



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα:

**«Τραυλισμός σε παιδιά προσχολικής και
σχολικής ηλικίας»**

Επιμέλεια: Ζιάκα Ελένη AM 16248

Επιβλέπων Καθηγήτρια: Ιγνατίου Μαρία

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018

Ευχαριστίες

Θα ήθελα ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Ιγνατίου Μαρία, για την πολύτιμη και άριστη συνεργασία κατά την διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής μου εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου η οποία με στηρίζει σε κάθε βήμα και επιλογή της ζωής μου, καθώς και για την βοήθεια τους, στα χρόνια της φοιτητικής μου ζωής. Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω και το σύντροφο μου ο οποίος στάθηκε και αυτός δίπλα μου σε όλα.

Ζιάκα Ελένη

Πρόλογος

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή στη ροή της ομιλίας που συναντάται σε παιδιά και ενηλίκους. Έχει γίνει γνωστή εδώ και χιλιάδες χρόνια και είναι πλέον η πιο συνήθης διαταραχή της ροής της ομιλίας, κυρίως σε παιδιά μικρής ηλικίας αλλά και ενηλίκους. Έχουν γίνει άπειρες προσπάθειες να κατανοηθεί η διαταραχή αυτή, τόσο ως προς την αιτιολογία της, όσο και ως προς την ανεύρεση μεθόδων και τεχνικών για την αποτελεσματική θεραπεία της. Η εικόνα του ατόμου με τραυλισμό μας δείχνει ότι το άτομο καταβάλει μεγάλες προσπάθειες έτσι ώστε να μιλήσει φυσιολογικά. Σε στιγμές αμηχανίας και άγχους ο τραυλισμός του ατόμου γίνεται πολύ εμφανής, από στιγμές που το άτομο είναι χαλαρό και ήρεμο. Τα συμπτώματα του ατόμου αυτού, είναι περισσότερο λεκτικά, τα οποία αναλύονται παρακάτω αλλά σχεδόν πάντα συνυπάρχουν με τα δευτερεύοντα συμπτώματα τα οποία είναι κοκκίνισμα, εφίδρωση κτλ. όσο αφορά την αιτιολογία του τραυλισμού, είναι ασαφής. Οι παράγοντες που επηρεάζουν χωρίς όμως να έχουν επιβεβαιωθεί είναι παθολογικά, ψυχολογικά ή κληρονομικά αίτια. Επομένως, οι θεραπευτικές τεχνικές και μέθοδοι, δεν εστιάζουν στη βελτίωση της λεκτικής ικανότητας του ατόμου που τραυλίζει, αλλά στη βελτίωση της λειτουργικότητάς του στο σύνολο. Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να ενημερωθεί ο κόσμος για τον τραυλισμό ως προς την φύση του, την αιτιολογία, την διάγνωσή του, την κλινική του εικόνα καθώς και την θεραπεία του. Και να μάθει πώς να συμπεριφέρεται σε ένα άτομο με τραυλισμό, είτε είναι γονιός, είτε είναι δάσκαλος είτε απλός άνθρωπος. Τα μέρη από τα οποία αποτελείται αυτή η εργασία είναι τέσσερα (4) κεφάλαια. Το πρώτο αναφέρεται στη φυσιολογία του τραυλισμού. Το δεύτερο αναφέρεται στην αιτιολογία, τη διάγνωση και την αξιολόγηση του, το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στις θεραπευτικές του προσεγγίσεις και μεθόδους καθώς και στην συμβουλευτική προς τους γονείς και στα υπόλοιπα άτομα. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται περιληπτικά δύο άρθρα τα οποία σχετίζονται με τον τραυλισμό και η βιβλιογραφία.

Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος	3
Περίληψη	7
Abstract.....	8
1 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	9
Ιστορική Αναδρομή	9
Ορισμοί	10
Επιδημιολογία.....	12
Είδη και κατηγορίες του τραυλισμού	14
Τα βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού	20
Αφύσικο ανέβασμα της έντασης και του τόνου της φωνής	24
Δευτερεύουσες συμπεριφορές	24
➤ Συμπεριφορές διαφυγής:	25
Συναισθήματα και Πεποιθήσεις.....	25
Στάδια Εξελικτικού Τραυλισμού	26
Οριακός Εξελικτικός Τραυλισμός	26
Αρχικός/Ηπιος Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός.....	27
Μέτριος Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός	27
Προχωρημένος/ Σοβαρός Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός	28
Η Αναπτυξιακή Πορεία του Τραυλισμού	28
1 ^η Φάση (Προσχολική ηλικία)	29
2 ^η Φάση (Σχολική ηλικίας)	29
3 ^η Φάση (Προεφηβική και εφηβική ηλικία).....	30
4 ^η Φάση (Ενηλικίωση).....	30
Καταστάσεις που Μειώνουν την Εκδήλωση του Τραυλισμού	32
Καταστάσεις που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού	33
2 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	35
Αίτια του τραυλισμού	35
Διάγνωση του τραυλισμού.....	41
Αξιολόγηση του τραυλισμού	44
Αρχές της αξιολόγησης.....	45
Λήψη Δείγματος Ομιλίας.....	49
Κλινική παρατήρηση του παιδιού.....	51
Ανάλυση του δείγματος ομιλίας	54

Εκτίμηση σοβαρότητας τραυλισμού.....	55
3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	55
Θεραπευτική Αντιμετώπιση του Τραυλισμού	55
Σύγχρονες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού	56
Θεραπεία της συμπεριφοράς.....	56
Συστηματική απευαισθητοποίηση	57
Ομιλία με τη βοήθεια μετρονόμου.....	57
Μέθοδοι που βασίζονται στις αρχές της συντελεστικής μάθησης.....	58
Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση.....	58
Ομιλία με την βοήθεια συσκευής επικαλυπτόμενου ήχου.....	58
Άλλες μέθοδοι τροποποίησης συμπεριφοράς	59
Θεραπευτική αντιμετώπιση σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας	59
Συμβουλευτική Εκπαίδευση σε Γονείς.....	60
Παλαιότεροι μέθοδοι θεραπείας	62
Πρόγραμμα Lidcombe	62
Πρόγραμμα Palin Parent-Child Interaction.....	63
Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία	63
Μέθοδος του Gutzmann.....	64
Μέθοδος του Seeman.....	64
Μέθοδος του Liebmman	65
Μέθοδος του Rothe.....	66
Μέθοδος του Froeschekls	66
Μέθοδος του AntonSchilling.....	67
Μέθοδος της Vlassova	67
Η μέθοδος Gervaleva	68
Η μέθοδος της Cevaljeva	68
Αυθυποβολή – Υποβολή μέσω ύπνωσης	69
Νεότερες μέθοδοι θεραπείας.....	69
Χαλάρωση.....	69
Ασκήσεις χαλάρωσης για μιμικούς και αρθρωτικούς μύες	71
Χαλάρωση με Μασάζ	72
Η χρήση του Μασάζ στον Τραυλισμό.....	73
Χαλάρωση των μυών του λαιμού	74
Χαλάρωση των μυών του προσώπου.....	75

Μασάζ για χαλάρωση των σφιγκτήρων μυών των βλεφάρων	75
Χαλαρωτικό μασάζ στους σφιγκτήρες των χειλιών.....	76
Μασάζ στον λάρυγγα.....	76
Μέθοδος των Βιοενεργητικών σημείων (ΒΕΣ)	77
Ασκήσεις Αναπνοής.....	80
Η άσκηση τις χήνας	81
Η άσκηση του τοξότη κενταύρου	82
Η αναπνοή του σκαντζόχοιρου	82
Η αναπνοή του δράκου	82
Κανόνες Σωστής Ομιλίας.....	82
Κανόνες για την Αντιμετώπιση του Τραυλισμού	83
Ασκήσεις Ανάγνωσης.....	84
Μίμηση των Συμπτωμάτων του Τραυλισμού	84
Διαδικασία Τροποποίησης Τραυλισμού	85
Διαδικασία μορφοποίησης τραυλισμού	86
Κριτήρια για την έναρξη ενός προγράμματος του προγράμματος θεραπείας	89
Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος της θεραπείας του τραυλισμού.....	93
Η διατήρηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβασης στο χρόνο	96
Η αντιμετώπιση των πιθανών συνοδών δυσκολιών του παιδιού με τραυλισμό	97
Συμβουλευτική προς γονείς και άλλα άτομα	98
Συμπέρασμα.....	102
4 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	103
Άρθρα	103
Βιβλιογραφία	108

Περίληψη

Είναι γεγονός ότι ο τραυλισμός αποτελεί μια διαταραχή του προφορικού λόγου στον άνθρωπο και πιο συγκεκριμένα στο παιδί. Είναι μια διαταραχή της φωνής και της ομιλίας. Στον τραυλισμό έχουμε ανωμαλία της ροής του λόγου και αυτό οφείλεται στη λειτουργική και κινητική ανωμαλία της ροής του λόγου που συμμετέχουν στην άρθρωση των λέξεων, των αναπνευστικών μυών, και των μυών του προσώπου. Τα συμπτώματα του τραυλισμού γίνονται εύκολα αντιληπτά, αρκεί να γίνει παρατήρηση των συνεχών συσπάσεων των οργάνων άρθρωσης και φώνησης κατά την ομιλία του ατόμου που υποφέρει από την πάθηση αυτή. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα συμπτώματα του τραυλισμού αρχίζουν να είναι εμφανή στο παιδί σε ηλικία 2,5 - 3,5 χρονών. Σε ότι αφορά τα αίτια του τραυλισμού, πρέπει να τονισθεί ότι παρατηρείται διχογνωμία απόψεων μεταξύ των ειδικών. Τα αίτια του τραυλισμού δεν είναι ακόμη γνωστά μέχρι σήμερα, ωστόσο υπάρχουν διάφορες θεωρίες από τις οποίες άλλες είναι μονόπλευρες και άλλες επιδιώκουν να υποτάξουν σε ένα απαράβατο κανόνα όλες τις μορφές τραυλισμού. Ο τραυλισμός πρέπει να εξετάζεται ως διαταραχή του λόγου με διαφορετική αιτιολογία στην κάθε περίπτωση (Στασινός, 2009). Ωστόσο η έγκαιρη αξιολόγηση και διάγνωση, καθώς και οι πληροφορίες που θα δοθούν από τους γονείς ή άλλους ειδικούς, θα βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό στο να ανιχνευθούν σωστά τα συμπτώματα, το είδος και η βαρύτητα της διαταραχής αυτής. Το λογοπαθολογικό ιστορικό θα αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο που θα βοηθήσει αρκετά το λογοθεραπευτή να προσεγγίσει πολύπλευρα το πρόβλημα (Ανδρέου, 2010). Η αντιμετώπιση των παιδιών με τραυλισμό εξαρτάται από τη φύση και το μέγεθος της σοβαρότητας του προβλήματος καθώς και από τα αίτια της διαταραχής τα οποία θεωρούνται υπεύθυνα για την εκδήλωση του τραυλισμού. Η θεραπεία των παιδιών προσχολικής είναι σχεδόν η ίδια με των παιδιών σχολικής ηλικίας, έχει όμως μερικές διαφορές που εξαρτώνται από την ηλικία και την ικανότητα του κάθε παιδιού (Καμπανάρου, 2007).

Abstract

It is a fact that stuttering is a disorder of oral speech in man and more specifically in the child. It is a disorder of voice and speech. In stuttering we have an abnormality in the flow of speech and this is due to the functional and kinetic anomaly of the flow of speech involved in the articulation of words, respiratory muscles, and facial muscles. Symptoms of stuttering become readily perceptible, as long as the continuous contractions of the articulation and vocal organs are observed during the speech of the person suffering from this condition. It should be noted that the symptoms of stuttering begin to be evident in the child aged 2.5 - 3.5 years old. With regard to the causes of stuttering, it should be stressed that there is a disagreement between experts. The causes of stuttering are not yet known, but there are several theories from which others are unilateral and others seek to subjugate to all sorts of stuttering an inviolable rule. Styling should be considered as a speech disorder with different reasons in each case (Stasinou 2009). However, timely evaluation and diagnosis, as well as information provided by parents or other experts, will greatly help to properly trace the symptoms, the type and severity of this disorder. The logopathological history will be a valuable tool that will help the speech therapist to approach the problem on a multifaceted basis (Andrew 2010). The treatment of children with stuttering depends on the nature and magnitude of the severity of the problem as well as on the causes of the disorder considered responsible for the occurrence of stuttering. The treatment of pre-school children is almost the same as school-age children, but has a few differences depending on the age and ability of each child (Cambrian 2007).

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Ιστορική Αναδρομή

Ο Τραυλισμός αποτελεί ένα πρόβλημα που ξεκινά από την αρχαιότητα και παρουσιάζεται σε όλους τους πολιτισμούς. Τον 4^ο αιώνα π.χ. ο ρήτορας Δημοσθένης φαίνεται να αντιμετωπίζει το πρόβλημα του τραυλισμού κάνοντας εξάσκηση στον λόγο του με πετραδάκια κάτω από την γλώσσα του. Επίσης ο τραυλισμός αναφέρεται και σε πολλά σημεία της Βίβλου, με τον Μωσή και τον Ησαΐα να εκδηλώνουν συχνά συμπτώματα τραυλισμού. Επίσης νεότερες προσωπικότητες της ιστορίας με τραυλισμό ήταν ο Βασιλιάς Γεώργιος ΣΤ΄ της Αγγλίας, ο Μέγας Ναπολέων, ο Winston Churchill, ο Lenin, ο Theodore Roosevelt κ.ά. Τα τελευταία χρόνια οι ειδικοί προσπαθούν να κατανοήσουν τη φύση του τραυλισμού ωστόσο παραμένει ακόμη ένα σύνθετο πρόβλημα. Οι περισσότεροι ειδικοί που ασχολούνται με τον τραυλισμό τον θεωρούν ως διαταραχή του λόγου και της ομιλίας και τον εντάσσουν στις διαταραχές της επικοινωνίας. Ο Ιπποκράτης αναφέρει ότι ο τραυλισμός οφείλεται σε δυσλειτουργία των οργάνων της άρθρωσης και της φώνησης, καθώς και της καθυστερημένης ανάπτυξης του εσωτερικού λόγου. Ο Αριστοτέλης θεωρούσε ότι ο τραυλισμός οφείλεται στην κακή κατασκευή των οργάνων της άρθρωσης και ειδικότερα της γλώσσας. Ο Γαληνός πίστευε ότι τα αίτια του τραυλισμού είναι η ανεπαρκής κινητική ικανότητα της γλώσσας, ενώ ο Κικέρων θεωρούσε ότι έπρεπε να λύνεται η γλώσσα των ανθρώπων αυτών με την χρήση αιχμηρού οργάνου. Η ίδια μέθοδος χρησιμοποιήθηκε και στο Ρωμαίο αυτοκράτορα Κλαύδιο που είχε και αυτός τραυλισμό. Από ότι φαίνεται και στις δύο περιπτώσεις τα χαλίκια εμπόδιζαν τις συσπάσεις των αρθρωτικών οργάνων, με αποτέλεσμα να διευκολύνονται κατά κάποιο τρόπο αυτοί οι άνθρωποι. Το μεσαίωνα οι θεραπευτές, πίστευαν ότι μπορούσαν να θεραπεύσουν τον τραυλισμό ή να μειώσουν τα συμπτώματα του με φάρμακα και διάφορα βότανα. Το 16ο αιώνα ο Άγγλος φιλόσοφος F. Bacon υποστήριζε ότι ο τραυλισμός οφείλεται στον αυξημένο μυϊκό τόνο της γλώσσας. Συμβούλευε τα άτομα με τραυλισμό να βάζουν στο στόμα τους ζεστό κρασί για αρκετό χρονικό διάστημα το οποίο θεωρούσε μυοχαλαρωτικό φάρμακο. Το 19ο αιώνα οι ειδικοί ανακάλυψαν νέες μεθόδους αντιμετώπισης του τραυλισμού. Ο ιατρός Dieffenbach αντιμετώπισε τον τραυλισμό για πρώτη φορά χειρουργικά σε κλινική στη Γερμανία, αφού πίστευε ότι ήταν αποτέλεσμα σπασμών

της γλωττίδας. Στη σημερινή εποχή ένας σημαντικός αριθμός των ατόμων που τραυλίζουν μπορούν να απαλλαγούν εντελώς από τα συμπτώματα της πάθησης αυτής ή να τα μειώσουν αισθητά εάν έχουν έγκαιρη και κατάλληλη λογοθεραπευτική αγωγή (Ανδρέου, 2010).

Ορισμοί

Ο τραυλισμός συγκαταλέγεται στις νευρωτικές δυσλειτουργίες-διαταραχές της ομιλίας. Θεωρείται δυσλειτουργία της ροής της ομιλίας και εκδηλώνεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης. Η δυσλειτουργία συμβαίνει στην αρχή ή στο μέσο της ομιλίας, είτε με επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών, λέξεων. Ο τραυλισμός στη διεθνή βιβλιογραφία απαντάται και με τους όρους «δυσφημία», «σπασμοφημία», «λαλονεύρωση» και «Balbutes».

Σύμφωνα με τον DSM –IV «ο τραυλισμός ορίζεται ως διαταραχή της φυσιολογικής 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 μια «διαταραχή στο ρυθμό της ομιλίας, κατά την οποία το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει, αλλά, εκείνη τη στιγμή, δεν είναι σε θέση να το πει, εξαιτίας μίας ακούσιας επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου» (WHO, 1977, σ 15).

Ο Wingate το 1964 δίνει τον εξής ορισμό στον τραυλισμό: «Τραυλισμός είναι μια διαταραχή της ροής της λεκτικής έκφρασης, η οποία χαρακτηρίζεται από ακούσιες επαναλήψεις και παρατάσεις, ηχητικές ή όχι, εφόσον πρόκειται για μερικές λεκτικές μονάδες, δηλαδή συλλαβές ή λέξεις μονοσύλλαβες. Αυτές οι διαταραχές εμφανίζονται με μία συνεχή συχνότητα και είναι πολύ δύσκολο να ελεγχθούν» (Καρπαθίου 1999)

Ένας άλλος ορισμός, ο οποίος δίδεται από τον VanRiper (1973) αναφέρει ότι : «Από την στιγμή που ο τραυλισμός είναι μια δυσχέρεια στην οργάνωση της λέξεως, σίγουρα το ίδιο θα εμφανιστεί και κατά την εκπομπή αυτής της λέξης».

Σύμφωνα με τον Δράκο (1992), «ο τραυλισμός συγκαταλέγεται στις νευρωτικές διαταραχές του λόγου και της ομιλίας. Θεωρείται διαταραχή της ροής του λόγου και εκδηλώνεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης. Η διαταραχή συμβαίνει στην αρχή ή στο μέσο του λόγου είτε με επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγων, 12 συλλαβών, λέξεων π.χ. χα-χα-χα-χαρούμενος είτε με ένα επίμονο κόμπιασμα σε ένα φθόγο π.χ. χχχχ...αρούμενος. Ακόμα υποστηρίζει ότι χαρακτηρίζεται σαν γλωσσική νεύρωση ή ακόμα σαν ψυχοσωματικής αιτιολογίας διαταραχή, αφού σ' αυτήν συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες».(Δράκος,1992).

Ο Ν.Σ. Σιπκοβένσκι δίνει τον εξής ορισμό για τον τραυλισμό: «Ο τραυλισμός είναι λειτουργική διαταραχή του ρυθμού της ομιλίας, της οποίας η ελεύθερη ροή συμβαίνει να αναχαιτιστεί από κομπιασμούς και επαναλήψεις ξεχωριστών ήχων, συλλαβών και λέξεων. Αυτός δεν πρέπει να συγχέεται ούτε με τις διαταραχές του λόγου (κινητικές δυσφασίες), ούτε με οργανικά καθορισμένες δυσαρθρίες».

Ο Κ. Σερδάρης (1998) έδωσε τον εξής ορισμό για τον τραυλισμό: «Τραυλισμός είναι η λειτουργική δυσισορροποποιητική διαταραχή του λόγου, η οποία καταστρέφει την επικοινωνιακή του λειτουργία και αντανάκλαται δυσμενώς σ' ολόκληρη την ψυχική εξέλιξη της προσωπικότητας. Αυτός εμφανίζεται ως επακόλουθο διαταραχής της φυσιολογικής ροής των διαδικασιών αφύπνισης και συγκράτησης του Κ.Ν.Σ. ».

«Ο τραυλισμός είναι κάθε διακοπή στην προώθηση της ροής του λόγου που χαρακτηρίζεται από ακουστικές ή μη ακουστικές επαναλήψεις ή επιμηκύνσεις συλλαβών, λέξεων, φράσεων που περιέχουν περιόδους σιωπής ανάμεσα σε λέξεις ή συλλαβές»(Owens, 2003).

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

Ο Ingram ορίζει τον τραυλισμό ως την έκφραση των ηχητικών παραστάσεων των λέξεων, που επηρεάζεται από την «έλλειψη συντονισμού μεταξύ της αναπνευστικής λειτουργίας και της άρθρωσης».

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

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

Στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής προσέγγισης ο ορισμός που δίνεται για τον τραυλισμό είναι ότι «Ο τραυλισμός περιγράφεται ως νευρωσικό σύμπτωμα το οποίο πηγάζει από απωθημένες ανάγκες του ατόμου» (Brill,1923, Coriat 1931)

Επιδημιολογία

Συχνότητα

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

με επιδημιολογικά στοιχεία που υπάρχουν για το γενικό πληθυσμό. Χαρακτηριστικά αναφέρεται:

- Άτομα με νοητική υστέρηση 3%
- Παιδιά με σύνδρομο Down 21%-48%
- Άτομα με εγκεφαλική παράλυση 3,9%-24%
- Άτομα με προβλήματα ακοής 0,21%
- Δίγλωσσα άτομα 2,1%- 2,8%

Φύλο

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

Ηλικία

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

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

Είδη και κατηγορίες του τραυλισμού

Οι ειδικοί έχουν χωρίσει την διαταραχή του τραυλισμού σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η μία είναι σύμφωνα με την χρονική περίοδο που εμφανίστηκαν τα επιμέρους συμπτώματα και η άλλη είναι σύμφωνα με την κατηγορία των ιδίων των συμπτωμάτων. Έτσι σύμφωνα με τα παραπάνω έχουμε τις εξής κατηγορίες:

1. **Εξελικτικός τραυλισμός**: Ο εξελικτικός τραυλισμός είναι ο πιο συχνός και παρουσιάζεται κατά την προσχολική ηλικία μεταξύ 2 και 5 ετών αλλά μπορεί και να εμφανιστεί από 18 μηνών ως 12 ετών, όταν εμμένει για περισσότερα από τρία χρόνια ονομάζεται επίμονος ή χρόνιος. Η πιθανότητα έναρξης του εξελικτικού τραυλισμού μειώνεται σημαντικά όσο αυξάνεται η ηλικία των παιδιών. Πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση του οφείλει να περιλαμβάνει όλους τους παράγοντες που εμπλέκονται σε αυτό. Τέτοιοι παράγοντες είναι: τα εμφανή χαρακτηριστικά της ομιλίας, οι σωματικές σύννοδες συμπεριφορές, η φυσιολογική/σωματική δραστηριότητα, οι συναισθηματικές αντιδράσεις, και οι γνωστικές διαδικασίες. Ο εξελικτικός τραυλισμός χαρακτηρίζεται από πρωτεύουσες ή βασικές συμπεριφορές, δευτερεύουσες ή σύννοδες συμπεριφορές, συναισθήματα και πεποιθήσεις. Οι πρωτεύουσες ή βασικές συμπεριφορές είναι οι λεκτικές συμπεριφορές ή αλλιώς οι δυσρυθμίες. Χωρίζονται επιμέρους σε τρεις κατηγορίες: επαναλήψεις, επιμηκύνσεις, μπλοκαρίσματα. Οι επαναλήψεις είναι το πιο συχνό είδος των δυσρυθμιών που παρατηρείται και είναι αυτό που συνήθως -αν και όχι πάντα- εμφανίζεται πρώτο. Οι επιμηκύνσεις είναι οι δυσρυθμίες κατά τις οποίες παρατηρείται παράταση ηχηρών και άηχων ήχων και εκπνεόμενου αέρα, ενώ οι αρθρωτές που τους παράγουν παραμένουν στην ίδια θέση. Εξελικτικά οι επιμηκύνσεις εμφανίζονται μετά τις επαναλήψεις, αν και πολλές φορές θα δούμε ένα παιδί να παρουσιάζει επαναλήψεις και επιμηκύνσεις στις πρώτες μέρες ή εβδομάδες του τραυλισμού. Εξελικτικά εμφανίζονται συνήθως τελευταία τα μπλοκαρίσματα. Τα μπλοκαρίσματα αναφέρονται στην παράλληλη ακατάλληλη διακοπή της ροής του εκπνεόμενου αέρα και των αρθρωτικών κινήσεων. Οι δευτερεύουσες ή σύννοδες συμπεριφορές είναι κυρίως σωματικές ενέργειες π.χ. κλείσιμο ματιών, κούνημα κεφαλής και λεκτικές π.χ. παρεμβολές ανάμεσα σε λέξεις ή φράσεις, αντικαταστάσεις λέξεων, εναλλαγές έντασης ή ύψους φωνής. Οι ψυχολογικές εκφάνσεις του τραυλισμού έχουν μελετηθεί περισσότερο και από την ίδια τη βασική συμπτωματολογία της διαταραχής. Αρχικά, πολλά άτομα τείνουν να είναι συνεσταλμένα και να αποφεύγουν κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες αναμένουν ότι ίσως χλευαστούν για τα συμπτώματά τους. Επίσης,

υπάρχουν συναισθήματα ενοχής, αποτυχίας, απογοήτευσης και μελαγχολίας. Άτομα που τραυλίζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι πιθανό να έχουν μετατρέψει αυτά τα συνήθως προσωρινά συναισθήματα σε αρνητικές πεποιθήσεις- αντιλήψεις για τον εαυτό τους.

2. **Ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός:** Στον όρο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός (ΨΕΤ) η λέξη-κλειδί είναι η λέξη ψυχογενής (Μαλανδράκη, 2010). Ο ΨΕΤ μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία ως αποτέλεσμα βίωσης έντονης συναισθηματικής κατάστασης ή γεγονότος, ψυχικού τραύματος ή άγχους. Επιπλέον, σαν ψυχολογική αντίδραση σε κάποια σωματική ασθένεια. Στον ψυχογενή επίκτητο τραυλισμό οι συμπεριφορές που παρουσιάζει το άτομο είναι ακούσιες. Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές (δυσρυθμίες) είναι αρκετά παρόμοιες με αυτές που βλέπουμε στον εξελικτικό τραυλισμό, όπως οι επαναλήψεις ήχων, διστακτικότητα, επαναλήψεις λέξεων, μπλοκαρίσματα, τεταμένες παύσεις, επαναλήψεις φράσεων, παρεμβάσεις και για αυτό το λόγο η διαφοροδιάγνωση είναι πολύ δύσκολη. Για να μπορέσει ο κλινικός να καταλήξει σε σωστή διαφορική διάγνωση όσον αφορά στον ψυχογενή επίκτητο τραυλισμό, οφείλει κατά την αξιολόγηση του, να συμπεριλάβει ερωτήσεις για ύπαρξη στρεσογόνων παραγόντων κατά την περίοδο έναρξης των συμπτωμάτων, για πιθανή ύπαρξη τραυλισμού σε μικρότερη ηλικία, για ενδεχόμενους νευρογενείς παράγοντες, αλλά και να επιχειρήσει προσεχτικά τεχνικές δοκιμαστικής θεραπείας. Κύρια χαρακτηριστικά του ψυχογενούς επίκτητου τραυλισμού είναι: η απότομη εκδήλωση που σχετίζεται με κάποιο σημαντικό γεγονός, οι επαναλήψεις συλλαβών ως το κύριο λεκτικό σύμπτωμα, η έλλειψη συνείδησης ή αδιαφορία από την πλευρά του προσώπου που τραυλίζει για τον τραυλισμό του, η εμφάνιση των ίδιων λεκτικών χαρακτηριστικών στην ανάγνωση και στην αυθόρμητη ομιλία. Η θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική καθώς ο ψυχογενής τραυλισμός σχετίζεται συχνά με έντονη μυοσκελετική ένταση στο λόγο και μερικές φορές στους μη ομιλητικούς μυς. Έτσι, ένας σημαντικός και κάποιες φορές κύριος στόχος της συμπτωματικής θεραπείας είναι η μείωση της μυοσκελετικής έντασης, επειδή τότε η ευχέρεια συχνά ομαλοποιείται. Σε κάποια άτομα η

εστίαση στην ένταση μπορεί επίσης να γίνει στο λάρυγγα, όπου μπορούν να εφαρμοστούν οι ακριβείς τεχνικές. Τέλος, η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των τραυλισμών είναι απαραίτητη, θα πρέπει να είναι άμεση και σε προτεραιότητα ή πιθανώς σε συνδυασμό με τη λογοθεραπεία. Σε κάποια περιστατικά όμως που παρουσιάζουν ψυχογενή τραυλισμό έχει παρατηρηθεί αυθόρμητη αποκατάσταση της ομιλίας.

3. Νευρογενής επίκτητος τραυλισμός: Ο νευρογενής επίκτητος τραυλισμός εμφανίζεται ως απόρροια κάποιας επίκτητης νευρολογικής βλάβης που μπορεί να προέλθει από κρανιοεγκεφαλική κάκωση, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή εκφυλιστική νευρολογική πάθηση ως απόρροια χρήσης ορισμένων φαρμάκων ή σε σπάνιες περιπτώσεις τη γεροντική άνοια. Οι δυσρυθμίες εμφανίζονται συχνά σε λέξεις που ξεκινούν με σύμφωνα και σε αυτές που ξεκινούν με φωνήεντα, επίσης ο νευρογενής τραυλισμός εμφανίζεται εξίσου σε λέξεις περιεχομένου και σε λειτουργικές λέξεις. Σύγχρονες απόψεις υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα στη ροή της ομιλίας ασθενών με νευρογενή τραυλισμό είναι ανάλογα της εγκεφαλικής βλάβης που τα προκάλεσε. Για παράδειγμα ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο τείνουν να παρουσιάζουν συχνότερα επαναλήψεις ήχων, συλλαβών και φράσεων και λιγότερο συχνά επιμηκύνσεις και μπλοκαρίσματα. Ακόμη οι επαναλήψεις φαίνεται να είναι και το κυρίαρχο τραυλικό σύμπτωμα σε άτομα μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση, όμως σε αυτά τα άτομα οι επαναλήψεις τείνουν να είναι απότομες, συνοδευόμενες από ακανόνιστο ρυθμό και ανά στιγμές από ακατάληπτο λόγο. Από την άλλη πλευρά ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη στα βασικά γάγγλια έχουν παρατηρηθεί να εκδηλώνουν μπλοκαρίσματα και συχνότερες δυσρυθμίες σε αρχική θέση λέξεων. Σε σχέση με δευτερεύουσες σύνοδες συμπεριφορές, παλιότερες βιβλιογραφικές αναφορές περιλαμβάνουν την απουσία τέτοιων συμπεριφορών στα κριτήρια ορισμού του νευρογενή επίκτητου τραυλισμού. Σύγχρονα, έχει παρατηρηθεί ότι μπορεί να συνοδεύεται από κάποιες δευτερεύουσες ή σύνοδες συμπεριφορές, οι οποίες όμως είναι γενικώς ήπιες. Επιπλέον, άτομα με νευρογενή επίκτητο τραυλισμό μπορεί να δηλώνουν ενοχλημένα με τα συμπτώματά τους, αλλά συνήθως δεν

παρουσιάζουν έντονο άγχος για αυτά. Αν ο κλινικός υποψιάζεται την ύπαρξη του, θα πρέπει η αξιολόγηση του να περιλαμβάνει, ερωτήσεις εστιασμένες σε ενδεχόμενο νευρολογικό περιστατικό ή οικογενειακό ιστορικό νευρολογικής νόσου, παραπομπή για νευρολογική εξέταση και ίσως αξιολόγηση γνωστική και λόγου. Ο νευρογενής επίκτητος τραυλισμός μπορεί να είναι ήπιος, παροδικός και να υποχωρεί αυτόματα μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο σε πολλούς ασθενείς. Οι στρατηγικές για τη διαχείριση του επικεντρώνονται στην ιατρική παρέμβαση και την συμπεριφορική θεραπεία. Όσον αφορά την ιατρική παρέμβαση έχει διαπιστωθεί ότι η έναρξη του νευρογενή τραυλισμού σχετίζεται με τη χρήση φαρμακολογικών παραγόντων ιδιαιτέρως για τη θεραπεία της κατάθλιψης, το άγχος, τη σχιζοφρένεια, τις κρίσεις επιληψίας, τη νόσο του Πάρκινσον και το άσθμα. Σε κάποιες περιπτώσεις ένα φάρμακο μπορεί να θεραπεύσει αποτελεσματικά τον νευρογενή τραυλισμό ενώ σε άλλες περιπτώσεις οι δυσχέρειες στο λόγο μπορεί να μετριαστούν ή να βελτιωθούν μετά από την αναστολή της χρήσης του φαρμάκου. Φαίνεται λογικό να ενημερώσουν αυτούς που τα λαμβάνουν και μετά αναπτύσσουν νευρογενή τραυλισμό, για τον πιθανό αιτιώδη ρόλο τους και να ενημερώσουν για την πιθανότητα τροποποίησης των συνδυασμών των φαρμάκων για τον έλεγχο ή τη μείωση των δυσχερειών. Στις περισσότερες περιπτώσεις, πριν την εισαγωγή της συμπεριφορικής θεραπείας τέτοια θέματα θα πρέπει να αντιμετωπιστούν καθώς και οποιεσδήποτε αλλαγές σταθεροποίησης των συνδυασμών των φαρμάκων. Η συμπεριφορική θεραπεία περιλαμβάνει στρατηγικές μείωσης του ρυθμού, αυτοπαρακολούθηση και άλλες τεχνικές, πολλές από τις οποίες χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του αναπτυξιακού τραυλισμού. Αναφέρω στις στρατηγικές μείωσης του ρυθμού ένα παράδειγμα που περιελάμβανε ένα πρόγραμμα χρονομέτρησης των συλλαβών της ομιλίας που μείωσε το ρυθμό σε 50 λέξεις ανά λεπτό, μετά από έξι θεραπευτικές συνεδρίες σε ασθενή με νευρογενή τραυλισμό (μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο) και βρήκε βελτίωση ανάλογη με τη θεραπεία. Άλλες τεχνικές μπορεί να είναι η βιοανατροφοδότηση και η χαλαρωτική θεραπεία. Συγκεκριμένα, τοποθετήθηκαν ηλεκτρόδια πάνω στον μασητήρα μυ, με ακόλουθη οπτική και ακουστική ανατροφοδότηση ώστε να μειώσει την ένταση του.

Η λογοθεραπεία και η πρακτική στο σπίτι σύμφωνα με ένα πρόγραμμα βιοανατραφοδότησης τεσσάρων μηνών, δύο φορές την εβδομάδα, μείωσε τις δυσχέρειες σε ασθενείς με μέτριο σοβαρό νευρογενή τραυλισμό που σχετίζεται με πολλαπλά εγκεφαλικά επεισόδια. Άλλες παραδοσιακές προσεγγίσεις που έχουν εφαρμοστεί στο νευρογενή τραυλισμό είναι η μίμηση, η νοηματική και η ανάγνωση.

4. **Τραυματικός τραυλισμός:** Παρουσιάζεται κυρίως σε ενήλικες ύστερα από δυνατούς ψυχικούς και σωματικούς κλονισμούς, μετά από ένα δυνατό ψυχικό σοκ. Τα συμπτώματά του δεν αυξάνονται σταδιακά όπως στην περίπτωση του εξελικτικού αλλά εκδηλώνονται από την αρχή πολύ έντονα και σε σύντομο χρονικό διάστημα με την κατάλληλη θεραπεία εξασθενούν.
5. **Υστερικός τραυλισμός:** Παρουσιάζεται ξαφνικά ύστερα από συχνούς ψυχικούς ερεθισμούς ή ξεκινάει ύστερα από υστερική αφωνία, αλαλία ή κώφωση. Στα άτομα αυτά υπάρχουν καταβολές, νευροπαθικά και ψυχοπαθικά χαρακτηριστικά. Για τον υστερικό τραυλισμό χρειάζεται μια άμεση και ενεργητική παρέμβαση, ψυχιατρικές και ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι, υποβολή, ηλεκτροθεραπεία κ.τ.λ. (Χασάπης, 1976).
6. Η άλλη διάκριση του τραυλισμού είναι σε τονικό, κλονικό και τονικοκλονικό:
 - **Κλονικός τραυλισμός:** Το άτομο που τραυλίζει επαναλαμβάνει συνεχώς την αρχική συλλαβή ή λέξη μέχρι να αρχίσει να μιλάει.
 - **Τονικός τραυλισμός:** Η δυσκολία έγκειται στο ξεκίνημα της ομιλίας παρά της έντονες προσπάθειες που γίνονται από το άτομο που τραυλίζει
 - **Τονικοκλονικός τραυλισμός:** Σε αυτό το είδος συνυπάρχουν και τα δύο προηγούμενα είδη (Καλαντζής, 1957). Τα άτομα που πάσχουν από τραυλισμό δεν χαρακτηρίζονται μόνο από τα κλονικά και τονικά συμπτώματα της ομιλίας αλλά και από συνοδευτικές κινήσεις.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού

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. Υπό ορισμένες συνθήκες, όπως για παράδειγμα στο τραγούδι, ο λόγος των ατόμων που τραυλίζουν μπορεί να εξομαλύνεται εντελώς. 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.

Υπάρχουν έντονες διαπροσωπικές αλλά και ενδοπροσωπικές διαφορές στη συχνότητα εκδήλωσης των στιγμών 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 μια λέξη, η χρήση ηχητικών στοιχείων, όπως «οοοοο...», «ξέρεις», πριν από μια λέξη, η διακοπή της ροής του λόγου προκειμένου ο ομιλητής να διορθώσει μια λέξη που πρόφερε λανθασμένα, αποτελούν ορισμένα από αυτά τα φαινόμενα δισταγμού, τα οποία, στην πλειονότητα τους, εμφανίζονται αρκετές φορές στο λόγο όλων των ανθρώπων σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές και καταστάσεις.

Απαραίτητη προϋπόθεση, προκειμένου να δοθεί η διάγνωση του τραυλισμού σε ένα άτομο, είναι η συστηματική εκδήλωση «φαινομένου 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. Έχει διαπιστωθεί μάλιστα ότι τα ίδια φαινόμενα δισταγμού μπορεί να γίνουν αντιληπτά, είτε ως φυσιολογικά είτε ως ενδείξεις τραυλισμού, από τους ίδιους ακροατές κάτω από διαφορετικές συνθήκες (Williams & Kent 1958). Σε κάθε περίπτωση, η συχνότητα και η ένταση των φαινομένων αυτών, καθώς και η ενδεχόμενη ύπαρξη δευτερογενών συμπτωμάτων, αποτελούν διαφοροποιές ενδείξεις ανάμεσα στα φυσιολογικά «κομπιάσματα» της ροής του λόγου και τον τραυλισμό.

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:

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 (Johnson 1961). Αυτή η μορφή εκδήλωσης τραυλισμού ονομάζεται κλονική. Παραδείγματα τέτοιων επαναλήψεων είναι οι εξής: α) Το μωρό ήπια το γ-γάλα, β) Η γ-γιαγιά πλένει τα πιάτα, γ) Ο μπαμπάς ε-έπλενε το αυτοκίνητο,

Οι περισσότερες επαναλήψεις στις πρώτες συλλαβές των λέξεων και σχεδόν ποτέ στις τελευταίες (Lebrun & VanBorsel 1990, Stansfield 1995). Ο αριθμός των επαναλήψεων ποικίλλει συνήθως από δυο έως πέντε φορές (VanRiper 1982). Εάν κατά τη διάρκεια των επαναλήψεων το άτομο βιώνει μεγάλη ένταση, τότε οι ήχοι μπορεί να επιμηκύνονται ή να προφέρονται δυσρυθμικά (VanRiper 1982).

Δυσρυθμίες

Πρόκειται για διαταραχές στο ρυθμό εκφοράς του λόγου. Τα δυο συνηθέστερα είδη δυσρυθμιών είναι οι επιμηκύνσεις στην παραγωγή σύντομων λεκτικών στοιχείων και οι «σπαστικές λέξεις». Αυτή η μορφή τραυλισμού

ονομάζεται τονική. Οι επιμηκύνσεις φθόγγων, όπως και οι επαναλήψεις, εμφανίζονται συνήθως στους αρχικούς φθόγγους των λέξεων και σχεδόν ποτέ στους τελικούς (Bloodstein 1987). Εκδηλώνονται ως «κόμπιασμα» σε μια αρθρωτική θέση ή ως παρατεταμένος ήχος και η διάρκεια τους φθάνει 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 και του λαιμού. Για παράδειγμα, καθώς το άτομο προσπαθεί να αρθρώσει τη λέξη «θθθθθθθθθέλω», μπορεί να κλείσει τα μάτια ή να τεντώσει τις φλέβες του λαιμού του. Ως «σπασμένες λέξεις» αναφέρονται αυτές κατά τις οποίες το άτομο κάνει μια αφύσικη παύση ανάμεσα στις συλλαβές μια 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 σχετίζονται ή και να μη σχετίζονται με τον πρώτο ήχο της επόμενης συλλαβής.

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 φθόγγο για παράδειγμα «Το μωρό πίνει το [...] γάλα του», «Το κοριτσάκι [...] κάνει ποδήλατο». 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 λόγο φθόγγο.

Αναθεωρήσεις

Τα άτομα που τραυλίζουν έχουν ορισμένες φορές την τάση να μην ολοκληρώνουν την λέξη την οποία ξεκίνησαν να εκφέρουν τραυλίζοντας, αλλά να την αντικαθιστούν με κάποιο συνώνυμο προκειμένου να αποφύγουν περαιτέρω τραυλισμού για παράδειγμα «το μμμ(ωρό), το παιδί πίνει το γάλα του»(VanRiper 1982).

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 να υιοθετείται σκόπιμα καθώς το άτομο που τραυλίζει ενδέχεται να πιστεύει ότι αν κάνει παύσεις στο λόγο του είναι πιθανό να τραυλίσει. (VanRiper 1982).

Μπλοκαρίσματα / κωλύματα

Τα μπλοκαρίσματα / κωλύματα είναι η παράλληλη ακατάλληλη διακοπή της ροής του εκπνεόμενου αέρα και των αρθρωτικών κινήσεων (Guitar, 2006). Το παιδί παρουσιάζει σπάσιμο της λέξης ή παύση πριν την λέξη, που συνοδεύεται από ένταση στην περιοχή του λαιμού ή του προσώπου για παράδειγμα « φ...αγητό», το μωρό (π)ίνει το (.....) γάλα του». Η αναπνοή κόβεται και οι αρθρωτές μένουν ακίνητοι (σιωπηρό αναπνευστικό μπλοκάρισμα). Τα μπλοκαρίσματα στα πιο πολλά παιδιά εξελικτικά εμφανίζονται συνήθως τελευταία. Όμως στον εξελικτικό επίμονο τραυλισμό ή σε περιπτώσεις που αυξάνεται το άγχος, τα μπλοκαρίσματα μπορεί να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια, επιπλέον μπορεί να συνοδεύονται και από τρόπο των αρθρωτών.

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 (VanRiper 1982). Με τον τρόπο αυτόν, το άτομο που τραυλίζει μπορεί πραγματικά να αποφύγει την εκδήλωση συμπτώματος τραυλισμού, δυσχεραίνει ωστόσο την επικοινωνία με το συνομιλητή του ίσως περισσότερο απ' ότι αν τελικά ολοκλήρωσε τη φράση τραυλίζοντας.

Εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων ή φράσεων

Στην ομιλία όλων των ανθρώπων παρεμβάλλονται ορισμένες φορές φθόγγοι ή φράσεις όπως «εεεεε...», «ννννν...», «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» (VanRiper 1982). Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας αυτές οι εμβολές μπορεί να παίρνουν τέτοια μορφή, που να δυσχεραίνουν την επικοινωνία. Για παράδειγμα, ένα τετράχρονο αγόρι τοποθετούσε το «και» σχεδόν πριν από κάθε λέξη, με αποτέλεσμα να παράγονται φράσεις όπως: «Θέλω και να πω στη μαμά μου και να μου αγοράσει και ένα παγωτό».

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 (VanRiper, 1982).

Δευτερεύουσες συμπεριφορές

Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές θεωρούνται κάποιες «μαθημένες» συμπεριφορές ως αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα (Bloodstein 1995). Ως ένα βαθμό, οι συμπεριφορές αυτές δείχνουν κατά πόσο το πρόσωπο που τραυλίζει έχει συνειδητοποιήσει ότι κάνει κάτι διαφορετικό όταν μιλάει από τα άλλα άτομα στο περιβάλλον του (Zebrowski, 2000). Η ύπαρξη αυτών των χαρακτηριστικών τοποθετεί ένα πρόσωπο που τραυλίζει σε μεγαλύτερη κλίμακα σοβαρότητας τραυλισμού. Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη ότι το παιδί αρχίζει να συνειδητοποιεί τη διαφορετικότητα που έχει στην επικοινωνία από τα άλλα παιδιά. Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές ταξινομούνται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- **Συμπεριφορές διαφυγής:** Αυτές οι συμπεριφορές έχουν σαν στόχο να βοηθήσουν το πρόσωπο που τραυλίζει να διαφύγει από μια στιγμή τραυλισμού ή από ένα βασικό λεκτικό σύμπτωμα και να τερματίσει το επεισόδιο τραυλισμού και να ολοκληρώσει τη φράση ή τη λέξη του.
- **Συμπεριφορές αποφυγής:** Αυτές οι συμπεριφορές έχουν στόχο να βοηθήσουν το πρόσωπο που τραυλίζει να αποφύγει ένα επεισόδιο τραυλισμού βιώνοντας μία αρνητική εμπειρία. Οι παραπάνω συμπεριφορά παρατηρείται συνήθως πριν την έναρξη μια δυσρροής , όταν το πρόσωπο που τραυλίζει νιώθει ότι θα τραυλίσει στην επόμενη λέξη ή στον επόμενο φθόγγο.

Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές είναι:

- 1) Αποφυγή βλεμματικής επαφής
- 2) Συχνό άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων
- 3) Γύρισμα κεφαλής προς άλλη κατεύθυνση
- 4) Εμβολοφρασίες, αντικαταστάσεις λέξεων, αναθεωρήσεις
- 5) Ρυτίδωση του μετώπου
- 6) Πίεση των χειλιών μεταξύ τους
- 7) Διάφορες συσπάσεις μυών του προσώπου και των χεριών
- 8) Νευροφυτικά συμπτώματα όπως κοκκίνισμα, εφίδρωση, δυσκολίες στην αναπνοή με σμίκρυνση του χρόνου εκπνοής και αύξηση του χρόνου εισπνοής (Silverman, 2004).

Συναισθήματα και Πεποιθήσεις

Τα άτομα που τραυλίζουν δεν διαφέρουν και πάρα πολύ από εκείνα που δεν τραυλίζουν όσον αφορά την νοημοσύνη και τη συναισθηματική ικανότητα προσαρμογής. Ωστόσο, η ύπαρξη του τραυλισμού δημιουργεί στα άτομα αυτά συναισθήματα αποτυχίας, απογοήτευσης, ενοχής, χαμηλής αυτοεκτίμησης και μελαγχολίας. Επίσης, παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους ειδικά σε καταστάσεις και συνθήκες που απαιτούν λεκτική απόδοση. Παραδείγματα τέτοιων συμπεριφορών άγχους είναι οι φοβίες, οι διαταραχές ύπνου, η ενούρηση, η αντιδραστική συμπεριφορά, η ονυχοφαγία, οι εμμονές, οι ψυχαναγκασμοί και οι

δύσκολες διαπροσωπικές σχέσεις. Αν και τα συναισθήματα που προαναφέρθηκαν είναι αποτέλεσμα των βασικών συμπεριφορών του τραυλισμού, είναι λογικό να λειτουργούν και ως παράγοντες επιβάρυνσης δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο. Είναι ακόμα πιθανό, σε άτομα με σοβαρό χρόνιο ή επίμονο εξελικτικό τραυλισμό να παρατηρηθεί μια σύνθετη ψυχοσυναισθηματική κατάσταση και αρνητική αυτοαντίληψη που συνήθως οδηγεί ακόμη και ψυχοσυναισθηματική αναπηρία.

Στάδια Εξελικτικού Τραυλισμού

Οριακός Εξελικτικός Τραυλισμός

Αυτό το στάδιο είναι εξαιρετικά ευαίσθητο αφού θα δείξει, μέσα από την συμπτωματολογία του παιδιού, την μελλοντική πορεία του τραυλισμού του. Είναι επίσης σημαντικό διότι πρόκειται για ένα επίπεδο στο οποίο το άτομο θα χρειαστεί κάποιου είδους έστω και έμμεση θεραπευτική προσέγγιση από τον λογοθεραπευτή. Τα παιδιά που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν επίμονο τραυλισμό. Συνεπώς η σωστή κατάταξη ενός παιδιού σε αυτή την κατηγορία έχει ιδιαίτερη σημασία, γι' αυτό και γίνεται με πλήρη και συνεχή αξιολόγηση. Οι δυσκολίες που υπάρχουν για την ένταξη των παιδιών σε αυτό το στάδιο πηγάζουν από την ομοιότητά των δυσρυθμιών τους με τις φυσιολογικές δυσρυθμίες και από το γεγονός ότι σε παιδιά μικρής ηλικίας παρατηρείται αμφιταλάντευση μεταξύ των δύο αυτών επιπέδων. Για να διαφοροδιαγνώσουμε τον οριακό εξελικτικό τραυλισμό από τις φυσιολογικές δυσρυθμίες χρήσιμα είναι τα στοιχεία του ιστορικού με κύριο εκείνο της γενετικής προδιάθεσης και της κληρονομικότητας αλλά και οι παράγοντες προσωπικότητας του παιδιού και τυχόν περιβαλλοντικές πιέσεις στο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον του. Το στάδιο αυτό εμφανίζεται στην ηλικία των 1.5 με 6 ετών στην ίδια δηλαδή ηλικία με την φυσιολογική δυσρυθμία.

Αρχικός/Ήπιος Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός

Κάποια από τα παιδιά που παρουσίασαν οριακό τραυλισμό αρχικά θα περάσουν με την πάροδο του χρόνου στον αρχικό/ήπιο εξελικτικό ή επίμονο τραυλισμό. Η εξέλιξη αυτή για κάποια παιδιά θα είναι αργή και διαδοχική ενώ για κάποια άλλα ξαφνική, χωρίς να αποκλείονται και οι περιπτώσεις όπου αποτελεί την πρώτη εικόνα των συμπτωμάτων. Ο αρχικός ή ήπιος τραυλισμός είναι ουσιαστικά σε πολλές περιπτώσεις παιδιών το πρώτο στάδιο το επίμονου τραυλισμού. Η ηλικία των παιδιών αυτού του σταδίου κυμαίνεται μεταξύ 2 και 8 ετών. Εκτός της γενετικής προδιάθεσης και της περιβαλλοντικής πίεσης είναι και η συνειδητοποίηση της δυσκολίας και της διαφορετικότητας από το ίδιο το παιδί που αποτελεί παράγοντα συμβολής στην έναρξη του ήπιου τραυλισμού. Αυτή μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων και δευτερευουσών συμπεριφορών δηλαδή τα παιδιά μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να εμφανίζουν αύξηση του ύψους της φωνής κατά την διάρκεια των επιμηκύνσεων, και μικρή δυσφορία και αγανάκτηση για συγκεκριμένα επεισόδια με χαρακτηριστική ένταση. Η συχνότητα του ήπιου τραυλισμού κυμαίνεται σε ανάλογα επίπεδα με τον οριακό τραυλισμό και σε μεγαλύτερα ποσοστά επί του συνολικού αριθμού συλλαβών του δείγματος. Τα παιδιά που παρουσιάζουν ήπιο τραυλισμό έχουν περισσότερες, απότομες και πιο γρήγορες επαναλήψεις συλλαβών και αρχικών ήχων των λέξεων, πιο έντονες και μεγαλύτερης διάρκειας επιμηκύνσεις που μπορεί να συνοδεύονται από δευτερεύουσες συμπεριφορές, ήπια μπλοκαρίσματα, και μικρή μυϊκή ένταση. Οι δυσρροές των παιδιών αυτών μπορεί να ξεπερνούν τις 5-6/100 συλλαβές και να αποτελούν την πλειοψηφία των συμπτωμάτων τραυλισμού.

Μέτριος Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός

Εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά που έχουν πλέον περάσει στο στάδιο του επίμονου ή χρόνιου τραυλισμού, που παρουσιάζουν δηλαδή τα συμπτώματα του τραυλισμού πάνω από 3 έτη. Σε αυτή την κατηγορία συναντάμε συνήθως παιδιά ηλικίας 6 με 13 ετών δηλαδή σχολικής και πρώτης εφηβικής ηλικίας. Ο διαχωρισμός του μέτριου από τον αρχικό εξελικτικό τραυλισμό είναι οι δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα. Στους παράγοντες εμπλοκής αυτού του σταδίου συμπεριλαμβάνονται η γενετική προδιάθεση και οι περιβαλλοντικές πιέσεις από την

οικογένεια οι οποίες λόγω της ευαίσθητης ηλικίας των παιδιών αποκτούν μεγαλύτερη βαρύτητα. Τα παιδιά παρουσιάζουν απότομες και γρήγορες επαναλήψεις τμημάτων λέξεων, έντονες και μεγάλης διάρκειας επιμηκύνσεις, έντονα μπλοκαρίσματα τα οποία συνοδεύονται από μυϊκή ένταση. Αυτές οι περιβαλλοντικές επιρροές σε συνδυασμό με την διαχρονικότητα των συμπτωμάτων και την ενισχυμένη συμπεριφορική μάθηση των δευτερευουσών συμπεριφορών καθιστούν την διαταραχή σε αυτό το επίπεδο αρκετά περίπλοκη.

Προχωρημένος/ Σοβαρός Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός

Σε αυτό το στάδιο συναντάμε άτομα που τραυλίζουν για αρκετά χρόνια, έχουν συνήθως επίγνωση της κατάστασής τους και ως επί το πλείστον είναι έφηβοι και ενήλικες. Εδώ εμφανίζονται όλα τα προαναφερόμενα συμπτώματα οξυμένα, σε μεγαλύτερο βαθμό αλλά και σημαντικά εδραιωμένα. Παρ' ότι η κληρονομικότητα αποτελεί και πάλι παράγοντα εμφάνισης του σταδίου αυτού, οι περιβαλλοντικές επιρροές και η μάθηση δευτερευουσών συμπεριφορών είναι ακόμα πιο καθοριστικοί παράγοντες για την εξέλιξη και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν όλες της πρωτεύουσες συμπεριφορές με εκδήλωση μπλοκαρισμάτων καθώς και αναπνευστικών μπλοκαρισμάτων, εξαιρετική μυϊκή ένταση που φτάνει και τα επίπεδα μυϊκού τρόμου αλλά και συμπλέγματα δυσρροών (Μαλανδράκη, 2012).

Η Αναπτυξιακή Πορεία του Τραυλισμού

Ο τραυλισμός εκδηλώνεται στις περισσότερες περιπτώσεις στην ηλικία 2 και 5 ετών (Johnson&Associates 1959) με μέση ηλικία έναρξης το διάστημα μεταξύ 32 και 46 μηνών (Yairi & Ambrose 1992, Darley 1955). Επισημαίνεται, ότι ως ηλικία έναρξης θεωρείται η ηλικία κατά την οποία οι γονείς του παιδιού αντιλήφθηκαν πως οι επαναλήψεις και άλλα φαινόμενα δισταγμού διαφέρουν από το φυσιολογικό. Επιπλέον, τα συμπτώματα μπορεί να διαφοροποιούνται με το πέρασμα του χρόνου,

και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η εικόνα ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας που τραυλίζει να διαφέρει από ένα παιδί σχολικής ηλικίας. Οι πρώτες ενδείξεις του τραυλισμού είναι οι επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων, ή των πρώτων συλλαβών πολυσύλλαβων λέξεων χωρίς ιδιαίτερη ένταση κατά την εκφορά. Ωστόσο, μπορεί να εκδηλώνονται από την αρχή τα πιο σοβαρά συμπτώματα του τραυλισμού, όπως οι επιμηκύνσεις ήχων και οι απότομες παύσεις, τα οποία μπορεί να συνοδεύονται από ένταση κάποιες φορές. Κατά την μελέτη της αναπτυξιακής πορείας του τραυλισμού, υπάρχουν δύο παραδοσιακές θεωρίες οι οποίες διατυπώθηκαν από τον Bloodstein (1960) και τον VanRiper (1982). Στην θεωρία του Bloodstein περιγράφονται τέσσερις αναπτυξιακές φάσεις οι οποίες περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά του τραυλισμού από την προσχολική ηλικία ως την ενηλικίωση. Παρ' όλα αυτά τονίζεται τόσο η ύπαρξη διαφορών σχετικά με την ηλικία εκδήλωσης των συμπτωμάτων σε κάθε φάση όσο και το γεγονός ότι δεν φτάνουν όλα τα άτομα στην τέταρτη φάση.

Οι τέσσερις φάσεις που προτείνονται από τον Bloodstein είναι οι ακόλουθες:

1^η Φάση (Προσχολική ηλικία)

Σε αυτή την φάση ο τραυλισμός εκδηλώνεται για ορισμένες εβδομάδες ή ακόμη και μήνες, ανάμεσα στους οποίους υπάρχουν και διαστήματα κατά τα οποία η ροή του λόγου είναι φυσιολογική. Κατά την πρώτης φάσης εντοπίζονται πολλές περιπτώσεις αυτόματης υποχώρησης των συμπτωμάτων. Επίσης το παιδί τραυλίζει περισσότερο όταν είναι ενθουσιασμένο και όταν θέλει να πει πολλά πράγματα ταυτόχρονα. Όσο αφορά τα συμπτώματα εμφανίζουν επαναλήψεις, οι οποίες εκδηλώνονται κυρίως στην αρχή της φράσης, φαινόμενα δισταγμού που παρουσιάζονται στις λειτουργικές λέξεις και στις λέξεις του περιεχομένου. Πολλοί γονείς αναφέρουν ότι το παιδί δυσκολεύεται να ξεκινήσει, αλλά στην συνέχεια μιλάει με μεγάλη ευχέρεια. Τέλος τα πιο πολλά παιδιά συνήθως δεν φαίνεται να αντιλαμβάνονται ότι έχουν δυσκολίες στη ροή του λόγου και δεν δείχνουν να ανησυχούν.

2^η Φάση (Σχολική ηλικίας)

Σε αυτή την φάση ο τραυλισμός εκδηλώνεται με σταθερότητα δηλαδή υπάρχουν περίοδοι όπου η ροή του λόγου είναι φυσιολογική καθώς υπάρχουν σύντομες και περιορισμένες περίοδοι στο λόγο. Εμφανίζονται φαινόμενα δισταγμού κυρίως στις λέξεις του περιεχομένου και σε οποιαδήποτε σημείο της φράσης ενώ οι

επαναλήψεις των λέξεων δεν είναι συχνές. Σε αυτή την δεύτερη φάση η σοβαρότητα του τραυλισμού αυξάνεται σε καταστάσεις ενθουσιασμού, καθώς και όταν το παιδί μιλάει πολύ γρήγορα. Τα παιδιά γνωρίζουν ότι τραυλίζουν, χωρίς όμως να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην καθημερινή τους λειτουργικότητα με αποτέλεσμα να μην προσπαθούν να αναπτύξουν τεχνικές για να αποφύγουν την εκδήλωση του τραυλισμού.

3^η Φάση (Προεφηβική και εφηβική ηλικία)

Στην τρίτη φάση η σοβαρότητα του τραυλισμού αυξάνεται μόνο σε συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως κατά την εξέταση του παιδιού μέσα στην τάξη, κατά τι συνομιλία στο τηλέφωνο ή κατά την συνομιλία με άτομα που δεν γνωρίζει. Τα παιδιά σε αυτό το στάδιο της ηλικίας τους κατασκευάζουν δικούς τους κανόνες σύμφωνα με τους οποίους ορισμένοι φθόγγοι και ορισμένες λέξεις εκφέρονται πιο δύσκολα και έτσι αποφεύγουν να της χρησιμοποιήσουν και έτσι της αντικαθιστούν με άλλες πιο εύκολες. Η τεχνική αυτή εμφανίζεται κυρίως σε περιπτώσεις πολύ έντονου άγχους και πίεσης. Τέλος σε αυτή την φάση τα άτομα δεν αποφεύγουν τις καταστάσεις στις οποίες είναι υποχρεωμένη να μιλήσουν και έτσι δεν υπάρχουν τα συναισθήματα του φόβου και της ντροπής.

4^η Φάση (Ενηλικίωση)

Στην τέταρτη και τελευταία φάση το άτομο γνωρίζει τις στιγμές της οποίες θα τραυλίσει και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αποφεύγει συστηματικά ήχους και λέξεις που ξέρει ότι θα το δυσκολέψουν. Καθώς, επίσης αποφεύγει και να εμπλακεί σε καταστάσεις στις οποίες είναι υποχρεωτικό να μιλήσει και έτσι να βιώσει σε μεγάλο βαθμό το αίσθημα του φόβου και της ντροπής από τους άλλους για τις δυσκολίες που παρουσιάζει στην ροή της ομιλίας.

Η δεύτερη θεωρία σχετικά με τις αναπτυξιακές φάσεις του τραυλισμού είναι αυτή του VanRiper (1982), σύμφωνα με την οποία υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές διαδρομές που μπορεί να ακολουθήσει ένα άτομο που τραυλίζει. Τα στοιχεία που διαφοροποιούν της κατηγορίες του VanRiper είναι η ηλικία έναρξης (νωρίς/ αργά), ο τρόπος έναρξης (ξαφνικός / σταδιακός), και ο βαθμός σοβαρότητας. Οι κατηγορίες είναι οι εξής:

Πρώτη φάση

Στα άτομα που ακολουθούν αυτή την διαδρομή ο τραυλισμός εκδηλώνετε στην ηλικία 2 και 4 ετών, ενώ για μεγάλα διαστήματα η ροή της ομιλίας είναι φυσιολογική. Η έναρξη του τραυλισμού είναι σταδιακή και χαρακτηρίζεται από επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων. Στη συνέχεια εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα τραυλισμού.

Δεύτερη φάση

Σε αυτή την φάση ο τραυλισμός παρουσιάζεται αργότερα, με την εμφάνιση των προτάσεων στο λόγο του παιδιού. Η έναρξη του τραυλισμού σε αυτή την φάση είναι σταδιακή και δεν υπάρχουν καθόλου περίοδοι κατά της οποίες η ροή της ομιλίας να είναι φυσιολογική. Ο τραυλισμός αρχικά εμφανίζεται με επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων, συχνές παύσεις, παρεμβολές στο λόγο και αναθεωρήσεις των προτάσεων. Η ομιλία του παιδιού δίνει την εντύπωση ότι το παιδί είναι αποδιοργανωμένο. Ο φόβος ότι θα τραυλίσει σε κάποιες συγκεκριμένες λέξεις είναι ήπιος και εμφανίζεται σε πιο μεγάλη ηλικία.

Τρίτη φάση

Ο τραυλισμός σε αυτή την φάση μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία, σε άτομα τα οποία έχουν ήδη αναπτύξει λόγο, ως ξαφνική και πλήρης δυσκολία εκφοράς του λόγου. Την κατάσταση αυτή υπάρχουν έντονες προσπάθειες του ατόμου να μιλήσει, επίσης παρουσιάζει αναπνευστικές ανωμαλίες και σημάδια έντασης. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων του τραυλισμού υποχωρεί και στην συνέχεια εκδηλώνονται τα πρώτα συμπτώματα όπως επιμηκύνσεις ήχων και μετά επαναλήψεις συλλαβών.

Τέταρτη φάση

Σε αυτή την φάση ο τραυλισμός ξεκινάει απότομα μετά την ηλικία των 4 ετών. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι επαναλήψεις αρχικών προτάσεων, λέξεων και στο τέλος των συλλαβών. Ο τραυλισμός αυτού του είδους δεν συνοδεύεται καθόλου με προσπάθειες αποφυγής και τα συμπτώματα παραμένουν σταθερά στο χρόνο.

Καταστάσεις που Μειώνουν την Εκδήλωση του Τραυλισμού

Κάποιες καταστάσεις οι οποίες μπορούν να μειώσουν εντελώς τη πιθανότητα εκδήλωσης του τραυλισμού είναι:

- Η απουσία βιώματος επικοινωνιακής πίεσης και η μειωμένη επικέντρωση της προσοχής του ατόμου που τραυλίζει στην ομιλία του.
- Όταν το άτομο διαβάζει δυνατά ταυτόχρονα με κάποιον άλλον, τότε μειώνεται η πιθανότητα να τραυλίσει (Barber, 1939). Ο τραυλισμός όμως μπορεί να εκδηλωθεί ξανά όταν το δεύτερο άτομο σταματήσει να διαβάζει. Κάτι αντίστοιχο όμως συμβαίνει και στον προφορικό λόγο, καθώς το άτομο που τραυλίζει λέει τα ίδια λόγια ταυτόχρονα με κάποιο άλλον (Andrewset al., 1983). Σύμφωνα με τους Eisenson και Wells (1942), η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας τραυλισμού σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί οφείλεται στο γεγονός ότι το άτομο που τραυλίζει μπορεί να αισθάνεται ένα μειωμένο αίσθημα ευθύνης για το αποτέλεσμα της ενέργειας του εφόσον την πραγματοποιεί από κοινού με άλλο άτομο, το οποίο μοιράζεται την ευθύνη. Μια εναλλακτική εξήγηση είναι αυτή των Pattie και Knight (1944), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το δεύτερο άτομο λειτουργεί ενδεχομένως ως «μετρονόμος» ο οποίος δίνει στο άτομο σωστό ρυθμό στην ομιλία του.
- Εκδηλώνεται σπάνια όταν το άτομο τραγουδάει, και μιλάει με συγκεκριμένο ρυθμό.
- Όταν το άτομο, αυτό που θέλει να πει είναι ήδη γνωστό στον ακροατή. Παράδειγμα ένα άτομο που θέλει να αγοράσει κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο από ένα κατάστημα, μπορεί να το ζητήσει λεκτικά χωρίς να τραυλίσει εάν το έχει δείξει πρώτα στον πωλητή (Bloodstein, 1987).
- Όταν το άτομο μιλά χωρίς την παρουσία ακροατών (Porter, 1939) ή όταν απευθύνεται σε ζώα ή πολύ μικρά παιδιά (Andrewset al., 1983).

- Σε περιπτώσεις όπου το άτομο διαφοροποιεί το ρυθμό ομιλίας του, π.χ. Την ταχύτητα ομιλίας, την ένταση ή τη μελωδικότητα του λόγου, τότε μειώνεται η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού.
- Όταν το άτομο υποδύεται κάποιο ρόλο, μειώνεται το άγχος του για την απόδοση του στην ομιλία, καθώς νιώθει πως ο ακροατής έχει μπροστά του να αξιολογήσει κάποιον άλλον και όχι τον ίδιο.
- Επίσης ο τραυλισμός μπορεί να μειωθεί και μετά από κάποιες επανειλημμένες διαδοχικές αναγνώσεις του ίδιου υλικού. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι μετά από πέντε περίπου αναγνώσεις του ίδιου αποσπάσματος, μειώνεται κατά 50% ο τραυλισμός σε σύγκριση με την πρώτη 33 ανάγνωση. Οι περεταίρω αναγνώσεις επιφέρουν ελάχιστη ή και καθόλου μείωση του τραυλισμού (Johnson & Inness, 1939). Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε «επίδραση της προσαρμογής».
- Όταν το άτομο μιλά σε περιβάλλον όπου υπάρχει δυνατός θόρυβος (π.χ. σε ένα εργοστάσιο). Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται «επίδραση του λευκού θορύβου». Μια πιθανή ερμηνεία του φαινομένου αυτού ήταν ότι ο τραυλισμός μειώνεται επειδή το άτομο αδυνατεί να ακούσει την ίδια του τη φωνή και επομένως δεν προσπαθεί συνειδητά να ελέγξει τη ροή του λόγου του (Maraist & Hutton, 1957). Ωστόσο, η θεωρία αυτή δεν επιβεβαιώθηκε ερευνητικά καθώς διαπιστώθηκε ότι ο τραυλισμός μειώνεται με την παρουσία δυνατού θορύβου ακόμη και όταν το άτομο είναι σε θέση να ακούσει τη φωνή του (Sutton & Chase, 1961).

Καταστάσεις που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού

Η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε συγκεκριμένες καταστάσεις ενδέχεται να επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων. Παρόλο που οι παράγοντες αυτοί διαφέρουν από άτομο σε άτομο, υπάρχουν ορισμένες καταστάσεις οι οποίες αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού. Ένας βασικός παράγοντας ο

οποίος αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού είναι το βίωμα της επικοινωνιακής πίεσης, το οποίο μπορεί να πάρει πολλές μορφές. Με άλλα λόγια, στην περίπτωση που το άτομο αντιλαμβάνεται την επικοινωνία ως μια πιεστική κατάσταση, είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί ο τραυλισμός. Έχει διαπιστωθεί ότι ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα όταν το άτομο μιλάει στο τηλέφωνο, συστήνεται για πρώτη φορά, λέει ανέκδοτα ή μιλάει σε κάποιο άτομο υψηλού κύρους (Bloodstein 1987 VanRiper 1982). Το κοινό στοιχείο σε όλες αυτές τις καταστάσεις είναι ότι το άτομο που τραυλίζει καταβάλλει μεγαλύτερες προσπάθειες να αποφύγει την εκδήλωση τραυλισμού. Όπως έχουμε ήδη επισημάνει, όμως όσο μεγαλύτερη είναι η προσπάθεια που καταβάλλει το άτομο να αποφύγει τον τραυλισμό, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να τραυλίσει.

Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια μιας τηλεφωνικής συζήτησης, η διαμόρφωση εντυπώσεων για το συνομιλητή μας βασίζεται αποκλειστικά σε ακουστικά δεδομένα καθώς λείπουν οι οπτικές πληροφορίες. Επομένως, ο φόβος του ατόμου που τραυλίζει για ενδεχόμενη αρνητική εντύπωση αυξάνεται, καθώς η επικοινωνία βασίζεται σε λεκτικές ικανότητες τις οποίες το άτομο αντιλαμβάνεται ως μειωμένες για τον εαυτό του. Επιπλέον, σε μια τηλεφωνική συνομιλία ενδέχεται ο καλών να κλείσει το τηλέφωνο εάν δεν λάβει σύντομα απάντηση μόλις ο συνομιλητής του σηκώσει το ακουστικό. Ο φόβος αυτός ισχυροποιεί την επιθυμία του ατόμου να αποφύγει τον τραυλισμό, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο η έναρξη της τηλεφωνικής συνομιλίας.

Κατ'έκταση, όταν το άτομο που τραυλίζει συστήνεται σε κάποιον για πρώτη φορά έχει αυξημένη επιθυμία να αποφύγει τον τραυλισμό προκειμένου να αποτρέψει την ενδεχόμενη διαμόρφωση αρνητικής εντύπωσης. Το γεγονός ότι μπορεί να δυσκολευτεί να εκφέρει το όνομα του, αυξάνει το άγχος που προκαλείται στη δεδομένη περίπτωση.

Μια άλλη κατάσταση η οποία αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού, είναι όταν ζητηθεί από το άτομο που τραυλίζει να επαναλάβει κάτι που είπε επειδή δεν έγινε κατανοητό την πρώτη φορά (Bloodstein, 1987). Είναι προφανές

ότι η επιθυμία του ατόμου που τραυλίζει να γίνει τελικά κατανοητό αυξάνει τόσο το άγχος όσο και την επιθυμία του να μην τραυλίσει, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται το παράδοξο χαρακτηριστικό του τραυλισμού, δηλαδή η αύξηση της σοβαρότητας του στις περιπτώσεις όπου υπάρχει έντονη επιθυμία αποφυγής του . Για το λόγο αυτόν, η πιο συχνή τακτική των ενηλίκων είναι να ζητούν από τα παιδιά που τραυλίζουν να επαναλάβουν τη λέξη ή την πρόταση στην οποία τραύλισαν «αργά και καθαρά», όχι μόνο δεν βοηθά τα παιδιά αλλά συνήθως επιδεινώνει την κατάσταση. Αν υπολογίσουμε τη διαπίστωση ότι τα άτομα που τραυλίζουν τείνουν να τραυλίσουν σε λέξεις κατά την εκφορά των οποίων είχαν τραυλίσει στο παρελθόν, γίνεται κατανοητό ότι η τακτική αυτή οδηγεί σε σταδιακή αύξηση του βαθμού σοβαρότητας του τραυλισμού. Τέλος, η παρουσία μπροστά σε μεγάλο ακροατήριο συχνά επιδεινώνει το βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού (Young 1985).

Ένας δεύτερος βασικός παράγοντας, ο οποίος μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού, είναι ο βαθμός της προσοχής που δίνει το άτομο που τραυλίζει στην ομιλία του, καθώς επίσης και της προσπάθειας του να οργανώσει το λόγο του πριν μιλήσει. Για ορισμένα άτομα, όσο περισσότερο χρειάζεται να περιμένουν μέχρι να μιλήσουν τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να τραυλίσουν. Για παράδειγμα, όταν περιμένουν σε σειρά για να μιλήσουν, είναι πιθανότερο να τραυλίσουν. Ο μεγάλος χρόνος αναμονής δίνει την ευκαιρία στο άτομο που τραυλίζει να προσπαθεί για περισσότερη ώρα να οργανώσει το λόγο του προκειμένου να μην τραυλίσει, με αποτέλεσμα να πετυχαίνει ακριβώς το αντίθετο.

2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Αίτια του τραυλισμού

Κληρονομικά αίτια

Ένα σημαντικό ερώτημα, που έχει απασχολήσει και εξακολουθεί να απασχολεί τους ερευνητές που ασχολούνται με τον τραυλισμό, είναι η ενδεχόμενη επίδραση κληρονομικών παραγόντων στην εκδήλωση του. Ο προβληματισμός αυτός ενισχύθηκε από ερευνητικά ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που τραυλίζουν είναι τριπλάσια σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Andrewsetal. 1983). Στο 68% των περιπτώσεων ατόμων με τραυλισμό υπάρχει κάποιος συγγενής με τραυλισμό στην ευρύτερη οικογένεια, στο 39% υπάρχει συγγενής πρώτου βαθμού με τραυλισμό ενώ στο 27% υπάρχει γονιός με τραυλισμό (Yairi&Ambrose, 1992).

Παρόλο που τα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν την άποψη ότι η προδιάθεση για εκδήλωση τραυλισμού ενδέχεται να είναι κληρονομική, έχει ωστόσο διαπιστωθεί ότι ο βαθμός σοβαρότητας του τραυλισμού δεν σχετίζεται με κληρονομικούς παράγοντες. (Kiddetal. 1980). Με άλλα λόγια, στην περίπτωση δυο συγγενών πρώτου βαθμού που παρουσιάζουν και οι δύο τραυλισμό, δεν είναι απαραίτητο ο τραυλισμός να εκδηλώνεται με τον ίδιο βαθμό σοβαρότητας. Επίσης, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η πιθανότητα αυτόματης υποχώρησης ή εδραίωσης του τραυλισμού σχετίζεται, επίσης, με την ύπαρξη θετικού ή αρνητικού οικογενειακού ιστορικού ως προς την εκδήλωση τραυλισμού (Ambroseetal. 1970).

Ένα άλλο σημαντικό ερευνητικό εύρημα είναι ότι η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού μεταξύ συγγενών φαίνεται να σχετίζεται τόσο με το φύλο του ατόμου όσο και με το φύλο του ατόμου που φέρει την προδιάθεση. Σύμφωνα με μελέτες που υλοποιήθηκαν σε ενήλικες, οι άνδρες συγγενείς πρώτου βαθμού γυναικών που τραυλίζουν έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν τραυλισμό, σε σύγκριση με της γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού ανδρών που τραυλίζουν (Andrewsetal. 1983). Για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι υπάρχει πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού στο 9% των κοριτσιών και στο 22% των αγοριών των οποίων ο πατέρας τραυλίζει και το 17% των κοριτσιών και στο 36% των αγοριών των οποίων η μητέρα τραυλίζει. Επίσης σε έρευνα που έχει γίνει σε πληθυσμό διδύμων, έχει διαπιστωθεί ότι οι πιθανότητες να παρουσιάσουν τραυλισμό και τα δύο μονοζυγωτικά δίδυμα αδέρφια είναι 63% και τα διζυγωτικά δίδυμα αδέρφια είναι 19% (Howie, 1981).

Νευρογενή αίτια

Από διάφορες νευροαπεικονιστικές μεθόδους έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με τραυλισμό κυρίως ενήλικες αλλά και παιδιά, έχουν ορισμένες ήπιες, αλλά παρατηρήσιμες εγκεφαλικές διαφορές από άτομα με φυσιολογική ροή. Παράλληλα με της εγκεφαλικές διαφορές τα άτομα αυτά παρουσιάζουν και ανατομικές διαφορές η οποίες έχουν βρεθεί σε περιοχές γύρω από την πλάγια σχισμή/αύλακα, δηλαδή πολύ κοντά σε κέντρα λόγου (έκφρασης και κατανόησης), αλλά και στο μέγεθος ινών λευκής ουσίας, με κύριο το μεσολόβιο (Changetal., 2008). Η χρήση των νευροαπεικονιστικών μεθόδων οι οποίες που μας πληροφορούν για την εγκεφαλική δραστηριότητα του εγκεφάλου έχει αρχίσει να εξαπλώνεται σε πολλά πεδία της λογοπαθολογίας και δεν θα μπορούσε να λείπει από τον τομέα του τραυλισμού που αφορά την τόσο λεπτεπίλεπτη νευροφυσιολογική δραστηριότητα της ροής της ομιλίας (Kemenyetal., 2005, Malandrakietal., 2009, Malandraki,Perlmanet al.,2010, Zarate,Wood, Zatorre,2010)

Περιβαλλοντικά Αίτια

Κάποια παιδιά που έχουν προδιάθεση για τραυλισμό μπορεί να εμφανίσουν αρχικά σημάδια τραυλισμού ως αντίδραση σε αναπτυξιακές απαιτήσεις, , αλλά τα περισσότερα παιδιά που καταλήγουν να τραυλίζουν επηρεάζονται πιθανόν και από περιβαλλοντικές πιέσεις. Τέτοιες πιέσεις προκύπτουν κατά κύριο λόγο από συμπεριφορικές στάσεις ή γεγονότα που παρατηρούνται στις οικογένειες τους. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η αγωνία που βιώνει η οικογένεια για την ομιλία του παιδιού, η οποία είναι άμεσα φανερά στις εκφράσεις του προσώπου των γονέων και των αδερφών, όταν το παιδί μιλά με δυσρυθμία. Επίσης μια άλλη περίπτωση πίεσης μπορεί να είναι το επικοινωνιακό ύφος που μπορεί να επικρατεί στην οικογένεια του παιδιού, το οποίο μπορεί να διακρίνεται από πολλές διακοπές στη συζήτηση, από γρήγορη και πολύπλοκη ομιλία που είναι πολύ πιο προχωρημένη από το επίπεδο του παιδιού. Υπάρχουν πολλά στοιχεία στο περιβάλλον ενός παιδιού άλλα πιο ήπια και άλλα όχι που μπορούν να προσθέσουν αρκετό άγχος σε ένα παιδί με προδιάθεση για τραυλισμό, ώστε να προκαλέσουν την έναρξη και την ενίσχυση του.

Συναισθηματικά αίτια

Η σχέση ανάμεσα στα συναισθήματα και στον τραυλισμό διαφέρει για κάθε άτομο, και αυτό γιατί τα άτομα που τραυλίζουν αποτελούν μια ετερογενή ομάδα. Για κάποια παιδιά τα συναισθήματα είναι ένας σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας που προκαλεί την εμφάνιση του τραυλισμού. Ενώ για κάποια άλλα παιδιά τα συναισθήματα δεν είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας, παρόλο που όταν είναι έντονα μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές στον τραυλισμό κάποιες φορές προς το χειρότερο και κάποιες προς φορές προς το καλύτερο. Ο τραυλισμός δημιουργεί διάφορα συναισθήματα όπως απογοήτευση, φόβο και θυμό.

Ασθένειες

Έχουν αναφερθεί πολλές περιπτώσεις παιδιών, στις οποίες ο τραυλισμός εμφανίστηκε μετά από κάποια ασθένεια που είχε προσβάλει το παιδί. Ο Gutzmann (1939) αναφέρει πως, σχεδόν στο 10% των περιπτώσεων τραυλισμού που ο ίδιος είχε διερευνήσει, διαπιστώθηκε ότι η διαταραχή εμφανίστηκε μετά από την προσβολή του ατόμου από κάποια σοβαρή μορφή ίωσης ή άλλης ασθένειας. Σύμφωνα με μια ερμηνεία, το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται απλά σε σύμπτωση, αφού στις περιπτώσεις των μικρών παιδιών στα οποία πρωτοεμφανίζεται συνήθως ο τραυλισμός οι ασθένειες δεν είναι καθόλου σπάνιες (Silverman, 2004). Σύμφωνα με μια άλλη ερμηνεία, το αυξημένο άγχος και η γενικότερη πτώση της άμυνας του οργανισμού που απορρέουν συνήθως από κάποια σοβαρή ασθένεια, ενδέχεται να αυξάνουν τις πιθανότητες για την εμφάνιση δυσκολιών στη ροή του λόγου (Luchinger&Arnold, 1965). Το γεγονός αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να αρχίσει το παιδί να αμφιβάλλει ως προς την ικανότητα του να μιλά με καλή ροή. Αυτή η αντίληψη ενδέχεται να οδηγήσει στη συνέχεια το παιδί να εκδηλώσει διστακτικής συμπεριφοράς σε ορισμένες καταστάσεις, όπου το ίδιο αξιολογεί ως ιδιαίτερα σημαντικό να εκφράσει λεκτικά με καλή ροή.

Μίμηση

Κάποιες περιπτώσεις των παιδιών , έχουν θεωρήσει ότι η εμφάνιση του τραυλισμού είναι αποτέλεσμα μίμησης της ομιλίας κάποιου άλλου ατόμου που τραυλίζει. Ο Mygind (1898) αναφέρει ότι το 13% των ατόμων με τραυλισμό που έχει παρακολουθήσει, ο τραυλισμός αυτόν τον ατόμων είναι αποτέλεσμα μίμησης κάποιου άλλου ατόμου που τραύλιζε στην οικογένεια τους. Ο Otsuki (1958), σε έρευνα που έκανε κατέληξε στο ότι το 70% των ατόμων με τραυλισμό που μελέτησε, η μίμηση αποτέλεσε τη βασική αιτία για την εμφάνιση του προβλήματος.

Πέρα από τους παραπάνω παράγοντες που σχετίζονται και προσπαθούν να εξηγήσουν την αιτιολογία του τραυλισμού υπάρχουν και εκατέρωθεν θεωρίες για την αιτιολογία του τραυλισμού:

Η υπόθεση της κατάρρευσης

Σύμφωνα με την θεωρία οι οποίες στηρίζεται στην υπόθεση της κατάρρευσης, ο τραυλισμός αποδίδεται ως μια στιγμιαία αποτυχία της προσπάθειας συντονισμού των πολύπλοκων διαδικασιών που απαιτούνται για την ομιλία. Στο πλαίσιο αυτών των θεωριών, προκειμένου να περιγραφεί αυτό που εκτιμάται ότι συμβαίνει στο άτομο που τραυλίζει, χρησιμοποιούνται συχνά λέξεις όπως κατάρρευση, αποσύνθεση, αποδιοργάνωση και παρεμβολή. Σίγουρα, ανεξάρτητα από τα αίτια τα οποία οδηγούν στον τραυλισμό, το φαινόμενο αυτό εμπεριέχει στοιχεία κατάρρευσης της λειτουργίας της ομιλίας.

Οι θεωρίες οι οποίες υιοθετούν της λειτουργίες της κατάρρευσης μπορούν να ταξινομηθούν σε δυο 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. 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. Η οργανική δυσλειτουργία επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να μιλά με φυσιολογική ροή.

Στη 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, η οποία υιοθετείται στις μέρες μας, θεωρείται ότι η οργανική δυσλειτουργία αποτελεί απλώς τον παράγοντα προδιάθεσης για τον τραυλισμό και πως αυτό που πυροδοτεί την εκδήλωση του είναι το άγχος το οποίο μπορεί να βιώσει το άτομο .

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-needhypothesis), 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 « σ κ ό π ι μ η » συμπεριφορά

Η υπόθεση της «αναμονής - αντιμετώπισης»

Η υπόθεση της «αναμονής- αντιμετώπισης» (anticipatorystrugglereaction) είναι μια καθαρά γνωσιακή συμπεριφορική θεωρία για τον τραυλισμό. Στο πλαίσιο της υπόθεσης αυτής υποστηρίζεται ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα μάθησης. Η ενεργοποίησή του είναι βασικά αποτέλεσμα πρώιμων εμπειριών, οι οποίες σχετίζονται με την 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 τραυλίζει και προσπαθεί να το αποφύγει. Επομένως, είναι η αναμονή του τραυλισμού που οδηγεί στον τραυλισμό.

Η υπόθεση της « συγκαλυμμένης διόρθωσης»

Μια νεότερη θεωρία για την αιτιολογία του τραυλισμού, η οποία όμως δεν έχει 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 προτρέπει την εκδήλωση φωνολογικών λαθών στο πλάνο ροής του λόγου. Επομένως, ο τραυλισμός γίνεται αντιληπτός ως μια αντίδραση προσαρμογής σε μια λανθασμένη λεκτική εκφορά. Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση, λοιπόν το πρόβλημα του ατόμου δεν είναι τραυλισμός αλλά οι δυσκολίες του στο φωνολογικό επίπεδο (Kolk, 1991). Εκτός από τις θεωρίες οι οποίες έχουν περιγράψει μέχρι τώρα έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς πολλές άλλες απόψεις μέσα από τις οποίες επιχειρείται η προσέγγιση της αιτιολογίας του τραυλισμού. Ορισμένα άτομα ανατρέχοντας στις συνθήκες κάτω από τις οποίες ξεκίνησαν να τραυλίζουν συχνά αναφέρονται σε συγκεκριμένα γεγονότα τα οποία θεωρούν υπεύθυνα για την έναρξη του προβλήματος τους.

Διάγνωση του τραυλισμού

Διαγνωστικά κριτήρια του τραυλισμού

Τα διαγνωστικά κριτήρια του τραυλισμού σύμφωνα με το DSM –IV είναι τα εξής:

1. Διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας το οποίο είναι δυσανάλογο με την κάθε ηλικία του ατόμου. Η ομιλία του κάθε ατόμου που τραυλίζει χαρακτηρίζεται από τη συχνή παρουσία ενός ή περισσότερων από της πρωτεύουσες συμπεριφορές.
2. Η διαταραχή της ροής παρεμποδίζει τη σχολική ή επαγγελματική απόδοση καθώς και την κοινωνική επικοινωνία.
3. Εάν υπάρχει κινητικό ελάττωμα του λόγου ή κάποιο αισθητηριακό ελάττωμα, οι δυσκολίες της ομιλίας είναι μεγαλύτερες σε σχέση με αυτές που συνήθως συνοδεύουν αυτά τα προβλήματα. (Κάκουρος – Μανιαδάκη)

Ορισμένα ανεπίσημα κριτήρια που υπάρχουν για την διάκριση του φυσιολογικού από των παθολογικό τραυλισμό είναι τα ακόλουθα:

1. Τη χρονολογική ηλικία του ατόμου: Το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται πιο συχνά στα παιδιά προσχολικής ηλικίας και λιγότερο σε παιδιά σχολικής, εφηβικής ηλικίας και σε ενήλικες. Επομένως όσο μικρότερο ηλικιακά είναι το παιδί τόσο μεγαλύτερη προσοχή χρειάζεται από τον ειδικό, προκειμένου να μη διαγνώσει τραυλισμό σε περίπτωση που η ομιλία του παιδιού χαρακτηρίζεται από μορφές συμπεριφοράς συμβατές με το αναπτυξιακό του επίπεδο.
2. Το νοητικό επίπεδο του ατόμου: Τα φαινόμενα δισταγμού θεωρούνται φυσιολογικά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, συνήθως όμως εκδηλώνονται αργότερα σε άτομα με νοητική υστέρηση. Επίσης η γλωσσική ανάπτυξη σχετίζεται στενά με τη νοητική ανάπτυξη του ατόμου.
3. Η ύπαρξη τραυλισμού σε άλλο μέλος της οικογένειας: Όταν υπάρχει ιστορικό τραυλισμού στην οικογένεια είναι πιθανό τα φαινόμενα δισταγμού στην ομιλία ενός παιδιού να αποτελούν ένδειξη ότι μπορεί να τραυλίζει και να μην αποτελεί ένδειξη φυσιολογικής δυσκολίας στην ροή της ομιλίας.
4. Η συχνότητα και η διάρκεια εκδήλωσης των «φαινομένων δισταγμού»: Όσο πιο συχνά εκδηλώνονται τα φαινόμενα δισταγμού καθώς και όσο περισσότερο διαρκούν αυτά τα φαινόμενα, τόσο πιο πολλές πιθανότητες υπάρχουν να αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού.
5. Η ύπαρξη έντασης κατά τη διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού»: Η ύπαρξη έντασης κατά την διάρκεια των φαινομένων δισταγμού μπορεί να εκδηλωθεί με πάρα πολλούς τρόπους όπως με παύσεις, ακανόνιστη αναπνοή, με αύξηση της έντασης της φωνής, με αύξηση του τόνου της φωνής, με συσπάσεις των μυών του προσώπου και άλλων μερών του σώματος. Αυτές οι εκδηλώσεις της έντασης, δείχνουν ότι το άτομο καταβάλλει πολύ μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να καταφέρει να αρθρώσει σωστά αυτό που θέλει να πει. Αυτή η προσπάθεια αποτελεί την πιο σαφή διαφορά ανάμεσα στα φυσιολογικά φαινόμενα δισταγμού κατά τα οποία το άτομο δεν δυσκολεύεται να μιλήσει.
6. Η εκδήλωση δευτερογενών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού»: Κινήσεις οι οποίες δεν είναι απαραίτητες για την παραγωγή του λεκτικού μηνύματος, συνοδεύουν κυρίως τα

φαινόμενα δισταγμού τα οποία αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού. Σύμφωνα με τον Schwartz 1990 η υπερβολική πίεση των χειλιών μεταξύ τους, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, η διόγκωση των φλεβών του λαιμού, οι μη λειτουργικές κινήσεις της κεφαλής, των χεριών ή των ποδιών σχεδόν ποτέ δεν συνοδεύουν τα φαινόμενα δισταγμού τα οποία εκδηλώνονται στην ομιλία των ατόμων που δεν τραυλίζουν.

Επίσημα διαγνωστικά εργαλεία

- ❖ Stuttering Severity Instrument for Children and Adults -4thed (SS-4)(Riley,2009)

Σε αυτό το τεστ γίνεται εκτίμηση της σοβαρότητας τραυλισμού για παιδιά και ενήλικες σε τομείς. (συχνότητα, διάρκεια, σωματικά ακόλουθα, φυσιολογικότητα της ατομικής ομιλίας)

- ❖ Stuttering Prediction Instrument for Young Children (Riley, 1981)

Είναι σχεδιασμένο για παιδιά 3-8 ετών και αξιολογεί το ιστορικό του παιδιού, τις αντιδράσεις, τις επαναλήψεις συλλαβών, της επιμηκύνσεις και τη συχνότητα του τραυλισμού, βοηθώντας στον περιορισμό της διαταραχής και την πρόληψη της εδραίωσής της.

- ❖ Stocker Probe for Fluency and Language -3ded (Stocker&Goldfarb, 1995)

Απευθύνεται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, εξετάζει μέσω ερωτήσεων τη ροή της ομιλίας, διαφοροποιώντας τον παθολογικό από το φυσιολογικό τραυλισμό.

- ❖ Assessment of Fluency in School- Age Children (AFSC) (Thompson, 1983)

Προορίζεται για παιδιά 5-18 ετών και περιλαμβάνει έντυπα συνέντευξης για τους γονείς, τους δασκάλους και το ίδιο το παιδί καθώς επίσης και διαδοχικές ασκήσεις για να προσδιοριστούν οι λειτουργίες του λόγου, της γλώσσας και της φυσιολογίας.

- ❖ Cooper Assessment for Stuttering Syndromes- Children (CASS-C) (Cooper&Cooper , 1996)

Είναι σχεδιασμένο για παιδιά 3-13 ετών, αναγνωρίζει τα συναισθήματα, τα γνωστικά και συμπεριφορικά στοιχεία του τραυλισμού.

❖ Children's Attitudes About Talking- Resived (CATDeNil&Brutten, 1991)

Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 32 προτάσεις σχετικά με την ομιλία. Τις προτάσεις αυτές τα παιδιά καλούνται να χαρακτηρίσουν αληθείς ή ψευδείς, ανάλογα με το πόσο αντιπροσωπευτικές της αξιολογούν σε σχέση με τον εαυτό τους.

❖ A – 19 Scale (Guitar&Grims, 1977)

Είναι μια κλίμακα σχεδιασμένη για παιδιά. Δίνονται 19 ερωτήσεις στις οποίες το παιδί πρέπει να απαντήσει με ένα ναι ή όχι. Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχεί ένας βαθμός.

Άτυπα διαγνωστικά εργαλεία

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

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

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

Αξιολόγηση του τραυλισμού

Οι στόχοι της λογοθεραπευτικής αξιολόγησης ποικίλουν από άτομο σε άτομο, επίσης εξαρτώνται και διάφορους παράγοντες όπως η ηλικία. Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι της αξιολόγησης που πραγματοποιούνται σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας των οποίων η ομιλία χαρακτηρίζεται από δυσρυθμίες είναι οι ακόλουθοι:

- ❖ Η διαφοροδιάγνωση παιδιών που εμφανίζουν φυσιολογικές δυσρυθμίες και αυτών που τραυλίζουν.
- ❖ Η αξιολόγηση της σοβαρότητας του τραυλισμού.
- ❖ Η εκτίμηση της πρόγνωσης, δηλαδή το πόσο πιθανό είναι το παιδί να σταματήσει να τραυλίζει χωρίς θεραπευτική παρέμβαση.

- ❖ Η συλλογή δεδομένων για το σχεδιασμό κατάλληλων θεραπευτικών στόχων.
- ❖ Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας
- ❖ Αξιολόγηση σχετικών κινητικών συμπεριφορών
- ❖ Η αξιολόγηση της ποικιλίας του τραυλισμού σε διάφορες καταστάσεις
- ❖ Αξιολόγηση της αποφυγής και των αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων (Καμπανάρου, 2007).

Αρχές της αξιολόγησης

Η αξιολόγηση των ατόμων που τραυλίζουν είναι πολύπλοκη και αφορά γενικά στο άτομο συνολικά και όχι μόνο στα λεκτικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού. Όπως σε όλες της περιπτώσεις λογοθεραπευτικής αξιολόγησης έτσι και στην περίπτωση του τραυλισμού, η αξιολόγηση πρέπει να ξεκινά πρώτα με συγκεκριμένα ερωτήματα τα οποία μπορεί να αλλάζουν ανάλογα με την ηλικία του εκάστοτε ατόμου. Μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση, τόσο στην περίπτωση παιδιών όσο και ενηλίκων, δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στην καταμέτρηση και την ανάλυση των δυσρυθμιών. Αντίθετα λόγω της πολυπαραγοντικής φύσης του τραυλισμού, ο κλινικός οφείλει να συγκεντρώσει δεδομένα που έχουν να κάνουν με τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα του ατόμου που τραυλίζει απέναντι στο πρόβλημα ομιλίας του, αλλά και πληροφορίες σχετικά με το επικοινωνιακό του περιβάλλον.

Λογοπαθολογικό Ιστορικό

Η αξιολόγηση ξεκινάει με την συμπλήρωση του ιστορικού του παιδιού το οποίο, αναφέρεται σε διάφορους τομείς όπως είναι ιστορικό κύησης και τοκετού, το οικογενειακό ιστορικό, το αναπτυξιακό ιστορικό, το κοινωνικό /συναισθηματικό ιστορικό, και το εκπαιδευτικό/σχολικό ιστορικό. Ένα πάρα πολύ σημαντικό κομμάτι

του ιστορικού και της συνέντευξης με τους γονείς είναι οι πληροφορίες που αφορούν στην ομιλία και το λόγο του παιδιού. Τα οποία έχουν ως εξής

- Συγκέντρωση πληροφοριών: καταγράφετε το όνομα του ασθενούς, η ημερομηνία γέννησης, τη διεύθυνση, το τηλέφωνο, τα ονόματα, τις ηλικίες, τα επαγγέλματα και την εκπαίδευση των γονέων.
- Περιγραφή του ασθενούς και των γονιών για τη διαταραχή
- Προηγούμενη αξιολόγηση και θεραπεία της διαταραχής
- Ποιον ειδικό επισκέφθηκε, τι πρότεινε, και αν ακολούθησε κάποια σύσταση του; Ποια ήταν τα αποτελέσματα, και αν βελτιώθηκε ή όχι, αιτιολογία του προβλήματος από τους γονείς ή τον ίδιο.
- Πεποιθήσεις και επικοινωνία της οικογένειας: Πως επικοινωνεί το παιδί με άλλα μέλη της οικογένειας (λέξεις, φράσεις, προτάσεις και χειρονομίες)
- Πως επικοινωνεί το παιδί με συνομήλικους (παίζει με άλλους, διαβάζει, μιλάει, γράφει)
- Προγεννητικό και γεννητικό ιστορικό: Περιλαμβάνει πληροφορίες για τις συνθήκες γέννας, την κατάσταση του νεογνού, λεπτομερή ψυχοκινητική εξέλιξη του παιδιού κυρίως στην εξέλιξη του λόγου, νευρολογικές λοιμώξεις, κατάγματα στο κεφάλι, απώλεια συνείδησης ειδικά στα πρώτα 3 χρόνια της ζωής του.
- Οικογενειακό ιστορικό: Περιλαμβάνει στοιχεία για τους γονείς και το συγγενικό περιβάλλον του παιδιού (κατάσταση υγείας, κληρονομικές καταβολές κλπ.). Επίσης ελέγχεται η επιρροή της διαταραχής του λόγου στη σχέση του ζευγαριού, τον τρόπο της επικοινωνίας των γονέων με το παιδί τους. Ακόμη το πως νιώθουν και συμπεριφέρονται τη συγκεκριμένη στιγμή που το παιδί δεν μπορεί να μιλήσει σωστά. Πως η διαταραχή στο λόγο γεννά αισθήματα ενοχής στους γονείς, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν στην απόρριψη του παιδιού τους. Σε ποιο βαθμό η δυσκολία του παιδιού διαταράσσει την οικογενειακή ισορροπία.
- Αναπτυξιακό ιστορικό: Πότε μπουσούλησε; πότε κάθισε; πότε περπάτησε; πότε βάβισε; Υπήρχε ανησυχία ή όχι για την ανάπτυξη του λόγου ή της ομιλίας του παιδιού; Παρήγαγε φράσεις και προτάσεις;

- Εκπαιδευτικό ιστορικό: Περιλαμβάνει το βαθμό προσαρμογής του παιδιού στο εκπαιδευτικό περιβάλλον, της δυνατότητες μάθησης, τον τρόπο και την ποιότητα επικοινωνίας του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον, και το βαθμό και τον τρόπο προσαρμογής του παιδιού σε ομάδες συνομήλικων.

Η συνέντευξη με τους γονείς του παιδιού

Το πρώτο στάδιο, κατά την αξιολόγηση του τραυλισμού στα παιδιά, είναι 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 που παρουσιάζει το παιδί στην ροή του λόγου, όσο και για τη διερεύνηση των βασικών προβλημάτων των γονέων καθώς και για της αντιλήψεις των γονέων σχετικά με τις δυσκολίες που παρουσιάζει το παιδί τους. Κατά την αρχική φάση της αξιολόγησης, συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με το αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού και, ειδικότερα σχετικά με το ιστορικό ανάπτυξης του λόγου του παιδιού και των δυσχερειών του. Οι πιο συνηθισμένες ερωτήσεις προς τους γονείς σχετίζονται με την ηλικία πρώτης εκδήλωσης των δυσχερειών στην ροή του λόγου του παιδιού, στην εξέλιξη των δυσχερειών αυτών στο διάστημα που μεσολάβησε μέχρι το παιδί να επισκεφθεί τον ειδικό, στην συχνότητα εκδήλωσης αυτών των δυσχερειών αλλά και στη βαρύτητα τους, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των γονέων. Στην συνέχεια, ο ειδικός ζητάει από τους γονείς να περιγράψουν το πόσο η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού αλλάζει ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται το παιδί (π.χ. σχολείο), στα άτομα τα οποία απευθύνεται το παιδί (π.χ. γονείς ή δασκάλους), το είδος της λεκτικής δραστηριότητας που εκτελεί (π.χ. ανάγνωση), καθώς και τη συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το παιδί (π.χ. θυμός, λύπη, χαρά). Σημαντική πληροφορία αποτελεί, η ενδεχόμενη ύπαρξη και άλλων ατόμων με τραυλισμό στο συγγενικό περιβάλλον αλλά και η εξέλιξη του τραυλισμού στα άτομα αυτά. Ο ειδικός σε αυτήν την φάση ρωτάει τους γονείς κατά πόσο συνδέουν τον τραυλισμό με κάποιο συγκεκριμένο γεγονός. Στις πιο πολλές περιπτώσεις οι γονείς εντοπίζουν ένα τέτοιο γεγονός π.χ. τη γέννηση ενός μικρότερου αδερφού. Άλλες φορές, όμως, οι γονείς αναφέρουν σταδιακή έναρξη του τραυλισμού χωρίς να μπορούν να το συνδέσουν με κάποιο συγκεκριμένο γεγονός.

Στην δεύτερη φάση ο ειδικός ερευνά τα συναισθήματα, και το βαθμό ανησυχίας που έχουν οι γονείς σχετικά με τις δυσκολίες του παιδιού τους. Οι γονείς των παιδιών με ανερχόμενο τραυλισμό υιοθετούν, συνήθως, διάφορες αντιδράσεις. Στην περίπτωση όμως που υπάρχει ιστορικό τραυλισμού στην οικογένεια, οι γονείς ενδέχεται να ανησυχούν περισσότερο σε σχέση με άλλους γονείς. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις, οι γονείς μπορεί να αγνοούν τα φαινόμενα δισταγμού και να θεωρούν φυσιολογικά τα χαρακτηριστικά της ομιλίας ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας. Άλλοι γονείς, όμως ενδέχεται να διορθώνουν το παιδί και να του κάνουν υποδείξεις ως προς το πώς πρέπει να μιλάει με μεγαλύτερη ευχέρεια, μπορεί να το μαλώνουν, θεωρώντας ότι δεν προσπαθεί αρκετά για να μιλήσει σωστά και μπορεί να αποφεύγουν αν το κοιτάζουν όταν τραυλίζει. Ακόμη ο ειδικός ρωτάει τους γονείς αν το παιδί έχει αντιληφθεί τις δυσκολίες του, το κατά πόσο ανησυχεί για αυτές και αν προσπαθεί να τις αντιμετωπίσει με κάποιους συγκεκριμένους τρόπους. Επιπλέον ο ειδικός προσπαθεί να σχηματίσει μια εικόνα σχετικά με το πόσο έχει επηρεάσει ο τραυλισμός την επικοινωνία του παιδιού και άλλους τομείς της ζωής του. Όμως σε περίπτωση που το παιδί έχει ανησυχία για τις δυσκολίες που παρουσιάζει στην ροή του λόγου του, η συμμετοχή σε πρόγραμμα θεραπευτικής αγωγής είναι απαραίτητη. Σε αυτή την φάση, ο ειδικός ερευνά τις ερμηνείες που δίνουν οι ίδιοι οι γονείς στην εκδήλωση του τραυλισμού, καθώς ακόμη και τις πιθανές γνώσεις που έχουν αποκομίσει για το θέμα μέσα από την μελέτη. Συνήθως αναφέρονται 3 κατηγορίες που ερμηνεύουν τον τραυλισμό ως απόρροια:

- ❖ Κάποιου απροσδιόριστου οργανικού προβλήματος
- ❖ Κάποιου ψυχολογικού προβλήματος
- ❖ Κάποιον λανθασμένων χειρισμών και αντιδράσεων των γονέων, (Zebrowski&Schum 1993)

Ορισμένοι γονείς πιστεύουν ότι το παιδί μπορεί να μιμείται αυτόν τον τρόπο ομιλίας, επειδή μπορεί να το άκουσε από κάποιο άλλο άτομο ή να αποτελεί σκόπιμη συμπεριφορά εκ μέρους του παιδιού. Στην τρίτη φάση, ο ειδικός ερευνά τις ενδοοικογενειακές σχέσεις που έχει το παιδί, και τις συνθήκες που μεγαλώνει, προκειμένου να εντοπίσει κάποιους παράγοντες οι οποίοι μπορεί να δημιουργούν άγχος, είτε μόνο στο παιδί είτε σε όλοι την οικογένεια. Στην συνέχεια, ο ειδικός προσπαθεί να σχηματίσει μια γενική εικόνα, για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γονέων του παιδιού, τα οποία μπορεί να αποτρέψουν την

εκδήλωση του τραυλισμού. Κάποια τέτοια χαρακτηριστικά μπορεί να είναι, το αυξημένο άγχος, η τελειομανία, η υπερβολική ανάγκη τάξης, και η αποδιοργάνωση ακόμη και με ασήμαντες αφορμές. Είναι, επίσης, πολύ σημαντικό να διερευνηθεί κατά πόσο οι προσδοκίες των γονέων από το παιδί είναι ανάλογες με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του. Επίσης, είναι αυτονόητο πως, στην περίπτωση που οι προσδοκίες των γονέων ξεπερνούν τα όρια των δυνατοτήτων του παιδιού, τότε το παιδί μπορεί να οδηγηθεί σε πιεστικές καταστάσεις οι οποίες μπορεί να του προκαλούν μεγάλο άγχος. Τέλος, ο ειδικός σε κάθε περίπτωση πρέπει να αξιολογεί την αξιοπιστία των απαντήσεων των γονέων καθώς, στις πιο πολλές περιπτώσεις, είναι πιθανό οι απαντήσεις τους να είναι ανακριβείς και παραπλανητικές.

Λήψη Δείγματος Ομιλίας

Η πιο σημαντική διαδικασία για κάθε αξιολόγηση τραυλισμού είναι το δείγμα ομιλίας. Τα δείγματα ομιλίας πρέπει να συλλέγονται σε περισσότερες από μια συνεδρίες και από διαφορετικά πλαίσιο, αν βέβαια αυτό είναι δυνατόν, προκειμένου να αποτελέσουν 69 πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα. Θα πρέπει να ληφθούν δείγματα που περιέχουν τις λιγότερες αλλά και τις περισσότερες δυσρυθμίες, καθώς και τον τυπικό αριθμό των δυσχερειών που είναι παρούσες στην ομιλία του ασθενή. Η συλλογή επαρκούς δείγματος ομιλίας έχει μεγάλη σημασία, δεδομένου του ότι είναι η κύρια βάση επί της οποίας γίνονται οι περισσότερες αναλύσεις και κρίσεις σχετικά με τη ροή(Καμπανάρου, 2007).

Θα πρέπει να γίνει λήψη δείγματος ομιλίας από:

- 1) Το γραφείο ή το χώρο εξέτασης
- 2) Το σπίτι
- 3) Το σχολείο
- 4) Άλλα μέρη που περνά το χρόνο του και αλληλεπιδρά με άλλα άτομα, συμπεριλαμβανομένων των μελών της οικογένειας, φίλων και συμμαθητών.

Για τις ανάγκες μια ολοκληρωμένης αξιολόγησης πρέπει να ληφθούν και δείγματα ομιλίας από :

- 1) Εικόνες
- 2) Αφηγήσεις
- 3) Αναγνωστικά αποσπάσματα
- 4) Μονόλογος 2-3 λεπτών, 350 συλλαβών
- 5) Ομιλία στο τηλέφωνο ή συζήτηση με άγνωστο άτομο.

Το μέγεθος του δείγματος πρέπει να είναι τέτοιο ώστε να δείχνει τον τρόπο με τον οποίο συνήθως τραυλίζει ο ασθενής. Σε ένα πολύ μικρό δείγμα μπορεί να απουσιάζουν τα στοιχεία του τραυλισμού, με αποτέλεσμα να μην εκδηλώνεται όλο το εύρος της σοβαρότητας καθώς και οι τύποι του. Όταν εξασφαλίσουμε ένα δείγμα ανάγνωσης θα πρέπει να ελέγχουμε ότι το κείμενο ανταποκρίνεται ή είναι κατώτερο από το επίπεδο της αναγνωστικής ικανότητας του ασθενή. Ο τραυλισμός του ατόμου είναι πιθανό να γίνει χειρότερος όταν διαβάζει ένα δύσκολο κείμενο και έτσι μπορεί να δώσει λανθασμένη εντύπωση για τον τραυλισμό που παρουσιάζει κατά την ανάγνωση. Όταν προσπαθούμε να εξασφαλίσουμε ένα δείγμα ομιλίας είναι πιο σωστό να διαλέγουμε θέματα συζήτησης που δεν προκαλούν έντονα συναισθήματα στον ασθενή, εκτός εάν επιθυμούμε το άτομο που αξιολογείται να εκδηλώσει τη μέγιστη δυνατή ποσότητα τραυλισμού. Στα παιδιά ζητάμε να μιλήσουν για τις αγαπημένες τους δραστηριότητες, τα αθλήματα και τα μαθήματα τους. Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης είναι καλό να κάνουμε γραπτή μεταγραφή όλου του γλωσσικού δείγματος, ακόμη και των εκφωνημάτων χωρίς σημασία όπως του «εεεεε», «οοοοο». Με την ηχογράφηση του γλωσσικού δείγματος, ο κλινικός μπορεί να σημειώσει τα επεισόδια τραυλισμού με λεπτομέρειες για τον τρόπο που τραύλισε ο κάθε ασθενής. Πρέπει να σημειώνεται κάθε στοιχείο ενός επαναλαμβανόμενου ήχου ή συλλαβής, οι ήχοι που παρουσιάζουν επιμηκύνσεις και οι ήχοι που στους οποίους παρατηρούνται μπλοκαρίσματα. Επίσης, καλό θα ήταν ο κλινικός να περιγράψει τις συμπεριφορές διαφυγής και αποφυγής που συνοδεύουν τον τραυλισμό. Θα πρέπει να σημειωθούν και εκείνες οι στιγμές τραυλισμού που φαίνονται μεγαλύτερες σε σχέση με τις υπόλοιπες. Για να ολοκληρωθεί σωστά η λογοθεραπευτική αξιολόγηση, θα πρέπει να χρονομετρηθούν τα πιο μεγάλα

επεισόδια τραυλισμού και να βρεθεί το μέσον όρο των τριών μεγαλύτερων επεισοδίων.

Κλινική παρατήρηση του παιδιού

Η κλινική παρατήρηση είναι ένα βασικό στοιχείο για την σωστή διάγνωση από τον ειδικό και μπορεί να γίνει με πάρα πολλούς τρόπους. Μπορεί να ζητήσει από το παιδί να απαντήσει σε κάποιες συγκεκριμένες ερωτήσεις, να επαναλάβει συγκεκριμένες λέξεις, να πραγματοποιήσει μια χαλαρή συζήτηση μαζί με τον ειδικό, και να του αναθέσει μια δραστηριότητα. Ακόμη μπορεί να δείξει στο παιδί προσχολικής ηλικίας διάφορες εικόνες και στην συνέχεια να του ζητήσει να της ονομάσει ενώ στο παιδί σχολικής ηλικίας μπορεί να του πει να της ονομάσει και στην συνέχεια να διαβάσει και ένα κείμενο. Κατά την διαδικασία αυτή, είναι σημαντικό για τον ειδικό να λάβει υπόψη του το γεγονός ότι η ομιλία του παιδιού σε κλινικό πλαίσιο, μπορεί να μην είναι η ίδια όπως και στην καθημερινή του ζωή. Επιπλέον ο ειδικός πρέπει να είναι και αρκετά προσεκτικός καθώς υπάρχει περίπτωση το παιδί να μην τραυλίζει κατά την διάρκεια της αξιολόγησης για αυτό το λόγο θα πρέπει να μην βιαστεί να αποκλείσει την διάγνωση του τραυλισμού. Μια μέθοδος η οποία έχει ευρεία υποδοχή, είναι η αξιολόγηση ενός δείγματος ομιλίας το οποίο περιλαμβάνει τουλάχιστον 300 λέξεις (Conture, 1990). Κατά την αξιολόγηση αυτή, εξετάζονται οι εξής παράγοντες:

1. Τη συχνότητα της εκδήλωσης των μπλοκαρισμάτων, επαναλήψεων και επιμηκύνσεων του λόγου: Αυτή η συχνότητα αναφέρεται συνήθως στον αριθμό των λέξεων του δείγματος ομιλίας που εξετάζει ο εξεταστέας. Ένα από τα βασικά κριτήρια που 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.
2. Τη διασπορά συγκεκριμένων ειδών μπλοκαρισμάτων, επαναλήψεων και επιμηκύνσεων στο λόγο: Η διασπορά αναφέρεται στη συχνότητα με την οποία εκδηλώνονται συγκεκριμένα είδη μπλοκαρισμάτων, επαναλήψεων και

επιμηκύνσεων στο σύνολο των λέξεων στις οποίες εκδηλώθηκαν αυτά τα φαινόμενα. Επιπλέον σε αυτά τα παιδιά τα φαινόμενα δισταγμού εκδηλώνονται συνήθως από δύο φορές στην ίδια λέξη ή σε πάνω από δυο λέξεις στην ίδια πρόταση.

3. Την διάρκεια των μπλοκαρισμάτων, επαναλήψεων και επιμηκύνσεων του λόγου: Η μεγάλη διάρκεια μεμονωμένων επιμηκύνσεων, μπλοκαρισμάτων και επαναλήψεων αποτελεί έναν παράγοντα ενδεικτικό για την παρουσία και την σοβαρότητα του τραυλισμού. Επίσης, η μειωμένη διάρκεια των φαινομένων δισταγμού αποτελεί μια από της πρώτες ενδείξεις βελτίωσης του τραυλισμού σε ένα πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στα παιδιά με τραυλισμό, η μέση διάρκεια των φαινομένων αυτών είναι μισό δευτερόλεπτο. Συνήθως όμως προτείνεται από τον ειδικό η μέτρηση της διάρκειας των φαινομένων δισταγμού που παρουσιάζει το παιδί.
4. Το ρυθμό ομιλίας του παιδιού: Η αξιολόγηση του ρυθμού ομιλίας των παιδιών με τραυλισμό από τον ειδικό συμβάλλει στην κατανόηση της επίδρασης των φαινομένων δισταγμού στην συνολική παραγωγή του λόγου. Όσο πιο συχνά είναι τα φαινόμενα δισταγμού στο λόγο και όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχουν, τόσο λιγότερες λέξεις μπορεί να παράγει το παιδί ανά λεπτό. Επιπλέον ένας άλλος τρόπος αξιολόγησης του ρυθμού της ομιλίας ενός παιδιού είναι η μέτρηση των λέξεων που παράγει σε δέκα επιλεγμένες χρονικές περιόδους των 10 δευτερολέπτων .
5. Την σύγκριση του ρυθμού ομιλίας μητέρας –παιδιού : Σύμφωνα με τον Conture (1997), οι μητέρες των παιδιών που τραυλίζουν παρουσιάζουν πιο γρήγορο ρυθμό ομιλίας σε σχέση με το παιδί τους, και η διαφορά αυτή υπερβαίνει τις δυο συλλαβές ανά δευτερόλεπτο.
6. Την εκδήλωση μη λεκτικών μορφών συμπεριφοράς: Τα συμπτώματα του τραυλισμού συνοδεύονται από μη λεκτικές μορφές συμπεριφορές, όπως έλλειψη βλεμματικής επαφής και ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων, οι οποίες δεν παρατηρούνται στα παιδιά με φυσιολογικές δυσκολίες στη ροή του λόγου.
7. Το γενικότερο επίπεδο ανάπτυξης του λόγου: Κατά την διάγνωση του παιδιού από τον ειδικό είναι πολύ σημαντική η αξιολόγηση του επιπέδου ανάπτυξης του λόγου του προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχουν και άλλες δυσκολίες παράλληλα με τον τραυλισμό (π.χ. δυσκολίες άρθρωσης),

οι οποίες ενδέχεται να δυσκολεύουν το παιδί κατά την παραγωγή του λόγου και να συμβάλλουν στην ανάπτυξη του τραυλισμού. Η ύπαρξη και ο βαθμός σοβαρότητας αυτών των δυσκολιών στο λόγο, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τον ειδικό για το σχεδιασμό και την ιεράρχηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Επιπλέον η διαγνωστική διαδικασία εκτός από την αξιολόγηση της ομιλίας του παιδιού πρέπει να επικεντρώνεται και σε άλλους τομείς, όπως στη αντίληψη του ίδιου του παιδιού για την ομιλία του, στα συναισθήματα που το προκαλούν οι δυσκολίες του και στην επίδραση αυτών στο επίπεδο αυτοεκτίμησης και στην ζωή του. Επίσης, κατά την εκτίμηση μας, είναι σημαντική η ύπαρξης συμπτωμάτων που συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης κάποιας διαταραχής (όπως τικς, ενούρηση, φοβίες) ή άλλης μορφής ψυχοπαθολογίας, όπως Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής. Ακόμη τα παιδιά με τραυλισμό εκδηλώνουν και προβλήματα συμπεριφοράς. Ο εντοπισμός αυτών των προβλημάτων μπορεί να σηματοδοτεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, το σημείο εκκίνησης κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

Τέλος, σημαντική είναι η συνολική αξιολόγηση της προσωπικότητας του παιδιού. Στοιχεία όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα ανασφάλειας, η τελειομανία, ο ανελαστικό και άκαμπτος τρόπος σκέψης, η υπερβολική εμμονή στους κανόνες, η μειωμένη ανοχή στη ματαίωση και την αποτυχία, καθώς και η δυσκολία της σκέψης, ενδέχεται να συμβάλλουν στην εδραίωση του τραυλισμού. Συχνά η βάση για μια επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση είναι η καλή ψυχολογική αξιολόγηση, ο εντοπισμός των παραπάνω χαρακτηριστικών και η επεξεργασία τους που αποτελούν την ειδοποιό διαφορά ανάμεσα σε μια θεραπευτική διαδικασία η οποία οδηγεί σε μείωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού και εκείνη που οδηγεί στη συνολική αντιμετώπιση των δυσλειτουργικών μορφών συμπεριφοράς του ατόμου με τραυλισμό.

Αξιολόγηση Δευτερογενών Συμπεριφορών

Οι πιο κοινές δευτερογενείς συμπεριφορές είναι η αποφυγή βλεμματικής επαφής, το συχνό άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων, το γύρισμα της κεφαλής προς άλλη κατεύθυνση και η ρυτίδωση και οι συσπάσεις του προσώπου. Κάποιοι

κλινικοί καταμετρούν τις δευτερογενείς συμπεριφορές κατά την αξιολόγηση, ιδιαίτερα αν πρόκειται να χρησιμοποιήσουν μια θεραπεία που θα βοηθήσει τον ασθενή να τις τροποποιήσει σταδιακά. Σταθμισμένες μετρήσεις όπως το SSI-4 (Riley, 2009) περιλαμβάνουν βαθμολόγηση αυτών των συμπεριφορών, ως μέρος της συνολικής αξιολόγησης της σοβαρότητας του τραυλισμού.

Ανάλυση του δείγματος ομιλίας

Αφού συλλεχθεί το δείγμα ομιλίας κατά την αξιολόγηση πρέπει στην συνέχεια να καταγραφεί, να αναλυθεί και στο τέλος ο λογοθεραπευτής να κωδικοποιήσει μόνο τις φράσεις που είναι καταληπτές και δεν αποτελούν επανάληψη φράσεων. Τα ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα μπορούν να συλλεχθούν σύμφωνα με:

- Συχνότητα δυσρυθμιών(ποσοστό τραυλισμού): Υπολογίζεται ο αριθμός δυσρυθμιών στις εκατό συλλαβές δηλαδή: αριθμός δυσρυθμιών / αριθμό συλλαβών (x)100.
- Είδος δυσρυθμιών: Υπολογισμός του ποσοστού του κάθε είδους δυσρυθμίας επί του συνολικού αριθμού δυσρυθμιών, παράδειγμα: αριθμός επιμηκύνσεων/ συνολικού αριθμού δυσρυθμιών (x) 100.
- Ομάδες/ συμπλέγματα δυσρυθμιών : π.χγ___γαγαγάλα (επιμήκυνση και επανάληψη).
- Μέση διάρκεια δυσρυθμιών σε ms ή sec: Με το τεστ αξιολόγησης του τραυλισμού μπορούμε να υπολογίσουμε τον μέσο όρο των τριών μακρύτερων δυσρυθμιών.
- Ταχύτητα ομιλίας: εκφρασμένη σε αριθμό λέξεων ή σε αριθμό συλλαβών ανά λεπτό. 6. Ρυθμός και διάρκεια των επαναλήψεων .
- Αλλαγές στη χροιά και την ένταση της φωνής κατά τη διάρκεια των δυσρυθμιών (Καμπανάρου,2007).

Εκτίμηση σοβαρότητας τραυλισμού

Το SSI-4 το οποίο δημοσιεύτηκε πρώτη φορά στο Journal of Speech and Hearing Disorders, (Riley,1972) αποτελεί το πιο συνηθισμένο εργαλείο μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού. Το SSI είναι εύκολο στη χρήση του και καταγραφή τη σοβαρότητα των εμφανών συμπεριφορών του τραυλισμού ως συνάρθρωση τριών βασικών διαστάσεων : της συχνότητας, της διάρκειας και των συνοδευτικών σωματικών κινήσεων. Το SSI-4 αποτελεί ένα από τα λίγα εργαλεία μέτρησης του τραυλισμού καθώς διαθέτει σταθμισμένες διαδικασίες για τη συγκέντρωση και βαθμολόγηση του γλωσσικού δείγματος και το μόνο που περιλαμβάνει είναι τις τρεις διαστάσεις που μόλις αναφέρθηκαν. Επίσης ένα άλλο εργαλείο μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού το οποίο ελέγχει τη συχνότητα, τη διάρκεια και τις δευτερογενείς συμπεριφορές είναι το Scale of Rating Severity of Stuttering (Johnsonetal). Πρόκειται για μια πιο παλαιά κλίμακα η οποία στηρίζεται στη γενική εντύπωση που έχει ο βαθμολογητής για ένα γλωσσικό δείγμα , το οποίο βαθμολογείται με μια από οκτώ τιμές (0-7). Οι βαθμολογητές ενθαρρύνονται να θεωρούν ίσα τα οκτώ διαστήματα ανάμεσα στις τιμές της κλίμακας, παρόλο που υπάρχει κάποια διαφωνία αναφορικά με το κατά πόσο πρόκειται για μια κλίμακα ίσων διαστημάτων (Berry&Silverman,1972).

3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Θεραπευτική Αντιμετώπιση του Τραυλισμού

Οι προσπάθειες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού έχουν τις ρίζες τους στην αρχαιότητα. 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 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 εξής: 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 παλινδρόμηση (Bloodstein, 1995). Η γνώση των μεθόδων, που έχουν χρησιμοποιηθεί στο πέρασμα του χρόνου για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ειδικούς, καθώς μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή της επανάληψης χρήσης θεραπευτικών μεθόδων οι οποίες αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές στο παρελθόν.

Οι πρώτες μέθοδοι, που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, βασίστηκαν στη διαπίστωση ότι τα άτομα που τραυλίζουν τείνουν να μιλούν με σχετική ευχέρεια, όταν τροποποιούν το συνήθη τρόπο ομιλίας τους υιοθετώντας κάποια καινούργια στοιχεία.

Σύγχρονες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού

Θεραπεία της συμπεριφοράς

Στη δεκαετία του 1960 πραγματοποιήθηκε μια σημαντική αλλαγή στον τρόπο θεώρησης των διαταραχών της συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα πολλών διαταραχών θεωρήθηκαν ως μορφές δυσλειτουργικής συμπεριφοράς οι οποίες αναπτύχθηκαν, μέσω διαδικασιών μάθησης, ως αντιδράσεις σε συγκεκριμένα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Έτσι, λοιπόν, οι προσπάθειες πολλών ειδικών επικεντρώθηκαν στην τροποποίηση αυτών των μαθημένων αντιδράσεων με την εφαρμογή μεθόδων και τεχνικών, που γεννήθηκαν από την πειραματική μελέτη των αρχών που διέπουν την μάθηση.

Στην περίπτωση του τραυλισμού, οι τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς, που θα περιγραφούν 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.

Συστηματική απευαισθητοποίηση

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 Goldiamond, 1965). Η εμπειρία που βιώνει το άτομο σε αυτή την κατάσταση είναι ανάλογη με το άκουσμα της φωνής σε ήχο. 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.

Ομιλία με τη βοήθεια μετρονόμου

Όπως ο αργός και παρατεταμένος τρόπος ομιλίας έτσι και ο ρυθμικός τρόπος ομιλίας αποτελεί μια 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 ομιλία τους με τους χτύπους ενός μετρονόμου. Ο μετρονόμος είναι μια μικρή ηλεκτρονική συσκευή, η οποία μπορεί να φορεθεί πίσω από το αυτί. Το άτομο μπορεί επίσης να εκπαιδευτεί στη ρυθμική ομιλία ακόμη και χωρίς τη χρήση αυτή της συσκευής. Θετικά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί από την χρήση και των δύο μεθόδων, αν και η αποτελεσματικότητά τους φαίνεται να αποδυναμώνεται με το πέρασμα του χρόνου. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι οι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτόν σε αυτόν το νέο ασυνήθιστο τρόπο ομιλίας δεν είναι καλύτερες από ότι στον τραυλισμό, ιδιαίτερα όταν ο τραυλισμός είναι ήπιος μορφής (Mallard & Meyer 1979 Silverman & Trotter 1973).

Μέθοδοι που βασίζονται στις αρχές της συντελεστικής μάθησης

Ορισμένοι ερευνητές έχουν προτείνει μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού. Οι τεχνικές, που χρησιμοποιούνται στα πλαίσια αυτών των μεθόδων, στοχεύουν στην εξουδετέρωση του τραυλισμού, μέσω της τιμωρίας, ενώ η λεκτική ευχέρεια αποτελεί την πιο θεμιτή συμπεριφορά, η οποία εκδηλώνεται μέσω της ενίσχυσης. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές επιφυλάξεις για την χρήση αυτών μεθόδων, και αυτό γιατί η συνεχής επισήμανση σε ένα μόνο άτομο ότι τραυλίζει ενδέχεται να επιδεινώσει και όχι να μειώσει τα συμπτώματα του τραυλισμού.

Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση

Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με τραυλισμό μπορούν να μιλούν με αρκετά μεγάλη ευχέρεια, στην περίπτωση που τους παρέχεται τεχνητά καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση της ίδιας τους της ομιλίας για 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου. 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. Καθώς το άτομο μιλά υπό την επίδραση καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης ο ρυθμός του τείνει να είναι πιο αργός και η εκφορά των ήχων και των συλλαβών πιο παρατεταμένη.

Ομιλία με την βοήθεια συσκευής επικαλυπτόμενου ήχου

Όταν το άτομο με τραυλισμό μιλάει ενώ ακούει έναν ουδέτερο δυνατό θόρυβο, ο οποίος το αποτρέπει από το να ακούει τη δική του φωνή, τότε φαίνεται ότι μπορεί να μιλήσει με πολύ καλή ροή. Η διαπίστωση αυτή οδήγησε στην κατασκευή συσκευών επικαλυπτόμενου ήχου, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού. Ένα είδος τέτοιων συσκευών φοριέται όπως τα ακουστικά στα αφτιά και διαθέτει διακόπτη, τον οποίο το άτομο έχει τη δυνατότητα να ενεργοποιεί όταν αναμένει ότι θα τραυλίζει ή όταν ξεκινήσει να τραυλίζει.

Άλλες μέθοδοι τροποποίησης συμπεριφοράς

Άλλες μέθοδοι, οι οποίες στοχεύουν στην τροποποίηση της λεκτικής συμπεριφοράς του ατόμου, είναι η βιοανάδραση, οι αναπνευστικές ασκήσεις, οι τεχνικές χαλάρωσης των μυών του γλωσσικού μηχανισμού, η υποβολή μέσω ύπνωσης ή και χωρίς ύπνωση. Όλες οι μέθοδοι τροποποίησης συμπεριφοράς έχουν σημαντικά αποτελέσματα ως προς την μείωση των συμπτωμάτων τραυλισμού. Τα θετικά αποτελέσματα, όμως δεν ερευνώνται σε όλα τα άτομα στα οποία εφαρμόζονται αυτές οι μέθοδοι, και στις πιο πολλές περιπτώσεις, τα αποτελέσματα αυτά είναι προσωρινά και δεν αντέχουν στο χρόνο.

Θεραπευτική αντιμετώπιση σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας

Η αντιμετώπιση του τραυλισμού έχει βελτιωθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Σε μικρά παιδιά προσχολικής ηλικίας έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση των μετέπειτα και μακροπρόθεσμων συνεπειών του τραυλισμού. Αν και υπάρχουν πολλές μορφές αντιμετώπισης, λίγες μόνο από αυτές έχουν αποδειχθεί πειραματικά. Κάποιες είναι αμφισβητήσιμες, κάποιες δεν έχουν ελεγχόμενη κλινική υποστήριξη και αρκετές είναι αμιγώς λογικές χωρίς δεδομένα αποτελεσματικότητας για την υποστήριξή τους. Παρόλα αυτά υπάρχουν αρκετές αποδεδειγμένες θεραπευτικές επιλογές για ενήλικους και παιδιά που τραυλίζουν. Οι περισσότεροι κλινικοί συνδυάζουν αποτελεσματικά στοιχεία διάφορων θεραπευτικών προγραμμάτων ώστε να δημιουργήσουν με αυτό τον τρόπο ένα προσωποκεντρικό πρόγραμμα. Η διαχείριση της ροής του αέρα, η ήπια έναρξη φώνησης και η μείωση του ρυθμού μέσω επιμήκυνσης των συλλαβών είναι κοινά στοιχεία των διαφόρων σύγχρονων θεραπευτικών προγραμμάτων τα οποία υποστηρίζονται εμπειρικά με κάποια πειραματικά στοιχεία. Άλλες άμεσες στρατηγικές μείωσης του ρυθμού όπως η παύση, το κόστος αντίδρασης και η θετική ενίσχυση για την ευχέρεια στη ροή της ομιλίας είναι επίσης αποτελεσματικά και τα δύο τελευταία ιδιαίτερα στα παιδιά. Η θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών προσχολικής ηλικίας διαφέρει από αυτήν που ακολουθείται σε μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες. Οι διαφορές αυτές έγκειται στο γεγονός ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας έχουν διαφορετικά συμπτώματα, επίπεδο συνειδητοποίησης αλλά και αντιδράσεις συγκριτικά με τα μεγαλύτερα παιδιά. Οι

πιθανές θεραπευτικές κατευθύνσεις σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό ανάλογα με τις ανάγκες της εκάστοτε περίπτωσης, είναι οι κάτωθι:

Συμβουλευτική Εκπαίδευση σε Γονείς

- 1) Η λειτουργία της συμβουλευτικής εκπαίδευσης των γονέων είναι έμμεση και συμπληρωματική ως προς την άμεση θεραπεία καθώς η μεμονωμένη χρήση της δεν έχει αποδεδειγμένα αποτελέσματα. Εφαρμόζεται σε όλες τις μορφές παρέμβασης ανεξάρτητα της κατηγορίας ροής και του επιπέδου τραυλισμού, αποκτώντας όμως διαφορετικό περιεχόμενο ανάλογα με την κατηγορία της σοβαρότητας και το είδος προσέγγισης. Η βασική προσέγγιση της συμβουλευτικής είναι η συζήτηση με του γονείς για την αλλαγή των συναισθημάτων, της στάσης, και των προσδοκιών τους σχετικά με τον τραυλισμό και την ευχέρεια στην ροή της ομιλίας του παιδιού τους (γνωσιακή παρέμβαση). Για παράδειγμα, σε παιδιά με φυσιολογικές δυσρυθμίες το περιεχόμενο της συμβουλευτικής γονέων αφορά στην κατανόηση από μέρους των γονέων του τι ακριβώς συμβαίνει και τη μείωση της ανησυχίας τους, χωρίς να χρειάζεται η ακολουθία του προγράμματος από έμμεση και άμεση θεραπεία. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει πληροφόρηση των γονέων για την φυσιολογική ανάπτυξη λόγου και ομιλίας αλλά και για τον εξελικτικό τραυλισμό και την φυσιολογική δυσρυθμία. Ο κλινικός χρησιμοποιεί αναλογίες για τον τρόπο εκμάθησης της βάδισης και της ομιλίας και παρέχει ενημερωτικά φυλλάδια και εκπαιδευτικά βίντεο στους γονείς. Συμβουλεύει τους γονείς ότι δεν είναι αναγκαία η άμεση παρέμβαση και τους διδάσκει τρόπους ορθότερης επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης στο σπίτι. Τους διαβεβαιώνει επίσης, ότι ανά πάσα στιγμή μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί του σε περίπτωση παρατήρησης αλλαγής στην ομιλία του παιδιού. Όσον αφορά στην ιδιαίτερη ομάδα των παιδιών με φυσιολογική δυσρυθμία και παράλληλη εμφάνιση ποικιλίας παραγόντων επιβάρυνσης ή με οριακό τραυλισμό, η συμβουλευτική γονέων συνοδεύεται από προτάσεις για περιβαλλοντικές αλλαγές και τροποποιήσεις η οποίες συμπεριλαμβάνονται στην έμμεση θεραπεία.

Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση ο κλινικός απαιτείται να διατηρεί την ακόλουθη στάση:

- ✚ Να είναι ευαίσθητος, μη κριτικός και δεκτικός ακροατής.
- ✚ Να διαπιστώνει τι ακριβώς θέλουν να πετύχουν οι γονείς μέσω της συμβουλευτικής.
- ✚ Να επιτρέπει στους γονείς να εξερευνήσουν τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες σχετικά με τον τραυλισμό του παιδιού τους.
- ✚ Να επιτρέπει στους γονείς να μιλήσουν ανοικτά για τους φόβους, τα πιθανά αισθήματα ενοχής και τις φανερές αντιδράσεις του για τον τραυλισμό του παιδιού τους.
- ✚ Να επιτρέπει στους γονείς να μιλήσουν για τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν στην αντιμετώπιση του τραυλισμού του παιδιού τους.
- ✚ Να εκφράζει την αποδοχή των συναισθημάτων των γονέων και των βοηθητικών αντιδράσεων στο παιδί.
- ✚ Να βοηθήσει τους γονείς να συνειδητοποιήσουν τις δυνατότητες του παιδιού τους.
- ✚ Να βοηθήσει τους γονείς να μειώσουν τις αρνητικές σκέψεις και τα αισθήματα ενοχής βεβαιώνοντάς τους ότι δεν είναι σίγουρα οι ίδιοι η αιτία του προβλήματος.
- ✚ Να ενημερώνει τους γονείς ότι κανένα παιδί δεν παρουσιάζει πάντα ρέουσα ομιλία.
- ✚ Να ερευνά ενέργειες των γονιών οι οποίες είχαν θετική επίδραση στην ροή της ομιλίας του παιδιού και να τους ενθαρρύνει να τις αυξάνουν ή ενισχύουν.
- ✚ Να ερευνά ενέργειες των γονιών οι οποίες είχαν αρνητική επίδραση στην ροή της ομιλίας του παιδιού και να τους ενθαρρύνει να τις μειώνουν ή εξαλείψουν.
- ✚ Να συζητά τα είδη των επικοινωνιακών απαιτήσεων των γονιών και να τους συμβουλεύει να τις μειώσουν.
- ✚ Να ενθαρρύνει τους γονείς να δημιουργούν πιο θετικές εμπειρίες σχετικά με την ομιλία του παιδιού χωρίς να ακούν κριτική και με το

να δέχονται τις δυσρυθμίες του παιδιού στην προσπάθειά του να επικοινωνήσει.

Παλαιότεροι μέθοδοι θεραπείας

Πρόγραμμα Lidcombe

Ένα πολύ δημοφιλές πρόγραμμα παρέμβασης, κυρίως για παιδιά προσχολικής ηλικίας, που χρησιμοποιεί άμεσες θεραπευτικές τεχνικές είναι το γνωστό πρόγραμμα Lidcombe. Αναπτύχθηκε από την Αυστραλία από την ομάδα του ερευνητή και κλινικού Mark Onslow (Onslow, Packman, Harrison 2003). Αρχικά σχεδιάστηκε για παιδιά έως 6 ετών, προοδευτικά όμως εφαρμόστηκε και σε μεγαλύτερα παιδιά χωρίς όμως να έχει την ίδια αποτελεσματικότητα. Στα πλαίσια αυτού του προγράμματος το παιδί και οι γονείς επισκέπτονται μια φορά την εβδομάδα τον ειδικό, ο οποίος εκπαιδεύει τους γονείς στην εφαρμογή των τεχνικών του προγράμματος στο σπίτι. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς εκπαιδεύονται στη δημιουργία 15 ή 20 λεπτών δομημένων δραστηριοτήτων ομιλίας, κατά τη διάρκεια των οποίων οι γονείς οφείλουν να επιβραβεύουν τα παιδιά όταν μιλούν με ευχέρεια, χρησιμοποιώντας λεκτικές δηλώσεις όπως: «Μιλάς όμορφα», «Οι λέξεις ακούγονται απαλά», ενώ δίνεται η οδηγία να επισημαίνουν τις στιγμές τραυλισμού με θετικό και όχι με τιμωρητικό τρόπο, (π.χ. «είχε λίγα βουναλάκια εδώ για να την ξαναπούμε χωρίς βουναλάκια») ανά 5 επιβραβεύσεις για ευχερή ομιλία. Δηλαδή, αφού επιβραβευτεί το παιδί για 5 συνεχείς ευχερείς εκφορές, τότε μπορεί ο γονέας να επισημάνει πάντα με προσοχή και μια τραυλική εκφορά του παιδιού με αίτημα να τη διορθώσει. Κατά τη διάρκεια των εβδομαδιαίων συναντήσεων των γονιών με τον κλινικό, φέρνουν μαζί τους τις συγκεκριμένες αξιολογήσεις. Η όλη προσέγγιση θεωρείται επιτυχής όταν οι αξιολογήσεις παραμένουν σε επίπεδα κλίμακας 1-2 για περίπου 10-12 μήνες και οι μετρήσεις του κλινικού είναι σε ανάλογα επίπεδα στην κλινική. Όταν υπάρχει αδυναμία να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος σημαίνει λανθασμένη επιλογή προγράμματος ή απλά ανάγκη για περισσότερες ή λιγότερες δομημένες προσπάθειες. Μια από τις σημαντικότερες επικρίσεις του προγράμματος αυτού αφορά στη σποραδική επισήμανση του τραυλισμού σε παιδιά πολύ μικρής

ηλικίας. Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας που δεν έχουν επίγνωση της δυσκολίας τους, η αύξηση αυτής της επίγνωσης μπορεί να τα κατατάξει σε μεγαλύτερη κλίμακα σοβαρότητας. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα, επομένως, δεν προτείνεται ως άμεση επιλογή σε παιδιά προσχολικής ηλικίας που δεν έχουν επίγνωση.

Πρόγραμμα Palin Parent-Child Interaction

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εφαρμόζεται και αυτό σε παιδιά κάτω των 7 ετών. Στόχος του προγράμματος είναι να εδραιωθεί ουσιαστική κατανόηση και γνώση των γονέων για τον τραυλισμό, να μειωθεί το άγχος τους και φυσικά να μειωθούν εμμέσως και οι τραυλικές εκφορές των παιδιών. Σημαντικό μέρος του αποτελεί η ανατροφοδότηση που παρέχεται από τον κλινικό στους γονείς με βάση βιντεοσκοπημένες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονέων και του παιδιού τους. Κατά τις ανατροφοδοτήσεις αυτές δίνονται οδηγίες στους γονείς για σωστές και λανθασμένες τεχνικές αλληλεπίδρασης και ενθαρρύνονται για τις πρώτες με συγκεκριμένες και στοχοποιημένες συμπεριφορές. Το όλο πρόγραμμα διαρκεί συνήθως 6-12 εβδομάδες με τις θεραπευτικές συνεδρίες να πραγματοποιούνται και να βιντεοσκοποούνται στο σπίτι. Οι ανατροφοδοτήσεις γίνονται εβδομαδιαία στην κλινική.

Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία

Τα τελευταία χρόνια είναι άλλο ένα πρόγραμμα που αποκτάει όλο και μεγαλύτερη κλινική αποδοχή στη θεραπεία του τραυλισμού. Χρησιμοποιείται κυρίως με παιδιά σχολικής ηλικίας, εφήβους και ενήλικες και συχνά πραγματοποιείται στα πλαίσια ομαδικής θεραπείας. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά τις δυσκολίες του μέσα από την προσπάθεια να γίνει πιο ευέλικτο ως προς τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται αυτά που του συμβαίνουν και τον τρόπο που αντιδρά σε αυτά. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την τροποποίηση των δυσλειτουργικών του αντιλήψεων και την άσκηση του στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων. Στην περίπτωση του τραυλισμού, οι γνωσιακές / συμπεριφορικές μέθοδοι επικεντρώνονται στην αλλαγή των προσδοκιών αυτό-αποτελεσματικότητας του ατόμου που τραυλίζει κατά τη λεκτική επικοινωνία. Πιο συγκεκριμένα ο βασικός

στόχος είναι να βοηθήσουν το άτομο που τραυλίζει να πιστέψει στις ικανότητες του, να αντιδρά αποτελεσματικά στην παρουσία των ενδείξεων, που παλιότερα πυροδοτούσαν την αναμονή εκδήλωσης τραυλισμού. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που, χρειάζεται ειδική εκπαίδευση και εμπειρία προτού εφαρμοστεί.

Μέθοδος του Gutzmann

Γνώρισε την επιστημονική αναγνώριση στις αρχές του 20ου αιώνα. Η μέθοδος του Albert Gutzmann βελτιώθηκε αργότερα από το γιο, καθηγητή της ιατρικής, Hermann. Ο γιατρός Hermann Gutzmann έδωσε στη μέθοδο του πατέρα του την απαιτούμενη ιατρικής στήριξη, πράγμα που της επέτρεψε να γνωρίσει παγκόσμια επιστημονική αναγνώριση. Ήταν μια ολοκληρωμένη μέθοδος που περιλάμβανε αναπνευστικές, φωνητικές και αρθρωτικές ασκήσεις (Καλαντζής, 1985). Ο Gutzmann ξεκίνησε από την αντίληψη ότι ο τραυλισμός οφείλεται σε σπασμούς του αναπνευστικού, του φωνητικού ή του αρθρωτικού συστήματος. Ο Gutzmann συστήνει ασκήσεις αναπνοής μπροστά σε καθρέφτη, για τον αυτοέλεγχο και την αυτοδιόρθωση. Οι φωνητικές ασκήσεις γίνονται με την μετάβαση από την πνοή στον ψίθυρο κι από τον ψίθυρο στη φωνή σε μία μόνο εκπνοή. Η μετάβαση από τον ψίθυρο στη φωνή να μη γίνει με χτύπημα της γλωττίδας ή με δυνατή τριβή αλλά σε μια αδιάλειπτη γραμμή. Η φωνή να είναι όσο το δυνατό βαθιά και σιγανή. Άσκηση της φωνής σε όλες τις θέσεις εισαγωγής, στην πνευστή, μαλακή και σκληρή εισαγωγή. Οι αρθρωτικές ασκήσεις ξεκινούν πρώτα με ηχηρούς και διαρκεί φθόγγους, έπειτα στους άηχους διαρκείς και τέλος στα στιγμιαία ηχηρά και άηχα. Η άσκηση αρχίζει με μεμονωμένους φθόγγους, ύστερα με συλλαβές, λέξεις, προτάσεις. Στην αρχή και το σύμφωνο και το φωνήεν πρέπει να προφέρεται σιγανά και λίγο να δυναμώνουν. Στις λέξεις και στις προτάσεις το πρώτο φωνήεν να προφέρεται παρατεταμένα και μετά τα υπόλοιπα όλα μαζί χωρίς διακοπή, σαν αδιάσπαστη αλυσίδα (Καλαντζής, 1985).

Μέθοδος του Seeman

Ο Seeman εφαρμόζει σύνθετη θεραπεία που αποτελείται από ψυχοθεραπεία, ασκησιοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Το κυριότερο κατά τον Seeman, είναι η

αναμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου με τραυλισμό. Γι αυτό και υποστηρίζει ότι η ψυχοθεραπεία πρέπει να αποτελεί, τη βάση της θεραπείας. Εφόσον πρέπει να αλλάξει η προσωπικότητα του ατόμου με τραυλισμό η ψυχοθεραπεία πρέπει να αποβλέπει σε μια σειρά παιδαγωγικά μέτρα, αναγκαία για την αναμόρφωση της. Η ψυχοθεραπεία πρέπει να συνδυάζεται με την ασκησιοθεραπεία (η οποία πρέπει να υποτάσσεται στην πρώτη). Και πρώτα πρέπει να εξασφαλίζεται η ομαλή και απαλλαγμένη από τις συσπάσεις ομιλίας. Το ξεχωριστό που υποστηρίζει ο Seeman στην μέθοδο του είναι η προσέλευση της προσοχής του ατόμου από τα σύμφωνα στα φωνήεντα και στη μελωδικότητα της ομιλίας (Παπασιλέκας, 1979).

Μέθοδος του Liebmman

Υποστηρίζει ότι το άτομο με τραυλισμό δεν πρέπει να στρέψει την προσοχή του στις λειτουργίες της αναπνοής και της άρθρωσης. Τις ασκήσεις αναπνοής, φώνησης και άρθρωσης τις βλέπει περιττές και ως ένα βαθμό βλαβερές στην ομιλία. Η θεραπεία του παιδικού τραυλισμού πού εφαρμόζει περνά από πέντε σταδία. Αυτά είναι:

Α) Η κοινή ανάγνωση με τη βοήθεια εικόνων, πού βοηθάει στο να ξεφύγει ή προσοχή του ατόμου με τραυλισμό από την ίδια του την ομιλία.

Β) Το παιδί επαναλαμβάνει σιγά και αργά τα λόγια του δασκάλου. Με τον καιρό ή φωνή του δασκάλου αδυνατίζει ώσπου αυτή εξαφανίζεται. Ο δάσκαλος συνεχίζει μόνο με τις αρθρωτικές κινήσεις.

Γ) Το παιδί επαναλαμβάνει απλές ιστορίες μικρές στην αρχή. Αργότερα μπορεί να περάσει σε διηγήσεις με βάση εικόνες ή σειρά εικόνων.

Δ) Το παιδί είναι σε θέση να διηγηθεί μόνο του ανεξάρτητα. Μπορεί να διηγηθεί κάτι πού θα διαβάσει.

Ε) Το τελευταίο στάδιο είναι η ελεύθερη συζήτηση. Όταν πετύχει η θεραπεία και το παιδί μιλήσει ήδη καλά, αποβάλλεται αυτόματα το σύμπλεγμα κατωτερότητας και μπορεί ποια να μιλάει μπροστά σε ξένα πρόσωπα (Παπασιλέτας, 1979).

Μέθοδος του Rothe

Βάζει σαν υπέρτατο σκοπό την αναμόρφωση της ανθρώπινης προσωπικότητας. Θεωρεί πρωταρχική την αγωγή χαράς σαν αντιστάθμισμα στην αφόρητη κατάσταση που ωθεί το παιδί στον τραυλισμό. Για τα μεγαλύτερα παιδιά πρέπει να βλέπουν τις δυσκολίες τους κατάματα και να παλεύουν ενάντια στα ίδια τους τα ελαττώματα. Συστήνει και στους μεγαλύτερους (ηλικιωμένους) με τραυλισμό να απολαμβάνουν την χαρά (Παπασιλέτας, 1979).

Μέθοδος του Froeschekls

Είναι και αυτή μια μέθοδος υποβολής. Βάζει το άτομο με τραυλισμό να μασάει αέρα σαν άγριος και να κάνει πως μιλάει, βγάζοντας φωνές, φθόγγους και συλλαβές. Κατά τη θεωρία του Froeschekls, ή αφετηρία της ανθρώπινης ομιλίας βρίσκεται στο μάσημα. Τα μικρά παιδιά στην περίοδο του ψελλισμού παράγουν φθόγγους με την κορυφή της γλώσσας και φωνήεντα όσον καιρό τρέφονται με το γάλα. Όταν τα μωρά αρχίσουν να τρώνε σκληρή τροφή αρχίζουν να προφέρουν τα «γκ» - «κ». Στην αρχή, σύμφωνα με τη μέθοδο, γίνεται μια επεξήγηση στο παιδί με τραυλισμό η ομοιότητα του μασήματος με την ομιλία, στην συνέχεια γίνεται μάσημα με τη φωνή και κατόπι διάλογος με μάσημα. Στα παιδιά συστήνεται να κάνουν και κατά τη διάρκεια της ημέρας ασκήσεις μασήματος με φώνηση και έπειτα όταν μιλούν να σκέπτονται επίμονα το μάσημα. Για τον τραυλισμό των μικρών παιδιών ο ίδιος συνιστά τη μέθοδο Liebmann.

Το θεραπευτικό του διάγραμμα προβλέπει τα εξής στάδια:

1. Άφωνο μάσημα με ένα αντικείμενο μασήματος.
2. Μάσημα με φωνή και με αντικείμενο μασήματος.
3. Μάσημα φωνήεντων.
4. Διάλογος μασημάτων.
5. Μάσημα – προφορά λέξεων, προτάσεων.
6. Ανάγνωση με φωνή – μάσημα.

7. Ελεύθερη ομιλία –φώνηση – μάσημα.
8. Συλλαβιστική ανάγνωση που θυμίζει μάσημα.
9. Ελεύθερη συλλαβιστή ομιλία που θυμίζει μάσημα.

Στην περίπτωση που επανέρχονται τα συμπτώματα του τραυλισμού, ο πάσχων σταματάει απότομα την ομιλία, μασάει τις συλλαβές και συνεχίζει την ομιλία. Για πολλά νευρωτικά άτομα ο Froeschekls συστήνει ψυχικό χειρισμό, αλλαγή του λαθεμένου ψυχικού προσανατολισμού. Σε τέτοιες περιπτώσεις προτείνει την ενεργητική ψυχοθεραπεία (Παπασιλέκας, 1979).

Μέθοδος του AntonSchilling

Ο Schilling, έχει συνδυάσει στο θεραπευτικό του πρόγραμμα την ψυχοθεραπεία και την καθαρή λογοθεραπευτική αγωγή. Η ψυχοθεραπεία έχει ως βασικό στόχο τη στήριξη του ατόμου και την ενθάρρυνση του για να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα του τραυλισμού. Η λογοθεραπευτική θεραπεία αποβλέπει στη σταδιακή μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής. Ο Schilling πιστεύει ότι με τη σύνθετη θεραπεία, το άτομο μπορεί να βοηθηθεί πολύπλευρα και πιο αποτελεσματικά (Ανδρέου, 2010). Με τις ασκήσεις ομιλίας μπορεί να θεραπευτεί το σύμπτωμα όχι ή αιτία. Όσο για τις αναπνευστικές ασκήσεις θεωρεί ότι μονό σε ορισμένες περιπτώσεις επιβάλλονται. Οι περιπτώσεις αυτές ανήκουν στον τύπο υψηλής αναπνοής (Παπασιλέκας, 1979).

Μέθοδος της Vlassova

Κατά την Vlassova, ο τραυλισμός είναι μία διαταραχή που εμφανίζεται λόγω πολλών αιτιών. Ωστόσο, ανέπτυξε μια μικτή μέθοδο για την θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής που περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, και ασκήσεις λογοθεραπείας με έμφαση στη λογορυθμική. Η ομιλία αποτελεί μια πολυσύνθετη εγκεφαλική δραστηριότητα, αποτέλεσμα μιας σύνθετης και αρμονικής δραστηριότητας ανάμεσα στα δύο συστήματα σήμανσης και το περιβάλλον. Η μέθοδος περιλαμβάνει:

1. Εικόνες αντικειμένων ή εικόνες σε συνδυασμό με προτάσεις. Το άτομο με τραυλισμό επαναλαμβάνει αυτά που λέει ο θεραπευτής.

2. Ανεξάρτητη έκφραση προτάσεων με τη βοήθεια εικόνων.

3. Προφορά ρυθμικών προτάσεων ενώ ταυτόχρονα κουνάει, με την υπόδειξη του θεραπευτή, τα χέρια του δεξιά, αριστερά.

Η θεραπευτική αγωγή γίνεται από το απλό στο σύνθετο, από το εύκολο στο δύσκολο με την παρακάτω σειρά:

1. Ταυτόχρονη ομιλία του παιδιού με το λογοθεραπευτή.

2. Προφορά του παιδιού μετά το λογοθεραπευτή, ερωτήσεις – απαντήσεις πάνω σε γνώστες εικόνες, ασκήσεις περιγραφής εικόνων, ασκήσεις ανεξάρτητης διήγησης που προηγήθηκε από το λογοθεραπευτή.

3. Ασκήσεις ελεύθερης ομιλίας (Παπασιλέκας, 1979).

Η μέθοδος Gervaleva

Η Gervaleva πιστεύει ότι η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού είναι η «θεραπεία χωρίς ομιλία». Το παιδί καλείται να απομονωθεί στο σπίτι και να κάθεται να παίζει μόνο του ήσυχο χωρίς να μιλάει. Είναι καλύτερα να μην έρχεται σε επαφή με πρόσωπα για να μην είναι υποχρεωμένο να μιλάει. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις που θα θέλει να ζητήσει κάτι από τους γονείς του θα πρέπει να μιλήσει ψιθυριστά. Η θεραπεία αυτή διαρκεί 2-3 εβδομάδες (Παπασιλέκας, 1979).

Η μέθοδος της Cevaljeva

Η Ρωσίδα λογοθεραπεύτρια Cevaljeva παρατήρησε ότι η ομιλία των παιδιών προσχολικής ηλικίας που υπέφεραν από τραυλισμό, ήταν πολύ καλύτερη όταν περιέγραφαν κάτι συγκεκριμένο, το οποίο έβλεπαν και μπορούσαν να το αγγίξουν ή να παίξουν μαζί του. Έτσι επινόησε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που βοηθά στην καταπολέμηση του τραυλισμού και χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

- ❖ Στην πρώτη φάση το παιδί εξηγεί με απλό και ήρεμο τρόπο τι κάνει τη στιγμή εκείνη, π.χ. «π.χ. εγώ ζωγραφίζω στο τετράδιό μου, ένα σπίτι που έχει

όμορφο κήπο με λουλούδια». Η πρόταση αυτή επαναλαμβάνεται αρκετές φορές από το παιδί, καθώς ανενόχλητο συνεχίζει την ασχολία του.

- ❖ Στην δεύτερη φάση του θεραπευτικού προγράμματος το οποίο γίνεται σταδιακά ο γονιός ή ο λογοθεραπευτής ζητά από το παιδί να περιγράψει με απλά λόγια την εργασία που έκανε π.χ. «Εγώ ζωγράφισα στο τετράδιό μου, ένα σπίτι που έχει όμορφο κήπο με λουλούδια», η συγκεκριμένη απάντηση εννοείται ότι θα πρέπει να ικανοποιεί αυτόν που την ακούει.
- ❖ Στην τρίτη φάση που είναι και η δυσκολότερη. Αυτή τη φορά το παιδί περιγράφει τι θα ήθελε να κάνει, π.χ. «Θα ήθελα να ζωγραφίσω στο τετράδιό μου, ένα σπίτι που να έχει κήπο με λουλούδια». Η φάση αυτή θεωρείται και η πιο κρίσιμη γιατί τη δεδομένη στιγμή, το παιδί δεν ασχολείται με κάτι συγκεκριμένο, ούτε έχει μπροστά του βοηθητικό υλικό. Αναγκάζεται λοιπόν, να συντάξει την πρόταση σύμφωνα με τις παλαιότερες εμπειρίες που έχει και φυσικά τις επιθυμίες του. Η ενίσχυση του παιδιού από το γονιό ή το θεραπευτή στη φάση αυτή είναι αναγκαία για να μπορέσει να αποκτήσει την αυτοπεποίθηση που χρειάζεται, πράγμα βασικό για την αντιμετώπιση του τραυλισμού (Ανδρέου, 2010).

Αυθυποβολή – Υποβολή μέσω ύπνωσης

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον EmilKue. Αφού μελέτησε και πειραματίστηκε με την ύπνωση, διατύπωσε μια δική του ψυχοθεραπεία βασισμένη στην αυθυποβολή. Η φράση του, «Μέρα με τη μέρα και με κάθε τρόπο, γίνομαι όλο και καλύτερα» έχει παραμείνει αρκετά γνωστή στο χώρο της ψυχοθεραπείας. Με αυτό τον τρόπο τίθενται ακούσια σε λειτουργία οι θεραπευτικές ιδιότητες που το ίδιο το άτομο έχει μέσα του χωρίς να το γνωρίζει. Αρκετοί ερευνητές χρησιμοποίησαν και χρησιμοποιούν μέχρι σήμερα την αυθυποβολή, αλλά και την υποβολή μέσω της ύπνωσης στη θεραπεία του τραυλισμού (Ανδρέου, 2010)

Νεότερες μέθοδοι θεραπειάς

Χαλάρωση

Ένας από τους λόγους που ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα, είναι τα υψηλά επίπεδα άγχους που παρουσιάζονται στο άτομο. Αυτό εντοπίζεται συνήθως

σε περιπτώσεις έντασης κατά την διάρκεια συνομιλίας με άγνωστα άτομα. Έτσι στο θεραπευτικό πρόγραμμα οι ασκήσεις χαλάρωσης παίζουν πρωτεύοντα ρόλο (Ανδρέου, 2010). Η χαλάρωση έχει στόχο να ελαττώσει την ψυχική και μυϊκή ένταση του σώματος και ειδικότερα των οργάνων που παράγουν τη φωνή. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι χαλάρωσης, η καθεμία από τις οποίες έχει τις δικές τις ειδικές εφαρμογές (Εξαρχάκος, 2001).

- ✚ Χαλαρωτικές ασκήσεις για τους μύες των χεριών των ποδιών, και του σώματος: Ξύλινος στρατιώτης και πάνινες κούκλες: στην άσκηση αυτή το άτομο πρέπει να είναι όρθιο με σφιγμένα τα δάχτυλά του (γροθιά) σαν το ξύλινο στρατιώτη. Το άτομο επικεντρώνει την προσοχή του στους τεντωμένους μυς των χεριών, των ποδιών, και του σώματος και εκτελεί απότομες περιστροφές του σώματος αριστερά και δεξιά, κρατώντας σταθερούς τους ώμους, τον λαιμό και τα χέρια. Οι πατούσες είναι κολλημένες στο πάτωμα, ύστερα από τις στροφές η ένταση αποβάλλετε κάνοντας τις πάνινες κούκλες. Μετακινεί τον κορμό αριστερά και δεξιά ενώ ταυτόχρονα τα χέρια περιστρέφονται χαλαρά γύρω από το σώμα. Οι πατούσες είναι κολλημένες στο πάτωμα.
- ✚ Λουλούδι: Το παιδί σηκώνει τα χέρια ψηλά και τεντώνει όλους τους μυς του σώματος όπως το λουλούδι που υψώνεται προς τον ήλιο. Ύστερα σιγά – σιγά χαλαρώνει τα χέρια του και χάνονται όπως χάνεται ο ήλιος και το λουλούδι μαζεύεται. Οι πήχεις μένουν ίσοι, λυγίζει τα χέρια στον αγκώνα σαν να σπάει ο κορμός του λουλουδιού. Αποβάλλει την ένταση από τους μυς της πλάτης, του λαιμού και των ώμων. Παθητικά σκύβει μπροστά λυγίζοντας τα γόνατα όπως “το λουλούδι όταν μαραίνεται”.
- ✚ Άρση βαρών: Το παιδί φαντάζεται μία μπάρα μπροστά στα πόδια του. Υποθετικά κάνει πως την σηκώνει και την φέρνει σιγά – σιγά προς το στήθος ενώ στη συνέχεια πάνω από το κεφάλι. Η άσκηση πραγματοποιείται για 10–15 δευτερόλεπτα. Η σκέψη επικεντρώνεται στους τεντωμένους μυς των χεριών, των ποδιών και του κορμιού. “Πετά τη μπάρα” – Σκύβει μπροστά και χαλαρώνει τα χέρια. Εδώ παρατηρεί το ευχάριστο συναίσθημα της χαλάρωσης.
- ✚ Εκκρεμές: Μεταφέρει το βάρος του σώματος από τη φτέρνα προς την άκρη των ποδιών. Το σώμα ταλαντεύεται μπρος-πίσω. Τα χέρια είναι κολλημένα

στους μηρούς. Το βάρος του σώματος μεταφέρει αργά ως τις άκρες των ποδιών και ενώ η φτέρνα μένει κολλημένη στο έδαφος, το σώμα γέρνει ελαφρώς μπροστά και αντίστροφα. Το βάρος του σώματος μεταφέρεται προς τη φτέρνα και οι άκρες παραμένουν κολλημένες στο έδαφος.

✚ **Ράλι:** Κάθεται στην άκρη της καρέκλας. Τεντώνει τα πόδια του προς τα εμπρός και τα ανασηκώνει ελαφρώς. Τα χέρια είναι κολλημένα στα πλευρά με λυγισμένους αγκώνες και σφιγμένες γροθιές “σαν να κρατάει τιμόνι”. Το σώμα έχει ελαφρά κλίση προς τα πίσω. Επικεντρώνει την προσοχή του στους τεντωμένους μυς του σώματος. Η άσκηση αυτή γίνεται για 10-15 δευτερόλεπτα. Χαλαρώνει, κάθεται ίσια, τα πόδια στο έδαφος, τα χέρια στα γόνατα και το κεφάλι με κλίση προς τα κάτω. Παρατηρεί το ευχάριστο συναίσθημα της χαλάρωσης.

Ασκήσεις χαλάρωσης για μιμικούς και αρθρωτικούς μύες

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

7. Κρατά τα χείλη προτεταμένα προς τα έξω και φυσά για 10 δευτερόλεπτα. Παρακολουθεί την πίεση που ασκείται στα χείλη.
8. Πιέζει την γλώσσα στα μπροστινά δόντια για 10 δευτερόλεπτα. Επικεντρώνει την προσοχή του στην πίεση που ασκείται στη γλώσσα.
9. Τραβά τη γλώσσα προς τα πίσω για 10 δευτερόλεπτα. Νοιώθει την ένταση στη γλώσσα, στο κάτω μέρος του στόματος και στο λαιμό.
10. Χασμουριέται ελαφρά, πιο έντονα, πολύ έντονα. Στο τελευταίο χασμουρητό κλείνει τα μάτια και τεντώνει τους μύες του στόματος και του λάρυγγα. Ύστερα από τις χαλαρωτικές ασκήσεις, τα παιδιά ξαπλώνουν ανάσκελα στο χαλί. Τους ζητά να κλείσουν τα μάτια τους και να χαλαρώσουν. Σε μερικά παιδιά το κλείσιμο των ματιών προκαλεί άγχος και φοβία και αυξάνεται η ένταση στους μυς. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι χαλαρωτικές ασκήσεις πραγματοποιούνται με τα μάτια ανοιχτά και αργότερα βήμα-βήμα τα παιδιά μαθαίνουν να κλείνουν τα μάτια την ώρα των ασκήσεων.

Χαλάρωση με Μασάζ

Το μασάζ είναι μια θεραπευτική μέθοδο που χρησιμοποιείται ευρέως τόσο σε υγιή άτομα όσο και σε ασθενείς. Είναι μια τεχνική που οι αρχαίοι Έλληνες και ο Ιπποκράτης χρησιμοποιούσαν ήδη από το 430 π.χ. Υπάρχουν ιστορικές αναφορές που δείχνουν ότι το μασάζ χρησιμοποιούνταν στην Ινδία και στην Κίνα πριν 5.000 χρόνια. Υπάρχουν πολλά είδη μασάζ. Είναι μια μέθοδος που έχει σαν βασική αρχή, τη μάλαξη των μαλακών μορίων του σώματος με θεραπευτικό στόχο. Η αποτελεσματικότητα του μασάζ οφείλεται στο γεγονός ότι βελτιώνει την κυκλοφορία του αίματος στους μυς και γενικά στα μαλακά μέρη. Αυτό επιτρέπει την έξοδο από τους μυς των άχρηστων ουσιών που συσσωρεύονται όταν οι μυς εργάζονται ή όταν υποβάλλονται σε υπερβολική εργασία ή ένταση. Οι ουσίες αυτές προκύπτουν από το μυϊκό μεταβολισμό, δημιουργούν πόνους, σκληρότητα και δυσκαμψία στους μυς. Ταυτόχρονα με τον καθορισμό από τις άχρηστες ουσίες, το μασάζ των μυών επιτρέπει την είσοδο, δια μέσου μιας καλύτερης κυκλοφορίας του αίματος, περισσότερων θρεπτικών ουσιών. Τα θετικά αποτελέσματα του μασάζ περιλαμβάνουν τη χαλάρωση και την μείωση του στρες. Επίσης θεωρείται από

πολλούς ότι μπορεί να μειώνει τον πόνο, βοηθά στην αποθεραπεία των μυών και των αρθρώσεων. Το μασάζ μπορεί να μειώνει δυσκαμψία των μυών. Μπορεί να μειώνει την αρτηριακή πίεση και να βοηθά στην ανακούφιση από τους πονοκεφάλους. Φαίνεται μάλιστα ότι ευνοεί την παραγωγή από το ίδιο το σώμα των φυσικών ουσιών που καταπολεμούν τον πόνο στον εγκέφαλο, όπως για παράδειγμα οι ενδορφίνες. Για τους λόγους αυτούς μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε υγιή άτομα για να τα κάνει να νιώθουν πιο καλά. Το μασάζ χρησιμοποιείται στην φυσική ιατρική, του σπορ και στη νοσηλευτική φροντίδα. Βοηθά τους ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται και σε άλλες θεραπείες λόγω του ότι μειώνει την ένταση, την δυσκαμψία των μυών και ευνοεί τη χαλάρωση.

Η χρήση του Μασάζ στον Τραυλισμό

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

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

Η θεραπεία διαρκεί 10 – 20 μέρες και τις πρώτες μέρες διαρκεί 5 – 7 λεπτά φτάνοντας μέχρι και τα 20-25 λεπτά. Φυσικά η διάρκεια εξαρτάται και από την

ηλικία του παιδιού και από τα νευρολογικά του συμπτώματα. Πριν την έναρξη του μασάζ επιτρέπεται η χρήση φράσεων που θα χαλαρώσουν το παιδί (π.χ. ηρέμησε, κλείσε τα μάτια σου κ.τ.λ.). Η φωνή του λογοθεραπευτή πρέπει να είναι χαμηλή μαλακή και ήρεμη. Το παιδί πρέπει να ξαπλώνει ανάσκελα και τα χέρια του να βρίσκονται δίπλα από τους γοφούς, τα πόδια πρέπει να είναι ίσια και ελεύθερα, τα πέλματα των ποδιών ελαφρώς ανοιχτά σχηματίζοντας γωνιά. Κατά την διάρκεια του μασάζ τοποθετούμε ένα μικρό μαξιλάρι μέχρι την ωμοπλάτη και ο εκπαιδευμένος λογοθεραπευτής στέκεται πίσω από το παιδί (Beliakova-Ivanovna, 2002).

Βασικοί τρόποι του λογοθεραπευτικού μασάζ:

- ✓ Χάιδεμα: ελαφρό και έντονο χάιδεμα
- ✓ Τρίψιμο
- ✓ Μάλαξη
- ✓ Δόνηση
- ✓ Άσκηση Πίεσης

Για να διαλέξει το σωστό τρόπο και την κατάλληλη διάρκεια του μασάζ είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε την τόνωση των μυών του παιδιού (μύες του λαιμού, της ωμοπλάτης, των μιμικών μυών, των αρθρωτικών μυών και των μυών της γλώσσας) (Beliakova-Ivanovna, 2002).

Χαλάρωση των μυών του λαιμού

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

είναι σηκωμένο κοιτώντας προς τα πάνω και από αυτή την στάση το παιδί κουνά το κεφάλι του δεξιά και αριστερά και τέλος το κεφάλι έρχεται στην σωστή θέση.

Χαλάρωση των μυών του προσώπου

1. Ξεκινά το μασάζ από την μέση του μετώπου φτάνοντας στους κροτάφους.
2. Το δεύτερο στάδιο του μασάζ ξεκινά από τα φρύδια με κατεύθυνση προς τα πάνω φτάνοντας στις ρίζες των μαλλιών. Οι κινήσεις εκτελούνται με τα δύο χέρια ταυτόχρονα . Στο σημείο όπου τελειώνουν οι κινήσεις πιέζει με τα δάχτυλα του.
3. Ξεκινά από το πιγούνι ανεβαίνοντας αργά μέχρι τους κροτάφους. Σ' αυτή την κίνηση πιέζει μπροστά από το αυτί.
4. Από τη μύτη προχωρά και φτάνει στο αυτί.
5. Ξεκινά από το πάνω χείλος και φτάνει στο αυτί.
6. Ξεκινά από τη μέση του μετώπου και προχωρά προς τα κάτω, προς τους κροτάφους και τις παρειές και φτάνει στο πιγούνι.
7. Ξεκινά από το πιγούνι και ανεβαίνει προς τα πάνω περνώντας από το σημείο σύγκλισης των χειλιών και δίπλα από τη μύτη φτάνει στο – ρινικό οστό και κατόπιν από το κέντρο του μετώπου ημικυκλικά προς τους κροτάφους.

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

Μασάζ για χαλάρωση των σφιγκτήρων μυών των βλεφάρων

1. Χάιδεμα (με τον δείκτη και το μεσοδάχτυλο). Από τους κροτάφους περνά στο κάτω βλέφαρο των ματιών και από εκεί κυκλικά γύρω από τα μάτια προς

την εξωτερική γωνία των ματιών πάνω στα φρύδια. Ελαφρύ γλίστρημα στα φρύδια και στους κροτάφους. Στο τέλος της κίνησης πιέζει ελαφρά.

2. Χαϊδεύει τους κυκλικούς μύες των ματιών. Με τον παράμεσο ξεκινά από τους κροτάφους και προχωρά προς την εσωτερική γωνία των ματιών. Η κίνηση στα άνω βλέφαρα γίνεται χαϊδεύοντας τα ελαφρώς χωρίς να πατά τον οφθαλμό βολβό.

Χαλαρωτικό μασάζ στους σφιγκτήρες των χειλιών

Εκτελούνται ελαφρές κινήσεις με τον εξής τρόπο:

1. Από τη γωνιά του πάνω χείλους προς το κέντρο αυτού.
2. Από τη γωνία του κάτω χείλους προς το κέντρο του πιγουνιού.
3. Από το κέντρο του πάνω χείλους κυκλικά προς τα κάτω μέχρι το κέντρο του πιγουνιού.
4. Ο δείκτης και ο μέσος και των δύο χεριών, τοποθετούνται στο σημείο όπου ενώνονται τα χείλη και ελαφρώς τα τραβάνε όταν χαμογελάμε. Κατόπιν επαναφέρει με τα δάχτυλα τα χείλη. Οι κινήσεις αυτές είναι ελαφρές και ελαστικές.
5. Ξεκινά από το εξωτερικό σημείο των πτερυγίων της μύτης καταλήγει στις γωνίες των χειλιών.
6. Με τον δείκτη και τον μέσο δάκτυλο κάνει ελαφρά χτυπήματα στους κυκλικούς μύες (σφιγκτήρας των χειλιών) των χειλιών με την φορά των δεικτών του ρολογιού. Οι κινήσεις κατά το μασάζ εκτελούνται σε διαφορετικές θέσεις του στόματος – ανοιχτό ελαφρώς ή κλειστό.

Μασάζ στον λάρυγγα

Με τον αντίχειρα, τον δείκτη και τον μέσο πιάνει τον λάρυγγα με προσοχή. Κάνει ρυθμικές κινήσεις των δαχτύλων εγκάρσια. Ταυτόχρονα το παιδί μπορεί

να τραγουδάει τα φωνήεντα. Κατά τη διάρκεια του μασάζ ακολουθείται η εξής σειρά:

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

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

Μέθοδος των Βιοενεργητικών σημείων (ΒΕΣ)

Βασικοί τρόποι μασάζ στα ΒΕΣ:

1. Χάιδεμα: Με ένα από τα τρία μεσαία δάχτυλα. Κάνει κυκλικές κινήσεις προσέχοντας να μην μετατοπίσει του μύες. Οι κινήσεις εκτελούνται αργά αλλά σταθερά. Αυτό βοηθάει στη χαλάρωση των μυών.
2. Μάλαξη: Κάνει κυκλικές κινήσεις πάνω σε ένα σημείο ασκώντας πίεση και χωρίς να σηκωθεί το δάκτυλο από το σημείο αυτό. Οι κινήσεις περιλαμβάνουν 30-60 στροφές το λεπτό.

Η επίδραση στα σημεία αυτά γίνεται με τον εξής τρόπο: Πιέζει το σημείο με το δάκτυλο ελαφρώς. Οι κυκλικές κινήσεις πρέπει να είναι αργές, ελαστικές και με την φορά των δεικτών του ρολογιού. Αυτό γίνεται για 30 περίπου δευτερόλεπτα και βαθμιαία αυξάνει την πίεση. Ύστερα ελαττώνει πάλι αργά την πίεση. Κρατά το δάκτυλο σταθερό στο σημείο και κάνει στάση για 1-2 δευτερόλεπτα. Επαναλαμβάνει τις κινήσεις 3 – 4 φορές έτσι ώστε οι πιέσεις σε ένα ΒΕΣ να μπορεί να διαρκέσουν 3-5 λεπτά. Αφού απομακρύνει το δάκτυλο από το σημείο στο δέρμα του παιδιού δεν πρέπει να έχει σχηματιστεί σημάδι. Ακολούθως θα γίνει περιγραφή ΒΕΣ:

- Σύμπλεγμα ΒΕΣ 1: μείωση της έντασης των αρθρωτικών μυών.

A. Το σημείο ανάμεσα στο πάνω χείλος και το χώρισμα των ρουθουνιών.

B. Το σημείο το οποίο βρίσκεται ανάμεσα στο κάτω χείλος και στο σαγόνι.

Γ. Το σημείο που βρίσκεται 1cm δίπλα από την γωνία ένωσης των χειλιών.

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

A. Το σημείο βρίσκεται ανάμεσα στο υοειδές οστό και το θυρεοειδή.

B. Το σημείο βρίσκεται περίπου 0,7cm επάνω από υπερστερνίδιο διάστημα.

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

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

- Σύμπλεγμα ΒΕΣ 5: μείωση των μυών της κάτω γνάθου.

A. Το σημείο βρίσκεται μπροστά από τον τράγο του αυτιού.

B. Το σημείο βρίσκεται μπροστά από το λοβίο του πτερυγίου του αυτιού.

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

A. Το σημείο βρίσκεται 8-10 από κάτω από το στερνικό άκρο της κλείδας.

B. Το σημείο βρίσκεται στο κέντρο της απόστασης των θηλών του στήθους.

Γ. Το σημείο αυτό μπορεί να βρει στο βαθούλωμα που δημιουργείται όταν γέρνει τους ώμους μπροστά.

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

A. Το σημείο αυτό βρίσκεται στο πόδι, δύο δάκτυλα κάτω από την ένωση του μακρού περονιαίου μυ με τον πρόσθια κνημιαίο μύα.

B. Το σημείο αυτό βρίσκεται ανάμεσα στο πρώτο και δεύτερο μετακάρπιο οστό του χεριού (πιο κοντά στο κέντρο του δευτέρου μετακάρπιου οστού). Προβλέπει την επίδραση στο «σημείο ζωής».

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

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

1. Όταν ξεκινά η θεραπεία με το μασάζ, δεν ξεπερνάμε τα 3-4 σημεία. Σταδιακά αυξάνει τα σημεία.
2. Στα συμμετρικά σημεία κάνει ταυτόχρονα μασάζ και με τα δύο χέρια.
3. Αυτού του είδους το μασάζ συνίσταται να συνδυάζεται με το κλασικό μασάζ.
4. Κατά κανόνα το μασάζ είναι το στάδιο προετοιμασίας για τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες. Σπάνια γίνεται στο τέλος τις συνεδρίας.
5. Συνιστά το μασάζ να γίνεται με την ακόλουθη σειρά: Μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης σειράς συνεδριών, διάλειμμα δύο εβδομάδων – μεταξύ της δεύτερης και τρίτης σειράς συνεδριών, διάλειμμα περίπου 3 μηνών. Οι σειρές συνεδριών επαναλαμβάνονται κάθε 3-6 μήνες. Το μασάζ πρέπει να γίνεται μέρα παρά μέρα. Το διάλειμμα μεταξύ των συνεδριών του μασάζ δεν πρέπει να ξεπερνά τις 3 μέρες.
6. Στη διάρκεια του μασάζ το παιδί πρέπει να είναι χαλαρό και ήρεμο. Το μασάζ των ΒΕΣ συνίσταται να γίνεται μαζί με ασκήσεις χαλάρωσης και αυτογενούς άσκησης. Για καλύτερη απόδοση χρησιμοποιείται κατάλληλη μουσική (Beliakova-Ivanovna, 2002).

Ασκήσεις Αναπνοής

Πριν αρχίσουν οι ασκήσεις της αναπνοής, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να χαλαρώσουν όλα τα μέλη του σώματός και να διωχθεί από το μυαλό του ασθενή κάθε άσχετη σκέψη με τη λειτουργία τις αναπνοής. Η αναπνοή είναι η σημαντικότερη λειτουργία του ανθρωπίνου οργανισμού που χωρίζεται σε δύο στάδια: α) την εισπνοή και β) την εκπνοή. Το πρώτο στάδιο της αναπνοής είναι η εισπνοή. Κατά την διάρκεια που ο ασθενής εισπνέει σταυρώνει συγχρόνως τα χέρια του στο ύψος των ώμων, με χαλαρωμένες τις παλάμες του (χωρίς σφίξιμο), ώστε η παλάμη του δεξιού του χεριού ν' ακουμπήσει ελαφρά τον αριστερό του ώμο και η παλάμη του αριστερού του χεριού ν' ακουμπήσει τον δεξιό του ώμο. Αυτό γίνεται για να είναι οι πνεύμονές του πιο ελεύθεροι και να χωρέσουν σε κάθε εισπνοή περισσότερα κυβικά αέρος, κάνοντας κάμψη του κορμού προς τα εμπρός και κάτω, λυγίζοντας ελαφρά τα γόνατα, όση ώρα διαρκεί η εισπνοή.

Το δεύτερο στάδιο της αναπνοής είναι η εκπνοή, συγχρόνως με την εκπνοή ανοίγει τα χέρια του στα πλάγια σε έκταση και σφίγγει το διάφραγμα με τους μυς της κοιλιάς προς τα μέσα κι επάνω σηκώνοντας τον κορμό του τεντωμένο σε ανάταση, ισιώνοντας και τα γόνατα, όση ώρα διαρκεί η εκπνοή (Ονούφριο, 2000). Τα άτομα με τραυλισμό τις περισσότερες φορές χρειάζονται αναπνευστικές ασκήσεις για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα του τραυλισμού. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού διαταράσσουν αρκετές φορές την λειτουργία τις αναπνοής. Η πραγματώσει του έναρθρου λόγου εξαρτάτε πολύ από τον τρόπο που χρησιμοποιούν τον αέρα που αναπνέουν. Αυτό δεν ισχύει μόνο στην πραγμάτωση του λόγου αλλά και σε διάφορες τις δραστηριότητες τις το περπάτημα κ.τ.λ. Πριν αρχίσουν οι αναπνευστικές ασκήσεις γίνεται σωστή τοποθέτηση τις στάσης του σώματος, χαλάρωση των ώμων, και σωστή τοποθέτηση του κεφαλιού στην φυσιολογική ίσια θέση (Ανδρέου, 2010).

Κάποιες από τις ασκήσεις αναπνοής είναι:

-  Εισπνέει αργά από την μύτη και εκπνέει αργά από το στόμα.
-  Εισπνέει από την μύτη και εκπνέει διακεκομμένα από το στόμα (αρχικά σε δύο φάσεις, μετά σε τρείς, τέσσερις κλπ.).

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

Η άσκηση τις χήνας

Η άσκηση αυτή εφαρμόζεται συνήθως στα παιδιά. Το παιδί βρίσκεται ξαπλωμένο και του τοποθετείται μία πλαστική χήνα πάνω στην κοιλία, την οποία κρατάει με τα δάχτυλα του. Στην συνέχεια του λέμε μια ιστορία για μια χήνα που κάνει τη βόλτα στη λίμνη και κάθε τόσο φυσάει αέρας. Επειδή η χήνα είναι έξυπνη και δεν θέλει να βρέξει τα φτερά τις, προσπαθεί να προφυλαχθεί κινούμενη από το ένα κύμα στο άλλο. Στην πράξη όμως αυτό σημαίνει:

1. Εκπνοή – φυσάει αέρας – κοίλωση του κοιλιακού τοιχώματος. Η χήνα κατεβαίνει από το ένα κύμα στο άλλο.
2. Άμεση εισπνοή – κύρτωση του κοιλιακού τοιχώματος. Η χήνα ανεβαίνει στην κορυφή του κύματος.
3. Κράτημα αναπνοής στην εισπνοή – το κοιλιακό τοίχωμα παραμένει κυρτό. Η χήνα κάνει τη βόλτα τις. Το παιδί μπορεί να στριφογυρίσει τη χήνα δύο με τρεις φορές, μέχρι να ξαναρχίσει ο τις κύκλος.

Η άσκηση του τοξότη κενταύρου

Σε αυτή την άσκηση ο ασθενής στέκεται όρθιος σαν να απευθύνεται σε κάποιον και βγάζει συνεχή φυσήματα μικρής διάρκειας με το ένα χέρι να ακουμπά το θώρακα και το άλλο την κοιλιά. Αυτά τα «μηνύματα» τα κατευθύνει με τα μάτια του προς ένα φανταστικό στόχο (π.χ. μια βάρκα με πανιά στη θάλασσα). Έχει μεγάλη σημασία ο ασθενής να «ζει» την άσκηση, να την εκτελεί σαν να πρόκειται πράγματι να μεταδώσει ένα μήνυμα σε κάποιον. Δεν αρκεί να λειτουργεί την κοιλιά: η λειτουργία αυτή πρέπει να έχει μια λογική, τη λογική του μηνύματος. Όταν γίνει αυτόματη στην καθημερινή ομιλία, ο ασθενής θα αντικαταστήσει τη βάρκα με το πρόσωπο. Ο ασθενής κάνει τρεις πνοές, φυσήματα, εκπνοές, κοιλιακές, μεταξύ των οποίων μεσολαβούν 1 έως 2 δευτερόλεπτα. Αυτά τα φυσήματα υλοποιούνται με ένα θόρυβο σαν «σσς» που βγαίνει από το στόμα.

Η αναπνοή του σκαντζόχοιρου

Ο ασθενής βλέπει την κοιλιά του και το θώρακα του μέσα από το καθρέφτη. Το ένα του χέρι είναι τοποθετημένο στην κοιλιά του σε σχήμα καμπάνας (ακουμπούν μόνο τα δάκτυλά) και το άλλο στο θώρακα. Η άσκηση πραγματοποιείται με τρεις διαδοχικές εισπνοές μικρής διάρκειας από το στόμα, την καθεμία από τις οποίες ακολουθεί μια παθητική εκπνοή. Η περίοδος ηρεμίας μεταξύ των τριών φυσημάτων είναι περίπου 1 – 2 δευτερόλεπτα.

Η αναπνοή του δράκου

Ο ασθενής εισπνέει από το στόμα κάνοντας θόρυβο που μοιάζει με «ανάποδο φ» και αμέσως εκπνέει με θόρυβο που ακούγεται σαν «σσς». Μετά την εκπνοή ακολουθεί μια περίοδος ηρεμίας διάρκειας 1 – 2 δευτερόλεπτων. Η αναπνοή εκτελείται τρεις φορές, με τον ασθενή να ελέγχει τη θέση του μεταξύ τις κάθε σειράς (Εξαρχάκος, 2001).

Κανόνες Σωστής Ομιλίας

Το άτομο με τραυλισμό πρέπει να διδαχθεί από το λογοθεραπευτή τους σωστούς κανόνες ομιλίας. Τα άτομα με τραυλισμό παρουσιάζουν συχνά γρήγορη ομιλία, χωρίς ρυθμό και με ασυντόνιστες αναπνοές. Συχνά επαναλαμβάνουν ή παραλείπουν φθόγγους, συλλαβές, λέξεις στην προσπάθειά τους να αποφύγουν τις ανεπιθύμητες

συσπάσεις των οργάνων της άρθρωσης. Γι' αυτό το λόγο τα άτομα με τραυλισμό πρέπει να χρησιμοποιούν κάποιους απλούς κανόνες κατά την διάρκεια τις ομιλίας:

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

Κανόνες για την Αντιμετώπιση του Τραυλισμού

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

- Σταματήσει κάθε προσπάθεια για ομιλία
- Να εκπνεύσει τον αέρα που έχει μέσα του
- Να χαλαρώσει
- Να πάρει νέα αναπνοή
- Να επαναλάβει σιωπηλά τη λέξη ή τη συλλαβή που τον δυσκόλεψε και στην εκπνοή να την προφέρει μελωδικά και παρατεταμένα π.χ.(κηηηηήπος).

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

Ασκήσεις Ανάγνωσης

Η άσκηση αυτή εφαρμόζεται σε παιδιά σχολικής ηλικίας που έχουν την ικανότητα να διαβάζουν. Δίνεται στο παιδί ένα κείμενο και καλείται να το διαβάσει με ένα από τους ακόλουθους τρόπους: α) Με συλλαβισμό, β) Διάβασμα λέξη προς λέξη, γ) Διάβασμα κατά μικρά τμήματα, δ) Διάβασμα με παρατεταμένη την προφορά των φωνηέντων και ε) Αργό διάβασμα κειμένου με ταυτόχρονο γράψιμο των λέξεων στον αέρα (Ανδρέου, 2010).

Μίμηση των Συμπτωμάτων του Τραυλισμού

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

Οι 2 συχνότερες θεραπευτικές σχολές του τραυλισμού:

1) Τροποποίηση Τραυλισμού (Stuttering Modification , Van Riper 1973)

Σχεδιάστηκε για να βοηθήσει κυρίως άτομα με επιβεβαιωμένο (δηλαδή επίμονο), μέτριο ή σοβαρό τραυλισμό. Αναπτύχθηκε από την ομάδα ενός από τους πιο γνωστούς κλινικούς και ερευνητές του τραυλισμού, του Charles VanRiper. Αποτελεί βάση για σχεδόν όλες τις νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ο στόχος του συγκεκριμένου προγράμματος δεν είναι η εξάλειψη του τραυλισμού αλλά η αναγνώριση και τροποποίηση των στιγμών τραυλισμού, η μείωση της φοβίας της ομιλίας, και η μείωση και η εξάλειψη των συμπεριφορών αποφυγής. Η τροποποίηση του τραυλισμού βασίζεται στις αρχές της θεωρίας :

- Της μάθησης (Το πρόσωπο που τραυλίζει να «ξεμάθει» τις παλιές δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές).

- Της ιδιοδεκτικότητας και της κιναισθησίας (διδασχή ιδιοδεκτικών ικανοτήτων με στόχο την κυριαρχία της ιδιοδεκτικότητας σε σχέση με την ακουστική ανάδραση).
- Της ψυχοθεραπείας (σε περιπτώσεις που υπάρχουν δευτερεύουσες συμπεριφορές οι οποίες συνοδεύονται από συναισθήματα φόβου, ντροπής και απογοήτευσης).

Διαδικασία Τροποποίησης Τραυλισμού

Το θεραπευτικό πρόγραμμα είναι εντατικό και περιλαμβάνει ατομικές συνεδρίες 3 φορές την εβδομάδα, ομαδικές συνεδρίες όποτε είναι εφικτό και πολλαπλές συνεδρίες αυτοθεραπείας δηλαδή τεχνικές τις οποίες εφαρμόζει το ίδιο το άτομο μόνο του καθημερινά. Τα προτεινόμενα στάδια θεραπείας είναι τέσσερα και είναι διαδοχικά και ιεραρχικά:

Στάδιο 1: Αναγνώριση

Στο στάδιο αυτό το πρόσωπο που τραυλίζει ανακαλύπτει και κατηγοριοποιεί τις εμφανείς και μη εμφανείς συμπεριφορές δηλαδή της βασικές συμπεριφορές τραυλισμού και τα αρνητικά συναισθήματα σχετιζόμενα με την ομιλία. Το άτομο γνωρίζει καλύτερα τον τραυλισμό και αρχίζει να το αποδέχεται. Η διαδικασία της αναγνώρισης ξεκινά αρχικά από τις πιο εύκολες δραστηριότητες προς τις πιο δύσκολες και από το θεραπευτικό σε ευρύτερα πλαίσια.

Στάδιο 2: Απεναισθητοποίηση

Αυτό το στάδιο αφορά την μείωση του άγχους και όλων των αρνητικών συναισθημάτων που προκύπτουν από τις δυσκολίες στην ομιλία. Πιο συγκεκριμένα ο ασθενής θα πρέπει να εξοικειωθεί απέναντι στην απειλή, την αντιμετώπιση και την εμπειρία μιας επικοινωνιακής αποτυχίας. Επίσης δίνεται έμφαση στο γεγονός ότι ένας βαθμός απεναισθητοποίησης έχει ήδη επιτευχθεί εμμέσως από το στάδιο της αναγνώρισης. Για να επιτευχθεί ο παραπάνω στόχος είναι αναγκαίο ο ειδικός να έχει δημιουργήσει ένα κατάλληλο περιβάλλον μέσα στο οποίο θα είναι εφικτή η παρατήρηση των σωματικών και λεκτικών συμπεριφορών και φωνητικών εναλλαγών.

Στάδιο 3: Τροποποίηση

Σε αυτό το στάδιο στοχοποιούνται άμεσα οι δυσρροές, με σκοπό την εκπαίδευση του προσώπου που τραυλίζει να τραυλίζει με έναν τρόπο πιο εύκολο, χαλαρό και αποδεκτό από τον ίδιο τον ασθενή και από άλλους επικοινωνιακούς συντρόφους. Σε αυτό το στάδιο πρέπει να γίνονται τρεις βασικές τεχνικές :

- 1) Ακυρώσεις: Όστε το πρόσωπο που τραυλίζει να μάθει καινούργιες αντιδράσεις απέναντι στα ερεθίσματα που προκαλούν τον τραυλισμό.
- 2) Διαφυγές: Όστε το πρόσωπο που τραυλίζει να μάθει να διαφεύγει από το επεισόδιο του τραυλισμού κατά την διάρκεια του.
- 3) Σύνολα προετοιμασίας: Όστε να προλάβει το πρόσωπο που τραυλίζει το επεισόδιο του τραυλισμού και να το διορθώσει πριν εμφανιστεί.

Στάδιο 4: Σταθεροποίηση / Διατήρηση

Ο στόχος αυτού του σταδίου είναι να διατηρηθεί ο νέος τρόπος «εύκολου» τραυλισμού στο χρόνο, σε διάφορα περιβάλλοντα και με διάφορους επικοινωνιακούς συντρόφους. Για να υλοποιηθεί αυτός ο στόχος θα πρέπει να γίνει προετοιμασία του ατόμου για πιθανές επανεμφανίσεις ή επιδεινώσεις της τωρινής κατάστασης ομιλίας, να γίνει αυτοματοποίηση των διαφυγών και των συνόλων προετοιμασίας καθώς και να μειωθεί η συχνότητα των ατομικών συναντήσεων εντός κλινικού πλαισίου. Το μεγαλύτερο όμως πλεονέκτημα του συγκεκριμένου σταδίου και γενικότερα της θεραπείας αυτής είναι το ότι το άτομο που τραυλίζει τελικά γίνεται «θεραπευτής» του εαυτού του και ο κλινικός περισσότερο σύμβουλος και καθοδηγητής.

Διαδικασία μορφοποίησης τραυλισμού

Μορφοποίηση Ροής: Η μορφοποίηση ροής είναι μια θεραπευτική προσέγγιση που στοχεύει στον ευχερή λόγο και όχι στις δυσροές ή στις στιγμές τραυλισμού. Στόχος έχει την εξάλειψη του τραυλισμού αρχικά στην κλινική με μικρές και απλές φωνολογικές μονάδες και σταδιακά σε αυθόρμητο λόγο σε διάφορα επικοινωνιακά περιβάλλοντα μέσω:

- ✚ Αυθόρμητη ευχέρεια : Αυτή η ευχέρεια επιτυγχάνεται χωρίς τη συνειδητή εμπλοκή τεχνικών και θεραπευτικών μεθόδων
- ✚ Ελεγχόμενη ευχέρεια : Αυτή η ευχέρεια επιτυγχάνεται με τη χρήση τεχνικών και με έντονη προσπάθεια του προσώπου που τραυλίζει.

Οι στόχοι που θέτονται από τον ειδικό είναι η εξής:

A) Μείωση του Ρυθμού της Ομιλίας

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

B) Χρήση Κατάλληλης Αναπνοής

Γίνεται εκπαίδευση μόνο σε περιπτώσεις ατόμων με σοβαρή συμπτωματολογία όπου έχει παρατηρηθεί έλλειψη του συγχρονισμού αναπνοής – ομιλίας η οποία επηρεάζει σε κάποιο βαθμό την ροή της ομιλίας. Το άτομο με τραυλισμό καλείται να εκφέρει φράσεις μικρού μεγέθους που να καλύπτονται κάθε φορά από μια εκπνοή, ώστε να μην προκαλείται ένταση στα όργανα της άρθρωσης και της φώνησης. Δίνεται έμφαση στο αναπνευστικό και φωνητικό σύστημα και στη συσχέτιση τους με αναλογίες με οπτικά παιχνίδια και βοηθήματα. Επίσης στόχος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει το άτομο που τραυλίζει να αυξήσει τον χρόνο της εκπνοής ανάλογα με τις δυνατότητές του.

Γ) Απαλές Αρθρωτικές Επαφές

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

Δ) Φράσεις και Παύσεις

Γίνεται καταμερισμός της ομιλίας σε μικρότερα κομμάτια . Οι παύσεις γίνονται σε συντακτικά δικαιολογημένα σημεία μέσα στην πρόταση, επίσης η πρώτη παύση μπορεί να γίνει στο τέλος της πρώτης λέξης σε μια πρόταση και οι υπόλοιπες ανά 3-4 λέξεις για την αποφυγή του φαινομένου «ντόμινο» που συναντάμε πολύ συχνά στον τραυλισμό. Οι παύσεις αυτές σταδιακά μειώνονται σε διάρκεια και έτσι η ομιλία αποκτά κανονική φυσικότητα.

Ε) Συνεχής Φώνηση

Οι ήχοι παράγονται χωρίς σταμάτημα (π.χ. αααααααα, θέλωωωωω). Αυτή η τεχνική προάγει την «πρόσθια» ροή της ομιλίας, βοηθάει στην χαλάρωση της έντασης και ενισχύει την ιδιοδεκτικότητα και την κιναισθησία. Αρχικά αρχίζει σε ήχους και μετά σε λέξεις και φράσεις. Επίσης γίνεται μίμηση και παραγωγή των ήχων με υπερβολικές κινήσεις των αρθρωτών που βοηθούν στο να καλύπτονται τα κενά μεταξύ των ήχων και των λέξεων.

ΣΤ)Εύκολη Έναρξη Φώνησης

Χρησιμοποιείται για να μειώσει την ένταση του αναπνευστικού, αρθρωτικού συστήματος στην αρχή μιας φράσης ή πρότασης. Υπάρχει παράταση του πρώτου ήχου της φράσης. Κατά την εδραίωση της ευχέρειας οι εύκολες ενάρξεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αρχή όλων των φράσεων.

Z) Μηχανές Ομιλίας

Γίνεται εκπαίδευση στο μηχανισμό ομιλίας καθώς και στα συστήματα που τον αποτελούν. Όλο αυτό έχει σαν σκοπό το πρόσωπο που τραυλίζει να αποκτήσει γνώση όλων των διαφορετικών συστημάτων που παίζουν ρόλο στην επίτευξη της ευχέρειας ώστε να αρχίσει να τα ελέγχει. Αυτό μπορεί να το πετύχει ο ειδικός μέσω κατάλληλων δραστηριοτήτων χειροτεχνίας, ζωγραφικής, μέσα από επιτραπέζια, εικόνες και πάζλ σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας.

Κριτήρια για την έναρξη ενός προγράμματος του προγράμματος θεραπείας

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

προβληματισμό στο παιδί και τους γονείς του. για τις περιπτώσεις των παιδιών για τα οποία δεν προτείνεται η ένταξή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα οι παραπάνω ερευνητές συνιστούν περιοδική παρακολούθηση για την αξιολόγηση της πορείας των συμπτωμάτων τους. Άλλοι ειδικοί υποστηρίζουν, στις περιπτώσεις των παιδιών με τραυλισμό, η άμεση ένταξή τους σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης θα πρέπει να επιδιώκεται το συντομότερο δυνατό.

Οι Currelee&Yairi συνοψίζουν την επιχειρηματολογία αυτής της ομάδας των ειδικών ως εξής:

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

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

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

Δ) Οι μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης των παιδιών προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Επιπλέον, όπως επισημαίνουν οι Packman&Onslow (1996), η γνώση σχετικά με τα ποσοστά αυτόματης υποχώρησης του τραυλισμού και των παραγόντων που συνδέονται με αυτή δεν είναι πάντα χρήσιμη στον ειδικό, διότι δεν τον βοηθά να απαντήσει στην ερώτηση του γονιού που απευθύνεται σε αυτόν που τραυλίζει: «μπορείτε να με διαβεβαιώσετε ότι το

παιδί μου θα σταματήσει να τραυλίζει ακόμη και αν δεν ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα;»

Επομένως, ακόμη και αν δεχόμασταν το αμφισβητούμενο ποσοστό του 80% σχετικά με την αυτόματη υποχώρηση του τραυλισμού, δεν θα ήμασταν ποτέ σε θέση να διαβεβαιώσουμε τον γονιό που αγωνιά ότι το παιδί του δεν εντάσσεται στο 20%, στο οποίο τα συμπτώματα του τραυλισμού θα εδραιωθούν. Στην ίδια λογική κινείται και η εκτίμηση των Martin&Lindamood (1986), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση των προγνωστικών παραγόντων για την πιθανή παγίωση ή υποχώρηση του τραυλισμού σε ένα παιδί, πρέπει να οδηγεί στην κατάρτιση του κατάλληλου προγράμματος θεραπευτικής παρέμβασης και όχι στην απόφαση για το κατά πόσο θα υπάρξει ή δεν θα υπάρξει παρέμβαση. Μια συμβιβαστική άποψη υποστηρίζει ότι η αξιολόγηση των δυσκολιών του παιδιού πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατό και να παρέχεται άμεσα συμβουλευτική στους γονείς του, αλλά να δίνεται μικρό χρονικό διάστημα αναμονής 3 έως 6 μήνες πριν αποφασιστεί η αναγκαιότητα ένταξης του παιδιού σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Σύμφωνα με την δική μας εμπειρία εκτιμούμε ότι η ένταξη του παιδιού που τραυλίζει σε θεραπευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να προταθεί, αφού πρώτα συνεκτιμηθούν ορισμένοι παράγοντες. Ο ειδικός πρέπει να αξιολογήσει το παιδί για τις δυσκολίες του οποίου οι γονείς ανησυχούν προκειμένου να διαπιστώσει κατά πόσο παρουσιάζει πραγματικά κάποιο πρόβλημα. Από ερευνά μας έχει διαπιστωθεί ότι το 11% των περιπτώσεων των παιδιών που παραπέμπεται για διάγνωση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας τελικά δεν συντρέχει λόγος ανησυχίας για την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά τους γενικότερα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η παραπομπή για διάγνωση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τελικά δεν συντρέχει λόγος ανησυχίας για την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά τους γενικότερα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η παραπομπή για διάγνωση λειτουργεί θετικά, αφού διευκολύνει τους γονείς να δουν με ρεαλισμό την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του παιδιού τους. Στην περίπτωση που κατά την διάγνωση διαπιστώνεται ότι τα χαρακτηριστικά της ομιλίας του παιδιού είναι τέτοια ώστε να πληρούνται τα κριτήρια για τη διάγνωση του τραυλισμού, αξιολογείται η πορεία των συμπτωμάτων του τραυλισμού στο χρόνο που μεσολάβησε μέχρι την επίσκεψη στον ειδικό και διερευνάται η πιθανή ύπαρξη συνοδών προβλημάτων. Εάν η έναρξη του προβλήματος είναι πολύ πρόσφατη (διάρκεια λίγων ημερών ή εβδομάδων) και δεν

διαπιστώνεται κανένα συνοδό πρόβλημα στο παιδί τότε παρέχεται συμβουλευτική στους γονείς η οποία εστιάζεται βασικά στο τι πρέπει να κάνουν ή να μην κάνουν οι ίδιοι και ο κοινωνικός περίγυρος όταν εκδηλώνονται δυσκολίες στη ροή του λόγου. Επίσης προτείνεται η επανεξέταση του παιδιού μετά από ένα περίπου μήνα ώστε να διαπιστωθεί αν επιμένουν οι δυσκολίες στη ροή του λόγου. Εάν σε αυτή την αξιολόγηση διαπιστωθεί υποχώρηση των συμπτωμάτων, προτείνεται στους γονείς να επανέλθουν σε περίπτωση που παρατηρηθεί παλινδρόμηση. Στην περίπτωση όπου παρά τη σχετικά πρόσφατη εμφάνιση των συμπτωμάτων του τραυλισμού, διαπιστώνεται ταυτόχρονα η παρουσία άλλου προβλήματος όπως για παράδειγμα, προβλήματα άρθρωσης, μαθησιακές δυσκολίες, ΔΕΠ-Υ, αγχώδεις διαταραχές και λοιπά, τότε προτείνεται άμεσα η ένταξη του παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο εστιάζει το πρόβλημα που διαπιστώθηκε, ενώ παράλληλα παρακολουθείται η πορεία του παιδιού ως προς τη ροή του λόγου (Γκουντάντση, 2009).

Τέλος, στην περίπτωση που οι δυσκολίες στη ροή του λόγου του παιδιού έχουν ήδη εκδηλωθεί ορισμένους μήνες πριν από την αξιολόγηση του παιδιού και δεν υπάρχουν στοιχεία τα οποία να καταδεικνύουν βελτίωση σε αυτό το διάστημα, τότε προτείνεται επίσης η άμεση ένταξη του παιδιού σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στην περίπτωση των παιδιών, στα οποία συνυπάρχει ο τραυλισμός και κάποια φωνολογική διαταραχή, τίθενται συνήθως τα έξης ερωτήματα: Η θεραπευτική αντιμετώπιση της φωνολογικής διαταραχής θα συμβάλει θετικά στην αντιμετώπιση του τραυλισμού ή θα αυξήσει το άγχος του παιδιού κατά την παραγωγή της ομιλίας; Με ποια σειρά πρέπει να αντιμετωπιστούν ο τραυλισμός και η διαταραχή;

Σύμφωνα με την Bernstein Ratner υπάρχουν τέσσερις φωνολογική θεραπευτικές προσεγγίσεις στις περιπτώσεις των παιδιών, στα οποία ο τραυλισμός συνυπάρχει με κάποια φωνολογική διαταραχή: Μεικτή προσέγγιση, κατά την οποία ταυτόχρονα κατά τη διάρκεια της ίδιας και οι δυο διαταραχές αντιμετωπίζονται συνεδρίας. Κυκλική προσέγγιση κατά την οποία εναλλάσσεται το επίκεντρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης μεταξύ τραυλισμού και φωνολογικής διαταραχής. Διαδοχική προσέγγιση κατά την οποία αντιμετωπίζεται πρώτα η μια διαταραχή και μετά η άλλη. Έχει διαπιστωθεί ότι η πλειονότητα των ειδικών ακολουθεί τη μεικτή ή την ταυτόχρονη προσέγγιση. Σύμφωνα με τη Wolk (1998) υπάρχουν πολλοί λόγοι για την ταυτόχρονη αντιμετώπιση και των δυο προβλημάτων. Σε περίπτωση που

αντιμετωπίζεται μόνο η φωνολογική διαταραχή και αγνοηθεί ο τραυλισμός είναι δυνατόν να επέλθει επιδείνωση του τραυλισμού σε περίπτωση που αντιμετωπίζεται μόνο ο τραυλισμός, τότε η φωνολογική διαταραχή θα εξακολουθήσει να δημιουργεί στο παιδί δυσκολίες στην επικοινωνία του με τους άλλους, με δυσμενείς συνέπειες τόσο στις διαπροσωπικές του σχέσεις όσο και στο επίπεδο της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητάς του στον τομέα της λεκτικής επικοινωνίας (Γκουντάντση, 2009).

Τέλος, όπως επισημαίνει η Wolk (1998), ο τραυλισμός και η φωνολογική διαταραχή ενδέχεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και το ένα πρόβλημα να επιδρά στην εξέλιξη του άλλου. Συμφωνά με την δική μας εκτίμηση η ύπαρξη κάποιας φωνολογικής διαταραχής είναι πολύ πιθανόν να επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα του παιδιού να μιλά με καλή ροή. Στην περίπτωση που ο τραυλισμός συνυπάρχει με φωνολογικές διαταραχές ο ειδικός θα έκανε σίγουρα την ιδανική επιλογή αν μπορούσε στην πράξη να υιοθετήσει τη μικτή προσέγγιση αφού έτσι θα εστίαζε ταυτόχρονα τη θεραπευτική του προσπάθεια τόσο στον τραυλισμό όσο και στις φωνολογικές δυσκολίες του παιδιού. Μέσα από την κλινική μας εμπειρία, όμως, διαπιστώνουμε συχνά πως αυτή η επιλογή δεν είναι πάντα εφικτή για πολλούς λόγους για αυτό ο ειδικός θα πρέπει σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά και αφού προηγούμενος σταθμίσει μια σειρά από παράγοντες να αποφασίσει πια από τις τέσσερις προσεγγίσεις θα μπορέσει να ακολουθήσει, προκειμένου να υπάρξει το μέγιστο δυνατό όφελος για το παιδί (Γκουντάντση, 2009)

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος της θεραπείας του τραυλισμού

Η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού προγράμματος αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο η παρέμβαση έφερε τα ωφέλιμα και επιδιωκόμενα αποτελέσματα κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες ύστερα από εφαρμογή ενός ειδικού.(Last, 1983). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα. Αφενός το ερευνητικό το οποίο αναφέρεται σε στατιστικά δεδομένα που δημοσιεύτηκαν σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά και περιέχει ποσοστά ατόμων που επωφελήθηκαν από θεραπευτικές μεθόδους στο σύνολο των ατόμων που εφαρμόστηκαν αυτές οι

μέθοδοι. Αφετέρου είναι το κλινικό επίπεδο στο οποίο ο όρος αποτελεσματικότητα αναφέρεται στις εκτιμήσεις των ειδικών αλλά και στον ατόμου που συμμετείχε στο θεραπευτικό πρόγραμμα και των οικείων του σχετικά με τον βαθμό στον οποίο επιτεύχθηκαν οι επιδιωκόμενοι στόχοι. Μέχρι πρόσφατα, ο τρόπος αξιολόγησης δεν πληρούσε τα απαραίτητα επιστημονικά κριτήρια και διεπόταν από υποκειμενικές εκτιμήσεις του εκάστοτε ερευνητή. Οι Ingham και Cordes (1997) επισημαίνουν ότι πολλές θεραπευτικές μέθοδοι προτείνονται χωρίς να υποστηρίζονται από ερευνητικά δεδομένα. Ο Cordes στην μετέπειτα ανάλυση δημοσιευμένων ερευνών ανακάλυψε πως οι μέθοδοι που αναφέρονται ως αποτελεσματικοί δεν έχουν αξιολογηθεί με επιστημονικό τρόπο. Το μειονέκτημα των ερευνών ήταν ότι ο κάθε ερευνητής όριζε με τον δικό του τρόπο την σημαντική βελτίωση ατόμων που τραυλίζαν με αποτέλεσμα τα δεδομένα να μην είναι συγκρίσιμα και να μην κρίνονται σωστά οι μέθοδοι ως αποτελεσματικοί και μη αποτελεσματικοί. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες έρευνες δεν έδιναν την απαραίτητη προσοχή στην αξιολόγηση της προόδου εκτός θεραπευτικού πλαισίου, αλλά ούτε παρακολουθούσαν την διάρκεια των αποτελεσμάτων για αρκετά ικανοποιητικό χρονικό διάστημα. Τέλος δεν αξιολογούσαν τις άλλες διαστάσεις που μπορεί να έχει ο τραυλισμός εκτός από την λεκτική ευχέρεια και δεν μελετούσαν παράγοντες που μπορεί να σχετιζόταν με την αποτελεσματικότητα των μεθόδων. Για τον λόγο αυτό αρκετοί ερευνητές λοιπόν επισημαίνουν ότι μέθοδοι για την θεραπεία του τραυλισμού που αναφέρονται μόνο στην λεκτική ευχέρεια είναι ανεπαρκείς για την περίπτωση του τραυλισμού αλλά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες ώστε να θεωρηθεί μια μέθοδος αποτελεσματική. Ο ερευνητής Bloodstein συνοψίζοντας τις διάφορες προτάσεις των ερευνητών για την αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων αναφέρει 12 κριτήρια:

1. Η μέθοδος πρέπει να δοκιμάζεται σε μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα.
2. Η αξιολόγηση της υποχώρησης πρέπει να γίνεται με αντικειμενικές μετρήσεις της συχνότητας της εμφάνισης και του βαθμού σοβαρότητας.
3. Οι αναφορές για την αποτελεσματικότητα πρέπει να βασίζονται σε επανειλημμένες αξιολογήσεις και έναν ικανό αριθμό δειγμάτων ομιλίας σε διάφορες περιστάσεις. Το κριτήριο αυτό κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό κυρίως σε μικρά παιδιά στα οποία ο τραυλισμός μπορεί να είναι περιοδικός καθώς και

να υπάρχουν διαστήματα στα οποία να σταματάει τελείως η εκδήλωση του. (Ingham&Riley , 1998).

4. Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με τραυλισμό αποδίδουν πολύ καλύτερα μέσα στα θεραπευτικά πλαίσια, χωρίς να είναι αυτονόητη η γενίκευση αυτής της απόδοσης και σε άλλα πλαίσια. Για τον λόγο αυτό η βελτίωση είναι απαραίτητο να εξετάζεται σε άλλες καταστάσεις εκτός θεραπευτικού χώρου. Επομένως τα δείγματα ομιλίας θα πρέπει να καταγράφονται σε διάφορες καταστάσεις της καθημερινής ζωής.

5. Η σταθερότητα των αποτελεσμάτων θα πρέπει να εξετάζεται για αρκετό καιρό μετά την λήξη της θεραπείας προτείνοντας ως ιδανικό διάστημα τους 18-24 μήνες.

6. Η χρήση ομάδων ελέγχου είναι απαραίτητη προκειμένου να αξιολογείται η πιθανότητα αυτόματης υποχώρησης των συμπτωμάτων.

7. Η αξιολόγηση των δειγμάτων ομιλίας πρέπει να περιέχει τον βαθμό στον οποίο η ομιλία έχει φυσικό άκουσμα ή έχει αλλοιωθεί από προηγούμενες θεραπευτικές μεθόδους.

8. Κατά την αξιολόγηση πρέπει να ελέγχεται αν το άτομο μιλάει αυθόρμητα ή αν συνεχώς προσέχει.

9. Η αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής μεθόδου δεν κρίνεται μόνο από την υποχώρηση των συμπτωμάτων αλλά κρίνεται και από την υποχώρηση του φόβου της προσδοκίας τραυλισμού, της αρνητικής στάσης απέναντι στην λεκτική επικοινωνία αλλά και της αποφευκτικής συμπεριφοράς σημαντικά στοιχεία για την ένταξη του ατόμου στον επαγγελματικό ,σχολικό τομέα αλλά και στις διαπροσωπικές σχέσεις.

10. Η αξιολόγηση θα πρέπει να περιέχει και μετρήσεις ατόμων που δεν ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό τους πρόγραμμα διότι μπορεί να συνέβη επειδή δεν βοήθησε η συγκεκριμένη μέθοδος.

11. Η μέθοδος πρέπει να αποδεικνύεται αποτελεσματική ακόμη και αν πραγματοποιείται από διαφορετικούς κλινικούς.

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

Η διατήρηση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής παρέμβασης στο χρόνο

Από όλους τους παράγοντες που περιορίζουν την αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής παρέμβασης στην περίπτωση του τραυλισμού , αυτός που έχει απασχολήσει περισσότερο τους ειδικούς είναι η πιθανότητα παλινδρόμησης. Οι Kuhr και Rustin (1985) ονόμασαν την παλινδρόμηση ως την «Αχίλλειο πτέρνα» της θεραπευτικής παρέμβασης. Όπως, όμως οι ειδικοί δεν συμφωνούν πάντα μεταξύ τους σχετικά με το τι συνιστά « αποτελεσματική παρέμβαση» κατά αναλογία υπάρχουν διαφωνίες και σχετικά με τον τρόπο ορισμού της παλινδρόμησης. Για παράδειγμα, η 90 Craig και οι συνεργάτες της (2002), σε έρευνά τους, υιοθετούν ένα αυστηρά ποσοτικό κριτήριο σύμφωνα με το οποίο : «...όλα τα άτομα στα οποία συμπτώματα τραυλισμού εκδηλώνονταν με συχνότητα πάνω από 2% στο σύνολο των εκφερόμενων συλλαβών θεωρούνταν ότι είχε παλινδρομήσει». Από την άλλη πλευρά πάλι, η ίδια Craig (2002), προτείνει να ορίζεται η παλινδρόμηση ως η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων του τραυλισμού , που θεωρούνται ως μη αποδεκτά από το ίδιο το άτομο μετά από ένα χρονικό διάστημα στο οποίο είχε επιτευχθεί βελτίωση».

Με δεδομένες τις παραπάνω δυσκολίες στον ορισμό της παλινδρόμησης, σε αδρές γραμμές υπολογίζεται ότι περίπου στο ένα τρίτο παρατηρείται παλινδρόμηση ενώ το υπόλοιπο ένα τρίτο δεν ολοκληρώνει το πρόγραμμα ή δεν είναι διαθέσιμο για αξιολόγηση μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Φαίνεται λοιπόν ότι ακόμα και σε έρευνες που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η μέθοδος που

χρησιμοποιήθηκε είχε σαν αποτέλεσμα με διάρκεια στο χρόνο, παρατηρείται παλινδρόμηση της τάξης του 30%. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά μικρότερο στις περιπτώσεις παιδιών προσχολικής ηλικίας. Επιπλέον, επισημαίνεται ότι, σε έρευνες παρακολούθησης, η πλειονότητα των γονέων (71%) δεν θεωρεί ότι το παιδί τους κατάφερε να απαλλαγή πλήρως από το πρόβλημα του τραυλισμού, αλλά ότι τα επεισόδια του τραυλισμού εξακολουθούσαν να επανέρχονται περιοδικά. Παρόλο που η παλινδρόμηση είναι πιθανή μετά την εφαρμογή σχεδόν οποιασδήποτε μεθόδου, φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερα σύνηθες φαινόμενο στην περίπτωση αντιμετώπισης του τραυλισμού με τις αυστηρά συμπεριφοριστικές μεθόδους). Πολλοί ειδικοί σχολιάζουν ότι αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί ένα τόσο σύνθετο πρόβλημα όπως ο τραυλισμός σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα και μάλιστα με τεχνικές που αποσκοπούν αποκλειστικά στην τροποποίηση της λεκτικής συμπεριφοράς του ατόμου και δεν συμπεριλαμβάνουν προσπάθειες αλλαγής συναισθημάτων και των αντιλήψεων του σχετικά με τον τραυλισμό (Sheehan, 1984). Λόγω της αυξημένης πιθανότητας παλινδρόμησης μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος, πολλά τέτοια προγράμματα περιλαμβάνουν μια τελική φάση, τη φάση της διατήρησης, κατά την οποία επιχειρείται η πρόληψη της παλινδρόμησης και η συντήρηση της προόδου που 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 συνθηματικά εφόδια προκειμένου να την αντιμετωπίσει.

Η αντιμετώπιση των πιθανών συνοδών δυσκολιών του παιδιού με τραυλισμό

Κατά την διάρκεια ενός θεραπευτικού προγράμματος αντιμετώπισης του τραυλισμού στα παιδιά, ο ειδικός οφείλει να εντάξει στους θεραπευτικούς του στόχους και την αντιμετώπιση κάποιων συνοδών προβλημάτων που μπορεί να εμφανίσει το παιδί κατά την διαδικασία της αξιολόγησης. Η αντιμετώπιση κάποιων προβλημάτων συμπεριφοράς ή μαθησιακών δυσκολιών έχει ιδιαίτερη σημασία για

την εξέλιξη του θεραπευτικού προγράμματος, και αυτό γιατί τέτοιου είδους προβλήματα σχετίζονται τόσο με το επίπεδο αυτοεκτίμησης του παιδιού, όσο και με το εμφάνιση εντάσεων και άγχους της οικογένειας. Επίσης, κάποια προβλήματα που συνδέονται με το πολύ άγχος, όπως τικ, ενούρηση και φοβίες πρέπει να αντιμετωπίζονται παράλληλα με τον τραυλισμό και αυτό γιατί αυτά τα προβλήματα επηρεάζουν τόσο τη συναισθηματική κατάσταση όσο και την καθημερινότητα του παιδιού.

Συμβουλευτική προς γονείς και άλλα άτομα

Πώς μπορούμε να βοηθήσουμε ένα παιδί προσχολικής και σχολικής ηλικίας:

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

11. Δείχνουμε ενδιαφέρον σε ότι μας λέει το παιδί (δηλ. στο περιεχόμενο του μηνύματος) και όχι στο πώς μας το λέει (δηλ. στη ροή της ομιλίας που μπορεί να είναι δυσχερής).
12. Δεν ολοκληρώνουμε εμείς την φράση του παιδιού σε στιγμή δυσκολίας, αυτό μπορεί να ματαιώνει ιδιαίτερα το παιδί στην προσπάθειά του.
13. Αποδεχόμαστε την δυσκολία και είμαστε υποστηρικτικοί.
14. Ανταποκρινόμαστε στην δυσκολία ομιλίας του παιδιού με τον ίδιο τρόπο που θα κάναμε με οποιαδήποτε άλλη μικρή δυσκολία και εάν ανέκυπτε σε κάποια από τις ικανότητες που αναπτύσσουν τα παιδιά μας .
15. Υποστηρίζουμε το παιδί μας εάν κάποια στιγμή εκείνο νοιώσει αναστατωμένο με την δυσκολία του, όπως θα κάναμε με οποιαδήποτε άλλη δυσκολία και αν το έκανε να νοιώσει έτσι. Μπορούμε να πούμε κάτι όπως: ‘μην ανησυχείς, οι λεξούλες μπορεί να έχουν ‘λακουβίτσες’ κάποιες φορές όταν μαθαίνουμε ακόμη να μιλάμε...’.
16. Προγραμματίζουμε λίγα λεπτά καθημερινού χρόνου (15-30min αρκούν) όπου δίνουμε την πλήρη προσοχή μας στο παιδί σε μια ήρεμη, χαλαρή ατμόσφαιρα παιχνιδιού.
17. Περιορίζουμε τον αριθμό των ερωτήσεων που θέτουμε. Εάν δεν μπορούμε να αποφύγουμε κάποια ερώτηση, επιτρέπουμε αρκετό χρόνο στο παιδί για να την απαντήσει, πριν ρωτήσουμε κάτι άλλο.
18. Η διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού δεν θα πρέπει να αλλάζει επειδή εκείνο τραυλίζει. Ανταποκρινόμαστε στην συμπεριφορά του παιδιού μας όπως θα κάναμε εάν εκείνο δεν τραυλίζει. Όπως με κάθε άλλο παιδί τα όρια και οι συνέπειες των πράξεων θα πρέπει να τίθενται με σταθερότητα.
19. Προσπαθούμε να αποφύγουμε την βιασύνη και το άγχος της καθημερινότητας. Ο τραυλισμός ενισχύεται όταν το παιδί είναι κουρασμένο. Το παιδί που τραυλίζει έχει ανάγκη από ένα περιβάλλον (οικογενειακό και σχολικό) με σταθερή ρουτίνα και δομή λειτουργίας.
20. Αφήστε το να ολοκληρώσει αυτό που θέλει να πει. Μην διακόπτεται και μην σταματάτε την κουβέντα κάθε φορά που τραυλίζει.
21. Μην χρησιμοποιείτε φράσεις όπως “Προσπάθησε να μην τραυλίζεις”, “Πάρε μια βαθιά ανάσα πριν ξεκινήσεις”, “Μίλα πιο αργά”, “Μήπως ήθελες να πεις...”, “Δοκίμασε πάλι μήπως τα καταφέρεις καλύτερα”

22. Μην συμπληρώνετε τις φράσεις του. Δεν διευκολύνετε το παιδί με τον τρόπο αυτό, αντίθετα νιώθει ότι το μειώνουν.
23. Μην βομβαρδίζετε το παιδί με ερωτήσεις. Δώστε χρόνο για κάθε απάντηση που προσπαθεί να δώσει.
24. Αποδεχτείτε το παιδί σας και μη νιώθετε άσχημα κάθε φορά που δυσκολεύεται. Το παιδί καταλαβαίνει και αυτό του προκαλεί άγχος και ανασφάλεια.
25. Τροποποιούμε και προσαρμόζουμε το λόγο μας στην ηλικία του παιδιού. Τα παιδιά μιμούνται πάρα πολύ τους ενήλικες. Αν ένα παιδί με προδιάθεση για τραυλισμό προσπαθεί να χρησιμοποιήσει μεγάλες προτάσεις και πολύπλοκο λεξιλόγιο πριν να είναι έτοιμο αναπτυξιακά, θα αυξηθούν οι πιθανότητες να εμφανίσει τραυλισμό.
26. Δεν κάνουμε σχόλια όπως 'πες το πιο καθαρά': το παιδί τις περισσότερες φορές δεν συνειδητοποιεί ότι τραυλίζει και τέτοια σχόλια θα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην αυτοπεποίθηση του.
27. Δεν διακόπτουμε και δεν ολοκληρώνουμε τις λέξεις/προτάσεις του παιδιού όταν τραυλίζει. Περιμένουμε χωρίς ανυπομονησία να τελειώσει στο χρόνο που μπορεί.
28. Δεν δείχνουμε άγχος/ανησυχία για την ομιλία του. Ακόμα κι αν προσπαθούμε να μη δείχνουμε άγχος, εφόσον αυτό υπάρχει το παιδί θα το διαισθανθεί. Είναι λοιπόν σκόπιμο να προσπαθήσουμε να ελέγξουμε το δικό μας άγχος, να προσπαθήσουμε να το αφήσουμε στην άκρη.
29. Συμπεριφερόμαστε με τον ίδιο τρόπο και στο παιδί που τραυλίζει αλλά και τα αδέρφια του που δεν τραυλίζουν. Επίσης, συμπεριφερόμαστε με τον ίδιο τρόπο όταν το παιδί τραυλίζει και όταν δεν τραυλίζει. Κοιτάζουμε το παιδί που μας μιλά προσεκτικά και υπομονετικά.
30. Προσπαθούμε να δημιουργούμε κλίμα θετικής επικοινωνίας στο σπίτι. Συζητάμε με το παιδί, ζητάμε τη γνώμη του.

Στο σχολείο

1. Οι γονείς θα πρέπει να εξηγήσουν στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ή στους συμμαθητές τι είναι το τραύλισμα και πως να αντιμετωπίζουν το παιδί.

2. Γονείς και εκπαιδευτικοί είναι σημαντικό να διατηρήσετε μια ήρεμη ατμόσφαιρα στο σπίτι ή στην τάξη ώστε το παιδί να νιώθει ελεύθερο να μιλάει άνετα.
3. Είναι σημαντικό να αισθάνεται ότι ο δάσκαλός του είναι δίπλα του, κατανοεί τις δυσκολίες του και μπορεί να μοιράζεται μαζί του τις ανησυχίες του. Έτσι το βοηθάτε να απομυθοποιήσει τη δυσκολία και να την αντιμετωπίσει.
4. Δείξτε του ότι είστε δίπλα του και ότι το αποδέχεστε ακριβώς όπως είναι αυτό και το πρόβλημά του.
5. Τα παιδιά που τραυλίζουν χρειάζονται συνήθως περισσότερο χρόνο για να εκφραστούν γλωσσικά. Επομένως μέσα στην τάξη καλό θα είναι όλα τα παιδιά να λάβουν το μήνυμα ότι δεν υπάρχει λόγος βιασύνης, αντιθέτως είναι πολύ σημαντικό να λαμβάνουν όσο χρόνο χρειάζονται για να προετοιμάσουν την απάντησή τους.
6. Ο εκπαιδευτικός μπορεί να παροτρύνει τα παιδιά χρησιμοποιώντας αργή και χαλαρή ομιλία.
7. Θα ήταν χρήσιμο, ο δάσκαλος να συνεχίσει να διατηρεί βλεμματική επαφή με το παιδί, είτε τη στιγμή που τραυλίζει είτε όχι.
8. Η ολοκλήρωση των φράσεων του παιδιού από το δάσκαλο δεν βοηθά, αφού μειώνει το χρονικό διάστημα που δίνουμε στο παιδί για να μιλήσει, συνεπώς το μπερδεύει.
9. Κατά την ανάγνωση μέσα στην τάξη ο δάσκαλος μπορεί να ενθαρρύνει την αργή ανάγνωση και να βοηθήσει με σταδιακή ανάγνωση ενώπιον της τάξης, ξεκινώντας αρχικά από την ανάγνωση ενώπιον του δασκάλου ή άλλων ενηλίκων, και συνεχίζοντας με την ανάγνωση σε μικρές ομάδες.
10. Όταν το παιδί αισθάνεται έτοιμο, μπορεί να επιχειρηθεί η ανάγνωση μπροστά στην τάξη.
11. Επιπλέον, το παιδί ενδέχεται να επιθυμεί να διαβάσει παράλληλα με κάποιο συμμαθητή του (Μητρακάκη, 2011).

Συμπέρασμα

Ο τραυλισμός είναι μια μορφή διαταραχής της επικοινωνίας, η οποία είναι δυνατόν να διαγνωστεί από την προσχολική ηλικία και αυτό γιατί η γλωσσική ανάπτυξη σε αυτήν την ηλικία είναι ραγδαία. Έχει διαπιστωθεί πως ο τραυλισμός αφορά σε μεγαλύτερο ποσοστό τα αγόρια και οι παράγοντες που μπορούν να τον προκαλέσουν είναι πολλοί. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του ατόμου που τραυλίζει είναι επαναλήψεις ήχων και συλλαβών, επιμηκύνσεις ήχων, επιφωνήματα, διακοπτόμενες λέξεις, ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές, περιφράσεις, παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση, επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων. Για την αντιμετώπισή του απαραίτητη είναι η όσο το δυνατόν πιο γρήγορη επίσκεψη σε έναν ειδικό, αφού πρώτα αποκτήσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για το άτομο που τραυλίζει, τόσο για τα συμπτώματα τραυλισμού, για τον συναισθηματικό του κόσμο, την προσωπικότητα και τα άτομα που το περιβάλλουν, και επίσης να διερευνήσει τα αίτια που προκαλούν τον τραυλισμό, θα μπορέσει, με την βοήθεια ίσως και των μεθόδων που ανακαλύφθηκαν τα τελευταία χρόνια, να εξασφαλίσει καλύτερες ευκαιρίες προσαρμοσμένες στις δικές του δυνατότητες. Για την επιτυχία όμως μιας θεραπευτικής αντιμετώπισης από τον ειδικό σημαντική είναι η συμβολή τόσο της οικογένειας όσο και του ευρύτερου οικείου περιβάλλοντος του ατόμου που τραυλίζει.

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Άρθρα

❖ Άρθρο 1

Τίτλος: «Analysis of a simplified treatment for stuttering in children» NUMBER 1 (SPRING 1993)

Συγγραφείς: JOEL R. WAGAMAN, RAYMOND G. MILTENBERGER, AND RICHARD E. ARNDORFER

North Dakota State University

Τα τελευταία 30 χρόνια υπάρχουν πολλές διαφορετικές τεχνικές για τη θεραπεία του τραυλισμού. Η Azrin και η Nunn (1974) προσαρμόζουν την συνήθεια της αντιστροφής για την θεραπεία του τραυλισμού. Εφάρμοσε την έννοια της ασυμβίβαστης απάντησης στον τραυλισμό. Αυτά τα εξαρτήματα που περιγράφονται στις λεπτομέρειες στην Azrin και Nunn (1974) περιλαμβάνουν δυσκολία, αναθεώρηση, εκπαίδευση ευαισθητοποιήσεις, πρόβλεψη ευαισθητοποίησης, κατάρτιση χαλάρωσης, συμβολική πρόβα, πρόβλεψη ευαισθητοποίησης, ασυμβίβαστες δραστηριότητες, διορθωτική εκπαίδευση, θετικές δραστηριότητες, διορθωτική εκπαίδευση, θετικές δραστηριότητες, κοινωνική υποστήριξη, και πρακτική μετά την θεραπεία. Οι Arzin και Nunn (1974), χρησιμοποίησαν αυτά τα 12 συστατικά για να παρακινήσουν το υποκείμενο να συμμορφωθεί με την θεραπεία, να το βοηθήσουν να διακρίνει κάθε εμφάνιση του τραυλισμού και να προωθήσουν την εναλλακτική συμπεριφορά χρησιμοποιώντας το ρυθμιζόμενο πρόγραμμα αναπνοής. Το ρυθμιζόμενο πρόγραμμα αναπνοής έχει αποδειχθεί μοναδικό καθώς χρειάζεται λιγότερο χρόνο θεραπείας από ότι οι άλλες προσεγγίσεις ευχέρειας.

Οι Caron και Ladouceur (1989), χρησιμοποίησαν την θεραπεία της ευαισθητοποίησης σε 4 παιδιά ηλικία (6 έως 9 ετών). Παρατηρήθηκαν μειώσεις στον τραυλισμό αλλά ο βαθμός βελτίωσης ήταν μεταβλητός. Σε δυο πιο πρόσφατα πειράματα οι Gagnon και Ladouceur επανέλαβαν αυτές τις διαδικασίες και βρήκαν ότι στα παιδιά ηλικίας 6-7 ετών παρουσιάστηκαν μειώσεις στον τραυλισμό. Σε μια τρίτη μελέτη η θεραπεία είχε εντυπωσιακά αποτελέσματα στα παιδιά ηλικίας 3 έως 1

έτους. Αυτά τα αποτελέσματα δηλώνουν ότι το αρχικό πρόγραμμα θεραπείας του Azgin και Nunn έχουν μειώσει τον τραυλισμό. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2006 χρησιμοποιήθηκαν 8 άτομα ηλικίας 6 έως 10 ετών τα οποία αναφέρθηκαν από παθολόγους ομιλίας σε δυο τοπικά σχολικά συστήματα.

Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την επιλογή των ατόμων ήταν :

α) άτομα που παρουσιάζουν τραυλισμό τουλάχιστον στο 5% κατά την πρώτη συνέντευξη, β) να έχουν σωματικές ανωμαλίες και γ) και να έχουν τραυλισμό για τουλάχιστον 1 χρόνο.

Πέντε από τα 8 άτομα είχα λάβει προηγούμενη θεραπεία μέσω του σχολικού συστήματος. Κατά την διάρκεια της θεραπείας που διεξήχθησαν στα σχολεία ο πρώτος και ο τρίτος ερευνητής έβαλε στους 8 υποψήφιους ακουστικά δείγματα ομιλίας 10 έως 15 λεπτών. Οι γονείς αυτών των παιδιών ανέφεραν ότι τα παιδιά έχουν περιόδους συχνού τραυλισμού και ακολουθούνται και από περιόδους ρευστότητας. Εκτός από 2 άτομα που χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συμφωνίας στην οποία υπολογίστηκε το ποσοστό επί τοις εκατό για κάθε ένα από τα διαστήματα και στην συνέχεια υπολόγισαν τους μέσους όρους. Στην συνέχεια κάθε θεραπευτής έστειλε τις πρώτες δυο συνεδρίες θεραπείας και συγκρίθηκαν με ένα περίγραμμα του πρωτοκόλλου θεραπείας για να μπορέσει να προσδιοριστεί εάν οι θεραπείες εφαρμόστηκαν σωστά από τους θεραπευτές. Μέσα από αυτό διαπιστώθηκε ότι όλα τα συστατικά της θεραπείας δόθηκαν σε όλα τα άτομα στις δύο πρώτες συνεδρίες. Η ανταγωνιστική εκπαίδευση περιελάμβανε τη συζήτηση και τη μοντελοποίηση της διαφραγματικής αναπνοής με χαλαρή στάση (καθισμένη όρθια σε μια καρέκλα με το σώμα στηριγμένη και ώμους ελαφρώς συσφιγμένη), επεκτείνοντας την κοιλιά της καθώς εισπνέει και εκπνέοντας ομαλά και αργά μέσα από το στόμα. Το παιδί και οι γονείς διδάσκονταν να εκτιμούν την λανθασμένη αναπνοή παρατηρώντας κίνηση στους ώμους ή ακούγοντας αναπνοές. Στη φάση κοινωνικής υποστήριξης, τουλάχιστον ένας από τους γονείς του υποκείμενου παρακολούθησε κάθε θεραπευτική συνεδρία και έμαθε όλες τις τεχνικές που διδάχτηκε το θέμα. Οι γονείς έλαβαν οδηγίες να ασκούν τις τεχνικές με το παιδί εκτός της θεραπευτικής συνεδρίας και να υπενθυμίζουν στο παιδί τη χρήση των τεχνικών θεραπείας όταν το άκουγαν να τραυλίζει. Για να αξιολογήσουν και να προωθήσουν τη συμμόρφωση με τις διαδικασίες θεραπείας, οι γονείς τηρούν

καθημερινά στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα με την οποία το παιδί ασκεί τις τεχνικές θεραπείας, τον αριθμό των φορών που υπενθύμιζε στο παιδί τη χρήση των τεχνικών θεραπείας και τον αριθμό των φορές που έκαναν θετικά σχόλια βελτιωμένη ομιλία του παιδιού. Η αρχική περίοδος θεραπείας διήρκεσε 2 ώρες. Οι ακόλουθες συνεδρίες διήρκεσαν 45 έως 60 λεπτά. Υπήρχαν περίπου τρεις συνεδρίες θεραπείας κάθε εβδομάδα και συνεχίστηκαν μέχρι τα άτομα να επιτύχουν σταθερά το επίπεδο κριτηρίου της καταστολής (<3% των λέξεων). Ωστόσο, η κλινική κρίση καθορίζει εάν η θεραπεία επεκτάθηκε ή διακόπηκε. Εάν το άτομο ή ο γονέας αντιμετώπισε δυσκολία στη χρήση των τεχνικών θεραπείας, ο θεραπευτής επέκτεινε τη θεραπεία. Μόλις το άτομο και οι γονείς συμμορφώνονταν σταθερά με τις οδηγίες θεραπείας, ο θεραπευτής διέκοψε τη θεραπεία και άρχισαν οι συνεδρίες παρακολούθησης. Στο τέλος της διάρκειας της θεραπευτικής μερίδας της μελέτης, οι αξιολογήσεις διεξήχθησαν με τον ίδιο τρόπο όπως στην αρχή, με συνεδρίες θεραπείας μετά από τις εγγραφές ομιλίας.

Άρθρο 2

Τίτλος: «Phonological disorders and stuttering in children: what is the frequency of co-occurrence? »

Συγγραφείς :MARILYN A. NIPPOLD

University of Oregon, Eugene, Oregon, USA

Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να εξετάσει πρόσφατες μελέτες που ασχολούνται με τη συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών του τραυλισμού και των φωνολογικών διαταραχών. Πριν 10 χρόνια, δημοσιεύθηκε ένα άρθρο (Nippold, 1990), στο οποίο εξετάστηκαν μελέτες που διεξήχθησαν από τη δεκαετία του 1920 μέχρι τη δεκαετία του 1980. Σε αυτό το άρθρο, έξι από τις οκτώ μελέτες ανέφεραν υψηλότερη συχνότητα σφαλμάτων ομιλίας στα παιδιά που τραύλιζαν σε σύγκριση με παιδιά που δεν τραύλιζαν και μια έρευνα έδειξε ότι το 16% των παιδιών που τραύλιζαν επίσης είχε και φωνολογική διαταραχή. Είναι ενδιαφέρον ότι γενετικοί παράγοντες έχουν συνδεθεί τόσο με το τραυλισμό (Felsenfeld, 1997) όσο και με τις φωνολογικές διαταραχές (Shriberg, 1997). Δεδομένης όμως της σημασίας του θέματος αυτού, το άρθρο αυτό εξετάζει και αναλύει πρόσφατα δημοσιευμένες μελέτες που ασχολούνται με την ακόλουθη ερώτηση: Πόσο συχνά εμφανίζονται οι φωνολογικές διαταραχές στα παιδιά που τραυλίζουν;

Σε μια σχετική έρευνα οι Louko (1990), χρησιμοποίησαν 30 παιδιά τα οποία ήταν 28 αγόρια και 2 κορίτσια ηλικίας 4 έως 6 ετών τα οποία τα χώρισαν σε 2 ομάδες. Η διάγνωση του τραυλισμού βασίστηκε σε ένα δείγμα ομιλίας, σε μια συνέντευξη του γονέα. Ενώ για να εξεταστεί η φωνολογική ανάπτυξη κάθε παιδί έκανε εγγραφή του ήχου, βίντεο 30 λεπτών, έπαιζε με την μητέρα του σε κλινικό περιβάλλον (εικόνες, παιχνίδια), λήψη 300 λέξεων και ανάλυση των φωνολογικών διεργασιών. Οι μέθοδοι αυτοί προσδιορίστηκαν χρησιμοποιώντας κριτήρια από τους Edwards και Shriberg (1983), Stoel- Gammon και Dunn (1985). Για να μπορέσουν να εξεταστούν τα δεδομένα των παιδιών οι Louko(1990), κατηγοριοποίησαν κάθε παιδί ότι έχει «διαταραγμένη φωνολογία» ή « κανονική φωνολογία». Χρησιμοποιώντας αυτά τα κριτήρια ανέφεραν ότι 12 από τα 30 παιδιά είχαν μια φωνολογική διαταραχή. Αυτό το αποτέλεσμα αναφέρεται συχνά στην βιβλιογραφία και υποστηρίζεται η άποψη ότι τα παιδιά που τραυλίζουν συχνά επιδεικνύουν

φωνολογικές διαταραχές. Επιπλέον, υπάρχουν και μια πιο εμπεριστατωμένες μελέτες από των Benstein Rather και Ryan οι οποίες αναφέρουν ότι τα παιδιά που τραυλίζουν δεν διέφεραν από τους συνομηλίκους τους που δεν τραυλίζουν στην συχνότητα εμφάνισης των φωνολογικών διαταραχών. Λόγω όμως της αβεβαιότητας που επικρατεί γύρω από αυτό το θέμα θα πρέπει να γίνουν κάποιες επιπρόσθετες και πιο ακριβέστερες μελέτες ώστε να μπορέσει να εκτιμηθεί πόσο συχνά μπορούν να συνυπάρχουν αυτές οι δυο διαταραχές. Η διάγνωση της φωνολογικής διαταραχής θα πρέπει να βασίζεται σε μια διεξοδική εξέταση των παραγόντων του ήχου της ομιλίας του παιδιού και λαμβάνοντας υπόψη σε μεγάλο βαθμό την ηλικία, το φύλο, τη μητρική γλώσσα και την διάλεκτο. Συμπερασματικά, πιστεύεται ότι τα παιδιά που τραυλίζουν συχνά παρουσιάζουν και συνύπαρξη φωνολογικής διαταραχής. Ως εκ τούτου όμως είναι απαραίτητο να γίνει και περαιτέρω έρευνα για την πιο ακριβή εκτίμηση της συνύπαρξης φωνολογικών διαταραχών και τραυλισμού.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

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

Ξένη Βιβλιογραφία

- Andrews, G., (1984).The epidemiology of stuttering. In R. Curlee& W. Perkins (Eds.), Nature and treatment of stuttering (pp. 1-12). San Diego, CA: College Hill.
- Andrews, G.& Harris, M., (1964).The syndrome of stuttering, Clinics in developmental medicine, No. 17. London: William Heineman Medical Books Ltd.
- Andrews G. and Harris M. (1966). The Syndrome of Stuttering, Volume 55, Issue 6, Page 664.
- Andrews, G. Craig, A. Feyer, A. M. Hoddinott, S. Howie, P. Nelson, M. (1983). Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. Journal of speech and Hearing Disorders, 48, 226-246.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral, change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Bellak, L. and Bellak, S. S. (1950). Children's Apperception Test. Second Edition. New York.
- Bloodstein, O. (1995). A handbook of stutering (5rh ed). San Diego: Singular Publishing Group
- Boberg E. (1981). Maintenance of fluency. New York: Elsevier.
- Brady, J. P. (1971). Metronome – conditioned speech retraining for stuttering. Behavior Therapy, 2, 129-150.
- Carlisle, J. A. (1985). Tangled tongue: living with a stutter. Toronto: University of Toronto Press.
- Chang S.-E., Erickson K. I., Ambrose N. G., Hasegawa-Johnson M. A. and Ludlow C. L., (2008). Brain Anatomy Differences in Childhood Stuttering, Neuroimage. 39(3): 1333–1344.

- ✚ Coen R. M.D, (1900). The principles of stuttering. (therapeutics.), The Laryngoscope, Volume 8, Issue 2, pages 75–77.
- ✚ Conture, E. G. (1997). Evaluating childhood stuttering. In R.F. Curlee& G.M. Siegel (Eds), Nature and Treatment of Stuttering: New Directions, 2 ed. USA: Allyn& Bacon.
- ✚ Cooper, E. B. & Cooper, C. S. (1996). Clinician attitudes toward stuttering: Two decades of change. Journal of Fluency Disorders, 21, 119–135.
- ✚ Craig, A. Hancock, K. Tran, Y. Craig, M. & Peter, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 45, 1097-1105.
- ✚ Curlee, R. &Yairi, E. (1997). Early intervention with early childhood stuttering: A critical examination of the data. American Journal of SpeechLanguage Pathology, 6(2), 8-18.
- ✚ De Nil L. F., Kroll R. M., Lafaille S. J., Houle S., (2003). A positron emission tomography study of short- and long-term treatment effects on functional brain activation in adults who stutter, Journal of Fluency Disorders 28, 357- 380.
- ✚ Franken, M. C. Boves, L. Peters, H. F. M.& Webster, R. L. (1992). Perceptual evaluation of the speech before and after fluency shaping stuttering therapy. Journal of Fluency Disorders, 17, 223-241.
- ✚ Froeschels, E. (1954). Imitation stuttering. Folia Phoniatica,
- ✚ Goldiamond, I. (1965). Stuttering and fluency as manipulable operantresponse classes. In L. Krasner& L.P.Ullman (Eds), Research in Behavior Modification, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- ✚ Guitar, B. (2006). Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment (3th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- ✚ Guitar, B.—&Grims, S. (1977). Developing a scale to assess communication attitudes in children who stutter. Poster session presented at the American Speech-Hearing-Language Association Convention, Atlanta, GA.
- ✚ Hegde, M., (2001).Stuttering- specific techniques. In Hegde’s Pocket Guide to Treatment in Speech-language Pathology (2nd ed., pp. 258-261). San Diego, CA: Singular.

- ✚ Ingham, R. J. (1993). Current status of stuttering and behaviourmodificationII.→ Principal issues and practices in stuttering therapy. *Journal of Fluency Disorders*, 18, 57-79.
- ✚ Ingham, R. J. & Cordes, A. K. (1997). Self-measurement and evaluating stuttering treatment efficacy. In: R. F. Curlee, & G. M. Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: new directions* (2nd ed., pp. 413 – 438). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- ✚ Ingham, J. C. & Riley, G. (1998). Guidelines for documentation of treatment efficacy for young children who stutter. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41, 753 – 770.
- ✚ Johnson, W & Knott, J. R. (1937). Studies in the psychology of stuttering: 1. The distribution of moments of stuttering in successive reading of the same material. *Journal of Speech Disorders*, 2, 17-19.
- ✚ Onslow, M. Costa, L. Andrews, C. Harrison, L. Packman, A. (1996). Speech outcomes of a prolonged-speech treatment for stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 734-749.
- ✚ Perkins, W. H. Curlee, R. F. (1969). Clinical impressions of portable masking unit effects in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 34, 360- 362
- ✚ Ryan, B. & Ryan, B. (1983). Programmed stuttering therapy for children: Comparison of four establishment programs. *Journal of Fluency Disorders*, 8, 291-321.
- ✚ Ryan, B. & Ryan, B. (1995). Programmed stuttering treatment for children: Comparison of two establishment programs through transfer, maintenance, and follow-up. *Journal of Speech and Hearing Research*, 38, 61-75.
- ✚ Schaferskupper P.→& Simon T. (1983).The mean fundamental frequency in stutterers and nonstutterers during reading and spontaneous speech. *J Fluency Disord* 8: 125-32.
- ✚ Silverman, F. H. (1974). Disfluencybehaviour of elementary-school stutterers and nonstutterers. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 5, 32- 37.
- ✚ Silverman F., (1996). *Stuttering and Other Fluency Disorders*. (3rd Ed). Boston. Allyn and Bacon

- ✚ Silverman, F. H. (2004). Stuttering and other fluency disorders. USA: Waveland Press.
- ✚ Trotter, W. D. & Lesch, M. M. (1967). Personal experiences with a stutter-aid. Journal of Speech and Hearing Disorders, 32, 2710-272.
- ✚ Williams, D. E.,—& Kent, L. R. (1958). Listener evaluations of speech interruptions. Journal of Speech and Hearing Research, 1, 124-131.
- ✚ Yairi, E., & Seery, C. H. (2011). Stuttering: Foundations and clinical applications. Boston: Pearson.
- ✚ Yairi, B. Ambrose, N. Paden, B. & Throneburg, R. (1996). Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. Journal of Communication Disorders, 29, 51-77.
- ✚ F. & Brutten, G. J. (1991). Speech-Associated Attitudes of Stuttering and Nonstuttering Children. De Nil, L. JSHR, , 60–66

Ιστότοπος

- ✚ Αραμπατζής, Μ. & Παδαρνίτσα, Σ. (Eds.). (2010, Μάρτιος). ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ. Ανακτήθηκε από Κέντρο Λογοθεραπείας - “Λόγου Χάριν,” Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://logotherapeia.blogspot.gr/2011/12/blog-post.html>
- ✚ Βασιλειάδης, Π. (2014, February 08). Τραυλισμός: Μια συνοπτική ματιά. Ανακτήθηκε από Ιδέες και υλικό λογοθεραπείας, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://ideasforspeechandlanguage therapy.blogspot.gr/2014/02/blog-post_6.html
- ✚ Βίκη, Α. & Παπάνης, Ε. (Eds.). (2007, November 12). Ανακτήθηκε από Διαταραχές Λόγου Ελληνική Κοινωνική Έρευνα, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://epapanis.blogspot.gr/2007/11/blog-post_6703.html
- ✚ Γεωργίου, Γ. (Ed.). Τραυλισμός. Ανακτήθηκε από Κέντρο Λογοθεραπείας, Ψυχοθεραπείας & Ειδικής αγωγής “Ανάπτυξη,”

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.logotherapeia-kalamata.gr/traulismos>

✚ Γιαννουλάκη Μ., Αντιμετώπιση Τραυλισμού-Lidcombe Program. Ανακτήθηκε από ΛΟΓΟΜΑΘΕΙΑ: εξειδικευμένα κέντρα θεραπειών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.logomathia.gr/paremvasi/antimetopisi-travlismoy-lidcombeprogram>

✚ Δούλου Κ. Διαταραχές στην ροή της ομιλίας. Ανακτήθηκε από Λογοθεραπεία Δούλου Κατερίνα. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://logotherapist.com.gr/%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%AC-%CE%AD%CF%86%CE%B7%CE%B2%CE%BF%CE%B9/%CE%B5%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%BC%CE%B1%CE%B8%CE%B7%CF%83%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%B4%CF%85%CF%83%CE%BA%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CE%B5%CF%82/>

✚ Ελληνικό Ινστιτούτο Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής & Εκπαίδευσης (ΕΛΛ.Ι.Ε.Π.ΕΚ.), 7 ο Πανελλήνιο Συνέδριο με θέμα: «ΜΕΓΑΛΟΙ ΕΛΛΗΝΕΣ ΚΑΙ ΚΥΠΡΙΟΙ ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΜΝΗΜΗ» Μαράσλειο Διδασκαλείο Δημοτικής Εκπαίδευσης Οκτωβρίου 2014, ΤΙΤΛΟΣ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:~Η φυσιογνωμία του Δημοσθένη και το ανθρωποκεντρικό μοντέλο της Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://www.elliepek.gr/documents/7o_synedrio_eisigiseis/drosinou%20panopoulos.pdf

✚ ΚΑΚΥΡΟΣ Ε.—& ΜΑΝΙΑΔΑΚΗ Κ. (Eds).Τραυλισμός. Ανακτήθηκε από Παγώνη Ηλέκτρα - δασκάλα ειδικής αγωγής, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα

<http://ilektra.weebly.com/taurhoalphauptilonlambdaiotasigmamu972sig>

✚ Λαμπρούση Δ. (Ed). Διαταραχές Ροής Ομιλίας. Ανακτήθηκε από
Δήμητρα—ΛαμπρούσηΛογοθεραπεύτρια, Διαθέσιμο στην
ιστοσελίδα <http://www.logotherapeia-lambrousi.gr/roiomilia.html>

✚ Μαρτίνης Ι. (Οκτώβριος, 2011). Ποιοί είναι οι στόχοι της
Λογοθεραπείας για άτομα με τραυλισμό;. Ανακτήθηκε από
προσέγγιση στη δυσκολία, στο παιδί, στην οικογένεια. Διαθέσιμο
στην ιστοσελίδα
<http://www.proseggisi.gr/%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%BF%CE%AF-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CE%BF%CE%B9-%CF%83%CF%84%CF%8C%CF%87%CE%BF%CE%B9-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF/>