



**Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &**  
**ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:**  
**ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΥΣΛΕΞΙΑ**

**Σπουδάστριες:**

Αυδή Παναγιώτα-Αικατερίνη Α.Μ. (16584)

Βασιλειάδου Ευαγγελία Α.Μ. (16572)

**Επιβλέπων:** Ταφιάδης Διονύσιος

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2018**



**Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &**  
**ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:**  
**ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΥΣΛΕΞΙΑ**

**Σπουδάστριες:**

Αυδή Παναγιώτα-Αικατερίνη Α.Μ. (16584)

Βασιλειάδου Ευαγγελία Α.Μ. (16572)

**Επιβλέπων:** Ταφιάδης Διονύσιος

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2018**

## **STUTTERING AND DYSLEXIA**

**Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή**

Τόπος, Ημερομηνία

## **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

1. Επιβλέπων καθηγητής

Διονύσης Ταφιάδης

Δρ. Λογοπαθολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος

2. Μέλος επιτροπής

Γεώργιος Τάτσης

Δρ. Φυσικής, Πανεπιστημιακός Υπότροφος

3. Μέλος επιτροπής

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ. Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Ναυσικά Ζιάβρα,

Δρ, Χειρουργός-ΩΡΛ, Καθηγήτρια

Υπογραφή

© Αυδή Παναγιώτα-Αικατερίνη, Βασιλειάδου Ευαγγελία, 2018

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

## Δήλωση μη λογοκλοπής

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

Αυδή Παναγιώτα - Αικατερίνη

Υπογραφή

Βασιλειάδου Ευαγγελία

Υπογραφή

## ***Ευχαριστίες***

Με το τέλος αυτής της πτυχιακής εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας για την υλική και ηθική υποστήριξη όλα αυτά τα χρόνια της φοίτησης μας στο Τμήμα Λογοθεραπείας του Τ.Ε.Ι Ηπείρου. Νιώθουμε την ανάγκη και την υποχρέωση να ευχαριστήσουμε τον κύριο Ταφιάδη Διονύσιο και την κυρία Ιγνατίου Μαρία για την πολύτιμη βοήθεια τους στην διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας. Χωρίς τη σημαντική εμπειρία, τις γνώσεις και την καθοδήγηση τους καθ' όλη τη διάρκεια της διεξαγωγής της παρούσας εργασίας, δεν θα είχαμε φτάσει στο σημερινό αποτέλεσμα.

Αυδή Παναγιώτα- Αικατερίνη  
Βασιλειάδου Ευαγγελία

## Περίληψη

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται δύο από τις πιο διαδεδομένες διαταραχές λόγου και ομιλίας, τον τραυλισμό και την δυσλεξία. Οι συγκεκριμένες διαταραχές έχουν απασχολήσει ανά τους αιώνες μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού, με σημαντικές επιπτώσεις σε παιδιά, αλλά και ενήλικες.

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή, η οποία είναι γνωστή εδώ και χιλιάδες χρόνια και παρουσιάζεται σε όλους τους πολιτισμούς. Αναφέρεται στη διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας και σχετίζεται με τη δυσκολία ελέγχου του μηχανισμού της ομιλίας από το άτομο (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006). Αυτή η αιγιματική διαταραχή έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας τόσο για την κατανόηση της φύσης της όσο και για την ανεύρεση κατάλληλων μεθόδων και τεχνικών αντιμετώπισης της. Η κατανόηση της πολυπλοκότητας του τραυλισμού λειτουργεί ως αρωγός στην περαιτέρω ανάλυση της.

Οι Μαθησιακές Δυσκολίες έχουν κεντρίσει το ενδιαφέρον του παγκόσμιου πληθυσμού, τόσο των επιστημόνων του κλάδου όσο και των ατόμων που φέρουν την διαταραχή. Η δυσλεξία αποτελεί το σημαντικότερο και συχνότερο τύπο των μαθησιακών δυσκολιών. Συνιστά ένα είδος δυσκολίας που σχετίζεται με όλες τις πλευρές της γλωσσικής δυσκολίας, δηλαδή την ανάγνωση, τη γραφή, τη κατανόηση, την έκφραση και την αριθμητική, παρά την απουσία αισθητηριακών ελλειμμάτων νοητικής υστέρησης και ψυχικών διαταραχών. Ποικίλλει ως προς τον βαθμό σοβαρότητας και είναι πιθανό να εκδηλώνεται με δυσκολίες σε έναν ή και σε όλους τους τομείς της γλώσσας. Λόγω του αυξανόμενου ενδιαφέροντος για τη διαταραχή αυτή από ειδικούς έχει επιτευχθεί η ακριβέστερη προσέγγιση του προβλήματος και η εύρεση αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης.

Πολύ συχνά ο τραυλισμός ενδέχεται να συνοδεύεται από άλλες διαταραχές του λόγου όπως η δυσλεξία και αντίστοιχα η δυσλεξία να συνοδεύεται για κάποιο χρονικό διάστημα από τραυλισμό. Αυτές οι περιπτώσεις είναι δύσκολες στην αντιμετώπιση τους και απαιτούν μεγάλες χρονικές περιόδους θεραπείας.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η γενική πληροφόρηση της φύσης του τραυλισμού και της δυσλεξίας. Γίνεται ανάλυση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτών των διαταραχών, της αιτιολογίας τους καθώς και των διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων τους.



## Πρόλογος

Στην ακόλουθη πτυχιακή εργασία αναλύονται ο τραυλισμός και η δυσλεξία. Η εργασία είναι χωρισμένη σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος πραγματεύεται τον τραυλισμό και το δεύτερο την δυσλεξία.

Στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται μια γενική εικόνα για τον τραυλισμό δηλαδή ιστορική αναδρομή με την γνωστή ανά τους αιώνες ιστορία του φιλόσοφου Σωκράτη, ορισμοί και είδη της διαταραχής, έναρξη, συμπτωματολογία κτλ. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η αιτιολογία του τραυλισμού καθώς επίσης και επιστημονικές απόψεις με πολλές θεωρίες να γίνονται γνωστές. Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται η διαδικασία αξιολόγησης και διάγνωσης των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Το τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο πραγματεύεται παλαιότερες και νεότερες μεθόδους αντιμετώπισης του τραυλισμού σε παιδιά και ενήλικες, με το πρόγραμμα Lidcombe να αποτελεί μια άμεση μέθοδο αντιμετώπισης σε μικρά παιδιά.

Όσον αφορά το δεύτερο μέρος της παρούσας πτυχιακής το οποίο πραγματεύεται τη δυσλεξία, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται γενικά εισαγωγικά στοιχεία σχετικά με τις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες. Αναφέρονται ορισμοί των μαθησιακών δυσκολιών καθώς και η κατηγοριοποίησή τους. Οι πιο γνωστές αιτιολογίες και αιτιολογικοί παράγοντες που έχουν διατυπωθεί από ερευνητές, καθώς και κάποια στοιχεία για τη συχνότητα εμφάνισης τους στο εξωτερικό αλλά και στη χώρα μας. Στο έκτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή της δυσλεξίας και οι ορισμοί της ανά τους αιώνες. Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση των τύπων και μορφών της δυσλεξίας, των χαρακτηριστικών των ατόμων με δυσλεξία αλλά και την αναπτυξιακή τους πορεία. Το έβδομο κεφάλαιο αφορά τη διάγνωση και την αξία της πρώιμης διάγνωσης. Επίσης, περιγράφονται αναλυτικά τα μέσα και οι τομείς μιας διαγνωστικής αξιολόγησης. Τέλος, το όγδοο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση κάποιων γενικών αρχών θεραπευτικών προγραμμάτων, κάποιες προσεγγίσεις επιστημόνων και προγράμματα παρέμβασης για τη δυσλεξία, τα οποία συναντάμε κυρίως στον αγγλοσαξονικό χώρο. Επιπλέον, τονίζεται πόσο σημαντική είναι η παρέμβαση από καταρτισμένους ειδικούς, αλλά και η σχέση μεταξύ ειδικών και γονέων για την αποτελεσματικότερη παρέμβαση σε παιδιά με δυσλεξία

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	9

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	14
1.2 Ορισμοί.....	15
1.3 Είδη Τραυλισμού.....	17
1.3.1 Εξελικτικός Τραυλισμός.....	17
1.3.2 Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός.....	17
1.3.3 Νευρογενής Επίκτητος Τραυλισμός.....	17
1.3.4 Κλονικός Τραυλισμός.....	17
1.3.5 Τονικός Τραυλισμός.....	18
1.3.6 Τονικός και Κλονικός Τραυλισμός (Μικτός Τραυλισμός).....	18
1.3.7 CLUTTERING (Σύνδρομο Διακοπτόμενης Ταχυλαλίας).....	18
1.4 Η Έναρξη του Τραυλισμού.....	19
1.5 Συχνότητα του Τραυλισμού.....	20
1.6 Συμπτωματολογία.....	22
1.7 Η Αναπτυξιακή πορεία του Τραυλισμού.....	27

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

#### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

2.2 Θεωρίες για την Αιτιολογία.....	34
2.2.1 Οργανικές Θεωρίες.....	34
2.2.2 Ψυχογενείς Θεωρίες.....	36
2.2.3 Η Θεωρία των Μαθημένων Συμπεριφορών.....	37
2.2.4 Φωνιατρικές Θεωρίες.....	38
2.2.5 Η Υπόθεση της Κατάρρευσης.....	38
2.2.6 Η Υπόθεση της Απωθημένης Ανάγκης.....	39

2.2.7 Η Υπόθεσης της Αναμονής-Αντιμετώπισης.....	40
2.2.8 Το Μοντέλο των Δυνατοτήτων και Απαιτήσεων.....	42
2.2.9 Η Υπόθεση της Συγκαλυμμένης Διόρθωσης.....	42

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ**

3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια Τραυλισμού.....	43
3.2 Φαινόμενα Δισταγμού.....	45
3.3 Μέσα Διάγνωσης.....	47
3.3.1 Λογοπαθολογικό Ιστορικό-Συνέντευξη με τους Γονείς.....	48
3.3.2 Η Κλινική Παρατήρηση του Παιδιού.....	49
3.3.3 Καταγραφή, Καταμέτρηση και Ανάλυση των Δυσρυθμιών- Ανάλυση του Δείγματος Ομιλίας.....	49

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ**

4.1 Σχέση Θεραπευτή-Θεραπευόμενου.....	51
4.2 Παλαιότερες Μέθοδοι Θεραπείας.....	52
4.3 Νεότερες Μέθοδοι Θεραπείας.....	58
4.4 Το Πρόγραμμα Lidcombe.....	63
4.5 Μειονεκτήματα του Προγράμματος.....	67
4.6 Αντιμετώπιση των Μπλοκαρισμάτων.....	67
4.7 Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία.....	69

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ**

5.1 Ορισμός Των Μαθησιακών Δυσκολιών.....	70
5.2 Συχνότητα Των Μαθησιακών Δυσκολιών.....	71
5.3 Αιτιολογία των Μαθησιακών Δυσκολιών.....	72

5.3.1 Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	75
5.4 Κατηγοριοποίηση των Μαθησιακών Δυσκολιών.....	76
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b>	
<b>ΔΥΣΛΕΞΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ</b>	
6.1 Ιστορική αναδρομή της δυσλεξίας.....	77
6.2 Ορισμοί Δυσλεξίας.....	78
6.3 Τύποι και Μορφές Δυσλεξίας.....	80
6.3.1 Τύποι Δυσλεξίας.....	81
6.3.1.1 Ειδική ή Εξελικτική Δυσλεξία.....	81
6.3.1.2 Επίκτητη Δυσλεξία.....	83
6.3.2 Μορφές Δυσλεξίας .....	83
6.3.3 Κλινικές Μορφές Δυσλεξίας.....	84
6.4 Χαρακτηριστικά της Δυσλεξίας.....	87
6.5.1 Δυσκολίες στην ανάγνωση.....	87
6.5.2 Δυσκολίες στη γραφή και στην ορθογραφία.....	88
6.5.3 Δυσκολίες στα μαθηματικά.....	89
6.5.4 Δυσκολίες στη συμπεριφορά .....	89
6.5.5 Δυσκολίες στον Προφορικό λόγο.....	89
6.5.6 Δυσκολίες στον προσανατολισμό του χώρου και του χρόνου.....	89
6.5.7 Δυσκολίες στη Μνήμη .....	90
6.6 Αναπτυξιακή πορεία.....	90
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup></b>	
<b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ</b>	
7.1 Η σπουδαιότητα της διαγνωστικής αξιολόγησης.....	91
7.2 Η σημασία της Πρώιμης Διάγνωσης.....	92
7.3 Τομείς και μέσα διαγνωστικής αξιολόγησης.....	94

7.3.1 Κλινική Συνέντευξη .....	96
7.3.2 Αξιολόγηση της Νοημοσύνης .....	96
7.3.3 Αξιολόγηση και Εκτίμηση των Μαθησιακών Δεξιοτήτων.....	97
7.3.4 Αξιολόγηση των Γνωστικών Διεργασιών.....	97
7.3.5 Αξιολόγηση της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής και της Ψυχικής Υγείας....	98
7.3.6 Αξιολόγηση των Γλωσσικών Λειτουργιών.....	98
7.3.7 Πλευρίωση – Τεχνικές Αξιολόγησης.....	99

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ**

8.1. Θεραπεία .....	100
8.1.1 Εισαγωγικά.....	100
8.1.2 Γενικές αρχές υποστηρικτικών προγραμμάτων.....	101
8.1.3 Κατάλληλα εκπαιδευμένοι ειδικοί.....	102
8.1.4 Συνεργασία οικογένειας και ειδικών.....	103
8.2 Θεωρίες διδακτικές προσεγγίσεις στη σχολική τάξη.....	104
8.2.1 Η προσέγγιση του Hinshelwood.....	104
8.2.2 Η προσέγγιση των Orton- Gillingham – Stillman.....	104
8.2.2.1 Η (Επαν)εκπαίδευση στην ανάγνωση.....	105
8.2.2.2 Η (Επαν)εκπαίδευση στην Ορθογραφημένη γραφή.....	105
8.2.2.3 Η (Επαν)εκπαίδευση στη γραφή.....	106
8.2.3 Η προσέγγιση της Fernald .....	106
8.2.4 Φωνητικές μέθοδοι με χρήση χρωμάτων.....	106
8.2.5 Η προσέγγιση των Johnson & Myklebust.....	107
8.2.6 Το φωνητικό πρόγραμμα ανάγνωσης και ορθογραφημένης γραφής της Helen Calcluth.....	108

<b>8.2.7</b> Bangor Dyslexia Teaching System.....	109
<b>8.3</b> Προγράμματα Παρέμβασης.....	109
<b>8.3.1</b> Παραδείγματα εξατομικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης στον τομέα της ανάγνωσης .....	109
<b>8.3.2</b> Παραδείγματα προγραμμάτων παρέμβασης στην ορθογραφία.....	110
<b>8.3.3</b> Προγράμματα λογισμικού.....	111
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	113
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	115

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

### 1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο τραυλισμός αποτελεί ένα πρόβλημα με μακρά και δαιδαλώδη ιστορία, που ξεκινά από την αρχαιότητα και παρουσιάζεται σε όλες τις κοινωνίες (Ε.Κάκουρος-Κ.Μανιαδάκη). Στην Αρχαία Αίγυπτο υπήρχε ιερογλυφικό σύμβολο που συμβόλιζε τον τραυλισμό (Curlee,1999). Ο Ιπποκράτης είχε την άποψη, ότι ο τραυλισμός οφείλεται σε ελαττώματα των περιφερειακών οργάνων του λόγου (γλώσσα, ουρανίσκος, λάρυγγας) και στην λαθεμένη σχέση μεταξύ ομιλίας και σκέψης (Σερδάρης, 1998). Ο Αριστοτέλης, πίστευε ότι ο τραυλισμός σχετιζόταν με αδυναμία των μυών της γλώσσας (Μαλανδράκη, 2012). Ο ρήτορας Δημοσθένης αναφέρεται ότι τραύλιζε και κατάφερε να θεραπευτεί, τοποθετώντας στο στόμα του χαλίκια ενώ μιλούσε (Brosh & Pirsig, 2001). Στην αρχαία Ρώμη, ο γιατρός Γαλιλαίος θεωρούσε ότι ο τραυλισμός είναι επακόλουθο βλάβης της γλώσσας ή του μυαλού ή ταυτόχρονα και των δύο (Σερδάρης, 1998). Ο Γαληνός, πίστευε ότι αιτία της διαταραχής αυτής ήταν η ελαττωματική διάπλαση της γλώσσας και η ανεπαρκή κινητική ικανότητα του οργάνου αυτού. Ο Κικέρων πρότεινε να διορθώνεται η γλώσσα των ανθρώπων αυτών με το μαχαίρι (Καλαντζής,1985).

Νεότερες προσωπικότητες της ιστορίας με τραυλισμό ήταν ο βασιλιάς Γεώργιος ΣΤ΄, ο Μέγας Ναπολέων, ο Winston Churchill, ο Lenin, ο Theodore Roosevelt κ.ά (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

Στην αρχαιότητα, οι θεραπευτές πίστευαν ότι μπορούσαν να θεραπεύσουν τον τραυλισμό χρησιμοποιώντας διάφορα μέσα.

Στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα γιατροί δοκίμαζαν χειρουργικές επεμβάσεις όπως τρύπες στο κρανίο ή έκοβαν κομμάτια από την γλώσσα για να ‘γιατρέψουν’ τον τραυλισμό (Καμπανάρου, 2007).

Ο γιατρός Dieffenbach τον 19<sup>ο</sup> αιώνα χρησιμοποίησε μια καθαρά χειρουργική μέθοδο για την θεραπεία του τραυλισμού με το κόψιμο της γλώσσας σε διάφορα μέρη χωρίς αναισθησία (Καλαντζής, 1985).

Τα τελευταία 5.000 χρόνια οι ειδικοί προσπαθούν συστηματικά να κατανοήσουν τη φύση και την αιτιολογία του τραυλισμού και να προτείνουν τεχνικές και μεθόδους αποτελεσματικής θεραπείας του.

Ωστόσο ο τραυλισμός παραμένει ακόμη ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο πρόβλημα, το οποίο περιβάλλεται από μυστήριο και εγείρει πολλά αναπάντητα ερωτήματα (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

## **1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ**

Ο Λόγος αποτελεί τη βάση τη γλωσσικής και μη γλωσσικής επικοινωνίας του παιδιού τόσο με το στενό όσο και με το ευρύ κοινωνικό περιβάλλον (Τσιάντης-Ευπολυτά-Ζαχαριάδη, 2000). Ένα από τα πιο συχνά προβλήματα του λόγου που παρουσιάζουν τα παιδιά ηλικίας 2-4 χρόνων και συνήθως απαλείφεται στα πρώτα 5 χρόνια της ζωής τους, είναι ο τραυλισμός. Απεικονίζει ένα έλλειμμα ρυθμού στον προφορικό λόγο, δηλαδή ένα λόγο μη ευχερή (speech dysfluency) και συνίσταται στη διακοπή της (ομαλής) ροής του λόγου με την επανάληψη μιας ή περισσότερων συλλαβών ή φθόγγων ή με το σιωπηρό μπλοκάρισμα στην άρθρωση ορισμένων φθόγγων (Στασινός, 2009).

Για την ταυτότητα του τραυλισμού έχουν προταθεί πολλοί ορισμοί από την παγκόσμια βιβλιογραφία προκειμένου να υπάρξουν αναγνωρίσιμα στοιχεία.

Ο Σερδάρης το 1998 αναφέρει ότι ο τραυλισμός εκφράζεται με τη σπασμική διαταραχή της χροιάς και του ρυθμού του λόγου και της ομιλίας κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας του ατόμου με αυτούς που το περιβάλλουν. Ταυτόχρονα με το σπασμικό κώλυμα στην ομιλία, στον ψυχισμό του τραυλίζοντα εμφανίζονται συμπτώματα, που αποκαλύπτουν την εξέλιξη μιας ιδιόμορφης νεύρωσης, η οποία διαταράσσει μια από τις βασικές λειτουργίες του λόγου και της ομιλίας: τη λειτουργία της κοινωνικής επαφής (Σερδάρης, 1998).



Τα δύο επικρατέστερα διαγνωστικά εγχειρίδια, το DSM-IV και το ICD-10, θεωρούν τον τραυλισμό ως διαταραχή του λόγου και της ομιλίας και τον εντάσσουν στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών της επικοινωνίας (Ε.Κακουρος-Κ. Μανιαδακη). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το DSM-IV, ο τραυλισμός ορίζεται ως διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας, η οποία είναι δυσανάλογη για την ηλικία του ατόμου (APA, 1994).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζει τον τραυλισμό ως μια διαταραχή στο ρυθμό της ομιλίας, κατά την οποία το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει, αλλά, εκείνη την στιγμή, δεν είναι σε θέση να το πει, αξιαιτίας μιας ακούσιας επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου (WHO,1997).

Επιπρόσθετα, ο τραυλισμός συγκαταλέγεται στις νευρωτικές διαταραχές του λόγου και της ομιλίας. Θεωρείται διαταραχή της ροής του λόγου και εκδηλώνεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης. Η διαταραχή συμβαίνει στην αρχή ή στο μέσο του λόγου είτε με επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών, λέξεων π.χ χα-χα-χαρούμενος είτε με ένα επίμονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο π.χ χ...αρούμενος (Δράκος, 1991).

Ο Van Riper, το 1982, δήλωσε ότι ο τραυλισμός συμβαίνει όταν η ροή του λόγου διακόπτεται από έναν ήχο, συλλαβή, ή λέξη ή από τις <<αντιδράσεις των ομιλητών σε αυτόν>> (Manning, 2001).

Ο Vingate (1964) ορίζει τον τραυλισμό ως μια διαταραχή της ροής της λεκτικής έκφρασης, η οποία χαρακτηρίζεται από ακούσιες επαναλήψεις και παρατάσεις, ηχητικές ή όχι, εφόσον πρόκειται για μερικές λεκτικές μονάδες, δηλαδή συλλαβές ή λέξεις μονοσύλλαβες. Αυτές οι διαταραχές εμφανίζονται με μια συνεχή συχνότητα και είναι πολύ δύσκολο να ελεγχθούν. Πολλές φορές οι δυσχέρειες αυτές αντανακλούν σε κινήσεις, είτε του μυϊκού συστήματος της ομιλίας, είτε και άλλων πλην του στόματος μυϊκών συστημάτων (Καρπαθίου, 1998).

## **1.3 ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ**

### **1.3.1 ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ**

Ο εξελικτικός τραυλισμός συναντάται πιο συχνά στην ηλικία μεταξύ των 2 και 5 ετών (Yairi&Ambrose, 2005). Σε αυτή τη μορφή τραυλισμού παρατηρούνται τόσο πρωτεύουσες όσο και δευτερεύουσες συμπεριφορές. Επιπρόσθετα, εκδηλώνεται ως επανάληψη μιας συλλαβής ή σαν παρεμπόδιση της γλωσσικής ροής στο ξεκίνημα της ομιλίας. Όταν τα συμπτώματα αυτά ενισχυθούν από εξωγενείς παράγοντες (κακή διαπαιδαγώγηση, άσχημο ψυχολογικό κλίμα) ο τραυλισμός μονιμοποιείται και τα συμπτώματα του εκδηλώνονται εντονότερα (Δράκος, 1991).

### **1.3.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ**

Παρουσιάζεται σε ενήλικες, αιτία του είναι ένα δυνατό ψυχικό σοκ. Τα συμπτώματα του δεν αυξάνονται σταδιακά όπως στην περίπτωση του εξελικτικού τραυλισμού αλλά εκδηλώνονται από την αρχή πολύ έντονα και σε σύντομο χρονικό διάστημα με την κατάλληλη θεραπεία εξασθενούν (Δράκος, 1991).

### **1.3.3 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ**

Τραυλισμός που εμφανίζεται κυρίως στην ενήλικη ζωή και οφείλεται σε επίκτητη νευρολογική ασθένεια ή βλάβη, με πιο συχνές αιτίες το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, την κρανιοεγκεφαλική κάκωση, τους εγκεφαλικούς όγκους, τη λήψη φαρμάκων και την χρήση ναρκωτικών ουσιών (Μαλανδράκη, 2012)

### **1.3.4 ΚΛΟΝΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ**

Χαρακτηρίζεται από αυξημένη ένταση στο χώρο του λάρυγγα και περιέχει συνεχή επανάληψη συλλαβών ή λέξεων κατά την διάρκεια της ομιλίας. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται κυρίως στην αρχή της λέξης ή της πρότασης. Η επανάληψη των συλλαβών αντικατοπτρίζει τις δυσκολίες του ατόμου που τραυλίζει στη μετάβαση

από το ένα φώνημα στο άλλο. Τα κλονικά συμπτώματα παρατηρούνται συχνότερα στις συλλαβές που αρχίζουν από σύμφωνα (Αλεξάνδρου, 1988).

### **1.3.5 ΤΟΝΙΚΟΣ ΚΛΟΝΙΣΜΟΣ**

Ο Τονικός τραυλισμός είναι πιο βαριάς μορφής και πιο βασανιστικός σε σχέση με τον κλονικό τραυλισμό (Σερδάρης, 1998). Χαρακτηρίζεται από μεγάλες και συχνές παύσεις κυρίως στην αρχή της λέξης και μεγάλη διάρκεια στα φωνήματα που αρχίζουν από φωνήεντα π.χ ααααμέσως.

Επίσης σε αυτή την μορφή τραυλισμού τα όργανα του λόγου μπλοκάρουν σημαντικά στην αρχική εκκίνηση της θέσης προφοράς και ο λόγος δεν μπορεί να αρχίσει (θ...θέλω π...πηγαίνω) (Σερδάρης, 1998). Δηλαδή, η δυσκολία έγκειται στο ξεκίνημα της ομιλίας παρά τις έντονες προσπάθειες που γίνονται από το άτομο που τραυλίζει (Δράκος, 1991). Τέλος, αυτή η μορφή τραυλισμού είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού (Τσιάντης, Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη, 2000).

### **1.3.6 ΤΟΝΙΚΟΣ ΚΑΙ ΚΛΟΝΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ (ΜΙΚΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ)**

Εδώ έχουμε μια μορφή όπου στο ίδιο άτομο συνυπάρχουν τόσο τα συμπτώματα του Τονικού όσο και του Κλονικού τραυλισμού. Είναι δυνατόν να παρατηρηθούν συγχρόνως σε δύο διαφορετικά σημεία στη περιοχή που παράγεται η ομιλία. Έτσι παρατηρείται συχνά το φαινόμενο να έχουμε ένα κλονικό σύμπτωμα στα όργανα άρθρωσης και συγχρόνως ένα τονικό σύμπτωμα που αφορά στο κλείσιμο της γλωττίδας (Αλεξάνδρου, 1988).

### **1.3.7 CLUTTERING (Σύνδρομο Διακοπτόμενης Ταχυλαλίας)**

Το cluttering είναι μια διαταραχή της ομιλίας που χαρακτηρίζεται από δύο είδη βλαβών: αυτές που σχετίζονται με την κίνηση του λόγου και αυτές που σχετίζονται με τις γλωσσικές διαταραχές. Τυπικά, η ομιλία χαρακτηρίζεται από ταχείες εκρήξεις ακανόνιστης ομιλίας που μπορεί να ακούγονται λανθασμένες και ακατανόητες.

Επιπλέον, η γλώσσα μπορεί να είναι άσχημα οργανωμένη με στοιχεία φτωχής εύρεσης λέξεων μαζί με υπερβολικό αριθμό διορθωμένων προτάσεων, επανεκκινήσεων και συμπληρώματα λέξεων και φράσεων. Σε αντίθεση με τον τραυλισμό, το cluttering χαρακτηρίζεται από έλλειψη ανησυχίας και αντίληψης από την πλευρά του ομιλητή (Ward, D 2008).

#### **1.4 Η ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ**

Ο τραυλισμός εκδηλώνεται συνήθως για πρώτη φορά κατά την προσχολική ηλικία. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μάλιστα η τάση της εμφάνισης του τραυλισμού σε ολοένα και μικρότερες ηλικίες (Yairi, 1993). Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο τραυλισμός εμφανίζεται στις ηλικίες μεταξύ δύο έως πέντε ετών (Bloodstein, 1995). Παρόλο που ο τραυλισμός είναι κυρίως μια διαταραχή που συνδέεται με την έναρξη του στην προσχολική ηλικία, μία σημαντική μειονότητα (25%) των παιδιών θα ξεκινήσει μετά την ηλικία των 6 ετών (Andrews, 1984). Τα παιδιά που πρόκειται να τραυλίσουν δεν φαίνεται να έχουν κάποια δυσκολία στους πρώτους ήχους όπως είναι τα γουργουρίσματα και το βάβισμα. Χτίζουν ένα αρκετά πλούσιο λεξιλόγιο και δημιουργούν γερές βάσεις στη γραμματική πριν ακόμα εμφανιστεί οποιαδήποτε δυσκολία που σχετίζεται με τη ροή (Watkins, Yairi, & Ambrose, 1999).

Ο εξελικτικός τραυλισμός αρχίζει συνήθως πριν από την ηλικία των 6 ετών και συμβαίνει σε περίπου 5% όλων των παιδιών προσχολικής ηλικίας (Bloodstein, 1995). Επιπρόσθετα, ο τραυλισμός συνήθως ξεκινά σε μια περίοδο που το παιδί προσπαθεί να αφομοιώσει το λόγο και τις γλωσσικές ικανότητες μέσα από μια σωματική αλλαγή και μια διαμόρφωση του νευρολογικού συστήματος ενώ παράλληλα δέχεται μεγάλο όγκο επικοινωνιακών απαιτήσεων και προσωπικών αλληλεπιδράσεων. Ως αποτέλεσμα, ο τραυλισμός σχετίζεται περισσότερο με μια αλληλεπίδραση σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων (Guitar, 1998).

Περίπου το 90% των παιδιών που τραυλίζουν ξεκινούν πριν την ηλικία των έξι ετών. Οι επαναλήψεις ήχων ή συλλαβών παρατηρούνται στα αρχικά φωνήματα λέξεων ή στο λόγο και είναι ο συχνότερος τύπος δυσκολιών που παρατηρείται σε παιδιά που ξεκινούν να τραυλίζουν (Bloodstein, 1995). Άλλες δυσκολίες στην ροή

περιλαμβάνουν την καταβολή προσπάθειας για την παραγωγή ήχων ή συλλαβών και τα μπλοκαρίσματα στην προσπάθεια του ατόμου να προφέρει μια λέξη.

Η έρευνα δείχνει ότι τρία ή τέσσερα από τα νέα παιδιά που τραυλίζουν έχουν την τάση να αναρρώνουν χωρίς καμία θεραπευτική μέθοδο. (Andrews & Harris 1964, Glasner & Rosental 1957, Johnson et al 1959, Yairi, Ambrose, Paden & Throneburg 1996). Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι κάτι τέτοιο μπορεί να παραλείψει πολλούς που δεν θα ανακτήσουν την ευχέρεια του λόγου τους. Αυτό το υψηλό ποσοστό ανάρρωσης μπορεί να μην απευθύνεται σε παιδιά άνω των πέντε ετών τα οποία τραύλισαν για ένα χρόνο ή περισσότερο (Ramig 1993).

## **1.5 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ**

Ο τραυλισμός είναι η πιο γνωστή, η πιο βαριά, η πιο ιδιόρρυθμη και η πιο διαδεδομένη διαταραχή του λόγου. Στους σημερινούς ανήσυχους καιρούς μας το ποσοστό των τραυλών ανέβηκε πολύ. Η Αμερική έρχεται στην πρώτη γραμμή (Καλαντζής, 1985).

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 (Andrews et al, 1983 Peters & Guitar, 1991). Συγκεκριμένα, η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού σε παιδιά ηλικίας 2 έως 10 ετών υπολογίζεται στο 1,4%, ενώ στους εφήβους ηλικίας 11 έως 20 ετών υπολογίζεται στο 0,5% (Craig et al, 2002).

Ο τραυλισμός είναι περισσότερο εξαπλωμένος στις πιο εξελιγμένες βιομηχανικά χώρες. Αυτό εξηγείται από το γεγονός, ότι σ' αυτές τις κοινωνίες υπάρχει μεγαλύτερη ένταση στον τρόπο ζωής των ανθρώπων, γρήγορος ρυθμός κίνησης, νευρική ατμόσφαιρα, στην οποία αναπτύσσονται και διαπαιδαγωγούνται τα παιδιά και επικρατεί γενικά, ένα περιβάλλον που ευνοεί την εμφάνιση των διαφόρων παιδικών νευρώσεων, χωρίς να εξαιρείται ο τραυλισμός.

Τα στοιχεία που υπάρχουν είναι τα εξής:

- Γαλλία 5,7%
- Γερμανία 2%
- Ρωσία 2%

Επιπρόσθετα, ο Gillespie και Cooper το 1973 έκαναν μια έρευνα ανάμεσα σε παιδιά Γυμνασίου και Λυκείου στην Αλαμπάμα και βρήκαν μια συχνότητα του τραυλισμού που έφτανε το 2,1%. Στην Ισπανία ο Ardila et al (1994) βρήκε ποσοστό 2% σε φοιτητές πανεπιστημίου. Στη Δανία ο Mansson (2000) ανακάλυψε 5,19% ενώ οι Perfect και Rosenfield (1978) δίνουν ποσοστό 2,1% σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε πανεπιστήμιο των Ηνωμένων Πολιτειών.

Μερικοί επιστήμονες έχουν στρέψει την προσοχή τους στην πιθανολογούμενη συσχέτιση μεταξύ των κλιματολογικών συνθηκών, στις οποίες ζει ένας λαός και του ποσοστού εξάπλωσης του τραυλισμού. Η ψυχιατρική και η ψυχολογία δέχονται ότι οι νευρώσεις επιδεινώνονται όταν επικρατούν μεγάλης διάρκειας δυσμενείς καιρικές συνθήκες, όπως βροχερός καιρός, ομίχλη ή άνεμοι. Υποθετικά μπορεί να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι, σ' αυτές τις συνθήκες και η κατάσταση των ατόμων που τραυλίζουν μπορεί να χειροτερέψει. Δεν μπορεί όμως να πει και να ισχυριστεί με βεβαιότητα πως η παρατηρούμενη την άνοιξη και το φθινόπωρο επιδείνωση της κατάστασης των παιδιών που τραυλίζουν οφείλεται στην ιδιομορφία των καιρικών συνθηκών αυτών των εποχών ή σε κάποιες άλλες αιτίες. Πάντως, φυσικό είναι σε τέτοιες συνθήκες ο τραυλισμός να επιδεινωθεί, όχι τόσο εξαιτίας των εποχικών αλλαγών του καιρού, αλλά κυρίως εξαιτίας της επίδρασης κοινωνικών παραγόντων και παραγόντων υγείας, π.χ κρυολόγημα, άνοιγμα των σχολείων, άμεσο πρόβλημα επικοινωνίας με τους συμμαθητές (Σερδάρης, 1998).

Η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού παρουσιάζει μεγάλη διαφοροποίηση ανάμεσα στα δυο φύλα, καθώς κυμαίνεται σε αναλογία 3:1 σε βάρος των αγοριών και 5:1 σε εφήβους ηλικίας 12-13 ετών συγκριτικά με τα κορίτσια (Bloodstein, 1987). Ο Johnson (1959) διαπίστωσε ότι πολλοί γονείς έχουν την τάση να αντιδρούν με μεγαλύτερη αυστηρότητα στα φαινόμενα δισταγμού που εκδηλώνουν τα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια. Η Tatman (1995), διατύπωσε 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 (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

Για το θέμα της μεγάλης συχνότητας τραυλισμού στα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια έχουν δοθεί πολλές ερμηνείες.

Ο GOLDMAN υποθέτει ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται συχνότερα στα αγόρια, γιατί αυτά είναι υποχρεωμένα να επιτυγχάνουν, συγκριτικά με τα κορίτσια, υψηλότερες σχολικές επιδόσεις και γενικά να αναπτύσσονται μέσα σε ένα αυταρχικότερο σύστημα εκπαίδευσης και γενικότερα αγωγής.

Ο VAN RIPER είναι της γνώμης ότι τα κορίτσια αναπτύσσουν γρηγορότερα και πιο ολοκληρωμένα όλες τις διαδικασίες της ομιλίας.

Ο LUCHSINGER εκφράζει την άποψη ότι στα αγόρια η μυελοποίηση συντελείται σε αργότερο ρυθμό από ότι στα κορίτσια.

Ο SCHUELL προσπαθεί να ερμηνεύσει τη μεγάλη συχνότητα τραυλισμού στα αγόρια, από το γεγονός, ότι αυτά αναπτύσσονται σωματικά, πνευματικά και κοινωνικά με αργότερο ρυθμό, συγκριτικά με τα κορίτσια.

Γενικά αυτή η επιβράδυνση στην ωριμότητα, έχει σαν συνέπεια, να συναντούν τα αγόρια περισσότερες δυσκολίες και να βιώνουν το αίσθημα της αποτυχίας, σε ότι σχετίζεται με την ομιλία, περισσότερες φορές από τα κορίτσια, γεγονός που τους δημιουργεί ανασφάλεια, αναστολές και επιβράδυνση στις εξελικτικές διαδικασίες της ομιλίας (Αλεξάνδρου, 1988).

Επίσης, υπάρχουν και υποθέσεις οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες είναι πιο εξελιγμένες σε σχέση με τους άνδρες ως προς την ομιλία. Ενώ, άλλες θεωρούν πως οφείλεται στο ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο χάρισμα στο λόγο και άλλες βρίσκουν σαν αιτία τη μεγαλύτερη ροπή των ανδρών γενικά προς τις αρρώστιες (Σερδάρης, 1998).

## **1.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι η περιοδικότητα με την οποία εκδηλώνεται. Σε ελάχιστες περιπτώσεις ένα άτομο τραυλίζει σε κάθε λέξη που εκφέρει (Johnson, 1961 Silverman, 1974).

Τα συμπτώματα του τραυλισμού αρχίζουν να είναι εμφανή στο παιδί ηλικίας 2½-3½ χρόνων. Στη συνέχεια και κάτω από φυσιολογικές συνθήκες ελαττώνονται

καθώς το παιδί προσαρμόζεται περισσότερο στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η οικεία διαταραχή επαναμφανίζεται στη ζωή του παιδιού με την είσοδο του στο σχολείο που στοιχειοθετεί ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον το οποίο υπαγορεύει έναν άλλο τρόπο διαχείρισης της επικοινωνιακής του τακτικής στην καθημερινή κουλτούρα (Στασινός, 2009).

Σύμφωνα με μαρτυρίες, τα άτομα με τραυλισμό παρουσιάζουν υστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου (Jehlie και Seeger 1986), έχουν συχνότερα ελλείμματα στην άρθρωση (Riley & Riley 1979), επιτυγχάνουν χαμηλότερες επιδόσεις σε ορισμένες ψυχομετρικές κλίμακες νοημοσύνης (Brawn 1982) και παρουσιάζουν υστέρηση στις περισσότερες γνωστικές αξίες της αισθησιο-κινητικής επεξεργασίας πληροφοριών (Στασινός, 2009).

Τα άτομα που τραυλίζουν ενδέχεται να παρουσιάζουν διάφορες μορφές συμπεριφοράς, είτε πρωτεύουσες που χαρακτηρίζονται από λεκτικές μορφές συμπεριφοράς είτε δευτερεύουσες μη λεκτικές συμπεριφορές.

### **Επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών και λέξεων**

Οι επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών και λέξεων αποτελούν χαρακτηριστικό του τραυλισμού που εκδηλώνεται τόσο στην ομιλία προσχολικής ηλικίας παιδιών, όσο και στην ομιλία ενηλίκων που τραυλίζουν (Johnson, 1961). Αυτή η μορφή τραυλισμού ονομάζεται κλονική. Οι περισσότερες επαναλήψεις εμφανίζονται στις πρώτες συλλαβές των λέξεων και σχεδόν ποτέ στις τελευταίες (Lebrun & Van Borsel, 1990 Stansfield, 1995). Ο αριθμός των επαναλήψεων ποικίλλει συνήθως από δύο έως πέντε φορές (Van Riper, 1982).

### **Δυσρυθμίες**

Οι δυσρυθμίες είναι κυρίως διαταραχές στο ρυθμό εκφοράς του λόγου. Τα δύο συνηθέστερα είδη δυσρυθμιών είναι οι επιμηκύνσεις στην παραγωγή σύντομων λεκτικών στοιχείων και οι <<σπασμένες λέξεις>>. Αυτή η μορφή τραυλισμού ονομάζεται τονική (Bloodstein, 1987). Στον τονικό κλονισμό τα όργανα του λόγου μπλοκάρουν σημαντικά στην αρχική εκκίνηση της θέσης προφοράς και ο λόγος δεν μπορεί να αρχίσει (θ...θέλω π...πηγαίνω)(Σερδάρης, 1998). Επίσης, κατά την



επιμήκυνση ενός φθόγγου, το άτομο δίνει την εντύπωση ότι αδυνατεί να προφέρει τον ήχο που θέλει να πει και συχνά η προσπάθεια αυτή συνοδεύεται από ορατή ένταση στους μύς του προσώπου ή/ και του λαιμού (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006)

## **Παύσεις**

Οι παύσεις αυτές εκδηλώνονται μεταξύ των λέξεων και συνοδεύονται συνήθως από ένταση στους μύς που σχετίζονται με την παραγωγή της ομιλίας, κυρίως στο λάρυγγα (Williams et al, 1968). Εμφανίζονται συνήθως πριν από λέξεις των οποίων το άτομο δυσκολεύεται να προφέρει τον πρώτο φθόγγο, για παράδειγμα <<Το μωρό πίνει το [.....] γάλα του>>. Ο μηχανισμός που υποκινεί αυτές τις παύσεις φαίνεται ανάλογος με αυτόν που υποκινεί τις <<σπασμένες λέξεις>>: δυσκολία ρύθμισης της ποσότητας του αέρα που χρειάζεται να εκπνεύσει το άτομο προκειμένου να προφέρει τον εν λόγω φθόγγο (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

## **Ατελείς φράσεις**

Οι ατελείς φράσεις είναι όταν το άτομο ξεκινά να τις προφέρει αλλά δεν τις ολοκληρώνει, για παράδειγμα <<Θέλω να.....>>. Η φράση παραμένει ατελής επειδή το άτομο που τραυλίζει ενδέχεται να πιστεύει ότι στην επόμενη λέξη μπορεί να <<κολλήσει>> και επομένως προτιμά σκόπιμα να την αποφύγει (Van Riper, 1982). Με τον τρόπο αυτόν, το άτομο που τραυλίζει μπορεί πραγματικά να αποφύγει την εκδήλωση συμπτώματος τραυλισμού, δυσχεραίνει ωστόσο την επικοινωνία με το συνομιλητή του ίσως περισσότερο από ό,τι αν τελικά ολοκλήρωνε τη φράση τραυλίζοντας (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

## **Εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων ή φράσεων**

Στην ομιλία όλων των ανθρώπων παρεμβάλλονται ορισμένες φορές φθόγγοι ή φράσεις όπως <<εεεε...>> <<μμ...>>, <<ξέρεις τώρα>> και άλλα, τα οποία δεν παρεμποδίζουν το νόημα της πρότασης (Johnson, 1961). Οι εμβολές αυτές είναι ιδιαίτερα συνήθεις και αποτελούν προσπάθεια αλλοίωσης ορισμένων λέξεων, στις

οποίες ο ομιλητής φοβάται ότι θα <<κολλήσει>> (Van Riper, 1982). Επίσης, οι εμβολές στα παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορεί να δυσχεραίνουν την επικοινωνία.

Ο τραυλισμός συνεχίζεται, οι εμβολές πολλαπλασιάζονται και η ομιλία επιδεινώνεται, και δεν είναι ξεκάθαρη, εισέρχονται αναγραμματισμοί (Σερδάρης, 1998).

### **Αναθεωρήσεις**

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

### **Αρρυθμία**

Η αρρυθμία είναι διαταραχή του ρυθμού της ομιλίας. Οι σπασμοί που εμφανίζονται στα άτομα διαταράσσουν τον φυσιολογικό λόγο που ρέει με συγκεκριμένο ρυθμό. Ο λόγος γίνεται ανισομερής, με καθυστερήσεις ή επιταχύνσεις, με κομπιασμούς ή σιωπή επί σημαντικό χρόνο (Σερδάρης, 1998). Ο αργός ρυθμός μπορεί να είναι αποτέλεσμα του ίδιου του τραυλισμού, ή να υιοθετείται σκόπιμα από το άτομο στην προσπάθεια του να μην τραυλίσει. Ο γρήγορος ρυθμός μπορεί επίσης να υιοθετείται σκόπιμα καθώς το άτομο που τραυλίζει ενδέχεται να πιστεύει ότι αν κάνει παύσεις στο λόγο του είναι πιθανό να τραυλίσει (Van Riper, 1982).

Στα άτομα που τραυλίζουν παρατηρείται αρρυθμία κυρίως στην κίνηση. Οι κινήσεις τους είναι νεκρές σε ελαστικότητα και ισορροπία και οι μυς τους είναι μόνιμα τεντωμένοι (Σερδάρης, 1998).

### **Συν-κινήσεις**

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα του τραυλισμού είναι οι συν-κινήσεις. Πρόκειται για σπασμικά φαινόμενα στους μυς του λόγου. Οι κινήσεις αυτές δεν είναι αυθόρμητες. Στην ουσία είναι μια ανησυχία, που εκφράζεται με κινήσεις, χωρίς να υπάρχει αντίστοιχο ελάττωμα: κούνημα του χεριού ή του ώμου, στριφογύρισμα του κουμπιού

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

### **Αφύσικο ανέβασμα της έντασης και του τόνου της φωνής**

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

### **Δευτερογενή Συμπτώματα**

Τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του τραυλισμού εμφανίζονται συχνότερα στους ενήλικες και στα μεγαλύτερα παιδιά και λιγότερο στα παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας (Van Riper, 1982). Συγκεκριμένα, τα άτομα που τραυλίζουν μπορεί να παρουσιάζουν:

- Αποφυγή βλεμματικής επαφής (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006)
- Το συνεχές άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006)
- Ρυτίδωση του μετώπου (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006)

- Νευροφυτικά συμπτώματα όπως (κοκκίνισμα, εφίδρωση, δυσκολίες στην αναπνοή με σμίκρυνση του χρόνου εκπνοής και αύξηση του χρόνου εισπνοής (Silverman, 2004)
- Ρίξιμο του κεφαλιού προς τα κάτω (Δράκος, 1991)
- Κινήσεις των άκρων (Χασάπη, 1978)
- Συναισθήματα (ντροπή, ενθουσιασμό, φόβο, απογοήτευση, ενοχή κ.α) (Guitar, 2014)

## **1.7 Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ**

Ο Τραυλισμός είναι μια οδυνηρή διαταραχή της ομιλίας που έχει τις ρίζες της, στην παιδική ηλικία μεταξύ των 3-4 ετών. Η διαταραχή αυτή γίνεται ακόμη πιο οδυνηρή όταν το άτομο φτάσει στην εφηβική ηλικία, ακόμη δε αργότερα όταν το επάγγελμα του έχει σχέση με έντονες διαπροσωπικές σχέσεις (Εκπαιδευτικός, Δικηγόρος, Έμπορος, Υπάλληλος, ελεύθερος επαγγελματίας) (Αλεξάνδρου, 1988). Ο Bluemel (1957), μίλησε για πρωτογενή και δευτερογενή στάδια. Σύμφωνα με τον Bloodstein (1960) υπάρχουν τέσσερις αναπτυξιακές φάσεις οι οποίες περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά του τραυλισμού από την προσχολική ηλικία ως την ενηλικίωση (Κάκουρος-Μανιαδάκη 2006).

### **Προσχολική ηλικία**

Σε αυτή την φάση ο τραυλισμός εκδηλώνεται περιστασιακά, δηλαδή για ορισμένες εβδομάδες ή ακόμη και μήνες. Το παιδί τραυλίζει περισσότερο όταν είναι ενθουσιασμένο ή απογοητευμένο και το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι οι επαναλήψεις. Εκδηλώνεται κυρίως στο ξεκίνημα της φράσης. Κατά την διάρκεια της προσχολικής ηλικίας εντοπίζονται οι περισσότερες περιπτώσεις αυτόματης υποχώρησης των συμπτωμάτων του τραυλισμού (Κάκουρος-Μανιαδάκη 2006).

### **Σχολική ηλικία**

Ο τραυλισμός εκδηλώνεται με σταθερότητα και το παιδί αναγνωρίζει ότι τραυλίζει. Εκδηλώνεται σε οποιοδήποτε σημείο της φράσης και οι επαναλήψεις ολόκληρων λέξεων δεν είναι τόσο συχνές. Τα συμπτώματα του τραυλισμού

αυξάνονται σε καταστάσεις ενθουσιασμού ή αναστάτωσης, καθώς και όταν το παιδί μιλά πολύ γρήγορα (Κάκουρος-Μανιαδάκη 2006).

### **Προεφηβική και εφηβική ηλικία**

Η σοβαρότητα του τραυλισμού αυξάνεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις, δηλαδή κατά τις τηλεφωνικές συνομιλίες, και τη συνομιλία με αγνώστους. Το άτομο αποφεύγει περιστασιακά την εκφορά ορισμένων φθόγγων και αντικαθιστά τις <<δύσκολες>> λέξεις με άλλες. Οι τεχνικές αυτές εμφανίζονται κυρίως όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση έντονου άγχους και πίεσης. Τέλος, το άτομο δεν εκδηλώνει φόβο ή ντροπή (Κάκουρος-Μανιαδάκη 2006)

### **Ενηλικίωση**

Στην ενηλικίωση το άτομο προβλέπει με φόβο τις στιγμές κατά τις οποίες θα τραυλίσει και αποφεύγει συστηματικά λέξεις και ήχους που πιστεύει ότι το δυσκολεύουν. Επίσης, το άτομο αποφεύγει να εμπλακεί σε καταστάσεις στις οποίες είναι υποχρεωμένο να μιλήσει και βιώνει φόβο και ντροπή για τις δυσκολίες του (Κάκουρος-Μανιαδάκη 2006).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

### **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Οι περισσότεροι ειδικοί συγκλίνουν στην εκτίμηση πως ο τραυλισμός είναι ένα πρόβλημα πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Σύμφωνα με τον Van Riper (1982), ο τραυλισμός είναι ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο πάζλ από το οποίο λείπουν ακόμη πολλά κομμάτια. Είναι ευρύτερα αποδεκτό πως δεν υπάρχει μια μοναδική αιτία για τον τραυλισμό και πως ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μιας

σειράς δομικών, αναπτυξιακών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

Σε ότι αφορά τα αίτια του τραυλισμού, πρέπει να τονισθεί ότι παρατηρείται διχογνωμία απόψεων μεταξύ των ειδικών και ότι αυτά σε γενικές γραμμές παραμένουν άγνωστα. Τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν τον τραυλισμό περιορίζονται συνήθως στην περιγραφή της οικείας διαταραχής καθώς και στα δευτερογενή χαρακτηριστικά της. Στους παράγοντες που συνεισφέρουν στον τραυλισμό περιλαμβάνονται ελλείμματα στον γνωστικό τομέα, γενετικές προδιαθέσεις (κληρονομικός καθορισμός), το φύλο του παιδιού καθώς και επιδράσεις περιβαλλοντικού χαρακτήρα. Σύμφωνα με μαρτυρίες, το 80% των περιπτώσεων με συμπτώματα τραυλισμού ταξινομούνται ως προβλήματα εξελικτικού χαρακτήρα. Παρόλα αυτά, το τραύλισμα μπορεί επίσης να ταξινομηθεί ως νευρολογικό πρόβλημα ή, λιγότερο συχνά, ως πρόβλημα ψυχογενούς αιτιολογίας (Στασινός, 2009).

Οι πολυάριθμες μελέτες αποδίδουν τον τραυλισμό στην ύπαρξη ενός ή πολλών οργανικών, γενετικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων όπως:

- μικροοργανικές βλάβες στις κινητικές περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες ευθύνονται για το συγχρονισμό των μυών και παίρνουν ενεργά μέρος στην ομιλία,
- καταπιεσμένη αριστεροχειρία,
- απουσία υπερτέρεσης ενός από τα δύο ημισφαίρια,
- γενετική προδιάθεση,
- ενδοκρινολογικές διαταραχές,
- έκφραση ψυχοσωματικής διαταραχής,
- διγλωσσία,
- τη στάση των γονιών απέναντι στο παιδί τους (αγχώδης, κυριαρχική, υπερπροστατευτική κ.ά),
- τη δυσκολία του παιδιού να συναγωνιστεί μοντέλα που κυριαρχούν στο σπίτι, π.χ μεγάλες απαιτήσεις ως προς τη σχολική του απόδοση σε συνδυασμό με τυχόν υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γονιών,
- υπερβολική επιδοκιμασία της ομιλίας του παιδιού,
- γλωσσική ανεπάρκεια του παιδιού κτλ (Τσιάντης, Ξυπολυτά, 2001).

Μέχρι τώρα οι έρευνες έχουν δείξει ότι συχνά η μοναδική αιτία που οδηγεί σε τραυλισμό συνδέεται με το βίωμα που απελευθερώνει τα συμπτώματα του τραυλισμού. Τέτοια βιώματα που απελευθερώνουν τα συμπτώματα του τραυλισμού είναι συνήθως αρρώστιες, βιώματα τρόμου και αισθήματα ανασφάλειας τα οποία δημιουργούνται από μια αλλαγή στο ρυθμό της ζωής όπως π.χ μια αλλαγή κατοικίας, θάνατος ή διαζύγιο γονέων, οικογενειακές συγκρούσεις, φοίτηση στο σχολείο. Από 21 παιδιά με τραυλισμό που εξέτασε ο SCHAFERSKUPPER τα 5 δήλωσαν ότι ο τραυλισμός τους εμφανίστηκε για πρώτη φορά, αμέσως με την εμφάνιση μιας αρρώστιας. Τα 7 δήλωσαν ότι η εμφάνιση του τραυλισμού τους συνδέεται με ένα αυτοκινητικό δυστύχημα δηλαδή με βίωμα τρόμου και 4 παιδιά δήλωσαν ότι ο τραυλισμός τους εμφανίστηκε μόλις πήγαν για πρώτη φορά στο Νηπιαγωγείο ή το σχολείο. Τα υπόλοιπα 5 παιδιά δεν ήξεραν πως και πότε εμφανίστηκε για πρώτη φορά ο τραυλισμός τους. (Αλεξάνδρου, 1988)

Πολλοί ερευνητές δεν είναι σύμφωνοι σε ότι αφορά τις αιτίες του τραυλισμού και τις αιτίες που απελευθερώνουν τον τραυλισμό. Έτσι παρατηρείται το φαινόμενο, αυτό που ορισμένοι ονομάζουν αιτία του τραυλισμού, άλλοι να το θεωρούν αιτία που απελευθερώνει τον τραυλισμό. Οι περισσότεροι θεωρούν σαν αιτίες τις παρακάτω:

### **Μίμηση**

Εάν στο άμεσο περιβάλλον του παιδιού υπάρχει άτομο ή άτομα που τραυλίζουν, ένας τραυλισμός του παιδιού είναι πολύ πιθανός. Από τα άτομα που τραυλίζουν κατά τον COEN οφείλεται σε μίμηση το 7,5% των περιπτώσεων, κατά τον SIKORSKI το 2,5% κατά τον MYGINO το 13% και κατά τον FRÖSCHEL το 27%. Η θέση αυτή, κατά την οποία ο τραυλισμός οφείλεται σε μίμηση έχει και την αντίθετη άποψη, δηλαδή ότι ο τραυλισμός δεν έχει καμιά σχέση με την μίμηση. Από τα 1000 άτομα με τραυλισμό που εξέτασε NADOLECZINY βρήκε ότι τα άτομα αυτά είχαν 2,100 αδέρφια χωρίς να τραυλίζουν και μόνο 214 που παρουσίαζαν τραυλισμό. Από έρευνες που έγιναν ακόμη σε μονοζυγωτά δίδυμα προέκυψε ότι μόνο στο 3% των περιπτώσεων που τραύλιζε το ένα παιδί, τραύλιζε και το άλλο (Αλεξάνδρου, 1988).

## Ελλειπείς δυνατότητες ομιλίας

Οι KREUELS και FLOSDORF υποστηρίζουν ότι κακή αγωγή ομιλίας, άσχημα πρότυπα ομιλίας και ελλειπής κυριαρχία των κινήσεων των οργάνων ομιλίας, οδηγούν σε τραυλισμό.

Ο COEN μιλάει για μια ασθενή κινητικότητα της γλώσσας.

Ο PASCHEEN δηλώνει σαν αιτία του τραυλισμού αναπνευστικές δυσκολίες που συνδέονται με το διάφραγμα. Άλλοι ερευνητές θεωρούν σαν αιτία, καταστάσεις συγκρούσεων.

Ο LIEBMANN λέει για μια δυσαρμονία μεταξύ σκέψης και ομιλίας, ενώ η σκέψη τρέχει, η ομιλία λόγω κινητικών αδυναμιών ή μικρού λεξιλογικού πλούτου δεν μπορεί να την ακολουθήσει. Στην περίπτωση αυτή το άτομο συγκεντρώνει την προσοχή του στην ροή της ομιλίας αντί να συγκεντρωθεί στο περιεχόμενο της ομιλίας. (Αλεξάνδρου, 1988).

## Στρες

Η ομιλία σε καταστάσεις στρες είναι δυνατόν να δημιουργήσει οργανικά προβλήματα που σχετίζονται με την φωνή και την ομιλία. Ο FRUH σε ότι αφορά τη φωνή με βάση ένα κυβερνητικό μοντέλο παραδέχεται ότι ορισμένα κύτταρα των δύο μυών Vocalis δημιουργούν ένα πολύ χαμηλό δυναμικό των μεμβρανών. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι οι δύο αυτοί μύς να αντιδρούν γρηγορότερα από ότι οι άλλοι και να ενοχλούν τις διαδικασίες συντονισμού της ομιλίας. Αποτέλεσμα και εδώ είναι ο τραυλισμός.

Κατά τον SCHNARTZ το στρες έχει μια άλλη επίδραση πάνω στο σχηματισμό της φωνής. Η δημιουργία της φωνής λαμβάνει χώρα μέσα στο λάρυγγα με τη βοήθεια της αναπνοής η οποία κατευθύνεται από το νωτιαίο μυελό με τη βοήθεια του εγκεφαλικού φλοιού. Κατά την ομιλία δημιουργούνται πιέσεις οι οποίες είναι μέχρι 50 φορές πιο υψηλές από ότι κατά την διάρκεια της αναπνοής σε κατάσταση ηρεμίας. Για να μπορέσει η αναπνοή να πιέσει την φυσική αντίδραση ενός μεγάλου ανοίγματος της γλωττίδας πρέπει να κατευθύνεται από τον εγκέφαλο. Σε κατάσταση τώρα στρες αυτή η πίεση δεν επιτυγχάνεται γιατί η γλωττίδα ανοίγει σπασμωδικά με αποτέλεσμα να έχουμε τραυλισμό.



Στα άτομα που τραυλίζουν, η αναπνοή παρουσιάζει οπωσδήποτε δυσκολίες και υπεύθυνο για το γεγονός αυτό είναι το κέντρο της αναπνοής το οποίο έχει άμεση σχέση με τον τραυλισμό.

Η FERNAU-HORN διαπιστώνει μια σχέση μεταξύ τραυλισμού και άσθματος (βρογχιακού και αλλεργικού). Από έρευνες που έκανε στο οικογενειακό δέντρο των ατόμων με τραυλισμό είδε μεγάλη συχνότητα περιπτώσεων που υπέφεραν από άσθμα. Τραυλισμός και άσθμα είναι δυνατόν να έχουν κοινή αιτία: Την βλάβη του κέντρου της αναπνοής (Αλεξάνδρου, 1988).

### **Ελαφρύς ερεθισμός**

Ένας ελαφρύς ερεθισμός είναι δυνατόν να αποτελέσει την αιτία ενός τραυλισμού.

Στις περιπτώσεις αυτές έχουμε λειτουργικές ανωμαλίες σε περιοχές του εγκεφάλου οι οποίες άμεσα ή έμμεσα κατευθύνουν τη συναισθηματική θέση στην οποία βρίσκεται το άτομο λόγω του ελαφρύ ερεθισμού. Κατά κανόνα εννοείται το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Και η βλάβη του αυτόνομου νευρικού συστήματος είναι μια ανισορροπία.

Οι HEESE και BECKER είναι της γνώμης ότι τα περισσότερα άτομα με τραυλισμό υποφέρουν από μια παιδική εγκεφαλική βλάβη. Από 37 ενήλικες με τραυλισμό που εξέτασαν βρήκαν ότι οι 19 (51%) είχαν μια πρώιμη παιδική εγκεφαλοπάθεια, (38%) ήταν ύποπτοι μιας τέτοιας αρρώστιας και μόνο οι 14 (11%) δεν είχαν καμία σχέση με πρώιμη παιδική εγκεφαλοπάθεια (Αλεξάνδρου, 1988).

### **Αντιληπτικές ανωμαλίες**

Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν σαν αιτία του τραυλισμού τις ακουστικές αντιληπτικές ανωμαλίες.

Ο άνθρωπος δέχεται δύο ειδών ακουστικές εντυπώσεις. Η μία εντύπωση γίνεται αισθητή δια μέσω των οστών του κρανίου και η άλλη μέσα από τα αφτιά.

Μεταξύ αυτών των δύο εντυπώσεων υπάρχει μια χρονική διαφορά. Αυτή η διαφορά, με ορισμένους μηχανισμούς, εξισορροπείται στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να μην διαταράσσεται ο ρυθμός της ομιλίας. Εάν διαταραχθεί αυτός ο

εξισοροποιητικός μηχανισμός τότε, όπως πιστεύουν οι Bou DREAU, ALTROWS και BRYDEN, έχουμε τραυλισμό.

Απεναντίας οι WEBSTER και LUBKER βλέπουν την αιτία του τραυλισμού σε βλάβη της περιφερειακής ακουστικής επεξεργασίας. Στο μέσο αφτί λαμβάνει χώρα μια μηχανική αύξηση της πίεσης των ηχητικών κυμάτων, η οποία ερεθίζει το τύμπανο και δια μέσω της σφύρας του άκμωνος και του αναβολέα μεταφέρονται από το μέσο στο εσωτερικό αφτί. Εκεί μετατρέπονται οι μηχανικοί ερεθισμοί σε ηλεκτρικές ωθήσεις οι οποίες από τις περιφερειακές ακουστικές οδούς μεταφέρονται στα πρωτογενή ακουστικά κέντρα του νευρικού συστήματος όπου και επεξεργάζονται.

Το παράδοξο στην υπόθεση του WEBSTER και LUBKER είναι η παραδοχή ότι όχι η επιβραδυντική νευρική επεξεργασία των ακουστικών ερεθισμάτων είναι η αιτία του τραυλισμού, αλλά η μηχανική (Αλεξάνδρου, 1988).

## **Φόβος**

Ο φόβος επηρεάζει άμεσα την ομιλία και δεν είναι περίεργο πως μια κατάσταση χρόνιου ή απωθημένου φόβου οδηγεί στον τραυλισμό. Υπάρχουν δύο μόνο πράγματα που προξενούν φόβο στο βρέφος: α) η αίσθηση της ξαφνικής απώλειας της στήριξης (σωματική σταθερότητα) και β) ο ξαφνικός θόρυβος. Οι πιο καταστροφικοί φόβοι που αισθάνεται το παιδί είναι εκείνοι που αποκαλύπτουν την ανικανότητα του λόγω ηλικίας, για παράδειγμα <<είμαι μικρός δεν θα μεγαλώσω ποτέ>>, <<είμαι κακός, δεν θα γίνω ποτέ καλός>>. Αυτές μπορεί να είναι σκέψεις ενός προσωρινά δυστυχισμένου παιδιού ή μπορεί να αποτελέσουν το θεμέλιο όπου θα βασιστεί ολόκληρη η μετέπειτα στάση του στη ζωή. Το αίσθημα ανασφάλειας ή ο φόβος πως η αγάπη θα σβήσει, κάνουν το παιδί υπερευαίσθητο στην πιθανότητα να γελοιοποιηθεί και έτσι αρχίζει ο φόβος για την ομιλία. Φοβάται δηλαδή, μήπως πει κάτι ανόητο ή κάτι λάθος. Συνεπώς, ένα άτομο μπορεί να πάσχει από χρόνιο φόβο και να τραυλίζει αξιαιτίας ενός αισθήματος ανικανότητας που δημιουργήθηκε στην παιδική του ηλικία ( P. M. Μακντόναλντ Λάντελλ 1982).

## **2.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Η ιστορία της εξέλιξης του τραυλισμού, ανέφερε και άλλες διάφορες υποθέσεις και θεωρίες για τα αίτια του.

### **2.2.1 ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

Πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι η βασική αιτία του τραυλισμού έχει οργανικό υπόβαθρο.

Αρκετοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι ο τραυλισμός σχετίζεται με οικογένειες, γεγονός που υποδηλώνει γενετική σύνδεση για τη διαταραχή, αφού τα άτομα που τραυλίζουν συνήθως έχουν συγγενείς που τραυλίζουν (Walter H.Manning, Ph.D, 2001). Ο Ambrose, Yairi και Cox (1993), ανέφερε ότι ένα παιδί που αρχίζει να τραυλίζει έχει 42% πιθανότητα να έχει κάποιον που τραυλίζει στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του (Hugo H. Gregory, 2003). Επιπρόσθετα, οι μελέτες υιοθεσίας υποδηλώνουν ότι ο τραυλισμός είναι πιο στενά συνδεδεμένος με το αν οι βιολογικοί γονείς του παιδιού τραυλίζουν ή όχι από το αν οι υιοθετημένοι γονείς τραυλίζουν (Felsenfeld, 1997).

Άλλοι υποστηρίζουν ότι πιθανώς να υπάρχει οργανική ανωμαλία και έχει ερευνηθεί το ημισφαίριο που επικρατεί στα άτομα με τραυλισμό (εγκεφαλογράφημα), καθώς και πιθανοί συσχετισμοί με επιληψία, κινητικές ικανότητες, ακόμη και κινήσεις των ματιών. Έχει ερευνηθεί και πιθανός συσχετισμός του τραυλισμού με καρδιολογικά προβλήματα και προβλήματα στον μεταβολισμό. Θα πρέπει όμως να εκτιμηθούν με προσοχή τα αποτελέσματά τους. Οι ερευνητές αυτοί υποστηρίζουν ότι το άτομο που τραυλίζει δεν έχει επικρατές ημισφαίριο για την εκπομπή της ομιλίας, δηλαδή η ομιλία του ελέγχεται και από τα δυο ημισφαίρια. Οι Beech και Fransella έχουν υποστηρίξει ότι τα άτομα που τραυλίζουν μπορεί πιθανώς να έχουν κάποια ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος αλλά αυτό βέβαια δεν είναι απόλυτο και δεν αποδεικνύεται (Οικονομίδου, 2009).

Οι αριστερόχειρες αποτελούν περίπου το 10% του παγκόσμιου πληθυσμού. Δεν πάσχουν από κάποια ασθένεια, αντιμετωπίζουν όμως καθημερινές δυσκολίες, καθώς ως μειονότητα ζουν σ' ένα κόσμο όπου είναι φτιαγμένος για δεξιόχειρες. Ο Broca, συσχέτισε την προτίμηση χεριού με την εγκεφαλική οργάνωση και υπέδειξε ότι τόσο

η γλωσσική λειτουργία όσο και η δεξιοχειρία αποδίδονται στην έμφυτη ανωτερότητα του αριστερού ημισφαιρίου. Πολλοί ερευνητές, αργότερα, ανέφεραν ότι η κινητική περιοχή του δεξιού ημισφαιρίου ελέγχει τις κινήσεις της αριστερής πλευράς του σώματος και κατ'έπекταση του αριστερού χεριού, ενώ αντίθετα η κινητική περιοχή του αριστερού ημισφαιρίου ελέγχει τις κινήσεις της δεξιάς πλευράς και του δεξιού χεριού (Βλάχος, 1998). Ο Samuel Orton πίστευε ότι μερικές περιπτώσεις τραυλισμού είναι αποτέλεσμα ανταγωνισμού μεταξύ των εγκεφαλικών ημισφαιρίων για τον έλεγχο του λόγου. Στα άτομα με ισχυρά εδραιωμένη εγκεφαλική κυριαρχία το αριστερό ημισφαίριο αναλαμβάνει τον έλεγχο των λειτουργιών του λόγου, ενώ τα άτομα που εμφανίζουν ασθενή εδραίωση της κυριαρχίας διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης τραυλισμού. Ο Orton, επίσης, ανέφερε ότι τα αριστερόχειρα άτομα τείνουν να έχουν λιγότερο πλευριωμένες τις γλωσσικές λειτουργίες απ'ότι τα δεξιόχειρα ( Βλάχος, 1998).

Τέλος, υπάρχουν τουλάχιστον λογικές αποδείξεις αναφορικά με 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 τραυλίζουν. Στα άτομα με ισχυρά εδραιωμένη εγκεφαλική κυριαρχία, το αριστερό ημισφαίριο αναλαμβάνει τον έλεγχο των λειτουργιών του λόγου ( Βλάχος, 1998).

Μια άλλη θεωρία η οποία υποστηρίζεται και μάλιστα χρησιμοποιείται και στην θεραπεία του τραυλισμού είναι η θεωρία της δυσλειτουργικής ακουστικής επανατροφοδότησης. Το 1951 ο Lee ανέφερε ότι η ροή της ομιλίας μπορεί να επηρεαστεί όταν ο ομιλητής ακούσει την πρόταση του ξανά με χρονική καθυστέρηση 1/10 του λεπτού. Όμως και αυτή η θεωρία θα πρέπει να εκτιμηθεί με προσοχή καθώς υπάρχουν διαφορές στην φύση των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι άνθρωποι που δεν τραυλίζουν από τους ανθρώπους που τραυλίζουν (Οικονομίδου, 2009).

Μια άλλη θεωρία η οποία υποστηρίζεται από τον Van Riper, αφορά τον έλεγχο της ομιλίας. Υποστηρίζεται ότι τα βρέφη βασίζονται στην ακουστική ικανότητα για τον έλεγχο των προτάσεων που εκφέρουν. Όμως με την ανάπτυξη των οργάνων της κίνησης για την παραγωγή λέξεων, την ομιλίας μας την ελέγχουμε 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 δύο μηχανισμοί ελέγχου της ομιλίας. Με αυτή τη θεωρία επεξηγεί και το γεγονός ότι τα παιδιά τραυλίζουν στις μικρές ηλικίες ( Οικονομίδου, 2009).

Η κριτική που δέχονται αυτές οι θεωρίες είναι ότι αφού υπάρχει οργανικό πρόβλημα στον τραυλισμό γιατί τα άτομα που τραυλίζουν δεν το εκδηλώνουν συνέχεια (όλη την ημέρα, όλες τις ημέρες, όλες τις εβδομάδες). Βέβαια υπάρχει η πιθανότητα να υπάρχει οργανικός παράγοντας ο οποίος να εντείνεται με άγχος ή ένταση και με αυτόν τον τρόπο να εκδηλώνεται τελικά ο τραυλισμός (Οικονομίδου, 2009).

Εκτός από τους ενδογενείς παράγοντες υπάρχουν και άλλοι εξωγενείς παράγοντες για μια οργανική εξάρτηση του τραυλισμού. Η πρώτη εμφάνιση του τραυλισμού παρατηρήθηκε κατά την διάρκεια ή μετά από μολυσματικές αρρώστιες της παιδικής ηλικίας ( Καλαντζής, 1985).

## **2.2.2 ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

Συχνά διατυπώνεται η ερώτηση εάν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι η απάντηση που δίνει ο ασθενής προς τον τραυλισμό του ή είναι μέρος του προβλήματος του τραυλισμού από τότε που ξεκίνησε. Συχνά διατυπώνεται και η άποψη ότι αφού τα μεγαλύτερα παιδιά και οι ενήλικες 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 προσέξουν και να διερευνήσουν τα ψυχολογικά αίτια του τραυλισμού καθώς και τα συμπτώματα 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. Όμως σύμφωνα με αυτούς, τα άτομα που τραυλίζουν πιθανώς να είναι λιγότερο προετοιμασμένοι να δεχτούν τους εαυτούς τους όπως

πραγματικά είναι και διαθέτουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους από τα άτομα που δεν τραυλίζουν.

Ο Sheehan (1970) 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. Άρα τα άτομα που τραυλίζουν δεν είναι απαραίτητο να θεωρούνται ότι έχουν κάποια νεύρωση. Βέβαια για αρκετό καιρό παλαιότερα, ο τραυλισμός θεωρούνταν 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 αυτόν το λόγο ο Sheehan προτείνει ότι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και λογοθεραπείας είναι ιδανικός για να βοηθήσει τα άτομα που τραυλίζουν (Οικονομίδου, 2009).

### **2.2.3 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΜΑΘΗΜΕΝΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ**

Ο Van Riper (1972) ανέπτυξε την θεωρία ότι ο τραυλισμός πρέπει να οφείλεται σε μαθημένες συμπεριφορές βασιζόμενες στη θεωρία των πειραμάτων με operant conditioning. Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, η τάση για τραυλισμό συμβαίνει πάντα σε συγκεκριμένες καταστάσεις και με συγκεκριμένες λέξεις. Επιπρόσθετα χρησιμοποιείται και το επιχειρήμα ότι η ικανότητα που έχουν τα άτομα που τραυλίζουν να βελτιώνουν την ροή της ομιλίας τους αφού έχουν διαβάσει πολλές φορές το κείμενο στο οποίο αρχικά τραυλίζουν, επιβεβαιώνει την θεωρία ότι πρόκειται για μαθημένη συμπεριφορά. Υπάρχει και ένα τρίτο επιχειρήμα το οποίο αναφέρεται στην ικανότητα που έχουν οι ενήλικες που τραυλίζουν να γνωρίζουν πότε πρόκειται να τραυλίσουν σε ποια λέξη και σε ποια κατάσταση. Και αυτό το επιχειρήμα επιβεβαιώνει σύμφωνα με τους υποστηρικτές του ότι πρόκειται για μαθημένη συμπεριφορά. Μια πολύ σημαντική ερμηνεία που έχει αρκετούς υποστηρικτές είναι αυτή που υποστηρίζει, ότι συγκεκριμένες λέξεις και καταστάσεις προκαλούν άγχος στο παιδί όμως, το παιδί δεν αρχίζει να τραυλίζει μόνο για αυτό. Το παιδί αρχίζει να

τραυλίζει εξαιτίας της απόρριψης που δέχεται από τους γονείς του λόγω της μη φυσιολογικής ροής που έχει στην ομιλία. Ύστερα το παιδί αναπτύσσει μηχανισμούς αποφυγής προκειμένου να αποφύγει την μη αποδοχή από τους γονείς του. Το παιδί με τραυλισμό βιώνει μια συνεχή κόντρα με τον εαυτό του αισθάνεται την ανάγκη να μιλήσει και παράλληλα έχει την επιθυμία να σωπάσει για να μην ακουστεί ο τραυλισμός του. Η κόντρα αυτή του έχει δημιουργηθεί από την απόρριψη που λαμβάνει από τους γονείς του και έτσι αισθάνεται ένοχο για την αποτυχία στην ομιλία του και παλεύει παράλληλα και με την ανάγκη που έχει να μιλήσει να επικοινωνήσει (Οικονομίδου, 2009).

#### **2.2.4 ΦΩΝΙΑΤΡΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

Οι κυριότερες από τις φωνιατρικές θεωρίες είναι η αναπνευστική και η θεωρία των Kusmaul και Gutzmann. Σύμφωνα με την πρώτη ο τραυλισμός εμφανίζεται σε άτομα με ανώμαλη αναπνοή ενώ στη δεύτερη ο τραυλισμός είναι μία σπαστική νεύρωση συντονισμού. Δηλαδή, λόγω ενός σπασμού το άτομο τείνει να επαναλαμβάνει ασυντόνιστα τις πρώτες συλλαβές των λέξεων (Εξαρχάκος, 2001).

#### **2.2.5 Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΡΡΕΥΣΗΣ**

Σύμφωνα με τις θεωρίες οι οποίες βασίζονται στην υπόθεση της κατάρρευσης (breakdown hypothesis), ο τραυλισμός εκλαμβάνεται ως στιγμιαία αποτυχία της προσπάθειας συντονισμού των πολύπλοκων διαδικασιών που απαιτούνται για την ομιλία. Στο πλαίσιο αυτών των θεωριών, προκειμένου να περιγραφεί αυτό που εκτιμάται ότι συμβαίνει στο άτομο που τραυλίζει, χρησιμοποιούνται λέξεις όπως κατάρρευση, αποσύνθεση, αποδιοργάνωση και παρεμβολή.

Οι θεωρίες οι οποίες υιοθετούν την υπόθεση της κατάρρευσης μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο ομάδες, ανάλογα με τα αίτια στα οποία αποδίδουν το γεγονός της κατάρρευσης της λειτουργίας της ομιλίας.

Στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται οι θεωρίες οι οποίες υιοθετούν την άποψη ότι η εκδήλωση του τραυλισμού είναι το άμεσο αποτέλεσμα της οργανικής κατάρρευσης του μηχανισμού της ομιλίας. Οι θεωρίες αυτές αποδίδουν άμεσα την εκδήλωση του τραυλισμού σε κάποια οργανική δυσλειτουργία, η οποία σχετίζεται με το μηχανισμό της και της οποίας τα αίτια μπορεί να είναι ή να μην είναι γενετικά. Στο

πλαίσιο των θεωριών αυτών, εκτιμάται πως η οργανική δυσλειτουργία επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να μιλά με φυσιολογική ροή.

Στη δεύτερη ομάδα θεωριών, οι οποίες υιοθετούν την υπόθεση της κατάρρευσης, περιλαμβάνονται αυτές οι οποίες υποστηρίζουν την άποψη ότι ο τραυλισμός είναι μεν αποτέλεσμα οργανικής δυσλειτουργίας αλλά για την εκδήλωση του είναι καθοριστικός ο ρόλος των περιβαλλοντικών επιδράσεων. Στο πλαίσιο αυτής της συλλογιστικής, η οποία υιοθετείται ευρύτατα στις μέρες μας, ουσιαστικά θεωρείται ότι η οργανική δυσλειτουργία αποτελεί απλώς τον παράγοντα προδιάθεσης για τον τραυλισμό και πως αυτό που πυροδοτεί την εκδήλωση του είναι τελικά το άγχος το οποίο μπορεί να βιώνει το άτομο κάτω από ορισμένες συνθήκες. Πολλοί θεωρητικοί, οι οποίοι υιοθετούν την υπόθεση της κατάρρευσης εκτιμούν πως αυτή είναι αποτέλεσμα της ψυχολογικής έντασης που βιώνει το άτομο και πως συχνά προκαλείται από το άγχος που του δημιουργεί η δυσκολία του να εκφραστεί λεκτικά (Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006 ).

## **2.2.6 Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΘΗΜΕΝΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ**

Στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής προσέγγισης, ο τραυλισμός περιγράφεται ως νευρωσικό σύμπτωμα το οποίο πηγάζει από απωθημένες ανάγκες του ατόμου (Brill, 1923, Coriat, 1931). Σύμφωνα με τις θεωρίες που βασίζονται στην υπόθεση της ανάγκης, τα παιδιά ξεκινούν να τραυλίζουν επειδή προσπαθούν ασυνείδητα να αντιμετωπίσουν αυτές τις ανάγκες. Επομένως, ο τραυλισμός θεωρείται αφενός ως συμβολική έκφραση της συγκεκριμένης απωθημένης ανάγκης του κάθε ατόμου και αφετέρου ως ασυνείδητα <<σκόπιμη>> συμπεριφορά.

Το διαφοροποιό στοιχείο ανάμεσα στις θεωρίες που βασίζονται σε αυτή την υπόθεση είναι το είδος των απωθημένων αναγκών, τις οποίες υποστηρίζουν ότι ικανοποιεί ο τραυλισμός. Σύμφωνα με ορισμένες θεωρίες, ο τραυλισμός θεωρείται ως σύμπτωμα διαταραγμένης ψυχολογικής λειτουργίας, το οποίο αποτελεί εκδήλωση της προσπάθειας ικανοποίησης ψυχοσεξουαλικών αναγκών. Σύμφωνα με άλλες θεωρίες, ο τραυλισμός αποτελεί συγκαλυμμένη έκφραση εχθρικών και επιθετικών διαθέσεων, τις οποίες το άτομο που τραυλίζει φοβάται να εκφράσει ανοιχτά. Σε αυτή την περίπτωση, ο τραυλισμός εκλαμβάνεται ως μια μορφή επιθετικότητας, με την έννοια ότι η εκδήλωση του αποτελεί οδυνηρή εμπειρία για τον ακροατή. Τέλος, ο



τραυλισμός ερμηνεύεται επίσης ως ασυνείδητη επιθυμία απόθησης της ομιλίας (Fenichel, 1945), η οποία πηγάζει από τη σύγκρουση ανάμεσα στην πίεση που βιώνει το άτομο προκειμένου να μιλήσει και στην ασυνείδητη του επιθυμία να παραμείνει σιωπηλό.

Σύμφωνα με τον Adler (1927), ο τραυλισμός είναι μια περίπτωση νεύρωσης της οποίας τα αίτια θα πρέπει να αναζητηθούν στο συναίσθημα κατωτερότητας που βιώνει το άτομο. Το συναίσθημα της κατωτερότητας, κατά τον Adler, μπορεί να δημιουργηθεί στο παιδί όταν κατά την περίοδο της ραγδαίας γλωσσικής ανάπτυξης, φυσιολογικά φαινόμενα δισταγμού στο λόγο μπορεί να ερμηνευθούν από τους μεγάλους ως πρόβλημα, στο οποίο θα επιχειρήσουν να παρέμβουν είτε πιέζοντας το παιδί να μιλήσει καλύτερα είτε κοροϊδεύοντας το.

Στο πλαίσιο λοιπόν, αυτής της προσέγγισης, εκτιμάται πως τα αίτια του τραυλισμού είναι παρόμοια με αυτά των νευρώσεων και επιχειρείται η αναζήτηση απάντησης στο ερώτημα ποια είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων που καταφεύγουν στον τραυλισμό για να αντιμετωπίσουν τις αποθηκευμένες ανάγκες τους. (Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006 ).

### **2.2.7 Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

Η υπόθεση της αναμονής – αντιμετώπισης είναι μια καθαρά γνωσιακή – συμπεριφορική θεωρία για τον τραυλισμό. Στο πλαίσιο της υπόθεσης αυτής υποστηρίζεται ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα μάθησης. Η ενεργοποίηση του είναι βασικά αποτέλεσμα πρώιμων εμπειριών, οι οποίες συσχετίζονται με την κατάκτηση του λόγου και οδηγούν το άτομο στη διαμόρφωση της αντίληψης ότι η ομιλία είναι δύσκολη υπόθεση. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, ο τραυλισμός πυροδοτείται ή ενισχύεται όταν το άτομο αναμένει με φόβο ότι θα τραυλίσει και προσπαθεί να το αποφύγει. Επομένως, είναι η αναμονή του τραυλισμού που οδηγεί στον τραυλισμό.

Η προσέγγιση αυτή στηρίζεται στη διαπίστωση, ότι το άτομο που τραυλίζει έχει την ικανότητα να εκφέρει με καλή ροή οποιαδήποτε λέξη, όταν δεν θεωρεί πως είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μιλήσει με καλή ροή ή όταν δεν πιστεύει ότι κάποια λέξη είναι δύσκολη στη εκφορά της ή απλώς και μόνο όταν δεν περιμένει ότι θα τραυλίσει. Στη βάση αυτής της διαπίστωσης εκτιμάται ότι τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες με

τραυλισμό κυριαρχούνται από επίμονες αντιλήψεις, οι οποίες έχουν ως αφετηρία την εκτίμηση τους ότι δυσκολεύονται στην ομιλία. Για αυτό λοιπόν το άτομο που τραυλίζει βιώνει την αγωνιώδη προσπάθεια της αποφυγής του τραυλισμού.

Αυτές οι αντιλήψεις συνήθως υιοθετούνται από πολύ νωρίς και εξωτερικεύονται πολλές φορές λεκτικά μέσα από φράσεις, όπως : «δεν μπορώ να το πω...» κ.α. Στη συνέχεια το παιδί προσπαθεί συνήθως να κατανοήσει και να ερμηνεύσει τη δυσκολία προκειμένου να βρει τρόπους ώστε να την ξεπεράσει. Στην προσπάθεια αυτή συχνά προχωρά στην κατασκευή της δικής του υπολανθάνουσας θεωρίας και μπορεί να υποθέσει ότι κάποιες λέξεις, ορισμένοι ήχοι, κάποια πρόσωπα ή καταστάσεις αποτελούν τα εκλυτικά αίτια της δυσκολίας του στην ομιλία. Εφόσον το άτομο που τραυλίζει υιοθετήσει τέτοιες αντιλήψεις, στη συνέχεια κυριαρχείται από την αγωνιώδη προσπάθεια αποφυγής των λέξεων, ήχων, προσώπων ή καταστάσεων που πιστεύει ότι προκαλούν την εκδήλωση του τραυλισμού, προκειμένου να κρύψει το πρόβλημα του. Έχει διαπιστωθεί ότι οι αντιλήψεις αυτές δεν προκαλούν απλώς την εκδήλωση του τραυλισμού αλλά συντελούν επίσης στη διατήρησή του.

Η υπόθεση της αναμονής – αντιμετώπισης αποτελεί μια από τις πιο ευρέως αποδεκτές ερμηνείες του τραυλισμού με σημαντικές επιδράσεις τόσο στην έρευνα και στην κλινική πράξη. Επιπλέον, έχει καταγραφεί σειρά ερευνητικών δεδομένων, τα οποία φαίνεται να στηρίζουν τη λειτουργικότητα αυτής της υπόθεσης. Πολλά από τα παιδιά με τραυλισμό είχαν ιστορικό καθυστέρησης στην ανάπτυξη του λόγου και το 15-50% αντιμετώπιζε δυσκολίες άρθρωσης ή άλλα προβλήματα ομιλίας (Blood & Seider, 1981).

Οι ειδικοί οι οποίοι υιοθετούν την υπόθεση αυτή εκτιμούν πως η λανθασμένη χειρισμοί των γονέων ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης της φυσιολογικής δυσκολίας των παιδιών στη ροή του λόγου ή ενδεχομένως η πιεστική τους συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά τους μπορεί να ευθύνονται για την εκδήλωση του τραυλισμού. Για τον λόγο αυτόν, οι ειδικοί επιχειρούν να διερευνήσουν τη σχέση του τραυλισμού με τις φυσιολογικές δυσκολίες που έχουν τα παιδιά στη ροή του λόγου (Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006).

## **2.2.8 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ**

Το μοντέλο των δυνατοτήτων και απαιτήσεων διατυπώθηκε από τον Starkweather (1987) με σκοπό τον εντοπισμό των παραγόντων, οι οποίοι οδηγούν ένα παιδί στην εκδήλωση δυσχερειών στη ροή του λόγου. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο τραυλισμός εκδηλώνεται στις περιπτώσεις όπου οι απαιτήσεις για καλή ροή στην ομιλία από τον κοινωνικό περίγυρο του παιδιού ξεπερνούν τις γνωστικές, γλωσσολογικές, κινητικές ή συναισθηματικές του δυνατότητες. Έτσι λοιπόν, η πίεση την οποία βιώνει το παιδί κάτω από αυτές τις συνθήκες είναι πιθανόν να οδηγήσει στην αποδιοργάνωση της ομιλίας του.

Στο πλαίσιο του μοντέλου αυτού, ως απαιτήσεις ορίζονται τα περιβαλλοντικά γεγονότα που οδηγούν στη μείωση της λεκτικής ευχέρειας του παιδιού, ενώ ως δυνατότητες ορίζονται οι έμφυτες ή επίκτητες ικανότητες που οδηγούν το παιδί στην ανάπτυξη της λεκτικής ευχέρειας (Starkweather και Givens-Ackerman, 1997).

Επειδή τα πολύ μικρά παιδιά είναι φυσικό να αντιμετωπίζουν ακόμη δυσκολίες στη ροή του λόγου και να μην μπορούν να εκφραστούν λεκτικά με μεγάλη άνεση είναι πιθανό να γίνονται μερικές φορές διστακτικά όταν πρόκειται να μιλήσουν. Αν στο διάστημα αυτής της περιόδου το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού έχει προσδοκίες οι οποίες είναι αυξημένες σε σχέση με το αναπτυξιακό του επίπεδο οι προσδοκίες αυτές μπορεί να δημιουργούν στο παιδί άγχος εφόσον συνειδητοποιεί ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος του. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό οι συνθήκες ευνοούν σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση του τραυλισμού. Σε αντίθεση με τις περισσότερες θεωρίες κατάρρευσης, στο μοντέλο των δυνατοτήτων και απαιτήσεων η οργανική δυσλειτουργία δεν θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την εκδήλωση του τραυλισμού (Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006).

## **2.2.9 Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΑΛΥΜΜΕΝΗΣ ΔΙΟΡΘΩΣΗΣ**

Είναι η νεότερη θεωρία για την αιτιολογία του τραυλισμού, η οποία όμως δεν έχει ευρεία αποδοχή. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, ο τραυλισμός αποτελεί μια διορθωτική αντίδραση του ατόμου η οποία περιλαμβάνει την εκδήλωση φωνολογικών λαθών στο πλαίσιο ροής του λόγου. Επομένως, ο τραυλισμός γίνεται αντιληπτός ως μια λανθασμένη λεκτική εκφορά. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση,

το πρόβλημα του ατόμου δεν είναι ο τραυλισμός αλλά οι δυσκολίες του στο φωνολογικό επίπεδο.

Στην περίπτωση των ατόμων με τραυλισμό, υποστηρίζεται ότι η συγκαλυμμένη διόρθωση των φωνολογικών λαθών γίνεται με ποιοτικά παρόμοιο τρόπο αλλά πολύ συχνότερα σε σχέση με τους υπόλοιπους ομιλητές, επειδή αυτοί που τραυλίζουν έχουν φωνολογικά ελλείμματα τα οποία τους καθιστούν πιο επιρρεπείς στην εκφορά λαθών στη ροή του λόγου. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, υποστηρίζεται ότι η ικανότητα φωνολογικής κωδικοποίησης αναπτύσσεται με βραδύτερους ρυθμούς και παραμένει βραδύτερη στα άτομα με τραυλισμό σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ομιλητές. Ο τραυλισμός επίσης μπορεί να μειωθεί όταν το άτομο υιοθετήσει βραδύτερο ρυθμό ομιλίας αλλά και όταν διαβάσει περισσότερες φορές το ίδιο κείμενο, οπότε επέρχεται εξοικείωση με την φωνολογική κωδικοποίηση των προς ανάγνωση λέξεων.

Συμπερασματικά, τα ερευνητικά δεδομένα που στηρίζουν την υπόθεση της συγκαλυμμένης διόρθωσης περιορίζονται, στις διαπιστώσεις πολλών ερευνητών ότι τα παιδιά με τραυλισμό συχνά παρουσιάζουν περισσότερα και πιο ποικίλα προβλήματα λόγου και ομιλίας σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά (Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006 ).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

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

- Ικανότητα στη δημιουργία σωστής σχέσης με το παιδί.
- Επιδεξιότητα στην παρατήρηση.
- Διαγνωστικές ικανότητες και διαίσθηση.
- Σωστή χρήση των διαγνωστικών μέσων.
- Πολύ καλή γνώση των συμπτωμάτων της διαταραχής αυτής.

Η διάγνωση των διαταραχών του ρυθμού και της ροής της ομιλίας, καθώς και η εξέταση των συμπτωμάτων με τη χρήση σταθμισμένων τεστ ή άλλων μέσων, αποτελεί μια δύσκολη εργασία (Ανδρέου, 2010).

### **3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ**

Σύμφωνα με το DSM-IV, ο τραυλισμός ορίζεται ως διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας, η οποία είναι δυσανάλογη για την ηλικία του ατόμου (APA, 1994). Στο διαγνωστικό αυτό εγχειρίδιο, προτείνονται τρία κριτήρια για την διάγνωση του τραυλισμού:

A. Διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας (δυσανάλογη για την ηλικία του ατόμου), η οποία χαρακτηρίζεται από τη συχνή παρουσία ενός ή περισσότερων από τα ακόλουθα:

- 1) επαναλήψεις ήχων ή συλλαβών
- 2) επιμηκύνσεις ήχων
- 3) επιφωνήματα
- 4) διακοπτόμενες λέξεις (π.χ παύσεις μέσα σε μια λέξη)
- 5) ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές (γεμάτες ή κενές παύσεις της ομιλίας)
- 6) περιφράσεις (υποκαταστάσεις λέξεων για την αποφυγή προβληματικών λέξεων)
- 7) παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση
- 8) επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων (π.χ το-το-το-το είδα)

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

Γ. Αν υπάρχει κινητικό ελάττωμα του λόγου ή αισθητηριακό ελάττωμα, οι δυσκολίες της ομιλίας είναι μεγαλύτερες από αυτές που συνήθως συνοδεύουν αυτά τα προβλήματα (Γκοτζαμάνης, 2004).

## 3.2 ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ ΔΙΣΤΑΓΜΟΥ

Η μεγαλύτερη δυσκολία κατά την διαδικασία διάγνωσης του τραυλισμού είναι η διαφοροποίηση των φαινομένων δισταγμού που αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού και εκείνων που χαρακτηρίζουν την φυσιολογική ομιλία των παιδιών, ιδιαίτερα κατά την προσχολική ηλικία.

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

### 1. Χρονολογική ηλικία του ατόμου

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

### 2. Το νοητικό επίπεδο του ατόμου

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

### **3. Η ύπαρξη τραυλισμού σε άλλο μέλος της οικογένειας**

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

### **4. Η συχνότητα και η διάρκεια εκδήλωσης των «φαινομένων δισταγμού»**

Όσο πιο συχνά εκδηλώνονται και όσο περισσότερο διαρκούν αυτά τα φαινόμενα, τόσο πιθανότερο είναι να αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού.

### **5. Η ύπαρξη έντασης κατά τη διάρκεια των <<φαινομένων δισταγμού>>**

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

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

Κινήσεις οι οποίες δεν είναι απαραίτητες για την παραγωγή των φωνημάτων του λεκτικού μηνύματος, συνοδεύουν κατεξοχήν τα <<φαινόμενα δισταγμού>> που αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού. Η υπερβολική πίεση των χειλιών μεταξύ τους, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, η διόγκωση των φλεβών του λαιμού, οι μη λειτουργικές κινήσεις της κεφαλής, των χεριών 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 συχνά υποδηλώνει την προσπάθεια των ατόμων αυτών να ελαχιστοποιούν τα μηνύματα που λαμβάνουν από ακροατές ως αντίδραση στη δυσχερή ομιλία τους (Conture & Kelly, 1991). Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις πως το άτομο ζορίζεται για να μιλήσει και έχει επίγνωση της δυσκολίας αυτής, η οποία το ωθεί στο να καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να αποφύγει τα <<φαινόμενα δισταγμού>>, τότε είναι πιθανότερο να μιλάμε για τραυλισμό (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

### **3.3 ΜΕΣΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ**

Μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση, τόσο στην περίπτωση των παιδιών όσο και ενηλίκων, δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στην καταμέτρηση και την ανάλυση των δυσρυθμιών. Αντίθετα, λόγω της πολυπαραγοντικής φύσης του τραυλισμού, πρέπει να συγκεντρώνονται δεδομένα που αφορούν στα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του ατόμου που τραυλίζει απέναντι στο πρόβλημα της ομιλίας του και πληροφορίες σχετικά με το επικοινωνιακό περιβάλλον του (Καμπανάρου, 2007).

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

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



### 3.3.1 Λογοπαθολογικό Ιστορικό- Συνέντευξη με τους γονείς

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα παιδιά δεν μπορούν να παρέχουν σαφείς απαντήσεις για την ομιλία τους, για τον λόγο αυτό ο κλινικός κάνει μια συνέντευξη με τους γονείς για να συγκεντρώσει τις απαραίτητες πληροφορίες. Με βάση τα λεγόμενα των γονιών ο κλινικός προσπαθεί να διαμορφώσει μια αδρή εικόνα σχετικά με την επίδραση του τραυλισμού στην επικοινωνία και γενικά στη ζωή του παιδιού. Η αξιολόγηση συνήθως ξεκινά με τη συμπλήρωση του ιστορικού του παιδιού, το οποίο, αναφέρεται σε διάφορους τομείς όπως είναι: ιστορικό κνήσεως και τοκετού, ιατρικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό, εκπαιδευτικό/σχολικό ιστορικό κτλ. Εκτός από τα συνηθισμένα ερωτήματα τα οποία περιέχονται σε ένα γενικό λογοθεραπευτικό ιστορικό (π.χ <<πότε είπε τις πρώτες του λέξεις;>>) είναι σημαντικό να υποβάλλονται και πιο ειδικές ερωτήσεις για τον τραυλισμό για την διευκόλυνση της συνεδρίας (Καμπανάρου, 2007).

Εκτός από τη συνέντευξη είναι αρκετά σημαντικό για τον κλινικό να παρακολουθήσει το παιδί με το γονιό του καθώς παίζουν ή συζητάνε. Είναι γνωστό ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση στον τραυλισμό και δεν ευθύνονται οι γονείς του για αυτό. Παρόλα αυτά κατάλληλες τροποποιήσεις στο περιβάλλον του παιδιού μπορεί να βελτιώσουν τη ροή της ομιλίας του. Κατά τη διάρκεια αλληλεπίδρασης του γονιού με το παιδί ο κλινικός παρατηρεί το ρυθμό ομιλίας του γονέα, τις συντακτικές δομές και το λεξιλόγιο που χρησιμοποιεί και γενικά το επικοινωνιακό του στυλ δηλαδή αν κάνει πολλές ερωτήσεις στο παιδί, εάν το διακόπτει, εάν διατηρεί βλεμματική επαφή (κυρίως τη στιγμή της δυσρυθμίας) και πως αντιμετωπίζει (λεκτικά και μη λεκτικά) τις δυσρυθμίες του παιδιού τη στιγμή που συμβαίνουν (π.χ εάν συμπληρώνει τις δύσρυθμες φράσεις του, εάν του λέει να σταματήσει να πάρει μια βαθιά ανάσα και να ξαναπεί αυτό που θέλει). Σκοπός αυτού του μέρους της αξιολόγησης είναι η αναγνώριση πιθανών παραγόντων που επηρεάζουν τη ροή ομιλίας του παιδιού έτσι ώστε στη συνέχεια να μπορούν να τροποποιηθούν από τους γονείς με τη βοήθεια, φυσικά, του κλινικού. Για παράδειγμα για ορισμένα παιδιά ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας των γονιών τους και οι αυξημένες έμμεσες απαιτήσεις τους για χρήση πολύπλοκων συντακτικών δομών μπορεί να λειτουργεί αρνητικά στη διατήρηση ευρυθμίας (Καμπανάρου, 2007).

### **3.3.2 Η κλινική παρατήρηση του παιδιού**

Η διερεύνηση των δυσκολιών ενός παιδιού που παρουσιάζει δυσχέρειες στη ροή του λόγου προϋποθέτει, αρχικά την αξιολόγηση της ομιλίας του. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να αξιολογήσει ο ειδικός την ομιλία του παιδιού. Μπορεί να ζητήσει από το παιδί να απαντήσει σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, να πραγματοποιήσει μια χαλαρή συζήτηση μαζί του, να του αναθέσει μια δραστηριότητα και να προκαλέσει συζήτηση κατά την εκτέλεση της, να δείξει στο παιδί προσχολικής ηλικίας διάφορες εικόνες και να του ζητήσει να τις ονομάσει ή να ζητήσει από το παιδί σχολικής ηλικίας να διαβάσει ένα κείμενο. Η αξιολόγηση αυτή έχει ως αρχικό στόχο να προσδιοριστεί κατά πόσο οι δυσχέρειες στη ροή του λόγου πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση του τραυλισμού (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

Κατά τη διαδικασία αυτή, είναι πολύ σημαντικό για τον ειδικό να λαμβάνει υπόψη του το γεγονός ότι η ομιλία του παιδιού στο κλινικό πλαίσιο, ενδέχεται να μην είναι αντιπροσωπευτική της ομιλίας του στην καθημερινή του ζωή. Τα συμπτώματα του τραυλισμού ενδέχεται να εμφανίζονται περιστασιακά και να επιδεινώνονται ή να υποχωρούν σε συγκεκριμένες καταστάσεις, για το λόγο αυτό ο ειδικός πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην περίπτωση που το παιδί δεν τραυλίζει κατά την διάρκεια της αξιολόγησης. Επομένως, οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από τους γονείς και η αξιολόγηση ποικίλων δειγμάτων ομιλίας του παιδιού σε διαφορετικά πλαίσια, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας διάγνωσης του τραυλισμού (Μπέλλα, 2007).

### **3.3.3 Καταγραφή, καταμέτρηση και ανάλυση των δυσρυθμιών- Ανάλυση δείγματος ομιλίας**

Ένα πολύ σημαντικό μέρος της αξιολόγησης ροής της ομιλίας είναι η καταγραφή, καταμέτρηση και ανάλυση των δυσρυθμιών του ομιλητή. Αυτό το μέρος της αξιολόγησης βοηθάει τον κλινικό να αποφασίσει αν οι δυσρυθμίες είναι φυσιολογικές και το κατά πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα. Για τις ανάγκες μιας ολοκληρωμένης αξιολόγησης κρίνεται σκόπιμο να αναλυθούν παραπάνω του ενός δείγματα ομιλίας. Συνήθως καταμετρούνται οι δυσρυθμίες στα ακόλουθα:

- Μονόλογος 2-3 λεπτών, τουλάχιστον 350 συλλαβών
- 2-3 λεπτών συζήτηση με τον κλινικό, τουλάχιστον 350 συλλαβών

- Ομιλία στο τηλέφωνο ή συζήτηση με άγνωστο άτομο
- 2-3 λεπτών συνομιλία με κάποιο πολύ οικείο φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο, τουλάχιστον 350 συλλαβών
- Ανάγνωση κειμένου 200 περίπου λέξεων για μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες. Η ανάλυση ενός τέτοιου δείγματος αποσκοπεί στην διερεύνηση συμπεριφορών αποφυγής (π.χ ο ομιλητής μπορεί να αποφύγει συγκεκριμένες λέξεις και να τις αντικαθιστά με άλλες) και βασικών φαινομένων του τραυλισμού όπως είναι η σταθερότητα (όταν τα άτομα που τραυλίζουν διαβάζουν το ίδιο κείμενο δύο φορές το 60-70% των δυσρυθμιών συμβαίνουν στις ίδιες λέξεις, από την πρώτη στη δεύτερη ανάγνωση) και η προσαρμογή (οι δυσρυθμίες μειώνονται μετά από διαδοχικές επαναλαμβανόμενες αναγνώσεις του ίδιου κειμένου όταν δεν περνάει μεγάλο χρονικό διάστημα από τη μία ανάγνωση στην επόμενη) (Johnson & Knott, 1937).

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ομιλία του παιδιού στο λογοθεραπευτικό πλαίσιο ενδέχεται να μην είναι αντιπροσωπευτική της ομιλίας του στην καθημερινή του ζωή (Conture, 1997), γι αυτό ο λογοθεραπευτής ζητάει από τους γονείς να μαγνητοφωνήσουν την ομιλία του παιδιού στο σπίτι για να την αξιολογήσει. Αφού συλλεχθεί το δείγμα ομιλίας ο λογοθεραπευτής καταγράφει, αναλύει και κωδικοποιεί μόνο τις φράσεις που είναι καταληπτές και δεν αποτελούν επανάληψη φράσεων του συνομιλητή.

Ακόμη, υπάρχουν διάφοροι τρόποι εκτίμησης της σοβαρότητας του τραυλισμού. Πολλοί λογοθεραπευτές αξιολογούν το βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού βάσει της συχνότητας των δυσρυθμιών. Άλλοι για να αποφανθούν για το βαθμό σοβαρότητας συνυπολογίζουν διάφορα ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα της αξιολόγησης όπως είναι τα συναισθήματα του ατόμου που τραυλίζει για το πρόβλημα ομιλίας του, οι μηχανισμοί αντιμετώπισης και αποφυγής των δυσρυθμιών, τα μη λεκτικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού, ο ρυθμός ομιλίας και το ποσοστό των δυσρυθμιών (Καμπανάρου, 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ** **ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ**

Η λογοθεραπεία είναι αφιερωμένη στη θεραπεία των διαταραχών του λόγου και συνήθως είναι υπό την καθοδήγηση ενός ειδικού. Οι λογοθεραπευτές χρησιμοποιούν πολλές διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του τραυλισμού (Nathan Lavid, M.D 2003). Ο Freeman (1984) ανέφερε ότι η θεραπεία δεν θα πρέπει να εστιάζει μόνο στην στιγμή του τραυλισμού αλλά σε ολόκληρη την παραγωγή της ομιλίας του ατόμου. Όλες οι θεραπείες αποσκοπούν στη βελτίωση της παραγωγής του λόγου και του συστήματος της ομιλίας. Το 1995 ο Bloodstein ανέφερε ότι βασικός στόχος της θεραπείας είναι η αύξηση του αυθορμητισμού (HUGO H.GREGORY, 2003). Οι θεραπευτικές μέθοδοι, που προτάθηκαν κατά καιρούς, ήταν συνήθως ανάλογες με τα αίτια τα οποία θεωρούνταν υπεύθυνα για την εκδήλωση του τραυλισμού. Ωστόσο παρά τις επίμονες και συστηματικές αυτές προσπάθειες, μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί κάποια μέθοδος κοινής επιστημονικής αποδοχής και αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση του τραυλισμού (Bloodstein, 1995).

#### **4.1 ΣΧΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ**

Είναι γεγονός ότι οι κλινικοί γίνονται απαραίτητοι άνθρωποι των παιδιών ή των ενηλίκων στη θεραπεία. Ειδικά στα πρώτα στάδια της θεραπείας οι κλινικοί θα πρέπει να συμπεριφέρονται με τέτοιο τρόπο ώστε οι πελάτες να αναγνωρίζουν το ενδιαφέρον τους ως μοναδικοί άνθρωποι. Μπορεί να έχουν γενικούς στόχους που γίνονται πιο συγκεκριμένοι καθώς αναπτύσσεται η κλινική σχέση, αλλά ο κλινικός είναι πάντα ανοιχτός σε μοναδικές σκέψεις, συναισθήματα και εμπειρίες ενός παιδιού, ενός γονέα, ενός έφηβου ή ενός ενήλικα που τραυλίζει.

Ένας από τους καλύτερους τρόπους να ξεκινήσει μια θεραπευτική σχέση με ένα μικρό παιδί είναι ο θεραπευτής να ζητήσει από τους γονείς να φέρουν στην κλινική ένα αγαπημένο βιβλίο ή ένα παιχνίδι του παιδιού και να απολαμβάνουν και οι δύο να παίζουν μαζί (θεραπευτής-θεραπευόμενος) . Ο έφηβος ή ο ενήλικας πελάτης που πηγαίνει στην κλινική πρέπει να αισθάνεται ότι ο ειδικός καταλαβαίνει την απογοήτευση του λόγω του τραυλισμού και την δυσκολία αλλαγής του. Ο πελάτης και ο κλινικός θα πρέπει να σέβονται ο ένας τον άλλο. Συνεπώς, όταν μια θεραπεία αποτυγχάνει, αυτό συμβαίνει επειδή δεν υπήρχε σωστή σχέση μεταξύ του πελάτη και του κλινικού (HUGO H. GREGORY, 2003).

## 4.2 ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

### Μέθοδος Gutzmann

Η συγκεκριμένη μέθοδος αναπτύχθηκε στις πρώτες δεκαετίες του 20<sup>ου</sup> αιώνα και είναι η πιο ολοκληρωμένη και συστηματική ασκησιοθεραπεία του τραυλισμού που χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα. Συστηματοποιήθηκε και επιστημονικά στηρίχθηκε από τον γιό του καθηγητή Hermann Gutzmann. Περιλαμβάνει ένα σύστημα αναπνευστικών, φωνητικών και αρθρωτικών ασκήσεων (Καλαντζής, 1985).

Ο Gutzmann συστήνει αναπνευστικές ασκήσεις που γίνονται μπροστά στον καθρέφτη, για την αυτοδιόρθωση και τον αυτοέλεγχο. Εισπνοή με ανοιχτό το στόμα και η εκπνοή είναι αργή και συμμετρική. Όσον αφορά τις φωνητικές ασκήσεις γίνονται με μετάβαση από την αναπνοή στον ψίθυρο κι από τον ψίθυρο στη φωνή σε μια μόνο εκπνοή. Η μετάβαση από τον ψίθυρο στη φωνή να μην γίνει με χτύπημα της γλωττίδας ή με δυνατή τριβή αλλά σε μια αδιάλειπτη γραμμή. Η φωνή να είναι όσο το δυνατό βαθιά και σιγανή. Άσκηση της φωνής σε όλες τις θέσεις εισαγωγής, στην πνευστή, μαλακή και σκληρή εισαγωγή. Τέλος, οι αρθρωτικές ασκήσεις ξεκινούν πρώτα με ηχηρούς, διαρκείς φθόγγους έπειτα στους άηχους διαρκείς και τέλος στα στιγμιαία ηχηρά και άηχα. Η άσκηση αρχίζει με μεμονωμένους φθόγγους και συνεχίζει με συλλαβές, λέξεις και προτάσεις. Στην αρχή και το σύμφωνο και το φωνήεν πρέπει να προφέρεται σιγά και λίγο λίγο να δυναμώνουν. Στις λέξεις και στις προτάσεις το πρώτο φωνήεν να προφέρεται παρατεταμένα και μετά τα υπόλοιπα όλα μαζί χωρίς διακοπή σαν αδιάσπαστη αλυσίδα (Καλαντζής, 1985).

## **Μέθοδος του A. Liebmann**

Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή ο Liebmann, κάνει από πριν μια ερμηνεία της γλωσσικής λειτουργίας στους μεγαλύτερους ανθρώπους που τραυλίζουν. Τους δείχνει σε εικόνες, πως είναι τα γλωσσικά όργανα, τον σχηματισμό των αρθρωτικών θέσεων, τα στενώματα και τα φράγματα που σχηματίζονται στο στοματικό χώρο (Καλαντζής, 1985). Επίσης, υποστηρίζει ότι το άτομο που τραυλίζει δεν πρέπει να στρέφει την προσοχή του στις λειτουργίες της αναπνοής και της άρθρωσης. Τις ασκήσεις αναπνοής, φώνησης και άρθρωσης τις βλέπει περιττές και ως ένα βαθμό βλαβερές στην ομιλία. Η θεραπεία του παιδικού τραυλισμού που εφαρμόζει περνά από πέντε στάδια. Αυτά είναι:

α) Η κοινή ανάγνωση με την βοήθεια εικόνων, που βοηθάει στο να ξεφύγει η προσοχή του ατόμου από την ίδια του την ομιλία.

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

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

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

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

## **Μέθοδος του Seeman**

Ο Seeman εφαρμόζει σύνθετη θεραπεία που αποτελείται από ψυχοθεραπεία, ασκησιοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Το κυριότερο κατά τον Seeman, είναι η αναμόρφωση της προσωπικότητας του πάσχοντος. Γι αυτό και υποστηρίζει ότι η ψυχοθεραπεία πρέπει να αποτελεί, τη βάση όλης της θεραπείας. Εφόσον πρέπει να αλλάξει η προσωπικότητα του ατόμου η ψυχοθεραπεία πρέπει να αποβλέπει σε μια

σειρά από παιδαγωγικά μέτρα, αναγκαία για την αναμόρφωση της. Η ψυχοθεραπεία όμως πρέπει να συνδυάζεται με την ασκησιοθεραπεία (η οποία πρέπει να υποτάσσεται στην πρώτη). Και πρώτα πρέπει να εξασφαλίζεται η ομαλή και απαλλαγμένη από συσπάσεις ομιλία. Τέλος, το ξεχωριστό που υποστηρίζει ο Seeman στη μέθοδο του είναι η προσέλευση της προσοχής του ατόμου που τραυλίζει από τα σύμφωνα στα φωνήεντα και στη μελωδικότητα της ομιλίας ( Παπασιλέκας, 1979).

### **Μέθοδος του K. Rothe**

Βάζει σαν υπέρτατο σκοπό την αναμόρφωση της ανθρώπινης προσωπικότητας. Θεωρεί πρωταρχική την αγωγή χαράς σαν αντιστάθμισμα στην αφόρητη κατάσταση που ωθεί το παιδί στον τραυλισμό (Παπασιλέκας, 1979). Τα μεγαλύτερα παιδιά προσπαθεί να τα θεραπεύσει από το δρόμο της αυτογνωσίας, της αυτοκυριαρχίας και της αυτολύτρωσης. Προτρέπει τους μαθητές του να παλέψουν με το ελάττωμα τους και να μην υποταγούν σε αυτό (Καλαντζής, 1985).

### **Μέθοδος του E. Froschels**

Ο Froschels μιλώντας για διάφορες μεθόδους θεραπείας του τραυλισμού παραδέχεται ότι ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι είναι οι πιο κατάλληλες και δίνουν πιο μόνιμα αποτελέσματα (Καλαντζής, 1985). Κατ'επέκταση είναι μια μέθοδος υποβολής. Βάζει το άτομο που τραυλίζει να μασάει αέρα σαν άγριος και να κάνει πως μιλάει, βγάζοντας φωνές, φθόγγους και συλλαβές. Κατά τη θεωρία του Froschels, η αφετηρία της ανθρώπινης ομιλίας βρίσκεται στο μάσημα. Τα μικρά παιδιά στην περίοδο του ψελλισμού παράγουν φθόγγους με την κορυφή της γλώσσας και φωνήεντα όσον καιρό τρέφονται με το γάλα. Όταν τα μωρά αρχίσουν να τρώνε σκληρή τροφή αρχίζουν να προφέρουν τα <<γκ>> - <<κ>>.

Στην αρχή σύμφωνα με την μέθοδο, εξηγείται στο παιδί η ομοιότητα του μασήματος με την ομιλία και σε συνέχεια γίνεται μάσημα με φωνή και κατόπιν διάλογος με μάσημα. Στα παιδιά συστήνεται να κάνουν και κατά τη διάρκεια της ημέρας ασκήσεις μασήματος με φώνηση. Και όταν σε συνέχεια μιλούν να σκέφτονται επίμονα το μάσημα. Για τον τραυλισμό των μικρών παιδιών ο ίδιος συνιστά τη μέθοδο Liebmann. Το θεραπευτικό του διάγραμμα προβλέπει τα εξής στάδια:

- 1) Άφωνο μάσημα με ένα αντικείμενο μασήματος.
- 2) Μάσημα με φωνή και με αντικείμενο μασήματος.
- 3) Μάσημα φωνηέντων.
- 4) Διάλογος μασημάτων.
- 5) Μάσημα – προφορά λέξεων, προτάσεων.
- 6) Ανάγνωση με φωνή – μάσημα.
- 7) Ελεύθερη ομιλία - φώνηση –μάσημα.
- 8) Συλλαβιστική ανάγνωση που θυμίζει μάσημα.
- 9) Ελεύθερη συλλαβιστή ομιλία που θυμίζει μάσημα.

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

### **Μέθοδος του Anton Schilling**

Ο Schilling, βλέπει δυο κύριες κατευθύνσεις στη θεραπεία του τραυλισμού. Την ψυχοθεραπεία και την λογοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία είναι θεραπεία αιτιών και αποβλέπει στην ανοικοδόμηση ολόκληρης της προσωπικότητας του ατόμου που τραυλίζει. Αντίθετα, η λογοθεραπεία αποβλέπει στη συστηματική αντιμετώπιση των συμπτωματικών ενοχλήσεων στην ομιλία των ατόμων που τραυλίζουν. Ο Schilling χρησιμοποιεί συνήθως και τις δύο πλευρές κάνοντας μια σύνθετη θεραπεία όταν πρόκειται περί νευρωτικού τραυλισμού. Με τις ασκήσεις ομιλίας μπορεί να θεραπευτεί το σύμπτωμα όχι όμως η αιτία. Όσο για τις αναπνευστικές ασκήσεις θεωρεί ότι μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις επιβάλλονται. Οι περιπτώσεις αυτές ανήκουν στον τύπο υψηλής αναπνοής (Παπασιλέκας, 1979).

### **Μέθοδος της Vlassova**

Ξεκινώντας από το γεγονός ότι στη βάση του τραυλισμού δε βρίσκεται μόνο ένας αρνητικός παράγοντας παρά πολλές φορές συνδυασμός παραγόντων, η Vlassova ανέπτυξε τη μικτή μέθοδο που περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, λογοπεδικές προσπάθειες



και λογορυθμική, καθώς και μέτρα αγωγής με γενικό χαρακτήρα. Η ομιλία, υποστηρίζει η Vlassova, αποτελεί μια πολυσύνθετη εγκεφαλική δραστηριότητα, αποτέλεσμα μιας σύνθετης και αρμονικής δραστηριότητας ανάμεσα στα δύο συστήματα σήμανσης και το περιβάλλον. Η αγωγή του παιδιού που τραυλίζει βασίζεται στο συνδυασμό οπτικού και ακουστικού συντονισμού. Η συγγραφέας χρησιμοποιεί εικόνες αντικειμένων ή εικόνες σε συνδυασμό με προτάσεις. Το άτομο που τραυλίζει επαναλαμβάνει αυτά που λέει ο παιδαγωγός. Στη συνέχεια, διαδοχικά, περνάει στην ανεξάρτητη έκφραση προτάσεων με τη βοήθεια εικόνων. Επίσης, ο πάσχων προφέρει ρυθμικά προτάσεις, ενώ ταυτόχρονα κουνάει, με την υπόδειξη του θεραπευτή, τα χέρια του δεξιά, αριστερά. Η θεραπευτική αγωγή γίνεται από το απλό στο σύνθετο, από το εύκολο στο δύσκολο με την παρακάτω, περίπου, σειρά:

α) ταυτόχρονη ομιλία του παιδιού με τον λογοθεραπευτή

β) προφορά του παιδιού μετά το λογοθεραπευτή

γ) ερωτήσεις – απαντήσεις πάνω σε γνωστές εικόνες

δ) ασκήσεις περιγραφής εικόνων, ασκήσεις ανεξάρτητης διήγησης που προηγήθηκε από τον λογοθεραπευτή και τέλος, ασκήσεις ελεύθερης ομιλίας (Παπασιλέκας, 1979).

## **Μέθοδος της Gervaleva**

Η θεραπεία σύμφωνα με αυτή την μέθοδο διαρκεί 2-3 εβδομάδες. Ονομάζεται <<Αγωγή χωρίς ομιλία>>. Το παιδί κάθεται στο σπίτι και παίζει ήσυχο, χωρίς να μιλάει. Είναι καλύτερα λέει, να μένει στο κρεβάτι του απομονωμένο από πρόσωπα, έτσι που να μην είναι υποχρεωμένο να μιλάει. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις που κάτι θα ζητήσει, θα μιλήσει ψιθυριστά (Παπασιλέκας, 1979).

## **Μέθοδος του M. Tarugin**

Ο M. Tarugin πιστεύει ότι στην περίπτωση του τραυλισμού δεν υπάρχουν οργανικές αλλαγές, γιατί αν υπήρχαν τέτοιες ο τραυλισμός θα ήταν συνεχής. Υπάρχουν φαινόμενα λειτουργικής και δυναμικής φύσης των μηχανισμών του

κεντρικού νευρικού συστήματος που παίρνουν μέρος στην καθοδήγηση των αναγκαίων κινήσεων για την ομιλία. Επίσης, η ανάγνωση κατά τμήματα έχει το πλεονέκτημα να εξοικειώνει τα παιδιά που τραυλίζουν με τη ρυθμική ανάγνωση. Αποτελεί παράλληλα προάσκηση για την ελεύθερη και ανεξάρτητη ομιλία. Τα τμήματα μπορούν να είναι στην αρχή μικρότερα και αργότερα πιο μεγάλα. Το παιδί σταματά στην κάθε κάθετο έτσι που να οργανώνει οπτικά το παρακάτω τμήμα μέχρι την επόμενη γραμμή. Οι λέξεις του κάθε τμήματος πρέπει να διαβάζονται με συνοχή μεταξύ τους. Η κάθε κίνηση πρέπει να ανταποκρίνεται χρονικά με το διάβασμα ενός τεμαχίου (από κάθετο, σε κάθετο). Η εισπνοή μπορεί να γίνεται και στο τέλος, οποιουδήποτε τμήματος. Συνεπώς, με αυτή τη μέθοδο ο μαθητής που τραυλίζει συνηθίζει μέσα σε λίγες εβδομάδες να διαβάζει χωρίς δυσκολία και χωρίς συσπάσεις του οργάνου (Παπασιλέκας, 1979).

### **Γύμναση σε ένα νέο τύπο ομιλίας**

Ο υποβλητικός τονισμός κάθε θεραπευτικής φάσης είναι πολύ σπουδαίος. Ο v. Essen συνιστούσε τη διαμόρφωση ενός τρόπου ομιλίας με μελωδική κίνηση. Ο θεραπευτής υποβάλλει στο παιδί που τραυλίζει (γιατί σε παιδιά κυρίως έχει επιτυχία αυτό) την ιδέα ότι θα του μάθει μια <<νέα γλώσσα>>, εύκολη και καλή γιατί αυτή που μιλάει με τα στοιχεία τραυλισμού είναι άσχημη. Έτσι με ενεργό συμμετοχή του παιδιού αρχίζουν οι ασκήσεις για τη νέα αυτή γλώσσα (Καλαντζής, 1985).

### **Ψυχαναλυτική μέθοδος**

Στη σημερινή εποχή πολλοί ψυχαναλυτές εφαρμόζουν για γλωσσικά διαταραγμένα παιδιά κυρίως με τραυλισμό την <<θεραπεία με το παιχνίδι>>. Η μέθοδος αυτή στηρίζεται σε ψυχαναλυτική βάση. Έχει σκοπό να ανακαλύψει με το παιχνίδι το διαταρακτικό παράγοντα και με το παιχνίδι πάλι να τον εξαλείψει. Η μέθοδος εφαρμόζεται απόλυτα ατομικά. Στα ειδικά νηπιαγωγεία της Ελβετίας για την θεραπεία των παιδιών που τραυλίζουν χρησιμοποιούν το <<σκηνικό τεστ>>. Το συγκεκριμένο τεστ αποτελείται από κούκλες, σπιτάκια, έπιπλα, ζώα, ανθρώπους κτλ. Τα παιδιά παίζουν διάφορες σκηνούλες με αυτά. Εκεί εκδηλώνονται τα βιώματα των

νευρωτικών παιδιών, η διαταραγμένη κοινωνική συμπεριφορά τους και με ένα κατάλληλο χειρισμό των ειδικών παιδαγωγών επάνω στο ίδιο το παιχνίδι θεραπεύονται. Το υλικό του τεστ είναι διαλεγμένο επάνω σε ψυχαναλυτικές απόψεις (Καλαντζής, 1985).

### **4.3 ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

#### **Χαλάρωση**

Το άγχος είναι ένας από τους λόγους που ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα και σε υψηλά ποσοστά στο άτομο. Αυτό εντοπίζεται συνήθως σε περιπτώσεις έντασης κατά την διάρκεια συνομιλίας με άγνωστα άτομα. Στο θεραπευτικό πρόγραμμα συνεπώς οι ασκήσεις χαλάρωσης παίζουν σημαντικό ρόλο (Ανδρέου, 2010). Η χαλάρωση έχει στόχο να ελαττώσει την ψυχική και μυϊκή ένταση του σώματος και ειδικότερα των οργάνων που παράγουν την φωνή. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι χαλάρωσης, η καθεμία από τις οποίες έχει τις δικές της σημαντικές εφαρμογές (Εξαρχάκος, 2001).

#### **Κανόνες Σωστής Ομιλίας**

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

- 1) Αργή και σταθερή ομιλία
- 2) Οι προτάσεις δεν πρέπει να είναι αρκετά μεγάλες

- 3) Ο αέρας που εκπνέει το παιδί πρέπει να κατανέμεται ομοιόμορφα στις λέξεις που προφέρει.
- 4) Με το τέλος της πρότασης το παιδί πρέπει να παίρνει μια νέα και αργή εισπνοή.
- 5) Μείωση του φόβου του τραυλισμού κατά την διάρκεια της ομιλίας (Ανδρέου, 2010).

### **Κανόνες για την αντιμετώπιση του τραυλισμού**

Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να είναι ικανός να εξασκήσει το παιδί στους κανόνες για την αντιμετώπιση του τραυλισμού έτσι ώστε εκείνο να μπορεί να τις εφαρμόζει σωστά και γρήγορα. Όταν το άτομο με τραυλισμό αισθανθεί ότι θα τραυλίσει πρέπει να:

- Σταματήσει κάθε προσπάθεια για ομιλία
- Εκπνεύσει τον αέρα που έχει μέσα του
- Χαλαρώσει
- Πάρει νέα αναπνοή
- Επαναλάβει σιωπηλά τη λέξη ή τη συλλαβή που τον δυσκόλεψε και στην εκπνοή να την προφέρει μελωδικά και παρατεταμένα (π.χ γααααααάτα)

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

### **Συστηματική απευαισθητοποίηση**

Ένας από τους λόγους για τους οποίους ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα σε ορισμένες καταστάσεις απ'ότι σε άλλες, μπορεί να είναι επειδή κάποιο ερέθισμα που συνδέεται με αυτές προκαλεί ασυνήθιστα υψηλά επίπεδα άγχους (Wolpe, 1958). Γι'αυτό, λοιπόν αν μπορούσε να αλλάξει η αντίδραση του ατόμου σε αυτό το ερέθισμα, τότε θα μπορούσε να σημειωθεί μείωση στην εκδήλωση του τραυλισμού (Brutten & Shoemaker, 1967). Με άλλα λόγια, αν μειωθεί το επίπεδο άγχους του

ατόμου στην παρουσία του συγκεκριμένου ερεθίσματος, τότε εξασθενεί η σύνδεση ανάμεσα στο ερέθισμα και τη φοβική αντίδραση. Η εφαρμογή της αρχής αυτής προϋποθέτει να βρεθεί το άτομο σε μια τέτοια συναισθηματική κατάσταση η οποία να διευκολύνει τον περιορισμό του άγχους, όπως συμβαίνει, για παράδειγμα, σε καταστάσεις 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 (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

## **Αυθυποβολή**

Το άτομο που τραυλίζει επιλέγει μια πρόταση, που αντιπροσωπεύει την επιθυμία που έχει να απαλλαγεί από τα συμπτώματα του τραυλισμού όπως για παράδειγμα <<Σήμερα μιλάω καλύτερα>>, ή <<Σήμερα θα τραυλίσω λιγότερα έντονα>>, ή <<Έχω ισχυρή θέληση, μπορώ και θέλω να μιλώ με σταθερό ρυθμό>>. Το άτομο αν θέλει μπορεί να δημιουργήσει δικές του προτάσεις ανάλογα με τις ανάγκες του. Κάθε πρόταση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται μερικές φορές την ημέρα, όταν δηλαδή το άτομο ασχολείται με τις καθημερινές του δραστηριότητες. Επίσης, μπορεί να τις επαναλαμβάνει μερικές φορές νοερά όταν το άτομο ξεκουράζεται. Η διάρκεια της άσκησης θα ήταν καλό να αρχίσει με συνολικό χρόνο δέκα λεπτά. Ο χρόνος της πρέπει να αυξάνεται σταδιακά μέχρι να φτάσει τα τριάντα λεπτά. Έτσι το άτομο λόγω της μεγαλύτερης αισιοδοξίας που παρουσιάζει μπορεί να επιτευχθεί σταδιακή υποχώρηση μερικών συμπτωμάτων (Ανδρέου, 2010).

## **Μέθοδοι που βασίζονται στις αρχές της συντελεστικής μάθησης**

Οι μέθοδοι της συντελεστικής μάθησης βασίζονται στις αρχές που διατύπωσαν ο Skinner και οι συνεργάτες του (Martin, 1993). Οι τεχνικές, οι οποίες χρησιμοποιούνταν στα πλαίσια αυτών των μεθόδων, στόχευαν ευθέως στην εξουδετέρωση του τραυλισμού, μέσω τιμωρίας, ενώ η λεκτική ευχέρεια αποτελούσε την επιθυμητή συμπεριφορά, η οποία αναμενόταν να εκδηλωθεί μέσω ενίσχυσης. Η τιμωρία μπορούσε να εφαρμοστεί μέσω λεκτικής επίπληξης, χρήσης κάποιου θορύβου κάθε φορά που το άτομο τραύλιζε, απαγόρευσης της ομιλίας για ορισμένο

χρονικό διάστημα κ.ά. (Silverman, 2004). Συνεπώς, η εκδήλωση του τραυλισμού μπορεί να ελεγχθεί με αυτόν τον τρόπο, τουλάχιστον προσωρινά (Flanagan et al., 1958 Goldiamond, 1965 Martin et al., 1972). Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί επιφυλάξεις για τη χρήση αυτών των μεθόδων, καθώς η συνεχής επισήμανση σε ένα άτομο ότι τραυλίζει ενδέχεται να επιδεινώσει και όχι να μειώσει τα συμπτώματα του τραυλισμού (Silverman, 2004).

### **Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση**

Τα περισσότερα άτομα με τραυλισμό μπορούν να μιλούν με αρκετά μεγάλη ευχέρεια, στην περίπτωση που τους παρέχεται τεχνητά καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση της ίδια τους της ομιλίας για 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου (Andrews et al., 1983, Goldiamond, 1965). Η εμπειρία που βιώνει το άτομο σε αυτή την κατάσταση είναι ανάλογη με το άκουσμα της φωνής σε ηχώ. Η συσκευή που παρέχει την καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση μοιάζει με κασετόφωνο με ακουστικά και είναι αρκετά μικρή για να μπορεί το άτομο να τη μεταφέρει πάντα μαζί του ( Kalinowski, 2003, Stuart et al., 2003). Καθώς το άτομο μιλά υπό την επίδραση καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης, ο ρυθμός της ομιλίας του τείνει να είναι πιο αργός και η εκφορά των ήχων και των συλλαβών πιο παρατεταμένη. 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 τον λόγο αυτόν, προσπάθησαν να διδάξουν αυτόν τον τρόπο ομιλίας στα άτομα με τραυλισμό χωρίς τη χρήση της συσκευής ( Ingham, 1993, Watts, 1971). Τέλος, πολλοί ερευνητές επισημαίνουν ότι ο αργός και παρατεταμένος τρόπος ομιλίας που προκύπτει από τη χρήση αυτής της μεθόδου, είναι αφύσικος και περίεργος, με αποτέλεσμα οι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτόν να είναι πολύ πιο αρνητικές από,τι στον τραυλισμό ( Franken et al., 1992, Onslow et al., 1996).

## **Ομιλία με την βοήθεια μετρονόμου**

Ο ρυθμικός τρόπος ομιλίας αποτελεί μια παλαιά τεχνική, η οποία αναβίωσε χάρη στην εξέλιξη της 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 (μια λέξη ή μια συλλαβή ανά χτύπο) (Brady, 1971, Meyer & Mair, 1963). Ο μετρονόμος είναι μια μικρή ηλεκτρονική συσκευή, η οποία μπορεί να φορεθεί πίσω από το αφτί. Το άτομο μπορεί επίσης να εκπαιδευτεί στη ρυθμική ομιλία ακόμη και χωρίς τη χρήση αυτής της συσκευής (Andrews & Harris, 1964). Οι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτόν το νέο ασυνήθιστο τρόπο ομιλίας δεν είναι καλύτερες απ'ότι στον τραυλισμό, ιδιαίτερα όταν ο τραυλισμός είναι ήπιας μορφής (Mallard & Meyer, 1979, Silverman & Trotter, 1973).

## **Ομιλία με τη βοήθεια συσκευής επικαλυπτόμενου ήχου**

Όταν το άτομο με τραυλισμό μιλάει ενώ ακούει έναν ουδέτερο θόρυβο, ο οποίος το αποτρέπει από το να ακούει τη δική του φωνή, τότε φαίνεται ότι μπορεί να μιλήσει με πολύ καλή ροή (Cherry & Sayers, 1956). Η διαπίστωση αυτή οδήγησε στην κατασκευή συσκευών επικαλυπτόμενου ήχου, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού. Ένα είδος τέτοιων συσκευών φοριέται όπως τα ακουστικά στα αφτιά και διαθέτει διακόπτη, τον οποίο το άτομο έχει τη δυνατότητα να ενεργοποιεί όταν νιώθει ότι θα τραυλίσει ή όταν ξεκινήσει να τραυλίζει (Trotter & Lesch, 1967 Trotter & Silverman, 1973). Ένα άλλο είδος παρόμοιας συσκευής, η λειτουργία της οποίας στηρίζεται στην ίδια συλλογιστική, είναι η Edinburgh Masker, η οποία διαθέτει επιπλέον δυνατότητες αυτόματης λειτουργίας και έτσι μπορεί να ενεργοποιείται από μόνη της κάθε φορά που ανιχνεύει την έναρξη της ομιλίας, ενώ τίθεται και πάλι αυτόματα εκτός λειτουργίας με την παύση της ομιλίας (Carlisle, 1985 Ingham, 1993). Έχει αναφερθεί ότι ορισμένα άτομα με τραυλισμό σοβαρής μορφής έχουν βοηθηθεί από αυτή την συσκευή (Carlisle, 1985 Trotter & Lesch, 1967). Ωστόσο η συγκεκριμένη συσκευή παρουσιάζει και κάποια μειονεκτήματα όπως, μικρή απώλεια ακοής που προκύπτει όταν φοριούνται αυτά τα ακουστικά και ελαχιστοποίηση της αποτελεσματικότητας τους όταν αυτά χρησιμοποιούνται σε τηλεφωνικές συνδιαλέξεις (Perkins & Curlee, 1969)

## **4.4 Το πρόγραμμα Lidcombe**

### **Γενικά τι περιλαμβάνει το πρόγραμμα**

Το πρόγραμμα αυτό αποτελεί μια μέθοδο άμεσης αντιμετώπισης του τραυλισμού σε μικρά παιδιά, η οποία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική (Onslow et al., 1990, 1997, 2001). Στα πλαίσια του προγράμματος αυτού, το παιδί και οι γονείς του επισκέπτονται μια 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 καθώς και να δουλέψουν οι ίδιοι με το παιδί μπροστά του, προκειμένου αυτός να αξιολογήσει κατά πόσο οι γονείς εφαρμόζουν σωστά τις τεχνικές, έτσι ώστε στη συνέχεια να τους κατευθύνει ανάλογα. Οι επισκέψεις αυτές στον ειδικό αραιώνουν όσο το πρόγραμμα προχωράει.

Η θεραπεία ξεκινάει με δομημένες συζητήσεις, οι οποίες έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να προκαλούν το παιδί να παράγει όση περισσότερη ομιλία με ευχέρεια με αποτέλεσμα να λαμβάνει κυρίως θετική ενίσχυση. Σχεδόν έπειτα από πέντε ευχερή εκφωνήματα, ακολουθεί ένας έπαινος (π.χ <<πολύ καλά, ωραία άνετη ομιλία!>>), μία αναγνώριση της ευχέρειας (π.χ <<ωραία, άνετα>>) ή ένα αίτημα για αυτοαξιολόγηση (π.χ <<ήταν αυτό απαλό;>>) που χρησιμοποιούνται μόνο όταν το παιδί έχει ευχέρεια στην ομιλία του (Barry Guitar, 2014). Αν το παιδί τραυλίζει ύστερα από ένα στόχο που θέτουν οι γονείς, όπως: <<Για να δούμε αν θα τα καταφέρεις να μην κολλήσεις καθόλου κατά τη διάρκεια της βόλτας που θα πάμε>>, τότε εκείνοι 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 την 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 δεκάλεπτης συνεδρίας στο σπίτι (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006). Καθώς ο τραυλισμός ελαττώνεται, μειώνονται και οι δομημένες συζητήσεις και σταδιακά αντικαθίστανται από καθημερινές ελεύθερες συζητήσεις όπως, μέσα στο αυτοκίνητο, στην κουζίνα ή σε ένα κατάστημα. Όταν η ομιλία του παιδιού είναι ευχερής σε όλες τις συνθήκες, η θεραπεία μειώνεται σταδιακά με έναν συστηματικό τρόπο (Barry Guitar, 2014). Τέλος, 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 η ορθότητα της δικής τους στάσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

## **Διαδικασίες του προγράμματος Lidcombe**

Αυτή η ενότητα περιγράφει την εφαρμογή των βασικών μορφών αυτού του προγράμματος.

### **Αξιολόγηση**

Οι γονείς καλούνται να έχουν μαζί τους μια εξέταση του παιδιού καθώς επισκέπτονται πρώτη φορά τον λογοθεραπευτή, σε περίπτωση που το παιδί είναι επιφυλακτικό ή δεν τραυλίζει στο γραφείο. Κατά την διάρκεια αυτής της πρώτης εξέτασης:

- 1) Ο λογοθεραπευτής αποκτά πληροφορίες σχετικά με την φύση και την πορεία του τραυλισμού του παιδιού
- 2) Ο λογοθεραπευτής θέτει σύντομα ερωτήματα σχετικά με τη φυσική, γλωσσική ανάπτυξη και το γνωστικό και οικογενειακό περιβάλλον. Αυτά δεν διερευνώνται σε βάθος, εκτός εάν οι γονείς θέλουν να μιλήσουν για αυτά. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο.
- 3) Ο λογοθεραπευτής κάνει μια μέτρηση (SS%) στην κλινική
- 4) Ο λογοθεραπευτής αποφασίζει εάν το παιδί έχει τραυλισμό
- 5) Ο λογοθεραπευτής δίνει πληροφορίες στους γονείς για τον τραυλισμό, περιλαμβάνοντας πληροφορίες για αποκατάσταση χωρίς θεραπεία
- 6) Ο λογοθεραπευτής ενημερώνει τον ρόλο των γονέων στο πρόγραμμα Lidcombe
- 7) Ο λογοθεραπευτής και οι γονείς αποφασίζουν είτε να αναβάλουν την θεραπεία και να παρακολουθήσουν τον τραυλισμό του παιδιού είτε να ξεκινήσει η θεραπεία.

## Στάδιο 1

Κατά την διάρκεια αυτού του σταδίου του προγράμματος, οι γονείς και το παιδί παρακολουθούν την κλινική μια φορά την εβδομάδα. Μια τυπική επίσκεψη στην κλινική περιλαμβάνει τις ακόλουθες διαδικασίες:

- 1) Ο λογοθεραπευτής μετρά το ποσοστό του τραυλισμού ανά συλλαβή (%), ενώ οι γονείς μιλούν με το παιδί.
- 2) Ο λογοθεραπευτής παρατηρεί τους γονείς πως αξιολογούν το παιδί, ζητώντας από τον γονέα να αξιολογήσει την συζήτηση του παιδιού με τον λογοθεραπευτή.
- 3) Οι γονείς αναφέρουν την καθημερινή αξιολόγηση του παιδιού και ο λογοθεραπευτής το γράφει στο κλινικό φύλλο του παιδιού.
- 4) Οι γονείς και ο λογοθεραπευτής συγκρίνουν τα αποτελέσματα της προηγούμενης εβδομάδας και κατά την διάρκεια της επίσκεψης στην κλινική.
- 5) Τα αποτελέσματα και το ποσοστό (της %) χρησιμοποιούνται για να συζητήσουν οι γονείς και ο λογοθεραπευτής την κλινική πρόοδο του παιδιού κατά την προηγούμενη εβδομάδα.
- 6) Οι γονείς δείχνουν τις θεραπευτικές διαδικασίες που χρησιμοποιήθηκαν κατά την προηγούμενη εβδομάδα.
- 7) Γίνεται μια βαθιά συζήτηση μεταξύ των γονέων και του λογοθεραπευτή για την θεραπεία που χρησιμοποιήθηκε κατά την προηγούμενη εβδομάδα.
- 8) Ο λογοθεραπευτής και οι γονείς συζητούν τις αλλαγές στις θεραπευτικές διαδικασίες για την επόμενη εβδομάδα
- 9) Ο λογοθεραπευτής δείχνει τις αλλαγές στις διαδικασίες
- 10) Ο λογοθεραπευτής διδάσκει στον γονέα πώς να εφαρμόσει αυτές τις αλλαγές
- 11) Ο λογοθεραπευτής συνοψίζει τι πρέπει να γίνει κατά την επόμενη εβδομάδα
- 12) Ο λογοθεραπευτής καλεί τους γονείς να υποβάλουν ερωτήσεις σχετικά με τον τραυλισμό.

Αρχικά, η θεραπεία χορηγείται για 10-15 λεπτά κάθε ημέρα κατά την διάρκεια δομημένης συζήτησης. Οι γονείς και το παιδί κάθονται σε ένα ήσυχο μέρος και συμμετέχουν σε μια διαδραστική δραστηριότητα. Ο λογοθεραπευτής στη συνέχεια καθοδηγεί τους γονείς να δώσουν προφορικές φράσεις. Μέχρι το τέλος του σταδίου 1, η θεραπεία συντελείται μόνο κατά την διάρκεια αδόμητων συνομιλιών. Όταν το τραύλισμα φτάσει σε πολύ χαμηλό επίπεδο, οι γονείς και το παιδί μετακινούνται στο στάδιο 2 του προγράμματος. Το κριτήριο του χαμηλού επιπέδου για το στάδιο 2 είναι: (1) το ποσοστό συλλαβών (SS%) να είναι μικρότερο από 1,0 στην κλινική και (2) η βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης (SR) κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, με τουλάχιστον τέσσερα από αυτά να είναι βαθμολογημένα με 1.

## **Στάδιο 2**

Κατά το στάδιο 2 του προγράμματος, ο γονέας μειώνει σταδιακά τις προφορικές φράσεις και το παιδί και οι γονείς επισκέπτονται όλο και λιγότερο την κλινική, με γνώμονα ότι ο τραυλισμός του παιδιού διατηρείται στα χαμηλά επίπεδα που περιγράφονται παραπάνω. Οι πρώτες δύο επισκέψεις στην κλινική πραγματοποιούνται σε διάστημα 2 εβδομάδων, οι επόμενες δύο είναι σε απόσταση 4 εβδομάδων, οι επόμενες δύο είναι μετά από 8 εβδομάδες και οι τελευταίες δύο επισκέψεις είναι 16 εβδομάδες αργότερα. Ωστόσο, υπάρχει κάποια ευελιξία σε αυτό το χρονοδιάγραμμα. Αν το κριτήριο απόδοσης της ομιλίας επιτευχθεί σε οποιαδήποτε επίσκεψη, το παιδί προχωρά στην επόμενη προγραμματισμένη επίσκεψη. Τα κριτήρια απόδοσης της ομιλίας καθορίζονται με τον ίδιο τρόπο όπως στο στάδιο 1: οι γονείς παρουσιάζουν τα αποτελέσματα για κάθε μέρα από την προηγούμενη εβδομάδα και ο λογοθεραπευτής βρίσκει το ποσοστό ανά συλλαβή (%) στην κλινική. Αν δεν επιτευχθεί το κριτήριο απόδοσης της ομιλίας σε καμία από τις προγραμματισμένες επισκέψεις κατά την διάρκεια του σταδίου 2, ο λογοθεραπευτής αποφασίζει είτε να μειώσει την εξέλιξη της θεραπείας είτε να επιστρέψει σε ένα προηγούμενο στάδιο της θεραπείας. Τέλος, ο λογοθεραπευτής μπορεί να πάρει την απόφαση να επιστρέψει το παιδί στο στάδιο 1.

## 4.5 Μειονεκτήματα του προγράμματος

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα, εστιάζει κυρίως στη ροή του λόγου, έχει πολλά μειονεκτήματα, τόσο σε θεωρητικό όσο και θεραπευτικό επίπεδο. Καταρχήν το πρόγραμμα αυτό δεν βασίζεται σε κάποια συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση η οποία να συνυπολογίζει την αιτιολογία του τραυλισμού. Επικεντρώνεται αποκλειστικά στα συμπτώματα του παιδιού και μάλιστα μόνο σε αυτά που εκδηλώνονται σε λεκτικό επίπεδο. Ο τραυλισμός, ωστόσο δεν αποτελεί απλώς πρόβλημα λόγου και ομιλίας αλλά έχει πολλές ψυχολογικές προεκτάσεις, οι οποίες δεν φαίνεται να λαμβάνονται καθόλου υπόψη σε ένα τέτοιο πρόγραμμα. Επιπρόσθετα, κεντρικό ρόλο στο πρόγραμμα αυτό κατέχει η συνεχής και συστηματική αυτό-παρατήρηση του παιδιού στον τομέα της ομιλίας του, προκειμένου να την ελέγξει. Αυτό το στοιχείο, φαίνεται να αποτελεί και έναν από τους λόγους της επιτυχίας αυτού του προγράμματος (Vankatagiri, 2005). Ένα άλλο σημαντικό μειονέκτημα του προγράμματος Lidcombe, είναι ότι οι γονείς που θα επενδύσουν χρόνο και προσπάθεια σε αυτή την διαδικασία και θα καταφέρουν να την φέρουν σε πέρας με τη σταθερότητα και τη θετική διάθεση που απαιτείται, δεν αποτελούν ενδεχομένως αντιπροσωπευτικό δείγμα των γονέων των παιδιών που τραυλίζουν (Onslow et al., 2001).

## 4.6 Αντιμετώπιση των μπλοκαρισμάτων

Ο στόχος στην αντιμετώπιση των μπλοκαρισμάτων είναι να μάθει το άτομο με τραυλισμό να χρησιμοποιεί μια σειρά από καινούργιες κινήσεις για να αντικαταστήσει τις μη φυσιολογικές. Στην αντιμετώπιση των μπλοκαρισμάτων υπάρχουν τρία στάδια: ακύρωση μετά το μπλοκάρισμα, αντιμετώπιση κατά την διάρκεια μπλοκαρίσματος και αντιμετώπιση πριν το μπλοκάρισμα.

- Ακύρωση μετά το μπλοκάρισμα

Όταν το άτομο τραυλίζει σε μια λέξη και τελειώσει την εκπομπή της λέξης μετά συνήθως θα ακολουθήσει μια φυσιολογική εκπομπή λέξεων η οποία θα του δώσει το αίσθημα της επιβράβευσης. Η ακύρωση μετά το μπλοκάρισμα αποτρέπει την λήψη της επιβράβευσης μετά τον τραυλισμό και φέρνει τον άνθρωπο που

τραυλίζει κοντά στην φύση του τραυλισμού του. Υπάρχουν πέντε στάδια στην ακύρωση μετά το μπλοκάρισμα. Αυτά είναι:

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

B) Χρήση των παύσεων για χαλάρωση και αναγνώριση: Όταν το άτομο μπορέσει να κάνει παύσεις αμέσως μετά τον τραυλισμό σε 50% των περιπτώσεων που τραυλίζει, τότε του ζητείται να κάνει παύσεις με σκοπό να χαλαρώσει αμέσως μετά τον τραυλισμό. Αυτό γίνεται γιατί έχει αποδειχθεί ότι είναι ευκολότερο να χαλαρώσει μετά τον τραυλισμό παρά κατά την διάρκεια του τραυλισμού. Επιπρόσθετα η παύση μετά τον τραυλισμό δίνει την δυνατότητα χρόνου στο άτομο να σκεφτεί ακριβώς τι κάνει όταν τραυλίζει.

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

Δ) Να επαναλάβει την λέξη με παντομίμα όμως με καινούργιο αργότερο και βελτιωμένο τρόπο: Στη συγκεκριμένη δοκιμασία το άτομο συνεχίζει και κάνει παντομίμα αλλά με καινούργιο αργότερο και βελτιωμένο τρόπο, δηλαδή θα πρέπει να έχει αλλάξει το σχήμα του στόματος του και να έχει χαλαρώσει τους αρθρωτές. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να έχει διορθώσει τις κινήσεις και να κάνει παύσεις αμέσως μετά.

Ε) Να επαναλάβει την λέξη δυνατά.

- Αντιμετώπιση κατά την διάρκεια του μπλοκαρίσματος

Α) Άμεση αντιμετώπιση του μπλοκαρίσματος: Σε αυτό το στάδιο επιβραδύνεται η άρθρωση και χαλαρώνεται η σκληρή επίθεση των αρθρωτών. Δηλαδή, εάν κάποιος τραυλίζει στο <<γκ>> τότε το πίσω μέρος της γλώσσας πιέζει αρκετά δυνατά την υπερώα και πιθανώς και το πλάγιο μέρος της γλώσσας στα δόντια. Επιπρόσθετα μπορεί ταυτόχρονα να ανασηκώνει τα φρύδια του. Αυτό που γίνεται σε αυτό το στάδιο είναι η μετατροπή του στιγμιαίου σε εξακολουθητικό σύμφωνα καθώς τα εξακολουθητικά έχουν διάρκεια <<γκγκγκγκγκγκγκ>>. Αλλάζει το σχήμα των χειλιών από τεντωμένα σε στρογγυλεμένα όπως στην εκφορά του <<α>> και κατεβαίνουν τα φρύδια. Μια άλλη μέθοδος για την αντιμετώπιση των μπλοκαρισμάτων είναι η χρήση της επανάληψης, δηλαδή αν κάποιος τραυλίζει στο π αυτό που γίνεται είναι να ενθαρρυνθεί να προσθέσει και άλλα π,π,π και μετά να προσθέσει λέξη με π όπως πάμε, πάμε, πάμε, πόρτα.

Β) Άμεση αντιμετώπιση της εκπομπής συμφώνου ή φωνήεντος με εκτεταμένη διάρκεια. Σε αυτό το στάδιο αλλάζει η θέση/τόπος άρθρωσης. Για παράδειγμα εάν υπάρχει εκτεταμένη διάρκεια του σ όταν η γλώσσα βρίσκεται στα φατνία μπορεί να μετακινηθεί προς τα πίσω για να αποφευχθεί η ένταση στα φατνία.

Γ) Άμεση αντιμετώπιση των επαναλήψεων: Αλλάζουν οι επαναλήψεις σε εκπομπή συμφώνων ή φωνηέντων με εκτεταμένη διάρκεια.

- Αντιμετώπιση πριν το μπλοκάρισμα

Στο συγκεκριμένο στάδιο ζητείται από τον ασθενή να μεταφέρει τις στρατηγικές που έχει μάθει στις λέξεις που δεν πιστεύει ότι θα τραυλίσει (στις λέξεις που δεν φοβάται). Αυτό γίνεται για να καταλάβει το άτομο πόσο λίγο υπάρχει

διακοπή της συνολικής του ομιλίας. Μετά του ζητείται να χρησιμοποιήσει τις τεχνικές σε λέξεις που φοβάται, ακολουθώντας την διαδικασία λήψη παύσης πριν ξεκινήσει και κρατώντας την παραγωγή της λέξης με αργή ταχύτητα. Η παύση δεν χρησιμοποιείται για αποφυγή τραυλισμού αλλά για σχεδιασμό της άρθρωσης (Οικονομίδου, 2009).

#### **4.7 Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία**

Ο Bandura (1986) εκπρόσωπος της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας αναφέρει ότι <<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. 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. Στην περίπτωση του τραυλισμού, οι γνωσιακές-συμπεριφορικές μέθοδοι επικεντρώνονται στην αλλαγή των προσδοκιών αυτό-αποτελεσματικότητας του ατόμου που τραυλίζει κατά τη λεκτική επικοινωνία. Πιο συγκεκριμένα, ο βασικός τους στόχος είναι να βοηθήσουν το άτομο που τραυλίζει να πιστέψει στις ικανότητες του να αντιδρά αποτελεσματικά στην παρουσία των ενδείξεων, που παλαιότερα πυροδοτούσαν την αναμονή εκδήλωσης τραυλισμού (Prins,1993)

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>**

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ**

#### **5.1 Ορισμός των μαθησιακών δυσκολιών**

Ο ορισμός των μαθησιακών δυσκολιών αποτελεί αντικείμενο αντιπαράθεσης και ο μεγάλος αριθμός ορισμών επιβεβαιώνει και τονίζει τις διαφορετικές θεωρήσεις που υπάρχουν στο χώρο.

Ο πιο πρόσφατος ορισμός των Μαθησιακών Δυσκολιών είναι αυτός στον οποίο κατέληξε ύστερα από εξάχρονη διεπιστημονική έρευνα το «Εθνικό Συμβούλιο των Μαθησιακών Δυσκολιών» (National Joint Committee of Learning Disabilities) των ΗΠΑ, στον οποίο γίνεται πλέον αποδεκτός ο όρος Μαθησιακές Δυσκολίες. (Τζουριάδου, 1995). σύμφωνα με τον ορισμό αυτό :

*Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι ένας γενικός όρος ο οποίος αναφέρεται σε μια ετερογενή ομάδα διαταραχών που εκδηλώνονται με σοβαρές δυσκολίες στην πρόσκτηση και τη χρήση του λόγου, της ανάγνωσης, της φραφής, της λογικής σκέψης και των μαθηματικών. Αυτές οι διαταραχές είναι εγγενείς, θεωρείται ότι οφείλονται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος και ενδέχεται να εμφανίζονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να συνυπάρχουν με προβλήματα στην αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς, στην κοινωνική αντίληψη και στην κοινωνική αλληλεπίδραση, αλλά οι δυσκολίες αυτές από μόνες τους δεν αποτελούν μαθησιακές δυσκολίες. Παρά το γεγονός ότι οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα με άλλες διαταραχές (π.χ. αισθητηριακά ελλείμματα, νοητική υστέρηση, σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές) ή με περιβαλλοντικούς παράγοντες ( π.χ. πολιτισμικές διαφορές, ανεπαρκής ή ακατάλληλη εκπαίδευση), δεν αποτελούν το άμεσο αποτέλεσμα αυτών των καταστάσεων ή επιρροών. (National Joint Committee on Learning Disabilities, 1991)*

Τυπικά, η ειδική μαθησιακή δυσκολία ορίζεται από τη σημαντική διαφορά μεταξύ του νοητικού δυναμικού του ατόμου και των δεξιοτήτων που αποκτά ανάλογα με την ηλικία του (American Psychiatric Association , 1924).

Ως πιθανές αιτίες των σχολικών δυσκολιών γενικότερα αναγνωρίζονται η νοητική υστέρηση, τα εκπαιδευτικά μειονεκτήματα, η πολιτισμική στέρηση, οι φυσικές αναπηρίες , οι ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες και οι μαθησιακές δυσκολίες (γενικές και ειδικές). Ωστόσο, οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες ορίζονται ως αδυναμία του παιδιού σε μία ή περισσότερες περιοχές, η οποία εξ ορισμού δεν οφείλεται σε νοητικούς, πολιτισμικούς , εκπαιδευτικούς παράγοντες ή σωματικές αναπηρίες. (Πολύχρονη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2006).

## **5.2. Συχνότητα των μαθησιακών δυσκολιών**



Οι εκτιμήσεις της συχνότητας της δυσλεξίας, μολονότι διαφέρουν μεταξύ τους, είναι εφικτές. Σύμφωνα με τον Rutter (1978), κριτήρια για αυτές τις εκτιμήσεις θα πρέπει να είναι η σοβαρότητα του προβλήματος αλλά και η ηλικία των παιδιών.

Σύμφωνα με ερευνητικές μαρτυρίες, τα παιδιά με δυσλεξία, που στην πλειονότητα τους είναι αγόρια, αντιπροσωπεύουν μια αναλογία του σχολικού πληθυσμού που προκαλεί ανησυχία σε εμπλεκόμενους φορείς και ενδιαφερόμενους γονείς.

Η δυσλεξία συνήθως θεωρείται ότι μπορεί να απαντά περισσότερο συχνά σε ορισμένες χώρες, τυπικά στις ΗΠΑ, τη Μεγάλη Βρετανία και στις σκανδιναβικές χώρες, από ότι σε άλλες, όπως η Γερμανία, η Ιταλία, η Ισπανία και η Ιαπωνία (Benton, 1975).

Οι πλέον εκτενείς έρευνες που αφορούν τη συχνότητα του συνδρόμου της δυσλεξίας, έχουν γίνει στις ΗΠΑ. Εκτιμάται ότι το 15% περίπου των παιδιών των σχολείων των ΗΠΑ παρουσιάζουν σοβαρές αναγνωστικές δυσκολίες, το οποίο αντιστοιχεί σε περίπου 8 εκατομμύρια παιδιά στη χώρα.

Οι πρώτες αναφορές προήλθαν από τη γνωστή μελέτη των παιδιών της νήσου Wight στη Μεγάλη Βρετανία, στην οποία αναφέρθηκε επιπολασμός από 3,5% έως 6%.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα τα οποία να βασίζονται σε ακριβείς πληροφορίες από πανελλήνιες μελέτες ( Πόρποδας, 1997). Ωστόσο, αν σταθεί κανείς στις πλέον συντηρητικές εκτιμήσεις του ποσοστού συχνότητας της δυσλεξίας, για παράδειγμα τη μέση τιμή του 5%, οι εφαρμογές στη σχολική πράξη παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Δηλαδή, σε μια τάξη 25 μαθητών του σύγχρονου ελληνικού σχολείου θα ανέμενε κανείς να υπάρχουν τουλάχιστον 1-2 παιδιά με δυσλεξία. Συνολικά, σε ένα σχολικό πληθυσμό δύο εκατομμυρίων μαθητών στη χώρα μας, τουλάχιστον 100.00 αναμένεται να παρουσιάζουν σοβαρές αναγνωστικές δυσκολίες.

Περιπτώσεις δυσλεξίας έχουν αναφερθεί σε πολλές χώρες και πολλές γλώσσες του κόσμου. Επομένως, φαίνεται εντελώς απίθανο να βρεθεί κάποια χώρα στην οποία να μην απαντάται το σύνδρομο της δυσλεξίας.

### **5.3. Αιτιολογία των μαθησιακών δυσκολιών**

Τα ευρήματα που προσπαθούν να διερευνήσουν τις αιτίες και να εξηγήσουν τη δυσλεξία είναι αντιφατικά. Οι βασικότερες αιτίες της δυσλεξίας που έχουν προταθεί είναι οι εξής: α) η παρουσία μιας ήπιας λειτουργικής δυσλειτουργίας νευρολογικής φύσης, β) η ελλιπής διαφοροποίηση των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, γ) γενετικοί παράγοντες, δ) λειτουργικές ανωμαλίες στην αντιληπτική και τη γνωστική επεξεργασία των πληροφοριών (Πόρποδας, 1997).

Αρκετοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει την άποψη ότι η ειδική δυσλεξία εκδηλώνεται σε άτομα, στα οποία επίσης παρατηρούνται ελαφρές λειτουργικές ανωμαλίες νευρολογικής φύσεως. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αναπτυχθούν δύο βασικές νευρολογικές θεωρίες για την ερμηνεία της δυσλεξίας. Η πρώτη θεωρία υποστηρίζει ότι η ειδική δυσλεξία είναι αποτέλεσμα μιας αμφίπλευρης ελαττωματικής ανάπτυξης των πίσω περιοχών του εγκεφάλου, η οποία μπορεί να οφείλεται σε ασθένεια ή σε κληρονομικούς παράγοντες. Ενώ, η δεύτερη θεωρία που προτάθηκε κυρίως από τον Orton, υποστηρίζει ότι η ειδική δυσλεξία οφείλεται σε ελαττωματική γενική οργάνωση του εγκεφάλου.

Μία αρκετά διαδεδομένη εξήγηση της ειδικής δυσλεξίας στηρίζεται στην άποψη ότι η ημισφαιρική κυριαρχία σε αυτές τις περιπτώσεις εκδηλώνεται καθυστερημένα ή δεν εκδηλώνεται καθόλου. Σχετική είναι και η έννοια της «αναπτυξιακής καθυστέρησης», που αναφέρεται σε μια αργοπορημένη ή μη διαφοροποιημένη λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου κυρίως στην περιοχή του αριστερού ημισφαιρίου.

Η «γενετική υπόθεση», ως εξήγηση της ειδικής δυσλεξίας βασίζεται στη συχνότητα των περιστατικών της δυσλεξίας που παρατηρούνται στα μέλη της οικογένειας του δυσλεξικού παιδιού. Η πιθανότητα ότι η δυσλεξία είναι «οικογενειακή υπόθεση» διατυπώθηκε στις αρχές του αιώνα, όταν μετά από συστηματικές παρατηρήσεις δυσλεξικών περιπτώσεων, φάνηκε ότι κληρονομικοί παράγοντες επενεργούσαν τουλάχιστον σε μερικές περιπτώσεις. Αν και υπάρχουν πολλές ενδείξεις για τη συμβολή ενός κληρονομικού παράγοντα, η νευρολογική και ψυχολογική φύση του παράγοντα αυτού παραμένει σκοτεινή.

Μία άλλη ερμηνεία της δυσλεξίας, ίσως και η πιο διαδεδομένη, φαίνεται να είναι η θεωρία των λειτουργικών ανωμαλιών στην αντιληπτική και γνωστική επεξεργασία. Είναι μια επιστημονική υπόθεση με πλατιά θεωρητική βάση που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα θεωρητικών απόψεων. ( Πόρποδας, 1997)

Ωστόσο, το βασικό αίτιο των προβλημάτων αυτών φαίνεται να είναι η δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οι εγκεφαλικές βλάβες είναι είτε

κληρονομικής φύσης (αναπτυξιακή δυσλεξία), είτε προκαλούνται από ασθένεια ή τραυματισμό (επίκτητη δυσλεξία). Οι παράγοντες που προκαλούν τη δυσλειτουργία είναι βιολογικοί, κληρονομικοί, αλλά και άλλοι που επιδρούν κατά την προγεννητική, γεννητική και μεταγεννητική περίοδο (Πόρποδας, 2003).

Τα τελευταία χρόνια υποστηρίζεται ότι οι μαθησιακές δυσκολίες οφείλονται σε πολλαπλούς παράγοντες και δίνουν έμφαση στην κοινωνική δόμηση των διεργασιών μάθησης και διδασκαλίας.

Όσον αφορά τα αίτια της δυσκολίας του δυσλεξικού παιδιού να αποκτήσει ευχέρεια στην απόκτηση των βασικών δεξιοτήτων ανάγνωσης, γραφής, ορθογραφημένης γραφής ή και αριθμητικής πρέπει να σημειωθεί ότι κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορες συνήθως αντικρουόμενες θεωρίες εκ μέρους μελετητών του προβλήματος και έχουν προκύψει αντίστοιχες ερευνητικές μαρτυρίες που συμπυκνώνονται στις εξής δύο προοπτικές :

α) Η νευρολογική-βιολογική ή μονοπαραγοντική προοπτική με ιατρικό προσανατολισμό.

Οι περισσότερες μονοπαραγοντικές θεωρίες της δυσλεξίας έχουν μια ιατρική-οργανική βάση. Πιστεύεται δηλαδή, ότι κάποια μορφή νευρολογικής δυσλειτουργίας συνιστά τη θεμελιώδη αιτία της δυσλεξίας. Συνεπάγονται κάποια δυσλειτουργία σε επίπεδο χωρο-οπτικής επεξεργασίας πληροφοριών, η οποία συνιστά έναν καθοριστικό παράγοντα στην αναγνωστική δυσκολία του ατόμου. Ορισμένες θεωρίες υπογραμμίζουν την ύπαρξη ελλειμμάτων στην οπτική αντίληψη των ατόμων με δυσλεξία. Άλλες πάλι αναφέρονται στη δυνατότητα ασθενούς εγκεφαλικής κυριαρχίας σε συνάρτηση με μια επιβράδυνση στη νευρολογική ωριμότητα του παιδιού με σοβαρές αναγνωστικές δυσκολίες. Τέλος, μερικές προβάλλουν συγγενείς ή γενετικούς παράγοντες που αναδεικνύουν το πρόβλημα της δυσλεξίας σε παιδιά.

β) Η γνωστική ή πολυπαραγοντική προοπτική με ψυχολογικό – παιδαγωγικό προσανατολισμό.

Ορισμένοι ερευνητές έχουν υποδείξει ότι η αιτιολογία της δυσλεξίας είναι στη φύση της ετερογενούς και πιστεύεται ότι υπάρχουν περισσότεροι του ενός τύποι βασικών διαταραχών που διέπουν τη νοητική επεξεργασία πληροφοριών και συνακόλουθα δημιουργούν αναγνωστικά προβλήματα. Η έμφαση στο πολυπαραγοντικό μοντέλο δυσλεξίας βρίσκεται στη γνωστική προοπτική, η οποία εκπηγάει από το χώρο της Ψυχολογίας. Οι θεωρητικές θέσεις και έρευνες αυτού του μοντέλου αφορούν κυρίως

θέματα όπως: αντιληπτικά και κινητικά ελλείμματα( οπτικο-ακουστική αντίληψη, διαισθητηριακή ενσωμάτωση, οφθαλμοκίνηση), μνήμη, λεκτική-φωνολογική επεξεργασία, ελλείμματα στη συντακτική, σημασιολογική και λεξική λειτουργία της γλώσσας, τήρηση σωστής ακολουθίας ή σειράς γραπτών συμβόλων (σειροθέτης) κ.τ.λ. (Στασινός, 2003)

### 5.3.1. Αιτιολογικοί παράγοντες

Η αιτιολογία των μαθησιακών δυσκολιών περιλαμβάνει δύο είδη παραγόντων.

Αυτοί είναι οι πρωτογενείς, που ευθύνονται για τη δημιουργία των μαθησιακών δυσκολιών και οι δευτερογενείς, που μόνοι τους δε μπορούν να δημιουργήσουν μαθησιακές δυσκολίες, απλώς συμβάλουν ή επιδεινώνουν την εμφάνισή τους.

Πρωτογενείς αιτιολογικοί παράγοντες απορρέουν από το ιατροβιολογικό μοντέλο και έχουν αναγνωριστεί και εντοπιστεί τέσσερις ως επικρατέστεροι:

- Επίκτητο τραύμα (προγεννητικό, περιγεννητικό, μεταγεννητικό).
- Γενετικές / κληρονομικές επιδράσεις.
- Βιοχημικές ανωμαλίες (έλλειψη ισορροπίας στους νευρικούς μεταφορείς, ανωμαλίες στο μεταβολισμό).
- Περιβαλλοντικές επιδράσεις.

Δευτερογενείς αιτιολογικοί παράγοντες είναι εκείνοι που εντοπίζονται στο ίδιο το παιδί ή στο ψυχοκοινωνικό του περιβάλλον. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- Φυσικοί παράγοντες (οπτικές & ακουστικές ανεπάρκειες, σύγχυση στην πλευρίωση και το χωρικό προσανατολισμό, υπερκινητικότητα, φτωχή εικόνα σώματος υποσιτισμός).
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες (τραυματικές εμπειρίες, οικογενειακές πιέσεις, ανεπαρκής διδασκαλία, έλλειψη σχολικών εμπειριών).

- Παράγοντες κινήτρου και επηρεασμού (χαμηλό αυτοσυναίσθημα - επίκτητο αίσθημα ανικανότητας).
- Ψυχολογικοί παράγοντες - αναπτυξιακές μαθησιακές δυσκολίες (διαταραχές προσοχής, οπτικής και ακουστικής μνήμης, αντίληψης, γνωστικές δυσκολίες, καθυστέρηση γλωσσικής ανάπτυξης). (Πολύχρονη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2006).

#### **5.4. Κατηγοριοποίηση των μαθησιακών δυσκολιών**

Σύμφωνα με το DSM-IV οι μαθησιακές διαταραχές διακρίνονται σε τέσσερις διαγνωστικές κατηγορίες :

1. διαταραχή της ανάγνωσης
2. διαταραχή των μαθηματικών
3. διαταραχή της γραπτής έκφρασης
4. μαθησιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τη διαταραχή της ανάγνωσης, των μαθηματικών και της γραπτής έκφρασης, είναι τα παρακάτω:

A. Η επίδοση στην ανάγνωση / η μαθηματική ικανότητα / οι δεξιότητες της γραφής, μετρούμενες με ατομικά χορηγούμενες σταθμισμένες δοκιμασίες, είναι σημαντικά κάτω από το αναμενόμενο, δεδομένων της χρονολογικής ηλικίας του ατόμου, της μετρηθείσας νοημοσύνης και της εκπαίδευσης που αντιστοιχεί στην ηλικία.

B. Η διαταραχή στο κριτήριο A παρεμποδίζει σημαντικά τη σχολική επίδοση ή δραστηριότητες της καθημερινής ζωής που απαιτούν αναγνωστικές δεξιότητες / μαθηματική ικανότητα / σύνθεση γραπτών κειμένων.

Γ. Αν υπάρχει αισθητηριακό έλλειμμα, οι αναγνωστικές δυσκολίες / οι δυσκολίες στη μαθηματική ικανότητα / οι δυσκολίες στις δεξιότητες της γραφής, είναι μεγαλύτερες από αυτές που συνήθως το συνοδεύουν. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Σύμφωνα με το ICD- 10 οι μαθησιακές δυσκολίες ταξινομούνται ως «ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων». Αυτή η διαγνωστική κατηγορία αντιστοιχεί ευθέως προς την κατηγορία των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών της ομιλίας και της γλώσσας. Διακρίνονται σε έξι κατηγορίες :

1. ειδική διαταραχή της ανάγνωσης
2. ειδική διαταραχή του συλλαβισμού
3. ειδική διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων
4. μικτή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων
5. άλλες διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων
6. αναπτυξιακή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων μη καθοριζόμενη. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Τέλος, το Ελληνικό Υπουργείο Υγείας (Λιβανιού, 2004) τις διακρίνει σε δύο ομάδες:

Ομάδα Α: κατηγοριοποιήσιμες μαθησιακές δυσκολίες [δυσλεξία, ΔΕΠ-Υ, Ε.Γ.Δ., οριακή νοημοσύνη]

Ομάδα Β: μη κατηγοριοποιήσιμες (άτυπες) μαθησιακές δυσκολίες (ρυθμός, δυσκολία στην αυθόρμητη γλώσσα, δυσκολία στη γλώσσα κατ' επέκταση, οργάνωση, ψυχοσυναισθηματικά και συμπεριφοριστικά προβλήματα).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **Η ΔΥΣΛΕΞΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ**

#### **6.1 Ιστορική αναδρομή της δυσλεξίας**

Τα τελευταία 30 χρόνια το ενδιαφέρον για τις Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες είναι αυξημένο (Μόττη & Στεφανίδη, 1999). Επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων έχουν ασχοληθεί με τη Δυσλεξία για περισσότερο από 100 χρόνια. Κατά τη διάρκεια αυτών των χρόνων έχουν χρησιμοποιηθεί όροι όπως ειδική αναγνωστική επιβράδυνση, αναγνωστικές δυσκολίες, απρόσμενη αναγνωστική δυσκολία και ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (Elliott & Grigorenko 2015).

Το 1861 ο γάλλος Broca ανακάλυψε την περιοχή που είναι υπεύθυνη για τη λεκτική έκφραση, υποστηρίζοντας ότι η αφασία ενός ασθενούς του ήταν αποτέλεσμα σοβαρής βλάβης στο οπίσθιο τρίτο του δεύτερου και τρίτου εμπρόσθιου έλικα, του αριστερού ημισφαιρίου.

Το 1877 ο γερμανός γιατρός Kussmaul ονομάζει λεξική τυφλότητα ή αλεξία μια κατάσταση κατά την οποία ένας ασθενής έχει χάσει την αναγνωστική του ικανότητα διατηρώντας ωστόσο την όραση του (Πόρποδας, 1997). Αμέσως μετά, ο καθηγητής Berlin εισάγει για πρώτη φορά τον όρο δυσλεξία αναφερόμενος στην ίδια διαταραχή. Ο γάλλος νευρολόγος Jules Dejerine είχε αποδώσει τον όρο τυφλότητα των λέξεων σε βλάβες της αριστερής γωνιώδους έλικας.

Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα δυο ιατροί διατύπωσαν την άποψη ότι η δυσλεξία μπορεί να έχει νευρολογική προέλευση. Ο σκωτσέζος οφθαλμίατρος James Hinshelood και ο βρετανός Pringle Morgan παρατήρησαν ομοιότητες ανάμεσα σε παιδιά με δυσλεξία και σε άτομα με το νευρολογικό σύνδρομο της τυφλότητας των λέξεων.

Η ιδέα ότι οι διαταραχές μάθησης έχουν οργανική προέλευση ξεκίνησε τη δεκαετία του 1930. Ο νευρολόγος Samuel Orton υποστήριξε ότι η πλαγίωση των γλωσσικών λειτουργιών στο αριστερό ημισφαίριο εμφανιζόταν με καθυστέρηση σε άτομα με δυσλεξία. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη μη φυσιολογική ανάπτυξη προϋποθέσεων για την μάθηση της ανάγνωσης (Βλασσοπούλου, 2007).

## **6.2 ΟΡΙΣΜΟΙ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ**

Σύμφωνα με την Διεθνή Ένωση Δυσλεξίας - International Dyslexia Association (2002), η δυσλεξία είναι μια συγκεκριμένη μαθησιακή ανικανότητα, η οποία είναι νευροβιολογικής προέλευσης. Χαρακτηρίζεται από δυσκολίες με ακριβή ή /και αθόρυβη αναγνώριση λέξεων και με κακές ικανότητες ορθογραφίας και αποκωδικοποίησης. Αυτές οι δυσκολίες οφείλονται τυπικά σε ένα έλλειμμα στη φωνολογική συνιστώσα της γλώσσας που συχνά είναι απροσδόκητο σε σχέση με άλλες γνωστικές ικανότητες και στην παροχή αποτελεσματικής διδασκαλίας στην τάξη. Οι δευτερογενείς συνέπειες μπορεί να περιλαμβάνουν προβλήματα στην κατανόηση της ανάγνωσης και μειωμένη εμπειρία ανάγνωσης που μπορεί να

παρεμποδίζει την ανάπτυξη του λεξιλογίου και των γνώσεων του παρελθόντος (Διεθνή Ένωση Δυσλεξίας - *International Dyslexia Association*, 2002).

Ο επόμενος λειτουργικός ορισμός, που διατυπώθηκε πρόσφατα από τη Βρετανική Ψυχολογική Εταιρεία, επικεντρώνεται κυρίως στις δυσκολίες στην ορθογραφία και την ανάγνωση σε επίπεδο λέξης, και δεν χρησιμοποιεί το κριτήριο του επαρκούς νοητικού δυναμικού (Πολύχρονη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2006) : *Η δυσλεξία εμφανίζεται όταν η ακρίβεια και η ευχέρεια στην ανάγνωση και/ή στην ορθογραφία αναπτύσσονται ανεπαρκώς ή με μεγάλη δυσκολία. Η δυσκολία εστιάζεται στην εκμάθηση της ανάγνωσης και της γραφής σε επίπεδο «λέξης», και προϋποθέτει ότι το πρόβλημα είναι σοβαρό και ότι επιμένει παρά τις ενδεδειγμένες μαθησιακές ευκαιρίες.* (British Psychological Society, 1999)

Η δυσλεξία, κατά τον Πόρποδα (1997) είναι η διαταραχή που παρουσιάζεται σε παιδιά που ενώ έχουν την ιδιότητα του μαθητή σε συνηθισμένες σχολικές τάξεις, δεν κατορθώνουν να αποκτήσουν τις γλωσσικές δεξιότητες που απαιτούνται για την ανάγνωση, τη γραφή και την ορθογραφία, σε βαθμό ανάλογο με το νοητικό τους επίπεδο (Πόρποδας, 1997). Με παρόμοιο τρόπο, ο Edwards (1994), περιγράφει την δυσλεξία ως την αναγνωστική δυσκολία ορισμένων παιδιών (Edwards, 1994).

Ο Γ. Παυλίδης (1986), αναφέρει ότι δυσλεξικός είναι κάποιος που μονολότι είναι έξυπνος, δεν έχει καμιά εγκεφαλική βλάβη, έχει τη διάθεση να προσπαθεί και του δίνονται όλες οι δυνατότητες για μάθηση, εν τούτοις, παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα σημαντικής διαφοράς ανάμεσα σε δυνατότητες και απόδοσης στη γραφή, την ανάγνωση και άλλες συναφείς λειτουργίες.

Τα παιδιά με δυσλεξία σύμφωνα με τους Bannatyne και Myklebust έχουν επαρκή νοητική ικανότητα, φυσιολογική συναισθηματική προσαρμογή και αισθητηριακές λειτουργίες χωρίς εμφανείς βλάβες (Bannatyne, 1971), (Myklebust, 1968).

Ένας τυπικός ορισμός της δυσλεξίας σε παιδιά , στον οποίο εμπεριέχεται η αρχή του αποκλεισμού και η έννοια του απρόσμενου έχει διατυπωθεί από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Νευρολογίας και είναι ο ακόλουθος :



*Δυσλεξία είναι μια διαταραχή που εκδηλώνεται με δυσκολία στην εκμάθηση της ανάγνωσης ανεξάρτητα από τη συμβατική διδασκαλία, την επαρκή νοημοσύνη και την προσφερόμενη κοινωνικο-πολιτισμική ευκαιρία. Εξαρτάται από θεμελιώδεις γνωστικές δυσκολίες, οι οποίες συχνά έχουν ιδιοσυστατική προέλευση.*

Ο Eisenberg (1978) αποκαλεί τη διαταραχή της δυσλεξίας ως «μια νέα ασθένεια». Ο ίδιος έχει προτείνει παλιότερα τον ακόλουθο λειτουργικό ορισμό της ειδικής αναγνωστικής δυσκολίας :

*Πρόκειται για μια αποτυχία του παιδιού να μάθει να διαβάζει με κανονική επάρκεια ανεξάρτητα από τη συμβατική διδασκαλία, ένα πολιτισμικά επαρκές οικογενειακό περιβάλλον, τα κατάλληλα κίνητρα, τις ανέπαφες αισθήσεις, την κανονική νοημοσύνη και την απαλλαγή από μη ήπιο νευρολογικό έλλειμμα.*

Στην λογική της αρχής του «αποκλεισμού» κινείται και ο ορισμός της δυσλεξίας που υιοθετείται σε συναφή νόμο που αφορά στο σύνολο των παιδιών με ελλείμματα στις ΗΠΑ. Ο ορισμός αυτός έχει ως εξής:

Μια διαταραχή σε μία ή περισσότερες βασικές ψυχολογικές διεργασίες που αφορούν την κατανόηση ή τη χρήση της γλώσσας, ομιλούμενης ή γραπτής.. δεν περιλαμβάνει μαθησιακά προβλήματα που είναι στη βάση τους το αποτέλεσμα οπτικού, ακουστικού ή κινητικού ελλείμματος , ή της νοητικής υστέρησης ή συναισθηματικής διαταραχής, ή περιβαλλοντικού, πολιτισμικού ή οικονομικού ελλείμματος. (United States Education for All Handicaped Children Act, 1975, Στασινός, 2003).

## **6.3 Τύποι και Μορφές Δυσλεξίας**

### **6.3.1 Τύποι Δυσλεξίας**

Ο Giessing βασιζόμενος στην εκτενή κλινική του εμπειρία που αφορά τη δυσλεξία, δημοσίευσε τη δεκαετία του '50 λεπτεμερείς περιγραφές παιδιών που παρουσίαζαν διαφορετικούς τύπους δυσκολιών στην ανάγνωση και την ορθογραφημένη γραφή. Σε σχετικό ερευνητικό του πρόγραμμα ο Giessing υπήρξε ίσως ο πρώτος που εφάρμοσε κλινικές αναλύσεις της δυσλεξίας καθώς και προχωρημένες στατιστικές τεχνικές που

αφορούν τη συστηματική ομαδοποίηση ομώνυμων τύπων στο ίδιο αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών με δυσλεξία (Στασινός, 2003).

Πρέπει επίσης, να σημειωθεί ότι παρατηρείτε μια εκτενής συμφωνία μεταξύ των ειδικών σε ότι αφορά το διαχωρισμό της δυσλεξία σε επιμέρους τύπους.

Η Δυσλεξία, ως μια Ειδική Μαθησιακή Δυσκολία, διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, την ειδική ή εξελικτική δυσλεξία και την επίκτητη δυσλεξία. Η πρώτη μπορεί να διαγνωστεί στα πρώτα βήματα εκμάθησης της ανάγνωσης ενώ, η δεύτερη έρχεται σαν άμεσο αποτέλεσμα τραυματισμού ή εγκεφαλικής ασθένειας (Πόρποδας, 1992).

Η ειδική ή εξελικτική δυσλεξία, εμφανίζεται σε άτομα με αναγνωστικές αδυναμίες ακόμα και όταν υπάρχει φυσιολογική νοητική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη καθώς και επαρκή εκπαίδευση. Χωρίζεται σε 2 κατηγορίες, την οπτική και την ακουστική.

Η επίκτητη δυσλεξία από την άλλη, εμφανίζεται σε άτομα, τα οποία αρχικά είχαν κατακτήσει τη δεξιότητα της γραφής, της ανάγνωσης και της ορθογραφίας. Ωστόσο στην πορεία απέκτησαν δυσκολία ή ανικανότητα στην επεξεργασία του γραπτού λόγου, εξαιτίας εγκεφαλικών βλαβών (Αναστασίου, 1998). Οι εγκεφαλικές βλάβες ήταν αποτέλεσμα εγκεφαλικών τραυματισμών στην πλευριο-κροταφική χώρα του αριστερού ημισφαιρίου (Πόρποδας, 1997). Διάφοροι τύποι επίκτητης δυσλεξίας έχουν αναφερθεί, όπως η βαθιά δυσλεξία, η επιφανειακή δυσλεξία, η φωνολογική δυσλεξία, η άμεση δυσλεξία και η συλλαβικού τύπου δυσλεξία (Αναστασίου, 1998).

#### **6.3.1.1.Ειδική ή Εξελικτική Δυσλεξία**

Αν και από διάφορους ερευνητές του θέματος έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικοί όροι για τους διάφορους τύπους της ειδικής δυσλεξίας, συνήθως τα άτομα με δυσλεξία, με βάση τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, κατατάσσονται σε μία από τις εξής δύο κατηγορίες :

- Οπτική δυσλεξία
- Ακουστική δυσλεξία

1) Οπτική δυσλεξία

Σύμφωνα με τον Στασινό (1999), η οπτική δυσλεξία είναι συχνότερη. Η αντιστοίχιση των γραπτών συμβόλων με το λεκτικό/ηχητικό περιεχόμενο είναι ο τομέας στον οποίο υστερούν τα παιδιά με οπτική δυσλεξία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι τα παιδιά μπορεί να βλέπουν τη λέξη «ρόδι» αλλά να διαβάζουν και να λένε τη λέξη «ρόδα». Ο προσανατολισμός και η ακολουθία των συμβόλων είναι τομείς που επίσης φαντάζουν δύσκολοι στα παιδιά αυτής της κατηγορίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να συναντούν πολλά προβλήματα κατά την ανάγνωση. Τις περισσότερες φορές μάλιστα, τα παιδιά δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν καν το νόημα του κειμένου αφού αντιστρέφουν τα γράμματα και δημιουργούν διαφορετικές λέξεις από αυτές που βλέπουν (Στασινός, 1999). Η οπτική δυσλεξία διακρίνεται σε δυο μορφές:

- Τη γραμματική μορφή, όπου υπάρχει αδυναμία αναγνώρισης της μορφής και των μεμονωμένων γραμμάτων.
- Τη λεκτική μορφή, όπου η αναγνώριση των γραμμάτων δεν πλήττεται, αλλά υπάρχει ανικανότητα σύνθεσης λέξεων (Σερδάρης, 1998).

## 2) Ακουστική δυσλεξία

Η ακουστική δυσλεξία λέγεται ότι είναι η πιο δύσκολη μορφή δυσλεξίας ως προς την αντιμετώπισή της. Τα παιδιά με ακουστική δυσλεξία εμφανίζουν δυσκολίες σχετικά με την αναπαράσταση, την σύνθεση και την απομνημόνευση ήχων. Δεν μπορούν να διακρίνουν τις λεπτές διαφορές μεταξύ των ήχων. Επίσης, δυσκολίες συναντούν και στην τήρηση της ακουστικής ακολουθίας. Την ακουστική δυσλεξία μπορούμε να την διακρίνουμε, όταν τα παιδιά καλούνται να γράψουν ένα κείμενο καθ' υπαγόρευση. Τότε, την ένδειξη της ακουστικής δυσλεξίας αποτελούν τα πολλά λάθη (δελτιώνω αντί βελτιώνω) στο γραπτό τους κείμενο (Στασινός, 1999 & Πόρποδας, 1992).

Μετά από εξέταση των χαρακτηριστικών της οπτικής και ακουστικής δυσλεξίας, πρέπει να τονιστεί πως αμιγείς περιπτώσεις του καθενός από τους δύο τύπους είναι σχεδόν αδύνατον να υπάρξουν. Συνήθως, αυτοί οι δύο τύποι ειδικής δυσλεξίας συνυπάρχουν. Λαμβάνοντας αυτά υπόψη οι Ingram(1964) και Boder (1973) διέκριναν και μία τρίτη κατηγορία, η οποία χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στη

λειτουργία και των δύο λειτουργικών καναλιών επεξεργασίας του γραπτού λόγου. Αυτήν την κατηγορία την ονόμασαν «μεικτή δυσλεξία».

### **6.3.1.2. Επίκτητη Δυσλεξία**

Ο Geschwind (1962) ξεχώρισε τρεις τύπους επίκτητης δυσλεξίας. Ο πρώτος χαρακτηρίζεται από σοβαρή ανικανότητα στην κατανόηση του προφορικού και γραπτού λόγου και μια δυσκολία στην παραγωγή ορθογραφημένης γραφής. Ο δεύτερος και λιγότερο συνηθισμένος τύπος, χαρακτηρίζεται από σαφή ανικανότητα στην ανάγνωση και γραφή. Και ο τρίτος τύπος χαρακτηρίζεται από ανικανότητα στην ανάγνωση, αλλά όχι και τόσο στη γραφή. Από τους τρεις αυτούς τύπους, ο τελευταίος είναι αυτός που μοιάζει, κατά κάποιον τρόπο με την ειδική δυσλεξία. (Πόρποδας, 1997).

### **6.3.2 Μορφές Δυσλεξίας**

Έχουν αναφερθεί διάφορες μορφές δυσλεξίας, όπως η βαθιά δυσλεξία, η επιφανειακή δυσλεξία, η φωνολογική δυσλεξία, η άμεση δυσλεξία και η συλλαβικού τύπου δυσλεξία (Αναστασίου, 1998).

#### **1)Βαθιά δυσλεξία**

Τα άτομα με βαθιά δυσλεξία κάνουν οπτικά λάθη, δηλαδή μπερδεύουν ένα γράμμα με ένα άλλο ή μια λέξη με μία άλλη (π.χ. κατσαρό-κάστανο) και σημασιολογικά λάθη στην ανάγνωση μεμονωμένων λέξεων (π.χ. δέντρα αντί δάσος). Επιπλέον, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανάγνωση αφηρημένων λέξεων ενώ η ανάγνωση ψευδολέξεων είναι συχνά αδύνατη. Μία άλλη κατηγορία λαθών σε αυτό τον τύπο δυσλεξίας είναι τα παράγωγα λάθη (π.χ. οδηγώ-οδηγός)

#### **2)Επιφανειακή δυσλεξία**

Τα άτομα με επιφανειακή δυσλεξία φαίνεται ότι διαβάζουν με τη φωνητική μέθοδο. Μπορούν να διαβάζουν μεγαλόφωνα λέξεις με ομαλή ορθογραφία, ενώ αρκετά καλά διαβάζουν τις ψευδολέξεις. Ωστόσο, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανάγνωση

λέξεων με « ανώμαλη» ορθογραφία και κάνουν τόσο φωνημικά όσο και οπτικά λάθη (Γκουγκούμη & Καραμπά, 2013).

### 3)Φωνολογική δυσλεξία

Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία, μπορούν να διαβάσουν με την ολική μέθοδο, αλλά δεν μπορούν με την φωνητική μέθοδο. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν είναι η φωνολογική ανάλυση των λέξεων και η ανάγνωση μη οικείων λέξεων και περισσότερο ψευδολέξεων. Κάνουν τόσο φωνημικά όσο και οπτικά λάθη (Γκουγκούμη & Καραμπά, 2013), ενώ δεν παρατηρούνται σημασιολογικά λάθη, μιας και εικάζεται ότι γίνεται χρήση της στρατηγικής των «οπτικών αναλογικών συγκρίσεων».

### 4)Άμεση δυσλεξία

Τα άτομα με άμεση δυσλεξία μπορούν να διαβάσουν μεγάλωφωνα, όμως δεν κατανοούν τη σημασία των όσων διαβάζουν. Μπορούν να διαβάσουν απλές ή δύσκολες ορθογραφικά λέξεις που τους ήταν οικείες πριν την εγκεφαλική βλάβη, ενώ δεν μπορούν να διαβάσουν σωστά ψευδολέξεις ή λέξεις ασυνήθεις. Η άμεση δυσλεξία είναι μια σπάνια περίπτωση (Γκουγκούμη & Καραμπά, 2013).

### 5)Λεκτικού τύπου ή γράμμα-γράμμα δυσλεξία

Τα άτομα αυτά δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τις λέξεις ως σύνολο ή να τις διαβάσουν συλλαβικά. Μπορούν όμως να αναγνωρίζουν ατομικά γράμματα και να διαβάζουν τη λέξη γράμμα- γράμμα, ένα κάθε φορά (δυνατά ή υποφωνητικά), ώστε μετά να προφέρουν τη λέξη ως σύνολο. Ως αποτέλεσμα , διαβάζουν με πάρα πολύ αργό ρυθμό, ιδιαίτερα τις πολυσύλλαβες λέξεις, ενώ όταν προσπαθούν να διαβάσουν πιο γρήγορα, κάνουν πολλά παραλεξικά λάθη.

### **6.3.3. Κλινικές Μορφές Δυσλεξίας**

Η δυσλεξία επίσης, διακρίνεται σε διάφορες μορφές, ανάλογα με τη βαρύτητα των παθολογικών συμπτωμάτων. Θεωρήθηκε αναγκαία η διάκριση των ατόμων με δυσλεξία σε τέσσερις κατηγορίες, ανάλογα με τη βαρύτητα που εμφανίζουν. Έτσι σχηματίστηκαν οι ακόλουθες κατηγορίες δυσλεξίας:

- Ελαφρά δυσλεξία
- Μέση ή κλασική δυσλεξία
- Βαριά δυσλεξία
- Βαρύτατη δυσλεξία

### 1) Ελαφρά Δυσλεξία

Η κλινική εικόνα της ελαφράς δυσλεξίας χαρακτηρίζεται από:

- Φαινομενικές συγχύσεις συγκεκριμένων ζευγών γραμμάτων, που διαρκούν για μικρό χρονικό διάστημα (Α δημοτικού).
- Φαινόμενα αναγραμματισμού, τα οποία είναι ελάχιστα και παρατηρούνται μόνο σε δύσκολες και πολυσύλλαβες λέξεις.
- Μικρή χρονική καθυστέρηση στην εκμάθηση της ανάγνωσης (Β δημοτικού).
- Μειωμένο σχολικό ενδιαφέρον.
- Δυσχέρειες στα λεκτικά μαθηματικά.
- Χρονικό περιορισμό στην κατανόηση κειμένου μέσω της ακοής.
- Σχεδόν καλή συμπεριφορά.
- Ήπια ψυχολογικά προβλήματα.
- Ελαφριές διαταραχές ύπνου.
- Το παιδί που ανήκει σε αυτή την κατηγορία ασχολείται μόνο με ό,τι το ενδιαφέρει και όχι με κάποιες συγκεκριμένες και επιβαλλόμενες, από τη σχολική αναγκαιότητα μαθησιακές εργασίες. Δεν διαβάζει σχεδόν καθόλου τα μαθήματα του σχολείου, αλλά αρκείται στην μάθηση από την παράδοση.
- Είναι ιδιαίτερα ζωηρό και στις γενικότερες δραστηριότητες του παρατηρείται κάποια αδεξιότητα στα άκρα.
- Το ποσοστό των κοριτσιών στην ομάδα αυτή είναι σημαντικά αυξημένο, σε ποσοστό 90% έναντι των αγοριών.

### 2) Μέση ή Κλασική Δυσλεξία

- Η κλινική εικόνα της κλασικής ή μέσης δυσλεξίας χαρακτηρίζεται από:
- Έντονες φαινομενικές της συγχύσεις στα ζεύγη συμφώνων.

- Αρκετά φαινόμενα αναγραμματισμού στις λέξεις είτε στα γράμματα, είτε στις συλλαβές.
- Σημαντική καθυστέρηση στην εκμάθηση της αναγνώσεων.
- Σημαντικές δυσκολίες στην κατανόηση κειμένου, τόσο μέσω της ανάγνωσης όσο και μέσω της ακοής, όπου παρουσιάζονται δυσχέρειες στη σειρά των εννοιών.
- Κακογραφία.
- Ανύπαρκτο σχολικό ενδιαφέρον.
- Διαταραχές συμπεριφοράς.
- Ανήσυχο ύπνο.
- Συχνές αφαιρέσεις.

Το συγκεκριμένο παιδί δεν έχει ενδιαφέροντα. Αναλαμβάνει διάφορες ασχολίες, τις οποίες τις αφήνει στη μέση για να ασχοληθεί με άλλες, με αποτέλεσμα να μην τις τελειώνει ποτέ. Δεν του αρέσουν καθόλου τα βιβλία και οι σχολικές του υποχρεώσεις, αλλά αντίθετα θέλει να πηγαίνει στο σχολείο και να παίζει. Είναι ζωντανό με την ενοχλητική έννοια της λέξεως, έχει αρκετές περίεργες φοβίες και συναισθηματική ανασφάλεια.

### 3) Βαριά Δυσλεξία

Η κλινική εικόνα της βαριάς δυσλεξίας χαρακτηρίζεται από:

- Εντονότερες φαινομενικές συγχύσεις στα συγκεκριμένα ζεύγη γραμμάτων και πολλές αντικαταστάσεις.
- Σημαντικές δυσκολίες στην αριθμητική.
- Συλλαβική και παθολογικά αργή ανάγνωση.
- Αδυναμία στην κατανόηση κειμένου μέσω της ανάγνωσης και με διαταραχές συγκέντρωσης μέσω της ακοής.
- Κακογραφία, σε σημείο που η γραφή να είναι ακατανόητη.
- Διαταραχές συμπεριφοράς και ψυχολογικά προβλήματα.
- Έντονες διαταραχές του ύπνου.

Το παιδί με βαριά δυσλεξία είναι φαινομενικά κακομαθημένο, ατίθασο και έντονα αδέξιο στις διάφορες δραστηριότητες του. Δεν έχει κανένα σχολικό ενδιαφέρον και όταν αναγκαστεί να διαβάσει χασμουριέται, εμφανίζει αφαιρέσεις και δείχνει πολύ κουρασμένο, έστω και για μικρό χρονικό διάστημα. Στα πλαίσια της βαριάς δυσλεξίας

παρατηρείται μια ποσοστιαία υπεροχή των αγοριών σε σχέση με τα κορίτσια, μεταξύ 80% και 90%.

#### 4) Βαρύτατη Δυσλεξία

Σε αυτή τη μορφή εκτός από το εντονότατο μαθησιακό πρόβλημα, υπάρχουν και άλλα παθολογικά συμπτώματα, τα οποία δίνουν την εικόνα μιας ελαφριάς νοητικής υστέρησης (Καρπαθίου, Δάλλα, Μαρρά, 1994).

## 6.4 Χαρακτηριστικά της Δυσλεξίας

Όλοι σχεδόν οι μελετητές της δυσλεξίας συμφωνούν ότι οι κυριότερες ενδείξεις του προβλήματος είναι οι εξής:

1. Υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ της νοητικής ικανότητας του παιδιού και της αναγνωστικής- ορθογραφικής επίδοσης του.
2. Το άτομο με δυσλεξία αντιμετωπίζει έντονες δυσκολίες στην επεξεργασία των συμβόλων της γραπτής γλώσσας.
3. Η ανάγνωση του ατόμου διαφέρει ποιοτικά και ποσοτικά από αυτή του κανονικού αναγνώστη
4. Η αναγνωστική- ορθογραφική καθυστέρηση του ατόμου δεν αποτελεί μέρος μίας γενικότερης μαθησιακής καθυστέρησης του.

Ωστόσο, τα συμπτώματα της δυσλεξίας είναι ποικίλα και αναφέρονται στην αντίληψη, στην κινητικότητα, στην γνωστική ανάπτυξη και νευρολογική κατάσταση του ατόμου. Δεν είναι απαραίτητο όλα τα συμπτώματα να συνυπάρχουν, για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ως δυσλεξικό, ούτε όμως είναι αρκετό ένα μόνο σύμπτωμα για να δικαιολογήσει το χαρακτηρισμό αυτό. (Πόρποδας, 1997).

Χαρακτηριστικές δυσκολίες σε άτομα με δυσλεξία παρατηρούνται σε τομείς όπως η ανάγνωση, η γραφή, η ορθογραφία και τα μαθηματικά. Επίσης, δυσκολίες διαπιστώνονται και στη συμπεριφορά των ατόμων αυτών, στον προσανατολισμό του χώρου και του χρόνου, στη μνήμη, καθώς και στον προφορικό λόγο.

### 6.5.1 Δυσκολίες στην ανάγνωση

- δυσκολία στη διάκριση διαφορετικών λέξεων που έχουν τα ίδια γράμματα (αστέρι/ ασκέρι)



- δυσκολία στη διάκριση των φθόγγων ( ε/α, γ/χ).
  - παράλειψη φθόγγων σε απλές λέξεις (πότα/πόρτα) ή συλλαβές από λέξεις (κάβι/καράβι)
  - προσθήκη φωνημάτων/συλλαβών/λέξεων κατά την ανάγνωση
  - σύγχυση γραμμάτων με λεπτές γραφικές διαφοροποιήσεις ή λέξεις με οπτική/ακουστική ομοιότητα (μόνος/νόμος, δένω/μένω)
  - αργός ρυθμός ανάγνωσης
  - καθρεφτική ανάγνωση (ε / 3, άλλο/όλα)
- 
- δυσκολία στην ανάγνωση και στην προφορά ασυνήθιστων και πολυσύλλαβων λέξεων
  - χάνουν τη γραμμή καθώς διαβάζουν ή δείχνουν με το δάχτυλο το σημείο που διαβάζουν

### **6.5.2 Δυσκολίες στη γραφή και στην ορθογραφία**

- ανάμεικτη χρήση μικρών και κεφαλαίων γραμμάτων ή με λάθος σειρά
- παράλειψη/ αντικατάσταση/αντιστροφή ή προσθήκη γραμμάτων ή συλλαβών
- λάθη σε βασικούς κανόνες ορθογραφίας και δυσκολία στη γενίκευση των ορθογραφικών κανόνων
- περιορισμένο λεξιλόγιο
- τηλεγραφική μορφή γραπτού
- γραφή με παρατακτική σύνταξη
- ανομοιόμορφο μέγεθος γραμμάτων με δυσμορφίες και μουντζούρες
- αργός ρυθμός γραφής
- δυσκολίες σε γραμματική και σύνταξη
- παράλειψη τόνων ή παρατονισμός
- παράλειψη σημείων στίξης
- οπτική σύγχυση της φοράς των γραμμάτων
- διαχωρισμός ή σύνθεση λέξεων που δεν πρέπει

### **6.5.3 Δυσκολίες στα μαθηματικά**

- ανάποδη γραφή αριθμών
- δυσκολία στην αντίληψη και ανάκληση βασικών κανόνων
- δυσκολία σε νοερές πράξεις
- δυσκολία σε πράξεις με κλάσματα και εξισώσεις
- δυσκολία στη μετατροπή μεγαλύτερων μονάδων σε μικρότερες

### **6.5.4 Δυσκολίες στη συμπεριφορά**

- αδυναμία συγκέντρωσης
- νευρικότητα και έντονα ξεσπάσματα
- αδιαφορία για τη σχολική επίδοση
- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- γενικότερη έλλειψη οργάνωσης
- αυξημένη κούραση λόγω υπερβολικής προσπάθειας
- αίσθημα απογοήτευσης και ματαίωσης
- άγχος, στρες και ανησυχία για τα μαθήματα

### **6.5.5 Δυσκολίες στον Προφορικό λόγο**

- Δυσκολεύεται να χρησιμοποιήσει, σύνθετες ή πολύπλοκες λέξεις.
- Έχει προβλήματα με τους χρόνους των ρημάτων ή τις αντωνυμίες.
- Παραλείπει συλλαβές ή καταλήξεις.
- Μιλάει κομπιαστά, ψάχνοντας να βρει τις κατάλληλες λέξεις.

### **6.5.6 Δυσκολίες στον προσανατολισμό του χώρου και του χρόνου**

- Συγχέει έννοιες όπως : αριστερά – δεξιά, Βορρά – Νότο, χθες – αύριο.
- Δυσκολεύεται να διαβάσει σωστά το χάρτη
- Δυσκολεύεται να μάθει την ώρα.

### 6.5.7 Δυσκολίες στη Μνήμη

- Δυσκολεύεται να θυμηθεί και να εκτελέσει μια σειρά προφορικών εντολών
- Δυσκολία στο να πει τους μήνες με τη σωστή σειρά
- Δυσκολεύεται να αριθμήσει ζυγούς αριθμούς
- Δυσκολία στην εκμάθηση της προπαίδειας

(Πολύχρονη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2006)

## 6.6 Αναπτυξιακή πορεία

Οι Μαθησιακές Δυσκολίες αρχίζουν να γίνονται εμφανείς ήδη από την προσχολική ηλικία, ενώ υπάρχουν έρευνες που αναζητούν σημάδια τους από τη βρεφική ακόμη ηλικία και γίνεται προσπάθεια καθορισμού του πληθυσμού που βρίσκεται σε επικινδυνότητα. Επίσης, οι δυσκολίες παραμένουν στην εφηβική και ενήλικη ζωή γι' αυτό και θεωρούνται «δυσκολίες ζωής».

Η εκδήλωση των δυσκολιών στη μάθηση αναμφισβήτητα συνδέεται με τη σχολική μάθηση και αξιολογείται μόνο εφόσον τα παιδιά έχουν αρχίσει την τυπική σχολική φοίτηση. Οι εκδηλώσεις αυτές αφορούν το βαθμό της μαθησιακής επάρκειας, που αποτελεί μία από τις παραμέτρους των Μαθησιακών Δυσκολιών, οι ικανότητες όμως συνδέονται με αυτή καθώς και οι διαδικασίες οι οποίες υπεισέρχονται στη μάθηση μπορεί να εντοπιστούν και να αξιολογηθούν από πολύ νωρίς στη ζωή.

Η μάθηση συνδέεται με τη λειτουργία του λόγου, προφορικού, έντυπου και γραπτού. Είναι, λοιπόν, φυσικό να έχουμε εκδήλωση των δυσκολιών αυτών στις βασικές αυτές λειτουργίες. Η επεξεργασία του έντυπου και γραπτού λόγου, όπως ήδη προαναφέρθηκε γίνεται στο αντιληπτικό επίπεδο, ενώ του προφορικού στο ακουστικό- φωνητικό. Κατά συνέπεια αναμένεται, ήδη από τα πρώτα χρόνια της ζωής να εμφανίζονται διαταραχές στη λειτουργία αυτή. Με την πάροδο του χρόνου οι δυσλειτουργίες παραμένουν και επηρεάζουν τη μαθησιακή επάρκεια. (Τζουριάδου, 1995).

Έρευνες των τελευταίων χρόνων έχουν δείξει πως, παρά το γεγονός ότι οι δυσκολίες των παιδιών αυτών δεν μπορούν να αποκατασταθούν πλήρως, η εξέλιξη τους είναι πολύ καλύτερη από ότι πίστευαν οι ειδικοί παλαιότερα. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ

#### 7.1 Η σπουδαιότητα της διαγνωστικής αξιολόγησης

Η διάγνωση και αξιολόγηση της δυσλεξίας δεν σημαίνει απλά επιλογή και χορήγηση ορισμένων ψυχομετρικών τεστ ή κλιμάκων για να διαπιστωθεί η ύπαρξη της ή μη σε ορισμένα άτομα και ιδιαίτερα σε παιδιά καθώς και σκιαγραφηθούν παράλληλα οι ειδικές δυσκολίες τους στη χρήση και κατανόηση του γραπτού λόγου. Πρόκειται, στην ουσία, για ένα εγχείρημα που έχει τη μορφή μιας δυναμικής διαδικασίας και όχι μιας απλής περιγραφής της υφιστάμενης σχέσης του παιδιού με το γραπτό λόγο. Περιλαμβάνει ένα σύνολο στρατηγικών που απευθύνεται τόσο στο παιδί με δυσλεξία αυτό καθαυτό με την ιδιότητα του «learner» όσο και στα άμεσα εμπλεκόμενα μέρη που είναι το σχολείο του, η οικογένεια του και ο κοινωνικός του περίγυρος. Το σύνολο αυτών των μερών συνιστά τη μαθησιακή του κατάσταση, συστηματική ή μη. Οι επιμέρους στόχοι μιας τέτοιας διαδικασίας, σε ευρύτερη κλίμακα, είναι οι ακόλουθοι:

α) Η περιγραφή και ερμηνεία του συνολικού προφίλ του παιδιού σε επίπεδο όχι μόνο των ελλειμμάτων αλλά και των δυνατοτήτων του σε διάφορους γνωστικούς τομείς, πέραν εκείνου της διαχείρισης του γραπτού λόγου.

β) Η παροχή κατάλληλων υποδείξεων και σχεδίων δράσης προς τα εμπλεκόμενα μέρη για μετουσίωση των δεδομένων της διάγνωσης σε εξατομικευμένη σχολική και συμβουλευτική παρέμβαση που θα περιλαμβάνει προσεκτικά δομημένες στρατηγικές με δυνατότητα τροποποιήσεων.

γ) Η ενδεχόμενη αλλαγή του αναλυτικού προγράμματος και πολύ περισσότερο του σχολικού κλίματος σε επίπεδο αντιλήψεων, στάσεων και πρακτικών για να καταστεί πλέον φιλικό προς τη δυσλεξία.

δ) Η υπεύθυνη ενημέρωση των γονιών για τις ειδικές δυσκολίες του παιδιού στο γραπτό λόγο και τον ενεργό ρόλο τους στη λήψη αποφάσεων για την αντιμετώπιση τους καθώς και η διαμόρφωση θετικής στάσης εκ μέρους τους απέναντι σε αυτό.

ε) Η διασφάλιση κατάλληλων συνθηκών και όρων για την απρόσκοπτη επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση του παιδιού με δυσλεξία στο μέλλον. (Στασινός, 2009)

## 7.2 Η σημασία της Πρώιμης Διάγνωσης

Τα τελευταία χρόνια έχει απασχολήσει πολύ ειδικούς και γονείς η πρώιμη διάγνωση της δυσλεξίας. Δηλαδή, ο προγραμματισμός της εξιχνίασης ή της πρόβλεψης της, σε επίπεδο ενδείξεων, και σε χρόνο όσο γίνεται πιο νωρίς. Πιστεύεται, ότι μια τέτοια διάγνωση διασφαλίζει καλύτερες προοπτικές αποτελεσματικότερης παρέμβασης στο σχολείο. Η δυνατότητα έγκαιρης πρόβλεψης της δυσλεξίας παραπέμπει στα πρώιμα προσχολικά χρόνια του παιδιού σε επίπεδο επισημάνσης ορισμένων σημείων ή ενδείξεων που συνυφαίνονται με την ωρίμανση της συμπεριφοράς του παιδιού. Η ενδεχόμενη ύπαρξη παρόμοιων ενδείξεων το εντάσσουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Η ένταξη του παιδιού σε αυτή την ομάδα σημαίνει απλά πως στην μετέπειτα σχολική του ηλικία έχει αρκετές πιθανότητες να παρουσιάσει ειδικές μαθησιακές δυσκολίες σε σύγκριση με άλλα παιδιά που στη προσχολική ηλικία δεν εκδηλώνουν παρόμοιες συμπεριφορές.

Ορισμένοι ερευνητές μελέτησαν τα ελλείμματα που χαρακτηρίζουν την πρώιμη γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού. Τα ευρήματα των ερευνών αυτών αλλά και η συναφής κλινική εμπειρία έδειξαν ότι η πλειοψηφία των δυσλεξικών παιδιών που παραπέμπονται για διαγνωστική εξέταση βιώνουν πρώιμες δυσκολίες στην πρόσκτηση της μητρικής τους γλώσσας. (Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2006).

Ορισμένοι από τους δείκτες σε επίπεδο συμπεριφοράς του παιδιού προσχολικής ή πρώτης σχολικής ηλικίας είναι οι εξής:

- Επιβραδυμένη γλωσσική ανάπτυξη
- Δυσκολίες άρθρωσης λόγου
- Γραμματικά και συντακτικά λάθη στη διαδικασία πρόσκτησης της ομιλούμενης γλώσσας

- Δυσκολίες στην ομοιοκαταληξία και στις παρηχήσεις
- Τάση για χρήση περιφράσεων
- Συμφυρμός λέξεων
- Σοβαρές δυσκολίες του παιδιού στην οπτική επεξεργασία πληροφοριών
- Σοβαρές δυσκολίες στην ακουστική επεξεργασία πληροφοριών
- Ελλειμματικές, σταθερές και επίμονες δεξιότητες στη χρήση λεπτών κινήσεων
- Σοβαρές δυσκολίες με τις αδρές κινήσεις
- Αδεξιότητα στο βάδισμα και σε άλλες αδρές κινήσεις
- Έλλειμμα στις ικανότητες επικέντρωσης της προσοχής και επανάληψης αριθμών
- Έλλειμμα οργανωτικής ικανότητας ιδιαίτερα στο προσωπικό χώρο
- Συμπεριφορά δυσπραγίας ιδιαίτερα στο περιβάλλον του σπιτιού
- Έλλειμμα ικανότητας προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο

Έχουν περιγραφεί ορισμένα τεστ που μπορεί να χρησιμοποιούνται για την πρόγνωση της αναγνωστικής αποτυχίας του παιδιού . Πρόκειται για τεστ οπτικό – κινητικής αντίληψης, ακουστικής διάκρισης και κοινωνικής ωριμότητας του παιδιού. Υπάρχει μια άλλη Κλίμακα Ελέγχου του παιδιού που χορηγείται στο χρόνο εισαγωγής του στο σχολείο και είναι η School Entrance Check List που περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις και επιτρέπει στον εκπαιδευτικό να εντοπίζει έγκαιρα, δηλαδή με την έναρξη της σχολικής τους φοίτησης , τα παιδιά εκείνα που είναι πιθανό να έχουν δυσκολίες στην εκμάθηση της ανάγνωσης.

Τα πλεονεκτήματα από μια πρώιμη διάγνωση του παιδιού με πιθανή δυσλεξία στη σχολική ζωή του είναι αρκετά. Έχει αποδειχθεί ότι όσο πιο μικρό είναι το παιδί, τόσο πιο ισχυρή είναι η προγραμματισμένη θεραπευτική παρέμβαση στο πρόβλημά του. Υπάρχουν επίσης, αρκετές έρευνες προγνωστικού χαρακτήρα που δείχνουν ότι όσο πιο πολύ ενήμερο είναι το παιδί για τη φωνολογική δομή των λέξεων που χρησιμοποιεί πριν ακόμη διδαχθεί ανάγνωση, τόσο μεγαλύτερη αναμένεται να είναι η επιτυχία του στην εκμάθηση της ανάγνωσης.

Αναφέρεται ακόμη, ότι ο προγραμματισμός μιας κατάλληλης παρέμβασης στα πρώιμα χρόνια του παιδιού μπορεί να παρεμποδίσει την εκδήλωση δευτερογενών

μορφών συμπεριφορά, που δυσχεραίνουν την υπέρβαση του ουσιαστικού του προβλήματος, το οποίο ταυτίζεται με τη δυσλεξία.

Η πρόωμη διάγνωση της δυσλεξίας, η οποία οδηγεί στην πρόωμη παρέμβαση της περιλαμβάνει επίσης μια άλλη, ενδιαφέρουσα, ευεργετική επίδραση για τα ενδιαφερόμενα μέλη. Δηλαδή, μέσα από τη διαδικασία αυτή, αποβάλλεται το φορτίο κατηγορίας ή ευθύνης που συνήθως επωμίζεται ή απευθύνεται στο παιδί, στους γονείς και το δάσκαλο του, για την παρουσία αυτής της διαταραχής στην εκμάθηση του γραπτού λόγου ( Στασινός, 2009).

### **7.3 Τομείς και μέσα διαγνωστικής αξιολόγησης**

Πολλοί ερευνητές του θέματος έχουν προτείνει διάφορες γενικές οδηγίες για την επιτυχή αναγνώριση της δυσλεξίας. Εκείνο που χαρακτηρίζει τις περισσότερες από αυτές είναι η χρήση σταθμισμένων τεστ, που αποβλέπουν να δείξουν αφενός μεν την διαφορά της αναγνωστικής- ορθογραφικής ικανότητας του κάθε παιδιού με δυσλεξία και της χρονολογικής και διανοητικής ηλικίας του, αφετέρου δε τις ειδικές δυσκολίες του κάθε παιδιού στην ανάγνωση και τη γραφή.

Η Boder (1973) πρότεινε τη διάκριση των μεθόδων, που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του προβλήματος, σε τρεις κατηγορίες:

1. Στη μέθοδο που καταλήγει στη διάγνωση της δυσλεξίας αποκλείοντας άλλους παράγοντες ως αίτια αναγνωστικής ανικανότητας. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται κυρίως από τους γιατρούς.
2. Στην έμμεση διαγνωστική μέθοδο που βασίζεται στην εξαγωγή ψυχομετρικών και ψυχογλωσσολογικών πληροφοριών. Αυτή η μέθοδος είναι χρήσιμη, μόνη της όμως κρίνεται ανεπαρκής.
3. Στην άμεση διαγνωστική μέθοδο που βασίζεται στην ανάλυση των αναγνωστικών και ορθογραφικών λαθών των παιδιών με δυσλεξία και στη συσχέτισή τους με την κατάσταση των επιμέρους λειτουργιών. Η μέθοδος αυτή υποστηρίχθηκε πολύ από την ειδικό με συνέπεια να θεωρείται ως η μέθοδός της. ( Πόρποδας, 1997).

Η αξιολόγηση και διάγνωση των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών είναι ένα σύνθετο έργο, το οποίο απαιτεί τη συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας. Οι ειδικότητες που συνήθως συμμετέχουν άμεσα στη διαγνωστική διαδικασία είναι ο ψυχολόγος, ο ειδικός παιδαγωγός και ο λογοπεδικός. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να κριθεί απαραίτητη και η συμμετοχή οφθαλμιάτρου, ωτορινολαρυγγολόγου, παιδοψυχιάτρου, παιδονευρολόγου και κοινωνικού λειτουργού.

Για να είναι έγκυρη και αξιόπιστη η διαφορική διάγνωση στην περίπτωση των μαθησιακών δυσκολιών, προτείνεται η διενέργεια πλήρους αξιολόγησης που θα περιλαμβάνει : α) την κλινική συνέντευξη με τους γονείς, το παιδί και τον εκπαιδευτικό, β) τη χορήγηση μιας ολόκληρης κλίμακας νοημοσύνης, προσαρμοσμένης και σταθμισμένης στην Ελλάδα, γ) την αξιολόγηση και εκτίμηση των μαθησιακών δεξιοτήτων του παιδιού, η οποία θα επιτρέψει την ανάλυση των αναγνωστικών και ορθογραφικών λαθών, δ) τη χορήγηση ψυχολογικής δοκιμασίας η οποία θα αξιολογεί τις γνωστικές διεργασίες που έχουν συσχετιστεί με τη δυσλεξία και ε) και ανάλογα με τη θεωρητική προσέγγιση του ψυχολόγου, τη χορήγηση ενός ερωτηματολογίου που εξετάζει την παρουσία ψυχολογικών συμπτωμάτων στο παιδί ή την αυτοεκτίμηση του, ή και τη χορήγηση ενός προβολικού τεστ.

Από τα παραπάνω προκύπτει πως η αξιολόγηση της δυσλεξίας δεν μπορεί να γίνει με το διαχωρισμό του γνωστικού τομέα από τους άλλους τομείς ψυχολογικής λειτουργίας του παιδιού και την αξιολόγηση αποκλειστικά και μόνο αυτού του τομέα. (Πόρποδας, 1997,2002)

### **7.3.1 Κλινική Συνέντευξη**

Η κλινική συνέντευξη με τους γονείς και το παιδί είναι η βάση κάθε ψυχολογικής αξιολόγησης και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την έγκυρη και αξιόπιστη αξιολόγηση της δυσλεξίας. Καθώς αποκαλύπτει προβλήματα και δυσκολίες του παιδιού που δεν αποτελούν μέρος της αιτίας παραπομπής. Έτσι, ένα παιδί που παραπέμπεται για δυσλεξία, μπορεί να είναι αποτέλεσμα συναισθηματικών διαταραχών ή άλλων ψυχολογικών προβλημάτων.

Η διενέργεια της κλινικής συνέντευξης, μπορεί να φανερώσει δυσκολίες που συχνά απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση και ειδική αντιμετώπιση, και οι οποίες μπορεί ακόμη και να ανατρέψουν μια πιθανή διάγνωση δυσλεξίας ( Μόττη-Στεφανίδη, 1999). Επίσης, η κλινική συνέντευξη είναι απαραίτητη για το λόγο ότι ο σχολικός



ψυχολόγος μπορεί να συγκεντρώσει πληροφορίες από τους γονείς, το παιδί και τον εκπαιδευτικό σχετικά με τις δυσκολίες μάθησης του και κατά επέκταση της δυσλεξίας (Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2010).

### **7.3.2 Αξιολόγηση της Νοημοσύνης**

Όταν αποκλειστεί η πιθανότητα η δυσλεξία του ατόμου να οφείλεται σε συναισθηματικές διαταραχές ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα, ο ψυχολόγος θα πρέπει να αξιολογήσει συγκριτικά το επίπεδο της νοητικής λειτουργίας του και το επίπεδο των μαθησιακών του ικανοτήτων. Σε αυτήν την αξιολόγηση θα πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής:

α. Να υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ της νοητικής ικανότητας του παιδιού και της επίδοσης του στην ανάγνωση και την ορθογραφία. Το παιδί πρέπει να παρουσιάζει ένα φυσιολογικό επίπεδο νοητικής λειτουργίας.

β. Το παιδί πρέπει να αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες στην ανάγνωση και τη γραφή, ώστε η επίδοση του να υπολείπεται από ένα έως 2 χρόνια σε σχέση με την αντίστοιχη επίδοση των παιδιών της ίδιας ηλικίας και τάξης.

Η αξιολόγηση της νοημοσύνης επιτρέπει:

1. Να γίνει έλεγχος του γενικού δείκτη νοημοσύνης.
2. Να γίνει περιγραφή του γνωστικού προφίλ του παιδιού, ώστε να εντοπιστούν οι τομείς γνωστικής λειτουργίας στους οποίους δυσκολεύεται, αλλά και οι τομείς στους οποίους αποδίδει καλύτερα.

### **7.3.3 Αξιολόγηση και Εκτίμηση των Μαθησιακών Δεξιοτήτων**

Η αξιολόγηση των μαθησιακών δεξιοτήτων στην Ελλάδα γίνεται από τον σχολικό ψυχολόγο, ο οποίος κάνει μια αδρή εκτίμηση των ικανοτήτων του παιδιού. Εξετάζει την ανάγνωση, την κατανόηση γνωστού και άγνωστου κειμένου, την ορθογραφία, την ικανότητα χειρισμού και την κατανόηση μαθηματικών εννοιών. Γενικά ο ψυχολόγος πραγματοποιεί ανάλυση των αναγνωστικών και ορθογραφικών λαθών που κάνει το παιδί και εξετάζει εάν παρουσιάζει κάποια από τα χαρακτηριστικά της δυσλεξίας. Η διάγνωση θα γίνει με βάση τη σύγκριση μεταξύ της επίδοσης του παιδιού και των επιδόσεων παιδιών της ίδιας ηλικίας. Η χρήση τεστ ανάγνωσης και

ορθογραφημένης γραφής στη διάγνωση του παιδιού με δυσλεξία, εξυπηρετεί δύο στόχους: πρώτο, τα αποτελέσματα του συνεκτιμώμενα με τη χρονολογική ηλικία και το δείκτη νοημοσύνης του παιδιού αυτού, δείχνουν το βαθμό της αναγνωστικής του υστέρησης. Δεύτερο, έχουν διαγνωστική σημασία γιατί δίνουν πληροφορίες για το επαρκές επίπεδο των συναφών δεξιοτήτων του παιδιού, δηλαδή σε ότι αφορά το βαθμό προόδου που έχει σημειώσει ως τώρα στους τομείς αυτούς.

#### **7.3.4 Αξιολόγηση των Γνωστικών Διεργασιών**

Η αξιολόγηση των γνωστικών διεργασιών περιλαμβάνει την εξέταση της φωνολογικής επίγνωσης, την οπτική και ακουστική αντίληψη, την βραχύχρονη μνήμη, την ικανότητα για σειροθετική επεξεργασία των πληροφοριών κ.α. Στην Ελλάδα για τη διάγνωση των δυσκολιών μάθησης και τον εντοπισμό παιδιών με ελλειμματικές περιοχές ανάπτυξης έχει δημιουργηθεί το ΑθηνάΤεστ (Παρασκευόπουλος, Καλαντζή, Γιαννίτσας, Μαυρομάτη, & Παίζη, 1998). Το ΑθηνάΤεστ είναι ένα πολυθεματικό ατομικό τεστ, που στόχος του είναι να αξιολογήσει την επίδοση των παιδιών σε διάφορους τομείς ανάπτυξης και απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας από 5 έως 9 ετών. (Αναστασίου, 1998).

#### **7.3.5 Αξιολόγηση της Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής και της Ψυχικής Υγείας**

Η ολοκληρωμένη ψυχολογική αξιολόγηση για δυσλεξία πρέπει να περιλαμβάνει την αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής του προσαρμογής και της ψυχικής του υγείας. Οι στόχοι είναι:

- α. Να αποκλειστεί η πιθανότητα η δυσλεξία του παιδιού να οφείλονται σε συναισθηματικές διαταραχές, μειωμένα κίνητρα ή σοβαρότερα ψυχολογικά προβλήματα.
- β. Να εξεταστεί εάν κάποια ψυχολογική διαταραχή συνυπάρχει με τη μαθησιακή δυσκολία.
- γ. Να αξιολογηθεί η ψυχοκοινωνική προσαρμογή του παιδιού δηλαδή, η αυτοεκτίμηση, οι σχέσεις με εκπαιδευτικούς, με συνομηλίκους κ.α. ( Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2006).

### 7.3.6. Αξιολόγηση των Γλωσσικών Λειτουργιών

Η ανάγνωση και η γραφή αποτελούν τη βάση των γλωσσικών δεξιοτήτων των ανθρώπων. Η ανάγνωση είναι μια οπτικά κωδικοποιημένη γλώσσα βασιζόμενη σε αντιστοιχίες ήχων που αναπαριστούν π.χ. αντικείμενα, ιδέες, συναισθήματα και έννοιες, διευκολύνοντας την κοινωνική συναλλαγή των ανθρώπων. Η ανάγνωση και η γραφή αποτελούν τον δευτερεύοντα κώδικα επικοινωνίας, ενώ η γλώσσα συνιστά τον πρωταρχικό. Επομένως, εάν το δυσλεξικό παιδί παρουσιάζει δυσκολίες στον πρώτο κώδικα, αυτό μπορεί να επηρεάζει και στην εκμάθηση του δεύτερου κώδικα. Γι' αυτό η χορήγηση τεστ προφορικού και γραπτού λόγου και γραπτής γλώσσας είναι απαραίτητη.

Ένα από τα πλέον απαραίτητα τεστ αξιολόγησης των γλωσσικών λειτουργιών του παιδιού είναι το «Ιλινόις Τεστ Ψυχογλωσσικών Ικανοτήτων». Πρόκειται για ένα ψυχοτεχνικό μέσο με διαγνωστική και ταυτόχρονα θεραπευτική υφή. Αναλύει τα ψυχογλωσσικά ελλείμματα παιδιών ηλικίας 2 έως 12 χρόνων και σε ειδική διδακτική και θεραπευτική μεταχείριση τους. Το τεστ αυτό δημιουργήθηκε και εκδόθηκε στο Πανεπιστήμιο του Ιλινόις της Αμερικής, έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα σε 806 παιδιά Δημοτικού σχολείου και έχει εκδοθεί από Ψυχολογικό Εργαστήριο του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Το τεστ αυτό περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις: τις διόδους επικοινωνίας (ακουστική- φωνητική και οπτικό-κινητική), τις ψυχογλωσσικές διεργασίες (πρόσληψη, ολοκλήρωση, βραχύχρονη μνήμη, συσχέτιση, έκφραση) και τα επίπεδα οργάνωσης των εμπειριών του ατόμου (νοητικό και αυτοματισμού). Μια εκτίμηση του Wechsler προσδίδει με τον πλέον επαρκή τρόπο ενδείξεις για τις κατάλληλες διδακτικές μεθόδους που πρέπει να ακολουθηθούν στη συνέχεια για την υπέρβαση του προβλήματος της δυσλεξίας σε παιδιά.

Το δυσλεξικό παιδί, έχει σαφείς δυσκολίες μετατροπής περιβαλλοντικών ερεθισμάτων σε ήχους ομιλίας. Αυτό εκδηλώνεται με την ελλειμματική του άμεση απομνημόνευση σειράς αριθμών που παρουσιάζονται οπτικά και ακουστικά, τη χρονική υστέρηση που παρουσιάζει στην ονομασία εικόνων και χρωμάτων κ.α.

Υπάρχουν και άλλα τεστ που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ψυχολόγος για την αξιολόγηση συναφών ελλειμμάτων του παιδιού αυτού. Ένα τέτοιο τεστ είναι το

«Marianne Frosting Developmental Test of Visual Perception», που χρησιμοποιείται περισσότερο για μικρότερα σε ηλικία δυσλεξικά παιδιά και για εκείνα με πολύ σοβαρά αντιληπτικά ελλείμματα (Αναστασίου, 1998).

### **7.3.7. Πλευρίωση – Τεχνικές Αξιολόγησης**

Για να υπάρχει μια ολοκληρωμένη διάγνωση του δυσλεξικού παιδιού , χρησιμοποιούνται ορισμένα τεστ με τα οποία αξιολογούνται μέρη του σώματος που συνήθως προτιμά το παιδί για χρήση στην καθημερινή του πρακτική. Αυτά είναι τα «τεστ πλευρίωσης», που επιτρέπουν στον εξεταστή να διαμορφώνει άμεση εικόνα για συναφείς προτιμήσεις του παιδιού.

Ξεκινώντας από τον προτιμώμενο οφθαλμό , για κοντινές αποστάσεις χρησιμοποιείται ένα καλειδοσκόπιο, ενώ για μακρινές αποστάσεις χρησιμοποιείται ένα τηλεσκόπιο. Για το προτιμώμενο χέρι του παιδιού , σημειώνεται με ποιο χέρι γράφει, και αν πιάνει αντικείμενα με το ένα χέρι και τα μεταφέρει για χρήση στο άλλο. Επίσης ζητείται από το παιδί να προσποιηθεί ότι βουρτσίζει τα δόντια του και ότι χτενίζει τα μαλλιά του ,να διπλώσει τα χέρια του ,σημειώνοντας ποιο χέρι βρίσκεται πάνω στο άλλο. Σε ότι αφορά το πόδι ζητείται από το παιδί να βηματίσει με το ένα πόδι και να κάνει περιστροφή γύρω από αυτό. Σημειώνεται ποιο είναι το επιλεγμένο πόδι του καθώς και η κατεύθυνση περιστροφής του σώματος του.

Τέλος, σε ότι αφορά το προτιμώμενο αφτί, συστήνεται να σταθεί ο εξεταστής πίσω από το παιδί ψιθυρίζοντας του κάτι. Σημειώνεται ποια κατεύθυνση παίρνει η κεφαλή του στο άκουσμα του ψιθύρου (Μάρκου,1998).

## **Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΥΣΛΕΞΙΑΣ**

#### **8.1. Θεραπεία**

##### **8.1.1. Εισαγωγικά**

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται συνήθως για την αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών στηρίζονται βασικά σε ψυχοκοινωνικές και εκπαιδευτικές μεθόδους. Οι τεχνικές αυτές θα πρέπει να διέπονται από ορισμένες βασικές αρχές, οι οποίες να

επιτρέπουν στο παιδί να κατανοήσει τα αίτια των δυσκολιών του, να έχει το ανάλογο κίνητρο για μάθηση και να βιώνει το συναίσθημα της επιτυχίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στο ξεκίνημα της προσπάθειας αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών, ο ειδικός πρέπει να προσδιορίσει το μαθησιακό επίπεδο στο οποίο το παιδί καταφέρνει να ανταποκριθεί χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες, και να του προσφέρει συνεχή ανατροφοδότηση, ώστε το παιδί να γνωρίζει κάθε φορά πόσο αποτελεσματική ήταν η προσπάθειά του. Προκειμένου να εξασφαλιστούν οι συνθήκες όπου το παιδί θα έχει επιτυχία, θα πρέπει οι απαιτήσεις του προγράμματος να αυξάνονται προοδευτικά ακολουθώντας μικρά βήματα. Είναι επίσης, σημαντικό ο ειδικός να επικεντρωθεί στην προσπάθεια άσκησης του παιδιού στον αυτοέλεγχο και την αυτοκαθοδήγηση, καθώς επίσης και στη βελτίωση του επιπέδου της αυτοεκτίμησής του. Σε συνδυασμό με αυτές τις τεχνικές, ο ειδικός θα πρέπει ακόμη να επιχειρήσει τη διεύρυνση του θεραπευτικού πλαισίου, ώστε το παιδί να μπορεί να επωφεληθεί περισσότερο από το θεραπευτικό πρόγραμμα. Γι' αυτό είναι σημαντική η συνεργασία τόσο των γονιών, όσο και των εκπαιδευτικών, οι οποίοι ασχολούνται με το παιδί τις περισσότερες ώρες (Κάκουρος, 2001).

### **8.1.2. Γενικές αρχές υποστηρικτικών προγραμμάτων**

Κάθε πλαίσιο προγράμματος αντιμετώπισης - αποκατάστασης της δυσλεξίας προϋποθέτει μια σειρά από γενικές αρχές πάνω στις οποίες θα στηριχθεί η προσπάθεια αποκατάστασης. Οι αρχές αυτές είναι:

- Δεν υπάρχει μόνο μία αιτία για τη γένεση και εκδήλωση της δυσλεξίας. Η δυσλεξία είναι μια διαταραχή στην επεξεργασία του λόγου, μια δυσχέρεια αντιμετωπίσιμη κάτω από ορισμένες συνθήκες, η οποία πέρα από την όποια αιτιολογική της βάση επηρεάζεται από τις απαιτήσεις που προβάλλει η κάθε γλώσσα ξεχωριστά.
- Κάθε παιδί με δυσλεξία αποτελεί και μια ξεχωριστή περίπτωση που η αποκατάστασή της απαιτεί την εφαρμογή εξατομικευμένου προγράμματος.

- Η δυσλεξία δεν είναι ασθένεια αλλά στον όρο αυτό ανάγεται μια σειρά από συμπτώματα ιδιοπαθών διαταραχών του γραπτού λόγου. Έτσι, μιλάμε για δυσλεξικά παιδιά και όχι για δυσλεξία σαν πάθηση ή σαν μια νοσολογική οντότητα αλλά μιλάμε για ατομικές περιπτώσεις που δίνουν ένα συνδυασμό γενικών και ειδικών συμπτωμάτων.
- Η δυσλεξία μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο από εξειδικευμένα άτομα μέσα από την εφαρμογή δομημένου εξατομικευμένου προγράμματος σε συνδυασμό με την ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση του παιδιού.
- Η δυσλεξία αντιμετωπίζεται στα πλαίσια της αναγνώρισης και αποδοχής της σαν ιδιοπαθούς, ειδικής κατάστασης τόσο από την πλευρά του σχολείου όσο και από την πλευρά της οικογένειας. Δεν αρκεί μόνο η αναγνώριση του προβλήματος αλλά χρειάζεται και η αποδοχή του. Στο σχολείο και την οικογένεια είναι απαραίτητο να υπάρξει αποδοχή και ένα ψυχολογικό κλίμα που θα κινητοποιήσει το παιδί να στρατεύσει τις δυνάμεις του. Ειδικά για την αντιμετώπιση του δυσλεξικού παιδιού από το σχολείο, πρέπει να τονιστεί, ότι το σχολείο είναι ο χώρος όπου έμπρακτα δοκιμάζονται αξίες και έννοιες όπως αγωγή, διαπαιδαγώγηση, εκπαιδευτικός λειτουργός.
- Η αντιμετώπιση της δυσλεξίας είναι μια υπόθεση εξαιρετικά δύσκολη που πρωταρχικά στηρίζεται στη βαθιά γνώση της φύσης του προβλήματος και τη λεπτομερειακή διάγνωση. Η βεβαιωμένη και με προχειρότητα τήρηση τεχνικών αντιμετώπισης ενέχει τον κίνδυνο να οδηγηθεί η όλη παρεμβατική - αποκαταστατική προσπάθεια σε αδιέξοδα ιδιαίτερα οδυνηρά για το δυσλεξικό παιδί.

### **8.1.3 Κατάλληλα εκπαιδευμένοι ειδικοί**

Είναι σημαντικό οι ειδικοί που θα ασχοληθούν με την παρέμβαση σε άτομα με δυσλεξία να έχουν την κατάλληλη κατάρτιση ώστε να εφαρμόσει μια πολυαισθητηριακή, «κατά στάδια» διδασκαλία, η οποία θα τους παρέχει τη δυνατότητα να βελτιώσουν τη μάθησή τους. Επιπρόσθετα, απαιτείται να διαθέτουν

ικανότητες καθαρής άρθρωσης των ήχων του λόγου και της αναπαράστασής τους με γράμματα, καθώς και γνώσεις ετυμολογίας (μορφολογίας και ρίζας της λέξης), ψυχολογίας της ανάγνωσης, ενώ είναι απαραίτητο να μπορεί να κατανοεί τους ψυχολογικούς φραγμούς των ατόμων με δυσλεξία.

Η πρόωμη διάγνωση και εκπαιδευτική παρέμβαση έχουν μεγάλη σημασία προκειμένου να αποφύγουμε περιττές αρνητικές συνέπειες στο εγώ των μαθητών. Η δυσλεξία τείνει να αποδυναμώνει την αυτοπεποίθηση των ατόμων εξαιτίας της καθημερινής εξοικείωσης με την αποτυχία. Πριν τη διάγνωση, το δυσλεξικό άτομο συχνά είναι αναγκασμένο επί σειρά ετών να έρχεται αντιμέτωπο με δύσκολες και απογοητευτικές μαθησιακές καταστάσεις. Προκειμένου να οικοδομηθεί η εμπιστοσύνη και να αναδιαμορφωθεί η εικόνα του εαυτού του, είναι απολύτως απαραίτητο να αποφεύγεται η αποτυχία κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης. Η παρέμβαση θα πρέπει να πραγματοποιείται μόνο από ειδικά καταρτισμένο άτομο (Πόρποδας Κ.(2003).

#### **8.1.4 Συνεργασία οικογένειας και ειδικών**

Ο ρόλος της οικογένειας είναι σημαντικός τόσο στη Διάγνωση, όσο και στην αντιμετώπιση των Μαθησιακών Δυσκολιών. Από πολύ νωρίς, το παιδί θα πρέπει να νιώσει από το οικογενειακό του περιβάλλον την αγάπη, τη φροντίδα και την στοργή (Σακκάς, 2002).

Η αρχή της συμμετοχής των γονιών στην εκπαιδευτική διαδικασία δεν είναι καινούρια ιδέα και έχει συζητηθεί αρκετά τις τελευταίες δεκαετίες. Το 1978, στη Μ. Βρετανία το «Warnock Report» ήταν το πρώτο επίσημο κυβερνητικό έγγραφο που αναδείκνυε το ρόλο των γονιών. Το συγκεκριμένο έγγραφο αναφέρεται ότι η σχέση οικογένειας- σχολείου/ειδικών «πρέπει να είναι συνεταιριστική και ιδανικά ισότιμη», γιατί ενώ πολλοί γονείς βασίζονται στην υποστήριξη των ειδικών, ο ειδικός δεν μπορεί να αποδώσει πλήρως, αν δεν βασιστεί στη δυνατότητα του γονέα να συμμετάσχει.

Οι γονείς των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να βιώσουν πολλά συναισθήματα, όπως θυμό, απογοήτευση, πανικό, απομόνωση ή να εμφανίσουν σωματικά προβλήματα. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξει σύγκρουση

ανάμεσα στους δύο γονείς, κυρίως για τις ευθύνες και να ακολουθήσει το συναίσθημα της άρνησης.

Τα παιδιά με Μαθησιακές δυσκολίες χρειάζονται την στήριξη των γονιών τους και την επιβράβευση τους. Όσο πιο νωρίς, οι γονείς αποδεχτούν την κατάσταση και συνειδητοποιήσουν τι συμβαίνει στο παιδί, τόσο θετικό θα είναι για εκείνο, γιατί πλέον θα εστιάζουν στην πρόοδο του και όχι στις αποτυχίες. Σε αντίθετη περίπτωση, θα έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες από το παιδί και θα εμποδίζουν την ανάπτυξη του. Πλέον, η νομοθεσία δίνει το δικαίωμα στους γονείς να συμμετέχουν στις εκπαιδευτικές αποφάσεις που αφορούν το παιδί τους για το σχολείο. Φαίνεται πως όταν οι γονείς είναι υποστηρικτές του παιδιού τους, αυξάνεται η πρόοδος στις παρεμβάσεις στο σχολείο και παρουσιάζεται η αποτελεσματικότητα ( Παντελιάδου, 2007).

Ένα προτεινόμενο μοντέλο συνεργασίας ειδικών και γονέων θα περιλάμβανε τα εξής:

- Συζήτηση με τους γονείς και το παιδί για τις δυσκολίες που εκείνοι παρατηρούν
- Αξιολόγηση του παιδιού στους τομείς που φαίνεται να δυσκολεύεται το παιδί
- Συζήτηση για το ειδικό διδακτικό πρόγραμμα που θα ακολουθηθεί
- Συζήτηση και απόφαση για τον τρόπο και τη διάρκεια της μελέτης των σχολικών υποχρεώσεων , καθώς και των άλλων αναγκών του παιδιού.

## **8.2. Θεωρίες διδακτικές προσεγγίσεις στη σχολική τάξη**

### **8.2.1 Η προσέγγιση του Hinshelwood**

Ήδη από πολύ παλιά, ο Hinshelwood (1917) από τους πρωτοπόρους μελετητές της δυσλεξίας, έχει υποστηρίξει ότι χωρίς αμφιβολία τα άτομα με δυσλεξία μπορούν να βοηθηθούν στην αντιμετώπιση των δυσκολιών τους ακόμη και αν αυτό απαιτεί αξιόλογη προσπάθεια. Ο Hinshelwood πίστευε ότι στην περίπτωση της «συγγενούς λεξικής τύφλωσης» ή δυσλεξίας εμπλέκεται το «έλλειμμα της οπτικής μνήμης». Ο ίδιος αναπτύσσοντας τις οικείες θέσεις του συνιστά τη χρήση κεφαλαίων γραμμάτων κατά τη γλωσσική διδασκαλία στην τάξη γιατί διαπίστωσε ότι με το σταθερό χειρισμό



τους « οι οπτικές εντυπώσεις ισχυροποιούνται από τις ταυτόχρονες συσχετίσεις με τις απτικές (ή αφής) εντυπώσεις» . Αυτή του η θέση επιβεβαιώθηκε αργότερα εμπειρικά σε συναφή μελέτη που αφορούσε στην αποτελεσματικότητα της μαθησιακής πρακτικής η οποία βασίζεται στην ψηλάφηση των γραμμάτων ως αποτελεσματικού μέσου για να τα ανακαλεί κανείς ευχερέστερα στη μνήμη του.

### **8.2.2. Η προσέγγιση των Orton- Gillingham - Stillman**

Αυτή η προσέγγιση είναι μία στρατηγική που βασίζεται στην αναγκαιότητα δόμησης της (διδασκτέας) ύλης, την τήρηση της αρχής της ακολουθίας και την εφαρμογή της πολυ-αισθητηριακής διδασκαλίας συνδυάζοντας έτσι τις οπτικές, ακουστικές και κιναισθητικές λειτουργίες και προσβάσεις του εγκεφάλου στην πληροφορία και τη γνώση. Η οπτική πρόσβαση στη γνώση αναφέρεται στη λειτουργία του ατόμου να βλέπει διαδοχικά γράμμα, συνδυασμός γραμμάτων, λέξεις, φράσεις ή προτάσεις κ.τ.λ. Η ακουστική πρόσβαση στην πληροφορία αναφέρεται στη λειτουργία ακοής φθόγγων που αντιστοιχούν σε ένα γράμμα ή σε συνδυασμούς γραμμάτων είτε σε ατομική βάση είτε σε πλαίσιο συλλαβών ή λέξεων. Τέλος, η κιναισθητική-απτική πρόσβαση στη πληροφορία αναφέρεται σε κινήσει τόσο των χεριών και των χειλιών όσο και της γλώσσας και του λάρυγγα του ατόμου.

#### **8.2.2.1. Η (Επαν)εκπαίδευση στην ανάγνωση**

Ο εκπαιδευτικός της τάξης παρουσιάζει στα παιδιά με δυσλεξία κοινά σύμφωνα και φωνήεντα, ένα με δύο κάθε φορά, επεξηγεί τα οπτικά και ακουστικά τους χαρακτηριστικά και προσδίδει έμφαση στον τρόπο διασύνδεσης του υποδεικνύοντας τις κινήσεις στις οποίες πρέπει να προβούν για την προφορά και την αντιγραφή τους (Orton, 1966). Στη συνέχεια, τα παιδιά επιχειρούν να συνδέσουν τα εξής τρία πράγματα : τον τρόπο με τον οποίο συσχετίζονται τα οπτικά-εμφανισιακά χαρακτηριστικά του γράμματος μέσω της οπτικής οδού με τη φωνολογική του απόδοση καθώς και με τα αισθήματα που εσωτερικά νιώθει γράφοντας, προφέροντας και ψηλαφώντας το γράμμα. Σε κάθε βήμα γίνεται επισκόπηση των οπτικο-ακουστικών και κιναισθητικών στοιχείων που διέπουν τα γράμματα που διδάχθηκαν προηγούμενα, ενθαρρύνεται η άσκηση του παιδιού στη μίξη και ομαδική διευθέτηση των παραγόμενων φθόγγων, εισάγονται και χαρακτηριστικά ενός νέου γράμματος και

τέλος παρέχονται αρκετές ευκαιρίες στο παιδί να διαβάσει και να γράφει ορθογραφημένα λέξεις και φράσεις. Τέλος, τα παιδιά διαβάζουν ένα κείμενο που ανταποκρίνεται στην ηλικία τους.

#### **8.2.2.2. Η (Επαν)εκπαίδευση στην Ορθογραφημένη γραφή**

Ο τρόπος άσκησης του παιδιού στην ορθογραφημένη γραφή είναι ταυτόσημος με εκείνον που ακολουθείται στη διαδικασία της ανάγνωσης όπως περιγράφεται στην οικεία προσέγγιση των Orton-Gillingham. Ο εκπαιδευτικός δείχνει στο παιδί το γράφημα δηλαδή παρουσιάζει τη γραφική αποτύπωση του γράμματος, το παιδί προφέρει τον κατάλληλο φθόγγο και τέλος ο εκπαιδευτικός προφέρει τον φθόγγο και το παιδί ονοματίζει και γράφει το γράμμα. Μέσα από τη διαδικασία αυτή το παιδί ασκείται ακουστικά και επιδίδεται άμεσα στη γραφή των φθόγγων που προσλαμβάνει ύστερα από υπαγόρευση.

#### **8.2.2.3. Η (Επαν)εκπαίδευση στη γραφή**

Στην περίπτωση αυτή, ο εκπαιδευτικός δείχνει στο παιδί τη μορφή του γράμματος ή των γραμμάτων και το καλεί να ανιχνεύει τη μπροφή τους, να τα αντιγράφει αρκετές φορές και να τα αναπαράγει ταυτόχρονα από μνήμης.

### **8.2.3. Η προσέγγιση της Fernald**

Η διδακτική προσέγγισης της Fernald απευθύνεται σε παιδιά κανονικής νοημοσύνης με σοβαρές αναγνωστικές δυσκολίες. Η βασική της φιλοσοφία εδράζεται στη χρήση της κιναισθητικής μεθόδου που διασφαλίζει προϋποθέσεις για αποκόμιση εμπειριών επιτυχίας στο σχολείο εκ μέρους του παιδιού με παρόμοιες δυσκολίες που άλλωστε στερείται. Προσδίδει έμφαση στον επαναπροσδιορισμό του μαθησιακού κλίματος στη σχολική τάξη που δημιουργεί θετικές συναισθηματικές αντιδράσεις του παιδιού στο σχολείο.

Κατά την εφαρμογή της οικείας προσέγγισης και στη βάση της κιναισθητικής μεθόδου το παιδί προτρέπεται να ανιχνεύσει με τα δάχτυλά του τη λέξη που το ίδιο επιλέγει από ένα σύνολο ξέχωρων καρτών με λέξεις που είναι γραμμένες με κεφαλαία γράμματα. Η ανίχνευση της λέξης συνεχίζεται έως ότου το παιδί καταστεί ικανό να

την αντιγράψει από μνήμης. Το παιδί, στη συνέχεια, κατατάσσει αλφαβητικά το σύνολο των λέξεων που έχει ανιχνεύσει. Το επόμενο βήμα του παιδιού είναι να βλέπει απλά τη λέξη, ταυτόχρονα να τη διαβάσει φωναχτά και παράλληλα να τη γράφει από μνήμης. Το προχωρημένο αυτό στάδιο της οικείας μεθόδου είναι η ενθάρρυνση του παιδιού να βλέπει τη λέξη χωρίς να τη διαβάσει φωναχτά και να τη γράφει από μνήμης. Το προχωρημένο στάδιο επιτρέπει στο παιδί να γενικεύσει την αποκτημένη γνώση των γραμμάτων και λέξεων προχωρώντας στη διαδικασία γλωσσικής εκμάθησης από τις γνωστές στις άγνωστες λέξεις. Αυτή η προσέγγιση έχει κοινά στοιχεία με εκείνη της Gillingham.

#### **8.2.4. Φωνητικές μέθοδοι με χρήση χρωμάτων**

Η χρήση χρωμάτων για τη διευκόλυνση της διαδικασίας κωδικοποίησης γραμμάτων εκ μέρους των παιδιών με ποικίλες αναγνωστικές δυσκολίες αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας. Μια τέτοια μέθοδος αναπτύχθηκε πρώιμα από τη Δανέζα Norrie. Η μέθοδος αυτή, προβλέπει συνθετική φωνητική άσκηση με τη συμβολή ενδείξεων χρωμάτων για τη διδασκαλία της ορθογραφημένης γραφής και κιναισθητική ανατροφοδότηση. Προσδίδεται έμφαση στις αναγκαίες για την παραγωγή φωνημάτων κινήσεις του στόματος και ιδιαίτερα στην κατάλληλη θέση που πρέπει να έχει η γλώσσα, τα χείλη και οι σιαγόνες του ασκούμενου παιδιού κάθε φορά που ομιλεί. Αρχικά το παιδί έρχεται σε επαφή με ένα κουτί, στο οποίο είναι τοποθετημένα μεμονωμένα γράμματα του αλφαβήτου ή και συνθέσεις τους. Η διευθέτηση των γραμμάτων στο οικείο κουτί είναι σύμφωνα με τη φωνημική τους ταυτότητα και απεικονίζεται με διαφορετικά χρώματα. Το αρχικό λεξιλόγιο λεξιλογικό ρεπερτόριο του παιδιού με δυσλεξία περιλαμβάνει λέξεις, φωνητικά κανονικές, τις οποίες παροτρύνεται από τον εκπαιδευτικό να γράφει χρησιμοποιώντας τα γράμματα που εμπεριέχονται στο οικείο κουτί. Το παιδί παράγει λέξεις και εκφέρει φθόγγους, όπου χρειάζεται, προκειμένου να δει πως αυτοί σχηματίζονται στη στοματική κοιλότητα με τη χρήση καθρέφτη. Κάθε λέξη αναλύεται με βάση το χρωματισμό των γραμμάτων και τον αριθμό των διαστημάτων μεταξύ τους. Η παραγόμενη λέξη μπορεί να καλυφθεί και να παραχθεί από μνήμης στον υπολογιστή ονοματίζοντας τα γράμματα καθώς θα γράφονται διασφαλίζοντας έτσι μια μορφή προφορικής ανατροφοδότησης.

### **8.2.5. Η προσέγγιση των Johnson & Myklebust**

Οι Johnson & Myklebust (1967) υιοθέτησαν ένα ταξινομικό σύστημα δυσλεξίας σύμφωνα με το οποίο διακρίνονται δύο ευρείες ομάδες παιδιών με δυσλεξία. Η μία ορίζεται ότι έχει οπτική δυσλεξία και η άλλη ορίζεται ότι έχει ακουστική δυσλεξία. Στην πρώτη ομάδα των παιδιών συστήνεται η συνθετική φωνητική μέθοδος κατά την οποία προσδίδεται ελάχιστη ή καθόλου έμφαση στην εκμάθηση της ονομασίας γραμμάτων. Εστιάζεται στη διδασκαλία λέξεων που παρουσιάζονται τέλεια ή ευθεία αντιστοίχιση ήχων ή συμβόλων δηλαδή γραμμάτων και εκφερόμενων ήχων. Επιδιώκεται ακόμη η προσεκτική σύνθεση ήχων και ο συνδυασμός λέξεων για τη δημιουργία προτάσεων. Ταυτόχρονα, ο εκπαιδευτικός της τάξης ζητεί από το μαθητή με δυσλεξία να αναφέρει τη σημασία ορισμένων λέξεων ή να τις χρησιμοποιήσει σε προτάσεις προκειμένου να διαπιστωθεί το επίπεδο κατανόησης τους.

Στην δεύτερη ομάδα συστήνεται ως πλέον κατάλληλη μέθοδος εκείνη που βασίζεται στη διδασκαλία ολόκληρων λέξεων ή στην αφήγηση ιστοριών. Συνήθων διδάσκονται συστηματικά τα ουσιαστικά και τα ρήματα για να μπορούν να εξισώσουν πράγματα ή εικόνες με την τυπωμένη λέξη. Αρκετή εργασία γίνεται στην ακουστική ανάλυση και σύνθεση των λέξεων, η οποία ξεκινάει όταν το παιδί μπορεί να συσχετίσει μια τυπωμένη λέξη με κάποια προσωπική εμπειρία αντίστοιχου περιεχομένου.

### **8.2.6. Το φωνητικό πρόγραμμα ανάγνωσης και ορθογραφημένης γραφής της Helen Calcluth**

Η Helen Calcluth (1996) έχει αναπτύξει ένα φωνητικό πρόγραμμα ανάγνωσης και ορθογραφημένης γραφής που αποβλέπει στην αντιμετώπιση των συναφών δυσκολιών του παιδιού με δυσλεξία στην αγγλική γλώσσα. Πρόκειται για ένα πρακτικό, βιώσιμο και άρτια δομημένο πρόγραμμα διδασκαλίας των παιδιών αυτών που βασίζεται στη χρήση της γνώριμης πολύ-αισθητηριακής προσέγγισης και μπορεί να εφαρμοστεί σε ολόκληρη την τάξη ή σε μικρές ομάδες μαθητών του δημοτικού σχολείου. Προληπτικά μπορεί να εφαρμοστεί στις πρώτες σχολικές τάξεις του παιδιού με

δυσλεξία ή ακόμη και σε θεραπευτικό επίπεδο όταν οι μαθησιακές δυσκολίες είναι σοβαρές.

Το πρόγραμμα προβλέπει τη χρήση απλών μονοσύλλαβων λέξεων για τη διδασκαλία της ανάγνωσης και της ορθογραφημένης γραφής μέσω φωνητικής μεθόδου. Χρησιμοποιούνται ειδικές κάρτες διαφόρων επιπέδων δυσκολίας στο καθένα από τα οποία διδάσκεται διαφορετικό αναγνωστικό υλικό όπως διδασκαλία λέξεων με διάφορα σύμφωνα ή φωνήεντα, αρχικές ή καταληκτικές μίξεις συμφώνων και φωνηέντων σε λέξεις, συμπλέγματα συμφώνων κ.τ.λ. που αντιστοιχούν στις διαγνωσμένες αναγνωστικές δυσκολίες. Επίσης, προβλέπεται και η εφαρμογή ενός συμπληρωματικού προγράμματος το οποίο απευθύνεται σε τυχόν ελλείμματα ακουστικής διάκρισης του παιδιού.

### **8.2.7. Bangor Dyslexia Teaching System**

Στο πανεπιστήμιο Bangor της Ουαλίας στη Μεγάλη Βρετανία αναπτύχθηκε, στο τέλος της δεκαετίας του '80, ένα συγκεκριμένο «Σύστημα Διδασκαλίας της Δυσλεξίας» με την επωνυμία «Bangor Dyslexia Teaching System» από τον Miles (1989), ομότιμο καθηγητή Ψυχολογίας του ομώνυμου πανεπιστημίου. Το οικείο σύστημα περιλαμβάνει πρόγραμμα σταδίων διδασκαλίας που απευθύνονται στις γλωσσικές ανάγκες παιδιών με δυσλεξία τα οποία φοιτούν σε σχολεία τόσο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης όσο και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στη χώρα αυτή. Πρόκειται για ένα καλά δομημένο πρόγραμμα το οποίο προσδίδει έμφαση στα γλωσσικά ορθογραφικά χαρακτηριστικά της αγγλικής γλώσσας, έχει ευελιξία στην εφαρμογή του και επιτρέπει στον εκπαιδευτικό να έχει τις επιλογές του στη σειρά με την οποία διδάσκει το γλωσσικό υλικό. Ταυτόχρονα παρέχει σαφείς οδηγίες σχετικά με τη διαφορετική μεταχείριση των παιδιών με δυσλεξία. Για παράδειγμα, τα προθέματα και οι καταλήξεις διδάσκονται με λεπτομέρειες, ενώ προβλέπεται ειδικό κεφάλαιο που είναι αφιερωμένο στη διδασκαλία γλωσσικών δεξιοτήτων ( Στασινός, 2009).

## **8.3. Προγράμματα Παρέμβασης**

Στον αγγλοσαξονικό χώρο κυρίως εφαρμόζονται παρεμβατικά προγράμματα με συγκεκριμένη δομή και στόχους. Τα προγράμματα αυτά εφαρμόζονται σε μεγάλη κλίμακα σε κανονικά σχολεία της Μ. Βρετανίας και των ΗΠΑ από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό. Υπάρχουν πολλά εμπειρικά δεδομένα για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα τους και εφαρμόζονται σε ευρεία κλίμακα.

### **8.3.1 Παραδείγματα εξατομικευμένων προγραμμάτων παρέμβασης στον τομέα της ανάγνωσης**

- Διδασκαλία Γραφής, Ανάγνωσης και Ορθογραφίας (Teaching handwriting, reading and spelling skills THRASS)  
Πρόκειται για ένα πρόγραμμα που εφαρμόζεται στη Μεγάλη Βρετανία με σκοπό τη διδασκαλία της ανάγνωσης, της γραφής και της ορθογραφίας σε επίπεδο γραφοφωνητικό, λέξεων και προτάσεων.
- Άμεση μέθοδος για τη διδασκαλία ανάγνωσης και αριθμητικής ( direct instruction systems for teaching arithmetic and reading – DISTAR)  
Είναι ένα σύστημα διδασκαλίας, το οποίο αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ και επιδιώκει να βοηθήσει παιδιά νηπιαγωγείου και δημοτικού που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη μάθηση και ιδιαίτερα δυσκολίες στην ανάγνωση, την αναγνωστική κατανόηση, την ορθογραφία και τη γραφή. Υλοποιείται σε έξι επίπεδα και βασίζεται στην αρχή ότι τα παιδιά μαθαίνουν συγκεκριμένες δεξιότητες εφόσον τις διδαχθούν με αμεσότητα και ακρίβεια.
- Πρόγραμμα αναγνωστικής ανάκτησης (reading recovery)  
Ένα καθημερινό εξατομικευμένο πρόγραμμα, το οποίο σχεδιάστηκε από την M. Clay και εφαρμόζεται από ειδικά εκπαιδευμένους δασκάλους με σκοπό να ενισχύει μαθητές της Α και Β δημοτικού που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανάγνωση και την ορθογραφημένη γραφή συγκριτικά με τους συνομήλικούς τους.
- Φίλοι με το βιβλίο ( book buddies)

Ένα πρόγραμμα παρέμβασης σχεδιασμένο για παιδιά με αναγνωστικές δυσκολίες. Τα παιδιά αυτά λαμβάνουν εξατομικευμένα μαθήματα δύο φορές την εβδομάδα από εθελοντές καθηγητές, επιπλέον των μαθημάτων που παρακολουθούν στην κανονική τάξη.

### **8.3.3 Παραδείγματα προγραμμάτων παρέμβασης στην ορθογραφία**

- Πολυαισθητηριακή Μέθοδος  
Βασίζεται στη θεωρία ότι η μάθηση επιτυγχάνεται πιο αποτελεσματικά, όταν υπάρχει αλληλεπίδραση οπτικών, ακουστικών και κιναισθητικών στοιχείων της γλώσσας. Για παράδειγμα, χρήση ξύλινων, πλαστικών ή μαγνητικών γραμμάτων, τα οποία το παιδί βλέπει και ψηλαφίζει με ανοιχτά ή κλειστά μάτια, τα ακουμπά σε διαφορετικές επιφάνειες, τα αντιγράφει χρησιμοποιώντας διαφορετικά μέσα, τα κόβει και φτιάχνει κολλάζ με λέξεις, έτσι ώστε κατά την αναγνώριση τους να χρησιμοποιείται το οπτικό, το ακουστικό και το κιναισθητικό κανάλι μάθησης. Τα αποτελέσματα της χρήσης αυτής της μεθόδου έχουν κριθεί θετικά.
- Εικονογραφική μέθοδος  
Η ορθογραφία μαθαίνεται μέσω εικονογραφημάτων. Ο κύριος στόχος της εικονογραφικής μεθόδου είναι να κατακτηθεί η σύνδεση μεταξύ εικόνας και φωνημάτων, έτσι ώστε τα παιδιά να ανακαλούν τα φωνήματα κατά την ορθογραφία. Τέτοιου τύπου προγράμματα είναι ειδικά σχεδιασμένα για μαθητές με δυσκολίες στην ορθογραφία, εφόσον έχουν ικανοποιητικού βαθμού ετοιμότητα για το συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο (φωνολογική επίγνωση, σωστή εκφορά κ.α.).

### **8.3.3 Προγράμματα λογισμικού**

Οι υπολογιστές καθώς και άλλες ηλεκτρονικές συσκευές, έχουν τη δυνατότητα αφενός να παρεμβαίνουν θεραπευτικά, ως προς τις αναγνωστικές δυσκολίες και αφετέρου να βοηθούν τα άτομα εκείνα για τα οποία η ανάγνωση και η γραφή θα εξακολουθήσουν να αποτελούν μεγάλες προκλήσεις παρά το γεγονός ότι έχουν λάβει μέρος σε εντατικές, υψηλής ποιότητας εκπαιδευτικές παρεμβάσεις

(Ζακοπούλου,2015). Σε πολλές χώρες του εξωτερικού έχουν αναπτυχθεί προγράμματα λογισμικού για τη γλώσσα. Τα τελευταία χρόνια έχουν διαμορφωθεί ανάλογα προγράμματα και στην Ελλάδα, τα οποία εστιάζουν σε δραστηριότητες αναγνωστικές ικανότητες και ορθογραφίας . Τέτοια προγράμματα είναι :

- Talking books ( βιβλία που μιλούν)  
Το οποίο αποτελεί ένα από τα πιο δημοφιλή προγράμματα που κυκλοφορούν σε cd-rom. Στην οθόνη του υπολογιστή προβάλλονται σελίδες βιβλίου και τα παιδιά μπορούν να επιλέξουν ή ο υπολογιστής να τους διαβάσει ένα ολόκληρο κείμενο ή λέξεις ή φράσεις.
- Storybook software ( software ιστοριών )  
Περιλαμβάνει εικονογραφημένες ιστορίες που παρουσιάζονται στον υπολογιστή και που το παιδί καλείται να διαβάσει ( Πολυχρόνη, Χατζηχρήστου, Μπίμπου, 2006).

Η έρευνα των μαθησιακών διαταραχών έχει διευκολύνει σημαντικά την κατανόηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και το γεγονός αυτό έχει συμβάλει ουσιαστικά στην αλλαγή της φιλοσοφίας και της πρακτικής που διέπει την αντιμετώπιση αυτών των παιδιών στο πλαίσιο του σχολείου. Από το 1950, οι ειδικοί άρχισαν να αμφιβάλλουν κατά πόσο βοηθά τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες η ένταξη τους σε ειδικές τάξεις. Την τελευταία δεκαετία, έχει πλέον καθιερωθεί η ένταξη των παιδιών αυτών σε κανονικές τάξεις και , σύμφωνα με τη νέα εκπαιδευτική φιλοσοφία, επιχειρείται η προσαρμογή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στις ανάγκες των μαθητών ( Κάκουρος, 2001).



## Επίλογος

Ολοκληρώνοντας τη σφαιρική παρουσίαση των θεμάτων τραυλισμός και δυσλεξία, δεν θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η ανάλυση αυτών των δύο θεμάτων είναι αλάθητη, καθώς οι ερευνητικές μελέτες που γίνονται, συνεχώς παρουσιάζουν νέα δεδομένα. Ωστόσο, είναι μια προσπάθεια για κατάλληλη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για αυτές τις τόσο διαδεδομένες διαταραχές.

Συνοψίζοντας και ολοκληρώνοντας το θέμα του τραυλισμού, συμπερασματικά πρέπει να αναφερθεί ότι ο τραυλισμός είναι μια ιδιάζουσα μορφή διαταραχής επικοινωνίας και είναι δυνατόν να διαγνωστεί από την προσχολική ηλικία. Από έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς, έχει διαπιστωθεί ότι ο τραυλισμός αφορά κυρίως τα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια. Οι επαναλήψεις ήχων και συλλαβών, οι επιμηκύνσεις ήχων, τα επιφωνήματα, οι διακοπτόμενες λέξεις, οι περιφράσεις, οι παρεμβολές ήχων και οι επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά του ατόμου με τραυλισμό. Για την αντιμετώπιση του σημαντική είναι η επίσκεψη του ατόμου σε ένα ειδικό, που αφού αποκτήσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για το άτομο που τραυλίζει, τόσο για την προσωπικότητα του, τον συναισθηματικό του κόσμο και τα άτομα που το περιβάλλουν, όσο και για τα συμπτώματα του τραυλισμού, θα μπορέσει να εξασφαλίσει καλύτερες ευκαιρίες προσαρμοσμένες στις δικές του δυνατότητες. Για να σημειωθεί ωστόσο μια επιτυχής θεραπευτική αγωγή κρίνεται απαραίτητη τόσο η συμβολή της οικογένειας όσο και του ευρύτερου οικείου περιβάλλοντος του ατόμου που τραυλίζει.

Η δυσλεξία αποτελεί βασικό κομμάτι των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών, με σημαντικές δυσκολίες στην πρόσκτηση και χρήση ικανοτήτων ακρόασης, ομιλίας, ανάγνωσης, γραφής, συλλογισμού ή μαθηματικών ικανοτήτων. Αν και έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες, η κύρια αιτία αυτών των δυσκολιών φαίνεται να είναι η δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η δυσλεξία χωρίζεται σε ειδική ή επίκτητη δυσλεξία και μπορεί να έχει αρκετές μορφές, όπως βαθιά δυσλεξία ή φωνολογική δυσλεξία. Η πρόωμη διάγνωση είναι πολύ σημαντική στην περίπτωση της δυσλεξίας γιατί μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματικότερη παρέμβαση. Φυσικά, η διάγνωση μπορεί και πρέπει να γίνεται από ειδικά σχεδιασμένη και καταρτισμένη ομάδα, όπως και η θεραπεία. Έχουν διατυπωθεί αρκετές προσεγγίσεις σχετικά με τη θεραπεία της δυσλεξίας με πιο διαδεδομένη αυτή του Orton. Επίσης, έχουν δημιουργηθεί προγράμματα για τις δυσκολίες της δυσλεξίας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναστασίου, Δ., (1998). *Δυσλεξία. Θεωρία και έρευνα , Όψεις πρακτικής*. Αθήνα : Ατραπός.
- Ανδρέου, Σ. Α (2010). Διαταραχές της ροής της ομιλίας. Λεμεσός: Στέλιος Ανδρέου.
- Αλεξάνδρου. Κ. Α. (1988). Τραυλισμός. Η πιο οδυνηρή διαταραχή της ομιλίας. Θεωρητική και πρακτική αντιμετώπιση του προβλήματος. Αθήνα: Βυζάντιο.
- Βλασσοπούλου, Μ. & Γιαννετοπούλου, Α. & Διαμαντή, Μ. & Κιρπότην, Λ. & Λεβαντή, Ε. & Λευθήρη, Κ. & Σακελλαρίου, Γ. (2007). *Γλωσσικές δυσκολίες και γραπτός λόγος στο πλαίσιο της σχολικής μάθησης*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Βλάχος, Φ. (1998). Αριστεροχειρία μύθοι και πραγματικότητα. Ελληνικά Γράμματα.
- Γκοτζαμάνης, Κ. (1996). Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV. Αθήνα: Λίτσας.
- Γκουγκούμη, Μ. & Καραμπά, Α., (2013). *Μορφές και Τύποι δυσλεξίας*.
- Δράκος (1992). Σύγχρονα προβλήματα της Θεραπευτικής Παιδαγωγικής. Η παιδαγωγική Αγωγή του Λόγου και της Ομιλίας. Τραυλισμός. Αθήνα: Αφών Τολίδη
- Εξαρχάκος, Γ (2001). Φυσιοπαθολογία της Φωνής. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος , Ε. (2001). *Η έκβαση της ΔΕΠ-Υ*. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε.Μανιαδάκη, Κ (2006). Τραυλισμός. Η Φύση και η Αντιμετώπιση του στα παιδιά και τους Εφήβους. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κάκουρος, Μανιαδάκη, (2006). Ψυχοπαθολογία παιδιών και Εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση. Αθήνα: Γιώργος Δάρδανος: Τυπωθήτω.
- Καμπανάρου Μ (2007). Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας. Αθήνα: Έλλην.
- Καλαντζής, Κ.Γ (1985). Διαταραχές του Λόγου στην παιδική ηλικία. Αθήνα. ΙΩ. Καμπανάς.

- Καρπαθίου, Ε. Χ. & Δάλλα, Β. & Μαρρά, Μ. , (1994). *Δυσλεξία, Dyslexia*. Αθήνα : Έλλην.
- Λιβανιού, Ε., (2004). *Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη*. Αθήνα: Κέδρος.
- Μαλανδράκη Γ. 2012. *Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός*. Αθήνα.
- Μακντόναλντ Λάντελλ Ρ.Μ (1982). *Απαλλαγείτε από το τραύλισμα*. Αθήνα: Θυμάρι.
- Μπέλλα, Σ (2007). *Σημειώσεις για το μάθημα: <<Κλινικά Θέματα Λογοπαθολογίας>>*. Α.Τ.Ε.Ι Ηπείρου, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Λογοθεραπείας.
- Μάρκου, Ν., (1998). *Δυσλεξία: Αριστεροχειρία, Κινητική αδεξιότητα, υπερκινητικότητα*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.
- Μόττη - Στεφανίδη, Φ., (1999). *Αξιολόγηση της νοημοσύνης παιδιών σχολικής ηλικίας και εφήβων* . Αθήνα: Ελληνικά Γ ράμματα.
- Οικονομίδου, Μ. (2009). *Σημειώσεις για το μάθημα <<Διαταραχές της Ροής της Ομιλίας>>*. Α.Τ.Ε.Ι Ηπείρου, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Λογοθεραπείας.
- Παντελιάδου, Σ. & Μπότσας, Γ., (2007). *Μαθησιακές δυσκολίες, βασικές έννοιες και χαρακτηριστικά*. ΒΟΛΟΣ: ΕΠΕΑΕΚ
- Παπασιλέκας, Α. (1979). *Διαταραχές του Λόγου*. Αθήνα.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. , Καλαντζή, Α., Γιαννίτσας, Ν.Δ., Μαυρομάτη, Θ., & Παίζη, Μ. (1996). *Αθηνά-Τεστ Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πολυχρόνη, Φ. & Χατζηχρήστου, Χ. & Μπίμπου, Α. , (2010) *Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες Δυσλεξία Ταξινόμηση, Αξιολόγηση και Παρέμβαση*. Αθήνα: Ελληνικά Γ ράμματα.
- Πόρποδας, Κ., (2003). *Διαγνωστική αξιολόγηση και αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών στο Δημοτικό σχολείο*. Πάτρα: ΕΠΕΑΕΚ.
- Πόρποδας, Κ., Δ. (1992). *Δυσλεξία: Η ειδική διαταραχή στη μάθηση του γραπτού λόγου*. Αθήνα: Όστρακο.
- Πόρποδας, Κ., Δ. (1997). *Δυσλεξία: Η ειδική διαταραχή του γραπτού λόγου. Ψυχολογική θεώρηση*. Αθήνα: Του ιδίου & Ελληνικά Γράμματα.
- Σακκάς, Β. , (2002). *Μαθησιακές Δυσκολίες και Οικογένεια*. Αθήνα: Ατραπός.

- Σερδάρης, Π. (1998). *Ψυχολογία των Διαταραχών του Λόγου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Στασινός, Δ. (1999). *Δυσλεξία και σχολείο: Η εμπειρία ενός αιώνα*. Αθήνα: Gutenberg.
- Στασινός, Δ., (2003). *Μαθησιακές δυσκολίες του παιδιού και του εφήβου*. Αθήνα: Gutenberg.
- Στασινός, Δ.Π. (2009). *Ψυχολογία του Λόγου και της Γλώσσας*. Αθήνα: Gutenberg.
- Τζουριάδου, Μ., (1995). *Παιδιά με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες. Μια Ψυχοπαιδαγωγική Προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: Προμηθέας.
- Τομαράς, Ν. (2008). *Μαθησιακές Δυσκολίες: Ισότιμες ευκαιρίες στην εκπαίδευση: Πρακτικές απαντήσεις στα ερωτήματα γονιών και εκπαιδευτικών για τη δυσλεξία, τις δυσαριθμησίες και τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, υπερκινητικότητα*. Αθήνα: ΠΑΤΑΚΗ
- Τσιάντης, Γ. Ξυπολυτά Ζ (2001). *Ψυχοσωματικά Προβλήματα των Παιδιών*. Αθήνα: Καστανιώτη.

## **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ**

- Andrews, G Craig, A. Feyer A.M Hoddinott, S Howie, P Nelson M. (1983). Stuttering .A review of research Findings and theories circa 1982 Journal of speech and Hearing Disorders, 48, 226-246
- Barry Guitar, (2014).Τραυλισμός Μια Ολοκληρωμένη Προσέγγιση για τη Φύση και τη θεραπεία του Αθήνα: ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ εκδόσεις.
- Craig, A, Hancock, K Tran, Y, Craig, M, k Peters, K.(2002) Epidemiology of stuttering in the Community across the entire life span. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 45(6), 1097-1105.
- Elliott, J. & Grigorenko, E. (2014). *Δυσλεξία. Νέες προσεγγίσεις – Νέες προοπτικές*. (Επιμ. Ζακοπούλου, Β.- Μτφρ: Χριστοδουλίδης, Π. – Ζαραβέλλα, Ε.), Πάτρα: GOTSIS
- Guitar B (1998) stuttering an Integrated Approach to its Nature and Treatment, 2 Baltimore: Williams’s k Wilkins.

- HUGO H.GREGORY (2003): Stuttering Therapy Rationale and Procedures, ALLYN AND BACON.
- HUGO H.GREGORY(2003) .Stuttering therapy Rationale and Procedures
- Nathan Laved, M.D (2003) .Understanding stuttering University Press of Mississippi.
- Pavlidis, G.Th. (1986). *Dyslexia: Its Neuropsychology and Treatment*. Chichester, J. Wiley and Sons.
- Yain, E k Ambrose, N.G (1999). Early childhood stuttering I Persistency and recovery rates. Journal of speech, Language, and Hearing research 42(5), 1097-1112
- Ward, D (2008). Stuttering and cluttering .frameworks for understanding and treatment Psychology Press.
- Watkins, R.V. Yairi, E.K' Ambrose, N.G (1999). Early childhood stuttering III: Initial status of expressive language abilities. Journal of speech, Language and Hearing Research, 42, 1125-1135.
- Walter H. Manning (2001): Clinical Decision Making in Fluency Disorders, Ph. D the University of Memphis second edition.

### **Πηγές από το internet**

<https://dyslexiaida.org/>

<https://www.bps.org.uk/>