



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ:
ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΗ ΓΛΩΣΣΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΜΙΛΙΑ»**

Αικατερίνη Στεφανοπούλου ΑΜ: 19192

Χριστίνα Σταύρου ΑΜ: 19182

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Βασιλική Σιαφάκα,

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος, 2022

«CHILDHOOD TRAUMA: IMPACT ON SPEECH AND LANGUAGE»

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Τόπος, Ημερομηνία

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Βασιλική Σιαφάκα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

2. Μέλος επιτροπής: Βικτωρία Ζακοπούλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

3. Μέλος επιτροπής: Σουλτάνα Παπαδοπούλου, Επίκουρος Καθηγήτρια

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος Υπογραφή

© Επίθετο, Όνομα, έτος.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη Λογοκλοπής

Δηλώνουμε υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Σταύρου Χριστίνα

Στεφανοπούλου Αικατερίνη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με το πέρας της παρούσας πτυχιακής εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτριά μας, κ. Σιαφάκα Βασιλική, που μας ενέπνευσε να επιλέξουμε τόσο την ίδια όσο και το συγκεκριμένο θέμα μέσω της διδασχής των μαθημάτων της όλα αυτά τα χρόνια. Επίσης, θα θέλαμε να την ευχαριστήσουμε για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε αυτόν τον καιρό προκειμένου να διενεργηθεί η εργασία μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο άνθρωπος συνιστά ένα πολυσύνθετο και περίπλοκο ον που η ύπαρξή του απαιτεί την συνεργασία του σώματος, του νου και του ψυχισμού του. Τα τρία αυτά συστήματα είναι αλληλένδετα και συντελούν με τον δικό τους τρόπο στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι ισορροπίες αυτής της αλυσίδας μπορούν να διαταραχθούν από ένα και μοναδικό συμβάν. Ένα συμβάν που επηρεάζει τα παραπάνω συστήματα και, σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα, προκαλεί τέτοια αρνητική διέγερση στην ανθρώπινη ψυχή που την διαταράσσει χρόνια και πολυποίκιλα. Κάτι τέτοιο ορίζεται ως ψυχικό τραύμα. Η βίωση ενός ψυχικού τραύματος αποτελεί μια βάνουση εμπειρία για τον άνθρωπο, πόσο μάλλον αν ο παθόντας βρίσκεται στην πρώιμη αναπτυξιακή του ηλικία. Ο τραυματισμός της παιδικής ψυχοσύνθεσης είναι μία συνθήκη που μπορεί να λάβει χώρα είτε ακαριαία είτε βαθμιαία μέσω αποτρόπαιων πράξεων, όπως η κακοποίηση ή η παραμέληση του ατόμου. Τα κατάλοιπα του τραύματος δεν επιτρέπουν στο παιδί να αναπτυχθεί με την τυπική ακολουθία που ορίζεται. Στον αντίποδα, η πλειοψηφία των ατόμων αυτών καλούνται να αντιμετωπίσουν τους προσωπικούς ψυχικούς δαίμονες που τους κατακλύζουν καθημερινά, γεννώντας τους διαταραχές οφειλόμενες στο τραυματικό γεγονός που βίωσαν. Από πολύ μικρή ηλικία, τα παιδιά αυτά πιθανόν να πρέπει να αντιπαλέψουν διαταραχές άγχους και δεσμού, όπως η οξεία διαταραχή στρες, διαταραχή μετατραυματικού στρες ή διαταραχή τραυματικής προσκόλλησης. Αν και ο νους αποτελεί τον βασικότερο πληγέντα αυτής της συνθήκης, το σώμα δεν παραμένει ανέγγιχτο, καθώς αλληλοεπιδρά μαζί του. Ειδικότερα, η εμπειρία ενός τραύματος επιδρά σε ένα φάσμα διανοητικών λειτουργιών του παιδιού, επηρεάζοντας πρωτίστως τις επικοινωνιακές του δεξιότητες. Οι επιπτώσεις του τραύματος στην επικοινωνία μπορεί να περιλαμβάνουν την καθυστέρηση ομιλίας, επιλεκτική αλαλία, τραυλισμό, μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας. Η συσχέτιση όλων των παραπάνω στοιχείων μελετάται και αναλύεται εκτενώς στην παρούσα πτυχιακή.

Λέξεις-κλειδιά: Ψυχικό τραύμα, Κακοποίηση ή η παραμέληση, Οξεία διαταραχή στρες ή διαταραχή μετατραυματικού στρες, η διαταραχή τραυματικής προσκόλλησης,

Καθυστέρηση ομιλίας, επιλεκτική αλαλία, τραυλισμός, μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας

ABSTRACT

Man is a complex being whose existence requires the cooperation of his body, mind and psyche. These three systems are interrelated and contribute in their own way to the smooth functioning of the human system. However, it seems that the balances of this chain can be disturbed by a single event. An event that affects the above systems and according to the scientific community causes such negative arousal in the human psyche that it disturbs it chronically and in many ways. This is defined as psychological trauma. Experiencing a trauma is a brutal experience for humans, let alone if the victim is in his early developmental age. Harm to the child's psyche is a condition that can take place either instantaneously or gradually through heinous acts such as abuse or neglect of the individual. The remnants of the wound do not allow the child to develop in the prescribed standard sequence. On the other hand, the majority of these people have to deal with the personal psychic demons that overwhelm them every day, giving birth to disorders due to the traumatic event they experienced. From a very early age, these children may have to fight anxiety and bonding disorders, such as acute stress disorder, post-traumatic stress disorder or traumatic attachment disorder. Although the soul is the main victim of this condition, the mind and body do not remain untouched as they interact with it. In particular, the experience of trauma affects a range of mental functions of the child, primarily affecting his communication skills. The effects of trauma on communication may include speech delay, selective mutism, stuttering, learning difficulties, and attention deficit hyperactivity disorder. The correlation of all the above elements is studied and analyzed extensively in the present thesis.

Keywords: Psychological trauma, Abuse or neglect, Acute stress disorder, Post-traumatic stress disorder, Traumatic attachment disorder, Speech delay, Selective mutism, Stuttering, Learning disabilities, Attention deficit hyperactivity disorder

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
Κεφάλαιο 1 ^ο : Παιδικό Ψυχικό Τραύμα	16
1.1 Ορισμός ψυχικού τραύματος	16
1.1.1 Τύποι παιδικού ψυχικού τραύματος	17
1.1.2 Ταξινόμηση στρεσογόνων παραγόντων	18
1.2 Παιδική κακοποίηση και παραμέληση	18
1.2.1 Σωματική κακοποίηση	19
1.2.2 Σεξουαλική κακοποίηση	21
1.2.3 Συναισθηματική / ψυχολογική κακοποίηση	23
1.2.4 Παιδική παραμέληση	23
1.2.5 Πολλαπλή κακοποίηση	25
1.3 Προγνωστικοί παράγοντες ψυχοπαθολογίας στο τραύμα	25
1.4 Προστατευτικοί παράγοντες τραύματος	27
1.5 Τραύμα και αναπτυξιακά στάδια	28
1.5.1 Τραύμα και παιδιά βρεφικής και προσχολικής ηλικίας	28
1.5.2 Τραύμα και παιδιά σχολικής ηλικίας	29
1.5.3 Τραύμα και έφηβοι	30
Κεφάλαιο 2 ^ο : Επιπτώσεις τραύματος	31
2.1 Γνωστικές Επιπτώσεις	31
2.2 Συναισθηματικές Επιπτώσεις	34
2.3 Συμπεριφορικές Επιπτώσεις	36
2.4 Ψυχοσωματικές Επιπτώσεις	38
Κεφάλαιο 3 ^ο : Διαταραχές σχετιζόμενες με το τραύμα	41
3.1 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΤΣ) και Συμπτώματα	41
3.1.1 Διάγνωση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες	44
3.1.2 Επιπολασμός συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες	47
3.1.3 Παράγοντες κίνδυνου εμφάνισης Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες	48
3.1.4 Προστατευτικοί παράγοντες Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες	52

3.2 Οξεία Διαταραχή Στρες και Συμπτώματα	53
3.2.1 Διάγνωση Οξείας Διαταραχής Στρες	53
3.3 Διαταραχές τραυματικής προσκόλλησης	55
3.3.1 Διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης (ΔΑΠ)	55
3.3.2 Διαταραχή Ανεξέλεγκτης Κοινωνικής Εμπλοκής (ΔΑΚΕ)	56
Κεφάλαιο 4 ^ο : Επικοινωνιακές δεξιότητες και αναπτυξιακά στάδια	57
4.1 Επικοινωνία	57
4.2 Γλώσσα	59
4.2.1 Συστατικά Μέρη της Γλώσσας	61
4.3 Ομιλία	64
4.4 Αναπτυξιακά ορόσημα λόγου και ομιλίας	66
4.4.1 Ηλικία 0-6 μηνών	66
4.4.2 Ηλικία 7 – 12 μηνών	68
4.4.3 Ηλικία 13 – 18 μηνών	69
4.4.4 Ηλικία 19 – 24 μηνών	69
4.4.5 Ηλικία 2 – 3 ετών	71
4.4.6 Ηλικία 3 – 4 ετών	72
4.4.7 Ηλικία 4 – 5 ετών	73
4.4.8 Ηλικία 5 – 6 ετών	73
4.4.9 Ηλικία 6 – 7 ετών	74
Κεφάλαιο 5 ^ο : Επιπτώσεις τραύματος στον λόγο και στην ομιλία	75
5.1 Καθυστέρηση στην ανάπτυξη λόγου-ομιλίας	75
5.1.1 Αίτια	75
5.1.2 Κλινική Εικόνα	76
5.1.3 Κατηγορίες Καθυστέρησης Λόγου και Ομιλίας	78
5.1.4 Ενδείξεις πορείας	80
5.2 Επιλεκτική αλαλία	80
5.2.1 Αίτια	81
5.2.2 Κλινική εικόνα	82
5.2.3 Η επιλεκτική αλαλία ως ειδική φοβία	84
5.2.4 Η αξία των συνθηκών	84
5.3 Τραυλισμός	86
5.3.1 Αίτια	88
5.3.2 Κατηγορίες τραυλισμού	89

5.3.3 Επιδημιολογία	91
5.4 Μαθησιακές δυσκολίες	91
5.4.1 Βασικά χαρακτηριστικά	92
5.4.2 Αίτια	95
5.5 ΔΕΠΥ	96
5.5.1 Αίτια	97
5.5.2 Κλινική Εικόνα	98
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	101
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	103
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	121

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΔΑΚΕ Διαταραχή Ανεξέλεγκτης Κοινωνικής Εμπλοκής

ΔΑΠ Διαταραχή Αντιδραστικής Προσκόλλησης

ΔΕΠ-Υ Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας

ΔΜΤΣ Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

ΟΔΣ Οξεία Διαταραχή Στρες

ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αποτελεί καθολική αλήθεια ότι ο άνθρωπος είναι κοινωνικό όν. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, μάλιστα, «Ο άνθρωπος είναι ον φύσει κοινωνικό και πολιτικό. Αυτός που μπορεί να ζήσει μακριά απ' τις ανθρώπινες κοινωνίες είναι θηρίο ή θεός». Προκειμένου το άτομο να ευδοκιμήσει μέσα σε ένα κοινωνικό σύνολο, είναι απαραίτητο να κατέχει την ικανότητα της επικοινωνίας. Χωρίς αυτή ο άνθρωπος δεν είναι τίποτα άλλο από μία μονάδα, ανήμπορη να επιβιώσει, χωρίς να ανταλλάσσει σκέψεις, συναισθήματα ή επιθυμίες. Η σπουδαιότητα της επικοινωνίας είναι κάτι στο οποίο επικεντρώνεται ιδιαίτερα η συγκεκριμένη εργασία, διερευνώντας τα παρακλάδια του όρου και αναλύοντάς τα ξεχωριστά.

Η κατάκτηση της επικοινωνίας δεν είναι μία συνθήκη άμεση αλλά λαμβάνει χώρα αναλογικά με τον χρόνο. Η αναπτυξιακή ανέλιξη της, ωστόσο, μπορεί να διακοπεί πρώιμα από ένα ερέθισμα το οποίο δρα τραυματικά στον ψυχισμό του ατόμου. Το τραυματικό συμβάν μπορεί να είναι σύμφωνα με τον Terr ένα και μοναδικό γεγονός που όρισε ως «τραύμα συμβάντος» ή μπορεί να είναι μία χρόνια κατάσταση που όρισε ως «τραύμα διεργασίας». Και στις δύο περιπτώσεις το συμβάν αποτελεί μία απρόσμενα αγχογόνο συνθήκη που μπορεί να περιλαμβάνει ανθρώπινες πράξεις (κακοποίηση/παραμέληση, πόλεμος, τρομοκρατία), φυσικές καταστροφές (πλημμύρες, σεισμούς) ή απροσδόκητα γεγονότα της φυσιολογικής ζωής (θάνατος αγαπημένου, ασθένεια). Η πτυχιακή πραγματεύεται το ψυχικό τραύμα σε σχέση με τις πρώιμες ηλικιακές ομάδες, δηλαδή τα παιδιά.

Πώς όμως ένα παιδί λειτουργεί όταν έρχεται αντιμέτωπο με ένα τόσο βάνουσο εξωτερικό ερέθισμα που επηρεάζει άρρηκτα τον ψυχισμό του; Αν και το αναπτυξιακό στάδιο διαδραματίζει μείζονα ρόλο στις επιπτώσεις του τραύματος, σχεδόν καθολικά παρατηρούνται ελλείματα στον γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό τομέα. Συνήθης είναι ακόμη η προβολή της ψυχικής αναταραχής μέσω ψυχοσωματικών ενδείξεων, όπως συνεχείς αυπνίες, νευρολογικές μεταβολές και σωματικό άλγος. Οι παραπάνω υποκατηγορίες προσδιορίζονται με ακρίβεια διαμέσου του δευτέρου κεφαλαίου της παρούσας πτυχιακής.

Οι επιπτώσεις του τραύματος στην ψυχοσύνθεση του παιδιού μπορεί να είναι τόσο σφοδρές και χρόνιες που θα συντελέσουν στην γέννηση νέων διαταραχών. Οι κύριες διαταραχές που παρουσιάζονται έπειτα από κάτι τέτοιο είναι η διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ), η οξεία διαταραχή στρες (ΟΔΣ) και η διαταραχή τραυματικής

προσκόλλησης. Η ΔΜΤΣ και η ΟΔΣ σημειώνουν παρόμοια κλινική εικόνα με την μόνη διαφορά όπως τονίζεται από το DSM-IV να είναι η διάρκεια των συμπτωμάτων τους. Οι διαταραχές τραυματικής προσκόλλησης, σχετίζονται με την διατάραξη των δεσμών του παιδιού με τον γονέα-φροντιστή και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Την διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης (ΔΑΠ) και την διαταραχή ανεξέλεγκτης κοινωνικής εμπλοκής (ΔΑΚΕ).

Το τελευταίο κεφάλαιο πραγματεύεται τον συγκερασμό της επικοινωνίας και του ψυχικού τραύματος, αναλύοντας πώς μία τέτοια εμπειρία μπορεί να επιδράσει στο λόγο και την ομιλία του παθόντος. Παρουσιάζονται διεξοδικά οι σχετιζόμενες με το θέμα διαταραχές, τα αίτια, η κλινική τους εικόνα καθώς και άλλοι παράγοντες που συνδράμουν σε αυτή την κατάσταση. Η πτυχιακή αυτή, λοιπόν, εξετάζει σε βάθος την έννοια του ψυχικού τραύματος κατά την πρώιμη ηλικία, την δεξιότητα της επικοινωνίας και το πώς η μία συνθήκη ασκεί επιρροή στην άλλη.

Κεφάλαιο 1^ο: Παιδικό Ψυχικό Τραύμα

Μέχρι και ορισμένες δεκαετίες πριν, οι κλάδοι της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας είχαν την έννοια του ψυχικού τραύματος συνυφασμένη με ακραίες και βάνανυσες καταστάσεις που περιλάμβαναν υπέρμετρη βία, όπως ο πόλεμος ή οι τρομοκρατικές επιθέσεις. Στα τέλη του περασμένου αιώνα, συμπεριλήφθηκαν στους παράγοντες δημιουργίας ψυχικού τραύματος οι κακοποιητικές πράξεις, κυρίως κατά τον γυναικών και των παιδιών, αμβλύνοντας έτσι τα όρια της μελέτης του θέματος. Στην σύγχρονη εποχή, η έννοια του ψυχικού τραύματος παρουσιάζεται με μία πιο απομυθοποιημένη χροιά στο κοινό, καθώς οι έρευνες απέδειξαν ότι συντρέχει μία υποκειμενικότητα στους λόγους εκδήλωσης του. Αυτό σημαίνει ότι ένας όχι τόσο σπουδαίος λόγος για κάποιον, έχει αποτελέσει το κέντρο της ψυχικής οδύνης ενός άλλου. Παρ' όλα αυτά, βέβαια, ο ορισμός της έννοιας καθίσταται αναγκαίος και για αυτό παρουσιάζεται εκτενώς στο παρακάτω κείμενο.

1.1 Ορισμός ψυχικού τραύματος

Η έννοια του ψυχικού τραύματος επιδέχεται ποικίλους ορισμούς από διάφορους επιστήμονες. Ο Freud το 1910 όρισε το τραύμα και τον τραυματισμό ως *«μια βιωματική εμπειρία, η οποία επιφέρει, σ' ένα κλάσμα του χρόνου, μια τόσο μεγάλη αύξηση της διέγερσης στο εσωτερικό της ψυχικής ζωής, που η εκκαθάριση ή η επεξεργασία της με τα συνήθη και φυσιολογικά μέσα αποτυγχάνει, πράγμα που συνεπάγεται με μακροχρόνιες διαταραχές στο επίπεδο της ενεργειακής λειτουργίας»*.

Οι Laplace και Pontalis όρισαν το ψυχικό τραύμα ως μία συνθήκη που επικρατεί η αίσθηση του «αβοήθητου», την οποία ο ψυχισμός ζει παθητικά. Οφείλεται σε υπερβολική κατακλυσμική διέγερση, δηλαδή μια ποσότητα έντασης που υπερβαίνει τις ικανότητες ένταξης του ψυχισμού (Freud, 1920). Ειδικότερα, το 1973, οι Laplace και Pontalis τοποθετούν τον ορισμό του τραύματος της ψυχής ως εξής: *«Ένα γεγονός στη ζωή του υποκειμένου που ορίζεται από την έντασή του, από τη μη δυνατότητα του υποκειμένου να ανταποκριθεί επαρκώς σ' αυτό, και από την αναταραχή και τις μακροχρόνιες επιδράσεις που επιφέρει στην ψυχική οργάνωση»*.

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ψυχολογικό Σύλλογο ως τραυματικό γεγονός ορίζεται η έκθεση σε «πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία» (American Psychiatric Association, 2013).

Ειδικότερα, το παιδικό ψυχικό τραύμα αποτελεί έναν όρο αναφερόμενο σε συμβάντα που επηρεάζουν αρνητικά την πρώιμη ζωή ενός ατόμου επιφέροντας επιπτώσεις στην

φυσιολογική ψυχική του ανάπτυξη (Chatziioannidis et al., 2021). Ως τραυματικό συμβάν θεωρείται ένα γεγονός κατά το οποίο το άτομο νιώθει απειλή και το αίσθημα του αβοήθητου τόσο σε σωματικό ή ψυχολογικό επίπεδο. Τραυματικό μπορεί να θεωρηθεί και ένα γεγονός, στο οποίο το άτομο ήταν μάρτυρας με την προϋπόθεση ότι το βίωσε το ίδιο αρνητικά. Κατά την παιδική ηλικία, το αναπτυσσόμενο άτομο δεν έχει ακόμα διαμορφώσει τις άμυνες του με αποτέλεσμα να είναι πιο ευάλωτο συναισθηματικά σε τραυματικές εμπειρίες (Αντωνοπούλου, 2016). Τις περισσότερες φορές η αιτία ενός παιδικού ψυχικού τραύματος σχετίζεται με ακατάλληλες γονικές συμπεριφορές που περιλαμβάνουν είτε στοιχεία κακοποίησης είτε παραμέλησης, προκαλώντας σοβαρά προβλήματα στον ανελλισσόμενο ψυχισμό του θύματος (Ματσάγγας, 2021).

1.1.1 Τύποι παιδικού ψυχικού τραύματος

Ο Terr, το 1991 πρότεινε την διάκριση της έννοιας του παιδικού ψυχικού τραύματος σε δύο είδη. Ο πρώτος τύπος γνωστός ως «τραύμα συμβάντος» (event trauma) ,σχετίζεται με την αιφνίδια και απροσδόκητη εμφάνιση ενός στρεσογόνου παράγοντα, ο οποίος είναι περιορισμένος σε χρόνο και χώρο. Ο δεύτερος τύπος περιλαμβάνει το «τραύμα διεργασίας» (process trauma), το οποίο χαρακτηρίζεται από συνεχή και αδιάκοπη έκθεση σε ένα μακροχρόνιο στρεσογόνο παράγοντα όπως συναισθηματική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, πόλεμος κ.ά. Σε ένα τραύμα συμβάντος, ή αυτό που ο Terr (1991) μετονόμασε σε Παιδικό Τραύμα Τύπου I, το παιδί μπορεί να εκδηλώσει όλα τα κλασικά συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) και είναι πιθανό να εμφανίσει φόβους σχετιζόμενους με το τραύμα, θλίψη, αναβίωση του τραυματικού γεγονότος επαναλαμβανόμενες και παλίνδρομες συμπεριφορές, συμπεριφορές απώλειας, γνωστικές και αντιληπτικές διαστρεβλώσεις, αποκλίσεις των τυπικών αναπτυξιακών σταδίων, μεταβολές στην οπτική της ζωής του, των άλλων και του μέλλοντος . Στο τραύμα διεργασίας ή αυτό που ο Terr (1991) χαρακτήρισε ως Παιδικό Τραύμα Τύπου II, το παιδί όχι μόνο μπορεί να εμφανίζει συμπτωματολογία μετατραυματικού στρες, αλλά μπορεί να εκδηλώσει αμφίβολες συμπεριφορές που σχετίζονται με το χρόνιο στρες και τη διαπλοκή των τραυματικών εμπειριών στην αναδύομενη προσωπικότητα (Shaw, 2000).

Δεδομένης της διάχυτης φύσης των τραυμάτων τύπου II, ο Terr (1991) υποστηρίζει ότι τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις αυτής της μορφής κακοποίησης είναι πιο σοβαρά (π.χ. αποστασιοποίηση και συναισθηματικό μούδιασμα) και οδηγούν δυνητικά στην ανάπτυξη διαταραχών προσωπικότητας αργότερα στη ζωή (Wilmshurst, 2017). Αποτελέσματα

ερευνών υποστηρίζουν τη θεωρία αυτή, καθώς διαπιστώνουν ότι τα παιδιά που έχουν εκτεθεί σε χρόνια σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση (τραύμα τύπου II) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη και σχιζοφρένεια σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που βίωσαν τραύματα τύπου I (Kiser et al., 1991). Παρουσιάζουν, επίσης, αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν οριακή διαταραχή προσωπικότητας ως ενήλικες (Sansone et al., 2004).

Η έκθεση ενός ατόμου σε ένα τραύμα συμβάντος πάντα περιλαμβάνει και την εμπλοκή ποικίλων στρεσογόνων παραγόντων. Ειδικότερα, μπορεί το τραύμα συμβάντος, όπως ένας σεισμός τυφώνας ή πλημμύρα να έχει περιορισμένο χρόνο και χώρο, ωστόσο συνδέεται συχνά με την παρουσία άλλων στρεσογόνων παραγόντων, όπως αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα, σωματικές βλάβες, απώλεια σπιτιού και στέγης ή επανεγκατάσταση, κλείσιμο ή αλλαγή σχολείων και απώλεια της κοινοτικής στήριξης. Η ψυχολογική συννοσηρότητα είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση. (Yehuda, 1999).

1.1.2 Ταξινόμηση στρεσογόνων παραγόντων

Ένα μεγάλο μέρος της επιστημονικής κοινότητας υποστηρίζει την ανεπίσημη ταξινόμηση των στρεσογόνων παραγόντων σε τρεις ευρείες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αποτελείται από τους στρεσογόνους παράγοντες που εξαρτώνται καθαρά από την φυσική εξέλιξη της ζωής, όπως έναν ξαφνικό και απροσδόκητο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, αθεράπευτες και χρόνιες ασθένειες κ.λπ. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται στις φυσικές καταστροφές που μπορεί να περιλαμβάνουν ανεμοστρόβιλους, σεισμούς, πυρκαγιές, τυφώνες, ξηρασίες, πλημμύρες, χιονοστιβάδες, επιδημίες κ.ά. Τέλος, στρεσογόνα συμβάντα που είναι αποτέλεσμα ανθρωπίνων ενεργειών όπως ο πόλεμος, η τρομοκρατία, οι σεξουαλικές και σωματικές επιθέσεις, η κλοπή, ο ύπνος παιδιών και τα βασανιστήρια αποτελούν την τρίτη και τελευταία κατηγορία (Shaw, 2000). Όλες οι παραπάνω κατηγορίες μπορούν να συνδράμουν στον τραυματισμό του παιδικού ψυχισμού με τον δικό τους τρόπο.

1.2 Παιδική κακοποίηση και παραμέληση

Η κακομεταχείριση παιδιών αναφέρεται στην κακοποίηση και παραμέληση που συμβαίνει σε παιδιά κάτω των 18 ετών. Η σύγχρονη επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει ότι η παιδική κακοποίηση μπορεί να είναι αποτέλεσμα ενεργειών που ενέχουν το στοιχείο της διάπραξης (σωματική, σεξουαλική ή συναισθηματική κακοποίηση) ή το στοιχείο της παράλειψης

(σοβαρή συναισθηματική, εκπαιδευτική ή σωματική παραμέληση). Οι ενέργειες αυτές δυνητικά θέτουν σε κίνδυνο τη συναισθηματική ευημερία και τη σωματική υγεία του παιδιού και αποτελούν βασικό αίτιο ανάπτυξης ενός ψυχικού τραύματος (Ronan et al., 2009). Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι οι περισσότεροι ορισμοί της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης εμπεριέχουν ένα μεγάλο φάσμα εμπειριών και κυμαίνονται από μεμονωμένα περιστατικά έως παρατεταμένες εμπειρίες με πολλαπλούς τύπους βλαβερών, επώδυνων, εξευτελιστικών και εκμεταλλευτικών πράξεων (Putnam, 2006).

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ψυχολογικό Σύλλογο (American Psychiatric Association, 1996), θεωρείται σύνθετος φαινόμενο το κακοποιητικό πρόσωπο να ανήκει στα πλαίσια της οικογένειας ή του στενού περιβάλλοντος του παιδιού. Αυτό οδηγεί τα θύματα να παγιδεύονται σε ένα μοτίβο αμφιθυμίας, όπου από την μία επιθυμούν να σταματήσουν τη βία θέτοντας τα όριά τους, αλλά από την άλλη ο ίδιος ο δράστης είναι αυτός που τους σωφρονίζει και τους γαλουχεί μέσω των προσωπικών του ορίων. Ένα άλλο πιθανό μοτίβο συμπεριφοράς που μπορεί να εμφανιστεί είναι εκείνο, όπου την κακοποίηση ακολουθεί η συμφιλίωση και η στοργή από την πλευρά του θύτη, κάτι που ενισχύει την ελπίδα του παιδιού για μια πιο ανθρώπινη συμπεριφορά απέναντί του (Wilmshurst, 2017).

Υπάρχουν τέσσερις βασικές κατηγορίες παιδικής κακοποίησης: η σωματική, η σεξουαλική, η συναισθηματική/ψυχολογική και η παραμέληση. Μεταξύ των κακοποιητικών ενεργειών, τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού αναδεικνύονται μεταξύ της σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης σε σύγκριση με αυτά της σεξουαλικής. Ενώ η σωματική και η συναισθηματική παραμέληση πρωτοστατούν ως οι πιο συχνές μορφές κακομεταχείρισης των παιδιών στις ΗΠΑ (Cawson et al., 2000).

1.2.1 Σωματική κακοποίηση

Ορισμός και ποσοστά επιπολασμού

Η σωματική κακοποίηση ορίζεται ως η σκόπιμη χρήση σωματικής βίας εναντίον ενός παιδιού που εγείρει το αποτέλεσμα ή την πιθανότητα βλάβης της υγείας, της επιβίωσης, της ανάπτυξης ή της αξιοπρέπειας του παιδιού. Αυτό περιλαμβάνει ξυλοδαρμό, χτύπημα, δάγκωμα, κλωτσιά, τρέμουλο, στραγγαλισμό, ζεμάτισμα, κάψιμο, δηλητηρίαση και ασφυξία. Βασικό αίτιο της σωματικής κακοποίησης των παιδιών στο σπίτι είναι η προσπάθεια για συνέτιση και τιμωρία (Cyr et al., 2013). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ορίζει τη σωματική κακοποίηση των παιδιών ως «εκείνες τις πράξεις του προσώπου φροντίδας, οι οποίες προκαλούν πραγματική σωματική βλάβη ή έχουν τη δυνατότητα να

προκαλέσουν βλάβη» (Krug et al., 2002). Ο μεγαλύτερος κίνδυνος κακοποιητικής συμπεριφοράς καταγράφεται στις μικρότερες ηλικιακές κατηγορίες με το 51% όλων των παιδιών που υφίστανται σωματική κακοποίηση να είναι κάτω των 7 ετών (το 26% είναι 3 ετών ή μικρότερα), σε σύγκριση με ένα 20% που ισχύει για τους εφήβους.

Χαρακτηριστικά και επιπτώσεις σωματικής κακοποίησης

Οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων, τα οποία επηρεάζουν την προσκόλληση του παιδιού, τη συμπεριφορά του και τη γνωστική του ανάπτυξη. Η πλειονότητα των παιδιών που μεγαλώνουν σε σταθερό περιβάλλον φροντίδας αναπτύσσουν ασφαλή προσκόλληση, πράγμα που συνδέεται με πολλά θετικά αναπτυξιακά αποτελέσματα (Carlson & Sroufe, 1995). Στον αντίποδα, τα παιδιά που υφίστανται σωματική κακοποίηση είναι πιθανό να αναπτύξουν αποδιοργανωμένες και αποπροσανατολισμένες μορφές προσκόλλησης ή μορφές αποφευκτικής προσκόλλησης, επειδή το βασικό πρόσωπο φροντίδας δεν αποτελεί τον πομπό στοργής και ασφάλειας που η παιδική ψυχοσύνθεση προσδοκά (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999).

Τα παιδιά που υφίστανται σωματική κακοποίηση, συχνά αναπαριστούν το τραυματικό γεγονός διαμέσου του παιχνιδιού (κακοποιούν τις κούκλες ή τα πάνινα παιχνίδια τους) ή των ζωγραφιών τους (Gaensbauer & Siegel, 1995). Παρότι δεν εμφανίζουν όλα τα σωματικώς κακοποιημένα παιδιά γνωστική υστέρηση πιθανόν να εμφανίσουν ελλείματα στις λεκτικές δεξιότητες και στη μνήμη, όπως επίσης και μειωμένη σχολική επίδοση (Friedrich et al., 1983). Οι Prasad, Kramer, & Ewing-Cobbs, το 2005 με σχετική έρευνα διαπίστωσαν ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ιστορικό σωματικής κακοποίησης σημείωναν χαμηλότερη βαθμολογία από τους μη κακοποιημένους συνομηλίκους τους σε τεστ που αξιολογούν τη γλωσσική έκφραση και κατανόηση, τις κινητικές δεξιότητες και τις γενικότερες γνωστικές λειτουργίες τους. Οι έφηβοι με ιστορικό κακοποίησης σημειώνουν χαμηλότερη βαθμολογία στον τομέα της γλώσσας και εμφανίζουν μειωμένη επίδοση σε σταθμισμένα τεστ σε σύγκριση με τους εφήβους χωρίς ιστορικό κακοποίησης (Lansford et al., 2002).

Οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης, βέβαια, δεν περιορίζονται μόνο στις διαταραχές προσκόλλησης ή τα γνωστικά ελλείματα αλλά εμπεριέχουν και ποικίλες ιατρικές παθολογίες. Ορισμένες από αυτές είναι διακοπή της ανάπτυξης, κοιλιακά προβλήματα και εγκεφαλικά τραύματα. Επιπροσθέτως, τα παιδιά αυτά ίσως παρουσιάσουν μεγαλύτερη

αντοχή στον πόνο και εμφανίσουν καθυστέρηση στην σωματική τους ανάπτυξη (Scannapieco & Connell-Carrick, 2005).

Η σωματική κακοποίηση είναι δυνατόν να συντελέσει στην σταδιακή έκπτωση του νευροαναπτυξιακού τομέα του παιδιού, λόγω της συνεχούς φθοράς που υφίστανται οι νευρωνικές διαδρομές από το χρόνιο στρες. Ζώντας σε μια διαρκή κατάσταση φόβου, τα παιδιά αυτά μπορεί να εμφανίσουν συμπεριφορές που παραπέμπουν σε διαρκή επαναβίωση των αντιδράσεων «φυγής ή πάλης» (Perry, 1997. Perry & Pollard, 1998). Τα νήπια ενδεχομένως ως μηχανισμό προστασίας μαθαίνουν να μην αντιδρούν πια με κλάμα και να αποσύρονται, εάν η γονική αντίδραση στο κλάμα τους είναι η σωματική βία (Perry & Pollard, 1998). Τα παιδιά που ζουν σε περιβάλλον γεμάτο απειλές για τη σωματική τους υγεία είναι πιθανό να αντιλαμβάνονται τον κόσμο ως ένα εχθρικό μέρος. Πολλές φορές, μάλιστα, η κατάσταση υπερδιέγερσης και ταραχής που τους κατακλύζει, τους οδηγεί στην επανάληψη των κακοποιητικών πράξεων από την πλευρά του θύτη (Perry, 1997).

Οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης διαφέρουν μεταξύ τους και εξισώνονται αναλογικά με την ηλικία του παιδιού. Η σωματική κακοποίηση σε μικρή ηλικία φαίνεται να ευθύνεται για αυξημένα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή, ενώ η σωματική κακοποίηση σε μεταγενέστερη ηλικία συνήθως συνδέεται περισσότερο με προβλήματα συμπεριφοράς (Karlow & Widom, 2007). Μελέτες έχουν, επίσης, διερευνήσει τις συνέπειες που έχει η πρόωμη συναισθηματική και σωματική κακοποίηση, με τα αποτελέσματα να καταδεικνύουν την έκθεση ενός παιδιού σε σωματική κακοποίηση πριν την ηλικία των 5 ετών ως πιθανό παράγοντα για την στην εκδήλωση συμπεριφορών εξωτερίκευσης και επιθετικότητας (Manly et al., 2001).

1.2.2 Σεξουαλική κακοποίηση

Ορισμός και ποσοστά επιπολασμού

Η σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται ως η συμμετοχή ενός παιδιού σε σεξουαλική δραστηριότητα για την οποία δεν είναι σε θέση να δώσει τη συγκατάθεσή του κατόπιν ενημέρωσης, δεν κατανοεί πλήρως, δεν είναι αναπτυξιακά προετοιμασμένο ή παραβιάζει τους νόμους της κοινωνίας. Η σεξουαλική κακοποίηση ενός παιδιού μπορεί να λάβει χώρα τόσο από ενήλικες όσο και από άλλα παιδιά που βρίσκονται –λόγω της ηλικίας ή του σταδίου ανάπτυξής τους– σε θέση εξουσίας, ευθύνης ή εμπιστοσύνης έναντι του θύματος (Cyr et al., 2013). Οι ορισμοί της σεξουαλικής κακοποίησης περιλαμβάνουν συνουσία, απόπειρα σεξουαλικής επαφής, στοματική-γεννητική επαφή, χάιδεμα γεννητικών οργάνων

απευθείας ή μέσω ρούχων, έκθεση παιδιών σε ενήλικη σεξουαλική δραστηριότητα ή πορνογραφία και χρήση του παιδιού για πορνεία (Putnam, F. W., 2006). Τέλος, η σεξουαλική κακοποίηση σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ΠΟΥ, ορίζεται ως «πράξεις κατά τις οποίες ένας ενήλικας - πρόσωπο φροντίδας χρησιμοποιεί ένα παιδί για τη σεξουαλική του ικανοποίηση» (Krug et al., 2002).

Χαρακτηριστικά και επιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης

Το φύλο του παιδιού διαδραματίζει μείζονα ρόλο στην διαφοροποίηση της θυματοποίησής του ανάλογα την ηλικία του. Παρότι η μέση παιδική ηλικία (11 έτη) είναι η επικρατέστερη ηλικία έναρξης της σεξουαλικής κακοποίησης στα κορίτσια, για τα αγόρια η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 8 έτη (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Ο κίνδυνος σεξουαλικής κακοποίησης αυξάνεται όταν η μητέρα δεν μπορεί να προσφέρει ένα “κλοιό ασφαλείας” στο παιδί και είναι απύσχα, είτε συναισθηματικά είτε σωματικά. Επιπλέον, εάν το παιδί ζει για ένα χρονικό διάστημα χωρίς έναν από τους βιολογικούς του γονείς μπορεί να συντελέσει στην αύξηση της πιθανότητας θυματοποίησής του (Finkelhor & Berliner, 1995). Ένα παιδί που εκδηλώνει ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά ή που φαίνεται σεξουαλικά ανεπτυγμένο για την ηλικία του, πιθανόν να παρουσιάζει αυτή την εικόνα λόγω κάποιας προηγηθείσας σεξουαλικής κακοποίησης και ως αποτέλεσμα, αυτές οι συμπεριφορές ίσως θέτουν το παιδί σε αυξημένο κίνδυνο για μία μελλοντική πράξη παρόμοιας φύσης (Friedrich et al., 2001). Άλλοι παράγοντες κινδύνου που είναι δυνατό να συνδράμουν στην σεξουαλική θυματοποίηση ενός παιδιού είναι οι εξής: χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, εσωστρέφεια και κοινωνική απομόνωση (Faust et al., 1995).

Ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι τα κορίτσια που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση σημειώνουν χαμηλότερες επιδόσεις από το τυπικό δείγμα συνομηλίκων τους σε τεστ σχολικής επίδοσης και γνωστικών ικανοτήτων (Sadeh et al., 1995, Trickett et al., 1994). Τα παιδιά που δεν μπορούν να απομακρυνθούν από το κακοποιητικό πρόσωπο, ίσως προσπαθήσουν να αποστασιοποιηθούν νοητικά από τη δυσάρεστη αυτή κατάσταση αναπτύσσοντας συμπτώματα αποσύνδεσης, με τελική κατάληξη την ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ). Η έρευνα δείχνει ότι τουλάχιστον το 1/3 των παιδιών που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση αναπτύσσουν τελικά ΔΜΤΣ (Trickett et al., 2001).

1.2.3. Συναισθηματική / ψυχολογική κακοποίηση

Ορισμός και ποσοστά επιπολασμού

Η συναισθηματική ή ψυχολογική κακοποίηση είναι η μορφή κακοποίησης για την οποία έχουν δοθεί οι λιγότερο ακριβείς ορισμοί. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ορίζει τη συναισθηματική κακοποίηση ως «την —με ευθύνη του προσώπου φροντίδας— απουσία κατάλληλου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για το παιδί, που συνοδεύεται από ενέργειες οι οποίες έχουν αρνητική επίδραση στη συναισθηματική υγεία και ανάπτυξη του παιδιού, όπως [...] περιορισμός της κινητικότητας του παιδιού, διαρκής υποβάθμιση των ικανοτήτων του ατόμου, γελοιοποίηση, απειλές και εκφοβισμός, δυσφήμιση, αδικία, απόρριψη και άλλες μη σωματικές μορφές εχθρικής μεταχείρισης» (Krug et al., 2002). Ορισμένες από τις πιο συνήθεις μορφές συναισθηματικής κακομεταχείρισης είναι τα περιστατικά λεκτικής βίας, όπως η «υποτίμηση, οι απειλές και η τρομοκράτηση» (Wekerle, 2011). Η έκθεση του ΠΟΥ αναφέρει ως παραδείγματα συναισθηματικής ή λεκτικής κακοποίησης, τις έντονες φωνασκίες προς του παιδί, τους μειωτικούς χαρακτηρισμούς, τις βρισιές, απειλές για εγκατάλειψη, το κλείδωμα έξω από το σπίτι και την άρνηση να του απευθύνει ο φροντιστής τον λόγο. Δεδομένα ερευνών υποστηρίζουν ότι τουλάχιστον το 1/3 των παιδιών υφίστανται συναισθηματική κακοποίησή (Krug et al., 2002).

Χαρακτηριστικά και επιπτώσεις συναισθηματικής / ψυχολογικής κακοποίησης

Η έρευνα καταδεικνύει τις σοβαρές επιπτώσεις της συναισθηματικής κακομεταχείρισης στα παιδιά. Αυτά που έχουν υποστεί ψυχολογική κακοποίηση, φαίνεται να εμφανίζουν περισσότερες δυσκολίες στη ρύθμιση του συναισθήματος σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες εξωτερίκευσης ή εσωτερίκευσης. Συμπεριφορές εξωτερίκευσης, όπως επιθετικότητα προς τους συνομηλίκους ή παραβατική συμπεριφορά (αγόρια και κορίτσια) και συμπεριφορές εσωτερίκευσης, όπως κατάθλιψη (στα κορίτσια), αίσθηση αδυναμίας ή μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα (Herrenkohl et al., 1997. Tanaka et al., 2011).

1.2.4 Παιδική παραμέληση

Ορισμός και ποσοστά επιπολασμού

Η παραμέληση περιλαμβάνει μεμονωμένα περιστατικά, καθώς και ένα μοτίβο αποτυχίας με την πάροδο του χρόνου εκ μέρους του γονέα ή άλλου μέλους της οικογένειας για την παροχή

της ανάπτυξης και της ευημερίας του παιδιού σε έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους τομείς: υγεία, στέγη, εκπαίδευση, διατροφή, συναισθηματική ανάπτυξη και ασφαλείς συνθήκες διαβίωσης (Cyr et al., 2013). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ΠΟΥ, ορίζει τις περιπτώσεις παιδικής παραμέλησης ως ενέργειες/καταστάσεις, όπως: «μη συμμόρφωση με τις συστάσεις για υγειονομική φροντίδα, μη αναζήτηση κατάλληλης υγειονομικής περίθαλψης, αποστέρηση τροφής που οδηγεί στη λιμοκτονία, απουσία σωματικής ανάπτυξης του παιδιού, έκθεση σε ναρκωτικές ουσίες και ανεπαρκής προστασία από περιβαλλοντικούς κινδύνους, εγκατάλειψη, ανεπαρκής επίβλεψη, κακή υγιεινή και στέρηση ευκαιριών για εκπαίδευση». Ο ΠΟΥ ξεχωρίζει την παραμέληση από την ένδεια, με τη σημείωση ότι η παραμέληση συντελείται «μόνο σε περιπτώσεις όπου η οικογένεια ή το πρόσωπο φροντίδας του παιδιού έχουν στη διάθεσή τους ένα εύλογο επίπεδο πόρων» (Krug et al., 2002).

Η αμερικανική έκθεση NIS-4 (2010) συνέλεξε δεδομένα για τρεις μορφές παραμέλησης — σωματική, συναισθηματική και εκπαιδευτική. Από τα αποτελέσματά της αναδείχθηκε ότι το 77% όλων των παιδιών υφίστανται κάποια μορφή παραμέλησης, κάνοντας χρήση του κριτηρίου «έκθεσης σε κίνδυνο» ενώ με τη χρήση του «κριτηρίου βλάβης», το ποσοστό ανέρχεται στο 61%. Τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού της παραμέλησης με χρήση του κριτηρίου «έκθεσης σε κίνδυνο» σημειώθηκαν στις κατηγορίες της σωματικής παραμέλησης (53%) και της συναισθηματικής παραμέλησης (52%).

Χαρακτηριστικά και επιπτώσεις παιδικής παραμέλησης

Σε μελέτη με μαθητές της Β' δημοτικού (Fantuzzo, 2011), βρέθηκε ότι τα παιδιά-θύματα παραμέλησης παρουσίαζαν περισσότερα προβλήματα σε σύγκριση με τα παιδιά που υπέστησαν σωματική κακοποίηση. Μία άλλη έρευνα (Rogeness et al., 1988) κατέδειξε ότι τα αγόρια με ιστορικό παραμέλησης σημείωναν χαμηλότερη βαθμολογία στα τεστ νοημοσύνης από ό,τι τα αγόρια που είχαν ιστορικό κακοποίησης, ενώ τα κορίτσια που είχαν εκτεθεί τόσο σε σωματική κακοποίηση όσο και σε παραμέληση βαθμολογούνταν χαμηλότερα στα τεστ νοημοσύνης σε σύγκριση με τις συνομήλικές τους. Σε ακαδημαϊκό επίπεδο, η έρευνα δείχνει ότι η παραμέληση συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση γλωσσικών προβλημάτων (άρθρωση, κατανόηση) και προβλημάτων στη σχολική επίδοση (Strathearn et al., 2001). Συγκριτικά με όλες τις άλλες μορφές κακοποίησης, τα παιδιά που έχουν υποστεί παραμέληση είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν προβλήματα στο σχολείο που αφορούν τη γλώσσα, την ανάγνωση και τα μαθηματικά και είναι πιθανότερο να χρειαστεί να επαναλάβουν κάποια τάξη (Veltman & Browne, 2001). Τέλος, διαπιστώθηκε

από μελέτες ότι τα παιδιά που υφίστανται παραμέληση πριν την ηλικία των 5 ετών είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν συμπεριφορές εσωτερικής (Manly et al., 2001).

1.2.5 Πολλαπλή κακοποίηση

Σε αυτό το σημείο καλό θα ήταν να τονιστεί ότι η κακοποίηση επί της πράξης δεν επιδέχεται ετικέτες ούτε κατηγοριοποιείται με τόση ευκολία. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, παιδιά που έχουν υποστεί ένα είδος κακοποίησης, θυματοποιούνται με περισσότερους από έναν τρόπους (Finkelhor et al., 2007). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η έρευνα των Lau et al. (2005) που αναφέρει ότι το 94% των παιδιών που βιώνουν σεξουαλική κακοποίηση, υφίστανται επίσης και κάποια άλλη μορφή κακοποίησης, ενώ το 78,7% των παιδιών που υφίστανται σωματική κακοποίηση βιώνουν και κάποια άλλη μορφή κακοποίησης.

1.3 Προγνωστικοί παράγοντες ψυχοπαθολογίας στο τραύμα

Ειδικές μελέτες ψυχολογικών αντιδράσεων παιδιών και εφήβων έπειτα από δυσβάσταχτα στρεσογόνα ερεθίσματα υποδεικνύουν ότι ποικίλοι παράγοντες που σχετίζονται με την τραυματική κατάσταση αυξάνουν τον κίνδυνο ψυχολογικής νοσηρότητας. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το γυναικείο φύλο, την χρονική απόσταση από το συμβάν, την προσωπική εμπειρία του ατόμου ως προς το τραύμα, τον βαθμό απειλής της ζωής του ατόμου, τον τραυματισμό ή τον θάνατο ενός μέλους της οικογένειας, τη γονική ψυχοπαθολογία και το ιστορικό ενός καταθλιπτικού ή ευερέθιστου οικογενειακού περιβάλλοντος (Pine & Cohen, 2002). Η ψυχολογική αντίδραση, επίσης, καθορίζεται και διαμορφώνεται από τη φύση των στρεσογόνων ερεθισμάτων, το επίπεδο της γνωστικής ανάπτυξης του παιδιού, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, τις αντιδράσεις των μελών της οικογένειας και τους μηχανισμούς που το άτομο διαθέτει προκειμένου να προσαρμοστεί στην νέα συνθήκη και να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις των παρορμήσεών του. Σε γενικές γραμμές, τα οξέα γεγονότα που προκαλούν σχετικά αμελητέα αλλαγή στο κοινωνικό περιβάλλον τείνουν να ενέχουν χαμηλότερους κινδύνους από ότι τα συνεχιζόμενα τραυματικά γεγονότα ή αυτά που οδηγούν σε έντονες διαταραχές στο κοινωνικό περιβάλλον των παιδιών (Dohrenwend et al 1981. Laor et al 1996, 2001. Terr, 1991). Επίσης, πολυάριθμες μελέτες επισημαίνουν την βαρύτητα της ψυχοπαθολογίας πριν από την έκθεση στο τραύμα και της διαταραχής στα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, στην πρόγνωση της ψυχοπαθολογίας έπειτα από έκθεση σε τραύμα. Για παράδειγμα, η ύπαρξη

υπέρμετρου άγχους πριν το τραυματικό γεγονός αποτελεί ένα συνήθη προγνωστικό παράγοντα (Pine & Cohen, 2002).

Όσον αφορά το φύλο έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με τον κίνδυνο για μελλοντικά συμπτώματα, καθώς τα θηλυκά παιδιά τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων διαταραχής διάθεσης ή άγχους μετά από τραυματικό συμβάν (Green et al, 1991). Βέβαια, ορισμένα δεδομένα δείχνουν ότι ενώ οι γυναίκες επιζώντες είναι πιθανό να παρουσιάσουν υψηλότερα ποσοστά άγχους ή συμπτωμάτων διάθεσης έπειτα από τραύμα, οι άνδρες επιζώντες μπορεί να εμφανίσουν υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων συμπεριφοράς (Shaw et al., 1996).

Τα παιδιά μπορεί να εκδηλώνουν ένα ευρύτερο φάσμα κλινικής συμπτωματολογίας, καθώς ο τραυματικός στρεσογόνος παράγοντας παρεμβαίνει στην αναπτυξιακή διαδικασία. Η ψυχολογική αντίδραση του παιδιού σε έναν τραυματικό στρεσογόνο παράγοντα επηρεάζεται από την προϋπάρχουσα ιδιοσυγκρασία, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και την ψυχοπαθολογία του ατόμου. Είναι κοινώς αποδεκτό ότι τα παιδιά που είναι εγγενώς ντροπαλά, ανήσυχα και υπέρμετρα ευφάνταστα με την προθυμία να ερμηνεύσουν υπερβολικά την κατάσταση διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ειδικά συμπτώματα ψυχικού τραύματος. Επίσης, καταθλιπτικά παιδιά που τείνουν στην αυτοκατηγορία, διακατέχονται από ενοχές και αποδίδουν στην ύπαρξή τους την αρνητική έκβαση της κατάστασης φαίνεται, επίσης, να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο στην συμπτωματολογία του τραύματος (Shaw, 2000).

Η ψυχολογική ευθύνη του παιδιού καθορίζεται επίσης από τις επιπτώσεις του τραυματικού στρες στην οικογένεια. Η οικογένεια ως κοινωνική ομάδα μπορεί να διαταραχθεί από τον τραυματισμό των γονέων, το θάνατο, τον χωρισμό από τους αγαπημένους και την έλλειψη αγάπης και στοργής εξαιτίας των ψυχολογικών μεταπτώσεων των γονέων. Επομένως, η οικογενειακή και γονική υποστήριξη μετριάζει τον κίνδυνο συμπτωματολογίας μετατραυματικού στρες, ενώ η παρουσία γονικής ψυχοπαθολογίας και δυσλειτουργικού οικογενειακού περιβάλλοντος προβλέπει υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευπάθειας στα παιδιά (Αμερικανική Ακαδημία Παιδικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής, 1998).

Ειδικότερα, μια σειρά μελετών έχει καταδείξει την σημασία της κοινωνικής υποστήριξης τόσο στα βραχύχρονα όσο και στα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ψυχικής υγείας σε παιδιά που εκτίθενται σε τραύματα. Κάτι που επιβεβαιώνεται από τα πορίσματα μακροχρόνιων μελετών παρακολούθησης παιδιών που εκτέθηκαν σε πυραυλικές επιθέσεις SCUD στο Ισραήλ (Laor et al., 1997) ή άλλων ψυχικών τραυμάτων πολέμου (Smith et al.,

2001), παιδιών που εκτέθηκαν σε σωματική κακοποίηση (Fergusson & Lynskey, 1997) και παιδιών που εκτέθηκαν σε ναυτικό ατύχημα (Udwin et al., 2000).

1.4 Προστατευτικοί παράγοντες τραύματος

Οι προστατευτικοί παράγοντες που εκτείνονται σε κοινωνικούς, συναισθηματικούς και νευροβιολογικούς τομείς μπορεί να εμποδίσουν τα παιδιά είτε από την ενισχυμένη επεξεργασία απειλών είτε από την βίωση ψυχοπαθολογίας έπειτα από έκθεση σε τραύμα (McLaughlin & Lambert, 2017).

Υποστήριξη φροντιστών - σύνδεση προμετωπιαίου φλοιού/ αμυγδαλής

Οι σχέσεις με τους φροντιστές, καθώς και ο υποστηρικτικός περίγυρος διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην προστασία των παιδιών από την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας σχετιζόμενη με ψυχικά τραύματα. Στα παιδιά που δέχονται υποστήριξη από πρόσωπα εμπιστοσύνης και φροντίδας η πιθανότητα να αναπτύξουν ψυχοπαθολογία μετά από έκθεση σε τραύμα μειώνεται κατακόρυφα. Τα στοιχεία που σηματοδοτούν την παρουσία της μητέρας συνδέονται με μειωμένη αντιδραστικότητα αμυγδαλής και μεγαλύτερη λειτουργική συνδεσιμότητα προμετωπιαίου φλοιού και αμυγδαλής στα παιδιά, ιδιαίτερα σε εκείνα που έχουν υποστηρικτική σχέση με τη μητέρα τους. Ειδικότερα, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η εντονότερη λειτουργική σύζευξη του προμετωπιαίου φλοιού και της αμυγδαλής — ένας δείκτης νευρικών κυκλωμάτων ρύθμισης ώριμων συναισθημάτων — λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας για την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας έπειτα από περιβαλλοντικές αντιξοότητες στα παιδιά. Και στις δύο μελέτες, η λειτουργική αυτή συνδεσιμότητα κατά τη διάρκεια μιας συνθήκης που απαιτούσε την επεξεργασία απειλών οδήγησε σε χαμηλότερα επίπεδα εσωτερίκευσης της ψυχοπαθολογίας μεταξύ των παιδιών που βίωσαν τραυματικά συμβάντα. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι στα παιδιά που έχουν υποστεί τραύμα, με υψηλή μητρική υποστήριξη η αντιδραστικότητα αμυγδαλής σε απειλητικά ερεθίσματα είναι εμφανώς ασθενέστερη (McLaughlin & Lambert, 2017).

Εναισθησία στην ανταμοιβή

Η εναισθησία σε θετικά και ανταποδοτικά ερεθίσματα τόσο σε νευρικό όσο και σε συμπεριφορικό επίπεδο συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο ψυχοπαθολογίας έπειτα από έκθεση σε ψυχικά τραύματα στα παιδιά. Το παιδικό τραύμα συνδέεται με την ανηδονία, δηλαδή την αδυναμία ή τη μειωμένη ικανότητα ευχαρίστησης. Ωστόσο, φαίνεται ότι η κατάσταση αυτή

μειώνεται σε νεαρά άτομα με υψηλή αντίδραση του κοιλιακού ραβδωτού σώματος στην ανταμοιβή, με αποτέλεσμα τα μειωμένα συμπτώματα κατάθλιψης μετά από παιδικό τραύμα. Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι η ευαισθησία στην ανταμοιβή μπορεί να προστατεύσει το παιδί από την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται με τραύματα (McLaughlin & Lambert, 2017).

1.5 Τραύμα και αναπτυξιακά στάδια

Σύμφωνα με ερευνητές, το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού μπορεί να συντελέσει στην ύπαρξη εμφανών αποκλίσεων στον τρόπο εκδήλωσης της ψυχοπαθολογίας έπειτα από ένα τραυματικό συμβάν (Pine & Cohen, 2002). Ειδικότερα, φαίνεται ότι οι εφήβοι εκδηλώνουν συμπτωματολογία που προσεγγίζει τα ενήλικα πρότυπα, με το άγχος και την κατάθλιψη να κυριαρχούν, ενώ στις μικρότερες ηλικίες επικρατούν συμπτώματα συμπεριφοράς και παρατηρείται ένα ευρύτερο φάσμα διαταραχών άγχους και διάθεσης (Laor et al., 1996).

Η εκτίμηση των ψυχικών συνεπειών στα παιδιά και εφήβους είναι δύσκολη και χαρακτηρίζεται από έντονη μεταβλητότητα λόγω της παρουσίας πολλών παραγόντων που την επηρεάζουν, όπως είναι η φύση του τραύματος. Σε σχετικά σοβαρούς στρεσογόνους παράγοντες, μεταξύ των παιδιών και των εφήβων, τα ποσοστά αντιδράσεων μετατραυματικού στρες μπορεί να ξεπεράσουν το 90%. Από την άλλη, τα ποσοστά μετατραυματικού στρες ή ψυχοπαθολογίας γενικά μπορεί να μειωθούν κάτω από το 20%, για τα παιδιά που εκτίθενται σε σχετικά σύντομους ή λιγότερο ακραίους στρεσογόνους παράγοντες (Brown et al., 1999. Laor et al., 2001). Ως εξαιρετικά στρεσογόνος παράγοντας ορίζεται για παράδειγμα η παρουσία ή το άκουσμα για τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, μια σοβαρή ασθένεια, ένα σοβαρό ατύχημα, κάποια φυσική καταστροφή, μια πυρκαγιά, ένα περιστατικό σωματικής βίας, βιασμού ή σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ ως λιγότερο στρεσογόνος παράγοντας ορίζεται η γέννηση παιδιού στην οικογένεια, μια εγκυμοσύνη, η διάσταση ή το διαζύγιο των γονέων, η παρουσία πατριού/μητριάς και η σύλληψη ενός γονέα (Wilmshurst , 2017).

1.5.1 Τραύμα και παιδιά βρεφικής και προσχολικής ηλικίας

Σύμφωνα με μελέτες, τα παιδιά βρεφικής ηλικίας 7 έως 13 μηνών, αναπαριστούν ή περιγράφουν τα τραυματικά γεγονότα έως και επτά χρόνια μετά. Παράλληλα, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας 30 έως 36 μηνών, είναι ικανά να ανακαλέσουν με μεγάλη ακρίβεια τα τραυματικά γεγονότα πολλά χρόνια αργότερα. Κάποια από τα πιο συνήθη συμπτώματα της

ηλικίας αυτής είναι εκρήξεις οργής, αύξηση ευερεθιστότητας, άγχος αποχωρισμού, προβλήματα στον ύπνο και εφιάλτες (Wilmshurst, 2017). Η σχέση παιδιού και προσώπου φροντίδας κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο στη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας και αποτελεί την πιο συχνή αιτία δημιουργίας τραύματος. Οι Scheeringa & Zeanah (2001) αναφέρουν ότι τα συμπτώματα του παιδιού μπορεί να επιδεινωθούν από τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο γονέας. Επίσης, άλλος ένας παράγοντας που μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στο παιδί είναι η παρουσία προηγούμενου ανεπίλυτου τραύματος του γονέα (Wilmshurst,2017).

1.5.2 Τραύμα και παιδιά σχολικής ηλικίας

Στην ηλικία αυτή είναι συνήθη τα προβλήματα ύπνου, όπως το βρέξιμο του κρεβατιού ή η υπονοβασία, καθώς επίσης είναι πιθανό οι εφιάλτες και γενικότερα τα όνειρα να εξελιχθούν σε νυχτερινό τρόμο. Κατά τη διάρκεια του ύπνου ίσως να είναι πιο εμφανές το πρόβλημα, με το παιδί να φοβάται να κοιμηθεί μόνο του, να εκδηλώνει παλαιότερους ή νέους φόβους για το σκοτάδι ή να ανησυχεί για πιθανούς εφιάλτες. Οι διαφοροποιήσεις στις αντιδράσεις των παιδιών οφείλονται στην εγγύτητα με το τραυματικό γεγονός, στον βαθμό έκθεσης του παιδιού στο τραύμα και στο είδος της επίδρασης που ασκείται προσωπικά στο παιδί.

Οι “αναδρομές στο παρελθόν” υποκαθίστανται συχνά από το παιχνίδι με θέματα που αναπαριστούν το τραύμα, ενώ με σκοπό το παιδί να νιώσει ότι έχει τον έλεγχο της κατάστασης γίνεται επικέντρωση στο τραύμα με παιδικά παιχνίδια τα οποία περιλαμβάνουν ευχάριστο τέλος, κάτι που είναι ανέφικτο σε πραγματικές συνθήκες. Στο σχολείο, τα προβλήματα συγκέντρωσης και προσοχής του παιδιού πιθανώς να ασκήσουν επιρροή στη σχολική του επίδοση, ενώ ένας συναγερμός πυρκαγιάς ή μια απροειδοποίητη άσκηση σεισμού ίσως προκαλέσουν υπερβολική αντίδραση ξαφνιάσματος και υπερδιέγερση στο παιδί. Το παιχνίδι γενικά μπορεί να γίνει περιορισμένο και συγκρατημένο, ενώ το άγχος μπορεί να πάρει τη μορφή αόριστων παραπόνων για στομαχικό άλγος ή πονοκεφάλους μέσω της σωματοποίησης. Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί ότι, σε ορισμένα παιδιά, η τάση φυγής και το συναισθηματικό μούδιασμα μπορούν να εκδηλωθούν ως έλλειψη συγκέντρωσης, αεικινησία/νευρική συμπεριφοράς και υπερεπαγρύπνησης (Wilmshurst,2017).

1.5.3 Τραύμα και έφηβοι

Οι έφηβοι και οι ενήλικες, παρουσιάζουν περισσότερες ομοιότητες στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν στη διαταραχή μετατραυματικού στρες, με ορισμένες αντιδράσεις όπως η αυξημένη εμπλοκή σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές να είναι συνηθέστερες στην εφηβεία. Μέσω αυτών των συμπεριφορών γίνεται ουσιαστικά η αναπαράσταση του τραύματος. Λόγω της διαμόρφωσης της ταυτότητας που γίνεται στο στάδιο της εφηβείας, ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να μεταβάλει τη μελλοντική πορεία του εφήβου και ο αντίκτυπος του να αποδειχθεί εξαιρετικά καταστροφικός. Επίσης, με δεδομένες τις συναισθηματικές και σωματικές ορμονικές αλλαγές που γίνονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, τα κορίτσια είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν συμπτώματα απόσυρσης και κατάθλιψης, ενώ τα αγόρια ίσως είναι περισσότερο επιρρεπή σε επιθετικές ή παρορμητικές αντιδράσεις (Pynoos & Nader, 1993).

Άλλη μια περίπτωση αποτελεί το τραυματικό γεγονός να αφορά το θάνατο ενός συγγενή ή ενός φίλου. Σε αυτό το ενδεχόμενο που υπάρχει αλληλεπίδραση του θρήνου και του τραύματος, είναι πιθανό να επηρεαστεί η διαδικασία του θρήνου και έτσι να δυσκολέψει την προσαρμογή του εφήβου στην κατάσταση. Παράλληλα, αποτέλεσμα αυτής της αλληλεπίδρασης μπορεί να είναι η αυξημένη εστίαση του ατόμου στις τραυματικές συνθήκες γύρω από τον θάνατο. Ο έφηβος, ως θύμα ενός τέτοιου είδους τραυματικού γεγονότος, πιθανόν να βιώσει την ενοχή του επιζώντος, ειδικότερα στην περίπτωση που ο ίδιος ήταν υπεύθυνος για το ατύχημα που προκάλεσε το θάνατο-τραύμα (Pynoos & Nader, 1993).

Κεφάλαιο 2^ο: Επιπτώσεις του τραύματος

Ένας βασικός παράγοντας κινδύνου εμφάνισης πολλών μορφών ψυχοπαθολογίας, όπως είναι η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η κατάθλιψη, το άγχος, η κατάχρηση ουσιών και οι διασπαστικές συμπεριφορές, είναι η έκθεση σε τραύματα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. (McLaughlin & Lambert, 2017). Ενώ τα παιδιά και οι έφηβοι γενικά εκτίθενται σε παρόμοια τραυματικά συμβάντα με τους ενήλικες η ψυχολογική ανταπόκριση διαφέρει από αυτούς. Αυτό λαμβάνει χώρα καθώς ο παιδικός οργανισμός είναι ένα αναπτυσσόμενο σύνολο που συνεχίζει να ωριμάζει γνωστικά, σωματικά και κοινωνικά και που συνήθως ζει μέσα σε ένα οικογενειακό περιβάλλον που το καθορίζει. Το παιδί ακόμα παλεύει με ζητήματα αποχωρισμού και αυτονομίας, ορισμού της προσωπικής του ταυτότητας, διαχείρισης των εσωτερικών μηχανισμών ρύθμισης επιδράσεων και παρορμήσεων κ.ά. (Shaw, 2000). Έτσι οι επιπτώσεις του τραύματος είναι ποικίλες και για την καλύτερη και ευκολότερη κατανόηση τους, ταξινομήθηκαν στην πορεία σε γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και ψυχοσωματικές. Ακολούθως, γίνεται εμφανές ότι πολλές από τις επιπτώσεις, θα μπορούσαν να εμπίπτουν σε δύο ή και περισσότερες κατηγορίες (Armsworth & Holaday, 1993).

Είναι σημαντικό, σε αυτό το σημείο να διευκρινισθεί ότι τα αποτελέσματα που μπορεί να έχει η ίδια εμπειρία κακοποίησης στο άτομο, εμφανίζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία του παιδιού και τη διάρκεια της εμπειρίας (Putnam, 2003). Οι ατομικές διαφορές στην ευφυΐα και την ιδιοσυγκρασία, σε συνδυασμό με την απουσία ή την παρουσία υποστηρικτικών ενηλίκων ή ιδρυμάτων, συμβάλλουν επίσης στο τελικό αποτέλεσμα. Η αλήθεια είναι ότι μπορεί να γίνει γενίκευση ότι πολλά άτομα που παραμελήθηκαν και κακοποιήθηκαν ως παιδιά θα βιώσουν μόνιμες και σοβαρές συνέπειες που θα διαμορφώσουν όχι μόνο τη ζωή τους, αλλά πιθανότατα θα επηρεάσουν και τη ζωή των απογόνων τους. Ωστόσο, εννοείται υπάρχουν και περιπτώσεις παιδιών που θα αναρρώσουν από καταχρηστικές εμπειρίες και δεν θα έχουν μόνιμη ψυχική βλάβη (Putnam, 2006).

2.1 Γνωστικές Επιπτώσεις

Σύμφωνα με τον Mowbray (1988), το βασικό χαρακτηριστικό στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το παιδί έχει εκλάβει και αντιληφθεί τις τραυματικές εμπειρίες, είναι η επίγνωση του σταδίου γνωστικής ανάπτυξης του. Ο ίδιος πίστευε ότι η κύρια επιρροή για την μετάφραση της αιτιότητας των γεγονότων αποτελεί η ξεχωριστή οπτική γωνία του κάθε

παιδιού για τον κόσμο. Όπως αναφέρει και ο Piaget η αντίληψη του ατόμου σχετικά με τον εγωκεντρισμό του θα καθορίσει την κοσμοθεωρία του. Συμπτώματα όπως η μανιακή προσπάθεια υπενθύμισης του γεγονότος, η προκατειλημμένη επεξεργασία σε συγκεκριμένα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και στη συνέχεια η εσφαλμένη μετάφραση τους, συμπεριλαμβάνονται στις γνωστικές επιπτώσεις των τραυμάτων. Ταυτόχρονα, επηρεάζεται έντονα η εκπαιδευτική πορεία, καθώς παρατηρείται μεταβολή του δείκτη νοημοσύνης και πτώση άλλων δεξιοτήτων που θα επεξηγηθούν αναλυτικά στη συνέχεια (Armsworth & Holaday, 1993).

Δείκτης νοημοσύνης, γλωσσικές και επικοινωνιακές δεξιότητες

Ύστερα από αρκετές μελέτες, παρατηρήθηκε ότι ο δείκτης νοημοσύνης των κακοποιημένων παιδιών ήταν σημαντικά χαμηλότερος και η συχνότητα διανοητικής υστέρησης, ήταν εμφανώς υψηλότερη σε σύγκριση με τα μη κακοποιημένα παιδιά (Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984. Perry et al., 1983. Sandgrund et al., 1974). Μια μελέτη έδειξε ότι ο δείκτης νοημοσύνης μετά το τραύμα, μειώνεται έως και περίπου 8 μονάδες (Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor, & Purcell, 2003), ενώ ταυτόχρονα διαπιστώθηκε αύξησή του, έπειτα από την απομάκρυνση του παιδιού από την τραυματικό ερέθισμα. Ωστόσο, οι επίσης επηρεασμένες από το τραύμα γλωσσικές και επικοινωνιακές δεξιότητες δεν άλλαξαν μετά τη απομάκρυνση και παρέμειναν στα αρχικά στάδια (Perry et al., 1983). Τα ανωτέρω χαρακτηριστικά, προφανώς, λειτουργούν εις βάρος της εκπαιδευτικής πορείας, καθώς πολλά παιδιά με τραύματα παρουσίασαν ακαδημαϊκές, μαθησιακές δυσκολίες (Salzinger et al., 1984. Zimrin, 1986), αναπτυξιακές καθυστερήσεις και δυσκολίες συγκέντρωσης (Milgram et al., 1988. Rynoos et al., 1987). Ακόμα, είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσουν προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο, που σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις του τραύματος στην προσοχή, τη νοημοσύνη και τη μάθηση, οδηγούν σε αυξημένα ποσοστά αποβολής και σχολικής εγκατάλειψης, σε σχέση με τα μη κακοποιημένα παιδιά (Putnam, 2006)

Μηχανισμοί άμυνας και μνήμη

Τα παιδιά και οι έφηβοι είναι ικανοί να χρησιμοποιούν διάφορους αμυντικούς μηχανισμούς, με σκοπό να αποκτήσουν έλεγχο ή κυριαρχία πάνω στο τραυματικό γεγονός, ή απλώς και μόνο να αποφύγουν να το σκεφτούν ή να το ανακαλέσουν. Με αυτό τον τρόπο είναι δυνατόν να επηρεαστεί η μνήμη και να εμφανιστεί διαταραχή, η οποία με τη σειρά της μπορεί να επηρεάσει τη διανοητική λειτουργία ή την ικανότητα σκέψης για το μέλλον ή την ικανότητα

απόδοσης στο παρόν. Η συνειδητή καταστολή και αποφυγή αφόρητων, παρεμβατικών εικόνων και σκέψεων αποτελεί συχνό φαινόμενο. Έτσι, το άτομο αποφεύγει ανθρώπους, καταστάσεις ή αντικείμενα που του θυμίζουν ένα συγκεκριμένο γεγονός (Pynoos et al., 1987. Terr, 1984). Τα συντριπτικά συναισθήματα αδυναμίας που αποτελούν γενικά την βάση των τραυματικών καταστάσεων, προκαλούν τρομερή συναισθηματική δυσχέρεια στο άτομο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα άτομα να προσπαθούν να προστατεύσουν τον εαυτό τους, αποφεύγοντας ή μουδιάζοντας τις υπενθυμίσεις του γεγονότος (van der Kolk, 1987a). Συνακόλουθα, παρατηρούνται συμπεριφορές υπερεπαγρύπνησης και εγρήγορσης σε καταστάσεις ανάκλησης του τραύματος.

Εξασθένηση της μνήμης και παραποίηση της πραγματικότητας

Οι παιδικές θεωρίες αιτιότητας και το επίπεδο της γνωστικής ανάπτυξης έχουν βαθιά επίδραση στην ψυχολογική αντίδραση του παιδιού και στην ερμηνεία της τραυματικής κατάστασης. Το παιδί δεν είναι ικανό να αναγνωρίσει την ύπαρξη τυχαίων συμβάντων (Piaget, 1967) και υποθέτει ότι η εξήγηση για την τραυματική εμπειρία που έχει βιώσει, σχετίζεται με τον εαυτό του. Το 1981, περιεγράφηκε από τον Terr η συνθήκη του "οιωνού", κατά την οποία το παιδί θεωρεί ότι το τρομερό γεγονός που συνέβη, είχε σαν αιτία ή σχετίζεται άμεσα με κάτι που έκανε ή δεν έκανε το ίδιο. Ειδικότερα σε μικρότερες ηλικίες, παρατηρείται συχνά σύγχυση, αδυναμία ανάκλησης λεπτομερειών του γεγονότος με χρονολογική σειρά και χρονικές στρεβλώσεις σχετικά με το συμβάν (Armsworth & Holaday, 1993). Συχνή είναι επίσης, η παρουσία σημαντικών γνωστικών παραποιήσεων που έχουν ως αποτέλεσμα τα παιδιά τακτικά, να συμπληρώνουν τα ελλείποντα επεξηγηματικά κομμάτια μιας ιστορίας που αφηγούνται, χρησιμοποιώντας άλλα από το δικό τους ενδοψυχικό λεξικό επιθυμιών και φόβων (Shaw, 2000).

Προκαταλήψεις επεξεργασίας περιβαλλοντικών ερεθισμάτων

Κοινό φαινόμενο αποτελούν τα γνωστικά σφάλματα, που προκύπτουν από την προκατειλημμένη επεξεργασία των παιδιών που έχουν εκτεθεί σε τραύμα, σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Η αυξημένη αντιληπτική ευαισθησία στον θυμό αποτελεί ένα τέτοιο σφάλμα. Τα παιδιά που δεν έχουν βιώσει ποτέ τραύμα, αναγνωρίζουν και ταξινομούν τις συμπεριφορές θυμού σε ένα φάσμα που είναι λιγότερο ευρύ από τα παιδιά με ιστορικό τραύματος. Η επικέντρωση στον πιθανό θυμό του συνομιλητή και γενικότερα η ενισχυμένη επεξεργασία των απειλών μπορεί να λειτουργήσει εις βάρος των περαιτέρω στοιχείων του επικοινωνιακού περιβάλλοντος και έτσι το άτομο να δυσκολεύεται να αποκτήσει μια πιο

σφαιρική εικόνα των πραγματικών προθέσεων του συνομιλητή του. Αυτό το μοτίβο καθιστά δύσκολο το άτομο να κάνει διάκριση μεταξύ επικίνδυνων και ασφαλών περιβαλλόντων και έχει ως απόρροια να νιώθει επίμονο φόβο ακόμη και σε ασφαλή περιβάλλοντα (McLaughlin & Lambert, 2017).

2.2 Συναισθηματικές Επιπτώσεις

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι μετά το τραύμα τα παιδιά αντιδρούν στο στρες είτε με υποανταπόκριση και απόσυρση είτε με υπερανταπόκριση και υπεραντιδραστικότητα, τόσο συναισθηματικά όσο και κοινωνικά (Horowitz, 1976. van der Kolk, 1988. Zimrin, 1986). Τα τραυματισμένα παιδιά για παράδειγμα, παρατηρήθηκε ότι από τη μια είχαν «μειωμένη ικανότητα να ρυθμίζουν τα συναισθήματα» τους (van der Kolk, 1987a) και χαρακτηρίζονταν από συναισθήματα οργής, θυμού και ευερεθιστότητας (Rynoos & Nader, 1988. Rynoos et al., 1987), ενώ από την άλλη παρουσίαζαν ανικανότητα να βιώσουν ή να εκφράσουν τα συναισθήματα τους (Doyle & Bauer, 1988. Green, 1985. Holaday et al., 1992). Εκτός αυτού, φαίνεται να έχουν καταθλιπτικές συμπεριφορές, μοιρολατρική προοπτική, εξασθενημένη αυτοαντίληψη και δυσκολία στον έλεγχο και τη ρύθμιση των συναισθημάτων τους (Armsworth & Holaday, 1993).

Κοινές συναισθηματικές αντιδράσεις.

Ένας σημαντικός παράγοντας για τον καθορισμό της συναισθηματικής απόκρισης του παιδιού φαίνεται να είναι το αναπτυξιακό στάδιο που βρίσκεται τη στιγμή του τραύματος. Γενικά, έχει παρατηρηθεί ότι τα τραυματισμένα παιδιά, τείνουν να ξαναβιώνουν συναισθηματικά τα γεγονότα που τους προκάλεσαν τραύμα (Rosenheck & Nathan, 1985. van der Kolk, 1987b), ενώ ταυτόχρονα πολλές φορές γίνεται σκόπιμη αποφυγή ευχάριστων δραστηριοτήτων. Η αναβίωση αυτή γίνεται μέσω ενοχλητικών σκέψεων και υπενθυμίσεων. Μια κατάσταση, ένας άνθρωπος, ένα αντικείμενο ή κάποιο όνειρο, είναι πολύ πιθανό να αναγεννήσουν τραυματικές αναμνήσεις και να προκαλέσουν δυσάρεστα συναισθήματα. Η ύπαρξη γενικευμένων φόβων είναι κοινή, με σημαντικότερους το φόβο του επανατραυματισμού και στη συνέχεια το φόβο της έκφρασης συναισθημάτων. Ο Holaday διαπίστωσε ότι αυτοί οι έφηβοι και τα παιδιά χαρακτηρίζονται από χαμηλότερη ανοχή στο στρες, ασταθές συναίσθημα πανικού, ευερεθιστότητα και μπορεί υποκειμενικά να κατακλύζονται από τη ζωή γενικά. Επίσης στη συμπεριφορά τους εντοπίζεται ένταση,

υπερβολική ανησυχία και περιορισμένη ποικιλία συναισθημάτων (Armsworth & Holaday, 1993).

Δυσφορία, ανικανότητα και κατάθλιψη.

Οι Wohl και Kaufman (1985), αναλύοντας ζωγραφίες από τραυματισμένα παιδιά, βρήκαν ότι τα σχέδια αντικατοπτρίζουν συναισθήματα κατακερματισμού, αδυναμίας, ανικανότητας, κατάθλιψης, απόσυρσης, απελπισίας, άγχους και θυμού με ενδείξεις έλλειψης εμπιστοσύνης, κοινωνικής απομόνωσης και γενικού φόβου για τη διαπροσωπική επαφή. Η έντονη αίσθηση ανικανότητας που αισθάνονται μπορεί να εξηγήσει ταυτόχρονα την παθητικότητα στην λήψη αποφάσεων που παρουσιάζουν, αναφέρει ο Holaday (1992). Αντιδράσεις όπως η ανηδονία, η θλίψη, το υπερβολικό κλάμα (Milgram et al., 1988), οι σκέψεις ή οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές αποτελούν ενδείξεις καταθλιπτικής συμπεριφοράς (McCormack et al., 1986. Nurcombe, 1986. Rimsza & Berg, 1988). Σύμφωνα με έρευνες άτομα που έδειξαν διάχυτη θλίψη ή πληρούσαν τα κριτήρια για κατάθλιψη συνήθως ήταν παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας που είχαν κακοποιηθεί σωματικά και σεξουαλικά (Farber & Joseph, 1985. Green, 1986. Mannarino & Cohen, 1986).

Απαισιοδοξία για το μέλλον.

Η υιοθέτηση μιας πεσιμιστικής άποψης για τη ζωή έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενός χαρακτήρα με έλλειψη αυτοπεποίθησης και ελπίδας. Οι ελλείψεις αυτές, γίνονται εμφανείς όταν το άτομο νιώθει ότι αδυνατεί να αλλάξει τη ζωή του και δεν μπορεί να κάνει τίποτα για αυτό ή όταν δυσκολεύεται να δει τον εαυτό του να δεσμεύεται μακροχρόνια και να κάνει παιδιά ή όταν προβλέπει ότι θα πεθάνει σε μικρή ηλικία (Terr, 1984). Σε γενικές γραμμές, υιοθετεί μια μοιρολατρική στάση, που τον δυσκολεύει να θέτει στόχους και στέκεται εμπόδιο στις προσωπικές και επαγγελματικές φιλοδοξίες του (Claman et al., 1986. Oates et al., 1985).

Αρνητικές αυτοαντιλήψεις.

Επηρεασμένες φαίνονται ύστερα από μελέτες οι αντιλήψεις, τα συναισθήματα και η εικόνα που έχει το άτομο το οποίο έχει εκτεθεί σε τραυματικά γεγονότα για τον εαυτό του. Αυτά περιλαμβάνουν κακή αυτοαντίληψη, εξασθενημένη αυτοεκτίμηση, αρνητική εικόνα σώματος (Kinard, 1980. Oates et al., 1985. Tong et al., 1987) και έλλειψη αυτοπεποίθησης (Armsworth & Turboff, 1990. Holaday et al., 1992). Κάποιες άλλες μελέτες αναφέρουν ότι συχνά επικρίνουν εξαιρετικά έντονα τον εαυτό τους και συμπεριφορές τους, προβαίνοντας

εύκολα στο συμπέρασμα ότι είναι άχρηστα και άξια της μοίρας τους (Doyle & Bauer, 1988. Terr, 1988. Zimrin, 1986).

Δυσκολίες ρύθμισης συναισθημάτων

Τα παιδιά που εκτίθενται σε τραύματα χαρακτηρίζονται από διαταραχές στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους και κατ'επέκταση από αυξημένη συναισθηματική αντιδραστικότητα σε αρνητικά ερεθίσματα. Έτσι, η αποσύνδεση από το αρνητικό συναίσθημα καθίσταται ιδιαιτέρως δύσκολη και γι' αυτό καταπέφτουν πολλές φορές στον μηρυκασμό δηλαδή σε μια στρατηγική που περιλαμβάνει συνεχή σκέψη για αρνητικά γεγονότα που συνέβησαν στο παρελθόν, τις αιτίες και τις συνέπειες που το χαρακτηρίζουν (McLaughlin & Lambert, 2017).

2.3 Συμπεριφορικές Επιπτώσεις

Οι αλλαγές στη συμπεριφορά των τραυματισμένων παιδιών έχουν να κάνουν κυρίως με την παρορμητικότητα, την συναισθηματική απόσυρση και την επιθετικότητα. Οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να βρίσκουν απέναντι τους γονείς, τους δασκάλους, πρόσωπα εξουσίας (Friedrich, 1987. Kinard, 1980) ή τους συνομήλικους (Burke et al., 1982. George & Main, 1979. Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984). Οι δυσκολίες προσαρμογής (Farber & Joseph, 1985), η επιστροφή σε συμπεριφορές προηγούμενων αναπτυξιακών σταδίων, τα σεξουαλικά προβλήματα, η αυτοκαταστροφικότητα και ο αυτοτραυματισμός (Green, 1983. Zimrin, 1986) είναι πιο συνήθη σε παιδιά που έχουν υποστεί τραύμα στο παρελθόν σε σχέση με τα μη κακοποιημένα. Είναι άτομα που απαιτούν την προσοχή (Zimrin, 1986) και είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε εγκληματικές, αντικοινωνικές, παραβατικές ή εξαρτητικές δραστηριότητες (Frederick, 1985. McCormack et al., 1986. Shore et al., 1986). Μερικές φορές παρατηρείται σκληρότητα προς τα ζώα (Friedrich et al., 1988. Friedrich & Reams, 1987) και παρουσιάζεται έντονη η επιθυμία της φυγής (Rimza & Berg, 1988).

Διασπαστική συμπεριφορά.

Ενοχλητικές, ασυμβίβαστες και μη συμμορφούμενες συμπεριφορές που επιδεικνύονται από παιδιά τα οποία έχουν εκτεθεί σε τραύμα στο σχολείο επηρεάζουν και παρεμβαίνουν στη σχολική προσαρμογή και στην ακαδημαϊκή επίδοση τους (Erickson & Egeland, 1987. Kinard, 1980. Perry et al., 1983). Πιθανό είναι να αισθάνονται ότι είναι μη δημοφιλείς, ότι απορρίπτονται πιο συχνά από τους συνομηλικούς τους (Friedrich & Reams, 1987. Howes &

Espinosa, 1985) και ότι έχουν φτωχές κοινωνικές και επικοινωνιακές ικανότητες (Salzinger et al., 1984). Αναφορά έχει γίνει στις επιδείξεις ακατάλληλων συμπεριφορών και στη χρήση «μαύρου χιούμορ» με σκοπό να τραβήξουν την προσοχή και να νιώσουν αποδεκτοί (Baker & Sedney, 1988. Rynoos & Nader, 1988). Συμπεριφορές όπως η αυξημένη παρορμητικότητα, η υπερκινητικότητα (Burke et al., 1982. Gomes-Schwartz et al., 1985. Gregory & Beveridge, 1984), η επιθετικότητα, η έλλειψη συγκέντρωσης και η απροσεξία είναι κοινές σε αυτά τα παιδιά (Salzinger et al., 1984). Ως ενήλικες, οι πιθανότητες να μείνουν άνεργοι είναι διπλάσιες και οι πιθανότητες να συλληφθούν για σοβαρά εγκλήματα ακόμα περισσότερες (Putnam, 2006)

Απόσυρση και απομόνωση.

Τα τραυματισμένα παιδιά μπορεί να αποσυρθούν από τη στοργή, την ανθρώπινη φροντίδα και γενικά από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984. Rynoos et al., 1987). Η αλλαγή αυτή και η στροφή προς την απομόνωση, προκύπτει από το αίσθημα του κοινωνικού αποκλεισμού, της μοναξιάς ή της διαφορετικότητας που βιώνουν και πολλές φορές έχει ως αποτέλεσμα μια επαναστατική, εχθρική ή επιθετική συμπεριφορά προς τον κοινωνικό περίγυρο, συμπεριλαμβανομένης της ασέβειας προς τους άλλους, της μη συμμόρφωσης και της κακομεταχείρισης προς τα ζώα. Με αυτό τον τρόπο οι κοινωνικές τους δεξιότητες γίνονται φτωχές και οι συμπεριφορά τους ακατάλληλη. Ταυτόχρονα μπορεί να αποφεύγουν σκόπιμα αντικείμενα, μέρη, ανθρώπους ή δραστηριότητες που τους θυμίζουν το τραυματικό γεγονός και να δυσκολεύονται έντονα σε θέματα εμπιστοσύνης (Green, 1985. Kinard, 1980. Rynoos & Eth, 1985. Terr, 1984). Το ζήτημα της εμπιστοσύνης σε συνδυασμό με την μειωμένη ενσυναίσθηση και την αδυναμία αποκωδικοποίησης των κοινωνικών ενδείξεων που εντοπίζονται, επηρεάζει τη δημιουργία και τη διατήρηση σχέσεων. Τέλος, πολλές φορές παρατηρείται απάθεια συναισθημάτων, αφού είναι ικανοί να επαναδιηγούνται τραυματικά γεγονότα σαν απλή εξιστόρηση, χωρίς συναισθηματικό υπόβαθρο (Camras et al., 1983).

Παλινδρομικές συμπεριφορές.

Σε παιδιά που έχουν υποστεί τραύμα, έχουν παρατηρηθεί μοτίβα συμπεριφοράς προηγούμενων αναπτυξιακών σταδίων. Παλινδρομικές συμπεριφορές όπως το πιπίλισμα του αντίχειρα (Green, 1986), η ενούρηση (Bloch et al., 1956. Mannarino & Cohen, 1986), η ανάληψη εμβρυϊκής θέσης (Adams-Tucker, 1982) ή ακόμα και απώλεια προηγούμενων ακαδημαϊκών δεξιοτήτων (Terr, 1984). Επίσης, μερικά παιδιά γίνονται βουβά (Doyle &

Bauer, 1988. Mowbray, 1988), άλλα έχουν δυσκολία να αποκτήσουν μια αίσθηση ταυτότητας (Kinard, 1980), άλλα γίνονται υπερβολικά προσαρμοστικά ή συμμορφούμενα (van der Kolk, 1987b) και άλλα εμφανίζουν αυξημένη εξάρτηση ή ανάγκη να προσκολλώνται σε άλλα (van der Kolk, 1987b). Οι Erickson και Egeland (1987) παρατήρησαν ότι σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζεται παράλληλα μια μορφή διαταραχής δεσμού με την μητέρα - με τον όρο μητέρα εννοεί οποιονδήποτε αποτελεί το σταθερό πρόσωπο φροντίδας του βρέφους -, μια διαταραχή που προκύπτει λόγω της ψυχολογικής κακοποίησης του βρέφους και της ανάπτυξης ανασφαλούς δεσμού με το πρόσωπο φροντίδας (Armsworth & Holaday, 1993).

Σεξουαλική επίδραση

Γενικά, η ύπαρξη ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία σχετίζεται με αυξημένη σεξουαλικότητα, με υψηλό αριθμό σεξουαλικών συντρόφων και κατά συνέπεια με πολύ μεγαλύτερα ποσοστά σεξουαλικώς μεταδιδόμενων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της ακούσιας εγκυμοσύνης και του HIV (Putnam, 2006). Ακολουθώς, τείνουν να έχουν ή να δημιουργούν σεξουαλικά προβλήματα, όπως είναι ο αυνανισμός ή οι σεξουαλικές πράξεις με κούκλες, οι σεξουαλικές επιθέσεις σε μικρότερα παιδιά ή συνομηλίκους, η σεξουαλική έλξη από άτομα μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας και η μανιακή ενασχόληση με τη σεξουαλικότητα (Friedrich & Reams, 1987. Mannarino & Cohen, 1986). Πολλοί έπειτα, εμφανίζουν ομοφυλοφιλικές τάσεις (Green, 1986) και η κακοποίηση, τους δημιουργεί αισθήματα ενοχής και την ανάγκη να αναλάβουν οι ίδιοι την ευθύνη της (Gomes-Schwartz et al., 1985). Σε γενικές γραμμές, η διάκριση των σεξουαλικά κακοποιημένων από των σωματικά κακοποιημένων παιδιών υποδηλώνεται εύκολα από την παρουσία ή μη ακατάλληλων σεξουαλικών συμπεριφορών όπως αναφέρει ο Gale (1988). Όσον αφορά τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, το ποσοστό εφηβικής εγκυμοσύνης, είναι περίπου 4 φορές υψηλότερο στα κορίτσια που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά (Kellogg et al., 1999. Lee & Goerge, 1999. Thornberry et al., 2001. Walker, 1999. Weinman et al., 1998).

2.4 Ψυχοσωματικές Επιπτώσεις

Έρευνες έχουν παρατηρήσει μία σχέση δράσης αντίδρασης μεταξύ του ψυχικού τραύματος και των βιοσωματικών αλλαγών. Ως εκ τούτου, το 1988, ο Van der Kolk ανέφερε ότι οι τραυματισμένοι άνθρωποι φοβούνται να αντιμετωπίσουν ό,τι συμβαίνει στο νου τους και να

επεξεργαστούν τον τρόμο, τους φόβους, τις αναμνήσεις ή τις επιπτώσεις του τραυματικού γεγονότος και γι' αυτό αναγκάζεται το σώμα τους να υποστεί κάποιες συνέπειες ως μέσο προστασίας της ψυχικής κατάστασής τους. Οι σωματοποιημένες αυτές επιπτώσεις, είναι αποτέλεσμα σημαντικών νευροχημικών και φυσιολογικών αλλαγών που έχουν συμβεί στον εγκέφαλο λόγω του τραύματος (van der Kolk, 1984). Η υπερδιέγερση, οι διαταραχές ύπνου, συνοδευόμενες από έντονη κόπωση και η χαμηλή ανοχή στο στρες που προκαλεί σωματικά προβλήματα ανήκουν, επίσης, στην κατηγορία των ψυχοσωματικών επιπτώσεων και θα αναφερθούν εν συνεχεία (Armsworth & Holaday 1993).

Φυσιολογικές και βιολογικές επιπτώσεις

Κατά τη διάρκεια των ετών διαμόρφωσης του εγκεφάλου, η έκθεση σε τραύμα μπορεί να επηρεάσει την ωρίμανση και αναπτυξιακή εξέλιξη των νευροενδοκρινών συστημάτων και του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η προοδευτική αλλαγή που γίνεται στη δομή του εγκεφάλου παρατηρείται από τη βρεφική ηλικία έως την εφηβεία. Τα στάδια αυτά είναι κρίσιμα και οι τραυματικές εμπειρίες σε αυτές τις ηλικίες μπορεί να έχουν καθοριστική επίδραση στην ανατομική ανάπτυξη του εγκεφάλου (Shaw, 2000). Η συνεχής υπερδιέγερση προκαλεί βλάβες σε πολύτιμες περιοχές του εγκεφάλου, όπως ο ιππόκαμπος και η αμυγδαλή. Μία βλάβη στον ιππόκαμπο, περιοχή του εγκεφάλου που ρυθμίζει τις ορμόνες του στρες, έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανότητα διαχείρισης μελλοντικών στρεσογόνων καταστάσεων και ίσως συνδράμει στην επανάληψη της αυθόρμητης αναβίωσης των γεγονότων. Εκτός αυτού, και τέτοιο είναι πιθανό να αυξάνει την ένταση των συναισθηματικών αντιδράσεων που συνοδεύουν τις τραυματικές μνήμες (Wilmshurst Linda, 2017). Η ύπαρξη τραύματος επίσης σχετίζεται με βιολογικές ανωμαλίες σε διαφορετικά συστήματα, συμπεριλαμβανομένου του περιφερικού και κεντρικού συμπαθητικού νευρικού συστήματος, του ενδογενούς συστήματος οπιοειδών, του άξονα υποθαλαμικής υπόφυσης - επινεφριδιακού φλοιού και του ημερήσιου κύκλου ύπνου. Μελέτες σε ζώα που υποβλήθηκαν σε αναπόφευκτο σοκ, επιβεβαίωσαν παρόμοιες νευροχημικές αλλαγές με αυτές του ανθρώπου έπειτα από τραύμα (van der Kolk, 1987a).

Διαταραχές ύπνου

Ως άμεσες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις έχουν χαρακτηριστεί οι διαφορετικές μορφές διαταραχών ύπνου που πιθανώς να εμφανίσει το άτομο ύστερα από μια τραυματική εμπειρία. Η στέρηση ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε κακό συντονισμό, ευερεθιστότητα, απώλεια συγκέντρωσης και αισθήματα χρόνιας κόπωσης (Milgram et al., 1988. Pynoos et

al., 1987. Rimza & Berg, 1988). Τα επίμονα ενοχλητικά τραυματικά όνειρα θεωρούνται κυρίως χαρακτηριστικό της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Ross et al., 1989).

Σωματική εμπλοκή (Somatic involvement)

Τα παιδιά μπορεί να έχουν ουλές, δερματικά, εσωτερικά ή σκελετικά τραύματα που αφήνουν μόνιμες βλάβες και προκαλούν νευρολογική βλάβη ή παραμόρφωση (Geraldo & Sanford, 1987). Τα παράπονα για σωματικό πόνο που αντανακλούν το συμπτωματικό άγχος, είναι συνήθη σε τραυματισμένα παιδιά και έχουν ως αποτέλεσμα τις τακτικές σχολικές απουσίες, τις περισσότερες επισκέψεις στη σχολική νοσοκόμα, τους συχνότερους στομαχόπονους και πονοκεφάλους (Nurcombe, 1986. Pynoos & Eth, 1984. Simonds & Glen, 1976). Πρόσθετες περιπτώσεις σωματικής εμπλοκής περιλαμβάνουν κολπικές εκκρίσεις, κολπική φλεγμονή, υπερβολικό αυνανισμό, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τραυματισμό ή μόλυνση των γεννητικών οργάνων, δυσουρία, αγνωσία πόνου, εγκυμοσύνη και χρόνια κοιλιακό άλγος (Friedrich & Reams, 1987. Green, 1985. Rimza & Berg, 1988). Η McCormack et al. (1986) διαπίστωσε ότι τα κορίτσια που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά ανέφεραν λιγότερο συχνά σωματικά προβλήματα από ό,τι τα αντίστοιχα αγόρια.

Κεφάλαιο 3^ο: Διαταραχές σχετιζόμενες με το τραύμα

Κατά την διάρκεια της πρώιμης -και όχι μόνο- ζωής του, ένα άτομο μπορεί να βιώσει απειλητικά, τρομακτικά και στρεσογόνα συμβάντα τα οποία αποκλίνουν από την ροή της φυσικής του καθημερινότητας (Hooley et al., 2020). Παραδείγματα τέτοιων συμβάντων είναι οι φυσικές καταστροφές, τα τροχαία ατυχήματα, οι πόλεμοι, η θυματοποίηση, η παραμονή σε στρατόπεδο συγκέντρωσης, η βίωση ή παρουσία σε γεγονός απειλητικό για τη ζωή, ο θάνατος αγαπημένου προσώπου κ.ά. (Wilmshurst, 2017). Η εμπειρίες που αποτυπώνονται ως τραύμα στον ψυχισμό ενός ατόμου έχουν τόσο ισχυρό αντίκτυπο πάνω του που συχνά ευθύνονται για την εκδήλωση ποικίλων διαταραχών. Οι διαταραχές άγχους είναι αυτές που κατέχουν την κυρίαρχη θέση έπειτα από έκθεση σε ακραίο τραύμα, με κύρους πρωταγωνιστές να είναι τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) και της οξείας διαταραχής στρες(ΟΔΣ). Επιπλέον, παρατηρείται μία συσχέτιση του τραύματος με συμπτώματα διαταραχών δεσμού, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής τραυματικής προσκόλλησης (Shaw et al 1996). Φυσικά, ένα τραύμα μπορεί να επηρεάσει έναν άνθρωπο με πάρα πολλές μορφές, παρουσιάζοντας μεταβολές στην συμπεριφορά, την διάθεσή του, την κοινωνικότητά του κ.ά (Pine & Cohen, 2002). Ωστόσο, σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθούν οι τρεις κυριότερες και συνηθέστερες διαταραχές που συνδέονται με το ψυχικό τραύμα, δηλαδή η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η οξεία διαταραχή στρες και η διαταραχή τραυματικής προσκόλλησης.

3.1 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΤΣ) και Συμπτώματα

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες αποτελεί μια διανοητική διαταραχή που πιθανόν να αναπτυχθεί έπειτα από την έκθεση ενός ατόμου σε ένα τραυματικό συμβάν. Μέσω της εμπειρίας ενός τραυματικού συμβάντος, δημιουργείται μια παθολογική ανάμνηση, η οποία δεν απαλύνεται με το πέρασ του χρόνου και όταν το άτομο αναβιώνει την ανάμνηση, εκτίθεται σε αυτή με πλήρη συναισθηματική ισχύ ανεξαρτήτου ύπαρξης πραγματικού κινδύνου (McNally, 2015). Παρότι η φυσική ανάρρωση με την πάροδο του χρόνου είναι ένα σύνηθες μοτίβο, στην περίπτωση της ΔΜΤΣ τα συμπτώματα στρες δεν υποχωρούν, ακόμη και όταν έχει περάσει ένα εύλογο χρονικό διάστημα από το τραυματικό ερέθισμα. Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα της ΔΜΤΣ, κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις κύριους τομείς (Hooley et al., 2020):

Παρέισφρηση: επαναλαμβανόμενη αναβίωση του τραυματικού συμβάντος μέσω παρεισφρητικών εικόνων, εφιαλτών και ψυχολογικής απαντητικότητας σε κάθε μορφή

υπενθύμισης του τραύματος. (Στο DSM-IV θεωρείτο ότι και οι μηρυκαστικές σκέψεις για το τραύμα ήταν και αυτές παρείσφρηση. Αυτό δεν ισχύει στο DSM-5).

Αποφυγή: προσπάθεια για αποφυγή και αγνόηση σκέψεων, ερεθισμάτων ή αισθημάτων που σχετίζονται με το τραύμα. Αποφυγή συγκεκριμένων προσώπων, περιοχών, θεαμάτων, καταστάσεων και ήχων που υπενθυμίζουν το γεγονός.

Αρνητικές μεταβολές στις γνωστικές διεργασίες και τη διάθεση: περιλαμβάνονται συμπτώματα όπως αισθήματα αποσύνδεσης, καθώς και αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως αίσθημα ντροπής, θυμού ή παραποιοημένης απόδοσης ευθύνης στον εαυτό ή σε άλλους, αλλαγή στις συνήθειες ή στη συμπεριφορά μετά το τραύμα.

Διέγερση και απαντητικότητα: επιθετικότητα και ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, υπερεπαγρύπνηση, υπέρμετρη απόκριση σε κάποιο ξάφνιασμα, διαταραχές ύπνου. Τα συμπτώματα που παρουσιάζει η διαταραχή μετατραυματικού στρες ποικίλουν και η ένταση με την οποία εμφανίζονται σχετίζεται με τον βαθμό της προ υπάρχουσας ευαλωτότητας και ανθεκτικότητας του ατόμου.

Στις περιπτώσεις ΔΜΤΣ σε παιδιά, είναι δυσκολότερο να οριστεί τι συνίσταται ως τραύμα, καθώς ορισμένα γεγονότα, παρότι δεν είναι βίαια ή απειλητικά για την ζωή, ενδέχεται να έχουν τραυματικές συνέπειες σε αυτά (όπως τα ανάρμοστα σεξουαλικά αγγίγματα). Τα παιδιά που υποφέρουν από ΔΜΤΣ παρουσιάζουν συχνά αναβίωση αποσπάσματος της τραυματικής εμπειρίας που συνήθως αφορούν συμβάντα που έλαβαν χώρα ακριβώς πριν από την τραυματική στιγμή, έχοντας μεγάλο συναισθηματικό αντίκτυπο στο θύμα (π.χ., «ο δράστης στέκεται στο παράθυρο με το μαχαίρι») (Hackmann et al., 2004).

Μελέτες παιδιών βοήθησαν στην καταγραφή ενός φάσματος συμπτωμάτων που παρατηρήθηκαν έπειτα από την έκθεση παιδιών σε τραυματικές καταστάσεις. Αυτό το φάσμα περιλαμβάνει φόβους υποτροπής, φόβους για το τραύμα, άγχος, παιχνίδι με αναφορές στο τραυματικό γεγονός, παρεμβατικές αναμνήσεις, εικόνες και ιδέες σχετιζόμενες με το τραυματικό γεγονός. Ακολούθως, παρατηρούνται παλινδρομικές συμπεριφορές, αποφυγή τραυματικών υπενθυμίσεων, συμπεριφορικές αναπαραστάσεις, σωματικές παθήσεις, αλλαγμένες στάσεις λόγω της τραυματικής εμπειρίας σχετικά με τους γύρω του, καθώς επίσης προβλήματα κοινωνικής και σχολικής συμπεριφοράς (Shaw, 2000).

Το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το παιδί, διαδραματίζει πρωτεύων ρόλο στον τρόπο με τον οποίο θα ανταποκριθεί ψυχολογικά στο τραύμα και την συνοδευόμενη συμπτωματολογία (McLaughlin & Lambert, 2017). Αρχικά, ένα παιδί προσχολικής ηλικίας

αδυνατεί σε μεγάλο βαθμό να αντιληφθεί τη φύση και την έννοια μιας κατάστασης που αποτελεί τραυματική εμπειρία. Συμπεριφορές επιθετικές, διασπαστικές ή συμπεριφορές που υποδηλώνουν αποδιοργάνωση και ταραχή μπορεί να παρατηρηθούν συνοδευόμενες από σωματικά συμπτώματα, συναισθήματα άγχους αποχωρισμού και εκδήλωση γενικευμένων φόβων. Επίσης, παρατηρούνται σημεία παλινδρόμησης όπως είναι η απώλεια ελέγχου της ουροδόχου κύστης ή των σφιγκτήρων, καθώς ακόμα και συμπεριφορικές αναπαραστάσεις του τραύματος στην αφήγηση ιστοριών, στη ζωγραφική ή στο παιχνίδι (Green et al., 1991). Ο τρόπος με τον οποίο τα μικρότερα παιδιά εκλαμβάνουν την αντιμετώπιση των γονέων τους, καθορίζει τον βαθμό ασφάλειας ή κινδύνου που αισθάνονται. Πιο συγκεκριμένα, αν οι γονείς προσφέρουν ένα αίσθημα ισορροπίας ή όχι, υποδεικνύει αντίστοιχα αν το παιδί αισθάνεται ασφαλές και προστατευμένο ή ψυχολογικά ασταθές και ευάλωτο (Terr, 1981).

Όσον αφορά ένα παιδί σχολικής ηλικίας, η κατανόηση της φύσης και της έννοιας της τραυματικής εμπειρίας, του θανάτου και της σωματικής βλάβης αποτελεί ευκολότερη διαδικασία συγκριτικά με ένα παιδί προσχολικής ηλικίας λόγω της ανώτερης γνωστικής ωριμότητας που το διακατέχει. Τα συμπτώματα που παρατηρούνται σε αυτό το ηλικιακό φάσμα είναι άγχος, κατάθλιψη, σωματικές ανησυχίες, προβλήματα ακαδημαϊκής και συμπεριφορικής φύσεως, διαταραχές όρεξης και ύπνου και τέλος συμπτώματα διάσπασης και δυσκολίας εξωτερίκευσης συναισθημάτων. Ακολούθως, η εμφάνιση διαταραγμένης σωματικής, γνωστικής και κοινωνικής συμπεριφοράς είναι πιθανή (McLaughlin & Lambert, 2017).

Η ανταπόκριση του έφηβου σε μια τραυματική εμπειρία παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με αυτή του ενήλικα, μόνο που η ψυχολογική αντίδραση του έφηβου συνοδεύεται από την επίγνωση της ζωής που αισθάνεται ότι δεν έζησε. Ο ίδιος νιώθει έντονη ευπάθεια και ευθραυστότητα, ενώ ταυτόχρονα κατακλύζεται από το φόβο ενός μέλλοντος που θα είναι συντομευμένο ή προοιωνισμένο. Σε αυτό το στάδιο, κυριαρχούν δύο τύποι εφηβικής κοσμοθεωρίας. Η μία πλευρά αποτελείται από έφηβους που χαρακτηρίζονται από μία φοβική στάση ζωής και η άλλη αποτελείται από αυτούς που η σκέψη που τους χαρακτηρίζει είναι αυτή του “αύριο μπορεί να μην υπάρχουμε, οπότε ας διασκεδάσουμε σήμερα”. Αμφότερα, τα άτομα κατακλύζονται από τάσεις πεσιμισμού και καταθλιπτικές σκέψεις για το παρόν και το μέλλον (McLaughlin & Lambert, 2017).

3.1.1 Διάγνωση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες

Τα κριτήρια διάγνωσης της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες σε παιδιά και εφήβους φέρουν πολλά κοινά με αυτά των ενηλίκων. Η μόνη διαφορά είναι ότι οι ενήλικες ανταποκρίνονται στις απειλές τραυματισμού ή θανάτου με συναισθήματα αδυναμίας, φόβου ή τρόμου, ενώ τα παιδιά απαντούν στο τραύμα με αποδιοργανωμένη ή παραγμένη συμπεριφορά (DSM-IV, 1994). Επίσης, φαίνεται ότι τα συμπτώματα στα παιδιά διαρκούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι στους περισσότερους ενήλικες (Shaw, 2000)

Διαγνωστικά κριτήρια DSM-5

Τα ακόλουθα κριτήρια ισχύουν για ενήλικες, εφήβους και παιδιά άνω των έξι ετών (American Psychiatric Association, 2013):

A. Έκθεση σε πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, σεξουαλική βία, σοβαρό τραυματισμό με έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους τρόπους:

1. Άμεση εμπειρία του τραυματικού γεγονότος.
2. Προσωπική μαρτυρία των συμβάντων, καθώς εκτυλίσσονταν σε άλλους.
3. Η είδηση ότι το τραυματικό συμβάν έλαβε χώρα σε ένα κοντινό συγγενή ή φίλο. Σε περίπτωση θανάτου ή επαπειλούμενου θανάτου συγγενούς ή φίλου το συμβάν πρέπει να ήταν ατύχημα ή να περιείχε βία.
4. Εμπειρία επανειλημμένης ή ακραίας έκθεσης σε ειδικές λεπτομέρειες για τα τραυματικά συμβάντα (π.χ., μέλη των Πρώτων Βοηθειών που έρχονται σε επαφή και συλλέγουν ανθρώπινα μέλη).

*Το κριτήριο A δεν ισχύει για έκθεση μέσω τηλεόρασης, κινηματογράφου, ηλεκτρονικών μέσων, φωτογραφιών, εκτός εάν η έκθεση σχετίζεται με την εργασία.

B. Παρουσία ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα παρείσφρησης που συνδέονται με τα τραυματικά συμβάντα και εμφανίστηκαν μετά από αυτά:

1. Επαναλαμβανόμενες, παρείσφρητικές και ακούσιες αναμνήσεις του/των τραυματικών ερεθισμάτων. Σε παιδιά ηλικίας άνω των έξι ετών μπορεί να σημειωθεί συνεχές παιχνίδι στο οποίο εκφράζονται θέματα ή πλευρές του/των τραυμάτων.
2. Επαναλαμβανόμενα όνειρα που προκαλούν ψυχική ανησυχία, γεννώντας συναισθήματα που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν. Σε παιδιά μπορεί να υπάρχουν τρομακτικά όνειρα χωρίς αναγνωρίσιμο περιεχόμενο.

3. Αποσυνδετικές αντιδράσεις (π.χ., αναβιώσεις) στις οποίες το άτομο νιώθει ή δρα σαν το/τα τραυματικά συμβάντα να επαναλαμβάνονται. (Τέτοιες αντιδράσεις μπορεί να συμβαίνουν σε ένα συνεχές, με την πιο ακραία έκφραση να είναι η πλήρης απώλεια της επίγνωσης του περιβάλλοντος). Στα παιδιά η ειδική ως προς το τραύμα αναπαράσταση πιθανόν να εκτυλιχθεί κατά την διάρκεια του παιχνιδιού.

4. Οξεία ή συνεχής ψυχολογική καταπόνηση κατά την έκθεση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με πτυχές του/των τραυματικών συμβάντων.

5. Έντονες σωματικές αντιδράσεις σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με πτυχές του/των τραυματικών συμβάντων.

Γ. Επίμονη αποφυγή αλληλένδετων με τα τραυματικά γεγονότα ερεθισμάτων, αφού συνέβησαν, όπως αποδεικνύεται από ένα ή και από τα δύο ακόλουθα:

1. Αποφυγή ή προσπάθεια αποφυγής οδυνηρών αναμνήσεων, αισθημάτων, σκέψεων σχετικά με το/τα τραυματικά συμβάντα
2. Αποφυγή ή προσπάθεια αποφυγής υπενθυμίσεων, όπως τόποι, συζητήσεις, άνθρωποι, ήχοι, που εγείρουν επίπονες αναμνήσεις, σκέψεις ή αισθήματα σχετικά με τα τραυματικά συμβάντα.

Δ. Αρνητικές μεταβολές στη διάθεση και τις γνωστικές διεργασίες που συνδέονται με το/τα τραυματικά γεγονότα και ξεκινούν ή επιδεινώνονται μετά από αυτά, όπως αποδεικνύεται από δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

1. Ανικανότητα του ατόμου να ανακαλέσει σημαντικές πλευρές του/των τραυματικών συμβάντων, λόγω αποσυνδετικής αμνησίας.
2. Επίμονες και έντονα πεσιμιστικές πεποιθήσεις ή προσδοκίες για τον εαυτό, τους άλλους, τον κόσμο (π.χ., "Είμαι κακός", "Δεν μπορείς να εμπιστευέσαι κανέναν", "Ο κόσμος είναι κακός").
3. Επίμονες γνωστικές παραποιήσεις για την αιτία ή τις συνέπειες του/των τραυματικών συμβάντων, με αποτέλεσμα την λανθασμένη απόδοση ευθυνών.
4. Επίμονα αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμός, ενοχή, φόβος κ.ά.
5. Εμφανώς μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες.
6. Αισθήματα αποστασιοποίησης ή αποξένωσης προς τον περίγυρό του.
7. Επίμονη ανηδονία

Ε. Αντιληπτές μεταβολές στο επίπεδο διέγερσης και απαντητικότητας που σχετίζονται με το/τα τραυματικά συμβάντα, οι οποίες αρχίζουν ή επιδεινώνονται έπειτα από αυτό, όπως αποδεικνύεται με δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

1. Ευερέθιστη και οξύθυμη συμπεριφορά (με μικρή ή μηδενική πρόκληση), η οποία συνήθως εμφανίζεται ως λεκτική ή σωματική επίθεση προς ανθρώπους ή αντικείμενα.
2. Παράτολμη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
3. Υπερεπαγρύπνηση.
4. Υπερβολική αντενέργεια στο ξάφνιασμα.
5. Προβλήματα συγκέντρωσης.
6. Διαταραχή ύπνου.

ΣΤ. Η διάρκεια της διαταραχής (κριτήρια Β, Γ, Δ και Ε) είναι μεγαλύτερη του ενός μήνα.

Ζ. Η διαταραχή συντελεί σε κλινικά έντονη ψυχική δυσφορία ή αναπηρία σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

Η. Η διαταραχή δεν προέρχεται από τις σωματικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ., ναρκωτικά, αλκοόλ) ή σε άλλη ιατρική πάθηση.

Κριτήρια διάγνωσης διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) για παιδιά κάτω των 6 ετών (Wilmshurst, 2017):

Τα κριτήρια διάγνωσης για παιδιά κάτω των έξι ετών δεν φέρουν κάποια ιδιαίτερη διαφοροποίηση από τα παραπάνω με την μόνη τροποποίηση να είναι η αφαίρεση της εμπειρία τραυματικών γεγονότων λόγω θέσης (π.χ. εργασία σε υπηρεσίες άμεσης επέμβασης). Οι συστάδες συμπτωμάτων πλέον είναι οι εξής:

1. αυθόρμητη αναβίωση
2. αποφυγή σκέψεων ή αρνητικές μεταβολές στη σκέψη/διάθεση
3. διέγερση/αντιδραστικότητα

Ο συνολικός αριθμός συμπτωμάτων που απαιτούνται για τη διάγνωση, μειώνεται από 6 σε 4 (από ένα σύνολο 16 πιθανών συμπτωμάτων). Τέλος, μόνο ένα σύμπτωμα απαιτείται πλέον από τις κατηγορίες της αποφυγής/αρνητικών μεταβολών διάθεσης και δύο συμπτώματα από την κατηγορία της υπερδιέγερσης/αντιδραστικότητας. Η χρονική διάρκεια παρουσίας των συμπτωμάτων και οι προσδιοριστικοί δείκτες παραμένουν οι ίδιοι, όπως και στη διάγνωση για ενήλικες και μεγαλύτερα παιδιά.

3.1.2 Επιπολασμός συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες

Τα στοιχεία που σχετίζονται με τον επιπολασμό της διαταραχής μετατραυματικού στρες αποδεικνύουν ότι η ΔΜΤΣ είναι μία πολυσχιδής διαταραχή που διαφοροποιείται ανάλογα το πεδίο και κλάδο ανάλυσης της. Τα δεδομένα της έρευνας NCS-R (National Comorbidity Survey) αποκαλύπτουν ότι ο διά βίου επιπολασμός της διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι υψηλότερος στις γυναίκες. Ειδικότερα, κατά την διάρκεια της ζωής της μία γυναίκα είναι πιθανό να αναπτύξει ΔΜΤΣ σε ποσοστό 9,7% σε αντίθεση με τον ανδρικό πληθυσμό που το ποσοστό ανέρχεται στο 5,6%. Η απόκλιση αυτή αποτελεί ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον εύρημα κυρίως επειδή οι μελέτες δείχνουν ότι οι άνδρες είναι πολύ πιθανότερο να εκτεθούν σε τραυματικά συμβάντα (Tolin & Foa, 2008). Ορισμένοι δικαιολογούν αυτή την διαφορά στο γεγονός ότι οι γυναίκες εκτίθενται σε είδη τραυματικής εμπειρίας, όπως ο βιασμός, τα οποία ενδέχεται να είναι εγγενώς περισσότερο τραυματικά από αυτά των ανδρών (Cortina & Kubiaak, 2006). Ωστόσο, ακόμη και όταν το είδος του τραύματος ελέγχεται, οι γυναίκες εξακολουθούν να έχουν την πρωτοκαθεδρία στα ποσοστά της ΔΜΤΣ και τείνουν να έχουν πιο σοβαρά συμπτώματα (Tolin & Foa, 2006). Κάτι τέτοιο υποδηλώνει ότι υπάρχουν αποκλίσεις μεταξύ των δύο φύλων, οι οποίες διαφοροποιούν την πιθανότητα κινδύνου εμφάνισης ΔΜΤΣ έπειτα από ένα τραύμα (Hooley et al., 2020).

Τα ποσοστά της διαταραχής μετατραυματικού στρες φαίνεται να διαφέρουν, όχι μόνο ως προς το φύλο, αλλά και ανάλογα με τον τύπο του τραύματος που βιώνει το άτομο. Πιο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι τα τραυματικά συμβάντα που είναι συνέπεια ανθρώπινης πρόθεσης (π.χ. ο βιασμός) εμφανίζουν υψηλότερες πιθανότητες στην πρόκληση ΔΜΤΣ σε σύγκριση με συμβάντα (όπως δυστυχήματα και σεισμοί) που είναι αποτέλεσμα της φυσιολογικής ροής της ανθρώπινης ζωής. Ίσως αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι είναι δυσκολότερο να αποδεχτεί κάποιος τραυματικά συμβάντα που περιλαμβάνουν αποτρόπαιες πράξεις ανθρώπων, καθώς έτσι καταστρέφεται η αίσθηση της ασφάλειας που θεωρητικά απορρέει από μία έννομη και νομοταγή κοινωνία (Charuvastra & Cloitre, 2008).

Σχετιζόμενοι με τα παραπάνω, οι Shalev & Freedman (2005) διεξήγαγαν μια έρευνα σε άτομα της ίδιας κοινότητας στην Μέση Ανατολή που είχαν επιβιώσει έπειτα από αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και τρομοκρατικές επιθέσεις αντίστοιχα, συγκρίνοντας τα ποσοστά της ΔΜΤΣ. Διενεργήθηκαν συνεντεύξεις μία εβδομάδα και τέσσερις μήνες αφότου έλαβαν χώρα τα τραυματικά γεγονότα. Παρότι την πρώτη εβδομάδα δεν παρατηρήθηκαν εμφανείς διαφορές στα συμπτώματα που ανέφεραν οι άνθρωποι, στους τέσσερις μήνες τα

ποσοστά της ΔΜΤΣ ήταν πολύ υψηλότερα στους επιζήσαντες της τρομοκρατικής επίθεσης συγκριτικά με εκείνους που είχαν βιώσει το αυτοκινητιστικό δυστύχημα (Hooley et al., 2020).

Σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες ο επιπολασμός των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε παιδιά και εφήβους που εκτίθενται σε τραυματικές καταστάσεις κυμαίνεται από 3-100% (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Ο Fletcher (1996) πρότεινε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ΔΜΤΣ κατά την έκθεση σε σχέση με τους ενήλικες (Shaw, 2000).

Τέλος, πρέπει να επισημάνουμε ότι οι διαφορές στα ποσοστά της ΔΜΤΣ μεταξύ διαφορετικών μελετών ενδέχεται ορισμένες φορές να συνδέονται με το πώς ορίζεται η διαταραχή και με τον τρόπο με τον οποίο αυτή εκτιμάται. Εκτιμήσεις που στηρίζονται σε ερωτηματολόγια τείνουν να είναι υψηλότερες από εκείνες που στηρίζονται σε κλινικές συνεντεύξεις. Πάντως, ο επιπολασμός της διαταραχής στον γενικό πληθυσμό περιγράφεται από το ποσοστό του 6,8% (Hooley et al., 2020).

Τα στοιχεία όλων των παραπάνω ερευνών επιβεβαιώνουν ότι ένα μοναδικό τραυματικό ερέθισμα είναι ικανό να αφήσει πίσω του ένα μεγάλο αριθμό τραυματισμένων ανθρώπων .

3.1.3 Παράγοντες κίνδυνου εμφάνισης Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες

Το γεγονός ότι κάποιος εκτίθεται σε ένα τραυματικό συμβάν δεν σημαίνει απαραίτητως ότι θα αναπτύξει διαταραχή μετατραυματικού στρες. Αυτό υποδηλώνει ότι ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να είναι περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση της διαταραχής απ' ό,τι άλλοι. Όπως έχει πρότερα αναφερθεί, το φύλο, η φύση του τραυματικού στρεσογόνου παράγοντα καθώς και το πόσο άμεσα αυτός έχει βιωθεί από το άτομο μπορούν να εξηγήσουν ένα μεγάλο μέρος των διαφορών στην απόκριση στρες και την εμφάνιση ΔΜΤΣ (Dohrenwend et al., 2015). Επιπλέον, η έρευνα των Steinberg και Avenevoli (2000) υποδηλώνει ότι το τραύμα και άλλοι παράγοντες μπορούν να λειτουργήσουν σε παιδιά και εφήβους ως μη ειδικοί παράγοντες κίνδυνου για διάφορες ψυχικές παθήσεις. Υποστηρίζουν ότι το μόνο σταθερό συμπέρασμα που ισχύει σχετικά με τον ρόλο του περιβάλλοντος στην ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας είναι ότι τα «κακά» πράγματα έχουν «κακές» επιπτώσεις μεταξύ ορισμένων, αλλά όχι όλων των ανθρώπων. Γι'αυτό η μελέτη τους πρότεινε ότι (1) οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δρουν ως μη ειδικοί στρεσογόνοι παράγοντες στην πρόκληση ψυχοπαθολογίας. Στον αντίποδα, οι ατομικές διαφορές στους ενδογενείς παράγοντες

συμβάλλουν στην έκφραση της ψυχοπαθολογία και ότι (2) το ορισμένο πλαίσιο που καθορίζει την πορεία της ψυχοπαθολογίας επηρεάζει τον βαθμό στον οποίο επαναλαμβάνονται τα συμπεριφορικά, συναισθηματικά ή γνωστικά συστατικά της παθολογίας (Pine & Cohen, 2002). Παρακάτω παρατίθενται εκτενώς οι παράγοντες που συντελούν στην αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες, αναλύοντας τους ως προς ατομικό, βιολογικό, νευρολογικό και κοινωνικοπολιτισμικό υπόβαθρο. (Hooley et al., 2020).

Προτού αναλυθούν οι προγνωστικοί παράγοντες της ΔΜΤΣ, θα ήταν καλό να καθοριστεί και η πιθανότητα έκθεσης ενός ατόμου σε τραύμα. Ο κίνδυνος έκθεσης καθ' όλη την διάρκεια ζωής ενός ατόμου σε ένα τραυματικό στρεσογόνο παράγοντα εκτιμάται ότι κυμαίνεται από 70-90% (Shaw, 2000). Ειδικότερα, φαίνεται ότι το ανδρικό φύλο, τα προβλήματα διαγωγής στην παιδική ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (χαμηλότερο της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης), το βεβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό με ψυχικές διαταραχές, προϋπάρχοντα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους καθώς και η υψηλή βαθμολογία σε μετρήσεις εξωστρέφειας και νευρωτισμού, είναι μεταβλητές που καθιστούν το άτομο πιο επιρρεπές σε ένα τραυματικό γεγονός. Από αυτούς που εκτίθενται, περίπου το 10% θα αναπτύξει μια διαταραχή μετατραυματικού στρες, ΔΜΤΣ (Breslau et al., 1998. Kessler et al., 1995).

Ατομικοί παράγοντες κινδύνου

Ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι το φύλο, καθώς διαπιστώθηκε ότι τα κορίτσια όταν εκτεθούν σε ένα τραυματικό γεγονός, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν ΔΜΤΣ σε σχέση με το ανδρικό πληθυσμό (Breslau et al., 1998. Helzer et al., 1987. Kessler et al., 1995). Πέραν τούτου, οι ερευνητές συμπεριλαμβάνουν στους ατομικούς παράγοντες κινδύνου τα προϋπάρχοντα προβλήματα με κατάθλιψη και άγχος, τα υψηλά επίπεδα νευρωτισμού (να έχει κάποιος την τάση να βιώνει αρνητικά συναισθήματα) και οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, άγχους και κατάχρησης ουσιών (McNally, 2015. Wilk et al., 2010). Επιπλέον, τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής στήριξης συνυπολογίζονται ως ατομικός προγνωστικός παράγων της ΔΜΤΣ, ωστόσο, ένα πρόβλημα εδώ αποτελεί το γεγονός ότι η κοινωνική υποστήριξη εκτιμάται, συνήθως, αφότου τα άτομα εμφανίσουν ΔΜΤΣ. Αυτό καθιστά δύσκολη τη διάκριση της αιτίας από τη συνέπεια (Hooley et al., 2020).

Αξιοσημείωτο ρόλο, επίσης, παίζει η θεώρηση του ίδιου του ατόμου σχετικά με την αντιμετώπιση της κατάστασης. Εάν τα άτομα θεωρούν ότι τα συμπτώματά τους αποτελούν

ένδειξη προσωπικής αδυναμίας ή εάν πιστεύουν ότι ο περίγυρός τους θα νιώθει ντροπή γι' αυτούς, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν τη ΔΜΤΣ (Dunmore et al., 2001).

Τέλος, ορισμένα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι άτομα που κατακλύζονται από ενοχλητικές σκέψεις ή εικόνες για τραυματικά συμβάντα που θα μπορούσαν να συμβούν στο μέλλον, ενδέχεται να βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ΔΜΤΣ αργότερα. Κάτι τέτοιο γεννά μείζονα ερωτήματα σχετικά με την σχέση της ΔΜΤΣ με αποκλειστικά παρελθούσες εμπειρίες. Τα ευρήματα φαίνεται να τονίζουν τη σημασία των νοητικών εικόνων, υποδηλώνοντας ότι οι προ- και οι μετα- τραυματικές αντιδράσεις στρες μπορεί να έχουν πολλά κοινά (Hooley et al., 2020).

Βιολογικοί παράγοντες κινδύνου

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες, μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από τα υψηλά επίπεδα στρες, συνδέεται άμεσα με τα επίπεδα κορτιζόλης στον οργανισμό. Η κορτιζόλη αποτελεί μία στεροειδή ορμόνη, που θεωρείται κατεξοχήν η ορμόνη του στρες. Όταν το στρες ξεπερνά το μέσο όρο, ιδίως, για μεγάλο χρονικό διάστημα, τα επίπεδα κορτιζόλης στο σώμα αυξάνονται προκαλώντας ανεπιθύμητες ενέργειες και φθείροντας τον οργανισμό (Young & Breslau, 2004). Παρ' όλα αυτά στην περίπτωση της ΔΜΤΣ διαφαίνεται ότι τα επίπεδα κορτιζόλης κατά την ηρεμία είναι συχνά πανομοιότυπα σε ανθρώπους με ΔΜΤΣ, όταν συγκρίνονται με τα επίπεδα ομάδας ελέγχου υγιών ατόμων (Meewisse et al., 2007). Η μόνη περίπτωση που αυτό αναιρείται είναι κατά την έκθεση του ατόμου σε συνθήκες στρες που επιβάλλεται πειραματικά (υπενθυμίσεις τραύματος, γνωστικές προκλήσεις) (de Kloet et al., 2006). Σε αυτή την περίπτωση, βέβαια, το φύλο συντελεί στην διαφοροποίηση των πορισμάτων. Γυναίκες με ΔΜΤΣ, κατά την αρχική εκτίμηση, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης απ' ό,τι γυναίκες που δεν πάσχουν από τη διαταραχή. Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι τα επίπεδα της κορτιζόλης φαίνονται μειωμένα σε ανθρώπους με ΔΜΤΣ που έχουν βιώσει σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Εν ολίγοις, το είδος του τραύματος, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα των επιπέδων κορτιζόλης έπειτα από ένα τραυματικό συμβάν (Meewisse et al., 2007).

Ένα ακόμη σημείο εστίασης της ερευνητικής κοινότητας σχετικά με τους βιολογικούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της ΔΜΤΣ είναι οι αλληλεπιδράσεις γονιδίων-περιβάλλοντος. Έχει παρατηρηθεί ότι οι άνθρωποι με τον υπολειπόμενο γονότυπο του γονιδίου του μεταφορέα της σεροτονίνης, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στις επιδράσεις του τραυματικού στρες, ιδιαίτερα εάν έχουν επίσης χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης. Επιπλέον, τα ίδια άτομα βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση κατάθλιψης,

όταν έχουν, αντιμετωπίσει τέσσερα ή περισσότερα δύσκολα συμβάντα ζωής. Αυτό που τα συγκεκριμένα ευρήματα υποδηλώνουν είναι ότι άνθρωποι με την υπολειπόμενη μορφή του γονιδίου του μεταφορέα της σεροτονίνης τείνουν να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι σε ορισμένες περιβαλλοντικές εμπειρίες, με αποτέλεσμα να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στις αρνητικές μεταβλητές που τους περιβάλλουν. Άρα, η αλληλεπίδραση μεταξύ ορισμένων γονιδίων και ορισμένων περιβαλλοντικών εμπειριών μπορεί να προετοιμάζει το σύστημα προσοχής να αναπτύξει γνωστικές προκαταλήψεις έναντι αρνητικών ερεθισμάτων, οδηγώντας τελικά στην ΔΜΤΣ (Hooley et al., 2020).

Νευρολογικοί παράγοντες κινδύνου

Η μελέτη του εγκεφάλου των ασθενών της διαταραχής μετατραυματικού στρες ενέχει δυσκολίες που σχετίζονται με την συννοσηρότητα της συγκεκριμένης διαταραχής με άλλες. Ένα μείζον πρόβλημα της έρευνας του τομέα αυτού, είναι ότι πολλές από τις εγκεφαλικές ανωμαλίες που σχετίζονται με τη ΔΜΤΣ εντοπίζονται και σε ανθρώπους με κατάθλιψη. Η παρουσία της κατάθλιψης με την ΔΜΤΣ ταυτόχρονα είναι συνήθης, καθώς πολλά άτομα τις βιώνουν παράλληλα, με συνέπεια την δυσκολία των ερευνητών να εξακριβώσουν ποιες εγκεφαλικές ανωμαλίες συνδέονται άμεσα με τη ΔΜΤΣ και ποιες ενδέχεται να απορρέουν από την κατάθλιψη (Kroes et al., 2011).

Ακόμη, μελέτες παρουσιάζουν ότι μια περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται ιππόκαμπος και είναι υπεύθυνη για την μνήμη και την απόκριση του οργανισμού στο στρες, φαίνεται να είναι μικρότερη σε μέγεθος σε ανθρώπους με ΔΜΤΣ (Pittman et al., 2012). Ο μικρός όγκος του ιππόκαμπου ενδέχεται να είναι ένας παράγοντας ευαλωτότητας για την εμφάνιση ΔΜΤΣ σε ανθρώπους που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός. Εντούτοις, συζητιέται το ενδεχόμενο το ίδιο το τραύμα να μειώνει σε κάποιον βαθμό τον όγκο του ιππόκαμπου. Μια μετα-ανάλυση υποδεικνύει ότι οι άνθρωποι που δεν έχουν συμπτώματα της ΔΜΤΣ, όμως έχουν εκτεθεί σε τραύμα εμφανίζουν μικρότερο ιππόκαμπο από ανθρώπους που δεν έχουν βιώσει καμία τραυματική εμπειρία στην ζωή τους. Με άλλα λόγια, το μειωμένο μέγεθος του ιππόκαμπου μπορεί να αποτελεί τόσο παράγοντα κινδύνου για ΔΜΤΣ όσο και μια συνέπεια της έκθεσης σε τραύμα (Hooley et al., 2020).

Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες κινδύνου

Η θέση ενός ατόμου στην ταξική ιεραρχία αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Ειδικότερα, μέλη μειονοτικών ομάδων διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο συμπτωματολογίας ΔΜΤΣ. Το να έχει κάποιος υψηλότερο μορφωτικό

επίπεδο και υψηλότερο ετήσιο εισόδημα είναι, επίσης, μεταβλητές που συνδέονται με χαμηλότερα ποσοστά της διαταραχής αυτής. Τέλος, η επιστροφή σε αρνητικό ή μη υποστηρικτικό περιβάλλον συντελεί στην αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της ΔΜΤΣ (Hooley et al., 2020).

3.1.4 Προστατευτικοί παράγοντες Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες

Υπάρχουν παράγοντες που είναι προστατευτικοί και δρουν ως ανάχωμα στη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Συγκεκριμένα, η καλή γνωστική ικανότητα λειτουργεί ως νοητικό “οχυρό” του οργανισμού έναντι της ΔΜΤΣ. Οι Breslau, Lucia & Alvarado (2006) συνέλεξαν δεδομένα για το Δείκτη Νοημοσύνης εξάχρονων παιδιών που ζούσαν σε μια πολιτεία των ΗΠΑ. Όταν αυτά τα παιδιά έφτασαν στην ηλικία των 17 ετών, αξιολογήθηκαν μέσω συνεντεύξεων τόσο για έκθεση σε τραύμα όσο και για ΔΜΤΣ. Τα παιδιά που στην ηλικία των έξι ετών είχαν δείκτη στο Δ.Ν. άνω του 115 ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός έως την ηλικία των 17 ετών. Επιπρόσθετα εάν είχαν εκτεθεί σε τραύμα, είχαν μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν ΔΜΤΣ. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι το να έχει κάποιος υψηλότερο Δ.Ν. μπορεί να λειτουργεί προστατευτικά έναντι του να βιώσει τραύμα και να εμφανίσει ΔΜΤΣ. Από την άλλη, τα παιδιά των οποίων ο Δ.Ν βρισκόταν στο μέσο όρο ή κάτω του μέσου όρου εμφάνιζαν μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης της διαταραχής έπειτα από τραύμα.(Hooley et al., 2020).

Μία πιθανή εξήγηση αυτής της συνθήκης είναι ότι τα άτομα που διαθέτουν περισσότερους νοητικούς πόρους μπορεί να είναι πιο ικανά στο να νοηματοδοτήσουν τις τραυματικές τους εμπειρίες και να τις μεταφράσουν σε κάποια μορφή προσωπικής αφήγησης. Ίσως, οι άνθρωποι με υψηλό νοητικό δυναμικό να είναι πιο ικανοί από τη φύση τους να ενσωματώσουν τις τραυματικές τους εμπειρίες στην αφήγηση της ζωής τους, με τρόπο που να είναι τελικά προσαρμοστικός και προστατευτικός από συναισθηματική άποψη (Shaw, 2000).

3.2 Οξεία Διαταραχή Στρες και Συμπτώματα

Τόσο στη περίπτωση της ΔΜΤΣ όσο και της οξείας διαταραχής στρες ένα τραυματικό ερέθισμα ευθύνεται για την πυροδότηση μίας αλληλουχίας ψυχολογικών αντιδράσεων, που εξουσιάζουν την καθημερινότητα του ατόμου. Η καίρια διαφορά μεταξύ των δύο διαταραχών έγκειται στη διάρκεια των συμπτωμάτων τους. Η ΔΜΤΣ διαγιγνώσκεται όταν

τα συμπτώματα έχουν διαρκέσει περισσότερο από ένα μήνα. Εάν τα συμπτώματα έχουν εκδηλωθεί μόλις πρόσφατα από το τραυματικό συμβάν και δεν έχουν διάρκεια μεγαλύτερη του ενός μήνα, η διάγνωση είναι οξεία διαταραχή στρες. Το γεγονός ότι κάποιος διαγιγνώσκεται με οξεία διαταραχή στρες δεν προμηνύει απαραίτητα την μελλοντική του διάγνωση με ΔΜΤΣ, καθώς πολλές φορές παρατηρείται φυσική ανάκαμψη με την πάροδο του χρόνου (Hooley et al., 2020).

Στα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την οξεία διαταραχή στρες ανήκουν ο φόβος, η μειωμένη επίγνωση της πραγματικότητας, η ανικανότητα, η αποπραγματοποίηση, η αποπροσωποποίηση, οι εφιάλτες, το μούδιασμα, η αμνησία, η αποφυγή σκέψεων ή συζητήσεων, οι επαναλαμβανόμενες εικόνες και σκέψεις, η δυσκολία στον ύπνο, η δυσφορία στην έκθεση, η ευερέθιστότητα, η αίσθηση αναβίωσης της εμπειρίας, η υπερεπαγρύπνιση, η αποφυγή χώρων ή ανθρώπων, η υπερβολική έκπληξη, η κακή συγκέντρωση και η κινητική ανησυχία (Harvey & Bryant, 2002).

Ο τρόπος με τον οποίο εμφανίζονται τα συμπτώματα στα παιδιά παρουσιάζει διαφοροποιήσεις λόγω της επίδρασης που ασκούν οι «ποικίλοι στρεσογόνοι παράγοντες, τα αναπτυξιακά ζητήματα, τα οικογενειακά προβλήματα και τα συνοδά συμπτώματα» (Amaya-Jackson & March, 1995). Το αναπτυξιακό στάδιο αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην αντίδραση του παιδιού, αφού για παράδειγμα τα παιδιά ηλικίας δημοτικού και λυκείου είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε αντίθεση με αυτά ηλικίας γυμνασίου που χαρακτηρίζονται περισσότερο από συμπτώματα συναισθηματικής αναστάτωσης (Wilmshurst, 2017).

3.2.1 Διάγνωση Οξείας Διαταραχής Στρες

Η διάγνωση της οξείας διαταραχής στρες μπορεί να ληφθεί, όταν ύστερα από την τραυματική εμπειρία, η εκδήλωση των συμπτωμάτων γίνεται άμεσα και η διάρκειά τους αντιστοιχεί σε τουλάχιστον δύο ημέρες. Στην οξεία διαταραχή στρες, η πρόωμη διάγνωση διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς η εμφάνιση των συμπτωμάτων της για διάστημα περισσότερο των τεσσάρων εβδομάδων, μπορεί να μετατρέψει τη διάγνωση σε διαταραχή μετατραυματικού στρες (Hooley et al., 2020). Μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που εκδηλώνουν άμεσα οξεία διαταραχή στρες μετά από τραυματική εμπειρία, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής μετατραυματικού στρες (Kleim et al., 2007. Harvey & Bryant, 2002).

Διαγνωστικά κριτήρια ΟΔΣ σύμφωνα με το DSM-IV

A1. Έκθεση σε καταστροφικό στρεσογόνο παράγοντα

A2. Έντονη συναισθηματική αντίδραση σε στρεσογόνο παράγοντα

B. Κατά τη διάρκεια ή μετά την εμπειρία του δυσάρεστου συμβάντος, το άτομο έχει τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα

i.υποκειμενική αίσθηση μουδιάσματος

ii.μειωμένη επίγνωση του περιβάλλοντος

iii.αποπραγματοποίηση

iv.αποπροσωποποίηση

v.αμνησία

Γ. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με τουλάχιστον έναν από τους ακόλουθους τρόπους: επαναλαμβανόμενες εικόνες, σκέψεις, όνειρα, ψευδαισθήσεις, επεισόδια αναδρομής ή μια αίσθηση αναβίωσης της εμπειρίας. ή αγωνία λόγω έκθεσης σε υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος

Δ. Σημαντική αποφυγή ερεθισμάτων που προκαλούν αναμνήσεις του τραύματος (π.χ. σκέψεις, συναισθήματα, συνομιλίες, δραστηριότητες, μέρη, άτομα)

Ε. Έντονα συμπτώματα άγχους ή αυξημένης διέγερσης (π.χ. δυσκολία στον ύπνο, ευερεθιστότητα, κακή συγκέντρωση, υπερεπαγρύπνηση, υπερβολική απόκριση ξαφνιασμού, κινητική ανησυχία)

ΣΤ. Η διαταραχή προκαλεί σημαντική ενόχληση ή δυσλειτουργία

Z. Η διαταραχή διαρκεί τουλάχιστον 2 ημέρες και το πολύ 4 εβδομάδες και εμφανίζεται εντός 4 εβδομάδων από το τραυματικό συμβάν

H. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις επιπτώσεις της χρήσης ουσιών ή της ιατρικής κατάστασης ή δεν εξηγείται καλύτερα από σύντομη ψυχωτική διαταραχή και δεν είναι απλώς έξαρση μιας προϋπάρχουσας διαταραχής (Bryant et al., 2011).

3.3 Διαταραχές τραυματικής προσκόλλησης

Οι τρόποι με τους οποίους είναι δυνατόν να εκτεθούν τα παιδιά σε τραυματικές εμπειρίες είναι πολυειδής. Ειδικότερα στη βρεφική και νηπιακή ηλικία, η ανάπτυξη μη φυσιολογικών, υγιών και σταθερών δεσμών με το πρόσωπο-φροντιστή, μπορεί να οδηγήσει σε έκθεση του παιδιού σε πρώιμες τραυματικές εμπειρίες. Για παράδειγμα, τα παιδιά που έχουν βιώσει πολλαπλές αλλαγές προσώπου φροντίδας ή παιδιά οι γονείς των οποίων δεν παρέχουν την απαραίτητη κοινωνική/συναισθηματική, υλική και ψυχολογική στήριξη, είναι πιθανό να

εμφανίσουν ένα από τα δύο ακόλουθα μοτίβα συμπεριφοράς. Το πρώτο μοτίβο αποτελεί η διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης, στην οποία κυριαρχεί η συναισθηματική απόσυρση, ενώ το δεύτερο αποτελεί η διαταραχή ανεξέλεγκτης κοινωνικής εμπλοκής κατά την οποία το παιδί προβαίνει ενεργά σε αδιαφοροποίητες προσπάθειες για εμπλοκή σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με άγνωστους ενήλικες (Wilmshurst, 2017).

3.3.1 Διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης (ΔΑΠ)

Η διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης εκδηλώνεται με ακραίες μορφές αναστολής και απόσυρσης. Οι συμπεριφορές αυτές, εμφανίζονται λόγω της απουσίας προσκόλλησης με κάποιο πρόσωπο-φροντιστή, καθώς ταυτόχρονα συνδέονται με ακραίες μορφές παραμέλησης και κακοποίησης του παιδιού.

Η αιτιολογία πιθανολογείται να βασίζεται σε περιγεννητική έκθεσή του βρέφους σε τοξίνες, σε έλλειψη «ταιριάζματος» μεταξύ της ιδιοσυγκρασίας γονέα και παιδιού και σε δυσλειτουργικές ή κακές γονικές πρακτικές (Kempth & Voeller, 2008). Επιπρόσθετα, υπάρχουν δεδομένα (Hariri et al., 2002), σύμφωνα με τα οποία η μητρική αποστέρηση στην πρώιμη παιδική ηλικία μπορεί να τροποποιήσει την ανάπτυξη του εγκεφάλου, προξενώντας υπερδραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια, που έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή αυξημένης ποσότητας κορτιζόλης (ορμόνη του στρες). Άλλες έρευνες (Barr et.al., 2003) υποδεικνύουν ότι ορισμένα παιδιά ίσως είναι πιο ευάλωτα σε δυσλειτουργικές γονικές πρακτικές, όπως τα παιδιά που παρουσιάζουν πολυμορφισμό στο βραχύ αλληλόμορφο γονίδιο του μεταφορέα σεροτονίνης, ο οποίος συνδέεται με την αυξημένη δραστηριότητα και τη διέγερση της αμυγδαλής και του συστήματος της κορτιζόλης. Πενταπλάσιες πιθανότητες να διαμορφώσουν ανασφαλή προσκόλληση παρουσιάζουν τα παιδιά που υφίστανται κακοποίηση (Carlson et al., 1989), ενώ οι αντιδράσεις τραυματικού στρες συσχετίζονται συχνότερα με παιδιά που έχουν αναπτύξει ανασφαλή προσκόλληση, πιθανώς λόγω της αδυναμίας τους να αναζητήσουν ανακούφιση και παρηγοριά από το πρόσωπο φροντίδας (Lynch & Cicchetti, 1998). Το προσδιοριστικό χαρακτηριστικό «επίμονη» χρησιμοποιείται εάν η διάρκεια της διαταραχής είναι άνω των 12 μηνών και το προσδιοριστικό χαρακτηριστικό «σοβαρή» προστίθεται εάν το παιδί εκδηλώνει όλα τα συμπτώματα σε αυξημένο βαθμό.

3.3.2 Διαταραχή Ανεξέλεγκτης Κοινωνικής Εμπλοκής (ΔΑΚΕ)

Σε αντίθεση με τα παιδιά με διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης, που εμφανίζουν κοινωνική απόσυρση και αναστολή και αποφεύγουν την εμπλοκή με τα πρόσωπα φροντίδας, τα παιδιά με διαταραχή ανεξέλεγκτης κοινωνικής εμπλοκής εκδηλώνουν οχληρές και αδιάκριτες προσπάθειες να αναπτύξουν σχέσεις με άγνωστους ενήλικες. Στην περίπτωση που ένα κοντινό πρόσωπο παρέχει στο παιδί με ΔΑΚΕ ενισχυμένη φροντίδα με ένα πιο σταθερό και θετικό χαρακτήρα, το ίδιο πιθανόν να ανταποκριθεί θερμά, αποκτώντας μία είδους προσκόλληση μαζί του. Αυτό, ωστόσο, δεν θα το περιορίσει ως προς τις σχέσεις του με τους αγνώστους, καθώς θα εξακολουθεί να εκδηλώνει και «ανεξέλεγκτες» συμπεριφορές προς αυτούς. Το παιδί, έχει την τάση, χωρίς κανέναν ενδοιασμό, να προσεγγίζει ξένους ενήλικες και να αγνοεί τα κοινός αποδεκτά κοινωνικά όρια στις συναναστροφές του μαζί τους. Ταυτόχρονα επιζητεί την στενή εγγύτητα και την κοινωνική επαφή και γίνεται αδιάκριτο, είτε σωματικά είτε λεκτικά. Στατιστικά, αναμένεται να εκδηλώσουν τη διαταραχή, το 20% των παιδιών υψηλού κινδύνου, όπως είναι τα παιδιά που ζουν σε ιδρύματα ή σε ανάδοχες οικογένειες (Wilmhurst, 2017) Οι Atlas-Corbett (2009) διαπίστωσαν ότι η διαταραχή ανεξέλεγκτης κοινωνικής εμπλοκής εμφανιζόταν στα υψηλού κινδύνου νήπια, μόνο εάν παράλληλα η μητέρα τους είχε και νοσηλευόταν για ψυχιατρικά προβλήματα ή εάν τα ίδια ήταν θύματα κακοποίησης. Οι συγγραφείς υποδεικνύουν ότι η βασική αιτία εμφάνισης της συγκεκριμένης διαταραχής και των συνεπακόλουθων «αδιάκριτων» συμπεριφορών είναι η διακοπή της συναισθηματικής φροντίδας του παιδιού από των φροντιστή.

Κεφάλαιο 4^ο: Επικοινωνιακές δεξιότητες και αναπτυξιακά στάδια

Η επικοινωνία αναφέρεται στην έμφυτη τάση της ανθρώπινης ύπαρξης για αλληλεπίδραση εντός ενός κοινωνικού συνόλου. Ο όρος λειτουργεί ως ‘‘ομπρέλα’’ για την συμπερίληψη άλλων πολύ σημαντικών εννοιών όπως είναι η γλώσσα, ο λόγος και η ομιλία. Οι έννοιες αυτές αποτελούν τη βασικότερη προτεραιότητα μεταλαμπάδευσης σε οποιαδήποτε νέα ανθρώπινη ύπαρξη καθώς έτσι δίνεται η δυνατότητα επικοινωνίας οποιασδήποτε ανάγκης, επιθυμίας ή συναισθήματος. Μέσω της γνώσης των εργαλείων επικοινωνίας το άτομο μπορεί να ξεκινήσει το ‘‘ταξίδι’’ της κοινωνικοποίησης τους.

4.1 Επικοινωνία

Η υπόσταση της ανθρώπινης φύσης και εξέλιξης καθορίζεται από την επικοινωνία. Μέσω αυτής το κάθε πλάσμα τίθεται ικανό να δημιουργήσει σχέσεις με τους άλλους και να διαμορφώσει την ζωή του (Satir, 1992. Spitzer, 1992). Η επικοινωνία είναι μία ενεργή διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών και ιδεών. Περιλαμβάνει την κωδικοποίηση, μετάδοση και αποκωδικοποίηση επιδιωκόμενων μηνυμάτων. Ως επικοινωνία ο Γ.Δ.Μπαμπινιώτης (2012: 649) ορίζει την “αποστολή μηνυμάτων /πληροφοριών, από κάποιον που νοείται ως πομπός προς κάποιον που νοείται ως δέκτης και αντίστροφα, μέσω ενός κοινού συστήματος σημάτων, συμβόλων ή τρόπων συμπεριφοράς”, ενώ ο Δ.Γ. Τσαούσης προσδιορίζει την επικοινωνία ως “ η με οποιονδήποτε τρόπο μεταφορά μηνυμάτων από ένα υποκείμενο σε ένα άλλο με τη χρήση σημείων και συμβόλων”. Η συγκεκριμένη διεργασία αναφέρεται στην πρόσληψη και μεταβίβαση κάθε είδους μηνύματος, συμπεριλαμβάνοντας αυτά που δεν δομούνται από τα σύμβολα μιας γλώσσας. Κάτι τέτοιο υποδηλώνει ότι ακόμη και ένα χασμουρητό αναγνωρίζεται ως μία μορφή επικοινωνίας, καθώς ο πομπός επιδεικνύει μέσω αυτού την κούρασή του (Παπαηλιού, 2005). Ο επικοινωνιακός δέκτης πρέπει να είναι σε συνεχή ετοιμότητα στα λεγόμενα του άλλου, προκειμένου να αποφευχθεί η παραμόρφωση του μηνύματος και τα επιδιωκόμενα νοήματα να μεταβιβαστούν αποτελεσματικά.

Η επικοινωνία ως μια πολυφασική διαδικασία διαθέτει ορισμένα στάδια. Προκειμένου να λάβει χώρα απαιτούνται τουλάχιστον δύο άτομα εκ των οποίων ο ένας λειτουργεί ως πομπός και ο άλλος ως δέκτης, δρώντας σε κοινό περιβάλλον αλληλεπίδρασης. Η ροή των πληροφοριών δεν είναι μονοκατεύθυνη, γιατί επικοινωνία χωρίς ανατροφοδότηση, δεν υφίσταται. Αρχικά, ο πομπός αποστέλλει το ηθελημένο μήνυμα και ο ακροατής το λαμβάνει τόσο ακουστικά όσο και οπτικά. Έπειτα το αποκωδικοποιεί χρησιμοποιώντας τις γλωσσολογικές, γνωστικές και κοινωνικές του γνώσεις και τέλος το ερμηνεύει ανταπαντώντας καταλλήλως (Anderson et al., 2013).

Η επικοινωνία διαθέτει ποικίλες πτυχές και παρακλάδια. Αδιαμφισβήτητα, η γλώσσα και η ομιλία συντελούν τους πυλώνες της διεργασίας αυτής και γι’αυτό θα αναλυθούν εκτενέστερα παρακάτω. Ωστόσο, σημαντικά κομμάτια της επικοινωνίας θεωρούνται οι παραγλωσσολογικές, μη γλωσσολογικές και μεταγλωσσολογικές πλευρές της. Οι παραγλωσσολογικοί μηχανισμοί σχετίζονται με τις αλλαγές στη μορφή και το νόημα των συμφραζομένων, δρώντας σε ξεχωριστούς ήχους ή λέξεις μιας πρότασης. Αυτοί οι

μηχανισμοί σηματοδοτούν την διάθεση ή το συναίσθημα και περιλαμβάνουν το ρυθμό εκφοράς, επιτονισμό, τονισμό, παύση ή δισταγμό. Ο ρυθμός διαφέρει ανάλογα τον ενθουσιασμό του ομιλητή, την οικειότητα με το περιεχόμενο και την αντιλαμβανόμενη κατανόηση του ακροατή. Τα πρότυπα επιτονισμού περιλαμβάνουν μεταβολές του ύψους της φωνής ενώ ο τονισμός χρησιμοποιείται για έμφαση. Οι παύσεις μπορεί να λαμβάνουν χώρα για να τονιστεί ή να αντικατασταθεί ένα μέρος του μηνύματος. Τα μη γλωσσολογικά στοιχεία συγκροτούνται από την στάση σώματος, τις εκφράσεις, χειρονομίες, βλεμματική επαφή και σωματική απόσταση. Κάθε μία από αυτές τις πλευρές της μη γλωσσολογικής συμπεριφοράς φέρει την δύναμη να επηρεάσει την επικοινωνία. Τέλος, τα μεταγλωσσολογικά στοιχεία καθιστούν τον ομιλητή ικανό να αναφερθεί στην ίδια τη γλώσσα, να την σκεφτεί, να την αναλύσει, να την διαχωρίσει από το περιεχόμενό της και να την κρίνει (Anderson et al., 2013).

Από το δεύτερο, κιόλας, έτος της ζωής τους, τα παιδιά μεταβαίνουν από την αντανάκλαστική, χωρίς πρόθεση επικοινωνία στην διατύπωση λέξεων για την έκφραση μίας πρόθεσης. Σε αυτό το στάδιο, παρατηρείται βελτίωση της γλώσσας, έμφασης και τονισμού, με στόχο την βελτίωση της ποιότητας του διατυπωμένου μηνύματος. Από την ηλικία των τριών ετών, κιόλας, το παιδί διακατέχεται από την ανάγκη περεταίρω διευκρίνισης των χειρονομιών και της συμπεριφοράς του ανάλογα τον συνομιλητή του. Ενώ στην ηλικία των τεσσάρων ετών, ένα παιδί έχει την ικανότητα να τροποποιήσει την γλώσσα και ομιλία του, προσαρμόζοντας τις ανάλογα τον επιδιωκόμενο ακροατή (O'Neil & Harré, 2000).

Οι παραπάνω συμπεριφορές δεν είναι τυχαίες, καθώς ανήκουν στα τρία κύρια αναπτυξιακά στάδια των πρώιμων επικοινωνιακών προθέσεων. Στην αρχή, το παιδί κάνει χρήση αδιαφοροποίητων συμπεριφορών και άγνωστων προθέσεων. Έπειτα, μαθαίνει να επικοινωνεί μέσω χειρονομιών και φώνησης, για να εκφράσει την επιθυμία του, εντάσσοντας την βλεμματική επαφή στην συνομιλία του. Σε αυτή την φάση οι σκόπιμες φωνήσεις του παιδιού διαφέρουν από τις αδιαφοροποίητες, καθώς είναι συντομότερες, έχουν χαμηλότερη συνολική συχνότητα, διαφορετική προσωδιακή εκφορά και μεγαλύτερη ένταση (Papaeliou et al., 2002. Papaeliou & Trevarthen, 2006). Το τελευταίο στάδιο, χαρακτηρίζεται κυρίως από την αποκλειστική χρήση λέξεων για να μεταβιβάζονται προθέσεις, οι οποίες προηγουμένως εκφράζονταν με χειρονομίες. Το γεγονός, βέβαια, ότι υπάρχει λεκτική άνθιση δεν σημαίνει ότι οι χειρονομίες παύουν να επιλέγονται ως μέσω επικοινωνίας. Ο συνδυασμός χειρονομιών και λέξεων κατά την επικοινωνία, όπως όταν το παιδί υποδεικνύει με το δάχτυλο ένα αυτοκίνητο και λέει «Πάει», αυξάνεται καθώς το παιδί προσεγγίζει την παραγωγή εκφωνημάτων με δύο λέξεις (McEachem & Haynes, 2004).

Η περίοδο της σχολικής ηλικίας διακατέχεται από την βελτίωση της επικοινωνίας του παιδιού στη χρήση παραγλωσσολογικών, μη γλωσσολογικών και μεταγλωσσολογικών στοιχείων. Πλέον, σε αυτή την ηλικία το παιδί έχει την ικανότητα να χρησιμοποιεί τις επικοινωνιακές του δεξιότητες, να ενεργήσει σύμφωνα με το περιβάλλον που βρίσκεται, να συμμετέχει σε παιχνίδια ρόλων ή να εκφράσει σαρκασμό και να εντείνει την περιέργεια του συνομιλητή του. Οι χειρονομίες χρησιμοποιούνται, για να ενισχυθεί ή να δοθεί έμφαση στο μήνυμα. Οι μεταγλωσσολογικές ικανότητες παρόλο που πρωτοεμφανίζονται στα προσχολικά χρόνια, αποκτούν την τελική μορφή χρήσης τους στην ηλικία των 7 ή 8 ετών. Πλέον, το παιδί σχολικής ηλικίας επιδεικνύει μία αυξανόμενη ικανότητα, να κρίνει και να αποδέχεται γραμματικά μία πρόταση, αντανακλώντας την εξελισσόμενη γνώση του σχετικά με τη γλωσσική δομή (Anderson et al., 2013).

4.2 Γλώσσα

Η γλώσσα αποτελεί το υποστύλωμα της επικοινωνίας του ανθρώπινου είδους. Επιδέχεται πολλούς ορισμούς και έχει αποτελέσει αντικείμενο ενασχόλησης και αποσαφήνισης από μεγάλους επιστήμονες. Το μόνο σίγουρο, ωστόσο, είναι ότι η γλώσσα αποτελεί ένα ζωντανό οργανισμό, ο οποίος εξελίσσεται, μεταλλάσσεται και τροποποιείται με το πέρασμα του χρόνου. Όσο ο ανθρώπινος πολιτισμός υπάρχει και ανεξίσταται τόσο η ανθρώπινη γλώσσα θα αποκτά μία νέα υπόσταση μέσω καινούργιων λέξεων και κανόνων που μπορούν να προστεθούν ή να αφαιρεθούν. Επομένως, η γλώσσα αποτελεί ένα ανθρώπινο κατασκεύασμα το οποίο μεταβάλλεται συγχρονικά και διαχρονικά εξυπηρετώντας τις υφιστάμενες ανθρώπινες ανάγκες (Bussman, 1996).

Η όρος γλώσσα επιδέχεται ένα φάσμα πολύμορφων ορισμών που τις δόθηκαν από ανθρώπους διαφορετικών επιστημονικών κλάδων. Σύμφωνα με τον ανθρωπολόγο Eduard Sapir (1921) η γλώσσα αποτελεί μία αποκλειστικά ανθρώπινη εφεύρεση, η οποία δε βασίζεται στα ένστικτα, ώστε να επιτυγχάνεται η μετάδοση ιδεών, επιθυμιών, σκέψεων και συμβόλων (Lyons, 2002). Τον παραπάνω ορισμό θα επεκτείνει ο καθηγητής ψυχολογίας Κωνσταντίνος Πόρποδας (1999), ο οποίος αναφέρει για την γλώσσα ότι «Το χαρακτηριστικό εκείνο που κάνει το ανθρώπινο είδος να διαφέρει από όλα τα υπόλοιπα, είναι η ικανότητα του να δημιουργήσει ένα μοναδικό, πολυσήμαντο και πολύπλοκο συμβολικό σύστημα επικοινωνίας. Το σύστημα αυτό δεν συμβάλλει μόνο στην κάλυψη των βιολογικών αναγκών του, αλλά συμβάλλει και στη διανοητική του δημιουργία και στην

μεταξύ του επικοινωνία και κατανόηση. Το επικοινωνιακό σύστημα αυτό ονομάζεται γλώσσα».

Κατά την εξελικτική ψυχολόγο Lois Bloom «η γλώσσα είναι ένας κώδικας με τον οποίο οι ιδέες για τον κόσμο παρουσιάζονται μέσω ενός συστήματος μηνυμάτων για επικοινωνία». (Bloom, 1978). Ενώ ο Denton προσθέτει ότι «η γλώσσα είναι σύστημα από αυθαίρετα σύμβολα και συμβατικούς κανόνες κοινής αποδοχής, ομιλείται χωρίς αυτό να είναι απόλυτο, από μια κοινωνία ή μια κοινότητα ανθρώπων, οι οποίοι έχουν τη θέληση να επικοινωνούν» (Denton, 1976).

Η γλώσσα είναι ένας ένα κοινωνικός κώδικας αποτελούμενος από αυθαίρετα σύμβολα, τα οποία χρησιμοποιούνται και συνδυάζονται μέσω ορισμένων κανόνων. Οι κανόνες αυτοί επιτρέπουν να χρησιμοποιείται η γλώσσα δημιουργικά, ώστε να παράγεται νόημα. Με αυτόν τον τρόπο μεταβιβάζεται μία έννοια από τον επικοινωνιακό πομπό στον επιθυμητό δέκτη, για την ανταλλαγή μίας πληροφορίας. Η γλώσσα αποτελεί την γέφυρα του καθενός για τον προσδιορισμό, την περιγραφή ή την έκφραση ποικίλων συναισθημάτων, ιδεών, εννοιών ή καταστάσεων, ενώ συγχρόνως εκφράζει την κουλτούρα μία ολόκληρης κοινότητας (Anderson et al., 2013)

Παρατηρείται μία καθολική σύγχυση των εννοιών γλώσσας και λόγου, ειδικότερα στην ελληνική κοινωνία που κατά την καθομιλουμένη οι δύο αυτές λέξεις χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημες. Ο άνθρωπος χρησιμοποιεί τον λόγο οργανώνοντας τις σκέψεις, επιθυμίες και συναισθήματά του και μεταδίδοντάς τα λεκτικά στον κοινωνικό του περίγυρο. Προκειμένου να επιτευχθεί ένα τέτοιο έργο είναι αναγκαίο να γίνει χρήση ενός ορισμένου συστήματος συμβόλων, που παραπάνω ορίστηκε ως γλώσσα. Επομένως, η γλώσσα αποτελεί ένα καθορισμένο και αναγκαίο μέρος του λόγου. Με άλλα λόγια, ο λόγος ορίζεται ως η γνωστική διεργασία που μέσω αυτής εξυπηρετείται η ανάγκη του ανθρώπου για λεκτική επικοινωνία, μέσω ηχητικών συνδυασμών, των λέξεων, που διαμορφώνονται στη βάση κάποιων λογικών κανόνων. Σύμφωνα με τον Ferdinand de Saussure (1916), ο λόγος διακρίνεται σε δύο διαστάσεις, μία ατομική (ομιλία) και μια κοινωνική (γλώσσα) και είναι αδύνατον να νοήσουμε τη μια χωρίς την άλλη (Saussure, 1979).

Η συνηθέστερη και περισσότερο χρησιμοποιούμενη πτυχή του λόγου θεωρείται η προφορική. Πάνω στην προφορική του χρήση στηρίζεται τους πυλώνες του ο γραπτός λόγος. Αυτό, μάλιστα, διαφαίνεται από την ανάγκη του ανθρώπου για προγενέστερη γνώση του προφορικού λόγου προκειμένου να κατακτηθεί ο γραπτός. Επομένως, ο γραπτός τύπος του λόγου δεν είναι τίποτε άλλο παρά η αναπαράσταση των ήχων της προφορικής μορφής του, με σύμβολα (Anderson et al., 2013).

4.2.1 Συστατικά Μέρη της Γλώσσας

Σύμφωνα με τους Bloom & Lahey (1978), η γλώσσα είναι ένα σύστημα, το οποίο αποτελείται από τρεις διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση είναι η μορφή που εμπεριέχει τη φωνολογία, τη μορφολογία και τη σύνταξη. Την μορφή επιδέχεται η χρήση, που περιλαμβάνει μονάχα τη πραγματολογία και τέλος συναντάται το περιεχόμενο, στο οποίο εντάσσεται η σημασιολογία. Αυτά τα πέντε συστήματα κανόνων - φωνολογία, μορφολογία, σύνταξη, πραγματολογία και σημασιολογία - είναι τα βασικά συστήματα κανόνων, που συνυπάρχουν σε κάθε γλώσσα, τα οποία είναι ξεχωριστά, αλλά συσχετίζονται και αλληλεπιδρούν ταυτόχρονα στην επικοινωνία. Η ενσωμάτωση και των τριών διαστάσεων δηλώνει τη γνώση της γλώσσας ή γλωσσική ικανότητα (Καμπανάρου, 2007).

Φωνολογία

Ο κλάδος της Φωνολογίας μελετάει την λειτουργία των φωνημάτων ενός γλωσσικού συστήματος. Ως φώνημα, ορίζεται η ελάχιστη μονάδα μιας γλώσσας που διαφοροποιεί τον κάθε ομιλητικό ήχο από κάθε άλλον, σε φωνητικό επίπεδο. Ο συνδυασμός των ηχητικών αυτών μονάδων, με πολυποίκιλους τρόπους συντελεί στην διαμόρφωση λέξεων με νόημα. Για την ορθή κατανομή και αλληλουχία των φωνημάτων έχουν οριστεί κάποιοι φωνολογικοί κανόνες. Οι κανόνες κατανομής ελέγχουν αν ένας ήχος μπορεί να τοποθετηθεί σε μία θέση στην λέξη. Για παράδειγμα, ο ήχος /η/ ή "νχ", που υπάρχει στη λέξη άγχος, δεν προβλέπεται να εμφανίζεται στην αρχή μιας λέξης. Οι κανόνες αλληλουχίας προσδιορίζουν τους επιτρεπόμενους συνδυασμούς των ομιλητικών ήχων, ενώ σχετίζονται και με τις τροποποιήσεις ήχων, που γίνονται, όταν δύο φωνήματα παρουσιάζονται το ένα μετά το άλλο. Οι κανόνες κατανομής και αλληλουχίας είναι πιθανό να εφαρμόζονται μαζί (Anderson et al., 2013).

Η φωνολογία δεν αποτελεί την μόνη επιστήμη που ασχολείται με την μελέτη των γλωσσικών ήχων, καθώς στον ίδιο τομέα ανήκει και ο τομέας της φωνητικής. Ωστόσο, η διάκριση έγκειται στο γεγονός ότι η φωνητική πραγματεύεται τη φυσιολογία της ομιλίας, δηλαδή, εξετάζει τους ήχους που παράγονται απ' τα ανθρώπινα φωνητικά όργανα ή τους αναλύει πειραματικά με τη βοήθεια ειδικών μηχανημάτων, όπως είναι ο φασματογράφος ή παλμογράφος. Η φωνητική διακρίνεται σε τρία είδη την αρθρωτική που μελετά τον τρόπο διαμόρφωσης των φωνητικών οργάνων κατά την ομιλία, την ακουστική που ασχολείται με τις ακουστικές ιδιότητες των γλωσσικών ήχων (συχνότητα, πλάτος, ένταση και διάρκεια)

και την ακροατική η οποία διερευνά τον τρόπο με τον οποίο ο ανθρώπινος εγκέφαλος προσλαμβάνει και επεξεργάζεται τα ηχητικά ερεθίσματα. Η φωνητική και η φωνολογία βρίσκονται σε στενή σχέση μεταξύ τους, είναι όμως ταυτόχρονα ανεξάρτητες η μία απ' την άλλη. Τέλος, η φωνολογία εμφανίζεται χρονολογικά πολύ αργότερα από την φωνητική σε αναπτυξιακό επίπεδο (Παπαηλιού, 2005).

Μορφολογία

Η μορφολογία θεωρείται ο κλάδος της γλωσσολογίας που ασχολείται με την εσωτερική οργάνωση των λέξεων ή αλλιώς την αναγνώριση, την ανάλυση και την περιγραφή της μορφής των λέξεων. Οι λέξεις αποτελούνται από μικρότερες μονάδες γραμματικής, οι οποίες ονομάζονται μορφήματα. Ένα μόρφημα είναι αδιαίρετο, χωρίς να παραβιάζεται το νόημα ή να παράγονται μονάδες χωρίς νόημα. Μέσω της μορφολογίας ο χρήστης της γλώσσας έχει την δυνατότητα να τροποποιήσει το νόημα των λέξεων διακρίνοντάς τις σημασιολογικά. Έτσι, μπορεί να τις διαφοροποιήσει ως προς τον αριθμό (λόφος, λόφοι), το πρόσωπο (χτυπό, χτυπάς), το ρηματικό χρόνο (γελώ, γέλασα), να επεκτείνει το νόημα λέξεων (ανακαλύπτω, συγκαλύπτω) και να βρίσκει την κατηγορία λέξεων (όμορφος [επίθετο], ομορφιά [ουσιαστικό], όμορφα [επίρρημα]) (Ράλλη, 2012).

Σύνταξη

Στον κλάδο της γλωσσολογίας, ο τομέας της σύνταξης ασχολείται με την μελέτη των κανόνων και των ιεραρχικών σχέσεων που ρυθμίζουν την σειρά των λέξεων κατά τον συνδυασμό τους για τον σχηματισμό προτάσεων, στις φυσικές ανθρώπινες γλώσσες. Με άλλα λόγια, το συντακτικό αναφέρεται στους κανόνες που ορίζουν την δομή ή μορφή μιας πρότασης διαμορφώνοντας ορθά σχηματισμένες (γραμματικές) προτάσεις. Στην περίπτωση παραβίασης των ορισμένων συντακτικών κανόνων η πρόταση χαρακτηρίζεται ως αντιγραμματική. Οι φυσικοί ομιλητές της κάθε γλώσσας έχουν την ικανότητα διαχωρισμού των γραμματικών από των αντιγραμματικών προτάσεων. Η γραμματικότητα μιας πρότασης δεν επηρεάζεται από την αλλοίωση του νοήματος (π.χ. Ένα κουτάλι κλείδωσε το καρότσι.) ή της αλήθειας (π.χ. Τα ποδήλατα κινούνται με λάδι), αλλά καθαρά από την ανώμαλη χρήση συντακτικών κανόνων (Anderson et al., 2013).

Σημασιολογία

Η σημασιολογία, είναι ο κλάδος της γλωσσολογίας που ασχολείται με το νόημα και το περιεχόμενο των λέξεων ή φράσεων που μεταβιβάζονται. Μέσω του νοήματος

πραγματοποιείται ο διαχωρισμός της πραγματικότητας σε κατηγορίες, ταξινομώντας όμοιες μεταξύ τους έννοιες, όπως αντικείμενα, ενέργειες, σχέσεις ή διαχωρίζοντας ανόμοιες. Οι ίδιες οι λέξεις ή τα σύμβολα δεν αντιπροσωπεύουν την πραγματικότητα, αλλά τις ιδέες ή τις αντιλήψεις του γλωσσικού χρήστη για την πραγματικότητα. Ειδικότερα, η σημασιολογία εξετάζει α) τη σχέση των λέξεων με τα αντικείμενά, ιδέες ή γεγονότα στα οποία αναφέρονται, β) τις μεταβολές της σημασίας των γλωσσικών αυτών συμβόλων, καθώς και γ) τη σχέση της σημασίας με άλλα γλωσσικά επίπεδα (γραμματική, σύνταξη, φωνολογία) (Πρώιου, 2008).

Βασική μονάδα του σημασιολογικού επιπέδου θεωρείται η λέξη. Μία μονάχα λέξη φέρει την δύναμη να επηρεάσει το νόημα μιας ολόκληρης πρότασης αντικαθιστώντας ή προσθαφαιρώντας μια ήδη υπάρχουσα. Βέβαια, ως ελάχιστη μονάδα του σημασιολογικού επιπέδου δεν θεωρείται η λέξη, αλλά το μόρφημα, το οποίο είναι «το μικρότερο γλωσσικό τεμάχιο που είναι φορέας νοήματος». Ο συνδυασμός των μορφημάτων, είναι αυτός που οδηγεί στον σχηματισμό μονάδων ανώτερου επιπέδου, όπως λέξεις, φράσεις, προτάσεις (Anderson et al., 2013).

Πρέπει να διευκρινιστεί ότι η σημασιολογία δεν αποτελεί το μόνο γλωσσικό συστατικό που συνδράμει στον καθορισμό του νοήματος. Μείζονα ρόλο διαδραματίζει επίσης η σύνταξη, καθώς η μεταβίβαση μίας λέξης σε μία διαφορετική θέση εντός της πρότασης μπορεί την μεταβάλει πλήρως νοηματικά. Για παράδειγμα, η πρόταση «το αγόρι κυνηγάει το σκυλί» έχει παντελώς άλλη ερμηνεία από την πρόταση «το σκυλί κυνηγάει το αγόρι». Παρότι απαρτίζονται λοιπόν, από τις ίδιες ακριβώς λέξεις και τα ίδια μορφήματα, έχουν διαφορετικό νόημα λόγω της σειράς τους Αυτό επιδεικνύει πόσο αλληλεξαρτώμενα αλλά συγχρόνως αυτόνομα είναι τα παραπάνω γλωσσικά συστήματα (Παπαηλιού, 2005).

Πραγματολογία

Η πραγματολογία μελετά την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται και να ερμηνεύει τη γλώσσα, σύμφωνα με τις επικοινωνιακές συνθήκες που επικρατούν. Προκειμένου να είναι επιτυχής η επικοινωνία, είναι απαραίτητες οι γνώσεις κοινωνικής καταλληλότητας, καθώς και γνώσεις μορφής και περιεχομένου. Αυτό σημαίνει πως το άτομο πρέπει να είναι σε θέση να τηρεί τους κοινωνιογλωσσικούς κανόνες που διέπουν την επικοινωνία, δηλαδή να λέει το σωστό πράγμα, με το σωστό τρόπο, στο σωστό τόπο και χρόνο. Οι πραγματολογικοί κανόνες σχετίζονται με την συνοχή και οργάνωση των συζητήσεων που περιλαμβάνουν το άνοιγμα, τη διατήρηση και το κλείσιμο μιας συζήτησης, την διατήρηση ή εναλλαγή θέματος και σειράς και την δημιουργία συμβόλων στη συζήτηση. Επιπλέον, μείζονα ρόλο

διαδραματίζουν οι δεξιότητες του ομιλητή σε σχέση με τον περίγυρό του, όντας ικανός να εδραιώσει, διατηρήσει και εναλλάσσει τον γλωσσολογικό κώδικα με βάση το επικοινωνιακό του πλαίσιο. Τέλος, οι πραγματολογικοί κανόνες αναφέρονται στην επιδιόρθωση λαθών, μέσω της συνεχούς ανατροφοδότησης (Παυλίδου, 2006).

Η πραγματολογία περιλαμβάνει τρεις κύριες δεξιότητες, με την πρώτη να είναι η χρήση της γλώσσας για διαφορετικούς σκοπούς, η δεύτερη να σχετίζεται με την διαφοροποίηση της γλώσσας ανάλογα τον επικοινωνιακό δέκτη ή το περιβάλλον και η τρίτη να αποτελεί την τήρηση των κανόνων συνομιλίας και αφήγησης. Η έλλειψη της πραγματολογίας από την γλώσσα θα σήμαινε την απομάκρυνση της γλώσσας από τον αυτοσκοπό της, δηλαδή την κατάλληλη επικοινωνία με βάση τον συνομιλητή. Με την βοήθεια της πραγματολογίας, η γλώσσα δεν είναι ένας αφηρημένος κώδικας, αλλά ένα εργαλείο αλληλεπίδρασης (Παυλίδου, 2006).

4.3 Ομιλία

Εφ' όσον παραπάνω εξετάστηκε η έννοια της γλώσσας και του λόγου, καθίσταται απαραίτητος ο ορισμός και η ανάλυση της ομιλίας, προκειμένου να επιτευχθεί η εννοιολογική διαφοροποίησή τους. Ο όρος ομιλία σύμφωνα με τον Saussure, 1916/1979 αναφέρεται στην ατομική διάσταση του λόγου και χρησιμοποιείται ως εργαλείο (λεκτικό μέσο) από τον άνθρωπο με σκοπό τη μετάδοση ενός μηνύματος (Καμπούρογλου, 2003). Η ομιλία απαιτεί τον ακριβή νευρομυϊκό συντονισμό των πνευμόνων, του λάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας και της ρινικής κοιλότητας. Η διαδοχική κίνηση των παραπάνω συστημάτων στοχεύει στην παλμική δόνηση του εξερχόμενου αέρα και την παραγωγή του επιθυμητού ακουστικού σήματος. Αυτό, βέβαια, δεν συνιστά κάθε παραγόμενο ήχο μέρος της ομιλίας. Για να συγκαταλεχθεί ένας ήχος ως ομιλητικός, θα πρέπει να επιτυγχάνεται η ηχητική μεταβίβαση ενός μηνύματος μέσω του συντονισμένου συνδυασμού φωνημάτων, δηλαδή των λέξεων (Παπαηλιού, 2005). Αξίζει, τέλος, να αναφερθεί, ότι αν και η προφορική έκφραση της γλώσσας κατέχει καίρια σημασία στην επικοινωνία, κατά την πραγμάτωση μίας συζήτησης ένα μεγάλο μέρος του μηνύματος μεταφέρεται από μη ομιλητικά μέσα, όπως οι εκφράσεις προσώπου και οι χειρονομίες (Anderson et al., 2013) (Anderson B. Noma, Shame H. George, 2013).

Η Αμερικάνικη Ένωση Ομιλίας, Λόγου και Ακοής (ASHA, 1999) επισημαίνει ως καθοριστικό παράγοντα για την παραγωγή ομιλίας την φυσιολογική ροή ή ευχέρεια, που αποτελείται από τη συνέχεια, το ρυθμό, την ομαλότητα, και / ή την προσπάθεια με τις οποίες

ένας πομπός παράγει τις διάφορες γλωσσολογικές και φωνητικές ενότητες. Επομένως, η φυσιολογική ανατομία που συντελεί στην ορθή ομιλητική ροή και εκφορά των φωνημάτων κατέχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο στη διεργασία της ομιλίας.

Η μικρότερη μονάδα ομιλίας είναι το φώνημα, που όπως ήδη έχει οριστεί αποτελεί το ελάχιστο ηχητικό στοιχείο μίας γλώσσας και το ίδιο δεν φέρει σημασία αλλά ο συνδυασμός του οδηγεί στην γέννηση της λέξης. Μέσω των φωνημάτων πραγματοποιείται η διαφοροποίηση του νοήματος του γλωσσικού ήχου. Τα φωνήματα ταξινομούνται σε φωνήεντα και σύμφωνα. Τα φωνήεντα παράγονται με μία σχετικά ανεμπόδιστη ροή αέρα στη φωνητικό οδό, ενώ τα σύμφωνα απαιτούν την τριβή και στροβιλισμό του αέρα από ένα κλειστό ή στενό πέρασμα. Επίσης, τα φωνήματα διαφοροποιούνται ως προς την ηχηρότητα, κατηγοριοποιώντας τα ως ηχηρά ή ως άηχα. Τα ηχηρά φωνήματα παράγονται με φώνηση, δηλαδή με την δόνηση των φωνητικών χορδών, στον αντίποδα από τα άηχα. Όλα τα φωνήεντα είναι ηχηρά, αλλά τα σύμφωνα μπορεί να είναι είτε ηχηρά, είτε άηχα (Βογινδρούκας, 2002).

Οι λειτουργίες της ομιλίας μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κύριες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει το πιο πρακτικό κομμάτι της ομιλίας, δηλαδή την χρήση των ορθών ανατομικών συστημάτων του σώματος προκειμένου να επιτευχθεί η πράξη της φώνησης. Για να παραχθεί και να αποδοθεί τελέσφορα η ομιλία θα πρέπει αρχικά να πραγματοποιηθεί η εγκεφαλική ενεργοποίηση που θα κρίνει τη σωστή επιλογή των λέξεων για το σχηματισμό και την κατανομή των εννοιών. Το νοητικό στάδιο ακολουθείται από το στάδιο της φωνητικής εκφοράς, το οποίο για να επιτευχθεί συμμετέχουν το αναπνευστικό, το φωνητικό, αλλά και το αρθρωτικό σύστημα. Δηλαδή, η πρώτη λειτουργία πραγματεύεται την νοητική διαδικασία της φώνησης, σε συνδυασμό με τη σωστή λειτουργία των αρθρωτών. Στην δεύτερη κατηγορία, συμπεριλαμβάνεται η αντίληψη της ομιλίας, δηλαδή η πρόσληψη, η σωστή ερμηνεία και η ανάλυση των αλληλουχιών που αποτελούνται από ήχους, καθώς και η επαναδόμησή τους σε νοηματικές ενότητες από τον εκάστοτε ομιλητή (Βογινδρούκας, 2002).

4.4 Αναπτυξιακά ορόσημα λόγου και ομιλίας

Η γέννηση του κάθε παιδιού, ταυτίζεται με την εκκίνηση της αναπτυξιακής του παρατήρησης. Τα στάδια ανάπτυξης του ανθρώπου αποτελούν μία επιστημονικά προσδιορισμένη συνθήκη, καθώς μέσω αυτών αποσαφηνίζεται αν ένα παιδί είναι τυπικής ή καθυστερημένης ανάπτυξης. Φυσικά, τα ορόσημα αυτά αν και θεσμοθετημένα επιδέχονται

ορισμένες παρεκκλίσεις καθώς είναι κατανοητό πως η ισχύ τους δεν μπορεί να είναι απόλυτη και καθολική (Aimard, 1991. Νικολόπουλος, 2008). Ο όρος, λοιπόν, των αναπτυξιακών οροσήμων αναφέρεται στο γενικό άθροισμα των λειτουργικών δεξιοτήτων που πρέπει να εκτελούν τα παιδιά σε κάθε στάδιο της πρώιμης ζωής τους. Τα ορόσημα, αναλύουν την προσδοκώμενη ανάπτυξη ποικίλων κατηγοριών, ωστόσο στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα αναλυθούν τα στάδια ανάπτυξης της γλώσσας και ομιλίας ανά ηλικία (Kenneth et al., 2013).

4.4.1 Ηλικία 0-6 μηνών

Κατά την βρεφική ηλικία λαμβάνει χώρα η πρώτη επαφή του ανθρώπου με την μητρική του γλώσσα. Το βρέφος ξεκινά να αναγνωρίζει τα πρότυπα της ομιλούμενης γλώσσας και να κάνει γενικεύσεις (Marcus, 2001). Η μητρική ενθάρρυνση του βρέφους, για επικοινωνία και παρακολούθηση των ορθών προτύπων, σχετίζεται θετικά με την μετέπειτα γλωσσική του ανάπτυξη. Ειδικότερα, τα μωρά μαθαίνουν πρωτίστως τα μοντέλα προσωδίας ή ροής της μητρικής τους γλώσσας, καθώς και την φωνοτακτική της οργάνωση. Οι γνώσεις, αυτές, βοηθούν στον χωρισμό και την ανάλυση των λέξεων που συμπεριλαμβάνονται στην αδιάσπαστη ροή των ώριμων ομιλητών (Karrass et al., 2002).

Από την νεογνική, κιόλας, ηλικία παρατηρείται η ανάγκη του ατόμου για επικοινωνία. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως μέσω του κλάματος και ανώριμων φωνηεντικών ήχων. Μέχρι το τέλος του πρώτου μήνα, τα κλάματα διαφοροποιούνται και το οικείο περιβάλλον του μωρού αντιλαμβάνεται την διαφοροποίηση του πρότυπου κλάματος ανάλογα με την ανάγκη του μωρού. Οι ήχοι που εκφέρει χαρακτηρίζονται από την έντονη ρινική διαφυγή, με αποτέλεσμα την ρινικοποίησή και ατελή αντήχησή τους στην στοματική κοιλότητα (Anderson et al., 2013). Επιπλέον, πολλοί από τους παραγόμενους ήχους αυτού του σταδίου ηχούν σαν "γρύλισμα", εξαιτίας της λαρυγγικής τους τοποθέτησης. Από αυτή την ηλικία το παιδί αναγνωρίζει και τρομάζει αντανακλαστικά σε ήχους, ενώ έχει την ικανότητα να αντιληφθεί και διακρίνει μεταξύ διαφορετικών υψών φωνής, διαρκειών ήχων, επιπέδων ηχηρότητας αλλά και διαφορετικών φωνημάτων (Moon et al., 1992). Όταν του απευθύνουν τον λόγο μπορεί να χαμογελάσει και γυρνά το κεφάλι του προκειμένου να εντοπίσει τον πομπό του μηνύματος (Kenneth, 2013).

Σταδιακά, τα βρέφη αποκτούν την ικανότητα αναγνώρισης της γλώσσας τους από γλώσσες με διαφορετικά πρότυπα (Mehler et al. , 1998. Nazzi et al., 1998), ενώ από τους 5 μήνες η διάκριση μπορεί να συμβεί και μεταξύ άλλων γλωσσών με τα ίδια προσωδιακά

πρότυπα (Bosch & Sebastian-Galles, 1997. Nazzi et al., 2000). Ένα ακόμη εργαλείο που χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό των λεκτικών ορίων είναι τα πρότυπα τονισμού ή έμφασης (Echols et al., 1997). Έως την ηλικία των 2 ετών, επίσης, η κατανόηση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πλαίσιο (Striano et al., 2003). Επομένως, τα βρέφη φαίνεται να συνδυάζουν στοιχεία φωνολογίας, σημασιολογίας, σύνταξης, προτύπων τονισμού και γενικού πλαισίου, με σκοπό την διάσπαση της ροής του λόγου και ερμηνείας του (Sanders & Neville, 2000).

Στους 4 έως 6 μήνες, ξεκινά ο ηχητικός πειραματισμός και ο αυξανόμενος έλεγχος των μερών του φωνητικού μηχανισμού, όπως η προεκβολή της γλώσσας. Πλέον, ο νευρομυϊκός έλεγχος μετατοπίζεται από το οπίσθιο τμήμα της στοματικής κοιλότητας στα χείλη και το βρέφος είναι ικανό να χρησιμοποιήσει τους εσωτερικούς μύες της γλώσσας. Οι ικανότητες περιορισμού γίνονται πιο ώριμες στην εμπρόσθια θέση του στόματος, κάτι που διαπιστώνεται από την δεξιότητα του βρέφους να σουφρώνει τα χείλη χωρίς την κίνηση της σιαγόνας και την επικράτηση των χειλικών ήχων (Anderson et al., 2013). Σε αυτή την φάση, η ομιλία διακρίνεται από παρατεταμένες περιόδους φώνησης και σειρές ήχων, που ονομάζονται βάβισμα. Το "γρύλισμα" που λάμβανε χώρα προηγουμένως τείνει να μειώνεται με την εμφάνιση των ήχων /b/, /p/ και /m/ να κυριαρχούν. Παράλληλα, η μίμηση και επανάληψη των ήχων, που πρωτοεμφανίζονται στο παρών στάδιο, αποτελούν σημαντική προσθήκη στην ομιλητική ανάπτυξη του ατόμου (Kenneth et al., 2013). Τέλος, η μερική παραγωγή σειροθετημένων ήχων, δηλαδή συλλαβών, από τα βρέφη αυτής της ηλικίας μοιάζει περισσότερο με ομιλία, παρά με μεμονωμένους φωνηεντικούς ήχους (Masataka, 1995).

4.4.2 Ηλικία 7 – 12 μηνών

Καθώς το βρέφος αναπτύσσεται η ομιλία του προοδεύει στην επαναλαμβανόμενη παραγωγή της συλλαβής (/ba, ba/), στην προσπάθεια του να καταλάβει τις ιδιότητες της περιβάλλουσας γλώσσας. Αν και τα φωνήματα που εκφέρει δεν κατέχουν την τελική μορφή τους και παράγονται αργά, η ποιότητα της αντήχησης και ο συγχρονισμός του βαβίσματος προσεγγίζουν πιο αισθητά την ώριμη ομιλία. Η συχνότητα της εμφάνισης των συμφώνων στο βάβισμα προοιωνίζει την σειρά της κατάκτησης ομιλητικών ήχων μετέπειτα. Όσο το παιδί μεγαλώνει το βάβισμά του αρχίζει να αντανακλά την ενήλικη ομιλία σε συλλαβική δομή και επιτονισμό (Anderson et al., 2013)

Μετέπειτα σε αυτή την περίοδο, η ομιλία του παιδιού διακατέχεται από μεγάλης διάρκειας αναδιπλασιασμένες σειρές συλλαβών σύμφωνο-φωνήεν, όπως /bababa/ και ευρεία χρήση ποικιλίας ήχων κατά το μουρμουρητό (Anderson et al., 2013). Πολλές φορές ο αναδιπλασιασμός φωνημάτων (πχ. /nenene/) συνεχίζει ως αναδιπλασιασμός των πρώιμων λέξεων (/nene/ για νερό). Το μωρό ξεκινά να προσδίδει νόημα σε ορισμένες ηχητικές ακολουθίες, όπως το /baba/. Το εκφραστικό λεξιλόγιο κυμαίνεται από μία μέχρι τρεις λέξεις οι οποίες θα είναι ουσιαστικά. Η μίμηση διατηρείται σε υψηλά επίπεδα, ακόμη και κατά την διάρκεια κλάματος, προκειμένου να αποτραβήξει την προσοχή των οικείων του. Πολλές φορές η μίμηση σχετίζεται με την προσπάθεια του παιδιού να αναπαράγει την ενήλικη προσωδία και μελωδικότητα της ομιλίας που προσλαμβάνει. Στην ηλικία των 10 έως 11 μηνών, περίπου, πραγματοποιείται η παραγωγή της πρώτης λέξης των παιδιών (Kenneth et al., 2013).

Σε αντιληπτικό επίπεδο, τα βρέφη αυτής της ηλικίας κατανοούν απλές εντολές, τις λέξεις "ναι" και "όχι" αλλά και λέξεις απλών αντικειμένων που επαναλαμβάνονται συχνά. Επίσης, παρατηρείται η απόκρισή τους στο άκουσμα του ονόματός τους και βλεμματική επαφή όσο ο φροντιστής τους μιλάει.

Στο διάστημα αυτό, ο ανοδικός νευρομυϊκός έλεγχος του βρέφους το βοηθά στο να μπορεί να δαγκώνει απαλά, στερεά φαγητά. Από την ηλικία των 11 μηνών, επίσης, παρατηρείται η μεταβολή του προτύπου μάσησης από κατακόρυφο σε ένα πιο περιστροφικό, που εμφανίζεται σε μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικους. Το παιδί είναι σε θέση να κρατήσει τα χείλη του κλειστά, ενώ μασάει και καταπίνει. Επιπλέον, η γλώσσα μπορεί, περιοδικά, να παραμείνει ανυψωμένη, ανεξάρτητα από την κίνηση της σιαγόνας (Anderson et al., 2013)

4.4.3 Ηλικία 13 – 18 μηνών

Η ομιλία του σταδίου αυτού, χαρακτηρίζεται από ποικιλόχρωμο βάβισμα, στο οποίο οι διαδοχικές και διπλανές συλλαβές είναι πλέον ανόμοιες πχ. /bada/, ενώ η επίσης η ομιλία προσεγγίζει περισσότερο τα πρότυπα του ενήλικου επιτονισμού, χωρίς όμως να είναι καταληπτή. Αυτή η μη καταληπτή εκδοχή της ονομάζεται αλλιώς "ακαταλαβίστικα" και μπορεί να ηχεί σαν δηλώσεις ή ερωτήσεις ενός ενήλικου. Εκτός των παραπάνω, το παιδί παράγει ορισμένους ήχους που λειτουργούν ως λέξεις, χωρίς να είναι υπαρκτές στο καθομιλούμενο λεξιλόγιο. Αυτοί οι ήχοι έχουν σχέσεις ήχου-νοήματος, αναπτύσσονται λίγο

πριν την εμφάνιση των πρώτων λέξεων και ονομάζονται φωνητικά σταθεροί τύποι (ΦΣΤ) (Anderson et al., 2013).

Η εμφάνιση των πρώτων λέξεων ή διατυπώσεων που λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια αυτού του οροσήμου, δεν σηματοδοτεί το τέλος των φωνήσεων, όπως το βάβισμα, τα ακαταλαβίστικα και των ΦΣΤ. Η ύπαρξη των τριών αυτών ειδών ομιλητικής επικοινωνίας εξακολουθεί να πρωτοστατεί καθ' όλη τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής (Robb et al., 1994). Με την πάροδο του χρόνου, οι φωνήσεις του παιδιού μεταβάλλονται, αντανακλώντας αλλαγές στη συνολική γλωσσική ανάπτυξη. Τα ακαταλαβίστικα και οι ΦΣΤ παραγκωνίζονται και δίνουν την σειρά τους στις μεμονωμένες λέξεις και τις πολυλεκτικές εκφράσεις. Παρόλο που οι φωνήσεις μειώνονται ως ποσοστό επί της συνολικής επικοινωνίας, το συνολικό μέγεθος των φωνήσεων παραμένει σταθερό (Rome-Flanders & Cronk, 1995).

Το εκφραστικό λεξιλόγιο του παιδιού περιλαμβάνει από τρεις έως είκοσι λέξεις, πάλι κυρίως ουσιαστικά. Στις περισσότερες προσπάθειες εκφοράς των λέξεων παρατηρείται παράλειψη μερικών από των αρχικών και σχεδόν όλων των τελικών συμφώνων. Επιπλέον, το άτομο αυτής της ηλικίας φέρει την ικανότητα παράκλησης για πράγματα που επιζητά ή επιθυμεί. Τέλος, ένα παιδί 18 μηνών μπορεί να ακολουθήσει απλές εντολές και να αναγνωρίσει ένα με τρία μέρη του σώματος του (Kenneth et al., 2013). Στους 18 μήνες ,περίπου, ο όγκος του λεξιλογίου του μωρού παρουσιάζει μία ραγδαία έκρηξη, ενώ παράλληλα πρωτοεμφανίζονται οι προτάσεις με δύο λέξεις (Παπαηλίου, 2005. Νικολόπουλος, 2008).

4.4.4 Ηλικία 19 – 24 μηνών

Η ομιλία ενός ανθρώπου σχεδόν δύο ετών χαρακτηρίζεται από τον συνδυασμό των ουσιαστικών με ρήματα ή επίθετα και την πρώιμη χρήση αντωνυμιών. Το παιδί είναι κατανοητό σε άγνωστα άτομα σε ποσοστό 25-50%, με τις λέξεις πλέον να κυριαρχούν στην ομιλία του στον αντίποδα με το προηγούμενο στάδιο. Το εκφραστικό του λεξιλόγιο αποτελείται από 50 με 100 περίπου λέξεις και το αντιληπτικό του από 300 ή περισσότερες. Η επακριβής κατονομασία οικείων αντικειμένων πρωτοεμφανίζεται, επίσης, σε αυτό το στάδιο, καθώς και η γνώση τουλάχιστον πέντε μερών του ανθρώπινου σώματος. Το παιδί, παράλληλα, είναι ικανό να απαντήσει στην ερώτηση «τι είναι αυτό;» αλλά και το ίδιο να χρησιμοποιήσει το κατάλληλο προσωδιακό πρότυπο για την διατύπωση μίας ερώτησης.

Τέλος, κατά την αφήγηση ιστοριών από τον φροντιστή του, αυτό φαίνεται να διασκεδάζει και να είναι προσηλωμένο σε ό,τι ακούει (Kenneth et al., 2013).

Μεταξύ 19 και 24 μηνών, εντοπίζεται μία λεξιλογική έκρηξη και ιδιαίτερα του αντιληπτικού λεξιλογίου (Mervis & Bertrand, 1995), σε σημείο που ακόμη και οι τρεις εκθέσεις σε μία νέα λέξη είναι αρκετές για την κατάκτησή της (Houston-Price et al., 2005). Η πλειοψηφία των παιδιών συνεχίζει να αναπτύσσει την κατανόηση μιας λέξης κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους (Carpenter et al., 2005). Λεξικολογικά ανεπτυγμένα παιδιά αυτής της ηλικίας, είναι, εξίσου ανεπτυγμένα γραμματικά, παράγοντας καλύτερους συνδυασμούς και μεγαλύτερες κλίμακες γραμματικών δομών. Σε αυτή την φάση τα νέα φωνήματα που έχουν κατακτηθεί είναι τα /n/, /m/, /p/, /γ/ (McGregor et al., 2005).

Σε πολλά παιδιά αυτής της ηλικίας, η βασική μονάδα που διέπει την ομιλία τους είναι η συλλαβή σύμφωνο-φωνήεν (ΣΦ) ή σύμφωνο-φωνήεν-σύμφωνο-φωνήεν (ΣΦΣΦ). Αυτές οι δομές είτε ατόφιες είτε με ύπαρξη απαλοιφών συναντώνται συχνά ως προϊόν απλοποίησης μίας λέξης. Το παιδί, απαλείφει τόσο τονισμένες όσο και μη τονισμένες συλλαβές. Μία ακόμη μεταβολή που παρατηρείται με στόχο και πάλι την απλοποίηση είναι ο αναδιπλασιασμός της συλλαβικής δομής πχ. /yala/ • /lala/, καθώς και η απλοποίηση συμφωνικών συμπλεγμάτων. Οι απλοποιήσεις αυτές υποδεικνύουν ότι το παιδί βρίσκεται στο στάδιο της εντατικής μάθησης των ηχητικών προτύπων της γλώσσας. Τέλος, σε αυτή την ηλικία γίνεται ευρεία χρήση της αντικατάστασης φωνημάτων, η οποία όμως δεν είναι τυχαία. Συγκεκριμένα, οι πιο συνήθεις τρόποι αντικατάστασης είναι η στιγμικοποίηση πχ. /yata/ • /gata/, δηλαδή η αντικατάσταση ενός ήχου από έναν έκκροτο ήχο, και η εμπροσθιοποίηση πχ. /kalaθi/ • /talaθi/ , δηλαδή, η αντικατάσταση φωνημάτων από φωνήματα που έχουν πιο πρόσθια θέση παραγωγής (Anderson et al., 2013).

Η οργάνωση των πρώτων λέξεων γίνεται με βάση τον έλεγχο της άρθρωσης του παιδιού και των σημασιολογικών ή νοηματικών κατηγοριών που κατανοεί. Ειδικότερα, η φωνολογική και η σημασιολογική ανάπτυξη αλληλεξαρτώνται. Οι πρώτες λέξεις που παράγουν τα παιδιά, είναι βαθιά επηρεασμένες από τη φωνολογία, αφού το παιδί θα αποφύγει λέξεις που δεν είναι σε θέση να προφέρει. Η προσθήκη νέου λεξιλογίου, λοιπόν, έγκειται καθαρά στην κατάκτηση και υιοθέτηση ενός "φωνολογικού προτύπου" λέξεων. Η λεξιλογική αυτή ανέλιξη, θα επηρεάσει τους ήχους που παράγει το δίχρονο παιδί, εξαιτίας της διαρκούς επανάληψης των φωνημάτων που παρουσιάζονται στις κατεκτημένες λέξεις. Πραγματοποιείται η γενίκευση αυτών των ήχων και έπειτα η προσπάθεια ένταξης τους σε άλλες λέξεις. Η παρούσα στρατηγική μάθησης των νηπίων, είναι γνωστή ως στρατηγική "πλαισίου-υποδοχής" κατά την οποία κατακτούν ορισμένα πλαίσια παραγωγής λέξεων,

που είναι πανομοιότυπα σε αριθμό και τονισμό συλλαβής, σύμφωνα και θέση. Έτσι, μπορεί να ερμηνευτεί το μεγάλο ποσοστό πρώτων λέξεων των παιδιών, οι οποίες περιέχουν παρόμοιους ήχους, συνδυασμούς ήχων και σχήματα συλλαβών. Εκτός αυτού, είναι σύνηθες για ένα παιδί αυτής της ηλικίας, να αναπαράγει ταχύτερα τις λέξεις που εκφέρονται συχνότερα από το περιβάλλον του, καθώς τις αναγνωρίζει και αποκωδικοποιεί γρηγορότερα και ακριβέστερα από μία νέα λέξη (Coady & Aslin, 2003).

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι τα νήπια δεν μιμούνται απλά τους άλλους ή κατονομάζουν αντικείμενα. Χρησιμοποιούν τη γλώσσα τους ως μέσο επιρροής, λήψης και μετάδοσης πληροφοριών, αλλά και συμμετοχής σε μία συζήτηση. Πλέον, η γλώσσα αποτελεί το βασικό εργαλείο επικοινωνίας τους, λαμβάνοντας την θέση της πρώιμης μη γλωσσολογικής επικοινωνίας στην οποία κυριαρχούσαν οι χειρονομίες και οι φωνήσεις.

4.4.5 Ηλικία 2 – 3 ετών

Το δεύτερο με τρίτο έτος της ζωής του ατόμου σημαίνει την επίσημη εκκίνηση της νηπιακής του ηλικίας. Κατά το διάστημα αυτό, εντοπίζεται ένα πρώιμο στάδιο γλωσσικής ανάπτυξης που περιλαμβάνει κυρίως εκφωνήματα μιας λέξης και πρώιμους πολύ-λεκτικούς συνδυασμούς. Τα νήπια, αρχικά, μαθαίνουν την κάθε λέξη δεκτικά και στην συνέχεια την εκφέρουν. Αυτό παρατηρείται κυρίως για λέξεις, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περισσότερα από ένα πλαίσια όπως “θέλω” , “όχι”. Βέβαια, υπάρχουν και κάποιες εξαιρέσεις λέξεων σε αυτό τον κανόνα, όπως αυτές που μπορούν χρησιμοποιηθούν σε μόνο ένα πλαίσιο, όπως “αντί” (Harris et al., 1995).

Η καταληπτότητα του λόγου του παιδιού, πλέον, αγγίζει το 50 – 75%, έχοντας εκτοξεύσει το εκφραστικό του λεξιλόγιο στις 50 με 250 ή περισσότερες λέξεις και το αντιληπτικό του στις 500 με 900 ή περισσότερες λέξεις. Όταν συντρέχει μία σωματική του ανάγκη την επικοινωνεί λεκτικά. Έχει την ικανότητα δόμησης προτάσεων της μορφής Υποκείμενο-Ρήμα-Αντικείμενο που απαρτίζονται από 3-4 λέξεις, ενώ ασκεί ερωτήσεις των 1-2 λέξεων. Στον ελεύθερο χρόνο του, απολαμβάνει να ακούει με προσοχή μικρές ιστορίες και ρυθμικά τραγούδια ή να κατονομάζει εικόνες κατά την ανάγνωση βιβλίων. Εάν αισθάνεται ότι δυσκολεύεται να εκφραστεί κατά πασα πιθανότητα ηχολαλεί και γενικά ο ρέων λόγος του περιέχει πολλαπλά γραμματικά λάθη, όπως παράλειψη ή αντικατάσταση συμφώνων τελικής θέσης. Ωστόσο, γνωρίζει πλέον να κάνει ορθή χρήση των συμφώνων σε αρχική θέση, των φωνηέντων, του βοηθητικού ρήματος «είναι», καθώς και ομαλών ρημάτων στον ενεστώτα και αόριστο, ομαλό πληθυντικό, προστακτική, κτητικά μορφήματα,

αντωνυμίες, άρθρα και προθέσεις. Μπορεί να αναγνωρίσει όλα τα μέρη του σώματός του και να κατανοήσει τις έννοιες του «ένα» και τα «πολλά» (Kenneth et al., 2013).

Οι επικοινωνιακοί παρτενέρ κατέχουν μια υψίστης σημασίας θέση στη γλωσσική ανάπτυξη του νηπίου. Αυτό λαμβάνει χώρα με ποικίλους τρόπους με το αρχικό στάδιο να θεωρείται η συζήτηση κατά την οποία το παιδί μαθαίνει να κατανοεί τους κανόνες εναλλαγής σειράς. Για την κατάκτηση του επόμενου σταδίου απαιτείται πρώτα η εδραίωση μίας επικοινωνιακής βάσης, που θα συντελέσει στην σταδιακή χαρτογράφηση της γλώσσας και τελικά την λεκτική έκφραση του παιδιού. Από τις παραγωγές των πρώιμων εκφωνημάτων, κιάλας, οι γονείς αποκρίνονται σε αυτά, επεκτείνοντας τον τύπο από την φράση του παιδιού «κοριτσάκι μαμ» σε «Ναι, το κοριτσάκι τρώει», απαντώντας, κάνοντας μίμηση ή δίνοντας ανατροφοδότηση. Σε συνδυασμό με τα παραπάνω οι γονείς διατηρούν ως κύριο μοντέλο ομιλίας το ενήλικο πρότυπο της σε μια πιο απλοποιημένη μορφή. Έτσι, οι γλωσσικές γνώσεις του νηπίου σημειώνουν συνεχή αύξηση μέσω της χρήσης διαφόρων μαθησιακών στρατηγικών όπως της επιλεκτικής μίμησης, των διαπιστωτικών και ερωτηματικών εκφωνημάτων και του ελέγχου υποθέσεων. Επιχειρώντας νέες λέξεις ή τύπους, κάνοντας ερωτήσεις και λαμβάνοντας ανατροφοδότηση το παιδί αποκομίζει όσες περισσότερες νέες πληροφορίες μπορεί (Anderson et al., 2013).

4.4.6 Ηλικία 3 – 4 ετών

Στην ηλικία των τριών ετών η καταληπτότητα της ομιλίας του παιδιού αγγίζει το 80% έχοντας ως εκφραστικό λεξιλόγιο 1200 – 2000 λέξεις και ως αντιληπτικό 1000 – 2500 λέξεις. Η περίοδος αυτή συνεπάγεται με την σχετική ολοκλήρωση της φωνημικής ανάπτυξης, με τους πιο δύσκολους ήχους να έχουν πλέον κατακτηθεί /l/, /r/, /ts/, /ks/, /v/, /z/, /tz/, /θ/. Φυσικά, η παντελής ανάπτυξη των ήχων αυτών μπορεί να πραγματοποιηθεί σε βάθος ετών. Οι προτάσεις του παιδιού αποτελούνται από τέσσερις με πέντε λέξεις, περιλαμβάνοντας τα βοηθητικά ρήματα «είμαι» και «είναι» και έχοντας συνοχή μεταξύ τους. Αυτό καθιστά τα νήπια ικανά να διατηρήσουν μία συζήτηση με τους ενήλικες συνομιλητές τους, χρησιμοποιώντας την ομιλία ως μέσο έκφρασης αποριών και συναισθημάτων. Ο λόγος τους αποτελείται κυρίως από ουσιαστικά και ρήματα και η γραμματική παρουσιάζεται σε μία βελτιωμένη εκδοχή με μερικά λάθη να εμμένουν. Το νήπιο γνωρίζει να τοποθετεί δύο γεγονότα σε χρονολογική σειρά, έχοντας πλήρη αίσθηση του παρελθόντος και του μέλλοντος. Δεκτικά μπορεί να ακολουθεί διπλές και τριπλές εντολές, να διακρίνει τις αντίθετες έννοιες όπως ‘‘σταματώ-ξεκινώ’’, να αντιλαμβάνεται την

λειτουργία ορισμένων αντικειμένων και να ρωτά ή να απαντά σε απλές ερωτήσεις (ποιος, τι, που, γιατί) (Kenneth et al., 2013).

4.4.7 Ηλικία 4 – 5 ετών

Από την ηλικία των τεσσάρων ετών και έπειτα ξεκαθαρίζονται πολλά πράγματα στην ομιλία του ατόμου. Πλέον, η ομιλία του είναι καταληπτή από την πλειοψηφία των άγνωστων ανθρώπων και το λεξιλόγιο που χρησιμοποιεί αποτελείται από 900 έως 2000 ή περισσότερες λέξεις, οι οποίες εκφέρονται με ακρίβεια. Οι προτάσεις του χαρακτηρίζονται ως γραμματικά ορθές, είναι αρκετά σύνθετες και περιέχουν τέσσερις με οχτώ λέξεις. Περιλαμβάνουν κτητικές αντωνυμίες, μέλλοντα χρόνο και συγκριτικά μορφήματα. Η συχνότητα ομιλίας του είναι 186 λέξεις το λεπτό, ενώ παράλληλα ο αριθμός των επαναλήψεων και ηχολαλιών μειώνεται δραματικά. Επίσης, μοιράζεται λεκτικά τις εμπειρίες του από την καθημερινότητά του, μεταδίδοντας τις πληροφορίες με σαφήνεια. Παράλληλα, όταν του απευθύνουν τον λόγο είναι ιδιαίτερα προσεκτικό στα λεγόμενα του συνομιλητή του και μπορεί να απαντήσει σωστά σε ερωτήσεις που αφορούν αυτά που άκουσε. Μπορεί να μετρήσει ως το δέκα και να κατανοήσει τις έννοιες των αρχικών αριθμών, συνήθως μέχρι το τρία. Τέλος, η κατανόηση του είναι σε πολύ καλό επίπεδο με τον αριθμό λέξεων στο αντιληπτικό λεξιλόγιο να ανέρχεται στις 2800 ή περισσότερες. Αναγνωρίζει κάποια χρώματα και απαντά σε ερωτήσεις που αποτελούνται από δύο μέρη (Kenneth et al., 2013).

4.4.8 Ηλικία 5 – 6 ετών

Η μετάβαση του παιδιού στο σχολικό πλαίσιο του Δημοτικού συνεπάγεται με πληθώρα εξελίξεων του προφορικού και γραπτού λόγου. Το λεξιλόγιο του ατόμου διευρύνεται τόσο σε μέγεθος όσο και σε βάθος γνώσεων, καθιστώντας το παιδί ικανό να διακρίνει ακόμη και λεπτές νοηματικές αποκλίσεις λέξεων. Το μήκος εκφωνήματος παρουσιάζει αύξηση προσεγγιστικά κατά μία λέξη ανά χρόνο, μέχρι την ηλικία των 9 ετών. Η συντακτική ανάπτυξη χαρακτηρίζεται από την χρήση πολύπλοκων προτάσεων και την χρήση δομών χαμηλής συχνότητας, όπως προτάσεις παθητικής φωνής. Βαθμιαία, ο μαθητής λαμβάνει γνώσεις που αφορούν την κατάκτηση της ανάγνωσης και γραφής (Froma & Colleen, 2016). Το παιδί της πρώτης Δημοτικού συμπεριλαμβάνει επιτυχώς τους μελλοντικούς και παρελθοντικούς χρόνους στην ομιλία του, καθώς και ποικίλους συνδέσμους προκειμένου να επεκτείνει τις προτάσεις του. Είναι σε θέση να συμμετέχει σε ένα συζητητικό πάρε-δώσε, απαντώντας στο «Γεια» και στο «Τι κάνεις;», ανταλλάσσοντας πληροφορίες και κάνοντας

στοχευμένες ερωτήσεις. Η λεκτικές του δεξιότητες του επιτρέπουν να συνεννοείται πλήρως τόσο με ενήλικες όσο με παιδιά Έχει την ικανότητα μέτρησης έως το 30 με την σειρά, απαρίθμησης των ημερών της εβδομάδας, κατονομασίας αντίθετων εννοιών, έξι βασικών χρωμάτων και τριών βασικών σχημάτων. Το αντιληπτικό του λεξιλόγιο φτάνει τις 13.000 λέξεις και ακολουθεί εντολές τριών μερών. Ο μαθητής της πρώτης Δημοτικού τέλος, ξέρει να τραγουδά τα αγαπημένα του τραγούδια, να απαγγέλλει ποιήματα στις σχολικές γιορτές και να αναμεταδίδει επακριβώς μια ιστορία (Kenneth et al., 2013).

4.4.9 Ηλικία 6 – 7 ετών

Ένα παιδί σχολικής ηλικίας κατακτά την πλειοψηφία των ομιλητικών ήχων κατά τις πρώτες τάξεις του Δημοτικού, εξελίσσοντας τους περαιτέρω όσο μεγαλώνει. Από την ηλικία των 6 ετών, παρατηρούνται ορισμένες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην παραγωγή μερικών φωνημάτων, όπως /f/, /θ/, /s/, που αμβλύνονται ακόμη παραπάνω σε παιδιά μετά την εφηβεία και νεαρούς ενήλικους. Κάτι τέτοιο αντανακλά την απόκλιση στη φωνητική οδό μεταξύ ανδρών και γυναικών, παρόλο που αυτές οι διαφορές μειώνονται στους ενήλικους, καθώς γερνούν (Fox & Nissen, 2005).

Ο μαθητής έχει την ικανότητα κατονομάζει γράμματα, απαγγέλλοντας το αλφάβητο, να μετρήσει μηχανικά έως το 100 και να περιγράψει μία συνθήκη μέσω σύνθετων προτάσεων των έξι περίπου λέξεων. Επιπλέον, το παιδί κατέχει ικανοποιητική κατανόηση των περισσότερων εννοιών του χρόνου και καθίσταται ικανό για κατάλληλη χρήση της παθητικής φωνής. Το αντιληπτικό του λεξιλόγιο αγγίζει τις 20.000 λέξεις, κατανοώντας ακόμη και την έννοια του «αριστερά» και το «δεξιά» (Kenneth et al., 2013).

Κεφάλαιο 5^ο: Επιπτώσεις τραύματος στον λόγο και την ομιλία

Οι διαταραχές της ομιλίας είναι αποτέλεσμα της μη ομαλής ανάπτυξης του παιδιού και η εξήγηση στην εμφάνισή τους έγκειται στην επιρροή που ασκούν οι τραυματικές καταστάσεις στον εγκέφαλο του παιδιού (Wolfe, 1999). Έτσι, η εγκεφαλική του ανάπτυξη δεν κρίνεται ομαλή, προκαλώντας πιθανώς μορφές ψυχοπαθολογίας όπως είναι η ψύχωση, οι διαταραχές προσωπικότητας και η κατάθλιψη. Επιπροσθέτως, όσον αφορά την ανάπτυξη του λόγου, μείζονος σημασίας είναι και το χρόνιο άγχος που επιδρά στη ζωή του παιδιού και οι εμπειρίες κακοποίησης ή και παραμέλησης βοηθάνε στο να εδραιωθεί. Οι εμπειρίες

αυτές, δύνανται να προκαλέσουν διαταραχές στο λόγο και στην ομιλία. Οι πιο κοινές είναι η αναπτυξιακή καθυστέρηση λόγου, η επιλεκτική αλαλία, ο τραυλισμός, οι μαθησιακές δυσκολίες και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) (Μουζακίτης, 1993).

5.1 Καθυστέρηση στην ανάπτυξη λόγου-ομιλίας

Η καθυστέρηση του λόγου και της ομιλίας σε παιδιά είναι μια ειδική διαταραχή προφορικού λόγου που σχετίζεται με την αυξημένη δυσκολία στη γραφή, την συγκέντρωση, την ανάγνωση, την προσοχή και την κοινωνικοποίηση και χαρακτηρίζεται από μια δυσαναλογία ανάπτυξης δεξιοτήτων, ειδικότερα της γλωσσικής έκφρασης (McLaughlin, 2011)

5.1.1 Αίτια

Οι αιτιολογίες της καθυστέρησης του λόγου ποικίλουν. Σε περιπτώσεις παιδιών που η ανάπτυξη τους δεν συμβαδίζει με τα αναμενόμενα γλωσσικά και ομιλητικά ορόσημα, μια ολοκληρωμένη αναπτυξιακή αξιολόγηση αποτελεί αδήριτη ανάγκη καθώς η άτυπη γλωσσική ανάπτυξη μπορεί να είναι απόρροια άλλων σωματικών και αναπτυξιακών προβλημάτων που μπορεί να εκδηλωθούν αρχικά ως γλωσσικά προβλήματα. Τέτοια μπορεί να είναι πιθανές ασθένειες που έβλαψαν το νευρολογικό σύστημα του παιδιού, η διανοητική αναπηρία, η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού, η απώλεια ακοής, η επιλεκτική αλαλία ή τα σωματικά προβλήματα ομιλίας. Ωστόσο, δεν συνεπάγεται ότι τα παιδιά αυτά δεν έχουν φυσιολογική κατανόηση, ακοή, δεξιότητες άρθρωσης και συναισθηματικές σχέσεις (McLaughlin, 2011).

Εξίσου σημαντικοί παράγοντες είναι και οι εξωγενείς, αυτοί δηλαδή που αφορούν την ανάπτυξη του παιδιού εντός του κοινωνικού συνόλου. Ο αριθμός των μελών της οικογένειας (κυρίως αναφερόμενοι στις εκτεταμένες), η καθυστερημένη σειρά γέννησης, το κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο των γονέων, πιθανές ασθένειες που έβλαψαν το νευρολογικό σύστημα του παιδιού, καθώς και το κακό οικογενειακό περιβάλλον όπου οι εγγενείς ιδιότητες του παιδιού αντί να ενδυναμώνονται παρακωλύονται, αποτελούν τους βασικότερους εκ των παραγόντων, καθώς προξενούν την στέρηση ερεθισμάτων και σταδιακή παραμέληση του παιδιού.

Οι πιο σταθεροί παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καθυστέρησης λόγου και ομιλίας, είναι η προωρότητα, το οικογενειακό ιστορικό, το χαμηλό βάρος γέννησης και το αρσενικό φύλο (McLaughlin, 2011).

Σε περιπτώσεις υποψίας καθυστέρησης λόγου και ομιλίας, ο ιατρός που κάνει την πρώτη εξέταση και διάγνωση θα πρέπει να συζητήσει τα ευρήματα με τους γονείς και να τους παραπέμψει συμπληρωματικά σε έναν λογοπαθολόγο και έναν ακοολόγο. Υπάρχουν θετικές ενδείξεις ότι η λογοθεραπεία είναι επωφελής και μάλιστα ιδιαίτερος όσον αφορά εκφραστικές γλωσσικές διαταραχές (McLaughlin, 2011).

5.1.2 Κλινική Εικόνα

Στο σύνολο των ατόμων με καθυστέρηση λόγου και ομιλίας υπάρχει ένα ποσοστό παιδιών το οποίο εμφανίζει διαταραχή στον ρυθμό ανάπτυξης της ομιλίας σε αναλογία με τον τυπικό.

Ως επί τω πλείστο, η έννοια της καθυστέρησης του λόγου αποδίδεται σε λέξεις και προτάσεις που ναι μεν προφέρονται από το παιδί, όμως, δε γίνονται αντιληπτές από τους γύρω του, αν και το παιδί βρίσκεται στο κατάλληλο ηλικιακό στάδιο κατά το οποίο, με τα τυπικά αναπτυξιακά στάδια της ομιλίας, θα έπρεπε ο λόγος του να είναι απολύτως καταληπτός από το περιβάλλον του. Η διαταραχή του λόγου μπορεί να εκδηλώνεται με τροποποίηση ή και αλλοίωση φωνημάτων, με αδυναμία εκφοράς συγκεκριμένων ήχων ή φωνημάτων, με παράλειψη συλλαβών ή φωνημάτων, με δυσχέρεια εύρεσης των κατάλληλων εκείνων όρων με τους οποίους θα μπορεί να εκφραστεί όπως επιθυμεί καθώς και με δυσκολία στην κατανόηση εννοιών και στο σχηματισμό προτάσεων με σχετική συνοχή.

Τα βρέφη με τυπική ανάπτυξη συνήθως χρησιμοποιούν στην ηλικία των 5 μηνών έως και 12 φωνήματα, και στην ηλικία των 18 μηνών 30 φωνήματα (Locke & Pearson, 1990). Το βάβισμα είναι ένας έγκυρος και ικανοποιητικός προγνωστικός παράγοντας για την ύπαρξη καθυστέρησης ή δυσχέρειας στην ανάπτυξη του λόγου μετέπειτα στην ζωή του παιδιού. Σε μελέτη με δείγμα 3.469 βρεφών, επιβεβαιώθηκε ότι η καθυστέρηση της έναρξης του βαβίσματος που οφείλεται σε νευροανατομικές ή γενετικές ανωμαλίες συνδέεται στενά με αναπτυξιακά προβλήματα κυρίως στις ηλικίες των 18, 24, και 30 μηνών (Oller, 1988).

Εάν το παιδί δεν έχει την ικανότητα να χρησιμοποιήσει κάποιες λέξεις, ή αν έστω μέχρι τα 2 ή 3 έτη του δε μπορεί να σχηματίσει έστω και μικρές προτάσεις, τότε υπάρχει πιθανότητα κάποια δυσχέρεια. Επίσης, είναι πιθανό να υπάρχει δυσκολία στο κομμάτι της κατανόησης, όπως η έλλειψη ανταπόκρισης σε απλές εντολές που κανονικά θα έπρεπε να μπορεί να επεξεργαστεί από μόνο του κατ' αναλογία με την ηλικία του. Στο πρώτο έτος της ηλικίας του, το παιδί θα πρέπει να δύναται να αντιληφθεί και να αντιδράσει σε απλές εντολές

όπως «άνοιξε», «έλα», κ.α. ενώ στα δυο έτη του θα πρέπει να μπορεί να κατανοήσει διπλές εντολές, λόγου χάρη «πήγαινε εκεί-και κάτσε» (Παπαηλίου, 2005).

Τα παιδιά από δύομιση έως και πέντε ετών, εμφανίζουν διάσπαση προσοχής, κοινωνικές αντιξοότητες και αυξημένη δυσκολία στην ανάγνωση στο δημοτικό. Στην ηλικία των επτάμισι έως δεκατριών ετών, χαρακτηρίζονται από ελλείμματα στην ορθογραφία, τη στίξη και από μειωμένες ικανότητες γραφής (McLaughlin, 2011).

Στην προσχολική ηλικία, τα χαρακτηριστικά της καθυστέρησης λόγου και ομιλίας είναι η ύπαρξη κυρίως ουσιαστικών μέσα στις προτάσεις, ο περιορισμός ή η απώλεια του λόγου, η χρήση μόνο παρατακτικής σύνδεσης, η δυσχέρεια κατανόησης κυρίως χωροχρονικών εννοιών, η κατανόηση της ομιλίας του μόνο από το στενό περιβάλλον και η πιθανή συνύπαρξη με αρθρωτικές ή φωνολογικές διαταραχές. Ωστόσο, η πρόγνωση είναι εφικτό να είναι εξαιρετική και πριν ξεκινήσει το σχολείο, το παιδί να έχει φυσιολογική ομιλία (McLaughlin, 2011).

Η καθυστέρηση του λόγου στην ανάπτυξη ενός παιδιού είναι γενικά ένα σύνηθες φαινόμενο. Μάλιστα, έχει υπολογιστεί ότι το 1/3 του φυσιολογικού πληθυσμού, θα εμφανίσει στοιχεία που συνάδουν με την καθυστέρηση ανάπτυξης ομιλίας σε κάποιο στάδιο. Φαίνεται ότι οι απαραίτητες για την ολοκλήρωση της ομιλίας δεξιότητες κατακτιόνται σε ένα μεγάλο βαθμό με διαφορετικό τρόπο από κάθε άτομο. Ένα ακόμη φαινόμενο που παρατηρείται σε μεγάλο ποσοστό είναι αρχικά να παρουσιάζει κάποια ίχνη καθυστέρησης, όμως εν τέλει να προχωρά στην απόλυτα φυσιολογική κατάκτηση της ομιλίας. Παραπάνω από τα μισά παιδιά που επισημαίνονται ως υψηλού κινδύνου καθυστέρησης, μέχρι τα τρία τους έτη αναπτύσσουν εν τέλει φυσιολογική ομιλία. Οι διαταραχές της ανάπτυξης του λόγου εμφανίζονται συχνότερα στον αρσενικό πληθυσμό, και πιθανόν να οφείλονται σε κληρονομικότητα, αφού κατά πάσα πιθανότητα αντίστοιχα προβλήματα ταλάνιζαν σε παρόμοια ηλικία τα μεγαλύτερα αδέρφια ή τον πατέρα (Plante, 1991).

Η καθυστέρηση που εμφανίζεται ύστερα από το ενάμιση πρώτο έτος κρίνεται ως μη φυσιολογική. Για κάθε παιδί η κατάκτηση της γλώσσας διαφέρει με πιθανές χρονικές αυξομειώσεις στη διαδικασία. Επομένως, οι μικρές επιβραδύνσεις είναι φυσιολογικό να μην αντιμετωπίζονται ως ανησυχητικό σημάδι, αλλά ως ένα ατομικό στοιχείο της γλωσσικής ανάπτυξης, με την προϋπόθεση ότι η υπόλοιπη βιολογική ανάπτυξη του ατόμου συμβαδίζει με τα φυσιολογικά στάδια.

Για να ολοκληρωθεί η διάγνωση καθυστέρησης του λόγου, πρέπει απαραίτητως να αποκλειστούν από το πλάνο καθυστερήσεις που μπορεί να είναι και φυσιολογικές. Από την στιγμή που θα γίνει η διάγνωση, τότε η άμεση παρέμβαση κρίνεται απαραίτητη. Οι διαφορές

δυσκολίες που ίσως οφείλονται στην καθυστέρηση μπορούν να αντιμετωπιστούν με πολύ μεγαλύτερη ευκολία, όταν η παρέμβαση γίνεται το συντομότερο, και με τον κατάλληλο τρόπο. Με της απαραίτητες αυτές ενέργειες θα αποφευχθεί η εμφάνιση επιπρόσθετων προβλημάτων, όπως λόγω χάρη μαθησιακές δυσχέρειες, που δύνανται να επιβαρύνουν αρκετά την συναισθηματική και ψυχική ευημερία του ατόμου.

5.1.3 Κατηγορίες Καθυστέρησης Λόγου και Ομιλίας

Ο τρόπος εκδήλωσης της καθυστέρησης λόγου και ομιλίας μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση ενός ευρύτερου φάσματος δυσκολιών, γεννώντας ορισμένα ιδιότυπα παρακλάδια της ίδιας της διαταραχής. Σε αυτά τα παρακλάδια, εντάσσονται οι αρθρωτικές, εκφραστικές και αντιληπτικές διαταραχές που θα αναλυθούν εκτενώς παρακάτω (McLaughlin, 2011).

Αρθρωτικές διαταραχές

Ως δυσαρθρία ορίζεται η διαταραχή εκείνη της ομιλίας που προέρχεται από την παράλυση ή την αδυναμία των οργάνων της ομιλίας. Αυτό επηρεάζει την αντιστοιχία της χρονολογικής ηλικίας του παιδιού με τον τρόπο με τον οποίο αυτό εκφέρει τους φθόγγους. Σε τέτοιες περιπτώσεις παρατηρούνται λάθη στην προφορά, στρεβλώσεις, παραλείψεις ή υποκαταστάσεις/ αντικαταστάσεις φθόγγων και φωνημάτων. Τα παιδιά επικοινωνούν και με χειρονομίες, αλλά δυσκολεύονται στην ομιλία, δείχνοντας ότι υπάρχει κίνητρο για επικοινωνία, αλλά όχι επαρκής ικανότητα ομιλίας. Τα συμπτώματα κυμαίνονται από ήπιας μορφής, δηλαδή χαμηλή ένταση φωνής και ελαφρώς μπερδεμένη άρθρωση, έως και πιο βαριάς, κυρίως αδυνατώντας να παράγουν αναγνωρίσιμες λέξεις (McLaughlin, 2011). Επίσης, επηρεάζεται η καταληπτικότητα της ομιλίας του παιδιού, αν και οι εκφραστικές όπως και οι αντιληπτικές του ικανότητες μπορεί να είναι αρκετά φυσιολογικές (Σταμάτη, 2012). Πολλές φορές παρατηρείται επανάληψη συλλαβών ή και λέξεων και ο λόγος τους χαρακτηρίζεται από ελλείμματα στη σύνταξη και ανακρίβειες. Μελέτες παρατήρησης έχουν δείξει ότι για ορισμένα παιδιά, η λογοθεραπευτική παρέμβαση μπορεί να σχετίζεται με θετικές αλλαγές στην σαφήνεια και την κατανόηση της ομιλίας, με μια επιφύλαξη (ανασκόπηση του Cochrane) στις διαταραχές που έχουν αποκτηθεί πριν από την ηλικία των τριών ετών (McLaughlin, 2011).

Εκφραστικές διαταραχές

Η ιδιότητα του ατόμου όσον αφορά την έκφραση παρουσιάζει αναντιστοιχία με την τυπικά προσδοκώμενη ανάπτυξη. Το γεγονός, βέβαια, ότι η κατανόηση του προφορικού λόγου του παθόντος είναι φυσιολογική, καθιστά δύσκολη την πρόωμη διάγνωση της διαταραχής. Όσον αφορά την κλινική εικόνα το παιδί δύναται να μη μιλά καθόλου ή να μιλά λίγο ή ακατάπαυστα, χωρίς όμως ο λόγος του να έχει νοηματική συνοχή και σαφήνεια. Σταδιακά, παρατηρείται αδυναμία σχηματισμού φράσεων μικρής έκτασης ή κατονομασίας καθημερινών αντικειμένων. Σε μεγαλύτερες ηλικίες παρουσιάζεται έλλειψη στη στην λεκτική ευχέρεια και στη λεξιλογική ευρύτητα του ατόμου, σημασιολογικά και συντακτικά λάθη και ανακρίβειες, αλλά και δυσκολία στην ορθή γραμματική χρήση των στοιχείων (αντωνυμίες, άρθρα, κλίσεις, προθέσεις κ.ά.). Σε αυτήν την περίπτωση, η ενεργή και άμεση παρέμβαση είναι άκρως απαραίτητη γιατί η συγκεκριμένη διαταραχή δεν αυτοδιορθώνεται. Κατά συνέπεια, η λογοθεραπευτική παρέμβαση είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων αποδοτική. Εξίσου τελέσφορος με τη θεραπεία που παρέχεται από κλινικό ιατρό είναι και η θεραπεία που παρέχεται από τον ίδιο τον γονέα υπό την καθοδήγηση βέβαια του ειδικού. Μάλιστα, σε αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται ως πιο αποδοτική η παρέμβαση που διαρκεί περισσότερο από 8 εβδομάδες (McLaughlin, 2011).

Αντιληπτικές διαταραχές

Όταν η ικανότητα του παιδιού να κατανοεί την ομιλία δεν αντιστοιχεί στην χρονολογική του ηλικία, τότε γίνεται λόγος για την αντιληπτική διαταραχή της. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ένα παιδί δύο έως τριών ετών δεν είναι σε θέση να ακολουθήσει απλές εντολές, συγκεκριμένες οδηγίες, όμως μπορεί να έχει φυσιολογικές απαντήσεις σε μη λεκτικά ακουστικά ερεθίσματα. Μεγαλώνοντας, το παιδί παρουσιάζει δυσκολία στην κατανόηση αφηρημένων εννοιών, των ποικιλόμορφων σημασιών των λέξεων, των χωροχρονικών εννοιών, καθώς και της γραμματική δομής του λόγου (αρνήσεις, ερωτήσεις, συγκρίσεις, κατάφαση). Τα συνοδά προβλήματα στην προφορική έκφραση είναι αναπόφευκτα, με το λεξιλόγιο να είναι εμφανώς περιορισμένο και οι αρθρωτικές διαταραχές να είναι συνήθεις. (Βογινδρούκας, 2008) Η αποτελεσματικότητα της λογοθεραπευτικής παρέμβασης είναι μειωμένη συγκριτικά με τις δύο παραπάνω κατηγορίες. Η συνδρομή του γονέα υπό την καθοδήγηση ενός θεραπευτή είναι εξίσου σημαντική με τη θεραπεία που παρέχεται από τον κλινικό ιατρό. Τέλος, η παρέμβαση που θα λάβει χώρα συνίσταται να υπερβαίνει τις οκτώ εβδομάδες.

5.1.4 Ενδείξεις πορείας

Σύμφωνα με κάποιες ενδείξεις, καθίσταται δυνατό να προβλεφθεί η πιθανότητα που έχει το παιδί να ξεπεράσει μια γλωσσική καθυστέρηση ή όχι (Καμπανάρου, 2005). Καλύτερες πιθανότητες έχουν τα παιδιά που διαθέτουν στον λόγο τους τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό γλωσσικής κατανόησης
- Χρησιμοποιούν πολυπλοκότερες συλλαβικές δομές
- Έχουν πιο ακριβή άρθρωση
- Κάνουν τυπικά υποδείγματα λαθών
- Επικοινωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό μη λεκτικά

Αντιθέτως, τα παιδιά με λιγότερες πιθανότητες να απαλλαγούν από τη γλωσσική τους καθυστέρηση είναι εκείνα που :

- Αρκούνται σε περιορισμένες και πιο απλές συλλαβικές δομές
- Κάνουν λάθη στα φωνήεντα
- Παραλείπουν αρχικά λέξεων και τελικά σύμφωνα
- Ανταποκρίνονται λιγότερο στο συμβολικό παιχνίδι
- Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό με γλωσσικές διαταραχές

5.2 Επιλεκτική αλαλία

Η επιλεκτική αλαλία ή επιλεκτική βωβότητα αποτελεί μία περίπλοκη αγχώδη διαταραχή, χωρίς αυτή η περιγραφή να μας λέει πολλά για τη φύση της διαταραχής. Η εμφάνιση της γίνεται στην παιδική ηλικία και χαρακτηρίζεται από αδυναμία του παιδιού για ομιλία και επικοινωνία σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις, στις οποίες αισθάνεται την προσδοκία να μιλήσει και τα επίπεδα άγχους του αυξάνονται. Έτσι τα παιδιά, φαίνεται να είναι ντροπαλά σε πολλές περιπτώσεις, αλλά οι οικογένειες τους επιβεβαιώνουν ότι αυτό δεν ισχύει συνήθως. Η επιλεκτική αλαλία είναι εύκολο να αναγνωριστεί όταν τα παιδιά μιλούν σε ορισμένα μέρη ή σε κάποιους ανθρώπους και σε άλλους όχι. Ωστόσο, λόγω του ότι η ικανότητα του ατόμου να μιλάει εξαρτάται εξ ολοκλήρου από το πλαίσιο, τα πράγματα σπάνια είναι τόσο ξεκάθαρα (Johnson & Wintgens, 2017).

Αρχικά, η επιλεκτική αλαλία, περιγράφηκε στα τέλη του 19ου αιώνα, από τον γιατρό Kussmaul και ο χαρακτηρισμός που απέδωσε στη διαταραχή ήταν εθελοντική αφασία (aphasia voluntaria). Ο πρώτος που εγκαθίδρυσε και χρησιμοποίησε τον όρο «επιλεκτική αλαλία» ήταν ο παιδοψυχίατρος Moritz Tramer το 1934 (Cunningham et al, 2004).

5.2.1 Αίτια

Ως επιλεκτική αλαλία ορίζεται η διαταραχή η οποία πλέον αποτελεί ένα κομμάτι στις διαταραχές που σχετίζονται με το στρες. Φαίνεται να είναι απόρροια πληθώρας παραγόντων περιβαλλοντικής, γενετικής, αναπτυξιακής αλλά και ιδιοσυγκρασιακής φύσεως (Hua & Major, 2016).

Η επιστημονική κοινότητα δεν έχει βγάλει ακόμη πόρισμα για τα ακριβή αίτια της ύπαρξης αυτής της διαταραχής. Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεωρία, αποτελεί εσωτερική διαμάχη, σύμφωνα με την συμπεριφοριστική αποτελεί προσπάθεια του παιδιού να χειραγωγήσει τους γονείς. Άλλες απόψεις μιλούν για αυτή την διαταραχή ως αποτέλεσμα των ιδιοσυγκρασιακών στοιχείων του παιδιού, όπως ντροπαλότητας ή και κάποιου ψυχικού τραύματος. Παρά ταύτα, η γνώση επί του ιστορικού του παιδιού συνήθως συμβάλλει στην εύρεση της υπεύθυνης αιτίας, η οποία ως επί τω πλείστον ποικίλει σε κάθε περίπτωση (Cleave, 2009).

Μεγάλο ενδιαφέρον έχει η μελέτη των Steinhausen & Adamek (1997), που διεξήχθη μεταξύ 38 παιδιών με επιλεκτική αλαλία και 31 παιδιών με ανάλογο συμπεριφοριστικό φαινότυπο, έναν συνδυασμό δηλαδή μίας συναισθηματικής διαταραχής και μίας αρθρωτικής αναπτυξιακής διαταραχής. Η συγκεκριμένη μελέτη αναφέρει ότι στα δείγματα και των δύο διαταραχών, υπήρχε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης κάποιων εκ των διαταραχών ομιλίας και γλώσσας στο ευρύτερο περιβάλλον των συγγενών. Όμως, στις οικογένειες των παιδιών που παρουσιάζουν επιλεκτική αλαλία, παρατηρήθηκε εντονότερη εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, ενισχύοντας την υπόθεση πώς η επιλεκτική αλαλία μάλλον επηρεάζεται από γενετικούς παράγοντες και σχετίζεται άμεσα επίσης με αγχώδεις διαταραχές, κοινωνική φοβία και με τη πιθανή συναισθηματική υπερευαισθησία του ατόμου κατά τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. Ανάλογη σημασία στην ανάπτυξη της διαταραχής μπορεί να αποτελέσει επίσης και η ποιότητα σχέσης παιδιού-γονέων (Lamsa & Erkolahti, 2013).

Διάφορες πολύ τραυματικές εμπειρίες (ιδίως αυτές που αποτελούν κακοποίηση), μπορούν αναμφίβολα να είναι υπαίτιες για την εμφάνιση επιλεκτικής αλαλίας στα παιδιά, αφού το μετατραυματικό στρες είναι δυνατόν να είναι σε μεγάλο βαθμό συναφές με το άγχος που νιώθει κανείς σε κοινωνικές περιστάσεις και στέκεται εμπόδιο στην εκφορά λόγου. Τα παιδιά με ψυχικά τραύματα ρέπουν στην εμφάνιση άλλων παρόμοιων διαταραχών.

Όλα τα παραπάνω καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για μια πολυποίκιλη διαταραχή για την οποία ευθύνονται διαφορετικοί παράγοντες, ο συνδυασμός των οποίων

αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισής της. Παράλληλα, η ύπαρξη μιας γενετικής προδιάθεσης συνηγορεί, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως οι δυσκολίες στην ομιλία, ή η ύπαρξη συνοδούς ψυχιατρικής πάθησης. Επιπροσθέτως, το είδος και η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων, συντελούν έναν ακόμα παράγοντα μείζονας σημασίας για αυτό και η στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον είναι η πιο τελέσφορος αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής και μπορεί να αποτρέψει την μακρόχρονη διατήρηση του προβλήματος.

5.2.2 Κλινική εικόνα

Στην τέταρτη έκδοσή του DSM ως επιλεκτική βωβότητα/αλαλία ορίζεται μία κατάσταση που βρίσκεται ένα παιδί, όπου το ίδιο επιλέγει πότε και αν θα αρθρώσει λόγο. Σε ορισμένες καταστάσεις κοινωνικού πλαισίου (π.χ. σε ένα σχολικό ποίημα), το παιδί βιώνει έντονη δυσκολία να μιλήσει. Απαραίτητο στοιχείο του ορισμού της διαταραχής, είναι το παιδί να κατανοεί φυσιολογικά, να έχει ικανότητα έκφρασης και να μην κωλύεται να μιλήσει λόγω της διαφορετικής γλώσσας που δε γνωρίζει (π.χ. παιδιά μεταναστών). Η διαταραχή μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα για την κοινωνική ένταξη και αλληλεπίδραση του παιδιού. Έχει διάρκεια τουλάχιστον ένα μήνα, εξαιρώντας βέβαια καταστάσεις στις οποίες το παιδί είναι λογικό να φαίνεται ντροπαλό και συνεσταλμένο όπως την πρώτη εβδομάδα σε νέο σχολείο ή γενικότερα η αλλαγή περιβάλλοντος κ.ά., και εμφανίζει χαρακτηριστικά όμοια με διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000. International Classification of Diseases, 2011).

Η επιλεκτική αλαλία κάνει συνήθως την πρώτη εμφάνιση περίπου κοντά στα 5 έτη, όταν δηλαδή το παιδί αρχίζει να πηγαίνει στο νηπιαγωγείο, κατά την πρώτη φορά δηλαδή που βρίσκεται σε σχολικό περιβάλλον. Η επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας του συνήθως εξελίσσεται σε φυσιολογικό πλαίσιο. Η διαταραχή φαίνεται να εμφανίζεται με ίση συχνότητα και στα δύο φύλα. Πιθανότατα, τα παιδιά αυτά να καταφύγουν σε εναλλακτικές ή ακόμη και επαυξητικές μεθόδους στην επικοινωνία τους, όπως σε χειρονομίες, το σπρώξιμο ή το τράβηγμα με σκοπό να λάβουν περισσότερη προσοχή, τη χρήση απότομων και μικρών σε έκταση φράσεων (Nowakowski et al., 2009).

Η διαταραχή αυτή αποτελεί συνήθως σημαντική πηγή ψυχικής καταπόνησης και στρες για το παιδί. Ειδικά καταστάσεις που το παιδί ή και ο έφηβος καλείται να συναναστραφεί ή να μιλήσει σε κόσμο, είναι εντόνως στρεσογόνες και πολλές φορές αποτελούν μία βασανιστική δοκιμασία για το ίδιο το άτομο. Επακόλουθα αποτελέσματα

αυτών των συναισθηματικών καταστάσεων είναι η εμφάνιση κάποιας φοβίας, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, σημάδια κατάθλιψης, διάφοροι μυοσπασμοί,, υπερδιέγερση, κ.τ.λ. (Cunningham et al., 2004).

Μερικές δυσκολίες δυστυχώς διοχετεύονται και στο κοντινό του περιβάλλον, δηλαδή στην οικογένεια του ακόμη και σε δασκάλους του. Οι γονείς και οι διδάσκοντες πολλές φορές διστάζουν να πραγματοποιήσουν κάποια παρέμβαση, υπό τον φόβο της επιδείνωσης της κατάστασης. Ιδιαίτερα αποθαρρυντική φαίνεται να είναι η αποτυχία σύνδεσης και αλληλεπίδρασης με το παιδί, ακόμη και μετά από συνεχείς προσπάθειες να έρθουν σε επαφή μαζί του και να το καταλάβουν, πράγμα το οποίο μόνο εύκολο δεν είναι. Η κατάσταση αυτή, είναι εξίσου και εντόνως στρεσογόνα για ολόκληρη την οικογένεια και απορρυθμίζει την ομαλότητα της καθημερινότητας της (Cohan et al., 2006).

Η επιλεκτική βωβότητα εφόσον δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και κατά τρόπο αποτελεσματικό πιθανότατα να οδηγήσει το άτομο σε κοινωνική απομόνωση, αφού πέραν του ότι δε δύναται να επικοινωνήσει λεκτικά με άλλους ανθρώπους, υπάρχει μεγάλη περίπτωση να αποτελέσει βορά όσων κάνουν bullying, εσκεμμένης δηλαδή περιθωριοποίησης με σωματικές και λεκτικές επιθέσεις. Τα παιδιά δυσκολεύονται να κατανοήσουν και να αποδεχτούν την διαφορετικότητα και είναι βέβαιο ότι εάν και οι δύο μεριές δε λάβουν την κατάλληλη ενημέρωση, η πιθανότερη αντίδραση τους θα είναι αυτή. Όλοι αυτοί οι αρνητικοί παράγοντες είναι ικανοί να επηρεάσουν την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και ειδικότερα τη γλωσσική του ανάπτυξη, η οποία δέχεται ισχυρό πλήγμα από την έλλειψη αλληλεπίδρασης του ατόμου με τους συνομηλίκους του.

Συμπερασματικά, η επιλεκτική βωβότητα αποτελεί μία κατάσταση που καλό είναι να μην υποτιμάται από γονείς και φροντιστές των ατόμων ως κάτι περαστικό. Θα πρέπει να αναζητούνται άμεσα συμβουλές και αρωγή από τον καταλληλότερο επαγγελματία υγείας, με σκοπό να αντιμετωπιστεί και να ξεπεραστεί όσο το δυνατόν συντομότερα.

5.2.3 Η επιλεκτική αλαλία ως ειδική φοβία

Σύμφωνα με ειδικούς, στα παιδιά με επιλεκτική αλαλία υπάρχει μια συγκεκριμένη φοβία. Ως συγκεκριμένη φοβία ορίζεται ένας υπέρμετρος φόβος που ερείδεται στην προσμονή ή στην παρουσία μιας κατάστασης ή πράγματος. Στην περίπτωση της επιλεκτικής αλαλίας, το παιδί αντιμετωπίζει έναν συγκεκριμένο φόβο, πώς ενδέχεται να ακουστεί να μιλάει σε κάποιες καταστάσεις. Αυτού του είδους η φοβία, στην πραγματικότητα, έχει πολλά κοινά σημεία αναφοράς με άλλες φοβίες, όπως ο φόβος για το σκοτάδι, το νερό, τα ύψη, τα φίδια,

τους ξένους ή τις αράχνες. Έρευνες δείχνουν ότι όλοι μπορεί να είμαστε εκ φύσεως προετοιμασμένοι να αποκτήσουμε φόβους με κάποια προστατευτική αξία. Είναι στα πλαίσια της λογικής αποδεκτό να προσέχουμε σε καταστάσεις που θεωρούνται επικίνδυνες ή ακόμη και απειλητικές για την ζωή. Για ένα παιδί με επιλεκτική αλαλία, η είσοδος του σε άγνωστο περιβάλλον (π.χ. ο παιδικός σταθμός ή το σχολείο) και η συναναστροφή του με άγνωστα άτομα αποτελεί μια παρόμοια κατάσταση. Άλλες έρευνες δείχνουν ότι στην προσχολική ηλικία που συνήθως εκδηλώνεται πρώτη φορά η επιλεκτική αλαλία, συγκεκριμένες φοβίες ή φόβοι είναι αρκετά συνηθισμένοι (McHolm et al., 2005).

Η κοινωνική φοβία, οι εμμονές, ο φόβος χρήσης του σχολικού μπάνιου, οι τάσεις τελειομανίας, το άγχος αποχωρισμού και η εναντιωματική συμπεριφορά είναι κάποιες επιπλέον συμπεριφορές που συνδέονται άμεσα με την επιλεκτική αλαλία (McHolm et al., 2005).

5.2.4 Η αξία των συνθηκών

Ο βαθμός κατά τον οποίο τα παιδιά με επιλεκτική αλαλία συμμετέχουν με μη λεκτικά μέσα ή μιλούν συχνά διαφέρει και συνδέεται άρρηκτα με τις περιστάσεις, τις καταστάσεις που βιώνει αλλά και τα επίπεδα άνεσης που νιώθει το παιδί. Κάποιοι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τα παιδιά αυτά περιλαμβάνει τις ιδιομορφίες του σκηνικού, όπως οι συμμετέχοντες αλλά και η συμβαίνουσα δραστηριότητα. Μερικά από τα πιο κοινότυπα μοτίβα ομιλίας που παρουσιάζουν παιδιά με επιλεκτική αλαλία βασίζονται σε τρεις παραμέτρους: στην τοποθεσία, στα άτομα και στις δραστηριότητες (McHolm et al., 2005).

Τοποθεσία

Έρευνες δείχνουν ότι παιδιά που παρουσιάζουν επιλεκτική αλαλία είναι πιθανότερο να μιλήσουν στο σπίτι, λιγότερο πιθανό να μιλήσουν εκτός σπιτιού (για παράδειγμα, στο βιβλιοπωλείο) και ακόμη λιγότερες πιθανότητες έχουν να μιλήσουν στο σχολείο (Black and Uhde 1995, Cunningham et. al. 2004). Για ποικίλους λόγους, το σχολικό περιβάλλον είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο για τα παιδιά αυτά. Αν ληφθεί υπόψιν ότι μεγάλο ποσοστό των παιδιών έχουν κάποια δυσκολία προσαρμογής κατά την έναρξη της σχολικής χρονιάς και ότι ντρέπονται ή δυσκολεύονται να μιλούν, γίνεται αντιληπτό ότι η μετάβαση από το σπίτι στο σχολείο μπορεί σαν εμπειρία να προκαλέσει έντονο άγχος στο παιδί. Συχνά, μιλώντας με τους γονείς, περιγράφονται στιγμές που δυσκολεύτηκαν έντονα να πείσουν το παιδί τους το πρωί να πάει στο σχολείο. Άλλοι πάλι λένε ότι παρότι το παιδί παραμένει σιωπηλό καθ'

όλη την διάρκεια του σχολικού ωραρίου, εκείνο το απολαμβάνει σαν διαδικασία. Η ευαισθησία των παιδιών με επιλεκτική αλαλία είναι τόσο υψηλή που η ομιλία τους διαφέρει ακόμη και όταν βρίσκονται στο σχολικό περιβάλλον. Τα παιδιά είναι πιθανότερο να μιλήσουν στο σχολείο αρχικά σε συνθήκες πιο ιδιωτικές, διαφορετικές από τις συνθήκες της τάξης και που δεν καθορίζονται από πίεση. Για παράδειγμα, συχνά αισθάνονται μεγαλύτερη άνεση και ασφάλεια να μιλήσουν στο προαύλιο του σχολείου αντί στην τάξη (McHolm et al., 2005).

Άνθρωποι

Τα παιδιά που εμφανίζουν επιλεκτική αλαλία βρίσκουν ευκολότερο να μιλήσουν με συνομηλίκους παρά με ενήλικες και μπορεί για παράδειγμα να δυσκολεύονται να μιλούν με γείτονες, άγνωστους ενήλικες ή ακόμη και με συγγενείς. Μερικά από αυτά δεν θα μιλήσουν ούτε στους παππούδες, τις γιαγιάδες ή και σε άλλα μέλη της οικογένειας, γεγονός το οποίο δημιουργεί μεγάλη απογοήτευση στους γονείς τους. Επίσης, είναι σύνηθες για τα παιδιά αυτά να ψιθυρίζουν ή απλά να κλείνονται στον εαυτό τους όταν για παράδειγμα ο οδοντίατρος ή ο παιδίατρος προσπαθεί να τους πιάσει κουβέντα. Βέβαια, κάποια άλλα δεν δυσκολεύονται να μιλούν ακόμη και δημόσια με αγνώστους. Για αυτές τις περιπτώσεις, ο φόβος να τους ακούσουν να μιλάνε περιορίζεται στο σχολείο και σε καταστάσεις που αναφέρονται σε όσους γνωρίζουν για την αλαλία τους.

Στο σχολικό περιβάλλον, αυτοί που ακούν το παιδί να μιλάει δυνατά είναι πολύ συχνότερα άγνωστοι, γεγονός που αφήνει έκπληκτους τους γονείς που ανακαλύπτουν ότι το παιδί μίλησε πρώτη φορά στο σχολείο με έναν νέο δάσκαλο, μαθητή ή και γονέα-εθελοντή. Παρά την οικειότητα με τον δάσκαλο της τάξης, τους συμμαθητές και το υπόλοιπο προσωπικό του σχολείου, υπάρχει ένα πρότυπο συμπεριφοράς το οποίο έχει ρίζες στο στρες που αναπτύσσεται ανάμεσα στο παιδί με επιλεκτική αλαλία και σε αυτά τα άτομα. Εάν ένα παιδί αισθάνεται άβολα να μιλήσει σε κάποιο συγκεκριμένο άτομο, κατά πάσα πιθανότητα όταν μιλήσουν μελλοντικά, ίσως να είναι νευρικό. Για παράδειγμα, υπάρχουν παιδιά που αντιμετώπισαν την επιλεκτική αλαλία όμως μετά από αρκετά χρόνια εξακολουθούσαν να νιώθουν πολύ ανήσυχοι να μιλήσουν σε προηγούμενο τους δάσκαλο. Είναι σαν να είναι αναλλοίωτα χαραγμένο το μοτίβο της μη ομιλίας και το συναίσθημα του άγχους όταν μιλάει στον δάσκαλο.

Τις περισσότερες φορές, ο δάσκαλος είναι συχνά από τους τελευταίους ανθρώπους που θα ακούσουν να μιλάει το παιδί με επιλεκτική αλαλία. Η αντίδραση αυτή του παιδιού προς τον δάσκαλο σχετίζεται λιγότερο με την προσωπικότητα του δασκάλου και την

εκπαιδευτική του μέθοδο παρά με αυτό το οποίο αντιπροσωπεύει το συγκεκριμένο άτομο, δηλαδή μια αυθεντία που αξιολογεί την απόδοση των παιδιών, κυρίως μέσα από την προφορική έκφραση. Όπως και με την τοποθεσία, πολλά παιδιά έχουν ευαισθησία στις μηδαμινές διαφορές στα άτομα που συναναστρέφονται και στη μεταξύ τους σχέση. Παραδείγματος χάριν είναι δυνατόν να μιλήσουν πρώτα με κάποιον εκπαιδευτικό βοηθό παρά να διακινδυνεύσουν να συνομιλήσουν με τον κύριο δάσκαλο τους (McHolm et al., 2005).

Δραστηριότητες

Αν και οι επιστήμονες δεν έχουν καταλήξει στις δραστηριότητες εκείνες που είναι λιγότερο στρεσογόνες για τα παιδιά με επιλεκτική αλαλία, η κλινική εμπειρία υποδεικνύει ορισμένες. Πρώτον, τα παιδιά αυτά είναι πιο πιθανό να μιλήσουν στη διάρκεια δραστηριοτήτων κατά την οποία έτειναν να μιλούν παλαιότερα. Συνεπώς, μπορεί οι γονείς να επιθυμούν να εμπλέξουν τα παιδιά τους σε αυτού του τύπου τις δραστηριότητες κατά την επιλογή των οποίων, καλό είναι να σκέφτονται πόση ομιλία απαιτείται για την συμμετοχή σε αυτήν. Αν ο στόχος είναι η προώθηση της ομιλίας, η σιωπηλή ανάγνωση ή τα βιντεοπαιχνίδια ενδεχομένως να μην αποτελούν καλές επιλογές, δεδομένου ότι οι δραστηριότητες αυτές δεν περιλαμβάνουν αρκετή συζήτηση. Ένας ακόμη παράγοντας που πρέπει να σταθμίζουν οι γονείς είναι πόσο ευχάριστη και άνετη είναι η συγκεκριμένη δραστηριότητα που διάλεξαν για το παιδί τους. Συνίστανται δραστηριότητες με στόχο το γέλιο και τη διασκέδαση, καθώς και αθλητικές δραστηριότητες διότι είναι πιθανότερο τα παιδιά να μιλήσουν έξω τρέχοντας, παρά όταν κάθονται ακίνητα (McHolm et al., 2005).

5.3 Τραυλισμός

Ο τραυλισμός, με βάση το DSM-IV, προσδιορίζεται ως μία διαταραχή της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας και της φυσιολογικής ροής, που οφείλεται στην δυσκολία ή και αποτυχία ελέγχου του μηχανισμού της ομιλίας. Τα πιο συχνά συμπτώματα του τραυλισμού είναι:

- Επαναλήψεις ήχων και συλλαβών
- Επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων
- Επιμηκύνσεις ήχων
- Διακοπτόμενες λέξεις (εμφάνιση παύσεων μέσα στη λέξη)
- Επιφωνήματα

- Ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές (γεμάτες ή κενές παύσεις της ομιλίας)
- Παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση
- Περιφράσεις (υποκαταστάσεις λέξεων για την αποφυγή προβληματικών λέξεων)
- Μπλοκαρίσματα της στοματικής κοιλότητας
- Συνοδευόμενες διαταραχές όπως ένταση, σωματικά μπλοκαρίσματα, κλπ

Στους ευνοϊκούς παράγοντες έναρξης του τραυλισμού συμπεριλαμβάνονται κυρίως γεγονότα της καθημερινής ζωής όπως είναι:

- Έναρξη σχολείου
- Γέννηση μέλους οικογένειας
- Μετακόμιση
- Απώλεια
- Χωρισμός κ.ά.

Έτσι, μπορεί να γίνει έναρξη του τραυλισμού και ύστερα ενδεχομένως παγίωση του. Πιο συγκεκριμένα, η παγίωση είναι πιο πιθανό να προκληθεί σε περιπτώσεις αδιαφορίας των γονέων ή του περιβάλλοντος του παιδιού για τη δυσκολία του και άρνησης ύπαρξης του προβλήματος.

Τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν προηγουμένως, μπορεί να οδηγήσουν στη διάγνωση του τραυλισμού, η οποία συνήθως συμβαίνει κατά τη διάρκεια της προσχολικής και σχολικής ηλικίας, με συνηθέστερο το σύμπτωμα της επανάληψης των πρώτων φθόγγων ή της πρώτης συλλαβής μίας λέξης ή ακόμη και την επανάληψη ολόκληρων λέξεων (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Επίσης, είναι απαραίτητη προϋπόθεση, η παρουσία των ανωτέρω συμπτωμάτων να αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στις επαγγελματικές ή σχολικές επιδόσεις ή/και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (American Psychiatric Association, 1994).

5.3.1 Αίτια

Ο λόγος εμφάνισης του τραυλισμού είναι αναμφίβολα πολυπαραγοντικός και η κύρια αιτία παραμένει αναπόδεικτη. Αυτό σημαίνει ότι η αιτιολογία μπορεί να οφείλεται σε κληρονομικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, ενώ καλό θα ήταν να ληφθούν υπόψη και οι ψυχοσωματικές πτυχές της πάθησης, καθώς ασκούν επιρροή στον τρόπο με τον οποίο ο τραυλισμός αντιμετωπίζεται από τον ασθενή. Όπως είναι λογικό, σε συγκεκριμένες καταστάσεις επικοινωνίας τα άτομα που τραυλίζουν αγχώνονται και εκεί επέρχονται τα συμπτώματα, ενώ σε άλλες συνθήκες νιώθουν άνετα και η ομιλία τους είναι

φυσιολογική. Επομένως, τα άγχος περιορίζεται κυρίως στη στάση και τη διάθεση που έχουν απέναντι σε ένα επικοινωνιακό πλαίσιο. Νευροανατομικά, έχει υποστηριχθεί ότι τα άτομα που τραυλίζουν κατά τη διάρκεια της ομιλίας, έχουν μεγαλύτερη συμμετοχή του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου από τους τυπικούς ομιλητές (Gordon, 2002).

Η συσχέτιση του τραυλισμού με τους παράγοντες κληρονομικότητας φαίνεται να είναι άμεση, αφού οι πιθανότητες εμφάνισής του αυξάνονται σε περίπτωση που κάποιο συγγενικό πρόσωπο έχει ιστορικό τραυλισμού. Σύμφωνα με τον Andrews και τους συνεργάτες του, σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1991, παρατηρήθηκε ότι το 71% των ατόμων που τραυλίζουν παρουσιάζουν ήδη υπάρχον κληρονομικό υπόβαθρο της διαταραχής. Παράλληλα, σε μια προηγούμενη έρευνα τους το 1983, το αρσενικό φύλο φάνηκε να επηρεάζεται σχεδόν σε διπλάσιο βαθμό στην εμφάνιση τραυλισμού από ότι το θηλυκό. Ωστόσο, μέχρι και σήμερα η σχέση του τραυλισμού με τους κληρονομικούς και γενετικούς παράγοντες είναι αμφίβολη καθώς δεν υπάρχουν ασφαλή και βέβαια συμπεράσματα που να ορίζουν πλήρως την συσχέτιση τους (Silverman, 1996. Guitar, 1998).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τη ψυχολογική προσέγγιση, ο βασικότερος παράγοντας που προκαλεί την ενεργοποίηση και ύστερα την παγίωση του συμπτώματος του τραυλισμού στην ομιλία του ατόμου είναι το άγχος (Guitar, 1998. Manning, 2001). Τα συναισθήματα του φόβου και του άγχους ευθύνονται για την εμφάνιση του τραυλισμού, άποψη που ενισχύεται από γονείς που συχνά υποστηρίζουν ότι η αιτία πρόκλησης τραυλισμού στο παιδί είναι αγχογόνες οικογενειακές καταστάσεις ή διάφορα τραυματικά γεγονότα (Van Riper, 1971). Αν θεωρηθεί ότι οι αιτίες αυτές έχουν κάποια βάση, η αντιμετώπιση του τραυλισμού με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους φαντάζει να είναι εξαιρετικά χρήσιμη. Η θεωρία αυτή απορρίφθηκε στις αρχές και τα μέσα του 20ου αιώνα, με την ψυχοθεραπεία να μην δείχνει να έχει ουσιαστικά αποτελέσματα (Appelt, 1911. Brill, 1923. Freud, 1966). Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι παραμένει πιθανό το ενδεχόμενο ο τραυλισμός να αποτελεί απόρροια ψυχολογικών παραγόντων, απλώς να χρήζει διαφορετικής αντιμετώπισης από αυτή της ψυχανάλυσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Μια ακόμη άποψη που επικρατεί μέχρι και σήμερα και υποστηρίζεται από πολλούς επιστήμονες, είναι αυτή στην οποία ο τραυλισμός επέρχεται στην ομιλία ως αποτέλεσμα λανθασμένης μάθησης. Ο Amman αποτέλεσε την αφορμή δημιουργίας αυτή της πεποίθησης, όταν ανέφερε ότι τα άτομα που τραυλίζουν είναι εφικτό να απαλλαχθούν από τα συμπτώματα επιδιώκοντας να μιλήσουν δυνατά και αργά. Με αυτό τον τρόπο, στις αρχές του 18ου αιώνα, ερμήνευσε την διαταραχή του τραυλισμού ως μία μαθημένη συνήθεια.

Ειδικοί υποστηρίζουν ότι πολλές παθολογικές καταστάσεις μπορεί να είναι αποτέλεσμα μάθησης και μία από αυτές πιθανώς να είναι η διαταραχή της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας και της φυσιολογικής ροής (Starkweather, 1987. Smith & Kelly, 1997). Έτσι, αν και δεν είναι απολύτως σαφή τα αίτια εμφάνισης του τραυλισμού και οι υποθέσεις παραγόντων πρόκλησης, υπάρχει εμφανώς μία καλύτερη κατανόηση της πάθησης στην σύγχρονη εποχή (Gordon, 2002).

5.3.2 Κατηγορίες τραυλισμού

Οι ειδικοί έχουν χωρίσει αυτή την διαταραχή σε διάφορα είδη. Τα κυριότερα είδη τραυλισμού που μπορεί να προκύψουν λόγω ψυχικού τραύματος είναι ο εξελικτικός και ο επίκτητος. Ακολούθως γίνεται μια διάκριση του τραυλισμού σε τραυματικό, υστερικό, κλονικό, τονικό και τονικοκλονικό. Όλες οι ανωτέρω μορφές αναλύονται παρακάτω.

Εξελικτικός

Παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας και είναι ο πιο συχνός τύπος τραυλισμού. Τα βασικά συμπτώματα είναι η παρουσία κομπιάσματος στην αρχή της λέξης και η επανάληψη μιας συλλαβής. Η συμπτωματολογία υπάρχει περίπτωση να ενισχυθεί από εξωγενείς παράγοντες έχοντας ως αποτέλεσμα τη μονιμοποίηση του τραυλισμού και την εντονότερη εκδήλωση των συμπτωμάτων του. Αν ο εξελικτικός τραυλισμός δεν υποχωρήσει σε λιγότερο από τρία χρόνια, τότε χαρακτηρίζεται ως χρόνιος ή επίμονος.

Επίκτητος

Ο επίκτητος τραυλισμός προκύπτει αργότερα σε άτομα που είχαν φυσιολογική ροή ομιλίας και διακρίνεται σε δύο τύπους. Ο πρώτος είναι ο νευρογενής επίκτητος ο οποίος συνήθως είναι απόρροια εγκεφαλικού επεισοδίου, εγκεφαλικής βλάβης, νεφρικής ανεπάρκειας, νόσου Parkinson, Alzheimer κ.ά. (Heuer et al., 1999). Εν συνεχεία, ο δεύτερος είναι ο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός ο οποίος χαρακτηρίζεται από επίπεδο λόγο, αδιαφορία για το ρυθμό και τη ροή της ομιλίας, επανάληψη των τονούμενων ή των αρχικών συλλαβών και αποτελεί σχεδόν το 3% των περιστατικών του τραυλισμού (American Psychiatric Association, 1987). Εκδηλώνεται συχνά έπειτα από κάποιο συμβάν τραυματικού βιώματος, ύστερα από κάποια σωματική ασθένεια ή μετά από ένα χρονικό διάστημα έντονου και διαρκούς άγχους (Guitar, 2006).

Τραυματικός

Παρουσιάζεται κυρίως σε ενήλικες μετά από ένα δυνατό ψυχικό σοκ ή ύστερα από δυνατούς σωματικούς και ψυχικούς κλονισμούς. Τα συμπτώματα του εκδηλώνονται πολύ έντονα από την αρχή και με την κατάλληλη θεραπεία εξασθενούν σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Υστερικός

Παρουσιάζεται ξαφνικά, ύστερα από κώφωση, αλαλία, υστερική αφωνία ή μετά από συχνούς ψυχικούς ερεθισμούς. Στα άτομα αυτά παρατηρούνται καταβολές, ψυχοπαθικά και νευροπαθικά χαρακτηριστικά. Η παρέμβαση πρέπει να είναι ενεργητική και άμεση με ηλεκτροθεραπεία, ψυχοθεραπευτικές και ψυχιατρικές μεθόδους.

Τονικός

Το παιδί κάνει συνεχώς επαναλήψεις της αρχικής συλλαβής μιας λέξης μέχρι να καταφέρει να αρχίσει την ομιλία του. Η δυσκολία του παιδιού έγκειται στην μετάβαση από το ένα φώνημα στο άλλο και για αυτό γίνεται αυτή η συνεχής επανάληψη. Έτσι, τα όργανα της άρθρωσης κάνουν ρυθμικούς σπασμούς με συχνότητα 5-8 φορές ανά δευτερόλεπτο κατά τη διάρκεια των επαναλήψεων.

Κλονικός

Το άτομο κάνει έντονες προσπάθειες για να μιλήσει αλλά εμφανίζει σημαντική δυσκολία στο ξεκίνημα της ομιλίας που συνοδεύεται από αδιάλειπτες επαναλήψεις συλλαβών και λέξεων.

Τονικοκλονικός

Αυτό το είδος είναι ένας συνδυασμός των δύο προηγούμενων και μάλιστα στο συγκεκριμένο παρατηρείται ότι ο τραυλισμός γίνεται πιο έντονος όταν η σύνθεση της πρότασης είναι πολύπλοκη συντακτικά και γραμματικά.

5.3.3 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, περίπου το 1% του γενικού πληθυσμού έχει τραυλισμό και περίπου το 5 % εκδηλώνει συμπτώματα τραυλισμού για τουλάχιστον έξι μήνες (Andrews et al., 1983. Peters & Guitar, 1991). Σε παιδιά ηλικίας 2 έως 10 ετών ο

επιπολασμός υπολογίζεται στο 1,4%, ενώ στους εφήβους ηλικίας 11 έως 20 ετών υπολογίζεται στο 0,5% (Craig et al., 2002).

Όσον αφορά την ηλικία εμφάνισης, συνήθως είναι είτε μεταξύ τη χρονική περίοδο 3-4 ετών είτε κατά τη σχολική ηλικία. Αξιοσημείωτο γεγονός αποτελεί ότι η συχνότητα εκδήλωσης του τραυλισμού διαφοροποιείται στα δύο φύλα. Η διαφοροποίηση αυτή, εμφανίζει μια κλιμάκωση αναλογική της ηλικίας, καθώς στην προσχολική ηλικία η αναλογία κοριτσιών-αγοριών είναι περίπου 1:1, στην ηλικία των 6-7 ετών είναι 1:3 σε βάρος των αγοριών και στην εφηβεία σε ηλικία 12-13 ετών, η αναλογική διαφορά αυξάνεται ακόμα παραπάνω σε 1:5 (Bloodstein, 1987). Μάλιστα, το ποσοστό επιβάρυνσης κατά των αγοριών σύμφωνα με ορισμένες στατιστικές μπορεί να φτάσει έως και το 80% (Walton, 1991).

5.4 Μαθησιακές δυσκολίες

Παρότι οι μαθησιακές δυσκολίες έχουν εμφανιστεί από την αρχαιότητα, προς το παρόν δεν υφίσταται ένας γενικά αποδεκτός ορισμός. Όμως, οι ορισμοί που είναι πιο δημοφιλείς εμφανίζουν μεταξύ τους πολλά κοινά. Οι ομοιότητες παρατηρούνται σε χαρακτηριστικά όπως είναι ότι έχουν ως κύρια αιτία τη δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος και ότι η δυσκολία είναι εμφανής σε τομείς γλωσσικούς και ακαδημαϊκούς όπως είναι η γραφή, η ανάγνωση και τα μαθηματικά. (Hammill, 1990. Wong, 1996).

Η εμφάνιση τους γίνεται συνήθως στην προσχολική ηλικία και συνοδεύουν το άτομο σε ολόκληρη τη ζωή του. Είναι διαταραχές αναπτυξιακής φύσεως και ως παράγοντες πρόβλεψης πιθανών μελλοντικών μαθησιακών δυσκολιών είναι η καθυστέρηση της ανάπτυξης του λόγου και της ομιλίας, ο ελλειμματικός συντονισμός του κινητικού συστήματος, η δυσκολία στην χρήση επαγωγικής σκέψης, τα ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση, η δυσανάλογη αντίληψη με το ηλικιακό επίπεδο, η κακή επίδοση στον εκπαιδευτικό τομέα και τα ελλείμματα στην προσοχή (National Joint Committee on Learning Disabilities, 1991/2007).

5.4.1 Βασικά χαρακτηριστικά

Το βασικό χαρακτηριστικό των μαθησιακών δυσκολιών είναι η υπερβολικά χαμηλή σχολική επίδοση και η πιο γνωστή είναι η δυσλεξία (Fletcher et al., 2003). Η δυσλεξία χαρακτηρίζεται από ανακριβή, κοπιώδη και αργή ανάγνωση, καθώς το άτομο παρουσιάζει δυσκολία στην επεξεργασία των φωνολογικών κανόνων της γλώσσας. Πολύ συχνά, τα

άτομα με δυσλεξία εμφανίζουν συνοδά ελλείμματα, όπως δυσορθογραφία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσπραξία, ΔΕΠ-Υ (Lundberg, 1980. Shaywitz, 1998. Castles, 2004).

Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, χαρακτηρίζονται από ένα σύνολο συμπεριφορών, πολλές από τις οποίες παρατίθενται παρακάτω.

Γενικά χαρακτηριστικά:

- δυσχέρεια στις αλληλουχικές διεργασίες, όπως είναι η αναφορά των μηνών του χρόνου με τη σωστή σειρά, οι μέρες της εβδομάδας, η μέτρηση από το ένα έως το δέκα κ.τ.λ.
- σημαντική δυσχέρεια στη διαλογή, την οργάνωση, την κατανομή και την αποθήκευση των πληροφοριών που δέχονται
- οι πληροφορίες δεν φιλτράρονται σωστά, καθώς έχουν δυσκολία στο διαχωρισμό του τι είναι ουσιώδες ή μη, άσχετο ή σχετικό με αποτέλεσμα να κουράζονται γρηγορότερα και η προσοχή τους να διαβρώνεται ευκολότερα σε σύγκριση με τους συμμαθητές τους
- δεν αφιερώνουν χρόνο στο να επεξεργαστούν ένα ερώτημα και για αυτό συνήθως απαντούν με τρόπο ρομποτικό και οι αποκρίσεις τους μοιάζουν να είναι αυτοματοποιημένες και όχι εμπειριστατωμένες
- οι χώροι που τους αντιστοιχούν βρίσκονται συνήθως σε αποδιοργάνωση (π.χ. θρανίο) και η συμπεριφορά τους χαρακτηρίζεται από το περίγυρό τους, ως ‘χαώδης’ και ‘ανώριμη’
- παρατηρούν τα ερεθίσματα που τους περιτριγυρίζουν με τον ίδιο βαθμό συγκέντρωσης ανεξαρτήτου σημαντικότητας. Έτσι για παράδειγμα παρατηρούν την παράδοση του μαθήματος τόσο όσο παρατηρούν και τον ψίθυρο ενός συμμαθητή
- δυσκολεύονται στην επεξεργασία περίπλοκων οδηγιών/ πληροφοριών
- είναι συνήθης η εμφάνιση δυσαναλογιών στις ικανότητες. Για παράδειγμα μπορεί ένας μαθητής να δυσκολεύεται στην ανάγνωση αλλά να λύνει με ευχέρεια μαθηματικές ασκήσεις
- μπορεί να θυμούνται πράγματα που είναι φαινομενικά ασήμαντα αλλά να ξεχνούν την ορθογραφία καθημερινών λέξεων
- σε καταστάσεις έντασης και υπέρμετρου άγχους αποδιοργανώνονται σε εξαιρετικά μεγάλο βαθμό
- παρουσιάζουν δυσκολία στη συγκράτηση ορισμών, σημαντικών γεγονότων, ημερομηνιών, κ.ά.

- οι περισσότεροι παρουσιάζουν αδέξια κινητικότητα
- συνήθως η λαβή που χρησιμοποιούν για να κρατήσουν το μολύβι είναι λανθασμένη και έτσι κουράζονται πολύ σύντομα
- σημαντική δυσχέρεια στην αντιγραφή
- δυσκολία στην κατανόηση γραφημάτων
- συνήθως το περιβάλλον τους μπερδεύει τη δυσκολία με φυγοπονία και απροθυμία και αυτό προκαλεί απογοήτευση στα παιδιά και ενισχύει τη χαμηλή αυτοεκτίμηση τους (Lieberman & Shankweiler, 1985. American Speech Language Hearing Association, 2001).

Δυσχέρεια στην ανάγνωση (δυσαναγνωσία):

- παρατηρείται δυσαναλογία σε σχέση με τους συμμαθητές στην έναρξη κατάκτησης της ανάγνωσης, καθώς στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι πιο αργή
- σημαντική δυσκολία στο συλλαβισμό
- η καθυστέρηση στη μάθηση και η κωλυόμενη πρόοδος είναι χαρακτηριστικά που τους διαφοροποιούν από τους συμμαθητές τους
- δυσχέρεια κατά την ανάγνωση στη διατήρηση της σωστής γραμμής και δυσκολία στη μετάβαση από το τέλος της μίας στην αρχή της άλλης
- έχουν μονοκόμματα και αφύσικη προσωδία
- σύγχυση των οπτικά παρόμοιων γραμμάτων όπως φ-ψ, ο-α κ.ά
- εμφανίζουν δυσχέρεια στην κατανόηση κειμένου και για αυτό τους δυσκολεύουν μαθήματα όπως η ιστορία
- μπερδεύουν τα σημεία στίξης σημασιολογικά αλλά και οπτικά
- βιάζονται να αποκωδικοποιήσουν το νόημα μιας λέξης που μοιάζει με μια άλλη με αποτέλεσμα να την διαβάζουν λάθος π.χ. κάτι-μάτι ή χώμα-πώμα
- κάνουν αναγραμματισμούς όπως –πάκως- αντί για κάπως ή –τάμι- αντί για μάτι
- αν κατά τη διάρκεια της ανάγνωσης αποσπαστεί η προσοχή τους και στρέψουν το βλέμμα τους αλλού, εμφανίζουν δυσκολία στο να ξαναβρούν που είχαν μείνει (Perfetti, 1985. Nation & Snowling, 1998)

Δυσχέρεια στη γραφή και την ορθογραφία (δυσγραφία/δυσορθογραφία):

- σύγχυση γραμμάτων που ακούγονται παρόμοια και αντικατάσταση τους με λανθασμένα π.χ. τ-ντ, φ-θ, θ-δ, κ.ά.

- οι προτάσεις τους είναι περιορισμένες εκφραστικά και λεξιλογικά και η δομή τους συνήθως λανθασμένη
- σύγχυση με τη σωστή χρήση κεφαλαίων γραμμάτων, κανόνων τονισμού και αρκετών σημείων στίξεως
- παράλειψη γραμμάτων/συλλαβών ή και ολόκληρων λέξεων π.χ. γράφουν λείο αντί για σχολείο, άλα αντί για γάλα, κ.ά.
- συνενώνουν τις λέξεις μεταξύ τους χωρίς να διατηρούν αποστάσεις π.χ. σήμεραείναιΤρίτη, πάμεσελίγο, κτλ.
- εμφανίζουν συνήθως δυσανάγνωστο γραφικό χαρακτήρα
- παρουσιάζουν τηλεγραφικό γραπτό λόγο
- δυσκολεύονται να τηρήσουν τους γραμματικούς και ορθογραφικούς κανόνες στο γραπτό λόγο (Perfetti, 2004. Λεβάντη, 2007)

Δυσχέρεια στα μαθηματικά (δυσαριθμησία)

- δυσκολεύονται με την προπαίδεια και συχνά την κάνουν προσθέτοντας τους αριθμούς π.χ. $2 \times 5 = 5 + 5$, παρότι έχουν εξοικειωθεί με αυτή
- εμφανίζουν δυσκολία σε απλούς υπολογισμούς και παρόλο που μπορεί ο μαθητής να έχει σχεδιάσει τα επόμενα βήματα σωστά με σκοπό να επιλύσει το πρόβλημα, εν τέλει γίνονται λάθη σε απλές αριθμητικές πράξεις
- ενώ μπορεί τα δεδομένα του προβλήματος να αλλάζουν κάθε φορά, παρατηρείται εμμονή με έναν συγκεκριμένο τύπο επίλυσης του προβλήματος ο οποίος δεν ταιριάζει πάντα
- Δυσκολεύονται σε ασκήσεις επαλήθευσης προβλημάτων και παρουσιάζουν διαταραχές στον προγραμματισμό και στη λογική

Συνήθως, τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες, παρά τις δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν χαρακτηρίζονται από αυξημένη συναισθηματική ωριμότητα και έντονη δημιουργικότητα. Η φαινομενική αδυναμία που εμφανίζουν στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις ή τους ορθογραφικούς κανόνες, δε συνεπάγεται την ανεπάρκεια τους σε άλλους τομείς. Μια πιθανή εξήγηση στη δυσκολία που εμφανίζουν αποτελεί ότι δεν τους ταιριάζει ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζονται και διδάσκονται οι διεργασίες αυτές.

5.4.2 Αίτια

Οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να εκδηλωθούν λόγω συννοσηρότητας πολλών παραγόντων. Το ψυχικό τραύμα είναι πιθανό να αποτελεί έναν τέτοιο παράγοντα μαζί με κάποια φυσικά αίτια που περιλαμβάνουν τόσο την καθυστέρηση στην ανάπτυξη όσο και τις εγκεφαλικές βλάβες.

Μέσω της χρήσης νευροαπεικονιστικών μεθόδων γίνεται πιο εύκολα αντιληπτό το νευροβιολογικό υπόβαθρο των μαθησιακών δυσκολιών. Κατά τη διαδικασία της ανάγνωσης ενεργοποιούνται συγκεκριμένες περιοχές του αριστερού ημισφαιρίου. Σύμφωνα με τον Shaywitz (2005), στα παιδιά που έχουν μαθησιακά προβλήματα με δυσκολίες στην ανάγνωση όπως είναι η δυσλεξία, κατά τη διαδικασία της ανάγνωσης αντί να ενεργοποιούνται οι προαναφερθέντες περιοχές στο αριστερό ημισφαίριο, ενεργοποιούνται οι αντίστοιχες στο δεξί. Πολλοί ισχυρίζονται ότι αυτό συμβαίνει με σκοπό να αντισταθμιστούν τα ήδη υπάρχοντα ελλείμματα του αριστερού.

Επίσης οι μαθησιακές δυσκολίες, σε μεγάλο βαθμό, αποτελούν κληρονομικές διαταραχές. Σε περίπτωση που ένας από τους γονείς παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες, η πιθανότητα να εμφανίσει και το παιδί, κυμαίνεται από 25% έως 63% (Blakemore & Frith, 2011). Βέβαια, η κληρονομικότητα δηλώνει περισσότερο την προδιάθεση για εκδήλωση της διαταραχής παρά την κυρίαρχη αιτία.

Όσον αφορά τους γνωστικούς παράγοντες, υπάρχουν δεξιότητες που δεν είναι τόσο αναπτυγμένες στο παιδί και συνδράμουν στις χαμηλές μαθησιακές του ικανότητες. Ένα παράδειγμα αποτελεί η υπόθεση του φωνολογικού ελλείμματος, κατά την οποία το επίπεδο φωνολογικής επίγνωσης του ατόμου με μαθησιακές δυσκολίες είναι χαμηλό και αυτό δεν εξαρτάται από τη νοημοσύνη τους ή το γλωσσικό τους υπόβαθρο (Caravolas, 2011).

Άλλο ένα παράδειγμα αποτελεί η υπόθεση της οπτικής προσοχής. Σύμφωνα με αυτή, αν παρατηρηθούν οι οφθαλμικές κινήσεις που κάνουν τα παιδιά με δυσκολίες στην ανάγνωση, γίνεται αντιληπτό, πως δεν είναι ικανοί να εστιάσουν την οπτική τους προσοχή στο κείμενο το οποίο διαβάζουν, έτσι όπως το κάνουν τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες (Bellocchi et al., 2013). Ο τρόπος δηλαδή που εστιάζουν τα μάτια τους στις λέξεις, προδιαθέτει την ύπαρξη μαθησιακών διαταραχών και η επιρροή της ανικανότητας οπτικής εστίασης στην ανάγνωση είναι μεγάλη ανεξαρτήτου λεξιλογίου, ευφράδειας, λεκτικής ικανότητας και νοημοσύνης (Bosse et al., 2007).

Λαμβάνοντας υπόψιν ότι τα ακριβή αίτια δεν είναι γνωστά, πιθανολογείται ότι οι σωματικές και ψυχικές ασθένειες αποτελούν ένα από αυτά. Η δρεπανοκυτταρική αναιμία φαίνεται να έχει άμεση συσχέτιση με τις μαθησιακές δυσκολίες (Ekinci et al., 2012), ενώ

ακολουθεί η κατάθλιψη αποτελώντας σύμφωνα με μελέτες σημαντικό αιτιώδη παράγοντα της διαταραχής (Calhoun & Mayes, 2005).

5.5 ΔΕΠΥ

Η συγκεκριμένη διαταραχή επειδή, κατά πάσα πιθανότητα, πρόκειται για προϊόν νευροβιολογικών αιτιών, δε μπορεί να κατηγοριοποιηθεί στις διαταραχές που προκαλούνται εξαιτίας μιας τραυματικής εμπειρίας και κακοποίησης κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Οφείλει όμως να αναφερθεί, γιατί:

i) Μπορεί να θεωρηθεί ως αποτέλεσμα έμμεσης κακοποίησης- παραμέλησης, όταν η μητέρα κάνει υπερβολική χρήση ουσιών ή παραμελεί τον εαυτό της, ιδίως κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης, ή ακόμη εάν η μητέρα γίνει θύμα (μια φορά ή κατ' εξακολούθηση) σωματικής βίας. Οι συνθήκες αυτές μπορούν να δημιουργήσουν νευροβιολογικές αλλοιώσεις που δυνητικά ενδέχεται να καταλήξουν στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ.

ii) Αποτελεί παγκοσμίως την συχνότερη ίσως μαθησιακή δυσκολία, που, όμως, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αυξηθεί πολύ το ποσοστό της και στον ενήλικο πληθυσμό.

iii) Ως διαταραχή μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα κακοποίησης κάποιου ανηλίκου, συνθήκη η οποία δύναται να δημιουργήσει τραύμα, και συνεπώς και μετατραυματική διαταραχή. Οι περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠΥ αποδεικνύονται εξαιρετικά δύσκολες στον χειρισμό τους από το άμεσα εξαρτώμενο περιβάλλον του παιδιού (δηλαδή την οικογένεια). Λόγω της χρόνιας έκθεσης σε μια τέτοια κατάσταση, ποσοστό γονέων προβαίνει σε κακοποιητικές πράξεις, καθώς χαρακτηρίζονται από αυξημένη νευρικότητα και ευερεθιστότητα ένεκα της απογοήτευσης που νιώθουν από την ανικανότητα τους να ελέγξουν οποιαδήποτε συμπεριφορά των παιδιών τους. Αυτό καθιστά τη ΔΕΠ-Υ μία διαταραχή που απαιτεί εμπειριστατωμένη και πολυεπίπεδη έρευνα, και αντιμετώπιση πολλαπλών μετώπων αλλά με διαφορετικές για το καθένα στρατηγικές.

iv) Τα παιδιά με διαταραχή ΔΕΠ-Υ συχνά έχουν δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας. Έρευνες υποστηρίζουν ότι το ποσοστό καθυστέρησης της ομιλίας ξεκινάει από 6% και μπορεί να φτάνει έως και 35%. Παράλληλα, ένα ποσοστό της τάξης του 10% έως και το 54% των παιδιών αυτών παρουσιάζει δυσχέρειες στον τομέα του προφορικού λόγου (Hartsough & Lambert, 1985. Baker & Cantwell, 1987. Shaywitz & Shaywitz, 1991. Plomin, 1995. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η ΔΕΠ-Υ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας), ανήκει στο φάσμα νευροαναπτυξιακών διαταραχών, πρόκειται δηλαδή για μια διαταραχή που προκύπτει από δυσχέρεια ή στρέβλωση της ομαλούς ανάπτυξης του νευρολογικού συστήματος του ατόμου. Είναι συχνή διαταραχή στην παιδική ηλικία, η οποία έχει συγκεκριμένα γνωστικά ζητήματα και η εξέλιξη της χαρακτηρίζεται από σταθερότητα, την οποία επιδέχεται το παιδί και στην ενήλικη ζωή του (Cole & Cole, 1996. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Από τα βασικά προβλήματα που προκαλούνται από τη ΔΕΠ-Υ είναι η ελλειμματική εκτελεστική λειτουργία και αφορά την ενεργό μνήμη, ο ανασταλτικός έλεγχος, η απορρυθμισμένη και διαταραγμένη συμπεριφορά, αλλά και η τάση των ατόμων αυτών να προτιμούν πράξεις από τις οποίες δέχονται αμεσότερες αμοιβές, δηλαδή, εάν έχουν τη δυνατότητα να έχουν μία καλύτερη απολαβή σε μακροπρόθεσμο πλαίσιο, θα προτιμήσουν την εγγύτερη επιλογή, ακόμη και εάν δεν είναι η πιο συμφέρουσα, λόγω της παρορμητικότητας που τους κατακλύζει. Αυτό που βρίσκεται στο κοντινότερο πεδίο τους, είναι στα μάτια τους η μόνη επιλογή (Κουμούλα, 2012).

Η ΔΕΠ-Υ ορίζεται από το DSM-IV (1994) ως μια διαταραχή η οποία χωρίζεται σε τρεις διαφορετικούς υποτύπους, την ΔΕΠ-Υ με κυριότερο τον τύπο ελλειμματικής προσοχής, με κυριότερο τον τύπο υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και τέλος αυτή με υπάρχοντα συνδυασμό και των δύο προηγούμενων τύπων.

5.5.1 Αίτια

Η ΔΕΠ-Υ, τις τελευταίες δεκαετίες, αποδίδεται σε νευρολογικές δυσλειτουργίες, η αιτιολογία των οποίων χαρακτηρίζονται ως γενετικής ή νευρολογικής φύσεως. Το περιβάλλον και η κληρονομικότητα είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες (Barkley, 1998. Γιαννοπούλου, 2008).

Κατά τρόπο ανάλογο μπορεί να λειτουργήσει η νευροβιολογία κατά τους μήνες της κύησης, στην διαδικασία ανάπτυξης του εγκεφάλου. Εάν δεν ολοκληρωθεί τυπικά η ανάπτυξη αυτή, ενδέχεται να επηρεάσει άμεσα ή έμμεσα την μετέπειτα χρήση των γνωστικών δυνατοτήτων του παιδιού. Παράγοντες για την παρεμπόδιση ή την αναστολή της φυσιολογικής ανάπτυξης ίσως να είναι η χρήση ουσιών ή το κάπνισμα από τη μητέρα ειδικά τους πρώτους μήνες της κύησης, διάφορες ενδεχόμενες περιγεννητικές βλάβες, η ανοξία κατά τον τοκετό αλλά και η προωρότητα (Milberger et al, 1998).

Ακόμη, επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι δημιουργούνται λειτουργικές και δομικές ανωμαλίες στο μετωπιαίο λοβό, τα βασικά γάγγλια και την παρεγκεφαλίδα. Ο

συνδυασμός αυτών των δομών διαδραματίζει καίριο ρόλο στον έλεγχο της παρορμητικότητας και τον τρόπο που ένα άτομο κατευθύνει την προσοχή του. Ο μετωπιαίος λοβός σχετίζεται άμεσα με το κέντρο των συναισθημάτων (Munden & Arcelus, 1999).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι αρκετά ικανοί να συμβάλλουν στην εμφάνιση συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ. Γονικές διαμάχες, παραμέληση των παιδιών, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στην οικογένεια, κακά διαπαιδαγωγικά πρότυπα, υπέρμετρη αυστηρότητα, υπερπροστατευτικότητα, φαίνεται να ενισχύουν και να επιδεινώνουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010).

Παρ' όλα αυτά, δεν έχει εξακριβωθεί κάποια συγκεκριμένη αιτιολογία που να φέρει την πλήρη ευθύνη για την έναρξη της συμπτωματολογίας της διαταραχής (Αναγνωστόπουλος & Ρότσικα, 2006). Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να ενισχύσουν, ουσιαστικά, τις γενετικές και τις νευρολογικές δομές που ευθύνονται για τη γένεση της διαταραχής, και να οξύνουν τα συμπτώματα αλλά και την πρωταρχική εκδήλωσή τους. Επιβεβαιώνεται, λοιπόν, περίτρανα η καίρια σημασία του υγιούς και ευρύθμου οικογενειακού περιβάλλοντος.

5.5.2 Κλινική Εικόνα

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, κυρίως αυτά που βασικό γνώρισμα είναι η υπερκινητικότητα, διαφέρουν αρκετά στην συμπεριφορά τους από τα υπόλοιπα παιδιά της ηλικίας τους. Διαθέτουν αρκετά αυξημένη ενεργητικότητα, ενώ η κινητική δραστηριότητα τους βρίσκεται σε μία ατέρμονη έξαρση. Η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει επίσης και την ικανότητα προσοχής τους και πιο συγκεκριμένα την δυνατότητα συγκέντρωσης και την διατήρησή της. Αντιμετωπίζουν εξαιρετική δυσκολία προσήλωσης του ενδιαφέροντος τους σε μία συγκεκριμένη δραστηριότητα και σπανίως καταφέρνουν να διεκπεραιώσουν τις υποχρεώσεις τους (π.χ. ασκήσεις μαθηματικών). Συνεχώς η προσοχή τους διασπάται, από οποιοδήποτε ερέθισμα είναι ικανό να τους ενθουσιάσει, με αποτέλεσμα να καθίσταται δυσχερής η φοίτηση με αποτελεσματικό τρόπο σε ένα χώρο μάθησης (σχολείο) (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Η συμπεριφορά των παιδιών αυτών διαφέρει ποιοτικά και ποσοτικά σε σύγκριση τους συνομηλίκους τους, ειδικά στο θέμα της παρορμητικότητας. Παρουσιάζουν έντονη αντιδραστικότητα και δεν προβάλουν καμία διάθεση συνεργασίας με άλλα παιδιά. Παρότι η νοημοσύνη τους βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα, η απόδοσή τους σε απαιτήσεις

ερεθισμάτων του περιβάλλοντος κρίνεται ανεπαρκής ενώ η συμπεριφορά τους δεν συνάδει με το αναπτυξιακό επίπεδο που θα έπρεπε να βρίσκονται (Κάκουρος, 2001).

Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ συνήθως κινείται ασταμάτητα χωρίς να παρουσιάζει ίχνη κούρασης. Δυσκολεύεται τρομερά όταν καλείται να παραμείνει σε μια συγκεκριμένη θέση για κάμποση ώρα, όπως μέσα στην σχολική τάξη π.χ. Η συμπεριφορά του πιθανόν να χαρακτηρίζεται από αγένεια ή προκλητικότητα, πράγμα που συνήθως είναι ενοχλητικό για τον περίγυρο του. Η τιμωρία ή οι παρατηρήσεις δεν αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα για αυτά. Ενδιαφέρον είναι ότι παρόλο που δυσκολεύεται σε μεγάλο βαθμό να παραμείνει συγκεντρωμένο στο σχολείο, όταν καταπιάνεται με κάτι που επιλέγει το ίδιο και το απολαμβάνει (π.χ. ζωγραφική) είναι απορροφημένο και σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό συγκεντρωμένο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006/12).

Η πηγή της ελλειμματικής προσοχής, που σχετίζεται με δυσκολίες σε διάφορους τομείς, είναι η βραχύχρονη προσοχή και κατακερματισμένη δυνατότητα συγκέντρωσης. Εντοπίζεται εύκολα στις ακαδημαϊκές επιδόσεις των παιδιών, καθώς και στην επικοινωνία μέσω συνομιλιών. Η ελλειμματική προσοχή δεν σημαίνει πως τα άτομα της διασπώνται σε μεγαλύτερο βαθμό από εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά ότι δεν δαπανούν τον ίδιο χρόνο σε ενέργειες που δεν τους φαίνονται ενδιαφέρουσες και δεν τους προσφέρουν άμεση ικανοποίηση (Barkley, 1990).

Με τον όρο παρορμητικότητα αναφερόμαστε σε εκείνη την συμπεριφορά στην οποία το άτομο δεν ασχολείται με τις συνέπειες που επιφέρουν οι πράξεις του, πρόκειται για μια ανικανότητα διαχωρισμού των κοινωνικά αποδεκτών συμπεριφορών στην εκάστοτε συνθήκη. Ένα παιδί που παρουσιάζει στοιχεία παρορμητικά δε περιμένει να λάβει τις απαραίτητες οδηγίες για οποιαδήποτε ενέργεια, δεν ζυγίζει ορθά τις καταστάσεις, δεν ενδιαφέρεται για τα άτομα στον περίγυρο του και παρουσιάζεται ως ανεύθυνο και ανώριμο. Η προσοχή του διασπάται με απίστευτη ευκολία ακόμη και από ερεθίσματα που για κάποιον άλλον θα ήταν παντελώς αδιάφορα (Παπαγεωργίου, 2005).

Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που έχουν προσβληθεί από τη ΔΕΠ-Υ κατά την παιδική τους ηλικία δεν την «κουβαλούν» στην μετέπειτα ενήλικη πορεία τους. Η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα ελαττώνονται σταδιακά σε μεγάλο βαθμό και τα ποσοστά βελτίωσης είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικά (Barkley, 1998).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η βίωση μίας εμπειρίας που διεγείρει τον ανθρώπινο ψυχισμό σε μη ανεκτά επίπεδα και δημιουργεί το αίσθημα του αβοήθητου είναι γνωστή ως τραυματικό συμβάν. Δεδομένης της ακόμη ανελισσόμενης αναπτυξιακής του πορείας το παιδί εκλαμβάνει την τραυματική συνθήκη ακόμη εντονότερα από τον ενήλικο πληθυσμό και καταφεύγει σε κυρίως ασυνείδητους τρόπους εξωτερίκευσής της. Βέβαια, ο τρόπος διαχείρισης ενός τραυματικού συμβάντος, αποδεικνύεται μέσω ερευνών, ότι σχετίζεται άμεσα με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου, το φύλο του, την ιδιοσυγκρασία του, την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος καθώς και την φύση του στρεσογόνου παράγοντα.

Το ψυχικό τραύμα περικλείει ένα ευρύ φάσμα αιτιών εκ των οποίων μπορεί να προκληθεί. Για παράδειγμα, φαίνεται ότι μία φυσική καταστροφή ή ένας απρόσμενος θάνατος είναι ικανά να πλήξουν τον ανθρώπινο ψυχισμό. Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες τα τραυματικά συμβάντα που είναι αποτέλεσμα ανθρωπίνων ενεργειών τραυματίζουν ακόμη εντονότερα το άτομο, καθώς του στερούν την ψευδαίσθηση της κοινωνικής ασφάλειας και ενσυναίσθησης. Σε αυτή την κατηγορία ενεργειών, υπάγονται η σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση καθώς και η παιδική παραμέληση, ο πόλεμος, τρομοκρατικές επιθέσεις κ.ά.

Στην πραγματικότητα, το ίδιο το τραυματικό γεγονός δεν επιφέρει τόσο δυσάρεστες εκβάσεις στην ψυχική ηρεμία του ατόμου όσο η συνεχής αναβίωση και ανάκληση των επίπονων αναμνήσεων του. Υπό αυτό το πρίσμα, το άτομο αναπτύσσει ανάλογες διαταραχές οι οποίες τρέφονται από τις συνεχείς αγχώδεις και ανασφαλείς σκέψεις του σχετικά με το τραύμα. Στην πρωτοκαθεδρία αυτών των διαταραχών βρίσκεται η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες που εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 3-100% του πληθυσμού των παιδιών και εφήβων έπειτα από ένα τραυματικό συμβάν. Σε αυτή την περίπτωση, το φύλο διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο καθώς φαίνεται ότι ο ανδρικός πληθυσμός παρουσιάζει έντονη ανθεκτικότητα στη διαταραχή σε σχέση με το γυναικείο, ενώ στην εμφάνιση της διαταραχής συντελούν και άλλα στοιχεία όπως ατομικοί, βιολογικοί, νευρολογικοί και κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες. Μία δεύτερη διαταραχή που παρουσιάζει παρόμοια συμπτωματολογία με την πρώτη είναι η Οξεία Διαταραχή Στρες, σύμφωνα με την οποία το άτομο κατακλύζεται από φόβο, αυπνίες, παρεισφρητικές εικόνες και αναβιώσεις, υπερεπαγρύπνηση και αποφυγή καταστάσεων. Τέλος, πιθανή είναι η ανάπτυξη μίας διαταραχής που αφορά κυρίως τους δεσμούς του παιδιού με τον φροντιστή του. Ειδικότερα, η ψυχική ανισορροπία του ατόμου προβάλλεται στον γονέα είτε ως μορφή έντονης

αναστολής και απόσυρσης είτε ως μία συνεχή επιδίωξη συναισθηματικής εμπλοκής με άγνωστους ενήλικες, ως ένα τρόπο αντικατάστασης της ελλιπούς προσοχής που δέχεται.

Τέλος, οι επιπτώσεις μίας τραυματικής εμπειρίας σε παιδιά μικρής ηλικίας δεν περιορίζονται μονάχα σε ψυχικό επίπεδο. Αντιθέτως, φαίνεται ότι συνδράμουν στην εκδήλωση γνωστικών, νοητικών και μαθησιακών ελλειμμάτων. Ειδικότερα, είναι πιθανή η εμφάνιση διαταραχών λόγου και ομιλίας που ανακύπτουν ως άμεση συνέπεια του τραύματος, όπως η καθυστέρηση ομιλίας, η επιλεκτική αλαλία, ο τραυλισμός και η μαθησιακές δυσκολίες. Παρόλα αυτά συναντάται μία διαταραχή που αναδεικνύεται ως έμμεσο αποτέλεσμα ψυχικών τραυμάτων και είναι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Η θεραπεία των παραπάνω διαταραχών συντελείται από ειδικούς θεραπευτές με την παράλληλη συνεργασία του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού σε βάθος χρόνου.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adams-Tucker, C. (1982). Proximate effects of sexual abuse in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1252-1256
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: DSM-5. DC: Publisher.
3. American Psychiatric Association, (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Revised. Washington, D.C., The American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Revision. Washington, D.C., The American Psychiatric Association.
5. Andreski, P., Chilcoat, H., & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry research*, 79(2), 131-138
6. Andrews, G. Craig, A. Feyer, A. M. Hoddinott, S. Howie, P. Nelson, M. (1983). Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. *Journal of speech and Hearing Disorders*, 48, 226-246.
7. Armsworth, M. W., & Holaday, M. (1993). The effects of psychological trauma on children and adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 72(1), 49-56. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02276.x>
8. Armsworth, M., & Turboff, D. (1990). Therapists' initial clinical impressions of 145 maltreated children and adolescents referred for therapy. *Texas Association of Counseling and Development Journal*, 18(3), 41-48.
9. Baker, J., & Sedney, M. (1988, October). Traumatic loss in children: Effects on the timing and duration of the grief reactions of children. Paper presented at the fourth annual meeting of the Society for Traumatic Stress Studies, Dallas, TX
10. Baker, L., Cantwell, D.P. (1987). ADHD and speech/language disorders. *Comprehensive Mental Health Care*, 2: 3-16.
11. Barkley, AR. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York-London. Guilford Press.
12. Barkley, AR. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment 2nd Edition*. New York-London. Guilford Press.
13. Barr, C. S., Newman, T. K., Becker, M. L., Parker, C. C., Champoux, M., Lesch, K. P., ... & Higley, J. D. (2003). The utility of the non-human primate model for studying

- gene by environment interactions in behavioral research. *Genes, Brain and Behavior*, 2(6), 336-340.
14. Bellocchi, S., Muneaux, M., Bastien-Toniazzo, M., & Ducrot, S. (2013). I can read it in your eyes: What eye movements tell us about visuo-attentional processes in developmental dyslexia. *Research in developmental disabilities*, 34(1), 452-460.
 15. Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847-856.
 16. Blakemore, S. J., & Frith, C. (2005). The role of motor contagion in the prediction of action. *Neuropsychologia*, 43(2), 260-267.
 17. Bloch, D. A., Silber, E., & Perry, S. E. (1956). Some factors in the emotional reaction of children to disaster. *The American Journal of Psychiatry*, 113, 416-422.
 18. Bloodstein, O. (1987). *A Handbook on Stuttering* (4th Ed). Chicago: National Easter Seal Society.
 19. Bloom, L. (1978). *Readings in language development* (Vol. 9). John Wiley & Sons.
 20. Bloom, L., & Lahey, M. (1978). Language development and language disorders.
 21. Bosch, L., & Sebastián-Gallés, N. (1997). Native-language recognition abilities in 4-month-old infants from monolingual and bilingual environments. *Cognition*, 65(1), 33-69.
 22. Bosse, M. L., Tainturier, M. J., & Valdois, S. (2007). Developmental dyslexia: The visual attention span deficit hypothesis. *Cognition*, 104(2), 198-230.
 23. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski MA: Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *AGP* 55:626–632, 1998.
 24. Breslau, N., Lucia, V. C., & Alvarado, G. F. (2006). Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder: a follow-up study at age 17 years. *Archives of general psychiatry*, 63(11), 1238-1245.
 25. Brill, A. A. (1923). Speech disturbances in nervous and mental diseases. *Quarterly Journal of Speech Education*, 9, 129-135
 26. Bryant, R. A., Friedman, M. J., Spiegel, D., Ursano, R., & Strain, J. (2011). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Focus*, 9(3), 335-350.
 27. Burke, J. D., Jr., Borus, J. F., Burns, B. J., Millstein, K. H., & Beasley, M. C. (1982). Changes in children's behavior after a natural disaster. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1010-1014.
 28. Bussman, H. (1996). *The encyclopedia of language and linguistics*.

29. Calhoun, S. L., & Mayes, S. D. (2005). Processing speed in children with clinical disorders. *Psychology in the Schools*, 42(4), 333-343.
30. Camras, L. A., Grow, J. G., & Ribordy, S. C. (1983). Recognition of emotional expression by abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 325-328.
31. Caravolas, M. (2005). The nature and causes of Dyslexia in different languages
32. Carlson, E. A., & Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology.
33. Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental psychology*, 25(4), 525.
34. Carpenter, M., Tomasello, M., & Striano, T. (2005). Role reversal imitation and language in typically developing infants and children with autism. *Infancy*, 8(3), 253-278.
35. Castles, A., Coltheart, M., (2004). Is there a causal link from phonological awareness to success in learning to read? *Cognition*, 91: 77-111.
36. Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S., & Kelly, G. (2000). *Child maltreatment in the United Kingdom*. London.
37. Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual review of psychology*, 59, 301.
38. Chatziioannidis, S., Agorastos, A., Kaprinis, S., & Bozikas, V. P. (2021). Short-term reliability of retrospective childhood trauma reports in schizophrenia spectrum psychosis. *Psychiatriki*, 32, 241-6.
39. Claman, L., Harris, J. C., Bernstein, B. E., & Lovitt, R. (1986). The adolescent as a witness in a case of incest: Assessment and outcome. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 457-461.
40. Cleave H, (2009). Too anxious to speak? The implications of current research into Selective Mutism for educational psychology practice. *Educational Psychology in Practice*; 25(3): 233-246.
41. Coady, J. A., & Aslin, R. N. (2003). Phonological neighbourhoods in the developing lexicon. *Journal of Child language*, 30(2), 441-469.
42. Cohan, S. L., Price, J. M., & Stein, M. B. (2006). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(4), 341-355.

43. Cole M., Cole S., (1996). *The development of children*, New York, W.H. Freeman and company
44. Cortina, L. M., & Kubiak, S. P. (2006). Gender and posttraumatic stress: sexual violence as an explanation for women's increased risk. *Journal of abnormal psychology, 115*(4), 753.
45. Craig, A. Hancock, K. Tran, Y. Craig, M. & Peter, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 45*,1097-1105.
46. Cunningham CH, McHolm A, Boyle MH, Patel S, (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child & Adolescent Psychiatry; 15*(5): 245-255.
47. Cyr, C., Michel, G., & Dumais, M. (2013). Child maltreatment as a global phenomenon: From trauma to prevention. *International Journal of Psychology, 48*(2), 141-148.
48. De Kloet, C. S., Vermetten, E., Geuze, E., Kavelaars, A. M. A. A., Heijnen, C. J., & Westenberg, H. G. M. (2006). Assessment of HPA-axis function in posttraumatic stress disorder: pharmacological and non-pharmacological challenge tests, a review. *Journal of psychiatric research, 40*(6), 550-567.
49. De Saussure, F. (1916). Nature of the linguistic sign. *Course in general linguistics, 1*, 65-70.
50. Denton, D. M. (1976). *The philosophy of total communication*. British Deaf Association.
51. Doyle, J., & Bauer, S. (1988, October). PTSD in children: Its identification and treatment in a residential setting for emotionally-disturbed youth. Paper presented at the fourth annual meeting of the Society for Traumatic Stress Studies, Dallas, TX.
52. Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour research and therapy, 39*(9), 1063-1084.
53. Echols, C. H., Crowhurst, M. J., & Childers, J. B. (1997). The perception of rhythmic units in speech by infants and adults. *Journal of memory and language, 36*(2), 202-225.

54. Ekinci, Ö., Çelik, T., Ünal, Ş., & Özer, C. (2012). Psychiatric Problems in Children and Adolescents with Sickle Cell Disease, Based on Parent and Teacher Reports. *Turkish Journal of Hematology*, 29(3), 259.
55. Erickson, M. F., & Egeland, B. (1987). A developmental view of the psychological consequences of maltreatment. *School Psychology Review*, 16, 156-168.
56. Fantuzzo, J. W., Perlman, S. M., & Dobbins, E. K. (2011). Types and timing of child maltreatment and early school success: A population-based investigation. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1404-1411.
57. Farber, E. D., & Joseph, J. A. (1985). The maltreated adolescent: Patterns of physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 9, 201-206.
58. Faust, J., Runyon, M. K., & Kenny, M. C. (1995). Family variables associated with the onset and impact of intrafamilial childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 15(5), 443-456.
59. Fergusson D., & Lynskey M. (1997). Early reading difficulties and later conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 899-907.
60. Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1408-1423.
61. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child abuse & neglect*, 31(1), 7-26.
62. Fletcher, J.M., Morris, R.D., Lyon, G.R., (2003). Classification and definition on Learning Disabilities: An Integrative Perspective. *Handbook of Learning Disabilities*: 30-56.
63. Frederick, C. J. (1985). Children traumatized by catastrophic situations. In S. Eth & R. S. Pynoos (Eds.), *Post traumatic stress disorder in children* (pp. 71-99). Washington, DC: American Psychiatric Press
64. Friedrich, W. N. (1987). Children from sexually abusive families: A behavioral comparison. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 391-402.
65. Friedrich, W. N., Beilke, R. L., & Urquiza, A. J. (1988). Behavior problems in young sexually abused boys: A comparison study. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(1), 21-28.
66. Friedrich, W. N., Einbender, A. J., & Leucke, W. J. (1983). Cognitive and behavioral characteristics of physically abused children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 313.

67. Gaensbauer, T. J., & Siegel, C. H. (1995). Therapeutic approaches to posttraumatic stress disorder in infants and toddlers. *Infant Mental Health Journal, 16*(4), 292-305.
68. Gale, J. (1988). Sexual abuse in young children: Its clinical presentations and characteristic patterns. *Child Abuse and Neglect, 12*, 163-170
69. Gelardo, M. S., & Sanford, E. E. (1987). Child abuse and neglect: A review of the literature. *School Psychology Review, 16*(2), 137-155.
70. George, C., & Main, M. (1979). Social interactions of young abused children: Approach, avoidance, and aggression. *Child Development, 50*, 306-318.
71. Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J., & Sauzier, M. (1985). Severity of emotional distress among sexually abused preschool, school age, and adolescent children. *Hospital and Community Psychiatry, 36*, 503-508.
72. Gordon, N. (2002). Stuttering: incidence and causes. *Developmental medicine and child neurology, 44*(4), 278-282.
73. Green, A. (1983). Psychological trauma in abused children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 22*, 231-237.
74. Green, A. H. (1985). Children traumatized by physical abuse. In S. Eth & R. S. Pynoos (Eds.), *Post traumatic stress disorder in children* (pp. 133-154). Washington, DC: American Psychiatric Press.
75. Green, A. H. (1986). True and false allegations of sexual abuse in child custody disputes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25*, 449-456.
76. Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. G., Leonard, A. C., Gleser, G. C., & Smitson-Cohen, S. (1991). Children and disaster: Age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30*(6), 945-951.
77. Gregory, H. M., & Beveridge, M. C. (1984). The social and educational adjustment of abused children. *Child Abuse and Neglect, 8*, 525-531.
78. Guitar B.E. (1998). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (2nd ed.). Philadelphia, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
79. Guitar B.E. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
80. Hackmann, A., Ehlers, A., Speckens, A., & Clark, D. M. (2004). Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes with treatment. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 17*(3), 231-240.

81. Hariri, A. R., Mattay, V. S., Tessitore, A., Kolachana, B., Fera, F., Goldman, D., ... & Weinberger, D. R. (2002). Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science*, 297(5580), 400-403.
82. Hartsough, C.S., Lamber, N.M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55: 190-201.
83. Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2002). Acute stress disorder: a synthesis and critique. *Psychological bulletin*, 128(6), 886.
84. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L: Posttraumatic stress disorder in the general population. *NEJM* 317:1630–1634, 1987.
85. Herrenkohl, R. C., Egolf, B. P., & Herrenkohl, E. C. (1997). Preschool antecedents of adolescent assaultive behavior: A longitudinal study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(3), 422-432.
86. Hoffman-Plotkin, D., & Twentyman, C. T. (1984). A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development*, 55, 794-802.
87. Holaday, M., Armsworth, M., Swank, P., & Vincent, K. (1992). Rorschach responding in traumatized children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 119-129.
88. Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson
89. Houston-Price, C., Plunkett, K., & Harris, P. (2005). ‘Word-learning wizardry’ at 1;6. *Journal of Child Language*, 32, 175–189
90. Howes, C., & Espinosa, M. P. (1985). The consequences of child abuse for the formation of relationships with peers. *Child Abuse and Neglect*, 9, 397-404.
91. <https://www.apa.org/topics/trauma>
92. Hooley J., Butcher J., Nock M., Mineka S. (2020) ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ (1η Ελληνική Έκδοση), Εκδόσεις Utopia
93. Hua A., Major N. (2016). Selective Mutism. *Journal: Current Opinion in Pediatrics*, 28 (1): 114-120
94. Johnson, M., & Wintgens, A. (2017). *The selective mutism resource manual*. Routledge.
95. Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of abnormal Psychology*, 116(1), 176

96. Karrass, J., Braungart-Rieker, J. M., Mullins, J., & Lefever, J. B. (2002). Processes in language acquisition: The roles of gender, attention, and maternal encouragement of attention over time. *Journal of Child Language*, 29(3), 519-543.
97. Kellogg, N. D., Hoffman, T. J., & Taylor, E. R. (1999). Early sexual experiences among pregnant and parenting adolescents. *Adolescence*, 34(134), 293-303.
98. Kempf, J., & Voeller, K. (2008). Reactive attachment disorder in adolescence. In L. Flaherty (Ed.), *Adolescent Psychiatry* (Vol. 30, pp. 159–178). New York: The AnalyticPress/Taylor & Francis Group.
99. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity study. *AGP* 52:1048–1060, 1995.
100. Kinard, E. M. (1980). Emotional development in physically abused children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, 686-695.
101. Kiser, L. J., Millsap, P. A., Hickerson, S., Heston, J. D., Nunn, W., Pruitt, D. B., & Rohr, M. (1996). Results of treatment one year later: Child and adolescent partial hospitalization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 81-90.
102. Kleim, B., Ehlers, A., & Glucksman, E. (2007). Early predictors of chronic post-traumatic stress disorder in assault survivors. *Psychological medicine*, 37(10), 1457-1467.
103. Koenen, K., Moffitt, T., Caspi, A., Taylor, A., & Purcell, S. (2003). Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and Psychopathology*, 15, 297-311.
104. Kroes, M. C., Rugg, M. D., Whalley, M. G., & Brewin, C. R. (2011). Structural brain abnormalities common to posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 36(4), 256-265.
105. Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.
106. Lamsa T., Erkolahti R., (2013). Selective Mutism. *Duodecim Medical Journal*, 129(24): 2641-2646.
107. Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., & Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(8), 824-830.

108. Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C., Gershon, A., Weizman, R., & Cohen, D. J. (1997). Israeli preschool children under Scuds: a 30-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 349-356.
109. Lee, B. J., & Goerge, R. M. (1999). Poverty, early childbearing and child maltreatment: A multinomial analysis. *Children & Youth Services Review*, 21(9-10), 755-780
110. Liberman, I.Y., Shankweiler, D., (1985). Phonology and the problems of learning to read and write. *Remedial and Special Education*. 6: 8-17.
111. Locke J., Pearson D.M., (1990). Linguistic significance of babbling: Evidence from a tracheostomized infant. *Journal of Child Language*, 17: 1-16.
112. Lundberg, I., Olofsson, A., Wall, S., (1980). Reading and spelling skills in the first school years predicted from phonemic awareness skills in kindergarten. *Scandinavian Journal of Psychology*, 21: 159-173.
113. Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and psychopathology*, 10(2), 235-257.
114. Lyons. J., (2002). Εισαγωγή στη γλωσσολογία. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα
115. Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies.
116. Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and psychopathology*, 13(4), 759-782.
117. Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1986). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 10, 17-23.
118. Manning, W. (2001), *Clinical Decision- Making in Fluency Disorders*, second edition, Canada: Singular.
119. Marcus, G. F. (2001). *The algebraic mind: integrating connectionism and cognitive science*. Cambridge, MA: MIT Press.
120. Masataka, N. (1995). The relation between index-finger extension and the acoustic quality of cooing in three-month-old infants. *Journal of Child Language*, 22(2), 247-257.

121. McCormack, A., Janus, M. D., & Burgess, A. W. (1986). Runaway youths and sexual victimization: Gender differences in an adolescent runaway population. *Child Abuse and Neglect*, 10, 387-395.
122. McEachern, D., & Haynes, W. O. (2004). Gesture-speech combinations as a transition to multiword utterances.
123. McGregor, K. K., Sheng, L. I., & Smith, B. (2005). The precocious two-year-old: Status of the lexicon and links to the grammar. *Journal of Child Language*, 32(3), 563-585.
124. McHolm, A. E., Cunningham, C. E., & Vanier, M. K. (2005). *Helping your child with selective mutism: Practical steps to overcome a fear of speaking*. New Harbinger Publications.
125. McLaughlin, K. A., & Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk and resilience. *Current opinion in psychology*, 14, 29-34.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X16301361?casa_token=8aEO5CpwP6wAAAAA:wIEjfrWvHuSgblvXcqCkrmqoVgtZWUviaJ9V3Bj131KmwSmdJSgFA8PYIzFQJyI7NwwikjcjX8
126. McLaughlin, M. R. (2011). Speech and language delay in children. *American family physician*, 83(10), 1183-1188.
127. McNally, R. J. (2015). Posttraumatic stress disorder and dissociative disorders.
128. Meewisse, M. L., Reitsma, J. B., De Vries, G. J., Gersons, B. P., & Olf, M. (2007). Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(5), 387-392.
129. Mervis, C. B., & Bertrand, J. (1995). Early lexical acquisition and the vocabulary spurt: A response to Goldfield & Reznick. *Journal of Child Language*, 22(2), 461-468.
130. Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., et al (1998). Further evidence of an association between maternal smoking during pregnancy and ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27: 352-358.
131. Milgram, N. A., Toubiana, Y. H., Klingman, A. R., & Goldstein, I. (1988). Situational exposure and personal loss in children's acute and chronic stress reactions to a school bus disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 339-352.
132. Moon, C., Cooper, R. P., & Fifer, W. P. (1993). Two-day-olds prefer their native language. *Infant behavior and development*, 16(4), 495-500.

133. Mowbray, C. T. (1988). Post-traumatic therapy for children who are victims of violence. In F. M. Ochberg (Ed.), *Post-traumatic therapy and victims of violence* (pp. 196-212). New York: Brunner/Mazel.
134. Munden, A., Arcelus, J. (1999). *The AD/HD Handbook. A guide for parents and professionals on ADHD*. London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.
135. Nation, K., Snowling, M., (1998). Semantic Processing and the development of word recognition skills: Evidence from children with reading comprehension difficulties. *Journal of Memory and Language*. 39: 85-101.
136. National Joint Committee on Learning Disabilities, (1991). Learning disabilities: Issues on definition. 33 (Suppl.5), 18-20.
137. National Joint Committee on Learning Disabilities, (2007). Learning disabilities in younger children: Identification and intervention. *Learning Disabilities Quarterly*, 30: 60-72.
138. Nazzi, T., Bertoncini, J., & Mehler, J. (1998). Language discrimination by newborns: toward an understanding of the role of rhythm. *Journal of Experimental Psychology: Human perception and performance*, 24(3), 756.
139. Nazzi, T., Jusczyk, P. W., & Johnson, E. K. (2000). Language discrimination by English-learning 5-month-olds: Effects of rhythm and familiarity. *Journal of Memory and Language*, 43(1), 1-19.
140. Nissen, S. L., & Fox, R. A. (2005). Acoustic and spectral characteristics of young children's fricative productions: A developmental perspective. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 118(4), 2570-2578.
141. Nowakowski, M. E., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Evans, M. A., Edison, S., Pierre, J. S., ... & Schmidt, L. A. (2009). Language and academic abilities in children with selective mutism. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 18(3), 271-290.
142. Nurcombe, B. (1986). The child as witness: Competency and credibility. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(4), 473-480.
143. O'Neil, D. K., & Happé, F. G. (2000). Noticing and commenting on what's new: differences and similarities among 22-month-old typically developing children, children with Down syndrome and children with autism. *Developmental Science*, 3(4), 457-478.
144. Oates, R. K., Forrest, D., & Peacock, A. (1985). Self-esteem of abused children. *Child Abuse and Neglect*, 9, 159-163.

145. Oller D.K., Eilers R.E., (1988). The role of audition in infant babbling. *Child Development*, 59: 441-449.
146. Papaeliou, C. F., & Trevarthen, C. (2006). Prelinguistic pitch patterns expressing ‘communication’ and ‘apprehension’. *Journal of Child Language*, 33(1), 163-178.
147. Papaeliou, C., Minadakis, G., & Cavouras, D. (2002). Acoustic patterns of infant vocalizations expressing emotions and communicative functions.
148. Perfetti, C., (1985). *Reading Ability*. New York, Oxford University Press
149. Perfetti, C., (2004). *Understanding Written Word*. Neuroscience of Language. New York, Oxford University Press.
150. Perry, B. D., & Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 7(1), 33-51.
151. Perry, M. A., Doran, L. D., & Wells, E. A. (1983). Developmental and behavioral characteristics of the physically abused child. *Journal of Clinical Child Psychiatry*, 12, 320-324.
152. Perry, M. A., Doran, L. D., & Wells, E. A. (1983). Developmental and behavioral characteristics of the physically abused child. *Journal of Clinical Child Psychiatry*, 12, 320-324.
153. Peter, T. J. & Guitar, B. (1991). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Williams and Wilkins.
154. Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological psychiatry*, 51(7), 519-531.
155. Pittman, J. O., Goldsmith, A. A., Lemmer, J. A., Kilmer, M. T., & Baker, D. G. (2012). Post-traumatic stress disorder, depression, and health-related quality of life in OEF/OIF veterans. *Quality of Life Research*, 21(1), 99-103.
156. Plante E., (1991). MRI findings in the parents and siblings of specifically language impaired children. *Brain and Language*, 41: 67-80.
157. Plomin, R. (1995). Genetics and children’s experiences in the family. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36: 33-68.
158. Prasad, M. R., Kramer, L. A., & Ewing-Cobbs, L. (2005). Cognitive and neuroimaging findings in physically abused preschoolers. *Archives of disease in childhood*, 90(1), 82-85.

159. Putnam, F. (1987). Dissociation as a response to extreme trauma. In R. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 65-97). Washington, DC: American Psychiatric Press.
160. Putnam, F. W. (2006). The impact of trauma on child development. *Juvenile and Family Court Journal*, 57(1), 1-11.
161. Pynoos, R. S., & Nader, K. (1988, October). Responding to children traumatized in the school setting: A workshop for service providers (teachers, school psychologists, school counselors, administrators, and mental health professionals). Paper presented at the fourth annual meeting of The Society for Traumatic Stress Studies, Dallas, TX
162. Pynoos, R. S., & Nader, K. (1993). Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescents. In *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 535-549). Springer, Boston, MA.
163. Pynoos, R. S., Frederich, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F., & Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
164. Pynoos, R. S., & Eth, S. (1985). Children traumatized by witnessing acts of personal violence: Homicide, rape, or suicide behavior. In S. Eth & R. S. Pynoos (Eds.), *Post-traumatic stress disorder in children* (pp. 17-44). Washington, DC: American Psychiatric Press
165. Ralli, A. (2012). *Compounding in modern Greek* (Vol. 2). Springer Science & Business Media.
166. Rimsza, M. E., & Berg, R. A. (1988). Sexual abuse: Somatic and emotional reactions. *Child Abuse and Neglect*, 12, 201-208.
167. Robb, M. P., Bauer, H. R., & Tyler, A. A. (1994). A quantitative analysis of the single-word stage. *First Language*, 14(42-43), 037-48.
168. Rogeness, G. A., Hoppe, S. K., Macedo, C. A., Fischer, C., & Harris, W. R. (1988). Psychopathology in hospitalized, adopted children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 628-631.
169. Rome-Flanders, T., & Cronk, C. (1995). A longitudinal study of infant vocalizations during mother–infant games. *Journal of Child Language*, 22(2), 259-274.
170. Ronan, K. R., Canoy, D. F., & Burke, K. J. (2009). Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles. *Australian Psychologist*, 44(3), 195-213.
171. Rosenheck, R., & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 538-539.

172. Ross, R. J., Ball, W. A., Sullivan, K. A., & Caroff, S. N. (1989). Sleep disturbances as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 697-707.
173. Roth, F. P., & Worthington, C. K. (2016). *Εγχειρίδιο Λογοθεραπείας. Κύπρος: Εκδόσεις: ΠΧ Πασχαλίδης.*
174. Sadeh, A., McGuire, J. P., Sachs, H., Seifer, R., Tremblay, A., Civita, R., & Hayden, R. M. (1995). Sleep and psychological characteristics of children on a psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(6), 813-819.
175. Salzinger, S., Kaplan, S., Pelcovitz, D., Samit, C., & Krieger, R. (1984). Parent and teacher assessment of children's behavior in child maltreating families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 458-464.
176. Sanders, L. D., & Neville, H. J. (2000). Lexical, syntactic, and stress-pattern cues for speech segmentation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43(6), 1301-1321.
177. Sandgrund, A., Gaines, R. W., & Green, A. H. (1974). Child abuse and mental retardation: A problem of cause and effect. *American Journal of Mental Deficiency*, 79, 327-330.
178. Sansone, R. A., Hendricks, C. M., Gaither, G. A., & Reddington, A. (2004). Prevalence of anxiety symptoms among a sample of outpatients in an internal medicine clinic: a pilot study. *Depression and anxiety*, 19(2), 133-136.
179. Scannapieco, M., & Connell-Carrick, K. (2005). *Understanding child maltreatment: An ecological and developmental perspective*. Oxford University Press.
180. Shaw, J. A. (2000). Children, adolescents and trauma. *Psychiatric Quarterly*, 71(3), 227-243. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1004630127000>
181. Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2005). Dyslexia (specific reading disability). *Biological psychiatry*, 57(11), 1301-1309.
182. Shaywitz, S., (1998). Dyslexia. *English Journal of Medicine*, 338: 307-312.
183. Shaywitz, S., Shaywitz, B., (1991). Comorbidity: A critical issue in attention deficit disorder. *Journal of Child Neurology*, 6 : 13-122.
184. Shipley Kenneth, Mcaffé G. Julie (2013). ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΛΟΓΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ Εκδόσης Gotsis

185. Shore, J. H., Tatum, E. L., & Vollmer, W. M. (1986). Psychiatric reactions to disaster: The Mount St. Helens experience. *American Journal of Psychiatry*, 143(5), 590-595.
186. Silverman, F., (1996). *Stuttering and Other Fluency Disorders*. (3rd Ed). Boston. Allyn and Bacon.
187. Simonds, J. F., & Glenn, T. (1976). Folie à dieux in a child. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 6(1), 61-73.
188. Smith, A., Kelly, E., (1997). *Stuttering: A Dynamic, Multifunctional Disorder*. Needham Heights, Allyn & Bacon
189. Smith, J. A., & Todd, P. E. (2001). Reconciling conflicting evidence on the performance of propensity-score matching methods. *American Economic Review*, 91(2), 112-118.
190. Spitzer, R. (1992). Virginia Satir and the origins of NLP. *Anchor Point*, 6(7), 19
191. Starkweather, C.W., (1987). *Fluency and Stuttering*. Englewood Cliffs, Prentice Hall
192. Steinberg, L., & Avenevoli, S. (2000). The role of context in the development of psychopathology: A conceptual framework and some speculative propositions. *Child development*, 71(1), 66-74.
193. Steinhausen H., Adamek R. (1997). The family history of children with elective mutism: a research report. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6(2): 107-111.
194. Strathearn, L., & Gary, P. H. (2001). O'Callaghan, MJ, & Wood.
195. Striano, T., Rochat, P., & Legerstee, M. (2003). The role of modelling and request type on symbolic comprehension of objects and gestures in young children. *Journal of child language*, 30(1), 27-45.
196. Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., Paglia-Boak, A., & MAP Research Team. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child abuse & neglect*, 35(10), 887-898.
197. Terr, L. C. (1984). Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 300-317

198. Terr, L. C. (1988, October). An overview of psychic trauma in children. Presented at the fifth International Conference on Multiple Personality/Dissociative States, Chicago, IL.
199. Thornberry, T. P., Ireland, T. O., & Smith, C. A. (2001). The importance of timing: The varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Development & Psychopathology*, 13(4), 957-979.
200. Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research.
201. Tong, L., Oates, K., & McDowell, M. (1987). Personality development following sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 11, 371-383.
202. Trickett, P. K., Noll, J. G., Reiffman, A., & Putnam, F. W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for short-and long-term development. *Development and psychopathology*, 13(4), 1001-1019.
203. van der Kolk, B. A. (1987b, November). The human response to overwhelming trauma through the life cycle. Paper presented at the fourth International Conference on Multiple Personality/Dissociative States, Chicago, IL.
204. van der Kolk, B. A. (1988). The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 273-290.
205. van der Kolk, B. A. (Ed.). (1987a). *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
206. Van Riper, C. (1971). *The nature of stuttering*. Engelwood-Cliffs. Prentice-Hall.
207. Veltman, M. W., & Browne, K. D. (2001). Three decades of child maltreatment research: Implications for the school years. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2(3), 215-239.
208. Walker, M. (1999). The inter-generational transmission of trauma: The effects of abuse on the survivor's relationship with their children and on the children themselves. *European Journal of Psychotherapy, Counseling & Health*, 2(3), 281-296.
209. Weinman, M. L., Smith, P. B., Geva, J., & Buzi, R. S. (1998). Pregnant and postpartum adolescents' perceptions of the consequences of child abuse. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 15(4), 287-301.
210. Werbeloff, N., Dohrenwend, B. P., Yoffe, R., van Os, J., Davidson, M., & Weiser, M. (2015). The association between negative symptoms, psychotic experiences and

- later schizophrenia: a population-based longitudinal study. *PloS one*, 10(3), e0119852.
211. Wilmshurst L. (2017) Αναπτυξιακή Ψυχοπαθολογία, εκδόσεις Gutenberg
212. Wohl, A., & Kaufman, B. (1985). Silent screams and hidden cries: An interpretation of artwork by children from violent homes. New York: Brunner/Mazel
213. Wolfe D.A. (1999). Child abuse: Implications for Child Development and Psychopathology. Michigan, SAGE Publications.
214. Yehuda R: Managing anger and aggression in patients with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 60(Supp. 15):33–37, 1999.
215. Young, E. A., & Breslau, N. (2004). Cortisol and catecholamines in posttraumatic stress disorder: an epidemiologic community study. *Archives of general psychiatry*, 61(4), 394-401.
216. Yule, W., Bolton, D., Udwin, O., Boyle, S., O’Ryan, D., & Nurrish, J. (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(4), 503-511.
217. Zimrin, H. (1986). A profile of survival. *Child Abuse and Neglect*, 10, 339-349

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναγνωστόπουλος, Δ. & Ρότσικα, Β. (2006). Γενική Ψυχοπαθολογία και συναφείς διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Στο Κ. Σολδάτος, & Λ. Λύκουρας, Σύγγραμμα Ψυχιατρικής (σελ. 526-530). Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.
2. Αντωνοπούλου, Ζ. (2016). Πρώιμο ψυχικό τραύμα και επιδράσεις σε παραμέτρους της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής κατά την φοιτητική ζωή. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 2014(2)*, 494-497.
3. Βογινδρούκας Ι., Μαρίνης, Θ., Νικολόπουλος Δ., Νικολόπουλος Θ., κ.ά, (2008). Γλωσσική Ανάπτυξη και Διαταραχές. Εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα.
4. Βογινδρούκας, Ι. (2002). Η ανάπτυξη του λόγου σε παιδιά με αυτισμό και βαριές διαταραχές στην επικοινωνία (Doctoral dissertation, University of Ioannina; Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων).
5. Γιαννοπούλου, Γ. Ι. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας: χαρακτηριστικά και παρεμβάσεις σε φαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό και σχολικό επίπεδο.
6. Κάκουρος, Ε., (2001). Το Υπερκινητικό Παιδί. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
7. Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2006). Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Τυπωθήτω/Δαρδάνος, Αθήνα.
8. Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2006). Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Τυπωθήτω/Δαρδάνος, Αθήνα
9. Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2012). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητα. Gutenberg, Αθήνα.
10. Καλαντζή-Αζίζι, Α. , Ζαφειροπούλου, Μ. (Επιμ.) (2004). Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
11. Καμπανάρου, Μ. (2007). Διαγνωστικά θέματα λογοθεραπείας. *Αθήνα: Έλλην*, 159-164.
12. Καμπούρογλου, Μ., & Παπαντωνίου, Μ. (2003). Ανάπτυξη και Διαταραχές επικοινωνίας και λόγου στον αυτισμό. Ίδρυμα για το παιδί «Η Παμμακάριστος». *Ίδρυμα για το παιδί «Η Παμμακάριστος*.
13. Κουμούλα Α. (2012). Η εξέλιξη της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στο χρόνο. *Ψυχιατρική*, 23 (1): 49-59.

14. Λεβάντη, Ε., (2007). Σημειώσεις Σεμιναρίου. Η σχέση του γραπτού λόγου με τον προφορικό. Προβλήματα που μπορούν να εμφανιστούν στην ανάγνωση και στη γραφή. Βασικές αρχές αντιμετώπισης. Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, Αθήνα.
15. Ματσαγγας, Α. Κ. (2021). Ψυχικό Τραυμα Και Λειτουργία Της Μεταβίβασης Στη Θεραπεία Ομάδας (Όψεις του ναρκισσιστικού και αντικειμενοτρόπου πεπρωμένου). *e-Journal of Science & Technology*, 16(1). http://ejst.uniwa.gr/issues/issue_68/Matsaggas_68.pdf
16. Μουζακίτης, Χ., (1993). Η Κακοποίηση του Παιδιού και οι Επιπτώσεις στην Υγεία Του. *Περιοδικό Κοινωνική Εργασία*, 30: 94-100.
17. Νικολόπουλος Δ. (2008) Γλωσσική ανάπτυξη και διαταραχές, Αθήνα, εκδόσεις Τόπος
18. Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, (2007). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο Πλαίσιο της Σχολικής Μάθησης. Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα.
19. Παπαγεωργίου Β., (2005). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων. University Studio Press. 142-147.
20. Παπαηλίου Χ., (2005). Η ανάπτυξη της γλώσσας-Θεωρητικές προσεγγίσεις και ερευνητικά δεδομένα από την τυπική και αποκλίνουσα γλωσσική συμπεριφορά. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
21. Παπαηλιού, Χ. (2005). Η ανάπτυξη της γλώσσας. Θεωρητικές προσεγγίσεις και ερευνητικά δεδομένα από την τυπική και αποκλίνουσα γλωσσική συμπεριφορά. *Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.*
22. Πόρποδας, Δ., (1999). Γνωστική ψυχολογία: Θέματα Ψυχολογίας της γλώσσας – Λύση προβλημάτων. Τόμος 2. Πανεπιστήμιο Πατρών, Αθήνα
23. Πρώιου, Χ. (2008). «Στάδια σημασιολογικής και λεξιλογικής ανάπτυξης» στο *Γλωσσική Ανάπτυξη. Στο Δ.*
24. Σταμάτη, Ν. (2012). Καθυστέρηση Λόγου-Ομιλίας. Ανακτήθηκε 1 Απριλίου, 2017, <http://www.logoskaigrafi.gr/2012/11/blog-post.html>