

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
Ι Δ Ρ Υ Μ Α**



**ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Ταχ. Δ/ση: ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ, Αντικάλamos Μεσσηνίας  
Ελλάδα 241 00, +30 2721045320, [gramlogo@teikal.gr](mailto:gramlogo@teikal.gr)

## «Τραυλισμός και πρόγραμμα Lidcombe»

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Στεφάνια Τσιχλάκη»**

**A.M.: 2012067**

**Επιβλέπουσα: Βασιλοπούλου Παναγιώτα**

**Καλαμάτα 2017**



*Πόσο υπέροχη  
Η Ανθρώπινη Φωνή  
Είναι στ' αλήθεια  
Η Εικόνα της Ψυχής  
Η Διάνοια του ανθρώπου  
Ορατά στο βλέμμα  
Και στο μέτωπο του βασιλεύει  
Και η καρδιά  
Στη μορφή του είναι χαραγμένη  
Αλλά η Ψυχή  
Αποκαλύπτεται  
Στη Φωνή του μόνο.*

---

*H. W. Longfellow*

---



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα. Βασιλοπούλου Παναγιώτα για την πολύτιμη βοήθειά της για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του τμήματος Λογοθεραπείας που όλα αυτά τα χρόνια με εκπαίδευσαν και καλλιέργησαν το ενδιαφέρον μου για την επιστήμη της Λογοθεραπείας.

Τέλος, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που αναγνωρίζει και υποστηρίζει κάθε ανάγκη και επιθυμία μου, καθώς και τους φίλους μου Καλογερόπουλο Παναγιώτη και Παπαδημητρίου Κωνσταντίνα για την βοήθεια και την συμπαράσταση τους στην αποπεράτωση της εργασίας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ .....	12
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	12
1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ .....	13
1.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΡΟΗΣ.....	13
1.2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ .....	14
1.3 ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ .....	15
1.4 ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ .....	21
1.5 ΕΠΠΟΛΑΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	22
1.6 Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ.....	24
1.7 Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ.....	26
1.8 ΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ .....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ .....	32
2.1 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΡΟΗΣ.....	32
2.2 ΕΠΠΕΔΑ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ .....	38
2.2.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΡΥΘΜΙΑ.....	40
2.2.2 ΟΡΙΑΚΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ .....	42
2.2.3 ΑΡΧΙΚΟΣ/ΉΠΙΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ Η ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ .....	43
2.2.4 ΜΕΤΡΙΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ Η ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ .....	45
2.2.5 ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ/ ΣΟΒΑΡΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ Η ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ .....	47
2.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ.....	49
2.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ.....	51

2.5	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΡΟΗΣ.....	59
2.5.1	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΡΟΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ .....	59
2.5.2	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΡΟΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ .....	62
2.5.3	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΡΟΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ .....	64
2.6	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ .....	66
2.7	ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ .....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ .....		71
3.1	ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE.....	71
3.1.1	ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE; ..	71
3.1.2	ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE;.....	76
3.1.3	<i>ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE;</i> .....	78
3.1.4	ΤΑ ΔΥΟ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE.....	80
3.1.5	ΜΙΑ ΤΥΠΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE.....	81
3.2	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE.....	83
3.2.1	ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΜΙΚΡΑ ΠΑΙΔΙΑ .....	84
3.2.2	ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟ ΤΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE; .....	96
3.3	ΑΞΙΟΛΟΓΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ .....	103
3.3.1	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ.....	103
3.3.2	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ .....	105
3.4	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	112
ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....		120
ΠΗΓΕΣ .....		122
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ- ΠΙΝΑΚΩΝ .....		123

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Έχουν περάσει χιλιάδες χρόνια από τότε που είναι γνωστό το πρόβλημα του τραυλισμού. Ο τραυλισμός, ο οποίος αποτελεί και την πιο αντιπροσωπευτική διαταραχή στη ροή της ομιλίας, γίνεται συχνά η αιτία για πυροδότηση συναισθημάτων ανασφάλειας στο άτομο. Μέχρι σήμερα, έχουν γίνει αμέτρητες προσπάθειες τόσο για την κατανόηση της παθογένειας του όσο και για την ανεύρεση αποτελεσματικών μεθόδων και τεχνικών θεραπευτικής αντιμετώπισής του.

Ο τραυλισμός ίσως να φαίνεται σε πολλούς ως ένα απλό πρόβλημα ή μια κακή συνήθεια και σε άλλους ως ένα μυστήριο. Η αναζήτηση της λύσης σε αυτό το μυστήριο έχει επιχειρηθεί τόσο από άτομα που τραυλίζουν και τους οικείους τους όσο και από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων και ιδιαίτερα από γιατρούς, λογοθεραπευτές και ψυχολόγους. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η συμβολή των ερευνών οι οποίες ξεκίνησαν από μια ομάδα επιστημόνων του Πανεπιστημίου της Iowa των Ηνωμένων Πολιτειών κατά τη δεκαετία του 1930, μεταξύ των οποίων μάλιστα ήταν αρκετοί εκείνοι που τραυλίζουν, όπως οι Johnson και ο Van Riper.

Τα τελευταία χρόνια, οι προσπάθειες θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού με ορισμένες εξαιρέσεις, όπως στην περίπτωση της μεθόδου που προτείνεται στο πρόγραμμα Lidcombe, έχουν απομακρυνθεί από την τάση που διέκρινε παραδοσιακά τους ειδικούς να εστιάζουν σε αυτές καθαυτές τις δυσκολίες στη ροή του λόγου. Σήμερα πια, οι θεωρητικές προσεγγίσεις του τραυλισμού, σχεδόν στο σύνολό τους, στηρίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό σε ψυχολογικές θεωρίες και οι προτεινόμενες τεχνικές για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού, στις περισσότερες περιπτώσεις, βασίζονται ουσιαστικά σε ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Στις μέρες μας, οι ειδικοί που ασχολούνται με τον τραυλισμό επιχειρούν να προσεγγίσουν συνολικά τα άτομα με δυσκολίες στη ροή του λόγου, γιατί γίνεται ολοένα και περισσότερο αποδεκτό πως τα αίτια του τραυλισμού δεν περιορίζονται απλώς στη δυσλειτουργία των οργάνων της ομιλίας. Επομένως, οι θεραπευτικές προσπάθειες σήμερα δεν εστιάζουν αποκλειστικά στη βελτίωση της λεκτικής ικανότητας του ατόμου που τραυλίζει, αλλά στη βελτίωση της λειτουργικότητάς του



συνολικά. Επίσης, στην περίπτωση του τραυλισμού, η διαγνωστική διαδικασία δεν περιορίζεται στη διερεύνηση για τη διαπίστωση της παρουσίας δυσκολιών στη ροή του λόγου αλλά εστιάζει, παράλληλα, τόσο στη διερεύνηση των παραγόντων οι οποίοι συντελούν στην εκδήλωση και διατήρηση του φαινομένου αυτού όσο και στον τρόπο με τον οποίο κάθε άτομο βιώνει την εμπειρία και τις συνέπειες του τραυλισμού (Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006).

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να βοηθήσει σε ένα βαθμό όλους εμάς που ασχολούμαστε και ενδιαφερόμαστε για τις διαταραχές επικοινωνίας και να παρουσιάσει, με αντικειμενικό τρόπο, το πρόγραμμα Lidcombe, ως καινούριο θεραπευτικό εργαλείο στον επιστημονικό μας κόσμο.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή στη ροή της ομιλίας και πιο συχνά εκδηλώνεται στην ηλικία μεταξύ των 2 και 7 ετών. Αποτελεί μία σύνθετη διαταραχή που συνήθως χαρακτηρίζεται από ορισμένες πρωτεύουσες συμπεριφορές, όπως επαναλήψεις φωνημάτων, συλλαβών και λέξεων, επιμηκύνσεις φωνημάτων και μπλοκαρίσματα. Συχνά συνοδεύονται από δευτερεύουσες συμπεριφορές, οι οποίες αποτελούν συμπεριφορές διαφυγής ή αποφυγής των πρωτευουσών συμπεριφορών όπως διάφορες κινήσεις μελών του σώματος ή κεφαλής, κλείσιμο ματιών αλλά και αντικαταστάσεις λέξεων, εναλλαγές έντασης ή ύψους φωνής.

Η εξάπλωση (επιπολασμός) του τραυλισμού κυμαίνεται περίπου στο 1%, με στοιχεία από όλες τις ηλικιακές ομάδες, ενώ η συχνότητα εμφάνισης από 5-15%, με πιο συχνή έναρξη των συμπτωμάτων στην προσχολική ηλικία. Είναι τρεις φορές συχνότερος σε οικογένειες με ανάλογο κληρονομικό ιστορικό και τέσσερις φορές συχνότερος στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Παρά τις εκτεταμένες μελέτες, η αιτιολογία του τραυλισμού δεν είναι ακόμη ξεκάθαρη, ενοχοποιούνται όμως γενετικοί-κληρονομικοί, νευρογενείς, περιβαλλοντικοί και συναισθηματικοί παράγοντες. Επίσης, σημαντικά διαγνωστικά μέσα για τον τραυλισμό αποτελούν η συνέντευξη με τους γονείς και η κλινική παρατήρηση που θα καθοδηγήσουν τον λογοθεραπευτή για την επιλογή της άμεσης ή έμμεσης θεραπευτικής προσέγγισης για την αντιμετώπιση. Τέλος, δεν θα πρέπει να παραλείψουμε τον συμμαχικό ρόλο της διεπιστημονικής ομάδας για την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Από τότε που ξεκίνησαν οι πρώτες προσπάθειες για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, έχουν επινοηθεί πολλές διαφορετικές θεραπευτικές τεχνικές, οι οποίες στηρίζονταν στις εκάστοτε εκτιμήσεις των ειδικών ως προς την αιτιολογία του τραυλισμού. Έχει διαπιστωθεί πως σχεδόν όλες οι τεχνικές αυτές έχουν δείξει κάποια θετικά αποτελέσματα. Μια θεραπευτική μέθοδος είναι αυτή που ακολουθεί το πρόγραμμα Lidcombe, η οποία, σύμφωνα με έρευνες ειδικών, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική. Το πρόγραμμα Lidcombe είναι ένα πρόγραμμα τροποποίησης συμπεριφοράς στα παιδιά με τραυλισμό και είναι μία από το πιο γνωστές μεθόδους άμεσης αντιμετώπισης του τραυλισμού (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

Στο πρώτο κεφάλαιο αυτής της εργασίας, παρουσιάζεται μια γενική εικόνα του τραυλισμού η οποία μεταξύ των άλλων περιλαμβάνει ορισμό, κλινικά χαρακτηριστικά καθώς και την αναπτυξιακή πορεία του τραυλισμού.

Το δεύτερο κεφάλαιο, ασχολείται με τη διάγνωση και την αξιολόγηση του τραυλισμού σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και την αντιμετώπισή του με άμεση ή έμμεση παρέμβαση.

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας, θα αναλυθεί το πρόγραμμα Lidcombe, ένα πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης για παιδιά προσχολικής ηλικίας με κύριους θεραπευτές τους γονείς, το οποίο περιλαμβάνει συμπεριφορικές μεθόδους θετικής ενίσχυσης της ευχέρειας στη ροή της ομιλίας και διορθωτικά σχόλια. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε δυο στάδια με τη θεραπεία να γίνεται σε δομημένες και μη συζητήσεις για την απόκτηση μετρήσεων από το σπίτι και την κλινική και την αξιολόγησή τους. Κανόνας είναι η μέτρηση και ο καθορισμός των στόχων της θεραπείας, με σκοπό τον περιορισμό της έκτασης του προβλήματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο τραυλισμός αναμφισβήτητα είναι μία από τις πιο γνωστές διαταραχές της επικοινωνίας, όπου παρατηρείται από την αρχαιότητα και είναι υπαρκτός σε διάφορες κοινωνίες. Ο αρχαίος έλληνας ρήτορας Δημοσθένης αποτελεί την πρώτη προσπάθεια ανθρώπου με τραυλισμό που με δικά του μέσα και μέτρα προσπάθησε να βελτιώσει το πρόβλημα της ροής της ομιλίας του. Αναφορές σε προβλήματα στη ροή της ομιλίας υπάρχουν ακόμη στη Βίβλο για τον Μωσή, ο οποίος λέγεται να εμφάνιζε τραυλισμό και απέφευγε να μιλά καθώς έβαζε τον αδερφό του να διαβάζει τις Δέκα Εντολές (Van Riper & Erickson, 1996). Έχουν βρεθεί αιγυπτιακά ιερογλυφικά με σύμβολα που αφορούν τον τραυλισμό. Ακόμη, ο Κινέζος φιλόσοφος Λάο Τσε, ανέφερε τον τραυλισμό σε ένα ποίημα γραμμένο πριν 2.500 χιλιάδες χρόνια (Van Riper, 1996). Άλλα γνωστά πρόσωπα που φέρεται ότι τραύλιζαν είναι ο Ρωμαίος αυτοκράτορας Κλαύδιος, ο Βασιλιάς της Αγγλίας Γεώργιος ο VI, Lewis Carroll, ο Lenin, η Marilyn Monroe και πολλοί άλλοι διάσημοι και μη (Bobrick, 1995).

Στην αρχαία Ελλάδα υπήρχαν διάφορες θεωρίες, όπως αυτή του Ιπποκράτη, ο οποίος πίστευε ότι ο τραυλισμός δεν οφείλεται μόνο σε τοπικές μεταβολές των γλωσσικών οργάνων αλλά σε μία ανισορροπία ανάμεσα στη σκέψη και τον προφορικό λόγο. Ο Αριστοτέλης περιγράφει τον τραυλισμό σαν μία αδυναμία γρήγορης σύνδεσης των συλλαβών μεταξύ τους, η οποία οφείλεται στην ελαττωματική διάπλαση της γλώσσας και την ανεπαρκή κινητική ικανότητα του οργάνου αυτού. Η αντίληψη αυτή επικράτησε αργότερα και από τον Γαληνό. Κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, επιστήμονες κυρίως από την Γαλλία και την Γερμανία απέδωσαν τον τραυλισμό σε διαταραχή της γλωττίδας, προτείνοντας χειρουργικές επεμβάσεις της γλώσσας με σκοπό την εξάλειψη του τραυλισμού. Ύστερα από δύο δεκαετίες, οι επεμβάσεις αυτές σταμάτησαν να εφαρμόζονται, καθώς τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά συμπεριλαμβανομένου του θανάτου.

Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ο Adolf Kussmaul και ο Herman Gutzmann εξήγησαν τον τραυλισμό ως μία συντονισμένη σπαστική νεύρωση και η θεραπεία βασίστηκε στην εκπαίδευση με φωνήεντα, στον ομαλό και αργό λόγο και στη σκέψη πριν την ομιλία

(Μαλανδράκη, 2012). Ο Emil Fröschels, στα μέσα του περασμένου αιώνα, ήταν από τους τελευταίους της Κεντρικής Ευρώπης που υποστήριζαν ότι ο τραυλισμός οφείλεται σε δυσμορφία στο μηχανισμό της ομιλίας. Ήταν γνωστός για τη χρήση της μεθόδου του μασήματος (Froeschels, 1948).

Στα μετέπειτα χρόνια, μελετητές επηρεασμένοι από τη σχολή του Φρόντ αναφέρονται στον τραυλισμό ως χρόνια νεύρωση και αντιμετωπίστηκε κατά ανάλογο τρόπο. Ψυχολόγοι, λογοπαθολόγοι και άλλοι εξάισιοι ερευνητές, άνοιξαν τον δρόμο ώστε να μελετηθεί η διαταραχή αυτή πολύπλευρα, με στόχο την αιτιολογία και την αντιμετώπιση του τραυλισμού.

Συμπεραίνοντας, το πολύπλοκο αυτό φαινόμενο του τραυλισμού είναι γνωστό από τα αρχαία χρόνια και από τις πιο επιστημονικά μελετημένες διαταραχές της ομιλίας (Wingate, 1988). Αν και έχει ερευνηθεί ευρέως, οι απόψεις για την γένεσή του ποικίλουν και αποτελεί μέχρι και σήμερα μία από τις πιο δύσκολα προσεγγιζόμενες διαταραχές.

## 1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ

### 1.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΡΟΗΣ

Για την καλύτερη κατανόηση της φυσιολογικής ροής της ομιλίας ή μη, είναι εξαιρετικά χρήσιμο, πριν ορίσουμε κάτι ως παθολογικό, να γνωρίζουμε ποια θα ήταν η φυσιολογική του κατάσταση (Μαλανδράκη, 2012).

Όταν χρησιμοποιούμε την φράση «φυσιολογική ροή της ομιλίας» ουσιαστικά αναφερόμαστε στην ανεμπόδιστη ροή ομιλίας ενός ανθρώπου όπου δίχως ιδιαίτερη προσπάθεια ολοκληρώνει την λεκτική του προσπάθεια.

Σύμφωνα με τον Guitar (2006), « η φυσιολογική ροή ή ευχέρεια ομιλίας (fluency) ορίζεται ως η ροή ομιλίας χωρίς προσπάθεια ή η ομαλή μετάβαση ήχων, συλλαβών και λέξεων». Οι Yairi και Seery 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» (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

Η Αμερικάνικη Ένωση Ομιλίας, Λόγου και Ακοής (ASHA), ορίζει την φυσιολογική ροή ως « η παράμετρος εκείνη της παραγωγής ομιλίας που περιλαμβάνει τη συνέχεια, την ομαλότητα, το ρυθμό και/ή την προσπάθεια με τις οποίες ένας ομιλητής παράγει τις διάφορες γλωσσολογικές μονάδες» (Μαλανδράκη, 2012).

### **1.2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ**

Όπως για την φυσιολογική ροή έτσι και για τον τραυλισμό έχουν προταθεί κατά καιρούς ποικίλοι ορισμοί από διάφορους μελετητές. Το φαινόμενο αυτό κυρίως έχει οριστεί ως μία διαταραχή της ροής της ομιλίας. Αντιπροσωπευτικός είναι ο ορισμός του Van Riper (1982), σύμφωνα με τον οποίο «ο τραυλισμός είναι μία απόκλιση στην πρόσθια ροή της ομιλίας, μία ανικανότητα να διατηρηθούν οι συνδεδεμένοι ρυθμοί ομιλίας». Πλέον, μελετώντας βαθύτερα την διαταραχή, γνωρίζουμε καλά ότι ο τραυλισμός δεν είναι μία απλή διαταραχή της ροής της ομιλίας, αλλά ότι εμπεριέχει και πολλούς άλλους παράγοντες, γλωσσικούς, αναπτυξιακούς, γνωστικούς και περιβαλλοντικούς (Μαλανδράκη, 2012).

Τα δύο επικρατέστερα διαγνωστικά εγχειρίδια, το DSM (Diagnostic and Statistical Manual) και το ICD (International Classification of Diseases) θεωρούν τον τραυλισμό ως διαταραχή του λόγου και της ομιλίας και τον εντάσσουν στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών της επικοινωνίας. Το DSM-V υποστηρίζει ότι ο τραυλισμός (Διαταραχή της ευχέρειας από την παιδική ηλικία-όπως μετονομάστηκε) ορίζεται ως διαταραχές στη φυσιολογική ροή και τη ρυθμική διαμόρφωση της ομιλίας, οι οποίες είναι δυσανάλογες για την ηλικία του ατόμου και τις γλωσσικές ικανότητές του (APA, 2013).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «ο τραυλισμός είναι μία διαταραχή στο ρυθμό ομιλίας, κατά την οποία το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει, αλλά εκείνη τη στιγμή δεν είναι σε θέση να το πει, εξαιτίας μιας ακούσιας επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου» (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006).

Ωστόσο, ο τραυλισμός διαφοροποιείται σημαντικά από τις υπόλοιπες διαταραχές του λόγου και της ομιλίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, μπορεί να εκδηλωθεί τραυλισμός χωρίς να χρησιμοποιούνται τα όργανα παραγωγής λόγου, καθώς μορφές συμπεριφοράς που μοιάζουν με τον τραυλισμό στον προφορικό λόγο έχουν

καταγραφεί και κατά την επικοινωνία κωφών με τη νοηματική γλώσσα (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

Σε κάθε περίπτωση, η διαταραχή στη ροή της ομιλίας φαίνεται να αποτελεί μία μόνο από τις διαστάσεις αυτού του πολυσύνθετου προβλήματος. Το παράδοξο με τον τραυλισμό είναι ότι εκδηλώνεται με μεγαλύτερη ένταση όταν το άτομο επιθυμεί όσο το δυνατόν περισσότερο να το αποφύγει. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι το άτομο τραυλίζει περισσότερο σε εκείνες τις καταστάσεις όπου έχει ισχυρή επιθυμία να τραυλίσει λιγότερο. Για πολλούς ειδικούς, μάλιστα, η συστηματική προσπάθεια αποφυγής του τραυλισμού αποτελεί μία από τις βασικές αιτίες εκδήλωσης και διατήρησής του (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

### 1.3 ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο Charles Van Riper ήταν από τους πρώτους που χρησιμοποίησαν την κατηγοριοποίηση των συμπεριφορών του τραυλισμού σε δύο κύριες ομάδες: α) βασικές ή πρωτεύουσες συμπεριφορές (core behaviors) και β) δευτερεύουσες ή συνοδές συμπεριφορές (secondary behaviors) (Μαλανδράκη, 2012). Αργότερα, προστέθηκε και μία τρίτη ομάδα χαρακτηριστικών: τα συναισθήματα και οι πεποιθήσεις (Guitar, 2006). Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές είναι ακούσιες, καθώς δεν είναι υπό τον έλεγχο του ατόμου που τραυλίζει. Διαφέρουν από τις δευτερεύουσες συμπεριφορές, τις οποίες το άτομο που τραυλίζει αποκτά ως «μαθημένες» αντιδράσεις στις πρωτεύουσες συμπεριφορές.

#### A) Πρωτεύουσες ή Βασικές Συμπεριφορές

Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές χαρακτηρίζονται από λεκτικές μορφές συμπεριφοράς των ατόμων που τραυλίζουν ή αλλιώς από δυσρυθμίες, οι οποίες μπορούν να γίνουν αντιληπτές από τον ακροατή. Η χρονική περίοδος ή στιγμή κατά την οποία εμφανίζονται οι βασικές συμπεριφορές του τραυλισμού ονομάζεται *στιγμή του τραυλισμού* (moment of stuttering) (Μαλανδράκη, 2012). Οι δυσρυθμίες αυτές χωρίζονται σε τρεις κύριες κατηγορίες (Guitar, 2006, Shipley & McAfee, 2013):

- Επαναλήψεις
- Επιμηκύνσεις
- Μπλοκαρίσματα

Οι επαναλήψεις είναι οι συμπεριφορές αυτές, οι οποίες παρατηρούνται με μεγαλύτερη συχνότητα σε παιδιά που μόλις ξεκίνησαν να τραυλίζουν και είναι επαναλήψεις ήχων, συλλαβών ή μονοσύλλαβων λέξεων (Guitar, 2006). Ο ομιλητής προφανώς “κολλάει” σε αυτόν τον ήχο και συνεχίζει να τον επαναλαμβάνει μέχρι να παραχθεί ο ήχος που ακολουθεί. Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, οι επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων ή μέρους λέξεων είναι πιο συχνές από επαναλήψεις πολυσύλλαβων λέξεων. Επιπλέον, παιδιά που τραυλίζουν συχνά επαναλαμβάνουν έναν ήχο ή μία συλλαβή περισσότερο από δύο φορές (Guitar, 2006), για παράδειγμα έ – έ – έ - έφυγε ο μπαμπάς (επανάληψη ήχου) ή το πο – πο – πο - ποδήλατο χάλασε (επανάληψη συλλαβής). Ερευνητικά έχει βρεθεί ότι οι επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων υποχωρούν αισθητά ως την ηλικία των 4 ετών σε περιπτώσεις παιδιών με φυσιολογική δυσρυθμία, δηλαδή με διακοπές στην ομιλία τους που δε συναντώνται σε μεγαλύτερη συχνότητα από το φυσιολογικό. Αν το ποσοστό αυτού του τύπου των επαναλήψεων παραμείνει σταθερό ή εμφανίσει αύξηση ως την ηλικία των 4 ετών, τότε μάλλον πρόκειται για παιδιά που παρουσιάζουν τραυλισμό (Μαλανδράκη, 2012).

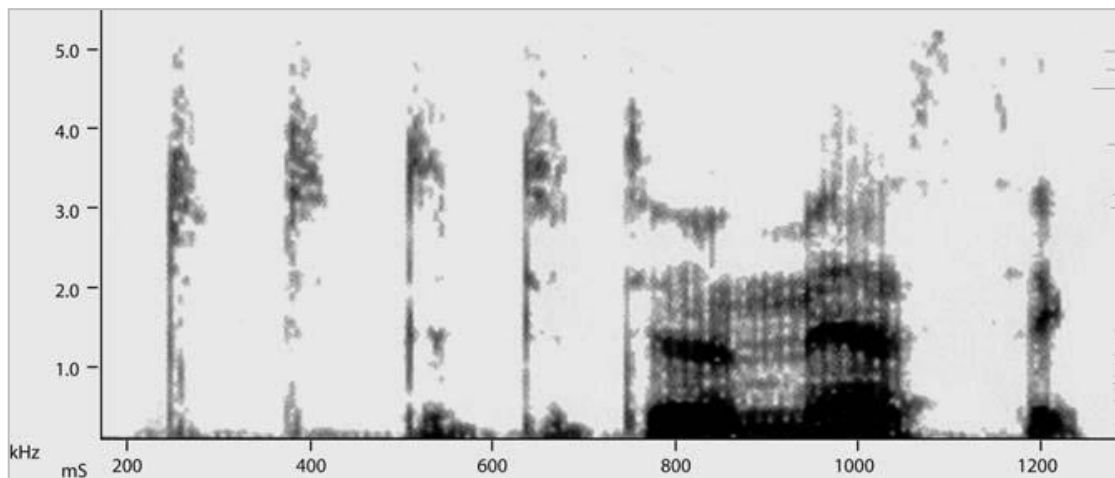
Οι επιμηκύνσεις επίσης παρατηρούνται σε παιδιά στις πρώτες μέρες τραυλισμού. Συνήθως εμφανίζονται μετά τις επαναλήψεις, ωστόσο είναι συχνό το φαινόμενο παρουσίας επαναλήψεων και επιμηκύνσεων στην αρχή του τραυλισμού. Αναφέρεται ο όρος επιμήκυνση για να δηλώσει τις δυσρυθμίες κατά τις οποίες παρατηρείται παράταση ηχηρών και άηχων ήχων και εκπνεόμενου αέρα, ενώ οι αρθρωτές που τους παράγουν παραμένουν στην ίδια θέση (Guitar, 2006). Για παράδειγμα, εάν ένα άτομο παρουσιάσει επιμήκυνση στην αρχή της λέξης «φαγητό», η λέξη θα παραχθεί κάπως έτσι: «φφφφφ φαγητό». Η διάρκεια των επιμηκύνσεων μπορεί να είναι από μισό δευτερόλεπτο ως πολλά δευτερόλεπτα ανάλογα με τη σοβαρότητα του επεισοδίου ή της διαταραχής (Μαλανδράκη, 2012). Όπως και οι επαναλήψεις, η επιμηκύνσεις εμφανίζονται συνήθως στους αρχικούς φθόγγους των λέξεων και σχεδόν ποτέ στους τελικούς (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006).

Εξελικτικά τα μπλοκαρίσματα εμφανίζονται συνήθως τελευταία (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012). Τα μπλοκαρίσματα αναφέρονται στην παράλληλη ακατάλληλη



διακοπή της ροής του εκπνεόμενου αέρα και των αρθρωτικών κινήσεων (Guitar, 2006). Εάν, για παράδειγμα, ένα άτομο παρουσιάσει μπλοκάρισμα στον αρχικό ήχο της λέξης «φαγητό», η λέξη θα παραχθεί με τον εξής τρόπο: «φ.....[παύση] αγητό». Ενδέχεται τα μπλοκαρίσματα να αφορούν οποιοδήποτε σύστημα του μηχανισμού ομιλίας και λόγου, συμπεριλαμβανομένων αναπνευστικών, λαρυγγικών (φωνητικών) ή αρθρωτικών μπλοκαρισμάτων (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012). Ακόμη, υπάρχουν αποδείξεις πως η ακατάλληλη μυϊκή δραστηριότητα στον λάρυγγα να παρουσιάζει περισσότερα μπλοκαρίσματα (Guitar, 2006).

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως, τα άτομα που τραυλίζουν διαφέρουν μεταξύ τους στη συχνότητα του τραυλισμού τους και στη διάρκεια των πρωτευσών συμπεριφορών. Έρευνα υποδεικνύει πως οι δυσρυθμίες εμφανίζονται κατά μέσο όρο σε 10-15% της ομιλίας των ατόμων που τις παρουσιάζουν με εύρος ποσοστού από 5 ως και πάνω από 50% σε πιο σοβαρές περιπτώσεις. Η διάρκειά τους είναι συνήθως 1 δευτερόλεπτο και σπάνια θα ξεπεράσει τα 5 δευτερόλεπτα (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).



**Εικόνα 1.** Φασματογράφημα ενός ατόμου που τραυλίζει λέγοντας την λέξη «domestic». Ο ήχος /d/ επαναλαμβάνεται αρκετές φορές πριν επιτευχθεί ευχέρεια. Η οριζόντια γραμμή αναπαριστά τον χρόνο και η κάθετη γραμμή την συχνότητα.

ΠΗΓΗ: STEMMER B. & WHITAKER H.A. , 2008

## B) Δευτερεύουσες ή Συνοδές Συμπεριφορές

Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές είναι λεκτικές ή μη λεκτικές αντιδράσεις που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια στιγμών τραυλισμού. Αυτά τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του τραυλισμού εμφανίζονται σε γενικές γραμμές συχνότερα στις περιπτώσεις των ενηλίκων και μεγαλύτερων παιδιών και λιγότερο σε παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006).

Χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες, τις *συμπεριφορές διαφυγής* (escape behaviors) και τις *συμπεριφορές αποφυγής* (avoidance behaviors) (Guitar, 2006) και θεωρούνται προσπάθειες του ασθενή να αντιμετωπίσει ή να «καλύψει» τις δυσρυθμίες ή πρωτεύουσες συμπεριφορές του (Μαλανδράκη, 2012). Πρόκειται κυρίως για σωματικές ενέργειες όπως κλείσιμο ματιών, κούνημα κεφαλής κ.ά ή και λεκτικές όπως αντικαταστάσεις λέξεων, εναλλαγές έντασης ή ύψους φωνής κ.ά. (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006, Μαλανδράκη, 2012, APA, 2013).

Οι συμπεριφορές διαφυγής έχουν ως στόχο να «βοηθήσουν» το άτομο να διαφύγει μία στιγμή τραυλισμού, να τερματίσει το τραυλικό επεισόδιο και να ολοκληρώσει τη λέξη ή τη φράση του (Guitar, 2006). Παραδείγματα συμπεριφορών διαφυγής κατά τη διάρκεια τραυλικών επεισοδίων είναι το έντονο κλείσιμο των ματιών, το κούνημα της κεφαλής, η ένταση στους μύες του λαιμού, η εναλλαγή ύψους ή έντασης της φωνής, παρεμβολές επιπρόσθετων ήχων και άλλες παρόμοιες λεκτικές και σωματικές αντιδράσεις (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

Οι συμπεριφορές αποφυγής στοχεύουν στο να αποφύγει το άτομο ένα τραυλικό επεισόδιο και επομένως μία αρνητική εμπειρία (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012). Αυτές οι συμπεριφορές παρατηρούνται ακριβώς πριν την έναρξη μιας δυσρυθμίας, όταν ο ασθενής νιώθει ότι θα τραυλίσει στην επόμενη λέξη ή στον επόμενο ήχο (Μαλανδράκη, 2012). Συμπεριφορές αποφυγής μπορεί να είναι οι αντικαταστάσεις λέξεων (αναθεώρηση), κλείσιμο ματιών ή το γύρισμα της κεφαλής προς μία κατεύθυνση.

Σύμφωνα με τους περισσότερους ειδικούς, το άτομο που τραυλίζει εκδηλώνει αυτές τις μορφές συμπεριφοράς επειδή πιστεύει ότι το διευκολύνουν να αποφύγει τις στιγμές τραυλισμού ή τουλάχιστον να μειώσει τη σοβαρότητά τους (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006). Μέσα από αυτήν την αντίδραση, το άτομο «έμαθε» αυτήν την συμπεριφορά (Μαλανδράκη, 2012). Αν και οι μορφές συμπεριφοράς φαίνονται αποτελεσματικές για την αποφυγή του τραυλισμού, η αποτελεσματικότητά τους είναι

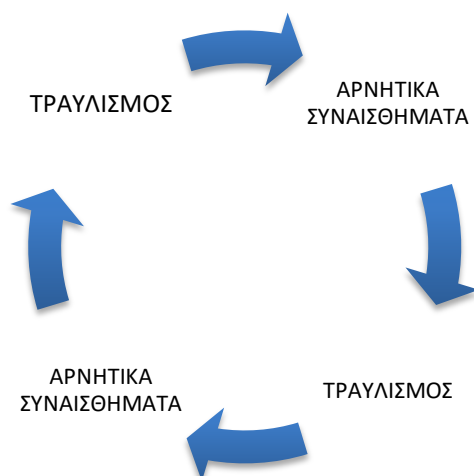
προσωρινή. Ωστόσο, ως ένα βαθμό οι συμπεριφορές αυτές καταδεικνύουν το κατά πόσο το άτομο που τραυλίζει έχει συνειδητοποιήσει ότι κάνει κάτι διαφορετικό όταν μιλάει από τα άλλα άτομα στο περιβάλλον του (Μαλανδράκη, 2012).

### Γ) Συναισθήματα και Πεποιθήσεις

Τα συναισθήματα ενός ατόμου μπορεί εξίσου να είναι μέρος της διαταραχής. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που τραυλίζουν βιώνουν ορισμένα κοινά συναισθήματα ως αντίδραση σε αυτό που τους συμβαίνει (Μαλανδράκη, 2012).

Αρχικά, πολλά άτομα που τραυλίζουν τείνουν να είναι συνεσταλμένα και να αποφεύγουν κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες αναμένουν ότι ίσως χλευαστούν για τα συμπτώματά τους (Μαλανδράκη, 2012). Ακόμη, ένα άτομο όχι μόνο βιώνει συναισθήματα απογοήτευσης και ντροπής αλλά και φόβο μήπως τραυλίσει ξανά (Guitar, 2006). Το αίσθημα της ενοχής έχει επίσης αναφερθεί από διάφορους μελετητές ως κύριο χαρακτηριστικό αίσθημα ατόμων που τραυλίζουν, καθώς δεν μπορούν να βοηθήσουν τον εαυτό τους (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

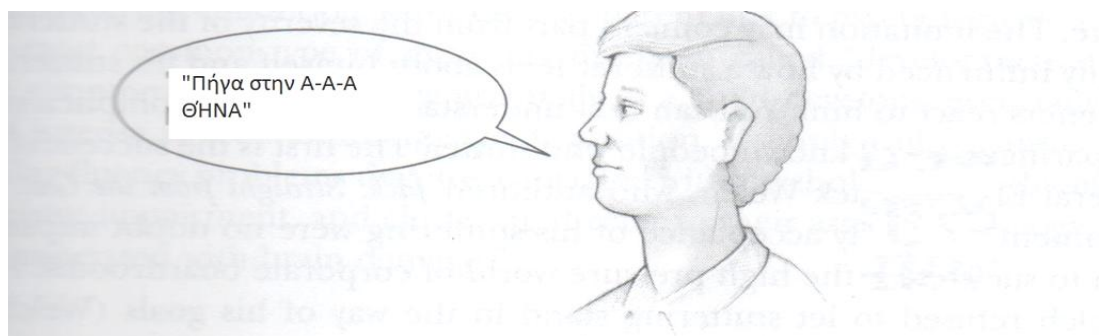
Αν και αυτά τα συναισθήματα που βιώνει κάθε άτομο είναι συνήθως αποτελέσματα των δυσρυθμιών, είναι λογικό στη συνέχεια να λειτουργούν και ως παράγοντες επιβάρυνσης και μάλιστα να δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο (Μαλανδράκη, 2012). Αυτό συμβαίνει καθώς όταν ένα άτομο παρουσιάσει έντονες δυσρυθμίες, είναι λογικό να νιώσει αμηχανία, απογοήτευση ή και θυμό, με αποτέλεσμα την αύξηση του άγχους και ενδεχομένως την σοβαρότητα των δυσρυθμιών (Μαλανδράκη, 2012).



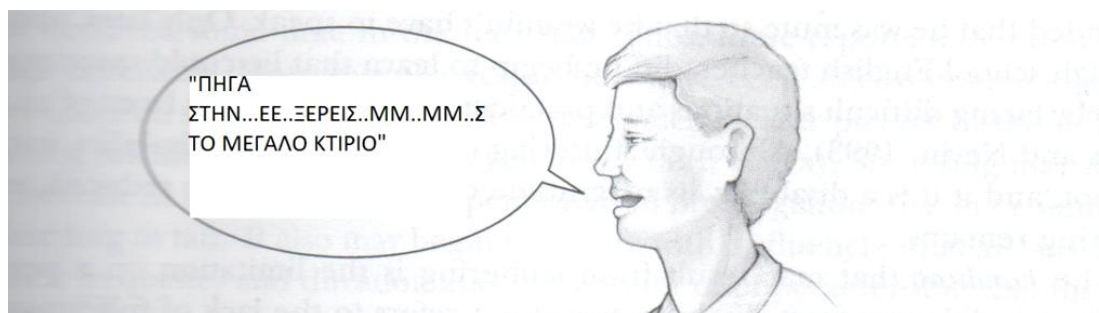
**Εικόνα 2. Φαύλος κύκλος τραυλισμού και αρνητικών συναισθημάτων**

Άτομα που τραυλίζουν μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως οι έφηβοι και οι ενήλικες, έχουν συνήθως αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους (Guitar, 2006). Έτσι, μπορεί να πιστεύουν ότι ο λόγος τους είναι προβληματικός, θεωρώντας επίσης ότι είναι χαζοί ή νευρικοί (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012). Συχνά, κάποιοι ασπάζονται τις πεποιθήσεις του ατόμου που τραυλίζει. Μελέτες έχουν δείξει ότι, οι περισσότεροι άνθρωποι, ακόμη παιδαγωγοί και λογοθεραπευτές, παρουσιάζουν αυτά τα άτομα ως αγχώδη, ανασφαλή και νευρικά (Guitar, 2006). Αυτά τα στερεότυπα μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν τον εαυτό τους, και το να αλλάξεις τις αρνητικές αντιλήψεις τους είναι σημαντικός στόχος μιας θεραπείας.

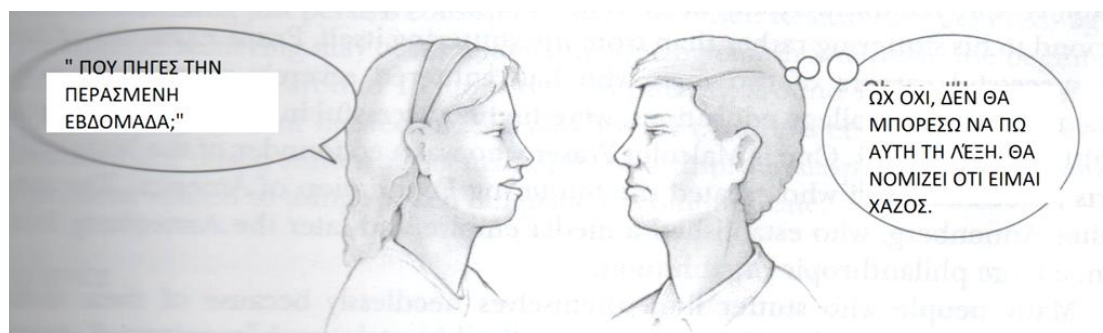
### **ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**



### **ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**



## ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ



**Εικόνα 3. Βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού: πρωτεύουσες συμπεριφορές, δευτερεύουσες συμπεριφορές, συναισθήματα και πεποιθήσεις.**

### 1.4 ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Η έννοια της έναρξης του τραυλισμού ως ένα συγκεκριμένο γεγονός υπήρξε αμφιλεγόμενη για πολλές δεκαετίες (Μαλανδράκη, 2012). Πληροφορίες για την έναρξη του τραυλισμού συγκεντρώθηκαν αρχικά από ανεπαρκή ερωτηματολόγια γονέων, τα οποία όμως συμπληρώθηκαν αρκετά χρόνια μετά την έναρξη των συμπτωμάτων των παιδιών τους (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012). Με τα χρόνια, οι έρευνες στρέφονται περισσότερο σε παιδιά, με αποτέλεσμα να υπάρχουν στοιχεία που φανερώνουν πως *αν και σε ορισμένα παιδιά η έναρξη του τραυλισμού είναι όντως σταδιακή και περιλαμβάνει απλές και «εύκολες» δυσρυθμίες, σε άλλα παιδιά η έναρξη είναι ξαφνική, συμβαίνει ακόμη και πριν την ηλικία των 3 ετών και δε συνοδεύεται πάντα από ήπια συμπτώματα* (Μαλανδράκη, 2012).

Ο τραυλισμός μπορεί να ξεκινήσει με σταδιακή αύξηση της έντασης και της συχνότητας των ήπιων δυσρυθμιών, δηλαδή των επαναλήψεων και των επιμηκύνσεων, κοινό γνώρισμα για παιδιά που ξεκινούν να μιλούν. Σε άλλες περιπτώσεις, όμως, ενδέχεται να ξεκινήσει ξαφνικά (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

Επιπλέον, η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να είναι συνεχόμενη, δηλαδή το παιδί αφού έχει ξεκινήσει να παρουσιάζει συμπτώματα, συνεχίζει σε καθημερινή

βάση να τα εμφανίζει. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, κατά τις οποίες τα συμπτώματα επανέρχονται σποραδικά, με το να εμφανίζονται για λίγες μέρες ή εβδομάδες, να εξαφανίζονται για κάποιο διάστημα και έπειτα να παρουσιάζονται πάλι (Guitar, 2006).

Αν και η έναρξη του τραυλισμού μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε ηλικία από 18 μηνών έως 12 ετών, πιο συχνό φαινόμενο είναι η εμφάνιση στην ηλικία μεταξύ 2 και 7 ετών (Guitar, 2006, APA, 2013). Μάλιστα, πολύχρονες έρευνες από την επιστημονική ομάδα του Yairi έδειξαν ότι περίπου το 80% των παιδιών που παρουσιάζουν τραυλισμό έχουν έναρξη συμπτωμάτων μεταξύ 24 και 42 μηνών (Μαλανδράκη, 2012). Ο τραυλισμός όμως, στις περισσότερες περιπτώσεις, συμπίπτει με την περίοδο ραγδαίας ανάπτυξης του προφορικού λόγου.

## 1.5 ΕΠΙΠΟΛΑΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η εξάπλωση (επιπολασμός) του τραυλισμού, δηλαδή τα πόσα άτομα τη στιγμή της κάθε μελέτης παρουσιάζουν συμπτώματα (Howell, 2011), είναι από όλες τις ηλικιακές ομάδες και κυμαίνεται περίπου στο 1% του πληθυσμού (Guitar, 2006). Σύμφωνα με ευρήματα βασισμένα σε διαγνωστικά τεστ, διαπιστώθηκε ότι κατά την προσχολική ηλικία το ποσοστό εμφάνισης του τραυλισμού αγγίζει το 2,43%, ενώ στους ενήλικες, το ποσοστό εμφάνισης είναι μικρότερο του 1% (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

### A) Συχνότητα εκδήλωσης

Η συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού, που αφορά στο πόσα άτομα παρουσίασαν συμπτώματα δυσρυθμιών κάποια στιγμή στη ζωή τους, ακόμη κι αν τώρα έχουν φυσιολογική ροή, κυμαίνεται από 5 ως 15% με πιο συχνή έναρξη των συμπτωμάτων στην προσχολική ηλικία. Ακόμη, η διαφορά μεταξύ της συχνότητας (5%) και της εξάπλωσης (1%) δείχνει πως οι περισσότεροι άνθρωποι που τραύλισαν οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους έχουν «αναρρώσει». Παλαιότερες μελέτες ανέφεραν ποσοστά «ανάρρωσης» από 20 έως 80% (Guitar, 2006). Ανεξάρτητα από το ποιο είναι το ακριβές ποσοστό, είναι πλέον κοινώς αποδεκτό ότι ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών

προσχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν δυσρυθμίες στην ομιλία τους, θα τις ξεπεράσουν ακόμη και χωρίς καμία θεραπευτική παρέμβαση (Μαλανδράκη, 2012).

Ορισμένοι ερευνητές διερεύνησαν τη συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού σε άτομα που έχουν λάβει και άλλες διαγνώσεις. Έχουν αναφερθεί συμπτώματα σε περιστατικά με νοητική υστέρηση και με Σύνδρομο Down, όπου το ποσοστό εκδήλωσης δυσρυθμιών ανέρχεται στο 3% και 7-60% αντίστοιχα (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006, Μαλανδράκη, 2012). Σύμφωνα με μία μελέτη μέχρι και 63% παιδιών σχολικής ηλικίας που τραυλίζουν μπορεί να παρουσιάζουν διαταραχή λόγου ή ομιλίας, με τις διαταραχές άρθρωσης να υπερσχύουν με ποσοστό 12% και οι φωνολογικές με ποσοστό 32%. Άλλες έρευνες έχουν αναφέρει μεγαλύτερα ποσοστά τραυλισμού 20% σε παιδιά με γλωσσικές διαταραχές και 38% σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες (Μαλανδράκη, 2012).

Είναι επίσης σημαντικό να τονιστεί πως ο τραυλισμός δεν κάνει διακρίσεις και έτσι άτομα από όλες τις φυλές, από διαφορετικές εθνικότητες και από διάφορα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα μπορούν να παρουσιάσουν συμπτώματα. Κάποιοι μελετητές, όμως, υποστηρίζουν ότι χρειάζονται περισσότερες έρευνες πριν βγάλουν σίγουρα συμπεράσματα (Μαλανδράκη, 2012). Επιπλέον, έχουν γίνει μελέτες όσον αφορά τη συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε δίγλωσσα ή πολύγλωσσα άτομα, διαπιστώνοντας ότι παρουσιάζουν συχνότερα τραυλισμό σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (περίπου 1% παραπάνω) (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

## B) Φύλο

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες επιβάρυνσης για τη διάγνωση του τραυλισμού και ο λόγος είναι η αριθμητική υπεροχή αρρένων που τραυλίζουν (Μαλανδράκη, 2012). Η διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων δεν είναι όμως εμφανής από την προσχολική ηλικία, κατά την οποία η αναλογία αγοριών-κοριτσιών είναι 1:1 (Guitar, 2006, Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006, Ward, 2006). Η αναλογία αυτή διαφοροποιείται σε μεγαλύτερη ηλικία, όπου κυμαίνεται από 3:1 σε βάρος των αγοριών σε ηλικία 6-7 ετών και 5:1 σε εφήβους ηλικίας 12-13 ετών (Guitar, 2006, Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006). Ορισμένοι ερευνητές αποδίδουν τη διαφορά αυτή στο γεγονός ότι τα αγόρια ενδέχεται να είναι πιο ευάλωτοι στην

εκδήλωση του τραυλισμού σε ηλικία 5-6 ετών. Ωστόσο, πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι τα κορίτσια αρχίζουν να παρουσιάζουν συμπτώματα πιο νωρίς, αλλά έχουν γρηγορότερη και συχνότερη ανάρρωση από τα αγόρια (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012, Van Riper & Erickson, 1996).

## 1.6 Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Η δυσρυθμική ομιλία που μπορεί να παρουσιάζει ένα παιδί συνήθως θα πάρει μία από τρεις πιθανές πορείες ή εξελίξεις. Ένα παιδί που εμφανίζει δυσρυθμίες μπορεί να έχει πρόωμη ανάρρωση, που σημαίνει ότι θα αναρρώσει μέσα στους πρώτους 18 μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Εναλλακτικά, μπορεί να έχει καθυστερημένη ανάρρωση, δηλαδή να αναρρώσει μέσα σε 18-36 μήνες ή να συνεχίσει να τραυλίζει και μετά τους 36 μήνες και έτσι ο τραυλισμός να ονομάζεται πλέον επίμονος ή χρόνιος (Μαλανδράκη, 2012).

Έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες για την ερμηνεία της εξέλιξης του τραυλισμού από απλές επαναλήψεις, σε επιμηκύνσεις ήχων και παύσεις, οι οποίες συνήθως συνοδεύονται τόσο από μυϊκή όσο και από ψυχολογική ένταση. Σύμφωνα με τον Starkweather (1987), το παιδί στην προσπάθειά του να μιλήσει με μεγαλύτερη ευχέρεια, καταβάλλει μεγαλύτερη μυϊκή προσπάθεια η οποία οδηγεί στα σοβαρότερα συμπτώματα του τραυλισμού (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006). Κατά την μελέτη της αναπτυξιακής πορείας του τραυλισμού και των πιθανών μορφών που μπορεί να πάρει καθώς το παιδί μεγαλώνει, ορισμένοι ερευνητές περιέγραψαν συγκεκριμένες φάσεις. Μία από τις πρώτες προσπάθειες είναι αυτή του Bluemel (1957) ο οποίος διαχώρισε τα χαρακτηριστικά σε πρωτογενή όπου εκδηλώνονται επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων και σε δευτερογενή, όπου εκδηλώνονται τα σοβαρότερα συμπτώματα του τραυλισμού, συνοδευόμενα από ένταση και τάσεις αποφυγής (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006).

Δύο άλλες θεωρίες είναι αυτές που διατυπώθηκαν από τον Van Riper (1982) και Bloodstein (1960), οι οποίοι ασχολήθηκαν εκτενώς με την αναπτυξιακή πορεία του τραυλισμού. Ο Bloodstein προτείνει τέσσερις αναπτυξιακές φάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά του τραυλισμού από την προσχολική ηλικία ως την



ενηλικίωση. Τονίζει, βέβαια ότι παρόλο που η έναρξη των συμπτωμάτων δεν είναι συνειδητή από το παιδί, κάποια παιδιά παρουσιάζουν αυξημένη ένταση και προσπάθεια στο τραυλισμό τους προκειμένου να παράγουν εύκολα ομιλία. Σύμφωνα με τους δύο μελετητές, δεν φτάνουν όλα τα άτομα με τραυλισμό στην τέταρτη φάση καθώς τα συμπτώματα του τραυλισμού που παρουσιάζουν ορισμένοι ενήλικες ενδέχεται να είναι αυτά της δεύτερης ή τρίτης φάσης (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006). Οι τέσσερις φάσεις που προτείνονται είναι οι εξής:

#### A) Πρώτη φάση (προσχολική ηλικία)

Ο τραυλισμός εκδηλώνεται περιστασιακά, δηλαδή για μερικές μέρες ή εβδομάδες. Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης υπάρχει αυτόματη υποχώρηση των συμπτωμάτων. Το παιδί παρουσιάζει δυσρυθμίες περισσότερο όταν είναι ενθουσιασμένο ή απογοητευμένο ή όταν βρίσκεται σε συνθήκες επικοινωνιακής πίεσης. Το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι οι επαναλήψεις αν και σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζονται και άλλα συμπτώματα. Σε αυτήν την φάση, τα περισσότερα παιδιά δεν φαίνεται να αντιλαμβάνονται δυσκολίες στη ροή του λόγου τους, ωστόσο αυτή η διαπίστωση δεν αφορά στο σύνολο των παιδιών

.

#### B) Δεύτερη φάση (σχολική ηλικία)

Σε αυτήν την φάση ο τραυλισμός είναι σταθερός και εκδηλώνεται συχνά σε ποικίλες καταστάσεις. Το παιδί πλέον έχει συναίσθηση του προβλήματός του στην ομιλία, ωστόσο δεν αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες στην καθημερινότητά του και δεν προσπαθεί να αναπτύξει τεχνικές αποφυγής. Η σοβαρότητα του τραυλισμού αυξάνεται σε καταστάσεις ενθουσιασμού ή αναστάτωσης καθώς και όταν μιλά πολύ γρήγορα.

#### Γ) Τρίτη φάση (προεφηβική και εφηβική ηλικία)

Η σοβαρότητα του τραυλισμού αυξάνεται σε καταστάσεις όπως τη συνομιλία με αγνώστους, κατά τις τηλεφωνικές ομιλίες και άλλες παρόμοιες καταστάσεις. Το

άτομο γνωρίζει τα συμπτώματα της διαταραχής και προσπαθεί να αποφεύγει περιστασιακά την εκφορά ορισμένων φθόγγων ή λέξεων που εκφέρονται δυσκολότερα από κάποιους άλλους φθόγγους ή λέξεις. Οι τεχνικές αυτές εμφανίζονται κυρίως όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση έντονου άγχους και πίεσης.

#### Δ) Τέταρτη φάση (ενηλικίωση)

Σε αυτήν την φάση, το άτομο γνωρίζει τις στιγμές κατά τις οποίες θα τραυλίσει, αποφεύγοντας έτσι συστηματικά ήχους και λέξεις που πιστεύει ότι τον δυσκολεύουν. Τα άτομα διακατέχεται από φόβο και ντροπή, με αποτέλεσμα να αποφεύγει να εμπλέκεται σε καταστάσεις στις οποίες είναι υποχρεωμένο να μιλήσει και έτσι να αποξενώνεται από το κοινωνικό σύνολο (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006).

### 1.7 Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο προβληματισμός για την αιτιολογία του τραυλισμού έχει ιστορία πολλών χρόνων. Οι απόψεις που έχουν ειπωθεί προσεγγίζουν τόσο την Ιατρική, την Ψυχολογία, την Ψυχιατρική, την Θεολογία και την Φιλοσοφία ώστε να ερμηνεύσουν την αιτιολογία της διαταραχής καθώς και κάθε αποκλίνουσα συμπεριφορά. Παρά τις εκτεταμένες μελέτες, σήμερα ακόμη δεν ξέρουμε τι ακριβώς προκαλεί τον τραυλισμό. Πολλοί ερευνητές συμφωνούν ότι κανείς δε μπορεί με βεβαιότητα να εκφράσει ούτε την αιτία του φαινομένου αυτού, αλλά ούτε και το πώς θα το θεραπεύσει πιο αποτελεσματικά (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

Έχοντας μελετήσει το φαινόμενο του τραυλισμού, οι ερευνητές θεωρούν ότι ο τραυλισμός δεν οφείλεται σε έναν μόνο παράγοντα, αλλά ότι ένας συνδυασμός παραγόντων είναι απαραίτητος για να «γεννηθεί» η διαταραχή (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012). Οι πιο αποδεκτοί και γνωστοί παράγοντες που έχουν εμπλακεί στη γένεση και την εξέλιξη της διαταραχής είναι οι παρακάτω:

#### A) Γενετικοί – Κληρονομικοί παράγοντες

Η ενδεχόμενη επίδραση κληρονομικών παραγόντων στην εκδήλωση του τραυλισμού έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές. Ο προβληματισμός αυτός ενισχύθηκε από έρευνες οικογενειακού ιστορικού, σύμφωνα με τα οποία η πιθανότητα εκδήλωσης σε συγγενείς πρώτου βαθμού που τραυλίζουν είναι τριπλάσια σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006, Ward, 2006, APA, 2013). Παρόλο που τα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν ότι υπάρχει προδιάθεση κληρονομικότητας, ωστόσο έχει διαπιστωθεί ότι ο βαθμός σοβαρότητας του τραυλισμού δε σχετίζεται με κληρονομικούς παράγοντες. Επίσης, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η πιθανότητα αυτόματης υποχώρησης ή εδραίωσης του τραυλισμού, έχουν για κάποιους ασθενείς γενετικό υπόβαθρο. Επιπλέον, σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε πληθυσμό διδύμων, έχει διαπιστωθεί ότι όταν δύο δίδυμα παιδιά είναι μονοζυγωτικά, η πιθανότητα να εκδηλώνουν τραυλισμό είναι μεγαλύτερη καθώς έχουν ακριβώς τα ίδια γονίδια, σε σύγκριση με το όταν είναι διζυγωτικά τα οποία έχουν ποσοστό 25% των γονιδίων τους που είναι ίδια (Guítar, 2006, Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

Πολλοί ερευνητές ψάχνουν το γονίδιο (ή τα γονίδια) όπου προδιαθέτει ένα παιδί να εμφανίσει τραυλισμό. Τα τελευταία χρόνια με την εξέλιξη της γενετικής, έγιναν εξεζητημένες αναλύσεις DNA, οι οποίες όμως βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν αλυσίδες του χρωμοσώματος 12 σε οικογένειες και μεμονωμένα άτομα από το Πακιστάν, τις Η.Π.Α και την Αγγλία που τραύλιζαν, καθώς και μία ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μεταλλάξεις σε τρία γονίδια του χρωμοσώματος 12 (στα γονίδια GNPTAB, GNPTG, NAGPA) ήταν πολύ συχνότερα σε άτομα και οικογένειες που τραύλιζαν. Συγκεκριμένα 6% των ατόμων που τραύλιζαν εμφάνιζαν μία από αυτές τις μεταλλάξεις και μόνο 0,05% των ατόμων της ομάδας ελέγχου. Το ακόμη πιο ενδιαφέρον είναι ότι τα γονίδια αυτά είναι γνωστά για το ρόλο τους στο μεταβολισμό πρωτεϊνών και θρεπτικών ουσιών και έχουν συνδεθεί με μεταβολικά σύνδρομα και ασθένειες (Μαλανδράκη, 2012).

## B) Νευρογενείς παράγοντες

Μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα που τραυλίζουν, κυρίως ενήλικες αλλά και παιδιά, έχουν ορισμένες ήπιες εγκεφαλικές διαφορές από άτομα με φυσιολογική ροή. Ανατομικές διαφορές έχουν βρεθεί σε περιοχές γύρω από την πλάγια σχισμή/αύλακα, δηλαδή πολύ κοντά στα γνωστά κέντρα λόγου (έκφρασης και κατανόησης), αν και όχι σε αυτά, αλλά και στο μέγεθος ινών λευκής ουσίας, με κύριο το μεσολόβιο. Πολλές από αυτές τις νευροαπεικονιστικές έρευνες υποδεικνύουν μικρές αλλά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη δραστηριότητα των εγκεφάλων ατόμων με φυσιολογική ροή και ατόμων που τραυλίζουν. Για παράδειγμα, άτομα που τραυλίζουν και δεν έχουν ξεκινήσει ακόμη θεραπεία, φέρεται να έχουν έντονη εγκεφαλική δραστηριότητα σε περιοχές αισθητικοκινητικού συντονισμού του αριστερού ημισφαιρίου και υπερ-δραστηριότητα στις ανάλογες περιοχές του δεξιού ημισφαιρίου. Μετά από την θεραπεία, η δραστηριότητα αυτή τείνει να ισορροπείται στα δύο ημισφαίρια (Μαλανδράκη, 2012). Ωστόσο, αυτές οι μελέτες συνήθως συμπεριλαμβάνουν μικρό αριθμό δείγματος και είναι δύσκολο να διαφωτίσουν πιθανά αίτια του φαινομένου.

## Γ) Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Η αντίληψη που επικρατεί για την αιτιολογία του τραυλισμού είναι ότι πρόκειται για μία ψυχογενή διαταραχή που προκαλείται από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (Μαλανδράκη, 2012). Όμως, σύμφωνα με μελέτες, η αντίληψη αυτή δεν μπορεί να είναι απόλυτη αλήθεια. Παρόλα αυτά είναι κάποια στοιχεία που υποδεικνύουν ένα είδος αλήθειας.

Τα περισσότερα παιδιά παρουσιάζουν συμπτώματα κατά την περίοδο έντονης ανάπτυξης της ομιλίας και λόγου (2-5 ετών) κατά τη διάρκεια της οποίας μπορεί να παρουσιάζουν ορισμένες επαναλήψεις στην ομιλία τους. Η περίοδος αυτή μπορεί να είναι στρεσογόνο για ένα παιδί, καθώς οι απαιτήσεις από το περιβάλλον είναι αυξημένες. Ωστόσο σε κάποια παιδιά τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν, σε κάποια άλλα όμως θα συνεχίσουν να υπάρχουν, με αποτέλεσμα τις αντιδράσεις από το περιβάλλον και ταυτόχρονα άγχος και πιο έντονες δυσρυθμίες από το παιδί (Μαλανδράκη, 2012). Αυτή η εξήγηση δεν αιτιολογεί τη «γέννηση» του τραυλισμού

ως ψυχογενή διαταραχή, αλλά σίγουρα κάποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην πυροδότηση της έναρξης των συμπτωμάτων και στην εξέλιξη της διαταραχής.

---

**Σύμφωνα με τον Yairi (2004) « γενετικοί παράγοντες είναι απαραίτητοι, αλλά όχι αρκετοί για να προκαλέσουν τραυλισμό. Πολύπλοκοι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να είναι εμπλεκόμενοι, καθώς και παράμετροι λόγου, γλώσσας, κινητικότητας και προσωπικότητας.» (Μαλανδράκη, 2012)**

---

#### Δ) Συναισθηματικοί παράγοντες

Η σχέση μεταξύ συναισθήματος και τραυλισμού μπορεί να ποικίλει για κάθε άτομο. Για κάποιους, τα συναισθήματα μπορούν να είναι ένας σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας όπου δίνουν το έναυσμα για την έναρξη του τραυλισμού, κάνοντας την «ανάρρωση» πιο δύσκολη. Για άλλους, παρόλο που τα έντονα συναισθήματα μπορούν να αλλάξουν τα συμπτώματα προς το καλύτερο ή προς το χειρότερο, ίσως να μην είναι ο κύριος παράγοντας για την αιτία του φαινομένου. Όμως, το να βιώνεις τον τραυλισμό δημιουργεί συναισθήματα, όπως απογοήτευση, άγχος και θυμό.

Ακόμη, πολλοί μελετητές, για να κατανοήσουμε την φύση της διαταραχής, θεώρησαν σημαντικό ότι πρέπει να λάβουμε υπόψη την προσωπικότητα του ατόμου. Για παράδειγμα, μία αντιδραστική συμπεριφορά μπορεί να αυξήσει την ένταση που νιώθει το άτομο όταν εμφανίζει συμπτώματα, με αποτέλεσμα οι δυσρυθμίες να γίνουν πιο έντονες και έτσι να δημιουργείται ο φαύλος κύκλος των αρνητικών συναισθημάτων.

Πολλές από τις μελέτες που έχουν γίνει πάνω στο κομμάτι των συναισθημάτων υποδηλώνουν ότι πρώτον, στα άτομα που τραυλίζουν ο προγραμματισμός και η παραγωγή του λόγου εντοπίζονται στις περιοχές του δεξιού ημισφαιρίου όπως στις περιοχές Broca και Wernicke. Δεύτερον, τα συναισθήματα που βρίσκονται στο δεξί ημισφαίριο είναι αυτά που σχετίζονται με τον φόβο, την αποφυγή και τη σύλληψη της επαναλαμβανόμενης συμπεριφοράς. Τρίτον, επειδή τα δυνατά συναισθήματα τείνουν να κυριαρχούν στις νευρολογικές διαδικασίες των γύρω περιοχών, αυτά τα συναισθήματα ίσως παρεμποδίζουν τη διαδικασία της επικείμενης ομιλίας αναλογικά

με το πως επηρεάζουν την όλη συμπεριφορά (συμπεριφορές αποφυγής) (Guitar, 2006).

## 1.8 ΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα στον τραυλισμό είναι η εμπλοκή άλλων συστημάτων παραγωγής λόγου στη γένεση και στην αιτιολογία της διαταραχής. Έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί προκειμένου να εντοπιστούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των λέξεων, στις οποίες είναι πιθανότερο να πραγματοποιηθεί τραυλισμός.

Δεδομένα που έχουν συγκεντρωθεί κατά καιρούς από ποικίλες έρευνες φανερώνουν δύο βασικά ευρήματα. Πρώτον, *οι δυσρυθμίες ατόμων που τραυλίζουν τείνουν να παρουσιάζονται συχνότερα σε συγκεκριμένες θέσεις και γλωσσικές μονάδες μέσα στην πρόταση και λέξη*. Δεύτερον, *παιδιά με τραυλισμό παρουσιάζουν ορισμένες καθυστερήσεις φωνολογικής και γλωσσικής ανάπτυξης και μειωμένες λεξιλογικές ικανότητες σε μεγαλύτερο ποσοστό από παιδιά χωρίς τραυλισμό* (Μαλανδράκη, 2012). Μελετώντας αυτά τα ευρήματα, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως οι δυσρυθμίες παρουσιάζονται πιο συχνά στις αρχικές λέξεις μίας πρότασης αλλά και στις αρχικές συλλαβές μίας λέξης. Ακόμη, ο τραυλισμός φαίνεται να εκδηλώνεται σε προτάσεις που είναι μεγάλες σε μήκος και πιο περίπλοκες γραμματικά. Συνδέεται επίσης με λέξεις που ξεκινούν με σύμφωνο, σε σχέση με λέξεις που ξεκινούν με φωνήεντα. Μία πιθανή ερμηνεία αυτού του φαινομένου είναι ότι η άρθρωση των συμφώνων απαιτεί μεγαλύτερη μυϊκή ένταση από αυτή των φωνηέντων και επομένως ενδέχεται τα άτομα που τραυλίζουν να θεωρούν ότι τα σύμφωνα είναι πιο δύσκολα στην εκφορά τους από τα φωνήεντα (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006).

Σε σχέση με το δεύτερο εύρημα, ορισμένοι μελετητές υποστηρίζουν ότι παιδιά που τραυλίζουν δεν διαφέρουν γλωσσικά από παιδιά του γενικού πληθυσμού. Όμως, εκτεταμένες μελέτες δείχνουν περισσότερα φωνολογικά λάθη, μειωμένες εκφραστικές ικανότητες, μειωμένο λεξιλόγιο (έκφρασης και κατανόησης) και μειωμένο Μέσο Μήκος Εκφοράς σε παιδιά με τραυλισμό. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι περίπου το 30-40% παιδιών που τραυλίζουν έχουν και φωνολογικά/αρθρωτικά προβλήματα σε σχέση με το 2-6% του γενικού πληθυσμού (Μαλανδράκη, 2012).

Αυτή η σχέση του λόγου και του τραυλισμού δεν είναι απόλυτα ακριβής και ακόμη ερευνάται. Είναι όμως πιθανό να επιδεινώνουν τα προβλήματα στη ροή, καθώς οι δυσκολίες στην καταληπτότητα του λόγου και της ομιλίας που προκαλούν μπορεί να αυξάνουν την ευαισθησία του παιδιού σε σχέση με την ομιλία του (Μαλανδράκη, 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

### 2.1 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΡΟΗΣ

Η έννοια της ροής περιλαμβάνει πολλά επιμέρους χαρακτηριστικά και στοιχεία. Γι' αυτό ακριβώς, διακοπές στη ροή της ομιλίας ή δυσρυθμίες μπορούν να υπάρξουν για ποικίλους λόγους και κάτω από διάφορες συνθήκες. Επομένως, οφείλουμε να γνωρίζουμε τα άλλα είδη διαταραχών ροής, ώστε να μπορούμε να κάνουμε σωστή διαφοροδιάγνωση. Η διαφορική διάγνωση είναι ένα σημαντικό στοιχείο για την αξιολόγηση της ροής (Ramig και Dodge, 2010). Έτσι, το να γνωρίζει ο κλινικός σε βάθος και εύρος τη διαταραχή με την οποία ασχολείται, είναι το πιο σημαντικό «όπλο» του.

Οι πιο συχνές διαταραχές ροής είναι ο εξελικτικός τραυλισμός, ο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός, ο νευρογενής επίκτητος τραυλισμός και το λεγόμενο «cluttering». Ο Van Riper (1982) ισχυρίζεται ότι υπάρχει και ο κρυφός τραυλισμός, ο οποίος αναφέρεται στην επανεμφάνιση εξελικτικού τραυλισμού στην ενήλικη ζωή, χωρίς να υπάρχει κάποια νευρολογική αιτία, καθότι δεν είχε ίσως διαγνωσθεί σε μικρή ηλικία (Ward, 2006). Η γνώση των χαρακτηριστικών τους είναι πολύτιμη για κάθε κλινικό καθώς η σωστή διαφοροδιάγνωση και διάγνωση θα υπαγορεύσει και την ανάλογη θεραπευτική προσέγγιση. Τα είδη των διαταραχών αναλύονται παρακάτω.

#### A) Εξελικτικός τραυλισμός

Ο εξελικτικός τραυλισμός εμφανίζεται κατά την ανάπτυξη του παιδιού, ο οποίος όταν εμμένει για περισσότερα από τρία χρόνια τότε ονομάζεται επίμονος ή χρόνιος (Μαλανδράκη, 2012). Πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση του οφείλει να περιλαμβάνει όλους τους παράγοντες που εμπλέκονται σε αυτό. Σύμφωνα με τους Yairi και Seery (2011), τέτοιοι παράγοντες είναι:



- τα εμφανή χαρακτηριστικά της ομιλίας, δηλαδή οι πρωτεύουσες συμπεριφορές ( επαναλήψεις, επιμηκύνσεις, παύσεις),
- οι σωματικές σύνοδες συμπεριφορές, δηλαδή οι δευτερεύουσες συμπεριφορές (όπως κινήσεις κεφαλής ή λαιμού, κλείσιμο ματιών),
- η φυσιολογική/σωματική δραστηριότητα (όπως δερματικές αντιδράσεις ή αλλαγές στην κυκλοφορία του αίματος),
- οι συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή συναισθήματα και φοβίες που σχετίζονται με τις πρωτεύουσες συμπεριφορές,
- οι γνωστικές διαδικασίες, δηλαδή η γνωστική προετοιμασία και η διαδικασία σχηματισμού εκφοράς των γλωσσικών δομών,
- η κοινωνική δυναμική, δηλαδή οι κοινωνικές διαδικασίες απομόνωση.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ουσιαστικά μόνο ο πρώτος παράγοντας είναι απαραίτητος για τη διάγνωση της διαταραχής, ωστόσο και οι υπόλοιποι παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση και εξέλιξη του φαινομένου και δεν πρέπει να παραβλέπονται (Μαλανδράκη, 2012).

## B) Νευρογενής επίκτητος τραυλισμός (NET)

Ο νευρογενής επίκτητος τραυλισμός οφείλεται σε επίκτητη νευρολογική ασθένεια ή βλάβη που μπορεί να προέλθει από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, χρήση ορισμένων φαρμάκων ή πιο σπάνια από γεροντική άνοια και παρκινσονισμό (Guitar, 2006, Hegde, 2008, Μαλανδράκη, 2012). Οι δυσρυθμίες εμφανίζονται συχνά σε λέξεις που ξεκινούν με σύμφωνα καθώς και με φωνήεντα και εμφανίζεται εξίσου σε λέξεις περιεχομένου και σε λειτουργικές λέξεις. Σύγχρονες απόψεις υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα στη ροή της ομιλίας ασθενών με νευρογενή τραυλισμό είναι ανάλογα της εγκεφαλικής βλάβης που τα προκάλεσε. Για παράδειγμα ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο τείνουν να παρουσιάζουν συχνότερα επαναλήψεις ήχων, συλλαβών και φράσεων και λιγότερο συχνά επιμηκύνσεις και μπλοκαρίσματα. Ακόμη, σε άτομα με NET μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση, το κυρίαρχο τραυλικό σύμπτωμα φαίνεται να είναι οι επαναλήψεις, όμως σε αυτά τα άτομα οι επαναλήψεις τείνουν να είναι απότομες, συνοδευόμενες από ακανόνιστο ρυθμό και ανά στιγμές από ακατάληπτη ομιλία.

Αντίθετα, σε ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη στα βασικά γάγγλια έχει παρατηρηθεί η εκδήλωση μπλοκαρισμάτων και η συχνή εμφάνιση δυσρυθμιών σε αρχική θέση λέξεων. Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές δεν περιλαμβάνονται στον NET, ωστόσο σύγχρονες μελέτες αναφέρουν την ύπαρξη ορισμένων ήπιων συνοδών συμπεριφορών. Επίσης, τα άτομα αυτά ενοχλούνται από τα συμπτώματα, αλλά συνήθως δεν παρουσιάζουν έντονο άγχος (Μαλανδράκη, 2012).

Ορισμένες φορές η ύπαρξη της διαταραχής μπορεί να είναι σημάδι για την αρχή ενός νευρολογικού προβλήματος (Guitar, 2006). Γι' αυτό το λόγο η αξιολόγηση, εκτός από την αξιολόγηση ροής ομιλίας, θα πρέπει να περιλαμβάνει ερωτήσεις εστιασμένες σε ενδεχόμενο νευρολογικό περιστατικό, λεπτομερή στοματοπροσωπικό και λαρυγγοφαρυγγικό έλεγχο κρανιακών νεύρων και παραπομπή για νευρολογική εξέταση (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

Καθώς τα άτομα με NET δεν παρουσιάζουν γνωστικά και συναισθηματικά προβλήματα όπως παρουσιάζονται στον εξελικτικό τραυλισμό, η θεραπεία συνήθως είναι συμπεριφοριστική. Εάν, όμως, η νευρολογική αιτία είναι γνωστή, τότε η ιατρική παρέμβαση μέσω χειρουργικής επέμβασης ή με τη λήψη φαρμάκων μπορεί να είναι αποτελεσματική.

Πιο συγκεκριμένα, η συμπεριφοριστική θεραπεία περιλαμβάνει στρατηγικές μείωσης του ρυθμού, βιοανατροφοδότησης, ήπια έναρξη φώνησης, τροποποίησης τραυλισμού και άλλες τεχνικές, πολλές από τις οποίες χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του εξελικτικού τραυλισμού. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μία χειρουργική επέμβαση η οποία θα λύσει το νευρολογικό πρόβλημα μεταβάλλοντας τη νευρολογική λειτουργία, πιθανόν να λύσει και το πρόβλημα στη ροή της ομιλίας. Ακόμη, φάρμακα όπως η αλοπεριδόλη, έχουν χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά στον εξελικτικό τραυλισμό. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι η έναρξη του νευρογενή τραυλισμού σχετίζεται με τη χρήση φαρμάκων ιδιαίτερα για τη θεραπεία της κατάθλιψης, του άγχους, της σχιζοφρένειας, του άσθματος, για τις κρίσεις επιληψίας, τη νόσο του Πάρκινσον. Σπανιότερα, ο τραυλισμός μειώνεται ή εξαλείφεται όταν η δόση του φαρμάκου είναι η κατάλληλη ή χρησιμοποιώντας εναλλακτικά κάποιο άλλο φάρμακο (Guitar, 2006).

Σύμπτωμα/Χαρακτηριστικό	Νευρογενής Επίκτητος Τραυλισμός	Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός
<b>Έναρξη</b>	Ξαφνική	Ξαφνική ή σταδιακή
<b>Πιθανότερη αιτιολογία</b>	Νευρογενής	Πολυπαραγοντική
<b>Ηλικία έναρξης</b>	Πιο συχνά ενήλικες	2-8 ετών (πιο συχνά)
<b>Ομιλία σε συνθήκες που προάγουν ευχέρεια</b>	Ίδιο επίπεδο δυσρυθμίας	Βελτιωμένη (συνήθως)
<b>Ψυχολογική αντίδραση</b>	Ενόχληση, αλλά όχι άγχος	Άγχος(ειδικά σε ενήλικες)
<b>Δευτερεύουσες συμπεριφορές</b>	Αν παρούσες, ήπιες	Παρούσες(συχνά σε ενήλικες)
<b>Φαινόμενο προσαρμογής</b>	Σχεδόν ανύπαρκτο	Υπαρκτό

### *Πίνακας 1: Κύριες διαφορές NET και εξελικτικού τραυλισμού*

ΠΗΓΕΣ: GUITAR B., 2006, ΜΑΛΑΝΔΡΑΚΗ Γ.Α. , 2012

#### Γ) Ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός (ΨΕΤ)

Ο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός, όπως ο νευρογενής τραυλισμός, συναντάται σχεδόν πάντα σε άτομα εφηβικής ηλικίας ή σε ενήλικες, ενώ σπάνια σε μικρότερες ηλικίες. Ο ΨΕΤ εμφανίζεται συνήθως μετά από μία παρατεταμένη περίοδο άγχους ή μετά από κάποιο τραυματικό επεισόδιο. Έχει επίσης χαρακτηριστεί ως ψυχολογική αντίδραση σε κάποια σωματική ασθένεια. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι με τον ΨΕΤ δεν πρέπει να συγχέονται περιπτώσεις επανεμφάνισης εξελικτικού τραυλισμού, καθώς εάν ένα παιδί εμφάνισε δυσρυθμίες σε μικρή ηλικία και για κάποιον λόγο επανεμφάνισε τραυλισμό σε μεγαλύτερη ηλικία, θεωρείται απλώς επανεμφάνιση εξελικτικού τραυλισμού και όχι ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός (Guitar, 2006). Οι περιπτώσεις ψυχογενούς επίκτητου τραυλισμού είναι λιγότερες από 3% όλων των περιπτώσεων τραυλισμού που υπάρχουν (Μαλανδράκη, 2012).

Στον ψυχογενή επίκτητο τραυλισμό οι συμπεριφορές που παρουσιάζει το άτομο είναι ακούσιες (Guitar, 2006). Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές (επαναλήψεις,

επιμηκύνσεις και παύσεις) είναι αρκετά παρόμοιες με αυτές που βλέπουμε στον εξελικτικό τραυλισμό, συχνότερα όμως βλέπουμε επαναλήψεις αρχικών ή τονιζόμενων συλλαβών (Μαλανδράκη, 2012). Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές μπορεί να είναι ασυνήθιστες και όχι απαραίτητα εμφανιζόμενες μαζί ή σαν πρόδρομος των πρωτευουσών συμπεριφορών.

Ένας από τους κύριους στόχους της αξιολόγησης για τη σωστή διαφορική διάγνωση, είναι ο αποκλεισμός μιας νευρολογικής αιτίας, ειδικά όταν τα συμπτώματα τραυλισμού σε έναν ενήλικα είναι συχνά σημάδι μιας νευρολογικής διαταραχής. Μια πολυεπιστημονική προσέγγιση από νευρολόγο, ψυχίατρο και λογοθεραπευτή θα ήταν ολοκληρωμένη, ιδιαίτερα εάν ο ασθενής έχει νευρολογικά σημάδια όπως πονοκεφάλους, ζάλη ή μούδιασμα των άκρων. Ο κλινικός οφείλει κατά την αξιολόγησή του να συμπεριλάβει και ερωτήσεις για την ύπαρξη στρεσογόνων παραγόντων κατά την περίοδο έναρξης των συμπτωμάτων, για πιθανή έναρξη τραυλισμού σε μικρότερη ηλικία, για ενδεχόμενους νευρογενείς παράγοντες αλλά και να επιχειρήσει προσεχτικά τεχνικές δοκιμαστικής θεραπείας (trial therapy). Ο κλινικός πρέπει να λάβει υπόψη πολλούς παράγοντες αλλά ακόμη και τότε ίσως ποτέ να μην καταλήξει σε μία συγκεκριμένη διάγνωση (Μαλανδράκη, 2012).

Σύμπτωμα/ Χαρακτηριστικό	Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός	Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός
<b>Έναρξη</b>	Ξαφνική	Ξαφνική ή σταδιακή
<b>Πιθανότερη αιτιολογία</b>	Ψυχογενής-Μη οργανική	Πολυπαραγοντική
<b>Ηλικία</b>	Εφηβεία ή ενήλικη ζωή	2-8 ετών (πιο συχνά)
<b>Ομιλία σε συνθήκες που προάγουν ευχέρεια</b>	Πιο δυσρυθμική	Βελτιωμένη (συνήθως)
<b>Ομιλία κατά τη δοκιμαστική θεραπεία</b>	Συνήθως θεαματική βελτίωση	Σπάνια θεαματική βελτίωση

*Πίνακας 2: Κύριες διαφορές ΨΕΤ και εξελικτικού/ επίμονου τραυλισμού*

ΠΗΓΗ: ΜΑΛΑΝΔΡΑΚΗ Γ.Α. , 2012

#### Δ) Cluttering

Μια άλλη διαταραχή ροής, η οποία συνοδεύεται συνήθως από εξελικτικό τραυλισμό, είναι το λεγόμενο cluttering. Έχει μεταφραστεί ως ταχυλαλία (γρήγορη ομιλία), όπου είναι ένα από τα πολλά και περίπλοκα χαρακτηριστικά του cluttering. Για χρόνια ερευνητές δεν θεωρούσαν το cluttering ως μία ξεχωριστή διαταραχή, ωστόσο τα τελευταία χρόνια υποστηρίζουν ότι όντως πρόκειται για μία ξεχωριστή διαταραχή που έχει διακριτές διαφορές από τον εξελικτικό τραυλισμό αλλά εμφανίζεται συχνά σε άτομα που παρουσιάζουν και εξελικτικό τραυλισμό (Μαλανδράκη, 2012).

Το cluttering θεωρείται μία διαταραχή με γενετική βάση που παρουσιάζεται κατά την ανάπτυξη του παιδιού. Πριν πολλά χρόνια, αποδόθηκε ο ορισμός ότι πρόκειται για «γρήγορο ρυθμό ομιλίας που είναι δυσνόητη και συχνά συνοδευόμενη από ιδιόρρυθμες δυσρυθμίες» (Guitar, 2006). Ένας πιο ολοκληρωμένος ορισμός είναι αυτός που παρέχεται από τον Daly (1993) και αυτός αναφέρει: *«Πρόκειται για μία διαταραχή ομιλίας και λόγου που συχνά καταλήγει σε γρήγορη, δυσρυθμική, σποραδική, ανοργάνωτη και συχνά ακατανόητη ομιλία. Αν και ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας δεν είναι πάντα χαρακτηριστικός του cluttering, προβλήματα στο σχηματισμό λόγου είναι σχεδόν πάντοτε παρόντα. Άτομα με cluttering συχνά μπερδεύουν τους ακροατές τους με τις ανολοκλήρωτες και περίεργες προτάσεις τους, τις λανθασμένες ενάρξεις τους και προβλήματα εύρεσης της κατάλληλης λέξης. Ακόμη, έχουν έλλειψη συνειδητοποίησης της διαταραχής και σχεδόν μηδαμινές ικανότητες αυτοδιόρθωσης»* (Μαλανδράκη, 2012).

Η ροή της ομιλίας χαρακτηρίζεται από δυσρυθμίες, κυρίως από επαναλήψεις, αναθεωρήσεις και δισταγμούς σε λέξεις και φράσεις, χωρίς όμως ιδιαίτερη ένταση, αλλά και από ανά διαστήματα γρήγορο ρυθμό ομιλίας. Ο υπερβολικά γρήγορος ρυθμός ομιλίας εμφανίζεται ως «εκρήξεις» κατά τη διάρκεια του συνεχή λόγου και δεν είναι συνεχόμενος αλλά ασταθής (Guitar, 2006, Hegde, 2008).

Η διαδικασία της αξιολόγησης διαφέρει ανάλογα με την ηλικία του ατόμου (παιδιά σχολικής ηλικίας ή ενήλικες) και μπορεί να ποικίλει με βάση τον τόπο που θα λάβει χώρα η αξιολόγηση (σχολείο ή κλινική). Όταν μία τέτοιου είδους διαταραχή είναι πιθανή, είναι απαραίτητο να συμπεριλάβουμε μία ομάδα ειδικών, όπως ειδικό παιδαγωγό, λογοθεραπευτή ή νευροψυχολόγο που θα μπορέσει να αξιολογήσει σε βάθος τις νευρογλωσσολογικές, πραγματολογικές και ακαδημαϊκές επιδόσεις του

ασθενή. Περαιτέρω, η αρχική συνέντευξη ιστορικού θα πρέπει να συμπεριλάβει και οικεία ή οικογενειακά πρόσωπα, καθώς ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να μην αναγνωρίζει τις δυσκολίες του (Guitar, 2006). Ακόμη είναι σημαντική η πλήρης αξιολόγηση λόγου, η αξιολόγηση καταληπτότητας λόγου, η νευροψυχολογική αξιολόγηση και η αξιολόγηση χαρακτηριστικών cluttering (Μαλανδράκη, 2012).

Σύμπτωμα/ Χαρακτηριστικό	Cluttering	Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός
Ρυθμός ομιλίας	Ακανόνιστος/ γρήγορος	Αργός ή φυσιολογικός
Συνειδητοποίηση	Σχεδόν μηδαμινή	Υπαρκτή
Ομιλία σε στρεσογόνες καταστάσεις	Βελτιωμένη (συνήθως)	Πιο δυσρυθμική
Ομιλία σε χαλαρές καταστάσεις	Πιο δυσρυθμική	Βελτιωμένη
Γλωσσικές προεκτάσεις	Υπαρκτές	Σπάνια (σε σοβαρό βαθμό)
Μαθησιακές επιδόσεις	Μειωμένες	Συνήθως φυσιολογικές
Ικανότητες προσοχής/ συγκέντρωσης	Μειωμένες	Συνήθως φυσιολογικές
Ψυχосύνθεση	Ξένοιαστη	Αγχώδης, συνεσταλμένη

**Πίνακας 3: Κύριες διαφορές μεταξύ cluttering και εξελικτικού/επίμονου τραυλισμού**

ΠΗΓΗ: ΜΑΛΑΝΔΡΑΚΗ Γ.Α. , 2012

## 2.2 ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

Όπως όλες οι διαταραχές επικοινωνίας, ο εξελικτικός τραυλισμός συναντάται σε διάφορα επίπεδα και βαθμούς και συνήθως ξεκινάει με μία μορφή και εξελίσσεται

στη συνέχεια σε άλλες μορφές και βαθμούς. Ωστόσο, η διαδικασία επιλογής μίας συγκεκριμένης κατηγοριοποίησης δεν είναι εύκολη. Διάφοροι μελετητές έχουν κάνει προσπάθειες ταξινόμησης με κοινό χαρακτηριστικό την αυξανόμενη σοβαρότητα της πορείας της διαταραχής ή και την ηλικιακή ακολουθία (Μαλανδράκη, 2012).

Η κατηγοριοποίηση του Barry Guitar (2006), όπου θα αναλυθεί παρακάτω, είναι ευρέως χρησιμοποιημένη κλινικά, η οποία, αν και ιεραρχική, επιτρέπει την απαραίτητη ευελιξία στον κλινικό. Πρόκειται για μία ταξινόμηση αναπτυξιακή, η οποία είναι επηρεασμένη από τη διαγνωστική προσέγγιση του Charles Van Riper (1982).

Τα εξελικτικά στάδια του Guitar είναι πέντε στάδια αναπτυξιακής και θεραπευτικής σημασίας που ηλικιακά ακολουθούν αύξουσα πορεία. Τα πέντε αυτά στάδια είναι τα εξής:

- Η Φυσιολογική Δυσρυθμία
- Ο Οριακός Εξελικτικός Τραυλισμός
- Ο Αρχικός/Ήπιος Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός
- Ο Μέτριος Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός
- Ο Προχωρημένος/ Σοβαρός Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός

Ο Guitar (2006) αναφέρει ότι αν και οι κατηγορίες αυτές είναι ιεραρχικές, δεν αποκλείεται καθόλου μερική επικάλυψη ανάμεσα στις κατηγορίες αλλά ούτε και εναλλαγή του προφίλ ενός ασθενή από τη μία κατηγορία στην άλλη. Με σκοπό λοιπόν το διαχωρισμό των σταδίων, χρησιμοποιούνται τρία βασικά κριτήρια για τις πρωτεύουσες συμπεριφορές: α) *η συχνότητα*, β) *το είδος* και γ) *η σοβαρότητα των λεκτικών συμπτωμάτων*, αλλά και ανάλυση των *δευτερευουσών συμπεριφορών* και των *συναισθημάτων*.

Χρειάζεται να τονιστεί πως τα εξελικτικά στάδια που παρουσιάζονται δεν χαρακτηρίζουν κάθε άτομο που τραυλίζει, καθώς η ποικιλομορφία και η μοναδικότητα των ασθενών είναι αδιαμφισβήτητες.

Εξελικτικό Στάδιο	Εύρος ηλικίας
Φυσιολογική Δυσρυθμία	1.5-6 ετών (η φυσιολογική δυσρυθμία μπορεί να παρουσιάζεται και στην ομιλία ενηλίκων)
Οριακός Εξελικτικός Τραυλισμός	1.5-6 ετών
Αρχικός/ Ήπιος Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός	2-8 ετών
Μέτριος Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός	6-13 ετών
Προχωρημένος/ Σοβαρός Εξελικτικός ή Επίμονος Τραυλισμός	14 ετών και άνω

#### *Πίνακας 4. Εξελικτικά στάδια του τραυλισμού και τυπικό εύρος ηλικίας*

ΠΗΓΗ: GUITAR B. , 2006

#### **2.2.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΡΥΘΜΙΑ**

Ορισμένα παιδιά περνάνε από μία περίοδο δυσρυθμιών κατά την ανάπτυξη της ομιλίας τους. Κατά την περίοδο 0-3 ετών η ανάπτυξη πολλών γλωσσικών και λεκτικών στοιχείων των παιδιών γίνεται με ραγδαίους ρυθμούς. Επομένως είναι απολύτως λογικό να παρατηρηθούν κάποιες επαναλήψεις ήχων ή παρεμβολές ως μέρος της φυσιολογικής τους ανάπτυξης. Το στάδιο αυτό συναντάται σε παιδιά ηλικίας 1,5-6 ετών και συχνά έχει κυκλική μορφή, δηλαδή εμφανίζει ορισμένες περιόδους συμπτωμάτων και ορισμένες περιόδους απόλυτης ευχέρειας (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

#### **A) Πρωτεύουσες Συμπεριφορές**

Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές που συναντώνται πιο συχνά σε παιδιά με φυσιολογική δυσρυθμία είναι ουσιαστικά ίδιες με αυτές που εμφανίζονται στον εξελικτικό τραυλισμό. Αυτές είναι οι επαναλήψεις τμήματος λέξης, μονοσύλλαβων ή πολυσύλλαβων λέξεων ή φράσεων, επιμηκύνσεις και σπάνια μικρές παύσεις (Guitar, 2006). Για να τις διακρίνουμε από το επόμενο στάδιο του οριακού τραυλισμού, θα



στηρίζουμε την διάκριση στα τρία βασικά κριτήρια που ορίσαμε: τη συχνότητα, το είδος και τη σοβαρότητα των λεκτικών συμπτωμάτων, αλλά και τις δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα.

#### I. Συχνότητα λεκτικών συμπτωμάτων

Σε σχέση με τη συχνότητα των δυσρυθμιών αναφέρεται ότι παιδιά με φυσιολογική δυσρυθμία παρουσιάζουν στην ομιλία τους μέχρι **10 δυσρυθμίες ανά 100 λέξεις ή περίπου 6 δυσρυθμίες ανά 100 συλλαβές**. Ακόμη, σύμφωνα με τους Yairi (1997), στη φυσιολογική δυσρυθμία συνήθως παρατηρούνται μέχρι το πολύ δύο μονάδες επανάληψης συλλαβών (π.χ. πα-παγωτό). Ερευνητικά έχει βρεθεί ότι οι επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων υποχωρούν αισθητά ως την ηλικία των 4 ετών σε περιπτώσεις παιδιών με φυσιολογική δυσρυθμία. Εάν το ποσοστό αυτού του τύπου των επαναλήψεων παραμείνει σταθερό ή εμφανίσει αύξηση ως την ηλικία των 4 ετών, τότε ίσως πρόκειται για παιδιά που παρουσιάζουν τραυλισμό (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

#### II. Είδος λεκτικών συμπτωμάτων

Σε αυτό το στάδιο συχνότερα συναντάμε επαναλήψεις φράσεων, λέξεων και ήχων. Δεδομένα από την ομάδα του Yairi υποδεικνύουν ότι σε αυτή την κατηγορία εμφανίζονται κυρίως **μη τραυλικές δυσρυθμίες** (παρεμβολές, αναθεωρήσεις) και σπάνια **πάνω από 3-4 τραυλικές δυσρυθμίες** (επαναλήψεις ήχων, συλλαβών, λέξεων, επιμηκύνσεις, μπλοκαρίσματα) **ανά 100 συλλαβές δείγματος** (Μαλανδράκη, 2012).

#### III. Σοβαρότητα λεκτικών συμπτωμάτων

Γενικότερα, τα παιδιά με φυσιολογική δυσρυθμία τείνουν να παρουσιάζουν πιο ήπιες δυσρυθμίες. Οι επαναλήψεις, οι επιμηκύνσεις και τα μπλοκαρίσματα είναι συχνοί τύποι δυσρυθμιών αλλά αρχίζουν να μειώνονται ως την ηλικία των 3 ετών (Guitar, 2006). Συγκεκριμένα, η διάρκεια των μπλοκαρισμάτων μεταξύ των μονάδων επανάληψης είναι σημαντικά μεγαλύτερη σε παιδιά με φυσιολογική δυσρυθμία (Μαλανδράκη, 2012).

#### B) Δευτερεύουσες Συμπεριφορές και Συναισθήματα

Ένα παιδί με φυσιολογική δυσρυθμία δεν παρουσιάζει δευτερεύουσες συμπεριφορές (Guitar, 2006). Για να αναπτύξει ένα παιδί σημαντικές δευτερεύουσες συμπεριφορές όπως συμπεριφορές αποφυγής, θα πρέπει να παρουσιάζει κάποιου βαθμού δυσρυθμίες για αρκετό χρονικό διάστημα ώστε να διαπιστώσει την δυσκολία του και έτσι να προσπαθεί να τις καλύψει ή να τις αποφύγει. Κατά συνέπεια, δεν συναντάμε ούτε αρνητικά συναισθήματα καθώς σπάνια ένα παιδί θα παρατηρήσει τις δυσρυθμίες στην ομιλία του.

### 2.2.2 ΟΡΙΑΚΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο οριακός εξελικτικός τραυλισμός παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με τη φυσιολογική δυσρυθμία. Παρόλα αυτά κάποιες δυσρυθμίες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Η διάγνωση του οριακού τραυλισμού είναι κάποιες φορές δύσκολη καθώς σε παιδιά μικρότερης ηλικίας συχνά παρατηρείται αμφιταλάντευση μεταξύ των δύο αυτών επιπέδων. Κάποια παιδιά με οριακό τραυλισμό χάνουν σταδιακά τον τραυλισμό τους και δεν εμφανίζουν πάλι, ενώ άλλα παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα και προχωρούν στα επόμενα στάδια του τραυλισμού. Η ηλικιακή ομάδα στην οποία παρατηρείται αυτό το επίπεδο είναι 1,5 με 6 ετών, η ίδια δηλαδή με αυτήν που συναντάται στην φυσιολογική δυσρυθμία, παρατηρώντας ξανά συμπτώματα κυκλικής μορφής (Guitar, 2006).

#### A) Πρωτεύουσες Συμπεριφορές

Παιδιά με οριακό τραυλισμό παρουσιάζουν όλες τις δυσρυθμίες που συναντώνται και στη φυσιολογική δυσρυθμία. Επομένως, αυτή η ομοιότητα μεταξύ των δύο σταδίων καθιστά τη διαφορική διάγνωση δύσκολη. Παρόλα αυτά βασιζόμαστε και πάλι στα κριτήρια των πρωτευουσών συμπεριφορών, αλλά και στις δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα.

##### I. Συχνότητα λεκτικών συμπτωμάτων

Στον οριακό τραυλισμό η συχνότητα των δυσρυθμιών αναμένεται να είναι μεγαλύτερη. Σε αυτό το επίπεδο, τα παιδιά παρουσιάζουν *άνω των 10 δυσρυθμιών*

*ανά 100 λέξεις* (Μαλανδράκη, 2012) ή *άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές* και δύο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών (π.χ. πα-πα-πα-παγωτό). Αν, όπως προαναφέρθηκε, το ποσοστό επαναλήψεων παραμένει σταθερό ή αυξηθεί ως την ηλικία των 4 ετών, τότε ίσως μιλάμε για οριακό τραυλισμό (Guitar, 2006).

## II. Είδος λεκτικών συμπτωμάτων

Σε αυτό το επίπεδο, μελέτες έχουν δείξει ότι συναντάται 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* (Μαλανδράκη, 2012). Οι τραυλικές δυσρυθμίες σε παιδιά αυτού του επιπέδου είναι 5-6 φορές περισσότερες από τις μη τραυλικές δυσρυθμίες.

## III. Σοβαρότητα λεκτικών συμπτωμάτων

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων παραμένει σχετικά ήπια και η ένταση χαλαρή στα παιδιά με οριακό τραυλισμό (Guitar, 2006). Εξαίρεση αποτελεί η ταχύτητα των επαναλήψεων, η οποία είναι πιο γρήγορη (Μαλανδράκη, 2012).

## B) Δευτερεύουσες Συμπεριφορές και Συναισθήματα

Όπως και στη φυσιολογική δυσρυθμία, παιδιά με οριακό τραυλισμό δεν εμφανίζουν δευτερεύουσες συμπεριφορές ή αρνητικά συναισθήματα. Δεν αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες, οπότε δεν δείχνουν ενόχληση ή ντροπή. Σπάνια, μπορεί να εκδηλώσουν μία στιγμή έκπληξης σε σχέση με τη δυσρυθμία τους (Guitar, 2006).

### **2.2.3 ΑΡΧΙΚΟΣ/ ΉΠΙΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ Η ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ**

Ένα ποσοστό παιδιών που παρουσίαζαν οριακό τραυλισμό θα περάσουν με την πάροδο του χρόνου στον αρχικό ή ήπιο εξελικτικό επίμονο τραυλισμό. Αξίζει να σημειωθεί πως ορισμένα παιδιά περνούν κατευθείαν σε αρχικό ή ήπιο τραυλισμό χωρίς να περάσουν από το στάδιο του οριακού τραυλισμού. Ο αρχικός ή ήπιος τραυλισμός είναι ουσιαστικά το πρώτο στάδιο του επίμονου τραυλισμού και αν αυτό

διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι πιθανότητες ανάρρωσης θα μειωθούν αισθητά. Ακόμη, οι περίοδοι τραυλισμού θα είναι συχνότερες ενώ οι περίοδοι ευχέρειας θα διαρκούν πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Το εύρος ηλικίας των παιδιών με αρχικό ή ήπιο τραυλισμό κυμαίνεται μεταξύ των 2 και 8 ετών (Guitar, 2006).

Η έναρξη του ήπιου τραυλισμού μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, αλλά και συναισθηματικούς παράγοντες. Το παιδί πιθανόν να συνειδητοποιήσει τη δυσκολία του, γεγονός που θα οδηγήσει σε ανάπτυξη δευτερευουσών συμπεριφορών και σε ορισμένες περιπτώσεις αρνητικών συναισθημάτων (Μαλανδράκη, 2012).

#### A) Πρωτεύουσες Συμπεριφορές

Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές παιδιών με ήπιο τραυλισμό διαφέρουν σημαντικά από αυτά με οριακό τραυλισμό. Η διαφορά τους έγκειται περισσότερο στο είδος και στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και λιγότερο στη συχνότητα η οποία παραμένει σταθερή ή αυξάνεται μερικώς.

##### I. Συχνότητα λεκτικών συμπτωμάτων

Η συχνότητα των δυσρυθμιών κυμαίνεται σε ανάλογα επίπεδα με τον οριακό τραυλισμό. Έτσι παρουσιάζονται τουλάχιστον **10 δυσρυθμίες ανά 100 λέξεις** (Μαλανδράκη, 2012) ή **άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές** και δύο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών (Guitar, 2006). Σε αυτό το στάδιο ίσως δούμε και υψηλότερα ποσοστά άνω του 10% επί του συνολικού αριθμού συλλαβών ενός δείγματος.

##### II. Είδος λεκτικών συμπτωμάτων

Το είδος των δυσρυθμιών είναι ένας σημαντικός παράγοντας ταξινόμησης ενός παιδιού σε αυτό το εξελικτικό στάδιο. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούνται περισσότερες επαναλήψεις συλλαβών και αρχικών ήχων λέξεων, πιο έντονες και απότομες, μεγαλύτερης διάρκειας επιμηκύνσεις και σε κάποιες περιπτώσεις τα πρώτα ήπια μπλοκαρίσματα (Guitar, 2006). Ακόμη, οι τραυλικές δυσρυθμίες είναι πιθανό να ξεπερνούν τις 5-6 τραυλικές δυσρυθμίες ανά 100 συλλαβές (Μαλανδράκη, 2012).

##### III. Σοβαρότητα λεκτικών συμπτωμάτων

Η ένταση των συμπτωμάτων είναι αυξημένη σε αυτό το στάδιο. Οι επαναλήψεις αρχίζουν να είναι πιο γρήγορες και απότομες, ενώ οι επιμηκύνσεις πιο έντονες. Τα πρώτα μπλοκαρίσματα αρχίζουν να εμφανίζονται σε ήπια όμως μορφή, αν και μπορεί να παρατηρηθεί μικρή μυϊκή ένταση (Guitar, 2006).

#### B) Δευτερεύουσες Συμπεριφορές και Συναισθήματα

Τα παιδιά με ήπιο τραυλισμό, εξαιτίας των έντονων συμπτωμάτων, αρχίζουν να συνειδητοποιούν τη δυσκολία τους και τη διαφορετικότητά τους. Συχνά παρατηρούνται δευτερεύουσες συμπεριφορές, όπως αύξηση του ύψους της φωνής κατά τη διάρκεια των επιμηκύνσεων ή επαναλήψεων και σχετικά ήρεμες κινήσεις της κεφαλής και των χαρακτηριστικών του προσώπου. Ακόμη, η επίγνωση της δυσκολίας τους επιφέρει συναισθήματα ματαίωσης ή και αγανάκτησης αλλά και απορίες για το τι τους συμβαίνει (Guitar, 2006).

#### **2.2.4 ΜΕΤΡΙΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ Η ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ**

Ο μέτριος τραυλισμός εμφανίζεται κατά πλειοψηφία σε παιδιά που έχουν περάσει στο στάδιο του επίμονου τραυλισμού ή χρόνιου τραυλισμού, δηλαδή που παρουσιάζουν τα συμπτώματα για πάνω από 3 χρόνια. Σε αυτήν την κατηγορία συναντάμε συνήθως παιδιά ηλικίας 6-13 ετών, δηλαδή παιδιά σχολικής και πρώτης εφηβικής ηλικίας. Σύμφωνα με τον Guitar τα βασικά χαρακτηριστικά ώστε να διαχωρίσουμε τον μέτριο από τον αρχικό εξελικτικό τραυλισμό είναι οι δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα.

Οι παράγοντες που εμπλέκονται σε αυτό το στάδιο είναι γενετικοί και περιβαλλοντικοί. Λόγω της ηλικίας των παιδιών, ασκείται μεγαλύτερη πίεση από το σχολικό περιβάλλον και ίσως από το οικογενειακό περιβάλλον, γεγονός που επιδρά αρνητικά στα παιδιά με τραυλισμό.

#### A) Πρωτεύουσες Συμπεριφορές

Τόσο η συχνότητα όσο και το είδος των δυσρυθμιών στο μέτριο εξελικτικό τραυλισμό αυξάνονται λίγο σε σχέση με το προηγούμενο στάδιο (Μαλανδράκη, 2012). Η σοβαρότητά τους όμως διαφοροποιείται σε μεγάλο βαθμό και έτσι η διαφορική διάγνωση είναι σαφώς πιο εύκολη.

#### I. Συχνότητα λεκτικών συμπτωμάτων

Και σε αυτό το στάδιο αναμένουμε τουλάχιστον **10 δυσρυθμίες ανά 100 λέξεις** (Μαλανδράκη, 2012) **ή άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές** (Guitar, 2006) και δύο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών. Τα ποσοστά δυσρυθμιών είναι συνήθως άνω του 10%, ενώ τραυλικές δυσρυθμίες είναι αρκετά συχνές.

#### II. Είδος λεκτικών συμπτωμάτων

Τα είδη των δυσρυθμιών στο μέτριο τραυλισμό δεν διαφέρουν πολύ από αυτά του αρχικού τραυλισμού. Και εδώ συναντάμε επαναλήψεις συλλαβών και αρχικών ήχων λέξεων, έντονες επιμηκύνσεις μεγάλης διάρκειας, αλλά και πιο έντονα μπλοκαρίσματα (Guitar, 2006).

#### III. Σοβαρότητα λεκτικών συμπτωμάτων

Η σοβαρότητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων είναι σημαντικά αυξημένη και εκεί γίνεται εμφανής η διαφορά μεταξύ ήπιου και μέτριου εξελικτικού τραυλισμού. Πέρα από τις γρήγορες και τις απότομες επαναλήψεις, τα μπλοκαρίσματα γίνονται τώρα πιο έντονα, που συνοδεύονται από σημαντική μυϊκή ένταση και συχνά από δευτερεύουσες συμπεριφορές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν και μπλοκαρίσματα μαζί με επιμηκύνσεις (Guitar, 2006).

#### B) Δευτερεύουσες Συμπεριφορές και Συναισθήματα

Όπως προαναφέρθηκε, τα δύο βασικά χαρακτηριστικά διάκρισης του μέτριου τραυλισμού από τα προηγούμενα στάδια αφορούν στις δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα (Guitar, 2006). Αρχικά, το παιδί που τραυλίζει, ξεκινά να φοβάται τον τραυλισμό, ενώ στον ήπιο τραυλισμό έχει συναισθήματα αγανάκτησης ή έκπληξης ότι κάτι το ενοχλεί. Στη συνέχεια, αντιδρά στον φόβο με συμπεριφορές αποφυγής και διαφυγής. Έτσι το παιδί οδηγείται συχνά σε αρνητικά συναισθήματα

κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, εάν ένα παιδί μπλοκάρει τότε θα νιώσει αβοήθητο, οι ακροατές θα νιώσουν ίσως άβολα και λύπηση για το παιδί και εάν αυτό επαναλαμβάνεται συνεχώς, θα δημιουργηθούν στο παιδί συναισθήματα άγχους και φόβου. Ο Van Riper (1982) υποστηρίζει πως η ανάπτυξη τέτοιων καταστάσεων φόβου και αποφυγής εξαρτάται από τις αντιδράσεις των ακροατών (Guitar, 2006).

Οι προσπάθειες αποφυγής και διαφυγής μπορεί να έχουν την μορφή αντικαταστάσεων, αναθεωρήσεων, αναβολών και σωματικών κινήσεων. Υπάρχει όμως πιθανότητα να πάρουν τη μορφή πλήρους αποφυγής καταστάσεων επικοινωνίας και να οδηγήσουν σε απομόνωση (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

### **2.2.5 ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ/ ΣΟΒΑΡΟΣ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ Η ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ**

Ο προχωρημένος ή σοβαρός εξελικτικός τραυλισμός αφορά τα άτομα που τραυλίζουν για αρκετά χρόνια και παρατηρείται συνήθως σε εφήβους και ενήλικες. Είναι σημαντικό όμως να θυμόμαστε πως ένας αριθμός ενηλίκων ή εφήβων που τραυλίζουν ίσως δεν προχωρήσουν σε αυτό το επίπεδο. Σε αυτό το στάδιο παρατηρούνται όλα τα προαναφερόμενα συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό, αλλά και οι πρωτεύουσες και οι δευτερεύουσες συμπεριφορές έχουν πλέον εδραιωθεί. Επιπλέον, οι έφηβοι και οι ενήλικες που τραυλίζουν αρκετό χρονικό διάστημα, έχουν επίγνωση της διαταραχής και έτσι έχουν προσαρμόσει τη ζωή τους ανάλογα. Ακόμη, η θεραπευτική προσέγγιση είναι διαφορετική καθώς τα άτομα με προχωρημένο τραυλισμό έχουν απόλυτη επίγνωση ή και γνώση της κατάστασής τους και έτσι να βοηθήσουν τον εαυτό τους με υπευθυνότητα.

#### **A) Πρωτεύουσες Συμπεριφορές**

Οι πρωτεύουσες συμπεριφορές μεταξύ μέτριου και σοβαρού εξελικτικού τραυλισμού διαφέρουν 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). Στο σοβαρό τραυλισμό

μπορεί να δούμε ποσοστά τραυλισμού της τάξεως του 25% ή και παραπάνω (Μαλανδράκη, 2012).

#### I. Σοβαρότητα λεκτικών συμπτωμάτων

Άτομα με σοβαρό τραυλισμό παρουσιάζουν επαναλήψεις και επιμηκύνσεις, όμως ιδιαίτερη είναι η εκδήλωση των μπλοκαρισμάτων, τα οποία είναι πολύ έντονα με αυξημένη μυϊκή ένταση σε επίπεδο μυϊκού τρόμου (π.χ. τρόμος χειλιών, κάτω σαγονιού ή γλώσσας). Ο τρόμος εμφανίζεται συνήθως σε άτομα που τραυλίζουν αρκετά χρόνια και όταν ο τραυλισμός συνοδεύεται από έντονα συναισθήματα (Guitar, 2006). Η διάρκεια των μπλοκαρισμάτων μπορεί να κυμαίνεται από 1 έως πολλά δευτερόλεπτα, ενώ διπλές ή τριπλές συμπεριφορές πρωτεύουσες συμπεριφορές είναι αρκετά συχνές. Μπλοκαρίσματα παρατηρούνται σε συστήματα του μηχανισμού ομιλίας με τα αναπνευστικά και λαρυγγικά μπλοκαρίσματα να είναι ορατά και στον συνομιλητή (Μαλανδράκη, 2012).

#### B) Δευτερεύουσες Συμπεριφορές και Συναισθήματα

Στον προχωρημένο τραυλισμό ο βαθμός συνειδητοποίησης της διαταραχής είναι πλέον απόλυτος. Αυτό έχει ως συνέπεια να βλέπουμε ασθενείς που προσπαθούν με έντονες και εμφανείς προσπάθειες να αποφύγουν τα πρωτεύοντα συμπτώματα τους και ασθενείς που έχουν αναπτύξει με τα χρόνια άψογες ικανότητες αποφυγής και διαφυγής που τα συμπτώματα δεν είναι τόσο εμφανή (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

Στο επίπεδο αυτό οι ασθενείς, πέρα από τα αρνητικά συναισθήματα, έχουν αναπτύξει και μία αυτοεικόνα που περιλαμβάνει τη διαταραχή ως αναπόσπαστο κομμάτι του εαυτού τους και της προσωπικότητάς τους. Τα χρόνια εμπειρίας από τα συμπτώματα του τραυλισμού, ο φόβος και οι ενοχές του κάθε ατόμου, είχαν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη τεχνικών ώστε να μειωθεί ο «πόνος» που ένιωθαν.

Καθώς πολλοί ενήλικες συμφιλιώνονται με τον τραυλισμό τους, δέχονται θετικά την θεραπεία της διαταραχής τους. Αυτοί που θα ρισκάρουν και ξεκινήσουν την θεραπεία, εάν έχει επιτυχία θα συνειδητοποιήσουν ότι άξιζε ο κόπος. Ωστόσο, αυτοί που θα ξεκινήσουν θεραπεία και δεν έχει επιτυχία θα υποφέρουν διπλά, από τη μία ο



πόνος της αποτυχίας και από την άλλη ο πόνος της απώλειας αυτού που είχαν καταφέρει πριν την θεραπεία.

### 2.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Η μεγαλύτερη δυσκολία της διαταραχής της ροής είναι η σωστή διάγνωση η οποία θα συμβάλλει σημαντικά στο σχεδιασμό ενός θεραπευτικού προγράμματος. Η διαγνωστική πρόταση του λογοθεραπευτή θα είναι το αποτέλεσμα μίας εις βάθος αναζήτησης χρήσιμων πληροφοριών και δεδομένων, ώστε να είναι όσο γίνεται έγκυρη η προσέγγιση της επικοινωνιακής διαταραχής. Κάθε ειδικός, λοιπόν, που ασχολείται με τον τραυλισμό πρέπει να συλλέξει βασικές πληροφορίες που είναι σημαντικά κριτήρια για την αξιολόγηση, όπως και αυτά που προτείνονται από το DSM-V.

Σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-V, οι διαταραχές στη φυσιολογική ροή και στη ρυθμική διαμόρφωση της ομιλίας, χαρακτηρίζονται από την συχνή παρουσία ενός (ή παραπάνω) από τα ακόλουθα:

A)

- Επαναλήψεις ήχων και συλλαβών
- Επιμηκύνσεις ήχων (συμφώνων αλλά και φωνηέντων)
- Διακοπτόμενες λέξεις (π.χ. παύσεις μέσα σε μια λέξη)
- Ηχηρό ή σιωπηλό μπλοκάρισμα (γεμάτες ή κενές παύσεις στην ομιλία)
- Περιφράσεις (αντικαταστάσεις λέξεων για την αποφυγή προβληματικών λέξεων)
- Παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση
- Επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων (π.χ. τον-τον-τον-τον είδα )

B) Η διαταραχή προκαλεί άγχος για την ομιλία και παρεμποδίζει τη σχολική ή επαγγελματική απόδοση ή την κοινωνική επικοινωνία.

Γ) Τα πρώτα συμπτώματα εκδηλώνονται κατά την περίοδο ανάπτυξης του παιδιού.

Δ) Αν ένα οι αισθητηριακό ή κινητικό έλλειμμα είναι παρόν, τότε οι δυσρυθμίες σχετίζονται με νευρολογικές δυσκολίες, όπως εγκεφαλικά επεισόδια (APA, 2013).

Προκειμένου να διακρίνουμε τις φυσιολογικές δυσρυθμίες από τις παθολογικές, έχουν προταθεί και άλλα κριτήρια που πρέπει να λάβουμε υπόψη (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006). Αυτά είναι τα εξής:

- *Η χρονολογική ηλικία του ατόμου:* οι δυσρυθμίες εμφανίζονται περισσότερο σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και λιγότερο συχνά σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και σε ενήλικες. Όπως προαναφέρθηκε, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας η φυσιολογική δυσρυθμία είναι πιθανή, οπότε χρειάζεται μεγαλύτερη προσοχή.
- *Το νοητικό επίπεδο του ατόμου:* άτομα με νοητική υστέρηση ίσως παρουσιάσουν δυσρυθμίες στην ομιλία τους.
- *Η ύπαρξη τραυλισμού σε άλλο μέλος της οικογένειας:* σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό τραυλισμού στην οικογένεια, πιθανόν οι δυσρυθμίες να αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού.
- *Η συχνότητα και η διάρκεια εκδήλωσης:* όσο πιο συχνά εκδηλώνονται και διαρκούν τα συμπτώματα, τόσο πιθανότερο είναι να αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού.
- *Η ύπαρξη έντασης και δευτερευουσών συμπεριφορών κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων:* η ένταση κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους όπως ορατές εντάσεις των μυών του προσώπου, αύξηση της έντασης της φωνής κτλ. Αν εκδηλωθεί ένταση, τότε σημαίνει ότι ίσως το παιδί υποβάλλει μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να αρθρώσει αυτό που θέλει να πει σε αντίθεση με τη φυσιολογική δυσρυθμία κατά την οποία το παιδί δεν φαίνεται να ζορίζεται για να μιλήσει. Ακόμη, η υπερβολική πίεση των χειλιών, η μη λειτουργικές κινήσεις των χεριών ή των ποδιών είναι πιθανόν ενδείξεις τραυλισμού.

## 2.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Κατά τη διαγνωστική διαδικασία συλλέγονται πληροφορίες και στοιχεία ώστε να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε και να παισιώσουμε καλύτερα τον τραυλισμό. Αξίζει να σημειωθεί ότι η πρώτη επαφή που θα έχει ο κλινικός με τον ασθενή και τους οικείους/κηδεμόνες του θα παίξει σημαντικό ρόλο. Έρευνες έχουν δείξει ότι στον εξελικτικό τραυλισμό η αλληλεπίδραση και η σχέση κλινικού και ασθενή θα καθορίσουν την πρόοδο της θεραπείας (Μαλανδράκη, 2012). Ακόμη, η εμπιστοσύνη είναι ένα σημαντικό κομμάτι της σχέσης μεταξύ ασθενή και κλινικού.

Το πρώτο βήμα και απαραίτητο για την αξιολόγηση του τραυλισμού, είναι η συνέντευξη με τους γονείς του παιδιού. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η πρώτη επαφή θα είναι τηλεφωνική, όπου πιθανόν ο κηδεμόνας να εκφράσει τις ανησυχίες του (Guitar, 2006). Πριν από την πρώτη συνάντηση, ο γονέας θα ζητηθεί να συμπληρώσει ένα ιστορικό που θα περιλαμβάνει γενικές πληροφορίες στο κομμάτι της ανάπτυξης αλλά και πληροφορίες που αφορούν την ομιλία και το λόγο του παιδιού (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006, Μαλανδράκη, 2012). Σε περιπτώσεις εφήβων και ενηλίκων η αρχική επαφή και η πηγή της παραπομπής είναι εξαιρετικά σημαντικές. Εάν ο ασθενής επικοινωνήσει με δική του πρωτοβουλία, ο ρόλος του κλινικού γίνεται πιο εύκολος καθώς η θέληση για βοήθεια είναι δεδομένη. Η συμπλήρωση του ιστορικού, σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, μπορεί να γίνει παράλληλα με την συνέντευξη με τον κλινικό.

Το δεύτερο βήμα, σε περιπτώσεις παιδιών με τραυλισμό, είναι η πρώτη συνάντηση του κλινικού με τους γονείς/κηδεμόνες. Ορισμένοι κλινικοί προτιμούν η πρώτη συνάντηση με την οικογένεια να γίνει χωρίς την παρουσία του παιδιού και κάποιοι άλλοι προτιμούν το αντίθετο. Σε περίπτωση που η συνάντηση γίνει με την οικογένεια και το παιδί, τότε η παρουσία δύο κλινικών κρίνεται απαραίτητη. Ο ένας μπορεί να ξεκινήσει να αλληλεπιδρά με το παιδί μέσω χαλαρού παιχνιδιού, ενώ ο άλλος μπορεί να αναλάβει το μέρος της συνέντευξης (Guitar, 2006).

Εκτός από τη συνέντευξη είναι χρήσιμο για τον κλινικό να παρακολουθήσει την λεκτική αλληλεπίδραση γονέα και παιδιού καθώς παίζουν ή συζητούν. Κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης, ο ειδικός παρατηρεί το ρυθμό ομιλίας του γονέα, αν τηρούνται γενικά οι κανόνες του διαλόγου και πως αντιμετωπίζει τις δυσρυθμίες του

παιδιού όταν αυτές συμβαίνουν (διορθώσεις ή αποφυγή της βλεμματικής επαφής) (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006).

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

Αφού ολοκληρωθεί η πρώτη διαγνωστική επαφή του κλινικού με τον ασθενή και τους γονείς/κηδεμόνες του, περνάμε σε αξιολογητικές διαδικασίες και εργαλεία που αφορούν σε όλα τα επίπεδα τραυλισμού και όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας. Τα εργαλεία αυτά αναλύονται παρακάτω.

#### A) Δείγματα ομιλίας

Αρχικά, ενδείκνυται η συλλογή τουλάχιστον δύο-τριών δειγμάτων ομιλίας 300-400 συλλαβών. Το ένα δείγμα συζήτησης θα πρέπει να συλλεγεί στο τυπικό περιβάλλον επικοινωνίας του ασθενούς (σπίτι, σχολείο, τόπος εργασίας), το οποίο θα είναι ηχογραφημένο ή βιντεοσκοπημένο. Το δεύτερο δείγμα θα πρέπει να συλλεγεί στο κλινικό περιβάλλον κατά την αλληλεπίδραση του κλινικού με το παιδί και ίσως ένα δείγμα από την αλληλεπίδραση του γονέα με το παιδί. Συζητήσεις για θέματα με έντονο συναισθηματικό περιεχόμενο θα ήταν καλό να αποφεύγονται, καθώς μπορεί να διαστρεβλώσουν την τυπική εικόνα του τραυλισμού του ασθενούς κατά την ομιλία (Guitar, 2006).

Αυτό που πρέπει να προσέξουμε όταν συλλέγουμε δείγματα ομιλίας είναι η ποικιλομορφία των τραυλικών συμπτωμάτων. Συχνά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας παρατηρούνται διαφορές στη συχνότητα και στη σοβαρότητα εμφάνισης των δυσρυθμιών από εβδομάδα σε εβδομάδα, από μέρα σε μέρα και από μία κατάσταση σε μια άλλη. Γι 'αυτό είναι σημαντικό να πιστοποιήσουμε ότι το δείγμα που έχει συλλεχθεί είναι αντιπροσωπευτικό των τραυλικών συμπτωμάτων του παιδιού, γεγονός που θα συζητηθεί με τους γονείς ή με τον ίδιο τον ασθενή ανάλογα με την ηλικία του (Guitar, 2006).

Ο κλινικός, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, θα συνεχίζει να συλλέγει δείγματα ομιλίας για να γίνεται μία συνεχής επαναξιολόγηση του ασθενούς. Θα ήταν σημαντικό η λήψη δειγμάτων ομιλίας να πραγματοποιείται σε διαφορετικά επικοινωνιακά περιβάλλοντα, δηλαδή σε ελεύθερη και δομημένη συνομιλία,

συζήτηση κάτω από περιβαλλοντικές πιέσεις, ομιλία στο τηλέφωνο, μονόλογο, τραγούδι καθώς και συνομιλία με κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά (Μαλανδράκη, 2012).

## B) Αξιολόγηση δυσρυθμιών

Με βάση τα δείγματα ομιλίας που έχουν συλλεχθεί, ο κλινικός αξιολογεί τις δυσρυθμίες στην ομιλία του παιδιού. Η αξιολόγηση αυτή θα εμπίπτει σε τρεις κατηγορίες, την *αξιολόγηση συχνότητας*, την *αξιολόγηση τύπων* και την *αξιολόγηση διάρκειας δυσρυθμιών*. Αυτές οι κατηγορίες αξιολογούνται συνήθως μέσω κάποιου σταθμισμένου εργαλείου, το πιο διαδεδομένο εκ των οποίων είναι το Stuttering Severity Instrument (SSI-4) (Riley, 2009) (Howell, 2011).

### I. Αξιολόγηση Συχνότητας Δυσρυθμιών

Η συχνότητα των δυσρυθμιών είναι ένα σημαντικό και αξιόπιστο εργαλείο στη διάγνωση του τραυλισμού. Συνήθως υπολογίζεται *ως ποσοστό συλλαβών ή λέξεων που εκφέρθηκαν με τραυλικά στοιχεία (αριθμός δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές ή λέξεις)* και αναφέρεται και *ως δείκτης τραυλισμού ή δείκτης συχνότητας*. Προτιμάται η χρήση συλλαβών αντί για λέξεων, καθώς ένας ασθενής μπορεί να εκφέρει σε μία πολυσύλλαβη λέξη πάνω από μία συλλαβή με τραυλικά επεισόδια (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012). Πρόκειται για έναν συνολικό δείκτη που περιλαμβάνει όλους τους τύπους δυσρυθμιών και δίνει μία γενική εικόνα για το «πόσο» τραυλίζει ο ασθενής (Μαλανδράκη, 2012).

Ακόμη, προτείνεται η καταμέτρηση των δυσρυθμικών συλλαβών ενός δείγματος να γίνεται τουλάχιστον δύο φορές ή και τρεις, αν αυτό είναι αναγκαίο. Η σωστή καταμέτρηση είναι σημαντική διαφοροδιαγνωστικά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, καθώς, όπως αναφέραμε, παιδιά με φυσιολογική δυσρυθμία παρουσιάζουν συνήθως λιγότερες από 10 δυσρυθμίες ανά 100 λέξεις ή λιγότερες από 6 δυσρυθμίες ανά 100 συλλαβές (Μαλανδράκη, 2012).

### II. Αξιολόγηση Τύπων Δυσρυθμιών

Είναι απαραίτητο να συλλέξουμε εκτός από το γενικό δείκτη τραυλισμού και ανάλογους δείκτες για κάθε τύπο δυσρυθμιών/λεκτικών συμπεριφορών ξεχωριστά

(Μαλανδράκη, 2012). Αυτό θα αποτελέσει εφόδιο για τη σωστή διαφοροδιάγνωση μεταξύ φυσιολογικής ροής και οριακού ή αρχικού τραυλισμού.

Σύμφωνα με έρευνες της ομάδας του Yairi (1997), αν λιγότερο από 50% των συνολικών δυσρυθμιών της ομιλίας του παιδιού είναι τραυλικά επεισόδια (επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων ή τμήματος λέξεων, επιμηκύνσεις και μπλοκαρίσματα), τότε το παιδί έχει περισσότερες πιθανότητες να έχει φυσιολογική δυσρυθμία. Άλλες μετρήσεις των συγκεκριμένων τύπων δυσρυθμιών έχουν υποδείξει ότι η ύπαρξη περισσότερων των 3-4 τραυλικών επεισοδίων (επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων ή τμήματος λέξεων, επιμηκύνσεις και μπλοκαρίσματα) ανά 100 συλλαβές είναι συνήθως ένδειξη τραυλισμού. Όπως έχει ήδη τονιστεί, στη φυσιολογική δυσρυθμία οι επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων υποχωρούν ως την ηλικία των 4 ετών, ενώ εάν το ποσοστό αυτού του τύπου των επαναλήψεων μείνει σταθερό ή αυξηθεί ως την ηλικία των 4 ετών, τότε μάλλον πρόκειται για παιδιά που παρουσιάζουν οριακό ή ήπιο εξελικτικό τραυλισμό (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

### III. Αξιολόγηση Διάρκειας Δυσρυθμιών

Η αξιολόγηση της διάρκειας των δυσρυθμιών θεωρείται από πολλούς κλινικούς ένα πολύ σημαντικό εργαλείο διάγνωσης της σοβαρότητας του τραυλισμού. Συνήθως η αξιολόγηση αυτή βασίζεται στον εντοπισμό των τριών πιο επιμηκών μπλοκαρισμάτων και στον υπολογισμό του μέσου όρου τους, όμως μπορεί να μετρηθεί και η διάρκεια των επιμηκύνσεων. Η μέτρηση της διάρκειας των επιμηκύνσεων ωστόσο, δεν είναι σημαντικό διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο σε περιπτώσεις παιδιών που μόλις ξεκινούν να παρουσιάζουν συμπτώματα. Τυπικά, η χρήση χρονομέτρου και ενός βιντεοσκοπημένου δείγματος θα ήταν απαραίτητη για να γίνει αυτή η μέτρηση (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

### Γ) Αξιολόγηση δευτερευουσών συμπεριφορών

Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, θεωρούνται ως προσπάθειες του ασθενή να αντιμετωπίσει ή να «καλύψει» τον τραυλισμό του και καταδεικνύουν το κατά πόσο το άτομο έχει συνειδητοποιήσει τη διαφορετικότητα της ομιλίας του (Μαλανδράκη, 2012).

Και σε αυτήν την διαδικασία, βιντεοσκοπημένα δείγματα ομιλίας είναι ιδανικά ώστε να μπορεί ο κλινικός να δει επανειλημμένα το δείγμα και να παρατηρήσει με λεπτομέρεια αυτού του είδους τις συμπεριφορές. Η αξιολόγηση όπως και η αξιόπιστη καταγραφή αυτών των συμπεριφορών έχουν ιδιαίτερη σημασία, καθώς η ύπαρξη τους πιθανόν να τοποθετεί έναν ασθενή σε μεγαλύτερη κλίμακα σοβαρότητας τραυλισμού. Επιπλέον, μπορεί να είναι ένα σημαντικό εφόδιο διάγνωσης μεταξύ ενός παιδιού με φυσιολογική δυσρυθμία και ενός παιδιού με οριακό ή ήπιο εξελικτικό τραυλισμό. Υπάρχουν επίσης κλίμακες που αξιολογούν την ύπαρξη δευτερογενών συμπτωμάτων κατά την εκδήλωση στιγμών τραυλισμού. Ένα από αυτά είναι το Checklist of Stuttering Behavior (Darley & Spriestersbach, 1978), αλλά και τα εργαλεία διάγνωσης Stuttering Severity Instrument (SSI-4) (Riley, 2009) και Iowa Scale for Rating Severity of Stuttering (Johnson, Darley, Spriestersbach, 1978), εμπεριέχουν ενότητες αξιολόγησης των δευτερευουσών συμπεριφορών (Guitar, 2006, Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

#### Δ) Αξιολόγηση φυσικότητας ομιλίας

Ο στόχος των κλινικών είναι η μείωση ή η εξάλειψη των τραυλικών συμπτωμάτων ενός ασθενή και όχι τόσο η φυσικότητα της ομιλίας τους, το πόσο φυσικά δηλαδή μιλάνε ή το πόσο αντιληπτή είναι η ομιλία τους ως φυσική από τους ακροατές τους. Η αξιολόγηση της φυσικότητας της ομιλίας χρειάζεται να γίνει κατά τη διάρκεια και προς το τέλος της θεραπείας και όχι στην έναρξη της. Ο λόγος είναι ότι η φυσικότητα ομιλίας στα πρώτα στάδια του τραυλισμού μπορεί να παραμείνει σχετικά ανεπηρέαστη. Συνήθως αρχίζει να επηρεάζεται σταδιακά κατά την εξέλιξη της διαταραχής ή κατά τη θεραπεία. Οι κυριότερες μορφές έλλειψης φυσικότητας στον τραυλισμό περιλαμβάνουν μονότονη ομιλία, αφύσικο ρυθμό ομιλίας, αλλαγή ύψους φωνής και χαμηλόφωνη φώνηση.

Συνήθως γι' αυτή την αξιολόγηση χρησιμοποιούνται βαθμιαίες κλίμακες, όπως κλίμακες από το 1 έως το 9 (όπου 1=εντελώς φυσική ομιλία και 9=εντελώς αφύσικη ομιλία). Θα ήταν σημαντικό οι κλίμακες να συμπληρώνονται και από άλλα άτομα εκτός από τον κλινικό, όπως από άτομα από το περιβάλλον του ασθενή για να μπορούμε να έχουμε μία πιο αντικειμενική αξιολόγηση. Η αξιολόγηση της φυσικότητας προς το τέλος της θεραπείας θα είναι και ένας καλός δείκτης επιτυχίας της όλης θεραπευτικής παρέμβασης (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

#### Ε) Αξιολόγηση ρυθμού ομιλίας και ανάγνωσης

Πολλοί κλινικοί θεωρούν ότι ο ρυθμός ομιλίας αντανακλά συνήθως τη σοβαρότητα του τραυλισμού (Guitar, 2006). Γι' αυτό το λόγο είναι χρήσιμη και αναγκαία η αξιολόγηση του ρυθμού ομιλίας αλλά και της ανάγνωσης. Αν και ο ρυθμός της ευχερούς ομιλίας ατόμων που τραυλίζουν δεν είναι σημαντικά διαφορετικός από αυτόν ατόμων με φυσιολογική ροή, ο γενικός ρυθμός ομιλίας τους έχει όντως ορισμένες διαφορές και είναι χρήσιμο να μετράται. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι *όσο περισσότερο τραυλίζει ένα άτομο, τόσο αργότερο γενικό ρυθμό ομιλίας έχει* (Μαλανδράκη, 2012).

Στη μέτρηση του ρυθμού συνήθως *προσμετράται ο αριθμός των λέξεων ή συλλαβών που εξέφρασε το άτομο ανά λεπτό*. Και εδώ προτιμάται ο αριθμός των συλλαβών και φυσικά η χρήση χρονομέτρου. Σε αυτή τη διαγνωστική διαδικασία, για λόγους συνέπειας, προτείνεται πρώτον, στον αριθμό των συλλαβών να καταμετρώνται μόνο οι συλλαβές που το άτομο θα παρήγαγε αν δεν είχε τραυλίσει εκείνη τη χρονική στιγμή. Δεύτερον, να προσμετρώνται μόνο οι συλλαβές που έχουν νόημα και τρίτον σε κάθε παύση του ασθενή μεγαλύτερη των 2 δευτερολέπτων οφείλουμε να σταματάμε το χρονόμετρο και να το επαναθέτουμε σε λειτουργία όταν ο ασθενής ξαναρχίζει να μιλάει (Guitar, 2006).

#### ΣΤ) Αξιολόγηση συναισθημάτων και πεποιθήσεων

Η επόμενη πτυχή της αξιολόγησης αφορά στην πιθανή ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση του ασθενή με τραυλισμό που είναι συχνή κυρίως σε παιδιά σχολικής ηλικίας, εφήβους και ενήλικες (Μαλανδράκη, 2012). Για τα περισσότερα άτομα που τραυλίζουν, η εμπειρία του τραυλισμού και οι αντιδράσεις των άλλων στην ύπαρξη του, επιδρούν σημαντικά στην συμπεριφορά του ατόμου αλλά και στην ανταπόκριση που θα έχουν για θεραπεία (Guitar, 2006). Είναι σημαντικό λοιπόν, ο κλινικός να αξιολογήσει τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις των ατόμων που τραυλίζουν ώστε να αντιμετωπιστούν και να μην επηρεαστεί η θεραπευτική διαδικασία. Οι Guitar και Bass (1978) βρήκαν ότι τα άτομα που παρουσιάζουν τραυλισμό και έχουν θετικές σκέψεις για την ομιλία τους στο τέλος της θεραπευτικής διαδικασίας έχουν



μεγαλύτερες πιθανότητες να διατηρήσουν ευχερή ομιλία ένα χρόνο μετά το πέρας της θεραπείας (Μαλανδράκη, 2012).

Η αξιολόγηση της συναισθηματικής εμπλοκής στο ζήτημα του τραυλισμού πραγματοποιείται με τη χρήση διαφορετικών αξιολογητικών εργαλείων ανά ηλικιακό επίπεδο. Στα μικρότερα παιδιά που δεν θα μπορούν να εκφραστούν για την ομιλία τους, θα γίνει μέσω της παρατήρησης και της καταγραφής των δευτερευουσών συμπεριφορών. Στα μεγαλύτερα παιδιά, εκτός από την καταγραφή δευτερευουσών συμπεριφορών, θα μπορούμε να συμπεριλάβουμε στην αρχική μας αξιολόγηση και μια σχετική συζήτηση με το παιδί. Στόχος μας είναι να ανακαλύψουμε σε ποιο βαθμό έχουν επίγνωση της διαταραχής και πόσο αυτή τα απασχολεί ή τα ανησυχεί (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

Παραδείγματα κλινικών εργαλείων-ερωτηματολογίων ή κλιμάκων αξιολόγησης και αυτοαξιολόγησης (για ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας) που χρησιμοποιούνται στην αγγλική γλώσσα παρατίθενται παρακάτω.

- KiddyCAT (Vanryckeghem και Brutten, 2007), για παιδιά προσχολικής ηλικίας.
- Behavioral Style Questionnaire (McDevitt και Carey, 1995), για παιδιά προσχολικής ηλικίας που συμπληρώνεται από γονείς.
- Κλίμακα A-19 Scale (Guitar και Grims, 1977), για παιδιά σχολικής ηλικίας.
- Communication Attitude Test (CAT) (Brutten και Dunham, 1989, De Nil και Brutten, 1991), για παιδιά σχολικής ηλικίας.
- Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) (Yaruss και Quesal, 2010), για παιδιά σχολικής ηλικίας, εφήβους και ενήλικες.

## Z) Αξιολόγηση προσαρμογής και συνέπειας τραυλισμού

Η προσαρμογή και η συνέπεια τραυλισμού (adaptation and consistency effects) είναι δύο πολύ γνωστά φαινόμενα που έχουν παρατηρηθεί σε όλες τις ηλικίες ατόμων που τραυλίζουν. Το φαινόμενο της προσαρμογής αναφέρεται στην τάση μείωσης της συχνότητας των δυσρυθμιών μετά από συνεχόμενες προφορικές αναγνώσεις του ίδιου κειμένου, ενώ το φαινόμενο της συνέπειας αφορά στην τάση ορισμένων δυσρυθμιών να παραμένουν στα ίδια σημεία κατά τις συνεχόμενες προφορικές αναγνώσεις του

ίδιου κειμένου (Μαλανδράκη, 2012). Τα δυο αυτά φαινόμενα είναι συχνά στις περιπτώσεις του εξελικτικού και επίμονου τραυλισμού αλλά δεν εμφανίζονται πάντα.

Η αξιολόγησή τους είναι χρήσιμη, κυρίως γιατί αν ένα άτομο τα εμφανίζει, τότε συγκαταλέγεται στην κατηγορία του λεγόμενου «προβλέψιμου τραυλισμού». Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν παρουσιάσουν αυτά τα χαρακτηριστικά, τότε αυτό μπορεί να είναι ένδειξη είτε ότι ο τραυλισμός δεν είναι προβλέψιμος και επομένως πιο σοβαρός ή ότι δεν έχουν εξελικτικό τραυλισμό.

Για την καταμέτρηση αυτών των δύο κλινικών φαινομένων ζητείται από τον ασθενή να διαβάσει ένα κείμενο (κατάλληλο της ηλικίας και της αναγνωστικής ικανότητας) 5-6 φορές συνεχόμενα χωρίς παύσεις ή συζητήσεις ενδιάμεσα των αναγνώσεων. Ο τελικός βαθμός προσαρμογής υπολογίζεται με την αφαίρεση του αριθμού δυσρυθμιών κατά την τελευταία ανάγνωση ή επανάληψη από τον αριθμό δυσρυθμιών κατά την πρώτη ανάγνωση/επανάληψη. Ποσοστό (βαθμός) 50% ή μεγαλύτερο δηλώνει ότι ο ασθενής υπέδειξε το φαινόμενο της προσαρμογής.

Ο τελικός βαθμός συνέπειας τραυλισμού υπολογίζεται με τη σύγκριση των δυσρυθμιών που εκφράστηκαν στις τρεις πρώτες αναγνώσεις ή επαναλήψεις. Υπολογίζονται τρεις δείκτες συνέπειας, ο δείκτης 1-2 που αφορά στη σύγκριση μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης ανάγνωσης, ο δείκτης 1-3 αφορά στη σύγκριση της πρώτης και της τρίτης ανάγνωσης και ο 2-3 που αφορά στη σύγκριση της δεύτερης και της τρίτης ανάγνωσης. Ο καθένας από αυτούς τους δείκτες υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό των λέξεων που εκφέρθηκαν με τραυλικά στοιχεία και στις δύο υπό εξέταση αναγνώσεις, με τον αριθμό των λέξεων που εκφέρθηκαν με τραυλικά στοιχεία στη δεύτερη υπό εξέταση ανάγνωση. Αν οι δείκτες συνέπειας είναι 50% ή μεγαλύτεροι, τότε ο ασθενής παρουσιάζει το φαινόμενο της συνέπειας (Μαλανδράκη, 2012).

#### Η) Γενική αξιολόγηση σοβαρότητας τραυλισμού

Η γενική αξιολόγηση σοβαρότητας του τραυλισμού είναι μία συνολική εικόνα και γενική κλινική εκτίμηση που πρέπει να βασιστεί σε ένα σύνολο παραγόντων. Συγκεκριμένα, βασίζεται σε όλες τις μετρήσεις που προαναφέρθηκαν σε συνδυασμό με στοιχεία από το ιστορικό του ασθενή, από γλωσσικές/επικοινωνιακές παραμέτρους και τη συναισθηματική ψυχοσύνθεση του ατόμου.

Η δήλωση της σοβαρότητας του τραυλισμού είναι ο πιο διαδεδομένος τρόπος χαρακτηρισμού του τραυλισμού. Χαρακτηρίζοντας τον τραυλισμό οριακό, ήπιο, μέτριο ή σοβαρό, διατυπώνουμε γενικώς την σοβαρότητα με βαθμούς χωρίς να εστιάζουμε στις λεπτομέρειες. Η αξιολόγηση αυτή γίνεται με σταθμισμένα εργαλεία όπως το Stuttering Severity Instrument (SSI-4), το Iowa Scale for Rating Severity of Stuttering (Johnson, Darley, Spriestersbach, 1978) και το Clinician Severity Scale (Yairi και Ambrose, 2005).

## **2.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΡΟΗΣ**

### **2.5.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΡΟΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Η ειδική αξιολόγηση ροής ομιλίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας ακολουθεί κάποια βήματα, χωρίς βέβαια να είναι απόλυτα. Αυτά είναι τα εξής:

#### **A) Συνέντευξη με Γονείς/Κηδεμόνες**

##### **I. Γενικές πληροφορίες-συμβουλές**

Αφού έχει συμπληρωθεί το ιστορικό από τους γονείς, ξεκινά η διαδικασία της συνέντευξης με τους γονείς/κηδεμόνες. Μέσα σε ένα άνετο και παράλληλα επαγγελματικό κλίμα, χορηγούνται ανοιχτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις στους γονείς. Οι γονείς ενημερώνονται πλήρως για τη διαδικασία της αξιολόγησης που πρόκειται να ακολουθήσει και επεξηγείται η ανάγκη ολοκλήρωσης της αξιολογητικής διαδικασίας προτού εξάγουμε τα συμπεράσματά μας.

Ο Guítar (2006) προτείνει να ζητάμε από τους γονείς να περιγράψουν οι ίδιοι το πρόβλημα, όπως εκείνοι το βλέπουν, αλλά και να μας δώσουν ένα παράδειγμα τραυλισμού του παιδιού τους (Guítar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

Ακόμη, έχει ιδιαίτερη σημασία ο κλινικός να αντιληφθεί τι πιστεύουν οι γονείς για το παιδί τους και την διαταραχή του και ταυτόχρονα να κατανοήσει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του κάθε γονέα. Επίσης, η συνέντευξη δίνει την ευκαιρία για εκμείευση πληροφοριών από τους γονείς σχετικά με συμπεριφορές, γεγονότα και συμπτώματα

που εμφανίζουν τα παιδιά τους, τα οποία δεν μπορούν να συλλεχθούν στο κλινικό περιβάλλον.

## II. Αλληλεπίδραση Παιδιού-Γονέων

Η αλληλεπίδραση των γονέων με το παιδί μπορεί να γίνει είτε πριν είτε μετά την συνέντευξη. Μέσω της συγκεκριμένης αλληλεπίδρασης παρατηρείται το επίπεδο ροής της ομιλίας του παιδιού κατά την επικοινωνία με τους κύριους καθημερινούς συνομιλητές του. Επίσης, όπως έχει ήδη αναφερθεί, παρατηρούνται οι λεκτικές και μη λεκτικές αντιδράσεις του γονέα απέναντι στις δυσρυθμίες του παιδιού, αλλά και η ταχύτητα της ομιλίας και η γλωσσική πολυπλοκότητα του (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

### B) Αλληλεπίδραση Παιδιού-Κλινικού

Η αλληλεπίδραση του κλινικού με το παιδί αποτελεί ίσως το πιο ουσιαστικό κομμάτι της αξιολόγησης. Ως πρώτη επαφή με το παιδί, η συνεδρία πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά και μόνο σε παιχνίδι και να αφήσουμε το παιδί να καθοδηγεί την επιλογή των δραστηριοτήτων. Η ροή της ομιλίας του παιδιού θέλουμε να είναι ευχερής, ήρεμη και χαλαρή. Σε αυτήν την διαδικασία προτείνεται η βιντεοσκόπηση της συνεδρίας καθώς είναι δύσκολο να κρατάμε σημειώσεις κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης.

Ακόμη, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, τα οποία δεν έχουν ακόμα συνειδητοποιήσει τη δυσκολία τους, θα ήταν συνετό να αποφύγουμε συζήτηση σχετικά με την ομιλία τους. Αντίθετα, σε παιδιά με κάποιο βαθμό συνειδητοποίησης, είναι σημαντικό να γίνει συζήτηση για τον τραυλισμό, με κύριο στόχο να βοηθήσουμε το παιδί να μη φοβάται αυτό που του συμβαίνει και να απομυθοποιηθεί η όλη κατάσταση στα μάτια του (Μαλανδράκη, 2012). Βέβαια, στα παιδιά προσχολικής ηλικίας αυτό είναι σπάνιο και η όποια συζήτηση γίνεται πολύ προσεχτικά.

### Γ) Μετρήσεις για την προσχολική ηλικία

Τα περισσότερα δεδομένα θα βασιστούν στα δείγματα ομιλίας που συλλέξαμε κατά τις αλληλεπιδράσεις με το παιδί, αλλά και στα δείγματα από το σπίτι. Σύμφωνα με τον Guítar (2006) κατά την ανάλυση των δειγμάτων ομιλίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας οφείλουμε να κάνουμε συγκεκριμένες μετρήσεις, τις οποίες ήδη έχουμε αναλύσει. Εδώ αναφέρονται επιγραμματικά.

- Συχνότητα δυσρυθμιών/ λεκτικών συμπεριφορών
- Τύπος δυσρυθμιών/λεκτικών συμπεριφορών
- Αριθμός μονάδων επανάληψης και έντασης κατά τις επαναλήψεις και τις επιμηκύνσεις
- Σωματικές δευτερεύουσες συμπεριφορές
- Ρυθμός ομιλίας
- Συναισθήματα και οι πεποιθήσεις
- Γενική σοβαρότητα του τραυλισμού

Επιπλέον δεν πρέπει να παραβλέπεται η αξιολόγηση της όλης επικοινωνιακής ικανότητας του παιδιού, έτσι ώστε να αποκλείσουμε ή να εντοπίσουμε πιθανές συνοδές διαταραχές ομιλίας και λόγου. Οι αξιολογήσεις αυτές θα πρέπει να περιλαμβάνουν:

- *Αξιολόγηση ακοής*: θα πρέπει να γίνεται σε όλα τα παιδιά και αν υπάρχει κάποια ένδειξη προβλήματος ακοής παραπέμπουμε σε ακοολόγο ή ωτορινολαρυγγολόγο.
- *Αξιολόγηση αισθητικο-κινητικού στοματοπροσωπικού και λαρυγγικού ελέγχου*: ο έλεγχος γίνεται για να αποκλειστούν ή να εντοπιστούν προβλήματα με το μηχανισμό της άρθρωσης ή της αντήχησης και τα κρανιακά νεύρα που πιθανόν να εμπλέκονται στο όποιο επικοινωνιακό πρόβλημα.
- *Αξιολόγηση άρθρωσης*: συχνά παρατηρείται στον τραυλισμό συνύπαρξη διαταραχή της άρθρωσης.
- *Αξιολόγηση φωνής*: παρατηρούμε την ποιότητα, το ύψος και την ένταση της φωνής του παιδιού και σε περίπτωση που υπάρχει απόκλιση παραπέμπουμε για ολοκληρωμένη αξιολόγηση φωνής.
- *Αξιολόγηση λόγου*: γλωσσικοί παράγοντες μπορεί να είναι σημαντικοί στον τραυλισμό αν και αυτό δεν είναι απόλυτο.

- *Αξιολόγηση του νοητικού - γνωστικού δυναμικού*: παιδιά με τραυλισμό συνήθως δεν εμφανίζουν διαφορετικές νοητικές ικανότητες σε σχέση με τα άλλα παιδιά. Αν όμως κρίνουμε ότι ένα παιδί έχει χαμηλότερο νοητικό ή γνωστικό δυναμικό από την ηλικία του, παραπέμπουμε σε ειδικό ψυχολόγο ή ειδικό παιδαγωγό (Guitar, 2006, Μαλανδράκη, 2012).

### **2.5.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΡΟΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Στις περιπτώσεις παιδιών σχολικής ηλικίας, το βασικότερο ερώτημα δεν είναι η ύπαρξη ή όχι του τραυλισμού, αλλά ο βαθμός σοβαρότητας του. (Guitar, 2006). Είναι επίσης σημαντικό να διερευνηθεί ο βαθμός συνειδητοποίησης του προβλήματος από το ίδιο το παιδί, αλλά και το πώς το αντιμετωπίζει (Μαλανδράκη, 2012). Σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι πρέπει να αξιολογηθούν, είναι η κοινωνική συμμετοχή του, η πορεία του στο σχολείο, αλλά και η σχέση του με τον εκπαιδευτικό, ο οποίος αποτελεί ένα ακόμη σημαντικό πρόσωπο για το παιδί.

Η κύρια αξιολόγηση περιλαμβάνει τις συνεντεύξεις με τους γονείς και τον εκπαιδευτικό, συνομιλία με το παιδί και άλλες μετρήσεις που είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν.

#### **A) Συνέντευξη με τους Γονείς/Κηδεμόνες**

Πριν από το βασικό μέρος της αξιολογητικής διαδικασίας είναι σημαντικό να ληφθεί ένα πλήρες ιστορικό, το οποίο ιδανικά θα έχει ήδη συμπληρωθεί στο σπίτι από τους γονείς (Guitar, 2006). Σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα είναι περισσότερο για την εξέλιξη και τη μορφή της διαταραχής και όχι τόσο για την έναρξη της. Ακόμη, πιθανές προηγούμενες θεραπείες πρέπει να αναφερθούν.

Επιπρόσθετα, οι γονείς πρέπει τώρα να μας περιγράψουν και τις δευτερεύουσες συμπεριφορές του παιδιού τους, αλλά και τα πιθανά αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να έχει εκφράσει. Επίσης, είναι σημαντικό να δοθεί μία εικόνα για το γενικό κλίμα μέσα στην οικογένεια. Γι' αυτό το λόγο θα ήταν χρήσιμη η περιγραφή μιας

συνηθισμένης ημέρας της οικογένειας και μιας ημέρας του Σαββατοκύριακου (Μαλανδράκη, 2012).

#### Β) Συνέντευξη με τον εκπαιδευτικό

Η συγκεκριμένη συνέντευξη, στο βαθμό που είναι εφικτή, αποτελεί πολύ σημαντική πηγή χρήσιμων πληροφοριών που αφορούν το επίπεδο και την ποιότητα της λεκτικής επικοινωνίας του παιδιού μέσα στην τάξη, το επίπεδο της ροής της ομιλίας του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον, αλλά και το κατά πόσο οι δυσκολίες στην ομιλία του έχουν επηρεάσει τη σχολική του επίδοση και την κοινωνική του προσαρμογή (Guitar, 2006). Επίσης, έχει ιδιαίτερη σημασία να γίνουν γνωστές οι απόψεις, τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις του δασκάλου απέναντι στο παιδί και τις δυσκολίες του.

#### Γ) Αλληλεπίδραση παιδιού-κλινικού

Η αλληλεπίδραση παιδιού-κλινικού έχει ξεχωριστή σημασία και συγκεκριμένα η συνομιλία μαζί του. Σημαντικό κομμάτι στην συνεδρία είναι η έμπνευση εμπιστοσύνης μεταξύ παιδιού και θεραπευτή και η δημιουργία κλίματος αποδοχής προς την ομιλία του παιδιού. Επομένως για την πρώτη επαφή, ενδείκνυται μια χαλαρή συζήτηση για πράγματα και δραστηριότητες που αρέσουν στο παιδί. Στη συνέχεια μπορεί ο κλινικός να αναφέρει στο παιδί με κατανοητό και απλό τρόπο μερικά πράγματα για το αντικείμενο και το ρόλο του θεραπευτή, ώστε να εξαχθεί με λεπτότητα μια πιο άμεση συζήτηση για την ομιλία. Εάν το παιδί έχει συνειδητοποιήσει το πρόβλημα, με διακριτικότητα γίνονται ερωτήσεις από την πλευρά του θεραπευτή, που σχετίζονται με την περιγραφή της δυσκολίας του παιδιού, με τις αντιδράσεις του ευρύτερου κοινωνικού περίγυρου του αλλά και με την αντιμετώπιση της διαταραχής από το ίδιο το παιδί (Guitar, 2006).

#### Δ) Παρατήρηση μέσα στην τάξη

Η παρατήρηση μέσα στην τάξη μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμη. Φυσικά, πρέπει να γίνει με διακριτικό τρόπο, ώστε να μην παρεμποδισθεί η σχολική διαδικασία, αλλά και χωρίς να στοχοποιηθεί το παιδί. Δίνεται έτσι η δυνατότητα άμεσης παρατήρησης της ομιλίας του παιδιού, της συμπεριφοράς, της αλληλεπίδρασης με τα άλλα παιδιά και της συμμετοχής του στο σχολικό περιβάλλον (Μαλανδράκη, 2012).

#### Ε) Μετρήσεις για τη σχολική ηλικία

Όπως και για τα μικρότερα παιδιά, τα δεδομένα που είναι χρήσιμα για τη διαγνωστική διαδικασία θα συλλεχθούν από τα δείγματα ομιλίας που έχουμε ήδη συγκεντρώσει από το κλινικό και το τυπικό περιβάλλον επικοινωνίας του παιδιού (σπίτι, σχολείο). Από τα δείγματα αυτά θα πραγματοποιηθούν οι παρακάτω μετρήσεις:

- Συχνότητα δυσρυθμιών/ λεκτικών συμπεριφορών
- Τύπος δυσρυθμιών/λεκτικών συμπεριφορών
- Αριθμός μονάδων επανάληψης και έντασης κατά τις επαναλήψεις
- Σωματικές δευτερεύουσες συμπεριφορές
- Ρυθμός ομιλίας
- Συναισθήματα και οι πεποιθήσεις
- Γενική σοβαρότητα του τραυλισμού

Και σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, δεν πρέπει να παραβλέπεται η αξιολόγηση της επικοινωνιακής ικανότητας του παιδιού. Ωστόσο, θα ήταν χρήσιμο να προστεθούν δύο ακόμη μετρήσεις, η αξιολόγηση κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης, καθότι μας ενδιαφέρει το πώς αντιμετωπίζεται το παιδί από τον περίγυρό του αλλά και η αξιολόγηση ακαδημαϊκής προσαρμογής και επίδοσης, ώστε να παρατηρήσουμε πιθανές δυσκολίες του παιδιού σε σχολικά μαθήματα που μπορεί να οφείλονται στον τραυλισμό ή σε μαθησιακές δυσκολίες (Μαλανδράκη, 2012).

### **2.5.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΡΟΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ**



Σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες τα βασικά ερωτήματα αφορούν αν όντως πρόκειται για επίμονο τραυλισμό ή για κάποια άλλη διαταραχή ομιλίας, καθώς και στο πώς και κατά πόσο επηρεάζει τη ζωή του.

Η αξιολόγηση ροής σε εφήβους και ενήλικες περιλαμβάνει ουσιαστικά τα ίδια στάδια που περιγράφηκαν για τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιες διαφορές που πρέπει να αναφερθούν.

#### A) Συνέντευξη με τον ασθενή

Σε εφήβους και ενήλικες η άντληση στοιχείων ιστορικού γίνεται κυρίως από τον ίδιο ασθενή. Η συνέντευξη και η λήψη ιστορικού γίνονται συνήθως παράλληλα. Ο κλινικός έχει την ευκαιρία μέσα από τη συνέντευξη, να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή και ότι θα απαντήσει σε κάθε ερώτηση που θέλει. Ακόμη, οι Yairi και Seery (2011) επισημαίνουν ότι αν ένας έφηβος ή ενήλικας αναζητούν τη βοήθεια ενός κλινικού μόνοι τους, τότε συνήθως έχουν μεγάλη θέληση για θεραπεία. Εάν όμως έχουν παραπεμφθεί από κάποιον άλλον, τότε η κατάσταση δε θα είναι εύκολη, καθώς ο κλινικός θα πρέπει να πείσει τον ασθενή ότι υπάρχει θεραπευτική προσέγγιση και ότι θέλει προσπάθεια ώστε να φτάσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα (Μαλανδράκη, 2012).

#### B) Συνέντευξη με εκπαιδευτικούς και οικείους

Στις περιπτώσεις εφήβων και ενηλίκων που τραυλίζουν, η άντληση πληροφοριών από τους οικείους ή τους εκπαιδευτικούς είναι εξίσου σημαντική. Οι πληροφορίες που θέλουμε να εκμαιεύσουμε είναι ανάλογες των προηγούμενων ηλικιακών ομάδων. Συγκεκριμένα από τους εκπαιδευτικούς θέλουμε να γνωρίζουμε το επίπεδο ροής ομιλίας του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον, την ποιότητα της λεκτικής του συμμετοχής στην τάξη αλλά και την κοινωνική και σχολική του επίδοση.

Από τους οικείους μας ενδιαφέρει να μάθουμε το πώς έχει επηρεαστεί η ζωή τους και η ζωή του ασθενή από τον τραυλισμό αλλά και ποιες είναι οι αντιδράσεις τους σε αυτό το γεγονός. Θα ήταν και εδώ χρήσιμο να περιγραφούν οι δευτερεύουσες

συμπεριφορές αλλά και τα πιθανά αρνητικά συναισθήματα του ασθενή (Μαλανδράκη, 2012).

### Γ) Μετρήσεις για εφήβους και ενήλικες

Η συλλογή και ανάλυση των δειγμάτων ομιλίας θα είναι επίσης καθοριστικές για την αξιολογητική διαδικασία. Ιδανικά συλλέγονται 2-3 δείγματα ομιλίας με 500-1000 συλλαβές το καθένα, σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά που είναι 300-400 συλλαβές κάθε δείγμα. Ακόμη, δείγματα από διαφορετικά επικοινωνιακά περιβάλλοντα είναι σημαντικά σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες. Βιντεοσκόπηση της συνεδρίας είναι ενδεδειγμένη, ώστε να καταγραφούν και οι δευτερεύουσες συμπεριφορές. Οι μετρήσεις που θα πραγματοποιηθούν σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα είναι οι εξής:

- Συχνότητα δυσρυθμιών/ λεκτικών συμπεριφορών
- Τύπος δυσρυθμιών/λεκτικών συμπεριφορών
- Σωματικές δευτερεύουσες συμπεριφορές
- Ρυθμός ομιλίας
- Συναισθήματα και οι πεποιθήσεις
- Γενική σοβαρότητα του τραυλισμού

Αξιολογήσεις ακοής, άρθρωσης, λόγου, φωνής, αισθητικο-κινητικού στοματοπροσωπικού και λαρυγγικού ελέγχου, νοητικού και γνωστικού δυναμικού, θα πρέπει επίσης να ολοκληρωθούν.

## 2.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει αυξανόμενο ενδιαφέρον τόσο σε επίπεδο εφαρμογής όσο και αξιολόγησης νέων μεθόδων, σχετικά με την θεραπευτική του αντιμετώπιση. Σύμφωνα με τις τελευταίες έρευνες κυριαρχούν δυο τάσεις αντιμετώπισής του, η *άμεση* και η *έμμεση παρέμβαση*. Οι μέθοδοι άμεσης παρέμβασης προϋποθέτουν την ένταξη του παιδιού σε θεραπευτικό πρόγραμμα και έχουν ως

στόχο να συνειδητοποιήσει το παιδί τον τραυλισμό του, να αναγνωρίσει τα συμπτώματα και τέλος να διαμορφώσει και να βελτιώσει τις δυσλειτουργικές λεκτικές συμπεριφορές. Από την άλλη, έχουμε και τις μεθόδους έμμεσης παρέμβασης. Πρόκειται για μεθόδους που έχουν ως στόχο την εκπαίδευση των γονέων με ιδιαίτερη ευαισθησία στην τροποποίηση της συμπεριφοράς τους και στην αλλαγή άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων (Κάκουρος- Μανιαδάκη, 2006).

#### A) Άμεση παρέμβαση

Τα προγράμματα άμεσης παρέμβασης ξεκινούν συνήθως με τη διδασκαλία του διαχωρισμού μεταξύ γρήγορης και αργής ομιλίας με κάποιου είδους αναλογία. Συχνά χρησιμοποιείται η δραστηριότητα που πολλοί κλινικοί την ονομάζουν η «Ομιλία της Χελώνας» (Turtle Speech) και δίνονται στα παιδιά παραδείγματα για το πώς περπατάνε και μιλάνε ο λαγός και η χελώνα. Έτσι ζητάται από τα παιδιά να αναγνωρίσουν την γρήγορη και την αργή ομιλία και να την μιμηθούν. Στη συνέχεια, τα παιδιά μαθαίνουν την έννοια της ομαλής και μη ομαλής ομιλίας με ανάλογα παραδείγματα, αρχικά ως αναγνώριση και έπειτα ως μίμηση και παραγωγή.

Σε περίπτωση που η θεραπεία ξεκινήσει με αναγνώριση των λεκτικών δυσκολιών, είναι σημαντικό η όποια προσπάθεια αναγνώρισης να γίνεται προσεκτικά σε αυτές τις ηλικίες. Ένα συχνό παιχνίδι αναγνώρισης περιλαμβάνει την παραγωγή λέξεων με ήπιες δυσρυθμίες από τον κλινικό και το παιδί καλείται να τις αναγνωρίσει (Guitar, 2006). Η δραστηριότητα αυτή έχει ως στόχο να αναγνωρίσει το παιδί τα τραυλικά συμπτώματα και να αρχίσει να εξοικειώνεται με αυτά ώστε στη συνέχεια να τα τροποποιήσει. Ανάλογες δραστηριότητες θα πρέπει να γίνονται πάντα μέσω παιχνιδιού και το παιδί να έχει ενεργό ρόλο στη θεραπεία. Φυσικά, οι επιβραβεύσεις και η συνεχής ενθάρρυνση θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της όλης θεραπευτικής διαδικασίας. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της εφαρμογής ενός προγράμματος άμεσης θεραπείας συχνά χρησιμοποιούνται παράλληλα και τεχνικές έμμεσης θεραπείας (Ramig και Dogde, 2010).

#### B) Έμμεση παρέμβαση

Οι μέθοδοι έμμεσης παρέμβασης εφαρμόζονται κυρίως σε παιδιά που παρουσιάζουν φυσιολογική δυσρυθμία ή οριακό τραυλισμό. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει τη συμβουλευτική των γονέων πάνω στον τραυλισμό και

την αλλαγή στοιχείων, κυρίως περιβαλλοντικών, ώστε να μειωθούν ή και να εξαλειφθούν τα τραυτικά συμπτώματα στην ομιλία του παιδιού.

Το πρώτο βήμα στην έμμεση θεραπεία είναι να αξιολογήσουμε την ήδη υπάρχουσα επικοινωνιακή αλληλεπίδραση γονέων – παιδιού και τις γενικότερες συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι και στο σχολείο (Guitar, 2006), προκειμένου να παρατηρήσουμε συμπεριφορές οι οποίες δημιουργούν άγχος στο παιδί και αυξάνουν την σοβαρότητα των δυσρυθμιών του. Μέσω θεραπευτικών τεχνικών, μπορούμε να στοχοποιήσουμε περιβαλλοντικές και επικοινωνιακές καταστάσεις ανάλογες των ζητημάτων που παρατηρήθηκαν κατά την αξιολόγηση.

Το δεύτερο βήμα είναι η εκπαίδευση του γονέα από τον κλινικό να αξιολογεί και να χρησιμοποιεί κλίμακες σοβαρότητας τραυλισμού σε καθημερινή βάση (Μαλανδράκη, 2012). Σε αυτήν την διαδικασία ο γονέας έχει τον κύριο ρόλο και ο κλινικός επαναξιολογεί το παιδί κάθε 3 ή 6 μήνες (Guitar, 2006). Ακόμη, οι γονείς ενθαρρύνονται να περνούν ποιοτικό χρόνο με το παιδί, 5-15 λεπτά καθημερινά χωρίς να δίνεται έμφαση στην ομιλία.

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με έρευνες, ο συνδυασμός αυτών των τρόπων προσεγγίσεων αναφέρουν και καταδεικνύουν σημαντικά αποτελέσματα με ελάχιστες πιθανότητες παλινδρόμησης και αρκετές φορές με εικόνα την πλήρη εξάλειψη του τραυλισμού.

## **2.7 ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ**

Η συμμετοχή και η συμβολή μιας διεπιστημονικής ομάδας είναι, σε κάθε περίπτωση, υψίστης σημασίας. Χωρίς την ενεργή συμμετοχή της, η όποια θεραπευτική προσέγγιση τείνει να μείνει ανολοκλήρωτη και αναποτελεσματική.

Στην θεραπευτική διαδικασία, ειδικότερα σε περιπτώσεις ασθενών προσχολικής και σχολικής ηλικίας, κύριο ρόλο έχουν οι γονείς και οι οικείοι. Σε ορισμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις οι γονείς και το περιβάλλον παίζουν πρωταρχικό ρόλο και όχι το ίδιο το παιδί. Έχει τονιστεί επίσης ότι η συμβολή των παιδαγωγών είναι εξίσου σημαντική στην επιτυχία ενός προγράμματος.

Επιπλέον, σε περιπτώσεις εφήβων και ενηλίκων ο ρόλος των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών είναι ουσιαστικός. Συχνά, οι διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις μπορεί να έχουν κάποιο ρόλο στη θεραπεία του τραυλισμού. Αυτές μπορεί να είναι οι εξής:

- *Ατομική ψυχοθεραπεία:* βοηθά το άτομο να αντιμετωπίζει πιο αποτελεσματικά τις δυσκολίες του μέσα από την προσπάθεια να γίνει πιο ευέλικτος ως προς τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται αυτά που του συμβαίνουν και τον τρόπο που αντιδρά σε αυτά
- *Οικογενειακή θεραπεία:* ο ειδικός κατευθύνει τους γονείς με βασικές πληροφορίες για τον τραυλισμό, ώστε να διευκολύνει στην κατανόηση των αρχών που θα πρέπει να διέπουν τη συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί
- *Παιγνιοθεραπεία:* το παιχνίδι σε όλες τις μορφές και στα στάδια εξέλιξής του, εφαρμόζεται άμεσα και έμμεσα σε διαγνωστικό, προληπτικό και θεραπευτικό επίπεδο.
- *Δραματοθεραπεία:* χρησιμοποιεί όλες τις μορφές του θεάτρου και της δράσης ως άμεση θεραπευτική παρέμβαση. Βασίζεται στην αντίληψη ότι το θέατρο περιέχει ενδογενείς θεραπευτικές ιδιότητες και ότι η δραματική μεταφορά έχει τη δύναμη να επιφέρει αλλαγή ακόμη και σε περιπτώσεις τραυλισμού.
- *Χοροθεραπεία:* χρησιμοποιεί την κίνηση, το χορό και το δράμα για να βοηθήσει με βιωματικό τρόπο τη ψυχική και συναισθηματική ολοκλήρωση του ατόμου, την επικοινωνία συναισθημάτων που εκφράζονται δύσκολα λεκτικά ιδιαίτερα για τα άτομα με δυσκολίες επικοινωνίας, την εναρμόνιση του νου, του σώματος, των συναισθημάτων και των δράσεων. Τα ανωτέρω χαρακτηριστικά της μεθόδου καθιστούν την χοροθεραπεία ιδανική για άτομα με διαταραχές επικοινωνίας. Σε συνδυασμό με τη λογοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει παιδιά και ενήλικους στα οποία παρατηρούνται έντονη ψυχολογική φόρτιση, σαν αποτέλεσμα της δυσκολίας στην επικοινωνία, διαταραχές λόγου, διαταραχές ροής της ομιλίας και επικοινωνίας ψυχογενούς αιτιολογίας, όπως ο τραυλισμός.

Η έννοια της επικοινωνίας είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες. Κάθε θεραπευτική προσέγγιση πρέπει, λοιπόν, να περιλαμβάνει τη

συμμετοχή όλων αυτών των φορέων όπου θα συμβάλουν στην επίτευξη των επικοινωνιακών στόχων των ασθενών (Μαλανδράκη, 2012).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup>

## 3.1 ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE

Το παρόν κείμενο έχει συνταχθεί με σκοπό να αποτελέσει ένα ολοκληρωμένο κλινικό «αλφαβητάρι» για το πρόγραμμα Lidcombe το οποίο σχετίζεται με την πρώιμη παρέμβαση σε περίπτωση τραυλισμού καθώς και για να δώσει πληροφορίες για το ιστορικό του και τη χρήση του σε διάφορες περιοχές του κόσμου. Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να δοθεί στον αναγνώστη ένα θεμελιώδες σημείο αναφοράς για τη χρήση του βιβλίου. Το συγκεκριμένο κεφάλαιο αποτελεί μία σύντομη επισκόπηση τη θεραπείας, των θεμελιωδών εννοιών και διαδικασιών του προγράμματος καθώς και των εμπειρικών λογοτεχνικών στοιχείων που το υποστηρίζουν.

Πριν προχωρήσουμε όμως αξίζει να αναλύσουμε ένα συγκεκριμένο σημείο της προηγούμενης παραγράφου: τις έννοιες και τις διαδικασίες που εμπεριέχει το πρόγραμμα Lidcombe. Η συγκεκριμένη θεραπεία δε βασίζεται σε μία σειρά προγραμματισμένων και προκαθορισμένων διαδικασιών. Οι συγγραφείς του παρόντος βιβλίου θεωρούν δεδομένο ότι οι τρόποι θεραπείας και εφαρμογής του προγράμματος Lidcombe είναι τόσοι όσο και ο αριθμός των παιδιών που τραυλίζουν καθώς και των οικογενειών των παιδιών που δέχονται τη θεραπεία. Με άλλα λόγια, το πρόγραμμα Lidcombe *προσωποποιείται για κάθε παιδί και κάθε οικογένεια*. Το να κατανοήσουμε την έννοια αυτή αποτελεί και το πιο βασικό σημείο για την κατανόηση της συγκεκριμένης θεραπείας.

### 3.1.1 ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE;

## ΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΥ ΑΝΑΠΤΥΧΘΗΚΕ ΑΠΟ ΚΛΙΝΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ

Το πρόγραμμα Lidcombe αναπτύχθηκε στο προάστιο Lidcombe του Σύδνεϋ σε συνεργασία μεταξύ των ερευνητών του Πανεπιστημίου του Σύδνεϋ και των επαγγελματιών κλινικών λογοθεραπευτών της Μονάδας Τραυλισμού του Οργανισμού Υγείας του Bankstown (Σύδνεϋ). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δεν αναπτύχθηκε αποκλειστικά στα πλαίσια κάποιου πανεπιστημίου. Πιστεύουμε ότι αυτός είναι ένας λόγος για τον οποίο οι γιατροί δέχτηκαν το συγκεκριμένο πρόγραμμα στην Αυστραλία αλλά και σε άλλες περιοχές ανά τον κόσμο. Οι διαδικασίες που περιγράφονται απέκτησαν την παρούσα μορφή τους ύστερα από χρόνια δοκιμών και προσεκτικών ελέγχων από τους κλινικούς λογοθεραπευτές οι οποίοι εξειδικεύονται στο θέμα του τραυλισμού. Αυτοί οι προσεκτικοί έλεγχοι ξεκίνησαν στο νοσοκομείο του Lidcombe και συνεχίστηκαν στη Μονάδα Τραυλισμού. Το συγκεκριμένο βιβλίο περιλαμβάνει τους τρόπους αντιμετώπισης του τραυλισμού όπως προκύπτουν από τα καθημερινά περιστατικά που αντιμετωπίζουν οι λογοθεραπευτές καθώς και από το τι τους αρέσει να κάνουν καθημερινά. Το σύνολο των ιατρικών αποτελεσμάτων σχετικά με το πρόγραμμα Lidcombe που έχουμε συμπεριλάβει στο τέλος του συγκεκριμένου κεφαλαίου συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια των καθημερινών μαθημάτων και των περιστατικών που αντιμετώπισαν οι λογοθεραπευτές σε διάφορες δημόσιες κλινικές στην Αυστραλία.

Αξίζει, επίσης, να αναφέρουμε ότι οι κλινικές του Lidcombe στις οποίες αναπτύχθηκε η συγκεκριμένη θεραπεία δεν απευθύνονται μόνο σε άτομα των ανώτερων κοινωνικών τάξεων. Αντιθέτως, το Lidcombe όπως και το Bankstown όπου και βρίσκεται η Μονάδα Τραυλισμού αναφέρεται σε άτομα μεσαίας προς χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Οι κλινικές είναι δημόσιες και όχι ιδιωτικές, χρηματοδοτούνται από το κράτος και έτσι οι ασθενείς δε χρειάζεται να πληρώσουν για τα έξοδα νοσηλείας. Το Lidcombe και το Bankstown αποτελούν πολυπολιτισμικά προάστια.

Πολλοί κάτοικοι δεν μιλούν αγγλικά και επομένως πολλές συνεδρίες θεραπείας διεξάγονται με τη βοήθεια διερμηνέα. Επίσης, στη συγκεκριμένη μονάδα υπάρχουν και πολλές δύσκολες περιπτώσεις τραυλισμού παιδιών προσχολικής ηλικίας, διότι έχει κερδίσει τη φήμη μίας εξειδικευμένης κλινικής. Για το λόγο αυτό, πολλές είναι οι περιπτώσεις που προέρχονται από τις μητροπολιτικές περιοχές του Σύδνεϋ και



απευθύνονται στη Μονάδα Τραυλισμού διότι δεν είδαν αποτέλεσμα στον έλεγχο του τραυλισμού με άλλες θεραπείες.

### ΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Το πρόγραμμα Lidcombe είναι μία συμπεριφορική θεραπεία η οποία επικεντρώνεται στις δυσκολίες που σχετίζονται με τον τραυλισμό. Ερευνητές έχουν επισημάνει ότι, στις περιπτώσεις ενηλίκων που τραυλίζουν, η θεραπεία επικεντρώνεται κυρίως στην διαχείριση του χρόνιου τραυλισμού παρά στον έλεγχο του. Ωστόσο, δεν έχουμε κανένα λόγο να πιστεύουμε προς το παρόν ότι, στην περίπτωση ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας το οποίο αρχίζει να τραυλίζει ο λογοθεραπευτής πρέπει να κάνει κάτι παραπάνω από το να βελτιώσει την ομιλία που χαρακτηρίζεται από τραυλισμό- με άλλα λόγια να αποκαταστήσει την αντίληψη ότι το παιδί έχει έναν φυσιολογικά ανεπτυγμένο λόγο όπως ακριβώς είχε πριν ξεκινήσει η συγκεκριμένη διαταραχή. Οτιδήποτε συμβαίνει στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe επικεντρώνεται στο να αποβάλλουμε τις αρχικές προβληματικές συμπεριφορές του τραυλισμού όσον αφορά τα παιδιά που βρίσκονται στην προσχολική ηλικία. *Ο σκοπός του προγράμματος Lidcombe είναι πολύ απλά να σταματήσει ο τραυλισμός.* Η έρευνα της οποίας σύντομη επισκόπηση παρουσιάζεται αργότερα στο συγκεκριμένο κεφάλαιο προτείνει ότι ο σκοπός που αναφέραμε προηγουμένως είναι ρεαλιστικός και εφικτός.

Αξίζει να διευκρινίσουμε την ορολογία που χρησιμοποιούμε στο σημείο αυτό σχετικά με τον τραυλισμό. Το πρόγραμμα Lidcombe ενσωματώνει την έννοια της «στιγμής του τραυλισμού». Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν πολλά θέματα που περιβάλλουν τη συγκεκριμένη έννοια, θεωρήσαμε ότι είναι η κατάλληλη όσον αφορά την κλινική πρακτική και τα αποτελέσματα της έρευνας. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος Lidcombe και όπως φαίνεται και μέσα στο παρόν κείμενο, οι στιγμές του τραυλισμού αναφέρονται στους όρους *τραυλίζω*, *τραυλίζων* καθώς και σε αυτόν που χαρακτηρίζεται από τραυλισμό. Ακόμη, όταν μιλάμε για παιδιά που τραυλίζουν χρησιμοποιούμε διάφορες έννοιες (πχ. μη ομαλός). Προτιμούμε να μη χρησιμοποιούμε τις λέξεις *δυσλειτουργία στην ομιλία* και *μη ύπαρξη ευχέρειας στην ομιλία* καθώς και τα παράγωγά τους διότι αποτελούν έμμεσες εκφράσεις. Το πρόγραμμα Lidcombe στοχεύει στον περιορισμό της συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται από τραυλισμό και συνεπώς αναφερόμαστε στον τραυλισμό με όρους που συνδέονται άμεσα με τις λεκτικές δυσκολίες που μας απασχολούν. Όταν

αναφερόμαστε στην ομιλία η οποία δεν χαρακτηρίζεται από τραυλισμό, χρησιμοποιούμε τον όρο *χωρίς τραυλισμό* παρά τον όρο *εύγλωττος* διότι η πρώτη επιλογή είναι άμεση και σχετίζεται με τις λεκτικές δυσκολίες, οι οποίες αποτελούν αντικείμενο της συγκεκριμένης θεραπείας. Όσον αφορά τα παιδιά χρησιμοποιούμε τη λέξη *ομαλός* προκειμένου να περιγράψουμε την ομιλία που δεν χαρακτηρίζεται από τραυλισμό.

#### **ΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΥ ΑΝΑΠΤΥΧΘΗΚΕ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 6 ΕΤΩΝ**

Το πρόγραμμα Lidcombe αναπτύχθηκε για παιδιά κάτω των 6 ετών και το παρόν βιβλίο αναφέρεται στην εφαρμογή του προγράμματος στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Στην πραγματικότητα, αποδείχτηκε ότι το πρόγραμμα είχε αποτέλεσμα και σε παιδιά ηλικίας 7 με 12 ετών. Η συγκεκριμένη έρευνα αποδεικνύει, ωστόσο, ότι η συγκεκριμένη θεραπεία δεν είναι τόσο αποτελεσματική στα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας όσο στα παιδιά κάτω των 6 ετών. Φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, ο συγκεκριμένος τύπος θεραπείας γίνεται λιγότερο αποτελεσματικός. Έλεγχοι που έχουν πραγματοποιηθεί σε αρχεία των κλινικών του Lidcombe έχουν δείξει ότι σε πολλές περιπτώσεις παιδιά ηλικίας 7 και 8 ετών ανταποκρίνονται στο πρόγραμμα το ίδιο αποτελεσματικά όπως τα μικρότερα παιδιά, αλλά το πρόγραμμα Lidcombe από μόνο του φαίνεται ότι είναι ανεπαρκές στην αντιμετώπιση του τραυλισμού για ορισμένα παιδιά ηλικίας 7 μέχρι 12 ετών. Στην ουσία, γνωρίζουμε προς το παρόν πολύ λίγα πράγματα σχετικά με αυτό το θέμα και επομένως η θεραπεία των παιδιών που είναι άνω των 6 ετών δεν αποτελεί αντικείμενο του συγκεκριμένου βιβλίου.

#### **ΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ**

*Το πρόγραμμα Lidcombe δε διεξάγεται από τους λογοθεραπευτές αλλά από τους γονείς.* Ο ρόλος του γονέα έγκειται στο να εφαρμόζει τη θεραπεία στα πλαίσια του καθημερινού περιβάλλοντος του παιδιού και ο ρόλος του λογοθεραπευτή έγκειται στο να μάθει το γονέα πώς να εφαρμόζει τη θεραπεία. Ο μόνος τρόπος με τον οποίο ο λογοθεραπευτής εφαρμόζει τη θεραπεία είναι να την υποδείξει στους γονείς. Κατά πάσα πιθανότητα, αυτός είναι και ένας από τους λόγους για τους οποίους το πρόγραμμα Lidcombe είναι τόσο αποτελεσματικό: Η θεραπεία γίνεται όταν συμβαίνει το πρόβλημα. Τα παιδιά τραυλίζουν σε καθημερινές καταστάσεις και η θεραπεία

πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια αυτών των καταστάσεων. Επομένως, δε χρειάζεται να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα της θεραπείας όσον αφορά το πρόγραμμα Lidcombe διότι δεν υπάρχει κάτι για να γενικεύσουμε. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους για τους οποίους ο λογοθεραπευτής δεν πρέπει να εφαρμόζει τη θεραπεία. Εάν γίνει αυτό, τότε καταλήγουμε σε γενικεύσεις. Με άλλα λόγια, όταν τα αποτελέσματα της θεραπείας συμβαίνουν μέσα σε μία κλινική, πρέπει να γενικευθούν έτσι ώστε η θεραπεία να είναι αποτελεσματική. Πέρα από τον κίνδυνο που υπάρχει να περιπλέξουμε τη θεραπεία σε περίπτωση που προβούμε σε γενικεύσεις, ο κίνδυνος διάκρισης στην εκμάθηση της συγκεκριμένης διαταραχής αποτελεί και το λόγο για τον οποίο ο λογοθεραπευτής δεν πρέπει να εφαρμόζει τη θεραπεία. Ένα από τα χειρότερα πράγματα που ενδέχεται να ακούσει ο λογοθεραπευτής- το οποίο συμβαίνει πολύ συχνά με θεραπείες που γίνονται στα πλαίσια μίας κλινικής σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας- είναι η απάντηση από την πλευρά του γονέα ότι το παιδί δεν τραυλίζει μέσα στην κλινική αλλά εκτός κλινικής το πρόβλημα συνεχίζεται.

Σε διάφορα συνέδρια παγκοσμίως, οι λογοθεραπευτές του Lidcombe συχνά αναφέρουν ότι οι λογοθεραπευτές είναι ειδικοί στο πώς να θεραπεύσουν τον τραυλισμό αρχικού σταδίου αλλά οι γονείς είναι οι ειδικοί με τα παιδιά τους. Το πρόγραμμα Lidcombe βασίζεται στην εμπειρία που διαθέτουν οι γονείς σχετικά με τα παιδιά τους. Αυτοί ξέρουν τι τους αρέσει και τι όχι, τι τους κεντρίζει την περιέργεια και το πιο σημαντικό είναι ότι αυτοί έχουν ιδιαίτερη σχέση με τα παιδιά τους. Η θεραπεία ποικίλει από οικογένεια σε οικογένεια αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις η σχέση γονέα και παιδιού είναι η πιο σημαντική και είναι καθήκον του λογοθεραπευτή να ενσωματώσει αυτή τη σχέση στο πρόγραμμα Lidcombe. Αυτός είναι και ο λόγος που το πρόγραμμα Lidcombe διεξάγεται με διαφορετικό τρόπο από οικογένεια σε οικογένεια: διότι η σχέση γονέα και παιδιού διαφοροποιείται από οικογένεια σε οικογένεια.

Η ενσωμάτωση της σχέσης γονέα και παιδιού στο πρόγραμμα Lidcombe είναι και ένας από τους λόγους που κάνει το πρόγραμμα ευχάριστο τόσο για τους γονείς όσο και για τα παιδιά. Γονέας και παιδί συνεργάζονται και μαζί περιορίζουν τον τραυλισμό. Αυτό αποδεικνύεται και μέσα από συνεντεύξεις με γονείς οι οποίοι θεράπευσαν τον τραυλισμό των παιδιών τους. Παρά το γεγονός ότι οι γονείς, αρχικά, ενδέχεται να αισθάνονται κάποιο φόβο σχετικά με τον τρόπο που θα χρησιμοποιήσουν τις συγκεκριμένες διαδικασίες, τελικά η θεραπεία συνδέεται με ένα

αίσθημα επιτυχίας και νιώθουν δυνατοί που τα κατάφεραν. Το ίδιο ισχύει και για τα παιδιά. Οι γονείς μας λένε ότι τα παιδιά καλωσορίζουν την ιδέα της θεραπείας και επιπλέον, ωθούν τους γονείς τους στο να κάνουν τη θεραπεία σε περιπτώσεις που αυτοί το ξεχνούν. Γενικά, το πρόγραμμα Lidcombe αποτελεί μία ευχάριστη θεραπεία τόσο για τους γονείς όσο και για τα παιδιά. Εάν δεν προκαλέσει αυτό το αίσθημα χαράς τότε πολύ απλά το πρόγραμμα δεν λειτουργεί.

### **3.1.2 ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE;**

Τον παράγοντα θεραπείας αποτελούν κάποιες λεκτικές ομάδες που καθορίζονται από τους γονείς σχετικά με την ομιλία με ή χωρίς τραυλισμό και οι οποίες συμβαίνουν στα πλαίσια της καθημερινότητας. Η ομιλία με τραυλισμό και η ομιλία χωρίς τραυλισμό αποτελούν τις λεγόμενες αντιδράσεις στο πρόγραμμα Lidcombe. Οι λεκτικές ομάδες από την πλευρά των γονέων σχετικά με τις αποκρίσεις του παιδιού αναφέρονται στο γεγονός ότι οι γονείς πρέπει να λένε κάποια πράγματα κάθε φορά που το παιδί τραυλίζει ή όχι. Αυτά που θα πρέπει να κάνουν οι γονείς είναι να αναγνωρίζουν και να επαινούν την εκάστοτε απάντηση και να ζητούν από το παιδί να διορθώσει μόνο του την απάντηση που έδωσε.

Η θεωρία του προγράμματος λειτουργεί ως εξής: Σε κάποιες περιπτώσεις της καθημερινότητας οι γονείς αναγνωρίζουν όταν το παιδί τους δεν τραυλίζει και κάποιες φορές το επαινούν γι' αυτό το λόγο. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις όμως οι γονείς αναγνωρίζουν μία μόνο στιγμή τραυλισμού και τότε μπορούν να ζητήσουν από το παιδί να επαναλάβει την έκφραση που είπε χωρίς να τραυλίζει. Με άλλα λόγια, ο γονιός ζητά από το παιδί να διορθώσει μόνο του τις φράσεις στις οποίες τραύλισε. Προκειμένου η συγκεκριμένη θεραπεία να αποτελέσει μία θετική εμπειρία για το παιδί, ένας βασικός κανόνας στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe έγκειται στην πραγματοποίηση τουλάχιστον 5 αναγνωρίσεων οι οποίες θα συνοδεύονται από έπαινο όταν το παιδί δεν τραυλίζει και ταυτόχρονα θα πρέπει να υπάρχουν και οι αναγνωρίσεις κατά τις οποίες το ίδιο το παιδί θα διορθώνει τον εαυτό του σε περίπτωση που τραυλίζει. Εν συντομία, η βασική θεραπευτική μέθοδος του προγράμματος Lidcombe έγκειται σε λεκτικές ομάδες από μέρους των γονέων για τις απαντήσεις που δίνουν τα παιδιά τους κατά τη διάρκεια καθημερινών συζητήσεων.

Στα πλαίσια του συγκεκριμένου σκεπτικού, τονίζουμε και πάλι ότι η εφαρμογή των συγκεκριμένων διαδικασιών ποικίλει από οικογένεια σε οικογένεια.

Όταν δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το πρόγραμμα Lidcombe στην Αυστραλία στα μέσα της δεκαετίας 1990, εκδηλώθηκε ανησυχία στο να διορθώνουν οι γονείς τα παιδιά τους. Προφανώς, η συγκεκριμένη ανησυχία συνδέεται με μία συνεχή επιρροή της θεωρίας για το ξεκίνημα του τραυλισμού. Στην πραγματικότητα, όμως, δε συμφωνούμε με αυτή την ανησυχία διότι η ενέργεια του γονιού να διορθώνει την ομιλία του παιδιού δεν μπορεί να εξηγηθεί από κλινικής απόψεως. Στο πρόγραμμα Lidcombe δεν είναι ο γονιός που διορθώνει το παιδί που τραυλίζει αλλά το ίδιο το παιδί διορθώνει τον εαυτό του. Αυτό που κάνει ο γονιός είναι να ζητάει από το παιδί να διορθώνει την έκφραση που εμπεριέχει τραυλισμό. Ο γονιός το ζητάει αυτό από το παιδί με τον κατάλληλο τρόπο, την κατάλληλη χρονική στιγμή και στον κατάλληλο χώρο.

Στο πρόγραμμα Lidcombe ο μοναδικός παράγοντας θεραπείας είναι οι συγκεκριμένες λεκτικές ομάδες που εκφράζονται από μέρους των γονέων. Με αυτόν τον τρόπο ελέγχεται ο τραυλισμός. Με άλλα λόγια μπορούμε να πούμε ότι στα μικρά παιδιά ο τραυλισμός έχει συντελεστικό χαρακτήρα. Το πρόγραμμα Lidcombe δεν περιλαμβάνει περιορισμό του ρυθμού τραυλισμού ή οποιεσδήποτε ρυθμίσεις όσον αφορά το συνήθη τρόπο ομιλίας του παιδιού. Επιπλέον, δεν απαιτεί τυχόν προσαρμογές της καθημερινότητας του παιδιού με τη λογική ότι τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος αποτελούν την αιτία ή το γεγονός συνέχισης του τραυλισμού. Αυτές οι έννοιες αποτελούν την καρδιά των μοντέλων θεραπείας τα οποία βασίζονται στο ότι υπάρχουν ποικίλοι λόγοι εμφάνισης του τραυλισμού όπως είναι τα μοντέλα απαιτήσεων και ικανοτήτων. Το πρόγραμμα Lidcombe σαφώς και εμπεριέχει κάποιες μικρές αλλαγές στην καθημερινότητα του παιδιού. Οι αλλαγές αυτές, όμως, απλά σχετίζονται με τις λεκτικές ομάδες που χρησιμοποιούν οι γονείς προκειμένου να περιορίσουν τον τραυλισμό. Σε σχέση με τις άλλες θεωρίες που προτείνουν τα μοντέλα των Απαιτήσεων και των Ικανοτήτων, το πρόγραμμα Lidcombe δεν είναι θεωρητικό με τη λογική ότι δεν αντλεί τις διαδικασίες που ακολουθεί από κάποια θεωρία της φύσεως ή της αιτίας που προκαλεί τον τραυλισμό στα παιδιά.

Στο σημείο αυτό της γενικής επισκόπησης του προγράμματος Lidcombe, αξίζει να σημειώσουμε δύο σημεία. Το πρώτο έγκειται στο γεγονός ότι μολονότι μπορεί να αποτελεί μία κλινική πρόκληση, αυτό που προσπαθεί να πετύχει ο λογοθεραπευτής

είναι κάτι πολύ απλό. Κατά κύριο λόγο, οι γονείς επαινούν τα παιδιά τους και δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στις περιπτώσεις τραυλισμού και ορισμένες φορές ζητάνε από τα παιδιά να διορθώσουν τον εαυτό τους. Τα βασικά σημεία του προγράμματος δεν είναι πολύπλοκα. Το δεύτερο σημείο που πρέπει να αναφέρουμε είναι ότι οι λεκτικές ομάδες από μέρους των γονέων δεν πρέπει να γίνονται με διάρκεια, εντατικό ρυθμό και να έχουν επιθετικό χαρακτήρα. Σε περίπτωση που συμβεί κάτι από αυτά τότε τα αποτελέσματα θα είναι καταστροφικά. Δεν είναι δύσκολο να φανταστούμε την αντίδραση ενός παιδιού αν ο γονιός ξεκινήσει να διοχετεύει ακατάπαυστα προς το παιδί αρνητικές φράσεις κάθε φορά που αυτό τραυλίζει. Το πρόγραμμα Lidcombe απαιτεί οι γονείς να είναι πολύ επιλεκτικοί κάθε φορά που θα προσπαθούν να παρακινήσουν λεκτικά τα παιδιά τους. Συγκεκριμένα, σε περίπτωση που τα συγκεκριμένα λεκτικά γεγονότα εμποδίζουν την καθημερινή επικοινωνία των παιδιών με τους γονείς τους τότε τα αποτελέσματα θα είναι καταστροφικά. Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, το πρόγραμμα Lidcombe επικεντρώνεται στη σχέση μεταξύ γονέων και παιδιών και είναι σημαντικό οι διαδικασίες θεραπείας που εμπεριέχει να μην προκαλούν καμία φθορά στη σχέση των παιδιών με τους γονείς τους.

### ***3.1.3 ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE;***

Η βασική μέθοδος του προγράμματος Lidcombe είναι η επίσκεψη των γονέων μαζί με το παιδί στην κλινική μία φορά την εβδομάδα έτσι ώστε ο λογοθεραπευτής να εκπαιδεύσει τους γονείς σχετικά με το πώς θα εφαρμόζουν το πρόγραμμα. Στην πράξη, έχουμε καταλήξει ότι οι κατάλληλες ώρες προκειμένου να καθορίσουμε συνεδρίες για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι το πρωί ή νωρίς το απόγευμα. Στηριζόμενοι στην εμπειρία τους, οι λογοθεραπευτές αναφέρουν ότι συχνά ένας μόνο γονιός παρίσταται στις συνεδρίες που γίνονται μία φορά την εβδομάδα μολονότι και οι δύο συμμετέχουν στη θεραπεία. Σε κάποιες περιπτώσεις, στις συνεδρίες συμμετέχουν και άτομα που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην καθημερινότητα του παιδιού. Καθώς η διαδικασία της θεραπείας προχωράει, ο λογοθεραπευτής μαθαίνει στους γονείς διάφορα πράγματα. Το γεγονός αυτό είναι πολύ σημαντικό για τη θεραπεία διότι όσο το παιδί βελτιώνεται, οι γονείς θα πρέπει να μαθαίνουν

καινούρια πράγματα. Το να επαναλαμβάνονται τα ίδια πράγματα κάθε εβδομάδα κατά τις συνεδρίες γονιού και παιδιού στην κλινική, σημαίνει ότι τα πράγματα δεν πηγαίνουν πολύ καλά.

Όπως ήδη αναφέραμε και προηγουμένως, η θεραπεία προσωποποιείται για κάθε παιδί και υπάρχουν τόσες διαφορετικές παρουσιάσεις του προγράμματος Lidcombe όσες είναι και οι οικογένειες που έχουν κάποιο παιδί προσχολικής ηλικίας το οποίο τραυλίζει και έρχονται στην κλινική προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια. Το πιο σημαντικό είναι ότι η θεραπεία βασίζεται αποκλειστικά στη σχέση μεταξύ γονέων και παιδιών καθώς και στο γεγονός ότι κάθε τέτοια σχέση είναι διαφορετική όπως διαφορετικός είναι ο κάθε γονέας αλλά και το κάθε παιδί. Κατά συνέπεια, κάθε παρουσίαση του προγράμματος Lidcombe είναι διαφορετική. Ωστόσο, σύμφωνα με τα όσα αναφέραμε παραπάνω, σε κάθε περίπτωση ο λογοθεραπευτής προσπαθεί να πετύχει το ίδιο πράγμα: τη λεκτική παρακίνηση από τους γονείς για τις διάφορες απαντήσεις που δίνουν τα παιδιά στις καθημερινές τους συζητήσεις.

Σε μία τέτοιου είδους θεραπεία η οποία βασίζεται σε λεκτικές ομάδες με σκοπό την αντιμετώπιση του τραυλισμού, ο λογοθεραπευτής έχει το καθήκον της φροντίδας διότι, όπως ήδη αναφέραμε, υπάρχει το ενδεχόμενο να παρουσιαστούν προβλήματα σε περίπτωση που η συγκεκριμένη διαδικασία εφαρμοστεί με λανθασμένο τρόπο. Επομένως, ο λογοθεραπευτής σε αυτήν την περίπτωση πρέπει να διασφαλίσει το γεγονός ότι οι γονείς θα παρουσιάζουν τις λεκτικές ομάδες με τρόπο σωστό και ασφαλές. Για το λόγο αυτό, όταν το πρόγραμμα Lidcombe βρίσκεται στην αρχή της εφαρμογής του, όταν δηλαδή ο γονιός μαθαίνει να εκφράζει τις πρώτες λεκτικές ομάδες, πρέπει να το κάνει μόνο σε κατάλληλα δομημένες συζητήσεις. Η συγκεκριμένη δομημένη εφαρμογή που συμβαίνει στην αρχή της εφαρμογής του προγράμματος διευκολύνει και την αρχική εκπαίδευση του γονέα από το λογοθεραπευτή σχετικά με τις βασικές διαδικασίες της θεραπείας. Επιπλέον, σύμφωνα με τις βασικές κλινικές πρακτικές, επιτρέπει στο γονέα να διασφαλίσει ότι αυτό που έχει αναλάβει οργανώνεται με ευελιξία έτσι ώστε οι απαντήσεις του παιδιού να είναι ως επί το πλείστον σωστές. Τελειώνοντας, οι δομημένες λεκτικές ομάδες στην αρχή της εφαρμογής του προγράμματος διευκολύνουν το γονέα ώστε να μεταφέρει θετικά και βοηθητικά μηνύματα στο παιδί σχετικά με το τι του συμβαίνει. Όταν ο γονέας αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις και το παιδί είναι χαρούμενο με

την όλη διαδικασία τότε εισάγονται οι λεκτικές ομάδες από μέρους των γονέων στην καθημερινότητα του παιδιού.

Η εκτίμηση του βαθμού του τραυλισμού αποτελεί μέρος του προγράμματος Lidcombe. Στην αρχή κάθε επίσκεψης στην κλινική, ο λογοθεραπευτής πραγματοποιεί μία αντικειμενική εκτίμηση της σοβαρότητας του προβλήματος που παρουσιάζει το παιδί, η οποία βασίζεται στον αριθμό των δυσρυθμιών κατά τη διάρκεια μίας συζήτησης. Όμως είναι σημαντικό ο γονέας να χρησιμοποιεί καθημερινά μία απλή και βολική κλίμακα του 10 προκειμένου να μετράει τη σοβαρότητα του προβλήματος. Οι συγκεκριμένες εκτιμήσεις διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ λογοθεραπευτή και γονέα σχετικά με το βαθμό τραυλισμού του παιδιού έτσι ώστε να γνωρίζουν τη σοβαρότητα του προβλήματος καθώς και πότε αλλά και σε ποιες περιπτώσεις το πρόβλημα γίνεται λιγότερο ή περισσότερο σοβαρό. Επιπλέον, οι κλινικές εκτιμήσεις παρέχουν την πιο σημαντική πληροφορία για το πρόγραμμα: Έχει αποτέλεσμα η θεραπεία; Ο μόνος τρόπος για να το μάθουμε αυτό είναι με ολοκληρωμένες κλινικές εκτιμήσεις. Είναι πολύ σημαντικό να ξέρουμε εάν η θεραπεία έχει αποτέλεσμα, διότι σε περίπτωση που δεν έχει πρέπει να γίνει επαναπροσδιορισμός και ρύθμιση των αρχικών αιτιών. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό κατά τη διάρκεια των πέντε πρώτων εβδομάδων της θεραπείας. Οι εκτιμήσεις όσον αφορά την ομιλία κατά τη διάρκεια του προγράμματος Lidcombe, καθοδηγούν τις περαιτέρω αποφάσεις διαχείρισης της θεραπείας και χωρίς αυτές η θεραπεία δεν μπορεί να γίνει με το σωστό τρόπο. Τυχόν αποτυχία στο να συλλέξουμε, να ερμηνεύσουμε με το σωστό τρόπο και να ανταποκριθούμε κλινικώς στις συγκεκριμένες εκτιμήσεις αποτελεί πηγή των μεγαλύτερων προβλημάτων κατά την εφαρμογή του προγράμματος Lidcombe.

#### **3.1.4 ΤΑ ΔΥΟ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE**

Το πρόγραμμα Lidcombe εφαρμόζεται σε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο, σκοπός είναι το παιδί να σταματήσει να τραυλίζει κατά τη διάρκεια καθημερινών καταστάσεων και ολοκληρώνεται όταν ο τραυλισμός φτάσει στα προκαθορισμένα χαμηλά κριτήρια. Στο σημείο αυτό, οι εκτιμήσεις της ομιλίας αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας: χρησιμοποιούνται προκειμένου να καθοριστεί πώς πρέπει να είναι η ομιλία του παιδιού στο πρώτο στάδιο έτσι ώστε να θεωρηθεί

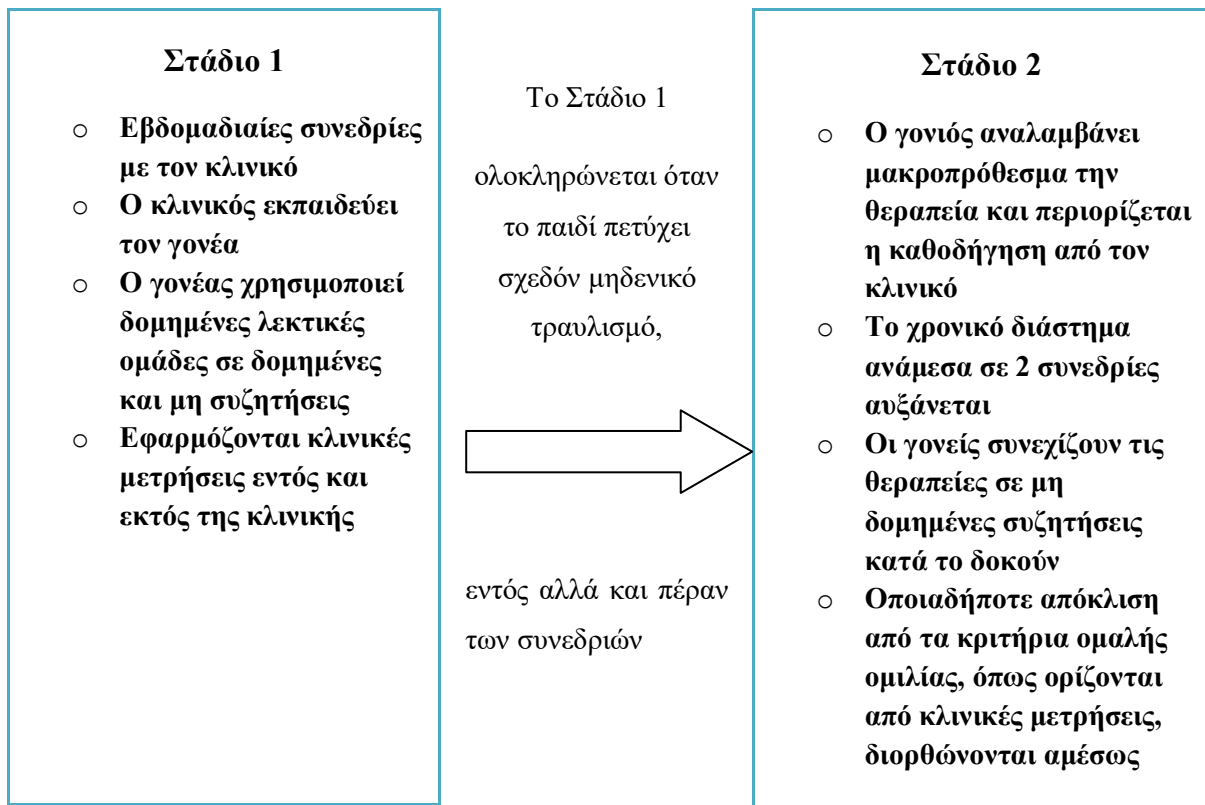


ότι υπάρχει επιτυχία στη θεραπεία. Δεν υπάρχει καμία ασάφεια στο σημείο αυτό. Πρόκειται για μία καθορισμένη διαδικασία και τα οφέλη που προέρχονται από αυτή την ακρίβεια γίνονται ορατά στο δεύτερο στάδιο της θεραπείας. Οι ανωτέρω εκτιμήσεις συνεχίζονται και στο δεύτερο στάδιο και χρησιμοποιούνται προκειμένου να καθορίσουμε εάν το παιδί συνεχίζει να διατηρεί τα οφέλη της θεραπείας. Στο δεύτερο στάδιο, η οικογένεια επισκέπτεται την κλινική λιγότερο συχνά σε περίπτωση που το παιδί έχει βελτίωση και τελικά σταματούν να πηγαίνουν στις συνεδρίες όλοι μαζί.

Από ιστορικής πλευράς, επικρατούσε η άποψη ότι ο τραυλισμός είναι μία διαταραχή που παρουσιάζει υποτροπή. Το δεύτερο στάδιο του προγράμματος Lidcombe αντιστοιχεί σε αυτό που αποκαλείται «συντήρηση» σε άλλες θεραπείες. Προτιμούμε να μη χρησιμοποιούμε το συγκεκριμένο όρο διότι υπονοεί ότι η θεραπεία έχει ολοκληρωθεί, πράγμα που δε συμβαίνει στην περίπτωση του προγράμματος Lidcombe. Το δεύτερο στάδιο αποτελεί εγγενές μέρος του προγράμματος και δεν είναι κάτι που προστίθεται στο τέλος της θεραπείας όπως συμβαίνει σε κάποιες άλλες θεραπείες του τραυλισμού. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου, ο γονέας σταδιακά αποσύρει τις λεκτικές παρεμβάσεις και αναλαμβάνει πλήρη ευθύνη της θεραπείας καθώς μειώνονται και οι επισκέψεις στην κλινική. Οποιαδήποτε απόκλιση από τα κριτήρια που έχουν καθοριστεί σύμφωνα με τις κλινικές εκτιμήσεις στο πρώτο στάδιο, αντιμετωπίζεται με τρόπο άμεσο.

### **3.1.5 ΜΙΑ ΤΥΠΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE**

Προκειμένου να δώσουμε στον αναγνώστη μία εικόνα σχετικά με το πώς λειτουργεί το πρόγραμμα Lidcombe, ακολουθεί περιγραφή σχετικά με το πώς διεξάγονται οι συνεδρίες στην κλινική κάθε εβδομάδα. Μολονότι η σειρά διαφοροποιείται από τους λογοθεραπευτές ανάλογα με το τι απαιτεί η κάθε περίπτωση, στις περισσότερες περιπτώσεις ακολουθείται η εξής σειρά.



*Εικόνα 4. Συνοπτική παρουσίαση του προγράμματος Lidcombe*

ΠΗΓΗ: ONSLOW, M., PACKMAN, A., & HARRISON, E. (2003)

Η πρώτη διαδικασία περιλαμβάνει μία αντικειμενική εκτίμηση της σοβαρότητας του προβλήματος που γίνεται από το λογοθεραπευτή ενώ μιλάει στο παιδί, καθώς βλέπει το γονιό να μιλάει στο παιδί ή σε συνδυασμό και των δύο. Έπειτα, ο γονιός παρουσιάζει τις εκτιμήσεις που έχει καταγράψει την προηγούμενη εβδομάδα σχετικά με τη σοβαρότητα του τραυλισμού του παιδιού και στη συνέχεια ο λογοθεραπευτής μαζί με το γονιό προχωρούν σε σύγκριση των εκτιμήσεων που έχει κάνει ο λογοθεραπευτής μέσα στην κλινική με αυτές που έχει κάνει ο γονιός εκτός κλινικής. Σύμφυτη με τη συζήτηση αυτή είναι και η εκτίμηση της διαδικασίας κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας: κατά πόσο μειώνεται ο τραυλισμός που παρουσιάζει το παιδί και πώς ο γονιός κατάφερε τη μείωση αυτή μέσω της θεραπείας. Τα τελευταία θέματα συζητούνται εις βάθος έτσι ώστε να επιλυθούν οποιαδήποτε προβλήματα σχετίζονται με την εφαρμογή της θεραπείας. Η διαδικασία εμποδίζεται εάν υπάρχουν προβλήματα που ο λογοθεραπευτής δεν κατάφερε να προσδιορίσει. Στη συνέχεια, ο γονιός δείχνει τις διαδικασίες θεραπείας που χρησιμοποιήθηκαν στο σπίτι

κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας και ο λογοθεραπευτής κάνει μία αναθεώρηση αυτών των διαδικασιών. Έπειτα, ο λογοθεραπευτής εξηγεί στο γονιό τι είδους αλλαγές θα πρέπει να εφαρμόσει κατά τη διάρκεια της επόμενης εβδομάδας. Κατά συνέπεια, ο λογοθεραπευτής εκπαιδεύει το γονιό έτσι ώστε να εφαρμόσει τις αλλαγές, να κάνει μία αναθεώρηση των προηγούμενων ενεργειών και να τις προσαρμόζει ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες. Ολοκληρώνοντας τη συνεδρία, ο λογοθεραπευτής κάνει μία περίληψη των όσων πρέπει να κάνει ο γονιός καθώς θα διεξάγει τη θεραπεία την επόμενη εβδομάδα και ενθαρρύνει το γονιό να κάνει ερωτήσεις προκειμένου να διευκρινιστούν κάποια θέματα.

### **3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE**

Το πρόγραμμα Lidcombe αποτελεί, από πολλές απόψεις, τη ριζική κατάληξη προηγούμενων προσεγγίσεων του τραυλισμού στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Ο ψυχολόγος Roger Ingham το 1972, εγκατέστησε ένα σύστημα με μαριονέτες και ξεκίνησε να διεξάγει το πρόγραμμα χρησιμοποιώντας κάποιον από το προσωπικό ο οποίος έκανε τις φωνές για τις μαριονέτες. Κατά τα επόμενα χρόνια της δεκαετίας του 1970, το κλινικό ενδιαφέρον για τη μέθοδο της μαριονέτας εξασθένησε μολονότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μεθόδου χρησιμοποιήθηκαν μέχρι κάποιο σημείο και σε άλλες αναφορές. Γι' αυτό το λόγο, μετά από αρκετά χρόνια δουλειάς και επαναξιολόγησης των τεχνικών, οδηγήθηκε στο καθοριστικό ρόλο των γονιών μέσα από το πρόγραμμα Lidcombe. Τα θετικά αποτελέσματα άρχισαν να γίνονται φανερά την περίοδο 1984-1988, διάστημα κατά το οποίο ο Ingham πραγματοποιούσε κλινικές έρευνες στη Μονάδα Τραυλισμού. Τελικά, τα κλινικά δεδομένα που χρησιμοποίησε προκειμένου να αξιολογήσει τις προσπάθειές του ώστε να βελτιώσει τη θεραπεία, άρχισαν να έχουν σταθερά αποτελέσματα. Σταδιακά, οι γονείς άρχισαν να λένε στον Ingham συνεχώς θετικές ιστορίες και έτσι σιγά -σιγά άρχισε να θέτει σε εφαρμογή το πρόγραμμα Lidcombe. Έτσι, το 1988 ήταν αρκετά πεπεισμένος ότι η θεραπεία άρχισε να έχει θετικά αποτελέσματα.

Ωστόσο, το πρόγραμμα Lidcombe μπορεί να θεωρηθεί ότι προέρχεται και από μία παλιά παράδοση άμεσης θεραπείας του τραυλισμού αρχικού σταδίου στην παιδική

ηλικία. Το παρόν κεφάλαιο υποστηρίζει και επεκτείνει και τις δύο αυτές προοπτικές παρέχοντας περισσότερη ιστορική αναδρομή σχετικά με το πρόγραμμα Lidcombe και διευκρινίζοντας τόσο τις διαφορές όσο και τις ομοιότητες με άλλες αντίστοιχες προσεγγίσεις. Ανεξάρτητα, όμως, από τις ιστορικές αναφορές σχετικά με τη γέννηση του προγράμματος, οι συγγραφείς και εκπαιδευτές του προγράμματος Lidcombe καταγράφουν στο συγκεκριμένο βιβλίο, την κλινική παρατήρηση σχετικά με τη βελτίωση, χάρη στο πρόγραμμα Lidcombe που κατέγραψαν σε πολλά παιδιά. Βέβαια, αρκετοί κλινικοί στις Η.Π.Α., αντιτίθενται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα και ορισμένοι το αποκαλούν ακόμη και δουλειά του διαβόλου. Οι συγγραφείς και εκπαιδευτές του προγράμματος Lidcombe ευελπιστούν να μειώσουν λίγο την αρνητική αυτή αντίδραση, θυμίζοντας στους αναγνώστες ότι πολλές από αυτές τις διαδικασίες χρησιμοποιήθηκαν με επιτυχία για πολλές δεκαετίες τόσο από τους γονείς όσο και από τους λογοθεραπευτές. Ακόμη και τα πιο αντιφατικά στοιχεία του προγράμματος, όπως το γεγονός ότι οι γονείς διορθώνουν το παιδί τη στιγμή που τραυλίζει, έχουν χρησιμοποιηθεί από τον πρωτοπόρο στη θεραπεία του τραυλισμού, τον Charles Van Riper (1973). Ελπίζουν ότι η ιστορική αναδρομή που περιλαμβάνεται στο παρόν βιβλίο θα ενθαρρύνει περισσότερους κλινικούς και ερευνητές, προκειμένου να δοκιμάσουν το πρόγραμμα Lidcombe και να εκτιμήσουν την αποτελεσματικότητά του στο σύνολο των παιδιών που τραυλίζουν.

### **3.2.1 ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΜΙΚΡΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Αναμφίβολα, οι πρώτες θεραπείες για τον τραυλισμό στα παιδιά κάτω των 6 ετών πραγματοποιήθηκαν από τους γονείς. Κάποια στιγμή κατά την εξέλιξη της ομιλίας και του λόγου, τα παιδιά στα χρόνια των σπηλαίων άρχισαν να τραυλίζουν. Ενδεχομένως, οι γονείς ορισμένων παιδιών άρχισαν να τα διορθώνουν και οι γονείς κάποιων άλλων ίσως να τα ηρεμούσαν μιλώντας τους αργά. Τα αποτελέσματα, χωρίς αμφιβολία, ήταν ανάμεικτα. Έτσι ξεκίνησε η αντιπαράθεση σχετικά με το ποια είναι η καλύτερη θεραπεία του τραυλισμού στα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας.

Η σημασία της αντιπαράθεσης αυτής συσχετίζεται με το τι ακριβώς διακυβεύεται. Υπάρχουν αρκετές αποδείξεις σχετικά με το γεγονός πως εάν η θεραπεία ξεκινήσει

εγκαίρως, η ομιλία στα μικρά παιδιά που τραυλίζουν είναι δυνατόν να αποκατασταθεί πλήρως. Ωστόσο, σε περίπτωση που η θεραπεία αργήσει να εφαρμοστεί, η αποκατάσταση της ομιλίας στους εφήβους και τους ενήλικες είναι σπάνια. Από την άλλη πλευρά, ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών που τραυλίζουν θεραπεύονται χωρίς να ακολουθήσουν κάποια επίσημη θεραπεία και πολλοί γονείς αλλά και κλινικοί πιστεύουν ότι η παρέμβαση που γίνεται πολύ νωρίς στα παιδιά που τραυλίζουν ενδεχομένως να εμποδίσουν την πλήρη αποκατάσταση.

Σύμφωνα με την καταγεγραμμένη ιστορική αναδρομή σχετικά με τη θεραπεία του τραυλισμού στα μικρά παιδιά στην περιοχή των Ηνωμένων Πολιτειών, της Μεγάλης Βρετανίας, της Δυτικής Ευρώπης και της Αυστραλίας, υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές προσεγγίσεις. Η πρώτη προσέγγιση χρονολογείται περίπου έναν αιώνα πριν. Σύμφωνα με αυτήν, δεν επιτρεπόταν τόσο στους γονείς όσο και στους λογοθεραπευτές να δίνουν την προσοχή τους στην ομιλία των παιδιών τους και κυρίως στο γεγονός ότι τραύλιζαν. Οι κλινικοί και ερευνητές που υποστήριζαν αυτή την προσέγγιση, ακολουθούσαν μία έμμεση θεραπεία για τον τραυλισμό στα παιδιά προσχολικής ηλικίας και συνεργάζονταν με τους γονείς προκειμένου να μειώσουν το άγχος των παιδιών να εκφραστούν καθώς και το άγχος της καθημερινότητάς τους. Η δεύτερη προσέγγιση αφορούσε την ανεπίσημη, έμμεση θεραπεία η οποία διεξαγόταν από τους γονείς. Πολλοί γονείς, είτε μόνοι τους είτε ακολουθώντας τις συμβουλές που τους έδιναν διάφοροι επαγγελματίες, προέτρεπαν τα παιδιά τους να σταματήσουν να τραυλίζουν και να μιλούν μόνο όταν ο λόγος τους αρθρώονταν με άνεση. Η τρίτη προσέγγιση η οποία χρησιμοποιήθηκε από τον Van Riper και τους μαθητές του που εργάζονταν άμεσα με παιδιά προσχολικής ηλικίας που τραύλιζαν, επιβράβευε την ευχέρεια με θετικές και αρνητικές ενισχύσεις ενώ οι γονείς «ενεργοποιούσαν» ξανά τις στιγμές τραυλισμού μέσω μίας εύγλωττης επανάληψης της λέξης κατά την προφορά της οποίας συνέβαινε ο τραυλισμός. Επίσης, συνεργάζονταν με τους γονείς προκειμένου το περιβάλλον του παιδιού να συμβάλλει περισσότερο στην ευγλωττία. Παρόλα αυτά, προειδοποιούν και αυτοί τους γονείς να μην στρέφουν την προσοχή τους στις στιγμές τραυλισμού του παιδιού λέγοντας ότι: «εάν δε στρέφει την προσοχή του σε αυτές (τις στιγμές που τραυλίζει), ενδεχομένως να μην αναπτύξει συμπεριφορές αποφυγής οι οποίες περιπλέκουν το πρόβλημα και είναι πολύ δύσκολο να εξαλειφθούν». Η τέταρτη προσέγγιση είναι πιο άμεση από αυτήν του Van Riper και στηρίζεται στη συστηματική χρήση επαίνων και τιμωριών, η οποία αποδείχτηκε

αποτελεσματική στην περίπτωση των ενηλίκων. Υποστηρικτές της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι ο Ryan, ο Costello και κλινικοί στην Αυστραλία οι οποίοι ανέπτυξαν το πρόγραμμα Lidcombe. Στις ενότητες που ακολουθούν, οι συγγραφείς και εκπαιδευτές του προγράμματος Lidcombe περιγράφουν τις συγκεκριμένες προσεγγίσεις καθώς και σχετικές δομές με περισσότερη λεπτομέρεια.

#### A) ΕΜΜΕΣΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Όπως προαναφέρθηκε, πολλές από τις αρχικές προσεγγίσεις σχετικά με τη θεραπεία του τραυλισμού στα μικρά παιδιά ήταν έμμεσες και υποδείκνυαν στους γονείς όχι μόνο να μη διορθώνουν τον τραυλισμό των παιδιών τους αλλά και να μην εφιστούν την προσοχή τους σε αυτόν. Η συμβουλή προς τους γονείς είναι: «Το πρώτο που χρειάζεται είναι να σταματήσουν να ανησυχούν καθώς επίσης να σταματήσουν να εφιστούν την προσοχή τους σε αυτό. Δε θα πρέπει να συζητούν το πρόβλημα που αντιμετωπίζει το παιδί τους με άλλους γνωστούς και συγγενείς ιδιαίτερα όταν το παιδί είναι παρόν».

Η βασική προσέγγιση του τραυλισμού στα παιδιά προσχολικής ηλικίας κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα είχε τον εξής στόχο: να γίνει το περιβάλλον του παιδιού όσο το δυνατόν πιο επικοινωνητικό για την ευχέρεια στην ομιλία χωρίς να επικεντρώνεται το ενδιαφέρον στον τραυλισμό των παιδιών. Μια κλινικός από τη Βιέννη, η Emil Froeschels (1915) υπήρξε ένθερμη υποστηρίκτρια της συγκεκριμένης προσέγγισης. Υποστήριζε ότι πολλά παιδιά παρουσιάζουν δυσκολίες όταν ξεκινούν να μιλούν, όταν όμως οι γονείς ή άλλοι ακροατές τα διορθώνουν τότε τα παιδιά προσπαθούν υπερβολικά πολύ να μιλήσουν σωστά και τελικά εμφανίζουν τραυλισμό. Στην ίδια προσέγγιση, ο Charles Bluemel, ένας Βρετανός ψυχίατρος, πιστεύει ότι τα περισσότερα παιδιά που τραυλίζουν ξεκινούν με έναν πολύ χαλαρό «τραυλισμό αρχικού σταδίου» τον οποίο μπορούν να ξεπεράσουν με τρόπο φυσιολογικό. Δυστυχώς, σύμφωνα με τον Bluemel, πολλοί γονείς προσπαθούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους λέγοντας τους να σταματήσουν και να ξεκινήσουν πάλι χωρίς να τραυλίζουν. Η συμβουλή αυτή των γονιών, κατά τον Bluemel, δημιουργεί στο παιδί ένα έντονο αίσθημα δυσκολίας, προσπάθειας και αποφυγής.

## ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ενώ οι περισσότεροι κλινικοί και ερευνητές υποθέτουν ότι όταν το παιδί αντιληφθεί τις δυσκολίες που έχει, τότε αρχίζει και η υπερβολική προσπάθεια για να τις ξεπεράσει, ο Wendell Johnson εξέτασε τη συγκεκριμένη υπόθεση. Ο Johnson προχώρησε στη δοκιμή αυτή ορμώμενος από το πάθος που είχε όσον αφορά τη γενική σημασιολογία, σύμφωνα με την οποία πολλά προβλήματα είναι αποτέλεσμα της γλώσσας που χρησιμοποιούμε όταν σκεφτόμαστε ή μιλούμε για αυτά. Κατά τη θεωρία του Johnson, ο τραυλισμός προκαλείται όταν οι άνθρωποι αποκαλούν τις φυσιολογικές δυσρυθμίες ενός παιδιού ως προβλήματα που πρέπει να επιλυθούν, δημιουργώντας το αίσθημα του φόβου στο παιδί και κατά συνέπεια το αίσθημα της διστακτικότητας και της υπερβολικής προσπάθειας προκειμένου να ξεπεράσει το πρόβλημα. Υπό την καθοδήγηση του Johnson, μία απόφοιτή του, η Mary Tudor πραγματοποίησε μία έρευνα σχετικά με τα αποτελέσματα του να εφιστούμε αρνητική προσοχή στη φυσιολογική ομιλία ενός παιδιού. Η Tudor εξέτασε την ομιλία και τη γλώσσα όλων των παιδιών σε ένα ορφανοτροφείο κοντά στο Πανεπιστήμιο της Iowa. Στη συνέχεια επέλεξε 6 παιδιά (ηλικίας 5, 9, 11, 12 και 15) τα οποία μιλούσαν φυσιολογικά και τους είπε ότι κάνανε λάθη όταν μιλούσαν και ότι έπρεπε να προσπαθήσουν να μιλούν πιο προσεκτικά. Επίσης, επιστράτευσε και τους ανθρώπους που τα φροντίζουν στους οποίους υπέδειξε να διορθώνουν τα παιδιά κάθε φορά που κάνανε λάθη. Αργότερα, η Tudor αξιολόγησε εκ νέου τον τρόπο ομιλίας των παιδιών και ανακάλυψε ότι αρκετά από αυτά είχαν αρχίσει να αναπτύσσουν συμπεριφορές που χαρακτηρίζονταν από τραυλισμό. Άρθρα που δημοσιεύτηκαν σε εφημερίδες σχετικά με την έρευνα της Tudor, ξεκαθάρισαν ότι οι ανωτέρω συμπεριφορές οφείλονται στο γεγονός ότι για αρκετούς μήνες εφαρμόστηκε εκτεταμένη αρνητική θεραπεία στα ευαίσθητα αυτά παιδιά η οποία εμπειρείχε όχι μόνο διορθώσεις και παρεμβάσεις αλλά και οδηγίες σχετικά με τον τρόπο ομιλίας ώστε να αποφευχθεί ο τραυλισμός.

Αρκετά χρόνια πριν από τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας, ο Johnson και οι συνάδελφοί του άρχισαν να μελετούν τις δυσκολίες στην εκφορά του λόγου σε παιδιά χωρίς δυσρυθμίες και σε παιδιά οι γονείς των οποίων πίστευαν ότι τραυλίζουν. Η ομάδα του Johnson ανακάλυψε ότι υπάρχουν πολλές ομοιότητες στον τύπο δυσκολιών που αναφέρουν οι γονείς και των δύο προηγούμενων κατηγοριών. Οι συγκεκριμένες αποδείξεις μαζί με τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποίησε

η Tudor, οδήγησαν τον Johnson στο να αναπτύξει τη διαγνωστική θεωρία του τραυλισμού. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη άποψη η μοναδική αιτία που προκαλεί τον τραυλισμό είναι το γεγονός ότι, οι γονείς θεωρούν λανθασμένα ότι οι δυσκολίες των παιδιών τους κατά την ομιλία είναι τραυλισμός καθώς και το ότι προβαίνουν σε διορθώσεις. Στη συνέχεια, τροποποίησε αυτή την άποψη προτείνοντας ότι ο τραυλισμός προκαλείται από μία αλληλεπίδραση ανάμεσα στο βαθμό σοβαρότητας των δυσρυθμιών που αντιμετωπίζει το παιδί, στην ευαισθησία με την οποία αντιμετωπίζει ο ακροατής αυτές τις δυσκολίες, στην ευαισθησία του παιδιού για τις δυσρυθμίες του καθώς και στις αντιδράσεις των ακροατών.

Οι απόψεις του Johnson, της Froeschels και του Bluemel επηρέασαν μία ολόκληρη γενιά λογοθεραπευτών, παιδιάτρων και δημοσιογράφων οι οποίοι προειδοποιούν τους γονείς να μην στρέφουν ποτέ την προσοχή των παιδιών τους στο ότι τραυλίζουν και να μην εργάζονται άμεσα με τον τρόπο ομιλίας των παιδιών τους. Αντιθέτως, οι λογοθεραπευτές εργάζονται έμμεσα τροποποιώντας το περιβάλλον των παιδιών, έτσι ώστε να μειώσουν το άγχος καθώς και τις απαιτήσεις για ομιλία. Ο Van Riper (1973) στο βιβλίο του *Η Θεραπεία του Τραυλισμού*, συμπεριέλαβε περιληπτικά την κοινή αυτή άποψη, λέγοντας ότι: «Όλοι μας επιθυμούμε να αποτρέψουμε το παιδί από το να αντιληφθεί τις διακοπές που συμβαίνουν στην ομιλία του. Εάν δεν τις συνειδητοποιήσει ενδεχομένως να μην αναπτύξει τις συμπεριφορές αποφυγής και των έντονων προσπαθειών, οι οποίες περιπλέκουν πρόβλημα και είναι δύσκολο να εξαλειφθούν».

Στη δεκαετία του 1980, η έμμεση αυτή προσέγγιση τροποποιήθηκε προκειμένου να συμπεριλάβει πιο άμεσες παραμέτρους ενώ ταυτόχρονα επικεντρωνόταν στην αλλαγή του περιβάλλοντος του παιδιού. Παράδειγμα σχετικά με την εν λόγω μεταβατική προσέγγιση δίνεται στην ενότητα που ακολουθεί.

## **ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ**

Οι αρχικές απόψεις ότι ο τραυλισμός ήταν αποκλειστικά αποτέλεσμα της προσπάθειας των γονέων να διορθώσουν τα παιδιά τους, έδωσαν τη θέση τους σε μία πιο ευρεία αντίληψη σύμφωνα με την οποία ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στους περιβαλλοντικούς παράγοντες και το παιδί. Όταν τα στοιχεία απέδειξαν ότι τα άτομα που τραυλίζουν παρουσίαζαν επίσης δυσκολίες στη



γλώσσα, την άρθρωση αλλά και κινητικά προβλήματα, οι ερευνητές προχώρησαν τη συγκεκριμένη υπόθεση έτσι ώστε να συνδέσουν τα προβλήματα αυτά με τον τραυλισμό. Οι Andrews, Harris (1964) και Neilson (1980) πρότειναν ότι τα άτομα που τραυλίζουν χαρακτηρίζονται από νευρολογικούς περιορισμούς όσον αφορά τις ικανότητές τους. Το φαινόμενο του τραυλισμού εμφανίζεται όταν οι ικανότητές τους για ευχέρεια πιέζονται από τις απαιτήσεις που σχετίζονται με την εκφορά του λόγου. Η συγκεκριμένη άποψη συμπεριλαμβάνεται στην εξής πρόταση: «εάν κάποιος αρχίσει να τραυλίζει εξαρτάται από τις ικανότητες νευρολογικής φύσεως που διαθέτει... και από την απαίτηση που σχετίζεται με την εκφορά του λόγου». Στη συνέχεια ο Starkweather επεξεργάστηκε περαιτέρω την άποψη αυτή προτείνοντας ότι, οι ικανότητες περιλαμβάνουν εκείνες που ελέγχουν την εκφορά του λόγου, την γλωσσική ανάπτυξη, την κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία και τη γνωστική αντίληψη. Οι απαιτήσεις περιλαμβάνουν τις διαλεκτικές, κοινωνικές και συναισθηματικές πιέσεις που προέρχονται από ανθρώπους του περιβάλλοντος του παιδιού αλλά ενδέχεται να είναι απαιτήσεις που προέρχονται από το ίδιο το παιδί και οι οποίες μπορεί να αφορούν όλες αυτές τις ικανότητες.

Η θεραπεία του τραυλισμού σε παιδιά προσχολικής ηλικίας που προέρχεται από το συγκεκριμένο μοντέλο στοχεύει κατά κύριο λόγο στη μείωση των απαιτήσεων από το περιβάλλον. Ωστόσο, κάποια προσοχή δίνεται προκειμένου να αυξηθεί η ικανότητα τόσο του παιδιού όσο και του γονέα για συναισθηματική ελαστικότητα απέναντι στον τραυλισμό. Η συγκεκριμένη προσέγγιση εμπεριέχει επίσης, τη συμβουλευτική δράση και εκπαίδευση των γονέων καθώς και μία άμεση ή έμμεση θεραπεία για το παιδί. Η οικογένεια εκπαιδευόταν σχετικά με τον τραυλισμό και μάθαιναν ότι η συζήτηση για το θέμα του τραυλισμού βοηθάει πραγματικά πολύ. Το να συζητάμε άμεσα με το παιδί για τον τραυλισμό, να σχολιάζουμε τις στιγμές του τραυλισμού και να χρησιμοποιούμε μία εύκολη μέθοδο αντιμετώπισης του τραυλισμού μπορεί να βοηθήσει τόσο τους γονείς όσο και το παιδί να νιώθουν μεγαλύτερη άνεση με την ομιλία του. Με τον τρόπο αυτό, μειώνονται τα αρνητικά συναισθήματα που εμποδίζουν την ανάρρωση.

Χρειάστηκε αρκετός χρόνος προκειμένου οι γονείς να μάθουν να κάνουν τις απαραίτητες αλλαγές στο περιβάλλον του παιδιού, ιδιαίτερα όσον αφορά τις λεκτικές αλληλεπιδράσεις. Οι γονείς έμαθαν να χρησιμοποιούν ένα ρυθμό και ένα επίπεδο λόγου τα οποία δεν απέχουν πολύ από το ρυθμό και το επίπεδο λόγου του παιδιού.

Επίσης, οι γονείς ενθαρρύνθηκαν να θέτουν ένα μοντέλο αντιμετώπισης των δυσκολιών και να σχολιάζουν την ομιλία του παιδιού παρά να πραγματοποιούν αρνητικά μη λεκτικά σχόλια για τον τραυλισμό του. Επιπλέον, διδάχθηκαν πώς να αναπτύξουν εναλλασσόμενες στρατηγικές σχετικά με τη διεξαγωγή οικογενειακών συζητήσεων καθώς και να αφιερώνουν καθημερινά κάποιο χρόνο με το παιδί. Διδάχθηκαν επίσης πώς να μειώνουν τις λεκτικές απαιτήσεις σχολιάζοντας παρά θέτοντας ερωτήσεις καθώς και να εφαρμόζουν κάποιες άμεσες θεραπείες που χρησιμοποιούσαν οι λογοθεραπευτές για την αντιμετώπιση του τραυλισμού. Διδάχθηκαν άμεσες θεραπευτικές δραστηριότητες οι οποίες περιλαμβάνουν τη δημιουργία κάποιου μοντέλου και αν χρειαζόταν, τη σταδιακή ενίσχυση ώστε να διδάξουν πιο εύκολους τρόπους αντιμετώπισης του τραυλισμού. Στα πλαίσια της θεραπείας αυτής, χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές όπως είναι η χαλαρή έναρξη και οι επαφές με φως. Ο Starkweather (1990) κατέγραψε ότι 29 παιδιά μαζί με τις οικογένειές τους ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα και στο τέλος της θεραπείας όλα τα παιδιά μιλούσαν φυσιολογικά. Ο μέσος όρος διάρκειας της θεραπείας ήταν 12 συνεδρίες αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις διήρκεσε 40 συνεδρίες. Βέβαια, τα περισσότερα παιδιά χρειάστηκαν μόνο 6 με 7 συνεδρίες προκειμένου να ολοκληρωθεί η θεραπεία.

## B) ΑΜΕΣΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

### **ΟΙ ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ**

Στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, ορισμένοι ενθάρρυναν τους γονείς να διορθώνουν τα παιδιά τους. Ο Tomkins (1916) σε ένα άρθρο εφημερίδας το οποίο είχε τίτλο «Τραυλισμός και η Εξαφάνισή του» συμβούλευε τους γονείς να αρνούνται να ακούσουν τα παιδιά τους όταν τραυλίζουν και να τους λένε να μιλήσουν μόνο όταν μπορούν να εκφραστούν με άνεση. Παρά την επικρατούσα άποψη κατά τη δεκαετία του 1940 και 1950, σύμφωνα με την οποία οι γονείς δεν πρέπει ποτέ να επιστούν την προσοχή τους στις στιγμές τραυλισμού των παιδιών τους, έχει αποδειχτεί ότι συχνά η διόρθωση από μέρους των γονιών είχε επιτυχία ή τουλάχιστον

δεν εμπόδιζε την ανάρρωση. Οι Glasner και Rosenthal (1957) ανακάλυψαν ότι περισσότεροι από το 70% των γονέων ακολούθησαν τη μέθοδο της άμεσης διόρθωσης και ότι πολλά από τα παιδιά στα οποία γίνονταν οι διορθώσεις (48 στα 101) ανάρρωσαν πλήρως. Όσοι υποστήριζαν την άμεση διόρθωση του τραυλισμού στα παιδιά συμβούλευαν ότι αυτό πρέπει να γίνεται με έναν ευγενικό τρόπο. Για παράδειγμα, σε ένα βιβλίο το οποίο περιλαμβάνει συμβουλές προς τους γονείς για τα παιδιά που τραυλίζουν, οι Albright και Raaf προτείνουν τα εξής:

*Η καλοπροαίρετη συμβουλή όπως: «Σταμάτα και σκέψου αυτό που θέλεις να πεις», «Επανάλαβε αυτό που μόλις είπες πιο αργά» και «Πάρε μία βαθιά ανάσα πριν μιλήσεις» αποτελούν τέλειες μορφές βοήθειας με την προϋπόθεση ότι λέγονται με ηρεμία, τρυφερότητα και φιλικότητα από μέρους του ατόμου που δίνει τις συμβουλές.*

*(Albright & Raaf, 1954, σελ. 9-10, όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Van Riper, 1973).*

Η άμεση προσέγγιση από μέρους των γονέων η οποία δε γίνεται με συστηματικό τρόπο, δεν έχει μελετηθεί ποτέ με προσοχή και οι αναφορές σχετικά με τα θετικά αποτελέσματα θα πρέπει να μελετηθούν με προσοχή διότι πολλά παιδιά ανάρρωσαν χωρίς να ακολουθήσουν κάποια επίσημη θεραπεία.

## **Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ VAN RIPER**

Στο βιβλίο του σχετικά με τη θεραπεία του τραυλισμού, ο Van Riper (1973) διαφωνεί με τις κοινές έμμεσες προσεγγίσεις:

*«Η μέχρι τώρα επικρατούσα άποψη σε αυτή τη χώρα (Η.Π.Α.) ότι κανένας λογοθεραπευτής δε θα πρέπει να εργάζεται άμεσα με ένα παιδί που μόλις άρχισε να τραυλίζει ενδεχομένως να βασίζεται στην εξίσωση της άμεσης θεραπείας με την τιμωρία. Αυτό όμως είναι λάθος: μπορούμε να αντιμετωπίσουμε με άμεσο τρόπο τον τραυλισμό ενός παιδιού χωρίς να το πληγώσουμε και χωρίς να επικεντρωθούμε στον τραυλισμό αντιμετωπίζοντας τον ως κάτι κακό.»*

Ο Van Riper συνέχισε προτείνοντας ότι, ο κλινικός που χρησιμοποιεί τη δική του μέθοδο μπορεί να εργαστεί με αμεσότητα όσον αφορά το θέμα της άνετης ροής του λόγου.

Περιγράφοντας τη μέθοδο που ακολουθεί, ο Van Riper (1973) εξηγεί λεπτομερώς τον τρόπο με τον οποίο ο εκάστοτε λογοθεραπευτής μπορεί να επικεντρώνεται στην ευχέρεια του λόγου αλλά και να επαινεί το παιδί όταν αυτό μιλάει με άνεση, να οργανώνει παιχνίδια τα οποία ενισχύουν την ευφράδεια και στα οποία η επιβράβευση μπορεί να σχετίζεται με κάποιον ενισχυτή καθώς και να δημιουργεί δραστηριότητες οι οποίες απαιτούν από το παιδί να έχει ευχέρεια στο λόγο του. Ο λογοθεραπευτής ή οι γονείς θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις στιγμές κατά τις οποίες εμφανίζεται το πρόβλημα, επαναλαμβάνοντας αυτό που είπε το παιδί με ευχέρεια λόγου και χωρίς να επικεντρώνουν την προσοχή τους στον τραυλισμό. Εν συντομία, ο Van Riper υποστήριζε τη συντελεστική θεωρία εκμάθησης σχετικά με την ευχέρεια του λόγου και πρότεινε ότι οι γονείς θα πρέπει να τη χρησιμοποιούν προκειμένου να αυξήσουν την ευφράδεια των παιδιών τους και να μειώσουν τον τραυλισμό. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη μέθοδος ακολουθείται με σχετικά μη συστηματικό τρόπο καθώς και ότι υπήρχε η φροντίδα από μέρους των ειδικών έτσι ώστε το παιδί να μη συνειδητοποιήσει απόλυτα αυτό για το οποίο προσπαθεί. Επιπλέον, η συγκεκριμένη προσέγγιση αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου θεραπευτικού προγράμματος το οποίο περιλάμβανε απευαισθητοποίηση των παραγόντων που προκαλούν στρες καθώς και συμβουλευτική δράση προς τους γονείς προκειμένου να κάνουν αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον.

## **ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ**

Κατά τη δεκαετία του 1960 και 1970, η χρήση διορθώσεων καθώς και άλλων ειδών τιμωρίας και η χρήση επαίνων, χρησιμοποιήθηκαν πιο συστηματικά όταν οι ερευνητές ξεκίνησαν να αναπτύσσουν μία νέα θεραπευτική προσέγγιση του τραυλισμού: την εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς. Πρόδρομος αυτής της μεθόδου υπήρξε ένα άρθρο, οι συγγραφείς του οποίου ήταν οι Flanagan, Goldiamond και Azrin (1958). Ο Flanagan ήταν ψυχολόγος ο οποίος τραύλιζε και θεραπεύτηκε ακολουθώντας τη μέθοδο του Van Riper μερικά χρόνια πριν. Οι Goldiamond και Azrin ήταν ψυχολόγοι με εμπειρία στην ανάλυση συμπεριφοράς την οποία απέκτησαν πραγματοποιώντας εργαστηριακές μελέτες με ποντίκια και περιστέρια και εφαρμόζοντας τις αρχές και τις μεθόδους στις οποίες κατέληξαν στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Τα συγκεκριμένα πειράματα έδειξαν ότι η αρνητική ενδυνάμωση

μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του τραυλισμού κατά την προσπάθεια αποφυγής ενός δυνατού θορύβου ο οποίος συνέβαινε τυχαία τη στιγμή του τραυλισμού. Στη συνέχεια, αποδείχτηκε ότι η τιμωρία μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του τραυλισμού όταν κάποιος δυνατός θόρυβος συνέβαινε τυχαία τη στιγμή του τραυλισμού. Εκτεταμένες διαφοροποιήσεις της συγκεκριμένης διαδικασίας χρησιμοποιήθηκαν για την πειραματική θεραπεία του τραυλισμού στους ενήλικες, ιδιαίτερα από τους ερευνητές στη Μινεσότα.

Η πειραματική συντελεστική θεωρία εκμάθησης σχετικά με τα παιδιά που τραυλίζουν ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας 1960 με βάση τις εργασίες των Rickard και Mundy (1965) και Leach (1969). Ο Ryan (1971, 1974) ανέπτυξε κάποια προγράμματα που προορίζονταν για παιδιά ηλικίας 6 ετών, τα οποία εμπεριείχαν ενίσχυση της ευχέρειας του λόγου και τιμωρία τη στιγμή του τραυλισμού ενώ παράλληλα οι διάφορες περιπτώσεις που σχετιζόνταν με την εκφορά λόγου γίνονταν όλο και πιο πολύπλοκες. Στο τελικό στάδιο και κατόπιν κάποιων μεταβολών, τα παιδιά αποκτούσαν ευχέρεια λόγου. Η δουλειά που πραγματοποίησε ο Ryan με τα παιδιά ξεχωρίζει για τον προσεχτικό σχολιασμό της χρήσης των προγραμματισμένων συντελεστικών διαδικασιών, προκειμένου να πετύχει την ευχέρεια στο λόγο και να τη διατηρήσει καθώς και για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων υπό πραγματικές συνθήκες.

Παρά την επιτυχία που είχαν τα συγκεκριμένα πειράματα στην περίπτωση των ενηλίκων και των παιδιών που πήγαιναν σχολείο, κατά τη δεκαετία του 1960 δε δημοσιεύτηκε καμία μελέτη σχετικά με την έννοια της ενδυνάμωσης και της τιμωρίας για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν. Ωστόσο, σύμφωνα με την αναφορά των Glasner και Rosenthal πολλοί γονείς κατάφεραν να διορθώσουν τον τραυλισμό στα παιδιά τους. Από τα 101 παιδιά προσχολικής ηλικίας για τα οποία είχε καταγραφεί ότι δέχτηκαν διορθώσεις από τους γονείς τους (τους προέτρεπαν να μιλάνε πιο αργά, να επαναλαμβάνουν, να σταματούν και να ξεκινούν πάλι και άλλες αντίστοιχες συμβουλές), μόνο τα 36 εξακολούθησαν να τραυλίζουν ενώ τα 48 σταμάτησαν να τραυλίζουν και τα 17 τραυλίζουν μόνο περιστασιακά. Ο Van Riper (1973) εφάρμοσε μία θεραπεία για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό η οποία εμπεριείχε την έννοια ενίσχυσης της ευχέρειας του λόγου. Πλέον οι μελέτες σχετικά με τις συντελεστικές διαδικασίες για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας άρχισαν να έχουν αποτελέσματα. Παρόλα αυτά, το κοινό καθώς και οι εξειδικευμένοι

ψυχολόγοι στην ομιλία και τη γλώσσα, εξακολουθούσαν να υποστηρίζουν ότι το ενδιαφέρον δεν πρέπει να επικεντρώνεται στον τραυλισμό του παιδιού. Ο Johnson (1949) και ο Van Riper (1954, 1973) υποστήριζαν, όπως αναφέραμε και προηγουμένως, ότι ο τραυλισμός στα παιδιά επιδεινώνεται εάν συνειδητοποιήσουν το πρόβλημα. Ο Johnson (1949) υποστήριζε ότι ακόμη και ο έπαινος τη στιγμή που το παιδί μιλάει με ευχέρεια μπορεί να το οδηγήσει να συνειδητοποιήσει το πρόβλημα. Ο Van Riper (1973) ασχολήθηκε κατά κύριο λόγο με την έννοια της αρνητικής προσοχής για την οποία πίστευε ότι ανάγκαζε το παιδί να προσπαθεί υπερβολικά και να αποφεύγει να μιλάει προκειμένου να μη γίνει φανερό ότι αντιμετωπίζει δυσκολίες.

Μία έρευνα που διεξήχθη στις αρχές του 1970 στη Μινεσότα από τους ίδιους ερευνητές και λογοθεραπευτές οι οποίοι είχαν μελετήσει τις συντελεστικές διαδικασίες στην περίπτωση των ενηλίκων και των παιδιών σχολικής ηλικίας, θέτει υπό αμφισβήτηση τη συγκεκριμένη άποψη. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη ο τραυλισμός μειώνεται, κάτι που μπορεί να γενικευθεί και σε άλλες περιπτώσεις αλλά και σταθεροποιείται σε κάποιο βαθμό όταν το παιδί γίνει ενός έτους. Συνεπώς, αποδεικνύεται ότι ένα παιδί προσχολικής ηλικίας είναι σε θέση να επικεντρώσει την προσοχή του στο πρόβλημα του τραυλισμού και έτσι να περιορίσει τη συχνότητα του τραυλισμού.

Παρά τη ριζοσπαστική φύση της, η συγκεκριμένη μελέτη δεν αμφισβητεί με τρόπο άμεσο αυτά που υποστηρίζει ο Froeschels (1915), ο Bluemel (1932) ή ο Johnson (1949), οι οποίοι θεωρούνται και οι θεμελιωτές της έμμεσης προσέγγισης. Οι συγκεκριμένοι συγγραφείς υποστήριζαν ότι τα παιδιά, η ομιλία των οποίων χαρακτηρίζεται από τραυλισμό αρχικού σταδίου και τα οποία δεν γνωρίζουν ότι τραυλίζουν, μπορούν να αντιμετωπίσουν κατά κάποιο τρόπο το πρόβλημα χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι έχουν συνείδηση του τρόπου με τον οποίο μιλούν. Στην περίπτωση της μελέτης του Martin (1972), τα παιδιά είχαν συνειδητοποιήσει ότι τραύλιζαν. Το ένα παιδί «κατέβαλλε υπερβολική προσπάθεια (άλλοτε ακουγόταν και άλλοτε όχι) για 15 δευτερόλεπτα πριν αρθρώσει μία λέξη» και το άλλο τραύλιζε κατά διαστήματα «η περίπτωση αυτή εμπεριείχε επίσης τέντωμα σε διάφορους μύες του λαιμού και του προσώπου». Κατά συνέπεια, πριν εφαρμοστεί η πειραματική θεραπεία, και τα δύο παιδιά είχαν αναπτύξει τις συμπεριφορές που οι Froeschels, Bluemel και Johnson υποστήριζαν ότι είναι αποτέλεσμα της αρνητικής προσοχής με την οποία αντιμετωπίζουμε τον τραυλισμό. Επίσης, προκειμένου να ελέγξουμε κατά

πόσο ισχύει η άποψη αυτή θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε περιπτώσεις παιδιών οι δυσκολίες των οποίων θα αφορούσαν πολλαπλές επαναλήψεις και προεκτάσεις χωρίς αξιόλογη ένταση. Ο συγκεκριμένος έλεγχος οδήγησε στην ανάπτυξη του προγράμματος Lidcombe το οποίο άρχισε να εφαρμόζεται σε περιπτώσεις παιδιών που προφανώς δεν είχαν συνειδητοποιήσει ότι τραύλιζαν πριν ξεκινήσουν τη θεραπεία.

Εμπνευσμένοι από τη δουλειά του Martin et al. (1972), οι Reed και Godden (1977) ανέπτυξαν λίγο περισσότερο την εφαρμογή της τιμωρίας. Οι ανωτέρω μελετητές ήθελαν να εξετάσουν ποια θα ήταν τα αποτελέσματα του να χρησιμοποιούν οι γονείς τον ίδιο τύπο λεκτικής τιμωρίας στην περίπτωση των παιδιών προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν. Κάποιοι συγγραφείς όπως οι Glasner και Rosenthal (1957) υποστήριζαν ότι ορισμένοι γονείς θεράπευσαν τον τραυλισμό των παιδιών τους λέγοντας τους να μιλάνε πιο αργά. Οι Reed και Godden χρησιμοποίησαν ένα σχέδιο τύπου ABA προκειμένου να δείξουν ότι ο τραυλισμός ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας μειώθηκε σημαντικά όταν ζητήθηκε από το παιδί να μιλάει πιο αργά αμέσως μετά τη στιγμή του τραυλισμού. Κατά τη διάρκεια των συνθηκών εξάλειψης, όταν ο ειδικός που διεξάγει το πείραμα σταμάτησε να χρησιμοποιεί επαίνους, ο τραυλισμός που παρουσίαζε το παιδί μειώθηκε σε χαμηλά επίπεδα. Η θεραπεία συνεχίστηκε και για 15 επιπλέον συνεδρίες, όπου εφαρμόστηκε η έννοια της τιμωρίας και ο τραυλισμός του παιδιού μειώθηκε σημαντικά. Οι ηχογραφήσεις που έγιναν στο σπίτι για 8 επιπλέον μήνες έδειξαν ότι ο τραυλισμός μειώθηκε στο 1% των λέξεων κατά την εκφορά των οποίων το παιδί τραύλιζε. Έπειτα το πείραμα συνεχίστηκε περιλαμβάνοντας και πάλι την έννοια της τιμωρίας σε άλλο ένα παιδί προσχολικής ηλικίας το οποίο τραύλιζε. Όπως και στην περίπτωση του πρώτου παιδιού, ο τραυλισμός περιορίστηκε σε πολύ χαμηλά επίπεδα και παρέμεινε κάτω από το 1% των λέξεων, κατά την εκφορά των οποίων το παιδί τραύλιζε για 8 μήνες μετά τη θεραπεία. Και στις δύο περιπτώσεις, ο τραυλισμός των παιδιών περιλάμβανε, πριν τη θεραπεία επαναλήψεις, επεκτάσεις και ένταση η οποία εκδηλωνόταν στο πρόσωπό τους.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, η Costello ανέπτυξε θεραπείες που στηρίζονται στη συντελεστική θεωρία εκμάθησης προκειμένου να τις χρησιμοποιήσει σε περιστατικά όλων των ηλικιών. Η προσέγγισή της είναι ανάλογη αυτής του Ryan (1971) και των Ryan και Van Kirk (1974), η Costello, όμως, χρησιμοποίησε τη

συγκεκριμένη θεραπεία και για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στο κεφάλαιο σχετικά με τη θεραπεία η οποία σχετίζεται με τη συμπεριφορά των παιδιών προσχολικής ηλικίας, η Costello (1983) υποστήριξε με ένα πολύ ισχυρό επιχείρημα τη χρήση της έννοιας της ενδυνάμωσης και της τιμωρίας για τα παιδιά αυτών των ηλικιών. Υποστήριξε ότι σύμφωνα με την ιατρική της εμπειρία, ο τραυλισμός στα παιδιά ηλικίας 2 ετών μπορεί να θεραπευθεί με επιτυχία χρησιμοποιώντας κάποια σύμβολα καθώς και την έννοια της επιβράβευσης (πχ. Μίλησες πολύ καλά!) όταν το παιδί εκφράζεται με ευχέρεια καθώς και ορισμένες λεκτικές διορθώσεις κατά τις στιγμές του τραυλισμού (π.χ. άκουσα μία «κοφή» λέξη!). Η Costello σχεδίασε τα προγράμματα που χρησιμοποιούσε με βάση κάποιες σταδιακές αυξήσεις στο μήκος των προτάσεων που εκφράζει το παιδί, οι οποίες καθορίζονταν υπό την καθοδήγηση του λογοθεραπευτή έτσι ώστε το παιδί να εκφράζεται με ευχέρεια όταν αρθρώνει τις πρώτες του προτάσεις και να περιορίζεται η τιμωρία. Ανέφερε ότι οι τυχόν γενικεύσεις συνέβαιναν με τρόπο τυχαίο, αλλά όποτε ήταν δυνατό, εκπαίδευε τους γονείς όσον αφορά την έννοια της ενδυνάμωσης που εμπεριέχει το πρόγραμμα και ζητούσε από τους γονείς να εφαρμόζουν κάθε βήμα του προγράμματος στο σπίτι εφόσον έχει πρώτα ολοκληρωθεί στην κλινική, έτσι ώστε να βοηθήσουν στη γενίκευση. Η Costello τόνισε ότι δε ζητούσαν από το παιδί να διορθώσει τον τραυλισμό, διότι φοβόταν το ενδεχόμενο οι γονείς να χρησιμοποιήσουν την έννοια της τιμωρίας με τρόπο ακατάλληλο.

Ταυτόχρονα με τη δουλειά που έκαναν οι συγκεκριμένοι λογοθεραπευτές με τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, εκείνοι που υποστήριζαν τις πιο έμμεσες προσεγγίσεις άρχισαν να αναπτύσσουν διαφορετικό τρόπο σκέψης σχετικά με το συσχετισμό ανάμεσα στον τραυλισμό του παιδιού, τις ικανότητές του και το περιβάλλον στο οποίο ζει.

### ***3.2.2 ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟ ΤΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE;***

Οι προηγούμενες ενότητες του παρόντος κεφαλαίου ασχολήθηκαν με την περιγραφή τόσο των παλαιότερων όσο και των πιο πρόσφατων μεθόδων θεραπείας του τραυλισμού στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στο παρόν σημείο θα αναφερθούν



οι ομοιότητες αλλά και οι διαφορές που παρουσιάζει το πρόγραμμα Lidcombe σε σύγκριση με τις ανωτέρω προσεγγίσεις.

## **ΔΙΟΡΘΩΝΟΝΤΑΣ ΚΑΙ ΕΦΙΣΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ**

Κατά τη δεκαετία του 1980, οι θεραπείες του τραυλισμού στα παιδιά προσχολικής ηλικίας άρχισαν να γίνονται με πιο άμεσο τρόπο. Μία νέα γενιά κλινικών επιστημόνων πραγματοποιούσαν πειράματα μιλώντας στα παιδιά για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, χωρίς όμως αυτά να το συνειδητοποιούν με τρόπο αρνητικό. Πολλοί από αυτούς χρησιμοποιούσαν τον αργό ή «χαλαρό» τρόπο έκφρασης μαζί με την έννοια της ενδυνάμωσης αλλά και τη χρήση ιεραρχίας όσον αφορά το μήκος και την πολυπλοκότητα της έκφρασης. Άλλοι ερευνητές ασχολήθηκαν με το φυσιολογικό τρόπο ομιλίας χρησιμοποιώντας τόσο την έννοια της ενδυνάμωσης όταν το παιδί μιλούσε με ευχέρεια όσο και την έννοια της τιμωρίας κατά τις στιγμές του τραυλισμού. Στα μέσα της δεκαετίας 1980, οι κλινικοί και ερευνητές του Lidcombe άρχισαν να χρησιμοποιούν συντελεστικές διαδικασίες ως το βασικό σημείο της θεραπείας και χρησιμοποίησαν διάφορες μεθόδους προκειμένου να δούνε ποια θα είχε το καλύτερο αποτέλεσμα. Ύστερα από κάποιες πρώτες αποτυχίες, οι λογοθεραπευτές του Lidcombe χρησιμοποιώντας την έννοια της τιμωρίας, ανακάλυψαν ότι ο συνδυασμός της ενδυνάμωσης όταν το παιδί μιλάει φυσιολογικά και της τιμωρίας είχαν το καλύτερο αποτέλεσμα ειδικά όταν διεξάγονταν από τους γονείς. Ο συγκεκριμένος συνδυασμός και ιδιαίτερα οι διορθώσεις που εφαρμόστηκαν, οδήγησαν το παιδί να στρέψει την προσοχή του στο πρόβλημα του τραυλισμού που αντιμετωπίζει. Επιπλέον, χρησιμοποιώντας προτάσεις όπως «Τώρα μίλησες με πολύ ομαλό τρόπο» ή «Τώρα τραύλισες λιγάκι», οι γονείς βοηθούσαν το παιδί να συνειδητοποιήσει το πρόβλημα ενώ οι λογοθεραπευτές συνήθιζαν να συζητάνε για τον τραυλισμό του παιδιού ενώ αυτό ήταν παρόν στη συγκεκριμένη συζήτηση. Με τον τρόπο αυτό θεράπευαν τον τραυλισμό μειώνοντας την πιθανότητα το παιδί να αναπτύξει το αίσθημα της ντροπής για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Μελέτες που έγιναν έδειξαν ότι, όταν επαινούμε τα παιδιά με τρόπο συστηματικό για την ευχέρεια με την οποία εκφράζονται, όταν τα διορθώνουμε, με άλλα λόγια όταν βοηθούμε τα

παιδιά να συνειδητοποιήσουν τον τρόπο με τον οποίο εκφράζονται, ο τραυλισμός μειώνεται.

Οι αποδείξεις αυτές απέχουν κατά πολύ από αυτό που κατά παράδοση πίστευε ο κόσμος: ότι το παιδί δεν έπρεπε να συνειδητοποιήσει τον τραυλισμό του και ότι η προσπάθεια να διορθώνουμε το παιδί θα κάνει τα πράγματα χειρότερα. Η παραδοσιακή αυτή άποψη βασιζόταν, μάλλον, σε κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες οι γονείς διόρθωναν το παιδί με μη συστηματικό τρόπο και κατά συνέπεια το παιδί δίσταζε να μιλήσει. Ωστόσο, ορισμένες κλινικές έρευνες όπως αυτή της Costello (1983) και του προγράμματος Lidcombe εμπειρείχαν μία θετική συνειδητοποίηση της ευχέρειας στο λόγο και μία σχετικά ουδέτερη συνειδητοποίηση του τραυλισμού στα παιδιά. Η ενδυνάμωση και η τιμωρία γίνονται με τρόπο συστηματικό, ενώ τα παιδιά είναι τόσο μικρά που τα συστήματα παραγωγής του λόγου ενδέχεται να παρουσιάζουν μεγάλη ευελιξία. Οι βασικές αυτές διαφορές ενδέχεται να παρακινήσουν τα παιδιά ώστε να κατανοήσουν από μόνα τους τι είναι αυτό που χρειάζονται ώστε να αποκτήσουν μεγαλύτερη ευχέρεια λόγου. Αν και υπάρχει αμφιβολία κατά πόσο τα μικρά παιδιά μπορούν να σκεφτούν σαν μικροί επιστήμονες, ενδέχεται να δουλέψουν ενστικτωδώς και ύστερα από δοκιμές και λάθη μπορεί να συνειδητοποιήσουν τι πρέπει να κάνουν προκειμένου να μιλούν με μεγαλύτερη ευχέρεια. Η εμπειρία του ελέγχου, η οποία προκύπτει κάθε φορά που μιλούν με ευχέρεια κατά τις διάφορες δομημένες δραστηριότητες στην αρχή της θεραπείας, ενδέχεται να βοηθήσει τα παιδιά καθώς και ο συστηματικός έπαινος που θα λαμβάνουν όταν μιλούν σωστά. Πιθανώς, μία αναδρομή που θα γίνεται στα παιδιά κάθε φορά που κάνουν λάθος να είναι πιο αποτελεσματική καθώς και η διόρθωση και ακόμη περισσότερο έπαινος όταν καταφέρουν να διορθώσουν τα λάθη τους.

## **ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ**

Για πολλές γενιές, οι κλινικοί προέτρεπαν τους γονείς των παιδιών προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν να συμμετέχουν στην ομάδα θεραπείας. Η παρέμβαση των γονέων κυμαίνεται από το να μάθουν τι αλλαγές πρέπει να κάνουν στο περιβάλλον των παιδιών τους, μέχρι να εφαρμόσουν στο σπίτι ευκολότερες μεθόδους αντιμετώπισης του τραυλισμού, προκειμένου να περιορίσουν τον τραυλισμό υποδεικνύοντας στα παιδιά να επαναλάβουν με μεγαλύτερη ευχέρεια τις λέξεις στις

οποίες τραυλίζουν. Το πρόγραμμα προχώρησε πιο πέρα από το να χρησιμοποιεί το γονέα ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας και πρωτοπόρησε θέτοντας τους γονείς ως τα μοναδικά άτομα που μπορούν να θεραπεύσουν τα παιδιά τους (Μερικές φορές και οι δύο γονείς εμπλέκονται στη θεραπεία, συνήθως όμως η μητέρα αποτελεί το λογοθεραπευτή του παιδιού της).

Η συμβολή των γονέων στη διεξαγωγή της θεραπείας στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe, έχει πολλά πλεονεκτήματα αλλά και ορισμένα μειονεκτήματα. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα είναι ότι οι γονείς αισθάνονται ότι είναι σε θέση να αναλάβουν δράση, δουλεύοντας με άμεσο τρόπο όσον αφορά την ομιλία του παιδιού τους. Φαίνεται ότι οι ανησυχίες των γονέων περιορίζονται διότι όπως αποδεικνύεται από τα στοιχεία που συλλέγουν οι γονείς καθημερινά, οι αλλαγές που συμβαίνουν στην ευχέρεια του λόγου του παιδιού τους είναι πολύ σημαντικές. Επίσης, οι γονείς αναφέρουν ότι νιώθουν λιγότερες ενοχές σε σχέση με το όταν συμμετείχαν σε άλλα θεραπευτικά προγράμματα. Στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe, οι γονείς συγκεντρώνονται περισσότερο στην ομιλία του παιδιού τους παρά στα δικά τους πρότυπα αλληλεπίδρασης. Κατά συνέπεια, η ανησυχία τους μειώνεται όσον αφορά το δικό τους ρυθμό ομιλίας, τις δικές τους παρεμβάσεις ή τυχόν περίπλοκο λεξιλόγιο που χρησιμοποιούν το οποίο ενδέχεται να προκάλεσε ή να χειροτέρευσε τον τραυλισμό του παιδιού τους.

Ένα ακόμη σημαντικό όφελος είναι ότι οι γονείς μαθαίνουν να δουλεύουν με τρόπο ανεξάρτητο όταν προκύψουν πάλι τυχόν προβλήματα μετά τη λήξη της επίσημης θεραπείας. Το συγκεκριμένο γεγονός είναι χαρακτηριστικό και ορισμένων άλλων θεραπειών αλλά όχι πολλών. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια μίας πειραματικής θεραπείας που εφαρμόστηκε οι γονείς παρακολουθούσαν βιντεοκασέτες σχετικά με την αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών και των παιδιών τους και είναι αυτοί που αποφασίζουν μόνοι τους τι αλλαγές θα κάνουν. Η συγκεκριμένη διαδικασία πρόσφερε στους γονείς τα απαραίτητα θεμέλια για να δουλεύουν στο μέλλον μόνοι τους. Στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe οι γονείς έχουν το ρόλο του βασικού θεραπευτή των παιδιών τους όσον αφορά τις δομημένες συζητήσεις που διαδραματίζονται στο σπίτι καθώς και αυτές που λαμβάνουν χώρα στην αρχή της θεραπείας. Έτσι, έγιναν περισσότερο αποτελεσματικοί και απέκτησαν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη όσον αφορά τον τρόπο θεραπείας. Υπό την καθοδήγηση ενός κλινικού, οι γονείς μαθαίνουν να επιλύουν τυχόν προβλήματα που προκύπτουν, προσαρμόζοντας το πρόγραμμα στις

ανάγκες των παιδιών τους αντιμετωπίζοντας τυχόν δυσκολίες έτσι ώστε να έχουν ένα θετικό αποτέλεσμα.

Ένα ακόμη πλεονέκτημα προκύπτει από το γεγονός ότι οι γονείς είναι αυτοί που διεξάγουν τη θεραπεία. Παρέχοντας υπηρεσίες στα παιδιά τους, οι γονείς εκπαιδεύονται με επιμέλεια ενώ ο κλινικός τους συμβουλεύει ώστε να νιώθουν ότι βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής του ειδικού- περισσότερο απ' ότι ισχύει στις διάφορες προσεγγίσεις οι οποίες δίνουν περισσότερη προσοχή στο παιδί. Η συγκεκριμένη διαδικασία ενδυναμώνει το αίσθημα της εμπιστοσύνης που νιώθουν οι γονείς και τους βοηθάει έτσι ώστε να ανταποκρίνονται μακροπρόθεσμα με πιο αποτελεσματικό τρόπο στις ανάγκες των παιδιών τους.

Όσον αφορά τα μειονεκτήματα που εμπεριέχει το πρόγραμμα Lidcombe είναι ότι, πολλά εξαρτώνται από την προθυμία και την ικανότητα των γονέων να διεξάγουν τη θεραπεία. Οι γονείς που είναι υπερβολικά πολυάσχολοι ή έχουν άλλες υποχρεώσεις ενδέχεται να μην μπορέσουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες του προγράμματος το οποίο απαιτεί από τους γονείς να διεξάγουν καθημερινές συνεδρίες με το παιδί, να περιορίζουν το πρόβλημα του παιδιού τους και να αξιολογούν κάθε βδομάδα τη συχνότητα του τραυλισμού. Ένα ακόμη πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί είναι η περίπτωση των γονέων που δείχνουν υπερβολικό ζήλο. Από τη στιγμή που τους δίνεται η δυνατότητα να επαινούν τα παιδιά τους και να διορθώνουν τον τρόπο ομιλίας τους, ορισμένοι γονείς ξεφεύγουν από τα όρια σχετικά με το πόσο συχνά θα πρέπει να ενισχύουν την ευχέρεια των παιδιών τους ή να τα διορθώνουν όταν τραυλίζουν. Μόλις το αντιληφθεί αυτό ο κλινικός, πρέπει να τους περιορίσει αλλά τα παιδιά μπορεί να χρειαστούν αρκετό χρόνο προκειμένου να προσαρμοστούν και πάλι στα κανονικά δεδομένα.

## **Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΔΟΜΗΜΕΝΕΣ ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ**

Το πρόγραμμα Lidcombe, στο πρώτο στάδιο της θεραπείας, απαιτεί από τους γονείς να αφιερώνουν λίγο χρόνο καθημερινά σε αυτές τις σταδιακές δραστηριότητες μαζί με το παιδί. Γονέας και παιδί συμμετέχουν σε μία δραστηριότητα την οποία το παιδί απολαμβάνει ενώ ο γονέας από την πλευρά του επαινεί το παιδί κάθε φορά που αυτό μιλάει χωρίς να τραυλίζει. Ο έπαινος προσφέρεται απλόχερα, διότι το πρόγραμμα έχει

σχεδιαστεί με σκοπό να παράγεται ομιλία η οποία δε θα χαρακτηρίζεται από τραυλισμό. Κατά συνέπεια, το παιδί ενδέχεται να αποκτήσει το αίσθημα ότι έχει την ικανότητα να μιλήσει σωστά. Ταυτόχρονα, το αίσθημα ασφάλειας και ευχαρίστησης που νιώθει το παιδί ενδεχομένως να ενισχύεται, διότι το παιδί δέχεται καθημερινά την αμέριστη προσοχή των γονιών του. Ακόμη και αν η θεραπεία στις δομημένες συζητήσεις αλλάζει προκειμένου να συμπεριλάβει τις πιθανές διορθώσεις του τραυλισμού, ο συχνός και σταδιακός έπαινος των παιδιών εξακολουθεί να αποτελεί μέρος της θεραπείας. Καθώς η θεραπεία σε δομημένες συζητήσεις σταδιακά αντικαθίσταται από θεραπεία σε μη δομημένες, ο συχνός έπαινος εξακολουθεί να υπάρχει στο καθημερινό «μενού» της θεραπείας. Τα ανωτέρω μπορεί να είναι ιδιαίτερος χρήσιμα στην περίπτωση των πιο ευαίσθητων παιδιών, στα οποία το άγχος ενδέχεται να αποτελεί και αιτία του τραυλισμού τους.



**Εικόνα 5. Ο κλινικός εκπαιδεύει τον γονιό να διεξάγει θεραπεία σε δομημένες συζητήσεις**

ΠΗΓΗ: ONSLOW, M., PACKMAN, A., & HARRISON, E. (2003)

## **Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΙΣ ΜΗ ΔΟΜΗΜΕΝΕΣ ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ**

Πολλοί κλινικοί οι οποίοι εργάζονται με παιδιά προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν, αναφέρουν μία τυχαία γενίκευση της ευχέρειας στην ομιλία από την κλινική ή τις συνεδρίες που λαμβάνουν χώρα στο σπίτι σε καθημερινές συζητήσεις. Το πρόγραμμα Lidcombe στοχεύει στο να εκπαιδεύσει τους γονείς να χρησιμοποιούν συστηματικές διαδικασίες, προκειμένου να πετύχουν την εκφορά λόγου η οποία δε θα χαρακτηρίζεται από τραυλισμό κατά τις καθημερινές συζητήσεις καθώς και στο να μάθουν πώς να αξιολογούν τη συγκεκριμένη επιτυχία. Δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο κατά πόσο οι συγκεκριμένες διαδικασίες είναι απαραίτητο να συμβαίνουν στις περισσότερες καθημερινές καταστάσεις ή μέχρι ποιο βαθμό μπορούν να γενικευθούν.

### **ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ**

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι πολλές πειραματικές και κλινικές προσεγγίσεις για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν είναι αποτελεσματικές. Ωστόσο, λίγες είναι οι πληροφορίες που έχουμε στη διάθεσή μας σχετικά με τα πραγματικά, μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Διάφορες προσεγγίσεις έχουν αποδείξει ότι η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να είναι τόσο αποτελεσματική όσο και επικοδομητική. Παρόλα αυτά, η εκπαίδευση που παρέχει το Πρόγραμμα Lidcombe στους γονείς ώστε να καταγράφουν τις καθημερινές και εβδομαδιαίες αξιολογήσεις σε όλα τα στάδια της θεραπείας, έχει επιπρόσθετα πλεονεκτήματα διότι κατά αυτόν τον τρόπο τόσο οι γονείς όσο και οι κλινικοί λαμβάνουν λεπτομερέστερη ενημέρωση. Αυτό σημαίνει ότι τα στοιχεία της θεραπείας όπως είναι ο έπαινος και η διόρθωση μπορούν να χρησιμοποιηθούν με τον κατάλληλο τρόπο όχι μόνο στο πρώτο στάδιο της θεραπείας αλλά και μακροπρόθεσμα ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του κάθε παιδιού. Επίσης, παρέχει στους γονείς ξεκάθαρες αποδείξεις ότι το παιδί τους βελτιώνεται αυξάνοντας την πεποίθησή τους ότι είναι ικανοί να παρέχουν τη συγκεκριμένη θεραπεία.

## ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>

### 3.3 ΑΞΙΟΛΟΓΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Ο τραυλισμός αξιολογείται από κλινικούς και ερευνητές τουλάχιστον από τη δεκαετία του 1930. Σύμφωνα με τον κλινικό όρο, η αξιολόγηση του τραυλισμού διευκολύνει το κλινικό ώστε να εκτιμήσει την έκταση του προβλήματος και να εξασφαλίσει το αποτέλεσμα της θεραπείας. Οι αξιολογήσεις του τραυλισμού είναι επίσης σημαντικές στον τομέα της κλινικής έρευνας, ιδιαίτερα όσον αφορά την εδραίωση των αποτελεσμάτων καθώς και την αποτελεσματικότητα των διάφορων θεραπειών.

Παρόλο που υπάρχει γενική ομοφωνία σχετικά με την ανάγκη για αξιολόγηση του τραυλισμού τόσο στην κλινική όσο και στον τομέα της έρευνας, δεν υπάρχει ομοφωνία στη σύγχρονη βιβλιογραφία σχετικά με τον τρόπο που θα γίνεται αυτή η αξιολόγηση. Οι επιλογές σχετικά με το πώς θα γίνεται η συγκεκριμένη αξιολόγηση στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe βασίζονται στο γεγονός ότι, η θεραπεία αφορά συμπεριφορές καθώς και στο ότι ο τραυλισμός ή η ομιλία που δε χαρακτηρίζεται από τραυλισμό αποτελούν συγκεκριμένες συμπεριφορές. Κατά συνέπεια το πρόγραμμα αξιολογεί τον τραυλισμό και όχι τη δυσκολία στο να εκφραστεί κάποιος με άνεση. Στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe υπάρχουν τρεις τρόποι αξιολόγησης του τραυλισμού. Οι δύο από αυτούς αφορούν τη συμπεριφορά, με άλλα λόγια το ρυθμό, τη συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού και ο τρίτος αφορά εκτιμήσεις της σοβαρότητας του τραυλισμού. Η αξιολόγηση των δυσρυθμιών έχει αναλυθεί περαιτέρω στο δεύτερο κεφάλαιο, οπότε αναφέρονται σε αυτό εν συντομία. Το υπόλοιπο κεφάλαιο σκιαγραφεί την εφαρμογή και το ρόλο που διαδραματίζουν οι αξιολογήσεις αυτές στο πρόγραμμα Lidcombe.

#### 3.3.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

##### ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Η αξιολόγηση της συχνότητας εμφάνισης του τραυλισμού στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe γίνεται με βάση το ποσοστό των συλλαβών στις οποίες

εμφανίζεται το πρόβλημα του τραυλισμού (%). Το ποσοστό αυτό υπολογίζεται από τον αριθμό των συλλαβών καθώς και από τον αριθμό εκείνων των συλλαβών κατά την έκφραση των οποίων εμφανίζεται ο τραυλισμός. Η χρήση ενός χρονομέτρου διευκολύνει τη μέτρηση και έτσι ο κλινικός μπορεί να χρησιμοποιήσει τη συσκευή αυτή για να μετρήσει τον τραυλισμό σε πραγματικό χρόνο, δηλαδή κατά τη διάρκεια που το παιδί μιλάει ή κατά τη διάρκεια που ηχογραφείται η ομιλία του παιδιού. Το άθροισμα των συλλαβών που δε χαρακτηρίζονται από τραυλισμό και αυτών που χαρακτηρίζονται, αποτελούν το συνολικό αριθμό των συλλαβών που ειπώθηκαν από το παιδί. Για την μέτρηση των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό χρειάζεται συγκεκριμένη εκπαίδευση. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι η μέτρηση του ποσοστού των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό, βασίζεται σε κρίσεις που γίνονται με βάση την ικανότητα αντίληψης από μέρους του ακροατή ο οποίος αξιολογεί κατά πόσο οι συλλαβές χαρακτηρίζονται ή όχι από τραυλισμό. Σκοπός μας είναι να αξιολογήσουμε μία συζήτηση σχετικά με τη διαφορά μεταξύ των δυσκολιών που μοιάζουν με τραυλισμό και του ποσοστού των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό.

Καθώς η μέτρηση του ποσοστού των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό βασίζεται σε εκτιμήσεις σχετικά με το κατά πόσο οι συλλαβές χαρακτηρίζονται από τραυλισμό ή όχι, είναι απαραίτητο να παγιωθεί η αξιοπιστία της συγκεκριμένης μέτρησης. Για το λόγο αυτό, τουλάχιστον στα πλαίσια της έρευνας, υπάρχει και ένας δεύτερος ακροατής ο οποίος πραγματοποιεί μία ανεξάρτητη μέτρηση του ποσοστού των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό η οποία αφορά το ίδιο δείγμα ομιλίας.

## **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ**

Η εκτίμηση της σοβαρότητας του προβλήματος απαιτεί την ύπαρξη βαθμολογικής κλίμακας στην οποία ο υψηλότερος βαθμός αντιστοιχεί σε μία «πέρα πολύ σοβαρή μορφή τραυλισμού» ενώ ο χαμηλότερος αντιστοιχεί στο γεγονός ότι «δεν υπάρχει τραυλισμός» (κλίμακα από 1-10). Το παιδί δεν είναι υποχρεωμένο να παράγει δείγμα λόγου σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα όπως συμβαίνει με τις μετρήσεις του ποσοστού των συλλαβών. Ο ρυθμός σοβαρότητας αναφέρεται στο βαθμό σοβαρότητας του προβλήματος κατά τη διάρκεια ενός συγκεκριμένου χρονικού



διαστήματος κατά το οποίο το παιδί ενδέχεται να εκφραστεί με τρόπο σποραδικό και τυχαίο. Επιπλέον, η εν λόγω διαδικασία μέτρησης δεν απαιτεί τη χρήση συγκεκριμένων οργάνων μέτρησης. Το τελευταίο πλεονέκτημα αφορά το γεγονός ότι η διαδικασία γίνεται με έμμεσο τρόπο, πράγμα που σημαίνει ότι το παιδί δε συνειδητοποιεί το ότι γίνεται η συγκεκριμένη μέτρηση και επομένως δεν υπάρχει περίπτωση αντίδρασης από μέρους του παιδιού. Κατά συνέπεια, ο συγκεκριμένος τύπος μέτρησης κρίνεται κατάλληλος για τη μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης του τραυλισμού σε πραγματικές καταστάσεις που απαιτούν την παραγωγή λόγου.

Οι κλίμακες τύπου Likert είναι κλίμακες του πέντε ή του εφτά, οι οποίες παρουσιάζουν μία συνολική εκτίμηση της σοβαρότητας του προβλήματος και όχι απλώς τη συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της μέτρησης του ποσοστού των συλλαβών. Η κλίμακα του δέκα δημιουργήθηκε με σκοπό να χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe, προκειμένου η χρήση του να γίνει πιο προσιτή στους γονείς. Υπήρχε η σκέψη ότι οι γονείς θα ήταν περισσότερο εξοικειωμένοι στο να βαθμολογήσουν με κλίμακα του δέκα παρά με αντίστοιχη κλίμακα του πέντε ή του εφτά.

## **Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ**

Η μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης του τραυλισμού βασίζεται στο κατά πόσο συχνά εμφανίζεται το φαινόμενο του τραυλισμού σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, με άλλα λόγια υπολογίζονται οι στιγμές τραυλισμού ανά λεπτό στο χρόνο εκφοράς του λόγου. Ο χρόνος εκφοράς του λόγου του παιδιού υπολογίζεται με ένα αθροιστικό χρονόμετρο και ο αριθμός των στιγμών τραυλισμού που συμβαίνουν στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, καταγράφεται συνήθως σε χαρτί. Για να υπολογίσουμε τις στιγμές τραυλισμού ανά λεπτό κατά τη διάρκεια εκφοράς του λόγου, διαιρούμε τον αριθμό των στιγμών τραυλισμού με το χρόνο εκφοράς του λόγου του παιδιού.

### **3.3.2 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ**

## ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΣΥΛΛΑΒΩΝ ΠΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe, ο κλινικός συνήθως υπολογίζει το ποσοστό των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό στην αρχή κάθε συνεδρίας που λαμβάνει χώρα στην κλινική. Για να γίνει αυτό, ο λογοθεραπευτής ή ο γονέας ή και οι δύο μαζί, ωθούν το παιδί να διεξάγει μία φυσιολογική συζήτηση, συνήθως μέσω κάποιας δραστηριότητας με τη μορφή παιχνιδιού, ώστε να λάβει ένα δείγμα ομιλίας. Προκειμένου η μέτρηση του ποσοστού των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό να είναι έγκυρη, θα πρέπει, όπως ήδη έχει αναφερθεί, να βασίζεται σε ένα δείγμα 300 τουλάχιστον συλλαβών.

Η Εικόνα 5 παρουσιάζει ένα ενδεικτικό φύλλο δεδομένων που χρησιμοποιείται στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe και απεικονίζει τις μετρήσεις σχετικά με τον τραυλισμό στο πρώτο στάδιο του προγράμματος για τον William, ένα παιδάκι προσχολικής ηλικίας. Ο αριστερός κάθετος άξονας απεικονίζει το ποσοστό των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό ενώ ο δεξιός άξονας απεικονίζει τη σοβαρότητα του προβλήματος, όπως αυτή υπολογίζεται με βάση τη βαθμολογική κλίμακα αξιολόγησης της σοβαρότητας του προβλήματος. Ο οριζόντιος άξονας είναι ο χρόνος ο οποίος υπολογίζεται σε ημέρες. Οι ανοιχτοί κύκλοι απεικονίζουν το ποσοστό των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό του William, μετρήσεις οι οποίες καταγράφονται μία φορά την εβδομάδα στις συνεδρίες που πραγματοποιούνται στην κλινική. Η συχνότητα τραυλισμού του William ήταν υψηλή με ποσοστό 18%. Τα ποσοστά των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό διαφοροποιήθηκαν σημαντικά κατά τις τέσσερις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας, την πέμπτη όμως εβδομάδα σημειώθηκε μία εμφανής μείωση του ποσοστού των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό. Τη δέκατη εβδομάδα ο William σταμάτησε πλέον να τραυλίζει και τη δέκατη πέμπτη εβδομάδα σημειώθηκε μηδενικό ποσοστό των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό.

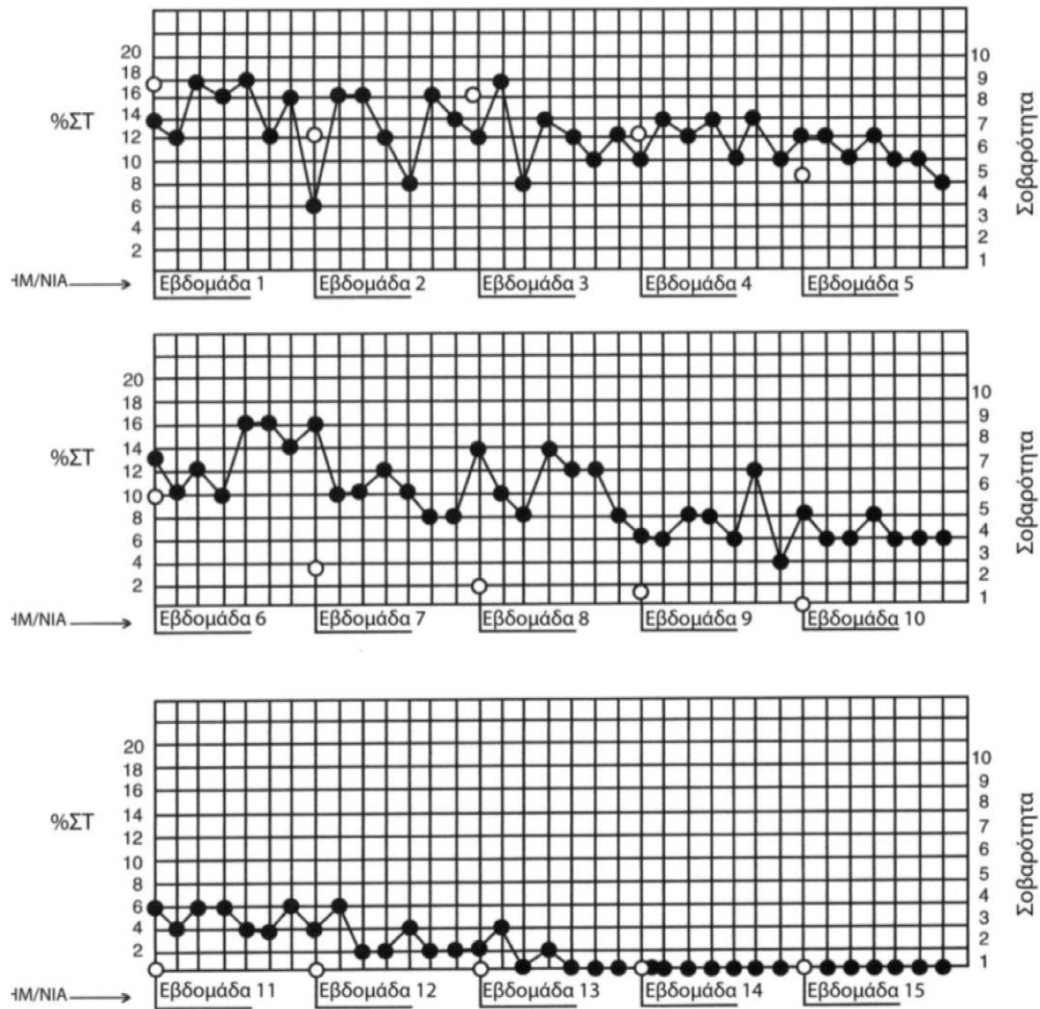
## The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention

Αναφορές θεραπείας 1ου σταδίου

ΟΝΟΜΑ

○ % ΣΥΛΛΑΒΕΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ (%ΣΤ)

● Σοβαρότητα



Εικόνα 6. Ενδεικτικό φύλλο δεδομένων που χρησιμοποιείται στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe για την καταμέτρηση και καταγραφή του τραυλισμού

ΠΗΓΗ: ONSLOW, M., PACKMAN, A., & HARRISON, E. (2003)

## ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe, ο γονιός εκτιμά τη σοβαρότητα του τραυλισμού του παιδιού του σε καθημερινή βάση, βασιζόμενοι στην ομιλία που παράγει το παιδί υπό φυσιολογικές περιστάσεις. Στην περίπτωση αυτή, χρησιμοποιείται μία κλίμακα του δέκα όπου το ένα αντιστοιχεί στην ανυπαρξία τραυλισμού, το δύο σε τραυλισμό χαμηλής κλίμακας και το δέκα στην ύπαρξη πολύ σοβαρού προβλήματος τραυλισμού. Ο κλινικός εκπαιδεύει το γονέα να χρησιμοποιεί τη συγκεκριμένη κλίμακα αμέσως μόλις ξεκινήσει το πρόγραμμα της θεραπείας.

Η Συχνότητα Σοβαρότητας που καταγράφει καθημερινά ο γονέας μπορεί να αφορά μία ολοκληρωμένη ημέρα ή ένα συγκεκριμένο δείγμα λόγου και μπορεί να διαρκεί τουλάχιστον δέκα λεπτά σε καθημερινή βάση. Στην τελευταία περίπτωση, ο κλινικός πρέπει να διασφαλίσει ότι ο γονέας επιλέγει διαφορετικές καταστάσεις μέσα από τις οποίες θα υπολογίσει τη Συχνότητα Σοβαρότητας του τραυλισμού. Για παράδειγμα, τη Δευτέρα, το δείγμα λόγου που θα αξιολογηθεί μπορεί να αφορά το χρονικό διάστημα κατά το οποίο το παιδί παίζει με κάποιο από τα αδέρφια του, την Τρίτη κατά τη διάρκεια επίσκεψης του παιδιού στους παππούδες του κλπ.

Η καταγραφή της Συχνότητας Σοβαρότητας του προβλήματος για διαφορετικές περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε περίπτωση που το πρόβλημα του τραυλισμού διαφοροποιείται σημαντικά κατά τη διάρκεια της ημέρας. Κατά συνέπεια, μπορεί να συναντήσουμε δυσκολίες στο να αξιολογήσουμε κατά πόσο ο τραυλισμός του παιδιού βελτιώνεται, παραμένει σταθερός ή χειροτερεύει. Στην περίπτωση αυτή ο κλινικός πρέπει να γνωρίζει πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα του τραυλισμού του παιδιού στη χειρότερη μορφή του. Μία λύση σε αυτήν την περίπτωση είναι να καταγράφει ο γονέας καθημερινά δύο μετρήσεις για τη Συχνότητα Σοβαρότητας. Στο τέλος της ημέρας, ο κλινικός καταγράφει μία μέτρηση της Συχνότητας Σοβαρότητας που αντιστοιχεί στην καλύτερη απόδοση ομιλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας και ένα άλλο ποσοστό που αντιστοιχεί στη χειρότερη. Από τη στιγμή που γίνει γραφική αναπαράσταση των συγκεκριμένων δεδομένων, είναι πολύ πιο εύκολο να αντιληφθούμε εάν ο τραυλισμός του παιδιού χειροτερεύει. Είναι πολύ σημαντικό να εφαρμόσουμε τη διαδικασία αυτή σε περίπτωση που ο τραυλισμός του παιδιού διαφοροποιείται σημαντικά.

Ορισμένες φορές ο λογοθεραπευτής ενδέχεται να έχει αμφιβολίες σχετικά με την ορθότητα της μέτρησης της Συχνότητας Σοβαρότητας που κατέγραψε ο γονέας.

Μερικές φορές ο γονέας ενδέχεται να μην καταγράψει τη Συχνότητα Σοβαρότητας στο τέλος κάθε ημέρας και έπειτα να καταγράψει και τις επτά μετρήσεις αμέσως πριν πάει το παιδί στην κλινική. Ο κλινικός πρέπει να συζητήσει το συγκεκριμένο θέμα με το γονέα και να αναζητήσει τρόπους επίλυσης του προβλήματος. Ακόμη, κάποιες φορές οι μετρήσεις που καταγράφουν οι γονείς είναι αντιφατικές και ενδέχεται να μην παρουσιάσουν μετρήσεις για την προηγούμενη εβδομάδα. Η κατάσταση αυτή βάζει το λογοθεραπευτή σε δίλημμα, ο οποίος πρέπει να πάρει τη σωστή απόφαση σχετικά με το πώς θα συνεχίσει τη θεραπεία. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε το γεγονός ότι ο κλινικός δεν μπορεί να πάρει τη σωστή απόφαση όσον αφορά τη θεραπεία που θα ακολουθήσει εάν δεν υπάρχουν μετρήσεις οι οποίες καταγράφονται εκτός κλινικής. Η κατάσταση αυτή οδηγεί αναπόφευκτα τον κλινικό σε τυφλές αποφάσεις, οι οποίες ενδέχεται να είναι κατάλληλες για την εκάστοτε περίπτωση ή και όχι. Για το λόγο αυτό, ο κλινικός πρέπει να αναφέρει το πρόβλημα στο γονέα και να συζητήσει μαζί του για ποιο λόγο δεν πραγματοποιείται καταγραφή των μετρήσεων εκτός κλινικής καθώς και τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να συνεργαστούν μεταξύ τους (λογοθεραπευτής και γονέας) για το σκοπό αυτό.

### **ΣΤΙΓΜΕΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΑΝΑ ΛΕΠΤΟ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΟΜΙΛΙΑΣ (SMST)**

Οι κλινικοί δεν απαιτούν πάντα από τους γονείς να καθορίσουν τις στιγμές τραυλισμού ανά λεπτό του χρόνου ομιλίας και η μέτρηση αυτή δεν θεωρείται απαραίτητη, όπως είναι η συχνότητα του βαθμού σοβαρότητας και το ποσοστό των συλλαβών που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό. Ωστόσο, οι στιγμές τραυλισμού ανά λεπτό λειτουργούν βοηθητικά στην περίπτωση που ο κλινικός προβληματίζεται σχετικά με την αξιοπιστία των μετρήσεων που αφορούν τον τραυλισμό του παιδιού. Σε αυτή την περίπτωση, ο γονέας ενδέχεται να μην καταφέρει να προσδιορίσει με ακρίβεια τις στιγμές τραυλισμού κατά τη διάρκεια της θεραπείας και ανησυχεί για το κατά πόσο θα μπορέσει να κρατήσει το ενδιαφέρον του παιδιού του στη συγκεκριμένη δραστηριότητα. Οι μετρήσεις που αφορούν τις στιγμές τραυλισμού ανά λεπτό, μπορούν να βοηθήσουν το γονέα στο να επικεντρωθεί στον τραυλισμό του παιδιού τους.

Προκειμένου ο κλινικός να εκπαιδεύσει τους γονείς ώστε να καταγράφουν τις στιγμές τραυλισμού ανά λεπτό του χρόνου ομιλίας, ζητάει να ηχογραφούν καθημερινά την ομιλία του παιδιού τους και να φέρουν την ηχογράφιση μαζί τους

στην κλινική. Αυτό βοηθάει πολύ τους γονείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να προσδιορίσουν τον τραυλισμό του παιδιού τους. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει αξιοπιστία όσον αφορά τον προσδιορισμό του προβλήματος, διότι από αυτήν εξαρτάται η ικανότητα του γονιού να πραγματοποιεί με έγκυρο τρόπο τα λεκτικά παραδείγματα που χρειάζονται και από αυτήν εξαρτάται το κατά πόσο η ομιλία του παιδιού θα απαλλαγθεί από τον τραυλισμό.

Ο κλινικός δείχνει στον γονιό πώς μπορεί να μετράει με τρόπο αθροιστικό το χρόνο ομιλίας χρησιμοποιώντας ένα χρονόμετρο. Ο γονιός προσπαθεί να προσδιορίσει τις στιγμές τραυλισμού και το συνολικό χρόνο ομιλίας με τρόπο συμπληρωματικό και με την ηχογράφηση στο σπίτι και στη συνέχεια παρουσιάζει τα στοιχεία που έχει καταγράψει στο λογοθεραπευτή κατά την επόμενη συνεδρία στην κλινική. Η συγκεκριμένη διαδικασία συνεχίζεται μέχρι να επιτευχθεί η συμφωνία ανάμεσα στα στοιχεία που παρουσιάζει από τη μια πλευρά ο γονιός και από την άλλη ο κλινικός.

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE**

Είναι πολύ σημαντικό να κάνουμε τη διάκριση ανάμεσα στη χρήση της μέτρησης στα πλαίσια της έρευνας και στα πλαίσια της κλινικής. Υπάρχουν πολλές δημοσιευμένες αναφορές των αποτελεσμάτων της έρευνας οι οποίες χρησιμοποιούνται στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe. Στις συγκεκριμένες αναφορές, οι μετρήσεις του τραυλισμού έγιναν ανεξάρτητα από τις διαδικασίες της θεραπείας. Τα παιδιά καταγραφόταν σε τακτά χρονικά διαστήματα αλλά με τρόπο μυστικό την ώρα που μιλούσαν σε κάποιο μέλος της οικογένειας ή σε κάποιο άτομο που δεν ανήκει στην οικογένεια. Η καταγραφή της ομιλίας των παιδιών γινόταν πριν και μετά τη θεραπεία και οι μετρήσεις του τραυλισμού γινόταν κρυφά από έναν ανεξάρτητο κλινικό. Όλοι οι γονείς που συμμετείχαν στις έρευνες κατέγραφαν την ομιλία των παιδιών τους με τον ίδιο τρόπο ώστε τα στοιχεία που αφορούσαν το κάθε παιδί ξεχωριστά μπορούσαν να ομαδοποιηθούν και να γίνουν κάποιες γενικές δηλώσεις σχετικά με τα αποτελέσματα που προκύπτουν από το πρόγραμμα.

Παρόλα αυτά, οι μετρήσεις του τραυλισμού έχουν διάφορες χρήσεις. Προκειμένου να έχουμε μια έγκυρη εκτίμηση για τον τραυλισμό του παιδιού, γίνονται διάφορες

μετρήσεις από τον κλινικό εντός κλινικής αλλά και από το γονέα εκτός κλινικής και στο καθημερινό περιβάλλον του παιδιού. Τόσο οι μετρήσεις εντός κλινικής όσο και εκείνες που γίνονται εκτός κλινικής διαδραματίζουν διάφορους ρόλους στην καθημερινή διεξαγωγή του προγράμματος Lidcombe. Ο πιο σημαντικός ρόλος που έχουν είναι ότι προσδιορίζουν την έκταση του προβλήματος, διαμορφώνουν τις αποφάσεις που παίρνει ο κλινικός, καθορίζουν το σκοπό της θεραπείας, αξιολογούν τα αποτελέσματα της θεραπείας και διευκολύνουν τη συζήτηση όσον αφορά το πρόβλημα του τραυλισμού. Σε αντίθεση με τη χρήση των μετρήσεων της σοβαρότητας που αφορούν το πρόβλημα του τραυλισμού στα πλαίσια του ερευνητικού πρωτοκόλλου, η χρήση των συγκεκριμένων στα πλαίσια της κλινικής πρακτικής απαιτεί ευελιξία και τακτική αναθεώρηση ώστε να είναι σίγουρο ότι εξυπηρετούν όλους τους ανωτέρω σκοπούς

### **ΚΑΘΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Οι στόχοι της θεραπείας στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe πραγματοποιούνται με βάση τις μετρήσεις του προβλήματος. Η μετάβαση από το πρώτο στο δεύτερο στάδιο της θεραπείας, αποσκοπεί στη μείωση του βαθμού σοβαρότητας του προβλήματος αλλά και της συχνότητας των συναντήσεων εντός και εκτός της κλινικής. Κατά συνέπεια, είναι γνωστό από την αρχή του προγράμματος ότι το δεύτερο στάδιο δεν θα εφαρμοστεί παρά μόνο όταν οι εν λόγω μετρήσεις ανταποκριθούν στα συγκεκριμένα κριτήρια. Επιπλέον, το πρόβλημα του τραυλισμού θα πρέπει να συνεχίσει να ανταποκρίνεται στα εν λόγω κριτήρια που αφορούν την ομιλία προκειμένου το παιδί να προχωρήσει στο δεύτερο στάδιο.

### **ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Η συλλογή των μετρήσεων όσον αφορά τον τραυλισμό πριν την έναρξη του προγράμματος καθώς και στη λήξη του, δίνει τη δυνατότητα στον κλινικό να αξιολογήσει τα αποτελέσματα της παρέμβασης για κάθε παιδί. Τέτοιου είδους πληροφορίες είναι απαραίτητες τόσο για τους γονείς όσο και για όσους χρηματοδοτούν τις θεραπείες για την αντιμετώπιση του τραυλισμού.

## **ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ**

Οι μετρήσεις σχετικά με το πρόβλημα του τραυλισμού επιτρέπει μια ξεκάθαρη επικοινωνία ανάμεσα στον κλινικό και στο γονιό σχετικά με τον τραυλισμό. Τα επίθετα όπως «ομαλός» αντικαθίστανται από αναφορές σε στοιχεία και οι ασαφείς δηλώσεις όπως «Νομίζω ότι ο τραυλισμός του παιδιού μειώθηκε λίγο αυτή τη βδομάδα» αντικαθίστανται με δηλώσεις όπως «Ο τραυλισμός του υπολογίζεται στο 4 αυτή τη βδομάδα το οποίο είναι καλύτερο από το 7 που υπολόγισα την προηγούμενη βδομάδα». Από τη στιγμή που ο γονιός καταγράφει την SR (συχνότητα βαθμού σοβαρότητας), ο λογοθεραπευτής γνωρίζει αμέσως το βαθμό σοβαρότητας στον οποίο αναφέρεται ο γονέας.

### **3.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

#### **ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ**

Το πρόγραμμα Lidcombe πρόκειται για ένα διαδραστικό ή καλύτερα ένα πρόγραμμα, στα πλαίσια του οποίου συμβαίνει ένα είδος συναλλαγής ενώ παράλληλα υπάρχει μία δυναμική σχέση και μία σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ των θεραπευτικών παραγόντων, η οποία λειτουργεί με στόχο τη μείωση ή την εξάλειψη του τραυλισμού.

Ο Hubbell (1981) στην προσπάθειά του να εξηγήσει το διαδραστικό μοντέλο ενσωμάτωσε την έννοια των περιβαλλοντικών και οργανικών παραγόντων. Στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe, οι πρώτοι παράγοντες αντιστοιχούν στις στιγμές ενεργοποίησης των κατάλληλων λεκτικών ομάδων που εκφράζονται από τους γονείς. Το περιεχόμενο, η φύση καθώς και το πότε θα γίνει η ενεργοποίηση των λεκτικών ομάδων εξαρτάται από την ομιλία του παιδιού, πότε τραυλίζει και πότε όχι και διαφοροποιείται ανάλογα με τον τύπο λόγου που εκφέρει το παιδί. Κατά συνέπεια, η ομιλία του παιδιού μεταβάλλεται. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των



παραγόντων συνεχίζεται με δυναμικό και διαδραστικό τρόπο καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος. Τα διαδραστικά αυτά μοντέλα πρέπει να περιγράφουν λεπτομερώς τους συγκεκριμένους παράγοντες στους οποίους και στοχεύει η παρέμβαση, να προσδιορίζουν τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν οι εν λόγω παράγοντες και να χρησιμοποιούν κλινικές εργαλεία που βασίζονται σε συγκεκριμένα στοιχεία ώστε να προχωρούν σε αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Τα στοιχεία που προαναφέραμε αποτελούν μέρος του προγράμματος Lidcombe.

Στο σημείο αυτό, ίσως βοηθήσει να ανατρέξουμε στο Μοντέλο των Απαιτήσεων και Ικανοτήτων και να σχολιάσουμε εν συντομία, το λόγο για τον οποίο το συγκεκριμένο μοντέλο θεωρείται διαδραστικό ώστε να αξιολογήσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τη διαδραστική φύση του προγράμματος Lidcombe. Παρά το γεγονός ότι το Μοντέλο των Απαιτήσεων και Ικανοτήτων συνδυάζει δύο παράγοντες, μπορούμε να κατανοήσουμε περισσότερο το γεγονός ότι μεταξύ των συγκεκριμένων παραγόντων υπάρχει μία γραμμική σχέση αλληλεπίδρασης. Στην πραγματικότητα, μοντέλα όπως αυτό των Απαιτήσεων και Ικανοτήτων δεν είναι διαδραστικά. Τα μοντέλα αυτά θεωρούνται περίπλοκες εκδοχές ενός απλού γραμμικού μη διαδραστικού μοντέλου. Ανάλογο μοντέλο είναι και αυτό των Απαιτήσεων και Ικανοτήτων. Το συγκεκριμένο μοντέλο τονίζει ότι, το περιβάλλον στο οποίο ζει το παιδί επηρεάζει την ευχέρεια στο λόγο του καθώς και ότι ο ίδιος ο οργανισμός του παιδιού επηρεάζει την ευχέρεια στην ομιλία. Από την άλλη πλευρά, τα πραγματικά διαδραστικά μοντέλα εξηγούν τον τρόπο με τον οποίο οι εν λόγω παράγοντες αλληλεπιδρούν ή τον τρόπο με τον οποίο μεταβάλλονται λόγω αυτής της αλληλεπίδρασης. Το μοντέλο των Απαιτήσεων και Ικανοτήτων αποτυγχάνει ως διαδραστικό μοντέλο, διότι το μόνο που κάνει είναι να κατηγοριοποιεί τους οργανικούς παράγοντες καθώς και τους περιβαλλοντικούς, οι οποίοι θεωρείται ότι προκαλούν τον τραυλισμό. Το συγκεκριμένο μοντέλο στηρίζεται στην άποψη ότι ένα παιδί αρχίζει να τραυλίζει ως αποτέλεσμα της προσπάθειάς του να μιλάει με ευχέρεια, η οποία όμως δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του κοινωνικού περιγύρου ή και αντίστροφα. Το ζήτημα όμως, δεν είναι η ικανότητα εκφοράς του λόγου ή οι απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος τα οποία μπορεί να κυμαίνονται σε φυσιολογικά επίπεδα. Αντίθετα, το ζήτημα είναι όταν αυτά δε συνδυάζονται μεταξύ τους. Κατά συνέπεια, η θεραπεία απευθύνεται είτε στο να ενισχύσει την προσπάθεια της σωστής εκφοράς λόγου απέναντι σε ένα περιβάλλον που δεν αλλάζει είτε στο να

μειώσει τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις απέναντι σε μία προσπάθεια εκφοράς λόγου η οποία δε μεταβάλλεται. Μία τέτοιου είδους εξήγηση αποτελεί ταυτολογία, διότι καταλήγει να υποστηρίζει ότι ένα παιδί αρχίζει να τραυλίζει όταν δεν είναι σε θέση να εκφραστεί με ευχέρεια στο κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει. Επιπλέον, ο αιτιακός παράγοντας ή οι παράγοντες οι οποίοι διαχωρίζονται στα πλαίσια του συγκεκριμένου μοντέλου, ενεργούν γραμμικά και όχι προς μία συγκεκριμένη κατεύθυνση: η αυξημένη προσπάθεια ή οι μειωμένες απαιτήσεις ή και τα δύο, είναι σε θέση να μειώσουν το πρόβλημα του τραυλισμού. Μολονότι το μοντέλο των Απαιτήσεων και Ικανοτήτων υπονοεί ότι ο τραυλισμός δεν οφείλεται σε μία και μοναδική αιτία- τα παιδιά δεν τραυλίζουν μόνο εξαιτίας κάποιων οργανικών παραγόντων αλλά και λόγω της φύσης του περιβάλλοντος στο οποίο επικοινωνούν- οι αιτιακοί λόγοι είναι στατικής φύσεως. Αυτό σημαίνει ότι ένα δεδομένο επίπεδο ικανότητας εκφοράς λόγου, σε συνδυασμό με ένα δεδομένο επίπεδο απαιτήσεων από το κοινωνικό περιβάλλον μπορούν να οδηγήσουν σε τραυλισμό. Ομοίως, το συγκεκριμένο μοντέλο δεν υποστηρίζει ότι οι κοινωνικές απαιτήσεις αλληλεπιδρούν με την ικανότητα εκφοράς λόγου, προκαλώντας ακόμη τον τραυλισμό ή και εξαλείφοντάς τον. Η συγκεκριμένη αλληλεπίδραση αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη ενός διαδραστικού μοντέλου και έχει ενσωματωθεί στο πρόγραμμα Lidcombe.

## **ΑΡΧΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Είναι εξαιρετικής σημασίας να εξετάσουμε τις αρχές που πρέπει να διέπουν την αποτελεσματική θεραπεία. Στο σημείο αυτό, θα αναφερθούμε σε όσα είπε ο Hubbell (1981) σχετικά με τη θεραπεία των διαταραχών στην ομιλία των παιδιών, με σκοπό να αποδείξει ότι οι αρχές που διέπουν μία αποτελεσματική θεραπεία ξεπερνούν τον τύπο της διαταραχής. Ο Hubbell (1981) παρουσίασε έξι κατευθυντήριες γραμμές αναφορικά με την παρεμβατική δραστηριότητα στην ομιλία, πέντε εκ των οποίων κατευθύνουν την παρεμβατική διαδικασία που προτείνει το πρόγραμμα Lidcombe. Η πρώτη αρχή είναι ότι η παρέμβαση πρέπει να είναι έγκυρη από οικολογικής απόψεως που σημαίνει ότι θα πρέπει να έχει άμεση λειτουργικότητα στην καθημερινότητα των παιδιών. Όσον αφορά τη γλώσσα, πρέπει να επικεντρωθούμε στην έννοια και την επικοινωνία. Στην περίπτωση του τραυλισμού αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να

βοηθήσουμε τα παιδιά να αλλάξουν τον τρόπο ομιλίας τους ώστε να μην χαρακτηρίζεται από τραυλισμό, τόσο στα πλαίσια των δομημένων όσο και των μη δομημένων συζητήσεων. Η δεύτερη αρχή είναι ότι η παρεμβατική διαδικασία πρέπει να πραγματοποιείται μέσω αλληλεπιδράσεων. Πρόκειται για την ίδια ακριβώς διαδικασία που περιγράψαμε προηγουμένως στην ενότητα του διαδραστικού μοντέλου. Αλλαγές συμβαίνουν τόσο στα ίδια τα παιδιά όσο και στο κοινωνικό τους περιβάλλον με τρόπο αμοιβαίο.

Ο Hubbell (1981) δανείζεται την τρίτη από τους Moore και Anderson. Η παρέμβαση πρέπει να έχει αυτοτελή χαρακτήρα. Αυτοτελείς χαρακτηρίζονται εκείνες οι δραστηριότητες που ενέχουν στόχους και επαίνους οι οποίοι διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο σε αυτές. Οι συγκεκριμένες δραστηριότητες έχουν ευχάριστο χαρακτήρα. Η αρχή των αυτοτελών δραστηριοτήτων συνδέεται στενά με την τέταρτη αρχή η οποία αφορά ένα ανταποκρινόμενο περιβάλλον. Ένα τέτοιου είδους περιβάλλον παρέχει στους μαθητευομένους άμεση αναθεώρηση της προηγούμενης κατάστασης έτσι ώστε να γνωρίζουν τα αποτελέσματα της απόδοσης τους και να είναι σε θέση να προσδιορίσουν το ρυθμό με τον οποίο συμβαίνουν τα γεγονότα. Η πέμπτη αρχή που μπορεί να εφαρμοστεί στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe είναι η εξερευνητική διδασκαλία. Στο συγκεκριμένο σημείο επικεντρωνόμαστε στον κλινικό και στο γονέα, οι οποίοι εφαρμόζοντας στρατηγικές επίλυσης των προβλημάτων, αλλάζουν τη συμπεριφορά τους ώστε να βοηθήσουν και τα παιδιά τους να αλλάξουν. Σκοπός είναι να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των παιδιών και ανάλογα με αυτές να τροποποιούν την παρεμβατική τους δραστηριότητα στη θεραπεία.

### **ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΣΤΟΥΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ ΠΟΥ ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΑΝΗΣΥΧΟΥΝ: ΜΗΝ ΑΝΗΣΥΧΕΙΤΕ!**

Οι συγγραφείς και εκπαιδευτές του προγράμματος Lidcombe υποστηρίζουν ότι, οι κλινικοί που δεν είναι εξοικειωμένοι με το πρόγραμμα Lidcombe, μόλις ακούσουν ότι τα παιδιά επαινούνται όταν δεν τραυλίζουν ή ότι τους ζητάμε να διορθώσουν από μόνα τους τα σημεία στην ομιλία τους που χαρακτηρίζονται από τραυλισμό, αρχίζουν να ανησυχούν και πιστεύουν ότι μέσω αυτών των διαδικασιών η κατάσταση θα χειροτερέψει ή ότι τουλάχιστον, τα παιδιά θα ανταποκριθούν στη συγκεκριμένη

θεραπεία με τρόπο αρνητικό. Τυχόν απροθυμία όσον αφορά την άμεση θεραπεία του τραυλισμού αρχικού σταδίου, θα σταματήσει να υπάρχει από τη στιγμή που κατανοήσουμε τις πληροφορίες και τις διαδικασίες και από τη στιγμή που εξετάσουμε τα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Επιπλέον, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe η ενεργοποίηση μέσω λεκτικών ομάδων δε γίνεται με τρόπο συνεχή, έντονο και επιθετικό αλλά τα παιδιά βιώνουν τη θεραπεία με τρόπο θετικό και ευχάριστο. Από τη στιγμή που ξεκαθαρίσουμε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί το πρόγραμμα, μπορούμε να την καθορίσουμε και να τη δομήσουμε για κάθε άτομο ξεχωριστά.

### **ΤΙ ΧΡΕΙΑΖΟΜΑΣΤΕ**

Οι ειδικοί στο πρόγραμμα Lidcombe, πιστεύουν ότι η εφαρμογή μίας αποτελεσματικής θεραπείας του τραυλισμού τόσο για τους ενήλικες όσο και για τα παιδιά εμποδίζεται λόγω της έλλειψης προγραμμάτων δομημένης και οργανωμένης παρέμβασης. Χρησιμοποιώντας τον όρο της δομής και της οργάνωσης δεν αναφέρονται στην έννοια του προγραμματισμού., αλλά στο ότι η θεραπεία, πολλές φορές βασίστηκε σε άμορφες υποθέσεις και διαδικασίες. Αυτό που χρειαζόμαστε είναι παρεμβατικά προγράμματα τα οποία να βασίζονται σε συγκεκριμένες οργανωτικές αρχές, να παρουσιάζουν ξεκάθαρες απόψεις και να παρέχουν στους κλινικούς άμεσες κατευθυντήριες γραμμές, όσον αφορά την εφαρμογή κλινικά χρήσιμων μεθόδων και διαδικασιών.

### **ΑΠΛΟ Η ΠΟΛΥΠΛΟΚΟ;**

Το πρόγραμμα δεν πρόκειται για μία θεραπεία που είναι η ίδια για όλες τις περιπτώσεις. Οι κλινικοί πρέπει να αποφασίσουν σε κάθε περίπτωση ποιες θεραπευτικές μεθόδους θα ακολουθήσουν. Όπως τόνισαν οι Harrison, Tofari, Rousseau και Andrews (2003), η εφαρμογή του προγράμματος διαφέρει ανάλογα με το κάθε παιδί και την οικογένειά του. Οι τεχνικές και οι διαδικασίες που περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκτούν νόημα μόνο όταν προσαρμόζονται σε κάθε άτομο ξεχωριστά και στις ανάγκες του κάθε παιδιού.

Επίσης, ενδέχεται να οδηγηθούμε σε λανθασμένα συμπεράσματα πιστεύοντας ότι το πρόγραμμα Lidcombe είναι απλό τόσο στη σύλληψη όσο και στον τρόπο διαχείρισής του. Το πρόγραμμα απαιτεί την έξυπνη εφαρμογή των διαδικασιών που περιλαμβάνει για κάθε παιδί ξεχωριστά που αντιμετωπίζει το πρόβλημα του τραυλισμού. Ο τρόπος διεξαγωγής της θεραπείας διαφοροποιείται από παιδί σε παιδί. Θα ήταν λάθος, λοιπόν, να χαρακτηρίσουμε το πρόγραμμα ως μία αποκλειστική προσέγγιση της συμπεριφοράς όσον αφορά τη θεραπεία του τραυλισμού αρχικού σταδίου.

### **ΥΠΑΡΧΕΙ ΘΕΩΡΙΑ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;**

Το πρόγραμμα Lidcombe χρησιμοποιεί προσεγγίσεις που σχετίζονται με τη συμπεριφορά και οι οποίες βασίζονται σε συντελεστική μεθοδολογία. Στο σημείο αυτό, ένα επιχείρημα που μπορούμε να αναφέρουμε είναι ότι ο συμπεριφορισμός και η συντελεστική μεθοδολογία αποτελούν μέρος της εκμάθησης, κάτι το οποίο δεν υποστηρίζεται. Όπως δήλωσε ο Perkins (1986), μία θεωρία για να είναι αποτελεσματική δε χρειάζεται απαραίτητα να στηρίζεται σε κάποια θεραπεία. Επιπλέον, μία επιστημονική προσέγγιση για την παρέμβαση στο πρόβλημα του τραυλισμού δεν απαιτεί και την ύπαρξη κάποιας θεωρίας. Είναι σίγουρο ότι το πρόγραμμα έχει επιστημονική βάση και οι πληροφορίες για αυτό βασίζονται σε συγκεκριμένες επιστημονικές αρχές. Οι ιδρυτές του προγράμματος ερευνούν τα συντελεστικά στοιχεία και τα πλαίσια όπου εφαρμόστηκαν οι συγκεκριμένες αρχές συμπεριφοράς για τη θεραπεία του τραυλισμού.

### **ΚΑΝΟΝΑΣ ΕΙΝΑΙ Η ΜΕΤΡΗΣΗ**

Εάν θέλουμε να αξιολογήσουμε την πρόοδο που κάνουν τα παιδιά με τη βοήθεια της θεραπείας και αν θέλουμε να γνωρίζουμε κατά πόσο φτάσαμε στο επιθυμητό αποτέλεσμα ώστε να πούμε ότι η θεραπεία είχε επιτυχία, τότε πρέπει να εφαρμόσουμε τα κατάλληλα κριτήρια. Το πρόγραμμα Lidcombe, συγκριτικά με τα άλλα παρεμβατικά προγράμματα, χρησιμοποιεί την έννοια της «μείωσης» όσον αφορά τη σοβαρότητα και τη συχνότητα του προβλήματος του τραυλισμού. Για παράδειγμα, χρησιμοποιεί το μετρικό σύστημα όσον αφορά τη λήψη κάποιας απόφασης κατά τη

διάρκεια της θεραπείας- δηλαδή στην αρχή γίνεται μία μέτρηση του αρχικού βαθμού σοβαρότητας του προβλήματος, στη συνέχεια καθορίζονται κάποιοι στόχοι, γίνεται αξιολόγηση της διαδικασίας και έπειτα προχωρούμε από τη δομημένη στη μη δομημένη θεραπεία και τέλος στη συντήρηση. Οι μετρήσεις εντός και εκτός κλινικής βοηθούν τους κλινικούς να αντιληφθούν «πού πηγαίνουν» και «κατά πόσο έχουν φτάσει» στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Η χρήση ποσοτικών και επαληθεύσιμων στοιχείων όσον αφορά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας καθώς και την κλινική αξιολόγησή τους δεν είναι απλά επιθυμητή αλλά απαραίτητη. Το πρόγραμμα Lidcombe δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς την ύπαρξη αξιολογήσεων που είναι βασισμένες σε συγκεκριμένα στοιχεία καθώς αποτελούν θεμέλιο για τη λειτουργία του προγράμματος.

## **Η ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Τελειώνοντας το παρόν κεφάλαιο, αξίζει να αναφερθεί το εάν και πότε πρέπει να ξεκινήσει η παρέμβαση στην περίπτωση του τραυλισμού αρχικού σταδίου. Οι συγγραφείς και εκπαιδευτές του προγράμματος Lidcombe, δεν έχουν την πρόθεση να εξετάσουν όλα τα ζητήματα που αφορούν το πότε πρέπει να γίνει η παρέμβαση στο πρόβλημα του τραυλισμού. Παρόλα αυτά, τονίζεται ότι, αν και η παρέμβαση κρίνεται κατάλληλη σε πολλές περιπτώσεις, δεν είναι απαραίτητο ότι όλα τα παιδιά που τραυλίζουν θα πρέπει να ξεκινούν τη θεραπεία αμέσως μόλις εμφανιστεί το πρόβλημα. Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητο να διαχωρίσουμε το ζήτημα της παρέμβασης από εκείνο του προσδιορισμού του προβλήματος. Το να αναρωτιόμαστε σχετικά με το κατά πόσο και πότε πρέπει να εφαρμόσουμε τη θεραπεία δεν είναι το ίδιο με το ζήτημα του τραυλισμού του παιδιού. Η διάκριση αυτή είναι πολύ σημαντική. Πολλοί κλινικοί διστάζουν να αναλάβουν τη θεραπεία ενός παιδιού που τραυλίζει, διότι πιστεύουν ότι δεν είναι σε θέση να διαγνώσουν τον τραυλισμό αρχικού σταδίου. Αυτό οφείλεται, στο γεγονός ότι κάποιοι κλινικοί έχουν διδαχθεί λανθασμένα ότι ο τραυλισμός αρχικού σταδίου είναι δύσκολο να διαγνωστεί διότι είναι δύσκολο να διακρίνουμε τον αρχικό τραυλισμό από τη φυσιολογική δυσρυθμία που χαρακτηρίζει την ομιλία πολλών μικρών παιδιών.

Το ενδιαφέρον σχετικά με το σωστό τρόπο παρέμβασης έχει να κάνει περισσότερο με το πραγματικό ζήτημα της φυσιολογικής ανάρρωσης από τον τραυλισμό (ονομάζεται και αυθόρμητη ανάρρωση) Έτσι, η απόφαση του κλινικού να μην εφαρμόσει θεραπεία είναι μία πράξη που βασίζεται σε στρατηγική διαχείρισης.

Ολοκληρώνοντας τη συγκεκριμένη ενότητα καθώς και το παρόν κεφάλαιο, παρατίθενται μία ομολογία. Είναι η εξής: «αναρωτιόμαστε εάν ασχολούμαστε περισσότερο απ' ότι θα έπρεπε με το πρόβλημα της φυσιολογικής ανάρρωσης εις βάρος του ζητήματος της επαγγελματικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση του τραυλισμού. Εξάλλου ποια θα ήταν η πραγματική ζημία εάν βάζαμε σε διαδικασία θεραπείας παιδιά που είχαν αναρρώσει φυσιολογικά; Αναγνωρίζουμε, επίσης ότι η επαγγελματική ηθική απαιτεί να μην προχωρούμε στην εφαρμογή θεραπείας όταν η θεραπεία δεν είναι απαραίτητη και ότι οι πηγές στις οποίες στηρίζομαστε για να θεραπεύσουμε τα παιδιά που δε χρειάζονται τις υπηρεσίες μας, εφαρμόζονται με μεγαλύτερη επιτυχία στα παιδιά που τις έχουν ανάγκη. Όσον αφορά το ζήτημα της επαγγελματικής ηθικής, ότι είναι προτιμότερο να προχωρούμε σε θεραπεία ακόμη και αν αυτή δεν είναι απαραίτητη, παρά βασιζόμενοι σε λανθασμένη εντύπωση για κάποιον που χρειάζεται τη θεραπεία και ότι ο μόνος τρόπος για να ολοκληρώσουμε τη θεραπεία η οποία δεν υπήρξε απαραίτητη για κάποιο παιδί, είναι να σταματήσουμε τη θεραπεία (τουλάχιστον για κάποιο χρονικό διάστημα) μέχρι να δούμε τί θα συμβεί. Βέβαια, το βασικό πρόβλημα είναι οικονομικού χαρακτήρα και δε σχετίζεται με το θέμα της κλινικής διαχείρισης.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κλείνοντας το «ταξίδι» γνώσης πάνω στον τραυλισμό και το πρόγραμμα Lidcombe, αξίζει να τονιστεί η πολυπλοκότητα της διαταραχής και η ανάγκη για πλήρη και ολοκληρωμένη αξιολόγηση κάθε ασθενούς. Η έγκυρη αξιολόγηση αποτελεί βασική προϋπόθεση για αποτελεσματική κλινική παρέμβαση. Η γνώση και η βαθιά κατανόηση της διαταραχής από τον κλινικό, τα είδη διαταραχής ροής και οι αντιδράσεις του ασθενούς που εκδηλώνονται, εισάγονται στην ολότητά τους στη διαγνωστική διαδικασία. Η απουσία καταρτισμένης γνώσης αποκλείει, ή τουλάχιστον μειώνει, τις πιθανότητες για αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία της διαταραχής. Η συνεχής παρατήρηση θα μας καθοδηγήσει στο πότε και πώς πρέπει να παρέμβουμε σε κάθε περίπτωση.

Στη διάρκεια των αιώνων που μεσολάβησαν από τότε που ξεκίνησαν οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, έχουν επινοηθεί πολλές διαφορετικές θεραπευτικές τεχνικές, όπου σχεδόν όλες είχαν να επιδείξουν κάποια θετικά αποτελέσματα. Η ειδοποιός διαφορά του προγράμματος Lidcombe από τα άλλα προγράμματα, έγκειται στο θεραπευτικό ρόλο που αναλαμβάνουν οι γονείς, χρησιμοποιώντας κάποιες λεκτικές ομάδες που χαρακτηρίζουν την ομιλία με ή χωρίς τραυλισμό και οι οποίες συμβαίνουν σε δομημένα καθημερινά πλαίσια. Αυτή η καινοτομία είναι που κάνει το πρόγραμμα αποτελεσματικό και κυρίως ευχάριστο για τα παιδιά. Μαρτυρίες των γονέων, άλλωστε, έδειξαν ότι όταν επαινούμε τα παιδιά με τρόπο συστηματικό για την ευχέρεια με την οποία εκφράζονται, ο τραυλισμός μειώνεται. Στη συνέχεια, η καταξίωση αυτού του προγράμματος, αποδίδεται στον επιστημονικό τρόπο με τον οποίο έχει δομηθεί, βασιζόμενο σε δύο στάδια και σε κανόνες μετρήσεις τόσο από την πλευρά των γονέων όσο και των θεραπειών. Επίσης, στηρίζεται στην εκτίμηση της σοβαρότητας του προβλήματος του τραυλισμού, χωρίς όμως να πρεσβεύει την μη πρώιμη παρέμβαση. Γι' αυτό και η ανάλυση των όσων καταγράφηκαν κατά τη διάρκεια των ερευνών αλλά και των συνεδριών, απέδειξαν ότι το πρόγραμμα έχει θετική πρόοδο στον τραυλισμό.

Συμπεραίνοντας, δεν αρκεί μόνο η συμμετοχή των ειδικών για να αντιμετωπιστεί η διαταραχή, αλλά και η συμμετοχή των γονέων στη θεραπευτική διαδικασία των παιδιών με διαταραχή της ροής ομιλίας είναι σημαντικός παράγοντας στη μακροχρόνια έκβαση των βασικών δυσκολιών. Η συνεχής ενημέρωση, καθοδήγηση,



συμβουλευτική και συνεργασία μεταξύ των ειδικών και των γονιών είναι απαραίτητη και είναι ο μόνος δρόμος ώστε να φτάσουμε στο τελευταίο κομμάτι της διαδρομής.

## ΠΗΓΕΣ

- American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed. ), Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bobrick, B. (1995), Knotted Tongues: Stuttering in History and the Quest for a Cure, New York, Simon & Schuster
- Guitar, B. (2006), Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment (3<sup>rd</sup> ed), Baltimore, MD: Williams & Wilkins
- Hegde, M.N. (2008), Οδηγός Λογοθεραπευτικής αξιολόγησης (Τρίτη Έκδοση), USA: Delmar-Cengage Learning
- Howell, P. (2011), Recovery from Stuttering, New York: Psychology Press
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2003). The Lidcombe program of early stuttering intervention. A Clinician's Guide, Austin, Texas: PRO-ED
- Stemmer, B. & Whitaker, H. A., (2008), Handbook of the neuroscience of language, USA: Academic Press
- Shipley K.G., McAfee J.G. (2013), Διαγνωστικές Προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία (Τέταρτη Έκδοση), Delmar- Cengage Learning
- Van Riper, C., Erickson, R.L. (1996), Speech correction: An introduction to Speech Pathology and Audiology (9<sup>TH</sup> ed), Needham: Allyn & Bacon
- Ramig, P.R., Dodge, D.M. (2009), The Child and Adolescent Stuttering Treatment & Activity Resource Guide (2<sup>nd</sup> ed.), USA: Delmar- Cengage Learning
- Ward, D. (2006), Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment, New York: Psychology Press
- Wingate, M. E. (1988), The Structure of Stuttering: A Psycholinguistic Analysis (1<sup>st</sup> ed.), Rutland: Springer-Verlag
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2008), ICD-10: Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (Δέκατη Αναθεώρηση, Τεύχος Α), Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ. (2002), *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*, Αθήνα: Τυποθήτω
- Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ. (2006), *Τραυλισμός: Η φύση και η αντιμετώπισή του στα παιδιά και στους εφήβους*, Αθήνα: Τυποθήτω

- Μαλανδράκη, Γ.Α. (2012), *Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός*, Αθήνα, 2012

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- [http://www.acsu.buffalo.edu/~duchan/new\\_history/early\\_modern/mercurialis.html](http://www.acsu.buffalo.edu/~duchan/new_history/early_modern/mercurialis.html)
- <http://www.mnsu.edu/comdis/isad11/papers/fibiger11.html>
- <http://dim-eid-pyrgou.ilei.sch.gr/themata/travlismos.htm>
- <http://www.stutteringhelp.org/did-you-know>
- <http://www.apa.org/monitor/2014/07-08/stuttering-dsm.aspx>
- <http://www.travlismos.gr/index.jsp?standalonePageID=30>
- <https://www.stammering.org/speaking-out/articles/treatment-early-stuttering-lidcombe-program>
- <http://www.lidcombeprogram.org/>

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ- ΠΙΝΑΚΩΝ

<i>Εικόνα 1.</i> Φασματογράφημα ενός ατόμου που τραυλίζει λέγοντας την λέξη «domestic» .....	17
<i>Εικόνα 2 .</i> Φαύλος κύκλος τραυλισμού και αρνητικών συναισθημάτων.....	19
<i>Εικόνα 3.</i> Βασικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού: πρωτεύουσες συμπεριφορές, δευτερεύουσες συμπεριφορές, συναισθήματα και πεποιθήσεις.....	20-21
<i>Εικόνα 4 .</i> Συνοπτική παρουσίαση του προγράμματος Lidcombe.....	82
<i>Εικόνα 5.</i> Ο κλινικός εκπαιδευεί τον γονιό να διεξάγει θεραπεία σε δομημένες συζητήσεις.....	101
<i>Εικόνα 6.</i> Ενδεικτικό φύλλο δεδομένων που χρησιμοποιείται στα πλαίσια του προγράμματος Lidcombe για την καταμέτρηση και καταγραφή του τραυλισμού .....	107

<i>Πίνακας 1.</i> Κύριες διαφορές NET και εξελικτικού τραυλισμού.....	35
<i>Πίνακας 2.</i> Κύριες διαφορές ΨΕΤ και εξελικτικού/ επίμονου τραυλισμού.....	36
<i>Πίνακας 3.</i> Κύριες διαφορές μεταξύ cluttering και εξελικτικού/επίμονου τραυλισμού .....	38
<i>Πίνακας 4.</i> Εξελικτικά στάδια του τραυλισμού και τυπικό εύρος ηλικίας .....	40