



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ, ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΑΘΑΝΑΣΗΣ

A.M.: 2012034

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΓΕΡΜΠΑΝΑ ΕΙΡΗΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την εποπτεύουσα μου καθηγήτρια κα. Ειρήνη Γερμπανά για την πολύτιμη βοήθειά της, για την καθοδήγηση και τις συμβουλές που μου έδινε καθ' όλη τη διάρκεια της πτυχιακής εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την αδιάλειπτη στήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Σε αυτούς αφιερώνω και την παρούσα εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ	8
ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ.....	8
ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ.....	11
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ.....	13
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	16
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	22
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ.....	25
ΣΧΕΣΗ ΓΟΝΕΑ ΚΑΙ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ	29
ΓΛΩΣΣΑ	29
ΤΟΜΕΙΣ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ.....	30
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	32
ΟΜΙΛΙΑ	33
ΛΟΓΟΣ.....	33
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ	34
ΟΡΙΣΜΟΣ.....	34
ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ	35
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	39
Α. Χαλάρωση	39
Β. Αυθυποβολή.....	40
Γ. Εκούσιος Τραυλισμός.....	41
Δ. Μασητική μέθοδος	42
Ε. Μέθοδος αυτοελέγχου της ταχύτητας και του ρυθμού της ομιλίας.....	43
ΣΤ. Μέθοδος της προσεκτικής ομιλίας	44
Ζ. Τραγουδιστή μέθοδος.....	44
Η. Μέθοδοι θεραπείας δευτερογενών χαρακτηριστικών τραυλισμού	45
Εξάλειψη δευτερογενών αντιδράσεων.....	45

Μείωση της διάρκειας και της σοβαρότητας του «μπλοκαρίσματος»	46
Θ. ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ	47
Στάδιο πρώτο: Άμεση Προσαρμογή.....	47
Στάδιο δεύτερο: Βελτίωση αυτοεικόνας.....	48
Στάδιο τρίτο: Βελτίωση των σχέσεων με τους άλλους	49
Στάδιο τέταρτο: Βελτίωση της στάσης του ατόμου απέναντι σε καταστάσεις.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	52
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE	53
Πώς λειτουργεί το Πρόγραμμα Lidcombe:	53
Αξιολόγηση σοβαρότητας τραυλισμού.....	55
Εκπαίδευση του γονιού ως προς τη μέτρηση της σοβαρότητας του τραυλισμού (SRs)	56
ΣΤΑΔΙΟ 1: ΛΕΚΤΙΚΕΣ ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥΣ	57
ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΣΤΑΔΙΟ 1 ΣΕ ΣΤΑΔΙΟ 2	64
ΣΤΑΔΙΟ 2: ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ.....	64
ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ ΜΕ ΤΟΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ	66
ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΑΠΟΔΕΙΚΝΟΥΝ ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE.....	68
ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE.....	69
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ WESTMEAD	71
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ: ΜΙΑ ΠΑΛΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗ	71
ΣΤΟΧΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ 1 ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ 2	71
ΣΤΑΔΙΟ 1	72
ΣΤΑΔΙΟ 2	73
ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΑΠΟΔΕΙΚΝΟΥΝ ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ WESTMEAD.....	73
ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ WESTMEAD.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ & ΕΦΗΒΟΥΣ ..	76
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ CAMPERDOWN	76
Κλίμακες αξιολόγησης.....	76
Διαδικασίες αυτο-αξιολόγησης.....	77
I. ΣΤΑΔΙΟ 1: ΜΑΘΑΙΝΟΝΤΑΣ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	78
II. ΣΤΑΔΙΟ 2: ΚΑΤΟΧΥΡΩΝΟΝΤΑΣ ΟΜΙΛΙΑ ΧΩΡΙΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ	88
III. ΣΤΑΔΙΟ 3: ΓΕΝΙΚΕΥΣΗ.....	96
IV. ΣΤΑΔΙΟ 4 ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	99
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ	100

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ CAMPERDOWN ...	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	103
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	105
ΑΡΧΑΙΕΣ ΠΗΓΕΣ	105
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	105

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι δυσκολίες στην ομιλία και το λόγο περιγράφονται ως προβλήματα που αφορούν την άρθρωση, τη φωνή ή την καθαρότητα της ομιλίας ενός ατόμου με αποτέλεσμα την κακή ανάπτυξη και χρήση της ομιλίας, της γραφής ή άλλου προφορικού συστήματος επικοινωνίας (Χρηστάκης, 2011). Αυτές οι δυσκολίες, ταξινομούνται σε αυτές που αφορούν διαταραχές φωνής, διαταραχές της ανάγνωσης και γραφής και διαταραχές του προφορικού λόγου. Στις τελευταίες κατατάσσεται και ο τραυλισμός (Δροσινού, 2014).

Επιφανείς προσωπικότητες είχαν τραυλισμό, όπως ο King George VI, ο Winston Churchill, ο Wilt Chamberlain, ο Joe Biden, η Marilyn Monroe, αλλά και άνθρωποι της αρχαιότητας όπως ο ρήτορας Δημοσθένης και ο αυτοκράτορας Κλαύδιος (Harvard Mahoney Neuroscience Institute, 2013, 1).

Η παρούσα εργασία σκοπό έχει να εξετάσει το φαινόμενο του τραυλισμού, να αναλύσει τον ορισμό, τα αίτια και τη συμπτωματολογία του, να εξετάσει τη συσχέτιση και κυρίως τη συνύπαρξη διαταραχών λόγου και ομιλίας με τον τραυλισμό και να εξετάσει αναλυτικώς τις θεραπευτικές μεθόδους του τραυλισμού, δίνοντας έμφαση σε δύο προγράμματα πρώιμης παρέμβασης του τραυλισμού και ένα πρόγραμμα εφαρμογής σε εφήβους και ενήλικες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο τραυλισμός θεωρείται η «δυσλειτουργία της ροής της ομιλίας και εκδηλώνεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης. Η δυσλειτουργία συμβαίνει στην αρχή ή στο μέσο της ομιλίας, είτε με επαναλήψεις φθόγγων, συλλαβών, λέξεων, είτε με ένα επίμονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο» (Δράκος, 2003, 170).

Συγκαταλέγεται ανάμεσα στις διαταραχές επικοινωνίας (Communication Disorders) στο DSM-IV (American Psychiatric Association 1994, 38), οι οποίες χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στο λόγο ή την γλώσσα. Σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association 1994, 63-65) το κύριο χαρακτηριστικό του τραυλισμού είναι η διαταραχή της κανονικής ροής και ρυθμού ομιλίας, η οποία ωστόσο δεν αντιστοιχεί στην ηλικία του ατόμου και η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα φαινόμενα:

- Επαναλήψεις ήχων και συλλαβών
- Επιμηκύνσεις ήχων και συλλαβών
- Παρεμβολές
- Σπασμένες λέξεις π.χ. παύσεις μέσα σε μια λέξη
- Ακουστικό ή σιωπηλό μπλοκάρισμα (γεμάτες ή μη γεμάτες παύσεις στην ομιλία)
- Περιφράσεις (υποκαταστάσεις λέξεων για την αποφυγή “προβληματικών” λέξεων)
- Λέξεις παραγόμενες με υπερβολική σωματική ένταση
- Επαναλήψεις μονοσύλλαβων ολόκληρων λέξεων π.χ. τον-τον-τον βλέπω
- Επιφωνήματα

Η διαταραχή στην ροή της ομιλίας παρεμβαίνει και δημιουργεί προβλήματα στις ακαδημαϊκές επιδόσεις, στην επαγγελματική αποκατάσταση ή στις κοινωνικές επαφές. Ο τραυλισμός συχνά συνοδεύει και συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, γι’ αυτό και η διαταραχές στην ομιλία δημιουργούν συχνά αλυσιδωτά προβλήματα στην ακαδημαϊκή, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου (Ginsberg, 2000, Kraaimaata, Vanryckeghemb, Van Dam-Baggen, 2002, Prasse & Kikano 2008).

Ο Διεθνής Οργανισμός Υγείας (1978) χαρακτηρίζει τον τραυλισμό ως «μια διαταραχή στο ρυθμό της ομιλίας κατά την οποία το άτομο γνωρίζει επακριβώς τι θέλει να πει, αλλά ταυτοχρόνως δυσκολεύεται να το πει εξαιτίας μιας ακούσιας επανάληψης, παράτασης ή παύσης ενός ήχου» (World Health Organization (1978), Lawrence &

Barclay, (1998), 2176). Ενδεικτικά παραδείγματα τραυλισμού, τα οποία αποδεικνύουν και το πιο πάνω είναι τα εξής (Δράκος 2003, 170):

- Επαναλήψεις μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών, λέξεων

χα χα χα – ρούμενος

- Έντονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο

χ... χαρούμενος

Μέσα από την πάροδο των χρόνων και ήδη από την αρχαιότητα, πολλοί έχουν επιχειρήσει να ορίσουν και να εξηγήσουν τον τραυλισμό. Πολλοί ορισμοί έχουν προταθεί για τον τραυλισμό μέσα από την παγκόσμια βιβλιογραφία και ενδεικτικά αναφέρονται πιο κάτω μερικοί, όπως επίσης και οι επικρατέστεροι (αυτοί του DSM IV, του Διεθνή Οργανισμού Υγείας, του Van Riper, Δράκος, κτλ.) οι οποίοι αποτελούν και τη βάση για την εκπόνηση αυτής της εργασίας. Αξίζει ωστόσο να αναφερθούν και οι ορισμοί που αποδόθηκαν από άλλους μελετητές οι οποίοι δαιμονοποιούσαν τον τραυλισμό.

Ο Coriat το 1943, ο Fenichel το 1945 και ο Glauber το 1958 περιέγραψαν τον τραυλισμό σαν μια «ψυχονεύρωση», «προγεννητήσια νεύρωση» και σαν «ένα σύμπτωμα ψυχοπαθολογικής κατάστασης», ορισμοί που ευτυχώς θεωρούνται πεπερασμένοι στις μέρες μας (Manning, 2010, 50).

Κατά την διάρκεια των δεκαετιών του 1940 και του 1950 ο Johnson όρισε τον τραυλισμό σαν την προσδοκώμενη, φοβισμένη, υπερτονική αντίδραση αποφυγής. Η άποψη του ήταν ότι ο τραυλισμός είναι μία γνωστή αντίδραση σε περιβαλλοντικά γεγονότα και κάτι που το άτομο περιμένει να συμβεί, που το φοβάται όταν συμβαίνει, νιώθει ένταση και προσπαθεί να το αποφύγει.

Το 1964 ο Wingate ορίζει τον τραυλισμό ως μία διαταραχή της ροής της λεκτικής έκφρασης η οποία χαρακτηρίζεται από ακούσιες επαναλήψεις και παρατάσεις, ηχητικές και μη, εφόσον πρόκειται για μερικές λεκτικές μονάδες, δηλαδή συλλαβές ή μονοσύλλαβες λέξεις. Οι διαταραχές αυτές είναι πολύ δύσκολο να ελεγχθούν και εμφανίζονται σε συνεχή συχνότητα.

Οι Brutten και Shoemaker το 1967 όρισαν τον τραυλισμό ως εκείνη τη μορφή αποτυχίας ευφράδειας που είναι αποτέλεσμα κατεστημένου αρνητικού συναισθήματος (Brutten, E.J. & Shoemaker, D. (1967), Kraaimaata, Vanryckeghemb, Van Dam-Baggen, 2002).

Σύμφωνα με τον Van Riper (1973) κανένας ορισμός που είχε δοθεί μέχρι στιγμής δεν ήταν αρκετά ικανοποιητικός. Ο ίδιος προσπαθεί να δώσει έναν αρκετά συνοπτικό ορισμό, ο οποίος αναφέρει ότι «μια συμπεριφορά τραυλισμού αποτελείται πρώτον από μια λέξη η οποία παράγεται με ανακρίβεια ως προς τον χρόνο και δεύτερον από τις αντιδράσεις του ομιλητή σε αυτή τη λανθασμένη παραγωγή». Ο Van Riper επεξηγεί τον ορισμό του αναφέροντας ότι όταν ένα παιδί τραυλίζει σε μια λέξη τότε

διακόπτεται η ολοκλήρωση της κινητικής ακολουθίας αυτής της λέξης, γεγονός το οποίο πιθανόν να οφείλεται στην αλλοίωση του χρόνου παραγωγής του ήχου ή της συλλαβής που αποτελούν τη λέξη (Van Riper, 1973). Σύμφωνα με τον ίδιο, «από τη στιγμή που ο τραυλισμός είναι μια δυσχέρεια στην οργάνωση της λέξεως, σίγουρα το ίδιο θα εμφανισθεί και κατά την εκπομπή αυτής της λέξεως» (Καρπαθίου, 1998).

Με μια ψυχοκοινωνική προσέγγιση επεχείρησαν τόσο ο Schaferskupper, όσο και ο Gundermann να προσδιορίσουν τη διαταραχή. Σύμφωνα με τον Schaferskupper, ο τραυλισμός είναι «μια προοδευτική βλάβη της κοινωνικής επαφής (επικοινωνίας) λόγω δυσκολιών ομιλίας, της οποίας κύρια συμπτώματα είναι αναστολές, πολλές επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων, οι μηχανισμοί υπερκινήσεως των συμπτωμάτων, η βλάβη της συνειδήσεως της αυτοαξίας και του εγώ, καθώς και πολλοί ακαθόριστοι φόβοι» (Schäfersküpper 1981). Σύμφωνα δε με τον Gundermann ο τραυλισμός «είναι μια ατομική, ψυχοκοινωνική βλάβη της κοινωνικής επαφής και των διαπροσωπικών σχέσεων» (Gundermann 1987).

ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ανάλογα με το είδος και τη συχνότητα των συμπτωμάτων διακρίνονται και διαφορετικές μορφές τραυλισμού:

Αναπτυξιακός τραυλισμός

Ο Αναπτυξιακός Τραυλισμός είναι γνωστός και ως Εξελικτικός Τραυλισμός, Ψευδοτραυλισμός ή Φυσιολογικός Αναδιπλασιασμός και αναφέρεται στο είδος του τραυλισμού που εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό παιδιών μεταξύ των ηλικιών 2,5 και 4,5 ετών στα πλαίσια της γλωσσικής τους εξέλιξης (Büchel & Sommer 2004, 159). Αναφέρεται λοιπόν σε φάσεις κατά τις οποίες επαναλαμβάνουν μέρη της πρότασης, λέξεις ή συλλαβές ή παρατείνουν αρχικούς φθόγγους της λέξης, ή σταματούν να μιλούν προκειμένου να βρουν τη σωστή λέξη ή να μπορέσουν να διαμορφώσουν σωστά την πρότασή τους. Ωστόσο αυτές οι «στιγμές αβεβαιότητας» στην πορεία του λόγου είναι συνηθισμένες, ωστόσο θα πρέπει να τυγχάνουν παρατήρησης και θεραπείας για να αποφευχθούν να εξελιχθούν σε μόνιμο τραυλισμό (NIDCD 2016, 1-2).

Νευρογενής επίκτητος τραυλισμός

Ο νευρογενής τραυλισμός μπορεί να επέλθει μετά από ένα εγκεφαλικό, ένα χτύπημα στο κεφάλι ή μετά από κάποια μορφή εγκεφαλικού τραύματος. Με τον νευρογενή τραυλισμό ο εγκέφαλος δυσκολεύεται να συντονίσει τις διάφορες περιοχές του εγκεφάλου που ευθύνονται για την ομιλία, με αποτέλεσμα προβλήματα στην παραγωγή καθαρού και με ευφράδεια λόγου (NIDCD 2016, 2).

Ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός

Ο ψυχογενής τραυλισμός ονομάζεται και τραυματικός τραυλισμός και εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικες, χωρίς κανένα ιστορικό τραυλισμού στην παιδική ηλικία (π.χ. αναπτυξιακός τραυλισμός). Ο ψυχογενής τραυλισμός λοιπόν είναι η παρατήρηση δυσρυθμιών κατά τη διάρκεια ή μετά από μια έντονη ψυχολογική κατάσταση (στρες) (Almada, A., Simões, R., Constante, M., Casquinha, P., Heitor, M. J., 2016). Ο ψυχογενής τραυλισμός λοιπόν έχει τις ρίζες τους σε έντονες συναισθηματικές καταστάσεις, ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα. Τα συμπτώματά του εμφανίζονται από την αρχή πολύ έντονα, ωστόσο εξασθενούν με την κατάλληλη θεραπεία η οποία είναι συνδυαστική και με ψυχολογική στήριξη (NIDCD 2016, 2).

Κλονικός τραυλισμός

Ο κλονικός τραυλισμός χαρακτηρίζεται από μικρές συσπάσεις των οργάνων άρθρωσης και φώνησης με αποτέλεσμα την ανεπιθύμητη επανάληψη φθόγγων ή ακόμη και συλλαβών κατά τη διάρκεια της ομιλίας. Συνήθως εμφανίζονται 1-4 επαναλήψεις μικρής διάρκειας του πρώτου φθόγγου ή της πρώτης συλλαβής. Στον κλονικό τραυλισμό δεν είναι συνήθης η εμφάνιση επαναλήψεων στη μέση ή στο τέλος μιας λέξης (Ανδρέου 1994, 32).

π.χ. κα, κα -καλός

π,π,π,πάω

Τονικός τραυλισμός

Η μορφή αυτή του τραυλισμού θεωρείται πολύ σοβαρή, σύμφωνα με τον Ανδρέου (1994, 32). Παρατηρείται αυξημένος τόνος στους μύς των οργάνων του αρθροφωνητικού μηχανισμού και οι συνεχείς και παρατεταμένες συσπάσεις εμποδίζουν στην ομαλή ροή και τον ρυθμό της ομιλίας (Ανδρέου 1994, 32). Τα πιο πάνω συνοδεύονται από νευρικές και ασυντόνιστες κινήσεις στους ώμους, στα χέρια και στα μάτια ενώ επηρεάζεται και η αναπνοή (Ανδρέου 1994, 32). Ως εκ τούτου, υπάρχει άμεση ψυχολογική επιβάρυνση στο άτομο με τραυλισμό το οποίο επιβαρύνεται με έντονα συναισθήματα άγχους, φόβου και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Prasse & Kikano 2008, 1273).

Κλονοτονικός/ Τονοκλονικός τραυλισμός

Η μορφή αυτή του τραυλισμού συνδυάζει συμπτώματα και από τις δύο προαναφερθείσες κατηγορίες και αναλόγως με τα συμπτώματα που επικρατούν, ονομάζεται κλονοτονικός ή τονοκλονικός (Ανδρέου 1994, 32).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο τραυλισμός αποτελεί ένα πρόβλημα με μακρά ιστορία, παρόλο που τα αίτια του δεν έχουν ακόμη διασαφηνιστεί ακόμη και στις μέρες μας.

Οι άνθρωποι είχαν παρατηρήσει το φαινόμενο του τραυλισμού και το εξέταζαν εδώ και αιώνες. Οι Αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν ένα ιερογλυφικό σύμβολο για τον τραυλισμό, το οποίο απεικόνιζε ένα τρέμουλο, όμοιο με σεισμό που ξεκινούσε από το έδαφος και έφτανε στο στόμα (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006, 119, Silverman, 1996, 8).



(Πηγή: Faulkner (1991))

Ο νεώτεροι ορισμοί του τραυλισμού ομοιάζουν στον τρόπο με τον οποίο οι Αρχαίοι Αιγύπτιοι απεικόνιζαν τη στιγμή του τραυλισμού, με την έννοια ότι τόσο τότε όσο και τώρα οι ορισμοί βασίζονται στον τρόπο με τον οποίο ηχεί ο τραυλισμός στα αυτιά του ακροατή, σαν ένα συνεχές τρέμουλο δηλαδή, μια διακοπή της κανονικής ροής του λόγου και η αντικατάστασή του από ένα συνεχές «τρέμουλο» του ίδιου φθόγγου ή συλλαβής (Lavid 2003, 4, Ardila & Ramos, 2007, 132).

Η πρώτη αναφορά σε γλωσσικά προβλήματα γίνεται από τον Ηρόδοτο, και αφορά τον Βάπτο, γιο του Πολύμνηστου από την Θήρα, στον οποίο ο ιστορικός αναφέρεται ως "ισχνόφωνος και τραυλός" (Ηρόδοτος, 4.154). Το όνομα μάλιστα του Βάπτου έχει ιστορική-εννοιολογική σχέση με τον χαρακτηρισμό που έχει δοθεί στον τραυλισμό ως Βατταρισμό (Δράκος 2003). Σύμφωνα με τον Ηρόδοτο, η Πυθία είχε δώσει χρησμό στον Βάπτο να μεταναστεύσει στη Λιβύη για να θεραπεύσει τον τραυλισμό του, κάτι το οποίο συνάδει κατά πολύ με τις σημερινές θέσεις αναφορικά με τις θεραπείες του τραυλισμού και οι οποίες αφορούν αλλαγή περιβάλλοντος, ξεκούραση και ανάπαυση του μυαλού.

Όμοια με τον Βάπτο και σύμφωνα με τον Πλούταρχο, ο ρήτορας Δημοσθένης υπήρξε κατά την νεανική του ηλικία αρκετά φιλάσθενος αδύναμος και μαλθακός, «ἦν γὰρ ἐξ ἀρχῆς κάπισχνος καὶ νοσώδης» (Πλούταρχος, *Δημοσθένης*, Κεφ. 4.3) με προβλήματα στην ομιλία του, γεγονός που έδωσε το έναυσμα στους συνομήλικούς του και τους άλλους ρήτορες να του αποδώσουν διάφορους χαρακτηρισμούς, όπως Βάπταλος χαρακτηρισμός στον οποίο ο ρήτορας αναφέρεται στον έργο του «Υπέρ Κτησιφώντος περί του Στεφάνου» και τον οποίο του είχε αποδώσει ο πολιτικός του αντίπαλος, Αισχύνης στο έργο «Κατά Τιμάρχου» (Δημοσθένης, *Περὶ τοῦ στεφάνου* (18.180) . Ως εκ τούτου, το όνομα του Δημοσθένη, επιφανή εκπροσώπου της πολιτικής ρητορικής, έχει συνδεθεί τόσο από ιστορικούς (Said, Tredde & Le Boulluec, 2001), όσο και από ειδικούς στον τομέα της Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης

(Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006) με τα προβλήματα λόγου και ομιλίας και κυρίως, με τον τραυλισμό και έχει αποτελέσει αντικείμενο ευρείας μελέτης (Δροσινού, 2014, 3).

Σύμφωνα με τον Πλούταρχο, όταν άρχισε να ασχολείται με την ρητορική, έτυχε χλευασμού από τον λαό καθώς είχε αδύναμη και ασταθή φωνή: «καίτοι τό γε πρῶτον έντυγχάνων τῷ δήμῳ θορύβοις περιέπιπτε καὶ κατεγελάτο δι' ἀθήειαν, τοῦ λόγου συγκεχύσθαι ταῖς περιόδοις καὶ βεβασανίσθαι τοῖς ένθυμήμασι πικρῶς ἄγαν καὶ κατακόρως δοκοῦντος. ἦν δέ τις, ὡς ἔοικε, καὶ φωνῆς ἀσθένεια καὶ γλώττης ἀσάφεια καὶ πνεύματος κολοβότης ἐπιπαράπτουσα τὸν νοῦν τῶν λεγομένων τῷ διασπᾶσθαι τὰς περιόδους» (Πλούταρχος, *Δημοσθένης*, Κεφ. 6.3). Παρουσίαζε αδυναμία στη φωνή και ασάφεια στην έκφραση του, ενώ οι σύντομες ανάσες του είχαν ως αποτέλεσμα να διασπάζεται η ροή του λόγου του και να διαστρεβλώνεται το νόημα των λεγομένων του. Απέφευγε μάλιστα να μιλά στο βήμα αυθόρμητα και χωρίς προετοιμασία τού λόγου του από προηγουμένως, για να αποφύγει τυχόν λάθη στη ροή της ομιλίας του τα οποία θα γίνονταν και πάλι αντικείμενο χλευασμού από τον δήμο (Πλούταρχος, *Δημοσθένης*, Κεφ. 8.3). Αυτή η τακτική έχει αναγνωριστεί και ως ένα σύμπτωμα του τραυλισμού, με τα άτομα που πάσχουν από τραυλισμό να προτιμούν τη σιωπή παρά την ομιλία, με τον φόβο ότι τυχόν «λάθη» στη ροή του λόγου τους, θα έχουν ως αποτέλεσμα τον χλευασμό των ακροατών τους (American Psychiatric Association 1994, 63-65).

Ο Δημοσθένης εφηύρε μια σειρά μεθόδων για να αμβλύνει το πρόβλημα τραυλισμού που αντιμετώπιζε και οι οποίες αξίζουν παρατήρησης, διότι αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής «αυτοθεραπείας, προκειμένου να αμβλύνει ή να θεραπεύσει ο ίδιος το πρόβλημά του» (Δροσινού, 2014. Δράκος 2003). Όπως αναφέρει ο Πλούταρχος, εφάρμοζε διάφορες τεχνικές αυτοθεραπείας χρησιμοποιώντας βότσαλα και χαλίκια που έβαζε στο στόμα του κατά την διάρκεια των γλωσσικών ασκήσεων με σκοπό να βελτιώσει την προφορά, την ορθοφωνία και τον προφορικό του λόγο: «τὴν μὲν γὰρ ἀσάφειαν καὶ τραυλότητα τῆς γλώττης ἐκβιάζεσθαι καὶ διαρθροῦν εἰς τὸ στόμα ψήφους λαμβάνοντα καὶ ῥήσεις ἅμα λέγοντα, τὴν δὲ φωνὴν γυμνάζειν ἐν τοῖς δρόμοις καὶ ταῖς πρὸς τὰ σιμ' ἀναβάσσει διαλεγόμενον καὶ λόγους τινὰς ἢ στίχους ἅμα τῷ πνεύματι πυκνουμένῳ προφερόμενον· εἶναι δ' αὐτῷ μέγα κάτοπτρον οἴκοι, καὶ πρὸς τοῦτο τὰς μελέτας ἰστάμενον ἐξ ἐναντίας περαίνειν» (Πλούταρχος, *Δημοσθένης*, 11.1-2). Αυτές οι τεχνικές, σε συνδυασμό με άλλες ασκήσεις σχετικές με τη στάση του σώματος βοήθησαν τον ρήτορα να ανακτήσει την αυτοπεποίθηση του και να σημειώσει σημαντικά άλματα προόδου στον προφορικό του λόγο. Σε σχέση με αυτό, στην σημασία της διαμόρφωσης θετικής αυτοεικόνας αναφέρονται και οι Κάκουρος και Μανιαδάκη (2006, σ.312-313), την οποία θεωρούν βασική σε πολλά προγράμματα θεραπευτικής αντιμετώπισης τραυλισμού και την οποία, μέθοδο που ως περιγράφεται και πιο πάνω, φαίνεται ότι εφάρμοσε και ο Δημοσθένης. Αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι «Η αποδοχή των δυσκολιών στην ομιλία και η αύξηση της αυτοεκτίμησης συμβάλλουν θετικά στην υποχώρηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006, σ. 313). Παρόμοιες απόψεις φέρει και ο ερευνητής Χρηστάκης Κ. (2011, 256) σύμφωνα με τον οποίο η ενίσχυση της αυτοϊδέας και του αυτοσυναίσθηματος είναι βασικά στοιχεία της θεραπευτικής μεθόδου σε άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας.

Η εκτενής αναφορά στον Δημοσθένη, οφείλεται στο γεγονός ότι υπήρξε πρωτοπόρος ως προς τις μεθόδους θεραπείας του τραυλισμού και όπως θα φανεί και στη συνέχεια της παρούσας εργασίας, στις δικές του μεθόδους βασίστηκαν εξελιγμένες μορφές θεραπείας, όπως για παράδειγμα όταν το άτομο με προβλήματα ομιλίας προσπαθεί να συγχρονίσει την ομιλία του μαζί με ρυθμικές κινήσεις του σώματός του (ώμου, παλάμης, δακτύλων) ή όταν υιοθετεί ασυνήθιστους τρόπους ομιλίας με απώτερο σκοπό να μειώσει εκδηλώσεις τραυλισμού (π.χ. επιβράδυνση ρυθμού ομιλίας, χρήση τραγουδιστού τόνου ομιλίας, τρόπος τοποθέτησης της γλώσσας, έλεγχος της αναπνοής κ.ά.) (Δροσινού 2014).

Παρόμοιες μεθόδους ακολούθησε και ο Αθηνόδωρος για να θεραπεύσει το Ρωμαίο αυτοκράτορα Κλαύδιο (Ανδρέου 1994, 25).

Μεθόδους εμπνευσμένες από αυτές του Δημοσθένη προτείνει ο Δράκος (2003, 231) για παιδιά με προβλήματα ομιλίας και λόγου. Παραδείγματος χάριν, παρουσιάζει δραστηριότητες που ενδείκνυται να εφαρμόσει ο εκπαιδευτικός σε παιδιά για τη βελτίωση της άρθρωσής και στις οποίες τα παιδιά καλούνται να μιμηθούν την προφορά με την οποία ο εκπαιδευτικός εκφωνεί τους φθόγγους, επαναλαμβάνοντας τους αδιαλείπτως έως ότου πλησιάσουν την προφορά του εκπαιδευτικού. Αυτές οι μέθοδοι, όπως και αυτές του Δημοσθένη, εντάσσονται στα πλαίσια της αυθυποβολής, όπως επισημαίνει ο Δράκος (2003, σ. 29). Ο Δημοσθένης μέσα από μια διαδικασία αυτοβελτίωσης, με θετική σκέψη, θέληση και επιμονή κατάφερε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της ομιλίας του.

Ο Αριστοτέλης και ο Ιπποκράτης είχαν επίσης ασχοληθεί με το φαινόμενο του τραυλισμού. Ο Ιπποκράτης υποστήριξε ότι ο τραυλισμός οφείλεται στην ανισορροπία μεταξύ σκέψης και λόγου ενώ ο Αριστοτέλης τον περιέγραψε ως αδυναμία γρήγορης σύνδεσης των συλλαβών μεταξύ τους, η οποία οφείλεται στην ελαττωματική διάπλαση της γλώσσας (Rieber & Wollock (1977), 3, Αριστοτέλης, 1926, Κεφ. 10.40). Συγκεκριμένα, ο Αριστοτέλης στα έργα του *Προβλήματα* και *Έκ τοῦ περὶ ἀκουσῶν*, κάνει σημαντικές παρατηρήσεις για τον τραυλισμό (Αριστοτέλης, 1937, 79, Wollock 1997, 276). Σύμφωνα με τον τελευταίο, το πρόβλημα του τραυλού δεν βρίσκεται ούτε στις φλέβες, ούτε στις αρτηρίες αλλά στην κίνηση της γλώσσας, διότι του είναι δύσκολο να αλλάξει την θέση αυτής όταν πρέπει να βγάλει κάποιο διαφορετικό ήχο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μουρμουρίζει τον ίδιο ήχο συνεχόμενα, μη μπορώντας να βγάλει τον επόμενο ήχο/φθόγγο. Γι' αυτό το λόγο πολλές φορές δεν μπορούν να πουν την ακριβώς επόμενη λέξη, ωστόσο μπορούν με ευκολία να πουν τη λέξη που ακολουθεί.

Με την πάροδο των χρόνων, διάφορες τεχνικές και μέθοδοι αντιμετώπισης του τραυλισμού προτάθηκαν. Γύρω στο 1600, Ο φιλόσοφος Francis Bacon υποστήριξε ότι τα άτομα που πάσχουν από τραυλισμό έχουν δύσκαμπτες γλώσσες και πρότεινε ως θεραπευτική μέθοδο να βάζουν στο στόμα τους ζεστό κρασί, το οποίο θα λειτουργούσε ως μυοχαλαρωτικό φάρμακο (Willyard, 2011).

Μέσα από τους αιώνες έχουν αποδοθεί στον τραυλισμό σωρεία αιτιών τα οποία περιλαμβάνουν παραμορφωμένο στόμα και γλώσσα, δαιμονισμούς, τιμωρία από τα Θεία για κάποια αμαρτία του ατόμου που τραυλίζει ή των προγόνων του, πρακτικές

ανατροφής των παιδιών, διάφορες μορφές νεύρωσης ή και ψύχωσης, βαρεμάρα, μίμηση άλλων που τραυλίζουν και απροθυμία για καθαρό λόγο (Ardila & Ramos 2007, 132). Ευτυχώς τέτοιες θεωρίες έχουν πλέον εξαλειφτεί. Το μυστήριο ωστόσο γύρω από το φαινόμενο του τραυλισμού και τα αίτιά του, δεν έχει ακόμη αποσαφηνιστεί, μέχρι και τις μέρες μας.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία του τραυλισμού αποτελεί μέχρι και σήμερα ένα μυστήριο και έχει δώσει το έναυσμα για μακροχρόνιες και μεγάλες διαφωνίες ανάμεσα σε όσους προσπάθησαν να εξηγήσουν τα αίτια της διαταραχής. Όπως όλα τα μυστήρια συνοδεύτηκε από δεισιδαιμονίες και προκαταλήψεις, με τα αίτια του τραυλισμού μέσα από τους αιώνες να ποικίλουν, με αναφορές σε τιμωρίες, μυστήρια, ανατομικές ανωμαλίες ή ακόμη και ψυχασθένειες και δαιμονισμό (Bell, 1853, Brosch & Pirsig, 2001, Rieber & Wollock, 1977).

Ο Bell (1853) μάλιστα σε απάντηση όσων πίστευαν ότι ο τραυλισμός ήταν αποτέλεσμα οργανικό, υποστήριζε ότι ο λόγος ήταν μια τεχνητή διαδικασία μάθησης, μέσω της μίμησης. Ως εκ τούτου, ο τραυλισμός ήταν μια συνήθεια η οποία έπρεπε κανείς να διαχειριστεί ως τέτοια. Χρησιμοποιώντας τεχνικές ελέγχου, τιμωρώντας τον τραυλισμού και αντικαθιστώντας τον με εξαναγκαστικό, και κατόπιν υπερβάλλοντος ζήλου κανονικό λόγο, η συνήθεια του τραυλισμού θα αντικαθιστούταν από κανονικό λόγο (Ward, 2006, 99).

Γενικότερα –και όχι μόνο για τον τραυλισμό– αιτιολογικοί παράγοντες των προβλημάτων λόγου και ομιλίας μπορεί να είναι γενετικοί και προγεννητικοί παράγοντες που συνδέονται με την κληρονομικότητα, φυσικές δυσκολίες αναφορικά με τη λειτουργία των οργάνων ομιλίας και λόγου, τραύματα στον εγκέφαλο, πρωιμότητα και βλάβες στον νευρικό σύστημα, απώλεια ακοής, νοητική καθυστέρηση, νευρολογικές δυσλειτουργίες, δυσμενείς κοινωνικές και οικογενειακές συνθήκες οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα ανεπαρκή γλωσσικά ερεθίσματα και τέλος ψυχολογικοί παράγοντες (Χρηστάκης, 2011).

Ωστόσο παρά τις εκτεταμένες μελέτες για τον εντοπισμό των παραγόντων που οφείλονται στη γένεση και εξέλιξη, έως και σήμερα δεν γνωρίζουμε την ακριβή αιτιολογία του τραυλισμού και υπάρχουν μάλλον τόσες θεωρίες γύρω από τον τραυλισμό και τα αίτιά του όσες και μελετητές της διαταραχής (Ward 2006, 33).

Αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός ότι όλοι οι σύγχρονοι μελετητές του τραυλισμού συμφωνούν ότι κανείς δεν μπορεί με βεβαιότητα να εκφράσει ούτε την αιτία του φαινομένου αυτού, αλλά ούτε και το πώς θα το θεραπεύσει πιο αποτελεσματικά (Conture & Wolk, 1990, Conture 2001, Guitar, 2006, Manning, 2010, Silverman, 1996, Wingate, 2002, Yairi και Seery, 2011).

Επίσης, όσον αφορά την αιτιολογία του τραυλισμού, οι νεότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι ο τραυλισμός δεν οφείλεται σε έναν μόνο παράγοντα, αλλά υποδεικνύουν όλο και πιο ξεκάθαρα ότι πρόκειται για ένα φαινόμενο που η εμφάνισή του οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, ένα φαινόμενο δηλαδή πολυπαραγοντικό (Conture & Wolk, 1990, Yairi, 2004).

Έχει παρατηρηθεί ότι οι άνθρωποι που τραυλίζουν κάνουν μεγαλύτερη χρήση του δεξιού ημισφαιρίου όσον αφορά τον λόγο, από ότι επαΐοντες ομιλητές, αλλά οι δυο αυτές κατηγορίες δεν μπορούν να συγκριθούν καθαρά, καθώς ο τραυλισμός είναι μια διακοπτόμενη κατάσταση και η άπταιστη ομιλία παρουσιάζεται και στις δύο ομάδες (Gordon 2002, 278). Ωστόσο, παρόλο που η ακριβής αιτία του τραυλισμού δεν έχει αποδειχτεί ακόμη, αλλά είναι, χωρίς αμφιβολία, πολυπαραγοντική. Φως σε αυτό έχουν ρίξει τα αποτελέσματα των μελετών του νευροακτινολογικού χώρου, τα οποία βοηθούν στον εντοπισμό πιθανών αιτιών για τον τραυλισμό (Ludlow 2000).

Σύμφωνα με τον Guitar (1985), η επικρατούσα θεωρία –την οποία ενστερνίζονται και οι Lawrence & Barclay (1998, 2176) - ήταν ότι άτομα με τραυλισμό έχουν ήπιες νευροφυσικές δυσλειτουργίες που διαταράσσουν τον ακριβές χρόνο που απαιτείται για την παραγωγή λόγου και οι ανωμαλίες αυτές δεν συναντώνται σε άτομα που δεν τραυλίζουν (Lawrence & Barclay 1998, 2176). Άτομα με τραυλισμό έχουν επίσης παρουσιάσει δυσκολία στο συντονισμό της ροής του αέρα, άρθρωσης και αντήχησης. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι μικρές ασύγχρονες έχουν βρεθεί ακόμα και στην άπταιστη ομιλία των ατόμων με τραυλισμό (Van Riper & Emerick 1984, 268).

Οι αποδεκτοί και γνωστοί παράγοντες που αιτιολογούν την εμφάνιση του τραυλισμού έχουν ως εξής:

Γενετικοί – κληρονομικοί παράγοντες

Η κληρονομικότητα είναι ίσως ένας από τους πιο αποδεδειγμένους παράγοντες εμφάνισης τραυλισμού σε παιδιά και έρευνες στον τομέα της γενετικής συνεχίζονται μέχρι σήμερα για την απόδειξή του και για επίλυση του μυστηρίου που περιβάλλει τον τραυλισμό και τα αίτιά του. Οι πρώτες ενδείξεις ότι ο τραυλισμός μπορεί να συνδέεται με γενετικούς παράγοντες προήλθαν από έρευνες οικογενειακού ιστορικού, καθώς και από το γεγονός ότι η εμφάνιση της διαταραχής ήταν πολύ συχνότερη σε αγόρια. Συγκεκριμένα και σύμφωνα με το DSM-IV, το φαινόμενο εμφανίζεται περισσότερο σε αγόρια, με αναλογία μάλιστα αγόρια-κορίτσια 3:1 (American Psychiatric Association 1994, 63). Φαίνεται ότι ένα υψηλό ποσοστό παιδιών που παρουσιάζουν τραυλισμό, ποσοστό ύψους 40-60% των παιδιών, είχαν κάποιο συγγενικό πρόσωπο με διάγνωση τραυλισμού (Yairi και Ambrose, 2005), αριθμός που υποδεικνύει ότι η κληρονομικότητα είναι ένας πολύ πιθανός παράγοντας εκδήλωσης τραυλισμού.

Επιπλέον η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε παιδιά στα οποία ο πατέρας τραυλίζει ανέρχεται στο 9% για τα κορίτσια και στο 22% για τα αγόρια ενώ η πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού σε παιδιά των οποίων η μητέρα τραυλίζει ανέρχεται στο 17% για τα κορίτσια και στο 36% για τα αγόρια. (Howie 1981, 317-321, Ανδρέου 1994, 29-30, Yairi και Ambrose, 2005) Επίσης, σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε πληθυσμό διδύμων, έχει διαπιστωθεί ότι οι πιθανότητες εκδήλωσης τραυλισμού και στα δύο αδέρφια ανέρχεται στο 63% για τα μονοζυγωτικά δίδυμα, ενώ φτάνει μόλις στο 19% για τα διζυγωτικά δίδυμα. Πρόκειται λοιπόν για μια μεγάλη διαφορά, η οποία και αποδεικνύει την ισχυρή σχέση μεταξύ τραυλισμού και κληρονομικότητας (Howie 1981, 317-321).

Νεώτερες έρευνες, όπως αυτή του Rosenfield (2000), εκτοξεύουν το ποσοστό αυτό σε 90% μεταξύ μονοζυγωτικών διδύμων, δηλαδή εάν το ένα από τα δύο παιδιά τραυλίζει τότε να τραυλίζει και το άλλο, ενώ στα διζυγωτικά παραμένει γύρω στο 20%, όπως και στον Howie (1981). Ωστόσο σε όλες τις περιπτώσεις παρατηρείται ότι η οικογένεια έχει ιστορικό με τη συγκεκριμένη διαταραχή (Rosenfield 2000, Gordon 2007).

Ωστόσο, και σύμφωνα με τον Howie, η παρουσία έως και έξι ζευγαριών πανομοιότυπων διδύμων που ήταν δεν ήταν συμβατά ως προς τον τραυλισμό υπογραμμίζει τη σημασία της αλληλεπίδρασης τόσο γενετικών όσο και περιβαλλοντικών παραγόντων στην αιτιολογία αυτής της διαταραχής. Παράλληλα, παραμένει ένας μεγάλος αριθμός ατόμων και παιδιών που τραυλίζουν χωρίς να έχουν κανένα ιστορικό στην οικογένεια τους ή κάποια μετάλλαξη στα γονιδιά τους, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι οι γενετικοί και κληρονομικοί παράγοντες δεν είναι οι μόνοι αιτιολογικοί παράγοντες της γένεσης της διαταραχής (Yairi, Ambrose, Paden, Throneburg, 1996).

Σύμφωνα με το DSM-IV (1994, 64) υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις ότι ο γενετικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση τραυλισμού. Έρευνες που έχουν γίνει με δεδομένα από οικογένειες και ζεύγη διδύμων αποδεικνύουν ακριβώς αυτό: ότι ένας από τους παράγοντες που συνδέεται με την εμφάνιση του τραυλισμού είναι ο γενετικός-κληρονομικός παράγοντας. Ειδικότερα, η παρουσία Φωνολογικής Διαταραχής ή η ανάπτυξη ενός είδος Εκφραστικής Γλωσσικής Διαταραχής αυξάνουν τις πιθανότητες τραυλισμού.

Η πιθανότητα εμφάνισης τραυλισμού μεταξύ πρώτου βαθμού βιολογικών συγγενών είναι τρεις φορές μεγαλύτερη από την πιθανότητα εμφάνισης τραυλισμού του γενικότερου πληθυσμού. Επιπλέον, σε άνδρες που έχουν ιστορικό τραυλισμού, υπάρχει 10% πιθανότητα για τις κόρες τους και 20% πιθανότητα για τους γιους τους να τραυλίζουν (American Psychiatric Association 1994, 64).

Μεγάλη μερίδα ερευνητών έχει ασχοληθεί με τους κληρονομικούς-γενετικούς παράγοντες που συμβάλλουν στον τραυλισμό. Σημαντικά είναι τα αποτελέσματα των ερευνών των Drayna, Kilshaw και Kelly (1999) οι οποίοι εξέτασαν περισσότερες από 100 οικογένειες με πολλαπλά περιστατικά σοβαρού τραυλισμού και τις συνέκριναν με οικογένειες με περιπτώσεις ήπιου τραυλισμού. Στην ομάδα οικογενειών με ήπιο τραυλισμό, τα περισσότερα περιστατικά σημειώνονταν σε άντρες, ενώ στις οικογένειες με σοβαρό τραυλισμό, οι άντρες και οι γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται εξίσου. Και πάλι ωστόσο σημειώνεται ιστορικό της οικογένειας στον τραυλισμό (Gordon 2007, Drayna, Kilshaw & Kelly 1999) κάτι που έχουν προσπαθήσει και άλλοι ερευνητές, επιτυχώς, να αποδείξουν.

Μια τέτοια περίπτωση είναι και η έρευνα των Ambrose, Cox & Yairi (1997), οι οποίοι προσπάθησαν να αναλύσουν τη γενετική συμβολή στον τραυλισμό και αποτελεί σημαντική πηγή αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, ερεύνησαν το στενό και μακρινό κύκλο οικογενείας 66 παιδιών που τραυλίζουν. Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είχαν μια

καλύτερη πρόγνωση. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η σταθερότητα και η ανάρρωση του τραυλισμού ήταν επίσης γενετική, με οικογένειες να τείνουν να εκφράσουν είτε σταθερότητα είτε ανάρρωση του τραυλισμού, αναλόγως του οικογενειακού τους ιστορικού (Ambrose, Cox & Yairi 1997).

Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι ο τύπος του τραυλισμού ο οποίος τυχαίνει ανάρρωσης και εξάλειψης δεν φαίνεται να είναι ηπιότερης μορφής από αυτόν που εξακολουθεί να υφίσταται, και αυτό φαίνεται να οφείλεται, εν μέρει, σε άλλους γενετικά μεταδιδόμενους παράγοντες, επιπρόσθετα με τις θεμελιώδεις ανωμαλίες που μπορούν να αυξήσουν τις πιθανότητες για ένα άτομο να τραυλίζει (Gordon 2007, 279).

Εγκεφαλική βλάβη

Υπάρχουν θεωρίες που συσχετίζουν τον τραυλισμό με κάποια οργανική ανωμαλία, Γι' αυτό το λόγο με εγκεφαλογράφημα έχει ερευνηθεί το ημισφαίριο που επικρατεί στα άτομα με τραυλισμό καθώς επίσης και πιθανοί συσχετισμοί με επιληψία, κινητικές ικανότητες ακόμη και κινήσεις των ματιών. Επίσης, έχουν ερευνηθεί πιθανόν συσχετίσεις με καρδιολογικά προβλήματα και προβλήματα στον μεταβολισμό. Οι εν λόγω έρευνες υποστηρίζουν ότι το άτομο που τραυλίζει δεν έχει επικρατές ημισφαίριο για την εκπομπή της ομιλίας, δηλαδή η ομιλία του ελέγχεται και από τα δύο ημισφαίρια. Οι Beech και Fransella (1968) έχουν υποστηρίξει ότι τα άτομα με τραυλισμό πιθανόν να εμφανίζουν κάποια ανωμαλία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) όμως αυτό δεν έχει αποδειχτεί και άρα δεν είναι απόλυτο (Beech και Fransella 1968, Ανδρέου 1994, 33, Gordon 2002).

Στοματική δυσλειτουργία

Η υπόθεση της 'κατάρρευσης' έρχεται να αποδώσει τον τραυλισμό ως γεγονός της κατάρρευσης της λειτουργίας της ομιλίας. Οι θεωρίες αυτές αποδίδουν άμεσα την εκδήλωση του τραυλισμού σε κάποια οργανική δυσλειτουργία, η οποία σχετίζεται με το μηχανισμό της ομιλίας και της οποίας τα αίτια μπορεί να είναι ή να μην είναι γενετικά. Στα πλαίσια των θεωριών αυτών, εκτιμάται πως η οργανική δυσλειτουργία επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να μιλά με φυσιολογική ροή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006, 119) .

Ανωμαλίες στην αναπνοή

Υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι οι αλλαγές στα χημικά στοιχεία κατά την αναπνοή και οι ανωμαλίες στην αναπνοή προκαλούν τραυλισμό (Hafsa, Sikander, Nayab & Sumaira 2017). Παλλόμενες χωρητικότητες διοξειδίου του άνθρακα είναι παρούσες στον αέρα όταν μιλούμε. Υπάρχει ωστόσο μεγάλη διαφορά ανάμεσα σε

άτομα που τραυλίζουν και σε άτομα που δεν τραυλίζουν όσον αφορά τη φυσιολογική απορρόφηση διοξειδίου του άνθρακα στον αέρα που εκπνέουν. Έχει παρατηρηθεί λοιπόν ότι άτομα με τραυλισμό έχουν 1/5 χαμηλότερα ποσοστά απορρόφησης διοξειδίου του άνθρακα κατά τη διάρκεια του κανονικού λόγου και εικάζεται ότι αυτό αποτελεί παράγοντα πρόκλησης τραυλισμού (Raczek & Adamczyk 2003). Όπως έχει αναφερθεί και πριν, άτομα με τραυλισμό έχουν επίσης παρουσιάσει δυσκολία στο συντονισμό της ροής του αέρα, άρθρωσης και αντήχησης (Lawrence & Barclay 1998, 2176).

Περιβάλλον

Οι επιρροές από το περιβάλλον, όπως οι αγχωτικές κοινωνικές καταστάσεις τηλεφωνική ομιλία, και οποιαδήποτε αρνητική εμπειρία που σχετίζεται με την ομιλία μπορεί επίσης να συμβάλει στην εμφάνιση και παραμονή του τραυλισμού. Τα επίπεδα άγχους και στρες σε άτομα με τραυλισμό είναι άμεσα συνδεδεμένα με επικοινωνιακές (Miller & Watson 1992, 789-798, Prasse & Kikano (2008) 1272).

Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη (2006, σ. 45), ενδεχόμενες καταστάσεις που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού είναι η παρουσία μπροστά σε μεγάλο ακροατήριο και η προσπάθεια του ομιλητή με τραυλισμό να οργανώσει το λόγο του πριν μιλήσει, ιδιαίτερα σε συνθήκες όπου η επικοινωνία βασίζεται κυρίως σε λεκτικές ικανότητες, τις οποίες το άτομο τις αντιλαμβάνεται ως μειωμένες, γεγονός που κατακλύζει τον ομιλητή με άγχος και το οποίο με τη σειρά του εντείνει την πιθανότητα εκδήλωσης τραυλισμού.

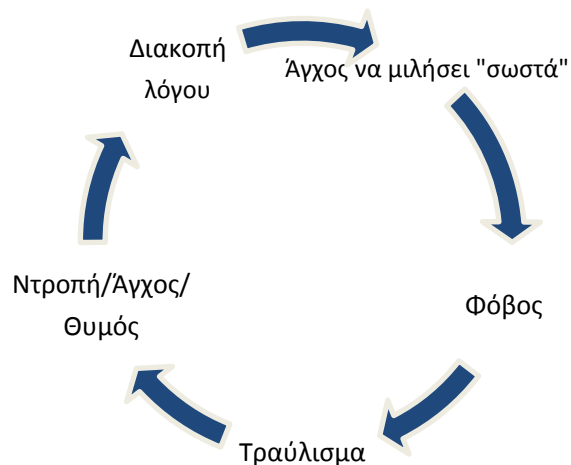
Σχετικά με αυτό και σύμφωνα με τους Karrass, Walden, Conture, κ.ά. (2006), έχει παρατηρηθεί ότι παιδιά προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό έχουν μεγαλύτερες συναισθηματικές αντιδράσεις και περισσότερα προβλήματα όσον αφορά την συγκράτηση της προσοχής και των συναισθημάτων τους σε σχέση με παιδιά προσχολικής ηλικίας που δεν τραυλίζουν (Karrass, Walden, Conture, et al. 2006).

Άλλες παθήσεις και η σχέση τους με τον τραυλισμό

Να σημειωθεί επίσης ότι σε άτομα που έχουν προβλήματα ομιλίας, κίνησης ή αισθητηριακές ελλείψεις, τα προβλήματα λόγου είναι σε έξαρση και εμφανίζονται σε περισσότερη συχνότητα και βαθμό (American Psychiatric Association 1994, 63). Ως εκ τούτου, παρουσιάζουν υψηλότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τραυλισμό.

Σχέση με τα μέλη της οικογένειας

Ο τραυλισμός στο παιδί ξεκινά με την απόρριψη και κριτική από τους γονείς του λόγω της μη φυσιολογικής ροής της ομιλίας, με φράσεις όπως «μίλα καθαρά», «μη μιλάς έτσι», κτλ. Γι' αυτό το παιδί, αναπτύσσει μηχανισμούς αποφυγής, ώστε να μην βιώσει την απόρριψη από τους γονείς και το περιβάλλον του λόγω αυτής της ακούσιας διαταραχής της ομιλίας του. Όλο αυτό οδηγεί σε μια συνεχή και ατέρμονη κόντρα με τον ίδιο του τον εαυτό. Νοιώθει ένοχο όταν τραυλίζει, αγχώνεται και θυμώνει όταν παρουσιάζεται η διαταραχή. Θέλει να μιλήσει αλλά ταυτόχρονα φοβάται μην ακουστεί ο τραυλισμός του (βλ. Σχήμα 1). Με βάση την θεωρία «δυνατοτήτων και απαιτήσεων», φαίνεται ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται ακριβώς εξαιτίας των προσδοκιών για καλή ροή στην ομιλία του παιδιού, μη λαμβάνοντας υπόψη τις όποιες γνωστικές, γλωσσολογικές, κινητικές ή συναισθηματικές του δυνατότητες (Starkweather 2002, 269-288). Ο φόβος για το τραύλισμα εμποδίζει το άτομο να μιλήσει ελεύθερα και έτσι το άτομο με τραύλισμό να αποφεύγει ολοένα και περισσότερα την χρήση του έναρθρου λόγου (Ανδρέου 1994, 31).



Σχήμα 1

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με τραυλισμό εντοπίζονται στην λεκτική τους συμπεριφορά. Το μέγεθος της διαταραχής διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση και συνήθως είναι πιο σοβαρό όταν υπάρχει πίεση του ατόμου να επικοινωνήσει, όπως για παράδειγμα να μιλήσει μπροστά σε κοινό, να μιλήσει στην τάξη ή στον καθηγητή του, σε μια συνέντευξη για δουλειά, κτλ. Αξιοσημείωτο είναι ότι τις περισσότερες φορές ο τραυλισμός εξαφανίζεται όταν το άτομο διαβάζει, τραγουδά ή μιλά σε άψυχα αντικείμενα ή ζώα (American Psychiatric Association 1994, 63).

Σύμφωνα με τους Κάκουρο Ε. και Μανιαδάκη Κ. (2006) ο τραυλισμός χαρακτηρίζεται από τα εξής:

- επαναλήψεις από 2 έως 5 φορές (κλονικός τραυλισμός) μεμονωμένων φθόγγων, συλλαβών (στην αρχή των λέξεων) και λέξεων,
- δυσρυθμίες στην εκφορά του λόγου (τονικός τραυλισμός), οι οποίες εκδηλώνονται, είτε με επιμηκύνσεις λεκτικών στοιχείων, αρχικών φθόγγων (π.χ. Θθθθθθέλω), είτε με παύση ανάμεσα στις συλλαβές μιας λέξης (σπασμένες λέξεις),
- παύσεις μεταξύ των λέξεων,
- ατελείς φράσεις: το άτομο ξεκινά να προφέρει μια φράση, αλλά δεν την ολοκληρώνει ποτέ.
- εμβολές φθόγγων, συλλαβών, λέξεων και φράσεων,
- αναθεωρήσεις: τα άτομα με τραυλισμό έχουν την τάση να αντικαθιστούν την λέξη που ξεκίνησαν να εκφέρουν τραυλίζοντας με μία άλλη συνώνυμη, προκειμένου να αποφύγουν περαιτέρω τραυλισμό,
- ο αφύσικος (πολύ αργός ή πολύ γρήγορος) ρυθμός ομιλίας,
- το αφύσικο ανέβασμα της έντασης και του τόνου της φωνής.

Όλα τα παραπάνω συχνά μπορεί να συνοδεύονται με μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως αποφυγή βλεμματικής επαφής, το ανοιγοκλείσιμο βλεφάρων, η ρυτίδωση του μετώπου, παρασιτικές κινήσεις των μυών του προσώπου, της κεφαλής και των χεριών, με νευροφυτικά συμπτώματα (κοκκίνισμα, εφίδρωση, δυσκολίες στην αναπνοή) κ.ά. τα οποία και θα αναφερθούν εν πάροδο.

Κύρια Χαρακτηριστικά τραυλισμού:

Σύμφωνα με το DSM-IV εγχειρίδιο του American Psychiatric Association (1994) κατά την πρώτη εμφάνιση του τραυλισμού ο ομιλητής πιθανόν να μην αντιληφθεί το πρόβλημα αν και η συνειδητοποίησή του έρχεται συνήθως αργότερα και συχνά συνοδεύεται από φόβο και αίσθημα άγχους για το πότε θα ξανακάνει την εμφάνισή

του στη ροή του λόγου του ομιλητή. Κατά την εμφάνιση του τραυλισμού, ο ομιλητής στην προσπάθειά του να τον αποφύγει και να τον αντιμετωπίσει, αναπτύσσει διάφορους μηχανισμούς, όπως αλλαγή στο ποσοστό ομιλίας, αποφυγή διαφόρων καταστάσεων όπου ο ομιλητής πρέπει να μιλήσει χωρίς να έχει προηγουμένως προετοιμαστεί (όπως τηλεφωνική επικοινωνία ή δημόσια ομιλία). Χαρακτηριστικό αποτελεί το παράδειγμα του Δημοσθένη, που όπως είδαμε και προηγουμένως απέφευγε να πάρει το λόγο στο Δήμο εξαπίνης, εάν δεν είχε προηγουμένως προετοιμαστεί καταλλήλως (Πλούταρχος, *Δημοσθένης*, Κεφ. 8.3).

Ο τραυλισμός μπορεί να συνοδεύεται από έντονες κινήσεις και συμπεριφορές, όπως οι ακόλουθες (American Psychiatric Association 1994):

- Συνεχές άνοιγμα και κλείσιμο των βλεφάρων
- Αποφυγή βλεμματικής επαφής
- Τρέμουλο των χειλιών ή των μυών του προσώπου
- Ρυτίδωση του μετώπου
- Συσπάσεις
- Τινάγματα του κεφαλιού
- Δυσκολίες στην αναπνοή με σμίκρυνση του χρόνου εκπνοής και αύξηση του χρόνου εισπνοής
- Νευροφυτικά συμπτώματα, εφίδρωση, κοκκίνισμα
- Σφίξιμο γροθιάς
- Επαναλαμβανόμενες ρυθμικές κινήσεις των άκρων
- Μορφασμοί και συναισθηματικές προεκτάσεις, όπως ντροπή, θυμός, απογοήτευση, άγχος, άρνηση ότι υπάρχει τραυλισμός.

Οι βασικοί τύποι δευτερευόντων αντιδράσεων κατηγοριοποιούνται από τον Ainsworth (1948, 85) ως εξής:

1. *Κινητικοί*: ήχοι, λέξεις, άνοιγμα και κλείσιμο βλεφάρων, χτυπήματα με το πόδι, κούνημα των χεριών, ζόρισμα, δυσφορία, τινάγμα του κεφαλιού, κινήσεις των χειλιών και της γλώσσας, λαχάνιασμα και ξαφνική αλλαγή τόνου και χροιάς. Αυτές οι αντιδράσεις υιοθετούνται ως ένα μέσο για να σπάσουν τον φραγμό στο λόγο, το «μπλοκάρισμα», ένας τρόπος να ξεκινήσει ο λόγος όταν μια λέξη έχει «κολλήσει».
2. *Μηχανισμοί αποφυγής*: Υποκαταστάσεις, επαναδιευθετήσεις των προτάσεων, μεγάλες παύσεις ή προεκτάσεις και παρατάσεις ήχων, υπεκφυγές λέξεων και προτάσεων είναι μερικοί από τους μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται συχνά. Έχουν σχεδιαστεί για αναβολή ή αποφυγή ενός αναμενόμενου μπλοκαρίσματος.
3. *Εντάσεις*: Οποιαδήποτε υπερβολική ένταση στο λόγο ή στο μυϊκό σύστημα κατά τη διάρκεια της ομιλίας, μπορεί να θεωρηθεί δευτερεύουσα αντίδραση. Αυτή μπορεί να εμφανιστεί στα χείλη, τη γλώσσα, το σαγόι, τον λάρυγγα, το στήθος, ή ακόμη και στα δάχτυλα των ποδιών.

4. *Ανωμαλίες στην αναπνοή:* Εκτός από τις αντιδράσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως κινητήρες και αναφέρθηκαν πιο πάνω, όπως είναι το λαχάνιασμα και η ομιλία κατά την εισπνοή ή με υπολειπόμενο αέρα, όλο το αναπνευστικό μοτίβο μπορεί να περιπλεχτεί τη στιγμή του τραυλισμού και του «μπλοκαρίσματος του ομιλητή».

Το άγχος και το αίσθημα αγωνίας έχουν δείξει ότι εντείνουν τον τραυλισμό. Αυτό βέβαια έχει αλυσιδωτές επιπτώσεις αφού ο τραυλισμός δημιουργεί συναισθήματα άγχους στον ομιλητή, το οποίο βέβαια με τη σειρά του εντείνει τον τραυλισμό και ταυτόχρονα περιορίζει το άτομο από τις κοινωνικές του συναναστροφές, δημιουργώντας του χαμηλή αυτοεκτίμηση, θυμό και περισσότερο άγχος (Ginsberg, 2000).

Ο τραυλισμός εμφανίζεται συνήθως στα 2 με 7 χρόνια του παιδιού με αποκορύφωμα την ηλικία των 5 χρόνων και στο 98% των περιπτώσεων πριν την ηλικία των 10. Η συχνότητα του φαινομένου σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας είναι 1% και πέφτει στο 0.8% στα παιδιά εφηβικής ηλικίας. Επίσης, το φαινόμενο εμφανίζεται περισσότερο σε αγόρια, με αναλογία μάλιστα αγόρια-κορίτσια 3:1 (American Psychiatric Association 1994, 63).

Η εμφάνισή του γίνεται συνήθως πλαγίως και χρειάζεται συνήθως αρκετούς μήνες με επεισοδιακές, απαρατήρητες διαταραχές στον λόγο μέχρις ότου γίνει χρόνιο πρόβλημα (American Psychiatric Association 1994). Η διαταραχή ξεκινά σταδιακά, με επανάληψη των αρχικών συμφώνων, λέξεων που βρίσκονται στην αρχή της πρότασης ή μεγάλων λέξεων (American Psychiatric Association 1994). Το παιδί δεν αντιλαμβάνεται αρχικά ότι τραυλίζει. Ωστόσο, καθώς η διαταραχή εξελίσσεται γίνεται πιο συχνό το φαινόμενο και εμφανίζεται στις πιο σημαντικές λέξεις ή φράσεις στη εκφορά του λόγου. Καθώς λοιπόν το παιδί αρχίζει να αντιλαμβάνεται την διαταραχή του λόγου του, θα αναπτύξει αυτόματους μηχανισμούς για την αντιμετώπισή της, όπως είδαμε και πιο πάνω. Σύμφωνα με το DSM-IV, το 80% των ατόμων με τραυλισμό αντιμετωπίζουν το πρόβλημα εξαλείφοντας τα συμπτώματα, επανακτώντας την κανονικότητα του λόγου τους, με το 60% να το κάνει αυτόματα και αυθόρμητα. Η ανάκτηση γίνεται συνήθως πριν τα 16 χρόνια του ατόμου.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Ο ρόλος του λογοθεραπευτή είναι εξαιρετικά σημαντικός ως προς την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του τραυλισμού. Παρόλο που ο τραυλισμός σε αρκετές περιπτώσεις εξαφανίζεται μόνος του (π.χ. αναπτυξιακός τραυλισμός), εντούτοις χρήζει ιατρικής επίβλεψης εάν είναι σοβαρής μορφής, ή εάν εξακολουθεί να υφίσταται πέραν των 6 με 12 μηνών, ή εάν το άτομο με τραυλισμό έχει ιστορικό στην οικογένειά του, ή εάν ο τραυλισμός δημιουργεί δευτερεύοντα προβλήματα στο άτομο και στην οικογένειά του σε σχέση με την ψυχολογία του και την κοινωνικότητά του (Prasse & Kikano 2008, 1273). Η έγκαιρη θεραπεία του τραυλισμού είναι και η πιο αποτελεσματική.

Όσον αφορά τις μικρότερες ηλικίες και τον τραυλισμό, η συνεργασία των γονιών του παιδιού, οι οποίοι ως επί τω πλείστο είναι και οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με τον τραυλισμό του, και του λογοθεραπευτή, είναι πάρα πολύ σημαντική. Σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, τα οποία είναι σε θέση από μόνα τους να κατανοήσουν τον τραυλισμό και τα συνεπαγόμενά του, είναι πολύ σημαντικό να επιτευχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης από το άτομο με τραυλισμό προς τον λογοθεραπευτή του.

Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς, οι δάσκαλοι ή το ίδιο το άτομο (αν είναι στην κατάλληλη ηλικία) να εντοπίσουν τη διαταραχή στο λόγο και να αποταθούν το συντομότερο δυνατό στον λογοθεραπευτή, ο οποίος και θα κρίνει ανάλογα με την περίπτωση τη θεραπεία του ατόμου με τραυλισμό (Ανδρέου 1994, 46).

Ο τρόπος αντιμετώπισης του τραυλισμού καθώς και οι ασκήσεις που θα ακολουθηθούν από τον λογοθεραπευτή θα επεξηγηθούν στους γονείς ή/και στην οικογένεια και στο άτομο με τραυλισμό (εάν πρόκειται για ενήλικα), ώστε όλη η οικογένεια να ενταχθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα (Ανδρέου 1994, 46).

Πριν αρχίσει οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή πρέπει να ανιχνευτούν –όσο περισσότερο γίνεται- τα αίτια του τραυλισμού ώστε να αποφασιστεί και η ανάλογη θεραπεία. Φυσικά θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η ηλικία του ατόμου, η ψυχική του κατάσταση, οι σχέσεις με το στενό οικογενειακό και οικείο του περιβάλλον και θα πρέπει άμεσα να γίνουν οι οποιεσδήποτε νευρολογικές ή άλλες εξετάσεις κριθούν αναγκαίες. Χρειάζεται ιδιαίτερη λεπτότητα και σωστό χειρισμό από τον θεραπευτή πριν και κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Ο Smith (1948, 81-82) αναφέρει ενδεικτικά διάφορες ψευτο-μεθόδους, τις οποίες αποτρέπει τον οποιονδήποτε λογοθεραπευτή να τις χρησιμοποιήσει, καθώς όχι μόνο δεν βοηθούν το άτομο που τραυλίζει, αλλά μάλλον επιδεινώνουν τη δυσλειτουργία καθώς αποτελούν πρόσκαιρα τρικ και όχι ολική θεραπεία:

- Εάν το άτομο με τραυλισμό δεν τραυλίζει όταν κάθεται μαζί με το λογοθεραπευτή ήσυχα και ενώ έχει ηρεμήσει, ο λογοθεραπευτής δεν πρέπει να θεωρήσει ότι έχει γιατρέψει τον τραυλισμό του.

- Εκφοβίζοντας το παιδί με τέτοιο τρόπο ώστε να μην τολμά να τραυλίσει, αναπτύσσοντας έτσι ένα «συγκεκριαλυμμένο τραυλισμό», ο οποίος είναι παροδικός και δεν αποτελεί πραγματική θεραπεία, αλλά αποτέλεσμα εκφοβιστικής συμπεριφοράς.
- Ακολουθώντας την τακτική του Leibmann και βοηθώντας το παιδί όταν ο τραυλισμός εμφανιστεί και κάθε φορά που η δυσλειτουργία εμφανίζεται, αυτό δεν αποτελεί συστηματική και ολική θεραπεία.
- Πείθοντας το παιδί ότι δεν έχει τραυλισμό, παρόλο που έχει, έχοντας ταυτόχρονα την εντύπωση ότι με αυτό τον τρόπο θα επιτευχθεί και θεραπεία του.

Καμία από αυτές τις μεθόδους δεν ενδείκνυται ως αποτελεσματική και ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να αποφεύγει τέτοιες πρακτικές στα άτομα με τραυλισμό.

ΣΧΕΣΗ ΓΟΝΕΑ ΚΑΙ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Συμβουλευόντας τους γονείς σε ότι αφορά τον τραυλισμό και το παιδί τους

Είναι πολύ σημαντικό να εξετάσει κανείς τις εξηγήσεις και θεωρίες που οι γονείς δίνουν στον τραυλισμό. Μια συζήτηση για το ιστορικό του παιδιού με τραυλισμό, είναι λοιπόν εξαιρετικής σημασίας. Η πιο συνήθης εξήγηση είναι ότι το παιδί «σκέφτεται πιο γρήγορα απ' ότι μπορεί να μιλήσει» και συνήθως συνοδεύεται από ένα αίσθημα περηφάνιας ότι αυτό αποδεικνύει την ανώτερη ευφυΐα του παιδιού (Brown 1949, 173). Αυτή η άποψη εναλλάσσεται και με το ότι «η γλώσσα του παιδιού τρέχει πιο γρήγορα από τη σκέψη του». Μια άλλη θεωρία των γονέων είναι η «νευρικότητα». Φυσικά, όταν αποδίδεται αυτή η θεωρία ως αιτία του τραυλισμού, οφείλει κανείς να ψάξει πιο βαθιά την αιτία της νευρικότητας και ανασφάλειας αυτής, η οποία πηγάζει συνήθως από το σπίτι και την οικογένεια. Γονείς που περήφανα δηλώνουν ότι το παιδί τους είναι υπερβολικά δραστήριο είναι πολύ πιθανόν οι ίδιοι να υποφέρουν από διαφόρων ειδών ανησυχίες και δυσλειτουργίες. Φυσικά το παιδί καθ' όλη τη διάρκεια τέτοιων συζητήσεων, δεν θα πρέπει να είναι παρόν (Brown 1949, 173).

Μια ολοκληρωμένη φυσική ιατρική εξέταση του παιδιού θα πρέπει να γίνει ρουτίνα για τους γονείς, όχι για να αποκαλύψει την αιτία του τραυλισμού, αλλά γιατί δίνει την ευκαιρία στους γονείς να επιβεβαιωθούν ότι δεν υπάρχει καμία οργανική ανωμαλία στο παιδί που να ευθύνεται για τον τραυλισμό.

Η εξέταση του παιδιού από τον λογοθεραπευτή θα πρέπει να γίνεται σε δύο μέρη: παρουσία των γονέων του παιδιού και με το παιδί μόνο του μαζί με το λογοθεραπευτή. Η συμπεριφορά των γονέων κατά την διάρκεια των στιγμών τραυλισμού του παιδιού θα πρέπει να παρατηρηθεί, όπως επίσης και η αντίδραση του παιδιού απέναντι στη συμπεριφορά τους. Η εμφάνιση έντασης κατά τις επαναλήψεις θα πρέπει να σημειωθεί, όπως επίσης και άλλες μορφές διακοπών, όπως τονικά μπλοκαρίσματα, επιμηκύνσεις ήχων και υπερβολική χρήση των «εεε», «ααα», «εεεεεμμμ», κτλ. Θα πρέπει επίσης να παρατηρηθούν γκριμάτσες έκφρασης

και ένταση στα σημεία του σώματος που δεν έχουν σχέση με τον μηχανισμό της ομιλίας.

Όταν εξετάζεται το παιδί μόνο του, ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να είναι όσο πιο άνετος και χαλαρός γίνεται. Δεν θα πρέπει να δίνει την εντύπωση οποιασδήποτε επισημότητας στο παιδί. Εφόσον το παιδί ήδη υποφέρει από υπερβολική ένταση στο λόγο του, ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι προσεκτικός να μην φανεί ότι εξαναγκάζει το παιδί να μιλήσει.

Η βάση της πρώτης συμβουλευτικής εξέτασης είναι να συζητηθεί το ιστορικό, να γίνουν οι δύο εξετάσεις (μια με τους γονείς και μια μόνο με το παιδί) και έπειτα να γίνει μια συζήτηση για το θεωρητικό πλαίσιο του τραυλισμού, το οποίο διαρκεί περίπου μια ώρα.

Κατά τη διάρκεια αυτής της συζήτησης θα πρέπει να δοθεί προσοχή από τον λογοθεραπευτή ώστε να ανακουφιστούν οι όποιες ενοχές εκφραστούν από τους γονείς. Πολλοί γονείς νιώθουν ότι «κατηγορούνται» για πρόκληση τραυλισμού στο παιδί τους και θα πρέπει κανείς με προσοχή και λεπτότητα να επισημάνει ότι τα όποια λάθη έχουν κάνει οι γονείς ήταν αποτέλεσμα της αληθινής τους ανησυχίας και ειλικρινούς αλλά λανθασμένης προσπάθειας να βελτιώσουν το λόγο του παιδιού τους. Εκατομμύρια άλλοι γονείς έχουν κάνει το ίδιο λάθος και ο οποιοσδήποτε γονιός θα έκανε το ίδιο στην παρουσία ενός ελαττώματος του παιδιού του (Brown 1949, 173-4). Δεν είναι ειδικοί στη λογοθεραπεία οι γονείς και ως εκ τούτου είναι άδικο να κατηγορούν τον εαυτό τους για την κακή τους διάγνωση ή θεραπεία.

Εάν το παιδί δείχνει μερική έως καθόλου ένταση στις στιγμές τραυλισμού του, οι γονείς συμβουλεύονται να θεωρούν αυτές τις διακοπές ως φυσιολογικές και όχι λόγος για ανησυχία. Εάν οι γονείς και άλλοι στο άμεσο περιβάλλον του παιδιού δεν αντιδρούν καθόλου στις επαναλήψεις, το ίδιο το παιδί θα πάψει να αντιδρά και οι επαναλήψεις δεν θα είναι πια πρόβλημα ούτε για το παιδί ούτε για κάποιον άλλο. Πιο σημαντικό από την εξάλειψη των φανερών αντιδράσεων των γονιών είναι η αλλαγή της ιδέας τους ότι ο λόγος του παιδιού τους δεν είναι φυσιολογικός. Εάν επιμείνουν στην ιδέα τους ότι το παιδί τους «δεν μιλά όπως θα έπρεπε», οι προσπάθειές τους να καταπίεσουν την φανερή αποδοκιμασία τους στον τραυλισμό είναι μόνο προσωρινή και μερικώς επιτυχής. Οι γονείς πρέπει ανεπιφύλακτα να δεχτούν τη βεβαίωση ότι ο λόγος του παιδιού τους είναι ουσιαστικά φυσιολογικός, εάν θέλουν να σταματήσουν να ανησυχούν γι' αυτόν (Brown 1949, 174).

Σε καμία περίπτωση αυτό δεν σημαίνει ότι οι γονείς θα πρέπει να αγνοήσουν ή να ξεχάσουν τον τραυλισμό στο παιδί ή ότι το παιδί θα ξεπεράσει την διαταραχή του λόγου του από μόνο του. Στόχος είναι να δώσουν προσοχή στον τραυλισμό και να τον αξιολογήσουν σωστά (Brown 1949, 174). Χρειάζονται συνήθως περαιτέρω συνεδρίες και συζητήσεις όπου ζητείται από τους γονείς να κάνουν προσεκτικές παρατηρήσεις των καταστάσεων υπό τις οποίες το παιδί τραυλίζει. Εν τέλει, ως αποτέλεσμα της ανακούφισης των ανησυχιών, οι γονείς παύουν να προσέχουν –εάν όχι όλες- τότε πολλές από τις στιγμές εμφάνισης του τραυλισμού του παιδιού. Αυτό γίνεται σταδιακά και έμμεσα.

Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να αξιολογήσει προσεκτικά το περιβάλλον του παιδιού και να κάνει κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε το οικείο περιβάλλον του παιδιού να καταστεί όσο γίνεται πιο ευνοϊκό και φιλικό προς αυτό (Brown 1949, 174).

Ιδανικά ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να συναντήσει τους γονείς πολλές φορές σε συνεδρίες, κατά τη διάρκεια 2-3 εβδομάδων. Μετά από αυτό και εάν δεν υπάρχουν περίπλοκα προβλήματα που απαιτούν πιο συχνές επισκέψεις, προτείνονται πολλές συναντήσεις παρακολούθησης σε διάστημα 3 με 6 μηνών. Στη δεύτερη συνεδρία, δίνονται ασκήσεις στους γονείς όπου τους ζητείται από αυτούς να κάνουν λεπτομερή παρατήρηση της ομιλίας παιδιών έξω από την οικογένειά τους, και τα οποία δεν θεωρούν ότι τραυλίζουν. Ζητείται λοιπόν από αυτούς να μετρήσουν και να σημειώσουν για παράδειγμα τις επαναλήψεις που ακούν σε διάστημα 5 ή 10 λεπτών. Μπορεί επίσης να τους ζητηθεί να σημειώσουν αστάθειες, επαναλήψεις, παύσεις, κ.ο.κ. στην καθημερινή, αυθόρμητη ομιλία ενήλικων προσώπων. Αυτές οι ασκήσεις θα τους βοηθήσουν τους γονείς να αντιληφθούν την ορθότητα των δηλώσεων όπως έχουν παρουσιαστεί από τον λογοθεραπευτή (Brown 1949, 175).

Τέτοιου είδους θεραπεία μπορεί και να αποτύχει και αυτό καθίσταται σαφές ήδη από τις πρώτες 2 ή 3 θεραπείες, στις οποίες ο θεραπευτής μπορεί ήδη να διακρίνει κατά πόσο οι γονείς είναι πρόθυμοι ή όχι να δεχτούν τις επεξηγήσεις που τους δίνονται και να σταματήσουν να ασκούν πίεση στην ομιλία του παιδιού τους, γεγονός που ενισχύει τη δυσκολία του παιδιού να αντιμετωπίσει τον τραυλισμό. Πολλές τέτοιες «αποτυχίες» οφείλονται στον λογοθεραπευτή. Εάν αυτός εγείρει σοβαρά αισθήματα ενοχής στους γονείς, αυτοί πιθανόν να απορρίψουν την εξήγησή του για να αποφύγουν το βάρος της ενοχής. Ακόμη και ο πιο προσεκτικός θεραπευτής πολλές φορές δεν καταφέρνει να πείσει ορισμένους γονείς.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι αυτή η θεραπεία έχει σχεδιαστεί για τα παιδιά εκείνα που έχουν αναπτύξει κάποιες ανησυχίες σχετικά με τις στιγμές τραυλισμού του και έχουν επίσης σημειώσει μυϊκές συσπάσεις και ένταση κατά τη διάρκεια αυτών των στιγμών. Αφορά μόνο αυτές τις περιπτώσεις. Παιδιά που έχουν επιβεβαιωθεί με τραυλισμό, στα οποία σημαντικό άγχος και ένταση είναι εμφανή, σχεδόν πάντα επωφελούνται από τη βελτίωση του ψυχολογικού περιβάλλοντος και την απάλειψη των εκφράσεων αποδοκιμασίας του τραυλισμού. Εντούτοις, σχεδόν πάντα χρειάζονται περαιτέρω θεραπεία υπό μορφή άμεσης βοήθειας από το λογοθεραπευτή (Brown 1949, 175).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Προτού προχωρήσουμε σε μια ανάλυση των διαταραχών ομιλίας και λόγου και τη συσχέτιση αυτών με τον τραυλισμό, είναι ανάγκη να γίνει η αποσαφήνιση των όρων της γλώσσας και των μερών της γλώσσας, του λόγου, της επικοινωνίας και της ομιλίας.

ΓΛΩΣΣΑ

Είναι κοινώς αποδεκτό στον κόσμο της γλωσσολογίας ότι η γλώσσα είναι φορέας πολιτισμού και δίχως τη γλώσσα δεν υπάρχει κοινωνική εξέλιξη ούτε πολιτιστική ανάπτυξη. Η γλώσσα μας βοηθά να εξωτερικεύουμε τον εσωτερικό μας κόσμο ώστε να γνωρίζουμε τους γύρω μας και εξοικειωνόμαστε με τον εαυτό μας (Μήτσης 1998, 70).

Η γλώσσα είναι ένας ζωντανός οργανισμός, ο οποίος συνεχώς εξελίσσεται και μεταφέρει σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα από έναν άνθρωπο στον άλλο, από τη μια γενιά στην άλλη, με αποτέλεσμα να διαιωνίζονται οι ιδέες και οι γνώσεις για τις κοινωνίες και τις ιστορίες λαών.

Οι γλώσσες που ομιλούνται σήμερα, πάνω στον πλανήτη, υπολογίζονται γύρω στις 7.099 σήμερα (χωρίς να συμπεριλαμβάνονται οι διάλεκτοι).¹

Παρόλο που οι γλωσσολόγοι δυσκολεύονται να καταλήξουν σε ένα ολοκληρωμένο ορισμό για την γλώσσα, κυρίως διότι με την γλωσσολογία συνδέονται πολλές άλλες επιστήμες –όπως ψυχολογία, ιστορία, κ.ά.- ένας αποδεκτός και πλήρης ορισμός της γλώσσας είναι αυτός της Bussmann, σύμφωνα με την οποία η γλώσσα είναι «ένα μέσο για την διατύπωση ή συναλλαγή σκέψεων, απόψεων, γνώσεων και πληροφοριών, καθώς και την καθιέρωση και μετάδοσή τους από γενιά σε γενιά. Βασίζεται σε νοητικές διαδικασίες και καθορίζεται από κοινωνικούς παράγοντες, ιστορική αλλαγή και εξέλιξη» (Bussmann 1998, 627).

Ο Lyons (1981, 3-8) δίνει μια σειρά από ορισμούς γνωστών γλωσσολόγων για τη γλώσσα, οι οποίοι είναι άξιοι αναφοράς ώστε να υπάρχει ολοκληρωμένη εικόνα της πολυποικιλότητας με την οποία διάφοροι γλωσσολόγοι αντιμετωπίζουν την καθημερινή γλωσσική εμπειρία.

Σύμφωνα λοιπόν με τον Sapir (1921, 8) «η γλώσσα είναι αποκλειστικά ανθρώπινος και μη ενστικτώδης μέθοδος επικοινωνίας ιδεών, συναισθημάτων και επιθυμιών μέσω της συνειδητής παραγωγής συμβόλων» (Sapir 1921, 8).

Σύμφωνα με τους Bloch & Trager (1942, 5) γλώσσα είναι «ένα σύστημα αυθαίρετων φωνητικών συμβόλων βάσει των οποίων μια κοινωνική ομάδα συνεργάζεται».

¹ <https://www.ethnologue.com/guides/how-many-languages>

Παρόμοιο ορισμό της γλώσσας έδωσε και ο Hall (1968, 158), σύμφωνα με τον οποίο η γλώσσα είναι «ο θεσμός όπου οι άνθρωποι επικοινωνούν και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους βάσει αυθαίρετων ακουστικών συμβόλων τα οποία έχουν συνηθίσει να χρησιμοποιούν».

Ο Goldstein (2008, 294) όρισε τη γλώσσα ως ένα σύστημα επικοινωνίας που χρησιμοποιεί ήχους ή σύμβολα επιτρέποντάς μας να εκφράσουμε τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τις ιδέες και τις εμπειρίες μας. Παρόμοια περιέγραψε την γλώσσα και ο Weiten, σύμφωνα με την οποία η γλώσσα αποτελείται από σύμβολα τα οποία μεταφέρουν ένα νόημα και κανόνες σύμφωνα με τους οποίους συνδυάζοντας αυτά τα σύμβολα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να δημιουργηθούν άπειρα μηνύματα (Weiten, 2007).

Τέλος, σύμφωνα με τον μεγάλο γλωσσολόγο Chomsky, «η γλώσσα είναι ένα σύνολο προτάσεων η κάθε μια με πεπερασμένο μέγεθος και κατασκευασμένη από πεπερασμένο σύνολο στοιχείων» (1957, 13).

ΤΟΜΕΙΣ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

Οι πέντε τομείς της γλώσσας είναι οι εξής (Βιρβιδάκη & Ταφιάδης 2013, 245):

1. **Σημασιολογία:** Αναφέρεται στο νόημα της γλώσσας
2. **Συντακτικό:** Αναφέρεται στους κανόνες που διέπουν τη γραμματική συγκρότηση των γλωσσικών μονάδων
3. **Μορφολογία:** Αναφέρεται στις μονάδες που ενέχουν σημασία
 - α. Ελεύθερα μορφήματα: μονάδες που μπορούν να σταθούν από μόνες τους (οι περισσότερες λέξεις)
 - β. Δεσμευμένα μορφήματα: μονάδες που δεν μπορούν να σταθούν από μόνες τους και βρίσκονται σε άμεση εξάρτηση από κάποιο άλλο μόρφημα (π.χ. προ)
4. **Πραγματολογία:** Αναφέρεται στα κοινωνικά χαρακτηριστικά της γλώσσας (π.χ. βλεμματική επαφή, τήρηση σειράς)
5. **Φωνολογία:** Αναφέρεται στους ήχους της ομιλίας, τα πρότυπα αυτών και τους κανόνες οργάνωσης των φωνημάτων.

Αναλυτικά οι τομείς πιο κάτω:

1. Σημασιολογία

Η σημασιολογία είναι η επιστήμη της μελέτης των γλωσσικών εννοιών που δύναται να εκφράζονται λεκτικά, και μη λεκτικά (με χειρονομίες). Οι έννοιες είναι σύνθετες και επηρεάζονται σημαντικά από το περιεχόμενο. Οι ορισμοί λέξεων, οι συντακτικές δομές, οι περιβαλλοντικές καταστάσεις, οι σχέσεις των συνομιλητών, οι πραγματολογικές συμπεριφορές και τα υπερτμηματικά χαρακτηριστικά της ομιλίας εμπλέκονται για να δώσουν στη γλώσσα νόημα (Βιρβιδάκη & Ταφιάδης 2013, 264).

2. Συντακτικό

Η σύνταξη είναι η μελέτη της δομής της πρότασης (Βιρβιδάκη & Ταφιάδης 2013, 265-66). Εξετάζει δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η παράταξη των μερών του λόγου, έτσι ώστε όλα τα μέρη του λόγου μαζί να μπαίνουν σε μια λογική σειρά και σε μια τάξη και όλα μαζί να συντάσσονται το ένα κοντά και μαζί με το άλλο (Καρανικόλας, Σπυρόπουλος, Αγγελίδου, Βετσοπούλου, κ.ά 2001, 8). Όλα αυτά αποτελούν τη σύνταξη και ο τομέας της γλώσσας που ασχολείται με αυτά είναι το συντακτικό.

Τα οκτώ μέρη του λόγου συνοψίζονται παρακάτω:

- i. Ουσιαστικό
- ii. Αντωνυμία
- iii. Επίθετο
- iv. Επίρρημα
- v. Ρήμα
- vi. Σύνδεσμος
- vii. Επιφώνημα
- viii. Πρόθεση

3. Μορφολογία

Η μορφολογία είναι η επιστήμη που μελετά τον τρόπο με τον οποίο τα μορφήματα (οι μικρότερες μονάδες σημασίας) συνδυάζονται για να σχηματίσουν λέξεις. Διακρίνεται σε ελεύθερα μορφήματα και σε δεσμευμένα μορφήματα (Βιρβιδάκη & Ταφιάδης 2013, 258-260).

Τα ελεύθερα μορφήματα είναι λέξεις οι οποίες μπορούν να σταθούν μόνες τους και προσδίδουν νόημα σε μια πρόταση (π.χ. υπόθεση ή αγόρι), ενώ τα δεσμευμένα μορφήματα (π.χ. -ες, -οι, -ει) αποτελούν υποχρεωτικά τμήματα λέξεων. Τα

γραμματικά μορφήματα είναι ελεύθερα ή δεσμευμένα σε μικρό ή καθόλου νόημα όταν παράγονται ως αυτόνομες μονάδες. Ενδεικτικά συμπεριλαμβάνουν τα άρθρα (ο, η, το κ.λ.π.).

Τα δεσμευμένα μορφήματα διακρίνονται σε παραγωγικά και σε κλιτικά. Τα παραγωγικά μορφήματα είναι εκείνα που αλλάζουν το νόημα και την γραμματική κατηγορία μιας λέξης (π.χ. το ρήμα ζωγραφίζω στο ουσιαστικό ζωγραφική, ή το επίθετο γρήγορος στο επίρρημα γρήγορα). Τα κλιτικά μορφήματα τροποποιούν τον χρόνο μιας λέξης ή τον αριθμό της αλλά δεν επηρεάζουν το βασικό νόημα αυτής ή την γραμματική της κατηγορίας (π.χ. το ουσιαστικό κότα αναφέρετε στο πουλερικό ακόμη και μετά την προσθήκη του μορφήματος δεικτών πληθυντικού -ες) (Βιρβιδάκη & Ταφιάδης 2013, 258-260).

4. Πραγματολογία

Η πραγματολογία είναι η μελέτη της χρήσης της γλώσσας σε επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις. Οι πραγματολογικές συμπεριφορές διαφοροποιούνται ανάλογα την περίσταση και το περιβάλλον (Βιρβιδάκη & Ταφιάδης 2013, 264).

5. Φωνολογία

Σύμφωνα με την Nespor (2011), ο όρος «Φωνολογία» αναφέρεται στα δομικά στοιχεία που αποτελούν ένα λεκτικό σύνολο, τους ήχους δηλαδή μιας λέξης. Ο ομιλητής χρησιμοποιεί συγκεκριμένους ήχους, τους συνδέει και με αυτόν τον τρόπο δημιουργεί ένα λεκτικό σύνολο με νόημα. Επομένως, η φωνολογία ορίζεται ως η επιστήμη που έχει ως αντικείμενο μελέτης τους ήχους που χρησιμοποιεί ο ομιλητής, αλλά και τις σχέσεις μεταξύ αυτών των ήχων, για το σχηματισμό λέξεων με νόημα (Nespor, 2011).

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Επικοινωνία είναι οι σκόπιμες συμπεριφορές ενός ατόμου που επιδιώκει να επηρεάσει τη συμπεριφορά κάποιου άλλου ή κάποιων άλλων με την προσδοκία ότι οι άλλοι λάβουν και θα αντιδράσουν στο δικό του μήνυμα (Αρσενοπούλου & Μεράβογλου). Η επικοινωνιακή πράξη περιέχει το στοιχείο της πρόθεσης και είναι μια ενεργητική, αμφίδρομη διαδικασία ανάμεσα στον ομιλητή και τον ακροατή (Kiernan, Reid & Goldbart 1987).

Αυτοί οι ρόλοι εναλλάσσονται και εξαρτώνται ο ένας από τον άλλον. Τέλος μοιράζονται ένα κοινό κώδικα που τον κατανοούν και οι δύο και το χρησιμοποιούν για να εκφράσουν και να στείλουν πληροφορίες σχετικές με ανάγκες, επιθυμίες, αντιλήψεις, γνώσεις ή συναισθηματική τους κατάσταση (Jones, 1990).

Οποιοσδήποτε τρόπος, λεκτικός ή μη λεκτικός, μέσω του οποίου ένα άτομο ανταλλάσσει, ανακοινώνει, πληροφορεί για βιώματα, ιδέες, γνώσεις, καταστάσεις, ανάγκες και συναισθήματα σ' ένα άλλο άτομο θεωρείται επικοινωνία. Η επικοινωνία επιτυγχάνεται μέσω πράξεων ομιλίας, δηλαδή μέσω των πιθανολογούμενων προθέσεων ενός ομιλητή όταν εκφέρει μια φράση σε σχέση με έναν ακροατή. Η επικοινωνία αποτελεί βασική λειτουργία του λόγου και οι πράξεις ομιλίας τις βασικές μονάδες της επικοινωνίας (Γιαννετοπούλου).

ΟΜΙΛΙΑ

Ομιλία είναι ο προφορικός τρόπος επικοινωνίας (Αρσενοπούλου & Μεράβογλου). Η ομιλία είναι ένας ατομικός, προσωπικός τρόπος πραγμάτωσης της γλώσσας. Διεξάγεται μέσα σε ορισμένες επικοινωνιακές περιστάσεις. Η ομιλία συνιστά μια εκδήλωση της γλώσσας και η γλώσσα αποτελεί σημαντικό συστατικό της ανθρώπινης επικοινωνίας (Crystal & Varley, 1998). Είναι μία περίπλοκη λειτουργία που απαιτεί ακριβή συντονισμό μεγάλων μυϊκών ομάδων (αναπνοή) με μικρότερων ομάδων (φωνή και άρθρωση) για την παραγωγή ήχων και γλωσσικών μονάδων, όπως φωνήματα, συλλαβές, λέξεις, προτάσεις (Bernstein & Tiegerman, 1993).

Οι πέντε διαδικασίες της ομιλίας είναι:

1. Αναπνοή
2. Φώνηση
3. Άρθρωση
4. Αντήχηση
5. Προσωδία

Μη λεκτικά στοιχεία συμβάλλουν επίσης στη διαδικασία της ομιλίας. Το μη-λεκτικό μήνυμα υποστηρίζει αυτό που λέγεται ή έρχεται σε αντίθεση με την λεκτική έκφραση και την ακυρώνει.

ΛΟΓΟΣ

Λόγος είναι η εσωτερική αναπαράσταση της πραγματικότητας (Αρσενοπούλου & Μεράβογλου). Το άτομο που έχει λόγο έχει αποκωδικοποιήσει και εσωτερικεύσει κάποια χαρακτηριστικά της πραγματικότητας με τέτοιο τρόπο που μπορεί να αναπαραστήσει την ύπαρξη και τις σχέσεις των αντικειμένων χωρίς να είναι παρόντα. Αυτό συμβαίνει χρησιμοποιώντας λέξεις ή νοήματα. Η απόκτηση του λόγου σημαίνει την ικανότητα να αντιπροσωπεύει ένα πράγμα με κάτι άλλο και να συσχετίζει αυτές τις συμβολικές αναπαραστάσεις. Κάποιος μπορεί να έχει λόγο αλλά να μη μπορεί να χρησιμοποιήσει λέξεις ή νοήματα (Kiernan, Reid & Goldbart 1987).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ

Προτού προχωρήσουμε σε μια ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ των διαταραχών λόγου και ομιλίας με τον τραυλισμό, θα πρέπει να αποσαφηνιστεί η διαφορά μεταξύ των δύο.

ΟΡΙΣΜΟΣ

A. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ

Οι διαταραχές του λόγου περιλαμβάνουν δυσκολίες στην κατανόηση, στην έκφραση ή στη χρήση του λόγου. Οι δυσκολίες αυτές, μπορεί να επηρεάζουν το περιεχόμενο, δηλαδή τις έννοιες ή το λεξιλόγιο, τη μορφή, δηλαδή τη σύνταξη, μορφολογία, γραμματική, φωνολογία και τη σωστή χρήση, δηλαδή κατά πόσο ο λόγος που χρησιμοποιείται είναι κατάλληλος για τη συγκεκριμένη επικοινωνιακή στιγμή. Οι δυσκολίες αυτές επηρεάζουν περίπου το 19% του γενικού πληθυσμού και διαχωρίζονται στις πιο κάτω κατηγορίες²:

- *Γενική καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου:* Το παιδί παρουσιάζει μία αργοπορία στην εξέλιξη του λόγου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η αργοπορία αυτή επηρεάζει όλους του τομείς του λόγου, λεξιλόγιο, γραμματική, κατανόηση.
- *Ειδική Γλωσσική Διαταραχή:* Είναι μία αναπτυξιακή γλωσσική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από αργό ρυθμό γλωσσικής ανάπτυξης και έχει ως βασικό χαρακτηριστικό την έντονη δυσκολία στη χρήση των λειτουργικών μορφημάτων π.χ. άρθρα , προθέσεις και της γραμματικής μορφολογίας π.χ. καταλήξεις. Παρουσιάζεται σε ποσοστό 7% του πληθυσμού.
- *Πραγματολογικές Διαταραχές-Πραγματολογική Γλωσσική Διαταραχή:* Διαταραχές που σχετίζονται με τη σωστή χρήση του λόγου.
- *Μαθησιακές Δυσκολίες:* Μία μεγάλη ομπρέλα δυσκολιών που συμπεριλαμβάνει μία σωρεία δυσκολιών στη μάθηση του παιδιού, π.χ. ειδική Μαθησιακή Δυσκολία/Δυσλεξία, αναγνωστικές δυσκολίες, δυσκολίες στην ανάπτυξη του γραπτού λόγου, γενικευμένες μαθησιακές δυσκολίες κ.ο.κ.

B. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

Οι διαταραχές της ομιλίας μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα του συνδυασμού των ήχων για την άρθρωση των λέξεων, την ποιότητα της φωνής και τον ομαλό ρυθμό. Διαταραχές της ομιλίας είναι τα εξής:

² Οι πληροφορίες έχουν ανακτηθεί από την ιστοσελίδα <http://www.paidiatros.com/paidi/omilia/logos-omilia-anaptyxi-diataraxes>.

- *Διαταραχή της Άρθρωσης*: Είναι η δυσκολία στη σωστή παραγωγή των ήχων που έχει ως αποτέλεσμα τη μη κατανοητή- δυσνόητη ομιλία. Χαρακτηρίζεται από:
 - Αφαιρέσεις ήχων
 - Αλλοιώσεις ήχων
 - Αντικαταστάσεις ήχων
- *Φωνολογική Διαταραχή*: Έχει ως χαρακτηριστικό τη λανθασμένη αποτύπωση των φωνολογικών κανόνων, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται ομάδες ήχων. Η διαταραχή αυτή εκδηλώνεται με πολλαπλές αλλοιώσεις, παραλείψεις και μεταθέσεις ήχων και συλλαβών.
- *Δυσαρθρία*: Διαταραχή η οποία σχετίζεται με την έλλειψη συντονισμού μεταξύ της αναπνοής, της άρθρωσης, της φώνησης και της προσωδίας.
- *Απραξία*: Διαταραχή η οποία σχετίζεται με δυσκολίες στον προγραμματισμό, στη συντονισμένη και με ακρίβεια εκτέλεση των αρθρωτικών κινήσεων.
- *Τραυλισμός*: Είναι η διαταραχή στη ροή της ομιλίας με επαναλήψεις ήχων, συλλαβών, λέξεων, ακατάλληλες παύσεις και επιμακρύνσεις ήχων.
- *Φωνητικές Διαταραχές/Δυσφωνίες*: Είναι οι διαταραχές που σχετίζονται με την οποιαδήποτε αλλαγή στην ποιότητα της φωνής του ατόμου. Οι αλλαγές αυτές ενδέχεται να επηρεάσουν τον τόνο, την ένταση ή και την ποιότητα της φωνής και μπορεί να οφείλονται σε λειτουργικούς, παθολογικούς, νευρολογικούς ή ψυχολογικούς λόγους.

ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ

Τα πιθανά αίτια των διαταραχών του λόγου και της ομιλίας μπορούν να διαχωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στα οργανικά και μη οργανικά-περιβαλλοντικά³.

A. Πιθανά οργανικά αίτια:

- Προβλήματα ακοής
- Εγκεφαλικά επεισόδια
- Εγκεφαλική παράλυση ή άλλες νευρολογικές παθήσεις
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

³ Οι πληροφορίες έχουν ανακτηθεί από την ιστοσελίδα <http://www.paidiatros.com/paidi/omilia/logos-omilia-anaptyxi-diataraxes>.

- Νοητική Καθυστέρηση
- Ανατομικές δυσπλασίες
- Λειτουργικά προβλήματα των οργάνων της άρθρωσης
- Παθολογίες του λάρυγγα

B) Πιθανά Μη Οργανικά αίτια:

- Η συμβολή του γλωσσικού περιβάλλοντος είναι αναμφίβολα ένας από τους κυριότερους παράγοντες στην εξέλιξη του λόγου. Τα αποτελέσματα ερευνών που είχαν ως στόχο την φωνολογική ανάλυση του φωνητικού παιγνιδιού σε βρέφη, έδειξαν ότι οι ήχοι στο βάβισμα των παιδιών ήταν ήχοι από το γλωσσικό σύστημα του περιβάλλοντος του παιδιού. Αυτά τα αποτελέσματα προδίδουν την αναγκαιότητα σωστών γλωσσικών ερεθισμάτων από τη γέννηση του παιδιού. Το άτομο ή τα άτομα τα οποία μεγαλώνουν το παιδί πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρουν σωστά γλωσσικά ερεθίσματα και όχι ένα συνδυασμό από διάφορα γλωσσικά συστήματα.
- Δημιουργία ανάγκης για επικοινωνία: Το οικογενειακό σύστημα πρέπει να δημιουργεί τις απαραίτητες συνθήκες ώστε το παιδί να θέλει να επικοινωνήσει και να μοιραστεί λεκτικά τις εμπειρίες του. Η συμβολή τόσο της οικογένειας, όσο και του σχολείου στον τομέα αυτό κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντική.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Πολλές έρευνες έχουν εξετάσει τη συνύπαρξη και τη σχέση του τραυλισμού και άλλων διαταραχών λόγου και ομιλίας. Έχουν προσπαθήσει να διευκρινίσουν τη φύση του τραυλισμού σε παιδιά και ενήλικες, τον τύπο και τη συχνότητα των συνυπάρχων διαταραχών λόγου και ομιλίας, και να παρέχουν υποστήριξη σε μικρές ομάδες του πληθυσμού από άτομα που τραυλίζουν (Conture 2001, Nippold, 1990, Nippold 2001, Schwartz & Conture, 1998, Watkins & Yairi 1997, Yairi 1990, Yairi & Ambrose, 1992, 1999).

Οι διαταραχές λόγου και ομιλίας μπορεί να επηρεάσουν όχι μόνο την ικανότητα του ατόμου για λεκτική επικοινωνία αλλά και τη συμπεριφορά και κοινωνικοποίηση του, τη ψυχοσυναισθηματική του ισορροπία και την προσπάθειά του για μάθηση (Κουμπιάς & Φουστάνα, 2003). Όπως είναι πλέον γνωστό η ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού συντελείται ταυτόχρονα σε όλους τους επιμέρους αναπτυξιακούς τομείς (αδρά και λεπτή κίνηση, αντίληψη, κοινωνικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συναίσθημα). Όλες οι περιοχές της ανάπτυξης είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους με αποτέλεσμα οποιαδήποτε καθυστέρηση ή διαταραχή της μιας να μπορεί να επηρεάσει και άλλους τομείς (Νικολάου-Παπαναγιώτου 1995)

Μια έρευνα των Arndt και Healey, το 2001 προσπάθησε να καθορίσει τον αριθμό παιδιών που τραυλίζουν και την συνύπαρξη διαταραχών λόγου και ομιλίας. Συμπέραναν, βάση των δεδομένων της έρευνας τους από 241 ειδικούς που ασχολούνται με τις διαταραχές και από 10 διαφορετικές πολιτείες της Αμερικής, ότι το 56% από τα 467 παιδιά που τραυλίζουν παρουσίαζαν μόνο διαταραχή στην ευφράδεια του λόγου, ενώ, το 44% (205 άτομα) παρουσίαζαν διαταραχή στην ευφράδεια και ταυτόχρονα διαταραχή ομιλίας ή/και λόγου.

Επίσης πήραν πληροφορίες σχετικά με θεραπευτικές μεθόδους για παιδιά με τραυλισμό και συνυπάρχουσα διαταραχή λόγου και ομιλίας. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η πλειοψηφία των ειδικών που ασχολείται με τις διαταραχές, δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν μια «ανάμικτη» θεραπευτική προσέγγιση. Για αυτές τις συνυπάρχων διαταραχές, χαρακτηρίστηκε το να αντιμετωπίζεις και τις δυο διαταραχές ταυτόχρονα μέσα στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα τους παρέχουν σημαντικές επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη σχέση ανάμεσα σε ευφράδεια, διαταραχές λόγου και ομιλίας, όπως επίσης και οι επιλογές θεραπείας ανάμεσα σε ειδικούς που ασχολούνται με τις συγκεκριμένες διαταραχές. (Arndt and Healey 2001)

Μια άλλη έρευνα από τους St Louis, Murray και Ashworth (1991) που σκοπό είχε να μετρήσει τη συχνότητα των φωνολογικών λαθών σε άτομα με τραυλισμό, εξέτασε την ομιλία σε 24 παιδιά που ο τραυλισμός τους είχε διαγνωστεί κατά τη διάρκεια της έρευνας «National Speech and Hearing Survey» (NSHS) (Hull et al., 1976). Από μια βάση δεδομένων σχεδόν 39,000 παιδιών, οι ερευνητές διάλεξαν τυχαία 2 παιδιά με τραυλισμό από κάθε τάξη της 1^η δημοτικού μέχρι και την 3^η λυκείου (ηλικίες 6,8 – 17,5 , μέσος ορός = 12,6). Η τελική ομάδα παιδιών αποτελείτο από 19 άντρες και 5 γυναίκες. Οι ερευνητές επιβεβαίωσαν τη διάγνωση του τραυλισμού των συγκεκριμένων ατόμων με την ανάλυση των διαταραχών της ροής ομιλίας που γινόταν από κάθε παιδί ξεχωριστά, μέσω ενός ηχογραφημένου δήγματος ομιλίας από συζήτηση που είχαν. Επίσης για κάθε παιδί ξεχωριστά, εξέτασαν την ηχογράφηση, από τις απαντήσεις τους στην ονομασία εικόνων σε ένα αρθροτικό τεστ (GFTA) (Goldman & Fristoe 1968) το οποίο χορηγήθηκε κατά τη διάρκεια της έρευνας (NSHS). Λάθη στους ήχους της ομιλίας (παραλήψεις, αντικαταστάσεις και παραμορφώσεις) και τοποθέτησης (αρχή, μέση, τέλος) σε απομονωμένες λέξεις είχαν επίσης παρατηρηθεί. Σαν σύνολο τα 24 παιδιά παρήγαγαν μέσο όρο λαθών 3,4. Στη συνέχεια το κάθε παιδί χαρακτηρίστηκε να έχει φυσιολογική φωνολογία (0 – 1 λάθη), ή ήπια φωνολογική διαταραχή (2 – 4 λάθη), μέτρια φωνολογική διαταραχή (5 – 9 λάθη), ή σοβαρή φωνολογική διαταραχή (10 ή περισσότερα λάθη). Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα κριτήρια, το 58% των παιδιών χαρακτηρίστηκε να έχει φυσιολογική φωνολογία, και το 42% παρουσιάστηκε να έχει φωνολογική διαταραχή. Από τα παιδιά που παρουσίασαν φωνολογική διαταραχή, το ποσοστό είναι:

- Ήπια = 21%
- Μέτρια = 13%
- Σοβαρή = 8%

Αυτά τα αποτελέσματα έκαναν τους ερευνητές να φτάσουν στο συμπέρασμα ότι οι φωνολογικές διαταραχές παρουσιάζονται σε σημαντικό ποσοστό ατόμων με τραυλισμό (St Louis et al., 1991).

Μια άλλη έρευνα των Yaguss et al. (1998) εξέτασε τα διαγνωστικά δεδομένα από 99 παιδιά ηλικίας 2 – 6 χρονών (μέσος όρος ηλικίας: 4.7), που αξιολογήθηκαν σε κλινική ειδική για διαταραχές λόγου και ομιλίας, μέσα σε μια περίοδο 12 χρόνων (1978 - 1990). Τα παιδιά παρευρέθηκαν στη συγκεκριμένη κλινική μετά από ανησυχίες των γονέων ότι μπορεί να έχουν τραυλισμό. Χορηγήθηκαν διάφορα αξιολογητικά εργαλεία λόγου και ομιλίας στο κάθε παιδί για να διαγνωστεί η παρουσία τραυλισμού ή κάποιας διαταραχής λόγου ή ομιλίας. Η χρήση φωνολογικής επεξεργασίας εξετάστηκε σε κάθε παιδί μέσω τεστ κατονομασίας εικόνων και αυθόρμητης συζήτησης ανάμεσα στο παιδί και στο γονιό. Χρησιμοποιώντας κατευθυντήριες γραμμές παρόμοιες με αυτές του Louko et al.(1990), το παιδί τείνει να έχει φωνολογικές διαταραχές αν παρουσιάζονται 2 ή περισσότερες άτυπες ή ακατάλληλες για την ηλικία του παιδιού επεξεργασίες. Οι ερευνητές ανέφεραν ότι το 37% των παιδιών παρουσίαζαν φωνολογικές διαταραχές.

Τέλος, ένα αδιαμφισβήτητο γεγονός σχετικά με τον τραυλισμό και το οποίο και έχει προαναφερθεί είναι το μεγαλύτερο ποσοστό συχνότητας στους άντρες σχετικά με τις γυναίκες. Η γενική συχνότητα είναι 3 άντρες προς 1 γυναικά (Bloodstein, 1995; Van Riper, 1982). Λίγες έρευνες εξέτασαν τον φυλετικό παράγοντα όσον αφορά συνυπάρχουσες διαταραχές. Ωστόσο είναι πιθανόν οι άντρες να εμφανίζουν διαφορές όσον αφορά τον τύπο και τη συχνότητα των συνυπάρχων διαταραχών από τις γυναίκες (Bloodstein 1995).

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν αρκετές έρευνες για το αν ο τραυλισμός συνδέεται με τις διαταραχές λόγου και ομιλίας, εντούτοις τα στοιχεία που έχουμε μέχρι στιγμής δεν αποδεικνύουν την απόλυτη σύνδεσή τους. Παρόλο που σε ένα μικρό ποσοστό ατόμων με τραυλισμό παρουσιάζονται διαταραχές λόγου και ομιλίας δεν μπορούμε να συμπεράνουμε με βεβαιότητα ότι ο τραυλισμός συνυπάρχει με άλλες διαταραχές λόγου και ομιλίας σε όλες τις περιπτώσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Ο Guitar τονίζει ότι ακόμη και αν δεν γνωρίζουμε ακόμη όλα σχετικά με τον τραυλισμό, μπορούμε ωστόσο με αυτά που γνωρίζουμε μέχρι στιγμής να βοηθήσουμε πολλούς από τους ασθενείς με τραυλισμό (Guitar, 2006).

Για την καταπολέμηση του τραυλισμού εφαρμόζονται παγκοσμίως πολλά θεραπευτικά προγράμματα, τα οποία δίνουν αρκετά καλά αποτελέσματα. Μέχρι σήμερα ωστόσο καμία μέθοδος θεραπείας του τραυλισμού δεν εγγυάται απόλυτη επιτυχία και αποθεραπεία σε όλους όσους πάσχουν από τη διαταραχή αυτή (Ανδρέου 1994, 47).

Σύμφωνα με το DSM-IV, το 80% των ατόμων με τραυλισμό αντιμετωπίζουν το πρόβλημα εξαλείφονται τα συμπτώματα, επανακτώντας την κανονικότητα του λόγου τους, με το 60% να το κάνει αυτόματα και αυθόρμητα. Η ανάκτηση γίνεται συνήθως πριν τα 16 χρόνια του ατόμου (American Psychiatric Association 1994, 63).

Λόγω του ότι δεν έχουν διασαφηνιστεί τα αίτια του τραυλισμού, οι μέθοδοι θεραπείας ποικίλουν αναλόγως με την αιτία που αποδίδει έκαστος ειδικός στον τραυλισμό. Ωστόσο, σε γενικότερο πλαίσιο η διαφοροποίηση των μεθόδων θεραπείας γίνεται με βάση τα συμπτώματα που είναι αντιληπτά δια της ακοής και με βάση τις πιθανές αιτίες που δημιούργησαν τον τραυλισμό. Ως εκ τούτου και στη λογοθεραπεία ακολουθούνται δύο κατευθύνσεις: οι θεραπείες με κατεύθυνση στα συμπτώματα (από έξω προς τα μέσα) και οι θεραπείες με κατεύθυνση στις αιτίες (από μέσα προς τα έξω).

A. Χαλάρωση

Η ένταση είναι το αντίθετο της χαλάρωσης και έχει παρατηρηθεί -όπως έχει προαναφερθεί ότι τη στιγμή του τραυλισμού, το άτομο παρουσιάζει σημάδια έντασης στο σώμα, τις κινήσεις και το πρόσωπό του. Γι' αυτό το λόγο, οι ασκήσεις χαλάρωσης είναι πολύ σημαντικές και πρέπει να εφαρμόζονται σε κάθε είδους θεραπεία του τραυλισμού.

Ο καλύτερος τρόπος για να αντιληφθεί το άτομο πως είναι να χαλαρώνει, είναι τονώνοντας ξεχωριστά και συνειδητά τα διάφορα μέρη του σώματός του και μετά αποσύροντας τη δύναμη που χρησιμοποίησε. Τεντώνοντας τους μύες του και πριν τους τονώσει, βάζει την ένταση οικιοθελώς στο σώμα του, έχοντας πλήρη έλεγχο της κατάστασης με το μυαλό του (Gifford 1940, 8). Η ένταση που νιώθει το άτομο με τραυλισμό όταν μιλά είναι συνήθως ακουσία. Είναι δηλαδή σχεδόν αυτόματα συνδεδεμένη με τους φόβους και άλλα συναισθηματικά μοτίβα που έχει κτίσει σε συνδυασμό με τα μπλοκαρίσματα που ανήκουν στο λόγο. Απαιτείται λοιπόν πρωτίστως χαλάρωση για το άτομο με τραυλισμό και μια τέτοια άσκηση χαλάρωσης προτείνεται από τον Gifford (1940, 8-17) η οποία ταυτόχρονα φανερώνει την ταχύτητα με την οποία το σώμα αντιδρά σε σχέση με το μυαλό. Οι οδηγίες στο άτομο από το λογοθεραπευτή κατά τη διάρκεια της άσκησης έχουν ως εξής:

- Ξάπλωσε στην πλάτη σου και κλείσε τα μάτια.
- Επέτρεψε στα χέρια σου να πέσουν απαλά δίπλα σου. Μείνε ακίνητος απόλυτα ακίνητος. Με το μυαλό σου δώσε εντολή σε όλα τα μέρη του σώματος σου να αφεθούν ελευθέρω.
- Θα χαλαρώσεις, νιώσε γαληνή, αφέσου.
- Συνειδητά και συστηματικά, άρχισε να τονώνεις και να χαλαρώνεις εναλλάξ το σώμα σου. Για να νιώσεις τη διαφορά ανάμεσα στην τόνωση και στη χαλάρωση, διοχέτευσε την ένταση στα δάκτυλα σου. Τώρα απόσυρε την. Χαλάρωσε.
- Με τον ίδιο τρόπο σπρώξε την ένταση στα πόδια και στα γόνατα. Κάθε φορά να αποσύρεις την ένταση και να χαλαρώνεις.
- Νιώσε με τη δύναμη του μυαλού σου κάθε κομμάτι του σώματος σου. Διοχέτευσε την ένταση στα πόδια. Απόσυρε την. Τώρα τόνωσε τους μηρούς, τους γοφούς, τους μύς της πλάτης και των ώμων.
- Χαλάρωσε κάθε σωματικό κομμάτι που έχεις τονώσει. Τόνωσε και χαλάρωσε το πάνω και κάτω μέρος των χεριών. Σφίξε τις γροθιές. Άνοιξε τες. Τόνωσε τα δάκτυλα και μετά νιώσε την ένταση να φεύγει μέσα από κάθε άκρη των δακτύλων σου.
- Τώρα τόνωσε το λαιμό, το κεφάλι και όλους τους μύς του. Χαλάρωσε εντελώς.
- Τώρα τόνωσε και χαλάρωσε τους καρπούς και τέλος τους εξωτερικούς μύες στο στήθος. Συγκέντρωσε την σκέψη σου σε όλα τα μέρη του σώματος σου καθώς τα τονώνεις και τα χαλαρώνεις.
- Τώρα ξέχνα αυτό το κομμάτι και άφησε την φαντασία σου να προχωρήσει βαθύτερα. Φαντάσου σαν να είσαι μέσα στο μυαλό σου και αφέσου. Δε χρειάζεται να έχεις ένταση πλέον. Νιώθεις σαν όλη η δύναμη από το σώμα σου να φεύγει. Κάθε σου μύς είναι χαλαρός και ξεκουράζεται.
- Συγκέντρωσε την σκέψη σου μέσα στο στήθος κοντά στη καρδιά. Εδώ πρέπει να νιώθεις πολύ ακίνητος. Σκέψου και νιώσε να είσαι ακίνητος. Όλο και περισσότερο ακίνητος. Απλά αφέσου. Αφέσου. Τώρα ξεκουράσου.

Μια φορά τη μέρα να γίνεται αυτή η σχολαστική άσκηση χαλάρωσης. Η καλύτερη ώρα για τα παιδιά είναι μετά το σχολείο και για τους ενήλικες μετά τη δουλειά. Εάν για 5 λεπτά τη μέρα γίνεται αυτή η άσκηση, τότε σταδιακά αυτή η αίσθηση χαλάρωσης και ευεξίας θα γίνει όλη η διάθεση του ατόμου (Gifford 1940, 8-17). Με αυτό τον τρόπο το άτομο με τραυλισμό θα μπορεί να εφαρμόσει καλύτερα το θεραπευτικό του πρόγραμμα –όποιο κι αν είναι αυτό.

B. Αυθυποβολή

Η αυθυποβολή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ξεχωριστή μέθοδος θεραπείας του τραυλισμού ή ως τμήμα ενός θεραπευτικού προγράμματος (π.χ. πρόγραμμα S.L.2). Η δύναμη της αυθυποβολής είναι τεράστια και η χρήση της μεθόδου αυτής στα άτομα με τραυλισμό είναι πολύ σημαντική. Το άτομο με τραυλισμό επιλέγει μια πρόταση με

θετική χροιά που αντιπροσωπεύει την επιθυμία του να αποθεραπευτεί από τον τραυλισμό και την επαναλαμβάνει ρυθμικά αρκετές φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας, όπως «Σήμερα μιλώ τέλεια», «Κάθε μέρα ο τραυλισμός μου καλύτερεύει» (Ανδρέου 1994, 56, Boome & Richardson 1932, 100). Ωστόσο, η αρνητική υποβολή κάνει περισσότερο κακό απ' ό τι καλό. Ένα παράδειγμα που γενικά τείνει να αυξάνει το πρόβλημα είναι «Δεν θα τραυλίσω», το οποίο μάλλον υπενθυμίζει τη διαταραχή και τις φοβίες και το άγχος που επιφέρει και δεν βοηθούν ώστε αυτά να ξεχαστούν (Boome & Richardson, 1932, 100). Η μέθοδος αυτή σε συνδυασμό και με άλλες θεραπευτικές μεθόδους μπορεί να δώσει αρκετά καλά αποτελέσματα και πρωτίστως να αναπτρώσει το ηθικό του ατόμου με τραυλισμό.

Μεγάλη προσοχή θα πρέπει να έχουν και οι ειδικοί ώστε να μη δίνουν αρνητικές συμβουλές. Εάν για παράδειγμα ο λογοθεραπευτής συμβουλευσει το άτομο με τραυλισμό να μην σκέφτεται τα γράμματα ή τις λέξεις, να μη φοβάται να μιλήσει και να μην αγχώνεται, τότε οι ίδιες οι συμβουλές υπενθυμίζουν το πρόβλημα και έχουν αντίθετα αποτελέσματα. Οι προτάσεις του λογοθεραπευτή θα πρέπει να έχουν στόχο να εντυπώσουν στο άτομο με τραυλισμό συνήθειες σωματικής και νοητικής χαλάρωσης (Boome & Richardson 1932, 100).

Σύμφωνα με τον Van Riper (1953) ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να είναι ιδιαίτερος προσεκτικός να μην δίνει αρνητικές οδηγίες. Υπενθυμίζοντας στα άτομα με τραυλισμό να μην σκέφτονται τα γράμματα και τις λέξεις που και να μην φοβούνται να μιλήσουν, μάλλον τους θυμίζουν την φοβία τους, ενισχύοντάς την παρά την αποτρέπουν. Τέτοιου είδους συμβουλές από το λογοθεραπευτή θα πρέπει να αποφεύγονται καθώς όχι μόνο δεν αποτρέπουν την εκδήλωση τραυλισμού, αλλά ενισχύουν το πρόβλημα και δημιουργούν περαιτέρω φοβίες και άγχος στα άτομα με τραυλισμό.

Μια βασική αρχή και τακτική η οποία πρέπει να καταργηθεί εξ ολοκλήρου από τον λογοθεραπευτή είναι να κατηγορεί το παιδί εάν δεν συλλάβει το νόημα της θεραπείας ή της πληροφορίας ή και συμβουλής. Δεν μπορείς να του πεις, όπως θα έλεγες σε ένα κανονικό μαθητή, ότι του λείπει η θέληση και ότι αυτός είναι ο λόγος αποτυχίας της θεραπείας. Εάν το κάνεις, σύμφωνα με τον Smith, αυτό υποδεικνύει τη δική σου δυσλειτουργία, παρά τη δική του (Smith, 1948, 81-82).

Γ. Εκούσιος Τραυλισμός

Ο εκούσιος τραυλισμός σύμφωνα με τον Reitzes (2005) είναι το μόνο, πιο παραγωγικό εργαλείο στη διάθεση ενός ατόμου με τραυλισμό. Πιο απλά, εκούσιος τραυλισμός είναι όταν ένα άτομο με τραυλισμό τραυλίζει επίτηδες όταν συνομιλεί με άλλο πρόσωπο. Πρόκειται για μια θεωρία που αναπτύχθηκε από τον Knight Dunlap και βρήκε πολλούς υποστηρικτές στον χώρο της λογοθεραπείας (Bender 1944, 222).

Για παράδειγμα, ένα άτομο με τραυλισμό μπορεί να ξεκινήσει μια συζήτηση με σκοπό να τραυλίζει εκούσια στις πρώτες λέξεις που θα πει. Αυτός είναι ένας πολύ καλός τρόπος να εκδηλώσει ανοιχτά τον τραυλισμό του χωρίς την ανάγκη να τον κρύψει. Τραυλίζοντας εκούσια νωρίς στις συζητήσεις, ο ομιλητής ελέγχει πότε και πως εμφανίζεται ο τραυλισμός του και με αυτό τον τρόπο αποτρέπει τον φόβο του να τραυλίσει, έχοντας ο ίδιος τον έλεγχο της κατάστασης.

Σύμφωνα με τη μέθοδο του εκούσιου τραυλισμού, το άτομο με τραυλισμό επαναλαμβάνει τον πρώτο ήχο κάθε λέξης με σαφήνεια και καθαρότητα πολλές φορές, και αλλάζοντας τον αριθμό των επαναλήψεων στην αρχή κάθε λέξης για να μην καθιερώσει ένα μοτίβο ομιλίας βάσει των επαναλήψεων. Όταν το άτομο με τραυλισμό παρουσιάσει μια στιγμή τραυλισμού (χρησιμοποιώντας την μέθοδο του εκούσιου τραυλισμού), ζητείται από αυτό να επαναλάβει τη λέξη έως ότου μπορέσει να την πει χωρίς δυσκολία. Σε πολυσύλλαβες λέξεις, ο εκούσιος τραυλισμός εξασκείται σε κάθε συλλαβή και με διάφορους συνδυασμούς ήχων: π.χ. κ-κ-κ-καρέκλα ή/και κα-κα-κα-καρέκλα. Εάν το άτομο παρουσιάζει και στοιχεία δευτερογενών συμπτωμάτων (τίναγμα κεφαλιού, χτύπημα ποδιού, κτλ.), τότε εφαρμόζεται η ίδια μέθοδος, δηλαδή εκούσια επανάληψή τους μπροστά από ένα μεγάλο καθρέφτη (Bender 1944, 222).

Μερικά άτομα με τραυλισμό, γιατροί, και μέλη της οικογένειας είναι δύσπιστοι ως προς αυτή την μέθοδο καθώς την θεωρούν παράλογη («Γιατί να τραυλίζει κάποιος περισσότερο, ενώ σκοπός είναι να γίνεται λιγότερο;»). Ωστόσο όπως και με όλες τις μεθόδους, χρήζει πολλές δοκιμές πολλές φορές και σε διάφορες καταστάσεις πριν κριθεί η χρησιμότητα και η πρακτικότητά της σε ένα άτομο με τραυλισμό (Bryngelson 1934, 35-38).

Συνοπτικά, ο εκούσιος τραυλισμός στοχεύει στα ακόλουθα:

1. Απευαισθητοποίηση (μείωση φόβων, ενθάρρυνση και βελτίωση του ατόμου με τραυλισμό να μιλά σε δύσκολες επικοινωνιακές καταστάσεις.)
2. Το άτομο να τραυλίζει πιο ήρεμα και χωρίς διακοπές.
3. Να αυξηθεί η ικανότητα του ομιλητή να ακούει και να συμμετέχει στο τι έχουν να πουν οι άλλοι.
4. Να επιδείξει στους άλλους ότι ο τραυλισμός δεν είναι κάτι για να ντρέπεται.
5. Να μειώσει τη συχνότητα του τραυλισμού.

Δ. Μασητική μέθοδος

Η μασητική μέθοδος, ή αλλιώς η μέθοδος του Froeschels έχει ως βάση της την θεωρία που αναφέρει ότι η αρχή της ομιλίας στο παιδί συνδυάζεται με το μάσημα της

πρώτης σκληρής τροφής (Ανδρέου 1994, 51). Ο Froeschels λοιπόν υποστήριξε ότι το μάσημα σκληρής τροφής βοηθά ώστε να σταθεροποιηθεί ο έναρθρος λόγος του ατόμου με τραυλισμό.

Σε πρώτο στάδιο ζητείται από τον ασθενή να κάνει άγριες κινήσεις λες και τρώει, χωρίς να μιλά. Αρχικά το κάνει αυτό ανοίγοντας το στόμα του και χρησιμοποιώντας εκτεταμένες κινήσεις των χειλιών και της γλώσσας (άφωνο μάσημα). Στη συνέχεια συνοδεύει αυτές τις κινήσεις με ήχους εκπνοής και ακολούθως με φωνήματα. Ο λογοθεραπευτής, θα πρέπει ωστόσο να αφήσει το άτομο να «μασήσει» την αναπνοή του τουλάχιστον 10-12 φορές την ημέρα για μισό λεπτό (Hahn 1943, 135). Το άτομο με τραυλισμό θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικό ώστε να μην παράγει στερεοτυπικούς ήχους μάσησης (μιάμ, μιάμ, μιάμ), αλλά να αποδεχτεί πραγματικά την άσκηση του να θέλει να μασήσει φαγητό (Hahn 1943, 134-135). Με αυτό το τρόπο αρπάζουμε μια φυσιολογική λειτουργία όπως είναι το μάσημα της τροφής, η οποία δεν χρειάζεται νοητική προεργασία για να γίνει και η οποία ταυτοχρόνως παρουσιάζει μεγάλη ομοιότητα με την παραγωγή λόγου, καθώς οι μύες που χρησιμοποιούνται για να μασήσουμε και για την παραγωγή λόγου είναι οι ίδιοι (Hahn 1943, 134-135). Η συγκεκριμένη μέθοδος αποσπά τη προσοχή του ασθενή από τις λεπτομέρειες της άρθρωσης με τελικό στόχο να αρχίσει το παιδί να προφέρει προτάσεις χρησιμοποιώντας τη μασητική μέθοδο, συνεχίζοντας ασταμάτητα ενώ «μασά την αναπνοή του» να διαβάζει λέξεις και προτάσεις (Hahn 1943, 135, Ανδρέου 1994, 51-52).

Είναι σίγουρο και αποδεδειγμένο ότι «το ασταμάτητο μάσημα κατά την ομιλία εμποδίζει από το να εκδηλωθούν ανεπιθύμητες συσπάσεις των μυών των οργάνων άρθρωσης και φώνησης, πράγμα που διευκολύνει αφάνταστα το άτομο με τραυλισμό» και αυτό αποτελεί και το πιο αξιοσημείωτο στοιχείο επιτυχίας της μασητικής μεθόδου (Ανδρέου 1994, 52).

Ε. Μέθοδος αυτοελέγχου της ταχύτητας και του ρυθμού της ομιλίας

Η μέθοδος αυτοελέγχου της ταχύτητας και του ρυθμού της ομιλίας θεωρείται ένα από τα πιο γνωστά θεραπευτικά προγράμματα για τον τραυλισμό και χρησιμοποιείται από πληθώρα λογοθεραπευτών. Σύμφωνα με τον Ανδρέου (1994, 50), ένας από τους πρώτους που εφάρμοσε αυτή την μέθοδο υπήρξε ο D' Izere, το 1830. Ωστόσο μετά από αυτόν πολλοί λογοθεραπευτές ανά το παγκόσμιο την χρησιμοποίησαν ως βάση και με διάφορες παραλλαγές, όπως ο Gutzmann (1898), ο Matic (1947), ο Smit (1955), η Borel-Maisonny (1960), ο Perkins (1969), Ljapidievski (1969), Ingram (1971).

Η εν λόγω μέθοδος προτείνει αυτοέλεγχο και συγχρονισμό τόσο στην εισπνοή-εκπνοή, όσο και στην ομιλία. Οι ασκήσεις αυτές θα πρέπει να γίνονται μπροστά από καθρέφτη, έτσι ώστε το άτομο με τραυλισμό να έχει πλήρη έλεγχο και γνώση των κινήσεων των οργάνων άρθρωσής του (Ανδρέου 1994, 50).

Συχνά οι ασκήσεις αυτές είναι συνδυαστικές με παρόμοιες ασκήσεις ρυθμού, όπου ζητείται από το άτομο να διαβάσει ή να περιγράψει κάτι δίνοντας ταυτόχρονα ρυθμό στην ομιλία του. Βοηθητικό εργαλείο σε αυτό είναι συχνά και ο μετρονόμος.

ΣΤ. Μέθοδος της προσεκτικής ομιλίας

Στενά συνυφασμένη με την προηγούμενη μέθοδο, αυτή η μέθοδος προάγει την προσεκτική ομιλία οποιουδήποτε είδους, η οποία και έχει την τάση να μειώνει τη συχνότητα του τραυλισμού. Η προσεκτική ομιλία μπορεί τυχαία να είναι πιο αργή από την κανονική, δηλαδή να είναι πιο αργή σε σχέση με το συνηθισμένο ρυθμό του ατόμου (Ainsworth 1948, 84-94). Ωστόσο η βραδύτητα δεν είναι ο κατασταλτικός παράγοντας. Το άτομο με τραυλισμό είναι απλώς πολύ προσεκτικό ώστε να εφαρμόσει όλα όσα έχει μάθει κατά τη διάρκεια της ομιλίας του (Ainsworth 1948, 87, Ανδρέου 1994, 54). Γι' αυτό, στα πλαίσια αυτής της μεθόδου, συστήνεται στο άτομο με τραυλισμό να ακολουθεί τα παρακάτω:

- α) να μιλά αργά και σταθερά
- β) να μιλά με σύντομες και όχι πολύ μεγάλες προτάσεις
- γ) κατά τη διάρκεια της εκπνοής, θα πρέπει να κατανέμει ομοιόμορφα στις λέξεις τον αέρα
- δ) σε κάθε τελεία κάνουν παύση και παίρνουνε εκ νέου, αργά καινούρια και βαθιά αναπνοή

Ζ. Τραγουδιστή μέθοδος

Σύμφωνα με το DSM-IV, ο τραυλισμός εξαφανίζεται όταν το άτομο διαβάζει, τραγουδά (American Psychiatric Association 1994, 63). Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην διαφοροποίηση του ρυθμού, της διάρκειας, της έντασης και του ύψους της ομιλίας (Ανδρέου 1994, 52). «Με αυτό τον τρόπο εξουδετερώνονται οι συσπάσεις των μυών των οργάνων άρθρωσης και φώνησης», και έτσι το άτομο απελευθερώνεται από τον τραυλισμό. Για αυτό το λόγο το τραγούδι και η απαγγελία χρησιμοποιούνται μεμονωμένα ή στα πλαίσια ενός ευρύτερου και πιο ολοκληρωμένου θεραπευτικού προγράμματος για την θεραπεία του τραυλισμού.

Η. Μέθοδοι θεραπείας δευτερογενών χαρακτηριστικών τραυλισμού

Μια αναλυτική περιγραφή των κλινικών μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν και που ακόμη χρησιμοποιούνται έως και τις μέρες μας για την θεραπεία των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του τραυλισμού, αποτελεί αυτή του Ainsworth (1948, 84-94).

Σύμφωνα με τον Ainsworth και βάσει των αποτελεσμάτων των ερευνών σε άτομα με τραυλισμό, υπάρχουν δύο πρωταρχικοί στόχοι τους οποίους ο λογοθεραπευτής πρέπει να θέσει κατά την διάρκεια του θεραπευτικού του προγράμματος:

1. Να βοηθήσει ώστε η συμπεριφορά του ατόμου με τραυλισμό να γίνει αποδεκτή και αυτό εφαρμόζεται πρωτίστως στο λόγο του και κατόπιν στα πρότυπα αντίδρασης τα οποία έχει αναπτύξει σε σχέση με τον τραυλισμό.
2. Να βοηθήσει ώστε να αμβλυνθούν τα αρνητικά συναισθήματα του ατόμου με τραυλισμό απέναντι στον εαυτό του, στον λόγο του, στους άλλους και απέναντι σε καταστάσεις, οι οποίες επηρεάζουν τη γενικότερη ευημερία ή προσαρμογή του.

Οι δύο αυτοί στόχοι είναι αλληλένδετοι και δεν μπορούν να διαχωριστούν εντελώς στην πράξη. Ως εκ τούτου θα πρέπει να γίνονται προσπάθειες επίτευξής τους σε όλες τις περιπτώσεις (Ainsworth 1948, 85).

Εξάλειψη δευτερογενών αντιδράσεων

Οι δευτερογενείς ή δευτερεύουσες αντιδράσεις οι οποίες έχουν προαναφερθεί συνοδεύουν συνήθως τον τραυλισμό και εμφανίζονται ως έντονες κινήσεις ή/και συμπεριφορές. Για τη μείωση ή και εξάλειψη των δευτερευόντων αντιδράσεων αυτών έχουν προταθεί από τον Ainsworth (1948, 85-87) οι πιο κάτω θεραπευτικοί μέθοδοι:

1. Ασκήσεις του ατόμου με τραυλισμό μπροστά στον καθρέφτη με σκοπό να του υποδείξει ο λογοθεραπευτής την εμφάνιση των σοβαρών δευτερευόντων αντιδράσεων.
2. Αρχή με τις πρακτικές του διαβάσματος και της ομιλίας, μέσα από τις οποίες θα γίνει μια συνειδητή προσπάθεια μείωσης των κινητήριων αντιδράσεων και των μηχανισμών αποφυγής που έχουν λεκτικό ή μυϊκό χαρακτήρα.
3. Εκμάθηση του ατόμου με τραυλισμού μιας εύκολης μεθόδου με την οποία να αντικαθιστά διάφορες δευτερεύουσες αντιδράσεις με τον τραυλισμό.
4. Ηρεμία και αργός, εύκολος λόγος, τείνουν να μειώνουν τις υπερβολικές εντάσεις.
5. Ασκήσεις αναπνοής και εφαρμογή τους στο διάβασμα και την ομιλία.
6. Εσκεμμένα ο λογοθεραπευτής να «αναγκάσει» το άτομο με τραυλισμό να κάνει κάποιες από τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις της διαταραχής. Να τις κάνει

πολλές φορές μόνος του και να τις κάνει εσκεμμένα και δημόσια σε συγκεκριμένες περιστάσεις.

7. Βοήθεια του ατόμου με τραυλισμό από τον λογοθεραπευτή ως προς την συνειδητοποίηση ότι όλα αυτά τα μοτίβα αντίδρασης και οι δευτερεύουσες αντιδράσεις έχουν αποτύχει με δύο τρόπους: (α) ακόμη τραυλίζει –ίσως και χειρότερα από πριν- κατόπιν της χρήσης τους για μεγάλη περίοδο, (β) δεν έχει καταφέρει με αυτά να αποκρύψει τον τραυλισμό από άλλα άτομα. Αντιθέτως, αυτές οι αντιδράσεις μεγεθύνουν το γεγονός ότι έχει κάποια δυσκολία.
8. Σε σχέση με το προηγούμενο σημείο, ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να βοηθήσει το άτομο να βιώσει και να αναλύσει καταστάσεις κατά τις οποίες δεν θα στραφεί στις δευτερεύουσες αντιδράσεις. Διότι, ο οποιοδήποτε δισταγμός του να εγκαταλείψει τις αντιδράσεις οφείλεται στην υπόθεση ότι εάν δεν στραφεί σε αυτές ό,τι και να του συμβεί θα είναι πολύ χειρότερο από την ντροπή και τη δυσκολία που αντιμετωπίζει ενώ μιλά χρησιμοποιώντας τις δευτερεύουσες αντιδράσεις όπως οι κινητήρες και οι μηχανισμοί αποφυγής.

Μείωση της διάρκειας και της σοβαρότητας του «μπλοκαρίσματος»

Υπάρχουν δύο είδη μπλοκαρίσματος. Το τονικό μπλοκάρισμα είναι η απόλυτη παύση λόγου, ενώ το κλονικό μπλοκάρισμα υποδεικνύει τις επαναλήψεις ήχων, συλλαβών, ή λέξεων. Και τα δύο ενδεχομένως να συνοδεύονται από υπερβολική πίεση ή άλλες δευτερεύουσες αντιδράσεις.

Ο Ainsworth (1948) προτείνει τις πιο κάτω μεθόδους στον λογοθεραπευτή για μείωση του μπλοκαρίσματος του ατόμου με τραυλισμό:

1. *Μάθε στο άτομο με τραυλισμό πώς να χαλαρώνει:*
Ο παράγοντας που πρέπει να διασαφηνιστεί εδώ είναι ότι παρόλο που όλοι χρειαζόμαστε μερική ένταση και πίεση στη μυϊκή ομιλία για να λειτουργήσει, το άτομο που τραυλίζει έχει την συνήθεια να υπερβαίνει την ισχύ περισσότερο από όσο χρειάζεται. Για την μείωση αυτής της υπερβολικής έντασης το άτομο με τραυλισμό θα πρέπει να μάθει να μιλά με ένα τρόπο ο οποίος να είναι σχετικά χαλαρός και γενικές τεχνικές χαλάρωσης βοηθούν ως προς αυτό.
2. *Αλλαγή στο μοτίβο του τραυλισμού:*
Παράταση των αρχικών ήχων, εύκολη επανάληψη και παύση όποτε συναντάται «μπλοκάρισμα» είναι τρεις κοινές μέθοδοι αντιμετώπισης του τραυλισμού και βοηθούν το άτομο διότι του διδάσκουν πώς να είναι συνεπής και του δίνουν την ευκαιρία να κάνει κάτι σχετικά με τον τραυλισμό του, αντιμετωπίζοντας και όχι υπεκφεύγοντάς τον. Νοιώθει έτσι ότι έχει κάποιον έλεγχο στο φαινόμενο του τραυλισμού, το οποίο απροσδόκητα εμφανίζεται. Με αυτό τον τρόπο θα τραυλίζει με μεγαλύτερη ευκολία μεν, αλλά χωρίς να προστίθενται δευτερεύουσες αντιδράσεις σε αυτό, διότι θα είναι συγκεντρωμένος στη διαχείριση των μπλοκαρισμάτων του με συγκεκριμένο, τυποποιημένο τρόπο.
3. *Ψυχική υγεία:*

Είναι σημαντικό ο λογοθεραπευτής να προσπαθήσει να μειώσει τον φόβο του λόγου και του τραυλισμού, διότι αμέσως θα μειωθεί και η σοβαρότητα του μπλοκαρίσματος. Επίσης, βοηθώντας το άτομο να συμφιλιωθεί με την ιδέα του τραυλισμού και να το αποδεχτεί για την ώρα, παρουσιάζοντας το πρόβλημα του τραυλισμού στο σύνολό του, ο λόγος του ατόμου βελτιώνεται άμεσα.

4. *Μάθε στο άτομο με τραυλισμό ότι ο καλός λόγος είναι ο εύκολος λόγος:*
Μέσα από επίδειξη και πρακτική, ο λογοθεραπευτής πρέπει να δείξει ότι η βασική διαφορά ανάμεσα στον λόγο με τραυλισμό και στον «κανονικό» λόγο είναι η αξιοσημείωτη συγκριτικά άνεση με την οποία εκφέρεται ο δεύτερος. Σημειώνοντας κινησιολογικές-αισθητηριακές διαφορές ανάμεσα σε καταστάσεις κατά τις οποίες το άτομο τραυλίζει πολύ και σε άλλες κατά τις οποίες μιλά άνετα και «κανονικά», μπορεί να καταλάβει ευκολότερα αυτές τις διαφορές. Με αυτό τον τρόπο ο λογοθεραπευτής θα προσπαθήσει να τον βοηθήσει ώστε το πρωταρχικό του μέλημα να είναι να μιλά άνετα σε όλες τις καταστάσεις. Επιπλέον, εφόσον μπορεί να το κάνει σε μερικές περιπτώσεις, σίγουρα θα μπορεί να το κάνει και σε άλλες.

Θ. ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Παρόλο που αυτή η μέθοδος δεν μπορεί από μόνη της να θεραπεύσει τον τραυλισμό, αποτελεί ωστόσο ένα τεράστιο κεφάλαιο στην αποθεραπεία του ατόμου με τραυλισμό και θα πρέπει να αποδίδεται εξαιρετική σημασία από τον λογοθεραπευτή σε αυτό το κομμάτι.

Στάδιο πρώτο: Άμεση Προσαρμογή

Το άτομο με τραυλισμό έρχεται στο λογοθεραπευτή για βοήθεια και περιμένει αποτελέσματα το συντομότερο δυνατόν. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να ενημερωθεί για το τι μπορεί να επιτευχθεί στο άμεσο μέλλον και τι αργότερα. Οι πιο κάτω μέθοδοι θα βοηθήσουν στην άμεση προσαρμογή του ατόμου με τον τραυλισμό και να χτίσουν ένα αίσθημα εμπιστοσύνης προς τον λογοθεραπευτή και τις μεθόδους του (Ainsworth 1948, 90).

1. Τίποτα το ασυνήθιστο στον τραυλισμό. Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει εξηγήσει στο άτομο με τραυλισμό ότι ο τραυλισμός δεν είναι ασυνήθιστος. Αυτό θα πρέπει να το υποστηρίξει με έρευνα και πολλές φορές με αριθμούς. Επίσης θα πρέπει να εξηγήσει ότι υπάρχουν πολλοί άνθρωποι με τραυλισμό, περισσότεροι απ' όσους νομίζει και ότι αυτός δεν είναι ο μοναδικός. Αναφορά σε γνωστά άτομα που αντιμετώπισαν τραυλισμό και τα οποία το άτομο γνωρίζει θα βοηθήσουν στην ανάκτηση της αυτοπεποίθησης του. που αντιμετωπίζουν τραυλισμό σε σχέση με αυτό που στατιστικά δεδομένα, Παράλληλα, να εξηγήσει στο άτομο με τραυλισμό ότι οι αντιδράσεις του και ο εκνευρισμός του κατά την εκδήλωση του τραυλισμού είναι φυσιολογικές

- αντιδράσεις και ότι οποιοσδήποτε θα αντιδρούσε με τον ίδιο τρόπο σε παρόμοια κατάσταση.
2. Άμεση απάλειψη στις δευτερεύουσες αντιδράσεις. Όταν ο λογοθεραπευτής δείξει στο άτομο με τραυλισμό ότι οι δευτερεύουσες αντιδράσεις του μπορούν άμεσα να μειωθούν ή και να εξαλειφθούν, βελτιώνοντας έτσι την ικανότητά του για επικοινωνία, το άτομο θα ανακτήσει την αυτοπεποίθηση και την θέλησή του να προσπαθήσει.
 3. Επεξήγηση της συχνότητας και της σοβαρότητας του τραυλισμού. Ο τραυλισμός είναι μια διαταραχή την οποία αντιμετωπίζουν πολλοί άνθρωποι, και πολλοί δεν καταφέρνουν να τον εξαλείψουν εντελώς, χωρίς ωστόσο αυτό να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή, Αναφορά σε γνωστά πρόσωπα με τραυλισμό βοηθά τα άτομα με τραυλισμό να εξοικειωθούν με το φαινόμενο.
 4. Καταστώντας το σαφές ότι θα πρέπει να αποδεχτεί τον μη ευφραδή λόγο για την ώρα. Με άλλα λόγια, εάν καταφέρει να τραυλίζει με ευκολία, χωρίς να προσπαθεί να το αποκρύψει, τότε ένα μεγάλο μέρος του προβλήματός του έχει λυθεί. Η ευκολία και απλότητα του απλώς να αφεθεί στον τραυλισμό του, σίγουρα δεν του έχει περάσει καν από το μυαλό. Επιπλέον, ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να εξηγήσει τα πράγματα τα οποία θα χρειαστούν περισσότερο καιρό για να επιλυθούν.

Στάδιο δεύτερο: Βελτίωση αυτοεικόνας

Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να προσπαθήσει να εξαλείψει την ιδέα στο άτομο με τραυλισμό, ότι η διαταραχή του λόγου του αποτελεί την πηγή κακών όλων των προβλημάτων του. Τα άτομα με τραυλισμό τείνουν να χρησιμοποιούν τον τραυλισμό ως άλλοθι – σε τέτοιο μάλιστα βαθμό που πολλές φορές δεν θέλουν εν τέλει να απαλλαγούν από αυτόν. Ο λογοθεραπευτής καλείται να του εξηγήσει ότι οι όποιες κοινωνικές ή άλλες δυσκολίες του οφείλονται πρωταρχικά σε άλλους λόγους και όχι στον τραυλισμό. Αυτό επιτυγχάνεται κατόπιν συζήτησης και ανάλυσης των γεγονότων προς αποδείξεως ότι αυτό είναι αλήθεια και με την ανάθεση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων με στόχο να αλλάξει τον συνήθη τρόπο σκέψης του. Τέτοιου είδους δραστηριότητες είναι οι ακόλουθες (Ainsworth 1948, 91-92):

1. Το άτομο με τραυλισμό φτιάχνει δύο λίστες. Η μια λίστα περιέχει χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που του αρέσουν και τα βλέπει να εκφράζονται σε πραγματικές καταστάσεις από άτομα που γνωρίζει και με τα οποία έρχεται σε επαφή. Στη δεύτερη λίστα θα πρέπει να καταγράψει τα χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές που δεν του αρέσουν. Στη συνέχεια θα πρέπει να καταγράψει τις καταστάσεις κατά τις οποίες παρατήρησε τα χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές αυτές. Με τον τρόπο αυτό, και μέσα από συζήτηση με τον λογοθεραπευτή, θα αντιληφθεί ότι τα θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που σημείωσε δεν είχαν να κάνουν με τον τραυλισμό του. Συνεπώς δεν θα έπρεπε να επηρεάζεται η αυτοεικόνα του.

2. Το άτομο με τραυλισμό να φτιάξει μια λίστα με τους λόγους για τους οποίους πιστεύει ότι ο τραυλισμός του τον εμποδίζει. Κατόπιν, θα πρέπει να το αποδείξει αυτό (επίσης γραπτώς) από πραγματικές καταστάσεις όπου μια τέτοια γενική υπόθεση αποτελεί έγκυρο συμπέρασμα. Οι αποδείξεις θα πρέπει να προέρχονται από πραγματική, φανερή συμπεριφορά των ανθρώπων και όχι από δικές του υποθέσεις ή από σκέψεις του για το πως αισθάνονται. Εάν έχει κάποιες αποδείξεις, τότε θα πρέπει να υποδείξει τη συχνότητα αυτών των συμπεριφορών. Συγκριτικά λοιπόν με τη συχνότητα του τραυλισμού του, οι συμπεριφορές αυτές θα είναι πολύ σπάνιες. Ως εκ τούτου, η γενική υπόθεσή του δεν είναι βάσιμη.

Συχνά λοιπόν άτομα με τραυλισμό παρουσιάζουν μια αλυσίδα αρνητικών συμπεριφορών, όπως: έλλειψη κοινωνικότητας, εσωστρέφεια, υπέρμετρη ονειροπόληση, παλιμπαιδισμός και συμπεριφορά δυσανάλογη της ηλικίας του ατόμου, ανωριμότητα, αφηρημάδα και αισθήματα κατωτερότητας (Ainsworth 1948, 92).

Για την εξάλειψη του τελευταίου, διάφορες ασκήσεις μπορούν να τεθούν σε εφαρμογή, όπως: συλλογή των προτερημάτων και ταλέντων του ατόμου με τραυλισμό, αναγνώριση αισθήματος κατωτερότητας και σε άλλους, κατανοώντας ότι πρόκειται για κοινότυπο συναίσθημα το οποίο είναι ως επί το πλείστον αβάσιμο.

Στάδιο τρίτο: Βελτίωση των σχέσεων με τους άλλους

Τα άτομα με τραυλισμό πολλές φορές θεωρούν ότι ο τραυλισμός τους είναι παράξενος και ότι αποτελεί σοβαρό ελάττωμα της προσωπικότητάς τους, γεγονός που τους οδηγεί σε βεβιασμένες υποθέσεις, όπως για παράδειγμα ότι το πρώτο πράγμα που παρατηρούν οι άλλοι μόλις τους γνωρίζουν είναι αυτό (Ainsworth 1948, 92). Αυτό τους δημιουργεί μια εχθρική στάση απέναντι στους άλλους, σαν να βρίσκονται μονίμως σε άμυνα. Αδυνατούν να αντιληφθούν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους βλέπουν στο σύνολό τους και όχι βάσει του τραυλισμού τους. Για να μπορέσουν να δουν τη στάση των άλλων απέναντί τους, όπως και τη δική τους έναντι των άλλων, πιο καθαρά, θα πρέπει να αναλύσουν τις συμπεριφορές του και τους λόγους πίσω από αυτές.

Μια άσκηση για αυτό είναι η εξής:

Το άτομο με τραυλισμό γράφει μια λίστα ατόμων που γνωρίζει, συμπεριλαμβανομένων και ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα (π.χ. λόγου, κίνησης, κτλ.) και μια συγκεκριμένη κατάσταση στην οποία τους έχει παρατηρήσει. Να καταγράψει τις συμπεριφορές τους και τις δραστηριότητές τους σε σχέση με τις επιτυχίες ή τις αποτυχίες τους. Με αυτό τον τρόπο, το άτομο με τραυλισμό θα αντιληφθεί από μόνο του ότι τους ανθρώπους του αντιλαμβανόμαστε και τους «κρίνουμε» βάσει της συνολικής εικόνας τους και όχι κάποιου προβλήματός

τους και εάν κάποτε αντιδρούμε απέναντι σε ένα φυσικό ελάττωμα κάποιου, τις πλείστες φορές είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του ίδιου του ατόμου, το οποίο νοιώθει ανασφάλεια για αυτό ή και προσπαθεί υπέρμετρα να το κρύψει. Δεδομένου αυτού, το άτομο με τραυλισμό θα συνειδητοποιήσει ότι είναι το ίδιο υπεύθυνο σε μεγάλο μέρος για τη συμπεριφορά των άλλων απέναντί του. Έτσι, με συνειδητά ελεγχόμενες πράξεις, θα μπορέσει να χτίσει τις συμπεριφορές των άλλων απέναντί του. Όσο λιγότερο ανασφαλής είναι για τον τραυλισμό του, τόσο λιγότερο αυτό θα είναι αντιληπτό από τους άλλους (Ainsworth 1948, 92). Αυτές οι μέθοδοι μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις ηλικίες, εάν προσαρμοστούν κατάλληλα.

Στάδιο τέταρτο: Βελτίωση της στάσης του ατόμου απέναντι σε καταστάσεις

Η μέθοδος που προτείνει ο Ainsworth (Ainsworth 93-94) και που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του φόβου του ατόμου με τραυλισμό απέναντι σε καταστάσεις, είναι παρόμοια με την προαναφερθείσα μέθοδο για βελτίωση της αυτοεικόνας του και της στάσης του στους άλλους.

Και πάλι προτείνεται καταγραφή των καταστάσεων εκείνων που προκαλούν άγχος και φόβο στο άτομο με τραυλισμό και η μετέπειτα ανάλυσή τους, ούτως ώστε να αντιληφθεί ότι πρόκειται για εσφαλμένα συναισθήματα.

Για παράδειγμα ένα άτομο με τραυλισμό μπορεί να φοβάται να μιλήσει μπροστά σε κόσμο. Θα πρέπει να γίνει μια ανάλυση των λόγων που φοβάται και έπειτα με αποδείξεις να διαφανεί ότι σε πραγματικές καταστάσεις το αποτέλεσμα για το οποίο αγχώνεται και φοβάται δεν συμβαίνει ποτέ ή συμβαίνει σπάνια. Για αντιμετώπιση του φόβου αυτού, το άτομο με τραυλισμό θα πρέπει να εξασκηθεί, αντιμετωπίζοντας τον φόβο του. Ο λογοθεραπευτής καταγράφει τις προσπάθειές του για να μιλήσει μπροστά σε κόσμο. Στη μια περίπτωση χρησιμοποιεί κινητήρες, μηχανισμούς αποφυγής, μπλοκαρίσματα κτλ. Στη δεύτερη περίπτωση με μηχανισμούς ελέγχους που έχει μάθει, ακούγεται πολύ καλύτερα, αν και πιθανόν να είναι εξίσου νευρικός. Με αυτό τον τρόπο και το ίδιο το άτομο με τραυλισμό, θα ακούσει τον εαυτό του και θα μπορέσει ο ίδιος να κρίνει ποιο από τα δύο είναι πιο κοντά στον «κανονικό» και επιθυμητό λόγο.

Κλείνοντας το μέρος που αφορά τις θεραπευτικές μεθόδους, αξίζει να αναφερθούμε σε θεωρίες ειδικών σχετικά με την επιτυχία της θεραπείας του τραυλισμού. Ο Bryngelson (1938, 121) και με βάση την 15χρονη πείρα του με περισσότερα από 5000 άτομα με τραυλισμό, μια απόλυτη θεραπεία του τραυλισμού σε ενήλικες είναι σπάνια. Με απόλυτη θεραπεία εννοεί την εξάλειψη όλων των συμπτωμάτων που παρουσιάζει ένα άτομο με τραυλισμό, και την εξάλειψη του φόβου, ευαισθησιών, μοτίβων συμπεριφοράς, αποφυγής και μηχανισμών αναβολής, ψυχολογικών και φυσιολογικών βοηθημάτων και του σύντομου και ταχέως νευρολογικού σπασμού.

Σύμφωνα με τους Boome & Richardson (1932, 98-99), η πρόοδος σε ένα άτομο με τραυλισμό είναι ανησυχητικά ανώμαλη/άστατη και είναι πιθανό να έχει ξαφνικές υποτροπές και εξίσου ξαφνικές στιγμές ανάρρωσης. Ένα άτομο με τραυλισμό μπορεί να παρουσιάσει μεγάλα άλματα τους τρεις πρώτους μήνες θεραπείας, και μετά καμία πρόοδο για εβδομάδες. Κάποιος άλλος μπορεί να μη δείξει κανένα σημείο προόδου για μεγάλο διάστημα, και εντελώς ξαφνικά να κάνει τεράστια άλματα προόδου.

Σύμφωνα ωστόσο με τον West (1932, 126-145), λόγω του ότι η θεραπεία του τραυλισμού σημαίνει κάτι διαφορετικό για τον καθένα (ασθενή και ειδικό), οι αριθμοί δεν είναι απόλυτοι.

1. Η θεραπεία για κάποιους είναι η εκμάθηση μιας τεχνικής μέσα από την οποία το άτομο με τραυλισμό μαθαίνει να μιλά ανεξάρτητα από την συνήθειά του να τραυλίζει, ακόμη κι αν ο λόγος του δεν είναι ολότελα αυτόματος
2. Η θεραπεία, για κάποιους άλλους, είναι μια απόλυτη στροφή στον κανονικό λόγο με αυτοματοποίηση του λόγου και χωρίς να χρειάζεται έλεγχος μην τυχόν και εμφανιστεί ο τραυλισμός.
3. Η θεραπεία για κάποιους άλλους είναι η μείωση ή η απάλειψη των καταστάσεων στις οποίες ο τραυλισμός προκαλείται, και αυτό επιτυγχάνεται με τη διαφοροποίηση της στάσης του ατόμου με τραυλισμό απέναντι σε αυτές τις καταστάσεις. Αυτό αποτελεί τεχνική θεραπείας ψυχικής υγιεινής, σύμφωνα με την οποία εάν η συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στις καταστάσεις διαφοροποιηθεί, τότε ο τραυλισμός θα εξαλειφθεί, ενώ εάν αυτές οι συμπεριφορές επιστρέψουν, τότε και ο τραυλισμός θα επανέλθει.

Παρόλο λοιπόν που καμία θεραπεία δεν έχει αποδειχτεί ως απόλυτη ώστε να επιφέρει 100% επιτυχή αποτελέσματα, ο λογοθεραπευτής οφείλει να εφαρμόζει διάφορες μεθόδους συνδυαστικά και ανάλογα με την περίπτωση του ατόμου, του ιστορικού και αναλόγως της αξιολόγησης που έχει κάνει.

Στα δύο επόμενα κεφάλαιο αναλύονται συγκεκριμένα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης τα οποία εφαρμόζονται σε παιδιά και σε εφήβους και ενήλικες αντίστοιχα. Πρόκειται για ολοκληρωμένες μεθόδους θεραπείας του τραυλισμού, παρόλο που πρέπει να σημειωθεί ότι τα προγράμματα αυτά μπορούν να εφαρμοστούν συνδυαστικά με τις ως άνω αναφερθείσες τεχνικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Τα προσχολικά χρόνια είναι μια περίοδος όπου ο τραυλισμός είναι πιο εύκολα διαχειρίσιμος, εξαιτίας και του γεγονότος ότι οι γονείς έχουν άμεση και συνεχή επαφή με τα παιδιά τους κατά τη διάρκεια της καθημερινότητας τους. Γι' αυτό και η πρώιμη παρέμβαση στον τραυλισμό είναι η ιδανικότερη επιλογή και η πιο αποτελεσματική. Υπάρχουν τρεις θεραπευτικοί τύποι για παιδιά προσχολικής ηλικίας όπου υπάρχουν αποδείξεις κλινικών δοκιμών και εκ των οποίων οι δύο παρουσιάζονται σε αυτή την εργασία:

1. Το πρόγραμμα Lidcombe.
2. Το πρόγραμμα Westmead.
3. Θεραπείες βασισμένες σε πολυπαραγοντικά μοντέλα.

Τόσο το πρόγραμμα Lidcombe όσο και το Πρόγραμμα Westmead συστήνονται ως αποτελεσματικοί μέθοδοι καταπολέμησης του τραυλισμού σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και αναλύονται στη συνέχεια αυτής της εργασίας.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE

Το Πρόγραμμα Lidcombe είναι ένα πρόγραμμα αρχικής παρέμβασης στον τραυλισμό, το οποίο δεν παραδίδεται στο παιδί από τον λογοθεραπευτή αλλά από τους γονείς στο καθημερινό περιβάλλον του παιδιού και υπό τη συχνή επίβλεψη και καθοδήγηση του λογοθεραπευτή (Swift, O' Brian, Hewat, Onslow, Packman, & Menzies 2011, Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016). Λόγω του ότι η συγκεκριμένη μέθοδος εφαρμόζεται στο σπίτι από τους γονείς και όχι απευθείας από κάποιον ειδικό, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η μέθοδος ωστόσο του Προγράμματος βασίζεται σε κλινικές έρευνες που έχουν αποδείξει ότι ο τραυλισμός μπορεί να τεθεί υπό έλεγχο με απαντήσεις οι οποίες προκαλούνται από λεκτικά ερεθίσματα και ότι αυτή η μέθοδος είναι η πλέον καταλληλότερη για παιδιά (Quist & Martin 1967, Cooper, Cady & Robbins 1970, Christensen & Lingwall 1982, Manning, Trutna & Shaw 1976, Reed & Godden 1977, Martin, Kuhl & Haroldson 1972).

Το Πρόγραμμα Lidcombe, είναι ένα πρόγραμμα συμπεριφορικής θεραπείας για παιδιά προσχολικής ηλικίας με τραυλισμό. Ποσοτικές έρευνες έχουν δείξει ότι είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για αποθεραπεία του τραυλισμού για παιδιά μέχρι 6 ετών (Hayhow 2009, 20). Κατά τη διάρκεια του Προγράμματος Lidcombe, δεν ζητείται από τα παιδιά να αλλάξουν τον συνήθη τρόπο ομιλίας τους, και το ίδιο ισχύει και για τους γονείς. Οι γονείς δεν πρέπει να αλλάξουν τον συνήθη τρόπο ομιλίας τους, ούτε να αλλάξουν τον συνήθη τρόπο ζωής τους στο σπίτι κατά τη διάρκεια εφαρμογής τους προγράμματος (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016). Το γεγονός ότι το Πρόγραμμα Lidcombe εφαρμόζεται από τους γονείς στα παιδιά είναι κατά πάσα πιθανότητα και ο κυριότερος λόγος που είναι τόσο αποτελεσματικό, διότι η θεραπεία διεξάγεται καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου που περνά το παιδί μαζί με τους γονείς του, ο οποίος είναι και πολύ περισσότερος σε σχέση με τον περιορισμένο εβδομαδιαίο χρόνο που έχει στη διάθεσή του ο λογοθεραπευτής για τις θεραπείες με το παιδί.

Παρόλο που οι σχέσεις μεταξύ γονέα και παιδιού διαφέρουν από οικογένεια σε οικογένεια, γεγονός που αιτιολογεί και τις διαφορετικές προσεγγίσεις στο Πρόγραμμα σε κάθε οικογένεια, η σχέση του παιδιού με τους γονείς είναι πολύ σημαντική και ο λογοθεραπευτής οφείλει να ενσωματώσει τη σχέση αυτή στο Πρόγραμμα Lidcombe.

Πώς λειτουργεί το Πρόγραμμα Lidcombe:

Η βασική θεραπευτική μέθοδος του προγράμματος λειτουργεί ως εξής:

Κατά τη διάρκεια της ημέρας ο γονιός δίνει στο παιδί προφορικές υποδείξεις/σχόλια σχετικά με τον τραυλισμό του, κάνοντας σχόλια όταν το παιδί τραυλίζει ή δεν τραυλίζει. Αυτές οι υποδείξεις γίνονται κατά τη διάρκεια συγκεκριμένης ώρας προκαθορισμένων και δομημένων πρακτικών εξασκήσεων του γονιού με το παιδί,

καθώς επίσης και σε ανύποπτο χρόνο, κατά τη διάρκεια καθημερινών διαλόγων και συζητήσεων.

Οι γονείς επισκέπτονται τον λογοθεραπευτή σε εβδομαδιαία βάση (για 45-60 λεπτά), για συζήτηση σχετικά με το Πρόγραμμα, την πρόοδο και την αποτελεσματικότητα του (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

Κατά την εφαρμογή του προγράμματος Lidcombe οι γονείς εφαρμόζουν ένα σύστημα μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού (SR: Severity Rating) του παιδιού. Βάσει των αποτελεσμάτων της μέτρησης, συμπληρώνουν το πιο κάτω διάγραμμα και παραδίδουν στον λογοθεραπευτή τα αποτελέσματα κατά τη διάρκεια των εβδομαδιαίων συναντήσεων μαζί του. Η μέτρηση γίνεται ως εξής:

Σε κλίμακα 0 προς 10 (SR):

- 0: καθόλου τραυλισμός
- 1: εξαιρετικά ελαφρύς τραυλισμός
- 10: εξαιρετικά σοβαρός τραυλισμός

Διάγραμμα μέτρησης σοβαρότητας τραυλισμού Προγράμματος Lidcombe⁴

Name Page

Severity Ratings
SR 0 = no stuttering
SR 1 = extremely mild stuttering
SR 9 = extremely severe stuttering

9						9
8						8
7						7
6						6
5						5
4						4
3						3
2						2
1						1
0						0

Το Πρόγραμμα Lidcombe χωρίζεται σε δύο στάδια και οι μετρήσεις είναι πολύ σημαντικές για την «προαγωγή» του παιδιού από το Στάδιο 1 στο Στάδιο 2:

⁴Πηγή: https://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/severity_rating_chart_2015.pdf

- Στο πρώτο στάδιο ο στόχος είναι το παιδί να μην τραυλίζει καθόλου ή να τραυλίζει ελάχιστα (SR 0-SR1).
- Στο δεύτερο στάδιο ο στόχος είναι το επίπεδο τραυλισμού του παιδιού που επιτεύχθηκε στο στάδιο 1 να διατηρηθεί για πάντα ή έστω για πολύ μεγάλο διάστημα.

Αξιολόγηση σοβαρότητας τραυλισμού

Η μέτρηση/αξιολόγηση της σοβαρότητας του τραυλισμού γίνεται τόσο από τον λογοθεραπευτή κατά τη διάρκεια των εβδομαδιαίων συναντήσεων, όσο και από τον γονιό στο σπίτι. Η μέτρηση που παρουσιάστηκε πιο πάνω αποτελεί ένα εύκολο, απλό και αποτελεσματικό τρόπο επικοινωνίας μεταξύ του λογοθεραπευτή και των γονιών για τον τραυλισμό του παιδιού, διότι επιτρέπει συνεχή παρακολούθηση της προόδου του παιδιού κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος Lidcombe, και ως εκ τούτου διευκολύνει τη διαρκή αξιολόγηση της επίτευξης των στόχων της θεραπείας (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016, Guitar 2006).

Κατά τη διάρκεια των εβδομαδιαίων συναντήσεων μεταξύ των γονιών και του λογοθεραπευτή, εάν ο τελευταίος παρατηρήσει βάσει των μετρήσεων των γονιών ότι η πρόοδος που σημειώνει το παιδί δεν είναι ικανοποιητική, τότε θα κάνει τις απαραίτητες συστάσεις ώστε να διορθωθεί το πρόβλημα. Η επίλυση προβλημάτων και η συνεχής εξέταση της προόδου του Προγράμματος Lidcombe, είναι αναπόσπαστα κομμάτια του Προγράμματος και γι' αυτό είναι πολύ σημαντική η μέτρηση της σοβαρότητας του τραυλισμού.

Η σημασία της σωστής μέτρησης θα πρέπει να επεξηγηθεί λεπτομερώς στους γονείς από την πρώτη κιόλας συνάντηση για το Πρόγραμμα Lidcombe.

Επιπλέον, οι μετρήσεις της σοβαρότητας του τραυλισμού θα βοηθήσουν τον λογοθεραπευτή και τους γονείς να προγραμματίσουν τις προφορικές υποδείξεις των γονιών. Για παράδειγμα, σε κάποιες περιπτώσεις ίσως επιθυμούν να εστιάσουν στις περιπτώσεις που ο τραυλισμός είναι σοβαρός και έντονος για να εφαρμόσουν τις προφορικές ενδείξεις, ενώ σε άλλες ίσως επιθυμούν να εστιάσουν σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ο τραυλισμός είναι ήπιας μορφής (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

Οι γονείς σημειώνουν το βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού καθημερινώς, και ο λογοθεραπευτής κάθε εβδομάδα, ο οποίος συνεχίζει να παρακολουθεί το παιδί σε εβδομαδιαία βάση. Οι στόχοι που πρέπει να επιτευχθούν σε σχέση με την αποθεραπεία του τραυλισμού του παιδιού, είναι πάντα σε σχέση με τις μετρήσεις της σοβαρότητας του τραυλισμού. Η μέτρηση από τους γονείς θα πρέπει να γίνεται τις ώρες που οι ίδιοι περνούν με το παιδί και πάντα βάσει της ομιλίας του παιδιού που ακούνε οι ίδιοι. Πολλές φορές οι λογοθεραπευτές ζητούν από τους γονείς να κάνουν τις μετρήσεις δύο φορές την μέρα (π.χ. πρωί και απόγευμα) ή κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων καταστάσεων μέσα στην μέρα, όπως για παράδειγμα κατά τη διάρκεια του προγεύματος, του δείπνου ή μιας δραστηριότητας (Guitar 2006). Άλλες

φορές, οι λογοθεραπευτές ζητούν από τους γονείς να σημειώσουν τον υψηλότερο και τον χαμηλότερο βαθμό τραυλισμού κατά τη διάρκεια μιας ημέρας. Αυτές οι μετρήσεις είναι συμπληρωματικές των ημερήσιων μετρήσεων, οι οποίες γίνονται σε καθημερινή βάση από τους γονείς (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

Εν συντομία, οι γονείς αξιολογούν τη σοβαρότητα του τραυλισμού ημερησίως και ταυτοχρόνως ο λογοθεραπευτής την αξιολογεί εβδομαδιαίως κατά τη διάρκεια των προκαθορισμένων τους συναντήσεων. Συχνά ωστόσο ο λογοθεραπευτής ζητά από τον γονιό να σημειώνει περισσότερες από μια μετρήσεις την ημέρα, αναλόγως της περίπτωσης.

Εκπαίδευση του γονιού ως προς τη μέτρηση της σοβαρότητας του τραυλισμού (SRs)

Ο γονιός θα πρέπει να εκπαιδευτεί για την χρήση του διαγράμματος μέτρησης του τραυλισμού και γενικότερα ως προς την σωστή και ακριβή μέτρηση. Όλες οι επεξηγήσεις γίνονται κατά την πρώτη συνεδρία του λογοθεραπευτή με τους γονείς (Guitar 2006).

Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να εξηγήσει λοιπόν στους γονείς την κλίμακα μέτρησης, τις διάφορες σημασίες αναλόγως του βαθμού και τον τρόπο συμπλήρωσης του διαγράμματος. Κατόπιν ο λογοθεραπευτής αρχίζει ένα διάλογο με το παιδί, έως ότου εκείνο εμφανίσει σημάδια τραυλισμού. Μετά από μερικά λεπτά, ο λογοθεραπευτής ζητά από τον γονιό να κάνει μια μέτρηση της σοβαρότητας του τραυλισμού του παιδιού (SR). Στη συνέχεια ο λογοθεραπευτής εξηγεί εάν η μέτρηση ήταν ακριβής και σωστή, και εάν όχι τότε εξηγεί ποιός βαθμός θα ήταν ενδεικτικός της σοβαρότητας του τραυλισμού την εν λόγω στιγμή. Κάθε θεραπεία που θα ακολουθεί θα περιλαμβάνει και ακριβώς αυτή τη διαδικασία: ο γονιός συνομιλεί με το παιδί και κάνει καταγραφή της μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού του παιδιού. Την μέτρηση αυτή τη συγκρίνει στη συνέχεια με αυτή του λογοθεραπευτή. Εάν έχουν απόκλιση έως και 1 βαθμό, τότε θεωρείται αποδεκτή. Οι μετρήσεις από το λογοθεραπευτή εκλαμβάνονται ως μέτρο σύγκρισης. Εάν οι μετρήσεις των δύο έχουν διαφορά μέχρι και ένα βαθμό, τότε εκλαμβάνονται ως αποδεκτές και ακριβείς. Εάν έχουν μεγαλύτερη απόκλιση τότε χρειάζεται περισσότερη εξάσκηση από τον γονιό ως προς τη μέθοδο αυτή (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γονείς είναι σε θέση να καταγράψουν επιτυχώς τις μετρήσεις της σοβαρότητας τους τραυλισμού και ότι γενικότερα οι μετρήσεις τους συμφωνούν με αυτές του λογοθεραπευτή (Eve, Onslow, Andrews, Adams, 1995, Onslow, Harrison, Jones, Packman, 2002, Onslow, Andrews, Costa, 1990). Είναι βασικό οι γονείς να είναι σε θέση να κάνουν μια σωστή αξιολόγηση, διότι οι δικές τους μετρήσεις είναι καθοριστικές και για την πρόοδο του παιδιού. Με άλλα λόγια, εάν οι ίδιοι αποδίδουν μικρότερο βαθμό από αυτόν που θα έπρεπε στο μέγεθος της σοβαρότητας του τραυλισμού, τότε αυτό ίσως έχει συντελέσει ώστε το παιδί να

προαχθεί στο Δεύτερο Στάδιο της θεραπείας, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι έτοιμο για αυτό, με αποτέλεσμα να αποτύχει η θεραπεία και το παιδί να επιστρέψει ξανά στο Στάδιο 1. Ισχύει φυσικά και το αντίστροφο, με τους γονείς να είναι υπερβολικά «αυστηροί» κατά την αξιολόγηση, με αποτέλεσμα το παιδί να παραμένει για αχρείαστα μεγάλο διάστημα στο Στάδιο 1.

ΣΤΑΔΙΟ 1: ΛΕΚΤΙΚΕΣ ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥΣ

Σκοπός στο Στάδιο 1 είναι η μείωση της συχνότητας και της σοβαρότητας του τραυλισμού σε εξαιρετικά ελαφρύ τραυλισμό. Βασικό χαρακτηριστικό σε αυτό το στάδιο είναι η χρήση προφορικών υποδείξεων από τους γονείς στα παιδιά.

ΕΙΔΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΥΠΟΔΕΙΞΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Υπάρχουν 7 είδη προφορικών υποδείξεων στο Πρόγραμμα Lidcombe, εκ των οποίων τα 2 είδη είναι προαιρετικά. Οι 4 προφορικές υποδείξεις αφορούν την ομιλία χωρίς τραυλισμό και οι 3 για τις στιγμές αναμφίβολου τραυλισμού (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

A. Προφορικές υποδείξεις για ομιλία χωρίς τραυλισμό

Αυτού του είδους οι υποδείξεις είναι πολύ βασικές στο Πρόγραμμα Lidcombe, διότι πρωτίστως τα παιδιά θα πρέπει να νοιώθουν καλά και άνετα με την εφαρμογή του προγράμματος και γι' αυτό οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνουν το παιδί και να επικροτούν τις στιγμές ομιλίας του χωρίς τραυλισμό, με θετικό, υποστηρικτικό και ευχάριστο τρόπο (Guitar 2006). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με 4 είδη προφορικών υποδείξεων, εκ των οποίων η μια είναι προαιρετική:

1. Έπαινος

Οι γονείς –κατόπιν οδηγιών του λογοθεραπευτή- επαινούν το παιδί κάθε φορά που δεν τραυλίζει, με φράσεις όπως: «Μίλησες πολύ ωραία», «Πολύ καλός λόγος, καμιά διακοπή!», «αυτή η πρόταση ήταν εξαιρετική!». Ο κάθε γονιός έχει το δικό του τρόπο ως προς αυτό και είναι ο καταλληλότερος να ξέρει με ποιον τρόπο ο έπαινος δεν θα φτάσει να ακούγεται επιτηδευμένος στο παιδί. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και μέτρο ως προς αυτό, ώστε το παιδί να μην κουραστεί από αυτή την μέθοδο.

2. Παρακίνηση για αυτό-αξιολόγηση

Αυτό το είδος υπόδειξης χρησιμοποιείται όταν το παιδί δεν έχει τραυλίσει για κάποιο διάστημα και αυτό μπορεί να ποικίλει αναλόγως: από μια φράση μέχρι πολλές ώρες. Τότε ο γονιός ζητά από το παιδί να κάνει μια αυτοαξιολόγηση με σκοπό το παιδί να αντιληφθεί μόνο του τον ομαλό του λόγο- π.χ. «Πώς σου φάνηκε ο λόγος σου τώρα; Ήταν ομαλός, έτσι δεν είναι;»). Αυτή η μέθοδος δεν συνίσταται σε στιγμές τραυλισμού, καθώς αυτό πιθανόν να ενισχύσει το αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης του παιδιού.

3. Αναγνώριση

Η διαφορά αυτού του είδους υπόδειξης από τα προηγούμενα είναι ότι σε αυτή την περίπτωση ο γονιός δεν επαινεί, δεν κάνει θετικά σχόλια και δεν αναμένει απάντηση από το παιδί. Κάνει μια απλή διατύπωση ενός δεδομένου *de facto* γεγονότος. Για παράδειγμα: «Ήταν ομαλή αυτή η πρόταση», «Καμιά διακοπή».

4. Έπαινος στην αυθόρμητη αυτοαξιολόγηση για ομιλία χωρίς τραυλισμό

Αυτό το είδος υπόδειξης είναι προαιρετικό. Έχει παρατηρηθεί από τους δημιουργούς του προγράμματος (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016) ότι τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά που λαμβάνουν το πρόγραμμα θα αρχίσουν να προβαίνουν σε αυθόρμητη αυτοαξιολόγηση του λόγου τους, όταν αυτός είναι «ομαλός» με φράσεις όπως: «Τώρα μίλησα πολύ καλά!», «Δεν τραύλισα εδώ!», κτλ. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο γονιός θα πρέπει να επαινέσει το παιδί για την ικανότητά του να καταλαβαίνει πότε τραυλίζει και πότε όχι, με φράσεις όπως: «Τέλεια, καταλαβαίνεις τον «ομαλό» σου λόγο», «Μπράβο που το αναγνωρίζεις!».

Ο γονιός θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός ώστε ο έπαινος να αφορά την αυτοαξιολόγηση του παιδιού και όχι τον λόγο του για ομιλία χωρίς τραυλισμό, καθώς αυτό αποτελεί ξεχωριστή κατηγορία λεκτικών υποδείξεων (βλ. πιο πάνω).

Επιπλέον, σε περιπτώσεις όπου συμβεί το αντίθετο, δηλαδή το παιδί αναγνωρίσει τις στιγμές τραυλισμού του σε μορφή αυθόρμητης αυτοαξιολόγησης, τότε ο γονιός καλό θα ήταν να μην το επαινέσει για αυτή την αυτοαξιολόγηση, καθώς ίσως προκαλέσει σύγχυση στο παιδί για τις στιγμές επαίνου. Μπορεί να αρκεστεί σε μόνο μια καταφατική απάντηση και να αναφέρει το περιστατικό στον λογοθεραπευτή κατά την επόμενη τους συνάντηση. Παρ' όλα αυτά, η αυθόρμητη αυτοαξιολόγηση του παιδιού για την ομιλία του με ή χωρίς τραυλισμό είναι –και στις δύο περιπτώσεις- επιθυμητή και αποτελεί δείγμα ότι το Πρόγραμμα Lidcombe βαίνει καλώς (Guitar 2006).

B. Προφορικές υποδείξεις για ομιλία με τραυλισμό

Αυτού του είδους οι προφορικές υποδείξεις θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν με προσοχή, διότι κάποια παιδιά πιθανότατα να αντιδράσουν αρνητικά ως προς αυτές. Οι προφορικές υποδείξεις για ομιλία με τραυλισμό χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά σε σχέση με αυτές για ομιλία χωρίς τραυλισμό και ως εκ τούτου οι πλείστες προφορικές υποδείξεις προς τα παιδιά κατά τη διάρκεια του Προγράμματος Lidcombe είναι αυτές για την ομιλία χωρίς τραυλισμό. Οι προφορικές υποδείξεις για ομιλία χωρίς τραυλισμό κατηγοριοποιούνται στις εξής τρεις, εκ των οποίων η μια είναι προαιρετική:

1. Αξιολόγηση

Όπως και στην περίπτωση των προφορικών υποδείξεων για ομιλία χωρίς τραυλισμό, έτσι και εδώ, ο γονιός κάνει ένα σχόλιο ότι έχει παρατηρηθεί τραυλισμός και προχωρά παρακάτω χωρίς άλλες υποδείξεις προς το παιδί.

Για παράδειγμα: «κόλλησε» αυτή η λέξη», «εδώ υπήρξε κόλλημα», κτλ.

2. Παρακίνηση για αυτοδιόρθωση

Σε αυτή την περίπτωση ο γονιός ζητά από το παιδί να ξαναπεί τη φράση χωρίς τραυλισμό. Για παράδειγμα: «Μπορείς να το πεις ξανά;», «Θα μπορούσες να το πεις χωρίς διακοπή;», κτλ.

Συνήθως το παιδί θα μπορέσει να ξαναπεί την φράση χωρίς να τραυλίσει, εάν όμως δεν το κάνει τότε είναι καλύτερο ο γονιός να μην επιμείνει. Εάν πάλι το παιδί αντιδράσει άσχημα στο αίτημα για αυτοδιόρθωση, τότε ο γονιός θα πρέπει άμεσα να διακόψει το ζήτημα και να το συζητήσει με τον λογοθεραπευτή στην επόμενη τους συνάντηση.

Αυτή η μέθοδος δεν πρέπει να εφαρμόζεται μετά από κάθε στιγμή τραυλισμού του παιδιού, αλλά μόνο σποραδικά. Εξαιρέση αποτελούν οι περιπτώσεις όπου το παιδί παρουσιάζει στιγμές τραυλισμού λίγες μόνο φορές μέσα στη μέρα. Τέτοιες περιπτώσεις συμβαίνουν συνήθως προς το τέλος του Σταδίου 1 και τότε ο λογοθεραπευτής πιθανόν να πρέπει να ζητήσει από τον γονιό να παρακινήσει το παιδί σε αυτοδιόρθωση σε όλες τις περιπτώσεις τραυλισμού.

3. Έπαινος στην αυθόρμητη αυτοδιόρθωση

Αυτό το είδος υποδείξης είναι προαιρετικό και αφορά έπαινο του γονιού προς το παιδί στις στιγμές εκείνες που το παιδί από μόνο του, αυθόρμητα αναγνωρίζει τον τραυλισμό του και προσπαθεί να τον διορθώσει, χωρίς να το έχει παρακινήσει ο γονιός ως προς αυτό. Είναι πιο συχνό να συμβεί αυτό στα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας στα οποία εφαρμόζεται το Πρόγραμμα Lidcombe. Οι λεκτικές υποδείξεις των γονιών θα μπορούσαν να είναι: «Μπράβο σου, διόρθωσες το «κόλλημα» ολομόναχος!» ή «Μπράβο, τα κατάφερες μόνος σου!».

Οι πιο πάνω λεκτικές υποδείξεις θα πρέπει να «διδάσκονται» στον γονιό σταδιακά και αρχή θα πρέπει να γίνει από τις λεκτικές υποδείξεις για λόγο χωρίς τραυλισμό, έτσι ώστε τα παιδιά να είναι πιο άνετα με την θεραπεία και καθώς αυτή είναι μια πιο θετική προσέγγιση στην θεραπεία. Όταν τα παιδιά είναι αρκετά άνετα με το Πρόγραμμα, τότε εισάγουν και τις υποδείξεις για τραυλισμό (Guitar 2006).

Σε κάθε περίπτωση, οι λεκτικές υποδείξεις μέσα από το πρόγραμμα θα πρέπει να είναι μια ευχάριστη εμπειρία για το παιδί και δεν θα πρέπει να είναι επίμονες, συνεχείς και αυστηρές, διότι ενδέχεται τα παιδιά να αντιδράσουν αρνητικά ως προς αυτές και να μην τις δεχτούν. Παρόλο που δεν υπάρχει συγκεκριμένος αριθμός ημερησίων λεκτικών υποδείξεων που να επιβεβαιώνει επιτυχία του προγράμματος, εντούτοις ένας επαρκής αριθμός θα πρέπει να ορισθεί από τον λογοθεραπευτή, ανάλογα με το κάθε παιδί. Είναι επίσης πολύ σημαντικό να υπάρχουν πολύ περισσότερες προφορικές υποδείξεις για την ομιλία **χωρίς τραυλισμό**, παρά για την ομιλία με τραυλισμό (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016). Εάν το παιδί δεν ευχαριστείται την θεραπεία και δυσανασχετεί, τότε αναμφίβολα αυτό θα διαφανεί κατά τις επισκέψεις του στον λογοθεραπευτή, ο οποίος θα κληθεί να διορθώσει τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς εφαρμόζουν το Πρόγραμμα Lidcombe.

Η σωστή εφαρμογή του προγράμματος από τους γονείς είναι το πιο σημαντικό στοιχείο επιτυχίας του προγράμματος, καθώς πολύ συχνά τα παιδιά δεν προχωρούν στο δεύτερο στάδιο εξαιτίας της λανθασμένης εφαρμογής του (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

Ο λογοθεραπευτής, κατά την εφαρμογή του Προγράμματος Lidcombe, θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός ώστε οι γονείς να το εφαρμόζουν με ορθό τρόπο. Θα πρέπει λοιπόν οι γονείς να εξασκηθούν αρκετά ώστε να εφαρμόζουν σωστά και στις κατάλληλες στιγμές κάθε κατηγορία λεκτικών υποδείξεων, σύμφωνα πάντα με τις καθοδηγητήριες γραμμές του λογοθεραπευτή. Σε κάθε εβδομαδιαία επίσκεψη στον λογοθεραπευτή, οι γονείς θα πρέπει να παρουσιάζουν σε αυτόν τον τρόπο εφαρμογής των λεκτικών υποδείξεων κατά την προηγούμενη βδομάδα, να δείχνουν το διάγραμμα μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού και να συζητούν με τον λογοθεραπευτή την πρόοδο και τυχόν προβλήματα που ο τελευταίος έχει εντοπίσει και τυγχάνουν διόρθωσης. Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης και παρουσία του λογοθεραπευτή οι γονείς θα πρέπει να συνομιλήσουν με το παιδί, να κάνουν ορισμένες λεκτικές υποδείξεις, να ακούσουν τα σχόλια του λογοθεραπευτή ως προς αυτές και στη συνέχεια να κάνουν εκ νέου ένα διάλογο με το παιδί εφαρμόζοντας τα σχόλια του λογοθεραπευτή όσον αφορά τις λεκτικές τους υποδείξεις (Guitar 2006).

Επιπλέον, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στις λεκτικές υποδείξεις στην ομιλία με τραυλισμό, ώστε αυτές να αφορούν αναμφίβολα στιγμές τραυλισμού, και όχι μια τυχαία απροσεξία στο λόγο του παιδιού. Με άλλα λόγια, εάν οι γονείς δεν είναι σίγουροι ότι πρόκειται για μια στιγμή τραυλισμού, τότε δεν πρέπει να κάνουν κανένα σχόλιο ως προς αυτό. Ως επί το πλείστον, τα παιδιά θα έχουν πολλές στιγμές

αναμφίβολου τραυλισμού κατά την έναρξη εφαρμογής του προγράμματος και λιγότερες στο τέλος του Σταδίου 1. Αναμένεται λοιπόν ότι αυτό δεν θα αποτελέσει πρόβλημα για τους γονείς μέχρι το τέλος του Σταδίου 1, κατά το οποίο το επίπεδο σοβαρότητας του τραυλισμού του παιδιού θα έχει φτάσει το 0-1 SR (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

Προτού οι γονείς προχωρήσουν στην εφαρμογή του προγράμματος, ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να σιγουρευτεί ότι ο γονιός μπορεί να εφαρμόσει τις λεκτικές υποδείξεις και να ξεχωρίσει ανάμεσα στην ομιλία με αναμφίβολες στιγμές τραυλισμού και την ομιλία χωρίς τραυλισμό. Τέλος, θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιδρά άμεσα με τις σωστές λεκτικές υποδείξεις μετά από στιγμές τραυλισμού και μη, διότι εάν υπάρχουν καθυστερήσεις και ασάφειες στις υποδείξεις, ενδέχεται να μην υπάρχει επιτυχία στο πρόγραμμα (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΛΕΚΤΙΚΩΝ ΥΠΟΔΕΙΞΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

Όπως έχει προαναφερθεί, οι λεκτικές υποδείξεις γίνονται είτε κατά τη διάρκεια συγκεκριμένης ώρας πρακτικής εξάσκησης του γονιού με το παιδί, είτε σε ανύποπτο χρόνο, κατά τη διάρκεια καθημερινών διαλόγων και συζητήσεων.

A. Λεκτικές υποδείξεις στα πλαίσια προκαθορισμένης πρακτικής εξάσκησης γονιού με παιδί

Η εφαρμογή των λεκτικών υποδείξεων στα πλαίσια προκαθορισμένης πρακτικής εξάσκησης με το παιδί, είναι μια ασφαλής μέθοδος για τον γονιό, καθώς στις προκαθορισμένες συνεδρίες και είναι σε θέση να εφαρμόζει όλα όσα έχει μάθει από τον λογοθεραπευτή σωστά και με επάρκεια.

Σε αυτά τα πλαίσια οι συζητήσεις μεταξύ γονιού και παιδιού είναι δομημένες με τέτοιο τρόπο ώστε τα παιδιά να έχουν ομιλία χωρίς τραυλισμό ή έστω η ομιλία χωρίς τραυλισμό να υπερισχύει. Είναι σίγουρο ότι θα υπάρχουν και στιγμές τραυλισμού, κατά τις οποίες ο γονιός θα εφαρμόζει τις προαναφερθείσες λεκτικές υποδείξεις.

Οι γονείς μαθαίνουν διάφορες τεχνικές για να ρυθμίσουν τα ποσοτικά και ποιοτικά αποτελέσματα του παιδιού ώστε ο τραυλισμός να μειωθεί κατά τη διάρκεια των δομημένων πρακτικών εξασκήσεων. Αυτό συμπεριλαμβάνει διάλογο με τη σειρά, μίμηση λέξεων, ολοκλήρωση προτάσεων, κλειστές ερωτήσεις και ερωτήσεις δυαδικής επιλογής.

Πολλαπλές έρευνες έχουν δείξει ότι ο τραυλισμός αυξάνεται όταν υπάρχει συντακτική δυσκολία και μακροσκελείς προτάσεις. Ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής: Jayram 1983, Jayram 1984, Watson, Byrd & Carlo 2011, Bernstein Ratner & Sih 1987, Kadi-Hanifi,

& Howell 1992, Gaines, Runyan & Meyers 1991, Yaruss, Newman & Flora, 1999, Yaruss 1999, Weiss & Zebrowski 1992, Logan & Conture 1997, Chon, Sawyer & Ambrose 2012, Brundage & Bernstein Ratner 1989. Δεδομένου αυτού λοιπόν, συστήνεται στους γονείς να μην χρησιμοποιούν μακροσκελείς προτάσεις με συντακτική δυσκολία κατά τη διάρκεια της δομημένης πρακτικής εξάσκησης με το παιδί, ώστε να αυξάνεται η ομιλία του παιδιού χωρίς τραυλισμό. Με αυτό τον τρόπο, η θεραπεία κατά την διάρκεια της πρακτικής εξάσκησης η περιλαμβάνει μια ποικιλία από προτάσεις ως προς το μήκος, τη διάρκεια και τη δυσκολία σύνταξης. Μπορεί λοιπόν ο γονιός να συμπεριλάβει στην εξάσκηση προτάσεις και απαντήσεις με μια ή δυο λέξεις ή και πολύ περισσότερες. Ο λογοθεραπευτής αποφασίζει για αυτά και τα αλλάζει αναλόγως της προόδου του παιδιού και της σοβαρότητα του τραυλισμού κατά τη διάρκεια της εξάσκησης. Δεν είναι λοιπόν μια στατική τακτική, καθώς όσο προχωρά η θεραπεία, αναμένεται να ανεβαίνει και ο βαθμός δυσκολίας των προτάσεων (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

Κατά την εφαρμογή των πρακτικών εξασκήσεων, οι γονείς συχνά έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις που δεν μπορούν να διαχειριστούν μόνοι τους και στις οποίες χρειάζονται βοήθεια από τον λογοθεραπευτή για την αντιμετώπισή τους, όπως όταν ο τραυλισμός είναι πολύ σοβαρός, τα παιδιά δεν απαντούν στις ερωτήσεις και δεν κάνουν διάλογο ή βαριούνται και δεν θέλουν να ασχοληθούν άλλο με αυτό. Σε τέτοιες περιπτώσεις και για την ομαλή εφαρμογή του προγράμματος, είναι αναγκαίο οι γονείς να ζητούν βοήθεια από τον λογοθεραπευτή.

Οι λεκτικές υποδείξεις κατά τη διάρκεια των πρακτικών εξασκήσεων με το παιδί θα πρέπει να γίνονται μία ή δύο φορές την μέρα, για 10-15 λεπτά περίπου. Εάν κριθεί απαραίτητο, τότε μπορούν να γίνονται και πιο συχνά μέσα στη μέρα. Γονιός και παιδί κάθονται μαζί σε ένα τραπέζι ή στο πάτωμα, σε ήσυχο μέρος μαζί με βιβλία, παιχνίδια, τετράδια κτλ. Ένας ειδικά διαμορφωμένος χώρος στο σπίτι όπου κάθεται μαζί γονιός και παιδί προσδίδουν στην εξάσκηση την απαραίτητη σοβαρότητα ώστε και οι δύο συμμετέχοντες να είναι εξίσου συγκεντρωμένοι σε αυτό.

Τέλος, οι λεκτικές υποδείξεις μπορούν να συμπληρωθούν με άλλου είδους υποδείξεις μη λεκτικές όπως είναι ήχοι, βραβεία ή σωματικές δράσεις. Για παράδειγμα οι λεκτικές υποδείξεις μπορούν να συμπληρωθούν με αυτοκόλλητα, σφραγίδες, αστεράκια σε τετράδια, χαρούμενες και λυπημένες φατσούλες, κλείσιμο του ματιού, γνεψίματα, χειρονομίες, κόλλα-πέντε κτλ. Ωστόσο οι μη λεκτικές υποδείξεις δεν πρέπει να αντικαταστήσουν σε καμία περίπτωση τις λεκτικές, παρά μόνο να λειτουργήσουν συμπληρωματικά ως προς αυτές (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

B. Λεκτικές υποδείξεις στα πλαίσια φυσικών συζητήσεων γονιού με παιδί

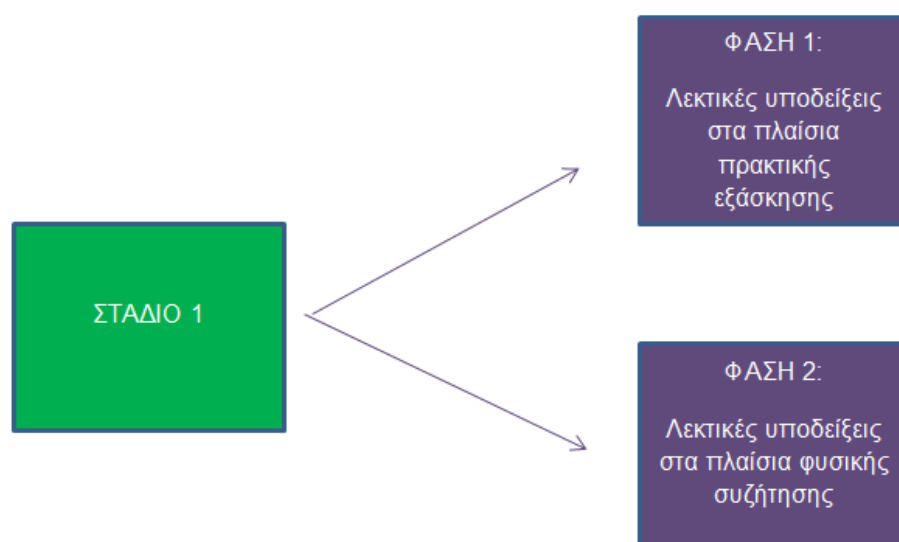
Οι λεκτικές υποδείξεις κατά τη διάρκεια καθημερινών διαλόγων και συζητήσεων μεταξύ του γονιού και του παιδιού γίνονται μέσα από καθημερινές καταστάσεις και ασχολίες. Σε αντίθεση με τις λεκτικές υποδείξεις στα πλαίσια πρακτικής εξάσκησης,

σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει καμιά αλλαγή στην καθημερινότητα της ζωής του παιδιού, ώστε να επιτευχθεί μεγαλύτερη συχνότητα ομιλίας χωρίς τραυλισμό, όπως για παράδειγμα μια προκαθορισμένη ώρα στο ημερήσιο πρόγραμμα γονιού και παιδιού για την εφαρμογή του προγράμματος. Αντιθέτως, οι γονείς επωφελούνται των φυσικών, καθημερινών διαλόγων και συζητήσεων με το παιδί για να παρουσιάσουν τις αντίστοιχες λεκτικές υποδείξεις.

Οι λεκτικές υποδείξεις στα πλαίσια φυσικών συζητήσεων, γίνονται κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων, όπως την ώρα ετοιμασίας του δείπνου, κατά τη διάρκεια του μπάνιου ή του ψωνίσματος, κατά το ντύσιμο, στο πάρκο, κατά τη διάρκεια του φαγητού, στο δρόμο για το σχολείο, κτλ. Όπως και στην περίπτωση των λεκτικών υποδείξεων στα πλαίσια προκαθορισμένης πρακτικής εξάσκησης γονιού με παιδί, έτσι και εδώ οι λεκτικές υποδείξεις μπορούν να συμπληρωθούν από άλλες μη λεκτικές υποδείξεις.

Εφόσον ο στόχος του Προγράμματος Lidcombe είναι η μείωση και εξάλειψη του τραυλισμού, μέσω των λεκτικών υποδείξεων του γονιού προς το παιδί, είναι βασική προϋπόθεση αυτές να χρησιμοποιούνται και κατά τη διάρκεια φυσικών και καθημερινών διαλόγων με το παιδί. Ωστόσο, οι λεκτικές υποδείξεις στα πλαίσια καθημερινών συζητήσεων δεν χρησιμοποιούνται άμεσα και στην πρώτη φάση εφαρμογής του προγράμματος, παρά μόνο όταν ο λογοθεραπευτής έχει σιγουρευτεί ότι ο γονιός χρησιμοποιεί ορθά τις λεκτικές υποδείξεις και το σύστημα μέτρησης σοβαρότητας του τραυλισμού και αφότου έχει σημειωθεί μείωση της σοβαρότητας του τραυλισμού στο παιδί.

Στο Στάδιο 1 λοιπόν, οι γονείς για ένα διάστημα χρησιμοποιούν τις λεκτικές υποδείξεις μόνο κατά τη διάρκεια πρακτικών εξασκήσεων. Όταν ο λογοθεραπευτής κρίνει ότι ο γονιός και το παιδί είναι έτοιμοι, ο γονιός θα αρχίσει να εφαρμόζει τις λεκτικές υποδείξεις ταυτόχρονα τόσο στα πλαίσια πρακτικών εξασκήσεων, όσο και σε καθημερινές φυσικές συζητήσεις. Στην πορεία στόχος είναι οι λεκτικές υποδείξεις στα πλαίσια καθημερινών συζητήσεων να αντικαταστήσουν αυτές των πρακτικών εξασκήσεων, έως ότου η πρακτική εξάσκηση να μην γίνεται καθόλου. Η μετάβαση από το ένα στο άλλο είναι ομαλή και ελέγχεται από τον λογοθεραπευτή, ο οποίος σταδιακά και σταθερά αλλάζει τον αριθμό και τη διάρκεια των πρακτικών εξασκήσεων



(π.χ. από καθημερινή βάση σε μέρα παρά μέρα), ενώ ταυτοχρόνως αυξάνει τη διάρκεια και συχνότητα των λεκτικών υποδείξεων κατά τις καθημερινές, φυσικές συνομιλίες (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016). Πολλές φορές όμως η εξάλειψη των πρακτικών εξασκήσεων δεν εφαρμόζεται παρά μόνο στο Στάδιο 2.

ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΑΠΟ ΣΤΑΔΙΟ 1 ΣΕ ΣΤΑΔΙΟ 2

Για τη μετάβαση από το Στάδιο 1 στο Στάδιο 2, θα πρέπει να πληρούνται τα δύο ακόλουθα κριτήρια για 3 διαδοχικές εβδομαδιαίες επισκέψεις στο λογοθεραπευτή:

- i. Τουλάχιστον 4 από τις 7 εβδομαδιαίες μετρήσεις των γονιών της σοβαρότητας του τραυλισμού (SR) θα πρέπει να είναι 0 (SR 0).
- ii. Οι μετρήσεις του λογοθεραπευτή για τη σοβαρότητα του τραυλισμού θα πρέπει να είναι 0-1 (SR 0-1).
- iii. Εάν η μέτρηση του τραυλισμού γίνεται με ποσοστιαία μέτρηση του αριθμού των συλλαβών με τραυλισμό (SS%), τότε το ποσοστό των συλλαβών (SS%) να είναι λιγότερο από 1,0% στο πλαίσιο της κλινικής.

Οι μετρήσεις στο Στάδιο 2 γίνονται συνήθως κατά τη βδομάδα που προηγείται της επίσκεψης στον λογοθεραπευτή, εκτός εάν αυτός τους ζητήσει οι μετρήσεις να γίνονται συχνότερα.

Σύμφωνα με τους Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd (2016) χρειάζονται περίπου 16 συνεδρίες για να μεταβούν τα παιδιά από το Στάδιο 1 στο Στάδιο 2, παρόλο που αυτός ο αριθμός ποικίλει αναλόγως της περίπτωσης.

ΣΤΑΔΙΟ 2: ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ

Στο Στάδιο 2 υπάρχουν στόχοι:

1. Συστηματική και ολική ανάληψη ευθύνης της διαχείριση του τραυλισμού του παιδιού στους γονείς
2. Διατήρηση της εξάλειψης ή των χαμηλών ποσοστών τραυλισμού όπως αυτό έχει επιτευχθεί στο Στάδιο 1.

Κατά τη διάρκεια του Σταδίου 2, οι γονείς αρχίζουν να εξαλείφουν τις λεκτικές υποδείξεις κατά τη διάρκεια φυσικών συζητήσεων με το παιδί, δεδομένου ότι αυτό γίνεται χωρίς αύξηση του τραυλισμού και κατόπιν οδηγιών του λογοθεραπευτή, ο οποίος παρακολουθεί το ποσοστό σοβαρότητας τραυλισμού του παιδιού (SR) και συμβουλεύει τον γονιό (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

Η συντήρηση του αποτελέσματος του Σταδίου 1 είναι ίσως η πιο σημαντική φάση του Προγράμματος Lidcombe. Ζητείται από τους γονείς και το παιδί να διατηρηθούν τα αποτελέσματα της σοβαρότητας του τραυλισμού (SR) στα χαμηλά επίπεδα που περιγράφηκαν πιο πάνω, για μεγαλύτερα όμως διαστήματα σε σχέση με προηγουμένως. Έτσι οι γονείς επισκέπτονται τον λογοθεραπευτή πιο αραιά. Οι δύο πρώτες επισκέψεις στον λογοθεραπευτή είναι σε διάστημα 2 εβδομάδων, οι επόμενες δύο είναι σε διάστημα 4 εβδομάδων, οι επόμενες δύο είναι σε διάστημα 8 εβδομάδων και οι τελευταίες δύο επισκέψεις είναι 16 εβδομάδες αργότερα (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016). Αυτό το πρόγραμμα έχει διάρκεια περίπου ένα χρόνο ή και περισσότερο.

Η έρευνα των Webber και Onslow (2003) έχει αποδείξει τη σημαντικότητα της συντήρησης των χαμηλών ποσοστών τραυλισμού μέσω αυτού του προγράμματος, αφού όπως έχει αποδειχτεί σχεδόν το 50% των παιδιών κατά τη διάρκεια του Σταδίου 2 αποτυγχάνει να διατηρήσει τα χαμηλά επίπεδα τραυλισμού (όπως περιγράφηκαν πιο πάνω) τουλάχιστον μια φορά κατά την εφαρμογή του Σταδίου 2. Εάν τα πιο πάνω κριτήρια και χαμηλά ποσοστά μέτρησης σοβαρότητας του τραυλισμού δεν ικανοποιούνται κατά τις προγραμματισμένες επισκέψεις του Σταδίου 2, τότε ο λογοθεραπευτής αποφασίζει εάν η εξέλιξη της θεραπείας θα παραμείνει ως έχει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ή εάν το παιδί πρέπει να επιστρέψει στο προηγούμενο στάδιο της θεραπείας, δηλαδή εφαρμογή εν νέου του Σταδίου 1.

Ιδανικά κατά τις πρώτες εμφανίσεις υποτροπών στο Στάδιο 2, οι γονείς θα είναι σε θέση να επαναφέρουν γρήγορα τη μέτρηση της σοβαρότητας του τραυλισμού και πάλι πίσω στον προκαθορισμένο τους στόχο, δηλ. 0-1 SR, επαναλαμβάνοντας την χρήση λεκτικών υποδείξεων μέσα από πρακτική εξάσκηση και καθημερινές συζητήσεις (όπως στο Στάδιο 1). Σε περιπτώσεις όπου ούτε αυτή η τακτική έχει αποτέλεσμα, τότε οι γονείς θα πρέπει άμεσα να επικοινωνήσουν με τον λογοθεραπευτή, πριν από την προκαθορισμένη τους συνάντηση στο Στάδιο 2.

Μετά την επιτυχημένη εφαρμογή του Σταδίου 1, πολλοί γονείς ή και λογοθεραπευτές όντες ευχαριστημένοι από το αποτέλεσμα επαναπαύονται και δεν εφαρμόζουν επακριβώς και με ακρίβεια όλα τα βήματα του Σταδίου 2. Αυτό ενέχει σοβαρό κίνδυνο υποτροπιασμού και επανεμφάνισης του τραυλισμού. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό όπως οι λεκτικές υποδείξεις για την ομιλία με και χωρίς τραυλισμό να συνεχίζουν να υφίστανται καθ' όλη τη διάρκεια του Σταδίου 2 από τους γονείς, γιατί αποτελούν σημαντικό παράγοντα της διατήρησης του χαμηλού βαθμού τραυλισμού στα παιδιά (Jones, Onslow, Packman, O' Brian, Hearne, Willians, Ormond και Schwarz, 2008).

Εξίσου σημαντικές ωστόσο αποδεικνύονται και οι συνεδρίες μαζί με τον λογοθεραπευτή για συχνή επισκόπηση του εκάστοτε σταδίου του Προγράμματος και για έγκαιρη αποφυγή τυχόν υποτροπιασμού.

Στάδιο 1

Κατά τη διάρκεια του Σταδίου 1, ο γονιός μαζί με το παιδί επισκέπτονται τον λογοθεραπευτή μία φορά την εβδομάδα για 45-60 λεπτά. Κατά τη διάρκεια των συνεδριών με τον λογοθεραπευτή αναμένονται τα εξής:

- Ο γονέας ή ο λογοθεραπευτής ή και οι δύο συνομιλούν με το παιδί έως ότου κάνει την εμφάνισή του ο τραυλισμός. Τότε, ο λογοθεραπευτής σημειώνει τον βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού (SR) ή το ποσοστό τραυλισμού ανά συλλαβή (%SS).
- Ο λογοθεραπευτής εξηγεί την κλίμακα αξιολόγησης στον γονιό και ελέγχει την ικανότητά του για αξιολόγηση (SR), ζητώντας από το γονιό να αξιολογήσει τον βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού στην συζήτηση του παιδιού με το λογοθεραπευτή.
- Εξηγεί το Πρόγραμμα Lidcombe στον γονιό και η εφαρμογή του ξεκινά. Ο λογοθεραπευτής ζητά από τον γονιό, εάν αυτό είναι δυνατόν, να προσκομίσει στην επόμενη συνεδρία οπτικοακουστικό υλικό από την εφαρμογή του προγράμματος. Αρχή θα γίνει από τις λεκτικές υποδείξεις στα πλαίσια πρακτικής εξάσκησης.
- Στις επόμενες συναντήσεις ο γονιός δίνει στον λογοθεραπευτή αναφορά για τον βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού του παιδιού, όπως το έχει σημειώσει στην κλίμακα αξιολόγησης (SR), για κάθε μέρα της βδομάδας που προηγήθηκε της συναντήσεως με τον λογοθεραπευτή. Ο λογοθεραπευτής και ο γονιός συζητούν τα αποτελέσματα της κλίμακας αξιολόγησης (SR) για την προηγούμενη εβδομάδα. Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να ρωτήσει τον γονιό τα εξής:
 - Πότε έγιναν οι πρακτικές εξασκήσεις, σε ποιά περίοδο της μέρας, πόσο συχνά και πόση διάρκεια είχαν; Έγιναν όπως είχαν προγραμματιστεί;
 - Πώς επιτεύχθηκε ο χαμηλός βαθμός τραυλισμού κατά τη διάρκεια των πρακτικών εξασκήσεων; Με ποιές λεκτικές υποδείξεις;
 - Πόσο συχνά ο γονιός χρησιμοποιούσε λεκτικές υποδείξεις κατά τη διάρκεια φυσικών συζητήσεων και καθημερινών διαλόγων με το παιδί; Τί έκαναν ο γονιός και το παιδί εκείνη την ώρα, πού βρίσκονταν και πόσο περίπου διήρκησε αυτό κάθε φορά; Ήταν το παιδί ομιλητικό κατά τη διάρκειά των συζητήσεων αυτών;
 - Ποιές λεκτικές υποδείξεις χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των πρακτικών εξασκήσεων και των καθημερινών διαλόγων;
 - Υπάρχει κάτι που κατά τη γνώμη του γονιού δεν πήγε αρκετά καλά ή πήγε πολύ καλά κατά την εφαρμογή του Προγράμματος την προηγούμενη βδομάδα;
- Ο γονιός παρουσιάζει τις λεκτικές υποδείξεις που χρησιμοποίησε την προηγούμενη βδομάδα, έμπρακτα εφαρμόζοντάς τις εκείνη την ώρα, παρουσία του λογοθεραπευτή, σε μια πρακτική εξάσκηση. Ο λογοθεραπευτής παρατηρεί εάν το παιδί ευχαριστείται την εξάσκηση, εάν ο γονιός διακρίνει την ομιλία με και χωρίς τραυλισμό με ευκολία, εάν το μάθημα είναι δομημένο

σωστά ώστε να επιτευχθεί ο μικρότερος δυνατός βαθμός τραυλισμού, εάν οι λεκτικές υποδείξεις είναι κατάλληλες για το παιδί, εάν οι λεκτικές υποδείξεις για τον «ομαλό» λόγο είναι περισσότερες και εάν οι λεκτικές υποδείξεις ποικίλουν και δεν επαναλαμβάνονται.

- Ο λογοθεραπευτής και ο γονιός συζητούν τις λεκτικές υποδείξεις που παρουσίασε ο γονιός και ο λογοθεραπευτής καθορίζει κατά πόσον ο γονιός εφαρμόζει ορθά και με επάρκεια το πρόγραμμα. Εάν ο γονιός έχει φέρει οπτικοακουστικό υλικό από τις πρακτικές εξασκήσεις στο σπίτι, τότε παρακολουθούν/ακούνε το υλικό και συζητούν, αξιολογώντας την εφαρμογή του προγράμματος από τον γονιό.
- Ο λογοθεραπευτής και ο γονιός συζητούν τις αλλαγές των διαδικασιών για την επόμενη εβδομάδα και ο λογοθεραπευτής δείχνει τις αλλαγές στις διαδικασίες στον γονιό. Οι αλλαγές μπορεί να περιλαμβάνουν τεχνικές για όσο το δυνατόν χαμηλότερα επίπεδα τραυλισμού κατά την πρακτική εξάσκηση, προτεινόμενες δραστηριότητες, τόπο και χρόνο χρήσης λεκτικών υποδείξεων στα πλαίσια φυσικών διαλόγων και είδος και συχνότητα λεκτικών υποδείξεων στα πλαίσια πρακτικής εξάσκησης.
- Ο λογοθεραπευτής συνοψίζει το πλάνο για την επόμενη βδομάδα και η συνεδρία κλείνει.

Στάδιο 2

Οι συνεδρίες με τον λογοθεραπευτή στο Στάδιο 2 έχουν συνήθως διάρκεια 30 λεπτών. Στην αρχή της συνεδρίας ο λογοθεραπευτής παίρνει από τον γονιό τις μετρήσεις του για την σοβαρότητα του τραυλισμού (SRs) και ελέγχει εάν αυτές εμπίπτουν στις προκαθορισμένες μετρήσεις του Σταδίου 2 σε σχέση και με τις προηγούμενες εβδομάδες. Όπως έχει προαναφερθεί, θα πρέπει τουλάχιστον 4 από τις 7 εβδομαδιαίες μετρήσεις των γονιών της σοβαρότητας του τραυλισμού (SR) θα πρέπει να είναι 0 (SR 0) και σε περίπτωση που η μέτρηση του τραυλισμού γίνεται με ποσοστιαία μέτρηση του αριθμού των συλλαβών με τραυλισμό (SS%), τότε το ποσοστό των συλλαβών (SS%) να είναι λιγότερο από 1,0% στο πλαίσιο της κλινικής. Γονιός και λογοθεραπευτής συζητούν τις βαθμολογίες της μέτρησης σοβαρότητας τραυλισμού και τις λεκτικές υποδείξεις που χρησιμοποίησε ο γονιός κατά τη διάρκεια φυσικών συζητήσεων με το παιδί. Ακολούθως, κατόπιν συζήτησης με το παιδί, ο λογοθεραπευτής βαθμολογεί τη σοβαρότητα τραυλισμού του (SR) και ελέγχει κατά πόσο και ο γονιός έδωσε την ίδια βαθμολογία ή έστω βαθμολογία με μικρή απόκλιση.

Εάν το παιδί πληροί τις προϋποθέσεις και ο βαθμός σοβαρότητας τραυλισμού του είναι χαμηλός (0-1 SR) τότε συνεχίζει την θεραπεία του Σταδίου 2. Σε αντίθετη περίπτωση, δεν ενδείκνυται να προχωρήσει το παιδί και αντ' αυτού ο λογοθεραπευτής είτε προγραμματίζει εκ νέου συνεδρία μια βδομάδα μετά κάνοντας τις απαραίτητες συστάσεις στον γονιό για διαχείριση του υποτροπιασμού και αυξημένου τραυλισμού του παιδιού, είτε επιστρέφει το παιδί σε προηγούμενο στάδιο της θεραπείας, π.χ. με περισσότερες λεκτικές υποδείξεις ίσως και με πρακτική

εξάσκηση κατά τη διάρκεια της ημέρας, ή σε σπάνιες περιπτώσεις προτείνει επιστροφή του παιδιού στο Στάδιο 1 και επανάληψη του Προγράμματος (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016).

Το Στάδιο 2 συνεχίζει έως ότου το παιδί έχει διατηρήσει τους στόχους της θεραπείας για χαμηλά επίπεδα τραυλισμού για ένα χρόνο ή και περισσότερο. Μετά το τέλος του Σταδίου 2 οι γονείς καλούνται να παρακολουθούν στενά το παιδί και να επιστρέφουν στον λογοθεραπευτή εάν υπάρξει οποιοσδήποτε υποτροπιασμός τον οποίο δεν μπορούν να διαχειριστούν.

ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΑΠΟΔΕΙΚΝΟΥΝ ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE

Πολλές έρευνες έχουν ασχοληθεί με την αποτελεσματικότητα του Προγράμματος και έχουν προσπαθήσει να δώσουν μια εξήγηση στην επιτυχία του. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι κατά την εφαρμογή του Προγράμματος Lidcombe, ούτε οι λογοθεραπευτές, ούτε οι γονείς επιχειρούν να διορθώσουν και να αλλάξουν τον τρόπο ομιλίας του παιδιού με σχετικές οδηγίες όπως «μίλα πιο αργά», «πες το ξανά πιο καθαρά», ή με οποιοδήποτε επεμβατικό τρόπο ως προς τον λόγο του παιδιού (Onslow, Stocker, Packman, McLeod, 2002). Αυτό καθιστά το Πρόγραμμα διαφορετικό από άλλες μεθόδους θεραπείας του τραυλισμού και την επιτυχία του σχεδόν ανεξήγητη, εφόσον δεν υπάρχουν έρευνες που να εξηγούν με δεδομένα την επιτυχία του Προγράμματος (Bonelli, Dixon, Bernstein Ratner, Onslow 2000, Lattermann, Shenker, Thordardottir 2005, Onslow, Stocker, Packman, McLeod, 2002). Επιπλέον και σύμφωνα με τους Woods, Shearsby, Onslow και Burnham (2002) είναι μια ασφαλής θεραπεία για παιδιά και δεν ενέχει κινδύνους για ψυχολογικές προεκτάσεις στα παιδιά, όπως άγχος, προσκόλληση στον γονιό κτλ.

Η Hayhow (2009, 20), συνέλεξε με τη μορφή συνέντευξης τις εμπειρίες των γονέων που εφάρμοσαν το Πρόγραμμα Lidcombe και ανέλυσε τα δεδομένα με το πρόγραμμα ποιοτικής ανάλυσης NVivo. Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήγαγε οι εμπειρίες των γονιών σχετικά με το πρόγραμμα φαίνεται να επηρεάζονται από τους τρόπους που οι ίδιοι αντιλήφθηκαν τις αρχές και τις διαδικασίες του προγράμματος και τον τρόπο με τον οποίο αυτές ταιριάζουν με την αντίληψή τους για τον τραυλισμό, τον ρόλο τους ως γονείς και τα παιδιά τους που τραυλίζουν. Οι γονείς φαίνεται να θεωρούν το πρόγραμμα Lidcombe ικανοποιητικό και σχετικά απλό, όταν η θεραπεία προχωρά ευθέως. Όταν η διαδικασία είναι πιο αργή ή ασταθής οι γονείς αντιλαμβάνονται την θεραπεία ως πιο περίπλοκη (Hayhow 2009, 20-25). Η αποτυχία στο να εκφράσουν επαρκώς τις δυσκολίες του Προγράμματος Lidcombe μπορεί να μειώσει το θεραπευτικό του αντίκτυπο και να οδηγήσει τον γονιό σε θλίψη και απελπισία.

Το Πρόγραμμα Lidcombe εγγυάται καλύτερη πρακτική για πρώιμη παρέμβαση. Μετα-ανάλυση από τυχαίες κλινικές ενδείξεις φανερώνει 7-8 φορές περισσότερες πιθανότητες αποθεραπείας σε σχέση με την κανονική θεραπεία (Bridgman, Onslow, O'Brian & Block 2011). Τέλος, οι O'Brian, Iverach, Jones και Onslow (2013) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα του Προγράμματος Lidcombe στις κοινοτικές κλινικές της Αυστραλίας. Στην έρευνά τους συμμετείχαν 31 λογοθεραπευτές και 57 παιδιά με τραυλισμό. Εννέα μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας έγινε καταγραφή του ποσοστού των συλλαβών με τραυλισμό (%SS) και κατά μέσο όρο το ποσοστό συλλαβών με τραυλισμό για τα 57 εκείνα παιδιά μετά από 9 μήνες θεραπεία ήταν 1.7.

Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς να παρακολουθούν στενά την ομιλία των παιδιών τους και να είναι έτοιμοι να εφαρμόσουν εκ νέου την θεραπεία των λεκτικών υποδείξεων στο Στάδιο 2 εάν κρίνουν ότι τα παιδιά τους εμφανίζουν τραυλισμό ξανά (Jones, Onslow, Packman, O' Brian, Hearne, Willians, Ormond και Schwarz, 2008). Η προσεχτική παρατήρηση για υποτροπιασμό των παιδιών οδηγεί σε έγκαιρη επίγνωση και αποφυγή αποτυχίας του προγράμματος.

Σύμφωνα με την έρευνα των Jones, Onslow, Packman, O' Brian, Hearne, Willians, Ormond και Schwarz (2008), πολύ συχνά τα παιδιά που έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία το πρόγραμμα Lidcombe υποτροπιάζουν και εμφανίζουν ξανά σημεία τραυλισμού. Συγκεκριμένα, 50% των παιδιών έχουν σημειώσει προσωρινά σημάδια τραυλισμού κατά μέσο όρο 5 χρόνια μετά την έναρξη του Σταδίου 1.

Το Πρόγραμμα Lidcombe έχει αρχίσει να εφαρμόζεται και με τηλεθεραπεία και αναμένεται ότι με την ανάπτυξη των οπτικοακουστικών μέσων, η τηλεθεραπεία θα αρχίσει να κερδίζει έδαφος. Επιπλέον, έχουν γίνει δοκιμές για την εφαρμογή του Προγράμματος Lidcombe σε ομάδες ατόμων και όχι ατομικά και σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η εφαρμογή του Προγράμματος σε ομάδες είναι το ίδιο αποτελεσματική με την εφαρμογή του σε ατομικό επίπεδο, απλώς πολύ πιο οικονομική (Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O'Brian, MacMillan, Lloyd, 2016, Arnott, Onslow, O'Brian, Packman, Jones, Block, 2014).

ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ LIDCOMBE

Σύμφωνα με τον Onslow (2017), το Πρόγραμμα Lidcombe έχει αποδειχτεί ως μια πετυχημένη μέθοδος αποθεραπείας του τραυλισμού σε παιδιά κάτω των 6 ετών. Παρόλο που δεν είναι αποτρεπτική η εφαρμογή του σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας, ωστόσο η αποτελεσματικότητά του μειώνεται όσο αυξάνεται και η ηλικία του ατόμου με τραυλισμό στο οποίο εφαρμόζεται το Πρόγραμμα. Πιο κάτω συνοψίζονται τα δυνατά σημεία και οι αδυναμίες που παρουσιάζει το Πρόγραμμα Lidcombe σε μια προσπάθεια κριτικής ανασκόπησής του:

Δυνατά σημεία

- Εύκολη και προσιτή μέθοδος για όλους τους λογοθεραπευτές.
- Απλή μέθοδος για τους γονείς, οι οποίοι την εφαρμόζουν.
- Έχει αποδεδειγμένα θετικά αποτελέσματα.

Αδυναμίες

- Το Πρόγραμμα απαιτεί συμμόρφωση των παιδιών. Εάν τα παιδιά δεν είναι συνεργάσιμα, τότε δεν θα υπάρχει πρόοδος, ούτε αποτέλεσμα.
- Το Πρόγραμμα Lidcombe, αν και πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης, δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε πολύ μικρά παιδιά. Έρευνες έχουν δείξει ότι ο τραυλισμός εμφανίζεται ακόμη και σε παιδιά 30 μηνών (2,5 ετών). Σε περιπτώσεις άμεσης πρώιμης παρέμβασης σε αυτές τις ηλικίες, ίσως το Πρόγραμμα Lidcombe να μην είναι ιδανικό.
- Τα παιδιά ίσως αντιδράσουν αρνητικά προς τις λεκτικές υποδείξεις και αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία του Προγράμματος.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ WESTMEAD

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ: ΜΙΑ ΠΑΛΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗ

Το Πρόγραμμα Westmead βρίσκεται στα αρχικά στάδια ανάπτυξης από το Αυστραλιανό κέντρο έρευνας τραυλισμού, που βρίσκεται στο Σίδνεϊ της Αυστραλίας. Χρησιμοποιεί το γνωστό ρυθμικό αποτέλεσμα, ή όπως αλλιώς ονομάζεται, συγχρονισμός συλλάβων της ομιλίας. Όπως έχει αναφερθεί και στη σχετική παράγραφο σε προηγούμενο σημείο αυτής της εργασίας, αυτή είναι μια μορφή θεραπείας που προκαλεί την ευφράδεια και φαίνεται να χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του τραυλισμού εδώ και πολλά χρόνια. Η πιο σύγχρονη καταγραμμένη χρήση της τεχνικής σαν θεραπευτική μέθοδος του τραυλισμού, προέκυψε τη δεκαετία του 1930 (Robbins 1935, Nowakowski 1930).

Συνοπτικά και σχετικά με την θεραπεία, έχει παρατηρηθεί ότι όταν το άτομο που παρουσιάζει τραυλισμό αρχίζει να λέει συλλαβιστά την κάθε λέξη ενώ ακούει ένα ρυθμικό χτύπο, τότε σταματά να τραυλίζει. Αυτός ο ρυθμός μπορεί να δοθεί με τη βοήθεια ενός μετρονόμου ή και όχι. Όταν σταματήσει η συλλαβική ρυθμική ομιλία, ο τραυλισμός επανέρχεται. Σε αυτή τη μέθοδο λοιπόν βασίζεται το Πρόγραμμα Westmead.

Το πρόγραμμα Westmead είναι ένα πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, το οποίο κατευθύνει τους γονείς να ενθαρρύνουν τα παιδιά στο να χρησιμοποιούν τη συγχρονισμένη συλλαβικά ομιλία, η αλλιώς την «ομιλία-ρομπότ». Ο στόχος είναι σταδιακά να κατοχυρώσουν ένα φυσιολογικό ρυθμό ομιλίας ο οποίος δεν ακούγεται αφύσικος με οποιοδήποτε τρόπο. Για 4-6 φορές την ημέρα, και με 5–10 λεπτά διάλλειμα κάθε φορά φορά, ο γονιός και το παιδί εξασκούν τη ρυθμικά συγχρονισμένη συλλαβικά ομιλία (Onslow 2017, 142-143). Οι γονείς ανά τακτά διαστήματα επαινούν τα παιδιά που χρησιμοποιούν αυτή τη τεχνική (όμοια με τους επαίνους στις λεκτικές υποδείξεις του Προγράμματος Lidcombe). Δεν υπάρχουν καθορισμένοι κανόνες για το πόσο συχνά πρέπει να γίνεται η εξάσκηση αυτής της τεχνικής. Έγκειται στην κρίση του θεραπευτή να το κρίνει αυτό για το κάθε παιδί, αναλόγως της κατάστασης.

Οι γονείς και τα παιδιά επισκέπτονται τον λογοθεραπευτή κάθε εβδομάδα. Κατά τη διάρκεια της εβδομαδιαίας επίσκεψης, ο θεραπευτής μαθαίνει στους γονείς πώς να χρησιμοποιούν τη θεραπεία και επιβεβαιώνει ότι την εφαρμόζουν σωστά (Onslow 2017, 142-143).

ΣΤΟΧΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ 1 ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ 2

Όπως και με το πρόγραμμα Lidcombe, οι στόχοι του προγράμματος Westmead είναι να εξαλειφθεί ο τραυλισμός, ή να μην εμφανίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα

(Onslow 2017, 143). Ο στόχος για το Στάδιο 1 είναι να εξαλειφθεί ο τραυλισμός ή έστω να μην εμφανίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα και ο στόχος για το Στάδιο 2 είναι να μπορεί να διατηρηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το Στάδιο 2 αναφέρεται και ως Στάδιο Συντήρησης.

Τα κριτήρια της θεραπείας προσδιορίζονται με δυο μετρήσεις. Η πρώτη είναι η μέτρηση του ποσοστού των συλλαβών που εμφανίστηκε τραυλισμός. Αυτό γίνεται από τον λογοθεραπευτή στην αρχή της κάθε συνεδρίας κατά τη διάρκεια της συνομιλίας με το παιδί ή κατά τη διάρκεια που το παιδί συζητά με τον γονιό. Το Στάδιο 1 ολοκληρώνεται όταν οι συλλαβές που εμφανίζεται τραυλισμός είναι κάτω από 1.0% για τρεις συνεχόμενες εβδομάδες. Τότε ξεκινά το Στάδιο 2.

Η δεύτερη μέτρηση των κριτηρίων της θεραπείας είναι η χρήση της κλίμακας σοβαρότητας τραυλισμού (SR scale) που χρησιμοποιείται και από το πρόγραμμα Lidcombe. Το Στάδιο 1 ολοκληρώνεται όταν για τρεις συνεχόμενες εβδομάδες η βαθμολογία των γονιών στην κλίμακα σοβαρότητας τραυλισμού είναι από 0–1 και κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομαδιαίας συνεδρίας, οι βαθμολογίες στην κλίμακα είναι 0, για τουλάχιστον 4 στις 7 φορές. Εάν οι μετρήσεις πληρούν τα πιο πάνω κριτήρια, τότε ξεκινά το Στάδιο 2 (Onslow 2017, 143).

ΣΤΑΔΙΟ 1

Το Στάδιο 1 της θεραπείας εμπεριέχει 2 μέρη: Στάδιο 1α και Στάδιο 1β.

Στάδιο 1α:

Κατά τη διάρκεια του μέρους α, ή αλλιώς Σταδίου 1α, ο γονιός και το παιδί παρευρίσκονται σε συνεδρίες 30–60 λεπτών, ούτως ώστε να μάθουν και οι δύο να χρησιμοποιούν τη τεχνική της ρυθμικά συγχρονισμένης συλλαβικότητας. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ο γονιός και το παιδί εγκαθιστούν μια ρουτίνα όπου αυτή η τεχνική εξασκείται καθημερινά. Ο λογοθεραπευτής διδάσκει στον γονιό όποτε είναι απαραίτητο, να τροποποιεί το μήκος και τη γραμματική πολυπλοκότητα της ομιλίας του, με σκοπό την ευκολότερη μάθηση της τεχνικής. Γενικά, τα παιδιά μαθαίνουν να χρησιμοποιούν τη τεχνική γρήγορα και είναι ικανά να την εφαρμόζουν σε συζητήσεις κατά τη διάρκεια των πρώτων συνεδριών. Σε αυτό το σημείο ο λογοθεραπευτής παροτρύνει τον γονιό να βάζει το παιδί να δοκιμάζει την τεχνική κατά τη διάρκεια των συζητήσεων μεταξύ των συνεδριών εξάσκησης (Onslow 2017, 143-44).

Στάδιο 1β:

Το Στάδιο 1β ξεκινά όταν ο γονιός και το παιδί εξασκούν και χρησιμοποιούν τη τεχνική σωστά κατά τη διάρκεια της ημέρας. Όπως και με το πρόγραμμα Lidcombe, είναι σημαντικό ο γονιός να κάνει ότι του υποδεικνύει ο λογοθεραπευτής. Όταν ξεκινήσει το Στάδιο 1β οι συνεδρίες γίνονται κάθε δεκαπενθήμερο (Onslow 2017, 144). Η μετάβαση από το Στάδιο 1 στο Στάδιο 2 γίνεται όταν το παιδί έχει πετύχει

τους στόχους του εκάστοτε σταδίου, όπως αυτοί περιγράφηκαν πιο πάνω (βλ. Στόχοι Θεραπείας κατά τη διάρκεια του Σταδίου 1 και του Σταδίου 2).

ΣΤΑΔΙΟ 2

Όταν τα παιδιά κατοχυρώσουν τα θεραπευτικά κριτήρια τότε θα ξεκινήσει το Στάδιο 2. Ο γονιός και το παιδί τότε θα αρχίσουν να επισκέπτονται λιγότερες φορές τον λογοθεραπευτή κατά τη διάρκεια ενός χρόνου. Κατά τη διάρκεια του Σταδίου 2, ο γονιός θα πρέπει να μειώσει σταδιακά τις καθημερινές συνεδρίες εξάσκησης με το παιδί. Σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια των συνεδριών του Σταδίου 2 το παιδί δεν πληρεί τα θεραπευτικά κριτήρια, ο λογοθεραπευτής έχει την επιλογή να σταματήσει τη πρόοδο του σταδίου 2 μέχρι να επιλυθεί το πρόβλημα, ή να επιστρέψει το παιδί στο Στάδιο 1 για να επιτύχει και πάλι εκ νέου τους στόχους της θεραπείας.

ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΑΠΟΔΕΙΚΝΟΥΝ ΤΑ ΘΕΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ WESTMEAD

Στο παρόν στάδιο οι μόνες πηγές υλικού για το πρόγραμμα Westmead είναι οι δημοσιευμένες κλινικές δοκιμές Στάδιο 1 και Στάδιο 2: Trajkovski, Andrews, O'Brian, Onslow & Packman 2006, 270–277, Trajkovski, Andrews, Onslow, Packman, O'Brian & Menzies 2009, 1–10, Trajkovski, Andrews, Onslow, O'Brian, Packman & Menzies 2011, 500-509.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, έγιναν έρευνες για τις θετικές επιπτώσεις σε παιδιά προσχολικής ηλικίας όταν αυτά μιλούσαν ρυθμικά (Corppola & Yairi, 1982). Τα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα άρχισαν σε κάθε συνεδρία να μιλούν με συγχρονισμένη συλλαβικά ομιλία στους 80–120 χτύπους το λεπτό, λέγοντας δισύλλαβες λέξεις μέχρι να φτάσουν το στόχο ρυθμού της ομιλίας, ο οποίος ήταν από 104–112 χτύπους το λεπτό. Τότε και κατά τη διάρκεια της κάθε συνεδρίας, τα παιδιά έλεγαν κατ' ακολουθία, τρεις μονοσύλλαβες λέξεις, μετά τέσσερις εξασύλλαβες λέξεις και τέλος χρησιμοποιούσαν αυθόρμητο λόγο. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών συνεδριών η ρυθμική ομιλία εξαλειφόταν σταδιακά. Η θεραπεία γινόταν αποκλειστικά μέσα στη κλινική και τα παιδιά παρακολουθούσαν τρεις συνεδρίες την εβδομάδα για πέντε εβδομάδες. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η θεραπεία άξιζε περισσότερης έρευνας αλλά δεν δημοσιεύτηκαν μεταγενέστερες αναφορές.

Ένα άλλο ενδιαφέρον πείραμα είναι το εξής. Ένα πείραμα που εμπειρείχε αγόρια ηλικίας 9–11 χρονών, έδειξε πως οι οδηγίες ήταν αχρείαστες όσον αφορά τη μείωση του τραυλισμού στην παρουσία μετρονόμου (Greenberg, 1970). Στο πείραμα που διεξήχθη σε μια ομάδα 20 παιδιών ένας μετρονόμος χτυπούσε στο βάθος. Στα μισά παιδιά δοθήκαν οδηγίες να μιλούν συγχρονισμένα με το χτύπο του μετρονόμου και

στα υπόλοιπα δεν δόθηκαν καθόλου οδηγίες. Όπως ήταν αναμενόμενο, τα παιδιά που είχαν λάβει οδηγίες να μιλούν ρυθμικά, δεν τραύλιζαν. Απροσδόκητα όμως η έρευνα έδειξε πως τα παιδιά που δεν είχαν λάβει οδηγίες, παρουσίασαν σημαντική βελτίωση. Τα παιδιά παρουσίασαν σημαντική βελτίωση με τη ρυθμική διέγερση, χωρίς να καθοδηγηθούν ως προς το να μιλούν συγχρονισμένα με το μετρονόμο. Αυτά τα στοιχεία υποδηλώνουν με βεβαιότητα την αξία της συγχρονισμένης συλλαβικά ομιλίας στα παιδιά, η οποία προκύπτει αυθόρμητα και χωρίς καθοδήγηση, φτάνει να υπάρξει ρυθμικός χτύπος (Greenberg, 1970).

ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ WESTMEAD

ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Μια εύκολη μέθοδος

Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι πολύ απλή. Η χρήση της τεχνικής της ρυθμικά συγχρονισμένης συλλαβικότητας στην ομιλία, φαίνεται να είναι μια εύκολη και κατανοητή μέθοδος για τα παιδιά, τα οποία εύκολα μπορούν να την εφαρμόσουν χωρίς στενή επίβλεψη του λογοθεραπευτή. Επιπλέον, οι γονείς μπορούν εύκολα και γρήγορα να κατανοήσουν τη μέθοδο και αρχίζουν σχεδόν άμεσα να την εφαρμόζουν. Ως εκ τούτου, μόλις ο γονιός και το παιδί μάθουν να εξασκούν την τεχνική, οι συνεδρίες αρχίζουν να γίνονται κάθε δεκαπενθήμερο (Onslow 2017, 144).

2. Χρήσιμη μέθοδος πρώιμης παρέμβασης

Εξαιτίας της απλότητας της μεθόδου, η μέθοδος αυτή της ρυθμικής διέγερση έχει κοινά με θεραπείες βασισμένες σε πολυπαραγοντικά μοντέλα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος εύκολης παρέμβασης σε μικρότερης ηλικίας παιδιά όπως και με το πρόγραμμα Lidcombe (Onslow 2017, 144).

3. Θεραπεία αξιοπιστίας

Υπάρχει μια βάσιμη θεωρία πίσω από το Πρόγραμμα Westmead για τον μηχανισμό με τον οποίο λειτουργεί. Πέρα από το γεγονός ότι η ρυθμικά συγχρονισμένη συλλαβική ομιλία είναι η πιο παλιά καταγεγραμμένη μέθοδος θεραπείας τραυλισμού, η οποία είναι αποδεδειγμένα επιτυχής, ταυτοχρόνως έχει αποδειχτεί ότι εξαλείφει το άγχος που ευθύνεται για προξένηση στιγμών τραυλισμού (Onslow 2017, 144).

ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ

Μια επαναληπτική και ίσως κουραστική μέθοδος

Όλο και περισσότερες κλινικές δοκιμές αποκαλύπτουν ότι η θεραπεία μπορεί να αποδειχθεί κουραστική λόγω της επαναληπτικότητάς της. Παρόλο που οι γονείς μαθαίνουν γρήγορα να χρησιμοποιούν τη τεχνική με τα παιδιά τους, μπορεί να καταντήσει αρκετά κουραστικό για αυτούς να την εφαρμόζουν για μεγάλη χρονική περίοδο ώστε τα αποτελέσματα να διαρκέσουν στον χρόνο και να υπάρχει συντήρηση και διάρκεια στον έλεγχο του τραυλισμού (Onslow 2017, 144).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ & ΕΦΗΒΟΥΣ

Σε περιπτώσεις όπου ο τραυλισμός δεν θεραπεύεται από την παιδική ηλικία ή εμφανίζεται σε μεταγενέστερο ηλικιακό στάδιο, προτείνονται άλλα προγράμματα θεραπείας του. Ένα αποδεδειγμένα επιτυχημένο Πρόγραμμα εφαρμογής σε ενήλικες και εφήβους για αντιμετώπιση του τραυλισμού είναι το Πρόγραμμα Camperdown.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ CAMPERDOWN

Το πρόγραμμα Camperdown είναι μια συμπεριφορική θεραπεία που συνιστάται για χρήση σε ενήλικες και εφήβους άνω των 12 ετών. Είναι μια παραλλαγή του καθιερωμένου προγράμματος αναδιάρθρωσης ομιλίας (Onslow & Menzies 2010). Το πρόγραμμα αυτό είναι ιδανικό για χρήση σε άτομα με ήπιο ή σοβαρό τραυλισμό. Ο στόχος είναι να μειώσει τον τραυλισμό στην καθημερινότητα των ατόμων αυτών. Η θεραπεία χρησιμοποιεί ένα εκπαιδευτικό μοντέλο για να παρουσιάσει τον λόγο σε αργό, επιτηδευμένο και υπερβολικό τρόπο (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

Το Πρόγραμμα Camperdown είναι ευκολότερο να εφαρμοστεί σε άτομα που λαμβάνουν θεραπεία 45–60 λεπτών με εβδομαδιαίες συνεδρίες. Παρόλα αυτά το πρόγραμμα Camperdown έχει εννοιολογικό αντί διαδικαστικό χαρακτήρα, και οι θεμελιώδεις αρχές του μπορούν να εφαρμοστούν σε εντατική ή ομαδική θεραπεία, ή σε συνδυασμό διάφορων μορφών. Το πρόγραμμα Camperdown μπορεί να προσαρμοστεί σε έφηβους και μπορεί να εφαρμοστεί ακόμη και σε λογοθεραπευτικές συνεδρίες μέσω διαδικτύου (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

Ο οδηγός θεραπείας του προγράμματος Camperdown απευθύνεται σε λογοθεραπευτές και μόνο και δεν ενδείκνυται να χρησιμοποιείται από άλλους επαγγελματίες χωρίς τις οδηγίες ενός λογοθεραπευτή. Είναι πολύ σημαντικό ένας επαγγελματικά καταρτισμένος λογοθεραπευτής να εκπαιδεύσει και να επιτηρήσει τους ενήλικες και εφήβους στους οποίους εφαρμόζεται το πρόγραμμα Camperdown (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

Κλίμακες αξιολόγησης

Όπως και στο Πρόγραμμα Lidcombe, έτσι και στο Πρόγραμμα Camperdown, κατά τη διάρκεια της θεραπείας χρησιμοποιούνται κλίμακες αξιολόγησης για να μετρήσουν την ομιλία και το άγχος του ατόμου με τραυλισμό. Οι κλίμακες αυτές είναι αρκετά ευκολόχρηστες, γεγονός που τις καθιστά ιδανικό μέσο επικοινωνίας για ποσοτικό

καθορισμό και μέτρηση της έκτασης του προβλήματος καθώς επίσης και για καθορισμό μακροπρόθεσμων και βραχυπρόθεσμων στόχων στη θεραπεία. Επίσης διευκολύνει την αυτοαξιολόγηση και την αυτοδιαχείριση των τεχνικών της ομιλίας καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος. Τέλος, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από άτομα με τραυλισμό για να επικοινωνούν γρήγορα και αποτελεσματικά με τους λογοθεραπευτές τους σχετικά με την πρόοδο τους ούτως ώστε η βελτίωσή τους να παρακολουθείται και να αξιολογείται συνεχώς (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

Διαδικασίες αυτο-αξιολόγησης

Τα άτομα που χρησιμοποιούν το πρόγραμμα αυτό αναπτύσσουν μια εξατομικευμένη τεχνική ευφράδειας για να ελέγξουν τον τραυλισμό τους. Το πρόγραμμα δίνει έμφαση στην αυτοδιαχείριση, έτσι ώστε τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα να μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα την οποιαδήποτε πιθανή αύξηση του τραυλισμού τους μετά από τη θεραπεία. Όσοι εφαρμόζουν το πρόγραμμα μαθαίνουν αρχικά να αξιολογούν την ομιλία τους και να λύνουν προβλήματα στο θεραπευτικό περιβάλλον και μετά το κάνουν αυτό σε όλες τις στιγμές τις καθημερινότητάς τους στις οποίες μιλούν. Οι τεχνικές αυτοαξιολόγησης εφοδιάζουν τους χρήστες του προγράμματος μακροπρόθεσμα ώστε να είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για την διατήρηση της ομιλίας χωρίς τραυλισμό (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

Όσοι εφαρμόζουν το πρόγραμμα Camperdown μαθαίνουν:

1. Να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους όσον αφορά την ομιλία και να αξιολογούν τα αποτελέσματα συστηματικά.
2. Να αξιολογούν και να αλλάζουν τις δραστηριότητες εξάσκησης ανάλογα με τις καθημερινές τους δυσκολίες στην ομιλία.
3. Να αξιολογούν το άγχος που προκύπτει από την ομιλία και την αποφυγή των καθημερινών καταστάσεων όπου πρέπει να μιλήσουν ομιλία.
4. Να αναγνωρίσουν ξεχωριστές ή περιβαλλοντικές μεταβλητές που αυξάνουν η μειώνουν τον τραυλισμό τους.
5. Να οργανώνουν στρατηγικές για να ελέγχουν τον τραυλισμό τους κατά τη διάρκεια της καθημερινότητας τους.

Το Πρόγραμμα Camperdown χωρίζεται σε 4 στάδια:

Στάδιο 1: Μαθαίνοντας τα στοιχεία της θεραπείας

Κατά τη διάρκεια του Σταδίου 1 τα άτομα διδάσκονται τις δεξιότητες που χρειάζονται ώστε να μπορέσουν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Αυτό περιλαμβάνει να μάθουν να χρησιμοποιούν μια τεχνική ευφράδειας προσαρμοσμένη από το μοντέλο εκπαίδευσης, και να είναι ικανοί να χρησιμοποιήσουν μετρητές ομιλίας

συμπεριλαμβανομένου της κλίμακας για τη σοβαρότητα του τραυλισμού (η οποία είναι παρόμοια με αυτή του προγράμματος Lidcombe –βλ. SR), όπως επίσης και την κλίμακα τεχνικών ευφράδειας.

Στάδιο 2: Καθιερώνοντας τη φυσιολογική ακουστικά και χωρίς τραυλισμό ομιλία μαζί με τον λογοθεραπευτή

Κατά τη διάρκεια του σταδίου 2 τα άτομα με τραυλισμό μαθαίνουν να διαμορφώνουν την αφύσικη ακουστικά και χωρίς τραυλισμό ομιλία σε μια πιο φυσιολογική ακουστικά ομιλία διατηρώντας τα χαμηλά επίπεδα τραυλισμού. Το πρόγραμμα Camperdown εμπριέχει πλήθος διαδικασιών εξάσκησης. Ο στόχος για τα άτομα που χρησιμοποιούν το πρόγραμμα είναι να αναπτύξουν συνεχή έλεγχο του τραυλισμού τους, να βελτιώσουν τις ικανότητες αυτοαξιολόγησης του λόγου τους, και να αναπτύξουν στρατηγικές επίλυσης προβλήματος καθώς μιλούν με τον λογοθεραπευτή. Δεν αναμένεται σε αυτό το στάδιο ότι τα άτομα θα χρησιμοποιήσουν τη τεχνική ευφράδειας ή θα είναι ικανοί να ελέγξουν τον τραυλισμό τους σε καθημερινές καταστάσεις ομιλίας.

Στάδιο 3: Γενίκευση

Κατά τη διάρκεια του Σταδίου 3, τα άτομα με τραυλισμό αναπτύσσουν στρατηγικές στο να ελέγχουν τον τραυλισμό τους σε καθημερινές καταστάσεις ομιλίας.

Στάδιο 4: Διατηρώντας τον έλεγχο του τραυλισμού

Κατά τη διάρκεια του Σταδίου 4, τα άτομα με τραυλισμό αναπτύσσουν ικανότητες επίλυσης προβλημάτων ούτως ώστε να διατηρούν χαμηλά επίπεδα τραυλισμού και να μπορούν να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε αύξηση του τραυλισμού τους στο μέλλον (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

Το χρονοδιάγραμμα της θεραπευτικής μεθόδου του Προγράμματος Camperdown ποικίλει αναλόγως των ατόμων στα οποία εφαρμόζεται και αναλόγως των διαφορετικών μορφών παράδοσής του. Χρειάζονται περίπου 10-20 ώρες για τους ενήλικες για να ολοκληρώσουν τα Στάδια 1-3 του προγράμματος και λίγο περισσότερες ώρες μπορεί να χρειαστούν σε περιπτώσεις εφήβων (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

I. ΣΤΑΔΙΟ 1: ΜΑΘΑΙΝΟΝΤΑΣ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Το Στάδιο 1 συνήθως χρειάζεται 3-5 συνεδρίες των 45-60 λεπτών όπου τα άτομα που χρησιμοποιούν το πρόγραμμα:

1. Λαμβάνουν μια περίληψη του προγράμματος
2. Μαθαίνουν να χρησιμοποιούν την κλίμακα σοβαρότητας τραυλισμού
3. Μαθαίνουν να ελέγχουν τον τραυλισμό τους χρησιμοποιώντας το μοντέλο εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια του αυθόρμητου λόγου

4. Μαθαίνουν να χρησιμοποιούν την κλίμακα τεχνικών ευφράδειας

1. Περίληψη του προγράμματος

Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας, ο θεραπευτής δίνει μια περίληψη του προγράμματος και των σταδίων του, συμπεριλαμβανομένου και του σκοπού των τεχνικών ευφράδειας, και αναφέρεται στη σημασία της αυτοαξιολόγησης και της αυτοδιαχείρισης, το ρόλο της εξάσκησης και το γεγονός ότι αυτή η θεραπεία προσφέρει ένα μηχανισμό για έλεγχο του τραυλισμού και όχι την «γιατρεία» του. Στη συνέχεια ο θεραπευτής παρουσιάζει τη κλίμακα σοβαρότητας τραυλισμού εξηγώντας τους λόγους και τη σημασία της χρήσης της. Ακολούθως, το άτομο μαθαίνει να χρησιμοποιεί την κλίμακα αυτή και συζητά με τον λογοθεραπευτή τρόπους καταγραφής του βαθμού της σοβαρότητας τους τραυλισμού. Τέλος, θα πρέπει στο τελευταίο μέρος της πρώτης συνεδρίας το άτομο να διδαχθεί την τεχνική ευφράδειας του προγράμματος. Ο λογοθεραπευτής μπορεί να προτείνει διάφορες ασκήσεις για εξάσκηση μετά την πρώτη συνεδρία, όπως για παράδειγμα καταγραφή του βαθμού σοβαρότητας τραυλισμού κατά τη διάρκεια καθημερινών καταστάσεων του ατόμου και τρόπους για εξάσκηση της τεχνικής ευφράδειας καθημερινά, τα οποία θα παρουσιαστούν αναλυτικά στη συνέχεια (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

Ως επί το πλείστον, οι λογοθεραπευτές στις επόμενες συνεδρίες του Σταδίου 1 ασχολούνται με το να κατανοήσει το άτομο τον τρόπο μέτρησης και βαθμολόγησης στην κλίμακα σοβαρότητας του τραυλισμού, ώστε όταν τα άτομα βαθμολογούν τον εαυτό τους, να μην υπάρχουν αποκλίσεις από την πραγματικότητα ενώ παράλληλα καταπιάνονται και με τη βελτίωση της τεχνικής ευφράδειας. Ο λογοθεραπευτή θα πρέπει επίσης να παρακινήσει τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα να επικεντρώνονται στην απουσία τραυλισμού και στο αίσθημα ελέγχου του τραυλισμού τους παρά στον ήχο της ομιλίας τους. Παράλληλα, θα πρέπει να άτομα αυτά καθησυχαστούν ότι αυτό είναι μόνο το πρώτο βήμα, και ότι ο απόλυτος στόχος του προγράμματος είναι η κατοχύρωση μιας φυσιολογικής ακουστικά ομιλίας. Στο παρόν στάδιο ωστόσο δεν υπάρχει ακόμα οποιαδήποτε προσπάθεια για να γίνει η ακουστικότητα της ομιλίας πιο φυσιολογική. Σε αυτό το στάδιο θα πρέπει τα άτομα που εφαρμόζουν το εν λόγω πρόγραμμα να έχουν ως στόχο να μην παρουσιάζουν τραυλισμό όταν βρίσκονται με τον λογοθεραπευτή και να χρησιμοποιούν συνεχώς τις τεχνικές ευφράδειας (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

Πιο κάτω εξηγούνται η κλίμακα σοβαρότητας του τραυλισμού, η τεχνική της ευφράδειας.

2. Η κλίμακα σοβαρότητας του τραυλισμού

Η κλίμακα σοβαρότητας τραυλισμού χρησιμοποιείται για τη περιγραφή της συμπεριφοράς του τραυλισμού. Δεν χρησιμοποιείται για να περιγράψει

συναισθήματα άγχους ή την απώλεια έλεγχου που νιώθουν πολλά άτομα με τραυλισμό.

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι η αξιολόγηση του βαθμού της σοβαρότητας του τραυλισμού, δεν γίνεται με βάση την πιο σοβαρή μορφή τραυλισμού που έχει εκδηλώσει το συγκεκριμένο άτομο μέχρι στιγμής, αλλά ο βαθμός δίνεται σε σχέση με όλο τον πληθυσμό των ενηλίκων που τραυλίζουν. Κατά συνέπεια ο μέγιστος βαθμός στην κλίμακα σοβαρότητας του τραυλισμού θα πρέπει να αποτυπώνει την πιο σοβαρή μορφή τραυλισμού που μπορεί να υπάρχει σε όλο τον πληθυσμό ενηλίκων με τραυλισμό. Κατά τον ίδιο τρόπο, ο ελάχιστος βαθμός στην κλίμακα μπορεί να χαρακτηριστεί ο τραυλισμός που είναι τόσο ήπιος ή σπάνιος που περνά απαρατήρητος από ένα τυχαίο παρατηρητή (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017). Οι βαθμολογίες 0, 1 και 8 λοιπόν χρησιμοποιούνται όπως έχουν επεξηγηθεί πιο πάνω.

Η κλίμακα σοβαρότητας του τραυλισμού έχει ως εξής:



0: Καθόλου τραυλισμός

1: Εξαιρετικά ήπιος τραυλισμός

2-3: Ήπιος τραυλισμός

4-5: Μέτριος τραυλισμός

6-7: Σοβαρός τραυλισμός

8: Εξαιρετικά σοβαρός τραυλισμός

Οι ακόλουθες ερωτήσεις θα μπορούσε να είναι βοηθητικές τόσο για τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα όσο και για τους ίδιους του λογοθεραπευτές, για να είναι βέβαιοι ότι ο βαθμός που έθεσαν στην κλίμακα αξιολόγησης είναι αντικειμενικός, ορθός και αντιπροσωπευτικός της πραγματικής σοβαρότητας του τραυλισμού:

1. Υπήρχε καθόλου τραυλισμός; Αν όχι τότε η βαθμολογία θα είναι 0. Αν ναι, η βαθμολογία μπορεί να είναι από 1-8. Έτσι συνεχίζουμε και ρωτάμε την επόμενη ερώτηση
2. Αν υπήρχε τραυλισμός, θα ήταν αντιληπτό από έναν τυχαίο ακροατή; Τυχαίος ακροατής είναι ένα άτομο που δεν έχει ιστορικό με τραυλισμό και ένα άτομο

από το γενικό πλήθος που μπορεί να συναντήσεις σε καθημερινή δραστηριότητα. Αν η απάντηση είναι όχι, τότε ο βαθμός θα πρέπει να είναι 1. Αν η απάντηση είναι ναι, τότε η βαθμολογία μπορεί να είναι από 2–8, και για αυτό συνεχίζουμε στη επόμενη ερώτηση.

3. Πόσο εμφανής ήταν ο τραυλισμός και πόσο πολύ επενέβαινε στο κομμάτι της επικοινωνίας: ήπιας μορφής, μέτριας μορφής, σοβαρής μορφής ή πολύ σοβαρής μορφής;

Αν η απάντηση στην ερώτηση 3 είναι:

- Ήπιας μορφής: τότε η βαθμολογία της σοβαρότητας του τραυλισμού κυμαίνεται από 2–3. Ο τραυλισμός αρχίζει να γίνεται εμφανής αλλά δεν επηρεάζει το κομμάτι της επικοινωνίας.
- Μέτριας μορφής: τότε η βαθμολογία της σοβαρότητας του τραυλισμού κυμαίνεται από 4–5. Ο τραυλισμός είναι εμφανής σε τυχαίους ακροατές και ο χρήστης ξεκίνα να έχει δυσκολία να επικοινωνήσει και να μεταδώσει το νόημα της πρότασης του.
- Σοβαρής μορφής: τότε η βαθμολογία της σοβαρότητας του τραυλισμού κυμαίνεται από 6–7. Ο τραυλισμός είναι πολύ εμφανής σε απλούς ακροατές και ο χρήστης έχει μεγάλη δυσκολία στο κομμάτι της επικοινωνίας.
- Πολύ σοβαρής μορφής: τότε η βαθμολογία της σοβαρότητας του τραυλισμού είναι 8. Ο τραυλισμός είναι ξεκάθαρος σε τυχαίους ακροατές και ο ομιλητής δυσκολεύεται να επικοινωνήσει και να μεταδώσει το νόημα της πρότασής του (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

2.1. Η εκπαίδευση για την χρήση της κλίμακας σοβαρότητας τους τραυλισμού

Το άτομο που εφαρμόζει το πρόγραμμα εκπαιδεύεται από τον λογοθεραπευτή ως προς την χρήση της κλίμακας σοβαρότητας του τραυλισμού στην πρώτη συνεδρία. Είναι πολύ σημαντικό ο λογοθεραπευτής να εξηγήσει στο άτομο τους λόγους που η χρήση της συγκεκριμένης κλίμακας είναι σημαντικό στοιχείο του Προγράμματος. Ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να εξηγήσει λοιπόν ότι η μέτρηση της σοβαρότητας του τραυλισμού είναι σημαντική διότι:

1. Παρέχει μια κοινή γλώσσα επικοινωνίας μεταξύ του λογοθεραπευτή και του ατόμου με τραυλισμό
2. Μετρά και προσδιορίζει τη σοβαρότητα του τραυλισμού πριν από τη θεραπεία
3. Για συλλογή μετρήσεων σε καθημερινές καταστάσεις
4. Για έλεγχο και προσδιορισμό της προόδου της θεραπείας κατά τη διάρκεια της και μετά το πέρας της.

Ο λογοθεραπευτής δείχνει τη κλίμακα στο άτομο με τραυλισμό και του εξηγεί πώς να την χρησιμοποιεί. Όμοια με το Πρόγραμμα Lidcombe, έτσι και εδώ ο λογοθεραπευτής συζητά με το άτομο για μερικά λεπτά και η συζήτηση αυτή ηχογραφείται. Στη συνέχεια, και οι δύο βαθμολογούν τη σοβαρότητα του τραυλισμού

χωρίς σύμφωνα με το συγκεκριμένο δείγμα που άκουσαν και χωρίς να ακούσουν την ηχογράφηση, ενώ ακολούθως βαθμολογούν και πάλι, αφού ακούσουν την ηχογράφηση. Το άτομο με τραυλισμό παρουσιάζει τις βαθμολογίες του πριν από τον λογοθεραπευτή, ώστε ο δεύτερος να μπορέσει να του δώσει συμβουλές για τον τρόπο βαθμολογίας του. Τέλος, συζητούνται αποκλίσεις μεταξύ των βαθμολογιών και οι λόγοι που οδήγησαν στις συγκεκριμένες βαθμολογίες. Με αυτό τον τρόπο ο λογοθεραπευτής είναι σε θέση να καταλάβει πως αντιλαμβάνεται την ομιλία του το άτομο με τραυλισμό (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream, 2017, 4).

Όπως και στην περίπτωση του Προγράμματος Lidcombe, έτσι και στο εν λόγω πρόγραμμα, η βαθμολογία του λογοθεραπευτή χρησιμοποιείται σαν πρότυπο για τη διαδικασία που επεξηγήθηκε πιο πάνω. Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται στην αρχή κάθε συνεδρίας δίνοντας τη δυνατότητα στα άτομα με τραυλισμό να εξασκηθούν, ώστε να βελτιώσουν βαθμολογίες τους.

Οι βαθμολογίες από ηχογραφημένες συζήτησης κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και από αυθόρμητες καθημερινές καταστάσεις ομιλίας συγκρίνονται και συζητούνται κάθε εβδομάδα κατά τη διάρκεια του Σταδίου 1, μέχρι να προκύψει μια λογική συμφωνία ανάμεσα στη βαθμολογία του ατόμου με τραυλισμό και του λογοθεραπευτή. Λογική συμφωνία προκύπτει όταν η βαθμολογία μεταξύ των δύο συμφωνούν, ή έχουν απόκλιση 1 βαθμίδα.

Οι χρήστες χρησιμοποιούν τη κλίμακα σοβαρότητας τραυλισμού για να υπολογίσουν και να καταγράψουν τη σοβαρότητα του τραυλισμού τους κατά τη διάρκεια των συνεδριών, όπως επίσης και να παρακολουθούν τη σοβαρότητα του τραυλισμού κατά τη διάρκεια καθημερινών καταστάσεων ομιλίας. Αυτές οι μετρήσεις χρησιμοποιούνται για έλεγχο της προόδου της θεραπείας και για τροποποίηση των θεραπευτικών στόχων και στρατηγικών αναλόγως των αποτελεσμάτων. Είναι άρα πολύ σημαντική η σωστή και ακριβής χρήση της κλίμακας σοβαρότητας του τραυλισμού, καθώς από αυτήν εξαρτάται και η πρόοδος του ατόμου. Ως εκ τούτου είναι απαραίτητη η λογική συμφωνία ανάμεσα στην βαθμολογία του ατόμου με τραυλισμό και του λογοθεραπευτή, ώστε να σημαίνουν το ίδιο, ή να έχουν έστω ελάχιστη απόκλιση (1 βαθμίδα). Για αυτό το λόγο οι βαθμολογίες θα πρέπει να έρθουν σε συμφωνία κατά τη διάρκεια των πρώτων κιόλας συνεδριών και να παραμείνουν έτσι στην πλειοψηφία τους στις επόμενες συνεδρίες. Σύμφωνα με τους O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream (2017, 4) συνήθως υπάρχει συμφωνία βαθμολογιών ανάμεσα στις δύο πλευρές χωρίς να χρειάζεται πολλή εξάσκηση.

Η κλίμακα σοβαρότητας του τραυλισμού είναι ένας ευέλικτος και κατανοητός τρόπος επικοινωνίας μεταξύ του ατόμου που εφαρμόζει το Πρόγραμμα και του λογοθεραπευτή ώστε να μετρήσουν τη σοβαρότητα του τραυλισμού κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η κλίμακα αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ώστε να δώσει διαφορετικές βαθμολογίες για διαφορετικούς σκοπούς και σε διαφορετικά στάδια της θεραπείας. Στο στάδιο της αξιολόγησης ή στην αρχή του Σταδίου 1, οι βαθμολογίες χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουν την έκταση του τραυλισμού, σημειώνοντας τη μεταβλητότητα που παρουσιάζεται σε διαφορετικές περιπτώσεις ή με διαφορετικά άτομα.

Ο τρόπος καταγραφής της βαθμολογίας είναι αρκετά ευέλικτος και έγκειται στους άμεσα ενδιαφερόμενους να τον επιλέξουν (O'Brien, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017). Τα άτομα που εφαρμόζουν το Πρόγραμμα μπορούν να καταγράψουν τις βαθμολογίες αναλόγως του τρόπου και της συχνότητας που επιλέγουν οι ίδιοι:

- Μπορούν να καταγράψουν ένα μέσο όρο της σοβαρότητας του τραυλισμού (δηλαδή να υπολογίζουν με βάση το 75% των φορών εμφάνισης του τραυλισμού τους).
- Μπορούν να καταγράψουν δύο βαθμολογίες κάθε μέρα, μια για τον υψηλότερο και μια για τον μικρότερο βαθμό σοβαρότητας του τραυλισμού τους που σημειώθηκε σε οποιαδήποτε στιγμή ή κατά τη διάρκεια της ημέρας τους ή κατά τη διάρκεια της εβδομάδας τους.
- Μπορούν να καταγράψουν τις βαθμολογίες σοβαρότητας τραυλισμού για μια συγκεκριμένη περίοδο, μια συγκεκριμένη κατάσταση ή για συγκεκριμένη άσκηση ομιλίας.

Υπάρχουν διαφορές ασκήσεις που μπορούν να προτείνουν οι λογοθεραπευτές και οι οποίες βοηθούν στην εκμάθηση της κλίμακας σοβαρότητας τραυλισμού. Για παράδειγμα, η ηχογράφιση του λόγου και η μετέπειτα βαθμολόγησή του είναι μια καλή άσκηση για όσους εφαρμόζουν το Πρόγραμμα. Μπορούν επίσης να βαθμολογούν πολλές μικρές, καθημερινές συζητήσεις που έχουν με άλλα άτομα χρησιμοποιώντας την κλίμακα σοβαρότητας τραυλισμού. Αυτή η άσκηση μπορεί να συμπεριλαμβάνει τηλεφωνικές συζητήσεις (όπου συχνά το άτομο με τραυλισμό καταλαμβάνεται από αισθήματα άγχους), συζητήσεις με την οικογένεια, φίλους ή συναδέλφους. Οι βαθμολογίες κατά τη διάρκεια των ασκήσεων, όπως επίσης και οι όποιες ηχογραφήσεις της ομιλίας του ατόμου, συζητούνται με τον λογοθεραπευτή στην επόμενη συνεδρία (O'Brien, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

2.2. Διάγραμμα μέτρησης της σοβαρότητας του Τραυλισμού

Το διάγραμμα ημερήσιας μέτρησης της σοβαρότητας του τραυλισμού του Προγράμματος Camperdown δεν διαφέρει από αυτό του προγράμματος Lidcombe (O'Brien, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 20). Το διάγραμμα το οποίο αφορά την ημερήσια καταγραφή μετρήσεων έχει ως εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

ΌΝΟΜΑ: _____

ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ (Ο)

0 = Καθόλου τραυλισμός

1 = απειροελάχιστος τραυλισμός

8 = Εξαιρετικά σοβαρός τραυλισμός

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΥΦΡΑΔΕΙΑΣ (Χ)

0 = Καθόλου τεχνική

7 – 8 = Το μοντέλο του προγράμματος

The image shows two identical empty grid charts. Each chart has a vertical axis on the left and right sides, labeled from 0 to 8 in increments of 1. The horizontal axis is divided into 6 equal-width columns. Below each column, there are small tick marks on the horizontal axis line, likely for recording time or duration. The top chart is intended for recording the severity of stuttering, and the bottom chart is for recording technical fluency.

3. Η τεχνική της ευφράδειας του Προγράμματος Camperdown

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών του Σταδίου 1, οι χρήστες εκπαιδεύονται στο να δημιουργήσουν μια εξατομικευμένη τεχνική ευφράδειας χρησιμοποιώντας το μοντέλο εκπαίδευσης του Camperdown. Οι χρήστες βλέπουν ένα βίντεο ή ακούνε μια ηχογράφηση ενός εκπαιδευτικού μοντέλου, το οποίο εμπεριέχει αργή και ιδιαίτερως επιτηδευμένη και «υπερβολική» ομιλία. Έπειτα προσπαθούν να αναπαράγουν αυτή τη τεχνική ευφράδειας όσο καλύτερα μπορούν. Δεν γίνεται κάποια προσπάθεια για να τυποποιηθούν οποιαδήποτε περιγραφικά χαρακτηριστικά αυτής της τεχνικής ευφράδειας, όπως η επιμήκυνση φωνηέντων, πιο ομαλή έναρξη λέξεων, κτλ. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι βάσει εργαστηριακών αποδείξεων οι απόψεις των λογοθεραπευτών δίστανται σχετικά με την σωστή ή λανθασμένη χρήση των συμπεριφορών αυτών από τα άτομα με τραυλισμού και σχετικά με την χρησιμότητα της κλινική χρήσης αυτών των περιγραφικών χαρακτηριστικών κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας (Packman, Onslow & Van Doorn 1994, Onslow & O'Brian 1998). Πρόσφατες αναφορές κατέγραψαν ότι άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα μπορούν να βοηθηθούν από διαφορετικές λειτουργίες του μοντέλου εκπαίδευσης και ως εκ τούτου, κατά τη διάρκεια του προγράμματος ενθαρρύνονται να χρησιμοποιήσουν το μοντέλο εκπαίδευσης για να δημιουργήσουν μια ξεχωριστή τεχνική ευφράδειας (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017).

3.1. Μαθαίνοντας την τεχνική της ευφράδειας του Προγράμματος Camperdown

Αρχικά ο λογοθεραπευτής δίνει στο άτομο που εφαρμόζει το Πρόγραμμα μια επεξήγηση για τον τρόπο χρήσης και τη σημασία των τεχνικών ευφράδειας. Πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός ώστε να τονίσει πως ο τελικός στόχος της θεραπείας είναι η χρήση μιας τροποποιημένη διασκευής του εκπαιδευτικού μοντέλου η οποία θα έχει ένα φυσιολογικό άκουσμα στην καθημερινότητα του ατόμου. Οι χρήστες στη συνέχεια βλέπουν η ακούνε ένα από τα εκπαιδευτικά μοντέλα καθώς διαβάζουν από μέσα τους ένα συνοδευτικό κείμενο, τριών περίπου σύντομων προτάσεων. Έπειτα ο λογοθεραπευτής τους ζητά να περιγράψουν την ομιλία που χρησιμοποιήθηκε στο εκπαιδευτικό μοντέλο. Εν τέλει, ο λογοθεραπευτής σημειώνει την περιγραφική ορολογία τους ατόμου και την χρησιμοποιεί σε μελλοντικές συμβουλές και συζητήσεις (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 5).

Αφού ακούσουν το εκπαιδευτικό μοντέλο αρκετές φορές, το άτομο με τραυλισμό διαβάζει το κείμενο ταυτόχρονα με τον θεραπευτή και την ηχογράφηση. Ακολούθως, το άτομο διαβάζει το κείμενο πρόταση με πρόταση μετά από το εκπαιδευτικό μοντέλο. Το κείμενο θα μπορούσε επίσης να είναι χωρισμένο σε μικρότερες φράσεις, ώστε να μπορεί το άτομο να το μιμηθεί. Είναι σημαντικό να ηχογραφούνται οι προσπάθειες του χρήστη και να επιτρέπεται η σύγκριση των προσπαθειών του με το εκπαιδευτικό μοντέλο. Αφού έχουν αξιολογήσει όλες τις προσπάθειες, ο λογοθεραπευτής δίνει σχόλια για τις προσπάθειές του και την ομιλία του, χρησιμοποιώντας την περιγραφική ορολογία του χρήστη. Με αυτό τον τρόπο ενθαρρύνεται το άτομο που εφαρμόζει το πρόγραμμα να προχωρήσει σε αυτοαξιολόγηση της παραγωγής της ομιλίας του (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 5-6).

Ο απώτερος στόχος αυτής της διαδικασίας είναι το άτομο να μπορέσει να διαβάσει ολόκληρο το κείμενο χωρίς βοήθεια και να ακούγεται όπως ακούγεται και το μοντέλο και χωρίς να τραυλίζει, νιώθοντας ότι έχει πλήρη έλεγχο του τραυλισματός του. Αυτή η διαδικασία είναι πιθανόν να χρειαστεί αρκετές συνεδρίες μέχρι να επιτευχθεί. Τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα πρέπει να έχουν ένα αντίγραφο του μοντέλου εκπαίδευσης σε ηλεκτρονική μορφή και να εξασκούνται με αυτό μεταξύ των λογοθεραπευτικών συνεδριών (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 6).

Στη συνέχεια τα άτομα αρχίζουν να χρησιμοποιούν αυτή τη τεχνική καθώς διαβάζουν άλλα κείμενα, μετά καθώς κάνουν μονόλογο και τέλος σε συζητήσεις με τον λογοθεραπευτή τους. Είναι σημαντικό σε αυτό το στάδιο, να συνεχίσουν να μιλούν αργά και αφύσικα για να διατηρήσουν το αίσθημα του ολοκληρωτικού ελέγχου του τραυλισμού τους. Είναι επίσης σημαντικό για τους λογοθεραπευτές να χρησιμοποιούν κανονική ομιλία καθ' όλη τη διάρκεια της λειτουργίας του προγράμματος που αφορά τη συζήτηση, εκτός όταν πρέπει να μιμηθούν το εκπαιδευτικό μοντέλο για τη διευκόλυνση της διαδικασίας και των ατόμων.

Εάν δεν υπάρχει αντίγραφο του εκπαιδευτικού μοντέλου, τότε η τεχνική ευφράδειας μπορεί να εξασκηθεί στο σπίτι και χωρίς αυτό, στα πλαίσια άλλων εργασιών. Αυτή η

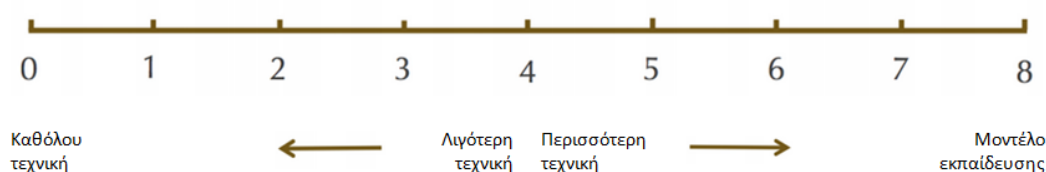
εξάσκηση μπορεί να γίνει σε πλήθος εργασιών, συμπεριλαμβανομένων των εξής: φωναχτό διάβασμα, μονόλογος, συζήτηση με άλλα άτομα, κτλ. Όπως προαναφέρθηκε είναι καλύτερο όλες αυτές οι προσπάθειες και η εξάσκηση να ηχογραφούνται για αυτοαξιολόγηση και για συζήτηση με τον λογοθεραπευτή κατά την επόμενη συνεδρία (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 6).

3.2. Η κλίμακα της τεχνικής της ευφράδειας

Τα άτομα μαθαίνουν αρχικά να χρησιμοποιούν ένα αφύσικο ακουστικά μοτίβο για να ελέγξουν τον τραυλισμό τους και κατά τη διάρκεια επακόλουθων συνεδριών μαθαίνουν σταδιακά να κάνουν το άκουσμα της ομιλίας τους πιο φυσιολογικό. Άρα είναι σημαντικό για αυτούς να είναι ικανοί να μετρήσουν και να καταγράψουν όχι μόνο τη σοβαρότητα του τραυλισμού τους σε διάφορες καταστάσεις –όπως είδαμε πιο πριν- αλλά και τη φυσικότητα της ακουστικής της ομιλίας τους προς τους γύρω τους. Με άλλα λόγια θα πρέπει να καταγράψουν και να μετρήσουν πόσο φυσιολογική ακούγεται η ομιλία τους στους άλλους.

Μπορεί να είναι δύσκολο για τους αυτούς να ξεχωρίσουν το πόσο φυσιολογική ακούγεται η ομιλία τους σε ένα ακροατή, από την ποσότητα της τεχνικής ευφράδειας που χρησιμοποιούν, παρόλο που είναι ευκολότερο για τα άτομα αυτά να μετρήσουν ποσοτικά την χρήση της τεχνικής της ευφράδειας από τους ίδιους, ώστε με βάση το βαθμό χρήσης να αντιληφθούν επακριβώς τον τρόπο με τον οποίο ένας άλλος ακροατής αντιλαμβάνεται την ομιλία τους.

Για αυτό τον λόγο χρησιμοποιείται μια κλίμακα τεχνικής ευφράδειας που στόχο έχει τη βαθμολόγησης του βαθμού ποσοτικής χρήσης της τεχνικής της ευφράδειας, με 9 διαφορετικές βαθμίδες όπου η ένδειξη 0 υποδεικνύει την έλλειψη τεχνικής ευφράδειας και η ένδειξη 8 υποδεικνύει ότι η τεχνική ευφράδειας είναι παρόμοια με το εκπαιδευτικό μοντέλο. Εν ολίγοις, η κλίμακα αυτή αξιολογεί πόση χρήση γίνεται της τεχνικής της ευφράδειας από το άτομο που εφαρμόζει το Πρόγραμμα. Οι λογοθεραπευτές και τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα χρησιμοποιούν την κλίμακα αυτή για να παρακολουθήσουν την τεχνική ευφράδειας του ατόμου τόσο κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών όσο και κατά τη διάρκεια των καθημερινών καταστάσεων όπου το άτομο συζητά και μιλά με άλλους, επιβεβαιώνοντας και ελέγχοντας με αυτό τον τρόπο ότι η μείωση του τραυλισμού στο άτομο δεν επηρεάζει την φυσικότητα της ομιλίας του (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 6-7). Η κλίμακα τεχνικής της ευφράδειας έχεις ως εξής:



Συγκεκριμένα, οι βαθμίδες στην κλίμακα τεχνικής της ευφράδειας επεξηγούνται ως εξής:

- 0 Φυσιολογική ακουστική της ομιλίας χωρίς να χρησιμοποιείται τεχνική ευφράδειας.
- 1 Φυσιολογική ακουστική της ομιλίας με απειροελάχιστη χρήση τεχνικής ευφράδειας για έλεγχο του τραυλισμού. Πιθανόν να μην είναι αντιληπτό σε κανένα ακροατή.
- 2 Φυσιολογική ακουστική της ομιλίας με μερική χρήση τεχνικής ευφράδειας για έλεγχο του τραυλισμού. Πιθανόν να είναι αντιληπτό μόνο σε εκπαιδευμένο ακροατή.
- 3 Η τεχνική ευφράδειας θα είναι αρκετά εμφανής για να παρατηρηθεί από έναν κοινό ακροατή. Π.χ. έναν υπάλληλο καταστήματος.
- 4-6 Χρήσιμα επίπεδα για το άτομο για να εξασκήσει την τεχνική ευφράδειας κατά τη διάρκεια των συνεδρίων.
- 7-8 Υπερβολική χρήση τεχνικής της ευφράδειας, η οποία είναι παρόμοια με αυτή του εκπαιδευτικού μοντέλου. Συνήθως εξαλείφει τον τραυλισμό και είναι χρήσιμο αυτό το στάδιο για εξάσκηση της τεχνικής ευφράδειας. Είναι απίθανο ωστόσο τα άτομα να νιώθουν άνετα να το χρησιμοποιούν στη καθημερινότητα του.

3.3. Η εκπαίδευση για την χρήση της κλίμακας τεχνικής της ευφράδειας

Η εκπαίδευση για την χρήση της κλίμακας της ευφράδειας κατά κανόνα προϋποθέτει ότι ο χρήστης έχει ακούσει, έχει εξασκήσει το μοντέλο εκπαίδευσης και έχει καλή επιδεξιότητα των τεχνικών ευφράδειας του προγράμματος. Παρόλα αυτά ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να αναφέρει νωρίς στην θεραπεία ότι ο απώτερος στόχος είναι να επιτευχθεί η φυσική ακουστική της ομιλίας. Θα πρέπει επίσης να εξηγήσει τη σημαντικότητα της κλίμακας τεχνικής της ευφράδειας και κατόπιν να προβεί στην περιγραφή της. Κατά την περιγραφή της κλίμακας ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να παρουσιάσει τις διαφορετικές ομιλίες ανάλογα με τις διάφορες βαθμολογίες στις τεχνικές ευφράδειας (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 7). Ενώ δεν υπάρχει κάποια προσδοκία πως τα άτομα που εφαρμόζουν το Πρόγραμμα θα καταφέρουν να χρησιμοποιήσουν τις τεχνικές ευφράδειας σε όλα τα διάφορα επίπεδα κατά τη διάρκεια του σταδίου 1, είναι ωστόσο χρήσιμο για αυτούς να πειραματιστούν με τις τεχνικές ευφράδειας και να μπορούν να αναγνωρίσουν τις διάφορες βαθμολογίες στην κλίμακα τεχνικών ευφράδειας προτού προχωρήσουν στο Στάδιο 2 (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 7).

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ΣΤΑΔΙΟ 1 ΣΕ ΣΤΑΔΙΟ 2

Τα άτομα που εφαρμόζουν το Πρόγραμμα Camperdown προβιβάζονται από το Στάδιο 1 στο Στάδιο 2 του προγράμματος όταν είναι ικανοί (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 8):

1. Να αναθέτουν μόνοι τους βαθμολογίες στην κλίμακα σοβαρότητας τραυλισμού οι οποίες είναι παρόμοιες με αυτές του λογοθεραπευτή
2. Συστηματικά καθ' όλη τη διάρκεια των συνεδρίων χρησιμοποιούν τεχνικές ευφράδειας που προσεγγίζουν το εκπαιδευτικό μοντέλο για να ελέγξουν τον τραυλισμό τους, με βαθμολογία σοβαρότητας τραυλισμού 0 και βαθμολογία τεχνικής της ευφράδειας 7–8. Είναι πολύ σημαντικό να αναφέρουν ότι νιώθουν να ελέγχουν τον τραυλισμό τους.
3. Να αναγνωρίζουν τις διαφορετικές βαθμίδες στις τεχνικές ευφράδειας όταν παρουσιάζονται από τον λογοθεραπευτή.

II. ΣΤΑΔΙΟ 2: ΚΑΤΟΧΥΡΩΝΟΝΤΑΣ ΟΜΙΛΙΑ ΧΩΡΙΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Ο σκοπός του Σταδίου 2 του προγράμματος είναι να βοηθήσει τους χρήστες του προγράμματος να χρησιμοποιήσουν στοιχεία του εκπαιδευτικού μοντέλου για να αναπτύξουν μία εξατομικευμένη και αρκετά φυσιολογική ακουστικά τεχνική ευφράδειας, για να ελέγξουν τον τραυλισμό τους όταν μιλούν με τον λογοθεραπευτή. Αυτή η τεχνική στην τελική θα πρέπει να είναι αποδέκτη από το άτομο που εφαρμόζει την θεραπεία, ώστε να ελέγχει τον τραυλισμό του σε καθημερινές καταστάσεις.

Ωστόσο, μερικά άτομα μπορεί να δυσκολευτούν περισσότερο από άλλα στο να ελέγξουν τον τραυλισμό τους. Για παράδειγμα, άτομα με εξαιρετικά σοβαρό τραυλισμό, μπορεί να μην καταφέρουν να κατοχυρώσουν μια ομιλία δίχως τραυλισμό χωρίς να θυσιάσουν ένα μέρος από την φυσική ακουστικότητα της ομιλίας τους. Μετά έγκειται σε αυτούς η επιλογή είτε να αποδεχτούν την ύπαρξη περισσότερου τραυλισμού, ή λιγότερη φυσιολογική ακουστικά τεχνική ευφράδειας και λιγότερη φυσική ακουστικότητα στην ομιλία τους.

Το Στάδιο 2 περιλαμβάνει μια σειρά από επαναλαμβανόμενους Κύκλους Ευφράδειας, οι οποίοι επεξηγούνται πιο κάτω (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 9). Κατά τη διάρκεια των λογοθεραπευτικών συνεδρίων του Σταδίου 2 οι χρήστες:

1. Εμπεδώνουν και σταθεροποιούν την μίμηση του εκπαιδευτικού μοντέλου της τεχνικής της ευφράδειας.
2. Δουλεύουν με τον λογοθεραπευτή για να αναπτύξουν μια ανεξάρτητη, φυσιολογική ακουστικά τεχνική ευφράδειας την οποία βρίσκουν αποδεκτή για να ελέγξουν τον τραυλισμό τους.
3. Εξασκούν τις ικανότητες αυτοαξιολόγησης για τη σοβαρότητα του τραυλισμού και για τεχνικές ευφράδειας.

4. Αναπτύσσουν ικανότητες επίλυσης προβλημάτων για να βοηθήσουν στη μετέπειτα γενίκευση της ομιλίας χωρίς τραυλισμό στην καθημερινότητα τους.

II.1. Κύκλοι Ευφράδειας

Οι κύκλοι ευφράδειας χρήζουν μεγάλης εξάσκησης στη μίμηση του μοντέλου εκπαίδευσης για να κατοχυρωθεί μια ανεξάρτητη τεχνική ευφράδειας για τους χρήστες. Κατά τη διάρκεια του κάθε κύκλου, οι χρήστες αξιολογούν τη σοβαρότητα του τραυλισμού τους και τη τεχνική ευφράδειας και οργανώνουν στρατηγικές για να ελαχιστοποιήσουν και τα δύο (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 9).

Κάθε κύκλος ευφράδειας αποτελείται από 3 μέρη:

1. Εξάσκηση Τεχνικής Ευφράδειας
2. Πειραματισμός
3. Οργάνωση

Κάθε μέρος διαρκεί περίπου 5 λεπτά και τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα ολοκληρώνουν τόσους κύκλους ευφράδειας όσες και οι εβδομάδες που χρειάζονται για να επιτύχουν και να κατοχυρώσουν τα απαιτούμενα κριτήρια μεταβίβασης στο Στάδιο 3 του Προγράμματος Camperdown.

Στη συνέχεια αναλύεται ξεχωριστά το κάθε μέρος του κύκλου ευφράδειας.

II.1.1. Εξάσκηση Τεχνικής Ευφράδειας

Η εξάσκηση της Τεχνικής της Ευφράδειας είναι και το πρώτο μέρος του Κύκλου Ευφράδειας. Ο στόχος της εξάσκησης της Τεχνικής Ευφράδειας είναι η κατοχύρωση, εμπέδωση και σταθεροποίηση της τεχνικής ευφράδειας που διδάχθηκε ήδη στο Στάδιο 1. Η επανάληψη αυτής της διαδικασίας κατά τη διάρκεια του Κύκλου Ευφράδειας διασφαλίζει ότι διατηρείται η βασική ικανότητα ελέγχου του τραυλισμού, χωρίς ωστόσο να γίνεται κάποια προσπάθεια για φυσιολογική ακουστικότητα της ομιλίας.

Πιο κάτω παρουσιάζεται το μέρος της Εξάσκησης της Τεχνικής Ευφράδειας στον Πίνακα των Κύκλων ευφράδειας.

Πίνακας Κύκλων Ευφράδειας: Μέρος Εξάσκηση Τεχνικής Ευφράδειας

ΕΞΑΣΚΗΣΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΥΦΡΑΔΕΙΑΣ				
ΣΤΟΧΟΣ			ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	
Βαθμολογίες που στοχεύω να επιτύχω μιλώντας όπως ακριβώς και το εκπαιδευτικό μοντέλο			Αυτό-αξιολόγηση και βαθμολογία που έδωσα στον εαυτό μου μιλώντας όπως ακριβώς και το εκπαιδευτικό μοντέλο	
Κύκλος	Σοβαρότητα τραυλισμού	Τεχνική ευφράδειας	Σοβαρότητα τραυλισμού	Τεχνική ευφράδειας
1	0	7 – 8		
2	0	7 – 8		
3	0	7 – 8		
4	0	7 – 8		
5	0	7 – 8		

Για περίπου 3-4 λεπτά οι χρήστες εξασκούν την ομιλία τους για να βρίσκεται όσο πιο κοντά γίνεται στο μοντέλο εκπαίδευσης, με βαθμολογία σοβαρότητας τραυλισμού 0 και βαθμολογία τεχνικής ευφράδειας 7–8. Τα άτομα μπορούν να αναλάβουν οι ίδιοι τη διαμόρφωση των δικών του στρατηγικών θεραπείας, για να νοιώσουν ότι είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για αυτό. Μπορούν λοιπόν να διαλέξουν ανάμεσα σε διάφορες επιλογές, οι οποίες παρουσιάζονται πιο κάτω:

1. Να εξασκούνται ταυτόχρονα με το εκπαιδευτικό μοντέλο (μιλώντας παράλληλα).
2. Να διαβάζουν φωναχτά οποιοδήποτε κείμενο.
3. Να μιλούν για ένα ορισμένο δικό τους θέμα όπως τις αγαπημένες τους ταινίες ή τις διακοπές τους.
4. Συζητώντας με τον λογοθεραπευτή.

Είναι σημαντικό για το άτομο που εφαρμόζει το πρόγραμμα να δικαιολογήσει την επιλογή του στον λογοθεραπευτή, ώστε να αποσαφηνιστούν οι λόγοι πίσω από αυτή την επιλογή. Για παράδειγμα, άτομα που αισθάνονται άνετα με την τεχνική ευφράδειας τους και νιώθουν πως είναι σταθερή, μπορεί να διαλέξουν να συζητήσουν με τον λογοθεραπευτή. Ταυτοχρόνως, άτομα που δεν νιώθουν τόσο άνετα πιθανόν να διαλέξουν να εξασκούνται παράλληλα με το μοντέλο εκπαίδευσης. Αλλιώς μπορεί να διαλέξουν να διαβάσουν φωναχτά αν το βρίσκουν δύσκολο να συγκεντρωθούν στην τεχνική της ευφράδειας και το περιεχόμενο της ομιλίας τους ταυτοχρόνως.

Καθ' όλη τη διάρκεια της εξάσκησης της τεχνικής ευφράδειας ο στόχος είναι η ομιλία του χρήστη να συνεχίσει να ακούγεται όπως και στο εκπαιδευτικό μοντέλο με βαθμολογία τεχνικής ευφράδειας 7–8 και με βαθμολογία σοβαρότητας τραυλισμού 0. Είναι πολύ βοηθητικό η εξάσκηση της τεχνικής ευφράδειας να ηχογραφείται, σε περίπτωση που χρειαστεί το άτομο ή ο λογοθεραπευτής να επαναξιολογήσουν μια κατάσταση.

Κατόπιν της εξάσκησης, τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα προτείνουν τις βαθμολογίες τους για τις κλίμακες σοβαρότητας τραυλισμού και τεχνικής ευφράδειας και τις καταγράφουν στο πίνακα κύκλων ευφράδειας, που παρουσιάστηκε πιο πάνω (βλ. Πίνακας Κύκλων Ευφράδειας). Τα σχόλια του θεραπευτή στην προκειμένη περίπτωση γίνονται με τον ίδιο τρόπο όπως και κατά τη διάρκεια του Σταδίου 1 και τα οποία έχουν περιγραφεί σε πρότερο σημείο και χρησιμοποιώντας την περιγραφική ορολογία του χρήστη (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 9-10).

II.1.2. Πειραματισμός

Το δεύτερο μέρος του Κύκλου Ευφράδειας είναι ο πειραματισμός, ο οποίος απαιτεί και πάλι 3–4 λεπτά ομιλίας, καθώς ηχογραφείται. Τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα ενθαρρύνονται σε αυτό το σημείο να εξατομικεύσουν την τεχνική ευφράδειας τους. Ο στόχος είναι τα άτομα να κάνουν την ομιλία τους πιο φυσιολογική ακουστικά μέσω πειραματισμού και αξιολόγησης όσο γίνεται περισσότερων και διαφορετικών χαρακτηριστικών του εκπαιδευτικού μοντέλου διατηρώντας πάντα τον έλεγχο του τραυλισμού τους.

Το μέρος του Πειραματισμού του Πίνακα Κύκλων Ευφράδειας παρουσιάζεται πιο κάτω. Τα τρία βήματα του Πειραματισμού, τα οποία αποτελούν κομμάτι του Κύκλου Ευφράδειας έχουν ως εξής:

Πίνακας Κύκλων Ευφράδειας: Μέρος Πειραματισμού

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΣΜΟΣ						
ΣΤΟΧΟΣ		ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΣΤΙΓΜΗ		ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕ ΗΧΟΓΡΑΦΗΣΗ		
Βαθμολογίες που στοχεύω να επιτύχω		Βαθμολογία που πιστεύω ότι πηρά πριν να ακούσω την ηχογράφιση		Βαθμολογία που πιστεύω ότι πηρά αφού άκουσα την ηχογράφιση		
Κύκλος	Σοβαρότητα τραυλισμού	Τεχνική ευφράδειας	Σοβαρότητα τραυλισμού	Τεχνική ευφράδειας	Σοβαρότητα τραυλισμού	Τεχνική ευφράδειας
1	0					
2	0					
3	0					
4	0					
5	0					

Τα τρία μέρη-υποενότητες του Πειραματισμού είναι τα εξής:

A. Καθορισμός στόχων

B. Αξιολόγηση την ίδια στιγμή

Γ. Αξιολόγηση ηχογράφησης

A. Καθορισμός στόχων

Το πρώτο βήμα του πειραματισμού αφορά την στοχοθέτηση από τους χρήστες του Προγράμματος. Τα άτομα θέτουν τους στόχους τους προς επίτευξη. Ο στόχος βαθμολογίας για τη σοβαρότητα τραυλισμού πρέπει πάντα να είναι 0, αλλά όσον αφορά το στόχο βαθμολογίας για την τεχνική ευφράδειας τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα θα πρέπει να τον θέτουν αναλόγως της προόδου τους (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 10). Ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα καθορίζουν τους στόχους τους για τη τεχνική ευφράδειας βασίζεται στα πιο κάτω:

1. Επανεξέταση των αξιολογήσεων προηγούμενων κύκλων για να δουν τι είχε αποτέλεσμα και τι όχι.
2. Πόση τεχνική ευφράδειας χρειάστηκε κατά τη διάρκεια των προηγούμενων κύκλων.
3. Αξιολογώντας και κρίνοντας πόση τεχνική ευφράδειας θα χρειαστεί κατά τη διάρκεια αυτού του βήματος.

Είναι σημαντικό τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα να μπορούν να το οργανώσουν αυτό και να καθορίσουν τους στόχους τους με ελάχιστη βοήθεια από τον λογοθεραπευτή. Δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες στρατηγικές, παρά μόνο αυτές που πληρούν τα κριτήρια για το κάθε χρήστη ξεχωριστά.

Όπως και με την εξάσκηση των τεχνικών ευφράδειας που είναι μέρος του κύκλου ευφράδειας, οι χρήστες του Προγράμματος αποφασίζουν αν θέλουν να διαβάσουν, να κάνουν μονόλογο ή να συζητήσουν με τον λογοθεραπευτή, δίνοντας πάντα μια επεξήγηση για την επιλογή τους (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 10). Καθώς οι χρήστες αποκτούν περισσότερη αυτοπεποίθηση και σιγουριά κατά τη διάρκεια των πετυχημένων κύκλων ευφράδειας, είναι πιθανότερο να αρχίσουν σταδιακά να διαλέγουν δυσκολότερες δοκιμασίες. Όπως και προηγουμένως, έτσι και τώρα αυτές οι δοκιμασίες των 3–4 λεπτών θα πρέπει να ηχογραφούνται για μελλοντική συζήτηση με τον λογοθεραπευτή.

Για να είναι πετυχημένο το πρόγραμμα Camperdown είναι πολύ σημαντικό τα άτομα με τραυλισμό να διοργανώνουν στρατηγικές βασισμένες στις αξιολογήσεις προηγούμενων επιδόσεών τους. Για τον πρώτο Κύκλο Ευφράδειας, το άτομο χρειάζεται καθοδήγηση για να επιλέξει ένα στόχο στην τεχνική ευφράδειας για όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ακουστικά ομιλία, που μπορεί εύκολα να παραχθεί καθώς συνεχίζει να ελέγχει τον τραυλισμό του. Όπως πάντα ο πρωταρχικός στόχος είναι ο

χρήστης να διατηρεί μια ομιλία χωρίς τραυλισμό, αλλά ο δευτερεύων στόχος είναι να πειραματιστεί με τα διάφορες λειτουργίες της τεχνικής ευφράδειας (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 10).

B. Αξιολόγηση την ίδια στιγμή

Το δεύτερο βήμα του πειραματισμού βάζει τους χρήστες να αξιολογήσουν την ομιλία τους την ώρα που μιλούν (ζωντανή αξιολόγηση) και προτού ακούσουν το ηχογραφημένο κομμάτι από τη δοκιμή της ομιλίας τους. Τα άτομα χρήστες καταγράφουν τις βαθμολογίες για τη σοβαρότητα του τραυλισμού τους και για την τεχνική ευφράδειας. Σε αυτό το σημείο ο λογοθεραπευτής δεν συζητά αυτές τις βαθμολογίες με τον χρήστη, διότι ο σκοπός σε αυτό το βήμα είναι να ενθαρρυνθεί το άτομο με τραυλισμό να αξιολογεί την ομιλία τους όπως θα έκαναν και στην καθημερινότητά τους (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 11).

Γ. Αξιολόγηση ηχογράφησης

Στο τρίτο και τελευταίο βήμα του πειραματισμού τα άτομα που εφαρμόζουν το Πρόγραμμα αξιολογούν την απόδοση της ομιλίας τους αφού έχουν ακούσει την ηχογράφηση. Κατόπιν, συζητούν με τον λογοθεραπευτή για να βρεθεί μια συμφωνία και από τους δύο σχετικά με την αξιολόγηση (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 11).

II.1.3. Προγραμματισμός

Είναι το τρίτο και τελευταίο κομμάτι του κύκλου ευφράδειας. Αρχικά με καθοδήγηση από τον θεραπευτή και στο τέλος από μόνοι τους, οι χρήστες χρησιμοποιούν αξιολογήσεις από προηγούμενους κύκλους ευφράδειας για να οργανώνουν στρατηγικές και να ορίζουν βαθμολογικούς στόχους σοβαρότητας τραυλισμού και τεχνικών ευφράδειας για τον επόμενο κύκλο.

Οι χρήστες που πετυχαίνουν βαθμολογία σοβαρότητας τραυλισμού 2 ή μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια του πειραματικού σταδίου του κύκλου ευφράδειας, επιστρέφουν στο κομμάτι της εξάσκησης της τεχνικής ευφράδειας για να ξεκινήσουν τον επόμενο κύκλο. Οι χρήστες που πετυχαίνουν βαθμολογία στη σοβαρότητα τραυλισμού από 0–1, μπορούν να διαλέξουν να ξεκινήσουν τον επόμενο κύκλο είτε από την Εξάσκηση τεχνικής ευφράδειας, είτε από τον Πειραματισμό (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 11). Παρόλα αυτά είναι σημαντικό για τους χρήστες κάθε τρεις κύκλους να ξεκινούν ξανά από το κομμάτι της εξάσκησης τεχνικών ευφράδειας. Αυτό εξυπηρετεί στην εδραίωση των βασικών τεχνικών ευφράδειας και στην προετοιμασία τους για επιστροφή στο κομμάτι της εξάσκησης, εάν τυχόν χρειαστεί στο μέλλον.

Αν ο χρήστης επανειλημμένα επιτυγχάνει βαθμολογία σοβαρότητας τραυλισμού από 0-1 για πολλούς κύκλους, μπορεί να διαλέξει να εξασκηθεί κατά τη διάρκεια της εξάσκησης της τεχνικής ευφράδειας ενός κύκλου με βαθμό τεχνικής ευφράδειας 4–5, που αυτό υποδεικνύει μια πιο φυσιολογική ακουστικά ομιλία. Αν ο χρήστης συστηματικά παράγει ομιλία χωρίς τραυλισμό με υπερβολική χρήση τεχνικής ευφράδειας (5 και πάνω) κατά τη διάρκεια του σταδίου πειραματισμού του κύκλου ευφράδειας, τότε ο θεραπευτής μπορεί να παροτρύνει το χρήστη να χρησιμοποιήσει πιο φυσιολογική ακουστικά ομιλία κατά τη διάρκεια των ακόλουθων κύκλων (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 11).

Ασκήσεις Κατ' ιδίαν

Μόλις η διαδικασία των Κύκλων Ευφράδειας αρχίσει πολλές ασκήσεις μπορούν να γίνουν στο διάστημα μεταξύ των συνεδριών με τη βοήθεια ενός υποστηρικτικού ατόμου στη δουλειά ή στο σπίτι. Εφόσον τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα παροτρύνονται να ολοκληρώσουν όσους πιο πολλούς κύκλους ευφράδειας μπορούν, αυτός ο τρόπος θα τους βοηθήσει.

Η διαδικασία για τη διεκπεραίωση των κύκλων ευφράδειας εκτός συνεδριών είναι όμοια με τη διαδικασία που χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Οι χρήστες συνεχίζουν να καταγράφουν τους στόχους, να ηχογραφούν τους εαυτούς τους ενώ μιλούν, στοχεύοντας στην επίτευξη των στόχων τους, αξιολογώντας κάθε προσπάθεια τους και προγραμματίζοντας τον επόμενο κύκλο.

Οι Κύκλοι Ευφράδειας πρέπει να ολοκληρώνονται με ένα υποστηρικτικό άτομο. Τα άτομα που εφαρμόζουν το Πρόγραμμα μπορούν να διαβάζουν ή να κάνουν μονόλογο, εφόσον αυτές είναι κατάλληλες εργασίες για ορισμένους Κύκλους Ευφράδειας, αλλά η πλειοψηφία της εκπαίδευσης πρέπει να είναι μέσω της συζήτησης. Η ολοκλήρωση κύκλων ευφράδειας από τον χρήστη μεταξύ των συνεδριών θα επισπεύσει τη διαδικασία θεραπείας, θα βοηθήσει στη γενίκευση και θα ενισχύσει το αίσθημα αυτοδιαχείρισης του χρήστη (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 11). Η πρόοδος του χρήστη για τους κύκλους ευφράδειας που ολοκληρώνει μόνος του καταγράφεται στον Πίνακα Κύκλων Ευφράδειας με τον ίδιο τρόπο όπως και κατά τη διάρκεια των συνεδριών.

Οι λογοθεραπευτές μπορούν επίσης να παροτρύνουν τους χρήστες να καταγράφουν τη καθημερινή βαθμολογία της σοβαρότητας του τραυλισμού χρησιμοποιώντας τον πίνακα της ημερήσιας μέτρησης. Ωστόσο η διαδικασία σε αυτό το στάδιο είναι μόνο για να κάνει τους χρήστες να εξοικειωθούν με τη διαδικασία καταγραφής της καθημερινής μέτρησης και δεν υπάρχει ακόμα προσδοκία ότι θα γίνει οποιαδήποτε γενίκευση σε αυτό το στάδιο (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 11).

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

ΌΝΟΜΑ: _____

ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ (Ο)

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΥΦΡΑΔΕΙΑΣ (Χ)

0 = Καθόλου τραυλισμός

0 = Καθόλου τεχνική

1 = απειροελάχιστος τραυλισμός

7 – 8 = Το μοντέλο του προγράμματος

8 = Εξαιρετικά σοβαρός τραυλισμός

The image shows two identical empty grid charts. Each chart has a vertical axis on both the left and right sides, labeled from 0 to 8 in increments of 1. The horizontal axis is divided into 6 equal-width columns. The top chart is intended for recording 'ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ (Ο)' and the bottom chart is for 'ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΥΦΡΑΔΕΙΑΣ (Χ)'.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ΣΤΑΔΙΟ 2 ΣΕ ΣΤΑΔΙΟ 3

Στο τέλος του Σταδίου 2 οι χρήστες ενθαρρύνονται να χρησιμοποιήσουν τις τεχνικές ευφράδειας στη καθημερινότητά τους. Οι χρήστες μεταφέρονται από το Στάδιο 2 στο Στάδιο 3 του Προγράμματος όταν έχουν αναπτύξει μια εξατομικευμένη τεχνική ευφράδειας που με αυτή μπορούν να ελέγξουν τον τραυλισμό τους σε συζητήσεις. Το Στάδιο 3 ξεκινά όταν τα άτομα που εφαρμόζουν το Πρόγραμμα μπορούν να συνομιλήσουν με τον λογοθεραπευτή για μια ολόκληρη συνεδρία, σημειώνοντας βαθμό σοβαρότητας τραυλισμού 0–1 και βαθμό τεχνικής της ευφράδειας αποδεκτό από τον χρήστη.

Ο αριθμός των συνεδριών του Σταδίου 2 ποικίλει αναλόγως της σοβαρότητα τραυλισμού του χρήστη πριν από τη θεραπεία, την αφοσίωσή του στο Πρόγραμμα και τις ευκαιρίες του για τακτική εξάσκηση και τακτική παρακολούθηση συνεδριών με τον λογοθεραπευτή (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 12).

III. ΣΤΑΔΙΟ 3: ΓΕΝΙΚΕΥΣΗ

Ο αριθμός των συνεδριών του Σταδίου 3 μεταβάλλεται ανάλογα με την αφοσίωση του ατόμου στο Πρόγραμμα και την τυπικότητά του. Ο χρήστης θα πρέπει να κάνει καθημερινή εξάσκηση της κανονικής ομιλίας του σε διάφορες καθημερινές καταστάσεις, να επισκέπτεται συχνά τον λογοθεραπευτή για συνεδρίες και να διατηρεί χαμηλά επίπεδα άγχους, το οποίο προκαλείται από την ομιλία του ατόμου με τραυλισμό.

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών του Σταδίου 3, τα άτομα που εφαρμόζουν το Πρόγραμμα ακολουθούν τα πιο κάτω (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 13):

1. Επιβεβαιώνουν ότι μπορούν να χρησιμοποιήσουν μια τεχνική ευφράδειας για να ελέγξουν τον τραυλισμό τους.
2. Συγκρίνουν τις μετρήσεις της ομιλίας τους κατά τη διάρκεια των συνεδριών με αυτές του θεραπευτή.
3. Αξιολογούν και διορθώνουν την εξάσκηση της συνηθισμένης τεχνικής ευφράδειας.
4. Καταγράφουν βαθμολογίες για αξιολόγηση της σοβαρότητας του τραυλισμού τους, των τεχνικών ευφράδειας και αξιολογούν τα επίπεδα άγχους που οφείλονται στον τραυλισμό, βάσει συζητήσεων από την καθημερινότητά τους.
5. Παρουσιάζουν και συζητούν τις ηχογραφήσεις της ομιλίας τους με μετρήσεις ομιλίας για διάφορες καθημερινές καταστάσεις.
6. Ερμηνεύουν αυτές τις μετρήσεις μαζί με τον λογοθεραπευτή και προγραμματίζουν στρατηγικές για να επιλύσουν οποιοδήποτε πρόβλημα.
7. Επινοούν μια εξατομικευμένη ιεραρχία για καθημερινές καταστάσεις ομιλίας για να βοηθήσουν τη διάδοση των τεχνικών ευφράδειας.
8. Προγραμματίζουν αλλαγές στην θεραπεία για την επόμενη συνεδρία βασισμένοι στις μετρήσεις της ομιλίας.
9. Τροποποιούν τις διαδικασίες μέτρησης εάν κριθεί απαραίτητο.
10. Συνοψίζουν τις όποιες αλλαγές στην θεραπείας για την επόμενη συνεδρία.

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών του Σταδίου 3, ο λογοθεραπευτής πιθανόν να έρθει αντιμέτωπος με τα πιο κάτω φαινόμενα:

A. Επιβεβαίωση της τεχνικής ευφράδειας

Στόχος είναι ο το άτομο που εφαρμόζει το πρόγραμμα καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας να μην παρουσιάσει τραυλισμό ή να είναι κοντά σε αυτό και να προσέχει την ομιλία του. Μια αρχική σύντομη συζήτηση μεταξύ του λογοθεραπευτή και του χρήστη φανερώνει αν ο δεύτερος είναι ικανός να χρησιμοποιεί την τεχνική ευφράδειας συστηματικά για να ελέγξει την ομιλία του. Είναι πολύ σημαντικό αυτό, διότι αν οι χρήστες δε μπορούν να ελέγξουν την ομιλία τους όταν είναι μαζί με τον λογοθεραπευτή, είναι σχεδόν απίθανο να την ελέγξουν στις πιο απαιτητικές συζητήσεις της καθημερινότητας.

Εάν οι χρήστες είναι ανίκανοι να ελέγξουν το τραυλισμό τους με το λογοθεραπευτή, τότε καθορίζουν τι πρέπει να αλλάξει και οργανώνουν μια στρατηγική για να το πετύχουν αυτό με τον ίδιο τρόπο όπως γίνεται και με τους κύκλους ευφράδειας. Είναι σημαντικό για τα άτομα να αναλαμβάνουν την ευθύνη για την επίλυση τέτοιου είδους προβλημάτων και να ελαχιστοποιούν την εξάρτησή τους από τον λογοθεραπευτή.

Αν η ομιλία γίνεται χωρίς τραυλισμό αλλά ακούγεται αρκετά αφύσικη, τότε ο λογοθεραπευτής πρέπει να παροτρύνει το άτομο να χρησιμοποιήσει λιγότερη τεχνική ευφράδειας. Ο γενικός κανόνας είναι ότι όσο λιγότερη τεχνική χρησιμοποιείται, τόσο το καλύτερο, αρκεί φυσικά τα άτομα να μπορούν να ελέγξουν τον τραυλισμό τους σε ικανοποιητικά επίπεδα (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 13).

B. Σύγκριση των μετρήσεων ομιλίας

Η αρχική συζήτηση μεταξύ λογοθεραπευτή και χρήστη μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για σύγκριση και επιβεβαίωση των βαθμολογιών στις κλίμακες σοβαρότητας τραυλισμού και τεχνικής ευφράδειας του χρήστη. Το άτομο που εφαρμόζει το πρόγραμμα βάζει τις δικές του βαθμολογίες για αυτά βάσει των συζητήσεών του με τον λογοθεραπευτή. Το ίδιο και ο λογοθεραπευτής. Ακολουθώντας οι δύο συγκρίνουν τις βαθμολογίες τους και συζητούν τις διαφορές. Αυτό το βήμα είναι σημαντικό γιατί επιβεβαιώνει ότι οι βαθμολογίες που ο χρήστης σημειώνει κάθε εβδομάδα για την καθημερινότητα του είναι κοντά στην πραγματικότητα. Είναι σημαντικό όλες οι βαθμολογίες και αξιολογήσεις να αποθηκεύονται στο φάκελο του ατόμου που εφαρμόζει το Πρόγραμμα και ο οποίος διατηρείται στο αρχείο του λογοθεραπευτή για μελλοντική χρήση και παραπομπή (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 13).

Γ. Αξιολόγηση της Εξάσκησης Τεχνική Ευφράδειας

Ο λογοθεραπευτής αξιολογεί μαζί με το άτομο που εφαρμόζει το πρόγραμμα την εξάσκηση της συνηθισμένης τεχνικής ευφράδειας. Το είδος και η ποσότητα της εξάσκησης τεχνικής ευφράδειας που συνιστάται κατά τη διάρκεια των συνεδριών του Σταδίου 3 θα μεταβάλλεται ανάλογα με τη ρουτίνα του χρήστη, τους στόχους και τη πρόοδο της θεραπείας του. Η εξάσκηση χρειάζεται να είναι κατάλληλη για την πρόοδο του χρήστη τη συγκεκριμένη περίοδο και χρήζει συνεχούς αξιολόγησης και επαναξιολόγησης για να καταστεί βέβαιο ότι ο χρήστης επιτυγχάνει τους στόχους του. Όποτε είναι εφικτό, η εξάσκηση της τεχνικής ευφράδειας είναι ιδανικό να ενσωματωθεί στη καθημερινή ρουτίνα ούτως ώστε να μη χρειάζεται ξεχωριστός χρόνος για εξάσκηση (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 13-14). Είναι επίσης πολύ σημαντικό η εξάσκηση αυτή να ηχογραφείται, διότι αυτό βοηθά στην επαναξιολόγηση της εξάσκησης και στον καθορισμό των μελλοντικών στόχων.

Υπάρχουν τρεις τύποι εξάσκησης τεχνικών ευφράδειας, οι οποίοι είναι η εξής:

1. Βασικές ικανότητες εξάσκησης

Αυτό περιλαμβάνει την εξάσκηση της τεχνικής ευφράδειας σε καταστάσεις παρόμοιες με αυτές απ' όπου ο χρήστης διδάχτηκε την τεχνική της ευφράδειας. Για παράδειγμα:

1. Ακούγοντας το εκπαιδευτικό μοντέλο.
2. Διαβάζοντας ταυτόχρονα με το εκπαιδευτικό μοντέλο.
3. Μιλώντας με τρόπο όμοιο με το εκπαιδευτικό μοντέλο.
4. Διαβάζοντας ή κάνοντας μονόλογο με διαφορετικά επίπεδα τεχνικών ευφράδειας για συγκεκριμένη περίοδο.
5. Επαναλαμβάνοντας τους κύκλους ευφράδειας με άτομο εμπιστοσύνης που υποστηρίζει το χρήστη για 30 λεπτά η περισσότερο.

Οι βασικές ικανότητες εξάσκησης εμπεριέχουν επακόλουθες αξιολόγησης επιτυχίας και οργανωμένων στρατηγικών για επίλυση οποιονδήποτε δυσκολιών. Σε αυτό θα επικεντρωθούν οι συζητήσεις και οι επακόλουθες εργασίες για το σπίτι σε περίπτωση που ο χρήστης αντιμετωπίζει οποιαδήποτε δυσκολία να διατηρήσει μια καλή τεχνική ευφράδειας με τον θεραπευτή (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 14).

2. Εξάσκηση σε ελεγχόμενες καταστάσεις

Σε αντίθεση με τις βασικές ικανότητες εξάσκησης, η εξάσκηση σε ελεγχόμενες καταστάσεις εμπεριέχει την εξάσκηση των τεχνικών ευφράδειας σε τεχνητές ή αληθινές καταστάσεις, οι οποίες είναι λιγότερο δομημένες αλλά εξακολουθούν να είναι ελεγχόμενες. Οι χρήστες ορίζουν ένα στόχο ή στόχους για να χρησιμοποιήσουν την τεχνική ευφράδειας τους σε καταστάσεις που χρήζουν έλεγχο του τραυλισμού. Για παράδειγμα:

1. Μιλώντας με ένα άτομο εμπιστοσύνης τους, το οποίο τους στηρίζει (υποστηρικτικό άτομο).
2. Διαβάζοντας ένα βιβλίο σε έναν ακροατή.
3. Χρησιμοποιώντας διαδικτυακά προγράμματα για τεχνητές καθημερινές καταστάσεις όπως το πρόγραμμα «Scenari-Aid» (link στη βιβλιογραφία).
4. Με συναντήσεις με μια ειδική ομάδα εξάσκησης της ομιλία σε τυπικές καθημερινές καταστάσεις.

3. Εξάσκηση σε καθημερινές καταστάσεις

Ο σκοπός εδώ είναι για τους χρήστες να χρησιμοποιούν την τεχνική ευφράδειας σε καθημερινές καταστάσεις όπου δεν μπορούν να ελεγχθούν όλες οι μεταβλητές, αλλά χρονικά η επιλογή της κατάστασης είναι προσχεδιασμένη παρά να είναι απρόσμενη. Αυτός ο τύπος εξάσκησης είναι χρήσιμος για τους χρήστες που χρησιμοποιούν την τεχνική ευφράδειας τους επιτυχημένα με τον λογοθεραπευτή τους και σε μερικές

καθημερινές καταστάσεις αλλά παρουσιάζουν δυσκολίες σε συγκεκριμένες καταστάσεις (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 13).

Για παράδειγμα:

1. Όταν τηλεφωνούν ή επισκέπτονται κάποιες εταιρίες για να κάνουν ερωτήσεις.
2. Όταν παραγγέλνουν φαγητό μέσω τηλεφώνου.
3. Όταν παραγγέλνουν φαγητό ή καφέ σε εστιατόριο ή καφετερία.
4. Όταν συζητούν με ένα συνάδελφο χαλαρά στη δουλειά.
5. Όταν συστήνουν κάποιον σε ένα τρίτο πρόσωπο στα πλαίσια της δουλειάς ή κοινωνικών υποχρεώσεων.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ 3 ΣΤΟ ΣΤΑΔΙΟ 4

Τα άτομα που εφαρμόζουν το πρόγραμμα μεταβαίνουν από το Στάδιο 3 στο Στάδιο 4 του προγράμματος, το οποίο είναι και το τελευταίο, όταν οι στόχοι του τραυλισμού τους, οι τεχνικές ευφράδειας και όποιους άλλους στόχους έβαλαν, επιτυγχάνονται για τρεις συνεχόμενες εβδομαδιαίες συνεδρίες. Τυπικά για να πούμε ότι επετεύχθησαν αυτοί οι στόχοι, θα πρέπει η βαθμολογία για τη σοβαρότητα του τραυλισμού να είναι από 0–1 στις περισσότερες καθημερινές καταστάσεις χωρίς να προσπαθούν να αποφύγουν κάποιες από αυτές, και η βαθμολογία για την τεχνική ευφράδειας να βρίσκεται στα επίπεδα όπου ο χρήστης τη βρίσκει αποδέκτη.

Στη τελική, οι χρήστες είναι αυτοί που θέτουν τους στόχους και το κάνουν αυτό με βάση τις δικές τους ανάγκες. Μερικοί έχουν ως προτεραιότητα τη μείωση του τραυλισμού τους έναντι της φυσιολογικής ακουστικά ομιλίας, ενώ άλλοι βρίσκουν πιο σημαντική τη φυσική ακουστικά ομιλία, ακόμη κι αν αυτό σημαίνει περισσότερο τραυλισμό στην ομιλία τους. Ταυτοχρόνως, άλλοι μπορεί να νιώθουν άνετα με τη μείωση του τραυλισμού σε μερικές καταστάσεις παρά σε όλες (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 15).

IV. ΣΤΑΔΙΟ 4 ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κατά τη διάρκεια του Σταδίου 4, οι συνεδρίες προγραμματίζονται σε μειωμένη συχνότητα, επιτρέποντας ωστόσο στους χρήστες να διατηρήσουν όσα κατάφεραν με την θεραπεία. Ο στόχος είναι να μπορέσουν οι χρήστες να αυτοδιαχειριστούν οποιαδήποτε μεταβολή της σοβαρότητας του τραυλισμού που συνήθως προκύπτει κατά τη διάρκεια της φάσης συντήρησης της θεραπείας (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 16).

Σε κάθε συνεδρία, οι χρήστες θα πρέπει:

1. Να διατηρήσουν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ομιλία χωρίς τραυλισμό ή έστω να διατηρήσουν τον τραυλισμό τους σε πολύ χαμηλά επίπεδα.
2. Να παρουσιάσουν αποδεκτά επίπεδα σοβαρότητας τραυλισμού και τεχνικής ευφράδειας για αντιπροσωπευτικές καταστάσεις τις καθημερινότητάς τους.
3. Να επαληθεύσουν αυτές τις βαθμολογίες με διάφορες ηχογραφήσεις.
4. Να παρουσιάσουν πως οι όποιες αλλαγές στη σοβαρότητας του τραυλισμού έχουν διαχειριστεί κατάλληλα από τους ίδιους.

Κατά τη διάρκεια του Σταδίου 4, συστήνεται στα άτομα που εφαρμόζουν το Πρόγραμμα να παρευρίσκονται σε συναντήσεις με ομάδα ατόμων για αυτό-βοήθεια και συντήρηση του τραυλισμού. Τέλος, σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια των συνεδριών του Σταδίου 4 ο χρήστης δεν διατηρεί τη θεραπευτική πρόοδο που κατέκτησε κατά τη διάρκεια του σταδίου 4, μπορεί να χρειαστούν πιο τακτικές συνεδρίες και ίσως ακόμη και να επαναληφθούν κάποιες θεραπευτικές διαδικασίες από το Στάδιο 3, εάν αυτό κριθεί απαραίτητο (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 16).

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι χρήστες θα χρειαστεί να συνεχίσουν να διαχειρίζονται και να ελέγχουν τον τραυλισμό τους και να εξασκούνται καθημερινά για να μπορούν μακροπρόθεσμα να διατηρήσουν τα οφέλη που κέρδισαν από τη θεραπεία. Είναι πιθανόν επίσης άτομα που εφάρμοσαν το πρόγραμμα να χρειαστούν περισσότερες συνεδρίες αφότου τελειώσουν το πρόγραμμα. Αυτό το ζήτημα θα πρέπει να συζητηθεί με τους χρήστες του προγράμματος πριν το τελειώσουν και θα πρέπει να τύχουν ενθάρρυνσης σε περίπτωση που χρειαστεί να το κάνουν (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 16).

Το να σταματήσει το πρόγραμμα θα πρέπει να συζητηθεί ανάμεσα στο θεραπευτή και το χρήστη όταν ο χρήστης μπορεί και παρουσιάζει:

1. Ικανότητες να παρακολουθεί την ομιλία του και να ελέγχει τον τραυλισμό του.
2. Ικανότητα να αντιμετωπίζει τις αυξομειώσεις της σοβαρότητας τραυλισμού.
3. Επίτευξη των προσωπικών στόχων για τη θεραπεία τραυλισμού.

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ CAMPERDOWN

Η δημιουργία του προγράμματος Camperdown βασίστηκε σε δύο πειράματα και από την πρώτη φάση μιας κλινικής δοκιμής για τη θεραπεία αναδιάρθρωσης λόγου (Packman, Onslow & Van Doorn 1994, Onslow & O'Brian 1998, Harrison, Onslow, Andrews, Packman, Webber 1998). Σύμφωνα με τις μελέτες των O'Brian, Cream,

Onslow & Packman το 2001 και το 2003, η αποτελεσματικότητα του προγράμματος αποδείχτηκε και καθιερώθηκε με τις δοκιμές της Φάσης 1 και 2, ενώ επακόλουθες δοκιμές καθιέρωσαν τη βιωσιμότητα της θεραπείας σε κλινική πανεπιστημίου και μέσω διαδικτυακών λογοθεραπευτικών συνεδριών (O'Brian, Cream, Onslow & Packman 2001, O'Brian, Onslow, Cream & Packman 2003, Cocomazzo, Block, Carey, O'Brian, Onslow, Packman & Iverarch 2012, O'Brian, Packman & Onslow 2008, Carey, O'Brian, Onslow, Packman & Menzies 2012, Carey, O'Brian, Lowe & Onslow 2014). Μια τυχαία ελεγχόμενη δοκιμή μάλιστα έδειξε ότι η θεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική σε διαδικτυακές λογοθεραπευτικές συνεδρίες και λιγότερο χρονοβόρα (Carey, O'Brian, Onslow, Block, Jones & Packman 2010).

Υπάρχουν δύο πρώιμες δοκιμές της θεραπείας σε αυτόνομη διαδικτυακή εκδοχή και έχουν κριθεί επιτυχείς. (Erickson, Block, Menzies, Onslow, O'Brian, Packman, 2012, Erickson, Block, Menzies, O'Brian, Packman, Onslow, 2016).

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι παρόλο που το πρόγραμμα δεν συμπεριλαμβάνει τυποποιημένες στρατηγικές για την διαχείριση του κοινωνικού άγχους που σχετίζεται με τον τραυλισμό. Παρόλα αυτά, οι θεραπευτικές συνεδρίες κατά τη διάρκεια του 3^{ου} σταδίου, μπορεί να συμπεριλάβουν τέτοιες διαδικασίες αν κριθεί απαραίτητο (O'Brian, Carey, Lowe, Onslow, Packman, Cream 2017, 1).

Τα στοιχεία των κλινικών δοκιμών περιλαμβάνουν εφήβους οι οποίοι εφαρμόζουν το Πρόγραμμα τόσο μαζί με τον λογοθεραπευτή δια ζώσης, όσο και μέσω διαδικτυακών λογοθεραπευτικών συνεδριών (Carey, O'Brian, Lowe & Onslow 2014, Carey, O'Brian, Onslow, Block, Jones & Packman 2010, Hearne, Packman, Onslow & O'Brian 2008). Δεν υπάρχουν στοιχεία για την αποτελεσματικότητα του σε παιδιά κάτω των 12 ετών. Ωστόσο σε αυτές τις ηλικίες, ενδείκνυται η εφαρμογή πιο απλών θεραπειών διότι είναι πολύ πιθανόν να είναι πιο αποτελεσματικές και κατάλληλες.

Η επιμήκυνση της ομιλίας, ως μια μορφή ελέγχου του τραυλισμού και συγκεκριμένα του χρόνιου τραυλισμού, μέθοδος στην οποία βασίζεται και το Πρόγραμμα Camperdown, αποτελεί αποδεδειγμένα μια επιτυχημένη μέθοδο καταπολέμησης του τραυλισμού (O'Brian, Onslow, Cream, Packman, 2003).

Πολύ σημαντικό είναι ότι το Πρόγραμμα Camperdown απαιτεί λιγότερες ώρες θεραπείας μαζί με τον λογοθεραπευτή, συγκριτικά με άλλα προγράμματα και βασίζεται κατά κύριο λόγο στους στόχους που θέτει ο χρήστης του Προγράμματος και το άτομο που το εφαρμόζει μαθαίνει σταδιακά να έχει ο ίδιος τον έλεγχο της θεραπείας του (O'Brian, Onslow, Cream, Packman, 2003).

Σύμφωνα με τους O'Brian, Onslow, Cream και Packman (2003, 933-946), τριάντα άτομα συμμετείχαν στην κλινική δοκιμή του Προγράμματος Camperdown, όμως τελικά αποτελέσματα υπάρχουν για τους 16 συμμετέχοντες, οι οποίοι συμπλήρωσαν όλες τις κλινικές δοκιμές του Προγράμματος, συμπεριλαμβανομένης και μιας 12μηνιας αξιολόγησης μετά το τέλος της εφαρμογής του Προγράμματος (O'Brian, Onslow, Cream, Packman, 2003). Οι 16 αυτοί συμμετέχοντες παρουσίασαν ελάχιστο έως καθόλου τραυλισμό σε καθημερινές καταστάσεις ομιλίας για τουλάχιστον 12 μήνες μετά την ένταξή τους στην τελευταία φάση του προγράμματος, το στάδιο

δηλαδή της συντήρησης, με το ποσοστό ομιλίας σε κανονικά επίπεδα. Επιπλέον, τα αποτελέσματα για τα επίπεδα φυσιολογικής ακουστικά ομιλίας και κοινωνικής επιβεβαίωσης (χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικού άγχους), ήταν επίσης πολύ θετικά και αποδεικνύουν την μακρόχρονη επιτυχία του προγράμματος (O'Brian, Onslow, Cream, Packman, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Βάσει των προγραμμάτων και μεθόδων θεραπείας που παρουσιάστηκαν, όλα είναι αποτελεσματικά είτε μόνα τους, είτε σε συνδυασμό (στην περίπτωση των μεθόδων) και φαίνονται να βοηθούν προς την βελτίωση της ζωής των ατόμων με τραυλισμό.

Από τα Προγράμματα που παρουσιάστηκαν, ιδιαίτερα σημαντικό είναι το Πρόγραμμα Camperdown για ενήλικες και εφήβους με τραυλισμό, διότι σύμφωνα και με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν από το DSM-IV, ο τραυλισμός συνήθως εξαλείφεται πριν την ενηλικίωση, και η ανάκτηση της κανονικότητας της ομιλίας τους γίνεται πριν τα 16 χρόνια του ατόμου, παρά από ένα μικρό ποσοστό των ατόμων που ο τραυλισμός συνεχίζει εφ' όρου ζωής. Ως εκ τούτου, είναι πολύ σημαντικό να δοθεί βαρύτητα στις θεραπευτικές μεθόδους και τα προγράμματα θεραπείας που αφορούν ενήλικες και εφήβους γιατί ο τραυλισμός σε αυτές τις ομάδες ατόμων είναι ο δυσκολότερος προς θεραπεία.

Το Camperdown είναι ένα πολύ καλό πρόγραμμα ως προς τον αυτοέλεγχο του τραυλισμού, το οποίο μέσω της αυτοαξιολόγησης, προσπάθειας και επίγνωσης του προβλήματος βοηθά το άτομο να ελέγξει τον τραυλισμό του και να φτάσει η ομιλία του σε μια φυσιολογική ακουστικά ομιλία, συντηρώντας τον τραυλισμό σε χαμηλά ή μηδενικά επίπεδα.

Πολλά υποσχόμενο είναι και το πρόγραμμα Westmead διότι εκτός από το γεγονός ότι αποτελεί την πιο παλιά καταγεγραμμένη τεχνική θεραπείας, φαίνεται να έχει σχεδόν άμεσα αποτελέσματα ως προς τη βελτίωση της ευφράδειας της ομιλίας των ατόμων με τραυλισμό. Επιπλέον, εφόσον όταν ένα άτομο μπορεί να μιλήσει χωρίς τραυλισμό ακούγοντας ένα ρυθμικό χτύπημα, συμπεραίνουμε ότι θα πρέπει να υπάρχει μια βαθύτερη συσχέτιση μεταξύ της φύσης και της αιτιολογίας του τραυλισμού και του ρυθμού. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η ρυθμική διέγερση βοηθά στη μείωση και εξάλειψη του τραυλισμού προσφέροντας μια φυσιολογική ροή ομιλίας στα άτομα με τραυλισμό καθ' όλη τη διάρκεια της ρυθμικής διέγερσης. Με το πέρας του ηχητικού βοηθήματος, του ρυθμού, ο τραυλισμός επιστρέφει στα αρχικά του επίπεδα. Υπάρχει λοιπόν μια σαφής και αποδεδειγμένη συσχέτιση ανάμεσα στη ρυθμική διέγερση και την εξάλειψη του τραυλισμού.

Η μέθοδος αυτή εάν μπορέσει να εξελιχθεί ώστε να είναι περισσότερο βιώσιμη για το άτομο, π.χ. χωρίς την χρήση ηχητικού βοηθήματος, και με μια εσωτερικήυση του ρυθμού, ίσως αυτό συντελέσει ώστε η μέθοδος αυτή να αποτελέσει καθολική μέθοδο επίλυσης του τραυλισμού. Αξίζει λοιπόν να επενδυθεί χρόνος και έρευνα σε αυτό το Πρόγραμμα ώστε να βρεθούν τρόποι εφαρμογής της σε εφήβους και ενήλικες.

Το Πρόγραμμα Lindcombe και το Πρόγραμμα Westmead αποτελούν κορυφαίες μεθόδους εφαρμογής σε πρώιμη παρέμβαση σε άτομα με τραυλισμό. Εάν λοιπόν τα προγράμματα εφαρμοστούν και είναι επιτυχημένα ως προγράμματα πρώιμης παρέμβασης τότε αυτό υπονοεί ότι ο αριθμός των ατόμων με τραυλισμό στην ενήλικη ζωή ή την εφηβεία θα μειωθεί.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι νεότερες προσπάθειες για εξεύρεση μιας καθολικής θεραπείας του τραυλισμού είναι αρκετά αισιόδοξες γιατί υποδεικνύουν την συνεχόμενη προσπάθεια να βρεθεί από τους ειδικούς μια θεραπεία πιο ολοκληρωμένη για τον τραυλισμό που να εφαρμόζεται στην πλειοψηφία των ατόμων με τραυλισμό. Φαίνεται λοιπόν ότι παρά την επιτυχημένη εφαρμογή ορισμένων μεθόδων θεραπείας και προγραμμάτων, δεν έχουν εφησυχαστεί με αυτά και προσπαθούν συνεχώς για πιο καθολικές θεραπείες που θα λειτουργούν πιο ολοκληρωτικά στην θεραπεία του τραυλισμού.

Ευελπιστούμε ότι μελλοντικά θα μπορέσει να υπάρξει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για την αιτιολογία του τραυλισμού, από που προέρχεται και με ποιο τρόπο μπορεί να αντιμετωπιστεί. Όσο πιο ξεκάθαρα είναι τα αίτια ενός προβλήματος, και όσο περισσότερα δεδομένα υπάρχουν για τον τραυλισμό, τόσο πιο έτοιμοι θα είμαστε ως προς την αντιμετώπισή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΡΧΑΙΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Aristotle (1937). "On things heard (De Audibilibus)", *Minor works of Aristotle*, translated by W. S. Hett, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Αριστοτέλης (1926), *Problems* (Προβλήματα), ed. W. H. Hett, Loeb Classical Library (Cambridge, Mass: Harvard University Press).
- Δημοσθένης, *Περί τοῦ στεφάνου*, 18.180 (Ανακτήθηκε από Ψηφιακή Βιβλιοθήκη στις 18/08/2017: http://www.greek-language.gr/digitalResources/ancient_greek/library/browse.html?text_id=87&page=28)
- Δημοσθένης. (1994). *Δημοσθένης Άπαντα: Ὑπερ Κτησιφώντος περί του Στεφάνου* (Τόμ. IV). (Φ. ο. κάκτου, Επιμ.) Αθήνα: Κάκτος.
- Ηρόδοτος, *Ίστορία*, Βιβλίο Δ 154 (Ανακτήθηκε από Ψηφιακή Βιβλιοθήκη στις 18/08/2017: http://www.greek-language.gr/digitalResources/ancient_greek/library/browse.html?text_id=30&page=116)
- Πλούταρχος, *Δημοσθένης*, Κεφ. 4-8.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ainsworth, S. (1948), *Speech Correction Methods*, New York: Prentice-Hall, Inc.
- Almada, A., Simões, R., Constante, M., Casquinha, P., Heitor, M. J. (2016), "Psychogenic stuttering: A case and review", *European Psychiatry*, 33, 366-387.
- Ambrose, N.G., Cox N.J., Yairi, E. (1997) "The genetic basis of persistence and recovery in stuttering", *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 40, 567–80.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ardila, A., Ramos, E. (2007) *Speech and Language Disorders in Bilinguals*, New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Arndt, J., & Healey, E. C. (2001), "Concomitant disorders in school-age children who stutter", *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 32, 68–78.
- Arnott, S., Onslow, M., O'Brian, S., Packman, A., Jones, M., Block, S. (2014), "Group Lidcombe Program treatment of early stuttering: A randomized controlled trial", *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 57, 1606–1618.

- Beech, H.R., Fransella, F. (1968) *Research and experiment in stuttering*, Oxford: Pergamon Press
- Bell, A. M. (1853), *Observations on defects of speech: The causes and the cure of stammering, mal-articulations and defects*, Edinburgh: W.P.Kennedy
- Bender, J. F. (1944) "Do You Know Someone Who Stutters?", *The Scientific Monthly*, Vol. 59, 221-225.
- Bernstein D., K. & Tagerman, E. (1993), *Language and Communication Disorders in Children (3rd edition)*, New York: Macmillan Publishing Company.
- Bernstein Ratner, N., Sih, C. C. (1987), "Effects of gradual increases in sentence length and complexity on children's disfluency", *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 278-287.
- Bloch, B. &Trager, G. L. (1942), *Outline of linguistic analysis*, Baltimore, MD: Linguistic Society of America at the Waverly Press
- Bloodstein, O. (1995), *A handbook on stuttering (4th ed.)*, Chicago: National Easter Seal Society.
- Bonelli, P., Dixon, M., Bernstein Ratner, N., & Onslow, M. (2000), "Child and parent speech and language following the Lidcombe Programme of early stuttering intervention", *Clinical Linguistics and Phonetics*, 14, 427–446.
- Boome, E. J. & Richardson, M. A., (1932) *The Nature of Treatment of Stammering*, New York: E. P. Dutton
- Bridgman, K., Onslow, M. O'Brian, S. & Block, S. (2011), "Changes to Stuttering Measurement During the Lidcombe Program Treatment Process", *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing*, Volume 14, Issue 3, 147-152.
- Brosch, S. and Pirsig, W. (2001), "Stuttering in History and Culture", *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 59.2, 81-87
- Brown, S. F. (1949), "Advising Parents of Early Stutterers," *Pediatrics*, 173-75.
- Brundage, S. B., & Bernstein Ratner, N. B. (1989), "Measurement of stuttering frequency in children's speech", *Journal of Fluency Disorders*, 14, 351–358.
- Brutten, E. J., & Shoemaker, D. (1967). *The modification of stuttering. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall*
- Bryngelson, B. (1934), "Voluntary stuttering," *The Professional Discussions of the Ninth Annual Convention of the American Speech Correction Association*, Vol. 4, 35-38.
- Bryngelson, B. (1938), "Prognosis of Stuttering," *Journal of Speech Disorders*, Vol. 3, 121-23
- Büchel, C. & Sommer, M. (2004), "What Causes Stuttering?", *Plos Biology*, Vol. 2, Issue 2, 159-163.
- Bussmann, H. (1998), *Dictionary of Language and Linguistics*, New York: Routledge
- Carey, B., O'Brian, S., Lowe, R., & Onslow, M. (2014), "Webcam delivery of the Camperdown Program for adolescents who stutter: A Phase II trial", *Language, Speech, and Services in Schools*, 45, 314–324.

- Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Block, S., Jones, M., & Packman, A. (2010), "Randomized controlled non-inferiority trial of a telehealth treatment for chronic stuttering: The Camperdown Program", *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45, 108–120.
- Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2012), "Webcam delivery of the Camperdown Program for adolescents who stutter: A Phase I trial", *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43, 370–380.
- Chomsky, N. (1957), *Syntactic Structures* (2nd Ed. 2002), New York: De Gruyter Mouton
- Chon, H., Sawyer, J., & Ambrose, N. G. (2012), "Differences of articulation rate and utterance length in fluent and disfluent utterances of preschool children who stutter", *Journal of Communication Disorders*, 45, 455–467.
- Christensen, J., & Lingwall, J. (1982), "Verbal contingent stimulation of stuttering in laboratory and home settings", *Journal of Fluency Disorders*, 7, 359–368.
- Cocomazzo, N., Block, S., Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M. Packman, A., & Iverarch, L. (2012), "Camperdown Program for adults who stutter: A student training clinic Phase I trial", *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47, 365–372.
- Conture, E. G. & Wolk, L., (1990), "The Efficacy of Speech-Language Pathology Intervention", *Seminars in Speech and Language*, 11, New York: Syracuse University, 200-209
- Conture, E. G. (2001), *Stuttering: Its nature, diagnosis, and treatment*, Boston: Allyn and Bacon.
- Cooper, E. B., Cady, B. B., Robbins, C. J. (1970), "The effect of the verbal stimulus words wrong, right, and tree on the disfluency rates of stutterers and nonstutterers", *Journal of Speech and Hearing Research*, 13, 239–244.
- Coppola, V. A., & Yairi, E. (1982), "Rhythmic speech training with preschool stuttering children: An experimental study", *Journal of Fluency Disorders*, 7, 447–457.
- Crystal, D. & Varley, R. (1998), *Introduction to Language Pathology*, New Jersey: Wiley.
- Drayna, D., Kilshaw, J., Kelly, J. (1999), "The sex ratio in familial persistent stuttering", *American Journal of Human Genetics*, 65, 1473–5.
- Erickson, S., Block, S., Menzies, R., O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2016). "Standalone Internet speech restructuring treatment for adults who stutter: A phase I study", *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18, (4), 329-340.
- Erickson, S., Block, S., Menzies, R., Onslow, M., O'Brian, S. & Packman, A. (2012), "Stand-alone Internet speech restructuring treatment for adults who stutter: A pilot study", *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*, 14, 118–123.
- Eve, C., Onslow, M., Andrews, C., Adams, R. (1995), "Clinical measurement of early stuttering severity: The reliability of a 10-point scale", *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 23, 26–39.

- Faulkner (1991). *A Concise Dictionary of Middle Egyptian*, Egyptology: Griffith Institute.
- Gaines, N. D., Runyan, C. M., Meyers, S. C. (1991), "A comparison of young stutterers' fluent versus stuttered utterances on measures of length and complexity", *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 37–42.
- Gifford, M. F. (1940), *How to Overcome Stammering*, New York: Prentice-Hall
- Ginsberg A.P. (2000) "Shame, self-consciousness, and locus of control in people who stutter", *The Journal of Genetic Psychology*, 161 (4), 389-99
- Goldman, R. & Fristoe, M., (1968), *Goldman-Fristoe Test of Articulation* (Experimental edition), Nashville, TN: Vanderbilt University.
- Goldstein, B. (2011), *Cognitive Psychology: Connecting Mind, Research, and Everyday Experience* (3rd ed.), Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning
- Gordon, N. (2002), "Stuttering: incidence and causes", *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44: 278–282
- Greenberg, J.B. (1970), "The effect of a metronome on the speech of young stutterers", *Behavior Therapy*, 1, 240–244.
- Guitar, B. (2006), *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Guitar, B.E. (1985), "Stuttering and stammering", *Pediatrics Review*, 7, 163–8.
- Gundermann, H. (1987) Die Rehabilitation funktioneller Stimmstörungen einschließlich spastischer Dysphonien und postoperativer Zustände
- Hafsa, N., Sikander, G. K., Nayab, I. & Sumaira, N. M. (2017), "Awareness about stuttering and self-therapy of stutter in the adult stutters", *Biomedical Research 2017*, Special Issue, 30-35.
- Hahn, E. F. (1943), *Stuttering: Significant Theories and Therapies*, Stanford University, California: Stanford University Press, 134-35.
- Hall, R. A. (1968), *An Essay on Language*, Philadelphia & New York: Chilton
- Harrison, E., Onslow, M., Andrews, C., Packman, A., & Webber, M. (1998), "Control of stuttering with prolonged speech: Development of a one-day instatement program": in Cordes A, Ingham, R. J. (Eds.), *Treatment efficacy in stuttering: A search for empirical bases*, San Diego, CA: Singular Publishing Group, 191–212.
- Harvard Mahoney Neuroscience Institute (2013), "Involuntary Speech", *On the Brain*, Vol. 19.2.
- Hayhow, R. (2009), "Parents' experiences of the Lidcombe Program of early stuttering intervention", *International Journal of Speech-Language Pathology*, Vol. 11, Issue 1, 20-25.
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M., & O'Brian, S. (2008), "Developing treatment for adolescents who stutter: A Phase I trial of the Camperdown Program", *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39, 487–497.
- Howie, P.M. (1981) "Concordance for stuttering in monozygotic and dizygotic twin pairs", *Journal of Speech and Hearing Research* 24 (3), 317-321.
- Hull, F. M., Mielke, P.W., Willeford, J. A. & Timmons, R. J. (1976), *National Speech and Hearing Survey*, Final Report for Grant OE-32-15-0050-5010 (607). No.50978, Office of Education.

- Jayram, M. (1983), "Phonetic influences on stuttering in monolingual and bilingual stutterers", *Journal of Communication Disorders*, 16, 287-297.
- Jayram, M. (1984), "Distribution of stuttering in sentences: relationship to sentence length and clause position", *Journal of Speech and Hearing Research*, 27, 338-341.
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., Hearne, A., Williams, S., Ormond, T., & Schwarz, I. (2008), "Extended follow-up of a randomized controlled trial of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention", *International Journal of Language and Communication Disorders*, 43, 649–661.
- Jones, S., (1990), *INTECOM A Package Designed to Integrate Carers into Assessing and Developing the Communication Skills of People with Learning Difficulties*, Berkshire: The NFER-Nelson Publishing Company.
- Kadi-Hanifi, K., Howell, P. (1992), "Syntactic analysis of the spontaneous speech of normally fluent and stuttering children", *Journal of Fluency Disorders*, 17, 151–170.
- Karrass, J., Walden, T. A., Conture, E.G., et al. (2006), "Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering", *Journal of Communication Disorders*, 39(6). 402-423.
- Kiernan, C., Reid, B. & Goldbart, J. (1987), *Foundations of Communication and Language (FOCAL)*, Manchester University Press.
- Kraaimaata, F., Vanryckeghemb, M., Van Dam-Baggen, R., (2002), "Stuttering and social anxiety", *Journal of Fluency Disorders*, 27, 319–331
- Lattermann, C., Shenker, R. C., & Thordardottir, E. (2005), "Progression of language complexity during treatment with the Lidcombe Program for early stuttering intervention", *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14, 242–253.
- Lavid, N. (2003), *Understanding Stuttering*, Jackson : University Press of Mississippi
- Lawrence, M. & Barclay III D.M. (1998) "Stuttering: A Brief Review", *American Family Physician*, Issue 1998 May 1; 57 (9): 2175-2178.
- Logan, K. J., & Conture, E. G. (1997), "Selected temporal, grammatical, and phonological characteristics of conversational utterances produced by children who stutter", *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 40, 107–120.
- Louko, L. J., Edwards, M. L. & Conture, E. G. (1990), "Phonological characteristics of young stutterers and their normally fluent peers: Preliminary observations", *Journal of Fluency Disorders*, 15, 191-210.
- Ludlow, C. L. (2000), "Stuttering: dysfunction in a complex and dynamic system", *Brain: A Journal of Neurology*, 123: 1983–4.
- Lyons, J. (1981), *Language and linguistics: An introduction*, Cambridge, England: Cambridge University.
- Manning, W. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders* (3rd ed.) New York: Delmar Cengage Learning.
- Manning, W. H., Trutna, P. A., & Shaw, C. K. (1976), "Verbal versus tangible reward for children who stutter", *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 41, 52–62.

- Martin, R. R., Kuhl, P., & Haroldson, S. (1972), “An experimental treatment with two preschool stuttering children”, *Journal of Speech and Hearing Research*, 15, 743–752.
- Miller, S., Watson, B. C. (1992), “The relationship between communication attitude, anxiety and depression in stutterers and non-stutters”, *Journal of Speech and Hearing Research*, 35 (4), 789-798.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2016), *Stuttering* (NIDCD Factsheet –Voice, Speech and Language), MD: NIDCD Publications.
- Nespor, M. (Επιμ. Παλλή, Α.) (2011), *Φωνολογία*, Αθήνα: Πατάκης
- Nippold, M. A. (2001), “Phonological disorders and stuttering in children: what is the frequency of co-occurrence?”, *Clinical linguistics & Phonetics*, 15, no. 3, 219-228.
- Nippold, M. A., (1990), “Concomitant speech and language disorders in stuttering children: A critique of the literature”, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 51-60.
- Nowakowski, A. (1930), “Training in rhythmic breathing and its influence in the therapy of stuttering”, *Zeitschrift Fuer Kinderforschung*, 37, 392–400.
- O’Brian, S., Carey, B., Lowe, R., Onslow, M., Packman, A., Cream, A. (2017), *The Camperdown Program Stuttering Treatment Guide*, Sydney: Australian Stuttering Centre.
- O’Brian, S., Cream, A., Onslow, M., & Packman, A. (2001), “A replicable, nonprogrammed, instrument-free method for the control of stuttering with prolonged-speech”, *Asia Pacific Journal of Speech, Language, and Hearing*, 6, 91–96.
- O’Brian, S., Iverach, L., Jones, M., Onslow, M. (2013), “Effectiveness of the Lidcombe Program for early stuttering in Australian community clinics”, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15, Issue 6, 593-603.
- O’Brian, S., Onslow, M., Cream, A., Packman, A. (2003), “The Camperdown Program: outcomes of a new prolonged-speech treatment model”, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46, 933-946.
- O’Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2008), “Telehealth delivery of the Camperdown Program for adults who stutter: A Phase I trial”, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51, 184–195.
- Onslow, M. (2017), *Stuttering and Its Treatment: Eleven Lectures*, Sydney: Australian Stuttering Research Center, University of Sydney. Ανακτήθηκε στις 05/09/2017 από http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/eleven_lectures.pdf
- Onslow, M., & Menzies, R. (2010), “Speech restructuring therapy”. Ανακτήθηκε στις 14/09/2017 από http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/fileadmin/user_upload/Accepted_procedures/speechrestr.pdf
- Onslow, M., & O’Brian, S. (1998), “Reliability of clinicians’ judgments about prolonged-speech targets”, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 969–975.

- Onslow, M., Andrews, C., Costa, L. (1990), "Parental severity scaling of early stuttered speech: Four case studies", *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 18, 47–61.
- Onslow, M., Harrison, E., Jones, M., Packman, A. (2002), "Beyond-clinic speech measures during the Lidcombe Program of early stuttering intervention", *Acquiring Knowledge in Speech, Language and Hearing*, 4, 82–85.
- Onslow, M., Stocker, S., Packman, A., McLeod, S. (2002), "Speech timing in children after the Lidcombe Program of early stuttering intervention", *Clinical Linguistics & Phonetics*, 16, 21-33.
- Packman, A., Onslow, M., & Van Doorn, J. (1994), "Prolonged speech and modification of stuttering: Perceptual, acoustic, and electroglottographic data", *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 724–737.
- Packman, A., Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., Sheedy, S., O'Brian, S., MacMillan, V., Lloyd, W. (2016), *The Lidcombe Program Treatment Guide*, Lidcombe Program Trainers Consortium. Ανακτήθηκε στις 03/09/2017 από <http://www.lidcombeprogram.org/wp-content/uploads/2016/12/Lidcombe%20Program%20Treatment%20Guide%202016.pdf>
- Prasse, J. E. Kikano, G. E. (2008), "Stuttering: An Overview", *American Family Physician*, Vol. 77.9, 1271-1276.
- Quist, R. W., Martin, R. R. (1967), "The effect of response contingent verbal punishment on stuttering", *Journal of Speech and Hearing Research*, 10, 795–800.
- Raczek, B., Adamczyk, B. (2003), "Concentration of carbon dioxide in exhaled air in fluent and non-fluent speech", *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 56, 75-82.
- Reed, C., & Godden, A. (1977), "An experimental treatment using verbal punishment with two preschool stutterers", *Journal of Fluency Disorders*, 2, 225–233.
- Reitzes, P. (2005), "The Why and the How of Voluntary Stuttering": Ανακτήθηκε στις 28/08/2017 από <http://www.mnsu.edu/comdis/isad8/papers/reitzes8.html>.
- Rieber, R.W., Wollock, J. (1977), "The historical roots of the theory and therapy of stuttering", *Journal of Communication Disorders*, 10 (1-2), 3-24.
- Robbins, S. (1935), "The role of rhythm in the correction of stammering", *The Quarterly Journal of Speech*, 21, 331–343.
- Rosenfield, D. B. (2000), "Stuttering", *Current Problems in Pediatrics*, 12, 1–27.
- Said, S., Trede, M., & Le Boulluec, A. (2001). *Ιστορία της Ελληνικής Λογοτεχνίας* (Τόμ. Ι). (Γ. Ξανθάκη - Καραμάνου, Επιμ., Γ. Ξανθάκη - Καραμάνου, Δ. Τσιλιβεργής, & Β. Πόθου, Μεταφρ.) Αθήνα: Παπαζήση.
- Sapir, E. (1921), *Language: An Introduction to the Study of Speech*, New York: Harcourt, Brace
- Scenari-Aid: Simulated Scenario System (2015): <http://www.scenariaid.com>

- Schäfersküpper, P. (1981), "Stuttering. Symptoms, development, causes and therapy", *Münchener medizinische Wochenschrift (MMW)*, 123, 395-7.
- Schwartz, H. D., & Conture, E. G. (1988), "Subgrouping young stutterers: Preliminary behavioral observations", *Journal of Speech and Hearing Research*, 31, 62–71.
- Seery, C. H. & Yairi, E. (2011), *Stuttering: Foundations and Clinical Applications*, Harlow, England: Pearson
- Shipley, K. & McAfee, J. (Επιμ.: Βιρβιδάκη, Ε. & Ταφιάδης, Δ.) (2013) *Διαγνωστικές προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία* (4η Έκδοση), Πάτρα: Gotsis
- Silverman, F. (1996), *Stuttering and Other Fluency Disorders* (3rd Edition), Boston: Allyn and Bacon
- Smith, S. (1948), "The Treatment of Stuttering: Speech Therapeutic Exercises," *Report of The Conference on Speech Therapy*, 81-82.
- St Louis, K. O., Murray, C. D. & Ashworth, M. S. (1991), "Coexisting communication disorders in a random sample of school-aged stutterers", *Journal of Fluency Disorders*, 16, 13-23.
- Stark, C. W. (2002), "The epigenesis of stuttering", *Journal of Fluency Disorders*, Issue 27, 269-288.
- Swift, M. C., O'Brian, S., Hewat, S., Onslow, M., Packman, A. & Menzies, R. (2011), "Investigating parent delivery of the Lidcombe Program", *International Journal of Speech-Language Pathology*, Vol. 13, Issue 4, 308-316.
- Trajkovski, N., Andrews, C., O'Brian, S., Onslow, M., & Packman, A. (2006), "Treating stuttering in a preschool child with syllable timed speech: A case report", *Behaviour Change*, 23, 270–277.
- Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., & Menzies, R. (2009), "Using syllable-timed speech to treat preschool children who stutter: A multiple baseline experiment", *Journal of Fluency Disorders*, 34, 1–10.
- Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M., O'Brian, S., Packman, A., & Menzies, R. (2011), "A Phase II trial of the Westmead Program: Syllable - timed speech treatment for preschool children who stutter", *International Journal of Speech - Language Pathology*, 13, 500–509.
- Van Riper, C. (1953), *Speech Therapy: A Book of Readings*, New York: Prentice Hall
- Van Riper, C. (1973), *The Treatment of Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Van Riper, C. (1982), *The Nature of Stuttering* (2nd Edition) Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Van Riper, C. G. (1971), *The Nature of Stuttering*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Van Riper, C., Emerick, L., eds. (1984), *Speech correction: an introduction to speech pathology and audiology* (7th ed.), Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- Ward, D. (2006), *Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment*, New York: Psychology Press

- Watkins, R.V., & Yairi, E. (1997), "Language production abilities of children whose stuttering persisted or recovered", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 385-399.
- Watson, J. B., Byrd, C. T. & Carlo, E. J. (2011), "Effects of length, complexity and grammatical correctness on stuttering in Spanish-speaking preschool children", *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 209-220.
- Wayne Weiten (2007), *Psychology: Themes and Variations* (7th ed.) Belmont: Thomson Wadsworth
- Webber, M., & Onslow, M. (2003), "Maintenance of treatment effects", in M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (Eds.), *The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide* (pp.81–90), Austin, TX: Pro-Ed.
- Weiss, A. L., & Zebrowski, P. M. (1992), "Disfluencies in the conversations of young children who stutter: Some answers about questions", *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 1230–1238.
- West, R. (1932), "Similarities and Differences in the Treatment of Stammering (Stuttering) as Practiced in America," *Proceedings of the American Speech and Hearing Association*, ASCA, Vol. 2, 126-145.
- Willyard, C. (2011), *Science AAAS*, "Ancient Mutation to Blame for Stuttering" Ανακτήθηκε στις 19/08/2017 από <http://www.sciencemag.org/news/2011/02/ancient-mutation-blame-stuttering>
- Wingate, M.E. (1964), "A Standard Definition of Stuttering". *Journal of Speech and Hearing disorders*,24, p. 454-457
- Wingate, M.E. (2002), *Foundations of Stuttering*, San Diego, SA: Academic Press.
- Wollock, J. (1997). *The noblest animate motion*. Philadelphia: John Benjamins Publishing Co.
- Woods, S., Shearsby, J., Onslow, M. & Burnham, D. (2002), "Psychological impact of the Lidcombe Program of early stuttering intervention", *International Journal of Language and Communication Disorders*, 37, 31–40.
- World Health Organization (1978), *The International classification of diseases*, 9th revision, clinical modification: ICD.9.CM. 9th rev. Ann Arbor, Mich.: Commission on Professional and Hospital Activities
- Yairi, B., Ambrose, N., Paden, B., Throneburg, R. (1996), "Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering", *Journal of Communication Disorders*, 29, 51-77.
- Yairi, E. & Ambrose, N. (2005), *Early childhood stuttering*, Austin: Pro-Ed. Inc.
- Yairi, E. (1990), "Subtyping child stutterers for research purposes", *American Speech–language Hearing Association Report Series No. 18*, 50–57.
- Yairi, E. (2004), "The formative years of stuttering: A changing portrait", *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 92-104.
- Yairi, E. E., & Ambrose, N. G. (1999), "Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1097–1112.
- Yairi, E., & Ambrose, N. (1992), "A longitudinal study of stuttering in children: A preliminary report", *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 755–760.
- Yaruss, J. S. (1999), "Utterance length, syntactic complexity, and childhood stuttering", *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 42, 329–344.

- Yaruss, J. S., Newman, R. M., & Flora, T. (1999), "Language and disfluency in nonstuttering children's conversational speech", *Journal of Fluency Disorders*, 24, 185–207.
- Yaruss, J.S., La Salle, L. R. & Conture, E. G. (1998), "Evaluating stuttering in young children: Diagnostic data", *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7, 62-7.
- Ανδρέου, Σ. Α. (1994), *Τραυλισμός*, Λεμεσός: Άριστος Φιλή
- Αρσενοπούλου, Β., Μεράβογλου, Π. Ανακτήθηκε στις 07/09/2017 από http://www.e-yliko.gr/amea/Dokimia/Logos_epikoin.pdf
- Γιαννετοπούλου, Α. Και Δράκος, Γ., *Επιμόρφωσης Εκπαιδευτικών στα Προβλήματα λόγου και Ομιλίας*. Ανακτήθηκε στις 06/09/2017 από <http://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/3639/1077.pdf>
- Δράκος, Γ. (2003) *Ειδική Παιδαγωγική των προβλημάτων λόγου και ομιλίας*, Αθήνα: Ατραπός.
- Δροσινού-Κορέα, Μ., *Πρακτικά του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης (ΕΛΛ.Ι.Ε.Π.ΕΚ.): ΤΙΤΛΟΣ ΕΙΣΗΓΗΣΗ: Η φυσιολογία του Δημοσθένη και το ανθρωποκεντρικό μοντέλο της Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης*, 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο 10,11,12 Οκτωβρίου 2014
- Ιστοσελίδα Παιδιάτρος (Paidiatros.): <http://www.paidiatros.com/paidi/omilia/logos-omilia-anaptyxi-diataraxes>.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Τραυλισμός. Η φύση και η αντιμετώπιση του στα παιδιά και τους εφήβους*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Καρανικόλας, Α., Σπυρόπουλος, Η., Αγγελίδου, Δ., Βετσοπούλου, Μ., Γρηγοριάδης, Ν., Κάνδρος, Π., Καρπουζά, Δ., Λανάρης, Ε., Μουμτζάκης, Α., Τομπαΐδης, Σ., Τσολάκης, Χ. (2001), *Συντακτικό της Νέας Ελληνικής*, Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων
- Καρπαθίου Χ. (1998), *Νευρογλωσσολογική Λογοθεραπεία*, Τόμος 1, Αθήνα: Έλλην
- Κουμπιάς, Ε. Λ. & Φουστάνα, Α. (2003), *Αυτοαντίληψη Παιδιών Σχολικής Ηλικίας με Προβλήματα Λόγου και Συμπεριφοράς*, Εισήγηση στο 9^ο Συνέδριο του Πανελληνίου Συλλόγου Λογοπεδικών "Διαταραχές Επικοινωνίας και Λόγου: Πρόληψη, Έρευνα, Παρέμβαση και Νέες Τεχνολογίες στην Υγεία". Αθήνα, Ιανουάριος 2003.
- Μήτσης, Ν. (1998), *Στοιχειώδεις αρχές και μέθοδοι της Εφαρμοσμένης Γλωσσολογίας. Εισαγωγή στη διδασκαλία της Ελληνικής ως δεύτερης ή ξένης γλώσσας*, 70-72. Αθήνα: Gutenberg (διασκευή).
- Νικολάου – Παναγιώτου, Α., (1995), *Παιδική Ανάπτυξη*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Χρηστάκη, Κ.(2011). *Η Εκπαίδευση των παιδιών με δυσκολίες. Εισαγωγή στην Ειδική Αγωγή*. Τόμος Α'. Εκδόσεις Διάδραση, Αθήνα.

