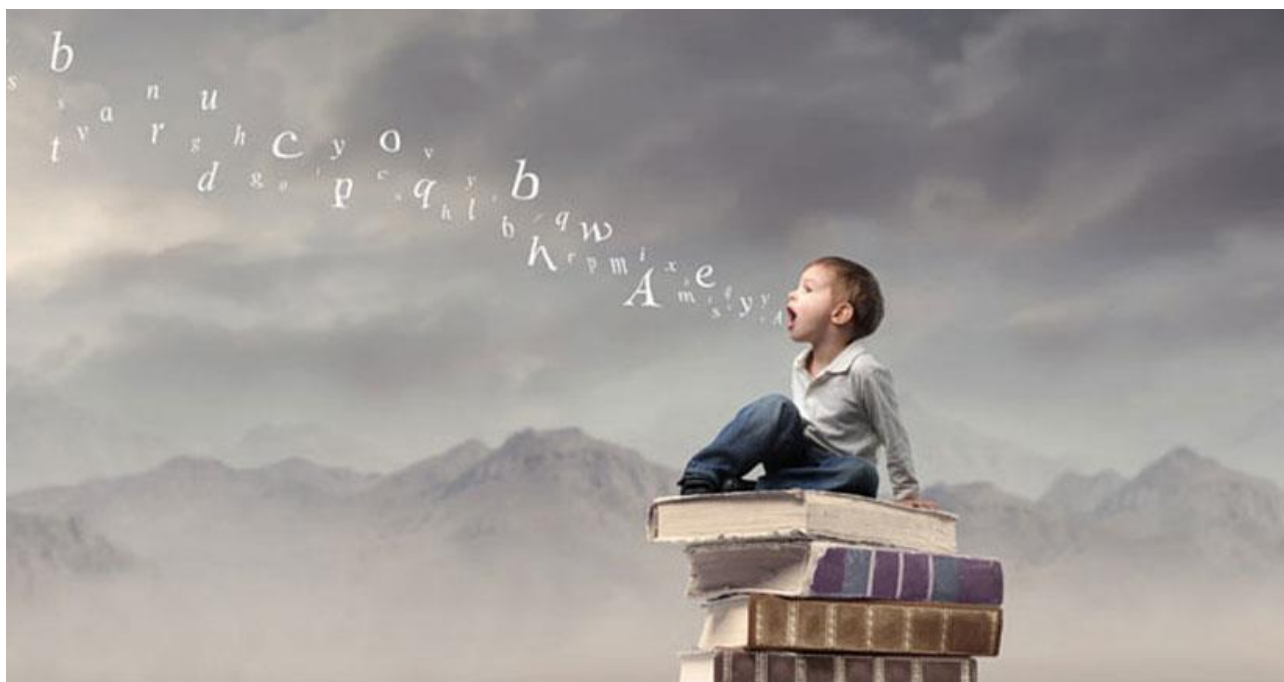




ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

«Τραυλισμός στην προσχολική και σχολική ηλικία»



Επιμέλεια: Αζωίδου Σοφία (Α.Μ. 15722)

Ζαχαριάδου Μαρία (Α.Μ. 15871)

Λαζέλη Αικατερίνη (Α.Μ. 15883)

Μελισσίδου Βασιλική (Α.Μ. 15702)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μ. Νησιώτη, Καθηγήτρια Εφαρμογών

Ιωάννινα 2016

Περίληψη

Ο τραυλισμός είναι μια ευρέως διαδεδομένη διαταραχή η οποία εμφανίζεται στον άνθρωπο και κυρίως στα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Η διαταραχή του τραυλισμού χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην ροή του λόγου η οποία οφείλεται στην λειτουργική και κινητική ανωμαλία των αρθρωτών που συμμετέχουν στην παραγωγή του λόγου, των αναπνευστικών μυών και των μυών του προσώπου.

Τα συμπτώματα του τραυλισμού είναι ευδιάκριτα καθώς παρατηρούνται συσπάσεις των οργάνων άρθρωσης και φώνησης κατά τη διάρκεια της ομιλίας του ατόμου που τραυλίζει. Είναι επιτακτική ανάγκη να αναφερθεί πως τα συμπτώματά του μπορεί να εμφανιστούν για πρώτη φορά σε ηλικία 2;6- 3;6 ετών. Έως και σήμερα, τα αίτια του τραυλισμού δεν έχουν ξεκαθαριστεί πλήρως.

Παρόλα αυτά η έγκαιρη αξιολόγηση και διάγνωση σε συνδυασμό με τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών από τους γονείς ή από άλλους ειδικούς θα αποτελέσουν καταλυτικό παράγοντα για την σωστή και έγκυρη ανίχνευση των συμπτωμάτων και της σοβαρότητας της διαταραχής αυτής. Είναι αδήριτη ανάγκη επίσης, να ληφθεί ένα ολοκληρωμένο ιστορικό το οποίο με τη σειρά του, θα δώσει στον λογοθεραπευτή τη δυνατότητα να προσεγγίσει πολύπλευρα το πρόβλημα.

Η αντιμετώπιση του τραυλισμού στα παιδιά σχολικής και προσχολικής ηλικίας, συνδέεται άρρηκτα με τη σοβαρότητα της διαταραχής καθώς επίσης και τα αίτια τα οποία είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση του.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας πραγματοποιείται μία παρουσίαση δύο περιστατικών στη σχολική και στη προσχολική ηλικία. Στα περιστατικά καταγράφονται λεπτομερώς το ιστορικό, η διάγνωση καθώς και η εξελικτική πορεία των παιδιών στα θεραπευτικά τους προγράμματα.

Στις μέρες μας τα παιδιά είναι σε θέση να ελέγχουν σχεδόν εξολοκλήρου τις στιγμές του τραυλισμού τους.

Περιεχόμενα

[4]

Ευχαριστίες
Περίληψη
Περιεχόμενα
Εισαγωγή

Κεφάλαιο 1: Τα βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού και του ατόμου που τραυλίζει

- 1.1. Ιστορική αναδρομή
- 1.2. Ορισμός
- 1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία
- 1.4. Διαφορές φύλου
- 1.5. Είδη τραυλισμού
- 1.6. Συμπτωματολογία του τραυλισμού
- 1.7. Τα βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού
 - 1.7.1. «Στιγμές τραυλισμού» και «φαινόμενα δισταγμού»
 - 1.7.2 Περιγραφή των φαινομένων δισταγμού
 - 1.7.3. Διαβάθμιση του τραυλισμού
- 1.8. Η αναπτυξιακή πορεία του τραυλισμού
 - 1.8.1. Οι αναπτυξιακές φάσεις του τραυλισμού
 - 1.8.2. Οι αναπτυξιακές φάσεις του τραυλισμού σύμφωνα με τον Van Riper
- 1.9. Πολυπαραγοντικό μοντέλο
- 1.10. Καταστάσεις που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης του τραυλισμού
- 1.11. Καταστάσεις που μειώνουν την πιθανότητα εκδήλωσης του τραυλισμού
- 1.12. Γλωσσικά στοιχεία που ευνοούν την εκδήλωση του τραυλισμού

Κεφάλαιο 2: Η αιτιολογία του τραυλισμού

- 2.1. Αιτιολογία του τραυλισμού
- 2.2. Αίτια
- 2.3. Θεωρίες για την αιτιολογία
 - 2.3.1. Η υπόθεση της συγκαλυμμένης διόρθωσης
 - 2.3.2. Το μοντέλο των δυνατοτήτων και των απαιτήσεων
 - 2.3.3. Η υπόθεση της άνομης αντιμετώπισης
 - 2.3.4. Η υπόθεση της απωθημένης ανάγκης
 - 2.3.5. Η υπόθεση της κατάρρευσης

- 2.3.6. Οργανικές Θεωρίες
- 2.3.7. Η θεωρία των μαθημένων συμπεριφορών
- 2.3.8. Ψυχογενείς Θεωρίες
- 2.3.9. Φωνιατρικές Θεωρίες

Κεφάλαιο 3: Αξιολόγηση του τραυλισμού

- 3.1 Ο ρόλος του λογοθεραπευτή
- 3.2. Οι κλίμακες αξιολόγησης του τραυλισμού
- 3.3. Το πρόγραμμα Syllable and Disfluency Counter
- 3.4. Αξιολόγηση παιδιών προσχολικής ηλικίας
- 3.5. Αξιολόγηση παιδιών σχολικής ηλικίας

Κεφάλαιο 4: Μέθοδοι διάγνωσης του τραυλισμού

- 4.1. Η διάγνωση του τραυλισμού
 - 4.1.1. Τα διαγνωστικά κριτήρια του τραυλισμού
- 4.2. Τα Μέσα διάγνωσης του τραυλισμού
 - 4.2.1. Η συνέντευξη με τους γονείς του παιδιού
 - 4.8.2. Η κλινική παρατήρηση του παιδιού.

Κεφάλαιο 5: Θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού

- 5.1. Η πρόληψη του τραυλισμού
- 5.2. Κριτήρια για την έναρξη του θεραπευτικού προγράμματος
- 5.3. Ιστορική αναδρομή στη θεραπευτική αντιμετώπιση
 - 5.3.1 Θεραπευτικές προσεγγίσεις - Παλαιότερες μέθοδοι
 - 5.3.2. Ατομική ψυχολογία
 - 5.3.3. Η θεραπεία του τραυλισμού κάτω από το πρίσμα της ατομικής ψυχολογίας
 - 5.3.4. Η θεραπεία του τραυλισμού κάτω από το πρίσμα της ψυχαναλυτικής θεώρησης
 - 5.3.5. Η θεραπεία του τραυλισμού κάτω από το πρίσμα της ψυχολογίας της συμπεριφοράς.
 - 5.3.6. Θεραπεία του τραυλισμού βασισμένη στον συνδυασμό όλων των μεθόδων
- 5.4. Σύγχρονες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού
 - 5.4.1. Συστηματική απευαισθητοποίηση
 - 5.4.2. Μέθοδοι που βασίζονται στις αρχές της συντελεστικής μάθησης
 - 5.4.3. Άλλες μέθοδοι τροποποίησης της συμπεριφοράς
 - 5.4.4. Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία
- 5.5. Μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας

- 5.6. Μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης σε παιδιά σχολικής ηλικίας
- 5.7. Τεχνικές θεραπευτικής αντιμετώπισης
 - 5.7.1. Τεχνικές που στοχοποιούν την ομιλία
 - 5.7.2. Τεχνικές που στοχοποιούν τα συναισθήματα
 - 5.7.3. Τεχνικές που στοχοποιούν τις σκέψεις
- 5.8. Βραχύχρονη Θεραπεία με Έμφαση στη Λύση (Solution Focused Brief Therapy)
- 5.9. Άλλες επικουρικές μέθοδοι αντιμετώπισης
 - 5.9.1. Ομαδική Θεραπεία
 - 5.9.2. Παιχνίδια προσχολικής και σχολικής ηλικίας σε ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα
 - 5.9.3. Η χρήση τεχνολογίας στον τραυλισμό
 - 5.9.4. Θεραπεία με τη χρήση φαρμάκων

Κεφάλαιο 6: Συμβουλευτική παρέμβαση στον τραυλισμό

- 6.1. Συμβουλές για τον τραυλισμό
 - 6.1.1. Συμβουλές για γονείς
 - 6.1.2 Συμβουλές για εκπαιδευτικούς
- 6.2. Τα παιδιά που τραυλίζουν και ο χλευασμός
- 6.3. Μύθοι και αλήθειες για τον τραυλισμό

Κεφάλαιο 7: Παρουσίαση περιστατικών προσχολικής και σχολικής ηλικίας

- 7.1. Μελέτη περίπτωσης προσχολικής ηλικίας
 - 7.1.1. Διερευνητική Διαδικασία
 - 7.1.2. Θεραπευτική παρέμβαση
 - 7.1.3. Εντυπώσεις γονέων
 - 7.1.4. Επαναξιολόγηση και επαναπροσδιορισμός
- 7.2. Μελέτη περίπτωσης σχολικής ηλικίας
 - 7.2.1. Το πρόγραμμα Λεξιπόντιξ
 - 7.2.2. Εισαγωγή
 - 7.2.3. Ανάλυση του προγράμματος
 - 7.2.4. Διερευνητική Διαδικασία
 - 7.2.5. Θεραπευτική Παρέμβαση
 - 7.2.6. Διερευνητική διαδικασία
 - 7.2.7. Θεραπευτική Παρέμβαση
 - 7.2.8. Αποτελέσματα
 - 7.2.9. Εντυπώσεις γονέων για το πρόγραμμα Λεξιπόντιξ

Κεφάλαιο 8: Συμπέρασμα

Βιβλιογραφία

Παράρτημα

Εισαγωγή

Τι είναι ο τραυλισμός; Γιατί τραυλίζουν κάποιοι άνθρωποι και κάποιοι άλλοι όχι; Όλα τα παιδιά τραυλίζουν κάποια στιγμή στη ζωή τους; Και το κυριότερο από όλα, θεραπεύεται; (Μαλανδράκη, 2012).

Οι άνθρωποι που τραυλίζουν αποτελούν ένα ετερογενές σύνολο και αρκετά ερευνητικά ευρήματα είναι αμφιλεγόμενα . Τα αποτελέσματα μίας ομάδας ανθρώπων δεν αντιπροσωπεύουν κατ' ανάγκη και την επίδοση κάθε ξεχωριστού ατόμου στη συγκεκριμένη ομάδα. Πολλές έρευνες έχουν συμπεριλάβει μικρό αριθμό συμμετεχόντων με αποτέλεσμα τα ευρήματα τους να μην είναι δυνατό να γενικευτούν σε ολόκληρο τον πληθυσμό των ατόμων που τραυλίζουν. Η ερμηνεία των ερευνητικών ευρημάτων αποτελεί από μόνη της, ως διαδικασία , μία ξεχωριστή πρόκληση (Μαρτίνης, 2013).

Αν και ο τραυλισμός παραμένει μία από τις πιο αινιγματικές διαταραχές επικοινωνίας, σήμερα σίγουρα γνωρίζουμε πολύ περισσότερα από οποτεδήποτε άλλοτε στην ιστορία της επιστήμης μας. Η τεχνολογία και η τεχνική ανέλιξη έδωσαν ώθηση να ερευνηθεί σε βάθος αυτό το πολύπλοκο και μυστηριώδες φαινόμενο, με αποτέλεσμα πολλά από τα προαναφερόμενα ερωτήματα να έχουν, έστω και εν μέρει, απάντηση (Μαλανδράκη, 2012).

Ο τραυλισμός είναι μία διαταραχή η οποία επηρεάζει την ομαλή ροή της ομιλίας του ατόμου και χαρακτηρίζεται από επαναλήψεις, επιμηκύνσεις, εμβολοφρασίες αλλά και από συσπάσεις των μυών του προσώπου κ.α. Το παιδί που τραυλίζει αντιμετωπίζεται ως ένα άτομο με δυνατότητες και αδυναμίες. Κάθε παιδί «κολυμπά» σε έναν ωκεανό επικοινωνίας, ο οποίος δημιουργείται κυρίως από την οικογένεια του. Επίσης, ορισμένα παιδιά, ευθύς εξαρχής είναι ικανότεροι «κολυμβητές» από άλλα, ανεξάρτητα με το πόσο τρικυμιώδης μπορεί να είναι ο δικός τους ωκεανός επικοινωνίας (Μαρτίνης, 2013).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε με σκοπό να ενημερώσει ειδικούς και μη για την φύση και την εξέλιξη του τραυλισμού σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας.

Κεφάλαιο 1: Τα βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού και του ατόμου που τραυλίζει

1.1. Ιστορική αναδρομή

Ο τραυλισμός αποτελεί ένα πρόβλημα με μακρά και δαιδαλώδη πορεία που ξεκινά από την αρχαιότητα και παρουσιάζεται σε όλους τους πολιτισμούς. Ευρέως διαδεδομένη είναι η ανεκδοτικής φύσης ιστορία με τον ρήτορα Δημοσθένη, ο οποίος τον 4^ο αιώνα π.Χ. φέρεται να αντιμετώπιζε το πρόβλημα του τραυλισμού του κάνοντας εξάσκηση στους λόγους του με πετραδάκια κάτω από τη γλώσσα του. Οι Αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν ένα σύμβολο για τον τραυλισμό το οποίο απεικόνιζε ένα τρέμουλο, που ξεκινούσε από το έδαφος και κατέληγε στο στόμα. Αυτή η συμβολική αναπαράσταση σεισμού δήλωνε μεταφορικά τη στιγμή του τραυλισμού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Επίσης, ο τραυλισμός αναφέρεται σε πολλά σημεία της Βίβλου με τον Μωυσή και τον Ησαΐα να εκδηλώνουν συχνά τα συμπτώματά του.

Νεότερες προσωπικότητες της ιστορίας με τραυλισμό ήταν ο βασιλιάς Γεώργιος ΣΤ΄ της Αγγλίας, ο Μέγας Ναπολέων, ο Winston Churchill, ο Lenin, ο Theodore Roosevelt και άλλοι. Οι ειδικοί τα τελευταία χρόνια, προσπαθούν συστηματικά να κατανοήσουν τη φύση και την αιτιολογία του τραυλισμού και να προτείνουν τεχνικές και μεθόδους αποτελεσματικής θεραπείας του. Ωστόσο, ο τραυλισμός παραμένει ακόμα ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο πρόβλημα το οποίο περιβάλλεται από μυστήριο και εγείρει πολλά ερωτήματα.

Οι περισσότεροι ειδικοί που ασχολούνται με τον τραυλισμό καθώς και τα δύο επικρατέστερα διαγνωστικά εγχειρίδια DSM-IV και ICD-10 θεωρούν ότι τραυλισμός είναι μία διαταραχή του λόγου και της ομιλίας και τον εντάσσουν στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών της επικοινωνίας. Ωστόσο, ο τραυλισμός διαφοροποιείται σημαντικά από τις υπόλοιπες διαταραχές του λόγου και της ομιλίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, μπορεί να εκδηλωθεί τραυλισμός χωρίς να χρησιμοποιούνται τα όργανα παραγωγής λόγου, καθώς μορφές συμπεριφοράς που μοιάζουν με τον τραυλισμό στον προφορικό λόγο έχουν σημειωθεί και κατά την επικοινωνία κωφών με τη νοηματική γλώσσα. (Montgomery & Fitch, 1988)

Ο τραυλισμός όχι μόνο διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες διαταραχές του λόγου και της ομιλίας αλλά παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με μια άλλη ομάδα διαταραχών, τις αγχώδεις διαταραχές, σε βαθμό που τίθενται καίρια ερωτήματα σε σχέση με την ορθότητα της ταξινόμησης του στην κατηγορία των διαταραχών επικοινωνίας.

Επιπλέον, η αυστηρή οριοθέτηση του τραυλισμού ως πρόβλημα της ομιλίας και -το κυριότερο- η αντιμετώπιση του με τεχνικές οι οποίες περιορίζονται σε ασκήσεις της ομιλίας, ενδέχεται να ευθύνονται εν μέρει για την κακή πρόγνωση του τραυλισμού, ιδιαίτερα στις πιο μεγάλες

ηλικίες, για τα υψηλά ποσοστά παλινδρόμησης ακόμη και σε περιπτώσεις όπου η αντιμετώπιση είχε θεωρηθεί επιτυχής, αλλά και για τη σχετική στασιμότητα της επιστήμης στην περίπτωση του τραυλισμού, σε σχέση με άλλους τομείς της ψυχοπαθολογίας.

Σε κάθε περίπτωση, η διαταραχή στη ροή της ομιλίας φαίνεται να αποτελεί μία μόνο από τις διαστάσεις αυτού του πολυσύνθετου προβλήματος. Το παράδοξο με τον τραυλισμό είναι ότι εκδηλώνεται με μεγαλύτερη ένταση όταν το άτομο επιθυμεί όσο το δυνατόν περισσότερο να τον αποφύγει. Με άλλα λόγια φαίνεται ότι το άτομο τραυλίζει περισσότερο στις περιπτώσεις εκείνες όπου έχει ισχυρή επιθυμία να τραυλίσει λιγότερο (Silverman, 2004). Για πολλούς ειδικούς, μάλιστα, η συστηματική προσπάθεια αποφυγής του τραυλισμού αποτελεί μία από τις βασικές αιτίες εμφάνισης και διατήρησής του. Το γεγονός ότι ο τραυλισμός δεν εκδηλώνεται με την ίδια ένταση σε όλες τις καταστάσεις καθώς και η διαπίστωση ότι σε πολλές περιπτώσεις το άτομο με τραυλισμό είναι σε θέση να μιλά με απόλυτη ευχέρεια υπό ορισμένες συνθήκες και ανά διαστήματα, δείχνουν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση του τραυλισμού δεν περιορίζονται στην ικανότητα «ελέγχου» των οργάνων παραγωγικής ομιλίας. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

1.2. Ορισμός

Ο τραυλισμός στη σύγχρονη βιβλιογραφία χαρακτηρίζεται ως σύνδρομο (ιατρική θεώρηση) ή ως φαινόμενο (ψυχοπαιδαγωγική ψυχοκοινωνιολογική θεώρηση). Το φαινόμενο του τραυλισμού έχει εντοπιστεί από τα αρχαία κινέζικα χρόνια. Ο ρήτορας Δημοσθένης αποτελεί την πρώτη προσπάθεια ανθρώπου με το φαινόμενο του τραυλισμού που με δικά του μέτρα και μέσα προσπάθησε να βελτιώσει το πρόβλημα της ροής της ομιλίας του.

Ο Ιπποκράτης έδειξε πρώτος πως η ανισορροπία ανάμεσα στη σκέψη και στο λόγο συμβάλλει στη γένεση του τραυλισμού. Από την άλλη, ο Αριστοτέλης αποδίδει την γένεση του στην καταδεδεμένη γλώσσα περιγράφοντας τον τραυλισμό ως αδυναμία της γρήγορης σύνδεσης των συλλαβών μεταξύ τους η οποία οφείλεται στην ελαττωματική διάπλαση της γλώσσας.

Ο τραυλισμός συμπεριλαμβάνεται στις νευρωτικές δυσλειτουργίες - διαταραχές της ομιλίας. Θεωρείται δυσλειτουργία της ροής της ομιλίας και εμφανίζεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης. Η δυσλειτουργία συμβαίνει στην αρχή ή στο μέσο της ομιλίας, με επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών, λέξεων, π.χ. χα-χα-χαρούμενος, ή και με ένα επίμονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο π.χ. χ...αρούμενος.

Χαρακτηρίζεται ως γλωσσική νεύρωση ή και ως ψυχοσωματικής αιτιολογίας διαταραχή, εφόσον σ' αυτή συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες. Η νευρωτική εκδήλωση του τραυλισμού αντιδιαστέλλεται από εκείνη, της οποίας η αιτιολογία συνίσταται σε παθολογικά-οργανικά αίτια. Έτσι πολλοί επιστήμονες του χώρου διαφόρων επιστημονικών κατευθύνσεων ορίζουν τον τραυλισμό σύμφωνα με το πρίσμα της επιστήμης τους π.χ. Ιατρική, Κοινωνιολογία, Γλωσσολογία,

Παθολογολογία, Λογοπαιδαγωγική και Λογοπεδική (Δράκος, 1999).

Σύμφωνα με την τελευταία αναθεώρηση της διεθνούς στατιστικής ταξινόμησης των νόσων και των σχετικών προβλημάτων υγείας, ICD-10 (World Health Organization 1992), ο τραυλισμός ταξινομείται στην κατηγορία των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών της συμπεριφοράς ο οποίος χαρακτηρίζεται από συχνές επαναλήψεις ή επιμηκύνσεις ήχων ή συλλαβών ή λέξεων, και /ή από συχνούς δισταγμούς, που παρεμποδίζουν τη ρυθμική ροή της ομιλίας ενός ατόμου. Θα πρέπει να κατηγοριοποιείται ως διαταραχή μόνο εάν η σοβαρότητά του είναι τέτοια που να επιδρά σημαντικά στη ροή της ομιλίας.

Στο αμερικανικό διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών DSM-IV (American Psychiatric Association 1994), η διαταραχή στη ροή της ομιλίας με έναρξη στη παιδική ηλικία ή αλλιώς τραυλισμός ορίζεται ως δυσκολία στη φυσιολογική ροή και τον χρονικό προγραμματισμό της ομιλίας. Αυτή η δυσκολία δεν αρμόζει στην ηλικία και τις γλωσσικές δεξιότητες του παιδιού που τραυλίζει και παραμένει με το πέρασμα του χρόνου στις περισσότερες περιπτώσεις. Χαρακτηρίζεται σαν φαινόμενο από έκδηλες και συχνές εμφανίσεις ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω στοιχεία: επαναλήψεις ήχων και συλλαβών, επιμηκύνσεις ήχων, διακοπές, διακεκομμένες λέξεις, ηχηρά ή σιωπηλά μπλοκαρίσματα, περιφράσεις, λέξεις που παράγονται με υπερβολική προσπάθεια και ένταση καθώς και επαναλήψεις μονοσύλλαβων ολόκληρων λέξεων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ΓENEYH, 1992).

1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, ο τραυλισμός εκδηλώνεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού ενώ συμπτώματα τραυλισμού με διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών παρουσιάζει το 5% του πληθυσμού (Peters & Guitar, 1991). Συγκεκριμένα, η συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού σε παιδιά ηλικίας 2 έως 10 ετών υπολογίζεται στο 1,4%.

Σε έρευνα που έγινε στη χώρα μας με δείγμα 1.113 παιδιών σε 57 παιδικούς σταθμούς και νηπιαγωγεία της ευρύτερης περιοχής Πατρών, διαπιστώθηκε η ύπαρξη τραυλισμού στο 2,2% των παιδιών με μικρή υπεροχή σε βάρος των κοριτσιών (Okalidou & Kampanaros, 2001).

Ορισμένοι ερευνητές διερεύνησαν τη συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού σε άτομα που παρουσίαζαν και άλλου είδους προβλήματα και διαπίστωσαν διαφορές σε σχέση με τα επιδημιολογικά στοιχεία που διαθέτουμε για το γενικό πληθυσμό. Αναφέρεται χαρακτηριστικά η περίπτωση των ατόμων με νοητική υστέρηση, μεταξύ των οποίων η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού ανέρχεται στο 3%. Η συχνότητα αυτή μάλιστα αυξάνεται εντυπωσιακά στις περιπτώσεις των παιδιών με σύνδρομο Down, στα οποία ο τραυλισμός εκδηλώνεται σε ποσοστά μεταξύ 21% - 48%. Ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο είναι επίσης η εκδήλωση τραυλισμού σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση, καθώς οι ερευνητές έχουν καταγράψει ποσοστά που κυμαίνονται από 3,9% - 24%. Σε

αντίθεση η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού σε άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα ακοής είναι μικρότερη από αυτή που παρατηρείται στο γενικό πληθυσμό, καθώς αγγίζει μόλις το 0,12% (Montgomery & Fitch, 1988). Τέλος, διερευνήθηκε η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε δίγλωσσα άτομα και διαπιστώθηκε διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Ο τραυλισμός μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε στιγμή κατά την παιδική ηλικία, αλλά η συνηθέστερη ηλικία έναρξης εντοπίζεται μεταξύ των 2 και 5 ετών, ενώ σαν μικρότερη ηλικία έναρξης αναφέρονται οι 18 μήνες, όπου εμφανίζονται οι πρώτες προτάσεις στην ομιλία του παιδιού (Bloodstein, 1987). Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο τραυλισμός συμπίπτει με την περίοδο ραγδαίας ανάπτυξης του προφορικού λόγου. Κάποιες φορές η έναρξη του τραυλισμού είναι απότομη και κάποιες φορές σταδιακή και χαρακτηρίζεται από εναλλασσόμενα διαστήματα τραυλισμού και φυσιολογικής ροής της ομιλίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι γονείς του παιδιού που τραυλίζει ενδέχεται να συνδυάσουν την εκδήλωση του τραυλισμού με κάποιο τραυματικό γεγονός, ενώ σε άλλες περιπτώσεις δεν αναφέρονται εκλυτικά αίτια. Σύμφωνα με τον Andrews (1984), εκτιμάται ότι η πιθανότητα εκδήλωσης του τραυλισμού μειώνεται κατά το 50% μετά την ηλικία των 4 ετών, κατά 75% μετά την ηλικία των 6 ετών, ενώ ελαχιστοποιείται μετά την περίοδο του 12^{ου} έτους ηλικίας. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές (Yairi & Ambrose, 1992), η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού μετά τα 3 έτη αγγίζει μόλις το 25%. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

1.4 Διαφορές φύλου

Η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού φαίνεται να διαφοροποιείται στα δύο φύλα, όπως συμβαίνει άλλωστε στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτυξιακών δυσκολιών. Η διαφοροποίηση αυτή, όμως, δεν είναι εμφανής από την προσχολική ηλικία κατά την οποία η αναλογία αγοριών-κοριτσιών είναι περίπου 1:1. Αυτή η αναλογία διαφοροποιείται σε μεγαλύτερη ηλικία, καθώς κυμαίνεται από 3:1 σε βάρος των αγοριών σε παιδιά ηλικίας 6-7 ετών και έως 5:1 σε εφήβους ηλικίας 12-13 ετών. Η διαφορά αυτή μπορεί να υποδηλώνει, από την μία, μεγαλύτερο ποσοστό αυτόματης υποχώρησης του προβλήματος στα κορίτσια και από την άλλη αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης του τραυλισμού στα αγόρια μεγαλύτερης ηλικίας.

Διάφορες ερμηνείες έχουν προταθεί για την ερμηνεία της διαφοράς στη συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού στα δύο φύλα. 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 του τραυλισμού. Η άποψη αυτή εντάσσεται στα πλαίσια μιας ευρύτερης επιστημονικής προσέγγισης, σύμφωνα με την οποία διερευνώνται οι γενετικοί παράγοντες που καθιστούν τα αγόρια πιο ευάλωτα από τα κορίτσια για την εκδήλωση ενός φάσματος αναπτυξιακών διαταραχών.

Άλλοι ερευνητές επισημαίνουν την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, και συγκεκριμένα, τις διαφορετικές αντιλήψεις των γονέων για τη γλωσσική ανάπτυξη αγοριών και κοριτσιών και τις διαφορετικές απαιτήσεις που προβάλλουν σε αυτόν τον τομέα. Ο Johnson και οι συνεργάτες του (1959) διαπίστωσαν ότι πολλοί γονείς έχουν την τάση να αντιδρούν με μεγαλύτερη απογοήτευση ή και αυστηρότητα στα φαινόμενα δισταγμού που εκδηλώνουν τα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια. Εάν συνυπολογίσουμε το γεγονός ότι η γλωσσική ανάπτυξη αλλά και η ανάπτυξη των επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι συχνά πιο γρήγορη στα κορίτσια, είναι φανερό ότι τα αγόρια έχουν πιο πολλές πιθανότητες από τα κορίτσια να εισπράξουν αρνητικά μηνύματα από τους γονείς τους ως προς τις γλωσσικές τους ικανότητες και να αντιμετωπίσουν μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν άγχος και απογοήτευση για τον τρόπο με τον οποίο μιλούν, με αποτέλεσμα την εκδήλωση τραυλισμού. Η διαφορά στις απαιτήσεις των ενηλίκων από την ομιλία αγοριών και κοριτσιών φαίνεται να αφορά και τους δασκάλους. Οι Silverman και Van Opens (1980) παρουσίασαν σε δασκάλους περιγραφές παιδιών με διάφορα προβλήματα λόγου και ομιλίας και τους έθεσαν το ερώτημα κατά πόσο τα παιδιά αυτά έπρεπε να παραπεμφθούν σε ειδικό. Διαπιστώθηκε ότι οι δάσκαλοι θεωρούσαν πιο σημαντική την παραπομπή του παιδιού σε κάποιον ειδικό όταν το παιδί αυτό παρουσιαζόταν ως αγόρι και λιγότερο σημαντική όταν το παιδί παρουσιαζόταν ως κορίτσι, παρόλο που η ίδια περιγραφή δυσκολιών δινόταν και στις δύο περιπτώσεις.

Η Tatman (Bloodstein, 1995), στην προσπάθεια της να ερμηνεύσει τη συχνότερη εμφάνιση του τραυλισμού στα αγόρια, διατυπώνει την υπόθεση ότι τα κορίτσια αναμένεται να είναι λιγότερο διεκδικητικά από τα αγόρια, με αποτέλεσμα να δικαιολογείται η σιωπηλή τους στάση σε καταστάσεις έντασης και άγχους. Επομένως, τα κορίτσια είναι σε θέση να αποφύγουν ευκολότερα τον προφορικό λόγο σε καταστάσεις που θα τα καθιστούσαν επιρρεπή στην εκδήλωση τραυλισμού. Αντίθετα, αναμένεται από τα αγόρια να μιλήσουν σε τέτοιες καταστάσεις, ακόμα και υπό πίεση, η οποία όμως ευνοεί την εκδήλωση τραυλισμού. Μία άλλη διαφορά που έχει διαπιστωθεί μεταξύ των δύο φύλων αφορά στην έναρξη του τραυλισμού, η οποία εντοπίζεται στα κορίτσια περίπου έξι μήνες νωρίτερα σε σχέση με τα αγόρια. Αυτό το γεγονός ενδεχομένως οφείλεται στη γρηγορότερη γλωσσική ανάπτυξη των κοριτσιών, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ο τραυλισμός εκδηλώνεται συνήθως στην ηλικία ραγδαίας ανάπτυξης του λόγου. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

1.5 Είδη τραυλισμού

Σύμφωνα με τους Fühning και Lettmayer τα είδη του τραυλισμού είναι τα εξής: ο εξελικτικός, ο τραυματικός και ο υστερικός.

Εξελικτικός τραυλισμός: Παρουσιάζεται στην προσχολική ηλικία, εκδηλώνεται ως επανάληψη μιας συλλαβής ή σαν παρεμπόδιση της γλωσσικής ροής στο ξεκίνημα της ομιλίας. Όταν τα συμπτώματα αυτά ενισχυθούν από εξωγενείς παράγοντες (κακή διαπαιδαγώγηση, άσχημο

ψυχολογικό κλίμα) ο τραυλισμός γίνεται μόνιμος και εκδηλώνονται τα συμπτώματα του εντονότερα.

Νευρογενής επίκτητος τραυλισμός (NET): Στον όρο νευρογενής επίκτητος τραυλισμός (NET) η λέξη κλειδί τώρα είναι η λέξη επίκτητος. Κι αυτό γιατί η λέξη νευρογενής, αν χρησιμοποιηθεί ως ο μόνος επιθετικός προσδιορισμός στη λέξη τραυλισμός, θα μπορούσε (κατά κάποιους σύγχρονους ερευνητές) να υπονοεί και το λεγόμενο εξελικτικό τραυλισμό. Αυτός ο συλλογισμός συνδέεται με τις νέες νευροαπεικονιστικές μελέτες που έχουν δημοσιευτεί για τον εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό, οι οποίες περιγράφονται αργότερα.

Ο NET οφείλεται σε επίκτητη νευρολογική ασθένεια ή βλάβη με πιο συχνές αιτιολογίες το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, την κρανιοεγκεφαλική κάκωση, τους εγκεφαλικούς όγκους, τη λήψη φαρμάκων ή σε σπάνιες περιπτώσεις τη γεροντική άνοια. Μέχρι πριν λίγα χρόνια θεωρείτο εξαιρετικά σπάνιος, ωστόσο τα τελευταία έτη εμφανίζονται όλο και περισσότερες περιπτώσεις NET στη βιβλιογραφία και σε κλινικές αναφορές.

Αν και ορισμένοι μελετητές έχουν προσπαθήσει να διακρίνουν το NET σε επιμέρους κατηγορίες ανάλογα με τα συμπτώματα στη ροή της ομιλίας, και γενικότερα τέτοιες κατηγοριοποιήσεις δε θεωρούνται επαρκείς. Πιο σύγχρονες απόψεις υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα στη ροή της ομιλίας ασθενών με NET είναι ανάλογα της εγκεφαλικής βλάβης που τα προκάλεσε. Για παράδειγμα ασθενείς με NET 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 το κυρίαρχο τραυλικό σύμπτωμα σε άτομα με NET 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.

Σύγχρονα, έχει παρατηρηθεί ότι ο NET μπορεί να συνοδεύεται από κάποιες δευτερεύουσες συμπεριφορές, οι οποίες όμως είναι γενικώς ήπιες. Επιπλέον, άτομα με NET μπορεί να δηλώνουν ενοχλημένα με τα συμπτώματα τους, αλλά συνήθως δεν παρουσιάζουν έντονο άγχος γι' αυτά.

Ο NET είναι σημαντικό να μελετηθεί περαιτέρω κυρίως για δύο λόγους. Πρώτον, ο εντοπισμός συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών που μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση δυσρυθμιών μπορεί να φωτίσει πτυχές αιτιολογίας, επομένως και αντιμετώπισης και του εξελικτικού και επίμονου τραυλισμού. Δεύτερον, και εξέχουσας σημασίας, είναι ότι η ύπαρξη μιας ξαφνικής διαταραχής ροής μπορεί να είναι σημάδι για αρχή νευρολογικής νόσου. Επομένως, η σωστή διαφοροδιάγνωση σε τέτοιες περιπτώσεις είναι ζωτικής σημασίας. (Μαλανδράκη, 2010).

Ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός (ΨΕΤ): Στον όρο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός (ΨΕΤ) η λέξη-κλειδί είναι η λέξη ψυχογενής. Ο ΨΕΤ εμφανίζεται συνήθως μετά από μία παρατεταμένη περίοδο άγχους ή μετά από κάποιο τραυματικό επεισόδιο. Επομένως, είναι σχεδόν αποκλειστικά

«προνόμιο» ατόμων εφηβικής ηλικίας και ενηλίκων, ενώ σπάνια συνίσταται σε μικρότερες ηλικίες. Οι πρώτες περιγραφές του ΨΕΤ χρησιμοποιούν τον όρο *υστερικός* που στις μέρες μας έχει εξαλειφθεί.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι με τον ΨΕΤ δεν πρέπει να συγχέονται περιπτώσεις επανεμφάνισης εξελικτικού τραυλισμού. Έτσι, αν ένα παιδί εμφάνιζε σε μικρή ηλικία δυσρυθμίες, τις ξεπέρασε, και λόγω κάποιας «πυροδότησης» -ακόμη και ψυχολογικής- επανεμφάνισε τραυλισμό σε μεγαλύτερη ηλικία, τότε ΔΕ θεωρούμε ότι η διαταραχή του παιδιού είναι ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός, αλλά απλώς επανεμφάνιση εξελικτικού τραυλισμού. Οι περιπτώσεις ΨΕΤ είναι λιγότερες από 3% όλων των περιπτώσεων τραυλισμού που υπάρχουν.

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, γεγονός που καθιστά τη διαφοροδιάγνωση ανά στιγμές δύσκολη. Παρόλα αυτά, στον ΨΕΤ βλέπουμε συχνότερα επαναλήψεις αρχικών ή τονιζόμενων συλλαβών. Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές μπορεί ακόμη να είναι διαφορετικές και -κάτι πολύ σημαντικό-όχι απαραίτητα εμφανιζόμενες μαζί ή σαν πρόδρομος των πρωτευουσών συμπεριφορών.

Συμπερασματικά, όπως αναφέρει ο Silverman στο βιβλίο του : «ένας τυπικός ασθενής με ΨΕΤ, είναι ένας ενήλικας χωρίς ιστορικό τραυλισμού στη παιδική ηλικία, που ξαφνικά αρχίζει να παρουσιάζει δυσρυθμίες μετά ή κατά τη διάρκεια ψυχολογικού στρες και που δεν παρουσιάζει νευρολογική παθολογία που να εξηγεί τα συμπτώματα αυτά» (Μαλανδράκη, 2012).

Άλλη μία διάκριση είναι: κλονικός τραυλισμός, τονικός τραυλισμός και κλονικοτονικός/τονικοκλονικός τραυλισμός.

Κλονικός τραυλισμός: Όταν το άτομο τραυλίζει, επαναλαμβάνει συνεχώς την αρχική συλλαβή ή λέξη μέχρι να αρχίσει να μιλάει.

Τονικός τραυλισμός: Η δυσκολία βρίσκεται στο ξεκίνημα της ομιλίας παρά τις έντονες προσπάθειες που γίνονται από το άτομο που τραυλίζει.

Κλονικοτονικός/Τονικοκλονικός τραυλισμός: Ο συνδυασμός των δύο παραπάνω ειδών τραυλισμού (Δράκος, 1999).

Ταχυλαλία (Cluttering): Είναι μία διαταραχή με γενετική βάση που παρουσιάζεται κατά την ανάπτυξη του παιδιού. Σε σχέση με τη ροή της ομιλίας η ταχυλαλία χαρακτηρίζεται κυρίως από επαναλήψεις, αναθεωρήσεις και δισταγμούς σε λέξεις και φράσεις, χωρίς όμως ιδιαίτερη ένταση, αλλά και από γρήγορο ρυθμό ομιλίας ανα διαστήματα. Ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας εμφανίζεται ως «εκρήξεις» κατά τη διάρκεια του συνεχή λόγου και δεν είναι συνεχόμενος. Όπως μας επισημαίνει και ο Daly, συχνά τα άτομα με ταχυλαλία δεν έχουν συνειδητοποιήσει τη διαταραχή τους με αποτέλεσμα να μην αναζητούν θεραπεία (Μαλανδράκη, 2012).

1.6. Συμπτωματολογία του τραυλισμού

Τα εξωτερικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι: Αδυναμία στο ξεκίνημα της ομιλίας ή διακοπή της συνεχούς ροής του λόγου, επαναλήψεις ήχων-φθόγγων ή συλλαβών με τονική, κλονική, τονικοκλονική ή κλονικο-τονική χροιά. Ακόμη παρατηρείται εμμονή σε μια προσπάθεια για άρθρωση. Ο μη συγχρονισμός της αναπνοής, της κοιλιάς και του στήθους έχει σαν αποτέλεσμα να μη γίνεται σωστή η χρήση της ομιλητικής εκπνοής και να προκαλούνται προβλήματα στην αναπνοή και στην ομιλία. Η εισπνοή και εκπνοή δεν είναι επαρκής και πολλές φορές χωρίς φυσιολογικό ρυθμό. Οι μη φυσιολογικοί σπασμοί των μυών του λάρυγγα προκαλούν προβλήματα στη λειτουργία της φωνής με αποτέλεσμα να δυσκολεύουν τη σωστή παραγωγή των φωνημάτων. Η επικοινωνία των ατόμων με τραυλισμό δυσκολεύεται διότι χρησιμοποιούν συχνά εμβόλιμες λέξεις. Λόγω της αδυναμίας τους να εκφραστούν σωστά χρησιμοποιούν λέξεις με συγγενική σημασία που ξεκινούν με έναν ουδέτερο φθόγγο. Η πλοκή-σύνταξη των προτάσεων είναι ασυνήθιστη. Κάτι ακόμη που συνηθίζουν άτομα με τραυλισμό είναι ότι προβαίνουν σε συνοδευτικές μιμητικές κινήσεις οι οποίες διακρίνονται σε πρωτογενείς και δευτερογενείς. Οι πρωτογενείς εκδηλώνονται στις μυϊκές περιοχές γύρω από τα όργανα της ομιλίας (κινήσεις στα περύγια της μύτης). Οι δευτερογενείς συνοδεύουν το παρεμπόδισμα της γλωσσικής ροής το οποίο είναι για παράδειγμα το ρίξιμο του κεφαλιού προς τα πίσω, εφίδρωση, σφίξιμο των δακτύλων και άλλα.

Η συμπτωματολογία του τραυλισμού παρουσιάζει πολυμορφία και εξαρτάται από τις γλωσσικές απαιτήσεις του περιβάλλοντος που ζει το άτομο που τραυλίζει. Έτσι λοιπόν παρατηρούμε, ότι κάτω από την καθοδήγηση του θεραπευτή ο τραυλισμός εξασθενεί και ταυτόχρονα γίνεται εντονότερος, όταν το άτομο αυτό αναγκασθεί να διηγηθεί κάτι ελεύθερα ή να δώσει συνέντευξη. Η πολυμορφία της συμπτωματολογίας φανερώνει ότι ο τραυλισμός είναι μία διαταραχή που αφορά στην κοινωνική ζωή του ανθρώπου.

Μία ακόμη μορφή του τραυλισμού είναι ο εσωτερικός τραυλισμός. Τα άτομα με εσωτερικό τραυλισμό αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη ροή της ομιλίας τους αλλά δεν εξωτερικεύουν κανένα σπασμωδικό σύμπτωμα παρά μόνο σιωπούν. Μετά από μεγάλα διαστήματα διακοπών συνεχίζουν την ομιλία τους χωρίς κανένα απολύτως πρόβλημα. Κάποιες αυτόνομες αντιδράσεις που έχουν σχέση με τον τραυλισμό είναι το κοκκίνισμα του προσώπου, η εφίδρωση, η καρδιακή υπερένταση και οι υστερίες. Τα συμπτώματα αυτά κάνουν την εμφάνισή τους σε ποσοστό 60% σε άτομα με τραυλισμό και εκδηλώνονται πάνω στην προσπάθειά τους να αποφύγουν τη γλωσσική τους αδεξιότητα (Δράκος, 1991).

1.7. Τα βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού

1.7.1. «Στιγμές τραυλισμού» και «φαινόμενα δισταγμού»

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι η περιοδικότητα με την οποία εκδηλώνεται. Σε ελάχιστες περιπτώσεις ένα άτομο τραυλίζει σε κάθε λέξη που εκφέρει (Johnson, 1961). 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 μάλιστα, όπως για παράδειγμα σε ένα τραγούδι, ο λόγος των ατόμων που τραυλίζουν μπορεί να εξομαλύνεται τελείως. Σε μερικές περιπτώσεις, το άτομο που τραυλίζει, μπορεί να μιλά με φυσιολογική ροή για ώρες, ημέρες, εβδομάδες, ή ακόμα και μήνες και στη συνέχεια να αρχίσει ξανά να τραυλίζει. Για αυτό τον λόγο, είναι αντιπροσωπευτικότερη η χρήση του όρου «στιγμές τραυλισμού», ο οποίος υποδηλώνει την περιοδικότητα του τραυλισμού, καθώς και το γεγονός ότι η εκδήλωσή του δεν αποτελεί ένα συνεχές και μόνιμο χαρακτηριστικό στον λόγο των ατόμων.

Υπάρχουν έντονες διαπροσωπικές αλλά και ενδοπροσωπικές διαφορές στη συχνότητα εκδήλωσης των στιγμών τραυλισμού. Αυτή η συχνότητα, διαφοροποιείται σημαντικά τόσο μεταξύ των ατόμων που τραυλίζουν, όσο και στο ίδιο το άτομο, καθώς επηρεάζεται συνήθως από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες το άτομο χρειάζεται να μιλήσει. Επίσης, η διάρκεια των στιγμών τραυλισμού μπορεί να ποικίλει 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, «εεεε...», «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, στη πλειονότητά τους, εμφανίζονται πολλές φορές στον λόγο όλων των ανθρώπων σε συγκεκριμένες χρονικές καταστάσεις και στιγμές.

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

1.7.2 Περιγραφή των φαινομένων δισταγμού

Οι «στιγμές τραυλισμού» χαρακτηρίζονται από λεκτικές μορφές συμπεριφοράς, οι οποίες μπορούν να γίνουν φανερές 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 κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα του τραυλισμού, το οποίο εκδηλώνεται τόσο στην ομιλία παιδιών προσχολικής ηλικίας, που ξεκινούν να τραυλίζουν, όσο και στην ομιλία ενηλίκων που τραυλίζουν (Johnson, 1961). Η μορφή αυτή εκδήλωσης τραυλισμού ονομάζεται κλονική. Παραδείγματα τέτοιων επαναλήψεων είναι τα εξής: (α) Το μωρό ήπια το γ-γάλα του, (β) Το μωρό ήπια το γα-γάλα του, (γ) Το μωρό ήπια το το γάλα του. Οι περισσότερες επαναλήψεις εμφανίζονται στις πρώτες συλλαβές των λέξεων και ποτέ στις τελευταίες (Lebrun & Van Borsel, 1990). Ο αριθμός των επαναλήψεων ποικίλει συνήθως από δύο έως πέντε φορές. Εάν κατά τη διάρκεια των επαναλήψεων το άτομο βιώνει μεγάλη ένταση, τότε οι ήχοι μπορεί να επιμηκύνονται ή να προφέρονται δυσρυθμικά (Van Riper, 1982).

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

Παύσεις: Αυτές οι παύσεις εκδηλώνονται μεταξύ των λέξεων και συνοδεύονται συνήθως από ένταση στους μύς που σχετίζονται με την παραγωγή της ομιλίας, κυρίως στον λάρυγγα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Εμφανίζονται συνήθως πριν από λέξεις των οποίων το άτομο δυσκολεύεται να προφέρει τον πρώτο φθόγγο, για παράδειγμα, «Το μωρό πίνει το [...] γάλα του». Ο μηχανισμός που υποκινεί αυτές τις παύσεις, φαίνεται ανάλογος με αυτόν που υποκινεί τις «σπασμένες λέξεις»: δυσκολία ρύθμισης της ποσότητας του αέρα που χρειάζεται να εκπνεύσει το άτομο προκειμένου να προφέρει τον εν λόγω φθόγγο.

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», ενδέχεται να εμφανίζονται κατά καιρούς ακόμη και στο

λόγο ατόμων που δεν τραυλίζουν, υπάρχει μια διαφορά όταν εκδηλώνονται σε άτομα που τραυλίζουν. Σε αυτή τη περίπτωση, η φράση παραμένει ατελής επειδή το άτομο που τραυλίζει ενδέχεται να πιστεύει ότι στην επόμενη λέξη μπορεί να δυσκολευτεί και επομένως προτιμά σκόπιμα να την αποφύγει (Van Riper, 1982). Με αυτό τον τρόπο, το άτομο που τραυλίζει μπορεί πραγματικά να αποφύγει την εκδήλωση συμπτώματος τραυλισμού, δυσχεραίνει ωστόσο, την επικοινωνία με τον συνομιλητή του ίσως περισσότερο από ότι αν τελικά ολοκλήρωνε τη φράση τραυλίζοντας.

Εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων ή φράσεων: Στην ομιλία όλων των ανθρώπων παρεμβάλλονται ορισμένες φορές φθόγγοι ή φράσεις όπως, «εεε...» «μμμ...», «ξέρεις τώρα» και άλλα, τα οποία δεν παρεμποδίζουν το νόημα της πρότασης (Johnson, 1961). Στην ομιλία των ατόμων που τραυλίζουν, οι εμβολές αυτές είναι ιδιαίτερα συνήθεις και αποτελούν προσπάθεια αλλοίωσης ορισμένων λέξεων, στις οποίες ο ομιλητής φοβάται ότι θα «κολλήσει». Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας οι εμβολές αυτές μπορεί να παίρνουν τέτοια μορφή, που να δυσχεραίνουν την επικοινωνία. Για παράδειγμα, ένα τετράχρονο αγόρι τοποθετούσε το «και» πριν από κάθε λέξη με αποτέλεσμα να παράγονται φράσεις όπως, «Θέλω και να πω και στη μαμά μου και να μου αγοράσει και ένα παγωτό».

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

Αφύσικος ρυθμός ομιλίας: Ο ρυθμός ομιλίας των ατόμων που τραυλίζουν μπορεί είτε πολύ αργός είτε πολύ γρήγορος. Ο αργός ρυθμός μπορεί να είναι αποτέλεσμα του ίδιου του τραυλισμού, ή να υιοθετείται σκόπιμα από το άτομο στην προσπάθεια του να μην τραυλίσει. Ο γρήγορος ρυθμός, μπορεί επίσης, να υιοθετείται σκόπιμα καθώς το άτομο που τραυλίζει ενδέχεται να πιστεύει ότι αν κάνει παύσεις στο λόγο του είναι πιθανό να μην τραυλίσει.

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

1.7.3. Διαβάθμιση του τραυλισμού

Φυσιολογική Δυσχέρεια στη Ροή της Ομιλίας

Μεταξύ της ηλικίας των 18 μηνών και των 7 χρόνων, πολλά παιδιά περνούν στάδια δυσχέρειας στη ροή της ομιλίας που συσχετίζονται με την προσπάθειά τους να μάθουν να μιλούν. Τα παιδιά ηλικίας 18 μηνών έως 3 χρόνων με «φυσιολογικές δυσχέρειες στη ροή της ομιλίας» εμφανίζουν συμπτώματα όπως επαναλήψεις φθόγγων, συλλαβών και λέξεων, κυρίως στην αρχή της πρότασης. Συνήθως αυτές οι επαναλήψεις εμφανίζονται με συχνότητα μίας επανάληψης σε κάθε δέκα προτάσεις περίπου. Μετά τα 3 χρόνια, τα παιδιά με φυσιολογική δυσχέρεια στη ροή της ομιλίας είναι

πιθανότερο να επαναλαμβάνουν μονοσύλλαβες λέξεις (το-το-το γάλα...) ή φράσεις (θέλω να...θέλω να... θέλω να πιω γάλα) και λιγότερο πιθανό να επαναλαμβάνουν φθόγγους ή συλλαβές. Επίσης συχνά χρησιμοποιούν «γεμίσματα» (εμβολοφρασίες) όπως το «εεεεε» ή «εμμμ» και μερικές φορές αλλάζουν θέμα στη μέση μιας φράσης ή αφήνουν μία φράση ανολοκλήρωτη.

Τα παιδιά με φυσιολογική δυσχέρεια στη ροή της ομιλίας μπορεί να εμφανίζουν τα συμπτώματα της δυσχέρειας οποτεδήποτε αλλά είναι πιθανόν τα συμπτώματα να αυξάνονται όταν είναι κουρασμένα, ενθουσιασμένα, εκνευρισμένα ή υποχρεώνονται να βιαστούν να μιλήσουν. Επίσης μπορεί να έχουν μεγαλύτερη δυσχέρεια όταν κάνουν ερωτήσεις ή όταν κάποιος τους κάνει ερωτήσεις.

Η δυσχέρεια που εμφανίζουν στη ροή της ομιλίας μπορεί να αυξάνει σε συχνότητα για αρκετές μέρες ή εβδομάδες και μετά να μειώνεται για εβδομάδες και μήνες σε βαθμό που δύσκολα να γίνεται αντιληπτή, μέχρι να ξανακάνει την εμφάνισή της αργότερα. Τυπικά, τα παιδιά με φυσιολογική δυσχέρεια στη ροή της ομιλίας δε συνειδητοποιούν τα συμπτώματα και δε δείχνουν σημάδια έκπληξης ή δυσαρέσκειας. Οι αντιδράσεις των γονιών στη φυσιολογική δυσχέρεια είναι περισσότερες από αυτές των παιδιών τους. Η πλειοψηφία των γονιών δε θα εντοπίσουν τις δυσχέρειες στη ροή του παιδιού τους ή θα τις χειριστούν σαν κάτι φυσιολογικό. Μερικοί γονείς όμως θα είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στον τρόπο που αναπτύσσεται η ομιλία του παιδιού τους και θα ανησυχούν αδικαιολόγητα για τη φυσιολογική δυσχέρεια στη ροή της ομιλίας. Αυτοί οι γονείς με την υπερβολική ανησυχία συχνά επωφελούνται από τον εφησυχασμό που προσφέρει η παραπομπή σε έναν λογοθεραπευτή, η εξειδικευμένη αξιολόγησή του και η πρόσθετη καθοδήγηση που μπορεί να τους προσφέρει.

Ήπιος Τραυλισμός

Ο ήπιος τραυλισμός μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή μεταξύ των ηλικιών των 18 μηνών και των 7 ετών, αλλά πιο συχνά ξεκινά μεταξύ των 3 και 5 ετών, όταν η γλωσσική ανάπτυξη είναι ιδιαίτερα ταχεία. Ο τραυλισμός σε κάποια παιδιά πρωτοεμφανίζεται κάτω από συνθήκες αναμενόμενης συναισθηματικής πίεσης, όπως όταν γεννιέται ένα αδερφάκι ή όταν η οικογένεια μετακομίζει σε ένα καινούργιο σπίτι. Τα παιδιά με ήπιο τραυλισμό μπορεί να παρουσιάσουν τα ίδια συμπτώματα (επαναλήψεις ήχων, συλλαβών και λέξεων) με αυτά των παιδιών με φυσιολογική δυσχέρεια στη ροή της ομιλίας, αλλά συνολικά σημειώνουν μεγαλύτερη συχνότητα επαναλήψεων καθώς και περισσότερες επαναλήψεις κάθε φορά.

Για παράδειγμα, αντί για μία με δύο επαναλήψεις μίας συλλαβής, τα παιδιά αυτά μπορεί να την επαναλάβουν τέσσερις ή πέντε φορές («Δώ-δώ-δώ-δώ-δώσε μου να φάω»). Μπορεί επίσης τα παιδιά αυτά σε κάποιες περιστάσεις να επιμηκύνουν ήχους, όπως π.χ. «MMMMMMMMμά, αυτή είναι η μμμμμμμμπάλα μου». Πέρα από αυτά τα λεκτικά χαρακτηριστικά, τα παιδιά με ήπιο τραυλισμό μπορεί να επιδείξουν σημάδια αντίδρασης απέναντι στη δυσχερεία τους στη ροή της

ομιλίας. Για παράδειγμα, μπορεί να πεταρίζουν τα βλέφαρα ή να κλείνουν τα μάτια τους, να κοιτάζουν αλλού, ή να σφίγγουν το στόμα τους όταν τραυλίζουν.

Ένα άλλο σύμπτωμα του ήπιου τραυλισμού είναι η εμμονή των δυσχερειών. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι φυσιολογικές δυσχέρειες στη ροή της ομιλίας θα εμφανιστούν για λίγες μέρες και μετά θα εξαφανιστούν. Ο ήπιος τραυλισμός όμως, έχει την τάση πιο συχνά να εμμένει. Μπορεί να εμφανίζεται μόνο σε συγκεκριμένες περιστάσεις, αλλά είναι πιο πιθανό να εμφανίζεται σε αυτές τις συγκεκριμένες περιστάσεις κάθε μέρα για μεγαλύτερο διάστημα. Ένα τρίτο σύμπτωμα που σχετίζεται με τον ήπιο τραυλισμό είναι ότι το παιδί μπορεί να μη δείχνει σοβαρή ανησυχία για το πρόβλημά του, αλλά να βρίσκεται στιγμιαία σε αμηχανία ή να απογοητεύεται. Τα παιδιά σε αυτό το στάδιο της διαταραχής μπορεί ακόμα και να ρωτήσουν τους γονείς τους γιατί αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα στην ομιλία.

Οι αντιδράσεις των γονέων στον ήπιο τραυλισμό ποικίλουν. Οι περισσότεροι γονείς θα είναι τουλάχιστον ελαφρώς ανήσυχοι για τον τραυλισμό, θα αναρωτιούνται τι πρέπει να κάνουν και εάν αυτοί είναι οι υπαίτιοι της δυσκολίας του παιδιού τους. Κάποιοι γονείς δεν θα παρατηρήσουν καθόλου τη δυσκολία αυτή, ενώ άλλοι μπορεί να είναι πάρα πολύ ανήσυχοι, αλλά αρχικά να αρνούνται αυτή τους την ανησυχία.

Σοβαρός τραυλισμός

Τα παιδιά με σοβαρό τραυλισμό συνήθως παλεύουν να ξεκινήσουν τις λέξεις, δείχνουν σημεία αυξημένης μυϊκής έντασης και προσπαθούν να κρύψουν τον τραυλισμό αποφεύγοντας να μιλήσουν. Αν και ο σοβαρός τραυλισμός είναι πιο συχνός σε μεγαλύτερα παιδιά, μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή ανάμεσα στις ηλικίες 1½ και 7 ετών. Σε κάποιες περιπτώσεις, εμφανίζεται μετά από μήνες ή χρόνια ήπιου τραυλισμού.

Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, σοβαρός τραυλισμός μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά, χωρίς να προϋπάρχει περίοδος ήπιου τραυλισμού.

Ο σοβαρός τραυλισμός χαρακτηρίζεται από δυσρυθμίες σε κάθε φράση ή πρόταση, με κάποιες στιγμές τραυλισμού να έχουν διάρκεια ενός δευτερολέπτου ή ακόμη μεγαλύτερη. Συχνά επίσης παρατηρούνται επιμηκύνσεις φωνημάτων και σιωπηλά μπλοκαρίσματα της ομιλίας. Στα παιδιά με σοβαρό τραυλισμό όπως και στα παιδιά με ήπιο τραυλισμό, παρατηρούνται κάποια κοινά χαρακτηριστικά όπως πετάρισμα των βλεφάρων, κλείσιμο των ματιών, αποφυγή βλεμματικής επαφής, ή φυσική ένταση γύρω από το στόμα και άλλα μέρη του προσώπου. Επιπλέον, αυτή η ένταση και η 'πάλη' παρατηρείται ως αύξηση του ύψους της φωνής κατά τη διάρκεια των μπλοκαρισμάτων ή των επιμηκύνσεων. Τα παιδιά με σοβαρό τραυλισμό, μπορεί να χρησιμοποιούν ήχους όπως το «ααα» το «εεε» ή μικρές λέξεις όπως το «λοιπόν», πριν μια λέξη στην οποία αναμένουν ότι θα τραυλίσουν.

Ο σοβαρός τραυλισμός μπορεί να εδραιωθεί κυρίως στα παιδιά που τραυλίζουν για περισσότερο από 18 μήνες, αν και κάποια από αυτά τα παιδιά θα παρουσιάσουν αυθόρμητη ανάκαμψη. Η απογοήτευση και η ντροπή που συνδέονται με την πραγματική δυσκολία για ομιλία, μπορεί να δημιουργήσουν φόβο για την ομιλία. Τα παιδιά με σοβαρό τραυλισμό συχνά είναι νευρικά ή συνεσταλμένα σε περιστάσεις όπου αναμένουν ότι θα τους ζητηθεί να μιλήσουν. Ενώ ο τραυλισμός των παιδιών παρουσιάζεται κάθε μέρα, κάποιες μέρες θα είναι, πιθανότατα, πιο εμφανής. Οι γονείς των παιδιών με σοβαρό τραυλισμό ανησυχούν για το εάν το παιδί τους θα τραυλίζει για πάντα και για τον τρόπο που εκείνοι μπορούν να βοηθήσουν. Πολλοί γονείς λανθασμένα πιστεύουν ότι έχουν κάνει κάτι το οποίο προκάλεσε το πρόβλημα. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις, οι γονείς δεν είναι αυτοί που προκάλεσαν τον τραυλισμό. Φέρονται στο παιδί που τραυλίζει όπως φέρονται και στα άλλα τους παιδιά. Παρ' όλα αυτά νιώθουν υπεύθυνοι για τη δυσκολία του παιδιού. Συχνά, οι γονείς βοηθούνται από την επιβεβαίωση ότι ο τραυλισμός του παιδιού τους είναι το αποτέλεσμα πολλών διαφορετικών παραγόντων και όχι η συνέπεια του τι εκείνοι έχουν ή δεν έχουν κάνει (www.logopedists.gr).

1.8. Η αναπτυξιακή πορεία του τραυλισμού

1.8.1. Οι αναπτυξιακές φάσεις του τραυλισμού

Ο τραυλισμός εκδηλώνεται τις περισσότερες περιπτώσεις στην ηλικία μεταξύ των 2 και 5 ετών, με μέση ηλικία έναρξης το διάστημα μεταξύ 32 και 46 μηνών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Επισημαίνεται, βέβαια, ότι ως ηλικία έναρξης θεωρείται η ηλικία κατά την οποία οι γονείς αναφέρουν πως αντιλήφθηκαν ότι οι επαναλήψεις και άλλα φαινόμενα δισταγμού ενδεχομένως αποκλίνουν από το φυσιολογικό. Ακόμη, ο τραυλισμός μπορεί να εκδηλώνεται απότομα ή σταδιακά, με συνηθέστερη τη σταδιακή έναρξη (Van Riper, 1982). Σε κάθε περίπτωση, πάντως, τα συμπτώματα ενδέχεται να αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου, με αποτέλεσμα η κλινική εικόνα ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας να διαφέρει σημαντικά από αυτή ενός παιδιού σχολικής ηλικίας. Επιπλέον, η πορεία του τραυλισμού μπορεί να είναι επιδεινούμενη, με κατεύθυνση προς την εδραίωση του τραυλισμού ή βελτιούμενη, με κατεύθυνση προς την αυτόματη υποχώρησή του. Οι παραδοσιακές θεωρίες για τον τραυλισμό περιγράφουν συνήθως την πρώτη περίπτωση, ενώ οι σύγχρονες θεωρίες επικεντρώνονται στο φαινόμενο της αυτόματης υποχώρησης και μελετούν τους παράγοντες εκείνους που διαφοροποιούν τις δύο ομάδες.

Οι πρώτες ενδείξεις του τραυλισμού είναι συνήθως οι επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων, ή των πρώτων συλλαβών πολυσύλλαβων λέξεων χωρίς ιδιαίτερη ένταση κατά την εκφορά τους. Ωστόσο, στο ένα τρίτο περίπου των παιδιών, εμφανίζονται από την αρχή και τα σοβαρότερα συμπτώματα του τραυλισμού, όπως επιμηκύνσεις ήχων και απότομες παύσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα συμπτώματα ενδέχεται να συνοδεύονται από βιώματα έντασης, τουλάχιστον

ορισμένες φορές. Επομένως, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις ο τραυλισμός ξεκινάει σχετικά ανώδυνα, δεν πρέπει να παραγνωρίζονται οι περιπτώσεις εκείνες όπου εκδηλώνεται από την αρχή με σοβαρότερη μορφή.

Πολλές θεωρίες έχουν προταθεί για την ερμηνεία της εξέλιξης του τραυλισμού από απλές επαναλήψεις σε επιμηκύνσεις ήχων και παύσεις, οι οποίες συχνά συνοδεύονται τόσο από μυική όσο και από ψυχολογική ένταση. Σύμφωνα με τους Zebrowski και Conture (1989), κατά την έναρξη του τραυλισμού, το 93% των μητέρων, ανησυχεί με τις επαναλήψεις στην ομιλία του παιδιού ενώ μόνο το 25% θεωρεί ως πρόβλημα τις επιμηκύνσεις ήχων. Επομένως, το παιδί αντιλαμβάνεται ότι οι αντιδράσεις του περιβάλλοντος ενδεχομένως αφορούν περισσότερο στις επαναλήψεις του και στη προσπάθειά του να τις αποφύγει καταβάλλει μυική προσπάθεια η οποία μπορεί να καταλήγει σε επιμηκύνσεις ήχων και παύσεις. Δεδομένου ότι οι αρνητικές αντιδράσεις του περιβάλλοντος αφορούν κυρίως στις επαναλήψεις σε αυτή την αρχική φάση, οι επιμηκύνσεις ήχων ενδέχεται να ενισχύονται λόγω θετικότερων αντιδράσεων από το περιβάλλον. Μια εναλλακτική ερμηνεία είναι αυτή του Starkweather (1987), ο οποίος υποστηρίζει ότι το ίδιο το παιδί, στη προσπάθειά του να μιλήσει με μεγαλύτερη ευχέρεια, καταβάλλει μεγαλύτερη μυική προσπάθεια η οποία οδηγεί στα σοβαρότερα συμπτώματα του τραυλισμού.

Κατά τη μελέτη της αναπτυξιακής πορείας του τραυλισμού και των πιθανών μορφών που μπορεί να πάρει καθώς το παιδί μεγαλώνει, ορισμένοι ερευνητές περιέγραψαν συγκεκριμένες αναπτυξιακές φάσεις. Η χρησιμότητα των φάσεων έγκειται στη δυνατότητα που παρέχουν στον ειδικό να αξιολογεί πόσο εδραιωμένος είναι ο τραυλισμός, να προβλέπει ποια χαρακτηριστικά μπορεί να εκδηλωθούν στην πορεία και να επιλέγει τις κατάλληλες θεραπευτικές μεθόδους, ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο το οποίο διανύει το άτομο με τραυλισμό. Σε κάθε περίπτωση πάντως, αυτές οι αναπτυξιακές φάσεις αποτελούν απλώς μια προσπάθεια αδρής περιγραφής της πορείας του τραυλισμού και δεν καλύπτουν το σύνολο των περιπτώσεων, αφού η πορεία αυτή μπορεί να διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο.

Μια από τις πρώτες σχετικές προσπάθειες είναι αυτή του Bluemel (1957), ο οποίος μίλησε για πρωτογενή και δευτερογενή στάδια. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, στα πρωτογενή στάδια, εκδηλώνονται οι επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων χωρίς ένταση και προσπάθειες αποφυγής, ενώ στα δευτερογενή στάδια εκδηλώνονται τα σοβαρότερα συμπτώματα τραυλισμού, συνοδευόμενα από ένταση και προσπάθειες αποφυγής. Ωστόσο, η διάκριση αυτή χαρακτηρίστηκε ως απλοϊκή και επιχειρήθηκε λεπτομερέστερη περιγραφή των αναπτυξιακών φάσεων από τις οποίες διέρχεται συνήθως ο τραυλισμός.

Άλλες δύο παραδοσιακές θεωρίες, σχετικά με αυτές τις αναπτυξιακές φάσεις, είναι αυτές που διατυπώθηκαν από τον Bloodstein (1960) και τον Van Riper (1982). Στη θεωρία του Bloodstein, προτείνονται τέσσερις αναπτυξιακές φάσεις οι οποίες περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά του

τραυλισμού από την προσχολική ηλικία έως την ενηλικίωση. Τονίζεται βέβαια, ότι υπάρχουν πολύ σημαντικές διατομικές διαφορές ως προς την ηλικία εκδήλωσης των συμπτωμάτων της κάθε φάσης. Σύμφωνα με τον Bloodstein, δεν φτάνουν όλα τα άτομα με τραυλισμό στην τέταρτη φάση καθώς τα συμπτώματα τραυλισμού που παρουσιάζουν ορισμένοι ενήλικες ενδέχεται να είναι αυτά της δεύτερης ή τρίτης φάσης. Παρακάτω αναλύονται μόνο οι φάσεις που αφορούν την προσχολική έως την εφηβική ηλικία. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Πρώτη φάση (προσχολική ηλικία)

Ο τραυλισμός εκδηλώνεται περιστασιακά, δηλαδή για ορισμένες εβδομάδες ή ακόμα και μήνες, ανάμεσα στους οποίους παρεμβάλλονται κάποια διαστήματα κατά τα οποία η ροή του λόγου είναι φυσιολογική. Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης του τραυλισμού εντοπίζονται οι πιο πολλές περιπτώσεις αυτόματης υποχώρησης των συμπτωμάτων του. Το παιδί τραυλίζει περισσότερο όταν είναι ενθουσιασμένο ή απογοητευμένο και θέλει να πει πολλά ταυτόχρονα ή βρίσκεται σε συνθήκες επικοινωνιακής πίεσης. Το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι οι επαναλήψεις, αν και δεν αποκλείεται σε ορισμένες περιπτώσεις η εμφάνιση και άλλων συμπτωμάτων του τραυλισμού. Ο τραυλισμός εκδηλώνεται κυρίως στο ξεκίνημα της φράσης. Πολλοί γονείς αναφέρουν ότι το παιδί δυσκολεύεται να ξεκινήσει, αλλά μετά μιλάει με ευχέρεια. Σε αντίθεση με τις επόμενες φάσεις, τα φαινόμενα δισταγμού δεν εκδηλώνονται μόνο στις λέξεις περιεχομένου (ουσιαστικά, ρήματα, επίθετα) αλλά και στα λειτουργικά μέρη του λόγου (σύνδεσμοι, προθέσεις). Τα περισσότερα παιδιά σε αυτή τη φάση, συνήθως δεν φαίνεται να καταλαβαίνουν ότι υπάρχουν δυσκολίες στη ροή του λόγου τους και δεν δείχνουν να ανησυχούν. Αυτή η διαπίστωση, ωστόσο, δεν φαίνεται να αφορά το σύνολο των παιδιών. Υπάρχουν παιδιά τα οποία ακόμη και στην ηλικία των δύο ή τριών ετών ρωτούν: «Γιατί δεν μπορώ να μιλήσω;». Μάλιστα, σε αυτές τις περιπτώσεις όπου το παιδί δεν δείχνει να αντιλαμβάνεται τις δυσκολίες, να ανησυχεί για αυτές και να προσπαθεί να τις αποφύγει, απαιτείται η άμεση παρέμβαση του ειδικού.

Δεύτερη φάση (σχολική ηλικία)

Ο τραυλισμός εκδηλώνεται με σταθερότητα. Εάν υπάρχουν περίοδοι κατά τις οποίες η ροή του λόγου είναι φυσιολογική, αυτές είναι περιορισμένες και σύντομες. Το παιδί καταλαβαίνει ότι τραυλίζει. Συνήθως τα παιδιά αναφέρουν τον τραυλισμό ως «κόλλημα». Τα φαινόμενα δισταγμού εκδηλώνονται στις λέξεις περιεχομένου. Ο τραυλισμός μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιοδήποτε σημείο της φράσης και όχι μόνο στην αρχή της. Ακόμη, οι επαναλήψεις ολόκληρων λέξεων δεν είναι πλέον τόσο συχνές. Παρόλο που το παιδί αναγνωρίζει ότι τραυλίζει, δεν αντιμετωπίζει ιδιαίτερες δυσκολίες στην καθημερινή του λειτουργικότητα και δεν προσπαθεί επισταμένως να αναπτύξει τεχνικές για να αποφύγει την εκδήλωση του τραυλισμού. Η σοβαρότητα του τραυλισμού, αυξάνεται σε καταστάσεις

αναστάτωσης ή ενθουσιασμού καθώς και όταν το παιδί μιλά πολύ γρήγορα.

Τρίτη φάση (προεφηβική και εφηβική ηλικία)

Η σοβαρότητα του τραυλισμού αυξάνεται σε ορισμένες καταστάσεις, όπως κατά την εξέταση του παιδιού στην σχολική τάξη, κατά τις τηλεφωνικές συνομιλίες, κατά τη συνομιλία με αγνώστους, κ.α. Το άτομο κατασκευάζει κανόνες, σύμφωνα με τους οποίους θεωρεί ότι ορισμένοι φθόγγοι ή ορισμένες λέξεις εκφέρονται δυσκολότερα από άλλους φθόγγους ή λέξεις. Το άτομο αποφεύγει περιστασιακά την εκφορά ορισμένων φθόγγων και αντικαθιστά τις «δύσκολες» λέξεις με άλλες. Αυτές οι τεχνικές εμφανίζονται κυρίως όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση έντονου άγχους και πίεσης. Δεν υπάρχει συστηματική αποφυγή των καταστάσεων στις οποίες το άτομο είναι υποχρεωμένο να μιλήσει και δεν υπάρχει έντονη εκδήλωση ντροπής ή φόβου.

1.8.2. Οι αναπτυξιακές φάσεις του τραυλισμού σύμφωνα με τον Van Riper

Η δεύτερη παραδοσιακή θεωρία σχετικά με τις αναπτυξιακές φάσεις του τραυλισμού είναι αυτή του Van Riper (1982), σύμφωνα με την οποία υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές «διαδρομές» τις οποίες μπορεί να ακολουθήσει ένα άτομο που τραυλίζει. Η πρώτη διαδρομή μοιάζει με τις φάσεις του Bloodstein και είναι αυτή την οποία ακολουθούν τα μισά περίπου άτομα με τραυλισμό. Όσον αφορά τη δεύτερη διαδρομή, έχουν διατυπωθεί επιφυλάξεις για το κατά πόσο περιγράφει τον τραυλισμό ή κάποια άλλη διαταραχή της ομιλίας (Silverman, 2004). Όσο για τις δύο τελευταίες, αυτές αφορούν σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων. Τα στοιχεία που διαφοροποιούν αυτές τις τέσσερις διαδρομές είναι η ηλικία έναρξης (νωρίς /αργά), ο τρόπος έναρξης (ξαφνικός / σταδιακός) και ο βαθμός σοβαρότητας στο ξεκίνημα. Οι τέσσερις αυτές διαδρομές είναι οι εξής:

Πρώτη διαδρομή

Στα άτομα που ακολουθούν αυτή τη διαδρομή ο τραυλισμός εκδηλώνεται νωρίς, στην ηλικία μεταξύ των 2 και 4 ετών, ενώ για μεγάλα χρονικά διαστήματα η ροή της ομιλίας είναι φυσιολογική. Η έναρξη του τραυλισμού είναι σταδιακή και χαρακτηρίζεται αρχικά με επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα σοβαρότερα συμπτώματα του τραυλισμού, όπως παύσεις και επιμηκύνσεις ήχων, καθώς και τα δευτερογενή συμπτώματα που συνοδεύουν συχνά τον τραυλισμό. Ακόμη, εμφανίζονται σταδιακά ο φόβος και οι προσπάθειες αποφυγής των στιγμών τραυλισμού.

Δεύτερη διαδρομή

Σε ορισμένες περιπτώσεις ο τραυλισμός εκδηλώνεται αργότερα, με την εμφάνιση των προτάσεων στο λόγο του παιδιού. Η έναρξη του τραυλισμού είναι σταδιακή και δεν υπάρχουν

περίοδοι κατά τις οποίες η ροή της ομιλίας είναι φυσιολογική. Ο τραυλισμός αρχικά εκδηλώνεται με επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων, ενώ στη συνέχεια εμφανίζονται συχνές παύσεις και παρεμβολές στο λόγο καθώς και αναθεωρήσεις των προτάσεων. Η ομιλία του παιδιού δίνει την εντύπωση της αποδιοργάνωσης. Ο φόβος ότι θα τραυλίσει σε συγκεκριμένες λέξεις είναι ήπιος και εκδηλώνεται σε μεγαλύτερη ηλικία.

Τρίτη διαδρομή

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο τραυλισμός μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία, σε άτομα τα οποία έχουν ήδη αναπτύξει τον λόγο τους, ως ξαφνική και πλήρης αδυναμία εκφοράς λόγου. Την κατάσταση αυτή διαδέχονται έντονες και αγωνιώδεις προσπάθειες του ατόμου να μιλήσει, αναπνευστικές ανωμαλίες και σημάδια έντασης. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων αυτών στη συνέχεια υποχωρεί και εκδηλώνονται πρώτα επιμηκύνσεις ήχων και μετά επαναλήψεις συλλαβών.

Τέταρτη διαδρομή

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο τραυλισμός ξεκινάει απότομα, μετά την ηλικία των τεσσάρων ετών, με επαναλήψεις αρχικά προτάσεων, μετά λέξεων και στο τέλος συλλαβών. Ο τραυλισμός αυτού του είδους δεν συνοδεύεται με προσπάθειες αποφυγής και τα συμπτώματά του παραμένουν σχετικά σταθερά στον χρόνο. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

1.9. Πολυπαραγοντικό μοντέλο

Ένα ευρέως δεδομένο μοντέλο, που επισημαίνει και αναδεικνύει τη σημασία πολλών και διαφορετικών παραγόντων στη διαταραχή του τραυλισμού, έχει προταθεί από τους Rustin et al., (1995). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, σημαντικό είναι να συνεκτιμώνται τέσσερις βασικές παράμετροι: οι οργανικοί, οι κοινωνικοί/συναισθηματικοί, οι περιβαλλοντικοί και οι γνωστικοί παράγοντες.

Στη πρώτη παράμετρο του συγκεκριμένου μοντέλου εκτιμώνται οι οργανικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την εμφάνιση και την ανάπτυξη του τραυλισμού κατά την παιδική ηλικία και έχουν σχέση με το ιατρικό, αναπτυξιακό και οικογενειακό ιστορικό του παιδιού (Βλασσοπούλου, Μύρκος, 2013). Κατά τη δεκαετία του 1930, έρευνες έχουν αναφερθεί σε γενετικά αίτια που αφορούν στον τραυλισμό. Συγκεκριμένα αναφέρεται πως άτομα με ιστορικό τραυλισμού σε μέλη της οικογένειάς τους είναι πιο πιθανό να τραυλίσουν. Η κληρονομικότητα του τραυλισμού μεταξύ ανδρών είναι πιθανότερη απ' ότι μεταξύ γυναικών και η θεραπεία όπως και η διάρκειά του εξαρτώνται από τις εκάστοτε κληρονομικές συνθήκες. Ο τραυλισμός έχει σχετιστεί με αλλαγές στα χρωμοσώματα 9, 10, 12, 13 και 18. Έρευνες έχουν δείξει πως 9 γονίδια εμπλέκονται με τραυλισμό κάποια από τα οποία προηγουμένως βρίσκονταν σε χρωμοσώματα σχετιζόμενα με τραυλισμό (Perez

& Stoeckle, 2016).

Οι σύγχρονες μελέτες εξετάζουν τον αναπτυξιακό τραυλισμό οργανικά, προσπαθώντας να εντοπίσουν τα γονίδια που συμβάλλουν στην εμφάνιση του τραυλισμού. Αρχικά οι οργανικές μελέτες εστίαζαν στον αριθμό των συγγενών που τραυλίζουν σε μία οικογένεια, ενώ αργότερα προχώρησαν σε γενετικές αναλύσεις DNA των ατόμων που τραυλίζουν. Από τα μέχρι σήμερα δεδομένα έχει αρχίσει να φαίνεται ότι κάποια γονίδια συμβάλλουν στην εκδήλωση του τραυλισμού, αλλά ακόμα τα αποτελέσματα δεν είναι σαφή και δεν μπορούν να γενικευτούν. Πέραν όμως από την καθαρά γενετική σκοπιά του τραυλισμού, μελέτες έχουν εντοπίσει και οργανικές δομικές διαφορές στα άτομα που τραυλίζουν. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι τα άτομα χωρίς δυσκολίες στη ροή της ομιλίας χρησιμοποιούν το αριστερό ημισφαίριο κατά την ομιλία, ενώ τα άτομα με δυσκολίες στη ροή της ομιλίας φαίνεται να μην ενεργοποιούν το αριστερό ημισφαίριο περισσότερο από το δεξί ημισφαίριο κατά τον προγραμματισμό της ομιλίας με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσκολίες στη ροή της ομιλίας. Ακόμη, τα παιδιά που τραυλίζουν έχει εντοπισθεί να παρουσιάζουν έλλειψη της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης, δηλαδή των νευροορμονών που ελέγχουν τον συντονισμό του γλωσσικού προγραμματισμού και της κινητικής δραστηριότητας του φωνητικού συστήματος με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται στον προγραμματισμό και τον κινητικό συντονισμό που απαιτεί η ομιλία. Εκτός από τους οργανικούς παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τη ροή της ομιλίας, έχουν εντοπισθεί και άλλες αναπτυξιακές δυσκολίες στον λόγο και την ομιλία των παιδιών που τραυλίζουν. Αρχίζει να διαφαίνεται μία υποκατηγορία παιδιών που τραυλίζουν και συγχρόνως παρουσιάζουν βασικά ελλείμματα σε άλλους τομείς του λόγου και της ομιλίας (π.χ. στη φωνολογία, στο λεξιλόγιο, στη πραγματολογία), τα οποία περιορίζουν με τη σειρά τους την ευχέρεια στην ομιλία.

Η δεύτερη παράμετρος του μοντέλου των Rustin et al., αναφέρεται στους κοινωνικούς και συναισθηματικούς παράγοντες, που σχετίζονται με τον τραυλισμό. Σε αντίθεση με τη συστηματική μελέτη των οργανικών παραγόντων του τραυλισμού, οι κοινωνικοί και συναισθηματικοί, παράγοντες, που έχουν σχέση με τον τραυλισμό στην παιδική ηλικία δεν έχουν μελετηθεί εις βάθος και δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής αρκετές διαθέσιμες μελέτες. Παρόλα αυτά συναισθηματικοί και κοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να επιδρούν στην έναρξη και την διατήρηση του αναπτυξιακού τραυλισμού. Μια ανασκόπηση της επίδρασης των κοινωνικών και συναισθηματικών παραγόντων στον τραυλισμό έδειξε ότι τα παιδιά που τραυλίζουν δυσκολεύονται στην επικοινωνία λόγω του τραυλισμού και κατά συνέπεια αποκτούν αρνητική στάση απέναντι στην κοινωνική συνδιαλλαγή, αισθάνονται άγχος στις κοινωνικές περιστάσεις, μπορεί να εκδηλώσουν νευρωσικά συμπτώματα, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω της ανεπάρκειάς τους στην ομιλία και συχνά χαρακτηρίζονται ως ευάλωτα και ευαίσθητα. Τα παιδιά που τραυλίζουν στο σχολείο γίνονται πολλές φορές θύματα εκφοβισμού και είναι λιγότερο αποδεκτά στην ομάδα των συνομηλίκων τους.

Η τρίτη παράμετρος του μοντέλου αφορά στο περιβάλλον και στην επίδρασή του στον

τραυλισμό. Το σχολείο και η οικογένεια είναι τα δύο πιο καθοριστικά περιβάλλοντα στη ζωή και στην ανάπτυξη κάθε παιδιού, άρα και του παιδιού που τραυλίζει. Δυσλειτουργίες σε αυτά τα δύο περιβάλλοντα αναμένεται να επηρεάσουν και τη ροή της ομιλίας ενός παιδιού. Ορισμένες έρευνες έχουν δείξει ότι οι γονείς των παιδιών που τραυλίζουν φαίνεται να έχουν πιο πολλές απαιτήσεις από τα παιδιά τους και να έχουν τάση τελειομανίας, μιλούν με γρήγορο ρυθμό ομιλίας κάνοντας ερωτήσεις, διακόπτοντας και χρησιμοποιώντας πιο μακροσκελείς και σύνθετες προτάσεις. Σε πρόσφατη μελέτη φάνηκε ότι τα παιδιά που τραυλίζουν αισθάνονται χαμηλή αυτοεκτίμηση και δέσιμο προς τους γονείς του, καθώς επίσης και σύγχυση σχετικά με τον τρόπο που οι γονείς τους προσπαθούν να τα βοηθήσουν για να ξεπεράσουν τον τραυλισμό τους. Επιπλέον, σημαντικά συμβάντα στη ζωή ενός παιδιού (π.χ. ο χωρισμός των γονιών ή η άφιξη ενός νέου μέλους στην οικογένεια) μπορεί να πυροδοτήσουν δυσκολίες στη ροή της ομιλίας. Άλλες έρευνες όμως, απορρίπτουν την επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στον τραυλισμό και δεν διαπιστώνουν διαφορές.

Η τέταρτη και τελευταία παράμετρος του μοντέλου των Rustin et al αναφέρεται σε γνωστικούς παράγοντες που μπορεί να συνδέονται με τον αναπτυξιακό τραυλισμό. Η γνωστική ανάπτυξη των παιδιών, δηλαδή η ανάπτυξη γνωστικών διεργασιών, όπως η αντίληψη, η προσοχή και η μνήμη, μπορεί να επηρεάσει τη ροή της ομιλίας, επειδή αντιμάχεται τις ίδιες διαθέσιμες εγκεφαλικές πηγές, που απαιτούνται και για την παραγωγή του λόγου. Επίσης, οι γνωστικές ικανότητες, που αποκτούν σταδιακά τα παιδιά, τα κάνει να συγκρίνουν τον εαυτό τους με τα άλλα παιδιά και να οδηγούνται μοιραία σε αρνητικά συναισθήματα για τον τρόπο που μιλάνε.

Συμπερασματικά, για να κατανοηθεί η σύνθετη φύση του τραυλισμού θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και να αναλυθεί ένα πλήθος παραγόντων προκειμένου να υπάρχει μια ολοκληρωμένη εικόνα του προφίλ του κάθε παιδιού με δυσκολίες στη ροή της ομιλίας. Παραβλέποντας διαγνωστικά ή εκτιμώντας λάθος ένα κομμάτι από τους παράγοντες, που συμβάλλουν στην εμφάνιση του τραυλισμού, μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη εκτίμηση και διαχείριση του περιστατικού. Η οργάνωσή και το περιβάλλον φαίνεται να είναι αλληλένδετα στον τραυλισμό και ένα μοντέλο σαν των Rustin et al., είναι χρήσιμο για να κατανοηθεί η πραγματική φύση του τραυλισμού και των συνοδών δυσκολιών (Βλασσοπούλου, Μύρκος, 2013).

1.10. Καταστάσεις που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης του τραυλισμού

Η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ενδέχεται να επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων (Andrews et al., 1983). Παρόλο που αυτοί οι παράγοντες διαφέρουν από άτομο σε άτομο, υπάρχουν ορισμένες καταστάσεις οι οποίες αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού στην πλειονότητα των ατόμων που τραυλίζουν.

Ένας βασικός παράγοντας ο οποίος αυξάνει τη πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού είναι το

βίωμα της επικοινωνιακής πίεσης, το οποίο μπορεί να πάρει πολλές μορφές. Σε κάθε περίπτωση που το άτομο αντιλαμβάνεται την επικοινωνία ως μια πειστική κατάσταση, είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί τραυλισμός. Έχει διαπιστωθεί ότι ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα όταν το άτομο μιλάει στο τηλέφωνο, συστήνεται για πρώτη φορά, λέει ανέκδοτα ή μιλάει σε κάποιο άτομο αυξημένου κύρους (Van Riper, 1982). Το κοινό στοιχείο σε όλες αυτές τις καταστάσεις είναι ότι το άτομο που τραυλίζει καταβάλλει μεγαλύτερες προσπάθειες να αποφύγει την εμφάνιση τραυλισμού, επειδή του είναι σημαντική η επιτυχής έκβαση της επικοινωνίας. Όπως έχουμε ήδη επισημάνει όμως, όσο πιο μεγάλη είναι η προσπάθεια που καταβάλλει το άτομο να αποφύγει την εκδήλωση τραυλισμού, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να τραυλίσει.

Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια μιας τηλεφωνικής συνδιάλεξης, η διαμόρφωση εντυπώσεων για το συνομιλητή μας βασίζεται αποκλειστικά και μόνο σε ακουστικά δεδομένα καθώς εκλείπουν 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 μια απάντηση μόλις ο συνομιλητής του σηκώσει το ακουστικό. Αυτός ο φόβος, ισχυροποιεί την επιθυμία του ατόμου να αποφύγει τον τραυλισμό, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται ακόμα περισσότερο η έναρξη της τηλεφωνικής συνομιλίας.

Κατά αναλογία, όταν το άτομο που τραυλίζει συστήνεται σε κάποιον για πρώτη φορά, έχει αυξημένη επιθυμία να αποφύγει τον τραυλισμό προκειμένου να αποφύγει την διαμόρφωση αρνητικής εντύπωσης. Το γεγονός ότι εάν δυσκολευτεί να εκφέρει το όνομά του, δεν έχει τη δυνατότητα να το αντικαταστήσει με κάποια άλλη λέξη, αυξάνει το άγχος που προκαλείται τη δεδομένη περίσταση. Ομοίως, καθώς η επιτυχής μεταφορά ενός ανέκδοτου εξαρτάται από την παραστατική διήγηση του ομιλητή, η προσπάθεια αποφυγής του τραυλισμού είναι μεγαλύτερη στην περίπτωση αυτή λόγω του φόβου αποτυχίας και της αμηχανίας που προκαλείται συνήθως όταν ένα ανέκδοτο δεν γίνεται κατανοητό.

Ακόμη μία κατάσταση η οποία αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης του 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 αυτό τον λόγο, η συνήθης τακτική των ενηλίκων να ζητούν από τα παιδιά που τραυλίζουν να επαναλάβουν τη λέξη ή τη φράση στην οποία τραυλίσαν «αργά και καθαρά», όχι μόνο δεν βοηθά τα παιδιά αλλά συνήθως επιδεινώνει την κατάσταση. Αν συνυπολογίσουμε τη διαπίστωση ότι τα άτομα που τραυλίζουν

τείουν 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 της σοβαρότητας του τραυλισμού.

Τέλος, η παρουσία μπροστά σε μεγάλο ακροατήριο συχνά επιδεινώνει τη σοβαρότητα του τραυλισμού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Για τα παιδιά, μια τέτοια δύσκολη κατάσταση είναι η απαγγελία ενός ποιήματος σε μια σχολική εορτή ή λύση ενός προβλήματος στον πίνακα μέσα στη τάξη. Σε κάποιες περιπτώσεις, κυρίως μικρών παιδιών, ακόμα και τα θετικά συναισθήματα αυξημένης έντασης, όπως ο ενθουσιασμός, ενδέχεται να επιδράσουν αρνητικά στο βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού (Adams, 1992).

Ένας ακόμη βασικός παράγοντας, ο οποίος αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης του τραυλισμού, είναι ο βαθμός της προσοχής που το άτομο που τραυλίζει δίνει στην ομιλία του, καθώς επίσης, και της προσπάθειας του να οργανώσει τον λόγο του πριν μιλήσει. Για ορισμένα άτομα, όσο περισσότερο χρειάζεται μέχρι να περιμένουν να μιλήσουν, τόσο περισσότερο αυξάνεται η πιθανότητα να τραυλίσουν. Για παράδειγμα, όταν περιμένουν σε σειρά για να μιλήσουν, είναι πιθανότερο να τραυλίσουν εάν βρίσκονται στις τελευταίες παρά στις πρώτες θέσεις της σειράς. Ο μεγαλύτερος χρόνος αναμονής δίνει την ευκαιρία στο άτομο που τραυλίζει να προσπαθεί για περισσότερη ώρα να οργανώσει τον λόγο του προκειμένου να μην τραυλίσει, με αποτέλεσμα να πετυχαίνει ακριβώς το αντίθετο. Τα παιδιά που τραυλίζουν βιώνουν ανάλογες καταστάσεις στο σχολείο όταν περιμένουν να εξεταστούν από τη δασκάλα. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

1.11. Καταστάσεις που μειώνουν την πιθανότητα εκδήλωσης του τραυλισμού

Ωστόσο υπάρχουν, ορισμένες καταστάσεις κατά τις οποίες μπορεί να μειώνεται ή να αποτρέπεται εντελώς η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού. Τα κοινά χαρακτηριστικά αυτών των καταστάσεων φαίνεται να είναι η απουσία βιώματος επικοινωνιακής πίεσης και η μειωμένη επικέντρωση της προσοχής του ατόμου στην ομιλία του.

Έχει διαπιστωθεί ότι στην περίπτωση που το άτομο που τραυλίζει διαβάζει δυνατά ταυτόχρονα με κάποιον άλλο, τότε ελαχιστοποιείται η πιθανότητα να τραυλίσει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Όμως ο τραυλισμός θα εκδηλωθεί ξανά όταν το δεύτερο άτομο σταματήσει να διαβάζει. Κάτι ανάλογο συμβαίνει στον προφορικό λόγο όταν το άτομο που τραυλίζει λέει τα ίδια λόγια ταυτόχρονα με κάποιον άλλον. Σύμφωνα με τους Eisenson και Wells (1942), η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας του τραυλισμού σε αυτές τις περιπτώσεις οφείλεται στο γεγονός ότι το άτομο που τραυλίζει νιώθει μειωμένο το αίσθημα της ευθύνης για το αποτέλεσμα της ενέργειάς του, εφόσον την πραγματοποιεί από κοινού με κάποιον άλλο, ο οποίος μοιράζεται την ευθύνη. Μια εναλλακτική εξήγηση είναι αυτή των Pattie και Knight (1994), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το δεύτερο άτομο λειτουργεί ως «μετρονόμος», ο οποίος δίνει στο άτομο το σωστό ρυθμό ομιλίας.

Ακόμη, ο τραυλισμός εκδηλώνεται εξαιρετικά σπάνια όταν το άτομο τραγουδά, βρίζει, μιλά με συγκεκριμένο ρυθμό, για παράδειγμα όταν αριθμεί μια σειρά αντικειμένων, ή λέει απ' έξω κάτι που έμαθε (Andrews et al., 1983). Μια άλλη περίπτωση, κατά την οποία το άτομο που συνήθως τραυλίζει μπορεί να μιλήσει με κανονική ροή, είναι όταν αυτό που θέλει να πει είναι ήδη γνωστό στον ακροατή. Για παράδειγμα, ένα άτομο που θέλει να αγοράσει ένα συγκεκριμένο αντικείμενο από ένα κατάστημα, μπορεί να το ζητήσει λεκτικά χωρίς να τραυλίζει, εάν το έχει δείξει πρώτα στον πωλητή (Bloodstein, 1987).

Η πιθανότητα εκδήλωσης του τραυλισμού, φαίνεται να μειώνεται εξαιρετικά, όταν το άτομο μιλάει χωρίς την παρουσία ακροατών. ή όταν απευθύνεται σε ζώα ή πολύ μικρά παιδιά. Όταν τα παιδιά που τραυλίζουν, για παράδειγμα παίζουν μόνα τους στο δωμάτιο τους και συνομιλούν με τα παιχνίδια τους ή όταν μιλούν με παιδιά μικρότερης ηλικίας, σπάνια εκδηλώνεται τραυλισμός. Μια πιθανή ερμηνεία αυτού του φαινομένου είναι ότι στις περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν ελαχιστοποιείται η επιθυμία του ατόμου να αποφύγει τον τραυλισμό, εφόσον δεν υπάρχουν ακροατές, ή οι ακροατές είναι παιχνίδια ή ζώα. Όπως έχουμε επισημάνει όταν το άτομο δεν καταβάλλει προσπάθεια να μην τραυλίζει, τελικά τραυλίζει λιγότερο.

Έχει επισημανθεί ότι στις περιπτώσεις όπου το άτομο διαφοροποιεί τον συνήθη ρυθμό ομιλίας του για παράδειγμα την ταχύτητα της ομιλίας του, την ένταση, τον «χρωματισμό» της φωνής, ή τη μελωδικότητα του λόγου, τότε μειώνεται η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού. Σύμφωνα με το Bloodstein (1987) αυτό συμβαίνει γιατί οι αλλαγές στον τρόπο ομιλίας ενδεχομένως λειτουργούν ως μια «μάσκα» της πραγματικής ομιλίας του ατόμου και απομακρύνουν την προσοχή του ατόμου που τραυλίζει από την προσπάθεια να μην τραυλίζει. Τις περισσότερες φορές όμως, η βελτίωση αυτή είναι προσωρινή, διότι, από την μία τα ασυνήθη στοιχεία της ομιλίας χάνουν την αποτελεσματικότητά τους όταν γίνουν συνήθη και από την άλλη ο παράδοξος τρόπος ομιλίας προσελκύει περισσότερο την αρνητική προσοχή των συνομιλητών από τα συμπτώματα του τραυλισμού.

Σε άμεση σχέση με τα παραπάνω βρίσκεται ότι πολλοί ηθοποιοί που τραυλίζουν στην καθημερινή τους ζωή δεν εκδηλώνουν τραυλισμό όταν ερμηνεύουν κάποιο ρόλο, ιδίως μάλιστα όταν ο ρόλος αυτός αντικατοπτρίζει μια προσωπικότητα πιο δυναμική από τη δική τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η διάσημη Μέριλιν Μονρόε, το πρόβλημα του τραυλισμού της οποίας δεν γινόταν ποτέ εμφανές στις ταινίες της. Φαίνεται δηλαδή, πως όταν το άτομο υποδύεται κάποιο ρόλο μειώνεται το άγχος του για την απόδοσή του στην ομιλία, καθώς νιώθει πως ο ακροατής έχει μπροστά του και αξιολογεί όχι τον ίδιο, αλλά κάποιον άλλο.

Σύμφωνα με παρατηρήσεις οι οποίες χρονολογούνται από το 1937 (Johnson & Knott), η εκδήλωση τραυλισμού μειώνεται μετά από επανειλημμένες διαδοχικές αναγνώσεις του ίδιου υλικού. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι μετά από πέντε περίπου αναγνώσεις του ίδιου αποσπάσματος, ο

τραυλισμός μειώνεται κατά 50% σε σύγκριση με την πρώτη ανάγνωση. Οι περαιτέρω αναγνώσεις επιφέρουν ελάχιστη έως και καθόλου μείωση του τραυλισμού. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε «επίδραση της προσαρμογής». Μεταγενέστερες μελέτες έδειξαν ότι ο ρυθμός προσαρμογής μειώνεται όσο αυξάνεται το ενδιαμέσο χρονικό διάστημα μεταξύ των αναγνώσεων και ότι μετά από λίγες ώρες ο τραυλισμός επανέρχεται στα αρχικά του επίπεδα και χάνεται η επίδραση της προσαρμογής.

Ποικίλες θεωρίες προτάθηκαν για την ερμηνεία του φαινομένου αυτού. Ορισμένοι ερευνητές συσχέτισαν την προσαρμογή με τη σταδιακή μείωση του άγχους καθώς ο αναγνώστης εξοικειώνεται με το υλικό και παύει να το φοβάται (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Άλλοι ερευνητές απέδωσαν το φαινόμενο της προσαρμογής στο γεγονός ότι με τις επαναλήψεις, το προς ανάγνωση υλικό γίνεται προβλέψιμο σε φωνητικό επίπεδο και το άτομο δεν χρειάζεται πλέον να προετοιμάσει και να οργανώσει την εκφορά των λέξεων, καθώς αυτές σχεδόν αυτοματοποιούνται και λειτουργούν όπως λειτουργεί η αρίθμηση ή η από μνήμης απαγγελία (Bloodstein, 1972).

Μια άλλη κατάσταση στην οποία ο τραυλισμός φαίνεται να ελαχιστοποιείται είναι όταν το άτομο μιλά σε περιβάλλον όπου υπάρχει δυνατός θόρυβος, για παράδειγμα, σε ένα εργοτάξιο, ή κατά την είσοδο ενός τρένου στο σταθμό. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε «επίδραση του λευκού θορύβου». Μια πιθανή θεωρία αυτού του φαινομένου ήταν ότι ο τραυλισμός μειώνεται επειδή το άτομο αδυνατεί να ακούσει την ίδια του τη φωνή και επομένως δεν προσπαθεί συνειδητά να ελέγξει την ροή του λόγου του. 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 ακούει την φωνή του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Μια εναλλακτική θεωρία είναι ότι ο «λευκός θόρυβος» δίνει στο άτομο ένα νέο είδος ακουστικής ανατροφοδότησης σχετικά με την ομιλία του (Bloodstein, 1987). Όπως η υιοθέτηση ενός διαφορετικού τρόπου ομιλίας φαίνεται να μειώνει την -προσωρινά τουλάχιστον- έκταση του τραυλισμού, έτσι και η ακουστική ανατροφοδότηση ενδέχεται να καταλήγει στο ίδιο αποτέλεσμα. Φαίνεται, δηλαδή, ότι η οποιαδήποτε αλλαγή στον συνηθισμένο τρόπο με τον οποίο το άτομο που τραυλίζει ακούει την ομιλία του μπορεί να μειώσει την εκδήλωση του τραυλισμού (Howell et al., 1987). Η αλλαγή στην ακουστική ανατροφοδότηση των ατόμων με τραυλισμό, η οποία μελετήθηκε περισσότερο και η οποία φαίνεται να μειώνει την εκδήλωση του τραυλισμού, είναι η ακουστική ανατροφοδότηση με καθυστέρηση (Delayed Auditory Feedback) (Kalinowski et al., 1993). Αυτή η διαπίστωση οδήγησε στην κατασκευή φορητών συσκευών με ακουστικά, τα οποία επιτρέπουν στο άτομο που τραυλίζει να ακούει την ομιλία του με μικρή καθυστέρηση. Οι συσκευές αυτές φάνηκαν να βελτιώνουν προσωρινά τη ροή της ομιλίας των ατόμων με τραυλισμό, ωστόσο, η διάρκεια των αποτελεσμάτων στον χρόνο δεν επιβεβαιώθηκε ερευνητικά (Garber & Martin, 1974).

1.12. Γλωσσικά στοιχεία που ευνοούν την εκδήλωση του τραυλισμού

Οι στιγμές τραυλισμού δεν εκδηλώνονται σε τυχαία σημεία του λόγου. Εκτεταμένες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί προκειμένου να εντοπιστούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των λέξεων, στις οποίες είναι πιθανότερο να εκδηλωθεί τραυλισμός. Αν και δυνητικά, ο τραυλισμός μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε λέξη, έχει διαπιστωθεί ότι συνήθως εμφανίζεται σε συγκεκριμένες λέξεις ή σημεία μέσα στις λέξεις. Οι περισσότεροι γλωσσικοί παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση τραυλισμού επηρεάζουν, επίσης, την εκδήλωση φαινομένων δισταγμού στον λόγο των ατόμων που δεν τραυλίζουν (Natke et al., 2004).

Οι μελέτες, οι οποίες επικεντρώνονται στον εντοπισμό των θέσεων μέσα σε μια λέξη στις οποίες είναι πιθανόν να εκδηλωθεί τραυλισμός, συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι το 90% των στιγμών τραυλισμού εκδηλώνεται στον πρώτο ήχο των λέξεων (Weiner, 1984). Επίσης, ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα στις πρώτες συλλαβές των πολυσύλλαβων λέξεων και σχεδόν ποτέ στις τελευταίες (Lebrun & Van Borsel, 1990). Τέλος, ο τραυλισμός φαίνεται να εκδηλώνεται συχνότερα σε συλλαβές οι οποίες τονίζονται σε σχέση με εκείνες που δεν τονίζονται (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Σύμφωνα με τις μελέτες του Brown (1945), τα βασικά χαρακτηριστικά των λέξεων στις οποίες εκδηλώνεται συχνότερα τραυλισμός, αφορούν στον αρχικό ήχο της λέξης, τη γραμματική της σημασία, τη θέση της στη πρόταση και το μήκος της. Ο τραυλισμός φαίνεται να εμφανίζεται συνηθέστερα σε λέξεις οι οποίες ξεκινούν με σύμφωνα, σε σχέση με λέξεις που ξεκινούν με φωνήεντα. Μια πιθανή ερμηνεία αυτού του φαινομένου, είναι ότι η άρθρωση των συμφώνων απαιτεί μεγαλύτερη μυϊκή ένταση από αυτή των φωνηέντων και επομένως ενδέχεται να οδηγεί τα άτομα που τραυλίζουν στην εκτίμηση ότι τα σύμφωνα είναι πιο «δύσκολα» στην εκφορά τους από τα φωνήεντα. Επιπλέον, τα σύμφωνα είναι περισσότερα από τα φωνήεντα σε όλες τις γλώσσες και η αυξημένη συχνότητα τους ενδέχεται να οδηγεί για στατιστικούς λόγους σε περισσότερες εμπειρίες τραυλισμού, οι οποίες μπορεί να επιβεβαιώνουν την άποψη των ατόμων που τραυλίζουν για τη «δυσκολία» άρθρωσης των συμφώνων. Πρέπει ωστόσο, να επισημανθεί ότι όλα τα άτομα που τραυλίζουν δεν δυσκολεύονται εξίσου σε όλα τα σύμφωνα, ενώ επίσης, υπάρχουν και άτομα τα οποία τείνουν να τραυλίζουν σε λέξεις οι οποίες αρχίζουν με φωνήεντα. Φαίνεται δηλαδή, ότι μεγαλύτερη σημασία έχει η υποκειμενική αξιολόγηση της δυσκολίας της εκφοράς ενός ήχου από το άτομο που τραυλίζει και λιγότερη σημασία ο πραγματικός βαθμός δυσκολίας της εκφοράς του ήχου αυτού. Επομένως, οι διαπιστώσεις που αφορούν τα γλωσσικά στοιχεία που ευνοούν την εκδήλωση τραυλισμού, φαίνεται ότι αποτελούν γενικές παρατηρήσεις που αφορούν στον πληθυσμό των ατόμων που τραυλίζουν ως σύνολο και σε καμία περίπτωση δεν συνιστούν ένα προφίλ το οποίο ανταποκρίνεται σε κάθε μεμονωμένη περίπτωση τραυλισμού (Griggs & Still, 1979).

Η γραμματική λειτουργία της λέξης είναι ένας άλλος παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την

εκδήλωση τραυλισμού. Έχει παρατηρηθεί ότι στον πληθυσμό των παιδιών σχολικής ηλικίας, οι στιγμές τραυλισμού είναι πιθανότερο να εκδηλωθούν σε λέξεις περιεχομένου, όπως ουσιαστικά, ρήματα, επίθετα και επιρρήματα, σε σχέση με λέξεις λειτουργικές όπως άρθρα, προθέσεις, συνδέσμους και αντωνυμίες (Brown, 1945). Σε αντίθεση, στα παιδιά προσχολικής ηλικίας ο τραυλισμός φαίνεται να εκδηλώνεται συχνότερα στα λειτουργικά μέρη του λόγου (Howell et al., 1999). Σύμφωνα με τον Brown (1945), η συχνότερη εκδήλωση τραυλισμού στις λέξεις περιεχομένου, ίσως οφείλεται στην επίγνωση των παιδιών σχολικής ηλικίας ότι οι λέξεις αυτές είναι φορείς μηνυμάτων, αποτελούν τα βασικά στοιχεία της επικοινωνίας και προκαλούν περισσότερο το ενδιαφέρον του ακροατή.

Στα πλαίσια της άποψης ότι ο τραυλισμός εκδηλώνεται σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου το άτομο θεωρεί τη λεκτική επικοινωνία ιδιαίτερα σημαντική και προσπαθεί να μην τραυλίσει, είναι κατανοητό γιατί οι λέξεις εκείνες που μεταφέρουν τα βασικά μηνύματα της επικοινωνίας καθιστούν πιθανότερη την εκδήλωση τραυλισμού.

Οι στιγμές τραυλισμού εκδηλώνονται συνηθέστερα στην πρώτη λέξη μιας πρότασης, ενώ η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού μειώνεται σταδιακά όταν πρόκειται για τη δεύτερη ή τη τρίτη λέξη της πρότασης. Αυτή η διαπίστωση αφορά τόσο στον προφορικό λόγο όσο και στην ανάγνωση (Wingate, 1982). Στα πλαίσια της θεωρίας που αναφέρθηκε παραπάνω, το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο ότι η αρχή της πρότασης είναι το καθοριστικό σημείο κατά το οποίο προσελκύεται η προσοχή του ακροατή, με αποτέλεσμα να προκαλεί μεγαλύτερη συναισθηματική φόρτιση στον ομιλητή. Η θέση της λέξης μέσα στη πρόταση, είναι ο μόνος από τους τέσσερις παράγοντες του Brown που αφορά μόνο στον λόγο των ατόμων που τραυλίζουν και δεν φαίνεται να επηρεάζει την εκδήλωση φαινομένων δισταγμού στον λόγο των ατόμων που δεν τραυλίζουν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

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

Επίσης έχει παρατηρηθεί, ότι ο βαθμός εξοικείωσης του ομιλητή με μια λέξη επηρεάζει την εκδήλωση του τραυλισμού, καθώς ο τραυλισμός εκδηλώνεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε λέξεις με τις οποίες ο ομιλητής δεν είναι εξοικειωμένος, ιδιαίτερα κατά την ανάγνωση (Hubbard & Prins, 1994). Τέλος, οι στιγμές τραυλισμού τείνουν να επανεμφανίζονται σε λέξεις κατά τις οποίες έχουν εμφανιστεί στο παρελθόν. Με άλλα λόγια, όταν ένα άτομο τραυλίσει σε μια λέξη, είναι πιο πιθανόν να τραυλίσει ξανά όταν επαναλάβει την ίδια λέξη σε κάποια άλλη χρονική στιγμή. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Κεφάλαιο 2: Η αιτιολογία του τραυλισμού

2.1. Αιτιολογία του τραυλισμού

Οι γλωσσικές διαταραχές και δυσλειτουργίες δεν είναι απομονωμένες περιπτώσεις, αλλά πολύμορφης και πολυποίκιλης αιτιολογίας διαταραχές οργανικών, ψυχικών και κοινωνικών παραμέτρων. Οι παράμετροι αυτοί που επηρεάζουν την φυσιολογική ροή του προφορικού λόγου και προκαλούν τον τραυλισμό διακρίνονται σε γενικούς και επιμέρους ατομικούς.

Γενικοί παράμετροι: Η καθυστέρηση στην εξελικτική πορεία του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι μια σημαντική παράμετρος. Όταν το άτομο δεν διαθέτει σωστές αντανακλαστικές κινήσεις στα ερεθίσματα που δέχεται από το πειβάλλον του, ενδέχεται να παρουσιάσει νευρωτικές εκδηλώσεις κατά την ομιλία του.

Μια ακόμα γενική παράμετρος είναι οι ιδιαιτερότητες της γλωσσικής εξέλιξης στην προσχολική ηλικία. Το κεντρικό νευρικό σύστημα και η ψυχοσυναισθητική εξέλιξη είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την εξέλιξη της γλώσσας. Καθώς περάσει το τρίτο έτος, ολοκληρώνεται η περίοδος

της αισθησιοκινητικής νοημοσύνης και το παιδί αρχίζει να αποκτά λόγο (προσυλλογιστική σκέψη Piaget). Η ανάπτυξη της γλώσσας είναι ραγδαία όσον αφορά την άρθρωση, το λεξιλόγιο, την δομή και το μήκος των προτάσεων. Με την είσοδο στο νηπιαγωγείο οι γλωσσικές απαιτήσεις μεγαλώνουν και το κεντρικό νευρικό σύστημα δεν μπορεί να συνεισφέρει.

Τέλος, υπάρχουν και οι κοινωνικές προϋποθέσεις για την γλωσσική εξέλιξη. Η γλωσσική εξέλιξη εξαρτάται από ένα μεγάλο αριθμό των κοινωνικών παραμέτρων. Ένα μεγάλο ποσοστό που συμβάλλει στην τελειοποίηση της γλωσσικής κατάρτισης είναι η πράξη της συναναστροφής. Ο πρώτος και κύριος παράγοντας που επηρεάζει την γλωσσική εξέλιξη είναι η συγκινησιακή επικοινωνία του παιδιού με τη μητέρα και την οικογένειά του. Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες το παιδί γνωρίζει το περιβάλλον του βοηθούν στην εξέλιξη ή όχι της γλώσσας.

Επιμέρους ατομικοί παράμετροι: Κατά τον Smolenski οι ατομικοί παράμετροι είναι η εγκεφαλική βλάβη, η εξασθενημένη και μη ορμονική λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος, οι νευροπάθειες, όπου τα συμπτώματά τους είναι: οξυμένη ερεθιστικότητα, μεταβολές στη φωνή, στις ορμές, στα αισθήματα και στη θέληση και η βίαιη επιβολή της δεξιοχειρίας.

Επίσης, οι λεγόμενες εξωγενείς ψυχικές επιδράσεις καθώς και οι χρόνιες συγκρούσεις που η εμφάνισή τους ευνοείται από μια ανισορροπία ανάμεσα στις κοινωνικές απαιτήσεις και τις προσωπικές δυνατότητες του ατόμου είναι μια άλλη κατηγορία παραγόντων που ευνοούν τη γένεση του τραυλισμού. Η παραμονή των παραγόντων αυτών ενισχύεται από την έλλειψη σωστής αγωγής (κατάλληλο παιδαγωγικό κλίμα). Μπορεί να υπάρξει μία παροδική διαταραχή στη ροή του λόγου, η οποία βέβαια δεν θεωρείται απαραίτητα φαινόμενο τραυλισμού. Υπάρχει τραυλισμός όταν η διαταραχή αυτή σταθεροποιείται και βιώνεται συνειδητά. Η Knura προβαίνει σε μία κατηγοριοποίηση των θεωριών που σχετίζονται με την αιτιολογία του τραυλισμού. Διακρίνονται σε εκείνες που θεωρούν τον τραυλισμό σαν ένα μερικό σύμπτωμα σύνθετων λειτουργικών και εγκεφαλικών αδυναμιών και σε εκείνες που τον θεωρούν σύμπτωμα νευροφυσιολογικών και βιοχημικών αλλοιώσεων που είναι δυνατόν να μεταβιβαστούν κληρονομικά (Δράκος, Γ.Δ., 1999).

2.2. Αίτια

Σήμερα είναι γνωστά τα αίτια που είναι υπεύθυνα για τη δημιουργία δυσλειτουργιών/διαταραχών λόγου; Οι ειδικοί επιστήμονες δε μπορούν να δώσουν ακόμη καμιά μονοσήμαντη απάντηση. Όμως είναι σίγουρο πως δεν πρόκειται για ένα μεμονωμένο αίτιο, αλλά κατά κανόνα για περισσότερα αίτια ή παράγοντες, που οδηγούν σε μια διαταραχή λόγου και συντείνουν στη διατήρησή της. Μιλώντας λοιπόν για μια πολυπαραγοντική ερμηνεία, τα αίτια μπορούν να αναχθούν πιο συγκεκριμένα σε τέσσερις τομείς:

Α) Οργανικά αίτια: εδώ εντάσσονται οι δυσπλασίες ή βλάβες των φωνοπλαστικών οργάνων (σχιστίες των χειλιών, γνάθου, υπερώας). Οι διαταραχές της ακοής, που μπορεί να είναι κεντρικού

τύπου (αφορά το τμήμα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνο για την ακοή) ή περιφερειακού τύπου (διαταραχή των νευρικών διόδων ή του αυτιού). Οι κινητικές διαταραχές (σπαστικότητα). Οι ευρύτερες νευρολογικές διαταραχές οι οποίες μπορεί να έχουν συμβεί πριν από τη γέννηση (από ερυθρά της μητέρας ή κατάχρηση αλκοόλ), κατά τη γέννηση (έλλειψη οξυγόνου) ή μετά (ατυχήματα).

Β) Κληρονομικά αίτια: Οι διαταραχές του λόγου δεν κληρονομούνται όπως άλλα χαρακτηριστικά του ανθρώπου (το χρώμα του δέρματος ή η τριχοφυΐα). Θα μπορούσε όμως να κληρονομηθεί μία "προδιάθεση". Έχουμε έτσι μία "προδιάθεση" ή ένα "γλωσσικά αδύναμο τύπο". Στο υπόβαθρο αυτής της γλωσσικής αδυναμίας μπορεί να αναπτυχθεί γρηγορότερα από ότι σε παιδιά μια διαταραχή λόγου. Ωστόσο δεν είναι απαραίτητο να εμφανιστεί (Δράκος, Γ.Δ., 1991).

Γ) Κοινωνικοπολιτισμικά αίτια: Στις μέρες μας η σημασία της συνομιλίας ή ενός καθημερινού διαλόγου έρχεται σε δεύτερη μοίρα, καθώς η κατανάλωση τηλεοπτικών προϊόντων συνεχώς αυξάνεται και η ήδη τρομακτική βιντεομανία εκτοπίζουν τον άμεσο λόγο, όπως ανάγνωση ιστοριών, λογοπαίγνια, στίχοι και τραγούδια. Εκεί που υπάρχει τηλεόραση, η επικοινωνία είναι περιττή. Συχνά το παιδί έρχεται σε επαφή με ταινίες που δεν συμβαδίζουν με την ηλικία του και όμως κάθεται εκεί χωρίς να μπορεί να κάνει καμία σχετική ερώτηση, χωρίς να αναδιηγηθεί τίποτα, βουβό και μόνο, όπως κάλλιστα θα έκανε εάν κοιτούσε ένα βιβλίο. Η φαντασία του χάνεται μπροστά σε ένα "χαζοκούτι".

Εκτός αυτού, μπορούν να θεωρηθούν αιτιολογικοί παράγοντες για τις διαταραχές λόγου οι γενικά ισχύουσες κοινωνικές αξίες και νόρμες, για παράδειγμα αν κανείς σκεφτεί ότι υπάρχουν πολύ διαφορετικά κριτήρια σε σχέση με το τι πρέπει να κατορθώσει ένα παιδί σε διαφορετικές κουλτούρες και κοινωνίες, ή αν αναλογιστεί κανείς την άποψη ότι μία ομιλία θα αναπτυχθεί κατά κάποιο τρόπο μόνη της, χωρίς να είναι απαραίτητη η σκόπιμη παροχή γλωσσικών ερεθισμάτων. Η αξίωση το να μιλάει κανείς σωστά, αυτομάτως μετατρέπει το σύνολο που χρειάζεται λίγο ακόμη χρόνο, για την περαιτέρω γλωσσική τους εξέλιξη, σε "αποτυχημένους".

Επιπλέον, δυσμενείς περιστάσεις σε μια ανατροφή σε περιβάλλον το οποίο είναι δίγλωσσο ή ανεπαρκείς χώροι κατοικίας και οι δύσκολες οικονομικές συνθήκες μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση διαταραχών του λόγου.

Δ) Ψυχικά αίτια: Στην τελευταία δέσμη αιτιών εντάσσονται οι ψυχικές εντάσεις στις οποίες μπορεί να εκτεθεί ένα παιδί στην πρώιμη περίοδο της ανάπτυξής του και αυτές μπορεί να είναι, κρίσεις στην σχέση του ζευγαριού, χωρισμός των γονέων, ανταγωνισμός στα αδέρφια, παρατεταμένοι κανγάδες και απομάκρυνση από την οικογένεια για μεγάλο χρονικό διάστημα εξαιτίας παραμονής σε ίδρυμα ή νοσοκομείο. Ακόμη, αίτια για τη δημιουργία των διαταραχών του λόγου μπορεί να είναι οι λεγόμενες νευρωτικές διαταραχές, δηλαδή η ατελής ανάπτυξη των παιδιών, καθώς επίσης και η επισφαλής ανατροφή από τους γονείς (ασυνέπεια και υπερπροστασία) ή το

διαφορετικό στυλ διαπαιδαγώγησης που ακολουθούν (Δράκος, Γ.Δ., 1991).

Κατά την ομιλία δεν μεταδίδονται μόνο λέξεις και περιεχόμενα, αλλά επίσης εκφράζεται και η εκάστοτε σχέση ανάμεσα στους συνομιλητές. Το παιδί παίρνει το μήνυμα ότι το αποδέχονται ή το απορρίπτουν, το υποστηρίζουν ή το αφήνουν μόνο του, ότι πρέπει να νιώσει τον κόσμο ως επικίνδυνο ή πρέπει να θεωρήσει ικανό τον εαυτό του να τον κατακτήσει, καθώς είναι περίεργο γι' αυτόν, ανάλογα πάντα με το είδος της επικοινωνίας που το δίνεται.

Δεν πρέπει ποτέ να υποτιμούνται τα ψυχικά αίτια μιας διαταραχής λόγου, αλλά και οι ψυχικές της συνέπειες πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν όπως για παράδειγμα η ψυχική πίεση που ασκείται στο παιδί όταν το κοροϊδεύουν οι άλλοι, ή η πίεση που νιώθουν οι γονείς όταν άλλα πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος αποδοκιμάζουν τη γλωσσική αδυναμία του.

Η διευκρίνηση των αιτιών είναι έργο των ειδικών για την διάγνωση και την αντιμετώπιση των διαταραχών λόγου. Κατά την προσεκτική εξέταση του παιδιού και μετά από συζητήσεις με τους γονείς, μπορούν να διαπιστώσουν ποιοι μπορεί να είναι οι παράγοντες που πιθανότατα έχουν συμβάλει στη δημιουργία των διαταραχών λόγου αλλά και με ποιο προσδιοριστικό βάρος συμμετέχει κάθε μια από τις τέσσερις δέσμες αιτιών.

Η αντιμετώπιση, δηλαδή τα θεραπευτικά βήματα που είναι απαραίτητα για το παιδί, σχεδιάζονται κυρίως με βάση τα αίτια της διαταραχής. Όσο πιο γρήγορα γίνουν αντιληπτές από τους γονείς, τους παιδαγωγούς, τους γιατρούς, τους νηπιαγωγούς και τους δασκάλους οι γλωσσικές ιδιαιτερότητες του παιδιού και εισηγηθούν ειδικές εξετάσεις, τόσο πιο καλές είναι οι προοπτικές όταν είναι απαραίτητη η θεραπεία. Για την αντιμετώπιση των διαταραχών της ομιλίας και του λόγου προσφέρονται στις μέρες μας πολυποίκιλοι όπου έχουν συμβάλει κληρονομικοί παράγοντες (Δράκος, Γ.Δ., 1991).

Επειδή οι διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνονται στην επαγγελματική αρμοδιότητα περισσότερων επαγγελματικών ομάδων. Συχνά είναι απαραίτητη μια συνεργασία περισσότερων ειδικών για το καλό του παιδιού. Αυτό μπορεί να αφορά τόσο τη διαγνωστική εκτίμηση μιας διαταραχής (εξέταση από περισσότερους ειδικούς), όσο και την εφαρμογή των θεραπευτικών μέτρων.

Μια ακριβής διευκρίνηση των αιτιών θα φανερώσει εάν η διαταραχή του λόγου -σε μια κατά τ' άλλα φυσιολογική γενική εξέλιξη του παιδιού- αποτελεί μια μεμονωμένη διαταραχή ή αν η διαταραχή εμφανίζεται σε συνδυασμό με άλλες ιδιαιτερότητες, π.χ. στο υπόβαθρο μιας γενικής αναπτυξιακής καθυστέρησης. Ακόμη είναι πιθανόν, να συνδέεται με ψυχικές διαταραχές ή ειδικές καθυστερήσεις (σωματική αναπηρία) ή να είναι έκφραση μιας ειδικής διαταραχής επίδοσης που δείχνει ότι μία συγκεκριμένη βασική ικανότητα, όπως για παράδειγμα η ακουστική μνήμη ή η μνήμη ακουστικών ακολουθιών, είναι διαταραγμένη (Δράκος, Γ.Δ., 1991).

2.3. Θεωρίες για την αιτιολογία

2.3.1. Η υπόθεση της συγκαλυμμένης διόρθωσης

Η θεωρία αυτή είναι σχετικά πρόσφατη, σύμφωνα με την οποία όλοι οι ομιλητές μπορεί να κάνουν φωνολογικά λάθη κατά την εσωτερική διαδικασία αυτού που θέλουν να πουν. Όταν εντοπιστούν φωνητικά λάθη, ο ομιλητής με σκοπό να τα διορθώσει διακόπτει τον προγραμματισμό της φωνολογικής αλληλουχίας. Το αποτέλεσμα αυτής της συγκαλυμμένης διόρθωσης των λαθών πριν την παραγωγή τους, είναι διακοπές στη ροή της ομιλίας. Αυτό ισχύει για όλους τους ομιλητές.

Όσον αφορά στα άτομα που τραυλίζουν, αντιμετωπίζουν δυσκολία στην ικανότητά τους να αποκωδικοποιούν τη φωνολογική σειρά, τόσο ώστε η ενεργοποίηση του φωνήματος-στόχου καθυστερεί και τίθεται σε σύγχυση με άλλα φωνήματα. Επιπλέον τα άτομα που τραυλίζουν τείνουν να ξεκινούν την ομιλία τους πολύ γρήγορα με αποτέλεσμα να μην δίνουν χρόνο στο σύστημα φωνολογικής αποκωδικοποίησης να επιλέξει αργά το φώνημα-στόχο. Με αυτό τον τρόπο, η διαδικασία εντοπισμού- διόρθωσης σε συνδυασμό με ένα σύστημα που υστερεί στην επιλογή του σωστού φωνήματος-στόχου συμβάλλει στην εκδήλωση διαταραχής της ροής της ομιλίας (Manning, 2001).

2.3.2. Το μοντέλο των δυνατοτήτων και των απαιτήσεων

Ένα από τα πιο πρόσφατα παραδείγματα που χρησιμοποιήθηκαν για να εξηγήσουν την έναρξη του τραυλισμού είναι το μοντέλο των δυνατοτήτων και των απαιτήσεων. Το μοντέλο έχει απήχηση ιδιαίτερα μεταξύ των κλινικών, επειδή περιλαμβάνει πολλούς από τους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την ευφράδεια του λόγου. Από κλινική άποψη, παρέχει μία απλή και συχνά πολύ κατανοητή εξήγηση στους γονείς των παιδιών τα οποία μπορεί να τραυλίζουν.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα παιδιά που τραυλίζουν έχουν κάποιες γενετικά επηρεασμένες τάσεις να παρουσιάζουν δυσκολία στην ομιλία τους, οι οποίες αλληλεπιδρούν με περιβαλλοντικούς παράγοντες με αποτέλεσμα να δημιουργείται αλλά και να διατηρείται το πρόβλημα.

Στο μοντέλο των δυνατοτήτων και των απαιτήσεων η επιδείνωση της ευχέρειας του λόγου εμφανίζεται ως μία ανισορροπία μεταξύ των δυνατοτήτων του παιδιού να μιλάει με ευφράδεια και των απαιτήσεων που υπάρχουν από το παιδί. Ορισμένες δυνατότητες είναι κληρονομικές συνήθειες, δυνατότητες, αδυναμίες και ικανότητες αντίληψης που ίσως επηρεάσουν την ικανότητα του παιδιού να μιλάει με ευχέρεια. Οι απαιτήσεις μπορεί να είναι είτε εξωτερικές, δηλαδή να αφορούν το περιβάλλον του παιδιού, είτε εσωτερικές, να είναι δηλαδή αυτό-υποβαλλόμενες. Ακόμα και σε παιδιά που δεν παρουσιάζουν κάποια διαταραχή ή έλλειμμα στην ομιλία τους ο τραυλισμός είναι πιθανό να εμφανιστεί αν οι απαιτήσεις από το κοινωνικό περιβάλλον συνεχίσουν να υπερβαίνουν τις δυνατότητες κάποιου παιδιού (Manning, 2001).

2.3.3. Η υπόθεση της άνομης αντιμετώπισης

Η υπόθεση της άνομης αντιμετώπισης είναι μία από τις πιο ευρέως αναγνωρισμένες αιτιολογίες για τη στιγμή του τραυλισμού και ασκεί ιδιαίτερη επιρροή στη θεωρία, τη θεραπεία και την έρευνά του.

Ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της διαταραχής σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, είναι η τάση των ατόμων που τραυλίζουν να αντιμετωπίζουν δυσκολία όποτε αναμένουν ότι θα τραυλίσουν, ενώ αντίθετα να μιλούν με ευχέρεια όταν δεν έχουν το μυαλό τους στο τι θα πουν. Επομένως γίνεται αντιληπτό πως η προσδοκία του τραυλισμού είναι εκείνη που οδηγεί στον τραυλισμό.

Επιπλέον σύμφωνα με τον Wendell Johnson, ο τραυλισμός συμβαίνει όταν το άτομο αναμένει ότι θα τραυλίσει, φοβάται και αγχώνεται στην προσπάθειά του να το αποφύγει. Από την άποψη αυτή ο τραυλισμός δεν είναι σύμπτωμα μιας σωματικής ή συναισθηματικής διαταραχής, αλλά αποτελεί συνέπεια της λανθασμένης αντίληψης και αξιολόγησης των λεκτικών συμπεριφορών που ο ομιλητής έχει μάθει από το κοινωνικό του περιβάλλον (Manning, 2001 Bloodstein & Bernstein, 2008).

Η θεωρία αναφέρει ότι πολλά παιδιά συμπεριλαμβανομένου κι αυτών που τραυλίζουν, περνούν μία περίοδο κατά την οποία μπορεί φυσιολογικά να παρουσιάσουν προβλήματα στη ροή της ομιλίας τους. Επίσης όταν τα παιδιά τιμωρούνται (κατά βάση από τους γονείς τους) εξαιτίας αυτής της φυσιολογικής κατά τα άλλα δυσλειτουργίας, αυξάνεται τόσο η προσδοκία για τραυλισμό όσο και η προσπάθεια του παιδιού για την αποφυγή του.

Επομένως ο τραυλισμός αποτελεί μια μαθημένη συμπεριφορά όπου το άτομο αναγκάζεται να μάθει τρόπους ώστε να αποφύγει μια δυσλειτουργία στη ροή της ομιλίας του. Τέτοιου είδους συμπεριφορές αποφυγής συμπεριλαμβάνουν δραστηριότητες όπως, άνοιγμα- κλείσιμο ματιών, κούνημα του κεφαλιού, διακοπή της ομιλίας και μια μεγάλη ποικιλία άλλων δραστηριοτήτων. Επίσης, όταν αναμένει ότι θα βρεθεί σε μία σε μία δύσκολη συζήτηση με έναν συγκεκριμένο συνομιλητή ή ότι θα χρησιμοποιήσει κάποια δύσκολη λέξη ή φώνημα, το άτομο μπορεί να επιλέξει να αποφύγει να απαντήσει χρησιμοποιώντας ήχους ή λέξεις όπως «εεε...», «για να δούμε...».

Τέλος, ο ομιλητής «μαθαίνει» να τραυλίζει με έναν δικό του τρόπο, ενισχύοντας παράλληλα ο ίδιος το πρόβλημα, πράγμα που επηρεάζει πολλές πτυχές της ζωής του (Manning, 2001 Bloodstein & Bernstein, 2008).

2.3.4. Η υπόθεση της απωθημένης ανάγκης

Αφού η ψυχανάλυση έγινε ευρέως διαδεδομένη, έχουν γίνει παρά πολλές προσπάθειες ώστε να χαρακτηριστεί ο τραυλισμός ως ένα νευρωτικό σύμπτωμα που προέρχεται από ασυνείδητες ανάγκες του ατόμου, οι οποίες θεραπεύονται κυρίως μέσω της ψυχοθεραπείας. Ο τραυλισμός

περιγράφεται ως αποτέλεσμα μιας απωθημένης νευρωτικής ασυνείδητης διαμάχης και η συμπεριφορά αυτή παρουσιάζεται ως ένα σύμπτωμα το οποίο είναι συμβολικό αυτής της διαμάχης. Επιπλέον ένα άτομο ενδέχεται να τραυλίζει σκόπιμα εξαιτίας μιας ακούσιας επιθυμίας του να το κάνει.

Σύμφωνα με κάποιες θεωρίες ο τραυλισμός αποτελεί σύμπτωμα ψυχολογικής δυσλειτουργίας και χρησιμοποιείται από το άτομο με σκοπό να ικανοποιήσει ψυχοσεξουαλικές του ανάγκες. Άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι ο τραυλισμός είναι μία συγκαλυμμένη έκφραση εχθρικών και επιθετικών διαθέσεων τις οποίες το άτομο φοβάται να εκφράσει ανοιχτά. Τέλος τα άτομα που τραυλίζουν μπορεί να παρουσιάζουν μία ακούσια επιθυμία να διακόψουν την ομιλία τους. Σύμφωνα μ' αυτή τη θεωρία η διακοπή της ομιλίας πραγματοποιείται εξαιτίας μιας εσωτερικής διαμάχης ανάμεσα σε όλες τις ανάγκες και τις πιέσεις που συνειδητά ωθούν το άτομο να μιλήσει και σ' εκείνες που ακούσια το αναγκάζουν να παραμείνει σιωπηλό.

Σύμφωνα λοιπόν με την υπόθεση της απωθημένης ανάγκης, ο τραυλισμός αναφέρεται ως ένα νευρωτικό σύμπτωμα. Τα αίτιά του πηγάζουν από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, τα οποία με τη σειρά τους δημιουργούν απωθημένες ανάγκες. (Manning, 2001 Bloodstein & Bernstein, 2008).

2.3.5. Η υπόθεση της κατάρρευσης

Συμφώνα με τις θεωρίες που βασίζονται στην υπόθεση της κατάρρευσης ο τραυλισμός αποτελεί μία στιγμιαία ανεπάρκεια του ατόμου να συντονίσει τα γλωσσικά συστήματα που απαιτούνται για την παραγωγή της ομιλίας. Λέξεις όπως αποδιοργάνωση, κατάρρευση, αποσύνθεση, διακοπή συχνά χρησιμοποιούνται ώστε να περιγράψουν τι συμβαίνει όταν το άτομο τραυλίζει.

Ορισμένες από αυτές τις θεωρίες υποστηρίζουν πως ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα περιβαλλοντικών παραγόντων. Η κατάρρευση θεωρείται πως είναι η επίδραση ψυχοκοινωνικού ή συναισθηματικού στρες (πράγμα που δημιουργεί άγχος κατά την ομιλία), ενώ παράγοντες οργανικής δυσλειτουργίας προδιαθέτουν το άτομο. Έτσι άτομα που παρουσιάζουν αδυναμία στην έκφραση του λόγου τους οδηγούνται σε αγχώδεις καταστάσεις και ξεκινούν να τραυλίζουν.

Άλλες θεωρίες αποδίδουν σε οργανικούς παράγοντες την κατάρρευση της ομιλίας. Η δυσλειτουργία της σχετίζεται με το μηχανισμό της και τα αίτιά της μπορεί να είναι ή να μην είναι γενετικά. Ως αποτέλεσμα της οργανικής δυσλειτουργίας επηρεάζεται άμεσα η ροή της ομιλίας. (Bloodstein & Bernstein, 2008)

2.3.6. Οργανικές Θεωρίες

Οι περισσότερες από τις θεωρίες που διατυπώθηκαν σε παλαιότερα χρόνια υποστηρίζουν πως ο τραυλισμός αποτελεί ένα πρόβλημα σωματικής ή οργανικής αιτιολογίας.

Συγκεκριμένα, η δυσλειτουργία της γλώσσας ως δομή του ανθρώπινου σώματος ήταν αυτή που για πολλούς ερευνητές, όπως για τον φιλόσοφο Αριστοτέλη, αποτέλεσε την κύρια αιτία εκδήλωσης του τραυλισμού εξαιτίας της μεγάλης σημασίας της για την παραγωγή της ομιλίας.

Άλλες θεωρίες αναφέρουν ότι γενετικοί παράγοντες προδιαθέτουν την εκδήλωση του τραυλισμού σε συνδυασμό με παράγοντες που δημιουργούνται στα πλαίσια του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Κάποιες οργανικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι ο τραυλισμός δε συνιστά μια αυτούσια διαταραχή αλλά αποτελεί μορφή άλλων προβλημάτων του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως η αφασία, η επιληψία, η εγκεφαλική παράλυση ή η απραξία.

Ορισμένοι ερευνητές μελέτησαν εκτενώς τη σημασία του εγκεφάλου για την εκδήλωση του τραυλισμού. Συγκεκριμένα, ο Dr. Samuel T. Orton (1927) και ο Prof. Lee Edward Travis (1931) ήταν αυτοί που συσχέτισαν πρώτοι τον τραυλισμό με τη διαταραχή της ασυμμετρίας του εγκεφάλου. Η θεωρία αυτή βασίστηκε στο γεγονός ότι οι κινητικές νευρώσεις των μυών που χρησιμοποιούνται κατά την ομιλία, παρέχονται από τα αντίθετα ημισφαίρια. Ειδικότερα, οι μύες που βρίσκονται από τη δεξιά πλευρά νευρώνονται από το αριστερό ημισφαίριο ενώ το ανάποδο συμβαίνει με τους αριστερά πλευριωμένους μύες (Ward, 2006). Οι πληροφορίες από τα δύο ημισφαίρια πρέπει να φτάνουν στους μύες την ίδια ώρα ώστε όλες οι κινήσεις του μηχανισμού της ομιλίας να συγχρονιστούν με σκοπό τελικά να λειτουργήσει σωστά η ροή της ομιλίας. Για να επιτευχθεί αυτός ο συγχρονισμός το ένα ημισφαίριο πρέπει να κυριαρχήσει έναντι του άλλου. Η έλλειψη ανταγωνισμού μεταξύ των ημισφαιρίων αναγκάζει τους μηχανισμούς της ομιλίας να κινούνται ετεροχρονισμένα με αποτέλεσμα τον τραυλισμό. (Hulit, 2004). Κατά τους Orton και Travis τα άτομα που τραυλίζουν παρουσιάζουν ανεπαρκή εγκεφαλική κυριαρχία γεγονός που συνεπάγεται διαταραγμένη παραγωγή της κινητικής ομιλίας (Ward, 2006).

Στα τέλη της δεκαετίας του '20 παρατηρήθηκε πως ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με τραυλισμό ήταν αριστερόχειρες ή αμφίχειρες, ενώ άλλα άτομα αναγκάστηκαν ύστερα από πιέσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος να γίνουν δεξιόχειρες κατά την παιδική τους ηλικία. Ο Broca συσχέτισε την επιλογή χεριού με την εγκεφαλική οργάνωση. Σύμφωνα με έρευνες, σε περιπτώσεις αφασικών συνδρόμων, για τους δεξιόχειρες η βλάβη βρίσκεται στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο, ενώ για τους αριστερόχειρες στο αντίστοιχο δεξί ημισφαίριο. Κλινικές μελέτες αναφέρουν πως η εκπαίδευση των εκ γενετής αριστερόχειρων παιδιών σε δεξιόχειρα διαταράσσει την εγκεφαλική κυριαρχία γεγονός που οδηγεί στο πρόβλημα του τραυλισμού. Ακόμη, αριστερόχειρα άτομα ενδέχεται να παρουσιάσουν τραυλισμό ακόμα και αν δεν έχουν υποστεί πιέσεις από το οικογενειακό περιβάλλον. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας των πιέσεων που ασκεί στο άτομο και η κοινωνία, η οποία αποτελείται κυρίως από δεξιόχειρες.

Τέλος υπάρχουν τουλάχιστον λογικές αποδείξεις όσον αφορά τη συσχέτιση, τόσο μεταξύ της

προτίμησης χεριού όσο και της μειωμένης πλευρίωσης του αριστερού ημισφαιρίου για τις γλωσσικές λειτουργίες στα άτομα με τραυλισμό, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν παρουσιάζουν τη διαταραχή αυτή. Στα άτομα με ισχυρά εδραιωμένη εγκεφαλική κυριαρχία, το αριστερό ημισφαίριο αναλαμβάνει τον έλεγχο των λειτουργιών του λόγου. Τα άτομα με αδύνατη εδραίωση της εγκεφαλικής κυριαρχίας είναι ευάλωτα στον κίνδυνο να παρουσιάσουν την διαταραχή αυτή (Βλάχος, 1998).

Το 1951 ο Lee ανέπτυξε μία άλλη θεωρία η οποία έχει υποστηριχθεί από έναν μεγάλο αριθμό ερευνητών και έχει συμβάλλει σημαντικά στη θεραπεία του τραυλισμού. Σύμφωνα με τη θεωρία της καθυστερημένης (δυσλειτουργικής) ακουστικής ανατροφοδότησης, όπως ονομάστηκε, η ροή της ομιλίας μπορεί να διαταραχθεί όταν ο ομιλητής ακούσει ξανά την πρόταση του με καθυστέρηση δύο δευτερολέπτων (Bloodstein & Bernstein, 2008). Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται στα άτομα που τραυλίζουν από εκείνα που δεν τραυλίζουν. Για αυτό τον λόγο η θεωρία θα πρέπει να εκτιμηθεί με προσοχή.

Μια άλλη θεωρία η οποία υποστηρίζεται από τον Van Riper (1972), αφορά τον έλεγχο της ομιλίας. Υποστηρίζεται ότι τα βρέφη βασίζονται στην ακουστική τους ικανότητα για τον έλεγχο των προτάσεων που εκφέρουν. Όμως με την ανάπτυξη των οργάνων της ομιλίας γίνεται έλεγχος με την βοήθεια όχι πλέον της ακοής αλλά με την βοήθεια της αίσθησης των κινητικών ερεθισμάτων. Η μετάβαση αυτή σε κάποια παιδιά δεν γίνεται πάντα ομαλά δηλαδή σε κάποιες περιπτώσεις παιδιών δεν γίνεται η μετάβαση από τον μηχανισμό ακοής στον μηχανισμό αίσθησης και χρησιμοποιούνται και οι δυο μηχανισμοί ελέγχου της ομιλίας. Με τη θεωρία αυτή επεξηγεί και το γεγονός ότι τα παιδιά τραυλίζουν στις μικρές ηλικίες. Η κριτική που δέχονται αυτές οι θεωρίες είναι ότι αφού υπάρχει οργανικό πρόβλημα στον τραυλισμό γιατί τα άτομα που τραυλίζουν δεν τον εκδηλώνουν συνέχεια (όλη την ημέρα, όλες τις μέρες, όλες τις εβδομάδες); Βέβαια υπάρχει οργανικός παράγοντας ο οποίος να εντείνεται με ένταση ή άγχος και με αυτόν τον τρόπο να εκδηλώνεται τελικά ο τραυλισμός.

Εκτός από τους ενδογενείς παράγοντες που αναφέρονται πιο πάνω υπάρχουν κι άλλοι εξωγενείς παράγοντες για μια οργανική εξάρτηση του τραυλισμού. Περίπου στο ένα 10% των περιπτώσεων, η πρώτη εμφάνιση του τραυλισμού παρατηρήθηκε κατά την διάρκεια ή μετά από βαριές μολυσματικές αρρώστιες της παιδικής ηλικίας (Βλάχος, 1998).

2.3.7. Η θεωρία των μαθημένων συμπεριφορών

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα, η άποψη ότι ο τραυλισμός αποτελεί μία μαθημένη συμπεριφορά έγινε ευρέως αποδεκτή και πολλοί ειδικοί κυρίως στον τομέα της λογοπαθολογίας συμφωνούν πως η συμπεριφορά αυτή συμβάλλει στην ανάπτυξη ή και στη διατήρηση του τραυλισμού.

Ένα επιχείρημα που βασίζεται στη θεωρία των μαθημένων συμπεριφορών είναι το γεγονός ότι τα άτομα ανάλογα με τις προσωπικές τους εμπειρίες, φαίνεται να τραυλίζουν με συγκεκριμένους

ήχους, λέξεις και καταστάσεις. Με βάση τη θεωρία των πειραμάτων με classical operant conditioning, πολλοί ερευνητές υποστήριξαν πως τα άτομα που τραυλίζουν αποκτούν «κακές συνήθειες» οι οποίες αναπτύσσονται καθώς το άτομο τείνει να επαναλαμβάνει συνεχώς τις λέξεις ή τους ήχους όπου συναντά συναντά δυσκολία με αποτέλεσμα να ενσωματώνονται στο επικοινωνιακό του σύστημα σαν συνήθεια. Τέλος σύμφωνα με ένα τρίτο επιχείρημα, όλα τα παιδιά παρουσιάζουν δυσκολία στη ροή του λόγου πράγμα που είναι φυσιολογικό κατά την ανάπτυξη της ομιλίας. Υπάρχει όμως ο κίνδυνος αυτές οι κατά τα άλλα φυσιολογικές δυσκολίες να ενισχυθούν κι εν τέλει να ενσωματωθούν στην ομιλία του παιδιού όταν οι γονείς δεν τις διαχειρίζονται σωστά. Ορισμένοι μπορεί να αντιδρούν στο τραύλισμα του παιδιού τους κοροϊδεύοντας, διορθώνοντας, οικτίροντας ή ακόμα και κακοποιώντας το σωματικά, γεγονός που επιδεινώνει το πρόβλημα (Hulit, 2004).

2.3.8. Ψυχογενείς Θεωρίες

Οι θεωρίες αυτές υποστηρίζουν ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα ψυχικού τραύματος ή ότι πρόκειται για μια ανωμαλία ροής του λόγου που προκαλείται από εσωτερική σύγχυση. Το άτομο δηλαδή δεν είναι σίγουρο αν πρέπει να μιλήσει και γι' αυτό καταλήγει να τραυλίζει. Συχνά διατυπώνεται η ερώτηση εάν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι η απάντηση που δίνει η απάντηση που δίνει ο ασθενής προς το τραυλισμό του ή είναι μέρος του προβλήματος του τραυλισμού από τότε που ξεκίνησε. Διατυπώνεται συχνά και η άποψη ότι αφού τα μεγαλύτερα παιδιά που τραυλίζουν βιώνουν άγχος, απελπισία, θυμό και απομόνωση από καταστάσεις όπου απαιτείται η λεκτική επικοινωνία, λογικά η βάση του τραυλισμού θα πρέπει να έχει ψυχολογική αιτιολογία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην θεραπεία, οι θεραπευτές θα πρέπει να διερευνήσουν και να προσέξουν τα ψυχολογικά αίτια του τραυλισμού καθώς και τα συμπτώματά του. Οι υποστηρικτές της ψυχογενούς θεωρίας του τραυλισμού έχουν διερευνήσει την προσωπικότητα των ατόμων που τραυλίζουν. Οι Beech και Fransella (1968) από τις έρευνες που κάνανε, υποστηρίζουν ότι το άτομο που τραυλίζει δεν έχει κανέναν συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας. Επιπρόσθετα τα στοιχεία για να υποστηριχθεί ότι τα άτομα με τραυλισμό είναι περισσότερο νευρωτικοί από τα άτομα που δεν τραυλίζουν είναι ελλιπή, πιθανώς να είναι λιγότερο προετοιμασμένοι να δεχτούν τους εαυτούς τους όπως πραγματικά είναι και διαθέτουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους από ότι τα άτομα που δεν τραυλίζουν. Ο Sheehan (1974) διερευνώντας και αυτός τον τύπο προσωπικότητας των ατόμων που τραυλίζουν καταλήγει ότι τα άτομα με τραυλισμό δεν έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που να τους διαφοροποιεί από τους υπόλοιπους ανθρώπους. Όσον αφορά τον νευρωτισμό, αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετοί πάσχουν από νευρωτισμό και δεν τραυλίζουν.

Επομένως τα άτομα που τραυλίζουν δεν είναι απαραίτητο να θεωρούνται ότι έχουν κάποια νεύρωση. Βέβαια για αρκετό καιρό παλαιότερα, τον τραυλισμό τον θεωρούσαν ψυχονεύρωση. Ορισμένοι υποστήριξαν ότι ο τραυλισμός αναπτύσσεται όταν το άτομο βιώνει άγχος και ως

αποτέλεσμα γυρνάει στο στάδιο των ψελλισμάτων (επαναλαμβάνει συλλαβές όταν τραυλίζει). Άλλοι πάλι πίστευαν ότι τα άτομα με τραυλισμό δεν έχουν υγιείς σχέσεις και βιώνουν νευρώσεις οι οποίες γίνονται φανερές όταν τραυλίζουν. Για το λόγο αυτό ο Sheehan προτείνει ότι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και λογοθεραπείας είναι ο ιδανικός για να βοηθήσει τα άτομα που τραυλίζουν. (Sheehan, 1974).

2.3.9. Φωνιατρικές Θεωρίες

Οι κυριότερες από αυτή την κατηγορία θεωριών είναι η αναπνευστική θεωρία και η θεωρία των Kusmaul και Gutzmann. Η πρώτη υποστηρίζει ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται σε άτομα με ανώμαλη αναπνοή ενώ η δεύτερη υποστηρίζει ότι ο τραυλισμός είναι μια σπαστική νεύρωση συντονισμού. Δηλαδή εξαιτίας ενός σπασμού το άτομο τείνει να επαναλάβει ασυντόνιστα τις πρώτες συλλαβές (Εξαρχάκος, 2001).

Κεφάλαιο 3: Αξιολόγηση του τραυλισμού

3.1. Ο ρόλος του λογοθεραπευτή

Η επιστήμη της λογοθεραπείας επικεντρώνεται στην πρόληψη, την αξιολόγηση, τη διάγνωση, τη παρέμβαση και έρευνα στα πεδία του λόγου, της ομιλίας και της επικοινωνίας, σε όλα τα στάδια της ζωής ενός ατόμου. Κύριος στόχος της είναι να ενισχύσει την ικανότητα ενός παιδιού, εφήβου ή ενήλικα να επικοινωνεί αποτελεσματικά σε διάφορες επικοινωνιακές περιστάσεις, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής του.

Όσον αφορά τον ρόλο του λογοθεραπευτή, παρέχει κατανοητές, βασισμένες σε επιστημονικά δεδομένα, υπηρεσίες πρόληψης, αξιολόγησης και παρέμβασης διαταραχών ομιλίας, λόγου και επικοινωνίας σε συνεργασία με την οικογένεια και άλλες εμπλεκόμενες ειδικότητες. Ακόμα, παρέχει υποστήριξη και ενημέρωση σχετικά με θέματα λογοθεραπείας σε κάθε ενδιαφερόμενο.

Οι παραπάνω υπηρεσίες παρέχονται με σεβασμό στις ανάγκες και τα διαφορετικά γλωσσικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά ενώ είναι εξατομικευμένες στις ανάγκες του κάθε ατόμου και της κάθε οικογένειας (<http://www.psychologotherapeia.gr>).

Οι διαταραχές, που εμπίπτουν στο πεδίο δράσης του λογοθεραπευτή, είναι αυτές που έχουν σχέση με την ομιλία, τον λόγο και την επικοινωνία. Οι διαταραχές αυτές, μπορεί να είναι απλές ή πολύπλοκες όταν συνυπάρχουν με άλλες διαταραχές επικοινωνίας.

Η λογοθεραπεία έχει ως κέντρο την οικογένεια και το άτομο. Η διαδικασία της αξιολόγησης καθώς και ο σχεδιασμός και η υλοποίηση της θεραπευτικής παρέμβασης συνδυάζει πρόσφατα και αξιόπιστα επιστημονικά δεδομένα, με την κλινική εμπειρία και τις προτεραιότητες του κάθε ατόμου και της κάθε οικογένειας. Το θεραπευτικό πρόγραμμα είναι εξατομικευμένο και βασίζεται σε δραστηριότητες προσαρμοσμένες κατάλληλα στην ηλικία, το γνωστικό επίπεδο, τις δυνατότητες και τα ενδιαφέροντα του κάθε ατόμου.

Η λογοθεραπεία, σε συνεργασία με την οικογένεια, υποστηρίζει και προωθεί σταδιακά την συμμετοχή του παιδιού, του εφήβου ή του ενήλικα στο καθημερινό του περιβάλλον και την ικανότητά του να επικοινωνεί αποτελεσματικά σε διάφορες κοινωνικές και επικοινωνιακές περιστάσεις.

Σχετίζοντας τη λογοθεραπεία με τον τραυλισμό, υπάρχουν πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις για θεραπεία. Η θεραπευτική παρέμβαση οφείλει να είναι εξατομικευμένη στις ανάγκες του κάθε προσώπου που τραυλίζει ενώ διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, τις ανάγκες και την δυναμική του επικοινωνιακού του περιβάλλοντος.

Η λογοθεραπεία υποστηρίζει το πρόσωπο που τραυλίζει να κάνει θετικές αλλαγές στην ομιλία του, τα συναισθήματά του και τη στάση του απέναντι στην επικοινωνία και τη συμμετοχή του σε διάφορες επικοινωνιακές και κοινωνικές περιστάσεις με απώτερο πάντα στόχο την βελτίωση της επικοινωνιακής λειτουργίας και της ποιότητας ζωής (<http://www.psychologotherapeia.gr>).

3.2. Οι κλίμακες αξιολόγησης του τραυλισμού

Σε συνδυασμό με τη συνέντευξη των γονέων αλλά και την κλινική παρατήρηση του παιδιού, χρησιμοποιούνται συχνά από τους ειδικούς ορισμένες σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης του τραυλισμού.

Δύο από τις πιο διαδεδομένες κλίμακες αξιολόγησης της ύπαρξης και της σοβαρότητας του τραυλισμού είναι οι εξής: (α) Iowa Scale for Rating the Severity of Stuttering και (β) Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Αυτές οι κλίμακες βασίζονται στην άμεση μέτρηση και παρατήρηση της συχνότητας του τύπου και της διάρκειας των «φαινομένων δισταγμού» αλλά και της ύπαρξης δευτερογενών συμπτωμάτων και δίνουν μια συνολική βαθμολογία, η οποία αξιολογείται στη βάση μιας ποιοτικής κλίμακας με διαβάθμιση του τύπου «καθόλου τραυλισμός», «ήπιος τραυλισμός», «μέτριος τραυλισμός», «σοβαρός τραυλισμός», «πολύ σοβαρός τραυλισμός». Αυτές οι δύο κλίμακες εμφανίζουν υψηλά ποσοστά συνάφειας μεταξύ τους (Ludlow, 1990).

Επίσης οι ειδικοί χρησιμοποιούν συχνά κλίμακες οι οποίες εστιάζουν στη πρόγνωση και αξιολογούν την πιθανότητα αυτόματης υποχώρησης των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Δύο από

αυτές είναι οι εξής: (α) Stuttering Prediction Instrument for Young Children και (β) The Cooper Chronicity Prediction (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Οι κλίμακες αυτές βασίζονται τόσο στις πληροφορίες που δίνουν οι γονείς όσο και στην κλινική παρατήρηση του παιδιού από τον ειδικό. Ακόμη, υπάρχουν κλίμακες οι οποίες αξιολογούν την ύπαρξη δευτερογενών συμπτωμάτων κατά την εκδήλωση στιγμών τραυλισμού (Checklist of Stuttering Behavior, Darley & Spriestersbach, 1978).

Άλλο ένα είδος κλιμάκων που χρησιμοποιείται συχνά κατά τη διαδικασία διάγνωσης του τραυλισμού, είναι αυτές οι οποίες αξιολογούν τις αντιλήψεις των ατόμων που τραυλίζουν ως προς τις δυσκολίες τους. Για τον παιδικό πληθυσμό χρησιμοποιείται ιδιαίτερα η κλίμακα Children's Attitudes About Talking-Revised. Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 32 προτάσεις σχετικά με την ομιλία, τις οποίες τα παιδιά καλούνται να χαρακτηρίσουν ως ψευδείς ή αληθείς, ανάλογα με το πόσο αντιπροσωπευτικές τις αξιολογούν σε σχέση με τον εαυτό τους. Μια άλλη σχετική κλίμακα έχει κατασκευαστεί από τον Williams (1978, Problem Profile for Elementary –School Age Children Who Stutter about Talking) και αξιολογεί τόσο τις αντιδράσεις των άλλων στις δυσκολίες στη ροή του λόγου του παιδιού όσο και τα συναισθήματα του παιδιού σε σχέση με αυτές τις δυσκολίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

3.3. Το πρόγραμμα Syllable and Disfluency Counter

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή στη ροή της ομιλίας η οποία ακολουθεί μια πορεία διαβάθμισης ξεκινώντας από το επίπεδο «καθόλου τραυλισμός» μέχρι και το επίπεδο «πολύ σοβαρός τραυλισμός». Παλαιότερα, οι λογοπεδικοί προκειμένου να κατανοήσουν σε τι επίπεδο διαβάθμισης βρισκόταν ο τραυλισμός ενός ατόμου, υπολόγιζαν μόνοι τους τα είδη των δυσρυθμιών που μπορεί να εμφανίζονταν κατά την ομιλία του (#δυσρυθμιών / #συλλαβών ή λέξεων (X) 100). Πλέον, με τη ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας ο υπολογισμός του ποσοστού τραυλισμού είναι υπόθεση λίγων δευτερολέπτων, καθώς έχουν δημιουργηθεί πρωτοποριακά ηλεκτρονικά συστήματα αποκλειστικά για αυτόν τον σκοπό. Ένα από αυτά είναι και το Syllable and Disfluency Counter. Οι λογοθεραπευτές μπορούν να χρησιμοποιούν αυτήν την εφαρμογή εύκολα, για να υπολογίσουν με μαθηματική ακρίβεια το ποσοστό συλλαβών τραυλισμού που έχει ένα άτομο. Η συγκεκριμένη εφαρμογή διαθέτει τρεις επιλογές: τον μετρητή συλλαβών (syllable counter), τον εξελιγμένο μετρητή συλλαβών (advance syllable counter) και τον υπολογιστή συλλαβών (syllable calculator) <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.raymongulati.speechtherapydisfluencycounter&hl=el>

Syllable Counter: Όταν το άτομο ξεκινήσει να μιλάει, ο λογοπεδικός πατάει το χρονόμετρο (timer). Το χρονόμετρο σταματάει μεταξύ των παύσεων. Εάν το άτομο τραυλίζει, πατάει το κουμπί δυσχέρειας ροής (disfluent syllable button) ενώ αντίθετα εάν η ροή του είναι φυσιολογική πατάει το

κουμπί φυσιολογικής ροής (fluent syllable button). Όταν το άτομο σταματήσει να μιλάει, ο λογοπεδικός επιλέγει το κουμπί των αποτελεσμάτων (results) προκειμένου να δει το τελικό αποτέλεσμα του ποσοστού τραυλισμού του.

Advance Syllable Counter: Αυτή η επιλογή είναι παρεμφερής με την προηγούμενη ωστόσο, είναι πιο εξελιγμένη. Ο εξελιγμένος μετρητής συλλαβών δίνει τη δυνατότητα στον λογοθεραπευτή όχι μόνο να συλλέξει τις δυσρυθμίες του ατόμου, αλλά και να τις κατηγοριοποιήσει ανάλογα με το είδος τους επιλέγοντας κάθε φορά το είδος δυσρυθμίας που παρουσιάζει (επιμηκύνσεις, μπλοκαρίσματα, επαναλήψεις).

Syllable Calculator: Τέλος, υπάρχει ο υπολογιστής συλλαβών ο οποίος, εφόσον του καταχωρηθούν τα αποτελέσματα που προέκυψαν παραπάνω, υπολογίζει επακριβώς τις συλλαβές του ατόμου ανά λεπτό και τις δυσρυθμίες που παρουσιάζει σε ποσοστό επί τις εκατό.

Σε περίπτωση που κάποιος προτιμά να χρησιμοποιεί «κλίκερ» (συσκευή που κάνει κλικ κάθε φορά που εμφανίζεται κάποιο είδος δυσρυθμίας), μπορεί απλά να περάσει τα αποτελέσματα που κατέγραψε μόνος του στην εφαρμογή και ο υπολογιστής συλλαβών θα υπολογίσει ακριβώς το ποσοστό τραυλισμού του ατόμου. Με τη συγκεκριμένη εφαρμογή ο λογοπεδικός έχει τη δυνατότητα να αποθηκεύει τα αποτελέσματα που συγκεντρώνει κάθε φορά. Σήμερα υπάρχουν και άλλα παρεμφερή προγράμματα που είναι διαθέσιμα για τον υπολογισμό του ποσοστού τραυλισμού (βλέπε Παράρτημα Κ).

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.raymongulati.speechtherapydisfluencycounter&hl=el>

3.4. Αξιολόγηση παιδιών προσχολικής ηλικίας

Τα εργαλεία που υπάρχουν για την αξιολόγηση των συναισθημάτων και των στάσεων παιδιών προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν είναι περιορισμένα, αξίζει όμως να αναφέρουμε δύο από αυτά. Το πρώτο είναι το KiddyCAT το οποίο σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις επικοινωνιακές στάσεις παιδιών προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό. Περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου που απαιτούν απαντήσεις του τύπου ναι/όχι, τις οποίες απευθύνει ο κλινικός στο παιδί αφού έχει γίνει πρώτα σχετική εξάσκηση. Ο κλινικός μπορεί, για παράδειγμα, να ρωτήσει «Νομίζεις ότι αρέσει στη μαμά και τον μπαμπά ο τρόπος που μιλάς;». Οι ερωτήσεις γίνονται σε ένα μέρος που υπάρχουν παιχνίδια όπως, για παράδειγμα, το παιδί μπορεί να τοποθετεί βόλους σε μια αβγοθήκη και μετά από κάθε απάντηση. Η υψηλή βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερη αρνητική στάση απέναντι στην ομιλία. Σε ένα δείγμα 45 παιδιών που τραύλιζαν (ηλικίας 0-3 και 5-6 ετών) και 63 παιδιών δεν τραύλιζαν (ηλικίας 2-3 και 3-6 ετών), η μέση τιμή των βαθμολογιών ήταν 4.35 (SD=2.78) για τα παιδιά με

τραυλισμό και 1.79 (SD=1.78) για τα παιδιά χωρίς τραυλισμό. Η διαφορά αυτή είναι στατικά σημαντική ($p<001$).

Ένα άλλο εργαλείο αξιολόγησης για τις στάσεις και τα συναισθήματα των παιδιών προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν ακολουθεί μια έμμεση προσέγγιση ρωτώντας τους γονείς αναφορικά με τον τρόπο που επηρεάζει ο τραυλισμός το παιδί τους και τους ίδιους. Η έρευνα «The Impact of Stuttering on Preschoolers and Parents» (ISPP), αποτελείται από 20 ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται (α) στο παιδί («Έχει νιώσει ποτέ απογοήτευση το παιδί σας όταν τραυλίζει;»), (β) στους φίλους («Έχει πειράξει κάποιο παιδί το δικό σας σε σχέση με τον τραυλισμό του;») και (γ) στους γονείς («Ο τραυλισμός του παιδιού σας επηρεάζει συναισθηματικά;»). Ένας από τους σκοπούς αυτού του εργαλείου, σύμφωνα με τους συγγραφείς, είναι να βοηθήσει στην απόφαση σχετικά με το αν ένα παιδί θα ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα ή κάτι τέτοιο θα καθυστερήσει μέχρι να δούμε αν ο τραυλισμός εξαφανιστεί. Η έρευνα αυτή απαιτεί επιπλέον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της.

Αρκετοί θεραπευτές υποστηρίζουν ότι η αντιδραστικότητα ή η ευαισθησία ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας σε νέες καταστάσεις πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στον σχεδιασμό της θεραπείας και στην πρόβλεψη της εξέλιξης του τραυλισμού. Το «Behavioral Style Questionnaire» (BSQ), το οποίο χορηγείται σε γονείς, παρέχει κάποιες πληροφορίες προς αυτήν την κατεύθυνση. Κάποιες έρευνες έδειξαν ότι το BSQ μπορεί να αναγνωρίσει τα παιδιά εκείνα που έχουν περισσότερο συνεσταλμένη, ευαίσθητη ιδιοσυγκρασία. Το BSQ παρουσιάζει σχετικά υψηλή μέση τιμή αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου για τις κλίμακες 3 έως 7 ετών (0.81) και μέτρια αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής για τις ίδιες ηλικίες (0.70) (Guitar, 2014).

3.5. Αξιολόγηση παιδιών σχολικής ηλικίας

Υπάρχουν πολλά εργαλεία διαθέσιμα για την αξιολόγηση των στάσεων απέναντι στην ομιλία και τον τραυλισμό στα παιδιά. Το Communication Attitude Test (CAT), το οποίο δημιούργησε ο Brutten και οι συνεργάτες του, έχει αποδειχθεί κατάλληλο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης των στάσεων παιδιών με τραυλισμό. Οι De Nil και Brutten (1991), σε μία από τις μελέτες τους χορήγησαν το CAT σε 70 παιδιά με τραυλισμό και 271 παιδιά χωρίς τραυλισμό (ηλικίας 7-14 ετών). Τα παιδιά που τραυλίζουν είχαν σημαντικά περισσότερο αρνητικές στάσεις απέναντι στην επικοινωνία ($p<01$) και η διαφορά αυτή αυξανόταν με τη ηλικία. Οι Vanryckeghem και Brutten (1997) αναπαρήγαγαν αυτά τα ευρήματα με παιδιά (ηλικίας 6-13 ετών). Το 1992, οι Vanryckengem και Brutten επιβεβαίωσαν την αξιοπιστία ελέγχου – επανελέγχου του CAT σε δείγμα 44 παιδιών σχολικής ηλικίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν συσχετίσεις της τάξης του 0.89, 0.81 και 0.76 στον επανέλεγχο μετά από 12 εβδομάδες, υποδηλώνοντας ότι το τεστ μπορεί να χορηγηθεί σε ένα παιδί αρκετές φορές. Οι Vanryckengem, Hylebos, Brutten και Peleman (2001) διεξήγαγαν, μια μελέτη με 143 παιδιά που

τραυλίζουν (ηλικίας 7-13 ετών) και εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στις αρνητικές στάσεις που αξιολογήθηκαν με το CAT και τα αρνητικά συναισθήματα που διαπιστώθηκαν στις ερωτήσεις του CAT τα οποία βαθμολογήθηκαν με μια κλίμακα από το 1 έως το 5 που συμπληρώθηκε από τα ίδια τα παιδιά. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν μια υψηλή θετική συσχέτιση ($r=0.89$) ανάμεσα στις αρνητικές στάσεις και τα αρνητικά συναισθήματα. Και τα δύο αυξανόταν με την ηλικία. Συμπερασματικά, το CAT είναι ένα καλό εργαλείο που έχει ερευνηθεί εκτεταμένα και είναι κατάλληλο για να εντοπίσει την παρουσία αρνητικών στάσεων σε άτομα ηλικίας άνω των 6 ετών. Αυτήν τη στιγμή, αποτελεί τμήμα ενός μεγαλύτερου αξιολογητικού βοηθήματος το οποίο περιλαμβάνει επιπλέον το Speech Situation Checklist, που αξιολογεί τις αντιδράσεις ενός παιδιού σε ένα εύρος καταστάσεων, καθώς και το Behavioral Checklist, που αξιολογεί τις αντιδράσεις που επιστρατεύονται από το παιδί για να αντιμετωπίσει τον τραυλισμό του.

Πριν από την χορήγηση του CAT σε παιδί σχολικής ηλικίας, είναι σημαντικό να έχει αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης με το παιδί.

Το Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) είναι ένα ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει την επίδραση του τραυλισμού στη ζωή ενός ατόμου. Είναι βασισμένο στη Διεθνή Ταξινόμηση Λειτουργικότητας Αναπηρίας και Υγείας και ασχολείται με τα συναισθήματα σχετικά με τον τραυλισμό, την επικοινωνία σε καταστάσεις της καθημερινότητας και τον βαθμό που ο τραυλισμός επιβαρύνει την καθημερινή ζωή. Μια νέα μορφή έχει προσαρμοστεί για την αξιολόγηση παιδιών ηλικίας 7 έως 12 ετών (βλέπε Παράρτημα N).

Το Teachers Assessment of Student Communicative Competence (TASCC), είναι χρήσιμο για την αξιολόγηση της επικοινωνιακής λειτουργικότητας ενός παιδιού μέσα στην τάξη. Στοχεύει στη μέτρηση της «προσέγγισης/αποφυγής» μέσα στην τάξη με βάση ερωτήσεις αναφορικά με τη συμμετοχή και την προθυμία του παιδιού να μιλήσει μέσα σε αυτήν. Επίσης, ο δάσκαλος βαθμολογεί το παιδί για την καταληπτότητα, την κατανόηση, την καταλληλότητα της επικοινωνίας και της πραγματολογίας. Το TASCC παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για τον τρόπο που μεταβάλλεται η επικοινωνία του παιδιού κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Το εργαλείο δοκιμάστηκε στην αξιολόγηση 69 μαθητών Α΄ έως και Ε΄ Δημοτικού στο Μείν, το Βερμόντ, το Τέξας, τη Βιρτζίνια και το Αϊντάχο και διαπιστώθηκε υψηλή εσωτερική συνοχή. Ο συντελεστής Cronbach's alpha (δείκτης εσωτερικής συνοχής που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της αξιοπιστίας του εργαλείου) για τις πέντε υποκλίμακες κυμάνθηκε από 0.77 έως 0.95, αντίστοιχα, υποδηλώνοντας ότι οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο TASCC συσχετίστηκαν έπειτα από μέτρηση μιας παρόμοιας έννοιας (Guitar, 2014).

Κεφάλαιο 4: Μέθοδοι διάγνωσης του τραυλισμού

4.1. Η διάγνωση του τραυλισμού

4.4.1. Τα διαγνωστικά κριτήρια του τραυλισμού

Στο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-IV, ο τραυλισμός ταξινομείται ως διαταραχή της επικοινωνίας και συγκαταλέγεται στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών που συνήθως, διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά την βρεφική, παιδική, ή εφηβική ηλικία. Σε αυτό το διαγνωστικό εγχειρίδιο, προτείνονται τα παραπάνω κριτήρια για την διάγνωση του τραυλισμού:

A. Διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας (δυσανάλογης για την ηλικία του ατόμου), η οποία χαρακτηρίζεται από τη συχνή παρουσία ενός ή περισσότερων από τα ακόλουθα όπως επαναλήψεις ήχων και συλλαβών, επιμηκύνσεις ήχων, επιφωνήματα, διακοπτόμενες λέξεις (παύσεις μέσα σε μια λέξη) και ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές (γεμάτες ή κενές παύσεις της ομιλίας). Ακόμη υπάρχουν περιφράσεις (υποκαταστάσεις λέξεων για την αποφυγή προβληματικών λέξεων), παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση και επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων για παράδειγμα «το το το το είδα».

B. Η διαταραχή της ροής παρεμποδίζει τη σχολική ή κοινωνική επικοινωνία και την επαγγελματική απόδοση

Γ. Αν υπάρχει κινητικό ή αισθητηριακό ελάττωμα του λόγου, οι δυσκολίες της ομιλίας, είναι μεγαλύτερες από αυτές που συνοδεύουν συνήθως αυτά τα προβλήματα.

Η μεγαλύτερη δυσκολία κατά τη διαδικασία διάγνωσης του τραυλισμού, είναι η διαφοροποίηση των φαινομένων δισταγμού, που αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού και εκείνων που χαρακτηρίζουν τη φυσιολογική ομιλία των παιδιών, ιδιαίτερα κατά την προσχολική ηλικία, καθώς παρατηρούνται υψηλά ποσοστά αλληλοεπικάλυψης των φαινομένων αυτών στις δύο ομάδες

(Meyers, 1986). Οι φυσιολογικές δυσχέρειες στη ροή της ομιλίας των παιδιών προσχολικής ηλικίας αναφέρονται συχνά ως «εξελικτικός» ή «φυσιολογικός» τραυλισμός (Δράκος, 1999). Το γενικό συμπέρασμα, που προκύπτει από τις έρευνες που ασχολούνται με αυτό το θέμα, είναι ότι ανάμεσα στις δύο ομάδες παιδιών παρατηρούνται δυσκολίες στην έκταση και όχι στην ποιότητα των δυσκολιών (Bloodstein, 1970). Αυτή η διαπίστωση είναι συμβατή με τις σύγχρονες απόψεις στην αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία, σύμφωνα με τις οποίες, τα συμπτώματα των περισσότερων αναπτυξιακών διαταραχών, δεν αποτελούν αυτοτελείς κλινικές οντότητες, αλλά διαφέρουν μόνο σε ένταση και έκταση από αντίστοιχα χαρακτηριστικά, τα οποία αξιολογούνται ως φυσιολογικά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002). Όπως η νοημοσύνη, η κινητική δραστηριότητα, η κοινωνική δεξιότητα, έτσι και η ροή της ομιλίας αποτελεί διάσταση της ανάπτυξης, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως φυσιολογική ή παθολογική ανάλογα με το αν λειτουργεί δυσκολίες ή όχι στη λειτουργικότητα και την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου.

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

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

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

Η ύπαρξη τραυλισμού σε άλλο μέλος της οικογένειας: Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό τραυλισμού στην οικογένεια, είναι πιθανόν τα «φαινόμενα δισταγμού» στην ομιλία ενός παιδιού να αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού παρά φυσιολογικές δυσκολίες στη ροή του λόγου.

Η συχνότητα και η διάρκεια εκδήλωσης των «φαινομένων δισταγμού»: Όσο πιο συχνά εμφανίζονται και όσο περισσότερο διαρκούν αυτά τα φαινόμενα, τόσο πιθανότερο είναι να

αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού.

Η ύπαρξη έντασης κατά τη διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού»: Κατά τη διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού» η ύπαρξη έντασης μπορεί να εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους όπως με παύσεις, αύξηση της έντασης και του τόνου της φωνής, ακανόνιστη αναπνοή αλλά και ορατές συσπάσεις των μυών του προσώπου και άλλων μερών του σώματος. Αυτές οι εκδηλώσεις έντασης, οι οποίες υποδηλώνουν ότι το άτομο καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να καταφέρει να αρθρώσει αυτό που θέλει να πει, αποτελεί ίσως την πιο σαφή ειδοποιό διαφορά ανάμεσα στα φυσιολογικά «φαινόμενα δισταγμού», κατά τα οποία ο ομιλητής δεν φαίνεται να ζορίζεται για να μιλήσει, και στις ενδείξεις τραυλισμού.

Η εκδήλωση των δευτερογενών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού»: Κινήσεις οι οποίες δεν είναι απαραίτητες για την παραγωγή των φωνημάτων του λεκτικού μηνύματος, συνοδεύουν κατεξοχήν τα «φαινόμενα δισταγμού» που αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού. Η υπερβολική πίεση των χειλιών μεταξύ τους, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, η διόγκωση των φλεβών του λαιμού, η μη λειτουργικές κινήσεις, των χεριών, της κεφαλής ή των ποδιών, σχεδόν ποτέ δεν συνοδεύουν «φαινόμενα δισταγμού», τα οποία εκδηλώνονται στην ομιλία ατόμων που δεν τραυλίζουν (Schwartz et al., 1990). Η αποφυγή της βλεμματικής επαφής υποδηλώνει συχνά την προσπάθεια των ατόμων αυτών να ελαχιστοποιήσουν τα μηνύματα που λαμβάνουν από τους ακροατές ως αντίδραση στη δυσχερή ομιλία τους (Conture & Kelly, 1991). Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως όταν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι το άτομο ζορίζεται για να μιλήσει, και έχει επίγνωση της δυσκολίας αυτής, η οποία το ωθεί στο να καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να αποφύγει τα «φαινόμενα δισταγμού», τότε είναι πιθανότερο να μιλάμε για τραυλισμό. Γενικά, η έννοια της αποφυγής είναι κεντρική στον τραυλισμό. Όταν το άτομο φαίνεται να προσπαθεί έντονα να αποφύγει να εκδηλώσει «φαινόμενα δισταγμού» και σε περίπτωση που δεν τα καταφέρνει, φαίνεται να ενοχλείται έντονα από αυτό, είναι πιθανότατα ένα άτομο που τραυλίζει. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

4.2. Τα Μέσα διάγνωσης του τραυλισμού

4.2.1. Η συνέντευξη με τους γονείς του παιδιού

Το πρώτο στάδιο κατά τη διάγνωση του τραυλισμού στα παιδιά είναι συνήθως, η συνέντευξη του ειδικού με τους γονείς τους. Η διαδικασία αυτή είναι σημαντική τόσο για τη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με το ιστορικό ανάπτυξης των δυσκολιών στη ροή του λόγου του παιδιού, όσο και για τη διερεύνηση των βασικών προβληματισμών των γονέων και των αντιλήψεών τους σχετικά με τις δυσκολίες του παιδιού (Conture, 1990).

Κατά την αρχική φάση της συνέντευξης συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με το γενικότερο αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού και ειδικότερα, σχετικά με το ιστορικό ανάπτυξης του

λόγου και των δυσχερειών του. Συνήθεις ερωτήσεις προς τους γονείς αφορούν στην ηλικία πρώτης εκδήλωσης των δυσχερειών στη ροή του λόγου του παιδιού, στην εξέλιξη των δυσχερειών αυτών στο διάστημα που μεσολάβησε μέχρι την επίσκεψη στον ειδικό, στη συχνότητα εκδήλωσης των δυσχερειών αυτών και στη βαρύτητά τους, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των γονέων. Επιπλέον, ο ειδικός ζητά από τους γονείς να περιγράψουν κατά πόσο η συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού διαφέρει ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται το παιδί (σπίτι ή σχολείο), τα άτομα στα οποία απευθύνεται (γονείς ή αδέρφια), το είδος της λεκτικής δραστηριότητας που εκτελεί (ελεύθερος λόγος ή ανάγνωση) και τη συναισθηματική του κατάσταση (ενθουσιασμός, θυμός). Σημαντική πληροφορία αποτελεί επίσης, η ενδεχόμενη ύπαρξη άλλων ατόμων στο συγγενικό περιβάλλον με τραυλισμό και η εξέλιξη του τραυλισμού σε αυτά τα άτομα.

Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, ο ειδικός συχνά ρωτά τους γονείς κατά πόσο συσχετίζουν τον τραυλισμό με κάποιο συγκεκριμένο γεγονός. Σε πολλές περιπτώσεις, οι γονείς είναι σε θέση να εντοπίσουν ένα τέτοιο γεγονός, όπως για παράδειγμα, τη γέννηση ενός μικρότερου αδελφού ή κάποια εμπειρία που θεωρούν ως τραυματική όπως ένα σεισμό. Ορισμένες φορές οι γονείς αναφέρουν περιστατικά τα οποία σηματοδοτούν την ξαφνική έναρξη του τραυλισμού. Άλλες φορές, οι γονείς αναφέρουν σταδιακή έναρξη του τραυλισμού χωρίς να μπορούν να τη συσχετίσουν με κάποιο συγκεκριμένο γεγονός.

Σε μια δεύτερη φάση, ο ειδικός διερευνά τα συναισθήματα και τον βαθμό ανησυχίας που βιώνουν οι γονείς σχετικά με τις δυσκολίες του παιδιού τους, καθώς και τις συνήθεις αντιδράσεις τους κατά τις στιγμές τραυλισμού του παιδιού. Οι γονείς των παιδιών με αρχόμενο τραυλισμού υιοθετούν, συνήθως, πολλές αντιδράσεις. Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό τραυλισμού στην οικογένεια, οι γονείς ενδέχεται να ανησυχούν περισσότερο σε σχέση με άλλους γονείς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γονείς μπορεί να αγνοούν τα «φαινόμενα δισταγμού», θεωρώντας φυσιολογικά χαρακτηριστικά της ομιλίας του παιδιού προσχολικής ηλικίας. Ενδέχεται να διορθώνουν το παιδί και να του κάνουν υποδείξεις ως προς το πώς πρέπει να μιλά με μεγαλύτερη ευχέρεια, μπορεί να το μαλώνουν, θεωρώντας ότι δεν προσπαθεί αρκετά προκειμένου να μιλήσει σωστά, ή σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να αποφεύγουν να το κοιτάζουν τις στιγμές που τραυλίζει. Σε γενικές γραμμές, πάντως, έχει διαπιστωθεί ότι οι πρώτες αντιδράσεις των γονέων απέναντι στο παιδί που εκδηλώνει τραυλισμό είναι αρνητικές και επικριτικές (Yairi, 1997).

Η ποιότητα της επικοινωνίας γονέων-παιδιού μπορεί να αξιολογηθεί αντικειμενικότερα με την παρατήρηση της λεκτικής τους αλληλεπίδρασης. Κατά την παρατήρηση της συνομιλίας γονέα-παιδιού, ο ειδικός παρατηρεί τον ρυθμό ομιλίας των ίδιων των γονέων, μετρά το χρονικό διάστημα που αφήνουν οι γονείς προτού να πάρουν το λόγο, αφού πρώτα το παιδί έχει ολοκληρώσει την πρόταση του, παρακολουθεί κατά πόσο τηρούνται οι κανόνες του διαλόγου ή υπάρχει η τάση διακοπής του συνομιλητή και καταγράφει τις αντιδράσεις των γονέων όταν το παιδί εκδηλώνει

τραυλισμό. Οι αντιδράσεις αυτές μπορεί να είναι λεκτικές (π.χ. παρατηρήσεις και διορθώσεις) ή μη λεκτικές (π.χ. αποφυγή της βλεμματικής επαφής ως ένδειξη αμηχανίας).

Επιπλέον, ο ειδικός ρωτά τους γονείς αν το παιδί έχει αντιληφθεί τις δυσκολίες του, κατά πόσο φαίνεται να ανησυχεί για αυτές και αν προσπαθεί να τις αντιμετωπίσει με συγκεκριμένους τρόπους. Πολλές φορές τα παιδιά ρωτάνε τους γονείς τους «γιατί κολλάνε» και μπορεί να δείχνουν εκνευρισμό όταν δυσκολεύονται να μιλήσουν με κανονική ροή. Ο εκνευρισμός αυτός μπορεί να εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους, λεκτικούς (για παράδειγμα «Μαμά, γιατί κολλά η γλώσσα μου και δεν μπορώ να μιλήσω καλά;») και μη λεκτικούς (για παράδειγμα αυτοχαστουκισμός στο στόμα, όταν μια λέξη δεν εκφέρεται σωστά). Σε κάποιες περιπτώσεις, τα παιδιά είναι πιθανόν να προσπαθούν να αποφύγουν λέξεις που ξεκινούν από συγκεκριμένα φωνήματα, ή ακόμη, και συγκεκριμένες καταστάσεις στις οποίες αναμένουν ότι θα τραυλίσουν. Ο ειδικός σε γενικές γραμμές, προσπαθεί να διαμορφώσει μια εικόνα σχετικά με την επίδραση του τραυλισμού τόσο στην επικοινωνία όσο και σε άλλους τομείς της ζωής του παιδιού. Σε περίπτωση που το παιδί εκδηλώνει ανησυχίες για τις δυσχέρειες στη ροή του λόγου του και εκδηλώνει αποφευκτική συμπεριφορά, η συμμετοχή του σε πρόγραμμα θεραπευτικής αγωγής συνήθως κρίνεται απαραίτητη (Silverman, 2004).

Σε αυτή τη φάση, ο ειδικός διερευνά επίσης τις ερμηνείες που οι ίδιοι οι γονείς δίνουν στην εκδήλωση του τραυλισμού, καθώς επίσης και τις πιθανές γνώσεις που έχουν αποκομίσει για το θέμα αυτό, μέσα από τη μελέτη σχετικών αναγνωσμάτων. Συνήθως, αναφέρονται τρεις κατηγορίες ερμηνειών, σύμφωνα με τις οποίες ο τραυλισμός είναι απόρροια (α) κάποιου απροσδιόριστου οργανικού προβλήματος, (β) κάποιου ψυχολογικού προβλήματος και (γ) κάποιων λανθασμένων χειρισμών και αντιδράσεων των γονέων (Zebrowski & Schum, 1993). Επίσης, διαπιστώνουμε από την εμπειρία μας πως ορισμένοι γονείς πιστεύουν ότι το παιδί μιμείται αυτόν τον τρόπο ομιλίας, επειδή τον άκουσε από κάποιο άλλο άτομο ή ότι ο τραυλισμός αποτελεί χειριστική και σκόπιμη συμπεριφορά εκ μέρους του παιδιού.

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

Στην τρίτη φάση, ο ειδικός διερευνά τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και τις συνθήκες στις οποίες μεγαλώνει το παιδί, προκειμένου να εντοπίσει πιθανούς παράγοντες οι οποίοι ενδέχεται να δημιουργούν άγχος, είτε μεμονωμένα στο παιδί, είτε σε ολόκληρη την οικογένεια. Επιπλέον, ο ειδικός προσπαθεί να διαμορφώσει μια γενική εικόνα ως προς ορισμένα τουλάχιστον χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γονέων, τα οποία μπορεί να διευκολύνουν ή να αποτρέπουν την εκδήλωσή και διατήρηση του τραυλισμού. Τέτοιου είδους χαρακτηριστικά είναι για παράδειγμα, η τάση για αυξημένο άγχος, η τελειομανία, η υπερβολική ανάγκη για τάξη και συνέπεια και η τάση για αποδιοργάνωση ακόμα και με ασήμαντες αφορμές. Είναι επίσης, πολύ σημαντικό να διερευνηθεί το κατά πόσο οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των γονέων από το παιδί είναι ανάλογες με τις ανάγκες και τις δυνατότητές του. Είναι αυτονόητο πως στη περίπτωση που οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των γονέων ξεπερνούν τα όρια των δυνατοτήτων του παιδιού, τότε αυτό θα οδηγηθεί σε πειστικές καταστάσεις οι οποίες μπορεί να του προκαλούν άγχος. Επίσης, είναι σημαντικό να διερευνηθεί ο ειδικός κατά πόσο οι γονείς νιώθουν οι ίδιοι ενοχές για τις δυσκολίες του παιδιού (βλέπε Παράρτημα Θ)

Τέλος, επισημαίνεται ότι ο ειδικός σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αξιολογεί την αξιοπιστία των απαντήσεων των γονέων καθώς, σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι πιθανόν οι απαντήσεις τους να είναι ελλιπείς, ανακριβείς ή ακόμη και παραπλανητικές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

4.2.2. Η κλινική παρατήρηση του παιδιού.

Διερεύνηση των δυσκολιών ενός παιδιού που παρουσιάζει δυσχέρειες στη ροή του λόγου του προϋποθέτει, αρχικά, την αξιολόγηση της ομιλίας του. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να αξιολογήσει ο ειδικός την ομιλία του παιδιού. Μπορεί να ζητήσει από το παιδί να απαντήσει σε μερικές ερωτήσεις ή να επαναλάβει συγκεκριμένες λέξεις, να πραγματοποιήσει μια χαλαρή συζήτηση μαζί του, να του αναθέσει μια δραστηριότητα και να προκαλέσει συζήτηση κατά την εκτέλεσή της, να δείξει στο παιδί προσχολικής ηλικίας εικόνες και να του ζητήσει να τις ονομάσει ή να ζητήσει από το παιδί σχολικής ηλικίας να διαβάσει ένα κείμενο (Rustin, 1987). Αυτή η αξιολόγηση έχει ως αρχικό στόχο να προσδιοριστεί κατά πόσο οι δυσχέρειες στη ροή του λόγου πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση του τραυλισμού.

Κατά τη διαδικασία αυτή, είναι πολύ σημαντικό για τον ειδικό, να λαμβάνει υπόψη του το γεγονός ότι η ομιλία του παιδιού στο κλινικό πλαίσιο, ενδέχεται να μην είναι αντιπροσωπευτική της ομιλίας του στη καθημερινή του ζωή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ο ειδικός πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην περίπτωση που το παιδί δεν τραυλίζει κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης και δεν πρέπει να βιαστεί προκειμένου να αποκλείσει τη διάγνωση του τραυλισμού. Όπως έχει επισημανθεί, τα συμπτώματα του τραυλισμού ενδέχεται να εμφανίζονται περιστασιακά και να επιδεινώνονται ή να υποχωρούν σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Επομένως, οι πληροφορίες που

συγκεντρώνονται από τους γονείς και η αξιολόγηση ποικίλων δειγμάτων της ομιλίας του παιδιού σε διαφορετικά πλαίσια (ενδεχομένως και με τη μαγνητοφώνηση της ομιλίας του), αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας διάγνωσης του τραυλισμού. Επιπλέον, σε περίπτωση που ο ειδικός έχει πληροφορίες οι οποίες συνηγορούν υπέρ της εκτίμησης ότι το παιδί τραυλίζει, θα πρέπει, αφενός, να αξιολογήσει τη ροή του λόγου του παιδιού κατά τη διάρκεια χαλαρής συζήτησης, και αφετέρου, να δημιουργήσει συνθήκες στις οποίες είναι γνωστό ότι μεγαλώνουν οι πιθανότητες εκδήλωσης τραυλισμού, προκειμένου να διαπιστώσει το εύρος των δυνατοτήτων του παιδιού να μιλά με καλή ροή.

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

Συχνότητα εκδήλωσης «φαινομένων δισταγμού» στο λόγο: Η συχνότητα αναφέρεται κυρίως στον αριθμό των λέξεων στις οποίες εμφανίζονται συμπτώματα τραυλισμού στο σύνολο των λέξεων του δείγματος ομιλίας που εξετάζεται. Ένα από τα βασικά κριτήρια, τα οποία φαίνεται να διαφοροποιούν τα παιδιά που τραυλίζουν από αυτά που απλώς παρουσιάζουν φυσιολογικές δυσχέρειες στη ροή του λόγου, είναι η συχνότητα εμφάνισης των φαινομένων δισταγμού, η οποία υπολογίζεται δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερη στα παιδιά που τραυλίζουν και ξεπερνά συνολικά το 10% του εκφερόμενου λόγου (βλέπε Παράρτημα Γ).

Διασπορά συγκεκριμένων ειδών «φαινομένων δισταγμού» στο λόγο: Η διασπορά αναφέρεται στη συχνότητα με την οποία εκδηλώνονται συγκεκριμένα είδη «φαινομένων δισταγμού» στο σύνολο των λέξεων στις οποίες εκδηλώθηκαν αυτά τα φαινόμενα. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, στα παιδιά με τραυλισμό οι επιμηκύνσεις ήχων και οι επαναλήψεις συλλαβών ξεπερνούν το 25% του συνόλου των λέξεων στις οποίες εκδηλώνονται «φαινόμενα δισταγμού» (Conture, 1990 Meyers, 1986). Επίσης, στα παιδιά αυτά τα «φαινόμενα δισταγμού» εκδηλώνονται συνήθως πάνω από δυο φορές στην ίδια λέξη ή σε πάνω από δυο λέξεις στην ίδια πρόταση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

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

Ρυθμός ομιλίας του παιδιού: Η αξιολόγηση του ρυθμού ομιλίας των παιδιών με τραυλισμό

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

Σύγκριση ρυθμού ομιλίας μητέρας-παιδιού: Σύμφωνα με τον Conture, (1997) οι μητέρες των παιδιών που τραυλίζουν υιοθετούν συνήθως γρηγορότερο ρυθμό ομιλίας σε σχέση με το παιδί, και η διαφορά αυτή υπερβαίνει τις δύο συλλαβές ανά δευτερόλεπτο.

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

Γενικότερο επίπεδο ανάπτυξης του λόγου: Κατά τη διαγνωστική διαδικασία, ιδιαίτερα σημαντική είναι η αξιολόγηση του γενικότερου επιπέδου ανάπτυξης του λόγου του παιδιού, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν επιπρόσθετες δυσκολίες όπως δυσκολίες άρθρωσης ή ακουστικής διάκρισης), οι οποίες ενδέχεται να δυσκολεύουν το παιδί κατά την παραγωγή του λόγου και να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή διατήρηση του τραυλισμού. Η ύπαρξη και ο βαθμός σοβαρότητα; Δυσκολίες τέτοιου είδους στο λόγο, λαμβάνεται συνήθως, υπόψη κατά το σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης για την ιεράρχηση των θεραπευτικών στόχων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

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

Επιπλέον, ιδιαίτερα σημαντική είναι η διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης συμπτωμάτων που συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης κάποιας διαταραχής άγχους (όπως τικς, φοβίες, ψυχοσωματικά προβλήματα, ενούρηση) ή άλλης μορφής ψυχοπαθολογίας, όπως για παράδειγμα, της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής.

Ορισμένες φορές τα παιδιά με τραυλισμό ενδέχεται να εκδηλώνουν προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία να πυροδοτούν ανάλογες αντιδράσεις από το περιβάλλον, ώστε η αλληλεπίδραση του παιδιού με τους άλλους να γίνεται αγχογόνος. Ο εντοπισμός αυτών των προβλημάτων, μπορεί να σηματοδοτήσει σε κάποιες περιπτώσεις, το σημείο εκκίνησης κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

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

Κεφάλαιο 5: Θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού

5.1. Η πρόληψη του τραυλισμού

Σύμφωνα με τον Silverman (2004), ο τραυλισμός είναι ένα πρόβλημα το οποίο μπορεί να προληφθεί, ακόμη και αν υπάρχει η γενετική προδιάθεση για την εκδήλωσή του. Η πρόληψη του τραυλισμού μπορεί να πραγματοποιηθεί σε δύο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο αναφέρεται στην πρόληψη εκδήλωσης συμπτωμάτων τραυλισμού σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, τα οποία αρχίζουν να εκδηλώνουν κάποιες δυσχέρειες στη ροή του λόγου αλλά δεν φαίνεται να τις αντιλαμβάνονται ή να ανησυχούν για αυτές. Το δεύτερο επίπεδο αναφέρεται στην πρόληψη των συνεπειών που μπορεί να έχει ο τραυλισμός στη ζωή των ατόμων, στα οποία ήδη έχει εκδηλωθεί.

Για την πρόληψη της εξέλιξης κάποιων δυσχερειών στη ροή του λόγου σε τραυλισμό στις περιπτώσεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας, το βασικό μέσο είναι η έγκαιρη παροχή συμβουλευτικής και ενημέρωσης στους γονείς. Παρόλο που στα πλαίσια της θεωρίας του Johnson υποστηρίζεται η άποψη ότι η υπερβολική η ανησυχία και η συμπεριφορά των γονέων μπορεί να προκαλέσει άμεσα την εκδήλωση του τραυλισμού, στις μέρες μας είναι ωστόσο, κοινά αποδεκτό ότι ο τρόπος που οι γονείς θα χειριστούν το παιδί που παρουσιάζει αυτές τις δυσχέρειες μπορεί να συμβάλει θετικά στη μείωση τους, ή να οδηγήσει στην εδραίωση και την επιδείνωσή τους.

Οι βασικές οδηγίες, που δίνονται στους γονείς σε αυτή τη φάση, μπορούν να συνοψιστούν στα εξής: Οι γονείς δεν πρέπει να προσπαθούν να διορθώσουν την ομιλία του παιδιού ούτε να το συμβουλεύουν πώς να μιλάει πιο σωστά και βέβαια, δεν πρέπει να το τιμωρήσουν για τις δυσκολίες αυτές. Το σημαντικότερο είναι να μην περάσουν με κανένα λεκτικό ή μη λεκτικό τρόπο το μήνυμα στο παιδί ότι αυτές οι δυσκολίες είναι κάτι το «ανησυχητικό» ή το «κακό». Ακόμη, θα πρέπει να ενισχύουν το παιδί στις προσπάθειες του για λεκτική επικοινωνία και να επικεντρώνονται περισσότερο σε αυτά που λέει το παιδί, παρά στον τρόπο που το λέει. Ο ειδικός θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός ώστε να μην δημιουργήσει τύψεις στους γονείς για ενδεχόμενες λανθασμένες

μορφές συμπεριφοράς, αλλά να τους βοηθήσει να καταλάβουν ότι η συμπεριφορά που απορρέει από την κοινή λογική δεν είναι πάντοτε κατάλληλη απέναντι σε ένα παιδί με δυσκολίες στη ροή του λόγου.

Σε περίπτωση που οι δυσχέρειες στη ροή του λόγου ενός παιδιού έχουν ήδη εξελιχθεί σε τραυλισμό, ο ειδικός οφείλει να το βοηθήσει έτσι ώστε η ύπαρξη του τραυλισμού να μην αποτελέσει τροχοπέδη στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του και στη λειτουργικότητα του σε διάφορους τομείς της ζωής του. Το πιο σημαντικό που μπορεί να κάνει, είναι να βοηθήσει το παιδί να κατανοήσει ότι η λεκτική ευχέρεια δεν είναι συνώνυμο της λεκτικής επικοινωνίας και να πιστέψει ότι μπορεί να επικοινωνεί αποτελεσματικά με τους άλλους, αλλά και να αντιμετωπίζει ορισμένες δυσκολίες στη ροή του λόγου του.

Είναι πολλοί οι παράγοντες που μπορούν να συνεισφέρουν στην εκδήλωση τραυλισμού και για κάθε άτομο που τραυλίζει ο κάθε παράγοντας έχει διαφορετική βαρύτητα. Ωστόσο οι παράγοντες επιρροής καθορίζουν το πόσο ο άνθρωπος που τραυλίζει θα θεραπευτεί ή όχι. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

5.2. Κριτήρια για την έναρξη του θεραπευτικού προγράμματος

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

Ορισμένοι ειδικοί υποστηρίζουν ότι η άμεση ένταξη ενός παιδιού με τραυλισμό σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης δεν είναι πάντα απαραίτητη και μάλιστα κάποιες φορές ενδέχεται να έχει και αρνητικές συνέπειες για την έκβαση του προβλήματος (Andrews 1984). Πιο συγκεκριμένα οι γονείς των παιδιών που ξεκινούν να τραυλίζουν, περιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα την αυτόματη υποχώρηση του προβλήματος και σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα, κατόπιν ανάλογης παραίνεσης από τους παιδιάτρους (Yairi & Carrico, 1992). 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 τον αυτόν τον λόγο, προτείνουν προσεκτική αξιολόγηση των πιθανοτήτων αυτόματης υποχώρησης των συμπτωμάτων του τραυλισμού για τη λήψη αυτής της 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 στα παιδιά και στους γονείς του. Για τις περιπτώσεις των παιδιών για τα οποία δεν προτείνεται η ένταξη τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα συνιστάται περιοδική παρακολούθηση για την αξιολόγηση της πορείας των συμπτωμάτων τους.

Άλλοι ειδικοί πάλι υποστηρίζουν ότι στις περιπτώσεις των παιδιών με τραυλισμό η άμεση ένταξή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να επιδιώκεται όσον τον δυνατόν συντομότερα. Οι Curlee και Yairi (1997) συνοψίζουν την επιχειρηματολογία αυτών 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 ερευνητών (Martin & Lindamood, 1986). Οι ειδικοί επομένως, 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 ότι 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 ορισμένες τεχνικές τις οποίες θα διδάσκονταν εάν συμμετείχαν σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης (Onslow et al., 1994). Επομένως, είναι προτιμότερο να διδάσκονται σωστά αυτές τις τεχνικές, προκειμένου να τις εφαρμόζουν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

Γ) Η καθυστέρηση της ένταξης ενός παιδιού με τραυλισμό σε θεραπευτικό πρόγραμμα μεγαλώνει την πιθανότητα εδραίωσης του προβλήματος (Ingham & Cordes, 1998).

Δ) Οι μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης των παιδιών προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό είναι αποτελεσματικές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Επιπλέον, όπως επισημαίνουν οι Packman και Onslow (1998), η γνώση σχετικά με τα ποσοστά αυτόματης υποχώρησης του τραυλισμού και των παραγόντων που συνδέονται με αυτήν δεν είναι πάντα χρήσιμη στον ειδικό, διότι δεν τον βοηθά να απαντήσει στην ερώτηση του γονιού που απευθύνεται σε αυτόν επειδή το παιδί του 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 δεν 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 υπόλοιπο 20%, στο οποίο τα συμπτώματα του τραυλισμού θα εδραιωθούν. Στην λογική αυτή κινείται και η εκτίμηση των Martin και Lindamood (1986), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση των προγνωστικών παραγόντων για την πιθανή υποχώρηση ή παγίωση του τραυλισμού σε ένα παιδί, πρέπει να οδηγεί στην κατάρτιση του κατάλληλου θεραπευτικού προγράμματος 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 οσον το δυνατόν να γίνεται πιο γρήγορα και να παρέχεται άμεσα συμβουλευτική στους γονείς του, αλλά να δίνεται μικρό χρονικό διάστημα αναμονής (3-6 μήνες) πριν αποφασιστεί η αναγκαιότητα ένταξης του παιδιού σε πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης (Yairi, 1997).

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

Στην περίπτωση όπου κατά τη 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 στον χρόνο που μεσολάβησε μέχρι την επίσκεψη στον ειδικό και διερευνάται η πιθανή ύπαρξη συνοδών προβλημάτων. Εάν η έναρξη του προβλήματος είναι πολύ πρόσφατη (διάρκειας λίγων ημερών ή εβδομάδων) και δεν διαπιστώνεται κανένα συνοδό πρόβλημα στο παιδί, τότε παρέχεται συμβουλευτική στους γονείς η οποία εστιάζει στο τι πρέπει να κάνουν ή να μην κάνουν οι ίδιοι και ο κοινωνικός περίγυρος, όταν εκδηλώνονται δυσκολίες στη ροή του λόγου του παιδιού. Επίσης, προτείνεται η επανεξέταση του παιδιού μετά από ένα μήνα, ώστε να διαπιστωθεί εάν 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 μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα άρθρωσης, ΔΕΠ-Υ, αγχώδεις διαταραχές, κ.λπ., τότε προτείνεται άμεσα η ένταξη του παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο εστιάζει στο πρόβλημα που διαπιστώθηκε, ενώ παράλληλα παρακολουθείται η πορεία του παιδιού ως προς τη ροή του λόγου.

Τέλος, στην περίπτωση που οι δυσκολίες του παιδιού στη ροή του λόγου έχουν ήδη εκδηλωθεί λίγους μήνες πριν την αξιολόγηση του παιδιού και δεν υπάρχουν στοιχεία που να καταδεικνύουν βελτίωση σε αυτό το διάστημα, τότε προτείνεται η άμεση ένταξη του παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Στην περίπτωση των παιδιών, στα οποία συνυπάρχει ο τραυλισμός με κάποια φωνολογική διαταραχή, τίθενται τα παρακάτω ερωτήματα: α) Η θεραπευτική αντιμετώπιση της φωνολογικής διαταραχής θα συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση του τραυλισμού ή θα αυξήσει το άγχος του

παιδιού κατά την παραγωγή ομιλίας; β) Με ποια σειρά πρέπει να αντιμετωπιστούν ο τραυλισμός και η φωνολογική διαταραχή;

Σύμφωνα με τους Bernstein Ratner (1995), υπάρχουν τέσσερις θεραπευτικές προσεγγίσεις στις περιπτώσεις των παιδιών, όπου ο τραυλισμός συνυπάρχει με κάποια φωνολογική διαταραχή: α) μεικτή προσέγγιση, κατά την οποία και οι δύο διαταραχές αντιμετωπίζονται συγχρόνως κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, β) κυκλική προσέγγιση, κατά την οποία εναλλάσσεται το επίκεντρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης μεταξύ του τραυλισμού και της φωνολογικής διαταραχής, γ) διαδοχική προσέγγιση, κατά την οποία αντιμετωπίζεται πρώτα η μία διαταραχή και μετά η άλλη και δ) κατά την οποία αντιμετωπίζονται και οι δύο διαταραχές αλλά σε πιο χαμηλό επίπεδο απαιτήσεων, όσον αφορά στον φωνολογικό τομέα.

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

Η ύπαρξη κάποιας φωνολογικής διαταραχής, είναι πολύ πιθανό να επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα του παιδιού να μιλά με καλή ροή. Στην περίπτωση όπου ο τραυλισμός συνυπάρχει με φωνολογικές διαταραχές, ο ειδικός θα έκανε σίγουρα την ιδανική επιλογή αν μπορούσε στην πράξη να υιοθετήσει τη μεικτή προσέγγιση, αφού έτσι θα εστίαζε ταυτόχρονα τη θεραπευτική του προσπάθεια τόσο στις φωνολογικές δυσκολίες όσο και στον τραυλισμό του παιδιού. Διαπιστώνουμε όμως, συχνά, πως αυτή η επιλογή δεν είναι πάντα εφικτή για πολλούς λόγους. Για αυτό ο ειδικός θα πρέπει σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά και αφού πρώτα σταθμίσει μια σειρά από παράγοντες, να αποφασίσει ποια από τις τέσσερις προσεγγίσεις θα ακολουθήσει, προκειμένου να υπάρξει το μέγιστο δυνατό όφελος για το παιδί. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

5.3. Ιστορική αναδρομή στη θεραπευτική αντιμετώπιση

5.3.1 Θεραπευτικές προσεγγίσεις - Παλαιότερες μέθοδοι

Οι απόψεις σύμφωνα με της αιτίες γένεσης του τραυλισμού είναι πολλές φορές αποκλίνουσες και διαφορούμενες. Για τον λόγο αυτό επιτρέπουν μια πολυμορφία όσον αφορά τις θεραπευτικές

κατευθύνσεις.

Ο Schilling διαπιστώνει πως υπάρχουν τρεις βασικές θεραπευτικές κατευθύνσεις: η ψυχοθεραπεία, όπου το φαινόμενο του τραυλισμού εξετάζεται ως αποτέλεσμα ψυχικών συγκρούσεων, η συμπτωματολογική θεραπεία, όπου επιδιώκεται η θεραπεία των συμπτωμάτων του τραυλισμού δηλαδή της αναπνοής, της άρθρωσης και της φωνής και η σύνθετη θεραπεία που περιλαμβάνει τόσο ψυχοθεραπευτικές όσο και λογοπαιδαγωγικές ασκήσεις και στοχεύει τόσο στην εξάλειψη των αρνητικών συγκρούσεων του ατόμου που υποφέρει από τραυλισμό όσο και στη θεραπεία των συμπτωμάτων του τραυλισμού.

Η ψυχοθεραπευτική κατεύθυνση θεωρεί τις ψυχικές συγκρούσεις και τις ανικανοποίητες ανάγκες από την παιδική ηλικία τις βασικές αιτίες που προκαλούν τον τραυλισμό. Για αυτό οι εκπρόσωποι της μεθόδου αυτής ασχολούνται με την γενική σύλληψη, μεταλλαγή και ανάλυση της προσωπικότητας του ατόμου με τραυλισμό. Το γεγονός ότι μόνο παροδικά και κάτω από ορισμένες συνθήκες παρεμποδίζεται η ροή της ομιλίας του ατόμου που τραυλίζει οδηγεί στη διαπίστωση ότι η γένεση του φαινομένου αυτού είναι ψυχική.

Οι Steckel και Schneider υποστηρίζουν ότι απωθημένα στο ασυνείδητο συμπλέγματα οδηγούν σε φόβο για ομιλία και εκδηλώνονται ως νευρογλωσσικές διαταραχές. Ο Appelt βλέπει τον τραυλισμό ως αντίδραση του ατόμου μπροστά στα αισθήματα υποτέλειας και μειονεξίας που το βασανίζουν ή σαν μέσο για να κερδίσει προσοχή και κατανόηση. Ο Rothe παραπέμπει στον απογοητευμένο τραυλό, ο οποίος προσπαθεί να νιώσει χαρά και υπεροχή ξεπερνώντας τον εαυτό του. Ο Schilling στα πλαίσια της ψυχοθεραπευτικής κατεύθυνσης, συμπεριλαμβάνει την ατομική ψυχολογία του Adler, όπου βλέπει τον τραυλισμό σαν αποτέλεσμα της προσπάθειας για αποδοχή, αναγνώριση, επικράτηση και ξεπέραςμα των αισθημάτων της αβεβαιότητας και της ανασφάλειας που προέρχονται από την παιδική ηλικία. Πολλοί είναι οι θεραπευτές που βασίζονται στην ψυχαναλυτική θεωρία του Adler (Δράκος, Γ.Δ., 1991).

5.3.2. Ατομική ψυχολογία

Ο Westrich υποστηρίζει ότι κατά την περίοδο της εξέλιξης υπάρχει ελλειμματική εξέλιξη και συμπεριφορά ως προς το λόγο. Η ικανότητα του κάθε ατόμου για διάλογο εξαρτάται από την στάση του απέναντι στη ζωή αλλά και στον ίδιο του τον εαυτό. Ο Ferenbach κάνει διάκριση ανάμεσα σε δύο τύπους τραυλών: από την μία ο δυστυχισμένος -τραυματισμένος και από την άλλη ο κομπασμένος και δοκησιφόρος. Οι δύο αυτοί τύποι διαφέρουν ως προς την θεώρησή τους για την ζωή. Με την διαδικασία του υπνωτισμού θεραπεύονται επιτυχώς ψυχικά τραύματα όπως έδειξε ο Schilling. Ο ψυχίατρος Frankl πιστεύει ότι η συνειδητή πρόκληση φόβου βοηθά ώστε να ξεπεράσει κάποιος τον φόβο του. Άρα και η συνειδητοποίηση του τραυλισμού απομακρύνει το φόβο του γι' αυτόν. Ονομάζει μάλιστα τον τραυλισμό "Paradoxe Intention". Οι Johnson και Wischner πιστεύουν

πως η απομάκρυνση του φόβου μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν βάση για παραπάνω θεραπεία. Αυτό το πετυχαίνουν με το αίσθημα προσαρμογής που συνίσταται στην επανάληψη ανάγνωσης ενός κειμένου. Κατά την επανάληψη εξαφανίζεται κάθε εμπόδιο που οδηγεί στον τραυλισμό. Ο Shultz προτείνει την αυτοδύναμη άσκηση (όπως π.χ. ο Δημοσθένης), ενώ ο Krech προτείνει χαλαρωτικές ασκήσεις για να λύσει το πρόβλημα του τραυλισμού. Ο Westrich δίνει μεγάλη σημασία στη συμβολή του ψυχοθεραπευτή στο να προκαλέσει διάλογο με το άτομο που πάσχει από τραυλισμό. Το οδηγεί στο να καταλάβει το ίδιο τον τραυλισμό του και το τι περιμένει κάποιος από αυτό αφού του απομακρύνει κάθε εσωτερική σύγκρουση και ένταση. Μετά τις προσωπικές παρεμβάσεις του θεραπευτή το άτομο χαλαρώνει καθώς νιώθει ανακούφιση. Η μέθοδος του Westrich έχει επιτυχία σε παιδιά που έχουν ολοκληρώσει τη γλωσσική τους εξέλιξη. Στην ψυχοθεραπεία συμμετέχουν ο πάσχων, ο οποίος πιέζεται από δυσάρεστες ψυχολογικές καταστάσεις, που προσβάλλουν την επικοινωνία του με τους άλλους και ο ψυχοθεραπευτής που ασχολείται με τον εσωτερικό κόσμο του και θέλει να τον κάνει να ενταχθεί γλωσσικά στο περιβάλλον που ζει (Δράκος, 1991).

Οι ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι επιδρούν ευεργετικά και οδηγούν στο ξεπέραςμα του προβλήματος του τραυλισμού, όταν ληφθούν υπ' όψη η ατομικότητα και η μοναδικότητα της κάθε περίπτωσης. Σε διαφορετική περίπτωση τα συμπτώματα της γλωσσικής νεύρωσης όπως υποστηρίζει ο Schilling μεταφέρονται σε κάποιο άλλο όργανο με όλες τις δυσάρεστες παρενέργειες που αυτό συνεπάγεται. Οι ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι γίνονται η βάση για εφαρμογή κάθε άλλης θεραπείας.

Σύμφωνα με την συμπτωματολογική προσέγγιση θεραπείας δίνεται βαρύτητα στις διαταραχές της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης, σε αντίθεση με τις ψυχικές συγκρούσεις οι οποίες λαμβάνονται ως δευτερογενή συμπτώματα. Ο Gutzmann (1879) θεμελίωσε αυτήν την ασκησιοθεραπεία. Η μέθοδος του είναι ένα σύστημα φωνητικών, αρθρωτικών, αναπνευστικών ασκήσεων γιατί πίστευε ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα σπασμών, του αναπνευστικού, φωνητικού, αρθρωτικού συστήματος ή συνδυασμός όλων αυτών. Οι αναπνευστικές ασκήσεις βασίζονται σε σύντομες εισπνοές και αργές εκπνοές μπροστά στον καθρέφτη με τα χέρια στο στήθος για αυτοέλεγχο. Οι ασκήσεις φωνητικής περιλαμβάνουν ψιθύρισμα και σταδιακό δυνάμωμα της φωνής. Μετά από εξάσκηση προχωρά στην προφορά συμφώνων και φωνηέντων ξεχωριστά, ακολουθούν ασκήσεις ανάγνωσης, απαγγελίας και ομιλίας. Οι επικριτές της θεωρίας αυτής πιστεύουν, ότι η συνειδητοποίηση του προβλήματος του τραυλισμού από το ίδιο το άτομο που τραυλίζει, έχει αρνητικά αποτελέσματα και οδηγεί στην ένταση των συσπάσεων κατά την ομιλία. Σε αντίθεση με τον Gutzmann ο οποίος επιδιώκει την αυτοματοποίηση των επιμέρους ενεργειών της γλώσσας, ο Liebman (1903-1914) προχώρησε σε μια πιο ολοκληρωμένη ψυχοφυσιολογική σύλληψη της θεραπείας της ομιλίας με ασκήσεις. Πιστεύει ότι η προσοχή του ατόμου πρέπει να αποκεντρωθεί από το γλωσσικό του πρόβλημα και να ενισχυθεί ο αυθορμητισμός του. Σε πιο δύσκολες περιπτώσεις προτείνει την αλλαγή συμπεριφοράς του πάσχοντος. Οι λογοθεραπευτικές του ασκήσεις

δυσκολεύουν σταδιακά: ξεκινάν με τραγουδιστή ομιλία (Unisono) και στη συνέχεια προτείνει επαναλήψεις προτάσεων, απαντήσεις σε ερωτήσεις, επαναδιηγήσεις και τέλος ελεύθερη διήγηση. Βασική διάσταση της θεραπείας του Liebman είναι η αρχή παράταση των φωνηέντων (αγώωνας). Οι Wlassona (1957), Becker (1958) και Pavlova (1970) εφαρμόζουν το σύστημα του Liebman. Η Wlassona κάνει χρήση λογορυθμικών ασκήσεων. Το άτομο που τραυλίζει επαναλαμβάνει τα λόγια του θεραπευτή κουνώντας ρυθμικά τα χέρια του δεξιά και αριστερά. Η αγωγή δυσκολεύει με τον καιρό και περιλαμβάνει και ασκήσεις ελεύθερης διήγησης με όσο το δυνατόν πιο πλούσιο λεξιλόγιο.

Τη μέθοδο αυτή την αποδέχεται και ο Froeshels σε παιδιά με κλονικό τραυλισμό χωρίς νευρωτικά συμπτώματα. Πιστεύει ότι η μάσηση είναι η πρώτη μορφή του σταδίου πριν την ομιλία. Βρίσκει ομοιότητες μεταξύ της ομιλίας και της μάσησης, γι' αυτό και προτείνει κατά την φώνηση να παρεμβάλλονται συλλαβές μάσησης. Ο Froeschels αγγίζει και την ψυχοθεραπευτική θεώρηση, όταν αναφέρεται σε βιώματα της πρώιμης παιδικής ηλικίας.

Οι λογορυθμικές ασκήσεις στοχεύουν στην αποκατάσταση της συνεχούς ροής του λόγου του Griner, ο ρυθμικός τονισμός της φωνής του Richter, ο ειδικός ρυθμός της θεωρίας του Maschka, ο μελωδικός τονισμός της ομιλίας του Essen, επανενεργοποίηση της ομιλίας του Luking, η σκηνοθετημένη ομιλία χωρίς φωνή του Schilling, η κινητικοφυσιολογική σταθεροποίηση της αναπνοής του Fitz, ο εννοιολογικός ρυθμός του Smith, η βίωση ρυθμικών διαδικασιών της αναπνοής του Trazan η καταληκτική άσκηση της Fernau Horn και η εκφραστική ομιλία του Weichmann.

Κατά την συμπτωματολογική θεραπεία το άτομο που τραυλίζει χρειάζεται τόσο παιδοψυχολογική όσο και λογοπαιδαγωγική υποστήριξη.

Η πλειοψηφία των σύγχρονων θεραπειών του λόγου και της ομιλίας θεωρούν το σύνδρομο του τραυλισμού ως διαταραχή πολυποίκιλων παραγόντων που αναφέρονται σε όλη την προσωπικότητα του ατόμου. Οι θεραπείες τους είναι συνδυασμός ,ψυχικών ,σωματικών και γλωσσικών παρεμβάσεων (Δράκος, 1991).

Ο Seeman δέχεται την ψυχοθεραπευτική μέθοδο σαν βασική. Το άτομο που τραυλίζει, πρέπει να εκπαιδευτεί, με σκοπό να αποβάλλει τα συναισθήματα κατωτερότητας, την υπερευαισθησία και την δειλία του και να ξεπεράσει τον φόβο για ομιλία. Η παρέμβαση του περιβάλλοντος και η αυτοκυριαρχία συμβάλλουν θετικά στην εξέλιξη του προβλήματος του τραυλισμού. Ο Seeman συνιστά επίσης φαρμακοθεραπεία αλλά και ασκησιοθεραπεία. Η ελεγχόμενη αναπνοή επιδρά ευεργετικά στο αυτόνομο νευρικό σύστημα και δίνεται προσοχή στη μελωδικότητα της γλώσσας. Με παιχνίδι και ασκήσεις πλουτίζεται το λεξιλόγιο με νέες λέξεις και βελτιώνεται η εκφραστική ικανότητα. Με τον συνδυασμό των παραπάνω πετυχαίνεται η καλύτερη άρθρωση. Ο Heese δίνει μεγαλύτερη σημασία στον τόνο της φωνής.

Η Fernau Horn επηρεάζει πολλές θεραπευτικές μεθόδους άλλων θεραπειών. Διαχωρίζει τους τραυλίζοντες ανάλογα με την ηλικία τους και τη νεύρωση από την οποία πάσχουν. Δίνει μεγάλη

σημασία στην ακριβή διάγνωση και θεωρεί, πως μέσα από μία ψυχοθεραπευτική συνομιλία το άτομο που τραυλίζει αποκτά σιγουριά για τον εαυτό του και ο φόβος του δεν αποτελεί εμπόδιο για την θεραπεία του. Θεωρεί αιτία του τραυλισμού την εναλλαγή μηχανισμών παρεμπόδισης οι οποίοι οδηγούν σε ψυχική αναστάτωση και κατά συνέπεια παρεμποδίζουν την ροή ομιλίας. Για την άσκηση της εκπνοής χωρίς δυσρυθμικές εκφράσεις και ένταση προτείνει, ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά τη χρήση ειδικά κατασκευασμένων φουσερών που βοηθούν στη ρυθμική εκπνοή. Επίσης, χρησιμοποιεί την αυθυποβολή, κατά την οποία το παιδί που τραυλίζει, μεταφέρεται νοερά σε μια κατάσταση εξωπραγματική, μιας και πιστεύει, ότι η αυτοματοποίηση της συμπεριφοράς δεν έχει να κάνει με τη λογική σκέψη αλλά με το προστάδιό της. Παραβάλλει π.χ. τα γαληνεμένα κύματα της θάλασσας με τα ταραγμένα κύματα για να γίνει προσπάθεια για ρυθμική εκπνοή με την περάτωση της πρότασης. Μια άλλη διαδικασία που χρησιμοποιεί: Φαντάζεται κανείς μια μεγάλη λεκάνη γεμάτη νερό και μία χάρτινη βαρκούλα να επιπλέει. Το παιδί με συντονισμένες ασκήσεις εκπνοής την οδηγεί πότε δεξιά και πότε αριστερά. Άλλα παιδαγωγικά μέσα μπορούν να θεωρηθούν η η σφυρίχτρα και η φισαρμόνικα. Ο Invert προβάλλει έντονα ιδιαίτερα σε παιδιά προσχολικής-σχολικής ηλικίας την παιχνιδιοθεραπεία. Συνοψίζοντας τις παραπάνω μεθόδους προβαίνουμε στην εξής κατηγοριοποίηση:

- 1) Θεραπεία της ομιλίας με ασκήσεις.
- 2) Ψυχοθεραπευτική μέθοδος στην οποία η θεραπεία γίνεται με την ατομική ψυχολογία ή με ψυχανάλυση.
- 3) Θεραπεία σύμφωνα με την ψυχολογία της συμπεριφοράς.
- 4) Θεραπεία που βασίζεται στον συνδυασμό όλων των μεθόδων (Δράκος, 1991).

5.3.3. Η θεραπεία του τραυλισμού κάτω από το πρίσμα της ατομικής ψυχολογίας

Ο Adler θεμελιωτής της ατομικής ψυχολογίας επισημαίνει ότι το άτομο αγωνίζεται να υπερνικήσει τα μειονεκτήματά και τις αδυναμίες του. Ένα δυνατό κίνητρο για τις πράξεις του είναι η προσπάθειά του για κοινωνική καταξίωση-αναγνώριση. Μέσα από τον τραυλισμό το άτομο προσπαθεί να κρύψει αισθήματα μειονεξίας και την αδυναμία του να ανταποκριθεί με επιτυχία στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του. Συγχρόνως με την θεραπεία του τραυλισμού επιδιώκεται και η θεραπεία της θέλησης για επικράτηση και η απομάκρυνση των αισθημάτων της κατωτερότητας που νοιώθει το άτομο όταν μειώνεται η εκτίμηση που έχει για τον εαυτό του. Επίσης επιδιώκεται ο σχηματισμός μιας υγιούς προσωπικότητας και η απόκτηση καινούργιας συμπεριφοράς. περιγραφή Σύμφωνα με την ατομική ψυχολογία η περιγραφή του τραυλισμού εκφράζεται σε τέσσερις θέσεις.

A. Ο τραυλισμός σαν προσωπικό γεγονός. Ο τραυλισμός βρίσκεται σε στενή σχέση με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες δρα το άτομο. Τα συμπτώματά του εμφανίζονται πιο έντονα όταν αυτό βρίσκεται κάτω από ψυχολογική πίεση ενώ άλλοτε εξαφανίζονται.

B. Ο τραυλισμός σαν διαταραγμένη κοινωνική επαφή.Παρεμποδίζεται η ομιλία του ατόμου

όταν η επιρροή του συνομιλητή είναι μεγάλη (Knutra).

Γ. Ο τραυλισμός σαν σκόπιμη συμπεριφορά. Το παιδί τραυλίζει για να κερδίσει την εύνοια του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκεται. Η υπερβολική προσοχή που δίνει στο πρόβλημα η μητέρα ωθεί το παιδί να μονιμοποιήσει τον τραυλισμό του.

Δ. Ο τραυλισμός σαν μία υποκειμενική συνειδητή συμπεριφορά. Το άτομο τραυλίζει κάθε φορά που το εγώ του εκτίθεται στις απαιτήσεις της κοινωνίας και η αυτοεκτίμησή του κινδυνεύει να μειωθεί. Οι φάσεις θεραπείας που ακολουθούνται στα παιδιά είναι η συλλογή πληροφοριών ώστε να έχει ο θεραπευτής ολοκληρωμένη εικόνα της συμπεριφοράς του παιδιού, οι συνομιλίες πάνω σε θέματα που απασχολούν τα παιδιά, οι παιχνιδιοθεραπεία και παιχνίδια ρόλων για το ξεπέραςμα ψυχικών εντάσεων, η ομαδική λογοθεραπεία, η σωστή συμπεριφορά των γονιών απέναντι στο παιδί τους και τα θεραπευτικά μέσα επίσης συνιστούν σεβασμό στο παιδί και την αποδοχή του ως ίσο (Δράκος, 1991).

5.3.4. Η θεραπεία του τραυλισμού κάτω από το πρίσμα της ψυχαναλυτικής θεώρησης.

Με βάση την ερμηνεία του Freud υπεύθυνη για τον τραυλισμό είναι η Libido. Απωθημένες παραστάσεις ψυχικές συγκρούσεις καθώς και ενοχικές σκέψεις που προσπαθούν να παραμείνουν στο υποσυνείδητο οδηγούν στην παρεμπόδιση της ροής της ομιλίας. Ακόμη, φόβοι που απορρέουν από το Οιδιπόδειο σύμπλεγμα και συγκρουόμενα συναισθήματα είναι ευνοϊκές προϋποθέσεις για τη γένεση του τραυλισμού. Η αρνητική επίδραση της οικογένειας σε συνδυασμό με κληρονομικούς παράγοντες διαμορφώνουν μια προσωπικότητα με στοιχεία ψυχοπαθολογικά. Η υπερπροστατευτικότητα της μητέρας καθώς και η αδύναμη προσωπικότητά της προκαλούν επιδείνωση προς την κατεύθυνση μιας ψυχοπαθολογικής προσωπικότητας. Με την ψυχανάλυση ως μέθοδο θεραπείας του τραυλισμού επιδιώκεται ο προσδιορισμός των νευρωτικών διαταραχών και η αντιμετώπισή τους με ενίσχυση του εγώ. Τα σπουδαιότερα στάδια της θεραπείας είναι: Ο ελεύθερος συνειρμός, όπου το άτομο ενθαρρύνεται να συνειδητοποιήσει τις εσωτερικές του συγκρούσεις και να εκφραστεί ελεύθερα χωρίς να φοβάται ή να ντρέπεται τον ψυχαναλυτή. Κατά την διαδικασία αυτή ο ασθενής καταφεύγει σε επιθετικά ξεσπάσματα. Ο ψυχαναλυτής πλησιάζει τις παιδικές εμπειρίες του ατόμου (Anamnese). Με την μεταβίβαση επίσης επιτυγχάνεται η ψυχική ανακούφιση του ασθενή. Κατά την μεταβίβαση ο ασθενής βλέπει στο πρόσωπο του ψυχαναλυτή ένα δικό του πρόσωπο που του προκαλούσε άγχος, ενώ ο ψυχαναλυτής αντιδρά με κατανόηση. Στο παιδί η θεραπεία περιλαμβάνει ομιλία και είναι κυρίως παιγνιοθεραπεία. Ο θεραπευτής δημιουργεί μια φιλική σχέση με το παιδί και το ενισχύει να μη δέχεται απήφιστα επιβολές από τους ενήλικες και να προβάλλει δικές του αξιώσεις (Δράκος, 1991).

5.3.5. Η θεραπεία του τραυλισμού κάτω από το πρίσμα της ψυχολογίας της συμπεριφοράς.

Οι συμπεριφοριστές περιγράφουν τον τραυλισμό σαν ανεπιθύμητη μάθηση. Αποτέλεσμα μάθησης είναι η διαταραγμένη ροή της ομιλίας άρα και η θεραπεία πρέπει να εστιάζει στην θεραπεία της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Ο τραυλισμός είναι αντίδραση σε ερεθισμούς που προκαλούν αρνητικά βιώματα. Η θεραπεία συνίσταται στην εξάλειψη αυτών των ερεθισμών . Οι επιμέρους φάσεις της θεραπείας είναι οι εξής: α) Χαλαρωτικές ασκήσεις. Με την χαλάρωση ο ασθενής πετυχαίνει μία ψυχική κατάσταση, όπου δεν αντιδρά με φόβο ακόμη και μπροστά στα ερεθίσματα που του προκαλούσαν φόβο. β) Συστηματική απευαισθητοποίηση. Σ' αυτήν γίνεται σύνδεση ανάμεσα σε δύο αντίθετες καταστάσεις. Από την μία το άτομο βρίσκεται σε μια ψυχική χαλάρωση και από την άλλη ενώπιον αρνητικών ερεθισμάτων. Το αρνητικό συναίσθημα αδρανεύει ενόψει της ευχάριστης κατάστασης. γ) Ανάπτυξη του συναισθήματος ασφαλείας. δ) Το παιχνίδι των ρόλων όπου παρουσιάζονται πιθανές καταστάσεις και τα άτομα συζητούν για τον σωστό τρόπο αντιμετώπισής τους. ε) Αλλαγή στάσης απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό. ζ) Ρυθμός στην ομιλία που μειώνει τα συμπτώματα του τραυλισμού αποπροσανατολίζοντας το άτομο από το πρόβλημά του. Επιπλέον, επιβραδυνόμενος ρυθμός ομιλίας όπου το άτομο παρακολουθείται από μηχανήματα. η) Επίσης τα μηχανήματα Masking χρησιμοποιούνται για να βελτιώσουν την διαταραγμένη ροή της ομιλίας. Το άτομο δέχεται από το μηχανήματα ήχους οι οποίοι επηρεάζουν το ρυθμό ομιλίας του.

Σύμφωνα με την άποψη των συμπεριφοριστών γίνεται προσπάθεια θεραπείας του τραυλισμού με ψυχολογικές ποινές ή θετική ενίσχυση. Επίσης το άτομο προβαίνει σε αυτοκυριαρχία και με "Νίνο" ασκήσεις γίνεται η προσέγγιση της κατάστασης που προκαλεί φόβο και απελευθερώνει τα συμπτώματα του τραυλισμού (Δράκος, 1991).

5.3.6. Θεραπεία του τραυλισμού βασισμένη στον συνδυασμό όλων των μεθόδων

Η διατομικότητα του τραυλισμού, η διαφορετική ένταση των συμπτωμάτων του, η διατομικότητα του τραυλισμού, η πολυμορφία, της εκδήλωσής του καθώς και η διαφορετική γενεσιουργός αιτία του, επιβάλλει την προσεκτική αλληλοσυμπλήρωση των προαναφερθέντων θεραπευτικών μεθόδων. Τα μεμονωμένα στοιχεία της κάθε μεθόδου πρέπει να συμπληρώνουν το ένα το άλλο κατάλληλα π.χ. οι λογοπαιδαγωγικές θεραπευτικές οφείλουν να συνδυαστούν με την αλλαγή της στάσης του ατόμου μέσα στην κοινωνία (Δράκος, 1991).

5.4. Συγχρονες μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού

Στην 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

τεχνικών και μεθόδων, που γεννήθηκαν από την πειραματική μελέτη των αρχών που διέπουν την μάθηση.

Στην περίπτωση του τραυλισμού, οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, επικεντρώνονται στις δυσχέρειες που παρουσιάζει το άτομο στη ροή του λόγου του και στοχεύουν ευθέως στη μείωση της εκδήλωσης των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Αυτές οι τεχνικές μπορεί να χρησιμοποιούνται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό μεταξύ τους. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

5.4.1. Συστηματική απευαισθητοποίηση

Ένας από τους λόγους για τους οποίους ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα σε ορισμένες καταστάσεις από ότι σε άλλες, μπορεί να είναι επειδή κάποιο ερέθισμα που συνδέεται με αυτές προκαλεί ασυνήθιστα υψηλά επίπεδα άγχους. Για αυτό, λοιπόν, αν μπορούσε να αλλάξει η αντίδραση του ατόμου σε αυτό το ερέθισμα, τότε θα μπορούσε να σημειωθεί μείωση στην εκδήλωση του τραυλισμού. Με άλλα λόγια αν μειωθεί το επίπεδο άγχους του ατόμου στην παρουσία του συγκεκριμένου ερεθίσματος, τότε εξασθενεί η σύνδεση ανάμεσα στο ερέθισμα και τη φοβική αντίδραση. Η εφαρμογή αυτής της αρχής, προϋποθέτει να βρεθεί το άτομο σε μια τέτοια συναισθηματική κατάσταση η οποία να διευκολύνει τον περιορισμό του άγχους, όπως συμβαίνει, για παράδειγμα, σε κατάσταση χαλάρωσης. Στη συνέχεια, το άτομο καλείται να φανταστεί το φοβικό ερέθισμα με διάφορους τρόπους, ξεκινώντας από αυτόν που του προκαλεί το λιγότερο άγχος και προχωρώντας σε τρόπους όπου αναμένεται σταδιακή αύξηση του άγχους. Στην περίπτωση του τραυλισμού, για παράδειγμα πολλές φορές το φοβικό ερέθισμα μπορεί να είναι μια τηλεφωνική συνομιλία. Έτσι λοιπόν, αρχικά, μπορεί να ζητηθεί από το άτομο, το οποίο έχει περιέλθει πρώτα σε κατάσταση χαλάρωσης από τον θεραπευτή, να φανταστεί ότι μπεινοβγαίνει σε ένα δωμάτιο όπου υπάρχει τηλέφωνο. Όταν το άτομο καταστεί ικανό να φαντάζεται αυτήν την κατάσταση χωρίς άγχος, μπορεί να του ζητηθεί στη συνέχεια να φανταστεί ότι έχει μια τηλεφωνική επικοινωνία με κάποιον. Μετά από αρκετές επαναλήψεις, μπορεί να πραγματοποιήσει μια σύντομη τηλεφωνική επικοινωνία με ένα οικείο του πρόσωπο, παρουσία του θεραπευτή και ούτω καθεξής, μέχρι να μπορεί να χειρίζεται πλήρως την τηλεφωνική επικοινωνία σε πραγματικές συνθήκες και χωρίς άγχος. Όταν το καταφέρει, το πιο πιθανόν είναι ότι δεν θα εκδηλώνεται τραυλισμός σε αυτή τη συγκεκριμένη κατάσταση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

5.4.2. Μέθοδοι που βασίζονται της αρχές της συντελεστικής μάθησης

Ορισμένοι ερευνητές, έχουν προτείνει μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού, οι οποίες βασίζονται της αρχές που διατύπωσαν ο Skinner και οι συνεργάτες του (Martin, 1993). Οι τεχνικές οι οποίες χρησιμοποιούνταν στα πλαίσια αυτών των μεθόδων, στόχευαν ευθέως στην εξουδετέρωση του τραυλισμού, μέσω τιμωρίας, ενώ η λεκτική ευχέρεια αποτελούσε την

επιθυμητή συμπεριφορά, η οποία αναμενόταν να εκδηλωθεί μέσω ενίσχυσης. Η τιμωρία μπορούσε να εφαρμοστεί μέσω λεκτικής επίπληξης, χρήσης κάποιου θορύβου κάθε φορά που το άτομο τραύλιζε, απαγόρευσης της ομιλίας για ορισμένο χρονικό διάστημα, κ.α. (Silverman, 2004). Οι μέθοδοι αυτές, βασίζονταν σε ορισμένα πειράματα που έδειχναν ότι η εκδήλωση του τραυλισμού μπορούσε να ελεγχθεί με αυτόν τον τρόπο, τουλάχιστον προσωρινά (Martin et al., 1972). Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί επιφυλάξεις για την χρήση αυτών των μεθόδων καθώς η συνεχής επισήμανση σε ένα άτομο ότι τραύλιζε ενδέχεται να κάνει πιο έντονα αντί να μειώσει τα συμπτώματα του τραυλισμού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

5.4.3. Άλλες μέθοδοι τροποποίησης της συμπεριφοράς

Άλλες μέθοδοι, οι οποίες στοχεύουν ευθέως στην τροποποίηση της λεκτικής συμπεριφοράς του ατόμου είναι οι αναπνευστικές ασκήσεις (Tonev, 1994), η βιοανάδραση, οι τεχνικές χαλάρωσης των μυών του γλωσσικού μηχανισμού (Gilman & Yaruss, 2000), υποβολή μέσω ύπνωσης ή και χωρίς ύπνωση και άλλα. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Συνολικά, όλες οι μέθοδοι τροποποίησης της συμπεριφοράς φαίνεται να έχουν σημαντικά αποτελέσματα ως προς την μείωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Τα θετικά τους αποτελέσματα, όμως, δεν φαίνεται να διευρύνονται σε όλα τα άτομα στα οποία εφαρμόζονται αυτές οι μέθοδοι, και σε πολλές περιπτώσεις, τα αποτελέσματα είναι προσωρινά και δεν αντέχουν τη διάρκεια του χρόνου (Boberg et al., 1979). Ο Bray και οι συνεργάτες του (2003) εκτιμούν ότι αυτό γίνεται επειδή με το πέρασμα το χρόνου επέρχεται η απόσβεση των εξαρτημένων αντιδράσεων που είχαν επιτευχθεί κατά τη διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος και επειδή οι μέθοδοι αυτές δεν εστιάζουν καθόλου στις αντιλήψεις των ατόμων με τραυλισμό.

Στα πλαίσια της ίδιας συλλογιστικής, η παλινδρόμηση σε σημαντικό αριθμό ατόμων που συμμετείχαν σε τέτοια προγράμματα, είναι απολύτως αναμενόμενη, εφόσον τα προγράμματα αυτά στοχεύουν ευθέως στα συμπτώματα του προβλήματος, παραγνωρίζοντας τα αίτιά του, και στρέφουν την προσοχή του ατόμου στον τρόπο της ομιλίας του αντί να τον απομακρύνουν από αυτόν, ενώ παράλληλα, αντιμετωπίζουν τον τραυλισμό ως ένα μονοδιάστατο φαινόμενο αγνοώντας διαστάσεις του και τις πολυποίκιλες μορφές. Ο όρος «τραυλισμός» δεν είναι απλώς συνώνυμο της δυσχέρειας στη ροή του λόγου, αλλά αναφέρεται σε ένα σύνολο συναισθηματικών, συμπεριφορικών και γνωστικών χαρακτηριστικών εκ των οποίων η δυσχέρεια στη ροή του λόγου αποτελεί μια από τις πιο εμφανείς εκδηλώσεις του (Cooper & Cooper, 1995). Όπως επισημαίνουν πολλοί ερευνητές, αν και οι μέθοδοι τροποποίησης της συμπεριφοράς έχουν ως αποκλειστικό στόχο τη μείωση των στιγμών τραυλισμού, οι δυσκολίες στη ροή του λόγου δεν αποτελούν την μοναδική αιτία που οδηγεί, τα άτομα με τραυλισμό στην ανάγκη για αναζήτηση βοήθειας από τον ειδικό (Cooper, 1986).

5.4.4. Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία

Τα τελευταία 25 χρόνια η προσπάθεια αντιμετώπισης του τραυλισμού έχει απομακρυνθεί από τα στενά πλαίσια των δυσκολιών στη ροή του λόγου και προσανατολίζεται σε μια διαφορετική προοπτική, η οποία επικεντρώνεται στο άτομο ως σύνολο. Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας το άτομο αντιμετωπίζεται ως σκεπτόμενο ον, το οποίο δεν είναι παθητικός δέκτης των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος αλλά διαμορφώνει τη συμπεριφορά του ενεργητικά, ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύει και αντιλαμβάνεται τα ερεθίσματα αυτά. Η διαδικασία ερμηνείας των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος είναι μια φυσιολογική λειτουργία, η οποία διευκολύνει συνήθως το άτομο στην αποτελεσματική του προσαρμογή. Στην περίπτωση όμως, που οι αντιλήψεις του ατόμου είναι δυσλειτουργικές, τότε αντιμετωπίζει δυσκολίες προσαρμογής στο περιβάλλον του.

Σύμφωνα με τον Bandura (1986) «προκειμένου να αλλάξει κανείς τον τρόπο που συμπεριφέρεται, πρέπει πρώτα να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται». Η άποψη αυτή αποτελεί τη βάση των σύγχρονων μεθόδων αντιμετώπισης του τραυλισμού, οι οποίες υιοθετούν τις αρχές της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και βασίζονται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, στη γνωσιακή θεωρία και στη θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ωστόσο, οι ρίζες, των μεθόδων αυτών ανατρέχουν στις ιδέες του Johnson και του Van Riper, οι οποίες έχουν απορριφθεί από τους ειδικούς που υιοθετούσαν την αυστηρά συμπεριφοριστική προσέγγιση.

Σύμφωνα με τις θεωρίες που προαναφέρθηκαν, η αμυντική και αποφευκτική συμπεριφορά όταν το άτομο αντιλαμβάνεται κάποιες ενδείξεις, που για το ίδιο, σηματοδοτούν προειδοποίηση για επερχόμενα αρνητικά συμβάντα (Bandura, 1986). Στην περίπτωση του τραυλισμού, αυτές οι ενδείξεις μπορεί να είναι ορισμένα στοιχεία του λόγου, ή συγκεκριμένοι άνθρωποι, ή καταστάσεις που σηματοδοτούν τον κίνδυνο της απώλειας ελέγχου της καλής ροής ομιλίας. Οι ενδείξεις αυτές, έχουν τη μορφή γνωστικών αναπαραστάσεων. Οι αντιδράσεις του ατόμου σε αυτές τις γνωστικές αναπαραστάσεις γίνονται σιγά σιγά αντανακλαστικές. Η ένταση αυξάνεται, το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση εγρήγορσης και αγωνίζεται να αρθρώσει λόγο, εκδηλώνοντας έτσι τα πιο εμφανή χαρακτηριστικά του τραυλισμού.

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, βοηθά το άτομο να αντιμετωπίζει 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 άσκησή του στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων δεξιοτήτων στην επίλυση προβλημάτων. Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές μέθοδοι στις περιπτώσεις του τραυλισμού επικεντρώνονται στην αλλαγή των προσδοκιών αυτό-αποτελεσματικότητας του ατόμου που τραυλίζει κατά την λεκτική επικοινωνία. Πιο συγκεκριμένα, ο βασικός τους στόχος είναι να βοηθήσουν το άτομο που τραυλίζει να πιστέψει στις ικανότητές του να αντιδρά αποτελεσματικά στη παρουσία των ενδείξεων, που παλαιότερα

πυροδοτούσαν την αναμονή εκδήλωσης τραυλισμού (Prins, 1993).

Η τροποποίηση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων ενός ατόμου επιτυγχάνουν μέσα από βιώματα ελέγχου των καταστάσεων που προκύπτουν από επιτυχείς επιδόσεις. Τα άτομα με τραυλισμό, βιώνουν συχνές εμπειρίες αποτυχίας στη λεκτική επικοινωνία, οι οποίες μπορεί να τα οδηγήσουν στη διαμόρφωση της αντίληψης ότι δεν έχουν τον έλεγχο της ομιλίας τους και ότι τους συμβαίνει κάτι μυστηριώδες, στο οποίο δεν έχουν δυνατότητα παρέμβασης. Στα πλαίσια των γνωσιακών- συμπεριφορικών μεθόδων, ο ειδικός καθοδηγεί το άτομο με πολλές τεχνικές στην επίτευξη καλής ροής ομιλίας κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, προκειμένου να πεισθεί ότι έχει την ικανότητα με μιλά με καλή ροή. Η επισήμανση όλων αυτών των καταστάσεων στις οποίες μειώνεται η εκδήλωση του τραυλισμού (τραγούδι, ομιλία σε ζώα, κ.α.), διευκολύνει προς αυτή τη κατεύθυνση. Ακόμη, μια άλλη μέθοδος η οποία απορρέει από τη θεωρία του, για την αλλαγή των δυσλειτουργικών αντιλήψεων, είναι αυτή, όπου μέσω της παρακολούθησης βιντεοσκοπημένων στιγμιότυπων, το άτομο που βρίσκεται σε θεραπευτικό πρόγραμμα, παρακολουθεί άλλα άτομα που τραυλίζουν, ή ακόμα και τον εαυτό του, σε στιγμιότυπα που παρουσιάζουν επιτυχία στη λεκτική επικοινωνία σε διάφορες καταστάσεις (modeling, self-modeling) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η σταδιακή τροποποίηση των προσδοκιών αυτό-αποτελεσματικότητας του ατόμου οδηγεί, συνήθως, σε βελτίωση των επιδόσεών του στο συγκεκριμένο τομέα, με αποτέλεσμα την περαιτέρω ενίσχυση της αίσθησης αυτό-αποτελεσματικότητάς του μέσω επανειλημμένων βιωμάτων επιτυχίας στον τομέα όπου πιο παλιά δοκίμαζε κυρίως αποτυχίες (Bandura, 1986).

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η χρήση των αρχών και τεχνικών της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, στηρίζεται σε ένα καλά δομημένο, τεκμηριωμένο και πολυδιάστατο θεωρητικό πλαίσιο. Ωστόσο, η εφαρμογή αυτών των μεθόδων αποτελεί εγχείρημα πιο πολύπλοκο από την εφαρμογή μεθόδων τροποποίησης συμπεριφοράς επειδή απαιτεί σαφή θεωρητικό προσανατολισμό, μεγάλη εμπειρία, καθώς επίσης και τον συνδυασμό γνώσεων από πολλά διαφορετικά επιστημονικά πεδία. Ίσως για αυτό οι μέθοδοι αυτές δεν έχουν υιοθετηθεί στην πράξη από πολλούς ειδικούς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006) (βλέπε Παράρτημα Λ).

5.5. Μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας

Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται αυξανόμενο ενδιαφέρον όσον αφορά στην αξιολόγηση και εφαρμογή νέων μεθόδων θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού, κατά την προσχολική ηλικία. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, φαίνεται ότι επικρατούν δύο κυρίαρχες τάσεις στις προσπάθειες αντιμετώπισης του τραυλισμού σε παιδιά κάτω των πέντε ετών: η άμεση και η έμμεση παρέμβαση. Οι μέθοδοι άμεσης παρέμβασης προϋποθέτουν την ένταξη του ίδιου του παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα και περιλαμβάνουν διάφορες τεχνικές, οι οποίες έχουν ως στόχο να ασκηθεί το παιδί ώστε να ελέγξει και να μειώσει, όσο γίνεται περισσότερο, τόσο τα συμπτώματα

του τραυλισμού, όσο και τις συναφείς μορφές δυσλειτουργικής λεκτικής συμπεριφοράς. Η αγωγή λόγου και η χρήση μεθόδων τροποποίησης συμπεριφοράς ανήκουν σε αυτό το είδος παρέμβασης. Οι μέθοδοι έμμεσης παρέμβασης δεν προϋποθέτουν απαραίτητα την ένταξη του ίδιου του παιδιού σε πρόγραμμα, αλλά επικεντρώνονται συνήθως στην εκπαίδευση των γονέων του παιδιού και περιλαμβάνουν οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια δεν παρεμβαίνει ευθέως στον λόγο του παιδιού, αλλά εστιάζει στην τροποποίηση της συμπεριφοράς των γονέων του καθώς επίσης και στην αλλαγή άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

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

Βασιζόμενοι στα πειράματα αυτά, μια ομάδα Αυστραλών ανέπτυξε και εφαρμόζει από τότε ένα πρόγραμμα τροποποίησης συμπεριφοράς στα παιδιά με τραυλισμό, το οποίο είναι γνωστό ως πρόγραμμα «Lidcombe». Το πρόγραμμα αυτό αποτελεί ίσως, μία από τι πιο γνωστές μεθόδους άμεσης αντιμετώπισης του τραυλισμού σε μικρά παιδιά, η οποία σύμφωνα με έρευνες των ειδικών που την προτείνουν, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική (Onslow et al., 1990). Στα πλαίσια του προγράμματος αυτού, το παιδί και οι γονείς επισκέπτονται μία φορά την εβδομάδα τον ειδικό, ο οποίος εκπαιδεύει τους γονείς στην εφαρμογή των τεχνικών του προγράμματος στο σπίτι. Οι επισκέψεις στον ειδικό έχουν ως σκοπό να τον δουν οι γονείς να εφαρμόζει τις τεχνικές αυτές με το παιδί, αλλά και να δουλέψουν οι ίδιοι με το παιδί μπροστά του, με σκοπό αυτός να αξιολογήσει κατά πόσο οι γονείς εφαρμόζουν σωστά τις τεχνικές, έτσι ώστε στη συνέχεια να τους κατευθύνει ανάλογα. Οι επισκέψεις αυτές στον ειδικό, λιγότευουν όσο το πρόγραμμα προχωράει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Οι τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς, που εφαρμόζονται σε αυτό το πρόγραμμα, αφορούν

βασικά στην ενίσχυση του παιδιού κάθε φορά που μιλάει χωρίς να τραυλίζει και στη διόρθωσή του κάθε φορά που τραυλίζει. Οι γονείς για παράδειγμα θέτουν συγκεκριμένους στόχους στο παιδί, όπως: «Για να δούμε αν θα καταφέρεις να μην κολλήσεις καθόλου κατά τη διάρκεια της βόλτας που θα πάμε». Αν το παιδί τραυλίζει, τότε οι γονείς επισημαίνουν το γεγονός, με θετική διάθεση και χωρίς αξιολογικές κρίσεις, ως εξής: «Νομίζω ότι κόλλησες σε αυτή τη λέξη». Στη συνέχεια, ζητούν από το παιδί να επαναλάβει τη λέξη στην οποία κόλλησε μέχρι να τη πει σωστά, προκειμένου να τους δοθεί η ευκαιρία να το επιβραβεύσουν. Οι γονείς εκπαιδεύονται από τον ειδικό ώστε να χρησιμοποιούν αυτές τις τεχνικές κατά την διάρκεια μιας καθημερινής δεκάλεπτης συνεδρίας στο σπίτι αλλά και εκτός προγράμματος, δηλαδή καθ' όλη την διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων. Επίσης τους δίνεται, η οδηγία να επισημαίνουν τις στιγμές του τραυλισμού με θετικό και μη τιμωρητικό τρόπο, όχι όμως συνεχώς, αλλά μία στις πέντε φορές που αυτές εμφανίζονται. Όταν επισκέπτονται τον ειδικό, οι γονείς φέρνουν μαζί τους μαγνητοφωνημένα δείγματα συνομιλίας με το παιδί, προκειμένου να αξιολογηθεί τόσο η πρόοδος του παιδιού όσο και ορθότητα της δικής τους στάσης.

Είναι όμως φανερό πως ένα πρόγραμμα, καθαρά συμπεριφοριστικό, όπως είναι το «Lidcombe», το οποίο, όπως είδαμε, εστιάζει αποκλειστικά και άμεσα στη ροή του λόγου, έχει πολλά μειονεκτήματα, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο. Καταρχήν, το πρόγραμμα αυτό δεν βασίζεται σε κάποια συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση η οποία να συνυπολογίζει την αιτιολογία του τραυλισμού. Για την ακρίβεια, παραγνωρίζει εντελώς την αιτιολογία του προβλήματος και επικεντρώνεται αποκλειστικά στα συμπτώματα του παιδιού και μάλιστα μόνο σε αυτά που εκδηλώνονται σε λεκτικό επίπεδο. Όπως έχουμε επισημάνει, όμως, ο τραυλισμός δεν αποτελεί απλώς πρόβλημα λόγου και ομιλίας αλλά έχει πλείστες ψυχολογικές προεκτάσεις, οι οποίες δεν φαίνεται να λαμβάνονται καθόλου υπόψη σε ένα τέτοιο πρόγραμμα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

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

επινοήσει το πρόγραμμα Lidcombe, έχουν δηλώσει ότι αδυνατούν να βρουν ικανοποιητική εξήγηση η οποία να δικαιολογεί την αποτελεσματικότητα του προτεινόμενου θεραπευτικού προγράμματος.

Εκτιμούμε πως η σχετική αποτελεσματικότητα του προγράμματος Lidcombe μπορεί να οφείλεται στο γεγονός της αυθυποβολής του παιδιού το οποίο, μέσα από την προσπάθειά του να διορθώσει τις δυσκολίες στη ροή του λόγου του, βρίσκει ευκαιρίες να πεισθεί ως προς τη δυνατότητά του να μιλά με καλή ροή. Η πεποίθησή του αυτή στην συνέχεια μπορεί να εδραιώνεται μέσα από τη θετική ανατροφοδότηση που προσφέρουν οι γονείς του, οι οποίοι καθοδηγούν το παιδί σύμφωνα με τις οδηγίες του θεραπευτή σε αυτό το πρόγραμμα. Μέσα, λοιπόν, από μια τέτοια διαδικασία, όπως είναι αυτή η οποία ακολουθείται με την εφαρμογή του προγράμματος Lidcombe, είναι πιθανό να τροποποιηθεί η αντίληψη του παιδιού ως προς την ικανότητα του να μιλά με καλή ροή και το γεγονός αυτό μπορεί να διευκολύνει την υποχώρηση του τραυλισμού. Σε κάθε περίπτωση και ανεξάρτητα από την τεχνική η οποία χρησιμοποιείται, εφόσον το άτομο καταφέρει να τροποποιήσει τις αντιλήψεις ως προς την ικανότητα να μιλά με καλή ροή και εφόσον πεισθεί πια για αυτό, τότε δεν του είναι απαραίτητο να εστιάζει κάθε φορά που θα μιλήσει στη ροή του λόγου του και έτσι μπορεί να παραμείνει ενεργοποιημένος ο αυτόματος μηχανισμός της ροής του λόγου, με αποτέλεσμα την υποχώρηση του τραυλισμού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Άλλο ένα γνωστό πρόγραμμα με κύρια εφαρμογή σε παιδιά κάτω των 7 ετών είναι το θεραπευτικό πρόγραμμα που αναπτύχθηκε και υιοθετήθηκε από το κλινικό κέντρο θεραπείας του Michael Palin στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το λεγόμενο Palin PCI δίνει επίσης μεγάλη έμφαση στο ρόλο των γονέων. Στόχος του προγράμματος είναι να εδραιωθεί ουσιαστική γνώση και κατανόηση των γονέων για τον τραυλισμό, να μειωθεί το άγχος τους και φυσικά να μειωθούν εμμέσως και οι τραυλικές εκφορές του παιδιού.

Το Palin PCI έχει τη θεωρητική του βάση στην πεποίθηση ότι ο τραυλισμός είναι πολυπαραγοντικός και ότι σε κάθε παιδί που τραυλίζει ο κλινικός πρέπει να αναγνωρίζει την πολυπαραγοντικότητα των συμπτωμάτων αλλά και τις σημαντικές ικανότητες που κάθε παιδί έχει και φέρνει μαζί του στο θεραπευτικό πλαίσιο. Σημαντικό μέρος του PCI 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 οι γονείς «οπλίζονται» με πληροφορίες για σωστές και «λανθασμένες» τεχνικές αλληλεπίδρασης και ενθαρρύνονται για τις πρώτες με συγκεκριμένες συμπεριφορές. Το όλο πρόγραμμα διαρκεί συνήθως 6-12 βδομάδες με τις θεραπευτικές «συνεδρίες» να πραγματοποιούνται και να βιντεοσκοποούνται στο σπίτι. Οι ανατροφοδοτήσεις γίνονται εβδομαδιαία στην κλινική. Η ερευνητική στήριξη στο PCI είναι ακόμη μικρή αλλά αποτελεί ανερχόμενο πρόγραμμα σε πολλούς κλινικούς κύκλους ιδιαίτερα στη Βρετανία και τη Ευρώπη. Όπως και το Lidcombe, προαπαιτεί ειδική εκπαίδευση που παρέχεται από το κλινικό κέντρο θεραπείας του Michael Palin. Αυτό το πρόγραμμα παρομοιάζει με προγράμματα έμμεσης

θεραπείας που εφαρμόζονται σε πλήθος κλινικών λογοπαθολογίας παγκοσμίως. (Kelman & Nicholas, 2013).

Σύμφωνα με τους Cooper & Cooper (1996), το 92% των ειδικών προτιμά την έμμεση παρέμβαση και θεωρεί τη συμβουλευτική γονέων ως το πιο σημαντικό κομμάτι της έγκαιρης παρέμβασης για τον τραυλισμό. Άλλωστε, τόσο η ανάπτυξη του παιδιού όσο και η ζωή της οικογένειάς του επηρεάζονται από την ύπαρξη του τραυλισμού και αντίστροφα, αλλαγές στην οικογένεια και στο παιδί φαίνεται να επηρεάζουν την εξέλιξη του προβλήματος (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Επομένως, η εφαρμογή μεθόδων που λαμβάνουν υπόψη αυτή τη δυναμική αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας στην αντιμετώπιση του τραυλισμού.

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

Εκτός από τη συμβουλευτική προς τους γονείς, σε ορισμένα προγράμματα έμμεσης θεραπευτικής παρέμβασης για παιδιά προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό, εντάσσεται το ίδιο το παιδί σε πρόγραμμα, χωρίς όμως να επικεντρώνεται η θεραπεία ευθέως στην τροποποίηση της ομιλίας του. Στο πρόγραμμα συστηματικής απευαισθητοποίησης, για παράδειγμα, που περιγράφηκε από τον Van Riper (1972), το παιδί εκτίθεται σε σταδιακά αυξανόμενες συνθήκες επικοινωνιακής πίεσης, τις οποίες διαμορφώνει ο θεραπευτής, προκειμένου να μάθει να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε αυτές. Σε άλλα προγράμματα, ο θεραπευτής λειτουργεί ως μοντέλο σωστής ομιλίας προς το παιδί, χωρίς όμως να απαιτεί άμεσα από αυτό την υιοθέτηση του τρόπου ομιλίας που του δείχνει ενώ, ταυτόχρονα, λειτουργεί ως μοντέλο σωστής συμπεριφοράς προς τους γονείς, προκειμένου να τροποποιήσουν στη συνέχεια και οι ίδιοι τη συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί που τραυλίζει

(Egolf et al., 1972).

Συμπερασματικά, οι περισσότεροι ερευνητές που ασχολούνται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού κατά τη προσχολική ηλικία, αναφέρουν σημαντικά αποτελέσματα και πολύ λίγες πιθανότητες παλινδρόμησης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Φαίνεται, λοιπόν, ότι η παρέμβαση σε αυτή την ηλικιακή ομάδα έχει τις περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην πλήρη εξαφάνιση του τραυλισμού (Conture, 1996).

5.6. Μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης σε παιδιά σχολικής ηλικίας

Οι περισσότερες μέθοδοι αντιμετώπισης του τραυλισμού απευθύνονται σε ενήλικες, ενώ τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται αυξημένο ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση του τραυλισμού κατά την προσχολική ηλικία. Φαίνεται, λοιπόν, ότι τα δεδομένα που διαθέτουμε για την ανάπτυξη και αξιολόγηση μεθόδων θεραπευτικής αντιμετώπισης που απευθύνονται σε παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους, είναι αρκετά περιορισμένα (Druce et al., 1997). Οι πιο τις από αυτές τις μεθόδους άλλωστε, προέρχονται από αυτές που χρησιμοποιούνται για τις ενήλικες, με ορισμένες τροποποιήσεις προκειμένου να προσαρμοστούν στον παιδικό πληθυσμό. Η προσέγγιση που ακολουθείται συνήθως σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι η άμεση, δηλαδή η ένταξη του παιδιού ή του έφηβου σε θεραπευτικό πρόγραμμα, με κύριο στόχο την προσπάθεια τροποποίησης της ροής του λόγου με συμπεριφοριστικές μεθόδους.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με τραυλισμό, τις περισσότερες φορές, ζουν με την εμπειρία των δυσκολιών στη ροή του λόγου τις για μεγάλο χρονικό διάστημα ανάλογα με την περίπτωση, με αποτέλεσμα να έχουν συνειδητοποιήσει πλέον το πρόβλημα, να έχουν αναπτύξει υποκειμενικούς κανόνες οι οποίοι ενδέχεται να καθοδηγήσουν σε αποφευκτικές μορφές συμπεριφοράς και να έχουν βιώσει αρνητικές αντιδράσεις στον τραυλισμό τις, τόσο από ορισμένους ενήλικες όσο και από τις συνομήλικους τις. Επομένως τα βιώματα αυτά καθιστούν την αντιμετώπιση του προβλήματος πιο δύσκολη σε αυτές τις ηλικίες, σε σχέση με την προσχολική ηλικία.

Οι κυρίαρχες θεραπευτικές μέθοδοι για τα παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους χωρίζονται σε δυο βασικές κατηγορίες: (α) σε αυτές που στοχεύουν στη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας (fluency-shaping) και (β) σε αυτές που στοχεύουν στην τροποποίηση των συμπτωμάτων τραυλισμού (stuttering modification) (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Σε κάποιες περιπτώσεις είναι πιθανόν οι ειδικοί να ενσωματώνουν στοιχεία κι από τις δυο προσεγγίσεις στη θεραπευτική τις προσπάθεια. Στα πλαίσια της πρώτης προσέγγισης, επιχειρείται η βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας του παιδιού μέχρι να υποχωρήσουν πλήρως οι δυσχέρειες στη ροή του λόγου. Στα πλαίσια της δεύτερης προσέγγισης επιχειρείται η τροποποίηση των συμπτωμάτων τραυλισμού, προκειμένου να μειωθεί η σοβαρότητά του. Συγχρόνως γίνεται προσπάθεια για μείωση αρνητικών στάσεων και αντιδράσεων του παιδιού απέναντι στον τραυλισμό (Peters & Guitar 1991). Η προσέγγιση αυτή προτείνεται από πολλούς

ειδικούς, όταν το παιδί έχει αναπτύξει αρνητική στάση απέναντι στην ομιλία του και φαίνεται να προσπαθεί να αποφύγει καταστάσεις τις οποίες νιώθει ότι θα εκτεθεί αν μιλήσει (Healey et al., 1995).

Πολλοί ερευνητές έχουν καταρτίσει δομημένα προγράμματα άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού σε παιδιά σχολικής ηλικίας, τα οποία βασίζονται τις αρχές τις συντελεστικής μάθησης και ακολουθούν την προσέγγιση η οποία στοχεύει άμεσα σε βελτίωση τις λεκτικής ευχέρειας. Ένα από τα πιο γνωστά προγράμματα αυτού του είδους είναι το πρόγραμμα Σταδιακής Αύξησης Του Μήκους και τις Πολυπλοκότητας των Προτάσεων (Increase in Length and Complexity of Utterance GILCU). Σε αυτό το πρόγραμμα, το παιδί ασκείται στο να διαβάσει με ευχέρεια, χωρίς να τραυλίζει, υλικό με προοδευτικά αυξανόμενη δυσκολία. Για παράδειγμα, ξεκινάμε με μεμονωμένες λέξεις, οι οποίες σταδιακά γίνονται δύο λέξεις, συνεχίζει με μικρές προτάσεις και παραγράφους και καταλήγει στην ανάγνωση κειμένου για πέντε συνεχόμενα λεπτά. Κατά τη διάρκεια αυτού του προγράμματος, η ενθάρρυνση και η τιμωρία παίζουν κυρίαρχο ρόλο. Οι ερευνητές αναφέρουν θετικά αποτελέσματα τις τις μεθόδου.

Άλλο ένα γνωστό πρόγραμμα που εντάσσεται στο ίδιο θεωρητικό πλαίσιο με το προηγούμενο, είναι το πρόγραμμα Εύκολης και Χαλαρής Προσέγγισης- Απαλής Κίνησης (Easy Relaxed Approach- Smooth Movement ERA- SM). Σε αυτό το πρόγραμμα, το παιδί διδάσκεται τεχνικές με τις οποίες μαθαίνει να ξεκινά χαλαρά και χωρίς ένταση την άρθρωση των λέξεων και να μεταβαίνει αργά και απαλά από τις πρώτους δύο ήχους τις επόμενους ήχους τις λέξης. Οι αρχές τροποποίησης τις συμπεριφοράς αποτελούν βασικό μέσο επίτευξης των παραπάνω στόχων. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Προγράμματα ανάλογα με τα δύο που αναφέρθηκαν προηγουμένως ενδεικτικά έχουν τις προταθεί από τις Cooper & Cooper (1985), τις Heinze και Johnson (1987), τις Runyan & Runyan (1993) και πολλούς τις. Παρακάτω περιγράφονται τα βασικά συστατικά τέτοιου είδους προγραμμάτων.

A) Σταδιακή αύξηση τις έκτασης και τις πολυπλοκότητας του λόγου

Η επίτευξη λεκτικής ευχέρειας μέσω του συστηματικού χειρισμού τις πολυπλοκότητας του λόγου έχει διερευνηθεί διεξοδικά. Αυτή η τεχνική βασίζεται στη διαπίστωση ότι ο συντονισμός τις αναπνοής, των οργάνων παραγωγής λόγου και τις άρθρωσης αυξάνεται σε πολυπλοκότητα και συνοδεύεται από αυξημένες γνωστικές απαιτήσεις όσο προχωρά η γλωσσική ανάπτυξη. Επομένως, η αρχική μείωση των απαιτήσεων σε σχέση με το σύστημα παραγωγής λόγου στο παιδί και η σταδιακή αύξηση αυτών των απαιτήσεων καθώς το παιδί προχωρά, αποτελεί σημαντικό συστατικό πολλών προγραμμάτων θεραπευτικής αντιμετώπισης, τα οποία στοχεύουν στη βελτίωση τις λεκτικής ευχέρειας. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

B) Ρύθμιση και έλεγχος τις αναπνοής

Στα πλαίσια των προγραμμάτων που αναφέρθηκαν, συχνά το παιδί διδάσκεται αναπνευστικές ασκήσεις καθώς έχει διαπιστωθεί ότι, κατά την εκδήλωση του τραυλισμού, συχνά διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία τις αναπνοής. Τις περισσότερες φορές το παιδί μιλά εισπνέοντας αντί εκπνέοντας και δίνει την εντύπωση ότι δεν μπορεί να αρθρώσει λόγο γιατί του «τελειώνει» η αναπνοή. Διάφορες τεχνικές έχουν επινοηθεί για την ομαλοποίηση τις αναπνοής στα παιδιά με τραυλισμό (Conture 1990).

Γ) Εδραίωση απαλών επαφών των οργάνων τις άρθρωσης

Πολλά παιδιά με τραυλισμό φαίνεται να αγωνίζονται να αρθρώσουν λόγο, ασκώντας υπερβολική πίεση στη γλώσσα τα χείλη και το σαγόι, και να κρατάνε τον αέρα μέσα στη στοματική κοιλότητα. Σε κάποια προγράμματα που στοχεύουν στη βελτίωση τις λεκτικής ευχέρειας, τα παιδιά διδάσκονται να κινούν χαλαρά και απαλά τα όργανα τις άρθρωσης και να διακινούν ελεύθερα τον αέρα, προκειμένου να μειώνεται η ένταση που «μπλοκάρει» την παραγωγή των πρώτων ήχων τις λέξης. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, συχνά χρησιμοποιείται η συσκευή καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Δ) Μείωση του ρυθμού ομιλίας

Η μείωση του ρυθμού ομιλίας διευκολύνει το συντονισμό των οργάνων παραγωγής λόγου και του αναπνευστικού συστήματος, με σκοπό να επιτευχθεί λεκτική ευχέρεια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ο ειδικός παρέχει ένα συνεχές μοντέλο αργού ρυθμού ομιλίας αλλά και σωματικών κινήσεων, προκειμένου να διευκολύνει το παιδί στην εδραίωση του.

Ε) Μείωση αποφευκτικών μορφών συμπεριφοράς

Ορισμένα προγράμματα, τα οποία υιοθετούν την προσέγγιση τροποποίησης του τραυλισμού, εντάσσουν τις στόχους τις τη μείωση των αποφευκτικών μορφών συμπεριφοράς που υιοθετούν συχνά τα παιδιά με τραυλισμό. Από την στιγμή που εντοπιστούν αυτές οι μορφές συμπεριφοράς για το κάθε παιδί, ο ειδικός εξηγεί στο παιδί τις συνέπειες που αυτές μπορεί να έχουν στη ροή του λόγου του και το βοηθά να κατανοήσει πως σχετίζονται με τη λεκτική ευχέρεια. Στη συνέχεια, το παιδί ασκείται στη μείωση αυτών των μορφών συμπεριφοράς.

ΣΤ) Ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στην ομιλία

Βασικός στόχος κάθε θεραπευτικής προσπάθειας με παιδιά που τραυλίζουν, είναι η ανάπτυξη αποτελεσματικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Έχει διαπιστωθεί, ότι η ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στη λεκτική επικοινωνία σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα κατά τη θεραπευτική

αντιμετώπιση (Guitar, 1976). Για αυτόν τον λόγο, κάποια από τα προγράμματα που αναφέρθηκαν προτείνουν δραστηριότητες για την ανάπτυξη καλύτερων επικοινωνιακών δεξιοτήτων. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

5.7. Τεχνικές θεραπευτικής αντιμετώπισης

Σε παιδιά σχολικής ηλικίας το πιθανότερο είναι ότι τραυλίζουν για αρκετό χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα να έχουν υψηλή επικινδυνότητα να περάσουν ή να έχουν ήδη περάσει στο στάδιο του επίμονου τραυλισμού. Γι αυτό και η προσέγγιση των περισσότερων κλινικών σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία είναι αρκετά άμεση.

Το ακριβές θεραπευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθηθεί θα εξαρτηθεί απόλυτα από την αξιολογητική διαδικασία και όλα τα ευρήματα που θα αποκτηθούν κατά τη διάρκειά της. Οι Zebrowski και Kelly προτείνουν ένα «ζύγισμα» παραγόντων πριν την λήψη της κάθε θεραπευτικής απόφασης. Οι παράγοντες αυτοί είναι πρωταρχικά η ομιλία του παιδιού, τα συναισθήματα και οι σκέψεις του που σχετίζονται με την ομιλία και κατά δεύτερο λόγο το θεραπευτικό πλαίσιο, οι συμμετέχοντες στην παρέμβαση και οι απόψεις του κλινικού για την εκάστοτε αντιμετώπιση.

Παρακάτω αναφέρονται τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά καθένας από αυτούς τους παράγοντες και οι κλινικοί καλούνται να αποφασίσουν ποιες τεχνικές είναι οι κατάλληλες για τον εκάστοτε ασθενή. Τα άλλα δύο σημαντικά διαφοροποιητικά θεραπευτικά σημεία σε παιδιά σχολικής ηλικίας είναι, πρώτον, η δυνατότητα του παιδιού να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία της θεραπείας και δεύτερον, ο ρόλος του παιδαγωγού στην παρέμβαση που θα ακολουθηθεί. Όλα αυτά τα σημεία αναλύονται παρακάτω (Μαλανδράκη, 2012).

5.7.1. Τεχνικές που στοχοποιούν την ομιλία

Σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία η ομιλία μπορεί να στοχοποιηθεί άμεσα εφόσον τα παιδιά έχουν επίγνωση της δυσκολίας τους και συνήθως μπορούν να μιλήσουν γι' αυτήν. Ακόμη και αν αναγνωρίζουν ότι έχουν δυσκολία στην ομιλία τους αυτό δε σημαίνει ότι ξέρουν ακριβώς πως τραυλίζουν ή τι συμβαίνει όταν τραυλίζουν. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που προτείνονται για παιδιά σχολικής ηλικίας χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό τεχνικών Τροποποίησης Τραυλισμού και Μορφοποίησης Ροής.

Ως πρώτο βήμα σύμφωνα με πολλούς διάσημους κλινικούς εισάγεται η έννοια της αναγνώρισης. Ξεκινώντας ο κλινικός οφείλει πάντα να εξηγεί το στόχο της κάθε δραστηριότητας. Στη συγκεκριμένη περίπτωση γίνεται γνωστό στο παιδί ότι η δραστηριότητα αυτή στοχεύει στο να μάθουμε τον μηχανισμό και τον τρόπο ομιλίας μας για να μπορέσουμε μετά να τα αλλάξουμε (Raming, 1998). Αρχικά το παιδί θα εκπαιδευτεί στα συστήματα της ομιλίας και του λόγου και στο

πως παράγουμε ευχερή και μη ευχερή ομιλία. Στη συνέχεια, μπορεί να ενθαρρυνθεί να μιμηθεί ή να επιδείξει κάποιες από τις στιγμές του τραυλισμού του (ψευδοτραυλισμός) ή, αν δεν νιώθει άνετα ακόμη, να αναγνωρίσει ανάλογες στιγμές στη δική μας ομιλία πρώτα και έπειτα στη δική του. Η χρήση μαγνητοφωνημένων δειγμάτων ομιλίας μπορεί να φανεί χρήσιμη κατά αυτή τη δραστηριότητα (Μαλανδράκη, 2012).

Σε μερικές περιπτώσεις συστήνεται και η εφαρμογή της τεχνικής του παγώματος (freezing), κατά την οποία ζητείται από το παιδί να παρατείνει μια στιγμή του τραυλισμού εκούσια και να την εντείνει για λίγο διάστημα ακολουθώντας την από μια ελαφριά διαφυγή. Με τον τρόπο αυτό το παιδί αντιλαμβάνεται (ίσως και για πρώτη φορά) ότι μπορεί ως ένα βαθμό να ελέγξει τις στιγμές του τραυλισμού του. Αυτή η δραστηριότητα είναι μια ευκαιρία να εξετάσουμε πώς νιώθει το παιδί για την ομιλία του, να του μιλήσουμε για τις διαφορές μεταξύ ομαλής ομιλίας και της ομιλίας με «βουναλάκια» και ουσιαστικά να το απευαισθητοποιήσουμε σε αυτό που συμβαίνει (Μαλανδράκη, 2012).

Όταν η διαδικασία της αναγνώρισης έχει ολοκληρωθεί επιτυχώς, περνάμε στο στάδιο της απευαισθητοποίησης. Το στάδιο αυτό είναι σημαντικό ιδιαίτερα για παιδιά που έχουν αρχίσει να αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα για την ομιλία τους. Η δυνατότητα μας να απευαισθητοποιήσουμε τα παιδιά για τον τρόπο που μιλάνε και να μειώσουμε τις φοβίες τους μπορεί να καταστεί εξαιρετικά θετική στην όλη θεραπευτική προσέγγιση. Η εισαγωγή απλών ήρεμων τραυλικών συμπεριφορών στην ομιλία του κλινικού (με διακριτικότητα και μόνο αν το παιδί είναι έτοιμο για ανάλογη δραστηριότητα) θα παρέχει στο παιδί ένα μοντέλο εύκολου τραυλισμού που αργότερα μπορεί να υιοθετήσει και το ίδιο. Σημαντική θα είναι επίσης η συνεχής υπενθύμιση και παρότρυνση από τον κλινικό ότι όλοι έχουμε δυσκολίες στην ομιλία μας μερικές στιγμές και ότι ο τραυλισμός είναι αποδεκτός. Άλλες δραστηριότητες απευαισθητοποίησης μπορούν να περιλαμβάνουν παρακολούθηση βίντεο και ηχογραφήσεων άλλων ΑΠΤ στο διαδίκτυο, ηχογράφηση της ομιλίας του παιδιού χωρίς και με τεχνικές ευχέρειας και ακρόαση μαζί με τον κλινικό, καθώς και διδαχή ψευδοτραυλισμού και «παγώματος».

Μετά την αναγνώριση και την απευαισθητοποίηση το παιδί είναι πλέον έτοιμο να προσπαθήσει να «αλλάξει» τις στιγμές τραυλισμού και να «δουλέψει» για μεγαλύτερη ή και απόλυτη αυθόρμητη ή ελεγχόμενη ευχέρεια. Οι τεχνικές που μπορούν να ακολουθήσουν εξαρτώνται άμεσα από τους προηγούμενους παράγοντες και από τα ποια θεραπευτική σχολή πρεσβεύει ο κάθε κλινικός (Μαλανδράκη, 2012).

Σε γενικές γραμμές σε παιδιά με μικρότερη γνωστική και συναισθηματική εμπλοκή προτιμώνται τεχνικές Μορφοποίησης Ροής. Οι τεχνικές που συνήθως χρησιμοποιούνται αρχικά περιλαμβάνουν την εύκολη έναρξη φώνησης, τις απαλές αρθρωτικές επαφές, τη παρατεταμένη φώνηση, καθώς και τεχνικές εναλλαγής σειράς και χρήσης παύσεων πριν από κάθε απάντηση με

έμμεσο στόχο τον πιο χαλαρό και αργό τρόπο ομιλίας. Καθ' όλη τη διαδικασία δίνεται απόλυτη έμφαση στην ήρεμη, αργή και χαλαρή ομιλία και ο κλινικός αποτελεί το κύριο μοντέλο αυτών των συμπεριφορών.

Σε παιδιά -κυρίως μεγαλύτερης ηλικίας- που εμφανίζουν εντονότερη συναισθηματική και γνωστική εμπλοκή, κάποιοι κλινικοί προτιμούν την χρήση τεχνικών Τροποποίησης Τραυλισμού και συγκεκριμένα τις τεχνικές της Ακύρωσης, Διαφυγής και Προετοιμασίας Συνόλων που έχουν ήδη αναφερθεί με λεπτομέρεια προηγουμένως. Για να είναι αποτελεσματικές οι τεχνικές αυτές θα πρέπει να είναι ανάλογες της ηλικίας του κάθε παιδιού να προσαρμόζονται στα ενδιαφέροντα και τις δραστηριότητες του. Παιχνίδια λέξεων με κάρτες/εικόνες, πάζλ, συμβολικό παιχνίδι (με κούκλες, αυτοκινητάκια), δραστηριότητες φαντασίας, δραστηριότητες ζωγραφικής είναι καλό να χρησιμοποιούνται για να κάνουν τη συνεδρία διασκεδαστική για το παιδί.

Κάθε κλινικός οφείλει να χρησιμοποιεί την ευρηματικότητα και την δημιουργικότητα του και να συνδυάζει τις παραπάνω τεχνικές και σχολές για να δημιουργεί ένα εξατομικευμένο κάθε φορά πρόγραμμα προσαρμοσμένο στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Η συνεχής παρατήρηση, η δημιουργικότητα, η ευελιξία και η φαντασία μέσα στη θεραπευτική διαδικασία θα είναι απαραίτητα «όπλα» για το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα ειδικά σε αυτές τις ευαίσθητες παιδικές ηλικίες (Μαλανδράκη, 2012).

5.7.2. Τεχνικές που στοχοποιούν τα συναισθήματα

Τους και στη περίπτωση τους θεραπευτικής στόχευσης τους ομιλίας, έτσι και στην περίπτωση τους ύπαρξης αρνητικών συναισθημάτων για τη ομιλία, ο κλινικός οφείλει πρώτα να βοηθήσει το παιδί να αναγνωρίσει αυτά τα συναισθήματα. Και εδώ λοιπόν η διαδικασία θα ξεκινήσει με την έννοια τους αναγνώρισης. Το παιδί είναι σημαντικό να αναγνωρίσει πως νιώθει για την ομιλία του και τον εαυτό του με απώτερο στόχο να απευαισθητοποιηθεί και να μη φοβάται. Επομένως, η αναγνώριση θα οδηγήσει και στην απευαισθητοποίηση των συναισθημάτων του παιδιού.

Ουσιαστικά, μέσω τους αξιολογητής διαδικασίας, τους συνέντευξης με το παιδί και τους οικείους αλλά και τους συμπλήρωσης ερωτηματολογίων και κλιμάκων ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης από το παιδί ο κλινικός θα πρέπει να έχει μία αρχική ιδέα για το πώς έχει επηρεάσει ο τραυλισμός την ποιότητα ζωής του. Αν και ο ρόλος του λογοπαθολόγου/ λογοθεραπευτή δεν είναι σε καμία περίπτωση ψυχοθεραπευτικός, παρόλα αυτά η αναγνώριση αρνητικών συναισθημάτων είναι απόλυτα καίρια για την εκάστοτε παρέμβαση, καθώς η ύπαρξη τους μπορεί να αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα στην όλη παρέμβαση.

Η Zebrowski (2000) προτείνει μια έμμεση προσέγγιση στη διαδικασία τους αναγνώρισης των συναισθημάτων των παιδιών. Σύμφωνα με αυτήν αρχικά είναι χρήσιμο να ξεκινάμε την όλη συζήτηση ως μία γενική συζήτηση αναγνώρισης κάθε συναισθήματος (πχ. Τι σημαίνει χαρούμενος,

τι σημαίνει λυπημένος και ούτω καθ' εξής.) και κατόπιν χρησιμοποιούμε παραδείγματα καταστάσεων ή στιγμών που τους δημιούργησαν αυτά τα συναισθήματα. Παιχνίδια ζωγραφικής, αναγνώρισης ιστοριών και εξιστόρησης εικόνων με κύριο θέμα διαφορετικά συναισθήματα μπορούν να αποτελέσουν έναν ευρηματικό τρόπο στοχοποίησης τους συγκεκριμένης συζήτησης.

Αν το επιτρέπει η ηλικία και η επίγνωση των παιδιών μπορούμε να έχουμε και πιο άμεσες συζητήσεις μαζί τους για τους κλίμακες που συμπλήρωσαν κατά την αξιολόγηση ή και να δημιουργήσουμε μαζί ιεραρχικές «σκάλες» π.χ. Για πράγματα που τους αρέσουν και δεν τους αρέσουν στον εαυτό τους, για πράγματα που τους αρέσουν στην ομιλία τους ή που δεν τους αρέσουν και ούτω καθ' εξής. Ακόμη μπορεί να ζητηθεί από τα παιδιά να γράψουν ένα γράμμα για το πώς νιώθουν όταν μιλάνε και να επιλέξουν να το στείλουν ή όχι σε ένα μέλος τους οικογένειας ή σε έναν φίλο. Ο Van Riper τους προτείνει τεχνικές τους ο ψευδοτραυλισμός μπροστά σε τους και η τους-παραδοχή σε τους ότι όντως το παιδί τραυλίζει. Τους γίνεται κατανοητό μια τέτοια προσπάθεια θα πρέπει να γίνει με μεγάλη προσοχή και επιλεκτικότητα και μόνο όταν το παιδί είναι έτοιμο.

Τους τεχνικές που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν συζήτηση για τα συναισθήματα και ιεραρχικές «σκάλες» που έχουν δημιουργήσει παιδί και κλινικός, αλλά και η τεχνική role-play που βοηθάει τα παιδιά να εξασκηθούν τους τεχνικές ομιλίας και να «μελετήσουν» τα πιθανά αποτελέσματα τους με απώτερο στόχο να τα απομυθοποιήσουν και να μην τα φοβούνται (Μαλανδράκη, 2012).

5.7.3. Τεχνικές που στοχοποιούν τις σκέψεις

Σε μεγάλο βαθμό όταν ένα παιδί έχει αναπτύξει αρνητικά συναισθήματα για την ομιλία του, έχει αρχίσει παράλληλα να αναπτύσσει και αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του και τον τρόπο ομιλίας του. Όπως και στην προηγούμενη κατηγορία οφείλεται να δοθεί έμφαση στις σκέψεις αυτές καθώς μπορεί να είναι ανασταλτικές στη θεραπευτική προσέγγιση και να οδηγούν σε σοβαρές καταστάσεις αποφυγής.

Ο ρόλος της αναγνώρισης και της απευαισθητοποίησης θα είναι αρχικά σημαντικός και μπορεί να πραγματοποιηθεί με τεχνικές ανάλογες της αναγνώρισης και απευαισθητοποίησης συναισθημάτων. Γενικές συζητήσεις και παιχνίδια με επίκεντρο αρχικά τη γνώμη του παιδιού για γενικά ζητήματα και στη συνέχεια για ζητήματα που αφορούν στην ομιλία είναι ενδεικτικά (Beck, 1979).

Για το στάδιο της αλλαγής των αρνητικών αυτών σκέψεων σε θετικές χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές. Η χρήση της λεγόμενης Personal Construct Theory που αφορά στην μετατροπή του τρόπου σκέψης έχει προταθεί και για τον τραυλισμό. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία οι άνθρωποι, κατά τη διάρκεια των διάφορων εμπειριών που αποκτούν, κάνουν συνεχώς υποθέσεις τον εαυτό τους και για το περιβάλλον τους, αλλά και δίνουν συγκεκριμένες ερμηνείες σε αυτά που τους συμβαίνουν.

Αυτές οι ερμηνείες πιστεύεται πως οργανώνονται σε συστήματα που βοηθάνε στην αντιμετώπιση μελλοντικών καταστάσεων, αλλά και στην ερμηνεία αρνητικών συναισθημάτων και αντιλήψεις για τον εαυτό μας. Στα πλαίσια της θεραπείας του τραυλισμού η συγκεκριμένη θεωρία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει τον ασθενή να αναλύσει και να αλλάξει τις ερμηνείες του πάνω σε θέματα που αφορούν την ομιλία του, τον εαυτό του ή αρνητικές εμπειρίες που σχετίζονται με τη διαταραχή.

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία αναπτύχθηκε από τον ψυχίατρο Aaron T. Beck, την δεκαετία του '60. Βασίζεται στην θεωρία ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου καθορίζεται από τον τρόπο σκέψης του σχετικά με τον εαυτό του και το ρόλο του στον κόσμο. Εξάλλου και ο αρχαίος φιλόσοφος Επίκτητος υποστήριζε ότι δεν είναι τα γεγονότα αυτά καθαυτά που ταρασσουν τους ανθρώπους, αλλά η ιδέα των ανθρώπων για τα γεγονότα. Οι θεραπευόμενοι μαθαίνουν, λοιπόν, ότι δεν είναι το γεγονός που τους κάνει να αισθάνονται άσχημα, αλλά οι σκέψεις τους για το συγκεκριμένο γεγονός, οπότε και αλλάζοντας τον τρόπο που το αντιλαμβάνονται, αλλάζει και ο τρόπος που αισθάνονται (Beck, 1979).

Αναλύοντας περαιτέρω αυτή την συλλογιστική, η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά του ατόμου οφείλεται σε βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε σφάλματα της σκέψης. Όταν υπάρξει κάποιο γεγονός, το άτομο εμπλέκεται σε έναν φαύλο κύκλο, ο οποίος περιλαμβάνει τις Σκέψεις – Συναισθήματα – Συμπεριφορές – Συμπτώματα. Σε πρώτο στάδιο, το άτομο μαθαίνει να αναγνωρίζει αυτές τις σκέψεις που περνάνε αυτόματα από το μυαλό του (αυτόματες σκέψεις) και τις γνωσιακές διαστρεβλώσεις που μπορεί να εμπεριέχονται σε αυτές, για παράδειγμα, το άσπρο – μαύρο, η καταστροφοποίηση (αρνητικές αυτόματες σκέψεις) και τα λοιπα (βλέπε Παράρτημα Ο).

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία χρησιμοποιεί μια πληθώρα τεχνικών, τις οποίες ο θεραπευόμενος έχει στην διάθεσή του, προκειμένου να τροποποιήσει την συμπεριφορά του και το συναίσθημά του.

Σε δεύτερο στάδιο, το άτομο μαθαίνει να «αμφισβητεί» το περιεχόμενο των σκέψεων. Έτσι, ο φαύλος κύκλος διακόπτεται και η συμπεριφορά, το συναίσθημα και τα συμπτώματα τροποποιούνται. Το άτομο λοιπόν, ανακουφίζεται άμεσα από τα συμπτώματά του. Η θεραπεία, επιπρόσθετα, στοχεύει και στην αναγνώριση και τροποποίηση των βαθύτερων πεποιθήσεων του ατόμου, τα οποία, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, οδηγούν σε αρνητικές αυτόματες σκέψεις (Negative automatic thoughts). Σύμφωνα με τον Beck (1979), οι «αρνητικές αυτόματες σκέψεις» (Negative automatic thoughts) παίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχοπαθολογία. Είναι σκέψεις που δεν βρίσκονται στην άμεση ενημερότητα του ατόμου. Δηλαδή το άτομο δεν έχει επίγνωση γι' αυτές επειδή τις θεωρεί αυτονόητες. Αυτό συμβαίνει λόγω του μηχανισμού της «γνωστικής σταθερότητας», της τάσης που έχουν οι άνθρωποι να κρατούν σταθερή την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους και τον κόσμο που

τους περιβάλει, ακόμα και αν τα δεδομένα της πραγματικότητας διαψεύδουν μια τέτοια εικόνα (Beck, 1979) (βλέπε Παράρτημα Ξ).

Η θεραπεία τον εφοδιάζει με εργαλεία, προκειμένου να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις που ενδέχεται να τον δυσκολέψουν. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο, ο θεραπευόμενος συμμετέχει ενεργά στην θεραπευτική διαδικασία και αναλαμβάνει να εφαρμόσει «εκεί έξω», τα εργαλεία που κατακτά μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο.

Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία είναι δομημένη και βραχυπρόθεσμη και συνήθως διαρκεί 15 – 20 συνεδρίες (12 εβδομάδες). Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, έχει εφαρμοσθεί με την μεγαλύτερη επιτυχία στην κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές (κρίση πανικού, φοβίες, αγοραφοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αγχώδεις εκδηλώσεις), αλλά και ως βοηθητική θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών και για την βελτίωση της συμμόρφωσης με την φαρμακευτική αγωγή (Beck, 1979).

5.8. Βραχύχρονη Θεραπεία με Έμφαση στη Λύση (Solution Focused Brief Therapy)

Η Βραχύχρονη Θεραπεία με Έμφαση στη Λύση (Solution Focused Brief Therapy) αποτελεί μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που δίνει έμφαση στην ανάπτυξη των λύσεων, παρά στην αντιμετώπιση προβλημάτων. Διερευνώντας τις τρέχουσες δυνατότητες και τις μελλοντικές προοπτικές, και όχι τις δυσκολίες και τις αιτίες του παρελθόντος. Συνήθως διαρκεί 3-5 συνεδρίες, καθώς μπορεί να αξιοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Ξεκίνησε να αναπτύσσεται γύρω στα τέλη της δεκαετίας του '70- αρχές του '80, από τους Steve de Shazer, Inso Kim Berg και συνεργάτες στο Brief Therapy Center του Milwaukee. Η ομάδα του Shazer επηρεάστηκε κυρίως από την ομάδα βραχείας θεραπείας που βλέπει τα προβλήματα σαν επαναλαμβανόμενα μοτίβα της συμπεριφοράς και επικεντρώνεται στο πως οι λύσεις που επιδιώκουν οι πελάτες οδηγούν στη διατήρηση του προβλήματος (O'Connell, 2005).

Στη συνέχεια, αναφέρονται κάποιες διευκρινήσεις για τον ρόλο των θεραπευτών σχετικά με τα βασικά στοιχεία της Βραχύχρονης Θεραπείας με Έμφαση στη Λύση (Solution Focused Brief Therapy). Ο θεραπευτής επικεντρώνεται στα «δυνατά» σημεία του πελάτη και δημιουργεί μία θετική, συνεργατική προσέγγιση. Ψάχνει για πόρους και όχι για ελλείματα, μη δίνοντας ιδιαίτερη σημασία σε συμπτώματα της δυσκολίας του. Ενώ ταυτόχρονα εξερευνάει το πιθανό και προτιμώμενο μέλλον του πελάτη. Με τον τρόπο αυτό έχει προσανατολισμό προς το παρόν και το μέλλον, αντί να επικεντρώνεται στο παρελθόν και έχει σαν εικόνα ένα "μεγάλο" στόχο. Επιπλέον, ο θεραπευτής συνηθίζει να επαινεί τον θεραπευόμενο (O'Connell, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, στην 1η συνεδρία, ο θεραπευτής υποδέχεται τον πελάτη δείχνοντας έντονο ενδιαφέρον για τον ίδιο σαν άνθρωπο και όχι τόσο για την δυσκολία του. Βασίζεται πάνω στα δυνατά του σημεία χρησιμοποιώντας τις πηγές του, τις ικανότητες του και τις προηγούμενες του λύσεις, με

σκοπό να βοηθήσει στην ρύθμιση της δυσκολίας. Χρησιμοποιεί ερωτήσεις για να κατευθύνει την συζήτηση, ενώ παράλληλα στοχεύει στο επιθυμητό αποτέλεσμα της θεραπείας σαν λύση και όχι σαν επίλυση προβλημάτων. Στη συνέχεια και αφού ο θεραπευτής έχει συσχετίσει το όραμα με τις εμπειρίες του θεραπευόμενου· προκειμένου να εντοπίσει τις ενέργειες του στο παρελθόν για να επιτύχουν τα ανάλογα αποτελέσματα, γίνεται επανεξέταση και ανάλυση του οράματος του πελάτη. Εντοπίζονται συγκεκριμένες στιγμές, όπου ο θεραπευόμενος ένιωσε παρόμοια με τη μελλοντική του εικόνα. Σημείωση πιθανής προόδου στο τέλος της κάθε συνεδρίας και αναστοχασμός για νέα πρόοδο. Στην πορεία, γίνεται μία σύνοψη από τον πελάτη για ότι θεώρησε χρήσιμο από όσα ειπώθηκαν, όπου σπανίως δίνονται εισηγήσεις από τον θεραπευτή. Όλες οι συνεδρίες αντιμετωπίζονται σαν να είναι οι τελευταίες. Ο θεραπευτής ενημερώνει συνεχώς τους πελάτες σε κάθε πρόοδό τους.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η Βραχύχρονη Θεραπεία με Έμφαση στη Λύση (Solution Focused Brief Therapy) δεν απευθύνεται στο να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει τα βαθύτερα αίτια στη δυσκολία του θεραπευόμενου αλλά επικεντρώνεται στη καλύτερη δυνατή συμπεριφορά που επιθυμείται από τον ίδιο. Διότι, στην μέθοδο αυτή, ο πελάτης είναι ο "ειδικός", ενώ ο θεραπευτής "δεν γνωρίζει", "βρίσκεται ένα βήμα πίσω". Συνολικά έχει σημειώσει έως και 60% επιτυχία εντός 5-6 συνεδριών. Κερδίζει έδαφος διεθνώς τα τελευταία χρόνια ως μια αποτελεσματική γνωστική θεραπευτική προσέγγιση, καθώς είναι σε θέση να παρέχει ρεαλιστική και άμεσα πραγματοποιήσιμη λύση στην εκάστοτε δυσκολία που εμφανίζεται (O'Connell, 2005) (βλέπε Παράρτημα Μ).

5.9. Άλλες επικουρικές μέθοδοι αντιμετώπισης

5.9.1. Ομαδική Θεραπεία

Η χρήση της ομαδικής θεραπείας είναι κοινή σε πολλά επίσημα και ανεπίσημα προγράμματα αντιμετώπισης τραυλισμού. (O'Brien et al., 2001, Zebrowski και Kelly, 2002) αλλά είναι ευρέως αποτελεσματική και αποδεκτή και σε άλλους τομείς της λογοθεραπείας/ λογοπαθολογίας.

Αν και η ομαδική θεραπεία σπάνια ή και ποτέ δεν προτείνεται ως το μόνο μέσο θεραπείας στον τραυλισμό, σαν επικουρικό μέσο μπορεί να λειτουργήσει πολύ θετικά. Τα κύρια πλεονεκτήματα της ομαδικής θεραπείας είναι ότι παρέχει ένα είδος άνεσης και στήριξης στους ασθενείς που έρχονται σε επαφή και με άλλα άτομα που τραυλίζουν καθώς και ένα προσβάσιμο περιβάλλον για γενίκευση των όσων ικανοτήτων απόκτησαν στην ατομική θεραπεία

. Έχει, λοιπόν, εν δυνάμει σημαντικό θεραπευτικό όφελος, καθώς μπορεί να ενισχύσει τη χρήση τεχνικών ομιλίας και ευχέρειας μπροστά σε διαφορετικούς επικοινωνιακούς συντρόφους, αλλά και να δώσει στον κλινικό την δυνατότητα να παρατηρήσει τους ασθενείς του μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο πιο περίπλοκο από τις ατομικές συνεδρίες.

Για να είναι επιτυχής μια ομαδική συνεδρία πρέπει να διέπεται από κάποιους κανόνες. Σύμφωνα με τον St. Louis μια πετυχημένη ομαδική συνεδρία πρέπει: α) να έχει ένα συγκεκριμένο

θέμα συζήτησης (κεντρικό θέμα της ημέρας), β) να περιλαμβάνει μια διασκεδαστική δραστηριότητα, γ) να περιλαμβάνει πραγματικές εμπειρίες των μελών της και δ) να μπορεί από μόνη της να σταθεί ως συνεδρία, να μην ακολουθεί δηλαδή μια συγκεκριμένη συνέχεια (2007).

Οι Zebrowski και Kelly τονίζουν ακόμη ότι σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας είναι σημαντικό να εδραιώνονται από την αρχή των συνεδριών κανόνες συμπεριφοράς της ομάδας (2002). Μερικοί από αυτούς τους κανόνες είναι οι παρακάτω: α) «ακούμε προσεκτικά τους συμμαθητές μας», β) «περιμένουμε την σειρά μας για να μιλήσουμε ή να παίξουμε», γ) «σκεφτόμαστε και σεβόμαστε τους άλλους», δ) «είμαστε αισιόδοξοι» και ε) «είμαστε καλοί φίλοι».

Η δημιουργία μιας ομάδας θεραπείας θα πρέπει επίσης να έχει σχεδιαστεί με προσοχή και με βάση κάποια κριτήρια. Πρώτα από όλα, ο αριθμός των μελών μιας ομάδας δεν θα πρέπει να είναι ούτε πολύ μεγάλος, αλλά ούτε και πολύ μικρός. Οι Yairi και Seery, (2011) προτείνουν 5- 10 άτομα για ένα ιδανικό γκρουπ. Επίσης, τα μέλη της ομάδας θα είναι σημαντικό να είναι σε παρόμοιο θεραπευτικό επίπεδο και σε σχετικά κοντινή ηλικία. Αν και το φύλο μπορεί να μην είναι σημαντικός παράγοντας επιλογής ομάδας στην προσχολική ηλικία ή στους ενήλικες, σε παιδιά σχολικής ηλικίας και σε εφήβους αυτός ο καθορισμός θα πρέπει να γίνει με προσεκτικό συλλογισμό πολλών παραγόντων (Μαλανδράκη, 2012).

5.9.2. Παιχνίδια προσχολικής και σχολικής ηλικίας σε ομαδικό θεραπευτικό πρόγραμμα

- Παιχνίδι γνωριμίας και εισαγωγή κανόνων της ομάδας.
- Ομαδικό παιχνίδι με εναλλαγή σειράς (πάζλ, τουβλάκια, ομαδική ζωγραφική).
- Παιχνίδι με εξάσκηση τεχνικών ροής στη κίνηση και μετά στη ομιλία (π.χ. «για να περάσει το αυτοκινητάκι από την γέφυρα πρέπει να πηγαίνει αργά»-«για να το περάσουμε αργά με το χέρι μας και με τις λεξούλες μας!»).
- Παιχνίδι «μουσικών καρεκλών» με αργή και γρήγορη μουσική ή με χρήση καρτών με εικόνες σε κάθε καρέκλα που τα παιδιά πρέπει να ονομάσουν με έναν συγκεκριμένο στοχοποιημένο τρόπο ομιλίας.
- Παιχνίδι με αναγνώριση συμπεριφορών σε παιχνίδι και σταδιακά και στην ομιλία (π.χ. «για να βρούμε όλα τα βουναλάκια στον λαβύρινθο»- «για να βρούμε όλα τα βουναλάκια όταν μιλάει η κούκλα») (Μαλανδράκη, 2012).

5.9.3. Η χρήση τεχνολογίας στον τραυλισμό

Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση: Έχει διαπιστωθεί ότι τα περισσότερα άτομα με τραυλισμό μπορούν να μιλούν με αρκετά μεγάλη ευχέρεια, στην περίπτωση που τους παρέχεται τεχνικά καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση (delayed auditory feedback) της ίδιας τους της

ομιλίας για 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου. Η εμπειρία που βιώνει το άτομο σε αυτή τη κατάσταση είναι ανάλογη με το άκουσμα της φωνής σε ηχώ. Η συσκευή που παρέχει την καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση μοιάζει με κασετόφωνο, με ακουστικά και είναι αρκετά μικρή για να μπορεί το άτομο να τη μεταφέρει πάντα μαζί του. 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. Πολλοί ερευνητές, βασίστηκαν στην υπόθεση ότι η υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού στην περίπτωση αυτή, δεν σχετίζεται ευθέως με την καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση, αλλά με την υιοθέτηση αυτού του νέου τρόπου ομιλίας. Για αυτό τον λόγο προσπάθησαν να διδάξουν τον τρόπο αυτό, στα άτομα με τραυλισμό, χωρίς την χρήση της συσκευής. Ακόμη όμως και οι ερευνητές, που αρχικά χρησιμοποιούν τη συσκευή, σταδιακά αραιώνουν τη χρήση της μέχρι να συνηθίσει το άτομο να μιλά με τον τρόπο αυτό, χωρίς να τη χρειάζεται. Η μέθοδος αυτή δοκιμάστηκε και σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Αν και η χρήση της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης αποτελεί σήμερα μια ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, είναι αμφίβολο κατά πόσο τα αρχικά θεαματικά της αποτελέσματα έχουν διάρκεια στο πέρασμα του χρόνου. Ακόμη, πολλοί ερευνητές επισημαίνουν ότι ο αργός και παρατεταμένος ρυθμός ομιλίας που προκύπτει από τη χρήση αυτής της μεθόδου, είναι αφύσικος και περίεργος με αποτέλεσμα οι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτόν να είναι πολύ πιο αρνητικές από τον τραυλισμό. (Μαλανδράκη, 2012)

Ομιλία με τη βοήθεια μετρονόμου: Όπως ο αργός και παρατεταμένος ρυθμός 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 (μία λέξη ή μία συλλαβή ανά χτύπο). Ο μετρονόμος είναι μία μικρή ηλεκτρονική συσκευή η οποία μπορεί να φορεθεί πίσω από το αφτί. Επίσης το άτομο μπορεί να εκπαιδευτεί στη ρυθμική ομιλία ακόμη και χωρίς τη χρήση αυτής της συσκευής. Θετικά αποτελέσματα έχουν διαπιστωθεί από τη χρήση και των δύο μεθόδων, αν και η αποτελεσματικότητά τους φαίνεται να αποδυναμώνεται με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμη, έχει διαπιστωθεί ότι οι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτόν τον νέο ασυνήθιστο τρόπο ομιλίας δεν είναι καλύτερες από ότι στον τραυλισμό, ιδιαίτερα όταν ο τραυλισμός είναι ήπιας μορφής (Μαλανδράκη, 2012).

Ομιλία με τη βοήθεια συσκευής επικαλυπτόμενου ήχου: Όταν το άτομο με τραυλισμό μιλάει ενώ ακούει έναν ουδέτερο δυνατό θόρυβο, ο οποίος τον αποτρέπει από το να ακούει την δική του φωνή, τότε φαίνεται ότι μπορεί να μιλήσει με πολύ καλή ροή. Αυτή η διαπίστωση οδήγησε στην κατασκευή συσκευών επικαλυπτόμενου ήχου, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στην θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού. Ένα είδος τέτοιων συσκευών φοριέται όπως τα ακουστικά στα αφτιά

και διαθέτει έναν διακόπτη, τον οποίο το άτομο ενεργοποιεί όταν αναμένει ότι θα τραυλίσει ή όταν ξεκινήσει να τραυλίζει. Ένα άλλο είδος παρόμοιας συσκευής, η λειτουργία της οποίας στηρίζεται στην ίδια συλλογιστική, είναι η ονομαζόμενη Edinburgh Masker, η οποία διαθέτει επιπλέον δυνατότητες αυτόματης λειτουργίας και έτσι μπορεί να ενεργοποιείται μόνη της κάθε φορά που ανιχνεύει την έναρξη της ομιλίας, ενώ τίθεται και πάλι αυτόματα εκτός λειτουργίας με την παύση της ομιλίας. Έχει αναφερθεί ότι κάποια άτομα με τραυλισμό σοβαρής μορφής έχουν βοηθηθεί από αυτή τη συσκευή.

Ορισμένα μειονεκτήματα όμως, που έχουν διαπιστωθεί από τη χρήση της, αφορούν στη μικρή απώλεια ακοής που προκύπτει όταν φοριούνται αυτά τα ακουστικά, αλλά και στην ελαχιστοποίηση της αποτελεσματικότητας τους όταν αυτά χρησιμοποιούνται στις τηλεφωνικές συνδιαλέξεις.

Αυτού του είδους οι τεχνικές φαίνεται να στηρίζονται βασικά σε ορισμένες διαπιστώσεις, που αφορούν στις συνθήκες οι οποίες μπορεί να ευνοούν ή να δυσχεραίνουν περιστασιακά την εκδήλωση του τραυλισμού. Επίσης πρέπει να επισημανθεί ότι η αποτελεσματικότητα των τριών τελευταίων μεθόδων που περιγράφηκαν παραπάνω ενδέχεται να προκύψει από το γεγονός ότι το άτομο τροποποιεί τον συνήθη τρόπο ομιλίας του. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει όταν το άτομο υιοθετεί νέους τρόπους ομιλίας, αρχικά παρατηρείται μείωση του τραυλισμού. Όμως αυτή η βελτίωση παύει να παρατηρείται όταν το άτομο συνηθίζει σε αυτόν τον τρόπο ομιλίας, ο οποίος δεν αποτελεί πλέον καινοφανές στοιχείο. Η διαπίστωση αυτή, ενδεχομένως, εξηγεί την βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα την οποία μπορεί να εξασφαλίσουν οι εν λόγω συσκευές. (Μαλανδράκη, 2012).

5.9.4. Θεραπεία με τη χρήση φαρμάκων

Μια ποικιλία φαρμακευτικών παραγόντων έχει χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για τη θεραπεία του τραυλισμού. Μεγαλύτερο ενδιαφέρον γι' αυτή τη θεραπεία παρουσιάστηκε κατά τη δεκαετία του '50 με την εμφάνιση των ηρεμιστικών φαρμάκων, λόγω του κεντρικού ρόλου που υποστηρίχθηκε ότι διαδραματίζουν το άγχος και η συναισθηματική πίεση στη διαταραχή του τραυλισμού. Η θεραπευτική αυτή μέθοδος σχετικά με τη βοήθεια που παρέχουν τα ηρεμιστικά χάπια, αποδείχθηκε ελπιδοφόρα αν και με αρκετές επιφυλάξεις. Σύμφωνα με πρόσφατες αναφορές, τα φάρμακα επιδρούν πιο πολύ στην πολυπλοκότητα ή τη σοβαρότητα του τραυλισμού, παρά στη συχνότητά του.

Μετά την εμφάνιση της αλοπεριδόλης το 1960, πολλές μελέτες έχουν γίνει σχετικά με την επίδρασή της στον τραυλισμό. Οι μελέτες αυτές συμπεριλαμβανομένου ορισμένων ερευνών οι οποίες χρησιμοποίησαν αντικειμενικές μετρήσεις για τον τραυλισμό καθώς και ομάδες εικονικών φαρμάκων, έδειξαν πως τα αποτελέσματα τη αλοπεριδόλης έχουν πραγματική αν και περιορισμένη επίδραση. Εκτός από το συμπέρασμα πως πολλά άτομα επωφελήθηκαν λίγο έως καθόλου από το φάρμακο αυτό, οι έρευνες αποκάλυψαν πως μία μεγάλη μερίδα ατόμων συνήθιζαν να εγκαταλείπουν τη

θεραπεία, εξαιτίας των παρενεργειών που προκαλούσε το φάρμακο, ειδικά την υπνηλία. Τόσο ο Andrews και ο Dosa (1977) όσο και ο Murray και Kelly, et al. (1977) ανέφεραν πως μερικά από τα άτομα των οποίων ο τραυλισμός μειώθηκε, είχαν την επιθυμία να συνεχίσουν την φαρμακευτική αγωγή μετά το πείραμα.

Ο λόγος που η αλοπεριδόλη επιδρά θετικά στον τραυλισμό είναι άγνωστος. Το φάρμακο θεωρείται πως εμποδίζει τους υποδοχείς της ντοπαμίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ο Burns, ο Brady και ο Kuruvilla (1978) έκριναν γι' αυτό το λόγο πως η χορήγηση απομορφίνης μπορεί να αυξάνει τον τραυλισμό με τη διέγερση των υποδοχέων της ντοπαμίνης. Κατέληξαν πως κάτι τέτοιο δε συμβαίνει, αν και τα περισσότερα από τα άτομα στα οποία χορήγησαν την αλοπεριδόλη παρουσίασαν μείωση του τραυλισμού.

Έχουν επίσης αναφερθεί θετικά στοιχεία σχετικά με την θειαμίνη και το γλουταμινικό οξύ αλλά οι πληροφορίες σχετικά με τις επιδράσεις τους είναι ανεπαρκείς. Ο Kent (1961) διεξήγαγε μία έρευνα για τη θεραπεία του τραυλισμού μέσω εισπνοής διοξειδίου του άνθρακα, τα αποτελέσματά της όμως αποδείχθηκαν διφορούμενα και ποικίλα. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποίησαν ο Block, ο Dalby, και ο Johannesen (1977) η προπανόλη, η οποία βρέθηκε να έχει αποτελεσματικές επιδράσεις κατά του ιδιοπαθούς τρόμου (essential tremor), δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στον τραυλισμό, αν και ένας αριθμός ατόμων έδειξε να παρουσιάζει βελτίωση. Το ίδιο φάνηκε πως ισχύει και για την οξπρενολόλη, η οποία βρέθηκε πως βελτιώνει τις επιδόσεις του ατόμου όταν αυτό βρίσκεται κάτω από την επίρεια stress. Η βεραπαμίλη, η οποία μειώνει τα επίπεδα ασβεστίου στα λεία αγγειακά κύτταρα, που χρειάζονται για τη μυϊκή συστολή, βρέθηκε πως δεν έχει καμία επίδραση στον τραυλισμό, σύμφωνα με μία μελέτη που πραγματοποίησαν ο Brumfitt και ο Peake (1988) σε έναν αριθμό δεκατεσσάρων ατόμων (Bloodstein, 1995).

Κεφάλαιο 6: Συμβουλευτική παρέμβαση στον τραυλισμό

6.1. Συμβουλές για τον τραυλισμό

Σχετικά με την οικογένεια

Ως οι πρωταρχικοί επικοινωνιακοί εταίροι, τα μέλη της με τη στάση τους επηρεάζουν τον τραυλισμό. Τα μέλη της οικογένειας είναι ο καλύτερος σύμμαχος ενός παιδιού. Στις οικογένειες, όταν ένα μέλος έχει πρόβλημα, τα υπόλοιπα μπορούν να αποτελέσουν μέρος της επίλυσής του. Η ευρύτερη οικογένεια πρέπει να είναι ενήμερη για τον τραυλισμό (www.travlismos.gr).

6.1.1. Συμβουλές για γονείς

A) Απαιτείται μεγάλη προσοχή από τους γονείς καθώς οι δικές τους αντιδράσεις επηρεάζουν άμεσα την ομιλία του παιδιού.

B) Η έγκυρη και αξιόπιστη ενημέρωση μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του τραυλισμού.

Γ) Η πρόκληση του τραυλισμού δεν είναι αποτέλεσμα των γονέων ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο τον αντιμετωπίζουν μπορεί να είναι καθοριστικός.

Δ) Ο τραυλισμός δεν διαφέρει ουσιαστικά από οποιαδήποτε άλλη δυσκολία που θα μπορούσε να εμφανίσει το παιδί και για την αντιμετώπιση του απαιτείται ο ίδιος θετικός, υπομονετικός και υποστηρικτικός τρόπος.

E) Ο ποιοτικός χρόνος αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον γονέα και το παιδί είναι ανεκτίμητος και προσφέρει ηρεμία και χαλάρωση.

ΣΤ) Είναι καλό να δίνεται σημασία στην ουσία του μηνύματος και όχι στον τρόπο εκφοράς του. Η διατήρηση της βλεμματικής επαφής είναι πολύ σημαντική κατά τη διάρκεια μιας στιγμής τραυλισμού.

Z) Οι γονείς θα πρέπει να υιοθετήσουν έναν αργό αλλά φυσιολογικό ρυθμό ομιλίας.

H) Δεν ενδείκνυται η πίεση του παιδιού για τη συμμετοχή του σε μια συζήτηση. Είναι επιλογή του να μην συμμετέχει σε κάποιο επικοινωνιακό γεγονός, κάτι που οι γονείς οφείλουν να σεβαστούν.

Θ) Οι πολλές ερωτήσεις δεν βοηθούν το παιδί. Απαιτείται χρόνος ώστε να έχει τη δυνατότητα να τις επεξεργαστεί και να απαντήσει μόνο του χωρίς να το συμπληρώνουν οι γονείς

I) Είναι επιτακτική ανάγκη να διατηρείται η σειρά σε έναν διάλογο.

K) Το παιδί νιώθει την ανάγκη να γίνει αποδεκτό τόσο το ίδιο, όσο οι απόψεις και τα συναισθήματά του για τον τρόπο ομιλίας του. Οι γονείς είναι αυτοί που θα το βοηθήσουν να πραγματοποιήσει την επιθυμία του.

Λ) Ο γρήγορος ρυθμός ζωής και οι πιέσεις λόγω χρόνου για παραδειγμα, η προετοιμασία για το σχολείο, το διάβασμα και οι λοιπές δραστηριότητες. Ο σωστός υπολογισμός του χρόνου θα ελαχιστοποιήσει την πίεση.

Μ) Το παιδί θα πρέπει να γνωρίζει πώς να χειρίζεται πιθανές πιέσεις από συνομηλίκους ή καταστάσεις στο σχολείο, για παράδειγμα κοροϊδία. Κάτι τέτοιο μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από ανοιχτές συζητήσεις με τους γονείς.

Ν) Η επιβράβευση και τα θετικά σχόλια λειτουργούν ενισχυτικά στη διαχείριση της δυσκολίας.

Ξ) Τα ξεκάθαρα όρια είναι ωφέλιμα για κάθε παιδί και ο έπαινος ωφελιμότερος από την κριτική.

Ο) Ο τραυλισμός δεν είναι «κακή» συμπεριφορά. Η ευφράδεια δεν είναι «καλή» συμπεριφορά. Και τα δύο είναι τρόπος ομιλίας. Σημασία έχει η επικοινωνία και όχι ο τρόπος. Η ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης συμβάλλει στην αλλαγή του τρόπου ομιλίας και βοηθάει το παιδί να μιλήσει χωρίς φόβο (www.travlismos.gr).

Συμπεριφορές προς αποφυγή:

Α) Με τη συνεχή υπενθύμιση για επιβράδυνση του ρυθμού ομιλίας του, το παιδί μπορεί να καταφέρει να μιλήσει αργά για λίγα λεπτά, αλλά αυτό δεν πρόκειται να διαρκέσει για πολύ.

Β) Η υιοθέτηση της τακτικής «πες το ξανά αργά και καθαρά» δεν βοηθάει. Στην επανάληψη της λέξης, μπορεί να μην τραυλίσει αλλά αυτή η τακτική δεν το βοηθάει να ξεπεράσει τη δυσκολία του.

Γ) Οι γονείς δεν πρέπει να δημιουργούν στο παιδί το αίσθημα της ντροπής για τη δυσκολία που αντιμετωπίζει (www.travlismos.gr).

6.1.2 Συμβουλές για εκπαιδευτικούς

Ο τραυλισμός είναι μια σοβαρή δυσκολία που έχει λεκτικές και συναισθηματικές διαστάσεις και μπορεί να επηρεάζει την κοινωνικότητα του παιδιού. Ο τρόπος που αντιμετωπίζεται μπορεί να είναι καθοριστικός για το παιδί.

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας

Πολλά μικρά παιδιά παρουσιάζουν δυσχέρεια στη ροή της ομιλίας τους, κυρίως όταν βρίσκονται υπό κάποια μορφή πίεσης για να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά. Οι εξής απλοί τρόποι μπορούν να μειώσουν τέτοιου είδους πίεση:

A) Έλεγχος της ομιλίας. Μιλώντας οι ίδιοι πιο αργά δίνεται το κατάλληλο μοντέλο ομιλίας στο παιδί. Αυτό το βοηθάει καθώς η προσοχή τόσο του εκπαιδευτικού όσο και του παιδιού δεν επικεντρώνεται στην ύπαρξη ή όχι του τραυλισμού.

B) Τήρηση της σειράς σε έναν διάλογο χωρίς διακοπές και παρεμβάσεις:

Γ) Δημιουργία ενός ήρεμου, ευχάριστου, αλληλεπιδραστικού περιβάλλοντος που ενθαρρύνει και διασφαλίζει την επικοινωνία.

Δ) Εκπαιδευτικός και παιδί θα ήταν καλό να βρίσκονται στο ίδιο ύψος με το παιδί και να διατηρείται η βλεμματική τους επαφή.

E) Ο βομβαρδισμός ερωτήσεων προς το παιδί όχι μόνο δεν θα το βοηθήσει αλλά θα επιφέρει τα ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα. Διαφορετικά συνιστάται η χρήση εναλλακτικών επιλογών, για παράδειγμα «Έγινε στην τάξη ή στο προαύλιο;».

ΣΤ) Η αναγνώριση της δυσκολίας του παιδιού το βοηθάει να μην νιώθει απομονωμένο αλλά ότι γίνεται αποδεκτό από τους γύρω του.

Z) Η διαχείριση των συναισθημάτων ή των γεγονότων που σχετίζονται με τον τραυλισμό του παιδιού είναι πολύ σημαντική. Σχόλια σχετικά με συγκεκριμένες λέξεις ή ήχους δεν βοηθούν.

H) Όταν ένα παιδί εμφανίζει δυσκολίες στην ομιλία του ο εκπαιδευτικός είναι εκείνος που οφείλει να δείξει την απαιτούμενη ψυχραιμία. Διαφορετικά υπάρχει πιθανότητα να δημιουργηθεί ένταση με αποτέλεσμα εκπαιδευτικός και παιδί να βρεθούν σε δύσκολη θέση (www.travlismos.gr).

Τα παιδιά σχολικής ηλικίας

Τα παιδιά σχολικής ηλικίας βρίσκονται σε ένα περιβάλλον με πολλές προκλήσεις, συναγωνισμό και μεγαλύτερη πειθαρχία απ' αυτό που είχαν συνηθίσει στο νηπιαγωγείο.

A) Στη σχολική ηλικία οι εκπαιδευτικοί έχουν καλύτερη δυνατότητα επικοινωνίας με τα παιδιά, όσον αφορά τον τραυλισμό και τις δυσκολίες που αυτός επιφέρει. Οι συζητήσεις είναι πλέον πιο ανοιχτές, με τον εκπαιδευτικό να συμμαρτώνεται τις δυσκολίες του, να τις αποδέχεται και να το στηρίζει έμπρακτα.

Γ) Κατά τη διάρκεια του μαθήματος, οι ερωτήσεις που τίθενται σε ένα παιδί που τραυλίζει θα ήταν φρόνιμο να μπορούν να απαντηθούν με λίγες λέξεις. Επίσης, συνιστάται να επιλέγει το ίδιο το παιδί για το πότε προτιμά να συμμετέχει, για παράδειγμα να εξετάζεται στην αρχή ή στο τέλος.

Όλα τα παιδιά της τάξης θα πρέπει να έχουν το χρόνο που χρειάζονται για να απαντήσουν, αφού πρώτα σκεφτούν αυτό που θέλουν να πουν, παρά να απαντούν γρήγορα.

Δ) Κάποια από τα παιδιά που τραυλίζουν μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολία με τη μεγαλόφωνη ανάγνωση. Σε μια τέτοια περίπτωση η παράλληλη ανάγνωση με ένα άλλο παιδί μπορεί να βοηθήσει πολύ. Κάτι ανάλογο θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί από όλα τα παιδιά της τάξης, ώστε να αποφευχθεί το αίσθημα της διάκρισης. Σταδιακά το παιδί που τραυλίζει μπορεί να νιώσει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και να καταφέρει να διαβάξει μεγαλόφωνα μόνο του (www.travlismos.gr).

6.2. Τα παιδιά που τραυλίζουν και ο γλευασμός

Τα παιδιά που τραυλίζουν συχνά πέφτουν θύματα κοροϊδίας από τους συνομηλίκους τους. Είναι ευάλωτα και φοβισμένα καθώς δε μπορούν να μιλήσουν όπως τα άλλα παιδιά, ιδίως εάν δεν έχουν κάνει λογοθεραπεία. Η κοροϊδία που δέχονται επιδεινώνει τα προβλήματά τους και μπορεί να τα οδηγήσει στην αποφυγή της προφορικής επικοινωνίας ή ακόμη και στην αποφυγή της συναναστροφής με συνομηλίκους. Συνέπεια όλων αυτών είναι η επιδείνωση του τραυλισμού και η δημιουργία ενός φαύλου κύκλου με δυσάρεστες συνέπειες.

Η αντιμετώπιση της κοροϊδίας στα παιδιά απαιτεί λεπτούς χειρισμούς. Οι συνομήλικοι πρέπει να ενημερωθούν για τον τραυλισμό. Χρειάζεται να γνωρίζουν ότι είναι μια δυσκολία την οποία το παιδί που τραυλίζει δεν μπορεί να ελέγξει από μόνο του. Από την άλλη πλευρά, το παιδί που τραυλίζει δεν θέλει η δυσκολία του να γίνει το επίκεντρο της προσοχής όλων. Ένας διακριτικός τρόπος για να αντιμετωπιστεί το ζήτημα είναι μέσω μιας συνολικής συζήτησης για τη διαφορετικότητα.

Για το παιδί που συνεχίζει να κοροϊδεύει, ίσως απαιτείται μία κατ' ιδίαν συζήτηση για την κατανόηση του τραυλισμού. Τα παιδιά που κοροϊδεύουν πιθανώς αισθάνονται και τα ίδια ευάλωτα για αυτό στοχοποιούν ένα ακόμη πιο ευάλωτο παιδί, αυτό που τραυλίζει (www.travlismos.gr).

6.3. Μύθοι και αλήθειες για τον τραυλισμό

Μύθοι για τον τραυλισμό:

- × Θα περάσει από μόνο του.
- × Εγώ φταίω που τραυλίζω.
- × Τραυλίζω επειδή είμαι αγχωμένος.

- × Τραυλίζω επειδή δεν προσπαθώ αρκετά να κάνω τις τεχνικές που έχω μάθει.
- × Πρέπει να μην τραυλίζω ή να προσπαθώ να κρύψω τον τραυλισμό μου.
- × Αν δεν συζητώ για τον τραυλισμό μου οι άλλοι δεν ακούνε ότι τραυλίζω (www.travlismos.gr).

Αλήθειες για τον τραυλισμό:

- ✓ Για κάποιον που τραυλίζει από την νηπιακή ηλικία, ο τραυλισμός είναι απίθανο να θεραπευτεί τελείως αλλά ο έφηβος που τραυλίζει μπορεί με λογοθεραπεία να καταφέρει μια σημαντική επικοινωνιακή αλλαγή.
- ✓ Η προσπάθεια αποφυγής και απόκρυψης του τραυλισμού εδραιώνει και αυξάνει το φόβο του τραυλισμού.
- ✓ Η ανοιχτή συζήτηση για τον τραυλισμό, όπως και για οποιοδήποτε άλλο θέμα που αφορά τη ζωή μας, απομυθοποιεί τη δυσκολία και τη βάζει στις πραγματικές της διαστάσεις.
- ✓ Ο τραυλισμός μπορεί να επανέλθει μετά τη θεραπεία, αλλά το άτομο θα έχει τα εφόδια και την υποστήριξη για να τον αντιμετωπίσει. Για την επανεμφάνιση φταίει ο τραυλισμός και όχι το ίδιο το άτομο.
- ✓ Η θεραπεία δεν είναι πάντα αποτελεσματική. Διαφορετικές προσεγγίσεις μπορεί να έχουν διαφορετικά αποτελέσματα. Η αποτυχία σε προηγούμενες θεραπείες δεν σημαίνει αποτυχία και σε μία νέα διαφορετική προσπάθεια (www.travlismos.gr).

Κεφάλαιο 7: Παρουσίαση περιστατικών προσχολικής και σχολικής ηλικίας

7.1. Μελέτη περίπτωσης προσχολικής ηλικίας

7.1.1. Διερευνητική Διαδικασία

Ο Θ. 2;6 ετών (ημερομηνία γέννησης 16.09.2012) προσήλθε στο Κέντρο Λόγου «Ευ λέγειν» στη Λάρισα για πρώτη φορά στις 4 Μαρτίου 2015 συνοδευόμενος από τους γονείς του. Οι γονείς του ανησύχησαν καθώς παρατήρησαν αρκετές δυσκολίες στη ροή του λόγου του, με πρώτη εκδήλωση των συμπτωμάτων την πρώτη εβδομάδα του 2015. Ο θεραπευτής πραγματοποίησε μια Διερευνητική

Διαδικασία, με σκοπό την αξιολόγηση και τον σχηματισμό του κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου για τον Θ. Αρχικά χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω εργαλεία διερεύνησης:

A) Λήψη Ιστορικού

B) Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου (Word Finding Vocabulary Test)

Γ) Φόρμα Αρχικής Ανίχνευσης (Initial Screening Form PCI)

Δ) Test of Reception of Grammar (T.R.O.G.), (μη σταθμισμένη στα ελληνικά)

E) Δοκιμασία Λεξιλογικής Κατανόησης

ΣΤ) Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children (KiddyCAT)

Z) Palin Parent Rating Scales (Palin PRS)

H) Σύντομο Ανιχνευτικό Εργαλείο Ιδιοσυγκρασίας

Με βάση τα αποτελέσματα της παραπάνω αξιολόγησης σχηματίστηκε το τροποποιημένο πολυπαραγοντικό μοντέλο. Το συγκεκριμένο μοντέλο περιλαμβάνει τέσσερις τομείς: α) τους οργανικούς παράγοντες, β) τους γλωσσικούς παράγοντες, γ) τους συναισθηματικούς παράγοντες και δ) τους παράγοντες περιβάλλοντος που θα αναλυθούν περαιτέρω παρακάτω.

A) Οργανικοί παράγοντες

Ως προς το οικογενειακό ιστορικό, η μητέρα παρουσίασε τραυλισμό με έντονη δυσκολία στη σχολική ηλικία, η οποία ωστόσο είναι πλέον ανεπαίσθητη. Επίσης, τραυλισμό παρουσίασε και ένα παιδί συγγενικού προσώπου. Η πρώτη διαπίστωση της δυσκολίας του Θ. έγινε την πρώτη εβδομάδα του 2015. Η υγεία του είναι καλή και έχει καλή ψυχο-κινητική ανάπτυξη. Ο Θ. έχει επίσης βραχνή φωνή. Ο τραυλισμός του βελτιώνεται ελαφρώς με το χρόνο. Τα συμπτώματα που παρουσίασε αρχικά ήταν μπλοκαρίσματα, επιμηκύνσεις, επαναλήψεις, συνοδά σωματικά συμπτώματα, αποφυγή ομιλίας και υψηλή ταχύτητα ομιλίας. Πλέον τα συμπτώματα συνεχίζουν αποδυναμωμένα, παρόλα αυτά ο Θ. εξακολουθεί να αποφεύγει την ομιλία. Επίσης πριν από τις λέξεις εισάγει το "ν". Το ποσοστό συλλαβών τραυλισμού είναι 17% και ο βαθμός δυσχέρειας (ένταση) είναι 2/10.

B) Γλωσσικοί παράγοντες

Ο Θ. παρουσίασε μεγάλη πρόοδο στο λόγο του πριν την έναρξη της δυσχέρειας (Οκτώβριος-Νοέμβριος 2014) και σε περιόδους καλής ροής. Ο τραυλισμός του εμφανίζεται κυρίως σε μεγάλες φράσεις. Στον Θ. πραγματοποιήθηκε η ανιχνευτική Δοκιμασία Λεξιλογικής Κατανόησης και το λεξιλόγιό του ήταν ιδιαίτερα προηγμένο (αντίστοιχο προνηπίου). Στη Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου είχε άριστη ανάκληση με βαθμό 18, καθώς επίσης και στη δοκιμασία Test of Reception of

Grammar (T.R.O.G.) είχε άριστη επεξεργασία με βαθμό 30/40. Τέλος, ως προς τη φωνολογία ο Θ. κάνει απλουστεύσεις όλων των συμπλεγμάτων (από ΣΣΦ σε ΣΦ): /r/ - Ø ή [l], /ks/ - [ts], /c/ - [t], /c-j/ - [s-z].

Γ) Συναισθηματικοί παράγοντες

Ο Θ. παρουσιάζει υψηλή ευαισθησία, είναι χαδιάρης, συναισθηματικός και προσκολλημένος στη μητέρα. Όταν είναι ήρεμος, η ροή της ομιλίας του παρουσιάζει βελτίωση. Με νέα πρόσωπα και καταστάσεις, χρειάζεται χρόνο για να προσαρμοστεί. Έχει χαμηλή αντιδραστικότητα και καλό αυτοέλεγχο. Οι γονείς του παρατήρησαν τελευταία εκρήξεις θυμού και πολλά νεύρα, γεγονός που το συσχετίζουν με το ότι το παιδί συνειδητοποιεί τη δυσκολία του στη ροή. Έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση, είναι άτολμος και περισσότερο χαδιάρης με την μητέρα. Υπακούει περισσότερο στον πατέρα. Αποφεύγει τα ζωηρά παιδιά και τους ενήλικες, ενώ του αρέσει το κινητικό παιχνίδι (μπάλα). Έχει σχετικά θετικές επικοινωνιακές στάσεις (KiddyCAT), ενώ ανησυχεί για την ομιλία του.

Δ) Παράγοντες περιβάλλοντος

Οι γονείς του Θ. λόγω εργασίας περνάνε περισσότερο χρόνο μαζί του κυρίως τα απογεύματα. Έχουν ακόμη μια κόρη 4;0 ετών και με τη φροντίδα τους ασχολούνται και οι δύο γονείς. Η μητέρα του Θ. είναι δίγλωσση (πολωνικά) και από τον Οκτώβριο του 2014 ξεκίνησε να του μιλάει αγγλικά. Εδώ και δύο χρόνια ο Θ. πηγαίνει σε παιδικό σταθμό και παρακολουθεί το ολοήμερο πρόγραμμα (07:00-15:00). Η ανησυχία των γονέων είναι μέτρια προς υψηλή (7/10). Η μητέρα έχει υψηλή γνώση σχετικά με τον τραυλισμό, καθώς έχει μελετήσει βιβλία. Ο πατέρας έχει μέτρια γνώση και εμπιστοσύνη στον τρόπο διαχείρισης. Σύμφωνα με τις τιμές του Palin Parent Rating Scale (Palin PRS) προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: α) Επίδραση τραυλισμού στο παιδί: Μητέρα 2.865 (υψηλή), Πατέρας 5.045 (μέτρια), β) Σοβαρότητα τραυλισμού και επίδραση στους γονείς: Μητέρα 2.967 (μέτρια), Πατέρας 3.234 (μέτρια), γ) Πληροφόρηση γονέων για τον τραυλισμό και εμπιστοσύνη στο χειρισμό του: Μητέρα 6.12 (υψηλή), Πατέρας 2.941 (χαμηλή).

Με την ολοκλήρωση της Διερευνητικής Διαδικασίας και τον σχηματισμό του τροποποιημένου πολύ-παραγοντικού μοντέλου, ο Θ. διαγνώστηκε με εξελικτικό τραυλισμό.

7.1.2. Θεραπευτική παρέμβαση

Το θεραπευτικό πρόγραμμα που επιλέχθηκε για τον Θ. ήταν το Palin Parent Child Interaction Therapy (Palin PCI). Το πρόγραμμα χορηγείται ως ένα σύνολο έξι εβδομάδων θεραπείας, που ακολουθείται από ένα σύνολο έξι εβδομάδων εργασίας στο σπίτι. Στο τέλος και των δώδεκα εβδομάδων,

η πρόοδος του παιδιού αξιολογείται, ώστε να ληφθούν οι αποφάσεις ως προς την αναγκαιότητα επιπλέον θεραπευτικής ενίσχυσης και του είδους ενίσχυσης που θα λάβει η οικογένεια.

Αρχικά, δόθηκε μια φόρμα αρχικής ανίχνευσης (Initial Screening Form) στους γονείς, με σκοπό να περιγράψουν τη δυσκολία του παιδιού τους. Εφόσον συμπληρώθηκε η παραπάνω φόρμα, ο θεραπευτής σε συνεργασία με τους γονείς άρχισαν να διαμορφώνουν βήμα-βήμα τους στόχους που πρέπει να πραγματοποιήσουν για να βοηθήσουν το παιδί. Συγκεκριμένα, δημιούργησαν ένα πρόγραμμα θεραπείας για το σπίτι, το οποίο εστιάζει στον αποκλειστικό χρόνο μεταξύ γονέων και παιδιού, στο τι βοηθά το ίδιο το παιδί και στις στρατηγικές που θα ακολουθήσει η οικογένεια. Στη περίπτωση του Θ., οι γονείς παρατήρησαν ότι έχει καλή ροή ομιλίας όταν γνωρίζει ότι του δίνεται ο κατάλληλος χρόνος για να μιλήσει και όταν είναι ήρεμος. Ο αποκλειστικός χρόνος που αφιέρωσαν οι γονείς του ήταν τρία πεντάλεπτα κάθε εβδομάδα, όπου κάθε πεντάλεπτο αντιστοιχεί σε έναν στόχο. Ο πρώτος στόχος που τέθηκε από τον πατέρα ήταν να επαναλαμβάνει τις προτάσεις και τις λέξεις που έλεγε ο Θ., ενώ ο στόχος της μητέρας ήταν να σχολιάζει αυτό που έκανε το παιδί και να ακολουθεί την πράξη του. Ως δεύτερο στόχο, ο πατέρας είχε τη χρήση καταφατικών προτάσεων εν ώρα παιχνιδιού με τον Θ. και η μητέρα φρόντιζε να μην τον διακόπτει αλλά να τον αφήνει να ολοκληρώσει την φράση του, δίνοντάς του περιθώριο δύο με τρία δευτερόλεπτα. Ο τρίτος και τελευταίος στόχος του πατέρα επικεντρωνόταν στην ήρεμη και αργή εκκίνηση των προτάσεων, ενώ της μητέρας στη δημιουργία παύσεων, σε περίπτωση που το παιδί είχε κάτι να πει. Με βάση τα παραπάνω οι στρατηγικές της οικογένειας ήταν η ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης του Θ., η καλύτερη διαχείριση των συναισθημάτων του και η πραγματοποίηση του αποκλειστικού χρόνου. Καθ' όλη την διάρκεια του προγράμματος στο σπίτι, οι γονείς βιντεοσκοπούσαν τις εργασίες αυτές, με σκοπό την ενημέρωση του θεραπευτή για την πορεία του προγράμματος.

Με την ολοκλήρωση του προγράμματος στο σπίτι, ακολούθησε η συνεδρία επαναξιολόγησης και επαναπροσδιορισμού με τον θεραπευτή. Πιο συγκεκριμένα, ο θεραπευτής έθεσε κάποιες ερωτήσεις σύντομων απαντήσεων SFBT (Solution Focused Brief Therapy), με σκοπό να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα των εργασιών στο σπίτι.

7.1.3. Εντυπώσεις γονέων

Μετά την πρώτη φάση του προγράμματος οι γονείς δείχνουν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι σχετικά με την επικοινωνία του Θ. στην καθημερινότητα του αυτή την περίοδο. Ως προς τις αλλαγές του παιδιού ο πατέρας παρατήρησε καλύτερη ροή στην ομιλία του, αυξημένη επικοινωνία, κοινωνικότητα με άλλα παιδιά, λιγότερα νεύρα, ήταν περισσότερο ομιλητικός και μεγαλύτερη συμμετοχή σε

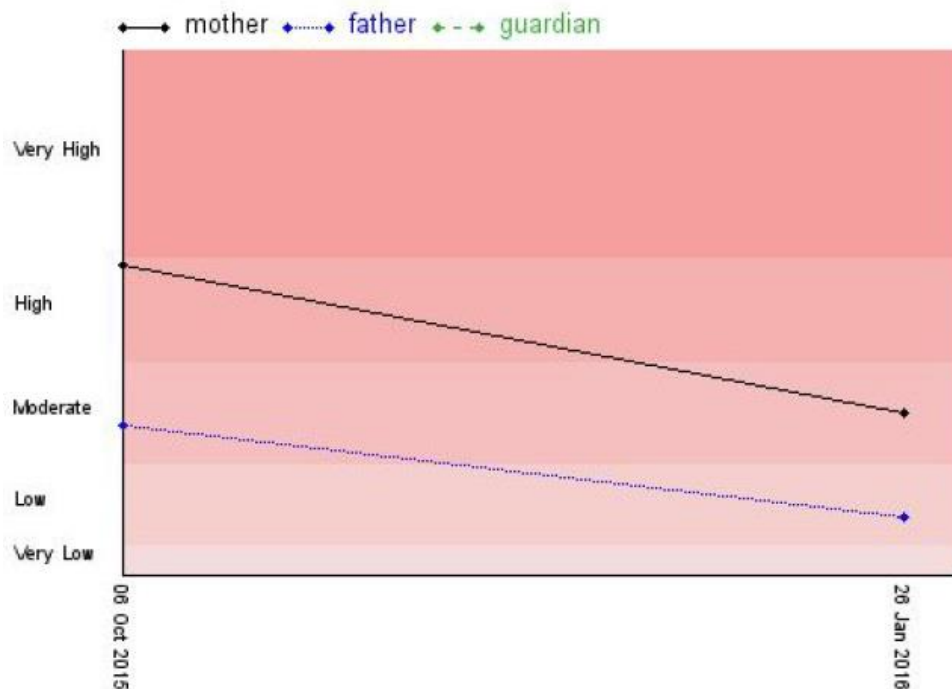
ομαδικά παιχνίδια. Επιπλέον, η μητέρα εντόπισε διαφορές στο χαρακτήρα του, όπως ηρεμία, συγκαταβατικότητα, αυξημένη αυτοπεποίθηση και λιγότερες εκρήξεις θυμού. Ακόμη και οι δύο γονείς διαπίστωσαν ότι αναφέρεται πιο πολύ στα συναισθήματα του κατά την διάρκεια μιας συζήτησης ή ενός παιχνιδιού. Σύμφωνα με τον πατέρα, οι αλλαγές αυτές οφείλονταν στη διαχείριση συναισθημάτων και στην επιβράβευση την οποία έπαιρνε το παιδί, ενώ η μητέρα υποστήριζε πως βοήθησαν ο αποκλειστικός χρόνος, ο χώρος που σχεδίαζε το παιχνίδι και οι ευκαιρίες που του δίνονταν για να επιλέξει (αυτό ή εκείνο). Επίσης η μητέρα τόνισε πως όταν ο Θ. θα φτάσει στο επιθυμητό επίπεδο θα νιώθει ακόμη μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση με τους ξένους. Σύμφωνα με τον πατέρα το παιδί ορισμένες φορές κατάφερε να ξεπεράσει τον εαυτό του, γεγονός στο οποίο συνέβαλλε σημαντικά η δραστηριότητα, ενώ η μητέρα αναφέρθηκε σε θετικά σχόλια που έκανε και η δασκάλα του ίδιου του παιδιού στο σχολείο, λέγοντας πως ήταν πιο ξεκούραστος και πιο ευδιάθετος. Οι γονείς του Θ. ανέφεραν πως οι τομείς που χρειάζονταν περισσότερη δουλειά κατά την γνώμη τους, ήταν η συναισθηματική διαχείριση, η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του και η συνέχιση των στόχων που είχαν ήδη τεθεί. Τέλος, με την ολοκλήρωση των 12 εβδομάδων οι γονείς εξέφρασαν τις αλλαγές που βίωσαν κατά την διάρκεια του προγράμματος όπως το ότι αντιμετώπιζαν με μεγαλύτερη αισιοδοξία πλέον την εξέλιξη της ομιλίας του παιδιού και το ότι γνώριζαν πώς να διαχειριστούν τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του.

7.1.4. Επαναξιολόγηση και επαναπροσδιορισμός

Κατά την διάρκεια της επαναξιολόγησης χρησιμοποιήθηκαν ξανά τα ίδια εργαλεία διερεύνησης που αναφέρθηκαν παραπάνω στο κομμάτι της αξιολόγησης, με σκοπό να διευκρινιστούν οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Στην αξιολόγηση της κλίμακας KiddyCat τα αποτελέσματα παρέμειναν τα ίδια. Ως προς την γλωσσική αξιολόγηση οι αλλαγές που έγιναν ήταν ότι ο Θ. μιλούσε πλέον πολύ περισσότερο και η ένταση στις επαναλήψεις και στις επιμηκύνσεις μειώθηκε. Το ποσοστό συλλαβών τραυλισμού ήταν 2,3%. Τέλος οι τιμές που σημειώθηκαν στο Palin PRS ήταν α) Επίδραση τραυλισμού στο παιδί: Μητέρα 4.873 (μέτρια), Πατέρας 6.289 (χαμηλή), β) Σοβαρότητα τραυλισμού και επίδραση στους γονείς: Μητέρα 4.663 (χαμηλή), Πατέρας 5.735 (πολύ χαμηλή), γ) Πληροφόρηση γονέων για τον τραυλισμό και εμπιστοσύνη στο χειρισμό του: Μητέρα 7.141 (πολύ υψηλή), Πατέρας 6.892 (πολύ υψηλή).

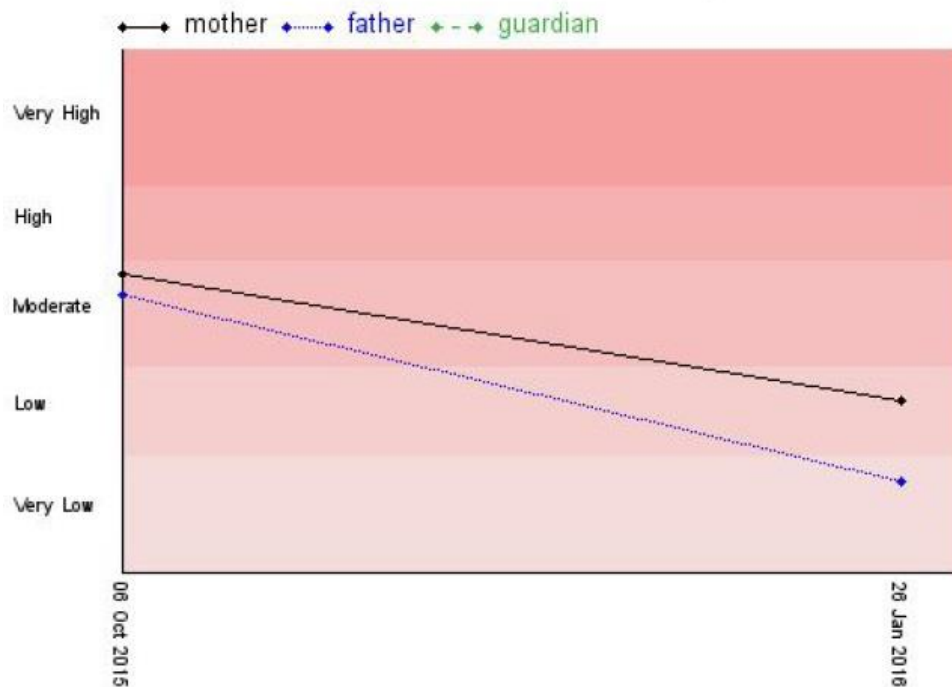
Εφόσον ολοκληρώθηκε η συνεδρία επαναξιολόγησης και επαναπροσδιορισμού θεραπευτής και γονείς αποφάσισαν από κοινού πως το θεραπευτικό πρόγραμμα του Θ. θα συνεχιζόταν με την χρήση του προγράμματος MiniKIDS, στοχεύοντας στην ταχύτητα ομιλίας και στις ήρεμες επαναλήψεις μέσω τις μίμησης.

Factor 1: Impact on the child



Εικόνα 1. Επίδραση τραυλισμού στο παιδί.

Factor 2: Severity of the stammer and impact on the parents



Εικόνα 2. Σοβαρότητα τραυλισμού και επίδραση στους γονείς.

Factor 3: Parent's knowledge and confidence in managing the stammer



Εικόνα 3. Πληροφόρηση γονέων για τον τραυλισμό και εμπιστοσύνη στο χειρισμό του.

7.2. Μελέτη περίπτωσης σχολικής ηλικίας

Σχετικά με το παρακάτω περιστατικό, η λήψη του ιστορικού, η διερευνητική διαδικασία (αξιολόγηση) και το θεραπευτικό πλάνο που ακολούθησε το παιδί σχολικής ηλικίας πραγματοποιήθηκαν με βάση το ρηξικέλευθο πρόγραμμα Λεξιπόντιξ.

7.2.1. Το πρόγραμμα Λεξιπόντιξ

Το παρόν δεν συνιστά ακριβή και αναλυτική περιγραφή του προγράμματος το οποίο είναι υπό δημοσίευση. Πρόκειται για μια σύντομη περιγραφή της δομής και των βασικών αρχών του προγράμματος. Οι όροι και οι κλινικές πρακτικές που αναφέρονται αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του προγράμματος ενώ τα πνευματικά δικαιώματα της χρήσης τους είναι δεσμευμένα. Έως ότου δημοσιευτεί το εγχειρίδιο και συγκροτηθεί το πρόγραμμα εκπαίδευσης, το πρόγραμμα εφαρμόζεται από εκπαιδευμένους θεραπευτές και μόνο στην ομάδα ΚΕΘΤ και την ομάδα ΕΥ ΛΕΓΕΙΝ.

Η συγγραφή του παρόντος στηρίχθηκε σε δεδομένα που αντλήθηκαν από δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις του προγράμματος Λεξιπόντιξ, οι οποίες παρουσιάζονται στο ιστολόγιο του προγράμματος www.lexipontix.gr.

7.2.2. Εισαγωγή

Ο Λεξιπόντικας αποτελεί το πρώτο δομημένο πρόγραμμα θεραπείας τραυλισμού για παιδιά σχολικής ηλικίας που αναπτύχθηκε στην Ελλάδα από δύο Έλληνες λογοθεραπευτές που εξειδικεύονται στις διαταραχές ροής της ομιλίας τον Γ. Φούρλα και τον Δ. Μαρούσο. Το θεραπευτικό πρόγραμμα βασίζεται στα πλέον σύγχρονα ερευνητικά πορίσματα, θεωρητικά μοντέλα και σε κλινικές προσεγγίσεις αποδεδειγμένης κλινικής αποτελεσματικότητας. Αναπτύχθηκε λαμβάνοντας υπόψη τα ελληνικά δεδομένα και εισάγει μια καινοτόμο στάση και δυναμική στη θεραπεία τραυλισμού παιδιών σχολικής ηλικίας.

Βασικά χαρακτηριστικά του προγράμματος:

Προσομοίωση της διαταραχής μέσα από τη δράση του ήρωα του θεραπευτικού προγράμματος τον λεξιπόντικα. Ο λεξιπόντικας τρυπώνει στο εργοστάσιο των λέξεων, των σκέψεων και των συναισθημάτων και προσπαθεί να καταλάβει το κέντρο ελέγχου του εργοστασίου. Το παιδί μαθαίνει να αναγνωρίζει τα σημάδια των ποντικοεπιδρομών και εξοπλίζεται με εργαλεία για να διατηρεί ή να ανακτά τον έλεγχο του εργοστασίου. Η ποντικοεπιδρομή αναχαιτίζεται, οι σύμμαχοι εξοπλίζονται και ενεργοποιούνται στον έλεγχο και διαχείριση των ποντικοεπιδρομών. Η συμμαχία κερδίζει προοδευτικά έδαφος, συμμετέχει σε αποστολές και νικά, η θεραπεία εξελίσσεται.

Βραχυπρόθεσμη (σύντομη) διάρκεια θεραπείας:

Η ολοκλήρωση του προγράμματος σε 12 μόλις συναντήσεις, με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα, δίνουν ώθηση αλλαγής σε σύντομο χρονικό διάστημα. Μετά τη θεραπεία παιδί και γονείς γνωρίζουν πώς να διαχειρίζονται ομιλία και συναισθήματα και η σταδιακή αποδέσμευση διασφαλίζει την εδραίωση της αλλαγής.

Δομημένο πρόγραμμα:

Ακολουθεί έναν βασικό κορμό - πλατφόρμα θεραπευτικών πρακτικών που υποστηρίζεται από συμπληρωματικές ή εναλλακτικές πρακτικές. Η modular δομή του λεξιπόντικα δίνει τη δυνατότητα παραμετροποίησης του δομημένου προγράμματος στις ιδιαίτερες, μοναδικές ανάγκες του κάθε ξεχωριστού παιδιού.

Ενεργοποίηση και η ενδυνάμωση όλης της οικογένειας:

Με τη συμμετοχή των γονιών στη θεραπεία εξασφαλίζεται η γενίκευση των αποτελεσμάτων στην καθημερινή ζωή του παιδιού, η υποστήριξη των γονέων στην προσπάθεια του παιδιού αλλά και η διαχείριση συναισθημάτων, στάσεων και συμπεριφορών των γονέων σχετικά με τον τραυλισμό του παιδιού τους. Οι "στρατηγικές" επικοινωνίας της οικογένειας αναδιοργανώνονται και αναβαθμίζονται σαν αποτέλεσμα της παρέμβασης.

Ρυθμιστής το παιδί:

Το παιδί τοποθετείται στο κέντρο της θεραπείας, φτιάχνει συμμαχίες και ενδυναμώνεται να αναλάβει την ευθύνη της ομιλίας του. Καθοδηγεί τους ανθρώπους γύρω του σε τρόπους που το βοηθούν να διαχειρίζεται την επικοινωνία του.

Έμφαση στην Λειτουργική Επικοινωνία:

Τα εργαλεία ομιλίας δίνουν διαφορετική ομιλία με ροή, χρησιμοποιούνται από το παιδί με κατανοητό σκοπό και όχι επειδή "πρέπει" και εξυπηρετούν τις επικοινωνιακές του ανάγκες.

Super ήρωας και παιχνίδι:

Παιδιά και γονείς λατρεύουν τη θεραπεία γιατί τα επιτραπέζια παιχνίδια, οι αποστολές, τα πειράματα, οι σύμμαχοι δίνουν έναυσμα, ρόλο, κλιμακούμενη δομή και κίνητρο στο παιδί να συμμετέχει και να αλλάζει διαρκώς. Οι γονείς ενδυναμώνονται καθώς λειτουργούν ως "σύμμαχοι" στην όλη προσπάθεια, στο πλευρό του παιδιού τους.

7.2.3. Ανάλυση του προγράμματος

Το όνομά του προέρχεται από τις λέξεις «λέξις και πόντιξ» δηλαδή, ποντικός των λέξεων. Το πρόγραμμα συνδυάζει αναγνωρισμένες θεωρίες και κλινικές πρακτικές που χρησιμοποιούνται πιο συχνά στη θεραπεία του τραυλισμού. Το πρόγραμμα Λεξιπόντιξ λειτουργεί σε πλαίσιο Βραχείας Θεραπείας με Εστίαση στη Λύση ενώ συνδιάζει κλινικές πρακτικές από την Θεραπεία Αλληλεπίδρασης Γονέα-Παιδιού (Parent-Child Interaction Therapy), την Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy) και τις βασικές προσεγγίσεις θεραπείας τραυλισμού: την Μορφοποίηση Ροής (Fluency Shaping) και την Τροποποίηση Τραυλισμού (Block Modification). Σημαντικός είναι ο ρόλος επίσης, των δυνάμεων του παιδιού και της συμμαχίας του, βασικός πυρήνας της οποίας είναι οι γονείς. Το παιδί και η οικογένεια του βρίσκονται ένα βήμα πριν από το στόχο τους ζητώντας θεραπευτική υποστήριξη. Έχουν ήδη κάνει μία μικρή αλλαγή η οποία θα τους οδηγήσει σε πολύ μεγαλύτερες. Το παιδί γνωρίζει τον τραυλισμό του καλύτερα από τον καθένα όπως ακριβώς και οι γονείς γνωρίζουν το παιδί τους. Ο Λεξιπόντικας «εκμεταλλεύεται» αυτή την εξειδικευμένη γνώση τους με πολλούς τρόπους.

Αρχικά, δημιουργείται μία θεραπευτική «συμμαχία» η οποία αποτελείται από το παιδί, τους γονείς και το θεραπευτή. Σαν συμμαχία πλέον ενώνουν τις γνώσεις τους με στόχο να γίνει όσο το

δυνατόν πιο κατανοητή η εμπειρία του παιδικού τραυλισμού. Στη συνέχεια, χρησιμοποιούνται κλινικές πρακτικές και εργαλεία για να αλλάξουν την μέχρι τώρα εμπειρία του παιδιού στην επικοινωνία, εξερευνώντας και αναδημιουργώντας τα μέχρι τώρα δεδομένα.

Ο θεραπευτής κάνει κάποιες ερωτήσεις γενικού περιεχομένου, οι απαντήσεις των οποίων είναι σύντομες SFBT (Solution Focused Brief Therapy), δημιουργεί μία θεραπεία βασισμένη ως επί το πλείστον στις απαντήσεις του ίδιου του παιδιού παρά στις ερωτήσεις του θεραπευτή. Μέσω των απαντήσεων ενεργοποιούνται όλα τα μέσα/ικανότητες του παιδιού και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Το πρόγραμμα βασίζεται στις βασικές αρχές της θεραπευτικής διαδικασίας σύντομων απαντήσεων. Εύκολα, η παραπάνω διαδικασία μετά από τις συνεδρίες διευκολύνει το παιδί και την οικογένειά του να πραγματοποιούν καθημερινά μικρά επιτεύγματα. Βασιζόμενοι στην μέχρι τώρα επιτυχημένη πορεία τους, συνεχίζουν με σκοπό την εκπλήρωση του στόχου τους. Όπως θα αναφερθεί και παρακάτω στο θεραπευτικό πλάνο του λεξιπόντικα χρησιμοποιούνται τα "κόκκινα" και τα "κίτρινα" εργαλεία. Στο τέλος κάθε συνεδρίας, όσο ο "σούπερ ήρωας" και οι "σύμμαχοί" του εξοικειώνονται με τα εργαλεία καταφέρνουν να κατακτούν διάφορες δυνάμεις. Οι δυνάμεις αυτές προστίθενται στο σακίδιο του "σούπερ ήρωα" και χρησιμοποιούνται για την επιτυχημένη πορεία του θεραπευτικού προγράμματος. Ότι έχουν ήδη καταφέρει θα τους βοηθήσει για τη συνέχεια.

Το όνομα του προγράμματος έχει μεταφορική έννοια ώστε να είναι φιλικό προς το παιδί, το Εργοστάσιο του Νου. Η μεταφορά βασίζεται στο Beck's model (Μοντέλο Γνωσιακής Συμπεριφοράς). Ο Λεξιπόντιξ είναι ένας ποντικός ο οποίος τρυπώνει στο «εργοστάσιο του νου» του παιδιού. Το "εργοστάσιο του νου" βοηθάει το παιδί να γνωρίσει καλύτερα τη γνωστική, συναισθηματική, φυσική και συμπεριφοριστική αλυσίδα των αντιδράσεών του. Η «μηχανή σκέψεων», το «εργαστήριο συναισθημάτων», ο «αισθητήρας σώματος» και η «μηχανή λέξεων και συμπεριφορών» συμβαδίζουν με τα στοιχεία του Beck's model. Η μεταφορά περιέχει έναν «σούπερ ήρωα» (το παιδί), μία «συμμαχία» (η οικογένεια) και τον λεξιπόντικα (ο ποντικός πειραχτήρι) ο οποίος προσπαθεί να εισβάλλει και να ανακατέψει το εργοστάσιο του νου. Η θεραπεία αναπτύσσεται σαν ένα παιχνίδι ρόλων ανάμεσα στη συμμαχία και τον λεξιπόντικα.

Η θεραπεία στοχεύει στο να ενισχύσει το παιδί να ανακτήσει τον έλεγχο του «κέντρου ελέγχου» του εργοστασίου. Με αυτόν τον τρόπο ο λεξιπόντιξ θα βρίσκεται υπό τον έλεγχο του παιδιού. Οι εισβολές του είναι διαχειρίσιμες και δεν έχουν καμία σημαντική επιρροή στη λειτουργία του "εργοστασίου του νου". Η θεραπεία είναι διασκεδαστική και στοχεύει στην εξερεύνηση και κατανόηση της εμπειρίας του τραυλισμού, βρίσκοντας εναλλακτικούς τρόπους διαχείρισης και παραγωγής σημαντικών αλλαγών. Το θεραπευτικό αυτό πρόγραμμα δεν στοχεύει στην εξόντωση του "ποντικού",

αλλά στην εύρεση εναλλακτικών τρόπων αρμονικής συμβίωσης μεταξύ του "ποντικού" και του "σούπερ ήρωα". Με αυτόν τον τρόπο η επιρροή που θα ασκεί ο "ποντικός" στο παιδί θα είναι ελάχιστη και δεν θα έχει αρνητικές συνέπειες.

7.2.4. Διερευνητική Διαδικασία

Κατηγοριοποιώντας όλες τις πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί δημιουργείται ένα σχεδιάγραμμα που ονομάζεται χάρτης διατύπωσης. Ο χάρτης διατύπωσης είναι ένας τρόπος χαρτογράφησης της εμπειρίας του τραυλισμού του παιδιού πάνω σε ένα πρόγραμμα για αξιολόγηση, θεραπευτικό πλάνο και παρακολούθηση των στόχων. Είναι βασισμένος στη Διεθνή Ταξινόμηση ICF και την τροποποίηση του από τους Yarus & Quesal (2004). Υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες στο χάρτη διατύπωσης: α) σωματική λειτουργία, β) ατομικοί παράγοντες, γ) αντίκτυπο στη ζωή του παιδιού και δ) παράγοντες περιβάλλοντος. Στο χάρτη διατύπωσης του λεξιπόντικα χρησιμοποιούνται επίσημες αξιολογήσεις, ανεπίσημες αξιολογήσεις και συνεντεύξεις τόσο για το παιδί όσο και για τους γονείς με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών για όλους τους τομείς. Στα πλαίσια της επίσημης αξιολόγησης του τραυλισμού χρησιμοποιούνται οι κλίμακες Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering-School Age (OASES-S), Communication Attitude Test-Revised (CAT-R) και Palin Parent Rating Scales (Palin PRS).

Η σωματική λειτουργία στο πρωτόκολλο της αξιολόγησης είναι ειδικά σχεδιασμένη για το πρόγραμμα του λεξιπόντικα με σκοπό να συλλέξει πληροφορίες για α) τη ροή, β) το στοματο-κινητικό συντονισμό, γ) το ρυθμό ομιλίας και δ) τη φυσικότητα ομιλίας, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η διαφοροδιάγνωση με το cluttering.

7.2.5. Θεραπευτική Παρέμβαση

Το θεραπευτικό πρόγραμμα του λεξιπόντικα αναπτύσσεται σε δύο φάσεις: η φάση Α έχει διάρκεια 12 εβδομάδες. Στο τέλος της φάσης Α αποφασίζεται εάν απαιτείται η συνέχιση του προγράμματος στη φάση Β, ανάλογα με τις ανάγκες που έχουν διαμορφωθεί. Εάν δεν υπάρχει η ανάγκη αυτή η παρακολούθηση της εξέλιξης του προγράμματος θα πραγματοποιηθεί μετά από 1, 3, 12 μήνες. Η φάση Α περιέχει τη βασική δομή (συνεδρίες 1-5) και τη δομή επιλεγμένων πεδίων (συνεδρίες 6-12). Πιο συγκεκριμένα, η βασική δομή περιλαμβάνει την Έναρξη. Σε αυτό το στάδιο πραγματοποιείται μία ανασκόπηση της Διερευνητικής Διαδικασίας, γίνεται συζήτηση για τα στάδια της θεραπείας και καθορίζονται οι ρόλοι της "συμμαχίας". Συνεχίζοντας η βασική δομή περιλαμβάνει στρατηγικές

ενδυνάμωσης και αλληλεπίδρασης "συμμαχίας" (PCI). Έπειτα αναλύονται καλύτερα έννοιες του λεξιπόντικα, της Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (CBT) καθώς επίσης αναγνωρίζονται οι γνωσιακοί κύκλοι με την χρήση των "κόκκινων εργαλείων" στη δομή επιλεγμένων πεδίων. Τελευταίο κομμάτι της βασικής δομής είναι η αναγνώριση των εννοιών και των συμπεριφορών τραυλισμού και ο εθελοντικός τραυλισμός (ομιλία).

Το PCI στη δομή επιλεγμένων πεδίων παρέμβασης:

Μετά την πέμπτη συνεδρία το θεραπευτικό πρόγραμμα περνάει στη δομή επιλεγμένων πεδίων, στην οποία όπως προαναφέρθηκε χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία. Πιο συγκεκριμένα, η συμμαχία είναι βασισμένη στην αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού και περιέχει αποκλειστικό χρόνο (special time) μεταξύ τους. Αυτός ο αποκλειστικός χρόνος δίνει την ευκαιρία στο παιδί και στους γονείς του να αναγνωρίσουν τις δυνατότητές τους και στον θεραπευτή να συλλέξει επιπλέον πληροφορίες που αφορούν τις ξεχωριστές τους δυνατότητες και την επικοινωνία μεταξύ τους σε ένα πρώιμο στάδιο του θεραπευτικού προγράμματος. Στρατηγικές αλληλεπίδρασης συμμαχίας (όπως δίνοντας χρόνο) και στρατηγικές ενδυνάμωσης (όπως έπαινοι) θα προετοιμάσουν το έδαφος για οικογενειακά επιτραπέζια και θα ενδυναμώσουν τις σχέσεις της συμμαχίας. Επίσης, θα διαμορφώσουν ένα περιβάλλον ασφάλειας και απευαισθητοποίησης για την εξάσκηση των μελών στα «κίτρινα» και στα «κόκκινα εργαλεία» (εργαλεία για την ομιλία και για τις σκέψεις και τα συναισθήματα αντίστοιχα). Το παιδί στην συνέχεια θα έχει τη δυνατότητα να εισάγει και άλλα μέλη που επιθυμεί στη συμμαχία (δίκτυο επέκτασης συμμαχίας). Όταν η "συμμαχία" εξοικειωθεί με τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος και με την χρήση των εργαλείων, ο "σούπερ ήρωας" έχει τη δυνατότητα να την επεκτείνει προσθέτοντας ένα μέλος που θα επιλέξει ο ίδιος. Με ένα έγγραφο ζητάει τόσο την συγκατάθεση των μελών που βρίσκονται ήδη στη "συμμαχία", όσο και τη συγκατάθεση του επικείμενου νέου μέλους.

Το CBT στη δομή επιλεγμένων πεδίων παρέμβασης:

Η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία εισάγει στοιχεία στο πυρήνα του προγράμματος όπως αναγνώριση των συναισθημάτων και των συμπεριφορών και ταυτοποίηση της αρνητικής αυτόματης σκέψης (NATs). Στη δομή επιλεγμένων πεδίων του προγράμματος η θεραπεία πραγματοποιείται με τη χρήση των κόκκινων εργαλείων όπως η «επίλυση προβλημάτων» (problem solving), τα «πειράματα ελέγχου» (behavioral experiments), ο «τροποποιητής-Α» (reframing of NATs by means of modification), «γνωσιακές παραποιήσεις» (cognitive distortions), ο «απαντητής-Α» (talking back) και οι «αποστολές» (missions) που θα αναλυθούν παρακάτω.

Από τη δομή επιλεγμένων πεδίων η «επίλυση των προβλημάτων» είναι ίσως αυτή που θα βοηθήσει περισσότερο το παιδί να αντιμετωπίσει το χλευασμό αλλά και την συμμετοχή του στο σχολικό πλαίσιο. Για την «επίλυση προβλημάτων» χρησιμοποιούνται ειδικά διαμορφωμένα επιτραπέζια, τα οποία περιλαμβάνουν μικρά καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη της συμμαχίας μεταξύ τους. Οι σύμμαχοι παίζοντας αυτό το παιχνίδι, καλούνται να δώσουν λύσεις για τα προβλήματα αυτά. Εκείνος που θα προτείνει την καλύτερη δυνατή λύση θα είναι και ο νικητής.

Οι «αποστολές» και τα «πειράματα ελέγχου» είναι σχεδιασμένα με τη μορφή εξωτερικών δραστηριοτήτων για να ελέγξουν συναισθηματικές αντιδράσεις. Χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό, για παράδειγμα ο "σούπερ ήρωας" αναλαμβάνει την «αποστολή» να χτυπήσει το κουδούνι του γείτονα και να ζητήσει κάτι χωρίς να τραυλίσει ή αντίθετα χρησιμοποιώντας εθελοντικό τραυλισμό. Πριν κάνει την αποστολή, θα πρέπει να καταγράψει σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές τόσο του ίδιου όσο και του γείτονα. Όταν η αποστολή ολοκληρωθεί ο "σούπερ ήρωας" καλείται να ελέγξει εάν όλα αυτά που είχε σκεφτεί επιβεβαιώθηκαν (πείραμα ελέγχου).

Ο «τροποποιητής-A» χρησιμοποιείται για την μετατροπή της αυτόματης αρνητικής σκέψης κατά τη διάρκεια μιας συναισθηματικής κατάστασης. Χρησιμοποιεί μια κλίμακα ανησυχίας που ονομάζεται "λεξιπόμετρο". Το "λεξιπόμετρο" κυμαίνεται από το 0 έως το 10, αντιπροσωπεύοντας την ελάχιστη και την μέγιστη ανησυχία του παιδιού αντίστοιχα. Για την αυτόματη μετατροπή της αρνητικής σκέψης το παιδί περνάει από πέντε στάδια 'όπως στο παρακάτω παράδειγμα. Ο Νίκος, αγόρι 10 ετών λέει μάθημα μέσα στην τάξη, ξαφνικά αρχίζει να τραυλίζει. Εκείνη τη στιγμή ακούει γέλια από τα παιδιά πίσω του. Ο Νίκος σκέφτεται ότι γελάνε για αυτόν (στάδιο 1: ταυτοποίηση αρνητικής σκέψης). Στη συνέχεια σκέφτεται για ποιο λόγο μπορεί να συμβαίνει αυτό (στάδιο 2: αναζήτηση υποστηρικτικών στοιχείων). Έπειτα, σκέφτεται άλλους λόγους για τους οποίους μπορεί τα παιδιά να γέλασαν (στάδιο 3: αναζήτηση εναλλακτικών λόγων). Μετά φαντάζεται πως αν συνεχίσει το μάθημα θα δεχθεί χλευαστικά σχόλια (στάδιο 4: απεικόνιση του χειρότερου δυνατού σεναρίου). Τέλος, συνειδητοποιεί πως δεν πρόκειται να συμβεί κάτι τέτοιο αλλά πως τα παιδιά πιθανότατα αναφέρονταν σε κάτι άλλο και γέλασαν (στάδιο 5: μετατροπή της αυτόματης αρνητικής σκέψης). Αυτά τα στάδια αναγνωρίζει το παιδί μέρα με τη μέρα ώσπου εξοικειώνεται μαζί τους και φτάνει στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Ένα ακόμη κόκκινο εργαλείο που χρησιμοποιείται στη δομή επιλεγμένων πεδίων είναι οι «γνωσιακές παραποιήσεις». Πρόκειται για ειδικά "νοητικά φίλτρα" που καταφέρνει να φορέσει ο "ποντικός" στον "σούπερ ήρωα" με σκοπό να αλλοιώσει τον τρόπο με τον οποίο ο τελευταίος βλέπει τα πράγματα. Το πρόγραμμα λεξιπόντιξ στοχεύει στο να εκπαιδεύσει το παιδί να αναγνωρίζει αυτά τα φίλτρα (αλλόκοτα γυαλιά που μας φοράει ο σκανδαλιάρης ποντικός). Για παράδειγμα, υπάρχουν τα γυαλιά του ενόχου (εγώ φταίω για όλα), τα γυαλιά του στρατιώτη (είμαι υποχρεωμένος να), του

μάντη (ξέρω ότι σκέφτεσαι αυτό), του καταστροφολόγου (θα γίνει αυτό), του τρόμπα (τα φουσκώνω και τα βλέπω πιο τραγικά), του σκουπιδοτενεκέ με τα μαύρα γυαλιά (τα βλέπω όλα μαύρα, τα καλά τα πετάω) και του "όλα ή τίποτα" (ή είναι όλα καλά ή είναι όλα χάλια).

Το τελευταίο κόκκινο εργαλείο είναι ο «απαντητής-Α». Το παιδί αναλαμβάνει να φέρει εις πέρας μια δραστηριότητα, ενώ ταυτόχρονα ένα μέλος της συμμαχίας γίνεται ο «απαντητής-Α» δηλαδή φοράει τη μάσκα του "ποντικού". Στόχος του "ποντικού" είναι να βομβαρδίσει το παιδί με αρνητικούς σχολιασμούς π.χ. «τώρα θα τραυλίσεις» και το παιδί καλείται να ανταπαντήσει χωρίς να το επηρεάσουν τα σχόλια. Εκείνος που θα καταφέρει να αποστομώσει τον άλλον κερδίζει το παιχνίδι.

Τα περισσότερα εργαλεία του CBT είναι με τη μορφή καρτών ή επιτραπέζιων παιχνιδιών για όλη την οικογένεια.

Η ομιλία στη δομή επιλεγμένων πεδίων:

Οι τεχνικές ομιλίας χρησιμοποιούνται από το παιδί με σκοπό να το βοηθήσουν να αποκτήσει σιγουριά απέναντι σε επικοινωνιακές απαιτήσεις και να βελτιώσουν την επικοινωνιακή του λειτουργικότητα. Το παιδί θα καθοδηγηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να κατανοήσει μόνο του ποιες τεχνικές εξυπηρετούν καλύτερα τις επίκτητες απαιτήσεις σε ένα συγκεκριμένο επικοινωνιακό γεγονός και θα εξασκηθεί στο πώς να χρησιμοποιεί αυτές τις τεχνικές στις «αποστολές» και στα «πειράματα ελέγχου». Όλα τα παραπάνω θα επιτευχθούν με τη χρήση των κίτρινων εργαλείων, τα οποία διαμορφώνονται ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού. Το τελευταίο ενθαρρύνεται να αποφασίσει το ίδιο τις ονομασίες των κίτρινων εργαλείων. Τα εργαλεία αυτά είναι η ομιλία «αεροπλάνου» (εύκολη εκκίνηση), η ομιλία «παρκούρ» (μακρά-συρτή ομιλία), η ομιλία «λεωφορείου» (παύσεις ομιλίας), η ομιλία «ριμπάουντ» (ακυρώσεις), η ομιλία «στιγμιαίου παρκούρ» (ενδοτροποποίηση) και η ομιλία «της Κασσάνδρας» (προ-τροποποίηση).

Ολοκλήρωση του προγράμματος:

Με το τέλος της δωδέκατης εβδομάδας πραγματοποιείται μια επαναξιολόγηση με σκοπό την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Σε περίπτωση που απαιτείται παραπάνω παρακολούθηση του προγράμματος, διαμορφώνεται επιπρόσθετη θεραπεία σε ενότητες ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού (φάση Β). Στη φάση Β οι τομείς που θα μελετηθούν περαιτέρω είναι παρεμφερείς με αυτούς της φάσης Α. Ο χρόνος ανάμεσα στη 12η και στη 13η συνεδρία διαρκεί έναν μήνα και είναι μία περίοδος εδραίωσης των αλλαγών. Στη 13η συνεδρία πραγματοποιείται μία σύντομη συζήτηση με τη «συμμαχία» που στοχεύει στο να συζητηθεί τι το διαφορετικό προέκυψε, πώς πραγματοποίησαν αυτή την αλλαγή και τι αισθάνονται που έχουν κάνει ένα τόσο σημαντικό βήμα. Γονείς και παιδί ενδυναμώνουν τη σχέση μεταξύ τους και μειώνεται η γονεϊκή ανησυχία, έχοντας πλέον τα κατάλληλα εφόδια για τη διαχείριση και την αντιμετώπιση του τραυλισμού.

7.2.6. Διερευνητική διαδικασία

Ο Α. αγόρι 10;0 ετών (ημερομηνία γέννησης 30.06.2005), προσήλθε στο Κέντρο Λόγου «Ευ λέγειν» στη Λάρισα για πρώτη φορά στις 17 Νοεμβρίου 2015 συνοδευόμενος από τους γονείς του. Οι γονείς του παιδιού διαπίστωσαν τα πρώτα συμπτώματα δυσκολίας στη ροή του λόγου του όταν ήταν σε ηλικία 4 ετών. Η λήψη του ιστορικού, η διερευνητική διαδικασία (αξιολόγηση) και το θεραπευτικό πλάνο που ακολούθησε ο Α. πραγματοποιήθηκαν με βάση το καινοτόμο πρόγραμμα Λεξιπόντιξ.

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε μια Διερευνητική Διαδικασία, βασισμένη στη Διεθνή Ταξινόμηση ICF και χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω εργαλεία διερεύνησης:

A) Δομημένες συνεντεύξεις

B) Ερωτηματολόγια

Γ) Πρωτόκολλα συλλογής πληροφοριών

Δ) Τυπικές και σταθμισμένες δοκιμασίες

E) Communication Attitudes Test Revised (CAT-R)

ΣΤ) Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering - School Age (OASES – S)

Z) Palin Parent Rating Scale (Palin PRS)

Με βάση τα αποτελέσματα της παραπάνω αξιολόγησης, συλλέχθηκαν οι κατάλληλες πληροφορίες για τον σχηματισμό του Χάρτη Διατύπωσης (Yaruss & Quesal, 2004). Ο χάρτης διατύπωσης περιλαμβάνει τέσσερις τομείς: α) την σωματική λειτουργία, β) το αντίκτυπο στη ζωή του παιδιού, γ) τους ατομικούς παράγοντες και δ) τους παράγοντες περιβάλλοντος που θα αναλυθούν περαιτέρω παρακάτω.

A) Σωματική Λειτουργία. Η πρώτη διαπίστωση των δυσκολιών του Α. έγινε σε ηλικία 4;0 ετών. Τα συμπτώματα επιδεινώθηκαν το Σεπτέμβριο του 2015. Ο Α. παρουσίαζε κυρίως επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων, ενώ σε μικρότερη συχνότητα παρουσίαζε επιμηκύνσεις και μπλοκαρίσματα. Σε συνδυασμό με τα παραπάνω εμφανίζει και δευτερεύοντα συμπτώματα όπως κίνηση των χειλιών προς τα αριστερά (γκριμάτσα), αποστροφή βλέμματος και κίνηση του ποδιού. Από την αξιολόγηση που έγινε προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Συχνότητα συλλαβών τραυλισμού στην ανάγνωση: 17,6%

Συχνότητα συλλαβών τραυλισμού στην αφήγηση: 8,3%

Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering - School Age (OASES – S): 2, 82

Communication Attitudes Test Revised (CAT-R): 23

Η ταχύτητα της ομιλίας του ήταν μέση με καλή φυσικότητα, ενώ δεν ανιχνεύθηκαν άλλες γλωσσικές δυσκολίες. Με βάση τα αποτελέσματα των παραπάνω εργαλείων ο Α. διαγνώσθηκε με Μέτριο Εξελικτικό τραυλισμό. Επίσης, παρατηρήθηκε αισθητηριακή ευαισθησία. Τέλος, χαρακτηριστικό του παιδιού ήταν η θετική διάθεση ως προς τη συνεργασία του με το θεραπευτή, παρόλα αυτά χρειαζόταν χρόνο για να προσαρμοστεί στις επικείμενες αλλαγές.

Β) Αντίκτυπο στη ζωή του παιδιού. Ο Α. παρουσιάζει μικρή δυσκολία επικοινωνίας με άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος και με άλλα οικεία πρόσωπα (π.χ. παιδιά στο διάλειμμα ή εκτός τάξης), ενώ η δυσκολία μεγιστοποιείται όταν πρόκειται να συνομιλήσει με άγνωστα πρόσωπα, ενήλικες ή πολλούς συνομιλητές. Η συμμετοχή του στο σχολείο και το μάθημα είναι ικανοποιητική, ωστόσο η εμπειρία του τραυλισμού επιφέρει αρνητικό συναισθηματικό αντίκτυπο στον ίδιο και στην οικογένεια του.

Γ) Ατομικοί παράγοντες. Ο Α. είναι ευαίσθητος με πολύ καλή ενσυναίσθηση. Ο τραυλισμός του εμφανίζεται σε συνθήκες άγχους και ανησυχίας. Ο ίδιος τρέφει αρνητικά συναισθήματα για την ομιλία του (CAT-R, OASES-S) και είναι νευρικός και ανήσυχος όταν μιλάει προσπαθώντας να καλύψει την δυσκολία του. Αυτός ο φόβος οδηγεί τον Α. σε αποφυγή των τηλεφωνικών συνομιλιών. Παρά ταύτα, είναι αυτόνομος και ανεξάρτητος, έχει καλή συναισθηματική διαχείριση (υπάκουος) και είναι μέτριος έως καλός μαθητής στο σχολείο. Τέλος, ο Α. διακρίνεται από δυνάμεις θάρρους, εξυπνάδας, προσπάθειας, οργάνωσης, δημιουργίας και αντοχής.

Δ) Παράγοντες Περιβάλλοντος. Οι γονείς του Α. είναι υποστηρικτικοί και διατηρούν μια ανοιχτή στάση απέναντι στον τραυλισμό (συζητιέται στο σπίτι). Στηρίζουν τη διαφορετικότητα, σέβονται αυτόν που μιλά, δεν διακόπτουν και δεν τον προτρέπουν σε αργή ομιλία. Ο πατέρας έχει εμπειρία στον τραυλισμό για αυτό κατανοεί και στηρίζει το παιδί. Ωστόσο, η γονεϊκή ανησυχία είναι αυξημένη, ενώ παρατηρείται μέση γονεϊκή γνώση σε θέματα διαχείρισης τραυλισμού. Ο Α. είναι κοινωνικός και έχει φίλους, όμως έχει δεχθεί χλευαστικά σχόλια από ένα παιδί. Δεν έχει κάνει λογοθεραπεία στο παρελθόν. Από την αξιολόγηση σύμφωνα με τις τιμές του Palin Parent Rating Scale (Palin PRS) προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: α) Επίδραση τραυλισμού στο παιδί: Μητέρα 4.597 (μέτρια), Πατέρας 5.972 (χαμηλή), β) Σοβαρότητα τραυλισμού και επίδραση στους γονείς: Μητέρα 2.113 (υψηλή), Πατέρας 2.908 (μέτρια), γ) Πληροφόρηση γονέων για τον τραυλισμό και εμπιστοσύνη στο χειρισμό του: Μητέρα 5.139 (μέτρια), Πατέρας 4.7 (μέτρια).

7.2.7. Θεραπευτική Παρέμβαση

Το θεραπευτικό πλάνο απαρτίζεται από την βασική δομή (1 έως 5 συνεδρίες) και την δομή επιλεγμένων πεδίων (6 έως 12 συνεδρίες). Στη βασική δομή πραγματοποιήθηκε η ανασκόπηση της διερευνητικής διαδικασίας και η συζήτηση των σταδίων της θεραπείας και των ρόλων της συμμαχίας. Στη συνέχεια, πραγματοποιούνταν στρατηγικές ενδυνάμωσης και αλληλεπίδρασης της συμμαχίας (PCI). Μέσω αυτών ενδυναμώθηκε η λειτουργικότητα της συμμαχίας και αναπτύχθηκε η ασφάλεια μεταξύ των μελών.

Ακολούθησε η αναγνώριση των εννοιών Λεξιπόντιξ και CBT, η αναγνώριση των γνωσιακών κύκλων, οι Γνωστικές Παραποιήσεις και ο Απαντητής-Α. Σε αυτό το σημείο χρησιμοποιήθηκαν τα «κόκκινα εργαλεία» (εργαλεία αναγνώρισης συναισθημάτων) με τη μορφή καρτών η επιτραπέζιων παιχνιδιών. Για παράδειγμα, προκειμένου ο Α. να ξεπεράσει τις στιγμές τραυλισμού σε συνθήκες άγχους, ένα μέλος της συμμαχίας ανέλαβε τον ρόλο του «Απαντητή-Α». Το παιδί προσπαθούσε να επικοινωνήσει χωρίς να τραυλίσει, ενώ ο «ποντικός» το “βομβάρδιζε” με αρνητικά σχόλια (π.χ. είμαι σίγουρος πως δεν θα τα καταφέρεις) με σκοπό να ωθήσει το παιδί να ανταπαντήσει στον ποντικό. Νικητής του παιχνιδιού ήταν εκείνος που θα κατάφερνε να αποστομώσει τον άλλον. Συνεχίζοντας δύο κόκκινα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι «αποστολές» και τα «πειράματα ελέγχου». Μια ενδεικτική αποστολή ήταν να πάει το παιδί σε ένα περίπτερο και να ζητήσει κάτι χωρίς να τραυλίσει ή αντίθετα να ζητήσει κάτι πραγματοποιώντας εθελοντικό τραυλισμό. Ο Α. πριν πραγματοποιήσει την αποστολή, καλούνταν να καταγράψει όλες τις αρνητικές σκέψεις που μπορεί να είχε για αυτή την αποστολή, καθώς επίσης να προβλέψει και τις ενδεχόμενες αντιδράσεις των άλλων (περιπτεράς). Όταν η αποστολή ολοκληρώνονταν ο Α. θα έπρεπε να ελέγξει τις προβλέψεις του και να δει αν επιβεβαιώθηκαν. Αυτή η διαδικασία ανήκει στα πειράματα ελέγχου. Το τελευταίο κόκκινο εργαλείο που χρησιμοποιείται είναι η «επίλυση προβλημάτων». Για τον Α. σχεδιάστηκε ένα επιτραπέζιο παιχνίδι το οποίο περιλάμβανε μικρά καθημερινά προβλήματα που αντιμετώπιζε με τα μέλη της συμμαχίας του (οργάνωση, μελέτη). Σκοπός του παιχνιδιού ήταν να προτείνει ο καθένας έναν εναλλακτικό τρόπο επίλυσης των προβλημάτων. Εκείνος που θα σκεφτόταν την καλύτερη δυνατή επιλογή θα ήταν και ο νικητής.

Τέλος, αναγνωρίστηκαν οι συμπεριφορές του τραυλισμού, καθώς επίσης και του Εθελοντικού Τραυλισμού. Στο σημείο αυτό χρησιμοποιήθηκαν τα κίτρινα εργαλεία και πιο συγκεκριμένα στην περίπτωση του Α. προκειμένου να μειωθούν οι επαναλήψεις των λέξεων και των συλλαβών πραγματοποιήθηκε η ομιλία «λεωφορείου», δηλαδή ομιλία που χαρακτηρίζεται από παύσεις.

Όταν ο Α. απέκτησε οικειότητα ως προς τα εργαλεία και τη συμμαχία του, αποφάσισε να την επεκτείνει προσθέτοντας σε αυτήν ένα ακόμα μέλος, την αδελφή του (Μαρία, 8ετών), ζητώντας την αποδοχή της τόσο από τα υπόλοιπα μέλη της συμμαχίας όσο και από την ίδια με το έγγραφο δικτύου επέκτασης συμμαχίας. Μόλις, οι γονείς του Α. εξοικειώθηκαν με το θεραπευτικό πλάνο, άρχισαν να θέτουν μικρούς θεραπευτικούς στόχους σχετικά με καθημερινές δραστηριότητες και εκτός των συνεδριών.

Μετά από δώδεκα συνεδρίες, αφού το θεραπευτικό πλάνο έφτασε στο τέλος του, πραγματοποιήθηκε μία διαδικασία επαναξιολόγησης, εκτίμησης και αναστοχασμού κατά την οποία προέκυψε πως ο Α. δεν χρειάζεται περαιτέρω συνέχιση του προγράμματος.

7.2.8. Αποτελέσματα

Το πρόγραμμα Λεξιπόντιξ στην περίπτωση του Α., στέφθηκε με απόλυτη επιτυχία καθώς βελτιώθηκε η ροή της ομιλίας του παιδιού σε λεκτικές και μη συμπεριφορές τραυλισμού, παρουσίασε θετικότερες στάσεις όπως και συναισθήματα όσον αφορά τον τραυλισμό και την επικοινωνία και μειώθηκε η γονεϊκή ανησυχία ενώ ταυτόχρονα ενισχύθηκε ο υποστηρικτικός γονεϊκός ρόλος. Από την επαναξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

Συχνότητα συλλαβών τραυλισμού στην ανάγνωση: 5%

Συχνότητα συλλαβών τραυλισμού στην αφήγηση: 3%

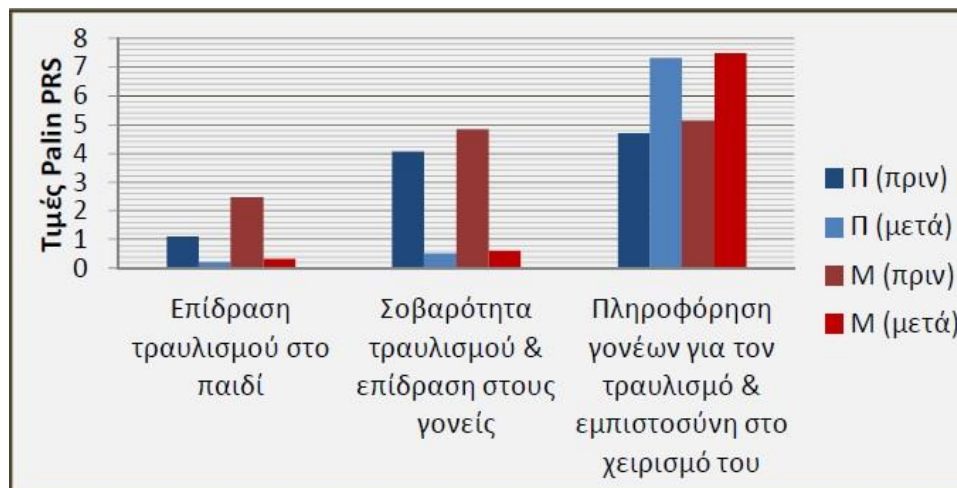
Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering - School Age (OASES – S): 1,33 (ήπιος)

Communication Attitudes Test Revised (CAT-R): 12

Palin Parent Rating Scale (Palin PRS): α) Επίδραση τραυλισμού στο παιδί: Μητέρα 6.752 (πολύ χαμηλή), Πατέρας 6.857 (πολύ χαμηλή), β) Σοβαρότητα τραυλισμού και επίδραση στους γονείς: Μητέρα 6.348 (πολύ χαμηλή), Πατέρας 6.428 (πολύ χαμηλή), γ) Πληροφόρηση γονέων για τον τραυλισμό και εμπιστοσύνη στο χειρισμό του: Μητέρα 7.464 (πολύ υψηλή), Πατέρας 7.304 (πολύ υψηλή).

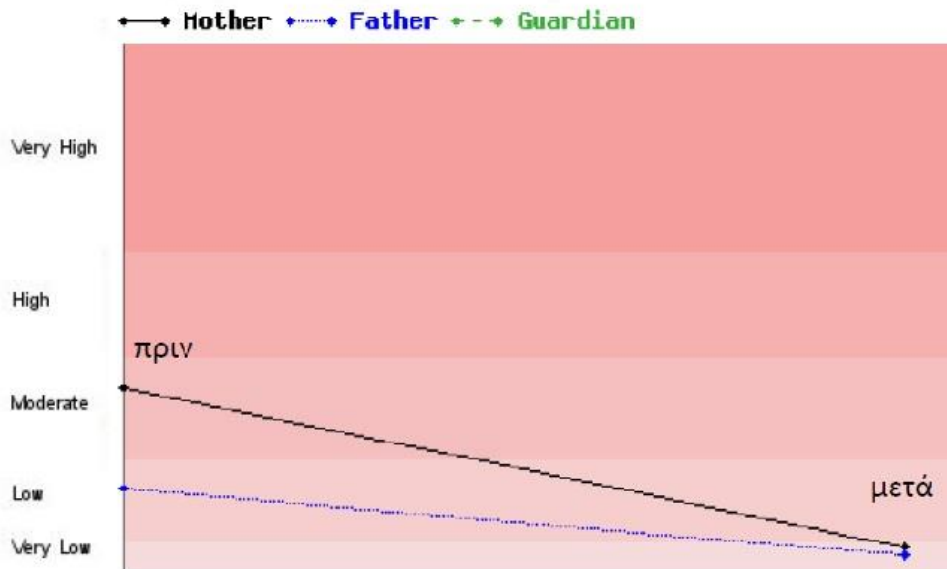
	Έναρξη	Λήξη	1 μήνας μετά
CAT-R	23	12	
OASES-S	2.82 (Μέτριος)	1.33 (Ηπιος)	
% SS (Ανάγνωση)	17.6	5	5.3
% SS (Αφήγηση)	8.3	3	4

Εικόνα 4. Συγκριτικά αποτελέσματα.



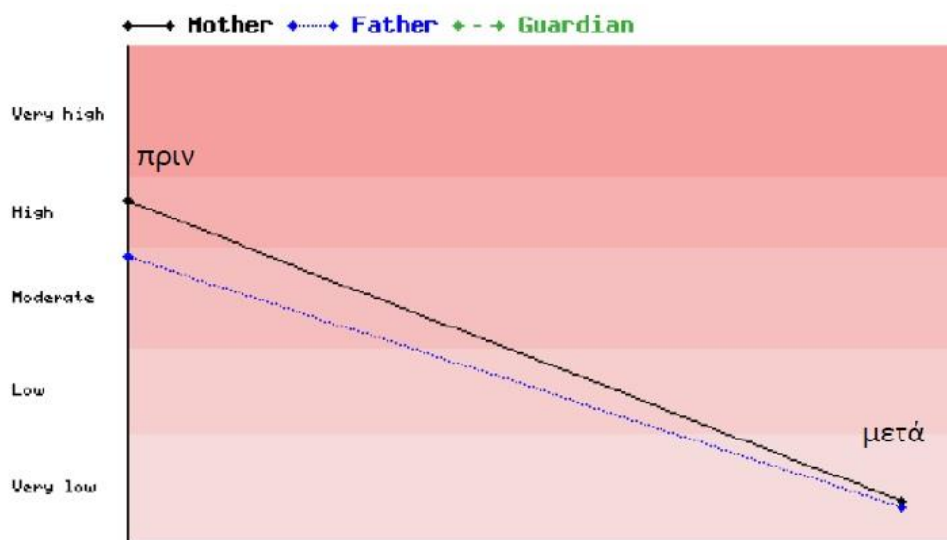
Εικόνα 5. Τιμές Palin PRS πριν και μετά.

Factor 1: Impact on the child



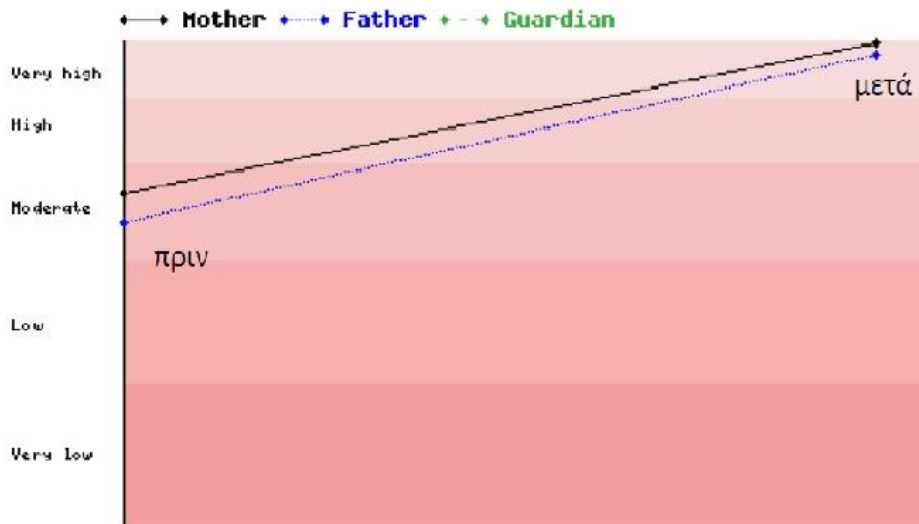
Εικόνα 6. Επίδραση τραυλισμού στο παιδί.

Factor 2: Severity of the stutter and impact on the parents



Εικόνα 7. Σοβαρότητα τραυλισμού και επίδραση στους γονείς.

Factor 3: Parent's knowledge and confidence in managing the stammer



Εικόνα 8. Πληροφόρηση γονέων για τον τραυλισμό και εμπιστοσύνη στο χειρισμό του.

7.2.9. Εντυπώσεις γονέων για το πρόγραμμα Λεξιπόντιξ

Πατέρας: « Η συμμετοχή στο πρόγραμμα Λεξιπόντιξ είναι μία μοναδική εμπειρία. Είναι παράλληλα ένα δημιουργικό ταξίδι για μικρούς και μεγάλους, όπου μπορεί κάποιος να δει και να βιώσει πράγματα που πιθανόν προηγουμένως να του ήταν ασήμαντα. Το πρόγραμμα στήνει δυνατά την συμμαχία της οικογένειας, αφυπνίζοντας ρόλους και ενδυναμώνοντας ικανότητες. Χτίζει αρχικά την αυτοπεποίθηση του παιδιού δείχνοντας του παράλληλα ότι δεν υπάρχει πρόβλημα αλλά σύμπτωμα καθώς και το δικαίωμα να το κατέχει. Με την ανάθεση των ασκήσεων-παιχνιδιών και αποστολών το πρόγραμμα δίνει μια περιπετειώδη και ενδιαφέρουσα μορφή στο τεχνικό κομμάτι. Η επιτυχία του φάνηκε με την επιθυμία του παιδιού να μην σταματήσει αλλά να διαρκέσει ακόμη περισσότερο. Η αλλαγή του παιδιού στην ομιλία και αυτοπεποίθηση ήταν πέρα των προσδοκιών μας, αφού μπορεί να διαχειρίζεται πλέον τον τραυλισμό, το γύρω περιβάλλον αλλά και το μέλλον του.»

Μητέρα: «Το πρόγραμμα Λεξιπόντιξ μας βοήθησε περισσότερο από όσα μπορούσα να φανταστώ και να περιμένω. Μας έβαλε να λειτουργούμε πιο ομαδικά. Ανακαλύψαμε πράγματα για το παιδί μας (ανησυχίες και αδυναμίες) που δεν είχαμε αντιληφθεί. Ανακαλύψαμε και δυνάμεις του που επίσης δε γνωρίζαμε. Μάθαμε να αντιμετωπίζουμε σωστά και να βοηθάμε σε ότι έχει σχέση με τον τραυλισμό. Το παιδί μας είναι σίγουρα πιο χαρούμενο μετά το πρόγραμμα. Είναι πιο δυνατός, γεμάτος αυτοπεποίθηση. Είναι ένα πρόγραμμα που πρέπει να παρακολουθήσουν όλα τα παιδιά που τραυλίζουν (ακόμα και εκείνα που δεν τραυλίζουν).

Κεφάλαιο 8: Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή επικοινωνίας, η οποία είναι δυνατόν να διαγνωστεί από την προσχολική ηλικία, κατά την οποία η γλωσσική ανάπτυξη είναι ταχεία. Οι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν τον τραυλισμό είναι ποικίλοι. Έχει διαπιστωθεί πως στον γενικό πληθυσμό, το ποσοστό του τραυλισμού στα αγόρια είναι μεγαλύτερο σε σχέση με τα κορίτσια. Τα χαρακτηριστικά του ατόμου που τραυλίζει είναι κατά κύριο λόγο: επαναλήψεις ήχων και συλλαβών, επιμηκύνσεις ήχων, επιφωνήματα, διακοπτόμενες λέξεις, ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές, περιφράσεις, παραγωγή λέξεων με υπερβολική ένταση και επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων. Για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, ενδείκνυται η ταχύτερη επίσκεψη σε ένα λογοθεραπευτή, ο οποίος αφού αποκτήσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για το άτομο που τραυλίζει, και διερευνήσει τα αίτια που τον προκαλούν, θα μπορέσει, με την βοήθεια των εξειδικευμένων γνώσεων και των ποικίλων θεραπευτικών μεθόδων, να εξασφαλίσει καλύτερες ευκαιρίες προσαρμοσμένες στις δυνατότητες του εκάστοτε θεραπευόμενου. Ο ειδικός οφείλει να λάβει υπόψη του τόσο τις συνθήκες και τα συμπτώματα τραυλισμού όσο και το συναισθηματικό του κόσμο, την προσωπικότητα και τα άτομα που το περιβάλλουν. Ωστόσο, για την επιτυχία μιας θεραπευτικής αγωγής, σημαντική είναι η συμβολή της οικογένειας καθώς και του ευρύτερου οικείου περιβάλλοντος του ατόμου που τραυλίζει.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

Βλασσοπούλου, Μ. & Μύρκος, Β. (2013). *Λογοθεραπεία: Διεπιστημονική θεώρηση*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Εκδόσεις.

Βλάχος, Φ. (1998). *Αριστεροχειρία μύθοι και πραγματικότητα*: Ελληνικά Γράμματα.

Δράκος, Γ.Δ. (1991). *Τραυλισμός: Σύγχρονα Προβλήματα της Θεραπευτικής Παιδαγωγικής. Η Παιδαγωγική Αγωγή του Λόγου και της Ομιλίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Αφωντολίδη.

Δράκος, Γ.Δ. (1999). *Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Εκπαιδευτικών «Περιβολάκι» & Ατραπός.

Εξαρχάκος, Γ. (2001). *Φυσιοπαθολογία της Φωνής*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων- Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός.

Κάκουρος, Ε., Μπαλούρδος, Δ. & Ρεκούττης, Π. (1995). *Διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά που παραπέμπονται σε Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο. Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 32- 33, 61- 76.

Μαλανδράκη, Γ.Α. (2012). *Εξελικτικός & επίμονος τραυλισμός*. Αθήνα.

Μαρούσος, Δ. & Φούρλας, Γ. (2015). *"Λεξιπόντιξ" ιστορίες επικοινωνιακής αναδόμησης με υπερήρωες, συμμάχους, γυμνάσια, αποστολές, κόκκινα και κίτρινα εργαλεία*, Ημερίδα ΚΕΘΤ, Αθήνα.

Μαρούσος, Δ. & Φούρλας, Γ. (2015). *Η αξιολόγηση του τραυλισμού στο πλαίσιο του προγράμματος Λεξιπόντιξ*. Συμμετοχή σε στρογγυλό τραπέζι στο 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Λογοπεδικών (20-22 Μαΐου). Ίδρυμα Ευγενίδου, Αθήνα.

Μαρούσος, Δ. & Φούρλας, Γ. (2016). *Το πρόγραμμα Λεξιπόντιξ ως πρόταση θεραπευτικής παρέμβασης για το παιδί σχολικής ηλικίας που τραυλίζει*. Μελέτη Περίπτωσης. Αναρτημένη ανακοίνωση στο 5ο Συνέδριο Αναπτυξιακής Ψυχολογίας (20-23 Οκτωβρίου). Πανεπιστήμιο

Θεσσαλίας, Βόλος.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ΓΕΝΕΥΗ, (1992). *Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς* (Μετ.- επιμ.: Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος & Β. Μαυρέας). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις (1993).

Ξένη βιβλιογραφία

Adams, M.R. (1992). A case report on the use of flooding in stuttering therapy. *Journal of Fluency Disorders*, 7, 343- 353.

Andrews, G. (1984). Epidemiology of stuttering. In R.F Curlee & W.H. Perkins (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: new directions*. San Diego: College- Hill Press.

Andrews, G., Craig, A., Feyer, A. M., Hoddinott, S., Howie, P. & Neilson, M.(1983). Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. . *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48, 226- 246.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Beck, T. A. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guildford Press.

Bloodstein, O. (1972). The anticipatory struggle hypothesis; implications of research on the variability of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 15, 487- 499.

Bloodstein, O. (1987). *A Handbook on Stuttering* (4th Ed.). Chicago: National Easter Seal Society.

Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering* (5th ed.). 2-6 Boundary Row, London SE1 8HN: Chapman & Hall.

Bloodstein, O. & Bernstein, R. N. (2008). *A Handbook on Stuttering*, Sixth Edition. New York: Delmar, Cengage Learning.

Boberg, E., Howie, P. & Woods, L. (1979). Maintenance of fluency: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 4, 93- 116.

Brown, S.F. (1945). The loci of stuttering in the speech sequence. *Journal of Speech and Disorders*, 10, 181- 192.

Conture, E.G. (1990). *Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.

Conture, E.G. (1996). Treatment efficacy: stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39 (5), S18- S26.

Conture, E.G. & Kelly, E.M. (1991). Young stutterers' nonspeech behaviors during stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 1041- 1056.

Cooper, E.B. (1986). Treatment of disfluency: Future trends. *Journal of Fluency Disorders*, 11, 317- 329.

Cooper, E. & Cooper, C. (1995). Treating fluency disordered adolescents. *Journal of Communication Disorders*, 28, 125- 142.

Curlee, R.F. & Yairi, E. (1997). Early intervention with early childhood stuttering: a critical examination of the data. *American Journal of Speech- Language Pathology*, 6 (2), 8-17.

Darley, F.L. & Spriestersbach, D.C. (1978). *Diagnostic methods in Speech Pathology* (2nd ed.)n New York: Harper & Row.

Dockrell, J. E., & Messer, D. (2004). Later vocabulary acquisition. In R. Berman (Ed.), *Language development across childhood and adolescence: Psycholinguistic and crosslinguistic perspectives* (pp. 35-52). Trends in Language Acquisition Research 3. Amsterdam: John Benjamins.

Druce, T., Debney, S. & Byrt, T. (1997). Evaluation of an intensive treatment program for stuttering in young children. *Journal of Fluency Disorders*, 22, 169- 186.

Egolf, D.B., Shames, G.H., Johnson, P.R., & Kasprisin- Burelli, A. (1972). The use of parent- child interaction patterns in therapy for young stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 222- 232.

Fourlas, G. & Marousos, D. (2014). *“Lexipontix”*: Developing a Structured Stuttering Therapy

Programme for School Age Children. 4th European Symposium on Fluency Disorders 2014, Antwerp.

Fourlas, G. & Marousos, D. (2014). *A report on the development and clinical application of "Lexipontix", a new therapy programme for school age CWS*. 10th Oxford Dysfluency Conference, Oxford: Elsevier.

Fourlas, G. & Marousos, D. (2015). *A report on the development and clinical application of Lexipontix, a new therapy programme for school age CWS*. *Procedia - Social & Behavioural Sciences*, 193, 92-107.

Fourlas, G. & Marousos, D. (2015). *Lexipontix and the Irish SIG in fluency disorders*. Dublin, March 2015.

Fourlas, G. (2016). *Lexipontix, the threatening mouse becomes a companion pet*. 5th European Symposium on Fluency Disorders 2016, Antwerp.

Fourlas, G. (2016). *Management of stuttering during the early school years: International Perspectives - The Lexipontix programme*. 30th World Congress of the IALP, August 2016. Dublin, Ireland.

Garber, S.F., & Martin, R.R. (1974). The effects of white noise on the frequency of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 17, 73- 79.

Gilman, M., & Yaruss, J. S. (2000). Stuttering and relaxation: applications for somatic education in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 25 (1), 59- 76.

Guitar, B. (1976). Pretreatment factors associated with the outcome of stuttering therapy. *Journal of Speech and Hearing Research*, 19, 590- 600.

Guitar, B. (2014). *Τραυλισμός: Μια Ολοκληρωμένη Προσέγγιση για τη Φύση και τη Θεραπεία του*, 4^η Έκδοση. (Μετ.- Επιμ.: Ε. Καλλιότζη, Δ. Ξηνταροπούλου, Β. Λουπέλλη, Β. Γαλυφιανάκη). Αθήνα: ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ Ιατρικές Εκδόσεις.

Healey, E.C., Scott, L.A. & Ellis, G. (1995). Decision making in the treatment of school- age children

who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 28, 107- 124.

Howell, P., Au- Yeung, J. & Sackin, S. (1999). Exchange of stuttering from function words to content words with age. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42, 345- 354.

Howell, P., El- Yaniv, N. & Powell, D.J. (1987). Factors affecting fluency in stutterers when speaking under altered auditory feedback. In H.F.M. Peters & W. Hulstijn (Eds), *Speech Motor Dynamics in Stuttering*. New York: Springer.

Hubbard, C.P. & Prins, D. (1994). Word familiarity, syllabic stress pattern, and stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37 (3), 564- 571.

Hulit, Lloyd M. (2004). Straight talk on stuttering: information, encouragement, and counsel for stutterers, caregivers, and speech-language clinicians (2nd ed.). Springfield, Illinois: Charles C Thomas.

Ingham, R.J. & Cordes, A.K. (1998). Treatment decisions for young children who stutter: Further concerns and complexities. *American Journal of Speech- Language Pathology*, 7 (3), 10- 19.

Johnson, W. (1961). Measurements of oral reading and speaking rate and disfluency of adult male and female stutterers and nonstutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders Monograph Supplement*, No. 7, 1- 20.

Kalinowski, J., Armson, J., Roland- Mieszkowski, M., Stuart, A. & Gracco, V.L. (1993). Effects of alterations in auditory feedback and speech rate on stuttering frequency. *Language and Speech*, 36, 1- 16.

Kelman E. & Nicholas A. (2013). *Πρακτική παρέμβαση για πρώιμο παιδικό τραυλισμό. Προσέγγιση Palin PCI*. (Μετ.- Επιμ.: Ι. Μαρτίνης). Αθήνα: Εκδόσεις: Προσέγγιση παιδιού εφήβου οικογένειας.

Lebrun, Y. & Van Borsel, J. (1990). Final sound repetitions. *Journal of Fluency Disorders*, 15, 107- 113.

Ludlow, C. (1990). Research procedures for measuring stuttering severity. In J. Cooper (Ed.), *Research needs in stuttering: Roadblocks and future directions*. ASHA Reports, 18, 26- 33.

Manning, W. H Ph.D. (2001). *Clinical Decision-Making in Fluency Disorders*, Second Edition. San Diego: Singular, Thomson Learning.

Martin, R.R. (1993). The future of behavior modification of stuttering: What goes around comes around. *Journal of Fluency Disorders*, 18, 81- 108.

Martin, R.R. & Lindamood, L.P. (1986). Stuttering and spontaneous recovery: Implications for the speech- language pathologist. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 17, 199- 206.

Martin, R.R, & Kuhl, P. & Haroldson, S. (1972). An experimental treatment with two preschool stuttering children. *Journal of Speech an Hearing Research*, 15, 743- 752.

Meyers, S. (1986). Qualitative and quantitative differences and patterns of variability emitted by preschool stutterers and nonstutterers during dyadic conversations. *Journal of Fluency Disorders*, 11, 293- 306.

Montgomery, B.M. & Fitch, J.L. (1988). The prevalence of stuttering in the hearing- impaired school age population, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 383- 391.

Natke, U., Sandrieser, P., Van Ark, M., Pietrowski, R. & Kalverman, K.T. (2004). Linguistic stress, within-word position, and grammatical class in relation to early childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 29,109-122.

O'Connell, B. (2005). *Solution-focused therapy*. Los Angeles London: SAGE.

Okalidou, A. & Kampanaros, M. (2001). Teacher perceptions of communication impairment at screening stage in preschool children living in Patras, Greece. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36 (4), 489- 502.

Onslow, M., Andrews, C. & Lincoln, M. (1994). A control/ experimental trial of an operant treatment for early stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1244- 1259.

Onslow, M., Costa, L. & RUE, S. (1990). Direct early intervention with stuttering: Some preliminary data. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 79- 87.

- Perez, H. R. & Stoeckle, J.H., (2016). Stuttering: Clinical and research update. *Journal of Fluency Disorders*, 68, 480.
- Peters, T.J. & Guitr, B. (1991). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Prins, D. (1993). Management of stuttering: Treatment of adolescents and adults. In R.F. CURLEE (Ed.), *Stuttering and related disorders of fluency*. New York: Thieme Medical Publishers.
- Schwartz, H. D., Zebrowski, P.M. & Conture, E.G. (1990). Behaviors at the onset of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 15, 77- 86.
- Sheehan, J.G. (1974). Stuttering behavior: a phonetic analysis. *Journal of Communication Disorders*, 7, 193- 212.
- Silverman, F.H. (2004). *Stuttering and other fluency disorders*. USA: Waveland Press.
- Starkweather, C.W. (1987). *Fluency and Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Tonev, P. (1994). Speech control, correction, and overcoming stuttering: A solution by Perfectly Mastered Breathing (PMB). *Journal of Fluency Disorders*, 19, 216.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering* (2nd Ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice- Hall.
- Venkatagiri, H.S. (2005). Recent advances in the treatment of stuttering: A theoretical perspective. *Journal of Communication Disorders*, 38, 375- 393.
- Ward, D. (2006). *Stuttering and Cluttering: frameworks for understanding and treatment*. Hove, East Sussex BN3 2FA: Psychology Press
- Weiner, A.E. (1984). Stuttering and syllable stress. *Journal of Fluency Disorders*, 9, 301- 305.
- Wingate, M.E. (1982). Early position and stuttering occurrence. *Journal of Fluency Disorders*, 7, 243- 258.

Yairi, E. (1997a). Disfluency characteristics of childhood stuttering. In R.F. Curlee & G.M. Siegel (Eds), *Nature and treatment of stuttering: new directions*, 2nd ed. (pp. 49- 78). USA: Ally & Bacon.

Yairi, E. (1997b). Home environment and parent- child interaction. In R.F. Curlee & G.M. Siegel (Eds), *Nature and treatment of stuttering: new directions*, 2nd ed. (pp. 24- 48). USA: Ally & Bacon.

Yairi, E. H. & Lewis, B. (1984). Disfluencies at the onset of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 27, 154- 159.

Yairi, E. & Carrico, D. (1992). Pediatricians' attitudes and practices concerning early childhood stuttering. *American Journal of Speech- Language Pathology*, 1, 54- 62.

Zebrowski, P.M & Schum R. (1993). Counseling the parents of children who stutter. *American Journal of Speech- Language Pathology*.

Διαδικτυακές βιβλιογραφίες

Γεωργαλάκης, Β. (2014). *Γνωσιακή - Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία*,
<http://www.georgalakis.gr/gr/el/services/1>.

Ψυχάρη, Ασγούρου, Π. (2014). *Λογοθεραπεία – Τραυλισμός*,
<http://www.psychologotherapeia.gr/services2.html>.

Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών-Λογοθεραπευτών. *Για τον εκπαιδευτικό: πληροφορίες και συμβουλές για τον τραυλισμό*,
http://www.travlismos.gr/travlismos/upload_files/Filladio%20ekpaideutikoi%20PSL%20100910.pdf.

Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών-Λογοθεραπευτών. *Για τους γονείς: πληροφορίες και συμβουλές για τον τραυλισμό*,
http://www.travlismos.gr/travlismos/upload_files/Filladio%20parents%20PSL%20100910.pdf.

Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών-Λογοθεραπευτών. *Για τον έφηβο που τραυλίζει: πληροφορίες και συμβουλές*,
http://www.travlismos.gr/travlismos/upload_files/Filladio%20adolescents%20PSL%20100910.pdf

Guitar, B. Ph.D., Edward G. & Conture, Ph.D. *Stuttering Foundation of America*, Publication no. 0023. (Μετ.-Επιμ.: Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών-Λογοθεραπευτών, 4^η Έκδοση),
www.logopedists.gr.

Παράρτημα Α: Λογοπαθολογικό Ιστορικό Παιδιού

Λογοπαθολογικό Ιστορικό Παιδιού	
Γενικές πληροφορίες	
Όνομα: _____	Ημερομηνία Γέννησης: _____
Διεύθυνση: _____	Τηλέφωνο: _____
Πόλη: _____	Τ.Κ.: _____
Το Παιδί Ζει Με Τους 2 Γονείς: _____	
Όνομα Μητέρας: _____	Ηλικία: _____
Επάγγελμα Μητέρας: _____	Τηλ. Εργασίας: _____
Όνομα Πατέρα: _____	Ηλικία: _____
Επάγγελμα Πατέρα: _____	Τηλ. Εργασίας: _____
Παραπέμφθηκε από: _____	Τηλέφωνο: _____
Διεύθυνση: _____	
Παιδίατρος: _____	Τηλέφωνο: _____
Διεύθυνση: _____	
Αδέρφια (συμπεριλάβετε ονόματα και ηλικίες): _____	

Ποιες γλώσσες μιλάει το παιδί; Ποια είναι η κύρια γλώσσα επικοινωνίας του παιδιού;	
Ποιες γλώσσες μιλιούνται στο σπίτι; Ποια είναι η κύρια γλώσσα επικοινωνίας;	

Παράρτημα Α: Λογοπαθολογικό Ιστορικό Παιδιού (συνέχεια)

Με ποιον περνάει το παιδί το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του;

Περιγράψτε το πρόβλημα λόγου-ομιλίας του παιδιού.

Πώς επικοινωνεί συνήθως το παιδί (χειρονομίες, μεμονωμένες λέξεις, σύντομες φράσεις, προτάσεις);

Πότε πρωτοπαρατηρήθηκε το πρόβλημα; Από ποιον;

Τι νομίζετε ότι μπορεί να προκάλεσε το πρόβλημα;

Έχει αλλάξει το πρόβλημα από τότε που πρωτοεμφανίστηκε;

Παράρτημα Α: Λογοπαθολογικό Ιστορικό Παιδιού (συνέχεια)

Έχει το παιδί αντίληψη της δυσκολίας του; Αν ναι, πώς αισθάνεται γι' αυτό;

Το παιδί σας έχει αξιολογηθεί από άλλον λογοπαθολόγο; Ποιόν και πότε; Ποια ήταν τα αποτελέσματά του ή οι προτάσεις του;

Έχει αξιολογηθεί από άλλον επαγγελματία υγείας (φυσικοθεραπευτή, ακοολόγο, ψυχολόγο, ειδικό παιδαγωγό κτλ); Εάν ναι, αναφέρετε την ειδικότητα, την ημερομηνία εξέτασης και τα συμπεράσματα και τις προτάσεις του.

Υπάρχουν οποιαδήποτε άλλα προβλήματα ομιλίας, λόγου ή ακοής στην οικογένεια; Εάν ναι, παρακαλώ περιγράψτε τα.

Προγεννητικό Ιστορικό και Ιστορικό Γέννησης

Γενική υγεία της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (ασθένειες, ατυχήματα, φάρμακα, κτλ)

Διάρκεια εγκυμοσύνης: _____ Διάρκεια τοκετού: _____

Γενική κατάσταση: _____ Βάρος γέννησης: _____

Τύπος τοκετού: _____ Φυσιολογικός _____ Καισαρική τομή: _____

Θέση προβολής εμβρύου: Κεφαλική _____ Ισχιακή _____ Οπίσθια _____

Υπήρξαν οποιεσδήποτε ασυνήθιστες καταστάσεις που μπορεί να επηρέασαν την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό;

Ιατρικό Ιστορικό

Παρέχετε τις κατά προσέγγιση ηλικίες στις οποίες το παιδί υπέστη τις ακόλουθες αρρώστιες και καταστάσεις:

Άσθμα _____ Ανεμοβλογιά _____ Κρυολογήματα _____

Κοκίτης _____ Τλιγγος _____ Εκκριτική ωτίτιδα _____

Μολύνσεις ωτός _____ Εγκεφαλίτιδα _____ Ερυθρά _____

Κεφαλαλγίες _____ Υψηλός πυρετός _____ Γρίπη _____

Μαστοειδίτιδα _____ Ιλαρά _____ Μηνιγγίτιδα _____

Παρωτίτιδα _____ Πνευμονία _____ Επιληπτικές κρίσεις _____

Ιγμορίτιδα _____ Εμβοές _____ Αμυγδαλίτιδα _____

Άλλο _____

Έχει υποβληθεί το παιδί σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση; Εάν ναι, τι είδους και πότε; (πχ αμυγδαλεκτομή);

Περιγράψτε οποιαδήποτε σημαντικά ατυχήματα ή νοσηλείες του παιδιού.

Παράρτημα
Α:

Λογοπαθολογικό Ιστορικό Παιδιού (συνέχεια)

Το παιδί βρίσκεται υπό φαρμακευτική αγωγή; Εάν ναι, προσδιορίστε.

Το παιδί έχει εκδηλώσει αρνητική αντίδραση σε κάποια φαρμακευτική ουσία; Εάν ναι, προσδιορίστε.

Αναπτυξιακό Ιστορικό

Παρέχετε την κατά προσέγγιση ηλικία στην οποία το παιδί ξεκίνησε να κάνει τις ακόλουθες δραστηριότητες.

Μπουσούλισε: _____ Κάθισε: _____ Στάθηκε: _____

Περπάτησε: _____ Έφαγε μόνο του: _____ Ντύθηκε μόνο του: _____

Απέκτησε έλεγχο των σφιγκτήρων: _____

Χρησιμοποίησε απλές λέξεις: _____

Συνδύασε λέξεις (πχ. εγώ πηγαίνω, παπούτσι μπαμπά) _____

Ονομάτισε απλά αντικείμενα (πχ. σκύλος, αυτοκίνητο, δέντρο) _____

Χρησιμοποίησε απλές ερωτήσεις (πχ. πού είναι ο σκύλος;) _____

Συμμετείχε σε συζητήσεις: _____

Παρουσιάζει το παιδί δυσκολία στο περπάτημα, στο τρέξιμο, ή στη συμμετοχή του σε δραστηριότητες που απαιτούν μικρό ή μεγάλο συντονισμό μυών;

Το παιδί αντιμετωπίζει ή είχε αντιμετωπίσει ποτέ προβλήματα σίτισης (πχ. προβλήματα θηλασμού, μάσησης, κατάποσης, σιελόρροια); Εάν ναι, περιγράψτε τα.

Περιγράψτε την απόκριση του παιδιού στον ήχο (π.χ. αντιδρά σε όλους τους ήχους, αντιδρά μόνο σε δυνατούς ήχους, αντιδρά περιστασιακά σε ήχους).

Εκπαιδευτικό Ιστορικό

Σχολείο: _____ Τάξη: _____

Δάσκαλος(-οι): _____

Ποια είναι η σχολική/ακαδημαϊκή επίδοση του παιδιού;

Λαμβάνει το παιδί ειδικές υπηρεσίες; Αν ναι, περιγράψτε.

Ποια η αλληλεπίδραση του παιδιού με άλλους; (πχ. είναι ντροπαλός, επιθετικός, μη συνεργάσιμος, κλπ)

Παράρτημα Α: Λογοπαθολογικό Ιστορικό Παιδιού

Εάν παρακολουθεί ειδικό τμήμα ένταξης, έχει αναπτυχθεί ένα εξατομικευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα; Εάν ναι, περιγράψτε τους σημαντικότερους στόχους.

Παρέχετε οποιαδήποτε πρόσθετη πληροφορία που μπορεί να είναι χρήσιμη στην αξιολόγηση ή την αντιμετώπιση της δυσκολίας του παιδιού.

Πρόσωπο που συμπληρώνει το φυλλάδιο / Πληροφοριοδότης: _____

Σχέση με το παιδί: _____

Δηλών / Δηλούσα: _____ Ημερομηνία: _____

Παράρτημα Β. Πλέγμα Χαρτογράφησης Ροής

Πλέγμα Χαρτογράφησης Ροής

Όνομα: _____ Ηλικία: _____ Ημερομηνία: _____

Εξεταστής: _____

Οδηγίες: Για κάθε λέξη που εκφέρεται από τον εξεταζόμενο, χρησιμοποιείτε τα σύμβολα που σας προτείνονται στις παρενθέσεις (ή δημιουργήστε δικές σας κωδικοποιήσεις) σε κάθε τετράγωνο ώστε να υποδείξετε το είδος της δυσρυθμίας/δυσροής που παρατηρήθηκε. Οι κύριες κατηγορίες δυσρυθμιών είναι με έντονα γράμματα.

(•, -)	Όχι δυσρυθμία	(Επμ)	Επιμήκυνση
(Ε)	Επανάληψη	(Εμβ)	Εμβολοφρασίες
(Ε-Φν)	Επανάληψη φωνήματος	(Εμβ-Η,Σ)	Εμβολές ήχου / συλλαβής
(Ε-Σ)	Επανάληψη συλλαβής	(Εμβ-Λ)	Εμβολές ολόκληρης λέξης
(Ε-Α)	Επανάληψη λέξης (για μονοσύλλαβη, προτείνεται Ε-ΜΛ)	(Εμβ-Φρ)	Εμβολές φράσης
(Ε-Φρ)	Επανάληψη φράσης	(ΑνΦρ)	Ανολοκλήρωτη φράση
(Π)	Παύσεις	(ΑΝΘ)	Αναθεώρηση/Επαναδιατύπωση
(ΜΠΛ)	Μπλοκαρίσματα		
(ΣΠ)	Σιωπηλές Παύσεις		

Συχνότητα Εμφάνισης Δυσκολιών στη Ροή

Όνομα: _____ Ηλικία: _____ Ημερομηνία: _____

Εξεταστής: _____

Οδηγίες: Βάλτε (✓) στην κατάλληλη γραμμή κάθε φορά που παράγεται η αντίστοιχη δυσρυθμία.

Επαναλήψεις	Σύνολα
φωνήματος _____	_____
συλλαβής _____	_____
ολόκληρης λέξης _____	_____
φράσης _____	_____
Επιμηκύνσεις _____	_____
Παύσεις _____	_____
Μπλοκαρίσματα _____	_____
Σιωπηλές Παύσεις _____	_____
Εμβολοφρασίες	
ήχου/συλλαβής _____	_____
ολόκληρης λέξης _____	_____
φράσης _____	_____
Ανολοκλήρωτη Φράση _____	_____
Αναθεωρήσεις _____	_____

Καθορισμός Δείκτη Δυσροής

Όνομα: _____ Ηλικία: _____ Ημερομηνία: _____

Εξεταστής: _____

Οδηγίες: Μεταφέρετε τα ευρήματά σας από το «Πλέγμα Χαρτογράφησης Ροής» (Φυλλάδιο 10-1) στα κατάλληλα κενά παρακάτω για να καθορίσετε τον δείκτη συνολικής δυσχέρειας ή/και το δείκτη για συγκεκριμένους τύπους δυσρυθμίας. Υπολογίστε τους δείκτες δυσχέρειας για γενικά ή συγκεκριμένα είδη δυσρυθμιών. Για παράδειγμα, οι *Επαναλήψεις* είναι γενικός όρος που αποτελείται από συγκεκριμένες κατηγορίες: *Επαναλήψεις Φωνημάτων, Λέξεων, Φράσεων*.

Περιβάλλον: _____

Τύπος δείγματος: _____

Συνολικός Αριθμός Λέξεων: _____

	Αριθμός Δυσχερειών	Δείκτης Δυσχέρειας/Δυσροής
Επαναλήψεις (Ε):	_____	_____
Φωνήματος (Ε-Φν)	_____	_____
Συλλαβής (Ε-Σ)	_____	_____
Λέξης (Ε-Λ)	_____	_____
Φράσης (Ε-Φρ)	_____	_____
Επιμηκύνσεις (Επμ):	_____	_____
Παύσεις (Π):	_____	_____
Μπλοκαρίσματα (ΜΠΛ):	_____	_____
Σιωπηλές παύσεις (ΣΠ):	_____	_____
Εμβολοφρασίες (Εμβ):	_____	_____
Ήχων/Συλλαβών (Εμβ- Η, Εμβ-Σ):	_____	_____
Λέξεων (Εμβ-Λ):	_____	_____
Φράσεων (Εμβ- Φρ):	_____	_____
Μπλοκαρίσματα (ΜΠΛ):	_____	_____
Ανολοκλήρωτες Φράσεις (ΑνΦρ):	_____	_____
Αναθεωρήσεις (ΑΝΘ):	_____	_____
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ # ΔΥΣΡΥΘΜΙΩΝ	_____	_____

Σχόλια: _____

Αξιολόγηση Συνοδών Κινητικών Συμπεριφορών

Όνομα: _____ Ηλικία: _____ Ημερομηνία: _____

Εξεταστής: _____

Οδηγίες: Ελέγξτε όλες τις συνοδές σωματικές συμπεριφορές που παρουσιάζει ο εξεταζόμενος. Χρησιμοποιήστε την δεξιά στήλη για να περιγράψετε συμπεριφορές ή να καταγράψετε τη συχνότητα εμφάνισής τους.

Μάτια

_____ Ανοιγοκλείσιμο ματιών _____

_____ Κλείσιμο _____

_____ Κίνηση βλεφάρων προς τα πάνω _____

_____ Κίνηση βλεφάρων προς τα κάτω _____

_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____

Μύτη

_____ Ερεθισμός _____

_____ Άνοιγμα ρωθάνων _____

_____ Ρυτίδιασμα _____

_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____

Μέτωπο

_____ Συνοφρύωση _____

_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____

Κεφάλι

_____ Κίνηση (δεξιά - αριστερά) _____

_____ Κίνηση προς τα πάνω _____

_____ Κίνηση προς τα κάτω _____

_____ Πλευρική κίνηση δεξιά _____

_____ Πλευρική κίνηση αριστερά _____

_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____

Χείλη	_____ Τρεμούλιασμα _____
	_____ Σούφρωμα _____
	_____ Αναστροφή του κάτω χείλους _____
	_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____
Γλώσσα	
	_____ Κροτάλισμα _____
	_____ Ακανόνιστες κινήσεις _____
	_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____
Δόντια	
	_____ Σφίξιμο _____
	_____ Τριγμός _____
	_____ Κροτάλισμα _____
	_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____
Γνάθος	
	_____ Σφίξιμο _____
	_____ Άνοιγμα _____
	_____ Σφιχτό κλείσιμο _____
	_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____
Λαιμός	
	_____ Σφίξιμο _____
	_____ Σύσπαση /τικ _____
	_____ Κίνηση προς τα πάνω _____
	_____ Κίνηση προς τα κάτω _____
	_____ Πλευρική κίνηση δεξιά _____
	_____ Πλευρική κίνηση αριστερά _____
	_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____

Δάχτυλα
Ελαφρύ ρυθμικό κτύπημα _____
Τρίψιμο _____
Σφίξιμο _____
Υπερβολική κίνηση _____
Κλικ με τα δάχτυλα _____
Άλλο (προσδιορίστε) _____
Παλάμες
Σφίξιμο σε γροθιά _____
Στρίψιμο _____
Έκταση _____
Άλλο (προσδιορίστε) _____
Χέρια
Υπερβολική κίνηση _____
Κτύπημα στο πλευρό _____
Κτύπημα στο πόδι _____
Ακαθόριστες απότομες κινήσεις _____
Τέντωμα _____
Άλλο (προσδιορίστε) _____
Πόδια
Τέντωμα _____
Κλώσημα _____
Άλλο (προσδιορίστε) _____

Παράρτημα Ε. Αξιολόγηση Συνοδών Κινητικών Συμπεριφορών (συνέχεια)

Αναπνοή
_____ Ομιλία με λίγο αέρα _____
_____ Περιττή εισπνοή _____
_____ Ακαθόριστες αναπνοές _____
_____ Ηχηρή εισπνοή _____
_____ Ηχηρή εκπνοή _____
_____ Δυσρυθμική αναπνοή _____
_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____
Άλλα (περιγράψτε):

Αξιολόγηση Φυσιολογικών Παραμέτρων Σχετιζόμενες με τη Διαταραχή Ροής

Όνομα: _____ Ηλικία: _____ Ημερομηνία: _____

Εξεταστής: _____

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

Παράγοντες Αναπνοής

_____ Κανονική αναπνοή σε θέση ηρεμίας _____

_____ Κανονική αναπνοή κατά τη διάρκεια της ομιλίας _____

_____ Ρηχή αναπνοή _____

_____ Ηχηρή εισπνοή _____

_____ Παρατεταμένη εισπνοή _____

_____ Ηχηρή εκπνοή _____

_____ Ασθμαίνουσα _____

_____ Μη ρυθμική αναπνοή _____

_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____

Παράγοντες Φώνησης

_____ Κανονικές φωνητικές λειτουργίες _____

_____ Καθυστερήσεις στην έναρξη φώνησης _____

_____ Έντονες γλωττιδικές αποφορτίσεις _____

_____ Διακοπές του ύψους φωνής _____

_____ Υπερβολικές εναλλαγές ύψους _____

_____ Υψηλή ένταση φωνής _____

_____ Χαμηλή ένταση φωνής _____

_____ Εναλλασσόμενη ένταση φωνής _____

_____ Μη ρυθμική αναπνοή _____

_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____

Παράγοντες Άρθρωσης
_____ Φυσιολογική επαφή αρθρωτών _____
_____ Απαλή επαφή αρθρωτών _____
_____ Σκληρή επαφή αρθρωτών _____
_____ Φυσιολογική άρθρωση (τόπος, τρόπος) _____
_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____
Παράγοντες Προσωδίας
_____ Φυσιολογική προσωδία _____
_____ Επιμηκύνσεις ήχων _____
_____ Υπερβολικός τονισμός συλλαβών/λέξεων _____
_____ Άτυπος τονισμός _____
_____ Άλλο (προσδιορίστε) _____
Ρυθμός κατά την ευχερή ομιλία
_____ Κατάλληλος _____
_____ Υπερβολικά γρήγορος _____
_____ Υπερβολικά αργός _____

Τροποποιημένη Κλίμακα-S

Όνομα: _____ Ηλικία: _____ Ημερομηνία: _____

Εξεταστής: _____

*Οδηγίες: Απάντησε στα ακόλουθα κυκλώνοντας 'Σ' αν η δήλωση είναι γενικά σωστή για σένα ή κύκλωσε 'Λ' αν η δήλωση δεν ισχύει για σένα. Αν η κατάσταση που αναφέρεται σου είναι άγνωστη ή σπάνια, κρίνε βάσει «αν ήταν γνωστή...»**

1. Σ Λ Συνήθως νιώθω ότι κάνω καλή εντύπωση όταν μιλάω.
2. Σ Λ Είναι εύκολο να μιλάω σχεδόν με όλους.
3. Σ Λ Είναι πολύ εύκολο να κοιτάζω το κοινό μου όταν μιλάω σε μια ομάδα ατόμων.
4. Σ Λ Είναι δύσκολο να μιλάω στη δασκάλα μου ή στον εργοδότη μου.
5. Σ Λ Η ιδέα να βγάλω λόγο δημόσια με κάνει να «τρέμω από το φόβο μου».
6. Σ Λ Κάποιες λέξεις με δυσκολεύουν περισσότερο από άλλες.
7. Σ Λ Μόλις αρχίσω να μιλάω σε ένα ακροατήριο, δεν ασχολούμαι πια με μένα.
8. Σ Λ Μπορώ να «προσποιηθώ» καταστάσεις ώστε να μην φανεί η δυσκολία μου ή απλά είμαι καλός ομιλητής.
9. Σ Λ Μερικές φορές οι άνθρωποι νιώθουν αμήχανα γύρω μου όταν τους μιλάω.
10. Σ Λ Δε μου αρέσει να συστήνω το ένα άτομο στο άλλο.
11. Σ Λ Κάνω συχνά ερωτήσεις στις ομαδικές συζητήσεις.
12. Σ Λ Έχω τον έλεγχο της φωνής μου όταν μιλάω.
13. Σ Λ Δε με πειράζει να μιλάω μπροστά σε ομάδα ανθρώπων.
14. Σ Λ Δε μιλάω αρκετά καλά ώστε να κάνω το είδος της δουλειάς που μου αρέσει.
15. Σ Λ Η φωνή μου όταν μιλάω είναι αρκετά ευχάριστη σε έναν ακροατή.
16. Σ Λ Μερικές φορές ντρέπομαι για τον τρόπο που μιλάω.
17. Σ Λ Αντιμετωπίζω με πλήρη αυτοπεποίθηση τις περισσότερες καταστάσεις ομιλίας.
18. Σ Λ Υπάρχουν μερικοί άνθρωποι με τους οποίους μιλάω πιο εύκολα.
19. Σ Λ Προτιμώ να μιλάω από το να γράφω.
20. Σ Λ Συχνά νιώθω νευρικός όταν μιλάω.
21. Σ Λ Συχνά δυσκολεύομαι να μιλήσω όταν συναντώ καινούργια άτομα.
22. Σ Λ Νιώθω αυτοπεποίθηση για τις ομιλητικές μου ικανότητες.
23. Σ Λ Εύχομαι να μπορούσα να πω πράγματα τόσο καθαρά όσο οι άλλοι.
24. Σ Λ Ακόμα και αν ήξερα τη σωστή απάντηση, δεν την έδινα γιατί φοβόμουν να μιλήσω δυνατά.

** Σημειώστε ότι τα πεδία 4, 5, 6, 9, 10, 14, 16, 18, 20, 23 και 24 κρίνονται 'Σωστά' από τα άτομα που τραυλίζουν, ενώ τα υπόλοιπα πεδία κρίνονται 'Λάθος'.*

Ερωτηματολόγιο Επικοινωνίας Εφήβων

Όνομα: _____ Ηλικία: _____

Σχολείο: _____ Τάξη: _____

Ημερομηνία: _____

Οδηγίες: Ενδιαφερόμαστε να μάθουμε περισσότερα για τις ομιλητικές σου ικανότητες και για την αυτοπεποίθησή σου σε διαφορετικές συνθήκες επικοινωνίας. Οι απαντήσεις σου είναι εμπιστευτικές.

Στο αριστερό μέρος της σελίδας, κύκλωσε το νούμερο που αντανακλά περισσότερο το επίπεδο αυτοπεποίθησής σου στις καταστάσεις που περιγράφονται. Λάβε υπόψη σου, ότι το 1 σημαίνει «σε καμία περίπτωση δεν θα μπορούσα να μιλήσω, θα ήμουν ιδιαίτερα σφιγμένος για να μιλήσω» και 5 σημαίνει «δεν θα είχα κανένα πρόβλημα,θα μιλούσα με μεγάλη αυτοπεποίθηση»

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. Συζητώντας με έναν γονέα για μια ταινία. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2. Συζητώντας με τον αδερφό ή την αδερφή σου στο γεύμα. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3. Συζητώντας με τρεις φίλους σου κατά τη διάρκεια του μεσημεριανού στο σχολείο. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4. Συζητώντας με μεγάλη παρέα φίλων κατά τη διάρκεια του μεσημεριανού στο σχολείο. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5. Απαντώντας το τηλέφωνο. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6. Συζητώντας με τον καθηγητή στην τάξη. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7. Συζητώντας με τον διευθυντή του σχολείου σου. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8. Ζητώντας από ένα φίλο σου να έρθει στο σπίτι μετά το σχολείο. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9. Διαφωνώντας με τον αδερφό σου ή την αδερφή σου. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 10. Ζητώντας από έναν γονέα, αν μπορείς να περάσεις την νύχτα σε ένα σπίτι φίλου ή φίλης σου. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 11. Μιλώντας σε ένα καινούριο φίλο για την οικογένειά σου. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 12. Λέγοντας στον καθηγητή σου την ημερομηνία γέννησής σου. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 13. Καλώντας ένα φίλο ή μια φίλη σου στο τηλέφωνο. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 14. Ζητώντας από έναν γονέα, αν μπορείς να κοιμηθείς αργότερα από το συνηθισμένο. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 15. Μιλώντας στο τηλέφωνο με ένα μέλος της οικογένειάς σου. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 16. Εξηγώντας στο φίλο ή στη φίλη σου, πώς θα παίζει ένα παιχνίδι. |

1	2	3	4	5	17. Ζητώντας από ένα βιβλιοθηκάριο, να σε βοηθήσει να βρεις ένα βιβλίο.
1	2	3	4	5	18. Μιλώντας με ένα φίλο ή φίλη, μόνοι.
1	2	3	4	5	19. Ρωτώντας έναν πωλητή ή μια πωλήτρια, πόσο κοστίζει ένα αντικείμενο.
1	2	3	4	5	20. Λέγοντας σε έναν αστυνομικό τη διεύθυνση του σπιτιού σου.
1	2	3	4	5	21. Τηλεφωνώντας σε ένα κατάστημα, για να μάθεις τι ώρα ανοίγει.
1	2	3	4	5	22. Συζητώντας με ένα καθηγητή μόνοι σας μετά το μάθημα.
1	2	3	4	5	23. Διαβάζοντας δυνατά μπροστά σε όλους τους συμμαθητές σου στη τάξη.
1	2	3	4	5	24. Διαβάζοντας δυνατά μπροστά σε 5 συμμαθητές σου.
1	2	3	4	5	25. Διαβάζοντας δυνατά μπροστά στην οικογένειά σου.
1	2	3	4	5	26. Μιλώντας στο κατοικίδιό σου.
1	2	3	4	5	27. Σηκώνοντας το χέρι σου, για να κάνεις μια ερώτηση στην τάξη.
1	2	3	4	5	28. Απαντώντας σε μια ερώτηση στην τάξη.
1	2	3	4	5	29. Κάνοντας μια ερώτηση στην τάξη.
1	2	3	4	5	30. Παραγγέλλοντας φαγητό σε μια ταβέρνα ή ένα εστιατόριο.
1	2	3	4	5	31. Λέγοντας ένα αστείο.
1	2	3	4	5	32. Παρουσιάζοντας ένα βιβλίο μπροστά στην τάξη.
1	2	3	4	5	33. Παίρνοντας ρόλο ομιλητή σε ένα σχολικό έργο.
1	2	3	4	5	34. Διαβάζοντας δυνατά μόνο στον καθηγητή σου.
1	2	3	4	5	35. Συζητώντας με μια μεγάλη παρέα φίλων.
1	2	3	4	5	36. Μιλώντας δυνατά στον εαυτό σου, χωρίς την παρουσία άλλων.
1	2	3	4	5	37. Μιλώντας με τη γραμματεία του σχολείου σου.
1	2	3	4	5	38. Διαβάζοντας ένα βιβλίο δυνατά, χωρίς την παρουσία άλλων στο δωμάτιο.
1	2	3	4	5	39. Συζητώντας με τον καθηγητή σας στο τηλέφωνο.

Πίνακας Καταγραφής Δεδομένων Ομιλίας Γονέα

Όνομα: _____

Ηλικία: _____

Πληροφοριοδότης: _____

Ημερομηνία: _____

Οδηγίες: Καταγράψτε κάθε στιγμή δυσχέρειας στη ροή και όλους τους σχετικούς παράγοντες επιρροής γύρω από αυτήν. Το παρόν είναι ένα γενικό φυλλάδιο εργασίας, δεν χρειάζεται να είστε απόλυτα ακριβής. Κάνετε ό,τι καλύτερο μπορείτε, ή γράψτε όποια σκέψη, ανησυχία ή ερώτηση έχετε, για να τις αναφέρετε στον λογοπαθολόγο σας.

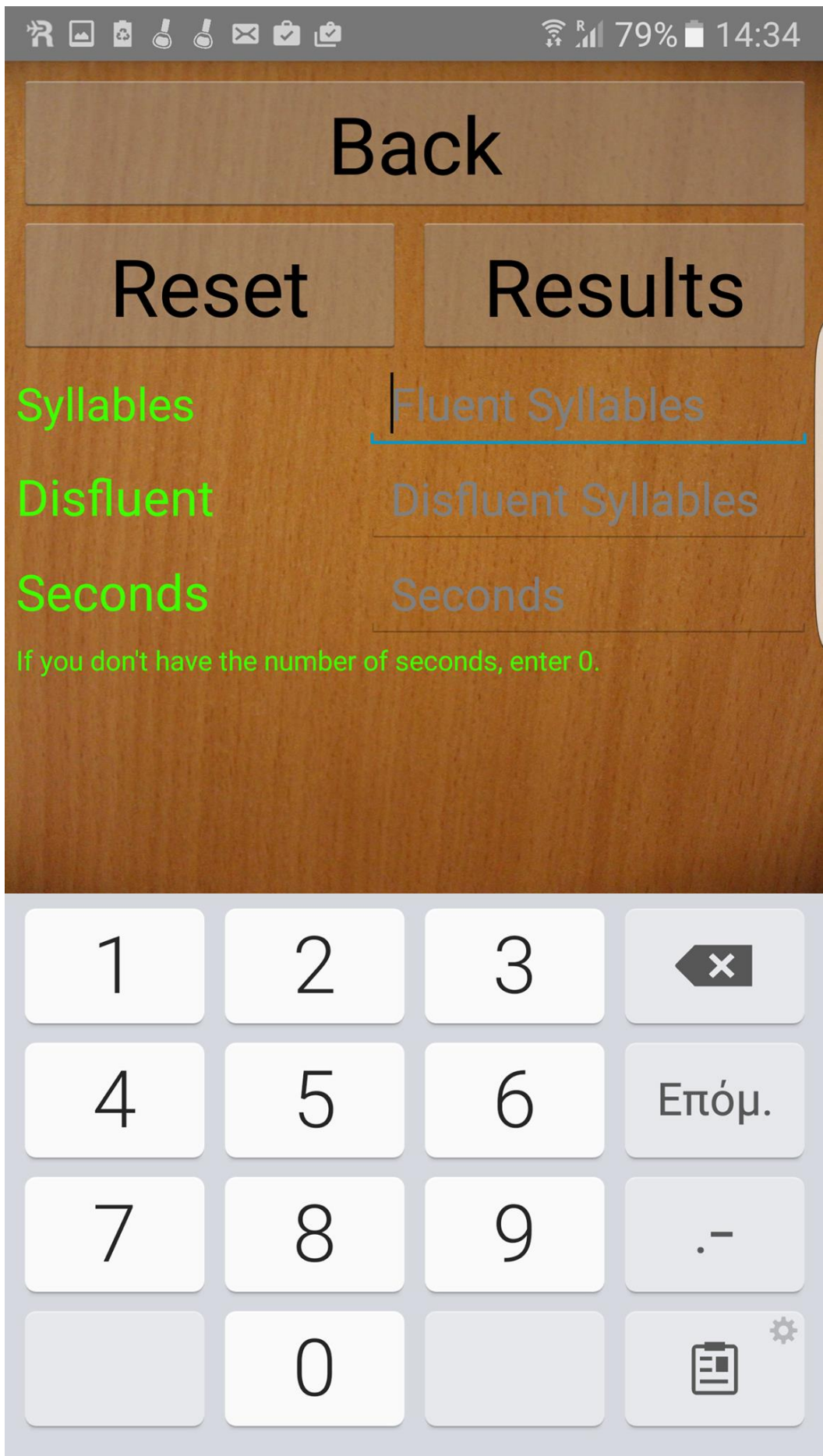
Ημερομηνία/Ωρα	Τύπος της δυσκολίας (επανάληψη ήχου, λέξης, επιμήκυνση, κλπ)	Ένταση ή «ορατή μυσική προσπάθεια»;	Αντίδραση στη στιγμή δυσχέρειας στη ροή; Επίγνωση της δυσκολίας;	Θέμα συζήτησης	Σε ποιονμίλαγε το παιδί; Πως αντέδρασε το άλλο άτομο;	Παρατηρήσατε κάτι πριν παρουσιαστεί η στιγμή δυσχέρειας;

Παράρτημα Θ. Πίνακας Καταγραφής Δεδομένων Ομιλίας Γονέα (συνέχεια)

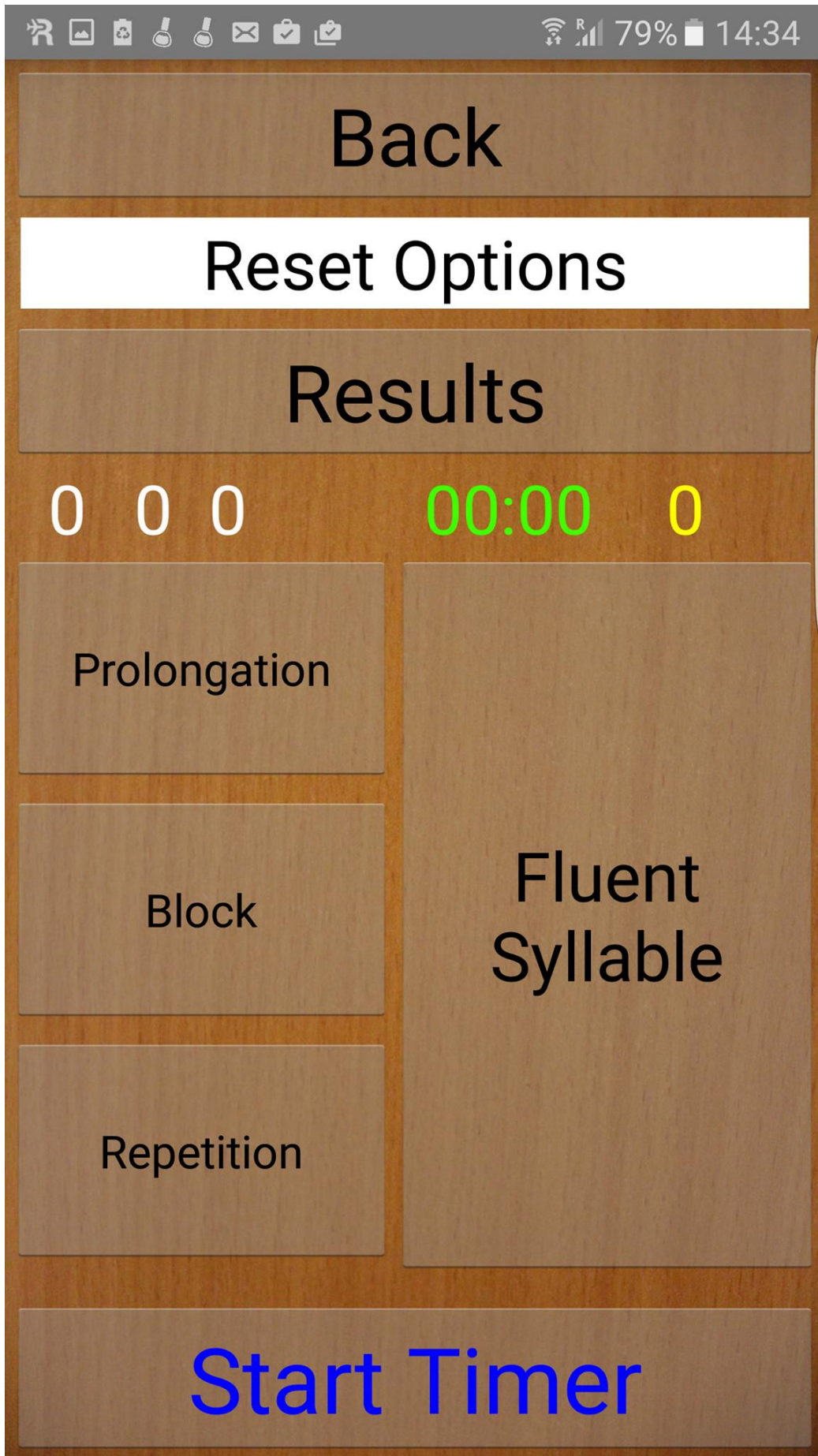
Ημερομηνία/Ωρα	Τύπος της δυσκολίας (επανάληψη ήχου, λέξης, επιμήκυνση, κλπ)	Ένταση ή «ορατή μυσική προσπάθεια»;	Αντίδραση στη στιγμή δυσχέρειας στη ροή; Επίγνωση της δυσκολίας;	Θέμα συζήτησης	Σε ποιονμίλαγε το παιδί; Πως αντέδρασε το άλλο άτομο;	Παρατηρήσατε κάτι πριν παρουσιαστεί η στιγμή δυσχέρειας;

Παράρτημα Ι. Κύριες διαφορές

Κύριες διαφορές Ψυχογενούς Επίκτητου Τραυλισμού και εξελκτικού/επίμονου τραυλισμού		
Σύμπτωμα/Χαρακτηριστικό	Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός	Εξελκτικός και Επίμονος Τραυλισμός
Έναρξη	Ξαφνική	Ξαφνική ή σταδιακή
Πιθανότερη αιτιολογία	Ψυχογενής – Μη οργανική	Πολυπαραγοντική
Ηλικία	Εφηβεία ή ενήλικη ζωή	2-8 ετών (πιο συχνά)
Ομιλία σε συνθήκες που προάγουν ευχέρεια	Πιο δυσρυθμική	Βελτιωμένη (συνήθως)
Ομιλία κατά τη δοκιμαστική θεραπεία	Συνήθως θεαματική βελτίωση	Σπάνια θεαματική βελτ
Κύριες διαφορές μεταξύ cluttering και εξελκτικού/επίμονου τραυλισμού		
Σύμπτωμα/Χαρακτηριστικό	Cluttering	Εξελκτικός και Επίμονος Τραυλισμός
Ρυθμός ομιλίας	Ακανόνιστος/γρήγορος	Αργός ή φυσιολογικός
Συνειδητοποίηση	Σχεδόν μηδαμινή	Υπαρκτή
Ομιλία σε στρεσογόνες καταστάσεις	Βελτιωμένη (συνήθως)	Πιο δυσρυθμική
Ομιλία σε χαλαρές καταστάσεις	Πιο δυσρυθμική	Βελτιωμένη
Γλωσσικές προεκτάσεις	Υπαρκτές	Σπάνια (σε σοβαρό ρυθμό)
Μαθησιακές επιδόσεις	Μειωμένες	Συνήθως φυσιολογικές
Ικανότητες προσοχής/συγκέντρωσης	Μειωμένες	Συνήθως φυσιολογικές
Ψυχοσύνθεση	Ξένοιαστη	Αγχώδης, συνεσταλμένη
Κύριες διαφορές Νευρογενούς Επίκτητου Τραυλισμού και εξελκτικού/επίμονου τραυλισμού		
Σύμπτωμα/Χαρακτηριστικό	Νευρογενής Επίκτητος Τραυλισμός	Εξελκτικός Επίμονος Τραυλισμός
Έναρξη	Ξαφνική	Ξαφνική ή σταδιακή
Πιθανότερη αιτιολογία	Νευρογενής	Πολυπαραγοντική
Ηλικία έναρξης	Πιο συχνά ενήλικες	2-8 ετών (πιο συχνά)
Ομιλία σε συνθήκες που προάγουν ευχέρεια	Ίδιο επίπεδο δυσρυθμίας	Βελτιωμένη (συνήθως)
Ψυχολογική αντίδραση	Ενόχληση, αλλά όχι άγχος	Άγχος (ειδικά σε ενήλικες)
Δευτερεύουσες συμπεριφορές	Αν παρούσες, ήπιες	Παρούσες (ειδικά σε ενήλικες)
Φαινόμενο προσαρμογής	Σχεδόν ανύπιοκτο	Υπιοκτό



Παράρτημα Κ. - Εικόνα 2. Πρόγραμμα Syllable and Disfluency Counter
[148]



Παράρτημα Κ. - Εικόνα 3. Πρόγραμμα Syllable and Disfluency Counter

Back

Save

Fluent syllables: 40.

Disfluent Syllables: 11.

Prolongations: 3.

27,27%.

Blocks: 3. 27,27%.

Repetition: 5. 45,45%.

Time: 12 seconds.

Syllables per minute: 255,00.

Disfluency: 21,57%.

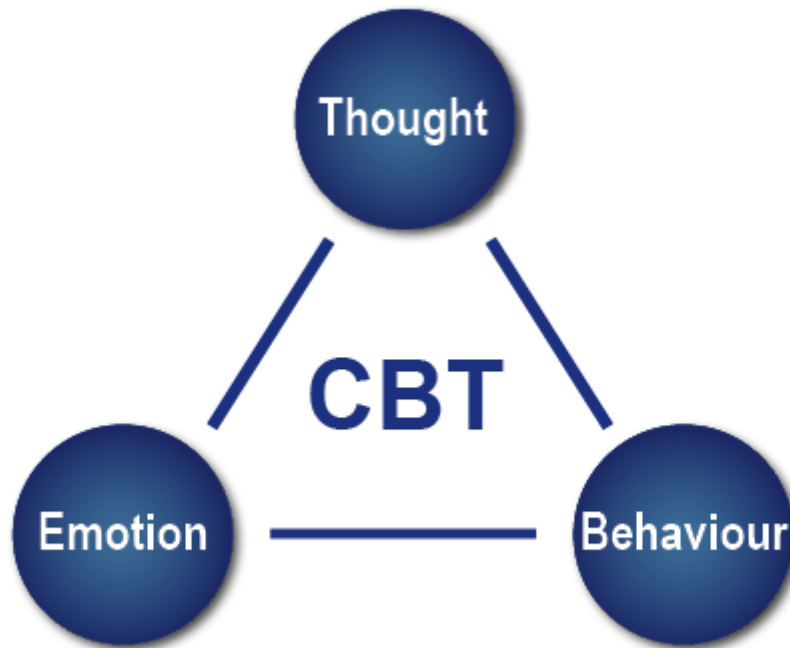
Prolongation: 5,88%.

Blocks: 5,88%.

Repetition: 9,80%

Timer may be off by .5 seconds.

What we *think* affects
how we act and feel.



What we *feel* affects
how we think and do.

What we *do* affects
how we think and feel.

Major Tenets of Solution-Focused Coaching

If it isn't broken,
don't fix it.

If it works,
do more of it.

If it's not working do
something different.

Small steps can lead to
big changes.

The solution is not
necessarily directly
related to the problem.

The language for
solution development
is different from that
needed to describe a
problem.

No problem happens
all the time; there is
always an exception
that can be utilized.

The future is both
created and
negotiable.

"More Than Miracles". de Shazer pp. 2 - 3

www.create-learning.com

Impact Scores / Impact Ratings

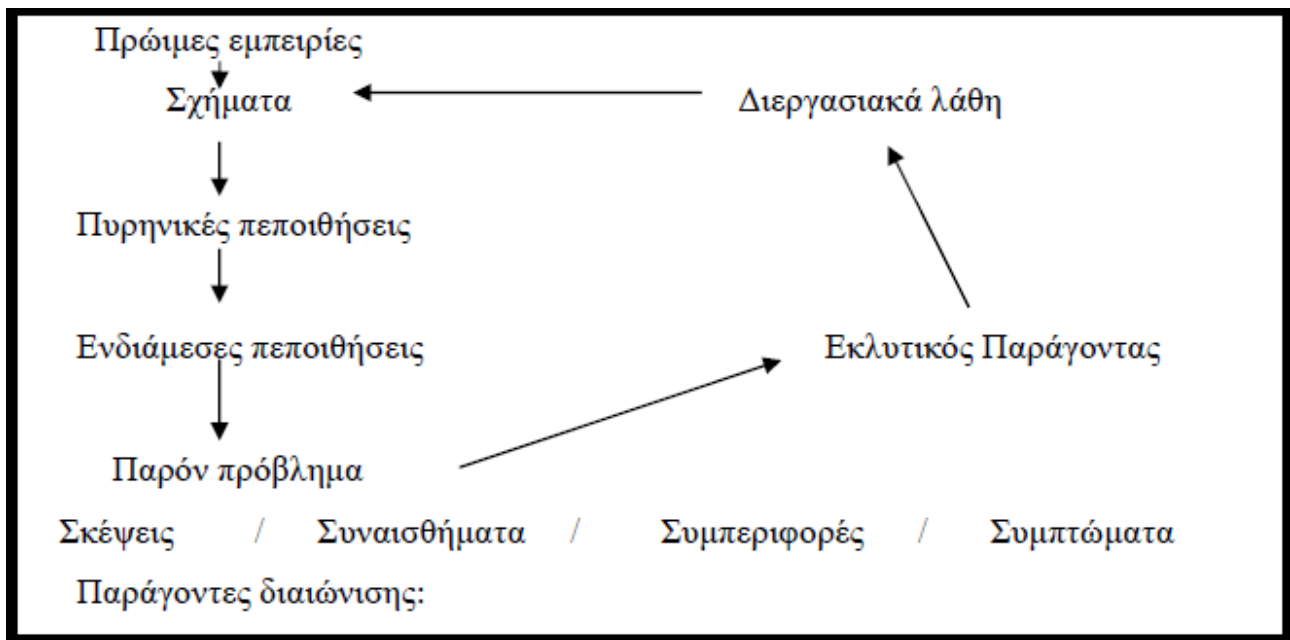
- Administration of the OASES Results in a series of **impact scores** and **impact ratings**, which can be calculated for each section or for the test as a whole

Impact Score	Impact Rating
1.00 – 1.49	Mild
1.50 – 2.24	Mild-to-Moderate
2.25 – 3.99	Moderate
3.00 – 3.74	Moderate-to-Severe
3.75 – 5.00	Severe

ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΛΑΘΗ

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. Αυθαίρετο συμπέρασμα. | -Θα τρελαθώ! Θα χάσω τα λογικά μου!
-Δε με κοίταζε καθόλου. Θα είναι θυμωμένος μαζί μου! |
| 2. Νοητικό φίλτρο. | -Όπως δεν πέρασα σε αυτό το μάθημα, έτσι θα αποτύχω σε όλα! |
| 3. Υπεργενίκευση. | -Ποτέ δεν κάνω κάτι σωστά! |
| 4. Μεγιστοποίηση ή Ελαχιστοποίηση. | -Εάν κοπώ στο μάθημα, δεν θα το αντέξω και θα ρεζιλευτώ παντελώς! |
| 5. Προσωπικοποίηση. | -Δεν είμαι καλή μητέρα. Η επίπληξη του δασκάλου στο παιδί μου το αποδεικνύει. |
| 6. Διπολική σκέψη. | -Η θα περάσω το μάθημα ή είμαι εντελώς αποτυχημένος! |
| 7. Παραγνώριση θετικών. | -Έχει καλή καρδιά γι' αυτό λέει ότι έκανα καλή παρουσίαση. |
| 8. Συναισθηματική συλλογιστική. | -Νιώθω αβοήθητος. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει λύση στα προβλήματά μου. |
| 9. Δηλώσεις με «πρέπει». | -Δεν πρέπει να αντιμιλάς στους μεγαλύτερους. |
| 10. Εσφαλμένη τιτλοφόρηση. | -Είμαι τεμπέλα. |



Παραρτημα Π. Ενδεικτικές ερωτήσεις αξιολόγησης

Ερωτήσεις για την προσχολική ηλικία

1. Υπήρξε κάποιο πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό;
2. Πώς ήταν η ανάπτυξη λόγου-ομιλίας του παιδιού; Πώς θα τη συγκρίνατε σε σχέση με την αντίστοιχη ανάπτυξη των αδελφών του και με τις προσδοκίες σας;
3. Περιγράψτε την κινητική ανάπτυξη του παιδιού σε σχέση με εκείνη των αδελφών του ή με των άλλων παιδιών.
4. Έχει αντιμετωπίσει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας διαταραχές λόγου-ομιλίας;
5. Πότε παρατηρήσατε για πρώτη φορά τη δυσρυθμία του παιδιού;
6. Συνέβαινε κάτι το ιδιαίτερο στη ζωή του παιδιού, όταν άρχισε να τραυλίζει;
7. Πως ήταν η δυσρυθμία του παιδιού όταν την παρατηρήσατε αρχικά;
8. Τι αλλαγές, αν υπάρχουν, έχετε εντοπίσει στην ομιλία του παιδιού από τότε που παρατηρήσατε για πρώτη φορά τον τραυλισμό;
9. Το παιδί φαίνεται να έχει επίγνωση της δυσρυθμίας του;
10. Μήπως το παιδί μερικές φορές φαίνεται να αλλάζει μια λέξη, γιατί αναμένει να παρουσιάσει δυσρυθμία σε αυτήν;
11. Μήπως το παιδί φαίνεται να αποφεύγει να μιλήσει σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν το ίδιο αναμένει να παρουσιάσει δυσρυθμία;
12. Τι πιστεύουν οι γονείς ότι προκάλεσε το πρόβλημα;

13. Πως αισθάνονται οι γονείς σχετικά με τη δυσρυθμία του παιδιού;
14. Έχετε απευθυνθεί αλλού ώστε να εξεταστεί το παιδί για το πρόβλημα του; Αν ναι, ποια ήταν τα αποτελέσματα;
15. Πότε και σε ποιές περιπτώσεις το παιδί παρουσιάζει τη μεγαλύτερη και τη μικρότερη δυσρυθμία;
16. Ποια είναι η σχέση του παιδιού με τα αδέρφια του και με άλλα παιδιά;
17. Ποιά είναι η ιδιοσυγκρασία του παιδιού;

Ερωτήσεις για την σχολική ηλικία

1. Σκέφτεσαι ποτέ ότι έχεις κάποιο πρόβλημα στην ομιλία;
2. Τι συμβαίνει όταν «κολλάς» σε μια λέξη; Πότε συμβαίνει αυτό. Είναι διαφορετικό κάθε φορά;
3. Έχεις μάθει να χρησιμοποιείς τεχνικές ή «κόλπα» για να καταφέρεις να πεις μια λέξη; Μήπως καμιά φορά αποφεύγεις ορισμένες λέξεις;
4. Υπάρχουν ορισμένες καταστάσεις όπου δυσκολεύεσαι περισσότερο να μιλήσεις;
5. Οι άλλοι άνθρωποι πειράζουν ή κοροϊδεύουν τα περισσότερα παιδιά που τραυλίζουν για τον τρόπο που μιλάνε. Εσένα σε κοροϊδεύουν για τον τραυλισμό σου; Τι κάνεις όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο; Πως σε επηρεάζει;
6. Πώς αισθάνεσαι για τον τρόπο που μιλάς;
7. Πως αισθάνονται οι γονείς σου για τη ομιλία σου; Σου έχουν πει ποτέ κάτι, σου δίνουν συμβουλές;
8. Μπορείς να σκεφτείς κάτι άλλο που είναι σημαντικό να ξέρω για σένα ή για τη δυσκολία που έχεις καμιά φορά όταν μιλάς;

Ερωτήσεις προς τον εκπαιδευτικό

1. Μιλά το παιδί μέσα στη τάξη;
2. Τραυλίζει;
3. Πώς είναι ο τραυλισμός του;
4. Πως φαίνεται να αισθάνεται το ίδιο για τον τραυλισμό του και για τον εαυτό του σε σχέση με τον τρόπο που επικοινωνεί;
5. Ο τραυλισμός επηρεάζει την απόδοση του στο σχολείο;
6. Τα άλλα παιδιά τον κοροϊδεύουν για τον τραυλισμό του;
7. Πως αισθάνεται ο δάσκαλος για τον τραυλισμό και πως αντιδρά το ίδιο σε αυτόν; (Guitar, 2014)

Παράρτημα Ρ. Ανάλυση περιστατικού σχολικής ηλικίας (πόστερ).

Το πρόγραμμα Λεξιπόντιξ Μελέτη Περίπτωσης

Πρόταση θεραπευτικής παρέμβασης για το παιδί σχολικής ηλικίας που τραυλίζει

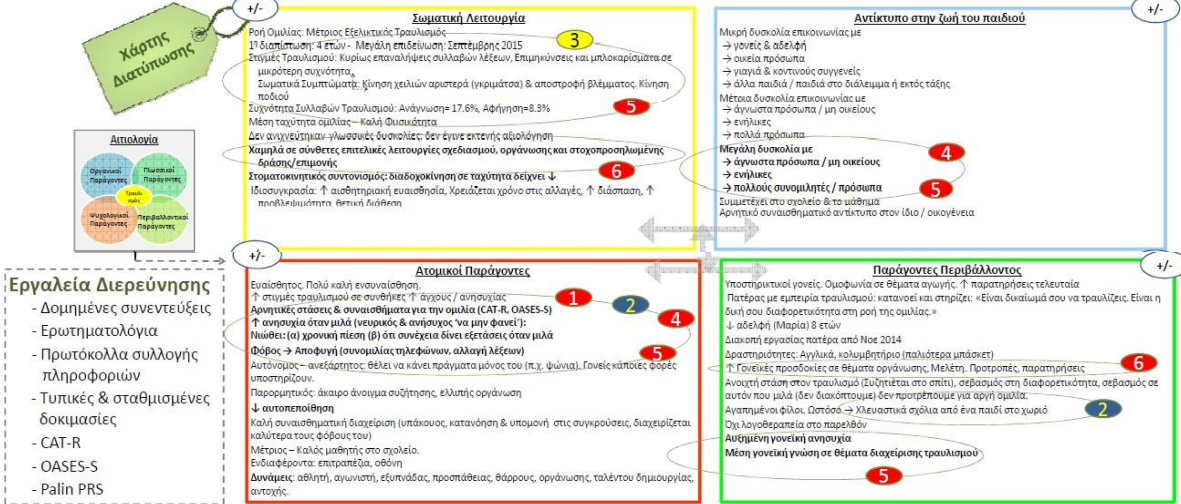
Δ.Μαρούσος & Γ.Φούρλας



Σκοπός της μελέτης

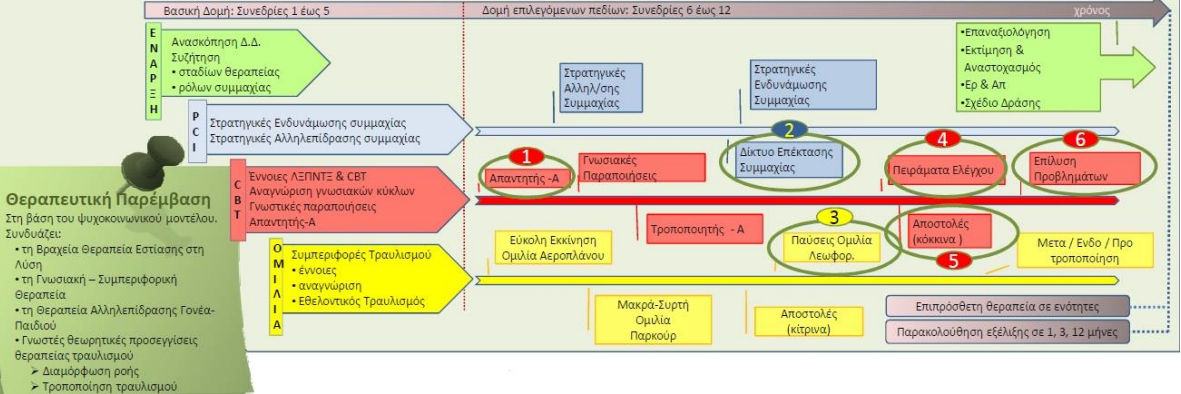
Παρουσίαση της εφαρμογής του προγράμματος θεραπείας τραυλισμού Λεξιπόντιξ στην περίπτωση του Αντώνη, 10χρονου αγοριού με εξελικτικό τραυλισμό.

Διερευνητική Διαδικασία - στη βάση της Διεθνούς Ταξινόμησης ICF



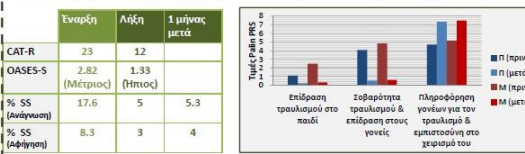
Πρόγραμμα Λεξιπόντιξ - Ελάχιστη & Ευέλικτη Δομή

(Συνολική Διάρκεια 12 εβδομάδες)



Αποτελέσματα

- Βελτίωση της ροής ομιλίας (λεκτικές και μη συμπεριφορές τραυλισμού)
- Θετικότερες στάσεις & συναισθήματα σχετικά με τον τραυλισμό και την επικοινωνία
- Μείωση της γονεϊκής ανησυχίας και ενόχληση του υποστηρικτικού γονεϊκού ρόλου



Αναφορά: Μαρούσος, Δ., & Φούρλας, Γ. (2016). Το πρόγραμμα Λεξιπόντιξ ως πρόταση θεραπευτικής παρέμβασης για το παιδί σχολικής ηλικίας που τραυλίζει. Μελέτη Περίπτωσης. Αναρτημένη Ανακοίνωση στο 5ο Συνέδριο Αναπτυξιακής Ψυχολογίας (20-23 Οκτωβρίου). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος.

www.lexipontix.gr | lexipontix@gmail.com

Το παιδί που τραυλίζει → Σούπερ ήρωας

Άρχηγός της συμμάχων. Εντοπίζει ίδιες δυνάμεις (προσωπικά χαρακτηριστικά) και συλλέγει νέες δυνάμεις (δεξιότητες) προκειμένου να ελέγξει τον άτακτο σκανδαλώδη ποινικό (=τραυλισμός).

Ο Λεξιπόντιξ → Παιρακτήρι

Επίδοξος εισβολέας στο Εργοστάσιο του Νου (στη βάση του CBT μοντέλου) ενοχλεί την ομαλή λειτουργία των μηχανών του (Μηχανή Σκέψης και Μηχανή Λέξεων & Συμπεριφορών) με συνακόλουθες αρνητικές επιπτώσεις στα Εργαστήρια Συναισθημάτων και στον Αισθητήρα Σώματος.

Το εργοστάσιο του νου



Συμπεράσματα

- Ολιστικές και πολυεπίπεδες παρεμβάσεις απαντούν στη συνολική εμπειρία του τραυλισμού.
- Η διαχείριση της εμπειρίας του τραυλισμού περιορίζει το αρνητικό αντίκτυπο της διαταραχής στη λειτουργικότητα του παιδιού και της οικογένειας.
- Η φιλική προς το παιδί εισαγωγή αφηρημένων εννοιών δίνει στη θεραπεία διασκεδαστικό χαρακτήρα και νόημα και, ως εκ τούτου, κινητοποιεί την ενεργητική συμμετοχή του παιδιού
- Η αξιοποίηση ψυχοθεραπευτικών πρακτικών στην λογοθεραπεία παιδιών που τραυλίζουν ενδυναμώνει την θεραπευτική συμμαχία ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.
- Οι γονείς ενδυναμώνονται και αποκτούν γνώση διαχείρισης συμμετέχοντας σε βραχυχρόνια προγράμματα λογοθεραπευτικής παρέμβασης του παιδιού τους. Η γνώση διαχείρισης μειώνει τη γονεϊκή ανησυχία και ενεργοποιεί υποστηρικτικές γονεϊκές συμπεριφορές.