κρίσεως και αντίληψης
- 2) Τεστ μνήμης και εκμάθησης
- 3) Τεστ προσοχής και διανοητικής κόπωσης
- 4) Ψυχοκινητικά τεστ(ταχύτητα αντιδράσεων, ένταση κατά την εργασία κ.α.)

Τεστ Γνώσεων→ Σε αυτήν την κατηγορία φαίνονται οι γνώσεις που έχει απομοιώσει το παιδί. Αναλυτικά :

- 1) Τεστ γενικής μορφώσεως(αποκτημένη γνώση μέσω της γλωσσικής έκφρασης)
- 2) Τεστ σχολικής μάθησης ή εκπαίδευσης(έλεγχος σχολικής επίδοσης για τυχόν αποτυχία)

Τα τεστ σχολικής επίδοσης υπάρχουν για κάθε κλάδο από τα οποία τα κυριότερα είναι τα τεστ ανάγνωσης, τα τεστ γραφής και τα τεστ αριθμητικής. Υπάρχουν και τα τεστ άλλων μαθημάτων όπως Ιστορίας, Φυσικής κ.α. τα οποία όμως δεν φέρουν τόσης μεγάλης σημασίας όσο τα προηγούμενα.

2.4.5 Έρευνα Συναισθηματικής Κατάστασης

Ίσως να αποτελεί το δυσκολότερο τομέα της διάγνωσης γιατί χρειάζεται η πλήρης σκιαγράφηση της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης και του χαρακτήρα του παιδιού. Εδώ περιλαμβάνονται τα τεστ προσωπικότητας, τα οποία έχουν να κάνουν αποκλειστικά με το συναίσθημα του παιδιού, και τα προβολικά τεστ ή μέθοδοι προβολής, τα οποία επειδή απαιτούν μεγάλη εξάσκηση δεν προτιμούνται τόσο όσο τα προηγούμενα. Συγκεκριμένα : (Κρουσταλάκης,1977)

1) Ερωτηματολόγια τα οποία περιλαμβάνουν μια σειρά ερωτήσεων όπου μετράται η απάντηση και η αντίδραση του παιδιού. Εδώ περιέχονται:

- Ερωτηματολόγια προσωπικότητας
- Ερωτηματολόγια προσαρμογής (κοινωνική, οικογενειακή, συναισθηματική κ.α.)
- Ερωτηματολόγια στάσης
- Ερωτηματολόγια ενδιαφερόντων και αξιών (οικονομικά, αισθητικά, κοινωνικά, πολιτικά, θρησκευτικά κ.α.)

2) Αντικειμενικά τεστ προσωπικότητας όπου διακρίνεται η προσωπικότητα του ασθενή από παθολογικής μεριάς

3) Προβολικά τεστ ή μέθοδοι προβολής όπου διακρίνεται η προσωπικότητα του παιδιού από τους άμεσους, αυθόρμητους και ασυνείδητους τρόπους συμπεριφοράς του. Μεταξύ αυτών περιέχονται το τεστ του Rorschach ή τεστ ερμηνείας των τυχαίων στιγμάτων (https://en.wikipedia.org/wiki/Rorschach_test), το Thematic Apperception Test (TAT) του H.A. Murray και το τεστ του Szondi (Aronowetal., 2001). Επίσης

άλλα τεστ για την προσωπικότητα είναι το Children's Apperception Test (CAT) (Bellak&Bellak, 1950) και τα τεστ Blacky (Paul, 2012) και Patte-Noire (Corman, 1961)των Blum και Corman αντίστοιχα. Αξίζει να αναφερθεί και το Dynamique Personnelle et Images (DPI)(Perron, 1969), τεστ το οποίο χρησιμοποιείται για την διάγνωση της αυτογνωσίας στους ενήλικες. Μεταξύ των άλλων προβολικών τεστ περιέχονται και τα τεστ κατασκευών και τα τεστ συμπλήρωσης. (Τσιάντης,187) Τέλος, από τα σημαντικότερα τεστ που υπάρχουν για την σκιαγράφιση του χαρακτήρα και του ψυχικού κόσμου του παιδιού είναι τα τεστ παιδικού σχεδίου και ζωγραφικής. Το σχέδιο αποτελεί έκφραση της νοημοσύνης και της συναισθηματικής κατάστασης του παιδιού. Το περιεχόμενο, ο γραφικός τρόπος, η διάταξη των μορφών μέσα στο χώρο είναι αποκαλυπτικά στοιχεία της συναισθηματικής έντασης του παιδιού και των προβληματικών καταστάσεων που αντιμετωπίζει. Μέσα από αυτά τα τεστ είναι δυνατόν να διαγνωστεί νοητική υστέρηση και γενικότερη καθυστέρηση στην ανάπτυξη του παιδιού από 3 έως 10-12 ετών.

2.4.6 Καταγραφή, καταμέτρηση και ανάλυση των δυσρυθμιών-

Ανάλυση δείγματος ομιλίας

Η καταγραφή, η καταμέτρηση και η ανάλυση των δυσρυθμιών είναι ένα σημαντικό μέρος της αξιολόγησης. Αυτή η διαδικασία βοηθά των λογοθεραπευτή να διαχωρίσει αν οι δυσρυθμίες είναι φυσιολογικές ή παθολογικές, καθώς επίσης και πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα. Για να έχουμε μια πλήρη καταγραφή, καταμέτρηση και ανάλυση πρέπει να αναλυθούν παραπάνω δείγματα ομιλίας. Συνήθως καταμετρούνται οι δυσρυθμίες στα ακόλουθα:

- Μονόλογος 2-3 λεπτών, τουλάχιστον 350 συλλαβών,
- 2-3 λεπτών συζήτηση με τον κλινικό, τουλάχιστον 350 συλλαβών,
- Ομιλία στο τηλέφωνο ή/και συζήτηση με άγνωστο άτομο,
- 2-3 λεπτών συνομιλία με κάποιο πολύ οικείο φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο, τουλάχιστον 350 συλλαβών,
- Ανάγνωση κειμένου 200 περίπου λέξεων για μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες.

Η ανάλυση ενός τέτοιου δείγματος αποσκοπεί στη διερεύνηση συμπεριφορών αποφυγής (π.χ. ο ομιλητής μπορεί να αποφεύγει συγκεκριμένες λέξεις και να τις

αντικαθιστά με άλλες) και βασικών φαινομένων του τραυλισμού όπως είναι - σταθερότητα (όταν τα άτομα που τραυλίζουν διαβάζουν το ίδιο κείμενο δύο φορές το 60-70% των δυσρυθμιών συμβαίνουν στις ίδιες λέξεις, από την πρώτη στη δεύτερη ανάγνωση) και η προσαρμογή (οι δυσρυθμίες μειώνονται μετά από διαδοχικές επαναλαμβανόμενες αναγνώσεις του ίδιου κειμένου όταν δεν περνάει μεγάλο χρονικό διάστημα από τη μία ανάγνωση στην επόμενη) (Johnson & Knott, 1937). Ωστόσο τα δείγματα ομιλίας που παίρνει ο λογοθεραπευτής στο θεραπευτικό πλαίσιο μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικά (Conture, 1997), έτσι ζητάει από το γονέα να μαγνητοφωνήσει την ομιλία του παιδιού στο σπίτι για να την αξιολογήσει. Αφού συλλεχθεί το δείγμα ομιλίας ο λογοθεραπευτής καταγράφει, αναλύει και κωδικοποιεί μόνο τις φράσεις που είναι καταληπτές και δεν αποτελούν επανάληψη φράσεων του συνομιλητή. Επιπρόσθετα υπάρχουν διάφοροι τρόποι εκτίμησης της σοβαρότητας του τραυλισμού. Πολλοί κλινικοί αξιολογούν το βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού βάσει της συχνότητας των δυσρυθμιών. Άλλοι για να αποφανθούν για το βαθμό σοβαρότητας συνυπολογίζουν διάφορα ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα της αξιολόγησης όπως είναι τα συναισθήματα του ατόμου που τραυλίζει για το πρόβλημα ομιλίας του, οι μηχανισμοί αντιμετώπισης και αποφυγής των δυσρυθμιών, τα μη λεκτικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού, ο ρυθμός ομιλίας και το ποσοστό των δυσρυθμιών. Στο τέλος της διάγνωσης γίνεται μια ενημέρωση των γονέων του παιδιού προσχολικής και σχολικής ηλικίας και του ενήλικα που τραυλίζει. Σε αυτή τη συνάντηση ο λογοθεραπευτής καλείται να ενημερώσει τους ενδιαφερόμενους για τα ευρήματα της αξιολόγησης και τέλος να προτείνει και να συζητήσει με τους ενδιαφερόμενους για πιθανές λύσεις (π.χ. επαναξιολόγηση μετά από 2-3 μήνες, άμεση έναρξη θεραπευτικού προγράμματος κτλ). Η έγκαιρη αξιολόγηση και διάγνωση, καθώς και οι πληροφορίες που θα δοθούν από τους γονείς ή άλλους ειδικούς, θα βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό στο να ανιχνευθούν σωστά τα συμπτώματα, το είδος και η βαρύτητα της διαταραχής. Παράλληλα, το σύνολο όλων των πιο πάνω δεδομένων οδηγεί το λογοθεραπευτή στον καταρτισμό της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, ανάλογα με την περίπτωση την οποία έχει να αντιμετωπίσει (Ανδρέου, 2010).

Επίσης σημαντικό είναι να του ζητηθεί να αναγνώσει ένα κείμενο περίπου 200 λέξεων με στόχο την διερεύνηση συμπεριφορών αποφυγής, σταθερότητας (σταθερά

λάθη κατά την ανάγνωση περισσότερων από δυο φορών) και προσαρμογής (μείωση δυσρυθμιών κατά τις διαδοχικές αναγνώσεις). Ιδανικά λοιπόν συλλέγονται 2 με 3 δείγματα ομιλίας με 500 έως 1000 συλλαβές το καθένα. Σημαντική αν το επιθυμεί ο κλινικός είναι και η βιντεοσκόπηση των δειγμάτων για την ακριβέστερη επαλήθευση των αποτελεσμάτων. Μέσα από τη λήψη του δείγματος ομιλίας θα εξετάσουμε το δείγμα με σκοπό να εξάγουμε συμπεράσματα για:

1. **Συχνότητα/ τύπο δυσρυθμιών**→ στην παρούσα ηλικιακή ομάδα και με βάση το δείγμα ελέγχουμε το αν ο τραυλισμός είναι ήπιος, μέτριος ή σοβαρός. Η συχνότητα των δυσρυθμιών είναι σημαντική , όμως έμφαση θα δοθεί στο είδος των λεκτικών συμπτωμάτων και στη σοβαρότητα τους.
2. **Σωματικές / δευτερεύουσες συμπεριφορές**→ καταγράφεται λεπτομερώς η παρουσία, συχνότητα και ένταση τους, καθώς θα παίξουν σημαντικό ρόλο ως προς τη σοβαρότητα του τραυλισμού, και στη θεραπευτική προσέγγιση παρακάτω.
3. **Ρυθμός ομιλίας**→ στους εφήβους καταμετράται ο ρυθμός αυθόρμητης ομιλίας και ανάγνωσης. Έχει παρατηρηθεί πως ο ρυθμός ομιλίας των ενηλίκων κατά την αυθόρμητη συζήτηση ήταν πιο γρήγορος από τον ρυθμό της ανάγνωσης.
4. **Συναισθήματα και πεποιθήσεις**→ η κατηγορία αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς ο τραυλισμός επιδρά αρνητικά στην ψυχοσύνθεση του εφήβου με αποτέλεσμα να τον κάνει εσωστρεφή.
5. **Γενική σοβαρότητα τραυλισμού**→ αυτό θα εξαρτηθεί από τον συνυπολογισμό όλων των αξιολογητικών παραμέτρων και μετρήσεων που έχουμε συλλέξει με εξέχοντα ρόλο τα συναισθήματα, δευτερεύουσες συμπεριφορές και επιρροή τραυλισμού στη καθημερινή ζωή.
• Άλλες αξιολογήσεις: έλεγχος αισθητικό- κινητικού στοματοπροσωπικού και λαρυγγικού ελέγχου, άρθρωσης, φωνής, λόγου, νοητικού και γνωστικού δυναμικού, θα πρέπει να αποτελούν γρήγορες άτυπες αξιολογήσεις (Κότσιρα, 2015).

2.4.7 Κλινική παρατήρηση

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να αξιολογήσει ο ειδικός την ομιλία του ατόμου που τραυλίζει. Μπορεί να του ζητήσει να απαντήσει σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, να πραγματοποιήσει μια χαλαρή συζήτηση μαζί του, να του αναθέσει μια δραστηριότητα και να προκαλέσει συζήτηση κατά την εκτέλεσή της, να δείξει στο παιδί προσχολικής ηλικίας διάφορες εικόνες και να του ζητήσει να τις ονομάσει ή να ζητήσει από το παιδί σχολικής ηλικίας να διαβάσει ένα κείμενο. Η αξιολόγηση αυτή έχει ως αρχικό στόχο να προσδιοριστεί κατά πόσο οι δυσχέρειες στη ροή του λόγου πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση του τραυλισμού. Κατά την διαδικασία αυτή, είναι πολύ σημαντικό για τον ειδικό να λαμβάνει υπόψη του το γεγονός ότι η ομιλία του παιδιού ή του ενήλικου στο κλινικό πλαίσιο, ενδέχεται να μην είναι αντιπροσωπευτική της ομιλίας του στην καθημερινή του ζωή. Τα συμπτώματα του τραυλισμού ενδέχεται να εμφανίζονται περιστασιακά και να επιδεινώνονται ή να υποχωρούν σε συγκεκριμένες καταστάσεις, για το λόγο αυτό ο ειδικός πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην περίπτωση που το άτομο δεν τραυλίζει κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης. Επομένως, οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από τους γονείς και η αξιολόγηση ποικίλων δειγμάτων ομιλίας του παιδιού σε διαφορετικά πλαίσια (και με την μαγνητοφώνηση της ομιλίας του) και οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από τον τραύλο ενήλικα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας διάγνωσης του τραυλισμού (Μπέλλα, 2007).

2.5 Εκτίμηση σοβαρότητας τραυλισμού

Για την αξιολόγηση της σοβαρότητας του τραυλισμού σε ξενόγλωσσο τραυλισμό για παιδιά και ενήλικους έχουν προταθεί οι κλίμακες:

1. Cooper Assesment for Styttering Syndroms - Adolescent and Adult (Cooper & Cooper 1996). Iowa Scale for Rating the Severity of Stuttering (Τρίτηέκδοση - 1994)
2. Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (SSI- Riley, 1994)
3. Assesment of Fluency in School -Age Children (Thompson, 1983)

Ωστόσο όμως οι παραπάνω κλίμακες δεν έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Γι αυτό λοιπόν οι Έλληνες ειδικοί, προκειμένου να εκτιμήσουν τη σοβαρότητα εκδήλωσης του τραυλισμού, χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους όπως:

- α) την αναλογία της συχνότητας των δυσρυθμιών με τη σοβαρότητα του τραυλισμού.
- β) τον συνυπολογισμό των ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων(συναισθήματα, μηχανισμοί αντιμετώπισης και αποφυγής, ρυθμός ομιλίας κ.α.)

Εξαιρετικά χρήσιμη για το βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού αν και παλιά, εξακολουθεί να είναι μέχρι σήμερα η κλίμακα των Andrews & Harris το 1964, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως :

Βαθμός 0 → καμία δυσρυθμία

Βαθμός 1 → ελαφρύς βαθμός τραυλισμού (δυσρυθμίες σε ποσοστό 0- 5% των λέξεων του δείγματος, η ομιλία δεν επηρεάζεται)

Βαθμός 2 → μέτριος βαθμός τραυλισμού (οι δυσρυθμίες παρουσιάζονται σε ποσοστό 6 -20% των λέξεων του δείγματος, η ομιλία επηρεάζεται ελαφρά)

Βαθμός 3 → σοβαρός βαθμός τραυλισμού, (δυσρυθμίες σε ποσοστό άνω του 20%, η επικοινωνία επηρεάζεται σίγουρα) .

Μέτρηση τραυλικών επεισοδίων

- ❖ Η επανάληψη ήχου, συλλαβής ή λέξης είναι μία δυσρυθμία ανεξάρτητα από τον αριθμό των επαναλήψεων. (πχ. Εγώ ε ε ε ε θε θε θε θέλω το ζεστό μπισκότο = 2 δυσρυθμίες και 10 συλλαβές)
- ❖ Η επιμήκυνση ενός ήχου είναι μια δυσρυθμία.
- ❖ Το μπλοκάρισμα σε μια λέξη είναι μία δυσρυθμία.
- ❖ Μία αφύσικα μακριά παύση είναι μία δυσρυθμία.
- ❖ Μια επανάληψη είναι μία δυσρυθμία.
- ❖ Στην ανάγνωση η παράλειψη, η τροποποίηση ή η πρόσθεση μίας ή παραπάνω λέξεων είναι μία δυσρυθμία.
- ❖ Λέξεις πλήρωσης ή λέξεις/ήχοι που μπαίνουν στην έναρξη θεωρούνται δυσρυθμίες. Πολλαπλές λέξεις πλήρωσης στο ξεκίνημα μιας φράσης μετριοούνται ως μια δυσρυθμία.

Πως μετράμε;

- ❖ Χρησιμοποιούμε μια αριθμομηχανή $1+1=$, = για κάθε συλλαβή ή κάθε τραυλικό επεισόδιο ή δυσρυθμία.
- ❖ Clicker
- ❖ Εφαρμογή Syllable and Disfluency Counter

Τέλος οι ερευνητές αυτοί υποστήριζαν ότι, ο ρυθμός ομιλίας συνδέεται με τη σοβαρότητα του τραυλισμού. Πιο συγκεκριμένα ομιλία μικρότερου ρυθμού από 140 συλλαβές/λεπτό ή 24 λέξεις/ λεπτό ακούγεται αφύσικη.

2.6 Διαφοροποίηση Τραυλισμού – Βατταρισμού

Βατταρισμός είναι η ασυγκράτητη, ή υπερβιαστική και ασαφής προφορά. Ο βατταρισμός είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο στην περίοδο του ψελλισμού του μικρού παιδιού. Χαρακτηρίζεται από ταχύ ρυθμό ομιλίας, ασυγκράτητη και μονότονη ομιλία, απώλεια ακρίβειας στην άρθρωση, επαναλήψεις και «εκτοξεύσεις» λέξεων, ασαφής γλώσσα, σύγχυση στην άρθρωση και τη σειρά των φθόγγων μέσα στη λέξη και συχνά συνοδεύεται από εσφαλμένη χρήση λέξεων (παραφρασίες), και δυσκολίες στην εξεύρεση λέξεων. Σε περίπτωση τεταμένης προσοχής και σε καταστάσεις ψυχικής έντασης το παιδί μιλάει καλύτερα από ότι όταν βρίσκεται σε ηρεμία και σε φάση χωρίς ένταση. Η κόπωση χειροτερεύει την διαταραχή και συναντάται περισσότερο στα αγόρια παρά στα κορίτσια. Συνήθως, το άτομο με Βατταρισμό έχει μειωμένη επίγνωση των συνεπειών της δυσκολίας στην ομιλία του. Ο βατταρισμός παρουσιάζει μια μεγάλη σπατάλη του αέρα της εκπνοής και απότομες ακανόνιστες εισπνοές, πράγμα που κάνει τον λόγο να τρέχει λαχανιασμένα. Συγκεκριμένα παρουσιάζεται μια ταχυλαλία, μια επιτάχυνση δηλαδή του ρυθμού της ομιλίας όπου δεν ξεχωρίζονται τονισμένες και άτονες συλλαβές, δεν τηρούνται τα λογικά και πνευστικά διαλλείματα που διαρθρώνουν τον κανονικό λόγο. Όλα λέγονται βιαστικά και άρρυθμα. Επίσης, υπάρχουν μερικές ομοιότητες με τα φαινόμενα του τραυλισμού όπως την επανάληψη και το κόμπιασμα. Αυτά όμως δεν έχουν καθόλου τον κλονικό και τονικό χαρακτήρα των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Συνυπάρχουν οι παραφασίες ή παραδρομές στον λόγο. Αυτές αποτελούν το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα του βατταρισμού. Για την θεραπεία του βατταρισμού χρειάζεται ο γιατρός και ο λογοθεραπευτής, μιας

και ο στόχος είναι διπλός. Από τη μία θα καταβληθεί προσπάθεια για την θεραπεία της εγκεφαλικής βλάβης και από την άλλη θα επιδιώκεται με ασκήσεις και συχνές υπομνήσεις να ομιλεί το παιδί σε αργότερο ρυθμό και να ελέγχει τη γλώσσα του. Δυσκολότερη είναι η περίπτωση που ο βατταρισμός ακολουθείται και από τραυλισμα. Συχνά όμως ο βατταρισμός συνυπάρχει με τον τραυλισμό. Στην περίπτωση αυτή, πρώτα πρέπει να θεραπεύεται ο βατταρισμός. Σε βαριές περιπτώσεις, η πρόγνωση δεν είναι καλή (Δούλου, n.d).

2.7 Διαφοροποίηση Τραυλισμού-Ταχυλαλίας

Η ταχυλαλία είναι μια βλάβη του κινητικού μηχανισμού της ομιλίας, διαφορετική από τον τραυλισμό. Πολλές φορές όμως η διαφοροποίηση αυτών των δυο είναι δύσκολη. Ωστόσο, τόσο η ταχυλαλία, τόσο και ο τραυλισμός δεν θεωρούνται διαταραχές της ομιλίας υπό την στενή έννοια του όρου, αλλά σαν βλάβες που επιδρούν αρνητικά στον κινητικό μηχανισμό της ομιλίας. Η ταχυλαλία είναι μια παθολογική κατάσταση, ενώ ο τραυλισμός διαταραχή στο χώρο των νευρώσεων. Κατά την ταχυλαλία, τα άτομα μιλούν όχι μόνο πολύ γρήγορα, αλλά δεν ολοκληρώνουν, κυρίως τις τελευταίες συλλαβές της λέξης και τις τελευταίες λέξεις από τις προτάσεις. Στα άτομα με ταχυλαλία, η ομιλία αρχίζει κάπως καθυστερημένα. Ενώ η άρθρωσή στους τραύλους είναι πολύ καλή, στους ταχύλαλους εμφανίζει συνήθως συμπτώματα δυσκολίας. Σαν αιτία της ταχυλαλίας αναφέρεται κυρίως μια ανισορροπία στις κεντρικές διαδικασίες της ομιλίας που σχετίζεται με εγκεφαλικές δυσλειτουργίες μεγάλου ή μικρού βαθμού. Η εμφάνιση της ταχυλαλίας δεν έχει σχέση με κανένα γεγονός που μπορεί να απελευθερώσει την διαταραχή αυτή. Στην ταχυλαλία, δεν παρατηρούνται δευτερογενή συμπτώματα όπως στον τραυλισμό, αλλά παρατηρούνται δυσκολίες σε όλες τις μορφές επικοινωνίας (εύρεση μιας λέξης, σχηματισμός προτάσεων, επαναδιήγηση, ορθογραφημένο κείμενο, διάβασμα, ελεύθερος λόγος). Οι ταχύλαλοι είναι εξωστρεφής άτομα, θέλουν κοινωνική επαφή σε αντίθεση με τους τραύλους. Έχουν μικρή ένταση προσοχής και όταν διηγούνται κάτι αναφέρονται στα επουσιώδη και αφήνουν κατά μέρος τα ουσιώδη. Συνήθως, δεν έχουν συνείδηση του προβλήματός τους και γι' αυτό δεν δέχονται εύκολα την θεραπεία. Τα άτομα με τραυλισμό όμως, έχουν έντονη και πλήρης συνείδηση του προβλήματός τους και δέχονται εύκολα την θεραπεία. Η συνείδηση του προβλήματος έχει σαν αποτέλεσμα,

οι ταχύλαλοι να μιλούν καλύτερα και με μεγαλύτερη ελευθερία, ενώ οι τραύλοι να παρουσιάζουν μια συνεχή επιδείνωση της κατάστασής τους. Το άτομο με ταχυλαλία πριν να ξεκινήσει κάποια θεραπεία, πρέπει να γνωρίζει ο ειδικός κατά πόσο το άτομο (παιδί, έφηβος, ενήλικας) έχει συνείδηση του προβλήματός του και με ποιο τρόπο αντιδρά το περιβάλλον του πάνω στο πρόβλημα αυτό. Η πίεση που ασκείται πάνω στο ταχύλαλο παιδί, ιδιαίτερα από γονείς και δασκάλους, έχει σαν αποτέλεσμα να επιβραδύνει ότι σχετίζεται με την επικοινωνία του. Εάν τώρα εμποδισθεί με οποιοδήποτε τρόπο η επικοινωνία του, τότε μπαίνουν τα θεμέλια μιας αντικειμενικής βλάβης, με αποτέλεσμα κάθε λογοθεραπεία θεωρείται αποτυχημένη πριν ακόμη αρχίσει. Η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων που εμφανίζουν ταχυλαλία, είναι εξωστρεφής και επιζητούν την κοινωνική επαφή και έχουν την ψυχική δύναμη να φέρουν κάτι εις πέρας. Αυτό έχει τη σημασία ότι ο λογοθεραπευτής έχει να αντιμετωπίσει άτομα με υψηλό ψυχικό δυναμικό, χωρίς να φοβάται μήπως τυχόν τα κουράσει και ζητήσουν διακοπή της αγωγής.

Υπάρχουν όμως και λίγοι ταχύλαλοι εσωστρεφείς που φοβούνται την κοινωνική επαφή ή πληγώνονται εύκολα με την παραμικρή παρατήρηση ή αποτυχία. Απέναντι σε αυτούς, πρέπει ο λογοθεραπευτής να είναι προσεχτικός και να υπολογίζει σε ένα πολύ χαμηλό ψυχικό δυναμικό. Οι ταχύλαλοι χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. Οι ταχύλαλοι, οι οποίοι στην ομιλία τους αρχίζουν κάπως κανονικά, αλλά στη συνέχεια δίνουν μια επιτάχυνση και
2. Οι ταχύλαλοι, των οποίων η ομιλία φαίνεται κάπως φυσιολογική, πλην όμως συνεχώς την «φρενάρουν» (Βίκη & Παπάνης, 2007).

Κεφάλαιο 3^ο :

3.1 Παρέμβαση και θεραπευτικές προσεγγίσεις

Ο τραυλισμός έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές και επιστήμονες. Καμία άλλη διαταραχή της ομιλίας δεν τους έχει απασχολήσει τόσο θεωρητικά, όσο και πρακτικά. Αυτό και μόνο το γεγονός δείχνει το μέγεθος του προβλήματος τόσο στη διάγνωση των αιτιών όσο και στη θεραπεία. Πολλές προσπάθειες ξεκίνησαν από την Ιατρική, την Ψυχολογία, την Ειδική παιδαγωγική και την Κοινωνιολογία. Ο τραυλισμός είναι πολύπλοκος, τα συμπτώματα εμφανίζονται με πολλούς τρόπους, απελευθερώνονται

διαφορετικά το ένα από το άλλο και οι επιδράσεις τους διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Έχει διαμορφωθεί μια πληθώρα από ορισμούς και υποθέσεις. Ανάλογα τώρα με τη σημασία που δίνει κάθε ειδικός σχετικά με την αιτία, την εμφάνιση και τις μεταλλαγές του τραυλισμού αναπτύσσει και μια μέθοδο αποθεραπείας. Ο λογοθεραπευτής είναι αντιμέτωπος με ένα πλήθος μεθόδων και υποδείξεων τις οποίες καλείται να εφαρμόσει σε διαφορετικές δομές, διαδικασίες και λειτουργίες στην προβληματική επικοινωνία του ατόμου που τραυλίζει με το άμεσο περιβάλλον. Οι προσπάθειες που έγιναν μέχρι τώρα για να αναπτυχθεί μια μέθοδος ή έστω μερικές μέθοδοι κοινής αποδοχής κάτι πολύ αναγκαίο, δεν κατέληξαν σε θετικό αποτέλεσμα.

Η πραγματική πολύμορφη συμπτωματολογία και η πιθανή αιτιοπαθογενετική πολυμορφία του τραυλισμού απαιτούν από τον λογοθεραπευτή ελευθερία κινήσεων σε ότι αφορά τους σκοπούς της λογοθεραπείας, την εναλλακτικότητα των ενεργειών του, την επιλογή των καταλλήλων μεθόδων και ικανότητα για αντικειμενική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της λογοθεραπείας τους. Η διαφοροποίηση των μεθόδων θεραπείας γίνεται με βάση τα συμπτώματα που είναι αντιληπτά διά της ακοής από την μια μεριά, και από την άλλη με βάση τις πιθανές αιτίες που δημιουργήσαν τον τραυλισμό. Έτσι λοιπόν στην θεραπεία ακολουθούνται δυο κατευθύνσεις, η κατεύθυνση των συμπτωμάτων (από έξω προς τα μέσα) και η κατεύθυνση των αιτιών (από μέσα προς τα έξω).

3.2 Συμβουλευτικός ρόλος Λογοθεραπευτή και Διεπιστημονική ομάδα

Ο ρόλος του λογοθεραπευτή δεν περιορίζεται μόνο στη διάγνωση και τη θεραπεία της ιδιαίτερης ανάγκης του θεραπευόμενου, αλλά ταυτόχρονα διαδραματίζει και το ρόλο του συμβούλου αναφορικά με την κατανόηση της ειδικής ανάγκης από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, αλλά και από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να γίνει αποδεκτή η διαφορετικότητά του και να ενταχθεί ομαλά στο κοινωνικό σύνολο. Ως σύμβουλος ο λογοθεραπευτής συζητά με τους γονείς σχετικά με το ρόλο τους στην παρέμβαση, τις ανησυχίες, τις δυνατότητες και τις ανάγκες της οικογένειας, δίνοντας κατευθύνσεις για την επίτευξη των στόχων της θεραπείας και εναλλακτικές λύσεις. Ενημερώνει την οικογένεια για τα ακριβή χαρακτηριστικά του προβλήματος που παρουσιάζει, τις πιθανές μελλοντικές επιπτώσεις, τα αίτια της

διαταραχής, αναλαμβάνοντας συχνά και τη συμβουλευτική του περιβάλλοντος (γονέων ή άλλων συγγενών) γύρω από τον κατάλληλο χειρισμό μιας διαταραχής, ώστε να συμμετέχουν ενεργά και να συμβάλλουν στη διαδικασία αποκατάστασης. Επίσης, ο λογοθεραπευτής μέσα στα πλαίσια του συμβουλευτικού του ρόλου και της πείρας του, μπορεί να φέρει σε επαφή τον θεραπευόμενο και την οικογένειά του με άτομα με αντίστοιχες διαταραχές, προκειμένου να διασαφηνιστούν οι προσδοκίες από τη θεραπεία της διαταραχής, αλλά και να ενθαρρύνει το άτομο να συνεχίσει και να συνεργαστεί με τον ειδικό για την αποτελεσματικότερη θεραπεία του. Ωστόσο, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η ολοκληρωμένη κλινική εικόνα του ασθενή είναι καίριας σημασίας για την πορεία της θεραπείας. Κατά τη συνέντευξη λήψης ιστορικού του ασθενή από το λογοθεραπευτή, ζητούνται πληροφορίες και τυχόν διαγνώσεις ή αξιολογήσεις από άλλους επαγγελματίες υγείας ανάλογα με τη διαταραχή. Σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν στοιχεία από άλλους επαγγελματίες, ο ασθενής παραπέμπεται από το λογοθεραπευτή για περαιτέρω εξετάσεις, π.χ. ακουσολογικός έλεγχος, οφθαλμολογικός έλεγχος, κλπ.. Συγχρόνως, καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας ο λογοθεραπευτής επικοινωνεί με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που παρακολουθούν τον ασθενή, προκειμένου να γίνει συνολική αξιολόγηση της θεραπευτικής του πορείας και να αντιμετωπιστούν τυχόν προβλήματα. Η διεπιστημονική ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει: θεράποντα ιατρό/παιδίατρο, ψυχολόγο, ψυχίατρο, λογοθεραπευτή, νευρολόγο, ΩΡΛ, αναπτυξιολόγο, ειδικό παιδαγωγό, εργοθεραπευτή, φυσικοθεραπευτή, κοινωνικό λειτουργό και όποια άλλη ειδικότητα κρίνεται απαραίτητη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της εκάστοτε διαταραχής (Σαββίδου, 2012).

3.3 Λογοθεραπευτική αντιμετώπιση τραυλισμού ανά ηλικία

Λογοθεραπευτική αντιμετώπιση τραυλισμού στη προσχολική ηλικία

Υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις για την θεραπεία του τραυλισμού στη προσχολική ηλικία, ωστόσο σε κάθε περίπτωση εφαρμόζεται μια θεραπεία εξαρτώμενη από το οικογενειακό περιβάλλον, δηλαδή από το αίτημα των γονέων και του παιδιού. Αυτές οι προσεγγίσεις μπορεί να είναι οι εξής:

- ατομική ψυχοθεραπεία παιδιού
- οικογενειακή θεραπεία

- συζητήσεις με τους γονείς (ιδιαίτερα όταν τα παιδιά είναι σε μικρή ηλικία, 3-4 χρόνων).
- λογοθεραπεία (Τραυλισμός, n.d.)

Σε περίπτωση που ο τραυλισμός επιμένει για περισσότερο από 6 μήνες μετά την ημερομηνία της έναρξης, καλό είναι να καταφεύγουμε στην πρώιμη λογοθεραπευτική παρέμβαση, που μπορεί να αποτρέψει ή να «ομαλοποιήσει» τον μόνιμο τραυλισμό. Μάλιστα οι έρευνες δείχνουν πως η διάρκεια της θεραπείας στα παιδιά είναι μικρότερη από ότι στους ενήλικες, 8 εβδομάδες με ένα χρόνο. Για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας οι λογοθεραπευτικές προσεγγίσεις εστιάζονται στην επικοινωνία, στις επικοινωνιακές σχέσεις, στη συμβουλευτική των γονέων και στην αποκατάσταση πιθανών αναπτυξιακών ελλειμμάτων, όπως είναι για παράδειγμα η αργή γλωσσική εξέλιξη. Πολλοί γονείς απευθύνονται σε λογοθεραπευτή για να «δείξει» στο παιδί πώς να αρθρώνει χωρίς να κολλάει. Για τα παιδιά που τραυλίζουν, αυτό μπορεί να οδηγήσει και στην παγίωσή του προβλήματος καθώς μπορεί να εκδηλώσουν συμπεριφορές αποφυγής. Κατά συνέπεια, η απευθείας δουλειά με την άρθρωση και την εκφορά του λόγου δε βοηθά, αντιθέτως μπορεί να σπρώξει το παιδί σε αυτή τη συνειδητοποίηση.

Στη λογοθεραπεία εφαρμόζεται περισσότερο μια τεχνική βασισμένη στη χαλάρωση, την αναπνοή καθώς και σε ασκήσεις φωνής. Οι ασκήσεις αυτές έχουν στόχο την χαλάρωση των μυών εκείνων που παίρνουν ενεργά μέρος στην εκφορά του λόγου και έχουν τη μορφή παιχνιδιού. Έτσι λοιπόν επιβάλλεται η εκμάθηση και η άσκηση της τεχνικής αναπνοής. Όσον αφορά την αναπνοή και το λόγο, οι ποσότητες αναπνεόμενου αέρα που απαιτούνται για το σχηματισμό οποιασδήποτε φράσης ισοδυναμούν με 2 cm³. Για να διασφαλίσουμε αυτές τις ποσότητες θα πρέπει να μεγαλώσουμε το εύρος του θωρακικού τοιχώματος που το αποτελούν ο θώρακας και το διάφραγμα. Η θεραπεία έχει άριστα αποτελέσματα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, με ποσοστά επιτυχίας 95%. Ακόμα και αν δεν είμαστε σίγουροι ότι τα παιδιά αυτά θα μιλούσαν κάποια μέρα καθαρά και ομαλά και χωρίς θεραπεία, η παρέμβαση αυτή με κανέναν τρόπο δεν βλάπτει το παιδί και κανένας γονιός δεν θα ήθελε να στερήσει από το παιδί του την ευκαιρία να βελτιώσει τον λόγο του και άρα την αυτοεκτίμηση και την κοινωνικότητα του. Βέβαια η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και συνήθως τα παιδιά μπορεί να επανέλθουν στη θεραπεία καθώς μεγαλώνουν. Η επιτυχία της θεραπείας του τραυλισμού είναι η επίτευξη του ελέγχου

της ομιλίας. Η λογοθεραπευτική παρέμβαση είναι μια θεραπεία που διαρκεί λιγότερο και αποσκοπεί στη μείωση του συμπτώματος, όχι όμως και στην επίλυση της αιτίας του που τις περισσότερες φορές είναι ψυχολογική.

Η ψυχοθεραπεία του παιδιού στοχεύει στην ενίσχυση της αυτό-εικόνας του, την έκφραση συναισθήματος, την εξάσκηση στη διεκδικητική συμπεριφορά, τη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και των διαπροσωπικών και ενδο-οικογενειακών σχέσεων. Επίσης στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία γίνεται συμβουλευτική γονέων όπου εξηγείται ο μηχανισμός του τραυλισμού, αντιμετωπίζεται το άγχος, βελτιώνεται η επικοινωνία στο ζευγάρι, εντοπίζονται οι υπερπροστατευτικές συμπεριφορές ή οι υπερβολικές απαιτήσεις τους.

Κατά συνέπεια, η συστηματική αντιμετώπισή του τραυλισμού έγκειται σε μία πιο μεθοδική και διεπιστημονική παρέμβασή που συνδυάζει τη λογοθεραπεία και την οικογενειακή θεραπεία. Τέλος, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ο τραυλισμός που αντιμετωπίζεται στην αρχή της εμφάνισής του θεραπεύεται πιο γρήγορα και πιο αποτελεσματικά (“ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ,” 2011).

Λογοθεραπευτική αντιμετώπιση τραυλισμού στη σχολική ηλικία

Σε αυτή την ηλικία το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως άτομο με τραυλισμό. Αρχίζει να πιστεύει πως συγκεκριμένοι φθόγγοι, συλλαβές αλλά και λέξεις τού δημιουργούν ιδιαίτερες δυσκολίες και γι’ αυτό αρχίζει να τις αποφεύγει. Τα παιδιά χρησιμοποιούν τεχνάσματα, όπως το να βρίσκουν συνώνυμες λέξεις με αυτή που δεν μπορούν να πουν ή να σταματούν πριν τη δύσκολη λέξη, ενώ κάποια άλλα τραυλίζουν εμφανώς χωρίς αποφυγές. Παράλληλα, οι επικοινωνιακές πιέσεις και το άγχος διογκώνουν το πρόβλημα και αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης το κυριεύουν. Αυτό το παιδί χρειάζεται βοήθεια. Χωρίς αυτήν, το πρόβλημα του τραυλισμού είναι σίγουρο ότι θα επηρεάσει κυρίως τον ίδιο τον ψυχισμό του (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών-Λογοθεραπευτών, 2014). Υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις που αφορούν διαφορετικά πρόσωπα και διαφορετικούς τραυλισμούς. Κάποιες προσεγγίσεις υλοποιούνται από τους ίδιους τους γονείς στο σπίτι υπό την επίβλεψη του θεραπευτή. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι σχέσεις και οι ρόλοι των μελών της οικογένειας είναι τέτοιοι που απαιτείται θεραπευτική δουλειά με όλη την οικογένεια παράλληλα με τις λογοθεραπευτικές προσεγγίσεις ή κατά αποκλειστικότητα. Η αντιμετώπιση του προβλήματος για τα παιδιά σχολικής ηλικίας

περιλαμβάνει ασκήσεις για τη διόρθωση του ρυθμού της ομιλίας, εκμάθηση σωστού τρόπου αναπνοής, αλλά και ασκήσεις χαλάρωσης για την αντιμετώπιση του στρες που συνοδεύει την προσπάθεια ομιλίας από τον πάσχων. Σε πολλές περιπτώσεις σημαντικό κομμάτι της αντιμετώπισης αποτελεί και η αντιμετώπιση άλλων συναισθηματικών προβλημάτων που συνδέονται με τη δυσκολία στην ομιλία. Οι Λογοθεραπευτές θα στοχεύσουν να αξιολογήσουν, να συμβουλευθούν και να δημιουργήσουν ένα πρόγραμμα κατάλληλο για τις ανάγκες του ατόμου, της οικογένειας και των υπόλοιπων επαγγελματιών που σχετίζονται με την φροντίδα και την εκπαίδευσή τους. Ο χρόνος έναρξης της παρέμβασης μετά την εμφάνιση υπολογίζεται σύμφωνα με μια σειρά από παράγοντες κινδύνου. Όπως επισημαίνεται στο ιστορικό κάθε περίπτωσης, οι Λογοθεραπευτές μπορεί να παρακολουθούν την εξέλιξη της δυσρυθμίας μέσα στο χρόνο, να δίνουν συμβουλές στους γονείς για την υποστήριξη του παιδιού στη διάρκεια της δυσρυθμικής φάσης, να διαχειρίζονται το άγχος των γονιών, να τους εκπαιδεύσουν και να παρέχουν τις καλύτερες ευκαιρίες για την ανάπτυξη της φυσικής ροής (11 ερωτήματα γύρω από τον τραυλισμό, n.d). Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει άμεση δουλειά με το παιδί και έμμεση δουλειά με τα άτομα στο επικοινωνιακό τους περιβάλλον. Αυτό συνήθως περιλαμβάνει εκπαίδευση για την κατανόηση των αναγκών ομιλίας και επικοινωνίας του παιδιού. Αν ο τραυλισμός επιμένει, τότε τα παιδιά μπορούν να βοηθηθούν στο να αναπτύξουν τις καταλληλότερες στρατηγικές ελέγχου και διαχείρισης ώστε να διατηρήσουν μια θετική προσέγγιση στην επικοινωνία τους. Ο Λογοθεραπευτής εκπαιδεύει τους γονείς να παρέχουν συστηματική ενίσχυση της ευχερούς ομιλίας για την αύξηση της ροής και να ενθαρρύνουν το παιδί να βρίσκει τρόπους να προσαρμόζει την ομιλία του ώστε να αντιμετωπιστεί η διαταραχή ομιλίας (Μαρτίνης, 2011).

Λογοθεραπευτική αντιμετώπιση τραυλισμού στην εφηβεία

Η θεραπεία για τους εφήβους περιλαμβάνει συνήθως μια μεικτή προσέγγιση προώθησης θετικών ψυχολογικών αλλαγών και διδασκαλίας της συμπεριφοριστικής ή γνωστικής διαχείρισης της ομιλίας. Αρχικά τα δεδομένα που έχουμε για τη θεραπευτική αντιμετώπιση στους εφήβους είναι περιορισμένα και προέρχονται κυρίως από έρευνες σε ενήλικες που έχουν προσαρμοστεί σε μικρότερο ηλικιακό πληθυσμό. Ωστόσο αδιαμφισβήτητο είναι το γεγονός ότι σε αυτή την ηλικιακή

ομάδα, ύστερα από την αξιολόγηση και διάγνωση σοβαρότητας του τραυλισμού, ξεκινά άμεσα η ένταξη του εφήβου στο θεραπευτικό πλάνο, με κεντρικό στόχο την προσπάθεια τροποποίησης της ροής του λόγου με συμπεριφοριστικές μεθόδους (Μαρτίνης, 2011). Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι ο θεραπευόμενος έχει κυρίαρχο ρόλο στη θεραπευτική προσέγγιση και γι αυτό θα πρέπει να έχει ουσιαστικό κίνητρο για να συμμετέχει στη παρέμβαση του. Οι κυρίαρχες θεραπευτικές μέθοδοι για εφήβους χωρίζονται κυρίως σε δυο κατηγορίες: **α)** σε αυτές που στοχεύουν στη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας και **β)** σε αυτές που στοχεύουν στην τροποποίηση των τραυλικών συμπτωμάτων. Ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια για μείωση των αρνητικών στάσεων και αντιδράσεων του εφήβου απέναντι στο τραυλισμό (Κότσιρα, 2015).

Δομημένα προγράμματα άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης, τα οποία βασίζονται σε αρχές της συντελεστικής μάθησης και ακολουθούν την προσέγγιση η οποία στοχεύει στην άμεση βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας είναι τα προγράμματα: **A)** Σταδιακή Αύξηση του Μήκους και της Πολυπλοκότητας των Προτάσεων. Ο έφηβος ασκείται να διαβάζει με ευχέρεια χωρίς να τραυλίζει, υλικό με προοδευτικά αυξανόμενη δυσκολία. Παράδειγμα αυτού, είναι ότι ξεκινά με μεμονωμένες λέξεις, συνεχίζει με μικρές προτάσεις και παραγράφους και καταλήγει στην ανάγνωση κειμένου για πέντε συνεχόμενα λεπτά. Σε αυτό το πρόγραμμα κυρίαρχο ρόλο παίζουν η ενθάρρυνση και η τιμωρία και έχουν αναφερθεί θετικά αποτελέσματα. (Ryan & Van Kirk Ryan, 1983, 1995). **B)** Εύκολη και Χαλαρή Προσέγγιση - Απαλή Κίνηση. Το παιδί μαθαίνει να ξεκινά χαλαρά και χωρίς ένταση των άρθρωσης των λέξεων και να μεταβαίνει απαλά και αργά από τους πρώτους δυο ήχους στους επόμενους ήχους της λέξης.

Βασικά συστατικά τέτοιων προγραμμάτων είναι:

α) Σταδιακή αύξηση της έκτασης και της πολυπλοκότητας του λόγου: η τεχνική αυτή βασίζεται στη διαπίστωση ότι ο συντονισμός της αναπνοής, των οργάνων παραγωγής λόγου και της άρθρωσης αυξάνεται σε πολυπλοκότητα και συνοδεύεται από αυξημένες γνωστικές απαιτήσεις όσο προχωρά η γλωσσική ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα αυξάνουμε και μειώνουμε τις απαιτήσεις ανάλογα με τις δυνατότητες του ατόμου.

β) Ρύθμιση και έλεγχο αναπνοής: εφόσον στον τραυλισμό διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία της αναπνοής σημαντική είναι η εκμάθηση αναπνευστικών ασκήσεων.

γ) Εδραίωση απαλών επαφών των οργάνων άρθρωσης: Διδάσκονται να κινούν απαλά και χαλαρά τα όργανα της άρθρωσης και να διακινούν ελεύθερα τον αέρα, προκειμένου να μειωθεί η ένταση που μπλοκάρει την παραγωγή των πρώτων ήχων της λέξης.

δ) Μείωση ρυθμού ομιλίας: η μείωση αυτή διευκολύνει το συντονισμό των οργάνων παραγωγής λόγου και αναπνοής για να επιτευχθεί λεκτική ευχέρεια. Ο ειδικός παρέχει ένα συνεχές μοντέλο αργού ρυθμού ομιλίας και σωματικών κινήσεων.

ε) Μείωση αποφευκτικών συμπεριφορών: ύστερα από τον εντοπισμό των συμπεριφορών αποφυγής από τον ειδικό, αυτός εξηγεί στο παιδί τις συνέπειες αυτής του στις συμπεριφορές σε σχέση με τη ροή στο λόγο του, προκειμένου να ασκηθεί στη μείωση αυτών.

στ) Ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στη ομιλία: για τους εφήβους με τραυλισμό ο συγκεκριμένος στόχος ανάπτυξης επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι εξέχουσας σημασίας διότι η ανάπτυξη των θετικών στάσεων (μέσα από αλλαγές συναισθημάτων και σκέψεων) σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Η ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων, και η τροποποίηση των αντιλήψεων που αφορούν την εικόνα που έχει ο έφηβος για τον εαυτό του ως ομιλητή οδηγούν σε αύξηση της αυτοεκτίμησης κάτι το οποίο αποτελεί βασικό τομέα στην θεραπευτική διαδικασία (Κότσιρα, 2015).

Λογοθεραπευτική αντιμετώπιση τραυλισμού στην ενηλικίωση

Προφανώς μιλάμε για μια πολυσύνθετη διαταραχή και λόγω αυτού, δεν μπορούμε να θεωρήσουμε ότι υπάρχει μονόδρομος στη θεραπεία της. Το σίγουρο είναι ότι η εν λόγω διαταραχή απαιτεί ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο θεραπευτικής παρέμβασης. Κανείς δεν μπορεί να εγγυηθεί την οριστική απομάκρυνση του τραυλισμού. Θα ήταν υπερβολικό και ανεπαρκές απέναντι στον πάσχοντα και την οικογένειά του. Είναι σημαντικό να μην ξεχνάμε πως εξάλλου στην ενήλικη ζωή, μιλάμε για μια διαταραχή με θεραπεία συγκαλύψεως. Για αυτό, μόνο η έγκαιρη και ενδεδειγμένη αξιολόγηση και

παρέμβαση, βασισμένη στις ανάγκες και ικανότητες του ατόμου με τραυλισμό, θα καλύψουν τις ανάγκες μιας τέτοιας θεραπείας. Η συμμετοχή του ατόμου με τη διαταραχή αλλά και του συσχετιζόμενου περιβάλλοντός του είναι επιτακτική. Κάθε ασθενής χρειάζεται τη σωστή καθοδήγηση και συμβουλευτική για μια διαταραχή που είναι μεν σύνθετη-αλλά όχι μη αντιμετωπίσιμη. Η θεραπεία των ενηλίκων δεν είναι πολύπλοκη, αλλά εξαρτάται από την σοβαρότητα του τραυλισμού. Κάποιες θεραπείες είναι απλές με γρήγορα αποτελέσματα, ενώ κάποιες άλλες απαιτούν περισσότερο χρόνο αλλά με εξίσου ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η επιτυχημένη παρέμβαση εξαρτάται και από το κίνητρο και τη διάθεση για συνεργασία. Παρότι καμία θεραπεία δεν οδηγεί σε πλήρη και μόνιμη αποκατάσταση της ομιλίας, ο ενήλικος που τραυλίζει μπορεί να καταφέρει:

1. σημαντική αύξηση της ευφράδειας
2. μείωση της συχνότητας και έντασης των στιγμών του τραυλισμού
3. ευκολότερη και αποτελεσματικότερη επικοινωνία
4. θετική αλλαγή ρόλου, στάσης και συμπεριφοράς στην επικοινωνία
5. ευκολότερη συναναστροφή με τους άλλους ανθρώπους

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

3.4 Παλαιότερες μέθοδοι θεραπείας

- ***Μέθοδος του Gutzmann:*** Περιλάμβανε φωνητικές, αναπνευστικές και αρθρωτικές ασκήσεις.

- **Μέθοδος του Seeman:** Είναι σύνθετη θεραπεία που αποτελείται από ψυχοθεραπεία, ασκησιοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία(Παπασιλέκας, 1979).
- **Μέθοδος του Liebmann:** Περνά από πέντε στάδια και βλέπει περιττές τις ασκήσεις αναπνοής, φώνησης και άρθρωσης(Παπασιλέκας, 1979).
- **Μέθοδος του Vlassova:** Συνδυάζει την ψυχοθεραπεία με ασκήσεις λογοθεραπείας και δίνει έμφαση στη λογορυθμική.
- **Μέθοδος του Rothe:** Θεωρεί πρωταρχική την αγωγή χαράς σαν αντιστάθμισμα στην αφόρητη κατάσταση που ωθεί το παιδί στον τραυλισμό.
- **Μέθοδος του AntonSchilling:** Συνδυάζει στο θεραπευτικό του πρόγραμμα την ψυχοθεραπεία και την καθαρή λογοθεραπευτική αγωγή.
- **Μέθοδος Gervaleva:** Πιστεύει ότι η καλύτερη θεραπεία είναι η θεραπεία χωρίς ομιλία (διαρκεί 2-3 εβδομάδες).
- **Μέθοδος Cevaljeva:** Πιστεύει ότι είναι καλύτερα να περιγράφουν κάτι το συγκεκριμένο, το οποίο θα βλέπουν και θα το αγγίζουν(Παπασιλέκας, 1979).
- **Μέθοδος Camperdown:** Είναι μια θεραπευτική προσέγγιση που κατά κύριο λόγο βασίζεται στην παρατεταμένη ομιλία και περιλαμβάνει 4 στάδια.

3.5 Σύγχρονες μέθοδοι θεραπείας

Η θεωρητική προσέγγιση του τραυλισμού θα πρέπει να περιλαμβάνει κάθε πληροφορία που θα βοηθήσει τους ειδικούς να αναπτύξουν αποτελεσματικές μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης. Άλλωστε αυτό είναι και το αδύνατο σημείο στην ιστορία μελέτης του τραυλισμού. Στη δεκαετία του 1960 πειραματικές μελέτες που έγιναν από ειδικούς κατέληξαν σε τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς που επικεντρώνονται στις δυσχέρειες που παρουσιάζει το άτομο στη ροή του λόγου του και στοχεύουν ευθέως στη μείωση της εκδήλωσης των συμπτωμάτων τραυλισμού. Οι τεχνικές αυτές είναι δυνατόν να χρησιμοποιούνται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό μεταξύ τους.

3.5.1 Χαλάρωση

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

Ασκήσεις χαλάρωσης για μιμικούς και αρθρωτικούς μύες.

1. Γέρνει το κεφάλι ελαφρά προς τα πίσω, τεντώνοντας τους μυς του λαιμού για 10-15 δευτερόλεπτα. Συγκεντρώνει την προσοχή του σε αυτή την προσπάθεια. Αφήνει μαλακά το κεφάλι να πέσει μπροστά.
2. Σφίγγει το μέτωπο, ανασηκώνοντας τα φρύδια για 10-15 δευτερόλεπτα επικεντρώνοντας τη προσοχή στην ένταση των τεντωμένων μυών στην περιφέρεια του μετώπου.
3. Σφίγγει τους μυς των ματιών για 5-10 δευτερόλεπτα επικεντρώνει την προσοχή του στην ένταση που ασκείται ανάμεσα στα μάτια.
4. Κλείνει σφιχτά τα μάτια για 5-10 δευτερόλεπτα επικεντρώνοντας την προσοχή του στην ένταση.
5. Για 5-10 δευτερόλεπτα σφίγγει τα δόντια. Προσπαθεί να νοιώσει τον τρόπο που απλώνεται η πίεση από τα σαγόνια στους κροτάφους.
6. Χαμογελά με πλατύ χαμόγελο αφήνοντας τα δόντια να φανούν για 5 δευτερόλεπτα. Επικεντρώνει την προσοχή του στην ένταση γύρω από τις παρειές.
7. Κρατά τα χείλη προτεταμένα προς τα έξω και φυσά για 10 δευτερόλεπτα. Παρακολουθεί την πίεση που ασκείται στα χείλη.
8. Πιέζει την γλώσσα στα μπροστινά δόντια για 10 δευτερόλεπτα. Επικεντρώνει την προσοχή του στην πίεση που ασκείται στη γλώσσα.

9. Τραβά τη γλώσσα προς τα πίσω για 10 δευτερόλεπτα. Νοιώθει την ένταση στη γλώσσα, στο κάτω μέρος του στόματος και στο λαιμό.

10. Χασμουριέται ελαφρά, πιο έντονα, πολύ έντονα. Στο τελευταίο χασμουρητό κλείνει τα μάτια και τεντώνει τους μύες του στόματος και του λάρυγγα.

3.5.2 Χαλάρωση με μασάζ

Η χρήση του Μασάζ στον Τραυλισμό

Το λογοθεραπευτικό μασάζ είναι μία από τις μεθόδους που χρησιμοποιείται για την αποκατάσταση του τραυλισμού. Κατά την διάρκεια του μασάζ ευαισθητοποιούνται τα αισθητήρια νεύρα της επιδερμίδας και των μυών και υπάρχει καλύτερη λειτουργία του λεμφικού συστήματος και του μεταβολισμού. Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι για την χρήση του μασάζ ανάλογα με το τι θέλει να πετύχει ο λογοθεραπευτής, ωστόσο ο λογοθεραπευτής μπορεί να θέλει να πετύχει μείωση του μυϊκού τόνου ή και αύξηση. Αυτό βοηθάει στην ανάπτυξη και στην πραγματοποίηση των ενεργητικών, αυτόβουλων και συντονισμένων κινήσεων των οργάνων της άρθρωσης. Το μασάζ πραγματοποιείται από τον λογοθεραπευτή ο οποίος είναι εκπαιδευμένος σε αυτήν την μέθοδο. Όταν ο λογοθεραπευτής εκπαιδεύσει το γονιό ή τον ενήλικα που τραυλίζει, το μασάζ μπορεί να πραγματοποιείται και στο σπίτι. Το μασάζ γίνεται στην περιοχή του κεφαλιού στο λαιμό και στους ώμους, χρησιμοποιώντας δύο τεχνικές:

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

Η θεραπεία διαρκεί 10 – 20 μέρες και τις πρώτες μέρες διαρκεί 5 – 7 λεπτά φτάνοντας μέχρι και τα 20-25 λεπτά. Φυσικά η διάρκεια εξαρτάται και από την ηλικία του ατόμου και από τα νευρολογικά του συμπτώματα. Πριν την έναρξη του μασάζ επιτρέπεται η χρήση φράσεων που θα χαλαρώσουν το άτομο (π.χ. ηρέμησε, κλείσε τα μάτια σου κ.τ.λ.). Η φωνή του λογοθεραπευτή πρέπει να είναι χαμηλή μαλακή και ήρεμη. Το άτομο που τραυλίζει πρέπει να ξαπλώνει ανάσκελα και τα χέρια του να βρίσκονται δίπλα από τους γοφούς, τα πόδια πρέπει να είναι ίσια και ελεύθερα, τα πέλματα των ποδιών ελαφρώς ανοιχτά σχηματίζοντας γωνία. Κατά την

διάρκεια του μασάζ τοποθετούμε ένα μικρό μαξιλάρι μέχρι την ωμοπλάτη και ο εκπαιδευμένος λογοθεραπευτής στέκεται πίσω από το άτομο. (Beliakova-Ivanovna, 2002).

Βασικοί τρόποι του λογοθεραπευτικού μασάζ

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

Χαλάρωση των μυών του λαιμού

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

Χαλάρωση των μυών του προσώπου

1. Ξεκινά το μασάζ από την μέση του μετώπου φτάνοντας στους κροτάφους.
2. Το δεύτερο στάδιο του μασάζ ξεκινά από τα φρύδια με κατεύθυνση προς τα πάνω φτάνοντας στις ρίζες των μαλλιών. Οι κινήσεις εκτελούνται με τα δύο χέρια ταυτόχρονα. Στο σημείο όπου τελειώνουν οι κινήσεις πιέζει με τα δάχτυλα του.
3. Ξεκινά από το πιγούνι ανεβαίνοντας αργά μέχρι τους κροτάφους. Σ' αυτή την κίνηση πιέζει μπροστά από το αυτί.
4. Από τη μύτη προχωρά και φτάνει στο αυτί.

5. Ξεκινά από το πάνω χείλος και φτάνει στο αυτί.
6. Ξεκινά από τη μέση του μετώπου και προχωρά προς τα κάτω, προς τους κροτάφους και τις παρειές και φτάνει στο πιγούνι .
7. Ξεκινά από το πιγούνι και ανεβαίνει προς τα πάνω περνώντας από το σημείο σύγκλισης των χειλιών και δίπλα από τη μύτη φτάνει στο – ρινικό οστό και κατόπιν από το κέντρο του μετώπου ημικυκλικά προς τους κροτάφους.

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

Μασάζ για χαλάρωση των σφιγκτήρων μυών των βλεφάρων

1. Χάιδεμα (με τον δείκτη και το μεσοδάχτυλο.). Από τους κροτάφους περνά στο κάτω βλέφαρο των ματιών και από εκεί κυκλικά γύρω από τα μάτια προς την εξωτερική γωνία των ματιών πάνω στα φρύδια. Ελαφρύ γλίστρημα στα φρύδια και στους κροτάφους. Στο τέλος της κίνησης πιέζει ελαφρά.
2. Χαϊδεύει τους κυκλικούς μύες των ματιών. Με τον παράμεσο ξεκινά από τους κροτάφους και προχωρά προς την εσωτερική γωνία των ματιών. Η κίνηση στα άνω βλέφαρα γίνεται χαϊδεύοντας τα ελαφρώς χωρίς να πατά τον οφθαλμό βολβό (Νεάρχου, 2014).

Χαλαρωτικό μασάζ στους σφιγκτήρες των χειλιών

Εκτελούνται ελαφρές κινήσεις με τον εξής τρόπο:

1. Από τη γωνία του πάνω χείλους προς το κέντρο αυτού.
2. Από τη γωνία του κάτω χείλους προς το κέντρο του πιγουνιού .
3. Από το κέντρο του πάνω χείλους κυκλικά προς τα κάτω μέχρι το κέντρο του πιγουνιού.
4. Ο δείκτης και ο μέσος και των δύο χεριών, τοποθετούνται στο σημείο όπου ενώνονται τα χείλη και ελαφρώς τα τραβάνε όταν χαμογελάμε. Κατόπιν επαναφέρει με τα δάχτυλα τα χείλη. Οι κινήσεις αυτές είναι ελαφρές και ελαστικές.

5. Ξεκινά από το εξωτερικό σημείο των πτερυγίων της μύτης καταλήγει στις γωνίες των χειλιών.

6. Με τον δείκτη και τον μέσο δάκτυλο κάνει ελαφρά χτυπήματα στους κυκλικούς μύες (σφιγκτήρας των χειλιών) των χειλιών με την φορά των δεικτών του ρολογιού .

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

Μασάζ στον λάρυγγα

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

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

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

Μέθοδος των Βιοενεργητικών σημείων (ΒΕΣ)

Βασικοί τρόποι μασάζ στα ΒΕΣ:

1. **Χάιδεμα**→ Με ένα από τα τρία μεσαία δάχτυλα. Κάνει κυκλικές κινήσεις προσέχοντας να μην μετατοπίσει του μύες. Οι κινήσεις εκτελούνται αργά αλλά σταθερά. Αυτό βοηθάει στη χαλάρωση των μυών.
2. **Μάλαξη**→ Κάνει κυκλικές κινήσεις πάνω σε ένα σημείο ασκώντας πίεση και χωρίς να σηκωθεί το δάκτυλο από το σημείο αυτό. Οι κινήσεις περιλαμβάνουν 30-60 στροφές το λεπτό. Η επίδραση στα σημεία αυτά γίνεται με τον εξής τρόπο: Πιέζει το σημείο με το δάκτυλο ελαφρώς. Οι κυκλικές κινήσεις πρέπει να είναι αργές,

ελαστικές και με την φορά των δεικτών του ρολογιού. Αυτό γίνεται για 30 περίπου δευτερόλεπτα και βαθμιαία αυξάνει την πίεση. Ύστερα ελαττώνει πάλι αργά την πίεση. Κρατά το δάκτυλο σταθερό στο σημείο και κάνει στάση για 1-2 δευτερόλεπτα. Επαναλαμβάνει τις κινήσεις 3 – 4 φορές έτσι ώστε οι πιέσεις σε ένα ΒΕΣ να μπορεί να διαρκέσουν 3-5 λεπτά. Αφού απομακρύνει το δάκτυλο από το σημείο στο δέρμα του ατόμου δεν πρέπει να έχει σχηματιστεί σημάδι. Ακολούθως θα γίνει περιγραφή ΒΕΣ:

Σύμπλεγμα ΒΕΣ 1 → μείωση της έντασης των αρθρωτικών μυών .

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

Σύμπλεγμα ΒΕΣ 2 → συνδέεται με την κατάσταση των μυών του φάρυγγα και του λάρυγγα.

- A. Το σημείο βρίσκεται ανάμεσα στο υοειδές οστό και το θυρεοειδή.
- B. Το σημείο βρίσκεται περίπου 0,7cm επάνω από υπερστερνίδιο διάστημα.

Σύμπλεγμα ΒΕΣ 3 → συνδέεται με την χαλάρωση των μυών του φάρυγγα, του λάρυγγα και της βάσης της γλώσσας . Το μασάζ γίνεται πολύ προσεκτικά επειδή παρουσιάζονται δυσάρεστες αισθήσεις. Το σημείο βρίσκεται στην κεντρική κάθετη γραμμή του λαιμού, πάνω από το υοειδές οστό.

Σύμπλεγμα ΒΕΣ 4 → μείωση της έντασης της κάτω γνάθου. Το σημείο βρίσκεται στη μέση του πηγουνιού.

Σύμπλεγμα ΒΕΣ 5 → μείωση των μυών της κάτω γνάθου.

- A. Το σημείο βρίσκεται μπροστά από τον τράγο του αυτιού.
- B. Το σημείο βρίσκεται μπροστά από το λοβίο του πτερυγίου του αυτιού.

Σύμπλεγμα ΒΕΣ 6 → μείωση της έντασης των μυών της ωμοπλάτης και ρύθμιση της αναπνοής .

- A. Το σημείο βρίσκεται 8-10 από κάτω από το στερνικό άκρο της κλείδας.
- B. Το σημείο βρίσκεται στο κέντρο της απόστασης των θηλών του στήθους.
- Γ. Το σημείο αυτό μπορεί να βρει στο βαθύλωμα που δημιουργείται όταν γέρνει τους ώμους μπροστά..

Σύμπλεγμα ΒΕΣ 7→ βοηθάει του φωνητικούς μυς και αυξάνει την ικανότητα εργασίας μετά από πνευματική κόπωση.

- A. Το σημείο αυτό βρίσκεται στο πόδι, δύο δάκτυλα κάτω από την ένωση του μακρού περονιαίου μύα με τον πρόσθια κνημιαίο μύα.
- B. Το σημείο αυτό βρίσκεται ανάμεσα στο πρώτο και δεύτερο μετακάρπιο οστό του χεριού (πιο κοντά στο κέντρο του δευτέρου μετακάρπιου οστού). Προβλέπει την επίδραση στο «σημείο ζωής».

Σύμπλεγμα ΒΕΣ 8→ το σημείο αυτό βρίσκεται στην κορυφή του κεφαλιού στο κέντρο της οβελιαίας ραφής. Για να το βρει ακριβώς φέρει νοητή γραμμή, από το αυτί στη κορυφή του κρανίου .

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

1. Όταν ξεκινά η θεραπεία με το μασάζ, δεν ξεπερνάμε τα 3-4 σημεία. Σταδιακά αυξάνει τα σημεία.
2. Στα συμμετρικά σημεία κάνει ταυτόχρονα μασάζ και με τα δύο χέρια.
3. Αυτού του είδους το μασάζ συνίσταται να συνδυάζεται με το κλασικό μασάζ.
4. Κατά κανόνα το μασάζ είναι το στάδιο προετοιμασίας για τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες.
5. Συνιστά το μασάζ να γίνεται με την ακόλουθη σειρά: Μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης σειράς συνεδριών, διάλειμμα δύο εβδομάδων – μεταξύ της δεύτερης και τρίτης σειράς συνεδριών, διάλειμμα περίπου 3 μηνών. Οι σειρές συνεδριών επαναλαμβάνονται κάθε 3-6 μήνες. Το μασάζ πρέπει να γίνεται μέρα παρά μέρα. Το διάλειμμα μεταξύ των συνεδριών του μασάζ δεν πρέπει να ξεπερνά τις 3 μέρες.

6. Στη διάρκεια του μασάζ το άτομο πρέπει να είναι χαλαρό και ήρεμο. Το μασάζ των ΒΕΣ συνίσταται να γίνεται μαζί με ασκήσεις χαλάρωσης και αυτογενούς άσκησης. Για καλύτερη απόδοση χρησιμοποιείται κατάλληλη μουσική (Νεάρχου, 2014).

3.5.3 Ασκήσεις αναπνοής

Πριν να αρχίσουν οι ασκήσεις της αναπνοής, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να χαλαρώσουν όλα τα μέλη του σώματός και να διωχθεί από το μυαλό του ασθενή κάθε άσχετη σκέψη με τη λειτουργία τις αναπνοής. Η αναπνοή είναι η σημαντικότερη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού που χωρίζεται σε δύο στάδια: α) την εισπνοή και β) την εκπνοή. Το πρώτο στάδιο της αναπνοής είναι η εισπνοή. Κατά την διάρκεια που ο ασθενής εισπνέει σταυρώνει συγχρόνως τα χέρια του στο ύψος των ώμων, με χαλαρωμένες τις παλάμες του (χωρίς σφίξιμο), ώστε η παλάμη του δεξιού του χεριού ν' ακουμπήσει ελαφρά τον αριστερό του ώμο και η παλάμη του αριστερού του χεριού ν' ακουμπήσει τον δεξιό του ώμο. Αυτό γίνεται για να είναι οι πνεύμονές του πιο ελεύθεροι και να χωρέσουν σε κάθε εισπνοή περισσότερα κυβικά αέρος, κάνοντας κάμψη του κορμού προς τα εμπρός και κάτω, λυγίζοντας ελαφρά τα γόνατα, όση ώρα διαρκεί η εισπνοή. Το δεύτερο στάδιο της αναπνοής είναι η εκπνοή, συγχρόνως με την εκπνοή ανοίγει τα χέρια του στα πλάγια σε έκταση και σφίγγει το διάφραγμα με τους μυς της κοιλιάς προς τα μέσα κι επάνω σηκώνοντας τον κορμό του τεντωμένο σε ανάταση, ισιώνοντας και τα γόνατα, όση ώρα διαρκεί η εκπνοή (Ονούφριο, 2000). Τα άτομα με τραυλισμό τις περισσότερες φορές χρειάζονται αναπνευστικές ασκήσεις για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα του τραυλισμού. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού διαταράσσουν αρκετές φορές την λειτουργία τις αναπνοής. Η πραγματώση του έναρθρου λόγου εξαρτάται πολύ από τον τρόπο που χρησιμοποιούν τον αέρα που αναπνέουν. Αυτό δεν ισχύει μόνο στην πραγμάτωση του λόγου αλλά και σε διάφορες τις δραστηριότητες τις το περπάτημα κ.τ.λ. Πριν αρχίσουν οι αναπνευστικές ασκήσεις γίνεται σωστή τοποθέτηση τις στάσης του σώματος, χαλάρωση των ώμων, και σωστή τοποθέτηση του κεφαλιού στην φυσιολογική ίσια θέση (Ανδρέου, 2010). Κάποιες από τις ασκήσεις αναπνοής είναι:

- Εισπνέει αργά από την μύτη και εκπνέει αργά από το στόμα.
- Εισπνέει από την μύτη και εκπνέει διακεκομμένα από το στόμα (αρχικά σε δύο φάσεις, μετά σε τρεις, τέσσερις κ.λ.π.).

- Εισπνέει διακεκομμένα σε δύο ή τρεις φάσεις από την μύτη και εκπνέει αργά από το στόμα.
- Εισπνέει διακεκομμένα από την μύτη και εκπνέει διακεκομμένα από το στόμα.
- Εισπνέει με τα χέρια να βρίσκονται στη θέση της ανάτασης, και εκπνέει κατεβάζοντας τα αρμονικά, ενώ μετρά αρχικά μέχρι το 1 μετά μέχρι το 2,3 κ.λ.π.
- Εισπνέει και γεμίζει τα μάγουλα του με αέρα και ακολουθεί απότομη έξοδος του αέρα από το στόμα.
- Εισπνέει και στην συνέχεια εκπνέει μελωδικά και παρατεταμένα τα φωνήεντα (Νεάρχου, 2014 & Ανδρέου, 2010) .

3.5.4 Κανόνες σωστής ομιλίας

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

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

3.5.5 Κανόνες αντιμετώπισης τραυλισμού

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

- Σταματήσει κάθε προσπάθεια για ομιλία
- Να εκπνεύσει τον αέρα που έχει μέσα του
- Να χαλαρώσει

- Να πάρει νέα αναπνοή
- Να επαναλάβει σιωπηλά τη λέξη ή τη συλλαβή που τον δυσκόλεψε και στην εκπνοή να την προφέρει μελωδικά και παρατεταμένα π.χ.(κηηηήπος).

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

3.5.6 Μίμηση συμπτωμάτων τραυλισμού

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

3.5.7 Θεραπεία της συμπεριφοράς

Στη δεκαετία του 1960 πραγματοποιήθηκε μια σημαντική αλλαγή στον τρόπο θεώρησης των διαταραχών της συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα πολλών διαταραχών θεωρήθηκαν ως μορφές δυσλειτουργικής συμπεριφοράς οι οποίες αναπτύχθηκαν, μέσω διαδικασιών μάθησης, ως αντιδράσεις σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Στην περίπτωση του τραυλισμού, οι τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς, επικεντρώνονται στις δυσχέρειες που παρουσιάζει το άτομο στη ροή του λόγου του και στοχεύουν ευθέως στη μείωση της εκδήλωσης των συμπτωμάτων τραυλισμού. Οι τεχνικές αυτές μπορεί να χρησιμοποιούνται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό μεταξύ τους (Τραυλισμός, n.d). Τέτοιες τεχνικές είναι:

Συστηματική απευαισθητοποίηση

Ένας από τους λόγους που ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα είναι σε καταστάσεις όπου το άτομο αντιμετωπίζει με υψηλά επίπεδα άγχους. Αν το άτομο μπορέσει να απαλλαγεί από αυτό το συναίσθημα και να βρεθεί σε μια τέτοια κατάσταση που να περιορίζει το άγχος, τότε πιθανόν να μπορέσει να

αποφύγει την εκδήλωση του τραυλισμού. Μια τέτοια συναισθηματική κατάσταση είναι η κατάσταση χαλάρωσης. Αφού λοιπόν επιτευχθεί η κατάσταση χαλάρωσης το άτομο καλείται να φανταστεί το φοβικό ερέθισμα που του προκαλεί το λιγότερο άγχος για να καταλήξει σε σταδιακή αύξηση του άγχους. Πολλές φορές στον τραυλισμό φοβικό ερέθισμα είναι μια τηλεφωνική επικοινωνία. Μπορεί λοιπόν να ζητηθεί από το άτομο, που με τη βοήθεια του θεραπευτή είναι σε κατάσταση χαλάρωσης να φανταστεί ότι βρίσκεται σε ένα δωμάτιο στο οποίο υπάρχει ένα τηλέφωνο. Όταν το άτομο καταστεί ικανό να φανταστεί την κατάσταση αυτή χωρίς άγχος μπορεί να του ζητηθεί να φανταστεί ότι έχει τηλεφωνική επικοινωνία με κάποιον. Μετά από πολλές επαναλήψεις η φανταστική αυτή συνομιλία μπορεί να πραγματοποιηθεί με ένα οικείο του πρόσωπο παρουσία του θεραπευτή, μέχρι να καταφέρει να χειρίζεται μια τηλεφωνική ομιλία πλήρως, υπό πραγματικές συνθήκες και χωρίς άγχος. Όταν τα καταφέρει το πιθανότερο είναι ότι δεν θα εκδηλώνεται τραυλισμός σ' αυτή τη συγκεκριμένη κατάσταση ("Τραυλισμός", n.d).

Μέθοδοι βασισμένες στη συντελεστική μάθηση

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνταν στα πλαίσια αυτών των μεθόδων στόχευαν στην εξάλειψη του τραυλισμού, μέσω τιμωρίας, που μπορούσε να εφαρμοστεί μέσω λεκτικής επίπληξης, χρήσης κάποιου θορύβου κάθε φορά που το άτομο τραύλιζε, απαγόρευσης της ομιλίας για ορισμένο χρονικό διάστημα κτλ. Σύμφωνα με πειράματα που έγιναν με την μέθοδο αυτή ο τραυλισμός μπορούσε να ελεγχθεί, έστω και προσωρινά ("Τραυλισμός", n.d).

Ομιλία με την βοήθεια μετρονόμου

Και εδώ το άτομο με τραυλισμό κάνει χρήση μίας μικρής ηλεκτρονικής συσκευής, την οποία μπορεί να φορέσει πίσω από το αυτί. Αυτό βοηθάει τα άτομα να συγχρονίζουν την ομιλία τους με τους χτύπους του μετρονόμου (μία λέξη ή μία συλλαβή ανά χτύπο) κάτι που όπως έχει διαπιστωθεί, τα βοηθάει, έστω προσωρινά, να μιλούν με καλή ροή (Brady, 1971 Meyer & Mair, 1963). Θετικά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί αν και η αποτελεσματικότητά τους φαίνεται να αποδυναμώνεται με το πέρασμα του χρόνου (Silverman, 1976). Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι οι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτόν το νέο ασυνήθιστο τρόπο ομιλίας δεν είναι

καλύτερες απ' ότι στον τραυλισμό, ιδιαίτερα όταν ο τραυλισμός είναι ήπιας μορφής (Mallard & Meyer, 1979 Silverman & Trotter, 1973)

Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση

Έχει διαπιστωθεί ότι τα περισσότερα άτομα με τραυλισμό μπορούν να μιλούν με αρκετή μεγάλη ευχέρεια, στην περίπτωση που τους παρέχεται τεχνητά καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση της ίδιας του της ομιλίας για 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου (Andrews et al., 1983 Goldiamond, 1965). Η συσκευή που παρέχει την καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση μοιάζει με κασετόφωνο με ακουστικά και είναι αρκετά μικρή για να μπορεί το άτομο να τη μεταφέρει πάντα μαζί του (Kalinowski, 2003 Stuart et al., 2004). Καθώς το άτομο μιλά ο ρυθμός τείνει να είναι πιο αργός και η εκφορά των ήχων και των συλλαβών πιο παρατεταμένη. Η χρήση της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης αποτελεί σήμερα μία ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, τα αρχικά της θεαματικά αποτελέσματα όμως, είναι αμφίβολο το κατά πόσο έχουν διάρκεια στο πέρασμα του χρόνου (Silverman, 2004). Το μειονέκτημα όμως αυτού, όπως πολλοί ερευνητές επισημαίνουν είναι ότι ο αργός και παρατεταμένος τρόπος ομιλίας που προκύπτει από τη χρήση αυτής της μεθόδου, είναι αφύσικος και περίεργος, με αποτέλεσμα οι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτόν να είναι πολύ πιο αρνητικές απ' ότι στον τραυλισμό (Franken et al., 1992 Onslow et al., 1996).

Ομιλία με τη βοήθεια συσκευής επικαλυπτόμενου ήχου

Όταν το άτομο με τραυλισμό μιλάει ενώ ακούει έναν ουδέτερο δυνατό θόρυβο, ο οποίος το αποτρέπει από το να ακούει τη δική του φωνή, τότε φαίνεται ότι μπορεί να μιλήσει με πολύ καλή ροή (Cherry & Sayers, 1956). Η διαπίστωση αυτή οδήγησε στην κατασκευή συσκευών επικαλυπτόμενου ήχου, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού. Ένα είδος τέτοιων συσκευών φοριέται όπως τα ακουστικά στα αυτιά και διαθέτει διακόπτη, τον οποίο το άτομο έχει τη δυνατότητα να ενεργοποιεί όταν αναμένει ότι θα τραυλίσει ή όταν ξεκινήσει να τραυλίζει (Trotter & Lesch, 1967 Trotter & Silverman, 1973). Ένα άλλο είδος παρόμοιας συσκευής, η λειτουργία της οποίας στηρίζεται στην ίδια συλλογιστική, είναι η ονομαζόμενη Edinburgh Masker, η οποία διαθέτει επιπλέον δυνατότητες αυτόματης λειτουργίας και έτσι μπορεί να ενεργοποιείται από μόνη της κάθε φορά που ανιχνεύει την έναρξη της ομιλίας, ενώ τίθεται και πάλι αυτόματα εκτός

λειτουργίας με την παύση της ομιλίας (Carlisle, 1985 Ingham, 1993). Ορισμένα μειονεκτήματα τα οποία έχουν διαπιστωθεί από τη χρήση της αφορούν στη μικρή απώλεια ακοής που προκύπτει όταν φοριούνται αυτά τα ακουστικά, καθώς επίσης και στην ελαχιστοποίηση της αποτελεσματικότητας τους όταν αυτά χρησιμοποιούνται σε τηλεφωνικές συνδιαλέξεις (Perkins & Curlee, 1969).

3.5.8 Γνωσιακή – Συμπεριφορική θεραπεία

Τα τελευταία 25 χρόνια, η προσπάθεια θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού έχει απομακρυνθεί από τα στενά πλαίσια των δυσκολιών στη ροή του λόγου και προσανατολίζεται σε μια διαφορετική προοπτική, η οποία επικεντρώνεται στο άτομο ως σύνολο (Rustin et al., 1996). Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας το άτομο αντιμετωπίζεται ως σκεπτόμενο ον, το οποίο διαμορφώνει τη συμπεριφορά του ανάλογα με τον τρόπο που αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Στην περίπτωση όμως που οι αντιλήψεις του ατόμου είναι δυσλειτουργικές, τότε αντιμετωπίζει δυσκολίες προσαρμογής στο περιβάλλον του. Σύμφωνα με τον Bandura (1986), «προκειμένου να αλλάξει κανείς τον τρόπο που συμπεριφέρεται, πρέπει πρώτα να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται». Η άποψη αυτή αποτελεί τη βάση των σύγχρονων μεθόδων αντιμετώπισης του τραυλισμού, οι οποίες υιοθετούν τις αρχές της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας και βασίζονται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, στις θεωρίες αυτοαποτελεσματικότητας (Bandura, 1977a,b, 1986) και στη γνωσιακή θεωρία (Beck, 1976). Στην περίπτωση του τραυλισμού, οι γνωσιακές - συμπεριφορικές μέθοδοι επικεντρώνονται στην αλλαγή προσδοκιών αυτό αποτελεσματικότητας. Πιο συγκεκριμένα βασικός στόχος είναι να βοηθήσουν το άτομο να πιστέψει στις ικανότητες του να αντιδρά αποτελεσματικά στις ενδείξεις εκδήλωσης τραυλισμού.

3.5.9 Τεχνικές τροποποίησης τραυλισμού

Οι τεχνικές αυτές δεν πρέπει να θεωρούνται ότι είναι για αποκατάσταση, αυτό είναι ιδιαίτερα αληθές για τις τεχνικές τροποποίησης του τραυλισμού. Αυτές οι τεχνικές δεν είναι μαγικές, ο λογοθεραπευτής, το παιδί, και οι γονείς θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι δεν μπορούν να εγγηθούν ένα λόγο με καλύτερη ροή. Όταν

εκτελούνται με ένα θεραπευτικό τρόπο, οι παύσεις και οι ακυρώσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές στο να βοηθήσουν και να διευκολύνουν το παιδί να αλλάξει τον τραυλισμό. Κάποιοι λογοθεραπευτές δεν εφαρμόζουν τις τεχνικές που περιγράφονται πιο κάτω, εξαιτίας της τάσης που υπάρχει να τις χρησιμοποιούν ως τεχνάσματα για καλή ροή. Οι τεχνικές αυτές όμως είναι αποτελεσματικές γιατί βοηθούν το παιδί να ενισχύει τον εαυτό του, στις σημαντικές αρχές της θεραπείας παρέχοντας του την ικανότητα να μάθει την τεχνική. Αυτό επίσης βοηθά στο να διατηρηθεί η κλινική επικοινωνία σε περιβάλλοντα όπου οι λογοθεραπευτές πρέπει να αλλάζουν ή να ανταλλάσσονται για ποικίλους λόγους. Ο λογοθεραπευτής χρειάζεται να ελέγχει συνεχώς το παιδί που δέχεται τις υπηρεσίες του ώστε να εξασφαλίσει ότι οι τεχνικές δεν χρησιμοποιούνται λανθασμένα. Ακύρωση μετά το μπλοκάρισμα Όταν το άτομο τραυλίζει σε μια λέξη και τελειώσει την εκπομπή της λέξης μετά συνήθως θα ακολουθήσει μια φυσιολογική εκπομπή λέξεων η οποία θα του δώσει το αίσθημα της επιβράβευσης. Η ακύρωση μετά το μπλοκάρισμα αποτρέπει τη λήψη της επιβράβευσης μετά τον τραυλισμό και φέρνει τον άνθρωπο που τραυλίζει κοντά στην φύση του τραυλισμού του. Υπάρχουν πέντε στάδια στην ακύρωση μετά το μπλοκάρισμα. Αυτά είναι:

- Παύσεις: όταν το άτομο τραυλίζει στην λέξη με τον συνηθισμένο του τρόπο και αφού τελειώσει ο τραυλισμός της λέξης κάνει παύση για 3 δευτερόλεπτα. Η λήψη της παύσης μετά τον τραυλισμό αποτελεί δύσκολο έργο για αυτόν που τραυλίζει και συνήθως η λήψη παύσεων μετά τον τραυλισμό είναι κάτι που το άτομο αποφεύγει. Ο λόγος που αποφεύγει την λήψη των παύσεων αμέσως μετά τον τραυλισμό είναι γιατί έχει συνηθίσει να προσπερνά με μεγάλη ταχύτητα τις λέξεις στις οποίες τραυλίζει. Έτσι ο λογοθεραπευτής συμβουλεύει το άτομο να κάνει την παύση αμέσως μετά τον τραυλισμό, να καθυστερήσει την ταχύτητα για την εκπομπή των επόμενων λέξεων για να ανακτήσει πάλι τον έλεγχο. Το άτομο μπορεί να ενημερώσει τον συνομιλητή του γιατί κάνει παύσεις έτσι ώστε να του αφήσει χρόνο να τελειώσει. Η διαδικασία αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στο τηλέφωνο.

- Χρήση των παύσεων για χαλάρωση και αναγνώριση: όταν το άτομο μπορέσει να κάνει αμέσως μετά τον τραυλισμό σε 50% των περιπτώσεων που τραυλίζει, τότε του ζητάμε να κάνει παύσεις με σκοπό να χαλαρώσει αμέσως μετά τον τραυλισμό. Αυτό γίνεται γιατί έχει αποδεχθεί ότι είναι ευκολότερο να χαλαρώσει μετά τον τραυλισμό

παρά κατά την διάρκεια του τραυλισμού. επιπρόσθετα η παύση μετά τον τραυλισμό του δίνει την δυνατότητα του χρόνου να σκεφτεί ακριβώς τι κάνει όταν τραυλίζει.

• Να επαναλάβει σιωπηρά / με παντομίμα την λέξη στην οποία τραύλισε: επαναλαμβάνοντας την λέξη η οποία του έφερε τον τραυλισμό φέρνει τον άνθρωπο που τραύλισε κοντά στην αντιμετώπιση της φύσης του τραυλισμού του. Ο λογοθεραπευτής ζητά από το άτομο να μιμηθεί σιωπηρά χωρίς φωνή ακριβώς την λέξη στην οποία τραύλισε με τον ίδιο τρόπο. Δηλαδή το άτομο πρέπει να επαναλάβει ακριβώς αυτό που φοβάται. Με αυτόν τον τρόπο μαθαίνει ακριβώς τι έκανε και τραύλισε και μαθαίνει ότι πραγματικά τραυλίζει. Ο λόγος που γίνεται η επανάληψη χωρίς φωνή, σιωπηρά είναι γιατί έχει αποδειχθεί ότι η εκκίνηση της ηχηρότητας, φώνησης αυξάνει την συχνότητα και την ένταση του τραυλισμού. Σε κάποιους όμως η επανάληψη της λέξης μπορεί να χρειαστεί να γίνει με φωνή, ακριβώς δηλαδή όπως τραύλισε στην πραγματικότητα.

• Να επαναλάβει την λέξη με παντομίμα όμως με καινούργιο αργότερο και βελτιωμένο τρόπο. Θα πρέπει να αλλάξει το σχήμα του στόματός του και να έχει χαλαρώσει τους αρθρωτές. Ουσιαστικά θα πρέπει να έχει διορθώσει τις κινήσεις, και να κάνει παύση αμέσως μετά.

• Να επαναλάβει την λέξη δυνατά (νερό). Αντιμετώπιση κατά την διάρκεια του μπλοκαρίσματος.

• Άμεση αντιμετώπιση κατά την διάρκεια του μπλοκαρίσματος: σε αυτό το στάδιο επιβραδύνει την άρθρωση και χαλαρώνει την σκληρή επίθεση των αρθρωτών. Δηλαδή εάν υποθέσουμε ότι κάποιος τραυλίζει στο γκ τότε το πίσω μέρος της γλώσσας πιέζει αρκετά δυνατά την υπερώα και πιθανώς και το πλάγιο μέρος της γλώσσας στα δόντια. Επιπρόσθετα μπορεί ταυτόχρονα να ανασηκώσει τα φρύδια του. Σε αυτό το στάδιο γίνεται μετατροπή του στιγμιαίου σε εξακολουθητικό. Επίσης αλλάζει το σχήμα των χειλιών από τεντωμένα σε στρογγυλεμένα όπως στην εκφορά του α και κατέβασμα των φρυδιών. Μια άλλη μέθοδος για την αντιμετώπιση του μπλοκαρίσματος είναι η χρήση επανάληψης δηλαδή όταν κάποιος τραυλίζει στο π αυτό που πρέπει να κάνει ο λογοθεραπευτής είναι να τον ενθαρρύνει και να προσθέσει και άλλα π π π και μετά να προσθέσει λέξη με π όπως πάμε, πόρτα.

- Άμεση αντιμετώπιση της εκπομπής συμφώνου ή φωνήεντος με εκτεταμένη διάρκεια: Εδώ γίνεται αλλαγή θέσης / τόπου άρθρωσης. Για παράδειγμα έναν υπάρχει εκτεταμένη διάρκεια του σ όταν η γλώσσα βρίσκεται στην φατνία μπορεί να μετακινηθεί προς τα πίσω για να αποφύγει την ένταση στην φατνία.
- Άμεση αντιμετώπιση των επαναλήψεων: αλλαγή των επαναλήψεων σε εκπομπή συμφώνων ή φωνηέντων με εκτεταμένη διάρκεια (νερό). Αντιμετώπιση πριν το μπλοκάρισμα.
- Όταν το άτομο τελειώσει με τα δύο προηγούμενα στάδια, ο λογοθεραπευτής του ζητά να μεταφέρει τις στρατηγικές που έχει μάθει στις λέξεις που δεν πιστεύει ότι θα τραυλίσει. Αυτό γίνεται για να του δείξει ο λογοθεραπευτής πόσο λίγο υπάρχει διακοπή της συνολικής του ομιλίας. Στην συνέχεια χρησιμοποιεί τις στρατηγικές σε λέξεις που φοβάται, ακολουθώντας την διαδικασία της παύσης πριν ξεκινήσει και κρατά την παραγωγή της λέξης με αργή ταχύτητα. Η παύση δεν χρησιμοποιείται για αποφυγή τραυλισμού αλλά για σχεδιασμό της άρθρωσης (Γκουντάντση, 2014).

3.5.10 Μορφοποίηση ροής

Η μορφοποίηση ροής είναι μια θεραπευτική προσέγγιση που στοχεύει στην εξάλειψη του τραυλισμού. Στόχος της είναι η αυθόρμητη ομιλία και η ελεγχόμενη ροή. Αυτό επιτυγχάνεται μαθαίνοντας το άτομο που τραυλίζει να χρησιμοποιήσει ένα νέο πρότυπο ομιλίας. Οι στόχοι που θέτονται είναι:

1) Μείωση του Ρυθμού της Ομιλίας: Η μείωση του ρυθμού της ομιλίας θα ηχήσει αφύσικα, καθώς ο πελάτης καλείται να αρχίσει να μιλάει πολύ αργά, γύρω στις 50 συλλαβές το λεπτό. Επίσης στην μείωση του ρυθμού βοηθάνε και οι ηλεκτρονικές συσκευές, καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης (DAF). Με αυτήν την συσκευή η ομιλία γίνεται πιο αργή και η εκφορά των λέξεων μοιάζει ελαφρά παρατεταμένη. Ένας άλλος τρόπος για μειωμένο ρυθμό είναι η ανάγνωση. Στην συνέχεια οι ομιλητές πρέπει σιγά σιγά να μετατρέπουν την ομιλία τους σε πιο φυσικό ρυθμό.

2) Κατάλληλη Αναπνοή: Το άτομο με τραυλισμό καλείται να εκφέρει φράσεις μικρού μεγέθους που να καλύπτονται κάθε φορά από μια εκπνοή, ώστε να μην προκαλείται ένταση στα όργανα της άρθρωσης και της φώνησης. Επίσης στόχος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει το άτομο που τραυλίζει να αυξήσει τον χρόνο της εκπνοής ανάλογα

με τις δυνατότητές του.

3) Απαλές Αρθρωτικές Επαφές: Οι απαλές επαφές πραγματοποιούνται όταν οι αρθρωτές έρχονται σε επαφή με πολύ απαλό τρόπο κατά την παραγωγή των ήχων. Το άτομο πρέπει να αντιληφθεί ότι όλοι οι ήχοι 93 μπορούν να παραχθούν απαλά χωρίς την ένταση των μυών. Αυτές οι σκληρές επαφές συνήθως συμβαίνουν στα έκκροτα και στα προστριβόμενα σύμφωνα. Όταν γίνονται μαλακές επαφές όλα τα λεγόμενα σκληρά σύμφωνα είναι πιο ήπια και πιο χαλαρά.

4) Εσκεμμένη Ροή Μεταξύ των Λέξεων (Blending): Το άτομο καλείται να εκτελέσει την φράση του χωρίς να σταματήσει (π.χ. βασιλιάςζςζέφυγε) μόλις τελειώσει μια λέξη αρχίζει απευθείας η άλλη χωρίς να γίνεται παύση.

5) Phrasing: Αυτός ο τρόπος μειώνει τον ρυθμό της ομιλίας. Συμπεριλαμβάνει παύσεις στο τέλος μικρών προτάσεων (Πχ. «Τι θα ήθελες - να κάνουμε;» Νομίζω ότι θα ήθελα - να πάμε για ποτό»).

6) Συνεχής Φώνηση: Οι ήχοι - λέξεις χωρίς σταμάτημα (π.χ. αααααααα, θέλωωωωω). Η φώνηση σταματάει στο τέλος της φράσης ή της εκπνοής. Αυτή η τεχνική προάγει την «πρόσθια» ροή της ομιλίας και βοηθάει στην χαλάρωση της έντασης.

7) Εύκολη Έναρξη Φώνησης: Χρησιμοποιείται για να μειώσει την ένταση στην αρχή μιας φράσης ή πρότασης. Υπάρχει παράταση του πρώτου ήχου της φράσης. Κατά την εδραίωση της ευχέρειας οι εύκολες ενάρξεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αρχή όλων των φράσεων (Κότσιρα, 2015).

3.6 Πρόγραμμα Lidcombe

Το πρόγραμμα Lidcombe είναι μια συμπεριφορική θεραπεία για παιδιά προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό. Σε αυτό το πρόγραμμα, ο γονέας ή κάποιο άλλο σημαντικό πρόσωπο στη ζωή του παιδιού παρέχει τη θεραπεία στην καθημερινή ζωή του παιδιού. Ο γονέας μαθαίνει πώς να το κάνει αυτό στις εβδομαδιαίες επισκέψεις με το παιδί στο λογοθεραπευτή. Κατά τις επισκέψεις αυτές, ο λογοθεραπευτής εκπαιδεύει το γονέα πώς να κάνει τη θεραπεία και πώς να κάνει τις καθημερινές μετρήσεις της σοβαρότητας του τραυλισμού. Οι μετρήσεις των γονέων, μαζί με εκείνες που λαμβάνονται από το λογοθεραπευτή κατά τις επισκέψεις στην κλινική, κατευθύνει τη συμπεριφορά του προγράμματος. Σε αυτές τις εβδομαδιαίες επισκέψεις ο

λογοθεραπευτής παρακολουθεί και κατευθύνει την θεραπεία και εξασφαλίζει ότι είναι μια θετική και ευχάριστη εμπειρία για το παιδί. Το πρόγραμμα διεξάγεται σε δύο στάδια. Κατά τη διάρκεια του σταδίου 1, ο γονέας και το παιδί επισκέπτονται τη κλινική μία φορά την εβδομάδα και ο γονέας παρέχει την θεραπεία στη καθημερινότητα του παιδιού. Όταν το τραύλισμα του παιδιού φτάσει σε πολύ χαμηλό επίπεδο, το δεύτερο στάδιο ξεκινά. Κατά τη διάρκεια του σταδίου 2, ο λογοθεραπευτής παρέχει την θεραπεία λιγότερο συχνά και το παιδί και ο γονέας επισκέπτονται τη κλινική λιγότερο συχνά, σε μια περίοδο μηνών ή ετών, υπό την προϋπόθεση ότι το χαμηλό επίπεδο τραυλισμού του έχει επιτευχθεί στο τέλος του σταδίου 1 και διατηρείται. Το πρόγραμμα Lidcombe έχει ορισμένα θεμελιώδη στοιχεία. Οι γονείς πρέπει να προσαρμόσουν τη ρουτίνα της οικογένειας κατά τη διάρκεια των δομημένων συζητήσεων θεραπείας, όταν αυτόν θεωρείται αναγκαίο για την επιτυχή υλοποίηση του προγράμματος (Γιαννουλάκη, n.d).

Βασικά στοιχεία του προγράμματος Lidcombe:

Προφορικές φράσεις των γονέων: Στο πρόγραμμα σημαντικό ρόλο παίζουν και οι προφορικές φράσεις των γονέων. Μετά την ομιλία χωρίς τραυλισμό, ο γονέας μπορεί να αναγνωρίσει αυτή την απάντηση (π.χ. ομαλή ομιλία), ή να επιβραβεύσει την απάντηση (π.χ. μπράβο τέλεια ομιλία), ή να ζητήσει από το παιδί να αξιολογήσει την απάντηση του (π.χ. Ήταν καλή η ομιλία σου;). Μετά το τραύλισμα, ο γονέας μπορεί να αναγνωρίσει την απάντηση (π.χ. άκουσα ένα βουναλάκι) ή να ζητήσει από το παιδί να διόρθωση την απάντηση (π.χ. Μπορείς να το επαναλάβεις αυτό πάλι;). Οι προφορικές φράσεις θα πρέπει να δοθούν το συντομότερο δυνατό μετά την απάντηση (ομιλία χωρίς τραυλισμό ή με τραύλισμα) και με τέτοιο τρόπο, ώστε το παιδί να μπορεί να τις ακούει. Στην περίπτωση που ο γονιός αναγνωρίζει δυσκολίες στην ευχέρεια του λόγου, χρησιμοποιεί μια ουδετερότητα και όχι αυστηρό τόνο στη φωνή. Ο λόγος των προφορικών φράσεων στην ομιλία χωρίς τραυλισμό και στην ομιλία με τραυλισμό καθορίζονται από τον κλινικό και το γονιό, κατά περίπτωση για κάθε παιδί. Οι προφορικές φράσεις των γονέων που δίνονται παραπάνω είναι μόνο παραδείγματα, και οι γονείς ενθαρρύνονται να διαφοροποιούν τις φράσεις που χρησιμοποιούν. Είναι σημαντικό, το είδος και η συχνότητα των προφορικών φράσεων να είναι εξατομικευμένες για κάθε παιδί. Ο γονέας μπορεί να δώσει τις προφορικές φράσεις, όταν το παιδί μπορεί αυθόρμητα και σωστά να αξιολογεί τότε δεν τραυλίζει (όταν το παιδί λέει, « αυτή ήταν καλή συνομιλία έτσι δεν είναι;», ή

όταν το παιδί διορθώνει αυτόματα τον τραυλισμό. Ωστόσο, αυτές οι απαντήσεις δεν θεωρούνται απαραίτητες στο πρόγραμμα. Ο γονέας έχει εκπαιδευτεί να βαθμολογεί τη σοβαρότητα του τραυλισμού του παιδιού. Η βαθμολογία γίνεται με κλίμακα αξιολόγησης της σοβαρότητας (SR) μέχρι το 10, όπου 1= «καλή ροή», 2= «εξαιρετικά μαλακό τραύλισμα », και 10 =» εξαιρετικά σοβαρό τραύλισμα ». Δηλαδή, κάθε μέρα ο γονιός αποδίδει ένα σκορ από το 1 – 10 για το τραύλισμα του παιδιού για εκείνη την ημέρα, είτε για το σύνολο της ημέρας ή για μια συγκεκριμένη ομιλία που συνέβηκε εκείνη την ημέρα, την ώρα του φαγητού. Οι γονείς αρχίζουν να μαθαίνουν πώς να κάνουν αξιολόγηση στην σοβαρότητα του τραυλισμού κατά την πρώτη εβδομαδιαία κλινική επίσκεψη. Μετά την μέτρηση των συλλαβών, ο λογοθεραπευτής δίνει ένα παράδειγμα αξιολόγησης και ζητά από το γονέα να κάνει το ίδιο. Ο λογοθεραπευτής και ο γονιός συγκρίνουν τις επιδόσεις και συζητούν τυχόν αποκλίσεις. Συγκρίνουν και συζητούν το βαθμό αξιολόγησης και με αυτόν τον τρόπο συνεχίζεται σε κάθε κλινική επίσκεψη μέχρι να υπάρξει λογική συμφωνία των αξιολογήσεων μεταξύ του γονιού και του λογοθεραπευτή. «λογική συμφωνία» είναι όταν η βαθμολογία του γονιού και του λογοθεραπευτή δεν διαφέρουν κατά τιμή περισσότερες από μία κλίμακα.

Θεραπεία σε Δομημένες και Αδόμητες Συζητήσεις

Σε όλη την διάρκεια του προγράμματος ο γονιός διεξάγει τη θεραπεία του παιδιού καθημερινά στο περιβάλλον του. Η θεραπεία αποτελείται από τις προφορικές φράσεις των γονιών, οι οποίες δίνονται κατά τη διάρκεια των συνομιλιών με το παιδί. Κατά την έναρξη του σταδίου 1, η θεραπεία δίνεται κατά τη διάρκεια δομημένων συνομιλιών των 10-15 λεπτών. Αυτές οι συζητήσεις είναι δομημένες από το γονέα έτσι ώστε το παιδί να τραυλίζει περιστασιακά. Αν, σε μια εξαιρετικά ασυνήθιστη περίπτωση, ένα παιδί δεν είναι σε θέση να παράγει ομιλία χωρίς τραυλισμό κατά τη διάρκεια κατάλληλων δομημένων συζητήσεων, το πρόγραμμα lidcombe ίσως δεν είναι η κατάλληλη θεραπεία σε μια πρώτη φάση. Οι θεραπευτικές συνομιλίες διεξάγονται τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, και μερικές φορές πιο συχνά, εάν απαιτείται. Μόλις ο λογοθεραπευτής παρατηρήσει ότι η μητέρα βοηθά σωστά και με ασφάλεια η θεραπεία αποσύρεται σταδιακά κατά το στάδιο 2 (Γιαννουλάκη, n.d).

Η Διαδικασία του Προγράμματος Lidcombe

Αξιολόγηση

Οι γονείς κατά την πρώτη επίσκεψη καλούνται να φέρουν καταγραμμένο το οπτικοακουστικό υλικό όταν το παιδί τους τραυλίζει, στην περίπτωση που το παιδί είναι επιφυλακτικό ή δεν τραυλίζει στη κλινική. Τα ακόλουθα εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης:

- Ο λογοθεραπευτής αποκτά πληροφορίες σχετικά με την έναρξη, τη φύση και την πορεία του τραυλισμού του παιδιού, καθώς και τον αντίκτυπο του τραυλισμού στο παιδί και στην οικογένεια.
- Ο λογοθεραπευτής παίρνει σύντομες πληροφορίες για τη φυσική γλωσσική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού, καθώς και για το οικογενειακό περιβάλλον
- Ο λογοθεραπευτής κάνει μια μέτρηση συλλαβών (SS%) στην κλινική.
- Ο λογοθεραπευτής αποφασίζει εάν το παιδί έχει τραυλισμό.
- Εάν ο λογοθεραπευτής και ο γονέας συμφωνούν ότι το παιδί τραυλίζει τότε ο λογοθεραπευτής παρέχει στο γονέα τις πληροφορίες σχετικά με το τραυλισμό, καθώς και τη καλύτερη στιγμή για να αρχίσει παρέμβαση, περιλαμβάνει πληροφορίες για την αποκατάσταση χωρίς θεραπεία.
- Ο λογοθεραπευτής ενημερώνει το γονέα για το πρόγραμμα Lidcombe καθώς και για το ρόλο των γονέων κατά την εφαρμογή του.
- Ο λογοθεραπευτής και ο γονέας αποφασίζουν είτε να αναβάλουν τη θεραπεία και να παρακολουθούν το τραύλισμα του παιδιού, ή να αρχίσουν τη θεραπεία.

Στάδιο 1

Κατά τη διάρκεια του σταδίου 1, ο γονέας και το παιδί επισκέπτονται την κλινική μία φορά την εβδομάδα. Οι ακόλουθες εκδηλώσεις θα έπρεπε κανονικά να αναμένονται να συμβούν κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στη κλινική:

- Ο λογοθεραπευτής μέτρα το ποσοστό ανά συλλαβή (% SS), ενώ ο γονέας ή / ο λογοθεραπευτής συνομιλεί με το παιδί.
- Ο λογοθεραπευτής ελέγχει την αξιολόγηση (SR) του γονέα, ζητώντας από το γονέα να αξιολογήσει την συζήτηση του παιδιού με το λογοθεραπευτή.

- Ο γονέας παρέχει αναφορές για την κλίμακα αξιολόγησης (SR) για κάθε ημέρα της προηγούμενης εβδομάδας και ο λογοθεραπευτής τα εγγράφει μαζί με το ποσοστό μέτρησης ανά συλλαβή (SS%) στο διάγραμμα του παιδιού.
- Ο λογοθεραπευτής και ο γονέας συγκρίνουν τα αποτελέσματα της κλίμακας αξιολόγησης (SR) για την προηγούμενη εβδομάδα.
- Τα αποτελέσματα από το ποσοστό των συλλαβών (SS%) καθώς και από την κλίμακα αξιολόγησης (SR) χρησιμοποιούνται ως εστία για μια εις βάθος συζήτηση της κλινικής προόδου κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.
- Ο γονέας δείχνει θεραπευτικές διαδικασίες επεξεργασίας που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.
- Ο λογοθεραπευτής και ο γονέας συζητήσουν τις αλλαγές των διαδικασιών για την επόμενη εβδομάδα.
- Ο λογοθεραπευτής δείχνει τις αλλαγές στις διαδικασίες.
- Ο λογοθεραπευτής διδάσκει το γονέα να κάνει την αλλαγή των διαδικασιών.
- Ο λογοθεραπευτής συνοψίζει τι αναμένεται για την επόμενη εβδομάδα.
- Ο λογοθεραπευτής καλεί το γονέα να υποβάλλει ερωτήσεις ή να αναφέρει προβλήματα και ανησυχίες. Επίλυση των προβλημάτων όταν απαιτείται. Αρχικά στο πρόγραμμα, η θεραπεία χορηγείται για 10-15 λεπτά κάθε μέρα κατά τη διάρκεια της θεραπείας δομημένης συζήτησης. Ο γονέας και παιδί συνήθως κάθονται σε ένα ήσυχο μέρος και συμμετέχουν σε κάποια διαδραστική δραστηριότητα. Ο λογοθεραπευτής καθ' οδηγία στη συνέχεια τον γονέα να δώσει τις προφορικές φράσεις. Ο γονέας αρχίζει να το κάνει αυτό, όταν ο γονέας δείχνει ασφαλή και ορθή παράδοση των προφορικών φράσεων σε δομημένες συζητήσεις, και τα επίπεδα της κλίμακας αξιολόγησης κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι γενικά χαμηλά και / ή το τραύλισμα είναι χαμηλό κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μέχρι το τέλος του σταδίου 1, η θεραπεία συνήθως συμβαίνει κατά τη διάρκεια των αδόμητων συνομιλιών. Όταν το τραύλισμα φτάσει σε πολύ χαμηλό επίπεδο, ο γονιός και το παιδί προχωρούν στο στάδιο 2 του προγράμματος. Τα κριτήρια για την πρόοδο στο στάδιο 2 είναι το ποσοστό των συλλαβών (SS%) να είναι λιγότερο από 1,0% στο πλαίσιο της κλινικής, και η βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης (SR) για τις προηγούμενες μια ή δύο εβδομάδες, με τουλάχιστον τέσσερα από αυτά να

είναι βαθμολογημένα με ένα. Τα κριτήρια αυτά θα πρέπει να επιτευχθούν για τρεις διαδοχικές επισκέψεις στο λογοθεραπευτή.

Στάδιο 2

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης του προγράμματος Lidcombe ο γονέας μειώνει σταδιακά τη συχνότητα των προφορικών φράσεων, και το παιδί και ο γονέας επισκέπτονται την κλινική όλο και πιο λίγο, υπό την προϋπόθεση ότι το τραύλισμα του παιδιού παραμένει στα χαμηλά επίπεδα που περιγράφονται παραπάνω. Οι δύο πρώτες επισκέψεις στο λογοθεραπευτή είναι σε διάστημα 2 εβδομάδων, οι επόμενες δύο είναι σε απόσταση 4 εβδομάδων, τότε οι επόμενες δύο είναι 8 εβδομάδες πιο μετά, και οι τελευταίες δύο επισκέψεις είναι 16 εβδομάδες αργότερα. Υπάρχει κάποια ευελιξία σε αυτά τα χρονοδιαγράμματα. Αν τα κριτήρια απόδοσης της ομιλίας παρατηρήθηκαν σε μια επίσκεψη, το παιδί προχωρά στην επόμενη προγραμματισμένη επίσκεψη. Εάν τα κριτήρια της ομιλίας δεν πληρούνται καθορίζονται με τον ίδιο τρόπο όπως στο στάδιο 1: ο γονέας παρουσιάζει τα αποτελέσματα από την κλίμακα αξιολόγησης (SR) για κάθε μέρα από την προηγούμενη εβδομάδα, και ο λογοθεραπευτής βρίσκει το ποσοστό ανά συλλαβή (SS) στην κλινική. Σε περίπτωση που το κριτήριο επίδοσης της ομιλίας δεν ικανοποιείται σε καμιά από τις προγραμματισμένες επισκέψεις κατά την διάρκεια του στάδιο 2, ο λογοθεραπευτής αποφασίζει είτε να καθυστερήσουν την εξέλιξη της θεραπείας ή να επιστρέψει στο προηγούμενο στάδιο της θεραπείας. Ο λογοθεραπευτής μπορεί να αποφασίσει την επιστροφή του παιδιού στο στάδιο 1 (Πρόγραμμα Lidcombe, n.d).

3.7 Πρόγραμμα Camperdown

Το πρόγραμμα αυτό αναπτύχθηκε από τους ίδιους δημιουργούς του προγράμματος Lidcombe (πρόγραμμα θεραπείας για παιδιά). Γενέτειρα του είναι η Αυστραλία όπου χρησιμοποιείται και ευρέως σε ενήλικες και έφηβους με τραυλισμό. Στόχος του CAMPERDOWN είναι να μειωθεί ή και να εξαλειφθεί ο τραυλισμός του ατόμου σε διάφορα επικοινωνιακά περιβάλλοντα και καταστάσεις. Για να επιτευχθεί αυτό, χρησιμοποιούνται τεχνικές μορφοποίησης ροής, αυτο-αξιολόγησης από τον ασθενή και γνωσιακής προσέγγισης.

Συγκεκριμένα το πρόγραμμα περιλαμβάνει 4 στάδια θεραπείας (Bryan et al., 2010). Στο πρώτο στάδιο οι ασθενείς διδάσκονται τη τεχνική της παρατεταμένης ομιλίας, μέσα από ένα βίντεο διδαχής που παρέχεται από τον κλινικό. Προτείνεται μάλιστα και υπερβολή στη χρήση αυτής για ομιλία χωρίς τραυλισμό. Στη συνέχεια ο κλινικός, εκπαιδεύει τον ασθενή στη χρήση μιας βαθμιαίας κλίμακας αξιολόγησης, για την αξιολόγηση της σοβαρότητας του τραυλισμού, αλλά και τη φυσικότητα της ομιλίας του.

Στο δεύτερο στάδιο των συνεδριών, στόχος είναι η φυσικότητα της καινούρια ομιλίας. Στο τρίτο στάδιο πραγματοποιούνται ομαδικές συνεδρίες, κατά τις οποίες οι ασθενείς παροτρύνονται να επιλύουν προβλήματα με στόχο τη γενίκευση των προηγούμενων κεκτημένων ικανοτήτων. Τέλος το τέταρτο στάδιο αφορά δραστηριότητες που αναπτύσσει ο ασθενής με τον κλινικό και στοχεύουν στη διατήρηση/ γενίκευση των ικανοτήτων ευχέρειας.

Ερευνητικές μελέτες φανερώνουν θετικά αποτελέσματα διατηρώντας όμως μια μικρή αμφιβολία διότι οι έρευνες για τα αποτελέσματα έγιναν από τους ίδιους τους δημιουργούς του προγράμματος (Κότσιρα, 2015).

3.8 Πρόγραμμα FluencyPlus

Το πρόγραμμα αυτό, είναι ένα εντατικό πρόγραμμα θεραπείας που αναπτύχθηκε στο Κέντρο Τραυλισμού του Τορόντο στον Καναδά από τον κλινικό και ερευνητή Kroll και έχει πολλές ομοιότητες με το Camperdown. Κύριος στόχος του προγράμματος είναι η ανάπτυξη ικανοτήτων που επιτρέπουν στον έφηβο να μιλάει με ελάχιστα ή μηδαμινά αρνητικά συναισθήματα (Kroll & Scott, 2010).

Εδώ αρχικά διδάσκονται τεχνικές μορφοποίησης ροής, στρατηγικές γνωσιακής θεραπείας για την αντιμετώπιση του τραυλισμού και διάφορων επικοινωνιακών δυσκολιών, και διδαχής ικανοτήτων επίλυσης προβλημάτων με στόχο την διατήρηση των αποκτειθεισών ικανοτήτων.

Η κύρια διαφορά των δυο αυτών προγραμμάτων είναι ότι αυτό το πρόγραμμα απαιτεί τη δέσμευση του ασθενούς για 1 χρόνο και ξεκινάει με εντατικές συνεδρίες, 4 ώρες κάθε μέρα για τρεις εβδομάδες, ενώ συνεχίζει με πιο αραιές συναντήσεις. Οι δημιουργοί του προσφέρουν στο τέλος του προγράμματος δυνατότητες συμμετοχής σε ομαδικές θεραπείες ή εντατικές συνεδρίες υπενθύμισης των τεχνικών (Kroll & Scott 2010).

Ερευνητική υποστήριξη στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, προέρχεται από έρευνες νευροαπεικόνισης που εξέτασαν ασθενείς με τραυλισμό πριν και μετά τη θεραπευτική προσέγγιση βρίσκοντας σημαντικές συμπεριφορικές και νευροφυσιολογικές βελτιώσεις στους ασθενείς αυτούς (De Nil et al., 2003). Ωστόσο μελλοντική επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων από άλλες έρευνες είναι απαραίτητη για την πλήρη αντικειμενική κρίση ανάλογων προγραμμάτων θεραπείας.

3.9 Κριτήρια για την έναρξη ενός προγράμματος του προγράμματος θεραπείας

Ένα σημαντικό ερώτημα που απασχολεί τους ειδικούς οι οποίοι ασχολούνται με τον τραυλισμό είναι κατά πόσο ένα παιδί προσχολικής ηλικίας , που εκδηλώνει συμπτώματα τραυλισμού, πρέπει να εντάσσεται άμεσα σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης ή πρέπει να δίνεται χρονικό διάστημα αναμονής, εφόσον υψηλά ποσοστά αυτόματης υποχώρησης του προβλήματος έχουν καταγραφεί κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου εκδήλωσής του. Πιο συγκεκριμένα, οι Curlee & Yairi (1997) αναφέρουν ότι ο προβληματισμός αυτός αφορά στα παιδιά ηλικίας 2- 5 ετών, τα οποία τραυλίζουν για διάστημα μικρότερο των δυο ετών. Για παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας ή για παιδιά που τραυλίζουν για διάστημα μεγαλύτερο των δυο ετών, οι ειδικοί συμφωνούν ότι επιβάλλεται η ένταξή τους σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Πολύ συχνά, οι γονείς των παιδιών που ξεκινούν να τραυλίζουν, περιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στην αυτόματη υποχώρηση του προβλήματος και σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα, κατόπιν ανάλογης παραίνεσης από παιδίατρος. Ο Yairi και οι συνεργάτες του (1996), υποστηρίζουν ότι «δεν είναι πρακτική, δυνατή ή απαραίτητη η ένταξη κάθε παιδιού με τραυλισμό σε θεραπευτικό πρόγραμμα». Για το λόγο αυτό, προτείνουν προσεκτική αξιολόγηση των πιθανοτήτων αυτόματης υποχώρησης των συμπτωμάτων του τραυλισμού για τη λήψη της σωστής απόφασης. Επιπλέον, προτείνουν την αποφυγή ένταξης σε θεραπευτικό πρόγραμμα των παιδιών με τόσο ήπιες δυσκολίες στη ροή του λόγου που δεν προκαλούν ανησυχία και προβληματισμό στο παιδί και τους γονείς του. για τις περιπτώσεις των παιδιών για τα οποία δεν προτείνεται η ένταξή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα οι παραπάνω ερευνητές συνιστούν περιοδική παρακολούθηση για την αξιολόγηση της πορείας των συμπτωμάτων τους. Άλλοι ειδικοί υποστηρίζουν, στις περιπτώσεις των

παιδιών με τραυλισμό, η άμεση ένταξή τους σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης θα πρέπει να επιδιώκεται το συντομότερο δυνατό. Οι Curtlee & Yairi συνοψίζουν την επιχειρηματολογία αυτής της ομάδας των ειδικών ως εξής: Α) τα υψηλά ποσοστά αυτόματης υποχώρησης του τραυλισμού που αναφέρονται από ορισμένους ερευνητές, είναι αμφισβητήσιμα λόγω μεθοδολογικών προβλημάτων των εν λόγω ερευνών. Επομένως, οι ειδικοί δεν δικαιολογούνται να επαφένται σε αυτό το αμφισβητούμενο φαινόμενο και να στερούν από τα παιδιά με τραυλισμό τη δυνατότητα ένταξης τους σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Β) σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις των παιδιών για τα οποία αναφέρεται ο τραυλισμός υποχωρεί χωρίς συστηματική θεραπευτική παρέμβαση. Φαίνεται ότι τόσο τα ίδια τα παιδιά όσο και οι γονείς τους ανακαλύπτουν από μόνοι τους και χρησιμοποιούν κάποιες τεχνικές τις οποίες θα διδάσκονταν εάν συμμετείχαν σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Επομένως, είναι προτιμότερο να διδάσκονται αυτές τις τεχνικές σωστά προκειμένου να τις εφαρμόζουν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Γ) η καθυστέρηση της ένταξης ενός παιδιού με τραυλισμό σε θεραπευτικό πρόγραμμα αυξάνει την πιθανότητα εδραίωσης του προβλήματος Δ) οι μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης των παιδιών προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Επιπλέον, όπως επισημαίνουν οι Packman & Onslow (1996), η γνώση σχετικά με τα ποσοστά αυτόματης υποχώρησης του τραυλισμού και των παραγόντων που συνδέονται με αυτή δεν είναι πάντα χρήσιμη στον ειδικό, διότι δεν τον βοηθά να απαντήσει στην ερώτηση του γονιού που απευθύνεται σε αυτόν που τραυλίζει: «μπορείτε να με διαβεβαιώσετε ότι το παιδί μου θα σταματήσει να τραυλίζει ακόμη και αν δεν ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα;» Επομένως, ακόμη και αν δεχόμασταν το αμφισβητούμενο ποσοστό του 80% σχετικά με την αυτόματη υποχώρηση του τραυλισμού, δεν θα ήμασταν ποτέ σε θέση να διαβεβαιώσουμε τον γονιό που αγωνιά ότι το παιδί του δεν εντάσσεται στο 20%, στο οποίο τα συμπτώματα του τραυλισμού θα εδραιωθούν. Στην ίδια λογική κινείται και η εκτίμηση των Martin & Lindamood (1986), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση των προγνωστικών παραγόντων για την πιθανή παγίωση ή υποχώρηση του τραυλισμού σε ένα παιδί, πρέπει να οδηγεί στην κατάρτιση του κατάλληλου προγράμματος θεραπευτικής παρέμβασης και όχι στην απόφαση για το κατά πόσο θα υπάρξει ή δεν θα υπάρξει παρέμβαση. Μια συμβιβαστική άποψη υποστηρίζει ότι η αξιολόγηση των δυσκολιών του παιδιού πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατό και να παρέχεται άμεσα συμβουλευτική στους γονείς του, αλλά να δίνεται μικρό χρονικό

διάστημα αναμονής 3 έως 6 μήνες πριν αποφασιστεί η αναγκαιότητα ένταξης του παιδιού σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης Σύμφωνα με την δική μας εμπειρία εκτιμούμε ότι η ένταξη του παιδιού που τραυλίζει σε θεραπευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να προταθεί, αφού πρώτα συνεκτιμηθούν ορισμένοι παράγοντες. Ο ειδικός πρέπει να αξιολογήσει το παιδί για τις δυσκολίες του οποίου οι γονείς ανησυχούν προκειμένου να διαπιστώσει κατά πόσο παρουσιάζει πραγματικά κάποιο πρόβλημα. Από ερευνά μας έχει διαπιστωθεί ότι το 11% των περιπτώσεων των παιδιών που παραπέμπεται για διάγνωση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας τελικά δεν συντρέχει λόγος ανησυχίας για την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά τους γενικότερα. Σε αυτές τις περιπτώσεις , η παραπομπή για διάγνωση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τελικά δεν συντρέχει λόγος ανησυχίας για την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά τους γενικότερα. Σε αυτές τις περιπτώσεις , η παραπομπή για διάγνωση λειτουργεί θετικά ,αφού διευκολύνει τους γονείς να δουν με ρεαλισμό την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του παιδιού τους. Στην περίπτωση που κατά την διάγνωση διαπιστώνεται ότι τα χαρακτηριστικά της ομιλίας του παιδιού είναι τέτοια ώστε να πληρούνται τα κριτήρια για τη διάγνωση του τραυλισμού, αξιολογείται η πορεία των συμπτωμάτων του τραυλισμού στο χρόνο που μεσολάβησε μέχρι την επίσκεψη στον ειδικό και διερευνάται η πιθανή ύπαρξη συνοδών προβλημάτων. Εάν η έναρξη του προβλήματος είναι πολύ πρόσφατη (διάρκεια λίγων ημερών ή εβδομάδων) και δεν διαπιστώνεται κανένα συνοδό πρόβλημα στο παιδί τότε παρέχεται συμβουλευτική στους γονείς η οποία εστιάζεται βασικά στο τι πρέπει να κάνουν ή να μην κάνουν οι ίδιοι και ο κοινωνικός περίγυρος όταν εκδηλώνονται δυσκολίες στη ροή του λόγου. Επίσης προτείνεται η επανεξέταση του παιδιού μετά από ένα περίπου μήνα ώστε να διαπιστωθεί αν επιμένουν οι δυσκολίες στη ροή του λόγου .εάν σε αυτή την αξιολόγηση διαπιστωθεί υποχώρηση των συμπτωμάτων, προτείνεται στους γονείς να επανέλθουν σε περίπτωση που παρατηρηθεί παλινδρόμηση. Στην περίπτωση όπου παρά τη σχετικά πρόσφατη εμφάνιση των συμπτωμάτων του τραυλισμού, διαπιστώνεται ταυτόχρονα η παρουσία αλλού προβλήματος όπως για παράδειγμα, προβλήματα άρθρωσης , μαθησιακές δυσκολίες , ΔΕΠ-Υ, αγχώδεις διαταραχές και λοιπά, τότε προτείνεται άμεσα η ένταξη του παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο εστιάζει το πρόβλημα που διαπιστώθηκε, ενώ παράλληλα παρακολουθείται η πορεία του παιδιού ως προς τη ροή του λόγου (Γκουντάντση, 2009).

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

υπάρχουν 34 στοιχεία τα οποία να καταδεικνύουν βελτίωση σε αυτό το διάστημα, τότε προτείνεται επίσης η άμεση ένταξη του παιδιού σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στην περίπτωση των παιδιών, στα οποία συνυπάρχει ο τραυλισμός και κάποια φωνολογική διαταραχή, τίθενται συνήθως τα έξης ερωτήματα: Η θεραπευτική αντιμετώπιση της φωνολογικής διαταραχής θα συμβάλει θετικά στην αντιμετώπιση του τραυλισμού ή θα αυξήσει το άγχος του παιδιού κατά την παραγωγή της ομιλίας; Με ποια σειρά πρέπει να αντιμετωπιστούν ο τραυλισμός και η φωνολογική διαταραχή; Σύμφωνα με την Bernstein Ratner υπάρχουν τέσσερις θεραπευτικές προσεγγίσεις στις περιπτώσεις των παιδιών, στα οποία ο τραυλισμός συνυπάρχει με κάποια φωνολογική διαταραχή: Μεικτή προσέγγιση, κατά την οποία και οι δυο διαταραχές αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα κατά τη διάρκεια της ίδιας συνεδρίας. Κυκλική προσέγγιση κατά την οποία εναλλάσσεται το επίκεντρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης μεταξύ τραυλισμού και φωνολογικής διαταραχής. Διαδοχική προσέγγιση κατά την οποία αντιμετωπίζεται πρώτα η μια διαταραχή και μετά η άλλη. Και ταυτόχρονη προσέγγιση κατά την οποία αντιμετωπίζονται και οι δυο διαταραχές αλλά στο χαμηλότερο επίπεδο απαιτήσεων όσων αφορά στο φωνολογικό τομέα. Έχει διαπιστωθεί ότι η πλειονότητα των ειδικών ακολουθεί τη μεικτή ή την ταυτόχρονη προσέγγιση. Σύμφωνα με τη Wolk (1998) υπάρχουν πολλοί λόγοι για την ταυτόχρονη αντιμετώπιση και των δυο προβλημάτων. Σε περίπτωση που αντιμετωπιστεί μόνο η φωνολογική διαταραχή και αγνοηθεί ο τραυλισμός είναι δυνατόν να επέλθει επιδείνωση του τραυλισμού σε περίπτωση που αντιμετωπιστεί μόνο ο τραυλισμός, τότε η φωνολογική διαταραχή θα εξακολουθήσει να δημιουργεί στο παιδί δυσκολίες στην επικοινωνία του με τους άλλους, με δυσμενείς συνέπειες τόσο στις διαπροσωπικές του σχέσεις όσο και στο επίπεδο της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητάς του στον τομέα της λεκτικής επικοινωνίας (Γκουντάντση, 2009).

Τέλος, όπως επισημαίνει η Wolk (1998), ο τραυλισμός και η φωνολογική διαταραχή ενδέχεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και το ένα πρόβλημα να επιδρά στην εξέλιξη του άλλου. Συμφωνά με την δική μας εκτίμηση η ύπαρξη κάποιας φωνολογικής διαταραχής είναι πολύ πιθανόν να επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα του παιδιού να μιλά με καλή ροή. Στην περίπτωση που ο τραυλισμός συνυπάρχει με φωνολογικές διαταραχές ο ειδικός θα έκανε σίγουρα την ιδανική επιλογή αν μπορούσε στην πράξη να υιοθετήσει τη μεικτή προσέγγιση αφού έτσι θα εστίαζε

ταυτόχρονα τη θεραπευτική του προσπάθεια τόσο στον τραυλισμό όσο και στις φωνολογικές δυσκολίες του παιδιού. Μέσα από την κλινική μας εμπειρία , όμως, διαπιστώνουμε συχνά πως αυτή η επιλογή δεν είναι πάντα εφικτή για πολλούς λόγους για αυτό ο ειδικός θα πρέπει σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά και αφού προηγούμενος σταθμίσει μια σειρά από παράγοντες να αποφασίσει πια από τις τέσσερις προσεγγίσει θα μπορέσει να ακολουθήσει, προκειμένου να υπάρξει το μέγιστο δυνατό όφελος για το παιδί (Γκουντάντση, 2009).

3.10 Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος θεραπείας

Η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού προγράμματος αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο η παρέμβαση έφερε τα ωφέλιμα και επιδιωκόμενα αποτελέσματα κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες ύστερα από εφαρμογή ενός ειδικού.(Last, 1983). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα. Αφενός το ερευνητικό το οποίο αναφέρεται σε στατιστικά δεδομένα που δημοσιεύτηκαν σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά και περιέχει ποσοστά ατόμων που επωφελήθηκαν από θεραπευτικές μεθόδους στο σύνολο των ατόμων που εφαρμόστηκαν αυτές οι μέθοδοι. Αφετέρου είναι το κλινικό επίπεδο στο οποίο ο όρος αποτελεσματικότητα αναφέρεται στις εκτιμήσεις των ειδικών αλλά και στον ατόμου που συμμετείχε στο θεραπευτικό πρόγραμμα και των οικείων του σχετικά με τον βαθμό στον οποίο επιτεύχθηκαν οι επιδιωκόμενοι στόχοι.

Μέχρι πρόσφατα , ο τρόπος αξιολόγησης δεν πληρούσε τα απαραίτητα επιστημονικά κριτήρια και διεπόταν από υποκειμενικές εκτιμήσεις του εκάστοτε ερευνητή. Οι Ingham και Cordes (1997) επισημαίνουν ότι πολλές θεραπευτικές μέθοδοι προτείνονται χωρίς να υποστηρίζονται από ερευνητικά δεδομένα. Ο Cordes στην μετέπειτα ανάλυση 88 δημοσιευμένων ερευνών ανακάλυψε πως οι μέθοδοι που αναφέρονται ως αποτελεσματικοί δεν έχουν αξιολογηθεί με επιστημονικό τρόπο.

Το μειονέκτημα των ερευνών ήταν ότι ο κάθε ερευνητής όριζε με τον δικό του τρόπο την σημαντική βελτίωση ατόμων που τραύλιζαν με αποτέλεσμα τα δεδομένα να μην είναι συγκρίσιμα και να μην κρίνονται σωστά οι μέθοδοι ως αποτελεσματικοί και μη αποτελεσματικοί. Επιπρόσθετα , οι περισσότερες έρευνες δεν έδιναν την απαραίτητη προσοχή στην αξιολόγηση της προόδου εκτός θεραπευτικού πλαισίου, αλλά ούτε παρακολουθούσαν την διάρκεια των αποτελεσμάτων για αρκετά

ικανοποιητικό χρονικό διάστημα. Τέλος δεν αξιολογούσαν τις άλλες διαστάσεις που μπορεί να έχει ο τραυλισμός εκτός από την λεκτική ευχέρεια και δεν μελετούσαν παράγοντες που μπορεί να σχετιζόταν με την αποτελεσματικότητα των μεθόδων. Για τον λόγο αυτό αρκετοί ερευνητές λοιπόν επισημαίνουν ότι μέθοδοι για την θεραπεία του τραυλισμού που αναφέρονται μόνο στην λεκτική ευχέρεια είναι ανεπαρκείς για την περίπτωση του τραυλισμού αλλά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες ώστε να θεωρηθεί μια μέθοδος αποτελεσματική. Ο ερευνητής Bloodstein συνοψίζοντας τις διάφορες προτάσεις των ερευνητών για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων αναφέρει 12 κριτήρια.

1. Η μέθοδος πρέπει να δοκιμάζεται σε μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα.
2. Η αξιολόγηση της υποχώρησης πρέπει να γίνεται με αντικειμενικές μετρήσεις της συχνότητας της εμφάνισης και του βαθμού σοβαρότητας.
3. Οι αναφορές για την αποτελεσματικότητα πρέπει να βασίζονται σε επανειλημμένες αξιολογήσεις και έναν ικανό αριθμό δειγμάτων ομιλίας σε διάφορες περιστάσεις. Το κριτήριο αυτό κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό κυρίως σε μικρά παιδιά στα οποία ο τραυλισμός μπορεί να είναι περιοδικός καθώς και να υπάρχουν διαστήματα στα οποία να σταματάει τελείως η εκδήλωση του. (Ingham & Riley , 1998).
4. Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με τραυλισμό αποδίδουν πολύ καλύτερα μέσα στα θεραπευτικά πλαίσια, χωρίς να είναι αυτονόητη η γενίκευση αυτής της απόδοσης και σε άλλα πλαίσια. Για τον λόγο αυτό η βελτίωση είναι απαραίτητο να εξετάζεται σε άλλες καταστάσεις εκτός θεραπευτικού χώρου. Επομένως τα δείγματα ομιλίας θα πρέπει να καταγράφονται σε διάφορες καταστάσεις της καθημερινής ζωής.
5. Η σταθερότητα των αποτελεσμάτων θα πρέπει να εξετάζεται για αρκετό καιρό μετά την λήξη της θεραπείας προτείνοντας ως ιδανικό διάστημα τους 18-24 μήνες.
6. Η χρήση ομάδων ελέγχου είναι απαραίτητη προκειμένου να αξιολογείται η πιθανότητα αυτόματης υποχώρησης των συμπτωμάτων.
7. Η αξιολόγηση των δειγμάτων ομιλίας πρέπει να περιέχει τον βαθμό στον οποίο η ομιλία έχει φυσικό άκουσμα ή έχει αλλοιωθεί από προηγούμενες θεραπευτικές μεθόδους.

8. Κατά την αξιολόγηση πρέπει να ελέγχεται αν το άτομο μιλάει αυθόρμητα ή αν συνεχώς προσέχει.
9. Η αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής μεθόδου δεν κρίνεται μόνο από την υποχώρηση των συμπτωμάτων αλλά κρίνεται και από την υποχώρηση του φόβου της προσδοκίας τραυλισμού, της αρνητικής στάσης απέναντι στην λεκτική επικοινωνία αλλά και της αποφευκτικής συμπεριφοράς σημαντικά στοιχεία για την ένταξη του ατόμου στον επαγγελματικό ,σχολικό τομέα αλλά και στις διαπροσωπικές σχέσεις.
10. Η αξιολόγηση θα πρέπει να περιέχει και μετρήσεις ατόμων που δεν ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό τους πρόγραμμα διότι μπορεί να συνέβη επειδή δεν βοήθησε η συγκεκριμένη μέθοδος.
11. Η μέθοδος πρέπει να αποδεικνύεται αποτελεσματική ακόμη και αν πραγματοποιείται από διαφορετικούς κλινικούς.
12. Η μέθοδος θα πρέπει να εξακολουθεί να θεωρείται αποτελεσματική ακόμα και αν οι κλινικοί δεν παρουσιάζουν ενδιαφέρον για αυτήν.

Η αξιολόγηση αρκετές φορές μπορεί να καθοδηγήσει την απόφαση για συνέχεια, τροποποίηση ακόμα και διακοπή του προγράμματος. Συνοπτικά η αποτελεσματική παρέμβαση είναι εκείνη κατά την οποία επιτυγχάνεται η μείωση της συχνότητας και σοβαρότητας της εκδήλωσης των συμπτωμάτων και ταυτόχρονα και η μείωση των επιπτώσεων που θα μπορούσε ο τραυλισμός να έχει στην συνολική λειτουργικότητα του ατόμου (Πάλλα, 2009).

3.11 Η διατήρηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβασης στο χρόνο

Από όλους τους παράγοντες που περιορίζουν την αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής παρέμβασης στην περίπτωση του τραυλισμού , αυτός που έχει απασχολήσει περισσότερο τους ειδικούς είναι η πιθανότητα παλινδρόμησης. Οι Kuhr και Rustin (1985) ονόμασαν την παλινδρόμηση ως την «Αχίλλειο πτέρνα» της θεραπευτικής παρέμβασης. Όπως, όμως οι ειδικοί δεν συμφωνούν πάντα μεταξύ τους σχετικά με το τι συνιστά « αποτελεσματική παρέμβαση» κατά αναλογία υπάρχουν διαφωνίες και σχετικά με τον τρόπο ορισμού της παλινδρόμησης. Για παράδειγμα, η

Craig και οι συνεργάτες της (2002), σε έρευνά τους, υιοθετούν ένα αυστηρά ποσοτικό κριτήριο σύμφωνα με το οποίο : «...όλα τα άτομα στα οποία συμπτώματα τραυλισμού εκδηλώνονταν με συχνότητα πάνω από 2% στο σύνολο των εκφερόμενων συλλαβών θεωρούνταν ότι είχε παλινδρομήσει». Από την άλλη πλευρά πάλι, η ίδια Craig (2002), προτείνει να ορίζεται η παλινδρόμηση ως η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων του τραυλισμού , που θεωρούνται ως μη αποδεκτά από το ίδιο το άτομο μετά από ένα χρονικό διάστημα στο οποίο είχε επιτευχθεί βελτίωση» Με δεδομένες τις παραπάνω δυσκολίες στον ορισμό της παλινδρόμησης , σε αδρές γραμμές υπολογίζεται ότι περίπου στο ένα τρίτο παρατηρείται παλινδρόμηση ενώ το υπόλοιπο ένα τρίτο δεν ολοκληρώνει το πρόγραμμα ή δεν είναι διαθέσιμο για αξιολόγηση μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Φαίνεται λοιπόν ότι ακόμα και σε έρευνες που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είχε σαν αποτέλεσμα με διάρκεια στο χρόνο , παρατηρείται παλινδρόμηση της τάξης του 30%. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά μικρότερο στις περιπτώσεις παιδιών προσχολικής ηλικίας. Επιπλέον, επισημαίνεται ότι, σε έρευνες παρακολούθησης , η πλειονότητα των γονέων (71%) δεν θεωρεί ότι το παιδί τους κατάφερε να απαλλαγεί πλήρως από το πρόβλημα του τραυλισμού, αλλά ότι τα επεισόδια του τραυλισμού εξακολουθούσαν να επανέρχονται περιοδικά. Παρόλο που η παλινδρόμηση είναι πιθανή μετά την εφαρμογή σχεδόν οποιασδήποτε μεθόδου , φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερα σύνθετο φαινόμενο στην περίπτωση αντιμετώπισης του τραυλισμού με τις αυστηρά συμπεριφοριστικές μεθόδους). Πολλοί ειδικοί σχολιάζουν ότι αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί ένα τόσο σύνθετο πρόβλημα όπως ο τραυλισμός σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα και μάλιστα με τεχνικές που αποσκοπούν αποκλειστικά στην τροποποίηση της λεκτικής συμπεριφοράς του ατόμου και δεν συμπεριλαμβάνουν προσπάθειες αλλαγής συναισθημάτων και των αντιλήψεων του σχετικά με τον τραυλισμό (Sheehan,1984). 50 Λόγω της αυξημένης πιθανότητας παλινδρόμησης μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος, πολλά τέτοια προγράμματα περιλαμβάνουν μια τελική φάση, τη φάση της διατήρησης, κατά την οποία επιχειρείται η πρόληψη της παλινδρόμησης και η συντήρηση της προόδου που επετεύχθητε κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σε αυτή τη φάση , το άτομο μπορεί να επανέρχεται περιοδικά στο θεραπευτικό χώρο για ορισμένες συνεδρίες, προκειμένου να διαπιστωθεί η πορεία του και να ανανεωθούν ορισμένες από τις θετικές αλλαγές που σημειώθηκαν στην κυρίως φάση του θεραπευτικού προγράμματος(Boberg, 1981). Σε κάθε περίπτωση, πάντως ο ειδικός

πρέπει να προειδοποιεί το άτομο με τραυλισμό για την πιθανότητα παλινδρόμησης και να του παρέχει τα απαραίτητα γνωστικά και συνθηματικά εφόδια προκειμένου να την αντιμετωπίσει.

3.12 Συμβουλευτική προς γονείς και άλλα άτομα

Πώς μπορούμε να βοηθήσουμε ένα παιδί προσχολικής και σχολικής ηλικίας:

- Μειώστε την ταχύτητα με την οποία μιλάτε στο παιδί.
- Αποφύγετε να σχολιάζετε τον τρόπο που αναπνέει και ποτέ μην του υποδείξετε να ελέγξει την αναπνοή του.
- Κάνετε παύσεις στην ομιλία σας κατά τις οποίες το παιδί μπορεί να παρέμβει και να πει αυτό που θέλει.
- Μη χρησιμοποιείτε δύσκολο λεξιλόγιο και φράσεις με συντακτική πολυπλοκότητα μεγαλύτερη από τις ικανότητες του παιδιού στην κατανόηση και στην έκφραση.
- Μη θέτετε υπερβολικούς μη ρεαλιστικούς στόχους και μην έχετε υπερβολικές απαιτήσεις από το παιδί σε επικοινωνιακούς και γνωστικούς τομείς.
- Μην υποχρεώνετε το παιδί να απαντάει συνεχώς σε ερωτήσεις σας. Μειώστε τον αριθμό των ερωτήσεων που κάνετε.
- Μη ζητάτε από το παιδί να δίνει «αναφορά»: π.χ. «πώς τα πήγες στο σχολείο σήμερα;» Ξεκινήστε πρώτοι σχολιάζοντας την ημέρα σας και δώστε χρόνο στο παιδί να σας μιμηθεί αναφερόμενο στην δική του ημέρα.
- Το παιδί που τραυλίζει έχει ανάγκη να το ακούτε με προσοχή. Προσπαθήστε να κοιτάτε στα μάτια το παιδί σας για όση ώρα σας μιλά , να μην το διακόπτετε και να του δίνετε όσο χρόνο χρειάζεται για να ολοκληρώσει αυτό που λέει.
- Δεν θα πρέπει να δείχνετε στο παιδί την αγωνία ή την αμηχανία σας για τον τρόπο που μιλάει.

- Δείχνουμε ενδιαφέρον σε ότι μας λέει το παιδί (δηλ. στο περιεχόμενο του μηνύματος) και όχι στο πως μας το λέει (δηλ. στη ροή της ομιλίας που μπορεί να είναι δυσχερής).
- Δεν ολοκληρώνουμε εμείς την φράση του παιδιούσε στιγμή δυσκολίας – αυτό μπορεί να ματαιώνει ιδιαίτερα το παιδί στην προσπάθειά του.
- Αποδεχόμαστε την δυσκολία και είμαστε υποστηρικτικοί. Ανταποκρινόμαστε στην δυσκολία ομιλίας του παιδιού με τον ίδιο τρόπο που θα κάναμε με οποιαδήποτε άλλη μικροδυσκολία και εάν ανέκυπτε σε κάποια από τις ικανότητες που αναπτύσσουν τα παιδιά μας .
- Υποστηρίζουμε το παιδί μας εάν κάποια στιγμή εκείνο νοιώσει αναστατωμένο με την δυσκολία του, όπως θα κάναμε με οποιαδήποτε άλλη δυσκολία και αν το έκανε να νοιώσει έτσι. Μπορούμε να πούμε κάτι όπως: ‘μην ανησυχείς, οι λεξούλες μπορεί να έχουν ‘λακουβίτσες’ κάποιες φορές όταν μαθαίνουμε ακόμη να μιλάμε...’
- Προγραμματίζουμε λίγα λεπτά καθημερινού χρόνου (15-30min αρκούν) όπου δίνουμε την πλήρη προσοχή μας στο παιδί σε μια ήρεμη, χαλαρή ατμόσφαιρα παιχνιδιού.
- Περιορίζουμε τον αριθμό των ερωτήσεων που θέτουμε. Εάν δεν μπορούμε να αποφύγουμε κάποια ερώτηση, επιτρέπουμε αρκετό χρόνο στο παιδί για να την απαντήσει, πριν ρωτήσουμε κάτι άλλο.
- Η διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού δεν θα πρέπει να αλλάζει επειδή εκείνο τραυλίζει. Ανταποκρινόμαστε στην συμπεριφορά του παιδιού μας όπως θα κάναμε εάν εκείνο δεν τραύλιζε. Όπως με κάθε άλλο παιδί τα όρια και οι συνέπειες των πράξεων θα πρέπει να τίθενται με σταθερότητα.
- Προσπαθούμε να αποφύγουμε την βιασύνη και το άγχος της καθημερινότητας. Ο τραυλισμός ενισχύεται όταν το παιδί είναι κουρασμένο. Το παιδί που τραυλίζει έχει ανάγκη από ένα περιβάλλον (οικογενειακό και σχολικό) με σταθερή ρουτίνα και δομή λειτουργίας.

- Αφήστε το να ολοκληρώσει αυτό που θέλει να πει. Μην διακόπτεται και μην σταματάτε την κουβέντα κάθε φορά που τραυλίζει
- Μην χρησιμοποιείτε φράσεις όπως “Προσπάθησε να μην τραυλίζεις”, “Αυτή τη φορά τα κατάφερες όπως ο αδερφός σου”, “Πάρε μια βαθιά ανάσα πριν ξεκινήσεις”, “Μίλα πιο αργά”, “Μήπως ήθελες να πεις...”, “Δοκίμασε πάλι μήπως τα καταφέρεις καλύτερα”
- Μην συμπληρώνετε τις φράσεις του. Δεν διευκολύνετε το παιδί με τον τρόπο αυτό, αντίθετα νιώθει ότι το μειώνουν
- Μην βομβαρδίζετε το παιδί με ερωτήσεις. Δώστε χρόνο για κάθε απάντηση που προσπαθεί να δώσει
- Αποδεχτείτε το παιδί σας και μη νιώθετε άσχημα κάθε φορά που δυσκολεύεται... Το παιδί καταλαβαίνει και αυτό του προκαλεί άγχος και ανασφάλεια.
- Υιοθετούμε όλη η οικογένεια πιο αργή ομιλία
- Τροποποιούμε και προσαρμόζουμε το λόγο μας στην ηλικία του παιδιού: τα παιδιά μιμούνται τους ενήλικες. Αν ένα παιδί με προδιάθεση για τραυλισμό προσπαθεί να χρησιμοποιήσει μεγάλες προτάσεις και πολύπλοκο λεξιλόγιο πριν να είναι έτοιμο αναπτυξιακά, θα αυξηθούν οι πιθανότητες να εμφανίσει τραυλισμό.
- Δεν κάνουμε σχόλια όπως ‘πες το καθαρά’, ‘μίλα αργά’: το παιδί τις περισσότερες φορές δεν συνειδητοποιεί ότι τραυλίζει και τέτοια σχόλια θα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην αυτοπεποίθησή του. Αν μπορούσε να ‘μιλήσει καθαρά’ θα το έκανε ήδη.
- Δεν διακόπτουμε και δεν ολοκληρώνουμε τις λέξεις/προτάσεις του παιδιού όταν τραυλίζει. Περιμένουμε χωρίς ανυπομονησία να τελειώσει στο χρόνο που μπορεί.
- Δεν δείχνουμε άγχος/ανησυχία για την ομιλία του. Ακόμα κι αν προσπαθούμε να μη δείχνουμε άγχος, εφόσον αυτό υπάρχει το παιδί θα το

δισυθανθεί. Είναι λοιπόν σκόπιμο να προσπαθήσουμε να ελέγξουμε το δικό μας άγχος, να προσπαθήσουμε να το αφήσουμε στην άκρη.

- Συμπεριφερόμαστε με τον ίδιο τρόπο στο παιδί που τραυλίζει και τα αδέρφια του που δεν τραυλίζουν. Επίσης, συμπεριφερόμαστε με τον ίδιο τρόπο όταν το παιδί τραυλίζει και όταν δεν τραυλίζει. Κοιτάζουμε το παιδί που μας μιλά προσεκτικά και υπομονετικά.
- Δημιουργούμε κλίμα θετικής επικοινωνίας στο σπίτι. Συζητάμε με το παιδί, ζητάμε τη γνώμη του, σχολιάζουμε πράγματα που το ενδιαφέρουν, τραγουδάμε! Δεν κάνουμε σημαντικές συζητήσεις όσο είμαστε για παράδειγμα απασχολημένοι με δουλειές.
- Εστιάζουμε στο ΤΙ λέει, όχι στο ΠΩΣ. Συζητάμε με το παιδί την ιδέα, το περιεχόμενο, όχι τον τρόπο της ομιλίας.
- Αν θέλετε να διορθώσετε το παιδί πρέπει να το κάνετε με ευγενικό, διακριτικό και θετικό τρόπο (Χαδιαρακού, n.d).

Στο σχολείο:

- Να εξηγήσετε στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ή στους συμμαθητές τι είναι το τραύλισμα και πως να αντιμετωπίζουν το παιδί.
- Γονείς και εκπαιδευτικοί είναι σημαντικό να διατηρήσετε μια ήρεμη ατμόσφαιρα στο σπίτι ή στην τάξη ώστε το παιδί να νιώθει ελεύθερο να μιλάει άνετα.
- στο σχολείο εάν είναι ταραγμένο, μιλήστε του ανοιχτά και βοηθήστε το να καταλάβει ότι δεν είναι υπεύθυνο για τον τραυλισμό του. Είναι σημαντικό να αισθάνεται ότι ο δάσκαλός του είναι δίπλα του, κατανοεί τις δυσκολίες του και μπορεί να μοιράζεται μαζί του τις ανησυχίες του. Έτσι το βοηθάτε να απομυθοποιήσει τη δυσκολία και να την αντιμετωπίσει.
- Πολλές φορές συστήνουμε στο ίδιο το παιδί (εάν είναι σε μεγάλη τάξη) να κάνει μια ανοιχτή παρουσίαση για τον τραυλισμό. Έτσι του δίνεται η ευκαιρία να ενημερώσει την τάξη περί τραυλισμού, π.χ. διάσημοι άνθρωποι που τραυλίζουν, τι θα ήθελε ή δεν θα ήθελε από τα παιδιά να

κάνουν όταν τραυλίζει κ.λπ. Ένα από τα οφέλη που πάντα βλέπουμε είναι ότι σταματάνε τα πειράγματα.

- Δείξτε του ότι είστε δίπλα του και ότι το αποδέχεστε ακριβώς όπως είναι αυτό και το πρόβλημά του. Η ανθρώπινη ζεστή αγκαλιά σας -εσάς, του δασκάλου του- είναι σίγουρο ότι θα κάνει τη μεγάλη διαφορά.
- Τα παιδιά που τραυλίζουν χρειάζονται συνήθως περισσότερο χρόνο για να εκφραστούν γλωσσικά. Επομένως μέσα στην τάξη καλό θα είναι όλα τα παιδιά να λάβουν το μήνυμα ότι δεν υπάρχει λόγος βιασύνης, αντιθέτως είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνουν όσο χρόνο χρειάζονται για να προετοιμάσουν την απάντησή τους. Ο εκπαιδευτικός μπορεί να παροτρύνει τα παιδιά χρησιμοποιώντας αργή και χαλαρή ομιλία.
- Θα ήταν χρήσιμο, ο δάσκαλος να συνεχίσει να διατηρεί βλεμματική επαφή με το παιδί, είτε τη στιγμή που τραυλίζει είτε όχι.
- Η ολοκλήρωση των φράσεων του παιδιού από το δάσκαλο δεν βοηθά, αφού μειώνει το χρονικό διάστημα που δίνουμε στο παιδί για να μιλήσει, συνεπώς το μπερδεύει.
- Κατά την μεγαλόφωνη ανάγνωση ενώπιον της τάξης ο δάσκαλος μπορεί να ενθαρρύνει την αργή ανάγνωση και να βοηθήσει με σταδιακή – βαθμιαία ανάγνωση ενώπιον της τάξης, ξεκινώντας αρχικά από την ανάγνωση ενώπιον του δασκάλου ή άλλων ενηλίκων, και συνεχίζοντας με την ανάγνωση σε μικρές ομάδες. Όταν το παιδί αισθάνεται έτοιμο, μπορεί να επιχειρηθεί η ανάγνωση μπροστά στην τάξη. Επιπλέον, το παιδί ενδέχεται να επιθυμεί να διαβάσει παράλληλα με κάποιο συμμαθητή του (Μητρακάκη, 2011).

Πως μπορούμε να βοηθήσουμε έναν έφηβο με τραυλισμό:

- Δημιουργήστε άνετη και ήρεμη ατμόσφαιρα. Ο σημερινός τρόπος ζωής με τους γρήγορους και πιεστικούς ρυθμούς συνήθως επιδεινώνει το πρόβλημα.
- Αντί να λέτε στο άτομο να μιλάει πιο αργά, δώστε εσείς το παράδειγμα. Να ακούτε υπομονετικά. Μη διακόπτετε. Μη αποτελειώνετε τις προτάσεις του. Κάντε μια παύση προτού απαντήσετε.

- Μην τον επικρίνετε και μην τον διορθώνετε. Με κατάλληλη οπτική επαφή, εκφράσεις του προσώπου, γλώσσα του σώματος και σχόλια, να δείχνετε ενδιαφέρον για αυτό που λέει, όχι για το πώς το λέει.
- Ο τραυλισμός δεν πρέπει να αποτελεί ταμπού. Χαμογελώντας φιλικά και ενίοτε δείχνοντας ευγενικά ότι γνωρίζετε το πρόβλημα, θα κάνετε το άτομο να αισθανθεί πιο άνετα. Ίσως μπορείτε να πείτε κάτι σαν αυτό: «Μερικές φορές δεν είναι εύκολο να πούμε αυτό που θέλουμε».
- Πάνω από όλα, να του δείχνετε ότι τον αποδέχεστε όπως είναι (Πώς να αντιμετωπίσετε τον τραυλισμό, 2010)

Πως μπορούμε να βοηθήσουμε έναν ενήλικα με τραυλισμό:

- Δεν ζητάμε από κάποιον να σταματήσει και να ξεκινήσει από την αρχή κάτι που έλεγε
- Αντιδρούμε με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις περιπτώσεις ομιλίας
- Δεν πιέζουμε κάποιον να μιλήσει, ειδικά όταν εμφανίζει αυξημένη δυσκολία
- Δείχνουμε προσοχή στο περιεχόμενο και όχι στον τρόπο της ομιλίας
- Δεν στεκόμαστε επικριτικά απέναντι στο άτομο με την διαταραχή
- Δεν διακόπτουμε το άτομο την ώρα που μιλάει
- Δεν συμπληρώνουμε αυτά που θέλει να πει
- Δίνουμε το παράδειγμα/ πρότυπο ήρεμης ομιλίας αντί να το ζητάμε
- Οι ενήλικες που τραυλίζουν χρειάζονται την ίδια υπομονή και προσοχή στις ιδέες τους όπως με εκείνους που δεν τραυλίζουν.
- Μην κοιτάτε μακριά και μην τους λέτε να βιαστούν ή μην αποτεινώνετε τις λέξεις τους. Αυτή η βοήθεια μπορεί να προκαλέσει αγωνία, η οποία ίσως να κάνει το πρόβλημα χειρότερο (Πελεκάνος, 2014).

Συμπέρασμα

Συμπεραίνοντας θα λέγαμε ότι ο τραυλισμός είναι μια ιδιάζουσα μορφή διαταραχής επικοινωνίας, η οποία είναι δυνατόν να διαγνωστεί από την προσχολική ηλικία όπου η γλωσσική ανάπτυξη είναι ραγδαία. Για την αντιμετώπισή του απαραίτητη είναι η ταχύτερη επίσκεψη σε έναν ειδικό, που αφού αποκτήσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για το άτομο που τραυλίζει, τόσο για τις συνθήκες και τα συμπτώματα τραυλισμού όσο και για τον συναισθηματικό του κόσμο, την προσωπικότητα και τα άτομα που το περιβάλλουν, και διερευνήσει τα αίτια που προκαλούν τον τραυλισμό, θα μπορέσει, με την βοήθεια ίσως και των ηλεκτρονικών μεθόδων που ανακαλύφθηκαν τα τελευταία χρόνια, να εξασφαλίσει καλύτερες ευκαιρίες προσαρμοσμένες στις δικές του δυνατότητες. Για την επιτυχία όμως μιας θεραπευτικής αγωγής από τον ειδικό σημαντική είναι η συμβολή τόσο της οικογένειας όσο και του ευρύτερου οικείου περιβάλλοντος του ατόμου, όπως επίσης και άλλων ειδικών υγείας με σκοπό την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της διαταραχής και την ομαλή συνέχιση της καθημερινότητας του ατόμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανδρέου, Σ. Α. (2010). Διαταραχές της ροής της ομιλίας: Λεμεσός: Στέλιος Ανδρέου.
- Γκουντάντση Χ.,(2009). Πτυχιακή εργασία με θέμα: Διάγνωση και αντιμετώπιση του τραυλισμού στην προσχολική ηλικία, Ιωάννινα.
- Κρουσταλάκης Γ., (1977). Ψυχοπαιδαγωγική της σχολικής διαγνώσεως, Αθήνα : [Εκδόσεις Γρηγόρη],
- Μεταξάκη Ν., (2014) Πτυχιακή εργασία με θέμα: Τραυλισμός: λογοθεραπευτικές τεχνικές και θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών ροής της ομιλίας., ΑΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ,
- Μπέλλα, Σ. (2007). Σημειώσεις για το μάθημα: «Κλινικά Θέματα Λογοπαθολογίας». Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Λογοθεραπείας.
- Νεάρχου Α. (2014). Πτυχιακή εργασία με θέμα: Τραυλισμός σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, Ιωάννινα.
- Πάλλα Α. (2009). Πτυχιακή εργασία με θέμα: Τραυλισμός και πρόγραμμα Lidcombe, Ιωάννινα.
- Παπασιλέκας Α.Π., (1979). Διαταραχές του λόγου, αιτιολογία- διάγνωση-θεραπεία, Αθήνα.
- Σερδάρης, Παναγιώτης. (1998). Ψυχολογία των διαταραχών του λόγου / Παναγιώτης Σερδάρης. - 1η έκδ. - Θεσσαλονίκη : University Studio Press.
- Στασινός Π. Δημήτρης (2009). Ψυχολογία του Λόγου και της Γλώσσας: Ανάπτυξη και Παθολογία, Δυσλεξία και Λογοθεραπεία. Αθήνα: Gutenberg.
- Τσαβδαρίδου Ο. (2009). Πτυχιακή εργασία με θέμα: Κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις τραυλισμού, Ιωάννινα.
- Βελιάκονα – Ιβανοννα, L. (2002). Παρουσίαση στο εκπαιδευτικό σεμινάριο με θέμα: «Τραυλισμός, θεωρητικά και πρακτικά μοντέλα».

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Andrews, G., (1984).The epidemiology of stuttering. In R. Curlee & W. Perkins (Eds.), *Nature and treatment of stuttering* (pp. 1-12). San Diego, CA: College Hill.

- Andrews, G., & Harris, M., (1964). The syndrome of stuttering, Clinics in developmental medicine, No. 17. London: William Heineman Medical Books Ltd.
- Andrews G. and Harris M. (1966). The Syndrome of Stuttering, Volume 55, Issue 6, Page 664.
- Andrews, G. Craig, A. Feyer, A. M. Hoddinott, S. Howie, P. Nelson, M. (1983). Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. Journal of speech and Hearing Disorders, 48, 226-246.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Bellak, L. and Bellak, S. S. (1950). Children's Apperception Test. Second Edition. New York.
- Bloodstein, O. (1995). A handbook of stuttering (5th ed). San Diego: Singular Publishing Group
- Boberg E. (1981). Maintenance of fluency. New York: Elsevier.
- Brady, J. P. (1971). Metronome – conditioned speech retraining for stuttering. Behavior Therapy, 2, 129-150.
- Carlisle, J. A. (1985). Tangled tongue: living with a stutter. Toronto: University of Toronto Press.
- Chang S.-E., Erickson K. I., Ambrose N. G., Hasegawa-Johnson M. A. and Ludlow C. L., (2008). Brain Anatomy Differences in Childhood Stuttering, Neuroimage. 39(3): 1333–1344.
- Coen R. M.D, (1900). The principles of stuttering. (therapeutics.), The Laryngoscope, [Volume 8, Issue 2](#), pages 75–77.
- Conture, E. G. (1997). Evaluating childhood stuttering. In R.F. Curlee & G.M. Siegel (Eds), Nature and Treatment of Stuttering: New Directions, 2 ed. USA: Allyn & Bacon.

- Cooper, E. B., & Cooper, C. S. (1996). Clinician attitudes toward stuttering: Two decades of change. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 119–135.
- Craig, A. Hancock, K. Tran, Y. Craig, M. & Peter, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 45,1097-1105.
- Curlee, R., & Yairi, E. (1997). Early intervention with early childhood stuttering: A critical examination of the data. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(2), 8-18.
- De Nil L. F., Kroll R. M., Lafaille S. J., Houle S., (2003). A positron emission tomography study of short- and long-term treatment effects on functional brain activation in adults who stutter, *Journal of Fluency Disorders* 28, 357- 380.
- Franken, M. C. Boves, L. Peters, H. F. M. & Webster, R. L. (1992). Perceptual evaluation of the speech before and after fluency shaping stuttering therapy. *Journal of Fluency Disorders* , 17, 223-241.
- Froeschels, E. (1954). Imitation stuttering. *Folia Phoniatica*, 6, 3.
- Goldiamond, I. (1965). Stuttering and fluency as manipulable operant response classes. In L.Krasner & L.P.Ullman (Eds), *Research in Behavior Modification*, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B., & Grims, S. (1977). Developing a scale to assess communication attitudes in children who stutter. Poster session presented at the American Speech-Hearing-Language Association Convention, Atlanta, GA.
- Hegde, M., (2001).Stuttering- specific techniques. In Hegde’s *PocketGuide to Treatment in Speech-language Pathology* (2nd ed., pp. 258- 261). San Diego, CA: Singular.
- Ingham, R. J. (1993). Current status of stuttering and behaviour modification- II. Principal issues and practices in stuttering therapy. *Journal of Fluency Disorders*, 18, 57-79.
- Ingham, R. J., & Cordes, A. K. (1997). Self-measurement and evaluating stuttering treatment efficacy. In: R. F. Curlee,& G. M. Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: new directions* (2nd ed., pp. 413 – 438). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

- Ingham, J. C., & Riley, G. (1998). Guidelines for documentation of treatment efficacy for young children who stutter. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41, 753 – 770.
- Johnson, W. & Knott, J. R. (1937). Studies in the psychology of stuttering: 1. The distribution of moments of stuttering in successive reading of the same material. *Journal of Speech Disorders*, 2, 17-19.
- Kalinowski, J. and Saltuklaroglu, T., 2003, Choral speech: the amelioration of stuttering via imitation and the mirror neuronal system. *Neurosciecn and Biobehavioral Reviews*, 27, 339–34
- Knura. G., (1980). *Handbuch der Sonderpaedagogik. Paed. d. Spachbehinderte*. Berlin
- Kroll R., Scott-Sulsky L., (2010). The Fluency Plus Program: an integration of fluency shaping and cognitive restructuring procedures for adolescents and adults who stutter. In: Guitar B, McCauley R., eds. *Treatment of Stuttering: Established and Emerging Interventions*, Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 277-311.
- Last, J. M. (1983). *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Mallard, A. R. & Meyer, L. A. (1979). Listener preferences for stuttered and syllableOtimed speech production. *Journal of Fluency Disorders*, 4, 117-121.
- Martin, R. R., & Lindamood, L. P. (1986). Stuttering and spontaneous recovery: Implications for the speech-language pathologist. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 17,207-218.
- Meyer, V., Mair, J. M. M. (1963). A new technique to control stammering: a preliminary report. *Behavior Research Therapy*, 1, 251 -254.
- O'Brian S., Carey B., Onslow M., Packman A. and Cream A., (2010). *The Camperdown Program for Stuttering: Treatment Manual*.
- Onslow, M. Costa, L. Andrews, C. Harrison, L. Packman, A. (1996). Speech outcomes of a prolonged-speech treatment for stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 734-749.
- Perkins, W. H. Curlee, R. F. (1969). Clinical impressions of portable masking unit effects in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 34, 360-362
- Riley, G. (1981). *Stuttering prediction instrument*. Austin, TX: PRO-ED.

- Riley, G. (1994). The stuttering severity instrument for adults and children (SSI-3) (3rd ed.). Austin, TX: PRO-ED.
- Riley R. D., (2009). Multivariate meta-analysis: the effect of ignoring within-study correlation, Volume 172, Issue 4, Pages 789–811.
- Riley, G. (2009). The stuttering severity instrument for adults and children (SSI-4) (4th ed.). Austin, TX: PRO-ED.
- Rustin, L., Botterill, W., & Kelman, E. (1996). Assessment and therapy for young dysfluent children: Family interaction. London: Whurr.
- Rustin L. & Kuhr A. (1984). Book review: ‘Stuttering and behavior therapy: current status and experimental foundations’, British Journal of Disorders of Communication, 19, 183-4
- Ryan, B. & Ryan, B. (1983). Programmed stuttering therapy for children: Comparison of four establishment programs. Journal of Fluency Disorders, 8, 291-321.
- Ryan, B. & Ryan, B. (1995). Programmed stuttering treatment for children: Comparison of two establishment programs through transfer, maintenance, and follow-up. Journal of Speech and Hearing Research, 38, 61-75.
- Schaferskupper P. & Simon T. (1983). The mean fundamental frequency in stutterers and nonstutterers during reading and spontaneous speech. J Fluency Disord;8: 125-32.
- Seeman M., (1937). The significance of twin pathology for the investigation of speech disorders. Archivie gesamte Phonetik.I, Part II, 88–92.
- Sheehan, J.G., (1975). Conflict theory and avoidance-reduction therapy. In Eisenson, J. (ed), Stuttering: A Second Symposium. New York: Harper and Row.
- Sheehan, J.G. (1984). Problems in the evaluation of progress and outcome. In W. Perkins (ed), Current Therapy of Communication Disorders: Stuttering Disorders. New York: Thieme-Stratton, 223-239.
- Shipley, K. G., & McAfee, J. G. (1998). Assessment in Speech-Language Pathology: A resource manual (2"d ed.). San Diego, London: Singular Publishing Group, Inc.
- Silverman, F. H. (1974). Disfluency behaviour of elementary-school stutterers and nonstutterers. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 5, 32-37.

- Silverman F., (1996). *Stuttering and Other Fluency Disorders*. (3rd Ed). Boston. Allyn and Bacon
- Silverman, F. H. (2004). *Stuttering and other fluency disorders*. USA: Waveland Press.
- Silverman, E.-M., and Van Opens, K., (1980). An investigation of sex-bias in classroom teachers' speech and language referrals. *Language, Speech, and Hearing Services in the Schools*, 11, 169-174.
- Smolensky, P. (1988). On the proper treatment of connectionism. *The Behavioral and Brain Sciences*, 11:1!74
- Stocker, B., & Goldfarb, R. (1995). *The Stocker probe for fluency and language*, 3rd ed. Vero Beach, FL: The Speech Bin.
- Stuart, A., Kalinowski, J., Rastatter, M. P., Saltuklaroglu, T. and Dayalu, V. N., 2004, Investigations on the impact of altered auditory feedback in-the-ear devices on the speech of people who stutter: initial fitting and 4-month follow-up. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39, 93–113.
- Thompson J. (1983). *Assessment of fluency in school-age children: Resource guide*. Danville, IL: Interstate Printers and Publishers.
- Trotter, W. D. & Silverman, F. H. (1973). Experiments with the stutter-aid. *Perceptual and Motor Skills*, 36,1129-1130.
- Trotter, W. D. & Lesch, M. M. (1967). Personal experiences with a stutter-aid. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 32, 2710-272.
- Williams, D. E., & Kent, L. R. (1958). Listener evaluations of speech interruptions. *Journal of Speech and Hearing Research*, 1, 124-131.
- Wolk, L. (1998). Intervention strategies for children who exhibit coexisting phonological and fluency disorders: A clinical note. *Child Language Teaching and Therapy*, 14, 69–82
- Yairi, E., & Seery, C. H. (2011). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Boston: Pearson.
- Yairi, B. Ambrose, N. Paden, B. & Throneburg, R. (1996). Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 29, 51—77.
- F., & Brutten, G. J. (1991)., Speech-Associated Attitudes of Stuttering and Nonstuttering Children. De Nil, L. *JSHR*, , 60–66.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΣ

- Αραμπατζής, Μ., & Παδαρνίτσα, Σ. (Eds.). (2010, Μάρτιος). ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ. Ανακτήθηκε από Κέντρο Λογοθεραπείας - "Λόγου Χάριν," Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://logotherapeia.blogspot.gr/2011/12/blog-post.html>
- Βασιλειάδης, Π. (2014, February 08). Τραυλισμός: Μια συνοπτική ματιά. Ανακτήθηκε από Ιδέες και υλικό λογοθεραπείας, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://ideasforspeechandlanguagetherapy.blogspot.gr/2014/02/blog-post_6.html
- Βίκη, Α., & Παπάνης, Ε. (Eds.). (2007, November 12). Ανακτήθηκε από Διαταραχές Λόγου Ελληνική Κοινωνική Έρευνα, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://epapanis.blogspot.gr/2007/11/blog-post_6703.html
- Γεωργίου, Ί. (Ed.). Τραυλισμός. Ανακτήθηκε από Κέντρο Λογοθεραπείας, Ψυχοθεραπείας & Ειδικής αγωγής "Ανάπτυξη," Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.logotherapeia-kalamata.gr/traulismos>
- Γιαννουλάκη Μ., Αντιμετώπιση Τραυλισμού-Lidcombe Program. Ανακτήθηκε από ΛΟΓΟΜΑΘΕΙΑ: εξειδικευμένα κέντρα θεραπειών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.logomathia.gr/paremvasi/antimetopisi-travlismoy-lidcombe-program>
- Δούλου Κ. Διαταραχές στην ροή της ομιλίας. Ανακτήθηκε από Λογοθεραπεία Δούλου Κατερίνα. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://logotherapist.com.gr/%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%AC-%CE%AD%CF%86%CE%B7%CE%B2%CE%BF%CE%B9/%CE%B5%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%BC%CE%B1%CE%B8%CE%B7%CF%83%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%B4%CF%85%CF%83%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CE%B5%CF%82/>
- Ελληνικό Ινστιτούτο Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής & Εκπαίδευσης (ΕΛΛ.Ι.Ε.Π.ΕΚ.), 7 ο Πανελλήνιο Συνέδριο με θέμα: «ΜΕΓΑΛΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΚΑΙ ΚΥΠΡΙΟΙ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΜΝΗΜΗ» Μαράσλειο Διδασκαλείο Δημοτικής Εκπαίδευσης Οκτωβρίου 2014, ΤΙΤΛΟΣ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ: "Η φυσιογνωμία του Δημοσθένη και το ανθρωποκεντρικό μοντέλο της Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

http://www.elliepek.gr/documents/7o_synedrio_eisigiseis/drosinou%20panopulos.pdf

- ΚΑΚΥΡΟΣ Ε. & ΜΑΝΙΑΔΑΚΗ Κ. (Eds). Τραυλισμός. Ανακτήθηκε από Παγώνη Ηλέκτρα - δασκάλα ειδικής αγωγής, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://ilektra.weebly.com/taurhoalphapsilonlambdaiotasigmamu972sigmaf.html>
- Λαμπρούση Δ. (Ed). Διαταραχές Ροής Ομιλίας. Ανακτήθηκε από Δήμητρα Λαμπρούση Λογοθεραπεύτρια, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.logotherapeia-lambrousi.gr/roiomilia.html>
- Μαρτίνης Ι. (Οκτώβριος, 2011). Ποιοί είναι οι στόχοι της Λογοθεραπείας για άτομα με τραυλισμό;. Ανακτήθηκε από προσέγγιση στη δυσκολία, στο παιδί, στην οικογένεια. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.proseggisi.gr/%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%BF%CE%AF-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CE%BF%CE%B9-%CF%83%CF%84%CF%8C%CF%87%CE%BF%CE%B9-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF/>
- Μητρακάκη Α. (Νοέμβριος, 2011). Παιδιά που τραυλίζουν εξηγούν τι είναι ο τραυλισμός. Πρακτικές οδηγίες για γονείς και εκπαιδευτικούς. Ανακτήθηκε από Dyslexiaathome. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://dyslexiaathome.blogspot.gr/2011/11/blog-post_15.html
- Ντριβονίκου, Β. (Ed.). Το παιδί μου τραυλίζει. Retrieved from Ψυχο-Λογώ, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.psixologw.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=6:traulismos&catid=2:art_hrografia&Itemid=8
- Ορισμοί - ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. Ανακτήθηκε από ΛΟΓΟΣΥΝΘΕΣΗ ΚΕΝΤΡΟ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://spgianos.blogspot.gr/p/blog-page.html>
- ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ. (2011). Ανακτήθηκε από ΟΜΑΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://psixologoi4.blogspot.gr/2011/11/blog-post.html>
- Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών-Λογοθεραπευτών. (Δεκέμβριος, 2014). Σωστοί χειρισμοί του παιδιού που τραυλίζει στο σχολείο. Ανακτήθηκε από Θέμα.gr.

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

<http://www.protothema.gr/paidi/article/431849/sostoi-heirismoι-tou-paidiou-pou-traulizeι-sto-sholeio/>

- Παπαγεωργίου Μ., Τι είναι ο τραυλισμός: αναγνωρίζω τα συμπτώματα. Ανακτήθηκε από ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Κέντρο ειδικών θεραπειών παιδιού. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.papageorgioumaria.gr/index.php/travlismos>
- Πελεκάνος, Δ. (Ed.). (Ιούνιος, 2014). Τραυλισμός ενηλίκων: Μια συχνή διαταραχή ομιλίας. Ανακτήθηκε από iatronet, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.iatronet.gr/ygeia/pathologia/article/27276/travlismos-enilikwn-mia-diataraxi-tis-rois-tis-omilias.html>
- Πρόγραμμα Lidcombe. Ανακτήθηκε από νόηση: κέντρο αναπτυξιακών και μαθησιακών δυσκολιών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.noisicenter.gr/methodoi/programma-lidcombe>
- Πώς να Αντιμετωπίσετε τον Τραυλισμό. (2010). Ανακτήθηκε από ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ της Σκοπιάς. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://wol.jw.org/el/wol/d/r11/lp-g/102010167>
- https://en.wikipedia.org/wiki/Rorschach_test
- Σαββίδου Α. (2012). Τραυλισμός. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.academia.edu/5987114/Stuttering_%CE%A4%CF%81%CE%B1%CF%85%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82
- Τραυλισμός. (2016, Αύγουστος 24). Ανακτήθηκε από Κέντρο Δημέρευσης - Ημερήσιας Φροντίδας παιδιών και ενηλίκων με ειδικές ανάγκες Καριμπού, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.karibou-care.gr/%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%85%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82/>
- Τραυλισμός, Ανακτήθηκε από sch.grΕιδικό Δημοτικό Σχολείο Πύργου Ηλείας, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://dim-eid-pyrgou.ilei.sch.gr/themata/travlismos.htm>
- Τραυλισμός. Ανακτήθηκε από Λόγος και γραφή Βοιωτίας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://logoskaigrafiviotias.gr/%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%85%CE%B%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82/>
- Τραυλισμός. Ανακτήθηκε από therapyact.gr. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.therapyact.gr/index.php?act=viewProd&productId=76>

- Χαδιαράκου Ε. & Κυριακοπούλου Ε. Τραυλισμός: Κι όμως θεραπεύεται!. Ανακτήθηκε από imommy το παιδί μου κι εγώ. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.imommy.gr/nipia/anaptiksi/article/4164/traylismos/>
- Χιόνη Μ., (Οκτώβριος, 2016). Πότε ο τραυλισμός μπορεί να εξελιχθεί σε μονιμότερη κατάσταση; Τι πρέπει να γνωρίζουν γονείς και εκπαιδευτικοί; Ανακτήθηκε από medlabnews.gr, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://medlabgr.blogspot.com/2016/10/stuttering.html>
- 11 ερωτήματα γύρω από τον τραυλισμό. Ανακτήθηκε από αντικλειδί. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://antikleidi.com/iatrika/traulismos/>
- Aronow E., Weiss K. A., Reznikoff M. (2001). A PRACTICAL GUIDE TO THE THEMATIC APPERCEPTION TEST. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://www.miottawa.org/Health/CMH/pdf/brains/Psychological/Articles%20and%20Readings/Practical%20Guide%20to%20TAT.pdf>
- Bellak Leopold, MD, and Bellak Sonia. (1950). Children's Apperception Test (CAT). Ανακτήθηκε από PARiconnect. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=CAT>
- Corman L. (1961). PN PATTE NOIRE. Ανακτήθηκε από ecpa. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.ecpa.fr/psychologie-clinique/test.asp?id=1511>
- Paul. (2012). The Blacky Pictures Test. Ανακτήθηκε από Weirduuniverse. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.weirduniverse.net/blog/comments/the_blacky_pictures_test
- Perron. (1969). DYNAMIQUE PERSONNELLE ET IMAGES : DPI : EPREUVE PROJECTIVE THÉMATIQUE. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www2.fapse.ulg.ac.be/iframes/see_test.php?id=344&lng=fr&from=1
- https://en.wikipedia.org/wiki/Rorschach_test