

Α.Τ.Ε.Ι ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΠΟΦΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ
ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ.

ΚΟΤΣΙΡΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Βασιλοπούλου, η οποία είναι και η επιβλέπουσα καθηγήτρια μου για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας αλλά και επιστημονική συνεργάτιδα του Τμήματος Λογοθεραπείας, για την βοήθεια, κατανόηση αλλά και καθοδήγηση της όλο αυτό το διάστημα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω και την κ. Κοτταρίδη, επιστημονική συνεργάτιδα του Τμήματος Λογοθεραπείας για την πολύτιμη βοήθεια της στην ανάλυση των ερωτηματολογίων μέσω του στατιστικού εργαλείου SPSS (IBM SPSS Statistics).

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω και όλους τους καθηγητές που συμμετείχαν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή	σελ 5
1.1 Ορισμοί τραυλισμού	σελ 7
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία τραυλισμού	σελ 8
1.3 Είδη τραυλισμού κατά την εφηβική ηλικία	σελ 8
1.3.1 Εξελικτικός και επίμονος τραυλισμός	σελ 8
1.3.2 Ψυχογενής και επίκτητος τραυλισμός (ΨΕΤ)	σελ 9
1.3.2 Διαφοροδιάγνωση μεταξύ Εξελικτικού και Επίμονου από ΨΕΤ.....	σελ 10
1.3.4 Νευρογενής επίκτητος τραυλισμός	σελ 10
1.3.5 Διαφοροδιάγνωση μεταξύ Νευρογενή επίκτητου τραυλισμού με Εξελ. Επίμονου	σελ 11
1.3.6 Ταχυλαλία	σελ σελ 12
1.3.7 Διαφοροδιάγνωση μεταξύ Ταχυλαλίας και Εξελ. Και επίμονου τραυλισμού.....	σελ 13
1.4 Βασικά στοιχεία τραυλισμού	σελ 14
1.4.1 περιγραφή φαινομένων δισταγμού	σελ 14
1.4.2 τύποι τραυλισμού.....	σελ 19
1.5 Κλινική εικόνα Ατόμου με Τραυλισμό	σελ 19
1.6 Γλωσσικά Στοιχεία που ευνοούν την εκδήλωση τραυλισμού	σελ 20
1.7 Καταστάσεις που ευνοούν την εκδήλωση τραυλισμού	σελ 21
1.8 Καταστάσεις που μειώνουν την εκδήλωση τραυλισμού	σελ 22
1.9 Επίδραση τραυλισμού στη ζωή του Ατόμου	σελ 23
2. Αιτιολογικοί παράγοντες τραυλισμού	σελ 24
2.1 Άλλες θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για την αιτιολογία του τραυλισμού.....	σελ 30
2.2 Επίδραση τραυλισμού στον ψυχικό κόσμο των Εφήβων	σελ 33
3. Διάγνωση τραυλισμού σε παιδιά κατά την Εφηβική Ηλικία.....	σελ 35

3.1 Αξιολόγηση τραυλισμού.....	σελ 37
3.2 Εκτίμηση σοβαρότητας τραυλισμού	σελ 40
4. Θεραπεία τραυλισμού παιδιών κατά την Εφηβική Ηλικία	σελ 41
4.1 πρώιμες μέθοδοι αντιμετώπισης τραυλισμού	σελ 41
4.2 πρώτες επιστημονικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία τραυλισμού.....	σελ 42
4.3 Σύγχρονοι μέθοδοι θεραπείας.....	σελ 43
4.3.1 Αρχές που διέπουν τις σύγχρονες θεραπείες	σελ 48
4.4 Θεραπευτική Αντιμετώπιση του τραυλισμού στους Έφηβους.....	σελ 48
4.4.1 Γνωστά θεραπευτικά προγράμματα για τους Έφηβους	σελ 50
4.4.2 Πρόγραμμα CAMPERDOWN	σελ 50
4.4.3 Πρόγραμμα FLYENCY PLUS	σελ 51
4.5 Γνωστότερες Θεραπευτικές Σχολές τραυλισμού	σελ 51
4.5.1 Τροποποίηση Τραυλισμού	σελ 51
4.5.2 Μορφοποίηση Τραυλισμού	σελ 53
4.6 Ομαδική Θεραπεία	σελ 56
5. Ο ρόλος του Εκπαιδευτικού στην Θεραπευτική Αντιμετώπιση του τραυλισμού.....	σελ 57

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Έρευνα	σελ 60
Μεθοδολογία της έρευνας	σελ 62
Στατιστική ανάλυση	σελ 63
Αποτελέσματα	σελ 64
Συμπεράσματα.....	σελ 94
Προτάσεις για περαιτέρω ανάλυση της έρευνας	Σελ 96

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τραυλισμός είναι μια από τις πιο γνωστές, αρκετά εύκολα παρατηρήσιμες και επιστημονικά μελετημένες διαταραχές ομιλίας. Ο ασυνήθιστος τρόπος ομιλίας των ατόμων που τραυλίζουν σε συνδυασμό με τις δευτερεύουσες συμπεριφορές που αρκετά συχνά τον συνοδεύουν αποτέλεσε από την αρχαιότητα ακόμη στόχο συζήτησης, περιέργειας, χλευασμού αλλά και έρευνας. Ένα από τα γνωστά άτομα που φαίνεται πως αντιμετώπιζε το πρόβλημα του τραυλισμού είναι και ο αρχαίος ρήτορας Δημοσθένης, ο οποίος μάλιστα προσπάθησε να ξεπεράσει το πρόβλημά του βάζοντας πετραδάκια κάτω από τη γλώσσα του καθώς ο ίδιος μιλούσε. Επίσης μερικά ακόμη γνωστά άτομα που φαίνεται ότι τραύλιζαν είναι ο Ρωμαίος αυτοκράτορας Κλαούντιος, ο Βασιλιάς της Αγγλίας Γεώργιος ο VI αλλά και η Μέριλιν Μονρόε.

Αξιοσημείωτη είναι η ιστορική ύπαρξη του τραυλισμού σε διάφορες κοινωνίες, κάτι που τον καθιστά παγκόσμιο, αφού επιδρά σε ανθρώπους σε όλον τον κόσμο ανεξαρτήτως χρώματος, κοινωνικής τάξης, φυλής και κάθε άλλου στοιχείου που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να διαχωρίσει ένα άτομο από ένα άλλο.

Στην Αρχαία Ελλάδα αλλά και γενικά ανά τον κόσμο διατυπώθηκαν πολλοί ορισμοί σε σχέση με την αιτιολογία του τραυλισμού, οι οποίοι βασίζονταν κάθε φορά στις γνώσεις που είχε ο εκάστοτε ερευνητής. Για παράδειγμα από ορισμένους ο τραυλισμός εθεωρείτο ως τιμωρία από το Θεό για κάποιο αμάρτημα που είχαν διαπράξει (Silverman, 1996).

Ο Ιπποκράτης από την άλλη, ως πατέρας της Ιατρικής, απέδιδε τον τραυλισμό και τις διαταραχές ομιλίας σε φυσιολογικούς/ σωματικούς παράγοντες και συγκεκριμένα σε ανωμαλία συνύπαρξης των βασικών υγρών του σώματος, του αίματος, του φλέγματος, της κίτρινης και μαύρης χολής (Penfield 1978, Rieber & Wollock 1977).

Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι ο τραυλισμός σχετίζεται με αδυναμία των μυών της γλώσσας –η θεωρία αυτή μάλιστα επικράτησε από πολλούς μελετητές μέχρι και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα (Rieber & Wollock, 1977).

Κατά τον 20^ο αιώνα Γάλλοι και Γερμανοί γιατροί απέδωσαν τα αίτια του τραυλισμού σε διαταραχή του εγκεφάλου ή της γλωττίδας και ως θεραπεία αυτού πρότειναν χειρουργικές επεμβάσεις (Hunt 1967).

Στα μετέπειτα χρόνια δόθηκε έμφαση σε φυσιολογικές αιτιολογίες όσο και στις ψυχογενείς εκφάνσεις του τραυλισμού ενώ παράλληλα άρχισε έντονα να δίνεται έμφαση σε ψυχοπαθολογία που προκαλεί το φαινόμενο αυτό με πρωτοπόρο υπερασπιστή αυτού τον Φρόυντ.

Τέλος κατά τη γνώμη άλλων, τα τραυλικά συμπτώματα οφείλονται σε <κακώς μαθημένο> τρόπο ομιλίας (Bell 1853), θεωρία η οποία βοήθησε να μειωθούν αρκετά οι επικίνδυνες χειρουργικές επεμβάσεις αλλά έρηξε όλο το βάρος και ευθύνη στο θεραπευόμενο.

Σε κάθε περίπτωση όλες οι παραπάνω θεωρίες άνοιξαν δρόμο σε νεότερους ερευνητές να διερευνήσουν το φαινόμενο του τραυλισμού και να μελετηθεί η διαταραχή πολύπλευρα με απώτερο σκοπό τόσο η κατανόηση της φύσης του τραυλισμού, όσο και η αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση της.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Καταρχήν, και για να καταστεί πιο κατανοητός ο ορισμός του τραυλισμού, θεωρούμε σωστό να αναφέρουμε έστω και επιγραμματικά τον ορισμό της φυσιολογικής ροής ομιλίας. Η φυσιολογική ροή ομιλίας είναι η παράμετρος εκείνη της παραγωγής ομιλίας που περιλαμβάνει τη συνέχεια, την ομαλότητα, το ρυθμό και /ή την προσπάθεια με τις οποίες ένας ομιλητής παράγει τις διάφορες γλωσσολογικές μονάδες (Αμερικάνικη Ένωση Ομιλίας, Λόγου και Ακοής 1999).

Κατά καιρούς λοιπόν, έχουν διατυπωθεί αρκετοί ορισμοί που ως στόχος τους ήταν να περιγράψουν τη φύση του τραυλισμού. Πιο αναλυτικά:

Οι περισσότεροι ειδικοί που ασχολιούνται με τον τραυλισμό, καθώς και τα δυο επικρατέστερα διαγνωστικά εγχειρίδια, το DSM-IV και το ICD-10, θεωρούν τον τραυλισμό ως διαταραχή του λόγου και της ομιλίας και τον εντάσσουν στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών της επικοινωνίας. Συγκεκριμένα το DSM-IV υποστηρίζει ότι είναι μια διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας, η οποία είναι δυσανάλογη με την ηλικία του ατόμου.

Επίσης σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή στο ρυθμό ομιλίας, κατά την οποία το άτομο γνωρίζει ακριβώς τι θέλει να πει, αλλά δεν είναι σε θέση να το πει τη δεδομένη στιγμή, εξαιτίας μια ακούσιας επαναληπτικής επιμήκυνσης ή παύσης ενός φθόγγου.

Ακόμη σύμφωνα με το Δράκο το 1991, ο τραυλισμός θεωρείται ως διαταραχή του λόγου και εκδηλώνεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, φωνής και άρθρωσης. Η δυσλειτουργία συμβαίνει στην αρχή ή στη μέση της ομιλίας είτε με επαναλήψεις μεμονομένων φθόγγων, συλλαβών, λέξεων, είτε με έντονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο.

Γενικά παραδεκτό είναι ότι όλοι οι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ζωής τους μπορεί να περάσουν από κάποια φάση που να παρουσιάσουν τραυλικά συμπτώματα. Ωστόσο όμως αυτό που διαφοροποιεί τον <φυσιολογικό> τραυλισμό από τον παθολογικό είναι η συχνότητα και το είδος των δυσρυθμιών που παρουσιάζει η ομιλία του ατόμου. Ο τραυλισμός ως

παθολογία εμφανίζεται συχνότερα σε ηλικίες παιδιών από δυο έως πέντε, λιγότερο συχνά σε εφήβους και σπανιότερα σε ενήλικες. Μάλιστα ως μικρότερη ηλικία έναρξης αναφέρονται οι 18 μήνες, με την εμφάνιση των πρώτων προτάσεων στην ομιλία του παιδιού. Αξιοσημείωτη είναι η διαπίστωση του Andrews 1984, η οποία εκτιμά ότι η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού μειώνεται κατά το 50% μετά την ηλικία των τεσσάρων ετών, κατά 75% μετά την ηλικία των έξι ετών, ενώ ελαχιστοποιείται μετά την πάροδο του δωδέκατου έτους, δηλαδή της εφηβικής ηλικίας. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού μειώνεται κατά 25% μετά τα τρισημνησια πρώτα χρόνια του παιδιού (Yairi & Ambrose, 1992).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες ο τραυλισμός εκδηλώνεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού, ενώ τραυλικά συμπτώματα με διάρκεια τουλάχιστον έξι μήνες εμφανίζει το 5% του πληθυσμού (Andrews 1983, Peter & Guitar 1991). Συγκεκριμένα η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού σε παιδιά ηλικίας 2 έως 10 ετών εμφανίζεται σε ποσοστό 1,4% ενώ στους εφήβους ηλικίας 11 έως 20 ετών υπολογίζεται στο 0,5%. Η διαφορά αυτή φαίνεται να υποδηλώνει την αυτόματη υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού πριν την εφηβεία σε ποσοστό 23-80%. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι η εμφάνιση τραυλισμού φαίνεται να διαφοροποιείται στα δυο φύλα, κάτι το οποίο δεν γίνεται εμφανής από τη πρώιμη παιδική ηλικία κατα την οποία η αναλογία αγοριών- κοριτσιών είναι στο 1:1, αλλά σε μεγαλύτερες ηλικίες έξι έως επτά όπου η αναλογία κυμαίνεται 3:1 σε βάρος των αγοριών, για να κορυφωθεί σε αναλογία 5:1 σε βάρος των αγοριών στην εφηβική ηλικία (Bloodstein 1987).

ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ:

✓ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΟΝΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο εξελικτικός και επίμονος τραυλισμός όπως αυτός αναφέρεται από τους Yairi & Seery το 2011, εμφανίζεται κατά την ανάπτυξη του παιδιού. Πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση του οφείλει να περιλαμβάνει όλους τους παράγοντες που συμβάλλουν στη εμφάνιση και διατήρηση αυτού. Η έναρξη εμφάνισης του μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε ηλικία μεταξύ 18 μηνών έως 12 ετών, παρόλα αυτά, συχνότερα εμφανίζεται σε ηλικία από 2 έως 5 ετών (Guitar

2006). Αν και σε ορισμένα παιδιά η έναρξη του είναι σταδιακή και περιλαμβάνει απλές και εύκολες δυσρυθμίες, σε άλλα παιδιά η έναρξη είναι ξαφνική ή συνεχόμενη και δε συνοδεύεται πάντα από ήπια συμπτώματα (Van Riper 1971, Yairi 1983, Ambrose 1992). Ωστόσο υπάρχει και η περίπτωση το παιδί να παρουσιάζει τραυλικά επεισόδια για ένα διάστημα, στη συνέχεια η ομιλία του να είναι φυσιολογική και ύστερα τα συμπτώματα να επανέλθουν (σποραδική ή κυκλική έναρξη). Η εξάπλωση του εξελικτικού και επίμονου τραυλισμού γενικά στο πληθυσμό ανέρχεται στο 1%, για την ακρίβεια στο 0,73%. Πιο συγκεκριμένα ανά ηλικιακή ομάδα, το ποσοστό σε παιδιά μικρής ηλικίας ανέρχεται στο 2,43% ενώ στους ενήλικες είναι γύρω στο 1%.

✓ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός εμφανίζεται συνήθως μετά από μια παρατεταμένη περίοδο άγχους, στρεσαρίσματος, ή ύστερα από κάποιο τραυματικό επεισόδιο. Με βάση αυτό καταλαβαίνουμε ότι είναι αποκλειστικό προνόμιο των εφήβων και των ενηλίκων, ενώ πολύ σπάνια μπορεί να εμφανιστεί και σε μικρότερες ηλικίες. Οι πρώτες περιγραφές που χρησιμοποιήθηκαν για να περιγράψουν αυτή τη μορφή τραυλισμού, είναι ο όρος υστερικός τραυλισμός, ο οποίος σήμερα έχει παραγκωνιστεί. Ο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός δε θα πρέπει να συγχέεται με περιπτώσεις επανεμφάνισης επίμονου εξελικτικού τραυλισμού, δηλαδή για παράδειγμα αν ένα παιδί σε μικρή ηλικία εμφάνιζε τραυλικά συμπτώματα, το ξεπέρασε και ύστερα από άρκετο καιρό επανεμφάνισε τα επεισόδια αυτά δε θα πρέπει να θεωρήσουμε ότι πρόκειται για ψυχογενή τραυλισμό αλλά για επανεμφάνιση επίμονου εξελικτικού. Οι περιπτώσεις ατόμων με ψυχογενή τραυλισμό είναι λιγότερες από το 3% όλων των περιπτώσεων τραυλισμού που υπάρχουν (American Psychiatric Association 1987, Dean 2003). Τέλος τα χαρακτηριστικά ενός ασθενή με ψυχογενή τραυλισμό είναι είναι ότι οι συμπεριφορές που παρουσιάζει είναι ακούσιες και ότι οι πρωτεύουσες συμπεριφορές είναι αρκετά παρόμοιες με τον επίμονο τραυλισμό. Παρόλα αυτά στον ψυχογενή βλέπουμε συχνότερα επαναλήψεις αρχικών ή τονιζόμενων συλλαβών (Mahr & Leith, 1992) και οι δευτερεύουσες συμπεριφορές μπορεί να είναι διαφορετικές και όχι απαραίτητα εμφανιζόμενες με τις πρωτεύουσες συμπεριφορές.

Συμπερασματικά λοιπόν για το ψυχογενή επίκτητο τραυλισμό, θα υιοθετήσουμε την άποψη του Silverman, ο οποίος υποστήριξε ότι, ένας τυπικός ασθενής με ΨΕΤ, είναι ένας έφηβος/ενήλικας ο οποίος δε παρουσιάζει ιστορικό τραυλισμού σε μικρή ηλικία αλλά εμφανίζει τραυλικά συμπτώματα ύστερα ή κατά τη διάρκεια ψυχολογικής πίεσης/στρες, που δε παρουσιάζει νευρολογική αιτία για να εξηγήσει τα συμπτωμάτά του.

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΥ ΕΠΙΜΟΝΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΑΠΟ ΨΕΤ

Ο κλινικός για να μπορέσει να καταλήξει στη σωστή διαφορική διάγνωση, οφείλει εκτός από τη πλήρη αξιολόγηση της ομιλίας να εξετάσει την ύπαρξη στρεσογόνων καταστάσεων/παραγόντων που οφείλονται στην εκδήλωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού. Επίσης πρέπει να εξετάσει την πιθανότητα ύπαρξης τραυλισμού σε μικρότερη ηλικία και ενδεχόμενους νευρογενείς παράγοντες. Σημαντική βοήθεια παρέχουν και οι τεχνικές δοκιμαστικής θεραπείας, μέσα από τις οποίες εισπράττει σημαντικά στοιχεία για τη ομιλία του ασθενή.

Στοιχεία που λειτουργούν βοηθητικά στην διαφοροδιάγνωση μεταξύ αυτών των δυο είναι επίσης:

- ✓ Στον ΨΕΤ ο τύπος έναρξης είναι ξαφνικός, ενώ στον εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό είναι είτε ξαφνικός είτε σταδιακός.
- ✓ Η πιθανότερη αιτία στον ΨΕΤ οφείλεται σε ψυχογενείς παράγοντες – όχι οργανικούς- ενώ στον εξελικτικό η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική.
- ✓ Η ηλικία εμφάνισης του ΨΕΤ είναι στην εφηβική ηλικία ή στην ενήλικη ζωή ενώ ο εξελικτικός εμφανίζεται κυρίως σε ηλικίες 2 έως 8.
- ✓ Στον ΨΕΤ η ομιλία σε συνθήκες που προάγουν την ευχέρεια είναι πιο δυσρυθμική, ενώ στον εξελικτικό είναι συνήθως βελτιωμένη.
- ✓ Τέλος η ομιλία κατά τη δοκιμαστική θεραπεία στον ΨΕΤ είναι συνήθως θεαματικά βελτιωμένη, ενώ στο εξελικτικό σπάνια βελτιωμένη.

✓ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ (NET)

Ο νευρογενής επίκτητος τραυλισμός οφείλεται σε επίκτητη νευρολογική ασθένεια ή βλάβη, με πιο συχνές αιτιολογίες την κρανιοεγκεφαλική κάκωση, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τους εγκεφαλικούς όγκους, τη λήψη φαρμάκων ή σε σπανια περίπτωση τη γεροντική άνοια (Helm – Estabrooks 1993, Horner & Massey 1983, Madison et al. 1977, Rentschler, Driver, Callaway 1984, Rosenbek 1978). Μέχρι και πριν από λίγα χρόνια το συγκεκριμένο είδος τραυλισμού θεωρούνταν αρκετά σπάνιο, ωστόσο όμως τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται με αυτή τη πάθηση. Τα συμπτώματα στη ροή της ομιλίας σε ασθενείς με NET είναι ανάλογα της εγκεφαλικής βλάβης που τα προκάλεσε, όπως παραδείγματος χάριν σε ασθενείς με νευρογενή τραυλισμό ύστερα από εγκεφαλικό επεισόδιο είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν δυσρυθμίες όπως επαναλήψεις ήχων, συλλαβών, φράσεων και λιγότερο επιμηκύνσεις και

μπλοκαρίσματα. Ακόμη, οι επαναλήψεις φαίνεται να είναι το κυρίαρχο τραυλικό σύμπτωμα σε άτομα με NET, μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση, όμως σε αυτά τα άτομα οι επαναλήψεις τείνουν να είναι απότομες, με ακανόνιστο ρυθμό, και με ακατάληπτο λόγο ανα διαστήματα. Από την άλλη όμως, ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη στα βασικά γάγγλια εκδηλώνουν μπλοκαρίσματα και συχνότερα λάθη σε αρχική θέση λέξεων. Παλαιότερες αναφορές αναφέρουν απουσία δευτερεύουσων συμπεριφορών, ωστόσο νέες αναφορές αναφέρουν μπορεί να συνοδεύεται από κάποιες δευτερεύουσες αναφορές και ότι γενικά αυτές είναι ήπιες. Τέλος άτομα με νευρογενή επίκτητο τραυλισμό ενώ ενοχλούνται από τα συμπτώματα και τις δυσκολίες στην ομιλία τους δεν χαρακτηρίζονται από έντονο άγχος.

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΥ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΥ ΕΠΙΜΟΝΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο λογοθεραπευτής αν υποψιάζεται την ύπαρξη νευρογενής επίκτητου τραυλισμού ως αίτιο πίσω από τη παθολογική ομιλία του ασθενή θα πρέπει εκτός από την πλήρη αξιολόγηση ροής ομιλίας να εστιάσει στο ενδεχόμενο ύπαρξης νευρολογικού προβλήματος τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στην ύπαρξη τέτοιου περιστατικού στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον του. Σημαντικότερη θέση στην βοήθεια εξαγωγής συμπεράσματος κατέχει και η λεπτομερής στοματοπροσωπική αξιολόγηση και ο έλεγχος κρανιακών νεύρων. Οπωσδήποτε δε θα πρέπει να παραληφθεί η παραπομπή του ασθενή για νευρολογική εξέταση.

Σε κάθε περίπτωση, ως βοηθητικός μπούσουλας στη διάγνωση τραυλισμού ανάμεσα σε αυτές τις δυο κατηγορίες θα μπορούσαμε να έχουμε τα εξής:

- Στον νευρογενή επίκτητο τραυλισμό ο τύπος έναρξης είναι ξαφνικός, ενώ στον εξελικτικό επίμονο τραυλισμό είναι είτε σταδιακός είτε ξαφνικός.
- Όσον αφορά την αιτιολογία του NET οφείλεται σε νευρογενή παράγοντα, ενώ στον εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό η αιτιολογία του είναι πολυπαραγοντική και δε θα πρέπει να εστιάζουμε την προσοχή μας σε ένα μόνο τομέα.
- Διαφορά επίσης υπάρχει και στην ηλικία έναρξης αφού ο NET εμφανίζεται πιο συχνά σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας/ έφηβους ενώ ο εξελικτικός κάνει την εμφανισή του πιο συχνά σε ηλικίες μεταξύ 2 εως 8 ετών.
- Επίσης σε ασθενείς με NET το επίπεδο δυσρυθμιών στην ομιλία των ασθενών είναι το ίδιο ακόμα και όταν βρίσκονται κάτω από καταστάσεις

που προάγουν την ευχερή ομιλία. Το αντίθετο συμβαίνει στον εξελικτικό επίμονο τραυλισμό, όπου η ομιλία τους συνήθως βελτιώνεται σε τέτοιες καταστάσεις.

- Η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών είναι ακόμη ένας παραγοντας που βοηθάει στη διαφοροδιάγνωση καθώς, ασθενείς με NET νιώθουν ενόχληση για την ομιλία τους αλλά όχι άγχος, ενώ αντίθετα στον εξελικτικό τραυλισμό τα άτομα διακατέχονται από συναισθήματα άγχους (έφηβοι/ ενήλικες)
- Κλείνοντας με τους παράγοντες που βοηθούν στη διαφοροδιάγνωση του NET με τον εξελικτικό επίμονο τραυλισμό, πρέπει να αναφέρουμε ακόμα δυο κριτήρια οι δευτερεύουσες συμπεριφορές και το φαινόμενο προσαρμογής. Στην περίπτωση του NET οι δευτερεύουσες συμπεριφορές, αν είναι παρούσες είναι ήπιες και το φαινόμενο προσαρμογής σχεδόν ανύπαρκτο, ενώ στον εξελικτικό επίμονο είναι υπαρκτό και οι δευτερεύουσες συμπεριφορές είναι παρούσες, σε έφηβους και ενήλικες.

✓ TACHYLAΛIA

Μια ακόμη διαταραχή ροής η οποία συχνά συνοδεύεται από τον εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό είναι η ταχυλαλία. Αρκετές είναι οι θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για τη ταχυλαλία, όπως ότι δεν είναι ξεχωριστή διαταραχή από τον εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό, και ότι είναι ένας τύπος αυτού. Ωστόσο οι επικρατέστερες αντιλήψεις υποστηρίζουν ότι πρόκειται όντως για μια ξεχωριστή διαταραχή που έχει αρκετές διαφορές από τον εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό, παρόλο που εμφανίζεται και σε άτομα που εμφανίζουν εξελικτικό τραυλισμό.

Γενικά η ταχυλαλία θεωρείται, ως μια διαταραχή με γενετική βάση, με πολλαπλές πτυχές παρουσίασης όπου δεν έχει εξευρευνηθεί στο επιθυμητό βαθμό για τη απόλυτη κατανόηση της. Ως ορισμό της θα χρησιμοποιήσουμε τη θεωρία του Daly 1993 η οποία την περιγράφει με τρόπο γλαφυρό: << Πρόκειται για μια διαταραχή ομιλίας και λόγου, που συχνά καταληγει σε γρήγορη, δυσρυθμική, σποραδική, ανοργάνωτη και συχνά ακατανόητη ομιλία. Αν και ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας δεν είναι πάντοτε χαρακτηριστικός, υπάρχουν συνέχεια προβλήματα στο σχηματισμό του λόγου. Η ομιλία των ατόμων αυτών μπερδεύει τους ακροατές τους καθώς δεν ολοκληρώνουν τις προτάσεις. Χαρακτηριστικό επίσης είναι και οι λανθασμένες ενάρξεις τους, καθώς και τα προβλήματα στην ανεύρεση της σωστής λέξης. Ακόμη έχουν έλλειψη συνειδητοποίησης της διαταραχής και οι πιθανότητες αυτοδιόρθωσης τους είναι μηδαμινές, όπως επίσης και η αναζήτηση θεραπείας.

Ως προς τα χαρακτηριστικά της ροής της ομιλίας τα άτομα με ταχυλαλία παρουσιάζουν κυρίως επαναλήψεις αναθεωρήσεις και δισταγμούς σε λέξεις και φράσεις, χωρίς όμως ιδιαίτερη ένταση, και ανα διαστήματα γρήγορο ρυθμό ομιλίας, ο οποίος εμφανίζεται ως εκρήξεις ανάμεσα σε ένα συνεχή λόγο.

ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΤΑΧΥΛΑΛΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΙΜΟΝΟ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ.

Το γεγονός ότι η ταχυλαλία συνοδεύεται και από εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό καθιστά τη διαφοροδιάγνωση του ακόμη πιο δύσκολη. Ωστόσο στην ταχυλαλία πιο συχνά βλέπουμε γλωσσικές και νευροψυχολογικές προεκτάσεις που σπάνια βλέπουμε σε άτομα με εξελικτικό τραυλισμό. Συγκεκριμένα άτομα με ταχυλαλία δυσκολεύονται να σχηματίσουν συνεκτικές προτάσεις, όπως επίσης δυσκολία παρουσιάζουν και στη κοινωνική χρήση της γλώσσας και στην πραγματολογία. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο να παρουσιάζουν και υπερκινητικότητα, διάσπαση προσοχής και μαθησιακές δυσκολίες.

Σε ότι αφορά την αξιολόγηση μας, σημαντικό είναι να συμπεριλάβουμε μια ομάδα αξιολογητών, η οποία θα απαρτίζεται από: ειδικό παιδαγωγό, και νευροψυχολόγο που θα μπορέσει να αξιολογήσει σε βάθος τις νευρογλωσσολογικές, πραγματολογικές και σχολικές επιδόσεις του ασθενή. Βοηθητικό θα ήταν και η παρουσία ενός οικογενειακού προσώπου του ασθενή (καθώς ο ίδιος μπορεί να μη γνωρίζει τις δυσκολίες του). Απαραίτητη είναι η αξιολόγηση καταληπτότητας λόγου, πλήρης αξιολόγηση λόγου, νευροψυχολογική αξιολόγηση και αξιολόγηση χαρακτηριστικών ταχυλαλίας.

Πιο συγκεκριμένα στη διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στις δυο αυτές κατηγορίες βοηθητικό είναι να θυμόμαστε ότι:

- ✓ Ο ρυθμός ομιλίας στην ταχυλαλία είναι γρήγορος ενώ στον εξελικτικό επίμονο τραυλισμό αργός ή φυσιολογικός.
- ✓ Η συνειδητοποίηση του προβλήματος από τον ασθενή στη ταχυλαλία είναι μηδαμινή ενώ στον τραυλισμό είναι υπαρκτή.
- ✓ Η ομιλία σε άτομα με ταχυλαλία κάτω από στρεσογόνες καταστάσεις συνήθως βελτιώνεται ενώ στον τραυλισμό γίνεται χειρότερη.
- ✓ Αντίθετα σε χαλαρές καταστάσεις η ομιλία σε άτομα με ταχυλαλία γίνεται χειρότερη ενώ σε άτομα με τραυλισμό βελτιώνεται.
- ✓ Υπαρκτή είναι η γλωσσική προέκταση σε άτομα με ταχυλαλία, ενώ σπάνια γίνεται αυτό σε άτομα με τραυλισμό.
- ✓ Οι μαθησιακές επιδόσεις των ατόμων με ταχυλαλία είναι μειωμένες ενώ αυτών με τραυλισμό είναι συνήθως φυσιολογικές.

- ✓ Οι ικανότητες προσοχής είναι μειωμένες σε άτομα με ταχυλαλία ενώ σε άτομα μετραυλικά επεισόδια είναι συνήθως φυσιολογικές.
- ✓ Τέλος η ψυχολογία των ατόμων που παρουσιάζουν ταχυλαλία είναι ξέγνοιαστη ενώ των ατόμων που εμφανίζουν τραυλισμό αγχώδης και συνεσταλμένη.

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι η περιοδικότητα με την οποία εκδηλώνεται. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο λόγος ενός ατόμου που τραυλίζει παρουσιάζει ανάμεικτα στοιχεία: λέξεις ή φράσεις, οι οποίες εκφέρονται με δυσκολία και λέξεις ή φράσεις, οι οποίες εκφέρονται με εντελώς φυσιολογική ροή. Κάτω από ορισμένες συνθήκες, μάλιστα όπως π.χ. στο τραγούδι η ομιλία του ατόμου μπορεί να είναι εντελώς φυσιολογική, χωρίς να παρουσιάσει κανένα τραυλικό επεισόδιο. Επίσης πρέπει να τονιστεί, ότι το άτομο που τραυλίζει μπορεί να μιλά με απολύτως φυσιολογική ροή για ώρες, μέρες, εβδομάδες ή και μήνες και στην συνέχεια να εμφανίσει πάλι τραυλισμό. Για το λόγο αυτό, η χρήση του όρου <στιγμές τραυλισμού> είναι αντιπροσωπευτική καθώς υποδηλώνει την περιοδικότητα του προβλήματος και ότι δεν είναι απαραίτητο τα τραυλικά επεισόδια να είναι μόνιμα στην ομιλία του ατόμου.

Χαρακτηριστική είναι η διαφορά της εκδήλωσης τραυλισμού από άτομο σε άτομο καθώς η συχνότητα επηρεάζεται σημαντικά και από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες μιλάει. Όσο για τη διάρκεια αυτή ποικίλει από μερικά δευτερόλεπτα έως μερικά λεπτά.

Κατά τη διάρκεια των στιγμών τραυλισμού, η παραγωγή του λόγου χαρακτηρίζεται από <φαινόμενα δισταγμού>. Ως φαινόμενα δισταγμού, νοούνται η επανήληψη τμήματος ή ολοκληρης λέξης, η στιγμιαία παύση πριν από μια λέξη, η χρήση ηχητικών στοιχείων που δε βοηθούν τον ακροατή να καταλάβει την σκέψη του ομιλητή π.χ. εεεεε, ξέρεις, πριν από την επιθυμητή λέξη, η διακοπή ροής του λόγου για να διορθώσει ομιλητής το λάθος, αποτελούν ορισμένα από τα φαινόμενα που εμφανίζονται συχνά στο λόγο των ατόμων που τραυλίζουν σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΔΙΣΤΑΓΜΟΥ

Ο Charles Van Riper ήταν από τους πρώτους που χρησιμοποίησαν την κατηγοριοποίηση των συμπεριφορών του τραυλισμού σε δυο κύριες ομάδες:

- α) πρωτεύουσες / βασικές συμπεριφορές και
- β) δευτερεύουσες συμπεριφορές.

Παρόλα αυτά με την πάροδο του χρόνου προστέθηκε ακόμη μία κατηγορία, η οποία σχετιζόταν με τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις (Guitar 2006, Silverman 1996, Yairi & Seery 2011). Ωστόσο πρέπει να καταστεί γνωστό, ότι οι συμπεριφορές τραυλισμού δεν παρουσιάζονται πάντα και σε όλα τα άτομα που τραυλίζουν.

A) Πρωτεύουσες / βασικές συμπεριφορές.

Ως πρωτεύουσες συμπεριφορές ονομάζονται οι λεκτικές συμπεριφορές ατόμων που τραυλίζουν ή αλλιώς οι δυσρυθμίες και διακοπές ομιλίας. Οι δυσρυθμίες αυτές, εμφανίζονται κατά μέσο όρο στο 10 – 15% στην ομιλία των ατόμων που τραυλίζουν. Οι βασικές συμπεριφορές χωρίζονται σε τρεις κύριες κατηγορίες:

- Επαναλήψεις φθόγγων, συλλαβών και λέξεων
- Επιμηκύνσεις
- Μπλοκαρίσματα

Οι επαναλήψεις φθόγγων, συλλαβών και λέξεων αποτελούν το πιο χαρακτηριστικό γνώρισμα του τραυλισμού το οποίο υπάρχει ανεξαρτήτου ηλικίας του ατόμου που τραυλίζει. Οι περισσότερες επαναλήψεις εμφανίζονται στην αρχή των λέξεων και σχεδόν ποτέ στις τελευταίες συλλαβές. Ο αριθμός επανάληψης τους ποικίλλει από δυο έως πέντε φορές. Εάν κατά τη διάρκεια των επαναλήψεων το άτομο παρουσιάσει μεγάλη ένταση, τότε οι ήχοι μπορεί να επιμηκύνονται ή να προφέρονται δυσρυθμικά. Παράδειγμα επανάληψης φθόγγου: μ-μήλο, επανάληψη συλλαβής: μη-μήλο, επανάληψη λέξης: μήλο, μήλο.

Οι επιμηκύνσεις είναι οι δυσρυθμίες κατά τις οποίες παρατηρείται παράταση ηχηρών και άηχων ήχων και εκπνεόμενου αέρα, ενώ οι αρθρωτές που τους παράγουν παραμένουν στην ίδια θέση (Guitar 2006). Παράδειγμα επιμήκυνσης: φφφφφφαγητό. Η διάρκεια των επιμηκύνσεων κυμαίνεται από μισό δευτερόλεπτο έως πολλά δευτερόλεπτα ανάλογα με τη σοβαρότητα του επεισοδίου. Όπως και οι επαναλήψεις, οι επιμηκύνσεις εμφανίζονται σχεδόν πάντα στις αρχικές συλλαβές των λέξεων και σπάνια στις τελικές.

Ο όρος μπλοκαρίσματα αναφέρεται στη παράλληλη ακατάλληλη διακοπή της ροής του εκπνεόμενου αέρα και των αρθρωτικών κινήσεων (Guitar 2006). Στον εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό τα μπλοκαρίσματα επειδωνώνονται με τη πάροδο του χρόνου και εμφανίζονται κάποιες φορές με τρόπο των αρθρωτών. Η διάρκεια ποικίλλει, αλλά δε ξεπερνά τα 5 δευτερόλεπτα.

B) Δευτερεύουσες συμπεριφορές

Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές χωρίζονται κυρίως σε δυο κατηγορίες:

α) Συμπεριφορές διαφυγής και

β) Συμπεριφορές αποφυγής.

Οι δευτερεύουσες συμπεριφορές πρόκειται για σωματικές ενέργειες π.χ. κλείσιμο ματιών, κούνημα κεφαλής ή λεκτικές όπως παρεμβολές ανάμεσα σε λέξεις ή φράσεις, αντικαταστάσεις λέξεων. Και στις δυο περιπτώσεις, ο ασθενής θεωρείται ότι προβαίνει σε αυτές τις συμπεριφορές προκειμένου να <καλύψει> τις πρωτεύουσες δυσκολίες του. Αυτά τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του τραυλισμού εμφανίζονται σε γενικές γραμμές συχνότερα στις περιπτώσεις εφήβων που τραυλίζουν και σε ενήλικες και λιγότερο σε παιδιά μικρής ηλικίας.

Οι συμπεριφορές διαφυγής έχουν ως στόχο να βοηθήσουν το άτομο να διαφύγει ένα τραυλικό σύμπτωμα, να τερματίσει τη στιγμή και να ολοκληρώσει φραστικά τη σκέψη του. Μερικά από τα παράδειγμα συμπεριφοράς διαφυγής είναι: το έντονο κλείσιμο ματιών, το κούνημα κεφαλής ή χεριών, η ένταση στους μυες του λαιμού, η εναλλαγή ύψους ή έντασης της φωνής, η αύξηση ρυθμού ομιλίας.

Οι συμπεριφορές αποφυγής στοχεύουν στη αποφυγή ενούς τραυλικού επεισοδίου, γι αυτό και παρατηρούνται ακριβώς πριν την παραγωγή της λέξης –στην οποία θα παρουσιάσουν δυσρυθμία-. Με άλλα λόγια παρατηρούνται όταν ο ασθενής νιώθει ότι θα τραυλίσει στην αμέσως επόμενη εκφορά. Παραδείγματα που φανερώνουν το φαινόμενο αποφυγής είναι οι παρεμβολές λέξεων ή ήχων μέσα στη λέξη π.χ. εεεε, η αντικατάσταση λέξεων, αλλά και σωματικές ενέργειες όπως γύρισμα του λαιμού προς άλλη κατεύθυνση ή τοποθέτηση χεριού στο στόμα ως προληψη αποφυγής της παραγωγής, οι περιέργες διακυμάνσεις τόνου και έντασης.

Ωστόσο όμως υπάρχει μια ακόμη κατηγοριοποίηση των δευτερογενών συμπεριφορών σύμφωνα με τους Prins & Lohr το 1972:

A) Συμπτώματα αποφυγής

B) Συμπτώματα διαφυγής

Γ) Συμπτώματα αναβολής: αφορά την καθυστέρηση των τραυλικών επεισοδίων με τη χρήση λέξεων <ξέρεις, λοιπόν>

Δ) Συμπτώματα εκκίνησης: αναφέρεται σε χρήση συγκεκριμένων ήχων πριν την έναρξη ομιλίας π.χ. εεεε.

Ε) Συμπτώματα μείωσης προσδοκίας τραυλισμού: αφορά την υιοθέτηση παράξενου ρυθμού ομιλίας με στόχο την πρόληψη εκδήλωσης τραυλισμού

Τέλος ακόμη μια κατηγοριοποίηση που αφορά τις πρωτεύουσες και δευτερεύουσες συμπεριφορές και έχει προταθεί από τους μελετητές Conture 1990 και Ambrose 1999 είναι:

A) οι δυσρυθμίες ανάμεσα στις λέξεις

B) οι δυσρυθμίες μέσα στη λέξη

Οι δυσρυθμίες ανάμεσα σε λέξεις λέγονται και ως μη τραυλικές δυσρυθμίες και περιλαμβάνουν τα εξής: επαναλήψεις φράσεων και πολυσύλλαβων λέξεων, παρεμβολές, αναθεωρήσεις. Αυτού του είδους οι δυσρυθμίες δεν διακόπτουν σημαντικά τη ροή των λεγομένων.

Οι δυσρυθμίες μέσα στη λέξη λέγονται και ως τραυλικές δυσρυθμίες και διακόπτουν σημαντικά τη ροή της πρότασης. Αυτές είναι οι επαναλήψεις μονοσύλλαβων λέξεων και τμήματος της λέξης και οι επιμηκύνσεις και τα μπλοκαρίσματα.

Γ) Συναισθήματα και Πεπιοθήσεις

Σύμφωνα με την τρίτη κατηγορία τα συναισθήματα και τις πεπιοθήσεις τα άτομα που τραυλίζουν δεν διαφέρουν σημαντικά από εκείνα που δεν τραυλίζουν όσον αφορά την νοημοσύνη και τη συναισθηματική ικανότητα προσαρμογής. Ωστόσο, η ύπαρξη του τραυλισμού δημιουργεί στα άτομα αυτά συναισθήματα αποτυχίας, απογοήτευσης, ενοχής, χαμηλής αυτοεκτίμησης και μελαγχολίας. Επίσης, παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους ειδικά σε καταστάσεις και συνθήκες που απαιτούν λεκτική απόδοση. Παραδείγματα

τέτοιων συμπεριφορών άγχους είναι οι φοβίες, η αντιδραστική συμπεριφορά, οι εμμονές, οι ψυχαναγκασμοί και οι δυσχαιρείς διαπροσωπικές σχέσεις. Αν και τα παραπάνω συναισθήματα είναι αποτέλεσμα των βασικών συμπεριφορών του τραυλισμού, είναι λογικό να λειτουργούν και ως παράγοντες επιβάρυνσης δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο. Είναι ακόμα πιθανό, σε άτομα με σοβαρό χρόνιο ή επίμονο εξελικτικό τραυλισμό να παρατηρηθεί μια σύνθετη ψυχοσυναισθηματική κατάσταση και αρνητική αυτοαντίληψη που συνήθως οδηγεί ακόμη και ψυχοσυναισθηματική αναπηρία.

Άλλα στοιχεία που χαρακτηρίζουν την ροή ομιλίας με τραυλισμο είναι:

- Παύσεις

Οι παύσεις εκδηλώνονται μεταξύ των λέξεων και συνοδεύονται συνήθως από ένταση στους μύες που σχετίζονται με την παραγωγή ομιλίας κυρίως στο λάρυγγα. Εμφανίζονται κυρίως πριν από λέξεις των οποίων, το άτομο δυσκολεύεται να προφέρει τον πρώτο φθόγγο. Πρόκειται, δηλαδή για δυσκολία ρύθμισης της ποσότητας του αέρα που πρέπει να εκπνεύσει το άτομο για να προφέρει τον εν λόγω φθόγγο.

- Ατελείς Φράσεις

Στις ατελείς φράσεις το άτομο που τραυλίζει ξεκινά να τις προφέρει αλλά δεν τις ολοκληρώνει. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι προτιμότερη η ολοκλήρωση της φράσης ακόμα και με τραυλικά συμπτώματα από την μη ολοκλήρωσή της. Αυτό το είδος δυσρυθμίας μπορεί να εμφανίζεται και σε φυσιολογικούς ομιλητές με την διαφορά ότι αυτοί τελικά διορθώνουν και ολοκληρώνουν την φράση.

- Αναθεωρήσεις

Οι αναθεωρήσεις αναφέρονται στην τάση των ατόμων που τραυλίζουν να μην ολοκληρώνουν την λέξη που ξεκίνησαν να προφέρουν τραυλίζοντας αλλά να την αντικαθιστούν με μια συνώνυμη για να αποφύγουν περεταίρω τραυλισμό.

- Αφύσικος ρυθμός ομιλίας

Ο αφύσικος ρυθμός ομιλίας στα άτομα με τραυλικές συμπεριφορές μπορεί αφορά έναν αφύσικα αργό ή γρήγορο ρυθμό. Ο αργός ρυθμός οφείλεται είτε στον ίδιο τον τραυλισμό είτε υιοθετείται σκόπιμα από το ίδιο το άτομο στην προσπάθειά του να μην τραυλίσει ενώ ο γρήγορος ενδέχεται να υιοθετείται από το άτομο καθώς πιστεύει ότι κάνοντας παύση στο λόγο θα τραυλίσει.

- Αφύσικο Ανέβασμα της Έντασης και του Τόνου της Φωνής

Το αφύσικο ανέβασμα της έντασης και του τόνου της φωνής εκδηλώνεται από τα άτομα που τραυλίζουν με σκοπό να αποφύγουν συμπτώματα τραυλισμού.

- Εμβολές Φθόγγων, Συλλαβών, Λέξεων ή Φράσεων

Οι εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων ή φράσεων ενώ εμφανίζονται σε όλους τους ανθρώπους ορισμένες φορές, είναι ιδιαίτερα εμφανείς στην ομιλία των ατόμων που τραυλίζουν λόγω του φόβου του ότι θα «κολλήσουν».

ΤΥΠΟΙ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο τραυλισμός διακρίνεται σε τρεις τύπους, τον τονικό, τον κλονικό και τον τονικοκλονικό τραυλισμό.

- Στον τονικό τραυλισμό, εμποδίζεται η έκφραση του προφορικού λόγου παρά την προσπάθεια του ατόμου. Το άτομο «μπλοκάρεται» και δεν μπορεί να αρχίσει να μιλάει παρά τις προσπάθειες που καταβάλει καθώς συνοδεύεται από συσπάσεις των χειλιών και γενικότερα του προσώπου.
- Κατά τον κλονικό τραυλισμό το άτομο επαναλαμβάνει συνεχώς την αρχική συλλαβή ή την πρώτη λέξη μέχρι να αρχίσει να μιλάει. Η επανάληψη που γίνεται είναι ακούσια, εκρηκτική και συνοδεύεται από απότομες συσπάσεις των προσωπικών μυών.
- Τέλος στον τονικοκλονικό τραυλισμό συνυπάρχουν τα φαινόμενα τόσο του τονικού όσο και του κλονικού τραυλισμού.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΤΟΜΟΥ

Η κλινική εικόνα που παρουσιάζει ένας έφηβος με τραυλισμό, αποτελείται από απότομο μπλοκάρισμα λέξης, μιας συλλαβής ή ενός φωνήματος. Επίσης παρουσιάζονται καθυστερήσεις, συντομεύσεις στην προφορά κατά την εκφορά μεμονωμένων γραμμάτων, καθώς και επαναλήψεις λέξεων και προτάσεων ή τμημάτων αυτών προσθήκη άσχετων φωνημάτων.

Παράλληλα με αυτές τις λεκτικές ιδιαιτερότητες, παρατηρείται, ακόμη, μια ασυνήθιστη τεχνική αναπνοής και κακή συνεργασία των μυών που συμμετέχουν στην ομιλία όπως:

- ανοιχτό στόμα για ορισμένα δευτερόλεπτα
- σφίξιμο
- χτύπημα των δοντιών
- έντονη κίνηση της γλώσσας σε λεκτικά διαλείμματα
- κοφτή και απότομη αναπνοή κατά την ομιλία με τον ρυθμό τραυλισμού

ΓΛΩΣΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Αν και ο τραυλισμός μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιοδήποτε σημείο της ομιλίας έχει διαπιστωθεί ότι συνήθως εμφανίζεται σε συγκεκριμένες λέξεις ή σημεία. Οι περισσότεροι γλωσσικοί παράγοντες που ευνοούν την εκδήλωση τραυλισμού επηρεάζουν επίσης την εκδήλωση των φαινομένων δισταγμού και σε άτομα που δε τραυλίζουν. Η διαπίστωση αυτή ισχύει τόσο για έφηβους όσο και για παιδιά μικρότερης ηλικίας και ενήλικες.

Μέσα από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν διαπιστώθηκε ότι οι πιο πολλές πιθανότητες να εκδηλωθεί τραυλισμός, μάλιστα κατά 90% , έχουν οι πρώτες συλλαβές των λέξεων. Το ίδιο ισχύει και στις πολυσύλλαβες λέξεις αφού και εκεί ισχύει τα τραυλικά επεισόδια να συμβαίνουν στις πρώτες συλλαβές και σχεδόν ποτέ στις τελευταίες.(Johnson & Brown 1935, Sheeman 1974, Weiner 1984). Μεγάλη σημασία στην εκδήλωση έχουν και η γραμματική σημασία της λέξης, η θέση της στη πρόταση αλλά και το μήκος της. Επίσης ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα σε λέξεις που ξεκινούν με σύμφωνα, σε σχέση με λέξεις που αρχίζουν από φωνήεντα. Μια εκτίμηση που έχει δοθεί για αυτό, είναι ότι η εκφορά των συμφώνων χρειάζεται μεγαλύτερη μυική ένταση από την εκφορά των φωνηέντων για αυτό και τα άτομα αυτά δυσκολεύονται και <κολλούν> στη παραγωγή λέξεων που αρχίζουν με σύμφωνα. Ωστόσο όμως το κάθε άτομο που τραυλίζει δε δυσκολεύεται απαραίτητα στα ίδια σύμφωνα όπως επίσης υπάρχουν και άτομα που δυσκολεύονται περισσότερο σε λέξεις που αρχίζουν με φωνήεντα. Με άλλα λόγια φαίνεται ότι μεγαλύτερη σημασία

έχει η υποκείμενη αξιολόγηση δυσκολίας για την εκφορά του ήχου από το ίδιο το άτομο παρά ο πραγματικός βαθμός δυσκολίας.

Ένας ακόμη παράγοντας που αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού είναι και η γραμματική λειτουργία της λέξης. Έχει παρατηρηθεί ότι σε έφηβους οι στιγμές τραυλισμού είναι περισσότερο πιθανό να εκδηλωθούν σε λέξεις περιεχομένου όπως ουσιαστικά, ρήματα, επίθετα και επιρρήματα σε σχέση με λειτουργικές λέξεις όπως άρθρα, προθέσεις, αντωνυμίες και συνδέσμους (Brown 1945, Williams et al. 1969)

Ο τρίτος γλωσσικός παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει την εκδήλωση του τραυλισμού είναι το μήκος της λέξης, καθώς οι μεγαλύτερες λέξεις ευνοούν περισσότερο την εκδήλωση του από ότι οι μικρότερες. Αυτό ίσως οφείλεται στηνν πολυπλοκότητα των πολυσύλλαβων λέξεων.

Και ο τέταρτος παράγοντας σχετίζεται με την εξοικείωση του ομιλητή με την εκάστοτε λέξη, καθώς ο τραυλισμός εκδηλώνεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε λέξεις με τις οποίες ο ομιλητής δεν είναι εξοικειωμένος. Περισσότερες πιθανότητες επανεκδήλωσης έχουν επίσης οι λέξεις κατά τις οποίες τραύλισε στο παρελθόν.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΝ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού ενδέχεται να επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων. Παρόλο που για κάθε άτομο οι παράγοντες επηρεασμού είναι διαφορετικοί, υπάρχουν ορισμένες καταστάσεις κοινές για όλους.

Αρχικά ένας πολύ βασικός παράγοντας εκδήλωσης τραυλισμού, κυρίως σε εφήβους (αλλά και ενήλικες) που έχουν επίγνωση της κατάστασης τους, είναι το επικοινωνιακό άγχος, πίεση που νιώθει το άτομο. Με άλλα λόγια, όταν το άτομο που τραυλίζει νιώθει να <φοβάται> την επικοινωνία τότε έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει τραυλισμό. Μέσα από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι το άτομο εκδηλώνει συχνότερα τραυλισμό, όταν μιλάει στο τηλέφωνο, συστήνεται για πρώτη φορά σε κάποιον ξένο και όταν μιλάει σε κάποιο άτομο με κύρος ή η παρουσία του μπροστά σε ακροατήριο (Bloodstein 1987 Van Riper 1982). Κοινός παρανομαστής όλων των παραπάνω, είναι η έντονη επιθυμία του ατόμου για την ομαλή έκβαση της ομιλίας και την αποφυγή του τραυλισμού, κάτι το οποίο οδηγεί τελικά στην εκδήλωσή του.

Ένας ακόμη λόγος που υποβοηθά την εκδήλωση τραυλισμού, είναι η επανάληψη των λεγομένων από το ίδιο το άτομο, επειδή ο συνομιλητής του

δεν καταλάβει τι ήθελε να πει (Bloodstein 1987). Στην περίπτωση αυτή είναι αδιαμφισβήτητη η επιθυμία του ατόμου να γίνει κατανοητό τόσο που όλη αυτή η διαδικασία αυξάνει το άγχος του και τελικά οδηγεί στην εκδήλωση του.

Τέλος ένας ακόμη παράγοντας που οδηγεί εν τέλει σε εκδήλωση τραυλισμού είναι η βαρύτητα προσοχής που δίνει το ίδιο το άτομο στην ομιλία του, όπως επίσης και στις προσπάθειες του να οργανώσει το λόγο του πριν μιλήσει. Για παραδειγμα όσο περισσότερο χρόνο για να μιλήσει έχει ένας μαθητής του γυμνασίου /λυκείου που έχει επίγνωση της κατάστασης του, τόσο περισσότερο προσπαθεί να οργανώσει τις σκέψεις του και το λόγο του για να μη παρουσιάσει τραυλικό επεισόδιο, κάτι που αναπόφευκτα οδηγεί σε αυτό.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Υπάρχουν ωστόσο, ορισμένες καταστάσεις, οι οποίες μειώνουν ή αποτρέπουν την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού. Για να συμβεί αυτό, θα πρέπει να απουσιάζει από την επικοινωνία του ατόμου που τραυλίζει η επικοινωνιακή πίεση και η εστιασμένη προσοχή του ατόμου στην ομιλία του.

Σύμφωνα με τον Barber το 1939, όταν το άτομο που τραυλίζει διαβάξει δυνατά ταυτόχρονα με κάποιον άλλο, τα τραυλικά επεισόδια μειώνονται αισθητά έως και ελαχιστοποιούνται. Ωστόσο όμως, ο τραυλισμός θα επανεμφανιστεί όταν το δεύτερο άτομο σταματήσει να διαβάξει. Προφορικά ισχύουν τα ίδια όταν το άτομο λέει τα ίδια λόγια ταυτόχρονα με κάποιον άλλο. Με βάση τα παραπάνω καταλαβαίνουμε ότι στις περιπτώσεις αυτές έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα γιατί το άτομο δεν εστιάζει στην ομιλία του, αλλά <χάνεται> και μπερδεύεται η δική του ομιλία με του δεύτερου ατόμου του οποίου η ομιλία μπορεί να λειτουργεί και ως μετρονόμος.

Ένας ακόμη παράγοντας μείωσης του τραυλισμού είναι το τραγούδι, το βρίσιμο, η ομιλία σε συγκεκριμένο ρυθμό π.χ. λέει απέξω κάτι που έμαθε. Γενικά όταν συμβαίνει κάτι που αποπροσανατολίζει το άτομο από την ομιλία του π.χ. τραγούδι, ή όταν δεν θα τον νοιάζει η ομιλία του τη δεδομένη στιγμή π.χ. όταν βρίζει, τότε τα τραυλικά επεισόδια μειώνονται.

Επίσης ο τραυλισμός εξασθενεί αρκετά όταν το άτομο μιλά χωρίς την παρουσία ακροατών (Porter 1939) ή όταν απευθύνεται σε ζώα ή πολύ μικρά παιδιά (Andrews et al. 1983). Μια ερμηνεία της διαπίστωσης αυτής είναι η ελαχιστοποίηση της επιθυμίας του ατόμου για αποφυγή του τραυλισμού, εφόσον δεν υπάρχουν ακροατές. Με άλλα λόγια, όταν το άτομο δεν καταβάλλει προσπάθεια να μη τραυλίσει, τότε τραυλίζει λιγότερο.

Ακόμη όταν το άτομο διαφοροποιεί το συνήθη ρυθμό ομιλίας του π.χ. την ταχύτητα της ομιλίας του, την ένταση ή τη μελωδικότητα, μειώνεται η

πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού. Σύμφωνα με τον Bloodstein αυτό συμβαίνει, διότι η αλλαγή λειτουργεί ως μια μάσκα της πραγματικής του ομιλίας και το απομακρύνουν από τη προσπάθεια να μη τραυλίσει. Η βελτίωση αυτή όμως είναι προσωρινή, διότι όταν γίνει αυτός ο τρόπος ομιλίας συνηθισμένος τότε χάνονται τα αποτελέσματα του και ο παράδοξος τρόπος ομιλίας προσελκύει περισσότερο την αρνητική προσοχή των συνομιλητών από τα συμπτώματα του τραυλισμού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η εκδήλωση του τραυλισμού μειώνεται ύστερα από επανελημμένες διαδοχικές αναγνώσεις του ίδιου υλικού (Johnson & Knott 1937). Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε, μετά από πέντε διαδοχικές αναγνώσεις του ίδιου κειμένου, μειώνεται κατά 50% ο τραυλισμός σε σύγκριση με τη πρώτη ανάγνωση. Πιο πολλές αναγνώσεις επιφέρουν ελάχιστη ή καθόλου μείωση του τραυλισμού (επίδραση της προσαρμογής). Σημαντικό είναι να ειπωθεί ότι ο ρυθμός προσαρμογής μειώνεται δραματικά όσο αυξάνεται το χρονικό διάστημα μεταξύ των αναγνώσεων με αποτέλεσμα ο τραυλισμός να επανέλθει. Ως ερμηνεία του φαινομένου έχουμε την μείωση του τραυλισμού α) με την εξοκίσωση του αναγνώστη με το κείμενο και την έλλειψη φόβου του προς αυτό και β) την προβλεψιμότητα του κειμένου σε φωνητικό επίπεδο ύστερα από την συνεχή επανάληψη του αποσπάσματος, με αποτέλεσμα το άτομο να μη χρειάζεται να οργανώσει την εκδορά των λέξεων καθώς αυτές σχεδόν αυτοματοποιούνται όπως π.χ. η αρίθμηση.

Τέλος ακόμη ένας παράγοντας μείωσης εκδήλωσης του τραυλισμού είναι η ομιλία του ατόμου σε χώρο με δυνατό θόρυβο π.χ. σε ένα εργοτάξιο. Το φαινόμενο αυτό λέγεται επίδραση λευκού θορύβου. Πιθανή ερμηνεία του φαινομένου αυτού – η οποία δεν έχει αποδειχθεί ερευνητικά- είναι ότι όταν το άτομο αδυνατεί να ακούσει την ομιλία του, λόγω του θορύβου, αυτόματα μειώνεται και η προσπάθειά του να την ελέγξει. Μια εναλλακτική ερμηνεία του φαινομένου σύμφωνα με τον Bloodstein το 1987 είναι ότι ο θόρυβος λειτουργεί ως ένα είδος ακουστικής ανατροφοδότησης σχετικά με την ομιλία του.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

Η επίδραση του τραυλισμού στην ζωή του ατόμου γενικότερα, και στου εφήβου ειδικότερα είναι αδιαφισβήτητη καθώς μεταβάλλει την εικόνα του εαυτού του σύμφωνα με το πως το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται το προβλήμα του αλλά και πως το ίδιο το άτομο πάλι νιώθει ότι το αντιλαμβάνονται οι άλλοι. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει ο Van Riper (1982) διαμορφώνουμε την προσωπική μας ταυτότητα σύμφωνα με τις αντιδράσεις και εκτιμήσεις των σημαντικών άλλων στην ζωή μας. Συγκεκριμένα τα παιδιά με τραυλισμό

δέχονται αρνητικές κριτικές κυρίως από συνομιλήκους τους για τον τρόπο ομιλίας τους, οδηγώντας έτσι το άτομο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα να στρέφεται προς τον εαυτό του και να απομονώνεται.

Σημαντική επίδραση ασκεί επίσης ο τραυλισμός στον τρόπο που ο έφηβος αντιλαμβάνεται την κοινωνική του θέση. Για παράδειγμα από μαρτυρίες εφήβων με τραυλισμό, εξάγουμε το συμπέρασμα ότι οι ίδιοι πιστεύουν ότι αν η ροή ομιλίας τους ήταν φυσιολογική οι ίδιοι θα ήταν πιο αρεστοί ως προς τους άλλους σε φιλικό / κοινωνικό επίπεδο. Επίσης υποστηρίζουν πως θα μπορούσαν να εμπνέουν σεβασμό και εμπιστοσύνη στους συνομιλήκους τους, με αποτέλεσμα να τους δίνεται η ευκαιρία να κάνουν πράγματα, τα οποία τώρα δεν μπορούν π.χ. να εκλεγούν πρόεδροι της τάξης τους.

Ένας ακόμη παράγοντας μέσα από τον οποίο καταδεικνύεται η χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση των ατόμων που τραυλίζουν είναι η τάση πιο έντονου τραυλισμού απέναντι σε άτομα κύρους όπως π.χ. συζήτηση με τον διευθυντή του σχολείου με αποτέλεσμα αυτό να οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο αποφυγής <δύσκολων > καταστάσεων. Γενικά λοιπόν θα λέγαμε ότι τα άτομα αυτά είναι εσωστρεφή και τείνουν να αποφεύγουν κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες αναμένουν ότι θα τραυλίσουν.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Chrichton - Smith το 2002 διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με τραυλισμό έχουν συχνά την πεποίθηση ότι ο τραυλισμός τους επιφέρει περιορισμούς τόσο σε κοινωνικό όσο και σε ακαδημαϊκό / επαγγελματικό επίπεδο. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνουν οι παραπάνω ερευνητές οι περιορισμοί έως ένα βαθμό υπάρχουν και από την κοινωνία αλλά σε πολλές περιπτώσεις το ίδιο το άτομο αυτοπεριορίζεται στην προσπάθεια του να προστατέψει τον εαυτό του από ένα ακόμη τραυλικό επεισόδιο. Σε κάθε περίπτωση οι αυτοπεριορισμοί αυτοί, είναι ιδιαίτερα σημαντικοί κατά την εφηβική ηλικία όπου τα παιδιά διαμορφώνουν ολοκληρωτικά πια τον χαρακτήρα τους, τις αντιδράσεις του απέναντι σε ερεθίσματα π.χ. θυμού, φόβου και συχνά επηρεάζουν ακόμη και την σχέση τους με το άλλο φύλο, οδηγώντας τους σε συναισθήματα / συμπεριφορές θετικές ή αρνητικές που θα τους συνοδεύουν για τον υπόλοιπο της ζωής τους.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Κατά καιρούς διατυπώνονταν διάφορες θεωρίες για τα αίτια που προκαλούν τον τραυλισμό και οι οποίες στηρίζονταν στις γνώσεις του εκάστοτε ερευνητή ή προσπάθεια των ανθρώπων για ερμηνεία του φαινομένου όπως αυτή που κυριάρχησε για πολλά χρόνια, ότι ο τραυλισμός αποτελεί μια μορφή θεωρίας για κάποιο αμάρτημα που διέπραξε είτε το ίδιο το άτομο είτε μέλος της οικογενειάς του (Silverman 2004).

Μια άλλη θεωρία που διατυπώθηκε από αρχαίους Έλληνες φιλόσοφους υποστήριζε την ασυμφωνία ανάμεσα στην σκέψη και τον προφορικό λόγο. Ο Αριστοτέλης μάλιστα υποστήριζε την αδυναμία γρήγορης σύνδεσης των συλλαβών μεταξύ τους ως αποτέλεσμα της ελλατωματικής διάπλασης της γλώσσας και της κινητικής ικανότητας αυτής.

Από την άλλη ο Γάλλος γιατρός Itard θεωρούσε τον τραυλισμό ως αποτέλεσμα της γενικής αδυναμίας των νεύρων τα οποία διεγείρουν τη γλώσσα και το λάρυγγα ενώ ο Γερμανός χειρουργός γιατρός Dieffenbach πίστευε ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα σπασμών της γλωττίδας και γι αυτό ξεκίνησε να τον αντιμετωπίζει χειρουργικά το 1841.

Ακόμη μια σειρά παλαιότερων θεωριών, απέδιδε τον τραυλισμό σε ανωμαλίες στη δομή και τη λειτουργία των οργάνων της ομιλίας και ειδικότερα της αναπνοής ή της άρθρωσης ενώ ο ερευνητής Kussmaul το 1910 πίστευε ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα κάποιας κληρονομημένης υπεραισθησίας των οργάνων της άρθρωσης.

Παρά τις εκτεταμένες έρευνες μέσα στα χρόνια για τον εντοπισμό των παραγόντων που υποβόσκουν για τη γένεση και εξέλιξη του τραυλισμού, η αλήθεια είναι ότι δεν γνωρίζουμε τι ακριβώς τον προκαλεί. Σε αυτό μάλιστα συναινούν και όλοι οι σύγχρονοι μελετητές, ότι δηλαδή κανείς δε μπορεί να εκφράσει με βεβαιότητα ούτε την αιτιολογία της διαταραχής και κατ' επέκταση ούτε και τη πιο απόλυτα αποτελεσματική θεραπεία της, η οποία υπόσχεται την πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων του.

Στις μέρες μας κυριαρχεί η άποψη ότι ο τραυλισμός δεν στηρίζεται σε μια και μόνο αιτία για την εμφάνιση του αλλά είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης εγγενών, αναπτυξιακών, περιβαλλοντικών, και ψυχολογικών παραγόντων οι οποίοι μπορεί να αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες ή εκλυτικά αίτια.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχει διαφορετική αιτιολογία για τον εξελικτικό και επίμονο τραυλισμό και διαφορετική για τον επίκτητο. Ξεκινώντας το ταξίδι της αιτιολογίας του τραυλισμού, αναφορικά για τον εξελικτικό και επίμονο οι ερευνητές συμφωνούν ότι δεν οφείλεται σε ένα και μόνο παράγοντα, αλλά σε πολλούς υποστηρίζοντας έτσι την πολυπαραγοντικότητα του τραυλισμού. Οι πιθανότερες λοιπόν αιτίες είναι:

A) Γενετικοί – Κληρονομικοί παράγοντες

Η ενδεχόμενη επίδραση κληρονομικών παραγόντων στην εκδήλωση του τραυλισμού ενισχύθηκε από ερευνητικά ευρήματα σύμφωνα με τα οποία η

πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που τραυλίζουν είναι τριπλάσια σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ο Werman (1939) βρήκε ποσοστό 69% των οικογενειών με ένα άτομο που τραυλίζει θα υπάρχουν και άλλα μέλη της οικογένειας που παρουσιάζουν συμπτώματα τραυλισμού. Οι Andrew και Harris (1964) συμπέραναν ότι οι πιθανότητες να τραυλίζουν οι συγγενείς ατόμων που τραυλίζουν είναι 5,8% οι μητέρες, 19,1% οι πατέρες, 8,4% οι αδελφές και οι αδελφοί 20% . Παρόλο που τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν την κληρονομική προδιάθεση του τραυλισμού, ωστόσο έχει διαπιστωθεί ότι ο βαθμός σοβαρότητας του δεν σχετίζεται με κληρονομικούς παράγοντες (Kidd et al. 1980). Με άλλα λόγια στην περίπτωση τραυλισμού δυο ατόμων συγγενικά πρώτου βαθμού, δεν είναι απαραίτητο ο τραυλισμός να εκδηλωθεί με τον ίδιο βαθμό σοβαρότητας. Ακόμη η πιθανότητα υποχώρησης ή εδραίωσης του τραυλισμού σχετίζεται με την αρνητική ή θετική ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού (Ambrose et al.1997)

Ένα άλλο σημαντικό ερευνητικό εύρημα είναι ότι η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού μεταξύ συγγενών φαίνεται να σχετίζεται τόσο με το φύλο του ατόμου που τραυλίζει όσο και με το φύλο του ατόμου που έχει την προδιάθεση. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, οι άντρες συγγενείς πρώτου βαθμού γυναικών που τραυλίζουν έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν τραυλισμό σε σύγκριση με τις γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού αντρών που τραυλίζουν(Andrews et al.1983). Παράδειγμα που επιβεβαιώνει τον παραπάνω ισχυρισμό είναι η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού από καρίτσια στο 9% και στα αγόρια στο 22% των οποίων ο πατέρας τραυλίζει, και στο 17% των κοριτσιών και 36% των αγοριών των οποίων η μητέρα τραυλίζει.

Στο ερώτημα όμως που γεννάται για το τι ακριβώς κληρονομείτε η γενετική της συμπεριφοράς δεν έχει καταφέρει ακόμη να δώσει σαφή απάντηση. Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι κληρονομείται ένα κυρίαρχο παθολογικό γονίδιο (Ambrose 1993, Kidd 1980) και άλλες πρεσβεύουν ότι η κληρονομική μεταβίβαση της προδιάθεσης για την εκδήλωση τραυλισμού γίνεται μέσω της αθροιστικής συνεισφοράς πολλών γονιδίων σε αλληλεπίδραση με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Σε κάθε περίπτωση συμβολή των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εκδήλωση και διατήρηση του τραυλισμού είναι ιδιαίτερα σημαντική.

B) Νευρογενείς παράγοντες

Υποστήριξη της υπόθεσης ότι βιολογικοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνιση εξελικτικού τραυλισμού έχουμε μέσα από νευροαπεικονιστικές

μελέτες, οι οποίες αναδεικνύουν την ύπαρξη ορισμένων ήπιων αλλά παρατηρήσιμων εγκεφαλικών διαφορών (σε περιοχές πολύ κοντά στα κέντρα του λόγου) από άτομα με φυσιολογική ροή. Παράδειγματα που ενισχύουν την αντίληψη αυτή αποτελούν ότι ύστερα από εξέταση στην οποία υποβλήθηκαν άτομα που τραυλίζουν πριν την έναρξη της θεραπείας τους, διαπιστώθηκε ότι είχαν μειωμένη εγκεφαλική δραστηριότητα σε περιοχές αισθητικο-κινητικού συντονισμού του αριστερού ημισφαιρίου, ενώ παρουσίαζαν υπερδραστηριότητα σε ανάλογες περιοχές του δεξιού ημισφαιρίου. Ύστερα όμως από την θεραπεία στην οποία υποβλήθηκαν, και μετά από επανεξέταση τους για την λειτουργία του εγκεφάλου τους, παρατηρείται εξισορρόπηση των δυο ημισφαιρίων (Neumann et al.2005). Αντιστοιχες μελέτες έδειξαν δραστηριότητες της παρεγκεφαλίδας στον τραυλισμόγεγονός που σηματοδοτεί έλλειψη πλήρους κατάκτησης της κινητικής ικανότητας και συντονισμού της ομιλίας (De Nil et al.2000)

Γ) Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Η συγκεκριμένη αντίληψη υποστηρίζεται εδώ και πάρα πολλά χρόνια, με σημαντικότερη την ψυχογενή διαταραχή η οποία οφείλεται σε εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Με βάση πολύχρονες μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από τους ερευνητές Andrews & Harris το 1964 και τον Sheehan το 1975, η αντίληψη ότι ο τραυλισμός είναι ψυχογενής διαταραχή δεν είναι απόλυτη αλήθεια αλλά έως ένα βαθμό ισχύει. Για παράδειγμα όταν ένας έφηβος παρουσιάζει τραυλισμό είναι λογικό οι περιβαλλοντικές καταστάσεις να ενισχύουν τα τραυλικά επεισόδια αλλά σεκαμία περίπτωση δεν τα εμφανίζουν αποκλειστικά λόγω αυτών.

Δ) Συνδυασμός παραπάνω παραγόντων

Σύμφωνα με σύγχρονους ερευνητές ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα όλων των παραγόντων που προαναφέραμε (Conture 1990, Yairi 2004, Guitar 2006). Ο Guitar μάλιστα διατύπωσε την αντίληψη ότι ο συνδυασμός δυο βιολογικών προδιαθέσεων σε συνδυασμό με κάποιον περιβαλλοντικό οδηγεί στην ανάπτυξη τραυλικών επεισοδίων π.χ. η κληρονόμηση δυο βιολογικών προδιαθέσεων όπως ενός παθολογικού για την ομιλία γονιδίου και ενός γονιδίου που προδιαθέτει υπερευαισθησία για το εγκεφαλικό σύστημα που είναι υπεύθυνο για τα συναισθήματα μας σε συνδυασμό με ένα παράγοντα στρεσογόνο, αποτελεί την έναρξη της πυροδότησης των συμπτωμάτων.

Τώρα αναφορικά για την αιτιολογία του επίκτητου τραυλισμού, δε θα πρέπει να ξεχνάμε ότι επίκτητος σημαίνει ξαφνικός, κάτι που υποδηλώνει την

απρόσμενη και ξαφνική εμφάνιση του τραυλισμού στο άτομο και συγκεκριμένα στην περίπτωση μας στον έφηβο. Αν και σε αυτό το είδος τραυλισμού δεν υπάγονται πολλοί ασθενείς δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να παραγκωνιστεί η αιτιολογία του, και θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στην ψυχολογική προέκταση του.

A) Επίδραση αρνητικών εμπειριών στην ψυχοσύνθεση του ατόμου

Ορισμένα άτομα, ανατρέχοντας στις συνθήκες κάτω από τις οποίες ξεκίνησαν να τραυλίζουν , συχνά αναφέρονται σε συγκεκριμένα γεγονότα τα οποία θεώρουν υπεύθυνα για την έναρξη του προβλήματος. Πολύ συχνά τα άτομα αναφέρονται σε τραυματικές εμπειρίες όπως ο θάνατος ενός πολύ αγαπημένου προσώπου τους. Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη κατηγορία αιτιών δεν θα πρέπει να θεωρείται εξ ολοκλήρου αξιόπιστη διότι δεν είναι πάντα εύκολο το άτομο να θυμάται τη χρονική στιγμή κατά την οποία ξεκίνησε να τραυλίζει. Από τις αρχές μάλιστα του 20^{ου} αιώνα έχουν αναφερθεί πολλές περιπτώσεις ατόμων, τα οποία ξεκίνησαν να τραυλίζουν μετά από κάποιο επεισόδιο σοκ ή τρόμου. Ο Makuen το 1914, διαπίστωσε ότι σε ποσοστό 28% των ατόμων που τραυλίζουν, ότι το πρόβλημα παρουσιάστηκε μετά από κάποιο επεισόδιο σοκ ή τρόμου. Παρόλα αυτά όμως σε καμία περίπτωση μια τραυματική εμπειρία δεν μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση τραυλισμού.

B) Ασθένειες

Ο Gutzmann το 1939 αναφέρει πως, σχεδόν το 10% των περιπτώσεων παρουσίασε τραυλισμό ύστερα από προσβολή του ατόμου από κάποια μορφή ασθένειας. Σύμφωνα με άλλη έρευνα, των Lunchinger & Arnold το 1965, το αυξημένο άγχος και η γενικότερη πτώση του οργανισμού που απορρέουν συνήθως από κάποια σοβαρή ασθένεια, ενδέχεται να αυξάνουν τις πιθανότητες για την εμφάνιση δυσκολιών στη ροή του λόγου. Αυτό οδηγεί τον έφηβο σε ένα φαύλο κύκλο αμφιβολίας για τις ικανότητές του που έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση διστακτικής / αποφευκτικής συμπεριφοράς.

Γ) Οργανικοί παράγοντες

Αναφέρεται συνεχώς πως στη γένεση και εξέλιξη του τραυλισμού συμβάλλουν και οργανικοί και κυρίως εγκεφαλικοί παράγοντες. Πολλές από αυτές τις υποθέσεις είναι αβάσιμες. Παρόλα αυτά αυτοί οι παράγοντες πρέπει

να ξεκαθαριστούν στα πλαίσια της διαφορικής διάγνωσης, διότι σε μεμονωμένες περιπτώσεις ο τραυλισμός είναι συνεπακόλουθο εγκεφαλικής βλάβης ή κάκωσης

Δ) Εγκεφαλικές κακώσεις και κρανιοεγκεφαλικά τραύματα

Φαινόμενο κυρίως σε έφηβους και ενήλικες, ύστερα π.χ. από τροχαία ατυχήματα, και γενικά ατυχήματα στο κεφάλι που έχουν ως αποτέλεσμα τραυματισμό σε τμήματα του εγκεφάλου και των κέντρων ομιλίας.

Ε) Ο τραυλισμός ως σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας

Ο τραυλισμός θεωρήθηκε ότι μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας. Είναι προφανείς πως στην περίπτωση αυτή ο τραυλισμός αποτελεί σύμπτωμα κάποιας άλλης διαταραχής, της οποίας ο τραυλισμός αποτελεί σύμπτωμα. Η άποψη ότι ο τραυλισμός μπορεί να μην οφείλεται σε οργανικά αίτια τα οποία σχετίζονται με τη δομή ή δυσλειτουργία των οργάνων της ομιλίας, διατυπώθηκε τον 18^ο αιώνα από τον φιλόσοφο Mendelssohn, ο οποίος πίστευε πως ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα της σύγκρουσης πολλών σκέψεων ο οποίες τυχαίνει να κατακλύζουν ταυτόχρονα το μυαλό του ατόμου. Παρόμοιες υποθέσεις έκαναν και ορισμένοι ειδικοί, οι οποίοι ασχολούνταν με τον τραυλισμό στις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Τότε, για παράδειγμα, ο Blume πίστευε πως ο τραυλισμός ήταν αποτέλεσμα, της αδυναμίας του ανθρώπου να συγχρονίσει τις σκέψεις του με την ομιλία του. Οι θεωρίες, οι οποίες στηρίζονταν στη άποψη ότι ο τραυλισμός μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας αυξήθηκαν σημαντικά προς το τέλος του 19ου αιώνα. Ο Klencke (1860) είχε εκδώσει ένα βιβλίο για τον τραυλισμό, στο οποίο υποστήριζε την άποψη ότι ο τραυλισμός αντανάκλα την επιθυμία του ατόμου για ψυχολογική βοήθεια και θεωρούσε ότι στις περιπτώσεις αυτές, υπάρχει ανάγκη για συνολική θεραπεία της προσωπικότητας του ατόμου που τραυλίζει. Στα πλαίσια της ψυχαναλυτικής θεωρίας εκείνη την εποχή στη

Γερμανία είχαν δημοσιευτεί εργασίες που θεωρούσαν τον τραυλισμό ως αγχώδη νεύρωση.

ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΙΑΤΥΠΩΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ:

- ✓ **Ο τραυλισμός ως αποτέλεσμα μάθησης :** Ο τραυλισμός είναι μια κακή συνήθεια η οποία μαθαίνεται και ως θεραπεία για τη φυσιολογική ροή ομιλίας είναι ο σκόπιμος τραυλισμός. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο σε συνεργασία με το θεραπευτή του, πρέπει να επαναλάβει ορισμένες λέξεις ή τη πρώτη συλλαβή τους σε κάθε σήμα του θεραπευτή όπως ακριβώς τη στιγμή του τραυλισμού. Μετά από αρκετές επαναλήψεις το άτομο πρέπει να επαναλάβει τη λέξη χωρίς να τραυλίσει.

- ✓ **Υπόθεση της κατάρρευσης:** ο τραυλισμός εκλαμβάνεται ως στιγμιαία αποτυχία της προσπάθειας συντονισμού πολύπλοκων διαδικασιών που απαιτούνται για την ομιλία. Οι θεωρίες οι οποίες υποστηρίζουν την υπόθεση της κατάρρευσης μπορούν να ταξινομηθούν σε δυο ομάδες, ανάλογα με τα αίτια στα οποία αποδίδουν το γεγονός της κατάρρευσης. Στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται οι θεωρίες που υποστηρίζουν ότι ο τραυλισμός είναι το άμεσο αποτέλεσμα της οργανικής κατάρρευσης της ομιλίας π.χ. τραυλισμός λόγω κάποιας οργανικής δυσλειτουργίας.

Στη δεύτερη ομάδα υποστηρίζεται ότι ο τραυλισμός είναι μεν αποτέλεσμα οργανικής δυσλειτουργίας αλλά για την εκδήλωση του είναι καθοριστικός ο ρόλος των περιβαλλοντικών επιδράσεων. Στο πλαίσιο αυτής της θεωρίας η οργανική δυσλειτουργία αποτελεί απλώς την προδιάθεση για τον τραυλισμό και πως αυτό που τον πυροδοτεί είναι η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου κάτω από ορισμένες καταστάσεις π.χ. άγχος (Bloodstein, 1987).

- ✓ **Υπόθεση της αποθημένης ανάγκης:** Σύμφωνα με τον Adler(1927) ο τραυλισμός είναι μια περίπτωση νεύρωσης της οποίας τα αίτια θα πρέπει να αναζητηθούν στο αίσθημα κατωτερότητας που βιώνει το άτομο. Στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής προσέγγισης ο τραυλισμός περιγράφεται ως νευρωσικό σύμπτωμα το οποίο πηγάζει από απωθημένες ανάγκες ατόμου. Σύμφωνα με αυτήν την θεωρία τα παιδιά

τραυλίζουν επειδή προσπαθούν να αντιμετωπίσουν αυτές τις ανάγκες είναι οι ψυχοσεξουαλικές ανάγκες, συγκαλυμμένη έκφραση εχθρικών και επιθετικών διαθέσεων, ασυνείδητη επιθυμία απώθησης της ομιλίας.

- ✓ **Υπόθεση αναμονής – αντιμετώπισης:** Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα γνωσιακής – συμπεριφορικής μάθησης. Η ενεργοποίηση του σχετίζεται με πρώιμες εμπειρίες που οδηγούν στην αντίληψη ότι η ομιλία είναι δύσκολη υπόθεση. Είναι η αναμονή του τραυλισμού που οδηγεί στον τραυλισμό. Η προσέγγιση αυτή στηρίζεται στην αντίληψη ότι το άτομο που τραυλίζει έχει την ικανότητα να εκφέρει με καλή ροή οποιαδήποτε λέξη όταν δεν θεωρεί πως είναι σημαντικό να μιλήσει με καλή ροή, ή όταν δεν πιστεύει ότι κάποια λέξη είναι δύσκολη στην εκφορά της ή απλώς και μόνο όταν δεν περιμένει ότι θα τραυλίσει.
- ✓ **Μοντελο δυνατοτήτων και απαιτήσεων:** Στο πλαίσιο του μοντελου αυτού ο τραυλισμός εκδηλώνεται στις περιπτώσεις που οι απαιτήσεις για καλή ροή ομιλίας ξεπερνούν τις τις γνωστικές, γλωσσολογικές, κινητικές ή και συναισθηματικές δυνατότητες του παιδιού. Έτσι λοιπόν η πίεση την οποία βιώνει το παιδί κάτω από αυτές τις συνθήκες είναι πιθανόν να οδηγήσει στην αποδιοργάνωση της ομιλίας του.
- ✓ **Υπόθεση συγκεκαλυμμένης διόρθωσης:** Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ο τραυλισμός αποτελεί μια διορθωτική αντίδραση του ατόμου η οποία προλαμβάνει την εκδήλωση των φωνολογικών λαθών.
- ✓ **Ο τραυλισμός ως αποτέλεσμα μίμησης:** Η προσέγγιση αυτή υποστηρίζει ότι το παιδί από μικρό έχει μάθει έναν συγκεκριμένο τρόπο ομιλίας από κάποιο άλλο πρόσωπο, προφανώς του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ωστόσο όμως, δεν υπάρχει καμία αξιόπιστη ερμηνεία της θεωρίας αυτής.
- ✓ **Ο τραυλισμός ως αγχώδης διαταραχή της αναμονής:** Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή ο τραυλισμός ανήκει σε μια ευρύτερη ομάδα διαταραχών με κυρίαρχο χαρακτηριστικό την αποφευκτική

συμπεριφορά ,δηλαδή, την τάση του ατόμου να αποφεύγει καταστάσεις οι οποίες εκτιμά ότι μπορεί να το δυσκολέψουν και να του δημιουργήσουν πρόβλημα .Οι ειδικοί στον χώρο της ψυχοπαθολογίας γνωρίζουν ότι οι διαταραχές άγχους αποτελούν ακριβώς ένα τέτοιο παράδειγμα ,όπου το άτομο στην προσπάθεια του να μειώσει το άγχος που του προκαλούν ορισμένες καταστάσεις, τείνει να τις αποφεύγει συστηματικά πετυχαίνοντας ακριβώς το αντίθετο αποτέλεσμα .Σύμφωνα με τον Freud οι νευρώσεις αναμονής είναι διαταραχές μαθημένων και αυτοματοποιημένων δεξιοτήτων οι οποίες πρωτοεμφανίζονται συνήθως μετά από κάποια τραυματική εμπειρία ή αποτυχία που σχετίζεται με την επίδοση του ατόμου σε κάποια δεξιότητα την οποία είχε ήδη αποκτήσει ως αποτέλεσμα μάθησης .Φαίνεται λοιπόν ,πως οι νευρώσεις αναμονής ουσιαστικά μεταφράζονται ως μορφές μαθημένης δυσπροσάρμοστης συμπεριφοράς.

- ✓ **Ο τραυλισμός ως διαταραχή της αντίληψης:** Ο παράγοντας του τραυλισμού, ο οποίος τον πυροδοτεί και συντηρεί την εκδήλωση του , είναι η διαταραγμένη αντίληψη του ατόμου ως προς την ικανότητα του ατόμου να μιλά με καλή ροή , με αποτέλεσμα την ώρα που μιλά να κατανέμει την προσοχή του ταυτόχρονα όχι μόνο στο περιεχόμενο του λόγου του, δηλαδή στο τι θα πεί , αλλά και στον τρόπο εκφοράς του , δηλαδή στο πως θα το πεί. Επειδή όμως έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχουν πολλοί περιορισμοί στη δυνατότητα των ανθρώπων να εστιάζουν την προσοχή τους σε διαφορετικές πηγές ερεθισμάτων ή σε περισσότερα χαρακτηριστικά ενός ερεθίσματος ταυτόχρονα, τελικά διαταράσσεται η ομαλή ροή του λόγου με αποτέλεσμα την κατάρρευση του «αυτοματοποιημένου» μηχανισμού της ροής του λόγου ,γεγονός που οδηγεί στην εκδήλωση του τραυλισμού. Με άλλα λόγια το άτομο τραυλίζει επειδή έχει χάσει την εμπιστοσύνη του στον εαυτό του και στην ικανότητα αυτοματοποιημένης ροής του λόγου και έχει διαμορφώσει την αντίληψη ότι δεν μπορεί να μιλήσει άνετα με καλή ροή.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΚΟ ΚΟΣΜΟ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Η εφηβεία είναι μια αρκετά δύσκολη περίοδος για όλους τους νέους ανεξαρτήτως, αν αντιμετωπίζουν κάποιου είδους δυσκολία ή όχι. Η περίοδος όμως αυτή, τείνει να γίνεται <βασανιστική> κυρίως για τα παιδιά που εμφανίζουν δυσκολίες στην ομιλία τους, όπως είναι για παράδειγμα ο τραυλισμός. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι, στην εφηβεία τα παιδιά έχουν έντονη την ανάγκη της αποδοχής και εκτίμησης από τους άλλους, από τους συνομιλήκους, από το αντίθετο φύλο. Με άλλα λόγια, στην ηλικία αυτή έχουν δυνατό το αίσθημα του ανήκειν.

Όπως όμως γίνεται κατανοητό, ο τραυλισμός είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας ανάπτυξης τόσο αυτοπεποίθησης όσο και αυτοεκτίμησης από τα ίδια τα άτομα. Μάλιστα, η διαμόρφωση του επιπέδου αυτοεκτίμησης του ατόμου με τραυλισμό σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο που πιστεύει ότι τον βλέπουν οι άλλοι, εσωτερικεύοντας έτσι τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις των σημαντικών άλλων. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι μέσα από έρευνες, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με τραυλισμό βρίσκονται συνήθως σε χαμηλότερες θέσεις προτίμησης στην ομάδα των συνομιλήκων (Davis et al.2002, Marge 1966). Οι χαρακτηρισμοί που τους αποδίδονταν συνήθως από τα άλλα παιδιά ήταν αυτοί του «αδύναμου» και του «ευάλωτου», ενώ σπάνια επιλέγονταν ως επιθυμητοί αρχηγοί κάποιας ομάδας.

Ακόμη, σε ποιοτικές έρευνές που έχουν γίνει με ενήλικες που παρουσιάζουν χρόνιο τραυλισμό, έχουν εντοπιστεί τέσσερα κυρίαρχα συναισθήματα τα οποία συνδέονται άμεσα με την εμπειρία του τραυλισμού α)αδυναμία, β)ντροπή, γ)φόβος, δ)τάσεις αποφυγής διαφόρων καταστάσεων. Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με τραυλισμό είναι συχνά εσωστρεφή και τείνουν να αποφεύγουν τις κοινωνικές καταστάσεις, τείνουν να είναι λιγομίλητοι. Ακόμη, δεν είναι σπάνιες οι φορές όπου οι έφηβοι που τραυλίζουν δείχνουν απροθυμία εκδήλωσης θυμού απέναντι σε συνομιλήκους και μη, που τους κοροιδεύουν . Η τάση αυτή μπορεί να οφείλεται στη πεποίθηση του

ατόμου που τραυλίζει, ότι με την εκδήλωση θυμού ενδέχεται να προκαλέσει την απόρριψη του από τους άλλους, κάτι που θα έχει ως συνέπεια τον παραγκωνισμό του από τον κοινωνικό περίγυρο του σχολείου. Ωστόσο όμως, έχει διαπιστωθεί ότι η εξωτερίκευση των συναισθημάτων θυμού συμβάλλει θετικά στην ομαλή ροή της ομιλίας και ανάπτυξης αυτοπεποίθησης από το ίδιο το άτομο, καθώς νιώθει ότι παρά την δυσκολία του κατάφερε να υψώσει το ανάστημά του και να προστατέψει τον εαυτό του από το άτομο που ήθελε να τον μειώσει – κάτι δηλαδή που μπορεί να κάνει και σε ενδεχόμενες μελλοντικές προσβολές-. Δεν είναι τυχαίο, άλλωστε, ότι ελάχιστοι άνθρωποι τραυλίζουν όταν βρίζουν.

Ωστόσο σε κάποιες περιπτώσεις τα άτομα που τραυλίζουν μπορεί να παρουσιάζουν καταθλιπτικά στοιχεία. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να οφείλεται στην αίσθηση της απώλειας που μπορεί να βιώνουν σχετικά με την ικανότητα τους να μιλούν με άνεση και τις σχετικές επιπτώσεις στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Μια άλλη ερμηνεία της καταθλιπτικής συμπεριφοράς που θα πρέπει να αναφερθεί και σχετίζεται με την τελειομανία των ατόμων που τραυλίζουν, με αποτέλεσμα ακόμα και όταν βελτιώνεται η ομιλία τους να μη βιώνουν ικανοποίηση για την επιτυχημένη προσπάθειά τους, αλλά να τη συγκρίνουν συνεχώς με το ιδεατό πρότυπο ροής λόγου το οποίο θεωρούν ότι δεν μπορούν να κατακτήσουν.

Τέλος μια ακόμη έρευνα που αξίζει να σημειωθεί, είναι αυτή της ερευνήτριας Chrichton – Smith το 2002, όπου διαπίστωσε ότι τα άτομα με τραυλισμό γενικά, και οι έφηβοι ειδικότερα, επιβάλλουν αυτοπεριορισμούς στον εαυτό τους τόσο σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων όσο και σε επίπεδο ακαδημαϊκών /επαγγελματικών σχέσεων, λόγω της εμφάνισης τραυλικών επεισοδίων στην ομιλία τους. Η επιβολή των περιορισμών αυτών, λειτουργεί σαν ένας φαύλος κύκλος που αποτρέπει το άτομο, από την ικανότητα που έχει να εξελιχθεί, να κοινωνικοποιηθεί και να λειτουργήσει σα μέλος μιας ομάδας – και να προσφέρει σε αυτή τις γνώσεις και τις ικανότητες του- και όχι σα μονάδα. Σίγουρα η διαπίστωση αυτή θα πρέπει να μας θορυβήσει, για τη δημιουργία ενός θεραπευτικού πλάνου που να βασίζεται σε μείωση / εξάλειψη των αυτοπεριορισμών του ατόμων και την ανάπτυξη πρωτοβουλιών με στόχο την αύξηση της αυτοπεποίθησης και την μείωση των συμπτωμάτων του τραυλισμού.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Στο σημείο αυτό πρέπει να καταστεί κατανοητό ότι η διάγνωση του τραυλισμού κατά την εφηβική ηλικία, είναι πολύ πιο εύκολη να δοθεί συγκριτικά με παιδιά μικρής ηλικίας διότι η φυσιολογική ροή ομιλίας στην ηλικία αυτή επιβάλλει την αρνητική ύπαρξη τραυλικών συμπτωμάτων. Αυτό όμως δε θα πρέπει να καθυστεράει τον ειδικό ως προς την αξιολόγηση που θα οδηγήσει στη διάγνωση του, καθώς κρίνεται αναγκαίο ο ασθενής να περάσει από όλα τα στάδια της αξιολόγησης, για την πληρέστερη και ακριβέστερη διάγνωση του τραυλισμού και του βαθμού σοβαρότητας του.

Ωστόσο όμως θα πρέπει να τονιστεί ότι ο κύριος αξιολογητικός στόχος του ειδικού, είναι όχι να διαγνώσει τη διαταραχή αλλά να περιγράψει και να αξιολογήσει τις διάφορες παραμέτρους του τραυλισμού με στόχο να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του (Yairi & Seery, 2011).

Τώρα, όταν ο γονιός ή ο ίδιος ο μαθητής καταλήξει στο συμπέρασμα ότι θα πρέπει να δεχθεί την βοήθεια του ειδικού, τότε συχνά γεννάται το ερώτημα, του ποιος είναι ο καταλληλότερος ειδικός που ασχολείται με τον τραυλισμό; Και ενώ η απάντηση θεωρείται αυτονόητη πως είναι ο λογοθεραπευτής –αφού αυτός είναι ο ειδικός που ασχολείται με το λόγο- σε πολλές περιπτώσεις η παρακολούθηση από μια διεπιστημονική ομάδα (ψυχολόγο, νευρολόγο, ψυχίατρο) κρίνεται αναγκαία ανάλογα με τα προβλήματα που οδηγούν στην εμφάνιση του τραυλισμού. Μένοντας όμως στο κομμάτι του λογοθεραπευτή, που αφορά τη διάγνωση και σοβαρότητα του τραυλισμού, η αξιολόγηση του θα πρέπει να περιλαμβάνει κάποια βασικά στάδια που ακολουθούν οι ειδικοί, όπως επίσης και την συμβολή των κριτηρίων όπως αυτά έχουν προταθεί από ερευνητές.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό κριτήριο DSM-IV ο τραυλισμός θεωρείται διαταραχή επικοινωνίας κι εντάσσεται σε μια ευρύτερη κατηγορία διαταραχών, που συνηθίζεται να διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά τη βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία. Ως κριτήρια προκειμένου για τη διάγνωση του τραυλισμού θεωρούνται τα εξής:

- Διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας, η οποία χαρακτηρίζεται από τη συχνή παρουσία ενός ή περισσοτέρων από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- 1.επαναλήψεις ήχων και συλλαβών
- 2.επιμηκύνσεις ήχων
- 3.επιφωνήματα
- 4.διακοπτόμενες λέξεις (παύσεις μέσα σε μια λέξη)
- 5.ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές (γεμάτες ή κενές παύσεις ομιλίας)
- 6.περιφράσεις
- 7.παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση
- 8.επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων

- Η διαταραχή της ροής του λόγου παρεμποδίζει τη σχολική ή επαγγελματική απόδοση και την κοινωνική επικοινωνία.
- Αν υπάρχει κινητικό ελάττωμα του λόγου ή αισθητηριακό ελάττωμα οι δυσκολίες της ομιλίας είναι μεγαλύτερες από αυτές που συνήθως συνοδεύουν αυτά τα προβλήματα.

Δεδομένου ότι τα φαινόμενα δισταγμού εμφανίζονται και στο λόγο των ατόμων που δεν τραυλίζουν, γεννάται το ερώτημα από ποιο σημείο και ύστερα οι επαναλήψεις και τα κομπιάσματα χαρακτηρίζονται παθολογικά στοιχεία και αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού. Προκειμένου να διακρίνουμε τα φυσιολογικά φαινόμενα δισταγμού από τα παθολογικά σε παιδιά πάντα εφηβικής ηλικίας (γιατι για μικρότερα υπάρχουν και άλλα κριτήρια) χρησιμοποιούμε τα εξής κριτήρια:

- ✓ **Συχνότητα και διάρκεια εκδήλωσης φαινομένων δισταγμού:** όσο πιο συχνά εκδηλώνονται και όσο πιο πολύ διαρκούν τα φαινόμενα δισταγμού τόσο πιθανότερο είναι να αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού.

- ✓ **Ένταση κατά τη διάρκεια των φαινομένων δισταγμού:** η ένταση κατά τη διάρκεια των φαινομένων δισταγμού εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους όπως παύσεις, ακανόνιστη αναπνοή, ορατές εντάσεις των μυών του προσώπου, αύξηση της έντασης της φωνής κτλ. Αυτές οι εκδηλώσεις έντασης αποτελούν την ειδοποιό διαφορά ανάμεσα στα φυσιολογικά φαινόμενα δισταγμού και στις ενδείξεις τραυλισμού που μαρτυρούν ότι το παιδί υποβάλλει μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να αρθρώσει αυτό που θέλει να πει σε αντίθεση με τα φυσιολογικά φαινόμενα δισταγμού κατά τα οποία το παιδί δεν φαίνεται να ζορίζεται για να μιλήσει.

- ✓ **Εκδήλωση δευτερογενών συμπτωμάτων:** όπως για παράδειγμα κινήσεις που δεν είναι απαραίτητες για την παραγωγή φωνημάτων ενός λεκτικού μηνύματος, είναι χαρακτηριστικές των φαινομένων δισταγμού που αποτελούν ενδείξεις τραυλισμού. Η υπερβολική πίεση των χειλιών μεταξύ τους, η αποφυγή βλεμματικής επαφής, η διόγκωση των φλεβών του λαιμού, οι μη λειτουργικές κινήσεις κεφαλής, χεριών, ποδιών, σχεδόν ποτέ δεν συνοδεύουν φαινόμενα δισταγμού ατόμων που δεν τραυλίζουν (Schwartz et al., 1990).

Ως συμπέρασμα από όσα προαναφέραμε σχετικά με τα φαινόμενα δισταγμού μπορούμε να πούμε ότι όταν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις πως το άτομο δυσκολεύεται να μιλήσει κι έχει επίγνωση αυτής της δυσκολίας που τον ωθεί να καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια για να αποφύγει τα φαινόμενα δισταγμού τότε πιθανότατα μιλάμε για τραυλισμό.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Όπως σε κάθε λογοθεραπευτική αξιολόγηση έτσι και στην περίπτωση του τραυλισμού, η αξιολόγηση πρέπει να ξεκινά με συγκεκριμένα ερωτήματα τα οποία μπορούν να τροποποιούνται ανάλογα με την ηλικία του εκάστοτε

ατόμου. Μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση δεν πρέπει να περιλαμβάνει μόνο την καταμέτρηση και ανάλυση των δυσρυθμιών αλλά λόγω της πολύπλευρης φύσης του τραυλισμού ο κλινικός απαιτείται να συγκεντρώνει πληροφορίες σχετικά με τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του ατόμου που τραυλίζει απέναντι στο πρόβλημα ομιλίας του αλλά και πληροφορίες σχετικά με το επικοινωνιακό του περιβάλλον. Εκτός από την συνέντευξη με τους γονείς και τη κλινική παρατήρηση του παιδιού, οι ειδικοί στα πλαίσια της αξιολόγησης χρησιμοποιούν συχνά ορισμένες σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης του τραυλισμού.

- 1) Iowa Scale for Rating the Severity of Stuttering (Johnson et al., 1978)
- 2) *Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (SSI- Riley, 1994)*

Οι κλίμακες αυτές βασίζονται στην άμεση παρατήρηση και μέτρηση της συχνότητας, του τύπου και της διάρκειας των «φαινομένων δισταγμού» αλλά και της ύπαρξης δευτερογενών συμπτωμάτων και δίνουν μια συνολική βαθμολογία η οποία αντιστοιχεί σε μια ποιοτική κλίμακα με διαβάθμιση του τύπου: «καθόλου τραυλισμός», «ήπιος τραυλισμός», «μέτριος τραυλισμός», «σοβαρός τραυλισμός», «πολύ σοβαρός τραυλισμός».

Επίσης μια άλλη ξενόγλωσση κλίμακα που έχει κατασκευαστεί και αξιολογεί τόσο τις αντιδράσεις των άλλων στις δυσκολίες στη ροή του λόγου του παιδιού όσο και τα συναισθήματα του παιδιού σχετικά με τις δυσκολίες αυτές είναι η *Problem Profile for Elementary –School –Age Children who Stutter about Talking* η οποία κατασκευάστηκε από τον ερευνητή Williams το 1978.

Σημαντικά στοιχεία που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στην τελική διαγνώση του τραυλισμού είναι: α) κατά πόσο ο τραυλισμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου β) τη θέληση και το κίνητρο του ίδιου ασθενή για αλλαγή γ) ποιες μεθόδους χρησιμοποιεί το άτομο για να αντιμετωπίσει τη διαταραχή και πόσο αυτές κρύβουν ή καταπιέζουν την πραγματική του εικόνα (Manning, 1999, Yairi & Seery 2011)

Για την αξιολόγηση του τραυλισμού από το κλινικό σε πρώτη φάση κρίνεται αναγκαία η λήψη του λογοθεραπευτικού ιστορικού του παιδιού η οποία πρέπει να περιλαμβάνει γενικά στοιχεία όπως: ονοματεπώνυμο παιδιού, ημερομηνία γέννησης, διεύθυνση κατοικίας, κηδεμόνας παιδιού - αδέρφια, τηλέφωνο επικοινωνίας, ημερομηνία συμπλήρωσης του ιστορικού, από ποιον παραπέμφθηκε και σε ποια τάξη και σχολείο φοιτά.

Επίσης ένα ολοκληρωμένο λογοθεραπευτικό ιστορικό θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- ✓ Ερωτήσεις σχετικά με το γενικό αναπτυξιακό/ ιατρικό ιστορικό, όπως προβλήματα εγκυμοσύνης, δυσκολίες κύησης, ασθένειες που έχει περάσει το παιδί, προβλήματα υγείας, ερωτήσεις που σχετίζονται με την ανάπτυξη του παιδιού, ατυχήματα κ.α.
- ✓ Κοινωνικό ιστορικό, το οποίο θα περιλαμβάνει ερωτήσεις για αγαπημένες ασχολίες του παιδιού, τύπο οικογένειας, ποιες γλωσσες μιλάει, σχέση παιδιού με άλλα μέλη οικογένειας και φιλικές σχέσεις κ.α.
- ✓ Ιστορικό τραυλισμού: θα περιλαμβάνει ερωτήσεις για την έναρξη των συμπτωμάτων και την ηλικία του ατόμου, σε τι περιβάλλον παρουσιάστηκε, εναλλαγή δυσκολιών, και τύπο δυσρυθμιών κ.α.
- ✓ Ιστορικό οικογένειας, θα περιλαμβάνει ερωτήσεις για την ύπαρξη τραυλισμού και γενικότερων προβλημάτων ομιλίας σε άλλα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Σε κάθε περίπτωση η αρχική επαφή του θεραπευτή με τον έφηβο, αλλά και η παραπομπή του στο ειδικό έχει μεγάλη σημασία, διότι αν το παιδί ήρθε με δική του θέληση διευκολύνεται ο ρόλος μας, ως προς τη βοήθεια και τη συνεργασία στο θεραπευτικό κομμάτι. Στην ηλικιακή αυτή ομάδα η συμπλήρωση του ιστορικού μπορεί να γίνει παράλληλα με τη κλινική παρατήρηση. Επιτακτική κρίνεται πριν από τη φάση της αξιολόγησης, η συνέντευξη του ασθενή με τον ειδικό, εκεί όπου ο ειδικός θα φροντίσει να δημιουργήσει ένα άνετο περιβάλλον για τον ασθενή, το οποίο θα τον κάνει να νιώσει άνετα, αλλά και θα αφιερώσει χρόνο για να ενημερώσει τον ασθενή για τη φύση της διαταραχής και να του τονίσει το πόσο σημαντική είναι η θέληση για συνέχιση των συνεδριών και η συνεργασία του.

Στην συνέχεια, η φάση της αξιολόγησης η οποία έχει εξέχουσα θέση για τη σοβαρότητα του τραυλισμού είναι η κλινική παρατήρηση και η λήψη δείγματος ομιλίας του εφήβου, μέσα από ένα θέμα συζήτησης π.χ. πως του αρέσει να περνά τον ελεύθερο χρόνο του, μέσα από περιγραφή εικόνων, δείγματα αυθόρμητης ομιλίας (μονολόγου και διαλόγου), συνομιλία με κάποιο οικείο αλλά και άγνωστο πρόσωπο. Επίσης σημαντικό είναι να του ζητηθεί να αναγνώσει ένα κείμενο περίπου 200 λέξεων με στόχο την διερεύνηση συμπεριφορών αποφυγής, σταθερότητας (σταθερά λαθη κατά την ανάγνωση περισσότερων από δυο φωνών) και προσαρμογής (μείωση δυσρυθμιών κατά τις διαδοχικές αναγνώσεις). Ιδανικά λοιπόν συλλέγονται 2 με 3 δείγματα ομιλίας με 500 έως 1000 συλλαβες το καθένα. Σημαντική αν το επιθυμεί ο

κλινικός είναι και η βιντεοσκόπηση των δειγμάτων για την ακριβέστερη επαλήθευση των αποτελεσμάτων.

Μέσα από τη λήψη του δείγματος ομιλίας θα εξετάσουμε το δείγμα με σκοπό να εξάγουμε συμπεράσματα για:

- **Συχνότητα/ τύπο δυσρυθμιών:** στην παρούσα ηλικιακή ομάδα και με βάση το δείγμα ελέγχουμε το αν ο τραυλισμός είναι ήπιος, μέτριος ή σοβαρός. Η συχνότητα των δυσρυθμιών είναι σημαντική, όμως έμφαση θα δοθεί στο είδος των λεκτικών συμπτωμάτων και στη σοβαρότητα τους.
- **Σωματικές / δευτερεύουσες συμπεριφορές:** καταγράφεται λεπτομερώς η παρουσία, συχνότητα και ένταση τους, καθώς θα παίξουν σημαντικό ρόλο ως προς τη σοβαρότητα του τραυλισμού, και στη θεραπευτική προσέγγιση παρακάτω.
- **Ρυθμός ομιλίας:** στους εφήβους καταμετράται ο ρυθμός αυθόρμητης ομιλίας και ανάγνωσης. Στο σημείο αυτό, και επειδή δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για τους εφήβους παραθέτουμε τη διαπίστωση του Johnson το 1961, ο οποίος παρατήρησε ότι ο ρυθμός ομιλίας των ενηλίκων κατά την αυθόρμητη συζήτηση ήταν πιο γρήγορος από τον ρυθμό της ανάγνωσης.
- **Συναισθήματα και πεπιοθήσεις:** η κατηγορία αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς ο τραυλισμός επιδρά αρνητικά στην ψυχοσύνθεση του εφήβου με αποτέλεσμα να τον κάνει εσωστρεφή.
- **Γενική σοβαρότητα τραυλισμού:** αυτό θα εξαρτηθεί από τον συνυπολογισμό όλων των αξιολογητικών παραμέτρων και μετρήσεων που έχουμε συλλέξει με εξέχοντα ρόλο τα συναισθήματα, δευτερεύουσες συμπεριφορές και επιροή τραυλισμού στη καθημερινή ζωή.
- **Άλλες αξιολογήσεις:** έλεγχος αισθητικο-κινητικού στοματοπροσωπικού και λαρυγγικού ελέγχου, άρθρωσης, φωνής, λόγου, νοητικού και γνωστικού δυναμικού, θα πρέπει να αποτελούν γρήγορες άτυπες αξιολογήσεις.
- **Δοκιμαστική θεραπεία:** αποτελεί πλέον αναπόσπαστο κομμάτι της αξιολόγησης για τους εφήβους και αυτό γιατί οι έφηβοι θέλουν να δουν άμεσα τι θα περιλαμβάνει η θεραπευτική διαδικασία και κατά πόσο αυτή θα είναι αποτελεσματική.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Για την αξιολόγηση της σοβαρότητας του τραυλισμού σε ξενόγλωσσο τραυλισμό για εφήβους έχουν προταθεί οι κλίμακες:

- ✓ Cooper Assessment for Stuttering Syndroms – Adolescent and Adult (Cooper & Cooper 1996).
- ✓ Iowa Scale for Rating the Severity of Stuttering (Τρίτη έκδοση -1994)
- ✓ *Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (SSI- Riley, 1994)*
- ✓ Assessment of Fluency in School –Age Children (Thompson, 1983)

Ωστόσο όμως οι παραπάνω κλίμακες δεν έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Γι αυτό λοιπόν οι Έλληνες ειδικοί, προκειμένου να εκτιμήσουν τη σοβαρότητα εκδήλωσης του τραυλισμού, χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους όπως α)την αναλογία της συχνότητας των δυσρυθμιών με τη σοβαρότητα του τραυλισμού.

β) τον συνυπολογισμό των ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων(συναισθήματα, μηχανισμοί αντιμετώπισης και αποφυγής, ρυθμός ομιλίας κ.α.)

Εξαιρετικά χρήσιμη για το βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμου αν και παλιά, εξακολουθεί να είναι μέχρι σήμερα η κλίμακα των Andrews & Harris το 1964, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως :

- Βαθμός 0 → καμία δυσρυθμία
- Βαθμός 1→ ελαφρύς βαθμός τραυλισμού (δυσρυθμίες σε ποσοστό 0-5% των λέξεων του δείγματος, η ομιλία δεν επηρεάζεται)
- Βαθμός 2→ μετριος βαθμός τραυλισμού (οι δυσρυθμίες παρουσιάζονται σε ποσοστο 6 -20% των λέξεων του δειγματος, η ομιλία επηρεάζεται ελαφρά)
- Βαθμός 3→ σοβαρός βαθμός τραυλισμού, (δυσρυθμίες σε ποσοστό άνω του 20%, η επικοινωνία επηρεάζεται σίγουρα)

Τέλος οι ερευνητές αυτοί υποστήριζαν οτι, ο ρυθμός ομιλίας συνδέεται με τη σοβαρότητα του τραυλισμού. Πιο συγκεκριμένα ομιλία μικρότερου ρυθμού από 140 συλλαβες/λεπτό ή 24 λέξεις/ λεπτό ακούγεται αφύσικη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Πρώιμες μέθοδοι αντιμετώπισης τραυλισμου

Οι προσπάθειες που ως στόχο είχαν την αντιμετώπιση του τραυλισμού, έχουν τις ρίζες τους από την αρχαιότητα και οι εκάστοτε θεραπευτικές μέθοδοι που προτεινόταν ήταν ανάλογες με τα αίτια που θεωρούνταν υπεύθυνα για την εκδήλωση του. Ωστόσο παρότι ακόμη και σήμερα δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε με σιγουριά μια συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο, παράδοξο αποτελεί το γεγονός ότι κάθε καινούρια μέθοδος που προτεινόταν αρχικά τουλάχιστον είχε επιτυχία έως ένα βαθμό τουλάχιστον.

Ξεκινώντας λοιπόν το ταξίδι των πρώιμων αυτών μεθόδων, βασίστηκαν στη διαπίστωση ότι τα άτομα που τραυλίζουν τείνουν να μιλούν με σχετική ευχέρεια όταν τροποποιούν τον συνήθη τρόπο ομιλίας τους π.χ. Η ιστορία του Δημοσθένη με τα βότσαλα. Γνωστή αποτελεί επίσης και η μέθοδος του Froeschels το 1943 σύμφωνα με την οποία το άτομο που τραυλίζει ασκούνταν σε ένα τρόπο ομιλίας, όπου τα χείλη έπρεπε να κινούνται στο ελάχιστο. Στην ίδια φιλοσοφία άνηκε και η Αμερικάνικη Μέθοδος του Yates σύμφωνα με την οποία ο ασθενής έπρεπε να κρατήσει τη γλώσσα του σε συγκεκριμένη θέση μέσα στο στόμα. Το κοινό σημείο αυτών των προσεγγίσεων είναι τα προσωρινά αποτελέσματα ως τρόποι θεραπείας, όπου χειροτέρευαν μάλιστα ύστερα από ένα αόριστο χρονικό διάστημα, αν συνυπολογίσουμε σε αυτό και τις ασυνήθιστες κινήσεις που είχαν κατακτηθεί.

Ακόμη σύμφωνα με τον Bloodstein 1995 μια άλλη σειρά μεθόδων που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτοί της υποβολής, δηλαδή οι ασθενείς υποβάλλονταν σε τεχνικές ύπνωσης και μέσω αυτών προσπαθούσαν να καταπολεμήσουν τον τραυλισμό. Σαφώς κάτι τέτοιο δεν είχε το επιθυμητό αποτέλεσμα που περίμεναν, και ως συνέπεια αυτού ήταν και η επιβαρυνόμενη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με συναισθήματα απογοήτευσης και απόγνωσης.

Τέλος οι τεχνικές χαλάρωσης έχουν επίσης προταθεί ως θεραπευτική μέθοδος αντιμετώπισης τραυλισμού. Βέβαια κάτι τέτοιο δεν αντιστοιχεί στην πραγματικότητα, παρόλα αυτά όμως οι τεχνικές αυτές ως υποβοηθητικές μιας άλλης θεραπείας μπορούν να έχουν σημαντικά θετικά αποτελέσματα.

Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε, ότι τόσο η πεποίθηση του ειδικού για την αποτελεσματικότητα της εκάστοτε θεραπευτικής μεθόδου, όσο και η θετική ψυχολογία του ασθενή για την αρχική επιτυχή έκβαση της θεραπείας, λειτουργούν έστω και προσωρινά θετικά για την αντιμετώπιση του τραυλισμού.

ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Οι πρώτες, προσεγγίσεις του τραυλισμού που έγιναν με επιστημονικό τρόπο, και οι οποίες άσκησαν μεγάλη επίδραση στις σύγχρονες μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης, ξεκίνησαν στο Πανεπιστήμιο της Iowa κατά τη δεκαετία του 1930, με τη δημιουργία της Κλινικής Λόγου από τον Lee Edward Travis.

Οι νέες ιδέες για τον τραυλισμό, οι οποίες προέκυψαν από αυτή τη συστηματική επιστημονική προσπάθεια, συνδέονται κυρίως με τα ονόματα τριών από τους πρώτους μαθητές του Travis: του Bryng Bryngelson, του Wendell Johnson και του Charles Van Riper. Οι δύο τελευταίοι αντιμετώπιζαν και οι ίδιοι το πρόβλημα του τραυλισμού. Η νέα θεραπευτική προσέγγιση, στην οποία αυτοί οι τρεις επιστήμονες άνοιξαν το δρόμο, είχε δύο βασικούς στόχους. Ο πρώτος στόχος ήταν η μείωση τόσο του φόβου που προκαλούσε ο τραυλισμός στο άτομο όσο και της προσπάθειας αποφυγής του. Ο δεύτερος στόχος ήταν η υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού με τη σταδιακή τροποποίηση αυτής της συμπεριφοράς με διάφορες μεθόδους, οι οποίες βασίζονταν στην επιστημονική μελέτη του τρόπου εκδήλωσης του τραυλισμού.

Από την άλλη η θεραπευτική προσέγγιση που πρότεινε ο Bryngelson έδινε μεγάλη έμφαση στη διαμόρφωση αποδοχής στάσεων του τραυλισμού από το ίδιο το άτομο. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης το άτομο καλούνταν να μιλήσει ανοιχτά για το πρόβλημα του και χωρίς ενοχές, να δέχεται να συμμετέχει σε υποκειμενικά προς αυτόν δύσκολές λεκτικές καταστάσεις και να αποφεύγει την χρήση κόλπων όπως οι αντικαταστάσεις λέξεων. Η προσέγγιση αυτή στηρίχθηκε στην αντίληψη του ερευνητή πως αν το άτομο που τραυλίζει μπορέσει να αποττάξει από πάνω του τις συναισθηματικές αντιδράσεις τότε θα μπορέσει να μειώσει και τις εξωτερικές πιέσεις που προκαλούν την κατάρρευση του νευρομυϊκού συστήματος που σχετίζεται με τη παραγωγή λόγου.

ΣΥΓΧΡΟΝΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Θεραπεία της συμπεριφοράς

Στη δεκαετία του 1960 πραγματοποιήθηκε μια σημαντική αλλαγή στον τρόπο θεώρησης των διαταραχών της συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα πολλών διαταραχών θεωρήθηκαν ως μορφές δυσλειτουργικής συμπεριφοράς οι οποίες αναπτύχθηκαν, μέσω διαδικασιών μάθησης, ως αντιδράσεις σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα.

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

- Συστηματική απευαισθητοποίηση

Σύμφωνα με τον Wolpe (1958), ένας από τους λόγους για τους οποίους ο τραυλισμός εκδηλώνεται συχνότερα σε ορισμένες καταστάσεις απ' ότι σε άλλες, μπορεί να είναι επειδή κάποιο ερέθισμα που συνδέεται με αυτές προκαλεί ασυνήθιστα υψηλά επίπεδα άγχους. Γι' αυτό, λοιπόν, αν μπορούσε να αλλάξει η αντίδραση του ατόμου σε αυτό το ερέθισμα, τότε θα μπορούσε να σημειωθεί μείωση στην εκδήλωση του τραυλισμού (Brutten & Shoemaker, 1967). Με άλλα λόγια, αν μειωθεί το επίπεδο άγχους του ατόμου στην παρουσία του συγκεκριμένου ερεθίσματος, τότε εξασθενεί η σύνδεση ανάμεσα στο ερέθισμα και τη φοβική αντίδραση. Για παράδειγμα, στην περίπτωση του τραυλισμού, το φοβικό ερέθισμα μπορεί να είναι μία τηλεφωνική συνομιλία ή η ομιλία με κοινό.

- Μέθοδοι που βασίζονται στις αρχές της συντελεστικής μάθησης

Ορισμένοι ερευνητές έχουν προτείνει μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού, οι οποίες βασίζονται στις αρχές που διατύπωσαν ο Skinner και οι συνεργάτες του (Martin, 1993). Οι τεχνικές που

χρησιμοποιούνταν στα πλαίσια αυτών των μεθόδων, στόχευαν στην εξουδετέρωση του τραυλισμού μέσω τιμωρίας, ενώ η λεκτική ευχέρεια αποτελούσε την επιθυμητή συμπεριφορά, η οποία αναμενόταν να εκδηλωθεί μέσω ενίσχυσης. Ως τιμωρία μπορούσε να θεωρηθεί η λεκτική επίπληξη, η χρήση κάποιου θορύβου κάθε φορά που το άτομο τραύλιζε κ. ά. Ωστόσο οι επιστημάνσεις που έχουν διατυπωθεί αφορούν στο ότι η επισήμανση σε ένα άτομο ότι τραυλίζει ενδέχεται να επιδεινώσει και όχι να μειώσει τα συμπτώματα του τραυλισμού (Silverman, 2004).

- Καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση

Έχει διαπιστωθεί ότι τα περισσότερα άτομα με τραυλισμό μπορούν να μιλούν με αρκετή μεγάλη ευχέρεια, στην περίπτωση που τους παρέχεται τεχνητά καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση της ίδιας του της ομιλίας για 250 χιλιοστά του δευτερολέπτου (Andrews et al., 1983 Goldiamond, 1965). Η συσκευή που παρέχει την καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση μοιάζει με κασετόφωνο με ακουστικά και είναι αρκετά μικρή για να μπορεί το άτομο να τη μεταφέρει πάντα μαζί του (Kalinowski, 2003 Stuart et al., 2003). Καθώς το άτομο μιλά ο ρυθμός τείνει να είναι πιο αργός και η εκφορά των ήχων και των συλλαβών πιο παρατεταμένη. Η χρήση της καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης αποτελεί σήμερα μία ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, τα αρχικά της θεαματικά αποτελέσματα όμως, είναι αμφίβολο το κατά πόσο έχουν διάρκεια στο πέρασμα του χρόνου (Silverman, 2004). Το μειονέκτημα όμως αυτού, όπως πολλοί ερευνητές επισημαίνουν είναι ότι ο αργός και παρατεταμένος τρόπος ομιλίας που προκύπτει από τη χρήση αυτής της μεθόδου, είναι αφύσικος και περίεργος, με αποτέλεσμα οι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτόν να είναι πολύ πιο αρνητικές απ' ό τι στον τραυλισμό (Franken et al., 1992 Onslow et al., 1996).

- Ομιλία με τη βοήθεια μετρονόμου

Και εδώ το άτομο με τραυλισμό κάνει χρήση μίας μικρής ηλεκτρονικής συσκευής, την οποία μπορεί να φορέσει πίσω από το αυτί. Αυτό βοηθάει τα άτομα να συγχρονίζουν την ομιλία τους με τους χτύπους του μετρονόμου (μία

λέξη ή μία συλλαβή ανά χτύπο) κάτι που όπως έχει διαπιστωθεί, τα βοηθάει, έστω προσωρινά, να μιλούν με καλή ροή (Brady, 1971 Meyer & Mair, 1963). Θετικά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί αν και η αποτελεσματικότητα τους φαίνεται να αποδυναμώνεται με το πέρασμα του χρόνου (Silverman, 1976). Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι οι αντιδράσεις των ακροατών σε αυτόν το νέο ασυνήθιστο τρόπο ομιλίας δεν είναι καλύτερες απ' ό,τι στον τραυλισμό, ιδιαίτερα όταν ο τραυλισμός είναι ήπιας μορφής (Mallard & Meyer, 1979 Silverman & Trotter, 1973).

- Ομιλία με τη βοήθεια συσκευής επικαλυπτόμενου ήχου

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

- Άλλες μέθοδοι τροποποίησης συμπεριφοράς

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

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

ΓΝΩΣΙΑΚΗ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τελευταία 25 χρόνια, η προσπάθεια θεραπευτικής αντιμετώπισης του τραυλισμού έχει απομακρυνθεί από τα στενά πλαίσια των δυσκολιών στη ροή του λόγου και προσανατολίζεται σε μια διαφορετική προοπτική, η οποία επικεντρώνεται στο άτομο ως σύνολο (Rustin et al., 1995). Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας το άτομο αντιμετωπίζεται ως σκεπτόμενο ον, το οποίο διαμορφώνει τη συμπεριφορά του ανάλογα με τον τρόπο που αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Στην περίπτωση όμως που οι αντιλήψεις του ατόμου είναι δυσλειτουργικές, τότε αντιμετωπίζει δυσκολίες προσαρμογής στο περιβάλλον του.

Σύμφωνα με τον Bandura (1986), «προκειμένου να αλλάξει κανείς τον τρόπο που συμπεριφέρεται, πρέπει πρώτα να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται». Η άποψη αυτή αποτελεί τη βάση των σύγχρονων μεθόδων

αντιμετώπισης του τραυλισμού, οι οποίες υιοθετούν τις αρχές της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και βασίζονται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, στις θεωρίες αυτοαποτελεσματικότητας (Bandura, 1977a,b, 1986) και στη γνωσιακή θεωρία (Beck, 1976). Στην περίπτωση του τραυλισμού, οι γνωσιακές – συμπεριφορικές μέθοδοι επικεντρώνονται στην αλλαγή προσδοκιών αυτο αποτελεσματικότητας. Πιο συγκεκριμένα βασικός στόχος είναι να βοηθήσουν το άτομο να πιστέψει στις ικανότητες του να αντιδρά αποτελεσματικά στις ενδείξεις εκδήλωσης τραυλισμού.

ΑΡΧΕΣ ΣΕ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Ως αρχές κοινές για όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις του τραυλισμού νοούνται:

- ✓ Κάθε άτομο που τραυλίζει είναι διαφορετικό.
- ✓ Η αντιμετώπιση του τραυλισμού δεν είναι απλή διδαχή τεχνικών.
- ✓ Δεν πρέπει να παραγκωνίζουμε την πολυδιάστατη παρουσία του τραυλισμού
- ✓ Βοήθεια από τον ειδικό στον ασθενή για αποδοχή του τραυλισμού
- ✓ Η αντιμετώπιση του τραυλισμού μπορεί να είναι χρονοβόρα
- ✓ Ο ασθενής θα πρέπει να έχει κίνητρο να συμμετέχει στη θεραπεία.
- ✓ Ο κλινικός που ασχολείται με τον τραυλισμό θα πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς για καινούρια ερευνητικά δεδομένα

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ

Αρχικά τα δεδομένα που έχουμε για τη θεραπευτική αντιμετώπιση στους εφήβους είναι περιορισμένα και προέρχονται κυρίως από έρευνες σε ενήλικες που έχουν προσαρμοστεί σε μικρότερο ηλικιακά πληθυσμό (Hancock et al., 1998).

Ωστόσο αδιαμφισβήτητο είναι το γεγονός ότι σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, ύστερα από την αξιολόγηση και διάγνωση σοβαρότητας του τραυλισμού, ξεκινά άμεσα η ένταξη του εφήβου στο θεραπευτικό πλάνο, με κεντρικό στόχο την προσπάθεια τροποποίησης της ροής του λόγου με συμπεριφοριστικές μεθόδους. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι ο θεραπευόμενος έχει κυρίαρχο ρόλο στη θεραπευτική προσέγγιση και γι αυτό

θα πρέπει να έχει ουσιαστικό κίνητρο για να συμμετέχει στη παρέμβαση του (Guitar 2006)

Οι κυρίαρχες θεραπευτικές μέθοδοι για εφήβους χωρίζονται κυρίως σε δύο κατηγορίες: α) σε αυτές που στοχεύουν στη βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας και β) σε αυτές που στοχεύουν στην τροποποίηση των τραυλικών συμπτωμάτων (Ramig & Bennet 1997). Ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια για μείωση των αρνητικών στάσεων και αντιδράσεων του εφήβου απέναντι στο τραυλισμό (Peters & Guitar, 1991).

Δομημένα προγράμματα άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης, τα οποία βασίζονται σε αρχές της συντελεστικής μάθησης και ακολουθούν την προσέγγιση η οποία στοχεύει στην άμεση βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας είναι τα προγράμματα:

A) Σταδιακή Αύξηση του Μήκους και της Πολυπλοκότητας των Προτάσεων (Ryan 1971)

B) Εύκολη και Χαλαρή Προσέγγιση – Απαλή Κίνηση (Gregory, 1991)

Σύμφωνα με το πρώτο πρόγραμμα, ο έφηβος ασκείται να διαβάζει με ευχέρεια χωρίς να τραυλίζει, υλικό με προοδευτικά αυξανόμενη δυσκολία. Παράδειγμα αυτού, είναι ότι ξεκινά με μεμονωμένες λέξεις, συνεχίζει με μικρές προτάσεις και παραγράφους και καταλήγει στην ανάγνωση κειμένου για πέντε συνεχόμενα λεπτά. Σε αυτό το πρόγραμμα κυρίαρχο ρόλο παίζουν η ενθάρρυνση και η τιμωρία και έχουν αναφερθεί θετικά αποτελέσματα (Ryan & Van Kirk Ryan, 1983, 1995).

Στο δεύτερο πρόγραμμα το παιδί μαθαίνει να ξεκινά χαλαρά και χωρίς ένταση των άρθρωσης των λέξεων και να μεταβαίνει απαλά και αργά από τους πρώτους δύο ήχους στους επόμενους ήχους της λέξης.

Βασικά συστατικά τέτοιων προγραμμάτων είναι :

A) Σταδιακή αύξηση της έκτασης και της πολυπλοκότητας του λόγου → η τεχνική αυτή βασίζεται στη διαπίστωση ότι ο συντονισμός της αναπνοής, των οργάνων παραγωγής λόγου και της άρθρωσης αυξάνεται σε πολυπλοκότητα και συνοδεύεται από αυξημένες γνωστικές απαιτήσεις όσο προχωρά η γλωσσική ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα αυξάνουμε και μειώνουμε τις απαιτήσεις ανάλογα με τις δυνατότητες του ατόμου

B) Ρύθμιση και έλεγχος αναπνοής → εφόσον στον τραυλισμό διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία της αναπνοής σημαντική είναι η εκμάθηση αναπνευστικών ασκήσεων.

Γ) Εδραίωση απαλών επαφών των οργάνων άρθρωσης → Διδάσκονται να κινούν απαλά και χαλαρά τα όργανα της άρθρωσης και να διακινούν ελεύθερα τον αέρα, προκειμένου να μειωθεί η ένταση που μπλοκάρει την παραγωγή των πρώτων ήχων της λέξης.

Δ) Μείωση ρυθμού ομιλίας → η μείωση αυτή διευκολύνει το συντονισμό των οργάνων παραγωγής λόγου κα αναπνοής για να επιτευχθεί λεκτική ευχέρεια. Ο ειδικός παρέχει ένα συνεχές μοντέλο αργού ρυθμού ομιλίας και σωματικών κινήσεων.

Ε) Μείωση αποφευκτικών συμπεριφορών → ύστερα από τον εντοπισμό των συμπεριφορών αποφυγής από τον ειδικό, αυτός εξηγεί στο παιδί τις συνέπειες αυτής του στις συμπεριφορές σε σχέση με τη ροή στο λόγο του, προκειμένου να ασκηθεί στη μείωση αυτών.

ΣΤ) Ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στη ομιλία → Για εφήβους με τραυλισμό ο συγκεκριμένος στόχος ανάπτυξης επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι εξέχουσας σημασίας διότι η ανάπτυξη των θετικών στάσεων (μέσα από αλλαγές συναισθημάτων και σκέψεων) σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Η ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων, και η τροποποίηση των αντιλήψεων που αφορούν την εικόνα που έχει ο έφηβος για τον εαυτό του ως ομιλητή οδηγούν σε αύξηση της αυτοεκτίμησης κάτι το οποίο αποτελεί βασικό τομέα στην θεραπευτική διαδικασία.

ΓΝΩΣΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ

✓ **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ CAMPERDOWN**

Το πρόγραμμα αυτό αναπτύχθηκε από τους ίδιους δημιουργούς του προγράμματος Lidcombe(πρόγραμμα θεραπείας για παιδιά). Γένετιρα του είναι η Αυστραλία όπου χρησιμοποιείται και ευρέως σε ενήλικές και έφηβους με τραυλισμό. Στόχος του CAMPERDOWN είναι να μειωθεί ή και να εξαλειφθεί ο τραυλισμός του ατόμου σε διάφορα επικοινωνιακά περιβάλλοντα και καταστάσεις. Για να επιτευχθεί αυτό, χρησιμοποιούνται τεχνικές μορφοποίησης ροής, αυτο-αξιολόγησης από τον ασθενή και γνωσιακής προσέγγισης.

Συγκεκριμένα το πρόγραμμα περιλαμβάνει 4 στάδια θεραπείας (Bryan et al., 2010). Στο πρώτο στάδιο οι ασθενείς διδάσκονται τη τεχνική της παρατεταμένης ομιλίας, μέσα από ένα βίντεο διδαχής που παρέχεται από τον κλινικό. Προτείνεται μάλιστα και υπερβολή στη χρήση αυτής για ομιλία χωρίς τραυλισμό. Στη συνέχεια ο κλινικός, εκπαιδεύει τον ασθενή στη χρήση μια 9-

βαθμιαίς κλίμακας αξιολόγησης, για την αξιολόγηση της σοβαρότητας του τραυλισμού, αλλά και τη φυσικότητα της ομιλίας του.

Στο δεύτερο στάδιο των συνεδριών, στόχος είναι η φυσικότητα της καινούρια ομιλίας. Στο τρίτο στάδιο πραγματοποιούνται ομαδικές συνεδρίες, κατά τις οποίες οι ασθενείς παροτρύνονται να επιλύουν προβλήματα με στόχο τη γενίκευση των προηγούμενων κεκτημένων ικανοτήτων. Τέλος το τέταρτο στάδιο αφορά δραστηριότητες που αναπτύσσει ο ασθενής με τον κλινικό και στοχεύουν στη διατήρηση/ γενίκευση των ικανοτήτων ευχέρειας.

Ερευνητικές μελέτες φανερώνουν θετικά αποτελέσματα διατηρώντας όμως μια μικρή αμφιβολία διότι οι έρευνες για τα αποτελέσματα έγιναν από τους ίδιους τους δημιουργούς του προγράμματος.

✓ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ FIYENCY PIUS

Το πρόγραμμα αυτό, είναι ένα εντατικό πρόγραμμα θεραπείας που αναπτύχθηκε στο Κέντρο Τραυλισμού του Τορόντο στον Καναδά από τον κλινικό και ερευνητή Kroll και έχει πολλές ομοιότητες με το Camperdown. Κύριος στόχος του προγράμματος είναι η ανάπτυξη ικανοτήτων που επιτρέπουν στον έφηβο να μιλάει με ελάχιστα ή μηδαμινά αρνητικά συναισθήματα (Kroll & Scott, 2010).

Εδώ αρχικά διδάσκονται τεχνικές μορφοποίησης ροής, στρατηγικές γνωσιακής θεραπείας για την αντιμετώπιση του τραυλισμού και διάφορων επικοινωνιακών δυσκολιών, και διδαχής ικανοτήτων επίλυσης προβλημάτων με στόχο την διατήρηση των αποκτειθεισών ικανοτήτων.

Η κύρια διαφορά των δυο αυτών προγραμμάτων είναι ότι αυτό το πρόγραμμα απαιτεί τη δέσμευση του ασθενούς για 1 χρόνο και ξεκινάει με εντατικές συνεδρίες, 4 ώρες κάθε μέρα για τρεις εβδομάδες, ενώ συνεχίζει με πιο αραιές συναντήσεις. Οι δημιουργοί του προσφέρουν στο τέλος του προγράμματος δυνατότητες συμμετοχής σε ομαδικές θεραπείες ή εντατικές συνεδρίες υπενθύμισης των τεχνικών (Kroll & Scott 2010).

Ερευνητική υποστήριξη στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, προέρχεται από έρευνες νευροαπεικόνισης που εξέτασαν ασθενείς με τραυλισμό πριν και μετά τη θεραπευτική προσέγγιση βρίσκοντας σημαντικές συμπεριφορικές και νευροφυσιολογικές βελτιώσεις στους ασθενείς αυτούς (De Nil et al., 2003, Kroll & De Nil 2000). Ωστόσο μελλοντική επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων από άλλες έρευνες είναι απαραίτητη για την πλήρη αντικειμενική κρίση ανάλογων προγραμμάτων θεραπείας.

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Η τροποποίηση του τραυλισμου είναι η Σχολή που αναπτύχθηκε από τον Charles Van Riper. Πρόκειται για μια σχολή που σχεδιάστηκε για να βοηθήσει άτομα με μέτριο ή σοβαρό τραυλισμό. Παρόλα αυτά κάποιες από τις τεχνικές της μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σε ηπιότερα στάδια τραυλισμου. Είναι μια δύσκολη θεραπευτική προσέγγιση που ζητά πολλά από το θεραπευόμενο και τον θεραπευτή καθώς βασίζεται σε αρχές της θεωρίας της μάθησης (εκμάθηση καινούριων συμπεριφορών κ διαγραφή παλιών), της ιδιοδεκτικότητας- της κιναισθησίας(διδαχή ιδεοδεικτικών ικανοτήτων με στόχο την κυριαρχία ιδεοδεικτικότητας σε σχέση με την ακουστική ανάδραση) και της ψυχοθεραπείας (βοήθεια για απομάκρυνση αρνητικών συναισθημάτων).

Σταδια θεραπείας Τροποποιημένης τεχνικής:

Είναι ένα εντατικό πρόγραμμα με ατομικές συνεδρίες τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα, ομαδικές συνεδρίες όποτε είναι δυνατό και πολλαπλές συνεδρίες <αυτοθεραπείας>. Τα προτεινόμενα στάδια είναι τέσσερα και είναι διαδοχικά.

1) Αναγνώριση : Στο στάδιο αυτό το άτομο, ανακαλύπτει, αναλύει και κατηγοριοποιεί τις τραυλικές συμπεριφορές του.Με άλλα λόγια, γνωρίζει καλύτερα τον τραυλισμό και αρχίζει να μη το φοβάται. Βασικός στόχος του σταδίου είναι η αναγνώριση τραυλικών συμπεριφορών εμφανών και μη. Στην αρχή αναγνωρίζουμε εύκολες τραυλικές συμπεριφορές (αναγνώριση εύκολων δυσρυθμιών, συμπεριφορών αποφυγής, λεκτικών φοβικών στοιχείων, φοβικών καταστάσεων) για να καταλήξουμε στις πιο δύσκολες (αναγνώριση όλων των τύπων δυσρυθμιών, των σημείων έντασης και των συναισθημάτων). Βοηθητικές για την επίτευξη του στόχου είναι η χρήση ηχογραφημένων και βιντεοσκοπημένων δειγμάτων ομιλίας, μίμηση τραυλικών επεισοδίων από τον κλινικό, παρατήρηση στο καθρέφτη και ανοιχτή συζήτηση για τις συμπεριφορές είναι μερικές από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται.

2) Απευαισθητοποίηση : Το στάδιο αυτό αφορά τη μείωση άγχους και αρνητικών συναισθημάτων για την ομιλία. Στόχος λοιπόν, είναι ο ασθενής να σκληρύνει απέναντι στη απειλή, την αντιμετώπιση και την εμπειρία μιας επικοινωνιακής αποτυχίας. Οκλινικός οφείλει να δημιουργήσει αρχικά ένα χώρο άνετο, όπου ο ασθενής θα μπορεί να μιλήσει για τον τραυλισμό ανοιχτά. Ο κλινικός επίσης οφείλει να έχει τον πλήρη έλεγχο των καταστάσεων άγχους,

και να προχωράει στη διαβάθμιση των δραστηριοτήτων σταδιακά και μη προσοχή. Δημοφιλής τεχνικές απευαισθητοποίησης περιλαμβάνουν χρήση ηχογράφησης και βιντεοσκόπησης του ασθενή, παρατήρηση δειγμάτων ομιλίας άλλων ατόμων που τραυλίζουν και μίμηση σωματικών συμπεριφορών από τον κλινικό. Δυο ακόμη μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι ο ψευδοτραυλισμός (εκούσια παραγωγή τραυλισμού κατά την ευχερή ομιλία) και το λεγόμενο <πάγωμα> (εθελοντική παράταση μιας τραυλικής συμπεριφοράς που συνεχίζεται ωστόσο το άτομο χαλαρώσει και ξεφύγει από τη συμπεριφορά αυτή).

3) Τροποποίηση : Στάδιο που πλέον στοχοποιούνται άμεσα οι δυσρυθμίες. Στόχος του σταδίου αυτού, είναι να διδάξουμε στον έφηβο να τραυλίζει με ένα τρόπο πιο χαλαρό και ήρεμο, που να είναι αποδεκτός τόσο από τον ίδιο όσο και από τους συνομιλητές τους (εύκολος ή αποδεκτός τραυλισμός). Εδώ πρέπει να προετοιμάσουμε τον ασθενή για την έννοια της αλλαγής της ομιλίας του και να τον κάνουμε δεκτικό σε αυτό.

4) Σταθεροποίηση : Το στάδιο αυτό είναι ένα από τα πιο σημαντικά κομμάτια της θεραπείας του τραυλισμού. Όταν ο ασθενής έχει φτάσει στο σημείο να αποκτήσει ένα εύκολο τρόπο τραυλισμού, στόχος μας είναι να διατηρηθεί αυτός ο τρόπος επ' αόριστον. Η φάση της σταθεροποίησης θα βοηθήσει το άτομο να γενικεύσει τις συμπεριφορές αυτές σε διάφορα περιβάλλοντα. Επίσης προετοιμάζουμε τον ασθενή για την πιθανή επανεμφάνιση των τραυλικών συμπτωμάτων, με τη διαφορά ότι τώρα έχει τα <όπλα> να το αντιμετωπίσει και να το διαχειριστεί.

Στο τελικό αυτό στάδιο ο θεραπευόμενος γίνεται ο θεραπευτής του εαυτού του και ο ρόλος του πραγματικού θεραπευτή είναι περισσότερο συμβουλευτικός (Van Riper, 1982). Η συχνότητα των ατομικών συνεδριών μειώνεται ενώ μπορούν να αυξηθούν οι ομαδικές συνεδρίες (Van Riper 1973).

Δραστηριότητες που θα οδηγήσουν το άτομο στην λήξη της θεραπείας, μπορούν να συμπεριλάβουν εξάσκηση με διαρκώς μεγαλύτερα δείγματα ομιλίας, με διαρκώς γρηγορότερο ρυθμό κ.ο.κ.

ΜΟΡΦΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΜΘ)

Η Μορφοποιημένη θεραπεία έχει προσφέρει πολλές από τις τεχνικές της στις σημερινές θεραπευτικές μεθόδους, αλλά και χρησιμοποιείται

αυτόνομα ως θεραπευτική προσέγγιση. Σε αντίθεση με τη τροποποιημένη, η μορφοποιημένη εστιάζει στον ευχερή λόγο και όχι στις δυσρυθμίες ή στις στιγμές τραυλισμού. Στόχος εδώ έχει να ενισχυθεί και να διατηρηθεί είτε η αυθόρμητη ευχέρεια ομιλίας είτε η ελεγχόμενη ευχέρεια. Στη μορφοποιημένη ροή δε δίνεται έμφαση στις δυσρυθμίες, ούτε στα συναισθήματα και πιστεύεται πως η ενισχυση της ευχερούς ομιλίας θα οδηγήσει αυτόματα και σε αλλαγές στη συναισθηματική κατάσταση.

Η θεραπεία αυτή ενδείκνυται για άτομα που τραυλίζουν και πληρούν τις εξής τρεις προϋποθέσεις: -έχουν θετικά συναισθήματα για την ικανότητα ομιλίας τους –δεν αποφεύγουν λεκτικές καταστάσεις – είχαν θετικά αποτελέσματα κατά τη στάδιο της δοκιμαστικής θεραπείας.

Θεραπευτικό πρόγραμμα – τεχνικές μορφοποιημένης τεχνικής:

Σε γενικές γραμμές οι τεχνικές της μορφοποιημένης θεραπείας διαφοροποιούνται ελαφρώς ανα συγκεκριμένο πρόγραμμα κα ομάδα θεραπείας, ωστόσο όμως υπάρχουν βασικές αρχές που διέπουν όλα τα προγράμματα και έχουν το ίδιο τελικό αποτέλεσμα δηλαδή ευχερή ομιλία με αργό ρυθμό, συνεχή φώνηση και ελάχιστη ένταση στο μηχανισμό ομιλίας (Zebrowski & Kelly, 2002).

Κύριος στόχος των τεχνικών ΜΘ είναι η κατοχύρωση ομιλίας χωρίς τραυλικά επεισόδια με φυσική ηχητικά ομιλία, αρχικά στην κλινική και σε μικρέ φωνολογικές μονάδες και ύστερα σε αυθόρμητο λόγο και ποικίλα επικοινωνιακά περιβάλλοντα. Σε αντίθεση με την ΤΤ, οι τεχνικές μπορούν να διδαχθούν μεμονωμένα και δεν ακολουθείται κάποια ιεραρχία κατά τη διδαχή.

✓ **Μηχανές ομιλίας**

Σε όλα τα προγράμματα ΜΘ, ειδικά σε εφήβους αφιερώνεται χρόνο στη διδαχή μηχανισμού ομιλίας. Στόχος αυτού είναι να γνωρίσει το άτομο όλα τα συστήματα ομιλίας και να καταφέρει να τα ελέγχει.

Διδαχή: Τέτοιου είδους εκπαίδευση μπορεί να γίνει μέσα από εικόνες, βιβλία ανατομίας, τρισδιάστατα μοντέλα η και κάποιο παιχνίδι στο διαδίκτυο.

✓ **Εύκολη Έναρξη Φώνησης**

Εύκολη και ευχάριστη μέθοδος, όπου η διδαχή της γίνεται από τις πρώτες θεραπευτικές συνεδρίες. Στόχος είναι η μείωση της έντασης του αναπνευστικού, φωνητικού, αρθρωτικού συστήματος στην αρχή μιας λέξης,

φράσης, ή πρότασης. Θεωρείται ιδανική για να δείξει ο κλινικός πως παράγεται η ευχερής φυσιολογική ομιλία.

Διδαχή: Ζητάται από το άτομο να εισπνεύσει και κατά την εκπνοή του να παράγει ένα απαλό /h/, που επιτρέπει την απαλή δόνηση των φωνητικών χορδών δηλ. την εύκολη έναρξη. Σταδιακά μετά από αυτόν τον ήχο εισάγονται παρατεταμένα φωνήεντα, συλλαβές, λέξεις, φράσεις κ.α. Ύστερα από την χρήση φωνηέντων σειρά έχουν τα άηχα τριβόμενα σύμφωνα, και τέλος στα ηχηρά έκκροτα. Φυσικά ο ήχος /h/καθώς και η παράταση του πρώτου ήχου σταδιακά εξαλείφονται.

✓ **Παρατεταμένη φώνηση**

Στο στάδιο αυτό, οι ήχοι και οι συλλαβές παράγονται χωρίς διακοπή της φώνησης. Φυσικά κάτι τέτοιο δεν αντιστοιχεί στο φυσιολογικό πρότυπο ομιλίας, παρόλα αυτά η μεγιστοποίηση συνέχισης φώνησης από τον ένα ήχο στον άλλο είναι βοηθητική για να δημιουργηθεί η αίσθηση συνεχόμενης ομιλίας. Τέλος επειδή προάγει την πρόσθια ροή ομιλίας χαλαρώνει και τους μυς από την ένταση.

Διδαχή: Χρήσιμες τεχνικές για τη διδαχή παράτασης ήχων είναι η μίμηση και η παραγωγή ήχων με υπερβολικές κινήσεις αρθρωτών που βοηθούν στο να καλύπτονται τα κενά μεταξύ των ήχων και των λέξεων, και η χρήση απτικών βοηθημάτων π.χ. να ακουμπήσει το χέρι στο λαιμό του για να νιώσει τη δόνηση. Ικανότητες ιδεοδεικτικότητας και κιναισθησίας είναι εξαιρετικά χρήσιμες εδώ. Αρχικά συνιστάται η έναρξη με άηχα σύμφωνα που συνοδεύονται από φωνήεντα. Σε επίπεδο φράσεων, ξεκινάμε με φράσεις από δυο λέξεις, ζητάμε από το άτομο να εισπνεύσει και να ξεκινήσει την παραγωγή της πρώτης λέξης. Στο τέλος αυτής του υποδεικνύουμε ότι πρέπει να συνεχίσει παρατείνοντας την τελική συλλαβή της πρώτης λέξης και την πρώτη της δεύτερης.

✓ **Απαλές αρθρωτικές επαφές**

Πραγματοποιούνται όταν οι αρθρωτές έρχονται σε επαφή με απαλό τρόπο κατά την παραγωγή ήχων και ως σκοπό έχουν την ελάχιστη μυική ένταση κατά την ομιλία. Ιδιαίτερα σημαντική για μείωση έντασης και αύξηση ασκήσεων ιδιοδεκτικότητας και κιναισθησίας.

Διδαχή: πρέπει να έχει προηγηθεί εκμάθηση για μείωση έντασης και αύξηση ασκήσεων ιδιοδεκτικότητας και κιναισθησίας. Χρησιμοποιούνται οι έννοιες μαλακό / σκληρό. Η χρήση καθρέφτη για οπτική ανάδραση είναι αναγκαία, μίμηση από τον κλινικό και απτικών βοηθημάτων. Ύστερα από την κατανόηση των εννοιών προχωράμε σε επίπεδο ήχων, λέξεων, φράσεων, και προτάσεων.

✓ Χρήση κατάλληλης αναπνοής

Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται έλλειψη συντονισμού αναπνοής – ομιλίας με αποτέλεσμα να δυσχαιρένεται η ροή ομιλίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις και μόνο διδάσκουμε απλές τεχνικές αναπνευστικές υποστήριξης και κατάλληλης έναρξης φώνησης (Guitar 2006).

Διδαχή: διδάσκουμε πρώτα την ανατομία και φυσιολογία του μηχανισμού ομιλίας. Ύστερα δίνουμε έμφαση στο αναπνευστικό και φωνητικό σύστημα και εξηγούμε την διαδικασία αναπνοής και ομιλίας. Οπτικά βοηθήματα για την καλύτερη κατανόηση του συστήματος μπορεί να φανούν χρήσιμα. Και σε αυτή τη τεχνική ξεκινάμε με ήχους, λέξεις φράσεις και προτάσεις.

✓ Φράσεις και Παύσεις

Ο κυριότερος στόχος της ΜΘ είναι η μείωση του ρυθμού ομιλίας σε τέτοια επίπεδα που να επιτρέπουν η ευχέρεια να επιτυγχάνεται σχεδόν αυτόματα. Ένας από τους πιο χρήσιμους τρόπους για να επιτευχθεί αυτό είναι η τεχνική φράσεις και παύσεις, στην οποία η ομιλία καταμερίζετε σε κομμάτια. Ο Tonev 2004 υποστηρίζει πως παύσεις 2-3 δευτερολέπτων βοηθούν το άτομο να χαλαρώσει τους μύες της ομιλίας του, να σκεφτεί τα λάθη του και να προετοιμάσει την επόμενη εκφορά του λόγου του.

Διδαχή: Πολλοί τρόποι διδαχής αυτής της τεχνικής. Ορισμένοι κλινικοί θεωρούν ότι οι παύσεις πρέπει να γίνονται σε σωστά δικαιολογημένα σημεία μέσα στην πρόταση αλλιώς θα λειτουργήσουν ως λάθος πρότυπα ομιλίας (Reardon & Yaguss 2004, Walton & Wallace 1998). Με βάση λοιπόν αυτό, ζητάται από το άτομο να κάνει μικρές παύσεις στο τέλος των φράσεων (3-4 λέξεων), και έτσι πετυχαίνει πιο χαλαρό ρυθμό. Κατά άλλους κλινικούς είναι προτιμότερο η πρώτη παύση σε μια πρόταση να γίνεται στο τέλος της πρώτης λέξης και οι υπολοίπες ανα 3 με 4 λέξεις στη συνέχεια. Αυτό προτείνεται για δυο λόγους: α) αποφεύγεται το φαινόμενο ντόμινο (όπου ένα τραυλικό επεισόδιο οδηγεί σε πολλά άλλα) και β) το άτομο αποκτά έλεγχο του ρυθμού ομιλίας αρκετά νωρίς. Οπτικά βοηθήματα και χρήση μετρονόμου είναι ενδεδειγμένα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Τέλος όσο προχωράει η θεραπευτική διαδικασία οι παύσεις πρέπει να μειώνονται και η ομιλία να αποκτά αυξανόμενη φυσικότητα.

✓ Αργός Ρυθμός

Στην μορφή θεραπείας αυτής η μείωση του ρυθμού είναι δεδομένη καθώς θεωρείται ο κυριος τρόπος για να αποκτήσει το άτομο τον έλεγχο του μηχανισμού ομιλίας του καθώς θεωρείται πως βοηθάει στον καλύτερο συγχρονισμό του αναπνευστικού, φωνητικού, αρθρωτικού συστήματος που είναι σημαντικός για την παραγωγή ευχερούς ομιλίας.

Διδαχή: στην αυστηρή εφαρμογή της ΜΘ ο αρχικός στόχος είναι η παραγωγή 50 ή και λιγότερων συλλαβών /λεπτό. Χρήση μετρονόμου και καθυστερημένης ακουστική ανάδρασης είναι συχνές μέθοδοι μείωσης του ρυθμού ομιλίας σε προγράμματα για έφηβους και μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό. Η μείωση ρυθμού ομιλίας στοχοποιείται μαζί με την παράταση ήχων καθώς αν προσπαθήσουμε να μειώσουμε το ρυθμό χωρίς παράλληλα να παρατείνουμε τους ήχους τότε υπάρχει η πιθανότητα να καταλήξουμε σε ρομποτική ομιλία. Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι ως παραλλαγή της μείωσης ρυθμού ομιλίας είναι ο ευέλικτος ρυθμός ομιλίας. Στην τεχνική αυτή, ο κλινικός εκπαιδεύει το άτομο να κάνει πιο αργή εκφορά μια συλλαβής ή λέξης και να συνεχίσει κανονικά την εκφορά του (Guitar2006). Ο ευέλικτος ρυθμός ομιλίας δίνει χρόνο για καλύτερη προετοιμασία και έλεγχο της υπόλοιπης εκφοράς χωρίς να απαιτεί από το άτομο να μιλάει αργά όλη τη διάρκεια της ομιλίας του.

Ομαδική Θεραπεία – Ομάδα Υποστήριξης

Αν και η ομαδική θεραπεία ποτέ δε προτείνεται ως μοναδικό μέσο θεραπείας λειτουργεί ιδιαίτερα ωφέλιμα για τον έφηβο που τραυλίζει, καθώς παρέχει ένα είδος στήριξης και άνεσης στους ασθενείς ερχόμενοι σε επαφή με άλλα άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα, ενώ παράλληλα τους παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον στο οποίο μπορούν να γενικεύσουν τα κερτημένα από τις ατομικές θεραπείες. Με άλλα λόγια, μέσα από τη συμμετοχή τους σε τέτοιου είδους ομάδες δίνεται στα παιδιά η δυνατότητα να κοινωνικοποιηθούν χωρίς να στιγματιστούν, όπως επίσης μειώνεται το αίσθημα της αποτυχίας, και η πεποίθηση ότι η ομιλία τους δεν ανταποκρίνεται στα πρότυπα άλλων ατόμων.

Επίσης είναι εξαιρετικά χρήσιμη και για τον κλινικό καθώς του δίνει τη δυνατότητα να παρατηρήσει τον ασθενή του σε διάφορα επικοινωνιακά περιβάλλοντα συναναστρεφόμενος με άλλα άτομα. Κατα τα πλαίσια αυτής της θεραπείας οι έφηβοι είναι ελεύθεροι να συμμετέχουν σε δραστηριότητες της ομάδας, να μιλάνε για ότι τα κάνει να αισθάνονται όμορφα αλλά και να υποδύονται ρόλους, "τεστάροντας" έτσι την λεκτική συμπεριφορά τους κάτω από καλές και κάκες καταστάσεις. Ωστόσο όμως η δημιουργία μιας ομαδικής θεραπείας θα πρέπει να διέπεται από κανόνες έτσι ώστε να μη παρεκλείνει από τον αρχικό της σκοπό. Τέτοιοι κανόνες είναι: α) Συγκεκριμένο θέμα συζήτησης β) να περιλαμβάνει πραγματικές εμπειρίες των μελών γ) να μπορεί να σταθεί ως συνεδρία δ) ο αριθμός της να είναι σχετικά μικρός –όχι πολύ μεγάλος-, 5 με 10 άτομα ε) τα μέλη να είναι σε κοντινή ηλικία και παρόμοιο θεραπευτικό επίπεδο. Σε έφηβους το φύλο των μελών της ομάδας θα πρέπει να γίνει με προσεχτικό συλλογισμό πολλών παραγόντων (Zebrowski & Kelly, 2002).

Σε κάθε περίπτωση και ανεξάρτητα από τη θεραπευτική μέθοδο που θα ακολουθήσει ο εκάστοτε κλινικός και θα ταιριάζει στην προσωπικότητα του εφήβου, ιδιαίτερα σημαντική είναι η συνεργασία του θεραπευόμενου η οποία πηγάζει από τη θέληση και τα κίνητρα του για αλλαγή της ομιλίας του. Συνοψίζοντας λοιπόν, στην παρούσα ηλικιακή ομάδα στόχος είναι ο θεραπευόμενος να γίνει θεραπευτής του ίδιου του εαυτού κάτω από την καθοδήγηση του ειδικού πετυχαίνοντας έτσι το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα βελτίωσης της ομιλίας του που θα τον αποτρέπει από το ενδεχόμενο αποφυγής δύσκολων καταστάσεων και θα του επιτρέπει την συναναστροφή του με άλλα άτομα σε διάφορα επικοινωνιακά περιβάλλοντα.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Στο πλαίσιο της διερεύνησης του θεραπευτικού πλάνου για την αντιμετώπιση του τραυλισμού, σημαντικό ρόλο κατέχει και η συμπεριφορά του εκπαιδευτικού απέναντι στον έφηβο που τραυλίζει. Επομένως, σημαντική είναι η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ ειδικού και εκπαιδευτικού, με στόχο την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση από πλευράς εκπαιδευτικού προς τον έφηβο, η οποία στόχο έχει την συμβολή στην εξομάλυνση των τραυλικών στοιχείων.

Αρχικά κατά την πρώτη επαφή τους, η οποία συνήθως είναι τηλεφωνική και μετέπειτα προσωπική, ο ειδικός θα πρέπει να εστιάσει στις γνώσεις και πεποιθήσεις του εκπαιδευτικού σχετικά με τον τραυλισμό, στη συχνότητα με την οποία έρχεται σε επαφή με άτομα που τραυλίζουν – καθώς όσες περισσότερες φορές έρχεται σε επαφή με παιδιά που τραυλίζουν τον βοηθά να καταλαβαίνει και να αντιλαμβάνεται καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να ενεργεί- όπως επίσης και στον τρόπο με τον οποίο ενεργεί μέχρι τώρα. Από την πλευρά του ο δάσκαλος μπορεί να παρέχει σημαντικές πληροφορίες στον κλινικό για την ομιλία και τη συμπεριφορά του εφήβου μέσα στο σχολικό αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον (διαλείμματα, εκδρομές, επισκέψεις). Οι πληροφορίες αυτές φαίνονται χρήσιμες καθώς αποτελούν στόχους για την θεραπεία.

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι το σχολείο αποτελεί ένα σημαντικό πλαίσιο για το έφηβο καθώς εκεί συναναστρέφεται τόσο με συνομιλήκους του όσο και με ενήλικες, μη οικείους προς αυτόν δηλαδή άτομα εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος. Αυτό λοιπόν, καταστά αυτονόητο ότι τα

τραυλικά επεισόδια του παιδιού είτε θα αυξάνονται είτε θα μειώνονται ανάλογα με τα βιώματα της καθημερινότητας του. Συμφωνά λοιπόν με αυτό, στο πρώτο πράγμα που θα πρέπει να εστιάσει την προσοχή του ο εκπαιδευτικός είναι στους πιθανούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση τραυλικών στοιχείων από το παιδί στο χώρο του σχολείου, με πιο σημαντικούς από αυτούς να είναι η ποιότητα της σχέσης του εφήβου με τους συνομιλήκους του, το επίπεδο συνεργασίας του με τον εκάστοτε εκπαιδευτικό του, οι μαθησιακές επιδόσεις του και φυσικά ο τρόπος με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του σα μονάδα στο σχολικό χώρο.

Εφόσον λοιπόν ο εκπαιδευτικός εστιάσει στους παράγοντες που αυξομειώνουν την εκδήλωση του τραυλισμού, επόμενο βήμα είναι η διαμόρφωση της συμπεριφοράς του προς το παιδί με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε αυτή να επιδρά σημαντικά στην έκβαση των εξωγενών προβλημάτων (χλευασμός από συμμαθητές) όσο και στην αύξηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης του εφήβου. Στο σημείο αυτό εξέχοντα ρόλο έχει ο λογοθεραπευτής αλλά και ο ψυχολόγος και κοινωνικός λειτουργός που τις περισσότερες φορές θα βοηθήσουν τον εκπαιδευτικό με τις πολύτιμες συμβουλές τους (π.χ. ότι το παιδί δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ευνοϊκούς τρόπους λόγω της δυσκολίας του) και την πλήρη ενημέρωση του εκπαιδευτικού γύρω από το θέμα του τραυλισμού, τόσο για το πως θα πρέπει να συμπεριφέρεται κατά τη στιγμή των τραυλικών επεισοδίων όσο και για τη γενικότερη στάση του απέναντι στον έφηβο προκειμένου αυτός να μη στιγματιστεί και να νιώσει άνετα και χαλαρά, όπως θα συνέβαινε αν δεν αντιμετώπιζε τη δυσκολία αυτή.

Κατόπιν ενημέρωσης και ύστερα από την νουθέτηση των ειδικών, ο εκπαιδευτικός με τη συμπεριφορά του πρέπει να βοηθήσει με τον τρόπο του στην πιο ομαλή απευαισθητοποίηση της δυσκολίας αποδέχοντας τον έφηβο ως οντότητα με τις εκάστοτε δυσκολίες του, αλλά και μεταδίδοντας στους μαθητές του άμεσα και έμμεσα ότι ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή η οποία θα μπορούσε να συμβεί στον καθένα από εμάς και ότι είναι κάτι για το οποίο δεν θα έπρεπε να ντρέπεται το παιδί και να προσπαθεί να το κρύψει ή να αισθάνεται ενοχές και μειονεκτικά απέναντι στους άλλους.

Ένας άμεσος τρόπος που θα μπορούσε να ακολουθήσει ο εκπαιδευτικός για να δημιουργήσει ένα κλίμα βοηθητικό και όχι επικριτικό και αγχώδες για το μαθητή με τραυλισμό είναι η ενημέρωση των υπόλοιπων συμμαθητών για την ύπαρξη ενός συμμαθητή τους με δυσκολία στη ροή του λόγου του. Η μέθοδος αυτή θα πρέπει να γίνει με διακριτικότητα και προσοχή καθώς δεν πρέπει να στιγματιστεί ο έφηβος που αντιμετωπίζει την δυσκολία.

Επίσης εξαιρετικά χρήσιμες θα μπορούσαν να φανούν και ημερίδες κατά τη σχολική περίοδο με διάφορα θέματα ανάμεσα σε αυτά και το πρόβλημα του τραυλισμού κατά τις οποίες οι μαθητές είτε θα μπορούσαν να

έχουν ενεργό ρόλο π.χ. εύρεση πληροφοριών για το εκάστοτε θέμα και ομιλία για την ενημέρωση και άλλων συμμαθητών τους είτε θα μπορούσαν να παρακολουθούν απλά την ημερίδα και να διατυπώνουν τυχόν απορίες. Βέβαια κάτι τέτοιο απαιτεί χρόνο και ομαδικότητα, παρόλα αυτά όμως είναι ένα σημαντικό εγχείρημα καθώς τα ωφέλη μέσα από τέτοιες δραστηριότητες είναι η ευαισθητοποίηση με τη δυσκολία του άλλου, η απευαισθητοποίηση του ίδιου του ατόμου το οποίοι διαπιστώνει ότι δεν αποτελεί μονάδα ως προς το φυσιολογικό πρότυπο ομιλίας αλλά υπάρχουν και άλλα άτομα με την ίδια δυσκολία και φυσικά βοηθά στην εκμάθηση της διαφορετικότητας, της συνεργασίας και της ομαδικότητας.

Τώρα όσον αφορά τους έμμεσους τρόπους, τους οποίους μπορεί να ακολουθήσει ο εκπαιδευτικός για να βοηθήσει τον έφηβο που τραυλίζει να αισθανθεί άνετα στην τάξη είναι η επιβολή γενικότερων κανόνων σεβασμού στον άλλον όπως να μη διακόπτουμε τον άλλο όταν μιλάει, να περιμένουμε στη σειρά μας, να μη κοροιδεύουμε. Όλα αυτά βέβαια είναι πράγματα που τα παιδιά τα μαθαίνουν σε πολύ μικρότερη ηλικία (νηπιαγωγείο - δημοτικό) και θεωρούνται αυτονόητα, παρόλα αυτά τις περισσότερες φορές δεν τηρούνται από τους εφήβους και ειδικά σε περιπτώσεις όπως αυτή του τραυλισμού έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα.

Κατα την ώρα του μαθήματος λοιπόν, είναι στην αρμοδιότητα του εκπαιδευτικού να φροντίσει να μη διακόπτεται η ομιλία του παιδιού από τους συμμαθητές του, ούτε να κοροιδεύεται αλλά να αφήνεται να ολοκληρώσει την σκέψη του με ηρεμία και υπομονή. Βέβαια και τα παιδιά από την πλευρά τους πρέπει να δουν μια αντίστοιχη συμπεριφορά από τον εκπαιδευτικό, όπου αυτός θα πρέπει να δίνει το λόγο στο παιδί με τη δυσκολία να μιλήσει, να εκφραστεί και να μη τον διακόψει έως ότου τελειώσει.

Από την άλλη ο εκπαιδευτικός θα πρέπει από μέρους του να συμπεριφερεται στον έφηβο μαθητή με τραυλισμό όπως σε όλα τα παιδιά και να μην έχει μειωμένες απαιτήσεις από τον ίδιο λόγω της ιδιαιτερότητας της ομιλίας του. Επίσης θα πρέπει να είναι προσεχτικός και στην έκφραση των απαιτήσεων του απέναντι στο παιδί αλλά και στον τρόπο με τον οποίο το συμβουλεύει για την καλύτερη επίδοσή του στα μαθήματα π.χ. στην περίπτωση που δεν αποδώσει καλά σε ένα διαγώνισμα. Αυτό γίνεται διότι τα περισσότερα παιδιά με τραυλισμό έχουν αυξημένο το αίσθημα της τελειομανίας, χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, έντονο το αίσθημα της αποτυχίας με συνέπεια όλων αυτών την εκδήλωση υπερβολικού άγχους σε απαιτητικές καταστάσεις που οδηγεί στην εκδήλωση έντονων τραυλικών συμπτωμάτων. Σε κάθε περίπτωση μια επικριτική στάση του εκπαιδευτικού απέναντι στον έφηβο μαθητή με τραυλισμό θα ήταν κατατροφική τόσο για την αυτοπεποίθηση του όσο και για μείωση του τραυλισμού κάτι το οποίο θα οδηγούσε στα αντίθετα αποτελέσματα.

Όσον αφορά την προφορική εξέταση του μαθητή, θα πρέπει να επιλέγονται ερωτήσεις που δεν απαιτούν υπερβολική εκτενή απάντηση αλλά πιο σύντομες απαντήσεις –φυσικά και δεν εννοούμε τις μονολεκτικές απαντήσεις-. Ακόμη κάτι που είναι σημαντικό και θα πρέπει ο εκπαιδευτικός να λάβει υπόψιν του είναι ότι η αναμονή του παιδιού για να του δοθεί ο λόγος επιδρά ως αγχωτικός παράγοντας ο οποίος ευνοεί την εκδήλωση του τραυλισμού, γι αυτό καλό θα ήταν ο λόγος να δίνετε στο έφηβο με τραυλισμό από τους πρώτους ετσι ώστε να μην προλαβαίνει να αγχωθεί και να τραυλίσει.

Τέλος σε ότι αφορά την ανάγνωση από το μαθητή που αντιμετωπίζει την δυσκολία, βοηθητικό θα αποτελούσε η παράλληλη ανάγνωση από ένα δεύτερο μαθητή που δεν αντιμετωπίζει το πρόβλημα του τραυλισμού. Έτσι ο έφηβος με τραυλισμό νιώθει ότι η ανάγνωση του 'μπερδεύεται' με την ανάγνωση του δεύτερου παιδιού και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χαλαρώνει, να μην νιώθει έντονο άγχος για παραγωγή σωστού ρυθμού ομιλίας κάτι το οποίο οδηγεί στη μείωση των τραυλικών επεισοδίων. Αυτή η μέθοδος μάλιστα σε συνδυασμό με την ανάλογη ενθάρρυνση από τον εκπαιδευτικό ενισχύει την αυτοεκτίμηση του παιδιού στην αναγνωστική του ικανότητα ώστε η χρήση της τακτικής αυτής σταδιακά να εξαλειφθεί.

Εν κατακλείδι λοιπόν θα λέγαμε, ότι ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να αποτελεσει πρότυπο σωστής συμπεριφοράς για τους μαθητές αποδέχοντας τον έφηβο μαθητή με τραυλισμό, δίνοντας του ίσες ευκαιρίες με τα υπόλοιπα παιδιά, επιβάλλοντας κανόνες επικοινωνιακής συμπεριφοράς και δημιουργώντας ετσι ένα περιβάλλον συναισθηματικής ασφάλειας αλλά και απευαισθητοποίησης του παιδιού με τη δυσκολία στην ομιλία του. Με τον τρόπο αυτό ο ίδιος ο εκπαιδευτικός βοηθά όχι μόνο τον έφηβο που τραυλίζει να αποτινάξει τις όποιες αναστολές από πάνω του σχετικά με τον τραυλισμό αλλά και να δημιουργήσει σωστά διαπαιδαγωγημένα άτομα, ενημερωμένα για τις επικείμενες δυσκολίες και τα συναισθήματα που επιφέρει κάθε δυσκολία, τα οποία βγαίνοντας στην κοινωνία σέβονται το διαφορετικό.

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο ερευνητικός σχεδιασμός ξεκίνησε τον Φεβρουάριο του 2015. Πιο συγκεκριμένα η διεξαγωγή της έρευνας ξεκίνησε στις 6 Φεβρουαρίου και ολοκληρώθηκε στις 20 Φεβρουαρίου.

Η ερευνήτρια επικοινωνήσε προσωπικά με τον διευθυντή του εκάστοτε σχολείου προκειμένου να επιτραπεί η χορήγηση των ερωτηματολογίων στους εκπαιδευτικούς. Τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν σε κάθε εκπαιδευτικό του σχολείου ανεξαρτήτως ειδικότητας. Ο κάθε συμμετέχοντας είχε αρκετό χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αφού η ερευνήτρια τους έδινε περιθώριο επτά ημερών. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν στη διάθεσή τους το σχετικό έγγραφο που πιστοποιούσε ότι η έρευνα αυτή ήταν μέρος μιας ερευνητικής πτυχιακής εργασίας. Ενημερώθηκαν πως τόσο κατά την συγκέντρωση όσο και κατά την επεξεργασία των δεδομένων θα εξασφαλιζόταν η αυστηρή τήρηση του απορρήτου.

Οι συμμετέχοντες καθηγητές στην έρευνα ήταν 27 άνδρες και 30 γυναίκες ενώ τρεις δεν είχαν συμπληρώσει το φύλο τους. Από αυτούς το 5,1% είχε ηλικία από 22-30, το 27,1% από 31-40, το 23,7% από 41-50, και το 44,1% ήταν άνω των 50 ετών. Σε ότι αφορά το βασικό πτυχίο όλοι κατείχαν, δεύτερο πτυχίο είχε το 10% των ερωτηθέντων ενώ μεταπτυχιακό είχε το 25% και διδακτορικό το 1,7% των ερωτηθέντων. Από αυτούς το 16,9% είχε έτη υπηρεσίας έως 6 χρόνια, το 22% από 7-12, το 16,9% από 13-20, και το 44,1% άνω των 20 ενώ για το αν έχουν παρακολουθήσει επιμορφωτικά σεμινάρια το 48,3% απάντησε θετικά και το 51,7% αρνητικά. Τέλος για τον τύπο του σχολείου που υπηρετούν το 77,6% απάντησε ότι είναι Γενικής Αγωγής (ΓΑ) και το 22,4% Ειδικής Αγωγής (ΕΑ) ενώ σε ότι αφορά τη σχέση εργασίας το 81,4% είναι μόνιμοι και το 18,6% αναπληρωτές.

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των ερωτηματολογίων ξεκίνησε η στατιστική επεξεργασία.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

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

Ως ανεξάρτητη μεταβλητή θεωρήθηκε η μεταβλητή που ορίστηκε στο SPSS για να περιγράψει την κατηγοριοποίηση των καθηγητών σε αυτούς που εργάζονται σε Γενικής Αγωγής σχολείο και αυτούς της Ειδικής Αγωγής. Ως εξαρτημένες θεωρήθηκαν οι μεταβλητές που περιγράφουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στα ερωτήματα του ερωτηματολογίου. Οι περισσότερες απαντήσεις εκφράστηκαν με χρήση της τριβαθμης κλίμακας Likert (Καθόλου, Μέτρια, Πάρα Πολύ). Η ύπαρξη συσχέτισης στατιστικά σημαντικής ορίστηκε για $p < 0,05$.

Χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική (Πίνακες Συχνοτήτων) ώστε να περιγραφούν οι μεταβλητές και να φανερωθούν οι γενικές τάσεις στα δεδομένα, ενώ για να περιγραφούν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα ερωτήματα πολλαπλών απαντήσεων, έγινε εστίαση κυρίως στη μέση τιμή (mean). Υπολογίστηκαν οι Πίνακες Διασταύρωσης (Cross Tabulation Tables) για να φανερωθούν οι διαφορές στις απαντήσεις μεταξύ των δυο ομάδων.

Η επαγωγική στατιστική χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί αν οι διαφορές στις απαντήσεις μεταξύ των δυο ομάδων ήταν στατιστικά σημαντική. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος με τη μέθοδο Chi-Square αφού πληρούνταν τα κριτήρια για τη συγκεκριμένη επιλογή (διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών, οι μεταβλητές περιλαμβάνουν τουλάχιστον δύο ανεξάρτητες ομάδες).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Ποια είδη δυσρυθμιών δηλώνουν οι εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ότι συναντούν περισσότερο και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

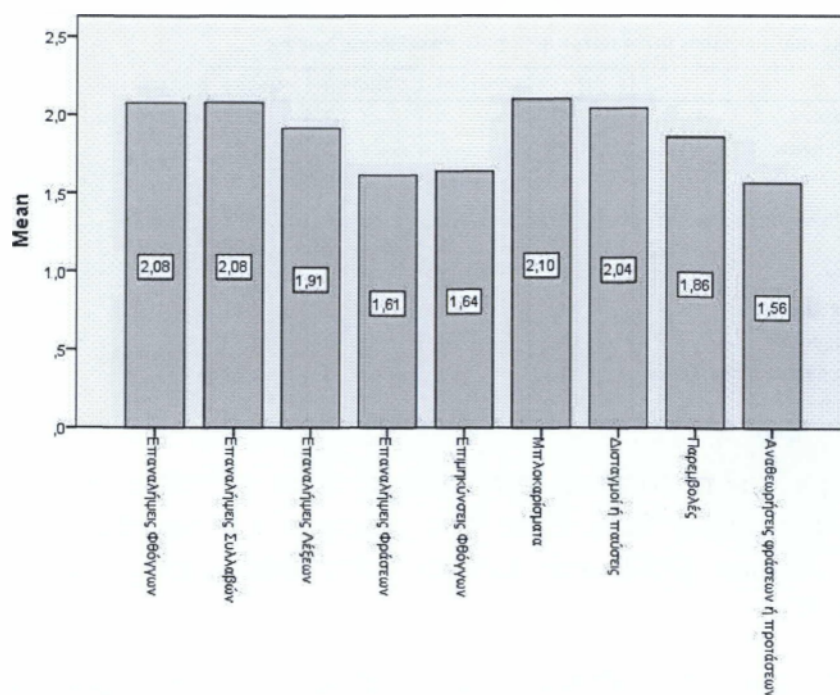
Υπολογίστηκαν τα Περιγραφικά Στατιστικά (Descriptive Statistics) για όλες τις δυσρυθμίες που περιλαμβάνονται στο ερώτημα 4 του ερωτηματολογίου , με έμφαση στη μέση τιμή (Mean Value) που προέκυψε από τις απαντήσεις του συνόλου των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Τα αποτελέσματα περιλαμβάνονται στον παρακάτω πίνακα:

	N	Minimum	Maximum	Mean
Μπλοκαρίσματα	50	1	3	2,10
Επαναλήψεις Συλλαβών	51	1	3	2,08
Επαναλήψεις Φθόγγων	52	1	3	2,08
Δισταγμοί ή παύσεις	50	1	3	2,04
Επαναλήψεις Λέξεων	47	1	3	1,91
Παρεμβολές	49	1	3	1,86
Επιμηκύνσεις Φθόγγων	47	1	3	1,64
Επαναλήψεις Φράσεων	49	1	3	1,61
Αναθεωρήσεις φράσεων ή προτάσεων	48	1	3	1,56
Valid N (listwise)	44			

Όπως προκύπτει από τη στήλη Mean του παραπάνω πίνακα, η δυσρυθμία που συναντάται περισσότερο είναι τα Μπλοκαρίσματα (2.10), ενώ λιγότερο συναντούνται οι Αναθεωρήσεις φράσεων ή προτάσεων (1.56).

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και διαγραμματικά:



Τα Περιγραφικά Στατιστικά (Descriptive Statistics), υπολογίστηκαν ξεχωριστά για τις δύο ομάδες εκπαιδευτικών (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής). Τα αποτελέσματα περιλαμβάνονται στους παρακάτω πίνακες:

Δυσρυθμίες που συναντούν περισσότερο οι εκπαιδευτικοί Γενικής Αγωγής

	N	Minimum	Maximum	Mean
Μπλοκαρίσματα	38	1	3	2,16
Επαναλήψεις Συλλαβών	37	1	3	2,08
Επαναλήψεις φθόγγων	38	1	3	2,03
Δισταγμοί ή παύσεις	36	1	3	2,00
Παρεμβολές	35	1	3	1,80
Επαναλήψεις Λέξεων	33	1	3	1,76
Επιμηκύνσεις φθόγγων	34	1	2	1,53
Ανθεωρήσεις φράσεων ή προτάσεων	34	1	3	1,53
Επαναλήψεις φράσεων	35	1	3	1,51
Valid N (listwise)	32			

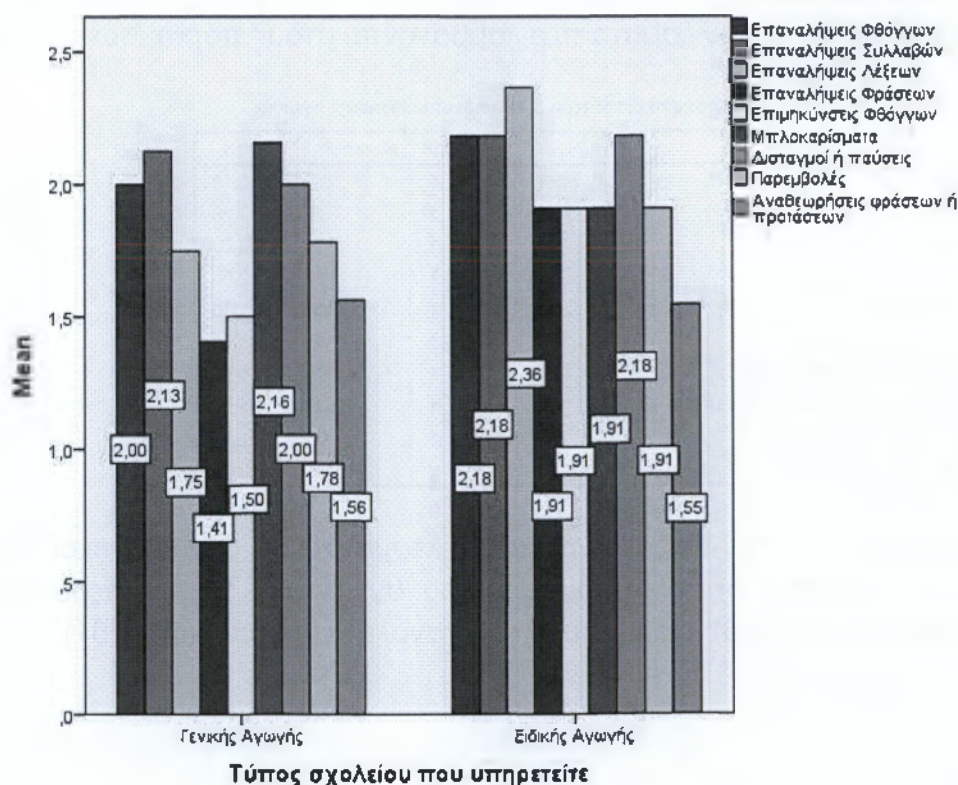
Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι εκπαιδευτικοί Γενικής Αγωγής δηλώνουν ότι η δυσρυθμία που συναντούν περισσότερο είναι τα Μπλοκαρίσματα (2.16) και λιγότερο οι Επαναλήψεις φράσεων (1.51).

Δυσρυθμίες που συναντούν περισσότερο οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής

	N	Minimum	Maximum	Mean
Επαναλήψεις Λέξεων	12	1	3	2,33
Επαναλήψεις Φθόγγων	12	1	3	2,25
Επαναλήψεις Συλλαβών	12	1	3	2,17
Δισταγμοί ή παύσεις	12	1	3	2,08
Παρεμβολές	12	1	3	2,00
Μπλοκαρίσματα	11	1	3	1,91
Επιμηκύνσεις Φθόγγων	11	1	3	1,91
Επαναλήψεις Φράσεων	12	1	3	1,83
Αναθεωρήσεις φράσεων ή προτάσεων	12	1	3	1,67
Valid N (listwise)	11			

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής δηλώνουν ότι η δυσρυθμία που συναντούν περισσότερο είναι οι Επαναλήψεις Λέξεων (2.33) και λιγότερο οι Αναθεωρήσεις φράσεων ή προτάσεων (1.67).

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα για τις δύο ομάδες εκπαιδευτικών (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής).



Όπως είναι εμφανές στο παραπάνω διάγραμμα, οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής δηλώνουν ότι συναντούν περισσότερο όλες τις δυσρυθμίες σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, με εξαίρεση τη δυσρυθμία «Μπλοκαρίσματα», την οποία δηλώνουν ότι συναντούν περισσότερο οι εκπαιδευτικοί Γενικής Αγωγής (Mean=2.16) σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς

Ειδικής Αγωγής (1.91) και τη δυσρυθμία «Αναθεωρήσεις φράσεων ή προτάσεων» που και οι δύο ομάδες δηλώνουν περίπου το ίδιο.

2. Ποια είδη δευτερευουσών συμπεριφορών δηλώνουν οι εκπαιδευτικοί ότι συναντούν περισσότερο και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

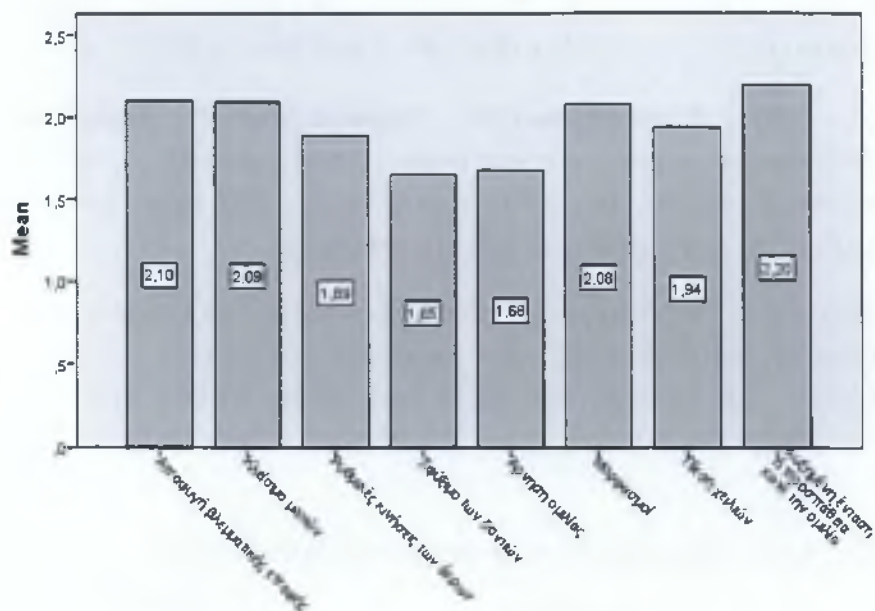
Υπολογίστηκαν τα Περιγραφικά Στατιστικά (Descriptive Statistics) για όλες τις δευτερεύουσες συμπεριφορές που περιλαμβάνονται στο ερώτημα 5 του ερωτηματολογίου, με έμφαση στη μέση τιμή (Mean Value) που προέκυψε από τις απαντήσεις του συνόλου των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Τα αποτελέσματα περιλαμβάνονται στον παρακάτω πίνακα:

	N	Minimum	Maximum	Mean
Αυξημένη ένταση ή προσπάθεια κατά την ομιλία	50	1	3	2,20
Αποφυγή βλεμματικής επαφής	49	1	3	2,10
Κλείσιμο ματιών	54	1	3	2,09
Μορφασμοί	50	1	3	2,08
Πίεση χεριών	48	1	3	1,94
Ρυθμικές κινήσεις των άκρων	46	1	3	1,89
Άρνηση ομιλίας	47	1	3	1,68
Σφύξιμο των δοντιών	46	1	3	1,65
Valid N (listwise)	43			

Όπως προκύπτει από τη στήλη Mean του παραπάνω πίνακα, η δευτερεύουσα συμπεριφορά που συναντάται περισσότερο είναι η «Αυξημένη ένταση ή προσπάθεια κατά την ομιλία» (2.20), ενώ λιγότερο συναντάται το «Σφύξιμο δοντιών» (1.65).

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και διαγραμματικά:



Τα Περιγραφικά Στατιστικά (Descriptive Statistics), υπολογίστηκαν ξεχωριστά για τις δύο ομάδες εκπαιδευτικών (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής). Τα αποτελέσματα περιλαμβάνονται στους παρακάτω πίνακες:

Δευτερεύουσες συμπεριφορές που συναντούν περισσότερο οι εκπαιδευτικοί Γενικής Αγωγής

	N	Minimum	Maximum	Mean
Αυξημένη ένταση ή προσπάθεια κατά την ομιλία	36	1	3	2,22
Κλείσιμο ματιών	40	1	3	2,10
Μορφασμοί	36	1	3	2,06
Πίεση χειλιών	35	1	3	1,97
Αποφυγή βλεμματικής επαφής	35	1	3	1,94
Ρυθμικές κινήσεις των άκρων	32	1	3	1,78
Σφύξιμο των δοντιών	33	1	3	1,70
Άρνηση ομιλίας	33	1	3	1,52
Valid N (listwise)	30			

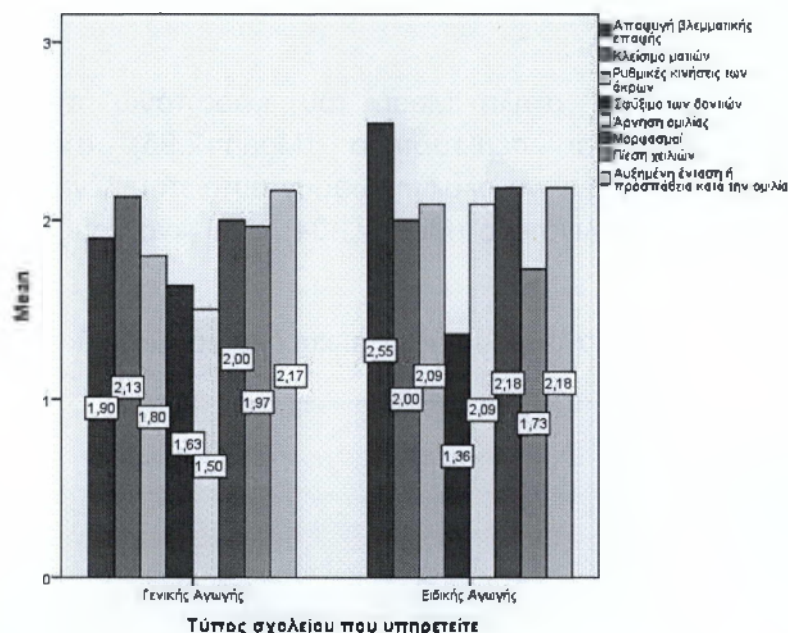
Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι εκπαιδευτικοί Γενικής Αγωγής δηλώνουν ότι η δευτερεύουσα συμπεριφορά που συναντούν περισσότερο είναι η «Αυξημένη ένταση ή προσπάθεια κατά την ομιλία» (2.22) και λιγότερο η «Άρνηση ομιλίας» (1.52).

Δευτερεύουσες συμπεριφορές που συναντούν περισσότερο οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής

	N	Minimum	Maximum	Mean
Αποφυγή βλεμματικής επαφής	12	1	3	2,50
Μορφασμοί	12	1	3	2,17
Αυξημένη ένταση ή προσπάθεια κατά την ομιλία	12	1	3	2,17
Άρνηση ομιλίας	12	1	3	2,08
Ρυθμικές κινήσεις των άκρων	12	1	3	2,08
Κλείσιμο ματιών	12	1	3	2,00
Πίεση χειλιών	11	1	3	1,73
Σφύξιμο των δοντιών	11	1	2	1,36
Valid N (listwise)	11			

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής δηλώνουν ότι η δευτερεύουσα συμπεριφορά που συναντούν περισσότερο είναι η «Αποφυγή βλεμματικής επαφής» (2.50) και λιγότερο το Σφύξιμο δοντιών (1.36).

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα για τις δύο ομάδες εκπαιδευτικών (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής).



3. Ποια η προσέγγιση των εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στα παιδιά που τραυλίζουν και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

Υπολογίστηκαν τα Περιγραφικά Στατιστικά (Descriptive Statistics) για όλα τα είδη προσέγγισης των εκπαιδευτικών στα παιδιά που τραυλίζουν που περιλαμβάνονται στο ερώτημα 18 του ερωτηματολογίου, με έμφαση στη μέση τιμή (Mean Value) που προέκυψε από τις απαντήσεις του συνόλου των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

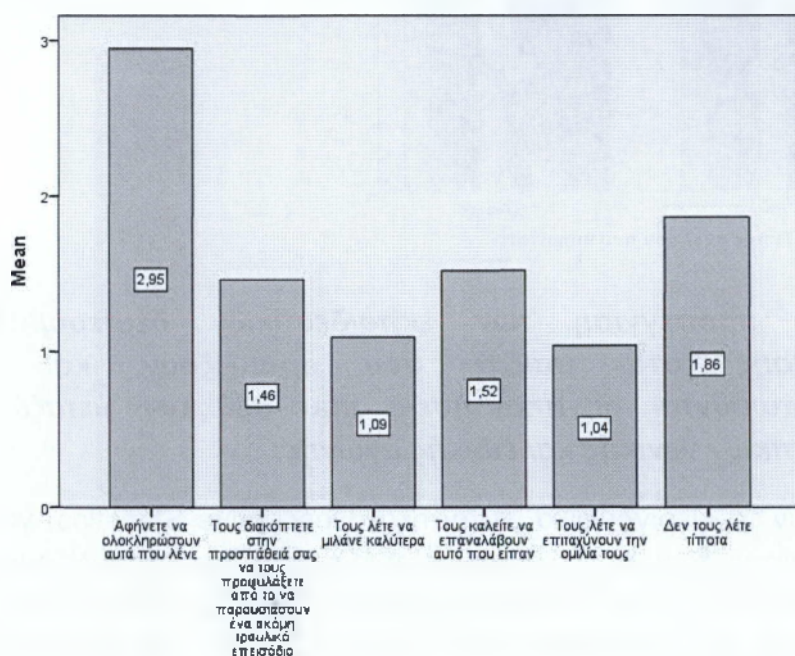
Τα αποτελέσματα περιλαμβάνονται στον παρακάτω πίνακα:

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean
Αφήνετε να ολοκληρώσουν αυτά που λένε	57	2	3	2,95
Δεν τους λένε τίποτα	50	1	3	1,86
Τους καλείτε να επαναλάβουν αυτό που είπαν	54	1	3	1,52
Τους διακόπτετε στην προσπάθειά σας να τους προφυλάξετε από το να παρουσιάσουν ένα ακόμη τραυματικό επεισόδιο	54	1	3	1,46
Τους λένε να μιλάνε καλύτερα	53	1	3	1,09
Τους λένε να επιταχύνουν την ομιλία τους	53	1	2	1,04
Valid N (listwise)	50			

Όπως προκύπτει από τη στήλη Mean του παραπάνω πίνακα, η προσέγγιση που εφαρμόζεται περισσότερο (Mean=2.95) από τους εκπαιδευτικούς είναι «να αφήνουν να ολοκληρώσουν αυτά που λένε», ενώ η προσέγγιση που εφαρμόζεται λιγότερο (Mean=1.04) είναι «να τους λένε να επιταχύνουν την ομιλία τους».

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και διαγραμματικά:



Τα Περιγραφικά Στατιστικά (Descriptive Statistics), υπολογίστηκαν ξεχωριστά για τις δύο ομάδες εκπαιδευτικών (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής). Τα αποτελέσματα περιλαμβάνονται στους παρακάτω πίνακες:

Τρόπος προσέγγισης εκπαιδευτικών Γενικής Αγωγής στα παιδιά που τραυλίζουν

	N	Minimum	Maximum	Mean
Αφήνετε να ολοκληρώσουν αυτά που λένε	43	2	3	2,95
Δεν τους λέτε τίποτα	36	1	3	1,83
Τους διακόπτετε στην προσπάθειά σας να τους προφυλάξετε από το να παρουσιάσουν ένα ακόμη τραυλικό επεισόδιο	40	1	3	1,45
Τους καλείτε να επαναλάβουν αυτό που είπαν	40	1	3	1,35
Τους λέτε να μιλάνε καλύτερα	39	1	3	1,08
Τους λέτε να επιταχύνουν την ομιλία τους	39	1	2	1,05
Valid N (listwise)	36			

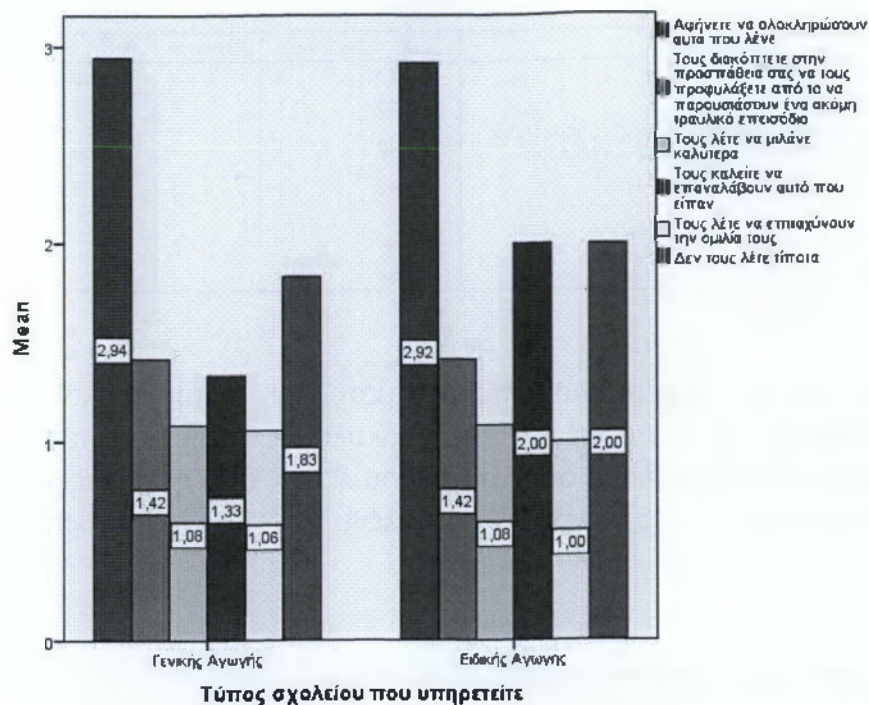
Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι εκπαιδευτικοί Γενικής Αγωγής δηλώνουν ότι η προσέγγιση που ακολουθούν περισσότερο (2.95) είναι «να αφήνουν να ολοκληρώσουν αυτά που λένε», ενώ η προσέγγιση που ακολουθούν λιγότερο (1.05) είναι να τους λένε να επιταχύνουν την ομιλία τους».

Τρόπος προσέγγισης εκπαιδευτικών Ειδικής Αγωγής στα παιδιά που τραυλίζουν

	N	Minimum	Maximum	Mean
Αφήνετε να ολοκληρώσουν αυτά που λένε	12	2	3	2,92
Τους καλείτε να επαναλάβουν αυτό που είπαν	12	1	3	2,00
Δεν τους λέτε τίποτα	12	1	3	2,00
Τους διακόπτετε στην προσπάθειά σας να τους προφυλάξετε από το να παρουσιάσουν ένα ακόμη τραυλικό επεισόδιο	12	1	2	1,42
Τους λέτε να μιλάνε καλύτερα	12	1	2	1,08
Τους λέτε να επιταχύνουν την ομιλία τους	12	1	1	1,00
Valid N (listwise)	12			

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής δηλώνουν ότι η προσέγγιση που ακολουθούν περισσότερο (2.92) είναι «να αφήνουν να ολοκληρώσουν αυτά που λένε», ενώ η προσέγγιση που ακολουθούν λιγότερο (1.00) είναι «να τους λένε να επιταχύνουν την ομιλία τους».

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα για τις δύο ομάδες εκπαιδευτικών (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής).



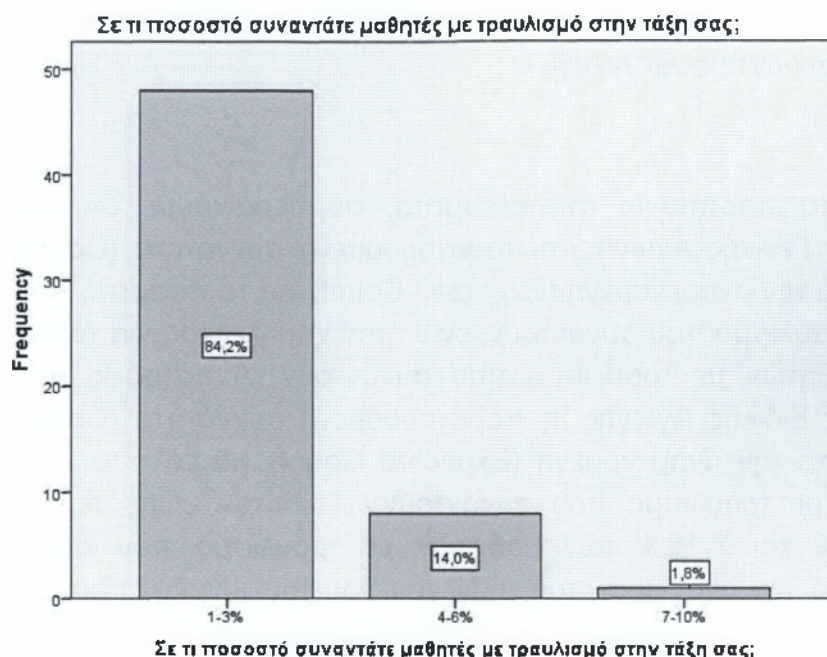
4. Σε τι ποσοστό δηλώνουν οι εκπαιδευτικοί ότι συναντούν μαθητές με τραυλισμό στην τάξη και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

Υπολογίστηκε ο Πίνακας Συχνοτήτων (Frequency Table) για τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εκπαιδευτικούς στο σχετικό ερώτημα του ερωτηματολογίου (Ερώτημα 1) και προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Σε τι ποσοστό συναντάτε μαθητές με τραυλισμό στην τάξη σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-3%	48	80,0	84,2	84,2
4-6%	8	13,3	14,0	98,2
7-10%	1	1,7	1,8	100,0
Total	57	95,0	100,0	
Missing 99	3	5,0		
Total	60	100,0		

Στο σύνολο των 57 έγκυρων απαντήσεων, οι 48 (84.2%) δήλωσαν ότι το ποσοστό των μαθητών με τραυλισμό που συναντούν είναι 1-3%, οι 8 (14%) δήλωσαν ότι το ποσοστό είναι 4-6%, και 1 (1.8%) δήλωσε ότι το ποσοστό είναι 7-10%.



Στη συνέχεια διερευνήθηκε το ίδιο ερώτημα για κάθε ομάδα εκπαιδευτικών (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) ξεχωριστά.

Ο Πίνακας Διαστάυρωσης (Cross-Tabulation) των απαντήσεων των εκπαιδευτικών και της ομάδας που ανήκουν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα:

Τύπος σχολείου που υπηρετείτε * Σε τι ποσοστό συναντάτε μαθητές με τραυλισμό στην τάξη σας; Crosstabulation

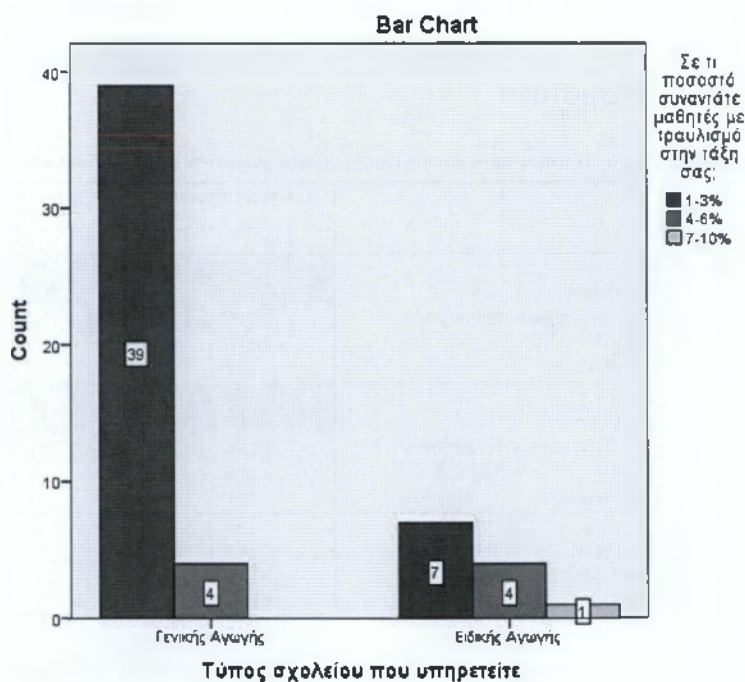
			Σε τι ποσοστό συναντάτε μαθητές με τραυλισμό στην τάξη σας;			
			1-3%	4-6%	7-10%	Total
Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	Γενικής Αγωγής	Count	39	4	0	43
		Expected Count	36,0	6,3	,8	43,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	90,7%	9,3%	0,0%	100,0%
		% of Total	70,9%	7,3%	0,0%	78,2%
		Adjusted Residual	2,7	-2,1	-1,9	
	Ειδικής Αγωγής	Count	7	4	1	12
		Expected Count	10,0	1,7	,2	12,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	58,3%	33,3%	8,3%	100,0%
		% of Total	12,7%	7,3%	1,8%	21,8%
		Adjusted Residual	-2,7	2,1	1,9	
Total		Count	46	8	1	55
		Expected Count	46,0	8,0	1,0	55,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	83,6%	14,5%	1,8%	100,0%
		% of Total	83,6%	14,5%	1,8%	100,0%

Από τους 43 εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, οι 39 (90.7%) δήλωσαν ότι το ποσοστό των μαθητών με τραυλισμό που συναντούν είναι 1-3%, οι 4 (9.3%) δήλωσαν ότι το ποσοστό που συναντούν είναι 4-6% και κανένας δε δήλωσε ότι το ποσοστό που συναντούν είναι 7-10%. Από τους 12 εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής, οι 7 (58.3%) δήλωσαν ότι το ποσοστό των μαθητών με τραυλισμό που συναντούν είναι 1-3%, οι 4 (33.3%) δήλωσαν ότι

το ποσοστό που συναντούν είναι 4-6% και ένας (8.3%) δήλωσε ότι το ποσοστό που συναντά είναι 7-10%.

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, συμπεραίνουμε ότι για τους εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, η παρατηρούμενη συχνότητα (Count) ήταν υψηλότερη από την αναμενόμενη (Expected Count) για το ποσοστό 1-3% των μαθητών με τραυλισμό που συναντούν, ενώ ήταν χαμηλότερη για το ποσοστό 4-6% των μαθητών με τραυλισμό που συναντούν. Αντίστροφα, για τους εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής, η παρατηρούμενη συχνότητα (Count) ήταν χαμηλότερη από την αναμενόμενη (Expected Count) για το ποσοστό 1-3% των μαθητών με τραυλισμό που συναντούν, ενώ ήταν υψηλότερη για τα ποσοστά 4-6% και 7-10% των μαθητών με τραυλισμό που συναντούν. Επομένως, από την ανάγνωση του περιεχομένου του πίνακα, προκύπτει ότι υπάρχει μια τάση τα ποσοστά αυτών που έχουν δηλώσει ότι συναντούν υψηλότερα ποσοστά μαθητών με τραυλισμό (4-6% και 7-10%) να αυξάνονται στην κατηγορία των εκπαιδευτικών Ειδικής Αγωγής σε σχέση με την κατηγορία των εκπαιδευτικών Γενικής Αγωγής.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και διαγραμματικά:



Τέλος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ της απάντησης (1-3%, 4-6% και 7-10%) των εκπαιδευτικών στο ερευνητικό ερώτημα και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής) με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,483	2	,014
Likelihood Ratio	7,381	2	,025
Linear-by-Linear Association	8,241	1	,004
N of Valid Cases	55		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον παραπάνω πίνακα ($\chi^2(2)=8.483$, $p=0.014<0.05$), υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού των μαθητών με τραυλισμό που δηλώνουν ότι συναντούν οι εκπαιδευτικοί στην τάξη και του τύπου σχολείου στο οποίο υπηρετούν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής), με τους εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής να δηλώνουν ότι συναντούν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά μαθητών με τραυλισμό σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής.

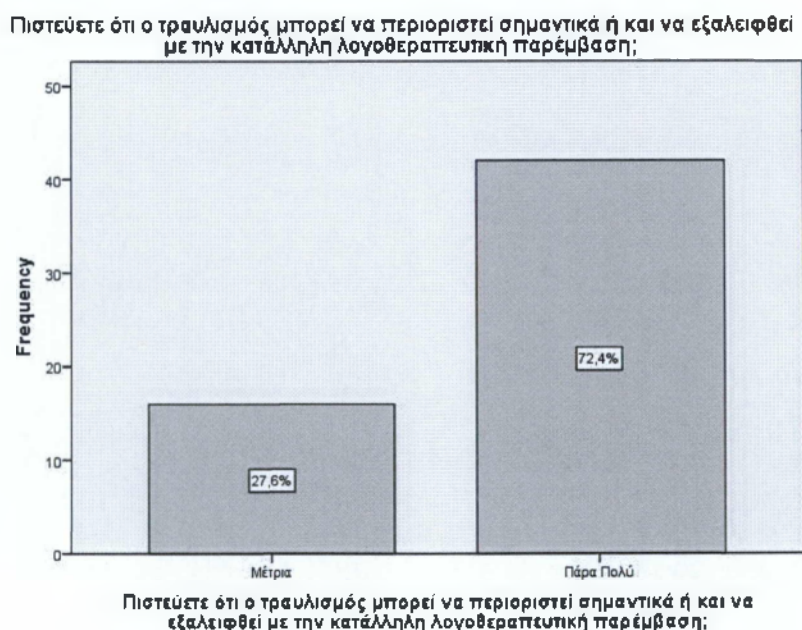
5. Πιστεύουν οι εκπαιδευτικοί ότι ο τραυλισμός μπορεί να περιοριστεί σημαντικά ή και να εξαλειφθεί με την κατάλληλη λογοθεραπευτική παρέμβαση και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

Υπολογίστηκε ο Πίνακας Συχνοτήτων (Frequency Table) για τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εκπαιδευτικούς στο σχετικό ερώτημα του ερωτηματολογίου (Ερώτημα 10) και προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Πιστεύετε ότι ο τραυλισμός μπορεί να περιοριστεί σημαντικά ή και να εξαλειφθεί με την κατάλληλη λογοθεραπευτική παρέμβαση;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μέτρια	16	26,7	27,6	27,6
Valid Πάρα Πολύ	42	70,0	72,4	100,0
Valid Total	58	96,7	100,0	
Missing 99	2	3,3		
Total	60	100,0		

Στο σύνολο των 58 έγκυρων απαντήσεων, 16 εκπαιδευτικοί (27.6%) δηλώνουν μέτρια και 42 (72.4%) δηλώνουν πάρα πολύ.



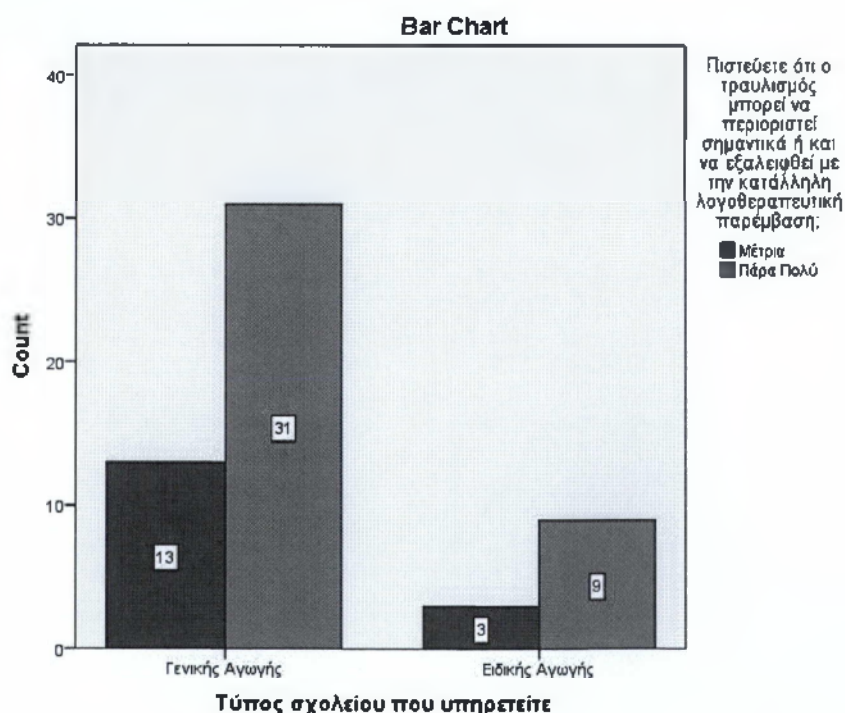
Στη συνέχεια διερευνήθηκε το ίδιο ερώτημα για κάθε ομάδα εκπαιδευτικών (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) ξεχωριστά.

Ο Πίνακας Διασταύρωσης (Cross-Tabulation) των απαντήσεων των εκπαιδευτικών και της ομάδας που ανήκουν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα:

Τύπος σχολείου που υπηρετείτε * Πιστεύετε ότι ο τραυλισμός μπορεί να περιοριστεί σημαντικά ή και να εξαλειφθεί με την κατάλληλη λογοθεραπευτική παρέμβαση; Crosstabulation

			Πιστεύετε ότι ο τραυλισμός μπορεί να περιοριστεί σημαντικά ή και να εξαλειφθεί με την κατάλληλη λογοθεραπευτική παρέμβαση:		Total
			Μέτρια	Πάρα Πολύ	
Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	Γενικής Αγωγής	Count	13	31	44
		Expected Count	12,6	31,4	44,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	29,5%	70,5%	100,0%
		% of Total	23,2%	55,4%	78,6%
		Adjusted Residual	,3	-,3	
	Ειδικής Αγωγής	Count	3	9	12
		Expected Count	3,4	8,6	12,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	25,0%	75,0%	100,0%
		% of Total	5,4%	16,1%	21,4%
		Adjusted Residual	-,3	,3	
Total		Count	16	40	56
		Expected Count	16,0	40,0	56,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	28,6%	71,4%	100,0%
		% of Total	28,6%	71,4%	100,0%

Απο τους 44 εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, οι 13 (29.5%) δήλωσαν «μέτρια» και οι 31 (70.5%) δήλωσαν «πάρα πολύ», ενώ από τους 12 εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής, οι 3 (25%) δήλωσαν «μέτρια» και οι 9 (75%) δήλωσαν «πάρα πολύ».



Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών Γενικής και Ειδικής Αγωγής στο συγκεκριμένο ερώτημα συγκλίνουν αρκετά.

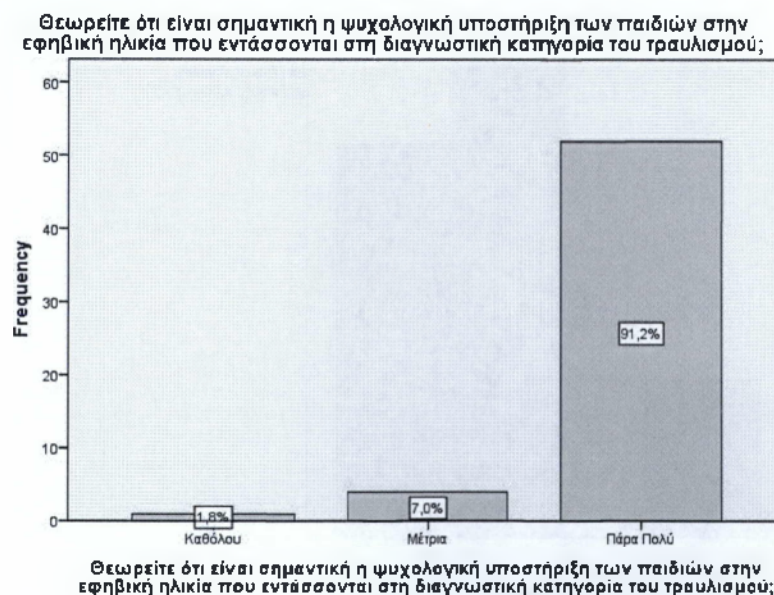
6. Θεωρούν σημαντική οι εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης την ψυχολογική υποστήριξη των παιδιών στην εφηβική ηλικία, που εντάσσονται στη διαγνωστική κατηγορία του τραυλισμού, και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

Υπολογίστηκε ο Πίνακας Συχνοτήτων (Frequency Table) για τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εκπαιδευτικούς στο σχετικό ερώτημα του ερωτηματολογίου (Ερώτημα 7) και προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ψυχολογική υποστήριξη των παιδιών στην εφηβική ηλικία που εντάσσονται στη διαγνωστική κατηγορία του τραυλισμού;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	1	1,7	1,8	1,8
Μέτρια	4	6,7	7,0	8,8
Πάρα Πολύ	52	86,7	91,2	100,0
Total	57	95,0	100,0	
Missing 99	3	5,0		
Total	60	100,0		

Στο σύνολο των 57 έγκυρων απαντήσεων, μόνο ένας (1.8%) απάντησε «καθόλου», 4 (7%) δήλωσαν «μέτρια» και 52 (91.2%) δήλωσαν «πάρα πολύ».



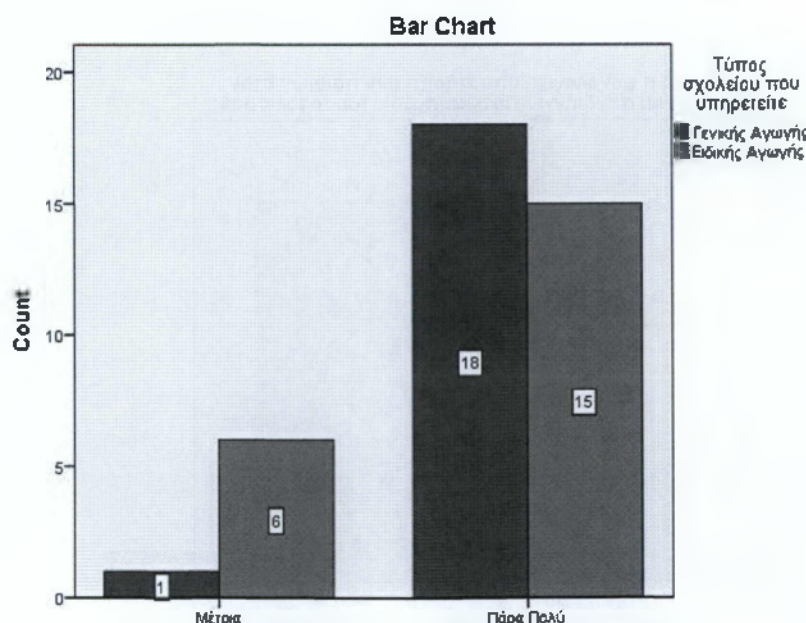
Στη συνέχεια διερευνήθηκε το ίδιο ερώτημα για κάθε ομάδα εκπαιδευτικών (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) ξεχωριστά.

Ο Πίνακας Διαστάυρωσης (Cross-Tabulation) των απαντήσεων των εκπαιδευτικών και της ομάδας που ανήκουν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα:

Τύπος σχολείου που υπηρετείτε * Θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ψυχολογική υποστήριξη των παιδιών στην εφηβική ηλικία που εντάσσονται στη διαγνωστική κατηγορία του τραυλισμού; Cross tabulation

			Θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ψυχολογική υποστήριξη των παιδιών στην εφηβική ηλικία που εντάσσονται στη διαγνωστική κατηγορία του τραυλισμού;			
			Καθόλου	Μέτρια	Πάρα Πολύ	Total
Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	Γενικής Αγωγής	Count	1	3	39	43
		Expected Count	,8	3,1	39,1	43,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	2,3%	7,0%	90,7%	100,0%
		% of Total	1,9%	5,5%	70,9%	79,2%
		Adjusted Residual	,5	-,2	-,1	
Ειδικής Αγωγής	Count	0	1	11	12	
	Expected Count	,2	,9	10,9	12,0	
	% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	0,0%	8,3%	91,7%	100,0%	
	% of Total	0,0%	1,8%	20,0%	21,8%	
	Adjusted Residual	-,5	,2	,1		
Total	Count	1	4	50	55	
	Expected Count	1,0	4,0	50,0	55,0	
	% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	1,8%	7,3%	90,9%	100,0%	
	% of Total	1,8%	7,3%	90,9%	100,0%	

Από τους 43 εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, ο 1 (2.3%) δήλωσε «καθόλου», οι 3 (7%) δήλωσαν «μέτρια» και οι 39 (90.7%) δήλωσαν «πάρα πολύ». Από τους 12 εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής, ο 1 (8.3%) δήλωσε «μέτρια» και οι 11 (91.7%) δήλωσαν «πάρα πολύ».



Θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ψυχολογική υποστήριξη των παιδιών που εντάσσονται στη διαγνωστική κατηγορία του τραυλισμού;

Από την ανάγνωση των περιεχομένων του παραπάνω πίνακα, δεν προκύπτουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των παρατηρούμενων (Count) και των αναμενόμενων συχνοτήτων (Expected Count) σε καμία περίπτωση. Επομένως, δε φαίνεται να υπάρχει κάποια τάση συσχέτισης μεταξύ του τύπου σχολείου (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) και της άποψης των εκπαιδευτικών για τη σημαντικότητα της ψυχολογικής υποστήριξης των παιδιών με τραυλισμό.

7. Θεωρούν σημαντική οι εκπαιδευτικοί την ενημέρωσή τους σχετικά με τον τραυλισμό, και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

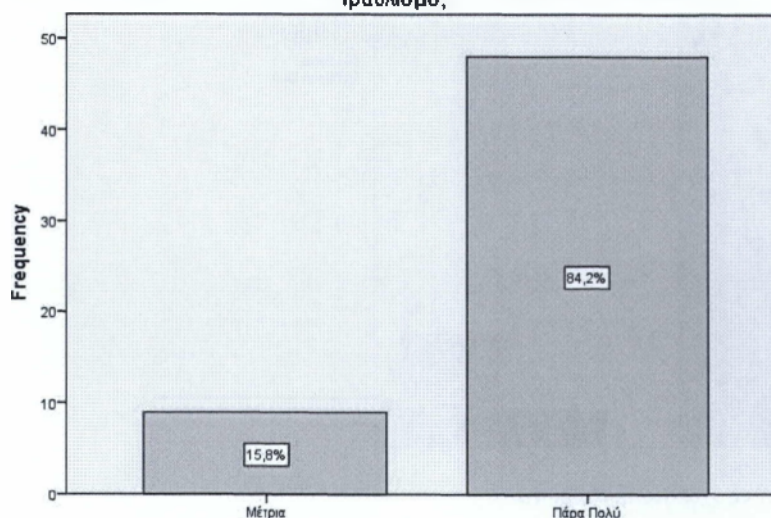
Υπολογίστηκε ο Πίνακας Συχνοτήτων (Frequency Table) για τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εκπαιδευτικούς στο σχετικό ερώτημα του ερωτηματολογίου (Ερώτημα 12) και προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Θεωρείτε σημαντικό οι εκπαιδευτικοί να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τον τραυλισμό;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μέτρια	9	15,0	15,8	15,8
	Πάρα Πολύ	48	80,0	84,2	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	99	2	3,3		
	System	1	1,7		
	Total	3	5,0		
Total		60	100,0		

Στο σύνολο των 57 έγκυρων απαντήσεων, οι 9 (15.8%) δήλωσαν ότι θεωρούν την ενημέρωσή τους σχετικά με τον τραυλισμό μέτρια σημαντική και οι 48 (84.2%) δήλωσαν ότι τη θεωρούν πάρα πολύ σημαντική.

Θεωρείτε σημαντικό οι εκπαιδευτικοί να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τον τραυλισμό;



Θεωρείτε σημαντικό οι εκπαιδευτικοί να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τον τραυλισμό;

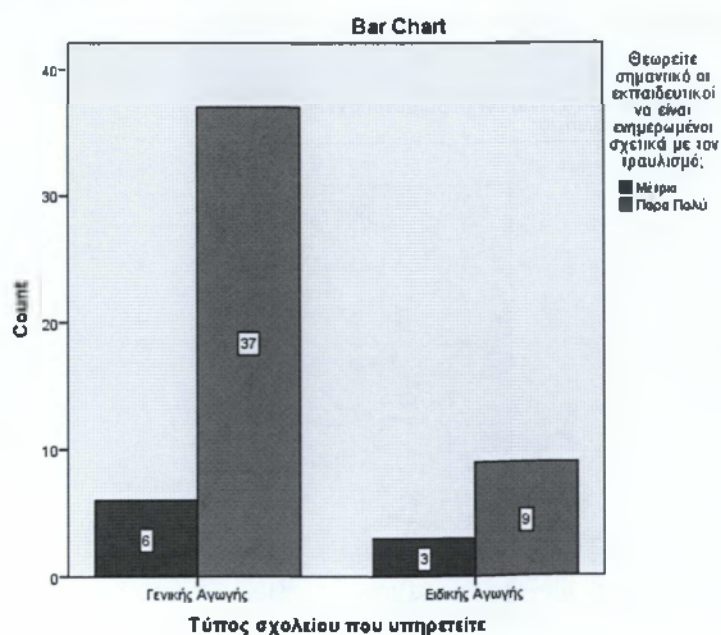
Στη συνέχεια διερευνήθηκε το ίδιο ερώτημα για κάθε ομάδα εκπαιδευτικών (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) ξεχωριστά.

Ο Πίνακας Διαστάυρωσης (Cross-Tabulation) των απαντήσεων των εκπαιδευτικών και της ομάδας που ανήκουν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα:

Τύπος σχολείου που υπηρετείτε * Θεωρείτε σημαντικό οι εκπαιδευτικοί να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τον τραυλισμό;
Crosstabulation

			Θεωρείτε σημαντικό οι εκπαιδευτικοί να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τον τραυλισμό;		Total
			Μέτρια	Πάρα Πολύ	
Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	Γενικής Αγωγής	Count	6	37	43
		Expected Count	7,0	36,0	43,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	14,0%	86,0%	100,0%
		% of Total	10,9%	87,3%	78,2%
		Adjusted Residual	-,9	,9	
Ειδικής Αγωγής	Count	3	9	12	
	Expected Count	2,0	10,0	12,0	
	% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	25,0%	75,0%	100,0%	
	% of Total	5,5%	16,4%	21,8%	
	Adjusted Residual	,9	-,9		
Total:	Count	9	46	55	
	Expected Count	9,0	46,0	55,0	
	% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	16,4%	83,6%	100,0%	
	% of Total	16,4%	83,6%	100,0%	

Από τους 43 εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, οι 6 (14%) δήλωσαν «μέτρια» και οι 37 (86%) δήλωσαν «πάρα πολύ». Από τους 12 εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής, οι 3 (25%) δήλωσαν «μέτρια» και οι 9 (75%) δήλωσαν «πάρα πολύ».



Από την ανάγνωση των περιεχομένων του παραπάνω πίνακα, δεν προκύπτουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των παρατηρούμενων (Count) και των αναμενόμενων συχνοτήτων (Expected Count) σε καμία περίπτωση. Επομένως, δε φαίνεται να υπάρχει κάποια τάση συσχέτισης μεταξύ του τύπου σχολείου (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) και της άποψης των εκπαιδευτικών για τη σημαντικότητα της ενημέρωσής τους σχετικά με τον τραυλισμό.

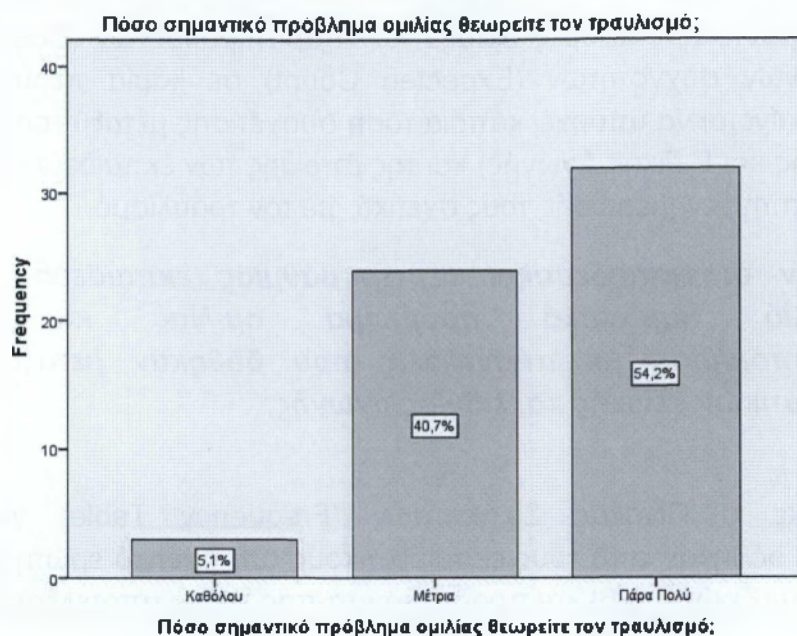
8. Θεωρούν οι εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης τον τραυλισμό σημαντικό πρόβλημα ομιλίας και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

Υπολογίστηκε ο Πίνακας Συχνοτήτων (Frequency Table) για τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εκπαιδευτικούς στο σχετικό ερώτημα του ερωτηματολογίου (Ερώτημα 6) και προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Πόσο σημαντικό πρόβλημα ομιλίας θεωρείτε τον τραυλισμό;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	3	5,0	5,1	5,1
	Μέτρια	24	40,0	40,7	45,8
	Πάρα Πολύ	32	53,3	54,2	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Missing	99	1	1,7		
Total		60	100,0		

Στο σύνολο των 59 έγκυρων απαντήσεων, 3 εκπαιδευτικοί (5.1%) δήλωσαν ότι δε θεωρούν καθόλου σημαντικό πρόβλημα τον τραυλισμό, 24 (40.7%) δήλωσαν ότι τον θεωρούν μέτρια σημαντικό πρόβλημα, ενώ 32 (54.2%) δήλωσαν ότι τον θεωρούν πάρα πολύ σημαντικό .



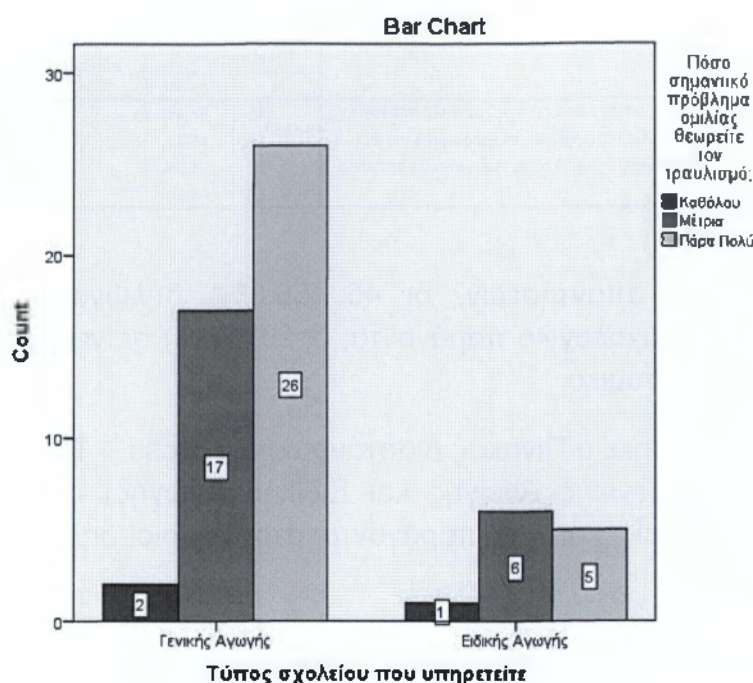
Στη συνέχεια διερευνήθηκε το ίδιο ερώτημα για κάθε ομάδα εκπαιδευτικών (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) ξεχωριστά.

Ο Πίνακας Διαστάυρωσης (Cross-Tabulation) των απαντήσεων των εκπαιδευτικών και της ομάδας που ανήκουν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα:

Τύπος σχολείου που υπηρετείτε * Πόσο σημαντικό πρόβλημα ομιλίας θεωρείτε τον τραυλισμό; Crosstabulation

			Πόσο σημαντικό πρόβλημα ομιλίας θεωρείτε τον τραυλισμό:			Total
			Καθόλου	Μέτρια	Πάρα Πολύ	
Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	Γενικής Αγωγής	Count	2	17	26	45
		Expected Count	2,4	18,2	24,5	45,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	4,4%	37,8%	57,8%	100,0%
		% of Total	3,5%	29,8%	45,6%	78,9%
		Adjusted Residual	-,5	-,8	1,0	
Ειδικής Αγωγής	Count	1	6	5	12	
	Expected Count	,6	4,8	6,5	12,0	
	% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	8,3%	50,0%	41,7%	100,0%	
	% of Total	1,8%	10,5%	8,8%	21,1%	
	Adjusted Residual	,5	,8	-1,0		
Total	Count	3	23	31	57	
	Expected Count	3,0	23,0	31,0	57,0	
	% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	5,3%	40,4%	54,4%	100,0%	
	% of Total	5,3%	40,4%	54,4%	100,0%	
	Adjusted Residual					

Από τους 45 εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, οι 2 (4.4%) δήλωσαν «Καθόλου», οι 17 (37.8%) «Μέτρια» και οι 26 (24.5%) «Πάρα Πολύ». Από τους 12 εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής, ο 1 (8.3%) δήλωσε «Καθόλου», οι 6 (50%) «Μέτρια» και οι 5 (41.7%) «Πάρα Πολύ».



Τέλος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ των απαντήσεων (καθόλου, μέτρια, πάρα πολύ) των εκπαιδευτικών στο ερευνητικό ερώτημα και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής) με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,075	2	,584
Likelihood Ratio	1,057	2	,589
Linear-by-Linear Association	1,048	1	,306
N of Valid Cases	57		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον παραπάνω πίνακα ($\chi^2(2)=1.075$, $p=0.584$), δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της άποψης των εκπαιδευτικών για τη σημαντικότητα του προβλήματος του τραυλισμού και του τύπου σχολείου στο οποίο υπηρετούν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής).

9. Σε ποιον παράγοντα δηλώνουν οι εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ότι οφείλεται ο τραυλισμός και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

Υπολογίστηκε ο Πίνακας Συχνοτήτων (Frequency Table) για τον παράγοντα που δήλωσαν ότι οφείλεται ο τραυλισμός, το σύνολο των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Παράγοντας στον οποίο οφείλεται ο τραυλισμός

Παράγοντας στον οποίο οφείλεται ^a	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Ο τραυλισμός οφείλεται σε ψυχολογικό παράγοντα	45	56,3%	83,3%
Ο τραυλισμός οφείλεται σε κληρονομικό παράγοντα	15	18,8%	27,8%
Ο τραυλισμός οφείλεται σε νευρολογικό παράγοντα	20	25,0%	37,0%
Total	80	100,0%	148,1%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Στο σύνολο των 80 απαντήσεων, οι 45 (56.3%) δηλώνουν ότι ο τραυλισμός οφείλεται σε ψυχολογικό παράγοντα, οι 20 (25%) σε νευρολογικό και οι 15 (18.8%) σε κληρονομικό.

Στη συνέχεια υπολογίστηκε ο Πίνακας Διαστάυρωσης (Cross – Tabulation) για τον τύπο σχολείου (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής) στο οποίο υπηρετούν οι εκπαιδευτικοί και τον παράγοντα στον οποίο δήλωσαν ότι οφείλεται ο τραυλισμός.

Τύπος_Σχολείου*Παράγοντας στον οποίο οφείλεται ο τραυλισμός

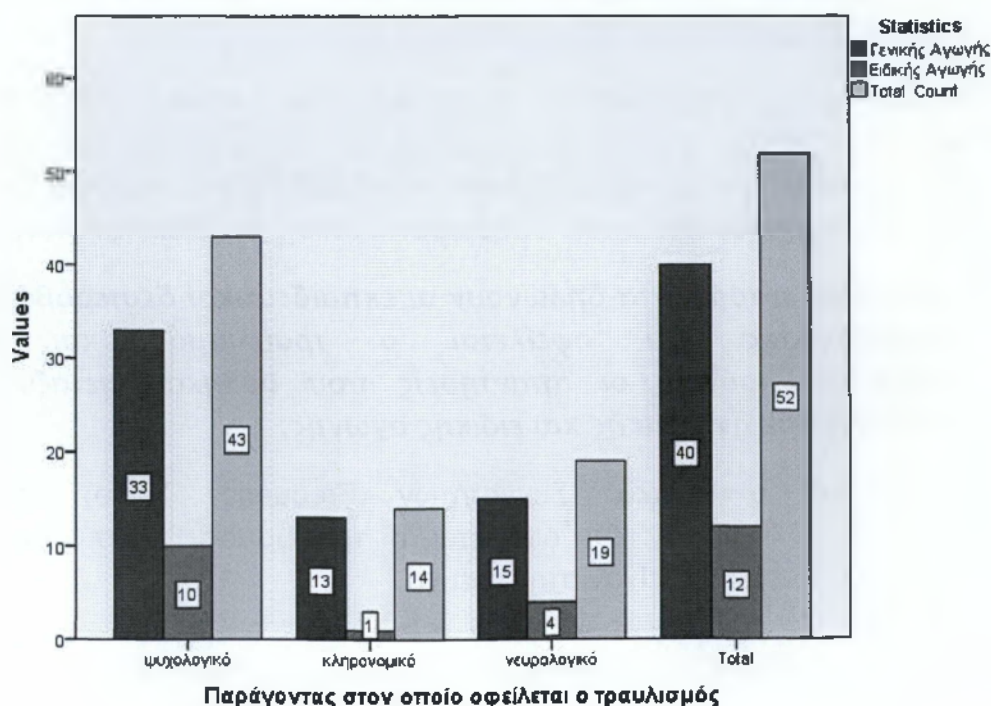
Τύπος σχολείου που υπηρετείτε		Παράγοντας στον οποίο οφείλεται ^a			Total
		Ο τραυλισμός οφείλεται σε ψυχολογικό παράγοντα	Ο τραυλισμός οφείλεται σε κληρονομικό παράγοντα	Ο τραυλισμός οφείλεται σε νευρολογικό παράγοντα	
Γενικής Αγωγής	Count	33	13	15	40
	Count	10	1	4	12
Total	Count	43	14	19	52

Percentages and totals are based on respondents.

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω διαγραμματικά:

Τύπος_Σχολείου*Παράγοντας στον οποίο οφείλεται ο τραυλισμός



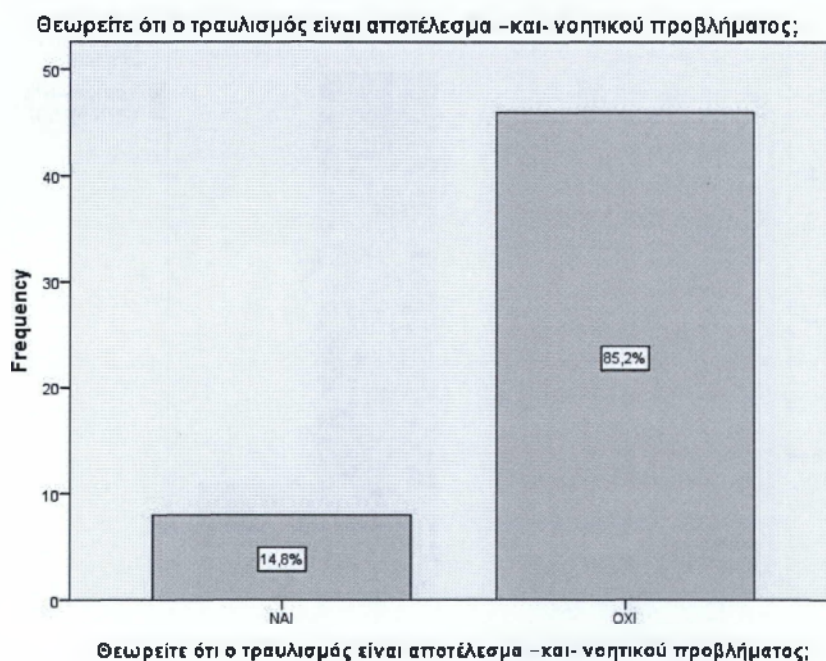
10. Θεωρούν οι εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα -και- νοητικού προβλήματος και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

Υπολογίστηκε ο Πίνακας Συχνοτήτων (Frequency Table) για τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εκπαιδευτικούς στο σχετικό ερώτημα του ερωτηματολογίου (Ερώτημα 14) και προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Θεωρείτε ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα -και- νοητικού προβλήματος;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	8	13,3	14,8	14,8
	ΟΧΙ	46	76,7	85,2	100,0
	Total	54	90,0	100,0	
Missing	99	6	10,0		
Total		60	100,0		

Στο σύνολο των 54 έγκυρων απαντήσεων, οι 46 (85.2%) δηλώνουν ότι ο τραυλισμός δεν είναι αποτέλεσμα -και- νοητικού προβλήματος, ενώ οι 8 (14.8%) δηλώνουν ότι είναι.



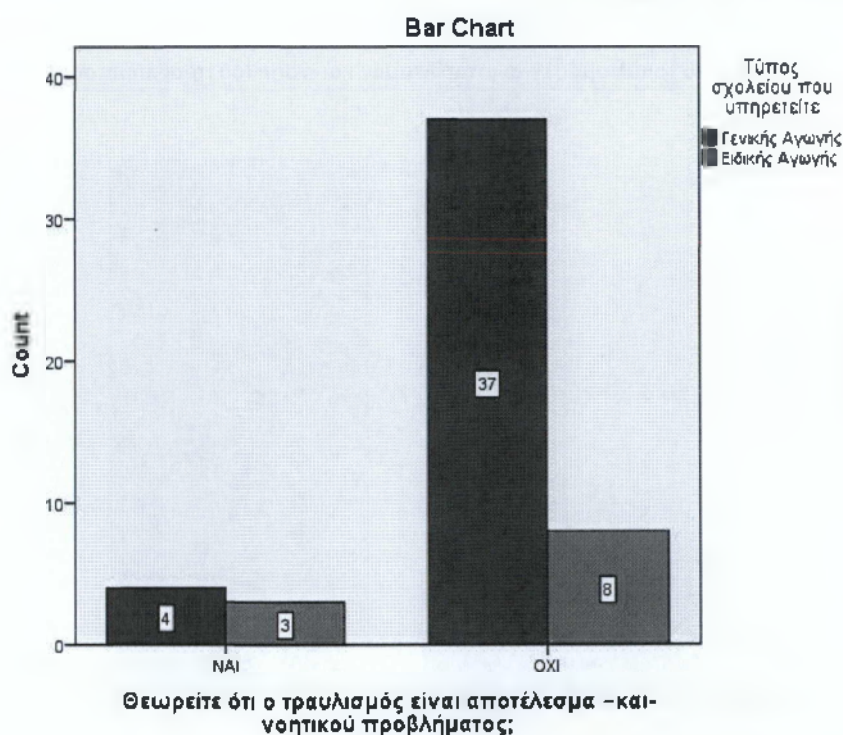
Στη συνέχεια διερευνήθηκε το ίδιο ερώτημα για κάθε ομάδα εκπαιδευτικών (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) ξεχωριστά.

Ο Πίνακας Διαστάυρωσης (Cross-Tabulation) των απαντήσεων των εκπαιδευτικών και της ομάδας που ανήκουν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα:

Θεωρείτε ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα -και- νοητικού προβλήματος; * Τύπος σχολείου που υπηρετείτε Crosstabulation

			Τύπος σχολείου που υπηρετείτε		Total
			Γενικής Αγωγής	Ειδικής Αγωγής	
Θεωρείτε ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα -και- νοητικού προβλήματος;	ΝΑΙ	Count	4	3	7
		Expected Count	5,5	1,5	7,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	9,8%	27,3%	13,5%
		% of Total	7,7%	5,8%	13,5%
		Adjusted Residual	-1,5	1,5	
	ΟΧΙ	Count	37	8	45
		Expected Count	35,5	9,5	45,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	90,2%	72,7%	86,5%
		% of Total	71,2%	15,4%	86,5%
		Adjusted Residual	1,5	-1,5	
Total	Count	41	11	52	
	Expected Count	41,0	11,0	52,0	
	% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	78,8%	21,2%	100,0%	

Από τους 41 εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, οι 37 (90.2%) δήλωσαν ότι ο ο τραυλισμός δεν είναι αποτέλεσμα –και- νοητικού προβλήματος ενώ οι 4 (9.8%) δήλωσαν ότι είναι. Από τους 11 εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής, οι 8 (72.7%) δήλωσαν ότι ο ο τραυλισμός δεν είναι αποτέλεσμα –και- νοητικού προβλήματος ενώ οι 3 (27.3%) δήλωσαν ότι είναι.



Τέλος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ της απάντησης (ΝΑΙ ή ΟΧΙ) των εκπαιδευτικών στο ερευνητικό ερώτημα και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής) με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Chi Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,284	1	,131		
Continuity Correction ^b	1,028	1	,311		
Likelihood Ratio	1,981	1	,159		
Fisher's Exact Test				,154	,154
Linear-by-Linear Association	2,240	1	,134		
N of Valid Cases	52				

b. Computed only for a 2x2 table

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον παραπάνω πίνακα ($\chi^2(1)=2.284$, $p=0.131$), δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της θεώρησης των εκπαιδευτικών για το αν ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα –και– νοητικού προβλήματος και του τύπου σχολείου στο οποίο υπηρετούν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής).

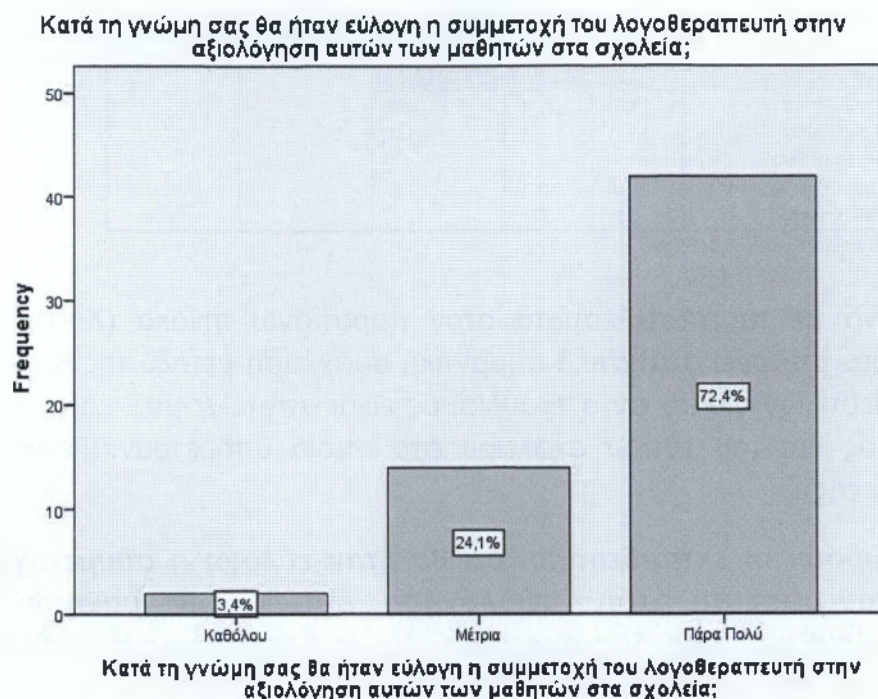
11. Θεωρούν οι εκπαιδευτικοί ότι θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση αυτών των μαθητών στα σχολεία και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

Υπολογίστηκε ο Πίνακας Συχνοτήτων (Frequency Table) για τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εκπαιδευτικούς στο σχετικό ερώτημα του ερωτηματολογίου (Ερώτημα 15) και προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Κατά τη γνώμη σας θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση αυτών των μαθητών στα σχολεία;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	2	3,3	3,4	3,4
	Μέτρια	14	23,3	24,1	27,6
	Πάρα Πολύ	42	70,0	72,4	100,0
	Total	58	96,7	100,0	
Missing	99	2	3,3		
Total		60	100,0		

Στο σύνολο των 58 έγκυρων απαντήσεων, οι 2 (3.4%) δήλωσαν «Καθόλου», οι 14 (24.1%) «Μέτρια» και οι 42 (72.4%) «Πάρα πολύ».



Στη συνέχεια διερευνήθηκε το ίδιο ερώτημα για κάθε ομάδα εκπαιδευτικών (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) ξεχωριστά.

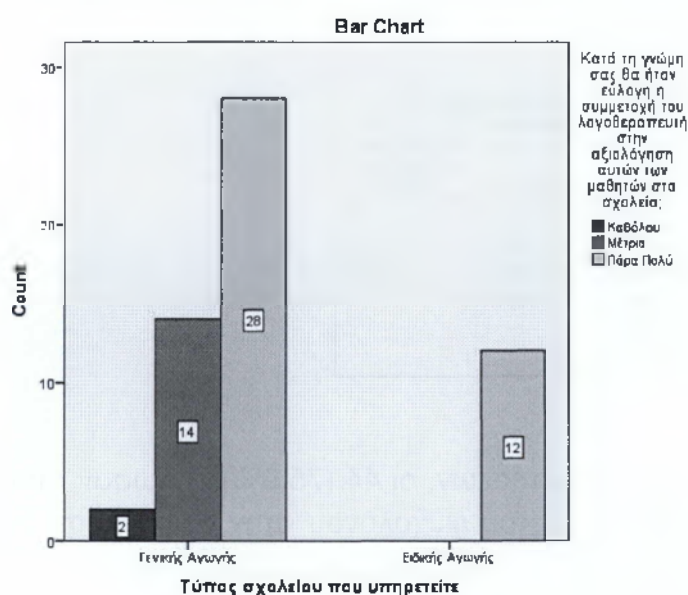
Ο Πίνακας Διαστάυρωσης (Cross-Tabulation) των απαντήσεων των εκπαιδευτικών και της ομάδας που ανήκουν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα:

Τύπος σχολείου που υπηρετείτε * Κατά τη γνώμη σας θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση αυτών των μαθητών στα σχολεία; Crosstabulation

			Κατά τη γνώμη σας θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση αυτών των μαθητών στα σχολεία;			
			Καθόλου	Μέτρια	Πάρα Πολύ	Total
Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	Γενικής Αγωγής	Count	2	14	28	44
		Expected Count	1,6	11,0	31,4	44,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	4,5%	31,8%	63,6%	100,0%
		% of Total	3,6%	25,0%	50,0%	78,6%
		Adjusted Residual	,8	2,3	-2,5	
	Ειδικής Αγωγής	Count	0	0	12	12
		Expected Count	,0	3,0	8,6	12,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	0,0%	0,0%	21,4%	21,4%
		Adjusted Residual	-,8	-2,3	2,5	
Total	Count	2	14	40	56	
	Expected Count	2,0	14,0	40,0	56,0	
	% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	3,6%	25,0%	71,4%	100,0%	
	% of Total	3,6%	25,0%	71,4%	100,0%	

Από τους 44 εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, οι 2 (4.5%) δήλωσαν «Καθόλου», οι 14 (31.8%) «Μέτρια» και οι 28 (63.6%) «Πάρα Πολύ». Από τους 12 εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής, και οι 12 (100%) δήλωσαν «Πάρα Πολύ».

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, συμπεραίνουμε ότι για τους εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, η παρατηρούμενη συχνότητα (Count) ήταν υψηλότερη από την αναμενόμενη (Expected Count) για τις απαντήσεις «Καθόλου» και «Μέτρια», ενώ ήταν χαμηλότερη για την απάντηση «Πάρα Πολύ». Αντίστροφα, για τους εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής, η παρατηρούμενη συχνότητα (Count) ήταν χαμηλότερη από την αναμενόμενη (Expected Count) για τις απαντήσεις «Καθόλου» και «Μέτρια», ενώ ήταν υψηλότερη για την απάντηση «Πάρα Πολύ». Επομένως, από την ανάγνωση του περιεχομένου του πίνακα, προκύπτει ότι υπάρχει μια τάση οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής να θεωρούν περισσότερο εύλογη τη συμμετοχή του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση των μαθητών με τραυλισμό στα σχολεία.



Τέλος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ των απαντήσεων (καθόλου, μέτρια, πάρα πολύ) των εκπαιδευτικών στο ερευνητικό ερώτημα και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής) με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,109	2	,047
Likelihood Ratio	9,324	2	,009
Linear-by-Linear Association	5,352	1	,021
N of Valid Cases	56		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον παραπάνω πίνακα ($\chi^2(2)=6.109$, $p=0.047$), **υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση** μεταξύ της άποψης των εκπαιδευτικών σχετικά με τη συμμετοχή του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση των μαθητών με τραυλισμό στα σχολεία και του τύπου σχολείου

στο οποίο υπηρετούν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής), με τους εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής να θεωρούν περισσότερο εύλογη την παρέμβαση σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής.

12. Θεωρούν οι εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ότι θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του ψυχολόγου στην αξιολόγηση των μαθητών με τραυλισμό στα σχολεία και πώς διαφοροποιούνται οι απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής;

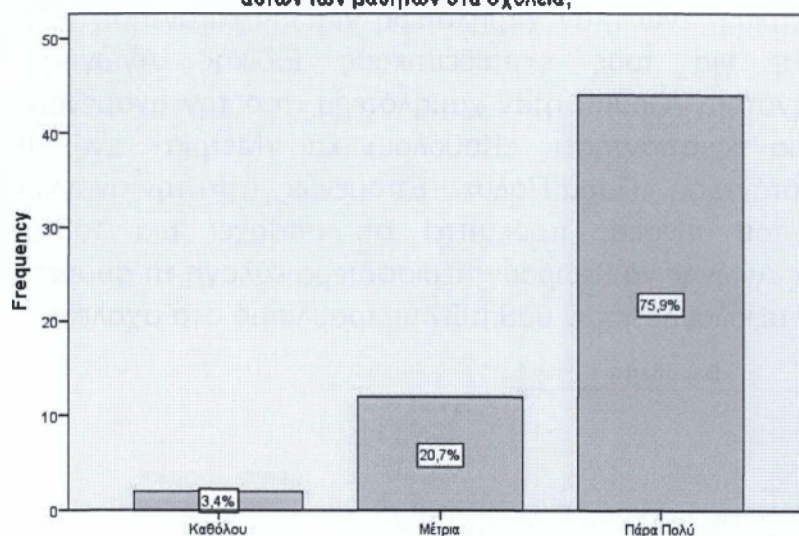
Υπολογίστηκε ο Πίνακας Συχνοτήτων (Frequency Table) για τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εκπαιδευτικούς στο σχετικό ερώτημα του ερωτηματολογίου (Ερώτημα 16) και προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Κατά τη γνώμη σας θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του ψυχολόγου στην αξιολόγηση αυτών των μαθητών στα σχολεία;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	2	3,3	3,4	3,4
	Μέτρια	12	20,0	20,7	24,1
	Πάρα Πολύ	44	73,3	75,9	100,0
	Total	58	96,7	100,0	
Missing	99	2	3,3		
Total		60	100,0		

Στο σύνολο των 58 έγκυρων απαντήσεων, οι 44 (75.9%) δήλωσαν ότι θα ήταν πάρα πολύ εύλογη η συμμετοχή του ψυχολόγου στην αξιολόγηση των μαθητών με τραυλισμό στα σχολεία, οι 12 (20.7%) δήλωσαν ότι θα ήταν μέτρια εύλογη και οι 2 (3.4%) δήλωσαν πως δε θα ήταν καθόλου.

Κατά τη γνώμη σας θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του ψυχολόγου στην αξιολόγηση αυτών των μαθητών στα σχολεία;



Κατά τη γνώμη σας θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του ψυχολόγου στην αξιολόγηση αυτών των μαθητών στα σχολεία;

Στη συνέχεια διερευνήθηκε το ίδιο ερώτημα για κάθε ομάδα εκπαιδευτικών (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) ξεχωριστά.

Ο Πίνακας Διαστάυρωσης (Cross-Tabulation) των απαντήσεων των εκπαιδευτικών και της ομάδας που ανήκουν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής) έδωσε τα παρακάτω αποτελέσματα:

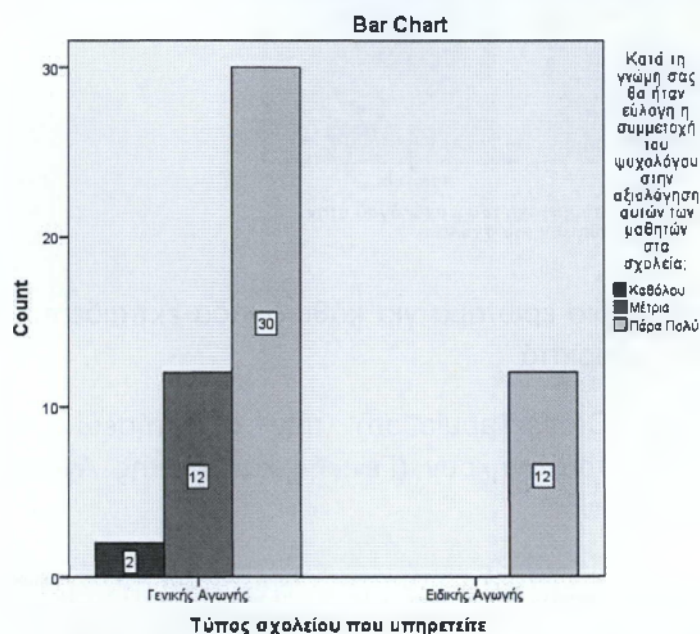
Τύπος σχολείου που υπηρετείτε * Κατά τη γνώμη σας θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του ψυχολόγου στην αξιολόγηση αυτών των μαθητών στα σχολεία; Crosstabulation

		Κατά τη γνώμη σας θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του ψυχολόγου στην αξιολόγηση αυτών των μαθητών στα σχολεία;			Total	
		Καθόλου	Μέτρια	Πάρα Πολύ		
Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	Γενικής Αγωγής	Count	2	12	30	44
		Expected Count	1,6	9,4	33,0	44,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	4,5%	27,3%	68,2%	100,0%
		% of Total	3,6%	21,4%	53,6%	78,6%
		Adjusted Residual	.8	2,0	-2,3	
	Ειδικής Αγωγής	Count	0	0	12	12
		Expected Count	.4	2,6	9,0	12,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	0,0%	0,0%	21,4%	21,4%
		Adjusted Residual	-.8	-2,0	2,3	
Total		Count	2	12	42	56
		Expected Count	2,0	12,0	42,0	56,0
		% within Τύπος σχολείου που υπηρετείτε	3,6%	21,4%	75,0%	100,0%
		% of Total	3,6%	21,4%	75,0%	100,0%

Από τους 44 εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, οι 2 (4.5%) δήλωσαν «Καθόλου», οι 12 (27.3%) «Μέτρια» και οι 30 (68.2%) «Πάρα Πολύ». Από τους 12 εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής, και οι 12 (100%) δήλωσαν «Πάρα Πολύ».

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, συμπεραίνουμε ότι για τους εκπαιδευτικούς Γενικής Αγωγής, η παρατηρούμενη συχνότητα (Count) ήταν

υψηλότερη από την αναμενόμενη (Expected Count) για τις απαντήσεις «Καθόλου» και «Μέτρια», ενώ ήταν χαμηλότερη για την απάντηση «Πάρα Πολύ». Αντίστροφα, για τους εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής, η παρατηρούμενη συχνότητα (Count) ήταν χαμηλότερη από την αναμενόμενη (Expected Count) για τις απαντήσεις «Καθόλου» και «Μέτρια», ενώ ήταν υψηλότερη για την απάντηση «Πάρα Πολύ». Επομένως, από την ανάγνωση του περιεχομένου του πίνακα, προκύπτει ότι υπάρχει μια τάση οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής να θεωρούν περισσότερο εύλογη τη συμμετοχή του ψυχολόγου στην αξιολόγηση των μαθητών με τραυλισμό στα σχολεία.



Τέλος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ των απαντήσεων (καθόλου, μέτρια, πάρα πολύ) των εκπαιδευτικών στο ερευνητικό ερώτημα και της ομάδας στην οποία ανήκουν (Γενικής Αγωγής και Ειδικής Αγωγής) με την εφαρμογή της μεθόδου Chi-Square.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,091	2	,078
Likelihood Ratio	7,938	2	,019
Linear-by-Linear Association	4,444	1	,035
N of Valid Cases	56		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον παραπάνω πίνακα ($\chi^2(2)=5.091$, $p=0.078$), δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της άποψης των εκπαιδευτικών σχετικά με τη συμμετοχή του ψυχολόγου στην αξιολόγηση των μαθητών με τραυλισμό στα σχολεία και του τύπου σχολείου στο οποίο υπηρετούν (Γενικής και Ειδικής Αγωγής).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν στην παρούσα έρευνα συμπεραίνουμε πως υπάρχει διαφοροποίηση των περισσοτέρων απαντήσεων που δόθηκαν από τους καθηγητές ανάλογα με το σχολείο στο οποίο υπηρετούν Γενικής αγωγής ή Ειδικής αγωγής. Πιο συγκεκριμένα σε ότι αφορά τα είδη των δυσρυθμιών που δηλώνουν ότι συναντούν περισσότερο υπάχει διαφοροποίηση καθώς οι εκπαιδευτικοί Γενικής Αγωγής (ΓΑ) συναντούν τα μπλοκαρίσματα(2,16) περισσότερο και λιγότερο τις επαναλήψεις φράσεων (1,51). Από την άλλη όμως, οι εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης Ειδικής αγωγής (ΕΑ) δηλώνουν ότι συναντούν περισσότερο τις επαναλήψεις λέξεων(2,33) και λιγότερο τις αναθεωρήσεις φράσεων (1,67). Αξίζει να σημειωθεί ότι μέσα από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί ΕΑ δηλώνουν ότι συναντούν περισσότερο όλες τις δυσρυθμίες σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς ΓΑ. Σε ότι αφορά τις δευτερεύουσες συμπεριφορές, ο υπολογισμός της κάθε ομάδας ξεχωριστά έδειξε ότι, οι καθηγητές ΓΑ παρατηρούν πιο συχνά την αυξημένη ένταση και προσπάθεια στην ομιλία (2,22) και λιγότερο την άρνηση στην ομιλία τους (1,52) ενώ οι καθηγητές ΕΑ δήλωσαν ότι πιο συχνή δευτερεύουσα συμπεριφορά τραυλισμού είναι η αποφυγή βλεμματικής επαφής(2,50) και λιγότερο το σφύξιμο δοντιών(1,36). Ο τρόπος προσέγγισης των εφήβων μαθητών με τραυλισμό από τους εκπαιδευτικούς φαίνεται να είναι ο ίδιος καθώς τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ίδια και για τους εκπαιδευτικούς γενικής αγωγής αλλά και ειδικής. Πιο συγκεκριμένα δήλωσαν ότι αφήνουν να ολοκληρώσουν αυτό που λένε (2,95) και λιγότερο τους ζητούν να επιταχύνουν την ομιλία τους. Για το ποσοστό των έφηβων μαθητών με τραυλισμό που συναντούν οι εκπαιδευτικοί υπάρχει διαφοροποίηση καθώς βλέπουμε ότι οι εκπαιδευτικοί ΓΑ δηλώνουν σε ποσοστό 90,7% ότι οι εφηβοί μαθητές με τραυλισμό είναι σε ποσοστό 1-3%, το 9,3% των καθηγητών υποστηρίζει ότι το ποσοστό που συναντούν είναι 4-6% και κανένας δεν δήλωσε το ποσοστό των 7-10%. Από την άλλη πλευρά όμως οι εκπαιδευτικοί ΕΑ δήλωσαν το 58,3% ότι συναντά μαθητές με τραυλισμό σε ποσοστό 1-3%, 33,3% δήλωσαν ότι συναντούν 4-6%, και 8,3% δήλωσαν ότι συναντούν ποσοστό έφηβων μαθητών από 7-10%. Στο σημείο αυτό γίνεται εμφανής μέσα από την έρευνα

η τάση τα ποσοστά αυτών που έχουν δηλώσει ότι συναντούν υψηλότερα ποσοστά μαθητών με τραυλισμό να αυξάνονται στη κατηγορία των εκπαιδευτικών Ειδικής Αγωγής από ότι στους Γενικής Αγωγής. Έτσι λοιπόν πραγματοποιήθηκε έλεγχος σημαντικότητας συσχέτισης των απαντήσεων και της ομάδας των εκπαιδευτικών βρίσκοντας ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού των μαθητών με τραυλισμό και του τύπου του σχολείου, με τους καθηγητές Ειδικής Αγωγής να δηλώνουν πιο υψηλά ποσοστά. Στην ερώτηση αν ο τραυλισμός πιστεύουν ότι μπορεί να περιοριστεί ή να εξαλειφθεί με τη κατάλληλη λογοθεραπευτική παρέμβαση, οι καθηγητές Γενικής Αγωγής δήλωσαν το 29.5% μέτρια και το 70.5% πάρα πολύ, ενώ οι καθηγητές Ειδικής Αγωγής το 25.5 δήλωσε μέτρια και το 75% πάρα πολύ δείχνοντας έτσι συμφωνία απόψεων μεταξύ των δυο ομάδων. Οι ίδιες ομοιότητες απόψεων ισχύουν και για τις απαντήσεις που δόθηκαν όσον αφορά την ψυχολογική υποστήριξη των εφήβων μαθητών που τραυλίζουν, καθώς οι εκπαιδευτικοί Γενικής Αγωγής δήλωσαν το 90.7% πάρα πολύ, το 7% μέτρια και το 2.3% καθόλου, και οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής το 91.7% πάρα πολύ, το 8.3% μέτρια. Οι εκπαιδευτικοί Γενικής Αγωγής θεωρούν σημαντική την ενημέρωσή τους για τον τραυλισμό σε ποσοστό 86% πάρα πολύ και 14% μέτρια σημαντική ενώ οι Ειδικής Αγωγής δήλωσαν 75% πάρα πολύ και 25% μέτρια σημαντική, γεγονός που δείχνει να μην υπάρχει τάση συσχέτισης του τύπου σχολείου και της άποψης των καθηγητών. Επιπλέον μέσα από τον ξεχωριστό υπολογισμό των απαντήσεων για το αν ο τραυλισμός θεωρείται σημαντικό πρόβλημα, οι ΓΑ απάντησαν το 4.4% καθόλου, το 37.8% μέτρια και το 24.5% πάρα πολύ ενώ οι ΕΑ δήλωσαν το 8.3% καθόλου, το 50% μέτρια, και το 41.7% πάρα πολύ. Από τον έλεγχο σημαντικότητας των απαντήσεων και της ομάδας στην οποία ανήκουν προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Όσον αφορά στον παράγοντα που αποδίδουν οι καθηγητές των τραυλισμό διαφαίνεται ότι ανεξαρτήτως ομάδας στην οποία ανήκουν δήλωσαν ποσοστό 56.3% ψυχολογικό παράγοντα, 25% ότι οφείλεται σε νευρολογικό παράγοντα και 18.8% σε κληρονομικό παράγοντα. Στην ερώτηση για το αν ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα και νοητικού προβλήματος δηλώθηκε ότι το 90.2% των εκπαιδευτικών ΓΑ πιστεύει δεν είναι πρόβλημα και νοητικό και το 9.8% ότι είναι. Από την άλλη, οι ΕΑ δήλωσαν σε ποσοστό 72.7% ότι δεν είναι και 27.3% ότι είναι. Στον έλεγχο σημαντικότητας που έγινε

προέκυψε ότι δεν είναι στατιστικά σημαντική. Για το πόσο εύλογη θα ήταν η συμμετοχή του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση των έφηβων μαθητών με τραυλισμό το 4.5% των εκπαιδευτικών ΓΑ απάντησε καθόλου, το 31.8 μέτρια, και το 63.6% πάρα πολύ. Αντίστοιχα το ποσοστό απαντήσεων των εκπαιδευτικών ΕΑ για το ερώτημα αυτό ήταν 100%. Στον έλεγχο σημαντικότητας της συσχέτισης μεταξύ των απαντήσεων και της ομάδας στην οποία ανήκουν διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της άποψης των εκπαιδευτικών για τη συμμετοχή του λογοθεραπευτή και του τύπου σχολείου στο οποίο υπηρετεί με του εκπαιδευτικούς ΕΑ να θεωρούν περισσότερο εύλογη την παρέμβαση λογοθεραπευτή. Τέλος στην ερώτηση το αν θα ήταν εύλογη η συμμετοχή ψυχολόγου το 4.5% των καθηγητών ΓΑ απάντησε καθόλου, το 27.3% μέτρια και το 68.2% πάρα πολύ. Από την άλλη οι εκπαιδευτικοί ΕΑ δήλωσαν ότι είναι πάρα πολύ σε ποσοστό 100%, διαπιστώνοντας έτσι, ότι οι εκπαιδευτικοί ΕΑ θεωρούν περισσότερο εύλογη τη συμμετοχή ψυχολόγου από τους ΓΑ. Κλείνοντας τα συμπεράσματα από τον έλεγχο σημαντικότητας της συσχέτισης των απαντήσεων και της ομάδας στην οποία ανήκουν προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η υπάρχουσα έρευνα στηρίχθηκε στις απόψεις και τις στάσεις των καθηγητών Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης Γενικής και Ειδικής Αγωγής για τον τραυλισμό. Ως βασικό κριτήριο εξέτασης της έρευνας μας πήραμε τη διάκριση των καθηγητών ανάλογα με τον τύπου του σχολείου που υπηρετούν και πάνω σε αυτά εξετάσαμε διάφορα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε, προκειμένου να βρεθεί η διαφοροποίηση των απαντήσεων ανάλογα με το βασικό κριτήριο της έρευνας.

Μελλοντική μας πρόταση λοιπόν είναι, η περαιτέρω ανάλυση της έρευνας με κύριο κριτήριο τα έτη υπηρεσίας των καθηγητών και οι απόψεις τις οποίες εκφράζουν με βάση αυτά, ή τη σχέση εργασίας των καθηγητών. Επίσης εξαιρετικό ενδιαφέρον θα παρουσίαζε ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας ως κριτήριο έρευνας σε ερευνητικά ερωτήματα, -καθώς εάν ως συμπέρασμα του εκάστοτε ερωτήματος προκύψει ότι υπάρχει στατιστική

σημαντικότητα, αυτό σημαίνει ότι ισχύει όχι μόνο για την έρευνα μας αλλά και γενικά για άλλα δείγματα του ίδιου θέματος- κάτι που θα έχει ως αποτέλεσμα να μπορέσουμε να κατανοήσουμε καλύτερα τι ισχύει γενικότερα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2006). *Τραυλισμός η Φύση και η Αντιμετώπισή του στα παιδιά και στους εφήβους*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
2. Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας*. Αθήνα: Έλλην.
3. Μαλανδράκη, Γ.Α. (2012). *Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός*.
4. Δράκος, Γ., (1998). *Ειδική παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλίας. Λογοπαιδεία και Λογοθεραπεία. Παιδοψυχολογικές και Λογοθεραπευτικές στρατηγικές αποκατάστασης στην προσχολική και σχολική ηλικία*. Αθήνα: Περιβολάκι.

Ξενόγλωσση

5. Ham, Richard E. (1999). *Clinical Management of Stuttering in Older Children and Adults*. Maryland:Gaithersburg.
6. Van Riper, C. (1970). *Stuttering and Cluttering. The differential diagnosis*. *Folia phoniatica*,
7. Van Riper, C. (1971). *The nature of stuttering*. Engelwood-Cliffs. Prentice-Hall.
8. Barry Guitar, (2003). *Stuttering, An integrated approach to its nature and treatment*. Lippincott Williams & Wilkins

Ιστοσελίδες

9. www.arsi.gr
10. www.dikepsy.gr
11. www.eduportal.gr
12. www.logo-therapia.gr
13. www.medlook.net
14. www.paidiatros.gr
15. <http://penthileus.blogspot.com>

16. www.logopedists.gr/logopedists/wp-content/uploads/2015/.../efivos.pdf
17. www.ixek.gr/images/articles/361_4.pdf
18. compus.uom.gr/EDU196/document/Kefalaio_Travlismou_May12.pdf
19. <https://sites.google.com/site/nikilogotherapy/>

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλώ σημειώστε με ένα

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία σε έτη: 22-30 31-40 41-50 >50

3. Εκπαίδευση:

Βασικό πτυχίο: Σημειώστε συγκεκριμένα:.....

.....

Δεύτερο Πτυχίο: Σημειώστε συγκεκριμένα:.....

.....

Μεταπτυχιακό Σημειώστε συγκεκριμένα:.....

.....

Διδακτορικό : Σημειώστε συγκεκριμένα:.....

.....

Σεμινάρια / Επιμόρφωση : Σημειώστε συγκεκριμένα:.....

.....

4. Έτη υπηρεσίας: ≤6 7-12 13-20 >20

5. Σχέση Εργασίας: Μόνιμος/η Αναπληρωτής/τρια

6. Τύπος σχολείου που υπηρετείτε: Γενικής Αγωγής Ειδικής Αγωγής

B. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας:

Ο τραυλισμός περιλαμβάνει διαταραχές στο ρυθμό της ομιλίας, κατά τις οποίες το παιδί ξέρει τι ακριβώς θέλει να πει, αλλά την συγκεκριμένη στιγμή είναι αδύνατον να το πει εξαιτίας μια ακούσιας επανάληψης, επιμήκυνσης ή παύσης ενός ήχου (Manning, 2001).

Δυσρυθμίες τραυλισμού:

- Επαναλήψεις φθόγγων: μ-μ-μαμά
- Επαναλήψεις συλλαβών: μα-μα-μαμά
- Επαναλήψεις λέξεων: «Η Μαρία θα θα πάει στην Ισπανία».
- Επαναλήψεις φράσεων: «Εγώ έχω εγώ έχω υπολογιστή».
- Επιμηκύνσεις φθόγγων: «Κααααλημέρα»
- Μπλοκαρίσματα: «Κ__αλημέρα»
- Δισταγμοί ή παύσεις: «Ο Κώστας__πήγε να κοιμηθεί».

- Παρεμβολές: «Σήμερα εεεε θα πάω στο σινεμά».
- Αναθεωρήσεις φράσεων ή προτάσεων: «Του της πήρε ένα δώρο».

1. Σε τι ποσοστό συναντάτε μαθητές με τραυλισμό στην τάξη σας;

1-3% 4-6% 7-10%

2. Έχετε παρακολουθήσει σχετικά σεμινάρια για τον τραυλισμό; Ναι Όχι

3. Ποια είδη δυσρυθμιών συναντάτε περισσότερο;

	Πάρα Πολύ 3	Μέτρια 2	Καθόλου 1
1. επαναλήψεις φθόγγων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. επαναλήψεις συλλαβών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. επαναλήψεις λέξεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. επαναλήψεις φράσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. επιμηκύνσεις φθόγγων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. μπλοκαρίσματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Δισταγμοί ή παύσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. παρεμβολές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Αναθεωρήσεις φράσεων ή προτάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ποια είδη από τις παρακάτω δευτερεύουσες συμπεριφορές συναντάτε περισσότερο;

	Πάρα Πολύ 3	Μέτρια 2	Καθόλου 1
1. αποφυγή βλεμματικής επαφής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. κλείσιμο ματιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ρυθμικές κινήσεις των άκρων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. σφίξιμο των δοντιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. άρνηση ομιλίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. μορφασμοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. πίεση χειλιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. αυξημένη ένταση ή προσπάθεια κατά την ομιλία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Κατά την άποψή σας, τα παιδιά τα οποία τραυλίζουν δυσκολεύονται στη δημιουργία σχέσεων με τα άλλα παιδιά;

Πάρα πολύ ₃ Μέτρια ₂ Καθόλου ₁

6. Πιστεύετε ότι ο τραυλισμός μπορεί να περιοριστεί σημαντικά ή και να εξαλειφθεί με την κατάλληλη λογοθεραπευτική παρέμβαση;

Πάρα πολύ ₃ Μέτρια ₂ Καθόλου ₁

7. Θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ψυχολογική υποστήριξη των παιδιών που εντάσσονται στη διαγνωστική κατηγορία του τραυλισμού;

Πάρα πολύ ₃ Μέτρια ₂ Καθόλου ₁

8. Θεωρείτε σημαντικό οι εκπαιδευτικοί να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τον τραυλισμό;

Πάρα πολύ ₃ Μέτρια ₂ Καθόλου ₁

9. Πόσο σημαντικό πρόβλημα ομιλίας θεωρείτε τον τραυλισμό;

Πάρα πολύ ₃ Μέτρια ₂ Καθόλου ₁

10. Θεωρείτε ότι ο τραυλισμός οφείλεται σε παράγοντα:

1. ψυχολογικό

2. κληρονομικό

3. νευρολογικό

11.Θεωρείτε ότι ο τραυλισμός είναι αποτέλεσμα –και- νοητικού προβλήματος;

Ναι Όχι

12.Κατά τη γνώμη σας θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση αυτών των μαθητών στα σχολεία;

Πάρα πολύ ₃ Μέτρια ₂ Καθόλου ₁

13.Κατά τη γνώμη σας θα ήταν εύλογη η συμμετοχή του ψυχολόγου στην αξιολόγηση αυτών των μαθητών στα σχολεία;

Πάρα πολύ ₃ Μέτρια ₂ Καθόλου ₁

14.Ποιος από τους παρακάτω, κατά τη γνώμη σας είναι πιο ειδικός στην αξιολόγηση και θεραπεία των παιδιών με Τραυλισμό;

1. ο Λογοθεραπευτής

2. ο ψυχολόγος

3. και οι δύο

15.Ποια η προσέγγισή σας σε παιδιά που τραυλίζουν; Πώς τους μιλάτε και γενικά πώς συμπεριφέρεστε σε αυτά;

	Πάρα Πολύ 3	Μέτρια 2	Καθόλου 1
1.αφήνετε να ολοκληρώσουν αυτά που λένε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.τα διακόπτετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.τους λέτε να μιλάνε καλύτερα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.τους καλείτε να επαναλάβουν αυτό που είπαν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.τους λέτε να επιταχύνουν την ομιλία τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.δεν τους λέτε τίποτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.Έχετε παρατηρήσει καταστάσεις κατά τις οποίες οι δυσρυθμίες των παιδιών που τραυλίζουν είναι πιο έντονες;

	Πάρα Πολύ	Μέτρια	Καθόλου

	3	2	1
1.έντονο άγχος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.αγωνία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.κούραση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.θυμός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.Ενημερώνετε τους γονείς σχετικά με τις τυχόν δυσρυθμίες των παιδιών τους;

Ναι Όχι

18.Τους παραπέμπετε σε λογοθεραπευτή; Ναι Όχι

19.Τους παραπέμπετε σε ψυχολόγο; Ναι Όχι

20.Ποια η αντιμετώπιση των άλλων παιδιών απέναντι στα παιδιά που εμφανίζουν τραυλισμό;

	Πάρα Πολύ 3	Μέτρια 2	Καθόλου 1
1.Τα απορρίπτουν,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. τα αποδέχονται,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Τα κριτικάρουν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Τα διακόπτουν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. άλλο

τι:.....

.....

21.Θα σας ενδιέφερε να παρακολουθήσετε κάποια ημερίδα σχετικά με τον τραυλισμό;

Πάρα πολύ ₃ Μέτρια ₂ Καθόλου ₁

22.Τα παιδιά που τραυλίζουν θεωρείτε ότι νιώθουν μειονεκτικά σε σχέση με τα άλλα παιδιά;

Πάρα πολύ ₃ Μέτρια ₂ Καθόλου ₁

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία