



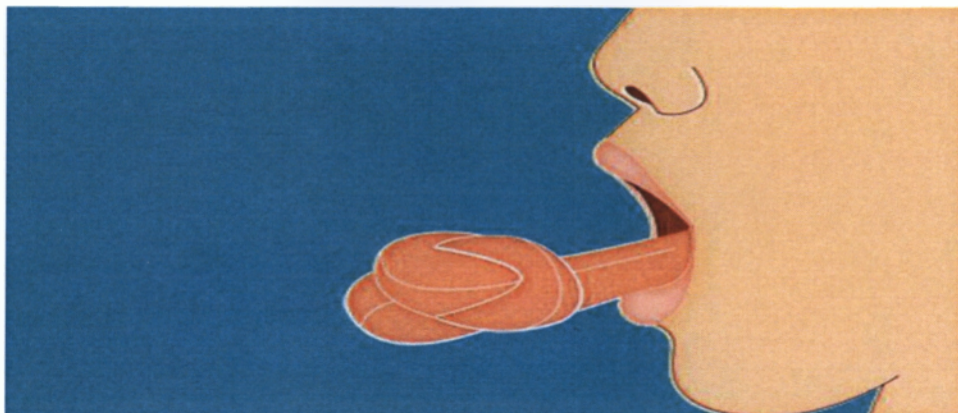
ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*<< ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ: ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΡΟΗΣ
ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ >>*



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΕΤΑΞΑΚΗ ΝΙΚΗΤΟΥΛΑ

A.M: 2009069

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : κ. ΓΕΡΜΠΑΝΑ ΕΙΡΗΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2014

** Προκειμένου να αλλάξει κανείς τον τρόπο που συμπεριφέρεται, πρέπει πρώτα να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται. **

ALBERT BANDURA



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	σελ.6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	σελ.8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	σελ.9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	σελ.15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	σελ.15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	σελ.24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΤΙΣ ΣΤΙΓΜΕΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	σελ.25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	σελ. 27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ	σελ.31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	σελ.40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 : ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	σελ.60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΑΡΘΡΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ	σελ.62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 : ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	σελ.67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: ΕΠΙΛΟΓΟΣ	σελ.72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:	σελ.73

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ :

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Γερμανά Ειρήνη , για την πολύτιμη βοήθειά στην διεκπεραίωση της πτυχιακής μου εργασίας . Χωρίς τη σημαντική εμπειρία, τις γνώσεις και την καθοδήγηση της καθ' όλη τη διάρκεια της διεξαγωγής της παρούσας εργασίας, δεν θα είχα φτάσει στο σημερινό αποτέλεσμα. Την ευχαριστώ για την εποικοδομητική συνεργασία που είχα μαζί της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

Ο τραυλισμός είναι μια δυσκολία στη ροή της ομιλίας. Αποτελεί μία σύνθετη διαταραχή που συνήθως χαρακτηρίζεται από διακοπτόμενη ροή ομιλίας λόγω επαναλαμβανόμενων κολλημάτων, επαναλήψεων ή επιμηκύνσεων ήχων στην αρχή ή τη μέση της λέξης. Συχνά συνοδεύονται από αντανακλαστικές συσπάσεις του προσώπου ή του σώματος και σε ορισμένες περιπτώσεις από απώλεια βλεμματικής επαφής και απώλεια ελέγχου του ρυθμού της αναπνοής. Τα λεκτικά συμπτώματα συσχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα όπως είναι ο φόβος για λεκτική επικοινωνία ή ένα αίσθημα επικοινωνιακής ανεπάρκειας και ανασφάλειας και με συμπεριφορές αποφυγής όπως είναι η αποφυγή λέξεων, προσώπων, ή επικοινωνιακών περιστάσεων. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που έχουν γίνει πλέον αποδεκτοί, καθώς συγκεκριμένη αιτιολογία δεν υπάρχει είναι γενετικοί-κληρονομικοί, νευρογενείς ή περιβαλλοντικοί.

Τα είδη του τραυλισμού σύμφωνα με τον Guitar είναι η φυσιολογική δυσρυθμία, ο οριακός εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός, ο αρχικός εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός, ο μέτριος εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός και ο σοβαρός εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός. Σε καθένα απ'αυτά τα είδη το τραύλισμα συνοδεύουν δευτερεύουσες συμπεριφορές όπως αποφυγή βλεμματικής επαφής, συνεχές άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων, ρυτίδωση μετώπου, πίεση χειλιών μεταξύ τους και παρασιτικές κινήσεις των μυών του προσώπου, της κεφαλής και των χεριών. Συνοψίζοντας όσο αναφορά το θεραπευτικό κομμάτι οι λογοθεραπευτικές τεχνικές για τον τραυλισμό ποικίλουν. Κομβικό σημείο στην αντιμετώπιση του τραυλισμού είναι το ψυχολογικό κομμάτι της θεραπείας και η αποδοχή της κατάστασης απ' τον ίδιο τον ασθενή καθώς και η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Τραυλισμός αποτελεί ένα πρόβλημα με μακρά και δαιδαλώδη ιστορία, που ξεκινά από την αρχαιότητα και παρουσιάζεται σε όλους τους πολιτισμούς. Ευρέως διαδεδομένη είναι η ανεκδοτικής φύσης ιστορία με τον ρήτορα Δημοσθένη, ο οποίος τον 4^ο αι. π.Χ. φέρεται να αντιμετώπιζε το πρόβλημα του τραυλισμού του κάνοντας εξάσκηση στους λόγους του με πετραδάκια κάτω από τη γλώσσα του. Οι Αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν ένα σύμβολο για τον τραυλισμό το οποίο απεικόνιζε ένα τρέμουλο, που ξεκινούσε από το έδαφος και κατέληγε στο στόμα. Αυτή η συμβολική αναπαράσταση σεισμού δήλωνε μεταφορικά τη στιγμή του τραυλισμού (Curlee, 1993, Μαλανδράκη, 2012).

Υπάρχουν Αιγυπτιακά ιερογλυφικά που αφορούν τον τραυλισμό. Στην αρχαιότητα οι γιατροί πίστευαν ότι η γλώσσα των ατόμων που τραύλιζαν ήταν είτε πολύ μακριά είτε πολύ κοντή, πολύ υγρή ή πολύ στεγνή. Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι ο τραυλισμός οφείλεται σε νευρική και ανικανότητα της γλώσσας, ενώ ο Δημοσθένης διατεινόταν ότι οφείλεται σε έλλειψη ηθικής δύναμης. Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα δοκίμαζαν χειρουργικές επεμβάσεις όπως τρύπες στο κρανίο ή έκοβαν κομμάτια από τη γλώσσα για να 'γιατρέψουν' τον τραυλισμό. Ευτυχώς τα πράγματα έχουν εξελιχθεί αλλά ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τα αίτια αυτής της διαταραχής ροής της ομιλίας.

Οι διαταραχές ροής της ομιλίας παρεμποδίζουν ή ανακόπτουν την ευχερή και ανεμπόδιστη ροή της και χαρακτηρίζονται από αδυναμίες στον έλεγχο του χρονισμού της (Stackweather, 1987), με αποτέλεσμα να αλλοιώνονται οι παύσεις, ο ρυθμός, ο επιτονισμός και η ταχύτητα της ομιλίας (Peters & Guitar, 1991). Οι πιο συχνές περιπτώσεις είναι ο αναπτυξιακός τραυλισμός ο οποίος χαρακτηρίζεται από ορισμένα πρωτογενή συμπτώματα όπως επαναλήψεις φωνημάτων, λέξεων και φράσεων, επιμηκύνσεις φωνημάτων, απότομες εμπλοκές του αέρα και παύσεις της φώνησης. Τα δευτερογενή συμπτώματα εκδηλώνονται αργότερα και αποτελούν τρόπους απόδρασης ή αποφυγής των πρωτογενών συμπτωμάτων του τραυλισμού. Χαρακτηριστικές δευτερογενείς συμπεριφορές είναι διάφορες κινήσεις μελών του σώματος, άκρων ή κεφαλής, βλεφαροσπασμοί, επένθεση ήχου όπως <<εεε>>, αποφυγή και αντικατάσταση λέξεων (Νικολόπουλος, 2008).

Το σίγουρο είναι ότι ο τραυλισμός αποτελεί μοναδικό πεδίο λογοθεραπείας καθώς τόσο το κλινικό όσο και το ερευνητικό/θεωρητικό της μέρος είναι ανεξάντλητο και γεμάτο ανεξερεύνητες-άγνωστες πτυχές. (Καμπανάρου, 2007).

Για το λόγο ότι ο τραυλισμός χαρακτηρίζεται ως μια διαταραχή ροής της ομιλίας, γι'αυτό το λόγο πρώτα απ' όλα θα πρέπει να ορίσουμε την <<φυσιολογική ροή>>.

Η φυσιολογική ροή ή ευχέρεια ομιλίας (fluency) είναι μια έννοια που δύσκολα μπορεί να οριστεί επαρκώς, γι'αυτό και πολλοί ερευνητές του τραυλισμού έχουν επικεντρωθεί στο να ορίσουν το αντίθετο της, τη δυσρυθμία ή τον τραυλισμό (American Speech-Language-Hearing Association, 1999). Ενδεικτικά αναφέρονται τρεις ορισμοί για το τι είναι φυσιολογική ροή.

Σύμφωνα με τον Guitar, <<η φυσιολογική ροή ορίζεται ως η ροή ομιλίας χωρίς προσπάθεια ή ομαλή μετάβαση ήχων, συλλαβών και λέξεων>> (Guitar, 2006, σελ. 13)

Οι Yairi και Seery στο νέο τους βιβλίο αναφέρουν πως η φυσιολογική ροή <<αναγνωρίζεται από την ευκολία και συνεχόμενη (μη διακοπτόμενη) κίνηση των μυών της ομιλίας και των ήχων που καταλήγουν από αυτήν>> (Yairi και Seery, 2011, σελ 6).

Η Αμερικάνικη Ένωση Ομιλίας, Λόγου και Ακοής, (ASHA), αναφέρει ότι φυσιολογική ροή ή ευχέρεια (fluency) είναι: <<η παράμετρος εκείνη της παραγωγής ομιλίας που περιλαμβάνει τη συνέχεια, την ομαλότητα, τον ρυθμό και την προσπάθεια με τις οποίες ένας ομιλητής παράγει τις διάφορες γλωσσολογικές μονάδες>> (American Speech-Language –Hearing Association, 1999,σελ.2)

Παραδοσιακά ο τραυλισμός εθεωρείτο μια <<καθαρή>> διαταραχή ροής της ομιλίας και έτσι οι περισσότεροι παλαιότεροι ορισμοί του κυρίως περιλαμβάνουν την έννοια της ροής και τις δυσρυθμίες ως τη βάση τους (Silverman, 1996, Yairi και Seery, 2011). Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι ο εξής ορισμός: << Ο τραυλισμός είναι μια απόκλιση στην πρόσθια ροή της ομιλίας, μια ανικανότητα να διατηρηθούν οι συνδεδεμένοι ρυθμοί ομιλίας>> (Van Riper, 1982, σελ.11).

Ο τραυλισμός δεν είναι μια απλή διαταραχή ροής της ομιλίας αλλά εμπεριέχει και άλλους παράγοντες, γλωσσικούς, αναπτυξιακούς, γνωστικούς και περιβαλλοντικούς (Starkweather, Gottwalk, Halfond, 1990, Wall και Myers, 1984, Yairi, 2004). Η πολυπαραγοντικότητα του φαινομένου έχει οδηγήσει ορισμένους ερευνητές να μιλήσουν ακόμη και για <<πρόβλημα>> ή <<σύνδρομο>> τραυλισμού (Silverman, 1996).

Σύμφωνα με τον Cooper και Cooper (1995), είναι ένα κλινικό σύνδρομο που περιλαμβάνει τα ανώμαλα και επίμονα δυσευρυθμικά στοιχεία που οδηγούν στην αντίληψη του ομιλητή για

μια απώλεια ελέγχου της ομιλίας, η οποία συνοδεύεται συχνά από τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις. Διάφοροι τύποι λεκτικών δυσευρυθμιών μπορούν επίσης να περιληφθούν, συμπεριλαμβανομένου του μπλοκαρίσματος ήχων, δισταγμών και έντονων μικρών διακοπών (Perkins, 1980).

Τραυλισμός είναι η διαταραχή του ρυθμού και της αρμονίας του προφορικού λόγου. Η διαταραχή οφείλεται στους σπασμούς των μυών των οργάνων τα οποία συμμετέχουν στην παραγωγή του λόγου (Ψωμόπουλος Δ. Τραυλισμός Θεωρητικά και Θεραπευτικά Μοντέλα. Στα πρακτικά του Επιστημονικού Σεμιναρίου με παρουσίαση : Prof. Dr. LYDIA I. BELIAKOVA Πανεπ. Μόσχας., Θεσσαλονίκη 2002) .

Οι περισσότεροι ειδικοί που ασχολούνται με τον τραυλισμό καθώς και τα δυο επικρατέστερα διαγνωστικά εγχειρίδια, το DSM-IV και το ICD-10, θεωρούν τον τραυλισμό ως διαταραχή του λόγου και της ομιλίας και τον εντάσσουν στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών της επικοινωνίας. Συγκεκριμένα σύμφωνα με το DSM-IV, ο τραυλισμός ορίζεται ως διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας η οποία είναι δυσανάλογη για την ηλικία του ατόμου (APA,1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Ένα απτά σημαντικότερα βήματα για την διάγνωση είναι ο καθορισμός του τι ακριβώς είναι διαταραχή της ροής της ομιλίας .

Εάν η εύρυθμη ομιλία χαρακτηρίζεται από ομαλή μετάβαση μεταξύ ήχων, συλλαβών και λέξεων τότε η δύσρυθμη ομιλία χαρακτηρίζεται από την έλλειψη αυτής. Ο τραυλισμός αποτελεί διαταραχή επικοινωνίας κατά την οποία η ροή ομιλίας διακόπτεται από επανάληψη (λέξης, συλλαβής ή φωνήματος). Επιμήκυνση φωνήματος, μπλοκάρισμα, επαναδιατύπωση, παρεμβολή ήχων/φωνημάτων, τα οποία διαφέρουν ποιοτικά και ποσοτικά από αυτά που εμφανίζονται στην ομιλία ατόμων που δεν τραυλίζουν. Επίσης άτομα που τραυλίζουν μπορεί να παρουσιάζουν και δευτερεύουσες μη λεκτικές συμπεριφορές όπως είναι οι ακόλουθες: αποφυγή βλεμματικής επαφής, επαναλαμβανόμενες ρυθμικές κινήσεις των άκρων, μορφασμοί, πίεση των χειλιών, κλείσιμο των ματιών. Τέλος όταν μιλάμε για τραυλισμό δεν πρέπει να ξεχνάμε τις συναισθηματικές του προεκτάσεις. Αρκετά άτομα που τραυλίζουν νοιώθουν ντροπή, θυμό, απογοήτευση, άγχος, άρνηση για τον τραυλισμό κτλ. (Guitar,1998). Για αρκετά χρόνια, οι κλινικοί και οι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να βρουν τρόπο να εξετάζουν και να περιγράφουν τις δυσρυθμίες ατόμων που τραυλίζουν και ατόμων που δεν

τραυλίζουν αλλά παρουσιάζουν κάποιες δυσρυθμίες στην ομιλία τους. Το αποτέλεσμα των μελετών αυτών είναι ένα σύστημα κατηγοριοποίησης στο οποίο οι δυσρυθμίες μπορούν να χωριστούν στις εξής δύο μεγάλες ομάδες:

- Ενδολεκτικές δυσρυθμίες (Within-word disfluencies) οι οποίες αναφέρονται και σαν SLDs (stuttering-like disfluencies) και δυσρυθμίες μεταξύ των λέξεων (between-word disfluencies) οι οποίες αναφέρονται και σαν non-SLDs. Στην πρώτη ομάδα συναντούμε τις παρακάτω δυσρυθμίες: επανάληψη φωνήματος (π.χ. Τ-τ-τα-τι θέλεις;), επανάληψη συλλαβής (π.χ. Τι θε-θε-θέλεις;), επανάληψη μονοσύλλαβης λέξης (π.χ. Τι-τι-τι θέλεις;), επιμήκυνση φωνήματος (π.χ. Τuuu θέλεις;) και μπλοκάρισμα.
- Αντίθετα η επανάληψη φράσης (π.χ. Θέλω να, θέλω να πάω σινεμά), η επαναδιατύπωση (π.χ. Θέλω να πάω σινεμά, όχι θέατρο) και η παρεμβολή ήχου/φωνήματος (π.χ. θέλω να πάω εεε σινεμά) θεωρούνται δυσρυθμίες μεταξύ των λέξεων ή αλλιώς non-SLDs (Yairi, 1997b).

Σε κάποιο βαθμό «φυσιολογικές» δυσρυθμίες εμφανίζονται στην ομιλία μικρών παιδιών κατά τη διάρκεια της γλωσσικής και φωνολογικής τους ανάπτυξης. Καθώς οι αρθρωτικές και γλωσσικές ικανότητες των παιδιών εξελίσσονται με την ηλικία και την πάροδο του χρόνου, το ίδιο συμβαίνει και με την εύρυθμη ομιλία. Επομένως για μικρά παιδιά τα οποία εμφανίζουν δυσρυθμίες στην ομιλία τους είναι κάποιες φορές δύσκολο να καθοριστεί εάν αυτές είναι φυσιολογικές ή εάν αποτελούν χαρακτηριστικά τραυλισμού (Καμπανάρου, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία του τραυλισμού έχει δημιουργήσει τις μεγαλύτερες και πιο μακροχρόνιες διαφωνίες, τόσο στον εξελικτικό όσο και στον επίμονο τραυλισμό, σε όσες προσπάθειες και αν έγιναν για την εξήγηση αιτιών αυτού του μυστηριώδους φαινομένου. Ο τραυλισμός ανά τις χιλιετίες θεωρήθηκε δεισιδαιμονία, τιμωρία των ανθρώπων, πάζλ, μυστήριο, ανατομική ανωμαλία ή και κυρίαρχα μέχρι και την εποχή μας, ψυχασθένεια (Bell, 1853, Brosch και Pirsig, 2001, Rieber και Wollock, 1977).

Παρά τις εκτεταμένες μελέτες μέσα στα χρόνια για τον εντοπισμό των παραγόντων που υποβόσκουν στη γένεση και εξέλιξη της διαταραχής, η αλήθεια είναι πως ακόμη και σήμερα

δεν γνωρίζουμε την ακριβή αιτιολογία του τραυλισμού. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως υπάρχει συναίνεση από όλους τους σύγχρονους σπουδαίους μελετητές του τραυλισμού ότι κανείς δεν μπορεί με βεβαιότητα να εκφράσει ούτε την αιτία του φαινομένου αυτού, αλλά ούτε και το πώς θα το θεραπεύσει πιο αποτελεσματικά (Conture, 1990, Guitar, 2006, Manning, 2010, Silverman, 1996, Wingate, 2002, Yairi και Seery, 2011).

Ο Guitar τονίζει ότι ακόμη και αν δεν γνωρίζουμε ακόμη (και ίσως και ποτέ) τα πάντα σε σχέση με τον τραυλισμό, εντούτοις μπορούμε με αυτά που γνωρίζουμε ως σήμερα να βοηθήσουμε ουσιαστικά πολλούς από τους ασθενείς μας (Guitar, 2006).

Αναφορικά με την αιτιολογία οι ερευνητές συμφώνησαν ότι ο τραυλισμός δεν οφείλεται σε έναν μόνο παράγοντα, αλλά υποδεικνύουν όλο και πιο ξεκάθαρα ότι πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο (Conture, 1990, Yairi, 2004). Ένα φαινόμενο δηλαδή, που για να γεννηθεί είναι απαραίτητη η ύπαρξη πολλών παραγόντων.

Οι αποδεκτοί και γνωστοί παράγοντες που έχουν εμπλακεί στη γένεση και στην εξέλιξη του τραυλισμού μπορεί να είναι :

A) ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ-ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ :

Οι πρώτες ενδείξεις ότι ο εξελκτικός και επίμονος τραυλισμός μπορεί να συνδέεται με γενετικούς παράγοντες προήλθαν από έρευνες οικογενειακού ιστορικού, καθώς και απ' το γεγονός καθώς και απ' το γεγονός ότι η εμφάνιση της διαταραχής ήταν πολύ συχνότερη σε άρρενες. Η ομάδα του Yairi ανέφερε σε αρκετές μελέτες της ότι περίπου το 40-60% των παιδιών που εξέτασαν στα δείγματά τους είχαν κάποιο συγγενικό πρόσωπο με διάγνωση τραυλισμού (Yairi και Ambrose, 2005), υποδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο ότι κάποιο είδος κληρονομικότητας ήταν πιθανό. Ακόμη προσεκτική πολύχρονη εξέταση ατόμων που αναρρώσαν από τις δυσρυθμίες και των οικογενειών τους, καθώς και ατόμων που πέρασαν σε επίμονο τραυλισμό και των οικογενειών τους, φανέρωσε άλλο ένα ενδιαφέρον εύρημα. Άτομα που αναρρώσαν είχαν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν κάποιον συγγενή που επίσης ανάρρωσε από δυσρυθμική ομιλία, σε σύγκριση με άτομα που παρουσίασαν επίμονο τραυλισμό (Ambrose, Cox, Yairi, 1997). Αντιθέτως άτομα με επίμονο τραυλισμό είχαν πολύ συχνότερα στην οικογένειά τους άτομα που επίσης παρουσίαζαν επίμονο τραυλισμό (Ambrose, Cox, Yairi, 1997). Εν τέλει συμπερασματικά διαφαίνεται πως ακόμη και η ανάρρωση και η επιμονή στον τραυλισμό έχουν τουλάχιστον για κάποιους ασθενείς γενετικό υπόβαθρο (Ambrose, Cox, Yairi, 1997).

Έρευνες στον τομέα της γενετικής συνεχίζονται σήμερα από αρκετές ομάδες της Αμερικής και άλλων χωρών. Παρόλα αυτά παραμένει ένας μεγάλος αριθμός ατόμων και

παιδιών που τραυλίζουν χωρίς να έχουν κανένα ιστορικό στην οικογένεια τους ή κάποια μετάλλαξη στα γονίδια τους. Άρα και κάποιοι άλλοι παράγοντες θα πρέπει να παίζουν αιτιολογικό ρόλο στην γένεση της διαταραχής όπως θα δούμε και στη συνέχεια τους Νευρολογικούς παράγοντες.

Β) ΝΕΥΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Από διάφορες νευροαπεικονιστικές μεθόδους έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με τραυλισμό κυρίως ενήλικες αλλά και παιδιά, έχουν ορισμένες ήπιες, αλλά παρατηρήσιμες εγκεφαλικές διαφορές από άτομα με φυσιολογική ροή. Ανατομικές έχουν βρεθεί σε περιοχές γύρω από την πλάγια σχισμή/αύλακα, δηλαδή πολύ κοντά σε κέντρα λόγου (έκφρασης και κατανόησης), αλλά και στο μέγεθος ινών λευκής ουσίας, με κύριο το μεσολόβιο (Chang et al., 2008).

Η χρήση νευροαπεικονιστικών μεθόδων που μας πληροφορούν για την εγκεφαλική δραστηριότητα του εγκεφάλου έχει επίσης αρχίσει να εξαπλώνεται σε πολλά πεδία της λογοπαθολογίας και δεν θα μπορούσε να εκλείπει από τον τομέα του τραυλισμού που αφορά την τόσο λεπτεπίλεπτη νευροφυσιολογική δραστηριότητα της ροής της ομιλίας (Kemeny et al., 2005, Malandraki et al., 2009, Malandraki,Perlman et al.,2010, Zarate,Wood, Zatorre,2010).

Γ) ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Η πιο μακροχρόνια αντίληψη για την αιτιολογία του τραυλισμού είναι ότι πρόκειται για μια ψυχογενή διαταραχή που προκαλείται από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (Andrews & Harris, 1964, Sheehan,1975). Αυτή η αντίληψη κυριαρχεί στην Ελλάδα , καθώς συχνά βλέπουμε ασθενείς αναφέρει η κα Μαλανδράκη για τους οποίους οι ίδιοι οι γονείς θα μας πουν φράσεις όπως << τον μάλωσα άσχημα εκείνη την μέρα και μετά άρχισε να έχει πρόβλημα>> ή << Άρχισε να τραυλίζει τη μέρα που γεννήθηκε το αδελφάκι της>> (Μαλανδράκη, 2010).

Στην μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών συμπτώματα δυσρυθμίας εμφανίζονται τυπικά κατά την περίοδο έντονης ανάπτυξης ομιλίας και λόγου (2-5 ετών), κατά την διάρκεια της οποίας πολλά παιδιά παρουσιάζουν μικρούς δισταγμούς και επαναλήψεις στην ομιλία τους. Πρόκειται για μια περίοδο εξαιρετικά στρεσογόνο για τα παιδιά, στην οποία οι απαιτήσεις για επικοινωνία από το περιβάλλον είναι αυξημένες(Andrews, 1984, Sheehan,1975). Ορισμένα απ'τα παιδιά αυτά θα συνεχίσουν να έχουν δυσκολία η οποία με τον καιρό θα

αυξάνεται. Αυτό θα έχει ως συνέπεια η δυσκολία αυτή να φέρει αντιδράσεις από το περιβάλλον που θα αυξήσουν το παιδικό άγχος και την αγωνία, με αποτέλεσμα οι δυσρυθμίες να γίνουν πιο έντονες και μ'αυτό τον τρόπο να ξεκινήσει ένας κύκλος συμπτωμάτων (Starkweather,1987).

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

1) Η υπόθεση της <<κατάρρευσης>> : Ο τραυλισμός εκλαμβάνεται ως στιγμιαία αποτυχία της προσπάθειας συντονισμού των πολύπλοκων διαδικασιών που απαιτούνται για την ομιλία. Στο πλαίσιο αυτών των θεωριών, προκειμένου να περιγραφεί αυτό που εκτιμάται ότι συμβαίνει στο άτομο που τραυλίζει, χρησιμοποιούνται συχνά λέξεις όπως κατάρρευση, αποσύνθεση, αποδιοργάνωση και παρεμβολή. Σίγουρα ανεξάρτητα από τα αίτια τα οποία οδηγούν στον τραυλισμό, το φαινόμενο αυτό εμπεριέχει στοιχεία κατάρρευσης της λειτουργίας της ομιλίας.

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

3) Η υπόθεση της <<αναμονής – αντιμετώπισης>> : Η υπόθεση της <<αναμονής-αντιμετώπισης>> (anticipatory struggle reaction) είναι μια καθαρά γνωσιακή συμπεριφορική θεωρία για τον τραυλισμό. Στο πλαίσιο της υπόθεσης αυτής υποστηρίζεται ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα μάθησης. Η ενεργοποίησή του είναι βασικά αποτέλεσμα πρώιμων εμπειριών, οι οποίες σχετίζονται με την κατάκτηση του λόγου και οδηγούν το άτομο στη διαμόρφωση της αντίληψης ότι η ομιλία είναι δύσκολη υπόθεση. Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση, ο τραυλισμός πυροδοτείται ή ενισχύεται όταν το άτομο αναμένει με φόβο ότι θα

τραυλίζει και προσπαθεί να το αποφύγει. Επομένως, είναι η αναμονή του τραυλισμού που οδηγεί στον τραυλισμό.

4) Η υπόθεση της <<συγκαλυμμένης διόρθωσης>> :

Μια νεότερη θεωρία για την αιτιολογία του τραυλισμού, η οποία όμως δεν έχει ευρείας αποδοχής, είναι η υπόθεση της <<συγκαλυμμένης διόρθωσης>> (covert repair hypothesis) (Postma & Kolk, 1993). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ο τραυλισμός αποτελεί μια διορθωτική αντίδραση του ατόμου η οποία προλαμβάνει την εκδήλωση φωνολογικών λαθών στο πλάνο ροής του λόγου. Επομένως, ο τραυλισμός γίνεται αντιληπτός ως μια αντίδραση προσαρμογής σε μια λανθασμένη λεκτική εκφορά. Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση, λοιπόν το πρόβλημα του ατόμου δεν είναι τραυλισμός αλλά οι δυσκολίες του στο φωνολογικό επίπεδο (Kolk, 1991).

Εκτός από τις θεωρίες οι οποίες έχουν περιγραφεί μέχρι τώρα έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς πολλές άλλες απόψεις μέσα από τις οποίες επιχειρείται η προσέγγιση της αιτιολογίας του τραυλισμού. Ορισμένα άτομα ανατρέχοντας στις συνθήκες κάτω από τις οποίες ξεκίνησαν να τραυλίζουν συχνά αναφέρονται σε συγκεκριμένα γεγονότα τα οποία θεωρούν υπεύθυνα για την έναρξη του προβλήματός τους.

- Σοκ και τρόμος:

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα έχουν αναφερθεί πολλές περιπτώσεις ατόμων, τα οποία ξεκίνησαν να τραυλίζουν μετά από κάποιο επεισόδιο σοκ ή τρόμου. Όπως αναφέρουν οι Luchinger και Arnold (1965), ο Makuen, το 1914, διαπίστωσε ότι στο 28% των ατόμων με τραυλισμό το πρόβλημα είχε εμφανιστεί μετά από κάποιο επεισόδιο σοκ ή τρόμου. Όμως παρά το γεγονός ότι παρόμοιες αναφορές έχουν γίνει από πολλούς ερευνητές, εκτιμούμε πως σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι μια τραυματική εμπειρία, από μόνη της, μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση τραυλισμού.

- Ασθένειες:

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί πολλές περιπτώσεις παιδιών στις οποίες ο τραυλισμός εμφανίστηκε μετά από κάποια ασθένεια που είχε προβάλλει το παιδί. Ο Gutzmann (1939) αναφέρει πως σχεδόν το 10% των περιπτώσεων τραυλισμού που ο ίδιος είχε διερευνήσει, διαπιστώθηκε ότι η διαταραχή εμφανίστηκε μετά από την προσβολή του ατόμου από κάποια σοβαρή μορφή ίωσης ή άλλης ασθένειας. Αυτό το φαινόμενο σύμφωνα με μια

ερμηνεία το αυξημένο άγχος και η γενικότερη πτώση της άμυνας του οργανισμού που απορρέουν συνήθως από κάποια σοβαρή ασθένεια, ενδέχεται να αυξάνουν τις πιθανότητες για την εμφάνιση δυσκολιών στη ροή του λόγου (Luchinger& Arnold, 1965). Το γεγονός αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να αρχίσει το παιδί να αμφιβάλλει ως προς την ικανότητα του να μιλά με καλή ροή. Αυτή η αντίληψη ενδέχεται να οδηγήσει στη συνέχεια το παιδί στην εκδήλωση διστακτικής συμπεριφοράς σε ορισμένες καταστάσεις, όπου το ίδιο αξιολογεί ως ιδιαίτερα σημαντικό να εκφραστεί λεκτικά με καλή ροή.

- Η επίδραση της μίμησης:

Σε ορισμένες περιπτώσεις παιδιών, η εμφάνιση του τραυλισμού έχει θεωρηθεί ως αποτέλεσμα μίμησης της ομιλίας κάποιου άλλου ατόμου που τραυλίζει. Ο Mygind (1898) αναφέρει πως στο 13% των περιπτώσεων των ατόμων με τραυλισμό τα οποία ο ίδιος είχε παρακολουθήσει, ο τραυλισμός εμφανίστηκε ως αποτέλεσμα μίμησης κάποιου άλλου ατόμου που τραύλιζε στην οικογένειά τους. Ο Otsuki (1958) , σε έρευνα που έκανε στην Ιαπωνία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 70% των ατόμων με τραυλισμό που μελέτησε, η μίμηση αποτέλεσε τη βασική αιτία για την εμφάνιση του προβλήματος.

- Ο τραυλισμός ως <<αγχώδης διαταραχή αναμονής>>:

Ο τραυλισμός έχει παραδοσιακά χαρακτηριστεί ως πρόβλημα ομιλίας τόσο από τους ειδικούς όσο και από τα άτομα που τραυλίζουν. Για το λόγο αυτόν, στις περισσότερες περιπτώσεις, οι επιστήμονες οι οποίοι ασχολήθηκαν με την αναζήτηση της αιτιολογίας του, ήταν αυτοί που ειδικεύονταν στην κατανόηση και θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών λόγου και ομιλίας. Οι ειδικοί που είχαν υιοθετήσει την υπόθεση της <<κατάρρευσης>>, υποστήριξαν την άποψη πως κάποια φυσιολογική ανωμαλία, που σχετιζόταν με τα όργανα της ομιλίας, είτε από μόνη της είτε σε συνδυασμό με το άγχος, οδηγούσε σε δυσλειτουργία του μηχανισμού της ομιλίας. Οι ειδικοί, οι οποίοι είχαν υιοθετήσει την υπόθεση της <<απωθημένης ανάγκης>>, αναζήτησαν την αιτιολογία του τραυλισμού σε συγκεκριμένες ψυχολογικές δυσλειτουργίες, οι οποίες εκτιμούσαν ότι δυσχεραίνουν την ομαλή λειτουργία των οργάνων της ομιλίας. Όσοι είχαν υιοθετήσει την υπόθεση της <<αναμονής-αντιμετώπισης>>, αναζήτησαν τα αίτια του τραυλισμού στην αγωνιώδη προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει να τραυλίσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την διαταραχή του τραυλισμού, έτσι όπως αυτά ορίζονται από το DSM-IV, είναι τρία:

A) Διαταραχή στην ομαλή ροή και στην χρονική διαμόρφωση του λόγου (ακατάλληλη για την ηλικία του ατόμου), που χαρακτηρίζεται από συχνή εμφάνιση ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω :

1. επανάληψη ήχων ή συλλαβών
2. επέκταση- κράτημα ενός ήχου
3. παρεμβολές
4. σπασμένες λέξεις (π.χ. παρεμβολή παύσης σε κάποιο σημείο της εκφοράς μιας λέξης),
5. ευδιάκριτες ή σιωπηλές φραγές στην ροή του λόγου (παύσεις σιωπηλές ή όχι στη ροή του λόγου, π.χ. <<Είχαμε πάει εκδρομή εεεεε και όταν επιστρέψαμε εεεεεεεεε...>>).
6. περιφράσεις (αντικατάσταση προβληματικών λέξεων με άλλες λέξεις, πιο απλές ή περιφραστική περιγραφή της προβληματικής λέξης),
7. οι λέξεις εκφέρονται με υπερβολική σωματική ένταση,
8. επανάληψη μονοσύλλαβων λέξεων (π.χ. << Η-η-η-η-η μητέρα>>).

Οι διαταραχές στην ομαλή ροή εκφοράς του λόγου παρεμβάλλονται στα ακαδημαϊκά ή επαγγελματικά επιτεύγματα ή στην κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία.

Στην περίπτωση που κάποιο Γλωσσικό ή Αισθητηριακό Έλλειμμα είναι παρόν, οι δυσκολίες στην εκφορά του λόγου ξεπερνούν αυτές που συνήθως συνδέονται με αυτό το έλλειμμα. (Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000), 'Psychiatry-Behavioural Science and Clinical Essentials' . USA : W.B. Saunders Company).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 :

ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Ο Barry Guitar(2006) επηρεασμένος από τη διαγνωστική προσέγγιση του Charles Van Riper (1982), παρουσιάζει μια ταξινόμηση αναπτυξιακή που είναι ευρέως διαδεδομένη. Τα εξελικτικά στάδια που εμπεριέχει στο βιβλίο του ο Guitar είναι πέντε στάδια αναπτυξιακής

και θεραπευτικής σημασίας που ηλικιακά ακολουθούν αύξουσα πορεία (Guitar,2006). Τα πέντε αυτά στάδια είναι :

- **Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΡΥΘΜΙΑ:**

Ορισμένα παιδιά περνάνε από μια περίοδο δυσρυθμιών κατά την ανάπτυξη τους(Ambrosse και Yairi,1999). Αυτό γίνεται κατανοητό αμέσως μόλις αναλογιστούμε την πολυπλοκότητα του μηχανισμού ομιλίας και λόγου και του νευροφυσιολογικού τους ελέγχου (Helm-Estabrooks,1999). Κατά την περίοδο 0-3 ετών η ανάπτυξη πολλών γλωσσικών και λεκτικών στοιχείων των παιδιών γίνεται με ραγδαίους ρυθμούς (Ruben,1997) και επηρεάζεται σημαντικά από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Yairi, 2004). Πλησιάζοντας την ηλικία συμπλήρωσης των 3 ετών τα περισσότερα παιδιά αναμένεται να ξεκινήσουν τη χρησιμοποίηση φράσεων και προτάσεων κάνοντας την ομιλία τους ακόμη πιο περίπλοκη (Ruben, 1997). Το κεντρικό νευρικό σύστημα, που καθόλη αυτή τη περίοδο επίσης διέρχεται σημαντική ανάπτυξη, προσπαθεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του μηχανισμού ομιλίας και λόγου, καθώς και πολλών άλλων συστημάτων.

Είναι επόμενο ότι κατά τη διάρκεια αυτής της εξαιρετικά πολύπλοκης αναπτυξιακής περιόδου θα παρατηρηθούν μικρά <<σκαμπανεβάσματα>> στην παραγωγή ομιλίας. Όπως, όταν μαθαίνουμε μια καινούρια δεξιότητα, υπάρχει μια περίοδος <<χάριτος>>, στην οποία θα κάνουμε λάθη, παραλείψεις και διορθώσεις μέχρι να κατακτήσουμε τη δεξιότητα αυτή, το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και με τα παιδιά που ξεκινάνε να χρησιμοποιήσουν την ομιλία και το λόγο (Ambrose και Yairi,1999). Είναι λογικό να παρουσιάσουν δισταγμούς, επαναλήψεις και επιμηκύνσεις των ήχων που παράγουν ως μέρος της φυσιολογικής τους ανάπτυξης (MacLachlan και Charman, 1988). Αυτό το στάδιο συναντάται κυρίως σε παιδιά ηλικίας 1,5 εως 6 ετών και συχνά έχει κυκλική μορφή, δηλαδή εμφανίζει ορισμένες περιόδους συμπτωμάτων και ορισμένες περιόδους απόλυτης ευχέρειας (Guitar, 2006).

Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές ή δυσρυθμίες που συναντώνται πιο συχνά σε παιδιά με φυσιολογική δυσρυθμία είναι οι εξής: επαναλήψεις τμήματος λέξης, μονοσύλλαβων ή πολυσύλλαβων λέξεων ή φράσεων, επιμηκύνσεις και σπάνια μικρές παύσεις (Guitar,2006). Η διάκριση απ'το επόμενο στάδιο του οριακού τραυλισμού είναι η συχνότητα, το είδος, η σοβαρότητα των λεκτικών συμπτωμάτων αλλά και οι δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα (Adams,1977, 1980, Yairi και Seery,2011).

Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα εξαρτώνται όπως αναφέρει η Zebrowski, απ'το κατά πόσο το άτομο που τραυλίζει έχει συνειδητοποιήσει ότι κάνει κάτι

διαφορετικό όταν μιλάει απ'ότι τα άλλα άτομα στο περιβάλλον του (Zebrowski,2000). Αυτό, με λίγα λόγια σημαίνει ότι για να αναπτύξει ένα παιδί σημαντικές δευτερεύουσες συμπεριφορές θα πρέπει να παρουσιάσει κάποιου βαθμού δυσρυθμίες για αρκετό χρονικό διάστημα, ώστε να έχει διαπιστώσει τη δυσκολία του και να προσπαθεί να την καλύψει ή να την αποφύγει (Silverman,1996). Μάλιστα επειδή στο στάδιο της φυσιολογικής δυσρυθμίας αυτό δεν είναι αναμενόμενο, ο Guitar υποστηρίζει ότι δεν έχουμε δευτερεύουσες συμπεριφορές (Guitar,2006). Κατά συνέπεια όλων των παραπάνω, σε αυτό το επίπεδο δε συναντάμε ούτε αρνητικά συναισθήματα, τα οποία συνήθως αρχίζουν να εμφανίζονται επίσης μετά από αρκετό διάστημα εμφάνισης των πρωτευουσών συμπεριφορών (Van Riper,1982) .

ΟΡΙΑΚΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Το στάδιο του οριακού τραυλισμού είναι ένα εξαιρετικά <<ευαίσθητο>> στάδιο, που σε αρκετές περιπτώσεις θα επιδείξει τη μελλοντική πορεία ενός παιδιού σε σχέση με τα συμπτώματά του. Παράλληλα, η σημασία του έγκειται και στο γεγονός ότι πρόκειται για ένα επίπεδο στο οποίο σίγουρα θα χρειαστεί κάποιου είδους έστω και έμμεση θεραπευτική προσέγγιση από τον λογοπαθολόγο/λογοθεραπευτή (Μαλανδράκη,2010). Σύμφωνα με τους Yairi και Seery το επίπεδο αυτό θα ανταποκρινόταν στα παιδιά με αυξανόμενη επικινδυνότητα και επίμονο τραυλισμό (Yairi και Seery,2011). Έχει επομένως ιδιαίτερη βαρύτητα η σωστή κατάταξη ενός παιδιού σε αυτήν την κατηγορία, που θα γίνει μόνο με την πλήρη και συνεχή αξιολογητική προσέγγιση.

Οι μεγαλύτερες προκλήσεις ένταξης ενός παιδιού σε αυτή την εξελικτική κατηγορία είναι αρχικά ότι παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με τη φυσιολογική δυσρυθμία και έπειτα ότι σε παιδιά μικρότερης ηλικίας συχνά παρατηρείται αμφιταλάντευση μεταξύ των δυο αυτών επιπέδων (Guitar,2006). Σύμφωνα με τον Guitar η ηλικιακή ομάδα στην οποία παρατηρείται αυτό το επίπεδο είναι 1,5 με 6 ετών, η ίδια δηλαδή με αυτήν την οποία συναντάται η φυσιολογική δυσρυθμία (2006). Και σε αυτό το στάδιο συναντάμε κυκλικής μορφής συμπτώματα και έχουμε τόσο πρωτεύουσες όσο και δευτερεύουσες συμπεριφορές.

• Πρωτεύουσες συμπεριφορές :

Παιδιά με οριακό τραυλισμό παρουσιάζουν όλες τις δυσρυθμίες που συναντώνται και στη φυσιολογική δυσρυθμία. Αυτό καθιστά τη διαφορική διάγνωση μεταξύ των σταδίων δύσκολη, παρόλα αυτά βασιζόμαστε και πάλι στα κριτήρια πρωτευουσών συμπεριφορών,

αλλά και στις δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα, που θα μας βοηθήσουν να διακρίνουμε τα δυο στάδια.

Α) Συχνότητα Λεκτικών Συμπτωμάτων: Στον οριακό τραυλισμό η αναμενόμενη συχνότητα των δυσρυθμιών θα είναι πλέον μεγαλύτερη. Αναλογικά παιδιά σε αυτό το επίπεδο παρουσιάζουν άνω των 10 δυσρυθμιών ανά 100 λέξεις (Adams,1980) ή άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές (Guitar,2006) και δυο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών (πχ. πα-πα-πα-παγωτό) (Adams,1977, Zebroski,1991). Ακόμη, όπως προαναφέρθηκε, αν το ποσοστό επαναλήψεων μονοσύλλαβων λέξεων που παρουσιάζει ένα παιδί παραμένει σταθερό ή εμφανίσει αύξηση ως την ηλικία των 4 ετών, τότε μάλλον μιλάμε για οριακό τραυλισμό (Yairi,1997).

Β)Είδος Λεκτικών Συμπτωμάτων: Σε αυτό το επίπεδο συναντάμε μεγαλύτερη αναλογία επαναλήψεων μονοσύλλαβων λέξεων και τμήματος λέξεων, επιμηκύνσεων και παύσεων, συγκριτικά με επαναλήψεις φράσεων και πολυσύλλαβων λέξεων (Guitar, 2006), και περισσότερες από 3-4 τραυλικές δυσρυθμίες ανά 100 συλλαβές δείγματος (Ambrose και Yairi,1999). Οι τραυλικές δυσρυθμίες σε παιδιά αυτού του επιπέδου (και των επόμενων επιπέδων) είναι συνήθως 5 ή 6 φορές περισσότερες από τις μη τραυλικές δυσρυθμίες (Yairi, 1997). Οι αναλογίες τραυλικών και μη τραυλικών λεκτικών συμπεριφορών συγκεκριμένα είναι περίπου 65% και 35% αντίστοιχα (Ambrose και Yairi,1999).

Γ) Σοβαρότητα Λεκτικών Συμπτωμάτων: Παρά το γεγονός ότι το είδος και η συχνότητα των δυσρυθμιών διαφέρουν ανάμεσα στη φυσιολογική δυσρυθμία και στον οριακό τραυλισμό, η σοβαρότητα/ένταση των συμπτωμάτων εξακολουθεί να παραμένει σχετικά ήπια και στα παιδιά με οριακό τραυλισμό (Guitar, 2006). Εξαιρεση αποτελεί η ταχύτητα των επαναλήψεων, που παρατηρείται να είναι πιο γρήγορη (πιο απότομες επαναλήψεις) σε παιδιά αυτού του σταδίου (Throneburg και Yairi, 1994).

- **Δευτερεύουσες Συμπεριφορές και Συναισθήματα :**

Όπως και για τη φυσιολογική δυσρυθμία, ο οριακός τραυλισμός συνήθως δε συνοδεύεται από δευτερεύουσες συμπεριφορές ή αρνητικά συναισθήματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα παιδιά που ανήκουν σε αυτό το εξελικτικό στάδιο παρουσιάζουν τραυλικά συμπτώματα για σχετικά μικρό χρονικό διάστημα και δεν έχουν ακόμη συνειδητοποιήσει πλήρως τι τους συμβαίνει (Silverman,1996). Σπανίως μπορεί να εκδηλώσουν μία στιγμιαία έκπληξη σε

σχέση με τη δυσρυθμία τους (Guitar,2006). Η συμβολή μας σε αυτό το εξελικτικό επίπεδο είναι ίσως πιο καθοριστική από ό,τι σε κάθε άλλο στάδιο τραυλισμού. Διότι σε αυτό ακριβώς το μεταίχμιο μπορούμε είτε να βοηθήσουμε τα παιδιά να << απελευθερωθούν>> εντελώς από τις δυσρυθμίες είτε, αν δεν παρέμβουμε σωστά και έγκαιρα, να τα οδηγήσουμε στο επόμενο επίπεδο της δυσρυθμίας (Μαλανδράκη, 2010).

ΑΡΧΙΚΟΣ/ΗΠΙΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ Η΄ ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ένα ποσοστό παιδιών που παρουσίαζαν οριακό τραυλισμό αρχικά θα περάσουν με την πάροδο του χρόνου στον αρχικό ή ήπιο εξελικτικό ή επίμονο Τραυλισμό. Η εξέλιξη αυτή για κάποια παιδιά θα είναι αργή και διαδοχική (Guitar, 2006) και για άλλα θα είναι ξαφνική ή σε μερικές περιπτώσεις θα αποτελέσει την πρώτη εικόνα των συμπτωμάτων τους (Yairi και Seery, 2011). Ο αρχικός ή ήπιος τραυλισμός είναι ουσιαστικά σε αρκετές περιπτώσεις παιδιών το πρώτο στάδιο επίμονου τραυλισμού. Με άλλα λόγια, όταν ένα παιδί περάσει σε αυτό το επίπεδο και αυτό διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι πιθανότητες πλήρους ανάρρωσης θα μειωθούν αισθητά (Yairi και Ambrosse,1999). Σε σχέση με την κυκλικότητα του φαινομένου οι περίοδοι τραυλισμού πλέον θα είναι συχνότερες και σε πολλά παιδιά δε θα υπάρχουν και μεγάλες περίοδοι ευχέρειας (Guitar, 2006). Ηλικιακά τα παιδιά με ήπιο εξελικτικό τραυλισμό συνήθως κυμαίνονται μεταξύ των 2 και 8 ετών (Guitar,2006).

Παράγοντες που είναι πιθανόν να συμβάλλουν καθοριστικά στην έναρξη του ήπιου τραυλισμού είναι τώρα, εκτός από τη γενετική προδιάθεση και τις περιβαλλοντικές πιέσεις και η συνειδητοποίηση της δυσκολίας του από το ίδιο το παιδί (Zebrowski,2000). Αυτή η συνειδητοποίηση, λόγω της αυξημένης σοβαρότητας των συμπτωμάτων ή και της διάρκειας αυτών, θα οδηγήσει σε ανάπτυξη δευτερευουσών συμπεριφορών και σε ορισμένες περιπτώσεις και αρνητικών συναισθημάτων (Conture και Kelly, 1991, Zebrowski, 2000).

• Πρωτεύουσες Συμπεριφορές :

Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές παιδιών με ήπιο/ αρχικό τραυλισμό είναι σημαντικά διαφορετικές από τις ανάλογες συμπεριφορές των δυο προηγούμενων σταδίων. Η διαφορετικότητά τους έγκειται τώρα περισσότερο στο είδος και στη σοβαρότητα των λεκτικών συμπτωμάτων και λιγότερο στη συχνότητα που παραμένει σταθερή ή αυξάνεται μερικώς.

A) Συχνότητα Λεκτικών Συμπτωμάτων:

Η αναμενόμενη συχνότητα των δυσρυθμιών κυμαίνεται σε ανάλογα επίπεδα με τον οριακό τραυλισμό και σε αυτό το στάδιο. Έτσι, γενικώς αναμένουμε τουλάχιστον 10 δυσρυθμίες ανά 100 λέξεις (Adams,1980) ή άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές (Guitar,2006) και δυο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών (Adams,1977, Zebrowski, 1991). Σε αυτήν την κατηγορία όμως μπορεί να δούμε και αρκετά υψηλότερα ποσοστά άνω του 10% επί του συνολικού αριθμού συλλαβών ενός δείγματος (Yairi, Ambrose, Niermann,1993).

B) Είδος Λεκτικών Συμπτωμάτων:

Το είδος των δυσρυθμιών θα είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες ταξινόμησης ενός παιδιού σε αυτήν την εξελικτική κατηγορία. Συγκεκριμένα σε σύγκριση με τον οριακό τραυλισμό εδώ παρατηρούνται περισσότερες επαναλήψεις συλλαβών και αρχικών ήχων λέξεων, πιο έντονες και μεγαλύτερης διάρκειας επιμηκύνσεις και σε αρκετές περιπτώσεις και τα πρώτα ήπια μπλοκαρίσματα (Guitar,2006, Van Riper, 1982). Οι τραυλικές δυσρυθμίες είναι πιθανόν να ξεπερνούν τις 5-6 τραυλικές δυσρυθμίες ανά 100 συλλαβές και αποτελούν την πλειοψηφία των τραυλικών συμπτωμάτων (σε σχέση με τις μη τραυλικές δυσρυθμίες) (Ambrose και Yairi,1997).

Γ) Σοβαρότητα Λεκτικών Συμπτωμάτων:

Η ένταση των συμπτωμάτων είναι επίσης εμφανώς αυξημένη σε αυτό το στάδιο. Οι επαναλήψεις παρουσιάζονται ως ακόμη πιο απότομες και γρήγορες (Throneburg και Yairi,1994), ενώ οι επιμηκύνσεις ενδέχεται να συνοδεύονται πλέον και από ήπιες δευτερεύουσες συμπεριφορές (Guitar,2006). Τα μπλοκαρίσματα, αν παρουσιάζονται, είναι γενικώς ήπια και διακριτικά (Guitar,2006) αλλά μικρή μυική ένταση κατά τη διάρκεια των δυσρυθμιών είναι πιθανό να παρατηρηθεί (Van Riper,1982).

- Δευτερεύουσες Συμπεριφορές και Συναισθήματα :

Στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων παιδιά στο ήπιο/αρχικό επίπεδο τραυλισμού βιώνουν τις τραυλικές συμπεριφορές για αρκετό διάστημα κάτι που έχει ως συνέπεια να αρχίσουν να συνειδητοποιούν τη δυσκολία τους και τη διαφορετικότητά τους (Zebrowski,2000). Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρούνται δευτερεύουσες συμπεριφορές,

όπως η αύξηση του ύψους της φωνής κατά τη διάρκεια επιμηκύνσεων ή επαναλήψεων, ήπιες παρεμβολές (π.χ. εμβολή επιφωνημάτων όπως <<μμμ, εεε>> ανάμεσα σε λέξεις) και σχετικά ήρεμες κινήσεις κεφαλής και χαρακτηριστικών προσώπου (Guitar,2006). Η συνειδητοποίηση της διαταραχής συχνά επιφέρει μικρή δυσφορία ή και αγανάκτηση για συγκεκριμένα επεισόδια με χαρακτηριστική ένταση (Zebrowski,2000). Τα παιδιά σε αυτό το στάδιο συχνά αρχίζουν να διερωτώνται και ανοιχτά για το τι τους συμβαίνει (Silverman,1996).

ΜΕΤΡΙΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ Η΄ ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο μέτριος τραυλισμός εμφανίζεται κατά πλειοψηφία, αν και όχι πάντα, σε παιδιά που έχουν πλέον περάσει στο λεγόμενο στάδιο του επίμονου ή χρόνιου τραυλισμού, δηλαδή που παρουσιάζονται συμπτώματα για πάνω από 3 έτη (Yaiği και Ambrosse, 2005). Κατά συνέπεια σε αυτήν την κατηγορία συναντάμε συνήθως παιδιά ηλικίας 6-13 ετών, δηλαδή παιδιά σχολικής και πρώτης εφηβικής ηλικίας. Σύμφωνα με τον Guitar δυο είναι τα βασικά χαρακτηριστικά που βοηθούν στο διαχωρισμό του μέτριου τραυλισμού από τον αρχικό εξελικτικό τραυλισμό : οι δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα (2006).

Στους παράγοντες εμπλοκής αυτού του σταδίου συμπεριλαμβάνονται φυσικά η γενετική προδιάθεση, αλλά και οι περιβαλλοντικές πιέσεις, οι οποίες τώρα λόγω της ευαίσθητης ηλικίας των παιδιών αποκτούν μεγαλύτερη βαρύτητα. Ο λόγος είναι ότι οι πιέσεις αυτές προέρχονται, όχι μόνο από την οικογένεια και από το ίδιο το παιδί αλλά σε μεγάλο βαθμό και από τους συμμαθητές, δασκάλους και το γενικότερο σχολικό περιβάλλον (O’Brian et al.,2011). Επιπλέον βάρος προσθέτει η απαίτηση για σχολική επίδοση και επιτυχία (O’Brian et al.,2011). Αυτές οι περιβαλλοντικές επιρροές σε συνδυασμό με τη διαχρονικότητα των συμπτωμάτων και την ενισχυμένη συμπεριφορική μάθηση των δευτερευουσών συμπεριφορών καθιστούν την διαταραχή σε αυτό το επίπεδο αρκετά περίπλοκη.

• Πρωτεύουσες Συμπεριφορές :

Τόσο η συχνότητα όσο και το είδος των δυσρυθμιών στο μέτριο εξελικτικό ή επίμονο τραυλισμό αυξάνονται λίγο σε σχέση με το προηγούμενο στάδιο (Yaiği και Seery,2010). Η σοβαρότητα τους όμως διαφέρει σημαντικά και μαζί με τη χρονική διάρκεια της διαταραχής θα συμβάλει σημαντικά στην κατηγοριοποίηση.

A) Συχνότητα Λεκτικών Συμπτωμάτων

Και εδώ αναμένουμε τουλάχιστον 10 δυσρυθμίες ανά 100 λέξεις (Adams,1980) ή άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές (Guitar,2006) και δυο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών (Adams,1977,Ambrosse και Yairi,1995,Zebrowski,1991). Ποσοστά δυσρυθμιών σε αυτή την κατηγορία είναι άνω του 10% συνήθως, ενώ τραυλικές δυσρυθμίες είναι επίσης αρκετά συχνές(Yairi και Seery, 2011).

B)Είδος Λεκτικών Συμπτωμάτων

Τα πιο συχνά είδη δυσρυθμιών στο μέτριο τραυλισμό δε διαφέρουν ουσιαστικά από τον τραυλισμό αρχικού επιπέδου. Ως επί το πλείστον και σε αυτό το στάδιο βλέπουμε επαναλήψεις συλλαβών και αρχικών ήχων λέξεων, έντονες και μεγάλης διάρκειας επιμηκύνσεις, αλλά και έντονα μπλοκαρίσματα (Guitar, 2006, Van Riper,1982).

Γ) Σοβαρότητα Λεκτικών Συμπτωμάτων

Η πιο εμφανής διαφορά μεταξύ του ήπιου και του μέτριου εξελικτικού ή επίμονου τραυλισμού αφορά στη σοβαρότητα εκδήλωσης των λεκτικών συμπτωμάτων, η οποία είναι σημαντικά αυξημένη στη δεύτερη κατηγορία (Guitar,2006). Πέρα από τις απότομες και γρήγορες επαναλήψεις (Throneburg και Yairi, 1994), τώρα συναντώνται πολύ συχνά πλέον και αρκετά έντονα μπλοκαρίσματα, που συνοδεύονται από σημαντική μυϊκή ένταση και συχνά και δευτερεύουσες συμπεριφορές (Guitar,2006). Ακόμη, δεν είναι σπάνιες και οι λεγόμενες διπλές ή τριπλές συμπεριφορές, κατά τις οποίες τα παιδιά παρουσιάζουν δύο ή τρεις διαφορετικές δυσρυθμίες σε μια συλλαβή σχεδόν ταυτόχρονα (Μαλανδράκη,2010).

• Δευτερεύουσες Συμπεριφορές και Συναισθήματα :

Στον τραυλισμό μέτριου επιπέδου ο τραυλισμός συνοδεύει την ομιλία του ασθενούς για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η διαρκής, μακρόχρονη έκθεση στον τραυλισμό έχει ως λογική συνέπεια την απόλυτη συνειδητοποίηση της δυσκολίας από την πλευρά του ασθενή και περαιτέρω την προσπάθεια αποφυγής ή διαφυγής από αυτήν (Silverman,1996). Αρχικά, οι προσπάθειες διαφυγής και αποφυγής μπορεί να έχουν τη μορφή παρεμβολών, αναθεωρήσεων και σωματικών κινήσεων. Σταδιακά όμως υπάρχει πιθανότητα να πάρουν τη μορφή πλήρους αποφυγής καταστάσεων επικοινωνίας και να οδηγήσουν σε συναισθήματα έντονης απογοήτευσης και απομόνωσης (Craig, Blumgart.Tran,2009).

ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ/ ΣΟΒΑΡΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ Η ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο προχωρημένος ή σοβαρός εξελικτικός και επίμονος τραυλισμός αφορά πλέον σε άτομα που τραυλίζουν για αρκετά χρόνια και επί το πλείστον παρατηρείται σε εφήβους και ενήλικες (Guitar,2006, Yairi και Seery,2011). Στο στάδιο αυτό παρατηρούνται όλα τα προαναφερόμενα συμπτώματα οξυμένα και σε μεγαλύτερο βαθμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτού του επιπέδου κάποιος βαθμός κληρονομικότητας υπάρχει, οι επιρροές του περιβάλλοντος και οι παράγοντες μάθησης δευτερευουσών συμπεριφορών θα είναι εδώ ακόμη πιο καθοριστικοί παράγοντες εξέλιξης και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων (Guitar,2006).

- **Πρωτεύουσες Συμπεριφορές:**

Οι διαφορές στις πρωτεύουσες συμπεριφορές μεταξύ μέτριου και σοβαρού εξελικτικού τραυλισμού αφορούν πλέον σχεδόν αποκλειστικά στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τη διάρκεια παρουσίας τους. Η συχνότητα και το είδος των δυσρυθμιών παραμένουν στα ίδια επίπεδα με το μέτριο τραυλισμό (Guitar, 2006), γι'αυτό και εδώ θα επικεντρωθούμε στη σοβαρότητα των πρωτευουσών συμπεριφορών. Στο σοβαρό τραυλισμό μπορούμε να δούμε ποσοστά τραυλισμού της τάξεως του 25% ή και παραπάνω (Yairi και Seery, 2011).

A) Σοβαρότητα Λεκτικών Συμπτωμάτων :

Ατομα με προχωρημένο τραυλισμό παρουσιάζουν όλες τις πρωτεύουσες συμπεριφορές που έχουμε περιγράψει, όμως ιδιαίτερη είναι η εκδήλωση των μπλοκαρισμάτων, που τώρα είναι πολύ έντονα με εξαιρετική μυϊκή ένταση που φτάνει μέχρι και σε επίπεδα μυϊκού τρόμου (π.χ. τρόμος κάτω σιαγόνας ή γλώσσας) (Guitar,2006). Η διάρκεια των μπλοκαρισμάτων μπορεί να κυμαίνεται από 1 ως και πολλά δευτερόλεπτα, ενώ διπλές ή τριπλές πρωτεύουσες συμπεριφορές είναι πλέον αρκετά συχνές (Silverman,1996). Μπλοκαρίσματα παρατηρούνται σε πολλά συστήματα του μηχανισμού της ομιλίας με τα αναπνευστικά και λαρυγγικά μπλοκαρίσματα να είναι συχνά ορατά και στον συνομιλητή (Silverman,1996).

- **Δευτερεύουσες Συμπεριφορές και Συναισθήματα :**

Στον προχωρημένο τραυλισμό ο βαθμός συνειδητοποίησης της διαταραχής είναι πλέον απόλυτος. Αυτό έχει ως συνέπεια να βλέπουμε κυρίως δύο προφίλ ασθενών με σοβαρό επίμονο τραυλισμό. Αυτούς που προσπαθούν με έντονες και εμφανείς προσπάθειες να αποφύγουν τα πρωτεύοντα συμπτώματα τους (Guitar,2006) και αυτούς που έχουν αναπτύξει

με τα χρόνια τόσο άσφογες ικανότητες αποφυγής και διαφυγής που τα συμπτώματά τους δεν είναι τόσο εμφανή (Ginsberg,2000).

Η πρώτη κατηγορία που είναι και η σημαντικά πιο συχνή παρουσιάζει ποικιλία δευτερευουσών συμπεριφορών, που τώρα μπορεί να παρουσιάζονται σε συνδυασμό και να είναι εξαιρετικά έντονες. Σε αρκετές περιπτώσεις αυτές οι δευτερεύουσες συμπεριφορές είναι τόσο <<ενοχλητικές>> στο συνομιλητή που θα χρειαστεί να στοχευθούν κατά προτεραιότητα στη θεραπευτική διαδικασία (Van Riper, 1982).

Στο επίπεδο αυτό οι ασθενείς, πέρα από αρνητικά συναισθήματα, έχουν συνήθως αναπτύξει και μια αυτοεικόνα που περιλαμβάνει τη διαταραχή ως αναπόσπαστο τμήμα του εαυτού τους και της προσωπικότητάς τους. Ο φόβος και οι ενοχές, ως αποτέλεσμα της χρόνιας έκθεσης σε αρνητικές επικοινωνιακές εμπειρίες, συχνά οδηγούν σε σημαντική καθυστέρηση της συμφιλίωσης τους με τη διαταραχή, αλλά και της αντιμετώπισης της πάνω σε πραγματικές διαστάσεις (Ginsberg,2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Τα εξωτερικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι : Αδυναμία στο ξεκίνημα της ομιλίας ή διακοπή της συνεχούς ροής του λόγου, επαναλήψεις ήχων-φθόγγων ή συλλαβών με τονική, κλονική, τονικοκλονική ή κλονικο-τονική χροιά (Gutzmann, Froeschels), Επίσης παρατηρείται εμμονή σε μια προσπάθεια για άρθρωση. Ο μη συγχρονισμός μεταξύ της αναπνοής του στήθους και της κοιλιάς έχει σαν αποτέλεσμα να μην γίνεται σωστή χρήση της ομιλητικής εκπνοής και να δημιουργούνται προβλήματα στην αναπνοή και στην ομιλία. Η εισπνοή και εκπνοή είναι ανεπαρκής και πολλές φορές χωρίς φυσιολογικό ρυθμό. Οι μη φυσιολογικοί σπασμοί του συνόλου των μυών του λάρυγγα προκαλούν προβλήματα στη λειτουργία της φωνής και δυσχεραίνουν τη σωστή παραγωγή των φωνημάτων. Η επικοινωνία των ατόμων με τραυλισμό δυσκολεύεται επειδή συμβαίνει να γίνεται συχνή χρήση από αυτούς εμβόλιμων λέξεων. Στην αδυναμία τους να εκφραστούν σωστά χρησιμοποιούν λέξεις συγγενικής σημασίας που ξεκινούν με έναν ιδιαίτερο φθόγγο. Η πλοκή-σύνταξη των προτάσεων είναι ασυνήθιστη. Επίσης άτομα με τραυλισμό προβαίνουν σε συνοδευτικές μιμητικές κινήσεις οι οποίες χωρίζονται σε πρωτογενείς και δευτερογενείς. Οι πρωτογενείς εκδηλώνονται στις γύρω από τα όργανα της ομιλίας μυϊκές bg περιοχές (κινήσεις στα

περύγια της μύτης). Οι δευτερογενείς συνοδεύουν το παρεμπόδισμα της γλωσσικής ροής και είναι π.χ. το ρίξιμο του κεφαλιού προς τα πίσω, ιδρώμα, σφίξιμο των δακτύλων κ.α.

Η φαινομενολογία του τραυλισμού παρουσιάζει πολυμορφία και εξαρτάται από τις γλωσσικές απαιτήσεις του περιβάλλοντος που ζει το άτομο που τραυλίζει. Έτσι παρατηρούμε, ότι κάτω από την καθοδήγηση του θεραπευτή ο τραυλισμός εξασθενεί ενώ αντίθετα γίνεται εντονότερος, όταν το άτομο με το πρόβλημα αυτό αναγκασθεί να διηγηθεί κάτι ελεύθερα ή να δώσει συνέντευξη. Η πολυμορφία της φαινομενολογίας δείχνει ότι ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή που αφορά στην κοινωνική ζωή του ανθρώπου. Ο εσωτερικός τραυλισμός είναι επίσης μια μορφή τραυλισμού. Τα άτομα με εσωτερικό τραυλισμό αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη ροή της ομιλίας αλλά δεν εξωτερικεύουν κανένα σπασμωδικό σύμπτωμα παρά μόνο σιωπούν. Μετά από μεγάλα διαστήματα διακοπών συνεχίζουν την ομιλία τους χωρίς κανένα σχεδόν πρόβλημα. Μερικές αυτόνομες αντιδράσεις που έχουν σχέση με τον τραυλισμό είναι η εφίδρωση, το κοκκίνισμα του προσώπου, η καρδιακή υπερένταση και οι υστερίες. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται σε ποσοστό 60% σε άτομα με τραυλισμό και εκδηλώνονται πάνω στην προσπάθειά τους να αποφύγουν τη γλωσσική τους αδεξιότητα (Δράκος, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΟΔΕΥΟΥΝ ΤΙΣ ΣΤΙΓΜΕΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Κατά τη διάρκεια στιγμών τραυλισμού παρατηρείται συχνά η εκδήλωση ορισμένων μορφών συμπεριφοράς λεκτικών και μη λεκτικών, οι οποίες συνοδεύουν τα φαινόμενα δισταγμού. Αυτά τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του τραυλισμού εμφανίζονται σε γενικές γραμμές συχνότερα στις περιπτώσεις των ενηλίκων και των μεγαλύτερων παιδιών και λιγότερο στα παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας (Van Riper, 1982). Ωστόσο ορισμένα από αυτά ενδέχεται να εμφανίζονται ήδη από την προσχολική ηλικία (Conture & Kelly, 1991 Yairi et al., 1993).

Δευτερεύοντα συμπτώματα μη λεκτικής φύσης που ενδέχεται να συνοδεύουν τον τραυλισμό είναι η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, το συνεχές άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων, η ρυτίδωση του μετώπου, η πίεση των χεριών μεταξύ τους και διάφορες παρασιτικές κινήσεις των μυών του προσώπου, της κεφαλής και των χεριών. Συχνά εμφανίζονται επίσης νευροφυτικά συμπτώματα όπως κοκκίνισμα εφίδρωση, δυσκολίες στην

αναπνοή με σμίκρυνση του χρόνου εκπνοής και αύξηση του χρόνου εισπνοής κ.α (Silverman,2004).

Ως δευτερεύοντα συμπτώματα λεκτικής φύσης αναφέρονται στερεοτυπικές παραγωγές της ομιλίας όπως οι εμβολοφρασίες (παρεμβολές ήχων, συλλαβών λέξεων και φράσεων πριν από τις «δύσκολες λέξεις», οι οποίες δεν έχουν λειτουργική θέση στο λόγο), οι περιέργες διακυμάνσεις του τόνου και της έντασης της φωνής καθώς και οι ασυνήθιστες αυξομειώσεις της ταχύτητας ομιλίας (Silverman,2004).

Αυτά τα συμπτώματα ενδέχεται να εμφανίζονται είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμούς μεταξύ τους (Prins & Lohr, 1972) και μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες :

A) Συμπτώματα αποφυγής, τα οποία περιλαμβάνουν τις προσπάθειες αντικατάστασης των λέξεων στις οποίες το άτομο φοβάται ότι θα τραυλίσει.

B) Συμπτώματα αναβολής , τα οποία αφορούν στις προσπάθειες καθυστέρησης της εκφοράς των λέξεων στις οποίες το άτομο φοβάται ότι θα τραυλίσει με τη χρήση παύσεων ή λέξεων, όπως <<ξέρεις>>, <<λοιπόν>> κ.α.

Γ) Συμπτώματα εκκίνησης, τα οποία αναφέρονται στη στερεότυπη χρήση συγκεκριμένων ήχων, όπως <<εεεε>> πριν από τις λέξεις στις οποίες το άτομο φοβάται ότι θα τραυλίσει .

Δ) Συμπτώματα διαφυγής τα οποία εκδηλώνονται ως απότομη διακοπή του λόγου και ενδεχόμενη προσπάθεια επανάληψης της φράσης στην οποία εκδηλώθηκε ο τραυλισμός.

E) Συμπτώματα μείωσης της προσδοκίας του τραυλισμού, τα οποία αφορούν στην υιοθέτηση παράξενου ρυθμού ομιλίας, προκειμένου το άτομο να προλάβει την εκδήλωση τραυλισμού (Van Riper, 1937).

Σύμφωνα με τους περισσότερους ειδικούς, το άτομο που τραυλίζει εκδηλώνει αυτές τις μορφές συμπεριφοράς επειδή πιστεύει ότι το διευκολύνουν να αποφύγει τα φαινόμενα δισταγμού ή τουλάχιστον να μειώσει τη σοβαρότητά τους (Bloodstein, 1987).

Όταν το άτομο φοβάται ότι θα τραυλίσει πριν από μια λέξη, είναι πιθανόν να προσπαθήσει να κάνει κάτι πριν εκφέρει αυτή τη λέξη, όπως να κλείσει τα μάτια του, να πει μια πιο εύκολη λέξη πριν από αυτήν στην οποία πιστεύει ότι θα τραυλίσει, να κάνει κάποια κίνηση με το κεφάλι κ.α. Σε περίπτωση που τύχει κάποιες από αυτές τις μορφές συμπεριφοράς να συμπέσουν με αποφυγή του τραυλισμού, τότε το άτομο τείνει συνήθως να αποδώσει αυτό το αποτέλεσμα στην εκδήλωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, την οποία υιοθετεί πλέον κάθε φορά που φοβάται ότι θα τραυλίσει. Η θεωρία της συντελεστικής μάθησης αποτελεί το κατάλληλο θεωρητικό πλαίσιο κατανόησης αυτών των φαινομένων. Όταν μια μορφή συμπεριφοράς, ως αποτέλεσμα δοκιμής και πλάνης, οδηγήσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα, τότε τείνει να επαναληφθεί και να μετατραπεί σε εξαρτημένη αντίδραση. Με τον τρόπο αυτόν

εγκαθίστανται τα δευτερογενή χαρακτηριστικά που συνοδεύουν συχνά τον τραυλισμό ως μαθημένες αντιδράσεις.

Αυτές οι μορφές συμπεριφοράς αρχικά φαίνονται αποτελεσματικές για την αποφυγή του τραυλισμού, για δυο λόγους. Πρώτον αποτελούν μια αλλαγή στο συνήθη τρόπο ομιλίας του ατόμου και όταν το άτομο διαφοροποιεί το συνήθη τρόπο ομιλίας του συνήθως μειώνεται η σοβαρότητα του τραυλισμού. Δεύτερον, το άτομο συνδέει αυτές τις μορφές συμπεριφοράς με τη μείωση της σοβαρότητας του τραυλισμού, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η πεποίθησή του ότι με τον τρόπο αυτόν μπορεί να αποφύγει την εκδήλωσή του (Silverman,2004).

Ωστόσο η αποτελεσματικότητα αυτών των μορφών συμπεριφοράς είναι προσωρινή, διότι με την πάροδο του χρόνου δεν αποτελούν πλέον πρωτότυπα στοιχεία ομιλίας, οπότε γίνονται συνήθη και παύει να ισχύει ο λόγος που τις κατέστησε αποτελεσματικές. Το γεγονός αυτό μειώνει την εμπιστοσύνη του ομιλητή στην αποτελεσματικότητά τους. Ο ομιλητής δεν είναι πια βέβαιος ότι αυτές οι μορφές συμπεριφοράς θα τον βοηθήσουν στην αποφυγή του τραυλισμού, φοβάται ότι θα τραυλίσει ακόμη και αν χρησιμοποιήσει και συνήθως η πραγματικότητα τον επιβεβαιώνει. Παρόλα αυτά, συχνά αυτές οι μορφές συμπεριφοράς δεν εξαφανίζονται όταν χάσουν την αποτελεσματικότητά τους. Άλλοτε αντικαθίστανται από άλλες συναφείς μορφές συμπεριφοράς, που θα κάνουν κι αυτές τον κύκλο τους, και άλλοτε παραμένουν ως συνήθειες διότι έχουν ενσωματωθεί πλέον στο συμπεριφερσιολογικό ρεπερτόριο του ατόμου που τραυλίζει (Silverman, 2004) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ένα πολύ σημαντικό μέρος της αξιολόγησης ροής της ομιλίας είναι η καταγραφή, καταμέτρηση, και ανάλυση των δυσρυθμιών του εξεταζόμενου ομιλητή. Σκοπός αυτού του μέρους της αξιολόγησης είναι να συλλεγούν πληροφορίες οι οποίες θα βοηθήσουν τον κλινικό να απαντήσει ερωτήματα που έχει θέσει και να καταμετρηθούν οι δυσρυθμίες.

Για τις ανάγκες μιας ολοκληρωμένης αξιολόγησης είναι ανάγκη να αναλυθούν παραπάνω του ενός δείγματα ομιλίας. Συνήθως καταμετρούνται οι δυσρυθμίες στα ακόλουθα:

- Μονόλογος 2-3 λεπτών, τουλάχιστον 350 συλλαβών,
- 2-3 λεπτών συζήτηση με τον κλινικό, τουλάχιστον 350 συλλαβών,
- Ομιλία στο τηλέφωνο ή και συζήτηση με άγνωστο άτομο,

- 2-3 λεπτών συνομιλία με κάποιο πολύ οικείο φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο τουλάχιστον 350 συλλαβών,
- Ανάγνωση κειμένου 200 περίπου λέξεων για μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες. Η ανάλυση ενός τέτοιου δείγματος αποσκοπεί στην διερεύνηση συμπεριφορών αποφυγής (π.χ. ο ομιλητής μπορεί να αποφεύγει συγκεκριμένες λέξεις και να τις αντικαθιστά με άλλες) και βασικών φαινομένων του τραυλισμού όπως είναι η σταθερότητα (όταν τα άτομα που τραυλίζουν διαβάζουν το ίδιο κείμενο δυο φορές το 60-70% των δυσρυθμιών συμβαίνουν στις ίδιες λέξεις, από την πρώτη στη δεύτερη ανάγνωση) και η προσαρμογή (οι δυσρυθμίες μειώνονται μετά από διαδοχικές επαναλαμβανόμενες αναγνώσεις του ίδιου κειμένου όταν δεν περνάει μεγάλο χρονικό διάστημα από τη μια ανάγνωση στην επόμενη) (Johnson & Knott, 1937, Καμπανάρου 2007).

Αφού συλλεχθεί το δείγμα ομιλίας ο λογοθεραπευτής καταγράφει, αναλύει και κωδικοποιεί μόνο τις φράσεις που είναι καταληπτές και δεν αποτελούν επανάληψη φράσεων του συνομιλητή. Βάσει του δείγματος ομιλίας μπορεί να συλλέξει ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα για τα παρακάτω:

Συχνότητα δυσρυθμιών (ποσοστό τραυλισμού):

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι υπολογισμού της συχνότητας των δυσρυθμιών. Κάποιοι κλινικοί υπολογίζουν την συχνότητα των δυσρυθμιών στις 100 λέξεις, ενώ άλλοι προτιμούν τον υπολογισμό της συχνότητας δυσρυθμιών μετρώντας τον αριθμό των δυσρυθμιών στις 100 συλλαβές. Ο δεύτερος τρόπος μέτρησης θεωρείται πιο αντιπροσωπευτικός και γι' αυτό χρησιμοποιείται πιο συχνά. Ποσοστό δυσρυθμιών στο δείγμα = # δυσρυθμιών / # συλλαβών ή λέξεων (x) 100 .

1) Είδος δυσρυθμιών .

Υπολογισμός του ποσοστού του κάθε είδους δυσρυθμίας επί του συνολικού αριθμού των δυσρυθμιών. Για παράδειγμα: # επαναλήψεων συλλαβών / συνολικού αριθμού δυσρυθμιών (x) 100 .

2) Ομάδες/ συμπλέγματα δυσρυθμιών.

Π.χ. θ ___ θαθαθάλασσα (επιμήκυνση + επανάληψη συλλαβής)

4) Μέσος όρος αριθμού επαναλήψεων ανά επανάληψη.

Για παράδειγμα : θαθαθαθάλασσα (3 επαναλήψεις), κοκότα (1 επανάληψη) , δαδαδάχτυλο (2 επαναλήψεις) > μέσος όρος αριθμού επαναλήψεων ανά επανάληψη = $(3+1+2) / 3 = 2$

5) Μέση διάρκεια δυσρυθμιών σε sec.

Σύμφωνα με το τεστ αξιολόγησης του τραυλισμού Stuttering Severity Instrument (Riley,1994), υπολογίζεται ο μέσος όρος των 3 μακρύτερων δυσρυθμιών. Γενικά μπορεί να υπολογιστεί το μέσο όρο των 10 μακρύτερων δυσρυθμιών.

6) Ταχύτητα ομιλίας.

Εκφρασμένη σε αριθμό λέξεων ή συλλαβών ανά λεπτό.

7) Ρυθμός και διάρκεια των επαναλήψεων

Για παράδειγμα το «θε-θε-λω» είναι πιο γρήγορο από το «θε---θε---θέλω» ενώ το «πε---πε--πε-περίμενε» έχει λιγότερο ρυθμό από το «πε—πε—πε-περίμενε».

8) Αλλαγές στην χροιά και στην ένταση της φωνής κατά την διάρκεια των δυσρυθμιών.

9) Εκτίμηση δευτερευόντων μη λεκτικών συμπεριφορών τραυλισμού (π.χ. αποφυγή βλεμματικής επαφής, ρυθμικό χτύπημα ποδιού, μυϊκή ένταση στο λαιμό, την κάτω γνάθο κτλ.) (Καμπανάρου,2007).

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΒΑΘΜΟΥ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ :

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι εκτίμησης της σοβαρότητας του τραυλισμού. Πολλοί κλινικοί αξιολογούν το βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού βάσει της συχνότητας των δυσρυθμιών. Άλλοι για να αποφανθούν για το βαθμό σοβαρότητας συνυπολογίζουν διάφορα ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα αξιολόγησης όπως είναι τα συναισθήματα του ατόμου που τραυλίζει για το πρόβλημα ομιλίας του, οι μηχανισμοί αντιμετώπισης και αποφυγής των δυσρυθμιών, τα μη λεκτικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού, ο ρυθμός ομιλίας και το ποσοστό των δυσρυθμιών. Κάποιοι από τους τρόπους εκτίμησης και σοβαρότητας του τραυλισμού κυρίως βάση των λεκτικών χαρακτηριστικών είναι οι ακόλουθοι:

- Κλίμακα των Andrews & Harris (1964) η οποία αν και είναι από τις παλαιότερες χρησιμοποιείται ευρέως ακόμα και σήμερα.

Βαθμός 0 –καμία δυσρυθμία

Βαθμός 1- Ελαφρύς βαθμός τραυλισμού, δυσρυθμίες στο 0-5 % των λέξεων του δείγματος ομιλίας, η επικοινωνία δεν επηρεάζεται.

Βαθμός 2- Μέτριος βαθμός τραυλισμού, δυσρυθμίες στο 6-20% των λέξεων του δείγματος ομιλίας, η επικοινωνία επηρεάζεται ελάχιστα.

Βαθμός 3- Σοβαρός βαθμός τραυλισμού, δυσρυθμίες σε περισσότερες των 20% των λέξεων του δείγματος ομιλίας, η επικοινωνία σίγουρα επηρεάζεται.

Σε αυτή την κλίμακα μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού οι δυσρυθμίες κωδικοποιούνται ως εξής :

A: επαναλήψεις

B: Επιμηκύνσεις και μπλοκαρίσματα

Γ: κινήσεις σώματος και προσώπου .

Οι Andrew και Haggis διατείνονταν ότι ο ρυθμός ομιλίας συνδέεται στενά με τη σοβαρότητα του τραυλισμού. Ομιλία μικρότερου ρυθμού από 140 συλλαβές/ λεπτό ή 24 λέξεις/ λεπτό ακούγεται αφύσικη. Για τοπ λόγο αυτό συνυπολογιζόταν την αντικειμενική αυτή μέτρηση στην εκτίμηση της σοβαρότητας του τραυλισμού (Καμπανάρου, 2007).

Τα επίσημα και ανεπίσημα τεστ αξιολόγησης του τραυλισμού που παρατίθενται και χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του είναι :

- Stuttering Severity Instrument for Children and Adults Third Edition (SSI-3) , Εκτίμηση σοβαρότητας τραυλισμού για παιδιά και ενήλικες (Τρίτη έκδοση – 1994 του Glyndon D. Riley .
- Το SSI-3 είναι σταθμισμένο στον αμερικανικό πληθυσμό τεστ αξιολόγησης της σοβαρότητας τραυλισμού για παιδιά (από 2 ετών) και ενήλικες. Για την εκτίμηση της σοβαρότητας τραυλισμού συνυπολογίζονται παράμετροι όπως είναι η συχνότητα δυσρυθμιών, η διάρκεια αυτών και μη λεκτικά χαρακτηριστικά τραυλισμού όπως είναι οι κινήσεις σώματος και προσώπου.

Άλλα ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα που συλλέγονται κατά τη διάρκεια αξιολόγησης παιδιών ή εφήβων (όχι ενηλίκων) είναι η διερεύνηση των πιστεύω, συναισθημάτων και αντιλήψεων του παιδιού για την ομιλία του. Σκοπός της πλήρους αξιολόγησης είναι να σχηματίσει ο κλινικός άποψη για τα ακόλουθα:

- Βαθμός κατανόησης/αντίληψης του παιδιού για το τι είναι τραυλισμός.
- Αντιλήψεις και απόψεις του παιδιού για το λόγο που τραυλίζει.

- Συναισθήματα του παιδιού για τον τραυλισμό του.
- Επίδραση του τραυλισμού στη ζωή του παιδιού / εφήβου.

Υπάρχουν αρκετά ερωτηματολόγια υποκειμενικά και αντικειμενικά σκοπός των οποίων είναι η συλλογή στοιχείων και συναισθημάτων και οι αντιλήψεις του παιδιού για την ομιλία του (Καμπανάρου, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9:

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

Διεκπεραιώθηκε μια ενημερωτική έρευνα στα δημοτικά σχολεία της πόλης των Ιωαννίνων, εν έτη 1990 με ερευνητές φοιτητές του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, και καθοδηγητή καθηγητή των κ. Γεώργιο Δ.Δράκο. Ωστόσο οι γενικοί και ειδικοί σκοποί της έρευνας ήταν

α) Να διερευνηθεί η πιθανότητα εμφάνισης του παιδικού τραυλισμού σε μαθητές και μαθήτριες των σχολείων της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης στην πόλη των Ιωαννίνων.

β) διαπίστωση του χρόνου εμφάνισης της διαταραχής στους μαθητές.

γ) διαπίστωση τυχόν επιπτώσεων της διαταραχής στην επίδοση των μαθητών, στους οποίους εμφανίζεται το πρόβλημα.

δ) διερεύνηση κοινωνικοοικονομικής, επαγγελματικής, κατάστασης καθώς και επιπέδου μόρφωσης των γονέων, για όσους από τους μαθητές παρουσιάζουν την εξεταζόμενη διαταραχή.

ε) εξέταση οργανικών, ψυχολογικών και λοιπών παραμέτρων που υπάρχει πιθανότητα να εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα στο ίδιο γεγονός της διαταραχής, όπως για παράδειγμα η ελαφρά νοητική ανεπάρκεια, η κληρονομική προδιάθεση κ.ο.κ

Δείγμα και αντιπροσωπευτικότητά του:

Απευθύνθηκαν στα εικοσιένα (21) από τα εικοσιπέντε (25) συνολικά Δημοτικά σχολεία της πόλης, ποσοστό που αντιπροσωπεύει το 84% των σχολείων της εξεταζόμενης περιοχής.

Από τα εικοσιένα σχολεία που περιέλαβε η έρευνα, καλύπτονται οι περιπτώσεις 5087 μαθητών επί συνόλου 5969 μαθητών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (ποσοστό αντιπροσωπευτικό κατά 85,22%), από τους οποίους οι 2667 επί συνόλου 3078 είναι αγόρια (ποσοστό 86,65%) και οι 2420 επί συνόλου 2891 είναι κορίτσια (ποσοστό 83,71%).

Η επιλογή των τεχνικών ή μέσων συλλογής δεδομένων:

Για την συλλογή των δεδομένων της έρευνας η ομάδα μας, επικαλέστηκε τις δυο πλέον βασικές πρακτικές της διερεύνησης:

A) συνεντεύξεις-συζητήσεις με τους δασκάλους και με τους μαθητές σε περιπτώσεις που είναι εφικτό.

B) ερωτηματολόγιο που συντάχθηκε με την προοπτική να μεταφράζει τους αντικειμενικούς σκοπούς της έρευνας με ειδικές ερωτήσεις όπως :

- Πόσοι μαθητές/ τριες της συγκεκριμένης τάξης εμφανίζουν τραυλισμό;
- Πότε εμφάνισαν οι μαθητές το πρόβλημα πριν ή μετά την είσοδό τους στο δημοτικό σχολείο;
- Επιδρά και αν ναι σε ποιόν βαθμό η συγκεκριμένη διαταραχή στην επίδοση των μαθητών-τριων στους οποίους παρουσιάζεται;
- Ποια είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων που τα παιδιά τους εμφανίζουν τραυλισμό;
- Βρίσκονται μήπως τα παιδιά αυτά κάτω από την άμεση ή έμμεση επίδραση κάποιων οργανικών ψυχολογικών ή άλλων παραγόντων που πιθανόν συμβάλλουν στην εκδήλωση και εδραίωση της παρούσας διαταραχής;

Συμπεράσματα και ανάλυση δεδομένων της έρευνας:

Στους 1000 μαθητές και μαθήτριες οι 4 περίπου εμφανίζουν τραυλισμό είτε αυτός βρίσκεται σε πρώιμο είτε σε προχωρημένο στάδιο εξέλιξης. Από αυτούς, οι 3 είναι αγόρια και το ένα κορίτσι, ενώ οι τέσσερις έρχονται στο δημοτικό, όταν ήδη έχουν εμφανίσει το πρόβλημα σε κάποιο από τα στάδια της προσχολικής αγωγής (δηλ. Στην οικογένεια ή στο νηπιαγωγείο). Συνολικά τα αγόρια παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής (για όλες τις τάξεις-ηλικίες), που ανέρχεται σε 0,487% (δηλαδή 5 περίπου άτομα με τραυλισμό στους 1000 μαθητές) και ταυτόχρονα σταθερότητα όσο αφορά τη διατήρηση των ποσοστών τους σε σχετικά υψηλά επίπεδα σε όλες τις τάξεις –ηλικίες

A τάξη: 0,79% (8/1000 μαθητές)

B τάξη: 0,51% (5/1000 μαθητές)

Γ τάξη: 0,71% (7/1000 μαθητές)

Δ τάξη: 0,43% (4/1000 μαθητές)

E τάξη: 0,20 % (2/1000 μαθητές)

ΣΤ τάξη: 0,40% (4/1000 μαθητές)

Τα κορίτσια εξάλλου παρουσιάζουν αισθητά μικρότερη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής συνολικά, και ταυτόχρονα αστάθεια όσο αφορά τη σημαντική διακύμανση των ποσοστών τους για κάθε τάξη-ηλικία. Συγκεντρωτικά από όλο το δείγμα εντοπίστηκαν οι περιπτώσεις 17 μαθητών που εμφανίζουν συμπτώματα τραυλισμού από τους οποίους οι 12 είναι αγόρια και τα 5 κορίτσια. Από το σύνολο των μαθητών και μαθητριών που εμφανίζουν τραυλισμό (17) οι 5 παρουσιάζουν τη διαταραχή σε έξαρση (ποσοστό 29,4 %) , ενώ οι υπόλοιποι 12 δεν την παρουσιάζουν πάντα αλλά μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις έντονης συνήθως επικοινωνιακής δράσης. Από τους 5 μαθητές και μαθήτριες με έντονο το πρόβλημα του τραυλισμού τα 3 είναι αγόρια και τα 2 κορίτσια. Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, και τα 17 παιδιά με τραυλισμό έχουν παρουσιάσει τη συγκεκριμένη διαταραχή πριν από την είσοδό τους στο δημοτικό σχολείο (ποσοστό 100%) .Συγκεκριμένα, τα 4 από αυτά εμφάνισαν το πρόβλημα στο νηπιαγωγείο (ποσοστό 23,53 %) , ενώ τα υπόλοιπα 13 εμφάνισαν τον πρόβλημα πριν από την είσοδό τους σε αυτό (ποσοστό 76,47 %).

Συγκρίνοντας έπειτα τα σχολεία που είναι καταχωρημένα στην περιφέρεια και τα σχολεία του κέντρου υπάρχει αισθητά μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής στα σχολεία του κέντρου απ'ότι στα σχολεία της περιφέρειας , ίσως λόγω των διαφορετικών ποικιλόμορφων προβλημάτων στην πόλη και στην περιφέρεια.

Στις 17 περιπτώσεις μαθητών με τραυλισμό, οι 13 συνοδεύονται από καλή επίδοση των συγκεκριμένων ατόμων στις απαιτήσεις του σχολείου, οι 2 από μέτρια επίδοση ενώ οι τελευταίες 2 από άριστη επίδοση. Συνεπώς η έρευνα αποδεικνύει πως στους 10 μαθητές και μαθήτριες με τραυλισμό, οι 9 περίπου εμφανίζουν αν όχι άριστη, τουλάχιστον ικανοποιητική επίδοση. Αξίζει να σημειωθεί πως μέσω των αποτελεσμάτων προκύπτει πως τα παιδιά του κέντρου παρουσιάζουν καλή ή άριστη επίδοση ενώ τα παιδιά της περιφέρειας παρουσιάζουν μέτρια ή καλή επίδοση.

Συνοψίζοντας και συνδυάζοντας πλέον τις τρεις παραμέτρους (γεωγραφική κατανομή, συχνότητα εμφάνισης και βαθμό επίδοσης) διαπιστώνεται πως η πρώτη επιδρά άμεσα ή έμμεσα στις δυο τελευταίες. Συνεπάγεται από αυτό πως τα παιδιά του κέντρου εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν τραυλισμό εξαιτίας των πολυάριθμότερων και πιο σύνθετων προβλημάτων αποξένωσης και αλλοτρίωσης που αντιμετωπίζουν , και αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν ικανοποιητική επίδοση στα μαθήματα του σχολείου, σε περίπτωση εκδήλωσης τραυλισμού , εξαιτίας της πραγμάτωσης των σχολικών τους υποχρεώσεων.

Ακόμη από τα δεδομένα της έρευνας προκύπτει πως τα 7 από τα 16 παιδιά έχουν συγγενείς-γονείς ή αδέρφια που εμφανίζουν τραυλισμό (ποσοστό 43,7 %), ενώ τα υπόλοιπα 9 δεν παρουσιάζουν κληρονομική προδιάθεση (ποσοστό 56,25 %). Αυτό σημαίνει πως στους 1000 μαθητές και μαθήτριες με τραυλισμό, οι 44 περίπου έρχονται σε μια πρώτη επαφή με τη συγκεκριμένη διαταραχή όταν ακόμη βρίσκονται στην οικογένειά τους, πριν περάσουν την ευρύτερη σχολική κοινότητα.

Τέλος συμπερασματικά από την έρευνα προκύπτει πως πιο αναπτυγμένες γλωσσικές δεξιότητες, σε σχέση με το θέμα τραυλισμός, είναι στα κορίτσια. Αντίθετα λιγότερο αναπτυγμένες γλωσσικές δεξιότητες σε σχέση με τον τραυλισμό είναι στα αγόρια .

Ακολουθούν οι πίνακες διεξαγωγής της έρευνας:



Τ Α Ξ Ε Ι Σ												
ΣΧΟΛΕΙΑ	Α		Β		Γ		Δ		Ε		ΣΤ	
	ΑΓΟΡ.	ΚΟΡ.	ΑΓΟΡ.	ΚΟΡ.	ΑΓΟΡ.	ΚΟΡ.	ΑΓΟΡ.	ΚΟΡ.	ΑΓΟΡ.	ΚΟΡ.	ΑΓΟΡ.	ΚΟΡ.
1. 1ο Ιωαννίνων					01				01			02
2. 1ο 6/θ. Πειραματικό												
3. 3/θ. Πειραματικό												
4. 2ο Ιωαννίνων	02										01	
5. 3ο Ιωαννίνων			01								01	
6. 3ο Σταυρακίου												
7. 4ο Ιωαννίνων					01							
8. 5ο Ιωαννίνων	01											
9. 7ο Ιωαννίνων							02					
10. 8ο Ιωαννίνων												
11. 11ο Ιωαννίνων					01							
12. 12ο Ιωαννίνων												
13. 2ο 6/θ Πειραματικό												
14. 6ο Ιωαννίνων												
15. 13ο Ιωαννίνων												
16. 15ο Ιωαννίνων			01									
17. 17ο Ιωαννίνων												
18. 19ο Ιωαννίνων												
19. 20ο Ιωαννίνων											01	
20. 22ο Ιωαννίνων												
21. 23ο Ιωαννίνων				01								
ΣΥΝΟΛΟΝ	03	00	02	01	03	00	02	00	01	00	02	03
	03		03		03		02		01		05	

Πίνακας 1 : Τα σχολεία που διεξήχθη η έρευνα και η αναλογία σε κορίτσια –αγόρια .

ΦΥΛΟ	Τ Α Β Ε Λ Ι Σ																	
	Α			Β			Γ			Δ			Ε			ΣΤ		
	ΠΑΥΘ.	ΤΡΑΥΑ.	ΠΟΣ.%	ΠΑΥΘ.	ΤΡΑΥΑ.	ΠΟΣ.%	ΠΑΥΘ.	ΤΡΑΥΑ.	ΠΟΣ.%	ΠΑΥΘ.	ΤΡΑΥΑ.	ΠΟΣ.%	ΠΑΥΘ.	ΤΡΑΥΑ.	ΠΟΣ.%	ΠΑΥΘ.	ΤΡΑΥΑ.	ΠΟΣ.%
ΑΓΟΡΙΑ	378	03	0.79	378	03	0.79	423	03	0.71	470	02	0.43	502	01	0.20	502	02	0.40
	315	00	00	315	00	00	409	00	00	412	00	00	456	00	00	449	03	0.67
ΚΟΡΙΤΣΙΑ																		
ΣΥΝΟΛΟ	693	03	0.43	693	03	0.43	832	03	0.36	882	02	0.23	958	01	0.11	951	05	0.53

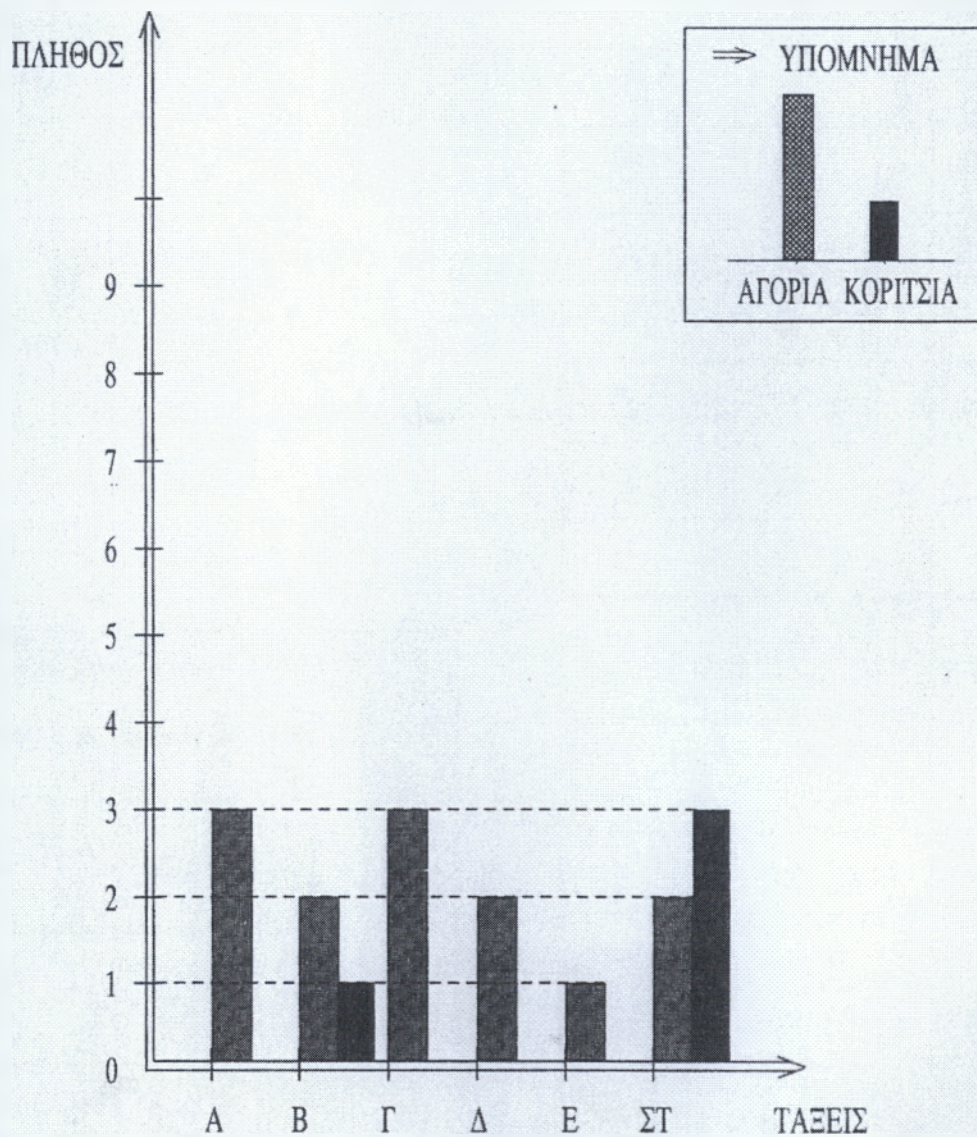
ΦΥΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΣΕΒΑΣΙΩΝ [01]		
	ΠΑΥΘ.	ΤΡΑΥΑ.	ΠΟΣ.%
ΑΓΟΡΙΑ	2.667	13	0.487
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	2.420	04	0.165
ΣΥΝΟΛΟ	5.087	17	0.334

Στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας.

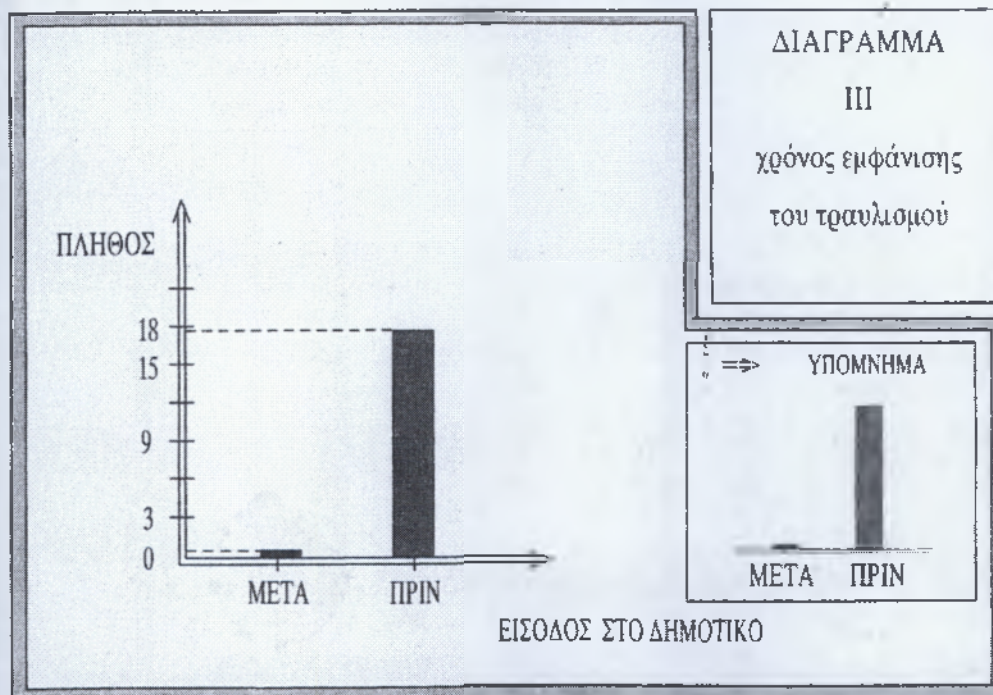
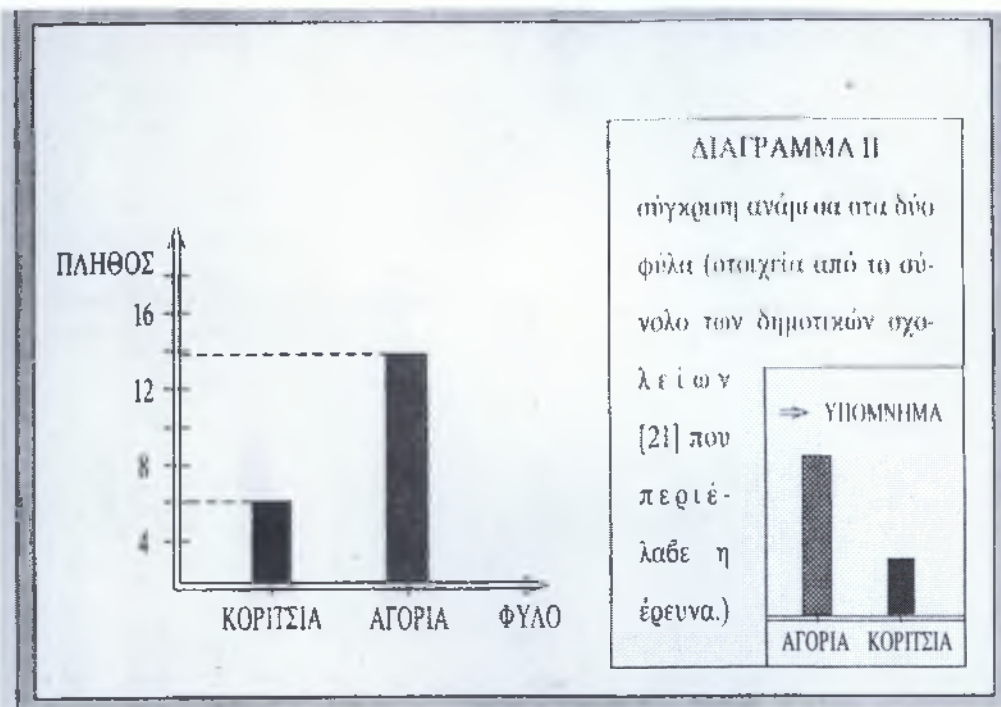
Πίνακας 2 : Οι πληθυσμοί αγοριών-κοριτσιών στην διαταραχή του τραυλισμού .

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Ι

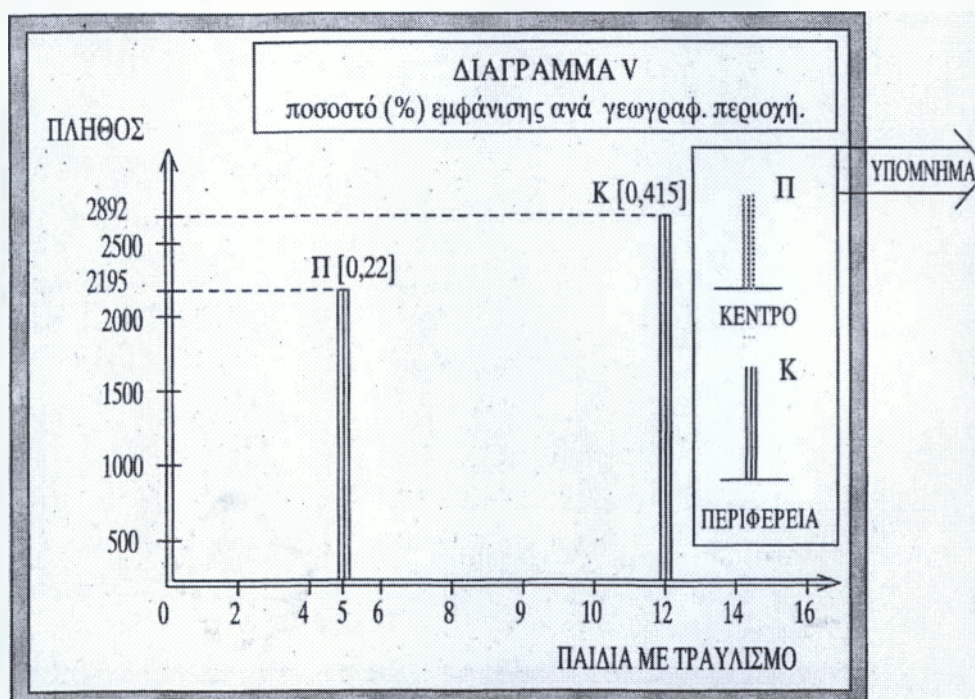
περιπτώσεις
τραυλισμού
ανά τάξη



Πίνακας 3: Τα ποσοστά του τραυλισμού στις τάξεις αγοριών-κοριτσιών στις τάξεις πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που διεξήχθη η έρευνα.



Πίνακας 4 : α) Σύγκριση ανάμεσα στα δυο φύλα β) Το πλήθος της διαταραχής πριν και μετά την είσοδο των παιδιών στο δημοτικό σχολείο.



Πίνακας 5: α) Βαθμός επίδοσης παιδιών στην περιφέρεια και στο κέντρο β) Ποσοστά τραυλισμού στο κέντρο και στην περιφέρεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10:

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

- Οι πρώτες μέθοδοι αντιμετώπισης του τραυλισμού

Οι προσπάθειες για την θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού έχουν τις ρίζες τους στην αρχαιότητα. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι θεραπευτικές μέθοδοι, που προτάθηκαν κατά καιρούς, ήταν συνήθως ανάλογες με τα αίτια τα οποία θεωρούνταν υπεύθυνα για την εκδήλωση του τραυλισμού.

Ωστόσο, παρά τις επίμονες και συστηματικές αυτές προσπάθειες, οι οποίες διακρίνονται από εξαιρετική ποικιλομορφία, μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί κάποια μέθοδος κοινής επιστημονικής αποδοχής και αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση του τραυλισμού. Μάλιστα, στην περίπτωση του τραυλισμού έχει παρατηρηθεί το εξής παράδοξο φαινόμενο: σχεδόν κάθε καινούργια μέθοδος που προτείνεται για την αντιμετώπισή του φαίνεται να έχει, αρχικά τουλάχιστον, κάποιο βαθμό επιτυχίας. Ωστόσο, η υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού δεν διακρίνεται πάντα από τη διάρκεια και σταθερότητα, και πολλές φορές ακολουθείται από παλινδρόμηση (Bloodstein, 1995). Η γνώση των μεθόδων, που έχουν χρησιμοποιηθεί στο πέρασμα του χρόνου για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ειδικούς, καθώς μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή της επανάληψης χρήσης θεραπευτικών μεθόδων οι οποίες αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές στο παρελθόν. Οι πρώτες μέθοδοι, που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, βασίστηκαν στη διαπίστωση ότι τα άτομα που τραυλίζουν τείνουν να μιλούν με σχετική ευχέρεια, όταν τροποποιούν το συνήθη τρόπο ομιλίας τους υιοθετώντας κάποια καινούργια στοιχεία. Σε αυτές τις μεθόδους αναφέρεται ουσιαστικά η γνωστή ιστορία με τον ρήτορα Δημοσθένη και τα βότσαλά του. Μια << εξελιγμένη >> μορφή αυτής της μεθόδου, η οποία εμφανίστηκε δύο χιλιάδες χρόνια αργότερα, αναφερόταν στην χρήση ενός αλαβάστρινου <<στηρίγματος >> για τη γλώσσα. Τους δυο τελευταίους αιώνες η άποψη αυτή εκπροσωπείται με τη χρήση μεθόδων οι οποίες στοχεύουν στην άσκηση του ατόμου που τραυλίζει, ώστε να μιλά με συγχρονισμό με ρυθμικές κινήσεις του ώμου, της παλάμης, των δακτύλων ή να χρησιμοποιεί ασυνήθιστους τρόπους ομιλίας. Ορισμένοι από αυτούς αφορούν στην επιβράδυνση του ρυθμού ομιλίας, στη χρήση << τραγουδιστού >> τόνου φωνής, στην τοποθέτηση της γλώσσας με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, στον έλεγχο της αναπνοής κ.λ.π. (Bloodstein, 1995).

Οι μέθοδοι αυτές γνώρισαν μεγάλη αποδοχή και μάλιστα χρησιμοποιούνταν ευρέως στις Η.Π.Α. μέχρι τη δεκαετία του 1960, σε διάφορα << σχολεία για τον τραυλισμό>>.

Γνωστές είναι οι μέθοδοι του Froeschels (1943, 1950), σύμφωνα με τις οποίες το άτομο που τραυλίζει ασκούνταν σε ένα τρόπο ομιλίας όπου τα χείλη έπρεπε να κινούνται στο ελάχιστο ή να κινούνται με τρόπο παρόμοιο με το μάσημα της τσίχλας.

Στην ίδια φιλοσοφία βασιζόταν και η << Αμερικανική Μέθοδος>> του Yates, σύμφωνα με την οποία το άτομο με τραυλισμό έπρεπε να ασκηθεί ώστε να κρατά τη γλώσσα σε συγκεκριμένη θέση μέσα στο στόμα του, ακόμα και τη νύχτα (Appelt, 1991). Ωστόσο, όπως επισημάνθηκε, η αρχική εντυπωσιακή βελτίωση στη ροή του λόγου με τη χρήση αυτών των μεθόδων φαίνεται να είναι μια προσωρινή κατάσταση. Δεν είναι μάλιστα σπάνιες οι περιπτώσεις όπου τα συμπτώματα του τραυλισμού επανέρχονται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα, ενώ οι ασυνήθιστες κινήσεις παραμένουν, προσδίδοντας έτσι έναν ακόμη πιο ιδιόμορφο χαρακτήρα στην ομιλία του ατόμου που τραυλίζει (Bloodstein, 1995).

Μια άλλη σειρά μεθόδων, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν ευρύτατα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού, ήταν αυτές που βασίζονται άμεσα στην υποβολή. Στις αρχές του δεκάτου ενάτου αιώνα, χρησιμοποιήθηκε η υποβολή του ατόμου που τραυλίζει μέσω ύπνωσης. Ορισμένες από αυτές περιελάμβαναν διάφορα είδη <<τιμωρίας>>, όπως στέρηση τροφής, περιόδους αναγκαστικής σιωπής, αφαίμαξη και εγχειρήσεις στη γλώσσα. Αυτοί οι μέθοδοι είχαν την τύχη των προηγούμενων και η παλινδρόμηση που ακολουθούσε τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού με μεθόδους που βασίζονταν απλά στην πίστη και στην ελπίδα, συχνά συνοδεύονταν από συναισθήματα έντονης απογοήτευσης και απόγνωσης (Bloodstein, 1995).

Αξίζει να σημειωθεί πως η χρήση της υποβολής ως θεραπευτικής μεθόδου οδήγησε ακόμη και στην ίδρυση << εμπορικών σχολών τραυλισμού>>, όπου τα άτομα τα οποία, όπως ισχυρίζονταν είχαν προσωπική εμπειρία του τραυλισμού και είχαν μόνα τους καταφέρει να τον ξεπεράσουν, δίδασκαν, έναντι αδρής αμοιβής, << μυστικές μεθόδους>> απαλλαγής από το πρόβλημα αυτό.

Η διδασκαλία τεχνικών χαλάρωσης έχει επίσης χρησιμοποιηθεί ευρέως στην αντιμετώπιση του τραυλισμού.

Ωστόσο η μακρόχρονη εμπειρία από την εφαρμογή αυτής της τεχνικής έδειξε ότι δεν μπορεί να αποτελέσει από μόνη της αυτόνομη θεραπευτική μέθοδο, διότι ελάχιστα άτομα μπόρεσαν να γενικεύσουν τη χρήση των τεχνικών χαλάρωσης στην καθημερινή τους ζωή εκτός κλινικού χώρου, με αποτέλεσμα την ελάχιστη υποχώρηση των συμπτωμάτων

τραυλισμού. Οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν όμως να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά και επικουρικά με άλλες θεραπευτικές μεθόδους (Bloodstein, 1995).

- **Οι πρώτες επιστημονικές προσεγγίσεις**

Οι πρώτες προσεγγίσεις του τραυλισμού με αυστηρά επιστημονικό τρόπο, οι οποίες άσκησαν μεγάλη επίδραση στις σύγχρονες μεθόδους, θεραπευτικής αντιμετώπισης, ξεκίνησαν στο Πανεπιστήμιο της Iowa κατά τη δεκαετία του 1930, με τη δημιουργία της κλινικής Λόγου από τον Lee Edward Travis. Ο Travis ήταν ίσως ο πρώτος άνθρωπος ο οποίος έλαβε συστηματική εκπαίδευση, σε επίπεδο διδακτορικού, με στόχο να εργαστεί σε πειραματικό και κλινικό επίπεδο στις διαταραχές του λόγου και της ακοής. Ανάμεσα στα ενδιαφέροντα του Travis ο τραυλισμός κατείχε κυρίαρχη θέση.

Οι νέες ιδέες για τον τραυλισμό, οι οποίες προέκυψαν από αυτή τη συστηματική επιστημονική προσπάθεια, συνδέονται κυρίως με τα ονόματα τριών από τους πρώτους μαθητές του Travis : Bryng Bryngelson, Wendell Johnson , Charles Van Riper, όπου οι δυο τελευταίοι αντιμετώπιζαν και οι ίδιοι το πρόβλημα του τραυλισμού. Η νέα θεραπευτική προσέγγιση, στην οποία αυτοί οι τρεις επιστήμονες άνοιξαν το δρόμο είχε δυο βασικούς στόχους.

Ο πρώτος στόχος ήταν η μείωση τόσο του φόβου που προκαλούσε ο τραυλισμός στο άτομο όσο και της προσπάθειας αποφυγής του. Ο δεύτερος στόχος ήταν η υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού με τη σταδιακή τροποποίηση αυτής της συμπεριφοράς με διάφορες μεθόδους, οι οποίες βασίζονταν στην επιστημονική μελέτη του τρόπου εκδήλωσης του τραυλισμού. Η προσέγγιση αυτή διέφερε ριζικά από τις παλαιότερες μεθόδους οι οποίες καλλιεργούσαν και ενέτειναν τον φόβο του τραυλισμού στο άτομο καθώς του περνούσαν το μήνυμα ότι πρέπει να καταβάλει τη μέγιστη προσπάθεια για να μην τραυλίσει συχνά με αποτέλεσμα την υιοθέτηση πολύ πιο παράξενων μορφών ομιλίας από αυτήν του τραυλισμού.

Η θεραπευτική προσέγγιση που πρότεινε ο Bryngelson έδινε μεγάλη έμφαση στη διαμόρφωση στάσεων αποδοχής του τραυλισμού από το άτομο. Στο πλαίσιο αυτής της συλλογιστικής το άτομο καλούνταν να συζητά ανοιχτά και χωρίς ενοχές για το πρόβλημά του, να δέχεται να συμμετέχει σε καταστάσεις λεκτικής επικοινωνίας τις οποίες το ίδιο θεωρούσε δύσκολες και να αποφεύγει τη χρήση <<κόλλων>>, όπως αντικατάσταση λέξεων, για την αποφυγή της εκδήλωσης του τραυλισμού.

Η βασική ιδέα του Bryngelson ήταν πως, αν το άτομο που τραυλίζει μπορέσει να απαλλαγεί από τις έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις που συνήθως συνοδεύουν τον τραυλισμό, τότε

θα μπορέσει να μειώσει σημαντικά τις εξωτερικές πιέσεις που φαίνεται να προκαλούν την κατάρρευση του ευαίσθητου νευρομυϊκού συστήματος που σχετίζεται με την παραγωγή λόγου. Ταυτόχρονα ο Bryngelson προσπαθούσε να βοηθήσει το άτομο να μειώσει την εκδήλωση των συμπτωμάτων τραυλισμού μέσω της άσκησης στο << σκόπιμο τραυλισμό>> (Bloodstein, 1995, Κάκουρος, Μανιαδάκη).

Ο Johnson επέκτεινε ακόμη περισσότερο τη βασική ιδέα του Bryngelson περί μείωσης του φόβου και της αποφυγής του τραυλισμού και στήριξε τη δική του μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης, στην προσπάθεια τροποποίησης ορισμένων αντιλήψεων των ατόμων με τραυλισμό για τη φύση και την αιτιολογία αυτού του προβλήματος, καθώς και των αρνητικών απολογητικών κρίσεων που έκαναν για τον εαυτό τους και την πιθανή έκβαση της λεκτικής επικοινωνίας. Βασικός στόχος της μεθόδου του ήταν να μπορεί το άτομο να χειρίζεται διάφορες καταστάσεις λεκτικής επικοινωνίας χωρίς ενοχές και χωρίς να νιώθει την ανάγκη να απολογείται για τις δυσκολίες του. Για το λόγο αυτό το άτομο με τραυλισμό καθοδηγούνταν με τέτοιο τρόπο ώστε να μη διστάζει να μιλήσει εφόσον βρεθεί σε ανάλογες καταστάσεις, στη βάση της 'άποψης ότι δεν υπάρχει κανένας αντικειμενικός λόγος μου να εμποδίζει να μιλήσει με ευχέρεια (Bloodstein, 1995).

Ο Van Riper ήταν ο πρώτος ο οποίος σχεδίασε μια προσπάθεια αξιολόγησης των θεραπευτικών του μεθόδων με αυστηρά για την εποχή κριτήρια. Κάθε χρόνο επέλεγε μια μικρή ομάδα ατόμων με μεγάλο βαθμού τραυλισμό, χρησιμοποιούσε ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους, κρατούσε συστηματικά αρχείο στο οποίο καταγραφόταν η πορεία των ατόμων αυτών και αξιολογούσε τη διατήρηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας για ένα διάστημα πέντε χρόνων. Η πειραματική αυτή προσπάθεια του Van Riper είχε διάρκεια μεγαλύτερη των είκοσι χρόνων (Van Riper, 1958).

Σύμφωνα με τον Van Riper, ο τραυλισμός είναι, σε μεγάλο βαθμό μαθημένη συμπεριφορά. Ανεξάρτητα από το κατά πόσο υπάρχει νευρολογικό ή ψυχολογικό υπόβαθρο, για τον Van Riper ο τραυλισμός εξελίσσεται σύντομα σε μαθημένη συμπεριφορά, κυρίως ως αποτέλεσμα των προσπαθειών του ατόμου να αποφύγει να τραυλίσει και των έντονων συναισθημάτων ματαιώσης που ακολουθούν την εκδήλωσή του. Στα πλαίσια αυτής της φιλοσοφίας, βασικός στόχος της θεραπευτικής μεθόδου του Van Riper όχι στο να μην τραυλίζει, αλλά στο να τραυλίζει με πιο << φυσιολογικό>> τρόπο. Με άλλα λόγια, το άτομο καθοδηγούνταν στο να απαλλαγεί από την ένταση που συνοδεύει συνήθως τις στιγμές τραυλισμού, από τα δευτερογενή συμπτώματα, όπως την έλλειψη βλεμματικής επαφής, από την προσπάθεια αποφυγής του τραυλισμού με την αντικατάσταση λέξεων και άλλους τέτοιους τρόπους, καθώς και τις αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις που συνήθως

ακολουθούν τις στιγμές τραυλισμού. Οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνουν με τη χρήση μεθόδων που μοιάζουν πολύ με τις σύγχρονες μεθόδους τροποποίησης συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τις αναφορές του ίδιου του Van Riper (1958), οι μισοί περίπου από τους ανθρώπους στους οποίους εφαρμόστηκαν αυτές οι μέθοδοι, παρουσίασαν σημαντική υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού , έγιναν περισσότερο λειτουργικοί στην κοινωνική τους ζωή και διατηρούσαν τα θετικά αυτά αποτελέσματα κατά την επαναξιολόγησή τους, πέντε χρόνια αργότερα (Van Riper, 1958, Κακουρος, Μανιαδάκη).

- **ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ:**

- **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

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

Στην περίπτωση του τραυλισμού, οι τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς επικεντρώνονται στις δυσχέρειες που παρουσιάζει το άτομο στη ροή του λόγου του και στοχεύουν ευθέως στη μείωση της εκδήλωσης των συμπτωμάτων τραυλισμού. Οι τεχνικές αυτές μπορεί να χρησιμοποιούνται μεμονωμένα σε συνδυασμό μεταξύ τους.

- A) Συστηματική απευαισθητοποίηση**

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

Συνεπώς αν μειωθεί το επίπεδο άγχους του ατόμου στην παρουσία του συγκεκριμένου ερεθίσματος, τότε εξασθενεί η σύνδεση ανάμεσα στο ερέθισμα και τη φοβική αντίδραση. Η εφαρμογή της αρχής αυτής προϋποθέτει να βρεθεί το άτομο σε μια τέτοια συναισθηματική

κατάσταση η οποία να διευκολύνει τον περιορισμό του άγχους, όπως συμβαίνει για παράδειγμα, σε κατάσταση χαλάρωσης. Στη συνέχεια το άτομο καλείται να φανταστεί το φοβικό ερέθισμα με διάφορους τρόπους ξεκινώντας από αυτόν που του προκαλεί το λιγότερο άγχος και προχωρώντας σε τρόπους όπου αναμένεται σταδιακή αύξηση του άγχους. Παράδειγμα στην περίπτωση του τραυλισμού, πολλές φορές το φοβικό ερέθισμα μπορεί να είναι μια τηλεφωνική συνομιλία. Ζητείται απ' το άτομο το οποίο έχει πρώτα περιέλθει με τη βοήθεια του θεραπευτή σε κατάσταση χαλάρωσης, να φανταστεί ότι μαινοβγαίνει σε ένα δωμάτιο όπου υπάρχει ένα τηλέφωνο. Όταν το άτομο καταστεί ικανό να φαντάζεται αυτή την κατάσταση χωρίς άγχος, μπορεί να του ζητηθεί στη συνέχεια να φανταστεί ότι έχει μια τηλεφωνική επικοινωνία με κάποιον. Μετά από αρκετές επαναλήψεις, μπορεί να πραγματοποιήσει μια σύντομη τηλεφωνική επικοινωνία με ένα οικείο του πρόσωπο, παρουσία του θεραπευτή και ούτω καθεξής, μέχρι να μπορεί να χειρίζεται πλήρως την τηλεφωνική επικοινωνία σε πραγματικές συνθήκες και χωρίς άγχος. Όταν τα καταφέρει, το πιθανότερο είναι ότι δεν θα εκδηλώνεται τραυλισμός σε αυτή τη συγκεκριμένη κατάσταση.

B) Μέθοδοι που βασίζονται στις αρχές της συντελεστικής μάθησης

Ορισμένοι ερευνητές έχουν προτείνει μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού, οι οποίες βασίζονται στις αρχές που διατύπωσαν ο Skinner και οι συνεργάτες του (Martin,1993). Οι τεχνικές, οι οποίες χρησιμοποιούνταν στα πλαίσια αυτών των μεθόδων, στόχευαν ευθέως στην εξουδετέρωση του τραυλισμού, μέσω τιμωρίας, ενώ η λεκτική ευχέρεια αποτελούσε την επιθυμητή συμπεριφορά, η οποία αναμενόταν να εκδηλωθεί μέσω ενίσχυσης. Η τιμωρία μπορούσε να εφαρμοστεί μέσω λεκτικής επίπληξης, χρήσης κάποιου θορύβου κάθε φορά που το άτομο τραύλιζε, απαγόρευση της ομιλίας για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κ.α. (Silverman,2004). Οι μέθοδοι αυτές βασίζονταν σε ορισμένα πειράματα που έδειχναν ότι η εκδήλωση του τραυλισμού μπορεί να ελεγχθεί με αυτό τον τρόπο, τουλάχιστον προσωρινά (Flanagan et al.,1958 Goldiamond,1965 Martin et al.1972).

Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί επιφυλάξεις για τη χρήση αυτών των μεθόδων, καθώς η συνεχής επισήμανση σε ένα άτομο ότι τραυλίζει ενδέχεται να επιδεινώσει και όχι να μειώσει τα συμπτώματα του τραυλισμού (Silverman,2004).

Γ) Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση

Έχει διαπιστωθεί ότι τα περισσότερα άτομα με τραυλισμό μπορούν να μιλούν με αρκετά μεγάλη ευχέρεια, στην περίπτωση που τους παρέχεται τεχνητά καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση (delayed auditory feedback) της ίδιας τους της ομιλίας για 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου (Andrews et al., 1983 Goldiamond, 1965). Η εμπειρία που βιώνει το άτομο σε αυτή την κατάσταση είναι ανάλογη με το άκουσμα της φωνής σε ηχώ. Η συσκευή που παρέχει την καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση μοιάζει με κασετόφωνο με ακουστικά και είναι αρκετά μικρή για να μπορεί το άτομο να τη μεταφέρει πάντα μαζί του (Kalinowski,2003 Stuart et al., 2003). Καθώς το άτομο μιλά υπό την επίδραση καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης, ο ρυθμός της ομιλίας του τείνει να είναι πιο αργός και η εκφορά των ήχων και των συλλαβών πιο παρατεταμένη. Πολλοί ερευνητές βασίστηκαν στην υπόθεση ότι η υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού, στην περίπτωση αυτή, δεν σχετίζεται ευθέως με την καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση αλλά με την υιοθέτηση αυτού του νέου τρόπου ομιλίας. Για το λόγο αυτό προσπάθησαν να διδάξουν αυτό τον τρόπο ομιλίας στα άτομα με τραυλισμό χωρίς τη χρήση της συσκευής (Ingham, 1993 Watts,1971).

Ακόμη όμως και οι ερευνητές, που αρχικά χρησιμοποιούν τη συσκευή, σταδιακά αραιώνουν τη χρήση της μέχρι να συνηθίσει το άτομο να μιλά με τον τρόπο που περιγράψαμε χωρίς να την χρειάζεται. Η μέθοδος αυτή δοκιμάστηκε και σε παιδιά σχολικής και εφηβικής ηλικίας (Ryan & Ryan, 1995). Αν και η χρήση της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης αποτελεί σήμερα ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, είναι αμφίβολο κατά πόσο τα αρχικά θεαματικά της αποτελέσματα έχουν διάρκεια στο πέρασμα του χρόνου (Silverman,2004).

Δ) Ομιλία με τη βοήθεια μετρονόμου

Όπως ο αργός και παρατεταμένος τρόπος ομιλίας έτσι και ο ρυθμικός τρόπος ομιλίας αποτελεί μια παλιά τεχνική, η οποία αναβίωσε χάρη στην εξέλιξη της ηλεκτρονικής τεχνολογίας. Έχει διαπιστωθεί ότι τα περισσότερα άτομα με τραυλισμό μπορούν να μιλούν με καλή ροή, τουλάχιστον προσωρινά, όταν τους προσφέρεται η δυνατότητα να συγχρονίσουν την ομιλία τους με τους χτύπους ενός μετρονόμου (μια λέξη ή μια συλλαβή ανα χτύπο) (Brady,1971 Meyer& Mair,1963). Ο μετρονόμος είναι μια μικρή ηλεκτρονική συσκευή, η οποία μπορεί να φορεθεί πίσω από το αυτί. Το άτομο μπορεί επίσης να εκπαιδευτεί στη ρυθμική ομιλία ακόμη και χωρίς τη χρήση αυτής της συσκευής (Andrews & Harris, 1964).

Θετικά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί από τη χρήση και των δυο μεθόδων, αν και η αποτελεσματικότητά τους φαίνεται να αποδυναμώνεται με το πέρασμα του χρόνου (Silverman,1976b). Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι οι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτόν το νέο αυνήθιστο τρόπο ομιλίας δεν είναι καλύτερες απ'ότι στον τραυλισμό, ιδιαίτερα όταν ο τραυλισμός είναι ήπιας μορφής (Mallard & Meyer, 1979 Silverman & Trotter,1973).

Ε) Ομιλία με τη βοήθεια συσκευής επικαλυπτόμενου ήχου

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

Αυτού του είδους οι τεχνικές φαίνεται να στηρίζονται βασικά σε ορισμένες διαπιστώσεις, που αφορούν στις συνθήκες οι οποίες μπορεί να ευνοούν ή να δυσχεραίνουν περιστασιακά την εκδήλωση του τραυλισμού. Όταν το άτομο με τραυλισμό υιοθετεί νέους τρόπους ομιλίας, αρχικά παρατηρείται μείωση του τραυλισμού. Η βελτίωση όμως αυτή παύει να παρατηρείται όταν το άτομο συνηθίσει σε αυτό τον τρόπο ομιλίας, ο οποίος δεν αποτελεί πλέον καινοφανές στοιχείο. Η διαπίστωση αυτή εξηγεί τη βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητά την οποία μπορεί να εξασφαλίσει η χρήση των εν λόγω συσκευών.

Στ) Άλλες μέθοδοι τροποποίησης συμπεριφοράς

Άλλες μέθοδοι, οι οποίες στοχεύουν ευθέως στην τροποποίηση της λεκτικής συμπεριφοράς του ατόμου, είναι η βιοανάδραση (Guitar,1975), οι αναπνευστικές ασκήσεις (Tonev,1994 Van Riper,1973), οι τεχνικές χαλάρωσης των μυών του γλωσσικού μηχανισμού (Gilman & Yaruss, 2000), η υποβολή μέσω ύπνωσης ή και χωρίς ύπνωση (Ham,1990 Macfarlane,1990).

Συνολικά, όλες οι μέθοδοι τροποποίησης συμπεριφοράς φαίνεται να έχουν σημαντικά αποτελέσματα ως προς τη μείωση των συμπτωμάτων τραυλισμού. Τα θετικά τους αποτελέσματα όμως δεν φαίνεται να διευρύνονται σε όλα τα άτομα τα οποία εφαρμόζονται αυτές οι μέθοδοι, και σε πολλές περιπτώσεις τα αποτελέσματά τους είναι προσωρινά και δεν αντέχουν στη διάρκεια του χρόνου (Boberg et al. 1979 Martin 1993). Ο Bray και οι συνεργάτες του (2003) εκτιμούν ότι αυτό συμβαίνει επειδή με το πέρασμα του χρόνου επέρχεται η απόσβεση των εξαρτημένων αντιδράσεων που είχαν επιτευχθεί κατά τη διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος και επειδή οι μέθοδοι αυτές δεν εστιάζουν καθόλου στις αντιλήψεις των ατόμων με τραυλισμό.

Στα πλαίσια της ίδιας συλλογιστικής εκτιμούμε ότι η παλινδρόμηση σε σημαντικό αριθμό ατόμων που συμμετείχαν σε τέτοια προγράμματα είναι απολύτως αναμενόμενη, αφού τα προγράμματα αυτά στοχεύουν ευθέως στα συμπτώματα του προβλήματος παραγνωρίζοντας τελείως τα αίτιά του, και στρέφουν την προσοχή του ατόμου στον τρόπο ομιλίας του αντί να την απομακρύνουν από αυτόν ενώ παράλληλα αντιμετωπίζουν τον τραυλισμό ως ένα μονοδιάστατο φαινόμενο αγνοώντας τις πολυποικίλες μορφές και διαστάσεις του. Ο όρος <<τραυλισμός>> δεν είναι απλώς συνώνυμο της <<δυσχέρειας στη ροή του λόγου>> αλλά αναφέρεται σε ένα σύνολο συναισθηματικών, συμπεριφορικών και γνωστικών χαρακτηριστικών, εκ των οποίων η δυσχέρεια στη ροή του λόγου αποτελεί απλώς μια από τις πιο εμφανείς δηλώσεις του (Cooper & Cooper,1995). Όπως επισημαίνουν πολλοί ερευνητές αν και οι μέθοδοι τροποποίησης της συμπεριφοράς έχουν ως αποκλειστικό στόχο τη μείωση των στιγμών τραυλισμού, οι δυσκολίες στη ροή του λόγου δεν αποτελούν τη μοναδική αιτία που οδηγεί συνήθως τα άτομα με τραυλισμό στην ανάγκη για αναζήτηση βοήθειας από τον ειδικό (Cooper,1986 Prins,1993. Κάκουρος, Μανιαδάκη).

Η προβληματική του τραυλισμού είναι πολύπλοκη, οι απόψεις σχετικά με τις αιτίες γένεσής του είναι διφορούμενες και συχνά αποκλίνουσες και επιτρέπουν μια πολυμορφία όσο αφορά τις θεραπευτικές κατευθύνσεις.

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

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

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

Σύμφωνα με την συμπτωματολογική προσέγγιση της θεραπείας του τραυλισμού δίνεται βαρύτητα στις διαταραχές της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης, ενώ οι ψυχικές συγκρούσεις λαμβάνονται ως δευτερογενή συμπτώματα. Ο Gutzmann (1879) θεμελίωσε αυτή την ασκησιοθεραπεία.

Η μέθοδός του είναι ένα σύστημα φωνητικών, αναπνευστικών, αρθρωτικών ασκήσεων γιατί πίστευε ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα σπασμών, του αναπνευστικού, φωνητικού, αρθρωτικού συστήματος ή συνδυασμός όλων αυτών. Οι αναπνευστικές του ασκήσεις βασίζονται σε σύντομες εισπνοές και αργές εκπνοές μπροστά στον καθρέφτη με τα χέρια στο στήθος για αυτοέλεγχο. Οι ασκήσεις φωνητικής περιλαμβάνουν ψιθύρισμα και σταδιακό δυνάμωμα φωνής. Μετά από εξάσκηση προχωρά στην προφορά συμφώνων και φωνηέντων

ξεχωριστά, ακολουθούν ασκήσεις ανάγνωσης, απαγγελίας και ομιλίας. Οι επικριτές της θεωρίας αυτής πιστεύουν ότι η συνειδητοποίηση του προβλήματος του τραυλισμού από το ίδιο το άτομο που τραυλίζει, έχει αρνητικά αποτελέσματα και οδηγεί στην ένταση των συσπάσεων κατά την ομιλία.

Σε αντίθεση με τον Gutzmann ο οποίος επιδιώκει την αυτοματοποίηση των επιμέρων ενεργειών της γλώσσας, ο Liebman (1903-1914) προχώρησε σε μια πιο ολοκληρωμένη ψυχοφυσιολογική σύλληψη της θεραπείας της ομιλίας σε ασκήσεις. Πιστεύει ότι η προσοχή του ατόμου πρέπει να συγκεντρωθεί από το γλωσσικό του πρόβλημα και να ενισχυθεί ο αυθορμητισμός του. Σε δυσκολότερες περιπτώσεις προτείνει την αλλαγή συμπεριφοράς του πάσχοντος.

Οι λογοθεραπευτικές του ασκήσεις δυσκολεύουν σταδιακά:

Ξεκινούν με τραγουδιστή ομιλία και στη συνέχεια προτείνει επαναλήψεις προτάσεων, απαντήσεις σε ερωτήσεις, επαναδιηγήσεις και τέλος ελεύθερη διήγηση. Βασική διάσταση της θεραπείας του Liebmann είναι η αργή παράταση των φωνηέντων (πχ. Αγάωωνας) .

Οι Wlasona (1957) , Becker (1958) και Pavlova (1970) εφαρμόζουν το σύστημα του Liebmann.

Η Wlassona κάνει χρήση λογορυθμικών ασκήσεων. Το άτομο που τραυλίζει επαναλαμβάνει τα λόγια του θεραπευτή κουνώντας ρυθμικά τα χέρια του δεξιά και αριστερά. Η αγωγή δυσκολεύει με τον καιρό και περιλαμβάνει και ασκήσεις ελεύθερης διήγησης με όσο το δυνατό πλουσιότερο λεξιλόγιο.

Τη μέθοδο αυτή την αποδέχεται και ο Froeschels σε παιδιά με κλονικής χροιάς τραυλισμό χωρίς νευρωτικά συμπτώματα. Πιστεύει ότι το μάσημα είναι η πρώτη μορφή του προομιλητικού σταδίου.

Βρίσκει ομοιότητες μεταξύ μασήματος και ομιλίας γι'αυτό προτείνει κατά την φώνηση να παρεμβάλλονται συλλαβές μασήματος. Ο Froeschels αγγίζει και την ψυχοθεραπευτική θεώρηση, όταν αναφέρεται σε βιώματα της πρώιμης παιδικής ηλικίας.

Στην αποκατάσταση της συνεχούς ροής του λόγου στοχεύουν και οι λογορυθμικές ασκήσεις του Griner, ο ρυθμικός τονισμός της φωνής του Richter, ο ειδικός ρυθμός της ομιλίας του Maschka, ο μελωδικός τονισμός της ομιλίας του Essen, επανανεργοποίηση της ομιλίας του Luking, η σκηνοθετημένη χωρίς φωνή ομιλία του Schilling, η κινητικοφυσιολογική σταθεροποίηση της αναπνοής και της φωνής του Fitz, ο εννοιολογικός ρυθμός του Smith, η βίωση ρυθμικών διαδικασιών της αναπνοής του Trazan και η εκφραστική ομιλία του Weichmann (Handbuch σελ. 258 , Δράκος,1991).

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

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

Η χρησιμοποίηση φαρμάκων από τους θεραπευτές όπως έδειξε ο Schilling πρέπει να είναι περιορισμένη. Γενικά η τάση από τους θεραπευτές για χρήση φαρμάκων είναι χαμηλή και οι περισσότεροι συνιστούν αρκετό ύπνο, ιατρικά ελεγχόμενη διατροφή και σπάνια χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων. Τα φάρμακα δεν βελτιώνουν το φαινόμενο του τραυλισμού και επιδρούν και επιδρούν αρνητικά στον πάσχοντα, αφού αυτός επαναπαύεται στην θετική θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα, ενώ ο ίδιος αδρανεύει. Θετική επίπτωση των φαρμάκων υπάρχει μόνο σε συνδυασμό με μια σύνθετη θεραπευτική μέθοδο. Η μέθοδος θεραπείας του Schilling συνιστάται στην ψυχοθεραπεία για την βελτίωση της προσωπικότητας και στην λογοπαιδαγωγική για την εξάλειψη των συμπτωμάτων που γεννούν τον τραυλισμό.

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

Η Fernau Horn έχει μεγάλη επιρροή στις θεραπευτικές μεθόδους πολλών θεραπειών. Διαχωρίζει τους τραυλίζοντες ανάλογα με την ηλικία τους και την νευρώση που αυτοί πάσχουν. Δίνει μεγάλη σημασία στην ακριβή διάγνωση και πιστεύει ότι μέσα από μια ψυχοθεραπευτική συνομιλία το άτομο που τραυλίζει αποκτά σιγουριά για τον εαυτό του και ο φόβος του δεν αποτελεί εμπόδιο για την θεραπεία του. Θεωρεί αιτία του τραυλισμού την εναλλαγή μηχανισμών παρεμπόδισης οι οποίοι οδηγούν σε ψυχική αναστάτωση και κατά συνέπεια παρεμποδίζουν την ροή της ομιλίας. Για την άσκηση της εκπνοής χωρίς ένταση και δυσρυθμικές εκφράσεις προτείνει ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά τη χρήση ειδικά κατασκευασμένων φουσερών που βοηθούν στη ρυθμική εκπνοή. Επίσης χρησιμοποιεί την

αυθυποβολή, όπου το παιδί που τραυλίζει μεταφέρεται νοερά σε μια κατάσταση εξωπραγματική, μιας και πιστεύει, ότι η αυτοματοποίηση της συμπεριφοράς δεν έχει να κάνει με την λογική σκέψη αλλά με το προστάδιό της. Παραβάλλει π.χ. τα γαληνεμένα κύματα της θάλασσας με τα ταραγμένα κύματα για να γίνει προσπάθεια για ρυθμική εκπνοή με την περάτωση της πρότασης. Μια άλλη διαδικασία που χρησιμοποιεί είναι : Φαντάζεται κανείς μια μεγάλη λεκάνη γεμάτη νερό και μια χάρτινη βαρκούλα να επιπλέει. Το παιδί με συντονισμένες εκπνοητικές ασκήσεις την οδηγεί πότε δεξιά και πότε αριστερά. Άλλα παιδαγωγικά μέσα μπορούν να θεωρηθούν η φουσαρμόνικα και η σφυρίχτρα. Ο Ivert προβάλλει έντονα ιδιαίτερα σε παιδιάπροσχολικής-σχολικής ηλικίας την παιγνιδιοθεραπεία και συνοψίζοντας όλες τις μεθόδους προβαίνει στην εξής κατηγοριοποίηση:

- 1) Θεραπεία της ομιλίας με ασκήσεις
- 2) Ψυχοθεραπευτική μέθοδος στην οποία η θεραπεία γίνεται είτε σύμφωνα με την ατομική ψυχολογία είτε σύμφωνα με την ψυχανάλυση.
- 3) Θεραπεία σύμφωνα με την ψυχολογία της συμπεριφοράς.
- 4) Θεραπεία που βασίζεται στο συνδυασμό όλων των μεθόδων.

• ***Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ:***

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

Η περιγραφή του τραυλισμού σύμφωνα με την ατομική ψυχολογία εκφράζεται σε τέσσερις θέσεις στο Handbuch σελ. 287 από τον Herbert Lenz.

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

B. Ο τραυλισμός σαν διαταραγμένη κοινωνική επαφή. Η ομιλία του ατόμου παρεμποδίζεται, όταν η επιρροή του συνομιλητή είναι μεγάλη (Κνιγα) .

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

Δ. Ο τραυλισμός σαν μια υποκειμενική συνειδητή συμπεριφορά. Το άτομο τραυλίζει κάθε φορά που το εγώ του εκτίθεται στις απαιτήσεις της κοινωνίας και η αυτοεκτίμηση του κινδυνεύει να μειωθεί. Οι φάσεις θεραπείας που ακολουθούνται στους ενήλικες είναι οι εξής:

I. Κατανόηση της παρούσας κατάστασης του ατόμου.

II. Ανάλυση των βιωμάτων της παιδικής ηλικίας.

III. Συνειδητοποίηση των χαρακτηριστικών δομών της προσωπικότητας.

IV. Αποδοχή της προσωπικότητας με όλες τις αδυναμίες.

V. Επεξεργασία των καταστάσεων συγκρούσεων.

Η θεραπευτική αγωγή στα παιδιά έχει τις εξής φάσεις:

- Συλλογή πληροφοριών ώστε ο θεραπευτής να έχει ολοκληρωμένη εικόνα της συμπεριφοράς του παιδιού.
- Συνομιλίες πάνω σε θέματα που απασχολούν τα παιδιά.
- Παιγνιοθεραπεία για παιχνίδι ρόλων για το ξεπέραςμα ψυχικών εντάσεων.
- Ομαδική λογοθεραπεία.
- Σωστή συμπεριφορά των γονιών απέναντι στο παιδί τους. Θεραπευτικά μέτρα επίσης συνιστούν σεβασμό στο παιδί και την αποδοχή του ως ίσο.

• Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΗΣΗΣ:

Σύμφωνα με την φροϋδική ερμηνεία υπεύθυνη για τον τραυλισμό είναι η Libido. Ο Φρόντ ερμηνεύει τον τραυλισμό σαν γλωσσική νεύρωση η οποία δημιουργείται από την καταπιεσμένη και ανικανοποίητη Libido. Αποθημένες παραστάσεις και ενοχικές σκέψεις καθώς και ψυχικές συγκρούσεις που προσπαθούν να παραμείνουν στο υποσυνείδητο οδηγούν

στην παρεμπόδιση της ροής της ομιλίας. Επίσης φόβοι που απορρέουν από το Οιδιπόδειο σύμπλεγμα και συγκρουόμενα συναισθήματα είναι ευνοϊκές προϋποθέσεις για την γένεση του τραυλισμού. Η αρνητική επίδραση της οικογένειας σε συνδυασμό με κληρονομικούς παράγοντες διαμορφώνουν μια προσωπικότητα με στοιχεία ψυχοπαθολογικά. Η υπερπροστατευτικότητα της μητέρας καθώς και η αδύναμη προσωπικότητά της προκαλούν επιδείνωση προς την κατεύθυνση μιας ψυχοπαθολογικής προσωπικότητας. Με την ψυχανάλυση ως μέθοδο θεραπείας του τραυλισμού επιδιώκεται ο προσδιορισμός των νευρωτικών διαταραχών και η αντιμετώπισή τους με ταυτόχρονη ενίσχυση του εγώ.

Τα σπουδαιότερα στάδια της θεραπείας είναι: Ο ελεύθερος συνειρμός, όπου το άτομο ενθαρρύνεται να συνειδητοποιήσει τις εσωτερικές του συγκρούσεις και να εκφρασθεί ελεύθερα χωρίς να φοβάται ή να ντρέπεται τον ψυχαναλυτή. Κατά την διαδικασία αυτή ο ασθενής καταφεύγει σε επιθετικά ξεσπάσματα. Ο ψυχαναλυτής πλησιάζει τις παιδικές εμπειρίες του ατόμου (Anamnese) . Με την μεταβίβαση επίσης πετυχαίνεται η ψυχική ανακούφιση του ασθενή. Κατά την μεταβίβαση ο ασθενής βλέπει το πρόσωπό του ψυχαναλυτή ένα δικό του πρόσωπο που του προκαλούσε άγχος, ενώ ο ψυχαναλυτής αντιδρά με κατανόηση.

Στο παιδί η θεραπεία περιλαμβάνει ομιλία και είναι κυρίως παιγνιδιοθεραπεία. Ο θεραπευτής δημιουργεί μια φιλική σχέση με το παιδί και το ενισχύει να μη δέχεται αφήφιστα επιβολές από τους ενήλικες και να προβάλλει δικές του αξιώσεις.

• Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ :

Οι συμπεριφοριστές περιγράφουν τον τραυλισμό σαν ανεπιθύμητη μάθηση. Αποτέλεσμα μάθησης είναι η διαταραγμένη ροή της ομιλίας άρα και η θεραπεία πρέπει να στοχεύει στην θεραπεία της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Ο τραυλισμός είναι αντίδραση σε ερεθισμούς που προκαλούν αρνητικά βιώματα. Η θεραπεία συνιστάται στην εξάλειψη των ερεθισμών αυτών. Οι επιμέρους φάσεις της θεραπείας είναι οι εξής:

A) χαλαρωτικές ασκήσεις. Με την χαλάρωση ο ασθενής πετυχαίνει μία ψυχική κατάσταση, όπου δεν αντιδρά με φόβο ακόμα και μπροστά στα ερεθίσματα που του προκαλούσαν φόβο.

B) συστηματική αποευαισθητοποίηση. Σ'αυτην γίνεται σύνδεση ανάμεσα σε δυο αντίθετες καταστάσεις. Από την μια το άτομο βρίσκεται σε ψυχική χαλάρωση και από την άλλη ενώπιον αρνητικών ερεθισμάτων. Το αρνητικό συναίσθημα αδρανεύει ενόψει της ευχάριστης κατάστασης.

Γ) ανάπτυξη του συναισθήματος ασφάλεια;

Δ) το παιχνίδι των ρόλων όπου παρουσιάζονται πιθανές καταστάσεις και τα άτομα συζητούν για τον σωστό τρόπο αντιμετώπισής τους.

Ε) αλλαγή στάσης απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό.

Ζ) Ρυθμός στην ομιλία που μειώνει τα συμπτώματα του τραυλισμού αποπροσανατολίζοντας το άτομο από το πρόβλημά του. Επίσης επιβραδυνόμενος ρυθμός ομιλίας όπου το άτομο παρακολουθείται από μηχάνημα.

Η) τα μηχανήματα Masking χρησιμοποιούνται για να βελτιώσουν τη διαταραγμένη ροή της ομιλίας. Το άτομο δέχεται από το μηχάνημα ήχους οι οποίοι επηρεάζουν το ρυθμό ομιλίας του.

• **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΤΟΝ ΣΥΝΔΙΑΣΜΟ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ:**

Η διατομικότητα του τραυλισμού , η διαφορετική ένταση των συμπτωμάτων του, η πολυμορφία, της εκδήλωσης του καθώς και η διαφορετική γενεσιουργός αιτία του, επιβάλλει την προσεκτική αλληλοσυμπλήρωση των προαναφερθέντων θεραπευτικών μεθόδων. Τα μεμονωμένα στοιχεία της κάθε μεθόδου πρέπει να αλληλοσυμπληρώνονται κατάλληλα π.χ. οι λογοπαιδαγωγικές θεραπευτικές ασκήσεις οφείλουν να συνδυαστούν με την αλλαγή της στάσης του ατόμου μέσα στην κοινωνία.

Ιδιαίτερα σε ενήλικες που τα συμπτώματα του τραυλισμού επανέρχονται, ενώ αυτά είχαν θεραπευτεί, η προσπάθεια του θεραπευτή πρέπει να αποβλέπει στην ενίσχυση της προσωπικότητάς του και στην υιοθέτηση σωστής επικοινωνίας με τους συνανθρώπους του χωρίς να παραμελούνται τα ιδιαίτερα συμπτώματα του τραυλισμού (Δράκος, 1991).

• **ΣΥΝΟΔΕΣ ΒΟΗΘΗΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ:**

Ξεχωριστό παιχνίδι: Η ώρα που ο γονιός και το παιδί με τραυλισμό μπορούν να παίξουν μαζί. Ο γονιός καθορίζει και τηρεί το χρονικό περιθώριο των 5 λεπτών την ημέρα όπου επικεντρώνεται και αφιερώνεται αποκλειστικά και μόνο στο παιδί. Το παιχνίδι είναι κάτι το οποίο βοηθάει την επικοινωνία. Βοηθάει τη συζήτηση ανάμεσα σε δυο άτομα σε αντίθεση με

άλλες δραστηριότητες όπως παρακολούθηση τηλεόρασης ή play station. Επιτρέπεται στο παιδί να μιλήσει όπως εκείνο θέλει και ο γονιός δίνει σημασία στο τι λέει και όχι στο πώς το λέει. Η επανάληψη και η τήρηση του χρονικού ορίου του «ξεχωριστού παιχνιδιού» καλό θα είναι να τηρείται καθημερινά από τους γονείς.

Πίνακες επιβράβευσης: Οι πίνακες επιβράβευσης χρησιμοποιούνται όταν προσπαθούμε να πετύχουμε καλύτερη συμπεριφορά από τη μεριά των παιδιών. Με τους πίνακες αυτούς :

- Διατηρείται ο στόχος συγκεκριμένος.
- Διατηρείται ένας στόχος κάθε φορά και είναι και πιο εύκολη η επίτευξή του.
- Βοηθάει το παιδί να αναμιχθεί στους κανόνες του πίνακα επιβράβευσης.

Οι γονείς πρέπει να είναι συνεπής και να δίνουν το αντικείμενο της επιβράβευσης αμέσως μόλις το παιδί πραγματοποιήσει το στόχο του. Σε περίπτωση που ο στόχος δεν έχει επιτευχθεί δεν είναι αποδεκτές έντονες αντιδράσεις. Και οι δυο γονείς πρέπει να είναι σύμφωνοι στον πίνακα επιβράβευσης ώστε το παιδί να καταλάβει ότι συμμετέχουν και οι δυο γονείς, κάτι που θα του δώσει περισσότερα κίνητρα.

Ισορροπημένη συζήτηση: Η συζήτηση όπου ο ομιλητής δε διακόπτεται από τους ακροατές, μιλούν όλοι αλλά περιμένοντας την σειρά τους. Με αυτόν τον τρόπο διατηρείται μια ατμόσφαιρα ήσυχης και χαλαρής, αυξάνεται η αυτοεκτίμηση του παιδιού διότι νιώθει ότι το εκτιμάνε. Ακόμη βοηθείται και η ομιλία του καθώς το παιδί που τραυλίζει δεν νιώθει την πίεση ότι πρέπει να μιλήσει γρήγορα. Έχει χρόνο να σκεφτεί αυτά που θέλει να πει, υπάρχουν ευκαιρίες για να μιλήσει και να ακούσει.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να χρησιμοποιείται απλή ομιλία απέναντι στο παιδί, με μόνη εξαίρεση ορισμένες φορές όπου καλό θα είναι να χρησιμοποιούνται λέξεις που το παιδί δεν γνωρίζει ώστε να διευρύνεται το λεξιλόγιό του. Γενικά όμως διατηρούνται προτάσεις περίπου στο ίδιο μήκος με αυτές του παιδιού. Προτάσεις συντακτικά απλές με λεξιλόγιο που το παιδί γνωρίζει. Αν το παιδί πει κάτι λάθος ή ξεχάσει κάποια λέξη, παίρνει βοήθεια εξηγώντας πιο είναι το σωστό και όχι "διορθώνοντας" π.χ.

«Μαμά, να ένας σύλος» → "Ναι, ένας σκύλος."

«Αύριο πάμε στη γιαγιά» → " Ακριβώς, αύριο θα πάμε στη γιαγιά."

Σε συνέδριο της κα. Elaine Kelman παρατέθηκαν οι παρακάτω λόγοι για αργή ομιλία και μεγαλύτερες παύσεις γονέων σε παιδιά που τραυλίζουν:

- Δίνεται περισσότερος χρόνος στο παιδί να σκεφτεί αυτό που θέλει να πει.

- Είναι πιο εύκολο να καταλάβει τι λέει ο συνομιλητής του.
- Του δίνεται η αίσθηση ότι υπάρχει άφθονος χρόνος να μιλήσει και δεν χρειάζεται να βιαστεί. Του δίνεται η συνετότατη να προχωρήσει με τους δικούς του ρυθμούς.
- Γενικά όταν τα παιδιά μιλάνε πιο αργά έχουν κα καλύτερη ροή στην ομιλία τους. (από πρακτικά συνεδρίου, Αξιολόγηση και θεραπεία Παιδικού Τραυλισμού , Elaine Kelman , Μάιος2006, Αθήνα).

ΤΡΟΠΟΙ / ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ :

Δυο θεραπευτικές μέθοδοι και μια τρίτη που είναι συνδυασμός των δυο αναζητούν συνήθως οι άνθρωποι που τραυλίζουν

- A) Διαμόρφωση ευρυθμίας (fluency shaping) η οποία διδάσκει τα άτομα να μην τραυλίζουν.
- B) Τροποποίηση της συμπεριφοράς του τραυλισμού (modification therapy) η οποία εκτός των άλλων βοηθά τους ανθρώπους να μάθουν να αντιμετωπίζουν τους φόβους τους για τον τραυλισμό παρά να τους αποφεύγουν.

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ (MODIFICATION THERAPY) :

Η διαμόρφωση της θεραπείας αυτής αναπτύχθηκε από τον Charles Van Riper στο μέσο του 20^{ου} αιώνα. Η θεραπεία αυτή βοηθά τους ανθρώπους να μάθουν να αντιμετωπίζουν τους φόβους τους για τον τραυλισμό παρά να τους αποφεύγουν. Αυτή η μέθοδος τους επιτρέπει να τραυλίζουν ευκολότερα. Σύμφωνα λοιπόν με τον Dr. Raming << μέσω της αντιμετώπισης του τραυλισμού αντιμετωπίζεις τους φόβους σου>>. Η ανταμοιβή του ατόμου μετά τη θεραπεία είναι περισσότερη ευρυθμία αργότερα. Στη θεραπεία το άτομο, ενθαρρύνεται να αλλάξει τον τρόπο που τραυλίζει , εφαρμόζοντας κάποιες στρατηγικές όπως:

- A) τον εθελοντικό τραυλισμό
- B) παγώνοντας τη στιγμή του τραυλισμού και
- Γ) χαλαρώνοντας τους μύες της ομιλίας .

Το αντικείμενο της θεραπείας αυτής είναι μια εύκολη και πιο ρέουσα μορφή ομιλίας η οποία μπορεί να σημαίνει μια πιο εύκολη μορφή τραυλισμού. Η θεραπεία αυτή περιλαμβάνει 5 στάδια:

- Κίνητρο
- Προσδιορισμός

- Απευαισθητοποίηση
- Τροποποίηση
- Σταθεροποίηση

ΚΙΝΗΤΡΟ (MOTIVATION):

Το άτομο που τραυλίζει πρέπει να προσδιορίσει το κίνητρό του για την επίτευξη της θεραπείας. Ο λογοθεραπευτής πρέπει να βοηθήσει το άτομο να χτίσει και να διατηρήσει το κίνητρο το οποίο είναι απαραίτητο για την επιτυχία στις αλλαγές των λεκτικών συμπεριφορών. Το κλειδί της επιτυχίας είναι να συμπεριληφθεί το άτομο στη διαδικασία του σχεδιασμού της θεραπείας. Το να αντιμετωπίζει κάποιος τις αδυναμίες του και να τις αλλάξει δεν είναι εύκολο. Η θεραπεία του τραυλισμού δεν είναι επιφανειακή.

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ (IDENTIFICATION):

Στο στάδιο του προσδιορισμού ο πελάτης και ο κλινικός περιορίζουν όλες τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα, που είναι επακόλουθα του τραυλισμού. Προσδιορίζουν τον πυρήνα των συμπεριφορών του τραυλισμού, οποιεσδήποτε δευτερεύουσες συμπεριφορές, αλλαγές στα συναισθήματα του φόβου, της ανησυχίας, της ντροπής, της ενοχής, της εχθρικότητας και της αποφυγής. Το στάδιο αυτό μπορεί να είναι πολύ δύσκολο για τους ανθρώπους που τραυλίζουν επειδή εκθέτει την ντροπή και τα συναισθήματα για την έλλειψη της ευρυθμίας τους.

ΑΠΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ (Desensitivation) :

Μετά την απελευθέρωση του ατόμου από τα αρνητικά συναισθήματα που προηγήθηκαν στο στάδιο του προσδιορισμού, το άτομο που τραυλίζει προχωράει στο στάδιο της απευαισθητοποίησης . Ο Van Riper σχεδίασε αυτό το στάδιο για να βοηθήσει την απομάκρυνση των αρνητικών συναισθημάτων, των φόβων, και τις ανησυχίες που συνδέονται με την δράση του τραυλισμού. Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα δίνουν στο τραύλισμα τη δύναμη να δράσει πάνω στο άτομο. Το άτομο για να χάσει τον έλεγχο του τραυλισμού, πρέπει να απομακρύνει αυτά τα συναισθήματα έτσι ώστε το τραύλισμα να γίνεται ένα ουδέτερο γεγονός.

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ (Modification):

Στη φάση της τροποποίησης σύμφωνα με τον Van Riper το άτομο που τραυλίζει μαθαίνει έναν νέο τρόπο για να αντιδρά στις διακοπές της ομιλίας. Η νέα αντίδραση εκδηλώνεται με μια αργή επανάληψη της δυσρυθμής λέξης (επιδιόρθωση). Η νέα αντίδραση αποτελείται από μια συνειδητή κίνηση κατά την οποία οι αρθρωτές πρέπει να κινηθούν αργά, προς τα εμπρός, χωρίς ιδιαίτερη δύναμη, φεύγοντας από τη θέση του τραυλισμού (εξώθηση). Τέλος γίνεται εξάσκηση κάθε φορά που αρχίζει να εμφανίζεται ο τραυλισμός, να επιλέγεται μία πιο πρόσθια και καλύτερη εκκίνηση (προκαταρκτική θέση). Τα άτομα που τραυλίζουν πρέπει να αλλάξουν τα ίδια καθώς και ο τραυλισμός τους. Ο στόχος είναι να τροποποιηθεί η μορφή του τραυλισμού χωρίς να μειωθεί η επικοινωνία των ατόμων που τραυλίζουν και χωρίς να συμβάλλει αυτό στη διατήρηση της διαταραχής. Αυτή η φάση θεραπείας αποτελείται από δύο ομάδες τεχνικής : α) την συστηματική απευαισθητοποίηση, κατά την οποία το άτομο που τραυλίζει μαθαίνει ότι δεν είναι κακό να τραυλίζει και να ξεπερνά τους φόβους του για τον τραυλισμό και β) την τροποποίηση του τραυλισμού, κατά την οποία το άτομο που τραυλίζει μαθαίνει πώς να τροποποιεί τις στιγμές του τραυλισμού. Αυτό περιλαμβάνει τρεις φάσεις:

- Ακύρωση, δηλαδή πρέπει να πει ξανά τη δύσρυθμη λέξη ή φράση διαφορετικά.
- Εξώθηση, μαθαίνει πώς να ξεκολλάει από τις στιγμές του τραυλισμού.
- Προπαρασκευαστικό σύνολο, το άτομο που τραυλίζει προετοιμάζεται για τη στιγμή του τραυλισμού.

ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ (Stabilisation):

Μετά από τις προηγούμενες φάσεις θεραπείας με τη στενή καθοδήγηση ενός κλινικού, το άτομο που τραυλίζει πρέπει να γίνεται και αυτός κλινικός. Στη φάση σταθεροποίησης, το άτομο χρησιμοποιεί τους νέους τρόπους ελέγχου του τραυλισμού σε όλο και περισσότερες καταστάσεις της καθημερινής ζωής. Το άτομο συνεχίζει επίσης να τραυλίζει εθελοντικά και να αναζητά τις καταστάσεις επικοινωνίας που απέφευγε προηγουμένως. Πολλοί άνθρωποι που τραυλίζουν πιστεύουν πως συμμετέχοντας σε διάφορους οργανισμούς τους βοηθάει να συνεχίζουν μόνοι τους την απευαισθητοποίηση και να κρατήσουν μακριά τον φόβο και την αποφυγή. Οι δραστηριότητες στην περίοδο σταθεροποίησης είναι :

- ο θεράπων να δίνει συμβουλές και οι δραστηριότητες των ασθενών να συνεχίζονται.
- Δημιουργία ευρυθμίας : μιλήστε για το τι βοηθάει για να εξαλειφθούν τα κενά και πι παραλήψεις στην ομιλία.
- Σχεδίαση της σταθεροποίησης: Μίμηση προσωδίας.

- Προσωδία και διατύπωση : Μάθετε να χρησιμοποιείτε την ακύρωση σε ολόκληρες φράσεις και προτάσεις (επαναδιατύπωση)
- Συνεχής ομιλία: δημιουργία εμπειριών για ρέουσα/ συνεχή ομιλία

Γενικευμένη καθορισμένη δημιουργία από :

- Επαναλαμβανόμενη ανάγνωση των λέξεων του παρελθόντος που προκαλούν φόβο.
- Επανάληψη τεχνικών άνεσης-ενίσχυσης (π.χ. χαλάρωση)

Γενίκευση:

- Σύνδεση νέων ευθυνών με το μεγάλο αριθμό και το ευρύ φάσμα των ερεθισμάτων.
- Αναζήτηση καταστάσεων επικοινωνίας και νέοι τρόποι εκμάθησης και ευρυθμίας.

Φόβοι εξάλειψης:

- Πρακτική των φωνημάτων του παρελθόντος και των λέξεων που προκαλούν φόβο.

Λήξη της θεραπείας:

- Ο θεράπων πρέπει να μάθει πότε να ολοκληρώνει τη θεραπεία : πλήξη κούραση με το τραύλισμα
- Απώλεια συνεδριών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 :

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

1.Stuttering Modification Therapy:

Οι κλινικοί του Stuttering Modification διδάσκουν το άτομο που τραυλίζει να τροποποιήσει την στιγμή του τραυλισμού με τρόπους οι οποίοι μειώνουν την σοβαρότητα του. Στόχος των κλινικών του stuttering modification είναι η εκπληκτική ευχέρεια για λίγους ανθρώπους που τραυλίζουν προχωρημένα αλλά για τους περισσότερους ένας ρεαλιστικός στόχος είναι η ελεγχόμενη ευχέρεια. Η θεραπεία χαρακτηρίζεται από χαλαρές (ασαφής, αόριστες) συγκροτημένες συνεδρίες μεταξύ του πελάτη και του κλινικού σε συμβουλευτικούς, καθοδηγητικούς τύπους αλληλεπίδρασης.

2. Fluency Shaping Therapy:

Το Fluency shaping therapy διδάσκει το άτομο που τραυλίζει πώς να μειώσει το ρυθμό ομιλίας και να επιτύχει την ομαλή / εύρυθμη παραγωγή όλων των λέξεων, όχι μόνο τις λέξεις στις οποίες τραυλίζει. Ο τελευταίος στόχος είναι η εύρυθμη ομιλία να αντικαταστήσει την ομιλία με τραυλισμό. Μια κοινή Fluency shaping therapy προσέγγιση ξεκινά με εδραίωση της ομιλίας με ευρυθμία σε μονοσύλλαβες λέξεις, σε εκφράσεις, και κατόπιν αυξάνει το μήκος και την πολυπλοκότητα των εκφράσεων καθώς διατηρεί την ευρυθμία. Μια δεύτερη προσέγγιση απαιτεί το άτομο που τραυλίζει να αλλάξει το πλάνο της ομιλίας του σε μεγάλο βαθμό και μετά να μεταφέρει αυτή την αλλαγή, σταδιακά στην φυσιολογική ομιλία. Μερικά fluency shaping θεραπευτικά προγράμματα έχουν χρησιμοποιήσει τη συσκευή της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης (DAF) για να βοηθήσει τους πελάτες να αλλάξουν την ομιλία τους. Αυτή η συσκευή κάνει το άτομο ακούει τη δική του φωνή ελαφρώς καθυστερημένη. Προκειμένου να ξεπεραστεί η καθυστέρηση, το άτομο που τραυλίζει πρέπει να μιλά πολύ αργά και μαλακά επεκτείνοντας όλα τα φωνήεντα. Στην καταγραφή της ομιλίας το άτομο που τραυλίζει ξεκινά από έναν αργό ρυθμό, περίπου 50 λέξεις ανά λεπτό (WP/M), και μετά προχωρώντας σε κάτι ελαφρώς πιο αργό από το κανονικό περίπου 140 λέξεις το λεπτό, καθώς διατηρείται η ομαλότητα στην παραγωγή των λέξεων.

Σύμφωνα με το επιστημονικό άρθρο <<Disorders Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis >> άρθρο των Ashley Craig*, Yvonne Tran, συνέπειες για τη διάγνωση και τη θεραπεία του τραυλισμού προκύπτουν από τα συμπεράσματα της παρακάτω ανάλυσης. Αυξημένο χαρακτηριστικό είναι το άγχος. Αυτό σημαίνει ότι πολλοί ενήλικες με χρόνια τραύλισμα οφείλουν τα συμπτώματά τους σε εμπειρίες, όπως : συχνά ή πάντα να αισθάνονται νευρικοί και σε ένταση , συχνά αισθάνονται αποτυχημένοι και ανεπαρκείς . Νιώθουν ανασφάλεια και συχνά ανησυχούν για τα πράγματα. Αυτό σημαίνει ότι πολλοί ενήλικες με χρόνια τραύλισμα θα παρουσιάσουν συμπτώματα όπως : συχνά να αισθάνονται αμήχανα σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις και συνεχώς αισθάνονται νευρικοί για τον κοινωνικό έλεγχο. Φοβούνται την αποδοκιμασία, συνεχώς ανησυχούν σχετικά με την εμφάνιση τους στις κοινωνικές εκδηλώσεις και αισθάνονται πολύ στενοχωρημένοι. Νιώθουν το τραύλισμά τους σαν λάθος . Ωστόσο η άποψη είναι ότι τίθεται το άγχος ως αποτέλεσμα να ζουν με τον τραυλισμό τους σε καθημερινή βάση , και δεν είναι ένας αιτιώδης παράγοντας (Craig et al , 2011. Yairi , 2007) >>.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 : ΑΡΘΡΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ:

- Σύμφωνα με το Cognitive Behavior Therapy for Stuttering: A Case Series των R. P. Reddy, M. P. Sharma, and N. Shivashankar I :

Πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση σε Πέντε πελάτες με διάγνωση τραυλισμού από λογοθεραπευτές πριν και κατά τη διάρκεια και μετά την θεραπεία τους.

Το πρόγραμμα αποτελούνταν από 22 έως 23 συνεδρίες συνολικά , με 16 έως 18 συνεδρίες για θεραπευτική παρέμβαση και το υπόλοιπο των συνεδριών χρησιμοποιήθηκαν για τις αξιολογήσεις . Η διάρκεια μιας ατομικής συνεδρίας ήταν 60 λεπτά. Οι συνεδρίες διεξήχθησαν επί μία περίοδο από 4 έως 6 εβδομάδες. Η θεραπεία πραγματοποιήθηκε σε 2 φάσεις :

Η 1η φάση της CBT αποτελείται από εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης , όπως του Jacobson, Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση , διαλογισμό , βαθιά αναπνοή, και τεχνικές ομιλίας , όπως βουητό και παράταση φωνής για 8 συνεδρίες . Η εκτίμηση πραγματοποιήθηκε μετά την ολοκλήρωση της πρώτης φάσης της θεραπείας . Στην δεύτερη φάση , περιλαμβάνονται τεχνικές όπως η γνωσιακή αναδόμηση , η επίλυση προβλημάτων και η τόνωση της αυτοπεποίθησης . Το περιεχόμενο των συνεδριών της θεραπείας είχε παραμείνει ευέλικτο , λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε τραυλίζοντα ατόμου.

Τα εν τέλει αποτελέσματα αυτής της έρευνας δείχνουν ότι οι γνωστικές στρατηγικές συμπεριφοράς μπορεί να είναι αποτελεσματικές στη μείωση της σοβαρότητας του τραυλισμού, μειώνοντας την δυσλειτουργική συμπεριφορά, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ατόμων με το τραύλισμα.

Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων των μεμονωμένων περιπτώσεων, παραστάσεις που μετριοούνται χρησιμοποιώντας SSI βαθμολογίες των θεμάτων δείχνουν ότι υπήρξε βελτίωση που παρατηρείται μεταξύ των πριν και μετά των φάσεων αξιολόγησης.

Ωστόσο, δεν υπήρξε καμία βελτίωση μεταξύ των πριν και κατά τη διάρκεια φάσεων αξιολόγησης, αποδεικνύοντας ότι οι τεχνικές συμπεριφοράς μαζί με τις νοητικές συνιστώσες στον περισσότερο αριθμό των συνεδριών θα απαιτούνταν ώστε να επιφέρουν κλινικά σημαντικές μεταβολές σε τραύλισμα σοβαρότητας.

➤ Σύμφωνα με το Mindfulness training in stuttering therapy: A tutorial for Speech-language pathologists' του Michael P.Boyle :

Μνήμες από αρνητικά γεγονότα παρελθόντος και φόβος για τα μελλοντικά γεγονότα είναι αίτια για τραυλισμό (Williams, 2010). Αυτή η σκέψη συμβάλλει στη διατήρηση ή επιδείνωση των αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων και εμποδίζει την αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων (Ramel, Goldin, Carmona, και McQuaid, 2004). Η προσοχή οδηγεί σε μειώσεις αυτής της επίμονης σκέψης για το τραύλισμα και αυτό αντιπροσωπεύει μείωση στα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα (Ramel et al., 2004).

Η αντίληψη ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις στο τραύλισμα είναι μια από τις θεμελιώδεις συνιστώσες της διαταραχής έχει μια μακρά ιστορία (Bloodstein & Bernstein-Ratner, 2008).

Συχνά, μια αίσθηση ότι κάποιος θα τραυλίσει πυροδοτεί αρνητικές σκέψεις (π.χ., "δεν μπορώ να το πω αυτό, όλοι θα γελάνε μαζί μου"), το οποίο στη συνέχεια οδηγεί σε συμπεριφορές κλιμάκωσης της έντασης ή διαφυγή. Ο φαύλος κύκλος των συναισθημάτων, των σκέψεων και των συμπεριφορών, στη συνέχεια, αυξάνει την αρνητικότητα.

Εξαιτίας των παραπάνω η αποδοχή είναι ένα αναπόσπαστο μέρος της πρακτικής που είναι το αντίθετο της αποφυγής, διαφυγής, ή καταστολή των συμπτωμάτων (Baer, 2003).

Κάποιος μπορεί να συμμετάσχει σε πολλούς τύπους δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς σε μια προσπάθεια να αλλάξει τις δυσάρεστες εμπειρίες.

Οι θεραπείες έχει αποδειχθεί ότι οδηγούν σε αύξηση της αποδοχής μέσα από τα χαμηλότερα επίπεδα της βιωματικής αποφυγής (Roemer & Orsillo, 2007). Επιπλέον, οι παρεμβάσεις βασίζονται στο ότι η αποδοχή συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα του άγχους σε σύγκριση με θεραπείες οι οποίες τους λείπει ένα συστατικό αποδοχής (Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004).

Η σημασία της αποδοχής για την επιτυχή διαχείριση του τραυλισμού συνεχίζεται να τονίζεται από τους επαγγελματίες (Gregory, 2003, Guitar , 2006, Starkweather & Givens-Ackerman, 1997) και τους πελάτες (Plexico et al, 2005, Plexico et al, 2009b). Η αποδοχή είναι μια αμυντική αντίδραση διότι η αποφυγή και ο φόβος μπορούν μόνο να επιδεινώσουν το τραύλισμα. Πρόσφατες ποιοτικές μελέτες δείχνουν ότι η προσαρμοστική αντιμετώπιση των δεξιοτήτων και η αύξηση ποιότητας ζωής των ατόμων που τραυλίζουν σχετίζονται με την αυξημένη αποδοχή και λιγότερο με την αποφυγή από το τραύλισμα (Plexico, Manning, &

Levitt, 2009, Plexico et al, 2009). Η προσοχή μπορεί να αποδειχθεί ένα πολύτιμο μέσο για τη διευκόλυνση της αποδοχής του τραυλισμού που σχετίζονται με τις συμπεριφορές, τις σκέψεις και τα συναισθήματα των ατόμων.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι:

• *Ευαισθητοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων :*

Φέρνοντας αυξημένη συγκέντρωση και την ευαισθητοποίηση σε καθημερινές ενέργειες βοηθά τους ασθενείς να δράσουν αυτοβούλως (δηλαδή, το μυαλό να είναι εκτός συγχρονισμού με ό, τι κάνει το σώμα). Αύξηση της ικανότητας να δώσουν προσοχή και να επικεντρωθούν σε πράγματα όπως η γεύση, η υφή και αίσθηση. Δίνεται έμφαση στην ευαισθητοποίηση της άμεσης αισθητηριακής εμπειρίας. Το γεγονός αυτό δείχνει στον πελάτη ότι οτιδήποτε μπορεί να αλλάξει σκόπιμα μια παλαιότερη αρνητική εμπειρία. Αυτή η συνειδητή συμμετοχή μπορεί να γίνει για παράδειγμα, με το περπάτημα, το πλύσιμο των πιάτων, λαμβάνοντας ένα ντους, και γενικά σε δραστηριότητες που μπορούν να εφαρμοστούν στην ομιλία. Μπορεί να διευκολύνουν την ικανότητα του ασθενή να συντονιστούν με τη σωματικές αισθήσεις της παραγωγής της ομιλίας, αντί να σκεφτόμαστε τις τεχνικές.

• *Στάση σώματος :*

Η σωστή στάση σώματος περιλαμβάνει εστιασμένη προσοχή σε διάφορα μέρη του σώματος. Προσοχή δίνεται σε ένα ορισμένο μέρος του σώματος, που πραγματοποιείται η ευαισθητοποίηση για ένα σύντομο χρονικό διάστημα ώστε να διερευνηθούν τυχόν αισθήσεις που προκύπτουν σε αυτόν τον τομέα, και τότε εστιάζεται η προσοχή στην επόμενη περιοχή (Williams, 2010). Χρησιμοποιώντας το σώμα ως επίκεντρο της προσοχής είναι ιδιαίτερα χρήσιμο, διότι αποδεικνύεται η σχέση μεταξύ του μυαλού και του σώματος. Η πρακτική αυτή ανοίγει μια νέα διάσταση της εμπειρίας του ασθενή επειδή αυτό μπορεί να είναι δυνατό να προσδιορίσει για πρώτη φορά, πώς μια συγκεκριμένη σκέψη ή συναίσθημα αισθάνεται το σώμα, θετικό ή αρνητικό. Η στάση του σώματος έχει εφαρμογές, διότι μπορεί να αυξήσει την ευαισθητοποίηση των εντάσεων που συνδέονται με τις σκέψεις και τα συναισθήματα που σχετίζονται με την ομιλία και τραύλισμα. Η αυξημένη ευαισθητοποίηση των σωματικών αισθήσεων μπορεί να βελτιώσει την αυτό-παρακολούθηση των μυών που χρησιμοποιούνται στην ομιλία και είναι πιθανό να διευκολύνει την παραγωγή λόγου.

• *Εναισθητοποίηση της αναπνοής :*

Ο ασθενής εστιάζει σε σωματικές ασκήσεις αναπνοής . Η αίσθηση του αέρα που πηγαίνει μέσα και έξω από τα ρουθούνια, η διαστολή και συστολή της κοιλιάς μπορεί να παρακολουθείται. Ο ασθενής επιτρέπει τις σκέψεις,

τα συναισθήματα και τις αισθήσεις να έρχονται και να φεύγουν χωρίς να κρίνεται ή να αντιδρά σε αυτά, και στη συνέχεια εστιάζει στην αναπνοή.

Οι σωματικές αισθήσεις με την αποδοχή, εστιάζουν στην προσοχή στην αναπνοή, και στην επέκταση προσοχής στην αναπνοή σε μια

αίσθηση του σώματος ως σύνολο. Εστιάζοντας στην αναπνοή είναι ένας άλλος τρόπος για να αυξηθεί η προσοχή και η εναισθητοποίηση των σωματικών αισθήσεων και μπορεί να παρέχει μια βάση για την παρακολούθηση της διαδικασίας παραγωγής λόγου.

- Σύμφωνα με το άρθρο *Theory and therapy in stuttering: A complex relationship* της Ann Packman :

Προτείνονται οι εξής θεραπείες:

Συμπεριφορικές θεραπείες που προορίζονται για τη βελτίωση των συμπεριφορών του τραυλισμού. Μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως άμεσες και έμμεσες, αν και πολλά προγράμματα θεραπείας εντάσσονται σ' αυτές τις δύο προσεγγίσεις (Guitar, 2006).

• *Άμεσες διαδικασίες επεξεργασίας :*

Ο πρωταρχικός στόχος των άμεσων διαδικασιών συμπεριφοράς είναι να τροποποιήσουν την παραγωγή του προφορικού λόγου, με τρόπους που βελτιώνουν το τραύλισμα. Αυτό γίνεται από τους συμμετέχοντες, με μείωση του ρυθμού της ομιλίας, που εκτείνει ήχους ομιλίας, τροποποιώντας τη χρήση της φωνής, μειώνοντας τη μεταβλητότητα των συλλαβών, του στρες και μείωση του μήκους έκφρασης ή και της γλωσσικής πολυπλοκότητας (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008? Guitar, 2006).

Οι θεραπείες που βασίζονται σε ρυθμικό λόγο έχουν αναπτυχθεί πρόσφατα για τα παιδιά που τραυλίζουν (Andrews et al, 2012?.. Trajkowski et al, 2011). Στη συνέχεια, αυτές οι αλλαγές μπορεί να θεωρηθούν ως μείωση της συχνότητας με την οποία τα σχετικά χαρακτηριστικά της ομιλούμενης γλώσσας προκαλούν τραύλισμα.

Μια άλλη διαδικασία της θεραπείας που στοχεύει στην αλλαγή της παραγωγής λόγου που μεταβάλλεται, είναι η ακουστική ανάδραση (Linkohn, Packman, & Onslow, 2006). Οι προγραμματιστές της συσκευής Ομιλίας Easy AAF υποθέτουν ότι η AAF μειώνει το τραύλισμα μέσω της ενεργοποίησης των νευρώνων (Kalipowski & Saltuklaroglu, 2006). Οι Ingham, Moglia, Frank, Ingham, και Cordes (1997) υπέθεσαν ότι διεγείρει την δραστηριότητα του κροταφικού λοβού.

• *Άλλες θεραπείες :*

Οι θεραπείες φαρμάκων και οι ψυχολογικές θεραπείες, που αναφέρονται χωριστά, δεδομένου ότι δεν περιλαμβάνουν τις διαδικασίες συμπεριφοράς προορίζονται για να τροποποιήσουν την παραγωγή του λόγου. Ωστόσο, φαίνεται ότι προορίζονται να δρουν σε φυσιολογική διέγερση. Εν πάση περιπτώσει, οι κλινικές δοκιμές δεν έχουν ακόμα αποδείξει την αποτελεσματικότητα για κάθε φάρμακο (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008?. Bothe et al, 2006?. Boyd et al, 2011).

Ψυχολογικές θεραπείες για τον τραυλισμό (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008) τώρα αντιμετωπίζονται, με έμφαση στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Πολλοί ενήλικες που τραυλίζουν έχουν αγχώδη διαταραχή και να πληρούν τις προϋποθέσεις για τη διάγνωση της κοινωνικής φοβίας (Iverach, Braian, et al., 2009) και έτσι το CBT στοχεύει να αλλάξει τις άχρηστες σκέψεις και το φόβο των αρνητικών αξιολογήσεων που έχουν οι άνθρωποι σε σχέση με τις κοινωνικές καταστάσεις. Ο λόγος για αυτό είναι ότι η μειωμένες αρνητικές σκέψεις και φόβοι θα οδηγήσουν σε μείωση του άγχους. Το πρώτο πρόγραμμα για το τραύλισμα θα αναπτυχθεί από ένα ψυχολογικό μοντέλο, δοκιμάζοντας ενήλικες που τραυλίζουν (Menzies et al., 2008).

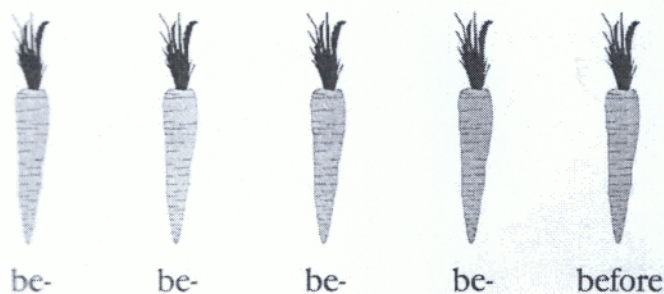
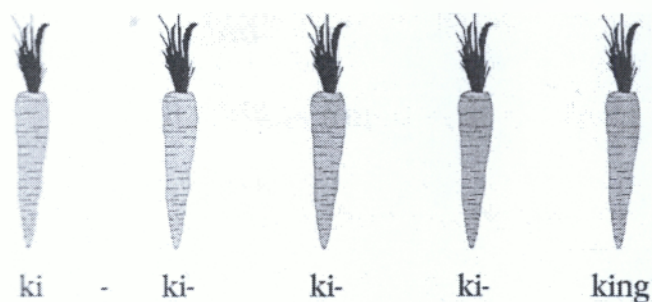
Ωστόσο, ενώ τα μέτρα σε αυτή τη μελέτη έδειξαν ότι το κοινωνικό άγχος μειώνεται σε φυσιολογικά όρια, αυτό δεν είχε καμία επίδραση για το τραύλισμα των συμμετεχόντων. Αυτό συνάδει με τα ευρήματα ότι η σχέση μεταξύ άγχους και συμπαθητικού νεύρου δραστηριότητα του συστήματος δεν είναι απλή (Alm, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

- **Bouncing**

Το άτομο με τραυλισμό μαθαίνει να αλλάζει την ομιλία του με την άσκηση της αναπήδησης. Η αναπήδηση επαναλαμβάνεται στον πρώτο ήχο από την κάθε λέξη με εύκολο τρόπο. Αυτή η τεχνική βοηθάει τον ασθενή να κοντρολάρει τον τρόπο που μιλάει. Μπορεί να αναπηδήσει μια λέξη και παρόλα αυτά να εκφράσει ακριβώς αυτό που θέλει να πει. Η μέθοδος της αναπήδησης προσφέρει στον ομιλητή πιο άνετη και στρωτή ομιλία.



Άσκηση 1

Οι βάτραχοι και τα λαγουδάκια αναπηδούν όπως ακριβώς και ο ασθενής αναπηδά ώστε να μπορέσει να εξομαλύνει την ομιλία του. Χρησιμοποιήστε το δάχτυλό σας για να αναπηδήσει σε κάθε συλλαβή της λέξης όπως σας δείχνει ο θεραπευτής σας. Αναπήδηση στην πρώτη συλλαβή, μέχρι να φτάσουμε στο τελευταίο καρότο, όπου ολόκληρη η λέξη θα έχει ειπωθεί.

Άσκηση 2

Αναπήδηση εύκολη και ξεκάθαρη στον πρώτο ήχο από κάθε υπογραμμισμένη λέξη. Ο αριθμός πάνω από τη λέξη αναφέρει στο πόσες φορές εσύ θα την αναπηδήσεις. Ο ασθενής πρέπει να είσαι σίγουρος ότι η άσκηση του γίνεται εύκολα και άνετα.

The ³Cardinals won the game by a score of ²five to two.

A small ²cat was found near the ⁴river.

Did you do your ¹homework for ³French?

He ²will be arriving at ⁴six p.m.

Soccer is fun to ¹play if the ³weather is not too cold.

The ²students have made ⁴model cars for the exhibit.

³Tomorrow should be ²warm and sunny.

²Billy and Susan will be ³working ⁴together on the program.



- **Stretching**

Στην άσκηση του stretching γίνεται επιμήκυνση φωνήματος. Το άτομο που τραυλίζει δείχνοντας με το δάχτυλό του απ'το πρώτο γράμμα και προχωρώντας τη γραμμή επαναλαμβάνει τον ήχο καθαρά . Εξάσκηση σε όλους τους ήχους με τον ίδιο τρόπο. Αφού

εκτελεστεί με επιτυχία το παραπάνω βήμα η άσκηση συνεχίζεται με λέξεις που αρχίζουν από τους ήχους αυτούς.

s _____	f _____
m _____	sh _____
r _____	n _____
l _____	th _____

Άσκηση 3

- Light contact means relaxed speaking

Το άτομο που τραυλίζει προσπαθεί να έχει το στόμα και τα χείλη χαλαρά και προσπαθεί να εκμαιεύσει λέξεις με εύκολο και άνετο τρόπο. Εκφέρει τις λέξεις που είναι με μαύρο χρώμα με πιο έντονο τόνο και τις λέξεις που είναι με πλάγια γράμματα με πιο ήπιο τόνο.

pony	<i>pony</i>	monkey	<i>monkey</i>
penny	<i>penny</i>	giving	<i>giving</i>
book	<i>book</i>	water	<i>water</i>
believe	<i>believe</i>	wish	<i>wish</i>

Υπάρχουν μερικοί ήχοι που παράγονται με την άκρη της γλώσσας (π.χ. t, d, l, n). Όταν το άτομο που τραυλίζει εκφέρει χαλαρά αυτούς τους ήχους, ονομάζει τις λέξεις που εμπεριέχουν τους ήχους αυτούς χωρίς πίεση και κόμπιασμα. Αν άτομο που τραυλίζει τοποθετήσει αρχικά τη γλώσσα του πολύ δυνατά πίσω από τα δόντια του, και έπειτα πολύ χαλαρά θα καταλάβει την διαφορά ώστε να εκτελέσει την παρακάτω άσκηση. Προσπαθεί να εκφέρει τις μαυρισμένες λέξεις ακουμπώντας τη γλώσσα στα φατνία με δύναμη και τις υπόλοιπες ακουμπώντας τη γλώσσα χαλαρά.

table -----	<i>table</i>	leaf -----	<i>leaf</i>
test -----	<i>test</i>	lemon -----	<i>lemon</i>
deep -----	<i>deep</i>	never -----	<i>never</i>
dog -----	<i>dog</i>	nice -----	<i>nice</i>

- **Pullouts**

Το άτομο που τραυλίζει πρέπει να μάθει να κοντρολάρει το τραύλισμά του με διαφορετικούς τρόπους. Η τεχνική “pullouts” είναι να μάθει το άτομο να ελέγχει τον τραυλισμό του όταν βρίσκεται στη μέση αυτού. Παράδειγμα όταν το άτομο εκφέρει μια λέξη και διαπιστώσει ότι πάει να τραυλίσει πρέπει ακριβώς εκείνη την στιγμή να κόψει τη λέξη στη μέση , και να διαλέξει μια απ’ τις παραπάνω τεχνικές που αναλύθηκαν για να αποφύγει το τραύλισμα (bouncing, stretching, using light contact).

- **Substitutions and feared words**

‘Feared word’ είναι η λέξη που φοβόμαστε να πούμε γιατί πιστεύουμε πως θα τραυλίσουμε. Ορισμένες λέξεις προκαλούν φόβο γιατί το άτομο που τραυλίζει έχει περάσει πραγματικά πολύ δύσκολες στιγμές εκφέροντάς τες. Σε τέτοια περίπτωση συνοψίζονται αυτές οι λέξεις και αντικαθιστούνται στο λεξιλόγιο του ασθενή από άλλες λέξεις συνώνυμες. Παράδειγμα η λέξη ‘boat’ θα μπορούσε να αντικατασταθεί με τη λέξη ‘ship’. Την επόμενη φορά που θα χρειαστεί να εκφέρει αυτή τη λέξη , θα επιλέξει να βάλει μέσα στην πρότασή του την συνώνυμή της (πχ. I saw a b-b-b. . . ship).

- **Practice Changing the way I talk**

Άσκηση 1

Αφού το άτομο που τραυλίζει διαβάσει την κάθε πρόταση, επαναλαμβάνει τις υπογραμμισμένες λέξεις ξανά, επιμηκώνοντας τους υπογραμμισμένους ήχους.

Susie's tricycle is red.

Can I go to the theater?

He found some seashells on the beach.

Put the can on the top shelf.

Άσκηση 2

Μετά από κάθε υπογραμμισμένη λέξη, το άτομο που τραυλίζει προσθέτει κάποιους έξτρα ήχους όπως 'uh', 'um', 'or', 'er', 'ot', 'ah'. Πριν εκφέρει τις υπογραμμισμένες λέξεις, πρέπει να σταματάει την φωνή του και τότε να λέει την λέξη της πρότασης. Μετά από αυτό επαναλαμβάνει ξανά μια φορά τις υπογραμμισμένες λέξεις.

Don't drive too fast; you may wreck your car.

Put the trash in the trash can, not on the ground.

Raise your hand when you want to ask the teacher a question.

Always wear your coat when it is cold outside.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14 : ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συνοψίζοντας και ολοκληρώνοντας το θέμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού και την εργασία , συμπερασματικά πρέπει να αναφέρουμε πως ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας απαιτεί ένα συνονθύλευμα τόσο θετικής συμπεριφοράς όσο και εξάσκησης του ίδιου του ασθενή. Υπομονή του ειδικού και επιμονή του ατόμου που τραυλίζει. Η σωστή και από κοινού συνεργασία αποδεικνύει πάντοτε τα θετικά και γρήγορα επιτυχή αποτελέσματα.



Με την παράλληλη συνεργασία των γονέων, και κατ' επέκταση του κοινωνικού περιγύρου του παιδιού, επιχειρείται να ασκηθεί επιρροή σε όλους εκείνους του παράγοντες, που μπορεί να συμβάλουν στην ύπαρξη των συμπτωμάτων. Ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και την ένταση των συμπτωμάτων του, αποφασίζεται μια άμεση ή έμμεση θεραπευτική αγωγή. Στους εφήβους και ενήλικους αντιθέτως υπάρχει άμεση επέμβαση, με απώτερο στόχο την μετατροπή των συμπτωμάτων.

Αναμφισβήτητα, βασική μας επιδίωξη αποτελεί η πλήρης εξαφάνιση του τραυλισμού. Επειδή όμως, κάτι τέτοιο σε πολλές περιπτώσεις είναι αντικειμενικά δύσκολο, θέτουμε ένα πιο εφικτό στόχο, την μετατροπή π.χ. ενός έντονου τραυλισμού σε μια πιο ήπια μορφή, και δημιουργούμε έτσι ταυτόχρονα τις κατάλληλες συνθήκες, μέσω των οποίων αυξάνονται οι πιθανότητες της πλήρης εξάλειψης των τραυλικών συμπτωμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Barry Guitar, Julie Reville (1997), *Easy Talker, A fluency Workbook for School-age children*, Texas: Pro-ed.

Γεωργία Α. Μαλανδράκη (2012). *Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός*. Αθήνα: Εκδόσεις ΑΘΗΝΑ

Γεώργιος Δ.Δράκος(1991). *Σύγχρονα προβλήματα της Θεραπευτικής Παιδαγωγικής. Η παιδαγωγική αγωγή του λόγου και της ομιλίας, ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ*. Αθήνα: Εκδόσεις ΑΦΩΝ ΤΟΛΙΔΗ

Γεώργιος Δ.Δράκος (2003). *Ειδική Παιδαγωγική των προβλημάτων Λόγου και Ομιλίας (Β'ΕΚΛΟΣΗ)*. Αθήνα: Εκδόσεις ΑΘΗΝΑ

Δ.Νικολόπουλος(2008).*Γλωσσική Ανάπτυξη και Διαταραχές*, Αθήνα: Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ

Ε.Κακουρος- Κ.Μανιαδάκη (2006). *Τραυλισμός, Η φύση και η αντιμετώπιση του στα παιδιά και τους Εφήβους*. Αθήνα: Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ

Kay, J.Tasman, A& Lieberman, J.A (2000), *Psychiatry-Behavioural Science and Clinical Essentials*.USA: W.B: Saunders Company

Μ.Καμπανάρου(2007). *Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΙΩΝ

Nola T.Radford, Ph.D., 2010, *Smooth Talking, Stuttering Therapy Curriculum: Client Workbook*. United Kingdom: Pural Publishing

Nola T Rafford, 2010, *Smooth Talking A Curriculum For School-Age Children who Stutter (second edition)*, United Kingdom: Pural Publishing

Peter R.Ramig, Darell M.Dodge (2005), *The child and Adolescent Stuttering Treatment and Activity Resource Guide*, United Kingdom: Thomson

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

ΓΕΩΡΓΙΑ Α.ΜΑΛΑΝΔΡΑΚΗ, (2012). ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ,ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ (Εγχειρίδιο Τριήμερης Πρακτικής Εκπαίδευσης), ΧΑΝΙΑ , 25-26-27 ΜΑΙΟΥ.

Elaine Kelman (2006). ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ, ΑΘΗΝΑ , ΜΑΙΟΣ 2006

Ludia I. Beliakova. (2002). ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ,ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ.ΚΕΝΤΡΟ ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ,ΜΕΓΑΡΟ ΜΠΙΛΛΗ-ΠΛ.ΠΠΟΔΡΟΜΟΥ, 25-26 ΜΑΙΟΥ.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΙΣΤΟ

Reddy RP, Sharma Mr, Shivashankar N. (2010). , Cognitive behavior therapy for stuttering : a case series, Ανακτήθηκε 27/9/2014, από Διαδίκτυο:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21799560>

Michael P. Boyle (2011), Mindfulness training in stuttering therapy: A tutorial for speech - language pathologists, Ανακτήθηκε 27/9/2014 από Διαδίκτυο :

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0094730X11000386>

Ann Packman (2012), Theory and therapy in stuttering: A complex relationship, Ανακτήθηκε 27/9/2014 από Διαδίκτυο :

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0094730X12000642>