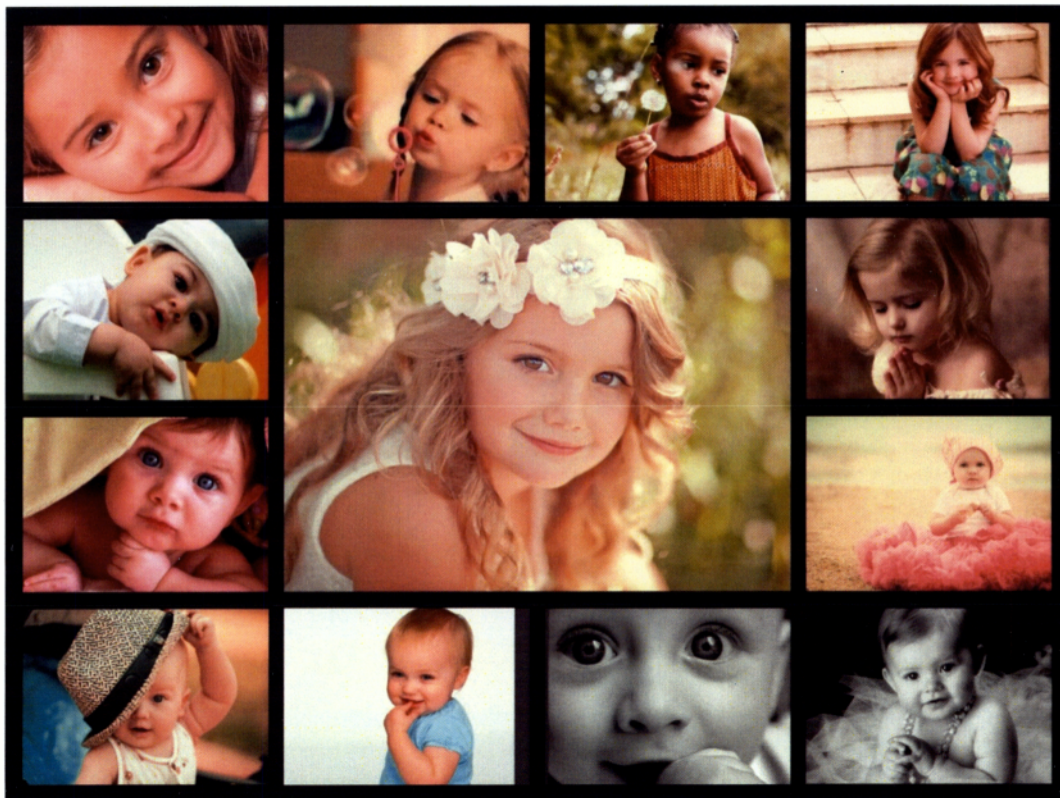




Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Λογοθεραπείας.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ
ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ, ΜΕΣΩ ΤΥΠΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΤΥΠΙΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

Γιάννη Μαρία – Ευρυνόμη

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

Γερμανά Ειρήνη, Λογοθεραπεύτρια M.Sc
Υπεύθυνη Κλινικών Τμημάτων Λογοθεραπείας

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ
ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ, ΜΕΣΩ ΤΥΠΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΤΥΠΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ
ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ, ΜΕΣΩ ΤΥΠΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΤΥΠΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Πτυχιακή εργασία που υποβλήθηκε στο Α.Τ.Ε.Ι.

Καλαμάτας για την απόκτηση του πτυχίου

Υπό

Την Γιάννη Μαρία – Ευρυνόμη

Εργασία η οποία έλαβε μέρος στο Τμήμα

Λογοθεραπείας με την επίβλεψη

της καθηγήτριας **Γερμανά Ειρήνη**

ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ, M.Sc.
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
Α.Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Τμήμα Λογοθεραπείας

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2014

*" Be not afraid of greatness. Some are born great, some achieve greatness,
and some have greatness thrust upon' em. "*

William Shakespeare,
Twelfth Night (II, v, 156-159)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Εκφράζω εξέχουσες ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Γερμανά Ειρήνη για την πολύτιμη υποστήριξη της και τη βοήθεια της στην εκπόνηση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας - Έρευνας.

Ευχαριστίες δίνονται στη Χριστίνα Βρεττού για την βοήθεια και την υποστήριξη της στην παρούσα Πτυχιακή Εργασία. Ιδιαίτερες ευχαριστίες δίνονται στο *"Κέντρο Λογοθεραπείας Ράνια Καλλίδου"*, που επέτρεψαν τη συλλογή δείγματος ομιλίας των παιδιών, όπως επίσης και στις λογοθεραπεύτριες του Κέντρου, Ράνια Καλλίδου και Κατερίνα Τολούμη, για την συνεργασία, την βοήθεια και την υποστήριξη τους αναφορικά με τη διεξαγωγή της Πτυχιακής Εργασίας.

Δηλώνω ευχαριστίες στην οικογένεια μου και τους φίλους, για την υποστήριξη τους καθ' όλη τη διάρκεια αυτού του ταξιδιού.

Τέλος, αφιερώνω την παρούσα Πτυχιακή Εργασία στη μνήμη εκείνων, που δεν είναι πλέον μαζί μας – και το πνεύμα τους μας παρέχει δύναμη να συνεχίσουμε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τραυλισμός είναι ένα πολύπλοκο πρόβλημα που απασχολεί την ομήγουρη των κλινικών λογοθεραπευτών και γενικά ένα ευρύ φάσμα επιστημών. Είναι μία ιδιαίτερη διαταραχή ομιλίας, στην οποία η ροή ομιλίας χαρακτηρίζεται από επαναλήψεις ήχων, συλλαβών, λέξεων και φράσεων, επιμηκύνσεις, μπλοκαρίσματα και παρεμβολές. Η συνηθέστερη ηλικία έναρξης αντικατοπτρίζεται μεταξύ 2 έως 6 ετών. Διάφοροι σημαντικοί παράγοντες απαρτίζουν σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση και τη σφυριλάτηση του ως προς την επιδείνωση της διαταραχής. Βασικός σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση προβλημάτων λόγου και ομιλίας σε παιδιά με τραυλισμό μέσω τυπικών και άτυπων μεθόδων.

Η πτυχιακή εργασία χωρίζεται σε θεωρητικό και ερευνητικό μέρος. Στο θεωρητικό μέρος γίνεται μια εξονυχιστική αναφορά για τον τραυλισμό. Ειδικότερα, περιγράφεται η φυσιολογική ροή, η ιστορική αναδρομή, ο ορισμός του τραυλισμού, η επιδημιολογία, οι διαφορές φύλου, τα αίτια που πιθανόν προκαλούν τον τραυλισμό, οι μορφές και τα είδη του τραυλισμού, τα χαρακτηριστικά, η θεραπευτική αντιμετώπιση και άλλες επικουρικές μέθοδοι αντιμετώπισης.

Αναφορικά, με το ερευνητικό μέρος της εργασίας διεξήχθη μια τυπική μέθοδος αξιολόγησης και άλλες δύο άτυπες μέθοδοι αξιολόγησης σε μια ομάδα παιδιών με τραυλισμών (ομάδα ελέγχου) ηλικίας 4 – 6 ετών και σε μια ομάδα ισάριθμων παιδιών αντίστοιχης ηλικίας με φυσιολογική ροή ομιλίας (ομάδα αναφοράς). Επιπροσθέτως, δόθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 22 διχοτομικές ερωτήσεις κλειστού τύπου. Εν κατακλείδι, ως προς την αξιολόγηση των παιδιών έλαβαν μέρος συνολικά 12 παιδιά, εκ των οποίων η κάθε ομάδα απαρτιζόταν από 6 μέλη, ενώ όσον αφορά το ερωτηματολόγιο ερωτήθηκαν οι έξι γονείς των παιδιών που παρουσιάζουν διαταραχή ροής και ομιλίας – τραυλισμό.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας ενδέχεται να εμφανίσουν συνωδά γλωσσικά προβλήματα. Η πλειοψηφία των δυσρυθμιών συγκεντρώνεται στα έκκροτα / στιγμικά φωνήματα. Τα παιδιά με τραυλισμό (170

βαθμοί) έχουν χαμηλότερο επίπεδο λεξιλογίου από ότι τα παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας (251 βαθμοί). Επιπροσθέτως, τα παιδιά με τραυλισμό παρουσιάζουν περισσότερες δυσρυθμίες όταν καλούνται να απαντήσουν σε κάτι συγκεκριμένο (102 δυσρυθμίες) , όπως στη Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης, παρά στον αυθόρμητο τους λόγο με το Παιχνίδι ρόλων – Μανάβικο (88 δυσρυθμίες). Σε σύγκριση με το παρόν αποτέλεσμα συγκλίνουν τα παιδιά με φυσιολογική ροής ομιλίας, τα οποία δεν παρουσιάζουν δυσρυθμίες όταν καλούνται να δώσουν μια απάντηση σε συγκεκριμένα πλαίσια, ενώ στον αυθόρμητο του λόγο (Παιχνίδι ρόλων – Μανάβικο) έχουν μικρό αριθμό δυσρυθμιών (6 δυσρυθμίες). Επίσης, διαπιστώνεται ότι οι παράγοντες της κληρονομικότητας (με συγκέντρωση 3 βαθμών και με μέγιστο αριθμό επιβάρυνσης τον αριθμό 7), του περιβάλλοντος (με συγκέντρωση πάνω από 3,5 βαθμούς με μέγιστο βαθμό επιβάρυνσης τον αριθμό 7) και της οικογένειας (με συγκέντρωση πάνω από 2,5 βαθμούς με μέγιστο βαθμό επιβάρυνσης τον αριθμό 5) κατέχουν σημαντικό ρόλο ως προς την εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας. Στον αντίποδα, ως παρακλάδι του οικογενειακού παράγοντα η σχέση ανάμεσα στα αδέρφια ως αιτία εμφάνισης της διαταραχής του τραυλισμού (με συγκέντρωση κάτω από 1,5 βαθμούς με μέγιστο αριθμό επιβάρυνσης τον αριθμό 3) δεν διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο.

Τα αποτελέσματα αναλύονται σε πίνακες και σχήματα, ενώ στη συνέχεια ακολουθούν τα συμπεράσματα και οι αντίστοιχες εισηγήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Ο λόγος των φυσιολογικών ατόμων – Φυσιολογική Ροή	13 – 14
1.2 Ιστορική Αναδρομή	14 – 15
1.2.1 Πριν τον 19 ^ο αιώνα	15 – 16
1.2.2 Κατά τη διάρκεια του 18 ^{ου} και 19 ^{ου} αιώνα	17
1.2.3 Κατά τη διάρκεια του 19 ^{ου} και 20 ^{ου} αιώνα	17 – 19
1.3 Ορισμός τραυλισμού	19 – 23
1.4 Επιδημιολογία	23 – 24
1.5 Οι διαφορές φύλου	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΙΤΙΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

2.1 Ιστορική Αναδρομή της αιτιολογίας του τραυλισμού.....	26
2.2 Αιτιολογικοί Παράγοντες – Θεωρίες για τα αίτια του τραυλισμού	26 – 27
2.2.1 Η θεωρία της εγκεφαλικής κυριαρχίας	27 – 29
2.2.2 Γενετικοί Παράγοντες	29 – 31
2.2.3 Νευρολογικοί Παράγοντες	31
2.2.4 Ψυχογενείς Παράγοντες	31 – 32
2.2.5 Ψυχολογικοί & Περιβαλλοντικοί Παράγοντες	32 – 34
2.2.6 Η υπόθεση της κατάρρευσης	34
2.2.7 Η υπόθεση της “αποθιμμένης ανάγκης”	35
2.2.8 Η υπόθεση της αναμονής – αντιμετώπισης	35 – 36
2.2.9 Η υπόθεση των δυνατοτήτων και των απαιτήσεων	36 – 37

2.2.10 Η υπόθεση της συγκαλυμμένης διόρθωσης	37
----------------------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

3.1 Εισαγωγή.....	38
3.2 Βασικές Μορφές Τραυλισμού	38 – 39
3.3 Είδη τραυλισμού	39
3.3.1 Εξελκτικός Τραυλισμός – Αναπτυξιακή Πορεία Τραυλισμού	40
3.3.1.1 Η Φυσιολογική Δυσρυθμία	41 – 42
3.3.1.2 Ο Οριακός Εξελκτικός Τραυλισμός	42
3.3.1.3 Ο Αρχικός / Ήπιος Εξελκτικός ή Επίμονος Τραυλισμός	43
3.3.1.4 Ο Μέτριος Εξελκτικός ή Επίμονος Τραυλισμός	43 – 44
3.3.1.5 Ο Προχωρημένος / Σοβαρός Εξελκτικός ή Επίμονος Τραυλισμός	44 – 45
3.3.2 Επίκτητος Τραυλισμός	45
3.3.2.1 Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός	45 – 46
3.3.2.2 Νευρογενής Επίκτητος Τραυλισμός	46 – 48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

4.1 Εισαγωγή	49
4.2 Πρωτογενή Χαρακτηριστικά	49 – 54
4.3 Δευτερογενή Χαρακτηριστικά	55 – 56
4.4 Συναισθήματα & Πεποιθήσεις – Ψυχολογικές Εκφάνσεις	56 – 57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

5.1 Θεραπευτικές Αρχές	58 – 59
5.2 Θεραπευτικοί Στόχοι	59 – 61

5.3 Θεραπευτικές Σχολές Τραυλισμού	61
5.3.1 Τροποποίηση Τραυλισμού	61 – 66
5.3.2 Μορφοποίηση Ροής	66 – 72
5.4 Έμμεση Θεραπευτική Αντιμετώπιση	72 – 74
5.5 Άμεση Θεραπευτική Αντιμετώπιση	74 – 75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ & ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ (ΑΛΛΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ)

6.1 Εισαγωγή	76
6.2 Συσκευής Καθυστερημένης Ακουστικής Ανατροφοδότησης	76 – 77
6.3 Συσκευή Επικαλυπτόμενου Ήχου	77
6.3.1 Συγκάλυψη Λευκού Θορύβου	77 – 78
6.3.2 Συγκάλυψη Τόνου	78
6.4 Ακουστική Ανάδραση Μετατόπισης της Συχνότητας	78
6.5 Συσκευής Καθιέρωσης και Εξάσκησης της Ευχέρειας Ομιλίας με τη βοήθεια Υπολογιστή	79
6.6 Συσκευή Ευχέρειας της Ομιλίας	79
6.7 Μετρονόμος	79 – 80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας – Τα γλωσσικά προβλήματα στον τραυλισμό	81
7.2 Σκοπός έρευνας	82
7.3 Μεθοδολογία έρευνας	82 – 83
7.4 Πληθυσμός – Δείγμα	84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1 Αποτελέσματα	85
8.1.1 Αποτελέσματα του δείγματος ομιλίας των παιδιών	85 – 118
8.1.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου	119 – 120
8.2 Συγκεντρωμένα αποτελέσματα	121 – 124

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

9.1 Επεξεργασία αποτελεσμάτων του δείγματος ομιλίας των παιδιών και συμπεράσματα	125 – 132
9.2 Επεξεργασία αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου και συμπεράσματα	132 – 138

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συζήτηση	139 – 142
----------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	143 – 152
---------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο	153 – 159
----------------------	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Ο Λόγος των φυσιολογικών ατόμων – Φυσιολογική ροή

Στην αλληγορία του σπηλαίου, ο Πλάτωνας παρουσιάζει τον αμαθή άνθρωπο βυθισμένο στο σκοτάδι της άγνοιας, δηλαδή αλυσοδεμένο και ακίνητο να συνηθίζει την πλάνη και τελικά να μαθαίνει να παίρνει το ψέμα για αλήθεια. Σύμφωνα με τον φιλόσοφο, μόνο η παιδεία έχει τη δύναμη να απελευθερώσει τον άνθρωπο από κατάσταση της πνευματικής δουλείας και να τον οδηγήσει έξω από το σπήλαιο στο φως της γνώσης. Στην αρχαία Ελλάδα ο λόγος απογαλακτίστηκε από τον ανορθολογισμό και η έναρθη σκέψη βρήκε το πνευματικό έδαφος, για να σταθεί ώριμη, δυνατή και υπεύθυνη απέναντι στον κόσμο και να τον μελετήσει αντικειμενικά.

Έτσι, με την εξέλιξη της κοινωνίας σε όλους τους τομείς, ο λόγος έγινε η λογική δύναμη και η νόηση μέσα στον άνθρωπο και παρ' όλες τις έρευνες που εφαρμόστηκαν χρησιμοποιώντας τον, μελετήθηκε εξίσου και ο ίδιος ο λόγος ως προς διάφορα χαρακτηριστικά. Ένα από αυτά είναι η τάση να διακρίνουμε το λόγο σε εύλωτο και μη εύλωτο.

Ο ευφράδης λόγος χαρακτηρίζεται για την απαλότητα και την διάρκεια των ήχων της ατομικής ομιλίας, αλλά και για την ευκολία που γίνεται η μετάβαση από τον έναν ήχο ή συλλαβή στον άλλον. Οι διαδικασίες που απαρτίζουν σημαντικό ρόλο είναι αναμφισβήτητα οι διαδικασίες άρθρωσης, αλλά και το φωνητικό και αναπνευστικό σύστημα με ποικίλους τρόπους. Δηλαδή, η ευφράδεια καθορίζεται από την απαλότητα της έναρξης και τη διάρκεια της αναπνοής και την ομιλία (Adams, 1987).

Είναι, λοιπόν, απαραίτητα τα χαρακτηριστικά της ροής του αέρα και της φώνησης για την επιτέλεση της πράξης της ομιλίας. Ο ακριβής χρόνος έναρξης της ροής του αέρα εξαρτάται από τρεις παράγοντες, που είναι παρόντες τα πρώτα δευτερόλεπτα έπειτα από την εμφάνιση του ερεθίσματος που προκαλεί την ομιλία. Αυτοί οι παράγοντες είναι τα πνευμόνια, η εκπνοή και η γλωττίδα. Αρχικά, τα πνευμόνια πρέπει να είναι έτοιμα να αναπληρώσουν κάποιο μέρος από τη ζωτική ικανότητα αέρα του καθένα. Έπειτα, οι ενεργητικές και / ή παθητικές δυνάμεις εκπνοής πρέπει να αυξήσουν γρήγορα πάνω από

το ατμοσφαιρικό επίπεδο την πίεση του αέρα των πνευμόνων. Τέλος, η γλωττίδα όταν επιχειρείται η πράξη εκπνοής, πρέπει να είναι λίγο διαφορετική από τη θέση παραγωγής των μυών. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η ευφράδεια της ομιλίας βασίζεται εν μέρει στο σωστό συγχρονισμό, την κατάλληλη απαλή έναρξη, την διατήρηση της ροής του αέρα και τη δόνηση της γλωττίδας. Από αυτό συνεπάγεται ως επί το πλείστον, ότι η οποιαδήποτε ενέργεια των μυών που επιδρά σε αυτούς τους παράγοντες που στηρίζουν το συντονισμό, ενδεχομένως να καθορίζουν την εύλωτη ομιλία. Με βάση, αυτή τη θεωρία, οι δραστηριότητες των μυών που συντελούν στη μη ολοκλήρωση της πίεσης και της αντίστασης της γλωττίδας, αποτελούν εμπόδιο στο χρόνο, την έναρξη και τη διατήρηση της ροής του αέρα και της συνακόλουθης ομιλίας. Κατ' επέκταση, αυτές οι δραστηριότητες θεωρούνται καθοριστικοί συντελεστές του τραυλισμού (Adams, 1987).

Πέρα από τα παραπάνω, η ευφράδης ομιλίας ή αλλιώς η λεγόμενη φυσιολογική ροή είναι μια έννοια που λίγο δύσκολα μπορεί να οριστεί. Ο Guitar (2006), αναφέρει ότι «η φυσιολογική ροή ορίζεται ως η ροή ομιλίας χωρίς προσπάθεια ή η ομαλή μετάβαση ήχων, συλλαβών και λέξεων». Οι Yairi και Seery (2011), τονίζουν πως η φυσιολογική ροή «αναγνωρίζεται από την ευκολία και συνεχόμενη (μη διακοπτόμενη) κίνηση των μυών της ομιλίας και των ήχων που καταλήγουν από αυτήν». Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ένωση Ομιλίας, Λόγου και Ακοής, το 1999, όπως αναφέρεται στη Μαλανδράκη (2012), σημειώνεται ότι η φυσιολογική ροή ή ευχέρεια είναι : «η παράμετρος εκείνης της παραγωγής ομιλίας που περιλαμβάνει τη συνέχεια, την ομαλότητα, το ρυθμό και / ή την προσπάθεια με τις οποίες ένας ομιλητής παράγει τις διάφορες γλωσσολογικές μονάδες».

Συνοπτικά, γίνεται αισθητό ότι η φυσιολογική ροή γίνεται αντιληπτή ως μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη λειτουργία της επικοινωνίας.

1.2 Ιστορική αναδρομή του φαινομένου του τραυλισμού

Από την αρχαιότητα οι άνθρωποι πολιτισμοί ασχολήθηκαν με τον τραυλισμό, καθώς ως ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο πρόβλημα, εγείρει την κατανόηση της φύσης και της αιτιολογίας του, αποσκοπώντας την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι απόψεις και οι αντιλήψεις που έχουν διατυπωθεί ανά χρονικά διαστήματα, απηχούσαν

στις πεποιθήσεις αφ' ενός της κάθε εποχής και αφ' ετέρου των "ειδικών" της εποχής αυτής.

Για αιώνες έχουν εφαρμοστεί τύποι θεραπειών, όπως η πόση νερού από ένα κέλυφος σαλιγκαριού για το υπόλοιπο της ζωής του ατόμου, το χτύπημα του ατόμου που τραύλιζε στο πρόσωπο όταν ο καιρός ήταν συννεφιασμένος, η ενδυνάμωση της γλώσσας όπως ενός μυ, και τέλος τα διάφορα βότανα. Σημείο αναφοράς, επίσης, αποτελούν και οι περίεργες θεωρίες που επικρατούσαν όσον αφορά τις αιτίες. Για παράδειγμα, υποστηρίζεται ότι ο τραυλισμός προέρχεται από το υπερβολικό γαργάλημα του βρέφους, τη λανθασμένη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια του θηλασμού, η μη απαγόρευση σε ένα νήπιο να κοιτάζει τον καθρέπτη, το κόψιμο των μαλλιών ενός παιδιού πριν το παιδί πει τα πρώτα του λόγια, η πολύ μικρή γλώσσα ενός παιδιού ή ακόμη και ότι ήταν έργο του διαβόλου (Kurster, 2005).

1.2.1 Πριν το 19^ο αιώνα

Ένα από τα πιο δημοφιλή άτομα, που παρουσίασε το φαινόμενο του τραυλισμού ήταν ο αρχαίος Έλληνας ρήτορας Δημοσθένης, ο οποίος επιχείρησε να θέσει υπό έλεγχο τη γλωσσική του διαταραχή μιλώντας με χαλίκια στο στόμα του. Επιπλέον, στο Ταλμούδ (Ιερό Βιβλίο των Ιουδαίων) επισημαίνεται ότι ο Μωυσής είχε την διαταραχή του τραυλισμού, η οποία οφειλόταν στην τοποθέτηση ενός άνθρακα που είχε υποστεί καύση στο στόμα του, προκαλώντας με αυτό τον τρόπο αργό και διστακτικό λόγο (Brosch & Pirsig, 2001), ενώ έβαζε τον αδερφό του να μιλάει αντί για εκείνον (Garfinkel, 1995). Σύμφωνα με τον Curlee (1999), στην αρχαία Αίγυπτο έχει γίνει αναφορά για ένα ιερογλυφικό σύμβολο αναφορικά με τον τραυλισμό. Σε αυτό το σύμβολο απεικονιζόταν ένας άνθρωπος να δείχνει με το ένα χέρι του τη γη και με το άλλο χέρι του το στόμα του, τονίζοντας ίσως έναν τρόπο της γης (σεισμό) που επηρέαζε τον τρόπο ομιλίας.



Στην αρχαία Ελλάδα, σύμφωνα με τον Silverman (2004) την πρωτοκαθεδρία διακατείχε η αντίληψη ότι ο τραυλισμός επρόκειτο για μια τιμωρία που είχε επιβληθεί στο ίδιο το άτομο ή σε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς του, λόγω ενός αδικήματος που διέπραξε (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 : 101). Σύμφωνα με τον Ηρόδοτο, ο Βάττος (από εκείνον προήλθε η λέξη "βατταρισμός"), επιφανής Έλληνας του 5^{ου} π. Χ. απευθύνθηκε στην Πυθία στους Δελφούς με σκοπό να θεραπεύσει τον τραυλισμό του. Αναφέρεται ό,τι η Πυθία υποστήριξε ότι ο τραυλισμός προήλθε από την οργή του Θεού Απόλλωνα, την οποία έπρεπε να εξευμενίσει.

Αργότερα, οι χυμικές (από τη λέξη χυμός) θεωρίες του Γαληνού αποτέλεσαν κορωνίδα ενδιαφέροντος στην Ευρώπη κατά τον Μεσαίωνα και για αιώνες αργότερα. Σύμφωνα με την παραπάνω θεωρία, ο Ιπποκράτης, ως πατέρας της δυτικής ιατρικής, πρέσβευε ότι ο τραυλισμός έγκειται στις ανισορροπίες των τεσσάρων χυμών – βασικών υγρών του σώματος, δηλαδή της κίτρινης χολής, του αίματος, της μαύρης χολής και του φλέγματος. Μέθοδοι για τη μείωση των ανισοτήτων, συμπεριλαμβανομένου την αλλαγή στη διατροφή, τον μειωμένο έρωτα (στους άντρες μόνο) και την εξυγίανση, προτάθηκαν από τον Mercurialis τον 16^ο αιώνα, λόγω του φόβου για την επιδείνωση της διαταραχής του τραυλισμού. Η παρούσα χυμική ποδηγέτηση αποτελούσε την κυρίαρχη θεραπεία μέχρι τον 19^ο αιώνα (Rieber & Wollock, 1977). Στον αντίποδα, ο Αριστοτέλης, θεωρούσε ότι ο τραυλισμός είναι απόρροια της αδυναμίας των μυών της γλώσσας (Wingate, 2002 : 64).

1.2.2 Κατά τη διάρκεια του 18^{ου} και του 19^{ου} αιώνα

Στην Ευρώπη κατά τη διάρκεια του 18^{ου} και 19^{ου} αιώνα κάνουν εμφάνιση οι χειρουργικές επεμβάσεις όσον αφορά τον τραυλισμό με το κόψιμο της γλώσσας με το ψαλίδι με στόχο τη μετακίνηση μιας τριγωνικής σφήνας στο πίσω μέρος της γλώσσας, κόβοντας παράλληλα τα νεύρα, τον λαιμό ή το χείλος των μυών. Επιπροσθέτως, είχε προταθεί η μείωση της σταφυλής ή η αναίρεση των αμυγδαλών. Παρ' όλα αυτά, αυτή η θεωρία εγκαταλείφθηκε λόγω του υψηλού βαθμού αιμορραγίας κατά τη διάρκεια την χειρουργικής επέμβασης, που κατ' επέκταση η συνέπεια αυτής ήταν ο θάνατος και λόγω της αποτυχημένης αντιμετώπισης του τραυλισμού (Brosch & Pirsig, 2001).

1.2.3 Κατά τη διάρκεια του 19^{ου} και του 20^{ου} αιώνα

Κατά τη διάρκεια της Αναγέννησης η κυρίαρχη αντίληψη που επικρατούσε ήταν ότι ο τραυλισμός συνίσταται στην παρουσία ανωμαλίας στη δομή και τη λειτουργία του οργάνου της γλώσσας. Στη συνέχεια, αυτή η πεποίθηση υποστηρίχθηκε από τον Γάλλο Ιατρό Itard (1817), ο οποίος αναφέρθηκε στην γενική αδυναμία των νευρών που υποδαυλίζει τη γλώσσα και το λάρυγγα σε περίπτωση εμφάνισης της διαταραχής του τραυλισμού. Ο Colombat de l'isère (1831) διέκρινε τον τραυλισμό σε δύο ομάδες με κριτήριο την περιοχή, στην οποία εμφανιζόταν ο τραυλισμός. Η πρώτη περίπτωση αναφέρεται στον τραυλισμό ως αποτέλεσμα σπασμών της περιοχής των χειλιών και του οργάνου της γλώσσας, ενώ στη δεύτερη περίπτωση ο τραυλισμός είναι απότοκος των σπασμών που τείνουν να εμφανίζονται στο λάρυγγα, τον οισοφάγο ή τους μύες του αναπνευστικού συστήματος.

Η θεωρία ότι ο τραυλισμός έπεται λόγω των οργανικών παραγόντων συνεχίστηκε και τον 19^ο αιώνα. Άξιο αναφοράς είναι ό, τι, οι ψυχολογικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις δεν αναγνωρίζονται τελείως. Ωστόσο, ο Asperger (1952), διέκρινε τον τραυλισμό σε ηπιότερες και σοβαρότερες μορφές. Ο πρώτες διαμορφώνονται από τις κακές παρεμβάσεις και χειρισμούς του περιβάλλοντος του παιδιού κατά την περίοδο της γλωσσικής του ανάπτυξης, ενώ οι δεύτερες οφείλονται σε εγκεφαλίτιδα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 : 103 – 104). Στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, δόθηκε έμφαση εξίσου

στους ψυχολογικούς μηχανισμούς, με κυριαρχούσα αντίληψη την πίεση στην εμφάνιση του τραυλισμού, που υφίστανται τα αριστερόχειρα παιδιά για να χρησιμοποιήσουν το δεξί τους χέρι. Υπό το πρίσμα αυτής της θεωρίας, επισημαίνεται η παρουσία και η αλληλεπίδραση των βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών αιτιών. Στον αντίποδα, μια άλλη αντίληψη που είχε καλλιεργηθεί είναι ότι ο τραυλισμός θεωρείται προϊόν μάθησης ή μια κακιά συνήθεια (Ambrose, 2004).

Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, μετέπειτα, για την διερεύνηση της φύσης και την αντιμετώπιση του τραυλισμού, προσέγγισαν τον τραυλισμό ως αυτοτελή διαταραχή, ως ξεχωριστή νοσολογική οντότητα. Η ενασχόληση με το παρόν ζήτημα αποκρυσταλλώνει τον τραυλισμό ως μέρος ενός γενικότερου προβλήματος, δηλαδή ως σύμπτωμα κάποιας άλλης διαταραχής. Στα τέλη, περίπου του 19^{ου} αιώνα, ο Klenske αναφέρει ότι ο τραυλισμός είναι σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας, ότι αντικατοπτρίζει την επιθυμία του ατόμου για ψυχολογική βοήθεια. Παράλληλα, η θεραπεία που είχε προτείνει, ήταν η συνολική θεραπεία της προσωπικότητας ατόμου και όχι απλά του οργάνου της γλώσσας (Ambrose, 2004).

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, ο τραυλισμός συνδέεται με την ψυχοπαθολογία, έχοντας δεχτεί επιρροές από τη σχολή του Freud και των αρχών της ψυχανάλυσης. Ο τραυλισμός, λοιπόν, γίνεται αισθητός ως αγχώδη νεύρωση (Silverman, 1996, Ambrose, 2004). Ο Freud, μάλιστα, θεωρούσε τον τραυλισμό ως ένα βαθιά παγιωμένο υποσυνείδητο σύμπτωμα νευρωτικής διαταραχής. Ο Coriat (1928), διακατεχόμενος από ρίζες επιρροής από τον Freud τονίζει ότι τα παιδιά αρχίζουν να εμφανίζουν συμπτώματα τραυλισμού, όταν παρουσιάζεται καθήλωση στη λιμπιδική τους ενέργεια και άγχος. Αντιθέτως, ο Travis (1957), σημειώνει ότι ο τραυλισμός είναι ένας μηχανισμός, που δρα αποτρεπτικά στην εξωτερίκευση ασυνείδητων χρειών και ιδεολογιών των ατόμων (Ambrose, 2004).

Οι ψυχαναλυτικές τεχνικές ως θεραπευτική αρωγή δεν αποτέλεσαν σημείο αναφοράς στην αποτελεσματικότητά τους. Επομένως, το 1920 ελαττώθηκε η ψυχαναλυτική προσέγγιση και παλινωδήθηκε η άποψη ότι ο τραυλισμός αποτελεί σύμπτωμα κάποιας άλλης διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Στις μέρες μας, πλέον, πέρα από τις προσπάθειες για την ορθότερη αντίληψη της παθογένεσης του τραυλισμού, δεν έχει οριστεί μια οικουμενική και σαφής ερμηνεία.

Αυτό συμβαίνει γιατί οι ερευνητές βρίσκονται σε συνεχή εξέλιξη όσον αφορά τη ερμηνεία των αιτιών, που προκαλεί τον τραυλισμό με αποτέλεσμα τη διαφωνία τους. Αναπάντητα παραμένουν τα ερωτήματα, για το αν ο τραυλισμός αποτελεί σύνδρομο, αν θεωρείται βλάβη βιολογικών και ψυχολογικών λειτουργιών ως απόρροια πρώιμων εμπειριών μάθησης, για το αν πηγάζει από την αλληλεπίδραση βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κ.α. Τέλος, σε ένα ευρύτερο πλαίσιο η αντίληψη που επικρατεί είναι ό,τι ο τραυλισμός είναι πολυπαραγοντικής αιτίας, καθώς επίσης ό,τι τα αίτια που τείνουν να τον εμφανίζουν αποτελούν απόσταγμα αλληλεπίδρασης μεταξύ εγγενών, αναπτυξιακών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων, που σε μετέπειτα στάδιο ενδέχεται να πληρούν παράγοντες προδιάθεσης ή εκλυτικά αίτια (Rustin & Cook, 1995).

1.3 Ορισμός τραυλισμού

"Ο τραυλισμός έχει χαρακτηριστεί ως γρίφος... Είναι, επίσης, πιθανόν ένα κομμάτι πάζλ, τα κομμάτια του οποίου βρίσκονται διάσπαρτα σε τραπέζια της παθολογίας της ομιλίας, της ψυχιατρικής, της νευροφυσιολογίας, της γενετικής και σε άλλους πολλούς κλάδους."

(Van Riper, 1982, pp. 1 – 2)

Το παραπάνω απόσπασμα δόθηκε από τον Charles Van Riper, έπειτα από προσπάθεια του να κατανοήσει την δική του δυσκολία, όπως επίσης και τις δυσκολίες των άλλων ατόμων στην ομιλία τους. Η εμβριθής έρευνα του Van Riper και πολλών άλλων ερευνητών έχει εγκαθιδρύσει μια συνεχόμενη μελέτη του τραυλισμού.

Έτσι, ο τραυλισμός εμφανίζεται ως μια δυσκολία στην ομιλία, που χαρακτηρίζεται από το συνδυασμό περιπτώσεων φυσιολογικής ομιλίας, που αναστέλλεται από προσωρινή αδυναμία να συνεχιστεί η αλληλουχία του λόγου του ατόμου που τραυλίζει. Ως επί το πλείστον ο τραυλισμός καθίσταται εμφανής για τον ακροατή και είναι απογοητευτικό για εκείνους, που παρουσιάζουν τον τραυλισμό ορισμένες φορές. Η εμπειρία του τραυλισμού ερμηνεύεται από τον Wendell Johnson, έναν συνάδερφο του Charles Van Riper. Περιγράφει μια κατάσταση, που ο ίδιος ως φοιτητής με σοβαρό τραυλισμό, βίωσε σε ένα αυτοκίνητο από έναν καθηγητή.

"...σταμάτησε να με πάρει μια βόλτα με ένα από τα μέλη του προσωπικού του και καθώς μπήκα στο αυτοκίνητο μας σύστησε... είχαμε φύγει περίπου ένα μίλι όταν εντελώς ξαφνικά κατάφερα να ζεστομίζω «Χεεεάρηκα για την γνωριμία!» Ξαφνιάστηκαν, το ίδιο και εγώ, ευχόμενοι να μην το είχα πει, μόνο θα ήμουν σε αμήχανη θέση, αν δεν είχα πει τίποτε γενικά."

(Johnson, 1961, p. 8)

Ο τραυλισμός, λοιπόν, γίνεται αντιληπτός ως μία πολύπλοκη συμπεριφορά, ο οποίος αντανακλάται αφ' ενός στο ίδιο το άτομο που τραυλίζει και αφ' ετέρου στα άτομα, με τα οποία επιχειρεί να επικοινωνήσει. Σύμφωνα με τους επαγγελματίες, που έχουν αφοσιωθεί στην διαταραχή του τραυλισμού διαπιστώνεται μια αμφισβήτηση όσον αφορά τον καλύτερο ορισμό του τραυλισμού (Curlee, 1999). Από το παραπάνω προκύπτει ότι ο ορισμός απαρτίζει σημαντικό ρόλο τόσο για τους ερευνητές, όσο και για τους επαγγελματίες ειδικούς και τα άτομα που τραυλίζουν διότι αποτελεί την πηγή, από την οποία αναβλύζουν τα όρια που ενδέχεται να γίνει αντιληπτός ο τραυλισμός και να αντιμετωπιστεί.

Ένα από τα σημεία, που αποτελεί το μήλο της Έριδος, μεταξύ των ερευνητών θεωρούνται οι ψυχολογικοί παράγοντες ως αναπόσπαστο μέρος του τραυλισμού. Οι Cooper και de Nill (1999) πρεσβεύουν ό, τι στον ορισμό του τραυλισμού πρέπει να συγκαταλέγονται τα συναισθήματα, οι στάσεις και οι συμπεριφορές αποφυγής. Πράγματι, σύμφωνα με τον Manning (1999), όπως αναφέρεται στον Curlee (1999), η εμφανέστερη έκφραση της διαταραχής του τραυλισμού είναι η συμπεριφορά του ατόμου που τραυλίζει αναφορικά με τον τραυλισμό. Στον αντίποδα, οι Kander και Naidoo, ότι ο τραυλισμός συνδέεται στο μεγαλύτερο βαθμό του με την ομιλία (Curlee, 1999).

Ακόμη, ένα έρεισμα, το οποίο υποβάλλεται πρωταρχικό για τον ορισμό του τραυλισμού είναι ότι ο τραυλισμός μπορεί να εμφανιστεί ως μια συγκεκριμένη μορφή που παρατηρείται στην συμπεριφορά του ατόμου. Ο Conture (2001), σύμφωνα με τα παραπάνω, υποστηρίζει ότι αυτός ο ορισμός είναι ο πιο κατάλληλος. Ειδικότερα, η συγκεκριμένη προσπάθεια έγκειται σε συμπεριφορές, όπως η επανάληψη συλλαβών ή ήχων, επέκταση ήχων, παύσεις, επανάληψη μονοσύλλαβων λέξεων κ.α. στις οποίες μπορεί να πραγματοποιηθεί αξιολόγηση και διάγνωση από ειδικούς λογοπαθολόγους ως χαρακτηριστικά του τραυλισμού. Αναμφισβήτητα, απαιτείται η παρουσία ενός ανατροφοδοτικού συστήματος μεταξύ ομιλητή και ακροατή, που αποσκοπεί στην

προσέγγιση οριοθέτησης του τραυλισμού (Conture, 2001). Υπό αυτή την έννοια, το άτομο, το οποίο τραυλίζει ασκεί και δέχεται επιρροές από το άτομα με τα οποία προσπαθεί να έρθει σε επικοινωνία. Ο Shapiro (1999 : 35) επισημαίνει ότι οι περισσότεροι ορισμοί εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στη συμπεριφορά του λόγου. Παρ' όλα αυτά, η παραπάνω άποψη θεωρείται απλή σχετικά με την πολύπλοκη κατάσταση του τραυλισμού. Για αυτό το λόγο, ως επακόλουθο κρίνεται ένας λειτουργικός ορισμός να συμπεριλαμβάνει τα χαρακτηριστικά του λόγου, στα οποία εμφανίζονται δυσκολίες σε συνδυασμό με τις συμπεριφοριστικές και τις ψυχολογικές αντιδράσεις του ατόμου με τραυλισμό αφ' ενός ως προς την ίδια τη διαταραχή και τις δυσκολίες του και αφ' ετέρου ως προς τις αντιδράσεις του περίγυρου του όσον αφορά εκείνον. Οι Pichons και Borel – Maisonnay (1937), υποστήριζαν τον τραυλισμό ως μια γλωσσική διαταραχή, που οφείλεται στην καθυστέρηση της γλωσσικής ωρίμανσης. Θεωρούσαν, δηλαδή, ότι το παιδί δεν είχε μάθει να οργανώνει τη γλώσσα του, ούτε γλωσσικά ούτε κινητικά.

Στις μέρες μας, βέβαια, παρά τις δυσκολίες για την σύνθεση ενός αποδεκτού ορισμού (Teesson και συν., 2003) λόγω των διαφορετικών αιτιών που προκαλούν τον τραυλισμό και των διαφορετικών εκδηλώσεων που εμφανίζεται (Onslow & Packman, 2001), έχουν διαμορφωθεί πολλοί ορισμοί που αποσκοπούν στην διεύρυνση της διαταραχής τους τραυλισμού εντός των γενικευμένων πλαισίων που αναφέρουν τον τραυλισμό ως μια διαταραχή του προφορικού λόγου ή ως μια διαταραχή του ρυθμού του προφορικού λόγου. Αναφορικά, με τον Wingate (1964), όπως αναφέρεται από τον Χ. Καρπάθιο (1998 : 199), ότι ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή της ροής της λεκτικής εκφράσεως, η οποία χαρακτηρίζεται από ακούσιες επαναλήψεις και παρατάσεις, είτε ηχητικές είτε όχι, εφόσον αφορά μερικές λεκτικές μονάδες, δηλαδή συλλαβές ή λέξεις μονοσύλλαβες. Οι περιγραφόμενες δυσκολίες παρουσιάζονται σε μια αλληπάλληλη συχνότητα και καθίσταται δύσκολο να τίθενται υπό έλεγχο. Σε έναν πλουραλισμό εμφανίσεων αυτές οι δυσχέρειες αντικατοπτρίζονται σε κινήσεις, είτε του μυϊκού συστήματος της ομιλίας είτε και άλλων συστημάτων. Ο Ingram (1972) τόνισε την διαταραχή του τραυλισμού ως την έκφραση των ηχητικών παραστάσεων των λέξεων, που έχουν υποστεί επίδραση από την έλλειψη συντονισμού ανάμεσα στην αναπνευστική λειτουργία και την άρθρωση (Fundudis, 2001: 98). Επιπροσθέτως, ο Van Riper (1973) σημειώνει ότι ο τραυλισμός είναι μια δυσχέρεια στην οργάνωση της λέξης, το οποίο παρουσιάζεται ως αντίκτυπο και κατά την εκπομπή αυτής της λέξης (Καρπάθιος, 1998 : 200).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Van Riper (1973) ο τραυλισμός είναι μια νευρομυϊκή διαταραχή. Απαρτίζεται, λοιπόν, από μια αυτόματη μονομερή επανάληψη ή επιμήκυνση μιας λέξης ή φράσης.

Σύμφωνα, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο τραυλισμός ορίζεται ως μια διαταραχή στο ρυθμό ομιλίας, κατά την οποία το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει, αλλά τη παρούσα στιγμή, δεν είναι σε θέση να το πει, εξαιτίας μια ακούσιας επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου (WHO, 1977 : 15). Εντούτοις, με βάση το DSM – IV – TR (Diagnostic and Statistical Manual) κατατάσσει τον τραυλισμό στην ευρύτερη ομήγυρη των διαταραχών της επικοινωνίας και τον ορίζει ως διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας, η οποία είναι δυσανάλογη με την ηλικία του ατόμου. Η διαταραχή συνοδεύεται από τη συχνή παρουσία

- ☞ επαναλήψεων ήχων,
- ☞ επαναλήψεων συλλαβών,
- ☞ επαναλήψεων ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων,
- ☞ επιμηκύνσεις ήχων,
- ☞ επιφωνήματα,
- ☞ διακοπτόμενες λέξεις,
- ☞ ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές,
- ☞ περιφράσεις και
- ☞ παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση.

Η διαταραχή της ροής παρακωλύει τη σχολή, επαγγελματική απόδοση ή την κοινωνική επικοινωνία (Γκοτζαμάνης, 2004).

Ο Robert Quesal (1998) παρουσίασε έναν ορισμό για τον τραυλισμό ευρύτερης φύσεως, σύμφωνα με τον οποίον, χαρακτηρίζεται ως μια διαταραχή της ροής, που απαρτίζεται από συμπεριφορές που διακόπτουν τη φυσιολογική διαμόρφωση της ομιλίας. Σε αντίθεση, με τα περισσότερα άτομα που εμφανίζουν δυσρυθμίες στην λεκτική τους επικοινωνία, η λεπτή γραμμή που τα διαφοροποιεί από τα άτομα με τραυλισμό είναι η συχνότητα και η σοβαρότητα εμφάνισης των δυσρυθμιών. Ένα άλλο σημείο διαφοροποίησης είναι το γεγονός ότι οι δυσρυθμίες των ατόμων που τραυλίζουν ακολουθούνται από το συναίσθημα ότι χάνεται ο έλεγχος. Το τελευταίο αποτελεί πρόβλημα για το άτομο που τραυλίζει (Quesal, 1998).

Τέλος, λαμβάνοντας υπόψη τις δυσχέρειες που υπήρχαν για την εδραίωση του ορισμού της διαταραχής του τραυλισμού, ο Bloodstein (1995) ισχυρίστηκε ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί καλύτερη οριοθέτηση του τραυλισμού με βάση τα χαρακτηριστικά του συμπτώματα. Υπό την παρούσα άποψη, υποστηρίζει ότι θα πρέπει να αναφερόμαστε στην διαταραχή του τραυλισμού εφόσον :

- α) η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι πάνω από έξι μήνες,
- β) το άτομο που τραυλίζει να παρουσιάζει ποσοστό μεγαλύτερο του 3% του τραυλισμού στις 100 συλλαβές,
- γ) παρουσιάζονται ακούσιες δυσρυθμίες,
- δ) οι επαναλήψεις των ήχων, των συλλαβών και των λέξεων είναι περισσότερες από δύο,
- ε) οι επιμηκύνσεις των ήχων έχουν διάρκεια μεγαλύτερη του ενός δευτερολέπτου,
- στ) υπάρχουν διακοπτόμενες λέξεις,
- η) διαπιστώνονται σταθερές παύσεις,
- θ) αυξάνεται η ένταση ή ο τόνος της φωνής,
- ι) οι λέξεις εκφράζονται με υπέρμετρη ένταση και
- κ) παρατηρούνται σχετικές φυσικές κινήσεις (Nakte και συν., 2006).

Ο προσδιορισμός του ορισμού του τραυλισμού παραμένει ένα ανοικτό πεδίο προς διερεύνηση όσον αφορά την διατύπωση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού.

1.4 Επιδημιολογία τραυλισμού

Ο τραυλισμός παρατηρείται κατά την προσχολική ηλικία. Η τελευταία είναι μια περίοδος, κατά την οποία η γλωσσική ανάπτυξη εμπλουτίζεται με γρήγορους ρυθμούς. Ο πλουραλισμός των εμφανίσεων του τραυλισμού έγκειται σε κλίμακα 18 μηνών έως 12 ετών με υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης στις ηλικίες μεταξύ 2 και 5 ετών (Bloodstein, 1995). Ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα τεκμηριώνουν ότι η εμφάνιση του τραυλισμού σε ηλικίες μεταξύ 3 έως 8 εκτιμούνται στο 80% των περιπτώσεων (Ludlow, 2000). Σύμφωνα με τον Andrews (1984), τονίζεται ότι η πιθανότητα εμφάνισης του τραυλισμού μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας. Υπό την παρούσα άποψη, η πιθανότητα εμφάνισης του τραυλισμού κατά την ηλικία των 4 ετών, μειώνεται κατά το 50%, ενώ μετά την

ηλικία των 6 ετών μειώνεται κατά 75% και τείνει να ελαχιστοποιείται κατά το 12^ο έτος (Yairi & Ambrose, 1992).

Η συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού στο γενικό πληθυσμό είναι 1.4% σε παιδιά ηλικία μικρότερη των 10 ετών (Yairi & Seery, 1999). Στο 5% του γενικού πληθυσμού κατηγοριοποιούνται οι περιπτώσεις, στις οποίες αναδύονται απλά συμπτώματα και συμπεριφορές τραυλισμού με διάρκεια τουλάχιστον 6 μήνες (Felsenfeld και συν., 2000). Σε ποσοστό του 80% ανέρχονται οι περιπτώσεις παιδιών με εξελικτικού τύπου τραυλισμό, που αποκαθίστανται με την ενηλικίωση. Στον αντίποδα, έχει αποδειχθεί ότι περιπτώσεις νηπίων με εξελικτικού τύπου τραυλισμό, αποκαθίστανται σε 4 περίπου χρόνια από την εκδήλωση της (Yairi & Ambrose, 1999). Σε ποσοστό του 1% ανέρχονται οι ενήλικες που τραυλίζουν εκ των οποίων το 80% είναι άρρενες. Διαπολιτισμικές έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι η επικράτηση του τραυλισμού είναι ίδια σχεδόν σε διάφορες κοινωνικές, οικονομικές, πολιτισμικές ομάδες (Craig και συν., 2002). Σε έρευνα που διεξάχθηκε στη χώρα μας, από τους Okalidou και Campanaros (2001), σε δείγμα 1.113 παιδιών σε παιδικούς σταθμούς και νηπιαγωγεία της ευρύτερης περιοχής στην Πάτρα, η ύπαρξη του τραυλισμού σημειώθηκε σε ποσοστό του 2.2% (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 : 29).

Σε περιπτώσεις που τα άτομα αντιμετωπίζουν κι άλλες δυσκολίες, τα επιδημιολογικά στοιχεία σε σχέση με τη συχνότητα του τραυλισμού, διαφοροποιούνται. Έρευνες τεκμηριώνουν ότι η συχνότητα του τραυλισμού σε περιπτώσεις νοητικής υστέρησης έγκειται στο 3%. Σε περιπτώσεις συνδρόμου Down, ο τραυλισμός ανέρχεται σε ποσοστό του 21 – 48%, ενώ σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση κυμαίνεται από 3.9% έως 24%. Σε άτομα με διγλωσσία εξακριβώθηκε ότι το ποσοστό διπλασιάζεται σε σχέση με το γενικό πληθυσμό από 2.1 – 2.8% όσον αφορά τη συχνότητα του τραυλισμού. Τέλος, η συχνότητα του τραυλισμού σε άτομα με προβλήματα ακοής είναι μικρότερη και κυμαίνεται στο ποσοστό του 0.12% (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

1.5 Διαφορές φύλου

Από το 1890 πραγματοποιούνται μελέτες για την αναλογία των δύο φύλων αναφορικά με τον τραυλισμό. Με την πάροδο των χρόνων πλέον διεξάγονται έρευνες ανά δεκαετία. Διαπολιτισμικές μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν λαμβάνοντας ως δείγμα διαφορετικές ηλικίες παιδιών, διαπίστωσαν ότι τα αγόρια φέρουν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης τραυλισμού με αναλογία 3 : 1 σε σχέση με τα κορίτσια. Ακόμη, η παραπάνω διαφορά εντείνεται όσο αυξάνεται η ηλικία (Guitar, 2006). Σύμφωνα με τον Bloodstein (1995), η αναλογία αυξάνεται σε 5 : 1 κατά την εφηβική ηλικία. Μελέτες που υλοποιήθηκαν, από τους Ambrose (1993) και Kidd (1977), όσον αφορά την κληρονομική αιτία της διαταραχής του τραυλισμού, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα αγόρια είναι περισσότερο επιρρεπή στη γονιδιακή μεταβίβαση σε σχέση με τα κορίτσια. Αν ληφθεί υπόψη η παραπάνω μελέτη, διασαφηνίζεται η μεγάλη διαφορά ως προς τη συχνότητα της εμφάνισης του τραυλισμού, σε ποσοστό των αγοριών σε σχέση με αυτό των κοριτσιών. Η αναλογία αυτή εμφανίζει τα κορίτσια με μεγαλύτερη βελτίωση σχετικά με τα συμπτώματα του τραυλισμού σε αντίθεση με τα αγόρια (Guitar, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΙΤΙΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

2.1 Ιστορική αναδρομή της αιτιολογίας του τραυλισμού

Στο πέρασμα όλων αυτό των χρόνων έχουν επινοηθεί διάφορες θεωρίες με σκοπό την ανακάλυψη της αιτιολογίας του τραυλισμού. Στην Αρχαία Ελλάδα ο Ιπποκράτης θεωρούσε ότι ο τραυλισμός ήταν αποτέλεσμα της ξηρότητας της γλώσσας (Lawrence & Barclay III, 1998). Ο Αριστοτέλης θεωρούσε ότι αιτία της διαταραχής του τραυλισμού είναι η ελαττωματική διάπλαση της γλώσσας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Αργότερα, στην περίοδο της αρχαιότητας και της Αναγέννησης οι θεωρίες που κυριαρχούσαν, αναφέρουν ότι ο τραυλισμός ήταν απόρροια κάποια ανωμαλίας που συνδέεται με τη δομή και τη λειτουργία του οργάνου της γλώσσας. Απεναντίας, το 19^ο αιώνα επικρατούσε η αντίληψη ότι η αιτία για την διαταραχή του τραυλισμού είναι μια ανατομική ατέλεια στη στοματική κοιλότητα, ενώ κατά τη διάρκεια του 20^ο αιώνα κυριαρχούσε η ιδεολογία πως ο τραυλισμός οφείλεται σε μια ψυχογενή διαταραχή. Στις μέρες μας πλέον, πρεσβεύεται η πεποίθηση ότι είναι αποτέλεσμα μιας νευροφυσιολογικής δυσλειτουργίας, η οποία αναστέλλει τον ακριβή συγχρονισμό, που είναι απαραίτητος για την παραγωγή ομιλίας. Επιπλέον, έχει γίνει λόγος ότι η κληρονομικότητα ενδέχεται να διαδραματίζει ρόλο ως αιτία στην διαταραχή του τραυλισμού (Lawrence & Barclay III, 1998). Τελευταίο, αλλά εξίσου σημαντικό στους αιτιολογικούς παράγοντες συγκαταλέγονται το φύλο, οι περιβαλλοντικοί και οι νευρολογικοί παράγοντες (Prasse & Kikano, 2008).

2.2 Αιτιολογικοί παράγοντες – Θεωρίες για τα αίτια του τραυλισμού

Η πλειοψηφία των ειδικών ταυτίζεται στο πρίσμα της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας ως αποτέλεσμα δημιουργίας του τραυλισμού (Gordon, 2002). Εχέγγυα, λοιπόν, είναι η αναφορά στα θεωρητικά μοντέλα αξιολόγησης του τραυλισμού που αποσκοπούν στην ερμηνεία και την πρόβλεψη του φαινομένου. Μολονότι, οι απόψεις για τα αίτια σε σχέση με τις συνέπειες της διαταραχής διαφωνούν, ο πλουραλισμός των ερευνητικών δεδομένων συγκλίνει στο συμπέρασμα ότι ο τραυλισμός είναι ένα αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Έτσι, αναντίρρητα, παρατηρείται ότι δεν

υπάρχει μία και μοναδική αιτία στην οποία οφείλεται ο τραυλισμός, αλλά είναι το καταστάλαγμα της αλληλεπίδρασης μιας σειράς δομικών, αναπτυξιακών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 : 262). Με το πέρασμα των χρόνων, επιχειρώντας την κατανόηση της αιτιολογίας του τραυλισμού, έχουν σφυρηλατηθεί διάφορες θεωρίες. Βέβαια, δεν έχει σχηματιστεί ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο ερμηνείας της αιτιοπαθογένειας της διαταραχής του τραυλισμού. Παρακάτω παρατίθενται χαρακτηριστικά κάποιες από τις πολυάριθμες μελέτες που ερμηνεύουν τον τραυλισμό στην ύπαρξη των παραγόντων, όπως :

- 1) Μικρο – οργανικές βλάβες στις κινητικές περιοχές του εγκεφάλου,
- 2) Καταπιεσμένη αριστεροχειρία,
- 3) Απουσία υπεροχής ενός από τα δύο ημισφαίρια,
- 4) Γενετική προδιάθεση,
- 5) Ενδοκρινολογικές διαταραχές,
- 6) Έκφραση ψυχοσωματικής διαταραχής,
- 7) Διγλωσσία,
- 8) Η στάση των κηδεμόνων απέναντι στο παιδί τους,
- 9) Η δυσκολία του παιδιού να αμίλλεται μοντέλα που δεσπόζουν στην οικεία του,
- 10) Υπερβολική επιδοκιμασία της ομιλίας του παιδιού και
- 11) Γλωσσική ανεπάρκεια του παιδιού (Γιαννοπούλου, 2001 : 177 – 178).

2.2.1 Η θεωρία της εγκεφαλικής κυριαρχίας

Ο κλάδος που έχει μελετηθεί σε μεγαλύτερο βαθμό, αναφορικά με την φυσιολογία του ατόμου που παρουσιάζει το φαινόμενο του τραυλισμού, είναι ο τομέας της εγκεφαλικής ημισφαιρικής κυριαρχίας για τις αισθητηριακές, κινητικές και γλωσσικές λειτουργίες. Πιο συγκεκριμένα, ο τραυλισμός εμφανίζεται εξαιτίας της αδυναμίας του συντονισμού των μηνυμάτων που προέρχονται από τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια για την κίνηση του μυϊκού συστήματος και την παραγωγή του λόγου. Η δυσκολία συντονισμού και συγχρονισμού αποτελεί απαύγασμα της ελλειψής εγκεφαλικής κυριαρχίας, σύμφωνα με την οποία τα δύο ημισφαίρια λειτουργούν ανεξάρτητα, σχηματίζοντας ασυντόνιστες γλωσσικές κινήσεις και σε μετέπειτα επίπεδο την εκδήλωση

του φαινομένου του τραυλισμού. Η παρούσα θεωρία ταύτισε την εγκεφαλική κυριαρχία με την προτίμηση χεριού (αριστεροχειρία, δεξιοχειρία, αμφιχειρία) και τον τραυλισμό. Αυτό συμβαίνει, διότι, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία, πολλά παιδιά με τραυλισμό παρουσιάζουν αριστεροχειρία ή αμφιχειρία. Ωστόσο, οι ερευνητικές προσπάθειες για την επαλήθευση της παρούσας θεωρίας δεν σημείωσαν επιτυχία. Αναπόδραστα, δεν απορρίπτεται εντελώς, καθώς υπάρχουν πολλά δεδομένα που την υποστηρίζουν (Bloodstein, 1995).

Όπως, διαπιστώνεται από έρευνες ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος οι κανονικοί αναγνώστες παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο φάσμα ενεργοποιημένο το αριστερό κυρίαρχο για τη γλώσσα ημισφαίριο, σε σχέση με άτομα που παρουσιάζουν το φαινόμενο του τραυλισμού. Σύμφωνα με τους Moore και Haynes (1980), το παραπάνω φαινόμενο υποστυλώνει τη θεωρία για ελλειμματική εγκεφαλική κυριαρχία στα ενδεχόμενα τραυλισμού. Στην άλλη όψη του νομίσματος, η έρευνα των Fox και συν., (1996), αξιοποιώντας τη τεχνική εκπομπής ποζιτρονίων (Positron emission tomography : PET) διαπίστωσαν αυξημένη ενεργοποίηση του δεξιού ημισφαιρίου σε γλωσσικές δοκιμασίες σε άτομα με αναπτυξιακού τύπου τραυλισμό. Παρόμοια άποψη τεκμηρίωσαν οι Braun και συν., (1997), οι οποίοι πρόσθεσαν μια αξιολογή λεπτομέρεια στην προηγούμενη έρευνα. Παρατηρήθηκε από τους ερευνητές η ενεργοποίηση του αριστερού ημισφαιρίου σε μεγαλύτερο βαθμό κατά την αναπαραγωγή τραυλίζοντα λόγου. Αντιθέτως, η ενεργοποίηση του δεξιού ημισφαιρίου έγκειται περισσότερο στην παραγωγή κανονικού λόγου. Συνεπώς, κατέληξαν στον συμπέρασμα ότι η αρχική δυσλειτουργία εστιάζεται στο αριστερό ημισφαίριο και η υπέρ – ενεργοποίηση του δεξιού ημισφαιρίου, δεν είναι αιτία τραυλισμού, αλλά μια αντισταθμιστική λειτουργία. Παρόμοια κατάσταση εντοπίζεται και σε περιπτώσεις αφασίας ή εγκεφαλικού επεισοδίου (Braun και συν., 1997).

Ανάμεσα στο υπόβαθρο των ερευνών για την φυσιολογία του τραυλισμού, διαμορφώθηκε η Θεωρία της Νευροψυχολογολογίας. Η τελευταία αναφέρεται στις δυσρυθμίες στην ομιλία που διακρίνονται στον τραυλισμό ως έλλειμμα συντονισμού μεταξύ των γλωσσικών και των παραγλωσσικών μηχανισμών του λόγου, που κατατάσσονται σε διαφορετικές εγκεφαλικούς τομείς που αρμονίζονται προκειμένου να παραχθεί ο λόγος (Perkins και συν., 1991). Τα αποτελέσματα της μελέτης αποδεικνύουν ότι ελλείμματα αισθησιοκινητικής ολοκλήρωσης είναι υπεύθυνα για την απενεργοποίηση των αισθησιοκινητικών κέντρων του αριστερού ημισφαιρίου και την υπέρ –

ενεργοποίηση των ανάλογων κέντρων στο δεξί ημισφαίριο στις περιπτώσεις ατόμων που παρουσιάζουν τη διαταραχή του τραυλισμού (Ingham, 2003).

Επιπλέον, αξιολογήθηκαν κι άλλοι τομείς εκτός από το τομέα της εγκεφαλικής κυριαρχίας με στόχο τη διερεύνηση ατόμων με τραυλισμό και χωρίς. Οι τομείς που διερευνήθηκαν είναι το αυτόνομο νευρικό σύστημα, η εγκεφαλική αιματική ροή, καθώς και η λειτουργία του ακουστικού και του οπτικού συστήματος. Το κυρίαρχο πόρισμα από το σύνολο των ερευνών είναι το αντιφατικό αποτέλεσμα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις, έπειτα από αναλύσεις, πολλές διαφορές που έγκειται στη φυσιολογία των ατόμων με και χωρίς τραυλισμό καταλογίστηκαν σε άλλους παράγοντες (άγχος, ένταση, κόπωση). Τέλος, σημειώθηκαν ενδεχόμενα που παρουσιάστηκαν διαφορές, αλλά δεν θεωρήθηκαν προϋποθέσεις για την εκδήλωση τραυλισμού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 : 66).

2.2.2 Γενετικοί παράγοντες

Το φρόνημα ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται λόγω της επίδρασης γενετικών παραγόντων βασίστηκε σε δεδομένα ερευνών, βάσει των οποίων η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού όσον αφορά άτομα που τραυλίζουν σε συγγενείς πρώτου βαθμού είναι τριπλάσια σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Πραγματοποιήθηκαν έρευνες, σχετικά με την εκδήλωση του τραυλισμού, οι οποίες απέδειξαν ότι η πιθανότητα αυτόματης εδραίωσης ή υποχώρησης έχει άμεση σχέση με την ύπαρξη θετικού ή μη οικογενειακού ιστορικού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ακόμη, η πεποίθηση για τον τραυλισμό είναι μεταξύ των οικογενειών είναι συχνός, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται οι αποδείξεις ότι η κληρονομικότητα διαδραματίζει θεμελιώδη ρόλο στην εμφάνιση του. Έτσι, λοιπόν, δημιουργείται η θεωρία της κληρονομικότητας και της γενετικής προδιάθεσης ως αιτία δημιουργίας του τραυλισμού (Prasse & Kikano, 2008). Η σφαίρα του ενδιαφέροντος όσον αφορά την πλειοψηφία των μοριακών γενετικών μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει εστιάσει στο οικογενειακό ιστορικό. Οι παρούσες μελέτες υποδεικνύουν σύνδεση με τα χρωμοσώματα 2, 3, 5, 7, 9, 12, 15, 18 και 21, ενώ παράλληλα εμφανίζουν μια ισχυρή μεν και πολύπλοκη δε επίδραση του φύλου στις σχέσεις μεταξύ των παραλλαγών του κινδύνου (Raza και συν., 2010). Τα σχετιζόμενα γονίδια με τη διαταραχή του τραυλισμού είναι τα εξής : GNPTAB, GNPTG και NAGPA.

Με το μηχανισμό παραγωγής του προφορικού λόγου συνδέεται η ανεπάρκεια των φυσιολογικών λειτουργιών, που ενδεχομένως να έχει γενετική βάση.

Μια ομάδα ερευνητών στο Newcastle της Αγγλίας διεκπεραίωσε μελέτες για την κληρονομικότητα στον τραυλισμό, οι οποίες στη συνέχεια συνεχίστηκαν από ερευνητές στο πανεπιστήμιο του Yale. Συγκεντρώθηκαν πληροφορίες που αφορούν τη κληρονομική μεταβίβαση του τραυλισμού, έχοντας στηριχθεί στα οικογενειακά ιστορικά των ατόμων που εμφάνιζαν τη διαταραχή του τραυλισμού, ενώ υπήρχε η σύγκριση με τα οικογενειακά ιστορικά των ατόμων που δεν εμφάνιζαν τραυλισμό. Οι δύο ομάδες ερευνητών κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα άτομα που τραυλίζουν, είχαν στην οικογένεια τους άτομα που σημείωναν την ίδια διαταραχή (Guitar, 2006). Σε παρόμοια αποτελέσματα στην έρευνα τους κατέληξαν με μερικές διαφορές ως προς την ηλικία του δείγματος που λήφθηκε και οι Ambrose και συν., (1993). Πιο συγκεκριμένα, οι έρευνες των Ambrose, Yairi και Cox (1993), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι σε ποσοστό 68% των περιπτώσεων με παιδιά που τραυλίζουν, έχουν κάποιο συγγενή με τραυλισμό στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον. Ακόμη, σε ποσοστό 39% υπάρχει κάποιος συγγενής πρώτου βαθμού με τραυλισμό, αντιθέτως, σε ποσοστό 27% υπάρχει γονιός με τραυλισμό (Yairi, 1999 : 46). Αξιόλογο είναι να ειπωθεί ότι αν λάβουμε υπόψη τη γενετική συμπεριφορά δεν γνωρίζουμε ακριβώς τι κληρονομείται. Επομένως, σε περίπτωση τραυλισμού κυριαρχεί η αντίληψη ότι μεταφέρεται ένα κυρίαρχο γονίδιο ή η προδιάθεση για την εκδήλωση του φαινομένου του τραυλισμού. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη παρούσα θεωρία, η προδιάθεση πραγματοποιείται με την αθροιστική συνεισφορά πολλών γονιδίων σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες (Felsenfeld και συν., 2000). Ταυτόχρονα, επισημαίνεται ότι οι γενετικοί παράγοντες απαρτίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην εδραίωση της διαταραχής όσο και στην υποχώρηση της, πέρα από την κληρονομική προδιάθεση του τραυλισμού (Ambrose, Cox & Yairi., 1997). Παρ' όλα αυτά, με τους κληρονομικούς παράγοντες δεν συσχετίζεται η σοβαρότητα της διαταραχής του τραυλισμού.

Ερευνητικά δεδομένα, τα οποία συγκλίνουν υπέρ της γενετικής θεωρίας υποστηρίζουν ότι η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού μεταξύ συγγενών αφορά από τη μία όψη το φύλο του ατόμου που τραυλίζει και από την άλλη όψη το φύλο του ατόμου που φέρει την προδιάθεση. Λόγου χάρη, έχει διερευνηθεί ότι οι άρρενες συγγενείς πρώτου βαθμού θηλέων που τραυλίζουν έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες

να εμφανίσουν τραυλισμό σε αντίθεση με τους θήλεις συγγενείς πρώτου βαθμού αρρένων που παρουσιάζουν το φαινόμενο του τραυλισμού. Ακόμη, από μελέτες έχει τεκμηριωθεί ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι, που έχουν τα ίδια γονίδια τείνουν να τραυλίσουν ή όχι περισσότερο σε σχέση με του ετεροζυγωτικούς διδύμους που μοιράζονται τα μισά γονίδια. Ειδικότερα, έρευνες σε πληθυσμός διδύμων υποδεικνύουν ότι η πιθανότητα εμφάνισης τραυλισμού σε μονοζυγωτικά δίδυμα είναι 63%, ενώ σε διζυγωτικά (ετεροζυγωτικά δίδυμα) είναι 19% (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 : 115).

2.2.3 Νευρολογικοί παράγοντες

Οι δυσχέρειες της ομιλίας ενδέχεται να επηρεαστούν και από νευρολογικούς παράγοντες όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο, το εγκεφαλικό τραύμα, η ανάπτυξη εκφυλιστικής ασθένειας κλπ.

Ειδικότερα, τα άτομα που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο φύουν διαταραχές στην ευχέρεια της ομιλίας τους. Πρωταρχικά συμπτώματα αποτελούν οι επαναλήψεις κυρίως σε συλλαβές, αλλά και σε λέξεις και φράσεις (McNeil, 2008).

Στην απέναντι όχθη, άτομα που συνδέονται με την παρουσία εγκεφαλικού τραύματος συσχετίζονται με την αρχή εμφάνισης συμπτωμάτων τραυλισμού (Lavid, 2003).

Έπειτα, η ύπαρξη κάποιας εκφυλιστικής ασθένειας ενδέχεται να δημιουργήσει συμπτώματα τραυλισμού. Σε μια τέτοια κατάσταση ο τραυλισμός αυξάνεται όσο η ασθένεια βρίσκεται σε εξέλιξη. Τέτοια εκφυλιστική νόσος μπορεί να είναι η νόσος του Parkinson (Lavid, 2003).

2.2.4 Ψυχογενείς παράγοντες

Πέρα από τους οργανικούς και τους νευρολογικούς παράγοντες, τραυλισμό μπορεί να προκαλέσουν και οι ψυχογενείς παράγοντες. Το φαινόμενο των ψυχογενών παραγόντων στο τραυλισμό εμφανίζεται με συμπτώματα στερεοτυπικών επαναλήψεων,

δευτερογενών χαρακτηριστικών και συμπτωμάτων αποφυγής (Johnson & Jacobson, 2007).

2.2.5 Ψυχολογικοί και Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Προκειμένου να σημειωθεί η ύπαρξη μια ολοκληρωμένης άποψης για το τραυλισμό, τα δεδομένα των ερευνών που έγκειται κυρίως στην οργανική αιτιολογία της διαταραχής συσχετίστηκαν και με άλλα στοιχεία και παράγοντες, όπως ψυχολογικά και περιβαλλοντικά.

Ο τραυλισμός συνδέεται άμεσα με το παράγοντα ψυχολογική πίεση σε γενικότερο πλαίσιο, αλλά και πιο συγκεκριμένα με το παράγοντα stress. Ο Guitar (1998) υποστηρίζει ότι η αύξηση επιπέδων του τραυλισμού εξαρτάται από την αύξηση επιπέδων του stress. Ο Bloodstein (1995) πρεσβεύει εξίσου ότι οι εκδηλώσεις τραυλισμού αυξάνονται από τους παράγοντες που ασκούν πίεση και ένταση στο άτομο που έχει τραυλισμό (π.χ. η πίεση του χρόνου, η ομιλία μπροστά σε κοινό).

Αντιθέτως, ο φόβος της ομιλίας, το συναίσθημα της ενοχής, η ματαιώση, η ντροπή, η επιθετικότητα, η χαμηλή αυτό – εκτίμηση, και η κατάθλιψη αποτελούν τους ψυχολογικούς παράγοντες που συνδέονται με τον τραυλισμό. Οι Blood και συν., (2001), προεκτείνουν σε αυτή τη θεωρία την αυξημένη ανασφάλεια, το γενικευμένο άγχος, το φόβο ομιλίας με άτομα που έχουν ευφράδεια λόγου ως ψυχολογικούς παράγοντες που τείνουν την αύξηση του τραυλισμού. Για τα άτομα, που εμφανίζουν τη διαταραχή του τραυλισμού, σημαντικό έρεισμα για εκείνους αποτελεί ο τραυλισμός τους και οι αδυναμίες που παρουσιάζουν στη ροή της ομιλίας τους. Στη συνέχεια, για τα άτομα που φέρουν τραυλισμό το μοναδικό τους πρόβλημα, με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι είναι η διαταραχή του τραυλισμού και η αιτία των υπόλοιπων προβλημάτων που ίσως να έρθουν αντιμέτωποι (Blood και συν., 2001). Ωστόσο, πέρα από τους ψυχολογικούς παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για τη διαμόρφωση της εικόνας του ατόμου που τραυλίζει για τον ίδιο του το εαυτό και τη διαταραχή του, εμφανίζονται και οι περιβαλλοντικές επιδράσεις, όπου κι εκείνες μπορεί λειτουργούν είτε θετικά είτε αρνητικά ως προς την αύξηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Λαμβάνοντας υπόψη, τα δεδομένα των ερευνών που έχει διεξαχθεί, ο τραυλισμός τείνει την εμφάνιση του σε πολιτισμούς αφ' ενός με περισσότερο

ανταγωνιστικό περιβάλλον και αφ' ετέρου σε περιβάλλον που αρκούνται μεγαλύτερες πιέσεις στους ανθρώπους για συμμόρφωση και υψηλές επιδόσεις. Η επίδραση του περιβαλλοντικού παράγοντα γίνεται αισθητή σε περιπτώσεις μονοζυγωτικών διδύμων, που ενδεχομένως να εμφανίζει τη διαταραχή του τραυλισμού το ένα από τα δύο. Θεμελιώδη ρόλο στην παραπάνω άποψη διαδραματίζει η έρευνα του Faber (1981), στην οποία έλαβαν μέρος 95 ζευγάρια μονοζυγωτικών διδύμων, τα οποία είχαν χωρίσει νωρίς από τη γέννα τους. Πέντε από αυτά τα παιδιά εμφάνισαν τραυλισμό, εκτός από τις ομοιότητες που παρουσίασαν στα εξωτερικά χαρακτηριστικά τους και στα χαρακτηριστικά της φωνής τους και μόνο σε ένα από τα παιδιά αυτά τραύλιζε και το άλλο μέλος του ζευγαριού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 : 127).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όμως, φαίνεται ότι συνίσταται κυρίως σε αντιδράσεις ατόμων όπου το άτομο που τραυλίζει έχει ιδιαίτερες σχέσεις (Γιαννοπούλου, 2001). Παρ' όλο, βέβαια, που ο περιβαλλοντικός παράγοντας δεν χαρακτηρίζεται ως ενιαία και ομοιόμορφη έννοια, η συμβολή του θεωρείται σημαντική. Αυτό σημαίνει, δηλαδή, ότι ο περιβαλλοντικός παράγοντας μπορεί να ασκεί επιρροή με διαφορετικό τρόπο σε παιδιά με διαφορετικές γενετικές καταβολές ή παιδιά με διαφορετική ηλικία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, αυτό που θεωρείται συλλήβδην είναι ότι οι περιβαλλοντικές απαιτήσεις έχουν ως αντίκτυπο την αρνητική επίδραση στο παιδί, αλλά και στην προσπάθεια του να κατακτήσει το γλωσσικό σύστημα. Τέτοιες περιβαλλοντικές απαιτήσεις είναι για παράδειγμα, ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας από τους γονείς, η απαίτηση διατύπωσης πολύπλοκων προτάσεων από το παιδί και οι αγχώδεις αντιδράσεις των γονέων. Φυσικά κάτι τέτοιο σημειώνει επιβάρυνση σε περίπτωση εκδήλωσης τραυλισμού. Αξιοθαύμαστο είναι το γεγονός ότι οι απαιτητικές προσδοκίες μπορούν να δημιουργήσουν άγχος και πίεση στο παιδί την περίοδο που είναι αντιμέτωπο με ορισμένες δυσκολίες που αφορούν τη λεκτική ευχέρεια στα πλαίσια της φυσιολογικής του ανάπτυξης. Τέλος, αποδιοργάνωση της ομιλίας των παιδιών και η αστεϊρευτή πηγή αρνητικών συναισθημάτων μπορεί να σφυρηλατηθεί από την αρνητική στάση των γονέων όσον αφορά την επικοινωνιακή συμπεριφορά των παιδιών τους (Kloth και συν., 1995).

Στο πέρασμα των χρόνων έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές προσπάθειες για να κατανοηθεί και να περιγραφεί το φαινόμενο του τραυλισμού. Αυτές οι προσπάθειες διεξάχθηκαν μέσω της ανεύρεσης των αιτιολογικών παραγόντων, όπου με τη σειρά τους

ώθησαν την πλάση ορισμένων θεωρητικών υποθέσεων. Οι υποθέσεις σκιαγραφούν το ρόλο των οργανικών, γενετικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, αλλά και την αλληλεπίδραση τους. Οι επικρατέστερες υποθέσεις είναι η υπόθεση της κατάρρευσης, η υπόθεση της «απωθημένης ανάγκης», η υπόθεση της αναμονής – αντιμετώπισης, η υπόθεση των δυνατοτήτων και των απαιτήσεων και η υπόθεση της συγκαλυμμένης διόρθωσης.

2.2.6 Η υπόθεση της κατάρρευσης

Στην υπόθεση της κατάρρευσης ο τραυλισμός αποδίδεται στην κατάρρευση κάποιων φυσιολογικών λειτουργιών, με πιθανή ανάμειξη περιβαλλοντικών παραγόντων, που προκαλούν άγχος. Δηλαδή, ένα περιβάλλον που διακατέχεται από υπερβολικό άγχος ή υπέρμετρες απαιτήσεις μπορεί να προκαλέσει δυσκολία στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας ενός παιδιού. Πιο συγκεκριμένα, από την υπόθεση αυτή προκύπτει ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα της στιγμιαίας αποτυχίας συντονισμού των διαδικασιών, που κρίνονται απαραίτητες για την πραγμάτωση της ομιλίας. Υπάρχει διάκριση δύο θεωρητικών προσεγγίσεων ανάλογα με τα αίτια, στα οποία αποδίδεται η κατάρρευση της λειτουργίας της ομιλίας. Η πρώτη κατηγορία θεωρεί ότι ο τραυλισμός είναι συνδεδεμένος άμεσα ως συνέπεια της οργανικής κατάρρευσης του μηχανισμού ομιλίας. Σε τέτοιου είδους περίπτωση γίνεται αναφορά για οργανική δυσλειτουργία με τη συμμετοχή ή όχι γενετικών παραγόντων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 : 118). Στη δεύτερη κατηγορία τείνει να εμφανίζεται η ύπαρξη οργανικής δυσλειτουργίας, χωρίς βέβαια να ελλοχεύει το ρόλο των περιβαλλοντικών επιδράσεων, που είναι καθοριστικός για την εκδήλωση της διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 : 262 – 263). Αυτό σημαίνει ότι η προδιάθεση εκπηγάει από την οργανική δυσλειτουργία και οι περιβαλλοντικές επιδράσεις, όπως το αγχογόνο περιβάλλον και η ψυχολογική ένταση, πυροδοτούν την εκδήλωση του τραυλισμού.

2.2.7 Η υπόθεση της "απωθημένης ανάγκης"

Σύμφωνα με την παρούσα υπόθεση, ο τραυλισμός εμφανίζεται στα παιδιά ασυνείδητα προσπαθώντας να φέρουν εις πέρας τις απωθημένες ανάγκες τους. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο τραυλισμός θεωρείται ως ασυνείδητη σκόπιμη πράξη και ως συμβολική έκφραση της απωθημένης ανάγκης. Η υπόθεση αυτή οικοδομείται σε ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις και η σφαίρα του ενδιαφέροντος στρέφεται περισσότερο στην προσωπικότητα των ατόμων που τραυλίζει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 : 263). Συνεπώς, η ομήγυρη των απωθημένων αναγκών, που υπόκεινται στον τραυλισμό, ποικίλλει στις διάφορες θεωρίες που στηρίζονται σε αυτή την υπόθεση. Ακόμη, ο τραυλισμός εμφανίζεται ως επιθετικότητα αποτελώντας οδυνηρή εμπειρία για τον ακροατή, εφόσον έχει παρατηρηθεί ως συγκαλυμμένη έκφραση εχθρικών και επιθετικών διαθέσεων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 : 121). Επίσης, ερμηνεύεται και ως ασυνείδητη επιθυμία απόθησης της ομιλίας (π.χ. ασυνείδητος φόβος, έκφρασης ακατάλληλων επιθυμιών και σκέψεων), (Bloodstein, 1995). Τέλος, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία του Bloodstein (1995), η υπόθεση αυτή κατανέμει τον τραυλισμό σε έναν τύπο αγχώδους διαταραχής, δηλαδή ως σύμπτωμα κάποιας διαταραγμένης ψυχολογικής λειτουργίας, πιθανόν μη συνειδητή.

2.2.8 Η υπόθεση της αναμονής – αντιμετώπισης

Στο παρόν πλαίσιο, ο τραυλισμός θεωρείται αποτέλεσμα μάθησης. Σύμφωνα με τον Bloodstein (1995) ο τραυλισμός είναι μια μαθημένη αντίδραση. Το παιδί, δηλαδή, θεωρεί πως η παραγωγή ομιλίας είναι δύσκολη και την αντιμετωπίζει υπό την επήρεια άγχους. Έτσι, παράγει ομιλία σε τμήματα προκειμένου να επιτύχει σωστή παραγωγή (Packman & Attanasio, 2004). Επιπροσθέτως, αυξανόμενη προσπάθεια σημειώνουν τα παιδιά για την παραγωγή σωστής ομιλίας σε περίπτωση τιμωρίας (κυρίως από τους γονείς τους) λόγω της παραγωγής φυσιολογικών δυσρυθμιών στην ομιλία τους. Συνεπάγεται, λοιπόν, ότι το παιδί εκπαιδεύεται σταδιακά σε έναν τρόπο τραυλισμού, που αποτελεί σημείο επιρροής στην καθημερινότητα του (Manning, 2001).

Επιπλέον, το παιδί μπορεί να θεωρεί ότι η ομιλία είναι δύσκολη υπόθεση, προφανώς λόγω των πρώιμων εμπειριών του στην προσπάθεια κατάκτησης του λόγου. Ο τραυλισμός εμφανίζεται κυρίως όταν το άτομο προσμένει με φόβο ότι θα τραυλίσει και προσπαθεί να τον αποφύγει. Η ποδηγέτηση στον τραυλισμό πραγματοποιείται από την αναμονή και την επικέντρωση στο φόβο, που σημαίνει ότι έτσι αυξάνεται το φοβικό γεγονός που οδηγεί στον τραυλισμό (Bloodstein, 1995). Τα παιδιά που παρουσιάζουν τη διαταραχή του τραυλισμού, συχνά υφαιίνουν τις δικές τους θεωρίες για τα αίτια του τραυλισμού. Αυτές οι θεωρίες ενδέχεται να συσχετίζονται με άτομα, συγκεκριμένα γεγονότα, λέξεις, ήχους κ.α. Σε μετέπειτα στάδιο, εφόσον έχει προηγηθεί η υιοθέτηση των αντιλήψεων αυτών, ο τραυλισμός τους εκδηλώνεται και διατηρείται, λόγω της αγωνιώδους προσπάθειας να τις αποφύγουν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 : 124). Μια τέτοια εκδοχή αντικατοπτρίζεται στη Διαγνωσογενή θεωρία. Από την τελευταία προκύπτει ότι ο τραυλισμός είναι απόρροια της διάγνωσης του και αίρεται στην αντίληψη ότι εφόσον χαρακτηριστεί παθολογική η φυσιολογική συμπεριφορά του ατόμου, είναι πολύ πιθανόν να αρχίσει να συμπεριφέρεται παθολογικά. Οι εκτιμήσεις των γονέων για τον τραυλισμό των παιδιών τους είναι λανθασμένες γιατί αφορούν τις φυσιολογικές για την ηλικία τους δυσχέρειες στο λόγο τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις συχνά ο τραυλισμός ακολουθείται από προσπάθειες διόρθωσης και παραινέσεις προς το παιδί τείνοντας με αυτό τον τρόπο την αύξηση άγχους και την θεμελίωση της αντίληψης ότι έχει κάποιο πρόβλημα (Ambrose & Yairi, 1999).

Έπειτα, από τη διάρκεια μερικών δεκαετιών, η αιτιολογία του τραυλισμού που επικρατούσε ήταν οι ψυχαναλυτικοί παράγοντες. Ωστόσο, στα μέσα του 20^{ου} σημειώθηκαν σταδιακές αλλαγές διερευνώντας τον τραυλισμό ως αποτέλεσμα μάθησης (Manning, 2001). Με τις ραγδαίες εξελίξεις της εποχής μας πια, ο αριθμός των ειδικών που υποστηρίζουν την παραπάνω άποψη έχει αυξηθεί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

2.2.9 Η υπόθεση των δυνατοτήτων και των απαιτήσεων

Αυτό είναι ένα δημοφιλές μοντέλο εξήγησης του τραυλισμού (Adams, 1980, Andrews & Harris, 1964, Sheehan, 1975), το οποίο υπήρξε στυλοβάτης για αρκετές θεραπευτικές προσεγγίσεις, κυρίως για παιδιά που αφορούν την προσχολική ηλικία

(Chmela, Reardon, 2001, Healey και συν., 2004). Το μοντέλο επισημαίνει την περιβαλλοντική επίδραση στη γένεση και την εξέλιξη του τραυλισμού. Δηλαδή, η διαταραχή «γεννάται» τη στιγμή που οι προσδοκίες από το περίγυρο του παιδιού για ευχέρεια ομιλίας είναι μεγαλύτερες από τις υπάρχουσες ικανότητες του παιδιού (Adams, 1990). Ως προσδοκίες θεωρούνται αφ' ενός οι επιθυμίες των γονέων και αφ' ετέρου παράγοντες, όπως ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας των επικοινωνιακών συντρόφων του παιδιού ή ακόμη και οι ατομικές του προσδοκίες για επιτυχία και αποδοχή από το περιβάλλον (Guitar, 2006, Starkweather, 1987). Σύμφωνα με τη Μαλανδράκη (2012), η υπόθεση των απαιτήσεων και των ικανοτήτων αποτελεί μια θεωρία που στέκεται στην πρόκληση και την εξέλιξη τη διαταραχής του τραυλισμού και όχι τη «γέννηση» της.

2.2.10 Η υπόθεση της συγκαλυμμένης διόρθωσης

Η παρούσα υπόθεση βασίστηκε στο μοντέλο του Levelt (1989), το οποίο διακατέχεται από ψυχολinguολογικές προεκτάσεις (Howell, 2004). Εχέγγυο είναι το γεγονός, ότι όταν συμβεί ένα γλωσσικό λάθος είτε φωνολογικό, είτε λεκτικό, οι περισσότεροι από εμάς μπορούμε να το διορθώσουμε πριν από την παραγωγή του (Kolk, & Postma, 1997, Postma & Kolk, 1993). Ωστόσο, τα άτομα που τραυλίζουν λόγω της μειωμένης ικανότητας τους, δεν έχουν τη δυνατότητα σε μικρό χρονικό διάστημα να πραγματοποιήσουν αυτή τη αυτοδιόρθωση που είναι απαραίτητη (Kolk & Postma, 1997).

Εν κατακλείδι, έχουν βυσοδομηθεί διάφορες θεωρίες για τον τραυλισμό με στόχο την καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση του, προκαλώντας μεγάλη ιδεολογική αναζήτηση και κίνητρο για έρευνα. Απότοκος αυτών είναι η συνεχόμενη ανακάλυψη ευρημάτων, που αποτελεί έναν σπουδαίο καρπό θεωρητικών απόψεων και αντιλήψεων (Yairi & Seery, 2011). Τέλος, ακόμη και σήμερα, αναζητούνται οι αιτιολογικοί παράγοντες, στους οποίους οφείλεται ο τραυλισμός και δίνουν το στίγμα τους σε ένα μωσαϊκό αιτιών, που οι μελέτες συνεχίζονται για μια ολοκληρωτική απάντηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

3.1 Εισαγωγή

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία, η διαταραχή του τραυλισμού καταγράφεται να διακρίνεται σε μορφές και σε είδη, λόγω της ποικίλης συμπτωματολογίας της. Σύμφωνα με τον Χ. Καρπάθιο (1998 : 209) οι μορφές λοιπόν του τραυλισμού ανάλογα με τα συμπτώματα του, είναι ο Τονικός και ο Κλονικός. Επιπλέον, γίνεται λόγος για μια άλλη μορφή τραυλισμού την κλονικό – τονική μορφή ή αλλιώς Μεικτή μορφή (Γιαννακοπούλου, 2001 : 176 – 177) (Εικόνα 1). Τέλος, όσον αφορά, τα είδη του τραυλισμού απαρτίζονται από τον Εξελικτικό Τραυλισμό και τον Επίκτητο Τραυλισμό (Μαλανδράκη, 2012) (Εικόνα 2).

3.2 Βασικές μορφές τραυλισμού

Πιο συγκεκριμένα, ο τονικός τραυλισμός χαρακτηρίζεται κυρίως από δυσρυθμίες με συχνή επανάληψη επιμηκύνσεων στη παραγωγή σύντομων λεκτικών στοιχείων και τις "σπασμένες" λέξεις. Υποδεικνύεται "μπλοκάρισμα" στο λόγο στο αρχικό τμήμα των λέξεων ή των προτάσεων και συνήθως συνδέεται με αύξηση της σωματικής έντασης του ατόμου (Rosonowski & Eysholdt, 2006 : 401). Οι επιμηκύνσεις φθόγγων συνθέτονται στους αρχικούς φθόγγους των λέξεων, ενώ στους τελικούς δεν εμφανίζονται σχεδόν ποτέ. Η διάρκεια αυτών των επιμηκύνσεων ανέρχεται έως και τα πέντε δευτερόλεπτα και παραθέεται ως επίμονο "κόμπιασμα" σε μια αρθρωτική θέση ή ως παρατεταμένος ήχος. Λόγου χάρη, η λέξη «παππούς» προφέρεται ως «πππαππούς» και η λέξη «θέλω» προφέρεται ως «θθθθθθέλω». Σε τέτοια περίπτωση, φαίνεται ότι το άτομο αυτό δεν μπορεί να προφέρει τον ήχο που επιθυμεί να παράγει, ενώ παράλληλα αυτή η προσπάθεια διακατέχεται από ορατή ένταση στους μύες του προσώπου και του λαιμού. Σχετικά με τις "σπασμένες" λέξεις που τείνουν να εμφανίζονται στον τονικό τραυλισμό, παρατηρείται μια αφύσικη παύση ανάμεσα στις συλλαβές, όπως για παράδειγμα η λέξη «θέλω» προφέρεται ως «θέ [...] λω». Η παύση μπορεί να είναι σιωπηλή ή με την παραγωγή ενός

ήχου, ο οποίος ενδεχομένως να συνδυάζεται με τον πρώτο ήχο της επόμενης λέξης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 : 37). Ο τονικός τραυλισμός θεωρείται απειλητικός εφόσον μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού (Rosonowski & Eysholdt, 2006 : 401).

Ο κλονικός τραυλισμός με τη σειρά του, εμφανίζεται με επαναλήψεις φθόγγων, συλλαβών και λέξεων, κυρίως μεμονωμένων. Η παρούσα στάση παρατηρείται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, καθώς και σε ενήλικες που εμφανίζουν τη διαταραχή του τραυλισμού. Ειδικότερα, τα παιδιά επαναλαμβάνουν τις πρώτες συλλαβές των λέξεων και σπάνια τις τελευταίες, για παράδειγμα η λέξη «παππούς» προφέρεται ως «παπαπαππούς» (Γιαννακοπούλου, 2001). Ο αριθμός των επαναλήψεων τονίζεται ως προς την ποικιλία του, δηλαδή από δύο έως πέντε φορές. Τέλος, οι ήχοι ενδέχεται είτε να επιμηκύνονται, είτε να προφέρονται δυσρυθμικά, εφόσον το άτομο που τραυλίζει, βιώνει ένταση κατά την διάρκεια επαναλήψεων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006 : 36).

Στον μεικτό τραυλισμό ή αλλιώς στην κλονικό – τονική μορφή του τραυλισμού υφέρπουν τα συμπτώματα του τονικού και του κλονικού τραυλισμού, δηλαδή ο συνδυασμός τους. Τελευταίο, αλλά εξίσου σημαντικό στην ομιλία του παιδιού κάποιες φορές υπερισχύουν είτε τα χαρακτηριστικά του τονικού τραυλισμού, είτε κάποιες άλλες τα χαρακτηριστικά του κλονικού τραυλισμού (Ham, 1999, Γιαννακοπούλου, 2001).

Απεναντίας, τα μη λεκτικά χαρακτηριστικά εκφύονται με την απώλεια βλεμματικής επαφής, ανοιγοκλείσιμο βλεφάρων και κινήσεις σαγονιού και γλώσσας. Επιπροσθέτως, εμφανίζονται οι ακούσιες κινήσεις κεφαλιού ή και άλλων μερών του σώματος, όπως για παράδειγμα στα χέρια (Prasse & Kikano, 2008). Αυτές οι συμπεριφορές αξιοποιούνται ως μέσο αποφυγής των στιγμών του τραυλισμού (Ward, 2006).

3.3 Είδη τραυλισμού

Στα είδη του τραυλισμού, όπως προαναφέρθηκε, συναντάται ο Εξελικτικός Τραυλισμός, ο Επίκτητος Τραυλισμός.

3.3.1 Εξελικτικός τραυλισμός

Το 1940 κυριαρχούσε η αντίληψη ότι η εμφάνιση του εξελικτικού τραυλισμού οφείλεται στην εσφαλμένη κρίση των γονέων σχετικά με τα παιδιά τους όταν παρουσίαζαν δυσρυθμίες. Χρησιμοποιούσαν, λοιπόν, θεραπείες για τον έλεγχο των συμπτωμάτων, προκειμένου να εξαλείψουν τις φυσιολογικές δυσρυθμίες στην ομιλία των παιδιών τους, που θεωρούσαν ότι ήταν στιγμές τραυλισμού. Ωστόσο, τα παιδιά επιχειρούσαν να μιλούν με περισσότερη ευφράδεια, καθώς υπέθεταν ότι αυτές οι θεραπείες λειτουργούν αποδοκμαστικά για εκείνα. Το απόσταγμα αυτής της θεωρίας, ήταν η δημιουργία έντασης στην ομιλία των παιδιών, που μετέπειτα οδήγησε σε συμπτώματα τραυλισμού (Lavid, 2003). Τέλος, οι συνηθέστερες αιτίες, μολονότι η αιτιολογία είναι άγνωστη, είναι η μη φυσιολογική ημισφαιρική επικράτηση και οι δυσλειτουργίες των διεγκεφαλικών συνδέσεων (Bradley, 2004).

Στις μέρες μας, η θεωρία για τον εξελικτικό τραυλισμό είναι ότι εμφανίζεται κατά την ανάπτυξη του παιδιού ως διαταραχή στην κανονική ροή και ανάπτυξη της ομιλίας και διακρίνεται σε εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό. Ο Barry Guitar (2006) διακρίνει σε πέντε στάδια την αύξουσα πορεία του εξελικτικού και επίμονου τραυλισμού, έχοντας δεχτεί επιρροές από την προσέγγιση του Charles Van Riper (1982). Τα πέντε στάδια, σύμφωνα με τον Guitar (2006) είναι τα παρακάτω :

- ✍ Η Φυσιολογική Δυσρυθμία,
- ✍ Ο Οριακός Εξελικτικός Τραυλισμός,
- ✍ Ο Αρχικός / Ήπιος Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός,
- ✍ Ο Μέτριος Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός,
- ✍ Ο Προχωρημένος / Σοβαρός Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός (Μαλανδράκη, 2012).

3.3.1.1 Η φυσιολογική δυσρυθμία

Σύμφωνα με την Καμπανάρου (2007), η εύρυθμη ομιλία έπεται από την ομαλή μετάβαση μεταξύ ήχων, συλλαβών και λέξεων. Ωστόσο, ορισμένες δυσρυθμίες χαρακτηρίζονται "φυσιολογικές" στην ομιλία μικρών παιδιών κατά την διάρκεια της γλωσσικής και φωνολογικής ανάπτυξης. Η εύρυθμη ομιλία αναπτύσσεται με την πάροδο των χρόνων, όπως και οι όμορες πτυχές που την διακατέχουν, δηλαδή οι αρθρωτικές και οι γλωσσικές ικανότητες των παιδιών. Συνεπώς, στην εμφάνιση δυσρυθμιών σε παιδιά μικρής ηλικίας ελλοχεύεται η δυσκολία διασαφήνισης για την ύπαρξη "φυσιολογικών" δυσρυθμιών ή χαρακτηριστικών τραυλισμού (Καμπανάρου, 2007).

Η περίοδος δυσρυθμιών που εμφανίζουν τα παιδιά κατά την ανάπτυξη τους (Ambrose & Yairi, 1999), κρίνεται δύσκολη λόγω της πολυπλοκότητας του μηχανισμού ομιλίας και λόγου και του νευροφυσιολογικού τους ελέγχου (Helm – Estabrooks, 1999). Αυτό συμβαίνει γιατί προϋποθέτει τον συγχρονισμό διαφορετικών φυσιολογικών / ανατομικών συστημάτων, όπως το κεντρικό νευρικό σύστημα, το αναπνευστικό σύστημα, το φωνητικό σύστημα (φώνηση), το αρθρωτικό σύστημα (σε συνδυασμό με το σύστημα αντήχησης) και το ακουστικό σύστημα (Zemlin, 2008). Ακόμη, και οι ενήλικες χωρίς την ύπαρξη της διαταραχής της ροής, ενδέχεται να εμφανίσουν ήπιες δυσρυθμίες υπό την επήρεια στρεσογόνων καταστάσεων (Mahr & Leith, 1992). Η επίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Yairi, 2004), είναι εξαιρετικά σημαντική στην περίοδο των 0 – 3 ετών, που πραγματοποιείται η καλλιέργεια πολλών γλωσσικών και λεκτικών στοιχείων των παιδιών (Ruben, 1997). Στο μεταίχμιο συμπλήρωσης των 3 ετών προσδοκάται η πλειοψηφία των παιδιών να κάνει χρήση φράσεων και προτάσεων καθιστώντας την ομιλία περισσότερο περίπλοκη (Ruben, 1997). Διεύρυνση δέχεται, επίσης, το κεντρικό νευρικό σύστημα, που ανταπεξέρχεται στο μηχανισμό ομιλίας και λόγου, όπως και άλλα συστήματα.

Ως επακόλουθο, σύμφωνα με την Μαλανδράκη (2012), κατά την αναπτυξιακή περίοδο στην ομιλία των παιδιών διαπιστώνονται μικρά "σκαμπανεβάσματα". Είναι το περιθώριο, κατά το οποίο πραγματοποιούμε λάθη, παραλείψεις και διορθώσεις έως ότου να γίνει κτήμα μας η νέα δραστηριότητα που επιχειρούμε να μάθουμε. Ανάλογη αντίδραση παρουσιάζουν και τα παιδιά, που είναι στην εκκίνηση της χρήσης της ομιλίας και του λόγου (Ambrose & Yairi, 1999, Μαλανδράκη, 2012). Σύμφωνα με τους

MacLachlan και Charman (1988), οι δισταγμοί, οι επαναλήψεις και οι επιμηκύνσεις των ήχων είναι φυσιολογικό να συνυπάρχουν ως τμήμα της φυσιολογικής τους ανάπτυξης. Το παρόν στάδιο – επίπεδο είναι η λεγόμενη Φυσιολογική Δυσρυθμία. Το παρόν στάδιο – επίπεδο έγκειται σε παιδιά ηλικίας 1, 5 – 6 ετών, ενώ παρουσιάζει κυκλική μορφή. Αυτό σημαίνει ότι απαρτίζεται από περιόδους συμπτωμάτων και από περιόδους μανιχαϊστικής ευχέρειας (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

3.3.1.2 Ο οριακός εξελικτικός τραυλισμός

Ο οριακός εξελικτικός τραυλισμός αποτελεί ένα ευεπηρεάστο στάδιο για τα παιδιά, από το οποίο εξαρτάται η μελλοντική πορεία του παιδιού αναφορικά με την παρουσία των συμπτωμάτων του (Μαλανδράκη, 2012). Ταυτόχρονα, ίσως χρειαστεί κάποιο είδος έμμεσης θεραπευτικής προσέγγισης από κάποιο λογοπαθολόγο / λογοθεραπευτή (Μαλανδράκη, 2010, Μαλανδράκη, 2012). Σύμφωνα με τον Guitar (2006), ο οριακός εξελικτικός τραυλισμός παρατηρείται στην ηλικία μεταξύ των 1, 5 – 6 ετών.

Ο οριακός εξελικτικός τραυλισμός περιλαμβάνει πρωτεύουσες – λεκτικές συμπεριφορές (συχνότητα, είδος, σοβαρότητα) και δευτερεύουσες συμπεριφορές. Οι λεκτικές συμπεριφορές στην συχνότητα αναμένεται σε μεγάλο επίπεδο, περίπου δηλαδή των 10 δυσρυθμιών ανά 100 λέξεις ή άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές και δύο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών (π.χ. σο – σο – σο – σοκολάτα). Ως προς το είδος αντιμετωπίζεται μεγαλύτερη αναλογία επαναλήψεων μονοσύλλαβων λέξεων και τμήματος λέξεων, επιμηκύνσεων και παύσεων σε σχέση με την επανάληψη φράσεων και πολυσύλλαβων λέξεων, καθώς και περισσότερες από 3 – 4 δυσρυθμίες ανά 100 συλλαβές. Ακόμη, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων παραμένει ήπια, εκτός από την ταχύτητα των επαναλήψεων που είναι ταχύτερη. Ωστόσο, οι δευτερεύουσες συμπεριφορές ή τα αρνητικά συναισθήματα δεν παρατηρούνται στον οριακό εξελικτικό τραυλισμό, καθώς τα παιδιά δεν είναι πλήρως συνειδητοποιημένα για το τι συμβαίνει. Τέλος, ο οριακός τραυλισμός μπορεί να έχει δύο κατευθύνσεις, την φυσιολογική ροή και τον τραυλισμό, διότι τα παιδιά βρίσκονται στο μεταίχμιο ενός αρχικού σταδίου του τραυλισμού (Μαλανδράκη, 2012).

3.3.1.3 Ο αρχικός / ήπιος εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός

Στο παρόν επίπεδο εισέρχονται τα παιδιά, που ήταν στον στάδιο του οριακού τραυλισμού (Μαλανδράκη, 2012). Η εξέλιξη για ορισμένα παιδιά θα είναι ξαφνική και σε άλλα αργή και διαδοχική. Ο ήπιος εξελικτικός τραυλισμός συναντάται, συνήθως σε ηλικίες μεταξύ των 2 – 8 ετών (Guitar, 2006).

Ο τραυλισμός σε αυτό το στάδιο αποτελείται από τις πρωτεύουσες – λεκτικές συμπεριφορές (συχνότητα, είδος, σοβαρότητα) και τις δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα. Στην συχνότητα ο ήπιος τραυλισμός είναι ανάλογος με τον οριακό τραυλισμό. Δηλαδή, προβλέπονται 10 δυσρυθμίες ανά 100 λέξεις ή άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές και δύο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών. Στο είδος των λεκτικών συμπτωμάτων αναδύεται μεγαλύτερος βαθμός επαναλήψεων συλλαβών και αρχικών ήχων λέξεων, περισσότερο έντονες και μεγαλύτερης διάρκειας επιμηκύνσεις, καθώς και τα πρώτα ήπια μπλοκαρίσματα σε σχέση με τον οριακό τραυλισμό. Επιπλέον, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων στον ήπιο τραυλισμό είναι αυξημένη. Πιο συγκεκριμένα, οι επαναλήψεις είναι πιο γρήγορες και απότομες, οι επιμηκύνσεις μπορεί να συνδέονται με ήπιες δευτερεύουσες συμπεριφορές, ενώ τα μπλοκαρίσματα παρ' όλο που είναι ήπιες μορφής, ενδέχεται να χαρακτηρίζονται από μικρή μυϊκή ένταση κατά τις δυσρυθμίες. Αναφορικά, με τον τομέα των δευτερευουσών συμπεριφορών και των συναισθημάτων, εκτελούνται διάφορες συμπεριφορές και ως συνέπεια αυτού είναι τα παιδιά να συνειδητοποιούν τη δυσκολία και τη διαφορετικότητα τους (Μαλανδράκη, 2012).

3.3.1.4 Ο μέτριος εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός

Στο παρόν στάδιο τοποθετούνται τα παιδιά που έχουν περάσει το στάδιο του επίμονου ή χρόνιου τραυλισμού, δηλαδή που παρουσιάζουν τα συμπτώματα για πάνω από 3 έτη (Yairi & Ambrose, 2005). Σε αυτή τη κατηγορία, το επικρατούν έτος ηλικίας των παιδιών είναι 6 – 13 ετών, δηλαδή σχολικής και πρώτης εφηβικής ηλικίας. Σύμφωνα με τον Guitar (2006), η κορωνίδα που διακυβεύει τον διαχωρισμό ανάμεσα μέτριο και

στον αρχικό εξελικτικό τραυλισμό είναι οι δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα.

Συμπεριλαμβάνονται στον μέτριο τραυλισμό οι πρωτεύουσες – λεκτικές συμπεριφορές (συχνότητα, είδος, σοβαρότητα) και οι δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα. Αρχικά, στη συχνότητα, όπως και στις παραπάνω περιπτώσεις τραυλισμού, σημειώνονται 10 δυσρυθμίες ανά 100 λέξεις ή άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές και δύο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών. Στη συνέχεια, το είδος των λεκτικών δυσρυθμιών δεν διαφέρει από τον τραυλισμό αρχικού επιπέδου, ως επί το πλείστον εκδηλώνονται επαναλήψεις συλλαβών και αρχικών ήχων λέξεων, έντονες επιμηκύνσεις με μεγάλη διάρκεια και έντονα μπλοκαρίσματα. Η σοβαρότητα, βέβαια, στον επίμονο τραυλισμό είναι αυξημένη, εξαιτίας των απότομων και γρήγορων επαναλήψεων, των μπλοκαρισμάτων σε συνδυασμό με την μυϊκή ένταση και τις δευτερεύουσες συμπεριφορές. Οι τελευταίες, εμφανίζονται σε αρχικό επίπεδο με τη μορφή παρεμβολών, αναθεωρήσεων και σωματικών κινήσεων και σε μετέπειτα επίπεδο λαμβάνουν τη μορφή αποφυγής, δημιουργώντας συναισθήματα αποφυγής και απομόνωσης. Αυτή η αύξηση διαδραματίζεται, διότι το άτομο που παρουσιάζει την διαταραχή του τραυλισμού, είναι εκτεθειμένο σε αυτή τη διαταραχή για μεγάλο χρονικό διάστημα (Μαλανδράκη, 2012).

3.3.1.5 Ο προχωρημένος / σοβαρός εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός

Σε αυτό το σημείο, ο τραυλισμός απευθύνεται σε εφήβους και ενήλικες, που τραύλιζαν ήδη όλα αυτά τα χρόνια (Guitar, 2006, Yairi & Seery, 2011). Σε αυτό το στάδιο γίνεται μνεία για όξυνση των συμπτωμάτων σε σημαντικό βαθμό, δεχόμενη τις επιρροές από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τους παράγοντες μάθησης δευτερευουσών συμπεριφορών για την εξέλιξη και την αντιμετώπιση της διαταραχής (Guitar, 2006).

Στον σοβαρό τραυλισμό η συχνότητα και το είδος των πρωτευουσών – λεκτικών συμπεριφορών παρουσιάζουν ομοιότητα με τον μέτριο τραυλισμό. Δηλαδή, στη συχνότητα παρατηρούνται 10 δυσρυθμίες ανά 100 λέξεις ή άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές και δύο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών. Πρόσθετα, στο είδος

αναφέρονται επαναλήψεις συλλαβών και αρχικών ήχων των λέξεων, έντονες και μεγάλης διάρκειας επιμηκύνσεις και τέλος έντονα μπλοκαρίσματα. Αισθητή γίνεται η σοβαρότητα των λεκτικών συμπτωμάτων, καθώς τα μπλοκαρίσματα πλέον πραγματοποιούνται συνδυαστικά με υπέρμετρη μυϊκή ένταση, φτάνοντας σε επίπεδα μυϊκού τρόμου. Τα μπλοκαρίσματα αυτά, εξίσου διαρκούν από ένα έως και πολλά δευτερόλεπτα, ενώ μερικές φορές σημειώνονται και διπλές ή τριπλές συμπεριφορές. Εκτός από αυτό, οι δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα κατακλύζονται από ένα δέος γιατί υπάρχει πλήρης γνώση της διαταραχής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία δυο προφίλ στα άτομα, που εμφανίζουν τον τραυλισμό. Στο πρώτο, που υλοποιούνται έντονες προσπάθειες αποφυγής των πρωτευόντων συμπτωμάτων, με συχνή εμφάνιση ποικίλων έντονων δευτερευουσών συμπεριφορών. Το δεύτερο προφίλ που αναπτύσσουν τα άτομα που τραυλίζουν, έγκειται στην "άψογη" ικανότητα αποφυγής και διαφυγής των συμπτωμάτων του τραυλισμού, που δεν αποτελούν έντονο σημείο εμφάνισης (Μαλανδράκη, 2012).

3.3.2 Επίκτητος τραυλισμός

Ο επίκτητος τραυλισμός εμφανίζεται σε άτομα που είχαν κανονική ροή ομιλίας και απαρτίζεται από δύο τύπους : τον ψυχογενή επίκτητο τραυλισμό και τον νευρογενή επίκτητο τραυλισμό. Ο πρώτος παρουσιάζεται έπειτα από κάποιο συναισθηματικό τραύμα και περιλαμβάνει επανάληψη των αρχικών συλλαβών ή των τονούμενων συλλαβών, αδιαφορώντας για τη ροή και το ρυθμό ομιλίας, επίπεδο λόγο και μονότονη βλεμματική επαφή (Costa & Kroll, 2000). Ο δεύτερος τις περισσότερες φορές είναι απόρροια κάποιας εγκεφαλικής βλάβης, εγκεφαλικού επεισοδίου, νόσου Alzheimer και Parkinson, νεφρικής ανεπάρκειας κ.α. (Heuer και συν., 1999).

3.3.2.1 Ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός

Τα παλαιότερα χρόνια, ο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός αποκαλούνταν υστερικός τραυλισμός, κάτι το οποίο έχει πλέον απαλειφτεί (Mahr & Leith, 1992). Στις μέρες μας, έχει διαπιστωθεί ότι προκαλείται συνήθως έπειτα από μια παρατεταμένη

περίοδο άγχους ή μετά από κάποιο τραυματικό επεισόδιο (Baumgartner & Duffy, 1997, Deal & Doro, 1987). Συνεπώς, εμφανίζεται περισσότερο σε άτομα εφηβικής ηλικίας και σε ενήλικες (Guitar, 2006).

Σύμφωνα με τον Guitar (2006), οι συμπεριφορές που παρουσιάζει το άτομο στον ψυχογενή επίκτητο τραυλισμό είναι ακούσιες. Σημείο αναφοράς αποτελούν και οι πρωτεύουσες συμπεριφορές (δυσρυθμίες), που είναι παρόμοιες με εκείνες του εξελικτικού τραυλισμού. Δηλαδή, οι δυσρυθμίες εμφανίζονται κατά μέσο όρο σε 10 – 15% της ομιλίας στα άτομα, που φαλκιδεύονται σε αυτά τα συμπτώματα σε εύρος ποσοστού από 5 έως και πάνω από 50% (σε σοβαρότερες περιπτώσεις) (Μαλανδράκη, 2012). Τέτοιες δυσρυθμίες είναι οι επαναλήψεις ήχων, συλλαβών ή και ολόκληρων λέξεων και φράσεων, επιμηκύνσεις, μπλοκαρίσματα κλπ. Ωστόσο, στο παρόν τραυλισμό διεξάγονται σε μεγαλύτερο βαθμό επαναλήψεις αρχικών ή τονιζόμενων συλλαβών (Mahr & Leith, 1992). Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές δεν είναι απαραίτητο σε αυτό το τμήμα του τραυλισμού να εμφανίζονται συνδυαστικά με τις πρωτεύουσες συμπεριφορές (Μαλανδράκη, 2012).

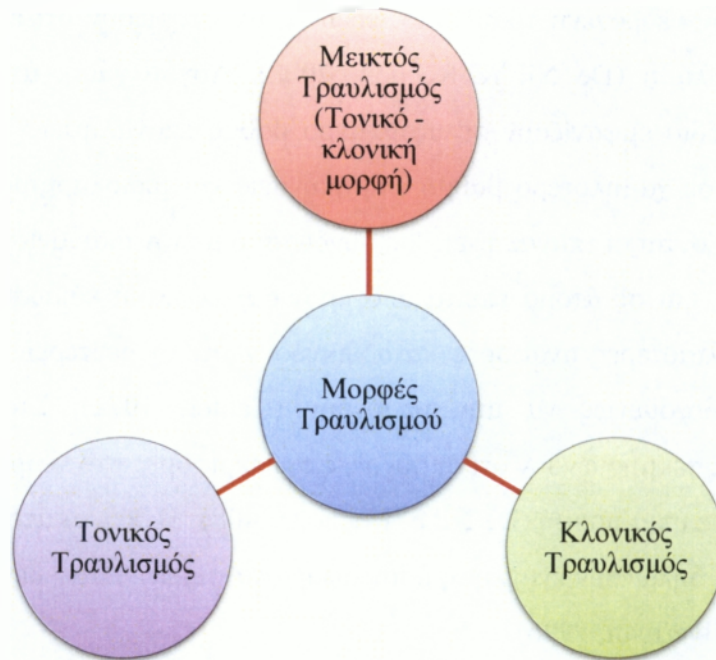
3.3.2.2 Νευρογενής επίκτητος τραυλισμός

Σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί παλαιότερα, κυριαρχούσε η αντίληψη ότι ο νευρογενής τραυλισμός συνυπάρχει ως μέρος άλλων διαταραχών ομιλίας, όπως για παράδειγμα στην αφασία, την απραξία ομιλίας και τη δυσαρθρία (Ward, 2006). Τα τελευταία χρόνια, με τις ραγδαίες εξελίξεις της εποχής μας, την πρωτοκαθεδρία για τα αίτια του νευρογενή τραυλισμού, κατέχουν οι δομικές ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού συστήματος σε περιοχές που συνδέονται με την παραγωγή ομιλίας (π.χ. βασικά γάγγλια, παρεγκεφαλίδα) (Mertz & Ostergaard, 2006).

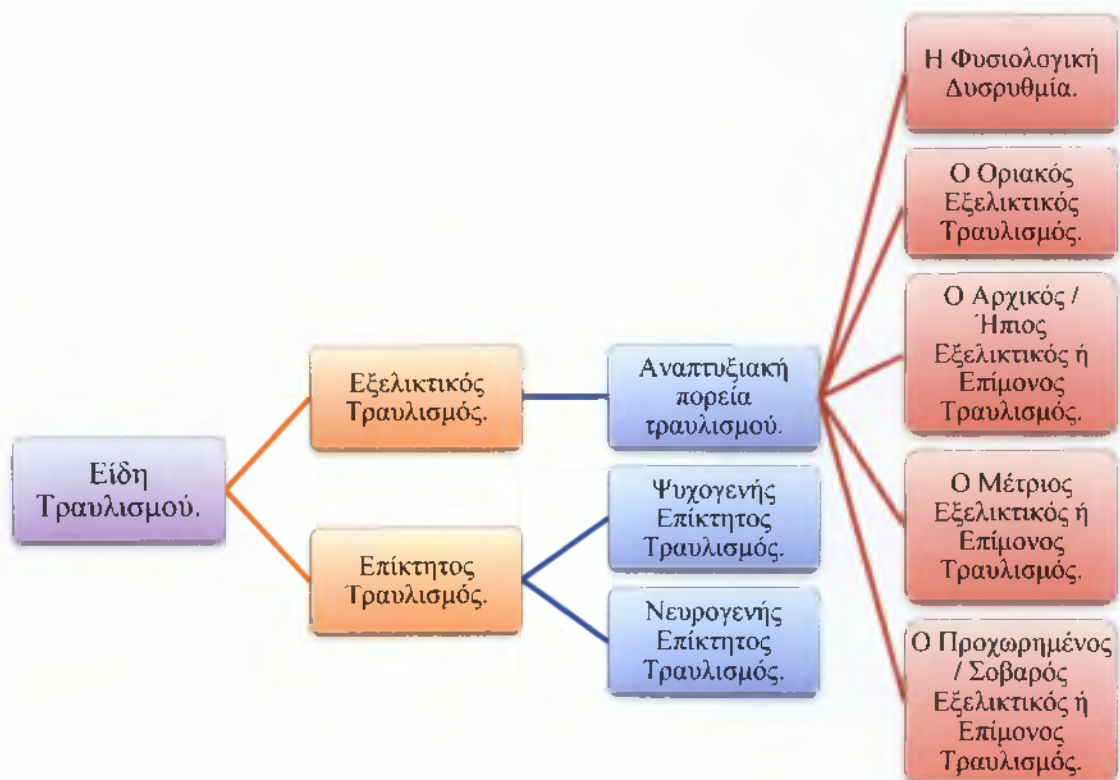
Ο νευρογενής τραυλισμός, λοιπόν, είναι μια διαταραχή της ευχέρειας της ομιλίας, που όπως προαναφέρθηκε, προκαλείται έπειτα από ασθένεια ή βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος (Lebrun και συν., 1987). Μεγαλύτερη συχνότητα του νευρογενούς τραυλισμού εμφανίζεται στους άντρες, παρά στις γυναίκες (McNeil, 2008) και πλέον υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν την ύπαρξη του, όχι μόνο σε μεγαλύτερες ηλικίες, αλλά και στην παιδική ηλικία (Conture & Curlee, 2007). Όσον αφορά, τις λεκτικές

συμπεριφορές στον νευρογενή τραυλισμό, έρευνες υποστηρίζουν ότι είναι ανάλογα με την εγκεφαλική βλάβη (De Nil & Rochon, 2008). Λόγου χάρη, άτομα έπειτα από εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζουν σε υψηλότερο βαθμό επαναλήψεις ήχων, συλλαβών και φράσεων και σε χαμηλότερο βαθμό επιμηκύνσεις και μπλοκαρίσματα. Επικρατούν σύμπτωμα εμφανίζονται οι επαναλήψεις, σε συνδυασμό με τον ακανόνιστο ρυθμό και τον ακατάληπτο λόγο, και σε άτομα έπειτα από κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Μαλανδράκη, 2012). Τέλος, παλαιότερες αναφορές καταδεικνύουν ότι οι δευτερεύουσες ή συνοδές συμπεριφορές ενδεχομένως να μην υπάρχουν (Canter, 1971). Στον αντίποδα, οι σύγχρονες έρευνες τεκμηριώνουν ότι οι συνοδές συμπεριφορές στο νευρογενή τραυλισμό είναι συλλήβδην με ήπια μορφή (De Nil & Rochon, 2008). Τέλος, τα άτομα με νευρογενή τραυλισμό, αν και δηλώνουν ενόχληση όσον αφορά τα συμπτώματα, δεν έχουν ιδιαίτερο άγχος για αυτά (Silverman, 1996).

Εν κατακλείδι, η διαταραχή του τραυλισμού, όπως τεκμηριώνεται από την βιβλιογραφική ανασκόπηση σε διάφορα είδη (εξελικτικός και επίκτητος τραυλισμός) και σε μορφές(τονικός, κλονικός και μεικτός), βάσει της κλινικής εικόνας που διακρίνεται αντίστοιχα σε κάθε περίπτωση. Η κλινική συμπτωματολογία διαφέρει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά που εμφανίζονται, καθώς συμβάλλουν στη συμπεριφορά του τραυλισμού και τη διατήρηση του.



Εικόνα 1: Μορφές Τραυλισμού.



Εικόνα 2: Είδη τραυλισμού. Αναπτυξιακή Πορεία – Εξελικτικά Στάδια Τραυλισμού, σύμφωνα με τον Guitar (2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

4.1 Εισαγωγή

Ο τραυλισμός εξαιτίας της πολυπλοκότητας του, φαίνεται να έχει διαφορετικά συμπτώματα που τείνουν να εμφανίζονται κάθε φορά. Τα συμπτώματα αυτά διακρίνονται, σύμφωνα με τον Charles Van Riper :

- α) σε πρωτογενή χαρακτηριστικά,
- β) σε δευτερογενή χαρακτηριστικά και
- γ) στις πεποιθήσεις και τα συναισθήματα (Guítar, 2006).

4.2 Πρωτογενή χαρακτηριστικά

Ειδικότερα, οι πρωτεύουσες συμπεριφορές, είναι οι λεκτικές συμπεριφορές που εμφανίζουν τα άτομα που τραυλίζουν ή αλλιώς οι ονομαζόμενες δυσρυθμίες ή διακοπές της ροής ομιλίας (Μαλανδράκη, 2012) (Εικόνα 3). Η εμφάνιση των δυσρυθμιών γίνεται κατά μέσο όρο σε 10 – 15% της ομιλίας, ενώ η διάρκεια τους διαφοροποιείται από 1 έως 5 δευτερόλεπτα. Η χρονική στιγμή, κατά την οποία αναδύονται αυτές οι συμπεριφορές του τραυλισμού, ονομάζεται στιγμή του τραυλισμού (Silverman, 1996). Σύμφωνα με τον Van Riper (1973), οι πρωτεύουσες συμπεριφορές διακρίνονται σε επαναλήψεις, επιμηκύνσεις και σε μπλοκαρίσματα (Μαλανδράκη, 2012).

Επαναλήψεις

Οι επαναλήψεις είναι το πιο συχνό χαρακτηριστικό του τραυλισμού, το οποίο εμφανίζεται συνήθως πρώτο στον εξελικτικό τραυλισμό (Μαλανδράκη, 2012). Ως επανάληψη χαρακτηρίζεται η πράξη κατά την οποία λέμε ξανά κάτι, που έχουμε πει ήδη

προηγουμένως. Οι επαναλήψεις κατηγοριοποιούνται σε επαναλήψεις ήχων, συλλαβών και ολόκληρων λέξεων και φράσεων (Μαλανδράκη, 2012).

Παραδείγματα :

– Επανάληψη μεμονωμένου ήχου :

«Θ – θ – θ – θέλω να παίξω».

– Επανάληψη συλλαβής :

«Κοι – κοι – κοι – κοίτα τη μπάλα».

– Επανάληψη μονοσύλλαβης λέξης :

«Το απόγευμα θα – θα – θα – θα πάω στη γιαγιά».

– Επανάληψη πολυσύλλαβης λέξης :

«Θέλω – θέλω να φάω μακαρόνια».

– Επανάληψη φράσης :

«Θα παίξουμε – θα παίξουμε – θα παίξουμε μετά με τις κούκλες;».

Επιμηκύνσεις

Οι επιμηκύνσεις είναι οι δυσρυθμίες κατά τις οποίες πραγματοποιείται παράταση ηχηρών και άηχων ήχων του εκπνεόμενου αέρα, ενώ οι αρθρωτές που τους παράγουν παραμένουν στην ίδια θέση (Guitar, 2006). Οι επιμηκύνσεις μπορεί να παρατηρηθούν στην αρχή της λέξης, στη μέση και στο τέλος της λέξης.

Παραδείγματα :

– Επιμήκυνση στην αρχή της λέξης :

«Θθθθθέλω φαγητό».

– Επιμήκυνση στη μέση της λέξης :

«Έλα να δούμμμμε τηλεόραση».

– Επιμήκυνση στο τέλος της λέξης :

«Πάρε το δικόοοοοο μου μήλο».

Μπλοκαρίσματα

Τα μπλοκαρίσματα είναι η «παράλληλη ακατάλληλη διακοπή της ροής του εκπνεόμενου αέρα και των αρθρωτικών κινήσεων» (Guitar, 2006). Τα μπλοκαρίσματα, συνήθως αφορούν τα περισσότερα από τα συστήματα ομιλίας, συμπεριλαμβανομένου των αρθρωτικών, λαρυγγικών (φωνητικών) και των αναπνευστικών μπλοκαρισμάτων σε σοβαρότερες μορφές τραυλισμού (Silverman, 1996). Μπορούν να παρατηρηθούν σε λέξεις, αλλά και σε προτάσεις.

Παραδείγματα :

– Μπλοκάρισμα σε λέξη :

«Θέ [...] λω».

– Μπλοκάρισμα σε πρόταση :

«Δώσε μου το [...] παγωτό».

Ακόμη, η ομάδα του Ehud Ya'iri, κατηγοριοποιούν τα χαρακτηριστικά σε βασικές συμπεριφορές (επαναλήψεις, επιμηκύνσεις, μπλοκαρίσματα) και σε δευτερεύουσες λεκτικές συμπεριφορές (αναθεωρήσεις, παρεμβολές) και τα διακρίνει α) σε δυσρυθμίες ανάμεσα στη λέξη (ODs), που ονομάζονται αλλιώς και «μη τραυλικές δυσρυθμίες» και β) σε δυσρυθμίες στη μέση των λέξεων (SLDs), που ονομάζονται και ως «τραυλικές δυσρυθμίες» (Μαλανδράκη, 2012) (Πίνακας 1).

Οι δυσρυθμίες ανάμεσα στις λέξεις (ODs), δεν διακόπτουν σε σημαντικό βαθμό τη ροή της επικοινωνίας, για αυτό το λόγο άλλωστε ονομάζονται και ως «μη τραυλικές». Αντίθετα, οι δυσρυθμίες στη μέση των λέξεων (SLDs) διακόπτουν αισθητά τη ροή μιας πρότασης και για αυτό καλούνται και ως «τραυλικές συμπεριφορές» (Μαλανδράκη, 2012).

<i>Δυσρυθμίες ανάμεσα σε λέξεις (Other Disfluencies, ODs) – Μη τραυλικές συμπεριφορές.</i>	<i>Δυσρυθμίες στη μέση λέξεων (Stuttering – Like Disfluencies, SLDs) – Τραυλικές συμπεριφορές.</i>
Παρεμβολές	Επαναλήψεις ήχων, συλλαβών
Αναθεωρήσεις	Επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων
Επαναλήψεις φράσεων	Επιμηκύνσεις ήχων
Επαναλήψεις πολυσύλλαβων λέξεων	Μπλοκαρίσματα

Πίνακας 1: Λεκτικά συμπτώματα ανάμεσα και στη μέση λέξεων (Μαλανδράκη, 2012).

Παρεμβολές

Πιο συγκεκριμένα, οι παρεμβολές είναι οι λεκτικές ή σχεδόν λεκτικές παρεμβολές ήχων που είναι δυσνόητες στην ομιλία του ατόμου (Wingate, 2002). Δηλαδή, η πράξη κατά την οποία ανάμεσα σε μια λέξη ή πρόταση εμφανίζεται κάποιος ήχος

υποδηλώνοντας την παρουσία τραυλισμού. Παρ' όλα αυτά, μπορεί να παρουσιάζονται και στην ομιλία ενός ατόμου που δεν τραυλίζει. Για παράδειγμα ο ήχος «εεεεεε...» και «μμμμμ...» ενδέχεται να εμφανιστεί και σε περιπτώσεις φυσιολογικής ομιλίας, αλλά και σε στιγμές τραυλισμού (Ward, 2006). Οι παρεμβολές προσλαμβάνονται ως «γέμισμα» των παύσεων της ομιλίας (Wingate, 2002) και η χρήση τους συνήθως παρατηρείται από τα άτομα του τραυλισμού όταν επιθυμούν να ελέγξουν ή να αναβάλλουν μια στιγμή τραυλισμού (Ward, 2006). Τέλος, ένα άτομο με τραυλισμό μπορεί να χρησιμοποιεί μια λεκτική παρεμβολή για να κερδίσει χρόνο και να σκεφτεί τι θα πει στη συνέχεια (Conture & Curlee, 2007).

Παράδειγμα :

«Πήγα... εεεεε... διακοπές».

Αναθεωρήσεις – Περιφράσεις

Οι αναθεωρήσεις – περιφράσεις είναι οι δυσρυθμίες, κατά τις οποίες το άτομο που τραυλίζει, τροποποιεί την φράση – πρόταση του, καθώς θεωρεί ότι στην επόμενη λέξη που θα έλεγε, ότι θα κολλούσε. Έτσι, προτιμά να αποφύγει αυτή τη κατάσταση και χρησιμοποιεί την αναθεώρηση – περίφραση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Ως τροποποίηση θεωρείται η αλλαγή κάποιας λέξης ή ακόμη και αλλαγή κάποιας φράσης. Συνήθως επιλέγονται λέξεις ευκολότερες ως προς την άρθρωση τους ή σε μικρότερο μήκος (Χριστοδούλου και συν. 2004).

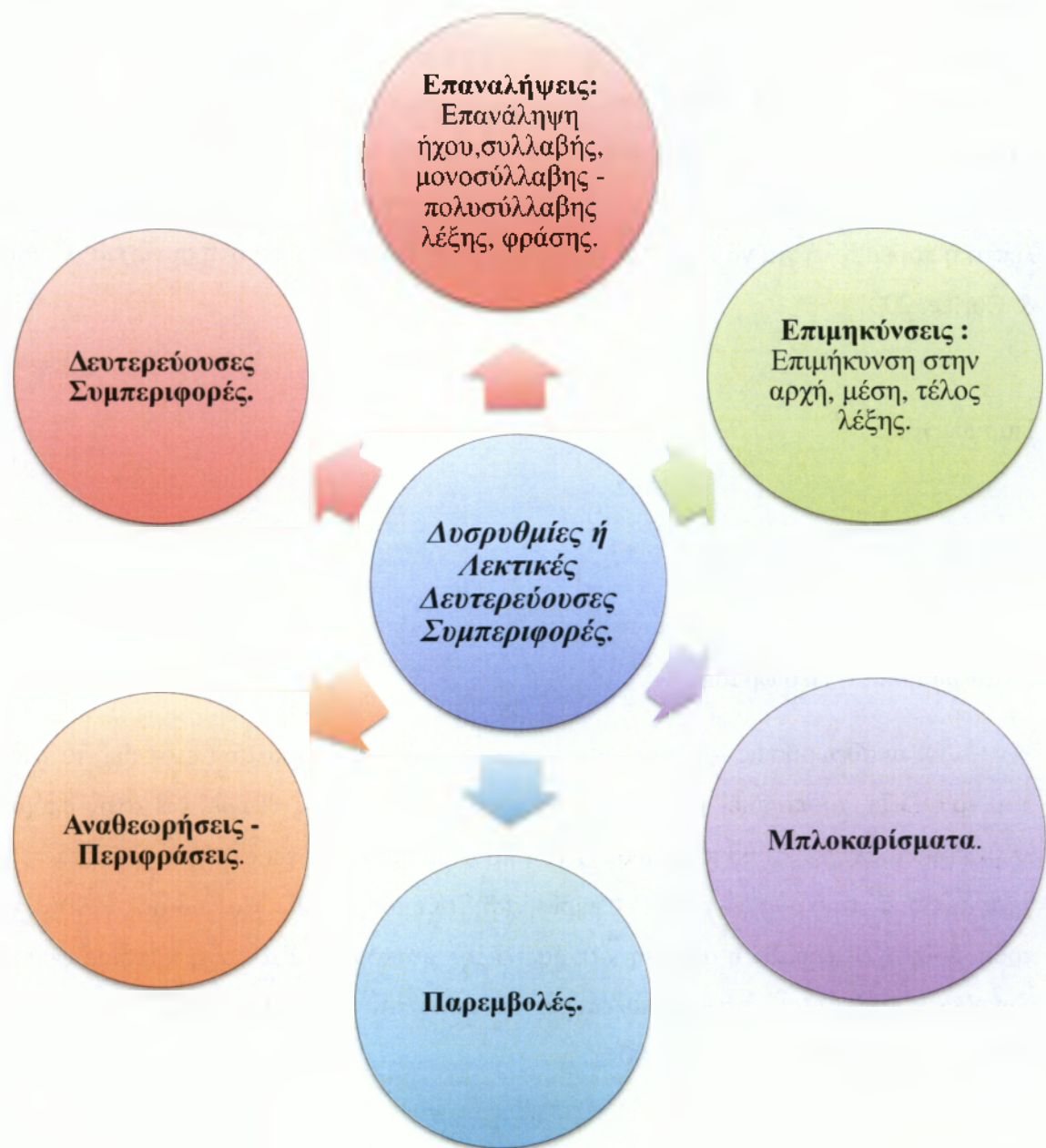
Παράδειγμα :

– Αναθεώρηση σε λέξη :

«Κοίτα το πλοίο!» αντί για το «Κοίτα το κκκκ – καράβι!» που ήθελε να πει αρχικά.

– Αναθεώρηση σε φράση :

«Δεν θέλω να πάω... που είναι η Μαρία;» αντί για το «Δεν θέλω να πάω στη Μαρία!» που ήθελε να πει αρχικά.



Εικόνα 3: Χαρακτηριστικά τραυλισμού.

4.3 Δευτερογενή χαρακτηριστικά

Τα δευτερογενή χαρακτηριστικά στον τραυλισμό είναι μαθημένες συμπεριφορές, που συνδέονται ή συνοδεύουν τον πρωτογενή τραυλισμό (Ward, 2006). Αυτές οι δευτερεύουσες συμπεριφορές διακρίνονται σε συμπεριφορές διαφυγής και σε συμπεριφορές αποφυγής (avoidance behaviors) (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012). Είναι κυρίως σωματικές ενέργειες, όπως το κλείσιμο ματιών, το κούνημα της κεφαλής (Μαλανδράκη, 2012), η αποφυγή βλεμματικής επαφής, το ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων, διάφορες κινήσεις των μυών του προσώπου (γκριμάτσες), των χεριών και των ποδιών ή ακόμη και πίεση των χεριών. Ακόμη, μπορεί να παρουσιάζεται εφίδρωση και κοκκίνισμα (Gunturalli και συν., 2006), δυσκολίες στην αναπνοή, tics (μυϊκοί σπασμοί), χειρονομίες (Rosonowski & Eysholdt, 2006) και παράλληλες κινήσεις των μυών του προσώπου, του λαιμού, των χεριών, των ώμων κλπ. (Γιαννοπούλου, 2001).

Ουσιαστικά, περιγράφονται ως η προσπάθεια του ασθενή να επικαλύψει ή να αντιμετωπίσει τις δυσρυθμίες ή τις πρωτεύουσες συμπεριφορές του (Μαλανδράκη, 2012). Θεωρούνται «μαθημένες συμπεριφορές» ως αντιδράσεις σε κάποιο ερέθισμα. Το άτομο, δηλαδή που τραυλίζει, οδηγήθηκε σε αυτές τις συμπεριφορές, καθώς σε κάποια στιγμή του τραυλισμού του μια τέτοια συμπεριφορά (ερέθισμα) το "βοήθησε" ή νόμιζε ότι το "βοήθησε" να ξεπεράσει αυτό το τραυλικό επεισόδιο (αντίδραση). Έτσι, μέσω της αλληλουχίας ερεθίσματος – αντίδρασης "εκπαιδεύτηκε" σε αυτή τη συμπεριφορά (Bloodstein, 1995). Τέλος, οι δευτερεύουσες συμπεριφορές παραπέμπουν στην συνειδητοποίηση του ατόμου που τραυλίζει ότι κάνει κάτι διαφορετικό όταν μιλάει από τα άλλα άτομα στο περιβάλλον του (Μαλανδράκη, 2012).

Συμπεριφορές διαφυγής

Οι συμπεριφορές διαφυγής είναι η προσπάθεια του ατόμου που τραυλίζει να διαφύγει από τη στιγμή του τραυλισμού ή από ένα βασικό λεκτικό σύμπτωμα, να τελματώσει το τραυλικό επεισόδιο και να ολοκληρώσει τη φράση ή τη λέξη του (Guitar, 1996). Τέτοια παραδείγματα συμπεριφορών διαφυγής είναι το έντονο κλείσιμο ματιών,

το κούνημα της κεφαλής ή των χεριών, η ένταση στους μύες του λαιμού, η εναλλαγή ύψους ή έντασης της φωνής, η αύξηση του ρυθμού της ομιλίας, όπως και άλλες αντιδράσεις (Silverman, 1996, Μαλανδράκη, 2012).

Συμπεριφορές αποφυγής

Οι συμπεριφορές αποφυγής είναι η προσπάθεια του ατόμου που τραυλίζει, να αποφύγει ένα τραυλικό επεισόδιο, άρα και μια αρνητική συμπεριφορά. Οι συμπεριφορές αποφυγής τείνουν να εμφανίζονται πριν την έναρξη της δυσρυθμίας, δηλαδή όταν το άτομο με τη διαταραχή του τραυλισμού νιώθει ότι θα τραυλίσει στην επόμενη λέξη ή τον επόμενο ήχο. Στα παραδείγματα συμπεριφορών αποφυγής συγκαταλέγονται οι παρεμβολές λέξεων και ήχων ανάμεσα σε λέξεις (όπως «μμμμμ...», «εεεεε...» κλπ.), η αντικατάσταση λέξεων (αναθεώρηση) ή και σωματικές ενέργειες (όπως η τοποθέτηση χεριού μπροστά από το στόμα, το γύρισμα του λαιμού προς άλλη κατεύθυνση κλπ.) (Μαλανδράκη, 2012).

4.4 Συναισθήματα & πεποιθήσεις – Ψυχολογικές εκφάνσεις

Για πολλά χρόνια κυριαρχούσε η αντίληψη, ό,τι τα άτομα που τραυλίζουν παρουσιάζουν ψυχολογικές ή πνευματικές διαταραχές. Μολονότι, αυτή η άποψη καταρρίφθηκε με την πάροδο των χρόνων, το σύνολο αυτών των ατόμων κατακλύζονται στην καθημερινότητα τους με κοινά συναισθήματα ως προς τη διαταραχή του τραυλισμού. Αρκετά άτομα με διαταραχή στη ροή του λόγου τους, είναι συνήθως συνεσταλμένα και αποφεύγουν κοινωνικές καταστάσεις, φοβούμενοι μήπως χλευαστούν για τα συμπτώματά τους (Silverman, 1996). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τη δυσκολία στη δημιουργία προσωπικών σχέσεων ή ακόμη σε έσχατη περίπτωση στην εύρεση εργασίας (Μαλανδράκη, 2012). Η πλειοψηφία των συναισθημάτων που αισθάνονται τα άτομα που εμφανίζουν τραυλισμό, είναι συναισθήματα αποτυχίας, απογοήτευσης, μελαγχολίας (Guitar, 2006) και άγχος για καταστάσεις που προϋποθέτουν λεκτική απόδοση αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο το άγχος, συνεπώς και τα επίπεδα τραυλισμού. Το

τελευταίο συναίσθημα, δηλαδή, το άγχος ορισμένες φορές οδηγεί σε φοβία για κοινωνική απομόνωση και αρνητική κρίση (Μαλανδράκη, 2012).

Αισθήματα ενοχής μπορούν να εμφανιστούν στα άτομα που τραυλίζουν, πιστεύοντας ότι φταίνε για τον τραυλισμό τους, πράγμα το οποίο δεν συμβαίνει και ίσως οφείλεται σε λανθασμένες αντιλήψεις των ίδιων των ασθενών, του οικογενειακού και του ευρύτερου περιβάλλοντος ή ακόμη και από τους ίδιους τους θεραπευτές όσον αφορά τα αίτια του τραυλισμού (Μαλανδράκη, 2012).

Συνοπτικά, η περιγραφή των παραπάνω συναισθημάτων είναι απόρροια των βασικών συμπεριφορών του τραυλισμού (των δυσρυθμιών) και λειτουργούν ως παράγοντες επιβάρυνσης δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο σε περίπτωση που το άτομο παρουσιάσει έντονες δυσρυθμίες και νιώσει αμηχανία, απογοήτευση ή και θυμό (Μαλανδράκη, 2012) (Εικόνα 4).



Εικόνα 4: Φαύλος κύκλος τραυλισμού και αρνητικών συναισθημάτων (Μαλανδράκη, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

5.1 Θεραπευτικές αρχές

Υπάρχουν διάφορες μορφές παρέμβασης, που έχουν εφαρμοστεί στη θεραπεία της διαταραχής του τραυλισμού. Για παράδειγμα η άμεση θεραπεία της λεκτικής παραγωγής με στόχο την τροποποίηση των δυσχερειών ομιλίας (Sadock & Kaplan, 2007) ή ακόμη και άλλες θεραπείες που αποσκοπούν στη μείωση της έντασης και των υψηλών ποσοστών ανησυχίας κατά τη διάρκεια της ομιλίας με τη χρήση τεχνικών αναπνοής και χαλάρωσης. Οι τελευταίες, μέχρι τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, και ειδικά οι τεχνικές χαλάρωσης ήταν οι πιο διαδεδομένοι τύποι θεραπείας (Gilman & Yaruss, 2000). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχουν διατυπωθεί θεωρίες που η σφαίρα του ενδιαφέροντος έγκειται στην ελάττωση των δυσχερειών ομιλίας μέσω μια ποικιλίας στοχευόμενων συμπεριφορών, όπως η μείωση του ρυθμού ομιλίας, η ομαλή έναρξη φώνησης και η ομαλή μετάβαση μεταξύ των ήχων, συλλαβών και λέξεων.

Αξιοσημείωτο θα ήταν, πριν αναλυθούν τα θεραπευτικά προγράμματα (Τροποποίηση Τραυλισμού και Μορφοποίηση Ροής), να αναφερθούν οι θεραπευτικές αρχές που πρέπει να διέπουν την θεραπεία σύμφωνα με τον Charles Healey (2008) και οι θεραπευτικοί στόχοι που διέπουν την θεραπεία.

Οι θεραπευτικές αρχές σύμφωνα με τον Charles Healey (2008).

Σύμφωνα με τον Healey (2008), επισημαίνεται η αντιμετώπιση του κάθε ατόμου, που παρουσιάζει τη διαταραχή του τραυλισμού με διαφορετικό τρόπο, καθώς είναι μια ξεχωριστή οντότητα. Αυτό σημαίνει ότι η παρέμβαση που προτιμάται κάθε φορά, πρέπει να στοχεύει στις χρείες του κάθε ατόμου που τραυλίζει ξεχωριστά. Στη συνέχεια, τονίζεται ότι ο τραυλισμός είναι μια πολυδιάστατη διαταραχή και η αντιμετώπιση του, δεν έγκειται μόνο στη διδασχή τεχνικών. Συνεπώς, η προσέγγιση του τραυλισμού θα πρέπει να γίνεται με μια σφαιρική αντιμετώπιση για ένα επιθυμητό αποτέλεσμα και όχι

μόνο με τεχνικές τροποποίησης τραυλισμού ή μορφοποίησης ροής. Επίσης, η πολυδιάστατη αντίληψη του τραυλισμού, παραπέμπει σε διάφορες εκφάνσεις της ζωής του ατόμου, όπως οι γνωστικές, συναισθηματικές, επικοινωνιακές, κινητικές, γλωσσικές και κοινωνικές, ώστε να υπάρχει ένα εύστοχο αποτέλεσμα. Ένας ακόμη, δύσκολος τομέας είναι η αποδοχή του τραυλισμού από τα άτομα που τον παρουσιάζουν για να επιτευχθεί ο έλεγχος και η αντιμετώπιση του από τα ίδια τα άτομα. Πέρα από αυτό, η θεραπεία του τραυλισμού ίσως διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Βέβαια, αυτό εξαρτάται από το ίδιο το άτομο που παρουσιάζει τον τραυλισμό, δηλαδή από το κίνητρο του, το κατά πόσο ακολουθεί τις θεραπευτικές προσεγγίσεις που του έχουν επισημανθεί, αν συμπληρώνει τις ασκήσεις που του δίνονται για το σπίτι κλπ. Σπουδαία μνεία γίνεται για το κίνητρο του ατόμου να συμμετάσχει στην θεραπεία γιατί αν κάποιος δεν θέλει να συνεχίσει με την παρέμβαση (κυρίως νέοι ή έφηβοι), δεν πρέπει ο λογοπαθολόγος / λογοθεραπευτής να του ασκήσει πίεση, αλλά να διατηρήσει μια ουδέτερη στάση σε περίπτωση πιθανής επικοινωνίας στο μέλλον. Τελευταίο, αλλά εξίσου σημαντικό ο λογοπαθολόγος / λογοθεραπευτής είναι δεσμευμένος σε μια εφ' όρου μάθηση για όλο του το βίο, καθώς είναι ένας κλάδος που πραγματοποιούνται συνεχώς έρευνες, εκδίδονται βιβλία κλπ. και εισέρχονται νέες πληροφορίες (Μαλανδράκη, 2012).

5.2 Θεραπευτικοί στόχοι

Οι θεραπευτικοί στόχοι μιας θεραπείας διακρίνονται σε άμεσους (βραχυπρόθεσμους) και έμμεσους (μακροπρόθεσμους), πριν την έναρξη της παρέμβασης. Οι στόχοι ποικίλουν ανάλογα το άτομο με τον τραυλισμό, την ηλικία του, ίσως από την οικογένεια και το περιβάλλον του, αλλά και από τον κλινικό και τις γνώσεις του (Zebrowski & Kelly, 2002).

Οι πιο κοινοί μακροπρόθεσμοι στόχοι, που επιλέγονται είναι οι παρακάτω.

- ✦ Η ομιλία με αυθόρμητη ευχέρεια.

Συνήθως επιλέγεται από τα ίδια τα άτομα με τραυλισμό και το οικείο περιβάλλον τους, ανάλογα με την ηλικία και το επίπεδο τραυλισμού τους (Guitar, 2006). Συνήθως, επιτυγχάνεται σε περιπτώσεις όπου η διαταραχή είναι ήπιας μορφής. Στη Μορφοποίηση Ροής σημειώνεται ως στόχος η ομιλία με απόλυτη ευχέρεια (Zebrowski & Kelly, 2002).

- ✍ Ο τραυλισμός με μεγαλύτερη ευχέρεια ή ο αποδεκτός τραυλισμός.

Προτείνεται κατά κύριο λόγο σε καταστάσεις μέτριου ή επίμονου τραυλισμού (Yairi & Seery, 2011). Πιο συγκεκριμένα, στοχεύεται η μείωση και η ομαλότητα των συμπτωμάτων τραυλισμού, εφόσον δεν επιτυγχάνεται απόλυτη ευχέρεια στη ροή ομιλίας.

- ✍ Η ελεγχόμενη ευχέρεια.

Ο συγκεκριμένος στόχος εισηγείται στο μεταίχμιο των περιπτώσεων της απόλυτης ευχέρειας και του αποδεκτού τραυλισμού (Zebrowski & Kelly, 2002), που υλοποιείται με έντονη νοητική και σωματική προσπάθεια του ατόμου που τραυλίζει.

- ✍ Δημιουργία περιβάλλοντος που καλλιεργείται η ευχέρεια ομιλίας.

Αυτός είναι ένας άλλος σημαντικός στόχος (Guitar, 2006), που διαμορφώνει την έναρξη και την εξέλιξη της διαταραχής.

- ✍ Η συναισθηματική – γνωστική προσαρμογή.

Αυτός είναι ο ολιστικός στόχος μιας παρέμβασης, που πλάθουμε τον τομέα της επικοινωνίας και της συμπεριφοράς του ατόμου με τον τραυλισμό, έτσι ώστε να λαμβάνονται καλύτερα αποτελέσματα, δηλαδή βελτιωμένη ροή ομιλίας (Yairi & Seery, 2011).

✍ Κοινωνική ενσωμάτωση.

Η κοινωνική ενσωμάτωση ως τελευταίος στόχος (Silverman, 1996), φιλοτεχνείται δια της επικοινωνίας του ατόμου με τον τραυλισμό.

5.3 Θεραπευτικές σχολές τραυλισμού

Οι θεμελιώδεις θεωρίες, που αποτελούν σταθμό για την εξέλιξη της πορείας του τραυλισμού και για τις σύγχρονες έρευνες σχετικά με τη θεραπευτική παρέμβαση του τραυλισμού, είναι η Τροποποίηση Τραυλισμού και η Μορφοποίηση Ροής.

5.3.1 Τροποποίηση τραυλισμού

Η τροποποίηση τραυλισμού αναπτύχθηκε από τον Charles Van Riper και αποτελεί έρεισμα για τις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αφορά κυρίως άτομα με μέτριο ή επίμονο τραυλισμό. Ωστόσο, κάποιες τεχνικές ενδεχομένως να εφαρμόζονται με κάποιες παραλλαγές και σε ηπιότερα στάδια τραυλισμού (Μαλανδράκη, 2012). Ο στόχος στην τροποποίηση τραυλισμού είναι η ελεγχόμενη ροή, ο αποδεκτός τραυλισμός και η αυθόρμητη ευχέρεια. Πραγματοποιείται απευθείας στοχοποίηση (και τροποποίηση) των επεισοδίων τραυλισμού, ενώ ταυτόχρονα δίνεται έμφαση στην αναγνώριση και την απευαισθητοποίηση (Μαλανδράκη, 2014).

Το θεραπευτικό πρόγραμμα της Τροποποίησης Τραυλισμού – Στάδια Θεραπείας.

Σύμφωνα με τον Van Riper (1973), τα θεραπευτικά πρόγραμμα οικοδομείται με 3 ατομικές συνεδρίες την εβδομάδα, ομαδικές ενίοτε και πολλαπλές συνεδρίες «αυτοθεραπείας». Ως αυτοθεραπεία αποκαλείται η καθημερινή ατομική εξάσκηση των

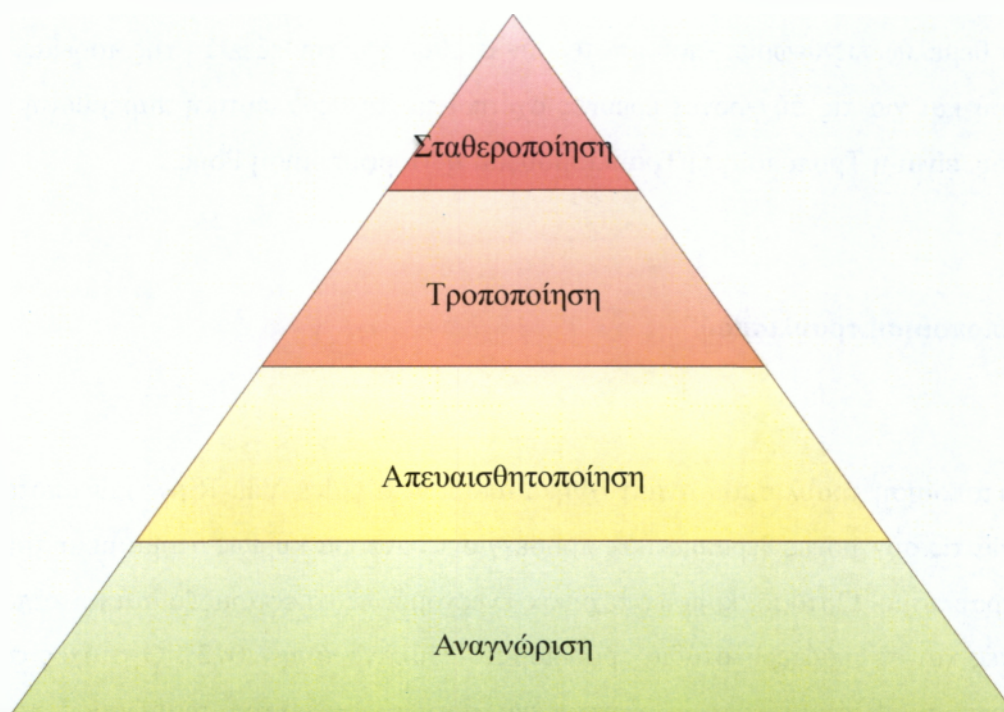
τεχνικών. Τα στάδια, λοιπόν, σύμφωνα με τον Van Riper (1973) είναι τέσσερα, διαδοχικά και ιεραρχικά και είναι τα παρακάτω (Εικόνα 5).

Στάδιο 1 : Αναγνώριση

Στάδιο 2 : Απευαισθητοποίηση

Στάδιο 3 : Τροποποίηση

Στάδιο 4 : Σταθεροποίηση



Εικόνα 5 : Στάδια Τροποποίησης Τραυλισμού. Η έναρξη γίνεται από την Αναγνώριση και ακολουθεί ως την κορυφή της πυραμίδας (Μαλανδράκη, 2012).

Στάδιο 1 : Αναγνώριση

Σε αυτό το στάδιο ο θεραπευτής επιδιώκει το παιδί να περιγράψει με ενδελέχεια τα συμπτώματα του τραυλισμού που παρουσιάζει (Watson & Gresham, 1998). Δηλαδή, να

γνωρίσει τον τραυλισμό, να μην τον φοβάται. Σε αυτό το στάδιο ο θεραπευτής εδραιώνει τη σχέση του με τον θεραπευόμενο. Ταυτόχρονα, ο άμεσος στόχος είναι οι «προβληματικές» συμπεριφορές, αυτές δηλαδή που το άτομο «θα μάθει να μην τις χρησιμοποιεί» χωρίς να του ζητηθεί. Επιπλέον, επιδιώκεται απλά η αναγνώριση των τραυλικών συμπεριφορών (Μαλανδράκη, 2012).

Στάδιο 2 : Απευαισθητοποίηση

Το παρόν σημείο έγκειται στη μείωση της ομιλίας με άγχος και όλων των αρνητικών συναισθημάτων που πηγάζουν από τις δυσκολίες της ομιλίας. Στόχος είναι ο ασθενής να μην πτοείται με την επικοινωνιακή αποτυχία. Σημαντικό είναι ότι μπορεί να δεχθεί ερεθίσματα φόβου ακόμη και από μια τηλεφωνική επικοινωνία (Bothe και συν., 2006), κάτι το οποίο ο ειδικός καλείται να το επεξεργαστεί μαζί του. Έτσι, σε ένα φιλικό περιβάλλον, που έχει δημιουργήσει ο θεραπευτής, αναγνωρίζει τα αρνητικά συναισθήματα και τις καταστάσεις που δημιουργούν και εντείνουν τη διαταραχή. Ειδικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ηχογράφηση, βιντεοσκόπηση για την παρατήρηση του δείγματος ομιλίας ή ακόμη και ο ψευδοτραυλισμός και το λεγόμενο "πάγωμα" (Μαλανδράκη, 2012).

– Ο ψευδοτραυλισμός είναι η εκούσια παραγωγή συμπτωμάτων τραυλισμού κατά την ευχερή ομιλία του ατόμου.

– Το "πάγωμα" είναι η εθελοντική παράταση μιας τραυλικής συμπεριφοράς έως ότου το άτομο μάθει να διαφεύγει χαλαρά από τη συμπεριφορά αυτή (Van Riper, 1973).

Στάδιο 3 : Τροποποίηση

Σε αυτό το στάδιο πρωταρχικός στόχος είναι οι δυσρυθμίες. Ειδικότερα, το άτομο που παρουσιάζει τραυλισμό, διδάσκεται να τραυλίζει με έναν πιο χαλαρό και ήρεμο τρόπο, νιώθοντας απελευθέρωση από τα αρνητικά συναισθήματα (Μαλανδράκη, 2012). Στην τροποποίηση το άτομο, που παρουσιάζει τραυλισμό μαθαίνει έναν άνετο ή εύκολο

τρόπο τραυλισμού, μέσω κάποιων τεχνικών, σύμφωνα με τον Van Riper, όπου είναι οι ακυρώσεις, οι διαφυγές και τα σύνολα προετοιμασίας. Αυτές οι τεχνικές θεωρούνται τα εργαλεία για την τροποποίηση του τραυλισμού (Μαλανδράκη, 2014).

Ακυρώσεις

Οι ακυρώσεις χρησιμοποιούνται μετά τη στιγμή του τραυλικού επεισοδίου, πριν την επόμενη λέξη. Σε περίπτωση ενός τραυλισμού επεισοδίου σε μια λέξη, το παιδί σταματά και χαλαρώνει το μηχανισμό ομιλίας, ενώ στη συνέχεια αναπαράγει τη λέξη με μια μικρή αλλαγή, για παράδειγμα αρχικά λέει «Θε – Θε – Θε λω (stop) Θθθέλω παγωτό». Επίσης, σε τέτοια περίπτωση λάθους δεν σταματά και ξεκινά από την αρχή, αλλά σταματάει και κάνει μια μικρή αλλαγή και συνεχίζει την φράση του. Αξιοποιούνται οι παύσεις, καθώς δίνουν περαιτέρω χρόνο για την ανάλυση του επεισοδίου και την μείωση της έντασης. Συνεπώς, παρέχεται μια ευκαιρία για "ευκολότερο τραυλισμό" (Μαλανδράκη, 2014).

Οι ακυρώσεις δίνουν στα παιδιά το πλεονέκτημα της αίσθησης του ελέγχου σχετικά με το επεισόδιο τραυλισμού (MOS), δηλαδή έχουν την αίσθηση ότι έχουν την ισχύ να «ακυρώσουν» το επεισόδιο και να το αναπαράγουν με διαφορετικό τρόπο, συνεπώς ευκολότερα. Τα παιδιά θεωρούν ότι και μετά την εμφάνιση του τραυλικού επεισοδίου έχουν τον έλεγχο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί κυρίως με παιδιά που είναι συνειδητοποιημένα για τη συμπτώματα τραυλισμού στην ομιλία τους (Μαλανδράκη, 2014).

Διαφυγές

Οι διαφυγές χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια του επεισοδίου του τραυλισμού. Πιο συγκεκριμένα, ο τρόπος που υλοποιείται, είναι όταν το παιδί είναι στη μέση ενός επεισοδίου, διαφεύγει από το επεισόδιο αυτό τελειώνοντας τη λέξη / φράση με το να χαλαρώσει την ένταση, χωρίς τη χρήση παύσης. Στη ακυρώσεις, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η τεχνική παγώματος ή παράτασης, όπως για παράδειγμα «Θε – Θε – Θθθθθέλω παγωτό» (Μαλανδράκη, 2014).

Οι διαφυγές προσφέρουν στο παιδί τη δυνατότητα να κάνει κάτι τη στιγμή του τραυλικού επεισοδίου, καθώς τα παιδιά πολλές φορές δεν γνωρίζουν τι να κάνουν εκτός από το να πιεστούν περισσότερο για να ολοκληρώσουν τη λέξη. Στον αντίποδα, οι

διαφυγές τους επιτρέπουν να μειώσουν την ένταση και να αφήσουν τη λέξη «βγει» πιο χαλαρά και πιο εύκολα. Πρόσθετα, αισθάνονται ότι έχουν μεγαλύτερο έλεγχο, ότι μπορούν να «χειριστούν» το επεισόδιο και να διαφύγουν από αυτό. Τέλος, οι διαφυγές καθιστούν την ομιλία να «κινείται» μπροστά, χωρίς διακοπές, δηλαδή να υπάρχει μια ροή (Μαλανδράκη, 2014).

Σύνολα Προετοιμασίας

Τα σύνολα προετοιμασίας εφαρμόζονται πριν το τραυλικό επεισόδιο. Δηλαδή, κατά τη διάρκεια της ομιλίας με ευχέρεια του παιδιού, όταν προσμένει ότι θα τραυλίσει σε μια λέξη, χρησιμοποιεί εύκολη – χαλαρή έναρξη στη λέξη, για παράδειγμα «Σήμερα θθθέλω παγωτό». Βέβαια, τα σύνολα προετοιμασίας αφορούν παιδιά που μπορούν να αναμένουν τα επεισόδια (Μαλανδράκη, 2014).

Το πλεονέκτημα με τα σύνολα προετοιμασίας είναι ότι παρέχουν την ευκαιρία στο παιδί ξανά να κάνει κάτι, δηλαδή να προσπαθήσει να ελέγξει ή να αλλάξει τη στιγμή του τραυλικού επεισοδίου. Επιπλέον, με τα σύνολα προετοιμασίας επιτρέπεται στα παιδιά να μεταβάλλουν το βαθμό της έντασης του μηχανισμού της ομιλίας τους πριν την έναρξη του επεισοδίου (Μαλανδράκη, 2014).

Στάδιο 4 : Σταθεροποίηση

Το παρόν επίπεδο θεραπείας είναι ένα από τα σημαντικότερα (Silverman, 1996). Το άτομο με τον τραυλισμό ελέγχει πλέον τα συμπτώματα και έχει αποκτήσει έναν "εύκολο" τραυλισμό. Γενικεύεται η ομιλία του σε διάφορα περιβάλλοντα, με διάφορους συνομιλητές και με την πάροδο του χρόνου (Μαλανδράκη, 2012). Το άτομο με τον τραυλισμό γίνεται θεραπευτής του εαυτού του, ενώ ο λογοθεραπευτής εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό σύμβουλος (Van Riper, 1973). Τέλος, πραγματοποιείται μια προετοιμασία του θεραπευόμενου για περίπτωση επανεμφάνισης των συμπτωμάτων του τραυλισμού (Μαλανδράκη, 2012).

Συμπερασματικά, στην τροποποίηση τραυλισμού τα αρνητικά σημεία είναι ότι επιδιώκεται ο σκόπιμος τραυλισμός και στη συνέχεια η περιγραφή του και η μείωση της

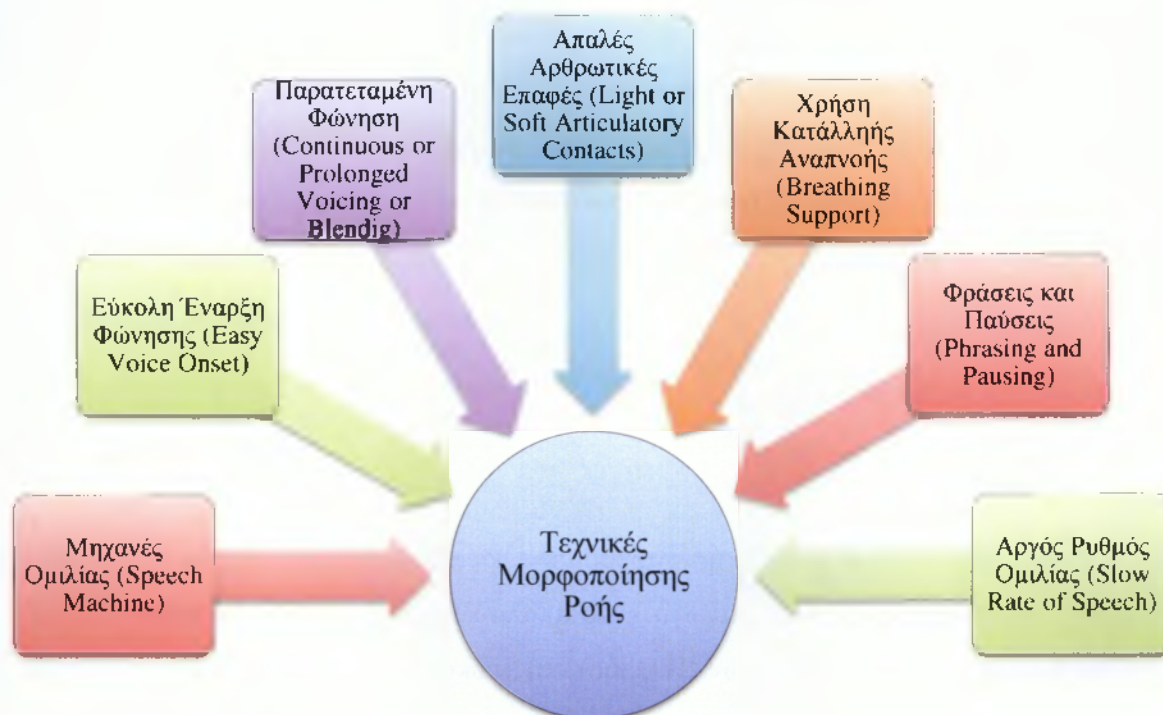
έντασης του επεισοδίου. Γίνεται ένα "παιχνίδι" με τα επεισόδια (κάνοντας χρήση της γροθιάς, ως οπτικό βοήθημα για το παιδί, δηλαδή να σφίξει το χέρι του κάνοντας το γροθιά). Ακόμη, στον εθελοντικό τραυλισμό εφαρμόζονται κάποια εύκολα σκόπιμα επεισόδια τραυλισμού στη διάρκεια της συζήτησης, ενώ στο τμήμα της απευαισθητοποίησης θα πρέπει να ελεγχθεί το άγχος και η χαλάρωση της έντασης (Μαλανδράκη, 2014).

5.3.2 ΜΟΡΦΟΠΟΙΗΣΗ ΡΟΗΣ (Fluency Shaping)

Η μορφοποίηση ροής χρησιμοποιείται αυτόνομα ως θεραπευτική προσέγγιση από τους κλινικούς και εστιάζει την προσοχή της στο ευχερή λόγο και όχι στις δυσρυθμίες ή τις στιγμές του τραυλισμού. Στόχος στη συγκεκριμένη θεραπευτική σχολή είναι η αυθόρμητη ευχέρεια ομιλίας και η ελεγχόμενη ομιλία (Μαλανδράκη, 2012).

Θεραπευτικό Πρόγραμμα Μορφοποίησης Ροής – Τεχνικές

Κύριος στόχος των τεχνικών στη μορφοποίηση ροής είναι η εδραίωση της ομιλίας χωρίς την εμφάνιση τραυλικών επεισοδίων σε αρχικό στάδιο με μικρές φωνολογικές μονάδες και στη συνέχεια στον αυθόρμητο λόγο. Στη παρούσα θεωρία, το άτομο με τον τραυλισμό εκπαιδεύεται να αλλάξει την ομιλία του και να την μορφοποιήσει σε μια φυσική ηχητικά ομιλία. Στη μορφοποίηση ροής οι τεχνικές μπορούν να εκχωρηθούν μεμονωμένα ή κάθε μία ή και όλες μαζί και δεν διατηρείται ιεραρχική δομή, όπως στην τροποποίηση τραυλισμού (Εικόνα 6). Αυτές οι τεχνικές, λοιπόν, είναι οι μηχανές ομιλίας, η εύκολη έναρξη φώνησης, η παρατεταμένη φώνηση, οι απαλές αρθρωτικές επαφές, η χρήση κατάλληλης αναπνοής, οι φράσεις – παύσεις και ο αργός ρυθμός ομιλίας (Μαλανδράκη, 2012). Συνολικά, λοιπόν, στόχος είναι η αυθόρμητη ομιλία και η ελεγχόμενη ροή, ενώ αυτό που αξιοποιείται στην μορφοποίηση ροής είναι ο επαναπρογραμματισμός του συστήματος ομιλίας με συνειδητές ικανότητες "ομαλής ομιλίας" (Μαλανδράκη, 2014).



Εικόνα 6: *Τεχνικές Μορφοποίησης Ροής.*

1. Μηχανές Ομιλίας

Στη πλειοψηφία των προγραμμάτων της μορφοποίησης ροής τα άτομα που παρουσιάζουν τη διαταραχή του τραυλισμού ειδικεύονται στα φυσιολογικά συστήματα ομιλίας και λόγου, έτσι ώστε να γνωρίζουν και να κατανοήσουν τα συστήματα που

διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στην ευχέρεια ομιλίας και κατ' επέκταση να τα ελέγχουν (Μαλανδράκη, 2012).

Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω δραστηριοτήτων χειροτεχνίας και ζωγραφικής στην προσχολική και σχολική ηλικία, μέσω της δημιουργίας ενός χάρτινου "μοντέλου" με τα ανατομικά σημεία που χρησιμοποιούνται κατά την ομιλία σε παιδιά μικρότερης ηλικίας ή ακόμη και επιτραπέζια παιχνίδια και πάζλ ανατομίας. Σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας η εκπαίδευση υλοποιείται δια των εικόνων, των βιβλίων ανατομίας κλπ. (Μαλανδράκη, 2012).

2. Εύκολη Έναρξη Φώνησης

Στην αρχή της θεραπευτικής παρέμβασης καταδεικνύεται η τεχνική της εύκολης έναρξης φώνησης με την παραγωγή ενός απαλού ήχου /h/, με αποτέλεσμα την απαλή δόνηση των φωνητικών χορδών. Η χρήση της εύκολης έναρξης φώνησης μειώνει την ένταση του αναπνευστικού, φωνητικού και αρθρωτικού συστήματος στην αρχή μιας λέξης, φράσης ή πρότασης (Μαλανδράκη, 2012). Παρατηρείται μια μικρή παράταση του πρώτου ήχου της φράσης, ενώ γενικά οι εύκολες ενάρξεις, κατά την θεμελίωση της ευχέρειας, μπορούν να χρησιμοποιούνται στην αρχή όλων των φράσεων (Μαλανδράκη, 2014).

Σε αρχικό στάδιο, εφαρμόζεται σε παρατεταμένα φωνήεντα, λέξεις και έπειτα φράσεις, προτάσεις κλπ., κάνοντας βέβαια τη χρήση του φωνήματος /h/ στην αρχή κάθε φορά. Εφόσον, το άτομο που τραυλίζει χρησιμοποιεί αυτή τη τεχνική, στην πορεία της παρέμβασης θα πρέπει σταδιακά να εξαλειφθεί ο ήχος /h/, ειδάλλως μπορεί να είναι μια τεχνική που θα αποτελέσει πρόβλημα στην παρέμβαση. Η εύκολη έναρξη φώνησης στα παιδιά πραγματοποιείται με την παραγωγή ενός απαλού αναστεναγμού «αααααχχχ...» και στη συνέχεια παρατείνει φωνήεντα για 2 – 3 δευτερόλεπτα αμέσως μετά τη παραγωγή του «αααααχχχ...» (Μαλανδράκη, 2012).

3. Παρατεταμένη Φώνηση

Με βάση αυτή τη τεχνική, οι ήχοι και οι συλλαβές παράγονται χωρίς την διακοπή της φώνησης, δηλαδή την διακοπή των φωνητικών χορδών. Συνεπώς, η φώνηση σταματά στο τέλος της φράσης ή της εκπνοής (Μαλανδράκη, 2014). Παρ' όλα αυτά, η παραπάνω θεωρία δεν είναι ακριβής, διότι όταν παράγουμε ήχους ήχους και όταν θέλουμε να εισπνεύσουμε, παρατηρείται διακοπή της δόνησης των φωνητικών χορδών. Βέβαια, δημιουργείται η αίσθηση της συνεχόμενης ομιλίας, όποτε είναι ένας πόρος αρωγής (Μαλανδράκη, 2012), ενώ η τεχνική αυτή προάγει την "πρόσθια" ροή ομιλίας που τείνει στη χαλάρωση της έντασης (Μαλανδράκη, 2014).

Σε παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας η παράταση έγκειται πρώτα σε ήχους και μετά λέξεις και φράσεις. Η παρατεταμένη φώνηση μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της παράτασης ήχων συμπεριλαμβανομένου αφ' ενός της μίμησης και της παραγωγής ήχων με υπερβολικές κινήσεις των αρθρωτών, που καλύπτουν τα κενά μεταξύ των ήχων και των λέξεων και αφ' ετέρου τη χρήση απτικών βοηθημάτων για να αντιληφθεί ο ασθενής τη συνεχή δόνηση των χορδών, έχοντας το χέρι στο λαιμό του. Η παραπάνω δραστηριότητα είναι αποτελεσματικότερη σε περίπτωση χρήσης ιδιοδεκτικών και κιναισθητικών ικανοτήτων, ενώ η έναρξη τους γίνεται με άηχα σύμφωνα, ακολουθούμενα από φωνήεντα. Ακόμη, ενδέχεται να γίνει με τη χρήση κούκλων κουκλοθέατρου και συμβολικού παιχνιδιού, που οι κούκλες έχουν ονόματα με παρατεταμένους ήχους και μιλούν ανάλογα. Σε ευρύτερο επίπεδο αυτής της τεχνικής, πραγματοποιούνται φράσεις δύο λέξεων, ξεκινώντας με την εισπνοή και κατά την εκπνοή να γίνεται η παραγωγή της πρώτης λέξης, ενώ μετά την παραγωγή της πρώτης λέξης, γίνεται συνεχόμενη παραγωγή της δεύτερης λέξης (Μαλανδράκη, 2012).

4. Απαλές Αρθρωτικές Επαφές

Οι απαλές αρθρωτικές επαφές αποσκοπούν τη μικρότερη μυϊκή ένταση, όταν οι αρθρωτές έρχονται σε επαφή με απαλό τρόπο κατά την παραγωγή ήχων. Είναι μια τεχνική που λειτουργεί ως αρωγός στη μείωση της έντασης και ως παράγοντας αύξησης των ιδιοδεκτικών και κιναισθητικών ικανοτήτων (Μαλανδράκη, 2012). Οι απαλές αρθρωτικές επαφές είναι σημαντικές σε περίπτωση έκκροτων (p, b, t, d, c, j, k, g) και

προστριβόμενων (ts, dz) φωνημάτων, που χρειάζεται μείωση της έντασης παραγωγής αυτών των ήχων (Μαλανδράκη, 2014).

Για τη ορθή εκπόνηση της παρούσας τεχνικής προηγείται η τεχνική του μηχανισμού ομιλίας και ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας για την κατανόηση του ρόλου των αρθρωτών. Πραγματοποιούνται, με την κατανόηση των εννοιών "μαλακό" – "σκληρό" και ανάλογα παιχνίδια ή δραστηριότητες με τα χέρια, καθώς επίσης, και με τη χρήση καθρέφτη, που λειτουργεί ως κίονας βοήθειας μέσω της οπτικής ανάδρασης, της μίμησης από τον ειδικό και των απτικών βοηθημάτων (Μαλανδράκη, 2012).

5. Χρήση Κατάλληλης Αναπνοής

Οι τεχνικές σωστής αναπνευστικής υποστήριξης είναι απαραίτητες σε περιπτώσεις ασθενών με σοβαρά συμπτώματα τραυλισμού που παρουσιάζουν έλλειψη συντονισμού μεταξύ αναπνοής και ομιλίας. Άρα, συνιστώνται οι απλές τεχνικές σωστής αναπνευστικής υποστήριξης και κατάλληλης έναρξης φώνησης (Guitar, 2006). Η κατάλληλη αναπνοή είναι σημαντική για το συντονισμό της ομιλίας. Η τελευταία θα πρέπει να πραγματοποιείται κατά την εκπνοή, ενώ παράλληλα να δίνονται και οπτικά βοηθήματα για τη διδαχή σωστής αναπνοής και κατάλληλης έναρξης φώνησης. Αρχίζουμε, λοιπόν, με ήχους – λέξεις – φράσεις κλπ. Επιδιώκεται, δηλαδή ο συγχρονισμός αναπνοής και ομιλίας (Μαλανδράκη, 2014).

Πιο συγκεκριμένα, διδάσκεται στα άτομα με τραυλισμό, η ανατομία και η φυσιολογία του μηχανισμού ομιλίας, ενώ στη συνέχεια η προσοχή εφιστάται στο αναπνευστικό και το φωνητικό σύστημα. Οι δραστηριότητες, που μπορούν να πραγματοποιηθούν είναι μέσω οπτικών παιχνιδιών και βοηθημάτων, όπως ένα αυτοκινητάκι ή μια βαρκούλα που κινείται μόνο όταν πηγαίνουμε μπροστά (Μαλανδράκη, 2010, Μαλανδράκη, 2012). Τέλος, η αρχή ξανά γίνεται με ήχους και προχωράμε σε συλλαβές, λέξεις και φράσεις κλπ. (Μαλανδράκη, 2012).

6. Φράσεις και Παύσεις

Η χρήση των φράσεων και παύσεων ή αλλιώς του καταμερισμού του δείγματος ομιλίας σε μικρότερες φράσεις, συντελεί μεν στη μείωση του ρυθμού ομιλίας επιτυγχάνοντας την ευχέρεια σχεδόν αυτόματα και δε τη χρήση σωστών αναπνευστικών τεχνικών με αποτέλεσμα έναν ελεγχόμενο τρόπο ομιλίας (Zebrowski & Kelly, 2002, Μαλανδράκη, 2014). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Tonev (2004), οι παύσεις 2 – 3 δευτερολέπτων σε άτομα που εμφανίζουν τη διαταραχή του τραυλισμού τείνει να χαλαρώνει τους μύες της ομιλίας, έτσι ώστε να σκεφτεί τα επεισόδια τραυλισμού και να προετοιμαστεί νοητικά για την επόμενη εκφορά του (Μαλανδράκη, 2012).

Σε αυτή την τεχνική, μπορεί να ζητηθεί στα άτομα που τραυλίζουν, να κάνουν μικρές παύσεις στο τέλος μικρών φράσεων (συνήθως φράσεων με 3 – 4 λέξεις) και έπειτα να συνεχίσουν την ομιλία τους. Για παράδειγμα, οι φράσεις «Τι θα ήθελες για μεσημεριανό; Νομίζω ότι θα ήθελα γεμιστά και κοτόπουλο», μπορούν να ειπωθούν ως εξής : «Τι θα ήθελες – για μεσημεριανό; Νομίζω ότι θα ήθελα – γεμιστά και κοτόπουλο» (Μαλανδράκη, 2014). Έτσι, παράγεται πιο αργός και χαλαρός ρυθμός ομιλίας και θεμελιώνεται η εισπνοή πριν την έναρξη της επόμενης φράσης. Μολαταύτα, άλλοι κλινικοί υποστηρίζουν η πρώτη παύση να πραγματοποιηθεί στο τέλος της πρώτης λέξης και οι υπόλοιπες ανά 3 – 4 λέξεις στη συνέχεια. Συνήθως, η πρώτη παύση συνίσταται, ώστε το άτομο που τραυλίζει να έχει την αίσθηση του ελέγχου του ρυθμού της ομιλίας του. Τέλος, η τεχνική αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί με οπτικά βοηθήματα, όπως το ελαφρύ χτύπημα του χεριού στο τραπέζι ή στο πόδι (tapping), η χρήση μετρονόμου και αριθμητηρίου (Μαλανδράκη, 2012).

7. Αργός Ρυθμός Ομιλίας

Για την απόκτηση του ελέγχου του μηχανισμού ομιλίας, απαιτείται ο αργός ρυθμός ομιλίας, ο οποίος συγχρονίζει το αναπνευστικό, φωνητικό και αρθρωτικό σύστημα (Μαλανδράκη, 2012). Ο αργός ρυθμός ομιλίας παρέχει στο παιδί τη δυνατότητα να επεξεργαστεί αυτά που ακούει, καθώς προσπαθεί να μάθει τη γλώσσα, τις ιδιοσυγκρασίες της και συλλήβδην ότι περιλαμβάνεται σε αυτό το ευρύτερο πλαίσιο εκμάθησης. Έτσι, καλό είναι οι γονείς να μιλούν στο παιδί τους ένα επίπεδο πάνω από το επίπεδο

παραγωγής του, δηλαδή αν το παιδί παράγει μεμονωμένες λέξεις, τότε οι γονείς καλό θα ήταν να παράγουν φράσεις με 2 – 3 λέξεις. Επιπλέον, οι γονείς και γενικά όλοι οι ενήλικες είναι ζωτικής σημασίας να κάνουν παύσεις στο λόγο τους (μεγαλύτερο χρονικό διάστημα φυσικά από ότι θα περίμεναν από κάποιον ενήλικα), έτσι ώστε να έχει το παιδί χρόνο να απαντήσει σε κάτι (Γερμανά, 2014).

Η τεχνική αυτή για να εφαρμοστεί θα πρέπει να κατανοηθεί από το παιδί, δηλαδή τι σημαίνει αργή ομιλία. Μια δραστηριότητα που μπορεί να διεξαχθεί είναι η υιοθέτηση ονομάτων, όπως η "Ομιλία της Χελώνας" σε δραστηριότητες ρυθμού με την οπτικοποίηση της έννοιας "αργή ομιλία". Επίσης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν αντικείμενα και εικόνες που αντιπροσωπεύουν το "αργό" και το "γρήγορο", καθώς και να γίνει διακριτή η αργή και η γρήγορη ομιλία. Ακόμη, για τον μειωμένο ρυθμό ομιλίας ενδέχεται η χρήση μετρονόμου και καθυστερημένης ακουστικής ανάδρασης (Μαλανδράκη, 2012). Τέλος, μια άλλη τεχνική είναι ο «ευέλικτος» ρυθμός ομιλίας, κατά τον οποίο το άτομο που τραυλίζει εκπαιδεύεται στο να εκφέρει αργά μια συλλαβή ή μια λέξη (συνήθως την πρώτη λέξη μια πρότασης), ενώ αργότερα συνεχίζει κανονικά την εκφορά του (Guitar, 2006).

5.4 Έμμεση θεραπευτική αντιμετώπιση

Η έμμεση θεραπεία αφορά τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που είναι στο μεταίχμιο της φυσιολογικής δυσρυθμίας και του οριακού τραυλισμού. Συνήθως, στη παρούσα κατηγορία αναφέρεται η αναλυτική συμβουλευτική στους γονείς για εκπαίδευση όσον αφορά τον τραυλισμό και για τις περιβαλλοντικές και επικοινωνιακές μετατροπές που μπορούν να μειώσουν ή να εξαλείψουν τα συμπτώματα τραυλισμού από την ομιλία του ατόμου. Η συνολική συμμετοχή των γονέων σε όλες τις διαδικασίες είναι σημαντική. Αρχικά, αυτό που διενεργείται είναι η αξιολόγηση της επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης των γονέων και του παιδιού στις γενικές περιβαλλοντικές συνθήκες του σπιτιού και του σχολείου, έτσι ώστε να τεθούν στόχοι για τις περιβαλλοντικές και επικοινωνιακές καταστάσεις μέσω θεραπευτικών στόχων και τεχνικών (Μαλανδράκη, 2012).

Οι τεχνικές που προτείνονται όσον αφορά το περιβαλλοντικό και τον επικοινωνιακό τομέα είναι ανάλογες των ζητημάτων που προέκυψαν από την αξιολόγηση. Οι γονείς

εκπαιδεύονται σε αυτές τις τεχνικές μέσω συμβουλευτικών συνεδρίων, ενώ ορισμένες φορές είναι σημαντικό να ακολουθήσουν το μοντέλο που εφαρμόζει ο ειδικός λογοπαθολόγος / λογοθεραπευτής ή ακόμη μπορεί να συζητούν συμπεριφορές που προάγουν την ευχέρεια. Ταυτόχρονα, ο ειδικός ενδεχομένως να εκπαιδεύσει τα μέλη της οικογένειας σε διαδικασίες αξιολόγησης και χρήσης κλιμάκων σοβαρότητας τραυλισμού, που μπορεί να συναντήσουν στην καθημερινότητα του παιδιού και να είναι απαραίτητο να καταγραφεί η στιγμή. Το παιδί επαναξιολογείται κάθε 3 ή 6 μήνες, ενώ οι γονείς αφιερώνουν ποιοτικό χρόνο με το παιδί τους, σε ένα ευχάριστο και ήσυχο περιβάλλον. Ωστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί στους γονείς ότι ενδέχεται να επανεμφανιστούν συμπτώματα ή χρονικοί περίοδοι, που τα συμπτώματα θα είναι περισσότερο έντονα (Μαλανδράκη, 2012).

Κάποιες από τις δραστηριότητες που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι γονείς, αλλά και οι ειδικοί είναι οι παρακάτω. Αρχικά, για την μείωση του ρυθμού ομιλίας, οι γονείς και οι ειδικοί μπορούν να προσθέσουν παύσεις, αλλά και χρόνο στις παύσεις τους και όχι άμεση παραγωγή των λέξεων πιο αργά. Οι παύσεις τοποθετούνται σε αρχικό στάδιο όταν γίνεται κάποια ανάγνωση ενός βιβλίου ή σε οτιδήποτε, και στη συνέχεια σε συζητήσεις. Ο προσδοκώμενος αριθμός συλλαβών το λεπτό είναι 20 – 30, αν και κάτι τέτοιο βέβαια είναι λίγο δύσκολο στην αρχή (Μαλανδράκη, 2014).

Επιπροσθέτως, συζητείται η αύξηση διάρκειας σε παύσεις εναλλαγής σειράς (turn taking pauses), όπου ο γονέας καλείται να περιμένει 1 – 2 δευτερόλεπτα, τα οποία μετράει από μέσα του, πριν απαντήσει το παιδί. Αν το παιδί είναι μεγαλύτερης ηλικίας, τότε εγκαθιδρύουμε έναν κανόνα, την εναλλαγή σειράς με κάποιο "σήμα", όπως για παράδειγμα το χέρι. Για παιδιά κάτω των 4 ετών, αυτό το "σήμα", μπορεί να είναι κάποια κούκλα ή το μαγικό ραβδί του Harry Potter, κάρτες με κόκκινο και πράσινο χρώμα, που υποδηλώνουν τον Σταμάτη και τον Γρηγόρη κλπ. (Μαλανδράκη, 2014).

Ακόμη, γίνεται χρήση των αναδιατυπώσεων (re – casting), εκ των οποίων ξαναλέμε τις προτάσεις που τα παιδιά πρόφεραν με τραυλικά στοιχεία, χωρίς την παρουσία αυτών των τραυλικών στοιχείων, δηλαδή σωστά. Καθ' όλη τη διάρκεια παιχνιδιού και συζήτησης γίνεται έμμεση επιβράβευση των εκφορών χωρίς τα στοιχεία τραυλισμού, με αποτέλεσμα να γίνεται αντιληπτό το αίσθημα της επιβεβαίωσης (Μαλανδράκη, 2014).

Ο συνδυασμός των παραπάνω μας παραπέμπει στην μείωση της πίεσης κατά την επικοινωνία. Αυτό κατορθώνεται κάνοντας εύκολες ερωτήσεις, χωρίς κάποιο είδος πίεσης και με απλό γλωσσικό περιεχόμενο στο παιδί. Γίνονται πάντα επιβραβεύσεις στο παιδί, όπως για παράδειγμα «Πολύ μ' άρεσε αυτό που είπες!» ή «Τι ωραία που μιλάς!», ενώ παραβλέπονται ή δεν σχολιάζονται οι στιγμές με τα συμπτώματα τραυλισμού. Επιπλέον, οι γονείς ή ο ειδικός καθυστερούν τις απαντήσεις τους για 1 – 2 δευτερόλεπτα, πριν απαντήσουν σε κάθε ερώτηση, λέγοντας «Για να σκεφτώ . . . » (Μαλανδράκη, 2014).

5.5 Άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση

Η άμεση θεραπεία απευθύνεται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με οριακό ή ήπιο εξελικτικό τραυλισμό, που η έμμεση θεραπεία δεν είχε κάποιο αποτέλεσμα (Zebrowski & Kelly, 2002). Σε αυτό το στάδιο θεραπείας, έγκειται η τακτική συνάντηση κλινικού με το παιδί. Κάθε συνάντηση και κατ' επέκταση κάθε πρόγραμμα θεραπείας, πρέπει να είναι ευχάριστο για τα παιδιά (Μαλανδράκη, 2012).

Αρχικά, χρησιμοποιείται η ομιλία της χελώνας, όπου γίνεται διαχωρισμός των εννοιών "γρήγορο – αργό" και πιο συγκεκριμένα, της γρήγορης και της αργής ομιλίας. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί και με δραστηριότητες, όπως το περπάτημα, το τρέξιμο, το ποδήλατο, ζωγραφιές, κούκλες κλπ., σε συνδυασμό με την ομιλία. Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το παραμύθι με το "Λαγό και τη Χελώνα". Κατά τη διάρκεια του παραμυθιού γίνεται διάκριση της γρήγορης και της αργής ομιλίας. Έτσι, ο λαγός μιλάει γρήγορα, τελειώνει η εκπνοή του και δεν τον καταλαβαίνει κανείς, ενώ η χελώνα μιλάει αργά, με παύσεις (αλλά όχι και τόσο αργά). Στο τέλος, ο λαγός ζηλεύει και λέει στη χελώνα να τον μάθει να μιλάει κι αυτός έτσι, δηλαδή αργά. Απότοκος αυτών, το παιδί να παίζει με τη χελώνα και δια τη βοήθεια του ειδικού μαθαίνει στο λαγό να μιλάει αργά, ενώ το ενθαρρύνουμε λέγοντας του ότι «Μερικές φορές μιλάμε γρήγορα και δεν πειράζει... παίρνει λίγο χρόνο να μάθουμε καινούργια πράγματα» (Μαλανδράκη, 2012, Μαλανδράκη, 2014).

Διακρίνεται, επίσης, και το εύκολο σε αντίθεση με το δύσκολο, δηλαδή τα βουναλάκια έναντι του ομαλού δρόμου. Στο παρόν σημείο διαχωρίζεται η ομιλία σε

εύκολη και δύσκολη, με τη χρήση της χελώνας για την αποφυγή της δύσκολης ομιλίας. Έτσι, δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να «διορθώσει» τις στιγμές του τραυλισμού. Η έναρξη γίνεται με λέξεις και συνεχίζεται με φράσεις, προτάσεις, εικόνες, ιστορίες και τέλος με συζήτηση. Σημειώνεται, μια συνεχόμενη επιβράβευση και ενθάρρυνση καθ' όλη τη διάρκεια, ενώ το παιδί νιώθει ότι έχει ενεργό ρόλο στη θεραπεία (Μαλανδράκη, 2012, Μαλανδράκη, 2014).

Στην άμεση θεραπεία εφαρμόζεται και η παρατεταμένη ομιλία. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η ομιλία της χελώνας μπορεί να μην είναι αρκετή και να υπάρχει κάποια ένταση, τότε χρησιμοποιούμε την παρατεταμένη ομιλία. Τονίζεται η μικρή παράταση ήχων στην αρχή της γλωσσικής μονάδας. Σε παιδιά μικρής ηλικίας εφαρμόζεται σε όλους τους ήχους. Η παρατεταμένη ομιλία αξιοποιείται με τη χρήση λάστιχου για τα μαλλιά ή οποιοδήποτε ελαστικό αντικείμενο, με ταυτόχρονη μίμηση ήχων με παρατεταμένη ομιλία για όσο περισσότερο μπορούν. Ωστόσο, σταδιακά μειώνεται η διάρκεια της παράτασης, ενώ ο τελικός στόχος είναι μόνο μια μικρή παράταση στην αρχή λέξεων ή φράσεων. Τα οπτικά βοηθήματα (ελαστικό αντικείμενο) αντικαθιστούνται με την κίνηση του χεριού του ειδικού λογοπαθολόγου / λογοθεραπευτή, η οποία θα πρέπει να μειωθεί σταδιακά. Τέλος, μπορούν να γίνουν δραστηριότητες και με τους γονείς, αλλά και με την εναλλαγή ρόλων. Τα παιδιά καλούνται να διδάξουν στους γονείς τους την παρατεταμένη ομιλία (Μαλανδράκη, 2014).

Πρόσθετα, αξιοποιούνται και οι απαλές αρθρωτικές επαφές σε μετέπειτα στάδιο. Πρωταρχικό στάδιο, είναι η διάκριση του σκληρού – μαλακού / απαλού, ως έννοια της ομαλής και της μη ομαλής ομιλίας. Διεξάγεται αναγνώριση, μίμηση και παραγωγή. Ειδικότερα, εφαρμόζεται σε μεμονωμένους ήχους, λέξεις, φράσεις κλπ. (Μαλανδράκη, 2012, Μαλανδράκη, 2014). Όσον αφορά, τη δραστηριότητα που μπορεί να υλοποιηθεί στη παρούσα πτυχή της άμεσης θεραπείας, είναι η "μαγική σακούλα" ή τα ζαχαρωτά. Αναλυτικότερα, στη σακούλα υπάρχει κάτι μαλακό και κάτι σκληρό (για παράδειγμα, ένα τουβλάκι και ένα φτερό), ο καθένας παίρνει ένα αντικείμενο και με τη βοήθεια του κλινικού καθορίζεται η έννοια του σκληρού και του μαλακού / απαλού, ρωτά δηλαδή «Το τουβλάκι είναι μαλακό ή σκληρό;» (Μαλανδράκη, 2012). Ανάλογη δραστηριότητα είναι και με τα ζαχαρωτά, με τα φρέσκα ζαχαρωτά που είναι μαλακά και τα σκληρά ζαχαρωτά που είναι μπαγιάτικα (Μαλανδράκη, 2014). Έτσι, χρησιμοποιείται η αργή και χαλαρή ομιλία. Τέλος, μνεία γίνεται σε σχέση με όλο το άμεσο θεραπευτικό πρόγραμμα,

που ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν παράλληλα τεχνικές και από την έμμεση θεραπεία (Μαλανδράκη, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ & ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ (ΑΛΛΗ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ)

6.1 Εισαγωγή

Απ' τις πρώτες ακόμη προσπάθειες του ανθρώπου να λαξεύσει την πέτρα, να καλλιεργήσει τη γη και να χρησιμοποιήσει έναρθρο λόγο ως τις πιο σύγχρονες επιστημονικές ανακαλύψεις, μια κοινή μοίρα διασχίζει την ανθρώπινη ιστορία, η αδυσώπητη και κοπιώδης μάχη του ανθρώπου να ομορφύνει και να πλουτίσει με υλικά και πνευματικά αγαθά τη ζωή του. Στη σημερινή εποχή πλέον, με τις ραγδαίες εξελίξεις της εποχής μας και την αλματώδη ανάπτυξη, αποδοχή και χρήση της τεχνολογίας, εξαιρετικές αλλαγές έχουν γίνει και στον τομέα υγείας και πρόνοιας.

Παρόμοια ανάπτυξη έχει παρατηρηθεί στον κλάδο της λογοθεραπείας. Αξιοσημείωτο, βέβαια είναι να σημειωθεί ότι η αντίληψη των λεκτικών δυσχερειών αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο στην ανάπτυξη των τεχνικών λύσεων όσον αφορά την ανίχνευση, τη μέτρηση και τη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας. Μολαταύτα, γίνονται επισημάνσεις αναφορικά με την τεχνολογία ως ταυτόχρονη χρήση στην θεραπεία διευκόλυνσης της λεκτικής ευχέρειας (Rather & Tetnowski, 2006). Η ιδεολογία του συγκεκριμένου τύπου τεχνολογίας αποσκοπεί στη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας με συνδυασμό με συσκευές. Τέτοιες συσκευές είναι η συσκευή καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης, η συσκευή εναλλαγής συχνότητας, η συσκευή ομιλίας με επικαλυπτόμενο ήχο (Cummings, 2008), η συσκευή καθιέρωσης και εξάσκησης της ευχέρειας ομιλίας με τη βοήθεια υπολογιστή (Williams, 2006), η συσκευή ευχέρειας της ομιλίας (Ward, 2006) και ο μετρονόμος (Bothe και συν., 2006).

6.2 Συσκευή καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης

Η συσκευή της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης καθυστερεί τη φωνή του ατόμου που τραυλίζει. Αυτή η καθυστέρηση της φωνής είναι της τάξεως του ενός κλάσματος του δευτερολέπτου (Silverman, 1996). Τα μέλη της συσκευής είναι ένα μικρόφωνο, η κύρια συσκευή που προκαλεί καθυστέρηση στην ομιλία και τα ακουστικά. Κατά την εφαρμογή του, το άτομο που τραυλίζει, μιλάει στο μικρόφωνο και η φωνή του μεταβιβάζεται στο κύριο μέρος της συσκευής, όπου προκαλεί καθυστέρηση μέχρι να φτάσει στα ακουστικά της συσκευής αυτής (Reese, 1984). Η μέθοδος της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης προκαλεί πιο αργό ρυθμό ομιλίας προκειμένου να συντείνει στη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας (Kalinowski, 2003). Μολονότι, υπάρχουν ενδείξεις που υποστηρίζουν την παρούσα θεωρία ως χρήσιμη τεχνική στη θεραπεία του τραυλισμού, δεν παρουσιάζουν όλα τα άτομα που τραυλίζουν θετικά αποτελέσματα στην ευχέρεια ομιλίας, ενώ όσοι παρουσιάζουν βελτίωση διαφέρουν ως προς το βαθμό βελτίωσης της ομιλίας τους. Συνεπώς, η χρήση ή η μη χρήση αυτής της μεθόδου από κάποιο άτομο που τραυλίζει, διακατέχεται από ένα βαθμό δυσχέρειας (Van Borsel και συν., 2007).

6.3 Συσκευή επικαλυπτόμενου ήχου

Η συσκευή του επικαλυπτόμενου ήχου δημιουργήθηκε, αποσκοπώντας στην καλύτερη ροή στο λόγο του ατόμου που εμφανίζει τη διαταραχή του τραυλισμού. Πιο συγκεκριμένα, η ευχέρεια προκαλείται, όταν το άτομο που τραυλίζει, δεν ακούει τη φωνή του (Lawrence & Barclay III, 1998). Επιπλέον, παρ' όλο που μερικοί πρεσβεύουν ότι δεν δημιουργεί προβλήματα στην ακοή, μια ομήγυρη ερευνητών έχει διαπιστώσει ότι προκαλεί μικρή απώλεια ακοής, όπως επίσης και ότι η αποτελεσματικότητα της συσκευής μειώνεται σε τηλεφωνικές συνδιαλέξεις (Maguire και συν., 2000). Υπάρχουν δύο τύποι συγκάλυψης και είναι οι εξής, η συγκάλυψη λευκού θορύβου και η συγκάλυψη τόνου.

6.3.1 Συγκάλυψη λευκού θορύβου

Η παρούσα μέθοδος, για να φέρει αποτελέσματα, παρέχει μια συνεχόμενη πηγή ήχου δυνατότερη από το επίπεδο της συνηθισμένης ομιλίας, έτσι ώστε το άτομο με τον τραυλισμό να μην είναι σε θέση να ακούσει τη φωνή του (Wingate, 2002). Η ένταση του λευκού θορύβου στα 85 με 90 dB, βελτιώνει την ευχέρεια ομιλίας και μειώνει τα συμπτώματα του τραυλισμού κατά 35% έως 55% αντίστοιχα.

6.3.2 Συγκάλυψη τόνου

Σε αυτή τη μέθοδο θεραπείας, δημιουργείται θόρυβος, που "ξεγελά" τον εγκέφαλο για να έχει την αίσθηση ότι πραγματοποιούνται δονήσεις των φωνητικών χορδών (Kehoe, 2006). Η συγκάλυψη τόνου εμφανίζεται αποτελεσματικότερη από τη συγκάλυψη λευκού θορύβου (Kehoe, 1997). Επιπλέον, ο τόνος που προκαλείται είναι περίπου 125 Hz και είναι παρόμοιος με τις δονήσεις των φωνητικών χορδών.

6.4 Ακουστική ανάδραση μετατόπισης της συχνότητας (FAF)

Η συγκεκριμένη συσκευή αλλάζει το ύψος της φωνής του ατόμου που τραυλίζει. Ελάττωση του τραυλισμού κατά 35% παρατηρείται σε μια μετατόπιση ύψους κατά το ένα τέταρτο της οκτάβας, ενώ σε μετατόπιση κατά μισή οκτάβα παρουσιάζει μείωση του τραυλισμού κατά 65 – 70%. Τέλος, μετατόπιση ολόκληρης οκτάβας μειώνει τον τραυλισμό κατά 70 – 75%. Σε περιπτώσεις σοβαρών συμπτωμάτων τραυλισμού, ενδέχεται να συνδυαστεί με τη μέθοδο της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης. Ο συνδυασμός αυτών των δύο μεθόδων ελαττώνει τα συμπτώματα του τραυλισμού κατά 80% (Kehoe, 2006).

Σύμφωνα με τους Stuart et al., αναφορικά με τη χρήση της μεθόδου μετατόπισης της συχνότητας, πραγματοποιήθηκε μια έρευνα, που έλαβαν μέρος 12 άτομα με τη χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου και χωρίς τη χρήση της μεθόδου. Τα αποτελέσματα τεκμηριώνουν ότι τα άτομα που χρησιμοποιούσαν τη συσκευή μετατόπισης συχνότητας (FAF) έχουν μείωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού κατά 50 – 60%. Στον αντίποδα,

τα υποκείμενα που δεν χρησιμοποίησαν αυτή τη μέθοδο δεν είχαν κάποια βελτίωση (Stuart και συν., 1996).

6.5 Συσκευή καθιέρωσης & εξάσκησης της ευχέρειας ομιλίας με τη βοήθεια υπολογιστή (CAFET)

Οπτικά, ακουστικά και απτικά ερεθίσματα, αξιοποιούνται στη παρούσα συσκευή ηλεκτρονικού υπολογιστή προκειμένου το άτομο που παρουσιάζει τον τραυλισμό να ελέγξει την αναπνοή και την ένταση της φωνής του κατά την έναρξη και καθ' όλη τη διάρκεια της ομιλίας του. Βελτίωση μπορούν να έχουν, τα άτομα που τραυλίζουν, τα όποια έχουν ανεπαρκή διαφραγματική αναπνοή και απότομη έναρξη φώνησης, μέσω ηλεκτρικών σημάτων που αναπαριστούν την αναπνοή και την ένταση ομιλίας. Η αναπαράσταση της αναπνοής και της έντασης της φωνής γίνονται στην οθόνη του υπολογιστή με τη χρήση διαγραμμάτων, ενώ η αναπνοή συγκρατείται από τα ηλεκτρόδια που περιλαμβάνει η συσκευή, ενώ η ένταση της φωνής από ένα μικρόφωνο (Williams, 2006).

6.6 Συσκευή ευχέρειας της ομιλίας (FLUENCY MASTER)

Αυτή η συσκευή, σύμφωνα με τον Ronald Webster, παρακινεί την ελάττωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού, διότι το άτομο με τον τραυλισμό ακούει διαφορετικά τη φωνή του. Η συσκευή είναι μικρή σε μέγεθος, όπως τα ακουστικά βαρηκοΐας (Ward, 2006). Συμπεριλαμβάνεται από ένα μικρόφωνο μεν, που μιλάει το άτομο με τον τραυλισμό και έρχεται σε επαφή με το δέρμα, και τα ακουστικά δε, τα οποία δέχονται τις δονήσεις των φωνητικών χορδών κατά τη διάρκεια της ομιλίας (Kehoe, 2006).

6.7 Μετρονόμος

Με την εξέλιξη της ηλεκτρονικής τεχνολογίας, αυτή η παλιά τεχνική (δηλαδή, η ομιλία με τη βοήθεια μετρονόμου) διατηρήθηκε στο πέρασμα του χρόνου. Είναι ένας αργός, παρατεταμένος και ρυθμικός τρόπος ομιλίας, όπου πολλά άτομα με τραυλισμό, παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευχέρεια στο λόγο τους εφόσον έχουν τη δυνατότητα να συγχρονίζουν την ομιλία τους με τους χτύπους του μετρονόμου. Ο μετρονόμος είναι μια μικρή ηλεκτρονική συσκευή που τοποθετείται πίσω από το αυτί. Ακόμη, είναι ένα μηχανισμός που βοηθάει στην μέτρηση του χρόνου. Από την στιγμή που τίθεται σε λειτουργία παράγεται ένας ηχητικός χτύπος σε ίσα χρονικά διαστήματα, έως τη στιγμή που τερματίζεται η λειτουργία του. Τέλος, υπάρχει δυνατότητα επιλογής του ρυθμού, όπως για παράδειγμα από 40 έως 200 χτύπους ανά λεπτό, με ρυθμιζόμενη ένταση χτύπου (Bothe και συν., 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας – Τα γλωσσικά προβλήματα στον τραυλισμό

Έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες που καταδεικνύουν τη σχέση ανάμεσα στη γλωσσική ανάπτυξη και τον τραυλισμό (Ward, 2006). Έρευνες που αφορούν τον τραυλισμό, τεκμηριώνουν ότι η έναρξη του παρατηρείται κυρίως κατά την προσχολική ηλικία. Το πλαίσιο αυτό της ηλικίας τους χαρακτηρίζεται από τη ραγδαία πρόοδο της γλωσσικής τους ανάπτυξης, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση της γλωσσικής ανάπτυξης του παιδιού. Η εμφάνιση του τραυλισμού συνήθως πραγματοποιείται όταν οι γλωσσικές απαιτήσεις είναι υψηλές και αυξάνονται συνεχόμενα με την είσοδο περισσότερων σύνθετων γλωσσικών δομών (Ward, 2006). Ακόμη, άλλες έρευνες αναφέρουν πως οι γλωσσικές αδυναμίες επιδεινώνουν την ομιλία των παιδιών όσον αφορά την ευφράδεια (Conture & Curlee, 2007).

Η πλειοψηφία των ερευνών που έχουν διεξαχθεί με την πάροδο των χρόνων, για την παραγωγή ομιλίας έχουν επικεντρώσει το ενδιαφέρον τους στη σχέση άρθρωσης / φωνολογίας σε συνδυασμό με τα συμπτώματα του τραυλισμού που εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία. Σε μια κλινική μελέτη έλαβαν μέρος 100 παιδιά ηλικίας 4 – 6 ετών που παρουσίαζαν τη διαταραχή του τραυλισμού. Σύμφωνα με τα ευρήματα της κλινικής μελέτης, το 37% παρουσιάζει ταυτόχρονα και φωνολογικές διαταραχές (Ratner & Tetnowski, 2006). Επιπροσθέτως, μελέτες αναφορικά με τη σχέση άρθρωσης / φωνολογίας και τραυλισμού τείνουν να ενστερνίζονται τα γενικά ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία τα παιδιά μικρής ηλικίας που τραυλίζουν ενδέχεται να παρουσιάσουν διαταραχές ομιλίας σε αντίθεση με τα παιδιά που δεν τραυλίζουν (Louko, 1995). Πρόσθετα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται ότι τα παιδιά που εμφανίζουν συμπτώματα τραυλισμού, συχνά εμφανίζουν και συνωδά γλωσσικά προβλήματα (Dalton, 1983).

7.2 Σκοπός της έρευνας

Με βάση όσα ειπώθηκαν παραπάνω, η διαταραχή του τραυλισμού μπορεί να συνοδεύεται με γλωσσικές διαταραχές. Δηλαδή, μπορεί να υπάρχει κάποιο παιδί με τραυλισμό, το οποίο παρουσιάζει αρθρωτικά προβλήματα. Ο σκοπός στην παρούσα μελέτη είναι η διερεύνηση των παιδιών με τραυλισμό ως προς την ύπαρξη ή την απουσία γλωσσικών διαταραχών μέσω τυπικών και άτυπων διαδικασιών, δηλαδή μελετάμε τα παιδιά με τραυλισμό σε επίπεδο λεξιλογίου και άρθρωσης. Πιο συγκεκριμένα, διερευνείται αν τα παιδιά με τραυλισμό κυμαίνονται στο ίδιο επίπεδο λεξιλογίου σε σχέση με τα παιδιά που δεν τραυλίζουν (Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου), αν τα παιδιά με τραυλισμό παρουσιάζουν προβλήματα άρθρωσης ως συνωδά γλωσσικά προβλήματα σε περίπτωση τραυλισμού σε σχέση με τα φυσιολογικά παιδιά που ενδεχομένως να εμφανίζουν προβλήματα στην άρθρωση τους (Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης), αν οι δυσρυθμίες αυξάνονται σε κάποια συγκεκριμένα φωνήματα και αν εντείνεται ο τραυλισμός στον ελεύθερο λόγο των παιδιών.

Στη συνέχεια, διερευνείται μέσω ερωτηματολογίου αν ο κληρονομικός παράγοντας λειτουργεί ως αίτιος παράγοντας στην εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας, αν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες λειτουργεί ως αίτιος παράγοντας στην εμφάνιση στη διαταραχή του τραυλισμού, αν ο οικογενειακός παράγοντας λειτουργεί ως αιτία εμφάνισης στη διαταραχή του τραυλισμού, αν η σχέση με τον/την αδερφό/ή που ενδεχομένως έχει το παιδί, το οποίο εμφανίζει τις δυσρυθμίες λειτουργεί ως αιτία εμφάνισης του τραυλισμού.

7.3 Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στο Τμήμα Λογοθεραπείας, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π (Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας) στο ΑΤΕΙ Καλαμάτας σε συνεργασία με το

"Κέντρο Λογοθεραπείας Καλλίδου Ράνια" στην Αρτέμιδα. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε γνωριμία με τα παιδιά και τους γονείς του Κέντρου. Για να συμπεριληφθεί αξιολόγηση των παιδιών, υπήρχε ενημέρωση από τον ερευνητή – λογοθεραπευτή στους γονείς των παιδιών για το περιεχόμενο της αξιολόγησης και το σκοπό της έρευνας, διαβεβαιώνοντας τους για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Η διαδικασία αξιολόγησης πραγματοποιήθηκε χωρίς την παρουσία των γονέων του παιδιού στο ήσυχο περιβάλλον του χώρου του λογοθεραπευτηρίου, η οποία είχε διάρκεια 30 λεπτά και συμπεριλάμβανε ένα παιδί κάθε φορά.. Τα παιδιά, τα οποία υποβλήθηκαν σε δοκιμασίες ήταν ηλικίας 4 – 6 ετών. Το χρονικό διάστημα για την καταγραφή των δεδομένων των παιδιών ήταν περίπου 4 μήνες, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου γνωριμίας και συνεννόησης με τα παιδιά και τους γονείς. Η έρευνα διεξήχθη, χρησιμοποιώντας δύο επίσημα αξιολογητικά εργαλεία (Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης του Πανελληνίου Συλλόγου Λογοπεδικών και η Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου) και ανεπίσημα εργαλεία (Παιχνίδι Ρόλων) που απευθυνόταν στα παιδιά, σε συνδυασμό με ένα ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο που απευθυνόταν στους γονείς των παιδιών αυτών. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Ιούνιο έως και τον Σεπτέμβριο του 2014. Χρησιμοποιήθηκε γραπτή καταγραφή του λόγου των παιδιών και των δευτερευουσών συμπεριφορών.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το Microsoft Excel, ενώ για την ανάλυση των δεδομένων τους ήταν το Microsoft Word. Το Microsoft Excel χρησιμοποιήθηκε γιατί είναι ένα υπολογιστικό φύλλο, που διαχειρίζεται αριθμούς και τους υπολογίζει με διάφορους τρόπους , ενώ τα αποτελέσματα αυτών των υπολογισμών γίνονται με ακρίβεια. Επιπλέον, παρέχει τη δυνατότητα να:

- οργανώσουμε τα δεδομένα σε στήλες και γραμμές
- επεξεργαστούμε με ταχύτητα και ακρίβεια τα δεδομένα αυτά
- αυτοματοποιήσουμε την εκτέλεση πράξεων
- επεξεργαστούμε μεγάλους όγκους δεδομένων
- να παρουσιάσουμε τις πληροφορίες που εμπεριέχονται στα δεδομένα με τη μορφή γραφημάτων.

Το Microsoft Word χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων, καθώς είναι ένας επεξεργαστής κειμένου, που επιτρέπει την επεξεργασία των κειμένων, όπως σύνθεση, διόρθωση και μορφοποίηση κειμένων.

7.4 Πληθυσμός – Δείγμα

Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνας συμπεριλήφθηκαν 2 ομάδες των 12 ατόμων, εκ των οποίων η πρώτη ομάδα (ομάδα ελέγχου) συμπεριλαμβάνει 6 παιδιά που παρουσιάζουν διαταραχή στη ροή της ομιλίας – τραυλισμό, ηλικίας 4 – 6 ετών και η δεύτερη ομάδα (ομάδα αναφοράς) με ισάριθμα παιδιά αντίστοιχης ηλικίας με φυσιολογική ροή ομιλίας. Οι προϋποθέσεις για την επιλογή των παιδιών ήταν να έχουν παρόμοια ηλικία, να είναι ισάριθμα τα παιδιά ως προς τις ομάδες, να παρουσιάζουν τραυλικές δυσρυθμίες, ανεξαρτήτως από την ύπαρξη κάποιας άλλης διαταραχής και παιδιά με φυσιολογική ροή λόγου (δηλαδή παιδιά τυπικής ανάπτυξης).

Όσον αφορά, το ερωτηματολόγιο, για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο, το οποίο απευθυνόταν στους γονείς των παιδιών με διαταραχή λόγου και ομιλίας. Η επιλογή δείγματος έγινε ανεξάρτητα από την καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 22 διχοτομικές ερωτήσεις κλειστού τύπου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1 Αποτελέσματα

Τα αντιπροσωπευτικά δείγματα που συλλέχθηκαν είναι τα παρακάτω. Αρχικά, παρατίθενται τα αποτελέσματα του δείγματος ομιλίας των παιδιών με διαταραχή λόγου και ομιλίας και παιδιών με φυσιολογική ροή ομιλίας. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου.

8.1.1. Αποτελέσματα του δείγματος ομιλίας των παιδιών

1^η Δοκιμασία : Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης

Παιδιά με Διαταραχή Λόγου και Ομιλίας

Παιδιά :	Π. Χ.	Χ. Β.	Γ. Ρ.
1. Παπούτσι	✓	pa – pa'putθi	✓
2. Ταξί	✓	ta – ta'kθi	✓
3. Φεγγάρι	✓	f__e'gali	✓
4. Μαχαίρι	✓	m__a'çeli	✓
5. Βρύση	✓	'vliθi	✓
6. Ρόδα	✓	'loða	✓
7. Σημαία	✓	θ__i'mea	✓
8. Ζώνη	✓	'ðoni	✓
9. Αγελάδα	✓	✓	✓
10. Άγγελος	✓	'ageloθ	✓

11. Κερί	✓	<u>ce</u> 'li	ce'i
12. Θάλασσα	✓	'θ__alaθa	✓
13. Τζάκι	✓	'tθaci	✓
14. Φλιτζάνι	✓	f__li'tθani	✓
15. Κρεβάτι	✓	<u>kre</u> 'vati	ce'vati
16. Κλειδί	✓	<u>kli</u> 'ði	✓
17. Σπίτι	✓	'θpiti	✓
18. Ξύλο	✓	'kθilo	✓
19. Στρατιωτάκι	✓	θtlatio'taci	statio'taci
20. Γλώσσα	✓	'γloθa	✓
21. Κουμπιά	✓	✓	✓
22. Δελφίνι	✓	✓	ðe'fini
23. Αυγό	✓	✓	✓
24. Αυτιά	✓	✓	✓
25. Γράμμα	✓	'γlama	✓
26. Εργοστάσιο	✓	elyo'thatio	elyo'stasio
27. Αρκούδα	✓	a'l'kuða	a'kuða
28. Πόρτα	✓	'polta	'pota
29. Αριθμός	✓	ali'thmoθ	✓
30. Σφυρίχτρα	✓	θfi'lixtla	✓
31. Λιοντάρι	✓	✓	✓
32. Χοντρή	✓	xo'dli	✓
33. Δράκος	✓	'ðlakoθ	✓
34. Θερμόμετρο	✓	θ__e'lmometlo	✓
35. Αυτοκίνητο	✓	✓	✓
36. Ντουλάπα	✓	✓	✓
37. Καλάθι	✓	<u>ka</u> 'laθi	✓
38. Καραμέλα	✓	<u>kala</u> 'mela	kaa'mela
39. Ναύτης	✓	'naftiθ	✓
40. Νερό	✓	ne'lo	ne'o
41. Λουλούδι	✓	lu - lu'luði	✓
42. Βελόνα	✓	ve - ve'lona	✓

43. Χελώνα	✓	ç__e'lona	✓
44. Κάγκελο	✓	<u>κ</u> agelo	✓
45. Κύματα	✓	<u>ç</u> imata	✓
46. Ήλιος	✓	΄ίλοθ	✓
47. Καράβι	✓	<u>κ</u> a'lavi	ka'avi
48. Φωτιά	✓	f__o'tçia	✓
49. Καφές	✓	ka'feθ	✓
50. Τζάμι	✓	΄tðami	✓
51. Ψαλίδι	✓	pθa'liði	✓
52. Σχολείο	✓	θxo'lio	✓
53. Σφουρί	✓	θfi'li	sfi'i
54. Καρφί	✓	ka'lfι	✓
55. Σγουρά	✓	θyu'la	zγy'a
56. Φάντασμα	✓	΄fadaθma	✓
57. Παλτό	✓	pa – pa'lto	✓
58. Θρανίο	✓	θla'nio	✓
59. Καπνός	✓	<u>κ</u> a'pnoθ	✓
60. Δάχτυλο	✓	✓	✓
61. Παιχνίδια	✓	pe – pe'xniðja	✓
62. Σκαμνί	✓	θka'mni	✓
63. Ρολόι	✓	lo'loi	lo'loi
64. Μηχανή	✓	mi – mixa'ni	✓
65. Σύννεφο	✓	΄θinefo	✓
66. Βροχή	✓	✓	vo'çi
67. Λάμπα	✓	✓	fos
68. Αεροπλάνο	✓	aelo'plano	ajo'plano
69. Κύκνος	✓	<u>κ</u> iknoθ	✓
70. Λίμνη	✓	li - 'limni	✓

Παιδιά :	Γ. Κ.	Μ. Ν.	Χ. Κ.
1. Παπούτσι	pa'putçi	pa'putsi	✓

2. Ταξί	ta'kθi	ttttata'ksi	✓
3. Φεγγάρι	✓	fe'gali	✓
4. Μαχαίρι	✓	<u>ma</u> 'celi	✓
5. Βρύση	'vriθi	'v__lisi	✓
6. Ρόδα	✓	'lololoza	✓
7. Σημαία	θi'mea	ssssisi'mea	✓
8. Ζώνη	✓	'zzzzoni	✓
9. Αγελάδα	✓	aje'laza	✓
10. Άγγελος	'ageloθ	'aaajelos	✓
11. Κερί	✓	cccce'li	✓
12. Θάλασσα	'θalaθα	'sssalasa	✓
13. Τζάκι	✓	'jjaci	✓
14. Φλιτζάνι	✓	ffffli'jani	✓
15. Κρεβάτι	✓	<u>k</u> levati	✓
16. Κλειδί	✓	<u>k</u> li'zi	✓
17. Σπίτι	'θpiti	's__piti	✓
18. Ξύλο	'kθilo	'ksksksilo	✓
19. Στρατιωτάκι	θratio'taci	sssstla'tçotis	✓
20. Γλώσσα	'γloθα	'γ__losa	✓
21. Κουμπιά	✓	<u>p</u> al'to	✓
22. Δελφίνι	✓	ðeðeðel'fini	✓
23. Αυγό	✓	aaaav'γο	✓
24. Αυτιά	✓	✓	✓
25. Γράμμα	✓	✓	✓
26. Εργοστάσιο	eryo'θαθιο	✓	✓
27. Αρκούδα	✓	✓	✓
28. Πόρτα	✓	✓	✓
29. Αριθμός	ari'θμοθ	✓	✓
30. Σφυρίχτρα	θfi'rixtra	s__fi'rixtra	✓
31. Λιοντάρι	✓	λλο'dali	✓
32. Χοντρή	✓	Xxxo'dli	✓
33. Δράκος	'ðrakoθ	'ð__lakos	✓

34. Θερμόμετρο	✓	✓	✓
35. Αυτοκίνητο	✓	afto'cinito	✓
36. Ντουλάπα	✓	✓	✓
37. Καλάθι	✓	kkka'lası	✓
38. Καραμέλα	✓	kkkala'mela	✓
39. Ναύτης	'naftıθ	'n__aftis	✓
40. Νερό	✓	✓	✓
41. Λουλούδι	✓	lu'luzı	✓
42. Βελόνα	✓	<u>k</u> lo'sti	✓
43. Χελώνα	✓	ς__e'lona	✓
44. Κάγκελο	✓	bbbal'koni	✓
45. Κύματα	✓	✓	✓
46. Ήλιος	'ıloθ	✓	✓
47. Καράβι	✓	✓	✓
48. Φωτιά	✓	✓	✓
49. Καφές	ka'feθ	✓	✓
50. Τζάμι	✓	✓	✓
51. Ψαλίδι	pθaliθı	psa'lızı	✓
52. Σχολείο	θxo'lıo	sxo'lııo	✓
53. Σφυρί	θfi'rı	Sfi'lı	✓
54. Καρφί	✓	✓	✓
55. Σγουρά	θyu'ra	zyu'la	✓
56. Φάντασμα	✓	'fadasma	✓
57. Παλτό	✓	✓	✓
58. Θρανίο	✓	sla'nıo	✓
59. Καπνός	ka'pnoθ	✓	✓
60. Δάχτυλο	✓	'ððdaxtılo	✓
61. Παιχνίδια	✓	pppe'xnızja	✓
62. Σκαμνί	θkamnı	ska'mnı	✓
63. Ρολόι	✓	lolololoi	✓
64. Μηχανή	✓	mımmıxanı	✓
65. Σύννεφο	'θınefo	'sssınefo	✓

66. Βροχή	✓	✓	✓
67. Λάμπα	✓	ˈl__aba	✓
68. Αεροπλάνο	✓	aaloˈplano	✓
69. Κύκνος	ˈciknoθ	ˈcciknos	✓
70. Λίμνη	✓	ˈl__imni	✓

Δυσρυθμίες στη 1^η Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης Παιδιά με Διαταραχή Λόγου και Ομιλίας.						
Παιδιά :	Π. Χ.	Χ. Β.	Γ. Ρ.	Γ. Κ.	Μ. Ν.	Χ. Κ.
Επαναλήψεις :						
Επανάληψη ήχου					45	
Επανάληψη συλλαβής		8			13	
Επανάληψη λέξης						
Επανάληψη φράσης						
Επιμηκύνσεις :						
Επιμήκυνση - αρχή λέξης		7			10	
Επιμήκυνση - μέση λέξης						
Επιμήκυνση - τέλος λέξης						
Μπλοκαρίσματα		11			6	
Παρεμβολή						
Περιφράσεις						
Δευτερεύουσες συμπεριφορές :		2				
Σύνολο :	0	28	0	0	74	0

Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας στη Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης

Παιδιά :	Β. Π.	Χ. Ν.	Μ. Κ.
1. Παπούτσι	✓	✓	✓
2. Ταξί	✓	✓	✓
3. Φεγγάρι	Fe'gali	✓	✓
4. Μαχαίρι	Ma'çeli	✓	✓
5. Βρύση	'vlisi	✓	✓
6. Ρόδα	'loða	✓	'rova
7. Σημαία	✓	✓	✓
8. Ζώνη	✓	✓	✓
9. Αγελάδα	✓	✓	aje'lava
10. Άγγελος	✓	✓	✓
11. Κερί	ce'li	✓	✓
12. Θάλασσα	✓	✓	✓
13. Τζάκι	✓	✓	✓
14. Φλιτζάνι	✓	✓	✓
15. Κρεβάτι	kle'vati	✓	✓
16. Κλειδί	✓	✓	kli'vi
17. Σπίτι	✓	✓	✓
18. Ξόλο	✓	✓	✓
19. Στρατιωτάκι	stlatco'taci	✓	✓
20. Γλώσσα	✓	✓	✓
21. Κουμπιά	✓	✓	✓
22. Δελφίνι	✓	✓	vel'fini

23. Αυγό	✓	✓	✓
24. Αυτιά	✓	✓	✓
25. Γράμμα	´glama	✓	✓
26. Εργοστάσιο	eigo´stasio	✓	✓
27. Αρκούδα	al´kuða	✓	✓
28. Πόρτα	´polta	✓	✓
29. Αριθμός	ali´θmos	✓	✓
30. Σφυρίχτρα	sfi´lixtra	✓	✓
31. Λιοντάρι	λο´dali	✓	✓
32. Χοντρή	χο´dli	✓	✓
33. Δράκος	´ðlakos	✓	´vlakos
34. Θερμόμετρο	θε´Imometro	✓	✓
35. Αυτοκίνητο	✓	✓	✓
36. Ντουλάπα	✓	✓	✓
37. Καλάθι	✓	✓	✓
38. Καραμέλα	kala´mela	✓	✓
39. Ναύτης	✓	✓	✓
40. Νερό	✓	✓	✓
41. Λουλούδι	✓	✓	lu´luvi
42. Βελόνα	✓	✓	✓
43. Χελώνα	✓	✓	✓
44. Κάγκελο	✓	✓	✓
45. Κύματα	✓	✓	✓
46. Ήλιος	✓	✓	✓
47. Καράβι	ka´lavi	✓	✓
48. Φωτιά	✓	✓	✓
49. Καφές	✓	✓	✓
50. Τζάμι	✓	✓	✓
51. Ψαλίδι	✓	✓	psa´livi
52. Σχολείο	✓	✓	✓
53. Σφυρί	sfi´li	✓	✓
54. Καρφί	kal´fi	✓	✓

55. Σγουρά	zgu'la	✓	✓
56. Φάντασμα	✓	✓	✓
57. Παλτό	✓	✓	✓
58. Θρανίο	θla'nio	✓	✓
59. Καπνός	✓	✓	✓
60. Δάχτυλο	✓	✓	vaxtilo
61. Παιχνίδια	✓	✓	✓
62. Σκαμνί	✓	✓	✓
63. Ρολόι	lo'loi	✓	✓
64. Μηχανή	✓	✓	✓
65. Σύννεφο	✓	✓	✓
66. Βροχή	✓	✓	✓
67. Λάμπα	✓	✓	✓
68. Αεροπλάνο	aelo'plano	✓	✓
69. Κύκνος	✓	✓	✓
70. Λίμνη	✓	✓	✓

Παιδιά :	Γ. Α.	Κ. Β.	Π. Ρ.
1. Παπούτσι	✓	✓	✓
2. Ταξί	✓	✓	✓
3. Φεγγάρι	fe'gali	✓	✓
4. Μαχαίρι	ma'çeli	✓	✓
5. Βρύση	'vlisi	✓	✓
6. Ρόδα	'loða	✓	✓
7. Σημαία	✓	✓	✓
8. Ζώνη	✓	✓	✓
9. Αγελάδα	✓	✓	✓
10. Άγγελος	✓	✓	✓
11. Κερί	ce'li	✓	✓
12. Θάλασσα	✓	✓	✓

13. Τζάκι	✓	✓	✓
14. Φλιτζάνι	✓	✓	✓
15. Κρεβάτι	kle'vati	✓	✓
16. Κλειδί	✓	✓	✓
17. Σπίτι	✓	✓	✓
18. Ξύλο	✓	✓	✓
19. Στρατιωτάκι	stlatco'taci	✓	✓
20. Γλώσσα	✓	✓	✓
21. Κουμπιά	✓	✓	✓
22. Δελφίνι	✓	✓	✓
23. Αυγό	✓	✓	✓
24. Αυτιά	✓	✓	✓
25. Γράμμα	'glama	✓	✓
26. Εργοστάσιο	elgo'stasio	✓	✓
27. Αρκούδα	al'kuða	✓	✓
28. Πόρτα	'polta	✓	✓
29. Αριθμός	aliθ'mos	✓	✓
30. Σφυρίχτρα	sfi'lixtra	✓	✓
31. Λιοντάρι	λο'dali	✓	✓
32. Χοντρή	χο'dli	✓	✓
33. Δράκος	'ðlakos	✓	✓
34. Θερμόμετρο	θελ'mometlo	✓	✓
35. Αυτοκίνητο	✓	✓	✓
36. Ντουλάπα	✓	✓	✓
37. Καλάθι	✓	✓	✓
38. Καραμέλα	kala'mela	✓	✓
39. Ναύτης	✓	✓	✓
40. Νερό	✓	✓	✓
41. Λουλούδι	✓	✓	✓
42. Βελόνα	✓	✓	✓
43. Χελώνα	✓	✓	✓
44. Κάγκελο	✓	✓	✓

45. Κύματα	✓	✓	✓
46. Ήλιος	✓	✓	✓
47. Καράβι	ka 'lavi	✓	✓
48. Φωτιά	✓	✓	✓
49. Καφές	✓	✓	✓
50. Τζάμι	✓	✓	✓
51. Ψαλίδι	✓	✓	✓
52. Σχολείο	✓	✓	✓
53. Σφυρί	sfi 'li	✓	✓
54. Καρφί	kal 'fi	✓	✓
55. Σγουρά	zgu 'la	✓	✓
56. Φάντασμα	✓	✓	✓
57. Παλτό	✓	✓	✓
58. Θρανίο	θla 'nio	✓	✓
59. Καπνός	✓	✓	✓
60. Δάχτυλο	✓	✓	✓
61. Παιχνίδια	✓	✓	✓
62. Σκαμνί	✓	✓	✓
63. Ρολόι	lo 'loi	✓	✓
64. Μηχανή	✓	✓	✓
65. Σύννεφο	✓	✓	✓
66. Βροχή	✓	✓	✓
67. Λάμπα	✓	✓	✓
68. Αεροπλάνο	aeio 'plano	✓	✓
69. Κύκνος	✓	✓	✓
70. Λίμνη	✓	✓	✓

Δυσρυθμίες στη 1^η Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης						
Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας.						
Παιδιά :	Π. Χ.	Χ. Β.	Γ. Ρ.	Γ. Κ.	Μ. Ν.	Χ. Κ.
Επαναλήψεις :						
Επανάληψη ήχου						
Επανάληψη συλλαβής						
Επανάληψη λέξης						
Επανάληψη φράσης						
Επιμήκυνσεις :						
Επιμήκυνση - αρχή λέξης						
Επιμήκυνση - μέση λέξης						
Επιμήκυνση - τέλος λέξης						
Μπλοκαρίσματα						
Παρεμβολή						
Περιφράσεις						
Δευτερεύουσες συμπεριφορές :						
Σύνολο :	0	0	0	0	0	0

2^η Δοκιμασία : Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου

Παιδιά με Διαταραχή Λόγου και Ομιλίας

Παιδιά :	Π. Χ.	Χ. Β.	Γ. Ρ.
1. Κλειδί	1	1	0
2. Φίδι	1	1	0
3. Φεγγάρι	1	1	1
4. Κρεμάστρα	1	0	0
5. Παράθυρο	1	1	1
6. Κλόουν	1	1	ΔΕ ΞΕΡΩ
7. Χαρταετός	1	1	ΔΕ ΞΕΡΩ
8. Πάπια	1	1	1
9. Μπλούζα	1	1	0
10. Μανίκι	1	1	0
11. Κιθάρα	1	1	1
12. Ζάρια	1	1	ΔΕ ΞΕΡΩ
13. Σαλιγκάρι	1	1	0
14. Ελικόπτερο	1	1	1
15. Κουκουβάγια	1	1	1
16. Γοργόνα	1	1	1
17. Κροκόδειλος	1	1	1
18. Δάχτυλο	1	1	0
19. Καμήλα	1	1	ΔΕ ΘΥΜΑΜΑΙ
20. Κιάλια	1	0	0
21. Καγκουρό	1	1	0
22. Ποτιστήρι	1	1	0

23. Κολιέ	1	0	1
24. Βέλος	0	0	ΔΕ ΞΕΡΩ
25. Μικρόφωνο	1	0	0
26. Ρακέτα	1	0	ΔΕ ΞΕΡΩ
27. Θερμόμετρο	1	0	0
28. Φλιτζάνι	1	0	0
29. Αγκυρα	1	1	ΔΕ ΞΕΡΩ
30. Σέλα	0	0	0
31. Ανανάς	1	1	ΔΕ ΞΕΡΩ
32. Τρυπάνι	1	0	ΔΕ ΞΕΡΩ
33. Λαχανικά	1	0	ΔΕ ΞΕΡΩ
34. Βίδα	1	0	ΔΕ ΞΕΡΩ
35. Χάρτης	1	1	ΔΕ ΞΕΡΩ
36. Βιολί	1	0	0
37. Κεραία	1	0	0
38. Σκιάχτρο	0	1	0
39. Κοσμήματα	1	1	0
40. Μαγνήτης	0	0	0
41. Γαλλικό κλειδί / Κάβουρας	0	1	ΔΕ ΞΕΡΩ
42. Κάμπια	1	1	0
43. Αλεξίπτωτο	1	1	0
44. Φάρος	1	0	ΔΕ ΞΕΡΩ
45. Πυξίδα	1	0	0
46. Ιγκλού	0	0	ΔΕ ΞΕΡΩ
47. Κυψέλη	1	0	0
48. Νάρθηκας / Επίδεσμος	0	0	0
49. Δοξάρι	0	0	0
50. Τρούλος	0	0	ΔΕ ΘΥΜΑΜΑΙ
Σύνολο :	41	28	9

Παιδιά :	Γ. Κ.	Μ. Ν.	Χ. Κ.
1. Κλειδί	1	1	1
2. Φίδι	1	1	1
3. Φεγγάρι	1	1	1
4. Κρεμάστρα	ΔΕ ΞΕΡΩ	1	1
5. Παράθυρο	1	1	1
6. Κλόουν	1	1	1
7. Χαρταετός	1	1	1
8. Πάπια	1	1	1
9. Μπλούζα	1	1	1
10. Μανίκι	1	0	0
11. Κιθάρα	1	1	1
12. Ζάρια	1	1	1
13. Σαλιγκάρι	1	1	1
14. Ελικόπτερο	1	1	1
15. Κουκουβάγια	1	1	1
16. Γοργόνα	1	1	1
17. Κροκόδειλος	0	1	1
18. Δάχτυλο	1	1	1
19. Καμήλα	1	0	1
20. Κιάλια	1	0	0
21. Καγκουρό	1	0	1
22. Ποτιστήρι	1	1	1
23. Κολιέ	0	0	1
24. Βέλος	ΔΕ ΞΕΡΩ	0	0
25. Μικρόφωνο	1	0	1

26. Ρακέτα	1	0	1
27. Θερμόμετρο	0	1	1
28. Φλιτζάνι	1	1	1
29. Άγκυρα	1	0	0
30. Σέλα	1	0	0
31. Ανανάς	1	1	1
32. Τρυπάνι	1	0	0
33. Λαχανικά	1	1	1
34. Βίδα	1	0	0
35. Χάρτης	1	0	0
36. Βιολί	1	0	1
37. Κεραία	0	0	0
38. Σκιάχτρο	1	0	1
39. Κοσμήματα	0	0	1
40. Μαγνήτης	1	0	0
41. Γαλλικό κλειδί / Κάβουρας	0	0	0
42. Κάμπια	1	1	1
43. Αλεξίπτωτο	0	1	0
44. Φάρος	0	1	0
45. Πυξίδα	ΔΕ ΘΥΜΑΜΑΙ	0	0
46. Ιγκλού	1	0	0
47. Κυψέλη	1	0	0
48. Νάρθηκας / Επίδεσμος	ΔΕ ΞΕΡΩ	0	0
49. Δοξάρι	ΔΕ ΞΕΡΩ	0	0
50. Τρούλος	0	0	0
Σύνολο :	36	25	31

Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας

Παιδιά :	Β. Π.	Χ. Ν.	Μ. Κ.
1. Κλειδί	1	1	1
2. Φίδι	1	1	1
3. Φεγγάρι	1	1	1
4. Κρεμάστρα	1	1	1
5. Παράθυρο	1	1	1
6. Κλόουν	1	1	1
7. Χαρταετός	1	1	1
8. Πάπια	1	1	1
9. Μπλούζα	1	1	1
10. Μανίκι	1	1	0
11. Κιθάρα	1	1	1
12. Ζάρια	1	1	1
13. Σαλιγκάρι	1	1	1
14. Ελικόπτερο	1	1	1
15. Κουκουβάγια	1	1	1
16. Γοργόνα	1	1	1
17. Κροκόδειλος	1	1	1
18. Δάχτυλο	1	1	1
19. Καμήλα	1	1	1
20. Κιάλια	1	1	1
21. Καγκουρό	1	1	1
22. Ποτιστήρι	1	1	1
23. Κολιέ	1	1	1

24. Βέλος	1	0	0
25. Μικρόφωνο	1	1	1
26. Ρακέτα	1	0	1
27. Θερμόμετρο	1	1	1
28. Φλιτζάνι	1	1	1
29. Άγκυρα	1	1	1
30. Σέλα	1	0	0
31. Ανανάς	1	1	1
32. Τρυπάνι	1	1	0
33. Λαχανικά	1	1	1
34. Βίδα	1	1	1
35. Χάρτης	1	1	1
36. Βιολί	1	1	1
37. Κεραία	1	0	0
38. Σκιάχτρο	1	0	1
39. Κοσμήματα	1	1	1
40. Μαγνήτης	1	1	0
41. Γαλλικό κλειδί / Κάβουρας	0	0	0
42. Κάμπια	0	0	1
43. Αλεξίπτωτο	1	1	1
44. Φάρος	1	1	1
45. Πυξίδα	1	1	1
46. Ιγκλού	1	1	0
47. Κοψέλη	0	0	0
48. Νάρθηκας / Επίδεσμος	0	0	0
49. Δοξάρι	0	0	0
50. Τρούλος	0	0	0
Σύνολο :	44	39	38

Παιδιά :	Γ. Λ.	Κ. Β.	Π. Ρ.
1. Κλειδί	1	1	1
2. Φίδι	1	1	1
3. Φεγγάρι	1	1	1
4. Κρεμάστρα	1	1	1
5. Παράθυρο	1	1	1
6. Κλόουν	1	1	1
7. Χαρταετός	1	1	1
8. Πάπια	1	1	1
9. Μπλούζα	1	1	1
10. Μανίκι	0	1	1
11. Κιθάρα	1	1	1
12. Ζάρια	1	1	1
13. Σαλιγκάρι	1	1	1
14. Ελικόπτερο	1	1	1
15. Κουκουβάγια	1	1	1
16. Γοργόνα	1	1	1
17. Κροκόδειλος	1	1	1
18. Δάχτυλο	1	1	1
19. Καμήλα	0	1	1
20. Κιάλια	1	1	1
21. Καγκουρό	1	1	1
22. Ποτιστήρι	1	1	1
23. Κολιέ	1	1	1
24. Βέλος	0	1	1

25. Μικρόφωνο	1	1	1
26. Ρακέτα	1	1	1
27. Θερμόμετρο	1	1	1
28. Φλιτζάνι	1	1	1
29. Άγκυρα	1	1	1
30. Σέλα	1	1	1
31. Ανανάς	1	1	1
32. Τρυπάνι	1	1	1
33. Λαχανικά	1	1	1
34. Βίδα	1	1	1
35. Χάρτης	1	1	1
36. Βιολί	1	1	1
37. Κεραία	1	1	1
38. Σκιάχτρο	1	1	1
39. Κοσμήματα	1	1	1
40. Μαγνήτης	0	0	1
41. Γαλλικό κλειδί / Κάβουρας	0	0	0
42. Κάμπια	1	1	1
43. Αλεξίπτωτο	1	1	1
44. Φάρος	1	1	1
45. Πυξίδα	1	1	1
46. Ιγκλού	1	1	1
47. Κυψέλη	0	0	0
48. Νάρθηκας / Επίδεσμος	0	0	0
49. Δοξάρι	0	0	0
50. Τρούλος	0	0	0
Σύνολο :	41	44	45

3^η Δοκιμασία : Παιχνίδι Ρόλων – Μανάβικο

Παιδιά με Διαταραχή Λόγου και Ομιλίας

1^ο Παιδί : Π. Χ.

(Ο Πελάτης είναι το παιδί.)

ΠΩΛ: /kali'mera ti 'kanete;/

ΠΕΛ: /k[...]a'la/

ΠΩΛ: /pos bo'ro na sas voi'tiso; ti tha 'thelate na 'parete;/

ΠΕΛ: /'thelo na 'paparo 'ena p[...]orto'kali kai mha pipi'perja./

ΠΩΛ: /po'li o'rea! O'riste to porto'kali ce i pipe'rja. tha 'thelate 'mipos 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /'thelo na 'paro na 'paro 'ena k[...]ala'boci ce ce 'ena mmmmada'rini./

ΠΩΛ: /o'riste to kala'boci ce to mada'rini sas. 'kati 'alo tha 'thelate;/

ΠΕΛ: /'thelo ce 'ena ro'dacino ce mha ce mha do'mata./

ΠΩΛ: /e'daksi! o'riste to ro'dacino ce i do'mata sas. 'thelete 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /'oçi efxari'sto!/
/

ΠΩΛ: /o'rea! na sas po'posa 'xrimata mu 'ðinete! 'iste 'pede ev'ro./

ΠΕΛ: /o'riste!/
/

ΠΩΛ: /efxari'sto! ta 'resta sas! na sas 'kanume ce mja e'rotisi prin 'fiyete. ti tha mayi'repsete;/

ΠΕΛ: /θα θα mayi'repso mmmmmaka'rona me ci'ma./

ΠΩΛ: /'ine 'diskolo fayi'to, sas 'efxome ka'li mayiri'ci. ja sas./

ΠΕΛ: /ja sas./

2^ο Παιδί: X. Β.

(Ο Πελάτης είναι το παιδί.)

ΠΕΛ: /ja θαθ./

ΠΩΛ: /ja sas. pos bo'ro na sas voi'thiso;/

ΠΕΛ: /'thelo na 'palo mmmmm... meli'ka 'fluta./

ΠΩΛ: /ti 'fruta θα 'thelate;/

ΠΕΛ: /mmmmmmm...kala'boci./

ΠΩΛ: /na to 'valo sto ka'laθi apef'θias;/

ΠΕΛ: /ne./

ΠΩΛ: /θα 'thelate 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /'theloooo mmmm ba'nanes. 'θio./

ΠΩΛ: /o'rea o'riste i ba'nanes sas./

ΠΕΛ: /'thelo eeeeeee 'ena 'ena 'ena ka'loto./

ΠΩΛ: /ti θα to 'kanete to ka'roto;/

ΠΕΛ: /ja na af'to [...] eeeeeee do'mata ce 'milo./

ΠΩΛ: /'poses do'mates 'thelete;/

ΠΕΛ: /'ðio! ce 'mila 'thelo./

ΠΩΛ: /na ta kaθa'risete 'prota./

ΠΕΛ: /ce 'ena ce 'enaaaa, ti 'ine a'fto;/

ΠΩΛ: /af'to 'ine mada'rini ce af'to porto'kali./

ΠΕΛ: /o'lea!/

ΠΩΛ: /ðe tha me pli'rosete; mu 'ðosate po'la 'xrimata. o'riste ta 'resta sas./

ΠΕΛ: /efxali'tho./

ΠΩΛ: /kali'mera./

ΠΕΛ: /ka[...]limela./

3^ο Παιδί : Γ. Ρ.

(Ο Πελάτης είναι το παιδί.)

ΠΩΛ: /ja sas ti 'kanete;/

ΠΕΛ: /ka'la./

ΠΩΛ: /pos bo'ro na sas voi'thiso;/

ΠΕΛ: /eeeeee eeeeeee ti do'mata eeeeeee ce to 'milo./

ΠΩΛ: /o'riste./

ΠΕΛ: /paka'lo./

ΠΩΛ: /li'pon 'kati 'alo tha 'thelate;/

ΠΕΛ: /θα 'thelame [...]/

ΠΩΛ: /ne ti 'alo tha 'thelate;/

ΠΕΛ: /eeeeee af'tes ci af'tes./

ΠΩΛ: /ti 'ine af'ta;/

ΠΕΛ: /eeee 'fruta./

ΠΩΛ: /ce ta 'ðio 'fruta 'ine; pos to 'lene af'to;/

ΠΕΛ: /eeeeee ðe 'ksero./

ΠΩΛ: /ce af'to e 'ðo to 'fruto pos to 'lene;/

ΠΕΛ: /eeee ðen to 'ksero. 'ine [...] do'mata./

ΠΩΛ: /o'rea! 'mipos tha 'thelate 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /af'tes ci af'tes./

ΠΩΛ: /ti 'ine af'to;/

ΠΕΛ: /do eeeee do'mata eeeeeee ce eeeee ce to ka'oto./

ΠΩΛ: /o'rea! o'riste i do'mata ce to ka'oto sas. 'kati 'alo tha 'thelate;/

ΠΕΛ: /af'to./

ΠΩΛ: /ti 'ine af'to; pos to 'lene;/

ΠΕΛ: /eeee ðe to 'ksero 'pali. af'to ci af'to./

ΠΩΛ: /ti 'ine af'to;/

ΠΕΛ: /'ine ma'krosteno ce 'ine stroji'lo./

ΠΩΛ: /aaaa..., to thi'mase eeee;/

ΠΕΛ: /ne, ne e'yo to thi'mame./

ΠΩΛ: /o'rea., pos to 'lene;/

ΠΕΛ: /mmmmm ne!eeeeee ðe to thi'mame./

ΠΩΛ: /o'riste! tha 'thelate 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /mmmmm... eeeeeee 'liya le'moni./

ΠΩΛ: /o'riste to le'moni sas. 'mipos tha 'thelate 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /'oçi efxari'sto./

ΠΩΛ: /o'rea na sas po ti 'prepi na mu pli'rosete./

ΠΕΛ: /ne ne e'γο θα pso'niso 'tora./

ΠΩΛ: /'iste 'ðeka ev'ro./

ΠΕΛ: /o'riste./

ΠΩΛ: /o'riste ta 'resta sas. ti θα maji'repsete 'tora pu θα 'pate 'spiti./

ΠΕΛ: /mmmmmm eeeee eeeeeee i ma'ma./

ΠΩΛ: /i ma'ma sas θα maji'repsi; ja tin ma'ma sas pro'nisate./

ΠΕΛ: /ne θα ta 'pao sti naf'pakto./

ΠΩΛ: /ce me'ta;/

ΠΕΛ: /eeee ðe [...] eeeee eeeeeee eeeeeee θα 'fçaksi eeeeee dodol'ma pu 'tome. 'daki;
'ade ja su./

ΠΩΛ: /ja sas./

4^ο Παιδί : Γ. Κ.

(Ο Πελάτης είναι το παιδί.)

ΠΩΛ: /ja sas./

ΠΕΛ: /ja θαθ./

ΠΩΛ: /pos bo'ro na sas voi'tiso;/

ΠΕΛ: /'θelo na 'paro do'mateθ ce 'mila./

ΠΩΛ: po'li o'rea! o'riste i do'mates ce ta 'mila sas. θα 'thelate 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /e'γο e'γο [...] 'θelo [...] 'ena porto'kali ce m̃na ba'nana./

ΠΩΛ: /'ine o'rea 'fruta af'ta pu ðja'leksate. 'থেলেত্ৰে কতি 'alo;/

ΠΕΛ: /'tatora 'thelo 'ena ro'ðacino./

ΠΩΛ: /o'riste to ro'ðacino sas. θα to 'fate e'sis;/

ΠΕΛ: /ne, θα to 'kopθo eeeee ce θα to 'fao./

ΠΩΛ: /o'rea, 'kati 'alo 'থেলেত্ৰে;/

ΠΕΛ: /ne, 'thelo ce 'ena kala'boci ja to fa'γito mu./

ΠΩΛ: /to kala'boci sas. ti θα maγi'repsete;/

ΠΕΛ: /θα 'ftçakso koko'topulo me 'rizi ce kala'boci./

ΠΩΛ: aaaaaa..., po'li o'rea! 'থেলেত্ৰে কতি 'alo;/

ΠΕΛ: /'oçi, efxari'tho./

ΠΩΛ: /o'rea, mu xro'state o'xto ev'ro./

ΠΕΛ: /o'riθte./

ΠΩΛ: /efxari'sto. ta 'resta sas. ja sas./

ΠΕΛ: /ja θαθ./

5^ο Παιδί : M. N.

(Ο Πωλητής είναι το παιδί.)

ΠΩΛ: /kkkali'mela./

ΠΕΛ: /kali'mera./

ΠΩΛ: /ti 'selete;/

ΠΕΛ: /'thelo ba'nanes, 'mila ce 'fraules./

ΠΩΛ: /ti 'alo;/

ΠΕΛ: /'eçete ma'ruða;/

ΠΩΛ: /ne 'exume, 'ine o'lofleska./

ΠΕΛ: /'thelo ce 'ena ma'ruli. 'poso 'kanun;/

ΠΩΛ: /'ðio ev'lo./

ΠΕΛ: /o'riste./

ΠΩΛ: /efxali'sto, ta 'lesta sas./

ΠΕΛ: /a'dio./

ΠΩΛ: /a'dio./

6^ο Παιδί : Χ. Κ.

(Ο Πωλητής είναι το παιδί.)

ΠΩΛ: /kakakali'mera./

ΠΕΛ: /kali'mera./

ΠΩΛ: /ti 'থেেlete;/

ΠΕΛ: /θα 'iθela na aγο'raso 'liya 'fruta. θα 'iθela 'fraules ce 'mila./

ΠΩΛ: /ððððen 'exo 'frafrafraules, 'mila 'exo./

ΠΕΛ: /'krima pu ðe 'eçete 'fraules, θα 'iθela po'li na 'fao. o'rea θα 'iθela 'tesera 'mila./

ΠΩΛ: /o'riste ta 'mila sas. 'katakati 'alo;/

ΠΕΛ: /ne θα 'iθela ce 'liyes ba'nanes./

ΠΩΛ: /i i bababa'nanes sas./

ΠΕΛ: /'poso 'prepi na pli'roso;/

ΠΩΛ: /'ine 'tetetesera ev'ro./

ΠΕΛ: /o'riste. sas efxari'sto./

ΠΩΛ: /ci e'γο sas efefefxari'sto. ja sas./

ΠΕΛ : /ja sas./

Δυσρυθμίες στη 4^η Δοκιμασία : Παιχνίδι Ρόλων – Μανάβικο, Παιδιά με Διαταραχή Λόγου και Ομιλίας.						
Παιδιά :	Π. Χ.	Χ. Β.	Γ. Ρ.	Γ. Κ.	Μ. Ν.	Χ. Κ.
Επαναλήψεις :						
Επανάληψη ήχου					1	
Επανάληψη συλλαβής	2		2	2		15
Επανάληψη λέξης	2	2	2	1		1
Επανάληψη φράσης	2	1	1			
Επιμηκύνσεις :						
Επιμήκυνση - αρχή λέξης	2					1
Επιμήκυνση - μέση λέξης						
Επιμήκυνση - τέλος λέξης		2				
Μπλοκαρίσματα	3	2	3	2		
Παρεμβολή		5	23	1		
Περιφράσεις			1			
Δευτερεύουσες συμπεριφορές :						
	1	3	3			2
Σύνολο :	12	15	35	6	1	19

Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας.

1^ο Παιδί : Β. Π.

(Ο Πελάτης είναι το παιδί.)

ΠΩΛ: /kali'mera ti 'kanete;/

ΠΕΛ: /ka'la, e'si;/

ΠΩΛ: /ka'la ci e'yo. pos bo'ro na sas voi'tiso; ti tha 'thelate na 'parete;/

ΠΕΛ: /'thelo na 'papalo 'dio polto'kala kai mpa pipipe'rja./

ΠΩΛ: /po'li o'rea! o'riste ta porto'kala ce i pipe'rja. tha 'thelate 'mipos 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /'thelo na 'palo na 'palo ce 'flaules./

ΠΩΛ: /o'riste i 'fraules sas. 'kati 'alo tha 'thelate;/

ΠΕΛ: /'thelo ce 'ena lo'dacino ce mpa ce mpa do'mata./

ΠΩΛ: /e'daksi! o'riste to ro'dacino ce i do'mata sas. 'thelete 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /'oci efxali'sto!/
/

ΠΩΛ: /o'rea! na sas po'posa 'xrimata mu 'dinete! 'iste 'tria ev'ro./

ΠΕΛ: /o'liste!/
/

ΠΩΛ: /efxari'sto! ta 'resta sas! ja sas./

ΠΕΛ: /ja sas./

2^ο Παιδί : X. N.

(Ο Πελάτης είναι το παιδί.)

ΠΩΛ: /ja sas ti 'kanete;/

ΠΕΛ: /ka'la./

ΠΩΛ: /pos bo'ro na sas voi'tiso;/

ΠΕΛ: /eeee 'dio do'mates ce 'dio kre'miðja./

ΠΩΛ: /o'riste i do'mates ce i kre'miðja sas./

ΠΕΛ: /efxari'sto./

ΠΩΛ: /lipon kati alo tha ðelate;/

ΠΕΛ: /mmmmmm..., tha 'iθela 'ena porto'kali/

ΠΩΛ: /o'rea! o'riste to porto'kali sas./

ΠΕΛ: /eeeeeee..., tha 'iθela kai 'ðio ba'nanes./

ΠΩΛ: /o'riste ce i ba'nanes sas. 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /'oçi af'ta. ti sas xro'stao;/

ΠΩΛ: /'iste 'tesera ev'ro./

ΠΕΛ: /o'riste./

ΠΩΛ: /efxari'sto. ta 'resta sas. ja sas./

ΠΕΛ: /efxari'sto. ja sas./

3^ο Παιδί : Μ. Κ.

(Ο Πελάτης είναι το παιδί.)

ΠΕΛ: / ja sas./

ΠΩΛ: /ja sas. pos bo'ro na sas voi'θiso;/

ΠΕΛ: /'θelo na 'paro meli'ka 'fluta./

ΠΩΛ: /ti 'fruta tha 'θelate;/

ΠΕΛ: /'ena 'milo ce 'ena porto'kali./

ΠΩΛ: /o'rea! o'riste ta 'fruta sas. 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /ne, 'θelo 'vio do'mates./

ΠΩΛ: /o'riste ce i do'mates sas. 'kati 'alo tha 'thelate;//

ΠΕΛ: /'θelo 'vio kre'mivja./

ΠΩΛ: /o'rea o'riste ta kre'miðja sas./

ΠΕΛ: /ve 'θelo 'kati 'alo;/

ΠΩΛ: /e'daksi. 'iste 'pede ev'ro./

ΠΕΛ: /o'riste./

ΠΩΛ: /efrari'stume! 'kali si'neçia./

ΠΕΛ: /efxari'sto, e'pisis. ja sas./

ΠΩΛ: /ja sas./

4^ο Παιδί : Γ. Λ.

(Ο Πελάτης είναι το παιδί.)

ΠΩΛ: /ja sas./

ΠΕΛ: /ja sas./

ΠΩΛ: /pos bo'ro na sas voi'thiso;/

ΠΕΛ: /'θelo na 'palo 'ðio do'mates ce 'mila./

ΠΩΛ: /po'li o'rea! o'riste i do'mates ce ta 'mila sas. tha 'thelate 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /eeeeee 'θelo 'ena polto'kali ce mpa ba'nana./

ΠΩΛ: /'ine po'li o'rea 'fruta af'ta pu ðja'leksate. 'kati tha 'thelate 'alo;/

ΠΕΛ: /'θelo 'ðio lo'ðacina./

ΠΩΛ: /o'riste ta ro'ðacina sas. tha ta 'fate e'sis;/

ΠΕΛ: /ne, ne 'ola e'γο tha ta 'fao./

ΠΩΛ: /o'rea, 'kati 'alo 'thelete;/

ΠΕΛ: /ne, 'thelo ce 'ena kala'boci ja to fa'γito mu./

ΠΩΛ: /o'riste to kala'boci sas. 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /'oçi, efxali'sto./

ΠΩΛ: /o'rea, mu xro'state e'fta ev'ro./

ΠΕΛ: /o'liste./

ΠΩΛ: /efxari'sto. ta 'resta sas. ja sas./

ΠΕΛ: /ja sas./

5^ο Παιδί : Κ. Β.

(Ο Πελάτης είναι το παιδί.)

ΠΩΛ: /kali'mera./

ΠΕΛ: /kali'mera./

ΠΩΛ: /ti 'thelete na ago'rasete;/

ΠΕΛ: /tha 'iθela na ago'raso 'liya 'fruta, sta'fili ce 'mila./

ΠΩΛ: /o'riste to sta'fili ce ta 'mila sas. 'kati 'alo 'thelete;/

ΠΕΛ: /tha 'iθela 'tesera porto'kala./

ΠΩΛ: /o'riste ta porto'kala sas. 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /ne tha 'iθela ce 'liyēs ba'nanes./

ΠΩΛ: /e'ðo 'ine ce i bababa'nanes sas. 'kati 'alo 'thelete;/

ΠΕΛ: /'oçi, efxari'sto./

ΠΩΛ: /'malista, 'ine 'tesera ev'ro./

ΠΕΛ: /o'riste ta 'xrima'ta sas/

ΠΩΛ: / sas efxari'sto. Af'ta 'ine ta 'resta sas ja sas./

ΠΕΛ : /ja sas./

6° Παιδί : Π. Ρ.

(Ο Πωλητής είναι το παιδί.)

ΠΩΛ: /kali'mera./

ΠΕΛ: /kali'mera./

ΠΩΛ: /ti tha 'থেলেte;/

ΠΕΛ: /'thelo na ago'raso ba'nanes, 'mila ce 'fraules./

ΠΩΛ: /po'li o'rea, 'kati 'alo;/

ΠΕΛ: /'eçete a'gurja;/

ΠΩΛ: /ne 'exume po'la./

ΠΕΛ: /o'rea, 'thelo 'ðio a'gurja. ðe 'thelo 'kati 'alo. 'poso 'kanun;/

ΠΩΛ: /'pede ev'ro./

ΠΕΛ: /o'riste./

ΠΩΛ: /efxari'sto, o'riste ta 'resta sas. /

ΠΕΛ: / ja sas./

ΠΩΛ: / ja sas./

Δυσρυθμίες στη 3^η Δοκιμασία : Παιχνίδι Ρόλων – Μανάβικο						
Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας.						
Παιδιά :	Β. Π.	Χ. Ν.	Μ. Κ.	Γ. Α.	Κ. Β.	Π. Ρ.
Επαναλήψεις :						
Επανάληψη ήχου						
Επανάληψη συλλαβής						
Επανάληψη λέξης				1		
Επανάληψη φράσης						
Επιμηκύνσεις :						
Επιμήκυνση - αρχή λέξης						
Επιμήκυνση - μέση λέξης						
Επιμήκυνση - τέλος λέξης						
Μπλοκαρίσματα						
Παρεμβολή		3		2		
Περιφράσεις						
Δευτερεύουσες συμπεριφορές :						
Σύνολο :	0	3	0	3	0	0

8.1.2. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου

Κληρονομικότητα							
Διαδική κλίμακα βαθμολόγησης	Ερωτήσεις :	Παιδιά :					
		Π. Χ.	Χ. Β.	Γ. Ρ.	Γ. Κ.	Μ. Ν.	Χ. Κ.
Αγόρι (1) – Κορίτσι (0)	Ερώτηση 1	1	1	0	1	1	1
2 – 3,5 (0) – 4 – 5 (1)	Ερώτηση 2	0	0	0	0	1	0
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 3	0	0	1	0	0	0
Ναι (0) – Όχι (1)	Ερώτηση 4	0	1	0	0	0	0
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 5	1	0	0	1	0	0
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 6	0	0	0	0	0	0
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 7	1	1	1	1	1	1
	Σύνολο :	3	3	2	3	3	2

16

Περιβαλλοντικοί Παράγοντες							
Διαδική κλίμακα βαθμολόγησης	Ερωτήσεις :	Παιδιά :					
		Π. Χ.	Χ. Β.	Γ. Ρ.	Γ. Κ.	Μ. Ν.	Χ. Κ.
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 9	1	1	0	0	1	1
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 10	1	1	1	0	1	0
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 11	0	0	1	1	0	0
Ναι (0) – Όχι (1)	Ερώτηση 12	0	0	0	0	1	0
Ναι (0) – Όχι (1)	Ερώτηση 13	0	0	1	0	0	1

Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 14	1	1	1	1	1	1	
Ναι (0) – Όχι (1)	Ερώτηση 15	1	1	1	1	1	1	
	Σύνολο :	4	4	4	3	5	4	24

Οικογενειακοί Παράγοντες								
Διαδική κλίμακα βαθμολόγησης	Ερωτήσεις :	Παιδιά :						
		Π. Χ.	Χ. Β.	Γ. Ρ.	Γ. Κ.	Μ. Ν.	Χ. Κ.	
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 16	1	1	1	1	1	1	
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 17	0	1	0	0	0	0	
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 18	0	1	1	0	0	0	
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 19	0	1	1	0	1	1	
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 20	0	0	0	0	0	1	
	Σύνολο :	1	4	3	1	2	3	14

Σχέση μεταξύ αδερφών								
Διαδική κλίμακα βαθμολόγησης	Ερωτήσεις :	Παιδιά :						
		Π. Χ.	Χ. Β.	Γ. Ρ.	Γ. Κ.	Μ. Ν.	Χ. Κ.	
Ναι (0) – Όχι (1)	Ερώτηση 21	0	0	1	0	0	0	
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 22	0	1	1	0	1	0	
Ναι (1) – Όχι (0)	Ερώτηση 23	1	1	1	0	0	1	
	Σύνολο :	1	2	3	0	1	1	8

8.2 Συγκεντρωμένα Αποτελέσματα

1^η Δοκιμασία : Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης				
	Παιδιά :	Παρουσία προβλημάτων άρθρωσης :	Σύνολο :	Σύνολο παιδιών με προβλήματα άρθρωσης
Παιδιά με Διαταραχή Λόγου και Ομιλίας	Π. Χ.	-	0	4
	Χ. Β.	✓	1	
	Γ. Ρ.	✓	1	
	Γ. Κ.	✓	1	
	Μ. Ν.	✓	1	
	Χ. Κ.	-	0	
Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας	Β. Π.	✓	1	3
	Χ. Ν.	-	0	
	Μ. Κ.	✓	1	
	Γ. Α.	✓	1	
	Κ. Β.	-	0	
	Π. Ρ.	-	0	

Σύνολο Δυσρυθμιών στη Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης				
	Παιδιά :	Παρουσία Δυσρυθμιών :	Σύνολο :	Σύνολο Δυσρυθμιών
Παιδιά με Διαταραχή Λόγου και Ομιλίας	Π. Χ.	-	0	102
	Χ. Β.	✓	28	
	Γ. Ρ.	-	0	
	Γ. Κ.	-	0	
	Μ. Ν.	✓	74	
	Χ. Κ.	-	0	
Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας	Β. Π.	-	0	0
	Χ. Ν.	-	0	
	Μ. Κ.	-	0	
	Γ. Α.	-	0	
	Κ. Β.	-	0	
	Π. Ρ.	-	0	

Σύνολο Δυσρυθμιών στα φωνήματα του Διεθνούς Φωνολογικού Αλφαβήτου μέσω της Δοκιμασίας Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης						
Παιδιά με Διαταραχή Λόγου και Ομιλίας				Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας		
Διεθνές Φωνολογικό Αλφάβητο			Σύνολο Δυσρυθμιών	Διεθνές Φωνολογικό Αλφάβητο		Σύνολο Δυσρυθμιών
Κλειστά (Εκκροτα)	Στιγμικά	44	50	Κλειστά (Εκκροτα)	Στιγμικά	0
	Ρινικά	6			Ρινικά	
Τριβόμενα		33	33	Τριβόμενα		0
Προστριβόμενα		-	-	Προστριβόμενα		0
Υγρά	Πλευρικά	9	9	Υγρά	Πλευρικά	0
	Παλλόμενα	-			Παλλόμενα	

Σύμπλεγμα	2	2	Σύμπλεγμα	0
Φωνήεν	6	6	Φωνήεν	0

2 ^η Δοκιμασία : Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου			
	Παιδιά :	Σύνολο:	Σύνολο επιτυχίας
Παιδιά με Διαταραχή Λόγου και Ομιλίας	Π. Χ.	41	170
	Χ. Β.	28	
	Γ. Ρ.	9	
	Γ. Κ.	36	
	Μ. Ν.	25	
	Χ. Κ.	31	
Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας	Β. Π.	44	251
	Χ. Ν.	39	
	Μ. Κ.	38	
	Γ. Α.	41	
	Κ. Β.	44	
	Π. Ρ.	45	

3 ^η Δοκιμασία : Περιγραφή Σύνθετης Εικόνας			
	Παιδιά :	Σύνολο:	Σύνολο Δυσρυθμιών :
Παιδιά με Διαταραχή Λόγου και Ομιλίας	Π. Χ.	6	53
	Χ. Β.	10	
	Γ. Ρ.	7	
	Γ. Κ.	4	
	Μ. Ν.	6	
	Χ. Κ.	20	
Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας	Β. Π.	2	5
	Χ. Ν.	0	
	Μ. Κ.	0	

	Γ. Λ.	3	
	Κ. Β.	0	
	Π. Ρ.	0	

4^η Δοκιμασία : Παιχνίδι Ρόλων - Μανάβικο			
	Παιδιά :	Σύνολο:	Σύνολο Δυσρυθμιών :
Παιδιά με Διαταραχή Λόγου και Ομιλίας	Π. Χ.	12	88
	Χ. Β.	15	
	Γ. Ρ.	35	
	Γ. Κ.	6	
	Μ. Ν.	1	
	Χ. Κ.	19	
Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας	Β. Π.	0	6
	Χ. Ν.	3	
	Μ. Κ.	0	
	Γ. Λ.	3	
	Κ. Β.	0	
	Π. Ρ.	0	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

9.1 Επεξεργασία αποτελεσμάτων του δείγματος ομιλίας των παιδιών και συμπεράσματα

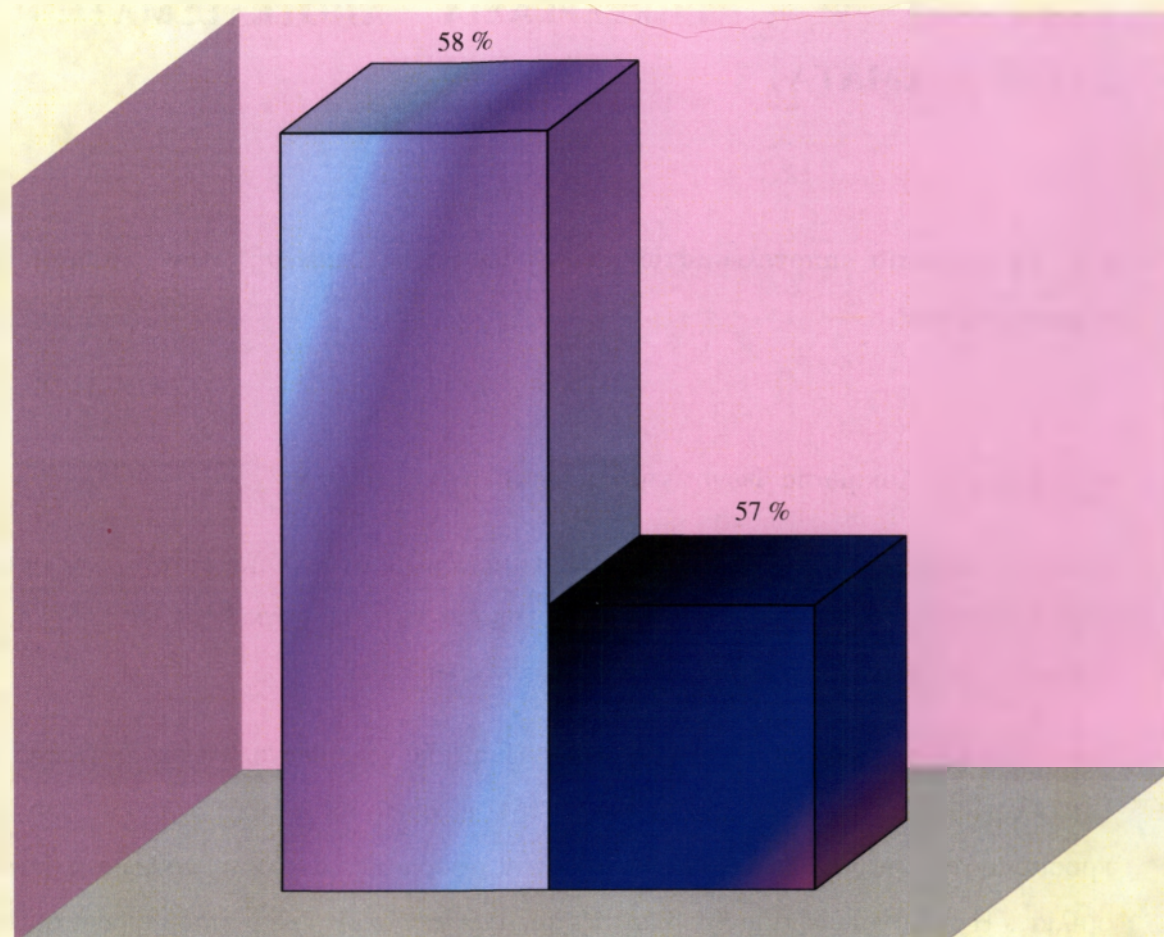
1^η δοκιμασία: Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης

1^ο Ερευνητικό ερώτημα : αν τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας παρουσιάζουν απαραίτητα γλωσσικά προβλήματα και πιο συγκεκριμένα προβλήματα άρθρωσης σε σχέση με τα παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας.

Η αξιολόγηση με τη Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης του Πανελληνίου Συλλόγου Λογοπεδικών (1995), είναι το μοναδικό εργαλείο, που έχει προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό όσον αφορά την ανάλυση άρθρωσης και της ομιλίας. Η παρούσα δοκιμασία απαρτίζεται από μία σειρά 59 ασπρόμαυρων σκίτσων μεγέθους 13, 5 x 5 cm, που είναι απλά και κατανοητά, με στόχο να αποτελούν απεικονίσεις που γνωρίζουν τα παιδιά στην Ελλάδα. Πρόκειται για λέξεις που περιέχονται σε καθημερινό λεξιλόγιο κάθε παιδιού, είναι κυρίως χρηστικού περιεχομένου και σημασίας (π.χ. μαχαίρι, ρολόι, ζώνη). Ταυτόχρονα, η εικονογράφηση είναι ιδιαίτερα αντιπροσωπευτική και απλή, με αποτέλεσμα το παιδί να αντιλαμβάνεται γρήγορα τη λέξη – στόχο. Σε κάθε εικόνα υπάρχει μόνο η λέξη – στόχος, χωρίς να αποσπάται η προσοχή του παιδιού από οτιδήποτε άλλο. Αυτές οι εικόνες έχουν επιλεχθεί, σύμφωνα με τα φωνήματα που περιέχουν, τη θέση των φωνημάτων αυτών (αρχή, μέση, τέλος), τον αριθμό των συλλαβών τους και τη φωνοτακτική τους δομή. Έτσι, ο κλινικός έχει τη δυνατότητα ελέγχου απόδοσης των παιδιών στους τομείς της άρθρωσης και της φωνολογίας. Τέλος, η Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης περιέχει δύο επιπλέον σύνθετες εικόνες, οι οποίες είναι ασπρόμαυρες και ξεκάθαρες, ενώ παράλληλα κεντρίζουν το ενδιαφέρον του παιδιού (Καμπανάρου, 2007).

Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης

■ Συνολικό δείγμα παιδιών με θέματα στην άρθρωση ■ Παιδιά με Διαταραχή Ροής Λόγου και Ομιλίας

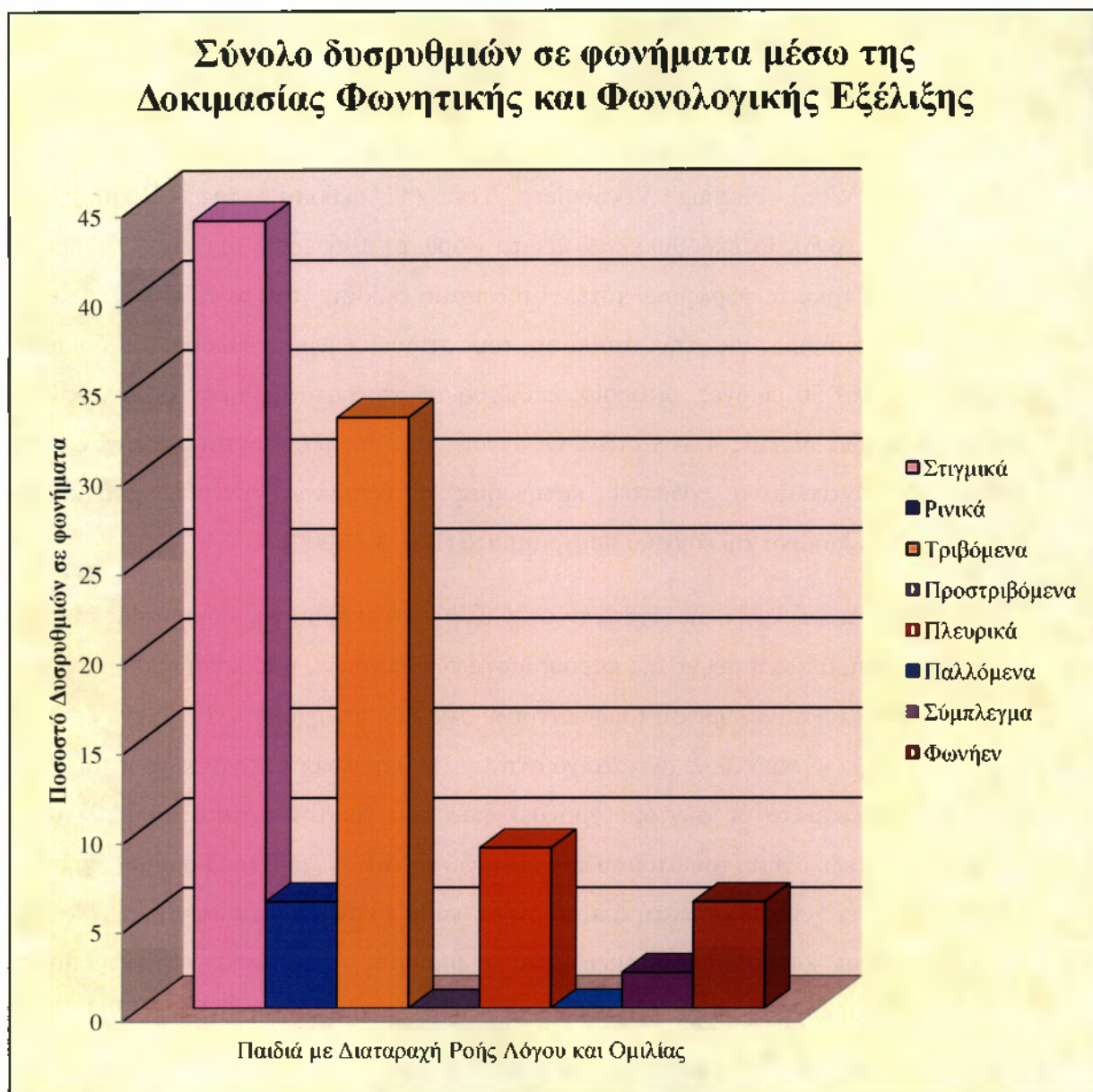


Ποσοστό παιδιών με προβλήματα στην άρθρωση

Σύμφωνα με την ανάλυση, το ποσοστό των παιδιών του συνολικού δείγματος που εμφανίζει προβλήματα στη Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης είναι 58%, εκ του οποίου το 57% έγκειται στα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας. Έτσι, εφόσον το ποσοστό απέχει περισσότερο από το 100%, πιο συγκεκριμένα 0,05 μονάδες, δηλαδή 5%, η έρευνα καταδεικνύει ότι δεν είναι απαραίτητο τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας να εμφανίζουν προβλήματα στην άρθρωσή τους, συνεπώς συνωδά γλωσσικά προβλήματα. Το αποτέλεσμα της έρευνας συμφωνεί με μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας ενδέχεται να

εμφανίσουν και διαταραχές στην ομιλία τους, όπως προβλήματα στην άρθρωση (Louko, 1995).

2^ο Ερευνητικό ερώτημα : αν εμφανίζονται σε συγκεκριμένα φωνήματα οι περισσότερες δυσρυθμίες.



Σύμφωνα με την ανάλυση, το σχεδιάγραμμα τεκμηριώνει ότι τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά δυσρυθμίας στα στιγματικά / έκκροτα φωνήματα (44 δυσρυθμίες). Σύμφωνα με την Μαλανδράκη (2014),

υποστηρίζεται ότι μεγάλο ποσοστό δυσρυθμιών παρουσιάζεται κατά τα έκκροτα φωνήματα, οπότε για αυτό το λόγο είναι καλό να χρησιμοποιούνται οι απαλές αρθρωτικές επαφές.

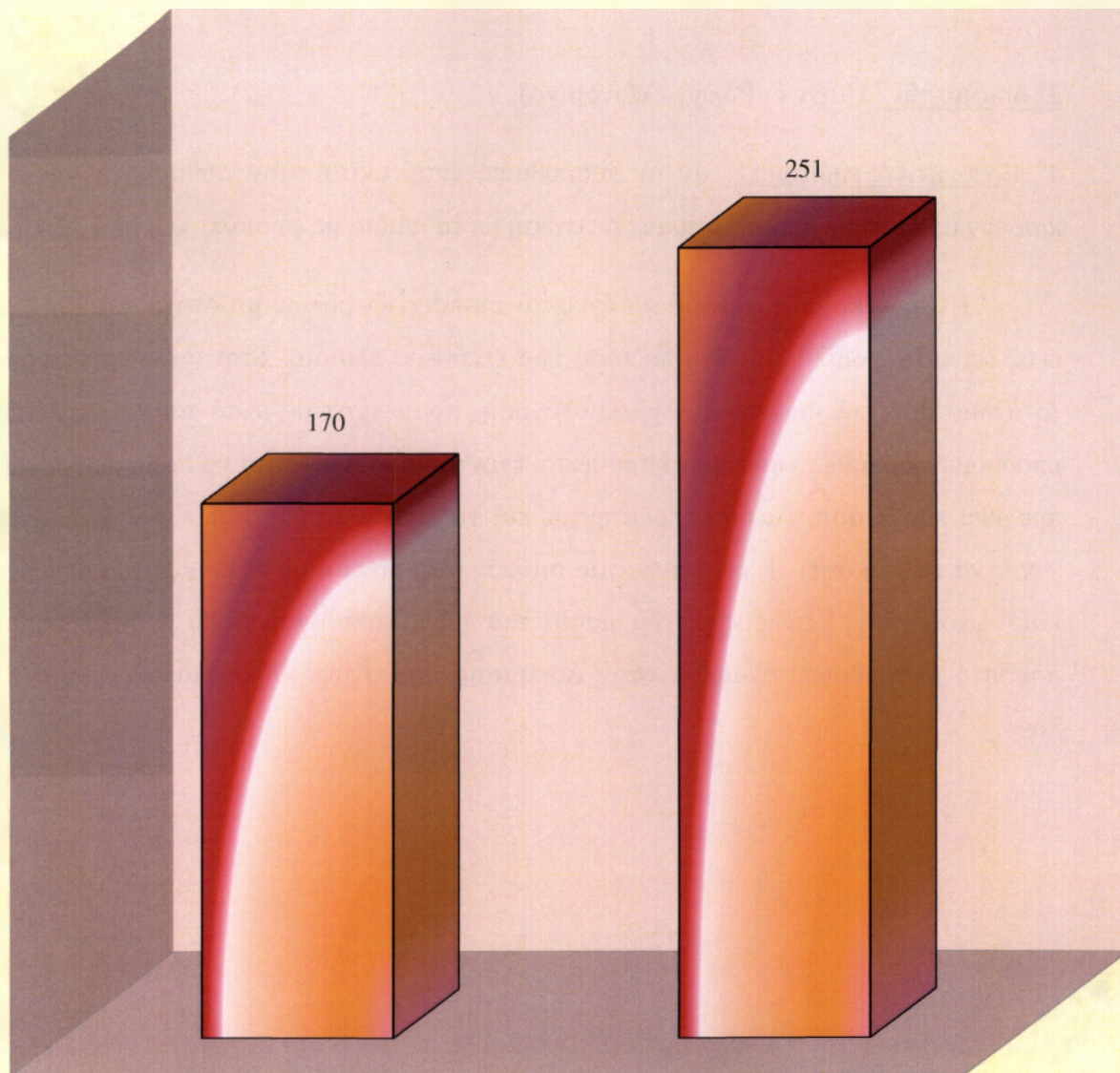
2^η δοκιμασία : Δοκιμασία Εκφραστικό Λεξιλογίου

3^ο Ερευνητικό ερώτημα : αν τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας κυμαίνονται στο ίδιο επίπεδο λεξιλογίου σε σχέση με τα παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας.

Η αξιολόγηση με την Επίσημη Μεταφρασμένη Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου (Δ.Ε.Λ.). Η Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου αποτελεί την ελληνική έκδοση του Word Finding Vocabulary Test (4^η έκδοση), της C.Renfrew. Το συγκεκριμένο εργαλείο εκδόθηκε για πρώτη φορά το 1968 στην αγγλική γλώσσα και επανεκδόθηκε αρκετές φορές από τότε. Η τελευταία έκδοση ήταν το 1995 και είναι αυτή που χρησιμοποιήθηκε για την στάθμιση του στην ελληνική γλώσσα. Η δοκιμασία απαρτίζεται από 50 εικόνες, οι οποίες επιλέχθηκαν και κατατάχθηκαν σε αναπτυξιακή σειρά για παιδιά ηλικίας 4 – 8 ετών. Οι έννοιες που απεικονίζονται προέρχονται από καθημερινά αντικείμενα, γνωστές κατηγορίες αντικειμένων, έννοιες από παιδικά παραμύθια και παιδικά τηλεοπτικά προγράμματα (Δ.Ε.Λ., 2009).

Ελάχιστες αλλαγές διεξάχθηκαν στην ελληνική έκδοση της δοκιμασίας σε σχέση με την αγγλική, όπως η σειρά της παρουσίασης των εννοιών, η αλλαγή δύο εικόνων και δύο εννοιών και η συμπλήρωση τριών εννοιών στις ήδη υπάρχουσες. Είναι ένα εργαλείο, που δεν υπάρχει κάποιο άλλο αντίστοιχο στην ελληνική γλώσσα, είναι εύχρηστο και έχει έγκυρα αποτελέσματα σε σύντομο χρονικό διάστημα για την αναπτυξιακή ηλικία του εκφραστικού λεξιλογίου, του ατόμου που εξετάζεται (Δ.Ε.Λ., 2009). Η βαθμολόγηση που μπορεί να δοθεί για κάθε σωστή απάντηση σε κάθε εικόνα είναι ο αριθμός 1 και αν η απάντηση είναι λανθασμένη σημειώνεται ο αριθμός 0. Επίσης, σημειώνεται στο φυλλάδιο βαθμολόγησης αν ο εξεταζόμενος δώσει την απάντηση "ΔΕΝ ΞΕΡΩ", "ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ", που βαθμολογείται με αριθμό 0.

Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου



Παιδιά με Διαταραχή Ροής Λόγου και Ομιλίας

Παιδιά με Φυσιολογική Ροή Ομιλίας

Με βάση την ανάλυση του σχεδιαγράμματος, τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας (170 βαθμοί) παρουσιάζουν μικρότερο επίπεδο στη Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου σε σχέση με τα παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας (251 βαθμοί). Το παραπάνω συμπέρασμα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση συμφωνεί με τους Savage και Lieven (2004), σύμφωνα με τους οποίους τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου

και ομιλίας χρησιμοποιούν στην ομιλία τους μικρότερο λεξιλόγιο, συντομότερες προτάσεις και γενικά πιο απλή μορφή γλώσσας.

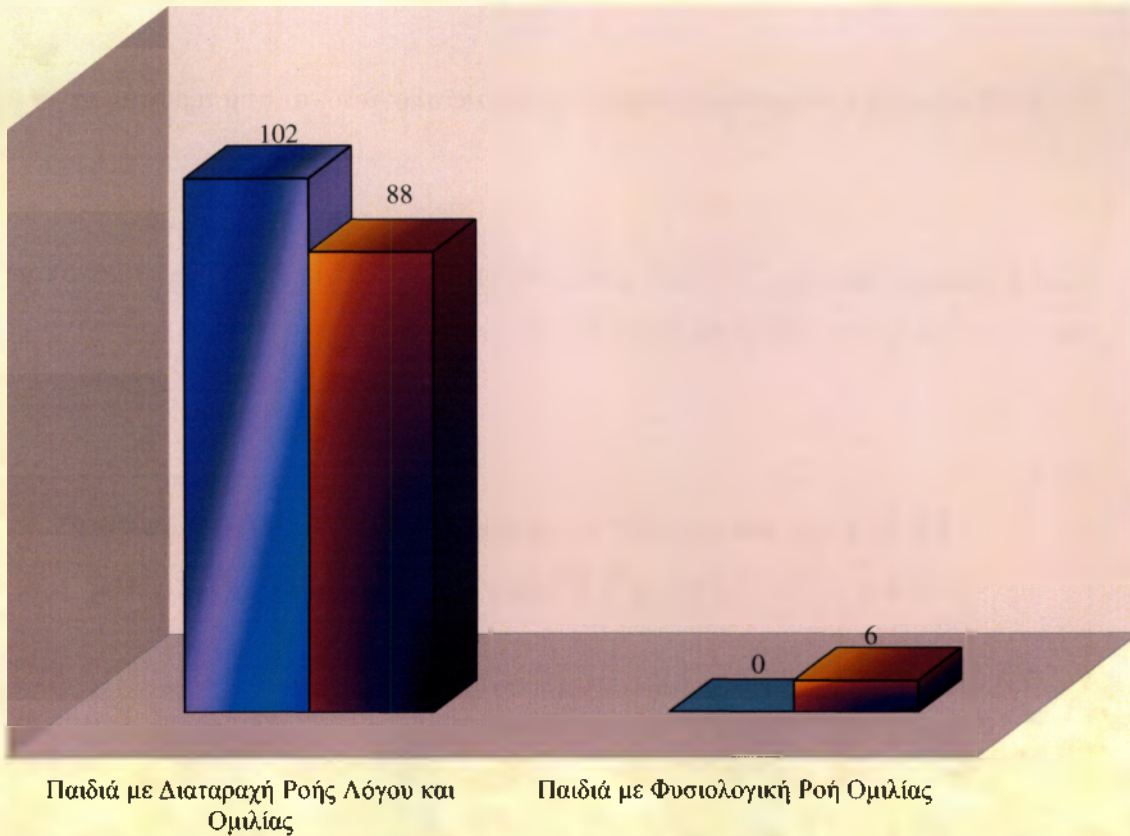
3^η δοκιμασία : Παιχνίδι Ρόλων (Μανάβικο)

4^ο Ερευνητικό ερώτημα : αν οι δυσρυθμίες εντείνονται στον αυθόρμητο λόγο των παιδιών με διαταραχή ροής ομιλίας σε σχέση με τα παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας.

Η συγκεκριμένη δοκιμασία έγκειται σε παιχνίδι ρόλων με στόχο την παραγωγή ενός δείγματος ομιλίας σε ένα περισσότερο ελεύθερο πλαίσιο. Στην παρούσα δοκιμασία το άτομο που πραγματοποιεί την αξιολόγηση, συμμετέχει σε αυτό τον αυτοσχεδιασμό υποδυόμενος κάποιο επιλεγμένο πρόσωπο, έχοντας τη δυνατότητα να παρεμβαίνει και να προωθεί την δράση, να θέτει ερωτήματα και να κατευθύνει το παιδί που αξιολογείται, χωρίς να το διακόψει. Τέλος, το δείγμα ομιλίας συγκρίνεται με τη Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης (1^η δοκιμασία που πραγματοποιήθηκε) για να διερευνηθεί το ποσοστό δυσρυθμιών ανάμεσα στην Δοκιμασία που αναφέρθηκε και στον αυθόρμητο λόγο.

Δυσρυθμίες στην Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης και στον Αυθόρμητο Λόγο

- Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης
- Αυθόρμητος Λόγος (Παιχνίδι Ρόλων - Μανάβικο)

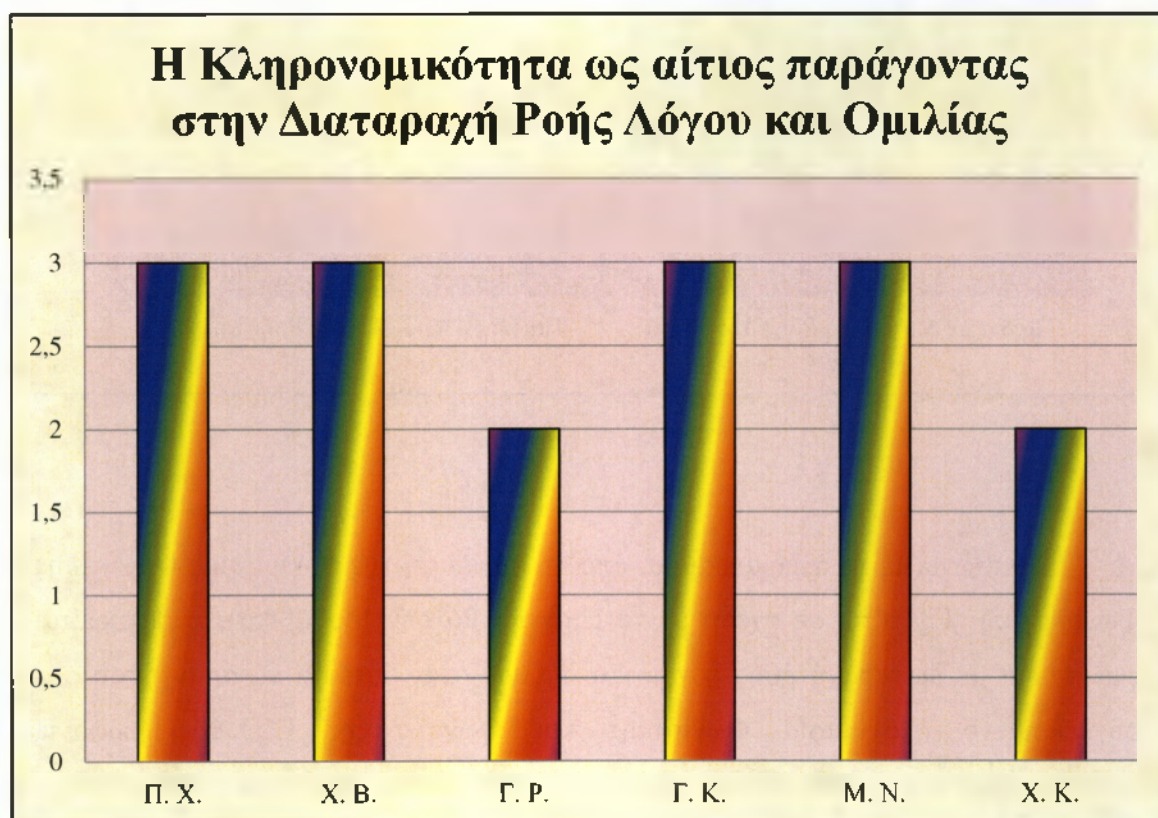


Σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα, από τη σύγκριση της Δοκιμασίας Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης σε σχέση με το Παιχνίδι Ρόλων (Μανάβικο), παρατηρείται ότι στα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας όταν ζητείται να απαντήσει σε κάτι συγκεκριμένο (Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης) εμφανίζεται υψηλότερος βαθμός δυσρυθμιών (102 δυσρυθμίες), ενώ στον αυθόρμητο τους λόγο (Παιχνίδι Ρόλων – Μανάβικο) ο βαθμός δυσρυθμιών τους είναι μικρότερος (88 δυσρυθμίες). Επιπροσθέτως, υπάρχει δείγμα προς σύγκριση, που παρ' όλο που σημειώνεται απουσία εμφάνισης δυσρυθμιών στη Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης, εμφανίζουν ένα μικρό βαθμό δυσρυθμιών (6 δυσρυθμίες) στον αυθόρμητο τους λόγο. Εν κατακλείδι, τα παιδιά που εμφανίζουν τραυλικές δυσρυθμίες παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό δυσρυθμιών όταν ζητείται κάτι συγκεκριμένο, παρά

στον αυθόρμητο τους λόγο, σε αντίθεση με τα παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας που παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό δυσρυθμιών στον αυθόρμητο τους λόγο και όχι όταν τους ζητείται μια συγκεκριμένη απάντηση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, δεν υπάρχει αντίστοιχη έρευνα για να διασταυρωθεί επιπλέον το παρόν ερευνητικό ερώτημα.

9.2 Επεξεργασία αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου και συμπεράσματα

1^ο Ερευνητικό ερώτημα : αν η κληρονομικότητα λειτουργεί ως αίτιος παράγοντας στην εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας.



Στο ερωτηματολόγιο που αφορά το τομέα της κληρονομικότητας, με βάση τη βιβλιογραφία και έρευνες που έχουν διεξαχθεί, έχουν επιλεγεί συγκεκριμένες ερωτήσεις (1 – 7) που αφορούν την κληρονομικότητα, έχοντας την βαθμολογία με τον αριθμό 1, ο

οποίος προστίθεται ως ένας επιπλέον βαθμός επιβάρυνσης στο παράγοντα της κληρονομικότητας και τον αριθμό 0, που δεν παρέχει βαθμό επιβάρυνσης στον παρόν παράγοντα. Η μέγιστη βαθμολογία που ενδέχεται να υπάρχει σε σχέση με τη κληρονομικότητα ως αίτιος παράγοντας είναι ο αριθμός 7. Σύμφωνα με το σχεδιάγραμμα, παρατηρείται ότι η βαθμολογία που κυριαρχεί, είναι κυρίως στους 3 βαθμούς, το οποίο ως επί το πλείστον συνεπάγεται ότι η κληρονομικότητα ως αίτιος παράγοντας έχει πολλές πιθανότητες να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, χωρίς να υποδηλώνει ότι λειτουργούν ως καταλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας. Συνεπώς, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, έπειτα από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν, η θεωρία της κληρονομικότητας (Prasse & Kikano, 2008), βασίζεται στην ύπαρξη θετικού ή αρνητικού οικογενειακού ιστορικού που κάποιος συγγενής έχει εκδηλώσει διαταραχή στη ροή λόγου και ομιλίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Αυτό, λοιπόν, συμφωνεί με το εύρημα της παρούσας έρευνας καθώς το στοιχείο της κληρονομικότητας εντοπίζεται σε αρκετά μεγάλο βαθμό, που ενδεχομένως να λειτουργεί ως αίτιος παράγοντας στην εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας.

2^ο Ερευνητικό ερώτημα : αν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες λειτουργούν ως αίτιος παράγοντας στην εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας.



Αναφορικά με το τομέα των περιβαλλοντικών παραγόντων στο ερωτηματολόγιο, με βάση τη βιβλιογραφία και έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχουν επιλεγεί συγκεκριμένες ερωτήσεις (8 – 14) που αφορούν τους περιβαλλοντικούς παράγοντες ως αίτιο παράγοντα εμφάνισης της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας, έχοντας την βαθμολογία με τον αριθμό 1, ο οποίος προστίθεται ως ένας επιπλέον βαθμός επιβάρυνσης στο περιβαλλοντικό παράγοντα και τον αριθμό 0, που δεν παρέχει βαθμό επιβάρυνσης στον παρόν παράγοντα. Η μέγιστη βαθμολογία που ενδέχεται να υπάρχει σε σχέση με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες είναι ο αριθμός 7. Με βάση, το σχεδιάγραμμα παρατηρείται ότι συγκεντρώνεται πάνω από τους 3,5 βαθμούς, με αποτέλεσμα οι

περιβαλλοντικοί παράγοντες να απαρτίζουν σπουδαίο ρόλο ως αιτία εμφάνισης σε παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας. Η παραπάνω άποψη συναντάται και στους Andrews και Harris (1964), όπου θεωρούν ότι ο τραυλισμός προκαλείται από εξωτερικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

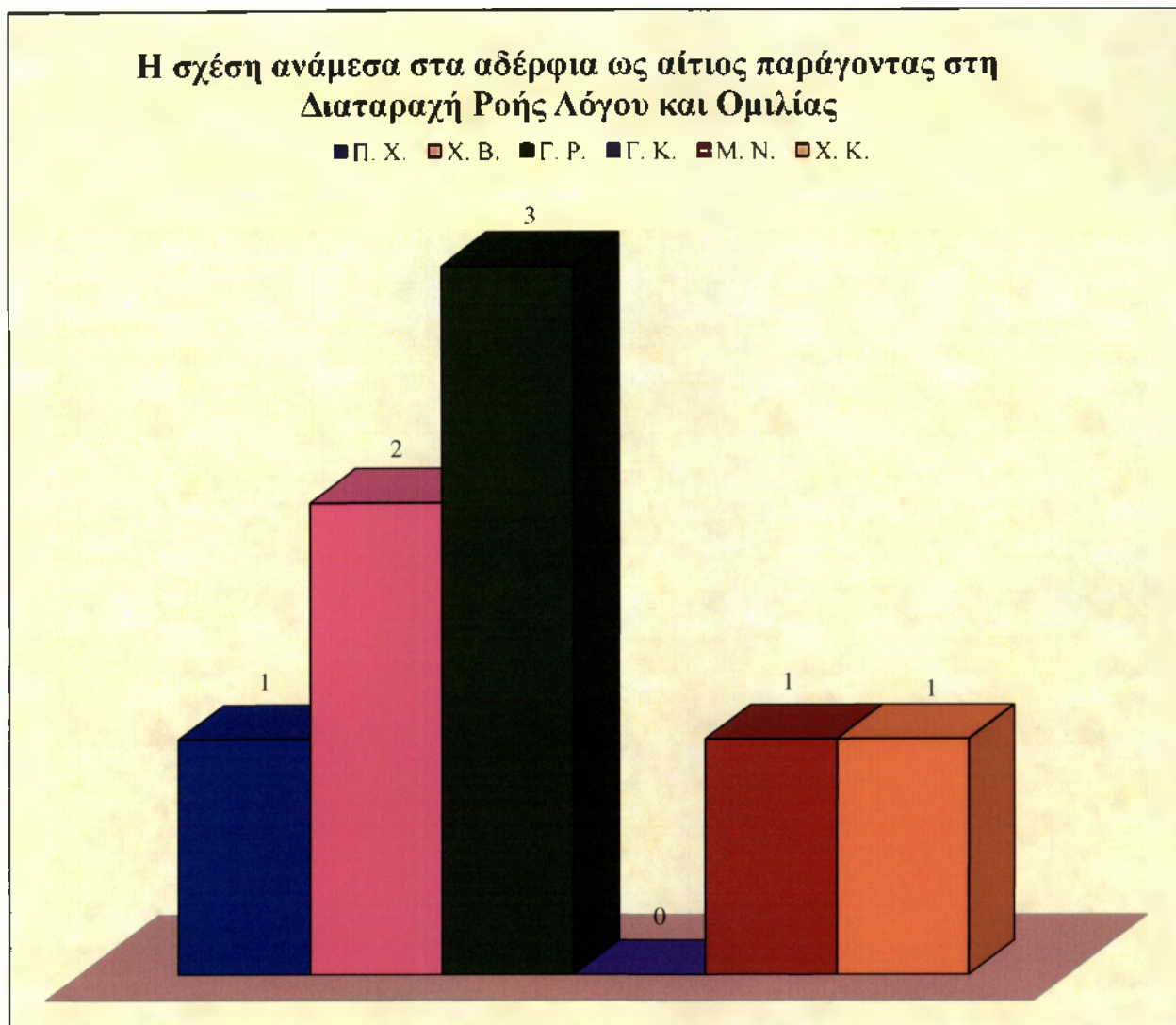
3^ο Ερευνητικό ερώτημα : αν οι οικογενειακοί παράγοντες λειτουργούν ως αίτιος παράγοντας στην εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας.



Όσον αφορά, το τομέα των οικογενειακών παραγόντων στο ερωτηματολόγιο, με βάση τη βιβλιογραφία και μελέτες που έχουν εκπονηθεί, έχουν επιλεγεί συγκεκριμένες ερωτήσεις (15 – 19) που αφορούν τους οικογενειακούς παράγοντες ως αίτιο παράγοντα εμφάνισης της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας, έχοντας την βαθμολογία με τον

αριθμό 1, ο οποίος προστίθεται ως ένας επιπλέον βαθμός επιβάρυνσης στον οικογενειακό παράγοντα και τον αριθμό 0, που δεν παρέχει βαθμό επιβάρυνσης στον παρόν παράγοντα. Η μέγιστη βαθμολογία που ενδέχεται να υπάρχει σε σχέση με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες είναι ο αριθμός 5. Όπως διαπιστώνεται από το σχεδιάγραμμα, καθώς ο βαθμός κυμαίνεται πάνω από τους 2,5 βαθμούς, ο οικογενειακός παράγοντας κατέχει σημαντικό αντίκτυπο στην εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας. Σύμφωνα με τη Μαλανδράκη (2012), υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ίδιοι οι γονείς μαλώνουν τα παιδιά τους σε στιγμές εμφάνισης δυσρυθμικών, κάτι το οποίο λειτουργεί αρνητικά ως προς τα παιδιά. Απότοκος αυτού, είναι και το παραπάνω εύρημα της έρευνας, το οποίο εφόσον συνδέεται με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση με αποτέλεσμα να συμπεραίνεται ότι η οικογένεια λειτουργεί ως αίτιος παράγοντας στην εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας.

4^ο Ερευνητικό ερώτημα : αν οι σχέσεις ανάμεσα στα αδέρφια λειτουργούν ως αίτιος παράγοντας στην εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας.



Στο ερωτηματολόγιο, σχετικά με το τομέα των οικογενειακών παραγόντων στο, με βάση τη βιβλιογραφία και μελέτες που έχουν υλοποιηθεί, έχουν επιλεγεί συγκεκριμένες ερωτήσεις (20 – 22) που αφορούν τη σχέση ανάμεσα στα αδέρφια ως αίτιο παράγοντα εμφάνισης στη διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας, έχοντας την βαθμολογία με τον αριθμό 1, ο οποίος προστίθεται ως ένας επιπλέον βαθμός επιβάρυνσης στη σχέση ανάμεσα στα αδέρφια και τον αριθμό 0, που δεν προσθέτει κάποιο βαθμό επιβάρυνσης στον παρόν παράγοντα. Η μέγιστη βαθμολογία που ενδέχεται να υπάρχει αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στα αδέρφια είναι ο αριθμός 3. Όπως παρατηρείται από το σχεδιάγραμμα, καθώς ο βαθμός κυμαίνεται κάτω από τους 1,5 βαθμούς, με

αποτέλεσμα η σχέση ανάμεσα στα αδέρφια να μην σημειώνει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλία, διότι τα παιδιά που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα είχαν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους. Όσον αφορά, τη διασταύρωση πληροφοριών δια της βιβλιογραφικής αναφοράς δεν έχει γίνει κάποια αντίστοιχη μελέτη ή κάποια αναφορά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 : ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συζήτηση

Τα τελευταία χρόνια οι ειδικοί προσπαθούν να κατανοήσουν τη φύση και τα αίτια του τραυλισμού για την καταλληλότερη και αποτελεσματικότερη εύρεση θεραπείας. Παρ' όλα αυτά, η διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας – τραυλισμός παραμένει ένα ανεξιχνίαστο μυστήριο.

Αναφορικά, με το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας διεξάχθηκαν 3 δοκιμασία για την συλλογής δείγματος ομιλίας σε παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας και σε ισάριθμα παιδιά αντίστοιχης ηλικίας με φυσιολογική ροή ομιλίας. Συνολικά, ερωτήθηκαν 12 παιδιά, εκ των οποίων τα 6 παρουσίαζαν τραυλικές δυσρυθμίες και τα αντίστοιχα 6 παιδιά είχαν φυσιολογική ροή. Ακόμη, δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου στους κηδεμόνες των παιδιών που παρουσιάζουν διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με βάση τη βιβλιογραφία και έρευνες που έχουν διεξαχθεί και ήταν δυαδική, δηλαδή ο αριθμός 1 σε περίπτωση που κάποιος κηδεμόνας έδινε μια απάντηση, η οποία σύμφωνα με την βιβλιογραφία πρόσθετε 1 επιπλέον βαθμό που επιβάρυνε το αντίστοιχο ερευνητικό ερώτημα που διερευνήθηκε.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξάχθηκε προκύπτει για το δείγμα ομιλίας των παιδιών ότι :

Η έρευνα καταδεικνύει ότι τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας δεν είναι απαραίτητο να εμφανίσουν προβλήματα στην άρθρωση τους. Αυτό συμβαίνει γιατί το 58% του συνολικού δείγματος των παιδιών εμφανίσει θέματα στη Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης, εκ του οποίου το 57% έγκειται σε παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας, με ποσοστό που απέχει περισσότερο από 100%, ειδικότερα 0,05 μονάδες, άρα 5% αποδεικνύεται ότι δεν είναι απαραίτητο τα παιδιά που εμφανίζουν τραυλικές δυσρυθμίες να παρουσιάζουν συνωδά γλωσσικά προβλήματα. Επιπροσθέτως, η έρευνα τεκμηριώνει ότι η πλειοψηφία των δυσρυθμιών αθροίζεται στα έκκροτα / στιγμικά φωνήματα (44 δυσρυθμίες).

Όσον αφορά, τη Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου δια της ανάλυσης της έρευνας διαπιστώνεται ότι τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας παρουσιάζουν μικρότερο επίπεδο λεξιλογίου (170 βαθμοί), σε αντίθεση με τα παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας που συγκέντρωσαν περισσότερους βαθμούς (251 βαθμοί).

Ακόμη, αναφορικά με τις δυσρυθμίες στον αυθόρμητο λόγο των παιδιών εξακριβώνεται ότι όταν ζητείται στα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας να παράγουν μια συγκεκριμένη εικόνα που βλέπουν, όπως στη Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης, συσσωρεύονται περισσότερες δυσρυθμίες (102 δυσρυθμίες), σε αντίθεση με τον αυθόρμητο τους λόγο που εμφανίζουν λιγότερες δυσρυθμίες (88 δυσρυθμίες), στη δοκιμασία με το Παιχνίδι ρόλων – Μανάβικο. Στον αντίποδα, τα παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας όταν καλούνται να παράγουν κάτι συγκεκριμένο, όπως στη Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής Εξέλιξης, δεν εμφανίζουν δυσρυθμίες, ενώ στον αυθόρμητο τους λόγο με το Παιχνίδι ρόλων – Μανάβικο εμφανίζουν ένα μικρό αριθμό δυσρυθμιών (6 δυσρυθμίες). Άρα, τα παιδιά με τραυλικές δυσρυθμίες εμφανίζουν περισσότερες δυσρυθμίες όταν καλούνται να απαντήσουν σε κάτι συγκεκριμένο, παρά στον αυθόρμητο τους λόγο, ενώ τα παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας εμφανίζουν κάποιες δυσρυθμίες στον αυθόρμητο τους λόγο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που εκπονήθηκε προκύπτει για το ερωτηματολόγιο ότι :

Ο παράγοντας της κληρονομικότητας έχει πολλές πιθανότητες να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας, καθώς η βαθμολογία που κυριαρχεί είναι 3 βαθμοί με μεγαλύτερο αριθμό επιβάρυνσης του συγκεκριμένου παράγοντα τον αριθμό 7. Παρ' όλα αυτά, αυτό δεν σημαίνει ότι λειτουργεί ως καταλυτικός παράγοντας για την εμφάνιση της διαταραχής.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες συγκεντρώνουν πάνω από 3,5 βαθμούς με μέγιστο βαθμό επιβάρυνσης τον αριθμό 7. Γεγονός από το οποίο εκπηγάει ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν ως αιτία εμφάνισης σε παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας. Συνεπώς, το περιβάλλον που περιτριγυρίζει ένα παιδί δεσπόζει κυρίαρχο ρόλο απέναντι στα παιδιά που φέρουν τον τραυλισμό.

Ο οικογενειακός παράγοντας συγκεντρώνει πάνω από 2,5 βαθμούς με μέγιστο βαθμό επιβάρυνσης του παρόν παράγοντα, τον αριθμό 5. Απότοκος, αυτού είναι ότι η

συμβολή του οικογενειακού παράγοντα κατέχει πρωτεύων θέση ως προς την εμφάνιση της διαταραχής του τραυλισμού.

Ειδικότερα, κλάδος του οικογενειακού παράγοντα είναι η σχέση ανάμεσα στα αδέρφια εφόσον υπάρχει ο οικογενειακός δεσμός. Ο δεσμός των αδερφών ως αίτιος παράγοντας κυμαίνεται κάτω από τους 1,5 βαθμούς με μέγιστο αριθμό επιβάρυνσης του συγκεκριμένου παράγοντα τον αριθμό 3. Αυτό καταδεικνύει ότι η σχέση των αδερφών ως προς την εμφάνιση του τραυλισμού δεν κατέχει την πρωτοκαθεδρία, η οποία θα μπορούσε να εγείρει την εμφάνιση του τραυλισμού.

Επιλογικά, τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας παρ' όλο που εμφανίζουν συνωδά γλωσσικά προβλήματα, δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν πάντα. Επιπλέον, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση η πλειοψηφία των δυσρυθμιών συγκεντρώνονται στα έκκροτα φωνήματα, ενώ παράλληλα τα παιδιά που εμφανίζουν δυσρυθμίες έχουν χαμηλότερο λεξιλόγιο. Τέλος, τα παιδιά με διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας παρουσιάζουν λιγότερες δυσρυθμίες στον αυθόρμητο τους λόγο. .

Ακόμη, οι παράγοντες της κληρονομικότητας, το περιβάλλον και η οικογένεια απαρτίζουν σημαντικό ρόλο ως αίτιοι παράγοντες στην εμφάνιση της διαταραχής ροής λόγου και ομιλίας. Ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στα αδέρφια δεν έχει σημαντικό ρόλο ως προς την εμφάνιση του τραυλισμού, καθώς τα παιδιά που έλαβαν μέρος είχαν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους.

Εν κατακλείδι, σφυρηλατείται το συμπέρασμα ότι ο τραυλισμός είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή με πολυδιάστατη αιτιολογία (Gordon, 2002). Είναι γενικά αποδεκτό ότι δεν υπάρχει μία και μοναδική αιτία, στην οποία οφείλεται ο τραυλισμός και είναι αποτέλεσμα μιας αλληλουχίας κληρονομικών, περιβαλλοντικών, οικογενειακών παραγόντων κλπ.

Καταστάλαγμα αυτών ότι θα πρέπει να γίνονται κατάλληλες εξετάσεις για την ύπαρξη θετικού ή αρνητικού ιστορικού. Το περιβάλλον γενικά που περιβάλλει το παιδί που εμφανίζει τη διαταραχή ροής λόγου και ομιλίας και πιο συγκεκριμένα το οικογενειακό περιβάλλον καλό θα ήταν να προσέχει τη συμπεριφορά του απέναντι στο παιδί με τον τραυλισμό, ως επί το πλείστον να είναι υπό την αιγίδα του. Αυτός είναι και

ένας λόγος για τον οποίο χρειάζονται αρκετές έμμεσες θεραπείες, σύμφωνα με τις οποίες δεν πρέπει να αγχώνεται το παιδί που εμφανίζει δυσρυθμίες.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Adams, M.R. (1980). *The young stutterer: Diagnosis, treatment and assessment of progress*. *Seminars in Speech, Language, and Hearing*, 1, 289 – 298.
- Adams, M.R. (1987). *A physiologic and aerodynamic interpretation of fluent and stuttered speech*, *Journal of fluency disorders*, 1, p. 35 – 47.
- Adams, M.R. (1990). *The demands and capacities model I: Theoretical elaborations*. *Journal of Fluency Disorders*, 15(3), 135 – 141.
- Altholz S., & Golensky M., (2004). *Counseling, support and advocacy for clients who Stutter health and social work*, 29
- Ambrose N.G., Yairi E. & Cox N. (1993). *Genetic aspects of early childhood stuttering*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 36 p. 701 – 706
- Ambrose N.G., Cox N.I. & Yairi E. (1997). *The genetic basis of persistence and recovery in stuttering*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 567 – 581.
- Ambrose N.G., & Yairi E. (1999). *Normative disfluency data for early childhood stuttering*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 895 – 909.
- Ambrose N.G. (2004). *Theoretical perspectives on the cause of stuttering*. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 80 – 91.
- Andrews G., & Harris M. (1964). *The syndrome of stuttering*. London, UK: WM. Heinemann Medical Books.
- Baumgartner J., & Duffy J.R. (1997). *Psychogenic stuttering in adults with and without neurologic disease*. *Journal of Medical Speech – Language Pathology*, 5(2), 75 – 95.
- Blood G.W., Blood I.M., Tellis G., & Babel R. (2001). *Communication apprehension and self – perceived communication competence in adolescents who stutter*. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 161 – 178.

Bloodstein O. (1995). *A handbook on stuttering* (5th ed.). San Diego, CA: Singular Publishing Group, Inc.

Bothe A.K., Davidow J.H., Bramlett R.E., Ingham R.J. (2006). *Stuttering Treatment Research 1970 – 2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive and related approaches*. *American Journal of Speech- Language Pathology*, 15(4): 321 – 341.

Bothe A.K., Davidow J.H., Bramlett R.E., Franic D.M., Ingham R.J. (2006). *Stuttering Treatment Research 1970 – 2005: II. Systematic review incorporating trial quality assessment of pharmacological approaches*. *American Journal of Speech – Language Pathology*, 15(4): 342 – 352.

Bradley W.G., Daroff R.B., Fenichel G.M., Jankovic J. (2004). *Neurology in clinical practice the neurological disorders* (4th ed.). Butterworth, Heinemann.

Braun A.R., Varga M., Stager S., Schulz G., Selbie S., Maisog J.M. et al. (1997). *Altered patterns of cerebral activity during speech and language production in developmental stuttering. An H2(15)O positron emission tomography study*. *Brain: A Journal of Neurology*, 120(5), 761 – 784.

Brosch S., & Pirsig W. (2001). *Stuttering in history and culture*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 59(2), 81 – 87.

Canter G.J. (1971). *Observations on neurogenic stuttering: A contribution to differential diagnosis*. *The British Journal of Disorders of Communication*, 6(2), 139 – 143.

Chmela K., & Reardon N. (2001). *The school – age child who stutters: Working effectively with attitudes and emotions*. Memphis, TN: Stuttering Foundation of America.

Colombat de l'isère M. (1831). *Du bégaiement et de tous les autres vices de la parole traités par de nouvelles méthodes* (2nd ed.). Paris, Mansut.

Conture E.G. (2001). *Stuttering: Its nature, diagnosis and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.

Conture E.G., & Curlee R. (2007). *Stuttering and other fluency disorders* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Thieme Medical Pub.

- Cooper E.B., & De Nill L.F. (1999). *Is stuttering a speech disorder?* American Speech – Language – Hearing Association, 41, 10 – 12.
- Costa D., & Kroll R. (2000). *Stuttering: an update for physicians.* Canadian Medical Association Journal, 162, 1849 – 1855.
- Craig A., Hancock K., Tran Y., Craig M., & Peters K. (2002). *Epidemiology of stuttering in the communication across the entire life span.* Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 45, 1097 – 1105.
- Cummings L. (2008). *Clinical linguistics.* Edinburgh University Press Ltd.
- Curlee R.F. (Ed). (1999). *Stuttering and related disorders of fluency* (2nd ed.). New York: Thieme Medical Pub.
- Dalton P. (1983). *Approaches to the treatment of stuttering.* London.
- De Nill L.F., & Rochon E. (2008). *Adult – onset neurogenic stuttering.* In R. Jokel, & M.R. McNeil (Eds.), *Clinical management of sensorimotor speech disorders* (2nd ed.). New York: Thieme.
- Deal J.L., & Doro J.M. (1987). *Episodic hysterical stuttering.* Journal of Speech and Hearing Disorders, 52, 299 – 300.
- Felsenfeld S., Kirk K.M., Zhu G., Statham D.J., Neale M.C., & Martin N.G. (2000). *A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample.* Behavior Genetics, 30, 359 – 366.
- Fox P.T., Ingham R.J., Ingham J.C., Hirsch T.B., & Downs J.H. (1996). *A PET study of the neural systems of stuttering.* Nature, 382, 158 – 161.
- Fundudis T. (2001). *Διαταραχές της ομιλίας και του λόγου στην παιδική ηλικία.* (Μετάφραση – Επιμέλεια: Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος, Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, τόμος Β, σελ: 93 – 126). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Garfinkel H.A. (1995). *Why did Moses stammer? And was Moses left – handed?* Journal of the Royal Society of Medicine, 88(5) p. 256 – 257.
- Gilman M., Yaruss J.S. (2000). *Stuttering and Relaxation: Applications for somatic education in stuttering treatment.* Journal of Fluency Disorders, 25(1) p. 59 – 76.

- Gordon N. (2002). *Stuttering: Incidence and Causes, Developmental medicine and child neurology*, 44(4): 278 – 281.
- Guitar B.E. (1998). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (2nd ed.). Philadelphia, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar B.E. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guntupalli V.K., Kalinowski J., Nanjundeswaran C., Saltuklaroglu T., & Everhart D.E. (2006). *Psychophysiological responses of adults who do not stutter while listening to stuttering*. *International Journal of Psychophysiology*, 62, 1 – 8.
- Ham R. (1999). *Clinical management of stuttering in older children and adults*, An Aspen Publication.
- Healey E.C. (2008). *The seven principles of stuttering therapy revisited*. Retrieved on July 25, 2014 from <http://www.mnsu.edu/comdis/isad11/papers/healey11.html>
- Healey E.C., Scott L., & Susca M. (2004). *Clinical application of a multidimensional approach for the assessment and treatment of stuttering*. *Contemporary Issues in Communication Disorders*, 31, 40 – 48.
- Helm – Estabrooks N.A. (1999). *Stuttering associated with acquired neurological disorders*. In R.F. Curlee (Ed.), *Stuttering and related disorders of fluency* (2nd ed., pp. 255 – 628). New York, NY: Thieme Medical Pub.
- Heuer R.J., Sataloff R.T., Mandel S., & Travers N. (1999). *Neurogenic stuttering: further corroboration of site of lesion*. *Ear Nose Throat Journal*, 175, 161 – 168.
- Howell P. (2004). *Assessment of some contemporary theories of stuttering that apply to spontaneous speech*. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 122 – 139.
- Ingham R.J. (2003). *Brain imaging and stuttering*. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 411 – 420.
- Itard (1817). *Journal Universal des sciences*, med., vol. vii.

- Johnson W. (1961). *Stuttering and what to do about it*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Johnson A.F., Jacobson B.H. (2007). *Medical speech – language pathology, A practitioner’s guide* (2nd ed.). New York, NY: Thieme Medical Pub.
- Kalinowski J. (2003). *Self – reported efficacy of an all in – the ear – canal prosthetic device to inhibit stuttering during one hundred hours of University teaching: An autobiographical clinical commentary*, 25(2) p. 107 – 111.
- Kehoe T.D. (1997). *Stuttering: Science, therapy & practice the most complete book about stuttering*. Boulder, CO: Casa Futura Technologies.
- Kehoe T.D. (2006). *No miracle cures a multifactoral guide to stuttering therapy*, University College Press.
- Kolk H., & Postma A. (1997). *Stuttering as a cover repair phenomenon*. In R.F. Curlee & G.M. Siegel (Eds.), *The nature and treatment of stuttering: New directions* (2nd ed., pp. 182 – 203). New York, NY: Allyn & Bacon.
- Kuster J.M. (2005). *Folk myths about stuttering*. Minnesota: Minnesota State University.
- Lawrence M., Barclay III D. (1998). *Stuttering a brief review*. *American Family Physician*, 57(9) p. 2175 – 2178.
- Lavid N. (2003). *Understanding stuttering*. University Press of Mississippi.
- Lebrun Y., Leleux C.H., & Retif J. (1987). *Neurogenic stuttering*. *Acta Neurochirurgica*, 85 p. 103 – 109.
- Levelt W.J.M. (1989). *Speaking: From intention to article*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Louko L.J. (1995). *Phonological characteristics of young children who stutter*, *Topics in Language Disorders* 15(3) p. 48 – 59.
- Ludlow C.R. (2000). *Stuttering: dysfunction in a complex and dynamic system*. *Brain*, 123, 1983 – 1984.

- MacLachlan B., & Chapman R. (1988). *Communication breakdowns in normal and language learning – disabled children's conversation and narration*. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53, 2 – 7.
- Maguire G.A., Riley G., Franklin D.L., & Gottschalk L.A. (2000). *Risperidone for the treatment of stuttering*. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20(4): 479 – 482.
- Mahr G. & Leith W. (1992). *Psychogenic stuttering of adult onset*. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35(2), 283 – 286.
- Manning W.H. (1999). *Management of adult stuttering*. In R.F. Curlee (Ed.), *Stuttering and related disorders of fluency* (2nd ed., p.160 – 180). New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Manning W.H. (2001). *Clinical decision making in fluency disorders* (2nd ed.). Albany, NY: Singular / Thompson – Learning.
- McNeil M. (2008). *Clinical management of sensorimotor speech disorders* (2nd ed.). New York, NY: Thieme Medical Pub.
- Mertz L.B., & Ostergaard J.R. (2006). *Neurological aspects of stuttering*. *Ugeskrift for Laeger*, 168(37).
- Moore W.H., & Haynes W.O. (1980). *Alpha hemispheric asymmetry and stuttering: Some support for a segmentation dysfunction hypothesis*. *Journal of Speech Hearing Research*, 23, 229 – 247.
- Natke U., Sandrieser P., Pietrowsky R., & Kalveram K. T. (2006) *Disfluency data of German preschool children who stutter and comparison children*. *Journal of Fluency Disorders*, 31 (3), 165-176.
- Onslow M., & Packman A. (2001). *Ambiguity and algorithms in diagnosing early stuttering: Comments on Ambrose and Yairi (1999)*. *Journal of Speech, Language, and Hearing*, 44, 593 – 594.
- Packman A., & Attanasio J. (2004). *Theoretical issues in stuttering*. Psychology Press Taylor & Francis Group.

- Perkins W.H., Kent R.D., & Curlee R.F. (1991). *A theory of neuropsycholinguistic function in stuttering*. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 734 – 752.
- Pichons E., & Borel – Maisonnay S. (1937). *Le bégaiement -Sa nature et son traitement*. Paris: Masson et Cie.
- Postma A., & Kolk H. (1993). *The covert repair hypothesis: Prearticulatory repair processes in normal and stuttered disfluencies*. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36(3), 472 – 487.
- Prasse J.E., & Kikano G.E. (2008). *Stuttering: an otherview*. *American Family Physician*, 77(9) p. 1271 – 1276.
- Quesal R. (1998). *What is stuttering*. Retrieved July 26, 2014, from <http://www.wiu.edu/users/mfrwq/whatisstut.html>
- Ratner N.B., & Healey C.E. (1999). *Stuttering research and practice: Bridging the Gap*. Taylor & Francis e – Library. Mahwah, NJ: New Jersey.
- Ratner N.B., & Tetnowski J. (2006). *Current issues in stuttering research and practice*. Mahwah, NJ: New Jersey.
- Raza M.H., Riazuddin S., & Drayna D. (2010). *Identification of an autosomal recessive stuttering locus on chromosome 3q13.2-3q13.33*, *Hum Genet*, 128: 461 – 463.
- Reese H.W. (1984). *Advances in child development and behavior*, Volume 18. Academic Press Inc.
- Rieber, R. W., & Wollock, J. (1977). *The historical roots of the theory and therapy of stuttering*. *Journal of Communication Disorders*, 10(1 – 2), 3 – 24.
- Rosonowski F., & Eysholdt U. (2006). *Speech and language disorders*. In R. Probst, G. Grevers, & H. Iro (Eds.) *Basic Otorhinolaryngology*, (p. 397 – 407). USA: Thieme Medical Publishers.
- Rustin L., & Cook F. (1995). *Parental involvement in the treatment of stuttering*. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 26, 127 – 137.
- Ruben R.J. (1997). *A time frame of critical / sensitive periods of language development*. *Acta Otolaryngologica*, 117(2), 202 – 205.

- Sadock V.A., & Kaplan H.I. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry* (10th ed.). Philadelphia, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Savage C., & Lieven E. (2004) *Can the Usage-Based Approach to Language Development be Applied to Analysis of Developmental Stuttering?* *Stammering Research*, 1, 83 – 100. The University of Manchester Library.
- Shapiro D.A. (1999). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom*. Austin, TX: Pro – Ed.
- Sheehan J.G. (1975). *Conflict theory and avoidance reduction therapy*. In J. Eisenson (Ed.), *Stuttering: A second symposium* (pp. 97 – 198). New York: Harper & Row.
- Silverman F.H. (1996). *Stuttering and other fluency disorders* (2nd ed.). Needham, MA: Allyn & Bacon.
- Starkweather C.W. (1987). *Fluency and stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.
- Stuart A., Kalinowski J., Armson J., Stenstrom R., & Jones K. (1996). *Fluency effect of frequency alterations of plus / minus one – half and one – quarter octave shifts in auditory feedback of people who stutter*, 39 p. 396 – 401. New York, NY: Thieme Medical Pub.
- Teesson K., Packman A., & Onslow M. (2003). *The lidcombe behavioral data language of stuttering*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 1009 – 1015.
- Van Borsel J., Sierens S., & Pereira M.M. (2007). *Using delayed auditory feedback in the treatment of stuttering: Evidence to consider*, Revista de Atualização Científica, 19(3) p. 323 – 332.
- Van Riper C. (1973). *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Van Riper C. (1982). *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ward D. (2006). *Stuttering and cluttering frameworks for understanding and treatment*. Psychology Press Taylor & Francis Group.
- Ward J., Weiner C., & Leach R. (2006). *The respiratory system at a glance* (2nd ed.). Blackwell Publishing Ltd.

- Watson S.T., & Gresham F.M. (1998). *Issues in clinical child psychology handbook of child behavior therapy*. Plenum Press, New York, USA : United States of America.
- Williams D.F. (2006). *Stuttering recovery personal and empirical perspectives*, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Mahwah, NJ: New Jersey.
- Wingate M.E. (2002). *Foundations of stuttering*. London UK: Academic Press.
- World Health Organization (1992). *Ταξινόμηση ICD – 10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς* (Μετάφραση – Επιμέλεια: Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος & Β. Μαυρέας). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις (1993).
- Yairi E. (1999). *Epidemiologic factors and stuttering research*. In N. Bernstein – Ratner & E.C. Healey (Eds.), *Stuttering research and practice*, (p. 45 – 55). USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers.
- Yairi E. (2004). *The formative years of stuttering: A changing portrait*. Contemporary Issues in Communication Science and Disorders, 31, 92 – 104.
- Yairi E., & Ambrose N.G. (1992). *Onset of stuttering in preschool children: Selected factors*. Journal of Speech and Hearing Research, 35(4), 782 – 788.
- Yairi E., & Ambrose N.G. (1999). *Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates*. Journal of Speech, Language, and Hearing, 42(5), 1097 – 1112.
- Yairi E., & Ambrose N.G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Austin, TX: Pro – Ed.
- Yairi E., & Seery C.H. (2011). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Zebrowski P.M., & Kelly E.M. (2002). *Manual of stuttering intervention*. Clifton Park, NY: Singular – Thomson Learning.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Βογινδρούκας Ι., Πρωτόπαπας Α., & Σιδερίδης Γ. (2009). *Δοκιμασία Εκφραστικού Λεξιλογίου*. Αθήνα: Εκδόσεις Γλαύκη.

Γερμανά Ε. (2014). *Επικοινωνιακές διαταραχές στα παιδιά*, (σελ:40 – 41). Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Γιαννοπούλου Ι. (2001). *Διαταραχές του λόγου – τραυλισμός*. (Επιμέλεια: Τσιάντης & Α. Ξυπολυτά – Ζαχαριάδη, *Ψυχοσωματικά Προβλήματα των Παιδιών*), (σελ: 161 – 186). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Γκοτζαμάνης Κ. (2004). *Διαγνωστικά κριτήρια DSM – IV – TR*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Κάκουρος Ε., & Μανιαδάκη Κ. (2002). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Κάκουρος Ε., & Μανιαδάκη Κ. (2006). *Τραυλισμός: Η φύση και η αντιμετώπιση του στα παιδιά και τους εφήβους*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Καμπανάρου Μ. (2007). *Διαγνωστικά θέματα λογοθεραπείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Καρπαθίου Χ.Ε. (1998). *Νευρογλωσσολογική λογοθεραπεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Μαλανδράκη Γ.Α. (2010). *Αξιολόγηση και αντιμετώπιση τραυλισμού στην παιδική ηλικία*. *Σημειώσεις Σεμιναρίου*, Νοέμβριος 2010, Αθήνα. Unpublished.

Μαλανδράκη Γ.Α. (2012). *Εξελκτικός & επίμονος Τραυλισμός*. Αθήνα.

Μαλανδράκη Γ.Α. (2014). *Παιδικός Τραυλισμός: Αξιολόγηση και Θεραπευτική Αντιμετώπιση*. *Σημειώσεις Σεμιναρίου*, Ιούνιος 2014, Αθήνα.

Χριστοδούλου Γ.Ν., Ραμπαβίλας Α.Δ., Σολδάτος Κ.Ρ., Αλεβίζος Β.Η., & Κονταξάκης Β.Π. (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

**"ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ
ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ, ΜΕΣΩ ΤΥΠΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΤΥΠΩΝ
ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ"**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΓΙΑΝΝΗ ΜΑΡΙΑ – ΕΥΡΥΝΟΜΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΓΕΡΜΠΑΝΑ ΕΙΡΗΝΗ, M.Sc.,
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2014

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Όνομα :

Ηλικία :

1. Είναι αγόρι ή κορίτσι;

A. Αγόρι (1)

B. Κορίτσι (0)

2. Σε τι ηλικία ξεκίνησε ο τραυλισμός;

A. 2 – 3,5 (0)

B. 4 – 5 (1)

3. Υπάρχει άλλος στην οικογένεια που εμφάνιζε δυσρυθμίες;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

4. Υπάρχει φυσιολογική γενική ανάπτυξη;

A. Ναι (0)

B. Όχι (1)

5. Το παιδί είναι αριστερόχειρας;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

6. Είναι δίδυμος;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

7. Αντιμετωπίζει αισθητικοκινητικά προβλήματα;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

8. Είναι πολλές οι καθημερινές δραστηριότητες, με τις οποίες ασχολείται το παιδί σας;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

9. Είναι πολλές οι καθημερινές δραστηριότητες που έχει το παιδί το Σαββατοκύριακο;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

10. Δέχεται καλά τις αλλαγές στην καθημερινότητα του;

A. Ναι (0)

B. Όχι (1)

11. Είναι καλή η αλληλεπίδραση του σε σχέση με τους ενήλικες ή τα παιδιά της ηλικίας του;

A. Ναι (0)

B. Όχι (1)

12. Συμπεριφέρεται με φυσιολογικούς ρυθμούς στο σπίτι και στο σχολείο λόγω των απαιτήσεων που υπάρχουν;

A. Ναι (0)

B. Όχι (1)

13. Πιστεύεται ότι ο τραυλισμός εντείνεται σε στιγμές φόβου, άγχους, όταν βιάζεται το παιδί να μιλήσει;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

14. Θεωρείται ότι το παιδί έχει επαρκή λεξιλόγιο;

A. Ναι (0)

B. Όχι (1)

15. Νιώθετε καλά ψυχολογικά όταν το παιδί σας εμφανίζει αυτή τη δυσκολία;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

16. Πιστεύετε ότι τα συναισθήματα σας μπορούν να τον επηρεάσουν;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

17. Του κάνετε συνεχώς υποδείξεις, όπως «να μιλήσει πιο αργά», «να χαλαρώσει», «να πάρει βαθιά ανάσα», «να ηρεμήσει», «να σκεφτεί πρώτα τι θέλει να πει» ή γενικά κάτι παρόμοιο;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

18. Χρησιμοποιείτε δικές σας μεθόδους, που πιστεύετε ότι μπορεί να τερματίσουν τη στιγμή του τραυλισμού;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

19. Πιστεύετε ότι οι απαιτήσεις που έχετε για το παιδί σας, μπορεί να τον επηρεάζουν στην δυσκολία του;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

20. Πιστεύετε ότι είναι καλή η σχέση με τον/την αδερφό/ή και το παιδί που εμφανίζει τις δυσρυθμίες;

A. Ναι (0)

B. Όχι (1)

21. Πιστεύετε ότι ο/η αδερφός/ή καλύπτει με τη συμπεριφορά του, το παιδί που εμφανίζει τον τραυλισμό;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

22. Παρατηρείται συχνά αυτό το φαινόμενο στην καθημερινότητά σας;

A. Ναι (1)

B. Όχι (0)

Σας ευχαριστούμε.