

**ΤΕΙ ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: *«Διερεύνηση των αποκλίσεων γλωσσικής ανάπτυξης μεταξύ παιδιών που τραυλίζουν και παιδιών που δεν τραυλίζουν, ηλικίας 4-7 ετών.»*

TITLE : «Investigation of the linguistics declination between children who stutter and children (age:4-7 years old)».

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:ΚΑΡΤΑΝΟΥ ΗΡΩ
Α.Μ: 2010-099**

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Γερμανά Ειρήνη

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
1.2.ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	3
1.3.ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΩΣΣΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	9
2.1.Διευκρίνιση των όρων «γλώσσα» και «ομιλία»	9
2.2.Φωνητική.....	9
2.2.α.Τα σύμφωνα.....	10
2.2.β.Τα φωνήεντα.....	10
2.3. Φωνολογία.....	10
2.4. Μορφολογία.....	11
2.5. Σημασιολογία.....	12
2.6. Σύνταξη.....	13
2.7. Πραγματολογία.....	14
2.8. Μορφή-Χρήση-Περιεχόμενο.....	15
2.9. Στάδια γλωσσικής ανάπτυξης.....	15
2.9.1. Φώνηση και προσωδία.....	15
2.9.1.1.Στάδια φωνητικής ανάπτυξης.....	16
2.9.1.2. Μετάβαση από το βάβισμα στην ομιλία.....	17
2.9.3. Ανάπτυξη σύνταξης-μορφολογίας.....	19
2.9.4. Ανάπτυξη πραγματολογίας.....	20
2.9.4.α. Προγλωσσική πραγματολογία.....	21

2.9.4.β. Γλωσσική πραγματολογία.....	22
2.9.4.γ. Ανάπτυξη της συζήτησης.....	23
2.9.4.δ. Ανάπτυξη αφηγηματικής ικανότητας.....	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

3.1 Ορισμός φυσιολογικής ροής.....	25
3.2 Ορισμός εξελκτικού και επίμονου τραυλισμού.....	25
3.3 Συμπτωματολογία τραυλισμού.....	26
3.4 Ηλικίες έναρξης τραυλισμού.....	27
3.5 Επιπολαστικά στοιχεία.....	27
3.6.Αιτιολογία τραυλισμού.....	28
3.6.1.Ψυχοπαθολογία.....	29
3.6.2.Αποτέλεσμα μάθησης.....	29
3.6.3Υπόθεση της κατάρρευσης	29
3.6.4.Υπόθεση της απωθημένης ανάγκης.....	29
3.6.5.Υπόθεση της αναμονής- αντιμετώπισης.....	30
3.6.6. Ο τραυλισμός, ως αγχώδης διαταραχή αναμονής.....	30
3.6.7.Το μοντέλο των δυνατοτήτων και απαιτήσεων.....	31
3.6.8. Υπόθεση της συγκαλυμμένης διόρθωσης.....	31
3.6.9. Γενετικούς- Κληρονομικούς παράγοντες.....	31
3.6.10. Νευρογενείς παράγοντες.....	32
3.6.11. Περιβαλλοντικούς παράγοντες.....	32
3.6.12. Συνδυασμός παραγόντων.....	33
3.7.Επίπεδα και κατηγορίες του επίμονου τραυλισμού.....	33
3.7.1. Ταξινόμηση Vam Riper.....	33
3.7.2. Ταξινόμηση Yairi.....	34
3.8. Αξιολόγηση εξελκτικού και επίμονου τραυλισμού.....	37
3.8.1 Αξιολόγηση ροής σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.....	37
3.8.2 Μετρήσεις για την προσχολική ηλικία.....	38
3.8.3 Αξιολόγηση ροής σε παιδιά σχολικής ηλικίας.....	39
3.8.4 Μετρήσεις για τη σχολική ηλικία.....	41

3.9 Θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού.....	41
3.9.α.Τροποποίηση τραυλισμού.....	42
3.9.β.Μορφοποίηση ροής.....	48
3.9.1.Θεραπευτικές προσεγγίσεις σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.....	51
3.9.1.α. Έμμεση θεραπεία.....	52
3.9.1.β. Άμεση θεραπεία.....	53
3.9.1.1. Το Πρόγραμμα Lidcombe.....	54
3.9.1.1. Το πρόγραμμα Palin Parent-Child Interaction.....	56
3.9.2.Θεραπευτικές προσεγγίσεις σε παιδιά σχολικής ηλικίας.....	56
3.9.3. Επικοινωνιακές μέθοδοι αντιμετώπισης του τραυλισμού.....	59
3.9.3.1.Ομαδική θεραπεία.....	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Συμμετέχοντες.....	61
4.2. Ερωτηματολόγιο.....	61
4.3.Δοκιμασίες	62
4.3.1.Εικόνες δράσης.Δοκιμασία Πληροφοριακής και Γραμματικής Επάρκειας.....	62
4.3.2. Δοκιμασία φωνητικής και φωνολογικής εξέλιξης.....	62
4.3.3.PLS-3.....	63
4.3.4.BUS STORY TEST.....	63
4.4. Στατιστική ανάλυση.....	64
4.5. Διαδικασία.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1.Δοκιμασία Άρθρωσης.....	66
------------------------------------	-----------

5.2.Δοκιμασία PLS.....	68
5.3.Δοκιμασία Εικόνων Δράσης.....	73
5.4.Δοκιμασία Bus Story.....	75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1. Φωνολογία.....	82
6.1.1.Ομάδα τραυλιζόντων παιδιών.....	85
6.1.2. Ομάδα μη τραυλιζόντων παιδιών.....	83
6.1.3. Μοντέλο δυνατοτήτων και απαιτήσεων.....	86
6.1.4. Υπόθεση συγκαλυμμένης διόρθωσης	86
6.1.5.Λογοθεραπευτική παρέμβαση.....	86
6.2. Σύνταξη – μορφολογία.....	89
6.2.1. Νευροψυχολογική θεωρία.....	95
6.3. Σημασιολογία.....	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

1.Περιορισμοί-συστάσεις.....	97
-------------------------------------	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

1.Βιβλιογραφία.....	98
----------------------------	-----------

1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα του τραυλισμού είναι γνωστό εδώ και χιλιάδες χρόνια. Έχουν γίνει πάρα πολλές προσπάθειες προσδιορισμού της αιτιολογίας του, αλλά και ενός αποτελεσματικού προγράμματος αντιμετώπισης και έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες από αξιολογούς κλινικούς και ερευνητές. Όπως είναι ευρέως αποδεκτό, ο Van Riper έθεσε τις πιο γερές θεωρητικές βάσεις για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, τον οποίο αντιμετώπισε σαν ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Κάποιοι από τους ερευνητές που ασχολήθηκαν με το φαινόμενο του τραυλισμού είναι ενδεικτικά: οι Yairi και Ambrose, ο Seery, ο Barry Guitar, ο Adams, ο Silverman, η Μαλανδράκη οι Conture και Kelly, ο De Nil, οι Zebrowski και Kelly, ο Morris κλπ.

Ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα στον εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό είναι η εμπλοκή συστημάτων παραγωγής και πρόσληψης λόγου στη γένεση, πυροδότηση και αιτιολογία της διαταραχής. Πολλαπλές ερευνητικές προσπάθειες με αντικρουόμενα αποτελέσματα έχουν οδηγήσει σε μια σύγχυση στον τομέα αυτό. (Μαλανδράκη, 2012).

Σύμφωνα με έρευνες, όπως εκείνες των Anderson, 2008, Anderson και Conture, 2000, Bloodstein, 1995, Conture και Edwards, 1994, τα παιδιά με τραυλισμό παρουσιάζουν ορισμένες καθυστερήσεις φωνολογικής και γλωσσικής ανάπτυξης και μειωμένες λεξιλογικές ικανότητες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα παιδιά χωρίς τραυλισμό.

Η διερεύνηση των γλωσσικών δεξιοτήτων των παιδιών που τραυλίζουν φαίνεται να είναι ο πιο πολλά υποσχόμενος κλάδος, ο οποίος τελικά μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματικότερες κλινικές αξιολογήσεις και στρατηγικές θεραπείας για τα νεαρά άτομα που τραυλίζουν.

1.2.ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο παρατηρούνται διαφορές στη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών με τραυλισμό σε σύγκριση με τα συνομήλικά τους παιδιά με κανονική ροή ομιλίας, για να διερευνηθεί κατά πόσο οι διαταραχές στη γλωσσική ανάπτυξη εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στον πληθυσμό των παιδιών με τραυλισμό.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν προκύψει, έχουν ως στόχο τη σύγκριση των γλωσσικών ικανοτήτων μεταξύ τραυλιζόντων παιδιών και μη σε κάθε συστατικό στοιχείο της γλώσσας ξεχωριστά.

1.3. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παρούσα εργασία επικεντρώθηκε αρχικά στη θεωρητική υποστήριξη της ανασκόπησης των επιπέδων γλωσσικής ανάλυσης και της παθολογίας του τραυλισμού. Στη συνέχεια, δόθηκε στην καταγραφή των αποτελεσμάτων και την διεξαγωγή συμπερασμάτων βάσει δείγματος παιδιών που ελήφθη, με σκοπό τη διερεύνηση των γλωσσικών αποκλίσεων μεταξύ παιδιών που τραυλίζουν και παιδιών που δεν τραυλίζουν, ηλικίας 4-7 ετών.

Στο Κεφάλαιο 2 εφόσον διευκρινιστούν οι έννοιες «γλώσσα» και «ομιλία», αναλύονται τα συστατικά στοιχεία της γλώσσας, τα οποία αποτελούνται από τη φωνολογία, τη σύνταξη, τη σημασιολογία, τη μορφολογία και την πραγματολογία. Τα στοιχεία αυτά με τη σειρά τους εισάγονται στους τρεις τομείς της γλώσσας, τη μορφή (φωνολογία, μορφολογία, συντακτικό), τη χρήση (πραγματολογία) και το περιεχόμενο (σημασιολογία). Έπειτα, παρατίθενται τα στάδια ανάπτυξης του κάθε γλωσσικού στοιχείου ξεχωριστά, από τη στιγμή της γέννησης ενός παιδιού, μέχρι την ολοκλήρωση της ανάπτυξης κάθε κατηγορίας.

Στο Κεφάλαιο 3 ακολουθεί μία αδρή περιγραφή του φαινομένου του τραυλισμού. Γίνεται αναφορά στον ορισμό του τραυλισμού αλλά και της φυσιολογικής ροής, στη συμπτωματολογία του, στα επιπολαστικά στοιχεία, στη συνήθη ηλικία εμφάνισης και στην αιτιολογία του. Επίσης αναφέρονται οι θεωρητικοί και εμπειρικοί που ασχολήθηκαν με τον τραυλισμό από παλαιότερες εποχές μέχρι και σήμερα, αλλά και οι διαφορετικές θεωρητικές αιτιολογικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις, που προέκυψαν από αυτή την πολύχρονη επεξεργασία.

Μετά τη θεωρητική προσέγγιση του λόγου/γλώσσας και του τραυλισμού, ακολουθεί το ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας, που στόχο έχει να διευκρινίσει κατά πόσον παρατηρούνται αποκλίσεις στην γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών που τραυλίζουν και συνεπώς με ποια συχνότητα τα παιδιά που τραυλίζουν.

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 10 παιδιά, τα οποία χωρίστηκαν σε ισάριθμες ομάδες τραυλιζόντων και μη. Σε αυτά χορηγήθηκαν: η δοκιμασία φωνητικής και φωνολογικής εξέλιξης (Π.Σ.Α.1995), η δοκιμασία πληροφοριακής και γραμματικής επάρκειας (Ιωάννης Βογινδρούκας, Αθανάσιος Πρωτόπαπας, Σταυρούλα Σταυρακάκη, 2009), το PLS-3 test και το Bus story test. Τα δείγματα που ελήφθησαν αναλύθηκαν στατιστικά, μέσω του προγράμματος SPSS.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές γλωσσικές αποκλίσεις μεταξύ των δύο ομάδων σε όλους τους τομείς, εκτός από τον τομέα της φωνολογίας, όπου το 80% των παιδιών της ομάδας των τραυλιζόντων εμφάνισε προβλήματα άρθρωσης δυσανάλογα των ηλικιακών οροσήμων, σε αντίθεση με την

ομάδα των μη τραυλιζόντων παιδιών όπου συναντήθηκαν σπάνια αρθρωτικά λάθη, τα οποία όμως ήταν προβλεπόμενα για την ηλικία την οποία διένυαν.

Οι ερευνητικές μελέτες σχετικά με τον προβληματισμό των γλωσσικών αποκλίσεων στα παιδιά που τραυλίζουν είναι πολλές φορές αντικρουόμενες. Ένας αριθμός αυτών υποστηρίζει ότι υπάρχουν διαφορές στις γλωσσικές ικανότητες μεταξύ των τραυλιζόντων και μη, ενώ άλλες δεν δέχονται αυτή τη διαφοροποίηση. Σε κάθε περίπτωση, η εξαγωγή αντικειμενικού συμπεράσματος, σχετικά με αυτό τον προβληματισμό θα μπορέσει να προσφέρει πολλά στην αιτιολογία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού και θα ήταν πολύ χρήσιμη η διεξαγωγή όσο το δυνατόν έγκυρων και αξιόπιστων ερευνών

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΩΣΣΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

2.1 Διευκρίνιση των όρων «γλώσσα» και «ομιλία»

Σύμφωνα με τους Bloom και Lahey (1978), η γλώσσα είναι «ένας κώδικας μέσω του οποίου οι ιδέες που αφορούν στον κόσμο αναπαριστώνται στη βάση ενός συμβατικού συστήματος αυθαίρετων σημάτων με στόχο την επικοινωνία». Το περιεχόμενο του όρου γλώσσα προκύπτει από την αντιπαράθεση του με τον όρο «ομιλία». Σύμφωνα με τον Saussure (1979), «γλώσσα και ομιλία αποτελούν τις δύο όψεις της ικανότητας του λόγου, που χαρακτηρίζει αποκλειστικά και μόνο τον άνθρωπο. Η γλώσσα συνιστά την κοινωνική πλευρά του λόγου, ενώ η ομιλία την ατομική.» (Θ.-Σ. Παυλίδου, 2008)

2.2. Φωνητική

Η **φωνητική** είναι ο τομέας της γλωσσολογίας που αναφέρεται στους ήχους που παράγονται από τους αρθρωτές για την παραγωγή της ομιλίας, οι οποίοι ονομάζονται φθόγγοι και συνιστούν τη φωνητική ουσία.(phonetic substance).

Υποδιαιρέσεις:

Αρθρωτική φωνητική: Εξετάζει τη διαμόρφωση των φωνητικών οργάνων, ο πρωταρχικός ρόλος των οποίων είναι άλλος (π.χ. βρώση, πόση).

Τα φωνητικά όργανα είναι τα εξής: χείλη, δόντια, φατνία, ουρανίσκος, υπερώα, σταφυλή, άκρη της γλώσσας, προρράχη της γλώσσας, ράχη της γλώσσας, πίσω μέρος της γλώσσας, γλωσσίδα/φωνητικές χορδές, λάρυγγας, φάρυγγας, στοματική κοιλότητα, ρινική κοιλότητα, επιγλωττίδα, οισοφάγος.

Ακουστική φωνητική: Περιγράφει τα φυσικά χαρακτηριστικά των φθόγγων (συχνότητα, πλάτος, ένταση και διάρκεια)

Ακροατική φωνητική: Ασχολείται με τη λήψη των φθόγγων από τα όργανα ακοής, τα οποία αντιλαμβάνονται διαφορετικά κάθε ήχο που προσλαμβάνουν, ανάλογα με την ένταση του ακουστικού ερεθίσματος (ακουστότητα), το ύψος της φωνής και τη χροιά του ομιλητή.

2.2.α. Τα σύμφωνα

Τα σύμφωνα εξετάζονται ως προς τον τόπο και τον τρόπο άρθρωσης.

Σύμφωνα με τον **τόπο άρθρωσης** διακρίνονται σε διχειλικά, χειλοδοντικά, μεσοδοντικά, οδοντικά φατνιακά, ουρανικά και υπερωικά.

Ως προς τον **χώρο αντήχησης** χωρίζονται σε ρινικά, στοματικά κλειστά ή στιγμιαία, τριβόμενα ή εξακολουθητικά, υγρά, πλευρικά, παλλόμενα.

2.2.β. Τα φωνήεντα

Κατά την παραγωγή των φωνηέντων ο αέρας περνάει ελεύθερα στη στοματική κοιλότητα. Τα φωνήεντα θα μπορούσαν να χωριστούν στις εξής κατηγορίες:

- Σε ανοιχτά ή κλειστά, ανάλογα με το άνοιγμα του στόματος.
- Σε μπροστινά ή πισινά, ανάλογα με τη θέση του υψηλότερου σημείου της γλώσσας.
- Σε στρογγυλεμένα ή απλωμένα, ανάλογα με το σχήμα των χειλιών.

2.3. Φωνολογία

Κύριο αντικείμενο της φωνολογίας είναι η διερεύνηση της λειτουργίας των φθόγγων σε ένα γλωσσικό σύστημα. Εξετάζει επίσης την αφηρημένη δομή των λέξεων κάθε γλώσσας. Η φωνολογία εξετάζει την έκφραση και όχι το περιεχόμενο των γλωσσικών σημείων.

Η μονάδα ανάλυσης της δομής των λέξεων ονομάζεται **φώνημα**, το οποίο συνιστά την ελάχιστη ηχητική ομάδα που διαφοροποιεί τις λέξεις μεταξύ τους. Τα φωνήματα επομένως μπορεί να έχουν παραδειγματική σχέση αντίθεσης (π.χ. /kota/, /bota/).

Όταν υπάρχει ομοιότητα ανάμεσα σε δύο φθόγγους, τότε λέμε ότι βρίσκονται σε συμπληρωματική κατανομή και ονομάζονται *αλλόφωνα* του ίδιου φωνήματος. Τα αλλόφωνα έχουν συμπληρωματική κατανομή, εφόσον δεν εμφανίζονται ποτέ στο ίδιο περιβάλλον και δεν είναι δυνατόν να βρίσκονται σε σχέση αντίθεσης.

Τα *ελάχιστα ζεύγη* ,συνιστούν δύο λέξεις με διαφορετικά σημαίνόμενα, οι οποίες δεν διαφέρουν παρά μονό ως προς ένα φώνημα. Π.χ./χαρί/,/ναρί/ (Παυλίδου...)

Συστατικό του φωνολογικού επιπέδου είναι τα υπερτεμαχιακά χαρακτηριστικά, τα οποία ενέχονται συνήθως σε μεγαλύτερες του φωνήματος δομές, όπως συλλαβές, λέξεις ή φράσεις. Κάποια από αυτά είναι:

-ο δυναμικός τόνος, που σχετίζεται με την ένταση του ήχου,

-ο μουσικός τόνος, που σχετίζεται με το ύψος του ήχου,

-η επιτόνιση, η οποία εξαρτάται από τις διακυμάνσεις στο ύψος της φωνής.

Τα στοιχεία αυτά έχουν εκφραστική και οριοθετική λειτουργία.

2.4 Μορφολογία

Αντικείμενο της μορφολογίας είναι η διερεύνηση του σημαίνοντος του κάθε μορφήματος – δηλαδή του ελάχιστου φορέα σημασίας μέσα σε μια λέξη ή μία πρόταση- καθώς και της σχέσης και των συνδυασμών αυτών. Ασχολείται επομένως με τη σύνθεση, την κλίση και την παραγωγή.

Στην περίπτωση που ένα μόρφημα μπορεί να αντικατασταθεί με ένα άλλο, παρόμοιας μορφής του ίδιου μορφήματος και ίδιας σημασίας, τότε μιλάμε για *ελεύθερα εναλλασσόμενες μορφές* του ίδιου μορφήματος. Π.χ. /αγαρume/ /αγαrame/.

Μορφήματα όμως που δεν μπορούν να αντικαταστήσουν το ένα το άλλο και έχουν συμπληρωματική κατανομή, όπως τα επιθέματα (καταλήξεις της λέξης), π.χ. /i/, /es/, /a/, /on/,/us/, αποτελούν *αλλόμορφα* του ίδιου μορφήματος.

Φωνολογικά καθορισμένα αλλόμορφα επίσης ονομάζουμε τα μορφήματα εκείνα που επηρεάζονται από το περιβάλλον της λέξης. Π.χ. /γata/ /jiros/.

Τέλος, τα αλλόμορφα, *φωνολογικά ή γραμματικά καθορισμένα*, καθορίζονται από γραμματικούς και όχι από σημασιολογικούς συσχετισμούς π.χ. /'fao/, /'troo/

Τα μορφήματα χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- Τα *δεσμευμένα μορφήματα*, τα οποία δεν μπορούν να εμφανιστούν, πάρα μόνο σε συνδυασμό με κάποιο άλλο μόρφημα. Π.χ. το στερητικό -α, οι κατάληξεις κλπ.
- Τα *ελεύθερα μορφήματα*, τα οποία μπορούν να εμφανιστούν αυτόνομα. Π.χ. χθες, αύριο κλπ.
- Τα *λεξικά μορφήματα*, τα οποία σχετίζονται άμεσα με το νόημα που θέλουμε να μεταφέρουμε.
- Τα *γραμματικά μορφήματα*, τα οποία σχετίζονται με τη γραμματική κατηγορία. Π.χ. η κατάληξη -μένος, -η, -ο στις μετοχές.

2.5. Σημασιολογία

Αυτό το τμήμα της γλώσσας εξετάζει τη σημασιολογική δομή μιας γλώσσας και τα γλωσσικά σημαινόμενα. Υπάρχει μια αλληλεπίδραση ανάμεσα στη σημασιολογική και τη γραμματική ικανότητα. Υπάρχει όμως και διαφοροποίηση σχετικά με τη γραμματική και τη σημασιολογία. Η *‘λεξική σημασία’* υποδηλώνει τη σημασία των λεξιμάτων, ενώ η γραμματική σημασία αφορά στις ενδογλωσσικές σχέσεις των λέξεων μέσα σε μεγαλύτερες συνταγματικές μονάδες. (π.χ. διάκριση Υποκειμένου, Αντικειμένου).

Διακρίνονται τρία είδη σημασίας:

- α) Η περιγραφική ή γνωσιακή
- β) Η εκφραστική ή συναισθηματική
- γ) Η κοινωνική

Όταν ένα σημαίνον μπορεί να περιγράψει ένα ή περισσότερα σημαινόμενα, τότε παρατηρείται το φαινόμενο της *πολυσημίας*. Π.χ. η λέξη σαλόνι δηλώνει το χώρο του σπιτιού, αλλά και τα έπιπλα.

Επιπλέον, όταν δύο σημαίνοντα αντιστοιχούν στο ίδιο σημαινόμενο, παρατηρούμε το φαινόμενο της *συνωνυμίας*. Γενικότερα είναι εξαιρετικά σπάνιο δύο σημαίνοντα να έχουν ακριβώς το ίδιο σημαινόμενο, να έχουμε δηλαδή απόλυτη συνωνυμία.

Εκτός από τη συνωνυμία αξίζει να αναφερθεί και η έννοια της *υπωνυμίας*, της σχέσης ασύμβατου, της συμπληρωματικότητας, της αντωνυμίας και της αντιστροφής του περιορισμού

δηλαδή ενός λεξήματος/μιας λέξης σε μια ευρύτερη κατηγορία. Π.χ. το λεμόνι ανήκει στα εσπεριδοειδή.

Σε αντίθεση με αυτό, οι *σχέσεις ασύμβατου*, παρατηρούνται όταν σε μία προτασιακή δομή, ένα λέξημα αποκλείει την εμφάνιση κάποιου άλλου. π.χ. στην πρόταση «Ο Χρήστος έχει ένα γκρι αυτοκίνητο», η λέξη «γκρι» αποκλείει την ύπαρξη άλλων αντίστοιχων, όπως κόκκινο κλπ.

Άλλες από τις βασικές παραδειγματικές σχέσεις αντίθεσης που εμφανίζονται όταν τα λεξήματα είναι αντίθετης σημασίας είναι η *συμπληρωματικότητα*, η *αντωνυμία* και η *αντιστροφή*.

Το σύνολο των λεξημάτων που αναφέρονται σε μία συγκεκριμένη εννοιολογική κατηγορία, όπως για παράδειγμα οι κατηγορίες των φρούτων, των λαχανικών κλπ, ονομάζεται *σημασιολογικό ή λεξιλογικό πεδίο*. Το εύρος κάθε λεξιλογικού πεδίου διαφέρει από γλώσσα σε γλώσσα με κύριο καθοριστικό παράγοντα τις περιβαλλοντικές συνθήκες, τον πολιτισμό κλπ.

Σχετικά με τη διερεύνηση της προτασιακής και λεξιλογικής σημασίας, όπου προτασιακή σημασία είναι η συνάρτηση των επιμέρους σημασιών των λεξημάτων που την αποτελούν (παυλίδου), αρκεί να τονιστεί ότι οι λέξεις αυτές είναι *αμφίδρομες*, δηλαδή η σημασία ενός λεξήματος εξαρτάται από τη σημασία μιας πρότασης.

Μια δεύτερη συνιστώσα της προτασιακής σημασίας είναι η *γραμματική σημασία*, όπου η σημασία της πρότασης καθορίζεται άμεσα από τις γραμματικές και συντακτικές σχέσεις μεταξύ των λεξημάτων.

2.6. Σύνταξη

Η σύνταξη αποσκοπεί στην περιγραφή των σχέσεων και της σύνδεσης των λέξεων μέσα σε μία προτασιακή δομή.

Για τη σωστότερη περιγραφή των σχέσεων των λέξεων μεταξύ τους μέσα σε μία πρόταση θα πρέπει να αναφερθούν οι πρωτεύουσες (ουσιαστικό, ρήμα, επίθετο κλπ.) και δευτερεύουσες γραμματικές κατηγορίες (οι πτώσεις, ο αριθμός, το γένος, η έγκλιση, ο χρόνος κλπ).

Οι μικρότερες δομές που αφορούν στη σύνταξη είναι οι φράσεις. Υπάρχουν τρία είδη φράσεων:

Οι ονοματικές φράσεις (ΟΦ), που λειτουργούν ως ονόματα μέσα στην πρόταση. Π.χ. «Η ωραία θάλασσα»

Οι ρηματικές φράσεις (ΡΦ), οι οποίες λειτουργούν ως ρήματα. Π.χ. «Ακολουθεί»

Οι προθετικές φράσεις (ΠΦ), οι οποίες λειτουργούν ως επιρρήματα. Π.χ. «Για το δρόμο»

Πρόταση

Σύμφωνα με τον Bloomfield (1993:170) «Πρόταση είναι ένας ελεύθερος (ανεξάρτητος) γλωσσικός τύπος που δεν εμπεριέχεται –βάσει της γραμματικής του κατασκευής- σε έναν ακόμη μεγαλύτερο τύπο.» «Αυτό σημαίνει ότι η πρόταση είναι η μεγαλύτερη ομάδα της γλωσσικής περιγραφής.»

Στην πρόταση παρατηρείται μία γραμμική δομή, που σημαίνει ότι η διάταξη των λέξεων μέσα στην πρόταση υπόκειται σε περιορισμούς, αλλά και μία ιεραρχική δομή, η οποία καθορίζει τη σημαντικότητα των λέξεων μέσα στην πρόταση αναφορικά με το νόημα. Π.χ. «Σκούπισε τα νερά με το πανί»

2.7. Πραγματολογία

Πραγματολογία συνίσταται η ικανότητα του ατόμου για επαρκή επικοινωνία με το περιβάλλον του ,μέσω δεξιοτήτων, οι οποίες προβλέπουν τη σωστή χρήση των κανόνων τους οποίους ορίζουν οι εκάστοτε κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες.

Βασικός πυρήνας της πραγματολογίας είναι η γλωσσική πράξη, η οποία συντελείται μόνο στο πλαίσιο της γλωσσικής επικοινωνίας, όταν υπάρχει δηλαδή ανάγκη για κάποιο σκοπό.

Όταν ένα άτομο παράγει μια φράση επιτελούνται ταυτόχρονα:

1) Η εκφωνητική φράση, η οποία σχετίζεται με τη λέξη που χρησιμοποιεί το άτομο προκειμένου να επικοινωνήσει, οι οποίες διέπονται από σημασιολογικούς, μορφοσυντακτικούς και φωνολογικούς κανόνες.

2) Η προσλεκτική πράξη, η οποία συνιστά την πρόθεση του ομιλητή να μεταφέρει ένα μήνυμα, το οποίο διασαφηνίζεται από τα μη λεκτικά και παραλεκτικά στοιχεία.

3) Η διαλεκτική πράξη, η οποία προσδιορίζει την αντίδραση/απάντηση του συνομιλητή προς το αντικείμενο επικοινωνίας.

Οι δεξιότητες που απαιτούνται για την επαρκή επικοινωνία είναι «η επιδέξια βλεμματική επαφή, η διαδοχική εναλλαγή σειράς ομιλητή-ακροατή, η απόσπαση της προσοχής του ομιλητή με κατάλληλο τρόπο, η κατανόηση και χρήση εκφράσεων του προσώπου, η στάση του σώματος, ο επιτονισμός οι χειρονομίες, ο επιτονισμός της ομιλίας, οι παύσεις της ομιλίας, η χροιά και η ένταση της φωνής, η ταχύτητα της ομιλίας και οι κατάλληλα ανεπτυγμένες γλωσσικές δεξιότητες (φωνολογία, συντακτικό, γραμματική, σημασιολογία) τόσο σε επίπεδο έκφρασης όσο και σε επίπεδο κατανόησης. Απαραίτητες επίσης θεωρούνται οι δεξιότητες συζήτησης, όπως η εισαγωγή της συζήτησης, η διατήρηση και η διόρθωσή της, καθώς και η ικανότητα για διευκρίνιση των σημείων που δεν γίνονται κατανοητά από τους συνομιλητές.»(Βογινδρούκας, 2008)

Επίσης, ανάλογα με τη νοητική κατάσταση του συνομιλητή, ο ομιλητής «προσαρμόζει τον τρόπο μετάδοσης των πληροφοριών τόσο σε επίπεδο περιεχομένου, όσο και σε επίπεδο γλωσσικής δομής και χρησιμοποιούν τις κοινωνικές τους γνώσεις και τους κοινούς πολιτισμικούς κανόνες για τη μετάδοση του μηνύματός τους.» (Βογινδρούκας, 2008)

Τέλος, το επικοινωνιακό πλαίσιο, το οποίο σχετίζεται με το φυσικό περιβάλλον και τη χρονική στιγμή, απαιτεί την απαραίτητη προσαρμογή με τη χρήση των δεξιοτήτων που αναφέρθηκαν παραπάνω. (Βογινδρούκας, 2008)

2.8. Μορφή-Χρήση-Περιεχόμενο

«Σύμφωνα με τα παραπάνω, η επιτυχής χρήση της γλώσσας εμπλέκει την αλληλεπίδραση των τριών συστημάτων της: του γλωσσικού περιεχομένου (σημασιολογία), της γλωσσικής δομής (φωνολογία, μορφολογία, συντακτικό) και της γλωσσικής χρήσης (πραγματολογία). Συγκεκριμένα, ο ομιλητής σκέφτεται να πει κάτι επιλέγει τις κατάλληλες γι' αυτό λέξεις (γλωσσικό περιεχόμενο), βάζει στη σειρά τις λέξεις (γλωσσική δομή) που αντιπροσωπεύουν τους στόχους του (γλωσσική χρήση) και ταυτόχρονα συνεκτιμά τη φύση όλης της αλληλεπίδρασης (speaking situation). Κατά τον ίδιο τρόπο, ο συνομιλητής (listener) θα κληθεί να μεταφράσει τις λέξεις (γλωσσικό περιεχόμενο) και τις προτάσεις που θα ακούσει βάσει όσων ήδη ξέρει για τη γλώσσα που χρησιμοποιείται στην συνομιλία (γλωσσικό περιεχόμενο και δομή) και για τις περιστάσεις στις οποίες διενεργείται όλη η στιχομυθία. (Νικολόπουλος Δ., 2008).

2.9. ΣΤΑΔΙΑ ΓΛΩΣΣΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

2.9.1.Στάδια φωνητικής ανάπτυξης

2.9.1.1 Φώνηση και προσωδία

Η προσωδία είναι το πρώτο σύστημα που κατακτά ένα παιδί και θεωρείται ότι αρχίζει να αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια του βαβίσματος. Η προσωδία και η ανάπτυξη της διαφοροποιείται ανάλογα με την ομιλούμενη γλώσσα (Fry,1966, Lennenberg,1967).

Κατά τους πρώτους έξι μήνες, σύμφωνα με τους Kent και Muiray (1982), το βρέφος δεν έχει καλό λαρυγγικό έλεγχο , ο οποίος κατακτάται μετά τους έξι μήνες.

Μετά τον πρώτο χρόνο, οι διαφοροποιημένες προσωδιακές καμπύλες συνοδεύουν συγκεκριμένες πραγματολογικές λειτουργίες ,όπως η αίτηση αντικειμένων, η αίτηση για κατονομασία απ' τον ενήλικο, ο σχολιασμός, η άρνηση, η ερώτηση κλπ. (Flax, Lahey, Harris και Boothroyd, 1992).

Παρατηρούνται δύο κατηγορίες παραγωγής ήχου στα βρέφη:

1) Οι οπτικές λειτουργικές κραυγές, οι οποίες περιλαμβάνουν το κλάμα, το γέλιο, το φτέρνισμα, το βήχα κλπ., οι οποίες δεν θεωρούνται άμεσα στοιχείο ανάπτυξης της ομιλίας του βρέφους, αν και κάποιες έχουν ως στόχο τη μεταφορά κάποιου μηνύματος, όπως για παράδειγμα το κλάμα, ως ένδειξη ότι το παιδί πεινάει, πονάει, διψάει κλπ.

2)Οι φωνητικές ηχοπαραγωγές, οι οποίες αποτελούν πρώιμα στοιχεία ανάπτυξης της ομιλίας, καθώς παρατηρούνται χαρακτηριστικά όπως η στοματική αντήχηση, η συλλαβική δομή και κάποια αναγνωρίσιμα φωνήματα. Αυτές οι πρώτες παραγωγές της ομιλίας χαρακτηρίζονται από τον Oller (1980) ως πρωτοφωνήματα (protophones).

Κατά τον Oller τα στολίδια της φωνητικής ανάπτυξης είναι τα εξής:

α) Το στάδιο της φώνησης (0-2 μηνών)

Παραγωγή ημιφωνηέντων

Το στόμα παραμένει κλειστό και οι αρθρωτές βρίσκονται σε ουδέτερη θέση

β) Στάδιο πρώιμης άρθρωσης ή υπερωικό στάδιο (2-3-μηνών)

Οι αρθρωτές κινούνται και προκαλούν αλλαγές αντήχησης.

Παράγονται στοματικοί και υπερωικοί ήχοι και ακολούθως, το οπίσθιο στρογγυλεμένο φωνήεν /w/.

γ) Στάδιο επέκτασης (4-6 μηνών)

Βελτίωση του ελέγχου των κινήσεων των αρθρώτων.

Ξεκάθαρες αλλαγές αντήχησης για την παραγωγή φωνηέντων.

Ανάπτυξη του φωνητικού παιχνιδιού, ως αποτέλεσμα της διερεύνησης των κινητικών δυνατοτήτων τους.

δ) Στάδιο του αναπαραγόμενου βαβίσματος (6-8 μηνών)

Ταχέως επαναλαμβανόμενη παραγωγή συλλαβών με σαφή δομή. Π.χ. [ma ma ma] [ba ba ba] με τη χρήση ελάχιστων αρθρωτικών κινήσεων (αρκεί το άνοιγμα και το κλείσιμο του στόματος).

Ο χρόνος έναρξης του βαβίσματος δεν ξεπερνά το 10^ο μήνα ανεξάρτητα από την ομιλούμενη γλώσσα.

ε) Στάδιο ποικιλόμορφου βαβίσματος (9-18 μηνών)

Παρατηρούνται εναλλαγές και διαφορετικοί συνδυασμοί φωνημάτων. Π.χ. [mubida]

2.9.1.2. Μετάβαση από το βάβισμα στην ομιλία.

Κατά την περίοδο της μετάβασης από το βάβισμα στην ομιλία παρατηρείται πολλές φορές συμπίεση των δύο αυτών σταδίων για 4-5 περίπου μήνες. Η μετάβαση ολοκληρώνεται συνήθως με την παραγωγή των πρώτων 50 λέξεων, λίγο πριν την περίοδο της έκρηξης λεξιλογίου.

Η περίοδος των 2-2,5 ετών είναι σημαντική, διότι αποτελεί την πρώτη χρονικά ένδειξη ανάπτυξης του φωνολογικού συστήματος. Παρατηρείται ιδιαίτερη προτίμηση των βρεφών στην προφορά συλλαβών που απαιτούν απλές αρθρωτικές κινήσεις, οι οποίες είναι αρκετά συνήθεις στην ομιλούμενη γλώσσα του περιβάλλοντος. Μεγάλη επίδραση έχει επομένως και η γλώσσα των ενηλίκων.

1) Ολοφραστικό στάδιο

Το ολοφραστικό στάδιο αντιστοιχεί στην προφορά ακολουθιών, οι οποίες συνιστούν μία μόνο λέξη, η οποία αναγνωρίζεται από του ενήλικες ως πραγματική και αντιστοιχούσα στην ομιλούμενη γλώσσα. Η λέξη αυτή πρέπει να έχει ειπωθεί αυθόρμητα, κατ επανάληψη και να προσεγγίζει την εκφορά των ενηλίκων.

Το παιδί προφέρει τις λέξεις με απλοποιημένη μορφή, ανάλογα με τις δυνατότητες του γνωστικού του συστήματος και των συστημάτων αντίληψης και παραγωγής. Επομένως, οι πρώτες παραγωγές των λέξεων δεν χαρακτηρίζονται από φωνηματική ακρίβεια.

Οι λεκτικές παραγωγές, καθ όλη τη διάρκεια του ολοφραστικού σταδίου, αλλά και σε μετέπειτα φάσεις χαρακτηρίζονται από ένα σύστημα δυναμικών κανόνων, που το παιδί κατασκευάζει με βάση τους περιορισμούς αντίληψης και παραγωγής των ήχων της γλώσσας του και ονομάζονται *φωνολογικές διεργασίες* (Ingram, 1986' ΠΣΛ, 1995)

Μετά από επαναλαμβανόμενες προσπάθειες εκφοράς, το βρέφος αποκτά καλύτερο αρθρωτικό έλεγχο και έτσι δημιουργείται μία ανάδραση μεταξύ άρθρωσης και ακοής, που οδηγεί στη σωστή αντίληψη και προφορά των λέξεων-στόχων.

Η συλλαβική δομή των πρώτων λέξεων εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της κάθε γλώσσας. Γενικότερα, οι πρώτες κατηγορίες συμφώνων που παράγονται ως προς τον τρόπο άρθρωσης είναι τα στιγμικά, τα έρρινα και ύστερα τα τριβόμενα και τα υγρά. Ως προς τον τόπο άρθρωσης, συνήθως προφέρονται πρώτα τα διχειλικά και τα φατνιακά ή οδοντικά. (Μαγουλιά 2007' Vihman, 1993).

Οι Kent και Bauner (1985) παρατήρησαν ότι χρησιμοποιούνται απ τα νήπια διαφορετικά σύμφωνα, ανάλογα με τη συλλαβική δομή. Σε συλλαβές τύπου ΣΦ, προφέρονται περισσότερο στιγμικά σύμφωνα, ενώ σε συλλαβές τύπου ΦΣ προφέρονται περισσότερο τριβόμενα σύμφωνα. Επίσης στις πρώτες συλλαβικές δομές, δεν χρησιμοποιούνται συμπλέγματα συμφώνων.

Σύμφωνα με τους Beeman και Edwards (2000), η συχνότητα χρήσης συγκεκριμένων φωνημάτων σχετίζεται με τη συχνότητα εμφάνισής τους στην εκάστοτε ομιλούμενη γλώσσα.

Η σειρά εμφάνισης των συμφώνων χαρακτηρίζεται από παγκόσμια ομοιομορφία. Επίσης σε όλες τις ομιλούμενες γλώσσες, οι ηλικία κατάκτησης των φωνημάτων δεν ξεπερνά τα 8 έτη.

2.9.3. Ανάπτυξη σύνταξης μορφολογίας

Τα περισσότερα παιδιά αρχίζουν να χρησιμοποιούν διαφορετικά μορφήματα προκειμένου να αποδώσουν διαφορετικές λειτουργίες στην ηλικία των 2-3 ετών. Σε αυτή την ηλικία έχει αναπτυχθεί σε σημαντικό βαθμό η ικανότητα εντοπισμού λέξεων στη ροή της ομιλίας, γεγονός, το οποίο επιτρέπει στα παιδιά να εστιάσουν πλέον στη ροή των λέξεων. Επίσης τα παιδιά τώρα έχουν αυξημένη επίγνωση των λειτουργιών που υπηρετεί η γλώσσα και αναζητούν το κατάλληλο γλωσσικό μέσο για την απόδοσή τους.

Διαφορετικές θεωρητικές ερμηνείες κατάκτησης μορφολογικών και συντακτικών γνώσεων έχουν προταθεί από τον Chomsky (1998), τις εμπειριοκρατικές θεωρίες και το μοντέλο των νευρωνικών δικτύων.

Τα στάδια ανάπτυξης της σύνταξης και της μορφολογίας ολοκληρώνονται περίπου στα 4 έτη και είναι τα εξής:

1)Στάδιο της μιας λέξης (τέλος πρώτου έτους)

- Μήκος πρότασης: μία λέξη
- Χρήση λέξεων που ανήκουν σε λεξικές κατηγορίες: ουσιαστικά, κύρια ονόματα, ρήματα, επίθετα.
- Αριθμός ουσιαστικών μεγαλύτερος από αριθμό ρημάτων
- Χρήση καταλήξεων μόνο με συγκεκριμένες λέξεις που το παιδί έχει απομνημονεύσει και δεν έχει αναλύσει σε θέμα και κατάληξη.

2)Μετάβαση από τη μία στις δύο λέξεις (18 μήνες)

- Μήκος πρότασης: 1-2 λέξεις
- Τύποι προτάσεων: -1 λέξη + μία συλλαβή πριν ή μετά τη λέξη
 - 1 λέξη+ 1 λέξη χωρίς συγκεκριμένη σημασία
 - 1 λέξη που επαναλαμβάνεται
- Χρήση φράσεων που στη γλώσσα των ενηλίκων αποτελούνται από δύο λέξεις, και τις οποίες τα παιδιά χρησιμοποιούν ως μία ενότητα.

3)Στάδιο των δύο λέξεων/ Τηλεγραφικό στάδιο (24 μήνες)

- Μήκος πρότασης:2 λέξεις
- Χρήση λέξεων που ανήκουν σε λεξικές κατηγορίες: ουσιαστικά, κύρια ονόματα, ρήματα, επίθετα.
- Συχνή παράλειψη λειτουργικών λέξεων, π.χ. άρθρα, αντωνυμίες. Βοηθητικά ρήματα.
- Ένδειξη για γνώση της σειράς των όρων από τη χρήση λέξεων με παραγωγικό τρόπο.
- Χρήση συντακτικών κανόνων που βασίζονται σε συγκεκριμένες λέξεις
- Χρήση σημασιολογικών κανόνων.

4)Χρήση περισσότερων από τις δύο λέξεις

Σε αυτό το σημείο αυξάνεται σταδιακά ο μέσος όρος του μέσου εκφωνήματος.

Παρόλο που τα μορφήματα σε αυτό το στάδιο κατακτώνται με την ίδια σειρά, δεν κατακτώνται στην ίδια ηλικία.

- Μήκος πρότασης: περισσότερες από δύο λέξεις
- Επέκταση χρήσης σημασιολογικών κανόνων:
 - Ένωση δύο σημασιολογικών σχέσεων
 - Ενσωμάτωση μιας σημασιολογικής σχέσης με μία άλλη.
- Χρήση μορφημάτων που ανήκουν σε λειτουργικές κατηγορίες
- Παρόμοια σειρά κατάκτησης μορφημάτων

5)Στάδιο λεξικής χρήσης

- Μήκος πρότασης: περισσότερες από δύο λέξεις
- Χρήση λέξεων και μορφημάτων που ανήκουν σε λειτουργικές κατηγορίες:
 - με συγκεκριμένο αριθμό λέξεων
 - με συγκεκριμένα γλωσσικά περιβάλλοντα
 - με συγκεκριμένες εκφράσεις

6)Στάδιο παραγωγικής χρήσης

- Μήκος πρότασης: περισσότερες από δύο λέξεις
- Εμφάνιση καμπύλης U στο πέρασμα από το στάδιο της λεξικής στο στάδιο της παραγωγικής χρήσης.

- Χρήση λέξεων και μορφημάτων που ανήκουν σε λειτουργικές κατηγορίες με παραγωγικό τρόπο:
 - σε διαφορετικές δομές
 - σε νέα γλωσσικά περιβάλλοντα
 - σε μορφή υπεργενίκευσης

2.9.4.Ανάπτυξη πραγματολογίας

Οι πρώτες ενδείξεις επικοινωνίας των παιδιών είναι το κλάμα, το ψέλλισμα, το χαμόγελο και η οπτική επαφή, τα οποία εκδηλώνονται αρχικά ως αντανακλαστικά, αλλά μέσω αυτών τα παιδιά ανακαλύπτουν το νόημα της επικοινωνίας, εφόσον με την εκδήλωσή τους, οι γονείς σπεύδουν να καλύψουν τις ανάγκες που τα προκαλούν.

2.9.4.α. Προγλωσσική πραγματολογία

Σύμφωνα με τους Bates Camaioni και Voltera (1975) διακρίνονται 3 στάδια ανάπτυξης της επικοινωνίας του παιδιού:

- 1) Διαλεκτικό στάδιο (από τη γέννηση, έως τον 9^ο μήνα): το βρέφος σε αυτό το στάδιο δεν εκδηλώνει ενδιαφέρον για επικοινωνία, αλλά μέσω αντανακλαστικών, όπως το ψέλλισμα, το κλάμα κλπ. αντιδρά στις βιολογικές ανάγκες, τις οποίες σπεύδουν να καλύψουν οι γονείς.
- 2) Προσλεκτικό στάδιο (9^{ος}-15^{ος} μήνας): το παιδί αποσκοπεί να χρησιμοποιήσει τους γονείς για την κάλυψη των αναγκών του, μέσω μη λεκτικών συμπεριφορών (κατεύθυνση βλέματος, δόξηση με το δάχτυλο κλπ).
- 3) Εκφωνητικό στάδιο (12^{ος}-15^{ος} μήνας): σε αυτή την ηλικία τα περισσότερα παιδιά λένε τις πρώτες τους λέξεις και αναφέρονται σε αντικείμενα και καταστάσεις του περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με τον Βογινδρούκα (2008), «Η ανάπτυξη της προγλωσσικής πραγματολογίας προετοιμάζει το παιδί για την κατάκτηση και την κοινωνική χρήση της γλώσσας εφόσον:

-Η γλώσσα κατακτάται μόνον εφόσον το παιδί νιώθει την ανάγκη να μιλήσει για να εκφράσει τις βασικές του ανάγκες.

-Η γλώσσα αποκτάται ως ένα μέσο μετά την αναγνώριση των επικοινωνιακών λειτουργιών
-Η γλώσσα καθίσταται ως αντικείμενο μάθησης στο πλαίσιο της δυναμικής κοινωνικής αλληλεπίδρασης, η οποία βασίζεται στη βοήθεια που δέχεται το παιδί από τον ώριμο χρήστη της γλώσσας στο περιβάλλον του.

-Το παιδί καθίσταται ενεργός συμμετέχων στη διαδικασία μάθησης της γλώσσας, υποβοηθούμενο από την κατάλληλη συμπεριφορά και δεχόμενο πλέον τη βοήθεια των ενηλίκων (McLean & Snyder- McLean, 1978).

Η ανάπτυξη της προγλωσσικής πραγματολογίας, όπως περιγράφηκε σε αυτή την υποενότητα, οδηγεί το παιδί στην κατάλληλη χρήση της γλώσσας στο κοινωνικό πλαίσιο, δεξιότητα που ανήκει στη γλωσσική πραγματολογία.»(βογινδρούκας,) (Οκαλίδου Α.,2008)

2.9.4.β. Γλωσσική πραγματολογία

Η γλωσσική πραγματολογία αναφέρεται στην κατάλληλη χρήση της γλώσσας ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο. Σύμφωνα με την Bates, μέσω της πραγματολογίας αναπτύσσονται τα επίπεδα της σημασιολογίας, της σύνταξης και της μορφολογίας.

Η γλωσσική πραγματολογία αναπτύσσεται στην προσχολική ηλικία και διακρίνεται από δύο τομείς ανάπτυξης. Ο πρώτος σχετίζεται με την επεξεργασία των επικοινωνιακών λειτουργιών και ο δεύτερος με την ανάπτυξη συζήτησης ως επικοινωνιακής λειτουργίας.

Μεταξύ του 2^{ου} και του 5^{ου} έτους, το παιδί χρησιμοποιεί τη γλώσσα για να μιμηθεί, να ρωτήσει, να εκφράσει τις ανάγκες του, να απαντήσει σε ερωτήσεις, να περιγράψει μια εικόνα, ένα αντικείμενο ή ένα γεγονός, να περιγράψει αυτό που κάνει, να αναγνωρίσει ένα σχέδιο δράσης,, να διηγηθεί εμπειρίες του παρελθόντος, να πειράξει ή να ενοχλήσει κάποιον, να απειλήσει ή να φοβίσει, να παραπονεθεί για κάτι ή να κάνει κριτική.

2.9.4.γ.Ανάπτυξη της συζήτησης

Αρχικά οι δεξιότητες συζήτησης αναφέρονται στο άμεσο παρόν. Στην ηλικία των τριών ετών, το παιδί αποκτά την ικανότητα να προτείνει ένα θέμα για συζήτηση και αναπτύσσει τις ικανότητες εναλλαγής σειράς. Στην ηλικία των τεσσάρων έχει την ικανότητα να ρυθμίσει ανάλογα με το συνομιλητή και τη γνώμη του, έχοντας και πάλι αδυναμίες σε σχέση με τους ενήλικες. Το μήνυμα που μεταδίδει πολλές φορές δεν είναι σαφές και ζητούνται διασαφηνίσεις, οι οποίες είναι κουραστικές για το παιδί. Κατά τον 5^ο χρόνο τα παιδιά καθίστανται ικανοί συνομιλητές σε όλες τις περιστάσεις ,ενώ γύρω στα 6-7 έτη είναι ικανά να διατηρήσουν μια συζήτηση και να ζητούν διευκρινήσεις, να μιλήσουν και να

κατανοήσουν στον πλάγιο λόγο και να κάνουν αφήγηση. Επίσης, μπορούν να χρησιμοποιήσουν κοινωνικά αποδεκτά μοντέλα εκφράσεων, να κατανοούν το μεταφορικό λόγο, να αντιλαμβάνονται το χιούμορ και να λένε ανέκδοτα, να διαπραγματεύονται και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να αναπτύσσουν μεταγλωσσικές ικανότητες.

«Στην ολοκλήρωση των πραγματολογικών δεξιοτήτων συμβάλλει μια σειρά γλωσσικών λειτουργιών που περιγράφονται από τη θεωρία του νου, η οποία αναπτύσσεται γύρω στα τέσσερα έτη (theory of mind) (Premak & Woodruff, 1978), τη θεωρία της συσχέτισης (relevance theory)(Speder & Wilson, 1986) και τη θεωρία της κεντρικής συνοχής, (Central coherence theory)(Frith, 1994).

Καταλήγοντας, φαίνεται ότι η προγλωσσική και γλωσσική πραγματολογία εμπερικλείουν το νόημα και το σκοπό της επικοινωνίας.

2.9.4.δ. Ανάπτυξη της αφηγηματικής ικανότητας

Η μελέτη ανάπτυξης των αφηγηματικών ιστοριών, επικεντρώνεται σε δύο διαστάσεις, τη συνεκτικότητα και τη συνοχή. Επίσης για να αξιολογηθεί θετικά μια ιστορία, πρέπει να πληροί τα ακόλουθα στοιχεία: α) Έμψυχος πρωταγωνιστής, β) Σύνδεση των γεγονότων με χρονικές και αιτιώδεις σχέσεις, γ) Σκοπός του ήρωα και δράσεις προκειμένου να επιτευχθεί, δ) Εμπόδια που παρεμβάλλονται κατά την επίτευξη του στόχου και την αντίδραση του ήρωα, ε) Κατάληξη, η οποία συνήθως περιλαμβάνει την αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης του στόχου, ένα ηθικό δίδαγμα που προέκυψε από την εφαρμογή του σχεδίου δράσης, η ορισμένα συμπεράσματα, που συνδέουν τα γεγονότα της ιστορίας με έναν συμπαγή τρόπο. (Stein, 1995).

Αυτό που αξιολογείται επίσης είναι το αφηγηματικό ύφος και παράμετροι όπως το περιεχόμενο, η δομή και τα μέσα έκφρασης.

Η ανάπτυξη της αφηγηματικής ικανότητας απαιτεί ορισμένες περίπλοκες γνωστικές, κοινωνικές και γλωσσικές ικανότητες, όπως η εργαζόμενη μνήμη, αναπαραστάσεις του φυσικού κόσμου και των κοινωνικών σχέσεων, αντίληψη της προοπτικής του ακροατή, επίγνωση της σχέσης αιτίου-αποτελέσματος, καθώς και την ικανότητα χρήσης κατάλληλων γλωσσικών μέσων για την απόδοση του αφηγήματος (Pan&Snow, 1999)

Στην ηλικία των τριών τα παιδιά είναι ικανά να αφηγούνται προσωπικές εμπειρίες. Κατά την προσχολική ηλικία, τα παιδιά, έχουν την ικανότητα να αφηγούνται φανταστικές ιστορίες, ενώ τα μεγαλύτερα διαδραματίζουν και συναισθήματα μέσω προσποίησης.

Στην ηλικία των τεσσάρων, τα παιδιά είναι ικανά να περιγράψουν τις προθέσεις, τα κίνητρα, τα πιστεύω και τις αντιδράσεις των ηρώων της ιστορίας. Σημαντικός παράγοντας είναι και η ικανότητα των παιδιών να λαμβάνουν υπόψη και να προβλέπουν τις αντιδράσεις του ακροατή, προοπτική που βασίζεται στη διαμόρφωση της θεωρίας του νου.

Στην ηλικία των 5 παρατηρείται έναρξη της χρήσης του αόριστου και του οριστικού άρθρου, μόνο όταν το αντικείμενο αναφοράς σχετίζεται με το άμεσο παρόν και είναι ορατό στον ακροατή (Mc Whinney & Bates, 1978). Η χρήση του οριστικού και του αόριστου άρθρου τελειοποιείται στην ηλικία των εννέα ετών.

3. ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

3.1 Ορισμός φυσιολογικής ροής

Σύμφωνα με την αμερικάνικη Ένωση Ομιλίας Λόγου και Ακοής (ASHA), η φυσιολογική ροή ή ευχέρεια (fluency) είναι: «Η παράμετρος εκείνη της παραγωγής ομιλίας που περιλαμβάνει τη συνέχεια, την ομαλότητα, το ρυθμό ή/και την προσπάθεια με την οποία ένας ομιλητής παράγει διάφορες γλωσσικές μονάδες (American Speech-Language-Hearing Association, 1999).

Σύμφωνα με τον Guitar, «Η φυσιολογική ροή ορίζεται ως η ροή ομιλίας χωρίς προσπάθεια ή η ομαλή μετάβαση ήχων, συλλαβών και λέξεων (Guitar, 2006).

3.2 Ορισμός εξελικτικού και επίμονου τραυλισμού

Σύμφωνα με τους Yairi και Seery (2011), ο εξελικτικός τραυλισμός, εμφανίζεται κατά την ανάπτυξη του παιδιού και πρόκειται για ένα φαινόμενο που η αξιολόγηση και η αντιμετώπισή του περιλαμβάνει όλους τους παράγοντες που εμπλέκονται σε αυτό. Αυτοί είναι:

- 1) Τα εμφανή χαρακτηριστικά της ομιλίας (πρωτεύουσες συμπεριφορές).
- 2) Οι σωματικές σύνοδες συμπεριφορές (δευτερεύουσες συμπεριφορές).
- 3) Η φυσιολογική/σωματική δραστηριότητα (αλλαγές στην κυκλοφορία του αίματος, δερματικές αντιδράσεις και ηλεκτροφυσιολογική δραστηριότητα του εγκεφάλου).
- 4) Συναισθηματικές αντιδράσεις (συναισθήματα και φοβίες, σχετιζόμενα με τις πρωτεύουσες συμπεριφορές)
- 5) Γνωστικές διαδικασίες (γνωστική προετοιμασία για την εκφορά και τον σχηματισμό των γλωσσικών δομών)
- 6) Κοινωνική δυναμική (οι κοινωνικές συνέπειες απομόνωσης και δυσκολίας δημιουργίας σχέσεων, σχετιζόμενες με τις πρωτεύουσες και δευτερεύουσες συμπεριφορές).

Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ο παράγοντας 1 θεωρείται αρκετός και απαραίτητος για τη διάγνωση της διαταραχής, ωστόσο δεν πρέπει να παραβλέπονται και οι υπόλοιποι.

«Όταν ο εξελικτικός τραυλισμός εμμένει για περισσότερα από τρία χρόνια, τότε ονομάζεται επίμονος και χρόνιος» (Yairi και Ambrose, 2005)

Εκτός από τον εξελικτικό τραυλισμό, άλλα είδη διαταραχών ροής είναι: ο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός, ο νευρογενής επίκτητος τραυλισμός και το Cluttering:

3.3 Συμπτωματολογία τραυλισμού

Μετά από την εκπόνηση αρκετών μελετών έχει προκύψει ένα σύστημα κατηγοριοποίησης των δυσρυθμιών, οι οποίες μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες ομάδες :

1. Ενδολεκτικές δυσρυθμίες

- Επανάληψη φωνήματος π.χ. «τ-τ-τ-τι θέλεις;»
- Επανάληψη συλλαβής π.χ. «τι θε-θε-θέλεις;»
- Επανάληψη μονοσύλλαβων λέξεων π.χ. «τι-τι-τι θέλεις;»
- Επιμήκυνση ήχου-φωνήματος π.χ. «ττιιι θέλεις;»
- Μπλοκάρισμα

*σύμφωνα με τον Yairi, (1997), οι ενδολεκτικές δυσρυθμίες αναφέρονται και σαν SLDs (stuttering-like disfluencies).

Δυσρυθμίες μεταξύ των λέξεων

- Επανάληψη φράσης π.χ. «Πως σε πως σε λένε;»
- Αναθεώρηση- επαναδιατύπωση π.χ. «μου δίνεις τον πίνακα, όχι, τη φωτογραφία»
- Παρεμβολή π.χ. «Με λένε, εεε, Κατερίνα»

3.4 Ηλικίες έναρξης τραυλισμού

Η έναρξη του τραυλισμού είναι πιθανή σε οποιαδήποτε ηλικία από 18 μηνών έως 12 ετών με πιθανότερο διάστημα έναρξης μεταξύ 2-5 ετών, το οποίο συμπίπτει με την περίοδο ραγδαίας ανάπτυξης του προφορικού λόγου.

Σύμφωνα με την επιστημονική ομάδα του Yairi στο πανεπιστήμιο του Illinois, στο 80% των παιδιών που εμφανίζουν εξελικτικό τραυλισμό, η ηλικία έναρξης κυμαίνεται μεταξύ 24-42 μηνών.(Yairi και Ambrose, 1992)

Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, η πιθανότητα έναρξης του τραυλισμού μειώνεται σημαντικά όσο αυξάνεται η ηλικία του παιδιού. Επίσης η έναρξη των συμπτωμάτων σε ηλικία μικρότερη των τριών ετών τείνει περισσότερο σε περιπτώσεις φυσιολογικής δυσρυθμίας και επομένως σε συμπτώματα που δεν θα επιμείνουν για καιρό.

Η έναρξη του τραυλισμού μπορεί να είναι **σταδιακή, ξαφνική ή συνεχόμενη**. Κατά τη σταδιακή έναρξη, οι δυσρυθμίες από ήπιες, με την πάροδο του χρόνου αυξάνονται σε ένταση και συχνότητα. Κατά την ξαφνική έναρξη τα συμπτώματα είναι ποικίλης σοβαρότητας και μπορούν να εμφανιστούν μέσα σε μία μέρα και συνήθως μετά από ένα σημαντικό γεγονός, όπως η γέννηση ενός παιδιού, η ημέρα των γενεθλίων κλπ. (Yairi και Ambrose, 1992)

Συχνή είναι και η συνεχόμενη έναρξη, όπου τα συμπτώματα μπορεί να διαρκούν για λίγες μέρες, να παρεμβάλλονται περίοδοι φυσιολογικής δυσρυθμίας και στη συνέχεια να επανέρχονται σποραδικά ή κυκλικά.

3.5 Επιπολαστικά στοιχεία

A) Συχνότητα εμφάνισης:

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού είναι η ηλικία. Σύμφωνα με έρευνες (Andrews, 1984, Bloodstein, 1995, Proctor, Duff, Yairi, 2002 και Ambrose, 2005) διαπιστώθηκε ότι κατά την προσχολική ηλικία το ποσοστό εμφάνισης του τραυλισμού αγγίζει το 2,43%, ενώ στους ενήλικες, το ποσοστό εμφάνισης είναι μικρότερο του 1% (Andrews, 1984, Bloodstein, 1995), γεγονός που υποδηλώνει ότι υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις τραυλισμού, στις οποίες επέρχεται αυθόρμητη ανάρρωση. Το ποσοστό επίσης των ατόμων που παρουσίασαν τραυλισμό κάποια στιγμή στη ζωή τους κυμαίνεται από 5 έως 15% με πιο συχνή την αναφορά έναρξης συμπτωμάτων στην προσχολική ηλικία (Bloodstein, 1995, Mansson, 2000).

B) Φύλο: Αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες επιβάρυνσης για την εξάπλωση του τραυλισμού. Η υπεροχή των αρρένων είναι αρκετά εμφανής με την αναλογία στην ηλικία των κάτω των 27 μηνών να αντιστοιχεί σε 1,2 αγόρια προς ένα κορίτσι (Yairi και Ambrose, 1992) και στην προσχολική ηλικία σε 4:1 αντίστοιχα (Yairi και Ambrose, 2005). Στα παιδιά σχολικής ηλικίας και στους ενήλικες η αναλογία αντιστοιχεί σε 4:1 (Bloodstein, 1995, Craig et al., 2002, Mansson, 2000).

Ο παράγοντας του φύλου σηματοδοτεί επίσης και την ύπαρξη γενετικών παραγόντων. Μελέτες του Ambrose, Yairi και Cox (1993), αναφέρουν ότι σε οικογένειες ατόμων που τραυλίζουν, είναι πιθανότερο να βρεθεί και κάποιο άλλο αρσενικό μέλος, το οποίο να τραυλίζει (πατέρας, αδελφός), παρά θηλυκό.

Μια άλλη διαφορά που παρατήρησαν οι Yairi και Ambrose (1992) είναι ότι η έναρξη του τραυλισμού στα κορίτσια, μπορεί να γίνει μέχρι και έξι μήνες νωρίτερα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι η γλωσσική ανάπτυξη των κοριτσιών είναι γρηγορότερη σε σχέση με τα αγόρια σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η έναρξη του τραυλισμού συνήθως εμφανίζεται κατά την περίοδο ραγδαίας ανάπτυξης του λόγου.

Γ)Σχετικά με τη φυλή, την εθνικότητα, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τη διγλωσσία, η γενική άποψη είναι ότι ο τραυλισμός δεν γνωρίζει τέτοιες διαφορές. (Manning, 2010).

Δ)Συνοσηρότητα

Στη βιβλιογραφία και στην κλινική πρακτική έχουν αποδειχθεί πολλές περιπτώσεις συνοσηρότητας του τραυλισμού με κυριότερες παθολογίες τη νοητική υστέρηση, το σύνδρομο Down, τη ΔΕΠ-Υ, τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και τις μαθησιακές δυσκολίες (Healey και Reid, 2003, Manning, 2001). Αυτές οι δυσρυθμίες δεν αναγνωρίζονται πάντα ως εξελικτικός τραυλισμός.(Healey, Reid, Donaher, 2005).

Σύμφωνα με τους Blood et al., (2003), περίπου το 63% των παιδιών σχολικής ηλικίας που τραυλίζουν, παρουσιάζουν και μία ακόμη διαταραχή, με τις διαταραχές άρθρωσης και φωνολογίας να αγγίζουν το 12 και 32% αντίστοιχα.

3.6 Αιτιολογία του τραυλισμού

Η αναζήτηση της φύσης και της αιτιολογίας του τραυλισμού μετρά 2000 χρόνια έρευνας. Ωστόσο ακόμα δεν έχει επιτευχθεί η δημιουργία ενός κοινά αποδεκτού θεωρητικού μοντέλου. Ακολουθεί μια αδρή περιγραφή των κυριότερων θεωριών που αναφέρονται στην αιτιολογία του τραυλισμού.

3.6.1.Ψυχοπαθολογία

Κύριοι υποστηρικτές αυτής της θεωρίας ήταν ο Medelson (18^{ος} αιώνας) ο Bluemel (19^{ος} αιώνας), ο Klenske (1860), ο Appert (1911). Σύμφωνα με αυτή την άποψη, ο τραυλισμός αποτελεί ένα δευτερεύον σύμπτωμα κάποιας άλλης διαταραχής, και πιθανότατα της αγχώδους νεύρωσης. Ωστόσο η εφαρμογή ψυχαναλυτικών τεχνικών για την αντιμετώπιση του τραυλισμού αποδείχτηκε αναποτελεσματική, καθώς στο μεγαλύτερο ποσοστό των

ασθενών που εφαρμόστηκε παρατηρήθηκε παλινδρόμηση του τραυλισμού. Την αβεβαιότητα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου υποστήριξε και ο ίδιος ο Freud (1966).

3.6.2.Αποτέλεσμα μάθησης

Ο πρώτος υποστηρικτής αυτής της άποψης ήταν ο Amman (1700). Αργότερα, ο παππούς του Δαρβίνου, ο Erasmus Darwin (1800), που είχε και ο ίδιος τραυλισμό, τον απέδιδε σε «συναισθηματικά μαθημένες διακοπές του αυτοματοποιημένου λόγου» και πρότεινε την εξάσκηση στην εκφορά ήχων με χαλαρές κινήσεις των χειλιών.

Η άποψη αυτή έγινε αρκετά αποδεκτή κατά τον 19^ο αιώνα με κύριο εκφραστή τον Mervin Bell και τον 20^ο αιώνα από τον Knight Dunlap (1932), ο οποίος πρότεινε την εξάσκηση του ατόμου σε σκόπιμο τραυλισμό και αργότερα να διορθώσει τη λέξη στην οποία σκόπιμα τραύλιζε. Η συγκεκριμένη τεχνική προτείνεται σε ασθενείς μέχρι και σήμερα.

Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των υποστηρικτών αυτής της άποψης αυξάνεται.

3.6.3Υπόθεση της κατάρρευσης

Η έννοια της κατάρρευσης -ή αλλιώς αποσύνθεση, αποδιοργάνωση και παρεμβολή- χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κατάσταση του ατόμου τη στιγμή που τραυλίζει.

Οι θεωρίες οι οποίες υιοθετούν την υπόθεση της κατάρρευσης χωρίζονται σε αυτές που αποδίδουν την εκδήλωση του τραυλισμού σε κάποια αμιγώς οργανική αιτιολογία, η οποία δεν σχετίζεται με τα περιφερειακά όργανα του λόγου, αλλά με τη νευρομυική δομή του σώματος και σε αυτές που θεωρούν ως καθοριστικό τον περιβαλλοντικό παράγοντα

3.6.4.Υπόθεση της απωθημένης ανάγκης

«Στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής προσέγγισης, ο τραυλισμός περιγράφεται ως νευρωσικό σύμπτωμα, το οποίο πηγάζει από απωθημένες ανάγκες του ατόμου» (Brill, 1923' Coriat,1931). Σύμφωνα με τον Freud (1945), ο τραυλισμός αποτελεί αντίδραση στην επιθυμία απώθησης της ομιλίας, όπου η τελευταία μπορεί να θεωρείται από το άτομο ως εκφραστής αναγκών, οι οποίες δεν θα γίνουν αποδεκτές από το περιβάλλον.

Σύμφωνα με τον Adler (1927), ο τραυλισμός είναι μια κατάσταση νεύρωσης, η οποία μπορεί να δημιουργηθεί όταν το παιδί βιώσει ματαίωση από τους γονείς για την περίοδο που μιλάει, κυρίως κατά την περίοδο ανάπτυξης της ομιλίας, μέσω διόρθωσης, κακής κριτικής ή κοροϊδίας από τους τελευταίους. Έτσι δημιουργείται ένα κλίμα διαρκούς μάχης

κατά τη διάρκεια ομιλίας του παιδιού για την αντιμετώπιση του κοινωνικού περιγύρου. Ο τραυλισμός δεν εκδηλώνεται όταν το παιδί μιλάει μόνο του.

Μέσα από αυτή την τοποθέτηση γεννιέται το ερώτημα για το ποια είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που τραυλίζει.

3.6.5.Υπόθεση της αναμονής- αντιμετώπισης

Η υπόθεση της αναμονής-αντιμετώπισης αποτελεί μία από τις ευρύτερα αποδεκτές θεωρίες για τον τραυλισμό. Σύμφωνα με αυτήν, ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα μάθησης. Η ενεργοποίησή του είναι αποτέλεσμα πρώιμων εμπειριών σχετικά με την ανάπτυξη της γλώσσας, η οποία εκλαμβάνεται ως δύσκολη υπόθεση. Όταν το άτομο περιμένει ότι θα τραυλίσει, αυτό το υποβάλλει σε μια αμφίδρομη διαδικασία και έτσι, λόγω του φόβου του οδηγείται στη συμπεριφορά που θέλει να αποφύγει, τον τραυλισμό.

Στην προσπάθειά του να κρύψει το πρόβλημα, μπαίνει στη διαδικασία δημιουργίας μιας δικής του υπολανθάνουσας θεωρίας, χωρίζοντας φωνήματα και λέξεις σε δύσκολα ή εύκολα, προσπαθώντας να αποφύγει αυτά που τον δυσκολεύουν. Έχει διαπιστωθεί ότι οι διαδικασίες αυτές, όχι μόνο προκαλούν, αλλά και εδραιώνουν τον τραυλισμό.

Επίσης, σύμφωνα με τη διαγνωσογενή θεωρία του Wendell Johnson, (δεκαετία 1940), μια διαταραχή εκδηλώνεται ως αποτέλεσμα της διάγνωσής της.

3.6.6. Ο τραυλισμός, ως αγχώδης διαταραχή αναμονής

Επέκταση της υπόθεσης προσμονής-αντιμετώπισης, αποτελεί η αγχώδης διαταραχή αναμονής, η οποία περιγράφεται από τον Freud (1966) ως μία νεύρωση (νεύρωση αναμονής). Οι νευρώσεις σε γενικές γραμμές περιγράφονται ως μορφές μαθημένης δυσπροσάρμοστης συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με ορισμένους ειδικούς, υπάρχουν άτομα, τα οποία έχουν την προδιάθεση να εκδηλώσουν τέτοιου είδους νευρώσεις, λόγω γενετικών, ψυχοκοινωνικών ή ψυχολογικών παραγόντων (Freud, 1966).

Με τον ίδιο τρόπο, της μαθημένης δυσπροσάρμοστης συμπεριφοράς, λειτουργεί και ο τραυλισμός, ο οποίος αποτελεί μια αγχώδη διαταραχή που προκύπτει μέσα από την προσπάθεια μη εκδήλωσης της λανθασμένης συμπεριφοράς που προκαλεί το αντίθετο αποτέλεσμα και την επιδείνωση των ανεπιθύμητων συμπτωμάτων.

3.6.7. Το μοντέλο των δυνατοτήτων και απαιτήσεων

Το συγκεκριμένο μοντέλο, διατυπώθηκε από τον Starkweather (1987). Σε αυτή την περίπτωση έχουμε να κάνουμε με τις απαιτήσεις του έχει το περιβάλλον από το παιδί κατά την της ανάπτυξης της ομιλίας του, οι οποίες είναι αυξημένες και ξεπερνούν τις γνωστικές, γλωσσολογικές, κινητικές ή συναισθηματικές δεξιότητες του παιδιού. Τα παιδιά, κατά τη συγκεκριμένη περίοδο, είναι πιθανό να είναι διστακτικά στην εκφορά του λόγου. Αν αυτό συνδυαστεί με τις αυξημένες απαιτήσεις του περιβάλλοντος, οι οποίες ξεπερνούν το αναπτυξιακό του επίπεδο, το παιδί, λόγω του άγχους του να ανταποκριθεί στις προσδοκίες, είναι πιθανό να εκδηλώσει συμπτώματα τραυλισμού.

3.6.8. Υπόθεση της συγκαλυμμένης διόρθωσης

Η συγκεκριμένη θεωρία υποστηρίζει ότι ο τραυλισμός αποτελεί μια διορθωτική προσπάθεια φωνολογικών λαθών, τα οποία το άτομο προσπαθεί να προλάβει μέσω παρεμβολών, μικρών παύσεων κλπ.

Ένας ακόμα παράγοντας στον οποίο στηρίζεται η συγκεκριμένη θεωρία είναι ότι σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, τα παιδιά που τραυλίζουν, παρουσιάζουν συχνότερα και σε μεγαλύτερη ποικιλία προβλήματα λόγου και ομιλίας σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά (Louko et al., 1990, Wolk et al., 2000). Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, η ικανότητα φωνολογικής κωδικοποίησης αναπτύσσεται με βραδύτερους ρυθμούς στα άτομα που τραυλίζουν.

Μπορούμε, βάσει των παραπάνω ιστοριών να συμπεράνουμε ότι κατά γενική ομολογία ο τραυλισμός είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο περικλείει:

3.6.9. Γενετικούς- Κληρονομικούς παράγοντες

Σύμφωνα με την ομάδα του Yairi (1997), το 40-60% των ατόμων που τραυλίζουν, είχαν κάποιο άτομο στην οικογένειά τους που τραύλιζε. Επίσης, στις περιπτώσεις των μονοζυγωτικών διδύμων, ο κίνδυνος εκδήλωσης τραυλισμού είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με τους διζυγωτικούς διδύμους (Dworzynski et al., 2007, Felsenfeld et al., 2000, Howie, 1981).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι ακόμη και η ανάρρωση ή η επιμονή, έχει για κάποιους ασθενείς γενετικό υπόβαθρο, εφόσον, σύμφωνα με τους Ambrose, Cox και Yairi (1997), για άτομα που ανάρρωσαν υπήρχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να βρεθεί κάποιο άλλο μέλος

στην οικογένειά τους που είχε αναρρώσει και το ίδιο. Αντίστοιχα παρατηρούνταν και η έκβαση του τραυλισμού σε παιδιά που ο τραυλισμός τους ήταν επίμονος.

Επίσης, το 2001 η επιστημονική ομάδα του ερευνητή Dennis Drayna από το εθνικό ινστιτούτο υγείας των Η.Π.Α., ενοχοποίησε τις αλυσίδες του χρωμοσώματος 12, γονίδιο το οποίο είναι υπεύθυνο για το μεταβολισμό πρωτεϊνών και θρεπτικών ουσιών και έχει συνδεθεί με μεταβολικά σύνδρομα και ασθένειες. Οι μεταλλάξεις του (σταγονίδια GNPTAB, GNPTG, NAGPA) ήταν συχνότερες σε άτομα και οικογένειες που τραύλιζαν σε ποσοστό 6%.

3.6.10 Νευρογενείς παράγοντες

«Μελέτες που έγιναν με τη χρήση νευροαπεικονιστικών μεθόδων, αναδεικνύουν ότι ΑΠΤ και κυρίως ενήλικες, αλλά και παιδιά, έχουν ορισμένες ήπιες, αλλά παρατηρήσιμες διαφορές, οι οποίες έχουν βρεθεί πολύ κοντά στα κέντρα λόγου, αλλά όχι σε αυτά (Foundas et al., 2004), αλλά και στο μέγεθος των ινών της λευκής ουσίας με κύριο το μεσολόβιο (Chang et al., 2008).

3.6.11. Περιβαλλοντικούς παράγοντες

Υπάρχει η αντίληψη ότι ο τραυλισμός είναι μια ψυχογενής διαταραχή που προκαλείται από εξωγενείς παράγοντες (Andrews και Harris, 1964, Sheehan, 1975). Παράλληλα, αναφέρεται σε αρκετά περιστατικά ότι η πυροδότηση της έναρξης του τραυλισμού οφείλεται σε κάποιο συγκεκριμένο τραυματικό περιστατικό.

Σύμφωνα με τη Μαλανδράκη (2012), περιβαλλοντικοί παράγοντες ίσως παίζουν κάποιο ρόλο στην πυροδότηση της έναρξης του τραυλισμού, όμως δεν είναι γνωστή η αιτιολογία της γέννησής του.

Πιο συγκεκριμένα, κατά την κρίσιμη περίοδο ανάπτυξης της ομιλίας (2-5 ετών), παρατηρούνται δισταγμοί και επαναλήψεις, οι οποίες σε κάποια παιδιά διατηρούνται και σε μεγαλύτερη ηλικία. Σε συνδυασμό με τις αντιδράσεις του περιβάλλοντος, οι δυσρυθμίες αυτές μπορεί να διατηρηθούν και να εδραιωθούν ως επίμονος τραυλισμός, λόγω της αγωνίας του παιδιού να τις αποφύγει.

3.6.12 Συνδυασμός παραγόντων

Σύμφωνα με τους Conture (1990), Guitar (2006) Yairi (2004), ένας συνδυασμός παραγόντων είναι απαραίτητος για την εκδήλωση του τραυλισμού. Κατά τον Guitar, ο

συνδυασμός δύο βιολογικών παραγόντων και συγκεκριμένα το γονίδιο σε μη αποτελεσματική ανάπτυξη της ομιλίας/λόγου και ένα γονίδιο που προδιαθέτει για υπερευαισθησία και ευαίσθητο μεταιχμιακό σύστημα, σε συνδυασμό με έναν στρεσογόνο παράγοντα, είναι αρκετοί για την εμφάνιση του τραυλισμού.

3.7 Επίπεδα και κατηγορίες του επίμονου τραυλισμού

Όπως όλες οι διαταραχές, έτσι και ο τραυλισμός συναντάται σε διάφορα επίπεδα και βαθμούς και εξελίσσεται περεταιίρω με την πάροδο του χρόνου (Van Riper, 1971, Yairi και Seery, 2011).

Στη βιβλιογραφία συναντάται πλήθος ταξινομήσεων των επιπέδων και του βαθμού του τραυλισμού. Στην παρούσα εργασία θα παρατεθούν τρεις ταξινομήσεις: του Van Riper, του Yairi, και του Guitar.

3.7.1. Ταξινόμηση Van Riper

Πορεία I	Πορεία II	Πορεία III	Πορεία IV (σπάνια πορεία)
<ul style="list-style-type: none"> • Έναρξη σε μικρή ηλικία • Σταδιακή εξέλιξη • Αρχικά εύκολες επαναλήψεις • Μη συνειδητοποίηση της δυσκολίας • Μεγάλες πιθανότητες ανάρρωσης • Περίπου το 50% όλων των περιπτώσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Έναρξη σε λίγο μεγαλύτερη ηλικία από την πορεία I • Σταδιακή εξέλιξη • Αρχικά επαναλήψεις, παύσεις, αναθεωρήσεις • Μη συνειδητοποίηση δυσκολίας • Γρήγορος ρυθμός ομιλίας • Περίπου το 25% όλων των περιπτώσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έναρξη σε μεγαλύτερη ηλικία. • Ξαφνική έναρξη • Μπλοκαρίσματα • Σημαντική συνειδητοποίηση της δυσκολίας • Φόβος και ντροπή • Περίπου το 10% όλων των περιπτώσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Έναρξη σε ηλικία άνω των 4 ετών. • Ξαφνική έναρξη • Παράδοξα συμπτώματα • Σημαντική συνειδητοποίηση της δυσκολίας • Έλλειψη φοβίας • Περίπου το 10% όλων των περιπτώσεων

Πηγές: Μαλανδράκη Γεωργία

(Van Riper,1971, Yairi και Seery,2011)

3.7.2.Ταξινόμηση Yairi

Τα κύρια χαρακτηριστικά των επιπέδων ταξινόμησης του Guitar αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα:

Επίπεδο δυσρυθμίας	Λεκτικές συμπεριφορές	Σωματικές δευτερεύουσες συμπεριφορές	Αρνητικά συναισθήματα
Φυσιολογική δυσρυθμία.(συνήθως 1,5-6 ετών)	-6 ή λιγότερες δυσρυθμίες/100 συλλαβές -<2 μονάδες επανάληψης -Κυρίως επαναλήψεις (λέξεων ή φράσεων), παρεμβολές, αναθεωρήσεις -Μείωση επαναλήψεων μονοσύλλαβων λέξεων ως την ηλικία των 4 -Ήπιες δυσρυθμίες -<3-4 SLDs/100 συλλαβές	όχι	-Μη συνειδητοποίηση -Απουσία αρνητικών συναισθημάτων
Οριακός εξελικτικός τραυλισμός(συνήθως 1,5-6 ετών)	->6 δυσρυθμίες/ 100 συλλαβές ->2 μονάδες επανάληψης -Περισσότερες	Συνήθως όχι, αλλά στο μεταίχμιο	-Γενικά μη συνειδητοποίηση -Ίσως προσωρινή έκπληξη -Απουσία

	<p>επαναλήψεις(και τμήματος λέξεων), επιμηκύνσεις και μικρές παύσεις, από αναθεωρήσεις και παρεμβολές</p> <p>-Πιο γρήγορες επαναλήψεις</p> <p>->3-4-SLDs/100 συλλαβές</p>		αρνητικών συναισθημάτων
<p>Ήπιος εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός.(συνήθως 2-8 ετών)</p>	<p>Όλα τα παραπάνω (οριακού τραυλισμού) συν: ->του 10% ποσοστά τραυλισμού δεν είναι σπάνια</p> <p>-Απότομες, ακανόνιστες και έντονες επαναλήψεις, μεγαλύτερης διάρκειας επιμηκύνσεις, ίσως μπλοκαρίσματα</p>	<p>-Αρχή τέτοιων συμπεριφορών</p> <p>-Αύξηση ύψους φωνής</p> <p>-Παρεμβολές</p> <p>-Ηρεμες σωματικές κινήσεις</p>	<p>-Αρχή συνειδητοποίησης</p> <p>-Ίσως αγανάκτηση</p>
<p>Μέτριος εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός (συνήθως 6-13 ετών)</p>	<p>Όλα τα παραπάνω (ήπιου τραυλισμού) συν:</p> <p>-Μπλοκαρίσματα με διακοπή ήχου και εκπνοής αέρα</p> <p>-Διπλές συμπεριφορές</p>	<p>-Διαφυγή και αποφυγή</p> <p>-Πολλαπλά είδη συμπεριφορών, σωματικών και λεκτικών</p> <p>-Διπλές συμπεριφορές</p>	<p>Φόβος, αμηχανία, αγανάκτηση, ντροπή</p>

Σοβαρός εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός (συνήθως έφηβοι ή ενήλικες)	Όλα τα παραπάνω (μέτριου τραυλισμού) συν: -Παρατεταμμένα και έντονα μπλοκαρίσματα, μερικά και με τρόμο -Μεγαλύτερη διάρκεια μπλοκαρισμάτων και επιμηκύνσεων	-Έντονη διαφυγή και αποφυγή -Έντονες δευτερεύουσες συμπεριφορές -Διπλές και τριπλές συμπεριφορές	Φόβος, αμηχανία, αγανάκτηση, ντροπή και αρνητική αυτοαντίληψη
--	---	--	---

*SLDs= Δυσρυθμίες στη μέση των λέξεων

*ODs=Δυσρυθμίες ανάμεσα στη λέξη

Πηγή: Μαλανδράκη Γεωργία

(Adams,1977,1980, Guitar,2006, Throneburg και Yairi,1994 ,Yairi,1997, Yairi και Ambrose,1999)

Αυτό το οποίο πρέπει να επιστήσει την προσοχή στον ειδικό είναι ότι η κάθε περίπτωση τραυλισμού είναι διαφορετική και πολύπλοκη και ότι τα επίπεδα ταξινόμησης που αναφέρονται σε κάθε έρευνα δεν είναι απόλυτα αντιπροσωπευτικά και είναι πολύ πιθανό να επικαλύπτονται. Επίσης, επισημαίνεται ότι οι συγκεκριμένες ταξινομήσεις, αλλά και οι περισσότερες που συναντώνται στη βιβλιογραφία είναι βασισμένες σε ξενόγλωσσα δεδομένα και δεν πρέπει να ειπωθούν ως απόλυτες. Η ευελιξία και η κριτική κατηγοριοποίηση των ασθενών είναι απαραίτητη για την πιο σωστή και ολοκληρωμένη κλινική φροντίδα των ασθενών.

3.8 Αξιολόγηση εξελικτικού και επίμονου τραυλισμού

3.8.1 Αξιολόγηση ροής σε παιδιά προσχολικής ηλικίας

Η αξιολόγηση ροής σε παιδιά προσχολικής ηλικίας περιλαμβάνει τους εξής τομείς:

α) Συνέντευξη με γονείς- κηδεμόνες

1) Γενικές πληροφορίες- συμβουλές

Μέσα σε ένα άνετο και παράλληλα επαγγελματικό κλίμα και μετά τη συμπλήρωση του ιστορικού, χορηγούνται κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις στους γονείς.¹

Οι γονείς ενημερώνονται πλήρως για τη διαδικασία που πρόκειται να ακολουθηθεί κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης καθώς και για τον αριθμό των συνεδριών που πρόκειται να διενεργηθούν, προκειμένου να ολοκληρωθεί η συγκεκριμένη διαδικασία.

Σύμφωνα με τον Guitar (2006), πρέπει να ζητήσουμε από τους γονείς να περιγράψουν οι ίδιοι το πρόβλημα, όπως εκείνοι το βλέπουν, αλλά και να μας δώσουν ένα παράδειγμα τραυλισμού του παιδιού τους (Yairi και Ambrose, 2005).

Η συνέντευξη, δίνει επίσης την ευκαιρία για εκμείωση πληροφοριών από τους γονείς σχετικά με συμπεριφορές γεγονότα και συμπτώματα που εμφανίζουν τα παιδιά τους και τα οποία δεν μπορούν να συλλεχθούν στο κλινικό περιβάλλον.

Στην αρχή και το τέλος κάθε συνέντευξης, δίνεται η ευκαιρία στον κηδεμόνα να ρωτήσει ή να πει κάτι που απασχολεί τον ίδιο σε σχέση με το παιδί του.

β) Αλληλεπίδραση παιδιού-γονέων

Μέσω της συγκεκριμένης αλληλεπίδρασης παρατηρείται το επίπεδο ροής της ομιλίας του παιδιού, κατά την επικοινωνία με τους καθημερινούς συνομιλητές του. Επίσης, παρατηρούνται οι λεκτικές και μη λεκτικές αντιδράσεις του γονέα απέναντι στις δυσρυθμίες του παιδιού, αλλά και η ταχύτητα της ομιλίας του και η γλωσσική του πολυπλοκότητα. (Curlee, 2007, Guitar, 2006)

γ) Αλληλεπίδραση παιδιού-κλινικού

Αποτελεί ίσως το πιο ουσιαστικό κομμάτι της αξιολόγησης και πρέπει να είναι χαλαρή και να καθοδηγείται από το παιδί, καθώς πιθανότατα πρόκειται για την πρώτη συνάντηση μεταξύ παιδιού και θεραπευτή.

Ως γενικός κανόνας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, τα οποία δεν έχουν ακόμα συνείδηση του προβλήματός τους, δεν ενδείκνυται να διεξαχθεί συζήτηση σχετικά με την ομιλία τους. Αντίθετα, σε παιδιά με ελάχιστο βαθμό συνειδητοποίησης, είναι σημαντικό να γίνει συζήτηση για τον τραυλισμό, με κύριο στόχο, «να βοηθήσουμε το παιδί να μη φοβάται αυτό που του συμβαίνει και να απομυθοποιηθεί η όλη κατάσταση στα μάτια του» (Zebrowski και Schum,1993). Βέβαια, στα παιδιά προσχολικής ηλικίας αυτό είναι σπάνιο και η όποια συζήτηση, γίνεται με λεπτότητα.

3.8.2 Μετρήσεις για την προσχολική ηλικία

Σύμφωνα με το δείγμα που συλλέχθηκε παραπάνω, θα πραγματοποιηθούν οι εξής μετρήσεις:

- Η συχνότητα δυσρυθμιών/ λεκτικών συμπεριφορών
- Ο τύπος δυσρυθμιών/λεκτικών συμπεριφορών
- Ο αριθμός μονάδων επανάληψης και έντασης κατά τις επαναλήψεις
- Οι σωματικές δευτερεύουσες συμπεριφορές
- Ο ρυθμός ομιλίας
- Τα συναισθήματα και οι πεποιθήσεις
- Η γενική σοβαρότητα του τραυλισμού

Επιπλέον δεν πρέπει να παραβλέπεται η αξιολόγηση της όλης επικοινωνιακής ικανότητας του παιδιού, έστω και με σύντομες αξιολογήσεις. Αυτές πρέπει να είναι:

- Η αξιολόγηση της ακοής
- Ο στοματοπροσωπικός έλεγχος
- Η αξιολόγηση της άρθρωσης, προβλήματα στην οποία συνυπάρχουν πολλές φορές στον τραυλισμό
- Η αξιολόγηση της φωνής
- Η αξιολόγηση του λόγου, καθώς οι γλωσσικοί παράγοντες είναι σημαντικοί στον τραυλισμό, αν και η απόλυτη συμμετοχή τους ακόμη ερευνάται. (Logan και Conture,1995,1997, Watkins και Yairi,1997)
- Η αξιολόγηση του νοητικοί- γνωστικού δυναμικού, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις θα γίνει άτυπα, μέσω παιχνιδιού και αλληλεπίδρασης. Τα παιδιά με

τραυλισμό συνήθως δεν εμφανίζουν νοητικές ή γνωστικές ελλείψεις (Bloodstein,1995).

3.8.3 Αξιολόγηση ροής σε παιδιά σχολικής ηλικίας

Στις περιπτώσεις παιδιών σχολικής ηλικίας, το βασικότερο ερώτημα δεν είναι η ύπαρξη ή όχι του τραυλισμού, αλλά ο βαθμός σοβαρότητάς του. (Guitar, 2006). Επίσης, πρέπει να διερευνηθεί ο βαθμός συνειδητοποίησης του προβλήματος από το ίδιο το παιδί, αλλά και το πώς το αντιμετωπίζει (Zebrowski,2000).

Σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι πρέπει να αξιολογηθούν, είναι η συμμετοχή του παιδιού στο κοινωνικό σύνολο, η πορεία του στο σχολείο, αλλά και η σχέση του με τον εκπαιδευτικό, ο οποίος αποτελεί ένα σημαντικό πρόσωπο για το παιδί.

α) Ιστορικό

Το ιστορικό, εφόσον είναι εφικτό συμπληρώνεται νωρίτερα από τους γονείς. Βαρύνουσας σημασίας σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, είναι πληροφορίες για το πώς έχει εξελιχθεί η διαταραχή με την πάροδο του χρόνου (Dell,1993), αν το παιδί έχει λάβει θεραπείες στο παρελθόν και τι είδους, αλλά και το πώς αντιδρά ο περίγυρος στο πρόβλημα του παιδιού (Guitar, 2006).

Επιπρόσθετα με αυτά που αναφέρθηκαν σχετικά με τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, οι γονείς πρέπει τώρα να μας περιγράψουν και τις δευτερεύουσες συμπεριφορές των παιδιών τους, αλλά και τα πιθανά αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να βιώνουν (Dell,1993). Επίσης, είναι σημαντικό να δοθεί μία εικόνα για το γενικό κλίμα και το ρυθμό της οικογένειας. Γι αυτό το λόγο θα ήταν χρήσιμη μία περιγραφή μιας καθημερινής ημέρας και μιας ημέρας αργίας της οικογένειας. (Gregory και Hill,1993).

β) Συνέντευξη με τον εκπαιδευτικό

Η συγκεκριμένη συνέντευξη, στο βαθμό που είναι εφικτή, αποτελεί πολύ σημαντική πηγή χρήσιμων πληροφοριών που αφορούν στο επίπεδο της λεκτικής επικοινωνίας του παιδιού, της συμμετοχής του στο σχολικό περιβάλλον, αλλά και του κατά πόσον οι δυσκολίες στην ομιλία του, έχουν επηρεάσει τη σχολική του επίδοση και την κοινωνική του προσαρμογή (Guitar, 2006, LaBlance,1994). Επίσης, σημαντικό είναι

να γίνουν γνωστές οι απόψεις, τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις του δασκάλου απέναντι στο παιδί και τις δυσκολίες του.

γ)Αλληλεπίδραση παιδιού-κλινικού.

Γενικότερα οι συνεδρίες που αφορούν στην αξιολόγηση, αλλά και όπου υπάρχει ανάγκη, είναι καλό να βιντεοσκοποούνται, ώστε ο θεραπευτής, να μην αποσπάται έχοντας την έγνοια της καταγραφής του οποιουδήποτε ευρήματος.

Μοναδικής σημασίας είναι η έμπνευση εμπιστοσύνης μεταξύ παιδιού και θεραπευτή και η δημιουργία κλίματος αποδοχής προς την ομιλία του παιδιού. Επομένως για την πρώτη επαφή, ενδείκνυται μια χαλαρή συζήτηση για πράγματα και δραστηριότητες που αρέσουν στο παιδί. Στη συνέχεια μπορούν να αναφερθούν στα παιδιά με κατανοητό τρόπο μερικά πράγματα για το αντικείμενο και το ρόλο του θεραπευτή, ώστε να εξαχθεί με λεπτότητα μια πιο άμεση συζήτηση για την ομιλία.

Εάν το παιδί έχει συνειδητοποιήσει το πρόβλημα, με διακριτικότητα γίνονται ερωτήσεις από την πλευρά του θεραπευτή, που σχετίζονται με την περιγραφή της δυσκολίας του παιδιού, εάν το δυσκολεύει σε κάποιες περιπτώσεις, αλλά και πώς το ίδιο την αντιμετωπίζει, καθώς και το πώς φαίνεται να αντιδρά το περιβάλλον σε αυτό. (Guítar, 2006).

δ)Παρατήρηση μέσα στην τάξη

Η παρατήρηση, εφόσον είναι εφικτή για τα ελληνικά δεδομένα, πρέπει να γίνει με διακριτικό τρόπο, ώστε να μην παρεμποδισθεί η σχολική διαδικασία, αλλά και χωρίς να στοχοποιηθεί το παιδί (Μαλανδράκη,2010). Δίνεται έτσι η δυνατότητα άμεσης παρατήρησης της συμπεριφοράς, της αλληλεπίδρασης και της συμμετοχής του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον.

3.8.4. Μετρήσεις για τη σχολική ηλικία

Από τα δείγματα που συλλέχθηκαν με τον τρόπο που προαναφέρθηκε, θα πραγματοποιηθούν οι παρακάτω μετρήσεις:

- Η συχνότητα δυσρυθμιών/ λεκτικών συμπεριφορών
- Ο τύπος δυσρυθμιών/λεκτικών συμπεριφορών

- Ο αριθμός μονάδων επανάληψης και έντασης κατά τις επαναλήψεις
- Οι σωματικές δευτερεύουσες συμπεριφορές
- Ο ρυθμός ομιλίας
- Τα συναισθήματα και οι πεποιθήσεις
- Η γενική σοβαρότητα του τραυλισμού

Επιπλέον και σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, δεν πρέπει να παραβλέπεται η αξιολόγηση της όλης επικοινωνιακής ικανότητας του παιδιού, έστω και με σύντομες αξιολογήσεις σαν αυτές που προαναφέρθηκαν για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, ενώ καλό θα ήταν να προστεθούν και μία αξιολόγηση κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης αλλά και αξιολόγηση ακαδημαϊκής προσαρμογής και επίδοσης

3.9 Θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού

Εισαγωγικά

Οι πρώτες επιστημονικές προσεγγίσεις σχετικά με τη θεραπεία του τραυλισμού ξεκίνησαν στο πανεπιστήμιο της Iowa κατά τη δεκαετία του 1930 με την ίδρυση της κλινικής Λόγου από τον Lee Edwart Travis. Οι πρώτοι μαθητές του Travis, ο Bryng Bryngelson, ο Wenpell Johnson και ο Charles Van Riper, ήταν από τους πρώτους εισηγητές που βάσισαν τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού σε επιστημονικές προσεγγίσεις.

Γενικότερα, ανάλογα με την προσέγγιση του κάθε ερευνητή σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού ορίζονταν συγκεκριμένοι στόχοι.

Ακολουθεί μια σύντομη περιγραφή των δύο πιο γνωστών θεραπευτικών σχολών του τραυλισμού. Ο συνδυασμός των δύο σχολών, προσαρμοσμένος στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς, έχει αποδειχθεί ότι έχει επιφέρει θετικά αποτελέσματα.

3.9.1. Τροποποίηση τραυλισμού

Η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε από τον Charles Van Riper. Απευθύνεται κυρίως σε άτομα με επίμονο μέτριο ή σοβαρό τραυλισμό, αλλά με τροποποιήσεις μπορεί να

εφαρμοστεί και σε ηπιότερα στάδια. Βασίζεται στις αρχές της θεωρίας της μάθησης, της ιδιοδεκτικότητας και της ψυχοθεραπείας.

Οι θεραπευτικές συνεδρίες, θα πρέπει να γίνονται με συχνότητα τρεις φορές την εβδομάδα, ενώ είναι απαραίτητες και οι πολλαπλές συνεδρίες «αυτοθεραπείας» (Van Riper, 1973), όπου το άτομο εξασκείται μόνο του σε καθημερινή βάση. Επίσης συστήνονται και οι ομαδικές συνεδρίες όταν αυτό είναι εφικτό.

Τα θεραπευτικά στάδια είναι 4 και επιβάλλεται η ιεραρχική ακολούθησή τους, χωρίς παρακάμψεις. Αυτά είναι:

- 1) Η αναγνώριση
- 2) Η απευαισθητοποίηση
- 3) Η τροποποίηση
- 4) Η σταθεροποίηση

Στάδιο 1: Αναγνώριση

Βασικός στόχος του συγκεκριμένου σταδίου είναι η απλή αναγνώριση των τραυλικών συμπεριφορών από τον ασθενή, χωρίς να προσπαθήσει να τις αλλάξει για την ώρα. Ο ασθενής, ανακαλύπτει, αναλύει και κατηγοριοποιεί τις τραυλικές συμπεριφορές ξεκινώντας από τις πιο εύκολες. Αυτό που θα μπορούσε να βοηθήσει σε αυτό το στάδιο είναι η χρήση ηχογραφημένων και βιντεοσκοπημένων δειγμάτων ομιλίας, η προσεκτική μίμηση των τραυλικών συμπεριφορών από τον θεραπευτή, η προσεκτική χρήση καθρέφτη και τέλος, η ανοικτή συζήτηση για τις συγκεκριμένες συμπεριφορές.

ΥΠΟΣΤΑΔΙΟ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ
1) Αναγνώριση εύκολων δυσρυθμιών	Αναγνώριση δυσρυθμιών που είναι αρκετά ήπιες, ώστε να μην προκαλούν την αγανάκτηση του ασθενή και να μην	<ul style="list-style-type: none">• Ηχογραφημένα δείγματα ομιλίας του ατόμου που τραυλίζει και αναγνώριση• Μίμηση από τον κλινικό

	εμποδίζουν αισθητά τη ροή της ομιλίας.	και αναγνώριση από το ΑΠΤ <ul style="list-style-type: none"> • Αναγνώριση δυσρυθμιών στην ομιλία άλλων ΑΠΤ • Αρχικά εντός και μετά εκτός κλινικής
2)Αναγνώριση συμπεριφορών αποφυγής	Αναγνώριση πρώτα των λεκτικών αποφυγών που κάνει ο ασθενής . οι αποφυγές είναι συνδεδεμένες με ένα σημαντικό συναισθηματικό φορτίο.	<ul style="list-style-type: none"> • Εξιστόρηση από τον ασθενή • Ηχογραφημένα δείγματα ομιλίας από το ΑΠΤ και αναγνώριση • Μίμηση από τον κλινικό και αναγνώριση από το ΑΠΤ. • Αρχικά εντός και μετά εκτός κλινικής
3)Αναγνώριση λεκτικών φοβικών στοιχείων	Αναγνώριση φωνημικών και λεκτικών φοβικών στοιχείων.	<ul style="list-style-type: none"> • Εξιστόρηση φοβικών σημείων από το ΑΠΤ • Ηχογραφημένα δείγματα ομιλίας από το ΑΠΤ και αναγνώριση • Ιεραρχικές λίστες φοβικών λέξεων • Αρχικά εντός και μετά εκτός κλινικής
4)Αναγνώριση φοβικών καταστάσεων	Αναγνώριση φοβικών καταστάσεων. Η δραστηριότητα αυτή, συνήθως περιλαμβάνει έντονη συναισθηματική φόρτιση.	<ul style="list-style-type: none"> • Εξιστόρηση από τον ασθενή • Ιεραρχικές λίστες καταστάσεων • Αρχικά εντός και μετά εκτός κλινικής

<p>5)Αναγνώριση όλων των τύπων δυσρυθμιών</p>	<p>Αναγνώριση εύκολων συμπεριφορών πρώτα (συμπεριφορές που περιλαμβάνουν φυσιολογική ροή, εύκολες δυσρυθμίες και πιο σοβαρές δυσρυθμίες). Αργότερα εμμένουμε στις πιο σοβαρές δυσρυθμίες.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ηχογραφημένα και πλέον και βιντεοσκοπημένα δείγματα ομιλίας από το ΑΠΤ • Χρήση καθρέφτη για ανάδραση (με προσοχή) • Μίμηση από τον κλινικό και αναγνώριση από το ΑΠΤ • Αναγνώριση δυσρυθμιών στην ομιλία άλλων ΑΠΤ • Ασκήσεις ιδιοδεκτικότητας • Αρχικά εντός και μετά εκτός κλινικής
<p>6)Αναγνώριση των σημείων έντασης</p>	<p>Αναγνώριση των σημείων του σώματος με ιδιαίτερη ένταση κατά την ομιλία.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ηχογραφημένα και πλέον και βιντεοσκοπημένα δείγματα ομιλίας από το ΑΠΤ • Χρήση καθρέφτη για ανάδραση (με προσοχή) • Απτική αναγνώριση και χαλάρωση
<p>7)Αναγνώριση συναισθημάτων</p>	<p>Ιεραρχικά αναγνώριση συναισθημάτων απογοήτευσης, ντροπής και εχθρικότητας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ανοιχτή συζήτηση • Χρήση ερωτηματολογίων

(Van Riper, 1973)

Στάδιο 2. Απευαισθητοποίηση

«Στόχος αυτού του σταδίου είναι το άτομο να απευαισθητοποιηθεί στην απειλή, την αντιμετώπιση και την εμπειρία μιας ενδεχόμενης επικοινωνιακής αποτυχίας. Ο κλινικός, θα πρέπει να αναγνωρίσει τα αρνητικά συναισθήματα απέναντι σε καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν τραυλικό επεισόδιο. Αυτό μπορεί να γίνει κυρίως μέσω της παρατήρησης των σωματικών και λεκτικών συμπεριφορών και μέσω φωνητικών εναλλαγών». (Μαλανδράκη, 2012)

Δύο κύριες τεχνικές που χρησιμοποιούνται στο συγκεκριμένο στάδιο είναι ο **ψευδοτραυλισμός**, όπου το άτομο καλείται να τραυλίσει εκούσια κατά την ευχερή ομιλία, καθώς και το **πάγωμα**, το οποίο συνιστά την εθελοντική παράταση μιας τραυλικής συμπεριφοράς, μέχρι να χαλαρώσει ο μηχανισμός ομιλίας και ο ασθενής να διαφύγει με ευχέρια (Van Riper, 1973). Ο στόχος που υπηρετούν αυτές οι δύο τεχνικές είναι να κατανοήσει το άτομο ότι μπορεί να ελέγξει τις στιγμές του τραυλισμού του και να μη τις φοβάται.

ΣΤΟΧΟΙ ΑΠΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ
Απευαισθητοποίηση στη διαταραχή (έχει εν μέρει επιτευχθεί κατά το στάδιο της αναγνώρισης)	<ul style="list-style-type: none">• Μαγνητοσκόπηση και βιντεοσκόπηση συμπεριφορών τραυλισμού του ΑΠΤ και παρατήρηση/συζήτηση των δειγμάτων• Παρατήρηση και συζήτηση για άλλα ΑΠΤ• Μίμηση από τον κλινικό (με προσοχή), εντός και εκτός κλινικής και συζήτηση.
Απευαισθητοποίηση στις δυσρυθμίες (βασικές συμπεριφορές)	<ul style="list-style-type: none">• Μίμηση συμπεριφορών από τον κλινικό και ο ασθενής εντοπίζει τα «λάθη» (τις συμπεριφορές). Ακολουθεί περίοδος μικρής «σιωπής», (δηλαδή σταματάει η εκφορά και επανέρχεται μετά από λίγα δευτερόλεπτα)• Ο ασθενής μιλάει και ο κλινικός τον

	<p>σταματάει κατά την ευχερή ομιλία. Ακολουθεί περίοδος μικρής «σιωπής»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πάγωμα (freezing) σταδιακά αυξανόμενο (η εκφορά των βασικών συμπεριφορών τώρα συνεχίζει). Και αυτό κατά την ευχερή ομιλία του ασθενούς πρώτα. • Η ίδια ακολουθία, αλλά σε τραυλικές συμπεριφορές • Η χρήση καθρέφτη με προσοχή • Counterconditioning- διαχωρισμός ερεθίσματος από αντίδραση και σύνδεση με άλλο ερέθισμα. • Ψευδοτραυλισμός • Ιεραρχικά • Εισαγωγή και άλλων ακροατών κατά τις δραστηριότητες της απευαισθητοποίησης
<p>Απευαισθητοποίηση στις αντιδράσεις τρίτων</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αναγνώριση αντιδράσεων τρίτων που μπορεί να αποτελούν στρεσογόνο παράγοντα για το ΑΠΤ • Ιεραρχική προσέγγιση και εδώ • Συζήτηση και διάσπαση αντιδράσεων σε επιμέρους συμπεριφορές • Μίμηση συμπεριφορών από θεραπευτή και εξάσκηση στην αντιμετώπισή τους • Ανοιχτή αντιμετώπιση τρίτων • Συζήτηση • Role plays στη θεραπεία • Ανταλλαγή ρόλων • Ψευδοτραυλισμός • Ιεραρχικά

(Van Riper,1973,)

Στάδιο 3. Τροποποίηση

Σε αυτό το στάδιο, άμεσος στόχος είναι οι ίδιες οι δυσρυθμίες. Ο ασθενής πρέπει να διδαχθεί νέους τρόπους τραυλισμού και να πεισθεί για έναν χαλαρό και αποδεκτό από το περιβάλλον τραυλισμό. Τα υποστάδια που συναντώνται σε αυτό το σημείο είναι:

- Η Εξοικείωση με την έννοια της «αλλαγής»
- **Η διδασχή ιδιοδεκτικότητας και κιναισθησίας**
- Η εκμάθηση νέων αντιδράσεων στα ερεθίσματα που προκαλούν τραυλισμό, π.χ. η τεχνική της ακύρωσης
- **Η διδασχή των διαφυγών, κατά τις οποίες ο ασθενής μαθαίνει πώς να διαφεύγει από ένα τραυλικό επεισόδιο κατά τη διάρκειά του.**
- **Η διδασχή συνόλων προετοιμασίας, όπου ο ασθενής καλείται να προλάβει ένα τραυλικό επεισόδιο πριν την εμφάνισή του**

Στάδιο 4. Σταθεροποίηση – Γενίκευση

Αποτελεί το σημαντικότερο στάδιο της θεραπείας. Κύριος στόχος είναι να διατηρήσει ο ασθενής τις τεχνικές που διδάχτηκε εκτός θεραπευτικού πλαισίου και με την πάροδο του χρόνου. Καλείται επίσης να αναπτύξει τεχνικές αυτοσυγκράτησης και αυτοπεποίθησης, έτσι ώστε να αντιμετωπίσει πιθανές παλινδρομήσεις, τις οποίες πρέπει να μάθει ότι πρέπει να τις περιμένει.

Οι τεχνικές που μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε αυτό το στάδιο είναι η εξάσκηση σε όλο και μεγαλύτερα δείγματα ομιλίας, με διαρκώς γρηγορότερο ρυθμό ανάγνωσης. Επίσης, η γενίκευση πρέπει να εξασκηθεί με διάφορους επικοινωνιακούς συντρόφους και σε διάφορες καταστάσεις, οι οποίες να αναφέρονται στην καθημερινότητα του ατόμου. Αυτές μπορεί να είναι η συνομιλία με φίλους και συγγενείς, αλλά και η συνομιλία με έναν άγνωστο και η συνομιλία στο τηλέφωνο.

Η επιτυχία της γενίκευσης θα εξαρτηθεί επίσης από παράγοντες, όπως η σοβαρότητα της διαταραχής, η ηλικία, αλλά και ο βαθμός επιρροής των συναισθημάτων και πεποιθήσεων (Finn.2003).

3.9.2.Μορφοποίηση ροής

Είναι η δεύτερη θεραπευτική σχολή που παρουσιάζεται στο παρόν σύγγραμμα. Η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση στοχεύει στον ευχερή λόγο του ατόμου και όχι στις στιγμές δυσρυθμίας του, ώστε μέσω της ενίσχυσης της ευχερούς ομιλίας, να οδηγηθεί σε βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης που σχετίζεται με την αντίληψη που έχει για τον τρόπο ομιλίας του.

Οι αρχές της Μ.Ρ. απευθύνονται κυρίως σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και γενικότερα σε ηπιότερα στάδια τραυλισμού. Σύμφωνα με τον Shapiro (1999) η Μ.Ρ. ενδείκνυται για άτομα που τραυλίζουν και πληρούν τις παρακάτω προϋποθέσεις: έχουν θετικά συναισθήματα για την ικανότητα επικοινωνίας τους, δεν αποφεύγουν λεκτικές καταστάσεις ή τις στιγμές τραυλισμού και έχουν θετικά αποτελέσματα με τη χρήση δοκιμαστικής θεραπείας με μεθόδους Μ.Ρ.

Στη Μ.Ρ. χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές, η εφαρμογή των οποίων διαφέρει από θεραπευτή σε θεραπευτή, αλλά διέπονται από βασικές αρχές, που κύριο στόχο έχουν την «ευχερή» χωρίς τραυλικά επεισόδια ομιλία, με σχετικά αργό ρυθμό, συνεχή φώνηση και ελάχιστη ένταση.

Τεχνικές μορφοποίησης ροής

1) Μηχανές ομιλίας

Στα περισσότερα προγράμματα Μ.Ρ., η πρώτη και όχι μόνο συνεδρία αφιερώνεται στην κατανόηση του μηχανισμού ομιλίας και της εκμάθησης της λειτουργίας των οργάνων που την αποτελούν, με απώτερο στόχο να μάθει το άτομο να ελέγχει αυτά τα όργανα.(Raming, 1998).

Αυτό μπορεί να γίνει μέσω οργάνων ανατομίας και στα μικρότερα παιδιά, μέσω παιχνιδιού, όπως χειροτεχνίες, επιτραπέζια παιχνίδια ανατομίας κλπ.

2) Εύκολη έναρξη φώνησης

Διδάσκεται στην αρχή της θεραπευτικής διαδικασίας και χρησιμοποιείται για τη μείωση της έντασης του αναπνευστικού, φωνητικού και αρθρωτικού συστήματος κατά την έναρξη της ομιλίας (Zebrowski και Kelly,2002). Θεωρείται μια πολύ καλή

μέθοδος για την υπόδειξη παραγωγής φυσιολογικής και ευχερούς ομιλίας (Raming και Dodge 2010).

Αυτό που ζητείται από τον ασθενή, είναι η παραγωγή ενός παρατεταμένου [ahhhh] για 2-3'' για την κατανόηση της λειτουργίας της άσκησης (Raming και Dodge 2010).

Στη συνέχεια του ζητείται να προφέρει τον ήχο /h/ προσθέτοντας παρατεταμένα φωνήεντα, ενώ στη συνέχεια παράγει σταδιακά, δίπλα από το /h/ άηχα τριβόμενα, ηχηρά και τέλος έκκροτα σύμφωνα η παράταση των ήχων θεωρείται ότι αποφορτίζει από την ένταση το μηχανισμό παραγωγής ομιλίας. Οι εύκολες ενάρξεις μπορούν να υιοθετηθούν κατά την παραγωγή όλων των φράσεων (Peters και Guitar,1991). Ωστόσο, ο ήχος /h/ και η παράτασή του θα πρέπει σταδιακά να εξαλειφθούν.

3) Παρατεταμένη φώνηση

Κατά τη συγκεκριμένη τεχνική, η δόνηση των φωνητικών χορδών κατά τη φώνηση δεν σταματάει, όσο αυτό είναι δυνατό (Peters και Guitar,1991) . «Αυτή η τεχνική προάγει την «πρόσθια» ροή της ομιλίας χωρίς διακοπές και βοηθάει στη χαλάρωση της έντασης των μυών (Zebrowski και Kelly, 2002). Η συγκεκριμένη τεχνική διδάσκεται αρχικά σε ήχους και στη συνέχεια σε φράσεις (Raming,1998).

Οι έντονες αρθρωτικές κινήσεις, οι οποίες μπορούν να καλύψουν τα κενά μεταξύ των συλλαβών και των λέξεων, καθώς και η ιδιοδεκτικότητα και η κιναισθησία, μπορούν να βοηθήσουν στην κατανόηση και σωστότερη εφαρμογή της συγκεκριμένης τεχνικής. Κατά την έναρξη της, χρησιμοποιούνται αρχικά άηχα τριβόμενα και στη συνέχεια ηχηρά σύμφωνα. Σε επίπεδο φράσεων, ζητάμε από το θεραπευόμενο να μην διακόψει τη διαδικασία της φώνησης μετά την πρώτη λέξη της φράσης. Ο πιο εύκολος τρόπος είναι η παράταση του τελευταίου φωνήματος της προηγούμενης λέξης και του πρώτου της επόμενης.

4) Απαλές αρθρωτικές επαφές

Η συγκεκριμένη τεχνική στοχεύει στην εκμάθηση παραγωγής ομιλίας με όσο το δυνατόν λιγότερη μυϊκή ένταση στο αρθρωτικό σύστημα (Peters και Guitar 1991).

Για την εκμάθησή της προαπαιτείται η γνώση του μηχανισμού παραγωγής ομιλίας και η εκμάθηση στα μικρά παιδιά των εννοιών «σκληρό» «μαλακό», το οποίο θα

εξειδικευθεί στη συνέχεια στη φώνηση (Healey και Scott, 1995). Βοηθητική είναι επίσης και η χρήση καθρέφτη για μίμηση και οπτική ανάδραση.

5) Χρήση κατάλληλης αναπνοής

Εξάσκηση της αναπνοής προτείνεται μόνο σε περιπτώσεις, συνήθως σοβαρού τραυλισμού, που δεν υπάρχει κατάλληλος συνδυασμός φώνησης-αναπνοής, χωρίς να εννοείται σε αυτή την τεχνική η εκμάθηση της διαφραγματικής αναπνοής.

Προϋποτίθεται και πάλι η γνώση του μηχανισμού παραγωγής ομιλίας. Προτείνεται αρχικά η προφορά συλλαβών με σωστό συγχρονισμό των δύο συστημάτων και στη συνέχεια η εκφορά φράσεων και προτάσεων αυξανόμενου μήκους.

6) Φράσεις και παύσεις

Αυτή η τεχνική βρίσκεται πιο κοντά στο στόχο της θεραπευτικής προσέγγισης της μορφοποίησης ροής. Στην ουσία το δείγμα της ομιλίας καταμερίζεται σε μικρότερες φράσεις, στις οποίες παρεμβάλλεται παύση 2-3 δευτερολέπτων με αποτέλεσμα τον πιο αργό και ελεγχόμενο ρυθμό ομιλίας. (Raming et al., 1988, Reitzes 2006, Tonev, 2004, Zebrowski και Kelly, 2002).

Σε μικρότερα παιδιά, οι παύσεις γίνονται αρχικά μετά από κάθε λέξη και σταδιακά παρεμβάλλονται σε συντακτικά δικαιολογημένα σημεία, καθώς κατά πολλούς ερευνητές, ένας διαφορετικός τρόπος μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένα πρότυπα λόγου. (Reardon και Yauruss, 2004, Walton και Wallace 1998).

Άλλοι ερευνητές πρότειναν ο Zebrowski και Kelly, 2002ι παύσεις να γίνονται ανά 2-3- λέξεις ,ενώ άλλοι μετά την πρώτη λέξη της πρότασης, για να αποφευχθεί το φαινόμενο ντόμινο που παρατηρείται μετά την εμφάνιση ενός τραυλικού επεισοδίου. Έτσι το άτομο στοχεύεται να αποκτήσει έλεγχο αρκετά νωρίς, κατά την έναρξη της ομιλίας (Reitzes, 2006).

Η χρήση μετρονόμου ή το χτύπημα του χεριού πάνω στο τραπέζι και η χρήση άβακα σε μικρότερα παιδιά, ενδείκνυται για την κατανόηση της άσκησης.

7) Αργός ρυθμός ομιλίας

Ο αργός ρυθμός ομιλίας θεωρείται ο βασικός τρόπος σύμφωνα με την προσέγγιση της M.P. για την επίτευξη ομιλίας με ευχέρεια, καθώς με αυτό τον τρόπο, υποβοηθάται ο καλύτερος συγχρονισμός των οργάνων ομιλίας. «Στην αυστηρή εφαρμογή της M.P., ο αρχικός στόχος είναι η παραγωγή 50 ή λιγότερων συλλαβών ανά λεπτό» (Μαλανδράκη, 2012)

Η μείωση του ρυθμού ομιλίας δουλεύεται έμμεσα από το «στάδιο» της παράτασης ήχων. Επίσης μια παρόμοια τεχνική είναι ο ευέλικτος ρυθμός ομιλίας, όπου ο θεραπευτής προτείνει την εκφορά με αργό ρυθμό, συνήθως της πρώτης συλλαβής ή λέξης σε μία πρόταση, έτσι ώστε το άτομο να ελέγχει το μηχανισμό ομιλίας του χωρίς να μιλάει με αργό ρυθμό καθ όλη τη διάρκεια.

Για τη διδασχή της τεχνικής, και σε περίπτωση που η θεραπεία απευθύνεται σε μικρά παιδιά, προτείνεται η εκμάθηση των εννοιών «αργά-γρήγορα» (Meyers Woodford, 1992), μέσω οπτικοποίησης των εννοιών. Επίσης πολύ σημαντικό παράγοντα αποτελεί και ο ρυθμός ομιλίας του ειδικού, ο οποίος θα χρησιμοποιηθεί ως μοντέλο μίμησης και διάκρισης μεταξύ γρήγορου και αργού ρυθμού.

3.9.1 Θεραπευτικές προσεγγίσεις για παιδιά προσχολική ηλικίας

Βασικές αρχές, υποκείμενες στη θεραπεία του τραυλισμού σε παιδιά:

- Ανάπτυξη ανοιχτής σχέσης μεταξύ παιδιού- κλινικού
- Παροχή βοήθειας στο παιδί, ώστε να εκφράσει και να αντιληφθεί τα συναισθήματά του σχετικά με τον τραυλισμό.
- Εξατομίκευση των θεραπευτικών πλάνων, τα οποία θα καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες του κάθε παιδιού
- Δημιουργία μιας ευχάριστης και επιβραβευτικής θεραπείας
- Δόμηση θεραπευτικών δραστηριοτήτων που να απευθύνονται στο επίπεδο του κάθε παιδιού, ώστε να βιώσει την επιτυχία και να ενισχυθεί η αυτοπεποίθησή του.
- Εισαγωγή της θεραπείας και στο οικιακό περιβάλλον μέσω του αργού ρυθμού ομιλίας με συχνές παύσεις, διατήρηση της βλεμματικής επαφής και παροχής χρόνου στο παιδί για να απαντήσει.

- Βοήθεια προς του εκπαιδευτικούς, ώστε να κατανοήσουν πόσο σημαντική είναι η θετική αντίδραση και η αλληλεπίδραση με τα παιδιά που τραυλίζουν.
- Αποφυγή τιμωρητικής στάσης ή άλλης παρέμβασης στα επεισόδια του τραυλισμού.
- Διεξαγωγή συνεδριών μέσα κι έξω από το κλινικό περιβάλλον, ώστε το παιδί να απευαισθητοποιηθεί σε βαρυσήμαντα γι αυτό περιβάλλοντα.

Σε παιδιά προσχολική ηλικίας, οι πιθανές θεραπευτικές κατευθύνσεις, είναι συνήθως μία από τις εξής: α) συμβουλευτική εκπαίδευση στους γονείς, β) έμμεση θεραπεία ή αλλιώς συμβουλευτική εκπαίδευση και περιβαλλοντικές μετατροπές, γ) άμεση θεραπεία (Zebrowski και Kelly,2002).

3.9.1.1 Έμμεση θεραπεία

Η έμμεση θεραπεία προτείνεται για τα παιδιά, τα οποία βρίσκονται στα όρια μεταξύ τραυλισμού και φυσιολογικής δυσρυθμίας και τραυλισμού και εφόσον δεν υπάρχει ο παράγοντας συνειδητοποίησης της δυσρυθμίας.

Ο κλινικός εκπαιδεύει την οικογένεια σε διαδικασίες αξιολόγησης και χρήσης κλιμάκων σοβαρότητας τραυλισμού οι οποίες χρησιμοποιούνται σε καθημερινή βάση. Επίσης ο κλινικός ενθαρρύνει τους γονείς να περνούν δημιουργικό χρόνο με το παιδί, όπου άλλες φορές θα συνομιλούν σε ήρεμο περιβάλλον και άλλες θα παίζουν χωρίς να δίνεται καμία έμφαση στην ομιλία.(Rustin και Cook,1995). Ο κλινικός και οι γονείς θα παρακολουθούν βίντεο, όπου θα αναπαράγονται οι τραυλικές και μη συμπεριφορές και θα συζητούν τρόπους με τους οποίους θα ενισχυθούν οι δευτερες. Τέλος, αναγκαία είναι μία σχετική προετοιμασία των γονέων για το ενδεχόμενο παλινδρόμησης των τραυλικών συμπεριφορών όποιο κι αν είναι το επίπεδο της ροής. Μετά το τέλος της θεραπείας, γονέας και ειδικός θα βρίσκονται σε συνεννόηση, ενώ θα πραγματοποιηθεί επαναξιολόγηση 3-6 μήνες μετά το πέρας της θεραπείας.

3.9.1.2 Άμεση θεραπεία

Με τον όρο άμεση θεραπεία εννοείται ο προγραμματισμός τακτικών συνεδριών μεταξύ παιδιού και κλινικού, κατά τις οποίες θα στοχοποιούνται άμεσα οι δυσρυθμίες (Raming και Cogde,2010). Η άμεση θεραπεία απευθύνεται σε παιδιά ,στα οποία η

έμμεση παρέμβαση δεν επέφερε αποτελέσματα σε διάστημα 2-3 μηνών (Chmela,2004, Zebrowsky και Kely, 2002).

Τα μοντέλα άμεσης θεραπείας που χρησιμοποιούνται σε αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι συνήθως βασισμένα στη θεωρητική προσέγγιση της Μ.Ρ. ή σε συνδυασμό Μ.Ρ. με Τ.Τ. (Chmela,2004, Dell,2000, Onslow, Packman, Harrison,2003, Zebrowsky και Kely, 2002).

Όποιο μοντέλο θεραπείας κι αν ακολουθηθεί, είναι σημαντική η τήρηση των βασικών αρχών που προαναφέρθηκαν.

Τα περισσότερα προγράμματα θεραπείας ξεκινούν με την κατανόηση των εννοιών «αργά- γρήγορα» και συνεπώς της αργής και γρήγορης ομιλίας , καθώς επίσης και των εννοιών «μαλακό-σκληρό». Για τη διευκόλυνση της κατανόησής τους, οι έννοιες αυτές μπορούν να παρομοιαστούν με την ομιλία της χελώνας και του λαγού (Chmela,2004, Zebrowsky και Kely, 2002) και χτυπώντας παλαμάκια δυνατά (σκληρά) και μαλακά αντίστοιχα. Επίσης, για τις έννοιες «μαλακό-σκληρό», ενδείκνυται και το παιχνίδι με κούκλες, οι οποίες θα μιλάνε με «βουναλάκια» ή χωρίς.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται συνήθως με έμμεσο και άμεσο τρόπο για την άμεση θεραπεία παιδιών προσχολικής ηλικίας είναι αυτές του αργού τρόπου ομιλίας και του ψευδοτραυλισμού. Επίσης , εφόσον κρίνεται αναγκαίο, χρησιμοποιούνται και οι τεχνικές της παρατεταμένης ομιλίας και των απαλών αρθρωτικών κινήσεων.

Είναι πιθανό, πολλά παιδιά να εκφράσουν, έστω και στιγμιαία τη δυσφορία τους σχετικά με τον τρόπο ομιλίας τους. Ο κλινικός πρέπει να είναι απόλυτα δεκτικός και κατευναστικός με το παιδί (Raming Dodge,2010). Μια απλή παραδοχή απ την πλευρά του ότι όλοι καμιά φορά κάνουμε λάθη και ότι αυτό που λέμε είναι πολύ πιο σημαντικό από το πώς το λέμε μπορεί να είναι πολύ καθησυχαστικά για το παιδί. (Zebrowsky και Kely, 2002).

Κατά την εφαρμογή προγραμμάτων που στηρίζονται στην Τ.Τ. ή στο συνδυασμό Τ.Τ. και Μ.Ρ., προϋποτίθεται κάποιας μορφής αναγνώριση συμπτωμάτων (Van Riper 1973). Αυτό γίνεται με μεγάλη διακριτικότητα και μόνο εφόσον έχει δημιουργηθεί η κατάλληλη σχέση μεταξύ παιδιού και κλινικού. Μια καλή δραστηριότητα για να

αναγνωρίσει το παιδί τα τραυλικά συμπτώματα και να εξοικειωθεί με αυτά είναι η αναγνώριση των δυσρυθμιών στην ομιλία του θεραπευτή.

Όπως είναι φανερό, η εφαρμογή Τ.Τ. για την ηλικία και το επίπεδο τραυλισμού το οποίο συναντάται συνήθως δεν πρέπει να τηρείται με την αυστηρότητα που χαρακτηρίζει την παραδοσιακή εκδοχή της. Ο στόχος είναι, οι δυσρυθμίες να διορθωθούν ή να τροποποιηθούν άμεσα μετά την εκφορά τους, αποσκοπώντας στο να γίνουν γενικά πιο εύκολες και ομαλές. Μια δραστηριότητα που προτείνεται σχετικά με αυτό είναι η μίμηση από τον ειδικό των τραυλικών συμπτωμάτων του παιδιού και στη συνέχεια το αίτημα βοήθειας για να τα αντιμετωπίσει και να τα ξεπεράσει. Οι επιβραβεύσεις και η συνεχής ενθάρρυνση είναι ένα σημαντικό κομμάτι, που δεν πρέπει να εκλείπει από κάθε συνεδρία. (ξενόγλωσσο)

3.9.2 Πρόγραμμα Lidcombe

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα βασίζεται στην αρχή της τροποποίησης συμπεριφοράς μέσω συντελεστικής μάθησης (Κακούρος...) και στην προσέγγιση της μορφοποίησης ροής (Μαλανδράκη...). Απευθύνεται κυρίως σε παιδιά μέχρι 6 ετών, αλλά στη συνέχεια εφαρμόστηκε και σε μεγαλύτερα, όχι όμως με την ίδια αποτελεσματικότητα.

Το πρόγραμμα βασίζεται στον άμεσο ρόλο των γονέων στη θεραπεία του τραυλισμού, οι οποίοι, επισκεπτόμενοι τους ειδικούς με συχνότητα 1 φορά την εβδομάδα, εκπαιδεύονται στη δημιουργία 15-20λεπτών καθημερινών δομημένων δραστηριοτήτων ομιλίας, οι οποίες θα είναι ευχάριστες για το παιδί. Κατά τη διάρκεια των δραστηριοτήτων αυτών, η ευχερής ομιλία επιβραβεύεται, ενώ η δυσρυθμία επισημαίνεται με συχνότητα 5 επιβραβεύσεων προς μία δυσρυθμία. (Gones et al., 2005). Οι γονείς, θέτουν συγκεκριμένους στόχους στο παιδί, όπως για παράδειγμα: «Για να δούμε αν θα τα καταφέρεις να μην κολλήσεις καθόλου κατά τη διάρκεια της βόλτας που θα πάμε» (Κακούρος), ενώ η επισήμανση της τραυλικής συμπεριφοράς θα μπορούσε να είναι «είχε λίγα βουναλάκια η λεξούλα εδώ...για να την ξαναπούμε χωρίς βουναλάκια» (Μαλανδράκη...), έτσι ώστε να δοθεί η ευκαιρία να επιβραβευθεί ξανά η ευχερής συμπεριφορά («ήταν πολύ απαλές οι λεξούλες που είπες, μπράβο!»)

Οι γονείς, επίσης φέρνουν σε κάθε συνεδρία συμπληρωμένες αξιολογήσεις, οι οποίες είναι σε μορφή βαθμιαίας κλίμακας από το 1-10 (1=καθόλου τραυλικά στοιχεία, 10=σοβαρός τραυλισμός) (Μαλανδράκη...),. Η προσέγγιση θεωρείται επιτυχής όταν τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων, κυμαίνονται σε επίπεδα κλίμακας 1-2 για διάστημα περίπου 10-12 μηνών.

Υπάρχουν ωστόσο αρκετές κριτικές προσεγγίσεις του προγράμματος, τα βασικά σημεία των οποίων είναι τα εξής:

- Το πρόγραμμα δεν βασίζεται σε κάποια θεωρητική προσέγγιση, η οποία να συνυπολογίζει το σύνολο των αιτιολογικών παραγόντων του τραυλισμού (Κακούρος και Μανιαδάκη,2008)
- Βασικό ρόλο στο πρόγραμμα κατέχει η συνεχής αυτοπαρατήρηση του παιδιού, η οποία μπορεί να επιφέρει το αντίθετο αποτέλεσμα (Venkatagiri,2005).
- Σύμφωνα με την παραδοχή των ίδιων των εισηγητών του προγράμματος , οι γονείς, οι οποίοι για την υλοποίηση του προγράμματος απαιτείται να έχουν σταθερότητα και θετική διάθεση, δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα των γονέων των παιδιών που τραυλίζουν (Onslow et al., 2001)
- Έστω και η σποραδική επισήμανση των συμπτωμάτων, μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση του τραυλισμού. (Μαλανδράκη 2010)

3.9.3 Το πρόγραμμα Palin Parent-Child Interaction

Το πρόγραμμα βασίζεται και πάλι στην παρέμβαση των γονέων και μοιάζει με το πρόγραμμα έμμεσης θεραπείας που εφαρμόζεται συνήθως . Αποτελεί ένα ανερχόμενο πρόγραμμα θεραπείας στη Βρετανία και την Ευρώπη.

Το PCI, το οποίο εισηγήθηκε ο Michael Palin στο Ηνωμένο Βασίλειο, βασίζεται στην πολυπαραγοντικότητα του τραυλισμού (Healey, 2008, Yairi, 2004) και έχει ως στόχο την κατανόηση της φύσης της δυσρυθμίας από την πλευρά των γονέων, αλλά και τη μείωση του άγχους των τελευταίων, ώστε να μην μεταδίδεται στο παιδί, με αποτέλεσμα να μειωθούν οι τραυλικές συμπεριφορές του (Botterill και Kelman,2010).

Το πρόγραμμα διαρκεί 6-12 εβδομάδες και οι συνεδρίες μεταξύ γονέων και παιδιού βιντεοσκοποούνται και αναπαράγονται στην κλινική (Botterill και Kelman,2010). Κατά την ανατροφοδότηση των βιντεοσκοπημένων συνεδριών, οι γονείς ενθαρρύνονται για τις σωστές τεχνικές που χρησιμοποίησαν και εκπαιδεύονται, ώστε να εξαλείψουν τους λανθασμένους τρόπους αλληλεπίδρασης. Οι συναντήσεις μεταξύ γονέα και θεραπευτή είναι εβδομαδιαίες.

3.9.4 Θεραπευτικές προσεγγίσεις για παιδιά σχολική ηλικίας.

Οι διαφοροποιητικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη σε αυτή την ηλικιακή ομάδα σε σχέση με τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, είναι ότι τα παιδιά σχολικής ηλικίας κατά πάσα πιθανότητα τραυλίζουν για περισσότερο καιρό και επομένως, ο κίνδυνος συνειδητοποίησης και εδραίωσης των δυσρυθμιών είναι μεγαλύτερος (Μαλανδράκη, 2012). Επίσης, σχετικά με τις θεραπευτικές διαφοροποιήσεις, τα παιδιά αυτής της ηλικίας, συμμετέχουν πιο ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία.

Σύμφωνα με τους Zebrowski και Kelly (2002), οι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο για τη διαμόρφωση της θεραπείας του τραυλισμού είναι: 1) το συναίσθημα (A=Affective), 2) η ομιλία (B=Behavior) Γ) οι σκέψεις που σχετίζονται με την ομιλία (C=Cognitive). Η θεραπευτική προσέγγιση, επιλέγεται ανάλογα με τον παράγοντα που υπερισχύει. Επίσης, λαμβάνεται υπόψη το θεραπευτικό πλαίσιο, οι συμμετέχοντες στην παρέμβαση και οι απόψεις του κλινικού για την εκάστοτε θεραπευτική παρέμβαση. (Zebrowski και Kelly,2002).

1) Τεχνικές που στοχοποιούν στο συναίσθημα (A=Affective)

Σε αυτό το στάδιο κύριο ρόλο διαδραματίζει η έννοια της αναγνώρισης του τύπου των συναισθημάτων που συνδέονται με τον τραυλισμό. Μέσω των ερωτηματολογίων και κλιμάκων που συμπληρώνονται από τους γονείς και το παιδί, αλλά και από τη συνέντευξη μαζί τους, ο θεραπευτής μπορεί να διευκρινίσει τα συναισθήματα αυτά. Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, προτείνεται από τη Zebrowski (2000) να γίνει μία εισαγωγική συζήτηση, για τα συναισθήματα (τι σημαίνει χαρούμενος, λυπημένος κλπ.). Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν εικόνες, ιστορίες για περιγραφή

συναισθημάτων, παιχνίδια ζωγραφικής που σχετίζονται με τα συναισθήματα κλπ. (Zebrowski και Kelly,2002).

Ανάλογα επίσης με την επίγνωση του προβλήματος, μπορεί να γίνει και άμεση συζήτηση για πράγματα που μας αρέσουν ή όχι στον εαυτό μας και την ομιλία μας (Guitar, 2006). Τα παιχνίδια role-play βοηθάνε επίσης στο να γίνει εξάσκηση σε τεχνικές ομιλίας (π.χ. ψευδοτραυλισμός), με στόχο να απομυθοποιηθούν οι δυσρυθμίες και να τροποποιηθούν τα συναισθήματα φόβου που τις περικλείουν. (Zebrowski και Kelly,2002).

2) Τεχνικές που στοχοποιούν την ομιλία

Ανάλογα με το βαθμό συνειδητοποίησης του προβλήματος, επιλέγεται και το αντίστοιχο πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται συνήθως στην θεραπευτική προσέγγιση της Μορφοποίησης Ροής, η οποία επιλέγεται για τα παιδιά με μικρότερο βαθμό συνειδητοποίησης, περιλαμβάνουν την ήπια έναρξη φώνησης, τις απαλές αρθρωτικές επαφές, την παρατεταμένη φώνηση, αλλά και τεχνικές εναλλαγής σειράς και χρήσης παύσεων πριν από κάθε απάντηση, προκειμένου να υιοθετηθεί ένας πιο αργός και χαλαρός τρόπος ομιλίας. Επίσης πολύ σημαντικό πρότυπο αποτελεί και ο τρόπος και ρυθμός ομιλίας του θεραπευτή (Raming και Dodge, 2010).

Ωστόσο, σε παιδιά με μεγαλύτερο βαθμό συνειδητοποίησης των δυσρυθμιών, προτιμάται η θεραπευτική προσέγγιση της Τροποποίησης Τραυλισμού, με συχνότερη χρήση τεχνικών ακύρωσης, διαφυγής και προετοιμασίας συνόλων (Van Riper,1973).

Οι περισσότεροι θεραπευτές, χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό των δύο θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ενδεικτικά, στο στάδιο της **αναγνώρισης** (Van Riper,1973), το παιδί μαθαίνει το μηχανισμό παραγωγής ομιλίας, έτσι ώστε να μπορεί στη συνέχεια να ελέγχει πιο εύκολα τα όργανα που εμπλέκονται σε αυτή, με στόχο την πιο ευχερή ομιλία (Raming 1998). Στη συνέχεια χρησιμοποιείται η τεχνική του ψευδοτραυλισμού, η οποία εάν είναι δύσκολο να εφαρμοστεί στην αρχή, λόγω έντονης ευαισθητοποίησης του ατόμου, μπορεί να ζητηθεί από το παιδί να αναγνωρίσει στο θεραπευτή κάποια τραυλικά στοιχεία στην ομιλία του θεραπευτή και στη συνέχεια και στη δική του. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει η χρήση μαγνητοφωνημένων δειγμάτων. Άλλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται σε αυτό το

στάδιο, είναι το πάγωμα, με στόχο να συνειδητοποιήσει το παιδί ότι μπορεί να ελέγξει τις τραυλικές του συμπεριφορές. (Guitar, 2006, Zebrowski και Kelly, 2002).

Στο στάδιο της **απευαισθητοποίησης**, οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται, είναι η εισαγωγή ήρεμων τραυλικών συμπεριφορών την ομιλία του θεραπευτή, με στόχο την υιοθέτηση αυτού του μοντέλου από το παιδί (Raming και Dodge, 2010). Επίσης, χρήσιμη είναι και η αναπαραγωγή βίντεο άλλων ατόμων που τραυλίζουν και η ηχογράφηση της ομιλίας του παιδιού με και χωρίς τεχνικές ευχέρειας. Τέλος ιδιαίτερα βοηθητική μπορεί να αποβεί και η επισήμανση του ειδικού ότι όλοι οι άνθρωποι αντιμετωπίζουμε δυσχέρειες στην ομιλία μας και ότι ο τραυλισμός είναι αποδεκτός.

Στο στάδιο της **τροποποίησης** κατά Van Riper, (1973). Η επιλογή των τεχνικών που θα χρησιμοποιηθούν ποικίλει, ανάλογα με τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν και τη θεραπευτική προσέγγιση που πρεσβεύει ο κάθε θεραπευτής.

3) Τεχνικές που στοχοποιούν τις σκέψεις(C=Cognitive).

Απόρροια του μεγάλου βαθμού συνειδητοποίησης των δυσρυθμιών είναι οι αρνητικές σκέψεις που δημιουργούνται στο παιδί για την αυτοεικόνα του. Στόχος είναι η αλλαγή των σκέψεων αυτών μέσω κυρίως της αναγνώρισης και της απευαισθητοποίησης, με τεχνικές ανάλογες της αναγνώρισης και της απευαισθητοποίησης που σχετίζονται με τα συναισθήματα (Van Riper, 1973). Δύο κύριες τεχνικές που χρησιμοποιούνται επίσης είναι η Personal Contrast Theory (Kelly, 1995), αλλά και η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (Fry και Cook, 2004), η οποία «βασίζεται σε ένα γενικευμένο γνωστικό μοντέλο αλληλοσυσχετισμού μεταξύ σκέψεων, συναισθημάτων, σωματικών συμπεριφορών και συμπεριφορών που αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται. Πραγματοποιείται συνήθως στα πλαίσια της ομαδικής θεραπείας (Cook Boterill, 2009) και απευθύνεται κυρίως σε παιδιά σχολικής ηλικίας, εφήβους και ενήλικες.

Συνεργασία με τον παιδαγωγό

Ο παιδαγωγός είναι ένα από τα σημαντικότερα πρόσωπα για τα παιδιά σχολικής ηλικίας. Η ουσιαστική συνεργασία μεταξύ κλινικού και παιδαγωγού, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα για την επιτυχία ενός προγράμματος θεραπείας και γενίκευσης (Swan, 1993).

3.9.6 Επικουρικές μέθοδοι αντιμετώπισης του τραυλισμού

Επικουρικά, για την αντιμετώπιση του τραυλισμού χρησιμοποιούνται η φαρμακολογία και η χρήση τεχνολογίας, αλλά με αβέβαια και παροδικά αποτελέσματα. (Μαλανδράκη,2012).

3.Ομαδική θεραπεία.

Αποτελεί μια μέθοδο η οποία επιλέγεται από αρκετές κλινικές (Conture Curlee,2007 ,Kroll Scott-Sulsky,2010, O'Brian et al., 2001, Zebrowski Kelly,2002) και παρέχει ένα είδος στήριξης, εφόσον συναντώνται άτομα με το ίδιο πρόβλημα. Ενισχύει επίσης τη γενίκευση και χρήση τεχνικών ευχέρειας και σε επικοινωνιακά περιβάλλοντα εκτός της κλινικής, αλλά δίνει τη δυνατότητα και στον κλινικό να παρατηρήσει το θεραπευόμενο στις κοινωνικές του συναναστροφές.

Μια ομαδική θεραπεία για να είναι επιτυχής, πρέπει να απαρτίζεται από συγκεκριμένο αριθμό ατόμων –ιδανικά 5-10 άτομα-. Τα οποία να βρίσκονται σε παρόμοιο θεραπευτικό επίπεδο και ηλικία (Zebrowski Kelly,2002). Το φύλο επίσης παίζει έναν δευτερεύοντα ρόλο μόνο κατά την εφηβική ηλικία.

Κατά τον StLuis (2007), οι ομαδικές συνεδρίες πρέπει να είναι δομημένες, έτσι ώστε:

- α) να έχουν συγκεκριμένο θέμα συζήτησης, β)να περιλαμβάνουν μία διασκεδαστική δραστηριότητα, γ) να περιλαμβάνουν πραγματικές εμπειρίες των μελών της, δ) να μπορεί από μόνη της να σταθεί ως συνεδρία. Σύμφωνα επίσης με τους Zebrowski Kelly (2002), για τα παιδιά ισχύουν οι κανόνες: α) «ακούμε προσεκτικά τους συμμαθητές μας», β) «περιμένουμε τη σειρά μας για να μιλήσουμε ή να παίξουμε», γ) «σκεφτόμαστε και σεβόμαστε τους άλλους», δ) «είμαστε αισιόδοξοι» και ε) «είμαστε καλοί φίλοι».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 10 παιδιά τα οποία χωρίστηκαν σε δύο ισάριθμες ομάδες ανάλογα με το αν παρουσίαζαν συμπτώματα τραυλισμού ή όχι. Προϋπόθεση για τη συμμετοχή των παιδιών στην έρευνα ήταν να βρίσκονται μεταξύ του ηλικιακού φάσματος από 4 έως 7 ετών. Και οι δύο ομάδες είχαν ως μητρική ομιλούμενη γλώσσα την ελληνική, δεν παρουσίαζαν αισθητηριακά ελλείματα και δεν είχε διαγνωστεί άλλη παθολογία εκτός από τον τραυλισμό για την αντίστοιχη ομάδα.

4.2. Ερωτηματολόγιο

Βάσει των τομέων του λόγου που εξετάστηκαν και του σκοπού της παρούσας εργασίας προέκυψαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- *Πώς συσχετίζεται η ύπαρξη προβλημάτων άρθρωσης στα παιδιά, ανάλογα με την ομάδα στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα);*
- *Πώς συσχετίζεται η δυσκολία των παιδιών στην κατηγορία «Σύνταξη» ανάλογα με την ομάδα στην οποία ανήκουν (Ομάδα I: Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης, Ομάδα II: Τραυλίζοντα Παιδιά);*
- *Πώς συσχετίζεται η δυσκολία των παιδιών στην κατηγορία «Σημασιολογία» με την ομάδα στην οποία ανήκουν (Ομάδα I: Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης, Ομάδα II: Τραυλίζοντα Παιδιά);*
- *Πώς συσχετίζεται η δυσκολία των παιδιών στην κατηγορία «Πραγματολογία» ανάλογα με την ομάδα στην οποία ανήκουν (Ομάδα I: Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης, Ομάδα II: Τραυλίζοντα Παιδιά);*
- *Πώς συσχετίζεται η δυσκολία των παιδιών στη δοκιμασία των Εικόνων Δράσης με την ομάδα στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα);*

4.3.Δοκιμασίες

Οι δοκιμασίες στις οποίες υποβλήθηκαν τα παιδιά ήταν οι εξής:

4.3.1.Εικόνες δράσης. Δοκιμασία Πληροφοριακής και Γραμματικής Επάρκειας

(Ιωάννης Βογινδρούκας, Αθανάσιος Πρωτόπαπας, Σταυρούλα Σταυρακάκη ,2009)

Η παρούσα δοκιμασία εστιάζεται στην ενιαία αξιολόγηση δύο τομέων της γλώσσας: της μορφοσύνταξης, εξετάζοντας τη γραμματική επάρκεια των εκφερόμενων φράσεων και της πραγματολογίας, εξετάζοντας την πληροφοριακή επάρκεια, δηλαδή τη χρήση της γλώσσας που κάνει ο εξεταζόμενος, προκειμένου να μεταδώσει πληροφορίες.

Η δοκιμασία αποτελείται από 10 έγχρωμες εικόνες οι οποίες παρουσιάζουν διάφορες καθημερινές καταστάσεις. Ο εξεταστής χρησιμοποιεί ερωτήσεις, που είναι συγκεκριμένες για κάθε εικόνα, ώστε να εκμαιεύσει από το παιδί μία απάντηση για κάθε μία, την οποία και καταγράφει με σκοπό την βαθμολόγησή της σύμφωνα με τους πίνακες βαθμολόγησης της δοκιμασίας.

Η βαθμολόγηση στηρίζεται στη αξιολόγηση δύο διαδικασιών: αφενός στη χρήση εννοιών για μεταβίβαση πληροφοριών, για την αξιολόγηση της πληροφοριακής επάρκειας και αφετέρου στην ορθή χρήση της γραμματικής επάρκειας του παιδιού.

4.3.2.Δοκιμασία φωνητικής και φωνολογικής εξέλιξης

(Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών,1995)

Η συγκεκριμένη δοκιμασία στηρίχθηκε στα αποτελέσματα της έρευνας για την φωνητική και φωνολογική εξέλιξη στην Ελλάδα. Έχει ως στόχο «τη σύγκριση του φωνητικού ρεπερτορίου του παιδιού, του φωνολογικού του συστήματος, της αντιθετικής λειτουργίας των φωνημάτων και των φωνοτακτικών του δυνατοτήτων, ανάλογα με αυτές των παιδιών που έχουν την ίδια χρονολογική ηλικία, με τελικό σκοπό την οργάνωση του φωνολογικού συστήματος των ενηλίκων.»

Ο εξεταστής δείχνει τις εικόνες στο παιδί και καταγράφει την απάντηση χρησιμοποιώντας το διεθνές φωνητικό αλφάβητο. Επίσης σημειώνεται η φωνοτακτική δομή που χρησιμοποίησε το παιδί, αλλά και εάν η εικόνα κατονομάστηκε αυθόρμητα ή μετά από επανάληψη.

4.3.3. PLS-3

Το PLS-3 μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ελέγξει τις δεκτικές και εκφραστικές γλωσσικές επιδεξιότητες σε παιδιά από 2 εβδομάδων μέχρι έξι χρονών. Επίσης αξιολογούνται συμπεριφορές που θεωρείται ότι είναι προβλεπτικοί παράγοντες μελλοντική εμφάνιση κάποιας διαταραχής. Περιλαμβάνει 8 δεκτικές/εκφραστικές γλωσσικές εργασίες για κάθε εξαμήνο διάστημα, για τις ηλικίες από τη γέννηση μέχρι 4,11 ετών και 8 δεκτικές/ εκφραστικές εργασίες για κάθε δωδεκάμηνο διάστημα για ηλικίες 5 και 6 ετών.

4.3.4. BUS STORY TEST

Το bus story test είναι ένα ανιχνευτικό εργαλείο σχεδιασμένο για να χρησιμοποιείται συμπληρωματικά μαζί με άλλα εργαλεία αξιολόγησης ώστε να οδηγήσει σε περαιτέρω διαγνωστικά πεδία.

Η ιστορία του λεωφορείου ελέγχει την ικανότητα των παιδιών να επανααφηγηθούν σχετικές πληροφορίες για μια ιστορία. Η ανάλυση της επανααφήγησης παρέχει στον κλινικό πληροφορίες σχετικά με τις γλωσσικές ικανότητές του παιδιού, το οποίο περιγράφει μια γνωστή δραστηριότητα. Η αφήγηση της ιστορίας σχετίζεται με την *μνημονική ικανότητα* και την ικανότητα ανάπτυξης έννοιας.

Σχετικά με τον τρόπο χορήγησης, δίνεται μια ευκαιρία στο παιδί να κοιτάξει τις εικόνες του τεστ πριν αρχίσει η εξέταση. Ο εξεταστής έπειτα δίνει εντολή στο παιδί να ακούσει καθώς εκείνος διαβάζει την ιστορία που βασίζεται σε γραπτό κείμενο. Το παιδί έπειτα καλείται να επαναλάβει την ιστορία βλέποντας μία μία τις δώδεκα εικόνες του test. Στο τέλος της διαδικασίας δίνεται μία συμπερασματική ερώτηση στο παιδί του τύπου: «νομίζεις ότι το λεωφορείο είναι ευτυχισμένο που βρέθηκε στο δρόμο ξανά;»

4.4. Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό εργαλείο SPSS (IBM SPSS Statistics Version 21).

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε ξεχωριστά για κάθε μία από τις τέσσερις δοκιμασίες (Test Άρθρωσης, PLS, Εικόνες Δράσης, Bus Story Test) στις οποίες υποβλήθηκαν τα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα. Ως ανεξάρτητη μεταβλητή σε όλες τις περιπτώσεις ανάλυσης θεωρήθηκε η ομάδα των συμμετεχόντων (Ομάδα I: παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης και Ομάδα II: Τραυλίζοντα παιδιά).

Στις δοκιμασίες: Εικόνες Δράσης και Bus Story Test, ως εξαρτημένες μεταβλητές θεωρήθηκαν οι μεταβλητές που ορίστηκαν στο SPSS για να περιγράψουν τη δυσκολία των παιδιών σε κάθε μεμονωμένη κατηγορία της δοκιμασίας. Οι μεταβλητές αυτές είναι κατηγορικές, και για κάθε κατηγορία της δοκιμασίας, χωρίζουν τους συμμετέχοντες σε δύο ομάδες ανάλογα με τη δυσκολία που παρουσίασαν στη συγκεκριμένη κατηγορία (Ομάδα I: Καμία δυσκολία ή Δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων, Ομάδα II: Δυσκολία). Στο Test Άρθρωσης ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρήθηκε εκείνη που ορίστηκε στο SPSS για να περιγράψει αν οι συμμετέχοντες παρουσίασαν αρθρωτικό πρόβλημα ή όχι. Η μεταβλητή αυτή είναι επίσης κατηγορική, εφόσον χωρίζει τους συμμετέχοντες σε δύο ομάδες (Ομάδα I: Παρουσίασαν αρθρωτικό πρόβλημα, Ομάδα II: Δεν παρουσίασαν αρθρωτικό πρόβλημα).

Στις τρεις αυτές δοκιμασίες (Test Άρθρωσης, Εικόνες Δράσης και Bus Story Test) υπολογίστηκαν οι Πίνακες Διασταύρωσης (Cross-Tabulation Tables) της ανεξάρτητης μεταβλητής ομάδας των συμμετεχόντων (Ομάδα I: παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης και Ομάδα II: Τραυλίζοντα παιδιά) με κάθε εξαρτημένη μεταβλητή, καθώς και τα αντίστοιχα διαγράμματα (Bar Charts). Στη συνέχεια, διερευνήθηκε η στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς στα αποτελέσματα που προέκυψαν στους Πίνακες Διασταύρωσης μεταξύ των δύο ομάδων (Ομάδα I: παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης και Ομάδα II: Τραυλίζοντα παιδιά). Η μέθοδος ανάλυσης που εφαρμόστηκε ήταν η Chi-Square, εφόσον πληρούνταν τα κριτήρια για την εφαρμογή της (διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών, οι μεταβλητές περιλαμβάνουν τουλάχιστον δύο ανεξάρτητες ομάδες). Η ύπαρξη συσχέτισης στατιστικά σημαντικής ορίστηκε για $p < 0,05$.

Η δοκιμασία PLS περιλάμβανε τέσσερις βασικές κατηγορίες (Σύνταξη, Σημασιολογία, Μορφολογία, Πραγματολογία), εκ των οποίων οι τρεις από αυτές (Σύνταξη, Σημασιολογία και Πραγματολογία) περιλάμβαναν υποκατηγορίες. Για την αξιολόγηση της δυσκολίας των παιδιών σε κάθε υποκατηγορία καθώς και για την κατηγορία Μορφολογία (που δεν περιλάμβανε υποκατηγορίες), ορίστηκαν μεταβλητές στο SPSS που κατηγοριοποίησαν τα παιδιά σε τρεις ομάδες ανάλογα με τη δυσκολία που εμφάνισαν στη συγκεκριμένη υποκατηγορία (Ομάδα I: Καμία Δυσκολία, Ομάδα II: Δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων, Ομάδα III: Δυσκολία). Στη συνέχεια, ορίστηκαν για κάθε κατηγορία μεταβλητές τύπου κλίμακας (Scale) για να χαρακτηρίσουν τη γενική δυσκολία των παιδιών σε κάθε κατηγορία, όπως αυτή προέκυψε από τη δυσκολία που παρουσίασαν στις επιμέρους κατηγορίες.

Στη συνέχεια, υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στατιστικά (Descriptive Statistics) των εξαρτημένων συνεχών μεταβλητών κάθε κατηγορίας για κάθε ομάδα (Τυπική ανάπτυξη και Τραυλίζοντα) ξεχωριστά. Έτσι, προέκυψε ο μέσος όρος δυσκολίας των παιδιών σε κάθε κατηγορία της δοκιμασίας PLS για κάθε ομάδα. Ο έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας στη διαφορά των μέσων όρων δυσκολίας ανάμεσα στις δύο ομάδες, πραγματοποιήθηκε με εφαρμογή της μεθόδου Mann-Whitney U, εφόσον πληρούνταν τα κριτήρια για την εφαρμογή της μεθόδου (σύγκριση ομάδων, μία κατηγορική ανεξάρτητη μεταβλητή, μία συνεχής εξαρτημένη μεταβλητή, καμία συμμεταβλητή, μη κανονική κατανομή). Η ύπαρξη συσχέτισης στατιστικά σημαντικής ορίστηκε για $p < 0,05$.

4.5. Διαδικασία

Κατά τη διαδικασία χορήγησης των προαναφερθέντων δοκιμασιών μεριμνήθηκε η εξασφάλιση ενός ήρεμου και φιλικού περιβάλλοντος χωρίς διασπαστικά στοιχεία. Οι δοκιμασίες χορηγήθηκαν σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. Δοκιμασία Άρθρωσης

Πώς συσχετίζεται η ύπαρξη προβλημάτων άρθρωσης στα παιδιά, ανάλογα με την ομάδα στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα);

Υπολογίστηκε αρχικά ο Πίνακας Διασταύρωσης (Cross - Tabulation Tables) της μεταβλητής ομάδας παιδιών με τη μεταβλητή που περιγράφει την ύπαρξη ή όχι αρθρωτικού προβλήματος. Στη συνέχεια έγινε έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς που προέκυψε στην ύπαρξη αρθρωτικών προβλημάτων μεταξύ των δύο ομάδων, με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

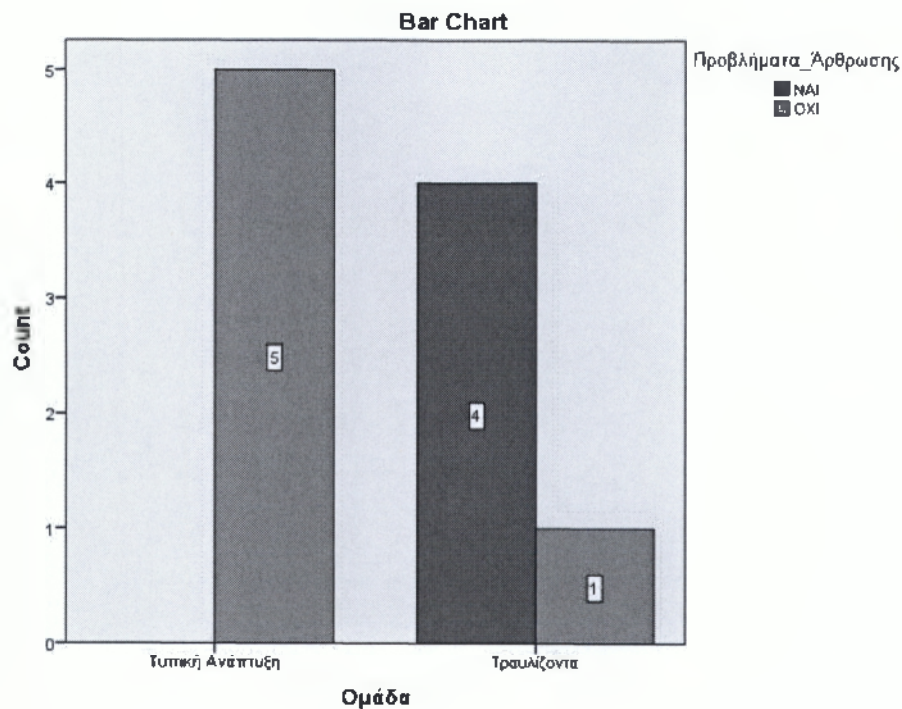
Προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Ομάδα ' Προβλήματα_Άρθρωσης Crosstabulation

			Προβλήματα_Άρθρωσης		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Ομάδα	Τυπική Ανάπτυξη	Count	0	5	5
		% within Ομάδα	0,0%	100,0%	100,0%
		% within Προβλήματα_Άρθρωσης	0,0%	83,3%	50,0%
		% of Total	0,0%	50,0%	50,0%
		Τραυλίζοντα	Count	4	1
% within Ομάδα	80,0%		20,0%	100,0%	
% within Προβλήματα_Άρθρωσης	100,0%		16,7%	50,0%	
% of Total	40,0%		10,0%	50,0%	
Total	Count		4	6	10
	% within Ομάδα	40,0%	60,0%	100,0%	
	% within Προβλήματα_Άρθρωσης	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	40,0%	60,0%	100,0%	

Στην ομάδα Τυπικής Ανάπτυξης, και τα πέντε παιδιά (100%) που συμμετείχαν στη δοκιμασία δεν παρουσίασαν κανένα πρόβλημα άρθρωσης. Στην ομάδα Τραυλίζόντων παιδιών, τα τέσσερα παιδιά (80%) που συμμετείχαν στη δοκιμασία παρουσίασαν αρθρωτικό πρόβλημα, ενώ 1 μόνο παιδί (20%) δεν παρουσίασε .

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και διαγραμματικά:



Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ του βαθμού ύπαρξης αρθρωτικού προβλήματος και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα) με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,667 ^a	1	,010		
Continuity Correction ^b	3,750	1	,053		
Likelihood Ratio	8,456	1	,004		
Fisher's Exact Test				,048	,024
Linear-by-Linear Association	6,000	1	,014		
N of Valid Cases	10				

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον παραπάνω πίνακα ($X(1)=6.667$, $p=0.01$), υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αρθρωτικών προβλημάτων που εμφανίζουν τα παιδιά και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα), με τα τραυλίζοντα παιδιά να εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα.

5.2. Δοκιμασία PLS

Απαντήθηκαν τα παρακάτω επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:

1.1 Πώς συσχετίζεται η δυσκολία των παιδιών στην κατηγορία Σύνταξη ανάλογα με την ομάδα στην οποία ανήκουν (Ομάδα I: Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης, Ομάδα II: Τραυλίζοντα Παιδιά);

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας της συνεχούς μεταβλητής «Δυσκολία_στη_Σύνταξη», η οποία περιγράφει το συνολικό βαθμό δυσκολίας των παιδιών στην κατηγορία «Σύνταξη» της δοκιμασίας PLS και μπορεί να πάρει τιμές από 0 (καμία δυσκολία) μέχρι 8 (μέγιστη δυσκολία).

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Δυσκολία στη Σύνταξη	,478	10	,000	,539	10	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Η εξαρτημένη μεταβλητή «Δυσκολία_στη_Σύνταξη» δεν είναι κανονικά κατανοημένη (normally distributed), εφόσον η Sig. τιμή της Shapiro-Wilk μεθόδου (είναι πιο κατάλληλη για μικρά μεγέθη δείγματος, <50) είναι μικρότερη από 0,05 .

Στη συνέχεια, υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στατιστικά (Descriptive Statistics) για την εξαρτημένη συνεχή μεταβλητή «Δυσκολία_στη_Σύνταξη» για κάθε ομάδα (Τυπική ανάπτυξη και Τραυλίζοντα) ξεχωριστά.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Descriptives^a

Ομάδα		Statistic	Std. Error	
Δυσκολία στη Σύνταξη	Τραυλίζοντα παιδιά	Mean	2,00	1,265
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-1,51
			Upper Bound	5,51
		5% Trimmed Mean		1,89
		Median		,00
		Variance		8,000
		Std. Deviation		2,828
		Minimum		0
		Maximum		6
		Range		6
		Interquartile Range		5
		Skewness	,884	,913
		Kurtosis	-1,750	2,000

a. Δυσκολία στη Σύνταξη is constant when Ομάδα = Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης. It has been omitted.

Όλα τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης δεν είχαν καμία δυσκολία στη Σύνταξη, με αποτέλεσμα ο βαθμός δυσκολίας τους στην κατηγορία «Σύνταξη» του PLS να είναι σταθερά (constant) με τιμή ίση με 0. Για το λόγο αυτό η μέση τιμή του «Δυσκολία_στη_Σύνταξη» δεν περιλαμβάνεται στον παραπάνω πίνακα για την ομάδα τυπικής ανάπτυξης.

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, η ομάδα των Τραυλιζόντων παιδιών έχει υψηλότερο βαθμό δυσκολίας στη σύνταξη (Mean=2, Standard Deviation= 2.83) από την ομάδα Τυπικής ανάπτυξης που δεν παρουσιάζει καμία δυσκολία.

Προκειμένου να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα, να ελεγχθεί δηλαδή αν η διαφορά στο βαθμό δυσκολίας μεταξύ των δύο ομάδων (Τυπικής ανάπτυξης και Τραυλίζοντα) ήταν στατιστικά σημαντική, πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος με τη μη παραμετρική μέθοδο Mann-Whitney U test.

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της μεθόδου παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

	Δυσκολία στη Σύνταξη
Mann-Whitney U	7,500
Wilcoxon W	22,500
Z	-1,491
Asymp. Sig. (2-tailed)	,136
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,310 ^b

a. Grouping Variable: Ομάδα

b. Not corrected for ties

Από τα δεδομένα του πίνακα (U=7.5, p=0.136) συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό δυσκολίας μεταξύ των δύο ομάδων.

1.2 Πώς συσχετίζεται η δυσκολία των παιδιών στην κατηγορία «Σημασιολογία» με την ομάδα στην οποία ανήκουν (Ομάδα I: Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης, Ομάδα II: Τραυλίζοντα Παιδιά);

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας της συνεχούς μεταβλητής «Δυσκολία στη Σημαιολογία», η οποία περιγράφει το συνολικό βαθμό δυσκολίας των παιδιών στην κατηγορία «Σημαιολογία» της δοκιμασίας PLS και μπορεί να πάρει τιμές από 0 (καμία δυσκολία) μέχρι 12 (μέγιστη δυσκολία).

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Δυσκολία στη Σημαιολογία	,287	10	,020	,776	10	,007

a. Lilliefors Significance Correction

Η εξαρτημένη μεταβλητή «Δυσκολία στη Σημαιολογία» δεν είναι κανονικά κατανοημένη (normally distributed), εφόσον η Sig. τιμή της Shapiro-Wilk μεθόδου (είναι πιο κατάλληλη για μικρά μεγέθη δείγματος, <50) είναι μικρότερη από 0,05 .

Στη συνέχεια, υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στατιστικά (Descriptive Statistics) για την εξαρτημένη συνεχή μεταβλητή «Δυσκολία στη Σημαιολογία» για κάθε ομάδα (Τυπική ανάπτυξη και Τραυλίζοντα) ξεχωριστά.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Descriptives

Ομάδα		Statistic	Std. Error	
Δυσκολία στη Σημαιολογία	Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης	Mean	,60	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,51
			Upper Bound	1,71
		5% Trimmed Mean	,56	
		Median	,00	
		Variance	,800	
		Std. Deviation	,894	
		Minimum	0	
		Maximum	2	
		Range	2	
		Interquartile Range	2	
		Skewness	1,258	,913
		Kurtosis	,313	2,000
		Τραυλίζοντα παιδιά	Τραυλίζοντα παιδιά	Mean
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			-,48
	Upper Bound			4,48
5% Trimmed Mean	2,00			
Median	2,00			
Variance	4,000			
Std. Deviation	2,000			
Minimum	0			
Maximum	4			
Range	4			
Interquartile Range	4			
Skewness	,000			,913
Kurtosis	-3,000			2,000

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, η ομάδα των Τραυλιζόντων παιδιών έχει υψηλότερο βαθμό δυσκολίας στη σημασιολογία (Mean=2, Standard Deviation= 2) από την ομάδα Τυπικής ανάπτυξης (Mean=0.6, Standard Deviation=0.894).

Προκειμένου να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα, να ελεγχθεί δηλαδή αν η διαφορά στο βαθμό δυσκολίας μεταξύ των δύο ομάδων (Τυπικής ανάπτυξης και Τραυλίζοντα) ήταν στατιστικά σημαντική, πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος με τη μη παραμετρική μέθοδο Mann-Whitney U test.

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της μεθόδου παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

	Δυσκολία στη Σημασιολογί α
Mann-Whitney U	7,500
Wilcoxon W	22,500
Z	-1,122
Asymp. Sig. (2-tailed)	,262
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,310 ^b

a. Grouping Variable: Ομάδα

b. Not corrected for ties.

Από τα δεδομένα του πίνακα (U=7.5, p=0.262) συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό δυσκολίας μεταξύ των δύο ομάδων.

1.3 Πώς συσχετίζεται η δυσκολία των παιδιών στην κατηγορία «Πραγματολογία» με την ομάδα στην οποία ανήκουν (Ομάδα I: Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης, Ομάδα II: Τραυλίζοντα Παιδιά);

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας της συνεχούς μεταβλητής «Δυσκολία στην Πραγματολογία», η οποία περιγράφει το συνολικό βαθμό δυσκολίας των παιδιών στην κατηγορία «Πραγματολογία» της δοκιμασίας PLS και μπορεί να πάρει τιμές από 0 (καμία δυσκολία) μέχρι 10 (μέγιστη δυσκολία).

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Δυσκολία στην Πραγματολογία	,314	10	,006	,652	10	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Η εξαρτημένη μεταβλητή «Δυσκολία_στην_Πραγματολογία» δεν είναι κανονικά κατανομημένη (normally distributed), εφόσον η Sig. τιμή της Shapiro-Wilk μεθόδου (είναι πιο κατάλληλη για μικρά μεγέθη δείγματος, <50) είναι μικρότερη από 0,05 .

Στη συνέχεια, υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στατιστικά (Descriptive Statistics) για την εξαρτημένη συνεχή μεταβλητή «Δυσκολία_στην_Πραγματολογία» για κάθε ομάδα (Τυπική ανάπτυξη και Τραυλίζοντα) ξεχωριστά.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Ομάδα		Statistic		Std. Error	
Δυσκολία στην Πραγματολογία	Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης	Mean	.40	.400	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,71	
			Upper Bound	1.51	
		5% Trimmed Mean	.33		
		Median	.00		
		Variance	.600		
		Std. Deviation	.894		
		Minimum	0		
		Maximum	2		
		Range	2		
		Interquartile Range	1		
		Skewness	2,236	.913	
		Kurtosis	5,000	2,000	
		Τραυλίζοντα παιδιά		Mean	3.20
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			-1.95	
	Upper Bound			6.35	
5% Trimmed Mean	3.00				
Median	2,00				
Variance	17,200				
Std. Deviation	4,147				
Minimum	0				
Maximum	10				
Range	10				
Interquartile Range	7				
Skewness	1,447			.913	
Kurtosis	1,931			2,000	

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, η ομάδα των Τραυλίζόντων παιδιών έχει υψηλότερο βαθμό δυσκολίας στην πραγματολογία (Mean=3.20, Standard Deviation=4.147) από την ομάδα Τυπικής ανάπτυξης (Mean=0.4, Standard Deviation=0.894).

Προκειμένου να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα, να ελεγχθεί δηλαδή αν η διαφορά στο βαθμό δυσκολίας μεταξύ των δύο ομάδων (Τυπικής ανάπτυξης και Τραυλίζοντα)

ήταν στατιστικά σημαντική, πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος με τη μη παραμετρική μέθοδο Mann-Whitney U test.

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της μεθόδου παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Test Statistics^a

	Δυσκολία στην Πραγματολογία
Mann-Whitney U	6,500
Wilcoxon W	21,500
Z	-1,417
Asymp. Sig. (2-tailed)	,156
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,222 ^b

a. Grouping Variable: Ομάδα

b. Not corrected for ties.

Από τα δεδομένα του πίνακα ($U=6.5$, $p=0.156$) συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό δυσκολίας μεταξύ των δύο ομάδων.

5.3.Δοκιμασία Εικόνων Δράσης

Πώς συσχετίζεται η δυσκολία των παιδιών στη δοκιμασία των Εικόνων Δράσης με την ομάδα στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα);

Προκειμένου να συγκριθεί η δυσκολία των δύο ομάδων παιδιών (Ομάδα I: Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης, Ομάδα II: Τραυλίζοντα Παιδιά) που συμμετείχαν στη δοκιμασία Εικόνων Δράσης, υπολογίστηκαν αρχικά οι Πίνακες Διασταύρωσης (Cross - Tabulation Tables) της μεταβλητής ομάδας παιδιών με τις μεταβλητές που αντιστοιχούν στις κατηγορίες της δοκιμασίας (Σύνταξη, Σημασιολογία, Μορφολογία, Πραγματολογία). Στη συνέχεια έγινε έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς της δυσκολίας μεταξύ των δύο ομάδων με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Πρόέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

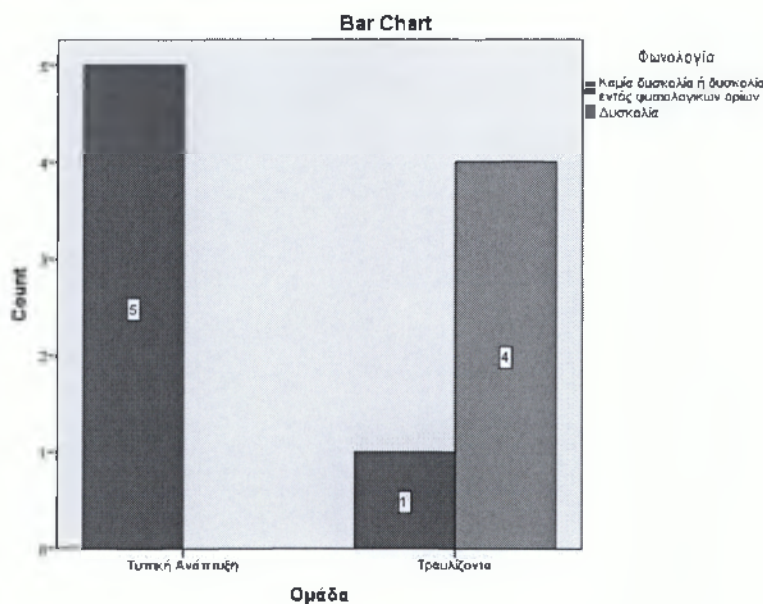
Ομάδα*Φωνολογία

Ομάδα * Φωνολογία Crosstabulation

Ομάδα	Τυπική Ανάπτυξη	Count	Φωνολογία		Total
			Καμία δυσκολία ή δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων	Δυσκολία	
Ομάδα	Τυπική Ανάπτυξη	Count	5	0	5
		% within Ομάδα	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Φωνολογία	83,3%	0,0%	50,0%
		% of Total	50,0%	0,0%	50,0%
Ομάδα	Τραυλιζόντα	Count	1	4	5
		% within Ομάδα	20,0%	80,0%	100,0%
		% within Φωνολογία	16,7%	100,0%	50,0%
		% of Total	10,0%	40,0%	50,0%
Total		Count	6	4	10
		% within Ομάδα	60,0%	40,0%	100,0%
		% within Φωνολογία	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	60,0%	40,0%	100,0%

Στην ομάδα Τυπικής Ανάπτυξης, και τα πέντε παιδιά (100%) που συμμετείχαν στη δοκιμασία δεν παρουσίασαν καμία δυσκολία ή παρουσίασαν δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων στην κατηγορία Φωνολογίας. Στην ομάδα Τραυλιζόντων παιδιών, τα τέσσερα παιδιά (80%) που συμμετείχαν στη δοκιμασία παρουσίασαν δυσκολία, ενώ 1 παιδί (20%) δεν παρουσίασε καμία δυσκολία.

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και διαγραμματικά:



Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ του βαθμού δυσκολίας των παιδιών στην κατηγορία της Φωνολογίας και της ομάδας

στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα) με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,667 ^a	1	,010		
Continuity Correction ^b	3,750	1	,053		
Likelihood Ratio	8,456	1	,004		
Fisher's Exact Test				,048	,024
Linear-by-Linear Association	6,000	1	,014		
N of Valid Cases	10				

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον παραπάνω πίνακα ($X(1)=6.667$, $p=0.01$), υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού δυσκολίας των παιδιών στην κατηγορία της Φωνολογίας και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα).

5.4. Δοκιμασία Bus Story

Προκειμένου να συγκριθεί η δυσκολία των δύο ομάδων παιδιών (Ομάδα I: Παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης, Ομάδα II: Τραυλίζοντα Παιδιά) που συμμετείχαν στη δοκιμασία Bus Story, υπολογίστηκαν αρχικά οι Πίνακες Διασταύρωσης (Cross -Tabulation Tables) της μεταβλητής ομάδας παιδιών με τις μεταβλητές που αντιστοιχούν στις κατηγορίες της δοκιμασίας (Αφηγηματικός λόγος, Μνήμη, Μορφολογία, Σύνταξη, Φωνολογία, Σημασιολογία, Πραγματολογία). Στη συνέχεια έγινε έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς της δυσκολίας μεταξύ των δύο ομάδων με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

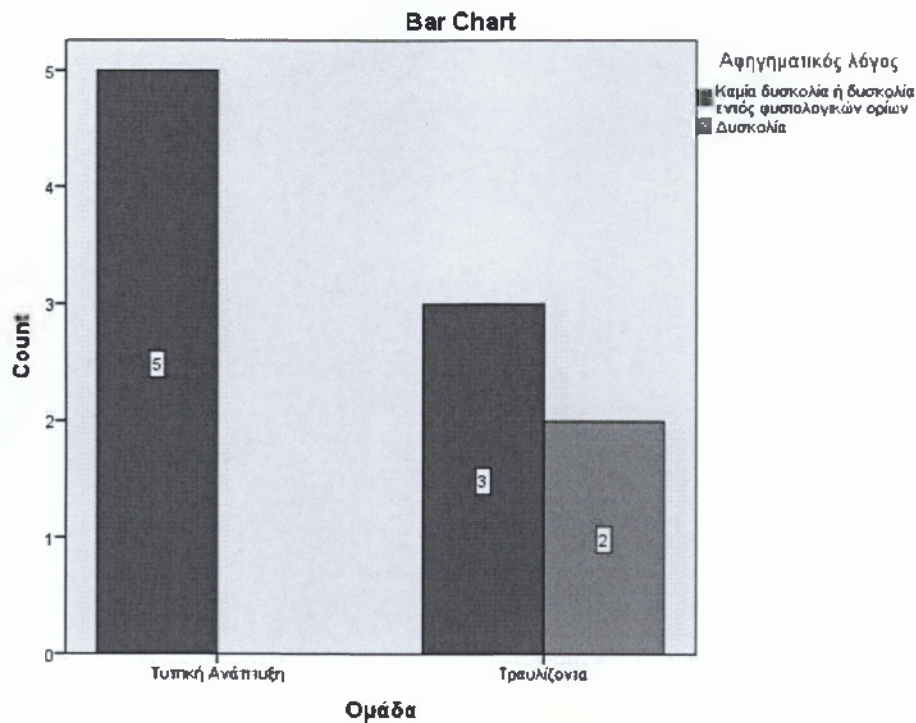
Ομάδα*Αφηγηματικός λόγος

Crosstab

			Αφηγηματικός λόγος		Total
			Καμία δυσκολία ή δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων	Δυσκολία	
Ομάδα	Τυπική Ανάπτυξη	Count	5	0	5
		% within Ομάδα	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Αφηγηματικός λόγος	62,5%	0,0%	50,0%
	% of Total	50,0%	0,0%	50,0%	
Τραυλιζόντα	Count	Count	3	2	5
		% within Ομάδα	60,0%	40,0%	100,0%
		% within Αφηγηματικός λόγος	37,5%	100,0%	50,0%
	% of Total	30,0%	20,0%	50,0%	
Total	Count	Count	8	2	10
		% within Ομάδα	80,0%	20,0%	100,0%
		% within Αφηγηματικός λόγος	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	80,0%	20,0%	100,0%	

Στην ομάδα Τυπικής Ανάπτυξης, και τα πέντε παιδιά (100%) που συμμετείχαν στη δοκιμασία δεν παρουσίασαν καμία δυσκολία ή παρουσίασαν δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων στον Αφηγηματικό λόγο. Στην ομάδα Τραυλιζόντων παιδιών, τα τρία παιδιά (60%) που συμμετείχαν στη δοκιμασία δεν παρουσίασαν καμία δυσκολία ή παρουσίασαν δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων, ενώ δύο παιδιά (40%) παρουσίασαν δυσκολία.

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και διαγραμματικά:



Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ του βαθμού δυσκολίας των παιδιών στην κατηγορία του Αφηγηματικού λόγου και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα) με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,500 ^a	1	,114		
Continuity Correction ^b	,625	1	,429		
Likelihood Ratio	3,278	1	,070		
Fisher's Exact Test				,444	,222
Linear-by-Linear Association	2,250	1	,134		
N of Valid Cases	10				

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον παραπάνω πίνακα ($X(1)=2.5$, $p=0.114$), δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού δυσκολίας των παιδιών στην κατηγορία του Αφηγηματικού λόγου και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα).

Ακριβώς τα ίδια αποτελέσματα με την κατηγορία Αφηγηματικού λόγου, προέκυψαν και για την κατηγορία Φωνολογία.

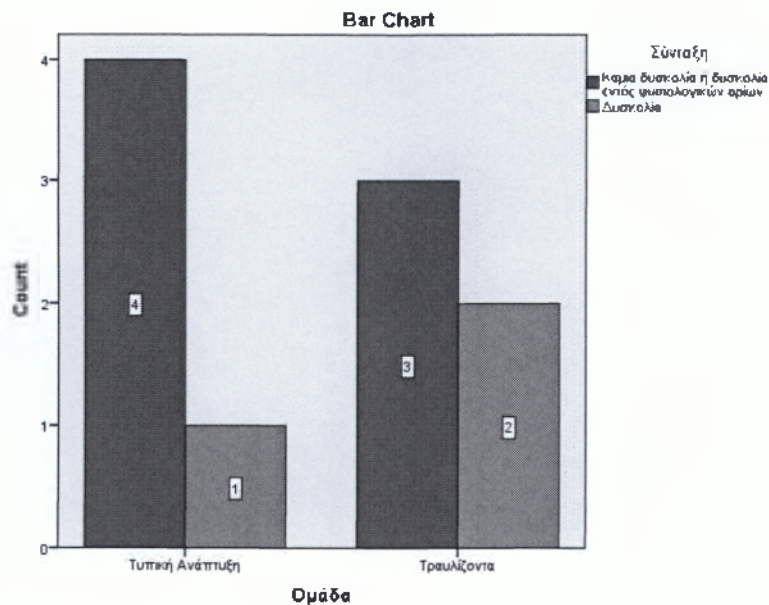
Ομάδα*Σύνταξη

Crosstab

			Σύνταξη		Total
			Καμία δυσκολία ή δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων	Δυσκολία	
Ομάδα	Τυπική Ανάπτυξη	Count	4	1	5
		% within Ομάδα	80,0%	20,0%	100,0%
		% within Σύνταξη	57,1%	33,3%	50,0%
		% of Total	40,0%	10,0%	50,0%
Ομάδα	Τραυλιζόντα	Count	3	2	5
		% within Ομάδα	60,0%	40,0%	100,0%
		% within Σύνταξη	42,9%	66,7%	50,0%
		% of Total	30,0%	20,0%	50,0%
Total		Count	7	3	10
		% within Ομάδα	70,0%	30,0%	100,0%
		% within Σύνταξη	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	70,0%	30,0%	100,0%

Στην ομάδα Τυπικής Ανάπτυξης, και τέσσερα παιδιά (80%) που συμμετείχαν στη δοκιμασία δεν παρουσίασαν καμία δυσκολία ή παρουσίασαν δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων στη Σύνταξη. Στην ομάδα Τραυλιζόντων παιδιών, τα τρία παιδιά (60%) που συμμετείχαν στη δοκιμασία δεν παρουσίασαν καμία δυσκολία ή παρουσίασαν δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων, ενώ δύο παιδιά (40%) παρουσίασαν δυσκολία.

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και διαγραμματικά:



Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ του βαθμού δυσκολίας των παιδιών στην κατηγορία της Σύνταξης και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα) με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,476 ^a	1	,490		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,483	1	,487		
Fisher's Exact Test				1,000	,500
Linear-by-Linear Association	,429	1	,513		
N of Valid Cases	10				

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον παραπάνω πίνακα ($X(1)=0.476$, $p=0.490$), δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού δυσκολίας των παιδιών στην κατηγορία της Σύνταξης και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα).

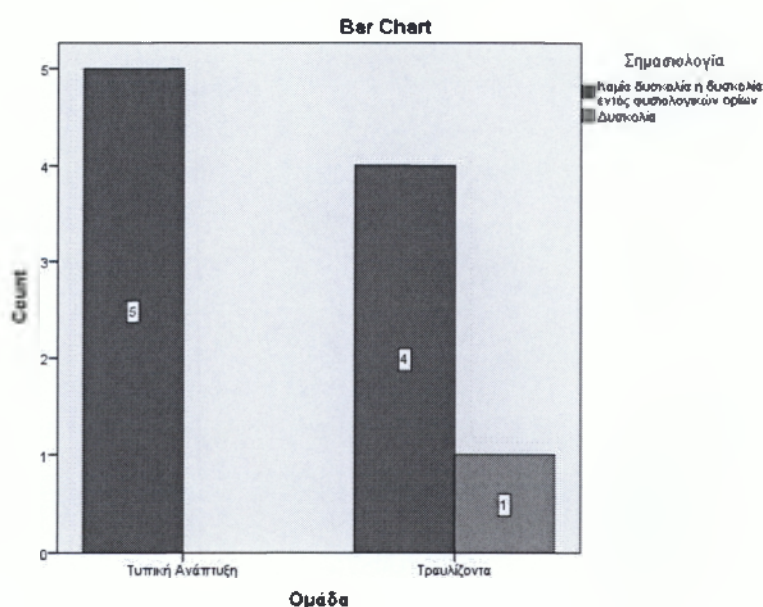
Ομάδα*Σηματολογία

Crosstab

		Σηματολογία		Total	
		Καμία δυσκολία ή δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων	Δυσκολία		
Ομάδα	Τυπική Ανάπτυξη	Count	5	0	5
		% within Ομάδα	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Σηματολογία	55,6%	0,0%	50,0%
		% of Total	50,0%	0,0%	50,0%
Τραυλιζόντα		Count	4	1	5
		% within Ομάδα	80,0%	20,0%	100,0%
		% within Σηματολογία	44,4%	100,0%	50,0%
		% of Total	40,0%	10,0%	50,0%
Total		Count	9	1	10
		% within Ομάδα	90,0%	10,0%	100,0%
		% within Σηματολογία	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	90,0%	10,0%	100,0%

Στην ομάδα Τυπικής Ανάπτυξης, και τα πέντε παιδιά (100%) που συμμετείχαν στη δοκιμασία δεν παρουσίασαν καμία δυσκολία ή παρουσίασαν δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων στη Σηματολογία. Στην ομάδα Τραυλιζόντων παιδιών, τα τέσσερα παιδιά (80%) που συμμετείχαν στη δοκιμασία δεν παρουσίασαν καμία δυσκολία ή παρουσίασαν δυσκολία εντός φυσιολογικών ορίων, ενώ ένα παιδί (20%) παρουσίασε δυσκολία.

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και διαγραμματικά:



Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ του βαθμού δυσκολίας των παιδιών στην κατηγορία της Σημασιολογίας και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα) με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,111 ^a	1	,292		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	1,498	1	,221		
Fisher's Exact Test				1,000	,500
Linear-by-Linear Association	1,000	1	,317		
N of Valid Cases	10				

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. Computed only for a 2x2 table

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον παραπάνω πίνακα ($X(1)=1.111$, $p=0.292$), δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού δυσκολίας των παιδιών στην κατηγορία της Σημασιολογίας και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα).

Ακριβώς τα ίδια αποτελέσματα της Σημασιολογίας, προέκυψαν και για την Πραγματολογία.

Στις κατηγορίες Μνήμης και Μορφολογίας, όλα τα παιδιά (Τυπικής Ανάπτυξης και Τραυλίζοντα) δεν παρουσίασαν καμία δυσκολία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Εισαγωγή

Το συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί βάσει του δείγματος των παιδιών που εξετάστηκαν, είναι ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα παιδιά που τραυλίζουν και στα παιδιά που δεν τραυλίζουν. Ωστόσο παρατηρείται μία τάση εμφάνισης περισσότερων δυσχερειών λόγου στα παιδιά που τραυλίζουν, σε σχέση με αυτά που παρουσιάζουν ευχέρεια λόγου.

Παρόλα αυτά σημαντική στατιστικά διαφορά παρατηρείται στον τομέα της φωνολογίας, όπου το 80% του δείγματος των τραυλιζόντων παιδιών παρουσιάζουν διαταραχές στην άρθρωση.

Ορισμένοι μελετητές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που τραυλίζουν δεν διαφέρουν γλωσσικά από παιδιά του γενικού πληθυσμού (Nippold Schwartz,1991, Seider, Gladstein,Kidd,1982, Watkins, Yairi,,Ambrose,1999). Όλο και περισσότερες μελέτες όμως δείχνουν περισσότερα κυρίως φωνολογικά λάθη (Conture και Edwards,1994, Conture, Luoko, Edwards,1993, St. Louis Hinzman,1988),μειωμένες εκφραστικές ικανότητες λόγου (Bloodstein, 1995,St, Louis και Hinzman, 1988), μειωμένο λεξιλόγιο (έκφρασης και κατανόησης) (Anderson,2008, Anderson και Conture,2000, Coulter, Anderson, Conture,2009)και ελαφρά μειωμένο μέσο μήκος εκφοράς (MLU) (Anderson και Conture,2000, Kadi-Hanifi και Howell,1992) σε παιδιά με τραυλισμό. Μάλιστα αναφέρεται ότι περίπου το 30-40% των παιδιών έχουν και φωνολογικά-αρθρωτικά προβλήματα σε σχέση με το 2-6% του γενικού πληθυσμού (Arndt και Healey, 2001, Yaruss Conture,1996).

6.1.Φωνολογία

Το ποσοστό των τραυλιζόντων παιδιών που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία που και εμφάνισαν προβλήματα άρθρωσης αγγίζει το 80%. Αντίθετα, τα παιδιά που δεν τραυλίζουν δεν εμφάνισαν κάποιο αρθρωτικό ή φωνολογικό πρόβλημα. Προβλήματα τα οποία εμφανίστηκαν στην ομάδα των μη τραυλιζόντων ήταν αναμενόμενα για την ηλικία στην οποία βρίσκονταν τα παιδιά, καθώς το φωνολογικό σύστημα δεν έχει

ολοκληρωθεί στις ηλικίες οι οποίες μελετώνται. Ακολουθεί ένας συνοπτικός πίνακας των λαθών που παρουσίασαν τα τραυλίζοντα και τα μη τραυλίζοντα παιδιά.

6.1.1.Ομάδα τραυλίζόντων παιδιών.

Test Αρθρωσης

ΠΑΙΔΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΘΡΩΣΗΣ	ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ
M.N. 7 ετών	ΝΑΙ	<ul style="list-style-type: none"> Κυρίως μπλοκαρίσματα και επιμηκύνσεις την πλειοψηφία των λέξεων και πάντα στην αρχή της λέξης. Συχνότερη εμφάνιση στα σύμφωνα, παρά στα φωνήεντα. Φωνολογικές διεργασίες: μετατροπή του /r/ σε /l/ (στιγμικοποίηση) Μετατροπή του /d/ σε /z/ (οπισθοποίηση) Μετατροπή του /θ/ σε /s/ (οπισθοποίηση)
A.B 5,5 ετών	ΟΧΙ	
Π.Κ. 6 ετών (27/10/08)	ΝΑΙ	<p>Μετατροπή /d/ σε /v/ (χειλικοποίηση) Απαλοιφή /r/ Μετατροπή /r/ σε /l/ όταν το /r/ βρίσκεται σε αρχική θέση Μετατροπή /x/ σε /ç/ (ουρανικοποίηση) Απαλοιφή /s/ σε συμπλέγματα Μετατροπή /λ/ σε /j/ (ουρανικοποίηση) Μετατροπή /s/ σε /ç/ (ουρανικοποίηση) Απαλοιφή /l/ σε συμπλέγματα Απαλοιφή /f/ σε</p>

		<p>συμπλέγματα Μετατροπή /g/ σε /j/ Μετατροπή /z/ σε /j/ Υπερωοποίηση /n/ Μετατροπή /θ/ σε /f/</p>
<p>Σ.Β. 4,5 ετών (9/5/10)</p>	<p>ΝΑΙ</p>	<p>Πολλά αρθρωτικά λάθη, απαλοιφές ολοκλήρων συλλαβών και συνδυασμών συλλαβών, απλοποιήσεις συμπλεγμάτων, Μετατροπή /s/ σε /t/ (στιγμικοποίηση)</p>
<p>Η.Μ 5,10 ετών (23/12/08)</p>	<p>ΝΑΙ</p>	<p>Απαλοιφή /κ/ αδυναμία εκφοράς του σε συμπλέγματα , εμφάνιση συμπτωμάτων τραυλισμού κατά την εκφορά του. Δεν πρόκειται για αμιγώς αρθρωτικό πρόβλημα, καθώς η απαλοιφή του /κ/ γινόταν λόγω αναμονής εκδήλωσης τραυλικών συμπτωμάτων σε αυτό το φώνημα.</p>

6.1.2. Ομάδα μη τραυλιζόντων παιδιών

Test Άρθρωσης

ΠΑΙΔΙΑ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΘΡΩΣΗΣ	ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ
<p>Σ.Β. (27/9/08) 6,1 ετών</p>	<p>Κανένα πρόβλημα άρθρωσης</p>	
<p>Χ.Π. (26/1/09) 5,9 ετών</p>	<p>Προβλήματα άρθρωσης τα οποία είναι δικαιολογημένα βάσει της ηλικίας του παιδιού συσχετιζόμενης με τα αναπτυξιακά</p>	<p>Απαλοιφή φωνήματος /r/</p>

	ορόσημα	
Π.Γ. (30/4/10) 4,6 ετών	Κανένα πρόβλημα άρθρωσης	
Κ.Ε. (30/10/10) 4 ετών	Προβλήματα άρθρωσης τα οποία είναι δικαιολογημένα βάσει της ηλικίας του παιδιού συσχετιζόμενης με τα αναπτυξιακά ορόσημα	Απαλοιφή του /τ/ σε συμπλέγματα Μετατροπή του /s/ σε /θ/
Μ.Χ. (1/10/9) 5 ετών	Κανένα πρόβλημα άρθρωσης	

Σχετικά λίγες δημοσιευμένες μελέτες έχουν αναφέρει ευρήματα της σχέσης μεταξύ της άρθρωσης νεαρών παιδιών που τραυλίζουν και της συχνότητας τραυλισμού τους. Επομένως, ο συσχετισμός μεταξύ ικανοτήτων άρθρωσης παιδιών και της συχνότητάς τους, της σοβαρότητας και του τύπου δυσχερειών λόγου, είναι ακόμα αβέβαιος.

Ο Ryan (1992,2001) ανέφερε ότι κανένας συσχετισμός δεν υπάρχει μεταξύ της συχνότητας τραυλισμού και ικανοτήτων άρθρωσης παιδιών προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν. Ωστόσο όμως, πέντε παιδιά από την ομάδα των τραυλιζόντων της δικής του έρευνας και κανένα από την ομάδα των μη τραυλιζόντων, διατήρησαν για μεγαλύτερο διάστημα διαταραχές άρθρωσης οι οποίες θα έπρεπε να ξεπεραστούν με την πάροδο της ηλικίας.

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι όσο αυξάνεται η σοβαρότητα του τραυλισμού, τόσο περισσότερα προβλήματα άρθρωσης παρουσιάζονται. Οι St Luis και Hinzman (1988) ανέφεραν ότι παιδιά σχολικής ηλικίας που έχουν σοβαρό τραυλισμό, έδειξαν σημαντικά περισσότερα λάθη από εκείνα με μέτρια σοβαρότητα τραυλισμού, ένα εύρημα που δεν επαληθεύθηκε σε μία μεταγενέστερη μελέτη (St Louis 1991).

Μία παρόμοια μελέτη της σχέσης μεταξύ δυσχερειών λόγου και διαταραχών άρθρωσης που διενεργήθηκε από τους Ragsdale Sisterhen (1984), ανέφερε μεγαλύτερη συχνότητα δυσχερειών λόγου, ιδιαίτερα επαναλήψεις που παρουσιάστηκαν σε παιδιά ηλικίας 5-6 ετών, σε αντίθεση με εκείνα χωρίς ανωμαλίες άρθρωσης.

Έχουν αναφερθεί επίσης και περιπτώσεις παιδιών, τα οποία παρουσίασαν μεταβολές λεκτικών ήχων οι οποίοι είχαν ήδη κατακτηθεί, ιδιαίτερα των ήχων /s/ και /z/.(π.χ.Suit et all. 1990,p 791).

Σε άλλη μελέτη εξετάστηκαν, μέσω δειγματικών και μεθοδολογικών υποθέσεων ένα σχετικά μεγάλο δείγμα παιδιών προσχολικής ηλικίας, ως προς τις διαφορές άρθρωσης ανάμεσα σε γκρουπ παιδιών που τραυλίζουν και δεν τραυλίζουν και ως προς το συσχετισμό μεταξύ άρθρωσης και συμπεριφορών τραυλισμού στα παιδιά που τραυλίζουν. Συμπερασματικά, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των αποτελεσμάτων άρθρωσης παιδιών προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν και δεν τραυλίζουν ούτε μεταξύ τραυλισμού και ικανοτήτων άρθρωσης.

Επίσης, είναι πιθανό, η σχέση μεταξύ τραυλισμού παιδικής ηλικίας και άρθρωσης να είναι πιο εμφανής στα παιδιά σχολικής ηλικίας, παρά στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Τέτοιες εικασίες είναι λογικές εφόσον τα παιδιά τυπικά συνεχίζουν να αναπτύσσουν και να τελειοποιούν την άρθρωσή τους μέχρι την ηλικία των επτά ετών. Επομένως ορισμένα λάθη των παιδιών προσχολικής ηλικίας είναι αποδεκτά σε αντίθεση με αρθρωτικά λάθη που επιμένουν πέρα από την τυπική ηλικία, τα οποία θα μπορούσαν να θεωρηθούν μη τυπικά και χρήζουν θεραπευτικής παρέμβασης.

Σε σχέση τον τομέα της φωνολογίας όπως φαίνεται οι έρευνες είναι διχασμένες. Το ερώτημα όμως που τίθεται είναι το είδος της σχέσης μεταξύ φωνολογικών διαταραχών και τραυλισμού. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι και τα δύο προβλήματα έχουν την ίδια αιτιολογία, δηλαδή το ίδιο αίτιο που προδιαθέτει τα παιδιά στην εκδήλωση φωνολογικών δυσκολιών, μπορεί να τα προδιαθέτει και στην εκδήλωση χρόνιου τραυλισμού (West et al., 1982). Ωστόσο τα ερευνητικά δεδομένα δεν φαίνεται να επιβεβαιώνουν αυτή την άποψη (Bloodstein,1958, Seider et al., 1982). Μια άλλη πιθανή ερμηνεία είναι ότι ο τραυλισμός μπορεί να καθυστερεί την ομαλή φωνολογική εξέλιξη των παιδιών αυτών, λόγω των δυσμενών συνεπειών του στη λεκτική επικοινωνία, η οποία συχνά περιορίζεται, με αποτέλεσμα την ελλιπή άσκηση των παιδιών στην ομιλία. (Paden et al., 1999).

6.1.3.Μοντέλο δυνατοτήτων και απαιτήσεων

Μια εναλλακτική άποψη είναι ότι η ύπαρξη κάποιας γλωσσικής διαταραχής, ιδιαίτερα στο φωνολογικό τομέα, ενδέχεται να πυροδοτεί την έναρξη και την

εδραϊώση τραυλισμού σε ορισμένες τουλάχιστον περιπτώσεις παιδιών. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αγωνιώδη προσπάθεια του παιδιού να αρθρώσει λέξεις που το δυσκολεύουν φωνολογικά, με αποτέλεσμα να μειώνεται σταδιακά η εμπιστοσύνη στις λεκτικές του ικανότητες και να εκδηλώνεται τραυλισμός (Howell & Au-Yeung, 1995, Melnick & Conture, 2000, Throneburg et al., 1994., Wolk et al., 2000). Η άποψη αυτή αντανακλάται σε μία από τις ερμηνείες που έχει προταθεί για τον τραυλισμό στο «Μοντέλο δυνατοτήτων και απαιτήσεων».

6.1.4. Υπόθεση συγκαλυμμένης διόρθωσης

Η πιθανή επίδραση κάποιας γλωσσικής διαταραχής στην εκδήλωση του τραυλισμού εξετάζεται και από την «Υπόθεση συγκαλυμμένης διόρθωσης». Η αντίληψη ότι τα παιδιά που τραυλίζουν μπορεί να εμφανίζουν μία προσωρινή έλλειψη συγχρονισμού μεταξύ των συστημάτων λογογλωσσικής διαδικασίας αντανακλάται έμμεσα σε αυτή την υπόθεση. Η συγκεκριμένη θεωρία σε γενικές γραμμές εμπλέκει διαδικασίες σχεδιασμού γλωσσολογικής παραγωγής σαν μία πιθανή πηγή δυσκολίας για άτομα που τραυλίζουν. Η κύρια βάση της είναι ότι τα παιδιά που τραυλίζουν, έχουν λιγότερο ανεπτυγμένη φωνολογία και εμφανίζουν έτσι περισσότερα φωνολογικά λάθη.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, ο ομιλητής εντοπίζει πιθανά λάθη φωνολογικού τύπου πριν την εκφορά τους και στην προσπάθειά του να τα διορθώσει πριν ακόμα τα εκφέρει, οδηγείται στην εκδήλωση φαινομένων δισταγμού. Όπως επισημαίνουν οι Yaugus και Conture (1996) σύμφωνα με την παραπάνω ερμηνεία, τα φαινόμενα δισταγμού μπορεί να είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας συγκαλυμμένης διόρθωσης ενός φωνολογικού λάθους πριν από την εκφορά του.

Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα και με το μοντέλο δυνατοτήτων και απαιτήσεων αλλά και με την υπόθεση συγκαλυμμένης διόρθωσης, στην περίπτωση που οι δυσκολίες φωνολογικού ή άλλου τύπου δυσκολεύουν τη σωστή εκφορά των λέξεων και οδηγούν σε προσπάθειες διόρθωσης ή αποφυγής τους, οι στιγμές του τραυλισμού προκύπτουν σε ορισμένα παιδιά ως αποτέλεσμα αυξημένου άγχους.

6.1.5. Λογοθεραπευτική παρέμβαση

Κατά το σχεδιασμό της λογοθεραπευτικής παρέμβασης τίθενται τα εξής ερωτήματα:

1) Η προσπάθεια βελτίωσης στην άρθρωση, θα οδηγήσει σε βελτίωση ή σε επιδείνωση του τραυλισμού και με ποια σειρά θα πρέπει να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες; (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2005)

2) Κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών τεχνικών πρέπει να χρησιμοποιείται ο σωστός ή ο λανθασμένος τρόπος εκφοράς του φωνήματος; (Anderson & Conture, 2000)

Για την απάντηση του πρώτου ερωτήματος, σύμφωνα με τον Bernstein Ratner (1995), υπάρχουν τέσσερις τρόποι θεραπευτικής προσέγγισης όταν συνυπάρχουν οι δυσκολίες που αναφέρθηκαν: «α) η μεικτή προσέγγιση, κατά την οποία οι διαταραχές αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα, κατά τη διάρκεια της ίδιας συνεδρίας, β) Η κυκλική προσέγγιση, κατά την οποία εναλλάσσεται το επίκεντρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης μεταξύ τραυλισμού και φωνολογικής διαταραχής, γ) διαδοχική προσέγγιση, κατά την οποία αντιμετωπίζεται πρώτα η μία διαταραχή και μετά η άλλη και δ) ταυτόχρονη προσέγγιση, κατά την οποία αντιμετωπίζονται και οι δύο διαταραχές, αλλά στο χαμηλότερο επίπεδο απαιτήσεων, όσον αφορά στο φωνολογικό τομέα.» (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2005)

Σύμφωνα με τον Wolk, «ο τραυλισμός και η φωνολογική διαταραχή είναι άρρηκτα συνδεδεμένες και το ένα πρόβλημα επιδρά στην εξέλιξη του άλλου.»

Επομένως, θα ήταν προτιμότερη η μεικτή ή ταυτόχρονη προσέγγιση, έτσι ώστε να μην αφηθεί ένα πρόβλημα μέχρι να διορθωθεί το άλλο, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του πρώτου (Wolk, 1998).

Σχετικά με τη δεύτερη ερώτηση, σύμφωνα με τους Anderson & Conture (2000), παρόλο που δεν υποστηρίζεται η ενίσχυση των διαταραχών άρθρωσης και φωνολογίας, είναι σημαντικό να αποφεύγεται η πίεση του παιδιού όταν γνωρίζει ότι αντιμετωπίζει δυσκολία σε κάποιον συγκεκριμένο ήχο. Η ευαισθησία αυτή μπορεί να οφείλεται σε σχόλια των ακροατών.

Σε κάθε περίπτωση, εάν το παιδί εφαρμόζει με επιτυχία την τεχνική που στοχεύει στη μείωση του τραυλισμού, τότε εκείνο επιβραβεύεται με τον κατάλληλο τρόπο γι αυτό, χωρίς να επισημανθεί το αρθρωτικό ή φωνολογικό λάθος. Εάν όμως το παιδί δείχνει να αντιδρά στη διαφορά προφοράς του φωνήματος μεταξύ του ειδικού και του ιδίου,

τότε αναστέλλεται η παράγωγή αυτού κατά την εξάσκηση σε τεχνικές, μέχρι τη στιγμή που θα πραγματοποιηθεί θεραπευτική παρέμβαση για την άρθρωση.

6.2.Σύνταξη – μορφολογία

Όπως προέκυψε από τη δοκιμασία πληροφοριακής και γραμματικής επάρκειας, από το PLS και από το Bus story test, τα παιδιά που τραυλίζουν παρουσίασαν περισσότερες συντακτικές δυσκολίες στη σύνταξη σε σχέση με τα μη τραυλίζοντα παιδιά, οι οποίες όμως, σύμφωνα με την ανάλυση που έγινε δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Μεγαλύτερη δυσκολία παρατηρήθηκε στη χρήση λειτουργικών λέξεων, στη χρήση παθητικής φωνής και στη δημιουργία φράσεων. Ακολουθεί ένας αναλυτικός πίνακας των αποτελεσμάτων των δοκιμασιών που χορηγήθηκαν, ο οποίος θα ληφθεί υπόψη και για την ανάλυση του τομέα της σημασιολογίας.

6.2.1 Δείγμα τραυλιζόντων παιδιών

PLS

<u>Τι εξετάζει</u>	M.N. 7 ετών	A.B 5,5 ετών	Π.Κ. 6 ετών (27/10/08)	Σ.Β. 4,5 ετών (9/5/10)	H.M 5,10 ετών (23/12/08)
Σύνταξη	δυσκολία		ΚΑΜΙΑ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑΝ ΤΟΜΕΑ.	δυσκολία	
Επανάληψη σύνθετων προτάσεων (μνήμη)				δυσκολία	
Χρήση παθητικής φωνής	δυσκολία			δυσκολία	
Δημιουργία φράσεων	δυσκολία			δυσκολία	
Σημασιολογία	δυσκολία				
Εύρος λεξιλογίου	Μικρό				μικρό
Ποσοτικές έννοιες					

Έννοιες μεγέθους					
Χωρικές έννοιες					
Χρονικές έννοιες					
Ορισμοί λέξεων	δυσκολία	δυσκολία		δυσκολία	δυσκολία
Μορφολογία					
Πραγματολογία					
Περιγραφή διαδικασιών	Δυσκολία	δυσκολία			
Κατανόηση μεταφορικών φράσεων	ανεπαρκής				
Χρήση επιχειρημάτων	δυσκολία				
Επίλυση προβλήματος	δυσκολία	δυσκολία			
Εύρεση ομοιοτήτων διαφορών	δυσκολία				

Εικόνες δράσης

<u>Τι εξετάζει</u>	M.N. 7 ετών	A.B 5,5 ετών	Π.Κ. 6 ετών (27/10/08)	Σ.Β. 4,5 ετών (9/5/10)	Η.Μ 5,10 ετών (23/12/08)
Φωνολογία	δυσκολία		δυσκολία	δυσκολία	δυσκολία
Μορφολογία				ελλιπής	
Συνταξη	ανεπαρκής	Καμία δυσκολία	Καμία δυσκολία	Μεγάλη δυσκολία	Καμία δυσκολία
Σημασιολογία	δυσκολία				
πραγματολογία				Αδυναμία διατήρησης θέματος	

Bus story test

<u>Τι εξετάζει</u>	M.N. 7 ετών	A.B 5,5 ετών	Π.Κ. 6 ετών (27/10/08)	Σ.Β. 4,5 ετών (9/5/10)	Η.Μ 5,10 ετών (23/12/08)
Αφηγηματικός	ελλιπής	ικανοποιητικός	Πολύ	Πολύ	Ικανοποιητικός

λόγος			καλός	ελλιπής	
μνήμη					
μορφολογία					
σύνταξη	ελλιπής			ελλιπής	
φωνολογία	δυσκολία			δυσκολία	
σημασιολογία	ελλιπής				

6.2.2. Δείγμα μη τραυλιζόντων παιδιών

PLS

<u>Τι εξετάζει</u>	Σ.Β. (27/9/08) 6,1 ετών	Χ.Π. (26/7/08) 5,9 ετών	Π.Γ. (30/4/10) 4,6 ετών	Κ.Ε. (30/10/10) 4 ετών	Μ.Χ. (1/10/9) 5 ετών
Σύνταξη	Καμία δυσκολία σε κανέναν τομέα		Καμία δυσκολία σε κανένα τομέα	Δυσκολίες εντός των φυσιολογικών ορίων	Καμία δυσκολία σε κανέναν τομέα.
Επανάληψη σύνθετων προτάσεων (μνήμη)					
Χρήση παθητικής φωνής					
Χρήση επιθέτων		δυσκολία			
Δημιουργία φράσεων					
Σημασιολογία	Καμία δυσκολία				
Εύρος λεξιλογίου					
Ποσοτικές έννοιες					
Έννοιες μεγέθους					
Χωρικές έννοιες					
Χρονικές					

έννοιες					
Ορισμοί λέξεων		δυσκολία		Μικρή δυσκολία	
Μορφολογία					
Πραγματολογία					
Περιγραφή διαδικασιών					
Κατανόηση μεταφορικών φράσεων					
Χρήση επιχειρημάτων					
Επίλυση προβλήματος					
Εύρεση ομοιοτήτων διαφορών					

Εικόνες δράσης

<u>Τι εξετάζει</u>	Σ.Β. (27/9/08) 6,1 ετών	Χ.Π. (26/7/08) 5,9 ετών	Π.Γ. (30/4/10) 4,6 ετών	Κ.Ε. (30/10/10) 4 ετών	Μ.Χ. (1/10/9) 5 ετών
Φωνολογία	Καμία δυσκολία	Καμία δυσκολία	Καμία δυσκολία	Δυσκολίες εντός των φυσιολογικών ορίων	Καμία δυσκολία
Μορφολογία					
Συνταξη					
Σημασιολογία					
πραγματολογία					

Bus story test

<u>Τι εξετάζει</u>	Σ.Β. (27/9/08) 6,1 ετών	Χ.Π. (26/7/08) 5,9 ετών	Π.Γ. (30/4/10) 4,6 ετών	Κ.Ε. (30/10/10) 4 ετών	Μ.Χ. (1/10/9) 5 ετών
Αφηγηματικός λόγος	Καμία δυσκολία	Καμία δυσκολία	Καμία δυσκολία	Δυσκολίες εντός των φυσιολογικών ορίων	Καμία δυσκολία

μνήμη				
μορφολογία				
σύνταξη			Παρατακτική σύνταξη	
φωνολογία			Δυσκολίες εντός των φυσιολογικών ορίων	
σημασιολογία				
πραγματολογία				

Τα αποτελέσματα του Hall (1996), μαζί με εκείνα των Anderson και Conture (2000), ενισχύουν την άποψη ότι ο τραυλισμός παιδικής ηλικίας μπορεί να σχετίζεται με γλωσσικές αποκλίσεις τουλάχιστον για μερικά παιδιά που τραυλίζουν. Οι αποκλίσεις αυτές μπορεί να αφορούν σε διαφορές μεταξύ γλωσσικών και παραγλωσσικών ικανοτήτων ή σε διαφορές μεταξύ λεκτικών και μορφοσυντακτικών ικανοτήτων. Τέτοιες αποκλίσεις ενδέχεται να διακόπτουν την ροή σχεδιασμού και παραγωγής ομιλίας καταλήγοντας σε δισταγμούς, επαναλήψεις και παρατάσεις ήχων συλλαβών ή λέξεων. Οποιοσδήποτε αποκλίσεις πάντως δεν είναι απαραίτητο ότι θα σηματοδοτούν μια σημαντική καθυστέρηση.

Αρκετές μελέτες έχουν ερευνήσει τη σχέση μεταξύ τραυλισμού και χαρακτηριστικών που σχετίζονται με το μήκος μιας πρότασης, αλλά και της γραμματικής της πολυπλοκότητας. Οι Ganes Ryan και Meyers (1991) εξέτασαν την ομιλία 12 παιδιών προσχολικής ηλικίας που τραύλιζαν και βρήκαν ότι οι προτάσεις των τραυλιζόντων είχαν μεγαλύτερο μέσο μήκος πρότασης και ήταν συντακτικά πιο περίπλοκες. Το ίδιο διαπίστωσαν και οι Logan και Conture (1995), οι Weiss και Zebrowsky (1992) και ο Sawyer (2008), οι οποίοι ανέφεραν ότι η συχνότητα εμφάνισης τραυλικών συμπτωμάτων αυξάνονταν στο τέλος μεγάλων, αυθόρμητων δειγμάτων λόγου.

Οι Zaklein και Conture (1996) έδειξαν επίσης ότι η γραμματική πολυπλοκότητα επηρεάζει την ομιλία των τραυλιζόντων, καθώς βρήκαν ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που τραύλιζαν έτειναν να παρουσιάζουν περισσότερες δυσχέρειες λόγου όταν μιλούσαν πάνω από το τυπικό για την ηλικία τους μέσο μήκος εκφωνήματος (MLU). Αυτό δείχνει ότι το μήκος και η πολυπλοκότητα είναι πιθανό να επιδρούν περισσότερο στις δυσχέρειες ομιλίας των τραυλιζόντων.

Παρ όλα αυτά, παρά τις διαφορές των μελετών σχετικά με τις ικανότητες λόγου και ομιλίας των ατόμων που τραυλίζουν, κατά κοινή παραδοχή τα συμπτώματα τραυλισμού εντοπίζονται σε συγκεκριμένα γλωσσικά χαρακτηριστικά. Αυτά περιλαμβάνουν τις λέξεις χαμηλής συχνότητας, τις πρώτες τρεις λέξεις μιας πρότασης και τις λειτουργικές λέξεις. Σε αντίθεση πάντως με τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, τα μεγαλύτερα παιδιά, οι έφηβοι και οι ενήλικες τείνουν να τραυλίζουν περισσότερο στις λέξεις περιεχομένου, παρά στις λειτουργικές λέξεις. Αυτό μπορεί να υποδεικνύει ότι αφενός τα παιδιά προσχολικής ηλικίας εμφανίζουν συμπτώματα τραυλισμού στις λειτουργικές λέξεις, την ορθή χρήση των οποίων δεν έχουν κατακτήσει ακόμα και ενδεχομένως να υπάρχει ακόμα δυσκολία σε αυτή την ηλικία. Αφετέρου οι ενήλικες και οι έφηβοι στους οποίους έχει περιέλθει και ο ψυχολογικός τομέας συνειδητοποίησης του προβλήματος που αντιμετωπίζουν, εμφανίζουν συμπτώματα στις λέξεις περιεχομένου, οι οποίες μεταφέρουν το κύριο σώμα του επικοινωνιακού μηνύματος και πιθανόν να είναι περισσότερο φορτισμένες συναισθηματικά.

Συνοπτικά, η σχετικά σύμφωνη σχέση που παρατηρείται μεταξύ συγκεκριμένων χαρακτηριστικών πρότασης και του εντοπισμού του τραυλισμού φαίνεται να δείχνει ότι υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ γλωσσικής διαδικασίας και περιπτώσεων τραυλισμού.

Ο Hall (1996) και άλλοι ερεύνησαν τη σχέση μεταξύ ευχέρειας λόγου σε 60 παιδιά με γλωσσικές ανωμαλίες και βρήκαν ότι τα παιδιά με μεγάλη δυσχέρεια λόγου είχαν σημαντικά μειωμένες μορφοσυντακτικές ικανότητες σε σχέση με τις εννοιολογικές. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι γι αυτά τα παιδιά ο αυτοματισμός με τον οποίο είναι σε θέση να παράγουν τα συστατικά στοιχεία της γλώσσας, όπως είναι η μορφολογία και η σύνταξη δεν είναι τόσο αποτελεσματικός όσο η ικανότητα τους να ελέγχουν το λεξιλόγιο. Σε μία διερευνητική μελέτη αυτών των παιδιών ο Hall (1996) βρήκε ότι ενώ η συνολική συχνότητα δυσχερειών λόγου έτεινε να μειώνεται με το χρόνο, τα περισσότερα από αυτά τα παιδιά συνέχισαν να παρουσιάζουν μεγαλύτερες από το μέσο όρο συχνότητες συνολικών δυσχερειών λόγου.

Αν και η συχνότητα και ο τύπος των δυσχερειών λόγου που παρουσιάζονται από τα παιδιά της προαναφερθείσας έρευνας μπορεί να μην είναι αρκετά αντιπροσωπευτικά σε σχέση με τις δυσκολίες των παιδιών με εξελικτικό τραυλισμό, αυτά τα ευρήματα, μαζί με ευρήματα των Anderson και Conture (2000), οι οποίοι ανήκουν στους

πρώτους που εξέτασαν ευθέως την αντίληψη των αποκλίσεων στις επιδεξιότητες λόγου και ομιλίας στα παιδιά που τραυλίζουν, μας δίνουν μία προκαταρκτική εμπειρία για να ισχυριστούμε ότι ο τραυλισμός παιδικής ηλικίας μπορεί να σχετίζεται με γλωσσικές αποκλίσεις. Συνεπώς αν η απόκλιση σχετίζεται με μορφοσυντακτικές παραμέτρους, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της ομαλής ροής της ομιλίας, καταλήγοντας σε δισταγμούς, επαναλήψεις και παρατάσεις φωνημάτων, συλλαβών ή λέξεων.

Οποιοσδήποτε αποκλίσεις πάντως δεν χρειάζεται να αντανakλούν μία σημαντική καθυστέρηση ή ανωμαλία σε κάποιο από τα συστατικά της ομιλίας.

6.2.3.Νευροψυχολογική θεωρία

Ευρήματα ότι τα γλωσσικά χαρακτηριστικά των περιστατικών τραυλισμού είναι αρκετά προβλέψιμα, σε συνδυασμό με τη μαρτυρία μελετών που προαναφέρθηκαν ότι τα άτομα που τραυλίζουν έχουν λιγότερο ανεπτυγμένες γλωσσικές δεξιότητες, έχει παρακινήσει ορισμένους θεωρητικούς να υποθέσουν ότι τα άτομα που τραυλίζουν μπορεί να παρουσιάζουν ασυγχρονισμό ή αποκλίσεις μεταξύ υποεξαρτημάτων των γλωσσικών διαδικασιών διατύπωσης.

Εικασία που σχετίζεται με τη νευροψυχολογική θεωρία δείχνει ότι οι άνθρωποι που τραυλίζουν αντιμετωπίζουν ασυγχρονισμό γλωσσικών και παραγλωσσικών συστατικών εμφάνισης ως αποτέλεσμα γλωσσικής αβεβαιότητας ή αναποτελεσματικών νευρολογικών πόρων. Αυτή η έλλειψη συγχρονισμού επιφέρει δυσχέρειες λόγου που μετατρέπονται σε συμπτώματα τραυλισμού υπό συνθήκες πίεσης .

Γενικότερα η συγκεκριμένη θεωρία δείχνει ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα μειωμένης αποτελεσματικότητας σε ένα ή περισσότερα συστήματα διαδικασίας που καταλήγει σε μία ανισορροπία στην παραγωγή ομιλίας (Tetnowski,1998).

Οι Anderson και Conture (2000) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που τραυλίζουν πιθανόν να παρουσιάζουν δυσκολία στο να σχεδιάζουν και να διορθώνουν γρήγορα και αποτελεσματικά ενότητες κατασκευής πρότασης. Επίσης τα παιδιά που τραυλίζουν ιδιαίτερα από την σχολική ηλικία και μετά έχουν υψηλά επίπεδα επίγνωσης της

δυσκολίας τους και έντονο άγχος, με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο ευαίσθητα σε αποτυχίες ευχέρειας.

6.4. Σημασιολογία

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα που παρατέθηκε παραπάνω, τα παιδιά που τραυλίζουν εμφάνισαν ελαφρώς μεγαλύτερες δυσκολίες σε σχέση με τα παιδιά που δεν τραυλίζουν. Οι κυριότερες δυσκολίες που παρατηρήθηκαν αφορούσαν στην απόδοση ορισμών των λέξεων και στο εύρος του λεξιλογίου.

Σε μία μελέτη οι Amdt και Healey ερεύνησαν 467 περιστατικά παιδιών που τραυλίζουν από 10 πολιτείες των ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από το σύνολο των 467 παιδιών που τραυλίζουν, τα 139, δηλαδή το 30% των παιδιών είχαν μία γλωσσική διαταραχή. Το ποσοστό αυτό είναι αισθητά υψηλότερο σε σχέση με αυτό που έχει αναφερθεί για παιδιά που δεν τραυλίζουν, στα οποία όπως έχει αναφερθεί από τους Tomblin et al. (1997) παρουσιάζουν γλωσσική διαταραχή σε ποσοστό 7%.

Οι Amdt και Healey (2001), συμπέραναν ότι μία μεγάλη αναλογία παιδιών που τραυλίζουν έχουν κάποιου είδους γλωσσική διαταραχή. Επίσης στηρίζοντας το μοντέλο δυνατοτήτων και απαιτήσεων ισχυρίστηκαν ότι μερικά παιδιά κυρίως προσχολικής ηλικίας, ενδεχομένως να είναι περισσότερο ευαίσθητα στο να αναπτύξουν φτωχή εκφραστική γλώσσα, εάν ο τραυλισμός εμμείνει και στις πρώτες τάξεις του δημοτικού. Επίσης αναφέρουν ότι προβλήματα ή δυσκολίες σε εκφραστικές γλωσσικές ικανότητες θα μπορούσαν να είναι έμμεσα αποτέλεσμα του τραυλισμού.

Δύο χρόνια αργότερα, ο Blood et al. (2003) δημοσίευσαν μία πανεθνική έρευνα που περιελάμβανε 2628 παιδιά τα οποία τραυλίζουν και λάμβαναν θεραπεία. Για κάθε παιδί που τραυλίζει ζητήθηκε από τους θεραπευτές του να δηλώσουν εάν το παιδί είχε επιπλέον μία διαγνωσμένη γλωσσική διαταραχή. Από το σύνολο των παιδιών, 672, δηλαδή το 26% παρουσίαζαν ελλείματα στην εννοιολογική ανάπτυξη, ενώ 527 (20%) παρουσίαζαν ένα έλλειμμα στη συντακτική ανάπτυξη. Ο αριθμός των παιδιών που είχαν και τους δύο τύπους των γλωσσικών δυσκολιών δεν αναφέρθηκε. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και από τον Yarus et al., (1998).

Και πάλι τα προαναφερθέντα νούμερα είναι αντικειμενικά υψηλότερα από το ποσοστό του 7% που αναφέρεται για γλωσσικές διαταραχές σε παιδιά που δεν τραυλίζουν.

Οι Anderson και Conture (2000) βρήκαν ότι τα παιδιά που τραυλίζουν, συγκρινόμενα με τα παιδιά που δεν τραυλίζουν παρουσίασαν αισθητά μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των τυποποιημένων μέτρων δεκτικής και εκφραστικής γλώσσας και δεκτικού λεξιλογίου, με τη δεκτική γλώσσα να αναπτύσσεται ταχύτερα από το εκφραστικό λεξιλόγιο. Τα παιδιά που τραυλίζουν πήραν κατά μέσο όρο 30 βαθμούς παραπάνω στις δοκιμασίες εκφραστικού λεξιλογίου απ' ό,τι στη δοκιμασία παθητικού λεξιλογίου. Αντίθετα τα παιδιά που δεν τραυλίζουν παρουσίασαν μικρότερη διαφορά ανάμεσα στους δύο τομείς της τάξεως των 13 βαθμών μεταξύ των δύο συστατικών της γλώσσας.

Οι Anderson και Conture (2000) χρησιμοποίησαν αυτά τα ευρήματα για να ισχυριστούν ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν είναι πιθανό να παρουσιάζουν μία ανισορροπία μεταξύ των γλωσσολογικών συστημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1. Περιορισμοί- Συστάσεις

Η δυσκολία που προέκυψε στην εύρεση περιστατικών τραυλισμού σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που έχουν αναφερθεί, αποτέλεσε τροχοπέδη στη λήψη αντιπροσωπευτικού ή έστω μεγαλύτερου δείγματος, ώστε να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σε σχέση με τις αποκλίσεις στη γλωσσική ανάπτυξη τραυλιζόντων και μη τραυλιζόντων παιδιών.

Η διασαφήνιση του ζητήματος των γλωσσικών αποκλίσεων μεταξύ τραυλιζόντων και μη τραυλιζόντων παιδικής ηλικίας, μπορεί να αποτελέσει καταλυτικό παράγοντα για τον προσδιορισμό της αιτιολογίας του τραυλισμού, αλλά και της θεραπευτικής του αντιμετώπισης.

Για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων προτείνεται η διεξαγωγή ενδεδειγμένου έρευνας και η λήψη μεγάλου δείγματος παιδιών από διαφορετικά περιβάλλοντα, κοινωνικές τάξεις και πλαίσια. Επίσης αναγκαία για τη διατύπωση αντικειμενικής άποψης είναι η ηλικιακή ομοιότητα, αλλά και η εξακρίβωση ότι δεν υπάρχει διαταραχή στη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών που θα συμμετέχουν στην έρευνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Βογινδρούκας, Ι. (2008). Πραγματολογική ανάπτυξη και Διαταραχές.
- Γεωργία Α. Μαλανδράκη (2012). Εξελικτικός και επίμονος τραυλισμός. Αθήνα: corighit Γεωργία Μαλανδράκη.
- Θ.-Σ. Παυλίδου, (2008). Επίπεδα Γλωσσικής ανάλυσης. (5^η εκδ.) Ινστιτούτο Νεοελληνικών σπουδών (Ίδρυμα Μανώλη Τριανταφυλλίδη). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Ιωάννης Βογινδρούκας, Αθανάσιος Πρωτόπαπας, Σταυρούλα Σταυρακάκη (2009). Εικόνες δράσης. Δοκιμασία Πληροφοριακής και Γραμματικής επάρκειας. Χανιά: Εκδόσεις Γλαύκη.
- Κακούρος & Μανιαδάκη, (2005).Τραυλισμός. Η φύση και η αντιμετώπισή του τα Παιδιά και στους Εφήβους.Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δάρδανος.
- Καμπανάρου Μ. (2007). Διαγνωστικά θέματα λογοθεραπείας. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- Νικολόπουλος Δ., (2008).Γλωσσική ανάπτυξη: Εισαγωγικά σχόλια, διευκρινίσεις.
- Οκαλίδου Α. (2008). Ομιλία: Ανάπτυξη και διαταραχές τεμαχιακής δομής.
- Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών (Π.Σ.Λ.), (1995). Δοκιμασία φωνητικής και φωνολογικής εξέλιξης. Αθήνα.
- Χριστίνα Φιλ. Παπαηλίου (2005). Η ανάπτυξη της γλώσσας. Θεωρητικές προσεγγίσεις και ερευνητικά δεδομένα από την τυπική και αποκλίνουσα γλωσσική συμπεριφορά. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Adler, A. (1927). Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Verlag-Berman: Muncen
- 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, 567,580.
- Appelt, A. (1911). Stammering and its permanent cure. London:Methuen.

- American Speech-Language-Hearing Association (1999). Terminology Pertaining to Fluency and Fluency Disorders: Guidelines [Guidelines]. Available from www.asha.org/policy
- Andrews, G (1984). The epidemiology of stuttering. In R.E. Curlee & W. Perkins (Eds), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (pp.1-12). San Diego:College Hill Press.
- Anderson, J.D.,& Conture, E.G. (2000). Language abilities of children who stutter: A preliminary study. *Journal of Fluency disorders*, 25,283-304.
- 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, 567,580.
- Andrews, G.,& Harris, M. (1964). *The syndrome of stuttering*. London, UK: Heineman Medical Books.
- Arndt J., & Healey, E.C. (2001). Concomitant disorders in school-age children who stutter.*Language Speech and Hearing Services in Schools*, 32, 68-78.
- Amman, J (1700).*Dissertation on speech*. Reprinted 1965, New York: Stechert-Hafner.
- Bates, E. (1976). *Language and context: The acquisition of pragmatics*. New York: Academic press.
- Beckman, M.E.& Edwards, J.(2000).The ontogeny of phonological categories and the primacy of lexical learning in linguistic development . *Child development*,71, 240-249.
- Bloom, L.& Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook on stuttering* (5th ed.). San Diego, CA: Singular Publishing Group, Inc.
- Blood, G.W. Ridenour, V.J., Qualls, C.D. & Hammer, C.S. (2003). Co-occurring disorders in children who stutter. *Journal o communication disorders*, 36, 427-448
- Bluemel, C.S. (1957). *The riddle of stuttering*. Danville, IL: Interstate Publishing Company.
- Brill, A.A. (1923).*Speech disturbances in nervous and mental diseases*. *Quarterly Journal of speech education*, 9,129-135.
- Coulter, C., Anderson, J.D., & Conture, E.G.(2009).Childhood stuttering and association across linguistic domains: Replication and extension. *Journal of Fluency disorders*. 34(4), 257-278.

- Coriat, H. (1931). The nature and analytical treatment of stuttering. Proceedings of the Amerikan Speech Correction Association, 1, 151-156.
- . - Curlee, R.F. (2007). Identification and case selection guidelines for early childhood stuttering. In Conture, E. & Curlee, R. (Eds.), stuttering and other fluency disorders (3rd ed., pp3-22). Philadelphia, PA:Thieme Medical Pub.
- Conture, E.G. (1990). Stuttering (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Chang, S.E., Erickson, K.I., Ambrose, N.G., Hasegawa- Johnson, M.A., & Ludlow, C..L. (2008).Brain anatomy differences in childhood stuttering. Neuroimage ,39(3), 1333-44.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M. & Peters, K. (2002).epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 45,1097-1105.
- Chomsky,N. (1998). Minimalist inquiries:The framework. MIT Occasional Papers in linguistics, 15.
- Conture,E.G., Luoko, L.J., Edwards, M.L.(1993).Simultaneously treating stuttering and disordered phonology in children: Experimental treatment, preliminary findings. American Journal of Speech and Language pathology ,2, 72-81.
- Darwin, E. (1800). Zoonomia. London.
- Dunlap, K. (1932). Habits: their making and unmaking. New York:Liveright.
- Dell, C.W.(1993).Treating school-age stutterers. In R.F. Curlee (Ed.), Stuttering and related disorders of fluency (pp.45-67). New York: Thieme.
- Dworzynski, K., Remington, A., Rijdsdijk, F., Howell, P., & Plomin, R. (2007). Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected, longitudinal, sample of young twins. American Journal of Speech-Language Pathology,16(2), 169-78.
- Freud, H. (1966). Psychopathology and the problems of stuttering. Springfield, IL:Charles Thomas
- Foundas, A.L., Bollich, A.M., Feldman, J., Corey, D.M., Hurley, M., Lenem, L.C.,& Heilman, K.M. (2004).Aberrant auditory processing and atypical planum temporal in developmental stuttering. Neurology, 63(9), 1640-1646.
- Felsenfeld, S., Kirk, K. M., Zhu, G., Statham, D.J., Neale, M.C., & Martin, N.G. (2000). A study of the genetic and enviromental etiology of stuttering in a selected twin sample.
- Finn, P.,(2003). Assessing generalization and maintenance of stuttering treatment in the schools: A critical look. Journal of communication disorders, 36, 153-164.

- Flax, J., Lahey, M., Harris, K., & Boothroyd, A. (1991). Relations between prosodic variables and communicative functions. *Journal of Child Language*, 18, 3-19.
- Fry, D.B. (1996). The development of the phonological system in the normal and the deaf child. In F. Smith & Miller (Eds.), *The genesis of language: A psycholinguistic approach*. Cambridge, M.A: MIT press.
- Guitar, B.E. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hall, N.E. (1996). Language and fluency in child language disorders: Changes over time. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 1-32.
- Halliday M.A.K. (1975). *Learning how to mean: Explorations in the development of language*. London: Edward Arnold.
- Healey, E.C. & Reid, R. (2003). ADHD and stuttering: A tutorial. *Journal of fluency disorders*, 2, 79-94
- Healey, E.C. & Scott, L. (1995). Strategies for treating elementary school-age children who stutter: An integrative approach. *Language, Speech, and Hearing Services in the schools*, 26, 151-161.
- Howell, P., Au-Yeung, J., & Sackin, S. (1999). Exchange of stuttering from function words to content words with age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 345-354.
- Ingram, D. (1986). *Phonological disability in children* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Johnson, W. (1946). *People in quandaries*. New York: Happer & Brothers.
- Kent, R.D. & Bauer, H.R. (1985). Vocalizations of the one-year-old. *Journal of child language*, 12, 491-526.
- Klencke, H. (1860). *Die Heilung des stotterns*. Leipsig.
- Kadi-Hanifi, H., & Howell, P. (1992). Syntactic analysis of the spontaneous speech of normally fluent and stuttering children. *Journal of fluency disorders*, 17, 151-170.
- Logan, K.J., & Conture, E.G. (1995). Length, grammatical complexity, and rate differences in stuttered and fluent conversational utterances of children who stutter. *Journal of fluency disorders*, 20, 35-61.
- LaBlance, G.R. (1994). Stuttering: The role of the classroom teacher. *Teaching Exceptional children*, 26(2), 10-12.

- Louko, L.J., Edwards, M.L. & Conture, E.G. (1990). Phonological characteristics of young stutterers and their normally fluent peers: Preliminary observations. *Journal of fluency Disorders*, 15, 191-210.
- Lennenberg, E. (1967). *Biological foundations of language*. New York :Wiley.
- Melnick, K.S., & Conture, E.G. (2000). Relationship of length and grammatical complexity to the (non)systematic speech errors and stuttering of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 21–45.
- Meyers, S.C., & Woodford, L.L.(1992). *The fluency development system for young children*. Buffalo, NY: United Education Services.
- Mansson, H. (2000). *Childhood stuttering: Incidence to audiology* (10th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Manning, W.H. (2001). *Clinical decision making in fluency disorders* (2nd ed.). Albany, NY: Singular/Thompson-Learning.
- McLean, J. & Snyder- McLean, L. (1978). *A transactional approach to early language training*. Columbus, OH:Merill/Macmillan.
- Nippold, M.A. Schwartz, I.E.& Jescheniak, J.D.(1991). Narrative ability in school age stuttering boys: A preliminary investigation. *Journal of Fluency Disorders*, 16, 289-308.
- Oller, D.K. (1980). The emergence of sounds of speech in infancy. In G.H. Yeni-Komshian, J.F. Kavanagh & C.A. Ferguson (Eds.), *Child phonology*, Vol.1: Production. New York: Akademik Press.
- Paden, E. P., Yairi, E., & Ambrose, N. G. (1999). Early childhood stuttering II: Initial status of phonological abilities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1113–1124.
- Proctor A., Duff, M. & Yairi E. (2002). Early childhood stuttering: African Americans and European Americans. *ASHA Leader*, 4(15),102.
- Pan, B.A., & Snow, C.E. (1999). The development of conversational and discourse skills. In M. Barrett (Ed.), *The development of language*. Hove: Psychology Press.
- Premak, D. & Woodruff, G (1978). Does the chimpanzee have theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-526.
- Peters, T.J., & Guitar, B.(1991). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramig, P.R.(1998). *The school clinician: Ways to be more effective*, DVD, Memphis, TN: Stuttering Foundation of America.

- Raming, P.E. & Dodge (2010). The child and adolescents stuttering treatment and activity resource guide (2nd ed.). Clifton Park, NY:Delmar.
- Reitzes, P. (2006). 50 great activities for children who stutter: Lessons, insights and ideas for therapy success. Austin TX:Pro- Ed.
- Rustin, L. & Cook, F. (1995). Parental involvement in the treatment of stuttering. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 26, 127-137.
- Ryan, B.P. (1992). Articulation, language, rate, and fluency characteristics of stuttering and nonstuttering preschool children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 333-342
- Ragsdale, J. D., & Sisterhen, D. H. (1984). Hesitation phenomena in the spontaneous speech of normal and articulatory-defective children. *Language and Speech*, 27, 235-244
- Ramig, P.R. (1998). The school clinician: Ways to be more effective, DVD, Memphis, TN: Stuttering Foundation of America.
- Raming, P.E. & Dodge (2010). The child and adolescents stuttering treatment and activity resource guide (2nd ed.). Clifton Park, NY:Delmar.
- Reitzes, P. (2006). 50 great activities for children who stutter: Lessons, insights and ideas for therapy success. Austin TX:Pro- Ed.
- Saussure, F. de. 1979. Μαθήματα γενική Γλωσσολογίας. Μτφρ. Φ.Δ. Αποστολόπουλος. Αθήνα: Παπαζήσης [Τίτλος πρωτοτύπου: Cours de linguistique generale. Επιμ. C. Bally & A. Sechehaye. Παρίσι, 1916].
- St. Louis, K. O., & Hinzman, A. R. (1988). A descriptive study of speech, language, and hearing characteristics of school-aged stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 13(5), 331-355.
- St. Louis, K. O. (1991). The stuttering/articulation disorders connection. In H. F. M. Peters, W. Hulstijn, & C. W. Starkweather (Eds.), *Speech motor control and stuttering* (pp. 393-400). Amsterdam: Elsevier/Excerpta Medica.
- Stein, N.L. (1995). Η ανάπτυξη της ικανότητας των παιδιών να λένε ιστορίες. Στο Σ. Βοσνιάδου (Επιμ.), *Κείμενα Εξειδικευμένης Ψυχολογίας*, τομ. Α, Γλώσσα. Αθήνα: Gutenberg.
- Starkweather, C.W. (1987). *Fluency and stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.

- Sheehan, J.G. (1975). Conflict theory and avoidance reduction therapy. In J. Eisenson (Ed.), *Stuttering: A second symposium*.
- Shapiro, D.A., (1999). *Stuttering intervention: A collaborative Journey to fluency freedom*. Austin, T.X:Pro-Ed.
- Stein, N.L. (1995). Η ανάπτυξη της ικανότητας των παιδιών να λένε ιστορίες. Στο Σ. Βοσνιάδου (Επιμ.), *Κείμενα Εξελικτικής Ψυχολογίας*, τομ. Α, Γλώσσα. Αθήνα: Gutenberg.
- Starkweather, C.W. (1987). *Fluency and stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.
- Sheehan, J.G. (1975). Conflict theory and avoidance reduction therapy. In J. Eisenson (Ed.), *Stuttering: A second symposium*.
- Shapiro, D.A., (1999). *Stuttering intervention: A collaborative Journey to fluency freedom*. Austin, T.X:Pro-Ed.
- Seider, R.A., Gladstein, K.L. & Kidd, K.K. (1982). Language onset and concomitant speech and language problems in subgroups of stutterers and their siblings. *Journal of Speech and Hearing Research*, 25, 482-486.
- Tetnowski, J.A. (1998). Linguistic effects on disfluency. In R. Paul (Ed.), *Exploring the speech-language connection* (Volume 8). (pp. 227–251). Baltimore, MD: Paul Brooks Publishing Co.
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., & O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 1245–1260
- 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., & Seery, C.H. (2011) *Stuttering :Foundations and clinical applications*. Upper Saddle River, NJ :Pearson.
- Yairi E., & Ambrose, N.G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Austin, TX:Pro-Ed.
- Yairi, E. (1997). Speech characteristics of early childhood stuttering. In R. Curlee and S. Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Yaruss, J.S., & Conture, E.G. (1996). Stuttering and phonological disorders in children: Examination of the covert repair hypothesis. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 349–364
- Yaruss, J. S., LaSalle, L. R., & Conture, E. G. (1998). Evaluating stuttering in young children: Diagnostic data. *American Journal of Speech Language Pathology*,

7(4), 62–76.

-Vihman,M.M. (1993). Early phonological development (ch.2). In J. E. Bernthal & N.W. Bankson (Eds), *Articulation and phonological disorders* (3rd ed.) Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Van Riper, C., (1971).*The nature of stuttering*.Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall

. - Wolk, L., Blomgren, M. & Smith, A.B. (2000).The frequency of simultaneous disfluency and phonological errors in children: A preliminary investigation. *Journal of fluency disorders*, 25, 269-281.

- Wolk, L. (1990). *An investigation of stuttering and phonological difficulties in young children* (Doctoral dissertation, Syracuse University, 1990). *Dissertation Abstracts International*, 51(04), 1772.

- Watkins,R., & Yairi, E. (1997). Language production abilities of children who persisted and recovered from stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40 385-399.

- Zebrowski, PM & Schum, R.L.(1993).Counseling parents of children who stutter. *American Journal of speech-language Pathology*. (2nd ed., pp199-234) Sam Diego: Singular.

- Van Riper, C., (1973).*The nature of stuttering*.Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall.

-Zebrowski, P.M., & Kelly,E.M.,(2002). *Manual of stuttering intervention*. Clifton Park, NY: Singular-Thomson Learning.

- Walton, P., & Wallace,M. (1998).*Fun with fluency: Direct therapy whith the young child*. Bisbee , AZ:Imagineart.