



ΑΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ
ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΡΟΗΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

ΕΠΟΠΤΕΣ: ΜΑΛΑΠΕΡΔΑΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΣΚΑΡΠΑ ΧΡΥΣΑ
Α.Μ.: 2011102

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Φτάνοντας στο τέλος των υποχρεώσεών μου στο ΑΤΕΙ Λογοθεραπείας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου που με ώθησαν σε αυτή την επιλογή, γνωρίζοντας πόσο πολύ αγαπώ τα παιδιά και στηρίζοντάς με σε όλα τα χρόνια της φοίτησής μου.

Επίσης, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους καθηγητές μου, που με τόση αγάπη και ζήλο για την δουλειά τους μας μετέδωσαν τις γνώσεις τους, αλλά και τις εμπειρίες τους και ήταν δίπλα μας, στους συμφοιτητές μου κι εμένα, στους αγώνες που δώσαμε για την σχολής μας.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους μέντορές μου, κο Μαλαπέρδα και κα Βασιλοπούλου που βοήθησαν με τον τρόπο τους, στην υλοποίηση της πτυχιακής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή η οποία συναντάτε συχνά σε παιδιά και εφήβους. Η πολυπλοκότητα της ίδιας της διαταραχής μας έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον για την σκιαγράφηση και την ανάλυση της. Η ψυχοσύνθεση των ατόμων που πάσχουν από τραυλισμό μας δίνει να καταλάβουμε ότι και η θεραπεία είναι πολύπλευρη και χρειάζεται επιμονή και μεγάλη προσπάθεια από το ίδιο το άτομο που πάσχει αλλά και από το περιβάλλον του. Ο φόβος που νιώθουν αυτά τα άτομα εντείνει περισσότερο και τα λεκτικά τους συμπτώματα. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η υποστήριξη της οικογένειας στον φόβο αυτό. Η ασαφής αιτιολογία του τραυλισμού προκαλεί μυστήριο για το πώς ακριβώς ξεκινούν όλα.

Παθολογικά, ψυχολογικά ή κληρονομικά αίτια, με καμία θεωρία να είναι επιβεβαιωμένη περιπλέκει περισσότερο την έκβαση προς την επιτυχημένη θεραπεία. Αυτή η πολύπλευρη προσέγγιση του τραυλισμού ήταν η αιτία για την επιλογή αυτής της διαταραχής ως θέμα για την πτυχιακή μου εργασία. Στην αντιμετώπιση του τραυλισμού είναι πολύ σημαντική η συνεργασία όχι μόνο λογοθεραπευτών αλλά και παιδοψυχολόγων, ψυχολόγων, ειδικών παιδαγωγών και κάποιες φορές και ψυχιάτρων.

Ο εξελικτικός τραυλισμός έχει διαφορές από τον ψυχογενή επίκτητο τραυλισμό, τον νευρογενή επίκτητο τραυλισμό και το cluttering.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία γίνεται μια βιβλιογραφική και αρθρογραφική ανασκόπηση σε όλες τις διαταραχές της ροής της ομιλίας.

Πίνακας Περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
Ιστορική Αναδρομή.....	10
Έννοιες και Ορισμοί.....	11
Τα διαγνωστικά κριτήρια του τραυλισμού σύμφωνα με το DSM-IV	13
Επιδημιολογικά στοιχεία - Συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού και ηλικία έναρξης..	13
Ηλικία	13
Φύλο.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	15
ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ	15
Εξελκτικός τραυλισμός	15
Τραυματικός τραυλισμός	20
Υστερικός τραυλισμός	20
Κλονικός τραυλισμός	20
Τονικός τραυλισμός.....	20
Κλονικοτονικός τραυλισμός.....	20
ΒΑΘΜΟΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	21
Φυσιολογικός τραυλισμός.....	21
Οριακός εξελκτικός τραυλισμός	21
Αρχικός/ήπιος εξελκτικός τραυλισμός.....	22
Μέτριος εξελκτικός τραυλισμός.....	22
Προχωρημένος/σοβαρός εξελκτικός τραυλισμός	22
Κατηγορίες τραυλισμού σύμφωνα με τους Van Riper–Barry Quitar	22
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	23
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	24

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	26
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	27
Ειδικές–Λέξεις Αποφυγές	27
Γενική επικοινωνία- Αποφυγές	29
Λεκτικά Χαρακτηριστικά.....	30
Αναπνοή	32
Μη Λεκτικά Χαρακτηριστικά	34
Συνοδά προβλήματα.....	35
Άγχος και Φόβος.....	35
Άγχος	36
Φόβος.....	37
Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	40
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ.....	41
ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΥΞΑΝΟΥΝ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ.....	42
ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ.....	43
Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ.....	44
ΦΘΟΓΓΟΙ ΜΕ ΕΙΔΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	47
ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	47
Οργανικές θεωρίες.....	47
Ψυχογενείς θεωρίες	49
Η θεωρία των μαθημένων συμπεριφορών.....	50
Φωνιατρικές θεωρίες.....	51
Η υπόθεση της κατάρρευσης.....	51
Η υπόθεση της απωθημένης ανάγκης	52
Η υπόθεση της αναμονής-αντιμετώπισης	52
Το μοντέλο των δυνατοτήτων και απαιτήσεων	54
Η υπόθεση της συγκαλυμμένης διόρθωσης	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	56
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	56
Διαγνωστικά κριτήρια τραυλισμού	56
Φαινόμενα δισταγμού.....	57
Μέσα διάγνωσης	58
Λογοπαθολογικό Ιστορικό-Συνέντευξη με τους Γονείς.....	59
Κλινική Παρατήρηση του Παιδιού.....	60
Καταγραφή, Καταμέτρηση και Ανάλυση των δυσρυθμιών-Ανάλυση δείγματος ομιλίας.....	61
Διαγνωστικά εργαλεία.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	66
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	66
ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	66
Μέθοδος του Gutzmann	66
Μέθοδος του Seeman	67
Μέθοδος του Liebmann.....	67
Μέθοδος του Rothe	68
Μέθοδος του Froeschekls.....	68
Μέθοδος του Anton Schilling	69
Μέθοδος της Vlassova	69
Η μέθοδος Gervaleva.....	69
Η μέθοδος της Cevaljeva.....	70
Αυθυποβολή-Υποβολή μέσω ύπνωσης	70
ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	71
Χαλάρωση	71
Χαλάρωση με μασάζ	73
Η χρήση του Μασάζ στον Τραυλισμό	74
Μέθοδος των Βιοενεργητικών σημείων (ΒΕΣ).....	76

Ασκήσεις αναπνοής.....	78
Κανόνες σωστής ομιλίας.....	80
Κανόνες για την αντιμετώπιση του τραυλισμού	81
Ασκήσεις ανάγνωσης	81
Μίμηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού	81
Συστηματική απευαισθητοποίηση.....	82
Αυθυποβολή	82
Μέθοδοι που βασίζονται στις αρχές της συντελεστικής μάθησης.....	82
Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση	83
Ομιλία με την βοήθεια μετρονόμου	83
Ομιλία με την βοήθεια συσκευής επικαλυπτόμενου ήχου	84
ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE.....	84
Σύνοψη του προγράμματος Lidcombe	84
Βασικά στοιχεία του προγράμματος Lidcombe	85
Προφορικές Φράσεις των Γονέων	85
Εβδομαδιαίες Επισκέψεις στη Κλινική	86
Θεραπεία σε Δομημένες και Αδόμητες Συζητήσεις.....	86
Προγραμματισμένη Συντήρηση	87
Η διαδικασία του προγράμματος Lidcombe	87
Αξιολόγηση.....	87
Εξατομίκευση του προγράμματος Lidcombe.....	89
Ηλικία του Παιδιού.....	90
Σοβαρότητα του Τραυλισμού	90
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ.....	90
Ακύρωση μετά το μπλοκάρισμα	91
Αντιμετώπιση κατά την διάρκεια του μπλοκαρίσματος.....	92
Αντιμετώπιση πριν το μπλοκάρισμα	92
ΜΟΡΦΟΠΟΙΗΣΗ ΡΟΗΣ	93

A)Μείωση του ρυθμού της ομιλίας.....	93
B)Κατάλληλη αναπνοή	93
Γ)Απαλές αρθρωτικές επαφές	93
Δ)Εσκεμμένη ροή μεταξύ των λέξεων (Blending).....	94
E)Phrasing	94
Στ)Συνεχής φώνηση	94
Η)Εύκολη έναρξη φώνησης	94
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ.....	94
Η ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	94
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	96
ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΡΟΗΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ	96
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗΣ ΤΑΧΥΛΑΛΙΑΣ	96
Συμπτωματολογία.....	97
Αιτιολογία του συνδρόμου	97
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	98
Ιστορικό.....	98
Άμεση Αξιολόγηση της Ομιλίας.....	98
Καταγραφή της Ομιλίας	99
Ανάλυση της Ομιλίας	99
ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΣΔΤ	100
Θεραπευτική αντιμετώπιση	100
Θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	101
ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ CLUTTERING ΜΕ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ	102
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	103
ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ.....	103
ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	104

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	105
Θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	105
1. Συμπεριφοριστικές Θεραπείες.....	106
2. Νευροχειρουργική	107
3. Φαρμακευτική Αγωγή.....	107
ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΤ ΜΕ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ	108
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	109
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ.....	109
ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	109
ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	111
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	111
ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΕΤ ΜΕ ΕΠΙΜΟΝΟ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ....	113
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	114
Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ΣΤΡΑΤΟ.....	114
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	116
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	117

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιστορική Αναδρομή

Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή στη ροή της ομιλίας, της οποίας τα ίχνη χάνονται μέσα στο χρόνο. Η διαταραχή αυτή είναι αναγνωρίσιμη, αν και τα αίτιά της, παρ' όλες τις προσπάθειες των διαφόρων σχολών που αναπτύχθηκαν ανά τους αιώνες, δεν έχουν ακόμη εξακριβωθεί.

Εάν ανατρέξουμε στην αρχαιότητα, θα δούμε ότι όσον αφορά το τραυλισμό υπάρχει μια αναφορά από τον Ιπποκράτη, ο οποίος στο βιβλίο του «ΠΡΟΡΡΗΤΙΚΟΣ. Α20» αναφέρει χαρακτηριστικά: «Αι τρομώδες γλώσσαι, σημείο ούχ ιδρυμένης γνώμης». (Δράκος, 1992)

Ευρέως διαδεδομένη είναι η ανεκδοτική φύσης ιστορία με τον ρήτορα Δημοσθένη, ο οποίος τον 4^ο αιώνα π.Χ. φέρεται να αντιμετώπιζε το πρόβλημα του τραυλισμού του κάνοντας εξάσκηση στους λόγους του με πετραδάκια κάτω από την γλώσσα του.

Οι Αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν ένα σύμβολο για τον τραυλισμό το οποίο απεικόνιζε ένα τρέμουλο, που ξεκινούσε από το έδαφος και κατέληγε στο στόμα. Αυτή η συμβολική αναπαράσταση σεισμού δήλωνε μεταφορικά την στιγμή του τραυλισμού. Επιπλέον, ο τραυλισμός αναφέρεται σε πολλά σημεία της Βίβλου, με τον Μωσή και τον Ησαΐα να εκδηλώνουν συχνά τα συμπτώματά του. (Κρουσταλλάκης, 1977)

Η αντιμετώπισή του έχει βασισθεί σε ποικιλία μεθόδων, με πρώτη καταγεγραμμένη προσπάθεια αυτή του Δημοσθένη. Ωστόσο, οι τρόποι θεραπείας που επιλέχθηκαν δεν ήταν πάντα το ίδιο απλοί και ανώδυνοι. Υπήρξαν θεραπευτές, οι οποίοι αρκέστηκαν σε τακτικές που αποσκοπούσαν στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης του ατόμου ή τη χαλάρωση του, ενώ άλλοι συνέστησαν και χρησιμοποίησαν τεχνικές όπως το ηλεκτροσόκ ή η εγχείρηση της γλώσσας.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τις εγχειρήσεις της γλώσσας, αξίζει να αναφέρουμε πως στηρίχθηκαν στις ιδέες του Αριστοτέλη, που καταλόγιζε τις ευθύνες για τον τραυλισμό σε κακή διάπλαση της γλώσσας. (Καρπαθίου, 1999)

Έτσι, λοιπόν, προς την κατεύθυνση αυτή, της εγχείρησης της γλώσσας, κινήθηκαν πολλοί θεραπευτές στη Γαλλία κατά το 18^ο αιώνα με φρικτά, δυστυχώς, αποτελέσματα.

Μια δεύτερη προσέγγιση ήταν του Ηρόδοτου του Βάπτου, ο οποίος ήταν ένας επιφανής Έλληνας, που για να θεραπεύσει τον τραυλισμό πήγε στην Πυθία, και της ζήτησε να του παρέχει θεραπεία. Η ίδια αποφάνθηκε πως θα πρέπει να εξευμενίσει τον θεό Απόλλωνα.

Νεότερες προσωπικότητες της ιστορίας με τραυλισμό ήταν ο βασιλιάς Γεώργιος ΣΤ΄ της Αγγλίας, ο Μέγας Ναπολέων, ο Winston Churchill, ο Lenin, ο Theodore Roosevelt κ.α.

Το 1817 ένας Γάλλος γιατρός ο Itard εξέφρασε την άποψη πως για τον τραυλισμό ευθύνονται τα νεύρα τα οποία διεγείρουν την γλώσσα και τον λάρυγγα που πάσχουν από αδυναμία. Η άποψη αυτή μελετήθηκε το 1970 και 1980. (Δράκος,1992)

Το 1831 ο Colombat de L'Isere δημιούργησε δύο απόψεις για να κατηγοριοποιήσει τον τραυλισμό, στην πρώτη για τον τραυλισμό ευθύνονται τα χείλη και η γλώσσα, στη δεύτερη ευθύνονται οι σπασμοί που δημιουργεί ο λάρυγγας, ο οισοφάγος και οι μύες του αναπνευστικού συστήματος. Ο J. F. Dieffenbach το 1841 θεώρησε ότι ευθύνονται οι σπασμοί της γλωττίδας, και προσπάθησε χειρουργικά να βοηθήσει τα άτομα που έπασχαν από τραυλισμό, με αποτέλεσμα δυστυχώς κάποιοι να πεθάνουν.

Το 1910 ο Kussmaul πίστευε πως ο τραυλισμός είναι απόρροια μιας κληρονομικής υπερευαισθησίας του μηχανισμού της άρθρωσης. Και ο Asperger το (1952) υποστήριζε ότι για τον τραυλισμό ευθύνεται η εγκεφαλίτιδα.

Αν και η ενασχόληση των ερευνητών με τη διαταραχή αυτή δεν έπαψε ποτέ, η πιο πλούσια σε μελέτες εποχή ήταν τον 2^ο μισό του 20^{ου} αιώνα, με κυριότερη περίοδο αυτή από το τέλος της δεκαετίας του '60 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '70.

Ο Van Riper το 1973 αναφέρει ότι ο Korpp δεν μπόρεσε να θεραπεύσει μέσα στη διάρκεια 10 ετών κανένα άτομο με τραυλισμό, παρόλο που χρησιμοποίησε μεμονωμένες ή συνδυασμένες διάφορες μεθόδους, οι οποίες υπήρχαν εκείνη την εποχή. (Καλαντζής,1957)

Χαρακτηριστική είναι η φράση ενός θεραπευτή Γερμανού του Anton Schilling, ο οποίος λέει: «Όποιος υποστηρίζει ότι θεράπευσε ολοκληρωτικά τον τραυλισμό σίγουρα δεν το πιστεύει ούτε ο ίδιος», δηλαδή πρόκειται για ένα σοβαρό ψέμα. Τα τελευταία χρόνια οι ειδικοί προσπαθούν συστηματικά να κατανοήσουν την φύση και την αιτιολογία του τραυλισμού και να προτείνουν τεχνικές και μεθόδους αποτελεσματικής θεραπείας του. Ωστόσο ο τραυλισμός παραμένει ακόμα ένα πολυδιάστατο και πολύπλοκο πρόβλημα, το οποίο περιβάλλεται από μυστήριο και εγείρει πολλά αναπάντητα ερωτήματα.

Έννοιες και Ορισμοί

Οι περισσότεροι ειδικοί που ασχολούνται με τον τραυλισμό καθώς και τα δύο επικρατέστερα διαγνωστικά εγχειρίδια, το DSM-IV και το ICD-10, θεωρούν τον τραυλισμό ως διαταραχή του λόγου και της ομιλίας και τον εντάσσουν στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών της επικοινωνίας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το DSM-IV, ο τραυλισμός ορίζεται ως διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας, η οποία είναι δυσανάλογη για την ηλικία του ατόμου. (Τσιαντής,1995)

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

Ο Wingate το 1964 δίνει τον εξής ορισμό στον τραυλισμό: «Τραυλισμός είναι μια διαταραχή της ροής της λεκτικής έκφρασης, η οποία χαρακτηρίζεται από ακούσιες επαναλήψεις και παρατάσεις, ηχητικές ή όχι, εφόσον πρόκειται για μερικές λεκτικές μονάδες, δηλαδή συλλαβές ή λέξεις μονοσύλλαβες. Αυτές οι διαταραχές εμφανίζονται με μία συνεχή συχνότητα και είναι πολύ δύσκολο να ελεγχθούν». (Καρπαθίου,1999)

Ένας άλλος ορισμός, ο οποίος δίδεται από τον Van Riper το 1973 αναφέρει ότι: «Από την στιγμή που ο τραυλισμός είναι μια δυσχέρεια στην οργάνωση της λέξης, σίγουρα το ίδιο θα εμφανιστεί και κατά την εκπομπή αυτής της λέξης».

Ενώ, σύμφωνα με τον Δράκο (1992) ο τραυλισμός συγκαταλέγεται στις νευρωτικές διαταραχές του λόγου και της ομιλίας. Θεωρείται διαταραχή της ροής του λόγου και εκδηλώνεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης. Η διαταραχή συμβαίνει στην αρχή ή στο μέσο του λόγου είτε με επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών, λέξεων (π.χ. χα-χα-χα-χαρούμενος) είτε με ένα επίμονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο (π.χ. χχχχ...αρούμενος). Ακόμα υποστηρίζει ότι χαρακτηρίζεται σαν γλωσσική νεύρωση ή ακόμα σαν ψυχοσωματικής αιτιολογίας διαταραχή, αφού σ' αυτήν συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες. (Δράκος,1992)

Από πιο πρόσφατες εκτιμήσεις, όπως αυτή των Κάκουρο-Μανιαδάκη, υποστηρίζεται ότι ο τραυλισμός όχι μόνο διαφοροποιείται σημαντικά από τις υπόλοιπες διαταραχές του λόγου και της ομιλίας, αλλά παρουσιάζει περισσότερες ομοιότητες με μια άλλη ομάδα διαταραχών, τις αγχώδεις διαταραχές, σε βαθμό που τίθενται καίρια ερωτήματα σχετικά με την ορθότητα της ταξινόμησής του στην κατηγορία των διαταραχών επικοινωνίας. (Κάκουρος-Μανιαδάκη,2006)

Σύμφωνα με τα παραπάνω και τις περαιτέρω μελέτες που έχουν γίνει, ο ολοκληρωμένος ορισμός που χρησιμοποιείται μέχρι τώρα είναι:

«Ο τραυλισμός αποτελεί διαταραχή επικοινωνίας κατά την οποία η ροή της ομιλίας διακόπτεται από επανάληψη (λέξης, συλλαβής ή φωνήματος), επιμήκυνση φωνήματος, μπλοκάρισμα, επαναδιατύπωση, παρεμβολή ήχων/φωνημάτων, τα οποία διαφέρουν ποιοτικά και ποσοτικά από αυτά που εμφανίζονται στην ομιλία ατόμων που δεν τραυλίζουν. Επίσης άτομα που τραυλίζουν μπορεί να παρουσιάζουν και δευτερεύουσες μη λεκτικές συμπεριφορές όπως είναι οι ακόλουθες: αποφυγή βλεμματικής επαφής, επαναλαμβανόμενες ρυθμικές

κινήσεις των άκρων, μορφασμοί, πίεση των χειλιών, κλείσιμο των ματιών κ.τ.λ. Τέλος όταν μιλάμε για τραυλισμό δεν πρέπει να ξεχνάμε τις συναισθηματικές του προεκτάσεις. Αφού αρκετά άτομα που τραυλίζουν νοιώθουν ντροπή, θυμό, απογοήτευση, άγχος, άρνηση για τον τραυλισμό κ.τ.λ.». (Καμπανάρου,2007)

Τα διαγνωστικά κριτήρια του τραυλισμού σύμφωνα με το DSM-IV

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

- Πρωτεύουσες συμπεριφορές - δυσρυθμίες
- Επαναλήψεις ήχων
- Επαναλήψεις συλλαβών
- Επιμηκύνσεις ήχων
- Επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων
- Ηχηρές αναστολές (γεμάτες παύσεις της ομιλίας)
- Σιωπηλές αναστολές (κενές παύσεις της ομιλίας)
- Περιφράσεις (υποκαταστάσεις λέξεων για την αποφυγή προβληματικών λέξεων)
- Παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση

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

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

Επιδημιολογικά στοιχεία - Συχνότητα εκδήλωσης τραυλισμού και ηλικία έναρξης

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, ο τραυλισμός εκδηλώνεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού ενώ συμπτώματα τραυλισμού με διάρκεια τουλάχιστον 6 μηνών παρουσιάζει το 5% του πληθυσμού. (Andrews et al., 1983 Peters & Guitar, 1991)

- Σε παιδιά ηλικίας 2 έως 10 ετών υπολογίζεται στο 1,4%,
- Στους εφήβους ηλικίας 11 έως 20 ετών υπολογίζεται στο 0,5%. (Craig et al., 2002)

Ηλικία

Όσον αφορά την ηλικία εμφάνισης, οι βασικές χρονικοί περίοδοι είναι δύο: μεταξύ 3-4 ετών και στην σχολική ηλικία.

Αν και πολλοί μελετητές χωρίζουν τον τραυλισμό σε τρία είδη σύμφωνα με την περίοδο εμφάνισης: τον πρωτογενή, τον μεταβατικό και τον δευτερογενή.

Ο πρωτογενής τραυλισμός περιλαμβάνει τη σκέψη για λειτουργία κυρίως κατά τη διάρκεια του ξεκινήματος του τραυλισμού στην ηλικία των 5 ή 6 ετών. Ο μεταβατικός τραυλισμός σχεδιάστηκε για να καλύψει τη χρονική περίοδο από τα 5 ή 6 μέχρι τα 8 ή 9 έτη (συνηθίζεται μέχρι την εφηβεία), και ο δευτερογενής τραυλισμός καλύπτει τα άτομα που τραυλίζουν και που εκδηλώνουν ένα γενικό δείγμα από ανεπτυγμένα χαρακτηριστικά του τραυλισμού. (Καρπαθίου,1999)

Φύλο

Η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού φαίνεται να διαφοροποιείται στα δύο φύλα. Η διαφοροποίηση αυτή, όμως δεν είναι εμφανής από την προσχολική ηλικία κατά την οποία η αναλογία αγοριών-κοριτσιών είναι περίπου 1:1.

Η αναλογία αυτή διαφοροποιείται σε μεγαλύτερη ηλικία, καθώς κυμαίνεται από 3:1 σε βάρος των αγοριών σε παιδιά ηλικίας 6-7 ετών και 5:1 σε εφήβους ηλικίας 12-13 ετών. (Bloodstein, 1987) Ορισμένες στατιστικές μάλιστα έχουν διαπιστώσει ότι το ποσοστό επιβάρυνσης κατά των αγοριών μπορεί να φτάσει έως και 80%. (Walton,1991)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ

Όσον αφορά τον διαχωρισμό του τραυλισμού οι ειδικοί έχουν χωρίσει αυτή την διαταραχή σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η μία είναι σύμφωνα με την χρονική περίοδο που εμφανίστηκαν τα επιμέρους συμπτώματα και η άλλη είναι σύμφωνα με την κατηγορία των ίδιων των συμπτωμάτων. Έτσι σύμφωνα με τα παραπάνω έχουμε:

Ο Fühning και ο Lettmayer δύο Βιεννέζοι παιδαγωγοί θεραπευτές του λόγου ήταν οι πρώτοι που ξεχώρισαν τρία είδη τραυλισμού, τον εξελικτικό, τον τραυματικό και τον υστερικό. Επίσης γίνεται μια διάκριση του τραυλισμού σε τονικό, κλονικό και τονικοκλονικό. Όλες οι μορφές αναλύονται παρακάτω.

Εξελικτικός τραυλισμός

Είναι ο πιο συχνός και παρουσιάζεται κατά την προσχολική ηλικία. Εκδηλώνεται ως επανάληψη μιας συλλαβής (*Μα...μα...μα... μαμά κοίτα τι έκανα!*) ή το κόμπιασμα στην αρχή της λέξης. Όταν τα συμπτώματα αυτά ενισχυθούν από εξωγενείς παράγοντες ο τραυλισμός μονιμοποιείται και τα συμπτώματά του εκδηλώνονται εντονότερα.

Στις μέρες μας, η θεωρία για τον εξελικτικό τραυλισμό είναι ότι εμφανίζεται κατά την ανάπτυξη του παιδιού ως διαταραχή στην κανονική ροή και ανάπτυξη της ομιλίας και διακρίνεται σε εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό.

Ο Barry Guitar (2006) διακρίνει σε πέντε στάδια την αύξουσα πορεία του εξελικτικού και επίμονου τραυλισμού, έχοντας δεχτεί επιρροές από την προσέγγιση του Charles Van Riper (1982). Τα πέντε στάδια, σύμφωνα με τον Guitar (2006) είναι τα παρακάτω:

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

(Μαλανδράκη, 2012)

Η φυσιολογική δυσρυθμία

Σύμφωνα με την Καμπανάρου (2007), η εύρυθμη ομιλία έπεται από την ομαλή μετάβαση μεταξύ ήχων, συλλαβών και λέξεων. Ωστόσο, ορισμένες δυσρυθμίες χαρακτηρίζονται

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

Η περίοδος δυσρυθμιών που εμφανίζουν τα παιδιά κατά την ανάπτυξη τους (Ambrose & Yairi, 1999), κρίνεται δύσκολη λόγω της πολυπλοκότητας του μηχανισμού ομιλίας και λόγου και του νευροφυσιολογικού τους ελέγχου (Helm - Estabrooks, 1999). Αυτό συμβαίνει γιατί προϋποθέτει τον συγχρονισμό διαφορετικών φυσιολογικών / ανατομικών συστημάτων, όπως το κεντρικό νευρικό σύστημα, το αναπνευστικό σύστημα, το φωνητικό σύστημα (φώνηση), το αρθρωτικό σύστημα (σε συνδυασμό με το σύστημα αντήχησης) και το ακουστικό σύστημα (Zemlin, 2008). Ακόμη, και οι ενήλικες χωρίς την ύπαρξη της διαταραχής της ροής, ενδέχεται να εμφανίσουν ήπιες δυσρυθμίες υπό την επήρεια στρεσογόνων καταστάσεων. (Mahr & Leith, 1992)

Η επίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Yairi, 2004), είναι εξαιρετικά σημαντική στην περίοδο των 0-3 ετών, που πραγματοποιείται η καλλιέργεια πολλών γλωσσικών και λεκτικών στοιχείων των παιδιών. (Ruben, 1997) Στο μεταίχμιο συμπλήρωσης των 3 ετών προσδοκάται η πλειοψηφία των παιδιών να κάνει χρήση φράσεων και προτάσεων καθιστώντας την ομιλία περισσότερο περίπλοκη. (Ruben, 1997) Διεύρυνση δέχεται, επίσης, το κεντρικό νευρικό σύστημα, που ανταπεξέρχεται στο μηχανισμό ομιλίας και λόγου, όπως και άλλα συστήματα.

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

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

Ο οριακός εξελικτικός τραυλισμός

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

Ο οριακός εξελικτικός τραυλισμός περιλαμβάνει πρωτεύουσες-λεκτικές συμπεριφορές (συχνότητα, είδος, σοβαρότητα) και δευτερεύουσες συμπεριφορές. Οι λεκτικές συμπεριφορές στην συχνότητα αναμένεται σε μεγάλο επίπεδο, περίπου δηλαδή των 10 δυσρυθμιών ανά 100 λέξεις ή άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές και δύο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών (π.χ. σο - σο - σο - σοκολάτα). Ως προς το είδος αντιμετωπίζεται μεγαλύτερη αναλογία επαναλήψεων μονοσύλλαβων λέξεων και τμήματος λέξεων, επιμηκύνσεων και παύσεων σε σχέση με την επανάληψη φράσεων και πολυσύλλαβων λέξεων, καθώς και περισσότερες από 3-4 δυσρυθμίες ανά 100 συλλαβές.

Ακόμη, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων παραμένει ήπια, εκτός από την ταχύτητα των επαναλήψεων που είναι ταχύτερη. Ωστόσο, οι δευτερεύουσες συμπεριφορές ή τα αρνητικά συναισθήματα δεν παρατηρούνται στον οριακό εξελικτικό τραυλισμό, καθώς τα παιδιά δεν είναι πλήρως συνειδητοποιημένα για το τι συμβαίνει. Τέλος, ο οριακός τραυλισμός μπορεί να έχει δύο κατευθύνσεις, την φυσιολογική ροή και τον τραυλισμό, διότι τα παιδιά βρίσκονται στο μεταίχμιο ενός αρχικού σταδίου του τραυλισμού. (Μαλανδράκη, 2012)

Ο αρχικός/ήπιος εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός

Στο παρόν επίπεδο εισέρχονται τα παιδιά, που ήταν στον στάδιο του οριακού τραυλισμού. (Μαλανδράκη, 2012) Η εξέλιξη για ορισμένα παιδιά θα είναι ξαφνική και σε άλλα αργή και διαδοχική.

Ο ήπιος εξελικτικός τραυλισμός συναντάται, συνήθως σε ηλικίες μεταξύ των 2-8 ετών. (Guitar, 2006) Ο τραυλισμός σε αυτό το στάδιο αποτελείται από τις πρωτεύουσες-λεκτικές συμπεριφορές (συχνότητα, είδος, σοβαρότητα) και τις δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα. Στην συχνότητα ο ήπιος τραυλισμός είναι ανάλογος με τον οριακό τραυλισμό. Δηλαδή, προβλέπονται 10 δυσρυθμίες ανά 100 λέξεις ή άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές και δύο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών. Στο είδος των λεκτικών συμπτωμάτων αναδύεται μεγαλύτερος βαθμός επαναλήψεων συλλαβών και αρχικών ήχων λέξεων, περισσότερο έντονες και μεγαλύτερης διάρκειας επιμηκύνσεις, καθώς και τα πρώτα

ήπια μπλοκαρίσματα σε σχέση με τον οριακό τραυλισμό. Επιπλέον, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων στον ήπιο τραυλισμό είναι αυξημένη. Πιο συγκεκριμένα, οι επαναλήψεις είναι πιο γρήγορες και απότομες, οι επιμηκύνσεις μπορεί να συνδέονται με ήπιες δευτερεύουσες συμπεριφορές, ενώ τα μπλοκαρίσματα παρόλο που είναι ήπιες μορφής, ενδέχεται να χαρακτηρίζονται από μικρή μυϊκή ένταση κατά τις δυσρυθμίες. Αναφορικά, με τον τομέα των δευτερευουσών συμπεριφορών και των συναισθημάτων, εκτελούνται διάφορες συμπεριφορές και ως συνέπεια αυτού είναι τα παιδιά να συνειδητοποιούν τη δυσκολία και τη διαφορετικότητα τους. (Μαλανδράκη, 2012)

Ο μέτριος εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός

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

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

Ο προχωρημένος / σοβαρός εξελικτικός ή επίμονος τραυλισμός

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

Στον σοβαρό τραυλισμό η συχνότητα και το είδος των πρωτευουσών-λεκτικών συμπεριφορών παρουσιάζουν ομοιότητα με τον μέτριο τραυλισμό. Δηλαδή, στη συχνότητα παρατηρούνται 10 δυσρυθμίες ανά 100 λέξεις ή άνω των 6 δυσρυθμιών ανά 100 συλλαβές και δύο ή παραπάνω μονάδες επανάληψης συλλαβών. Πρόσθετα, στο είδος αναφέρονται επαναλήψεις συλλαβών και αρχικών ήχων των λέξεων, έντονες και μεγάλης διάρκειας επιμηκύνσεις και τέλος έντονα μπλοκαρίσματα. Αισθητή γίνεται η σοβαρότητα των λεκτικών συμπτωμάτων, καθώς τα μπλοκαρίσματα πλέον πραγματοποιούνται συνδυαστικά με υπέρμετρη μυϊκή ένταση, φτάνοντας σε επίπεδα μυϊκού τρόμου. Τα μπλοκαρίσματα αυτά, εξίσου διαρκούν από ένα έως και πολλά δευτερόλεπτα, ενώ μερικές φορές σημειώνονται και διπλές ή τριπλές συμπεριφορές. Εκτός από αυτό, οι δευτερεύουσες συμπεριφορές και τα συναισθήματα κατακλύζονται από ένα δέος γιατί υπάρχει πλήρης γνώση της διαταραχής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία δυο προφίλ στα άτομα, που εμφανίζουν τον τραυλισμό. Στο πρώτο προφίλ υλοποιούνται έντονες προσπάθειες αποφυγής των πρωτευόντων συμπτωμάτων, με συχνή εμφάνιση ποικίλων έντονων δευτερευουσών συμπεριφορών. Το δεύτερο προφίλ που αναπτύσσουν τα άτομα που τραυλίζουν, έγκειται στην "άψογη" ικανότητα αποφυγής και διαφυγής των συμπτωμάτων του τραυλισμού, που δεν αποτελούν έντονο σημείο εμφάνισης. (Μαλανδράκη, 2012)

Επίκτητος τραυλισμός

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

Τραυματικός τραυλισμός

Παρουσιάζεται κυρίως σε ενήλικες ύστερα από δυνατούς ψυχικούς και σωματικούς κλονισμούς, μετά από ένα δυνατό ψυχικό σοκ. Τα συμπτώματά του δεν αυξάνονται σταδιακά όπως στην περίπτωση του εξελικτικού αλλά εκδηλώνονται από την αρχή πολύ έντονα και σε σύντομο χρονικό διάστημα με την κατάλληλη θεραπεία εξασθενούν.

Υστερικός τραυλισμός

Παρουσιάζεται ξαφνικά ύστερα από συχνούς ψυχικούς ερεθισμούς ή ξεκινάει ύστερα από υστερική αφωνία, αλαλία ή κώφωση. Στα άτομα αυτά υπάρχουν καταβολές, νευροπαθικά και ψυχοπαθικά χαρακτηριστικά. Για τον υστερικό τραυλισμό χρειάζεται μια άμεση και ενεργητική παρέμβαση, ψυχιατρικές και ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι, υποβολή, ηλεκτροθεραπεία κ.τ.λ. (Χασάπης,1976)

Κλονικός τραυλισμός

Το παιδί επαναλαμβάνει συνεχώς την αρχική συλλαβή μιας λέξης μέχρι να αρχίσει να μιλάει. Αυτή η επανάληψη των συλλαβών αντικατοπτρίζει τις δυσκολίες του παιδιού να μεταβεί από το ένα φώνημα στο άλλο. Έτσι παρατηρούνται ρυθμικοί σπασμοί στα όργανα της άρθρωσης με συχνότητα στις επαναλήψεις 5-8 φορές ανά δευτερόλεπτο. Τα κλινικά συμπτώματα παρατηρούνται κυρίως σε ανοιχτές συλλαβές που αρχίζουν δηλαδή με φωνήεν παρά σε κλειστές. Χαρακτηριστικό είναι επίσης το γεγονός ότι το παιδί με συμπτώματα κλονικού τραυλισμού, αρθρώνει τα άφωνα φωνήματα /p/ /k/ /t/ με πίεση και τα επιμηκύνει περισσότερο από όσο πρέπει.

Τονικός τραυλισμός

Η δυσκολία έγκειται στο ξεκίνημα της ομιλίας παρά της έντονες προσπάθειες που γίνονται από το άτομο που τραυλίζει. Συνεχείς επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων.

Κλονικοτονικός τραυλισμός

Σε αυτό το είδος συνυπάρχουν και τα δύο προηγούμενα είδη. (Καλαντζής,1957) Έντονος τραυλισμός παρατηρείται όταν η πρόταση είναι πολύπλοκη και σύνθετη γραμματικά και συντακτικά.

Τα άτομα που πάσχουν από τραυλισμό δεν χαρακτηρίζονται μόνο από τα κλονικά και τονικά συμπτώματα της ομιλίας αλλά και από συνοδευτικές κινήσεις. Οι κινήσεις αυτές διακρίνονται σε δυο κατηγορίες σε πρωτογενείς και δευτερογενείς.

Οι πρωτογενείς παράγοντες εμφανίζονται αυθόρμητα κυρίως στην νηπιακή και παιδική ηλικία και χαρακτηρίζονται από την ένταση που μεταφέρεται στις γύρω μυϊκές περιοχές οι οποίες σχετίζονται με τα όργανα της ομιλίας. Τέτοιες κινήσεις παρατηρούνται στα πτερύγια της μύτης και στο στόμα.

Οι δευτερογενείς παράγοντες γίνονται περισσότερο συνειδητά από τα άτομα που τραυλίζουν έχοντας ως σκοπό να υπερνικήσουν την δυσλειτουργία των οργάνων της ομιλίας. Τέτοιες κινήσεις είναι το σήκωμα των ωμών, το κλείσιμο των ματιών, το κλείσιμο των χεριών και το χτύπημα του ποδιού στο έδαφος. (Καρπαθίου,1999)

ΒΑΘΜΟΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Φυσιολογικός τραυλισμός

- 1,5-6 ΕΤΩΝ
- Επαναλήψεις τμήματος λέξεων, συλλαβών, φράσεων, παρεμβολές, αναθεωρήσεις
- Επιμηκύνσεις
- Σπάνια μικρές παύσεις
- Μέχρι 10 δυσρυθμίες στις 100 λέξεις ή 6 δυσρυθμίες στις 100 συλλαβές
- 2 το πολύ μονάδες επανάληψης συλλαβών (π.χ. μπα-μπάλα)
- Υποχώρηση μετά τα 4 έτη
- Δεν υπάρχουν δευτερεύουσες συμπεριφορές
- Απουσία αρνητικών συναισθημάτων, μη συνειδητοποίηση

Οριακός εξελικτικός τραυλισμός

- 1,5-6 ετών
- Επαναλήψεις τμήματος λέξεων, συλλαβών, φράσεων, επιμηκύνσεις, σπάνια μικρές παύσεις
- Άνω των 10 δυσρυθμιών στις 100 λέξεις ή άνω των 6 δυσρυθμιών στις 100 συλλαβές
- Ήπια συμπτώματα εκτός από τις επαναλήψεις (γρήγορη ταχύτητα, πιο απότομες)
- Συνήθως δεν έχει δευτερεύουσες συμπεριφορές
- Απουσία αρνητικών συναισθημάτων, μη συνειδητοποίηση

Αρχικός/ήπιος εξελικτικός τραυλισμός

- 2-8 ετών
- Συχνότερες περιόδοι τραυλισμού
- Άνω των 10 δυσρυθμιών στις 100 λέξεις ή άνω των 6 δυσρυθμιών στις 100 συλλαβές
- Περισσότερες και πιο έντονες επαναλήψεις τμήματος λέξεων, συλλαβών, φράσεων εντονότερες και μεγαλύτερης διάρκειας επιμηκύνσεις και ήπια μπλοκαρίσματα
- Ορισμένες φορές υπάρχουν Δευτερεύουσες συμπεριφορές (ήρεμες σωματικές κινήσεις)
- Αρχίζει να το συνειδητοποιεί και ίσως υπάρχει αγανάκτηση

Μέτριος εξελικτικός τραυλισμός

- 6-13 ετών
- Συμπτώματα για πάνω από 3 έτη
- Άνω των 10 δυσρυθμιών στις 100 λέξεις ή άνω των 6 δυσρυθμιών στις 100 συλλαβές
- Περισσότερες και εντονότερες επαναλήψεις τμήματος λέξεων, συλλαβών, φράσεων, εντονότερες και μεγαλύτερης διάρκειας επιμηκύνσεις ,έντονα μπλοκαρίσματα συνοδευόμενα από μυϊκή ένταση.
- Δευτερεύουσες συμπεριφορές, προσπάθειες διαφυγής–αποφυγής, πιθανότητα έντονης απογοήτευσης και απομόνωσης
- Φόβος, αγανάκτηση, αμηχανία, ντροπή

Προχωρημένος/σοβαρός εξελικτικός τραυλισμός

- Έφηβοι και ενήλικες
- Αρκετά χρόνια διάρκειας
- Όλα τα προηγούμενα συμπτώματα αλλά εδραιωμένα
- Εκδήλωση μπλοκαρισμάτων συνοδευόμενη από μυϊκή ένταση
- Έντονα αρνητικά συναισθήματα, αναπόσπαστο κομμάτι του εαυτού τους, αρνητική αυτοαντίληψη κ.α.

Κατηγορίες τραυλισμού σύμφωνα με τους Van Riper–Barry Quitar

- Φυσιολογική διακοπή ροής της ομιλίας (>10 δυσρυθμίες σε δείγμα 100 λέξεων)

- Οριακός τραυλισμός (10-11 δυσρυθμίες σε δείγμα 100 λέξεων)
- Τραυλισμός μεσαίου επιπέδου (18-28 δυσρυθμίες σε δείγμα 100 λέξεων)
- Τραυλισμός προχωρημένου επιπέδου (29-35 δυσρυθμίες σε δείγμα 100 λέξεων)
- Πολύ σοβαρός τραυλισμός (35 < δυσρυθμίες σε δείγμα 100 λέξεων)

Ορισμένα κριτήρια, που έχουν προταθεί για τη διάκριση των «φυσιολογικών» από τα παθολογικά «φαινόμενα δισταγμού» είναι τα εξής. (Silverman, 2004)

- Η χρονολογική ηλικία του ατόμου
- Το νοητικό επίπεδο του ατόμου
- Η ύπαρξη τραυλισμού σε άλλο μέλος της οικογένειας
- Η συχνότητα και η διάρκεια εκδήλωσης των «φαινομένων δισταγμού»
- Η ύπαρξη έντασης κατά τη διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού»
- Η εκδήλωση δευτερογενών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού»

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι γλωσσικές διαταραχές και δυσλειτουργίες δεν είναι απομονωμένες περιπτώσεις αλλά πολύμορφης και πολυποίκιλης αιτιολογίας διαταραχές, ψυχικών, οργανικών και κοινωνικών παραμέτρων. Στην περίπτωση του τραυλισμού φαίνεται ότι η επιστήμη, στο μεγαλύτερο μέρος, εξακολουθεί να περιορίζεται στην προσπάθεια περιγραφής των συμπτωμάτων και κατανόησης των συνθηκών που ευνοούν την εκδήλωση του.

Μέσα από τις ερευνητικές προσπάθειες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα, έχει συγκεντρωθεί πλήθος δεδομένων, τα οποία ωστόσο φαίνεται να μην επαρκούν για την δημιουργία ενός θεωρητικού μοντέλου το οποίο θα διευκόλυνε στη διαμόρφωση πλήρους εικόνας στο πάζλ του τραυλισμού. Οι προσπάθειες για την κατανόηση του τραυλισμού περιπλέκονται ακόμα περισσότερο από το γεγονός ότι οι απόψεις που έχουν διατυπωθεί, τόσο για την φύση όσο και για την αιτιολογία και αντιμετώπισή του, είναι συχνά πολύ διαφορετικές μεταξύ τους. Ακόμα και σύγχρονοι ερευνητές και θεωρητικοί εξακολουθούν να διαφωνούν ως προς τα αίτια του τραυλισμού με αποτέλεσμα να παραμένουν αναπάντητα πολύ βασικά ερωτήματα. (Δράκος, 1992)

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Λειτουργικές ανωμαλίες: Από έναν ελαφρύ ερεθισμό του εγκεφάλου είναι δυνατόν να δημιουργηθούν μεγάλες εξελικτικές γλωσσικές επιβραδύνσεις. Το 1/2 του πληθυσμού με τραυλισμό έχει εμφανίσει με βεβαιότητα κάποια πρώιμη παιδική εγκεφαλοπάθεια, τα 4/5 ήταν ύποπτοι για ένα τέτοιο επεισόδιο και μόλις το 1/5 δεν είχαν καμία σχέση με εγκεφαλικά επεισόδια. Όπως επίσης και η επιβράδυνση της εξελικτικής πορείας του κεντρικού νευρικού συστήματος. Έτσι δεν έχουμε σωστές αντανακλαστικές κινήσεις στα ερεθίσματα που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του με αποτέλεσμα να παρουσιάζει νευρωτικές εκδηλώσεις κατά την ομιλία.

Κληρονομικότητα: Ο προβληματισμός αυτός ενισχύθηκε από ερευνητικά ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που τραυλίζουν είναι τριπλάσια σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Αν και μερικές μελέτες καταλήγουν ότι η κληρονομική προδιάθεση στον τραυλισμό αγγίζει το ποσοστό του 80% ωστόσο έχει διαπιστωθεί ότι ο βαθμός σοβαρότητας δεν σχετίζεται με κληρονομικούς παράγοντες. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο τραυλισμός δεν κληρονομείται έτοιμος αλλά κληρονομείται η προδιάθεση. Για το λόγο αυτό τα παιδιά των ατόμων που τραυλίζουν θα πρέπει να παρακολουθούνται για τυχόν σημάδια της διαταραχής. (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006)

Περιβάλλον: Μεγάλη έμφαση έχει δοθεί στους παράγοντες του περιβάλλοντος. Για παράδειγμα εάν οι γονείς των παιδιών που πάσχουν από τραυλισμό, το σχολείο, οι φίλοι είναι ψυχαναγκαστικοί και προσπαθούν να μεταδώσουν τους «απόλυτους τρόπους» συμπεριφοράς ή προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα με τιμωρία και εκφοβισμό το αποτέλεσμα θα είναι η επιδείνωση και τελικά η θεμελίωση του τραυλισμού.

Καθυστέρηση της ομιλίας: Μερικοί ερευνητές στις μελέτες τους αναφέρουν ότι τα άτομα που τραυλίζουν παρουσιάζουν, σε ποσοστό 30-40%, εμφανή χρονική καθυστέρηση στην κατανόηση της ομιλίας. (McDonald, 1984)

Μίμηση: Πολύ σημαντικός παράγοντας έχει αποδειχθεί ότι είναι η μίμηση. Έτσι λοιπόν ένα μεγαλύτερο αδελφάκι που πάσχει από τραυλισμό μπορεί να είναι παράδειγμα μίμησης της ομιλίας του ως προς το μικρότερο. Ακόμα η ομιλία των γονιών (τις περισσότερες φορές ασυνείδητα) είναι τέτοια ώστε το παιδί να μαθαίνει να μιλάει με επανάληψη της ίδιας συλλαβής. (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006)

Βίαη επιβολή δεξιοχειρίας: Παράγοντας που μπορεί να συμβάλει σαν αίτιο του τραυλισμού είναι η βίαη επιβολή της δεξιοχειρίας. Δηλαδή άτομα με αριστεροχειρία εκ γενετής, που καταπιέζονται να γράφουν με το δεξί είναι πιθανόν να εμφανίσουν πολλές διαταραχές του λόγου. (Χασάπης, 1976)

Σοκ και Τρόμος: Έχουν αναφερθεί πολλές περιπτώσεις ατόμων, τα οποία ξεκίνησαν να τραυλίζουν μετά από κάποιο επεισόδιο σοκ ή τρόμου. Τέτοιες εμπειρίες σίγουρα δεν μπορούν να θεωρηθούν από μόνες τους ως αίτια για την εμφάνιση του τραυλισμού, μπορούν όμως έμμεσα να επηρεάσουν την εκδήλωση του και να αποτελέσουν το εκλυτικό του αίτιο. (Αλεξάνδρου, 1994)

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: Για τον συγκεκριμένο παράγοντα έχει εξηγηθεί ότι καλύπτει μεγάλο εύρος πιθανοτήτων εμφάνισης του τραυλισμού.

Πιο συγκεκριμένα, οι McCulloch και Faugett διαπίστωσαν ότι στις μητέρες των παιδιών που τραυλίζουν υπάρχει υψηλότερο επίπεδο κοινωνικών φιλοδοξιών και είναι απαιτητικότερες από ότι οι υπόλοιπες. (Ματσανιώτη, 1975.) Το τραύλισμα δεν είναι απλά ένα απομονωμένο σύμπτωμα αλλά σημάδι πως υπάρχει κάτι ριζικά λανθασμένο στον τρόπο που το άτομο αντιμετωπίζει γενικά την ζωή. Αυτό μπορεί να είναι μια σύγκρουση ανάμεσα στη σωστή, φυσιολογική πίστη στον εαυτό του και την έλλειψη αυτοπεποίθησης που δημιουργήθηκε στην παιδική του ηλικία.

Επίσης, το τραύλισμα μπορεί να είναι μια αμυντική στάση που δηλώνει ότι το άτομο είναι αδύναμο και ακίνδυνο. Έτσι, το τμήμα του μυαλού που είναι υποσυνείδητο και όπου ο παιδικός τρόπος σκέψης υπάρχει ακόμη, χρησιμοποιείται από το άτομο που πάσχει σαν καταφύγιο ή σαν προστασία. Το άτομο που τραυλίζει νομίζει πως ο κόσμος γύρω του είναι εχθρικός. Η ανικανότητα αυτή που έχει στην ομιλία τον εμποδίζει να συνειδητοποιήσει τη φιλική διάθεση και την καλοπροαίρετη στάση των άλλων. Η παρεξήγηση αυτή προκαλεί το τραύλισμα.

Επιπλέον, το τραύλισμα μπορεί να κάνει το άτομο αντικοινωνικό εξαιτίας της ιδιαιτερότητας του λόγου του. Αυτό οδηγεί το άτομο στην απομόνωση γιατί δεν γίνεται κατανοητός από τον συνομιλητή του. Η αντικοινωνικότητά του μεγαλώνει το τραύλισμα. Έχει διαπιστωθεί ότι ο τραυλισμός αποτελεί μία από τις περιπτώσεις των διαταραχών στις οποίες κυριαρχεί ο φόβος της αναμονής αντιμετώπισης συγκεκριμένης δυσκολίας και πως ο φόβος αυτός, σε συνδυασμό με την αποφευκτική συμπεριφορά που διακρίνει το άτομο, οδηγεί στην εκδήλωση του τραυλισμού.

Οι διαταραχές άγχους, συντελούν και αυτές, στην επιδείνωση του τραυλισμού. Το άτομο στην προσπάθειά του να μειώσει το άγχος που του προκαλούν ορισμένες καταστάσεις, τείνει να τις αποφεύγει συστηματικά πετυχαίνοντας όμως ακριβώς το αντίθετο αποτέλεσμα, δηλαδή την αύξηση του άγχους και ενδεχομένως την συντήρηση και εδραίωση του προβλήματος. (Δράκος, 1999)

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ο τραυλισμός καλύπτει ως διαρκές σύμπτωμα το 1% των παιδιών. Από την άλλη, ως προσωρινό σύμπτωμα εμφανίζεται στο 4% του πληθυσμού. Τα γενικά χαρακτηριστικά που εμφανίζει το άτομο που τραυλίζει είναι πληθώρα, πολυπαραγοντικά και ποικιλόμορφα. Επομένως, η κλινική εικόνα του ατόμου με αυτή τη διαταραχή διαφέρει από άτομο σε άτομο λόγω και της δυσκολίας εύρεσης σωστής αιτιολογίας. (Καρπαθίου, 1999)

Σημαντικό σημείο στην συμπτωματολογία του τραυλισμού είναι ότι ο παθών δεν καταφέρνει να ανταπεξέλθει στις επικοινωνιακές του ανάγκες, λόγω κακού συντονισμού του χρόνου εισπνοής και εκπνοής (βέβαια, οι αναπνευστικοί λόγοι δεν είναι οι μόνοι υπεύθυνοι). Για το λόγο αυτό ο λόγος που κατορθώνει να εκφέρει είναι ατελής, διαθέτοντας περιττές συλλαβές ή αχρειαστές επαναλήψεις, ενώ συχνά παρεμβάλλονται σε αυτόν κενά στην αρχή αλλά και στο μέσον μιας φράσης, κομμάτια λόγου που δεν ακούγονται λόγω της έντασης τους, καθώς και ενοχλητικοί ήχοι εξαιτίας της έντασης στις φωνητικές χορδές. (Εξαρχάκος, 2001)

Ακόμη, συνοδεύεται από σπασμωδικές κινήσεις των μυών που συμμετέχουν στο μηχανισμό της ομιλίας (προσωπικούς, αναπνευστικούς), όπως και άλλες κινήσεις που κανονικά δεν παίρνουν μέρος στη λειτουργία του λόγου. Αυτές ονομάζονται συν-κινήσεις και είναι κινήσεις των μυών του λαιμού, της ωμοπλάτης, διάφορες κινήσεις των φρυδιών και των βλεφάρων, των πτερυγίων της μύτης, του κεφαλιού προς τα πίσω, καταποτικές κινήσεις, ακόμη και κινήσεις των χεριών και των ποδιών. Τέλος, άλλες αντιδράσεις που παρατηρούνται στα τραυλικά άτομα είναι η εφίδρωση, το κοκκίνισμα του προσώπου, η καρδιακή υπερένταση και οι υστερίες.

Η πλοκή-σύνταξη των προτάσεων που σχηματίζουν είναι ασυνήθιστη. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και στο θέμα της άρθρωσης τους, που για κάποιους παρουσιάζει ελλείψεις, ενώ για άλλους είναι καλή. Τα παιδιά αυτά, επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις, προσπαθώντας να βελτιωθούν από μόνα τους, αποκτούν επιπλέον έντονες μορφές προβληματικής συμπεριφοράς, ενώ συνήθως θα επαναλάβουν και την ίδια σχολική τάξη. (Καλαντζής, 1957)

Πάντως, η όλη συμπτωματολογία του φαινομένου του τραυλισμού δεν παραμένει σταθερή. Παράγοντες όπως η ηλικία, η ψυχολογική κατάσταση και ο χρόνος κατά τον οποίο το άτομο συμβιώνει με την ανωμαλία παίζουν καθοριστικό ρόλο, ρυθμίζοντας την ένταση των συμπτωμάτων και, ως εκ τούτου, την κατάσταση του τραυλισμού.

Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν αναφορές όπου γονείς τραυλικών παιδιών δηλώνουν ότι τα σημάδια του φαινομένου άλλοτε αυξάνονται και άλλοτε μειώνονται, έως και ελαχιστοποιούνται. Είναι γεγονός πως σε έντονες καταστάσεις, όταν το άτομο είναι νευρικό, έχει άγχος ή ανασφάλεια, είναι συγκινημένο, κατά την παρουσία συγκεκριμένων ατόμων και,

γενικά, σε καταστάσεις πίεσης γι' αυτό, παρουσιάζει αύξηση της έντασης των συμπτωμάτων. Αντίθετα, σε πιο χαλαρές καταστάσεις, δηλαδή όταν τραγουδά, απαγγέλλει ποιήματα, μονολογεί, ψιθυρίζει ή υπό την επήρεια οινοπνεύματος εμφανίζει μείωση έως και εξαφάνιση τους.(Κάκουρος-Μανιαδάκη,2006)

Επιπλέον, ένα ενήλικο τραυλικό άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί ως "επαγγελματικά ολοκληρωμένο". Λόγω της διαταραχής, όμως, που αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στον επαγγελματικό χώρο, θα υποβληθεί σε δοκιμασία η αντοχή του στην επαγγελματική του ενασχόληση.

Τέλος, η διαταραχή συχνά συνοδεύεται από ψυχοσωματικές διαταραχές, όπως ημικρανία, βρογχικό άσθμα ή αναπνευστικά προβλήματα και παρουσιάζεται σε άτομα απ' όλες τις κοινωνικές τάξεις, αλλά και σε όλες τις φυλές. Βέβαια, υπήρξαν μελέτες που μίλησαν για συχνότερη εμφάνιση του σε λαούς με υψηλό κοινωνικό επίπεδο και για απουσία του από τα παιδιά, αλλά και το λεξιλόγιο των Ινδιάνων, γεγονός, πάντως, είναι πως ο τραυλισμός αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο.(Εξαρχάκος,2001)

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Ειδικές–Λέξεις Αποφυγές

Συσχετιζόμενες συμπεριφορές καταλλήλως διανέμονται σε συμπεριφορές οι οποίες εντοπίζονται σε μια ειδική λέξη όπου ο τραυλισμός προβλέπεται ή έχει ξεκινήσει. Η πρόβλεψη του τραυλισμού μπορεί να εντοπίζεται σε συγκεκριμένες λέξεις (όπως το όνομα του ατόμου), σε συγκεκριμένη θέση μιας λέξης (π.χ. τέλος του άρθρου), και άλλα. Μερικοί τραυλοί χρησιμοποιούν συσχετιζόμενες συμπεριφορές επιλεκτικά ενώ άλλοι φαίνονται να καλύπτουν κατά κόρον τις αποφυγές τους χωρίς ορισμό της λέξης στόχου.(Shipley,1998)

Αναβολή: Κάθε φυσική ή φωνητική συμπεριφορά σκόπιμη για να καθυστερεί την απόπειρα (παραγωγής) ενός φωνήματος, συλλαβής ή λέξης στην προσπάθεια να αποφύγει τον προβλεπόμενο τραυλισμό.

Το όνομά μου είναι εε ... Γιάννης.

Το όνομά μου είναι, καλά τώρα ... είναι ... Γιάννης. Το όνομά μου είναι ... Γιάννης.

Τι είπες;

Το όνομά μου είναι [παύση, ξύσιμο κεφαλιού, αναστεναγμός] είναι Γιάννης Παπαδόπουλος.

Εκκίνηση: Κάθε φυσική ή φωνητική συμπεριφορά σκόπιμη για την εκπομπή κύματος αέρα, κίνηση των φωνητικών χορδών, και ή εναρθρωτική κίνηση παραπλήσια με (ως ένα μέρος από) το προβλεπόμενο φώνημα, συλλαβή ή λέξη.

Το όνομά μου είναι εε Γιάννης.

Το όνομά μου είναι [κρότος δακτύλων] Γιάννης.

Νέα προσπάθεια: Η συμπεριφορά στην οποία ο ομιλητής φανερώνει ακουστική και/ ή ορατή διακοπτόμενη ροή του λόγου ή έντονο αγώνα στην προσπάθεια να παράγει ένα φώνημα, συλλαβή ή λέξη. Σε αυτή την περίπτωση σταματά την προσπάθεια, έπειτα επιχειρεί μια καινούρια προσπάθεια.

Το όνομά μου είναι ... Το όνομά μου είναι ... Το όνομά μου είναι Το όνομά μου είναι Για-Για-Για ... Το όνομά μου είναι ...

Το όνομά μου είναι Γγγγγγ ... Το όνομά μου είναι ...

Οι νέες προσπάθειες δε θα πρέπει να συγχέονται με τον επιμήκη τραυλικό σπασμό. Ενίοτε είναι δύσκολο να διακρίνουμε πότε ο σπασμός υποχωρεί και περιορίζεται ,αλλά δε σταματά πραγματικά, και ύστερα επαυξάνεται σταδιακά ξανά.

Το όνομά μου είναι Γγγγ [παγώνει με παύση, συνεχίζει την προσπάθεια, έπειτα] Για-Για-Για ...

Ο ομιλητής στο ανωτέρω παράδειγμα άρχισε με επιμήκυνση, προχώρησε σε μια σιωπηλή παύση, ξεκίνησε ξαφνικά να προσπαθεί εντονότερα και φώναξε κοφτές φράσεις σε μία επανάληψη.

Επανάληψη: Μπορεί να αποτελεί μέρος μιας νέας προσπάθειας ή μπορεί να θεωρηθεί όψη μιας αντικατάστασης ή περιφρασης.

Νέα προσπάθεια/ Επανάληψη: Το όνομά μου είναι Γιά-Για ... Απλά φώναζέ με ... Νέα προσπάθεια/Αντικατάσταση: Το όνομά μου είναι Για-Για Νίκος.

Υφίσταται μια άποψη η οποία έχει υποστηριχθεί για τουλάχιστον τα τελευταία 50 χρόνια που συνήθιζε να αναφέρεται στις επικίνδυνες λέξεις οι οποίες «πάντα» προκαλούν ταραχή στον τραυλό. Αυτή η άποψη περιλαμβάνει λέξεις όπως προσωπικά ονόματα, διευθύνσεις, τηλεφωνικούς αριθμούς, δεδομένες λέξεις και άλλα. Λέξεις, αριθμοί, εκφράσεις, ονόματα όλα μπορούν να καταλήξουν σε αποφυγές αναφερόμενες προηγουμένως, αλλά ιδιαίτερα φαίνονται να σχετίζονται στις δύο επόμενες ειδικές συμπεριφορές αποφυγής. (Tomblin,1996)

Αντικατάσταση: Αναπλήρωση μιας προτεινόμενης για χρήση λέξης από μια συνώνυμη ή παραπλήσια. Μπορεί να παρατηρηθεί πριν δοκιμαστεί η παραπάνω άποψη ή μπορεί να συμβεί ως μία νέα προσπάθεια αντικατάστασης.

Περίφραση: Αναπλήρωση μιας προτεινόμενης προς χρήση λέξης από μία φράση ή πρόταση. Για παράδειγμα μπορεί να αντικαταστήσει την πρόταση «Γεια θα μπορούσα να μιλήσω με τη Δωροθέα;» με «Γεια θα μπορούσα να μιλήσω με τη μεγαλύτερη αδερφή σου;»

Υπάρχουν πέντε άλλες αποφυγές που μπορούν να είναι ειδικές λέξεις: (Hegde,2001)

Επιλεκτική αλαλία (Mutism): Η αποφυγή μιας ειδικής λέξης ή γενικής επικοινωνίας. Μπορεί να είναι περιορισμένη όπως «Θα μου έδινες ένα, παρακαλώ;» [στίξη στο επιθυμητό αντικείμενο]. Μπορεί επίσης να κινηθεί ανάμεσα σε κατάσταση αποφυγής λέγοντας «κάνω χαζομάρα» κάθε φορά που τίθεται μια ερώτηση.

Αποδέσμευση: Κάθε συμπεριφορά για να επηρεάσει τη διαφυγή από σπασμό ως μέρος της έντονης ακολουθίας στον σπασμό. Αναφέρεται εδώ επειδή κάποια άτομα χρησιμοποιούν παρεμβολές (ήχους, λέξεις, κινήσεις) για να απαλλαγούν από έναν τραυλικό σπασμό.

Βλεμματική επαφή: Ο ομιλητής με κατά τ' άλλα καλή βλεμματική επαφή κοιτάζει αλλού όταν τραυλίζει, προσπαθώντας να περιορίσει την διακρινόμενη επικοινωνιακή πίεση και αποφεύγει δεδομένες αρνητικές εκφράσεις στα πρόσωπα των ακροατών. Αν και κάποιος μπορεί να αμφισβητήσει το γεγονός, αν αυτή η συμπεριφορά αποτελεί τμήμα του σπασμού ή αντίδραση στην ύπαρξη του σπασμού.

Διαταραγμένα σετ προετοιμασίας (του λεκτικού μηνύματος): Πολύ ορισμένες και ασυνήθιστες (μερικές φορές αλλόκοτες) εναρθρωτικές θέσεις προετοιμασίας για να δημιουργήσει μια εισαγωγή προσπάθειας σε ένα φώνημα, συλλαβή ή λέξη.

Αναπνευστικές ανωμαλίες: Τόσο βαθιά ή τόσο μικρή εισπνοή, υπερβολική εκπνοή πριν την έναρξη ήχου, ή προσπάθεια να μιλήσει πολλή ώρα με μία μόνο αναπνοή.

Γενική επικοινωνία- Αποφυγές

Οι συμπεριφορές που μόλις περιγράφηκαν αφορούν προσπάθειες για να καταπολεμηθούν ειδικοί τραυλισμοί ή προβλεπόμενοι τραυλισμοί. Αυτή η γενικής αποφυγής κατηγορία περιλαμβάνει αυτές τις συμπεριφορές που σχεδιάζονται για να περιορίσουν την πιθανότητα ότι οποιοδήποτε τραύλισμα δε θα επηρεάσει οποιαδήποτε λέξη. (Shipley,1998)

Επιλεκτική αλαλία (Mutism) ή (semimutism): Ο ομιλητής μιλά πολύ λιγότερο συχνά και εν συντομία σημαίνει συγκριτικά με διαφορετικά ισοδύναμα μη τραυλά άτομα. Μερικοί τραυλοί περιορίζουν τη ρηματική παραγωγή περίπου στο 90% βασισμένοι στην αυταπόδεικτη αλήθεια «Αν δε μιλάω, δεν τραυλίζω». Άλλες φορές, άτομα υιοθετούν το μοτίβο «ναι/όχι». Ένα παράδειγμα από μια αργότερα τοποθετημένη κρίση ενός κλινικού με μόνο τρεις σελίδες ερωτήσεων από την πρώτη της θεραπευτική συνεδρία, είχε αυτόν τον τύπο συμπεριφοράς:

- Πόσο καιρό τραυλίζεις; Χρόνια. Πόσο έχει αλλάξει τα τελευταία 4 ή 5 χρόνια; Δεν έχει.

- Έχεις κάνει ποτέ θεραπεία στο παρελθόν, όσο ήσουν νεότερη; Ναι.
- Βρήκες την θεραπεία μεγάλη βοήθεια εκείνη την περίοδο; Όχι.
- Γιατί πιστεύεις ότι η θεραπεία δεν παρουσίασε μεγάλη βοήθεια για σένα; [αποδοκιμαστική ανύψωση των ώμων].

Αναπνευστικό: Ο ομιλητής μπορεί τυπικά να μιλά πολύ χωρίς διακοπή με διαρροή αέρα και συχνές εισπνοές, μπορεί να μιλά εξαιρετικά επί μακρών με μία ανάσα, προσπαθώντας να μη σταματήσει και επιπλέον να μειώσει τον κίνδυνο του τραυλισματος.

Αλλαγμένη παραγωγή λόγου: Ο ομιλητής τακτικά μιλά με έναν τρόπο ή μοτίβο το οποίο αλλάζει τυπικές παραμέτρους του λόγου.

- Ρυθμός (γρήγορος/ αργός)
- Ένταση (μεγαλόφωνη/ χαμηλόφωνη)
- Οξύτητα ήχου (υψηλή/ χαμηλή)
- Κυματισμός φωνής (μονότονος, στερεότυπος, υπερβολικός)
- Τόνος λέξης (ελαττωμένος, αυξημένος)
- Διάλεκτος, προφορά (από μια περιφερειακή και επαρχιακή διάλεκτο σε έντονες ξένες αποτιμήσεις προφοράς)
- Συνεπαγόμενη διάθεση (πρόκληση ενδιαφέροντος, εχθρική, σαρκαστική ή κωμική)
- Σωματικά (ενδέχεται να έχουν ειδικές συμπεριφορές και να τις χρησιμοποιούν ευρέως στις περισσότερες παραγωγές: ρυθμικές κινήσεις, περίπλοκες και/ή σταθερές χειρονομίες, σωματικά αποστρέφοντας το κεφάλι από τον ακροατή, ή προχωρώντας σε εισβολή της προσωπικής ζώνης του ακροατή)

Λεκτικά Χαρακτηριστικά

Τα χαρακτηριστικά που παρατηρούμε στον λόγο του παιδιού είναι πολλά και αναφέρονται αναλυτικά παρακάτω: (Κάκουρος-Μανιαδάκη,2006)

1)Επαναλήψεις λέξεων, συλλαβών και μεμονωμένων φθόγγων: Οι οποίες είναι πάρα πολύ συχνές στον τραυλισμό, ιδιαίτερα όσον αφορά μεμονωμένες συλλαβές. Φαίνεται ότι οι επαναλήψεις κάποιων συλλαβών γίνονται για να μπορέσει να υπάρξει κάποιος χρονικός συγχρονισμός, ούτως ώστε να υπάρξει η δυνατότητα της προφορικής έκφρασης σε επίπεδο όμως λέξεων και όχι απλά της συλλαβής. Οι περισσότερες επαναλήψεις εμφανίζονται στις πρώτες συλλαβές των λέξεων και σχεδόν ποτέ στις τελευταίες. Παραδείγματα τέτοιων επαναλήψεων είναι τα εξής:

- α) Το μωρό ήπια το γ-γ-γάλα του
- β) Το μωρό ήπια το γα-γα-γάλα του

γ) Το μωρό ήπια το το το γάλα του

δ) Το μωρό ήπια, ήπια, ήπια το γάλα του

2) Δυσρυθμίες: Πρόκειται για επιμηκύνσεις στην παραγωγή σύντομων λεκτικών στοιχείων και για χωρισμό των λέξεων. Κατά την επιμήκυνση ενός φθόγγου, το άτομο δίνει την εντύπωση ότι αδυνατεί να προφέρει τον ήχο που θέλει να πει και συχνά η προσπάθεια αυτή συνοδεύεται από ορατή ένταση στους μύες του προσώπου και/ή του λαιμού. Ενώ στην άλλη περίπτωση το άτομο κάνει μια αφύσικη παύση ανάμεσα στις συλλαβές μιας λέξης. Οι παύσεις αυτές μπορεί να είναι σιωπηλές ή να χαρακτηρίζονται από την παραγωγή κάποιου ήχου, που ενδέχεται να σχετίζεται ή και να μην σχετίζεται με τον πρώτο ήχο της επόμενης συλλαβής. Για παράδειγμα:

α) Πιπιπίνω- κλείνοντας τα μάτια ή τεντώνοντας τους μύες του λαιμού

β) Πί [παύση] νω

3) Παύσεις: Εμφανίζεται συνήθως πριν από λέξεις των οποίων το άτομο δυσκολεύεται να προφέρει τον πρώτο φθόγγο. Αυτές οι παύσεις οφείλονται στην δυσκολία ρύθμισης της ποσότητας του αέρα που χρειάζεται να εκπνεύσει το άτομο προκειμένου να προφέρει τον εν λόγω φθόγγο. Για παράδειγμα:

α) Το μωρό πίνει το [...παύση...] γάλα του

4) Ατελείς φράσεις: Η φράση παραμένει ατελής επειδή το άτομο που τραυλίζει ενδέχεται να πιστεύει ότι στην επόμενη λέξη μπορεί να κολλήσει και σκόπιμα την αποφεύγει. Με τον τρόπο αυτό μπορεί πραγματικά να αποφύγει την εκδήλωση του συμπτώματος τραυλισμού, δυσχεραίνει ωστόσο την επικοινωνία με τον συνομιλητή του ίσως περισσότερο από ότι αν τελικά ολοκλήρωνε την φράση τραυλίζοντας. (Δράκος, 1999) Για παράδειγμα:

α) Θέλω να

5) Παρεμβολή ήχου-φωνήματος/Εμβολοφρασίες: Στην ομιλία των ατόμων που τραυλίζουν, οι εμβολές αυτές είναι ιδιαίτερα συνήθεις και αποτελούν προσπάθεια αλλοίωσης ορισμένων λέξεων, στις οποίες ο ομιλητής φοβάται ότι θα κολλήσει. Για παράδειγμα:

α) Θέλω να πάω ..εεεε.. σινεμά

β) Θέλω να πάω ..μμμμ.. σινεμά

γ) Θέλω να πάω, ..ξέρεις τώρα.., σινεμά

δ) Θέλω να πάω, ..λοιπόν.., σινεμά

ε) Θέλω να πάω ..και.. σινεμά

6) Αντικατάσταση-Αναθεώρηση: Τα άτομα που τραυλίζουν για να αποφύγουν περαιτέρω τραυλισμό σε μια λέξη την αντικαθιστούν συνήθως με μία συνώνυμη. Για παράδειγμα:

α) Το ..μμ(μωρό).., το παιδί ήπια το γάλα του

7) Αφύσικος ρυθμός ομιλίας: Ο ρυθμός των ατόμων αυτών μπορεί να είναι από πολύ γρήγορος μέχρι πολύ αργός. Αυτό συμβαίνει γιατί θεωρώντας ότι εάν κάνει παύση, στον γρήγορο ρυθμό, θα τραυλίσει και στην αντίθετη περίπτωση θεωρώντας ότι εάν μιλάει πολύ αργά θα προλάβει το μπλοκάρισμά του και δεν θα τραυλίσει.

8) Ένταση του τόνου της φωνής: Η αυξομείωση της έντασης της φωνής πολλές φορές υιοθετείται από τα άτομα που τραυλίζουν σε μία ακόμα προσπάθεια να αποφύγουν τον τραυλισμό τους.

9) Συν-κινήσεις: Πρόκειται για σπασμικά φαινόμενα στους μυς του λόγου. Αυτές οι κινήσεις δεν είναι αυθόρμητες. Στην ουσία είναι μια ανησυχία, που εκφράζεται με κινήσεις, χωρίς να υπάρχει αντίστοιχο ελάττωμα: κούνημα του χεριού ή του ώμου, στριφογύρισμα τακουμπιά από το σακάκι, θόρυβος με το πόδι, ανακλάδισμα των ποδιών το ένα πάνω στο άλλο, συνεχές κλείσιμο του ματιού κλπ. Πέρα από αυτές, στα άτομα με τραυλισμό παρατηρούνται και άλλες κινήσεις ακούσιες ή αυθαίρετες. Αυτές παρατηρούνται ως βοηθητικό μέσο για το ξεπέραςμα κάποιας δυσκολίας στην ομιλία.

Τη στιγμή του σπασμού εκτελεί κάποια κίνηση, μέσω της οποίας εκτονώνει την κατάσταση του, και καταφέρνει, έτσι, ν' άρθρωση τη λέξη. Συνδέει έτσι την ανακούφιση που αισθάνθηκε από την συγκεκριμένη κίνηση και αρχίζει, συνειδητά πλέον, να την εκτελεί σε κάθε δυσκολία. Επακόλουθο όμως είναι να χάνουν σταδιακά οι κινήσεις αυτές το δικό τους βοηθητικό ρόλο και ν' αποκτούν, μαζί με τον τραυλισμό, τον χαρακτήρα των συν-κινήσεων ή των επιπλέον κινήσεων άγχους. Το άτομο αρχίζει να αναζητά τότε τη λύτρωση σε κάποια άλλη νέα κίνηση και, σε τελική ανάλυση, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που γίνεται συνεχώς πιο πολύπλοκος.

Επιπρόσθετα δεν είναι σε θέση να προφέρει μια λέξη, αν πρώτα δεν εκτελέσει μια σύνθετη τελετουργία συνδυασμένων ποικιλόμορφων και κωμικών κινήσεων. Αυτές οι κινήσεις ονομάζονται από μερικούς τελετουργικές. (Σερδάρης, 1998)

Αναπνοή

Για δεκαετίες, θεωρίες για το τραύλισμα είχαν ως υπόθεση την αναπνοή ως άμεσο αιτιολογικό παράγοντα στο τραύλισμα. Κατά συνέπεια, πολλές θεραπείες υπέθεσαν μια ανάγκη να χτίσουν τα πράγματα στην αναπνευστική ζωτικής σημασίας ικανότητα και να ενισχυθούν τα σχέδια αναπνοής.

Σε έναν υγιή άνθρωπο το δυναμικό εισπνοής δεν παρουσιάζει διαφορά μεταξύ τραυλών και μη τραυλών. Το δυναμικό εισπνοής του είναι 3-6 λίτρα εκεί που υπάρχουν διαφορές είναι στη διάρκεια αναπνοής και κυρίως στη σχέση εισπνοής-εκπνοής. Η σχέση αυτή υπό ομαλές

συνθήκες είναι 1 προς 7 δηλαδή η εκπνοή κατά τη διάρκεια της ομιλίας διαρκεί 7 φορές περισσότερο απ' ό τι η εισπνοή. Η σχέση αυτή στα άτομα που τραυλίζουν είναι 1 προς 2 ή 3 ή 4.(Shipley,1998)

Κατά τη διάρκεια της ομιλίας οι πιέσεις των δονήσεων πάνω στη γλωττίδα παρουσίαζαν μια στατιστικά χαρακτηριστική αύξηση στα 25% των ατόμων που τραυλίζουν, απέναντι στα άτομα χωρίς τραυλισμό. Από την άλλη μεριά οι αναπνευστικές μετρήσεις (ποσότητα εισπνεόμενου αέρα) δεν έδωσαν καμία ουσιώδη διαφορά μεταξύ τραυλών και μη τραυλών. Έγινε γνωστό ότι τόσο στον τονικό όσο και στον κλονικό τραυλισμό κατά την εισπνοή, παρουσιάζονται σύντομες αναπνευστικές κινήσεις που καταλήγουν απότομα σαν αντίδραση κάποιου ερεθισμού.(Duffy, 1995)

Έτσι πριν αρχίσει ακόμη ο τραυλός να μιλάει έχει εκπνεύσει ήδη ένα μέρος του αέρα που είχε εισπνεύσει. Σε ακραίες περιπτώσεις εκπνέεται όλος ο αέρας της εισπνοής και το άτομο μιλάει με τον μόνιμο που βρίσκεται μέσα στους πνεύμονες του, πιέζοντας το στήθος και την κοιλιά του. Σε πολλές περιπτώσεις τραυλών σταματάει τελείως η αναπνοή για λίγο χρονικό διάστημα μετά από μία ή περισσότερες προτάσεις. Αυτό σημαίνει ότι με την ομιλία τους εκπνέουν όλο τον υπόλοιπο αέρα (αποθεματικό) που βρίσκεται μέσα στους πνεύμονες τους και το μυϊκό σύστημα αδρανεί. Η αναπνευστική αυτή αδράνεια και το κλείσιμο της γλωττίδας οδηγούν σε ακινησία ή ασυγχρονισμό των μυών των πλευρικών οστών, του στήθους και της κοιλιάς.

Μερικές απόψεις για τη ροή της αναπνοής του τραυλίσματος περιλαμβάνουν τα εξής: (Shipley,1998)

- Αναπνευστικές διαταραχές στην ροή ή άλλες ανωμαλίες δεν προκαλούν απαραίτητα άλλες «διαταραχές» στο γενικό πληθυσμό των ατόμων που τραυλίζουν.

- Πολλά άτομα που τραυλίζουν, ιδιαίτερα καθώς ωριμάζουν, αναπτύσσουν και επιδεικνύουν διαταραχή στη ροή της αναπνοής και στη δημιουργία σχεδίων όταν τραυλίζουν.

- Σε μερικά άτομα που τραυλίζουν, ακόμη και ως παιδιά, παρατηρήθηκαν ενοχλήσεις στα αδρανή (μη-λεκτικά) σχέδια αναπνοής.

- Η διόρθωση ή η βελτίωση της διαταραγμένης ροής ελέγχου μπορεί να παρέχει ένα όχημα για άλλα μέτρα ελέγχου, ή μπορεί να ενσωματώσει το ίδιο μέτρο ελέγχου.

Η απλή ροή του αέρα βοηθάει στο να παρέχει προφανές τις σειρές χωρίς όλος ο τρόπος να συμπληρωθεί συνολικά, τη μείωση οποιασδήποτε συμπεριφοράς αναπνοής μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συσκευή αποφυγής ή απελευθέρωσης τραυλίσματος. Συχνά υποτίθεται ότι αυτές οι συμπεριφορές θα εξαφανιστούν εάν οι σπασμοί τραυλίσματος αποβάλλονται ή

ελαχιστοποιούνται τουλάχιστον. Σε εκείνη την διαδικασία, πολλές διοικητικές στρατηγικές χρησιμοποιούν έναν προσανατολισμό για την ροή της αναπνοής. Δυστυχώς ολόκληρο το πρόγραμμα ήταν περιστασιακό.

Χαρακτηριστικά, η διαχείριση χρησιμοποιείται δεδομένου ότι ένα μέρος κάποιου συνδυασμού άλλων τεχνικών όπως η χαλάρωση, επιβράδυνε το ποσοστό, την εύκολη αρχή, και την ελαφριά επαφή συμφώνου, των απλών διαταραχών και ο αποτελεσματικός εγκλιματισμός της συνοδευτικής ομιλίας.(Dworkin,1991)

Μη Λεκτικά Χαρακτηριστικά

Τα προσβαλλόμενα άτομα, εκτός από τον τραυλισμό, παρουσιάζουν μια σειρά από συνδυασμένες σωματικές κινήσεις. Οι κινήσεις αυτές αφορούν τόσο την γενική όσο και την λεπτή κινητικότητα. Οι κινήσεις αυτές οφείλονται στις προσπάθειες που καταβάλει ο παθών για να υπερνικήσει τις δυσκολίες του. Κινήσεις παρατηρούνται στο μέτωπο, στα μάτια, το πρόσωπο, στα περύγια της μύτης. Επίσης, καταποτικές κινήσεις, κινήσεις της κεφαλής και των άκρων. Οι κινήσεις αυτές μοιάζουν με τικς αλλά παρουσιάζονται μόνο σε περιπτώσεις όπου ο παθών δεν μπορεί να μιλήσει. Πιο αναλυτικά: (Hegde,2001)

- 1)Έντονο και γρήγορο ανοιγοκλείσιμο των ματιών
- 2)Έντονο και παρατεταμένο κλείσιμο των βλεφάρων
- 3)Γρήγορη κίνηση των ματιών πάνω, κάτω και πλευρικά
- 4)Σφίξιμο των φρυδιών
- 5)Ζάρωμα της μύτης
- 6)Τρεμοπαίξιμο της μύτης
- 7)Σούφρωμα και τρέμουλο των χειλιών
- 8)Πλατάγισμα της γλώσσας και άλλοι θόρυβοι
- 9)Σφίξιμο, τρίξιμο και χτύπημα των δοντιών
- 10)Ένταση των προσωπικών μυών
- 11)Ρυτίδωμα του μετώπου
- 12)Σφίξιμο της γνάθου ή σπασμωδική ή αργή ή τεταμένη κίνηση της γνάθου
- 13)Ανοιγο-κλείσιμο της γνάθου, το οποίο δεν έχει στόχο την παραγωγή ομιλίας
- 14)Ένταση στους μύες του στήθους, των ώμων και του λαιμού, περιλαμβάνοντας σπασμωδικές και ανούσιες κινήσεις
- 15)Κινήσεις της κεφαλής, περιλαμβάνοντας γύρισμα, κούνημα, σπασμωδικές και πλευρικές πάνω-κάτω κινήσεις
- 16)Τεταμένες και σπασμωδικές κινήσεις χεριών, περιλαμβάνοντας σφίξιμο γροθιάς και παλάμης

17)Τεταμένες και σπασμωδικές κινήσεις των άνω άκρων, περιλαμβάνοντας το βίαιο χτύπημα στην περιοχή των γοφών ή την πίεση στο πλάι της κοιλιακής περιοχής

18)Τεταμένες και σπασμωδικές κινήσεις των ποδιών, περιλαμβάνοντας και το ακούσιο κλώτσημα

19)Τεταμένες και σπασμωδικές κινήσεις της πατούσας, περιλαμβάνοντας το σύρσιμο, την πίεση, το τρίψιμο ή κυκλικές κινήσεις στο πάτωμα

20)Γενικότερη τεταμένη στάση του σώματος

Συνοδά προβλήματα

Εκτός από τις συγκινησίες που παρουσιάζει ένα άτομο με τραυλισμό, μπορεί να εμφανίσει και άλλα συνοδά προβλήματα σε άλλους τομείς οι οποίοι είναι πολύ σημαντικοί για την ιεράρχηση της θεραπείας.

Ως συνοδά προβλήματα, λοιπόν, συχνά αναφέρονται φοβίες, διαταραχές ύπνου, ενούρηση, αντιδραστική συμπεριφορά, ονυχοφαγία, εμμονές και ψυχαναγκασμοί, καθώς και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα περισσότερα από αυτά τα προβλήματα αποτελούν βασικά συμπτώματα των διαταραχών άγχους. Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί ότι αυτές οι μορφές συμπεριφοράς δεν χαρακτηρίζουν τα παιδιά με τραυλισμό στο σύνολό τους, αλλά εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στον πληθυσμό αυτό σε σχέση με τα παιδιά με φυσιολογική ροή ομιλίας. Η καταγραφή των παραπάνω δυσκολιών μπορεί να βοηθήσει τον ειδικό να εντοπίσει πιθανές πηγές άγχους και έντασης τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στο περιβάλλον του και να παρέμβει για τον περιορισμό των αγχογόνων συνθηκών, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την εκδήλωση του τραυλισμού.(Καρπαθίου,1999)

Έχει διαπιστωθεί ότι στα παιδιά με τραυλισμό παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες σε ποσοστό 7-11%, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) σε ποσοστό 6-20%, καθώς και διαταραχές διαγωγής σε ποσοστό 2,4%. Πρέπει να επισημανθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τραυλισμό, στα οποία χορηγείται φαρμακευτική αγωγή για τον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, έχει αναφερθεί επιδείνωση του τραυλισμού. Ωστόσο, δεν έχει διευκρινιστεί η φύση της πιθανής αλληλεπίδρασης μεταξύ ψυχοδιεγερτικών ουσιών και τραυλισμού.(Καμπανάρου,2007)

Άγχος και Φόβος

Τα ψυχικά συμπτώματα δεν είναι δυνατόν να παρατηρηθούν άμεσα. Για το λόγο αυτό είναι δύσκολο να καθοριστεί η συνεισφορά τους και η σημασία τους στο όλο σύστημα των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Πάντως είναι αποδεκτό ότι μεταξύ τραυλισμού και ψυχικού συμβάντος υπάρχει μια στενή σχέση.

Στο τέλος του περασμένου αιώνα και στις αρχές του 20^{ου} αποδίδονται ορισμένες ιδιότητες στους τραυλούς όπως νευρική φύση, θυμός, δυσπιστία απέναντι στο κοινωνικό περιβάλλον, φόβος χωρίς αίτια, άγχος και ενδοστρέφεια. (Πιάνος, 1989)

Σήμερα η αντίληψη που επικρατεί είναι ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δεν σχετίζονται άμεσα με τον τραυλισμό ενός ατόμου, αλλά είναι το αποτέλεσμα της προβολής του κοινωνικού περιβάλλοντος πάνω στο άτομο και σχετίζονται με την ερμηνεία που προσπαθεί να δώσει σχετικά με την συμπεριφορά του τραυλισμού η ψυχολογία.

Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι ορισμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας εμφανίζονται συνήθως με μεγαλύτερη συχνότητα στην πλειονότητα των ατόμων με τραυλισμό, σε σχέση με τα άτομα με φυσιολογική ροή ομιλίας. (Αλεξάνδρου, 1994)

Άγχος

Ένα από τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας το οποίο μελετήθηκε ιδιαίτερα στα άτομα με τραυλισμό, ήταν η ύπαρξη αυξημένου άγχους. Ορισμένοι ερευνητές διαπίστωσαν συνύπαρξη τραυλισμού και αυξημένου άγχους.

Σε έρευνα που μελετούσε τις αντιλήψεις των μητέρων των παιδιών που τραυλίζουν για τα παιδιά τους, βρέθηκε ότι οι μητέρες αυτές αξιολογούν τα παιδιά τους ως πιο αγχώδη σε σύγκριση με τις μητέρες παιδιών χωρίς τραυλισμό.

Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία με δείγμα 300 λογοπεδικών και 300 ενηλίκων με τραυλισμό, διαπιστώθηκε ότι το 87% των ατόμων με τραυλισμό και το 97% των λογοπεδικών εκτιμούσαν ότι το άγχος αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό του τραυλισμού. (Δράκος, 1992)

Άλλοι ερευνητές, ωστόσο, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με τραυλισμό δεν διαφέρουν από το γενικό πληθυσμό ως προς τα επίπεδα άγχους.

Δύο βασικές κατηγορίες άγχους είναι το άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας και το άγχος το οποίο προκαλείται από συγκεκριμένη κατάσταση. Σύμφωνα με τις σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις του άγχους, και οι δύο αυτές κατηγορίες αποτελούν πολυδιάστατες έννοιες. Με άλλα λόγια, τόσο το άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας όσο και το άγχος που προκαλείται από την κατάσταση αφορούν σε συγκεκριμένους τομείς και δεν αποτελούν γενικευμένα χαρακτηριστικά. (Κάκουρος - Μανιαδάκη, 2006)

Στις περιπτώσεις ατόμων στα οποία το άγχος αποτελεί το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, τα άτομα αυτά διαφέρουν ως προς τις καταστάσεις στις οποίες είναι προδιαθετειμένα να βιώσουν άγχος. Σε άλλα άτομα το άγχος αυτό αφορά στην κοινωνική κριτική, σε άλλα μπορεί να αφορά στον κίνδυνο για την υγεία τους κ.τ.λ. (Duffy, 1995)

Επομένως, το βίωμα άγχους είναι το συνδυαστικό αποτέλεσμα της ύπαρξης της προδιάθεσης για άγχος σε συγκεκριμένη κατάσταση και της εμφάνισης αυτής της κατάστασης. Συνεπώς, η διερεύνηση της ύπαρξης άγχους στα άτομα με τραυλισμό ενδέχεται να μην καταλήξει σε αντικειμενικά συμπεράσματα, λόγω του χειρισμού του άγχους ως μονοδιάστατης οντότητας. Η αναγνώριση των διαφορετικών διαστάσεων του άγχους και ο χειρισμός αυτών ως ξεχωριστές μεταβλητές θα βοηθούσε πολύ περισσότερο στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ άγχους και τραυλισμού.

Στα πλαίσια ερευνών, έδειξαν ότι το άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας, δηλαδή ως προδιάθεση βίωσης άγχους σε συγκεκριμένες καταστάσεις, διακρίνει σε μεγαλύτερο βαθμό τα άτομα με τραυλισμό σε σχέση με τα άτομα με φυσιολογική ροή ομιλίας. Σε ότι αφορά το άγχος που προκαλείται από την κατάσταση, αυτό διακρίνει ιδιαίτερα τα άτομα με τραυλισμό στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων. Μάλιστα φαίνεται ότι η σχέση αυτή επηρεάζεται από το βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού, εύρημα το οποίο έχει επιβεβαιωθεί σε πολλές έρευνες.(Manning,2001)

Με άλλα λόγια, η σοβαρότητα της εκδήλωσης του τραυλισμού σε μια δεδομένη στιγμή διαμορφώνει την έκταση των βιωμάτων άγχους του ατόμου που τραυλίζει εκείνη την στιγμή. Τα ευρήματα αυτά έχουν μεγάλη σημασία για την κατανόηση του μηχανισμού εκδήλωσης και διατήρησης του τραυλισμού.

Φόβος

Κατά τις διαδικασίες ανάλυσης ο ασθενής μπορεί να έχει αναπτύξει μία ιεραρχία στους φόβους του, ή μια προσέγγιση κάτι τέτοιου. Εάν αυτό το έργο δεν έχει επιτευχθεί, ο κλινικός θα πρέπει να σιγουρέψει την ολοκλήρωσή του. Αυτή η απαίτηση βρίσκει εφαρμογή τόσο στην διαδικασία αύξησης της ροής όσο και στην τροποποίηση των συμπτωμάτων.

Η εξακρίβωση της ιεράρχησης των φόβων είναι ένα σημαντικό κομμάτι της διαχείρισης. Το λιγότερο που μπορεί να μας δώσει αυτή η διαδικασία είναι μία χρήσιμη περιγραφή του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο καλείται να επικοινωνεί ο ασθενής και του βαθμού του ή της συμμετοχής του σε αυτό το περιβάλλον ή της έλλειψης συμμετοχής.(Σερδάρης,1998)

Αρχικά οι καταστάσεις που αντιμετωπίζει το άτομο που τραυλίζει θα πρέπει να αναγνωριστούν. Σε αυτό το αρχικό βήμα ο κλινικός θα θελήσει να ταυτοποιήσει και να διαχωρίσει την επικοινωνία σε πρόχειρες κατηγορίες και θα ζητηθεί από τον ασθενή να εκτιμήσει τις επαφές του ή σε αυτές τις καταστάσεις σε εβδομαδιαία βάση. Η άλλη κατηγορία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόσθεση οποιασδήποτε άλλης αρχικής επαφής επικοινωνίας, τυπική για το άτομο. Μπορεί να είναι ιδανική σε μια δουλειά ή κάποιον άλλο

παράγοντα. Φυσικά κάθε μη συνηθισμένη κατηγορία (όπως το σχολείο για έναν ενήλικα, ή οι επιχειρήσεις για ένα παιδί του σχολείου) παραλείπονται.

Το κυριότερο πρόβλημα στην εκτίμηση του φόβου στα συμπτώματα του τραυλισμού είναι ότι επισημαίνονται με πολύ μεγάλη δυσκολία. Πάντως, μεταξύ φόβου και τραυλισμού υπάρχει μια έντονη αιτιώδης σχέση.

Οι φόβοι που απελευθερώνουν τα συμπτώματα του τραυλισμού χωρίζονται, συνήθως, σε τέσσερις κατηγορίες: (Shipley,1998)

- 1)Ο γενικός και μη χαρακτηριστικός φόβος
- 2)Ο φόβος για καθορισμένες καταστάσεις ομιλίας
- 3)Ο φόβος τραυλισμού ότι σε καθορισμένες λέξεις θα εμφανιστεί σύμπτωμα τραυλισμού
- 4)Ο φόβος ότι το άτομο θα μπλοκάρει σε ορισμένα φωνήματα από τις διάφορες καταστάσεις που προϋποθέτουν ομιλία

Οι φόβοι καταστάσεων βρίσκονται κυρίως στη διαχείριση των ασθενών. Υπήρξε κάποιος θεραπευτής που δήλωσε κατηγορηματικά ότι οι φόβοι των καταστάσεων δεν άξιζαν πλέον προσοχή επειδή η άνεση και η επέκταση θα εξάλειφαν οποιουδήποτε λόγους ή αιτίες που προκαλούν τραυλισμό. Δυστυχώς, αυτός ο κανόνας δε λειτούργησε σύμφωνα με το πρόγραμμα. Κανένας δεν είπε στους ασθενείς ότι και τα υπολείμματα δυσχέρειας έχουν μια ύποπτη ομοιότητα με το τραύλισμα. Έτσι επιστρέψαμε στην εξέταση των φόβων της κατάστασης.(Guitar,1997)

Η όλη ιδέα του φόβου της ιεραρχίας που χρησιμοποιείται στην θεραπεία καλύπτεται χωριστά. Ο κλινικός επικεντρώνεται στις καταστάσεις και όχι στις συμπεριφορές ή τις αντιδράσεις. Οι καταστάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν μια αρχική λίστα για τον ασθενή ώστε να εκτιμήσουν την παραγωγή άγχους. Άλλος τρόπος είναι να δημιουργήσουμε μια λίστα από την αρχή των καταστάσεων.(Shipley,1998)

Πρώτα μαζί με τον ασθενή, ο κλινικός αναπτύσσει μια ολική λίστα κατηγοριών όπως:

- Τηλέφωνο
- Σπίτι
- Δουλειά
- Σχολείο
- Φίλοι
- Άγνωστοι
- Ειδικές καταστάσεις
- Άλλα

Από την αρχή, κλινικός και ασθενής συζητούν για να επεκτείνουν τις ολικές κατηγορίες σε υποκατηγορίες όπως:

Τηλέφωνο:

- α) Σε άμεση οικογένεια
- β) Από άμεση οικογένεια

Σύντομες επαγγελματικές κλήσεις:

- α) Ζητώντας του να γίνει εθελοντής

Πολύπλοκες επαγγελματικές κλήσεις:

- α) Ζητώντας από άλλους να γίνουν εθελοντές

Επαγγελματικές κλήσεις για:

- α) Να ζητήσει ραντεβού
- β) Να του ζητηθεί ραντεβού
- γ) Να ζητήσει μια χάρη
- δ) Του ζητηθεί μια χάρη
- ε) Να δώσει μια ιδέα
- στ) Ειδικές απόψεις

Όλες αυτές οι κατηγορίες και υποκατηγορίες συμβάλλουν άμεσα στην έκλυση φόβου στα τραυλά άτομα. Μια τέτοια αναλυτική λίστα από τον ειδικό θεραπευτή θα βοηθήσει στο τομέα του άγχους που μπορεί να εμφανίσει το άτομο σε εξωγενείς παράγοντες.

Θα πρέπει να θεωρηθεί σημαντικό ότι η αλληλεπίδραση του τραυλού με άτομα στα οποία δεν γνωρίζουν για τον τραυλισμό του μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα ακόμα περισσότερο. Έτσι είναι πολύ σημαντικό, και κυρίως για την θεραπεία, το άτομο να καταλαβαίνει ποια δεδομένη στιγμή θα εμφανίσει φόβο ή άγχος. (Σερδάρης, 1998)

Στην προσπάθεια του τραυλού να εντοπίσει αυτές τις στιγμές αδυναμίας πρέπει να συμβάλει ο ειδικός που θα ενισχύσει την αυτογνωσία του ατόμου στον τραυλισμό του. Η επικοινωνία με άτομα του περιβάλλοντος είναι η αρχή για την εξομάλυνση του φόβου. Για παράδειγμα, ένα τηλεφώνημα στον αδερφό του παθόντα είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει έντονα συμπτώματα τραυλισμού αλλά είναι πιο ανώδυνο για τον ίδιο από ότι θα μιλούσε σε ένα επαγγελματικό ραντεβού και με πιο επίσημη γλώσσα.

Έτσι, η ιεραρχία του φόβου μπορεί στην πραγματικότητα να μην έχει αποδειχθεί ότι συμβάλει απόλυτα στα συμπτώματα του τραυλισμού αλλά το μόνο σίγουρο είναι ότι συνδέεται με τους εξωγενείς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσει τον κάθε μέσο φυσιολογικό και καθημερινό άνθρωπο στην ζωή του. (Gregory, 2003)

Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Η αναπτυξιακή πορεία του τραυλισμού μπορεί να μελετηθεί με τη διερεύνηση των βασικών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας, σε συνάρτηση πάντοτε με την ηλικία του πάσχοντα. Ο Blumel (1957), διαχώρισε τα χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων του τραυλισμού σε πρωτογενή και δευτερογενή. Αυτός ο βασικός διαχωρισμός οδήγησε σε μια πιο αναλυτική μελέτη των συμπτωμάτων και της αναπτυξιακής πορείας της διαταραχής αυτής. Σύμφωνα με τον Bloodstein (1960), ο τραυλισμός μπορεί να ακολουθήσει αναπτυξιακή πορεία η οποία οριοθετείται στις ακόλουθες τέσσερις φάσεις:

Προσχολική ηλικία

Ο τραυλισμός μπορεί να είναι περιστασιακός. Εκδηλώνεται δηλαδή για μερικές μέρες ή εβδομάδες και τα συμπτώματα ακολούθως υποχωρούν σταδιακά. Για το λόγο αυτό δεν δημιουργεί ιδιαίτερη ανησυχία στους γονείς. Εμφανίζεται κυρίως, σε καταστάσεις που αγχώνουν το παιδί καθώς προσπαθεί να εκφράσει όλα αυτά που θέλει ή πιέζεται σε κάποιες περιπτώσεις για να επικοινωνήσει με τους γύρω του.

Σχολική ηλικία (περίοδος φοίτησης στο δημοτικό σχολείο)

Η διαταραχή γίνεται εντονότερη, παρουσιάζεται με μεγαλύτερη επιμονή και εκδηλώνεται συχνά σε ποικίλες καταστάσεις. Το παιδί έχει πλέον συναίσθηση του προβλήματός του στην ομιλία, με αποτέλεσμα τη συναισθηματική φόρτιση που συνεπάγεται στην κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Τα συμπτώματα αυξάνονται σε περιπτώσεις λύπης, ενθουσιασμού, απότομης αναστάτωσης κ.λπ.

Εφηβεία (περίοδος φοίτησης σε γυμνάσιο και λύκειο)

Το παιδί έχει πλέον πλήρη συναίσθηση της διαταραχής που παρουσιάζει. Γνωρίζει τα συμπτώματα της διαταραχής και συχνά αισθάνεται αμηχανία, φοβίες και απογοήτευση. Σε πολλές περιπτώσεις προσπαθεί να εφεύρει μηχανισμούς αντίδρασης στο πρόβλημα και ενθαρρύνεται όταν περιστασιακά καταφέρει να μειώσει τα συμπτώματα της διαταραχής. Αποφεύγει συστηματικά την εκφορά φθόγγων που πιστεύει ότι επιδεινώνουν την κατάστασή του. Συχνά, το τραυλό παιδί γίνεται ευερέθιστο προς εκείνους που αναφέρονται στο πρόβλημά του.

Ενηλικίωση

Το άτομο γνωρίζει πότε θα εμφανισθεί το πρόβλημα του και κάτω από ποιες συνθήκες, με αποτέλεσμα να αποφεύγει καταστάσεις όπου υπάρχει πιθανότητα να τραυλίσει. Διακατέχεται από φόβο και υπέρμετρο άγχος, με συνέπεια να οδηγείται ολοένα και περισσότερο σε αμηχανία και αποξένωση από το κοινωνικό σύνολο. (Ανδρέου, 2010)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Αν το παιδί ξεκινήσει να βιώνει διαταραχές στη ροή, η πρόοδος και η εξέλιξη των συμπτωμάτων και των συμπεριφορών του τραυλισμού μπορεί να είναι αναπάντεχα γρήγορες. (Yairi, 1997a Guitar, 1998) Συντελεστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη του τραυλισμού είναι:

- η αρνητική διάσταση, η έκταση ή η ένταση της προσοχής που δίνουν οι άλλοι στις δυσκολίες του τραυλίζοντα.

- οι συνειδητές ή ασυνείδητες προσπάθειες του παιδιού να ξεπεράσει ή να διορθώσει τις δυσκολίες στη ροή του.

- το παιδί μπορεί να συγκρίνει με αρνητικό τρόπο τα πρόωρα επεισόδια διαταραχής της ροής με μετέπειτα εξελικτικές εσωτερικές ή επιφανειακές αναφορές στη ροή. Σαν αντίδραση σ' αυτή την αρνητική συναισθηματική αξιολόγηση, φαίνεται πως το παιδί προσπαθεί ασυνείδητα να αντιμετωπίσει ή να ελέγξει κάποια αισθήματα ανησυχίας. Για πολλά ή για τα περισσότερα παιδιά, αυτό μπορεί να προϋποθέτει πίεση, ένταση και δύναμη στους αρθρωτές (φωνητικές χορδές, γλώσσα, χείλη, σαγόνη) και αυτό παράγει ένα ακατάλληλο μέγεθος ενέργειας στην κίνηση της ομιλίας κάτι που επιταχύνει επόμενα μπλοκαρίσματα.

- Επίσης τα άτομα στο περιβάλλον του παιδιού μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη του τραυλισμού και μπορούν επίσης να επηρεάσουν αρνητικά ή θετικά την πορεία αυτής της ανάπτυξης.

- Πρόσφατη έρευνα λέει ότι το παιδί του οποίου το τραύλισμα του διαρκεί πάνω από 18 μήνες χωρίς θεραπευτική παρέμβαση είναι πιο πιθανό να συνεχίσει να τραυλίζει. (Yairi et al 1996)

- Οι αρνητικές εμπειρίες είναι περισσότερο πιθανό να προκαλέσουν μόνιμες επιπτώσεις στο μνημονικό σύστημα των μικρών παιδιών. Επειδή αυτές οι πρώιμες εμπειρίες επηρεάζουν σημαντικά την εξέλιξη της μετέπειτα ζωής των παιδιών, αυτές οι αναμνήσεις είναι βαθιά χαραγμένες και μπορεί να γίνουν μόνιμες (LeDoux, 1996, 2001), δημιουργώντας μόνιμες δευτερεύουσες αντιδράσεις που χειροτερεύουν τον τραυλισμό και τον κάνουν πιο δύσκολο να ξεπεραστεί.

- Ο Johnson (1979) υποστηρίζει ότι ο σημαντικότερος παράγοντας για την εκκίνηση του τραυλισμού είναι η αντίδραση του ακροατή στην μη φυσιολογική ροή του ασθενή, στην απόρριψη της ομιλίας του, στην κατηγοριοποίηση της ομιλίας του ως μη καλή ομιλία και στην ονομασία της ομιλίας του ως «κεκεδισμό».

- Το άγχος των γονιών και οι συνεχείς διορθώσεις ως προς την ομιλία του παιδιού τους παίζουν σημαντικό ρόλο για την εξέλιξη του τραυλισμού.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΥΞΑΝΟΥΝ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Οι βασικοί παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης του τραυλισμού είναι:

- Το βίωμα της επικοινωνιακής πίεσης, το οποίο μπορεί να πάρει πλείστες μορφές.
- Όταν το άτομο μιλάει στο τηλέφωνο, συστήνεται για πρώτη φορά, λέει ανέκδοτα ή μιλάει σε κάποιο άτομο αυξημένου κύρους. (Bloodstein, 1987· Van Riper, 1982)

• Όσο μεγαλύτερη είναι η προσπάθεια που καταβάλλει το άτομο να αποφύγει το τραυλισμό, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να τραυλίσει. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια μιας τηλεφωνικής συνδιάλεξης, η διαμόρφωση εντυπώσεων για το συνομιλητή μας βασίζεται αποκλειστικά σε ακουστικά δεδομένα καθώς εκλείπουν οι οπτικές πληροφορίες. Επομένως, ο φόβος του ατόμου που τραυλίζει για ενδεχόμενη αρνητική εντύπωση αυξάνεται, καθώς η επικοινωνία βασίζεται σε λεκτικές ικανότητες τις οποίες το άτομο αντιλαμβάνεται ως μειωμένες για τον εαυτό του. Σε μια τηλεφωνική συνομιλία ενδέχεται ο καλών να κλείσει το τηλέφωνο εάν δεν λάβει σύντομα απάντηση μόλις ο συνομιλητής του σηκώσει το ακουστικό. Ο φόβος αυτός ισχυροποιεί την επιθυμία του ατόμου να αποφύγει τον τραυλισμό, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο η έναρξη της τηλεφωνικής συνομιλίας.

• Όταν το άτομο συστήνεται σε κάποιο για πρώτη φορά, έχει αυξημένη επιθυμία να αποφύγει τον τραυλισμό προκειμένου να αποτρέψει την ενδεχόμενη διαμόρφωση αρνητικής εντύπωσης.

• Όταν ζητηθεί από το άτομο που τραυλίζει να επαναλάβει κάτι που είπε επειδή δεν είναι κατανοητό την πρώτη φορά. (Bloodstein, 1987)

• Η παρουσία του ατόμου που τραυλίζει μπροστά σε μεγάλο ακροατήριο (απαγγελία ενός ποιήματος σε μια σχολική εορτή ή η λύση ενός προβλήματος στον πίνακα της τάξης) συχνά επιδεινώνει το βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού. (Young, 1985)

• Ο βαθμός της προσοχής που το άτομο που τραυλίζει δίνει στην ομιλία του καθώς επίσης και της προσπάθειας του να οργανώνει το λόγο του πριν μιλήσει.

• Ο μεγάλος χρόνος αναμονής δίνει την ευκαιρία στο άτομο που τραυλίζει να προσπαθεί για περισσότερη ώρα να οργανώσει το λόγο του προκειμένου να μην τραυλίσει, με αποτέλεσμα να πετυχαίνει ακριβώς το αντίθετο.

• Η αναμονή να εξεταστούν από την δασκάλα στο σχολείο.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Ορισμένες καταστάσεις που μειώνεται ή αποτρέπεται εντελώς η πιθανότητα εκδήλωσης του τραυλισμού είναι:

- Η απουσία βιώματος επικοινωνιακής πίεσης και η μειωμένη επικέντρωση της προσοχής του ατόμου που τραυλίζει στην ομιλία του.

- Όταν το άτομο διαβάζει δυνατά ταυτόχρονα με κάποιον άλλον, τότε ελαχιστοποιείται η πιθανότητα να τραυλίσει (Barber, 1939). Ο τραυλισμός όμως θα εκδηλωθεί ξανά όταν το δεύτερο άτομο σταματήσει να διαβάζει. Στον προφορικό λόγο, κάτι αντίστοιχο συμβαίνει όταν το άτομο που τραυλίζει λέει τα ίδια λόγια ταυτόχρονα με κάποιο άλλον. (Andrews et al., 1983) Σύμφωνα με τους Eisenson και Wells (1942), η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας τραυλισμού σε αυτές τις περιπτώσεις οφείλεται στο γεγονός ότι το άτομο που τραυλίζει νιώθει μειωμένο αίσθημα ευθύνης για το αποτέλεσμα της ενέργειας του εφόσον την πραγματοποιεί από κοινού με άλλο άτομο, το οποίο μοιράζεται την ευθύνη. Μια εναλλακτική εξήγηση είναι αυτή των Pattie και Knight (1944), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το δεύτερο άτομο λειτουργεί ενδεχομένως ως «μετρονόμος» ο οποίος δίνει στο άτομο το σωστό ρυθμό ομιλίας.

- Εκδηλώνεται σπάνια όταν το άτομο τραγουδά, βρίζει, μιλά σε συγκεκριμένο ρυθμό.

- Όταν το άτομο, αυτό που θέλει να πει είναι ήδη γνωστό στον ακροατή. Για παράδειγμα ένα άτομο που θέλει να αγοράσει κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο από ένα κατάστημα, μπορεί να το ζητήσει λεκτικά χωρίς να τραυλίσει εάν το έχει δείξει πρώτα στον πωλητή. (Bloodstein, 1987)

- Όταν το άτομο μιλά χωρίς την παρουσία ακροατών (Porter, 1939) ή όταν απευθύνεται σε ζώα ή πολύ μικρά παιδιά. (Andrews et al., 1983)

- Σε περιπτώσεις όπου το άτομο διαφοροποιεί το συνήθη ρυθμό ομιλίας του, πχ. την ταχύτητα ομιλίας, την ένταση ή το «χρωματισμό» της φωνής, τη μελωδικότητα του λόγου, τότε μειώνεται η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού.

- Όταν το άτομο υποδύεται κάποιο ρόλο, μειώνεται το άγχος του για την απόδοση του στην ομιλία, καθώς νιώθει πως ο ακροατής έχει μπροστά του και αξιολογεί κάποιον άλλον και όχι τον ίδιο.

- Ο τραυλισμός μειώνεται μετά από επανειλημμένες διαδοχικές αναγνώσεις του ίδιου υλικού. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι μετά από πέντε περίπου αναγνώσεις του ίδιου αποσπάσματος, μειώνεται κατά 50% ο τραυλισμός σε σύγκριση με την πρώτη ανάγνωση. Οι περαιτέρω αναγνώσεις επιφέρουν ελάχιστη ή και καθόλου μείωση του τραυλισμού. (Johnson & Inness, 1939) Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε «επίδραση της προσαρμογής».

- Όταν το άτομο μίλα σε περιβάλλον όπου υπάρχει δυνατός θόρυβος (π.χ. σε ένα εργοστάσιο). Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται «επίδραση του λευκού θορύβου». Μια πιθανή ερμηνεία του φαινομένου αυτού ήταν ότι ο τραυλισμός μειώνεται επειδή το άτομο αδυνατεί να ακούσει την ίδια του τη φωνή και επομένως δεν προσπαθεί συνειδητά να ελέγξει τη ροή του λόγου του. (Maraist & Hutton, 1957) Ωστόσο, η θεωρία αυτή δεν επιβεβαιώθηκε ερευνητικά καθώς διαπιστώθηκε ότι ο τραυλισμός μειώνεται με την παρουσία δυνατού θορύβου ακόμη και όταν το άτομο είναι σε θέση να ακούσει τη φωνή του. (Sutton & Chase, 1961)

Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ

Αρκετές φορές ο τραυλισμός μπορεί να συνοδεύεται από άλλες σοβαρές διαταραχές του λόγου, ή ακόμη, μια άλλη διαταραχή του λόγου μπορεί να συνοδεύεται, για κάποιο χρονικό διάστημα, από τραυλισμό.

Οι μικτές αυτές περιπτώσεις είναι δύσκολες και συνήθως χρειάζονται μακροχρόνια θεραπευτική αγωγή για να αντιμετωπιστούν σωστά.

Όταν μιλούμε λοιπόν, για διαταραχές μικτού τύπου πρέπει πρώτα από όλα να αναφερθούμε στο συνδυασμό Τραυλισμού – Δυσλαλίας. Άλλωστε, η Δυσλαλία είναι η πιο συχνή διαταραχή του λόγου και ορισμένες φορές μάλιστα, υποβοηθά στην ανάπτυξη του τραυλισμού.

Γενικά, με τον όρο Δυσλαλία εννοούμε τις αντικαταστάσεις, τις αλλοιώσεις, ή ακόμη και τις παραλήψεις διάφορων φθόγγων ή συλλαβών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να γίνεται δυσνόητος ο έναρθρος λόγος.

Άτομα που παρουσιάζουν πολύ έντονα το πρόβλημα αυτό αργά αλλά σταθερά απομονώνονται από το κοινωνικό σύνολο, γι αυτό τα δυσλαλικά συμπτώματα θα πρέπει να καταπολεμούνται προτού το παιδί αρχίσει να φοιτά στο δημοτικό σχολείο.

Εκτός από το μικτό τύπο Τραυλισμού – Δυσλαλίας υπάρχουν και άλλοι συνδυασμοί όμως, δεν παρουσιάζονται και τόσο συχνά. Μερικοί απ' αυτούς είναι οι ακόλουθοι: Τραυλισμός – Δυσφασίας, Τραυλισμός – Ρινολαλία, Τραυλισμός – Δυσλεξία – Δυσγραφία, Τραυλισμός – Ταχυλαλία.

Έντονα συμπτώματα τραυλισμού μπορεί να παρατηρηθούν και σε ορισμένες μορφές Αφασίας, πράγμα που όπως είναι λογικό δυσκολεύει ακόμη περισσότερο την κατάσταση του ασθενή, ενώ ταυτόχρονα αναγκάζει το θεραπευτή του λόγου να ενισχύσει το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθεί για την συγκεκριμένη περίπτωση και με ασκήσεις για αντιμετώπιση του τραυλισμού.

Έρευνες που έγιναν στο Ινστιτούτο Φωνητικής και Παθολογίας του Λόγου στο Βελιγράδι από τους M.O. Popovic – V. Mitrovic - Z. Lesic μας δίνουν την ακόλουθη σχέση του τραυλισμού σε σύγκριση με άλλες διαταραχές του λόγου. Από τα 211 άτομα που υπέφεραν από τραυλισμό, τα 111 είχαν καθαρό τραυλισμό, τα 85 παρουσίαζαν τραυλισμό – δυσλαλία, τα 5 τραυλισμό – δυσφασία, 3 τραυλισμό – δυσγραφία, 3 τραυλισμό – δυσλεξία, 2 τραυλισμό – ρινολαλία.

Η σχέση που έχει ο τραυλισμός με άλλες διαταραχές του λόγου μελετήθηκε και στην Κύπρο από τους λογοθεραπευτές Στέλιος – Λέπα Ανδρέου.

Εξετάστηκαν 68 παιδιά με τραυλισμό (ηλικίας 6-16 χρονών). Τα 40 είχαν καθαρό τραυλισμό, τα 20 τραυλισμό – δυσλαλία, 4 τραυλισμός – δυσφασία, και 4 τραυλισμό – Ταχυλαλία.

Μια ματιά στα πιο πάνω στοιχεία είναι αρκετή για να αντιληφθεί κανείς ότι και στην Κύπρο ο τραυλισμός συνδέεται πολύ συχνά με τη δυσλαλία, πράγμα που παρατηρείται και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. (Ανδρέου, 1994)

ΦΘΟΓΓΟΙ ΜΕ ΕΙΔΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Αρκετοί ειδικοί σε θέματα παθολογίας του λόγου, αναφέρουν στις μελέτες τους για τον τραυλισμό ότι έχουν παρατηρήσει αυξημένες συσπάσεις στα αρθρωτικό – φωνητικά όργανα ατόμων που τραυλίζουν, κατά την προφορά συγκεκριμένων φθόγγων. Με απλά λόγια, υπάρχουν φθόγγοι που η προφορά τους αυξάνει την τάση για τραυλισμό με αποτέλεσμα να αναγκάζεται ο τραυλός να τους αποφεύγει κατά την ομιλία όσο μπορεί περισσότερο. Οι πιο βασικοί από τους φθόγγους αυτούς είναι: /p/, /t/, /k/, καθώς και τα διπλά σύμφωνα /b/, /d/, /g/. Φαίνεται ότι ο σχηματισμός των φθόγγων αυτών και η προσπάθεια που χρειάζεται για να παραχθούν ενισχύει τον ήδη αυξημένο τόνο στους μύς των αρθρωτικών οργάνων του ατόμου που υποφέρει από τραυλισμό.

Ο φθόγγος /p/ είναι χειλικός και άηχος κατά την προφορά του. Σχηματίζεται όταν ενωθούν τα χείλη, ενώ παράλληλα η μαλθακή υπερώα ανυψώνεται και κλείνει τη δίοδο προς τις ρινικές κοιλότητες. Ο εκπνεόμενος αέρας πιέζει και ανοίγει απότομα τα χείλη με αποτέλεσμα να δημιουργείται ο φθόγγος αυτός.

Κατά την προφορά του οδοντικού και άηχου φθόγγου /t/, η κορυφή της γλώσσας ακουμπά στο πίσω μέρος των πάνω δοντιών (κυρίως των κοπτήρων), το στόμα είναι ελάχιστα ανοιχτό, τα χείλη είναι χαλαρά, ενώ η μαλθακή υπερώα ανυψώνεται. Ο εξερχόμενος αέρας ελευθερώνεται απότομα τη στιγμή που η γλώσσα φεύγει με δύναμη από τους πάνω κοπτήρες. Με αυτό τον τρόπο παράγεται ο φθόγγος /t/.

Ο φθόγγος /k/ είναι επίσης άηχος αλλά σύμφωνα με το μέρος που παράγεται θεωρείται λαρυγγικός. Σχηματίζεται με την επαφή του πίσω μέρους της γλώσσας με τη μαλθακή υπερώα, το στόμα τη στιγμή αυτή είναι ελάχιστα ανοιχτό. Στο σημείο της επαφής η στοματική κοιλότητα φράσσεται, ενώ με την εκπνοή του αέρα δημιουργείται ξαφνική απόφραξη και ταυτόχρονα παράγεται ο φθόγγος /k/.

Πολλές φορές, στην θεραπευτική αγωγή του τραυλισμού χρειάζεται να ασχοληθεί ειδικά με μερικούς φθόγγους που το ίδιο το άτομο πιστεύει ότι το ενοχλούν περισσότερο από τους άλλους διότι αδυνατεί να τους προφέρει χωρίς να τραυλίζει.

Αν και η αγωγή αυτή θεωρείται λανθασμένη από αρκετούς θεραπευτές διότι δεν ασχολείται με την ουσία της πάθησης, εντούτοις, έχει αποδειχθεί ότι το άτομο που τραυλίζει ενισχύεται σημαντικά στον ψυχολογικό τομέα όταν καταφέρει να σταθεροποιήσει την προφορά ορισμένων φθόγγων που παλαιότερα το ανάγκαζαν να καταφεύγει σ' ένα σωρό «εκφραστικά τεχνάσματα» για να τους αποφεύγει. (Ανδρέου, 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η μακρόχρονη ιστορία της εξέλιξης του τραυλισμού, διατύπωσε και άλλες διάφορες υποθέσεις και θεωρίες για την ουσία και τα αίτια του.

Οργανικές θεωρίες

Δεν είναι λίγοι οι ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η βασική αιτία του τραυλισμού έχει οργανικό υπόβαθρο.

Αρκετές έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι υπάρχει γενετικός παράγοντας στον τραυλισμό αφού τα άτομα που τραυλίζουν συνήθως έχουν συγγενείς που τραυλίζουν. Υποστηρίζεται ότι στα άτομα με ιστορικό τραυλισμού υπάρχει η τάση να αναπτύξουν ομιλία η οποία θα είναι περισσότερο ευαίσθητη στην ανάπτυξη μη φυσιολογικής ροής και ότι ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες εντείνουν την ευαισθησία αυτή με αποτέλεσμα την ανάπτυξη τραυλισμού.

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

Οι αριστερόχειρες αποτελούν 7%–8% του πληθυσμού του πλανήτη. Δεν πάσχουν από κάποια ασθένεια, αντιμετωπίζουν όμως καθημερινές δυσκολίες, καθώς ως μειονότητα ζουν σ' ένα κόσμο, ο οποίος είναι φτιαγμένος για δεξιόχειρες. Επίσης οι περισσότεροι γονείς προσπαθούν, από άγνοια, να μετατρέψουν το αριστερόχειρο παιδί τους σε δεξιόχειρο για να θεωρείται, όπως πίστευαν φυσιολογικό και για να γίνει πιο εύκολα αποδεκτό από το κοινωνικό σύνολο. Πιέζοντας ένα παιδί να αλλάξει το χέρι που χρησιμοποιεί και εναντιωνόμενοι στη φυσική του προτίμηση, μπορεί να διαταράξουμε την εγκεφαλική κυριαρχία, με αποτέλεσμα να εμφανιστεί το πρόβλημα του τραυλισμού. Ο Broca, συσχέτισε την επιλογή χεριού με την εγκεφαλική οργάνωση. Πολλοί αργότερα και άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η κινητική

πλευρά του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου ελέγχει τις κινήσεις της αριστερής πλευράς του σώματος και φυσικά του αριστερού χεριού, ενώ γίνεται ακριβώς το αντίθετο με την κινητική πλευρά του αριστερού ημισφαιρίου, η οποία ελέγχει τις κινήσεις της δεξιάς πλευράς και του δεξιού χεριού. Η γλωσσική λειτουργία ελέγχεται από το αριστερό ημισφαίριο. (Βλάχος, 1998)

Επίσης στο πανεπιστήμιο της Οξφόρδης εντόπισαν το γονίδιο που φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες να είναι κάποιο άτομο αριστερόχειρας. Το στοιχείο αναφέρεται σε μελέτη που δημοσιεύτηκε στην επιστημονική επιθεώρηση *Molecular Psychiatry*. Το γονίδιο ονομάζεται *LRRTM1* και φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση των τμημάτων του εγκεφάλου που παίζουν ρόλο στο έλεγχο συγκεκριμένων λειτουργιών, όπως είναι ο λόγος και τα συναισθήματα. Ο ρόλος του γονιδίου αυτού θα βοηθήσει να γίνει καλύτερα κατανοητή από τους ερευνητές, η ανάπτυξη της ασυμμετρίας του εγκεφάλου. Ο Orton S. είχε σημαντικό ρόλο στην εδραίωση αυτής της ο θεωρίας. Έκανε αναφορά σε μερικές περιπτώσεις τραυλισμού, οι οποίες όπως πίστευε, ήταν αποτέλεσμα ανταγωνισμού μεταξύ των ημισφαιρίων του εγκεφάλου για τον έλεγχο της ομιλίας. Άλλωστε επικράτησε εδώ και χρόνια η θέση, ότι το αριστερό ημισφαίριο έχει ενεργότερο ρόλο στην ανάπτυξη των λεκτικών ικανοτήτων και της ομιλίας, ενώ το δεξιό έχει αυξημένο ρόλο στις μη λεκτικές διεργασίες.

Υπάρχει η άποψη ότι τα αριστερόχειρα και αμφίχειρα άτομα, τείνουν να έχουν λιγότερο πλευριωμένες τις γλωσσικές λειτουργίες απ' ότι τα δεξιόχειρα και πιθανών να υπάρχει αυξημένη συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού μεταξύ αυτών των ομάδων. (Βλάχος, 1998) Η άποψη ότι ο τραυλισμός μπορεί να σχετίζεται με την αριστεροχειρία, έχει διατυπωθεί και από άλλους επιστήμονες διεθνούς ακτινοβολίας, με τη διαφορά ότι μερικοί από αυτούς πιστεύουν ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της ψυχολογικής πίεσης στο παιδί για να χρησιμοποιεί περισσότερο το δεξιό χέρι, ενώ άλλοι θεωρούν ότι η αναγκαστική και απότομη αλλαγή από τα αριστερά προς τα δεξιά, επιδρά αρνητικά στην αρμονική λειτουργία των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και ειδικότερα των κέντρων του λόγου, με αποτέλεσμα να εκδηλώνονται στο παιδί τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής.

Τέλος υπάρχουν τουλάχιστον λογικές αποδείξεις αναφορικά με τη συσχέτιση, τόσο μεταξύ της προτίμησης χεριού όσο και της μειωμένης πλευρίωσης του αριστερού ημισφαιρίου για τις γλωσσικές λειτουργίες στα άτομα με τραυλισμό, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν παρουσιάζουν τη διαταραχή αυτή. Στα άτομα με ισχυρά εδραιωμένη εγκεφαλική κυριαρχία, το αριστερό ημισφαίριο αναλαμβάνει τον έλεγχο των λειτουργιών του λόγου. Τα άτομα με αδύνατη εδραίωση της εγκεφαλικής κυριαρχίας είναι ευάλωτα στον κίνδυνο να παρουσιάσουν την διαταραχή αυτή. (Βλάχος, 1998)

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

Μια άλλη θεωρία η οποία υποστηρίζεται από τον Van Riper (1972), αφορά τον έλεγχο της ομιλίας. Υποστηρίζεται ότι τα βρέφη βασίζονται στην ακουστική τους ικανότητα για τον έλεγχο των προτάσεων που εκφέρουν. Όμως με την ανάπτυξη των οργάνων της ομιλίας γίνεται έλεγχος με την βοήθεια όχι πλέον της ακοής αλλά με την βοήθεια της αίσθησης των κινητικών ερεθισμάτων. Η μετάβαση αυτή σε κάποια παιδιά δεν γίνεται πάντα ομαλά δηλαδή σε κάποιες περιπτώσεις παιδιών δεν γίνεται η μετάβαση από τον μηχανισμό ακοής στον μηχανισμό αίσθησης και χρησιμοποιούνται και οι δυο μηχανισμοί ελέγχου της ομιλίας. Με αυτή τη θεωρία επεξηγεί και το γεγονός ότι τα παιδιά τραυλίζουν στις μικρές ηλικίες.

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

Εκτός από τους ενδογενείς παράγοντες που αναφέρονται πιο πάνω υπάρχουν κι άλλοι εξωγενείς παράγοντες για μια οργανική εξάρτηση του τραυλισμού. Σ' ένα 10% περίπου από τις περιπτώσεις, η πρώτη εμφάνιση του τραυλισμού παρατηρήθηκε κατά την διάρκεια ή μετά από βαρείες μολυσματικές αρρώστιες της παιδικής ηλικίας. (Καλαντζή, 1985)

Ψυχογενείς θεωρίες

Οι θεωρίες αυτές υποστηρίζουν ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα ψυχικού τραύματος ή ότι πρόκειται για μια ανωμαλία ροής του λόγου που προκαλείται από εσωτερική σύγχυση. Το άτομο δηλαδή δεν είναι σίγουρο αν πρέπει να μιλήσει και γι' αυτό καταλήγει να τραυλίζει.

Συχνά διατυπώνεται η ερώτηση εάν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι η απάντηση που δίνει ο ασθενής προς το τραυλισμό του ή είναι μέρος του προβλήματος του τραυλισμού από τότε που ξεκίνησε. Συχνά διατυπώνεται και η άποψη ότι αφού τα μεγαλύτερα παιδιά και οι ενήλικες που τραυλίζουν βιώνουν άγχος, απελπισία, θυμό και απομόνωση από καταστάσεις όπου απαιτείται η λεκτική επικοινωνία, λογικά η βάση του τραυλισμού θα πρέπει να έχει ψυχολογική αιτιολογία. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην θεραπεία

οι θεραπευτές θα πρέπει να προσέξουν και να διερευνήσουν τα ψυχολογικά αιτία του τραυλισμού καθώς και τα συμπτώματά του.

Οι υποστηρικτές της ψυχογενούς θεωρίας του τραυλισμού έχουν διερευνήσει την προσωπικότητα των ατόμων που τραυλίζουν. Οι Beech και Fransella (1968) από τις έρευνες που κάνανε, υποστηρίζουν ότι το άτομο που τραυλίζει δεν έχει κανέναν συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας. Επιπρόσθετα τα στοιχεία για να υποστηριχθεί ότι τα άτομα με τραυλισμό είναι περισσότερο νευρωτικοί από τα άτομα που δεν τραυλίζουν είναι ελλιπή, πιθανώς να είναι λιγότερο προετοιμασμένοι να δεχτούν τους εαυτούς τους όπως πραγματικά είναι και διαθέτουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους από ότι τα άτομα που δεν τραυλίζουν. Ο Sheehan (1970) διερευνώντας και αυτός τον τύπο προσωπικότητας των ατόμων που τραυλίζουν καταλήγει ότι τα άτομα με τραυλισμό δεν έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που να τους διαφοροποιεί από τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Όσον αφορά τον νευρωτισμό, αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετοί πάσχουν από νευρωτισμό και δεν τραυλίζουν. Άρα τα άτομα που τραυλίζουν δεν είναι απαραίτητο να θεωρούνται ότι έχουν κάποια νεύρωση. Βέβαια για αρκετό καιρό παλαιότερα, τον τραυλισμό τον θεωρούσαν ψυχονεύρωση. Ορισμένοι υποστήριζαν ότι ο τραυλισμός αναπτύσσεται όταν το άτομο βιώνει άγχος και ως αποτέλεσμα γυρνάει στο στάδιο των ψελλισμάτων (επαναλαμβάνει συλλαβές όταν τραυλίζει). Άλλοι πάλι πίστευαν ότι τα άτομα με τραυλισμό δεν έχουν υγιείς σχέσεις και βιώνουν νευρώσεις οι οποίες γίνονται φανερές όταν τραυλίζουν. Για αυτόν το λόγο ο Sheehan προτείνει ότι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και λογοθεραπείας είναι ο ιδανικός για να βοηθήσει τα άτομα που τραυλίζουν. (Οικονομίδου, χ.χ)

Η θεωρία των μαθημένων συμπεριφορών

Ο Van Riper (1972) υποστήριξε ότι ο τραυλισμός πρέπει να οφείλεται σε μαθημένες συμπεριφορές βασιζόμενος στην θεωρία των πειραμάτων με classical operant conditioning. Σύμφωνα με αυτήν την θεωρία, η τάση για τραυλισμό συμβαίνει πάντα σε συγκεκριμένες καταστάσεις και σε συγκεκριμένες λέξεις. Επιπρόσθετα χρησιμοποιείται και το επιχείρημα ότι η ικανότητα που έχουν τα άτομα που τραυλίζουν να βελτιώνουν την ροή της ομιλίας τους αφού έχουν διαβάσει πολλές φορές το κείμενο στο οποίο αρχικά τραυλίζουν, επιβεβαιώνει την θεωρία ότι πρόκειται για μαθημένη συμπεριφορά. Υπάρχει και ένα τρίτο επιχείρημα το οποίο αναφέρεται στην ικανότητα που έχουν οι ενήλικες που τραυλίζουν να γνωρίζουν πότε πρόκειται να τραυλίσουν σε κάποια λέξη και σε ποια κατάσταση. Και αυτό το επιχείρημα επιβεβαιώνει σύμφωνα με τους υποστηρικτές του ότι πρόκειται για μαθημένη συμπεριφορά.

Μια πολύ σημαντική ερμηνεία που έχει αρκετούς υποστηρικτές είναι αυτή που υποστηρίζει ότι συγκεκριμένες λέξεις και καταστάσεις προκαλούν άγχος στο παιδί όμως, το

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

Φωνιατρικές θεωρίες

Οι κυριότερες από αυτή την κατηγορία θεωριών είναι η αναπνευστική θεωρία και η θεωρία των Kusmaul και Gutzmann. Η πρώτη υποστηρίζει ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται σε άτομα με ανώμαλη αναπνοή ενώ η δεύτερη υποστηρίζει ότι ο τραυλισμός είναι μια σπαστική νεύρωση συντονισμού. Δηλαδή εξαιτίας ενός σπασμού το άτομο τείνει να επαναλάβει ασυντόνιστα τις πρώτες συλλαβές. (Εξαρχάκος, 2001)

Η υπόθεση της κατάρρευσης

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

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

Στη πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται οι θεωρίες οι οποίες υιοθετούν την άποψη ότι η εκδήλωση του τραυλισμού είναι το άμεσο αποτέλεσμα της οργανικής κατάρρευσης του μηχανισμού της ομιλίας. Οι θεωρίες αυτές αποδίδουν άμεσα την εκδήλωση του τραυλισμού σε κάποια οργανική δυσλειτουργία, η οποία σχετίζεται με το μηχανισμό της και της οποίας τα αίτια μπορεί να είναι ή να μην είναι γενετικά. Στο πλαίσιο των θεωριών αυτών, εκτιμάται πως η οργανική δυσλειτουργία επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να μιλά με φυσιολογική ροή.

Στη δεύτερη ομάδα θεωριών, οι οποίες υιοθετούν την υπόθεση της κατάρρευσης, περιλαμβάνονται αυτές οι οποίες υποστηρίζουν την άποψη ότι ο τραυλισμός είναι μεν

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

Η υπόθεση της απωθημένης ανάγκης

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

Το διαφοροποιητικό στοιχείο ανάμεσα στις θεωρίες που βασίζονται σε αυτή την υπόθεση είναι το είδος των απωθημένων αναγκών, τις οποίες υποστηρίζουν ότι ικανοποιεί ο τραυλισμός. Σύμφωνα με ορισμένες θεωρίες ο τραυλισμός θεωρείται ως σύμπτωμα διαταραγμένης ψυχολογικής λειτουργίας το οποίο αποτελεί εκδήλωση της προσπάθειας ικανοποίησης ψυχοσεξουαλικών αναγκών. Σύμφωνα με άλλες θεωρίες αποτελεί, συγκαλυμμένη έκφραση εχθρικών και επιθετικών διαθέσεων, τις οποίες το άτομο που τραυλίζει φοβάται να εκφραστεί ανοιχτά. Τέλος ο τραυλισμός ερμηνεύεται επίσης ως ασυνείδητη επιθυμία απόθησης της ομιλίας, η οποία πηγάζει από τη σύγκρουση ανάμεσα στην πίεση που βιώνει το άτομο προκειμένου να μιλήσει και στην ασυνείδητη του επιθυμία να παραμείνει σιωπηλό.

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

Η υπόθεση της αναμονής-αντιμετώπισης

Η υπόθεση της αναμονής-αντιμετώπισης είναι μια καθαρά γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία για τον τραυλισμό. Στο πλαίσιο της υπόθεσης αυτής υποστηρίζεται ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα μάθησης. Η ενεργοποίηση του είναι βασικά αποτέλεσμα πρώιμων εμπειριών,

οι οποίες συσχετίζονται με την κατάκτηση του λόγου και οδηγούν το άτομο στη διαμόρφωση της αντίληψης ότι η ομιλία είναι δύσκολη υπόθεση. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, ο τραυλισμός πυροδοτείται ή ενισχύεται όταν το άτομο αναμένει με φόβο ότι θα τραυλίσει και προσπαθεί να το αποφύγει. Επομένως, είναι η αναμονή του τραυλισμού που οδηγεί στον τραυλισμό.

Η προσέγγιση αυτή στηρίζεται στη διαπίστωση ότι το άτομο που τραυλίζει έχει την ικανότητα να εκφέρει με καλή ροή οποιαδήποτε λέξη όταν δεν θεωρεί πως είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μιλήσει με καλή ροή ή όταν δεν πιστεύει ότι κάποια λέξη είναι δύσκολη στη εκφορά της ή απλώς και μόνο όταν δεν περιμένει ότι θα τραυλίσει. Στη βάση αυτής της διαπίστωσης εκτιμάται ότι τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες με τραυλισμό κυριαρχούνται από επίμονες αντιλήψεις, οι οποίες έχουν ως αφετηρία την εκτίμηση τους ότι δυσκολεύονται στην ομιλία. Για αυτό λοιπόν το άτομο που τραυλίζει βιώνει την αγωνιώδη προσπάθεια της αποφυγής του τραυλισμού.

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

Η υπόθεση της αναμονής–αντιμετώπισης αποτελεί μια από τις πιο ευρέως αποδεκτές ερμηνείες του τραυλισμού με σημαντικές επιδράσεις τόσο στην έρευνα όσο και στην κλινική πράξη. Επιπλέον, έχει καταγραφεί σειρά ερευνητικών δεδομένων, τα οποία φαίνεται να στηρίζουν τη λειτουργικότητα αυτής της υπόθεσης.

Οι ειδικοί οι οποίοι υιοθετούν την υπόθεση αυτή εκτιμούν πως η λανθασμένη χειρισμοί των γονέων ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης της φυσιολογικής δυσκολίας των παιδιών στη ροή του λόγου ή ενδεχομένως η πιεστική τους συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά τους μπορεί να ευθύνονται για την εκδήλωση του τραυλισμού. (Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006)

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

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

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

Η υπόθεση της συγκαλυμμένης διόρθωσης

Είναι η νεότερη θεωρία για την αιτιολογία του τραυλισμού, η οποία όμως δεν έχει τύχει ευρείας αποδοχής. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ο τραυλισμός αποτελεί μια διορθωτική αντίδραση του ατόμου η οποία περιλαμβάνει την εκδήλωση φωνολογικών λαθών στο πλάνο της ροής του λόγου. Επομένως, ο τραυλισμός γίνεται αντιληπτός ως μια αντίδραση προσαρμογής σε μια λανθασμένη λεκτική εκφορά. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, λοιπόν, το πρόβλημα του ατόμου δεν είναι ο τραυλισμός αλλά οι δυσκολίες του στο φωνολογικό επίπεδο.

Στην περίπτωση των ατόμων με τραυλισμό, υποστηρίζεται ότι η συγκαλυμμένη διόρθωση των φωνολογικών λαθών γίνεται με ποιοτικά παρόμοιο τρόπο αλλά πολύ συχνότερα σε σχέση με τους υπόλοιπους ομιλητές, επειδή αυτοί που τραυλίζουν έχουν φωνολογικά ελλείμματα τα οποία τους καθιστούν επιρρεπείς στην εκφορά λαθών στη ροή του λόγου. Στο

πλαίσιο αυτής της προσέγγισης υποστηρίζεται ότι η ικανότητα φωνολογικής κωδικοποίησης αναπτύσσεται με βραδύτερους ρυθμούς και παραμένει βραδύτερη στα άτομα με τραυλισμό σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ομιλητές. Η παραπάνω άποψη στηρίζεται επίσης από τις διαπιστώσεις ότι ο τραυλισμός μπορεί να μειωθεί όταν το άτομο υιοθετήσει βραδύτερο ρυθμό ομιλίας αλλά και όταν διαβάσει περισσότερες φορές το ίδιο κείμενο, οπότε επέρχεται εξοικείωση με τη φωνολογική κωδικοποίηση των προς ανάγνωση λέξεων. (Κάκουρος – Μανιαδάκη, 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

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

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

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

Διαγνωστικά κριτήρια τραυλισμού

Στο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-IV, ο τραυλισμός ταξινομείται ως διαταραχή της επικοινωνίας και συγκαταλέγεται στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών που, συνήθως, διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία. Στο διαγνωστικό αυτό εγχειρίδιο, προτείνονται τα παρακάτω τρία κριτήρια για τη διάγνωση του τραυλισμού:

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

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

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

Γ. Αν υπάρχει κινητικό ελάττωμα του λόγου ή αισθητηριακό ελάττωμα, οι δυσκολίες της ομιλίας είναι μεγαλύτερες από αυτές που συνήθως συνοδεύουν αυτά τα προβλήματα. (Γκοτζαμάνης, 1996)

Φαινόμενα δισταγμού

Η μεγαλύτερη δυσκολία κατά τη διαδικασία διάγνωσης του τραυλισμού είναι η διαφοροποίηση των φαινομένων δισταγμού που αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού και εκείνων που χαρακτηρίζουν τη φυσιολογική ομιλία των παιδιών, ιδιαίτερα κατά την προσχολική ηλικία, καθώς παρατηρούνται υψηλά ποσοστά αλληλοεπικάλυψης των φαινομένων αυτών στις δυο ομάδες. (Johnson and Associates, 1959 Meyers, 1986 Yairi & Lewis, 1984)

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

1. Η χρονολογική ηλικία του ατόμου

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

2. Το νοητικό επίπεδο του ατόμου

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

3. Η ύπαρξη τραυλισμού σε άλλο μέλος της οικογένειας

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

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

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

5. Η ύπαρξη έντασης κατά τη διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού»

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

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

Κινήσεις οι οποίες δεν είναι απαραίτητες για την παραγωγή των φωνημάτων του λεκτικού μηνύματος, συνοδεύουν κατεξοχήν τα «φαινόμενα δισταγμού» που αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού. Η υπερβολική πίεση των χειλιών μεταξύ τους, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, η διόγκωση των φλεβών του λαιμού, οι μη λειτουργικές κινήσεις της κεφαλής, των χεριών ή των ποδιών σχεδόν ποτέ δεν συνοδεύουν «φαινόμενα δισταγμού», τα οποία εκδηλώνονται στην ομιλία ατόμων που δεν τραυλίζουν. (Schwartz et al., 1990) Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι όταν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις πως το άτομο ζορίζεται για να μιλήσει και έχει επίγνωση της δυσκολίας αυτής, η οποία το ωθεί στο να καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να αποφύγει τα «φαινόμενα δισταγμού», τότε είναι πιθανότερο να μιλάμε για τραυλισμό.

Μέσα διάγνωσης

Η αξιολόγηση των ατόμων που τραυλίζουν είναι πολυπαραγοντική και αφορά το άτομο συνολικά και όχι μόνο τα λεκτικά χαρακτηριστικά του τραυλισμού. Μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση περιέχει:

- Καταμέτρηση και ανάλυση των δυσρυθμιών.
- Συγκέντρωση δεδομένων που αφορούν τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του ατόμου που τραυλίζει απέναντι στο πρόβλημα ομιλίας του.
- Πληροφορίες σχετικά με το επικοινωνιακό του περιβάλλον. (Ανδρέου, 2010)

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

• Διαφοροδιάγνωση παιδιών που εμφανίζουν φυσιολογικές δυσρυθμίες και αυτών που τραυλίζουν.

• Αξιολόγηση σοβαρότητας τραυλισμού.

• Εκτίμηση της πρόγνωσης, δηλαδή πόσο πιθανό είναι το παιδί να σταματήσει να τραυλίζει χωρίς θεραπευτική παρέμβαση.

• Συλλογή δεδομένων για το σχεδιασμό κατάλληλων θεραπευτικών στόχων.

• Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. (Καμπανάρου, 2007)

Λογοπαθολογικό Ιστορικό-Συνέντευξη με τους Γονείς

Λόγω του ότι τα παιδιά δεν μπορούν να παρέχουν σαφές απαντήσεις όσον αφορά την ομιλία τους γίνεται μια συνέντευξη με τους γονείς έτσι ώστε να συγκεντρωθούν οι πληροφορίες που χρειάζονται. Με βάση της πληροφορίες που δίνουν οι γονείς ο κλινικός προσπαθεί να διαμορφώσει μια αδρή εικόνα σχετικά με την επίδραση του τραυλισμού στην επικοινωνία και γενικά στην ζωή του παιδιού. Η αξιολόγηση συνήθως ξεκινά με την συμπλήρωση του ιστορικού του παιδιού το οποίο, ως γνωστόν, αναφέρεται σε διάφορους τομείς όπως είναι: ιστορικό κνήσεως και τοκετού, ιατρικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό, εκπαιδευτικό/σχολικό ιστορικό κτλ. Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι του ιστορικού και της συνέντευξης με τους γονείς είναι οι πληροφορίες που αφορούν την ομιλία και το λόγο του παιδιού. (Καμπανάρου, 2007) Εκτός από τα συνηθισμένα ερωτήματα τα οποία περιέχονται σε ένα γενικό λογοθεραπευτικό ιστορικό (π.χ. πότε είπε τις πρώτες του λέξεις;) είναι σημαντικό να υποβάλλονται και πιο ειδικές ερωτήσεις για τον τραυλισμό οι οποίες βοηθούν στον σχεδιασμό μιας συνεδρίας

Εκτός από την συνέντευξη είναι αρκετά χρήσιμο για τον κλινικό να παρακολουθήσει το παιδί με το γονιό του καθώς παίζουνε ή συζητάνε. Είναι γνωστό ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση στον τραυλισμό και δεν ευθύνονται οι γονείς του γι' αυτό. Παρόλα αυτά κατάλληλες τροποποιήσεις στο περιβάλλον του παιδιού μπορεί να βελτιώσουν τη ροή της ομιλίας του. Κατά την διάρκεια αλληλεπίδρασης του γονιού με το παιδί ο κλινικός παρατηρεί το ρυθμό ομιλίας του γονέα, τις συντακτικές δομές και το λεξιλόγιο που χρησιμοποιεί, και γενικά το επικοινωνιακό του στυλ δηλαδή αν κάνει πολλές ερωτήσεις στο παιδί, εάν το διακόπτει, εάν διατηρεί βλεμματική επαφή (κυρίως τη στιγμή της δυσρυθμίας), και πως αντιμετωπίζει (λεκτικά και μη λεκτικά) τις δυσρυθμίες του παιδιού τη στιγμή που συμβαίνουν (π.χ. εάν συμπληρώνει τις δύσρυθμες φράσεις του, εάν του λέει να σταματήσει να πάρει μια βαθιά ανάσα και να ξαναπεί αυτό που θέλει κτλ.). Σκοπός αυτού του μέρους της αξιολόγησης είναι η αναγνώριση πιθανών παραγόντων που επηρεάζουν τη ροή ομιλίας του παιδιού έτσι ώστε στη συνέχεια να μπορούν να τροποποιηθούν από τους γονείς με τη βοήθεια, φυσικά, του

κλινικού. Για παράδειγμα για ορισμένα παιδιά ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας των γονιών τους και οι αυξημένες έμμεσες απαιτήσεις τους για χρήση πολλαπλών συντακτικών δομών μπορεί να λειτουργεί αρνητικά στη διατήρηση ευρυθμίας.

Κλινική Παρατήρηση του Παιδιού

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για να αξιολογήσει ο ειδικός την ομιλία του παιδιού. Μπορεί να ζητήσει από το παιδί να απαντήσει σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, να πραγματοποιήσει μια χαλαρή συζήτηση μαζί του, να του αναθέσει μια δραστηριότητα και να προκαλέσει συζήτηση κατά την εκτέλεσή της, να δείξει στο παιδί προσχολικής ηλικίας διάφορες εικόνες και να του ζητήσει να τις ονομάσει ή να ζητήσει από το παιδί σχολικής ηλικίας να διαβάσει ένα κείμενο. Η αξιολόγηση αυτή έχει ως αρχικό στόχο να προσδιοριστεί κατά πόσο οι δυσχέρειες στη ροή του λόγου πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση του τραυλισμού.

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

Γενικά, ο κλινικός θα πρέπει να παρατηρεί κυρίως: (Shipley, 1998)

1) Τη συμπεριφορά επικοινωνίας του παιδιού όπου περιέχονται οι λεκτικές και γλωσσικές αντιδράσεις, καθώς και τα μη λεκτικά σχήματα επικοινωνίας (π.χ. επικοινωνία με τα μάτια, με τις χειρονομίες κ.α.) και να ελεγχθεί εάν συμβαδίζουν με την ηλικία του.

2) Τη συμπεριφορά εξερεύνησης και παιχνιδιού και την συχνότητα δημιουργικών αντιδράσεων και φαντασίας

3) Τον κινητικό συντονισμό στον τομέα αδρής κινητικότητας και λεπτών χειρισμών (π.χ. περπάτημα, χειρισμοί με τα δάχτυλα κ.α.)

4) Το εύρος της προσοχής και την ικανότητα συγκέντρωσης αλλά και το ενδιαφέρον για ορισμένα αντικείμενα (όπως είναι τα παιχνίδια, η ζωγραφική και τα βιβλία) και γεγονότα (όπως θόρυβοι, ήχοι και συζητήσεις) όπου θα ελέγχεται η ακουστική ικανότητα του παιδιού.

5) Την κοινωνική συμπεριφορά και τις συναισθηματικές αντιδράσεις όπου μπορεί να αποκαλύψουν ασυνήθιστα σημάδια επιθετικότητας, οργής, απομόνωσης, άγχους κ.α.

Η καταγραφή, η καταμέτρηση και η ανάλυση των δυσρυθμιών είναι ένα σημαντικό μέρος της αξιολόγησης. Αυτή η διαδικασία βοηθά των λογοθεραπευτή να διαχωρίσει αν οι δυσρυθμίες του παιδιού είναι φυσιολογικές ή παθολογικές, καθώς επίσης και πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα. Για να έχουμε μια πλήρη καταγραφή, καταμέτρηση και ανάλυση πρέπει να αναλυθούν παραπάνω δείγματα ομιλίας. Συνήθως καταμετρούνται οι δυσρυθμίες στα ακόλουθα:

- Μονόλογος 2-3 λεπτών, τουλάχιστον 350 συλλαβών,
- 2-3 λεπτών συζήτηση με τον κλινικό, τουλάχιστον 350 συλλαβών,
- Ομιλία στο τηλέφωνο ή/και συζήτηση με άγνωστο άτομο,
- 2-3 λεπτών συνομιλία με κάποιο πολύ οικείο φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο, τουλάχιστον 350 συλλαβών,

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

Ωστόσο τα δείγματα ομιλίας που παίρνει ο λογοθεραπευτής στο θεραπευτικό πλαίσιο μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικά (Conture, 1997), έτσι ζητάει από το γονέα να μαγνητοφωνήσει την ομιλία του παιδιού στο σπίτι για να την αξιολογήσει. Αφού συλλεχθεί το δείγμα ομιλίας ο λογοθεραπευτής καταγράφει, αναλύει και κωδικοποιεί μόνο τις φράσεις που είναι καταληπτές και δεν αποτελούν επανάληψη φράσεων του συνομιλητή.

Κατά την αξιολόγηση αυτή, εξετάζονται οι εξής παράγοντες:(Tomblin,1996)

1)Συχνότητα εκδήλωσης «φαινομένων δισταγμού» στο λόγο: Η συχνότητα αναφέρεται συνήθως στον αριθμό των λέξεων στις οποίες εκδηλώνονται συμπτώματα τραυλισμού στο σύνολο των λέξεων του δείγματος ομιλίας που εξετάζονται. Ένα από τα βασικά κριτήρια, τα οποία φαίνεται να διαφοροποιούν τα παιδιά που τραυλίζουν από αυτά που απλώς παρουσιάζουν φυσιολογικές δυσχέρειες στη ροή του λόγου, είναι η συχνότητα εμφάνισης των φαινομένων δισταγμού, η οποία υπολογίζεται δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερη στα παιδιά που τραυλίζουν και ξεπερνά συνολικά το 10% του εκφερόμενου λόγου.

2) Διασπορά συγκεκριμένων ειδών «φαινομένων δισταγμού» στο λόγο: Η διασπορά αναφέρεται στη συχνότητα με την οποία εκδηλώνονται συγκεκριμένα είδη «φαινομένων δισταγμού» στο σύνολο των λέξεων στις οποίες εκδηλώθηκαν αυτά τα φαινόμενα. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, στα παιδιά με τραυλισμό οι επιμηκύνσεις ήχων και οι επαναλήψεις συλλαβών ξεπερνούν το 25% του συνόλου των λέξεων, στις οποίες εκδηλώνονται «φαινόμενα δισταγμού». Επιπλέον, στα παιδιά αυτά τα «φαινόμενα δισταγμού» εκδηλώνονται συνήθως πάνω από δύο φορές στην ίδια λέξη ή σε πάνω από δύο λέξεις στην ίδια πρόταση. (Shipy, 1998)

3) Διάρκεια των «φαινομένων δισταγμού»: Η μεγάλη διάρκεια μεμονωμένων «φαινομένων δισταγμού» θεωρείται ενδεικτικός παράγοντας τόσο για την παρουσία όσο και για την σοβαρότητα του τραυλισμού. Επιπλέον, η μείωση της διάρκειας των «φαινομένων δισταγμού» θεωρείται ως μια από τις πρώτες ενδείξεις βελτίωσης σε ένα πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού. (Tomblin, 1996)

4) Ρυθμός ομιλίας του παιδιού: Η αξιολόγηση του ρυθμού ομιλίας των παιδιών με τραυλισμό συμβάλλει στην κατανόηση της επίδρασης των «φαινομένων δισταγμού» στη συνολική παραγωγή λόγου. Όσο συχνότερα είναι τα «φαινόμενα δισταγμού» στο λόγο και όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχουν, τόσο λιγότερες λέξεις μπορεί να παράγει το παιδί ανά λεπτό. (Κρουσταλάκης, 1977)

5) Σύγκριση ρυθμού ομιλίας μητέρας-παιδιού: Οι μητέρες των παιδιών που τραυλίζουν υιοθετούν συνήθως πιο γρήγορο ρυθμό ομιλίας σε σχέση με το παιδί και η διαφορά αυτή υπερβαίνει τις δύο συλλαβές ανά δευτερόλεπτο.

6) Εκδήλωση μη λεκτικών μορφών συμπεριφοράς: Τα συμπτώματα του τραυλισμού συνοδεύονται συνήθως από μη λεκτικές μορφές συμπεριφοράς, όπως η έλλειψη βλεμματικής επαφής και ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων, οι οποίες δεν παρατηρούνται στις περιπτώσεις των παιδιών με φυσιολογικές δυσχέρειες στη ροή του λόγου. Επιπλέον, οι εκδηλώσεις τέτοιων μορφών συμπεριφοράς δίνουν σημαντικές πληροφορίες για το βαθμό στον οποίο το παιδί συνειδητοποιεί τις δυσκολίες του στη ροή της ομιλίας και προσπαθεί να τις αντιμετωπίσει. (Shipley, 1998)

7) Γενικότερο επίπεδο ανάπτυξης του λόγου: Κατά την διαγνωστική διαδικασία, ιδιαίτερα σημαντική είναι η αξιολόγηση του γενικότερου επιπέδου ανάπτυξης του λόγου του παιδιού, προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχουν επιπρόσθετες δυσκολίες που δυσκολεύουν το παιδί κατά την παραγωγή του λόγου και συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή την διατήρηση του τραυλισμού. Η ύπαρξη και ο βαθμός σοβαρότητας τέτοιου είδους δυσκολιών στο λόγο λαμβάνεται, συνήθως, υπόψη κατά το σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης για την ιεράρχηση των θεραπευτικών στόχων. (Κρουσταλάκης, 1977)

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

Στο τέλος της διάγνωσης γίνεται μια ενημέρωση των γονέων του παιδιού προσχολικής και σχολικής ηλικίας και του ενήλικα που τραυλίζει. Σε αυτή τη συνάντηση ο λογοθεραπευτής καλείται να ενημερώσει τους ενδιαφερόμενους για τα ευρήματα της αξιολόγησης και τέλος να προτείνει και να συζητήσει με τους ενδιαφερόμενους για πιθανές λύσεις (π.χ. επαναξιολόγηση μετά από 2-3 μήνες, άμεση έναρξη θεραπευτικού προγράμματος κτλ.).

Η έγκαιρη αξιολόγηση και διάγνωση, καθώς και οι πληροφορίες που θα δοθούν από τους γονείς ή άλλους ειδικούς, θα βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό στο να ανιχνευθούν σωστά τα συμπτώματα, το είδος και η βαρύτητα της διαταραχής. Παράλληλα, το σύνολο όλων των πιο πάνω δεδομένων οδηγεί το λογοθεραπευτή στον καταρτισμό της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, ανάλογα με την περίπτωση την οποία έχει να αντιμετωπίσει. (Ανδρέου, 2010)

Διαγνωστικά εργαλεία

Οι κλίμακες αξιολόγησης του τραυλισμού

- Iowa Scale for Rating the Severity of Stuttering (Johnson et al., 1978)

Πρόκειται για ένα εργαλείο μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού, το οποίο ελέγχει τη συχνότητα, τη διάρκεια και ίσως και τις δευτερεύουσες συμπεριφορές. Είναι μια παλιά κλίμακα, η οποία είναι πιο υποκειμενική από το SSI, καθώς στηρίζεται στη γενική εντύπωση που έχει ο βαθμολογητής για ένα γλωσσικό δείγμα, το οποίο βαθμολογείται με μια από τις οκτώ τιμές (0-7).

Το τεστ έχει αποδειχθεί αξιόπιστο όταν χρησιμοποιείται από μια ομάδα βαθμολογητών όχι όμως και στην περίπτωση που χρησιμοποιείται από μεμονωμένους βαθμολογητές.

- Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (SSI Riley, 1994)

Αποτελεί το πιο συνηθισμένο εργαλείο μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού. Περιέχει σταθμισμένες διαδικασίες για τη συγκέντρωση και τη βαθμολόγηση του γλωσσικού δείγματος. Συνοδεύεται από το λογισμικό CSSS που επιτρέπει να υπολογιστούν με ακρίβεια μέσω της βοήθειας του ηλεκτρονικού υπολογιστή, η συχνότητα του τραυλισμού και η διάρκεια του ώστε να δοθεί η συνολική βαθμολόγηση για τη σοβαρότητα του τραυλισμού.

- Test of Childhood Stuttering (TOCS), (Gillam, Logan & Pearson, 2009)

Πρόκειται για ένα σχετικά νέο εργαλείο μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε παιδιά ηλικίας 4-12 ετών. Αποτελείται από 3 τμήματα:

- a. Μέτρηση της ευχέρειας της ροής της ομιλίας
- b. Κλίμακα βαθμολόγησης μέσω παρατήρησης
- c. Συμπληρωματική κλινική αξιολόγηση

- Severity Rating Scale (Onslow, Costa & Rue, 1990)

Πρόκειται για εργαλείο μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού που αποτελείται από μια κλίμακα από το 1-10 που χρησιμοποιούν οι γονείς για να βαθμολογούν καθημερινά τον τραυλισμό του παιδιού.

- KiddyCAT (Hernandez,2001, Vanryckeghem , Brutten & Hernandez ,2005, Vanryckeghem , Hernandez & Brutten ,2001)

Πρόκειται για ένα διαγνωστικό εργαλείο που σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις επικοινωνιακές τάσεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις οι οποίες γίνονται από τον κλινικό απευθείας στο παιδί.

- The Impact of Stuttering on Preschoolers and Parents (ISPP) (Langevin, Packman & Onslow,2010)

Πρόκειται για ένα διαγνωστικό εργαλείο που σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις επικοινωνιακές τάσεις και τα συναισθήματα των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Ακολουθεί μια πιο έμμεση προσέγγιση αφού ο κλινικός ρωτά τους γονείς αναφορικά με τον τρόπο που επηρεάζει ο τραυλισμός το παιδί και τους ίδιους.

- A-19 Scale (Guitar & Grims ,1977)

Πρόκειται για ένα άτυπο ερωτηματολόγιο 129 ερωτήσεων που απευθύνεται σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Παρόλο που έχει δείξει ότι μπορεί να διακρίνει τα παιδιά που τραυλίζουν από αυτά που δεν τραυλίζουν δεν έχει αξιολογηθεί αναλυτικά.

- Communication Attitude Test (CAT) (Brutten et al. 1991)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τις επικοινωνιακές τάσεις των παιδιών σχολικής ηλικίας. Επίσης έρευνες έχουν δείξει ότι το CAT χρησιμοποιείται για να εντοπίσει την παρουσία αρνητικών στάσεων.

- Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)(Robert W.& J. Scott Yaruss,2001)

Το εργαλείο αυτό μετρά μοναδικά τον αντίκτυπο του τραυλισμού στη ζωή - σε αντίθεση με τα περισσότερα άλλα όργανα αξιολόγησης και εστιάζει κυρίως στη συχνότητα και το είδος των επεισοδίων.

- Teachers Assessment of Student Communicative Copretence (TASCC) (McMauley & Guitar,2000)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από τους δασκάλους ώστε να παρθούν πληροφορίες για το πόσο καλά επικοινωνεί το παιδί μέσα στην τάξη.

Τέλος υπάρχουν και άλλα διαγνωστικά εργαλεία τα οποία δεν χορηγούνται με την ίδια συχνότητα αλλά παρέχουν αξιόπιστες μετρήσεις τόσο για τις επικοινωνιακές τάσεις όσο και για τα συναισθήματα παιδιών και ενηλίκων με τραυλισμό. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:

- Stuttering Prediction Instrument for Young Children (Riley, 1984)
- The Cooper Chronicity Prediction Checklist (Gordon & Luper, 1992)
- Checklist of Stuttering Behavior
- Children’s Attitudes About Talking – Revised
- Problem Profile for Elementary-School-Age Children Who Stutter about Talking
- The stuttering problem profile
- Modified Ericson Scale of Communication Attitudes (S-24) (Andrew & Culter ,1974)
- Stuttering Self Rating of Reactions to Speech Situations (SSRSS) (Johnson et al.,1952)
- Perceptions of Stuttering Inventory (PSI) (Woolf , 1967)
- Locus of Control Behavior Scale (Graig , Franklin & Andrews ,1984)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Οι προσπάθειες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού έχουν τις ρίζες τους στην αρχαιότητα. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι θεραπευτικές μέθοδοι, που προτάθηκαν κατά καιρούς, ήταν συνήθως ανάλογες με τα αίτια τα οποία θεωρούνταν υπεύθυνα για την εκδήλωση του τραυλισμού. Ωστόσο, παρά τις επίμονες και συστηματικές αυτές προσπάθειες, οι οποίες διακρίνονται από εξαιρετική ποικιλομορφία, μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί κάποια μέθοδος κοινής επιστημονικής αποδοχής και αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση του τραυλισμού. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006) Η θεραπεία σε γενικές γραμμές για την αντιμετώπιση του τραυλισμού στα παιδιά προσχολικής ηλικίας μοιάζει με αυτήν των παιδιών σχολικής ηλικίας με μερικές ιδιαιτερότητες, οι οποίες πηγάζουν από τις ιδιαιτερότητες της κάθε ηλικίας. (Σερδάρης, 1998)

ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Μέθοδος του Gutzmann

Γνώρισε την επιστημονική αναγνώριση στις αρχές του 20ου αιώνα. Η μέθοδος του Albert Gutzmann βελτιώθηκε αργότερα από το γιο, καθηγητή της ιατρικής, Hermann. Ο γιατρός Hermann Gutzmann έδωσε στη μέθοδο του πατέρα του την απαιτούμενη ιατρικής στήριξη, πράγμα που της επέτρεψε να γνωρίσει παγκόσμια επιστημονική αναγνώριση. Ήταν μια ολοκληρωμένη μέθοδος που περιλάμβανε αναπνευστικές, φωνητικές και αρθρωτικές ασκήσεις. (Καλαντζής, 1985)

Ο Gutzmann ξεκίνησε από την αντίληψη ότι ο τραυλισμός οφείλεται σε σπασμούς του αναπνευστικού, του φωνητικού ή του αρθρωτικού συστήματος. Ο Gutzmann συστήνει ασκήσεις αναπνοής μπροστά σε καθρέφτη, για τον αυτοέλεγχο και την αυτοδιόρθωση. Οι φωνητικές ασκήσεις γίνονται με την μετάβαση από την πνοή στον ψίθυρο κι από τον ψίθυρο στη φωνή σε μία μόνο εκπνοή. Η μετάβαση από τον ψίθυρο στη φωνή να μη γίνει με χτύπημα της γλωττίδας ή με δυνατή τριβή αλλά σε μια αδιάλειπτη γραμμή. Η φωνή να είναι όσο το δυνατό βαθιά και σιγανή. Άσκηση της φωνής σε όλες τις θέσεις εισαγωγής, στην πνευστή, μαλακή και σκληρή εισαγωγή. Οι αρθρωτικές ασκήσεις ξεκινούν πρώτα με ηχηρούς και διαρκείς φθόγγους, έπειτα στους άηχους διαρκείς και τέλος στα στιγμιαία ηχηρά και άηχα. Η άσκηση αρχίζει με μεμονωμένους φθόγγους, ύστερα με συλλαβές, λέξεις, προτάσεις. Στην

αρχή και το σύμφωνο και το φωνήεν πρέπει να προφέρεται σιγανά και λίγο λίγο να δυναμώνουν. Στις λέξεις και στις προτάσεις το πρώτο φωνήεν να προφέρεται παρατεταμένα και μετά τα υπόλοιπα όλα μαζί χωρίς διακοπή, σαν αδιάσπαστη αλυσίδα. (Καλαντζής, 1985)

Μέθοδος του Seeman

Ο Seeman εφαρμόζει σύνθετη θεραπεία που αποτελείται από ψυχοθεραπεία, ασκησιοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Το κυριότερο κατά τον Seeman, είναι η αναμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου με τραυλισμό. Γι' αυτό και υποστηρίζει ότι η ψυχοθεραπεία πρέπει να αποτελεί, τη βάση της θεραπείας. Εφόσον πρέπει να αλλάξει η προσωπικότητα του ατόμου με τραυλισμό η ψυχοθεραπεία πρέπει να αποβλέπει σε μια σειρά παιδαγωγικά μέτρα, αναγκαία για την αναμόρφωση της. Η ψυχοθεραπεία πρέπει να συνδυάζεται με την ασκησιοθεραπεία (η οποία πρέπει να υποτάσσεται στην πρώτη). Και πρώτα πρώτα πρέπει να εξασφαλίζεται η ομαλή και απαλλαγμένη από τις συσπάσεις ομιλία. Το ξεχωριστό που υποστηρίζει ο Seeman στην μέθοδο του είναι η προσέλευση της προσοχής του ατόμου από τα σύμφωνα στα φωνήεντα και στη μελωδικότητα της ομιλίας. (Παπασιλέκας, 1979)

Μέθοδος του Liebmann

Υποστηρίζει ότι το άτομο με τραυλισμό δεν πρέπει να στρέψει την προσοχή του στις λειτουργίες της αναπνοής και της άρθρωσης. Τις ασκήσεις αναπνοής, φώνησης και άρθρωσης τις βλέπει περιττές και ως ένα βαθμό βλαβερές στην ομιλία. Η θεραπεία του παιδικού τραυλισμού που εφαρμόζει περνά από πέντε στάδια. Αυτά είναι:

Α) Η κοινή ανάγνωση με τη βοήθεια εικόνων, που βοηθάει στο να ξεφύγει ή προσοχή του ατόμου με τραυλισμό από την ίδια του την ομιλία.

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

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

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

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

Μέθοδος του Rothe

Βάζει σαν υπέρτατο σκοπό την αναμόρφωση της ανθρώπινης προσωπικότητας. Θεωρεί πρωταρχική την αγωγή χαράς σαν αντιστάθμισμα στην αφόρητη κατάσταση που ωθεί το παιδί στον τραυλισμό. Για τα μεγαλύτερα παιδιά πρέπει να βλέπουν τις δυσκολίες τους κατάματα και να παλεύουν ενάντια στα ίδια τους τα ελαττώματα. Συστήνει και στους μεγαλύτερους (ηλικιωμένους) με τραυλισμό να απολαμβάνουν την χαρά. (Παπασιλέτας, 1979)

Μέθοδος του Froeschekls

Είναι και αυτή μια μέθοδος υποβολής. Βάζει το άτομο με τραυλισμό να μασάει αέρα σαν άγριος και να κάνει πως μιλάει, βγάζοντας φωνές, φθόγγους και συλλαβές. Κατά τη θεωρία του Froeschekls, η αφετηρία της ανθρώπινης ομιλίας βρίσκεται στο μάσημα. Τα μικρά παιδιά στην περίοδο του ψελλισμού παράγουν φθόγγους με την κορυφή της γλώσσας και φωνήεντα όσον καιρό τρέφονται με το γάλα. Όταν τα μωρά αρχίσουν να τρώνε σκληρή τροφή αρχίζουν να προφέρουν τα /g/-/k/. Στην αρχή, σύμφωνα με τη μέθοδο, γίνεται μια επεξήγηση στο παιδί με τραυλισμό, της ομοιότητας του μασήματος με την ομιλία, στην συνέχεια γίνεται μάσημα με τη φωνή και κατόπιν διάλογος με μάσημα. Στα παιδιά συστήνεται να κάνουν και κατά τη διάρκεια της ημέρας ασκήσεις μασήματος με φώνηση και έπειτα όταν μιλούν να σκέπτονται επίμονα το μάσημα.

Για τον τραυλισμό των μικρών παιδιών ο ίδιος συνιστά τη μέθοδο Liebmann. Το θεραπευτικό του διάγραμμα προβλέπει τα εξής στάδια:

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

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

Μέθοδος του Anton Schilling

Ο Schilling, έχει συνδυάσει στο θεραπευτικό του πρόγραμμα την ψυχοθεραπεία και την καθαρή λογοθεραπευτική αγωγή. Η ψυχοθεραπεία έχει ως βασικό στόχο τη στήριξη του ατόμου και την ενθάρρυνση του για να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα του τραυλισμού. Η λογοθεραπευτική θεραπεία αποβλέπει στη σταδιακή μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής. Ο Schilling πιστεύει ότι με τη σύνθετη θεραπεία, το άτομο μπορεί να βοηθηθεί πολύπλευρα και πιο αποτελεσματικά. (Ανδρέου, 2010)

Με τις ασκήσεις ομιλίας μπορεί να θεραπευτεί το σύμπτωμα όχι ή αιτία. Όσο για τις αναπνευστικές ασκήσεις θεωρεί ότι μονό σε ορισμένες περιπτώσεις επιβάλλονται. Οι περιπτώσεις αυτές ανήκουν στον τύπο υψηλής αναπνοής(Παπασιλέκας, 1979)

Μέθοδος της Vlassova

Κατά την Vlassova, ο τραυλισμός είναι μία διαταραχή που εμφανίζεται λόγω πολλών αιτιών. Ωστόσο, ανέπτυξε μια μικτή μέθοδο για την θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής που περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, και ασκήσεις λογοθεραπείας με έμφαση στη λογορυθμική. Η ομιλία αποτελεί μια πολυσύνθετη εγκεφαλική δραστηριότητα, αποτέλεσμα μιας σύνθετης και αρμονικής δραστηριότητας ανάμεσα στα δύο συστήματα σήμανσης και το περιβάλλον.

Η μέθοδος της συγγραφέως περιλαμβάνει:

1.Εικόνες αντικειμένων ή εικόνες σε συνδυασμό με προτάσεις. Το άτομο με τραυλισμό επαναλαμβάνει αυτά που λέει ο θεραπευτής.

2.Ανεξάρτητη έκφραση προτάσεων με τη βοήθεια εικόνων.

3.Προφορά ρυθμικών προτάσεων ενώ ταυτόχρονα κουνάει, με την υπόδειξη του θεραπευτή, τα χέρια του δεξιά, αριστερά.

Η θεραπευτική αγωγή γίνεται από το απλό στο σύνθετο, από το εύκολο στο δύσκολο με την παρακάτω σειρά:

1.Ταυτόχρονη ομιλία του παιδιού με το λογοθεραπευτή.

2.Προφορά του παιδιού μετά το λογοθεραπευτή, ερωτήσεις – απαντήσεις πάνω σε γνώστες εικόνες, ασκήσεις περιγραφής εικόνων, ασκήσεις ανεξάρτητης διήγησης που προηγήθηκε από το λογοθεραπευτή.

3.Ασκήσεις ελεύθερης ομιλίας (Παπασιλέκας, 1979)

Η μέθοδος Gervaleva

Η Gervaleva πιστεύει ότι η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του τραυλισμού είναι η «θεραπεία χωρίς ομιλία». Το παιδί καλείται να απομονωθεί στο σπίτι και να κάθεται να παίζει μόνο του ήσυχο χωρίς να μιλάει. Είναι καλύτερα να μην έρχεται σε επαφή με πρόσωπα για να

μην είναι υποχρεωμένο να μιλάει. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις που θα θέλει να ζητήσει κάτι από τους γονείς του θα πρέπει να μιλήσει ψιθυριστά. Η θεραπεία αυτή διαρκεί 2-3 εβδομάδες (Παπασιλέκας, 1979).

Η μέθοδος της Cevaljeva

Η Ρωσίδα λογοθεραπεύτρια Cevaljeva παρατήρησε ότι η ομιλία των παιδιών προσχολικής ηλικίας που υπέφεραν από τραυλισμό, ήταν πολύ καλύτερη όταν περιέγραφαν κάτι συγκεκριμένο, το οποίο έβλεπαν και μπορούσαν να το αγγίξουν ή να παίξουν μαζί του. Έτσι επινόησε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που βοηθά στην καταπολέμηση του τραυλισμού και χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

- Στην πρώτη φάση το παιδί εξηγεί με απλό και ήρεμο τρόπο τι κάνει τη στιγμή εκείνη, π.χ. «εγώ ζωγραφίζω στο τετράδιό μου, ένα σπίτι που έχει όμορφο κήπο με λουλούδια». Η πρόταση αυτή επαναλαμβάνεται αρκετές φορές από το παιδί, καθώς ανενόχλητο συνεχίζει την ασχολία του.

- Στην δεύτερη φάση του θεραπευτικού προγράμματος το οποίο γίνεται σταδιακά ο γονιός ή ο λογοθεραπευτής ζητά από το παιδί να περιγράψει με απλά λόγια την εργασία που έκανε π.χ. «Εγώ ζωγράφισα στο τετράδιό μου, ένα σπίτι που έχει όμορφο κήπο με λουλούδια», η συγκεκριμένη απάντηση εννοείται ότι θα πρέπει να ικανοποιεί αυτόν που την ακούει.

- Στην τρίτη φάση που είναι και η δυσκολότερη. Αυτή τη φορά το παιδί περιγράφει τι θα ήθελε να κάνει, π.χ. «Θα ήθελα να ζωγραφίσω στο τετράδιό μου, ένα σπίτι που να έχει κήπο με λουλούδια». Η φάση αυτή θεωρείται και η πιο κρίσιμη γιατί τη δεδομένη στιγμή, το παιδί δεν ασχολείται με κάτι συγκεκριμένο, ούτε έχει μπροστά του βοηθητικό υλικό. Αναγκάζεται λοιπόν, να συντάξει την πρόταση σύμφωνα με τις παλαιότερες εμπειρίες που έχει και φυσικά τις επιθυμίες του. Η ενίσχυση του παιδιού από το γονιό ή το θεραπευτή στη φάση αυτή είναι αναγκαία για να μπορέσει να αποκτήσει την αυτοπεποίθηση που χρειάζεται, πράγμα βασικό για την αντιμετώπιση του τραυλισμού. (Ανδρέου, 2010)

Αυθυποβολή–Υποβολή μέσω ύπνωσης

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον Emil Kue. Αφού μελέτησε και πειραματίστηκε με την ύπνωση, διατύπωσε μια δική του ψυχοθεραπεία βασισμένη στην αυθυποβολή. Η φράση του, «Μέρα με τη μέρα και με κάθε τρόπο, γίνομαι όλο και καλύτερα» έχει παραμείνει αρκετά γνωστή στο χώρο της ψυχοθεραπείας. Με αυτό τον τρόπο τίθενται ακούσια σε λειτουργία οι θεραπευτικές ιδιότητες που το ίδιο το άτομο έχει μέσα του χωρίς να το γνωρίζει. Αρκετοί ερευνητές χρησιμοποίησαν και χρησιμοποιούν μέχρι σήμερα την

αυθυποβολή, αλλά και την υποβολή μέσω της ύπνωσης στη θεραπεία του τραυλισμού. (Ανδρέου, 2010)

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Χαλάρωση

Ένας από τους λόγους που ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα, είναι τα υψηλά επίπεδα άγχους που παρουσιάζονται στο άτομο. Αυτό εντοπίζεται συνήθως σε περιπτώσεις έντασης κατά την διάρκεια συνομιλίας με άγνωστα άτομα. Έτσι στο θεραπευτικό πρόγραμμα οι ασκήσεις χαλάρωσης παίζουν πρωτεύοντα ρόλο (Ανδρέου, 2010). Η χαλάρωση έχει στόχο να ελαττώσει την ψυχική και μυϊκή ένταση του σώματος και ειδικότερα των οργάνων που παράγουν τη φωνή. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι χαλάρωσης, η καθεμία από τις οποίες έχει τις δικές της ειδικές εφαρμογές. (Εξαρχάκος, 2001)

Χαλαρωτικές ασκήσεις για τους μύες των χεριών των ποδιών, και του σώματος:

Ξύλινος στρατιώτης και πάνινες κούκλες: στην άσκηση αυτή το άτομο πρέπει να είναι όρθιο με σφιγμένα τα δάχτυλά του (γροθιά) σαν το ξύλινο στρατιώτη. Το άτομο επικεντρώνει την προσοχή του στους τεντωμένους μυς των χεριών, των ποδιών, και του σώματος και εκτελεί απότομες περιστροφές του σώματος αριστερά και δεξιά, κρατώντας σταθερούς τους ώμους, τον λαιμό και τα χέρια. Οι πατούσες είναι κολλημένες στο πάτωμα, ύστερα από τις στροφές η ένταση αποβάλλετε κάνοντας τις πάνινες κούκλες. Μετακινεί τον κορμό αριστερά και δεξιά ενώ ταυτόχρονα τα χέρια περιστρέφονται χαλαρά γύρω από το σώμα. Οι πατούσες είναι κολλημένες στο πάτωμα.

Λουλούδι: Το παιδί σηκώνει τα χέρια ψηλά και τεντώνει όλους τους μυς του σώματος όπως το λουλούδι που υψώνεται προς τον ήλιο. Ύστερα σιγά–σιγά χαλαρώνει τα χέρια του και χάνονται όπως χάνεται ο ήλιος και το λουλούδι μαζεύεται. Οι πήχεις μένουν ίσιοι, λυγίζει τα χέρια στον αγκώνα σαν να σπάει ο κορμός του λουλουδιού. Αποβάλλει την ένταση από τους μυς της πλάτης, του λαιμού και των ώμων. Παθητικά σκύβει μπροστά λυγίζοντας τα γόνατα όπως “το λουλούδι όταν μαραίνεται”.

Άρση βαρών: Το παιδί φαντάζεται μία μπάρα μπροστά στα πόδια του. Υποθετικά κάνει πως την σηκώνει και την φέρνει σιγά–σιγά προς το στήθος ενώ στη συνέχεια πάνω από το κεφάλι. Η άσκηση πραγματοποιείται για 10–15 δευτερόλεπτα. Η σκέψη επικεντρώνεται στους τεντωμένους μυς των χεριών, των ποδιών και του κορμιού. “Πετά τη μπάρα” – Σκύβει μπροστά και χαλαρώνει τα χέρια. Εδώ παρατηρεί το ευχάριστο συναίσθημα της χαλάρωσης.

Εκκρεμές: Μεταφέρει το βάρος του σώματος από τη φτέρνα προς την άκρη των ποδιών. Το σώμα ταλαντεύεται μπρος-πίσω. Τα χέρια είναι κολλημένα στους μηρούς. Το βάρος του σώματος μεταφέρει αργά ως τις άκρες των ποδιών και ενώ η φτέρνα μένει κολλημένη στο έδαφος, το σώμα γέρνει ελαφρώς μπροστά και αντίστροφα. Το βάρος του σώματος μεταφέρεται προς τη φτέρνα και οι άκρες παραμένουν κολλημένες στο έδαφος.

Ράμι: Κάθεται στην άκρη της καρέκλας. Τεντώνει τα πόδια του προς τα εμπρός και τα ανασηκώνει ελαφρώς. Τα χέρια είναι κολλημένα στα πλευρά με λυγισμένους αγκώνες και σφιγμένες γροθιές “σαν να κρατάει τιμόνι”. Το σώμα έχει ελαφρά κλίση προς τα πίσω. Επικεντρώνει την προσοχή του στους τεντωμένους μυς του σώματος. Η άσκηση αυτή γίνεται για 10-15 δευτερόλεπτα. Χαλαρώνει, κάθεται ίσια, τα πόδια στο έδαφος, τα χέρια στα γόνατα και το κεφάλι με κλίση προς τα κάτω. Παρατηρεί το ευχάριστο συναίσθημα της χαλάρωσης.

Ασκήσεις χαλάρωσης για μιμικούς και αρθρωτικούς μύες.

1.Γέρνει το κεφάλι ελαφρά προς τα πίσω, τεντώνοντας τους μυς του λαιμού για 10-15 δευτερόλεπτα. Συγκεντρώνει την προσοχή του σε αυτή την προσπάθεια. Αφήνει μαλακά το κεφάλι να πέσει μπροστά.

2.Σφίγγει το μέτωπο, ανασηκώνοντας τα φρύδια για 10-15 δευτερόλεπτα επικεντρώνοντας τη προσοχή στην ένταση των τεντωμένων μυών στην περιφέρεια του μετώπου.

3.Σφίγγει τους μυς των ματιών για 5-10 δευτερόλεπτα επικεντρώνει την προσοχή του στην ένταση που ασκείται ανάμεσα στα μάτια.

4.Κλείνει σφιχτά τα μάτια για 5-10 δευτερόλεπτα επικεντρώνοντας την προσοχή του στην ένταση.

5.Για 5-10 δευτερόλεπτα σφίγγει τα δόντια. Προσπαθεί να νοιώσει τον τρόπο που απλώνεται η πίεση από τα σαγόνια στους κροτάφους.

6.Χαμογελά με πλατύ χαμόγελο αφήνοντας τα δόντια να φανούν για 5 δευτερόλεπτα. Επικεντρώνει την προσοχή του στην ένταση γύρω από τις παρειές.

7.Κρατά τα χείλη προτεταμένα προς τα έξω και φυσά για 10 δευτερόλεπτα. Παρακολουθεί την πίεση που ασκείται στα χείλη.

8.Πιέζει την γλώσσα στα μπροστινά δόντια για 10 δευτερόλεπτα. Επικεντρώνει την προσοχή του στην πίεση που ασκείται στη γλώσσα.

9.Τραβά τη γλώσσα προς τα πίσω για 10 δευτερόλεπτα. Νοιώθει την ένταση στη γλώσσα, στο κάτω μέρος του στόματος και στο λαιμό.

10.Χασμουριέται ελαφρά, πιο έντονα, πολύ έντονα. Στο τελευταίο χασμουρητό κλείνει τα μάτια και τεντώνει τους μύες του στόματος και του λάρυγγα.

Ύστερα από τις χαλαρωτικές ασκήσεις, τα παιδιά ξαπλώνουν ανάσκελα στο χαλί. Τους ζητά να κλείσουν τα μάτια τους και να χαλαρώσουν. Σε μερικά παιδιά το κλείσιμο των ματιών προκαλεί άγχος και φοβία και αυξάνεται η ένταση στους μυς. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι χαλαρωτικές ασκήσεις πραγματοποιούνται με τα μάτια ανοιχτά και αργότερα βήμα-βήμα τα παιδιά μαθαίνουν να κλείνουν τα μάτια την ώρα των ασκήσεων.

Χαλάρωση με μασάζ

Το μασάζ είναι μια θεραπευτική μέθοδο που χρησιμοποιείται ευρέως τόσο σε υγιή άτομα όσο και σε ασθενείς. Είναι μια τεχνική που οι αρχαίοι Έλληνες και ο Ιπποκράτης χρησιμοποιούσαν ήδη από το 430 πχ. Υπάρχουν ιστορικές αναφορές που δείχνουν ότι το μασάζ χρησιμοποιούταν στην Ινδία και στην Κίνα πριν 5.000 χρόνια. Υπάρχουν πολλά είδη μασάζ. Είναι μια μέθοδος που έχει σαν βασική αρχή, τη μάλαξη των μαλακών μοριών του σώματος με θεραπευτικό στόχο. Η αποτελεσματικότητα του μασάζ οφείλεται στο γεγονός ότι βελτιώνει την κυκλοφορία του αίματος στους μυς και γενικά στα μαλακά μόρια. Αυτό επιτρέπει την έξοδο από τους μυς των άχρηστων ουσιών που συσσωρεύονται όταν οι μυς εργάζονται ή όταν υποβάλλονται σε υπερβολική εργασία ή ένταση. Οι ουσίες αυτές που προκύπτουν από το μυϊκό μεταβολισμό, δημιουργούν πόνους, σκληρότητα και δυσκαμψία στους μυς.

Ταυτόχρονα με τον καθορισμό από τις άχρηστες ουσίες, το μασάζ των μυών επιτρέπει την είσοδο, δια μέσου μιας καλύτερης κυκλοφορίας του αίματος, περισσότερων θρεπτικών ουσιών. Τα θετικά αποτελέσματα του μασάζ περιλαμβάνουν τη χαλάρωση και την μείωση του στρες. Επίσης θεωρείται από πολλούς ότι μπορεί να μειώνει τον πόνο, βοηθά στην αποθεραπεία των μυών και των αρθρώσεων. Το μασάζ μπορεί να μειώνει δυσκαμψία των μυών. Μπορεί να μειώνει την αρτηριακή πίεση και να βοηθά στην ανακούφιση από τους πονοκεφάλους. Φαίνεται μάλιστα ότι ευνοεί την παραγωγή από το ίδιο το σώμα των φυσικών ουσιών που καταπολεμούν τον πόνο στον εγκέφαλο, όπως για παράδειγμα οι ενδορφίνες. Για τους λόγους αυτούς μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε υγιή άτομα για να τα κάνει να νιώθουν πιο καλά. Το μασάζ χρησιμοποιείται στην φυσική ιατρική, στα σπορ και στη νοσηλευτική φροντίδα. Βοηθά τους ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται και σε άλλες θεραπείες λόγω του ότι μειώνει την ένταση και δυσκαμψία των μυών και ευνοεί τη χαλάρωση. (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=856).

Το λογοθεραπευτικό μασάζ είναι μία από τις μεθόδους που χρησιμοποιείται για την αποκατάσταση του τραυλισμού. Κατά την διάρκεια του μασάζ ευαισθητοποιούνται τα αισθητήρια νεύρα της επιδερμίδας και των μυών και υπάρχει καλύτερη λειτουργία του λεμφικού συστήματος και του μεταβολισμού. Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι για την χρήση του μασάζ ανάλογα με το τι θέλει να πετύχει ο λογοθεραπευτής, ωστόσο ο λογοθεραπευτής μπορεί να θέλει να πετύχει μείωση του μυϊκού τόνου ή και αύξηση. Αυτό βοηθάει στην ανάπτυξη και στην πραγματοποίηση των ενεργητικών, αυτόβουλων και συντονισμένων κινήσεων των οργάνων της άρθρωσης. Το μασάζ πραγματοποιείται από τον λογοθεραπευτή ο οποίος είναι εκπαιδευμένος σε αυτήν την μέθοδο. Όταν ο λογοθεραπευτής εκπαιδεύσει το γονιό, το μασάζ μπορεί να πραγματοποιείται και στο σπίτι του παιδιού. Το μασάζ γίνεται στην περιοχή του κεφαλιού στο λαιμό και στους ώμους, χρησιμοποιώντας δύο τεχνικές:

- Το κλασικό μασάζ
- Το τοπικό μασάζ (με το ένα δάκτυλο σε συγκεκριμένα σημεία)
- Η συνδυασμός των δυο τεχνικών

Η θεραπεία διαρκεί 10–20 μέρες και τις πρώτες μέρες διαρκεί 5–7 λεπτά φτάνοντας μέχρι και τα 20-25 λεπτά. Φυσικά η διάρκεια εξαρτάται και από την ηλικία του παιδιού και από τα νευρολογικά του συμπτώματα. Πριν την έναρξη του μασάζ επιτρέπεται η χρήση φράσεων που θα χαλαρώσουν το παιδί (π.χ. ηρέμησε, κλείσε τα μάτια σου κ.τ.λ.). Η φωνή του λογοθεραπευτή πρέπει να είναι χαμηλή μαλακή και ήρεμη. Το παιδί πρέπει να ξαπλώνει ανάσκελα και τα χέρια του να βρίσκονται δίπλα από τους γοφούς, τα πόδια πρέπει να είναι ίσια και ελεύθερα, τα πέλματα των ποδιών ελαφρώς ανοιχτά σχηματίζοντας γωνιά. Κατά την διάρκεια του μασάζ τοποθετούμε ένα μικρό μαξιλάρι μέχρι την ωμοπλάτη και ο εκπαιδευμένος λογοθεραπευτής στέκεται πίσω από το παιδί. (Beliakova-Ivanovna, 2002)

Βασικοί τρόποι του λογοθεραπευτικού μασάζ

- Χάιδεμα: ελαφρό και έντονο χάιδεμα
- Τρίψιμο
- Μάλαξη
- Δόνηση
- Άσκηση Πίεσης

Για να διαλέξει το σωστό τρόπο και την κατάλληλη διάρκεια του μασάζ είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε την τόνωση των μυών του παιδιού (μύες του λαιμού, της ωμοπλάτης, των μιμικών μυών, των αρθρωτικών μυών και των μυών της γλώσσας). (Beliakova-Ivanovna, 2002)

Χαλάρωση των μυών του λαιμού

Η χαλάρωση του λαιμού βοηθά στην μείωση της μυϊκής έντασης της βάσης της γλώσσας και στην ενεργοποίηση των κινήσεων της κάτω γνάθου. Η χαλάρωση ξεκινά χαϊδεύοντας αργά το λαιμό με τις δυο παλάμες από πάνω προς τα κάτω από την περιοχή του λαιμού με το δεξί χέρι και μετά με το αριστερό. Στην συνέχεια ξεκινά από τον λαιμό με τα δύο χέρια, κατεβαίνει προς το στήθος και με ανοδική πορεία προχωρά στα χέρια και καταλήγει στο σβέρκο. Τοποθετεί τις παλάμες στο σβέρκο και αργά αυτές γλιστρούν κατά μήκος της πλάτης φτάνοντας στις μασχάλες. Για συμπλήρωμα μετά το μασάζ κάνει κάποιες ασκήσεις για την χαλάρωση των μυών του λαιμού όπως: το κεφάλι να πέφτει μπροστά, το κεφάλι να είναι σηκωμένο κοιτώντας προς τα πάνω και από αυτή την στάση το παιδί κουνά το κεφάλι του δεξιά και αριστερά και τέλος το κεφάλι έρχεται στην σωστή θέση.

Χαλάρωση των μυών του προσώπου

1. Ξεκινά το μασάζ από την μέση του μετώπου φτάνοντας στους κροτάφους.

2. Το δεύτερο στάδιο του μασάζ ξεκινά από τα φρύδια με κατεύθυνση προς τα πάνω φτάνοντας στις ρίζες των μαλλιών. Οι κινήσεις εκτελούνται με τα δύο χέρια ταυτόχρονα. Στο σημείο όπου τελειώνουν οι κινήσεις πιέζει με τα δάχτυλα του.

3. Ξεκινά από το πιγούνι ανεβαίνοντας αργά μέχρι τους κροτάφους. Σ' αυτή την κίνηση πιέζει μπροστά από το αυτί.

4. Από τη μύτη προχωρά και φτάνει στο αυτί.

5. Ξεκινά από το πάνω χείλος και φτάνει στο αυτί.

6. Ξεκινά από τη μέση του μετώπου και προχωρά προς τα κάτω, προς τους κροτάφους και τις παρειές και φτάνει στο πιγούνι.

7. Ξεκινά από το πιγούνι και ανεβαίνει προς τα πάνω περνώντας από το σημείο σύγκλισης των χειλιών και δίπλα από τη μύτη φτάνει στο ρινικό οστό και κατόπιν από το κέντρο του μετώπου ημικυκλικά προς τους κροτάφους.

Για τις παραπάνω τεχνικές μασάζ συνήθως χρησιμοποιεί τα τρία δάχτυλα (δείκτης, μέσος και παράμεσος). Κάθε κίνηση τελειώνει με ελαφριά πίεση. Οι τεχνικές 3, 4, και 5 επαναλαμβάνονται και με τη μορφή της δόνησης.

Μασάζ για χαλάρωση των σφιγκτήρων μυών των βλεφάρων

1. Χαίδεμα (με τον δείκτη και το μεσοδάχτυλο.). Από τους κροτάφους περνά στο κάτω βλέφαρο των ματιών και από εκεί κυκλικά γύρω από τα μάτια προς την εξωτερική γωνία των ματιών πάνω στα φρύδια. Ελαφρύ γλίστρημα στα φρύδια και στους κροτάφους. Στο τέλος της κίνησης πιέζει ελαφρά.

2.Χαϊδεύει τους κυκλικούς μύες των ματιών. Με τον παράμεσο ξεκινά από τους κροτάφους και προχωρά προς την εσωτερική γωνία των ματιών. Η κίνηση στα άνω βλέφαρα γίνεται χαϊδεύοντας τα ελαφρώς χωρίς να πατά τον οφθαλμό βολβό.

Χαλαρωτικό μασάζ στους σφιγκτήρες των χειλιών:

Εκτελούνται ελαφρές κινήσεις με τον εξής τρόπο:

- 1.Από τη γωνιά του πάνω χείλους προς το κέντρο αυτού
- 2.Από τη γωνιά του κάτω χείλους προς το κέντρο του πιγουνιού
- 3.Από το κέντρο του πάνω χείλους κυκλικά προς τα κάτω μέχρι το κέντρο του πιγουνιού
- 4.Ο δείκτης και ο μέσος και των δύο χεριών, τοποθετούνται στο σημείο όπου ενώνονται τα χείλη και ελαφρώς τα τραβάνε όταν χαμογελάμε. Κατόπιν επαναφέρει με τα δάχτυλα τα χείλη. Οι κινήσεις αυτές είναι ελαφρές και ελαστικές

5.Ξεκινά από το εξωτερικό σημείο των πτερυγίων της μύτης καταλήγει στις γωνίες των χειλιών

6.Με τον δείκτη και τον μέσο δάκτυλο κάνει ελαφρά χτυπήματα στους κυκλικούς μύες (σφιγκτήρας των χειλιών) των χειλιών με την φορά των δεικτών του ρολογιού

Οι κινήσεις κατά το μασάζ εκτελούνται σε διαφορετικές θέσεις του στόματος ανοιχτό ελαφρώς ή κλειστό.

Μασάζ στον λάρυγγα:

Με τον αντίχειρα, τον δείκτη και τον μέσο πιάνει τον λάρυγγα με προσοχή. Κάνει ρυθμικές κινήσεις των δαχτύλων εγκάρσια. Ταυτόχρονα το παιδί μπορεί να τραγουδάει τα φωνήεντα. Κατά τη διάρκεια του μασάζ ακολουθείται η εξής σειρά:

1. μυς του λαιμού
2. μυς της ωμοπλάτης
3. μιμικοί μυς
4. μυς (σφιγκτήρες) των χειλιών
5. μυς του λάρυγγα

Η μείωση της μυϊκής έντασης στα παιδιά με τραυλισμό γίνεται με το μασάζ. Αυτό το είδος μασάζ έχει ιδιαίτερα ευεργετική επίδραση στα άτομα με νευρωτική μορφή τραυλισμού. (Beliakova-Ivanovna, 2002)

Μέθοδος των Βιοενεργητικών σημείων (ΒΕΣ)

Βασικοί τρόποι μασάζ στα ΒΕΣ.

1.Χάιδεμα:Με ένα από τα τρία μεσαία δάχτυλα. Κάνει κυκλικές κινήσεις προσέχοντας να μην μετατοπίσει του μύες. Οι κινήσεις εκτελούνται αργά αλλά σταθερά. Αυτό βοηθάει στη χαλάρωση των μυών.

2.Μάλαξη: Κάνει κυκλικές κινήσεις πάνω σε ένα σημείο ασκώντας πίεση και χωρίς να σηκωθεί το δάκτυλο από το σημείο αυτό. Οι κινήσεις περιλαμβάνουν 30-60 στροφές το λεπτό.

Η επίδραση στα σημεία αυτά γίνεται με τον εξής τρόπο: Πιέζει το σημείο με το δάκτυλο ελαφρώς. Οι κυκλικές κινήσεις πρέπει να είναι αργές, ελαστικές και με την φορά των δεικτών του ρολογιού. Αυτό γίνεται για 30 περίπου δευτερόλεπτα και βαθμιαία αυξάνει την πίεση. Ύστερα ελαττώνει πάλι αργά την πίεση. Κρατά το δάκτυλο σταθερό στο σημείο και κάνει στάση για 1-2 δευτερόλεπτα. Επαναλαμβάνει τις κινήσεις 3 – 4 φορές έτσι ώστε οι πιέσεις σε ένα ΒΕΣ να μπορεί να διαρκέσουν 3-5 λεπτά. Αφού απομακρύνει το δάκτυλο από το σημείο στο δέρμα του παιδιού δεν πρέπει να έχει σχηματιστεί σημάδι. Ακολούθως θα γίνει περιγραφή ΒΕΣ:

•Σύμπλεγμα ΒΕΣ 1: μείωση της έντασης των αρθρωτικών μυών

A. Το σημείο ανάμεσα στο πάνω χείλος και το χώρισμα των ρουθουνιών.

B. Το σημείο το οποίο βρίσκεται ανάμεσα στο κάτω χείλος και στο σαγόι.

Γ. Το σημείο που βρίσκεται 1cm δίπλα από την γωνία ένωσης των χειλιών.

•Σύμπλεγμα ΒΕΣ 2: συνδέεται με την κατάσταση των μυών του φάρυγγα και του λάρυγγα.

A. Το σημείο βρίσκεται ανάμεσα στο υοειδές οστό και το θυρεοειδή.

B. Το σημείο βρίσκεται περίπου 0,7cm επάνω από υπερστερνίδιο διάστημα.

•Σύμπλεγμα ΒΕΣ 3: συνδέεται με την χαλάρωση των μυών του φάρυγγα, του λάρυγγα και της βάσης της γλώσσας. Το μασάζ γίνεται πολύ προσεκτικά επειδή παρουσιάζονται δυσάρεστες αισθήσεις. Το σημείο βρίσκεται στην κεντρική κάθετη γραμμή του λαιμού, πάνω από το υοειδές οστό.

•Σύμπλεγμα ΒΕΣ 4: μείωση της έντασης της κάτω γνάθου. Το σημείο βρίσκεται στη μέση του πηγουνιού.

•Σύμπλεγμα ΒΕΣ 5: μείωση των μυών της κάτω γνάθου.

A. Το σημείο βρίσκεται μπροστά από τον τράγο του αυτιού.

B. Το σημείο βρίσκεται μπροστά από το λοβό του πτερυγίου του αυτιού.

•Σύμπλεγμα ΒΕΣ 6: μείωση της έντασης των μυών της ωμοπλάτης και ρύθμιση της αναπνοής.

A. Το σημείο βρίσκεται 8-10 από κάτω από το στερνικό άκρο της κλείδας.

B. Το σημείο βρίσκεται στο κέντρο της απόστασης των θηλών του στήθους.

Γ. Το σημείο αυτό μπορεί να βρει στο βαθούλωμα που δημιουργείται όταν γέρνει τους ώμους μπροστά.

•Σύμπλεγμα ΒΕΣ 7: βοηθάει του φωνητικούς μυς και αυξάνει την ικανότητα εργασίας μετά από πνευματική κόπωση.

A. Το σημείο αυτό βρίσκεται στο πόδι, δύο δάκτυλα κάτω από την ένωση του μακρού περνιαίου μύα με τον πρόσθια κνημιαίο μύα.

B. Το σημείο αυτό βρίσκεται ανάμεσα στο πρώτο και δεύτερο μετακάρπιο οστό του χεριού (πιο κοντά στο κέντρο του δευτέρου μετακάρπιου οστού). Προβλέπει την επίδραση στο «σημείο ζωής».

•Σύμπλεγμα ΒΕΣ 8: το σημείο αυτό βρίσκεται στην κορυφή του κεφαλιού στο κέντρο της οβελιαίας ραφής. Για να το βρει ακριβώς φέρει νοητή γραμμή, από το αυτί στη κορυφή του κρανίου.

Όταν κάνεις τέτοιου είδους μασάζ πρέπει να έχει υπόψη τα εξής:

1.Όταν ξεκινά η θεραπεία με το μασάζ, δεν ξεπερνάμε τα 3-4 σημεία. Σταδιακά αυξάνει τα σημεία.

2.Στα συμμετρικά σημεία κάνει ταυτόχρονα μασάζ και με τα δύο χέρια.

3.Αυτού του είδους το μασάζ συνίσταται να συνδυάζεται με το κλασικό μασάζ.

4.Κατά κανόνα το μασάζ είναι το στάδιο προετοιμασίας για τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες. Σπάνια γίνεται στο τέλος τις συνεδρίας.

5.Συνιστά το μασάζ να γίνεται με την ακόλουθη σειρά: Μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης σειράς συνεδριών, διάλειμμα δύο εβδομάδων – μεταξύ της δεύτερης και τρίτης σειράς συνεδριών, διάλειμμα περίπου 3 μηνών. Οι σειρές συνεδριών επαναλαμβάνονται κάθε 3-6 μήνες. Το μασάζ πρέπει να γίνεται μέρα παρά μέρα. Το διάλειμμα μεταξύ των συνεδριών του μασάζ δεν πρέπει να ξεπερνά τις 3 μέρες.

6.Στη διάρκεια του μασάζ το παιδί πρέπει να είναι χαλαρό και ήρεμο. Το μασάζ των ΒΕΣ συνίσταται να γίνεται μαζί με ασκήσεις χαλάρωσης και αυτογενούς άσκησης. Για καλύτερη απόδοση χρησιμοποιείται κατάλληλη μουσική. (Beliakova-Ivanovna, 2002)

Ασκήσεις αναπνοής

Πριν να αρχίσουν οι ασκήσεις της αναπνοής, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να χαλαρώσουν όλα τα μέλη του σώματός και να διωχθεί από το μυαλό του ασθενή κάθε άσχετη σκέψη με τη λειτουργία τις αναπνοής.

Η αναπνοή είναι η σημαντικότερη λειτουργία του ανθρωπίνου οργανισμού που χωρίζεται σε δύο στάδια: α) την εισπνοή και β) την εκπνοή. Το πρώτο στάδιο της αναπνοής είναι η εισπνοή. Κατά την διάρκεια που ο ασθενής εισπνέει σταυρώνει συγχρόνως τα χέρια του στο ύψος των ώμων, με χαλαρωμένες τις παλάμες του (χωρίς σφίξιμο), ώστε η παλάμη του δεξιού

του χεριού ν' ακουμπήσει ελαφρά τον αριστερό του ώμο και η παλάμη του αριστερού του χεριού ν' ακουμπήσει τον δεξιό του ώμο. Αυτό γίνεται για να είναι οι πνεύμονές του πιο ελεύθεροι και να χωρέσουν σε κάθε εισπνοή περισσότερα κυβικά αέρος, κάνοντας κάμψη του κορμού προς τα εμπρός και κάτω, λυγίζοντας ελαφρά τα γόνατα, όση ώρα διαρκεί η εισπνοή. Το δεύτερο στάδιο της αναπνοής είναι η εκπνοή, συγχρόνως με την εκπνοή ανοίγει τα χέρια του στα πλάγια σε έκταση και σφίγγει το διάφραγμα με τους μυς της κοιλιάς προς τα μέσα κι επάνω σηκώνοντας τον κορμό του τεντωμένο σε ανάταση, ισιώνοντας και τα γόνατα, όση ώρα διαρκεί η εκπνοή. (Ονούφριο, 2000)

Τα άτομα με τραυλισμό τις περισσότερες φορές χρειάζονται αναπνευστικές ασκήσεις για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα του τραυλισμού. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού διαταράσσουν αρκετές φορές την λειτουργία τις αναπνοής. Η πραγματώσει του έναρθρου λόγου εξαρτάται πολύ από τον τρόπο που χρησιμοποιούν τον αέρα που αναπνέουν. Αυτό δεν ισχύει μόνο στην πραγμάτωση του λόγου αλλά και σε διάφορες δραστηριότητες όπως το περπάτημα κ.τ.λ. Πριν αρχίσουν οι αναπνευστικές ασκήσεις γίνεται σωστή τοποθέτηση τις στάσης του σώματος, χαλάρωση των ώμων, και σωστή τοποθέτηση του κεφαλιού στην φυσιολογική ίσια θέση. (Ανδρέου, 2010) Κάποιες από τις ασκήσεις αναπνοής είναι:

- Εισπνέει αργά από την μύτη και εκπνέει αργά από το στόμα.
 - Εισπνέει από την μύτη και εκπνέει διακεκομμένα από το στόμα (αρχικά σε δύο φάσεις, μετά σε τρεις, τέσσερις κ.λπ.).
 - Εισπνέει διακεκομμένα σε δύο ή τρεις φάσεις από την μύτη και εκπνέει αργά από το στόμα.
 - Εισπνέει διακεκομμένα από την μύτη και εκπνέει διακεκομμένα από το στόμα.
 - Εισπνέει με τα χέρια να βρίσκονται στη θέση της ανάτασης, και εκπνέει κατεβάζοντας τα αρμονικά, ενώ μετρά αρχικά μέχρι το 1 μετά μέχρι το 2,3 κ.λπ.
 - Εισπνέει και γεμίζει τα μάγουλα του με αέρα και ακολουθεί απότομη έξοδος του αέρα από το στόμα.
 - Εισπνέει και στην συνέχεια εκπνέει μελωδικά και παρατεταμένα τα φωνήεντα.
- (Ανδρέου, 2010)

Η άσκηση τις χήνας: Η άσκηση αυτή εφαρμόζεται συνήθως στα παιδιά. Το παιδί βρίσκεται ξαπλωμένο και του τοποθετείται μία πλαστική χήνα πάνω στην κοιλία, την οποία κρατάει με τα δάχτυλα του. Στην συνέχεια του λέμε μια ιστορία για μια χήνα που κάνει τη βόλτα στη λίμνη και κάθε τόσο φυσάει αέρας. Επειδή η χήνα είναι έξυπνη και δεν θέλει να βρέξει τα φτερά τις, προσπαθεί να προφυλαχθεί κινούμενη από το ένα κύμα στο άλλο. Στην πράξη αυτό σημαίνει:

1. Εκπνοή–φυσάει αέρα–κοίλανση του κοιλιακού τοιχώματος. Η χήνα κατεβαίνει από το ένα κύμα στο άλλο.

2. Άμεση εισπνοή–κύρτωση του κοιλιακού τοιχώματος. Η χήνα ανεβαίνει στην κορυφή του κύματος.

3. Κράτημα αναπνοής στην εισπνοή–το κοιλιακό τοίχωμα παραμένει κυρτό. Η χήνα κάνει τη βόλτα τις. Το παιδί μπορεί να στριφογυρίσει τη χήνα δύο με τρεις φορές, μέχρι να ξαναρχίσει ο κύκλος της.

Η άσκηση του τοξότη κενταύρου: Σε αυτή την άσκηση ο ασθενής στέκεται όρθιος σαν να απευθύνεται σε κάποιον και βγάζει συνεχή φυσημάτα μικρής διάρκειας με το ένα χέρι να ακουμπά το θώρακα και το άλλο την κοιλιά. Αυτά τα «μηνύματα» τα κατευθύνει με τα μάτια του προς ένα φανταστικό στόχο (π.χ. μια βάρκα με πανιά στη θάλασσα). Έχει μεγάλη σημασία ο ασθενής να «ζει» την άσκηση, να την εκτελεί σαν να πρόκειται πράγματι να μεταδώσει ένα μήνυμα σε κάποιον. Δεν αρκεί να λειτουργεί την κοιλιά: η λειτουργία αυτή πρέπει να έχει μια λογική, τη λογική του μηνύματος. Όταν γίνει αυτόματη στην καθημερινή ομιλία, ο ασθενής θα αντικαταστήσει τη βάρκα με το πρόσωπο. Ο ασθενής κάνει τρεις πνοές, φυσημάτα, εκπνοές, κοιλιακές, μεταξύ των οποίων μεσολαβούν 1 έως 2 δευτερόλεπτα. Αυτά τα φυσημάτα υλοποιούνται με ένα θόρυβο σαν «σςς» που βγαίνει από το στόμα.

Η αναπνοή του σκαντζόχοιρου: Ο ασθενής βλέπει την κοιλιά του και το θώρακα του μέσα από το καθρέφτη. Το ένα του χέρι είναι τοποθετημένο στην κοιλιά του σε σχήμα καμπάνας (ακουμπούν μόνο τα δάκτυλά) και το άλλο στο θώρακα. Η άσκηση πραγματοποιείται με τρεις διαδοχικές εισπνοές μικρής διάρκειας από το στόμα, την καθεμία από τις οποίες ακολουθεί μια παθητική εκπνοή. Η περίοδος ηρεμίας μεταξύ των τριών φυσημάτων είναι περίπου 1–2 δευτερόλεπτα.

Η αναπνοή του δράκου: Ο ασθενής εισπνέει από το στόμα κάνοντας θόρυβο που μοιάζει με «ανάποδο φ» και αμέσως εκπνέει με θόρυβο που ακούγεται σαν «σςς». Μετά την εκπνοή ακολουθεί μια περίοδος ηρεμίας διάρκειας 1–2 δευτερόλεπτων. Η αναπνοή εκτελείται τρεις φορές, με τον ασθενή να ελέγχει τη θέση του μεταξύ τις κάθε σειράς. (Εξαρχάκος, 2001)

Κανόνες σωστής ομιλίας

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

- Αργή και σταθερή ομιλία.
- Οι προτάσεις δεν πρέπει να είναι αρκετά μεγάλες.
- Ο εκπνεόμενος αέρας πρέπει να κατανέμεται ομοιόμορφα στις λέξεις που προφέρουν.
- Με το τέλος της πρότασης πρέπει να παίρνουν μια νέα και αργή εισπνοή.
- Μείωση του φόβου του τραυλισμού κατά την διάρκεια της ομιλίας. (Ανδρέου, 2010)

Κανόνες για την αντιμετώπιση του τραυλισμού

Ο λογοθεραπευτής πρέπει να εξασκήσει αρκετές φορές το άτομο με τραυλισμό στους κανόνες αντιμετώπισης έτσι ώστε να μπορεί να τις εφαρμόζει σωστά και γρήγορα. Όταν το άτομο με τραυλισμό αισθανθεί ότι θα τραυλίσει πρέπει να:

- Σταματήσει κάθε προσπάθεια για ομιλία
- Να εκπνεύσει τον αέρα που έχει μέσα του
- Να χαλαρώσει
- Να πάρει νέα αναπνοή
- Να επαναλάβει σιωπηλά τη λέξη ή τη συλλαβή που τον δυσκόλεψε και στην εκπνοή να την προφέρει μελωδικά και παρατεταμένα π.χ.(κηηηηήπος).

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

Ασκήσεις ανάγνωσης

Η άσκηση αυτή εφαρμόζεται σε παιδιά σχολικής ηλικίας που έχουν την ικανότητα να διαβάζουν. Δίνεται στο παιδί ένα κείμενο και καλείται να το διαβάσει με ένα από τους ακόλουθους τρόπους:

- α) Με συλλαβισμό (**Παράρτημα Α.1**)
- β) Διάβασμα λέξη προς λέξη (**Παράρτημα Α.2**)
- γ) Διάβασμα κατά μικρά τμήματα (**Παράρτημα Α.3**)
- δ) Διάβασμα με παρατεταμένη την προφορά των φωνηέντων (**Παράρτημα Α.4**)
- ε) Αργό διάβασμα κειμένου με ταυτόχρονο γράψιμο των λέξεων στον αέρα (**Παράρτημα Α.5**) (Ανδρέου, 2010)

Μίμηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού

Το παιδί καλείται να μιμείται τα συμπτώματα του όταν τραυλίζει και ταυτόχρονα να εφαρμόζει και τους κανόνες αντιμετώπισης του τραυλισμού. Δίνει ένα κείμενο στο παιδί στο οποίο θα μιμείται στους φθόγγους /k/ και /v/ ότι τραυλίζει στην πραγματικότητα και θα

προσπαθεί να εφαρμόζει και τους κανόνες αντιμετώπισης του τραυλισμού. Αυτή η διαδικασία μπορεί να γίνει και με μικρότερα παιδιά παρέχοντας του τις εικόνες στις οποίες πρέπει να τραυλίζει σκόπιμα .

Συστηματική απευαισθητοποίηση

Ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα σε κάποιες καταστάσεις όταν κάποιο ερέθισμα συνδέεται με ασυνήθιστα υψηλά επίπεδα άγχους. (Wolpe, 1958) Ωστόσο αν το άτομο μπορούσε να αλλάξει την αντίδραση του σε αυτό το ερέθισμα, θα μπορούσε να μειώσει και τα συμπτώματα του τραυλισμού. Με άλλα λόγια αν μειωθούν τα συμπτώματα θα εξασθενήσει η σύνδεση ανάμεσα στο ερέθισμα και τη φοβική αντίδραση. Η εφαρμογή της αρχής αυτής προϋποθέτει να βρεθεί το άτομο σε μια τέτοια συναισθηματική κατάσταση η οποία να διευκολύνει τον περιορισμό του άγχους, όπως συμβαίνει, για παράδειγμα, σε κατάσταση χαλάρωσης. Στη συνέχεια, το άτομο καλείται να φανταστεί το φοβικό ερέθισμα με διάφορους τρόπους, ξεκινώντας από αυτόν που του προκαλεί το λιγότερο άγχος και προχωρώντας σε τρόπους όπου αναμένεται σταδιακή αύξηση του άγχους (π.χ. τηλεφωνική επικοινωνία). (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006)

Αυθυποβολή

Το άτομο που τραυλίζει επιλέγει μια πρόταση, που αντιπροσωπεύει την επιθυμία που έχει να απαλλαγεί από τα συμπτώματα του τραυλισμού όπως για παράδειγμα «Σήμερα μιλάω καλύτερα» ή «Σήμερα θα τραυλίσω λιγότερο έντονα», ή «Έχω ισχυρή θέληση, μπορώ και θέλω να μιλάω με σταθερό ρυθμό» κ.λ.π. Το άτομο αν θέλει μπορεί να δημιουργήσει δικές του προτάσεις ανάλογα με τις ανάγκες του. Κάθε πρόταση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται μερικές φορές την ημέρα, όταν δηλαδή το άτομο ασχολείται με τις καθημερινές του δραστηριότητες. Επίσης μπορεί να τις επαναλαμβάνει μερικές φορές νοερά όταν το άτομο ξεκουράζεται. Η διάρκεια της άσκησης θα ήταν καλό να αρχίσει με συνολικό χρόνο δέκα λεπτά. Ο χρόνος της πρέπει να αυξάνεται σταδιακά μέχρι να φτάσει τα 30 λεπτά. Έτσι το άτομο λόγω της μεγαλύτερης αισιοδοξίας που παρουσιάζει μπορεί να επιτευχθεί σταδιακή υποχώρηση μερικών συμπτωμάτων. (Ανδρέου, 2010)

Μέθοδοι που βασίζονται στις αρχές της συντελεστικής μάθησης

Αυτοί οι μέθοδοι διατυπώθηκαν από τον Skinner και τους συνεργάτες του (Martin, 1993). Οι τεχνικές που δημιουργήθηκαν μέσα στα πλαίσια της μεθόδου αυτής, στόχευαν στην εξάλειψη του τραυλισμού μέσω «τιμωρίας», που μπορούσε να εφαρμοστεί σταδιακά με συγκεκριμένη λεκτική επίπληξη προς το άτομο ή με τη χρήση κάποιου ενοχλητικού θορύβου

όταν το άτομο τραυλίζει. (Ανδρέου, 2010) Η αντιμετώπιση του τραυλισμού μπορεί να ελεγχθεί με αυτό τον τρόπο, τουλάχιστον προσωρινά. (Flanagan et al., 1958 Goldiamond, 1965 Martin et al., 1972) Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί επιφυλάξεις για τη χρήση αυτών των μεθόδων, καθώς η συνεχής επισήμανση σε ένα άτομο ότι τραυλίζει προκαλεί επιδείνωση και όχι μείωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού. (Silverman, 2004)

Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση

Τα περισσότερα άτομα με τραυλισμό μπορούν να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τα συμπτώματά τους όταν παρέχεται τεχνητά καθυστερημένη ηχητική ανατροφοδότηση τις ομιλίας για 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου. (Andrews et al., 1983 Goldiamond, 1965) Η συσκευή αυτού του είδους μοιάζει με μικρό κασετόφωνο με ακουστικά, το οποίο ο πάσχων μπορεί να το μεταφέρει πάντα μαζί του. (Ανδρέου, 2010) Η ικανότητα της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης να μειώνει το τραύλισμα, παρατηρήθηκε αρχικά το 1950.

Το άτομο που μιλά υπό την επίδραση της καθυστερημένης ηχητικής ανατροφοδότησης, ο ρυθμός της ομιλίας του τείνει να είναι πιο αργός και η εκφορά των ήχων και των συλλαβών πιο παρατεταμένη. Αξίζει να σημειωθεί πως η έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των συσκευών αυτών συνεχίζεται και υπάρχουν διχογνωμίες για την πραγματική ωφέλεια που μπορούν να προσφέρουν μακροπρόθεσμα τις διάφορες μορφές τραυλισμού. Οι συσκευές παρουσιάζουν σημαντικό πλεονέκτημα καθώς τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σχεδόν αθέατες και μοιάζουν με μικρά ακουστικά βαρηκοΐας, πράγμα που ενθαρρύνει το άτομο να αποδεχτεί ευκολότερα τη συσκευή. Αντίθετα πολλοί ερευνητές επισημαίνουν ότι ο αργός και παρατεταμένος τρόπος ομιλίας που προκύπτει από την χρήση αυτής της μεθόδου, είναι αφύσικος και περίεργος, με αποτέλεσμα οι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτόν να είναι πολύ πιο αρνητικές από ότι στον τραυλισμό. (Franken et al., 1992 Onslow et al., 1996)

Ομιλία με την βοήθεια μετρονόμου

Ο ρυθμικός τρόπος ομιλίας αποτελεί μια παλαιά τεχνική που έχει επανέλθει με την εξέλιξη της τεχνολογία. Τα άτομα με τραυλισμό παρουσιάζουν καλύτερη ευχέρεια λόγου, όταν τους προσφέρεται η δυνατότητα να συγχρονίζουν την ομιλία τους με τους χτύπους του μετρονόμου (μια λέξη ή μια συλλαβή ανά χτύπο). (Brady, 1971 Meyer & Mair, 1963) Ο μετρονόμος είναι μια μικρή ηλεκτρονική συσκευή, η οποία, μπορεί να φορεθεί πίσω από το αφτί. Το άτομο μπορεί να εκπαιδευτεί στη ρυθμική ομιλία ακόμη και χωρίς τη χρήση της συσκευής. (Andrews & Harris, 1964) Θετικά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί από τη χρήση και των δυο μεθόδων, αν και η αποτελεσματικότητά τους φαίνεται να αποδυναμώνεται με το πέρασμα του χρόνου. Οι αντιδράσεις των ακροατών στον ασυνήθιστο τρόπο ομιλίας δεν είναι

καλύτερες απ' ότι στον τραυλισμό, ιδιαίτερα όταν ο τραυλισμός είναι ήπιος μορφής. (Mallard & Meyer, 1979 Silverman & Trotter, 1973)

Ομιλία με την βοήθεια συσκευής επικαλυπτόμενου ήχου

Τα άτομα με τραυλισμό παρουσιάζουν βελτίωση στην ευχέρεια του λόγου όταν τους χορηγείται δυνατός θόρυβος κατά την διάρκεια των συμπτωμάτων. (Cherry & Sayers, 1956) Η συσκευή φοριέται όπως τα ακουστικά στα αυτιά και διαθέτει διακόπτη, τον οποίο το άτομο έχει την δυνατότητα να ενεργοποιεί όταν αναμένει ότι θα τραυλίσει. (Trotter & Lesch, 1967 Trotter & Silverman, 1973) Μια παρόμοια συσκευή είναι η Edinburgh Masker, η οποία διαθέτει επιπλέον δυνατότητες αυτόματης λειτουργίας και έτσι μπορεί να ενεργοποιείται μόνη της κάθε φορά που ανιχνεύει την έναρξη της ομιλίας, ενώ τίθεται και πάλι αυτόματα εκτός λειτουργίας με την παύση της ομιλίας. (Carlisle, 1985 Ingham, 1993) Έχει διαπιστωθεί ότι η συσκευή αυτή παρουσιάζει και κάποια μειονεκτήματα, μικρή απώλεια ακοής καθώς και κατά την διάρκεια των τηλεφωνικών συνδιαλέξεων παρουσιάζεται ελαχιστοποίηση της αποτελεσματικότητας τους. (Perkins & Curlee, 1969) Οποιαδήποτε συσκευή θα αποβεί προς όφελος του χρήστη, μόνο εάν αφήσει τον εαυτό του να τη δεχτεί. Δεν πρέπει να θεωρηθεί ως ολοκληρωτική θεραπεία, αλλά ως ένα εργαλείο που θα βοηθήσει στην μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής σε συνδυασμό πάντοτε με τις θεραπευτικές μεθόδους. (Ανδρέου, 2010)

ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE

Σύνοψη του προγράμματος Lidcombe

Το πρόγραμμα Lidcombe είναι μια συμπεριφορική θεραπεία για παιδιά προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό. Σε αυτό το πρόγραμμα, ο γονέας ή κάποιο άλλο σημαντικό πρόσωπο στη ζωή του παιδιού παρέχει τη θεραπεία στην καθημερινή ζωή του παιδιού. Ο γονέας μαθαίνει πώς να το κάνει αυτό στις εβδομαδιαίες επισκέψεις με το παιδί στο λογοθεραπευτή. Κατά τις επισκέψεις αυτές, ο λογοθεραπευτής εκπαιδεύει το γονέα πως να κάνει τη θεραπεία και πως να κάνει τις καθημερινές μετρήσεις της σοβαρότητας του τραυλισμού. Οι μετρήσεις των γονέων, μαζί με εκείνες που λαμβάνονται από το λογοθεραπευτή κατά τις επισκέψεις στην κλινική, κατευθύνει τη συμπεριφορά του προγράμματος. Σε αυτές τις εβδομαδιαίες επισκέψεις ο λογοθεραπευτής παρακολουθεί και κατευθύνει την θεραπεία και εξασφαλίζει ότι είναι μια θετική και ευχάριστη εμπειρία για το παιδί. Το πρόγραμμα διεξάγεται σε δύο στάδια. Κατά τη διάρκεια του σταδίου 1, ο γονέας και το παιδί επισκέπτονται τη κλινική μία φορά την εβδομάδα και ο γονέας παρέχει την θεραπεία στη καθημερινότητα του παιδιού. Όταν το τραύλισμα του

παιδιού φτάσει σε πολύ χαμηλό επίπεδο, το δεύτερο στάδιο ξεκινά. Κατά τη διάρκεια του σταδίου 2, ο λογοθεραπευτής παρέχει την θεραπεία λιγότερο συχνά και το παιδί και ο γονέας επισκέπτονται τη κλινική λιγότερο συχνά, σε μια περίοδο μηνών ή ετών, υπό την προϋπόθεση ότι το χαμηλό επίπεδο τραυλισμού του έχει επιτευχθεί στο τέλος του σταδίου 1 και διατηρείται. Το πρόγραμμα Lidcombe έχει ορισμένα θεμελιώδη στοιχεία.

Ωστόσο, η εφαρμογή των εν λόγω στοιχείων είναι ατομική για κάθε παιδί. Το πρόγραμμα είναι βασισμένο σε αποτελεσματική μεθοδολογία και τα παιδιά δεν διδάσκονται να χρησιμοποιούν πρότυπο διαφορετικής ομιλίας. Οι γονείς δεν παροτρύνονται να αλλάξουν το περιβάλλον του παιδιού με στόχο τη διευκόλυνση της ευφράδειας. Ωστόσο, οι γονείς πρέπει να προσαρμόσουν τη ρουτίνα της οικογένειας κατά τη διάρκεια των δομημένων συζητήσεων θεραπείας, όταν αυτό θεωρείται αναγκαίο για την επιτυχή υλοποίηση του προγράμματος.

Βασικά στοιχεία του προγράμματος Lidcombe

Προφορικές Φράσεις των Γονέων

Στο πρόγραμμα σημαντικό ρόλο παίζουν και οι προφορικές φράσεις των γονέων. Μετά την ομιλία χωρίς τραυλισμό, ο γονέας μπορεί (1) να αναγνωρίσει αυτή την απάντηση (π.χ. ομαλή ομιλία), ή (2) να επιβραβεύσει την απάντηση (π.χ. μπράβο τέλεια ομιλία), ή (3) να ζητήσει από το παιδί να αξιολογήσει την απάντηση του (π.χ. Ήταν καλή η ομιλία σου;). Μετά το τραύλισμα, ο γονέας μπορεί να (1) αναγνωρίσει την απάντηση (π.χ. άκουσα ένα βουναλάκι) ή (2) να ζητήσει από το παιδί να διόρθωση την απάντηση (π.χ. Μπορείς να το επαναλάβεις αυτό πάλι;). Οι προφορικές φράσεις θα πρέπει να δοθούν το συντομότερο δυνατό μετά την απάντηση (ομιλία χωρίς τραυλισμό ή με τραύλισμα) και με τέτοιο τρόπο, ώστε το παιδί να μπορεί να τις ακούει. Στην περίπτωση που ο γονιός αναγνωρίζει δυσκολίες στην ευχέρεια του λόγου, χρησιμοποιεί μια ουδετερότητα και όχι αυστηρό τόνο στη φωνή. Ο λόγος των προφορικών φράσεων στην ομιλία χωρίς τραυλισμό και στην ομιλία με τραυλισμό καθορίζονται από τον κλινικό και το γονιό, κατά περίπτωση για κάθε παιδί. Ωστόσο, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι το πρόγραμμα Lidcombe είναι μία θετική εμπειρία για το παιδί, το μεγαλύτερο μέρος των προφορικών φράσεων από τους γονείς είναι όταν έχουν ομιλία χωρίς τραυλισμό και όχι με το τραύλισμα. Οι προφορικές φράσεις των γονέων που δίνονται παραπάνω είναι μόνο παραδείγματα, και οι γονείς ενθαρρύνονται να διαφοροποιούν τις φράσεις που χρησιμοποιούν. Είναι σημαντικό, το είδος και η συχνότητα των προφορικών φράσεων να είναι εξατομικευμένες για κάθε παιδί.

Ο γονέας μπορεί να δώσει τις προφορικές φράσεις, όταν το παιδί μπορεί αυθόρμητα και σωστά να αξιολογεί τότε δεν τραυλίζει. Δηλαδή όταν το παιδί λέει, « αυτή ήταν καλή συνομιλία

έτσι δεν είναι;», ή όταν το παιδί διορθώνει αυτόματα τον τραυλισμό. Ωστόσο, αυτές οι απαντήσεις δεν θεωρούνται απαραίτητες στο πρόγραμμα.

Ο γονέας έχει εκπαιδευτεί να βαθμολογεί τη σοβαρότητα του τραυλισμού του παιδιού. Η βαθμολογία γίνεται με κλίμακα αξιολόγησης της σοβαρότητας (SR) μέχρι το 10, όπου 1= «καλή ροή», 2= «εξαιρετικά μαλακό τραύλισμα », και 10 = «εξαιρετικά σοβαρό τραύλισμα ». Δηλαδή, κάθε μέρα ο γονιός αποδίδει ένα σκορ από το 1–10 για το τραύλισμα του παιδιού για εκείνη την ημέρα, είτε για το σύνολο της ημέρας ή για μια συγκεκριμένη ομιλία που συνέβη εκείνη την ημέρα, την ώρα του φαγητού.

Οι γονείς αρχίζουν να μαθαίνουν πώς να κάνουν αξιολόγηση στην σοβαρότητα του τραυλισμού κατά την πρώτη εβδομαδιαία κλινική επίσκεψη. Η συμφωνία μεταξύ των γονέων και του λογοθεραπευτή γίνεται στη κλινική. Μετά την μέτρηση των συλλαβών, ο λογοθεραπευτής δίνει ένα παράδειγμα αξιολόγησης και ζητά από το γονέα να κάνει το ίδιο. Ο λογοθεραπευτής και ο γονιός συγκρίνουν τις επιδόσεις και συζητούν τυχόν αποκλίσεις. Συγκρίνουν και συζητούν το βαθμό αξιολόγησης και με αυτόν τον τρόπο συνεχίζεται σε κάθε κλινική επίσκεψη μέχρι να υπάρξει λογική συμφωνία των αξιολογήσεων μεταξύ του γονιού και του λογοθεραπευτή. «Λογική συμφωνία» είναι όταν η βαθμολογία του γονιού και του λογοθεραπευτή δεν διαφέρουν κατά τιμή περισσότερες από μία κλίμακα.

Εβδομαδιαίες Επισκέψεις στη Κλινική

Κατά το πρώτο στάδιο του προγράμματος, ο γονέας και το παιδί παρουσιάζονται στην κλινική μία φορά την εβδομάδα για διάστημα μεταξύ 45 λεπτών και μιας ώρα. Οι διαδικασίες για αυτές τις επισκέψεις περιγράφονται στο τρίτο μέρος.

Θεραπεία σε Δομημένες και Αδόμητες Συζητήσεις

Σε όλη την διάρκεια του προγράμματος ο γονιός διεξάγει τη θεραπεία του παιδιού καθημερινά στο περιβάλλον του. Η θεραπεία αποτελείται από τις προφορικές φράσεις των γονιών, οι οποίες δίνονται κατά τη διάρκεια των συνομιλιών με το παιδί. Κατά την έναρξη του σταδίου 1, η θεραπεία δίνεται κατά τη διάρκεια δομημένων συνομιλιών των 10-15 λεπτών. Αυτές οι συζητήσεις είναι δομημένες από το γονέα έτσι ώστε το παιδί να τραυλίζει περιστασιακά. Αν, σε μια εξαιρετικά ασυνήθιστη περίπτωση, ένα παιδί δεν είναι σε θέση να παράγει ομιλία χωρίς τραυλισμό κατά τη διάρκεια κατάλληλων δομημένων συζητήσεων, το πρόγραμμα lidcombe ίσως δεν είναι η κατάλληλη θεραπεία σε μια πρώτη φάση. Οι θεραπευτικές συνομιλίες διεξάγονται τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, και μερικές φορές πιο συχνά, εάν απαιτείται. Μόλις ο λογοθεραπευτής παρατηρήσει ότι η μητέρα βοηθά σωστά και με ασφάλεια η θεραπεία αποσύρεται σταδιακά κατά το στάδιο 2.

Προγραμματισμένη Συντήρηση

Η απόδοση εξαρτάται από τη φάση συντήρησης, στο στάδιο 2, είναι σχεδιασμένα για να διατηρούν το χαμηλό επίπεδο του τραυλισμού που έχει επιτευχθεί κατά το στάδιο 1. Το παιδί και ο γονιός επισκέπτονται τη κλινική όλο και πιο λίγο, δεδομένου ότι το επίπεδο του τραυλισμού παραμένει σε χαμηλά επίπεδα.

Η διαδικασία του προγράμματος Lidcombe

Αυτή η ενότητα περιγράφει την εφαρμογή των βασικών χαρακτηριστικών του προγράμματος.

Αξιολόγηση

Οι γονείς κατά την πρώτη επίσκεψη καλούνται να φέρουν καταγραμμένο το οπτικοακουστικό υλικό όταν το παιδί τους τραυλίζει, στην περίπτωση που το παιδί είναι επιφυλακτικό ή δεν τραυλίζει στη κλινική. Τα ακόλουθα εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης.

(1) Ο λογοθεραπευτής αποκτά πληροφορίες σχετικά με την έναρξη, τη φύση και την πορεία του τραυλισμού του παιδιού, καθώς και τον αντίκτυπο του τραυλισμού στο παιδί και στην οικογένεια.

(2) Ο λογοθεραπευτής παίρνει σύντομες πληροφορίες για τη φυσική γλωσσική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού, καθώς και για το οικογενειακό περιβάλλον. Αυτές δεν διερευνώνται σε βάθος, εκτός εάν επιθυμεί ο γονέας να συζητήσει. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αντιμετωπίζονται αργότερα στο πρόγραμμα στην περίπτωση που θεωρείται ότι παρεμποδίζουν την πρόοδο του παιδιού.

(3) Ο λογοθεραπευτής κάνει μια μέτρηση συλλαβών (SS%) στην κλινική.

(4) Ο λογοθεραπευτής αποφασίζει εάν το παιδί έχει τραυλισμό.

(5) Εάν ο λογοθεραπευτής και ο γονέας συμφωνούν ότι το παιδί τραυλίζει τότε ο λογοθεραπευτής παρέχει στο γονέα τις πληροφορίες σχετικά με το τραυλισμό, καθώς και τη καλύτερη στιγμή για να αρχίσει παρέμβαση, δίνει ακόμα και πληροφορίες για την αποκατάσταση χωρίς θεραπεία.

(6) Ο λογοθεραπευτής ενημερώνει το γονέα για το πρόγραμμα Lidcombe καθώς και για το ρόλο των γονέων κατά την εφαρμογή του.

(7) Ο λογοθεραπευτής και ο γονέας αποφασίζουν είτε να αναβάλουν τη θεραπεία και να παρακολουθούν το τραύλισμα του παιδιού, ή να αρχίσουν τη θεραπεία.

Στάδιο 1

Κατά τη διάρκεια του σταδίου 1, ο γονέας και το παιδί επισκέπτονται την κλινική μία φορά την εβδομάδα. Οι ακόλουθες εκδηλώσεις θα έπρεπε κανονικά να αναμένονται να συμβούν κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στη κλινική:

- Ο λογοθεραπευτής μέτρα το ποσοστό ανά συλλαβή (% SS), ενώ ο γονέας ή / ο λογοθεραπευτής συνομιλεί με το παιδί.
- Ο λογοθεραπευτής ελέγχει την αξιολόγηση (SR) του γονέα, ζητώντας από το γονέα να αξιολογήσει την συζήτηση του παιδιού με το λογοθεραπευτή.
- Ο γονέας παρέχει αναφορές για την κλίμακα αξιολόγησης (SR) για κάθε ημέρα της προηγούμενης εβδομάδας και ο λογοθεραπευτής τα εγγράφει μαζί με το ποσοστό μέτρησης ανά συλλαβή (SS%) στο διάγραμμα του παιδιού.
- Ο λογοθεραπευτής και ο γονέας συγκρίνουν τα αποτελέσματα της κλίμακας αξιολόγησης (SR) για την προηγούμενη εβδομάδα.
- Τα αποτελέσματα από το ποσοστό των συλλαβών (SS%) καθώς και από την κλίμακα αξιολόγησης (SR) χρησιμοποιούνται ως εστία για μια εις βάθος συζήτηση της κλινικής προόδου κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.
- Ο γονέας δείχνει θεραπευτικές διαδικασίες επεξεργασίας που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.
- Ο λογοθεραπευτής και ο γονέας συζητήσουν τις αλλαγές των διαδικασιών για την επόμενη εβδομάδα.
- Ο λογοθεραπευτής δείχνει τις αλλαγές στις διαδικασίες.
- Ο λογοθεραπευτής διδάσκει το γονέα να κάνει την αλλαγή των διαδικασιών.
- Ο λογοθεραπευτής συνοψίζει τι αναμένεται για την επόμενη εβδομάδα.
- Ο λογοθεραπευτής καλεί το γονέα να υποβάλλει ερωτήσεις ή να αναφέρει προβλήματα και ανησυχίες. Επίλυση των προβλημάτων όταν απαιτείται.

Αρχικά στο πρόγραμμα, η θεραπεία χορηγείται για 10-15 λεπτά κάθε μέρα κατά τη διάρκεια της θεραπείας δομημένης συζήτησης. Ο γονέας και παιδί συνήθως κάθονται σε ένα ήσυχο μέρος και συμμετέχουν σε κάποια διαδραστική δραστηριότητα. Ο λογοθεραπευτής καθοδηγεί στη συνέχεια τον γονέα να δώσει τις προφορικές φράσεις. Ο γονέας αρχίζει να το κάνει αυτό, όταν (1) ο γονέας δείχνει ασφαλή και ορθή παράδοση των προφορικών φράσεων σε δομημένες συζητήσεις, και (2) τα επίπεδα της κλίμακας αξιολόγησης κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι γενικά χαμηλά και / ή το τραύλισμα είναι χαμηλό κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μέχρι το τέλος του σταδίου 1, η θεραπεία συνήθως συμβαίνει κατά τη διάρκεια των αδόμητων συνομιλιών.

Όταν το τραύλισμα φτάσει σε πολύ χαμηλό επίπεδο, ο γονιός και το παιδί προχωρούν στο στάδιο 2 του προγράμματος. Τα κριτήρια για την πρόοδο στο στάδιο 2 είναι: (1) το ποσοστό των συλλαβών (SS%) να είναι λιγότερο από 1,0% στο πλαίσιο της κλινικής, και (2) η βαθμολογία της κλίμακας αξιολόγησης (SR) για τις προηγούμενες μια ή δύο εβδομάδες, με τουλάχιστον τέσσερα από αυτά να είναι βαθμολογημένα με ένα. Τα κριτήρια αυτά θα πρέπει να επιτευχθούν για τρεις διαδοχικές επισκέψεις στο λογοθεραπευτή.

Στάδιο 2

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης του προγράμματος Lidcombe ο γονέας μειώνει σταδιακά τη συχνότητα των προφορικών φράσεων, και το παιδί και ο γονέας επισκέπτονται την κλινική όλο και πιο λίγο, υπό την προϋπόθεση ότι το τραύλισμα του παιδιού παραμένει στα χαμηλά επίπεδα που περιγράφονται παραπάνω. Οι δύο πρώτες επισκέψεις στο λογοθεραπευτή είναι σε διάστημα 2 εβδομάδων, οι επόμενες δύο είναι σε απόσταση 4 εβδομάδων, τότε οι επόμενες δύο είναι 8 εβδομάδες πιο μετά, και οι τελευταίες δύο επισκέψεις είναι 16 εβδομάδες αργότερα. Υπάρχει κάποια ευελιξία σε αυτά τα χρονοδιαγράμματα. Αν τα κριτήρια απόδοσης της ομιλίας παρατηρήθηκαν σε μια επίσκεψη, το παιδί προχωρά στην επόμενη προγραμματισμένη επίσκεψη. Εάν τα κριτήρια της ομιλίας δεν πληρούνται καθορίζονται με τον ίδιο τρόπο όπως στο στάδιο 1: ο γονέας παρουσιάζει τα αποτελέσματα από την κλίμακα αξιολόγησης (SR) για κάθε μέρα από την προηγούμενη εβδομάδα, και ο λογοθεραπευτής βρίσκει το ποσοστό ανά συλλαβή (SS) στην κλινική. Σε περίπτωση που το κριτήριο επίδοσης της ομιλίας δεν ικανοποιείται σε καμιά από τις προγραμματισμένες επισκέψεις κατά την διάρκεια του στάδιο 2, ο λογοθεραπευτής αποφασίζει είτε να καθυστερήσουν την εξέλιξη της θεραπείας ή να επιστρέψει στο προηγούμενο στάδιο της θεραπείας. Ο λογοθεραπευτής μπορεί να αποφασίσει την επιστροφή του παιδιού στο στάδιο 1.

Εξατομίκευση του προγράμματος Lidcombe

Ενώ τα στοιχεία που περιγράφονται στο δεύτερο μέρος είναι απαραίτητα για το πρόγραμμα Lidcombe, είναι σημαντικό ότι η εφαρμογή τους πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε παιδί και οικογένεια. Ο λογοθεραπευτής και ο γονιός πρέπει να υιοθετήσουν μια μέθοδο επίλυσης των προβλημάτων έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ότι το πρόγραμμα υλοποιείται με τον καλύτερο τρόπο και ότι παραμένει θετική και ευχάριστη αυτή η διαδικασία για το παιδί. Τα παρακάτω παραδείγματα απεικονίζουν τρόπους με τους οποίους το πρόγραμμα θα μπορούσε να εξατομικεύεται για τα παιδιά και τις οικογένειές τους.

Ηλικία του Παιδιού

Η ηλικία η γνωστική και η γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού θα καθορίσει (1) το είδος της δραστηριότητας που ασκείται κατά τη διάρκεια της δομημένης συνομιλίας, και (2) την διάρκεια της θεραπείας. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι πιο κατάλληλο, για ένα πολύ μικρό παιδί να συμμετάσχει σε μια γενική συζήτηση κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνομιλίας, ενώ το να περιγράφουν εικόνες ή να επαναλαμβάνουν ένα γεγονός μπορεί να είναι καταλληλότερο για ένα μεγαλύτερο παιδί. Μικρότερες θεραπευτικές συνομιλίες μπορεί να είναι πιο κατάλληλες για μικρότερα παιδιά. Η ηλικία του παιδιού μπορεί να επηρεάσει τις προφορικές φράσεις που χρησιμοποιούνται, είναι σημαντικό επειδή (1) το παιδί αντιλαμβάνεται τις φράσεις όταν η ομιλία του είναι χωρίς τραυλισμό ως «επιβράβευση» και (2) οι προφορικές φράσεις για τον τραυλισμό δεν είναι αποδεχτές από το παιδί, γίνονται αντιληπτές ως τιμωρία ή δυσαρέσκεια.

Σοβαρότητα του Τραυλισμού

Όταν το τραύλισμα είναι σοβαρό, οι γονικές δραστηριότητες και συνομιλίες κατά τη διάρκεια τις συνομιλίας επεξεργάζονται ώστε το παιδί να παράγει ομιλία χωρίς τραυλισμό. Δηλαδή, το μεγαλύτερο μέρος της προφορικής θεραπείας του γονιού είναι για ομιλία χωρίς τραυλισμό και όχι για τραύλισμα. Για το σκοπό αυτό, ο γονέας μπορεί να οργανώσει δραστηριότητες, έτσι ώστε το παιδί να παράγει συντομότερες φράσεις οι οποίες είναι πιο πιθανό να είναι απαλλαγμένες από το τραύλισμα. Για παράδειγμα ο γονιός μπορεί να χρησιμοποιεί απλό ερέθισμα με κάρτες που απαιτούν σύντομες προφορικές απαντήσεις αντί να απασχολεί το παιδί σε μια ελεύθερη συνομιλία.

Το πρόγραμμα των επισκέψεων για το στάδιο 2 μπορεί να μεταβληθεί για μεμονωμένες περιπτώσεις. Για παράδειγμα η συχνότητα των επισκέψεων μπορεί να μειωθεί όταν είναι σαφές ότι το παιδί πλέον δεν τραυλίζει καθόλου σε οποιαδήποτε κατάσταση. Ωστόσο, οι επισκέψεις πρέπει να διατηρηθούν κατά το χρονικό διάστημα που προβλέπονται στο στάδιο 2, αν και η συχνότητα των επισκέψεων μπορεί να μειωθεί.

(http://www.ttm-espana.com/archivo/manual_lidcombe_en.pdf)

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Οι τεχνικές αυτές δεν πρέπει να θεωρούνται ότι είναι για αποκατάσταση, αυτό είναι ιδιαίτερα αληθές για τις τεχνικές τροποποίησης του τραυλισμού. Αυτές οι τεχνικές δεν είναι μαγικές, ο λογοθεραπευτής, το παιδί και οι γονείς θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι δεν μπορούν να εγγραφούν ένα λόγο με καλύτερη ροή. Όταν εκτελούνται με ένα θεραπευτικό

τρόπο, οι παύσεις και οι ακυρώσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές στο να βοηθήσουν και να διευκολύνουν το παιδί να αλλάξει τον τραυλισμό.

Κάποιοι λογοθεραπευτές δεν εφαρμόζουν τις τεχνικές που περιγράφονται πιο κάτω, εξαιτίας της τάσης που υπάρχει να τις χρησιμοποιούν ως τεχνάσματα για καλή ροή. Οι τεχνικές αυτές όμως είναι αποτελεσματικές γιατί βοηθούν το παιδί να ενισχύει τον εαυτό του, στις σημαντικές αρχές της θεραπείας παρέχοντας του την ικανότητα να μάθει την τεχνική. Αυτό επίσης βοηθά στο να διατηρηθεί η κλινική επικοινωνία σε περιβάλλοντα όπου οι λογοθεραπευτές πρέπει να αλλάζουν ή να ανταλλάσσονται για ποικίλους λόγους. Ο λογοθεραπευτής χρειάζεται να ελέγχει συνεχώς το παιδί που δέχεται τις υπηρεσίες του ώστε να εξασφαλίσει ότι οι τεχνικές δεν χρησιμοποιούνται λανθασμένα.

Ακύρωση μετά το μπλοκάρισμα

Όταν το άτομο τραυλίζει σε μια λέξη και τελειώσει την εκπομπή της λέξης μετά συνήθως θα ακολουθήσει μια φυσιολογική εκπομπή λέξεων η οποία θα του δώσει το αίσθημα της επιβράβευσης. Η ακύρωση μετά το μπλοκάρισμα αποτρέπει τη λήψη της επιβράβευσης μετά τον τραυλισμό και φέρνει τον άνθρωπο που τραυλίζει κοντά στην φύση του τραυλισμού του. Υπάρχουν πέντε στάδια στην ακύρωση μετά το μπλοκάρισμα. Αυτά είναι:

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

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

•Να επαναλάβει σιωπηρά με παντομίμα την λέξη στην οποία τραύλιζε: επαναλαμβάνοντας την λέξη η οποία του έφερε τον τραυλισμό φέρνει τον άνθρωπο που

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

• Να επαναλάβει την λέξη με παντομίμα όμως με καινούργιο αργότερο και βελτιωμένο τρόπο. Θα πρέπει να αλλάξει το σχήμα του στόματός του και να έχει χαλαρώσει τους αρθρωτές. Ουσιαστικά θα πρέπει να έχει διορθώσει τις κινήσεις, και να κάνει παύση αμέσως μετά.

• Να επαναλάβει την λέξη δυνατά. (Οικονομίδου, χ.χ.)

Αντιμετώπιση κατά την διάρκεια του μπλοκαρίσματος

• Άμεση αντιμετώπιση κατά την διάρκεια του μπλοκαρίσματος: σε αυτό το στάδιο επιβραδύνει την άρθρωση και χαλαρώνει την σκληρή επίθεση των αρθρωτών. Δηλαδή εάν υποθέσουμε ότι κάποιος τραυλίζει στο /g/ τότε το πίσω μέρος της γλώσσας πιέζει αρκετά δυνατά την υπερώα και πιθανώς και το πλάγιο μέρος της γλώσσας στα δόντια. Επιπρόσθετα μπορεί ταυτόχρονα να ανασηκώσει τα φρύδια του. Σε αυτό το στάδιο γίνεται μετατροπή του στιγμιαίου σε εξακολουθητικό. Επίσης αλλάζει το σχήμα των χειλιών από τετωμένα σε στρογγυλεμένα όπως στην εκφορά του /a/ και κατέβασμα των φρυδιών. Μια άλλη μέθοδος για την αντιμετώπιση του μπλοκαρίσματος είναι η χρήση επανάληψης δηλαδή όταν κάποιος τραυλίζει στο /p/ αυτό που πρέπει να κάνει ο λογοθεραπευτής είναι να τον ενθαρρύνει και να προσθέσει και άλλα /p/ και μετά να προσθέσει λέξη με /p/ όπως πάμε, πόρτα κ.α.

• Άμεση αντιμετώπιση της εκπομπής συμφώνου ή φωνήεντος με εκτεταμένη διάρκεια. Εδώ γίνεται αλλαγή θέσης/τόπου άρθρωσης. Για παράδειγμα έναν υπάρχει εκτεταμένη διάρκεια του /s/ όταν η γλώσσα βρίσκεται στα φατνία μπορεί να μετακινηθεί προς τα πίσω για να αποφύγει την ένταση στα φατνία.

• Άμεση αντιμετώπιση των επαναλήψεων: αλλαγή των επαναλήψεων σε εκπομπή συμφώνων ή φωνηέντων με εκτεταμένη διάρκεια. (Οικονομίδου, χ.χ.)

Αντιμετώπιση πριν το μπλοκάρισμα

• Όταν το άτομο τελειώσει με τα δύο προηγούμενα στάδια, ο λογοθεραπευτής του ζητά να μεταφέρει τις στρατηγικές που έχει μάθει στις λέξεις που δεν πιστεύει ότι θα τραυλίζει. Αυτό γίνεται για να του δείξει ο λογοθεραπευτής πόσο λίγο υπάρχει διακοπή της συνολικής

του ομιλίας. Στην συνέχεια χρησιμοποιεί τις στρατηγικές σε λέξεις που φοβάται, ακολουθώντας την διαδικασία της παύσεις πριν ξεκινήσει και κρατά την παραγωγή της λέξης με αργή ταχύτητα. Η παύση δεν χρησιμοποιείται για αποφυγή τραυλισμού αλλά για σχεδιασμό της άρθρωσης. (Οικονομίδου, χ.χ.)

ΜΟΡΦΟΠΟΙΗΣΗ ΡΟΗΣ

Η μορφοποίηση ροής είναι μια θεραπευτική προσέγγιση που στοχεύει στην εξάλειψη του τραυλισμού. Στόχος της είναι η αυθόρμητη ομιλία και η ελεγχόμενη ροή. Αυτό επιτυγχάνεται μαθαίνοντας το άτομο που τραυλίζει να χρησιμοποιήσει ένα νέο πρότυπο ομιλίας. Οι στόχοι που θέτονται είναι:

A)Μείωση του ρυθμού της ομιλίας

Η μείωση του ρυθμού της ομιλίας θα ηχήσει αφύσικα, καθώς ο πελάτης καλείται να αρχίσει να μιλάει πολύ αργά, γύρω στις 50 συλλαβές το λεπτό. Επίσης στην μείωση του ρυθμού βοηθάνε και οι ηλεκτρονικές συσκευές, καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης (DAF). Με αυτήν την συσκευή η ομιλία γίνεται πιο αργή και η εκφορά των λέξεων μοιάζει ελαφρά παρατεταμένη. Ένας άλλος τρόπος για μειωμένο ρυθμό είναι η ανάγνωση. Στην συνέχεια οι ομιλητές πρέπει σιγά σιγά να μετατρέπουν την ομιλία τους σε πιο φυσικό ρυθμό.

B)Κατάλληλη αναπνοή

Το άτομο με τραυλισμό καλείται να εκφέρει φράσεις μικρού μεγέθους που να καλύπτονται κάθε φορά από μια εκπνοή, ώστε να μην προκαλείται ένταση στα όργανα της άρθρωσης και της φώνησης. Επίσης στόχος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει το άτομο που τραυλίζει να αυξήσει τον χρόνο της εκπνοής ανάλογα με τις δυνατότητές του.

Γ)Απαλές αρθρωτικές επαφές

Οι απαλές επαφές πραγματοποιούνται όταν οι αρθρωτές έρχονται σε επαφή με πολύ απαλό τρόπο κατά την παραγωγή των ήχων. Το άτομο πρέπει να αντιληφθεί ότι όλοι οι ήχοι μπορούν να παραχθούν απαλά χωρίς την ένταση των μυών. Αυτές οι σκληρές επαφές συνήθως συμβαίνουν στα έκκροτα και στα προστριβόμενα σύμφωνα. Όταν γίνονται μαλακές επαφές όλα τα λεγόμενα σκληρά σύμφωνα είναι πιο ήπια και πιο χαλαρά.

Δ)Εσκεμμένη ροή μεταξύ των λέξεων (Blending)

Το άτομο καλείται να εκτελέσει την φράση του χωρίς να σταματήσει (π.χ. βασιλιάςζέφυγε) μόλις τελειώσει μια λέξη αρχίζει απευθείας η άλλη χωρίς να γίνεται παύση.

Ε)Phrasing

Αυτός ο τρόπος μειώνει τον ρυθμό της ομιλίας. Συμπεριλαμβάνει παύσεις στο τέλος μικρών προτάσεων (Πχ. «Τι θα ήθελες - να κάνουμε;» Νομίζω ότι θα ήθελα - να πάμε για ποτό»).

Στ)Συνεχής φώνηση

Οι ήχοι - λέξεις χωρίς σταμάτημα (π.χ. αααααααα, θέλωωωωω). Η φώνηση σταματάει στο τέλος της φράσης ή της εκπνοής. Αυτή η τεχνική προάγει την «πρόσθια» ροή της ομιλίας και βοηθάει στην χαλάρωση της έντασης.

Η)Εύκολη έναρξη φώνησης

Χρησιμοποιείται για να μειώσει την ένταση στην αρχή μιας φράσης ή πρότασης. Υπάρχει παράταση του πρώτου ήχου της φράσης. Κατά την εδραίωση της ευχέρειας οι εύκολες έναρξεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αρχή όλων των φράσεων.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

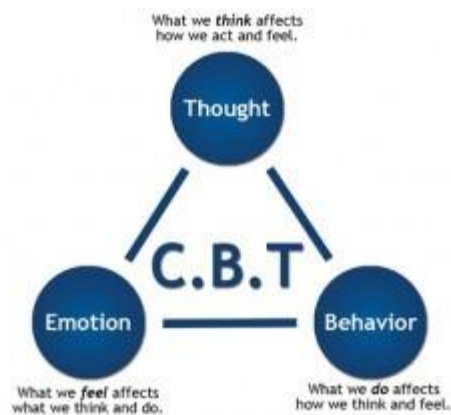
Πολύ σημαντικό στον επίμονο εξελικτικό τραυλισμό είναι ο ρόλος της Συμβουλευτικής. Σύμφωνα με τον Luterman ο κλινικός πρέπει να έχει ουσιαστική και εις βάθος γνώση της κατάστασης του ασθενή και να τον ακούει ουσιαστικά ώστε να μπορέσει να τον συμβουλευτεί ανάλογα. Οι τρόποι που θα συμβουλευτεί τον ασθενή πραγματοποιούνται με απαντήσεις περιεχομένου, απαντήσεις με βάση το συναίσθημα, αντερωτήσεις, διαβεβαιώσεις, επανεξέταση της κατάστασης, άνοιγμα δικών του εμπειριών και πολλές φορές με το να σιωπά. Βεβαίως εάν παρατηρηθούν πιο σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα τότε θα πρέπει να παρακαμφθεί σε κάποιον άλλο ειδικό ψυχολόγο. (Καραγιάννης Σ. 2011)

Η ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία είναι βασισμένη στην θεραπεία της κατάθλιψης. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο το άτομο που τραυλίζει αρχικά έχει «άσχημες» σκέψεις για την ομιλία του οι οποίες δημιουργούν άσχημα συναισθήματα, τα οποία με την σειρά τους

δημιουργούν σωματικές αντιδράσεις (δευτερεύουσες συμπεριφορές) και τέλος αποφευκτική συμπεριφορά για την ομιλία του. Ουσιαστικά μιλά για έναν φαύλο κύκλο όπου με την κατάλληλη θεραπεία θα γίνει εστίαση σε όλες αυτές τις συμπεριφορές αντίστροφα ώστε το άτομο να μην κάνει πλέον άσχημες σκέψεις οι οποίες επιτείνουν τον τραυλισμό του. (Καραγιάννης Σ. 2011) Στο παρακάτω σχήμα μπορούμε να διακρίνουμε όλα τα παραπάνω στοιχεία:

Cognitive Behavioral Therapy



ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΡΟΗΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

Όπως ορίστηκε και ως τώρα , η έννοια της ροής περιλαμβάνει πολλά επιμέρους χαρακτηριστικά και στοιχεία. Διακοπές στη ροή της ομιλίας ή δυσρυθμίες μπορούν να προκύψουν για ποικίλους λόγους και κάτω από διαφορετικές συνθήκες.

Είναι σημαντικό λοιπόν να αναφερθούμε και να διαχωρίσουμε τα άλλα είδη διαταραχών ροής , ώστε να μπορούμε να κάνουμε μια καλή διαφοροδιάγνωση. (Μαλανδράκη , 2010)

Οι πιο συχνές διαταραχές ροής που συναντώνται –εκτός του εξελικτικού και επίμονου τραυλισμού- είναι : το σύνδρομο διακοπτόμενης ταχυλαλίας , ο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός και ο νευρογενής επίκτητος τραυλισμός. (Daly, 1986 , Helm-Estabrooks, 1999, Mahr & Leith , 1992)

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗΣ ΤΑΧΥΛΑΛΙΑΣ

Ο όρος “ cluttering” αποδίδεται στα Ελληνικά ως «Ταχυλαλία». Στη «Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας,ICD-10» ο όρος που χρησιμοποιείται είναι «Διακοπτόμενη Ταχυλαλία». Επειδή θεωρείται ότι στην συγκεκριμένη διαταραχή συνυπάρχουν πολλά συμπτώματα με προεξέχον αυτό της διακοπτόμενης ταχυλαλίας ,επιλέχθηκε ο όρος «Σύνδρομο Διακοπτόμενης Ταχυλαλίας» (ΣΔΤ) για να αποδοθεί η πολυπλοκότητα της διαταραχής. (Guitar,B. 2014)

Το ΣΔΤ είναι μια διαταραχή της ροής της ομιλίας. Κατά τη συγκεκριμένη διαταραχή η ομιλία του ατόμου χαρακτηρίζεται από υπερβολική ταχύτητα και απουσία παύσεων. Η άρθρωση και η φώνηση παρουσιάζουν επίσης αποκλίσεις και συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια της ομιλίας έχουμε συχνές εισπνοές και ακατάστατο ρυθμό στην εκφώνηση των λέξεων και στα μεταξύ των λέξεων κενά. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα η ομιλία να μη γίνεται πλήρως κατανοητή και η επικοινωνία δύσκολη.

Οι επιπτώσεις του ΣΔΤ στο άτομο συνήθως δεν περιορίζονται μόνο στον προφορικό λόγο. Συχνά επεκτείνονται και στο γραπτό λόγο, ο οποίος είναι δυνατό να παρουσιάζει έναν άστατο γραπτό λόγο με παραλείψεις γραμμάτων και παραποίηση λέξεων. Τα πιο συνήθη συμπτώματα αυτής της γλωσσικής δυσλειτουργίας είναι τα ακόλουθα:

Επίσπευση στην προφορά μεγάλων λέξεων και προτάσεων. Μεγάλες λέξεις και προτάσεις δεν προφέρονται ολόκληρες, αφενός γιατί ο ρυθμός της ομιλίας είναι ταχύς και αφετέρου γιατί καταβάλλεται προσπάθεια να βρεθούν οι κατάλληλες λέξεις.

Η επίσπευση στην προφορά οδηγεί στην παράλειψη συλλαβών ή στην επανάληψή τους, με συνεπακόλουθο την εμφάνιση χαρακτηριστικών που παρατηρούνται στον τραυλισμό.

- Περιορισμένη χρήση συμφώνων και παραποιημένη προφορά φθόγγων.
- Δεν ακούγεται ευφράδης (ακούγεται σαν να μην ξέρει τι θέλει να πει).
- Αλλοιώσεις στον ρυθμό και την έκφραση.
- Μπορεί να υπάρχουν μεγάλες/μικρές παύσεις σε λάθος σημείο στην ομιλία (π.χ. θέλω να πάμε αύριο γιαψώνια).
- Επαναδιατυπώσεις (σήμερα πήγαμε σήμερα πήγαμε εκδρομή).
- Δυσκολίες να γίνει κατανοητός.
- Περιορισμένη αντίληψη των προβλημάτων ευφράδειας και ταχύτητας ομιλίας.
- Περιορισμένη συγκέντρωση, υπερκινητικότητα.
- Εκρήξεις κατά την παραγωγή φράσεων
- Σταδιακή αύξηση ρυθμού (μπορεί να ξεκινήσουν να μιλάνε αργά και καθαρά και στη συνέχεια της συζήτησης να αυξήσουν τον ρυθμό τους, κατά πολύ, με αποτέλεσμα να μην γίνονται κατανοητοί από τον συνομιλητή τους)

Αιτιολογία του συνδρόμου

Τα αίτια της ταχυλαλίας δεν είναι ξεκάθαρα. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένοι επιστήμονες, οι οποίοι, αναφέρουν για τα πιθανά αίτια της ταχυλαλίας τα ακόλουθα: ο West και οι συνεργάτες του θεωρούν την Ταχυλαλία σαν μια παραλλαγή του τραυλισμού. Ενώ ο Arnold (1974) την περιγράφει ως αδυναμία που αφορά τη σωστή εκφραστική και αρθρωτική ικανότητα του ατόμου και οφείλεται σε εκ γενετής γλωσσική αδυναμία, ο Weiss (1964) από την πλευρά του κατονομάζει σαν αίτια αυτής της διαταραχής τη μη φυσιολογική λειτουργία των κεντρικών μηχανισμών της γλώσσας. Ο Liebman κάνει τη διάκριση ανάμεσα στην κινητικού και στην προληπτικού τύπου Ταχυλαλία. Η πρώτη οφείλεται σε κιναισθητικές, σωματικές και κινητικές ανωμαλίες, ενώ η δεύτερη σε ακουστικές.

Ο Seeman (1994), εντοπίζει τις κινητικές ανωμαλίες που συνοδεύουν τα συμπτώματα της ταχυλαλίας και τις ανάγει σε διαταραχές του στριοπαλλιδικού συστήματος. Η Knura (Handbuch) αναφέρει συμπερασματικά ως αιτίες της ταχυλαλίας τις πρώιμες κεντρικές βλάβες, καθώς επίσης και την επίδραση φυσικών παραγόντων. Ο Liebman, στον οποίο αναφερθήκαμε προηγουμένως, ισχυρίζεται ακόμη, ότι στην περίπτωση ταχυλαλίας συνυπάρχουν και χαρακτηριστικά στοιχεία άλλων διαταραχών, των οποίων η διάγνωση είναι δύσκολη μεν, αλλά απαραίτητη για την εφαρμογή της σωστής θεραπείας. Τέλος, ο Luchsinger (1983), προτείνει να υπάρχει η διάκριση της ταχυλαλίας από την «καθαρή Ταχυλαλία», η οποία δεν αποτελεί γλωσσική διαταραχή αλλά είναι ένα χαρακτηριστικό που το έχουν πολλοί άνθρωποι και συνίσταται στη γρήγορη-ρέουσα και χωρίς εμπόδια ομιλία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η διαδικασία αξιολόγησης ενός ασθενή για πιθανή ύπαρξη ΣΔΤ διαφέρει ανάλογα με την ηλικία (παιδιά σχολικής ηλικίας έναντι ενηλίκων) και ποικίλει ανάλογα με τον χώρο όπου λαμβάνει χώρα η αξιολόγηση. Σε πολλές περιπτώσεις η διεπιστημονική προσέγγιση στην αξιολόγηση είναι σημαντική και περιλαμβάνει έναν λογοπαθολόγο, τον δάσκαλο, τον ειδικό παιδαγωγό, τον ψυχολόγο και τον ακουολόγο.

Ιστορικό

Το ιστορικό μπορεί να συμπληρωθεί κατευθείαν από τον ασθενή ή από τον γονέα όταν πρόκειται για παιδί σχολικής ηλικίας. Μεταξύ των σημαντικών στοιχείων που πρέπει να ληφθούν υπόψη με τη λήψη ιστορικού είναι:

- Οι αντιλήψεις του ασθενή, των γονέων ή των δασκάλων για το πρόβλημα.
- Ο χρόνος έναρξης του προβλήματος
- Που και πότε εμφανίστηκε το πρόβλημα
- Το ιστορικό του ασθενή και της οικογενείας του
- Αιτίες για τις οποίες ο ασθενής αναζητά θεραπεία τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή
- Άλλα ενδεχόμενα προβλήματα

Άμεση Αξιολόγηση της Ομιλίας

Η ομιλία του ασθενή πρέπει να αξιολογηθεί σε μια ποικιλία δοκιμασιών και σε ένα πλήθος καταστάσεων. Το ΣΔΤ, όπως και ο τραυλισμός, μεταβάλλεται πολύ και είναι εύκολο να σχηματίσουμε λανθασμένη εντύπωση για ένα μικρό δείγμα ομιλίας που συγκεντρώνεται στην κλινική. Επίσης χρήσιμο θα ήταν να χρησιμοποιήσουμε ένα λογισμικό καταγραφής για

την αξιολόγηση της ΣΔΤ το οποίο εύκολα μπορούμε να βρούμε στην ιστοσελίδα του International Cluttering Assosiation.

Καταγραφή της Ομιλίας

Ο ασθενής θα πρέπει να βιντεοσκοπηθεί ή να ηχογραφηθεί ψηφιακά για 15 -20 λεπτά, ενώ εκτελεί έναν αριθμό ασκήσεων ομιλίας που περιλαμβάνουν:

- Αφήγηση σχετικά με ένα θέμα που δεν σχετίζεται με την ομιλία του έτσι ώστε να εξασφαλίσουμε ένα δείγμα αυθόρμητης ομιλίας
- Ανάγνωση ενός αποσπάσματος κατάλληλου για το επίπεδο ανάγνωσης του
- Διάλογο στον οποίο ο ασθενής μιλά πραγματικά για κάτι που τον ενδιαφέρει
- Για ασθενείς που αναφέρουν ότι το ΣΔΤ συνδέεται με συγκεκριμένα περιβάλλοντα, θα πρέπει να γίνει καταγραφή στα ανάλογα περιβάλλοντα
- Οι Van Zaalen , Wijnen & Dejonckere (2011) συνιστούν επίσης να ζητηθεί από τους μεγαλύτερους σε ηλικία πελάτες να πουν λέξεις που είναι δύσκολες όπως «χρηματοποστολή» ή «διευθυντής» καθώς και λέξεις με διαφορετικά πρότυπα επιτονισμού , όπως «μάθημα» , «μαθήματος», «μαθημάτων», ώστε να αξιολογηθεί η ικανότητα τους να χειρίζονται πολύπλοκες φωνολογικές αλληλουχίες και να αλλάζουν γλωσσικά πρότυπα τονισμού. Συνιστούν επίσης και επανάληψη της αφήγησης μιας ιστορίας που άκουσαν

Ανάλυση της Ομιλίας

Αφού γίνει η καταγραφή, τα δείγματα ομιλίας πρέπει να αναλυθούν και να αξιολογηθεί ο ρυθμός ομιλίας σε συλλαβές ανά λεπτό. Πολλά άτομα με ΣΔΤ μπορούν να μειώσουν τον γενικά γρήγορο ρυθμό τους όταν προσπαθήσουν, οπότε τα δείγματα αφήγησης και ανάγνωσης θα δείξουν χαμηλότερους ρυθμούς από το δείγμα διαλόγου. Η ικανότητα του ασθενή να μπορεί να επιβραδύνει τον ρυθμό ομιλίας του μπορεί να είναι μια καλή προγνωστική ένδειξη , επειδή το μεγαλύτερο μέρος της θεραπείας της ΣΔΤ εστιάζει σε αυτή την επιβράδυνση.

Πολλά άτομα με ΣΔΤ δε μιλάνε με σταθερά γρήγορο ρυθμό, αλλά με σχετικά φυσιολογικό που περιέχει ξαφνικές εξάρσεις γρήγορης ομιλίας. Η αξιολόγηση συνεπώς πρέπει να περιλαμβάνει μετρήσεις του ρυθμού ομιλίας κατά τη διάρκεια αυτών των εξάρσεων και πόσο συχνά συμβαίνουν αυτές. Πρέπει να γίνει σύγκριση μεταξύ του ρυθμού άρθρωσης κατά τη διάρκεια των εξάρσεων και κατά τη φυσιολογική ομιλία. Οι ρυθμοί άρθρωσης του τυπικού ενήλικα σε διάλογο είναι έξι με επτά συλλαβές ανά δευτερόλεπτο.(St Louis et al.,2003)

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΣΔΤ

Πολλές φορές, η Ταχυλαλία και ο τραυλισμός συγγέονται, καθώς και οι δυο χαρακτηρίζονται ως διαταραχές ομιλίας. Ωστόσο, υπάρχουν εμφανείς αποκλίσεις μεταξύ των δυο διαταραχών ικανές να τις διαφοροποιήσει κανείς. Ένας ασθενής με τραυλισμό, έχει συγκροτημένη σκέψη απλά του είναι δύσκολο να εκφραστεί καθώς εμφανίζει επανάληψη των πρώτων συλλαβών, ολόκληρης της λέξης αλλά και φράσης. Σε αντίθεση ο ασθενής με Ταχυλαλία, δεν έχει δυσκολία στην αποτύπωση των σκέψεων του, αλλά οι σκέψεις αυτές είναι ανοργάνωτες, ο ρυθμός της έκφρασής τους είναι γρήγορος (καθώς φοβούνται πολλές φορές να μην ξεχάσουν όλα όσα θέλουν να πουν) με αποτέλεσμα η σκέψη να μην μπορεί να ακολουθήσει τον ρυθμό της ομιλίας και έτσι το άτομο καθίσταται ακατανόητο. Με άλλα λόγια, η σκέψη και η ομιλία δεν συγχρονίζονται.

Η Ταχυλαλία δεν επηρεάζει μόνο την ομιλία αλλά και την οργάνωση των σκέψεων κατά τη διάρκεια της γραφής. Η άρθρωση και φώνηση παρουσιάζουν αποκλίσεις, καθώς παρατηρούνται συχνές εισπνοές και ακατάστατος ρυθμός αλλά και κενά μεταξύ των λέξεων.

Ωστόσο μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν στην ομιλία τους και ΣΔΤ και τραυλισμό, αλλά η μια από τις δυο διαταραχές συνήθως επικρατεί. Έχει σημειωθεί ότι όταν αυτές οι δύο διαταραχές συνυπάρχουν σε έναν ασθενή, το ΣΔΤ συνήθως περνά απαρατήρητο μέχρι ο τραυλισμός του να ελαττωθεί επαρκώς μέσω θεραπείας. (Bakker ,2002, St. Louis et al.,2003)

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ταχυλαλίας είναι ένας συνδυασμός από παιδαγωγικές και ψυχολογικές ασκήσεις, οι οποίες έχουν ως στόχο να ενισχύσουν τον ακουστικό έλεγχο του ίδιου του ομιλητή αλλά και να τον βοηθήσουν να κατακτήσει έναν νέο τρόπο ομιλίας.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση ανάγει δυσκολίες, διότι τα ίδια τα άτομα δεν έχουν κατανοήσει τον βιαστικό-γοργό ρυθμό της ομιλίας τους. Παράλληλη, θεραπευτική προσέγγιση είναι η εκπαίδευση του ατόμου με γυμναστική-μουσική-ρυθμική και μουσικορυθμική, έτσι ώστε αρχικά να μάθει να ελέγχει το σώμα του (γυμναστική), μετέπειτα μέσω της ρυθμικής, να μάθει να καλλιεργεί την αυτοκυριαρχία του, μέσω της μουσικής του τραγουδιού να μάθει να ελέγχει τις αναπνοές του και το ρυθμό της ομιλίας του. Επιπλέον, η μαγνητοφώνηση της ομιλίας του ατόμου πραγματοποιείται για την ευαισθητοποίηση του ίδιου του ατόμου να προσπαθεί να ελέγχει την ροή του λόγου του.

Υπάρχουν πολλές θεραπευτικές οδοί, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει ο θεραπευτής, έτσι ώστε να προσελκύσει τον θεραπευόμενο, ώστε μαζί να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Τέλος, δεν πρέπει να αγνοούνται άλλες δυσκολίες που μπορεί να εμφανίσει το

παιδί, αλλά και να μην συγχέεται η Ταχυλαλία με τον τραυλισμό και λοιπές αρθρωτικές δυσκολίες.

Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Οι Bennett Lanouette (2011), Myers (2002,2011) Myers & St. Louis (2007) συνόψισαν αρκετές θεραπευτικές προσεγγίσεις για το ΣΔΤ, οι οποίες αναφέρονται παρακάτω.

1. Βελτίωση της επίγνωσης του ασθενή για το ρυθμό ομιλίας του και την ικανότητα του να τον μειώνει.
2. Βελτίωση της ικανότητας στο λόγο.
3. Διευκόλυνση της ευχέρειας στη ροή της ομιλίας
4. Αύξηση της γνώσης και της επίγνωσης του ασθενή για το ΣΔΤ.

Κανονικά, ένας από τους πρώτους στόχους της θεραπείας είναι να μειωθεί ο ρυθμός ομιλίας, αν και μπορεί να μην είναι εύκολο για τον ασθενή να επιτευχθεί. Κάποιοι ανταποκρίνονται καλά σε "χρονοδιαγράμματα" της ομιλία τους με μια συσκευή καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης (DAF).

Μια άλλη τεχνική που βρέθηκε να έχει χρήσιμα αποτελέσματα στην παιδική ηλικία είναι να χρησιμοποιήσουν την αναλογία ενός ταχύ-μέτρου, όπου υπολογίζει τη γρήγορη ομιλία να μην είναι πάνω από το «όριο ταχύτητας» δίδοντας σήματα για την υπέρβαση του «ορίου». Συχνά πρέπει να διδάσκονται για να έχουν τη δυνατότητα να διακόψουν εσκεμμένα. Συχνά όταν βλέπουν τη διαφορά μπορεί να βοηθηθούν στην εκμάθηση κατάλληλων θέσεων παύσης.

Τα προβλήματα της άρθρωσης μειώνονται αν μπορεί να επιτευχθεί από το άτομο ένας πιο αργός ρυθμός ομιλίας. Μερικές φορές, όμως, αυτά τα προβλήματα πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα. Μία τεχνική πρακτική που βοηθά είναι η χρήση σύντομων και δομημένων εκφράσεων. Μπορεί επίσης να είναι χρήσιμο να μάθουν να χρησιμοποιούν έντονο επιτονισμό σε συλλαβές και σε μεγαλύτερες λέξεις, ακόμα και όταν πρόκειται για μη τονούμενες συλλαβές.

Όπως σημειώνεται, πολλοί ασθενείς που παρουσιάζουν ΣΔΤ έχουν επίσης και τραυλισμό. Τα άτομα αυτά χρησιμοποιούν τεχνικές θεραπείας που εστιάζουν την προσοχή τους στους στόχους ευχέρειας: όπως η εύκολη έναρξη της φωνής, παρατεταμένη φώνηση και περισσότερες συλλαβές ή σωστή αναπνοή είναι τεχνικές που μπορούν επίσης να βοηθήσουν το άτομο να διαχειριστεί πολλά από τα συμπτώματα. Το σημαντικότερο από όλα είναι ότι τα άτομα με ΣΔΤ μαθαίνουν να δίνουν προσοχή ή να παρακολουθούν την ομιλία τους και να κάνουν ότι καθιστά πιο εύκολο ώστε να θυμηθούν και να πράξουν την ανάλογη τεχνική που θα τους βοηθήσει.

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ CLUTTERING ΜΕ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ/ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ	CLUTTERING	ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ-ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ
Ρυθμός ομιλίας	Ακανόνιστος-γρήγορος	Αργός ή φυσιολογικός
Συνειδητοποίηση	Σχεδόν μηδαμινή	Υπαρκτή
Ομιλία σε στρεσογόνες συνθήκες	Βελτιωμένη	Πιο δυσρυθμική
Ομιλία σε χαλαρές συνθήκες	Πιο δυσρυθμική	Βελτιωμένη
Γλωσσικές προεκτάσεις	Υπαρκτές	Σπάνια
Μαθησιακές Επιδόσεις	Συνήθως μειωμένες	Φυσιολογικές
Ικανότητες Προσοχής-Συγκέντρωσης	Μειωμένες	Φυσιολογικές
Ψυχosύνθεση	Ξένοιαστη	Συνεσταλμένη

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η κύρια διαφορά μεταξύ ενός ασθενή με τραυλισμό και ενός ασθενή με Ταχυλαλία είναι ότι ο πρώτος διαθέτει συγκροτημένη σκέψη αλλά δυσκολεύεται να την εκφράσει με λέξεις ενώ ο ασθενής με Ταχυλαλία δεν εμφανίζει δυσκολία στη αποτύπωση των σκέψεων του αλλά οι σκέψεις αυτές γίνονται ανοργάνωτες κατά τη διάρκεια της ομιλίας του, καθιστώντας το λόγο του ακατάληπτο. Με άλλα λόγια ενώ η σκέψη τρέχει με τον δικό της γρήγορο ρυθμό, η ομιλία δεν μπορεί να ακολουθήσει σε αυτόν το ρυθμό. Σκέψη και ομιλία δεν συγχρονίζονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο όρος «νευρογενής επίκτητος τραυλισμός» (NET), δείχνει ότι ο τραυλισμός που εκδηλώνεται προέρχεται ή οξύνεται από νευρολογική ασθένεια ή βλάβη. Τυπικά εκδηλώνεται μετά την παιδική ηλικία και το αίτιο που μπορεί να τον προκαλέσει μπορεί να είναι ένα εγκεφαλικό , μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση , ένας όγκος , κάποια νόσος όπως Parkinson ή τοξικά φάρμακα.

Άλλες πιο σπάνιες αιτίες μπορεί να είναι η άνοια λόγω χρόνιας αιμοκάθαρσης , οι επιληπτικές διαταραχές , η αμφοτερόπλευρη θαλαμοτομή ή η διέγερση του θαλάμου. (Duffy,2005). Πρόσφατα έχει παρατηρηθεί τραυλισμός σε στρατιωτικούς εν ενεργεία με εγκεφαλική βλάβη που προκλήθηκε σε μάχη και συνυπάρχει με διαταραχή μετατραυματικού στρες. (Guitar , 2014).

Μερικοί συγγραφείς προτιμούν να χρησιμοποιούν τον όρο «νευρογενής δυσρυθμία» γιατί δεν θεωρούν τον νευρογενή τραυλισμό πραγματικό τραυλισμό. Η χρήση αυτού του όρου όμως δυσκολεύει τη διάκριση ανάμεσα σε δυο διαφορετικά φαινόμενα που μπορεί να προκύψουν από νευρολογικές διαταραχές. (De Nil & Rochon, 2008). Το ένα φαινόμενο αφορά την αύξηση στις φυσιολογικές μορφές της δυσρυθμίας , ενώ το άλλο είναι μια διαταραχή της ομιλίας που χαρακτηρίζεται από «δυσρυθμίες που μοιάζουν με τραυλισμό» η οποία μερικές φορές συνοδεύεται από ένταση , αγωνιώδη προσπάθεια και συμπεριφορές διαφυγής και αποφυγής.(Rosenbek et al.,1978, Van Borsel, 2003).

Παρόλο που το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας στον νευρογενή τραυλισμό αποτελείται από μελέτες ατομικής περίπτωσης (π.χ. Bijleveld , Lebrun & van Dongen ,1994) έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες από κλινικούς – ερευνητές να συγκεντρώσουν διάφορα περιστατικά και έτσι να αποκτήσουν μια πιο ξεκάθαρη εικόνα της διαταραχής.

Ο Canter (1971) , έγραψε ένα θεμελιώδες άρθρο με το οποίο προσχώρησε πέρα από τις μελέτες ατομικής περίπτωσης προτείνοντας έναν πιθανό τρόπο κατηγοριοποίησης των μορφών του νευρογενούς τραυλισμού. Πρότεινε τρεις υποομάδες. Η πρώτη είναι ο δυσαρθρικός τραυλισμός , ο οποίος εντοπίζεται σε άτομα για παράδειγμα που πάσχουν από κάποια νευρολογική ασθένεια (π.χ. Parkinson), ή βλάβη της παρεγκεφαλίδας. Ο τραυλισμός που παρουσιάζουν τα άτομα αυτά φαίνεται να αναδύεται από το ίδιο έλλειμμα νευροκινητικού ελέγχου που υπάρχει στη βασική διαταραχή της δυσαρθρίας.

Η δεύτερη υποομάδα είναι ο δυσπραξικός τραυλισμός , όπου η διαταραχή προκύπτει από ένα βασικό πρόβλημα στον κινητικό σχεδιασμό. Καθώς το άτομο προσπαθεί αγωνιωδώς να

εκτελέσει την ακολουθία των απαραίτητων κινήσεων για την ομιλία παρατηρούνται σιωπηρές παύσεις και επαναλήψεις.

Η τρίτη ομάδα του ανομικού τραυλισμού συνυπάρχει συνήθως με αφασία. Τα συμπτώματα του τραυλισμού εμφανίζονται όταν το άτομο έχει δυσκολίες να ανακαλέσει μια λέξη. Ο Canter υπέθεσε ότι πρέπει να υπάρχει ένας παραλληλισμός αυτού του τύπου τραυλισμού με αυτόν που εκδηλώνουν τα παιδιά με δυσκολίες στην ανάκληση λέξεων ως αποτέλεσμα συναισθηματικών αντιδράσεων που αναπτύσσονται λόγω αυτής της δυσκολίας ανάκλησης.

Ο Rosenbek επισήμανε ότι ο νευρογενής τραυλισμός θα πρέπει να διαχωριστεί από άλλες διαταραχές της ροής της ομιλίας που σχετίζονται με νευρολογικά προβλήματα, όπως η παλιλαλία. Θα πρέπει επίσης να διαχωριστεί από επαναλήψεις που κάνουν ορισμένοι ασθενείς όταν προσπαθούν να διορθώσουν τα λάθη του κινητικού συστήματος της ομιλίας τους ή γλωσσικά λάθη.

Η Helm–Estabrooks επίσης δεν συμφωνεί με τον όρο «νευρογενής τραυλισμός» και πρότεινε να αντικατασταθεί με τον όρο «τραυλισμός συσχετιζόμενος με επίκτητες νευρολογικές διαταραχές» (SAAD). Το επιχείρημα της για την χρήση αυτού του όρου στηρίχτηκε ότι η διαγνωστική κατηγορία θα πρέπει να περιλαμβάνει τους ενήλικες εκείνους στους οποίους ο προ υπάρχων τραυλισμός από την παιδική ηλικία είτε επιδεινώθηκε είτε επανήλθε ως αποτέλεσμα μιας επίκτητης νευρολογικής διαταραχής. Η άποψη της ήταν ότι ο τραυλισμός σε αυτές τις περιπτώσεις δεν προκλήθηκε αρχικά από νευρολογική διαταραχή. Ωστόσο ο όρος NET μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διαταραχές που προκλήθηκαν ή τροποποιήθηκαν από νευρολογικές καταστάσεις. (Merriam & Webster, 2004)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η Helm–Estabrooks (1999), υπέδειξε ένα πλαίσιο για την αξιολόγηση του νευρογενούς τραυλισμού και τον διαχωρισμό του από άλλες διαταραχές.

- Πλήρες ιστορικό της περίπτωσης που αντικατοπτρίζει
 - ❖ Την έναρξη του τραυλισμού και τη σχέση του με άλλα νευρολογικά ή ψυχολογικά συμπτώματα
 - ❖ Το επίπεδο ενδιαφέροντος ή ανησυχίας του ασθενή
 - ❖ Το βαθμό που ο τραυλισμός εμποδίζει την επικοινωνία του
 - ❖ Αλλαγές από την έναρξη του τραυλισμού, μέχρι την συνέντευξη με τον κλινικό
 - ❖ Οικογενειακό ιστορικό
 - ❖ Την προτίμηση του χεριού

- ❖ Νευρολογικό – Ψυχολογικό ιστορικό
- Άμεση αξιολόγηση της ομιλίας
 - ❖ Stuttering Severity Instrument
 - ❖ Ανάλυση δειγμάτων ομιλίας , ώστε να υπολογιστεί η αναλογία τραυλισμού / λειτουργικές λέξεις έναντι λέξεων περιεχομένου , καθώς και τα επεισόδια τραυλισμού σε μη αρχικές συλλαβές
 - ❖ Απουσία δευτερογενών συμπεριφορών
- Άλλα στοιχεία αξιολόγησης.
 - ❖ Aphasia Diagnostic Profiles (Helm-Estabrooks , 1992) , ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα τα επεισόδια να οφείλονται σε προβλήματα γλωσσικής έκφρασης.
 - ❖ Νευροψυχολογική αξιολόγηση
 - ❖ Οι De Nil, Jokel & Rochon (2007) επίσης συνιστούν να γίνονται αξιολογήσεις για άλλες διαταραχές που μπορούν να επηρεάσουν την επικοινωνία ή τη θεραπεία, όπως δυσαρθρία , αφασία , κινητικές διαταραχές , γνωστικές διαταραχές και ο χρόνιος πόνος.

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Helm–Estabrooks (1999) πρότεινε διάφορα κριτήρια για να προσδιοριστεί ποιοι ασθενείς έχουν πιθανότητες να ωφεληθούν από τη θεραπεία. Αρχικά σημείωσε, ότι ορισμένες μορφές νευρογενούς τραυλισμού είναι σχετικά ήπιες και μπορεί να μην προκαλούν τόση αναπηρία ώστε να απαιτείται θεραπεία. Έπειτα, σε όσα άτομα ο τραυλισμός αποτελεί πραγματική αναπηρία μπορεί να έχουν άλλα πολύ σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως προοδευτική ή καταληκτική νευρογενή διαταραχή. Μια τρίτη προϋπόθεση είναι ο βαθμός στον οποίο άλλα νευρολογικά προβλήματα, όπως η άνοια μπορεί να παρεμποδίσουν τη θεραπεία. Αν ο ασθενής με σοβαρό και επίμονο τραυλισμό είναι κινητοποιημένος να ξεκινήσει θεραπεία και έχει επαρκής γνωστικές και γλωσσικές ικανότητες ώστε να επωφεληθεί από τη θεραπεία τότε υπάρχουν διαθέσιμες αρκετές θεραπευτικές επιλογές.

Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Επειδή τα άτομα με NET δεν έχουν συνήθως την γνωστική και συναισθηματική συμμετοχή που είναι χαρακτηριστική στους ενήλικες με εξελικτικό τραυλισμό, η θεραπεία είναι συχνά εντελώς συμπεριφοριστική. Οι De Nil , Jokel & Rochon (2007), παρατήρησαν ότι δεν χρειάζονται όλοι οι ασθενείς με NET θεραπεία επειδή όπως έδειξαν οι Helm , Butler & Cantor (1980) , αυτός μπορεί να εμφανιστεί και έπειτα να βελτιωθεί σταδιακά χωρίς θεραπεία.

1. Συμπεριφοριστικές Θεραπείες.

Πολλές από τις θεραπείες που εφαρμόζονται στον εξελικτικό τραυλισμό έχουν χρησιμοποιηθεί και στον NET με κάποιο βαθμό επιτυχίας.

1.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΡΥΘΜΟΥ

Πρόκειται για μια τεχνική στην οποία το άτομο παράγει μια συλλαβή κάθε φορά, έτσι ώστε αυτή να εκφέρεται ξεχωριστά χωρίς την συνήθη συνάρθρωση μεταξύ των συλλαβών. Ως αποτέλεσμα, η ομιλία παράγεται πιο αργά και με κανονικό, κοφτό ρυθμό. Η θεραπεία αυτή αναπτύχθηκε από τη Helm (1979) για ασθενείς με παλιλαλία αλλά έχει χρησιμοποιηθεί και στο νευρογενή τραυλισμό (Helm–Estabrooks ,1999). Για να διευκολυνθεί η θεραπεία ρυθμού χρησιμοποιούνται ειδικές συσκευές όπως οι πίνακες θεραπείας ρυθμού(Helm – Estabooks & Kaplan ,1989). Επίσης χρησιμοποιούνται και ειδικά μορφοποιημένα εξαρτήματα που εφαρμόζονται πάνω στο δάχτυλο του ασθενούς (Rentschler , Driver & Callaway, 1984). Σε καθεμία από αυτές τις συσκευές , ο ασθενής μετακινεί το δάχτυλο του από ένα σημείο σε ένα άλλο συγχρονίζοντας κάθε συλλαβή με μια κίνηση του δαχτύλου. Η Helms (1999) πρότεινε ότι η θεραπεία ρυθμού μπορεί να ξεκινήσει με τη χρήση μιας συσκευής και να προχωρήσει με το απλό ρυθμικό χτύπημα του χεριού πάνω στο μηρό για να παραχθεί ευχερής ομιλία.

2.ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΙΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗ (ΚΑΑ)

Οι Rentschler, Driver & Callway (1984), οι Marshall & Starch (1984) και η Helm-Estabrooks (1999) ανέφεραν ότι η επισκίαση και η ΚΑΑ μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως θεραπευτικά εργαλεία για να επιτευχτεί ευχέρεια στην ροή της ομιλίας απόμων με NET και ότι αυτή η ευχέρεια μπορεί να γενικευθεί.

3.ΑΡΓΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΚΑΙ ΕΥΚΟΛΗ ΕΝΑΡΞΗ

Οι Market, Montaque , Buffalo & Drummond (1990) διεξήγαγαν μια ερευνά με κλινικούς που είχαν δουλέψει επάνω στον επίκτητο τραυλισμό και βρήκαν ότι πολλοί από αυτούς είχαν επιτυχία με τεχνικές μορφοποίησης της ροής όπως αργός ρυθμός κι εύκολη έναρξη.

4.ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Απαλές επαφές, σύνολα προετοιμασίας, ακυρώσεις και διαφυγές

5.ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΙΚΗ ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ

Αναφορές από τη Helm–Estabrooks (1986) και τους Rubow , Rosenbek & Shumaker (1986), έδειξαν ότι η εκπαίδευση των ασθενών στη χαλάρωση ορισμένων μυών με τη βοήθεια της βιοανάδρασης μπορεί να είναι αποτελεσματική στην μείωση του NET.

2. Νευροχειρουργική

Μερικές φορές όταν ένα νευρολογικό πρόβλημα απαιτεί χειρουργική επέμβαση ο τραυλισμός εξαφανίζεται ή βελτιώνεται. Οι Donnan (1979) και Jones (1966), έδειξαν ότι για κάποιους λόγους η χειρουργική επέμβαση που επιλύει ένα νευρολογικό πρόβλημα μπορεί να εξαλείψει και τον τραυλισμό. Οι Andy & Bhtangar (1992), ανέφεραν ότι 4 ασθενείς παρουσίαζαν βελτίωση ως προς τον τραυλισμό όταν υποβλήθηκαν σε χειρουργική εμφύτευση ηλεκτροδίων που διέγειραν τον θάλαμο για άλλες νευρολογικές καταστάσεις. Αυτό που υπαινίσσονται οι συγγραφείς είναι ότι όταν μια διαταραχή στην νευρολογική λειτουργία οδηγεί σε τραυλισμό όταν αυτή αποκατασταθεί με επέμβαση ο τραυλισμός μπορεί να εξαλειφτεί. Αυτό το στοιχείο συμβαδίζει με πρόσφατες ενδείξεις που προτείνουν ότι η δομή και η λειτουργία του εγκεφάλου ίσως εμφανίζουν αποκλίσεις στον εξελικτικό τραυλισμό. (π.χ. Cykowski, Fox, Ingham & Robin, 2010, Foundas, Bollich, Corey, Hurley & Heilman, 2001, Sommer, Koch, Paulus, Weiller & Buchel, 2002).

3. Φαρμακευτική Αγωγή.

Φάρμακα όπως η αλλοπεριδόλη, η ολανζαπίνη και η παγοκλόνη έχουν δοκιμαστεί στον εξελικτικό τραυλισμό με διαφορετική επιτυχία. Δεν έχουν όμως δείξει δείγματα βελτίωσης στο NET. Αντίθετα μελέτες περιστατικών έχουν αναφέρει ότι τα φάρμακα για επιληπτικές διαταραχές, σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, άγχος, νόσο του Πάρκινσον και άσθμα μπορεί να προκαλέσουν τραυλισμό σε άτομα που δεν είχαν τραυλίσει προηγουμένως. (Baratz & Mesulam, 1981, Duffy, 2005, Elliot & Tomas, 1985, McClean & McClean, 1985, Nurnberg & Greenwald, 1981, Quander, 1977). Στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις ο τραυλισμός μειώνεται εξαλείφεται όταν ρυθμιστεί η δοσολογία των φαρμάκων ή χορηγηθεί άλλο εναλλακτικό φάρμακο. Σε κάποιες μελέτες έχουν δοθεί φάρμακα για αλλά συμπτώματα τα οποία τελικά μείωσαν τον τραυλισμό. (Perino, Famularo & Tarroni, 2000, Turgut, Utku & Balci, 2002).

Γενικά δεν υπάρχει συμφωνία για το ποιες θεραπείες είναι αποτελεσματικές στο NET, ενώ λίγες μελέτες αποδεικνύουν την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Αυτό μπορεί να συμβαίνει εν μέρει, επειδή υπάρχουν πολλές και διαφορετικές αίτιες του NET και επειδή η σχετικά σπάνια φύση αυτής της διαταραχής καθιστά αδύνατες τις μακροχρόνιες ομαδικές μελέτες της θεραπείας του NET.

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ NET ΜΕ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ/ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ	NET	ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ – ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ
Έναρξη	Ξαφνική	Ξαφνική ή Σταδιακή
Πιθανότερη Αιτιολογία	Νευρογενής	Πολύ παραγοντική
Ηλικία	Ενήλικη ζωή	2-8 ετών
Ομιλία σε συνθήκες που προάγουν ευχέρεια	Ίδιο επίπεδο δυσρυθμίας	Βελτιωμένη
Ψυχολογική Αντίδραση	Ενόχληση αλλά όχι άγχος	Άγχος
Δευτερεύουσες Συμπεριφορές	Αν υπάρχουν , ήπιες	Παρούσες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο ψυχογενής τραυλισμός (ΨΕΤ) είναι μια διαταραχή με καθυστερούμενη έναρξη συνήθως στο τέλος της εφηβείας ή και αργότερα. Το κύριο χαρακτηριστικό του είναι ότι ξεκινάει μετά από ένα τραυματικό γεγονός ή παρατεταμένη περίοδο άγχους. Έχει χαρακτηριστεί ορισμένες φορές ως σύμπτωμα μετατροπής, δηλαδή μια σωματική ή συμπεριφοριστική έκφραση μιας ψυχολογικής σύγκρουσης. (Izard, 1981) Αυτός ο τύπος τραυλισμού δεν είναι μια συνειδητή ηθελημένη συμπεριφορά του ασθενή αλλά ακουσία. Αρκετοί συγγραφείς (Baumgartner, 1999, Dyffy, 2005, Mahr & Leith, 1992, Roth, Aronson & Davis, 1989) έχουν περιγράψει τις εκδηλώσεις τη διάγνωση και τη θεραπεία του. Το πρότυπο του τραυλισμού αυτής της διαταραχής μοιάζει με του εξελικτικού τραυλισμού όσον αφορά τις βασικές συμπεριφορές (επαναλήψεις, επιμηκύνσεις και παύσεις).

Αλλά σε κάποιες περιπτώσεις οι δευτερογενείς συμπεριφορές είναι ασυνήθιστες και συμβαίνουν ανεξάρτητα από τις προσπάθειες παράγωγης λέξεων με τραυλισμό. (Baumgartner, 1999) Ο ΨΕΤ μπορεί να εμφανιστεί μόνος του ή μαζί με άλλες ενδείξεις ψυχολογικών ή νευρολογικών επιπλοκών. Ο αυστηρός ορισμός του ΨΕΤ αποκλείει τις περιπτώσεις όπου ο τραυλισμός της παιδικής ηλικίας έχει υποχωρήσει και έπειτα κάτω από συνθήκες παρατεταμένου ή ξαφνικού στρες επανεμφανίστηκε. Παρόλα αυτά, αυτές οι περιπτώσεις μπορεί να αντιδράσουν στη θεραπεία το ίδιο θετικά όσο πολλές περιπτώσεις πραγματικού ψυχογενούς τραυλισμού.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Οι Roth, Aronson & Davis (1989) επισήμαναν ότι ο τραυλισμός που ξεκίνησε στην ενήλικη ζωή μπορεί να έχει διαφορετικές αιτιολογίες που πρέπει να ληφθούν υπόψη: καθαρά νεκρογενείς, καθαρά ψυχογενείς, ψυχογενείς συνοδευόμενες από νευρολογικά συμπτώματα ψυχογενούς προέλευσης, ψυχογενείς με συνυπάρχουσες αλλά μη σχετιζόμενες νευρολογικές ασθένειες ή διαταραχές. Άρα, ένας από τους πρώτους στόχους την αξιολόγησης είναι να αποκλειστεί μια νευρολογική αιτιολογία.

Η διεπιστημονική προσέγγιση θα πρέπει να εμπεριέχει νευρολόγο, ψυχίατρο και λογοπαθολόγο. Η αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει :

1. Πλήρες ιστορικό της περίπτωσης

- Έναρξη του τραυλισμού συμπεριλαμβανομένων γεγονότων που υπήρχαν την περίοδο της έναρξης όπως παρατεταμένο ή ξαφνικό άγχος.
- Αλλαγές στο τραυλισμό που πιθανόν υπάρχουν από την έναρξη του
- Το παρόν πρότυπο του τραυλισμού και τη μεταβλητότητα του ανάλογα με τη περίπτωση
- Το αντίκτυπο που έχει στη ζωή του ασθενή
- Πιθανά επεισόδια τραυλισμού στο παρελθόν
- Οικογενειακό ιστορικό
- Ιατρικό ιστορικό
- Ιστορικό άλλων διαταραχών λόγου , ομιλίας, ή μάθησης

Ο Baumgartner, (1999) σημείωσε ότι η έκφραση των συναισθημάτων των πελατών μπορεί να συνοδεύεται από αυξημένη ευχέρεια στη ροή της ομιλίας, γεγονός που αποτελεί ένδειξη της ψυχογενούς βάσης του τραυλισμού.

2. Ο Baumgartner, (1999) πρότεινε να χορηγείται στους πελάτες που ο τραυλισμός τους ξεκίνησε στην ενήλικη ζωή ένα τεστ κινητικότητας της ομιλίας (Duffy, 2005) ώστε να αποκλείονται κινητικές διαταραχές της ομιλίας που μπορεί να αποτελούν την αιτία του τραυλισμού. Πρότεινε επίσης ότι αν ο ασθενής παρουσιάζει ενδείξεις γλωσσικών ή γνωστικών προβλημάτων αυτά θα πρέπει να ελεγχθούν περαιτέρω
3. Όπως και στον NET, πρέπει να ζητηθεί από τους ασθενείς να μιλήσουν κάτω από τις συνηθισμένες συνθήκες που προάγουν ή ενισχύουν την ευχέρεια στην ροή της ομιλίας. Αν ο ασθενής τραυλίζει συχνότερα ή σοβαρότερα όταν μιλάει κάτω από αυτές τις καταστάσεις πρέπει να υποπτευτούμε την ύπαρξη ΨΕΤ
4. Πρέπει να πραγματοποιηθεί μια δοκιμαστική θεραπεία, στο πλαίσιο της οποίας ο κλινικός θα δείξει στον ασθενή την επιδιωκόμενη συμπεριφορά και θα του προσφέρει υποστήριξη και επιβράβευση ώστε να τον ενθαρρύνει.
5. Ανάλυση του τραυλισμού. Ο κλινικός θα πρέπει να συγκεντρώσει δείγματα της ομιλίας του ασθενή από διάλογο και ηχηρή ανάγνωση ώστε να μπορούν να γίνουν οι αρχικές μετρήσεις της σοβαρότητας του τραυλισμού με το SSI-4 και να αναλυθούν τα πρότυπα του. Αν υπάρχουν ασυνήθιστες συμπεριφορές έντονης προσπάθειας και ειδικά αν είναι ανεξάρτητες από τα επεισόδια τραυλισμού του, είναι ενδείξεις πιθανής ψυχογενούς αιτιολογίας του τραυλισμού.

Η διάγνωση του ΨΕΤ, είναι συνήθως προσωρινή. Ο κλινικός θα πρέπει να συνυπολογίσει πολλαπλούς παράγοντες αλλά ακόμα και τότε μπορεί να μην επιτευχτεί μια τελική διάγνωση.

Οι πιο σαφείς ενδείξεις για αυτή τη διάγνωση είναι :

- i. Έναρξη στην ενήλικη ζωή κατά τη διάρκεια ψυχολογικής πίεσης
- ii. Απουσία νευρολογικών παραγόντων που σχετίζονται με τον τραυλισμό του ασθενή
- iii. Θεαματική βελτίωση με τη δοκιμαστική θεραπεία
- iv. Ασυνήθιστες ή αλλόκοτες συμπεριφορές έντονης προσπάθειας

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα άτομα που μπορούν να μειώσουν τον τραυλισμό τους στη δοκιμαστική θεραπεία και που χαρακτηρίζονται από επαρκή ψυχολογική προσαρμογή είναι συνήθως ιδανικοί υποψήφιοι για τη θεραπεία του τραυλισμού. Ακόμη και αν τελικά χρειαστούν ψυχοθεραπεία, η λογοθεραπεία μπορεί να ξεκινήσει άμεσα. Από την άλλη πλευρά, οι πελάτες που δεν μπορούν να βελτιώσουν την ευχέρεια της ομιλίας κατά τη δοκιμαστική θεραπεία και/ή είναι δυσλειτουργικοί λόγω ψυχολογικών παραγόντων θα ωφεληθούν από την ψυχοθεραπεία ταυτόχρονα με την θεραπεία του τραυλισμού. Τα άτομα που αντιτίθενται στην ιδέα ότι ο τραυλισμός τους έχει σχέση με το άγχος τους και δεν βελτιώνονται με τη δοκιμαστική θεραπεία δεν είναι ιδανικοί υποψήφιοι για θεραπεία ή ίσως χρειαστούν εκτεταμένη θεραπεία.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Αρκετές δημοσιευμένες μελέτες σχετικά με τον ψυχογενή τραυλισμό δείχνουν ότι η λογοθεραπεία μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική σε αυτή την ομάδα ατόμων. (Baumgartner, 1999, Duffy, 2005, Mahr & Leith, 1992, Roth, Aronson & Davis, 1989) Ο Baumgartner τόνισε ότι οι ασθενείς ωφελούνται από την κατανόηση ,ότι ο τραυλισμός τους δεν είναι απόρροια νευρολογικών προβλημάτων και από την συνεχόμενη ενθάρρυνση του θεραπευτή τους σχετικά με την πρόοδο του. Οι περισσότερες θεραπείες που χρησιμοποιούνται στον εξελκτικό τραυλισμό έχει αναφερθεί ότι είναι αποτελεσματικές και στον ψυχογενή τραυλισμό. (Roth , Aronson & Davis, 1989) Η προσέγγιση της παρατεταμένης ομιλίας μορφοποίησης της ροής είναι πολύ επωφελής για έναν νέο ενήλικα που παρουσιάζει ξαφνικά τραυλισμό. Οι Roth , Aronson & Davis, (1989) υποστήριξαν ότι τεχνικές όπως οι εύκολες ενάρξεις, οι απαλές επαφές και οι εύκολες επαναλήψεις μπορούν να έχουν αποτέλεσμα. Ο Baumgartner,(1999) δούλεψε με πελάτες για να ελαχιστοποιήσει τις πρόσθετες κινητικές συμπεριφορές και να ελαττώσει την μυϊκή ένταση που σχετίζεται με την προσπάθεια τους να μιλήσουν. Ο Daffy υπέδειξε μια διαδικασία 7 βημάτων κατά την οποία ο θεραπευτής βοηθά τον πελάτη να μειώσει την μυϊκή ένταση και αλλάζει τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια τραυλισμού με επιμηκύνσεις που

ακούγονται πιο φυσικές. Ταυτόχρονα υποστηρίζει και επιβεβαιώνει ότι οι ασθενείς παρουσίασαν σταδιακή πρόοδο. Ο Weiner (1981) χρησιμοποίησε την απευαισθητοποίηση συνδυασμένη με θεραπεία ελέγχου της φώνησης που έδινε έμφαση στην επαρκή αναπνευστική υποστήριξη, τις απαλές ενάρξεις και την βέλτιστη φωνητική αντήχηση.

Η μετάβαση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας μια ιεραρχημένη λίστα καταστάσεων από την ευκολότερη στη δυσκολότερη. Δυστυχώς δεν έχουν αναφερθεί αποτελέσματα μακροχρόνιων θεραπειών για τον ΨΕΤ.

Υπάρχουν πάρα πολλά αναπάντητα ερωτήματα για τον ΨΕΤ. Ένα από αυτά είναι αν οι ανωμαλίες στα πρότυπα εγκεφαλικής δραστηριότητας που παρατηρούνται στον εξελικτικό τραυλισμό εμφανίζονται και σε αυτή τη διαταραχή. Ένα επιπλέον είναι αν το ψυχολογικό στρες προκαλεί δυσλειτουργίες στον συγχρονισμό και τον συντονισμό που οδηγούν σε αυτή τη διαταραχή ή αν ψυχολογικοί παράγοντες έχουν στην πραγματικότητα ως αποτέλεσμα συμπεριφορές αγωνιώδους προσπάθειας που διακρίνονται από υψηλό επίπεδο ανταγωνισμού και οι οποίες αντανακλούν τις προσπάθειες του ατόμου να μιλήσει πάρα τις εγγενείς δυσκολίες που εμποδίζουν την ομιλία.

Κάποιες ηλεκτρομυογραφικές μελέτες στον εξελικτικό τραυλισμό έδειξαν ταυτόχρονη σύσπαση των μυών παράγωγης ομιλίας με ένα τρόπο που εμποδίζει την ροή της ομιλίας (Freeman & Ushijima, 1975, Guitar, Guitar, Neilson, O'Dwyer & Andrews, 1988). Αν αυτές οι συσπάσεις παρατηρούνται και στον ΨΕΤ αυτό μπορεί να μας υποκινεί ότι αυτή η μυϊκή δραστηριότητα στον εξελικτικό τραυλισμό είναι προϊόν εκμαθημένων αντιδράσεων “κρατήματος” πάρα ένδειξη διαταραγμένου συντονισμού.

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΕΤ ΜΕ ΕΠΙΜΟΝΟ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ/ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ	ΨΕΤ	ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ	-
Έναρξη	Ξαφνική	Ξαφνική ή Σταδιακή	
Πιθανότερη Αιτιολογία	Ψυχογενής-Μη οργανική	Πολυπαραγοντική	
Ηλικία	Εφηβεία ή Ενήλικη ζωή	2-8 ετών	
Ομιλία σε συνθήκες που προάγουν ευχέρεια	Πιο δυσρυθμική	Βελτιωμένη	
Ομιλία κατά τη δοκιμαστική θεραπεία	Συνήθως θεαματική βελτίωση	Σπάνια θεαματική	

Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ΣΤΡΑΤΟ

Πρόκειται για μια ειδική ενότητα διαταραχής ροής που αφορά στρατιωτικούς εν ενεργεία ή εν αποστρατεία, των οποίων ο τραυλισμός εμφανίστηκε ως αποτέλεσμα στρες ή τραυματισμού στο πεδίο της μάχης. Οι πληροφορίες προέρχονται από μια παρουσίαση στο συνέδριο της asha το 2011 σχετικά με αυτό το θέμα που παρουσιάστηκε από τους Roth, Manning & Duffy (2011) (<http://cms.psav.com/cPaper2012/myitinerary/day.html>).

Δεν είναι σπάνια η εμφάνιση τραυλισμού με ξαφνική έναρξη σε στρατιωτικούς που έχουν πολεμήσει και έχουν υποστεί τραυματική εγκεφαλική βλάβη (TEB) και/ή διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ - PTSD) . Αυτού του είδους ο τραυλισμός παρουσιάζει δυσκολίες στην διαφορική διάγνωση από τις άλλες διαταραχές ροής της ομιλίας , καθώς και στην θεραπεία τους. Η συνδυασμένη όμως εμπειρία της Carole Roth, του Kevin Manning και του Joe Duffy παρέχει κάποιες βασικές κατευθύνσεις για την αξιολόγηση και θεραπεία τέτοιων πελατών. Οι συμπεριφορές τους που μοιάζουν με τραυλισμό περιλαμβάνουν επαναλήψεις αρχικών συλλαβών ή ολόκληρων λέξεων, επιμηκύνσεις , μυϊκή ένταση με γκριμάτσες, «σταθερή θέση» των αρθρωτών ή ψιθύρισμα πριν την έναρξη της ομιλίας, δισταγμού και /ή παύσεις πριν τους αρχικούς ήχους. Αυτές οι συμπεριφορές ομιλίας μπορεί να συνοδεύονται (και να οξύνονται) από προβλήματα προσοχής, αργό ρυθμό επεξεργασίας και προβλήματα ανάκλησης λέξεων. Μπορεί να συνυπάρχουν και άλλες ενδείξεις της ΔΜΣ, όπως διαταραχές ύπνου, εφιάλτες ή δυσκολίες στη συγκέντρωση.

Η διαφορική διάγνωση δεν είναι πάντα εφικτή και μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα απαραίτητη. Τα συμπτώματα του νευρογενούς τραυλισμού, περιλαμβάνουν εκδήλωση τραυλισμού τόσο σε λέξεις περιεχομένου όσο και σε λειτουργικές λέξεις, απουσία δευτερογενών συμπτωμάτων όπως είναι η ένταση και η αγωνιώδης προσπάθεια, καμία μείωση του τραυλισμού σε επαναληπτικές αναγνώσεις ενός κειμένου και χαμηλό επίπεδο φόβου και άγχους σε σχέση με την ομιλία.(De Nil, Jokel & Roshon, 2007).

Τα συμπτώματα του ΨΕΤ περιλαμβάνουν έναρξη κατά τη διάρκεια ψυχολογικής πίεσης (που μπορεί να περιλαμβάνει εμπειρία τραυματισμού στη μάχη), θεαματική βελτίωση κατά τη δοκιμαστική θεραπεία και απουσία εξακριβωμένης νευρολογικής διαταραχής.

Κατά την αξιολόγηση και τη θεραπεία είναι σημαντικό να ακούν προσεκτικά τον ασθενή. Επιπλέον ο κλινικός πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει γιατί η ένταση στη μάχη μπορεί να οδηγήσει σε τραυλισμό. Ένα βασικό κομμάτι της αξιολόγησης είναι η δοκιμαστική θεραπεία που πρέπει να διεξαχθεί με έναν πολύ θετικό και εμπιστευτικό τρόπο. Ο Duffy

προτείνει να τοποθετήσει ο κλινικός τα χέρια του στην περιοχή του θυρεοειδούς, να αισθανθεί αν υπάρχει μυϊκή ένταση και να ζητήσει από τον ασθενή να μιλήσει, ενώ αυτός θα τραβάει το θυρεοειδή χόνδρο προς τα κάτω, σε πιο χαλαρή θέση. Επίσης μπορεί να εξηγήσει στον ασθενή ότι θα εφαρμοστεί υπερβολική μυϊκή ένταση στην συγκεκριμένη περιοχή και να τον οδηγήσει έπειτα σε μια ιεράρχηση παραγωγής φωνηέντων, μεμονωμένων λέξεων, προτάσεων και συνομιλίας με έναν πολύ χαλαρό και αργό τρόπο.

Η ψυχολογική βάση του τραυλισμού αποδεικνύεται στην περίπτωση που ασθενής αποκτήσει μεγάλη ευχέρεια ομιλίας σε αυτή τη δοκιμαστική θεραπεία. Ο κλινικός θα πρέπει να εξηγήσει προσεκτικά αυτή την ευχέρεια στον ασθενή, συνοδεύοντας την με τη χαλάρωση που αντισταθμίζεται στην υπερβολική μυϊκή ένταση και που αναπτύχθηκε ως αντίδραση στο στρεσογόνο παράγοντα. Αν η ευχέρεια στη ροή της ομιλίας δεν επιτευχθεί αποτελεσματικά θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί μια τεχνική μορφοποίησης της ροής, όπως η αργή παρατεταμένη ομιλία. Όποια τεχνική αποδειχθεί αποτελεσματική θα πρέπει να εξηγηθεί στον ασθενή και εκείνος να εκπαιδευτεί σε αυτή σε επόμενες συνεδρίες με κατάλληλη γενίκευση στην καθημερινή ζωή του ασθενή. Σε πολλές περιπτώσεις, η ομαδική θεραπεία του τραυλισμού ή η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να γίνει ένα αποτελεσματικό συμπλήρωμα της ατομικής θεραπείας, ειδικά αν εστιαστεί και σε άλλες πλευρές της ΔΜΣ.

- American psychiatric association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G. & Harris, M. (1964). *The syndrome of stuttering*. Oxford: Spastics Society Medical Education.
- Andrews, G. (1983). *Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982*. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48, 226-246.
- Andrews, G. Craig, A. Feyer, A. M. Hoddinott, S. Howie, P. Nelson, M. (1983). *Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982*. *Journal of speech and Hearing Disorders*, 48, 226-246.
- Andrews, G. Harris, M. (1964). *The syndrome of stuttering*. *Clinics in Developmental Medicine, No 17*. London: Spastics Society Medical Education and Information Unit in association with Wm. Heinemann Medical Books.
- Barber, V. (1939). *Studies in the psychology of stuttering: XV*. Chorus reading as a distraction in stuttering. *Journal of speech Disorders*, 4, 371-383.
- Beliakova – Ivanovna, L. (2002). Παρουσίαση στο εκπαιδευτικό σεμινάριο με θέμα: «Τραυλισμός, θεωρητικά και πρακτικά μοντέλα».
- Bloodstein, O. (1987). *A Handbook on Stuttering* (4th Ed). Chicago: National Easter Seal Society.
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook of stutering* (5th ed). San Diego: Singular Publishing Group.
- Brady, J. P. (1971). Metronome – conditioned speech retraining for stuttering. *Behavior Therapy*, 2, 129-150.
- Brill, A. A. (1923). *Speech disturbances in nervous and mental diseases*. *Quarterly. Journal of Speech Education*, 9, 129-135.
- Byrd, C. (2011). *Fluency Disorders Fall 2011, Unit I: Slide Set 3* [PowerPoint slides].
- Carlisle, J. A. (1985). *Tangled tongue: living with a stutter*. Toronto: University of Toronto Press.
- Cherry, C. Sayers, B. (1956). Experiments upon the total inhibition of stammering by external control and some clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 1, 223-246.

- Conture, E. G. (1997). *Evaluating childhood stuttering*. In R.F. Curlee & G.M. Siegel (Eds), *Nature and Treatment of Stuttering: New Directions*, 2 ed. USA: Allyn & Bacon.
- Coriat, H. (1931). *The nature and analytical treatment of stuttering*. *Proceedings of the American Speech Correction Association*, 1, 151-156.
- Craig, A. Hancock, K. Tran, Y. Craig, M. & Peter, K. (2002). *Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span*. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 45,1097-1105.
- Daly, D. A. (1992-1993). Cluttering: A language-based syndrome. *The Clinical Connection*, 6, 4-7.
- Daly, D. A. (1996). *The Source for Stuttering and Cluttering*. East Moline, IL: LinguSystems.
- Daly, D. A., & Burnett-Stolnack, M. (1994). Identification of and treatment planning for cluttering clients: Two practical tools. *The Clinical Connection*, 8,1-5.
- Duffy, J. (1995). *Motor Speech Disorders-Substrates, Differential Diagnosis and Management*. USA: Mayo foundation
- Eisenson, J. Wells, C. (1942). A study of the influence of communicative responsibility in a choral speech situation for stutterers. *Journal of speech Disorders*, 7, 259-262.
- Flanagan, B. Goldiamond, I. Azrin, N. (1958). *Operant stuttering: The control of stuttering behaviour through response-contingent consequences*. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 1, 173-177.
- Franken, M. C. Boves, L. Peters, H. F. M. & Webster, R. L. (1992). *Perceptual evaluation of the speech before and after fluency shaping stuttering therapy*. *Journal of Fluency Disorders*, 17, 223-241.
- Gilman, M. Yaruss, J. S. (2000). Stuttering and relaxation: applications for somatic education in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 25(1), 59-76.
- Glasner, P. & Rosenthal, D. (1957). *Parental diagnosis of sturrering in young children*. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 22, 288-295.
- Goldiamond, I. (1965). *Stuttering and fluency as manipulable operant response classes*. In L.Krasner & L.P.Ullman (Eds), *Research in Behavior Modification*, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Gregory, H. H. & Hill, D. (1980). *Stuttering therapy for children*. *Seminars in Speech, Language, and Hearing*, 1, 351-364.
- Guitar, B. (1975). *Reduction of stuttering frequency using analog electromyographic feedback*. *Journal of Speech and Hearing Research*, 18, 672-685.

- Guitar, B. (1998). *Stuttering: An Intergrated Approach to Its Nature and Treatment*, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: An Integrated approach to its nature and treatment*. 4th Edition. Ελληνική μετάφραση: Καλιόντζη, Ε. & Ξηνταροπούλου, Δ., Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας
- Hegde, M. (2001). *Hegde's Pocket Guide to Assessment in Speech Language Pathology*, 2nd Edition. Canada: Singular, Thomson Learning
- Ingham, R. J. (1993). *Current status of stuttering and behaviour modification-II*. Principal issues and practices in stuttering therapy. *Journal of Fluency Disorders*, 18, 57-79.
- Johnson, W. & Knott, J. R. (1937). *Studies in the psychology of stuttering*: 1. The distribution of moments of stuttering in successive reading of the same material. *Journal of Speech Disorders*, 2, 17-19. .
- Johnson, W. (1961). Measurement of oral reading and speaking rate and disfluency of adult male and female stutterers and nonstutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders Monograph Supplement*, No.7, 1-20.
- Johnson, W. and Associates (1959). *The onset of stuttering*. Minneapolis: University of Minneapolis Press.
- Johnson, W. Boehmler, R. Dahlstrom, G. Darley, F. Goodstein, L. Kools, J. Neeley, J. Pather, W. Sherman, D. Thurman, Trotter, W. Williams, D. & Young, M. (1959). *The onset of stuttering*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Johnson, W. Inness, M. (1939). *Studies in the psychology of stuttering: XIII*. A statistical analysis of the adaptation and consistency effects in relation to stuttering. *Journal of Speech Disorders*, 4, 79-86.
- Mallard, A. R. & Meyer, L. A. (1979). *Listener preferences for stuttered and syllable-timed speech production*. *Journal of Fluency Disorders*, 4, 117-121.
- Maraist, J. A. Hutton, C. (1957). *Effects of auditory masking upon the speech of stutterers*. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 22, 385-389.
- Martin, R. R. Kuhl, P. Haroldson, S. (1972). *An experimental treatment with two preschool stuttering children*. *Journal of Speech and Hearing Research*. 15, 743-752.
- Meyer, V., Mair, J. M. M. (1963). *A new technique to control stammering: a preliminary report*. *Behavior Research Therapy*, 1, 251 -254.

- Meyers, S. (1986). Qualitative and quantitative differences and patterns of variability emitted by preschool stutterers and nonstutterers during dyadic conversations. *Journal of Fluency Disorders*, 11, 293-306.
- Myers, F. L. & St. Louis, K. O. (1992). *Cluttering: A clinical perspective*. Kibworth, Great Britain: Far Communications.
- Onslow, M. Costa, L. Andrews, C. Harrison, L. Packman, A. (1996). Speech outcomes of a prolonged-speech treatment for stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 734-749.
- Onslow, M. - Packman, A. (2001). *The Handbook of Early Stuttering Intervention*. London: Singular, Thomson Learning
- Pattie, F. A., Knight, B. B., (1944). *Why does the speech of stutterers improve in chorus reading?* *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 362-367.
- Perkins, W. H. Curlee, R. F. (1969). *Clinical impressions of portable masking unit effects in stuttering*. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 34, 360-362.
- Peter, T. J. & Guitar, B. (1991). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Porter, H. K. (1939). *Studies in the psychology of stuttering: XIV*. Stuttering phenomena in relation to size and personnel of audience. *Journal of Speech Disorders*, 4, 323-333.
- Ramig, P. R. (1993). Parent-clinician-child partnership in the therapeutic process of the preschool and elementary-aged child who stutters. *Seminars in Speech and Language*, 14, 226-237.
- Ramig, P.R. & Dodge, D.M. (2005). *The child and adolescent stuttering treatment and activity resource guide*. Clifton Park, NY: Delmar Learning.
- Schwartz, H. D. Zebrowski, P. M., Conture, E. G., (1990). *Behaviors at the onset of stuttering*. *Journal of Fluency Disorders*, 15, 77-86.
- Shipley, K.G. & McAfee, J.G. (2004). *Assessment in Speech-Language Pathology: A resource manual (3rd ed.)*. Clifton Park, NY: Delmar Learning.
- Silverman, F. H. (1974). *Disfluency behaviour of elementary-school stutterers and nonstutterers*. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 5, 32-37.
- Silverman, F. H. (2004). *Stuttering and other fluency disorders*. USA: Waveland Press.
- Silverman, F. H., Trotter, W. D., (1973). Impact of pacing speech with a miniature electronic metronome on the manner in which a stutterer is perceived. *Behavior Therapy*, 4, 414-419.

- Smith, A. & Kelly, E. (1997). *Stuttering: A dynamic, multifactorial disorder*. In R. F. Curlee & C. M. Siegal (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (ed.). Needham Heights: Allyn & Bacon.
- St. Louis, K. O. (Ed.) (1996). Research and opinion on cluttering: State of the art and science, Special issue of the *Journal of Fluency Disorders*, 21.
- St. Louis, K. O., & Myers, F. L. (1995). Clinical management of cluttering. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 25, 187-195.
- St. Louis, K. O., & Myers, F. L. (1997). Management of cluttering and related fluency disorders. In R. Curlee and G. Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (pp. 313-332). NY: Allyn and Bacon.
- St. Louis, K. O., Myers F. L., Faragasso K., Townsend, P. S., & Gallaher, A. J. (2004). *Perceptual aspects of cluttered speech*. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 213-235.
- St. Louis, K.O. & Myers, F.L. (1994). Clinical management of cluttering. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 26, 187-195.
- Starkweather, C. W. & Givens-Ackerman, J. (1997). *Stuttering* Austin, TX: Pro-Ed.
- Starkweather, C. W. (1987). *Fluency and Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall.
- Starkweather, C. W. (1997). *Therapy for younger children*. In R. F. Curlee & G. M. Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (2d ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Starkweather, C. W. Gottwald, S. R., & Halfond, M. M. (1990). *Stuttering prevention: A clinical method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Sutton, S. Chase, R. A., (1961). *White noise and stuttering*. *Journal of Speech and Hearing Research*, 4, 72.
- Tonew, P. (1994). Speech control, correction, and overcoming stuttering: A solution by Perfectly Mastered Breathing (PMB). *Journal of Fluency Disorders*, 19, 216.
- Trotter, W. D. & Lesch, M. M. (1967). Personal experiences with a stutter-aid. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 32, 2710-272.
- Trotter, W. D. & Silverman, F. H. (1973). Experiments with the stutter-aid. *Perceptual and Motor Skills*, 36, 1129-1130.
- Vabiro, K. & Engelmayer, A. (1972). Traumatic fear experience as an etiological factor in the formation of stuttering. *Magyar Pszichologiai Szemle*, 29, 223-238.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering* (2nd Ed.). Englewood Cliffs ,NJ.: Prentice-Hall.

- Van Riper. C., Emeric, L.(1984) *Speech Correction*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall
- Watkins, R. V. Yairi, E. & Ambrose, N. G. (1999). *Early childhood stuttering III: Initial status of expressive language abilities*. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 42, 1125-1135.
- Weiss, D. (1964).*Cluttering*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Williams, D. E. (1968). *Stuttering therapy: An overview*. In HUGO H. Gregory (Ed.), Learning Theory and Stuttering Therapy (pp.52-66), Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Yairi, B. Ambrose, N. Paden, B. & Throneburg, R. (1996). *Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering*. Journal of Communication Disorders, 29, 51—77.
- Yairi, E. (1997a). *Disfluency characteristics of childhood stuttering*. In R. F. Curlee & G. M. Siegal (Eds.), Nature and treatment of stuttering: New directions (2d ed., pp. 49-78). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Yairi, E. Ambrose, N. Paden, E. & Throneburg, R. (1996). *Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering*. Journal of Communication Disorders, 29, 51-77.
- Yairi, E. Ambrose, N.G. Paden. E. P. & Throneburg, R. N. (1996). *Predictive factors of persistence and recovery: pathways of childhood stuttering*. Journal of Communication Disorders, 29, 51-77.
- Yairi, E. H. & Lewis, B. (1984). *Disfluencies at the onset of stuttering*. Journal of Speech and Hearing Research, 27, 154-159.
- Young, M. A. (1985). *Increasing the frequency of stuttering*. Journal of Speech and Hearing Research, 28, 282-293.
- Zimmermann, G. N. Smith, A. & Hanley, J. M. (1981). *Stuttering: In need of a unifying conceptual framework*. Journal of Speech and Hearing Research, 24, 25- 31.
- Αλεξάνδρου Κ. «Τραυλισμός, η πιο οδυνηρή διαταραχή της ομιλίας. Θεωρητική και πρακτική αντιμετώπιση του προβλήματος», σελ. 5-7, Αθήνα, εκδόσεις: Βυζάντιο.
- Αλεξάνδρου, Κ. (1994). Τραυλισμός ή Βατταρισμός-Η πιο οδυνηρή διαταραχή της ομιλίας-Συμπτώματα-Αίτια-Θεραπεία. Αθήνα
- Αλεξάνδρου, Κ. Α. (1991). Η πιο οδυνηρή διαταραχή της ομιλίας, θεωρητική και πρακτική αντιμετώπιση του προβλήματος. Αθήνα: Δανιάς
- Ανδρέου, Σ. Α. (1994). *Ο Τραυλισμός*. Λεμεσός

- Ανδρέου, Σ. Α. (2010). *Διαταραχές της ροής της ομιλίας*: Λεμεσός: Στέλιος Ανδρέου.
- Βλάχος, Φ. (1998). *Αριστεροχειρία μύθοι και πραγματικότητα*: Ελληνικά Γράμματα.
- Γκοτζαμάνης, Κ. (1996). *Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV*. Αθήνα: Λίτσας.
- Δημητροπούλου, Χ. (2014). Σημειώσεις για το μάθημα: «Ασάφειες και συναφείς διαταραχές/τραυλισμός και διαταραχές στη ροή της ομιλίας». Α.Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Λογοθεραπείας
- Δράκος Γ.(1999) «*Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλίας*», σελ. 23-24, Αθήνα, εκδόσεις: «Περιβολάκι» και Ατραπός
- Δράκος, Γ. (1992). Σύγχρονα Προβλήματα της Θεραπευτικής Παιδαγωγικής. Η Παιδαγωγική Αγωγή του Λόγου και της Ομιλίας -Τραυλισμός-. Αθήνα : Αφών Τολίδη
- Δράκου, Δ. Γ. (1991). Σύγχρονα προβλήματα της θεραπευτικής παιδαγωγικής, η παιδαγωγική αγωγή του λόγου και της ομιλίας, Τραυλισμός. Αθήνα: Α/φών Τολίδη
- Εξαρχάκος Γ. «*Φυσιοπαθολογία της φωνής*», σελ. 162, εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, 2001.
- Εξαρχάκος, Γ. (2001). *Φυσιοπαθολογία της Φωνής*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κάκουρος, Ε. Μανιαδάκη, Κ. (2006). Τραυλισμός. Η Φύση και η Αντιμετώπιση του στα Παιδιά και τους Εφήβους. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Καλαντζής, Κ. Γ. (1985). *Διαταραχές του λόγου στην παιδική ηλικία*. Αθήνα: Καραβιάς Ρουσσόπουλος.
- Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας*. Αθήνα: Έλλην
- Καραγιάννης, Σ. (2011). Σημειώσεις για το μάθημα: «Διαταραχές της ροής της ομιλίας». Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Λογοθεραπείας.
- Καρπαθίου, Χ. (1998). Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία «Φυσιολογία-Παθολογία-Διάγνωση», Τ 1ος Αθήνα: Έλλην.
- Μαλανδράκη, Γ. (2011). Παρουσίαση στο εκπαιδευτικό σεμινάριο με θέμα: «*Επίμονος τραυλισμός*».
- Μαλανδράκη Γ.(2012), Εξελικτικός & επίμονος τραυλισμός.Αθήνα
- Μεσσήνης, Λ., Αντωνιάδης, Γ. (2001). Νευροκινητικές Διαταραχές Ομιλίας, Νευρολογικά Στοιχεία και Χειρισμός. Αθήνα : Έλλην
- Μπέλλα, Σ. (2007). Σημειώσεις για το μάθημα: «Κλινικά Θέματα Λογοπαθολογίας». Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Λογοθεραπείας.
- Οικονομίδου, Μ. (χ.χ.). Σημειώσεις για το μάθημα: «*Διαταραχές της Ροής της Ομιλίας*». Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Λογοθεραπείας. 129

- Ονούφριο, Α. Σ. (2000). Η Φωνητική Ορθοφωνία με απλά στοιχεία ανατομίας και λειτουργίας του φωνητικού και αναπνευστικού συστήματος. Αθήνα: Β.
- Παπασιλέκας Α. (1979) «Διαταραχές του λόγου, αιτιολογία- διάγνωση- θεραπεία», σελ. 188, Αθήνα
- Παπασιλέκας, Α. (1979). *Διαταραχές του λόγου*. Αθήνα.
- Σεργάκης, Π. (1998). *Ψυχολογία των διαταραχών του λόγου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Στασινός, Δ. Π. (2009). *Ψυχολογία του λόγου και της γλώσσας*. Αθήνα: Gutenberg.
- Τσιαντής, Γ. – Μανωλόπουλος, Σ. (1995). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, 1^{ος} Τόμος*. Αθήνα : Καστανιώτη
- Τσιάντης, Γ. Ευπολυτά, Ζ. (2001). *Ψυχοσωματικά Προβλήματα των Παιδιών*. Αθήνα: Καστανιώτη.