

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα:

«Πιλοτική Δοκιμή Ερωτηματολογίου Αυτοαντίληψης του Τραυλισμού: Μία Πιλοτική Mελέτη σε Τυπικό Ενήλικο Πληθυσμό»

*Κουρμούτα Μαρία-Ελένη: ΑΜ 16504*

*Μυτιληναίου Φωτεινή: ΑΜ 16647*

*Μώκος Χρήστος: ΑΜ 16683*

*Ντιντιλά Ειρήνη: ΑΜ 16632*

*Παντέχη Δήμητρα: ΑΜ 16666*

*Σακόγλου Σεβαστή: ΑΜ 16619*

*Χαλκιά Αρτεμισία: ΑΜ 16682*

*Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος*

*ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017*



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα:

«Πιλοτική Δοκιμή Ερωτηματολογίου Αυτοαντίληψης του Τραυλισμού: Μία Πιλοτική Mελέτη σε Τυπικό Ενήλικο Πληθυσμό»

*Κουρμούτα Μαρία-Ελένη: ΑΜ 16504*

*Μυτιληναίου Φωτεινή: ΑΜ 16647*

*Μώκος Χρήστος: ΑΜ 16683*

*Ντιντιλά Ειρήνη: ΑΜ 16632*

*Παντέχη Δήμητρα: ΑΜ 16666*

*Σακόγλου Σεβαστή: ΑΜ 16619*

*Χαλκιά Αρτεμισία: ΑΜ 16682*

*Επιβλέπων Καθηγητής: Ταφιάδης Διονύσιος*

*ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2017*

“Validation and Adaptation of Questionnaire for Self-Awareness in Adults Stuttering: A Pilot Study in Typical Greek Population”

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

**1. Επιβλέπων καθηγητής**

Διονύσιος Ταφιάδης,

Δρ. Λογοπαθολόγος-Λογοθεραπευτής, Πανεπιστημιακός Υπότροφος

**2. Μέλος επιτροπής**

Γεώργιος Τάτσης,

Δρ. Φυσικός, Πανεπιστημιακός Υπότροφος

**3. Μέλος επιτροπής**

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρούργος-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

**Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος**

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρούργος-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

Υπογραφή

© Κουρμούτα Μαρία-Ελένη, Μυτιληναίου Φωτεινή, Μώκος Χρήστος, Ντιντιλά Ειρήνη, Παντέχη Δήμητρα, Σακόγλου Σεβαστή, Χαλκιά Αρτεμισία

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved

**Δήλωση μη λογοκλοπής**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Κουρμούτα Μαρία-ΕλένηΥπογραφή |  | Μυτιληναίου ΦωτεινήΥπογραφή |  | Μώκος ΧρήστοςΥπογραφή |
|  |  |  |  |  |
| Ντιντιλά ΕιρήνηΥπογραφή |  | Παντέχη ΔήμητραΥπογραφή |  | Σακόγλου Σεβαστή, Υπογραφή |
| ΧαλκιάΑρτεμισίαΥπογραφή |  |  |  |  |

**Ευχαριστίες**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή της πτυχιακής μας τον κ. Ταφιάδη Διονύσιο , για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε αλλά και για την πολύτιμη βοήθεια του.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε, ο καθένας την οικογένεια του ξεχωριστά για όλη την υποστήριξη και την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν και μας δείχνουν μέχρι να τελειώσουμε τις σπουδές μας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που δέχτηκαν να μας βοηθήσουν συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια που τους προσφέραμε.

**Περίληψη**

**Σκοπός:** Οι διαταραχές ροής και συγκεκριμένα ο τραυλισμός. Έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από πολλές έρευνες τόσο για την κατανόηση της παθογένεσής του όσο και για την ανεύρεση αποτελεσματικών μεθόδων διάγνωσης τους. Στην Ελλάδα, δυστυχώς, η έρευνα για τον τραυλισμό στη χώρα μας είναι σχετικά περιορισμένη σε σχέση με το παγκόσμιο γίγνεσθαι ως προς την διάγνωση και πολύ περισσότερο στην ενήλικη ζωή. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μετάφραση, προσαρμογή και πιλοτική εφαρμογή σε τυπικό πληθυσμό του ερωτηματολογίου αυτοαξιολόγησης ικανοτήτων ροής. Αυτό θα αποτελέσει το θεμελιώδες βήμα σε θέματα διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα στη διαταραχή του τραυλισμού σύμφωνα με τις σύγχρονες διεπιστημονικές τάσεις.

**Μέθοδος:** Σε σύνολο 862 τυπικών ενηλίκων (440 γυναίκες και 422 άντρες) ηλικίας 18 έως 85 ετών τους χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για την αντίληψη της ικανότητας ροής της ομιλίας τους. Τα χορηγούμενο ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην ελληνική πραγματικότητα σύμφωνα με τα ελάχιστα κριτήρια μετάφρασης. Ο βαθμός αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου ήταν υψηλός (a-Cronbach> .800).

**Αποτελέσματα:** Οι αναλύσεις έδειξαν διαφορές μεταξύ μερικών ηλικιακών υποομάδων της έρευνας για το σύνολο της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου. Επίσης διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων σε μερικές ερωτήσεις.

**Συζήτηση:** Το ερωτηματολόγιο φαίνεται να δίνει έγκυρες πληροφορίες ως προς ικανότητες συντονισμού της ομιλίας. Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης ικανότητας συντονισμού της ομιλίας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο και σε άλλες νευροκινητικές διαταραχές της ομιλίας.

**Συμπεράσματα:** Διαφαίνεται πως το ερωτηματολόγιο να είναι κατάλληλο προς στάθμιση στην ελληνική πραγματικότητα. Συστήνεται η χορήγησή του σε πληθυσμούς ενηλίκων με διαταραχές ροής της ομιλίας.

**Λέξεις Κλειδιά:** τραυλισμός, διαταραχές ροής, ερωτηματολόγια, αυτοαντίληψη, πιλοτική εφαρμογή

**Abstract**

**Purpose:** Fluency disorders and specifically stuttering. It has been a subject of many studies both to understand its pathogenesis and to find effective methods to diagnose them. In our country Greece, unfortunately, the research on stuttering is relatively limited in relation to what happens globally as for its diagnosis and much more in adult life. The purpose of the present research is translation, adaptation and the pilot application on typical population of flow abilities self-assessment questionnaire. This will constitute the fundamental step in diagnostic and therapeutic aspects of stuttering disorder according to modern interdisciplinary trends.

**Method:** In amount of 862ordinary adults (440 women and 422 men) age 18 by 85 years old was shared a self-referencing questionnaire for the perception of their fluent speech ability. The shared questionnaire was translated and adapted in Greek reality according to minimal translation criteria. The questionnaire’s degree of validity was high (a-Cronbach> .800).

**Results**: Analyzes showed differences between some age subgroups of the research for the total score of the questionnaire. Differences were also observed between age subgroups in a few questions.

**Discussion**: The questionnaire seems to give valid information over speech coordination abilities. The speech coordination assessment questionnaire could be used as an implementin more neuro-mobility speech disorders.

**Conclusion**: It seems that the questionnaire is suitable for weighting in Greek reality. Its share is recommendable for adult population with fluent speech disorders.

**Key words**: stuttering, fluency disorders, questionnaires, self-perception, pilot application.

Περιεχόμενα

[Πρόλογος 11](#_Toc495943142)

[ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ΟΕισαγωγή 13](#_Toc495943143)

[Ορισμοί του τραυλισμού (Stuttering) 15](#_Toc495943144)

[1.1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία 18](#_Toc495943145)

[1.1.2.1 Συχνότητα εκδήλωσης και ηλικία έναρξης 18](#_Toc495943146)

[1.1.2.2 Διαφορές φύλου 20](#_Toc495943147)

[1.1.3 Τα βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού 21](#_Toc495943148)

[1.1.3.1 «Στιγμές τραυλισμού» και «φαινόμενα δισταγμού» 21](#_Toc495943149)

[1.1.3.2 Περιγραφή των φαινομένων δισταγμού 22](#_Toc495943150)

[1.1.4 Δευτερογενή συμπτώματα που συνοδεύουν στιγμές τραυλισμού 25](#_Toc495943151)

[1.1.4.1 Μορφές συμπεριφοράς που συνοδεύουν τις στιγμές τραυλισμού 25](#_Toc495943152)

[1.1.4.2 Υποκειμενικά βιώματα που συνοδεύουν τις στιγμές τραυλισμού 27](#_Toc495943153)

[1.1.5 Συνοδά προβλήματα του τραυλισμού 28](#_Toc495943154)

[1.1.5.1 Προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη του ατόμου που τραυλίζει 28](#_Toc495943155)

[1.1.6 Μη λεκτικά συνοδά προβλήματα του ατόμου που τραυλίζει 31](#_Toc495943156)

[1.2 Η κλινική εικόνα και τα είδη τραυλισμού 32](#_Toc495943157)

[1.2.1 Φυσιολογικός Τραυλισμός: 32](#_Toc495943158)

[1.2.2 Εξελικτικός Τραυλισμός: 32](#_Toc495943159)

[1.2.3 Νευρογενής Επίκτητος Τραυλισμός: 34](#_Toc495943160)

[1.2.4 Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός: 37](#_Toc495943161)

[1.2.5 Κλονικός Τραυλισμός: 39](#_Toc495943162)

[1.2.6 Τονικός Τραυλισμός: 40](#_Toc495943163)

[1.2.7 Κλονικοτονικός -Τονικοκλονικός Τραυλισμός (μεικτή μορφή): 40](#_Toc495943164)

[1.2.8Cluttering: 40](#_Toc495943165)

[1.3 Αίτια τραυλισμού 41](#_Toc495943166)

[1.3.1 Θεωρίες για την αιτιολογία 50](#_Toc495943167)

[1.3.2 Άλλες υποθέσεις για τα αίτια του τραυλισμού 53](#_Toc495943168)

[1.4 Διάγνωση τραυλισμού 54](#_Toc495943169)

[1.4.1 Τα διαγνωστικά κριτήρια του τραυλισμού 55](#_Toc495943170)

[1.4.2 Η διαδικασία διάγνωσης του τραυλισμού στα παιδιά 58](#_Toc495943171)

[1.4.3 Διαδικασία Αξιολόγησης και διαδικασία Διάγνωσης τραυλισμού σε έφηβους και ενήλικες 59](#_Toc495943172)

[1.4.4 Τα μέσα διάγνωσης του τραυλισμού 63](#_Toc495943173)

[1.4.5 Η κλινική παρατήρηση του παιδιού 67](#_Toc495943174)

[1.4.7 Εκτίμηση βαθμού σοβαρότητας τραυλισμού 72](#_Toc495943175)

[1.4.8 Οι κλίμακες αξιολόγησης του τραυλισμού 74](#_Toc495943176)

[1.4.9 Εκτίμηση ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων και Διαφοροδιάγνωση Τραυλισμού από άλλες διαταραχές ροής 75](#_Toc495943177)

[1.4.10 Άλλες μετρήσεις που δεν πρέπει να ξεχνά ο λογοθεραπευτής 82](#_Toc495943178)

[1.5 Θεραπεία τραυλισμού 85](#_Toc495943179)

[1.6 Προβληματική της Πτυχιακής Εργασίας και Ερευνητικά ερωτήματα 135](#_Toc495943180)

[ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2Ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ 136](#_Toc495943181)

[2.1 Καθορισμός πληθυσμού και μέγεθος δείγματος 136](#_Toc495943182)

[2.2 Μέσα συλλογής δεδομένων 137](#_Toc495943183)

[2.2.1 Μετάφραση ερωτηματολογίου 138](#_Toc495943184)

[2.2.2 Ερωτηματολόγιο 139](#_Toc495943185)

[2.3 Στατιστικές Aναλύσεις 140](#_Toc495943186)

[2.4 Περιορισμοί 140](#_Toc495943187)

[ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3Ο Στατιστικές Αναλύσεις 141](#_Toc495943188)

[3.1. Γενικές Αναλύσεις 141](#_Toc495943189)

[3.2. Αναλύσεις Αξιοπιστίας 145](#_Toc495943190)

[ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4Ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ 146](#_Toc495943191)

[4.1 Συμπεράσματα 146](#_Toc495943192)

[4.2 Συζήτηση 147](#_Toc495943193)

[Βιβλιογραφία 149](#_Toc495943194)

# Πρόλογος

Έχουν περάσει χιλιάδες χρόνια από τότε που είναι γνωστό το πρόβλημα του τραυλισμού και, μέχρι σήμερα, έγιναν αμέτρητες προσπάθειες τόσο για την κατανόηση της παθογένεσής του όσο και για την ανεύρεση αποτελεσματικών μεθόδων και τεχνικών θεραπευτικής αντιμετώπισης του. Ο τραυλισμός εντοπίζεται σε όλα τα μέρη του κόσμου, σε όλους τους πολιτισμούς και σε όλες τις φυλές.Επιπλέον, οι διαφορετικές αντιδράσεις που προκαλεί ο τραυλισμός σε πολιτισμούς ανά τον κόσμο αντανακλούν τους πολλούς και διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τις ατομικές διαφορές. Αποτελεί μια πανάρχαια «κατάρα» και υπάρχουν ενδείξεις ότι υπήρχε στον κινέζικο, αιγυπτιακό και μεσοποτάμιο πολιτισμό πριν από 40 αιώνες (Garfinkel, 1995).

Μέχρι πρόσφατα, ήταν συνήθης πρακτική να αναφερόμαστε στα άτομα που τραυλίζουν ως «τραυλίζοντες» (stutterers). Στην πραγματικότητα, κάποιοι από τους ανθρώπους που τραυλίζουν αποκαλούν τον εαυτό τους «τραυλό» και αντλούνε μια υπερηφάνεια από αυτό τον όρο. Ωστόσο όμως, υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που προτιμούν να μην χαρακτηρίζονται ως «τραυλός» αλλά θέλουν να αποκαλούνται «άτομα που τραυλίζουν». Διαφοροποιούν ,δηλαδή, το κομμάτι του τραυλισμού από την υπόλοιπη ζωή τους γιατί πιστεύουν ότι δεν πρέπει να τους στιγματίζει. Ενήλικες που τραυλίζουν, υποστηρίζουν συχνά ότι αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτονται για τον εαυτό τους, είναι ένα από τα πιο σημαντικά βήματα για να απελευθερωθούν από τα δεσμά του τραυλισμού. Αισθάνονται, και σωστά το αισθάνονται, ότι ο τραυλισμός είναι μόνο ένα μικρό κομμάτι του εαυτού τους. (Ryan, 2001)

Στην Ελλάδα, δυστυχώς, η ενασχόληση των ειδικών με τον τραυλισμό υπήρξε εξαιρετικά περιορισμένη μέχρι σήμερα. Η έρευνα για τον τραυλισμό στη χώρα μας είναι σχεδόν ανύπαρκτη και οι πληροφορίες τις οποίες μπορεί να βρει κανείς στην ελληνική βιβλιογραφία για το πρόβλημα αυτό είναι ελάχιστες και συνήθως περιλαμβάνονται σε βιβλία τα οποία αναφέρονται σε γενικότερα θέματα που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία.

Τα τελευταία χρόνια οι προσπάθειες θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού – με ορισμένες εξαιρέσεις όπως στην περίπτωση της μεθόδου που προτείνεται στο LidcombeProgram – έχουν απομακρυνθεί από την τάση που διέκρινε παραδοσιακά τους ειδικούς να εστιάζουν σε αυτές καθαυτές τις δυσκολίες στη ροή του λόγου. Σήμερα πια, οι θεωρητικές προσεγγίσεις του τραυλισμού, σχεδόν στο σύνολο τους, στηρίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό σε ψυχολογικές θεωρίες και οι προτεινόμενες τεχνικές για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού, στις περισσότερες περιπτώσεις, βασίζονται ουσιαστικά σε ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Στις μέρες μας, οι ειδικοί που ασχολούνται με τον τραυλισμό επιχειρούν να προσεγγίσουν συνολικά τα άτομα με δυσκολίες στη ροή του λόγου, γιατί γίνεται ολοένα και περισσότερο αποδεκτό πως τα αίτια του τραυλισμού δεν περιορίζονται απλώς στη δυσλειτουργία των οργάνων της ομιλίας. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006). Συνεπώς, ο τραυλισμός παρουσιάζεται ως ένα ιδιαίτερο πολύπλοκο πρόβλημα – που απαιτεί πού χρόνο για να μελετηθεί. Είναι αλήθεια ότι μπορεί κάποιος να αφιερώσει όλη του τη ζωή και να εξακολουθεί να μη γνωρίζει όλα όσα πρέπει να γνωρίζει για τον τραυλισμό. Ωστόσο, δε χρειάζεται να γνωρίζουμε τα πάντα προκειμένου να βοηθήσουμε τους ανθρώπους που τραυλίζουν.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ΟΕισαγωγή

Ο τραυλισμός αποτελεί διαταραχή της ροής 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 η εμφάνισή του μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς-κληρονομικούς, νευρογενείς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Κανείς δεν είναι βέβαιος για τις αιτίες του τραυλισμού, το μόνο γνωστό είναι ότι αποτελεί ένα πανάρχαιο πρόβλημα που μπορεί να συνδέεται με τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος μας εξελίχθηκε ώστε να παράγει λόγο και ομιλία. Η ξαφνική εμφάνιση του τραυλισμού σε κάποια παιδιά πυροδοτείται από τις προσπάθειές τους να μιλήσουν χρησιμοποιώντας τις αναδυόμενες δεξιότητες λόγου και ομιλίας. Οι διαφορετικές μορφές και εκδηλώσεις καθορίζονται από τα ατομικά πρότυπα μάθησης, την προσωπικότητα και την ιδιοσυγκρασία του καθενός. (Guitar, 2014)

Ωστόσο, κάποιες φορές άνθρωποι που δεν έχουν σχέση με τα επαγγέλματα υγείας ή δεν έχουν στο περιβάλλον τους τέτοιου είδους ερεθίσματα, με αποτέλεσμα να μην έχουν επίγνωση των διαταραχών ροής μπορεί, λανθασμένα, να συγχέουν τον τραυλισμό με άλλες διαταραχές της κατηγορίας αυτής όπως είναι ο βατταρισμός, η βραδυλαλία και η ταχυλαλία. Για τη διαφοροδιάγνωση του τραυλισμού έχει διεξαχθεί πλήθος ερευνών και με τα χρόνια έχει δημιουργηθεί ένα μέτρο διαχωρισμού της συμπτωματολογίας του τραυλισμού από εκείνη άλλων διαταραχών. Για τη γενικότερη διάγνωσή του πραγματοποιείται συνέντευξη στους γονείς για τα παιδιά ή κλινική παρατήρηση του ίδιου του ατόμου. Επίσης, στην περίπτωση του τραυλισμού, η διαγνωστική διαδικασία δεν περιορίζεται στη διερεύνηση για τη διαπίστωση της παρουσίας δυσκολιών στη ροή του λόγου αλλά εστιάζει, παράλληλα, τόσο στη διερεύνηση των παραγόντων οι οποίοι συντελούν στην εκδήλωση και διατήρηση του φαινομένου αυτού όσο και στον τρόπο με τον οποίο κάθε άτομο βιώνει την εμπειρία και τις συνέπειες του τραυλισμού.(Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Ο τραυλισμός είναι ανεξάρτητος από το επάγγελμα, τη νοημοσύνη και το εισόδημα, επηρεάζει και τα δύο φύλα και άτομα όλων των ηλικιών από τα νήπια μέχρι τους ηλικιωμένους. Οι θεραπευτικές προσπάθειες σήμερα δεν εστιάζουν αποκλειστικά στη βελτίωση της λεκτικής ικανότητας του ατόμου που τραυλίζει, αλλά στη βελτίωση της λειτουργικότητάς του συνολικά (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δυο θεωρητικά κεφάλαια. Στο πρώτο αναλύονται οι ορισμοί του τραυλισμού, τα είδη του, τα αίτια που τον προκαλούν καθώς και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η διάγνωση και η διαφοροδιάγνωσή του. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε κατά τη χορήγηση ερωτηματολογίου για τον τραυλισμό σε φυσιολογικό πληθυσμό. Στο τρίτο κεφάλαιο παρατίθενται στατιστικές αναλύσεις από το σύνολο των ερωτηματολογίων και ειδικές αναλύσεις αυτών. Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στη σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνας και στη συζήτηση για την έρευνα που διεξήχθη για τη διαταραχή του τραυλισμού.

# Ορισμοί του τραυλισμού (Stuttering)

Θα ξεκινήσουμε να αναλύουμε την ορολογία γύρω από την οποία εκτυλίσσεται ο τραυλισμός, αλλά πρώτα αξίζει να οριστεί το αντίθετο του τραυλισμού που είναι η «ευφράδεια» του λόγου, για να γίνει περισσότερο κατανοητός. Με τον όρο «ευφράδεια» επισημαίνονται πόσα στοιχεία πρέπει να διατηρηθούν κατά η ροή του λόγου αν ένας ομιλητής θεωρηθεί ευφραδής. Είναι μια εντυπωσιακή πράξη εξισορρόπησης γιατί λίγο πολύ όλοι γλιστρούν και σκοντάφτουν όταν μιλάνε. Γιατί λέμε όμως ότι η ευχέρεια στο λόγο είναι δύσκολο να οριστεί; (Guitar, 2014)

Αυτό συμβαίνει γιατί οι περισσότεροι εστιάζουν στο αντίθετο, δηλαδή τον τραυλισμό. Η Freida Goldman-Eisler έδειξε ότι η φυσιολογική ομιλία είναι γεμάτη από δισταγμούς(Goldman-Eisler, 1968); Άλλοι ερευνητές έχουν επεκτείνει αυτήν άποψη τοποθετώντας τη φυσιολογική ομιλία απέναντι από τη δύσρυθμη ομιλία. Οι Dalton και Harcastle (1977), για παράδειγμα διέκριναν τον ρέοντα από τον μη ρέοντα λόγο. Για την ευχέρεια, πρέπει να τονιστούν όλα αυτά τα στοιχεία που διατηρούνται κατά την διάρκεια της ομιλίας ώστε να θεωρείται ότι ένας ομιλητής έχει ευφράδεια στο λόγο του. Πρόκειται για μία εντυπωσιακή πράξη ισορροπίας και δεν είναι να απορεί κανείς που ο καθένας μας αρκετές φορές μπερδεύεται και κομπιάζει όταν μιλά. Είναι δύσκολο να ορίσουμε την ευχέρεια στη ροή της ομιλίας. Ωστόσο, οι ομιλητές που χρησιμοποιούν μονότονη ομιλία για να μειώσουν τον τραυλισμό, στην πραγματικότητα δεν έχουν ευχέρεια στην ομιλία. Κι αυτό, γιατί έτσι επηρεάζεται η «φυσικότητα» της ομιλίας και όχι η ευχέρεια. (Guitar, 2014)

Πολλές από τις μεταβλητές που καθορίζουν την ευχέρεια στη ροή της ομιλίας συνδέονται με χρονικές παραμέτρους της παραγωγής της ομιλίας (Starkwheather, 1980, 1987); Στοιχεία όπως οι παύσεις, ο ρυθμός, ο επιτονισμός, ο τόνος, η ταχύτητα είναι κάποιες από αυτές τις παραμέτρους οι οποίες ελέγχονται από το πότε και πόσο γρήγορα κινούνται οι δομές της ομιλίας. Επομένως, ο χρονικός έλεγχος της κίνησης των οργάνων της ομιλίας καθορίζουν την ευχέρεια στη ροή της. Επίσης, όχι μόνο η ροή του ήχου αλλά και η ταχύτητα ροής των πληροφοριών επηρεάζουν σημαντικά την ευχέρεια στη ροή της ομιλίας(Starkwheather, 1980, 1987); Έτσι, ο ομιλητής που μιλά χωρίς δισταγμούς αλλά δυσκολεύεται να μεταφέρει πληροφορίες σε συγκεκριμένο χρόνο και με συγκεκριμένο τρόπο, δε θεωρείται ομιλητής με ευχέρεια στην ομιλία. (Guitar, 2014)

Ουσιαστικά, η ευχέρεια στη ροή της ομιλίας μπορεί απλά να θεωρηθεί ως η αβίαστη, χωρίς κόπο, ροή της ομιλίας. Έτσι, ο ομιλητής που κρίνεται ότι έχει ευχέρεια στη ροή της ομιλίας, φαίνεται ότι προσπαθεί ελάχιστα όταν μιλάει. Ωστόσο, είναι δύσκολο να προσδιοριστούν τα στοιχεία τα οποία συγκροτούν μία αβίαστη, άνετη ομιλία. Καθώς οι ερευνητές αναλύουν προσεχτικά τον όρο «ευχέρεια στη ροή της ομιλίας», ανακαλύπτουν ότι η παρουσία υπερβολικής προσπάθειας οδηγεί συχνά στο συμπέρασμα ότι ο ομιλητής τραυλίζει. Παρόλα αυτά, άλλα στοιχεία της ομιλίας, όπως ένας ιδιαίτερος ρυθμός ή μία αργή ταχύτητα στη ροή των πληροφοριών, μπορεί να οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι κάποιος ομιλητής δεν έχει ευχέρεια στη ροή της ομιλίας, αλλά δεν έχει και τραυλισμό. (Guitar, 2014)

Ο τραυλισμός φαίνεται εκ πρώτης όψεως πολύπλοκος και μυστηριώδης αλλά ένα μεγάλο μέρος του οφείλεται στην ανθρώπινη φύση και κατανοείται πιο εύκολα αν ο καθένας μας σκεφτεί προσωπικές του εμπειρίες. Ο τραυλισμός χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογικές διακοπές στη ροή της ομιλίας με μεγάλη συχνότητα και/ή διάρκεια. Αυτές οι διακοπές συνήθως έχουν τις ακόλουθες μορφές:

1. ***Επαναλήψεις*** ήχων, συλλαβών ή μονοσύλλαβων λέξεων
2. ***Επιμηκύνσεις*** ήχων
3. ***Παύσεις*** εκπνεόμενου αέρα ή της φώνησης

Ένας άλλος τρόπος να περιγράψουμε τον τραυλισμό, είναι να προσδιορίσουμε τι δεν είναι τραυλισμός. Για παράδειγμα, είναι σημαντική η διάκριση ανάμεσα στις συμπεριφορές του τραυλισμού που περιγράψαμε παραπάνω και τους φυσιολογικούς δισταγμούς ή τις παύσεις. Τα παιδιά που αναπτύσσουν λόγο και ομιλία με φυσικό τρόπο συχνά εμφανίζουν επαναλήψεις, αναθεωρήσεις και παύσεις στην ομιλία τους- που δεν είναι τραυλισμός. Ούτε είναι τραυλισμός οι σύντομες επαναλήψεις, οι αναθεωρήσεις και οι παύσεις στην ομιλία των περισσότερων ενηλίκων που δεν τραυλίζουν αλλά βιάζονται ή δεν είναι σίγουροι για κάτι. Θα πρέπει επίσης να γίνει η διάκριση ανάμεσα στον τραυλισμό και κάποιες άλλες διαταραχές στη ροή της ομιλίας. Δυσρυθμίες που προκύπτουν μετά από εγκεφαλική βλάβη, ασθένεια ή ψυχολογικό τραύμα διαφέρουν από τον τραυλισμό που ξεκινά στην παιδική ηλικία. Επιπλέον, ο τραυλισμός διαφέρει από το Σύνδρομο Διακοπτόμενης Ταχυλαλίας **(cluttering)**, μία ακόμα διαταραχή στη ροή της ομιλίας που χαρακτηρίζεται από γρήγορη και δυσκατάληπτη ομιλία. (Guitar, 2014)

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για τον τραυλισμό. Οι περισσότεροι από αυτούς αναφέρονται σε επαναλαμβανόμενη, παρατεταμένη ή διακοπτόμενη ροή του λόγου, ειδικές φοβίες ή άγχος για τον λόγο, και αυτό-αντίληψη ή στάσεις που σχετίζονται με το φόβο για ομιλία και/ή τη διαταραχή του λόγου αυτή κάθε αυτή (Ryan, 2001). Οι ενήλικες που τραυλίζουν συχνά λένε ότι αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτονται τον εαυτό τους-σαν άνθρωποι που τυχαίνει να τραυλίζουν αλλά με πολλά σημαντικά γνωρίσματα- ήταν ένα από τα πιο σημαντικά πράγματα που έκαναν για να σπάσουν τους δεσμούς του τραυλισμού. Τέτοιες αναφορές μας υπενθυμίζουν ότι οι πάσχοντες είναι πολλά περισσότερα από άνθρωποι που τραυλίζουν. Είναι άνθρωποι, ο καθένας με ένα γαλαξία χαρακτηριστικών, ένα από τα οποία είναι ότι τραυλίζουν. Αυτός ο τρόπος σκέψης μάς επιτρέπει να βοηθήσουμε όχι μόνο τους πελάτες μας αλλά επίσης και τις οικογένειές τους. Οι οικογένειες μαθαίνουν να ακούν πέρα από τους ήχους του τραυλισμού τις σκέψεις και τα συναισθήματα που τα παιδιά τους επικοινωνούν. Αυτό βοηθά τον καθένα να δει τις δυσχέρειες στη ροή σαν ένα μικρό μόνο κομμάτι ολόκληρου του παιδιού. (Guitar, 2014)

O Charles Van Riper (1972) περιέγραψε τον τραυλισμό σαν «ένα παζλ, του οποίου τα κομμάτια βρίσκονται διάσπαρτα στο τραπέζι της λογοπαθολογίας, ψυχιατρικής, της νευροφυσιολογίας, της γενετικής και άλλων πολλών κλάδων… υποπτευόμαστε ότι κάποια ουσιώδη κομμάτια δεν είναι απλώς άστοχα αλλά ακόμα αγνοούνται». Τα λόγια αυτά ίσως αναφέρονται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε να κατανοήσουμε τον τραυλισμό στις αρχές του 21ου αιώνα. Ακόμη, παρά το γεγονός ότι ο τραυλισμός έχει μελετηθεί εκτενώς, κομμάτια του πάζλ του και της αινιγματικής του φύσης συνεχίζει να αποτελεί πρόκληση για πολλούς σύγχρονους φοιτητές, κλινικούς και ερευνητές. (Packman&Attanasio, 2017)

Ο τραυλισμός ίσως να φαίνεται σε πολλούς ως ένα απλό πρόβλημα ή μια κακή συνήθεια και σε άλλους ως ένα μυστήριο. Η αναζήτηση της λύσης σ’ αυτό το μυστήριο έχει επιχειρηθεί τόσο από άτομα που τραυλίζουν και τους οικείους τους όσο και από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων και ιδιαίτερα από γιατρούς, λογοθεραπευτές και ψυχολόγους. Είναι γεγονός, όμως, ότι οι περισσότερες και πιο σημαντικές ίσως προσπάθειες μέχρι σήμερα έγιναν από λογοθεραπευτές. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η συμβολή των ερευνών οι οποίες ξεκίνησαν από μία ομάδα επιστημόνων του Πανεπιστημίου της Iowa των Ηνωμένων Πολιτειών κατά τη δεκαετία του 1930, μεταξύ των οποίων μάλιστα ήταν αρκετοί εκείνοι οι οποίοι τραύλιζαν, όπως, για παράδειγμα, οι Johnson και Van Riper. Παλαιότερα είχαν γίνει επίσης πολλές ανάλογες προσπάθειες στη Γερμανία, ενώ πρόσφατα υπάρχει πολύ έντονη ερευνητική δραστηριότητα σ’ αυτόν το χώρο στην Αυστραλία.

Σύμφωνα με το DSM-IV και το ICD-10, αλλά και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο τραυλισμός θεωρείται ως διαταραχή του λόγου και της ομιλίας και τον εντάσσεται στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών της επικοινωνίας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το DSM-IV, ο τραυλισμός ορίζεται ως διαταραχή της φωνολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας, η οποία είναι δυσανάλογη για την ηλικία του ατόμου (APA, 1994). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο τραυλισμός είναι μία «διαταραχή στο ρυθμό της ομιλίας, κατά την οποία το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει, εξαιτίας μας ακούσιας επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου» (WHO, 1997).(Πελεκάνος, 2014). Ωστόσο, ο τραυλισμός διαφοροποιείται σημαντικά από τις υπόλοιπες διαταραχές του λόγου και της ομιλίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, μπορεί να εκδηλωθεί τραυλισμός χωρίς να χρησιμοποιούνται τα όργανα παραγωγής λόγου, καθώς μορφές συμπεριφοράς που μοιάζουν με τον τραυλισμό στον προφορικό λόγο έχουν καταγραφεί και κατά την επικοινωνία κωφών με την νοηματική γλώσσα (Silverman&Silverman,1971; Montgomery&Fitch, 1988).

# 1.1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

# 1.1.2.1 Συχνότητα εκδήλωσης και ηλικία έναρξης

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, ο τραυλισμός εκδηλώνεται περίπου στο 1% του γενικού τραυλισμού ενώ συμπτώματα τραυλισμού με διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών παρουσιάζει το 5% του πληθυσμού (Andrewsetal., 1983;Peters&Guitar, 1991). Συγκεκριμένα, η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού σε παιδιά ηλικίας 2 έως 10 ετών υπολογίζεται στο 1,4%, ενώ στους εφήβους ηλικίας 11 έως 20 ετών υπολογίζεται στο 0,5% (Craigetal.,2002). Η διαφορά αυτή φαίνεται να υποδηλώνει την αυτόματη υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού σε ποσοστό 23-80% πριν την εφηβεία ( Andrews et al., 1983; Yairi et al., 1993).

Ορισμένοι ερευνητές διερεύνησαν τη συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού σε άτομα που παρουσιάζουν και άλλου είδους προβλήματα και διαπίστωσαν διαφορές σε σχέση με τα επιδημιολογικά στοιχεία που διαθέτουμε για το γενικό πληθυσμό. Χαρακτηριστικά αναφέρεται η περίπτωση των ατόμων με νοητική υστέρηση, μεταξύ των οποίων η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού ανέρχεται στο 3%. Η συχνότητα αυτή μάλιστα αυξάνεται εντυπωσιακά στις περιπτώσεις των παιδιών με σύνδρομο Down, στα οποία ο τραυλισμός εκδηλώνεται σε ποσοστά μεταξύ 21% - 48% (Lubman, 1955; Schlanger, 1973). Ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο είναι επίσης η εκδήλωση τραυλισμού σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση, καθώς οι ερευνητές έχουν καταγράψει ποσοστά που κυμαίνονται από 3,9% - 24% (Heltman & Peacher, 1943; Rutherford, 1938). Σε αντίθεση, η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού σε άτομα με προβλήματα ακοής είναι μικρότερη από αυτή που παρατηρείται στο γενικό πληθυσμό, καθώς αγγίζει μόλις το 0,12% (Montgomery&Fitch, 1988). Τέλος, διερευνήθηκε η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε δίγλωσσα άτομα και διαπιστώθηκε διπλάσιο ποσοστό (2,1% - 2,8%) σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Travis et al., 1937; Stern, 1948). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Ο τραυλισμός μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε στιγμή κατά την παιδική ηλικία, αλλά η συνηθέστερη ηλικία έναρξης εντοπίζεται μεταξύ 2 και 5 ετών, ενώ ως μικρότερη ηλικία έναρξης αναφέρονται οι 18 μήνες, με την εμφάνιση των πρώτων προτάσεων στην ομιλία του παιδιού (Bloodstein, 1987). Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο τραυλισμός συμπίπτει με την περίοδο ραγδαίας ανάπτυξης του προφορικού λόγου. Άλλοτε η έναρξη του τραυλισμού είναι απότομη και άλλοτε σταδιακή και χαρακτηρίζεται από εναλλασσόμενα διαστήματα τραυλισμού και φυσιολογικής ροής της ομιλίας (Yairi, 1997a). Σύμφωνα με τον Andrews (1984), εκτιμάται ότι η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού μειώνεται κατά το 50% μετά την ηλικία των 4 ετών, κατά 75% μετά την ηλικία των 6 ετών, ενώ ελαχιστοποιείται μετά την πάροδο του 12ου έτους της ηλικίας. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές (Yairi&Ambrose, 1992), η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού μετά τα 3${1}/{2}$ έτη αγγίζει μόλις το 25%.

# 1.1.2.2 Διαφορές φύλου

Η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού φαίνεται να διαφοροποιείται στα δύο φύλα, όπως συμβαίνει άλλωστε στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτυξιακών δυσκολιών. Η διαφοροποίηση αυτή, όμως, δεν είναι εμφανής από την προσχολική ηλικία κατά την οποία η αναλογία αγοριών – κοριτσιών είναι περίπου 1:1 (Yairi, 1983). Η αναλογία αυτή διαφοροποιείται σε μεγαλύτερη ηλικία, καθώς κυμαίνεται από 3:1 σε βάρος των αγοριών σε παιδιά ηλικίας 6 – 7 ετών και έως 5:1 σε εφήβους ηλικίας 12 – 13 ετών (Bloodstein, 1987). Η διαφορά αυτή μπορεί να υποδηλώνει, αφενός, μεγαλύτερο ποσοστό αυτόματης υποχώρησης του προβλήματος στα κορίτσια και, αφετέρου, αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης τραυλισμού σε αγόρια μεγαλύτερης ηλικίας (Neaves, 1970; Quinn&Andrews, 1977).

Ορισμένοι 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 (West, 1958;Berry&Eisenson, 1956).Η άποψη αυτή εντάσσεται στα πλαίσια μιας ευρύτερης επιστημονικής προσέγγισης, σύμφωνα με την οποία διερευνώνται οι γενετικοί παράγοντες που καθιστούν τα αγόρια πιο ευάλωτα από τα κορίτσια για την εκδήλωση ενός φάσματος αναπτυξιακών διαταραχών. Άλλοι ερευνητές επισημαίνουν την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων και, συγκεκριμένα, τις διαφορετικές αντιλήψεις των γονέων για την γλωσσική ανάπτυξη αγοριών και κοριτσιών και τις διαφορετικές απαιτήσεις που προβάλλουν σε αυτόν τον τομέα.

HTatman (Bloodstein, 1995), στην προσπάθεια της να ερμηνεύσει τη συχνότερη εμφάνιση του τραυλισμού στα αγόρια, διατυπώνει την υπόθεση ότι τα κορίτσια αναμένεται να είναι λιγότερο διεκδικητικά από τα αγόρια, με αποτέλεσμα να δικαιολογείται η σιωπηλή τους στάση σε καταστάσεις έντασης και άγχους. Τα κορίτσια είναι, επομένως, σε θέση να αποφύγουν ευκολότερα τον προφορικό λόγο σε καταστάσεις που θα τα καθιστούσαν επιρρεπή στην εκδήλωση τραυλισμού. Αντίθετα, αναμένεται από τα αγόρια να μιλήσουν σε ανάλογες καταστάσεις, ακόμα και υπό πίεση, η οποία όμως ευνοεί την εκδήλωση του τραυλισμού. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Μια άλλη διαφορά που έχει διαπιστωθεί μεταξύ των δύο φύλων αφορά στην έναρξη του τραυλισμού, η οποία εντοπίζεται στα κορίτσια περίπου 6 μήνες νωρίτερα σε σύγκριση με τα αγόρια (Yairi&Ambrose, 1992).Αυτό το γεγονός ενδεχομένως οφείλεται στη γρηγορότερη γλωσσική ανάπτυξη των κοριτσιών, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ο τραυλισμός εκδηλώνεται συνήθως στην ηλικία ραγδαίας ανάπτυξης του λόγου.

# 1.1.3 Τα βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού

# 1.1.3.1 «Στιγμές τραυλισμού» και «φαινόμενα δισταγμού»

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι η περιοδικότητα με την οποία εκδηλώνεται. Σε ελάχιστες περιπτώσεις ένα άτομο τραυλίζει σε κάθε λέξη που εκφέρει (Johnson, 1961; Silverman, 1974). Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο λόγος ενός ατόμου που τραυλίζει παρουσιάζει ανάμεικτα στοιχεία: λέξεις ή φράσεις οι οποίες εκφέρονται με δυσκολία και λέξεις ή φράσεις οι οποίες εκφέρονται με εντελώς φυσιολογική ροή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το άτομο που τραυλίζει μπορεί να μιλά με απολύτως φυσιολογική ροή για ώρες, ημέρες, εβδομάδες ή ακόμη και μήνες και στη συνέχεια να αρχίσει ξανά να τραυλίζει. Για το λόγο αυτόν, είναι αντιπροσωπευτικότερη η χρήση του όρου «στιγμές τραυλισμού», ο οποίος υποδηλώνει την περιοδικότητα του φαινομένου καθώς και το γεγονός ότι η εκδήλωση τραυλισμού δεν αποτελεί οπωσδήποτε συνεχές και μόνιμο χαρακτηριστικό στο λόγο των ατόμων με αυτό το πρόβλημα. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Υπάρχουν έντονες διαπροσωπικές αλλά και ενδοπροσωπικές διαφορές στη συχνότητα εκδήλωσης των στιγμών του τραυλισμού. Η συχνότητα αυτή διαφοροποιείται σημαντικά τόσο μεταξύ των ατόμων που τραυλίζουν όσο και στο ίδιο το άτομο, καθώς επηρεάζεται συνήθως από τις συνθήκες υπό τις οποίες το άτομο χρειάζεται να μιλήσει. Επίσης, η διάρκεια των στιγμών τραυλισμού μπορεί να ποικίλλει από δέκατα του δευτερολέπτου έως μερικά λεπτά (Starkweather, 1987).

Κατά τη διάρκεια των στιγμών τραυλισμού, η παραγωγή του λόγου χαρακτηρίζεται από «φαινόμενα δισταγμού». Η επανάληψη τμήματος ή και ολόκληρης της λέξης, η στιγμιαία παύση πριν από μία λέξη, η χρήση ηχητικών στοιχείων, όπως «εεεε…», «ξέρεις», πριν από μία λέξη, η διακοπή της ροής του λόγου προκειμένου ο ομιλητής να διορθώσει μία λέξη που πρόφερε λανθασμένα, αποτελούν ορισμένα από αυτά τα φαινόμενα δισταγμού, τα οποία, στην πλειονότητά τους, εμφανίζονται αρκετές φορές στο λόγο όλων των ανθρώπων σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές και καταστάσεις. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Απαραίτητη προϋπόθεση, προκειμένου να δοθεί η διάγνωση του τραυλισμού σε ένα άτομο, είναι η συστηματική εκδήλωση «φαινομένων δισταγμού» τα οποία δεν εντάσσονται στα φυσιολογικά πλαίσια, σύμφωνα με τη γνώμη του ειδικού. Η διάκριση μεταξύ φυσιολογικών φαινομένων δισταγμού και φαινομένων δισταγμού που αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού είναι αρκετά δύσκολη σε κάποιες περιπτώσεις, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παιδιά προσχολικής ηλικίας (Williams&Kent, 1958). Σε κάθε περίπτωση, η συχνότητα και η ένταση των φαινομένων αυτών, καθώς και η ενδεχόμενη ύπαρξη δευτερογενών συμπτωμάτων, αποτελούν διαφοροποιείς ενδείξεις ανάμεσα στα φυσιολογικά «κομπιάσματα» της ροής του λόγου και τον τραυλισμό. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

# 1.1.3.2 Περιγραφή των φαινομένων δισταγμού

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

1. ***Επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών και λέξεων***

Οι επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών και λέξεων (κυρίως μονοσύλλαβων) αποτελούν το πλέον χαρακτηριστικό γνώρισμα του τραυλισμού, το οποίο εκδηλώνεται τόσο στην ομιλία παιδιών προσχολικής ηλικίας που ξεκινούν να τραυλίζουν, όσο και στην ομιλία ενηλίκων που τραυλίζουν (Johnson, 1961).Αυτή η μορφή εκδήλωσης τραυλισμού ονομάζεται κλονική. Παραδείγματα τέτοιων επαναλήψεων είναι τα εξής: α) Το μωρό ήπιε το **γ**-γάλα του, β) Το μωρό ήπιε το **γα**-γάλα του, γ) Το μωρό ήπιε **το** το γάλα του. Οι περισσότερες επαναλήψεις εμφανίζονται στις πρώτες συλλαβές των λέξεων και σχεδόν πότε στις τελευταίες (Lebrun&Van Borsel, 1990; Stansfield, 1995). Ο αριθμός των επαναλήψεων ποικίλλει συνήθως από δύο έως πέντε φορές (Van Riper, 1982). Εάν κατά τη διάρκεια των επαναλήψεων το άτομο βιώνει μεγάλη ένταση, τότε οι ήχοι μπορεί να επιμηκύνονται ή να προφέρονται δυσρυθμικά (Van Riper, 1982). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

1. ***Δυσρυθμίες***

Πρόκειται για διαταραχές στο ρυθμό εκφοράς του λόγου. Τα δύο συνηθέστερα είδη δυσρυθμιών είναι οι επιμηκύνσεις στην παραγωγή σύντομων λεκτικών στοιχείων και οι «σπασμένες λέξεις». Αυτή η μορφή τραυλισμού ονομάζεται τονική. Οι επιμηκύνσεις φθόγγων, όπως και οι επαναλήψεις, εμφανίζονται συνήθως στους αρχικούς (Bloodstein, 1987). Εκδηλώνονται ως επίμονο «κόμπιασμα» σε μία αρθρωτική θέση ή ως παρατεταμένος ήχος και η διάρκεια τους φτάνει συνήθως μέχρι τα πέντε δευτερόλεπτα (Sheehan, 1974). Κατά την επιμήκυνση ενός φθόγγου, το άτομο δίνει την εντύπωση ότι αδυνατεί να προφέρει τον ήχο που θέλει να πει και συχνά η προσπάθεια αυτή συνοδεύεται από ορατή ένταση στους μυς του προσώπου ή/και του λαιμού. Για παράδειγμα, καθώς το άτομο προσπαθεί να αρθρώσει τη λέξη «**θθθθθ**θθέλω», μπορεί να κλείνει τα μάτια ή να τεντώνει τις φλέβες του λαιμού του. Ως «σπασμένες λέξεις» αναφέρονται αυτές κατά τις οποίες το άτομο κάνει μια αφύσικη παύση ανάμεσα στις συλλαβές μιας λέξης, για παράδειγμα λέει «θέ**[παύση]**λω». Οι παύσεις αυτές μπορεί να είναι σιωπηρές ή να χαρακτηρίζονται από την παραγωγή κάποιου ήχου, που ενδέχεται να σχετίζεται ή και να μην σχετίζεται με τον πρώτο ήχο της επόμενης συλλαβής. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

1. ***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 (Williamsetal., 1968).Εμφανίζονται συνήθως πριν από λέξεις των οποίων το άτομο δυσκολεύεται να προφέρει τον πρώτο φθόγγο, για παράδειγμα «Το μωρό πίνει το […….] γάλα του». Ο μηχανισμός που υποκινεί αυτές τις παύσεις φαίνεται ανάλογος με αυτόν που υποκινεί τις «σπασμένες λέξεις»: δυσκολία ρύθμισης της ποσότητας του αέρα που χρειάζεται να εκπνεύσει το άτομο προκειμένου να προφέρει τον εν λόγω φθόγγο. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

1. ***Ατελείς φράσεις***

Υπάρχουν φράσεις τις οποίες το άτομο που τραυλίζει ξεκινά να προφέρει αλλά δεν τις ολοκληρώνει, για παράδειγμα «θέλω να ……..». Παρόλο που οι ατελείς αυτές φράσεις, όπως και όλα τα «φαινόμενα δισταγμού» άλλωστε, ενδέχεται να εμφανίζονται κατά καιρούς ακόμη και στο λόγο ατόμων που δεν τραυλίζουν, υπάρχει μια διαφορά όταν εκδηλώνονται σε άτομα που τραυλίζουν. Σε αυτή την περίπτωση, η φράση παραμένει ατελής επειδή το άτομο που τραυλίζει ενδέχεται να πιστεύει ότι στην επόμενη λέξη μπορεί να «κολλήσει» και επομένως προτιμά σκόπιμα να την αποφύγει (Van Riper, 1982). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

1. ***Εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων ή φράσεων***

Στην ομιλία όλων των ανθρώπων παρεμβάλλονται ορισμένες φορές φθόγγοι ή φράσεις όπως «εεεε…», «μμμ….», «ξέρεις τώρα» και άλλα, τα οποία δεν παρεμποδίζουν το νόημα της πρότασης (Johnson, 1961). Στην ομιλία των ατόμων που τραυλίζουν, οι εμβολές αυτές είναι ιδιαίτερα συνήθεις και αποτελούν προσπάθεια αλλοίωσης ορισμένων λέξεων, στις οποίες ο ομιλητής φοβάται ότι θα «κολλήσει» (Van Riper, 1982). Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας αυτές οι εμβολές μπορεί να παίρνουν τέτοια μορφή, που να δυσχεραίνουν την επικοινωνία. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

1. ***Αναθεωρήσεις***

Τα άτομα που τραυλίζουν έχουν ορισμένες φορές την τάση να μην ολοκληρώνουν τη λέξη την οποία ξεκίνησαν να εκφέρουν τραυλίζοντας, αλλά να την αντικαθιστούν με κάποιο συνώνυμο προκειμένου να αποφύγουν περαιτέρω τραυλισμό, για παράδειγμα «το μμμ(ωρό), **το παιδί** πίνει το γάλα του» (Van Riper, 1982). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

1. ***Αφύσικος ρυθμός ομιλίας***

Ο ρυθμός ομιλίας των ατόμων που τραυλίζουν μπορεί να κυμαίνεται από πολύ αργός έως πολύ γρήγορος. Ο αργός ρυθμός μπορεί να είναι αποτέλεσμα του ίδιου του τραυλισμού, ή να υιοθετείται σκόπιμα από το άτομο 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 (Van Riper, 1982). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

1. ***Αφύσικο ανέβασμα της έντασης και του τόνου της φωνής***

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αύξηση της έντασης της φωνής ή η εκφορά του λόγου με μονότονο τρόπο μπορεί να υιοθετείται από τα άτομα που τραυλίζουν, στην προσπάθεια τους να αποφύγουν τον τραυλισμό (Van Riper, 1982). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

# 1.1.4 Δευτερογενή συμπτώματα που συνοδεύουν στιγμές τραυλισμού

# 1.1.4.1 Μορφές συμπεριφοράς που συνοδεύουν τις στιγμές τραυλισμού

Κατά τη διάρκεια στιγμών τραυλισμού παρατηρείται συχνά η εκδήλωση ορισμένων μορφών συμπεριφοράς λεκτικών και μη λεκτικών, οι οποίες συνοδεύουν τα φαινόμενα δισταγμού. Αυτά τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του τραυλισμού εμφανίζονται σε γενικές γραμμές συχνότερα στις περιπτώσεις των ενηλίκων και των μεγαλύτερων παιδιών και λιγότερο στα παιδιά προσχολικής και πρώτης ηλικίας (Van Riper, 1982). Ωστόσο, ορισμένα από αυτά ενδέχεται να εμφανίζονται ήδη από την προσχολική ηλικία (Conture&Kelly, 1991 ; Yairi et al., 1993). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Δευτερεύοντα συμπτώματα μη λεκτικής φύσης που ενδέχεται να συνοδεύουν τον τραυλισμό είναι η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, το συνεχές άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων, η ρυτίδωση του μετώπου, η πίεση των χειλιών μεταξύ τους και διάφορες παρασιτικές κινήσεις των μυών του προσώπου, της κεφαλής και των χεριών. Συχνά εμφανίζονται επίσης νευροφυτικά συμπτώματα όπως κοκκίνισμα, εφίδρωση, δυσκολίες στην αναπνοή με σμίκρυνση του χρόνου εκπνοής και αύξηση του χρόνου εισπνοής κ.α. (Silverman, 2004). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Ως δευτερεύοντα συμπτώματα λεκτικής φύσης αναφέρονται στερεοτυπικές παραγωγές της ομιλίας όπως οι εμβολοφρασίες (παρεμβολές ήχων, συλλαβών λέξεων και φράσεων πριν από τις «δύσκολες λέξεις», οι οποίες δεν έχουν λειτουργική θέση στο λόγο), οι περίεργες διακυμάνσεις του τόνου και της έντασης της φωνής καθώς και οι ασυνήθιστες αυξομειώσεις της ταχύτητας ομιλίας (Silverman, 2004). Αυτά τα συμπτώματα ενδέχεται να εμφανίζονται είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμούς μεταξύ τους (Prins&Lohr, 1972) και μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες: (α) ***συμπτώματα αποφυγής,*** τα οποία περιλαμβάνουν τις προσπάθειες αντικατάστασης των λέξεων στις οποίες το άτομο φοβάται ότι θα τραυλίσει, (β) ***συμπτώματα αναβολής,*** τα οποία αφορούν στις προσπάθειες καθυστέρησης της εκφοράς των λέξεων στις οποίες το άτομο φοβάται ότι θα τραυλίσει με τη χρήση παύσεων ή λέξεων, όπως «ξέρεις», «λοιπόν» κ.α., (γ) ***συμπτώματα εκκίνησης,*** τα οποία αναφέρονται στη στερεότυπη χρήση συγκεκριμένων ήχων, όπως «εεεε» πριν από τις λέξεις στις οποίες το άτομο φοβάται ότι θα τραυλίσει, (δ) ***συμπτώματα διαφυγής,*** τα οποία εκδηλώνονται ως απότομη διακοπή του λόγου και ενδεχόμενη προσπάθεια επανάληψης της φράσης στην οποία εκδηλώθηκε τραυλισμός και (ε) ***συμπτώματα μείωσης*** της προσδοκίας τραυλισμού, τα οποία αφορούν στην υιοθέτηση παράξενου ρυθμού ομιλίας, προκειμένου το άτομο να προλάβει την εκδήλωση τραυλισμού (Van Riper, 1937). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Σύμφωνα με τους περισσότερους ειδικούς, το άτομο που τραυλίζει εκδηλώνει αυτές τις μορφές συμπεριφοράς επειδή πιστεύει ότι το διευκολύνουν να αποφύγει τα φαινόμενα δισταγμού ή τουλάχιστον να μειώσει τη σοβαρότητα τους (Bloodstein, 1987). Όταν το άτομο φοβάται ότι θα τραυλίσει πριν από μία λέξη, είναι πιθανόν να προσπαθήσει να κάνει κάτι πριν εκφέρει αυτή τη λέξη, όπως να κλείσει τα μάτια του, να πει μια πιο εύκολη λέξη πριν από αυτή στην οποία πιστεύει ότι θα τραυλίσει, να κάνει κάποια κίνηση με το κεφάλι κ.α. Σε περίπτωση που τύχει κάποιες από αυτές τις μορφές συμπεριφοράς να συμπέσουν με αποφυγή του τραυλισμού, τότε το άτομο τείνει συνήθως να αποδώσει αυτό το αποτέλεσμα στην εκδήλωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, την οποία υιοθετεί πλέον κάθε φορά που φοβάται ότι θα τραυλίσει. Η θεωρία της συντελεστικής μάθησης αποτελεί το κατάλληλο θεωρητικό πλαίσιο κατανόησης αυτών των φαινομένων. Όταν μια μορφή συμπεριφοράς, ως αποτέλεσμα δοκιμής και πλάνης, οδηγήσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα, τότε τείνει να επαναληφθεί και α μετατραπεί σε εξαρτημένη αντίδραση. Με τον τρόπο αυτόν εγκαθίστανται τα δευτερογενή χαρακτηριστικά που συνοδεύουν συχνά τον τραυλισμό ως μαθημένες αντιδράσεις. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Αυτές οι μορφές συμπεριφοράς αρχικά φαίνονται αποτελεσματικές για την αποφυγή του τραυλισμού, για δύο λόγους. Πρώτον, αποτελούν μια αλλαγή στο συνήθη τρόπο ομιλίας του ατόμου και, όπως προαναφέρθηκε, όταν το άτομο διαφοροποιεί το συνήθη τρόπο ομιλίας του, συνήθως μειώνεται η σοβαρότητα του τραυλισμού. Δεύτερον, το άτομο συνδέει αυτές τις μορφές συμπεριφοράς με την μείωση της σοβαρότητας του τραυλισμού, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η πεποίθησή του ότι με τον τρόπο αυτόν μπορεί να αποφύγει την εκδήλωση του (Silverman, 2004). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα αυτών των μορφών συμπεριφοράς είναι προσωρινή, διότι με την πάροδο του χρόνου δεν αποτελούν πλέον πρωτότυπα στοιχεία ομιλίας, οπότε γίνονται συνήθη και παύει να ισχύει ο λόγος που τις κατέστησε αποτελεσματικές σε πρώτη φάση. Το γεγονός αυτό μειώνει την εμπιστοσύνη του ομιλητή στην αποτελεσματικότητα τους. Παρόλα αυτά, συχνά αυτές οι μορφές συμπεριφοράς δεν εξαφανίζονται όταν χάσουν την αποτελεσματικότητα τους. Άλλοτε αντικαθίστανται από άλλες συναφείς μορφές συμπεριφοράς, που θα κάνουν κι αυτές το κύκλο τους, και άλλοτε παραμένουν ως συνήθειες διότι έχουν ενσωματωθεί πλέον στον συμπεριφεριολογικό ρεπερτόριο του ατόμου που τραυλίζει (Silverman, 2004). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

# 1.1.4.2 Υποκειμενικά βιώματα που συνοδεύουν τις στιγμές τραυλισμού

Οι μορφές συμπεριφοράς που περιγράφηκαν στην προηγούμενη ενότητα, μαζί με τα φαινόμενα δισταγμού, αποτελούν την ορατή πλευρά των στιγμών τραυλισμού, η οποία γίνεται συνήθως αντιληπτή τόσο από το άτομο που τραυλίζει όσο και από τους ακροατές του. Εκτός αυτών όμως, υπάρχει και μια αθέατη πλευρά , η οποία περιλαμβάνει τα υποκειμενικά βιώματα του ομιλητή που τραυλίζει τόσο σε φυσιολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Η μελέτη των βιωμάτων αυτών πραγματοποιείται κυρίως με αναδρομικές έρευνες που βασίζονται στις εμπειρίες μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων με τραυλισμό. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Κατά τη διάρκεια στιγμών τραυλισμού, το άτομο αισθάνεται ότι υπάρχει ένα φυσικό εμπόδιο στην προσπάθεια του να αρθρώσει λόγο, δηλαδή βιώνει αδυναμία μυϊκού ελέγχου των οργάνων της ομιλίας. Σε περιγραφές αυτών των βιωμάτων, τα άτομα με τραυλισμό αναφέρουν ότι αισθάνονται «τη γλώσσα να κολλάει στον ουρανίσκο», «τα χείλη να σφίγγουν μεταξύ τους», «το λαιμό να κλείνει». Γενικά, οι περιγραφές αυτές υποδηλώνουν ότι οι στιγμές τραυλισμού συνοδεύονται από βιώματα έντασης για τον ομιλητή (Snidecor, 1955). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Σε ψυχολογικό επίπεδο, ακριβώς πριν από την εκδήλωση τραυλισμού, το άτομο αισθάνεται συνήθως άβολα. Το συναίσθημα αυτό μπορεί να ποικίλλει από ελαφρά δυσφορία μέχρι πανικό και χαρακτηρίζεται ως «αναμονή τραυλισμού». Για πολλούς ερευνητές, μάλιστα, αυτή η αναμονή τραυλισμού πολλές φορές προκαλεί τελικά την εκδήλωση του τραυλισμού. Μετά την εκδήλωση τραυλισμού, ο ομιλητής αισθάνεται συνήθως ντροπή, απογοήτευση και αγωνία για ενδεχόμενη επανεμφάνιση του προβλήματος (Bloodstein, 1987). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Ως συνέπεια αυτών των βιωμάτων, συχνά τα άτομα που τραυλίζον αναπτύσσουν φοβικές αντιδράσεις απέναντι στην ομιλία και ενδέχεται να αρχίσουν να αποφεύγουν τις καταστάσεις στις οποίες καλούνται να μιλήσουν και να απαντούν με όσο το δυνατόν λιγότερα λόγια, όταν δεν μπορούν να αποφύγουν κάποια ερώτηση. Σε έρευνα που έγινε με παιδιά σχολικής ηλικίας, διαπιστώθηκε ότι τα μισά περίπου προτιμούσαν να μην απαντήσουν σε ερωτήσεις των οποίων γνώριζαν την απάντηση, προκειμένου να αποφύγουν την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού (Knudsen, 1939). Επίσης, στις τελευταίες τάξεις του δημοτικού, τα παιδιά με τραυλισμό έτειναν να χρησιμοποιούν λιγότερες λέξεις από τους συνομηλίκους τους όταν καλούνται να αφηγηθούν μια ιστορία (Silverman, 1976a). Αυτές οι προσπάθειες αποφυγής της ομιλίας φαίνεται να αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου (McLelland&Cooper, 1978). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

# 1.1.5 Συνοδά προβλήματα του τραυλισμού

# 1.1.5.1 Προβλήματα στη γλωσσική ανάπτυξη του ατόμου που τραυλίζει

Στην ηλικία μεταξύ δύο και τεσσάρων ετών, παρατηρείται ραγδαία πρόοδος των παιδιών στον τομέα της γλωσσικής ανάπτυξης. Επιπλέον, φαίνεται πως η συνήθης ηλικία έναρξης του τραυλισμού εντοπίζεται σε αυτή την περίοδο. Για το λόγο αυτόν, είναι σημαντική η διερεύνηση της πιθανής σχέσης μεταξύ των δύο αυτών φαινομένων. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Ένα βασικό συμπέρασμα, στο οποίο καταλήγει η πλειονότητα των ερευνών αυτών, είναι ότι τα παιδιά με τραυλισμό καθυστερούν στην ανάπτυξη του λόγου με μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους συνομηλίκους τους (Andrews&Harris, 1964;Berry, 1938) Η διαπίστωση αυτή έδωσε το έναυσμα για τη διεξαγωγή ερευνών που μελέτησαν διεξοδικότερα επιμέρους τομείς της γλωσσικής ανάπτυξης σε παιδιά με τραυλισμό διαφόρων ηλικιών. Στις περισσότερες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με παιδιά προσχολικής ηλικίας τα οποία τραύλιζαν, διαπιστώθηκε ότι χρησιμοποιούν απλούστερη μορφή γλώσσας σε σχέση με τους συνομηλίκους τους, το λεξιλόγιο τους ήταν περιορισμένης έκτασης και οι προτάσεις τους μικρότερης συντακτικής πολυπλοκότητας (Kline & Starkweather, 1979;Murray&Reed, 1977; Ryan, 1992. Wall, 1980). Ανάλογες διαφορές, ωστόσο μεταξύ των δύο ομάδων δεν διαπιστώθηκαν σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Nippold et al., 1991;Peters, 1968;Weiss & Zebrowski, 1994). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα είναι ότι τα παιδιά με τραυλισμό παρουσιάζουν δυσκολίες άρθρωσης και άλλες συναφείς δυσκολίες στο φωνολογικό τομέα κατά την προσχολική ηλικία, με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους συνομηλίκους (Loukoeyal., 1990, 1999; Tetnowski, 1998; Yaruss & Conture, 1996). Ορισμένοι ερευνητές, μάλιστα, υποστηρίζουν ευρέως ότι τα παιδιά που τραυλίζουν είναι πιο πιθανό να έχουν μια φωνολογική διαταραχή, από συνομηλίκους τους που δεν τραυλίζουν. (St Louis and Hinzman, 1988; Louko et al., 1990; Wolk et al., 1993; Bloodstein, 1995; Louko,1995; Yaruss and Conture, 1996; Tetnowski, 1998; Yaruss et al., 1998; Louko et al., 1999 ). Παραδείγματος χάριν, αναφέρεται συχνά ότι το 30 - 40% των παιδιών που πάσχουν από τραυλισμό έχουν μια φωνολογική διαταραχή, σε αντίθεση με τα 2 - 6% των παιδιών του γενικού πληθυσμού (Conture et al., 1993; Bernstein Ratner, 1995; Louko, 1995; Wolk, 1998; Melnick and Conture, 2000 ). Αν και στο ποσοστό αυτό έχει θεωρηθεί πολύ υψηλό από ορισμένους ερευνητές (Arndt&Healey, 2001;Nippold, 2001, 2002), η συχνότερη συνύπαρξη φωνολογικών προβλημάτων στα παιδιά με τραυλισμό δεν μπορεί να αποδοθεί σε τυχαίους παράγοντες (Nipold, 2001). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι διαφορές στη γλωσσική ανάπτυξη μεταξύ των παιδιών με τραυλισμό και των συνομηλίκων τους εντοπίζονται κυρίως κατά την προσχολική ηλικία. Όπως επισημαίνουν όμως οι Paden, Yairi και Ambrose (1999), οι οποίοι επί σειρά ετών διηύθυναν το Ερευνητικό Πρόγραμμα για τον Τραυλισμό στο Πανεπιστήμιο του Illinois, τα παιδιά με τραυλισμό δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ομοιογενής ομάδα. Οι ερευνητές αυτοί επισημαίνουν ότι, σε ένα μεγάλο αριθμό παιδιών, ο τραυλισμός υποχωρεί αυτόματα. Επομένως, είναι πιθανόν να διαφέρει η γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών των οποίων ο τραυλισμός υποχωρεί, από αυτή των παιδιών στα οποία ο τραυλισμός θα εδραιωθεί ως χρόνιο πρόβλημα. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Μια άλλη πιθανή ερμηνεία είναι ότι ο τραυλισμός μπορεί να καθυστερεί την ομαλή φωνολογική εξέλιξη των παιδιών αυτών λόγω των δυσμενών συνεπειών του στη λεκτική επικοινωνία, η οποία συχνά περιορίζεται με αποτέλεσμα την ελλιπή άσκηση των παιδιών στην ομιλία (Paden et al., 1999). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Μια εναλλακτική ερμηνεία είναι ότι η ύπαρξη κάποιας γλωσσικής διαταραχής, ιδιαίτερα στο φωνολογικό τομέα, ενδέχεται να πυροδοτεί την έναρξη και την εδραίωση του τραυλισμού σε ορισμένες, τουλάχιστον, περιπτώσεις παιδιών. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αγωνιώδη προσπάθεια του παιδιού να αρθρώσει λέξεις που το δυσκολεύουν φωνολογικά, με αποτέλεσμα να μειώνεται σταδιακά η εμπιστοσύνη στις λεκτικές του ικανότητες και να εκδηλώνεται τραυλισμός (Howell&Au- Yeung, 1995;Melnick & Conture, 2000;Throneburg et al., 1994; Wolketal., 2000). Η άποψη αυτή αντανακλάται σε μία από τις ερμηνείες που έχει προταθεί για τον τραυλισμό στο «Μοντέλο Δυνατοτήτων και Απαιτήσεων» (Dem and sand Capacities Model. Starkweather et al., 1990). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Η πιθανή επίδραση κάποιας γλωσσικής διαταραχής στην εκδήλωση τραυλισμού εξετάζεται επίσης από την « Υπόθεση Συγκαλυμμένης Διόρθωσης» (Covertrepair Hypothesis) (Postma & Kolk, 1993). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο ομιλητής εντοπίζει πιθανά λάθη φωνολογικού τύπου πριν την εκφορά τους και στην προσπάθεια του να τα διορθώσει πριν ακόμη τα εκφέρει, οδηγείται στην εκδήλωση φαινομένων δισταγμού. Όπως επισημαίνουν οι Yaruss και Conture (1996), σύμφωνα με την παραπάνω ερμηνεία, τα φαινόμενα δισταγμού μπορεί να είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας συγκαλυμμένης διόρθωσης ενός φωνολογικού λάθους πριν την εκφορά του. Σε κάθε περίπτωση, τόσο στο « Μοντέλο Δυνατοτήτων και Απαιτήσεων» όσο και στην «Υπόθεση Συγκαλυμμένης Διόρθωσης», οι στιγμές τραυλισμού προκύπτουν σε ορισμένα παιδιά ως αποτέλεσμα αυξημένου άγχους κατά την παραγωγή ομιλίας, στην περίπτωση που δυσκολίες φωνολογικού ή άλλου τύπου τα δυσκολεύουν στη σωστή εκφορά των λέξεων και τα οδηγούν σε προσπάθειες διόρθωσης ή αποφυγής τους. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

# 1.1.6 Μη λεκτικά συνοδά προβλήματα του ατόμου που τραυλίζει

Η διεξοδική αξιολόγηση των ατόμων με τραυλισμό προκειμένου να διαπιστωθεί η πιθανή ύπαρξη συνοδών προβλημάτων, όχι μόνο στο γλωσσικό τομέα αλλά και σε άλλους τομείς, είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς ενδέχεται να επηρεάζει την ιεράρχηση των θεραπευτικών στόχων και την επιλογή των θεραπευτικών μεθόδων (Conture, 2001;Manning, 2002). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Ως συνοδά προβλήματα του τραυλισμού στα παιδιά συχνά αναφέρονται φοβίες, διαταραχές ύπνου, ενούρηση, αντιδραστική συμπεριφορά, ονυχοφαγία, εμμονές και ψυχαναγκασμοί, καθώς και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις (Bloodstein, 1995). Τα περισσότερα από αυτά τα προβλήματα αποτελούν βασικά συμπτώματα των διαταραχών άγχους (APA, 1994). Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί ότι αυτές οι μορφές συμπεριφοράς δεν χαρακτηρίζουν τα παιδιά με τραυλισμό στο σύνολο τους, αλλά εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στον πληθυσμό αυτό σε σχέση με τα παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας. Η καταγραφή των παραπάνω δυσκολιών μπορεί να βοηθήσει τον ειδικό να εντοπίσει πιθανές πηγές άγχους και έντασης τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στο περιβάλλον του και να παρέμβει για τον περιορισμό των αγχογόνων συνθηκών, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την εκδήλωση τραυλισμού. (Κάκουρος και Μανιαδάκ η, 2006)

Τα ερευνητικά δεδομένα που διαθέτουμε για τη συνύπαρξη μη λεκτικών προβλημάτων με τον τραυλισμό, είναι εξαιρετικά περιορισμένα. Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με τραυλισμό παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες σε ποσοστό 7 – 11% (Blood & Seider, 1981;Blood et al., 2003), Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) σε ποσοστό 6 – 20% (Blood et al., 2003; Conture, 2001. Riley&Riley, 2000), καθώς και διαταραχές σε ποσοστό 2,4% (Blood et al., 2003). Πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τραυλισμό, στα οποία χορηγείται φαρμακευτική αγωγή για τον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, έχει αναφερθεί επιδείνωση του τραυλισμού (Lavid et al., 1999;Riley&Riley, 2000). Ωστόσο, δεν έχει διευκρινιστεί η φύση της πιθανής αλληλεπίδρασης μεταξύ ψυχοδιεγερτικών ουσιών και τραυλισμού. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι ένας σημαντικός αριθμός παιδιών με τραυλισμό αντιμετωπίζει ταυτόχρονα προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς, τα οποία χρήζουν επίσης αντιμετώπισης καθώς ενδέχεται να αυξάνουν τα βιώματα άγχους τόσο στο παιδί όσο και στην οικογένεια το και να επιδρούν αρνητικά στο βαθμό σοβαρότητας και στην έκβαση του τραυλισμού. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

# 1.2 Η κλινική εικόνα και τα είδη τραυλισμού

# 1.2.1 Φυσιολογικός Τραυλισμός:

Συμβαίνει σε όλους. Μπορεί να συμβεί όταν είμαστε κάτω από στρες, όταν σκεφτόμαστε τι θα πούμε παρακάτω καθώς μιλάμε. Επίσης είναι ένα φυσιολογικό στάδιο ανάπτυξης της ομιλίας του λόγου σε παιδιά ηλικίας 2-5 ετών. Συνήθως παρουσιάζεται με τη μορφή επανεξετάσεων, παρεμβολών, επαναλήψεων, παρατάσεων και παύσεων (Ιγνατίου, 2016).

# 1.2.2 Εξελικτικός Τραυλισμός:

Ξεκινά στην παιδική ηλικία, περίπου όταν το παιδί είναι 30 μηνών και συνεχίζει μέχρι και την ενήλικη ζωή στο 20% των περιπτώσεων. Όταν ο εξελικτικός τραυλισμός παραμένει και στο στάδιο της εφηβικής και αργότερα της ενήλικης ζωής, τότε ο όρος που χρησιμοποιείται για να δηλωθούν οι διαταραχές στη φυσιολογική ροή της ομιλίας, είναι χρόνιος ή επίμονος τραυλισμός (Γεωργίου, 2014). Σε αυτή τη μορφή τραυλισμού παρατηρούνται τόσο πρωτεύουσες όσο και δευτερεύουσες συμπεριφορές. Τα περισσότερα άτομα που τραυλίζουν δεν το αντιλαμβάνονται και σε αρκετές περιπτώσεις μια περίοδος με πολλά τραυλικά επεισόδια μπορεί να προηγείται μιας περιόδου με φυσιολογική ροή ομιλίας (κυκλική) (Ιγνατίου, 2016). Τα παιδιά με εξελικτικό τραυλισμό μπορεί να μην παρουσιάζουν πάντα το ίδιο μέγεθος δυσκολιών καθώς, ανάλογα την περίπτωση, ίσως να πρόκειται για ήπιο, μέτριο ή σοβαρό τραυλισμό. Αξίζει να πούμε πως ο εξελικτικός τραυλισμός επηρεάζει περισσότερο τα αγόρια από ότι τα κορίτσια σε αναλογία 4:1 (Γεωργίου, 2014). Εκδηλώνεται ως επανάληψη μιας συλλαβής ή σαν παρεμπόδιση της γλωσσικής ροής στο ξεκίνημα της ομιλίας. Όταν τα συμπτώματα αυτά ενισχυθούν από εξωγενείς παράγοντες (κακή διαπαιδαγώγηση, άσχημο ψυχολογικό κλίμα) ο τραυλισμός μονιμοποιείται και τα συμπτώματα του εκδηλώνονται εντονότερα (Ανδρέου, 2010).

**Χαρακτηριστικά και Αίτια εξελικτικού τραυλισμού**

**Α**. Χαρακτηριστικά εξελικτικού τραυλισμού:

Πρωτεύουσες συμπεριφορές (εμφανή χαρακτηριστικά ομιλίας): α) επαναλήψεις: ήχου, συλλαβής, λέξης ή φράσης. Αντίστοιχα παραδείγματα: δ-δ-δ-δυο, μπα-μπα-μπα-μπάλα, να-να-να, δεν ξέρω-δεν ξέρω-δεν ξέρω, β) επιμηκύνσεις: συνήθως είναι στην αρχή μιας λέξης, π.χ.: μμμμμέρα και γ) μπλοκαρίσματα: ακατάλληλη διακοπή του εκπνεόμενου αέρα και της κίνησης των αρθρωτών, π.χ. π……..(διακοπή)….άρε. (Γεωργίου, 2014)

Ακόμη 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, 2014)

Δευτερεύουσες συμπεριφορές (οφείλονται στην προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει τις δυσρυθμίες που πραγματοποιεί- τρόπος διαφυγής): α) έντονο κλείσιμο ματιών, β) κούνημα/τίναγμα χεριών ή κεφαλής-γενικά μελών του σώματος, γ) ένταση φωνής, δ) αύξηση ταχύτητας της ομιλίας και στ) ένταση στη περιοχή του λαιμού. (Γεωργίου, 2014)

**Β**. Αίτια εξελικτικού τραυλισμού:

Τα αίτια του εξελικτικού τραυλισμού δεν είναι ακόμα πλήρως αποδεδειγμένα. Σίγουρα δεν οφείλεται σε έναν και μόνο παράγοντα, αλλά πρόκειται για μια πολυπαραγοντική/πολυδιάστατη διαταραχή. Κάποιοι από τους πιο αποδεκτούς παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εμφάνιση και την εξέλιξη του τραυλισμού είναι οι παρακάτω: 1) **Γενετικοί/κληρονομικοί παράγοντες**: Περίπου το 50% ατόμων με τραυλισμό έχουν κάποιο συγγενικό πρόσωπο με την ίδια δυσκολία, 2) **Νευρογενείς παράγοντες:** Έρευνες δείχνουν πως άτομα που τραυλίζουν έχουν μικρές εγκεφαλικές διαφορές από άτομα που δεν τραυλίζουν και 3) Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Απαιτήσεις περιβάλλοντος, τρόπος επικοινωνίας περιβάλλοντος, καθημερινό άγχος στην οικογένεια, γρήγορος ρυθμός ζωής (Γεωργίου, 2014).

Όλοι οι παραπάνω λόγοι, σε συνδυασμό (συνδυασμός παραγόντων) παίζουν ρόλο για την έναρξη και την εξέλιξη του τραυλισμού (Γεωργίου, 2014).

# 1.2.3 Νευρογενής Επίκτητος Τραυλισμός:

Ο όρος «νευρογενής επίκτητος τραυλισμός» δείχνει ότι ο τραυλισμός που εκδηλώνεται προέρχεται ή οξύνεται από νευρολογική ασθένεια ή βλάβη (Barry Guitar, σ. 502). Είναι τραυλισμός που εμφανίζεται στην ενήλικη ζωή ενός ατόμου, ύστερα από μια νευρολογική βλάβη ή ασθένεια λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, όγκου, άνοιας, Νόσου Πάρκινσον κ.τ.λ. Σπάνιος και συνήθως παροδικός (Ιγνατίου, 2016). Επιπλέον, η παρουσία νευρογενούς τραυλισμού σε ασθενείς μπορεί να αποτελεί μία αρχική διαγνωστική ένδειξη ενός νευρολογικού προβλήματος. (Guitar, 2014, σ. 502)

 Βέβαια, μερικοί συγγραφείς προτιμούν να χρησιμοποιούν τον όρο «νευρογενής δυσρυθμία» γιατί δε θεωρούν τον νευρογενή τραυλισμό πραγματικό τραυλισμό. Στους εφήβους ή στους ενήλικες μπορεί να υπάρξει νευρογενής δυσρυθμία η οποία είναι συνήθως το αποτέλεσμα εγκεφαλικού επεισοδίου, εγκεφαλικής κάκωσης ή νευρολογικής ασθένειας. Τα συμπτώματα μπορεί να έχουν την μορφή επαναληπτικών δυσρυθμιών χωρίς να αποκλείονται οι παύσεις. Καθώς ο τραυλισμός ξεκινά συνήθως στην παιδική ηλικία, αν ένας πελάτης αναφέρει έναρξη του τραυλισμού μετά την ηλικία των 12 ετών είναι πιθανή μια διαταραχή νευρογενούς βάσης. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις αυτές οι ενάρξεις των προβλημάτων στην ευχέρεια σχετίζονται άμεσα με ένα ξεκάθαρο επεισόδιο νευρολογικής βλάβης. Ο Canter (1971) γράφοντας ένα άρθρο προχώρησε σε μελέτες και έτσι πρότεινε τρεις υποομάδες. Η πρώτη ομάδα είναι ο δυσαρθρικός τραυλισμός, ο οποίος εντοπίζεται σε άτομα με Parkinson ή βλάβη της παρεγκεφαλίδας. Η δεύτερη ομάδα είναι ο δυσπραξικός τραυλισμός όπου η διαταραχή προκύπτει από ένα βασικό πρόβλημα στον κινητικό σχεδιασμό ενώ η τρίτη ομάδα του ανομικού τραυλισμού μερικές φορές συνυπάρχει με την αφασία. (Guitar, 2014, σ. 504)

Από την άλλη πλευρά ο Rosenbek επισήμανε ότι ο νευρογενής τραυλισμός θα πρέπει να διαχωριστεί από άλλες διαταραχές της ροής της ομιλίας όπως η παλιλαλία, δηλαδή επαναλήψεις λέξεων και φράσεων που παράγονται με αυξανόμενο ρυθμό και μείωση της έντασης της φωνής. (Guitar, 2014, σ. 504)

Η Helm-Estabrooks σκέφτηκε ότι θα έπρεπε να αντικατασταθεί με τον όρο «τραυλισμός συσχετιζόμενος με επίκτητες νευρολογικές διαταραχές». Η άποψη της ήταν ότι ο τραυλισμός σε αυτές τις περιπτώσεις δεν προκλήθηκε αρχικά από νευρολογική διαταραχή. (Guitar, 2014, σ. 504)

Διάγνωση και αξιολόγηση

Η Helm-Estabrooks (1999) και οι Ringo και Dietrich (1995) υπέδειξαν ένα πλαίσιο για την αξιολόγηση του νευρογενούς τραυλισμού και τον διαχωρισμό από άλλες διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, πρότειναν ότι το πλήρες ιστορικό της περίπτωσης, η άμεση αξιολόγηση της ομιλίας και άλλα στοιχεία της αξιολόγησης είναι σημαντικά τόσο για την αξιολόγηση ατομικών περιπτώσεων όσο και για τη συλλογή δεδομένων. (Guitar, 2014, σ. 505)

Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από τις παραπάνω διαδικασίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βελτιώσουμε την αντίληψή μας για τον νευρογενή τραυλισμό, να διαφοροδιαγνώσουμε τον νευρογενή τραυλισμό (δηλ. να τον διαχωρίσουμε από άλλες διαταραχές της ροής της ομιλίας) αλλά και να μας βοηθήσουν στον σχεδιασμό της θεραπείας. Επίσης, τα δεδομένα για την προτίμηση του χεριού του πελάτη και των συγγενών του και το ιστορικό προβλημάτων λόγου, ομιλίας ή μαθησιακών δυσκολιών χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουμε αν ο πελάτης έχει προδιάθεση για τραυλισμό. (Guitar, 2014, σ. 506)

Συνοψίζοντας, είναι μάλλον απίθανο να είμαστε βέβαιοι ότι ένα άτομο έχει νευρογενή τραυλισμό και όχι δυσρυθμίες που προκλήθηκαν από άλλες δυσλειτουργίες. (Guitar,2014, σ. 506)

Προϋποθέσεις για Θεραπεία

Η Helm-Estabrooks (1999)πρότεινε διάφορα κριτήρια για να προσδιοριστεί ποιοι πελάτες έχουν πιθανότητες να ωφεληθούν από τη θεραπεία. Αρχικά σημείωσε ότι ορισμένες μορφές νευρογενούς τραυλισμού είναι σχετική ήπιες και μπορεί να μην προκαλούν τόσο αναπηρία ώστε να απαιτείται θεραπεία. Έπειτα, κάποια άτομα στα οποία ο τραυλισμός αποτελεί πραγματική αναπηρία μπορεί να έχουν άλλα πολύ σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως προοδευτική ή καταληκτική νευρολογική διαταραχή (Guitar, 2014, σ. 507).

Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Η θεραπεία για τον νευρογενή τραυλισμό είναι συχνά εντελώς συμπεριφοριστική. Οι DeNil, Jokel και Rochon (2007) παρατήρησαν ότι δεν χρειάζονται θεραπεία όλοι οι ασθενείς με νευρογενή τραυλισμό επειδή, όπως έδειξαν οι Helm, Butler και Cantor (1980), αυτός μπορεί να εμφανιστεί και έπειτα να βελτιωθεί σταδιακά χωρίς θεραπεία. (Guitar, 2014, σ. 507)

Αρχικά, στην θεραπεία ρυθμού (pacing) το άτομο παράγει μία συλλαβή κάθε φορά, έτσι ώστε αυτή να εκφέρεται ξεχωριστά χωρίς τη συνήθη συνάρθρωση μεταξύ των συλλαβών. Ως αποτέλεσμα, η ομιλία παράγεται πιο αργά και με κανονικό, κοφτό ρυθμό. Βέβαια η θεραπεία αυτή αναπτύχθηκε από τη Helm (1979) για ασθενείς με παλιλαλία αλλά έχει χρησιμοποιηθεί και στον νευρογενή τραυλισμό (Helm-Estabrooks, 1999). Από την άλλη, οι Rentschler, Driver και Callway (1984), οι Marshall και Starch (1984) και η Helm-Estabrooks (1999), ανέφεραν ότι η ακουστική επισκίαση και η καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση (ΚΑΑ), μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως θεραπευτικά εργαλεία για να επιτευχθεί ευχέρεια στη ροή της ομιλίας ατόμων με νευρογενή τραυλισμό. Επιπλέον, όσο αφορά τη νευροχειρουργική, μερικές φορές όταν ένα νευρολογικό πρόβλημα απαιτεί χειρουργική επέμβαση, ο τραυλισμός εξαφανίζεται ή βελτιώνεται. Τέλος, μελέτες περιστατικών έχουν αναφέρει ότι τα φάρμακα για κάποιες διαταραχές-όπως επιληπτικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, κατάθλιψη κ.τ.λ- μπορεί να προκαλέσουν τραυλισμό σε άτομα που δεν είχαν τραυλίσει προηγουμένως. (Baratz & Mesulam, 1981; Dufy, 2005; Elliot & Tomas, 1985; McClean & McClean, 1985; Nurnberg & Greenwald, 1981; Quarder, 1977). Στις περισσότερες από αυτές περιπτώσεις ο τραυλισμός μειώνεται ή εξαλείφεται όταν ρυθμιστεί η δοσολογία των φαρμάκων ή χορηγηθεί κάποιο εναλλακτικό φάρμακο. (Guitar, 2014, σ. 507-508)

Γενικά, δεν γνωρίζουμε για το ποιες θεραπείες είναι αποτελεσματικές στον νευρογενή τραυλισμό, ενώ λίγες μελέτες αποδεικνύουν τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Αυτό μπορεί να συμβαίνει , επειδή υπάρχουν πολλές και διαφορετικές αιτίες του νευρογενούς τραυλισμού (Guitar, 2014, σ.508).

# 1.2.4 Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός:

Η δυσρυθμία που αρχίζει στην εφηβεία ή την ενήλικη ζωή μπορεί να είναι, επίσης, αποτέλεσμα ψυχολογικού τραύματος. Ο ψυχογενής τραυλισμός, όπως και ο νευρογενής, είναι μια διαταραχή με καθυστερημένη έναρξη. Όταν υπάρχουν δυσρυθμίες με καθυστερημένη έναρξη που σχετίζονται με ψυχολογικό στρες και σύγκρουση ή με την εμφάνιση μιας ψυχιατρικής κατάστασης, μπορεί να υποπτευθούμε ψυχογενή δυσρυθμία. Οι παραδοσιακές θεραπείες μπορεί να είναι βοηθητικές, μπορεί και όχι. Ο ασθενής πρέπει να παραπεμφθεί τόσο για ψυχολογική όσο και για νευρολογική εκτίμηση, έτσι ώστε να καθοριστεί και να παρασχεθεί η θεραπεία που χρειάζεται.

Παρουσιάζεται στο τέλος της εφηβείας ή αργότερα (Guitar, σ. 510). Εμφανίζεται μετά από μια παρατεταμένη περίοδο άγχους ή ένα τραυματικό επεισόδιο. 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 (Ιγνατίου, 2016). Αυτός ο τύπος τραυλισμού δεν είναι μία συνειδητή, ηθελημένη συμπεριφορά του πελάτη, αλλά ακούσια.(Guitar, 2014, σ. 510)

Επιπλέον, ο ψυχογενής τραυλισμός μπορεί να εμφανιστεί μόνος του ή μαζί με άλλες ενδείξεις ψυχολογικών ή νευρολογικών επιπλοκών. Ο αυστηρός ορισμός του ψυχογενούς τραυλισμού αποκλείει τις περιπτώσεις όπου ο τραυλισμός της παιδικής ηλικίας έχει υποχωρήσει και έπειτα κάτω από συνθήκες παρατεταμένου ή ξαφνικού στρες επανεμφανίστηκε. (Guitar, 2014, σ.510)

Διάγνωση και Αξιολόγηση

Οι Roth, Aronson και Davis (1989) επισήμαναν ότι ο τραυλισμός που ξεκίνησε στην ενήλικη ζωή μπορεί να έχει διαφορετικές αιτιολογίες που πρέπει να ληφθούν υπόψη, όπως: καθαρά νευρογενείς, καθαρά ψυχογενείς, ψυχογενείς συνοδευόμενες από νευρολογικά συμπτώματα ψυχογενούς προέλευσης, ψυχογενείς με συνυπάρχουσες νευρολογικές ασθένειες ή διαταραχές. Άρα ένας από τους πρώτους στόχους της αξιολόγησης είναι να αποκλείσει μια νευρολογική αιτιολογία, ιδιαίτερα επειδή αυτού του είδους ο τραυλισμός είναι κάποιες φορές η πρώτη ένδειξη μιας νευρολογικής διαταραχής. (Guitar, 2014, σ. 510-511)

Η αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει ένα πλήρες ιστορικό της περίπτωσης που προκύπτει είτε αποκλειστικά από συνέντευξη ή που ακολουθείται από αυτήν. Επίσης, ο Baumgartner (1999) πρότεινε να χορηγείται στους πελάτες που ο τραυλισμός τους ξεκίνησε στην ενήλικη ζωή ένα τεστ κινητικότητας της ομιλίας (Duffy, 2005), ώστε να αποκλείονται κινητικές διαταραχές της ομιλίας. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να ζητείται από τους πελάτες να μιλήσουν κάτω από τις συνηθισμένες συνθήκες που προάγουν ή ενισχύουν την ευχέρεια στη ροή της ομιλίας. Βέβαια, πρέπει να πραγματοποιηθεί δοκιμαστική θεραπεία, στην οποία ο κλινικός θα δείξει στον πελάτη την επιδιωκόμενη συμπεριφορά ώστε να τον ενθαρρύνει. Σε κάθε περίπτωση, το νόημα της δοκιμαστικής θεραπείας στον ψυχογενή τραυλισμό είναι να δούμε αν ο πελάτης γίνεται σημαντικά πιο ευχερής στην ομιλία του κατά τη διάρκειά της. Τέλος, καλό θα ήταν να γίνει ανάλυση του τραυλισμού ώστε να συγκεντρωθούν δείγματα της ομιλίας του πελάτη από διάλογο και ηχηρή ανάγνωση, για να μπορούν να γίνουν αρχικές μετρήσεις της σοβαρότητας του τραυλισμού με το SSI-4 και να αναλυθούν τα πρότυπά του. (Guitar, 2014, σ. 511-512)

Η διάγνωση του ψυχογενούς τραυλισμού είναι συνήθως προσωρινή. Ο κλινικός πρέπει να συνυπολογίσει πολλαπλούς παράγοντες, αλλά ακόμη και τότε μπορεί να μην επιτευχθεί μια τελική διάγνωση. Οι πιο σαφείς ενδείξεις για αυτήν τη διάγνωση είναι: α) έναρξη στην ενήλικη ζωή κατά τη διάρκεια ψυχολογικής πίεσης, β) απουσία νευρολογικών παραγόντων, γ) θεαματική βελτίωση με τη δοκιμαστική θεραπεία και δ) ασυνήθιστες ή αλλόκοτες συμπεριφορές έντονης προσπάθειας. (Guitar, 2014, σελ. 512)

Προϋποθέσεις για Θεραπεία

Τα άτομα που μπορούν να μειώσουν τον τραυλισμό τους στη δοκιμαστική θεραπεία και που χαρακτηρίζονται από επαρκή ψυχολογική προσαρμογή είναι συνήθως ιδανικοί υποψήφιοι για θεραπεία του τραυλισμού. Από την άλλη πλευρά, οι πελάτες που δεν μπορούν να βελτιώσουν την ευχέρεια της ομιλίας κατά τη δοκιμαστική θεραπεία θα ωφεληθούν από την ψυχοθεραπεία ταυτόχρονα με (ή πριν από) τη θεραπεία του τραυλισμού. Τα άτομα που αντιτίθενται στην ιδέα ότι ο τραυλισμός τους έχει σχέση με το άγχος τους ίσως χρειαστούν εκτεταμένη θεραπεία. (Guitar 2014, σ. 512)

Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Αρκετές δημοσιευμένες μελέτες σχετικά με τον ψυχογενή τραυλισμό δείχνουν ότι η λογοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική σε αυτήν την ομάδα ατόμων (Baumgartner, 1999; Duffy, 2005; Mahr & Leith, 1992;Roth, Aronson&Davis, 1989).

Οι περισσότερες θεραπείες που χρησιμοποιούνται στον εξελικτικό τραυλισμό έχει αναφερθεί ότι είναι αποτελεσματικές και στον ψυχογενή τραυλισμό (Roth, Aronson&Davis, 1989).

Υπάρχουν ακόμη πολλά μυστήρια για τον ψυχογενή τραυλισμό που πρέπει να λυθούν, Ένα από αυτά είναι αν οι ανωμαλίες στα πρότυπα εγκεφαλικής δραστηριότητας που παρατηρούνται στον εξελικτικό τραυλισμό εμφανίζονται σε αυτήν την διαταραχή. Ένα επιπλέον είναι αν το ψυχολογικό στρες προκαλεί δυσλειτουργίες στον συγχρονισμό και τον συντονισμό που οδηγούν σε αυτήν την διαταραχή ή αν ψυχολογικοί παράγοντες έχουν στην πραγματικότητα ως αποτέλεσμα συμπεριφορές αγωνιώδους προσπάθειας που διακρίνονται από υψηλό επίπεδο συντονισμού και οι οποίες αντανακλούν τις προσπάθειες του ατόμου να μιλήσει πάρα τις εγγενείς δυσκολίες που εμποδίζουν την ομιλία. Αν μη τι άλλο, πρέπει να αναρωτηθούμε αν ο ψυχογενής τραυλισμός μας διδάσκει κάτι σχετικά με τον εξελικτικό τραυλισμό. (Guitar, 2014, σ. 512-513)

# 1.2.5 Κλονικός Τραυλισμός:

Χαρακτηρίζεται από ελαφρές συσπάσεις των οργάνων άρθρωσης και φώνησης που έχουν ως επακόλουθο την ανεπιθύμητη επανάληψη φθόγγων ή ακόμη και συλλαβών κατά την διάρκεια της ομιλίας, π.χ. π,π,π,πάω, κα,κα, καλός. 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. (Ανδρέου, 1994)

# 1.2.6 Τονικός Τραυλισμός:

Η μορφή αυτή του τραυλισμού θεωρείται ως πολύ σοβαρή. Στην περίπτωση αυτή παρατηρείται αυξημένος τόνος στους μυς των οργάνων του αρθρωτικοφωνητικού μηχανισμού (Ανδρέου, 1994). Ωστόσο το άτομο μπλοκάρει και δεν μπορεί να αρχίσει την ομιλία του (πχ. Τ.......άκης), (Αλεξάνδρου, 1991).

Δηλαδή η δυσκολία έγκειται στο ξεκίνημα της ομιλίας παρά τις έντονες προσπάθειες που γίνονται από το άτομο που τραυλίζει και συνοδεύεται από κινήσεις του προσώπου, του λαιμού κ.τ.λ. Φυσιολογικό επακόλουθο είναι η γενική ψυχική αναστάτωση που συνοδεύει το άτομο που υποφέρει από αυτή τη μορφή τραυλισμού. (Ανδρέου, 1994)

# 1.2.7 Κλονικοτονικός -Τονικοκλονικός Τραυλισμός (μεικτή μορφή):

Εδώ έχουμε μια μεικτή μορφή στην οποία άλλοτε υπερτερούν τα στοιχεία του κλονικού και άλλοτε τα στοιχεία του τονικού τραυλισμού το είδος αυτό του τραυλισμού ονομάζεται κλονικοτονικό ή τονοκλονικό (Τσιάντης και Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη, 2001). Είναι δυνατόν να παρατηρηθούν ταυτόχρονα συμπτώματα και από τα δυο είδη τραυλισμού, σε διαφορετικά σημεία στην περιοχή που παράγεται η ομιλία π.χ. να έχουμε ένα κλονικό σύμπτωμα στα όργανα της άρθρωσης και ένα τονικό που να επηρεάζει το κλείσιμο της γλωττίδας. Ο μεικτός τραυλισμός παρουσιάζεται έντονα όταν η πρόταση έχει σύνθετη γραμματική και συντακτική δομή. (Ryan, B. P. ,2001)

# 1.2.8 Cluttering:

Tο cluttering χαρακτηρίζεται από «εκρήξεις» γρήγορης ομιλίας, δυσρυθμικά στοιχεία, καθώς και πραγματολογικές αποκλίσεις. Επιπρόσθετα το άτομο δεν έχει επίγνωση της κατάστασης και συνήθως το περιβάλλον του είναι αυτό που αντιλαμβάνεται την κατάσταση. (Καραγιάννης, 2011)

Βέβαια, μια άλλη διαταραχή της ροής της ομιλίας που διαφέρει από τον τραυλισμό είναι το Σύνδρομο Διακοπτόμενης Ταχυλαλίας (ΣΔΤ). Τα χαρακτηριστικά του ΣΔΤ είναι γρήγορη ομιλία που είναι δύσκολο να κατανοηθεί. Οι λέξεις μπορεί να είναι συμπιεσμένες, οι συλλαβές να παραλείπονται και οι ήχοι να αλλοιώνονται. Το ΣΔΤ πολλές φορές συνοδεύεται από δυσρυθμίες που συχνά διαφέρουν από αυτές που τυπικά ακούγονται στον τραυλισμό. Έτσι, η ομιλία των ατόμων με ΣΔΤ περιλαμβάνει εμβόλιμους τύπους, ανολοκλήρωτες φράσεις, επαναλήψεις λέξεων και φράσεων, αναθεωρήσεις και δισταγμούς-όλα συνήθως χωρίς μυϊκή ένταση. Ο ρυθμός ομιλίας του ατόμου με ΣΔΤ δεν είναι, παρόλα αυτά, συνέχεια γρήγορος, αλλά δίνει την εντύπωση ότι βγαίνει με ξαφνικές ορμητικές εκρήξεις που είναι γεμάτες από κακή άρθρωση και δυσρυθμίες. Αντίθετα από τα άτομα με τραυλισμό, η ομιλία αυτών με ΣΔΤ γίνεται πιο ευχερής- όπως και πιο αργή και κατανοητή – όταν τα άτομα καταβάλουν προσπάθεια να ελέγξουν τη διαταραχή τους. Αυτό, δυστυχώς, συμβαίνει σπάνια, επειδή τα άτομα με ΣΔΤ συχνά δεν έχουν επίγνωση του προβλήματος τους μέχρι κάποιος να το θέσει στην αντίληψή τους. (Guitar, 2014, σ. 515)

Το άτομο με ΣΔΤ δείχνει να είναι ανίκανο να βάλει τις σκέψεις του σε συνεχείς προτάσεις και να τις συνδέσει με λογικό τρόπο. Μια τέτοια γλωσσική συμπεριφορά ορίζεται μερικές φορές ως «σύγχυση» («mazing»). Τα συνοδά προβλήματα των ανθρώπων με ΣΔΤ περιλαμβάνουν αφηρημάδα, υπερκινητικότητα, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα άρθρωσης και ακουστικής επεξεργασίας. Το ΣΔΤ συνοδεύεται κάποιες φορές από τραυλισμό. (Guitar, 2014, σ. 515)

Επομένως, το ΣΔΤ εμφανίζεται ως διαταραχή της οποίας τα βασικά συμπτώματα είναι ο γρήγορος και ακανόνιστος ρυθμός ομιλίας που είναι συχνά δυσκατάληπτη και γεμάτη δυσρυθμίες που δεν μοιάζουν με τραυλισμό. Ο λόγος είναι συνήθως αποδιοργανωμένος και το άτομο συνήθως δεν έχει επίγνωση της δυσκολίας του και των ενδείξεων εκ μέρους των ακροατών που φανερώνουν έλλειψη κατανόησης. Μπορεί να συνυπάρχουν νευροψυχολογικές δυσκολίες ή και όχι. (Guitar, 2014, σ. 515)

# 1.3 Αίτια τραυλισμού

Μια από τις πρώτες ερωτήσεις που πιθανόν να κάνουν οι γονείς, οι άνθρωποι που οι ίδιοι τραυλίζουν, οι κλινικοί ακόμα και αυτοί που ερευνούν για τον τραυλισμό είναι «Τι τελικά προκαλεί τον τραυλισμό;». Όπως έχει ξαναειπωθεί η αιτία του τραυλισμού δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητή (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008;Packman& Attanasio, 2004; Yairi & Seery, 2011). Όπως και με τις θεραπείες για τη διαταραχή αυτή, οι θεωρίες σχετικά με την αιτία του τραυλισμού χρονολογούνται αιώνες. Ωστόσο, κυρίως, αυτές οι θεωρίες δεν μπορούν να ελεγχθούν, με την έννοια ότι εάν μια θεωρία ή ένα μοντέλο δεν μπορεί να δοκιμαστεί, δεν μπορεί ποτέ να αποδειχθεί ότι είναι λάθος. (Packman & Attanasio, 2004)

Υπάρχουν πολλοί τρόποι κατηγοριοποίησης για τις αιτιολογικές θεωρίες. Για παράδειγμα, οι Packman και Attanasio (2004) συζήτησαν τις κατηγορίες ελέγχου της κινητικότητας της ομιλίας, τη μοντελοποίηση των συστημάτων ελέγχου, τη γνωστική και γλωσσική επεξεργασία, ενώ οι Bloodstein και Bernstein Ratner (2008) μίλησαν για «αιτιολογικές θεωρίες σε σχέση με τις έννοιες της “στιγμής του τραυλισμού”» .Όπως προτείνει η ταξινόμηση του Bloodstein και του Bernstein Ratner, υπαινίσεεται εδώ και καιρό ότι οι αιτιολογικές θεωρίες πρέπει να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με το αν εξηγούν την υποκείμενη αιτία του τραυλισμού ή την αιτία της μεμονωμένης στιγμής τραυλισμού.

Η πιο συχνή αιτιολογική θεωρία του τραυλισμού στη σημερινή εποχή είναι η πολυπαραγοντική. Δύο σημαντικά πολυπαραγοντικά μοντέλα είναι οι Απαιτήσεις (Starkweather, 1987;Starkweather&Givens-Ackerman, 1997;Starkweather&Gottwald, 2000) και το Δυναμικό Πολυπαραγοντικό μοντέλο (Smith & Kelly, 1997). Σύμφωνα με το μοντέλο Απαιτήσεις, ο τραυλισμός είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης εγγενών και περιβαλλοντικών παραγόντων και αυτό συμβαίνει όταν οι απαιτήσεις για ευχέρεια είναι μεγαλύτερες από την ικανότητα παραγωγής του. Κανένας από αυτούς τους παράγοντες δεν είναι φυσιολογικός και, "δεν υπάρχει ενιαία αιτιολογία, αλλά πολλές αιτιολογίες, καθώς υπάρχουν πολλές ιστορίες για την εξέλιξη του τραυλισμού ( Starkweather & Givens-Ackerman, 1997).

Σύμφωνα με το Δυναμικό Πολυπαραγοντικό μοντέλο, "ο τραυλισμός προκύπτει από τη σύνθετη, μη γραμμική αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Κανένας παράγοντας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως «η αιτία» του τραυλισμού (Smith & Kelly, 1997). Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο τραυλισμός είναι πολυπαραγοντικός και το γεγονός αυτό, των δύο μοντέλων, μας έχει βάλει σε σκέψεις για την αιτία της διαταραχής. Είναι επίσης γεγονός, ότι τα ευρήματα της απεικόνισης του εγκεφάλου που έχουν προκύψει από τη διατύπωση των μοντέλων, υποδηλώνουν ότι υπάρχουν διαρθρωτικές διαφορές στο μυαλό των ανθρώπων οι οποίοι τραυλίζουν και ότι αυτές μπορεί να είναι μια απαραίτητη προϋπόθεση για να συμβεί ο τραυματισμός. Είναι σαφές, ωστόσο, ακόμη και αν περαιτέρω έρευνες καθιερώσουν ότι τέτοιες ανωμαλίες του εγκεφάλου είναι παρούσες σε άτομα που τραυλίζουν, αυτές δεν αρκούν για να προκαλέσουν τραυλισμό. Ένα αιτιολογικό μοντέλο που έχει πολυπαραγοντική φύση, αλλά περιγράφει λειτουργικά τους παράγοντες, δεν βασίζεται στο ερώτημα τι προκαλεί τραυλισμό, αλλά στο ότι προκαλεί μεμονωμένες στιγμές τραυλισμού. Το μοντέλο αυτό είναι των Packman και Attanasio. (Packman & Attanasio, 2004)

Για τον Bloodstein (1995) είναι πολλοί οι παράγοντες που μπορούν να συνεισφέρουν στην εκδήλωση του τραυλισμού και για κάθε άτομο που πιθανόν έχει την τάση να τραυλίσει ή τραυλίζει ο κάθε παράγοντας ξεχωριστά έχει την δική του βαρύτητα. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές διαφορετικές θεωρίες για το τι τελικά προκαλεί τον τραυλισμό. Αν και η πραγματική αιτία δεν είναι γνωστή, υπάρχει μια εκδοχή ότι η διαταραχή του τραυλισμού εκδηλώνεται όταν συνδυάζονται ορισμένοι παράγοντες. Κάνουν την εμφάνιση τους συνήθως στην παιδική ηλικία, ωστόσο υπάρχει και πιθανότητα εκδήλωσης στην εφηβεία ή ακόμα και στην ενήλικη ζωή.

Τα πιθανά αίτια του τραυλισμού ίσως κατηγοριοποιούνται σε τρεις κατηγορίες: ψυχολογικά (διακυμάνσεις στην ψυχολογία), λόγω εκμάθησης (οποιοσδήποτε αριθμός συμπεριφορών και/ή στάσεων που μπορεί να έχουν μαθευτεί) και ψυχοδυναμικά (ο τραυλισμός είναι εκδήλωση προσωπικής δυσλειτουργίας) (Bloodstein,1995). Αν και χρειάζεται ακόμη επιπρόσθετη έρευνα, είχε και θα έχει μεγάλη αξία η παρατήρηση του τραυλισμού σαν μαθημένη συμπεριφορά, ιδιαίτερα της συμπεριφοράς του χρήστη (Goldiamond, 1965; Gregory, 1968; J. Ingham, 1993b; R. Ingham, 1984b, 1993a; Mowrer, 1988; Shames & Egolf, 1976; Sheehan, 1970; Van Ripper, 1982). Η συμπεριφορά του χρήστη είναι εμφανής, έχει αντίκτυπο στο περιβάλλον και ελέγχεται από τις συνέπειές του. Ο τραυλισμός, από αυτόν τον ορισμό, είναι, όντως, operant behavior (λειτουργική συμπεριφορά) . Πολλές σημαντικές μελέτες θεραπείας έχουν δείξει τη δύναμη των λειτουργικών αρχών μάθησης που εφαρμόζονται στην θεραπεία του τραυλισμού (R. Ingham, 1984a- 1990c; Ryan & Ryan, 1995). (Ryan, 2001)

**Γενετικοί παράγοντες:** Υπάρχει μια ισχυρή απόδειξη ότι ο τραυλισμός έχει *γενετική* βάση-αυτό σημαίνει ότι κάτι έχει κληρονομηθεί και αυξάνει την πιθανότητα του τραυλισμού. Αυτό το γενετικό «κάτι» έχει να κάνει με τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος ενός παιδιού αναπτύσσει νευρικές οδούς για τη γλώσσα και την ομιλία. Για παράδειγμα, οι νευρικές οδοί για το λόγο μπορεί να έχουν σημεία συμφόρησης, αδιέξοδα, ή άλλα εμπόδια στην γρήγορη ροή των πληροφοριών. Οι νευρικές οδοί ίσως επίσης να είναι ευάλωτες σε αποδιοργάνωση από άλλη δραστηριότητα του εγκεφάλου, όπως τα συναισθήματα. Άλλο στοιχείο για τη φύση του τραυλισμού είναι ότι ο τραυλισμός αρχίζει περισσότερο μεταξύ των ηλικιών 2 και 5. Έτσι, η έναρξη του τραυλισμού συμβαίνει περίπου τη ίδια στιγμή που συμβαίνουν και πολλά τυπικά άγχη της πρώιμης ηλικίας. Ένα παιδί ίσως ξεκινήσει να τραυλίζει στο λεξιλόγιο και τη γραμματική κατά τη διάρκεια μιας δραματικής ανάπτυξης. Σε ένα άλλο ο τραυλισμός ίσως εμφανιστεί όταν η οικογένεια μετακομίσει σε ένα νέο σπίτι. Μπορεί ακόμα και όταν γεννηθεί ένα νέο μέλος της οικογένειας. Πολλοί διαφορετικοί παράγοντες, που επιδρούν μονοδιάστατα ή σε συνδυασμό, μπορούν να επιταχύνουν το ξεκίνημα του τραυλισμού σε ένα παιδί που έχει νευροφυσιολογική προδιάθεση, ή έμφυτη τάση, για τραυλισμό(Guitar, 2013).

Όμως οι γενετικοί παράγοντες είναι απαραίτητοι, αλλά όχι αρκετοί για να προκαλέσουν τον τραυλισμό. Πολύπλοκοι, περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να είναι εμπλεκόμενοι καθώς και διάφοροι παράμετροι του λόγου , της γλώσσας, της κινητικότητας ακόμη και της προσωπικότητας (Yairi,2004). Ένα καλό οικογενειακό ιστορικό αποτελεί παράγοντας επιρροής για την εμφάνιση του με ποσοστό μεγαλύτερο για τους άντρες παρά για τις γυναίκες. Σε μια μελέτη (Cox et al., 2005) οι διαφορές φύλου αναφέρθηκαν στη χρωμοσωμική σημειολογία του τραυλισμού. Μελέτες σε διδύμους (μονοζυγωτικούς αλλά και διζυγωτικούς) έχουν ανακαλύψει σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης από ότι σε γενικό πληθυσμό. (Guitar,2014).

**Κληρονομικοί παράγοντες:** Ο Guitar (2013) επισημαίνει πως σε έρευνα που έγινε από τους West, Nelson&Berry (1993), εξετάστηκε δείγμα από 204 ανθρώπους που τραύλιζαν και δεν είχαν οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού. Βρέθηκε, λοιπόν, ότι από τους 100 οι 85 ανέφεραν εκ γενετής παράγοντες που μπορεί να συνδέονταν με τον τραυλισμό τους. Τέτοιοι παράγοντες ήταν μεταδοτικές ασθένειες, ασθένειες του νευρικού συστήματος και τραυματισμοί- και όλα αυτά είχαν συμβεί πριν τηνεμφάνιση στου τραυλισμού, αν και η ακριβής εγγύτητα στην εμφάνιση δεν αναφέρθηκε. Παρόλα αυτά, όμως, μπορεί να έχουν αποτελέσει μια προδιάθεση στην ανάπτυξη του τραυλισμού.

Σε μετέπειτα έρευνα από τον Poulos & Webster (1991) βρέθηκε ότι από ένα κλινικό δείγμα 169 ενηλίκων και εφήβων που τραύλιζαν, οι 57 ανέφεραν ότι δεν είχαν οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού. Από αυτούς το 37% ανέφερε ότι εκ γενετής παράγοντες μπορεί να έχουν συμβάλλει στην εμφάνιση του τραυλισμού τους, ενώ μόνο το 2,4% που έχουν οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού ανέφεραν τέτοιους παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί ήταν ανοξία κατά την γέννηση, πρόωρη γέννα, χειρουργείο στην παιδική ηλικία, τραυματισμοί στο κεφάλι, ήπια εγκεφαλική παράλυση, ήπια καθυστέρηση και εμπειρία ενός έντονου φόβου.

Από τη σύγκριση ανάμεσα σε εκείνους που είχαν οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού και εκείνους που δεν είχαν, επισημάνθηκαν πολλές σημαντικές διαφορές (όσο και ομοιότητες). Μεταξύ τους, ομοιότητα βρίσκεται στην κοινή απόκριση περίπου ίδιου ρυθμού που υπάρχει και από τις δυο αυτές ομάδες (με και χωρίς ιστορικό) στην θεραπεία, την ικανότητα ανάγνωσης ή το άγχος για την ομιλία. Ωστόσο, σε πιο προσεκτική έρευνα εκείνοι με οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού έδειξαν περισσότερες επιμηκύνσεις, και μπλοκαρίσματα (σιωπηλές επιμηκύνσεις) από εκείνους χωρίς οικογενειακό ιστορικό, αν και η συχνότητα των επαναλήψεων και των δυο ομάδων ήταν η ίδια. Μια άλλη διαφορά είναι ότι εκείνοι με θετικές οικογενειακές ιστορίες τραυλισμού έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια στα ηχητικά τμήματα της ομιλίας και σημαντικά μεγαλύτερη μεταβλητότητα στο μήκος των μη ηχητικών τμημάτων της ομιλίας κατά το ρέοντα λόγο από αυτούς χωρίς ιστορικό. Γενικότερα οι συμμετέχοντες που είχαν ιστορικό, ήταν πιο αργοί και μεταβαλλόμενοι στο ρέοντα λόγο τους(Guitar, 2013).

Ο τραυλισμός συχνά εκδηλώνεται στο πλαίσιο της οικογένειας, γεγονός που έχει προ πολλού αναγνωρισθεί από έρευνες. (Andrews et al., 1983; Bloodstein &Ratner, 2008). Ωστόσο, για πολλά χρόνια οι επιστήμονες διαφωνούσαν για τη σημασία αυτού του γεγονότος. Σήμερα, υπάρχει ευρεία αποδοχή της άποψης ότι ο τραυλισμός μπορεί να είναι κληρονομικός (Bloostein & Ratner, 2008; Yairi & Ambrose,2005). Με άλλα λόγια, σε πολλούς ανθρώπους με τραυλισμό ο ένας ή και οι δύο γονείς είχαν προδιάθεση για τραυλισμό που μεταφέρθηκε στα γονίδια τους. Ο τραυλισμός, θεωρείται μια διαταραχή από τις οποίες θεωρούνται αποτέλεσμα της δράσης της κληρονομικότητας από κοινού με το περιβάλλον και τον παράγοντα του τυχαίου που έχει και αυτός το μερίδιο του (Kidd,1984). Ένα παιδί σε μια οικογένεια μπορεί να κληρονομήσει γονίδια που του δημιουργούν προδιάθεση για τραυλισμό, αλλά το οικογενειακό περιβάλλον να είναι τόσο ήρεμο που τελικά να μην αναπτύξει ποτέ τραυλισμό. Σε αντίθεση με ένα άλλο παιδί που κληρονομεί παρόμοια γονίδια και μεγαλώνει σε απαιτητικό περιβάλλον με ταχύλαλους ομιλητές οι πιθανότητες να τραυλίσει είναι πάρα πολλές. (Guitar,2014)

Από την άλλη, ο Blomgren (2013) ισχυρίστηκε ότι περίπου το 60% -70% των ομιλητών που τραυλίζουν έχουν επίσης συγγενείς που τραυλίζουν, υποδεικνύοντας ότι υπάρχει σύνδεση κληρονομικότητας. Ωστόσο, η ακριβής μορφή της γενετικής μετάδοσης είναι ασαφής, γιατί ενώ ο τραυλισμός είναι κυρίως ένα νευροφυσιολογικό πρόβλημα, πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ της κίνησης της ομιλίας, των γνωστικών, κοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών είναι πιθανόν να διαμεσολαβούν στην διαταραχή.

**Αναπτυξιακοί παράγοντες:** Η άποψη ότι οι αναπτυξιακοί παράγοντες επηρεάζουν την ευχέρεια στη ροή της ομιλίας των παιδιών, εκκινεί από την υπόθεση ότι στο παιδί που μεγαλώνει υπάρχει ανταγωνισμός για τα νευρικά αποθέματα. Αυτό σημαίνει ότι ο εγκέφαλος πρέπει να χρησιμοποιεί τις δυνάμεις του για να αντιμετωπίζει πολλές ανάγκες. Μπορεί επίσης να εκτελεί κάθε στιγμή αρκετές εντολές, αλλά όσο περισσότερες ενέργειες επεξεργάζονται ταυτόχρονα, τόσο πιο αργά και αποτελεσματικά εκτελεί την καθεμιά από αυτές. Το πρόβλημα με το μοίρασμα των δυνάμεων είναι πιο έντονο στα παιδιά ,διότι το ανώριμο νευρικό τους σύστημα έχει μικρότερη ικανότητα επεξεργασίας για κατανομή (Hiscock & Kinsbourne, 1997-1980). Στις περισσότερες περιπτώσεις ο τραυλισμός ξεκινά στην ηλικία των 2 έως 4 ετών, στην περίοδο δηλαδή όπου τα παιδιά κατακτούν νέους ήχους και μαθαίνουν διαρκώς καινούργιες λέξεις (Bloodstein & Ratner, 2002). Ορισμένες μελέτες αναφέρουν δυσκολίες ομιλίας (Anderson,2002) ενώ κάποιες άλλες δείχνουν αυξημένες ικανότητες ομιλίας (Millard, 2008). Η πρώιμη διάγνωση των παιδιών που παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο τραυλισμού είναι ιδιαίτερα κρίσιμη και η παρέμβαση στα παιδιά αυτά έχει υπάρξει εξαιρετικά αποτελεσματική. (Guitar,2014)

**Γλωσσικοί παράγοντες:** Η επίδραση της γλώσσας στον τραυλισμό έχει τρεις πτυχές: ***τη γλωσσική ανάπτυξη, τη γλωσσική καθυστέρηση και τη γλωσσική πολυπλοκότητα.*** Ο πρώτος παράγοντας***, η γλωσσική ανάπτυξη***, ασκεί την επίδραση του λόγω της επιβάρυνσης που εισάγει στην παραγωγή της ομιλίας από το παιδί. Εν ολίγοις, η απότομη γλωσσική ανάπτυξη που συμβαίνει στα παιδιά ανάμεσα στο 2ο με 5ο έτος εγείρει υψηλές απαιτήσεις σε εγκεφαλικές δυνάμεις/πόρους. Ως αποδεικτικό της υπόθεσης ότι τα παιδιά με προδιάθεση για τραυλισμό επιβαρύνονται από τη γλωσσική ανάπτυξη, οι ερευνητές φέρνουν το γεγονός ότι ο τραυλισμός αρχίζει συνήθως την ίδια ακριβώς περίοδο που η ανάπτυξη της γλώσσας κορυφώνεται (Bloodstein & Ratner , 2008). Ο δεύτερος παράγοντας, ***η γλωσσική διαταραχή ή καθυστέρηση,*** μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει τον τραυλισμό τους, καθώς αυτά τα παιδιά έχουν στην ουσία να αντιμετωπίσουν δύο ελλείμματα – ένα πρόβλημα κινητικού ελέγχου της ομιλίας και ένα πρόβλημα λόγου. Ο τρίτος παράγοντας, ***η γλωσσική πολυπλοκότητα,*** φαίνεται ότι επηρεάζει τον αισθητικοκινητικό έλεγχο της ομιλίας κατά τρόπο που πυροδοτεί την εκδήλωση του τραυλισμού λεπτό προς λεπτό. Τα άτομα με τραυλισμό, ενήλικες ή παιδιά, είναι πιθανότερο να τραυλίσουν όταν παράγουν μεγαλύτερα ή γλωσσικά πιο πολύπλοκα εκφωνήματα. (Guitar,2014)

Ένας από τους Iowa ερευνητές, ο Spencer Brown, έκανε έρευνες για την προβλεψιμότητα του τραυλισμού στη σφαίρα της γλώσσας. Σε επτά μελέτες που πραγματοποιήθηκαν μέσα σε 10 χρόνια, ο Brown βρήκε συσχετισμούς ανάμεσα στον τραυλισμό και σε επτά γραμματικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια μεγαλόφωνης ανάγνωσης. Αυτά τα ευρήματα αναφέρθηκαν σε μια αξιόλογη σειρά εγγράφων που εκδόθηκαν από το 1935 ως το 1945 (Brown, 1937, 1938a, 1938b, 1938c, 1943, 1945; Brown & Moren, 1942; Johnson & Brown, 1935). Ο Brown έδειξε ότι οι περισσότεροι ενήλικες που τραυλίζουν το κάνουν πιο συχνά:

* Στα σύμφωνα
* Σε ήχους που βρίσκονται σε αρχική θέση μέσα στη λέξη
* Σε συμφραζόμενη ομιλία (εναντίον των μεμονωμένων λέξεων)
* Σε ουσιαστικά, ρήματα, επίθετα και επιρρήματα (εναντίον των άρθρων, προθέσεων, αντωνυμιών και συνδέσμων)
* Σε λέξεις μεγαλύτερου μήκους
* Σε λέξεις στην αρχή των προτάσεων
* Σε τονισμένες συλλαβές

Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν έντονα ότι ο τραυλισμός επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από αυτούς τους γλωσσικούς παράγοντες. Μελλοντικές μελέτες μπορεί επίσης να επιβεβαιώσουν αυτό που πολλοί ερευνητές έχουν υπαινιχτεί, ότι ακόμα και οι τραυλίζοντες που δεν δείχνουν κλινικά σημαντικές γλωσσικές διαταραχές μπορεί να έχουν λεπτά γλωσσικά ή φωνολογικά ελλείμματα που συμβάλλουν στον τραυλισμό τους (πχ., Byrd, Wolk & Davis, 2007).

**Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Μεγάλη έμφαση έχει δοθεί στους παράγοντες του περιβάλλοντος. Κάποια παιδιά που έχουν προδιάθεση για τραυλισμό μπορεί να εμφανίσουν αρχικά στάδια τραυλισμού ως αντίδραση σε αναπτυξιακές απαιτήσεις, αλλά τα περισσότερα που καταλήγουν να τραυλίζουν επηρεάζονται πιθανόν από περιβαλλοντικές πιέσεις. Τέτοιες πιέσεις προκύπτουν κατά κανόνα από συμπεριφορές, στάσεις ή γεγονότα που παρατηρούνται στις οικογένειες τους. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η αγωνία που βιώνει το οικογενειακό περιβάλλον για την ομιλία του παιδιού, η οποία είναι άμεσα φανερή στις εκφράσεις τους προσώπου των γονέων και αδελφών, όταν το παιδί μιλά με δυσρυθμία. Ένα άλλο παράδειγμα πίεσης μπορεί να είναι το επικοινωνιακό ύφος που επικρατεί στην οικογένεια του παιδιού, το οποίο μπορεί να διακρίνεται από πολλές διακοπές στη συζήτηση, όπως και από γρήγορη και πολύπλοκη ομιλία που είναι πιο προχωρημένη από το επίπεδο του παιδιού. Υπάρχουν πολλά στοιχεία από το περιβάλλον –άλλα πιο ήπια και άλλα όχι- που μπορούν να προσθέσουν αρκετό άγχος σε ένα παιδί με προδιάθεση για τραυλισμό, ώστε να προκαλέσουν την έναρξη του και την ενίσχυση του. (Guitar,2014).

**Νευρολογικοί παράγοντες:** Ο Βlomgren (2013), υποστηρίζει πως είναι ευρέως γνωστό ότι ο τραυλισμός οφείλεται πρωτίστως σε ένα πρόβλημα με την νευρολογική λειτουργία που υπονομεύει την παραγωγή του λόγου. Υπό αυτήν την άποψη ο τραυλισμός είναι μια σωματική διαταραχή και όχι νοητική καθ’ εαυτή. Ο τραυλισμός δεν προκαλείται από νευρικότητα, άγχος, ή τρόπους ανατροφής. Ποικίλες νευροαπεικονιστικές μελέτες έχουν αναφέρει μοτίβα εγκεφαλικής δραστηριότητας ανάμεσα στους τραυλίζοντες και τους μη-τραυλίζοντες ομιλητές. Πολλές από τις διαφορές φαίνονται κατά τη διάρκεια σιωπής ή εσωτερικής ομιλίας που δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχουν διαφορές στα γλωσσικά ή στα κινητικά στάδια σχεδιασμού παραγωγής ομιλίας. Επίσης ίσως υπάρχουν χρονικά ζητήματα στις περιοχές της ομιλίας και της γλώσσας στον εγκέφαλο που συμβάλλουν στον τραυλισμό. (Blomgren, 2013)

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι ο τραυλισμός έχει νευρολογική βάση, καθώς αναφέρουν διαφοροποιήσεις στην δραστηριότητα του εγκεφάλου των ανθρώπων με τραυλισμό και χωρίς και στη χρήση του πλευρικού και όχι του μέσου κινητικού συστήματος. Ο Walkins (2005 & 2008) με τη χρήση μέσων απεικόνισης του εγκεφάλου παρατήρησε μια δραστηριότητα μεγαλύτερη από την φυσιολογική σε σχέση με την υποδραστηριότητα που σχετίζεται με τους “φυσιολογικούς” ομιλητές. Αυτές οι περιοχές που ήταν μεγαλύτερες από τις φυσιολογικές είχαν φλοιώδη και υποφλοιώδη νευρικά συστήματα τα οποία υποστήριζαν την επιλογή, την έναρξη και την εκτέλεση της κινητικής ακολουθίας για την εύκολη παραγωγή ομιλίας. Παρατηρήθηκαν ανωμαλίες / ανώμαλη ανάπτυξη στη φαιά ουσία και στην μυελίνωση που οδήγησαν σε ανισσοροπία του πρωτεύοντος κινητικού φλοιού (βασικά γάγγλια- που είναι υπεύθυνα για την έναρξη ομιλίας) τα οποία θα μπορούσαν να επιφέρουν δυσρυθμία ομιλίας. (Guitar,2014)

**Συναισθηματικοί παράγοντες:** Όπως η σχέση ανάμεσα στη γλώσσα και τον τραυλισμό, έτσι και η σχέση ανάμεσα στα συναισθήματα και στον τραυλισμό διαφέρει για κάθε άτομο, καθώς τα άτομα που τραυλίζουν αποτελούν μια ετερογενή ομάδα. Για κάποια από αυτά, τα συναισθήματα είναι σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας που πυροδοτεί την εμφάνιση του τραυλισμού και δυσχεραίνει την ανάκαμψη από αυτόν. Για άλλα άτομα, τα συναισθήματα δεν είναι κύριος αιτιώδης παράγοντας, παρόλο που όταν είναι έντονα μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές στον τραυλισμό – άλλοτε προς το χειρότερο, άλλοτε προς το καλύτερο. Ωστόσο, το βίωμα του τραυλισμού γεννά συναισθήματα, όπως απογοήτευση, φόβο και θυμό στα άτομα που τραυλίζουν. Με άλλα λόγια, η συναισθηματική διέγερση μπορεί να προκαλέσει τραυλισμό, αλλά και ο τραυλισμός μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική διέγερση. (Guitar,2014)

# 1.3.1 Θεωρίες για την αιτιολογία

Οι θεωρίες οι οποίες έχουν διατυπωθεί σχετικά με το μηχανισμό, ο οποίος πυροδοτεί την εκδήλωση του τραυλισμού, είναι ποικίλες. Οι κυρίαρχες θεωρίες οι οποίες επιχειρούν να προσδιορίσουν αυτόν τον μηχανισμό μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω ομάδες, ανάλογα με την **υπόθεση** στην οποία στηρίζονται: (α) σε αυτές που στηρίζονται «στην υπόθεση της κατάρρευσης», (β) σε αυτές που στηρίζονται στην « υπόθεση των απωθημένων αναγκών», (γ) σε αυτές που στηρίζονται «στην υπόθεση της αναμονής-αντιμετώπισης», και (δ) σε αυτές που στηρίζονται σε άλλες υποθέσεις.

**Η υπόθεση της «κατάρρευσης»:** Σύμφωνα με τις θεωρίες οι οποίες βασίζονται στην υπόθεση της κατάρρευσης (breakdown hypothesis), ο τραυλισμός εκλαμβάνεται ως στιγμιαία αποτυχία της προσπάθειας συντονισμού των πολύπλοκων διαδικασιών που απαιτούνται για την ομιλία. Οι θεωρίες οι οποίες υιοθετούν την υπόθεση της κατάρρευσης μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο ομάδες, ανάλογα με τα αίτια στα οποία αποδίδουν το γεγονός της κατάρρευσης της λειτουργίας της ομιλίας. Στην πρώτη ομάδα, περιλαμβάνονται οι θεωρίες οι οποίες υιοθετούν την άποψη ότι η εκδήλωση του τραυλισμού είναι το άμεσο αποτέλεσμα της οργανικής κατάρρευσης του μηχανισμού της ομιλίας. Ακόμα, οι θεωρίες αυτές αποδίδουν άμεσα την εκδήλωση του τραυλισμού σε κάποια οργανική δυσλειτουργία, η οποία σχετίζεται με το μηχανισμό της ομιλίας και της οποίας τα αίτια μπορεί να είναι ή να μην είναι γενετικά. Στην δεύτερη ομάδα θεωριών, οι οποίες υιοθετούν την υπόθεση της κατάρρευσης, περιλαμβάνονται αυτές οι οποίες υποστηρίζουν την άποψη ότι ο τραυλισμός είναι μεν αποτέλεσμα οργανικής δυσλειτουργίας αλλά για την εκδήλωση του είναι καθοριστικός ο ρόλος των περιβαλλοντικών επιδράσεων. Στο πλαίσιο αυτής της συλλογιστικής ουσιαστικά θεωρείται ότι η οργανική δυσλειτουργία αποτελεί απλώς τον παράγοντα προδιάθεσης για τον τραυλισμό και πως αυτό που πυροδοτεί την εκδήλωση του είναι τελικά το άγχος το οποίο μπορεί να βιώνει το άτομο από ορισμένες συνθήκες (Bloodstein, 1987). Πολλοί θεωρητικοί, οι οποίοι υιοθετούν την υπόθεση της κατάρρευσης, εκτιμούν πως αυτή είναι αποτέλεσμα της ψυχολογικής έντασης που βιώνει το άτομο και πως συχνά προκαλείται από το άγχος που δημιουργεί η δυσκολία του να εκφραστεί λεκτικά. (Κάκουρος και Μανιαδάκη,2006)

**Η υπόθεση της «απωθημένης ανάγκης»:** Στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής προσέγγισης, ο τραυλισμός περιγράφεται ως νευρωσικό σύμπτωμα το οποίο πηγάζει από απωθημένες ανάγκες του ατόμου (Brill, 1923 ; Coriat, 1931). Σύμφωνα με τις θεωρίες που βασίζονται στην υπόθεση της «απωθημένης ανάγκης» (repressed-need hypothesis), τα παιδιά ξεκινούν να τραυλίζουν επειδή προσπαθούν ασυνείδητα να αντιμετωπίσουν αυτές τις ανάγκες. Επομένως, ο τραυλισμός θεωρείται, αφενός, ως συμβολική έκφραση της συγκεκριμένης απωθημένης ανάγκης του κάθε ατόμου και, αφετέρου, ως ασυνείδητα «σκόπιμη» συμπεριφορά. (Κάκουρος και Μανιαδάκη,2006)

**Η υπόθεση της «αναμονής-αντιμετώπισης»:** Η υπόθεση της «αναμονής-αντιμετώπισης» (anticipatory struggle reaction) είναι μια καθαρά γνωσιακή– συμπεριφορική θεωρία για τον τραυλισμό. Στο πλαίσιο αυτής υποστηρίζεται ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα μάθησης. Η ενεργοποίηση που είναι βασικά αποτέλεσμα πρώιμων εμπειριών, οι οποίες σχετίζονται με τη κατάκτηση του λόγου και οδηγούν το άτομο στη διαμόρφωση της αντίληψης ότι η ομιλία είναι δύσκολη υπόθεση. Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση, ο τραυλισμός πυροδοτείται ή ενισχύεται όταν το άτομο αναμένει με φόβο ότι θα τραυλίσει και προσπαθεί να το αποφύγει. Επομένως, είναι η αναμονή του τραυλισμού που οδηγεί στον τραυλισμό. Η προσέγγιση αυτή στηρίζεται στη διατύπωση ότι το άτομο που τραυλίζει έχει την ικανότητα να εκφέρει με καλή ροή οποιαδήποτε λέξη όταν δεν θεωρεί πως είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μιλήσει με καλή ροή, ή όταν δεν πιστεύει ότι κάποια λέξη είναι δύσκολη στην εκφορά της ή απλώς και μόνο όταν δεν περιμένει ότι θα τραυλίσει. Στη βάση αυτής της διατύπωσης εκτιμάται ότι τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες με τραυλισμό κυριαρχούνται από επίμονες αντιλήψεις, οι οποίες έχουν ως αφετηρία την εκτίμηση τους ότι δυσκολεύονται στην ομιλία. Γι’αυτό το άτομο που τραυλίζει βιώνει την αγωνιώδη προσπάθεια της αποφυγής του τραυλισμού. Μια από τις πρώτες εκδοχές της υπόθεσης «αναμονής–αντιμετώπισης», ήταν η «διαγνωσογενής» (diagnosogenic) θεωρία του Wendell Johnson, εάν η φυσιολογική συμπεριφορά ενός ατόμου χαρακτηριστεί από το περιβάλλον του ως παθολογική, τότε είναι πιθανόν το άτομο να αρχίσει να συμπεριφέρεται με τον παθολογικό τρόπο που του καταλογίζουν. Οι ειδικοί που υιοθετούν την υπόθεση της «ανάγκης-αντιμετώπισης» για την αιτιολογία του τραυλισμού, εκτιμούν πως οι λανθασμένοι χειρισμοί γονέων ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης της φυσιολογικής δυσκολίας των παιδιών στη ροή του λόγου ή, ενδεχομένως, η πιεστική τους συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά τους μπορεί να ευθύνονται για την εκδήλωση του τραυλισμού. (Κάκουρος και Μανιαδάκη,2006)

**Tο μοντέλο των «δυνατοτήτων και απαιτήσεων»:** Το μοντέλο των «δυνατοτήτων και απαιτήσεων» (demands and capacities model) διατυπώθηκε από τον Starkweather (1987)με σκοπό τον εντοπισμό των παραγόντων, οι οποίοι οδηγούν ένα παιδί στην εκδήλωση δυσχερειών στη ροή του λόγου. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο τραυλισμός εκδηλώνεται στις περιπτώσεις όπου οι απαιτήσεις για καλή ροή στην ομιλία από το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού ξεπερνούν τις γνωστικές, γλωσσολογικές, κινητικές ή συναισθηματικές τους δυνατότητες. Έτσι, η πίεση την οποία βιώνει το παιδί κάτω από αυτές τις συνθήκες είναι πιθανόν να οδηγήσει στην αποδιοργάνωση της ομιλίας του. Στο πλαίσιο του μοντέλου αυτού, ως «απαιτήσεις» ορίζονται περιβαλλοντικά γεγονότα που οδηγούν στη μείωση της λεκτικής ευχέρειας του παιδιού, ενώ ως «δυνατότητες» ορίζονται οι έμφυτες ή επίκτητες ικανότητες που οδηγούν το παιδί στην ανάπτυξη λεκτικής ευχέρειας (Starkweather & Givens-Ackerman, 1997). Ορισμένα παραδείγματα απαιτήσεων είναι ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας των γονέων, η απαίτηση διατύπωσης πολύπλοκων προτάσεων από το παιδί, οι αγχώδεις αντιδράσεις των γονέων στην ομιλία του παιδιού κ.ά. .(Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Η υπόθεση της «συγκαλυμμένης διόρθωσης» :** Μια νεότερη θεωρία για την αιτιολογία του τραυλισμού, η οποία όμως δεν έχει τύχει ευρείας αποδοχής είναι η υπόθεση της «συγκαλυμμένης διόρθωσης» (Covert repair hypothesis) (Postma & Kolk, 1993). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ο τραυλισμός αποτελεί μια διορθωτική αντίδραση του ατόμου η οποία περιλαμβάνει στην εκδήλωση φωνολογικών λαθών στο πλάνο ροής του λόγου. Επομένως, ο τραυλισμός γίνεται αντιληπτός ως μια αντίδραση προσαρμογής σε μια λανθασμένη λεκτική εκφορά. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση το πρόβλημα του ατόμου δεν είναι ο τραυλισμός, αλλά οι δυσκολίες του στο φωνολογικό επίπεδο (Kolk,1991). (Κάκουρος και Μανιαδάκη,2006)

# 1.3.2 Άλλες υποθέσεις για τα αίτια του τραυλισμού

**Σοκ & τρόμος:** Από τις αρχές του 20ου αιώνα έχουν αναφερθεί πολλές περιπτώσεις ατόμων, τα οποία ξεκίνησαν να τραυλίζουν, μετά από κάποιο επεισόδιο σοκ ή τρόμου. O Makuen (1914), διαπίστωσε ότι στο 28% των ατόμων με τραυλισμό το πρόβλημα είχε εμφανιστεί μετά από κάποιο επεισόδιο σοκ ή τρόμου. Όμως, παρά το γεγονός ότι παρόμοιες αναφορές έχουν γίνει από πολλούς ερευνητές, εκτιμούμε ότι σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι μια τραυματική εμπειρία, από μόνη της, μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση τραυλισμού. (Κάκουρος και Μανιαδάκη,2006)

**Ασθένειες:** Έχουν αναφερθεί πολλές περιπτώσεις παιδιών , στις οποίες ο τραυλισμός εμφανίστηκε μετά από κάποια ασθένεια που είχε προσβάλει το παιδί. Αυτό το φαινόμενο έχει αποδοθεί σε διάφορα αίτια. Ένα από αυτά τα αίτια είναι ότι το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται απλά σε σύμπτωση , αφού οι περιπτώσεις των μικρών παιδιών – στα οποία πρωτοεμφανίζονται συνήθως ο τραυλισμός - οι ασθένειες δεν είναι καθόλου σπάνιες (Silverman , 2004). Επίσης ένα ακόμα αίτιο είναι το αυξημένο άγχος και η γενικότερη πτώση της άμυνας του οργανισμού που απορρέουν συνήθως από κάποια σοβαρή ασθένεια (Luchinger &Arnold, 1965). (Κάκουρος και Μανιαδάκη,2006)

**Επίδραση Μίμησης:** Πολύ σημαντικός παράγοντας έχει αποδειχθεί ότι είναι η μίμηση. Έτσι λοιπόν ένα μεγαλύτερο αδελφάκι που πάσχει από τραυλισμό μπορεί να είναι παράδειγμα μίμησης της ομιλίας του ως προς το μικρότερο. Ακόμα η ομιλία των γονιών (τις περισσότερες φορές ασυνείδητα) είναι τέτοια ώστε το παιδί να μαθαίνει να μιλάει με επανάληψη της ίδιας συλλαβής. (Κάκουρος και Μανιαδάκη,2006)

**Ο τραυλισμός ως « αγχώδης διαταραχή αναμονής»:** Η προσέγγιση αυτή αποτελεί μια επέκταση της υπόθεσης «αναμονής – αντιμετώπισης» και θεωρεί τον τραυλισμό όχι ως πρόβλημα ομιλίας αλλά ως μέλος μιας ευρύτερης ομάδας διαταραχών, με κυρίαρχο χαρακτηριστικό την αποφευκτική συμπεριφορά, δηλαδή την τάση που διακρίνει το άτομο να αποφεύγει καταστάσεις οι οποίες εκτιμά ότι μπορεί να το δυσκολέψουν και να το δημιουργήσουν πρόβλημα. Οι ειδικοί γνωρίζουν ότι οι διαταραχές άγχους αποτελούν ακριβώς ένα τέτοιο παράδειγμα, όπου το άτομο, στην προσπάθεια του να μειώσει το άγχος που του προκαλούν ορισμένες καταστάσεις, τείνει να τις αποφεύγει συστηματικά πετυχαίνοντας όμως ακριβώς το αντίθετο αποτέλεσμα, δηλαδή την αύξηση του άγχους και ενδεχομένως τη συντήρηση και επιδείνωση του προβλήματος. (Κάκουρος και Μανιαδάκη,2006).

# 1.4 Διάγνωση τραυλισμού

**Μεταβλητές που συστήνονται από τους Dalton & Hardcastle (1997) σαν χρήσιμες για την διάκριση μεταξύ ρέοντα και μη ρέοντα λόγου:**

1. Παρουσία επιπλέον ήχων, όπως επαναλήψεις, επιμηκύνσεις, παρεμβολές, αναθεωρήσεις.
2. Αν ο ομιλητής λέει « Εγώ-εγώ-εγώ πππππρέπει να φτιάξω εε το εε, λοιπόν, εγώ-εγώ-εγώ πρέπει να πάω το αμάξι μμμμμου για φτιάξιμο,» χαρακτηρίζεται από μη ρέοντα λόγο.
3. Τοποθέτηση και συχνότητα παύσεων
4. Αν ο ομιλητής λέει «Όποτε θυμάμαι να πάρω την ομπρέλα μου (παύση), δεν βρέχει ποτέ,» χαρακτηρίζεται από μη ρέοντα λόγο.
5. Ρυθμική διάταξη στο λόγο
* Γενικά, οι τονισμένες συλλαβές ακολουθούντα από πολλές μη τονισμένες συλλαβές. Όταν εμφανίζονται σημαντικές αποκλίσεις από αυτό το μοτίβο, όπως όταν ένας ομιλητής με βλάβη στην παρεγκεφαλίδα τονίζει εξίσου όλες τις συλλαβές, τότε ο ομιλητής χαρακτηρίζεται από μη ρέοντα λόγο.
1. Επιτονισμός και τονισμός
* Αν ένας ομιλητής δεν μεταβάλλει τον επιτονισμό και τον τονισμό και επομένως είναι μονότονος, μπορεί να θεωρηθεί μη ρέοντας λόγος.
1. Συνολικός ρυθμός
* Αν ένας ομιλητής έχει πολύ αργό ρυθμό ομιλίας ή έχει ξεσπάσματα από γρήγορους ρυθμούς διάσπαρτα με πιο αργούς ρυθμούς, αυτός μπορεί να θεωρηθεί μη ρέων λόγος.

Guitar, 2013

# 1.4.1 Τα διαγνωστικά κριτήρια του τραυλισμού

Στο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM**-**IV (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002), ο τραυλισμός ταξινομείται ως διαταραχή της επικοινωνίας και συγκαταλέγεται στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών που, συνήθως, διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία. Στο διαγνωστικό αυτό εγχειρίδιο, προτείνονται τα παρακάτω τρία κριτήρια για τη διάγνωση του τραυλισμού:

**Α.** 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 περισσοτέρων από τα ακόλουθα:

* Επαναλήψεις ήχων και συλλαβών
* Επιμηκύνσεις ήχων
* Επιφωνήματα
* Διακοπτόμενες λέξεις (π.χ. παύσεις μέσα σε μια λέξη)
* Ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές (γεμάτες ή κενές παύσεις της ομιλίας)
* Περιφράσεις (υποκαταστάσεις λέξεων για την αποφυγή προβληματικών λέξεων)
* Παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση
* Επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων (π.χ. «το-το-το-το είδα»)

**Β**. Η διαταραχή της ροής παρεμποδίζει τη σχολική ή επαγγελματική απόδοση ή την κοινωνική επικοινωνία.

**Γ.** Αν υπάρχει κινητικό ελάττωμα του λόγου ή αισθητηριακό ελάττωμα, οι δυσκολίες της ομιλίας είναι μεγαλύτερες από αυτές που συνήθως συνοδεύουν αυτά τα προβλήματα.
Η μεγαλύτερη δυσκολία κατά τη διαδικασία διάγνωσης του τραυλισμού, είναι η διαφοροποίηση των φαινομένων δισταγμού που αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού και εκείνων που χαρακτηρίζουν τη φυσιολογική ομιλία των παιδιών, ιδιαίτερα κατά την προσχολική ηλικία , καθώς παρατηρούνται υψηλά ποσοστά αλληλοεπικάλυψης των φαινομένων αυτών στις δυο ομάδες (JohnsonandAssociates, 1959; Meyers, 1986; Yairi& Lewis, 1984). Οι φυσιολογικές δυσχέρειες στη ροή της ομιλίας των παιδιών προσχολικής ηλικίας αναφέρονται συχνά ως «εξελικτικός» ή «φυσιολογικός» τραυλισμός (Δράκος, 1999). Το γενικό συμπέρασμα που προκύπτει από τις έρευνες που ασχολούνται με το θέμα αυτό, είναι ότι ανάμεσα στις δυο ομάδες παιδιών παρατηρούνται διαφορές στην έκταση και όχι την ποιότητα των δυσκολιών (Bloodstein, 1970; Conture, 1990). Η διαπίστωση αυτή είναι συμβατή με τις σύγχρονες απόψεις στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία,, σύμφωνα με τις οποίες, τα συμπτώματα των περισσότερων αναπτυξιακών διαταραχών δεν οριοθετούν αυτοτελείς κλινικές οντότητες αλλά διαφέρουν μόνο σε ένταση και έκταση από αντίστοιχα χαρακτηριστικά, τα οποία αξιολογούνται ως φυσιολογικά (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2002; Kupferetal., 2002). Όπως η νοημοσύνη, η κινητική δραστηριότητα, η κοινωνική δεξιότητα, έτσι και η ροή της ομιλίας αποτελεί διάσταση της ανάπτυξης, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως φυσιολογική ή παθολογική ανάλογα με το αν δημιουργεί ή όχι δυσκολίες στη λειτουργικότητα και την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου.

Εφόσον, λοιπόν, «φαινόμενα δισταγμού», όπως τα οκτώ κριτήρια που προτείνονται από το DSM-IV, εμφανίζονται επίσης και στο λόγο των ατόμων που δεν τραυλίζουν, τίθεται το ερώτημα από ποιο σημείο και μετά οι «επαναλήψεις» και τα «κομπιάσματα» τα οποία μπορούν να συμβούν στον καθένα, χαρακτηρίζονται ως παθολογικά στοιχεία και αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού. Ορισμένα κριτήρια, που έχουν προταθεί για τη διάκριση των «φυσιολογικών» από τα παθολογικά «φαινόμενα δισταγμού», είναι τα εξής (Silverman, 2004):

1. **Η χρονολογική ηλικία του ατόμου**

Τα φαινόμενα αυτά εμφανίζονται συχνότερα στα παιδιά προσχολικής ηλικίας και λιγότερο συχνά σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και σε ενήλικες. Επομένως, όσο μικρότερο είναι ένα παιδί τόσο μεγαλύτερη προσοχή χρειάζεται από τον ειδικό, προκειμένου να μη διαγνώσει τραυλισμό σε περίπτωση όπου η ομιλία του παιδιού χαρακτηρίζεται από μορφές συμπεριφοράς συμβατές με το αναπτυξιακό του επίπεδο.

1. **Το νοητικό επίπεδο του ατόμου**

Τα «φαινόμενα δισταγμού», τα οποία θεωρούνται φυσιολογικά για παιδιά προσχολικής ηλικίας, συνήθως εκδηλώνονται αργότερα σε άτομα με νοητική υστέρηση, καθώς η γλωσσική ανάπτυξη συσχετίζεται στενά με τη νοητική ανάπτυξη. Επομένως, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή προκειμένου να μη χαρακτηριστούν, λανθασμένα, ως τραυλισμός φυσιολογικά «φαινόμενα δισταγμού» στην ομιλία ενός παιδιού σχολικής ηλικίας με νοητική υστέρηση, κατ’αναλογία με την περίπτωση του παιδιού προσχολικής ηλικίας με φυσιολογική νοημοσύνη.

1. **Η ύπαρξη τραυλισμού σε άλλο μέλος της οικογένειας**

Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό τραυλισμού στην οικογένεια, είναι περισσότερο πιθανόν τα «φαινόμενα δισταγμού» στην ομιλία ενός παιδιού να αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού παρά φυσιολογικές δυσκολίες στη ροή του λόγου.

1. **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.

1. **Η ύπαρξη έντασης κατά τη διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού»**

Η ύπαρξη έντασης κατά τη διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού» 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 έντασης, οι οποίες 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», κατά τα οποία ο ομιλητής δεν φαίνεται να ζορίζεται για να μιλήσει, και στις ενδείξεις τραυλισμού.

1. **Η εκδήλωση δευτερογενών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού»**

Κινήσεις οι οποίες δεν είναι απαραίτητες για την παραγωγή των φωνημάτων του λεκτικού μηνύματος, συνοδεύουν κατεξοχήν τα «φαινόμενα δισταγμού» που αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού. Η υπερβολική πίεση των χειλιών μεταξύ τους, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, η διόγκωση των φλεβών του λαιμού, οι μη λειτουργικές κινήσεις της κεφαλή, των χεριών ή των ποδιών σχεδόν ποτέ δεν συνοδεύουν «φαινόμενα δισταγμού», τα οποία εκδηλώνονται στην ομιλία ατόμων που δεν τραυλίζουν (Schwartzetal., 1990). Η αποφυγή της βλεμματικής επαφής συχνά υποδηλώνει την προσπάθεια των ατόμων αυτών να ελαχιστοποιήσουν τα μηνύματα που λαμβάνουν από τους ακροατές ως αντίδραση στη δυσχερή ομιλία τους (Conture&Kelly, 1991). Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι όταν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις πως το άτομο ζορίζεται για να μιλήσει και έχει επίγνωση της δυσκολίας αυτής, η οποία το ωθεί στο να καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να **αποφύγει** τα «φαινόμενα δισταγμού», τότε είναι πιθανότερο να μιλάμε για τραυλισμό. Γενικά, η έννοια της αποφυγής είναι κεντρική στον τραυλισμό. Όταν το άτομο φαίνεται να προσπαθεί έντονα να αποφύγει να εκδηλώσει τα «φαινόμενα δισταγμού» και, σε περίπτωση που δεν τα καταφέρνει, φαίνεται να ενοχλείται έντονα από αυτό, είναι πιθανότατα ένα άτομο που τραυλίζει. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

# 1.4.2 Η διαδικασία διάγνωσης του τραυλισμού στα παιδιά

Συχνά, οι γονείς ενός παιδιού με δυσχέρειες στη ροή του λόγου επισκέπτονται τον ειδικό, αναφέροντας εκ των προτέρων ότι «το παιδί τους τραυλίζει». Με άλλα λόγια, πολλές φορές, η διάγνωση του τραυλισμού έχει δοθεί από τους ενήλικες οι οποίοι ζουν κοντά στο παιδί, πριν ακόμη αναζητηθεί η βοήθεια του ειδικού. Πρέπει, ωστόσο, να επισημανθεί ότι η διάγνωση του τραυλισμού, ιδιαίτερα στις μικρές ηλικίες, δεν είναι πάντα τόσο εύκολη υπόθεση όσο πιθανώς φαίνεται. Έχει διαπιστωθεί, άλλωστε, και σε πολλές ερευνητικές εργασίες ότι οι ακροατές της ομιλίας ενός ατόμου που τραυλίζει, ενδέχεται να διαφωνούν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους ως προς τα σημεία εκείνα του λόγου στα οποία εκδηλώθηκε τραυλισμός. (Ingham&Cordes, 1992;MacDonald&Martin, 1973;Tuthill, 1940). (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

 Κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού με δυσχέρειες στη ροή του λόγου, ο ειδικός πρέπει, αφενός, να αποφασίσει αν οι δυσχέρειες αυτές αποτελούν εκδηλώσεις τραυλισμού, και, αφετέρου, να εκτιμήσει το βαθμό σοβαρότητας του προβλήματος. Επιπλέον, πρέπει να συνυπολογίσει μια σειρά άλλων παραγόντων, προκειμένου να αποφασίσει εάν υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες υποχώρησης ή παγίωσης του τραυλισμού. Το αποτέλεσμα αυτής της αξιολόγησης να βοηθήσει τον ειδικό να αποφασίσει σχετικά με το είδος της βοήθειας που θα παρέχει στο παιδί και τους γονείς του. Συνολικά, η διαδικασία αξιολόγησης ενός παιδιού με δυσχέρειες στη ροή του λόγου θα πρέπει να διέπεται από τη φιλοσοφία του ειδικού σχετικά με τον τραυλισμό και να καθοδηγείται από συγκεκριμένες υποθέσεις σχετικά με την αιτιολογία του προβλήματος. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

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

1.Διάγνωση: Οι δυσχέρειες στη ροή του λόγου του παιδιού μπορούν να χαρακτηριστούν ως τραυλισμός;

2.Πρόγνωση: Στην περίπτωση που το παιδί παρουσιάζει τραυλισμό, πόσο πιθανή εκτιμάται η αυτόματη υποχώρηση των συμπτωμάτων του;

3.Πρόταση θεραπείας: Πόσο απαραίτητη αξιολογείται η συμμετοχή του ίδιου του παιδιού σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης;

4.Στόχοι θεραπείας: Σε περίπτωση που προταθεί η συμμετοχή του παιδιού σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης, ποιοι θα πρέπει να είναι οι βασικοί στόχοι του προγράμματος αυτού;

(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

# 1.4.3 Διαδικασία Αξιολόγησης και διαδικασία Διάγνωσης τραυλισμού σε έφηβους και ενήλικες

Ένα πολύ σημαντικό μέρος της αξιολόγησης ροής της ομιλίας είναι η καταγραφή, καταμέτρηση, και ανάλυση των δυσρυθμιών του εξεταζόμενου ομιλητή. Σκοπός αυτού του μέρους της αξιολόγησης είναι να συλλέγουν πληροφορίες οι οποίες θα βοηθήσουν τον κλινικό να απαντήσει ερωτήματα που έχει θέσει εξ αρχής, για παράδειγμα: “Κατά τη διάρκεια ή μετά το πέρας της θεραπείας έχουν μειωθεί οι δυσρυθμίες του ομιλητή;” κτλ.

Για τις ανάγκες μιας ολοκληρωμένης αξιολόγησης είναι ανάγκη να αναλυθούν παραπάνω του ενός 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 η 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 του κειμένου όταν δεν περνάει μεγάλο χρονικό διάστημα από τη μία ανάγνωση στην επόμενη) (Johnson & Knott, 1937). (Καμπανάρου, 2007)

Στο σημείο αυτό είναι ανάγκη να αναφέρουμε ότι η ομιλία του παιδιού στο κλινικό πλαίσιο ενδέχεται να μην είναι αντιπροσωπευτική της ομιλίας του σε άλλα καθημερινά περιβάλλοντα (Conture, 1997). Για το λόγο αυτό δεν είναι λίγες οι φορές που ο λογοθεραπευτής ζητά από τους γονείς να μαγνητοφωνήσουν δείγμα ομιλίας του παιδιού στο σπίτι για να το αξιολογήσει. Για τις ανάγκες της ανάλυσης του δείγματος ομιλίας ο κλινικός πρέπει να έχει ένα σταθερό τρόπο κωδικοποίησης των δυσρυθμιών.

 Κατά την αξιολόγηση των ενηλίκων, μια φόρμα ιστορικού στέλνεται στους ενήλικες πελάτες (όσους είναι πάνω από 18 ετών και έχουν τελειώσει το Λύκειο) αρκετές εβδομάδες πριν το ραντεβού. Επειδή οι κλινικοί βλέπουν συνήθως τους εφήβους στα σχολεία, τους ενθαρρύνουν να συμπληρώσουν κάποια τμήματα της φόρμας με τη βοήθεια των γονέων τους. (Guitar, 2014)

Αυτή η φόρμα αναζητά πληροφορίες που σχετίζονται με τις περισσότερες διαταραχές ομιλίας – λόγου, γι’ αυτό θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί με όλους τους ενήλικες πελάτες που παραπέμπονται για τέτοιου είδους προβλήματα. Επίσης, επιτρέπει στον κλινικό να μάθει εκ των προτέρων εάν ο πελάτης που παραπέμπεται για τον τραυλισμό παρουσιάζει μια διαφορετική ή επιπρόσθετη διαταραχή. Η φόρμα δίνει επίσης στον κλινικό πληροφορίες για το βαθμό στον οποίον ο τραυλισμός, αν αυτό είναι το πρόβλημα, επηρεάζει τη ζωή του πελάτη. (Guitar, 2014)

Η διάγνωση ξεκινά με τη συνέντευξη, πριν από την οποία γίνεται πλήρης ενημέρωση για το πρόκειται να ακολουθήσει. Ο θεραπευτής ξεκινά με μια ανοιχτή ερώτηση και μετά αρχίζει ο διάλογος από τον οποίο ο θεραπευτής μπορεί να πάρει χρήσιμες πληροφορίες για το πρόβλημα της ομιλίας που αντιμετωπίζει ο ασθενής. (Guitar, 2014)

Ένα πλήθος ερωτηματολογίων μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εκτιμηθούν διάφορες πλευρές των συναισθημάτων και των στάσεων απέναντι στην επικοινωνία και τον τραυλισμό. Τέτοια ερωτηματολόγια είναι:

* Modified Erickson Scale of Communication Attitudes (S-24) (Andrews & Cutler, 1974)
* The Stutterer’s Self-Rating of Reactions to Speech Situations (Johnson, Darley & Spriesterbach, 1952)
* The Perceptions of Stuttering Inventory (Woolf, 1967)
* Locus of Control of Behavior Scale (Craig, Franklin & Andrews, 1984)

(Guitar, 2014)

Επίσης, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή αν συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα που επηρεάζουν το λόγο και την ομιλία. Τέτοια προβλήματα μπορεί να αφορούν στην άρθρωση, στο λόγο, τη φωνή ή την ακοή. Ο θεραπευτής αξιολογεί αυτούς τους τομείς και συζητά με τον ασθενή για το πρόβλημα. Αν τον ανησυχεί, τότε χρειάζεται παρέμβαση, όπως επίσης χρειάζεται παρέμβαση αν το πρόβλημα έχει επιπτώσεις στην επικοινωνία. Ο θεραπευτής «αφήνει» τον ασθενή να τον κατευθύνει στη θεραπεία του προβλήματος. (Guitar, 2014)

 Ακόμα, ο θεραπευτής μπορεί να προχωρήσει και στην αξιολόγηση άλλων παραγόντων, όπως: νοημοσύνη, (προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο), ψυχολογική και επαγγελματική προσαρμογή. Καθένας από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να επηρεάσει τη θεραπεία ενός ενήλικα ή εφήβου που τραυλίζει και επομένως πρέπει να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό της θεραπείας. (Guitar, 2014)

Αφού συγκεντρώσουν ο ειδικός τις πληροφορίες του ασθενή, πρέπει να αποφασίσει εάν τραυλίζει και αν ναι, ποιο επίπεδο θεραπείας είναι το κατάλληλο. Συνήθως, οι πελάτες παρουσιάζουν προχωρημένο τραυλισμό αν και κάποιοι βρίσκονται ακόμα στο μέτριο επίπεδο. Πρώτα όμως ας εξετάσουν την πιθανότητα να μην τραυλίζει το άτομο.

Σε σπάνιες περιπτώσεις, τα άτομα που έχουν τυπική ομιλία και ταυτόχρονα παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό δυσρυθμιών μπορεί να παραπεμφθούν από δασκάλους (αν είναι έφηβοι), εργοδότες (σε ενήλικες) ή φίλους. Οι περισσότεροι εκδηλώνουν επαναλήψεις φράσεων, περιφραστικές αποδόσεις, αναθεωρήσεις και δισταγμούς – τα είδη δηλαδή των δυσρυθμιών που θεωρούνται φυσιολογικά. Αυτές οι δυσρυθμίες παρατηρούνται σχετικά σπάνια σε παιδιά μετά το δημοτικό σχολείο. Ωστόσο, αν δεχτούν ότι υπάρχει ένα φάσμα φυσιολογικής ευχέρειας στην ομιλία, κάποιοι ενήλικες και έφηβοι μπορεί απλά να βρίσκονται στο άκρο που χαρακτηρίζεται από μεγάλο ποσοστό δυσρυθμιών. Επιπλέον, αναφορικά με τις διαφορές στον τύπο και τον αριθμό των δυσρυθμιών, οι δευτερογενείς συμπεριφορές, οι αρνητικές στάσεις και τα συναισθήματα απουσιάζουν. Ο ρόλος των λογοθεραπευτών σε αυτές τις περιπτώσεις είναι να εξηγήσουν στο άτομο, και σε αυτόν που έκανε την παραπομπή, (αν έγινε παραπομπή) ότι αυτό το είδος ομιλίας δεν είναι αποκλίνον και δεν πρέπει να τους απασχολεί. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι η υπερβολική προσοχή σε αυτές τις δυσρυθμίες μπορεί να είναι περισσότερο επιβαρυντική παρά βοηθητική. Εάν ο εξεταζόμενος ή το άτομο που παραπέμπει, αισθάνεται έντονα ότι η δυσρυθμία στην ομιλία εμποδίζει την επικοινωνία, η θεραπεία που στοχεύει στην ευχέρεια της ομιλίας μπορεί να είναι κατάλληλη επιλογή για τον θεραπευόμενο. (Guitar, 2014)

Όταν ο κλινικός αποφασίσει ότι η θεραπεία για τον τραυλισμό είναι κατάλληλη για έναν ασθενή, είτε ο τραυλισμός είχε μια τυπική έναρξη κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας είτε έχει μια άλλη αιτιολογία, πρέπει να επιλέξει το κατάλληλο θεραπευτικό επίπεδο για τον θεραπευόμενο. Όπως παρουσίασαν νωρίτερα οι έφηβοι και οι ενήλικες που τραυλίζουν είναι πιο πιθανόν να βρίσκονται σε προχωρημένο εξελικτικό και θεραπευτικό επίπεδο. Ενδείξεις αυτού του επιπέδου συμπεριλαμβάνουν τις βασικές συμπεριφορές των έντονων επαναλήψεων, των επιμηκύνσεων και των παύσεων, τις δευτερογενείς συμπεριφορές διαφυγής και αποφυγής και τα αρνητικά συναισθήματα και τις στάσεις για την επικοινωνία γενικότερα και ειδικότερα για τον τραυλισμό. (Guitar, 2014)

* Στον μέτριο τραυλισμό…

Σε έναν εξεταζόμενο, του οποίου ο τραυλισμός βρίσκεται στο μέτριο επίπεδο θα είναι το πιθανότερο πιο μικρός από έναν έφηβο. Το πρότυπο του τραυλισμού του θα χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές διαφυγής και αποφυγής και από αξιοσημείωτη ένταση στις παύσεις, τις επιμηκύνσεις και τις επαναλήψεις. Επίσης, θα αποφεύγει κάποιες συνθήκες ομιλίας. Επιπλέον, τα συναισθήματα και οι στάσεις του, όπως έχουν αποκαλυφθεί από τα ερωτηματολόγια και τις συνεντεύξεις μαζί του, τους γονείς του και τους δασκάλους του, θα υποδεικνύουν πολλές αρνητικές στάσεις για την ομιλία. (Guitar, 2014)

* Στον προχωρημένο/σοβαρό Τραυλισμό…

Τα άτομα που ταιριάζουν στο προχωρημένο /σοβαρό εξελικτικό/θεραπευτικό επίπεδο είναι προχωρημένης εφηβείας και αρκετά ώριμα να χειρισθούν τις «αποστολές» που χρησιμοποιούνται στην προχωρημένη θεραπεία. Το πρότυπο του τραυλισμού τους είναι παρόμοιο με αυτό του μέτριου τραυλισμού, αλλά τα πρότυπα αποφυγής και διαφυγής μπορεί να είναι πιο συνηθισμένα (π.χ. φαίνεται να είναι άκρως αυτοματοποιημένα και εκτελεσμένα με ταχύτητα). Πιθανόν θα αποφεύγουν δύσκολες συνθήκες ομιλίας, όταν είναι εφικτό, και θα έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους και αρνητικές προσδοκίες για τις αντιδράσεις του ακροατή. (Guitar, 2014)

# 1.4.4 Τα μέσα διάγνωσης του τραυλισμού

Η συνέντευξη με τους γονείς του παιδιού

Το πρώτο στάδιο κατά την αξιολόγηση του τραυλισμού στα παιδιά, είναι συνήθως η συνέντευξη του ειδικού με τους γονείς τους. 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 για τη διερεύνηση των βασικών προβληματισμών των γονέων και των αντιλήψεών τους σχετικά με τις δυσκολίες του παιδιού. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

 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. Συνήθως ερωτήσεις προς του 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 στη 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 αδέλφια), το είδος της λεκτικής δραστηριότητας που εκτελεί (π.χ. ελεύθερος λόγος ή ανάγνωση) και τη συναισθηματική του κατάσταση (π.χ. ενθουσιασμός, θυμός κ.λπ.). Σημαντική πληροφορία αποτελεί, επίσης, η ενδεχόμενη ύπαρξη άλλων ατόμων στο συγγενικό περιβάλλον με τραυλισμό και η εξέλιξη του τραυλισμού στα άτομα αυτά. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Κατά τη διάρκεια αυτής της, ο ειδικός ρωτά τους γονείς κατά πόσο συσχετίζουν τον τραυλισμό με κάποιο συγκεκριμένο γεγονός. Σε πολλές περιπτώσεις, οι γονείς είναι σε θέση να εντοπίσουν ένα τέτοιο γεγονός, π.χ. τη γέννηση ενός μικρότερου αδελφού, ή κάποια εμπειρία που θεωρούν ως τραυματική, π.χ. ένα σεισμό. Κάποιες φορές οι γονείς αναφέρουν περιστατικά τα οποία σηματοδοτούν την ξαφνική εμφάνιση του τραυλισμού. Για παράδειγμα μια μητέρα μας ανέφερε ότι η κόρη τη τραυλίζει από τη στιγμή που είδε κάποιο αυτοκίνητο να πατάει ένα γατάκι, ενώ μια άλλη μας είπε ότι ο γιος της, ο οποίος ήταν πέντε ετών, ξεκίνησε να τραυλίζει από τη στιγμή που, ενώ περίμεναν μαζί το μετρό για να γυρίσουν στο σπίτι, το παιδί έτρεξε και μπήκε στο βαγόνι, ενώ η μητέρα του δεν πρόλαβε να τον ακολουθήσει κι έμεινε απ’ έξω. Άλλες φορές, οι γονείς αναφέρουν σταδιακή έναρξη του τραυλισμού, χωρίς να μπορούν να τη συσχετίσουν με κάποιο συγκεκριμένο γεγονός. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

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 μιλά με μεγαλύτερη ευχέρεια, μπορεί να το μαλώνουν, θεωρώντας ότι δεν προσπαθεί αρκετά προκειμένου να μιλήσει σωστά ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να αποφεύγουν να το κοιτάξουν τις στιγμές που τραυλίζει. Σε γενικές γραμμές, πάντως, έχει διαπιστωθεί ότι οι πρώτες αντιδράσεις των γονέων απέναντι στο παιδί που εκδηλώνει τραυλισμό είναι αρνητικές και επικριτικές (Yairi, 1997b).(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Η ποιότητα της επικοινωνίας γονέα-παιδιού μπορεί να αξιολογηθεί πιο αντικειμενικά με την παρατήρηση της λεκτικής τους αλληλεπίδρασης. Κατά την παρατήρηση της συνομιλίας γονέων-παιδιού, ο ειδικός παρατηρεί το ρυθμό ομιλίας των ίδιων των γονέων, μετρά το χρονικό διάστημα που αφήνουν οι γονείς προτού να πάρουν το λόγο, εφόσον το παιδί έχει ολοκληρώσει την πρότασή του, παρακολουθεί κατά πόσο τηρούνται οι κανόνες του διαλόγου ή υπάρχει η τάση διακοπής του συνομιλητή και καταγράφει τις αντιδράσεις των γονέων όταν το παιδί εκδηλώνει τραυλισμό. Οι αντιδράσεις αυτές μπορεί να είναι λεκτικές (π.χ. παρατηρήσεις και διορθώσεις) ή μη λεκτικές (π.χ. αποφυγή της βλεμματικής επαφής ως ένδειξη αμηχανίας). (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

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. Πολλές φορές τα παιδιά ρωτάνε τους γονείς τους «γιατί κολλάνε» και μπορεί να δείχνουν εκνευρισμό όταν δυσκολεύονται να μιλήσουν με κανονική ροή. Ο εκνευρισμός αυτός μπορεί να εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους, λεκτικούς και μη λεκτικούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα παιδιά είναι πιθανόν να προσπαθούν να αποφύγουν λέξεις που ξεκινούν από συγκεκριμένα φωνήματα ή, ακόμη, και συγκεκριμένες καταστάσεις στις οποίες αναμένουν ότι θα τραυλίσουν. 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. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Σε αυτή τη 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 τη 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 (Zebrowski&Schum, 1993). Από την εμπειρία μας, διαπιστώνουμε επίσης ότι ορισμένοι γονείς πιστεύουν πως το παιδί μιμείται αυτόν τον τρόπο ομιλίας, επειδή τον άκουσε κάποιο άλλο άτομο ή ότι ο τραυλισμός αποτελεί χειριστική και σκόπιμη συμπεριφορά εκ μέρους του παιδιού. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Η διερεύνηση των ερμηνειών, που δίνουν οι γονείς στις δυσκολίες του παιδιού τους, αποτελεί σημαντικό βήμα της διαγνωστικής διαδικασίας καθώς αυτές αντανακλούν τις αντιλήψεις τους ως προς τη φύση των δυσκολιών του παιδιού. Η διερεύνηση αυτών των αντιλήψεων είναι καθοριστικής σημασίας, επειδή αυτές επηρεάζουν τόσο τη συμπεριφορά των γονέων απέναντι στο παιδί ως προς τη φύση και, ενδεχομένως, τα αίτια των δυσκολιών του στη ροή του λόγου. Οι αντιλήψεις αυτές επηρεάζουν, επίσης, τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς του και μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά στη διατήρηση και εδραίωση του τραυλισμού. Η αντικατάσταση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων με άλλες, πιο ρεαλιστικές, θα πρέπει, κατά την εκτίμησή μας, να αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους της θεραπευτικής αντιμετώπισης. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

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 απαιτήσεις των γονέων από το παιδί είναι ανάλογες με τις ανάγκες και τις δυνατότητές του. Είναι αυτονόητο πως, στην περίπτωση που οι προσδοκίες και 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 διερευνήσει ο ειδικός κατά πόσο οι γονείς νιώθουν οι ίδιοι ενοχές για τις δυσκολίες του παιδιού. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

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. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

# 1.4.5 Η κλινική παρατήρηση του παιδιού

Η διερεύνηση των δυσκολιών ενός παιδιού που παρουσιάζει δυσχέρειες στη ροή του λόγου προϋποθέτει, αρχικά, την αξιολόγηση της ομιλίας του. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να αξιολογήσει ο ειδικός την ομιλία του παιδιού. Μπορεί να ζητήσει από το παιδί να απαντήσει σε συγκεκριμένες ερωτήσεις ή να επαναλάβει συγκεκριμένες λέξεις, να πραγματοποιήσει μια χαλαρή συζήτηση μαζί του, να του αναθέσει μια δραστηριότητα και να προκαλέσει 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 (Rustin, 1987). 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. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Κατά τη διαδικασία αυτή, είναι πολύ σημαντικό για τον ειδικό να λαμβάνει υπόψη του το γεγονός ότι η ομιλία του παιδιού στο κλινικό πλαίσιο, ενδέχεται να μην είναι αντιπροσωπευτική της ομιλίας του στην καθημερινή του ζωή (Conture, 1997;Silverman, 1975). Ο ειδικός πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην περίπτωση που το παιδί δεν τραυλίζει κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης και δεν πρέπει να βιαστεί προκειμένου να αποκλείσει τη διάγνωση του τραυλισμού. Όπως έχει επισημανθεί, τα συμπτώματα του τραυλισμού ενδέχεται να εμφανίζονται περιστασιακά και να επιδεινώνονται ή να υποχωρούν σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Επομένως, οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από τους γονείς και η αξιολόγηση ποικίλων δειγμάτων ομιλίας του παιδιού σε διαφορετικά πλαίσια (ενδεχομένως και με τη μαγνητοφώνηση της ομιλίας του), αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας διάγνωσης του τραυλισμού. Επιπλέον, σε περίπτωση που ο ειδικός έχει πληροφορίες οι οποίες συνηγορούν υπέρ της εκτίμησης ότι το παιδί τραυλίζει, θα πρέπει, αφενός, να αξιολογήσει τη ροή του λόγου του παιδιού κατά τη διάρκεια χαλαρής συζήτησης και, αφετέρου, να δημιουργήσει συνθήκες, στις οποίες είναι γνωστό ότι αυξάνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης τραυλισμού, προκειμένου να διαπιστώσει το εύρος των δυνατοτήτων του παιδιού να μιλά με καλή ροή. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Οι ειδικοί έχουν προτείνει διάφορα κριτήρια για την αξιολόγηση της ομιλίας των παιδιών, στα οποία εξετάζεται η πιθανότητα ύπαρξης τραυλισμού. Μια από τις μεθόδους, η οποία έχει τύχει ευρείας αποδοχής, είναι η αξιολόγηση ενός δείγματος ομιλίας του παιδιού το οποίο να περιλαμβάνει τουλάχιστον 300 λέξεις (Conture, 1990). Κατά την αξιολόγηση αυτή, εξετάζονται οι εξής παράγοντες:

***α) Συχνότητα εκδήλωσης «φαινομένων δισταγμού» στο λόγο***

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

***β) Διασπορά συγκεκριμένων ειδών «φαινομένων δισταγμού» στο λόγο***

Η διαφορά αναφέρεται στη συχνότητα με την οποία εκδηλώνονται συγκεκριμένα είδη «φαινομένων δισταγμού» στο σύνολο των λέξεων στις οποίες εκδηλώθηκαν αυτά τα φαινόμενα. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, στα παιδιά με τραυλισμό οι επιμηκύνσεις ήχων και οι επαναλήψεις συλλαβών ξεπερνούν το 25% του συνόλου των λέξεων, στις οποίες εκδηλώνονται «φαινόμενα δισταγμού» (Conture, 1990; Meyers, 1986; Zebrowski & Conture, 1989). Επιπλέον, στα παιδιά αυτά τα φαινόμενα δισταγμού εκδηλώνονται συνήθως πάνω από δυο φορές μέσα στην ίδια λέξη ή σε πάνω από δύο λέξεις στην ίδια πρόταση (Conture, 1997).(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

***γ) Διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού»***

Η μεγάλη διάρκεια μεμονωμένων «φαινομένων δισταγμού» θεωρείται ενδεικτικός παράγοντας τόσο για την παρουσία όσο και για τη σοβαρότητα του τραυλισμού. Επιπλέον, η μείωση της διάρκειας των «φαινομένων δισταγμού» θεωρείται ως μια από τις πρώτες ενδείξεις βελτίωσης σε ένα πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού (Conture, 1990). Στα παιδιά με τραυλισμό, η μέση διάρκεια των φαινομένων αυτών είναι μισό δευτερόλεπτο, ενώ ποικίλλει από 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου ως 1500 χιλιοστά του δευτερολέπτου (Zebrowski, 2000). Συνήθως προτείνεται η μέτρηση της διάρκειας των «φαινομένων δισταγμού» σε ένα δείγμα 10 λέξεων στις οποίες εκδηλώθηκε τραυλισμός. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

***δ) Ρυθμός ομιλίας του παιδιού***

Η αξιολόγηση του ρυθμού ομιλίας των παιδιών με τραυλισμό συμβάλλει στην κατανόηση της επίδρασης των «φαινομένων δισταγμού» στη συνολική παραγωγή λόγου. Όσο συχνότερα είναι τα «φαινόμενα δισταγμού» στο λόγο και όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχουν, τόσο λιγότερες λέξεις μπορεί να παράγει το παιδί ανά λεπτό. Ένας τρόπος αξιολόγησης του ρυθμού ομιλίας ενός παιδιού είναι η μέτρηση των λέξεων που παράγει σε δέκα τυχαία επιλεγμένες χρονικές περιόδους των 10 δευτερολέπτων, η διαίρεση του αριθμού αυτού για καθεμία από τις δέκα περιόδους με το 10, δηλαδή το χρονικό διάστημα της αξιολόγησης, και ο πολλαπλασιασμός του αριθμού που προκύπτει με το 60, προκειμένου να διαπιστωθεί ο αριθμός των λέξεων που παράγεται ανά λεπτό. Στη συνέχεια, μπορεί να βγει ο μέσος όρος από τις μετρήσεις αυτές στο σύνολο των δέκα χρονικών περιόδων (Zebrowski, 2000).(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

***ε) Σύγκριση ρυθμού ομιλίας μητέρας-παιδιού***

Σύμφωνα με τον Conture (1997), οι μητέρες των παιδιών που τραυλίζουν υιοθετούν συνήθως πιο γρήγορο ρυθμό ομιλίας σε σχέση με το παιδί, και η διαφορά αυτή υπερβαίνει τις δύο συλλαβές ανά δευτερόλεπτο. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

***στ) Εκδήλωση μη λεκτικών μορφών συμπεριφοράς***

Τα συμπτώματα του τραυλισμού συνοδεύονται συνήθως από μη λεκτικές μορφές συμπεριφοράς, όπως έλλειψε βλεμματικής συμπεριφοράς και ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων, οι οποίες δεν παρατηρούνται στις περιπτώσεις των παιδιών με φυσιολογικές δυσχέρειες στη ροή του λόγου. Επιπλέον, οι εκδηλώσεις τέτοιων μορφών συμπεριφοράς δίνουν σημαντικές πληροφορίες για το βαθμό στον οποίο το παιδί συνειδητοποιεί τις δυσκολίες του στη ροή του λόγου και προσπαθεί να τις αντιμετωπίσει. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

***ζ) Γενικότερο επίπεδο ανάπτυξης του λόγου***

Κατά τη διαγνωστική διαδικασία, ιδιαίτερα σημαντική είναι η αξιολόγηση του γενικότερου επιπέδου ανάπτυξης του λόγου του παιδιού, προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχουν επιπρόσθετες δυσκολίες (π.χ. δυσκολίες άρθρωσης ή ακουστικής κατανόησης), οι οποίες ενδέχεται να δυσκολεύουν το παιδί κατά την παραγωγή του λόγου και να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή τη διατήρηση του τραυλισμού. Η ύπαρξη και ο βαθμός σοβαρότητας τέτοιου είδους δυσκολιών στο λόγο λαμβάνεται, συνήθως, υπόψη κατά το σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης για την ιεράρχηση των θεραπευτικών στόχων (Zebrowski, 2000).(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Εκτός όμως από την αντικειμενική αξιολόγηση της ομιλίας του παιδιού, η διαγνωστική διαδικασία πρέπει να εστιάζει και σε άλλους τομείς, όπως στη διερεύνηση των αντιλήψεων του ίδιου του παιδιού για την ομιλία του, στα συναισθήματα που του προκαλούν οι δυσκολίες του και στην επίδραση αυτών στο επίπεδο αυτοεκτίμησης και στη ζωή του γενικότερα. Για παράδειγμα είναι σημαντικό για τον ειδικό να γνωρίζει τις πιθανές εκτιμήσεις του παιδιού για τις δυσκολίες στη ροή του λόγου του, τις ερμηνείες που δίνει σε αυτές τις δυσκολίες καθώς και τους τρόπους που πιθανώς χρησιμοποιεί για να τις αντιμετωπίσει (Zebrowski, 2000). Οι πληροφορίες αυτές είναι ιδιαίτερα σημαντικές προκειμένου να αξιολογήσει ο ειδικός το εξελικτικό στάδιο του τραυλισμού, την ανάγκη άμεσης παρέμβασης και τους πρωταρχικούς στόχους αυτής της παρέμβασης. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

 Επιπλέον κατά την εκτίμηση των Κακούρου και Μανιαδάκη, ιδιαίτερα σημαντική είναι η διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης συμπτωμάτων άγχους (όπως τικς, ενούρηση, ψυχοσωματικά προβλήματα, φοβίες) ή άλλης μορφής ψυχοπαθολογίας, όπως, για παράδειγμα, της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής. Σύμφωνα με την κλινική εμπειρία των Κακούρου και Μανιαδάκη, στα παιδιά με τραυλισμό είναι πολύ συχνά πιθανόν να συνυπάρχουν συμπτώματα όπως αυτά που προαναφέρθηκαν (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2002; Kakouros & Maniadaki, 2005, September). Επίσης, ορισμένες φορές, τα παιδιά με τραυλισμό ενδέχεται να εκδηλώνουν προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία να πυροδοτούν ανάλογες αντιδράσεις από το περιβάλλον, ώστε η αλληλεπίδραση του παιδιού με τους άλλους να γίνεται αγχογόνος. Ο εντοπισμός αυτών των προβλημάτων μπορεί να σηματοδοτήσει, σε ορισμένες περιπτώσεις, το σημείο εκκίνησης κατά τη θεραπευτική διαδικασία. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική είναι η συνολική αξιολόγηση της προσωπικότητας του παιδιού. Στοιχεία όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα ανασφάλειας, η τελειομανία, ο ανελαστικός και άκαμπτος τρόπος σκέψης, η υπερβολική εμμονή στην τάξη και τους κανόνες, η μειωμένη ανοχή στη ματαίωση και την αποτυχία και η δυσκολία συγκέντρωσης της σκέψης, ενδέχεται να συμβάλλουν στην εδραίωση του τραυλισμού και να αποτελούν τροχοπέδη στην προσπάθεια αντιμετώπισής του. Καθώς συχνά η βάση για μια επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση είναι η λεπτομερής και εις βάθος ψυχολογική αξιολόγηση, ο εντοπισμός των παραπάνω χαρακτηριστικών και η επεξεργασία τους μπορεί να αποτελέσουν την ειδοποιό διαφορά ανάμεσα σε μια θεραπευτική διαδικασία που οδηγεί σε απλή μείωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού και σε εκείνη που οδηγεί, επιπλέον, στη συνολική αντιμετώπιση των δυσλειτουργικών μορφών συμπεριφοράς του ατόμου με τραυλισμό. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Όσον αφορά στην αξιολόγηση ενήλικου ατόμου που τραυλίζει, στόχος είναι η συλλογή πληροφοριών που αφορούν το βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού, τα πιστεύω του ατόμου σχετικά με την έναρξη και τα αίτια των δυσρυθμιών του και οι θεραπείας, λογοθεραπευτικές ή άλλες, που είχε ακολουθήσει στο παρελθόν. Επίσης, σημαντικές πληροφορίες είναι αυτές που σχετίζονται με το οικογενειακό και επαγγελματικό περιβάλλον, τους τρόπους με τους οποίους ο τραυλισμός επηρεάζει τη ζωή του ατόμου, το κίνητρο για θεραπεία, καθώς και οι καταστάσεις κατά τις οποίες παρατηρείται αύξηση των δυσρυθμιών. (Καμπανάρου, 2007)

# 1.4.7 Εκτίμηση βαθμού σοβαρότητας τραυλισμού

Οι τύποι των διαθέσιμων οργάνων για τη μέτρηση της σοβαρότητας τραυλισμού περιλαμβάνουν κλίμακες αξιολόγησης εξέτασης και διαδικασίας για τον υπολογισμό της συχνότητας και της διάρκειας των αποκλίσεων και των διαδικασιών αξιολόγησης της φυσικότητας του λόγου. Η εφαρμογή αυτών των οργάνων πρέπει να εξεταστεί από την άποψη ότι είναι αναγκαίο να γίνει σύγκριση μεταξύ των υποκειμένων, της κατάλληλης χρήσης και εγκυρότητας του περιεχομένου τόσο για παιδιά όσο και για ενήλικες. 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.(Packman & Attanasio, 2010)

Κάποιοι από τους τρόπους εκτίμησης της σοβαρότητας του τραυλισμού κυρίως βάση των λεκτικών χαρακτηριστικών είναι οι ακόλουθοι:

Η κλίμακα των Andrews & Harris (1964) η οποία αν και είναι από τις παλαιότερες χρησιμοποιείται ευρέως ακόμα και σήμερα.

Βαθμός 0 – καμία δυσρυθμία

Βαθμός 1 – Ελαφρύς βαθμός τραυλισμού, δυσρυθμίες στο 0 – 5% των λέξεων του δείγματος ομιλίας, η επικοινωνία δεν επηρεάζεται.

Βαθμός 2 – Μέτριος βαθμός τραυλισμού, δυσρυθμίες στο 6 – 20% των λέξεων του δείγματος ομιλίας, η επικοινωνία επηρεάζεται ελάχιστα.

Βαθμός 3 – Σοβαρός βαθμός τραυλισμού, δυσρυθμίες σε περισσότερες των 20% των λέξεων του δείγματος ομιλίας, η επικοινωνία σίγουρα επηρεάζεται.

Σε αυτή την κλίμακα μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού οι δυσρυθμίες κωδικοποιούνται ως εξής

1. Επαναλήψεις
2. Επιμηκύνσεις και μπλοκαρίσματα
3. Κινήσεις σώματος και προσώπου.

Τέλος οι Andrews και Harris διατείνονταν ότι ο ρυθμός ομιλίας συνδέεται στενά με τη σοβαρότητα του τραυλισμού. Ομιλία μικρότερου ρυθμού από 140 συλλαβές / λεπτό ή 24 λέξεις / λεπτό ακούγεται αφύσικη. Για το λόγο αυτό συνυπολογίζουν την αντικειμενική αυτή μέτρηση στην εκτίμηση της σοβαρότητας του τραυλισμού. (Καμπανάρου, 2007)

Υπάρχει όμως και η άποψη ότι εκλείπουν τα τυποποιημένα και αξιόπιστα εργαλεία για την εκτίμηση της σοβαρότητας και ότι αυτό μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην έρευνα της εν λόγω διαταραχής. Αυτά τα εργαλεία είναι απαραίτητα για τον ποσοτικό προσδιορισμό του βαθμού διαταραχής και για τον προσδιορισμό των επιδράσεων των θεραπειών. Κατά την επιλογή εργαλείων αξιολόγησης για έρευνα σχετικά με αυτή τη διαταραχή θα πρέπει να εξετάζονται διάφορα ζητήματα. (Packman & Attanasio, 2010)

# 1.4.8 Οι κλίμακες αξιολόγησης του τραυλισμού

Σε συνδυασμό με τη συνέντευξη των γονέων και την κλινική παρατήρηση του παιδιού, συχνά χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς ορισμένες σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης του τραυλισμού. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Δύο από τις πιο διαδεδομένες κλίμακες για την αξιολόγηση της ύπαρξης και του βαθμού σοβαρότητας του τραυλισμού είναι οι εξής:

* Iowa Scale for Rating the Severity of Stuttering (Johnson et al., 1978) και
* Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (SSI; Riley, 1994)

Οι κλίμακες αυτές βασίζονται στην άμεση παρατήρηση και μέτρηση της συχνότητας, του τύπου και της διάρκειας των «φαινομένων δισταγμού» αλλά και της ύπαρξης δευτερογενών συμπτωμάτων και δίνουν μια συνολική βαθμολογία, η οποία αξιολογείται στη βάση μιας ποιοτικής κλίμακας με διαβάθμιση του τύπου «καθόλου τραυλισμός», «ήπιος τραυλισμός» , «μέτριος τραυλισμός», «σοβαρός τραυλισμός», «πολύ σοβαρός τραυλισμός». Οι δύο αυτές κλίμακες εμφανίζουν υψηλά ποσοστά συνάφειας μεταξύ τους (Ludlow, 1990).(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Οι ειδικοί χρησιμοποιούν επίσης συχνά κλίμακες οι οποίες εστιάζουν στην πρόγνωση και αξιολογούν την πιθανότητα αυτόματης υποχώρησης των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Δύο από αυτές είναι οι εξής: (α) Stuttering Prediction Instrument for Young Children (Riley, 1984) και (β) The Cooper Chronicity Prediction Checklist (Gordon & Luper, 1992). Οι κλίμακες αυτές βασίζονται τόσο στις πληροφορίες που δίνουν οι γονείς όσο και στην κλινική παρατήρηση του παιδιού από τον ειδικό. Επίσης υπάρχουν κλίμακες οι οποίες αξιολογούν την ύπαρξη δευτερογενών συμπτωμάτων κατά την εκδήλωση στιγμών τραυλισμού (π.χ. ChecklistofStutteringBehavior; Darley&Spriestersbach, 1978).(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Ένα άλλο είδος κλιμάκων που χρησιμοποιείται συχνά κατά τη διαδικασία διάγνωσης του τραυλισμού, είναι αυτές οι οποίες αξιολογούν τις αντιλήψεις των ατόμων που τραυλίζουν ως προς τις δυσκολίες τους. Για τον παιδικό πληθυσμό χρησιμοποιείται ιδιαίτερα η κλίμακα Children’sAttitudesAboutTalking – Revised (CAT; DeNil&Brutten, 1991). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 32 προτάσεις σχετικά με την ομιλία, τις οποίες τα παιδιά καλούνται να χαρακτηρίσουν ως ψευδείς ή αληθείς, ανάλογα με το πόσο αντιπροσωπευτικές τις αξιολογούν σε σχέση με τον εαυτό τους. Μια άλλη σχετική κλίμακα έχει κατασκευαστεί από τον Williams (1978,Problem Profile for Elementary-School-Age Children Who Stutter about Talking) και αξιολογεί τόσο τις αντιδράσεις των άλλων στις δυσκολίες στη ροή του λόγου του παιδιού όσο και τα συναισθήματα του παιδιού σχετικά με αυτές τις δυσκολίες. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002)

Εκτός από τις κλίμακες που αναφέρθηκαν παραπάνω, υπάρχουν και οι εξής κλίμακες αξιολόγησης για τον τραυλισμό:

* Stocker Probe for Fluency and Language – 3rd Edition (Stocker & Goldfarb, 1995)
* Assessment of Fluency in School-Age Children (AFSC) (Thompson, 1983).
* Cooper Assessment for Stuttering Syndromes – Adolescent and Adult (CASS-A) (Cooper & Cooper, 1996).
* Cooper Assessment for Stuttering Syndromes – Children (CASS-C) (Cooper & Cooper, 1996).

(Καμπανάρου, 2007)

Στην ελληνική γλώσσα, σύμφωνα με όσα γνωρίζουμε, η μόνη διαθέσιμη ψυχομετρική κλίμακα σχετικά με τον τραυλισμό είναι η μεταφρασμένη εκδοχή της κλίμακας του FranklinH. Silverman (1980), The stuttering problem profile (Το πορτραίτο του προβλήματος του τραυλισμού, Πλατρίτης & Νέστορος, 1996). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 86 προτάσεις, οι οποίες αξιολογούν τις αντιλήψεις ενηλίκων με τραυλισμό για το πρόβλημά τους. Η χρήση της κλίμακας αυτής δίνει τη δυνατότητα στον ειδικό να αξιολογήσει το μέγεθος και την ποιότητα των μορφών συμπεριφοράς που εκτιμώνται ως δυσλειτουργικές και οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν στόχους προς αλλαγή κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση .(Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2002)

# 1.4.9 Εκτίμηση ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων και Διαφοροδιάγνωση Τραυλισμού από άλλες διαταραχές ροής

Ένα πολύ σημαντικό μέρος της αξιολόγησης είναι η εκτίμηση των ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων που έχουν συλλεγεί έτσι ώστε να απαντηθούν οι αρχικές κλινικές ερωτήσεις του κλινικού και των πελατών. (Καμπανάρου, 2007)

Αφού συλλεχθεί το δείγμα ομιλίας ο λογοθεραπευτής καταγράφει, αναλύει και κωδικοποιεί μόνο τις φράσεις που είναι καταληπτές και δεν αποτελούν επανάληψη φράσεων του συνομιλητή. Βάσει του δείγματος ομιλίας μπορεί να συλλέξει ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα για τα παρακάτω:

**1**.**Συχνότητα δυσρυθμιών** (ποσοστό τραυλισμού). Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι υπολογισμού της συχνότητας των δυσρυθμιών. Κάποιοι κλινικοί υπολογίζουν τη συχνότητα των δυσρυθμιών στις 100 λέξεις, ενώ άλλοι προτιμούν τον υπολογισμό της συχνότητας δυσρυθμιών μετρώντας τον αριθμό των δυσρυθμιών στις 100 συλλαβές. Ο δεύτερος τρόπος μέτρησης θεωρείται πιο αντιπροσωπευτικός και γι’αυτό χρησιμοποιείται πιο συχνά. Ποσοστό δυσρυθμιών στο δείγμα = # δυσρυθμιών / # συλλαβών ή λέξεων (x) 100

**2**.**Είδος δυσρυθμιών**. Υπολογισμός του ποσοστού του κάθε είδους δυσρυθμιών επί του συνολικού αριθμού των δυσρυθμιών. Για παράδειγμα: # επαναλήψεων συλλαβών / συνολικού αριθμού δυσρυθμιών (x) 100

**3**.**Ομάδες/συμπλέγματα δυσρυθμιών**. Π.χ θ\_\_\_\_\_θαθαθάλασσα (επιμήκυνση + επανάληψη συλλαβής)

**4**.**Μέσος όρος αριθμού επαναλήψεων ανά επανάληψη**. Για παράδειγμα θαθαθαθάλασσα (3 επαναλήψεις), κοκότα (1 επανάληψη), δαδαδάχτυλο (2 επαναλήψεις) > μέσος όρος αριθμού επαναλήψεων ανά επανάληψη = (3 + 1 + 2) / 3 = 2

**5**.**Μέση διάρκεια δυσρυθμιών σε ms. ή sec**. Για το τεστ αξιολόγησης του τραυλισμού Stuttering Severity Instrument – 3 (Riley, 1994), υπολογίζεται ο μέσος όρος των 3 μακρύτερων δυσρυθμιών. Γενικά μπορείτε να υπολογίσετε το μέσο όρο των 10 μακρύτερων δυσρυθμιών.

**6.Ταχύτητα ομιλίας εκφρασμένη σε # λέξεων ή # συλλαβών / λεπτό**.

**7.Ρυθμός και διάρκεια των επαναλήψεων**. Για παράδειγμα το “θε-θε-θέλω” είναι πιο γρήγορο από το “θε---θε---θέλω” ενώ το “πε---πε---πε---περίμενε” έχει λιγότερο ρυθμό από το πε--πε--πε--περίμενε”.

**8.Αλλαγές στη χροιά και την ένταση της φωνής κατά τη διάρκεια των δυσρυθμιών.**

**9.Εκτίμηση δευτερευόντων μη λεκτικών συμπεριφορών τραυλισμού** (π.χ. αποφυγή βλεμματικής επαφής, ρυθμικό κτύπημα ποδιού, μυϊκή ένταση στο λαιμό, την κάτω γνάθο κτλ.)

(Καμπανάρου, 2007)

Για τη διαφοροδιάγνωση παιδιών που τραυλίζουν και αυτών που παρουσιάζουν «φυσιολογικές» δυσρυθμίες στην ομιλία τους, έρευνες παρέχουν αρκετά χρήσιμα δεδομένα. Ο Yairi (1997b) αναφέρει ότι τα παιδιά που τραυλίζουν παράγουν περίπου 72% ενδολεκτικές δυσρυθμίες (SLDs) στο συνολικό αριθμό δυσρυθμιών, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός για παιδιά που δεν τραυλίζουν είναι 34%. Επίσης, σύμφωνα με τον ίδια ερευνητή, παιδιά προσχολικής ηλικίας που δεν τραυλίζουν κάνουν περίπου 6-8 δυσρυθμίες/100 συλλαβές σε αντίθεση με παιδιά ίδιας ηλικιακής ομάδας που τραυλίζουν των οποίων ο μέσος όρος είναι 17 δυσρυθμίες/100 συλλαβές. Ακόμα, παιδιά που τραυλίζουν παράγουν περισσότερες από 3 ενδολεκτικές δυσρυθμίες σε 100 λέξεις δείγματος αυθόρμητης ομιλίας, ενώ τείνουν να έχουν «συμπλέγματα» δυσρυθμιών (π.χ. Θε-θε-θεεεεελω – επανάληψη και επιμήκυνση) σε αντίθεση με παιδιά που παρουσιάζουν «φυσιολογικές» δυσρυθμίες. Τέλος, εάν σε περισσότερο από το 25% των επαναλήψεων το παιδί έχει παραγάγει παραπάνω από δύο επαναλήψεις ανά επανάληψη (π.χ. θε-θε-θε-θέλω) τότε αποτελεί ένδειξη τραυλισμού.

Ένα άλλο ερώτημα των γονιών ή/και του κλινικού μπορεί να αφορά στις πιθανότητες που έχει το παιδί να σταματήσει να τραυλίζει αυθόρμητα χωρίς θεραπευτική παρέμβαση. (Καμπανάρου, 2007)

Παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες για αυθόρμητη υποχώρηση του τραυλισμού είναι η μικρή ηλικία του παιδιού που τραυλίζει, το αρνητικό οικογενειακό ιστορικό, οι λίγες ή καθόλου αντιδράσεις στον τραυλισμό, ο μικρός αριθμός ενδολεκτικών δυσρυθμιών, καθώς και το φύλο (κορίτσια έναντι αγοριών). Επίσης θετικός προγνωστικός παράγοντας αποτελεί το μικρό χρονικό διάστημα από την έναρξη του τραυλισμού. Συγκεκριμένα, ο Andrews και οι συνεργάτες του (1983) αναφέρουν ότι το ποσοστό αυτόματης υποχώρησης του τραυλισμού είναι περίπου 40% τον πρώτο χρόνο και μειώνεται στο 18% για τα επόμενα 5 χρόνια. Επίσης ο Yairi (1997a) αναφέρει ότι στις περισσότερες περιπτώσεις αυτόματης υποχώρησης των δυσρυθμιών, αυτή συμβαίνει μέσα στους πρώτους 18 μήνες από την έναρξη του τραυλισμού. Τέλος, σύμφωνα με τη Zebrowski (1996) παιδιά χωρίς συνοδά γλωσσικά ή άλλα προβλήματα έχουν πιο θετική πρόγνωση από παιδιά με άλλα προβλήματα λόγου ή/και ομιλίας. (Καμπανάρου, 2007)

Αντίθετα, αρνητική πρόγνωση έχουν παιδιά τα οποία άρχισαν να τραυλίζουν μετά την ηλικία των 3 ετών, έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό, έχουν συνοδά προβλήματα λόγου ή/και ομιλίας, κάνουν περισσότερες των 2 επαναλήψεων ανά επανάληψη και εμφανίζουν στην ομιλία τους πιο συχνά επαναλήψεις συλλαβής απ’ ότι επαναλήψεις ολόκληρης της λέξης. Επίσης, αρνητικός προγνωστικός παράγοντας αποτελεί η αύξηση ενδολεκτικών δυσρυθμιών στους πρώτους 15 μήνες μετά την έναρξη εμφάνισής τους. Ακόμα, τα αγόρια έχουν τέσσερις με πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν να τραυλίζουν απ’ ότι τα κορίτσια. (Καμπανάρου, 2007)

Τέλος, άλλα χρήσιμα δεδομένα τα οποία βοηθούν τον κλινικό να αξιολογήσει καλύτερα τα ποιοτικά και ποσοτικά ευρήματα της αξιολόγησης είναι τα παρακάτω:

* Η ταχύτητα ομιλίας των ενηλίκων κυμαίνεται μεταξύ 115-165 λέξεων/λεπτό. Σύμφωνα με τη μελέτη της Pindzola και των συνεργατών της (1989), η ταχύτητα ομιλίας των παιδιών ηλικίας 3 ετών μεταξύ 116-163 συλλαβές/λεπτό, παιδιών ηλικίας 4 ετών μεταξύ 117-183 συλλαβές/λεπτό και παιδιών ηλικίας 5 ετών μεταξύ 109-183 συλλαβές/λεπτό.
* Στις περισσότερες περιπτώσεις εξελικτικού τραυλισμού, στην έναρξή του συναντάμε πρώτα επαναλήψεις , και μετά επιμηκύνσεις, ενώ τα μπλοκαρίσματα και τα άλλα λεκτικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού συνήθως εμφανίζονται αργότερα.
* Η μέση διάρκεια επαναλήψεων φωνημάτων/συλλαβών και επιμηκύνσεων είναι μισό δευτερόλεπτο ενώ ποικίλλει από 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου (ή και λιγότερο) με 1 δευτερόλεπτο (ή και περισσότερο).

(Καμπανάρου, 2007)

Η διαδικασία της αξιολόγησης δεν ολοκληρώνεται με την ανάλυση και εκτίμηση των ποιοτικών και ποσοτικών στοιχείων που έχουν συλλεχθεί. Αντίθετα, η ενημέρωση των γονέων παιδιού προσχολικής και σχολικής ηλικίας και του ενήλικα που τραυλίζει αποτελεί το τελευταίο στάδιο της αξιολόγησης. (Καμπανάρου, 2007)

Σε αυτή τη συνάντηση ο λογοθεραπευτής καλείται να ενημερώσει τους ενδιαφερόμενους για τα ευρήματα της αξιολόγησης, να απαντήσει το κύριο ή/και άλλα ερωτήματα των γονιών ή του ίδιου του ατόμου που τραυλίζει (π.χ. ‘’Το παιδί τραυλίζει ή οι δυσρυθμίες του είναι «φυσιολογικές»;’’, ‘’Ποιος είναι ο βαθμός σοβαρότητας του τραυλισμού;’’) 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). (Καμπανάρου, 2007)

Η μεγαλύτερη διαφορά σε αυτή την κατηγορία ασθενών είναι το γεγονός ότι οι στόχοι και οι επιθυμίες του ίδιου του ασθενή παίζουν ακόμη πιο σημαντικό ρόλο στο θεραπευτικό σχεδιασμό. Οι στόχοι αυτοί έχουν γίνει γνωστοί στο θεραπευτή κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης και είναι ευθύνη του να εξετάσει τη ρεαλιστικότητά τους. Η ουσιαστική εκπαίδευση των ασθενών στον τραυλισμό και στις ενδεχόμενες θεραπευτικές προοπτικές θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της τελικής αυτής συνομιλίας. Προγνωστικά είναι πλέον βέβαιο ότι ο επίμονος τραυλισμός έχει μηδαμινές πιθανότητες να εξαλειφθεί και επομένως υποσχέσεις απόλυτης ίασης θα πρέπει να αποφεύγονται. Στην πραγματικότητα όμως μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και να οδηγήσει σε αρκετά ευχερή ομιλία μέσα από τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. (Μαλανδράκη, 2010)

* **Διαφοροδιάγνωση Τραυλισμού-Ταχυλαλίας**

Μια άλλη ανάγκη για διαφορική διάγνωση, εκτός από την εξακρίβωση περιπτώσεων με φυσιολογική δυσρυθμία, είναι να διασφαλισθεί ότι το σύνδρομο διακοπτόμενης ταχυλαλίας, και οι δυσρυθμίες νευρογενούς και ψυχογενούς αιτιολογίας αναγνωρίζονται και διαχωρίζονται από τον «τυπικό» ή «εξελικτικό» τραυλισμό. Επιπλέον, είναι επίσης απαραίτητο να αποκλείσουμε δυσρυθμίες που προκαλούνται από δυσκολίες ανάκλησης λέξεων που μπορεί να παρουσιάζει ένα άτομο με μαθησιακή δυσκολία.

Κάποια από τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου διακοπτόμενης ταχυλαλίας στους ενήλικες και τους εφήβους είναι η γρήγορη, μερικές φορές δυσκατάληπτη ομιλία, οι συχνές επαναλήψεις συλλαβών, λέξεων ή φράσεων, η έλλειψη επίγνωσης ή ανησυχίας για την ομιλία, οι αποδιοργανωμένες νοητικές διεργασίες και τα προβλήματα λόγου. Το σύνδρομο διακοπτόμενης ταχυλαλίας συχνά συνυπάρχει με τον τραυλισμό και οι δύο διαταραχές μπορούν να αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά με μία αυστηρά δομημένη προσέγγιση μορφοποίησης της ροής.

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 τον 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 τραυλούς 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, αναδιήγηση, ορθογραφημένο κείμενο, διάβασμα, ελεύθερος λόγος). Οι ταχύλαλοι είναι εξωστρεφής άτομα, θέλουν κοινωνική επαφή σε αντίθεση με τους τραυλίζοντες. Έχουν μικρή διάρκεια 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 τραυλίζοντες 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 εμποδιστεί με οποιοδήποτε τρόπο η επικοινωνία του, τότε θεμελιώνεται μια αντικειμενική βλάβη, με αποτέλεσμα κάθε λογοθεραπεία να θεωρείται αποτυχημένη πριν ακόμη αρχίσει.

Η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων που εμφανίζουν ταχυλαλία είναι εξωστρεφείς, επιζητούν την κοινωνική επαφή και έχουν την ψυχική δύναμη να φέρουν κάτι εις πέρας. Αυτό σημαίνει 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 ότι συνεχώς την «φρενάρουν». (Βίκη & Παπάνης, 2007)

* **Διαφοροποίηση Τραυλισμού – Βατταρισμού**

Ο 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 (παραφασίες), 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 αναπνευστικά 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 τραυλισμό. 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)

# 1.4.10 Άλλες μετρήσεις που δεν πρέπει να ξεχνά ο λογοθεραπευτής

Όπως σε όλες τις περιπτώσεις παιδιών και ενηλίκων που παραπέμπονται στις υπηρεσίες λογοθεραπείας με οποιαδήποτε μορφή διαταραχής επικοινωνίας, είναι σημαντικό να μην εστιάσουμε την προσοχή μας αποκλειστικά στη συγκεκριμένη διάσταση της ομιλίας ή του λόγου που μπορεί να αποτελεί το κύριο σύμπτωμα. Για την σωστή αξιολόγηση και θεραπεία μιας διαταραχής επικοινωνίας απαραίτητη είναι η αξιολόγηση των επιμέρους τμημάτων της διαταραχής. Έτσι και στην περίπτωση παιδιών με δυσκολίες στη ροή ομιλίας κάθε λογοθεραπευτής οφείλει να πραγματοποιεί τουλάχιστον screenings (γρήγορες αξιολογήσεις) για όλες τις πτυχές της επικοινωνίας. Ο κυριότερος λόγος είναι για να αποκλειστούν ή να εντοπιστούν πιθανές συνοδές διαταραχές ομιλίας και λόγου και να τις συμπεριληφθούν στο θεραπευτικό πλάνο. Τα screeningsθα πρέπει να συμπεριλάβουν:

* Αξιολόγηση ακοής: για όλα τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που προσέρχονται σε λογοθεραπευτή θα πρέπει να γίνεται έλεγχος της ακοής τους, αρχικά με screening και αν υπάρχει οποιαδήποτε ένδειξη προβλήματος ακοής με παραπομπή σε ακοολόγο ή ωτορινολαρυγγολόγο.
* Αξιολόγηση αισθητικο-κινητικού στοματοπροσωπικού και λαρυγγικού ελέγχου: ο έλεγχος αυτός πρέπει να γίνεται με όλους τους ασθενείς για να αποκλείονται ή να εντοπίζονται προβλήματα σχετιζόμενα με το μηχανισμό άρθρωσης, αντήχησης και φώνησης και τα εμπλεκόμενα κρανιακά νεύρα που μπορεί να συμβάλουν στο όποιο επικοινωνιακό πρόβλημα.
* Αξιολόγηση άρθρωσης: Στον τραυλισμό παρατηρείται συχνότερα από το γενικό πληθυσμό η συνύπαρξη διαταραχής άρθρωσης. Γι’ αυτή την αξιολόγηση γίνεται να χρησιμοποιηθούν ανεπίσημες δοκιμασίες άρθρωσης που θα έχουμε ετοιμάσει ή σταθμισμένες δοκιμασίες που κυκλοφορούν στο εμπόριο και στην Ελλάδα.
* Αξιολόγηση φωνής: Κατά τη συνομιλία με το παιδί παρατηρείται προσεκτικά η ποιότητα, το ύψος και την ένταση της φωνής του, καθώς και εναλλαγές αυτών. Αν υπάρχει οποιαδήποτε απόκλιση, ο εξεταστής μπορεί να προχωρήσει ή να παραπέμψει για ολοκληρωμένη αξιολόγηση φωνής.
* Αξιολόγηση λόγου: Οι γλωσσικοί παράγοντες μπορεί να είναι σημαντικοί στον τραυλισμό, αν και η απόλυτη συμμετοχή τους ακόμη ερευνάται (Logan και Conture, 1995, 1997; Watkins και Yairi, 1997). Σε \*κάθε περίπτωση είναι
* σημαντικό να αξιολογείται η γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού και η ικανότητά του να παράγει και να κατανοεί το λόγο. Στην αγγλική γλώσσα χρησιμοποιούνται τεστ όπως το Peabody Picture Vocabulary Test – 4 (Dunn&Dunn, 2007), τοWord Finding Vocabulary Test (Renfrew, 1995), τοCELF-Preschool (Semel, Wiig&Secord, 2004), και το Preschool Language Scale-4 (PLS-4) (Zimmerman, Steiner&Pond, 2002). Στα ελληνικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν άτυπες κλινικές γλωσσικές δοκιμασίες που έχει ετοιμάσει κάθε θεραπευτής ή άλλα διαγνωστικά εργαλεία που υπάρχουν. Σημαντικές μετρήσεις είναι και το μέσο μήκος εκφοράς (mean length of utterance), η μέτρηση διαφορετικών λέξεων σε ένα δείγμα, η μέτρηση συνολικού αριθμού λέξεων σε ένα δείγμα, η λεπτομερής γραμματική και συντακτική ανάλυση δείγματος και η αξιολόγηση ικανοτήτων αφήγησης και πραγματολογικών παραμέτρων.
* Αξιολόγηση νοητικού-γνωστικού δυναμικού: Στις περισσότερες περιπτώσεις τραυλισμού αυτή η αξιολόγηση θα γίνει άτυπα μέσω παιχνιδιών και μέσω της όλης αλληλεπίδρασης με το παιδί. Παιδιά με τραυλισμό συνήθως δεν εμφανίζουν διαφορετικές νοητικές ή γνωστικές ικανότητες από παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας. Αν όμως για οποιοδήποτε λόγο ένα παιδί έχει χαμηλότερο νοητικό ή γνωστικό δυναμικό από την ηλικία του, τότε κρίνεται απαραίτητο να παραπεμφθεί σε ειδικό ψυχολόγο ή ειδικό παιδαγωγό που θα παρέχει σταθμισμένες αξιολογήσεις νοητικής και γνωστικής ικανότητας.
* Αξιολόγηση κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης: Σε παιδιά σχολικής ηλικίας ο τομέας αυτός έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς μας απασχολεί το πώς το παιδί αντιμετωπίζεται από τον περίγυρο, τους συμμαθητές και τον εκπαιδευτικό, αλλά και από τους φίλους και συγγενείς και το πώς βιώνει τις οποιεσδήποτε αντιδράσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις ανάλογες πληροφορίες συλλέγονται έμμεσα μέσω των συζητήσεων με το ίδιο το παιδί, τους γονείς και τον εκπαιδευτικό.
* Αξιολόγηση ακαδημαϊκής προσαρμογής και επίδοσης: Αν το παιδί αντιμετωπίζει ακαδημαϊκές δυσκολίες σε ορισμένα σχολικά μαθήματα, είναι σημαντικό να βοηθήσουμε τον εκπαιδευτικό να κατανοήσει αν οι δυσκολίες αυτές οφείλονται στον τραυλισμό ή σε πιθανές μαθησιακές δυσκολίες. Η συνεργασία με κάποιον ειδικό στις μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση τέτοιων φαινομένων, αν παρουσιάζονται.

Στην κλινική πρακτική όταν αξιολογούνται παιδιά με συμπτώματα διαταραχής ροής, πάντοτε ο θεραπευτής ξεκινά την αλληλεπίδραση με το παιδί με χαλαρό τρόπο και με παιχνίδι προσπαθώντας να εκμαιεύσει ένα ικανοποιητικό δείγμα ομιλίας. Αν κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης αντιληφθεί περαιτέρω ζητήματα άρθρωσης, φωνολογίας, φωνής, γλωσσικά ή γνωστικά, τότε ο θεραπευτής προχωράει σε ολοκληρωμένες αξιολογήσεις και των υπολοίπων τομέων. (Μαλανδράκη, 2010)

# 1.5 Θεραπεία τραυλισμού

Όταν μιλάμε για τραυλισμό, 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. (Πελεκάνος, 2014)

Για αυτό, μόνο η έγκαιρη και ενδελεχής 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 περιβάλλοντος του είναι επιτακτική. Κάθε ασθενής χρειάζεται τη σωστή καθοδήγηση και συμβουλευτική για μια διαταραχή που είναι μεν σύνθετη-αλλά όχι μη αντιμετωπίσιμη. (Πελεκάνος, 2014)

**Ιστορική αναδρομή στη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού**

Υπάρχει μακράν ιστορία θεραπειών για τον τραυλισμό, που χρονολογείται από τη χρήση της ρυθμικής ομιλίας τον 3ο αιώνα π.Χ. από τον Έλληνα φιλόσοφο Δημοσθένη (Packman, Onslow, & Menzies, 2000). Τα τελευταία 60 περίπου χρόνια, η προσέγγιση σε θεραπείες για τραυλισμό έχει γίνει πιο συστηματική από ό, τι σε προηγούμενες εποχές, δεδομένου ότι οι μέθοδοι θεραπείας έχουν δημοσιευτεί σε αξιόπιστα περιοδικά και βιβλία και τα αποτελέσματα κάποιων θεραπειών έχουν μετρηθεί και έχουν αναφερθεί. Αυτές οι θεραπείες καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, από αυτές που αποσκοπούν στην ενίσχυση της ευχέρειας σε εκείνες που απευθύνονται στα ψυχολογικά (συμπεριλαμβανομένων των γνωστικών) και / ή τα κοινωνικά επακόλουθα του τραυλισμού. Πολλές θεραπείες περιλαμβάνουν διαδικασίες και για τα δύο. Περαιτέρω, η προσέγγιση στις θεραπείες για τραυλισμό ποικίλλει κατά τη διάρκεια της ζωής, με τις θεραπείες για παιδιά προσχολικής ηλικίας να είναι αρκετά διαφορετικές από εκείνες για τους εφήβους και τους ενήλικες. Οι θεραπείες ροής έχουν κατηγοριοποιηθεί ως άμεσες και έμμεσες. Άμεσες θεραπείες είναι εκείνες όπου οι διαδικασίες επικεντρώνονται στην αλλαγή της ομιλούμενης γλώσσας, ενώ οι έμμεσες θεραπείες είναι εκείνες που αποσκοπούν να ενισχύσουν τη ροή με την αλλαγή των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος που θεωρούνται ότι επηρεάζουν τη ροή. Πολλές προσεγγίσεις θεραπείας περιλαμβάνουν και τα δύο. Αυτή η κατηγοριοποίηση χρησιμοποιείται συνήθως με παρεμβάσεις για παιδιά που τραυλίζουν, αλλά έχει ευρύτερες εφαρμογές. Οι διαδικασίες θεραπείας που απευθύνονται στα ψυχολογικά και / ή κοινωνικά επακόλουθα του τραυλισμού,

όπως το κοινωνικό άγχος και η αποφυγή, μπορεί να ενσωματωθούν στις προσεγγίσεις ροής ή να παραμείνουν μεμονωμένες, όπως οι γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία. Είναι ενδιαφέρον ότι τα φάρμακα έχουν δοκιμαστεί για τη θεραπεία του τραυλισμού σε ενήλικες και παιδιά και πέφτουνσε δυο τομείς, με κάποια να στοχεύουν στην παραγωγή ομιλίας και άλλα που στοχεύουν στο άγχος. (Packman, 2012)

*Οι πρώτες μέθοδοι αντιμετώπισης του τραυλισμού*

Οι προσπάθειες για την θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού έχουν τις ρίζες τους στην αρχαιότητα. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι θεραπευτικές μέθοδοι, που προτάθηκαν κατά καιρούς, ήταν συνήθως ανάλογες με τα αίτια τα οποία θεωρούνταν υπεύθυνα για την εκδήλωση του τραυλισμού. Ωστόσο, παρά τις επίμονες και συστηματικές αυτές προσπάθειες οι οποίες διακρίνονται από εξαιρετική ποικιλομορφία, μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί κάποια μέθοδος κοινής επιστημονικής αποδοχής και αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση του τραυλισμού. Μάλιστα, στην περίπτωση του τραυλισμού έχει παρατηρηθεί το εξης παράδοξο φαινόμενο: σχεδόν κάθε καινούργια μέθοδος που προτείνεται για την αντιμετώπιση του φαίνεται να έχει, αρχικά τουλάχιστον, κάποιο βαθμό επιτυχίας. Ωστόσο, η υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού δεν διακρίνεται πάντα από διάρκεια και σταθερότητα, και πολλές φορές ακολουθείται από παλινδρόμηση (Bloodstein, 1995). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Οι πρώτες μέθοδοι, που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, βασίστηκαν στην διαπίστωση ότι τα άτομα που τραυλίζουν τείνουν να μιλούν με σχετική ευχέρεια, όταν τροποποιούν το συνήθη τρόπο ομιλίας τους υιοθετώντας κάποια καινούργια στοιχεία. Σε αυτές τις μεθόδους αναφέρεται ουσιαστικά η γνώστη ιστορία με τον ρήτορα Δημοσθένη και τα βότσαλά του. Μια «εξελιγμένη» μορφή αυτής της μεθόδου, η οποία εμφανίστηκε δύο χιλιάδες χρόνια αργότερα, αναφερόταν στη χρήση ενός αλαβάστρινου «στηρίγματος» για την γλώσσα. Τους δύο τελευταίους αιώνες, η άποψη αυτή εκπροσωπείται με τη χρήση μεθόδων οι οποίες στοχεύουν στην άσκηση του ατόμου που τραυλίζει, ώστε να μιλά σε συγχρονισμό με ρυθμικές κινήσεις του ώμου, της παλάμης, των δακτύλων ή να χρησιμοποιεί ασυνήθιστους τρόπους ομιλίας. Ορισμένοι από αυτούς αφορούν στην επιβράδυνση του ρυθμού ομιλίας, στη χρήση «τραγουδιστού» τόνου της φωνής, στην τοποθέτηση της γλώσσας με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, στον έλεγχο της αναπνοής κ.λπ. (Bloodstein, 1995). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Μέθοδοι του Froeschels:**

Γνωστές είναι οι μέθοδοι του Froeschels (1943,1950), σύμφωνα με τις οποίες το άτομο που τραυλίζει ασκούνταν σε έναν τρόπο ομιλίας όπου τα χείλη έπρεπε να κινούνται στο ελάχιστο ή να κινούνται με τρόπο παρόμοιο με το μάσημα της τσίχλας! (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Αμερικανική Μέθοδος του Yates:**

Στην ίδια φιλοσοφία βασιζόταν και η «Αμερικάνικη Μέθοδος» του Yates, σύμφωνα με την οποία το άτομο με τραυλισμό έπρεπε να ασκηθεί ώστε να κρατά τη γλώσσα σε συγκεκριμένη θέση μέσα στο στόμα του, ακόμα και τη νύχτα (Appelt, 1911). Ωστόσο, όπως επισημάνθηκε, η αρχική εντυπωσιακή βελτίωση στη ροή του λόγου με τη χρήση αυτών των μεθόδων φαίνεται να είναι μια προσωρινή κατάσταση. Δεν είναι μάλιστα σπάνιες οι περιπτώσεις όπου τα συμπτώματα του τραυλισμού επανέρχονται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα, ενώ οι ασυνήθιστες κινήσεις παραμένουν, προσδίδοντας έτσι έναν ακόμη πιο ιδιόμορφο χαρακτήρα στην ομιλία του ατόμου που τραυλίζει (Bloodstein, 1995). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Οι πρώτες επιστημονικές προσεγγίσεις**

Οι πρώτες προσεγγίσεις του τραυλισμού με αυστηρά επιστημονικό τρόπο, οι οποίες άσκησαν μεγάλη επίδραση στις σύγχρονες μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης, ξεκίνησαν στο Πανεπιστήμιο της Iowa κατά τη δεκαετία του 1930, με τη δημιουργία της Κλινικής Λόγου από τον Leo Edward Travis. Ο Travis ήταν ίσως ο πρώτος άνθρωπος ο οποίος έλαβε συστηματική εκπαίδευση, σε επίπεδο διδακτορικού, με στόχο να εργαστεί σε πειραματικό και κλινικό επίπεδο με διαταραχές του λόγου και της ακοής. Οι νέες ιδέες για τον τραυλισμό, οι οποίες προέκυψαν από την συστηματική προσπάθεια, συνδέονται κυρίως με τα ονόματα τριών από τους πρώτους μαθητές του Travis: του Bryng Bryngelson, του Wendell Johnson και του Charles Van Riper. Η νέα θεραπευτική προσέγγιση, στην οποία αυτοί οι τρεις επιστήμονες άνοιξαν το δρόμο, είχε δύο βασικούς στόχους.

1. Ο πρώτος στόχος ήταν η μείωση τόσο του φόβου που προκαλούσε ο τραυλισμός στο άτομο όσο και της προσπάθειας αποφυγής του.
2. Ο δεύτερος στόχος ήταν η υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού με τη σταδιακή τροποποίηση αυτής της συμπεριφοράς με διάφορες μεθόδους, οι οποίες βασίζονταν στην επιστημονική μελέτη του τρόπου εκδήλωσης του τραυλισμού. ( Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Μέθοδος του Bryngelson:**

Η θεραπευτική προσέγγιση που πρότεινε ο Bryngelson έδινε μεγάλη έμφαση στη διαμόρφωση στάσεων αποδοχής του τραυλισμού από το άτομο. Στο πλαίσιο αυτής της συλλογιστικής, το άτομο καλούνταν να συζητά ανοιχτά και χωρίς ενοχές για το πρόβλημα του, να δέχεται να συμμετέχει σε καταστάσεις λεκτικής επικοινωνίας τις οποίες το ίδιο θεωρούσε δύσκολες και να αποφεύγει τη χρήση «κόλπων», όπως αντικατάσταση λέξεων, για την αποφυγή της εκδήλωσης τραυλισμού. Η βασική ιδέα του Bryngelson ήταν πως, αν το άτομο που τραυλίζει μπορέσει να απαλλαγεί από τις έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις που συνήθως συνοδεύουν τον τραυλισμό, τότε θα μπορέσει να μειώσει σημαντικά τις εξωτερικές πιέσεις που φαίνεται να προκαλούν την κατάρρευση του ευαίσθητου νευρομυϊκού συστήματος που σχετίζεται με την παραγωγή λόγου. Ταυτόχρονα, ο Bryngelson προσπαθούσε να βοηθήσει το άτομο να μειώσει την εκδήλωση των συμπτωμάτων τραυλισμού μέσω της άσκησης στο «σκόπιμο τραυλισμό» (Bloodstein, 1995). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Μέθοδος του Johnson:**

Ο Johnson επέκτεινε ακόμη περισσότερο τη βασική ιδέα του Bryngelson περί μείωσης του φόβου και της αποφυγής του τραυλισμού και στήριξε τη δική του μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης, στην προσπάθεια τροποποίησης ορισμένων αντιλήψεων των ατόμων με τραυλισμό για τη φύση και την αιτιολογία αυτού του προβλήματος, καθώς και των αρνητικών αξιολογικών κρίσεων που έκαναν για τον εαυτό τους και την πιθανή έκβαση της λεκτικής επικοινωνίας. Βασικός στόχος της μεθόδου του ήταν να μπορεί το άτομο να χειρίζεται διάφορες καταστάσεις λεκτικής επικοινωνίας χωρίς ενοχές και χωρίς να νιώθει την ανάγκη να απολογείται για τις δυσκολίες του. Για το λόγο αυτόν, το άτομο με τραυλισμό καθοδηγούνταν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην διστάζει να μιλήσει εφόσον βρεθεί σε ανάλογες καταστάσεις, στη βάση της άποψης ότι δεν υπάρχει κανένας αντικειμενικός λόγος που να το εμποδίζει να μιλήσει με ευχέρεια (Bloodstein, 1995). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Μέθοδος του Van Riper:**

Ο Van Riper ήταν ο πρώτος ο οποίος σχεδίασε μια προσπάθεια αξιολόγησης των θεραπευτικών του μεθόδων με αυστηρά, για την εποχή, κριτήρια. Κάθε χρόνο επέλεγε μια μικρή ομάδα ατόμων με μεγάλου βαθμού τραυλισμό, χρησιμοποιούσε ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους, κρατούσε συστηματικά αρχείο στο οποίο καταγραφόταν η πορεία των ατόμων και αξιολογούσε τη διατήρηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας για ένα διάστημα πέντε χρόνων (Van Riper, 1958). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Σύμφωνα με τον Van Riper, ο τραυλισμός είναι, σε μεγάλο βαθμό, μαθημένη συμπεριφορά. Ανεξάρτητα από το κατά πόσο υπάρχει νευρολογικό ή ψυχολογικό υπόβαθρο, για τον Van Riper ο τραυλισμός εξελίσσεται σύντομα σε μαθημένη συμπεριφορά, κυρίως ως αποτέλεσμα των προσπαθειών του ατόμου να αποφύγει να τραυλίσει και των έντονων συναισθημάτων ματαίωσης που ακολουθούν την εκδήλωση του. Στα πλαίσια αυτής της φιλοσοφίας, βασικός στόχος της θεραπευτικής μεθόδου του Van Riper ήταν να οδηγήσει το άτομο όχι στο να μην τραυλίζει, αλλά στο να τραυλίζει με πιο «φυσιολογικό» τρόπο. Με άλλα λόγια, το άτομο καθοδηγούνταν στο να απαλλαγεί από την ένταση που συνοδεύει συνήθως τις στιγμές τραυλισμού, από τα δευτερογενή συμπτώματα, όπως την έλλειψη βλεμματικής επαφής, από την προσπάθεια αποφυγής του τραυλισμού με την αντικατάσταση λέξεων και άλλους τέτοιους τρόπους, καθώς και από τις αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις που συνήθως ακολουθούν τις στιγμές τραυλισμού. Οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνονταν με την χρήση μεθόδων που μοιάζουν πού με τις σύγχρονες μεθόδους τροποποίησης συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αναφορές του ίδιου του Van Riper (1958), οι μισοί περίπου από τους ανθρώπους στους οποίους εφαρμόστηκαν αυτές οι μέθοδοι παρουσίασαν σημαντική υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού, έγιναν περισσότερο λειτουργικοί στην κοινωνική τους ζωή και διατηρούσαν τα θετικά αυτά αποτελέσματα κατά την επαναξιολόγηση τους, πέντε χρόνια αργότερα (Van Riper, 1958). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Σύγχρονες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού**

Σύμφωνα με τον Blomgren (2013), τόσο για τους ενήλικες όσο και για τα παιδιά υπάρχουν δύο κατηγορίες ευρείας θεραπείας: εκείνες που επικεντρώνονται κυρίως στην βασική διαταραχή της ομιλίας και εκείνες που επικεντρώνονται στις συμπτωματικές ή περιβαλλοντικές πτυχές της διαταραχής. Υπάρχει μεγάλη διαφωνία σχετικά με τα βασικά συστατικά της θεραπείας του τραυλισμού για τους ενήλικες. Ενώ πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις θεραπείας υπάρχουν για τη θεραπεία του τραυλισμού σε ενήλικες, οι περισσότερες από τις προσεγγίσεις μπορούν να χωριστούν σε δύο ομάδες. Οι ομάδες περιλαμβάνουν εκείνες τις προσεγγίσεις που αφιερώνονται κυρίως σε (1) γνωστικά / αγχολυτικά ζητήματα, ή (2) αφιερωμένα κυρίως στην αύξηση της ευχέρειας του λόγου. Αυτές οι ομάδες αναφέρονται ως "διαχείριση τραυλισμού" και "αναδιάρθρωση ομιλίας", αντίστοιχα. Οι χειρουργικές θεραπείες τραυλισμού ξεκίνησαν τη δεκαετία του 1930 από τους Travis και Bryngelson. Αυτή η πρώιμη θεραπεία απαιτούσε αλλαγή συμπεριφοράς και κοινωνική προσαρμογή για να βοηθήσει το άτομο που τραύλιζε να ασχοληθεί με τις κοινωνικές και επαγγελματικές συνέπειες του τραυλισμού. (Blomgren, 2013)

Ο τραυλισμός του κάθε ανθρώπου είναι διαφορετικός. Υπάρχουν διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις που ταιριάζουν σε διαφορετικά πρόσωπα. Ο θεραπευτής είναι αυτός που αξιολογεί το κάθε περιστατικό και προτείνει την κατάλληλη θεραπεία ή συνδυασμό θεραπειών. (Φούρλας, 2004-2017)

* **Διαχείριση Τραυλισμού - Εθελοντικός τραυλισμός**

Μία τεχνική θεραπείας που έχει παραμείνει ένα κεντρικό χαρακτηριστικό των θεραπευτικών μεθόδων διαχείρισης του τραυλισμού είναι αυτή του «εθελοντικού τραυλισμού». Αργότερα οι θεραπευτικές μέθοδοι διαχείρισης του τραυλισμού εξελίχθηκαν με το έργο του Bloodstein. Η θεραπεία διαχείρισης τραυλισμού, επικεντρώνεται στην απευαισθητοποίηση από τον τραυλισμό (π.χ., μέσω του εθελοντικού τραυλισμού) και περιλαμβάνει τεχνικές τροποποίησης του τραυλισμού που αποσκοπούν στη μείωση της μυϊκής τάσης που σχετίζεται με τις στιγμές τραυλισμού. Οι κύριοι στόχοι της θεραπείας διαχείρισης τραυλισμού είναι να αναπτυχθεί η αποδοχή του τραυλισμού, να μειωθεί ο φόβος και το άγχος που σχετίζονται με τον τραυλισμό και να διδαχθεί το άτομο που τραυλίζει να τραυλίζει με μειωμένη προσπάθεια στην πάροδο του χρόνου. Οι περισσότεροι ενήλικες και οι έφηβοι που τραυλίζουν αναπτύσσουν μια σειρά ανεπιθύμητων ενεργειών στον τραυλισμό τους (Blomgren, 2013). Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, η θεραπεία διαχείρισης τραυλισμού μπορεί επίσης να περιλαμβάνει βασικά στοιχεία της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας (CBT) (Blomgren, 2013).

Πρώτα απ’ όλα πρέπει να συμπεριληφθεί ότι περίπου το 50% των AWS μπορεί να πάσχει από κοινωνική διαταραχή άγχους (Menzies et. al., 2009). Ο Ryan (2001) θεωρούσε ότι η ύπαρξη άγχους, ακόμα και με μέτρο, μπορούσε να αυξήσει τον τραυλισμό. Για παράδειγμα, αυξάνοντας το ακροατήριο θα αυξηθεί και ο τραυλισμός (Martin & Haroldson, 1988). Για τους Menzies και τους συνεργάτες του, στο άγχος μπορεί να έχουν συμβάλλει οι προβληματικές σχέσεις του ατόμου με τους συνομηλίκους του καθώς και ο εκφοβισμός (bulling). Τα στερεότυπα στην κοινωνία οδηγούν τους AWS να βιώνουν περιστασιακές εμπειρίες που επιβεβαιώνουν τους φόβους τους για αρνητική αξιολόγησή τους από τους υπόλοιπους «φυσιολογικούς». Αυτό μπορεί να ωθήσει το άτομο σε σημαντική κοινωνική και επαγγελματική αποφυγή και να αλλοιώσει την ποιότητα της ζωής του. Δεύτερον, σε μια μεγάλη μελέτη για τη συμπεριφοριστική θεραπεία (behavior al treatment) στους AWS, οι συμμετέχοντες που είχαν διαταραχή ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του κοινωνικού άγχους, δεν μπόρεσαν να διατηρήσουν την ψυχική τους υγεία σε καλό επίπεδο μετά την θεραπεία. Έτσι λοιπόν η CBT καλείται να μειώσει αποτελεσματικά το άγχος και την κοινωνική αποφυγή που έχει δημιουργηθεί και να αυξήσει τη συμμετοχή του ατόμου με τραυλισμό στις καθημερινές συνομιλίες. (Menzies, et al., 2009)

* **Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (CBT):**

Η βασική προϋπόθεση της CBT είναι ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις και η συμπεριφορά επηρεάζονται από τις γνωστικές λειτουργίες. Οι σκέψεις, οι απόψεις και οι ερμηνείες ενός ατόμου επηρεάζουν τη συναισθηματική τους κατάσταση. Μια διαδικασία γνωστικής αναδιάρθρωσης μπορεί να προωθήσει βελτιωμένο αυτοέλεγχο και βελτιωμένη αυτο-αντίληψη. Ο βελτιωμένος έλεγχος μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μειωμένα συναισθήματα κατάθλιψης και συναισθήματα ντροπής και φόβου που σχετίζονται με τον τραυλισμό(Blomgren, 2013; Blomgren et. al., 2010).

Το βασικό συστατικό του CBT για τους ανθρώπους που τραυλίζουν είναι να προκαλεί πεποιθήσεις ότι είναι αβοήθητοι και ότι δέχονται πιθανές αρνητικές αξιολογήσεις από άλλους. Συγκεκριμένα, η CBT που χρησιμοποιείται στη θεραπεία του τραυλισμού μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ανησυχία και κοινωνική αποφυγή. Η θεραπεία CBT περιλαμβάνει μια σειρά συνεδριών όπου οι αρνητικές σκέψεις που σχετίζονται με τον τραυλισμό και την κοινωνική αλληλεπίδραση τροποποιούνται συστηματικά. Το πρώτο βήμα είναι ο πελάτης και ο θεραπευτής να αναπτύξουν μια κατανόηση του προβλήματος. Προσδιορίζονται τα πρότυπα των σκέψεων αβοηθησίας του. Οι εξεταζόμενοι επαναξιολογούν τις αρνητικές σκέψεις που έχουν σχέση με την ομιλία τους και τον τραυλισμό τους. Στο πλαίσιο του τραυλισμού, η αξιολόγηση των αρνητικών σκέψεων μπορεί να επιτευχθεί με πολλαπλά μέσα:(1) ατομική συμβουλευτική που περιλαμβάνει "αναμόρφωση" αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων, (2) ομαδικές συζητήσεις για την επίλυση προβλημάτων σχετικά με τη διαχείριση του άγχους, και 3) συστηματική απευαισθητοποίηση από τους φόβους που προκαλεί ο τραυλισμός χρησιμοποιώντας έκθεση και ψευδο-τραυλισμό.

Ένα μακροχρόνιο πρόβλημα με τις προσεγγίσεις διαχείρισης του τραυλισμού είναι ότι εκλείπει η έρευνα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Οι Blomgren και οι υπόλοιποι συνεργάτες, αξιολόγησαν πρόσφατα την κλινική αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος διαχείρισης έντονου τραυλισμού τριών εβδομάδων. Η μελέτη έδειξε ότι η προσέγγιση δεν θεραπεύει τον τραυλισμό καθ’ εαυτό, αλλά μάλλον την αποδοχή, αποφυγή, στιγματισμό και αγχολυτικά συμπτώματα της διαταραχής. Δύο συνολικά συμπεράσματα προτάθηκαν. Το πρώτο ήταν ότι η συχνότητα του τραυλισμού δεν φαίνεται να μειώνεται αυτόματα με μειώσεις του αυτό αναφερόμενου άγχους. Το δεύτερο ήταν ότι, ακόμη και αν δεν υπήρχε μείωση της συχνότητας του τραυλισμού, είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί το άγχος και η αποφυγή που σχετίζονται με τον τραυλισμό.

 Από την άλλη πλευρά βέβαια, υπάρχουν αποδείξεις ότι η λογοθεραπεία στον τραυλισμό είναι διαθέσιμη στην πρώιμη παιδική ηλικία (βλέπε Jonesetetal., 2005), ενώ ο τραυλισμός στους ενήλικες ανταποκρίνεται πολύ λιγότερο στη βοήθεια της λογοθεραπείας (Craig & Hancock, 1995). Για τους ενήλικες υπάρχουν τα συμπεριφοριστικά προγράμματα ομιλίας που περιλαμβάνουν μέσα την αναδιάρθρωση της ομιλίας (Ingham, 1984; Onslow, 1996; Onslow, Jones, O’Brian, Menzies, & Packman, 2008;Packman, Onslow, & Menzies, 2000). Σε αυτά τα προγράμματα οι πελάτες μαθαίνουν έναν αριθμό μοτίβων νέας ομιλίας τα οποία αναφέρονται ως παρατεταμένη ομιλία. Οι αλλαγές στην ομιλία που συμβαίνουν εδώ βοηθούν τον ομιλητή να καταστείλει σταδιακά τον τραυλισμό. Υποδηλώνεται ότι αυτή η βελτίωση οφείλεται ίσως στην μείωση της μεταβλητότητας της κινητικής δραστηριότητας της ομιλίας κάτι που υπάρχει έμφυτο μέσα στο νέο μοτίβο ομιλίας που διδάσκεται ο πελάτης (Packmanetal., 2000). Οι συστηματικές αναθεωρήσεις έδειξαν ότι ενώ αυτές οι θεραπείες μπορούν να παράγουν μεσαίου ή μεγάλου βαθμού θετικά αποτελέσματα βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα (Andrews, Guitar, & Howie, 1980), η αποτυχία διατήρησης των αποτελεσμάτων της θεραπείας παραμένει ένα κοινό πρόβλημα (Craig & Hancock, 1995). Οι AWS αναφέρουν, συνήθως, ότι ακούν ή αισθάνονται διαφορετική την αναδιαρθρωμένη ομιλία από την τυπική ομιλία και ότι μπορεί να είναι επιφυλακτικοί στη χρήση της σε κάποια επικοινωνιακά πλαίσια. Επιπλέον, ακόμη και μετά την απόκτηση του ελέγχου του τραυλισμού τους οι συμμετέχοντες εξακολουθούν να θεωρούν τους εαυτούς τους ως άτομα που τραυλίζουν (Cream, Onslow, Packman, & Llewellyn, 2003). (Menzies et al., 2009)

Παρόλο που το πακέτο της CBT έχει “αναπτυχθεί” από την κλινική ψυχολογία, τα συστατικά της όπως η *έκθεση* (exposure) χρησιμοποιούνται από λογοπαθολόγους (SLP’s) σε προγράμματα ομιλίας για τραυλίζοντες, συνήθως σαν μέρος των transferactivities (δηλαδή: συζητήσεις με ξένους, στο τηλέφωνο, σε αγορές, στη δουλειά ή στο σχολείο καθώς και δημόσια ομιλία, μεγάλο μέρος του είναι αυτοδιαχειριζόμενο μαζί με τη βοήθεια μικρών φορητών ακουστικών καταγραφής. Έπειτα ο κλινικός ελέγχει το τι έχει καταγραφεί για να ελέγξει την ακρίβεια του μέτρου μετάδοσης του πελάτη (Ingham,1999)). Άλλα στοιχεία της CBT, εκτός από την *έκθεση* που αναφέρθηκε ,τα οποία χρησιμοποιούνται από λογοπαθολόγους για τους AWS είναι *πειράματα συμπεριφοράς, γνωστική αναδιάρθρωση και προσεκτική εκπαίδευση* (Menzies et al., 2009)*.*

* Οι συνεδρίες πρώιμης *έκθεσης* (exposure), πρέπει να αρχίζουν με χαμηλό επίπεδο φόβου, ενώ οι επόμενες συνεδρίες περιλαμβάνουν πιο δύσκολα καθήκοντα. Κάθε φοβική κατάσταση ή κάθε βήμα σε ένα πρόγραμμα έκθεσης επαναλαμβάνεται μέχρι το άτομο να το ολοκληρώσει με σχετική ευκολία. Συνήθως, ένα πρόγραμμα έκθεσης αποτελείται από 10 έως 15 καταστάσεις τις οποίες ο ενήλικας έχει συμπεριλάβει σε μια «ιεραρχία φόβου» και είναι πιθανό να περιλαμβάνουν
	1. χρήση του τηλεφώνου,
	2. ομιλία σε σεβαστούς ανθρώπους ή ανθρώπους με εξουσία,
	3. συνάντηση με αγνώστους για πρώτη φορά,
	4. συνάντηση με φίλους ή συνεργάτες τους οποίους το άτομο δεν έχει δει για μεγάλο χρονικό διάστημα, και
	5. ομαδικές παρουσιάσεις.

Μετά από κάθε κατάσταση, οι AWS δείχνουν την ισχύ της αναμενόμενης βλάβης στην συγκεκριμένη κατάσταση κάθε φορά .(Menzies et al., 2009)

* Όσον αφορά τα *συμπεριφοριστικά πειράματα* (behavioral experiments), οι πρώτοι φόβοι των ατόμων που τραυλίζουν είναι ότι θα τραυλίσουν και δεύτερον ότι αυτό θα συντελέσει στην αρνητική τους εκτίμηση από τον κόσμο. Τα συμπεριφοριστικά πειράματα μπορεί να είναι κρίσιμα για να μειωθεί ο δεύτερος φόβος των AWS και αφορούν κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες ο πελάτης καλείται να τραυλίσει εθελοντικά, αν και ιδανικά χρησιμοποιείται για πιο σοβαρές περιπτώσεις. Αυτό αποτελεί ένα σημαντικό συστατικό για τη θεραπεία που χρησιμοποιούν οι λογοθεραπευτές στον τραυλισμό (Ingham, 1984). Όπως και στη έκθεση, τα πειράματα πρέπει να γίνονται ιεραρχικά, δηλαδή να διαβαθμίζονται από μια μη-φοβική κατάσταση στην πιο φοβική κατάσταση-διαφορετική για το κάθε άτομο. Τότε ο συμμετέχων καταγράφει τα προβλεπόμενα αποτελέσματα από τον εθελοντικό τραυλισμό (πχ. “ο υπεύθυνος του καταστήματος θα γελάσει με μένα”) και πριν την εφαρμογή του πειράματος τίθεται η στοχευόμενη συμπεριφορά (“τραυλισμός για 10 δευτερόλεπτα όταν ζητάω πληροφορίες για ένα βιβλίο”). (Menzies et al., 2009)
* Η *γνωστική αναδιάρθρωση* (cognitive restructuring), περιλαμβάνει ένα κρίσιμο-για την CBT-στοιχείο το οποίο είναι η αμφισβήτηση των αρνητικών πεποιθήσεων και κρίσεων των AWS κυρίως για τις αξιολογήσεις που γίνονται από τον κόσμο γύρω τους. Το περισσότερο υλικό αυτής της μεθόδου προέρχεται από προγράμματα όπου οι συμμετέχοντες εκπαιδεύονται να αναγνωρίζουν και να τροποποιούν συστηματικά οποιεσδήποτε παράλογες σκέψεις σχετικές με το άγχος και να χρησιμοποιούν αυτές τις «αναπροσαρμογές» σε καθημερινές καταστάσεις. Εδώ χρησιμοποιείται η UTBAS, μια πρόσφατα αναπτυγμένη λίστα ελέγχου για τον προσδιορισμό αρνητικών αδιάκριτων σκέψεων που βιώνουν οι AWS (StClare et al., 2009). Οι συγγραφείς της προαναφερθείσας λίστας υποδεικνύουν ότι τα στοιχεία της λίστας UTBAS πρέπει να παρουσιάζονται σε όλους τους ενήλικες που τραυλίζουν και να τους ζητείται να υποδεικνύουν τα στοιχεία-σκέψεις που εμφανίζονται συχνότερα στη συνείδησή τους μπροστά σε δύσκολες καταστάσεις ομιλίας. Τα στοιχεία αυτά πρέπει να θέτονται ως στόχος στις ασκήσεις της γνωστικής θεραπείας (CT). (Menzies et al., 2009)
* Για την *εκπαίδευση στην προσοχή* (attentional training) που αναφέρουν οι Clarke και Wardman (1985), αναφέρεται ότι οι διαδικασίες που βασίζονται στην προσοχή είναι γνωστά συστατικά των προγραμμάτων της CBT για το άγχος (Papageorgiou & Wells, 1998; Rapee & Heimberg, 1997; Wells, 1990; Wells, White, & Carter, 1999) και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους SLP’s. Στόχος της διαδικασίας είναι να μειώσει τις απειλητικές αδιάκριτες σκέψεις και το πετυχαίνει με την αύξηση των εναλλακτικών νοητικών στόχων που θέτει ο συμμετέχων. Με άλλα λόγια, αν το άτομο που τραυλίζει αυξήσει την ικανότητά του να μπορεί να ελέγχει πού εστιάζει την προσοχή του τότε θα μπορέσει να μειώσει την προκατάληψή του απέναντι στις αρνητικές διαστάσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος. Κατά την εκτέλεση αυτής της μορφής θεραπείας ο συμμετέχων είναι καθισμένος σε άνετη στάση, με κλειστά τα μάτια και επικεντρώνονται σε επαναλήψεις μετρήματος/αναπνοών. Σε κάθε εισπνοή υπολογίζει έναν αριθμό στο μυαλό του. Σε κάθε εκπνοή ακούει στο μυαλό του τη λέξη «χαλάρωσε». Αυτό πρέπει να επαναλαμβάνεται δυο φορές την ημέρα για 5 λεπτά σε κάθε συνεδρία. Δεν αποτελεί διαδικασία χαλάρωσης των μυών καθεαυτή, αν και πολλές τέτοιες διαδικασίες έχουν χρησιμοποιηθεί για ενήλικες που τραυλίζουν (Ingham, 1984). (Menzies et al., 2009)
* **Θεραπευτικό πρόγραμμα ΤΤ- Στάδια θεραπείας**

*Τροποποίηση τραυλισμού*

Μια από τις γνωστότερες σχολές του τραυλισμού είναι η τροποποίηση του τραυλισμού. Η τροποποίηση τραυλισμού (ΤΤ) είναι η σχολή που αναπτύχθηκε από την ομάδα ενός από τούς πιο γνωστούς κλινικούς και ερευνητές του τραυλισμού του Charles Van Riper.Ο λόγος που αναφέρεται εδώ ως σχολή είναι ότι αποτελεί βάση και για πολλές άλλες νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις, αλλά μπορεί και να χρησιμοποιηθεί αυτόνομα ως θεραπευτικό πρόγραμμα. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Σύμφωνα με τον Van Riper το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθεί τις αρχές της ΤΤ θα πρέπει να είναι ένα σχετικά εντατικό πρόγραμμα με ατομικές συνεδρίες τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα, ομαδικές συνεδρίες όποτε είναι δυνατό και πολλαπλές συνεδρίες «αυτοθεραπείας» (1973). Με τον όρο «αυτοθεραπεία» νοούνται τεχνικές που το άτομο εξασκεί μόνο του καθημερινά. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Τα προτεινόμενα στάδια θεραπείας της ΤΤ είναι τέσσερα και είναι διαδοχικά και ιεραρχικά. Ο Van Riper κατέληξε σε αυτά τα τέσσερα στάδια αφού πρώτα δοκίμασε διαφορετικούς συνδυασμούς και ακολουθίες και τονίζει ότι αυτή η ιεραρχία ήταν η πιο αποτελεσματική για τούς δικούς του ασθενείς (Van Riper 1973). Τα στάδια αυτά είναι τα εξής :

 *Στάδιο 1 :* Αναγνώριση (Identification)

 *Στάδιο 2 :* Απευαισθητοποίηση(Desensitization)

 *Στάδιο 3 :* Τροποποίηση (Modification)

 *Στάδιο 4* : Σταθεροποίηση (Stabilization)

(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

*Στάδιο 1: Αναγνώριση*

Tο στάδιο αυτό ανακαλύπτει, αναλύει και κατηγοριοποιεί τις τραυλικές συμπεριφορές που παρουσιάζονται. Eκπαιδεύουμε τον θεραπευόμενο να εντοπίζει και να αναγνωρίζει τις εμφανείς και τις όχι τόσο εμφανείς τραυλικές συμπεριφορές του. Τώρα δίνεται η ευκαιρία στο θεραπευτή να αρχίσει να εδραιώνει τη σχέση του με το θεραπευμένο. Στην αναγνώριση στοχοποιούνται άμεσα οι προβληματικές συμπεριφορές, αυτές που το άτομο σύντομα θα κληθεί να ξεμάθει χωρίς όμως να του ζητάται ακόμη να τις αλλάξει. Ο βασικός στόχος του σταδίου αυτού είναι απλά να αναγνωριστούν οι τραυλικές συμπεριφορές. Ιεραρχικά προχωράμε σε αναγνώριση επιμέρους συμπεριφορών, ξεκινώντας πάντα από τις πιο εύκολες δραστηριότητες και εισβάλοντας σταδιακά σε πιο δύσβατα πεδία, αρχικά εντός και στη συνέχεια και εκτός θεραπευτικού πλαισίου. Η χρήση ηχογραφημένων και βιντεοσκοπημένων δειγμάτων ομιλίας, η μίμηση των τραυλικών συμπεριφορών από τον κλινικό, η χρήση καθρέφτη, είναι μερικές από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται στο στάδιο αυτό. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

*Στάδιο 2: Απευαισθητοποίηση*

Αυτό το στάδιο αφορά στη μείωση του σχετιζόμενου με την ομιλία άγχους και όλων των αρνητικών συναισθημάτων που προκύπτουν από τις δυσκολίες στην ομιλία.(Blomgren et al., 2005). Στόχος αυτού του σταδίου είναι ο ασθενής να σκληρύνει απέναντι στην απειλή, την αντιμετώπιση και την εμπειρία μιας επικοινωνιακής αποτυχίας. (Van Riper, 1973). Ο κλινικός πρέπει να έχει δημιουργήσει στην κλινική ένα περιβάλλον ασφαλές για τον ασθενή, όπου θα μπορεί να μιλήσει ελεύθερα χωρίς να νιώθει άσχημα ή να νιώθει ότι τιμωρείται για τον τραυλισμό του. (Peters and Guitar, 1991). Χρήση ηχογράφησης και βιντεοσκόπηση του ασθενή, παρατήρηση δειγμάτων ομιλίας και μίμηση των σωματικών συμπεριφορών από τον κλινικό. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

*Στάδιο 3: Τροποποίηση*

Το στάδιο κατά το οποίο πλέον στοχοποιούνται άμεσα δυσρυθμίες. Τα στάδια αυτά είναι ιεραρχικά και το να ακολουθούνται διαδοχικά είναι ύψιστης σημασίας, καθώς αν το άτομο που τραυλίζει δεν έχει πρώτα αναγνωρίσει και αποδεκτή τον τραυλισμό του (μέσω των σταδίων αναγνώρισης και απευαισθητοποίησης), πολύ δύσκολα θα μπορέσει να τον τροποποιήσει. Στόχοι του σταδίου αυτού είναι να διδάξουμε στον ασθενή να τραυλίζει με έναν τρόπο χαλαρό και ήρεμο, έναν τρόπο που να είναι αποδεκτός από τον ίδιο και τους συνομιλητές του. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

*Στάδιο 4: Σταθεροποίηση*

Είναι ένα από τα πιο σημαντικά κομμάτια της θεραπείας τραυλισμού.(Silverman, 1996). Όταν ο ασθενής έχει πλέον φτάσει στο σημείο να ελέγχει τον τραυλισμό του και να έχει αποκτήσει έναν νέο τρόπο <εύκολου> τραυλισμού, στόχος μας είναι φυσικά να διατηρηθεί αυτός ο νέος τρόπος τραυλισμού επ'αόριστον. (Van Riper, 1973). Αν και αυτό δεν θα είναι εύκολο, η φάση της σταθεροποίησης θα βοηθήσει να γενικεύσει ο ασθενής τις συμπεριφορές αυτές σε διάφορα περιβάλλοντα , με διάφορους επικοινωνιακούς συντρόφους και κυρίως στο χρόνο. O ασθενής γίνεται ο κύριος θεραπευτής του εαυτού του και ο κλινικός γίνεται περισσότερο σύμβουλος. (Van Riper, 1982). Στην θεραπεία μπορούν να συμπεριλάβουν εξάσκηση με διαρκώς μεγαλύτερα δείγματα ομιλίας, με διαρκώς γρηγορότερο ρυθμό ομιλίας κ.ο.κ. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

* **Θεραπεία της συμπεριφοράς**

Στην περίπτωση του τραυλισμού, οι τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς, που θα περιγράφουν στη συνέχεια, 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. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Α) Συστηματική απευαισθητοποίηση**

Ένας από τους λόγους για τους οποίους ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα σε ορισμένες καταστάσεις απ’ ό,τι σε άλλες, μπορεί να είναι επειδή κάποιο ερέθισμα που συνδέεται με αυτές προκαλεί ασυνήθιστα υψηλά επίπεδα άγχους (Wolpe, 1958). Γι’ αυτό, λοιπόν, αν μπορούσε να αλλάξει η αντίδραση του ατόμου σε αυτό το ερέθισμα, τότε θα μπορούσε να σημειωθεί μείωση στην εκδήλωση του τραυλισμού (Brutten & Shoemaker, 1967). Με άλλα λόγια, αν μειωθεί το επίπεδο άγχους του ατόμου στην παρουσία του συγκεκριμένου ερεθίσματος, τότε εξασθενεί η σύνδεση ανάμεσα στο ερέθισμα και τη φοβική αντίδραση. Για παράδειγμα, στην περίπτωση του τραυλισμού, πολλές φορές το φοβικό ερέθισμα μπορεί να είναι μια τηλεφωνική συνομιλία. Έτσι, λοιπόν, αρχικά μπορεί να ζητηθεί από το άτομο, το οποίο έχει πρώτα περιέλθει με τη βοήθεια του θεραπευτή σε κατάσταση χαλάρωσης, να φανταστεί ότι μπαινοβγαίνει σε ένα δωμάτιο όπου υπάρχει ένα τηλέφωνο. Όταν το άτομο καταστεί ικανό να φαντάζεται αυτή την κατάσταση χωρίς άγχος, μπορεί να του ζητηθεί στη συνέχεια να φανταστεί ότι έχει μια τηλεφωνική επικοινωνία με κάποιον. Μετά από αρκετές επαναλήψεις, μπορεί να πραγματοποιήσει μια σύντομη τηλεφωνική επικοινωνία με ένα οικείο του πρόσωπο παρουσία του θεραπευτή και ούτω καθεξής, μέχρι να μπορεί να χειρίζεται πλήρως την τηλεφωνική επικοινωνία σε πραγματικές συνθήκες και χωρίς άγχος. Όταν τα καταφέρει, το πιθανότερο είναι ότι δεν θα εκδηλώνεται τραυλισμός σε αυτή τη συγκεκριμένη κατάσταση. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Σύμφωνα με τον Guitar (2014), αγχογόνες καταστάσεις μπορούν να αποτελέσουν: η προσδοκία ενός τραυλικού επεισοδίου και η στάση των ακροατών. Όσον αφορά στην προσδοκία ενός τραυλικού επεισοδίου, ο θεραπευόμενος σκέφτεται ότι ενδέχεται να τραυλίσει στην επόμενη λέξη ή πρόταση, ή φοβάται συγκεκριμένες λέξεις (στις οποίες έχει τραυλίσει στο παρελθόν) με αποτέλεσμα να αυξάνεται το άγχος, και είτε να μην συνεχίζει την ομιλία του, είτε να διακόπτεται η ροή ομιλίας από τραυλικά επεισόδια. Η στάση των ακροατών, παίζει καθοριστικό ρόλο στο πως αισθάνεται το άτομο που τραυλίζει. Αν οι ακροατές αντιμετωπίζουν τα τραυλικά επεισόδια του ατόμου με ανυπομονησία ή απόρριψη, το άτομο μπορεί να αποκτήσει αρνητική αυτοαντίληψη. Τα συναισθήματα που βιώνει από το περιβάλλον, ριζώνουν όλο και πιο βαθιά, και έτσι επηρεάζουν τις προσδοκίες των ατόμων που τραυλίζουν σε περιπτώσεις που απαιτείται ομιλία. Αυτό το γεγονός οδηγεί σε περισσότερο τραυλισμό.

**Β) Μέθοδοι που βασίζονται στις αρχές της συντελεστικής μάθησης**

Ορισμένοι ερευνητές έχουν προτείνει μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού, οι οποίες βασίζονται στις αρχές που διατύπωσαν ο Skinner και οι συνεργάτες του (Martin, 1993). Οι τεχνικές, οι οποίες χρησιμοποιούνταν στα πλαίσια αυτών των μεθόδων, στόχευαν ευθέως στην εξουδετέρωση του τραυλισμού, μέσω τιμωρίας, ενώ η λεκτική ευχέρεια αποτελούσε την επιθυμητή συμπεριφορά, η οποία αναμενόταν να εκδηλωθεί μέσω ενίσχυσης. Η τιμωρία μπορούσε να εφαρμοστεί μέσω λεκτικής επίπληξης, χρήσης κάποιου θορύβου κάθε φορά που το άτομο τραύλιζε, απαγόρευσης της ομιλίας για ορισμένο χρονικό διάστημα κ.α. (Silverman, 2004). Η επιβράβευση / ενίσχυση μπορεί να είναι λεκτική, όπως ο έπαινος και η αποδοχή του κλινικού, ή χειροπιαστή, όπως κέρματα με τα οποία μπορεί ο θεραπευόμενος να εξαγοράσει σνακ, έπαθλα ή να έχει την ευκαιρία να παίξει σε ένα παιχνίδι(Guitar,2014). Οι μέθοδοι αυτές βασίζονταν σε ορισμένα πειράματα που έδειχναν ότι η εκδήλωση του τραυλισμού μπορεί να ελεγχθεί με αυτόν τον τρόπο, τουλάχιστον προσωρινά (Flanagen et al. 1958; Goldiamond, 1965; Martin et al. 1972).(Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Οι επιβραβεύσεις στις περιπτώσεις ευχέρειας της ομιλίας και η ήπια τιμωρία στις περιπτώσεις τραυλισμού μπορεί να αποτελούν πρωταρχικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στον αρχικό/ήπιο τραυλισμό και τα οποία συχνά συνδυάζονται με μια ιεραρχημένη λίστα, η οποία βασίζεται στην πολυπλοκότητα και το μήκος των φωνημάτων. Σε αυτήν την περίπτωση, οι θεραπευόμενοι προχωρούν από την παραγωγή μίας ή δύο λέξεων που έχουν ευχέρεια σε μεγαλύτερες φράσεις και έπειτα σε αυθόρμητη ομιλία. Η επιβράβευση και η τιμωρία, μπορούν, επίσης, να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία «μορφοποίησης» στον μέτριο ή προχωρημένο/σοβαρό τραυλισμό. Οι θεραπευόμενοι ξεκινούν να μιλούν με έναν τρόπο που παράγει αμέσως ευχέρεια στη ροή της ομιλίας, όμως ο πολύ αργός ρυθμός, και έπειτα συνεχίζουν χρησιμοποιώντας όλο και περισσότερο ομιλία που μοιάζει με τη «φυσιολογική» σε όλο και πιο δύσκολες συνθήκες. Αυτή η προσέγγιση, ονομάζεται συχνά «παρατεταμένη ομιλία» (Bacon, τέλη 1700). (Guitar,2014)

 Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί επιφυλάξεις για τη χρήση αυτών των μεθόδων, καθώς η συνεχής επισήμανση σε ένα άτομο ότι τραυλίζει ενδέχεται να επιδεινώσει και όχι να μειώσει τα συμπτώματα του τραυλισμού (Silverman, 2004). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Γ) Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση**

Έχει διαπιστωθεί ότι τα περισσότερα άτομα με τραυλισμό μπορούν να μιλούν με αρκετά μεγάλη ευχέρεια, στην περίπτωση που τους παρέχεται τεχνητά καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση (delayed auditory feedback) της ίδιας τους της ομιλίας για 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου (Andrews et al. 1983; Goldiamon, 1965). Η εμπειρία που βιώνει το άτομο σε αυτή την κατάσταση είναι ανάλογη με το άκουσμα της φωνής σε ηχώ. 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., 2003). Καθώς το άτομο μιλά υπό την επίδραση καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης, ο ρυθμός της ομιλίας του τείνει να είναι πιο αργός και η εκφορά των ήχων και των συλλαβών πιο παρατεταμένη. Αν και της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης αποτελεί σήμερα ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, είναι αμφίβολο κατά πόσο τα αρχικά θεαματικά της αποτελέσματα έχουν διάρκεια στο πέρασμα του χρόνου (Silverman, 2004). Επιπλέον, πολλοί ερευνητές επισημαίνουν 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’ ό,τι στον τραυλισμό (Franken et al. 1992; Onslow et al. 1996). (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006; Lincoln et. al., 2010)

**Δ) Ομιλία με τη βοήθεια μετρονόμου**

Όπως ο αργός και παρατεταμένος τρόπος ομιλίας έτσι και ο ρυθμικός τρόπος ομιλίας αποτελεί μία παλαιά τεχνική, η οποία αναβίωσε χάρη στην εξέλιξη της ηλεκτρονικής τεχνολογίας. Έχει διαπιστωθεί ότι τα περισσότερα άτομα με τραυλισμό μπορούν να μιλούν με καλή ροή, τουλάχιστον προσωρινά, όταν τους προσφέρεται η δυνατότητα να συγχρονίζουν την ομιλίας τους με τους χτύπους ενός μετρονόμου (μία λέξη ή μία συλλαβή ανά χτύπο) (Brady, 1971; Meyer & Mair, 1963). Ο μετρονόμος είναι μία μικρή ηλεκτρονική συσκευή, η οποία μπορεί να φορεθεί πίσω από το αυτί. Το άτομο μπορεί επίσης να εκπαιδευτεί στην ρυθμική ομιλία ακόμη και χωρίς την χρήση αυτής της συσκευής (Andrews & Harris, 1964). Θετικά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί από την χρήση και των δύο μεθόδων, αν και η αποτελεσματικότητα τους φαίνεται να αποδυναμώνεται με το πέρασμα του χρόνου (Silverman, 1976b). Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτό το νέο ασυνήθιστο τρόπο ομιλίας δεν είναι καλύτερες απ’ ό,τι στον τραυλισμό, ιδιαίτερα όταν ο τραυλισμός είναι ήπιας μορφής (Mallars & Meyer, 1979; Silverman & Trotter, 1973). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Ε) Ομιλία με την βοήθεια συσκευής επικαλυπτόμενου ήχου**

Όταν το άτομο με τραυλισμό μιλάει ενώ ακούει ένα 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 στην θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού. Ένα είδος τέτοιων συσκευών φοριέται όπως τα ακουστικά στα αυτιά και διαθέτει διακόπτη, τον οποίο το άτομο έχει την 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 κι 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). Έχει αναφερθεί ότι ορισμένα άτομα με τραυλισμό σοβαρής μορφής έχουν βοηθηθεί από αυτή την συσκευή (Carlisle, 1985; Trotter & Lesch, 1967). Ορισμένα μειονεκτήματα, όμως, τα οποία έχουν διαπιστωθεί από τη χρήση της αφορούν στην 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). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

**Στ) Άλλες μέθοδοι τροποποίησης συμπεριφοράς**

Άλλες μέθοδοι, οι οποίες στοχεύουν ευθέως στην τροποποίηση της λεκτικής συμπεριφοράς του ατόμου, είναι η βιοανάδραση (Guitar,1975), οι αναπνευστικές ασκήσεις (Tonev, 1994; Van Riper, 1973), οι τεχνικές χαλάρωσης των μυών του γλωσσικού μηχανισμού (Gilman & Yaruss, 2000), η υποβολή μέσω ύπνωσης ή και χωρίς ύπνωσης (Ham, 1990; Macfarlane, 1990) κ.α.

Συνολικά, όλες οι μέθοδοι τροποποίησης συμπεριφοράς φαίνεται να έχουν σημαντικά αποτελέσματα ως προς την μείωση των συμπτωμάτων τραυλισμού. Τα θετικά τους αποτελέσματα, όμως, δεν φαίνεται να διευρύνονται σε όλα τα άτομα τα οποία εφαρμόζονται αυτές οι μέθοδοι και, σε πολλές περιπτώσεις, τα αποτελέσματα είναι προσωρινά και δεν αντέχουν στη διάρκεια του χρόνου (Boberg et al., 1979; Martin, 1993). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

* **Λειτουργική Μάθηση (operant conditioning)**

Σε βαθύτερη ανάλυση των αρχών της συντελεστικής μάθησης που αναφέρθηκε παραπάνω, υπάρχει μια μέθοδος που σχετίζεται με τη θεραπεία του λόγου και της συμπεριφοράς, συστατικών του τραυλισμού. Είναι η λειτουργική μάθηση (operant conditioning) η οποία εστιάζει στην ομιλία και την συμπεριφορά των τραυλιζόντων. Όσον αφορά τη θεραπεία της ομιλίας, η στρατηγική αυτή περιλαμβάνει εξέταση των τριών όρων: κριτήριο, απάντηση και συνέπεια (άλλοι όροι για τη συνέπεια: θετική ενίσχυση, τιμωρία, S+, Rf, R+, S-, κλπ.). Με τον έλεγχο της συνέπειας (δηλαδή κάθε λεκτικού ή μη λεκτικού συμβάντος που λαμβάνει θέση μετά την απάντηση του ασθενούς, και αυτή συμβαίνει αφού παρουσιαστεί το ερέθισμα) υπάρχουν 4 τρόποι να αναδιοργανωθεί η συμπεριφορά και είναι η *θετική ενίσχυση*, η *τιμωρία*, η *αρνητική ενίσχυση* και η *εξάλειψη* οι οποίες πρέπει να υποβάλλονται από τον κλινικό ή τον κλινικό-ερευνητή είτε μια-μία είτε συνδυασμός αυτών. (Ryan, 2001)

* Η *θετική ενίσχυση* (positive reinforcement) αναφέρεται στο ότι η απάντηση ακολουθείται από έναν θετικό ενισχυτή ο οποίος θα αυξήσει τον δείκτη απάντησης. Κάθε επακόλουθο συμβάν (consequence) που αυξάνει το δείκτη απάντησης που ακολουθεί μπορεί να θεωρηθεί σαν θετικός ενισχυτής. Αποτελεί τον πιο δυνατό και επιθυμητό τρόπο αλλαγής της συμπεριφοράς με τις λιγότερες συμπεριφοριστικές παρενέργειες:

(πχ. ΕΡΕΘΙΣΜΑ: πες «αμάξι» ΑΠΑΝΤΗΣΗ: «αμάξι» ΣΥΝΕΠΕΙΑ: «ωραία»). (Ryan,2001)

* Η τιμωρία (punishment) αναφέρεται στο επακόλουθο της απάντησης με συνέπεια αποστροφής η οποία θα μειώσει το δείκτη απάντησης. Κάθε επακόλουθο συμβάν (consequence) που μειώνει το δείκτη απάντησης που ακολουθεί μπορεί να θεωρηθεί σαν συνέπεια αποστροφής ή τιμωρία. Αρκετοί χρησιμοποιούν την «τιμωρία» στη θεραπευτική διαδικασία. Υπάρχουν πολλές μορφές τιμωρίας και κάποιες είναι αρκετά ήπιες. Κάτι το οποίο συμβαίνει συχνά στην καθημερινότητα του κλινικού είναι το εξής: η τιμωρία έχει οριστεί και ανάλογα την απάντηση ο κλινικός λέει «όχι» ή «κοιτάζει αλλού», ή «δείχνει κουρασμένος» ή «ενοχλημένος» ή λέει «ξαναπές το». Είναι ένας δυνατός τρόπος αναδιαμόρφωσης της συμπεριφοράς του ατόμου με τραυλισμό, αλλά η βραχυπρόθεσμη επιρροή του (καμία αντίσταση στην εξάλειψη) και οι αρνητικές παρενέργειες (πιθανή πρόκληση αρνητικών συναισθημάτων, άγχος, τα οποία μπορούν να αλληλεπιδράσουν με την λειτουργική συμπεριφορά) συχνά υπερέχουν της αποτελεσματικότητας. Ένα ισχυρό παράδειγμα για μείωση της αποστροφής είναι ο συνδυασμός της τιμωρίας και τη θετικής ενίσχυσης. Ένα παράδειγμα ξεκάθαρης τιμωρίας είναι:

 (πχ. ΕΡΕΘΙΣΜΑ: πες «αμάξι» ΑΠΑΝΤΗΣΗ: «αμ-μ-μάξι» (τραύλισμα) ΣΥΝΕΠΕΙΑ: «όχι»). (Ryan, 2001)

* Η αρνητική ενίσχυση (negative reinforcement) αναφέρεται στο επακόλουθο της απάντησης, τη συνέπεια (consequence) η οποία χαρακτηρίζεται από ανακούφιση στην παρουσία ερεθίσματος αποστροφής (συμβάν ή κατάσταση) το οποίο θα αυξήσει τον δείκτη απάντησης που εξαλείφεται. Συχνά ο όρος αυτός συγχέεται με αυτόν της τιμωρίας γιατί και οι δυο περιλαμβάνουν ερεθίσματα αποστροφής. Και πάλι το αποθαρρυντικό συμβάν (consequence) «όχι» μπορεί να διαφέρει για τις δυο αυτές στρατηγικές ανάλογα με το *πότε* ή *που* συμβαίνει το αποθαρρυντικό αυτό συμβάν. Εάν συμβαίνει πριν την απάντηση (response), και η απουσία της απάντησης καταργήσει αποθαρρυντικό συμβάν (συνέπεια), και ο δείκτης απάντησης αυξηθεί τότε υπάρχει αρνητική ενίσχυση. Εάν όμως το αποθαρρυντικό συμβάν (συνέπεια) συμβεί μετά την απάντηση και μειώσει τη συχνότητα του συμβάντος τότε είναι τιμωρία:

(πχ. ΕΡΕΘΙΣΜΑ: ο κλινικός λέει «όχι» ΑΠΑΝΤΗΣΗ: ο πελάτης λέει «αμάξι» (με ροή) ΣΥΝΕΠΕΙΑ: ο κλινικός σταματά να λέει «όχι»). (Ryan,2001)

* Η εξάλειψη αναφέρεται στην εξάλειψη της *συνέπειας* (extinction) η οποία έχει ενισχύσει την απάντηση η οποία θα προκαλέσει την μείωση της απάντησης αν όχι την πλήρη εξαφάνισή της. Αποτελεί τον λιγότερο αποτελεσματικό τρόπο στην αναδιαμόρφωση της συμπεριφοράς γιατί μπορεί να χρειαστεί αρκετός χρόνος να υπάρξει κάποιο αποτέλεσμα:

(πχ. ΕΡΕΘΙΣΜΑ: «Τι είναι αυτό;» (εικόνα ενός αμαξιού) ΑΠΑΝΤΗΣΗ: «αμ-μ-μάξι» (τραύλισμα) ΣΥΝΕΠΕΙΑ: καμία). (Ryan,2001)

Εν τέλει, είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι το μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης συμπεριφοράς αποκτάται και διατηρείται πάνω σε περίπλοκες λίστες ενός ή περισσότερων από αυτές τις τέσσερις στρατηγικές αλλαγής της συμπεριφοράς (Ferster & Skinner, 1957; Skinner, 1953)και ο τραυλισμός δεν αποτελεί εξαίρεση (Shames & Sherrick, 1963). (Ryan,2001)

Ο B.P. Ryan θεωρεί ότι ο τραυλισμός είναι περισσότερο θεραπεύσιμος όταν τα παιδιά είναι πολύ νέα και λιγότερο θεραπεύσιμος σε πιο μεγάλα άτομα που τραυλίζουν, εν μέρει εξαιτίας της δύναμης της συνήθειας (τα χρόνια που τραυλίζει), εν μέρει λόγω του συστήματος υποστήριξης ερεθισμάτων άγχους και αρνητικής συμπεριφοράς, και, εξαιτίας της μη αποτελεσματικής θεραπείας (Ingham & Cordes, 1999), η οποία δυστυχώς, ίσως και λανθασμένα δείξει στον εξεταζόμενο, από νωρίς, ότι το πρόβλημά του δεν μπορεί να λυθεί. Ο Perkins υποστηρίζει ότι είναι αρκετό (περισσότερο ακριβές) να δηλωθεί ότι υπάρχουν 3 στοιχεία του τραυλισμού (άγχος, συμπεριφορά και ομιλία) και ότι η στρατηγική της λειτουργικής μάθησης (operant conditioning) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να κατανοήσουμε και να μάθουμε αυτά τα στοιχεία (W.H. Perkins, personal communication, April 30, 1982). (Ryan, 2001)

Κατά τον Ryan (2001) μια δεύτερη λειτουργική πτυχή του τραυλισμού είναι η συμπεριφορά η οποία δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί τόσο εύκολα. Μια συμπεριφοριστική προσέγγιση για το πρόβλημα αυτό είναι η *συμβουλευτική* (counseling) η οποία διευκρινίζεται με παραδείγματα από τους Shames (1969b, 1970) και Rhodes, Shames και Egolf (1971) οι οποίοι έχουν χειριστεί τα είδη των λεκτικών δηλώσεων που κάνει το άτομο με τραυλισμό με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ευχέρεια. Άλλη άποψη αποτελεί το εύρημα των Shames (1969) και Martin και Haroldson (1969) ότι η επίτευξη του ρέοντα λόγου παρήγαγε θετικές λεκτικές δηλώσεις και αλλαγές στην συμπεριφορά όπως έκαναν οι Ryan και Ryan(1983, 1995b). Χρησιμοποιώντας μια συνδυασμένη προσέγγιση οι Blind, Shames και Egolf (1971) μπόρεσαν να χειριστούν τόσο τις συμπεριφορές όσο και το λόγο.

(πχ. ΕΡΕΘΙΣΜΑ: «Τί πιστεύεις για τον τραυλισμό σου;» ή «O τραυλισμός σου σε εμποδίζει να μιλάς στην τάξη;» ΑΠΑΝΤΗΣΗ: «Θα τραυλίζω για πάντα» ή «Όχι» ΣΥΝΕΠΕΙΑ: καμία (εξάλειψη) / «Όχι δεν θα τραυλίζεις για πάντα» ή «Ωραία, δεν θα έπρεπε»)

Στο παράδειγμα αυτό μια αρνητική συμπεριφορά είτε τιμωρείται είτε αντιμετωπίζεται με αρνητική ενίσχυση, ενώ μια θετική συμπεριφορά-απάντηση ενισχύεται θετικά (Ryan, 2001).

* **Προσεγγίσεις αναδιάρθρωσηςτης ομιλίας (Speech restructuring approaches)**

Η αναδιάρθρωση του λόγου, αναφέρεται στη θεραπεία όπου ο εξεταζόμενος διδάσκεται να χρησιμοποιεί ένα νέο πρότυπο ομιλίας. Αυτές οι προσεγγίσεις λέγονται επίσης θεραπείες «μορφής ευχέρειας» και «παρατεταμένης ομιλίας». Η επιβραδυμένη ή παρατεταμένη ομιλία είναι το πρωταρχικό συστατικό κάθε νέου πρότυπου ομιλίας. Το άτομο που τραυλίζει διδάσκεται επίσης να κάνει κινήσεις κινητικής ομιλίας *(speechmotor movements)* με λιγότερη πίεση για άρθρωση και να ξεκινήσει δόνηση της φωνητικής πτυχής με σταδιακό και ελεγχόμενο τρόπο. Η προϋπόθεση είναι ότι οι τραυλίζοντες συνήθως χρησιμοποιούν στρατηγικές παραγωγής ομιλίας που είναι εκτός των ικανοτήτων ελέγχου της κινητική ομιλίας. Ο σκοπός της αναδιάρθρωσης της ομιλίας είναι να παράγει ένα νέο πρότυπο παραγωγής ομιλίας το οποίο συντελεί στην ευφράδεια του λόγου. Ορισμένες προσεγγίσεις αναδιάρθρωσης του λόγου εστιάζουν αποκλειστικά στη μείωση του ρυθμού ομιλίας Αυτές οι προσεγγίσεις χρησιμοποιούν την παρατεταμένη ομιλία ως μοναδική ή πρωταρχική τεχνική. Οι συγκεκριμένες τεχνικές παρατεταμένης ομιλίας αναφέρονται επίσης ως "τεντωμένες συλλαβές", "ελεγχόμενoς ρυθμός", "αργή ομιλία" ή "ομαλή ομιλία" τεχνικές. Άλλες προσεγγίσεις αναδιάρθρωσης της ομιλίας συνδυάζουν την παρατεταμένη ομιλία με άλλες τεχνικές ενίσχυσης της ευφράδειας.

Η θεραπεία αναδόμησης ομιλίας είναι μια αποδεδειγμένη προσέγγιση που βοηθά τους ανθρώπους που τραυλίζουν να βελτιώσουν τον έλεγχο του μηχανισμού ομιλίας τους. Ένα σχετικά ευρύ φάσμα δημοσιευμένων μελετών δείχνει ότι η θεραπεία αναδιάρθρωσης της ομιλίας μειώνει τη συχνότητα του τραυλισμού. Ωστόσο, οι περισσότερες "θεωρητικές" προσεγγίσεις αναδιάρθρωσης της ομιλίας δεν αντιμετωπίζουν τα αρνητικά συναισθήματα, τις αβοήθητες συμπεριφορές ή το άγχος που σχετίζεται με τον τραυλισμό. Επιπλέον, ενώ οι θεραπείες αναδιοργάνωσης της ομιλίας μπορούν να οδηγήσουν σε πολύ δραματικές μειώσεις της συχνότητας του τραυλισμού στην κλινική, η διατήρηση σταθερού ελέγχου στις καθημερινές καταστάσεις ομιλίας μπορεί να είναι πολύ δύσκολη. Ο τραυλισμός είναι επίσης επιρρεπής στην υποτροπή, επομένως η διδαχή των ικανοτήτων διαχείρισης του τραυλισμού, προκειμένου να αντιμετωπίζεται ο τραυλισμός όταν εμφανίζεται, είναι συνετή. (Blomgren, 2013)

Η ίδια θεραπεία υποστηρίζεται από τους Μax και Caruso (1997), κατά τους οποίους η τροποποίηση του συνηθισμένου ρυθμού ομιλίας που χρησιμοποιεί ένα άτομο, πιο συγκεκριμένα η μείωση του ρυθμού ομιλίας του είναι η πιο συχνή πρόταση για να διευκολυνθεί η ροή του λόγου σε εκείνους που τραυλίζουν. Η μείωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί με παράταση κάποιων ή όλων των παραγόμενων ήχων της ομιλίας, με την αύξηση του αριθμού και/ή της διάρκειας των παύσεων μεταξύ των λέξεων, ή με συνδυασμό των δυο αυτών τεχνικών (Culatta & Goldberg, 1995; Goldman-Eisler, 1956, 1961; Healey & Adams, 1981; Peters & Guitar, 1991). (Max & Caruso, 1997)

* Η *παράταση της ομιλίας* είναι η επέκταση του ήχου και η διάρκεια της συλλαβής, χωρίς όμως να αυξάνεται και η διάρκεια των παύσεων ανάμεσα στις συλλαβές και τις λέξεις (Ingham, 1984). Πρέπει να τονιστεί όμως ότι η «παρατεταμένη ομιλία» δεν πρέπει να συγχέεται με την «αργή ομιλία», γιατί όπως τόνισε ο Ingham(1984), όταν πρέπει να «επιβραδυνθεί» η ομιλία, συνήθως οι περισσότεροι ανταποκρίνονται αυξάνοντας τη διάρκεια των συλλαβών όπως και τη διάρκεια των παύσεων μέσα στις συλλαβές. Παρόλα αυτά τα προγράμματα θεραπείας περιλαμβάνουν την παρατεταμένη ομιλία. Κατά τη χρήση της ο ασθενής πρέπει να παράγει 30-60 συλλαβές το λεπτό (Andrews & Ingham, 1971; Boberg, 1984; Boberg & Kully, 1995; Culatta & Goldberg, 1995; Howie, Tanner, & Andrews, 1981; Onslow & Packman, 1997) ή 30-35 λέξεις το λεπτό (Curlee&Perkins, 1969; Goldiamond, 1965). Είναι σημαντικό όμως ότι η συνολική μείωση του ρυθμού ακολουθείται περισσότερο από επιβράδυνση του ρυθμού άρθρωσης παρά του ρυθμού της ομιλίας. (Max&Caruso, 1997)
* Η *παύση ανά την φράση* είναι μια τεχνική σχεδιασμένη να επιμηκύνει φυσιολογικά παύσεις ή να προσθέσει επιπλέον παύσεις ανάμεσα σε λέξεις ή φράσεις (Neilson & Andrews, 1993). O Cheasman (1983) επισήμανε ότι οι ενήλικες που τραυλίζουν φοβούνται τα διαστήματα μέσα στο λόγο τους, ανεξάρτητα αν οφείλονται σε στιγμές τραυλισμού ή φυσιολογικές παύσεις για την οργάνωση της σκέψης. Για να αποφύγουν λοιπόν τη σιωπή ο συγκεκριμένος συγγραφέας προτείνει «να συνεχίζονται τα διαστήματα της ρέουσας ομιλίας» χωρίς διακοπή. Ωστόσο, πολλοί κλινικοί και κλινικοί ερευνητές (Boeberg, 1984; Curlee, 1969; Perkins (1973); Guitar (1991); Neilson & Andrews, 1993; Perkins, 1973,1984) προτείνουν στους ενήλικες σαν θεραπευτική τεχνική, να εισάγουν περισσότερες παύσεις μέσα στο λόγο τους (μειώνοντας το μήκος φράσης τους). Ένα παράδειγμα είναι να σπάσει ο ασθενής το μήνυμα σε τμήματα, συντακτικά ορθά, να παίρνει ανάσες μετά από κάθε φράση έτσι ώστε να προκύψουν παύσεις (Neilson & Andrews,1993). O Perkins (1984) προτείνει να μειώνεται το μήκος φράσης σε 2-5 συλλαβές. Το θετικό στην χρήση των παύσεων είναι ότι διασφαλίζει την επαρκή αναπνοή και αποτρέπει να αυξηθεί η μυϊκή ένταση από την προσπάθεια να “βγει ο αέρας έξω”, ενώ ο πρωταρχικός στόχος τους είναι να μειωθεί ο ρυθμός ομιλίας του πελάτη (Boberg, 1984; Guitar, 1991). (Max&Caruso, 1997)
* **Ολοκληρωμένες προσεγγίσεις (comprehensive approaches)**

Πρόσφατα, υπήρξε μια προσπάθεια συνδυασμού των προσεγγίσεων διαχείρισης και αναδιάρθρωσης του τραυλισμού. Παραδείγματα αποτελούν γνωστά προγράμματα έντονου τραυλισμού στη Β. Αμερική όπως το ολοκληρωμένο πρόγραμμα τραυλισμού στο Πανεπιστήμιο της Αλμπέρτα, το Πρόγραμμα Εντατικής Θεραπείας στο Αμερικανικό Ινστιτούτο Τραυλισμού και το Πρόγραμμα Πρόσθετης Ευφράδειας. Παρόλο που τα προγράμματα αυτά βασίζονται κυρίως στις προσεγγίσεις αναδιάρθρωσης ομιλίας, όλα πρόσθεσαν πρόσφατα συστατικά της διαχείρισης του τραυλισμού. Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στην αντιμετώπιση του τραυλισμού περιλαμβάνει την αντιμετώπιση τόσο των εξωτερικών στοιχείων του τραυλισμού όσο και των βαθύτερων χαρακτηριστικών του τραυλισμού, όπως το άγχος, ο φόβος του τραυλισμού, τα θέματα προσέγγισης-αποφυγής, τα θέματα αυτοπεποίθησης και τα θέματα αυτο-αντίληψης. Αυτή η πολυδιάστατη προσέγγιση ακολουθεί την εντολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), (Blomgren, 2013). ΟWHO υποστηρίζει ένα πολυδιάστατο παράδειγμα των συνθηκών της ανθρώπινης υγείας, το οποίο περιλαμβάνει τις έννοιες «βλάβη», «περιορισμός δραστηριότητας» και «περιορισμός συμμετοχής» και ο οποίος έχει εφαρμοστεί σαν πρότυπο για την αξιολόγηση τόσο του εξωτερικού τραυλισμού όσο και των δυσμενών συνεπειών του τραυλισμού. Η Κλινική Εντατικού Τραυλισμού του Πανεπιστημίου της Γιούτα (UUISC) είναι ένα παράδειγμα μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης για τη θεραπεία του τραυλισμού. Βασίζεται σε τεχνικές αναδιάρθρωσης της ομιλίας που αναπτύχθηκαν από τον Webster, Boberg και Kully, και Kroll, καθώς επίσης και στη διαχείριση του τραυλισμού και στις γνωστικές-συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις και προσεγγίσεις απευαισθητοποίησης που επηρεάζονται από τους Van Riper και Breitenfeldt και Lorenz. (Blomgren, 2013; Blomgren et. al., 2010)

Το UUISC είναι μια ετήσια κλινική και περίπου 80 εξεταζόμενοι έχουν συμμετάσχει στη θεραπεία από το 2003. Κανονικά, έξι έως δέκα πελάτες συμμετέχουν σε κάθε κλινική. Η κλινική περιλαμβάνει περίπου 60 ώρες θεραπείας. Οι εξεταζόμενοι βρίσκονται εκεί από τις 9 π.μ. έως τις 4 το βράδυ τις καθημερινές, για 2 εβδομάδες. Η θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό ατομικών και ομαδικών συνεδριών. Υπάρχει διαθέσιμο λεπτομερές εγχειρίδιο θεραπείας, και έχουν παρουσιαστεί σημαντικά αποτελέσματα θεραπείας.(Blomgren, 2013; Blomgren et. al., 2010)

Οι στόχοι της κλινικής είναι οι εξεταζόμενοι να:

• Μάθουν νέες γλωσσικές δεξιότητες που διευκολύνουν την ευφράδεια της ομιλίας

• Μειώσουν τον αριθμό και τη σοβαρότητα των στιγμών τραυλισμού

• Ενθαρρύνουν μια προληπτική στάση απέναντι στη βελτίωση της παραγωγής ομιλίας

• Ενθαρρύνουν μια καλή κατανόηση και υγιή αποδοχή του τραυλισμού

• Διαχειριστούν το στρες και το άγχος που σχετίζονται με τον τραυλισμό και την ομιλία

• Εξασκήσουν τις τεχνικές που έμαθαν σε καθημερινές καταστάσεις

• Αυξήσουν την αυτοπεποίθηση που σχετίζεται με την ομιλία. (Blomgren, 2013)

Υλοποιούνται μια σειρά στρατηγικών αναδιάρθρωσης της ομιλίας. Υπάρχουν τρεις βασικές τεχνικές διευκόλυνσης της ευφράδειας (τεχνικές αναδιάρθρωσης) που χρησιμοποιούνται το UUISC:

(1) ο στόχος της επιμηκυμένης συλλαβής,

(2) ο στόχος εκκίνησης της ήπιας φώνησης και

 (3) ο στόχος της μειωμένης αρθρωτικής πίεσης.

Υπάρχουν τέσσερις συμπληρωματικές τεχνικές:

* 1. ο στόχος της πλήρους αναπνοής
	2. ο στόχος της ήπιας αρθρωτικής αλλαγής,
	3. ο στόχος συνεχούς φώνησης, και
	4. ο στόχος της πλήρους αρθρωτικής κίνησης.

Αυτές οι τεχνικές θεωρούνται «συμπληρωματικές» επειδή δεν ζητείται από κάθε ομιλητή να κάνει χρήση αυτών των τεχνικών. Για τους περισσότερους πελάτες, οι τρεις βασικοί στόχοι του UUISC είναι επαρκείς για την προώθηση της ελεγχόμενης ευχέρειας λόγου. Μπορούν να συνταγογραφηθούν μία ή περισσότερες συμπληρωματικές τεχνικές εάν θεωρηθούν χρήσιμες για τη διευκόλυνση της ευχέρειας της ομιλίας για έναν μεμονωμένο ομιλητή.(Blomgren, 2013)

Πιο αναλυτικά:

1. Ο πρωταρχικός στόχος του στόχου της «επιμηκυμένης συλλαβής» είναι να τεντώσει τη διάρκεια της κάθε ομιλούμενης συλλαβής. Αυτή "αργή" ομιλία επιτρέπει σε ένα άτομο να παρατηρήσει και να αλλάξει την παραγωγή του ήχου της ομιλίας. Η τεχνική επιμηκυμένης συλλαβής έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη δύναμη και την απότομη κίνηση των αρθρωτών. Κατά τη διάρκεια του τραυλισμού, οι διάρκειες των συλλαβών είναι συχνά βραχύτερες από τις κανονικές και οι παύσεις είναι μεγαλύτερες από τις κανονικές.Η παράταση των συλλαβών οδηγεί σε αυξημένο έλεγχο των αρθρωτικών κινήσεων της ομιλίας. (Blomgren, 2013)

Η παρατεταμένη ομιλία έχει βρεθεί ότι είναι η πιο αποτελεσματική τεχνική διευκόλυνσης της ευφράδειας και είναι η κύρια τεχνική ευχέρειας σε όλες σχεδόν τις θεραπείες αναδιάρθρωσης της ομιλίας. Ο ρυθμός ομιλίας μπορεί να μειωθεί με την επιμήκυνση της διάρκειας των συλλαβών ή με μεγαλύτερη παύση μεταξύ των «λεγομένων» (utterances). Όταν λέμε «λεγόμενα» (utterance) εδώ, είναι όλες οι λέξεις που λέει κανείς με μια μόνο ανάσα. Η μείωση του ρυθμού ομιλίας επιτυγχάνεται καλύτερα επιμηκύνοντας τη διάρκεια των συλλαβών, όχι απαραίτητα με το να εισάγονται μεγαλύτερες παύσεις μεταξύ των λεγομένων. Αρχικά, ο λόγος παράγεται με πολύ αργό ρυθμό. Στο UUISC κάθε συλλαβή παρατείνεται για δύο δευτερόλεπτα. Αφού ο ευφραδής λόγος έχει καθιερωθεί σε επιμήκυνση 2 δευτερολέπτων, οι διάρκειες των συλλαβών συρρικνώνονται συστηματικά στο 1 δευτερόλεπτο, 0,5 δευτερόλεπτα και τελικά σε "ελεγχόμενο κανονικό ρυθμό". Ο “ελεγχόμενος κανονικός ρυθμός” είναι ο ρυθμός που ένα άτομο που τραυλίζει μπορεί να μιλήσει με λίγο ή καθόλου τραυλισμό. Ο τελικός ρυθμός ποικίλλει για κάθε θεραπευόμενο. (Blomgren, 2013)

1. Η τεχνική της «ήπιας φωνητικής εκκίνησης» παρέχει μια στρατηγική για τους τραυλίζοντες ομιλητές να ξεκινήσουν τη δόνηση των φωνητικών πτυχών, με ελεγχόμενο, ακριβή και χαλαρό τρόπο. Η τεχνική της ήπιας έναρξης χρησιμοποιείται σε λέξεις που αρχίζουν με φωνήεντα και ηχητικά σύμφωνα. Αυτή η τεχνική μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη, καθώς πολλοί άνθρωποι που τραυλίζουν βγάζουν μερικούς ήχους ομιλίας με απότομη έναρξη φώνησης. Ξεκινούν τη φώνηση με μεγάλη δύναμη και μυϊκή ακαμψία. Αυτό το υψηλό επίπεδο έντασης δημιουργεί μεγαλύτερες πιθανότητες να συμβεί μια στιγμή τραυλισμού. (Blomgren, 2013)
2. Η τρίτη και τελευταία κύρια τεχνική είναι η «μειωμένη αρθρωτική πίεση». Αυτή η τεχνική στοχεύει κυρίως τη γλώσσα και τα χείλη. Η τεχνική παρέχει στους ομιλητές έναν τρόπο να μειώσουν την αρθρωτική πίεση και να πετύχουν μετάβαση από τον ήπιο τρόπο ομιλίας στην γρήγορη ομιλία. (Blomgren, 2013)

Στην κλινική, επίσης, εφαρμόζονται πέντε τεχνικές διαχείρισης του τραυλισμού. Οι τεχνικές διαχείρισης του τραυλισμού χρησιμοποιούνται για να:

1. μειώσουν την πιθανότητα να παρουσιαστεί μια σοβαρή στιγμή τραυλισμού,

και

1. να μειώσουν τη σοβαρότητα των στιγμών τραυλισμού όταν αυτές συμβαίνουν.

Από την άποψη αυτή, ορισμένες τεχνικές διαχείρισης του τραυλισμού είναι προληπτικές και άλλες αντιδραστικές.

Οι *προληπτικές τεχνικές* περιλαμβάνουν

* 1. τη διατήρηση επαφής με τα μάτια,
	2. την γνωστοποίηση ενός που τραυλίζει, και
	3. τον ψευδο-τραυλισμό.

 Χρησιμοποιώντας την κατάλληλη επαφή με τα μάτια, αποκαλύπτοντας ή γνωστοποιώντας ότι κάποιος τραυλίζει και ο ψεύτικος τραυλισμός είναι προληπτικές τεχνικές γιατί αυτές οι τεχνικές επιτρέπουν στο άτομο να ελαχιστοποιήσει από νωρίς την επίδραση του τραυλισμού σε μια συνομιλία.

* Η διατήρηση της επαφής με τα μάτια επιτρέπει σε έναν συνομιλητή να γνωρίζει ότι (1) ο ομιλητής ελέγχει τη συνομιλία, (2) ότι ο ομιλητής δεν ενοχλείται από οποιοδήποτε τραυλικό επεισόδιο που μπορεί να προκύψει και (3) ότι ο ομιλητής εκτιμά την επικοινωνία που είναι υπάρχει. (Blomgren,2013)
* Η γνωστοποίηση του τραυλισμού ενός ατόμου είναι επίσης μια βασική τεχνική διαχείρισης του τραυλισμού. Πολλοί άνθρωποι που τραυλίζουν καταβάλλουν μεγάλη προσπάθεια να κρύψουν το γεγονός αυτό και αυτό για πολλούς λόγους. Μπορεί να είναι ο φόβος της αμηχανίας, ο φόβος της κοινωνικής τιμωρίας, της μη-αποδοχής της διαταραχής τους ή ίσως απλής συνήθειας μετά από χρόνια αποφυγής προβληματικών ήχων, λέξεων ή συνομιλιών. Οι Breitenfeldt και Lorenz απαριθμούν τρεις προσεγγίσεις για να γνωστοποιήσουν τον τραυματισμό ενός ατόμου: (1) την άμεση οδό κατά την οποία κάποιος απλά δηλώνει ότι τραυλίζει - είτε στην αρχή μιας συνομιλίας είτε αμέσως μετά την πρώτη στιγμή του τραυλισμού, (2) χρησιμοποιώντας το χιούμορ- κατά στιγμή του τραυλισμού μπορεί κάποιος να κάνει ένα αστείο γι 'αυτό για να βοηθήσει τον συνομιλητή του να νιώσει άνετα, και (3) ο ψευδο-τραυλισμός (ψεύτικος τραυλισμός)
* Ο ψευδο-τραυλισμός είναι μια προσέγγιση κατά την οποία ο ομιλητής τραυλίζει σκόπιμα. Προκειμένου να μην μετατραπεί ένας ψευδο-τραυλίζων σε ανεξέλεγκτο τραυλίζοντα, είναι σημαντικό ο τραυλισμός να παραχθεί με αργό, ελεγχόμενο και συνειδητό τρόπο. Υπάρχουν 2 βασικά οφέλη: Πρώτον, χρησιμεύει ως ένας προφανής τρόπος για να γίνει γνωστός ο τραυλισμός από νωρίς σε μια συνομιλία και δεύτερον, ο ψευδο-τραυλισμός μπορεί να ωφελήσει ανθρώπους που τραυλίζουν, βοηθώντας τους να γίνουν απευαισθητοποιημένοι μπροστά στο πρόβλημά τους. Η ιδέα βασίζεται στην άποψη ότι αυτό που ένα άτομο μπορεί να κάνει εσκεμμένα δεν πρέπει να το φοβάται. (Blomgren, 2013)

Οι *αντιδραστικές τεχνικές* περιλαμβάνουν

* 1. τον σκόπιμη διακοπή μιας στιγμής τραυλισμού, και
	2. την ακύρωση μιας τραυλής λέξης με το να επαναλαμβάνεται με ευφράδεια.

Η σκόπιμη διακοπή μιας στιγμής τραυλισμού και η ακύρωση μιας τραυλής λέξης είναι αντιδραστικές, διότι ο ομιλητής χρησιμοποιεί τις τεχνικές αυτές για να αντιδράσει σε μια στιγμή τραυλισμού αφού αυτή έχει ήδη αρχίσει. Η ακύρωση μιας τραυλής λέξης επιτρέπει ουσιαστικά στο άτομο να επαναφέρει τη σταθερότητα στην ομιλία του αφού έχει ξεκινήσει ο τραυλισμός.(Blomgren, 2013)

* **MPI (Modifying Phonation Intervals-Τροποποίηση Φωνητικών Παύσεων)**

Τα αποτελέσματα από τις θεραπείες του τραυλισμού έχουν δείξει ότι οι περισσότερες μελέτες μέχρι σήμερα έχουν εστιάσει κυρίως ή αποκλειστικά στις μεταβολές των εμφανών χαρακτηριστικών του τραυλισμού, με σχετικά μικρή προσοχή τις ευρύτερες συνέπειες της διαταραχής τις οποίες βιώνει ο ομιλητής (βλέπε Andrews, Guitar, & Howie, 1980, Bothe, Davidow, Bramlett & Ingham, 2006; Cordes, 1998; Prins & Ingham, 2009; Thomas&Howell, 2001). (Ingham&Student, 2014). Πολλές μελέτες βασίστηκαν στο σκεπτικό ότι ένα μέρος της αποτελεσματικότητας της παρατεταμένης ομιλίας που αναφέρθηκε παραπάνω, μπορεί να εξαρτάται από τη μείωση της συχνότητας των μικρών παύσεων φώνησης αντί να αυξάνεται η συχνότητα των μεγαλύτερων παύσεων. Τότε δημιουργήθηκε το MPI, η συντομία για το Modifying Phonation Intervals. Μια φωνητική παύση (PI) είναι ο χρόνος που πέρασε μιας ηχητικής μονάδας της ομιλίας. Μέσα από εκτεταμένες έρευνες και μελέτες, ο καθηγητής Dr. Roger J. Ingham και συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι με την "τροποποίηση" των PI του θεραπευόμενου, είναι δυνατό να επιτευχθεί ανθεκτική και φυσική ευφράδης ομιλία στους περισσότερους θεραπευόμενους που πληρούν τα κριτήρια επιλογής. Το πρόγραμμα θεραπείας MPI χωρίζεται σε τέσσερις φάσεις. Οι φάσεις αυτές είναι η προ-θεραπεία, η γνωστοποίηση, η μεταφορά και η διατήρηση. Κάθε φάση της θεραπείας σχεδιάζεται για να γίνεται από κοινού από τον θεραπευόμενο και τον κλινικό ιατρό. Μόλις ολοκληρωθεί η θεραπεία, οι περισσότεροι θεραπευόμενοι επιτυγχάνουν φυσική ομιλία χωρίς τραυλισμό. (Ingham & Student, 2014).

Διαδικασία: Κατά τη διάρκεια της φάσης εγκατάστασης, το λογισμικό MPI παρέχει

ακουστική και οπτική βιοανάδραση της διάρκειας όλων των PI. Ενώ ο θεραπευόμενος μιλάει, σημειώνεται η εμφάνιση μιας σύντομης PI από ένα ήχο "μπιπ". Παράλληλα, η οθόνη του υπολογιστή εμφανίζει δύο πλαίσια και ένα σημάδι εμφανίζεται στο αριστερό πλαίσιο για κάθε σύντομο PI που εμφανίζεται. Στο δεξί πλαίσιο, εμφανίζονται τα σήματα για όλες τις άλλες διάρκειες των PI. Ο αριθμός των μικρών PI που επιτρέπονται εμφανίζεται επίσης στην οθόνη. Εάν ο αριθμός αυτός ξεπεραστεί, ο υπολογιστής σταματά την πρόοδο του προγράμματος και το βήμα επαναλαμβάνεται. Σε ουσιαστικά εναλλακτικά βήματα στο πρόγραμμα, δεν παρέχεται ανατροφοδότηση των PI. Τα συμβάντα τραυλισμού κρίνονται από τον θεραπευόμενο (μια αυτοδιαχειριζόμενη πτυχή του προγράμματος), ο οποίος σταματά την πρόοδο του προγράμματος αμέσως μόλις εμφανιστεί ένα τραυλικό επεισόδιο. Η φυσικότητα του λόγου επίσης βαθμολογείται / αυτοδιαχειρίζεται από τον θεραπευόμενο στο τέλος κάθε δοκιμής ομιλίας. (Ingham. etal., 2015)

**Θεραπευτικές Πρακτικές τόσο για ενήλικες όσο και για νεότερα παιδιά**

Ο Guitar (2014) έχει προτείνει κάποιες θεραπευτικές πρακτικές, τις οποίες μπορούν οι κλινικοί να χρησιμοποιήσουν προσαρμόζοντάς τες ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση.

*Πρακτικές που βοηθούν τους θεραπευόμενους και την οικογένειά τους να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα που συνδέονται με τον τραυλισμό – Συμβουλευτική.* Τα χαρακτηριστικά του κλινικού, και συγκεκριμένα η ενσυναίσθηση, η ζεστασιά και η γνησιότητα, είναι σημαντικά για την αντιμετώπιση των συναισθημάτων που μπορεί να εμποδίζουν τις αλλαγές στον τραυλισμό και την ενίσχυση των συναισθηματικών διαδικασιών που μπορούν να βοηθήσουν στην αποκατάσταση. Παρόλο που υπάρχουν ομοιότητες ανάμεσα στον τρόπο που ανταποκρίνεται ο κλινικός στους γονείς ενός παιδιού που τραυλίζει και στον τρόπο που βοηθά μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες, υπάρχουν και αρκετές διαφορές που θα περιγραφούν παρακάτω.

*Παιδιά προσχολικής ηλικίας*

Όταν οι κλινικοί δουλεύουν με παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι πρωταρχικής σημασίας να συμπεριληφθεί στη θεραπεία η οικογένεια του παιδιού. Η οικογένεια πρέπει να αναπτύξει πίστη όχι μόνο στις ικανότητες του κλινικού, αλλά και στην κατανόηση και αποδοχή των συναισθημάτων τους εκ μέρους του. Στις πρώτες συναντήσεις η οικογένεια νιώθει αμηχανία, διότι τις τελευταίες εβδομάδες ή ακόμη και μήνες έχει παρακολουθήσει το παιδί να δυσκολεύεται χωρίς να μπορεί να το βοηθήσει. Ο κλινικός πρέπει να ακούσει προσεκτικά πώς οι γονείς (ή άλλα μέλη της οικογένειας), περιγράφουν τον τραυλισμό του παιδιού, πώς αντιδρά το παιδί και οι ίδιοι σε αυτόν. Η καλή ακρόαση των συναισθημάτων σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας θα τους παρέχει υποστήριξη και θα τους βοηθήσει να καταλάβουν ότι αυτοί και ο κλινικός βρίσκονται στην ίδια ομάδα που εργάζεται από κοινού για το παιδί. Καθώς ο κλινικός ακούει και αναγνωρίζει τα συναισθήματά τους, κάποιες φορές τα επαναδιατυπώνει για να είναι σίγουρος ότι τα έχει κατανοήσει σωστά. Αποφεύγει απλά να τους καθησυχάσει, αλλά, όταν είναι απαραίτητο, τους παρουσιάζει στοιχεία που δείχνουν ότι το παιδί προοδεύει, μοιράζεται μαζί τους πληροφορίες για την αποκατάσταση ή τους βοηθά να αντιληφθούν όλα τα θετικά πράγματα που κάνει το παιδί για τον εαυτό του. Αυτό πρέπει να γίνεται συμπληρωματικά με την αναγνώριση των συναισθημάτων που μπορεί να εκφράζουν – άλλοτε απογοήτευση, αποθάρρυνση και ενοχή και άλλοτε ελπίδα και περηφάνια. Συμπερασματικά, όταν ο κλινικός δουλεύει με μικρά παιδιά και τις οικογένειές τους πρέπει να γνωρίζει ότι τα συναισθήματα της οικογένειας μπορεί να είναι μια από τις αιτίες που ο τραυλισμός χειροτερεύει μετά την έναρξή του και ότι αυτό μπορεί να ανατραπεί με τη θεραπεία.

*Μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες*

Σε έφηβους και ενήλικες που παρουσιάζουν τραυλισμό η θεραπευτική διαδικασία παρουσιάζει ορισμένες σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με την προσχολική ηλικία. Σε αυτές τις ηλικίες γίνεται πλέον ξεκάθαρα λόγος για επίμονο τραυλισμό (Yairi & Seery, 2011) και δεν κυριαρχεί η έννοια της απόκτησης αυθόρμητης ευχέρειας. Εναλλακτικά για την πλειοψηφία των ατόμων αυτών στόχοι είναι είτε η ελεγχόμενη ευχέρεια είτε αποδεκτός τραυλισμός (Guitat,1999; Van Riper,1982).Είναι λοιπόν, σημαντικό οι κλινικοί να είναι προσεκτικοί στη διατύπωση προγνώσεων για άτομα που είναι έφηβοι ή ενήλικες και παρουσιάζουν πλέον μια εδραιωμένη διαταραχή ροής. Ο ρόλος του κλινικού στην επίτευξη αυτού του στόχου θα είναι καταλυτικός και θα καθοριστεί από το πόσο εμπεριστατωμένα έχει εξηγήσει την όλη διαδικασία στον ασθενή, αλλά και από το πόση εμπιστοσύνη θα του έχει εμπνεύσει. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συναισθήματα (A=Affective) και οι σκέψεις (C=Cognitive) είναι τώρα εξαιρετικά επηρεασμένα από τον τραυλισμό (B=Behavior). Γι’ αυτό και συχνά τα συναισθήματα και οι σκέψεις αντιμετωπίζονται πρώτα ή σε συνδυασμό με την ομιλία (Zebrowski και Kelly, 2002).(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Στη θεραπεία μεγαλύτερων ατόμων (από τα παιδιά προσχολικής ηλικίας), ο κλινικός εργάζεται περισσότερο άμεσα με τον θεραπευόμενο παρά με την οικογένειά του. Στην προσπάθειά του να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να αντιμετωπίσει τον τρόπο που αισθάνεται πρέπει να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα στην οποία το άτομο θα νιώθει όλο και πιο άνετα να εκφράζει τα συναισθήματά του. Μπορεί να είναι άλλοτε συναισθήματα ντροπής και φόβου και άλλοτε συναισθήματα θυμού προς τον τραυλισμό, τον κλινικό και τους ακροατές. Αυτά τα συναισθήματα είναι αναμενόμενα στις περιπτώσεις που το άτομο τραυλίζει για αρκετά χρόνια και έχει βιώσει την ανυπομονησία, την απόρριψη και τον εμπαιγμό των ακροατών.

Στα πρώτα στάδια της θεραπείας, καθώς ο θεραπευόμενος μαθαίνει όλο και περισσότερα πράγματα για τον τραυλισμό του, το αυθεντικό ενδιαφέρον και η περιέργεια του κλινικού για τον τραυλισμό έχουν τη δύναμη να εξουδετερώσουν τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να έχει ο θεραπευόμενος – εκφρασμένα ή όχι – σε σχέση με τον τραυλισμό του. Ο στόχος είναι να αποδεχθεί ο θεραπευόμενος τον τραυλισμό του και να αναλάβει την ευθύνη για την αλλαγή του. Για να συμβεί αυτό, πρέπει ο κλινικός να δείξει και αυτός ότι τον αποδέχεται. Ένας άλλος στόχος είναι να δείξει ο θεραπευόμενος ανοχή στην απογοήτευση και στο φόβο ότι θα «κολλήσει». Αυτό πρέπει να γίνει ώστε να μειωθεί η ένταση και η αγωνία. Οι δραστηριότητες που μπορεί να το επιτύχουν περιλαμβάνουν ανοιχτό τραυλισμό χωρίς αποφυγές και εκούσιο τραυλισμό σε λέξεις που δε φοβάται ο θεραπευόμενος.

Αυτές οι δραστηριότητες συνήθως προκαλούν έντονα συναισθήματα δίνοντας στον κλινικό την ευκαιρία να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να τα εξερευνήσει και να τα αποδεχτεί. Ο κλινικός απλά ρωτά τον θεραπευόμενο πώς νιώθει όταν εκτελεί αυτές τις δραστηριότητες, ακούει προσεκτικά και αποφεύγει να του ζητήσει να δουλέψει στον τραυλισμό όταν μιλά για τα συναισθήματά του.

Ο επόμενος στόχος είναι να σταματήσει ο θεραπευόμενος να επιβραβεύει τις παλιές συμπεριφορές που φανερώνουν προσπάθεια. Αυτό επιτυγχάνεται με σταδιακή αλλαγή της μορφής του τραυλισμού, όπου από έντονος και γρήγορος γίνεται χαλαρός και αργός. Ο κλινικός βοηθά τον θεραπευόμενο να επιτύχει αυτόν τον στόχο μαθαίνοντάς του τεχνικές όπως οι ακυρώσεις (cancellations), οι διαφυγές (pull-outs) και τα σύνολα προετοιμασίας (preparatorysets). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας αναδύονται συνήθως αρκετά συναισθήματα και αντιστάσεις τα οποία δίνουν στον κλινικό την ευκαιρία να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να τα εκφράσει, να τα εξερευνήσει και να τα αποδεχτεί. Προηγουμένως, ο θεραπευόμενος μπορεί να φοβόταν τις αντιδράσεις των ακροατών στον τραυλισμό του. Τώρα, μπορεί να φοβάται τις αντιδράσεις των ακροατών (πραγματικές ή φανταστικές) στον τρόπο που ελέγχει την ομιλία του μειώνοντας το ρυθμό της, χρησιμοποιώντας εύκολες ενάρξεις φώνησης ή παρατείνοντας τα επεισόδια τραυλισμού πέρα από το σημείο που θα ολοκληρώνονταν. Όλες αυτές είναι τεχνικές που πρέπει να εφαρμόσει ο θεραπευόμενος για να μειώσει την ένταση και την αγωνιώδη προσπάθεια, αλλά είναι δύσκολο να εφαρμοστούν μπροστά σε φίλους, την οικογένεια ή ξένους. Ο κλινικός μπορεί να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να μάθει ότι γενικά οι ακροατές σέβονται ένα άτομο που προσπαθεί να δουλέψει ανοιχτά με τις προσωπικές του προκλήσεις. Επίσης, όταν οι ακροατές είναι ανυπόμονοι, αγχωμένοι ή απορριπτικοί, αυτό συμβαίνει διότι αντιμετωπίζουν δικά τους θέματα και ο θεραπευόμενος πρέπει να μάθει να ανέχεται και να ξεπερνά αυτές τις αντιδράσεις.

Υπάρχει ένας ρυθμός στη θεραπεία των μεγαλύτερων παιδιών και των ενηλίκων που τραυλίζουν. Ο κλινικός συμβουλεύει τον θεραπευόμενο να ολοκληρώσει διάφορες «αποστολές». Στην αρχή, κατά τη διάρκεια και μετά την ολοκλήρωσή τους, ο θεραπευόμενος βιώνει διάφορα συναισθήματα που συνδέονται με τον τραυλισμό και την αλλαγή που επιτελείται. Ο κλινικός βοηθά τον θεραπευόμενο να εκφράσει αυτά τα συναισθήματα και να τα αποδεχτούν μαζί. Έπειτα συνεχίζουν να δουλεύουν με τον επόμενο στόχο από κοινού.

*Πρακτικές που μειώνουν τα συμπτώματα του τραυλισμού*

Αυτές οι πρακτικές είναι κατάλληλες για θεραπευόμενους που έχουν αναπτύξει αγωνιώδη προσπάθεια, ένταση και συμπεριφορές διαφυγής και αποφυγής και οι οποίοι προβάλλουν τον τραυλισμό τους σαν κάτι μη φυσιολογικό όχι μόνο στους ακροατές, αλλά και στον ίδιο τους τον εαυτό. Οι θεραπείες που στοχεύουν στην αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων χρησιμοποιούν συχνά επιβράβευση και ήπια τιμωρία για να αλλάξουν τα μεγάλα και έντονα επεισόδια τραυλισμού σε όλο και πιο σύντομα και χαλαρά και να μειώσουν τη χρήση των συμπεριφορών διαφυγής και αποφυγής. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος συνοδεύεται συχνά η επιβράβευση και η τιμωρία με ένα συστηματικό πρόγραμμα μείωσης των αρνητικών συναισθημάτων. Τέτοιου είδους προγράμματα στηρίζονται στην πεποίθηση ότι τα αρνητικά συναισθήματα προκαλούν αυξημένη ένταση και συμπεριφορές διαφυγής και αποφυγής. Αυτές οι συμπεριφορές διατηρούνται από το γεγονός ότι ενισχύονται όταν το άτομο που τραυλίζει καταφέρνει τελικά να προφέρει τη λέξη πιέζοντας και «σπρώχνοντας». Αυτές οι προσεγγίσεις συχνά αναφέρονται ως «τροποποίηση του τραυλισμού».

Ο Van Riper (1958, 1973, 1975b) έχει αναπτύξει μια κλασική προσέγγιση «τροποποίησης τραυλισμού». Ξεκινά με τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων μέσω αντικειμενικής μελέτης του τραυλισμού και έπειτα επικεντρώνεται στην απευαισθητοποίηση της απογοήτευσης και της ντροπής που τον συνοδεύουν. Στη συνέχεια, ο κλινικός εκπαιδεύει τον θεραπευόμενο να αυτοδιορθώνει τον τραυλισμό του διαδοχικά. Πρώτα αφού έχει συμβεί το επεισόδιο του τραυλισμού, έπειτα κατά τη διάρκεια του ίδιου του επεισοδίου και, στο τέλος, πριν την εκδήλωσή του. Με την τροποποίηση του τραυλισμού και τη μορφοποίηση της ροής προκύπτει συχνά ένας ελεγχόμενος τρόπος ομιλίας που περιέχει σύντομες δυσρυθμίες που παράγονται με έναν σχετικά πιο αργό τρόπο ομιλίας από τον συνηθισμένο.

Μερικές θεραπευτικές προσεγγίσεις – όπως η μορφοποίηση ροής για τα μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για παιδιά προσχολικής ηλικίας – δε στοχεύουν άμεσα στη μείωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Αντιθέτως, επικεντρώνεται στην αύξηση της ευχέρειας στη ροή της ομιλίας, υποθέτοντας ότι όσο αυτή θα αυξάνεται θα μειώνεται ο τραυλισμός.

*Πρακτικές που μειώνουν τις αρνητικές σκέψεις και στάσεις για τον τραυλισμό και την ομιλία*

Υπάρχουν πολλές θεραπευτικές πρακτικές που μπορούν να βοηθήσουν τους θεραπευόμενους να συνειδητοποιήσουν πώς πραγματικά αντιλαμβάνονται την ομιλία τους οι ακροατές και τι μπορεί να σημαίνει αυτό για αυτούς. Η γνωσιακή θεραπεία, για παράδειγμα, είναι μια εξαιρετική τεχνική που βοηθά τους θεραπευόμενους να σκέφτονται και να αισθάνονται πιο θετικά για την ομιλία τους, τους ακροατές και τις συνθήκες που στο παρελθόν τους έχουν προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα. Οι θεραπευόμενοι μπορούν να εκπαιδευτούν να εξετάζουν τον τρόπο σκέψης τους και να κατανοούν πώς αυτός ο τρόπος επηρεάζει το πώς αισθάνονται και πώς πράττουν, ιδιαίτερα σε σχέση με πολύ αρνητικές συμπεριφορές, όπως είναι η μυϊκή ένταση που οδηγεί σε περισσότερο τραυλισμό. Κάποιοι κλινικοί χρησιμοποιούν τη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία ως τη βασική θεραπεία και άλλοι ως συμπληρωματική στις τεχνικές εκπαίδευσης σε ομιλία με ευχέρεια στη ροή της ή άνετο τραυλισμό. Σύμφωνα με τον Guitar (2014), μια διαφορετική προσέγγιση είναι να παρέχονται στον θεραπευόμενο επαναλαμβανόμενες εμπειρίες ευχέρειας στη ροή της ομιλίας σε διαφορετικές συνθήκες, αυξάνοντας τις γλωσσικές και κοινωνικές απαιτήσεις και επιδιώκοντας περισσότερες επιτυχίες και λιγότερες αποτυχίες για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο σκοπός είναι να αντικατασταθεί η αναμονή του τραυλισμού με την προσδοκία ευχέρειας στη ροή της ομιλίας. Κατά κάποιον τρόπο, μια σχετικά ικανοποιητική φυσική ευχέρεια στη ροή της ομιλίας μπορεί να εδραιωθεί και να διατηρηθεί μέσω αλλαγής των συνηθειών που συνοδεύονται από αλλαγή στον τρόπο που ο εγκέφαλος παράγει ομιλία. (Guitar, 2014)

*Πρακτικές που μειώνουν την αποφυγή- Θεραπεία που ενσωματώνει την πρόληψη*

Αποφυγή είναι όταν ο ομιλητής αναμένει ένα επεισόδιο τραυλισμού και ανακαλεί αρνητικές εμπειρίες που βίωσε όταν είχε τραυλίσει. Για να αποφύγει τον τραυλισμό και τις συνδεόμενες με αυτόν αρνητικές εμπειρίες καταφεύγει σε συμπεριφορές που έχει προηγουμένως χρησιμοποιήσει για να διαφύγει από επεισόδια τραυλισμού, όπως το άνοιγμα και κλείσιμο των ματιών, το «μμμ» όπως και η αλλαγή της λέξης την οποία σκόπευε να πει. Οι αποφυγές προσφέρουν μεγάλη συναισθηματική ανακούφιση στο φόβο του ατόμου, αλλά γίνονται πολύ σύντομα ισχυρές συνήθειες, που είναι δύσκολο να αλλάξουν. (Guitar, 2014)

Κάποιοι θεραπευόμενοι εκδηλώνουν πολύ λίγες αποφυγές. Όταν μάθουν να μιλούν με ροήστην ομιλία τους, εισέρχονται σε συνθήκες ομιλίας απελευθερωμένοι, χωρίς να αναμένουν κάποια δυσκολία. Κάποιοι άλλοι, ωστόσο, εξαιτίας της ιδιοσυγκρασίας τους, της μάθησης ή και των δύο, έχουν ισχυρή τάση να εκδηλώνουν αποφυγές. Στον αρχικό/ήπιο τραυλισμό εμφανίζονται πολύ λίγες αποφυγές, στον μέτριο και προχωρημένο/σοβαρό τραυλισμό όμως, αποτελούν σχεδόν σίγουρο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Η θεραπεία που στοχεύει στη μείωση των αποφυγών πρέπει να ξεκινήσει με τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, ειδικότερα του φόβου για τον τραυλισμό και τις αντιδράσεις των ακροατών. Ο φόβος του τραυλισμού μπορεί να αντιμετωπιστεί επιβραβεύοντας τους θεραπευόμενους με έπαινο, υποστήριξη ή χειροπιαστές ενισχύσεις όταν εντοπίζουν ένα επεισόδιο τραυλισμού και το διατηρούν. Ο φόβος για τις αντιδράσεις των ακροατών μπορεί να ελαττωθεί όταν οι θεραπευόμενοι τραυλίζουν εκούσια σε οικείους ή αγνώστους. Όταν ένα άτομο που τραυλίζει μπορεί να μιμείται εκούσια το συνηθισμένο πρότυπο τραυλισμού του και να υποκρίνεται ότι τραυλίζει, νιώθει ότι τελικά έχει τον έλεγχο κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου τραυλισμού. Αυτό, μαζί με την αίσθηση ότι, παρόλο που τραυλίζει, εξακολουθεί να έχει τον έλεγχο αποτελεί τεράστια ανταμοιβή.

Ωστόσο, η μείωση του φόβου δεν είναι αρκετή από μόνη της. Μελέτες στη συμπεριφορά ζώων έδειξαν ότι, ακόμη και όταν μειωθεί ο φόβος και εξαφανιστούν τα συμπτώματα αποφυγής, ο φόβος επιστρέφει τελικά, όπως και τα συμπτώματά του – οι συμπεριφορές μάθησης μέσω αποφυγής. Επομένως, οι θεραπευόμενοι πρέπει να εκπαιδευτούν ώστε να εκδηλώνουν νέες αντιδράσεις σε παλιά ερεθίσματα. Στη θεραπεία του τραυλισμού, ένα τέτοιο παράδειγμα μάθησης νέων αντιδράσεων στα παλιά ερεθίσματα αποτελεί η περίπτωση όπου το άτομο που τραυλίζει μειώνει το ρυθμό της ομιλίας του τη στιγμή που λέει τη λέξη στην οποία αναμένει ότι θα τραυλίσει. Αυτή είναι μια πλευρά του «συνόλου προετοιμασίας» που χρησιμοποιείται σε αρκετές προσεγγίσεις τροποποίησης τραυλισμού, όπως και η «επιβράδυνση του ρυθμού της ομιλίας» πριν το άτομο επιχειρήσει να προφέρει μια δύσκολη λέξη η οποία χρησιμοποιείται σε προγράμματα μορφοποίησης. (Guitar, 2014)

Οι αποφυγές δεν εμφανίζονται μόνο λίγο πριν ειπωθεί η δύσκολη λέξη. Τα άτομα που τραυλίζουν μπορεί, επίσης, να αποφεύγουν ευκαιρίες ομιλίας, όπως για παράδειγμα όταν υποκρίνονται ότι είναι απασχολημένα όταν χτυπά το τηλέφωνο ή όταν περιμένουν κάποιον άλλον να κάνει τις συστάσεις σε νέα άτομα. Αυτές οι αποφυγές μπορούν να αντιμετωπιστούν βοηθώντας τον θεραπευόμενο να δημιουργήσει μια ιεραρχημένη λίστα από την πιο εύκολη στην πιο δύσκολη συνθήκη ομιλίας, όπου μπορεί να εφαρμόσει νέες τεχνικές τροποποίησης τραυλισμού ή μορφοποίησης της ροής στις οποίες έχει εκπαιδευτεί. Οι κλινικοί μπορούν, επίσης, να κινητοποιήσουν τους θεραπευόμενους τους να αναζητούν νέες καταστάσεις στις οποίες θα μπορούν να είναι ανοιχτοί για τον τραυλισμό τους και να χρησιμοποιούν τις νέες στρατηγικές διαχείρισης του τραυλισμού. (Guitar, 2014)

Η τροποποίηση του τραυλισμού ή αλλιώς "θεραπεία μη-αποφυγής" (Van Riper, 1978) είναι μία από τις πιο γνωστές και αποτελεσματικές θεραπείες για τον τραυλισμό. Ενώ πολλές έρευνες έχουν εντοπίσει τις προλήψεις σαν βασικό χαρακτηριστικό του τραυλισμού, μόνο μία βασική θεραπεία επικεντρώνεται στις προλήψεις ως ένα από τα κύρια συστατικά. Η προαναφερθείσα, είναι η μόνη που θεραπεύει την ικανότητα του ασθενούς να προβλέπει τις επερχόμενες στιγμές τραυλισμού. Πρόσφατες μελέτες θεραπείας τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας τροποποίησης του τραυλισμού: οι Prüß και Richardt (2015) διαπίστωσαν ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν βελτιωμένα λεκτικά και προσωπικά αποτελέσματα. Οι Euler, Lange, Schroeder και Lange (2014) έδειξαν ότι, από τους AWS που παρακολούθησαν θεραπεία τραυλισμού στη Γερμανία, όσοι υπέστησαν τη θεραπεία που συνδυάζει τη θεραπεία τροποποίησης τραυλισμού με μια θεραπεία που χρησιμοποιεί «Fluency Shaping» (μορφοποίηση της ροής) επωφελήθηκαν περισσότερο. Αυτές οι θεραπείες υπογραμμίζουν ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό στη θεραπεία τραυλισμού να αναγνωρίζεται η ικανότητα, ο χαρακτήρας και ο τρόπος πρόληψης του ασθενούς. (Cholin et, al., 2016)

*Πρακτικές που βελτιώνουν τις συνολικές επικοινωνιακές ικανότητες*

Η επικοινωνία πολλών παιδιών, εφήβων και ενηλίκων βελτιώνεται όταν μειώνεται ο φόβος για τον τραυλισμό και τις αντιδράσεις των ακροατών και αυξάνεται η ευκολία με την οποία τα άτομα μιλούν. Για κάποιους άλλους, η μακροχρόνια συνήθεια αποφυγής καταστάσεων ομιλίας και η επακόλουθη έλλειψη κοινωνικής εμπειρίας έχουν εμποδίσει την ανάπτυξη των επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων. Για άλλους, συνοδευτικά προβλήματα, όπως η διαταραχή προσοχής ή η υπερβολική συστολή μπορεί να τους έχουν εμποδίσει να μάθουν πώς να επικοινωνούν ικανοποιητικά. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες πρέπει να αποτελούν στόχο της θεραπείας, όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι δεν έχουν αναπτυχθεί κατάλληλα. Οι παρατηρήσεις της επικοινωνίας των θεραπευόμενων και οι αναφορές από τους δασκάλους των παιδιών σχολικής ηλικίας θα υποδείξουν τα σημεία που χρειάζονται αντιμετώπιση. Οι συγκεκριμένες δεξιότητες που μπορούν να επιλεγούν ως στόχοι της θεραπείας είναι η βλεμματική επαφή, η εναλλαγή σειράς, η διατήρηση του θέματος, η συνεισφορά στη συζήτηση με κατάλληλες πληροφορίες, η καταληπτή ομιλία, η διευκρίνιση και η διόρθωση των λεγομένων και η ανάπτυξη της επιθυμίας για έναρξη και διατήρηση επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης με άλλους. Παρόλο που αυτές οι δεξιότητες μπορούν να αντιμετωπιστούν ατομικά, η ομαδική θεραπεία παρέχει εξαιρετικές ευκαιρίες στους θεραπευόμενους για να τις εξασκούν. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες μπορούν να διδαχθούν και να βελτιωθούν με άμεσες οδηγίες, με επίδειξη της κατάλληλης συμπεριφοράς, με παιχνίδι ρόλων και με βιντεοσκόπηση και επακόλουθη συζήτηση. (Guitar, 2014)

*Πρακτικές που δημιουργούν περιβάλλον που ενισχύει την ευχέρεια στη ροή της ομιλίας*

*Παιδιά προσχολικής ηλικίας*

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και ιδιαίτερα εκείνα που βρίσκονται στο όριο ανάμεσα στη φυσιολογική δυσρυθμία και τον τραυλισμό μπορεί να χρειάζονται μικρές αλλαγές στο περιβάλλον τους για να εξαφανιστεί ο τραυλισμός τους οριστικά. Η θεραπεία επικεντρώνεται στη συμβουλευτική των γονέων, ώστε να περιορίσουν τις αγωνίες τους, στην παροχή μοντέλων για εφαρμογή, και στη συνεχιζόμενη υποστήριξή τους για τις αλλαγές επιτυγχάνουν. Το βασικό στοιχείο του περιβάλλοντος που μπορεί να αλλάξει για να διευκολυνθεί η ευχέρεια στη ροή της ομιλίας είναι η αλληλεπίδραση γονέων-παιδιού. Οι γονείς μπορεί να βελτιώσουν τον τρόπο που επικοινωνούν με το παιδί τους παρακολουθώντας σε βίντεο τις αλληλεπιδράσεις τους με το παιδί στο χώρο της κλινικής ή με παρατήρηση στο σπίτι σε συνδυασμό με συμβουλευτική. Οι γονείς συνήθως προσπαθούν να δημιουργήσουν καλύτερο περιβάλλον σε σύντομες, καθημερινές προσωπικές επαφές με το παιδί. Σε κάποιες οικογένειες μπορεί να απαιτούνται αλλαγές σε άλλα στοιχεία του περιβάλλοντος, όπως στο γρήγορο ρυθμό ζωής της οικογένειας, σε στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και στο επικοινωνιακό ύφος άλλων μελών της οικογένειας. Τα μεγαλύτερα παιδιά προσχολικής οικογένειας μπορούν επίσης να ωφεληθούν από μια άμεση προσέγγιση που περιλαμβάνει εναλλακτικές λεκτικές αντιδράσεις (contingencies) που χρησιμοποιούν οι γονείς και στις δυο περιπτώσεις: της ευχέρειας και του τραυλισμού. (Guitar,2014)

*Παιδιά σχολικής ηλικίας*

Στην περίπτωση των παιδιών σχολικής ηλικίας η δημιουργία ενισχυτικού περιβάλλοντος μπορεί να περιλαμβάνει τη συνεργασία με την οικογένεια των παιδιών. Το σχολικό πλαίσιο όμως είναι εξίσου, αν όχι περισσότερο, σημαντικό. Οι κλινικοί συχνά προσπαθούν σε συνεργασία με το παιδί ή τον έφηβο να μετατρέψουν το σχολείο σε ένα περιβάλλον «φιλικό στην ευχέρεια της ροής της ομιλίας». Ο κλινικός μπορεί να οργανώσει συναντήσεις με το παιδί και τους δασκάλους για να κατανοήσουν τον τραυλισμό του και να δημιουργηθεί μια ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας ανάμεσα στο παιδί και τους δασκάλους του. Οι συμμαθητές και οι συμμαθήτριες του παιδιού μπορούν να προσκληθούν στη θεραπεία, ώστε να κατανοήσουν τον τραυλισμό του όταν ξεκινά η διαδικασία στην οποία το παιδί αρχίζει να γίνεται πιο ανοιχτό στα άλλα παιδιά για τη δυσκολία του. Το να μπορεί ένα παιδί σχολικής ηλικίας να συζητήσει ελεύθερα για τον τραυλισμό του με άλλους μαθητές/μαθήτριες είναι ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους για να κάνει το περιβάλλον του πιο φιλικό στην ευχέρεια της ροής της ομιλίας. Μια δυναμική ώθηση στη θεραπεία μπορεί να δοθεί αν τα παιδιά καταφέρουν, με τη βοήθεια και την υποστήριξη του κλινικού, να παρουσιάσουν μια εργασία στην τάξη τους για τη φύση του τραυλισμού γενικά και για τον δικό τους τραυλισμό ειδικότερα. (Guitar,2014)

*Ενήλικες*

Ένας άλλος σημαντικός τρόπος με τον οποίον μπορούν οι ενήλικες να δημιουργήσουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον είναι το να μιλούν ελεύθερα για τον τραυλισμό τους. Οι ενήλικες που τραυλίζουν μπορούν να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον στο οποίο οι ακροατές τους να είναι αρκετά άνετοι με τον τραυλισμό τους, όταν μπορούν να κάνουν σχόλια και χιούμορ για αυτόν και να μοιράζονται με άλλους τις τεχνικές στις οποίες εκπαιδεύονται. Αυτό τους βοηθά να χρησιμοποιούν ελεύθερα διάφορες τεχνικές βελτίωσης της ευχέρειας στη ροή της ομιλίας. (Guitar, 2014)

* **Αρχές Κινητικής Εκμάθησης για τη θεραπεία**

Τα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα προϋποθέτουν εργασία με τον θεραπευόμενο σε ένα σχετικά δομημένο περιβάλλον για μια σύντομη χρονική περίοδο προσδοκώντας γενίκευση σε μη δομημένα περιβάλλοντα. Η βιβλιογραφία που αναφέρεται στην κινητική εκμάθηση προτείνει ότι πρέπει να ακολουθηθούν συγκεκριμένες αρχές για να επιτευχθεί γενίκευση, σύμφωνα με τους (Verdolini; Lee, 2004). (Guitar, 2014)

Στον πίνακα συγκεντρώνονται περιληπτικά κάποιες από τις απόψεις των Verdolini και Lee, και πώς μπορούν αυτές να εφαρμοστούν στη θεραπεία του τραυλισμού.

*Πίνακας 1 Αρχές κινητικής εκμάθησης και οι εφαρμογές τους στη θεραπεία του τραυλισμού (Verdolini; Lee, 2004). (Guitar, 2014)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Αρχές κινητικής εκμάθησης*** | ***Εφαρμογή στη θεραπεία του τραυλισμού*** |
| *Στα πρώτα στάδια της κοινωνικής μάθησης, η ανατροφοδότηση είναι σημαντική, αλλά ο θεραπευόμενος πρέπει να αξιολογεί ο ίδιος την απόδοσή του για να υπάρξει μακροπρόθεσμη αλλαγή.* | *Όταν εκπαιδεύεται ο θεραπευόμενος σε μια τεχνική όπως στις εύκολες ενάρξεις ή τις διαφυγές πρέπει να ενημερώνεται για την απόδοσή του. Όμως, σταδιακά, πρέπει να μειώνεται την ανατροφοδότηση του κλινικού και ο κλινικός να ζητά από τον θεραπευόμενο να αξιολογήσει ο ίδιος την απόδοσή του στις εύκολες ενάρξεις και στις διαφυγές. Ο κλινικός θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει μια κλίμακα από το 1 έως το 10 για τη βαθμολόγησή τους.*  |
| *Ο κλινικός, αντί να καθοδηγεί το θεραπευόμενο, πρέπει να τον διευκολύνει να ανακαλύψει μόνος του νέες συμπεριφορές που είναι αποτελεσματικές. Για να γίνει αυτό, ο κλινικός πρέπει να αξιοποιήσει τις αισθητηριακές διεργασίες του θεραπευόμενου για να ανακαλύψει χρήσιμες αλλαγές.* | *Όταν ο θεραπευόμενος προσπαθεί να αλλάξει τις παλιές συνήθειες της έντασης και της αγωνιώδους προσπάθειας, πρέπει να παρακινηθεί από τον κλινικό να νιώσει, να ακούσει ή να δει τι ακριβώς κάνει όταν αναζητά τρόπους που θα φέρουν την αλλαγή. Για παράδειγμα, ο DeanWilliams (2004) ρωτά τους θεραπευόμενους του: «Τι είναι αυτό που κάνετε και δυσκολεύετε την ομιλία σας; » και τους προτρέπει να «αισθάνονται αυτό που κάνουν».* |
| *Καθώς ο θεραπευόμενος αποκτά νέες συνήθειες πρέπει να περιορίσει τις παλιές με συνειδητή αναστολή τους.* | *Πριν μιλήσει ο θεραπευόμενος , πρέπει να σταθεί και να σκεφτεί ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιεί μια παλιά συνήθεια (όπως η ένταση στο λάρυγγα, τα χείλη και/ή το σαγόνι) και να συνειδητοποιήσει πώς νιώθει γι’ αυτήν την αλλαγή.* |
| *Για να αυτοματοποιηθούν οι νέες αντιδράσεις (και επομένως να σταθεροποιηθούν ακόμη και σε δύσκολες καταστάσεις) ο θεραπευόμενος πρέπει συστηματικά να χρησιμοποιεί τις νέες συμπεριφορές και σε άλλες συνθήκες που παρουσιάζουν παρόμοια ερεθίσματα.* | *Οι θεραπευόμενοι πρέπει να χρησιμοποιούν συστηματικά τις νέες συμπεριφορές, όπως τις εύκολες ενάρξεις στη θέση των συνηθισμένων έντονων συμπεριφορών του τραυλισμού, ώστε να υπάρξει αυτοματοποίηση στη χρήση τους και να είναι διαθέσιμες στρεσογόνες καταστάσεις.* |
| *Οι θεραπευόμενοι πρέπει να χρησιμοποιούν ποικίλες πρακτικές με διαφορετικά ερεθίσματα σε διαφορετικά περιβάλλοντα.* | *Οι θεραπευόμενοι πρέπει να ασκούν τις νέες συμπεριφορές (π.χ. απαλές επαφές ή αργό ρυθμό ομιλίας) σε μια ποικιλία λέξεων και προτάσεων, σε διαφορετικές μορφές λεκτικών δοκιμασιών εκτός κλινικής, καθώς και όταν χρησιμοποιούν το τηλέφωνο εντός της κλινικής.* |

**Άλλες Επικουρικές Μέθοδοι Αντιμετώπισης**

Η θεραπεία τόσο για τους ενήλικες όσο και για τα παιδιά, μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση, ατομική ή ομαδική, εντατική ή μη εντατική.

Οι άμεσες προσεγγίσεις συνήθως ενδείκνυται σε περιπτώσεις στις οποίες το παιδί ή ο ενήλικας αναγνωρίζει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει στη ροή της ομιλίας του και κυρίως όταν ενοχλείται απ’ αυτές. Αντίθετα σε περιπτώσεις που το άτομο δείχνει να μην έχει καταλάβει τις δυσκολίες του καταφεύγουμε σε έμμεσες προσεγγίσεις, Ωστόσο αν σε διάστημα ενός μήνα οι δυσρυθμίες έχουν αυξηθεί τότε εισάγουμε πιο άμεσες τεχνικές. (Ιγνατίου, 2016)

Η έμμεση θεραπεία γίνεται μόνο με γονείς ενώ η άμεση θεραπεία με παιδιά (με ή χωρίς γονείς), έφηβους (με ή χωρίς γονείς) και ενήλικες (με ή χωρίς συντρόφους). Όσον αφορά το παιδί, oι συναντήσεις των γονέων έχουν σαν στόχο να μοιραστούν τα συναισθήματα σχετικά με τη δυσχέρεια του παιδιού τους, να εξετάσουν ομοιότητες ή διαφορές εμπειριών και συμπεριφοράς μεταξύ τους, να δοθούν πληροφορίες σχετικά με τη φύση και ανάπτυξη του τραυλισμού αλλά και να συζητηθεί τι μπορεί να βοηθήσει και να ωφελήσει το παιδί που παρουσιάζει δυσχέρεια στο λόγο. (Ιγνατίου, 2016)

Oι γονείς σε όποια ηλικία και αν είναι το παιδί, θα πρέπει να τηρούν κάποιους βασικούς κανόνες επικοινωνίας μαζί του, με σκοπό να βοηθήσουν στη βελτίωση του τραυλισμού (ιστοσελίδα2). Όσον αναφορά την έμμεση θεραπεία, δίνονται κάποιες συμβουλές στους γονείς, όπως να:

1) Μειώσουν την ταχύτητα ομιλίας, συνήθως 20-30 συλλαβές/λεπτό πιο αργά από το παιδί. Καλύτερα να χρησιμοποιούν συχνές διακοπές στην ομιλία τους παρά να μιλάνε πιο αργά επιμηκύνοντας τις λέξεις.

2) Μη διακόπτουν το παιδί, να μετράνε μέχρι το 2 πριν απαντήσουν.

3) Μάθουν στο παιδί να μην διακόπτει τους άλλους και γενικά να χρησιμοποιεί τους κανόνες διαλόγου.

4) Να δώσουν στο παιδί χρόνο να ολοκληρώσει αυτό που θέλει να πει.

5) Μη βομβαρδίζουν το παιδί με ερωτήσεις. Π.χ Αντί μα ρωτήσουν ‘’Τι έκανες σήμερα στο σχολείο’’, πείτε ‘’Πες μου για την μέρα στο σχολείο’’.

6) Κάνουν ερωτήσεις που απαιτούν μικρές απλές απαντήσεις.

7) Μειώσουν τη συντακτική πολυπλοκότητα των εκφράσεων τους.

8) Δημιουργήσουν ένα καθημερινό προβλέψιμο πρόγραμμα για το παιδί σας.

9) Δείξουν στο παιδί ότι επικεντρώνονται στο επικοινωνιακό μήνυμα που θέλει να πει και όχι στον τρόπο που το λέει.

10) Καταγράφουν σε ημερολόγιο καθημερινά στιγμές τις οποίες το παιδί ήταν αρκετά δύσρυθμο. (Ιγνατίου, 2016)

11) Χρησιμοποιούν απλό λεξιλόγιο, ανάλογο του επιπέδου του παιδιού.

12) Μην του κάνουν συνεχώς ερωτήσεις.

13) Είναι σε κοντινή επαφή όταν συζητάνε, ώστε να διατηρείτε καλή βλεμματική επαφή.

14) Αποφύγουν πίεση χρόνου και υπερβολικές απαιτήσεις.

15) Εξασφαλίσουν ένα ήρεμο οικογενειακό περιβάλλον (Ίριδα, 2014).

* Ομαδική Θεραπεία (Group Therapy)

Η χρήση της ομαδικής θεραπείας είναι κοινή σε πολλά επίσημα και ανεπίσημα προγράμματα αντιμετώπισης του τραυλισμού (Conture & Curlee,2007;Kroll&Scott-Sulsky,2010; O΄Brain et al.,2001; Zebrowski & Kelly,2002) αλλά είναι ευρέως αποδεκτή και αποτελεσματική και σε άλλους τομείς της λογοθεραπείας/λογοπαθολογίας. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Φυσικά, η ομαδική θεραπεία έχει και αυτή τα πλεονεκτήματά της. Πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει απομόνωση, το άτομο μπορεί να ταυτιστεί με άλλα άτομα που έχουν το ίδιο πρόβλημα. Επίσης, δίνεται η ευκαιρία να μοιραστούν εμπειρίες αλλά και η εκμάθηση των τεχνικών μπορεί να είναι πιο διασκεδαστική. (Ιγνατίου, 2016)

Επίσης, παρέχει ένα είδος στήριξης και άνεσης στους ασθενείς . Για να είναι επιτυχής μια ομαδική συνεδρία είναι σημαντικό να διέπεται από ορισμένους κανόνες. Σύμφωνα με τον St. Louis μια επιτυχημένη ομαδική συνεδρία πρέπει:

α) να έχει ένα συγκεκριμένο θέμα συζήτησης (κεντρικό θέμα της ημέρας),

β) να περιλαμβάνει μια διασκεδαστική δραστηριότητα,

γ) να περιλαμβάνει πραγματικές εμπειρίες των μελών της,

δ) να μπορεί από μόνη της να σταθείς ως συνεδρία, δηλαδή να μην ακολουθεί μια συγκεκριμένη συνέχεια.

Μερικοί από αυτούς τους κανόνες μπορούν να αναρτηθούν στον τοίχο του θεραπευτικού πλαισίου και να είναι τύπου:

1. «ακούμε προσεκτικά τους συμμαθητές μας»,
2. «περιμένουμε τη σειρά μας για να μιλήσουμε ή να παίξουμε»,
3. «σκεφτόμαστε και σεβόμαστε τους άλλους»,
4. «είμαστε αισιόδοξοι» και
5. «είμαστε καλοί φίλοι» (Zebrowski και Kelly, 2002).

Ο Yairi και Seery (2011) προτείνουν 5-10 άτομα για ένα ιδανικό γκρουπ. Ακόμη, τα μέλη της ομάδας θα είναι σημαντικό να είναι σε παρόμοιο θεραπευτικό επίπεδο και σε σχετικά κοντινή ηλικία (Zebrowski και Kelly, 2002). Αν και το φύλο μπορεί να μην είναι σημαντικός παράγοντας επιλογής ομάδας στην προσχολική ηλικία ή στους ενήλικες , σε παιδιά σχολικής ηλικίας και έφηβους αυτός ο καθορισμός θα πρέπει να γίνει με προσεκτικό συλλογισμό πολλών παραγόντων (Zebrowski και Kelly, 2002).(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Βέβαια υπάρχουν και κάποια μειονεκτήματα, όπως το ότι δεν δίνεται ατομική προσοχή από τον θεραπευτή και μπορούν να παρουσιαστούν πρακτικές δυσκολίες ή τα άτομα της ομάδας να μην ταιριάξουν. (Ιγνατίου, 2016)

* **Κριτήρια αποτελεσματικότητας για κάθε θεραπεία τραυλισμού**

Σε μια προσπάθεια σύνοψης των προτάσεων διαφόρων ερευνητών για την αξιολόγηση της αντιμετώπισης του τραυλισμού, ο Bloodstein (1995) παραθέτει τα εξής δώδεκα κριτήρια:

1. Η θεραπευτική μέθοδος πρέπει να δοκιμάζεται σε μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων με τραυλισμό.
2. Η αξιολόγηση της υποχώρησης του τραυλισμού πρέπει να γίνεται με αντικειμενικές μετρήσεις της συχνότητας εμφάνισης του και του βαθμού σοβαρότητας του. Οι μετρήσεις αυτές πρέπει να βασίζονται σε δείγματα ομιλίας που να έχουν συλλεχθεί πριν, κατά την διάρκεια και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Επίσης, η αξιολόγηση των δειγμάτων ομιλίας πρέπει να γίνεται από ανεξάρτητους παρατηρητές και πρέπει να μετριέται ο βαθμός αξιοπιστίας μεταξύ παρατηρητών, καθώς έχουν διαπιστωθεί μεγάλες διαφορές μεταξύ ειδικών κατά την αξιολόγηση του ίδιου δείγματος ομιλίας (Ham, 1989).
3. Οι αναφορές για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής μεθόδου πρέπει να βασίζονται σε επανειλημμένες αξιολογήσεις και ικανό αριθμό δειγμάτων ομιλίας σε διάφορες καταστάσεις. Το κριτήριο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στις περιπτώσεις των μικρών παιδιών, στα οποία ο τραυλισμός αποτελεί συχνά περιοδικό φαινόμενο, ενώ υπάρχουν και διαστήματα στα οποία σταματάει εντελώς να εκδηλώνεται (Ingham&Riley, 1998)
4. Η βελτίωση θα πρέπει να είναι εμφανής και σε καταστάσεις εκτός θεραπευτικού χώρου. Επομένως, τα δείγματα ομιλίας τα οποία αξιολογούνται, θα πρέπει να προέρχονται από διάφορα πλαίσια της καθημερινής ζωής (Boberg & Sawyer, 1977)
5. Η σταθερότητα των αποτελεσμάτων θα πρέπει να αποδεικνύεται με μελέτες παρακολούθησης μεγάλης διάρκειας μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος. Ως ελάχιστο διάστημα για την αξιολόγηση της σταθερότητας των αποτελεσμάτων, προτείνονται οι 18 -24 μέρες.
6. Η χρήση ομάδων ελέγχουν είναι επιβεβλημένη, προκειμένου να αξιολογείται η πιθανότητα της αυτόματης υποχώρησης των συμπτωμάτων του τραυλισμού.
7. Η αξιολόγηση των δειγμάτων ομιλίας πρέπει να συμπεριλαμβάνει το βαθμό στον οποίο η ομιλία έχει φυσικό άκουσμα ή έχει αλλοιωθεί από τις χρησιμοποιούμενες τεχνικές. Παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν το φυσικό άκουσμα της ομιλίας είναι ο ρυθμός ομιλίας, ο τρόπος άρθρωσης, η ένταση της ομιλίας, το λεξιλόγιο, η δομή των προτάσεων κ.α. (Ingham&Riley, 1998)
8. Κατά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπευτικής μεθόδου πρέπει να συνυπολογίζεται κατά πόσο η ομιλία του ατόμου είναι αυθόρμητη ή το άτομο χρειάζεται συνεχώς να προσέχει, προκειμένου, να διατηρήσει τη λεκτική του ευχέρεια.
9. Η αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής μεθόδου δεν εξαρτάται μόνο από το βαθμό υποχώρησης των εμφανών συμπτωμάτων του τραυλισμού στο λόγο αλλά και από το βαθμό υποχώρησης του φόβου της προσδοκίας τραυλισμού, των αρνητικών στάσεων του ατόμου απέναντι στη λεκτική επικοινωνία και της αποφευκτικής συμπεριφοράς.
10. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μιας θεραπευτικής μεθόδου δεν πρέπει να εξαιρεί από τις μετρήσεις τα άτομα που δεν ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα, γιατί αυτό μπορεί να συνέβη ακριβώς επειδή το πρόγραμμα δεν τους βοηθούσε.
11. Η μέθοδος πρέπει να αποδεικνύεται αποτελεσματική ακόμη κι όταν εφαρμόζεται από διαφορετικούς ειδικούς.
12. Η μέθοδος πρέπει να εξακολουθεί να είναι αποτελεσματική ακόμη και όταν δεν είναι πια καινούργια και μειωθεί ο αρχικός ενθουσιασμός γι’ αυτή.
* **Αρχές και Στόχοι Θεραπείας**

Αρχές:

Αρχικά πριν εστιάσουμε σε συγκεκριμένα θεραπευτικά προγράμματα και σχολές, οφείλουμε να γνωρίσουμε τις βασικές αρχές και τους στόχους από τους οποίους η εκάστοτε θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να διέπεται. Ο Charles Ηealey περιγράφει γλαφυρά επτά αρχές για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού (2008), που εμπεριέχουν σημαντικές επισημάνσεις και αναφέρονται εδώ ως εισαγωγή στην παρούσα ενότητα. Ο πίνακας 5.1 περιλαμβάνει επιγραμματικά τις επτά αρχές. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

|  |
| --- |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΡΧΉ |
| 1. Κάθε άτομο που τραυλίζει είναι διαφορετικό
 |
| 1. Η αντιμετώπιση του τραυλισμού δεν είναι απλά διδαχή τεχνικών
 |
| 1. Πρέπει να βλέπουμε τον τραυλισμό πολυδιάστατα
 |
| 1. Πρέπει να βοηθήσουμε τα ΑΠΤ να αποδεχτούν τον τραυλισμό τους
 |
| 1. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού μπορεί να είναι χρονοβόρα
 |
| 1. Ο ασθενής θα πρέπει να έχει κίνητρο να συμμετέχει στη θεραπεία
 |
| 1. Ο κλινικός που ασχολείται με τον τραυλισμό θα πρέπει να δεσμευτεί σε διαβίου μάθηση
 |

Πίνακας 5.1: Oι θεραπευτικές αρχές του CharlesHealey (2008)

Στόχοι:

1. Ο πιο συχνός στόχος των ίδιων των ασθενών και των οικείων τους, ανεξαρτήτως ηλικίας και επιπέδου τραυλισμού, είναι πάντα η ομιλία με απόλυτα αυθόρμητη ευχέρεια (spontaneous fluency)(Guitar 2006). Ο στόχος αυτός, είναι εφικτός μόνο σε μερικές περιπτώσεις τραυλισμού και ιδιαίτερα στις μικρότερες ηλικίες και στα ηπιότερα επίπεδα της διαταραχής(Yairi and Seery,2011).
2. Σε περιπτώσεις μετρίου ή σοβαρού επίμονου τραυλισμού ο πιο ρεαλιστικός θεραπευτικός στόχος είναι ο τραυλισμός με μεγαλύτερη ευχέρεια ή ο αποδεχτός τραυλισμός (acceptable or managed stuttering)
3. Στις ενδιάμεσες περιπτώσεις αναφέρεται ο τρίτος στόχος που αφορά στην ελεγχόμενη ευχέρεια (controlled fluency) (Zebrowski and Kelly, 2002)
4. Σε πολλές, αν όχι σε όλες τις περιπτώσεις άλλος ένας σημαντικός στόχος αφορά και στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που προάγει ευχέρεια ομιλίας (Guitar,2006)
5. Φυσικά πάντοτε ο πιο ολιστικός στόχος μιας λογοθεραπευτικής παρέμβασης είναι η καλύτερη και πιο αποτελεσματική συναισθηματική- γνωστική προσαρμογή (attitude control) (Yairi and Seery,2011).
6. Ο τελευταίος στόχος που αναφέρεται εδώ είναι η κοινωνική ενσωμάτωση των (Silverman,1996). Ιδιαίτερα σε μεγαλύτερες ηλικίες (αλλά μερικές φορές και σε μικρότερες) η κοινωνική απομόνωση είναι ένα από τα πιο σοβαρά ζητήματα.
7. Παρόλα αυτά, κάποιοι από τους στόχους θεραπείας ίσως χρειαστεί να συμπεριλάβουν και συγκεκριμένα θέματα κοινωνικοποίησης, αποδοχής από το περιβάλλον και αποδοχής της ιδίας της διαταραχής από το άτομο (Van Riper, 1973).

(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

* **Φαινόμενο Παλινδρόμησης και Προγνωστικοί Παράγοντες**

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. ( Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Υπολογίζεται ότι περίπου ένα τρίτο των ατόμων με τραυλισμό διαπιστώνεται διάρκεια των θετικών αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβασης, στο ένα τρίτο παρατηρείται παλινδρόμηση ενώ το υπόλοιπο ένα τρίτο δεν ολοκληρώνει το πρόγραμμα ή δεν είναι διαθέσιμο για αξιολόγηση μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος (Martin,1981). Φαίνεται λοιπόν ότι, ακόμη και σε έρευνες που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είχε αποτελέσματα με διάρκεια στο χρόνο, παρατηρείται παλινδρόμηση της τάξης του 30% (Hancock et al., 1998). Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά μικρότερο στις περιπτώσεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας (Starkweather et al., 1990). Ακόμη, 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 τραυλισμού εξακολουθούσαν τα επανέρχονται περιοδικά (Hancock et al., 1998).

Λόγου 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 επιτεύχθηκε 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 συναισθηματικά εφόδια προκειμένου να την αντιμετωπίσει (Craig, 1998; Kamhi, 1982). (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικότερα το φαινόμενο της παλινδρόμησης, πολλοί ερευνητές διερεύνησαν κατά πόσο υπάρχουν συγκεκριμένα προγνωστικοί παράγοντες, οι οποίοι ενδέχεται να αυξάνουν τις πιθανότητες διατήρησης των θετικών αποτελεσμάτων ενός θεραπευτικού προγράμματος στο πέρασμα του χρόνου και να μειώνουν τις πιθανότητες παλινδρόμησης. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Οι παράγοντες που συσχετίζονται με την υποχώρηση του τραυλισμού και τη διατήρηση αυτής της υποχώρησης στο πέρασμα του χρόνου, μπορούν να συνοψιστούν στους εξής (Anderson, 2003):

α) αλλαγές στο βαθμό εμπιστοσύνης του ατόμου στον εαυτό του και στη στάση του απέναντι στο πρόβλημα (π.χ. αποδοχή του προβλήματος, αύξηση της αυτοεκτίμησης κ.α.)

β) υψηλό κίνητρο για πραγματοποίηση θετικών αλλαγών στον τρόπο ομιλίας, και

γ) αλλαγές στον τρόπο παραγωγής του λόγου (π.χ. μείωση του ρυθμού ομιλίας, μείωση της έντασης κατά την παραγωγή του λόγου κ.α.)

(Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

* **Φαρμακευτική θεραπεία για τον τραυλισμό**

Ο τραυλισμός έχει συνδυαστεί με ένα εύρος διαταραχών άγχους, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής φοβίας. (Iverach et, al., 2010)

Οι άνθρωποι που τραυλίζουν προσπαθούν να βελτιώσουν το άγχος, τον φόβο σε κοινωνικές καταστάσεις αλλά αν αισθανθούν την απόρριψη, το άγχος ξαναεμφανίζεται με αποτελέσματα να γίνεται αυτός ο φαύλος κύκλος. Επομένως, το άγχος είναι από τις πιο σοβαρές αιτίες τραυλισμού. (Iverach et, al., 2010)

Βέβαια, το άγχος και η χρήση ουσιών συγκαταλέγονται στις πιο κοινές και ανασταλτικές ψυχιατρικές διαταραχές στην κοινωνία. Επίσης, αυξάνουν την επικινδυνότητα κατάθλιψης. Επιπλέον, η κοινωνική φοβία αυξάνεται λόγω των ουσιών. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε να έχει ως επακόλουθο την χρήση αλκοόλ. (Iverach et, al., 2010)

Ακόμα και στους ενήλικες που έχουν ευχέρεια λόγου δεν είναι ικανοί να διατηρήσουν τον έλεγχο της ταχύτητας λόγου για να υποστηρίξουν την ευφράδεια όταν είναι υπό την επήρεια του αλκοόλ. Έτσι, χρησιμοποιούν μικρές ποσότητες αλκοόλ, ίσα ίσα για να καλυτερεύουν το κοινωνικό άγχος χωρίς να επηρεάζεται ο λόγος. (Iverach et, al., 2010)

Είναι ευρέως διαδεδομένο ότι το αλκοόλ και τα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να γίνουν κοινωνικές επαφές και να αντιμετωπιστεί το κοινωνικό άγχος και ο φόβος της αρνητικής αξιολόγησης (Bolton et al., 2006; Stewart, Morris, Mellings, & Komar, 2006). Επίσης, υπάρχουν υποθέσεις πως η έκθεση στο άγχος κατά τη διάρκεια της ζωής μπορεί να αυξήσει την επικινδυνότητα εξάρτησης από το αλκοόλ. Συμπεριλαμβανομένου αυτού , είναι πιθανό ότι οι ενήλικες που τραυλίζουν μπορεί να χρησιμοποιούν ουσίες να βελτιώσουν το άγχος, αισθήματα ανεπάρκειας και το φόβο της αρνητικής αξιολόγησης στις κοινωνικές ή επικοινωνιακές καταστάσεις, Αυτό είναι ιδιαίτερα σχετικό λαμβάνοντας υπόψη τις αρνητικές αντιδράσεις του ακροατή , την απόρριψη, και έντονη δυσφορία που συμβαίνει συχνά σε ανθρώπους που τραυλίζουν σε κοινωνικές καταστάσεις (Craig, 1990; Turnbaugh, Guitar, & Hoffman, 1979). Ωστόσο, δεν υπάρχουν πολλές πληροφορίες για την παρουσία διαταραχών από χρήση ουσιών σε πληθυσμούς που τραυλίζουν. Ωστόσο, οι Sermas και Cox (1982), ανέφεραν ότι 42% από 19 εφήβους και ενήλικες που τραυλίζουν είχαν στενή σχέση με πρόβλημα του αλκοόλ τη στιγμή που ξεκίνησε ο τραυλισμός, οι σχέσεις μεταξύ τραυλισμού και χρήση αλκοόλ σπάνια έχουν σχεδιαστεί (Sermas & Cox, 1982), και προηγούμενες μελέτες γενικά δεν έχουν αξιολογήσει την παρουσία διαταραχών χρήσης ουσιών σε ενήλικες που τραυλίζουν. (Iverach et, al., 2010)

Οι φαρμακευτικοί παράγοντες είναι αναποτελεσματικοί στον τραυλισμό, (Smith et al., 1996), και οι θεραπευόμενοι μπορούν να ενημερώνονται κατάλληλα κατά των αναποτελεσματικών πιθανών θεραπειών. Κάποιες παλαιότερες κριτικές έχουν καταλήξει στο ότι κάποια φάρμακα, όπως η αλοπεριδόλη μπορεί να έχει «κάποια αποτελεσματικότητα αλλά φτωχή αποδοχή από τον θεραπευόμενο και μη αποδεκτά ρίσκα» σαν θεραπεία του τραυλισμού. Μετά από έρευνες από το 1970 μέχρι το 2005, πάνω στην αποτελεσματικότητα των φαρμάκων για τον τραυλισμό, τα αποτελέσματα έδειξαν προβλήματα όχι μόνο ως προς τις επιπτώσεις και τους κινδύνους που εγκυμονούσαν αλλά επίσης και ως προς την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων που δοκιμάστηκαν. Το μόνο λογικό συμπέρασμα από τις έρευνες είναι πως τα φάρμακα δεν μπορούν να βοηθήσουν στην βελτίωση της ευχέρειας του λόγου των ατόμων με τραυλισμό. (Bothe, et al., 2006)

* **Πότε μια θεραπεία είναι επιτυχής;**

Η αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής παρέμβασης αναφέρεται στο βαθμό, τον οποίο η συγκεκριμένη παρέμβαση παρήγαγε ωφέλιμα αποτελέσματα κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες, κατόπιν εφαρμογής της από κάποιον ειδικό (Last, 1983). Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπευτικής παρέμβασης πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα: σε ερευνητικό και σε κλινικό. Σε ερευνητικό επίπεδο, ο όρος «αποτελεσματικότητα» αναφέρεται συνήθως σε στατιστικά δεδομένα, τα οποία δημοσιεύονται σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά, σχετικά με τα ποσοστά των ατόμων που ωφελήθηκαν από συγκεκριμένες θεραπευτικές μεθόδους στο σύνολο των ατόμων στα οποία εφαρμόστηκαν αυτές οι μέθοδοι. Σε κλινικό επίπεδο, ο όρος «αποτελεσματικότητα» αναφέρεται συνήθως στην εκτίμηση του ειδικού αλλά και του ατόμου που συμμετείχε στο θεραπευτικό πρόγραμμα και των οικείων του, σχετικά με το βαθμό στον οποίο επιτεύχθηκαν, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, οι στόχοι που είχαν τεθεί κατά την έναρξη. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Οι περισσότεροι ερευνητές, οι οποίοι έχουν κατά καιρούς προτείνει και εφαρμόσει διάφορες μεθόδους για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, αναφέρουν συνήθως κάποια δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μεθόδων αυτών. Ωστόσο, μέχρι πρόσφατα, ο τρόπος αξιολόγησης των θεραπευτικών προγραμμάτων δεν πληρούσε απαραίτητα επιστημονικά κριτήρια και διεπόταν κυρίως από τις υποκειμενικές εκτιμήσεις του εκάστοτε ερευνητή. Οι Ingham και Cordes (1997) επισημαίνουν ότι πολλές θεραπευτικές μέθοδοι προτείνονται χωρίς να υποστηρίζονται από αντίστοιχα ερευνητικά δεδομένα, ενώ ο Cordes (1998),στη μετα-ανάλυση 88 δημοσιευμένων ερευνών που πραγματοποίησε, διαπίστωσε ότι οι θεραπευτικές μέθοδοι, που προτείνονται συχνότερα στη σύγχρονη βιβλιογραφία, δεν είναι αυτές που έχουν αξιολογηθεί με επιστημονικό τρόπο ως οι αποτελεσματικότερες. (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006)

Πολλοί ερευνητές πρότειναν μία σειρά επιστημονικών κριτηρίων τα οποία θα πρέπει να υιοθετούνται κατά την αξιολόγηση διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, προκειμένου να εξασφαλίζεται όσο το δυνατόν περισσότερο η εγκυρότητα τους και να επιτρέπεται η σύγκριση μεταξύ τους (Bloodstein, 1995; Conture, 1996; Ingham & Cordes, 1997). (Κάκουρος και Μανιαδάκη 2006)

Oι θεραπείες του τραυλισμού πρέπει να θεωρούνται επιτυχείς εφόσον μειώνουν τη συχνότητα του τραυλισμού (επίπεδο βλάβης) και επίσης μειώνουν «τους περιορισμούς συμμετοχής ή τους περιορισμούς δραστηριότητας». Βέβαια μια θεραπευτική μέθοδος είναι πιο αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται με **εντατικό τρόπο**. Η λογική αυτή είναι παρόμοια με τον τρόπο εκμάθησης μιας δεύτερης γλώσσας. Με άλλα λόγια, οι νέες δεξιότητες που είναι τόσο περίπλοκες όσο η εκμάθηση μιας νέας γλώσσας (ή ενός νέου ομιλητικού προτύπου) επιτυγχάνονται καλύτερα με έναν εντατικό ή επιβλητικό τρόπο. (Bothe, et al., 2006)

Οι θεραπείες για τον τραυλισμό αποδεικνύονται ότι έχουν μόνιμο αποτέλεσμα, τόσο για τα αποτελέσματα της ομιλίας όσο και για τα κοινωνικά, συναισθηματικά και γνωστικά αποτελέσματα, εάν περιέχουν παραλλαγές επιβραδυνόμενης ομιλίας, εκκίνηση ήπιας φώνησης, συνεχή φώνηση, αυτό-διαχείριση, πιθανές απαντήσεις, εξάσκηση σε ομαδικές συνεδρίες και μεταφορά σε μη-κλινικούς χώρους. (Euler, et al., 2014.)

# 1.6 Προβληματική της Πτυχιακής Εργασίας και Ερευνητικά ερωτήματα

Υπάρχουν μόνο δύο ερωτηματολόγια για τις διαταραχές ροής του λόγου: 1) για το Stuttering και για το 2) Cluttering. Το ερωτηματολόγιο στο οποίο βασίστηκε η πτυχιακή μας είναι η Κλίμακα Πρώιμου Ελέγχου Επίγνωσης του Τραυλισμού (PAis) για τον τραυλισμό (stuttering) και στόχος αυτού είναι ότι μέσα από τις απαντήσεις εκείνων που το συμπλήρωσαν – μη τραυλίζοντες, μπορεί κανείς να δει το πότε, πόσο και υπό ποιες συνθήκες αυξάνονται τα συμπτώματα του τραυλισμού. Επιπλέον θα πρέπει να αναφερθεί ότι δεν υπάρχουν επίσημα ούτε ανεπίσημα τεστ για την διάγνωση και αξιολόγηση του τραυλισμού στην Ελληνική γλώσσα, παρά μόνο στα αγγλικά. Τα τεστ της αγγλικής γλώσσας παρατίθενται στο υποκεφάλαιο 1.4- Διάγνωση. Τέλος, τα αποτελέσματα μπορούν κάποια στιγμή να χρησιμοποιηθούν για να συγκρίνουμε τον παθολογικό και φυσιολογικό πληθυσμό. Εν ολίγοις, ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μετάφραση, προσαρμογή και πιλοτική εφαρμογή σε τυπικό πληθυσμό του ερωτηματολογίου PΑis (Premonitoryawareness of stutteringscale). Αυτό θα αποτελέσει το θεμελιώδες βήμα σε θέματα διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα στη διαταραχή του τραυλισμού σύμφωνα με τις σύγχρονες διεπιστημονικές τάσεις.

Τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία θα δοθούν απαντήσεις για την τρέχουσα έρευνα είναι τα εξής:

Η1. Ποιες είναι οι κανονιστικές τιμές του ερωτηματολογίου PΑis και των αποκλίσεων της σε ενήλικες ηλικίας 18 ετών και άνω;

Η2. Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές αλλαγές των σκορ του ερωτηματολογίου PΑis σε σχέση με διάφορους παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία;

Η3. Να ελεγχθεί πιλοτικά η καταλληλότητα του ερωτηματολογίου PΑis στην ελληνική κλινική πρακτική.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2Ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

# 2.1 Καθορισμός πληθυσμού και μέγεθος δείγματος

Η πιλοτική έρευνα διεξήχθη με χρήση ερωτηματολογίου για την συλλογή δείγματος από φυσικούς ομιλητές με ρέοντα λόγο. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε συνολικά 863 ενήλικες εξεταζόμενους 6 ηλικιακών ομάδων και των δυο φύλων. Οι ομάδες αυτές χωρίζονται σε 18-30, 30-40, 40-50, 50-60, 60-70, και 70+ , ανθρώπων φυσιολογικού πληθυσμού, δηλαδή χωρίς δείγματα τραυλισμού. Πιο αναλυτικά, στόχος της χορήγησης ήταν να συλλεχθεί δείγμα από 10 άντρες και 10 γυναίκες, το ελάχιστο, κάθε ηλικιακής ομάδας από τις παραπάνω. Η χορήγηση έγινε σε περιοχές της Κύπρου (Λεμεσός Λευκωσία, Λάρνακα, Πάφος), της Γερμανίας (Βούπερταλ), του νομού Αττικής (Αθήνα), του νομού Ευβοίας (Χαλκίδα), του νομού Πιερίας (Κατερίνη και Λιτόχωρο), του νομού Θεσσαλονίκης, της Δράμας, της Άρτας, της Πέλλας (Γιαννιτσά), Ημαθίας (Βέροια) της Θεσπρωτίας (Ηγουμενίτσα) και των Ιωαννίνων. Αν και υπήρχε η ηλιακή ομοιογένεια σαν κριτήριο, η επιλογή των ατόμων δεν περιορίστηκε στον τόπο καταγωγής, το μορφωτικό επίπεδο , την οικογενειακή κατάσταση και την κοινωνικοοικονομική τους δυνατότητα.

# 2.2 Μέσα συλλογής δεδομένων

Για τη διεκπεραίωση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Πρώιμου Ελέγχου Επίγνωσης του Τραυλισμού (PAis) η οποία αποτελείται από 9 αντικείμενα που κυμαίνονται από μια κλίμακα 4 βαθμών Likert από το καθόλου έως το πάρα πολύ (Cholin et, al., 2016).

Για τη χορήγηση του ερωτηματολογίου αυτού χρειάστηκε να χρησιμοποιηθούν όσα περισσότερα μέσα (ηλεκτρονικά και μη) γινόταν για να συλλεχθεί αρκετό δείγμα. Έτσι τα ερωτηματολόγια δόθηκαν ατομικά από τον καθένα μας, είτε με άμεση επαφή με τον εξεταζόμενο (face-to-face), είτε με ηλεκτρονική αποστολή (email, facebook) ακόμα και με διαδικτυακή συνομιλία (skype).

Η άμεση χορήγηση των ερωτηματολογίων στους εξεταζόμενους έγινε στο χώρο της δουλειάς τους ή στον προσωπικό τους χώρο ή σε ουδέτερο εξωτερικό χώρο. Μετά την τυπική γνωριμία με τον εξεταζόμενο και την παράλληλη παρατήρησή του λόγου του προκειμένου να διασφαλιστεί ότι ο λόγος του ήταν όντως ρέοντας, ακολούθησε η ανάλυση του σκοπού του ερωτηματολογίου και της πραγμάτωσής του στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας. Προηγουμένως, διαβεβαιώθηκε ότι θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια παραλείποντας την καταγραφή του ονόματος του κάθε εξεταζόμενου, έτσι ώστε τα προσωπικά του στοιχεία να παραμείνουν απόρρητα. Αφού δόθηκε ένας σύντομος ορισμός του τραυλισμού, καθώς και παραδείγματα για να γίνει περισσότερο κατανοητός, δινόταν το ερωτηματολόγιο. Ζητήθηκε από τον κάθε εξεταζόμενο να σημειώσει κάθε μια απάντηση που τον αντιπροσώπευε καλύτερα, σύμφωνα με την καθημερινότητά του.

Οι εξεταστές φρόντιζαν να είναι αντικειμενικοί, να μην επηρεάζουν τους εξεταζόμενους κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, με εκφράσεις ή λεκτικές αποδοκιμασίες ή επιδοκιμασίες, για το ποια θα μπορούσε να είναι η σωστή απάντηση. Εφόσον υπήρχε απορία σχετικά με το περιεχόμενο κάποιας ερώτησης, δινόταν πλήρης επεξήγηση του νοήματός της, για την καλύτερη κατανόηση και αποφυγή παρεξηγήσεων. Οι απαντήσεις καταγράφονταν στο ερωτηματολόγιο με τη μορφή της κλίμακας Likert σε καθόλου, λίγο, αρκετά, πάρα πολύ (Cholin et, al., 2016). Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, γινόταν καταγραφή της κάθε απάντησης σε excel. Στο excel, αρχικά, δημιουργήθηκαν 15 στήλες, όπου μια στήλη αποσκοπούσε για να καταγράφεται το φύλο του εξεταζόμενου, η δεύτερη για την ηλικία του, οι επόμενες 12 αφορούσαν τις ερωτήσεις που είχαν απαντηθεί, με την συντόμευση “Q1,Q2,Q3,…Q12” και η τελευταία στήλη με τίτλο “TOTAL” αφορούσε το τελικό αριθμητικό αποτέλεσμα της κάθε απάντησης που δινόταν. Οι απαντήσεις μεταφέρονταν με τη μορφή αριθμών από το 0-3, όπου 0 ισούταν με απαντήσεις Καθόλου στις εκάστοτε ερωτήσεις, 1 για την απάντηση Λίγο, 2 για Αρκετά και 3 για Πάρα Πολύ.

Τέλος, δημιουργήθηκε ένα SPSS (Superior Performance Software System) ένα διαδεδομένο πρόγραμμα για τη στατιστική ανάλυση δεδομένων που συλλέχτηκαν προκειμένου να επεξεργαστούν. Πιο συγκεκριμένα, για τη στατιστική επεξεργασία ερωτηματολογίου δημιουργήθηκε ένας πίνακας κωδικοποίησης. Ο πίνακας αυτός αντιστοιχίζει κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου σε μια μεταβλητή. Για παράδειγμα, η ερώτηση «Φύλο» αντιστοιχίζεται στη μεταβλητή «Φύλο». Οι μεταβλητές λαμβάνουν διάφορες τιμές. Η μεταβλητή «Φύλο» έχει δύο πιθανές τιμές: «Άνδρας», «Γυναίκα». Στον πίνακα κωδικοποίησης αντιστοιχήσαμε σε κάθε τιμή μιας μεταβλητής έναν αριθμό για κωδικοποίηση. Το ίδιο έγινε και για την ηλικία. Επειδή μας ενδιέφερε να ερευνήσουμε ξεχωριστά τις απαντήσεις που δίνονται από τον κάθε εξεταζόμενο, δημιουργήσαμε μεταβλητές που περιλαμβάνουν όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα.

# 2.2.1 Μετάφραση ερωτηματολογίου

Αρχικά έγινε μια συζήτηση προς όλους μας για το ποιος ενδιαφέρεται να ασχοληθεί με την μετάφραση των ερωτηματολογίων που θα χρησιμοποιήσουν οι ομάδες για την συγκεκριμένη μελέτη. Τα άτομα που ενδιαφέρονταν θα γίνονταν μια ομάδα και θα ήταν οι μεταφραστές μας. Για να γίνεις μέλος της ομάδας έπρεπε να έχεις κατακτήσει στον υπέρτατο βαθμό την αγγλική γλώσσα, να έχεις το δίπλωμα του proficiency αλλά και να μπορείς να μεταφράσεις σωστά τα ερωτηματολόγια. Μετά από συνεννόηση με τον υπεύθυνο καθηγητή μας έγινε μια ομάδα 14 ατόμων όπου ήταν οι μεταφραστές μας. Στην συνέχεια βρήκαν τα ερωτηματολόγια στα αγγλικά, τα οποία θα είχαμε για την μελέτη, και τα χώρισαν. Ο καθένας ανέλαβε από ένα ενώ κάποιοι δύο με βάση την έκταση που είχε το ερωτηματολόγιο του καθενός. Όταν οι μεταφραστές τελείωσαν με την μετάφραση, τα ερωτηματολόγια άρχισαν να χωρίζονται στις ομάδες ανάλογα με το θέμα με το οποίο ήθελαν να ασχοληθούν.

# 2.2.2 Ερωτηματολόγιο

Η ομάδα μας συμφώνησε ομόφωνα ότι ήθελε να ασχοληθεί με το ερωτηματολόγιο του τραυλισμού το οποίο και ανέλαβε. Ο τίτλος του ερωτηματολογίου είναι Κλίμακα Πρώιμου Ελέγχου της Επίγνωσης του Τραυλισμού [Premonitoryawareness of stutteringscale (PAis) ]. Η διάρκεια χορήγησής του ήταν γύρω στα 5 λεπτά. .Πάνω στο ερωτηματολόγιο υπήρχε όνομα, ημερομηνία, ηλικία και φύλο. Εμείς αυτό που ζητούσαμε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν ήταν η ηλικία και το φύλο (να κυκλώσουν αν είναι άντρας ή γυναίκα). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείτο από δώδεκα ερωτήσεις. Οι πιθανές απαντήσεις που μπορούσε το άτομο να δώσει ήταν τέσσερις. Καθόλου, λίγο, αρκετά και πάρα πολύ. Τα άτομα μπορούσαν να απαντήσουν με ότι σύμβολο ήθελαν μέσα στο κουτάκι κάθε απάντησης.

Με την πρώτη ερώτηση θέλουμε να δούμε αν τα άτομα καταλαβαίνουν ότι θα τραυλίσουν ή όχι. Από την δεύτερη μέχρι και την έκτη ερώτηση θέλουμε να δούμε πως νιώθει το άτομο εσωτερικά πριν τραυλίσει. Αν όντως νιώθει ένταση, νευρικότητα, πίεση και γενικά αν αρχίζει να καταλαβαίνει ότι κάτι δεν πάει καλά, πράγμα που θα βγει προς τα έξω.

Η έβδομη ερώτηση είναι μια διαφορετική αίσθηση από τις προηγούμενες γιατί εδώ είναι αν νιώθει ότι θα τραυλίσει κάτω από χαλαρές συνθήκες, όπως και στην όγδοη που είναι κάτω από τεταμένη κατάσταση. Η ένατη ερώτηση είναι γενικά για το αν το άτομο έχει τα συναισθήματα από τις παραπάνω ερωτήσεις και αν νιώθει κάτι τέτοιο πριν τραυλίσει. Για την δέκατη θέλουμε να δούμε αν το άτομο νιώθει πως με το αν παραμείνει σιωπηλός/η, έχει το προαίσθημα ότι θα ξεπεράσει ένα επερχόμενο επεισόδιο τραυλισμού. Όσον αφορά την ερώτηση έντεκα ζητάμε από το άτομο να μας πει, εάν πει κάτι διαφορετικό από αυτό που είχε στο μυαλό του και ήθελε να πει, θα τον βοηθήσει να αποφύγει ένα καινούριο επεισόδιο τραυλισμού.

Η τελευταία ερώτηση βασίζεται στο τι θα γίνει έπειτα από ένα επεισόδιο τραυλισμού. Εάν τα συναισθήματα που νιώθει ό άνθρωπος η πίεση, η ένταση και η αρνητική αίσθηση ότι κάτι δεν πάει καλά θα εξαφανιστούν έστω και για λίγο μετά από μια κατάσταση τραυλισμού.

# 2.3 Στατιστικές Aναλύσεις

Ο έλεγχος της κανονικότητας του δείγματος έγινε με Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk τεστ. Οι μεταβλητές που ακολουθούσαν κανονική κατανομή εκφράζονται σε μέσους όρους (Means) και τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviations = SD). Οι μεταβλητές οι οποίες που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή εκφράστηκαν σε μέση τιμή (Median) και σε διατεταρτημοριακό εύρος (IQR).

Οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Για τη σύγκριση των αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το chi-square τεστ και students t-test. Όλες οι αναφερόμενες p values ήταν δικατάληκτες (two-tailed). Για τον έλεγχο εσωτερικής συνοχής (συνάφειας) και για την αξιοπιστία της κλίμακας ο δείκτης a-Cronbach υπολογίστηκε. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των αναλύσεων καθορίστηκε στο p< 0.05. Οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS (version 19.0, Armonk, NY, USA).

# 2.4 Περιορισμοί

Η έρευνα οριοθετήθηκε στους έξι παρακάτω παράγοντες. Αρχικά ο πληθυσμός στον οποίο χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια ήταν από Ελλάδα και Κύπρο. Βέβαια δεν χορηγήθηκαν σε όλες τις ηλικίες αλλά μόνο σε ενήλικο πληθυσμό και πιο συγκεκριμένα περιοριζόταν σε ηλικίες άνω των 18. Ακόμη, πρέπει να τονιστεί ότι ο πληθυσμός αυτός ήταν φυσιολογικός, δηλαδή δεν είχαν συμπτώματα τραυλισμού. Επίσης, το χρονικό όριο ήταν περιορισμένο καθώς έπρεπε να συγκεντρώσουμε τα ερωτηματολόγια μέσα στις δυο εβδομάδες του Πάσχα σαν μια ευκαιρία να μαζευτούν όσα περισσότερα άτομα γινόταν. Βέβαια, λόγω του ότι ο καθένας επέστρεφε στον τόπο του ήταν δύσκολο να συντονιστούμε όσον αφορά τις ηλικίες που τυχόν υπολείπονταν στον καθένα. Κατά την διάρκεια της χορήγησης άνθρωποι του ηλικιακού εύρους 40-50, επειδή χρειάζονταν μεγαλύτερη πληροφόρηση και περισσότερες λεπτομέρειες, δείχνοντας έτσι το ενδιαφέρον τους για το αντικείμενο της έρευνας, καθυστερούσαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια με αποτέλεσμα να καθυστερεί και η διεξαγωγή της έρευνας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3Ο Στατιστικές Αναλύσεις

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα της μελέτης κοινώς περιλαμβάνονται τα στατιστικά αποτελέσματα που προέκυψαν μέσω της συλλογής του δείγματος της έρευνας και των δεδομένων που καταγράφηκαν.

# 3.1. Γενικές Αναλύσεις

Σε αυτό το υποκεφάλαιο αναφέρονται τα δημογραφικά και συγκριτικά δεδομένα που προέκυψαν από την χορήγηση της κλίμακας PAis. Στον πίνακα 3-1, ο οποίος ακολουθεί, περιέχει συγκεντρωτικά δημογραφικά δεδομένα σε επίπεδο μέσων όρων ηλικίας και τυπικής απόκλισης, τον αριθμό αντρών και γυναικών στο σύνολο του δείγματος και ανά ηλικιακή ομάδα.

|  |  |
| --- | --- |
| **Πίνακας 3-1. Τα δημογραφικά δεδομένα της μελέτης.** |  |
|  | **Ηλικία** | **N** | **p-level** |
| **Ηλικιακή ομάδα 18-30 ετών** | 21.77 (2.56) | 172 | NS |
| **Ηλικιακή ομάδα 30-40 ετών** | 33.19 (4.48) | 149 | NS |
| **Ηλικιακή ομάδα 40-50 ετών** | 44.45 (2.84) | 147 | NS |
| **Ηλικιακή ομάδα 50-60 ετών** | 53.60 (2.75) | 159 | NS |
| **Ηλικιακή ομάδα 60-70 ετών** | 63.34 (2.88) | 105 | NS |
| **Ηλικιακή ομάδα 70+ ετών** | 77.51 (5.63) | 118 | NS |
| **ΣύνολοΔείγματος** | 46.67 (18.69) | **862****Α/Γ**422/440 | NS |
| **Οι τιμές είναι σε μέσους όρους ± τυπικές αποκλίσεις/ p-level< .05** |

Το σύνολο του δείγματος είχε μέσο όρο ηλικίας τα 46.67 έτη (ΤΑ: 18.69) και εύρος από 18 έως 94 ετών. Η ηλικιακή υποομάδα 18 έως 30 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 21.77 έτη (ΤΑ: 2.56), η 30 έως 40 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 33.19 (ΤΑ: 4.48), η 40 έως 50 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 44.45 έτη (ΤΑ: 2.84), η 50 έως 60 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 53.60 έτη (ΤΑ: 2.75), η 60 έως 70 ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 63.34 (ΤΑ: 2.88) και η ηλικιακή υποομάδα 70+ ετών είχε μέσο όρο ηλικίας τα 77.51 (ΤΑ: 5.63).

Στους πίνακες 3-2 και 3-3 παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των μέσων τιμών με βάση το φύλο, για το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου αυτοαντίληψης PAis και των ερωτήσεων του. Μετά από τον έλεγχο κανονικότητας ένα Mann-Whitneytest πραγματοποιήθηκε για το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου αυτοαντίληψης του Τραυλισμού καθώς και των ερωτήσεων ανά τομέα.

**Πίνακας 3.2. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Ανδρών και Γυναικών για το Συνολικό Σκορ του Ερωτηματολόγιου PAis.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Άντρες (N=422)** | **Γυναίκες (N=440)** |  |  |
|  | **Mean Range** | **Mean Range** | **Mann-Whitney *U*** | ***P* level** |
| **Σύνολο** | 423.10 | 439.55 | 89296.00 | .268 |

\*plevelat*P*<0.05

Συγκεκριμένα καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν εντοπίστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών, U= 89296.00, NSγια το συνολικό σκορ της κλίμακας αυτοαντίληψης του Τραυλισμού Ενηλίκων (Πίνακας 3.2).

Επίσης καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν εντοπίστηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου PAis συγκριμένα για την Q1 ερώτηση ήταν U= 86753.500, NS. Παρόμοια δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους υπόλοιπες ερωτήσεις της κλίμακας αυτοαντίληψης του τραυλισμού σε επίπεδο μέσων τιμών για την Q2 (U= 87506.000, NS), για την Q3 (U= 89963.000, NS), για την Q4 (U= 87071.000, NS), για την Q5 (U= 87979.000, NS), για την Q6 (U= 91381.500, NS), για την Q7 (U= 91195.000, NS), για την Q8 (U= 92381.500, NS), για την Q9 (U= 92455.500, NS), για την Q10 (U= 89812.000, NS), για την Q11 (U= 88239.000, NS) και για την Q12 (U= 90771.500, NS). Σε όλες τις συγκρίσεις οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερο σκορ ως προς τους άντρες (Πίνακας 3.3).

**Πίνακας 3.3. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Ανδρών και Γυναικών για τις Ερωτήσεις του Ερωτηματολόγιου Αυτοαντίληψης του Τραυλισμού (PAis).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Άντρες (N=422)** | **Γυναίκες (N=440)** |  |  |
|  | **Mean Range** | **Mean Range** | **Mann-Whitney *U*** | ***P* level** |
| **Q1** | 417.08 | 445.33 | 86753.500 | .019 |
| **Q2** | 418.86 | 443.62 | 87506.000 | .044 |
| **Q3** | 424.68 | 438.04 | 89963.000 | .216 |
| **Q4** | 417.83 | 444.61 | 87071.000 | .029 |
| **Q5** | 419.98 | 442.55 | 87979.000 | .058 |
| **Q6** | 428.04 | 434.81 | 91381.500 | .586 |
| **Q7** | 435.40 | 427.76 | 91195.000 | .455 |
| **Q8** | 430.41 | 432.54 | 92381.500 | .872 |
| **Q9** | 430.59 | 432.37 | 92455.500 | .885 |
| **Q10** | 424.32 | 438.38 | 89812.000 | .269 |
| **Q11** | 420.60 | 441.96 | 88239.000 | .100 |
| **Q12** | 426.60 | 436.20 | 90771.500 | .457 |

\*plevelat*P*<0.05

Στην προσπάθεια ελέγχου της ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των ηλικιακών υποομάδων για τις ερωτήσεις και του συνολικού σκορ του ερωτηματολόγιου της ερευνάς Kruskal-Wallis H test πραγματοποιήθηκε.

Ειδικότερα για κάθε ερώτηση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις ερωτήσεις, συγκεκριμένα: Q1 με Η(5) = 3.242, NS, την Q2 με Η(5) = 3.092, NS, την Q3 με Η(5) = 5.386, NS, την Q4 με Η(5) = 5.410, NS, την Q5 με Η(5) = 5.106, NS, την Q6 με Η(5) = 5.210, NS, την Q7 με Η(5) = 4.406, NS, την Q8 με Η(5) = 7.395, NS, την Q9 με Η(5) = 3.169, NS, την Q10 με Η(5) = 8.256, NS, την Q11 με Η(5) = 4.413, NS, και την Q12 με Η(5) = 4.736, NS. Για το συνολικό σκορ TotalQ11 με Η(5) = 7.792, NS (Πίνακας 3.4.).

**Πίνακας 3.4. Σύγκριση Μέσων μεταξύ Όλων των Ηλικιακών Ομάδων για τις Ερωτήσεις και το Συνολικό Σκορ του Ερωτηματολόγιου Αυτοαντίληψης του Τραυλισμού.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ερωτήσεις Ερωτηματολογίου** | **Ηλικιακές** **Υποομάδες** |  |  |  |
|  | **18-30 ετών** | **30-40 ετών** | **40-50 ετών** | **50-60 ετών** | **60-70 ετών** | **70+ ετών** | **Kruskal-Wallis** ***H*** | ***P* level** |  |
| **Q1** | 442.40 | 432.44 | 420.69 | 412.65 | 425.30 | 415.58 | 3.242 | .663 |  |
| **Q2** | 441.02 | 434.20 | 418.01 | 414.30 | 428.34 | 413.78 | 3.092 | .686 |  |
| **Q3** | 408.76 | 433.38 | 422.62 | 421.20 | 451.30 | 426.37 | 5.386 | .371 |  |
| **Q4** | 440.41 | 440.65 | 427.83 | 407.46 | 425.73 | 405.84 | 5.410 | .368 |  |
| **Q5** | 433.96 | 446.19 | 413.79 | 408.97 | 432.26 | 417.89 | 5.106 | .403 |  |
| **Q6** | 433.88 | 443.04 | 422.52 | 423.88 | 427.31 | 395.42 | 5.210 | .391 |  |
| **Q7** | 415.27 | 435.39 | 419.47 | 416.94 | 446.21 | 428.55 | 4.406 | .493 |  |
| **Q8** | 436.69 | 437.37 | 430.14 | 425.72 | 431.78 | 382.54 | 7.395 | .193 |  |
| **Q9** | 427.22 | 430.02 | 428.09 | 422.26 | 443.23 | 402.65 | 3.169 | .674 |  |
| **Q10** | 425.96 | 416.03 | 419.82 | 436.22 | 462.26 | 396.71 | 8.256 | .143 |  |
| **Q11** | 438.61 | 414.72 | 422.26 | 424.60 | 448.51 | 404.78 | 4.413 | .492 |  |
| **Q12** | 424.49 | 420.71 | 405.17 | 428.26 | 456.33 | 427.18 | 4.736 | .449 |  |
| **Συν:** | 456.56 | 420.01 | 426.18 | 423.66 | 428.89 | 385.79 | 7.792 | .168 |  |

\*plevelat*P*<0.05

# 3.2. Αναλύσεις Αξιοπιστίας

Με την χορήγηση της κλίμακας θέλαμε να αξιολογήσουμε κατά πόσο είναι αξιόπιστη και έγκυρη ως προς αυτό που θέλουμε να εξετάσουμε, δηλαδή την ύπαρξη της απραξίας. Έτσι διάφοροι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν. Όσον αφορά τον έλεγχο της εσωτερικής συνάφειας ή την ομοιογένεια για τα ερεθίσματα – εικόνες του τεστ ο συντελεστής AlphaCronbach’s χρησιμοποιείται στο δείγμα. Από αυτή την ανάλυση προέκυψε ο πίνακας 3.10.

**Reliability Coefficients 12 items Alpha = .949 Standardized item alpha = .951**

**Πίνακας 3.11. Item to Item Ανάλυση του Ερωτηματολογίου PAis σε Σχέση με τις Ερωτήσεις του.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Q1** | **Q2** | **Q3** | **Q4** | **Q5** | **Q6** | **Q7** | **Q8** | **Q9** | **Q10** | **Q11** | **Q12** |
| **Q1** | 1.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Q2** | .634 | 1.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Q3** | .637 | .748 | 1.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Q4** | .612 | .799 | .726 | 1.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Q5** | .619 | .697 | .734 | .730 | 1.00 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Q6** | .545 | .710 | .636 | .723 | .713 | 1.00 |  |  |  |  |  |  |
| **Q7** | .511 | .415 | .530 | .454 | .485 | .498 | 1.00 |  |  |  |  |  |
| **Q8** | .535 | .598 | .539 | .593 | .576 | .612 | .533 | 1.00 |  |  |  |  |
| **Q9** | .616 | .679 | .676 | .693 | .710 | .706 | .618 | .754 | 1.00 |  |  |  |
| **Q10** | .564 | .536 | .592 | .573 | .625 | .562 | .495 | .573 | .677 | 1.00 |  |  |
| **Q11** | .555 | .609 | .575 | .593 | .658 | .608 | .514 | .627 | .679 | .826 | 1.00 |  |
| **Q12** | .577 | .577 | .577 | .592 | .625 | .564 | .521 | .611 | .681 | .738 | .772 | 1.00 |

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4Ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

# 4.1 Συμπεράσματα

Σε αυτό το υποκεφάλαιο συνοψίζονται τα αποτελέσματα της έρευνας της πτυχιακής για την εφαρμογή του ερωτηματολογίου σε τυπικό πληθυσμό και των περαιτέρω αναλύσεων οι οποίες έγιναν. Συγκεκριμένα:

1. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για το συνολικό σκορ της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
2. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 1 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
3. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 2 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
4. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 3 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
5. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 4 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
6. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 5 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
7. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 6 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
8. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 7 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
9. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 8 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
10. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 9 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
11. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 10 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
12. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 11 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
13. Οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες έχουν πιο χαμηλό μέσο όρο απαντήσεων για την ερώτηση 12 της κλίμακας, για το σύνολο του δείγματος.
14. Το ερωτηματολόγιο είχε ικανοποιητικά υψηλά αποδεκτό δείκτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας στην ελληνική μεταφρασμένη του έκδοση, στο σύνολό της.

# 4.2 Συζήτηση

Το ερωτηματολόγιο στο οποίο βασίζεται η πτυχιακή μας εργασία ονομάζεται PAiS ( Dremonitory Awarenessin Stuttering Scale). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί ένα σύγχρονο σταθμισμένο εργαλείο αυτοαξιολόγησης ικανοτήτων ροής λόγου , το οποίο δημοσιεύτηκ, (Cholin, Heiler , Whiller , Sommer, 2016). Το PAiS είναι σχετικά σύντομο, εύκολο να χορηγηθεί , με καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής , αξιοπιστία κριτηρίων. Επιπλέον , είναι διαθέσιμο στις εξής γλώσσες Γερμανικά και Αγγλικά. Ο χρόνος χορήγησης που δεν υπερβαίνει τα πέντε λεπτά. Συγκεκριμένα έχει ως στόχο να παρέχει μια γενική εικόνα του τραυλισμού σε διάφορα περιβάλλοντα και δείγματα πληθυσμού. Ειδικότερα το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε 21 ενήλικες που τραυλίζουν (AWS) και 21 συμμετέχοντες διαφορετικού φύλου , ηλικίας και εκπαίδευσης.

Η πτυχιακή μας εργασία αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια για να ερευνήσουμε αν και κατά πόσο το PAiS ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τα δεδομένα της ελληνικής πραγματικότητας. Για το λόγο αυτό επιχειρήσαμε μια πιλοτική δοκιμή της σύντομης έκδοσης του PAiS , η οποία μεταφράστηκε στα ελληνικά και χορηγήθηκε σε τυπικό πληθυσμό . Ωστόσο ,είναι απαραίτητο να διενεργηθεί περαιτέρω έρευνα η θα παρέχει νέα γνώση στον τομέα βελτιστοποίησης της διάγνωσης τoυ PAiS σε αποτελεσματικότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Κατά τη διάρκεια της έρευνας μας διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχουν άλλα διαγνωστικά εργαλεία αυτοαξιολόγησης για τον τραυλισμό όπως το PAiS.

Ωστόσο, σε μια αξιολόγηση της βιβλιογραφίας που υπάρχει μέχρι σήμερα για τον τραυλισμό, δεν υπάρχει σταθερή αξιολόγηση ή κλίμακα για να βοηθήσει τους θεραπευτές στην εξέταση των προειδοποιητικών αισθήσεων σε άτομα με τραυλισμό. Προκειμένου να βρεθεί μια κατάλληλη βάση ενός ερωτηματολογίου για την πρόκληση του τραυλισμού, επεκτείναμε την έρευνά μας σε διαταραχές με παρόμοια χαρακτηριστικά. Αυτό οδήγησε στην αναγνώριση των τικ διαταραχών ως κατάλληλο σημείο αναφοράς. (Packman, 2012).

Η επιστήμη του λόγου της λογοθεραπείας στην Ελλάδα έχει εξελιχθεί την τελευταία 20ετία. Συγκριτικά με άλλες χώρες οι οποίες έχουν δημιουργήσει και σταθμίσει έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία για την ανίχνευση διαταραχών λόγου και ομιλίας , είναι σημαντικό να υπάρξει η αντίστοιχη στα Ελληνικά δεδομένα. Ειδικά όσον αφορά τη διαταραχή ικανότητας ροής λόγου η οποία αποτελεί συχνό φαινόμενο , είναι απαραίτητη η δημιουργία τέτοιων εργαλείων για τη βέλτιστη αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής.

Η συγκεκριμένη έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει ένα κίνητρο για μια εξελιγμένη μελέτη με σκοπό να δημιουργεί ένα ερωτηματολόγιο με περισσότερες ερωτήσεις ή μια πιο ολοκληρωμένη έρευνα όπου θα χορηγηθεί υλικό σε παθολογικό πληθυσμό και θα συγκριθεί με τα αποτελέσματα του τυπικού πληθυσμού. Είναι σημαντικό να δημιουργούνται νέες έρευνες και να εξελίσσεται ο τομέας της λογοθεραπείας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των διαταραχών λόγου και ομιλίας.

# Βιβλιογραφία

**Ξένη βιβλιογραφία**

1. Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review. Psychology research and behavior management, 6, 9.
2. Blomgren, M. (2010, November). Stuttering treatment for adults: an update on contemporary approaches. In Seminars in speech and language (Vol. 31, No. 04, pp. 272-282). © Thieme Medical Publishers.
3. Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., Franic, D. M., & Ingham, R. J. (2006). Stuttering treatment research 1970–2005: II. Systematic review incorporating trial quality assessment of pharmacological approaches. American Journal of Speech-Language Pathology, 15(4), 342-352.
4. Cholin, J., Heiler, S., Whillier, A., & Sommer, M. (2016). Premonitory awareness in stuttering scale (PAiS). Journal of fluency disorders, 49, 40-50.
5. Cholin, J., Heiler, S., Whillier, A., & Sommer, M. (2016). Premonitory awareness in stuttering scale (PAiS). Journal of fluency disorders, 49, 40-50.
6. Euler, H. A., Lange, B. P., Schroeder, S., & Neumann, K. (2014). The effectiveness of stuttering treatments in Germany. Journal of fluency disorders, 39, 1-11.
7. Gregory, H. H., & Hill, D. (1980, November). Stuttering therapy for children. In Seminars in Hearing (Vol. 1, No. 04, pp. 351-362). Copyright© 1980 by Thieme Medical Publishers, Inc..
8. Guitar, B. (2013). Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment. Lippincott Williams & Wilkins.
9. Ingham, R. J., Ingham, J. C., Bothe, A. K., Wang, Y., & Kilgo, M. (2015). Efficacy of the modifying phonation intervals (MPI) stuttering treatment program with adults who stutter. American journal of speech-language pathology, 24(2), 256-271.
10. Iverach, L., Jones, M., O’Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., ... & Onslow, M. (2010). Mood and substance use disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 53(5), 1178-1190.
11. Max, L., & Caruso, A. J. (1997). Contemporary techniques for establishing fluency in the treatment of adults who stutter. Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders, 24, 45-52.
12. Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O’Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. Journal of fluency disorders, 34(3), 187-200
13. Owens, E.,R., Metz, E.,D., Haas, A., (2003). Introduction to Communication Disorders. A Life Span Perspective. USA: Allyn and Bacon
14. Packman, A. (2012). Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. Journal of fluency disorders, 37(4), 225-233.
15. Ryan, B. P. (2001). Programmed therapy for stuttering in children and adults. Charles C Thomas Publisher.
16. Stein, M. B., Baird, A., & Walker, J. R. (1996). Social phobia in adults with stuttering. *The American journal of psychiatry*, *153*(2), 278.

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., (2002), Τραυλισμός, Η Φύση και η Αντιμετώπιση του στα παιδιά και του εφήβους, Εκδόσεις: ΤΥΠΩΘΗΤΩ/ΔΑΡΔΑΝΟΣ, 196-215
2. Καμπανάρου Μ., (2007), Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, 233-249, 254-255
3. Μαλανδράκη Γ., (2012), Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός, Αθήνα, 131-133, 143, 151

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΑΠΟ ΤΟ INTERNET**

1. Πελεκάνος, Δ. (Ed.). (Ιούνιος, 2014). Τραυλισμός ενηλίκων: Μια συχνή διαταραχή ομιλίας. Ανακτήθηκε από ιατροnet, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.iatronet.gr/ygeia/pathologia/article/27276/travlismos-enilikwnmia-diataraxi-tis-rois-tis-omilias.html>
2. :. (n.d.). Retrieved October 13, 2017, from <http://www.iatronet.gr/ygeia/pathologia/article/27276/travlismos-enilikwn-mia-diataraxi-tis-rois-tis-omilias.html>
3. ΛΟΓΟΣ - ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ για τις ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ. (n.d.). Retrieved October 13, 2017, from <http://www.travlismos.gr/index.jsp?standalonePageID=31>
4. L. (n.d.). Τραυλισμός. Retrieved October 13, 2017, from <https://www.logotherapeia-kalamata.gr/traulismos>
5. Michelle Lincoln, Ann Packman, Mark Onslow, and Mark Jones (October 2010) Experimental Investigation of the Effect of Altered Auditory Feedback on the Conversational Speech of Adults Who Stutter Journal of Speech, Language, and Hearing Research, <http://jslhr.pubs.asha.org/article.aspx?articleid=1781601&resultClick=3>
6. Ingham, R. J., & Student, F. (2014). Modifying Phonation Intervals (MPI) Stuttering Treatment iOS application. Stuttgart, Germany: Logera Solutions GmbH. Available at <http://mpistuttering-treatment.com>