

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
Τμήμα Λογοθεραπείας
Ιωάννινα 2021

Διερεύνηση ψυχολογικών
παραμέτρων ως συνοδά
χαρακτηριστικά κατά την
αξιολόγηση φωνολογικών
διαταραχών παιδιών
προσχολικής ηλικίας
Πτυχιακή εργασία

Μπουζάρα Μαρία Α.Μ. 17603

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Ζακοπούλου Βικτώρια

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο προφορικός λόγος είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την ικανότητα του ανθρώπου να επικοινωνεί με τους γύρω του. Αποτελεί ένα εργαλείο έκφρασης, μεταφοράς ιδεών και ανταλλαγής απόψεων. Αυτή η ικανότητα του ανθρώπου – δηλαδή να επικοινωνεί και να συναλλάσσεται με τους άλλους αποτελεί τη βάση για την μετέπειτα κατάκτηση της γλώσσας. Ο δρόμος προς την επικοινωνία ξεκινά από τη γέννηση του παιδιού και εξελίσσεται ώσπου να κατακτηθεί ο προφορικός λόγος και έπειτα ο γραπτός.

Με μία γενικότερη έννοια, ο προφορικός λόγος είναι ένα χρήσιμο εργαλείο με το οποίο το παιδί είναι ικανό να αποκτά νέες γνώσεις και δυνατότητες και να τις χρησιμοποιεί. Ταυτόχρονα, το βοηθά να αναγνωρίσει τον κόσμο, υπάρχοντας και αλληλεπιδρώντας σε αυτόν.

Η φωνολογική διαταραχή αποτελεί μία πολύ συχνή διάγνωση στην παιδική ηλικία. Ορίζεται ως η δυσλειτουργία σε ένα σύστημα φωνημάτων και φωνητικών προτύπων μέσα στο πλαίσιο της ομιλούμενης γλώσσας. Οι εν λόγω διαταραχές, κάνουν την εμφάνιση τους στην παιδική ηλικία αλλά ακολουθούν την πορεία του παιδιού μέχρι την ενηλικίωση.

Οι φωνολογικές διαταραχές σε συνδυασμό με τις Μαθησιακές Δυσκολίες (ΜΔ) μειώνουν την ακαδημαϊκή επίδοση του παιδιού, τις προαναφερθείσες ικανότητες επικοινωνίας και ανταλλαγής απόψεων και, κατά συνέπεια, έχουν σημαντική επίδραση στην ψυχική υγεία του παιδιού. Ο ψυχοσυναισθηματικός κόσμος του παιδιού και οι επικοινωνιακές τους ικανότητες, ως επί των πλείστων, συνδέονται.

Η αναγνώριση των φωνολογικών διαταραχών καθώς και των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών που προκύπτουν ή προϋπάρχουν αποτελεί καίρια προϋπόθεση για την ύπαρξη επιτυχημένης παρέμβασης. Στη παρούσα εργασία γίνεται λόγος για τις φωνολογικές διαταραχές, τις μαθησιακές δυσκολίες και τις ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζουν τα παιδιά. Επί προσθέτως, γίνεται συζήτηση για τον ρόλο της οικογένειας και τους τύπους παρέμβασης.

ABSTRACT

Speech is indissolubly connected to one's ability of communicating with the people around them. It can be considered as a tool for expression, capable of helping people exchange ideas and opinions. This ability – communicating and interacting with others – is the foundation of the language acquisition. The child's birth initiates the path to reaching fully developed speech abilities, until writing is also achieved.

Generally speaking, speech is a useful tool and is able to help the child gain knowledge and abilities and use them. At the same time, speech assists the child with exploring the world, by existing and interacting with it.

Phonological disorders are a common diagnosis among children. It can be prescribed as the malfunction to one's phonetic system and phonetic standards of the given speaking language. These disorders, make their appearance during childhood but can continue to exist until adulthood.

Phonological and learning disorders can diminish the child's academic performance, the communicating abilities which were mentioned above and, as a result, effect the child's mental health. Communicating skills and mental health can be usually connected.

It is important to recognize the phonological and the mental disorders that exist or occur, in order to achieve a successful intervention. This assignment addresses topics such as phonological, learning and mental disorders that children cope with. Furthermore, we refer to the role of the family and the intervention strategies.

Λέξεις- κλειδιά/keywords: phonological disorders, phonological disorders and preschoolers, personality traits, psychological disorders in childhood, phonological disorders and personality traits (or psychological characteristics) in preschoolers, phonological disorders and psychological disorders

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Φτάνοντας στο τέλος της δημιουργίας της πτυχιακής μου εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Ζακοπούλου που μου έδωσε την ευκαιρία να μελετήσω σε βάθος την εν λόγω θεματική ενότητα, αλλά και για την άψογη συνεργασία που είχαμε κατά την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας και για την πολύτιμη βοήθεια της. Θα ήθελα ακόμα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την στήριξη τους και τον σημαντικό τους ρόλο στη διεκπεραίωση των στόχων μου.

'Every child has a different learning style and pace. Each child is unique, not only capable of learning but also capable of succeeding'

- Robert John Meehan

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	3
Abstract.....	4
Πρόλογος.....	5
Εισαγωγή.....	7
1. Φωνολογική Ανάπτυξη και διαταραχές.....	14
Φωνολογική ανάπτυξη.....	14
Ανάπτυξη αρθρωτικού συστήματος/Αρθρωτές.....	16
Τόπος και τρόπος άρθρωσης.....	17
Φωνολογικές διαταραχές.....	18
1.1.Φωνολογικές διαταραχές σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.....	20
Προσεγγίσεις φωνολογικών διαταραχών.....	21
Αίτια φωνολογικών διαταραχών.....	22
Συμπτώματα φωνολογικών διαταραχών.....	24
1.2.Αξιολόγηση φωνολογικών διαταραχών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.....	27
Διαγνωστικά κριτήρια.....	27
Χρήση σταθμισμένων Τεστ.....	30
2. Προβλήματα ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης και κοινωνικής συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας.....	34
Προσχολική εκπαίδευση και ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη.....	37
Οικογενειακό περιβάλλον και ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη.....	40
2.1.Εσωτερικευμένα προβλήματα.....	45
Είδη συναισθηματικών διαταραχών.....	45
Αιτιολογικοί παράγοντες.....	53
Άγχος στην προσχολική ηλικία.....	55
Συννοσυρότητα στα εσωτερικευμένα προβλήματα.....	58
Οικογενειακοί παράγοντες επικινδυνότητας.....	59
2.2.Εξωτερικευμένα προβλήματα.....	61
2.3.Ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές ως συνοδά χαρακτηριστικά στις φωνολογικές διαταραχές.....	66
3. Δυσκολίες των παιδιών προσχολικής ηλικίας με φωνολογικές διαταραχές και προβλήματα συναισθηματικά και κοινωνικά.....	70
Δυσλεξία.....	70
Μαθησιακές διαταραχές.....	72
4. Μορφές αξιολόγησης των διαταραχών.....	80
5. Άλλες μορφές παρέμβασης.....	94
Γενικές αρχές για την οργάνωση προγραμμάτων παρέμβασης.....	96
Συμπεράσματα.....	105
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	107

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στόχο της παρούσας εργασίας αποτελεί η μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας ώστε να υπογραμμίσουμε τον ρόλο των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων ως συνοδά χαρακτηριστικά κατά τη αξιολόγηση φωνολογικών διαταραχών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Με τον όρο «Φωνολογία», αναφερόμαστε στα δομικά στοιχεία που αποτελούν ένα λεκτικό σύνολο, δηλαδή στους ήχους μίας λέξης. Ο ομιλητής χρησιμοποιεί συγκεκριμένους ήχους, τους οποίους συνδέει και με αυτόν τον τρόπο δημιουργεί ένα λεκτικό σύνολο με νόημα. Κατά συνέπεια, η φωνολογία ορίζεται ως η επιστήμη, που έχει ως αντικείμενο μελέτης αυτούς τους ήχους αλλά και τις σχέσεις μεταξύ αυτών, για το σχηματισμό λέξεων με νόημα (Nespor, 2009).

Με τον όρο «Φωνολογική Ενημερότητα» μπορούμε να αναφερθούμε στην ικανότητα του ομιλητή να διαχωρίζει ένα λεκτικό σύνολο στα επιμέρους φωνήματα, καθώς και στον χειρισμό των φωνημάτων, ώστε να τα συνδέει σωστά μεταξύ τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, το άτομο που έχει αναπτύξει σωστά τη φωνολογική ενημερότητα να είναι σε θέση να αντιληφθεί, ότι τα λεκτικά σύνολα αποτελούνται από επιμέρους ήχους/φθόγγους, οι οποίοι μπορούν να αναλυθούν μεμονωμένα, ξεχωριστά από το λεκτικό σύνολο που σχηματίζουν. Ο χειρισμός του προφορικού λόγου, έχει άμεση σχέση με την χρήση των φωνολογικών μερών, τα οποία αποτελούν και τα δομικά στοιχεία του λόγου. Ο ομιλητής θα πρέπει να γνωρίζει τον χειρισμό των φωνολογικών μερών που έχουν σκοπό την δημιουργία λέξεων με νόημα, ώστε να υπάρξει επικοινωνία. Επομένως, η φωνολογική ενημερότητα, αποτελεί μια μεταγλωσσική δεξιότητα, καθώς το άτομο πρέπει να αντιλαμβάνεται τον χειρισμό των δομικών στοιχείων της γλώσσας, αλλά και ότι οι λέξεις αποτελούνται από συλλαβές και οι συλλαβές από φωνήματα, ο συνδυασμός των οποίων σκοπεύει την επικοινωνία (Ζακοπούλου, 2001, Παντελιάδου, 2000).

Ωστόσο, ο όρος της φωνολογικής ενημερότητας δε συμπίπτει με τον όρο της αποκωδικοποίησης. Η αποκωδικοποίηση αναφέρεται στην αναγνώριση των γραφημάτων και τη σύνδεση αυτών με τα φωνήματα ή ακουστική αναγνώριση των φωνημάτων (Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος, Π.Σ.Λ., 2007, Βλασσοπούλου).

Από τα παραπάνω, μπορούμε να κατανοήσουμε ότι οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες έχουν δυσκολία στην κατανόηση και στην ανάλυση της φωνολογικής δομής είτε πρόκειται για λεκτικά σύνολα είτε για συλλαβές. (Goswami, Porpodas, & Wheelright, 1997, Πόρποδας, 2002). Η ανάγνωση, λόγω των δυσκολιών αυτών, γίνεται μία επίπονη διαδικασία για το παιδί και μπορεί να εμποδίσει την πορεία της αυτοματοποίησης. Η δυσκολία ανάλυσης της λέξης σε επιμέρους ήχους, φωνήματα,

επηρεάζει και την γραφή, καθώς η αντιστοιχία του φωνήματος με το γράφημα, έχει σαν προϋπόθεση της τη σωστή ανάπτυξη της φωνολογικής ενημερότητας. (Bradley&Bryant, 1978, Bruck, 1988).

Κάποιες φωνολογικές διεργασίες είναι οι εξής:

- Φατνιοποίηση: Αντικατάσταση ενός χειλικού ή χειλοδοντικού φωνήματος από ένα φατνιακό φώνημα. Πχ. /dota/ αντί για μπότα
- Αφομοίωση: Μετατροπή ενός συμφώνου το οποίο επηρεάζεται και μεταβάλλεται με το φώνημα που το περιβάλλει. Πχ. /ciko/ αντί για σήκω.
- Οπισθιοποίηση: Αντικατάσταση ενός πιο πρόσθια παραγόμενου φωνήματος από ένα φώνημα που παράγεται σε πιο πίσω θέση. Πχ. /kumba/ αντί για τούμπα.
- Συγχώνευση: Αντικατάσταση δύο παρακείμενων φωνημάτων από ένα απλό φώνημα το οποίο είναι διαφορετικό από τα δύο παρακείμενα φωνήματα στόχους, που όμως λαμβάνει γνωρίσματα των στόχων. Πχ. /θamata/ αντί για σταμάτα.
- Απλοποίηση συμπλεγμάτων που σημαίνει έκπτωση ενός συμπλέγματος σε έναν απλό ήχο. Πχ. /cilos/ αντί για σκύλος.
- Διπλασιασμός: Επανάληψη μιας λέξης. Πχ. /nene/ αντί για ναι.
- Απορρινικοποίηση: Αντικατάσταση ενός ρινικού φωνήματος από ένα οργανικό σταμάτημα (παρεμφερής τόπος άρθρωσης).
- Επένθεση: Εισαγωγή ενός νέου φωνήματος. Πχ. /mpele/ αντί για μπλε.
- Προσθιοποίηση: Αντικατάσταση από ένα πιο πρόσθιο παραγόμενο φώνημα. Πχ. /kata/ αντί για γάτα.
- Απαλοιφή του τελικού συμφώνου. Πχ. /baba/ αντί για μπαμπάς.
- Απαλοιφή του αρχικού απλού συμφώνου. Πχ. /ala/ αντί για γάλα. ·
- Μετάθεση φωνημάτων που σημαίνει μετακίνηση δυο φωνημάτων. Πχ. /efelandas/ αντί για ελέφαντας.- 22 –
- Αναδιπλασιασμός: Επανάληψη μιας ολοκληρωμένης ή μη ολοκληρωμένης συλλαβής. Πχ. /titi/ αντί για σπίτι. ·
- Στιγματικοποίηση: αντικατάσταση ενός τριβόμενου ή μη τριβόμενου από ένα στιγμικό. Πχ. /telo/ αντί για θέλω.

(Καμπανάρου, 2007, σελ.125-127)

Είναι ευρέως γνωστό ότι η κατάκτηση της μητρικής γλώσσας αφορά καταρχάς στην ανάπτυξη του προφορικού λόγου. Πιο συγκεκριμένα, η γλωσσική κατάκτηση είναι επιτυχής σε δύο επίπεδα, αφενός το επίπεδο της αντίληψης/κατανόησης και, αφετέρου, το επίπεδο της παραγωγής/πραγμάτωσης του προφορικού λόγου. Πέρα από επιτυχής, η γλωσσική κατάκτηση είναι ολοκληρωμένη και διδάσκεται και στο επίπεδο του γραπτού λόγου. Επομένως, η γλωσσική κατάκτηση αναπτύσσεται πάνω σε τέσσερις άξονες: την αντίληψη/κατανόηση και παραγωγή/πραγμάτωση του προφορικού λόγου. Είναι αναγκαίο, ωστόσο, να σημειώσουμε ότι η αντίληψη/κατανόηση του προφορικού λόγου επιδρά καταλυτικά τόσο στην αντίληψη του γραπτού λόγου όσο και στην παραγωγή/πραγμάτωση τόσο του προφορικού όσο και του γραπτού λόγου (βλ. ενδεικτικά Cain & Oakhill, 2008). Κατά συνέπεια, η ανεπαρκής ή ελλειμματική ανάπτυξη της ικανότητας αντίληψης/κατανόησης επηρεάζει αρνητικά τη γενικότερη γλωσσική ανάπτυξη του ατόμου (για σχετική συζήτηση βλ. Πρωτόπαπας, 2008).

Όσο το παιδί διανύει τα πρώτα χρόνια της ζωής του, κατακτάει τη γλωσσική ικανότητα, η οποία συνιστά μία από τις πιο σημαντικές ενασχολήσεις της ψυχολογολογίας. Η ερμηνεία της γλωσσικής ανάπτυξης αποτελεί πρόβλημα-κλειδί για τον κλάδο της γλωσσολογίας και της ψυχολογίας και είναι αντικείμενο ενδιαφέροντος μίας σειράς από επιστημονικούς τομείς που εργάζονται με το παιδί όπως οι κλάδοι της ιατρικής, της παιδαγωγικής και της λογοθεραπείας. Όταν χρησιμοποιούμε τον όρο *γλωσσική ανάπτυξη* περιγράφουμε τη σταδιακή κατάκτηση του γλωσσικού συστήματος από το παιδί. Πιο συγκεκριμένα, με τον όρο *γλωσσική ικανότητα* εννοούμε μία σειρά από αλληλένδετες γνώσεις για το γλωσσικό σύστημα, όπου συμπεριλαμβάνονται οι κατηγορίες του συστήματος αλλά και οι κανόνες που καθορίζουν τους επιτρεπτούς συνδυασμούς των κατηγοριών αυτών. Με αυτόν τον τρόπο, έχει μελετηθεί η ανάπτυξη των γνώσεων για το φωνολογικό σύστημα, τη σύνταξη, τη μορφολογία, τη σημασιολογία και την πραγματολογία (Κατή, 1989).

Μία απαραίτητη προϋπόθεση για την μάθηση της ανάγνωσης είναι η ανάπτυξη ενός συστήματος εγκεφάλου οργανωμένου σε υψηλό επίπεδο, που μπορεί να ενσωματώσει ορθογραφικά, φωνολογικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά λεκτικής σημασιολογίας των λέξεων (Langer et al., 2013; Martin et al., 2015). Τυπικοί αναγνώστες έχουν αποκτήσει τις ικανότητες της αυτοματοποιημένης ταυτοποίησης, αναγνώρισης και γραφικής κατηγοριοποίησης μέσω της ενεργοποίησης των φλοϊκών περιοχών, που είναι υπεύθυνες για την οπτική αναγνώριση (González et al., 2014).

Ειδικότερα, η διαδικασία της ανάγνωσης χρησιμοποιεί δύο ξεχωριστές νευρικές οδούς στο αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου (Vandermosten et al., 2012; Christodoulou et al., 2014: 1):

- Τη νωτιαία φωνολογική οδό, που περιλαμβάνει την αριστερή κροταφοβρεγματική διασταύρωση (π.χ. οπίσθια κροταφική έλικα, γωνιώδη έλικα, εγκεφαλική έλικα) και
- Την κοιλιακή ορθογταφική οδό ή ‘οπτική λέξη από περιοχή’, η οποία βρίσκεται στην αριστερή κροταφονιακή περιοχή κοντά στην ατρακτοειδή έλικα. Η ενεργοποίηση της κροταφονιακής και σημασιολογικής περιοχής διεκπεραιώνεται στο τριγωνικό μέρος της κατώτερης πρόσθιας έλικας και διευκολύνει την ευθεία λεκτική σημασιολογική οδό της ανάγνωσης, προοθώντας την πρόσβαση από το σχήμα της λέξης, στη σημασία.

Οι μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν μια κατηγορία διαταραχών σύμφωνα με την οποία ένα άτομο μπορεί να δυσκολευθεί να μάθει με τον καθιερωμένο τρόπο. Ένα άτομο το οποίο μαθαίνει με τον συμβατικό τρόπο, μπορεί την ίδια στιγμή να μάθει και με ένα διαφορετικό τρόπο. Έτσι, κάποια άτομο μπορούν να μάθουν φυσικά, απλώς με μία «μαθησιακή διαφορετικότητα». Αν και οι όροι “learning disability” (μαθησιακή αναπηρία), “learning disorder” (μαθησιακή διαταραχή) και “learning difficulty” (μαθησιακή δυσκολία) συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, διαφέρουν χαρακτηριστικά. Η διαταραχή (disorder) αναφέρεται σε σημαντικά μαθησιακά προβλήματα σε ακαδημαϊκό επίπεδο. Ωστόσο αυτά τα προβλήματα δεν επαρκούν για να αιτιολογηθεί μια επίσημη διάγνωση (Τζιβινίκου, Σ. 2015).

Από το άλλο μέρος, η μαθησιακή αναπηρία (learning disability) αποτελεί μια επίσημη κλινική διάγνωση, με βάση την οποία το άτομο πρέπει να πληροί συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία χρησιμοποιούν οι ειδικοί στις διαγνωστικές ομάδες. Η διαφορά έγκειται στον βαθμό, τη συχνότητα και την ένταση των αναφερόμενων συμπτωμάτων και προβλημάτων και είναι σημαντικό να μη συγχέονται οι δυο όροι (διαταραχή και αναπηρία). Ο όρος «μαθησιακή διαταραχή» (learning disorder) περιγράφει μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή ανάπτυξη συγκεκριμένων ακαδημαϊκών και γλωσσικών δεξιοτήτων. Ανάμεσα στους τύπους διαφορετικών μαθησιακών διαταραχών (learning disorders) συμπεριλαμβάνονται η δυσλεξία, η δυσαριθμησία και η δυσγραφία (Τζιβινίκου, Σ. 2015). Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες πρόκειται να αντιμετωπίσουν πολλές προκλήσεις, πιθανών να τους ακολουθήσει όλη τους τη ζωή. Η τεχνολογία θα μπορούσε να βοηθήσει μέσω των διδακτικών παρεμβάσεων, πολύ αποτελεσματικά, ώστε να πετύχει το άτομο μαθησιακή επιτυχία, πάντα με βάση τον τύπο και τη σοβαρότητα της διαταραχής (Τζιβινίκου, Σ. 2015).

Κάποιες παρεμβάσεις μπορεί να είναι πολύ απλές, ενώ άλλες πιο σύνθετες και περίπλοκες. Ένα χρήσιμο εργαλείο στην τάξη είναι η εξοικείωση και εκπαίδευση των μαθητών στις σύγχρονες τεχνολογίες. Το σχολείο, οι εκπαιδευτικοί, και οι γονείς μπορούν να συνεργάζονται στην επιλογή διδακτικών στόχων και στον σχεδιασμό της διδασκαλίας και των κατάλληλων προσαρμογών για τους μαθητές με μαθησιακές

δυσκολίες, ώστε να καταφέρουν να πετύχουν την αυτονομία των μαθητών. Οι σχολικοί ψυχολόγοι, οι εξειδικευμένοι ειδικοί παιδαγωγοί και άλλοι επαγγελματίες του χώρου συχνά βοηθούν στον σχεδιασμό της διδασκαλίας και συντονίζουν την υλοποίηση των παρεμβάσεων μαζί με τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς. Από τα πρώιμα στάδια διαμόρφωσης του επιστημονικού πεδίου των μαθησιακών δυσκολιών, μεμονωμένοι επιστήμονες και επιστημονικές ομάδες έχουν επιχειρήσει να ορίσουν την έννοια και τη φύση τους (Pumfrey and Reason, 1991· National Joint Committee on Learning Disabilities -NJCLD-, 1990· 1994· 2005· 2006· 2008· British Dyslexia Association, 1998).

Οι ορισμοί που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς περιλαμβάνουν στοιχεία και χαρακτηριστικά, τα οποία στο πέρασμα του χρόνου κάποια εξ αυτών έχουν αλλάξει, ενώ άλλα έχουν παραμείνει ίδια. Αυτά τα χαρακτηριστικά αφορούν σε νευροψυχολογικά χαρακτηριστικά, σε ψυχολογικές διαδικασίες, στην ακαδημαϊκή επίδοση, στη γλώσσα, στη γνωστική ανάπτυξη, στο κριτήριο της απόκλισης, στην ευφυΐα, στα κριτήρια αποκλεισμού, στη διά βίου κατάσταση καθώς και άλλα χαρακτηριστικά στοιχεία (Hammill, 1990· Mercer, 1991· Kavale & Forness, 2000). Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε μια ετερογενή ομάδα διαταραχών που γίνονται εμφανείς μέσω των σημαντικών δυσκολιών στην κατάκτηση και χρήση του λόγου. Συγκεκριμένα, αυτές οι δυσκολίες σχετίζονται με δυσχέρειες στην κατανόηση και παραγωγή προφορικού λόγου, στην κατανόηση και παραγωγή γραπτού λόγου, στην επιχειρηματολογία ή τις μαθηματικές δεξιότητες. Αυτές οι διαταραχές είναι εκ γενετής στο άτομο, θεωρούνται ότι οφείλονται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος, και μπορεί να παρατηρούνται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Βλάχος, 2010). Ακόμα, μπορεί να συνυπάρχουν προβλήματα στην αυτορρυθμιζόμενη συμπεριφορά, στην κοινωνική αντίληψη και την κοινωνική αλληλεπίδραση με τις μαθησιακές δυσκολίες, αλλά από μόνα τους δεν αποτελούν κάποιο είδος μαθησιακής δυσκολίας. Αν και οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να εμφανίζονται ως συνέπειες άλλων συνθηκών αναπηρίας ή άλλων εξωγενών παραγόντων, όπως οι πολιτισμικές διαφορές, η ανεπαρκής ή ακατάλληλη διδασκαλία, δεν συνιστούν το αποτέλεσμα τέτοιων συνθηκών ή επιρροών (NJCLD, 1994).

Κατά τον Leonard (1997), περίπου 7% των παιδιών εμφανίζουν κάποια επιβράδυνση στη γλωσσική τους ανάπτυξη. Στην πλειοψηφία τους τα παιδιά αυτά καταφέρνουν να φτάσουν το επίπεδο ανάπτυξης των παιδιών με τυπική ανάπτυξη πριν την έναρξη της σχολικής εκπαίδευσης. Τα παιδιά όμως που δεν καταφέρνουν τελικά να επιτύχουν μια επιτάχυνση της γλωσσικής ανάπτυξης πριν την έναρξη της σχολικής ηλικίας είναι πιθανό να παρουσιάσουν σημαντικό γλωσσικό έλλειμμα το οποίο έχει ως αποτέλεσμα διάφορες γλωσσικές και αργότερα γενικότερες μαθησιακές δυσκολίες (Μιχελογιάννης & Τζενάκη, 2000). Γενικότερα, το γλωσσικό αυτό έλλειμμα το οποίο δε σχετίζεται με ούτε επηρεάζεται από

κάποια άλλη προφανή αιτία, όπως νευρολογικά αίτια, μειωμένη ακοή, αυτισμό, νοητική υστέρηση, ορίζεται ως «Ειδική Γλωσσική Διαταραχή» (Specific Language Impairment) (βλ. Βογινδρούκας, Οκαλίδου & Σταυρακάκη, 2010, όπου και εκτενείς βιβλιογραφικές παραπομπές). Η πιο γνωστή όψη, όμως, γλωσσικής διαταραχής είναι η δυσλεξία, πιθανότατα λόγω των συμπτωμάτων της τα οποία γίνονται ευκολότερα αντιληπτά στο γραπτό λόγο των παιδιών (βλ. ενδεικτικά Νικολόπουλος, 2008, όπου και περισσότερες παραπομπές, επίσης Σπαντιδάκης, 2011).

Η Ειδική γλωσσική διαταραχή είναι μία πολυπαραγοντική νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία προκαλείται από δυσλειτουργίες από ένα ή περισσότερα βιολογικά, νευρολογικά, γνωστικά, ψυχοσυναισθηματικά (Haft, S. L., Myers, C. A., & Hoeft, F. 2016) και/ή γλωσσικά πλαίσια (Mascheretti S, De Luca A, Trezzi V, Peruzzo D, Nordio A, Marino C, Arrigoni F., 2017) τα οποία επιρρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να αποκτήσει μία ή περισσότερες μαθησιακές ή ακαδημαϊκές ικανότητες, όπως είναι η ανάγνωση, η γραπτή έκφραση και τα μαθηματικά (Zoccolotti P., et al., 2016).

Κατά τα χρόνια προσχολικής ηλικίας, η ειδική αναπτυξιακή δυσλεξία (Lishman, 2003) χαρακτηρίζεται από χαμηλή πρόοδο στην:

1. Ανάπτυξη και παραγωγή (α) των φωνολογικών κωδικών των ήχων (έλλειψη στην ακουστική αντίληψη και στην διάκριση των φωνημάτων), (β) γραφικής-φωνημικής αντιστοιχίας και (γ) της σημασιολογικής αναγνώρισης των λέξεων και των μη λεκτικών τύπων (Ruolakanaho et al., 2007)
2. Ψυχοκινητική ανάπτυξη δηλαδή η χρήση και των δύο χεριών (Helland & Asbjornsen, 2001), η διάκριση αριστερού και δεξιού, γραφοκινητική ικανότητα, σχήμα σώματος, χωροχρονικός προσανατολισμός, και οπτικο-κινητική επεξεργασία,
3. Ανάπτυξη νευρικών και γνωστικών μηχανισμών όπως η μνήμη (βραχυπρόθεσμη μνήμη), οπτική και ακουστική αντίληψη και επιλεκτική προσοχή. Πρέπει να σημειωθεί ότι η περίπτωση παρισσότερων καθυστερήσεων (Eden & Moats, 2002) είναι πρώιμοι δείκτες των δυσκολιών, που αργότερα διαγιγνώσκονται ως αναπτυξιακή δυσλεξία.

Πολλά παιδιά προσχολικής ηλικίας καθυστερούν αισθητά στην ανάπτυξη της ομιλίας, δίχως να υφίσταται κάποια οργανική νόσος, ώστε να δικαιολογείται η εν λόγω καθυστέρηση. Τα συμπτώματα είναι ασαφής, δυσνόητη ομιλία με αντικατάσταση, μετάθεση ή απαλοιφή συμφώνων στις λέξεις. Το ζήτημα τις περισσότερες φορές εντοπίζεται σε βασικές δυσκολίες στην αντίληψη, στην επεξεργασία αλλά και στην οργάνωση των ήχων σε λέξεις καθώς επίσης και στον φωνολογικό μηχανισμό της γλώσσας. Παρόμοιας μορφής δυσκολίες κατηγοριοποιούνται στην ομάδα των εξελικτικών φωνολογικών διαταραχών (Τσάλη, Καπετανίδου, 2018).

Έχοντας, υπόψιν τα παραπάνω, στοχεύουμε να ερευνήσουμε τα κενά της βιβλιογραφίας όσον αφορά τη μελέτη σύνδεσης και επιρροής των ψυχολογικών παραμέτρων κατά την αξιολόγηση των φωνολογικών διαταραχών στα παιδιά προσχολικής ηλικίας.

1. ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Φωνολογική ανάπτυξη

Η ικανότητα του ανθρώπου να επικοινωνεί και να συναλλάσσεται με τους άλλους είναι το ουσιαστικό υπόβαθρο για την κατάκτηση της γλώσσας. Η επικοινωνία ξεκινά από τη γέννηση του παιδιού και εξελίσσεται περνώντας από συγκεκριμένα στάδια ανάπτυξης που οδηγούν στην κατάκτηση του προφορικού λόγου και έπειτα στην κατάκτηση του γραπτού λόγου. Λόγω της αντιμετώπισης της γλώσσας από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς ως αυτόνομη και τελείως ανεξάρτητη ικανότητα, έχει ως αποτέλεσμα να μη γίνεται και η κατάλληλη αντιμετώπιση. (Καμπούρογλου, Παπαντωνίου, 2007).

Τα πιο σημαντικά χρόνια για την ανάπτυξη της γλώσσας είναι από 1,6 μέχρι 4,6 χρονών. Ουσιαστικά, από την ώρα που γεννιέται το παιδί αρχίζει και η ανάπτυξη του. Η κατάκτηση του προφορικού λόγου συνιστά μέρος της ικανότητας του ανθρώπου να συναλλάσσεται και να επικοινωνεί με τους συνανθρώπους του. Ο γραπτός λόγος αποτελεί την υψηλότερη και πιο αποτελεσματική μορφή επικοινωνίας που ένας άνθρωπος είναι ικανός να κατακτήσει (Πιτερού, Ε., & Ψαρρέα, Ι., 2015).

Κατά συνέπεια, η πρώτη περίοδος της γλωσσικής ανάπτυξης του παιδιού, που, κατά μέσο όρο, γίνεται κατά τη χρονική διάρκεια των 12 πρώτων μηνών της ζωής του παιδιού, αναφέρεται σχεδόν αποκλειστικά στην ανάπτυξη του φωνολογικού συστήματος και ονομάζεται *προλεκτικό* στάδιο. Η φωνολογική ανάπτυξη συνεχίζεται και μετά το πρώτο έτος του παιδιού αλλά το προλεκτικό διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες περιόδους γλωσσικής ανάπτυξης, επειδή κατ' αυτή τη περίοδο η πιο έκδηλη ανάπτυξη του γλωσσικού συστήματος παρατηρείται φωνολογικό επίπεδο (Πόρποδας, 2003). Σύμφωνα με την Πήτα (1998), "η περίοδος αυτή θεωρείται προπαρασκευαστική για τη μετέπειτα συντακτική και σημασιολογική του ανάπτυξη" (Πήτα, 1998). Παρακάτω περιγράφονται οι πιο αξιοσημείωτες φάσεις του προλεκτικού σταδίου :

- A) οι πρώτες άναρθρες φωνές,
- B) το βάβισμα,
- Γ) τα ιδιόρρυθμα φωνολογικά σύνολα και
- Δ) οι λέξεις .

- i. *Οι πρώτες άναρθρες φωνές (από 0-3 μήνες):* Στους πρώτους μήνες της ζωής του το παιδί παράγει έναν περιορισμένο αριθμό ήχων. Ο πρώτος ήχος που παράγεται από το νεογέννητο είναι το κλάμα. Η σπεκτρογραφική ανάλυση του κλάματος διαφόρων βρεφών έδειξε ότι διαφέρει από παιδί σε παιδί και ότι είναι πολύ πιθανό να αντανακλά τη φυσιολογική κατάσταση του παιδιού (Tunmer, 1975). Ωστόσο το κλάμα παύει γρήγορα να αποτελεί τη μόνη φωνολογική παραγωγή μια και το παιδί παράγει γουργουρίσματα και ευχάριστες φωνούλες που φυσικά δεν αποτελούν καταληπτές λέξεις και γι αυτό ίσως δεν έχουν γλωσσική αξία. Ύστερα από σύγκριση σπεκτρογραφικής ανάλυσης των ήχων του παιδιού αυτής της ηλικίας με τους ήχους των ενηλίκων, διαπιστώθηκε ότι η φωνολογική παραγωγή του παιδιού δε μοιάζει με αυτή των ενηλίκων τουλάχιστον στους πρώτους 12 μήνες. Αυτό έχει ως συνέπεια να είναι δύσκολο να χαρακτηρίσουμε τους ήχους του βρέφους ως φωνήματα.
- ii. *Το βάβισμα (γύρω στον 4ο-5ο μήνα):* Στην ηλικία των 4-5 μηνών παρατηρείται μια διαφοροποίηση της αρχικής φωνολογικής παραγωγής του παιδιού, που χαρακτηρίζεται από λίγο συστηματικότερο γουργούρισμα και αναγνωρίζεται ως ο πρώτος σταθμός στη γλωσσική ανάπτυξη. Η κανονικότερη παραγωγή των ήχων που παρατηρούνται τότε είναι γενετικά προκαθορισμένη, πράγμα το οποίο συμπεραίνεται από δύο παρατηρήσεις. Πρώτον ότι και τα κωφά παιδιά παρουσιάζουν αυτή τη βελτιωμένη ηχοπαραγωγή, και δεύτερον ότι δεν μπορεί να οφείλεται στη μίμηση μια και το παιδί παράγει ήχους που δεν τους ακούει γύρω του. Σύμφωνα με τη άποψη του Nash, 1973, η γλώσσα του παιδιού δεν αναδύεται κατ' ευθείαν από το στάδιο της ηχητικής παραγωγής και ότι αυτό το στάδιο της γλωσσικής ανάπτυξης αποτελεί απλώς μια λαρυγγοφαρυγγική άσκηση των φωνητικών οργάνων και μηχανισμών της ομιλίας μια και, όταν το παιδί αποκτήσει τη γλώσσα του, σταματά να παράγει πια αυτούς τους ήχους.
- iii. *Ιδιόρρυθμα φωνολογικά σύνολα (από τον 8ο μήνα):* Γύρω στην ηλικία των 8-9 μηνών παρατηρείται μία μικρή διαφοροποίηση στην ηχητική παραγωγή του παιδιού. Η γλώσσα του αποτελείται ακόμα από ασυνάρτητους ήχους, ωστόσο έχει κάποια ίχνη ρυθμού και τονισμού. Παρατηρείται δηλαδή μια φωνολογική παραγωγή που είναι πιο συστηματική και φαίνεται να μοιάζει κάπως με τους ήχους της ομιλίας των ενηλίκων. Θεωρείται πως η γλωσσική αυτή παραγωγή

είναι κατά ένα μεγάλο μέρος αποτέλεσμα μίμησης της ομιλίας των ενηλίκων γι' αυτό ονομάζεται ηχολαλία. Ωστόσο παραμένει μια γλώσσα ιδιόρρυθμη και μπορεί να κατανοηθεί μόνο από τα πρόσωπα που βρίσκονται σε συνεχή επαφή με το παιδί. Το σημαντικότερο όμως αυτής της περιόδου είναι ότι συνδέει την προγλωσσική περίοδο με την κύρια γλωσσική ανάπτυξη που ουσιαστικά αρχίζει με την παραγωγή της πρώτης λέξης από το παιδί.

- iv. *Οι λέξεις (τέλος 1ου έτους):* Γύρω στους 10-12 μήνες παρατηρείται μια μειωμένη ασυνάρτητη και ιδιόρρυθμη φωνολογική παραγωγή και η εμφάνιση της πρώτης λέξης, δηλαδή της πρώτης αρθρούμενης φωνολογικής παραγωγής. Πρέπει να αυξηθεί η αντίληψη και παραγωγή ήχων, ώστε να μπορέσει το παιδί να κατανοήσει και να χρησιμοποιήσει τους φωνολογικούς κανόνες της μητρικής του γλώσσας. Μετά τη παραγωγή της πρώτης λέξης, το λεξιλόγιο του παιδιού αναπτύσσεται γρήγορα. (Πόρποδας, 1993).

Στους πρώτους μήνες της φωνολογικής παραγωγής κυριαρχούν τα φωνήεντα. Μια λεπτομερέστατη ανάλυση των ήχων με βάση την άρθρωση τους έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι το παιδί κατακτά πρώτα τους ήχους που αρθρώνονται στο πίσω μέρος του στόματος ενώ αργότερα εμφανίζονται οι ήχοι που αρθρώνονται στο μπροστινό μέρος του στόματος. Αν και στο τέλος του 3ου έτους της ζωής του παιδιού το φωνολογικό σύστημα έχει αναπτυχθεί πάρα πολύ, ωστόσο δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμα. Έτσι και μετά το τρίτο έτος το παιδί αδυνατεί να ξεχωρίσει και να απομονώσει έναν συγκεκριμένο ήχο σε μία λέξη.

Ο Nash (1973) υποστηρίζει ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας (3-5 ετών) είναι ικανά να μαθαίνουν ακολουθίες φωνολογικών στοιχείων χωρίς παράλληλα να κατανοούν τη σημασιολογία. Ωστόσο στην έναρξη της σχολικής ηλικίας (δηλαδή γύρω στα 6 χρόνια) και πρωτομαθαίνει το γραπτό λόγο, έχει κατά κανόνα, κατακτήσει το φωνολογικό σύστημα της γλώσσας του, πράγμα το οποίο φαίνεται τόσο στην κατανόηση όσο και στην ομιλία του (Πόρποδας, 1999).

Ανάπτυξη Αρθρωτικού συστήματος – Αρθρωτές

Η άρθρωση απαιτεί κίνηση. Για την διαμόρφωση των ήχων της ομιλίας, δηλαδή τους φθόγγους, οι αρθρωτικές δομές αναγκάζονται να κινηθούν. Σε πολλές

περιπτώσεις αλλάζουν το σχήμα τους αλλά και τη φορά διέλευσης του αέρα, προκειμένου να παραχθούν οι επιθυμητές αντηχήσεις (Anderson&Shames, 2013). Το σύστημα της άρθρωσης αποτελείται από: αρθρωτικές δομές και ένα μηχανισμό κίνησης ορισμένων αρθρωτικών δομών που ονομάζονται αρθρωτές (ή φωνοπλαστικά όργανα) (Παυλίδου, 2008).

Τις αρθρωτικές δομές της ομιλίας αποτελούν: τα χείλη, η φατνιακή περιοχή, η σκληρή υπερώα, η μαλακή υπερώα, η ρινική κοιλότητα, η στοματική κοιλότητα, η φαρυγγική κοιλότητα και η τραχεία. Οι Browman και Goldstein (1990) σημειώνουν ότι οι κύριοι αρθρωτές του μηχανισμού ομιλίας είναι: το άνω χείλος, το κάτω χείλος, η κάτω γνάθος, η άκρη της γλώσσας, η προράχη της γλώσσας, η ράχη της γλώσσας και η μαλακή υπερώα.

Όσον αφορά την κατηγοριοποίηση των αρθρωτών, οι αρθρωτές διακρίνονται σε ενεργητικούς, οι οποίοι κινούνται προς κάποιον σταθερό (παθητικό) αρθρωτή, και σε παθητικούς οι οποίοι δεν κινούνται. Οι αρθρωτές εκτελούν μεγάλο αριθμό κινήσεων κατά την ομιλία και είναι ιδιαίτερα ευκίνητοι (Εξαρχάκος,, 2001).

Τόπος και τρόπος άρθρωσης συμφώνων

Η άρθρωση των συμφώνων χαρακτηρίζεται από απόλυτη ακρίβεια. Ο προσδιορισμός αυτός οφείλεται στη διαδικασία σχηματισμού τους. Κατά την άρθρωση το διερχόμενο απαιτούμενο ρεύμα αέρα συναντά εμπόδιο, το οποίο σχηματίζεται σε κάποιο σημείο της φωνητικής οδού και επηρεάζει τη ροή με συγκεκριμένο τρόπο (Ζαχάκου, 2016). Τα εμπόδια αυτά μπορεί να προέρχονται από την προσέγγιση μεταξύ φωνητικών οργάνων του άνω και κάτω μέρους της στοματικής κοιλότητας. Επομένως, μέσω του εμποδίου προσδίδονται δύο χαρακτηριστικά στα σύμφωνα: ο τρόπος άρθρωσης, που είναι το είδος του εμποδίου που εξαρτάται από την θέση και την κίνηση των αρθρωτών, και ο τόπος άρθρωσης, ο οποίος ονοματίζεται από τους αρθρωτές που σχηματίζουν εμπόδιο (Γαβρηλίδου, 2003).

Όσον αφορά τον τρόπο άρθρωσης ο χαρακτηρισμός εξαρτάται από το είδος του εμποδίου που επεμβαίνει στη ροή του αέρα. Το εμπόδιο συνήθως ονομάζεται

πλήρες ή μερικό . Μια περαιτέρω διάκριση αποτελεί αυτή που διαχωρίζει τους φθόγγους σε εξακολουθητικούς και στιγμιαίους (Nespor, 2013).

Φωνολογικές διαταραχές

Η φωνολογική διαταραχή σχετίζεται με τη δυσλειτουργία σε ένα σύστημα φωνημάτων και φωνητικών προτύπων μέσα στο πλαίσιο της ομιλούμενης γλώσσας. Με τον όρο αυτό χαρακτηρίζεται η διαταραχή ενός ατόμου στην κατανόηση και οργάνωση των φωνημάτων στο γλωσσικό σύστημα. Σύμφωνα με μια υπόθεση, η φωνολογική διαταραχή αντιπροσωπεύει μια γλωσσική έλλειψη, και πιο συγκεκριμένα νευρο-γλωσσική δυσλειτουργία σε φωνολογικό επίπεδο (Grunwell, 1987).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον ορισμό του DSM-IV, η Φωνολογική Διαταραχή εκδηλώνεται ως αδυναμία στη χρήση ήχων της ομιλίας για την ηλικία και τη διάλεκτο και περιλαμβάνει λάθη στην παραγωγή των ήχων, στη χρήση των ήχων καθώς και στην οργάνωση και τον συμβολισμό τους (APA, 2013). Η «Speech and Sound Disorder» (SSD), παλαιότερα γνωστή ως Φωνολογική Διαταραχή στο DSM - IV, (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, τέταρτη έκδοση) είναι μια διάγνωση του DSM-5 (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, πέμπτη έκδοση), η οποία αποδίδεται σε άτομα που έχουν δυσκολίες στην παραγωγή ομιλίας που συνδέεται με την επικοινωνία, και έχει σαν αποτέλεσμα διαταραχή στη λειτουργία.

Στη Φωνολογική διαταραχή, τα φωνήματα (που αποτελούν τις βασικές μονάδες του λόγου), μπορεί να προστεθούν, να παραλειφθούν, να παραμορφωθούν ή να αλλάξουν, ή να αντικατασταθούν με έναν τρόπο που κάνει δύσκολο να κατανοήσουμε τον ομιλητή. *Προσθήκη ήχων* ορίζεται ως η συμπερίληψη αχρειαστων ήχων στην προφορά της λέξης. *Παράλειψη* ονομάζεται τη διαγραφή ήχων ή συλλαβών. Οι *στρεβλώσεις* περιλαμβάνουν αλλαγή στο σωστό ήχο της λέξης, η οποία με τη σειρά της περιλαμβάνει τραύλισμα. *Αντικατάσταση* υπάρχει όταν ένας εσφαλμένος ήχος για να προφέρει τη λέξη.

Η απόκτηση αρθρωτικής ικανότητας του λόγου είναι μια αναπτυξιακή διαδικασία που εκτυλίσσεται πάνω από σχεδόν μια δεκαετία από τη γέννησή του παιδιού. Στην

ηλικία των δύο, περίπου το 50% της ομιλίας ενός παιδιού θα πρέπει να είναι καταληπτό και από την ηλικία των τεσσάρων, η ομιλία θα πρέπει να είναι ως επί το πλείστον κατανοητή. Στην ηλικία των οκτώ, όλες οι λέξεις που χρησιμοποιούνται από ένα παιδί θα πρέπει να είναι καταληπτές. Δυσκολίες με την παραγωγή της ομιλίας εκτός των φυσιολογικών αναπτυξιακών παραμέτρων, με την απουσία ενός αισθητηριακού- κινητικού ελλείμματος, νευρολογικού προβλήματος, ή δομικής ανωμαλίας του προσώπου μπορεί να υποδείξει την ύπαρξη Φωνολογικής διαταραχής (American Psychiatric Association, 2013).

1.1 ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Η Φωνολογική διαταραχή αποτελεί, λοιπόν, μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας που χαρακτηρίζεται από αναπτυξιακά λάθη στην παραγωγή του λόγου (Smith et al., 2005) ή και από δυσκολίες στον έλεγχο του μηχανισμού άρθρωσης (Lewis et al., 2006; Stein et al., 2004). Η διαταραχή αυτή είναι η πιο συχνή παιδιατρική διαταραχή επικοινωνίας, που επηρεάζει το 10-15% των παιδιών της προσχολικής ηλικίας και το 6% των παιδιών της σχολικής ηλικίας (McLeod & Harrison, 2009).

Τα παιδιά τα οποία έχουν μία φωνολογική διαταραχή δεν αποτελούν μια ομοιόμορφη ομάδα (Dodd, 2011; Waring & Knight, 2013), αλλά διαφέρουν ως προς τη σοβαρότητα, την αιτία, τα λάθη στην ομιλία, την ανταπόκριση στη θεραπεία και τη συντήρηση (Dodd, 2011). Από τη δεκαετία του 1990 μπορούμε να παρατηρήσουμε ένα ενδιαφέρον ως προς την ταξινόμηση των Φωνολογικών διαταραχών. Ωστόσο, λόγω της έλλειψης ενός ευρέως αποδεκτού συστήματος, οι διάφορες μέθοδοι ταξινόμησης που προτείνονται αντανακλούν τις διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις της διαταραχής και βασίζονται σε κλινική παρατήρηση, σε μοτίβα λαθών στους ήχους ομιλίας και σε αιτιολογικούς παράγοντες (Lewis et al., 2006). Έτσι, θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε μια απλή και χρήσιμη μέθοδο κατηγοριοποίησης των παιδιών με Φωνολογική διαταραχή, κατά την οποία να τα βάλουμε σε ομάδες ανάλογα με το αν η διαταραχή τους συνοδεύεται από επιπρόσθετα ελλείμματα στη γλώσσα (Lewis et al., 2006).

Οι μαθησιακές δυσκολίες (ΜΔ) ως επιστημονικό πεδίο έχουν σχετικά σύντομο βίο, που χαρακτηρίζεται από κάποια σημαντικά στάδια αναζητήσεων, αναταράξεων και αναστοχασμού, αναζητώντας την ταυτότητα και ορίζοντας την οντότητα των συγκεκριμένων δυσκολιών μέσα στο πλαίσιο της ευρύτερης ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης. Τα θέματα στα οποία επικεντρώθηκε το ενδιαφέρον ήταν οι προσεγγίσεις που κατά καιρούς επικράτησαν και διαμόρφωσαν τους αντίστοιχους ορισμούς και γενικότερα επηρέασαν την ανάπτυξη του πεδίου. Αρχικά, η προσέγγιση που κυριάρχησε ήταν η *ιατροκεντρική*, η οποία σημάδεψε βαθιά την πορεία των ΜΔ και είναι έως σήμερα αισθητή, κυρίως στα θέματα που αφορούν στις αιτίες των μαθησιακών δυσκολιών. Η *ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση* ωστόσο, ήταν αυτή που

κυριάρχησε αργότερα, στην ωριμότερη φάση, και είναι αυτή που οδηγεί έως και σήμερα την περαιτέρω ανάπτυξη του πεδίου, δίνοντας έμφαση στη φωνολογική βάση των ΜΔ (Τζιβινίκου, 2015).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, μία από τις βασικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά είναι η ανάπτυξη των αναγνωστικών τους δεξιοτήτων, καθώς οι επιδόσεις τους στην ανάγνωση δεν είναι ανάλογες της χρονολογικής τους ηλικίας, του νοητικού τους δυναμικού και των εκπαιδευτικών ευκαιριών που τους προσφέρονται. για το λόγο αυτό, τις προηγούμενες τρεις περίπου δεκαετίες στη χώρα μας οι περισσότεροι ειδικοί έδιναν απλώς τη διάγνωση της δυσλεξίας σε αυτά τα παιδιά. Η διάγνωση αυτή ουσιαστικά αναφερόταν στη Διαταραχή της Ανάγνωσης, όπως αυτή περιγράφεται στο DSM-iV (American Psychiatric association, 1994), και η οποία προβλέπεται να μετονομασθεί σε δυσλεξία στην έκδοση του DSM-5, επειδή αυτός ο όρος έχει ήδη καθιερωθεί περισσότερο σε διεθνές επίπεδο (<http://www.dsm5.org>). Πολλοί ειδικοί όμως, διαπίστωναν συχνά πως, σε αρκετές από τις περιπτώσεις των παιδιών με δυσλεξία, υπήρχε συννοσηρότητα με τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ.

Η Διαταραχή της Ανάγνωσης (δυσλεξία) και η ΔΕΠ-Υ αποτελούν δύο από τις πιο συνηθισμένες διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Οι δύο αυτές διαταραχές εκδηλώνονται με συχνότητα 5% περίπου στο σύνολο του πληθυσμού των παιδιών (DSM-iV-TR; American Psychiatric association, 2000) και εκτιμάται πως τουλάχιστον το 60% των περιπτώσεων των παιδιών με Διαταραχή της Ανάγνωσης πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση και κάποιας άλλης διαταραχής, συννηθέστερα της ΔΕΠ-Υ (Kronenberger & Dunn, 2003; Willcutt & Pennington, 2000a,b).

Προσεγγίσεις φωνολογικών διαταραχών

Οι προσεγγίσεις των φωνολογικών διαταραχών είναι οι εξής:

Ιατρική προσέγγιση

Η προσέγγιση αυτή ταξινομεί τη Φωνολογική Διαταραχή στηριζόμενη στα κλινικά χαρακτηριστικά της (π.χ. βαρηκοΐα, δυσαρθρία, αυτισμός). Θετικά στοιχεία αυτής της προσέγγισης αποτελούν η πρόγνωση της ύπαρξης διαταραχών και η

παροχή της δυνατότητας ιατρικής διαχείρισης για την πρόληψη ή την αποκατάσταση των διαταραχών. Ωστόσο, το αρνητικό στοιχείο είναι πως η ιατρική προσέγγιση εξετάζει μόνο τα κλινικά χαρακτηριστικά χωρίς να λαμβάνει υπόψη της το ατομικό προφίλ κάθε παιδιού.

Γλωσσολογική προσέγγιση

Τη δεύτερη προσέγγιση αποτελεί η γλωσσολογική, η οποία προσπαθεί να ερμηνεύσει τη γλωσσολογική συμπεριφορά του παιδιού, βάσει των επιπέδων της γλώσσας: φωνητικό, φωνολογικό, μορφοσυντακτικό, σημασιολογικό, πραγματολογικό. Η γλωσσολογική προσέγγιση βασίζεται σε αναπτυξιακά δεδομένα, προχωράει σε συστηματική ανάλυση των δυσκολιών και καταλήγει σε συστηματική παρέμβαση όταν εντοπιστούν οι δυσκολίες. Όμως, η προσέγγιση αυτή παρόλο που λαμβάνει υπόψη της το προφίλ κάθε παιδιού, δεν δίνει καμιά πληροφορία για τη φύση της Διαταραχής Λόγου και Ήχου.

Ψυχογλωσσολογική προσέγγιση

Τελευταία προσέγγιση είναι η ψυχογλωσσολογική που επιχειρεί βάσει θεωρητικών μοντέλων να κατανοήσει τις διαδικασίες που είναι υπεύθυνες για την πρόσληψη και την παραγωγή της γλώσσας και έπειτα να εντοπίσει τις δυσκολίες που επηρεάζουν τη φυσιολογική ανάπτυξή της. Τα θετικά της προσέγγισης είναι ότι δίνει έμφαση στα ποιοτικά χαρακτηριστικά της διαταραχής και συνδυάζει θεωρητικά μοντέλα με ευρήματα νευροφυσιολογίας και νευρογλωσσολογίας. Ωστόσο, η ψυχογλωσσολογική προσέγγιση δεν δίνει καθόλου αναπτυξιακές πληροφορίες, πόσο δηλαδή αποκλίνει ένα παιδί με δυσκολίες από τα φυσιολογικά για την ηλικία του επίπεδα.

Αίτια φωνολογικών διαταραχών

Τις περισσότερες φορές, η Φωνολογική Διαταραχή στα παιδιά είναι λειτουργική, χωρίς να υπάρχει κάποια συγκεκριμένη αιτία που να δικαιολογεί την

εμφάνισή της (Waring & Knight, 2013: 27). Τα παιδιά που έχουν αυτή τη διάγνωση παρουσιάζουν, γενικότερα, φυσιολογική ακοή και νοημοσύνη, επαρκείς κοινωνικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές δεξιότητες. Επομένως, είναι δύσκολο να εντοπιστούν τα αίτια εμφάνισης αυτής της διαταραχής και γι' αυτό θεωρείται ιδιοπαθής και δίνεται συχνά η ονομασία «Λειτουργική Διαταραχή Λόγου» (Bowen, 2014). Σύμφωνα με τον Hoffman (1992) που αναφέρει και ο Gierut (1998: 586), εκείνο που διαφοροποιεί τα παιδιά με Φωνολογική Διαταραχή από τα συνομήλικά τους είναι οι γλωσσικές ικανότητές τους ως προς την πρόληψη και την έκφραση, που δεν είναι ανάλογες με την ηλικία τους.

Τα αίτια, λοιπόν, εμφάνισης της παραμένουν γνωστά μόνο για ένα μικρό αριθμό παιδιών και μπορεί να είναι μια γνωστική δυσλειτουργία, μια αισθητηριο-νευρική απώλεια ακοής, σχιστία χείλους ή εγκεφαλική παράλυση (Waring & Knight, 2013). Κάποιες άλλες αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση της μπορεί να αποτελούν οι δυσκολίες των παιδιών στην ακουστική αντίληψη, στην οργάνωση και αντίληψη του χρόνου, κινητικές δυσκολίες, ελλείμματα στην ακουστική μνήμη, περιορισμένα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και συναισθηματική ανωριμότητα. Ακόμα, για ορισμένα παιδιά οι φωνολογικές διαταραχές μπορεί να έχουν σχέση με την πολιτισμική τους προέλευση. Ωστόσο, δεν είναι σίγουρο πως τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν μια φωνολογική διαταραχή καθώς οι δυσκολίες τους μπορεί να οφείλονται στις διαφορές στη γλώσσα που μαθαίνουν και στη μητρική τους (Gierut, 1998).

Τέλος, κάποιες συγκεκριμένες φωνολογικές διαταραχές στην παιδική ηλικία μπορεί να έχουν οργανική βάση, να αντανakλούν δηλαδή γενετικές επιρροές (Gierut, 1998; Lewis et al., 2006). Αυτές οι διαταραχές, που οφείλονται σε κληρονομικότητα, επηρεάζουν τις αρθρώσεις και την κίνηση των αισθητήρων. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι ορισμένα γονίδια έχουν και ειδικές και γενικές επιπτώσεις και αυτές οι διαφορετικές γενετικές επιρροές ευθύνονται για τις υποκατηγορίες των διαταραχών λόγου και ήχου, για την ετερογένεια δηλαδή που παρουσιάζουν (Lewis et al., 2006).

Συμπτώματα φωνολογικών διαταραχών

Η επιτυχής παραγωγή ήχων ομιλίας απαιτεί τη φωνολογική τους γνώση αλλά και τη δυνατότητα συγχρονισμού των κινήσεων των αρθρωτών με την αναπνοή και την προφορά των ήχων. Το φωνολογικό σύστημα των παιδιών με διαταραχή δεν είναι ανάλογο με αυτό που επιτάσσουν τα φυσιολογικά πρότυπα για τη δεδομένη χρονολογική ηλικία και καθυστερούν στην απόκτηση των αναπτυξιακά κατάλληλων ήχων ομιλίας, με αποτέλεσμα τη μειωμένη καταληπτότητα αυτών που λένε (Bowen, 2014).

Βασικό σύμπτωμα των παιδιών με Φωνολογική Διαταραχή αποτελεί η εμφάνιση δυσκολιών στη φωνολογική γνώση των ήχων ομιλίας ή στο συνδυασμό των κινήσεων για παραγωγή ομιλίας (APA, 2013). Έτσι, η Φωνολογική Διαταραχή είναι ετερογενής και περιλαμβάνει όχι μόνο τη Φωνολογική διαταραχή αλλά και τη διαταραχή στην άρθρωση. Η διάγνωση των διαταραχών αυτών γίνεται όταν η παραγωγή ήχων ομιλίας δεν είναι η αναμενόμενη για την ηλικία του παιδιού και όταν δεν υπάρχουν άλλοι λόγοι οι οποίοι να οφείλονται για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί.

Κάποια ακόμα συμπτώματα της Φωνολογικής διαταραχής σύμφωνα με το Νικολόπουλο (2008) είναι η συστηματική δυσκολία των παιδιών να παράγουν φωνήματα μέσα στις λέξεις και στις προτάσεις. Επιπλέον, παρατηρείται μειωμένη καταληπτότητα της ομιλίας του παιδιού από ενήλικα πρόσωπα τα οποία δεν είναι οικεία με το παιδί και έτσι μειώνεται η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας του παιδιού με τους γύρω του. Γενικά χαρακτηρίζονται από γνωστικό έλλειμμα στην επίγνωση των φωνολογικών χαρακτηριστικών των φθόγγων γεγονός που επηρεάζει την παραγωγή των φωνημάτων.

Στο APA (2013) σημειώνονται συγκεκριμένα κριτήρια διάγνωσης τα οποία στηρίζονται στα συμπτώματα που εμφανίζουν τα παιδιά με Φωνολογική Διαταραχή. Καταρχήν, η έναρξη των συμπτωμάτων παρατηρείται στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο. Τα παιδιά που έχουν αυτήν τη διαταραχή εμφανίζουν μόνιμες δυσκολίες στην παραγωγή των ήχων της ομιλίας που έχουν ως συνέπεια να επηρεάζεται η ευκρίνεια του λόγου και να εμποδίζεται η λεκτική επικοινωνία των μηνυμάτων. Επίσης, η διαταραχή προκαλεί περιορισμούς στην αποτελεσματική επικοινωνία των

παιδιών και οι περιορισμοί αυτοί δημιουργούν επιπρόσθετες δυσκολίες στα παιδιά ως προς την κοινωνική τους συμμετοχή, τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα ή την επαγγελματική απόδοση. Τέλος, σύμφωνα πάντα με το APA (2013), οι δυσκολίες των παιδιών με Φωνολογική Διαταραχή δεν αποδίδονται σε συγγενείς ή επίκτητες συνθήκες, όπως είναι η κώφωση ή η απώλεια ακοής, κάποιο τραύμα στον εγκέφαλο ή άλλες νευρολογικές καταστάσεις.

Οι Dodd και οι συνεργάτες (2008), αναφέρουν πως τα παιδιά με Φωνολογική Διαταραχή δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν το φωνολογικό τους σύστημα χωρίς την παρέμβαση κάποιου ειδικού. Τα παιδιά αυτά, αν και η αιτία είναι άγνωστη, συνήθως διαγιγνώσκονται μεταξύ 2-4 ετών και εμφανίζονται με περιορισμένο σύστημα ομιλίας χωρίς οποιαδήποτε άλλη προφανή αισθητηριακή, διαρθρωτική, νευρολογική ή ψυχολογική βλάβη (Gierut, 1998). Πέρα από τα συμπτώματα αυτά, συνήθως υπάρχουν και κάποια άλλα χαρακτηριστικά που στηρίζουν τη διάγνωση της. Έτσι, μπορεί τα παιδιά με αυτήν τη διαταραχή να παρουσιάζουν επίσης δυσκολίες έκφρασης ή να υπάρχει οικογενειακό ιστορικό σε τέτοιες διαταραχές (APA, 2013). Σε γενικές γραμμές, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που αναπτύσσουν αποκλειστικά φωνολογικές διαταραχές, τείνουν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα από εκείνα τα παιδιά των οποίων οι διαταραχές συνυπάρχουν με άλλα προβλήματα στη γλώσσα (Lewis et al, 2000).

Τα κύρια συμπτώματα της SSD (Speech and Sound Disorder) σύμφωνα με το DSM-V όπως αναφέρονται στην APA (2013) είναι τα εξής:

- Επίμονη ακατανόητη ομιλία που αποτελείται από προσθήκη φωνήματος,
- παράλειψη, παραμόρφωση, ή αντικατάσταση, η οποία συνδέεται με τη λεκτική επικοινωνία. Υπάρχει παρέμβαση είτε στην κοινωνική συμμετοχή, την ακαδημαϊκή επίδοση, ή στην επαγγελματική απόδοση (ή οποιονδήποτε συνδυασμό αυτών).
- Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι κατά την παιδική ηλικία.
- Τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν από μια άλλη ιατρική ή νευρολογική πάθηση, συμπεριλαμβανομένης της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης (TBI) (American Psychiatric Association, 2013).

Όσον αφορά τις συνέπειες της, αυτές μπορεί να υφίστανται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, καθώς επεκτείνονται και πέρα από την προσχολική ηλικία. Έρευνες δείχνουν πως τα παιδιά που διαγιγνώσκονται με Φωνολογική Διαταραχή, παρουσιάζουν δυσκολία αργότερα ως προς την κατάκτηση του γραπτού λόγου καθώς, επίσης, και ως προς τις δραστηριότητες φωνολογικής επίγνωσης (Dodd et al., 2008: 334; Raitano et al., 2004). Επίσης, τα παιδιά αυτά έχουν υψηλές πιθανότητες να παρουσιάσουν δυσκολίες ανάγνωσης (Raitano et al., 2004: 822). Σε γενικές γραμμές η διαταραχή αυτή τοποθετεί τα παιδιά σε κίνδυνο για μετέπειτα δυσκολίες στον ακαδημαϊκό, κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα (Lewis et al., 2000).

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι δε θα εμφανίσουν όλα τα παιδιά με Φωνολογική Διαταραχή προβλήματα στη σχολική ηλικία. Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές (Catts, 1993; Clark-Klein, 1994; Menyuk, et al., 1991; Lewis et al., 2000: 12), υπάρχουν συγκεκριμένες ικανότητες της προσχολικής ηλικίας τις οποίες αν τα παιδιά με διαταραχές λόγου και ήχου δεν κατέχουν επαρκώς, θα παρουσιάσουν μετέπειτα προβλήματα στη σχολική τους ηλικία. Τις ικανότητες αυτές αποτελούν η γλωσσική και η φωνολογική επίγνωση, η λεκτική μνήμη εργασίας και οι συντακτικές ικανότητες.

1.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Διαγνωστικά κριτήρια

Οι φωνολογικές αρθρωτικές διαταραχές είναι ικανές να επηρεάσουν τον λόγο και τη γλώσσα, επειδή όλες οι πτυχές της αλυσίδας λόγου - ομιλία αλληλοσυνδέονται, από την φυσική άρθρωση των ήχων μέχρι την παραγωγή ιδεών με τη γλώσσα. Μια δυσλειτουργία σε μια περιοχή επηρεάζει όλες τις υπόλοιπες. Για παράδειγμα μια δυσκολία στην άρθρωση επηρεάζει την φωνολογική ανάπτυξη. Έτσι, μια φωνολογική διαταραχή μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη του λόγου. Αρκετοί ερευνητές αναφέρουν ότι, οι φωνολογικές διαταραχές συνδέονται πάντα με μερικά άλλα γλωσσικά προβλήματα. (Καμπανάρου, 2007).

Η πρόληψη της διαταραχής συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους. Είναι πολύ σημαντική η σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τόσο των γονέων όσο και των εκπαιδευτικών αλλά και της ευρύτερης κοινότητας. Αλλά είναι καίρια επίσης και η ανάπτυξη προγραμμάτων πρώιμης γλωσσικής ανάπτυξης μέσα στο σχολείο στα οποία με τη χορήγηση κατάλληλων εργαλείων θα επιτυγχάνεται η πρώιμη ανίχνευση της διαταραχής. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης θα ήταν καλό να συνδυάζονται με εκπαιδευτικά προγράμματα για τους γονείς καθώς αυτοί έρχονται σε άμεση επαφή με το άτομο που εκδηλώνει αυτήν τη διαταραχή (Γερακιώτη, Α., 2019).

Εκτός από την πρόληψη, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η σωστή και έγκαιρη διάγνωση της δυσκολίας καθώς με βάση αυτήν καθορίζεται το κατάλληλο εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης αλλά και ο τρόπος διαχείρισης της κατάστασης. Η διάγνωση πρέπει να γίνεται από ειδικούς και να στηρίζεται σε συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία συναντάμε αναλυτικά στο APA (2013). Με βάση τη διάγνωση, η ομάδα των ειδικών είναι σε θέση να καταρτίσει το κατάλληλο πρόγραμμα για κάθε παιδί. Ο ειδικός θεραπευτής είναι υπεύθυνος για τη διάγνωση και για τη συνεχή αξιολόγηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η θεραπεία που θα επιλέξει για κάθε παιδί εξαρτάται από τη διάγνωση και από την κατηγοριοποίηση με βάση την αξιολόγηση (Gierut, 1998).

Σύμφωνα με το DSM-5 τα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία υφίσταται μια φωνολογική διαταραχή είναι:

- Επίμονη δυσκολία και αποτυχία στη χρήση αναπτυξιακά αναμενόμενων ήχων της ομιλίας, που επηρεάζει την κατανόηση της και παρεμποδίζει την προφορική επικοινωνία των μηνυμάτων.
- Η διαταραχή παρεμποδίζει την κοινωνική συμμετοχή, την ακαδημαϊκή επίδοση και την επαγγελματική απόδοση, σε συνδυασμό ή μεμονωμένα.
- Έναρξη των συμπτωμάτων σε πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο
- Οι διαταραχές δεν αποδίδονται σε συγγενείς ή επίκτητες παθολογίες, όπως νευρολογικές ή άλλες σωματικές καταστάσεις, εγκεφαλική παράλυση, λυκόστομα, κώφωση ή απώλεια ακοής ή τραυματική εγκεφαλική βλάβη (American Psychiatric Association, 2000).

Ωστε να προκύψει, λοιπόν, μια έγκυρη διάγνωση θα πρέπει να προηγηθεί μία κατάλληλη αξιολόγηση. Τους βασικούς στόχους μίας μιας λογοθεραπευτικής αξιολόγησης αποτελούν:

- Ο έλεγχος της φωνολογικής και αρθρωτικής ανάπτυξης του παιδιού.
- Η εξαγωγή συμπερασμάτων για άμεση ή όχι παρέμβαση.
- Η ανίχνευση παραγόντων που επιβαρύνουν τη συνολική κατάσταση του παιδιού με τη συνυπάρχουσα διαταραχή.
- Ο καθορισμός των οδηγιών που θα δοθούν στους γονείς.
- Η εξέταση των επιλογών που προκύπτουν.
- Μια ενδεχόμενη πρόγνωση για την πορεία της διαταραχής.

(Οκαλίδου, 2002; Shipley&McAfee, 2013)

Πριν, όμως, την διεξαγωγή της διαδικασίας αξιολόγησης της άρθρωσης, πρέπει να γίνουν ορισμένες διαδικασίες αξιολόγησης, οι οποίες θα δώσουν αφενός αρκετά στοιχεία για το ίδιο το παιδί, αφετέρου δε θα παρέχουν στοιχεία που ενδεχομένως θα αιτιολογήσουν πιθανή διαταραχή της άρθρωσης. Οι διαδικασίες αυτές είναι:

Λογοπαθολογικό Ιστορικό: Πριν τη διαδικασία αξιολόγησης θα πρέπει να χορηγηθεί ένα ατομικό ιστορικό του εξεταζόμενου, το οποίο θα δίνει σημαντικές πληροφορίες, σχετικές με τον τοκετό και την ανάπτυξη, ιατρικό, κοινωνικό, εκπαιδευτικό και οικογενειακό ιστορικό καθώς και πληροφορίες για προηγούμενη αξιολόγηση και θεραπεία. Το ιστορικό αυτό λαμβάνεται μέσω συνέντευξης του ατόμου που συνοδεύει το παιδί (γονέας, κηδεμόνας κ.τ.λ.) και εξετάζει τους ακόλουθους τομείς, όπως αυτοί αναλύονται στο βιβλίο «Διαγνωστικά Θέματα Λογοπαθολογίας».

Ακοολογικός έλεγχος: «Ο λογοθεραπευτής σημειώνει αν η ακοή του πελάτη έχει εκτιμηθεί ανεπίσημα ή επίσημα». Η εκτίμηση της ακοής του εξεταζόμενου είναι πολύ σημαντική στη διεξαγωγή της διαδικασίας αξιολόγησης της άρθρωσης, καθώς ενδεχόμενη παθολογία στην ακοή μπορεί να επιφέρει δυσκολίες στην κατανόηση και συνεπώς την εκτέλεση οδηγιών και εντολών. Τέλος, ο ρόλος της ακοής είναι καταλυτικός στην παραγωγή της ομιλίας, οπότε οποιαδήποτε διαταραχή της ακουστικής ικανότητας θα συνδέεται πιθανώς με μια διαταραχή στην αρθρωτική ικανότητα. Για τους λόγους αυτούς, πρέπει να ζητηθεί από τον ασθενή η εκτίμηση του ιατρού ΩΡΑ που πραγματοποίησε την ακοολογική εξέταση ή, εφόσον δεν έχει περάσει από ακοολογικό έλεγχο, να παραπεμφθεί στον αρμόδιο ιατρό ΩΡΑ.

Στοματοπροσωπική Εξέταση: Η στοματοπροσωπική εξέταση είναι, επίσης, ιδιαίτερα σημαντική, προκειμένου να διαπιστωθεί το κατά πόσο ο μηχανισμός παραγωγής της ομιλίας (τα γλωσσικά όργανα και οι κινήσεις που πρέπει να πραγματοποιήσουν για την παραγωγή λόγου) λειτουργούν φυσιολογικά. Τυχόν πρόβλημα στον μηχανισμό παραγωγής της ομιλίας θα εκδηλώσει διαταραχή στην διαδικασία της άρθρωσης.

Απόκτηση Δείγματος Ομιλίας: Η απόκτηση δείγματος ομιλίας είναι σημαντική για την συλλογή πληροφοριών σχετικών με την αρθρωτική ικανότητα του εξεταζόμενου σε συνθήκες αυθόρμητου λόγου και στην συνέχεια, για την σύγκρισή των αποτελεσμάτων με αυτά που παρέχει το τεστ άρθρωσης για να διαπιστωθεί η συνέπεια της άρθρωσης των φωνημάτων υπό τις δύο αυτές συνθήκες.

Αξιολόγηση Άρθρωσης: Για να αξιολογηθεί μεμονωμένα η άρθρωση, πρέπει να χρησιμοποιηθούν ειδικές λέξεις που να συμπεριλαμβάνουν όλα τα φωνήματα της Νεοελληνικής Γλώσσας, όπως αναλύονται στο Διεθνές Φωνητικό Αλφάβητο, σε όλες

τις θέσεις μέσα στην λέξη καθώς και όλα τα φωνήεντα. Παράλληλα, οι λέξεις αυτές πρέπει να εντάσσονται στο λεξιλόγιο προσχολικής και σχολικής ηλικίας ομιλίας (τα γλωσσικά όργανα και οι κινήσεις που πρέπει να πραγματοποιήσουν για την παραγωγή λόγου) λειτουργούν φυσιολογικά. Τυχόν πρόβλημα στον μηχανισμό παραγωγής της ομιλίας θα επιφέρει διαταραχή στην διαδικασία της άρθρωσης.

Χρήση Σταθμισμένων τεστ

Στον Αμερικάνικο χώρο δύο από τα σημαντικότερα τεστ που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της φωνολογικής συνειδητότητας είναι:

The Phonological Awareness Test (Roberson & Salter, 1995)

Το παρόν τεστ αφορά παιδιά ηλικίας 5 έως 9 ετών και μελετά 5 διαφορετικές δεξιότητες της φωνημικής συνειδητότητας (όπως διάκριση φωνημάτων, απομόνωση φωνήματος, απαλοιφή φωνημάτων, αντικατάσταση φωνημάτων και τέλος σύνθεση φωνημάτων). Επίσης, υπάρχει ξεχωριστή δραστηριότητα που αξιολογεί την ομοιοκαταληξία.

The Test of Phonological Awareness (TOPA) (Torgesen & Bryant, 1994)

Το συγκεκριμένο τεστ αφορά παιδιά που φοιτούν στο νηπιαγωγείο και στην Α' τάξη του Δημοτικού Σχολείου. Δίνοντας στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας αντίστοιχες εικόνες πρέπει να βρουν ποιες λέξεις αρχίζουν με τον ίδιο αρχικό ήχο. Τα παιδιά της Α' τάξης θα πρέπει να συγκρίνουν τον τελικό ήχο των λέξεων.

ΜεταΦΩΝ

Τεστ

Στην ελληνική γλώσσα το Μέταφωφον τεστ (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπαιδικών, 2007) αποτελεί ένα σταθμισμένο εργαλείο μεταφωφολογικής ανάπτυξης και αναγνωστικής ετοιμότητας ως προς την φωνολογική επίγνωση. Το τεστ στηρίχθηκε στα αποτελέσματα του έργου «από το προφορικό στο γραπτό λόγο έρευνα για την ανάπτυξη της φωνολογικής ενημερότητας» που πραγματοποιήθηκε

από το 1996 έως το 2006. Από την Επιτροπή Έρευνας του Πανελληνίου Συλλόγου Λογοπεδικών πρόκειται για πρωτότυπη ερευνητική εργασία σε ελληνικό δείγμα 1225 παιδιών προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας.

Το Μέταφων τεστ το πρώτο σταθμισμένο Πανελλαδικά Τεστ στο είδος του, αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης δεξιοτήτων φωνολογικής επίγνωσης για την ανίχνευση πιθανών δυσκολιών στην ανάγνωση και στη γραφή.

Πιο συγκεκριμένα, το Μέταφων τεστ:

- Καταγράφει τα αναπτυξιακά στάδια της φωνολογικής επίγνωσης.
- Αποσαφηνίζει το βαθμό δυσκολίας των δραστηριοτήτων σε γνωστικό και μεταφωνολογικό επίπεδο.
- Διευκρινίζει ποια από αυτά αποτελούν υψηλό προγνωστικό παράγοντα για την επιτυχή εκμάθηση της ανάγνωσης.

Το τεστ αποτελείται από δύο μέρη:

Το Αναπτυξιακό «ΜέταΦΩΝ τεστ» (ΠΛΗΡΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗ) αφορά τις ηλικίες 3;10- 6;6 ετών με διαγνωστικό χαρακτήρα για την προσχολική ηλικία. Η πλήρης χορήγηση περιλαμβάνει 37 κριτήρια αξιολόγησης χωρισμένα στα γλωσσολογικά επίπεδα ρίμας (ομοιοκαταληξίας) – συλλαβής – φωνήματος. Ερμηνεύει τις επιδόσεις των παιδιών μέσω:

- α) Διαγνωστικού Διαγράμματος Φωνολογικής Επίγνωσης,
- β) Αναπτυξιακού προφίλ φωνολογικής επίγνωσης και
- γ) Αναπτυξιακών ηλικιών.

Το αναπτυξιακό Μέταφων τεστ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση και το σχεδιασμό προγράμματος αντιμετώπισης. Η χορήγηση του διαρκεί μια με μιάμιση ώρα και απαιτούνται τουλάχιστον 2 συνεδρίες για την πραγματοποίησή του.

Το Ανιχνευτικό «ΜέταΦΩΝ τεστ» (ΒΡΑΧΕΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ) αφορά τις ηλικίες 5;7 ετών, για νήπια και μαθητές Α' Δημοτικού. Έχει ανιχνευτικό χαρακτήρα (screening) με 15 κριτήρια αξιολόγησης τα οποία αποτελούν τμήμα της πλήρους χορήγησης αξιολόγησης τα οποία αποτελούν τμήμα της πλήρους χορήγησης. Αξιολογεί την Αναγνωστική Ετοιμότητα ως προς τη Φωνολογική Επίγνωση και

παρέχει τη δυνατότητα έγκαιρου εντοπισμού και πρώιμης παρέμβασης σε παιδιά υψηλού κινδύνου για εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών με στόχο την πρόληψη ειδικών μαθησιακών δυσκολιών. Η βραχεία χορήγηση διαρκεί 25 με 35 λεπτά και μπορεί να πραγματοποιηθεί σε μια συνεδρία.

Το τεστ απευθύνεται κυρίως σε λογοπεδικούς, αλλά και σε ειδικούς παιδαγωγούς, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς και σε κάθε άλλον ενδιαφερόμενο που ασχολείται με την πρόληψη, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση πιθανών δυσκολιών. Το ΜέταΦΩΝ τεστ μπορεί να αξιοποιηθεί κλινικά, διδακτικά ή και ερευνητικά.

Με τη χρήση του Αναπτυξιακού ΜέταΦΩΝ τεστ, ο εξεταστής έχει τη δυνατότητα να προσδιορίσει το γενικό δείκτη φωνολογικής επίγνωσης του παιδιού και τους δείκτες των τριών κλιμάκων (ρίμα, συλλαβή, φώνημα). Παράλληλα σε περίπτωση χαμηλής βαθμολογίας, ο εξεταστής, προκειμένου να σχεδιάσει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα αντιμετώπισης, έχει στη διάθεση του και δύο ακόμη πληροφορίες, την αναπτυξιακή ηλικία και το αναπτυξιακό προφίλ φωνολογικής επίγνωσης.

Ο ρόλος του ανιχνευτικού ΜέταΦΩΝ στα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι πολύ σημαντικός, γιατί είναι δυνατόν να ανιχνευθούν πιθανές δυσκολίες και να αντιμετωπιστούν μέσα από μια διαδικασία κατάλληλης παραπομπής και θεραπείας. Έτσι, προλαμβάνεται μια ενδεχόμενη σχολική αποτυχία, αφού το παιδί θα μπορέσει να ξεκινήσει το δημοτικό πιο έτοιμο, με όσο το δυνατόν λιγότερα φωνολογικά κατάλοιπα. Στη βαθμίδα του Δημοτικού, το ανιχνευτικό ΜέταΦΩΝ τεστ χορηγείται σε μαθητές Α' Δημοτικού ηλικίας 6;7. Το όφελος του τεστ σε αυτήν την ηλικία συνιστάται στην αποφυγή εδραίωσης ειδικής αναγνωστικής διαταραχής, που με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε δευτερογενή συμπτώματα μαθησιακών δυσκολιών (Γιαννετοπούλου, Γιαλαμάς, & Κιρπότην, 2007).

Φωνολογικό τεστ ΠΣΛ

Το φωνολογικό τεστ καλύπτει το θεωρητικό και το πρακτικό μέρος της εφαρμογής της «Δοκιμασίας Φωνητικής & Φωνολογικής Εξέλιξης των παιδιών». Η δοκιμασία στηρίχθηκε στα αποτελέσματα αντίστοιχης έρευνας που πραγματοποιήθηκε από το 1989 - 1992, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 300 παιδιών, ηλικίας 2,6 έως 6,0 ετών. Αποτελεί την πρώτη σταθμισμένη δοκιμασία για την

Ελληνική γλώσσα. Είναι ένα κλινικό εργαλείο απαραίτητο, τόσο για τη διάγνωση των προβλημάτων ομιλίας στην παιδική ηλικία όσο και για το σχεδιασμό προγραμμάτων αντιμετώπισης τους. Έχοντας αναλύσει τα αποτελέσματα της δοκιμασίας, ο Λογοθεραπευτής, θα είναι σε θέση να γνωρίζει σε βάθος το φωνολογικό σύστημα του μαθητή και να αναλύει τα προβλήματα ομιλίας του παιδιού προκειμένου να σχεδιάσει μια στοχευμένη και αποτελεσματική παρέμβαση. (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 1995).

2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές, καθώς και τα προβλήματα συμπεριφοράς, σε πολλές περιπτώσεις αρχίζουν στην προσχολική και σχολική ηλικία. Πλήθος παιδιών με επιθετική ή παραβατική συμπεριφορά χαρακτηρίζονται γενικότερα ως ‘ατίθασα’ ή ‘κακομαθημένα’, με τη ρίζα του προβλήματος να αγνοείται.

Η απουσία ενός σαφούς ορισμού για τη δήλωση των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών οφείλεται σε πολλούς λόγους. Αρχικά, η έννοια της διαταραγμένης συμπεριφοράς αποτελεί μία κοινωνική κατασκευή και δεν υπάρχει ακριβής συμφωνία για το τι ορίζεται ως ‘καλή ψυχική υγεία’. Όλοι οι μαθητές ανά διαστήματα μπορούν να εμφανίσουν ανεπιθύμητες συμπεριφορές με αποτέλεσμα να πρέπει να αναλογιστούμε την ένταση της συμπεριφοράς, την συχνότητα εμφάνισης της και την διάρκεια της ώστε να χαρακτηριστούν με αυτού του είδους της διαταραχές. Έπειτα, οι διαφορετικές θεωρίες για την συναισθηματική διαταραχή χρησιμοποιούν έννοιες και ορολογία που δεν συμβάλλουν στην σύνδεση του νοήματος από τον έναν ορισμό στον άλλον. Τέλος, ακόμα ένας παράγοντας που καθιστά δύσκολη την ύπαρξη ενός ορισμού είναι η συννοσηρότητα των διαταραχών. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν και με άλλες, γεγονός που δυσκολεύει στο να προσδιοριστεί αν μία συνθήκη είναι αίτιο ή αποτέλεσμα της άλλης.

Δύο όροι επικρατούν στην σύγχρονη βιβλιογραφία. Οι όροι αυτοί περιλαμβάνουν τις ‘εσωτερικευμένες’ (συναισθηματικές) (internalizing / emotional problems / disorders) και τις ‘εξωτερικευμένες’ (συμπεριφορικές) διαταραχές / δυσκολίες (externalizing/ behavioral problems/ disorders) (Κουρκουτάς, 2017, Heward 2011).

Ο όρος ‘συναισθηματικές διαταραχές’ (emotional disorders) αναφέρεται συνήθως στις καταθλιπτικές/δυσθυμικές διαταραχές, στις αγχώδης και φοβικές διαταραχές στην παιδική ηλικία, στις ιδεοψυχαναγκαστικές και καταναγκαστικές διαταραχές (που θεωρούνται μηχανισμοί άμυνας/διαχείρισης έντονου άγχους/εσωτερικών εντάσεων/συγκρούσεων) συμπεριλαμβανομένων και των σωματικών εκφράσεων του

άγχους (Κουρκούτας, 2017), καθώς και στις πιο σοβαρές μορφές έκφρασης των συναισθηματικών προβλημάτων, όπως οι μετατραυματικές διαταραχές, οι αυτοκτονικές τάσεις, οι σοβαρές καταθλιπτικές αντιδράσεις στην προεφηβική και στην εφηβική ηλικία (Κουρκούτας, 2017).

Η αναφορά στον όρο «διαταραχές της συμπεριφοράς» ορίζεται η ύπαρξη ακραίων συμπεριφορών που δεν είναι ανεκτές και ανάλογες των κοινωνικών και πολιτιστικών προσδοκιών του περιβάλλοντος που εμφανίζονται. Ο όρος συμπεριλαμβάνεται για πρώτη φορά στην Έκθεση για τις Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες που δημοσιεύτηκε το 1978 στην Αγγλία (Κανδαράκης, 2004).

Μιλώντας για συμπεριφορά πρέπει και να την ορίσουμε. «Συμπεριφορά είναι κάθε πράξη ή αντίδραση ενός ατόμου, η οποία μπορεί να παρατηρηθεί και να περιγραφεί, καθώς και ο τρόπος που αυτή εκδηλώνεται, με την οποία δηλώνεται ή υπονοείται η στάση του και οι διαθέσεις του προς τον εαυτόν του ή και το περιβάλλον του» (Χρηστάκης, 2001). Η συμπεριφορά μπορεί να είναι είτε ενεργητική, είτε παθητική. Η συμπεριφορά ενός ατόμου είναι μάλλον αδύνατο να προβλεφθεί, ενώ ταυτόχρονα τη χαρακτηρίζει έντονη πολυπλοκότητα. Αν λάβουμε, ακόμη, υπόψη μας ότι διαφορετικά άτομα έχουν διαφορετικές εμπειρίες, ζουν σε διαφορετικά περιβάλλοντα και διαμορφώνουν διαφορετικές αξίες, τότε είναι κατανοητό γιατί προσλαμβάνουν και αντιλαμβάνονται διαφορετικά ίδιες συμπεριφορές.

Σύμφωνα με τους Παρασκευόπουλο & Γιαννίτσα (1999), ένα σύμπτωμα μπορεί να χαρακτηριστεί σοβαρό με βάση την ύπαρξη και το συνδυασμό των παρακάτω κλινικών κριτηρίων:

1. Η συχνότητα εμφάνιση του συμπτώματος. Η μεγάλη συχνότητα είναι ανάλογη προς τη σοβαρότητα του συμπτώματος.
2. Η εμφάνιση συγχρόνως και άλλων συμπτωμάτων. Η συνύπαρξη και άλλων συμπτωμάτων (έστω και μειωμένης έντασης) προσδίδει σοβαρότητα στο σύμπτωμα.
3. Ο βαθμός απόκλισης του συμπτώματος από το μέσο φυσιολογικό. Όσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση από το μέσο φυσιολογικό όρο, τόσο σοβαρότερο θεωρείται το σύμπτωμα.
4. Η ένταση του συνοδευτικού συναισθήματος. Όσο εντονότερο είναι το συνοδευτικό συναίσθημα, τόσο σοβαρότερο θεωρείται το σύμπτωμα.

5. Η αδυναμία του ατόμου να αποφύγει την εμφάνιση του συμπτώματος.
6. Η παρεμπόδιση που προκαλεί το σύμπτωμα στην ανάπτυξη του παιδιού.
7. Η πιθανότητα να έλθει το παιδί αντιμέτωπο με το νόμο.

Τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις παρουσιάζουν διαφορές στις διάφορες ηλικιακές περιόδους (βρεφική, νηπιακή, προσχολική, εφηβική), ενώ προς το τέλος της εφηβικής ηλικίας το άτομο θεωρείται ότι έχει ωριμάσει συναισθηματικά.

Συνεχίζοντας, είναι ευρέως γνωστό ότι τα άτομα αντιμετωπίζουν τις συναισθηματικές καταστάσεις και «ρυθμίζουν» τα συναισθήματα τους κατά τη διάρκεια διάφορων ηλικιακών περιόδων. Ο όρος «ρύθμιση των συναισθημάτων» αναφέρεται στις δεξιότητες που αναπτύσσει το άτομο προκειμένου να ελέγχει και να κατευθύνει τη συναισθηματική του έκφραση, να οργανώνει τη συμπεριφορά του σε έντονες συναισθηματικές καταστάσεις και να καθοδηγείται από τις συναισθηματικές του εμπειρίες (Χατζηχρήστου, κ.ά., 2004).

Σχετικά με τα παιδιά, η ερμηνεία των συναισθημάτων από τα ίδια έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών και ιδιαίτερα η ερμηνεία των δυσάρεστων καταστάσεων. Επειδή κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης τους, τα παιδιά μπορεί να νιώθουν φόβο, θυμό, άγχος, ζήλια, λύπη ή ανησυχία, στο πλαίσιο της γενικότερης προσπάθειας στήριξής τους έχουν διατυπωθεί από μελετητές κάποιες γενικές αρχές για τη διαχείριση των δυσάρεστων συναισθημάτων. Έτσι, αναφέρουν ότι για να θεωρηθεί ότι το άτομο έχει ικανοποιητική ενδοπροσωπική προσαρμογή, θα πρέπει να ζει ικανοποιητικά με τον εαυτό του, να νιώθει ευχαριστημένο με τον εαυτό του, να πιστεύει ότι αξίζει, να έχει θετική στάση απέναντι στη ζωή, να νιώθει ευτυχισμένο και καταξιωμένο, να έχει ενισχυόμενο αυτοσυναίσθημα, να είναι αισιόδοξο κ.λπ. Επί προσθέτως, το άτομο, για να θεωρηθεί ότι έχει ικανοποιητική διαπροσωπική προσαρμογή, θα πρέπει να ζει αρμονικά με τους άλλους, να έχει αποκτήσει δεξιότητες που το βοηθούν να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της κοινωνικής ομάδας και στις διαπροσωπικές του σχέσεις με τους ενήλικους και του συνομήλικούς του, να έχει αναπτύξει συναίσθημα συναντίληψης και συναλληλίας με τους άλλους, να χαλιναγωγεί τις παρορμήσεις του, να ελέγχει τις αφιθιμικές του αντιδράσεις κ.λπ. (Κανδαράκης, 2004, Χατζηχρήστου, κ.ά., 2004).

Η μάθηση μπορεί να επιτευχθεί σε κάθε στιγμή της ζωής του ανθρώπου με την αυθόρμητη προσαρμογή του στο περιβάλλον. Όταν όμως χρειαστεί να καταβάλει

συνειδητή προσπάθεια για μάθηση σε ένα οργανωμένο περιβάλλον (οικογενειακό, σχολικό), τότε αναπόφευκτα επιδρούν κάποιοι παράγοντες, οι οποίοι διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την μαθησιακή διαδικασία. Κάποιες μελέτες που έγιναν διεθνώς επισήμαναν ότι όταν γίνεται αναφορά στην σχολική επίδοση του παιδιού παίζουν σημαντικό ρόλο πολλοί παράγοντες, κυρίως όμως η οικογένεια και το σχολείο (Φλουρής, 1989).

Προσχολική Εκπαίδευση και ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη

Η περίοδος της προσχολικής εκπαίδευσης είναι κρίσιμη για την πρόωμη ανάπτυξη των κοινωνικο-συναισθηματικών ικανοτήτων των παιδιών, κατά την οποία διαμορφώνονται αλλά και εντοπίζονται οι πιθανές ανάγκες και δυσκολίες, που θα αντιμετωπίσουν αργότερα στην παιδική και ενήλικη ζωή τους (Garner, Mahatmya, Moses&Bolt 2014). Η ανάπτυξη αυτών των ικανοτήτων, έχει αποδειχτεί πως σχετίζεται με τη σχολική ετοιμότητα, με την αποδοχή των συνομηλίκων και με την ανάπτυξη των φιλικών δεσμών (Garner, Mahatmya, Moses&Bolt 2014).

Η ποιότητα της προσχολικής διαδικασίας έχει μία πολυδιάστατη δομή, με διάφορα χαρακτηριστικά (όπως η ποιοτική αλληλεπίδραση παιδιού – δασκάλου, ο τρόπος οργάνωσης και διεξαγωγής των δραστηριοτήτων κλπ) και θεωρείται ως ένα συνεχές που κυμαίνεται από τα χαμηλά επίπεδα προς τα υψηλά. Για να οριστεί ένα πρόγραμμα προσχολικής εκπαίδευσης ως ‘υψηλής’ ή ‘καλής’ ποιότητας, πρέπει να πετύχει τα χαρακτηριστικά που εκ των πρότερων έχουν τεθεί για το συγκεκριμένο πρόγραμμα. Εάν αυτά επιτευχθούν, η ανάπτυξη του παιδιού θα χαρακτηριστεί ως ομαλή και το πρόγραμμα ως ‘υψηλής’ ποιότητας (Mashburn, 2008). Ωστόσο, παρά τις πολλές έρευνες που κάνουν λόγο για το ‘συνεχές της ποιότητας’, άλλες επίσης πολλές σε αριθμό αποδεικνύουν την σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ανάπτυξη των παιδιών (Mashburn, 2008; 116).

Πολλές έρευνες έχουν εξετάσει τον βαθμό επίδρασης της προσχολικής εκπαίδευσης στην σχολική ετοιμότητα των μαθητών και κυρίως για τα παιδιά που βρίσκονται σε επικινδυνότητα για ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών και προβλημάτων συμπεριφοράς (Polat&Yavuz, 2016). Πιο συγκεκριμένα, έχει αναφερθεί πως η προσχολική εκπαίδευση κατέχει καθοριστικό ρόλο στην

εξασφάλιση της σχολικής ετοιμότητας (Polat&Yavuz, 2016). Σύμφωνα με τον Polat (2010), ο όρος ‘εξασφάλιση της σχολικής ετοιμότητας’ θεωρείται η σωματική, νοητική και συμπεριφορική ανάπτυξη των παιδιών (Polat&Yavuz, 2016 397), ώστε να την αποκτήσουν στο αναμενόμενο επίπεδο ωριμότητας που απαιτείται από το δημοτικό για την ολοκλήρωση των εργασιών του (όπως συγκέντρωση προσοχής, ανάληψη ευθυνών οπτικο-κινητικός συντονισμός).

Οι Garner, Mahatmay, Moses&Bolt (2014), σε έρευνα τους επιδίωξαν να ανακαλύψουν την σχέση των κοινωνικο-συναισθηματικών ικανοτήτων με τον τύπο της προσχολικής εκπαίδευσης, καθώς και με την ποιοτική σχέση δασκάλου και παιδιού, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Garner, Mahatmay, Moses&Bolt, 2014).

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν τον καταλυτικό ρόλο που παίζει ο τύπος της προσχολικής εκπαίδευσης στην καλύτερη κατανόηση των κοινωνικο-συναισθηματικών ικανοτήτων των παιδιών αυτής της ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάστηκε μια υπεροχή των προσχολικών τμημάτων που βασίζονταν σε πανεπιστημιακά κέντρα, έναντι των άλλων δύο σχολικών μονάδων στον τομέα της γνώσης των συναισθηματικών καταστάσεων και στην ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος (Garner, Mahatmay, Moses & Bolt, 2014). Ο λόγος για το προβάδισμα της συγκεκριμένης σχολικής μονάδας ίσως να είναι το γεγονός ότι το προσωπικό ήταν καλύτερα καταρτισμένο από τα άλλα δύο τμήματα, ή στο ότι σε αυτές τις εγκαταστάσεις αξιοποιούνται καινοτόμα αναλυτικά προγράμματα (Garner, Mahatmay, Moses&Bolt, 2014). Αναφέρεται πως τα προγράμματα αυτών των σχολικών τμημάτων είναι περισσότερο δαπανηρά και όπως έχουν αποδείξει ποικίλες έρευνες, παιδιά ευπορότερων οικογενειών έχουν υψηλότερες επιδόσεις σε εργασίες που αξιολογούν την συναισθηματική ικανότητα (Garner, Mahatmay, Moses&Bolt, 2014).

Ακόμα μέσα στην έρευνα ήταν εμφανείς οι διαφορές των αστικών και προαστιακών κέντρων προσχολικής εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, παιδιά από αστικά προσχολικά κέντρα επέδειξαν πιο χαμηλές επιδόσεις στη γνώση των συναισθηματικών καταστάσεων καθώς και χαμηλότερη ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος σε σχέση με τα άλλα δύο κέντρα (Garner, Mahatmay, Moses&Bolt, 2014). Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες που υποδηλώνουν την υπεροχή των προαστιακών σχολικών τμημάτων στους τομείς των

κοινωνικών και νοητικών επιδόσεων (Garner, Mahatmay, Moses&Bolt, 2014). Μπορούμε να εξηγήσουμε αυτές τις διαφορές με την υψηλότερη κατάρτηση και εμπειρία των εκπαιδευτικών που εργάζονται στα προαστιακά κέντρα προσχολικής εκπαίδευσης. Σημαντικός παράγοντας ακόμα είναι η γεωγραφική περιοχή των δύο εγκαταστάσεων. Στις αστικές περιοχές τα ποσοστά εγκληματικότητας είναι πιο μεγάλα, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών που ζουν σε λιγότερο ασφαλείς περιοχές και ως απόρροια να παρουσιάζουν χαμηλότερες επιδόσεις σε αυτόν τον τομέα (Garner, Mahatmay, Moses&Bolt, 2014).

Τα αποτελέσματα της έρευνας για την σχέση δασκάλου-παιδιού έδειξαν πως ο ισχυρός δεσμός μεταξύ τους ενισχύει την γνώση των συναισθηματικών καταστάσεων από τα παιδιά (Garner, Mahatmay, Moses&Bolt, 2014). Αντίθετα με την σχέση δασκάλου-μαθητή που στηρίζεται σε έντονες διαμάχες και διαπληκτισμούς δυσχεραίνοντας την ρύθμιση του συναισθήματος από τα παιδιά, συμπέρασμα που τονίζει τον καθοριστικό ρόλο του εκπαιδευτικού σε αυτόν τον τομέα (Garner, Mahatmay, Moses&Bolt, 2014).

Ωστόσο, η εξαρτημένη σχέση δασκάλου-παιδιού, φάνηκε να αποτελεί έναν θετικό παράγοντα στη ρύθμιση του συναισθήματος στα πανεπιστημιακά σχολικά κέντρα, σε αντίθεση με τα άλλα δύο κέντρα που θεωρήθηκε ανασταλτικός. Η πιθανή αιτιολογία για αυτόν τον διαχωρισμό, μπορεί να θεωρηθεί το γεγονός ότι στα αστικά και προαστιακά προσχολικά τμήματα υπήρχε μεγάλη συχνότητα εμφάνισης παιδιών με συναισθηματικές δυσκολίες και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εξάρτηση του παιδιού με τον εκπαιδευτικό, ο οποίος ένιωθε την ανάγκη να επεμβαίνει πιο συχνά στις καταστάσεις, λόγω των συμπεριφορικών και κοινωνικο-συναισθηματικών δυσκολιών τους (Garner, Mahatmay, Moses&Bolt, 2014).

Επίσης, τα αποτελέσματα αποκάλυψαν πως τα παιδιά από τα αστικά προσχολικά κέντρα λάμβαναν περισσότερη προσοχή για την ανάπτυξη των κοινωνικών τους δεξιοτήτων σε σχέση με εκείνα που φοιτούσαν στα προάστια (Garner, Mahatmay, Moses&Bolt, 2014). Παρά το γεγονός ότι και στις δύο σχολικές μονάδες υπήρχαν παράγοντες επικινδυνότητας, ο διαφορετικός κοινωνικός συντελεστής των δύο περιοχών λειτούργησε ως προστατευτικός παράγοντας για τα παιδιά που φοιτούσαν στα προάστια. Όταν ο κίνδυνος απουσίαζε, αυτό βοηθούσε τους μαθητές των προαστίων να αποφύγουν τις συναισθηματικές εντάσεις ώστε να μην χρειάζονται

επιπρόσθετες δράσεις για την ανάπτυξη των κοινωνικών τους δεξιοτήτων, όπως συνέβαινε στα παιδιά των αστικών περιοχών (Cunningham, Kliemer&Garner, 2009).

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα (Garner, Mahatmay, Moses&Bolt, 2014).

Σε έρευνα του Ozgul Polat και Ezgi Askin Yavuz (2016) διαπιστώθηκε σχετικά με τις φωνολογικές δεξιότητες πως όσο περισσότερο τα παιδιά φοιτούν στα νηπιαγωγεία, τόσο καλύτερα αναπτύσσονται σε αυτόν τον τομέα. Υποστηρίζεται πως τα παιδιά που φοιτούν σε νηπιαγωγεία για τουλάχιστον ένα έτος, είναι γλωσσικά πιο ανεπτυγμένα από εκείνα που πηγαίνουν για λιγότερο από έναν χρόνο. Τέλος, μέσα από την έρευνα φάνηκε πως παιδιά που συμμετείχαν για τρία χρόνια στην προσχολική εκπαίδευση, είχαν αφενός, μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας στη νοητική και γλωσσική τους ανάπτυξη και αφετέρου, πιο υψηλές επιδόσεις στην κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη, σε σχέση με τα παιδιά που φοιτούσαν για δύο ή ένα μόνο χρόνο (Polat&Yavuz, 2016).

Οικογενειακό περιβάλλον και ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη

Η οικογένεια αποτελεί το πλαίσιο που ασκεί την πιο άμεση επιρροή στην ανάπτυξη του παιδιού. Η ποιότητα της σχέσης με τη μητέρα, τον πατέρα, η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων αλλά ακόμη και οι προσδοκίες των γονέων προγεννητικά ασκεί καθοριστική επιρροή στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού και στην ομαλά η μη ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξή του. Είναι πολύ σημαντικό να λάβει κανείς υπόψη του την ένταση και τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, ως συνέπεια των ισχυρών συναισθηματικών δεσμών.

Η οικογένεια και ο ρόλος που παίζει στη ζωή του παιδιού είναι αρκετά σημαντικός, εφόσον έχει φροντίσει να αναλάβει για τα παρακάτω σε σχέση με το παιδί της:

α) Την ικανοποίηση των βασικών του βιολογικών αναγκών και για την υγεία και την σωματική του ακεραιότητα.

β) Την κοινωνικοποίησή του, δηλαδή την απόκτηση μορφών συμπεριφοράς που θεωρούνται αποδεκτές από την κοινωνία στην οποία ζει.

γ) Την οικοδόμηση υγιούς προσωπικότητας στο παιδί και την διατήρηση της ψυχικής υγείας.

δ) Την ανάπτυξη των γνωστικών ικανοτήτων, με την εξασφάλιση περιβάλλοντος που ενεργοποιεί και αξιοποιεί το νοητικό του δυναμικό (Παρασκευόπουλος, 1983).

Οι Herbert (1996) και ο Βρύζας (1995) συνδέουν τις λεκτικές ικανότητες των παιδιών με το μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο της οικογένειας καθώς είναι γνωστό πως η γλώσσα διαμορφώνεται και εξελίσσεται υπό την επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος. Έτσι τα παιδιά των λαϊκών τάξεων εμφανίζουν περιορισμένες γλωσσικές δεξιότητες σε σχέση με τον γλωσσικό πλούτο των παιδιών των ανώτερων τάξεων και αυτό φυσικά επηρεάζει την μετέπειτα σχολική τους απόδοση.

Υπάρχουν δύο μορφές λεκτικής επικοινωνίας, όπως διακρίνει ο Βρετανός κοινωνιολόγος B. Bernstein:

α) ο περιορισμένος γλωσσικός κώδικας και

β) ο επεξεργασμένος γλωσσικός κώδικας.

Κατά τον ερευνητή, λοιπόν, τα παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες χαμηλού μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου μαθαίνουν να επικοινωνούν και να εκφράζονται μέσω του περιορισμένου γλωσσικού κώδικα που είναι κατάλληλος για την δήλωση συγκεκριμένων ενεργειών και αντικειμένων. Όταν λοιπόν φτάνουν στο σχολείο χρησιμοποιούν μια μορφή γλώσσας που ίσως να είναι επαρκής για την επικοινωνία στο σπίτι και στη γειτονιά, όμως είναι ακατάλληλη και αναποτελεσματική για τον χώρο του σχολείου, όπου απαιτείται η γλωσσική έκφραση και επεξεργασία εννοιών και ιδεών. Έτσι τα παιδιά της μεσαίας τάξης έχουν περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας από τα παιδιά της κατώτερης τάξης, γιατί η γλώσσα της μεσαίας τάξης είναι και η γλώσσα του σχολείου. Στην πραγματικότητα ο διαφορετικός τρόπος που εκφράζονται γλωσσικά τα παιδιά των κατώτερων

κοινωνικο-οικονομικών στρωμάτων θεωρείται από τους δασκάλους στο σχολείο ως γλωσσική ανεπάρκεια ή μειωμένη λεκτική ικανότητα και οδηγεί συχνά παιδιά με υψηλό δυναμικό σε υποεπίδοση (Βρύζας, 1992).

Έχει, ακόμα, σημειωθεί ότι το κοινωνικό-μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας σχετίζεται με την επίδοση του παιδιού στο σχολείο. Οι διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης που υπάρχουν μέσα σε διαφορετικού επιπέδου οικογενειακά περιβάλλοντα διαμορφώνουν με ιδιαίτερο τρόπο την προσωπικότητα και τις δεξιότητες των παιδιών, έτσι ώστε και η σχολική τους απόδοση να είναι διαφορετική και κοινωνικά προσδιορισμένη (Βρύζας, 1992, Herbert, 1996, Κάτσικας 1995, Τσιαντής, 1991α, Γκόρος, 1992).

Το οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας αποτελεί ακόμα έναν ουσιαστικό παράγοντα στην ψυχοπνευματική ανάπτυξη του παιδιού. Έτσι, όταν αυτό είναι χαμηλό, φτωχό, ανεπαρκές, χωρίς πολλές δυνατότητες τότε η επίπτωσή του στην ανάπτυξη του παιδιού είναι πολλαπλή και πολλαπλασιαστική. Χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο σε μια οικογένεια συνδυάζεται με κακή διατροφή του παιδιού, ασθένειες, μειωμένες ευκαιρίες μόρφωσης, αυξημένη σχολική αποτυχία και ελλιπή επαγγελματική κατάρτιση (Παρασκευόπουλος, 1983).

Αρκετές έρευνες (Κάτσικας, 1995) επιβεβαιώνουν και συνδέουν την σχολική επίδοση των παιδιών με διάφορα εσωτερικά-λειτουργικά χαρακτηριστικά της οικογένειας. Σ' αυτές τις έρευνες αποδείχθηκε πως οι γονείς των παιδιών με προβλήματα επίδοσης χρησιμοποιούσαν αυστηρές μεθόδους πειθαρχίας (σωματικές τιμωρίες, ειρωνεία, προσβολές, απόρριψη) και δεν πιστεύουν στην εκπαίδευση ως αξία, αλλά παραδέχονταν μόνο τη δυνατότητα που δίνει η εκπαίδευση για ευκολότερη εξεύρεση εργασίας και γρήγορη κοινωνική άνοδο. Επίσης έριχναν την ευθύνη στα ίδια τα παιδιά για την αποτυχία τους στο σχολείο, παραγνωρίζοντας το δικό τους ρόλο και δεν συμμετείχαν ενεργά στην καθημερινή ζωή των παιδιών τους. Όμως και ακόμα αυτά τα λειτουργικά χαρακτηριστικά (ρόλοι, σχέσεις, συμπεριφορά μελών, πολιτιστικές αξίες) θεωρήθηκαν από τους ερευνητές ως κοινωνικό προϊόν, δηλαδή ότι καθορίζονται με βάση την κοινωνική και οικονομική θέση της οικογένειας.

Μια έρευνα που έγινε έδειξε πως ο μικρός χώρος στα φτωχά νοικοκυριά, ο ανεπαρκής υλικός εξοπλισμός της κατοικίας και τα λιγοστά καταναλωτικά αγαθά,

συνδέονται με την χαμηλή επίδοση των παιδιών σε σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες και με την υψηλή νοσηρότητα στην παιδική ηλικία (Κάτσικας, 1995). Η οικονομική στέρηση δημιουργεί πιεστικές συνθήκες διαβίωσης για όλα τα μέλη της οικογένειας και συχνά προοιωνίζει τη στέρηση και των μορφωτικών αγαθών για τα παιδιά που μεγαλώνουν σε φτωχές πολυμελής και οικονομικό-πολιτιστικά υποβαθμισμένες οικογένειες (Herbert, 1996). Αν και πάντα υπήρχαν και υπάρχουν παραδείγματα ανθρώπων από χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα που διακρίθηκαν εκπαιδευτικά και ακαδημαϊκά, είναι πιο δύσκολο, σύμφωνα με τις στατιστικές, για τα παιδιά από χαμηλή τάξη σε σχέση με τα παιδιά της μεσαίας ή της ανώτερης τάξης που επιτυγχάνουν σχολικά (Γκόρος, 1992).

Όμως, όταν στον οικονομικό και μορφωτικό παράγοντα μιας οικογένειας υπάρχει διαφοροποίηση, τότε το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και οι στάσεις τους απέναντι στην ακαδημαϊκή εξέλιξη των παιδιών τους φαίνεται να είναι πολύ σημαντικότερα από τον οικονομικό παράγοντα. Έτσι, αν συγκριθούν οι επιδόσεις ομάδων μαθητών που οι γονείς τους έχουν όμοιο μορφωτικό επίπεδο, φαίνεται ότι η διαφορά στο οικονομικό δεν επηρεάζει τη σχολική επίδοση των παιδιών, ενώ με το εισόδημα η επίδοση των παιδιών εξαρτάται από την διαφορά στην εκπαίδευση του πατέρα (Φραγκουδάκη, 1985).

Ο Γκόρος (1992) και ο Βρύζας (1992) καθώς και άλλοι μελετητές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που προέρχονται από διαφορετικά πολιτιστικά, κοινωνικά, οικονομικά περιβάλλοντα εισέρχονται στο σχολικό σύστημα έχοντας διαφορετικά κίνητρα, γνωστικές δεξιότητες και λεκτικές ικανότητες που αντανακλούν τις διαφορές της κοινωνικής τους προέλευσης. Δηλαδή τα παιδιά ξεκινούν το σχολείο διαθέτοντας διαφορετικό επίπεδο σχολικής ωριμότητας που οδηγεί μοιραία σε ανισότητες επίδοσης. Σύμφωνα με θεωρίες (Παπαδόπουλος, 1990) η μαζική αποτυχία των παιδιών των χαμηλών κοινωνικών τάξεων οφείλεται όχι σε γενετική κατωτερότητα, αλλά στο ότι μεγάλωσαν σε ένα οικογενειακό περιβάλλον κοινωνικό-μορφωτικά στερημένο.

Συμπερασματικά καταλαβαίνουμε ότι μέσα από τις στάσεις των γονέων, τους τρόπους διαπαιδαγώγησης και τις αλληλεπιδράσεις μέσα στην οικογένεια τα παιδιά αναπτύσσουν και εσωτερικεύουν αξίες, στάσεις ζωής και δεξιότητες, τις οποίες μεταφέρουν όταν φτάσουν στο σχολείο. Υπάρχουν παιδιά όμως τα οποία δεν έχουν

καταφέρει να πάρουν τα κατάλληλα ερεθίσματα μέσα από το σπίτι τους, εξαιτίας διάφορων παραγόντων (όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ελλείψεις στον κοινωνικό-πολιτιστικό τομέα, ακατάλληλο ψυχολογικό περιβάλλον, ανεπαρκή πνευματικά ερεθίσματα.), με αποτέλεσμα να είναι λιγότερο ικανά να ανταποκριθούν στην μαθησιακή διαδικασία και να οδηγούνται σε σχολική αποτυχία (Γεωργίου, 1993). Έτσι, αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες κατά την σχολική τους επίδοση.

2.1 ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι συναισθηματικές διαταραχές (ή εσωτερικευμένα προβλήματα), όπως αναφέραμε παραπάνω, αποτελούν μία ομάδα διαταραχών που σχετίζονται με τη διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα που αφορούν την ανθρώπινη διάθεση είναι ο θυμός, η κατάσταση της έξαρσης και η καταθλιπτική συμπεριφορά. Η κύρια συναισθηματική διαταραχή είναι η κατάθλιψη. Ιστορικά ανάγονται στην εποχή της αρχαιότητας, ενώ στα τέλη του 19ου αιώνα στη Γαλλία χρησιμοποιήθηκε ο όρος της κυκλικής ψύχωσης για την μανιοκατάθλιψη.

Η εμφάνιση των συναισθηματικών διαταραχών όμως είναι ένα εξαιρετικά συχνό και αυξανόμενο γεγονός. Όπως αναφέρει και το σύστημα ταξινόμησης DSM-IV-TR, οι διαταραχές της διάθεσης είναι οι εξής: καταθλιπτικές διαταραχές, διπολικές διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης οφειλόμενη σε ουσίες, διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση και διαταραχή της διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Οι παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν είναι η ταχύτητα των κοινωνικών αλλαγών, ο τρόπος ζωής, η γήρανση του πληθυσμού, το άγχος καθώς και η κληρονομικότητα. Τους παράγοντες αυτούς, θα μπορούσαμε να τους τοποθετήσουμε σε τρεις ομάδες: σε γενετικούς, σε ψυχοκοινωνικούς και σε νευροβιολογικούς. Η πρόωμη εκτίμηση και αναγνώριση των συναισθηματικών διαταραχών, καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισης από την κοινότητα και το περιβάλλον του ατόμου, αποτελούν πρωταρχικούς στόχους για τη θεραπεία του ασθενή. Βοηθάει, επίσης, στην ομαλή μετάβαση του πάσχοντος από την πρωτοβάθμια περίθαλψη που θα δεχθεί, να ενταχθεί στη συνέχεια πιο ομαλά στην κοινωνία.

Είδη συναισθηματικών διαταραχών

Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει σημαντική βλάβη στη φυσική λειτουργικότητα, στην κοινωνικότητα και στη γενική κατάσταση της υγείας. Συνοδεύεται από περισσότερους σωματικούς πόνους και αναγκάζει τους ασθενείς να

παραμένουν κλινήρεις λόγω κακής υγείας για περισσότερες ημέρες σε σχέση με τους ασθενείς με υπέρταση, διαβήτη, αρθρίτιδα ή χρόνια πνευμονοπάθεια. Σε μία μελέτη που έγινε σε ασθενείς της γενικής ιατρικής, οι ασθενείς με καταθλιπτική διάθεση ή απάθεια διάρκειας μεγαλύτερης από 2 εβδομάδες, αλλά χωρίς ικανό αριθμό συνοδών συμπτωμάτων, είχαν όλα τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, αφού είχαν μεγαλύτερη διαταραχή στην κοινωνική, οικογενειακή ή επαγγελματική λειτουργικότητα σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα (Olfson 1996).

Δυσθυμική Διαταραχή

Η δυσθυμική διαταραχή μπήκε στο DSM-III για να δηλώσει μία χρόνια κατάθλιψη που είναι λιγότερο σοβαρή από τη μείζονα κατάθλιψη. Το κύριο χαρακτηριστικό της δυσθυμικής διαταραχής αποτελεί μία χρονίως καταθλιπτική διάθεση, η οποία υπάρχει το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και τις περισσότερες ημέρες σε διάστημα τουλάχιστον 2 ετών. Τα συμπτώματα που τη χαρακτηρίζουν είναι παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να υπάρχει για δύο τουλάχιστον χρόνια τις περισσότερες ημέρες.

Κριτήρια DSM-IV-TR για τη δυσθυμική διαταραχή:

- Διαταραχή ή ως Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή σε Μερική Ύφεση

Διαταραχή Άγχους

Διαταραχή άγχους υπάρχει όταν το άγχος βιώνεται ως επίμονο, υπερβολικό και το άτομο νιώθει πως δεν μπορεί να το διαχειριστεί, αποτελούν ενδείξεις για διαταραχές άγχους. Σύμφωνα με το 'Anxiety Disorders Association', οι διαταραχές του άγχους αποτελούν την πιο συνηθισμένη ψυχιατρική ασθένεια σε παιδιά και ενηλίκους (NICHCY, 2010).

Διπολική διαταραχή

Οι διπολικές διαταραχές ορίζονται από επεισόδια μανίας και/ή υπομανίας (τα κριτήρια του DSM-IV-TR για το μανιακό και το υπομανιακό επεισόδιο). Το DSM-IV-TR περιλαμβάνει δύο πρωτοπαθείς μορφές της διπολικής διαταραχής. Η διπολική διαταραχή I χαρακτηρίζεται από μανιακά επεισόδια με ή χωρίς επεισόδια υπομανίας.

Στη διπολική διαταραχή II εμφανίζονται ένα ή περισσότερα υπομανιακά επεισόδια, αλλά ο ασθενής δεν θα παρουσιάσει ποτέ μανία. Τα υπομανιακά επεισόδια τείνουν να είναι ηπιότερα από τα καταθλιπτικά επεισόδια της διπολικής διαταραχής II. Οι ενδείξεις ότι η διπολική διαταραχή II είναι ξεχωριστή κατάσταση από τη διπολική διαταραχή I προέρχονται από αρκετές πηγές (Akiskal 1996). Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή II δεν γίνονται ποτέ μανιακοί, αν και παρουσιάζουν πολλαπλά υπομανιακά επεισόδια. Επί προσθέτως, η διπολική διαταραχή II φαίνεται να αναπαράγεται με ακρίβεια, αφού οι ασθενείς με αυτή τη διάγνωση έχουν συγγενείς με υπομανία αλλά όχι μανία, ενώ οι ασθενείς με διπολική διαταραχή I έχουν μερικούς συγγενείς με μανία και μερικούς μόνο με υπομανία. Η ταχεία εναλλαγή, η οποία περιγράφεται παρακάτω, φαίνεται να είναι πιο συχνή στη διπολική διαταραχή II.

Σύντομη Υπομανία

Ο Angst (1995) έχει ορίσει μία μορφή υπομανίας, που ονομάστηκε σύντομη υπομανία. Η σύντομη υπομανία χαρακτηρίζεται από τα ίδια συμπτώματα με την υπομανία, αλλά η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 1-3 ημέρες και όχι 4 η περισσότερες ημέρες που απαιτούνται σύμφωνα με το DSM-IV-TR για τη διάγνωση της υπομανίας. Ο Angst βρήκε ότι παρά τη σύντομη διάρκεια κάθε επεισοδίου, η σύντομη υπομανία παρουσιάζει υψηλό ποσοστό υποτροπής και προκαλεί σημαντική έκπτωση. Μία μελέτη αποκάλυψε πως η επίπτωση της σύντομης υπομανίας ήταν 2.28% στους ασθενείς με διπολικές διαταραχές της διάθεσης (Angst 1995).

Κυκλοθυμική διαταραχή

Γενικά, οι ασθενείς με κυκλοθυμία παρουσιάζουν μία κατάσταση ασταθούς διάθεσης που διαρκεί ήμερες, εβδομάδες ή μήνες, κατά την οποία εναλλάσσονται η κατάθλιψη, η ευερεθιστότητα, η χαρά και η σχετικά φυσιολογική διάθεση (Jamison 1996).

Πολλοί ασθενείς έχουν παραπονεθεί για απρόβλεπτες μεταβολές της ενεργητικότητας, ασαφή σωματικά ενοχλήματα και για εποχιακό μοτίβο των διακυμάνσεων της διάθεσης (π.χ. κατάθλιψη το χειμώνα). Στο 1/3 των περιπτώσεων, πριν από την έναρξη της διπολικής διαταραχής I ή II προηγείται κυκλοθυμία, η οποία συνήθως ξεκινά στη εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής (Jamison 1996).

Μικτές διπολικές καταστάσεις

Το 40%-50% περίπου των ασθενών με διπολική διαταραχή παρουσιάζουν ταυτόχρονα καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα (Freeman and McElroy 1999). Τα μανιακά συμπτώματα στις μικτές καταστάσεις είναι συχνά δυσφορικά, παίρνοντας τη μορφή της ευερεθιστότητας, του άγχους ή της δυσφορικής υπερδιέγερσης παρά της υπερθυμίας.

Ταχεία Εναλλαγή

Έχοντας αναγνωριστεί από τον Kraepelin στην αρχή του εικοστού αιώνα, η ταχεία εναλλαγή περιγράφηκε για πρώτη φορά ως ξεχωριστή διαταραχή από τους Dunner και Fieve το 1974. Στο DSM-IV-TR, είναι ένας ορισμός, που αναφέρεται στη διπολική I η στη διπολική II διαταραχή της διάθεσης, στην οποία εμφανίζονται τρία ή περισσότερα επεισόδια κατάθλιψης και/ή μανίας ή υπομανίας ανά έτος, είτε με 2 εβδομάδες φυσιολογικής διάθεσης μεταξύ των επεισοδίων είτε με άμεση μετάβαση από τον ένα πόλο στον άλλο, χωρίς να παρεμβάλλεται περίοδος φυσιολογικής διάθεσης. Η επίπτωση της ταχείας εναλλαγής κυμαίνεται από 12% έως 20% μεταξύ των ασθενών με διπολική διαταραχή, οι οποίοι δεν επιλέχθηκαν με βάση το υψηλό ποσοστό εναλλαγής (Baldessarini 2000).

Διαταραχή Διαγωγής

Σε αυτό το είδος της διαταραχής, υπάρχει ένα μεγάλο εύρος συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων. Οι πιο σημαντικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν παιδιά και ενήλικες είναι η τήρηση των κανόνων και η χρήση κατάλληλης

συμπεριφοράς ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο βρίσκονται (NICHCY, 2010). Δυσκολίες που μπορεί να παρουσιάζουν είναι: οι επιθετικές τάσεις σε ανθρώπους και ζώα, η καταστροφή περιουσίας, το ψέμα, η κλοπή, απουσίες και σοβαρές παραβιάσεις κανόνων (NICHCY, 2010). Η διαταραχή της διαγωγής είναι μία από τις πιο δύσκολα θεραπεύσιμες διαταραχές και προτείνεται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της μία ποικιλία υπηρεσιών όπως: θεραπεία της οικογένειας, εκπαίδευση γονέων για να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τη συμπεριφορά παιδιών και ενηλίκων, εκπαίδευση σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και τέλος, θεραπεία βασισμένη στην κοινωνία, εστιάζοντας στις επιρροές της οικογένειας και της κοινότητας (NICHCY, 2010).

Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

Στα περισσότερα παιδιά το άγχος αποχωρισμού αρχίζει να υποχωρεί στην ηλικία των 2 ετών. Με το πέρασμα του χρόνου τα περισσότερα παιδιά διαχειρίζονται λειτουργικά τον αποχωρισμό από τους σημαντικούς άλλους και γίνονται πιο αυτόνομα όσο πλησιάζουν την ηλικία των τριών. Επειδή το άγχος αποχωρισμού αναγνωρίζεται ως ένα χαρακτηριστικό της φυσιολογικής αναπτυξιακής πορείας του παιδιού, μεταβαίνει και αποκτά τη φύση της διαταραχής όταν η ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού είναι ακατάλληλη και όταν τα επίπεδα άγχους κατά τον αποχωρισμό κρίνονται απρόσφορα (American Psychiatric Association, 2000). Όταν όμως ο φόβος είναι υπερβολικός και μη ρεαλιστικός και εκφράζεται μέσα από επίμονη ανησυχία σχετικά με τον αποχωρισμό, μέσα από συμπεριφορική και σωματική ένταση μπροστά σε καταστάσεις αποχωρισμού και μέσα από αποφυγές ή και προσπάθειες του παιδιού να «δραπετεύσει» από καταστάσεις όπου θα χρειαστεί να αποχωριστεί το πρόσωπο με το οποίο είναι προσκολλημένο, θεωρείται πως υπάρχει διαταραχή άγχους αποχωρισμού (Albanoetal., 1996).

Η σκέψη του παιδιού περιλαμβάνει ανησυχίες ότι το πρόσωπο με το οποίο το παιδί είναι προσκολλημένο θα φύγει και δεν θα ξανά επιστρέψει, ανησυχίες ότι το πρόσωπο αυτό θα πάθει κάτι κακό ή ανησυχίες ότι το ίδιο το παιδί θα χαθεί, θα απαχθεί ή θα σκοτωθεί (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). Οι ανησυχίες αυτές εκφράζονται από το παιδί με έντονο κλάμα, θρήνο, διαμαρτυρία μπροστά στο ενδεχόμενο αναχώρησης του γονιού ή άλλου σημαντικού

προσώπου και με αναζήτηση και ψάξιμο όταν ο γονιός είναι απών. Οι γαστροοισοφαγικές παλινδρομήσεις υπάρχουν επίσης στα παιδιά με άγχος αποχωρισμού (Mattis&Pincus, 2004).

Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες ή καταναγκασμούς με τη μορφή τελετουργίας, οι οποίες δημιουργούν πρόβλημα στη λειτουργικότητα του παιδιού (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). Δεν συναντάται συχνά στον παιδικό πληθυσμό, όμως δεν είναι ασυνήθιστο για ένα παιδί να υιοθετεί τελετουργική συμπεριφορά. Μειοψηφία των παιδιών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή βιώνουν ιδεοληψίες χωρίς καταναγκασμούς, ενώ παιδιά με τικ (Σύνδρομο Tourette) αναφέρουν καταναγκασμούς, χωρίς να υπάρχουν ιδεοληψίες. Αντίθετα από τους ενήλικες τα παιδιά με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή δε μπορούν να προσδιορίσουν αν πίσω από τα τελετουργικά υπάρχει η αίσθηση ότι κάτι κακό έχει συμβεί (Farrell, Barrett, Piacentini & March, 2004). Τραυματικά γεγονότα όπως ασθένεια, θάνατος ενός μέλους της οικογένειας, αλλαγή περιβάλλοντος δύνανται να πυροδοτήσουν ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία. Η πορεία της διαταραχής ποικίλει από χρόνια διακύμανση μέχρι σοβαρούς παροξυσμούς με περιόδους ύφεσης. Διαχρονική έρευνα καταδεικνύει ότι το 43-68% των παιδιών συνεχίζει να πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή 2 έως 14 χρόνια μετά την αρχική διάγνωση (Leonard e tal., 1993).

Ψυχωτικές διαταραχές

Αυτή η κατηγορία περιγράφει μία ποικιλία σοβαρών νοητικών διαταραχών που προκαλούν ασυνήθιστες σκέψεις και αντιλήψεις. Δύο από τα πιο βασικά συμπτώματα αυτής της κατηγορίας είναι: οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις. Οι ψευδαισθήσεις είναι αναληθείς πεποιθήσεις, όπως ότι κάποιος προσπαθεί να βλάψει τον παθόντα, ενώ οι παραισθήσεις είναι ψευδείς αντιλήψεις, όπως το να ακούν, να βλέπουν και να αισθάνονται κάτι που δεν υπάρχει. Ένα από τα είδη των ψυχωτικών διαταραχών είναι η Σχιζοφρένεια (NICHCY, 2010).

Διαταραχή Πανικού

Οι κρίσεις πανικού μπορεί να εμφανίζονται σε πολλές διαταραχές. Ένα παιδί με άγχος αποχωρισμού για παράδειγμα μπορεί να κάνει επεισόδιο πανικού κάθε πρωί που φεύγει από το σπίτι για το σχολείο. Όμως, για να τεθεί η διάγνωση της διαταραχής πανικού θα πρέπει τα επεισόδια πανικού να είναι απροειδοποίητα, επαναλαμβανόμενα επεισόδια που δε σχετίζονται με κάποιο απειλητικό ερέθισμα, αλλά προκύπτουν αυθόρμητα, «από το πουθενά» (Kendall, Hedtke&Aschenbrand, 2006. Mattis&Pincus, 2004). Ένα χαρακτηριστικό στη διαταραχή πανικού είναι ο ξαφνικός φόβος και η δυσφορία για κάτι απρόοπτο και εκφράζεται με σωματικά συμπτώματα: εφίδρωση, τρόμος, ταχυκαρδία, ναυτία, αστάθεια, ρίγη, ασφυξία (τα επεισόδια πανικού πρέπει να περιλαμβάνουν τουλάχιστον τέσσερα συμπτώματα) (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). Αν και ήταν γνωστό ότι η διαταραχή πανικού συναντάται από την εφηβεία και έπειτα, οι σύγχρονοι κλινικοί ερευνητές επιβεβαιώνουν ότι η διαταραχή πανικού εμφανίζεται στη σχολική ηλικία, αλλά η κορύφωση της διαταραχής παρουσιάζεται αργότερα, συνήθως μετά τα δώδεκα (Kendall et al., 2006. Bernstein, Borchardt&Perwein, 1996).

Κοινωνική Φοβία.

Μπορούμε να ορίσουμε την κοινωνική φοβία ως «ο έντονος και επίμονος φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή καταστάσεις που το παιδί πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο» (American Psychiatric Association, 2000). Ο φόβος δημιουργείται γύρω από την αίσθηση του παιδιού ότι είναι εκτεθειμένο στην παρατήρηση, κριτική και εξουχιστικό έλεγχο των άλλων, ιδιαίτερα αν είναι άγνωστοι. Το κλασικό μοτίβο αντίδρασης περιλαμβάνει εμφανείς και κεκαλυμμένες συμπεριφορές. Κάποιες συμπεριφορές έχουν τη μορφή απόδρασης (για παράδειγμα το παιδί φεύγει νωρίς από ένα πάρτι) ή αποφυγής (όπως σχολική άρνηση, απροθυμία να μετάσχει σε ομαδικές συζητήσεις ή σε δραστηριότητες μέσα στη τάξη). Τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν ταχυκαρδία, ένταση των μυών, τρόμο, εφίδρωση, ερύθημα (Morris, 2004). Τα παιδιά με κοινωνική φοβία έχουν ελλείψεις σχέσεις με τους συνομηλίκους, χαμηλές επιδόσεις και φτωχή

λειτουργικότητα στο σχολείο και ελλειπείς κοινωνικές δεξιότητες. Είναι ακόμα άγνωστο το αν οι ελλειπείς κοινωνικές δεξιότητες είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα της κοινωνικής φοβίας (Beidel, Turners&Morris, 1999).

Ως κύρια ανησυχία θεωρείται ο φόβος της αρνητικής έκθεσης, μήπως δηλαδή το παιδί εκτεθεί σε μια συνθήκη, όπου θα βιώσει αμηχανία και σύγχυση («θα γίνω ρεζίλι», «όλοι θα σκεφτούν ότι είμαι χαζός») (Beidel, Turners&Morris, 2000). Ο μέσος όρος έναρξης της διαταραχής ορίζεται στο τέλος της σχολικής ηλικίας και στις αρχές της εφηβείας. Η κοινωνική φοβία αποτελεί μια χρόνια διαταραχή με μέσο όρο διάρκειας τα 8 έτη (Morris, 2004). Αρκετά παιδιά με κοινωνική φοβία παρουσιάζουν αργότερα και κατάθλιψη συχνά λόγω της απόρριψης και των ελλιπών διαπροσωπικών σχέσεων, ενώ αργότερα η κοινωνική φοβία συνδέεται και με κατάχρηση ουσιών (Schmeier, Johnson, Hornig, Liebowitz&Weissman, 1992).

Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

Στη διαταραχή μετατραυματικού στρες το κυρίαρχο γνωστικό σχήμα αποτελεί η αποφυγή επαναβίωσης του τραυματικού γεγονότος. Τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα παιδιά μετά από έκθεση σε τραυματικά γεγονότα ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία. Τα μικρά παιδιά μπορεί να παλινδρομήσουν σε προηγούμενα στάδια, για παράδειγμα να πιπιλούν το δάχτυλό τους, να κλαίει συχνά, να παρουσιάσουν μειωμένο έλεγχο των σφιγκτήρων, ενώ μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να παραπονιούνται για σωματικούς πόνους, να είναι πιο οξύθυμα, να διαπληκτίζονται με ομηλίκους ή να αποσύρονται (Perrin, Smith&Yule, 2004). Ακόμα, οι νυχτερινοί εφιάλτες και τα προβλήματα στην πρόσληψη της τροφής είναι πολύ συνηθισμένα συμπτώματα στη συγκεκριμένη διαταραχή (Cohen et al., 2004).

Ειδική Φοβία

Η ειδική φοβία δεν αποτελεί απλά έναν αστεϊσμό συμπτωμάτων γύρω από ένα έντονο φόβο για κάποια συνθήκη, αλλά συνιστά και μια σοβαρή αναπτυξιακή τροχοπέδη. Σύμφωνα με το DSM-IV, το ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των

ειδικών φοβιών είναι ο έντονος και επίμονος φόβος που είναι αδικαιολόγητος και υπερβολικός και που προκαλείται από την παρουσία ή την αναμονή ενός συγκεκριμένου αντικειμένου ή μιας κατάστασης (American Psychiatric Association, 2000). Ένα παιδί με ειδική φοβία δεν υποφέρει μόνο από την ίδια τη φοβία, αλλά και από τους περιορισμούς που επιβάλλει η διαταραχή στην αναπτυξιακή του πορεία. Έτσι, κατανοούμε πως η διαδικασία αποφυγής του φόβου επιδρά σημαντικά στην ποιότητα ζωής του παιδιού (Ollendick, Davis & Murris, 2004).

Αιτιολογικοί παράγοντες

Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες δεν υπάρχει μεγάλη συμφωνία σχετικά με το εάν οι ειδικές ψυχολογικές προεκτάσεις των συναισθηματικών διαταραχών υπάρχουν ή εάν είναι αιτιολογικές. Η απόδειξη ότι υπάρχει ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός παράγοντας πρόκλησης θα απαιτούσε προοπτική παρακολούθηση ατόμων που έχουν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη, για να διαπιστωθεί εάν εκείνοι με τον συγκεκριμένο παράγοντα είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν μία ψυχική διαταραχή. Μέσω των ερευνών βρέθηκε ότι οι ασθενείς που έχουν ήδη παρουσιάσει ένα συναισθηματικό επεισόδιο και οι οποίοι αναφέρουν τον παράγοντα όταν ερωτώνται είναι πιο πιθανό να υποτροπιάσουν, μπορεί απλά να σημαίνει ότι αυτός ο παράγοντας είναι ένα υπολειμματικό σύμπτωμα του επεισοδίου αναφοράς και όχι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου. Ακόμη και αν πολυδάπανες και δύσκολες προοπτικές μελέτες των ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου αναγνώριζαν ένα χαρακτηριστικό που προδιαθέτει σε όψιμη έναρξη κατάθλιψης, ο ψυχολογικός παράγοντας θα μπορούσε να είναι δείκτης μίας μεταβολής της βιολογίας. (Φωτιάδου, 2010).

Κάποιες συναισθηματικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, οι ψυχαναγκαστικές διαταραχές κατατάσσονται μεταξύ των δέκα πρώτων αιτίων αναπηρίας και πολλές από αυτές αυξάνονται με ταχείς ρυθμούς. Κάθε χρόνο 20 εκατομμύρια καταθλιπτικοί προσπαθούν να αυτοκτονήσουν και 800.000 πεθαίνουν. Οι εκτιμήσεις προέβλεψαν ότι το 2020 η κατάθλιψη θα έπαιρνε τη δεύτερη θέση στην επιδημιολογία της νοσηρότητας γεγονός που μπορεί να μεταβληθεί εφόσον η μελέτη γινόταν σε μεγαλύτερη χρονική περίοδο, τότε ο αριθμός θα αυξανόταν γιατί μπορεί να υπάρξουν

άτομα που να εμφανίσουν τη διαταραχή κάποια στιγμή της ζωής τους (Φωτιάδου, 2010).

Οι συναισθηματικές διαταραχές μπορούν να μην αναδυθούν στην επιφάνεια, είτε γιατί το επιλέγει ο ίδιος ο ασθενής είτε επειδή δεν αναγνωρίζονται τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένειά του ως πραγματικές διαταραχές. Όμως, παρά την άρνηση του ασθενή ή της οικογένειάς του, τελικά θα εκδηλωθούν. Κάποιοι άνθρωποι υποφέρουν από υπερβολικούς φόβους, που συνοδεύονται από ένα πλήθος αναγνωρίσιμων συμπτωμάτων.

Ο Garnezy (Webster, 2002) όρισε τους παράγοντες επικινδυνότητας ως τις μεταβλητές εκείνες που μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης μιας συναισθηματικής διαταραχής. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν ως ένα σύμπλεγμα αλληλεπίδρασης μεταξύ εγγενών χαρακτηριστικών του παιδιού και περιβαλλοντικών επιρροών (Dadds&Barrett, 2001). Η ολική καταγραφή των εκλυτικών και των επισπευδικών παραγόντων του άγχους και της κατάθλιψης δεν είναι πάντα ευχερής, εξαιτίας αφενός του εύρους των και αφετέρου της ιδιαιτερότητας και της ευμετάβλητης φύσης που έχουν τα αγχογόνα ερεθίσματα για κάθε άνθρωπο.

Ωστόσο, οι παράγοντες επικινδυνότητας μπορούν να έχουν αθροιστική επίδραση και κατά συνέπεια όσο πιο «δυνατοί» είναι, τόσο πιο σοβαρή είναι η διαταραχή (Mrazek&Haggerty, 1994) και έτσι αυξάνουν οι πιθανότητες να παγιωθεί στην εφηβεία (Wolfe&Mash, 2006). Επί προσθέτως, οι παράγοντες επικινδυνότητας μπορεί να εμφανίζονται και να χάνονται κατά τη διάρκεια του χρόνου, μπορεί ακόμη να επενεργούν με διαφορετικό τρόπο σε διαφορετικές φάσεις ή μπορεί να ποικίλλουν σε σημασία ανάλογα με την εξελικτική φάση του παιδιού (Donovan&Spence, 2000. Mrazek&Haggerty, 1994).

Μια συναισθηματική διαταραχή μπορεί να είναι αποτέλεσμα σωματικής ασθένειας ή να εκδηλώνεται με σωματική συμπτωματολογία. Οι διάφορες συναισθηματικές διαταραχές εμφανίζονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων, όπως είναι:

- η ψυχική ένταση,
- η συναισθηματική αστάθεια,
- η διαταραγμένη συμπεριφορά,

- η έκπτωση της μνήμης,
- η μειωμένη επίγνωση της πραγματικότητας,
- οι ψευδαισθήσεις
- οι παραληρητικές ιδέες.

Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται είτε ξαφνικά είτε γίνονται έντονα μετά από μια περίοδο φυσιολογικής ζωής. Αρκετές φορές υπάρχουν κάποια συμπτώματα στο παρελθόν που αν τους είχε δώσει κανείς σημασία, θα μπορούσε να προλάβει την εξέλιξή τους.

Άγχος στην προσχολική ηλικία

Η κατά τις προηγούμενες δεκαετίες υπήρχε η πεποίθηση ότι τα αγχώδη παιδιά θα «υπερκεράσουν» τις ανησυχίες τους χωρίς κάποιας μορφής παρέμβαση, ή ακόμα θεωρούταν πως τα παιδιά διαθέτουν υψηλού βαθμού ψυχική ανθεκτικότητα, αλλά επίσης υπήρχε και η βεβαιότητα ότι τα εσωτερικευμένα προβλήματα κατά την παιδική ηλικία δεν επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις στα μεταγενέστερα στάδια της ανάπτυξης, όμως έπαψαν να αποτελούν τις κύριες συνιστώσες της προσέγγισης της παιδικής ηλικίας.

Αυτό οδήγησε στην προοδευτική κατανόηση της κρισιμότητας των επιβαρυντικών παραγόντων στην εμφάνιση του άγχους, αλλά και η αναγνώριση της σπουδαιότητας του προλαμβάνειν. Σήμερα η πρόληψη είναι ο κύριος στόχος των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών προβλημάτων στην παιδική ηλικία, για μια σειρά αυτονόητους λόγους. Καταρχήν επειδή η πρόληψη του άγχους θα πρέπει να γίνεται πριν από την εμφάνισή του, η παιδική ηλικία συνιστά την προσφορότερη περίοδο πρόληψης θεμάτων που σχετίζονται με την απόκτηση δεξιοτήτων, τη διαχείριση αγχογόνων καταστάσεων και την ενίσχυση της συναισθηματικής ανθεκτικότητας. Επίσης, τα παιδιά αποτελούν ιδεώδη πληθυσμό εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης αφενός γιατί διέρχονται από εξελικτικά μονοπάτια επαρκώς προσδιοριζόμενα, αφετέρου γιατί είναι δεκτικά στις παρεμβάσεις πρόληψης.

Μέχρι πρόσφατα το άγχος δεν λάμβανε την προσοχή που του άρμοζε, επειδή οι εκφάνσεις του θεωρούνταν «ασταθείς» κατά την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού και επειδή, λανθασμένα, θεωρούταν ότι «ξεπερνιέται» από μόνο του. Δεδομένα από μελέτες που χρησιμοποίησαν πολλά διαφορετικά ερευνητικά σχέδια και στρατηγικές αξιολόγησης καθώς επίσης και γεωγραφικά διαφορετικούς πληθυσμούς δείχνουν ότι αντιθέτως, η παρουσία άγχους στην παιδική ηλικία αυξάνει το μελλοντικό κίνδυνο ανάπτυξης κάποιας αγχώδους διαταραχής ή και άλλων σχετικών διαταραχών (Kovacs, 2006).

Η ανάγνωση των εκφάνσεων του άγχους είναι αρκετά δύσκολη στην παιδική ηλικία, καθώς πρόκειται για ένα συνεχές όπου ένα χαρακτηριστικό που τώρα αποτελεί γνώρισμα της φυσιολογικής αναπτυξιακής πορείας μπορεί αργότερα να αποκτά χαρακτήρα διαταραχής και το αντίστροφο. Οι πολύ λίγες συντομογραφικές παρατηρήσεις για τη διεργασία του άγχους τόσο στο φυσιολογικό, όσο και στο κλινικό φάσμα που αναφέρθησαν έχουν στόχο να τονίσουν την αναγκαιότητα για επαρκή γνώση της φαινομενολογίας του άγχους, όπως αυτό σκιαγραφείται στη σχολική ηλικία.

Η εμφάνιση αγχώδους συμπτωματολογίας κατά την εξελικτική περίοδο μπορεί να αποτελέσει την αρχή ενός μακροχρόνιου μοτίβου διαταραχών, αφού 54% των ενηλίκων με διάγνωση κάποιας αγχώδους διαταραχής αναφέρουν παρουσία άγχους ήδη από τη παιδική ηλικία (Pollocketal., 1996). Ακόμα, παιδιά που εμφανίζουν συμπτώματα άγχους για πάνω από 9 χρόνια έχουν 2 και 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν μια αγχώδη διαταραχή στην ενήλική τους ζωή (Pine, Cohen, Gurley, Brook&Ma, 1998). Γι' αυτό το λόγο και αγχώδεις εκφράσεις που φτάνουν στην εφηβεία αποτελούν πολύ σοβαρό παράγοντα επικινδυνότητας για διάγνωση αγχώδους διαταραχής στην ενήλικη ζωή (Kovacs&Devlin, 1998). Η αγχώδης διαταραχή στην παιδική ηλικία συνδέεται με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας (Beidel, Flink&Turner, 1996. Mattison, 1992. Pollock, Otto, Sabatino&Majcher, 1996). Τα στοιχεία αυτά επιφέρουν την ανάγκη για συστηματική γνώση γύρω από τα χαρακτηριστικά και την εξελικτική πορεία του άγχους, γύρω από τη γνωστική και συναισθηματική λειτουργικότητα των παιδιών με άγχος, ώστε να σκιαγραφηθεί το προφίλ και να τεθούν οι νόρμες για την πρόληψη και αντιμετώπιση των εσωτερικευμένων προβλημάτων στην παιδική ηλικία.

Όσον αφορά τη γνωστική τους λειτουργικότητα, τα παιδιά με αγχώδεις εκφράσεις έχουν την τάση να ερμηνεύουν ουδέτερες καταστάσεις ως απειλητικές (Torenetal., 2000). Στοιχεία που στηρίζουν αυτή την αντίληψη του κινδύνου, αλλά και την ύπαρξη γνωστικών παραποιήσεων σε παιδιά με άγχος προέρχονται από έρευνες των Hadwin, Frost, French και Richards (1997) και ύστερα από τους Muris και συνεργάτες (2000) και καταλήγουν στη λογική ότι παιδιά με υψηλά ποσοστά άγχους, και συγκεκριμένα προδιαθεσικού άγχους αντιλαμβάνονται ουδέτερα ή αμφίσημα ερεθίσματα ως επικίνδυνα και επιλέγουν έναν αποφευκτικό τρόπο αντίδρασης σε αυτά, ακόμη και αν οι πληροφορίες που τους δίνονται δείχνουν πως δεν πρόκειται για απειλητικά ερεθίσματα.

Πολλές αντιδράσεις άγχους ή φόβου εμφανίζονται στα παιδιά από μικρή ηλικία, ξεκινώντας από τη νηπιακή και συνήθως προκαλούνται από κάτι που συμβαίνει στο περιβάλλον τους, όπως ένας δυνατός θόρυβος, η εμφάνιση ενός άγνωστου ανθρώπου, ένα έντονο φως (Elbedour, Shulman&Kedem, 1997. Silverman, Ginsburg&Kurtines, 1995). Καθώς το παιδί περνάει στη σχολική ηλικία οι ανησυχίες διευρύνονται και αναφέρονται στο σκοτάδι, σε μεταφυσικά όντα, σε συγκεκριμένα πρόσωπα και γεγονότα. Στη μέση παιδική ηλικία –η οποία αποτελεί μια από τις σημαντικότερες εξελικτικές δοκιμασίες στις οποίες υποβάλλονται τα παιδιά - το άγχος αποκτά πιο κοινωνικό χαρακτήρα. Έτσι πολλές ανησυχίες συνδέονται με κοινωνικά γεγονότα, όπως ο φόβος για άγνωστους συνομηλίκους, το άγχος του παιδιού για νέες καταστάσεις, ο φόβος μήπως δε γίνει αποδεκτό από συνομηλίκους. Οι περισσότερες ανησυχίες των εφήβων αντιστοίχως αναφέρονται σε θέματα σχετικά με τη ταυτότητά τους ή την απομάκρυνσή τους από την οικογενειακή εστία.

Το κριτήριο της ηλικίας φαίνεται να είναι ουσιαστικό προκειμένου να χαρακτηριστεί μια μορφή συμπεριφοράς λειτουργική ή δυσλειτουργική (Muris, Merckelbach, Mayer&Prins, 2000). Τα παιδιά με εσωτερικευμένες διαταραχές και συγκεκριμένα με αγχώδεις παρουσιάζουν μια ομάδα σωματικών συμπτωμάτων και ιδιαίτερα ενοχλήσεις στο αυτόνομο νευρικό και στο γαστρεντερικό σύστημα. Οι κεφαλαλγίες, το στομαχικό άλγος, η μυϊκή ένταση, η εφίδρωση και η νευρικότητα είναι τα πιο συχνά παράπονα που διατυπώνονται από παιδιά με άγχος ή και κατάθλιψη. Ένα στα τέσσερα παιδιά που επισκέπτονται το παιδίατρο αναφέρουν ανάλογα συμπτώματα, όπου δεν υπάρχει ιατρική εξήγηση. Τα παράπονα αυξάνονται

με το χρόνο και στην εφηβεία οι αναφορές για σωματικές ενοχλήσεις διαρκούν κατά μέσο όρο οκτώ έτη (Dhossche, Ferdinand, VanderEnder&Verhulst, 2001).

Συννοσηρότητα στα εσωτερικευμένα προβλήματα

Η συννοσηρότητα είναι ιδιαίτερα υψηλή στις εσωτερικευμένες διαταραχές με μελέτες να ανεβάζουν τα σχετικά ποσοστά μεταξύ 65 και 95% στο γενικό πληθυσμό (Bienvenu&Ginsburg, 2007. Kessleretal., 2005). Πέρα από τη συννοσηρότητα που παρουσιάζουν οι εσωτερικευμένες διαταραχές μεταξύ τους, έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με συναισθηματικά προβλήματα υποφέρουν ταυτόχρονα και από άλλες διαταραχές ή δυσκολίες. Συγκεκριμένα η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν συννοσηρότητα με προβλήματα εξωτερίκευσης, όπως αντικοινωνική συμπεριφορά, παράβαση κανόνων, εναντιωτική-προκλητική συμπεριφορά και επιθετικότητα (Kovacs&Devlin, 1998. Russo&Beidel, 1994) εδραιώνοντας την υπόθεση ότι και πίσω από τις εξωτερικευμένες αντιδράσεις ενός παιδιού υπάρχει η έννοια της απειλής, δηλαδή το άγχος. Τα εσωτερικευμένα προβλήματα εμφανίζουν ακόμη συννοσηρότητα με διαταραχές λήψης της τροφής (Wonderlich&Mitsell, 1997).

Συγκεκριμένα η κοινωνική φοβία και η τελειομανία φέρονται να σχετίζονται ιδιαίτερα με διαταραχές λήψης της τροφής (Campell, 2003). Στις περισσότερες δε περιπτώσεις τα εσωτερικευμένα προβλήματα προηγούνται των διατροφικών διαταραχών (Godart, Flament, Lecrubier&Jeammets, 2000). Σύνδεση έχει βρεθεί επίσης και με κατάχρηση ουσιών στην εφηβεία (Burke, Burke&Rae, 1994), καθώς τα εσωτερικευμένα προβλήματα αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα και αυξάνουν το κίνδυνο για κατάχρηση ουσιών και στην ενήλικη ζωή.

Οικογενειακοί παράγοντες επικινδυνότητας

Γονεϊκό άγχος

Εμπειρικά δεδομένα επιβεβαιώνουν το άγχος των γονέων ως παράγοντα επικινδυνότητας για τα προβλήματα των παιδιών (Schreier, Wittchen, Hofler&Lieb, 2008. Markowitz, 2008. Barrett&Turner, 2004. Breslau, Davis&Prabucki, 1986). Η πιθανότητα να κληροδοτηθεί το άγχος των γονέων στα παιδιά τους αγγίζει περίπου το 60% (Μπίμπου-Νάκου, 2004). Το γονεϊκό άγχος είναι ένα παράδειγμα ενός παράγοντα επικινδυνότητας που δεν είναι εκλυτικός, αλλά δρα μεσολαβητικά μέσω άλλων μηχανισμών. Είναι ακόμα άγνωστο αν αυτοί οι μηχανισμοί είναι γενετικοί ή περιβαλλοντικοί ή μια συζυγία αυτών. Όμως, προτείνεται ότι η ιδιοσυγκρασία του παιδιού και τα χαρακτηριστικά του τρόπου ανατροφής συνιστούν μηχανισμούς που εμπλέκονται στη σχέση μεταξύ των εσωτερικευμένων προβλημάτων του παιδιού και του γονεϊκού άγχους (Cobham, Dadds&Spence, 1998. Donovan&Spence, 2000).

Κατάθλιψη γονέα

Ευρήματα καταδεικνύουν ότι όταν η μητέρα είναι καταθλιπτική, υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για το παιδί να εμφανίσει εσωτερικευμένα προβλήματα. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα είναι έξι φορές μεγαλύτερη από ό,τι σε παιδιά που δεν έχουν καταθλιπτικούς γονείς (Goodyer&Altham, 1991). Σε παιδιά μητέρων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος να εντοπιστούν αγχώδεις διαταραχές (στη σχολική ηλικία) και κατάθλιψη (κατά την προεφηβεία) (Stark, Humphrey, Laurent, Livingston&Christopher, 1993. Breslau, Davis&Prabucki,1986). Η συμπεριφορά των καταθλιπτικών γονέων απέναντι στα παιδιά τους χαρακτηρίζεται από μειωμένη ενίσχυση και επιβράβευση του παιδιού, έλλειψη αμοιβαιότητας, συναισθηματική αναστολή, μειωμένη ανταπόκριση και ασυνέπεια στον τρόπο επικοινωνίας τους με το παιδί (Barrett&Turner, 2004).

Η διαπαιδαγώγηση των παιδιών

Πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι ο τρόπος διαπαιδαγώγησης των γονέων ευθύνεται για την έναρξη και παγίωση εσωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά

σχολικής ηλικίας (Gar&Hudson, 2009. Webster, 2002. Hudson et al., 2004. Barrett, Rapee, Ryan & Sharon, 1996. Barrett, Lock & Farrell, 2005. Dadds, Barrett, Rapee&Sharon, 1996. Goodyer&Altham, 1991). Ο τρόπος επικοινωνίας των γονέων με αγχώδη παιδιά διαφέρει από αυτόν άλλων γονέων, γιατί ουσιαστικά μαθαίνουν στα παιδιά τους να αλληλεπιδρούν με συγκεκριμένους, αρνητικούς τρόπους (Donovan&Spence, 2000).

Συγκεκριμένα, οι γονείς εστιάζουν την προσοχή τους στην απειλή ή στο κίνδυνο που κρύβει κάθε συνθήκη υιοθετώντας οι ίδιοι ένα αποφευκτικό μοντέλο συμπεριφοράς (Barrettetal., 2005). Συχνά ασκούν υπερβολικό έλεγχο, παρεμβαίνοντας στις δραστηριότητες των παιδιών, παραχωρούν ή αποδέχονται ελάχιστη αυτονομία και περιορίζουν συστηματικά την ατομικότητα των παιδιών (Hudsonetal., 2004). Είναι επικριτικοί εκφράζοντας έντονες αμφιβολίες για την ικανότητα των παιδιών τους να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά σε νέες συνθήκες και καθοδηγούν με αυτό τον τρόπο τα παιδιά τους να αντιδρούν με αποφυγές και συστολή (Daddsetal., 1996). Οικογενειακές πρακτικές, όπως η ελλιπής γονική προσοχή και επιβράβευση, η υπερβολική τιμωρία, οι σκληρές και δυσάρεστες συνθήκες διαβίωσης και η αποστασιοποίηση των γονέων από τις ασχολίες και τα ενδιαφέροντα των παιδιών έχουν βρεθεί να ενοχοποιούνται για την εκδήλωση εσωτερικευμένων προβλημάτων στην παιδική ηλικία, καθώς οδηγούν τα παιδιά σε καταστάσεις απελπισίας, αρνητικών αυτο-υποτιμητικών σκέψεων και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Seligman, Goza&Ollendick, 2004).

Ακόμα, πολλά εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι οι γονείς με παιδιά με άγχος δεν τα εκπαιδεύουν στην επίλυση προβλημάτων και στη διαχείριση κοινωνικών συνθηκών συγκριτικά με γονείς παιδιών που δεν εμφανίζουν προβλήματα ή σε σχέση με γονείς παιδιών με προβλήματα επιθετικής συμπεριφοράς (Barrettetal., 1996). Ωστόσο, χρειάζεται να είμαστε επιφυλακτικοί με τα αποτελέσματα των ερευνών, καθώς διαπιστώνονται σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα δημιουργώντας λίγο-πολύ ένα φαύλο κύκλο γύρω από το ποιος παράγοντας επικινδυνότητας επηρεάζει ή επηρεάζεται από κάποιον άλλο. Δε πρέπει να παραβλέπεται πως οι σχέσεις των γονέων καθορίζονται από κοινού με τα ίδια τα παιδιά ως ενεργητικούς φορείς δράσης που διαπραγματεύονται τα νοήματα και τις πρακτικές με τους γονείς τους (Μπίμπου-Νάκου, 2004. Webster, 2002).

2.2 Εξωτερικευμένα Προβλήματα

Όπως αναφέραμε παραπάνω, η προσχολική ηλικία έχει ζωτικό ρόλο στην ανάπτυξη και στην προσαρμογή του μέλλοντος του παιδιού. Η μελέτη των συμπεριφορικών και ψυχολογικών διαταραχών καθώς και η ασυμβατότητα των παιδιών έχει κερδίσει την προσοχή τις τελευταίες δεκαετίες (BarzegarZ, PourmohamadrezatajrishiM, BehniaF., 2012).

Προσπαθούμε να ορίσουμε τις συμπεριφορικές διαταραχές και τις διαταραχές συναισθήματος και της εννοιολογικής αποσαφήνισης γιατί κρίνεται αναγκαίο να προσδιοριστεί το πρόβλημα, ώστε στη συνέχεια να αντιμετωπιστεί. Συγκεκριμένα, η απάντηση σε ένα ερώτημα σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των διαφόρων διαταραχών συμπεριφοράς στο σχολικό πλαίσιο απαιτεί αρχικά την προσπάθεια να οριστούν τα προβλήματα αυτά, καθώς και τη στήριξη αυτού του ορισμού μέσω στατιστικών και λειτουργικών κριτηρίων, καθώς και των θεωρητικών προσεγγίσεων και πρακτικών (Κολιάδης, 2010).

«Διαταραχές της συμπεριφοράς» ορίζεται ως η ύπαρξη ακραίων συμπεριφορών που δεν είναι ανεκτές και ανάλογες των κοινωνικών και πολιτιστικών προσδοκιών του περιβάλλοντος που εμφανίζονται. Ο όρος συμπεριλαμβάνεται για πρώτη φορά στην Έκθεση για τις Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες που δημοσιεύθηκε το 1978 στην Αγγλία (Κανδαράκης, 2004). Μιλώντας για συμπεριφοράθα ήταν καλό και να την ορίσουμε. «Συμπεριφορά είναι κάθε πράξη ή αντίδραση ενός ατόμου, η οποία μπορεί να παρατηρηθεί και να περιγραφεί, καθώς και ο τρόπος που αυτή εκδηλώνεται, με την οποία δηλώνεται ή υπονοείται η στάση του και οι διαθέσεις του προς τον εαυτόν του ή και το περιβάλλον του» (Χρηστάκης, 2001).

Η συμπεριφορά δύναται να είναι είτε ενεργητική, είτε παθητική. Η συμπεριφορά ενός ατόμου είναι μάλλον αδύνατο να προβλεφθεί, ενώ ταυτόχρονα τη χαρακτηρίζει έντονη πολυπλοκότητα. Αν έχουμε, επίσης, υπόψη μας ότι διαφορετικά άτομα έχουν διαφορετικές εμπειρίες, ζουν σε διαφορετικά περιβάλλοντα και διαμορφώνουν διαφορετικές αξίες, τότε είναι εύκολο να κατανοήσουμε γιατί προσλαμβάνουν και αντιλαμβάνονται διαφορετικά ίδιες συμπεριφορές. Το αν μία συμπεριφορά είναι προβληματική ή όχι κρίνεται με βάση κάποια στοιχεία όπως: τα

κοινωνικά αυτονόητα, οι συνθήκες εκδήλωσής της, οι προσδοκίες και οι προκαταλήψεις των ατόμων του κοντινού περιβάλλοντος, το πλέγμα αξιών και το προσωπικό συμφέρον του παρατηρητή, τα αποτελέσματα, η συχνότητα και η ένταση της συμπεριφοράς (Χρηστάκης, 2001).

Ο Χρηστάκης (2001) προσθέτει τον ορισμό του Kauffman ο οποίος επισημαίνει ότι «παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς είναι παιδιά τα οποία πολύ συχνά και με αξιοσημείωτο τρόπο αντιδρούν στο περιβάλλον τους με απαράδεκτους κοινωνικά και ανεπιτυχείς προσωπικά τρόπους αλλά μπορούν να διδαχθούν κοινωνικά περισσότερο αποδεκτή και προσωπικά περισσότερο ικανοποιητική συμπεριφορά». Στον ορισμό των Kirk και Gallagher αναφέρεται ότι «μία συμπεριφορά θεωρείται προβληματική ή διαταραγμένη όταν είναι διαφορετική από εκείνη που θεωρείται κανονική για μια ορισμένη ηλικία και η οποία επεμβαίνει σημαντικά στην ανάπτυξη και εξέλιξη του παιδιού και στη ζωή των άλλων», ενώ η έκθεση Warnock – την οποία αναφέρει και ο Χρηστάκης (2001), ορίζει ως διαταραγμένη τη συμπεριφορά του παιδιού, «αν (το παιδί) αναπτύσσεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να έχει κακή επίδραση στον εαυτό του ή/και στους γύρω του και δε μπορεί να θεραπευτεί από τους γονείς του ή από τους δασκάλους του ή άλλους ενήλικες με τη συνηθισμένη επαφή μαζί τους, αλλά χρειάζεται ειδική βοήθεια». Ο Χρηστάκης (2001) σημειώνει ότι τα βασικά στοιχεία της προβληματικής συμπεριφοράς του παιδιού είναι οι επιδράσεις στον εαυτό του και τα άτομα γύρω του, και η ανάγκη για βοήθεια από ειδικούς, καθώς οι συνηθισμένοι τρόποι δεν επαρκούν.

Ένας ακόμα αξιοσημείωτος ορισμός αναφέρει «ένα πρόβλημα στη συμπεριφορά αφορά σε μια συγκεκριμένη δράση την οποία εμφανίζει ένας σχετικά μικρός αριθμός ατόμων για μεγάλο χρονικό διάστημα ή με υψηλή ένταση. Παρότι το πρόβλημα είναι μετρήσιμο, ταυτόχρονα θεωρείται υποκειμενικό και εξετάζεται πάντα σε σχέση με το πλαίσιο εμφάνισής του. Τέλος, έχει ως συνέπεια την έκπτωση στη λειτουργικότητα του ίδιου του ατόμου ή και των συστημάτων στα οποία λειτουργεί» (Κολιάδης, 2010).

Όπως γίνεται κατανοητό, η υιοθέτηση ενός ορισμού για τα προβλήματα στη συμπεριφορά μοιάζει να αποτελεί ιδιαίτερα προκλητικό και συνάμα δύσκολο εγχείρημα κυρίως λόγω του εύρους της πολυπαραγοντικότητας της ανθρώπινης

συμπεριφοράς. Μάλιστα κάποιες φορές υπάρχει και σύγχυση με διαφορετικούς ορισμούς.

Αρκετοί επιστήμονες θεωρούν σκόπιμο να χρησιμοποιείται ο όρος «προβλήματα συμπεριφοράς», αφού πολλοί σύλλογοι και διεθνείς οργανισμοί υποστηρίζουν ότι αποτελεί περιγραφικό ορισμό, δίνει έμφαση στην έκδηλη συμπεριφορά και είναι χρήσιμος σε γονείς και ειδικούς (Κανδαράκης, 2004). Στηρίζεται ότι «η προβληματική συμπεριφορά του παιδιού ορίζεται από την ικανότητα ή την ανικανότητα του να προσαρμοστεί στο καθημερινό του περιβάλλον και να επικοινωνήσει με τους γύρω του με τρόπο που η κοινωνία αποδέχεται και εγκρίνει» (Πολυχρονοπούλου, 2001).

Τα παιδιά με συμπεριφορικές διαταραχές όχι μόνο αλληλεπιδρούν με τους γονείς αλλά επίσης επηρεάζουν και άλλα μέλη της οικογένειας, όπως τα αδέρφια (Riahi et al., 2010). Με άλλα λόγια, όσο πιο σοβαρές είναι οι ψυχολογικές διαταραχές των γονέων, τόσο νωρίτερα θα εμφανιστούν οι συμπεριφορικές διαταραχές των παιδιών (Narayanan MK, Nærde AJ Affect Disord. 2016). Μελέτες έχουν ερευνήσει την επίδραση των μοτίβων αλληλεπίδρασης της οικογένειας στην δημιουργία συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων στα παιδιά με τις πρώτες, από την μία, να θεωρούνται μία αντίδραση προς τα προβλήματα της οικογένειας (Johnston C, Mash EJ Clin, 2001), από την άλλη, μία αντίδραση ενάντια σε αρκετά αρνητικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος, όπως, απόρριψη του παιδιού, ανεπαρκή φροντίδα και στήριξη των γονιών, περιττή ευγένεια, μία οικογενειακή έλλειψη σκοπού και ψυχρότητα, έλλειψη μητρικής αγάπης και φροντίδας, ανασφαλείς εξάρτηση στην παιδική ηλικία και γονεϊκό στρες (Teymourí, Ataeí FR.) (Dubois-Comtois K, Bernier A, Tarabulsy GM, Cyr C, St-Laurent D, Lanctôt AS, St-Onge J, Moss E, Béliveau MJ, 2015).

Άλλα ερευνητικά ευρήματα δίνουν έμφαση στην σημασία της υγείας των γονιών και στην καλή κατάσταση των παιδιών, καθώς μία αρνητική αλληλεπίδραση μεταξύ μίας διαταραχής των γονιών και των παιδιών πιθανώς να προκύψει όταν και οι δύο πάσχουν από την ίδια διαταραχή. Η ψυχική διαταραχή του γονιού αυξάνει το ρίσκο ύπαρξης ψυχολογικών διαταραχών στο παιδί (Riahi F, Amini F, Salehi Veisi M., 2010). Άλλες μελέτες που διερευνούσαν τον ρόλο των γονιών στις συμπεριφορικές διαταραχές των παιδιών έδειξαν ότι οι ρόλοι τους, ο τρόπος ζωής, οι

εντάσεις και η κατάθλιψη της μητέρας αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας εμφάνισης συμπεριφορικών διαταραχών στα παιδιά. Λιγότερες διαταραχές παρατηρήθηκαν σε παιδιά που οι μητέρες είχαν καλύτερη εμπειρία στην ανατροφή των παιδιών, είχαν λιγότερη κατάθλιψη και προσπαθούσαν να λύσουν οικογενειακές εντάσεις (KoblinskySA, KuvalankaKA, RandolphSM, 2006).

Γενικότερα, οι μελέτες αποκάλυψαν μία υψηλή συσχέτιση μεταξύ των συμπεριφορικών διαταραχών των παιδιών και τις ψυχικές διαταραχές των γονιών (Riahi F, Amini F, SalehiVeisi M., 2010), το ψυχικό στρες της μητέρας (TeymouriS, AtaeiFR.) (CiciollaL, GersteinED, CrnicKAJ,2014), την φτωχή ψυχική υγεία της μητέρας (ShiraziF, RezvaniS, HaghghiN, FarzamfarE.,2014), τις παράλογες πεποιθήσεις της μητέρας (SalimiS, RamezaniA, KhavanakiZ, AmiriM. ,2009), το γονεϊκό στρες (TeymouriS, AtaeiFR.) (CiciollaL, GersteinED, CrnicKAJ, 2014), την φτωχή αλληλεπίδραση με τα παιδιά (Dubois-ComtoisK, BernierA, TarabulsyGM, CyrC, St-LaurentD, LanctôtAS, St-OngeJ, MossE, BéliveauMJ,2015), την κατάθλιψη (NarayananMK, NærdeAJAffectDisord, 2016) (AunolaK, RuusunenAK, ViljarantaJ, NurmiJ-E.) (BagnerDM, PettitJW, LewinsohnPM, SeeleyJR, JaccardJJ, 2013) που προκαλείται από οικονομικά προβλήματα, κοινωνικές (LiF, GodinetMT, ArnsbergerP., 2011) και πολιτισμικές (FerrariAMChildAbuseNegl, 2002) πιέσεις και τρόπους ανατροφής (WolfradtU, HempelS, MilesJN., 2003).

Πολλές έρευνες πάνω στην συμπεριφορά των γονιών απέναντι στα παιδιά και των τρόπων ανατροφής έδειξαν ότι έχουν μακροπρόθεσμη επίδραση στην συμπεριφορά, τις προσδοκίες και στα χαρακτηριστικά των ατόμων μελλοντικά (Wolfradt U, Hempel S, Miles JN., 2003).

Εκτός από τους τρόπους ανατροφής των γονιών, τα χαμηλά μορφωτικά επίπεδα, το νεαρό της ηλικίας των γονιών, οικονομικά προβλήματα, η σωματική κακοποίηση που υπέστην οι γονείς στην παιδική τους ηλικία (Li F, Godinet MT, Arnsberger P., 2011) και πολιτισμικές πεποιθήσεις (FerrariAMChildAbuseNegl., 2002) παίζουν σημαντικό ρόλο για την δημιουργία συμπεριφορικών προβλημάτων στα παιδιά. Συγκεκριμένα, η έλλειψη της προσοχής των γονιών για να αποτελέσουν ένα ψυχικά και συναισθηματικά υγιές περιβάλλον για τα παιδιά και τους ενήλικες και η απουσία μίας καλής σχέσης, εκθέτει τα παιδιά σε συναισθηματικές ανεπάρκειες καθώς και ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα.

Ακόμα, φαίνεται πως συγκεκριμένες γονεϊκές εντάσεις και δυσκολίες, όπως η διαχείριση της φυσιολογικής συμπεριφοράς των παιδιών (OstbergM, HagekullB, WettergrenSScandJPsychol., 1997), προβλήματα στη ρουτίνα, για παράδειγμα στη σίτιση, στον ύπνο ή σε ασθένεια (SolemMB, ChristophersenKA, MartinussenM., 2011) τείνουν να δυστυχούν τους γονείς και η γονεϊκή φροντίδα οδηγεί σε πίεση που μπορεί να οδηγήσει τους γονείς, και ιδιαίτερα τις μητέρες, σε μία αποκόλληση.

Έτσι, πολλά συμπεριφορικά μοτίβα και τα χαρακτηριστικά τους διαμορφώνονται με βάση την αλληλεπίδραση με την οικογένεια. Αυτό αυξάνει το ρίσκο να προκληθούν τα προβλήματα και οι διαταραχές των γονέων στα παιδιά και να παρουσιάσουν παθολογικά συμπεριφορικά μοτίβα (Shirazi F, Rezvani S, Haghghi N, Farzamfar E, 2014).

Το προσωπικό των σχολείων έχει προβληματιστεί σχετικά με αποκλίνουσες συμπεριφορές που έχουν παρουσιαστεί από παιδιά με ή χωρίς διαταραχές (Eber, Sugai, Smith, &Scott, 2002; Sprague&Walker, 2000). Στοχευμένα προβλήματα συνήθως περιλαμβάνουν κατηγορίες συμπεριφορών που περιγράφονται ως αυτές που τα παιδιά δεν συμμορφώνονται (παραδείγματος χάριν, δεν μπορεί να ακολουθήσει τις οδηγίες του δασκάλου ή αγνοεί τον δάσκαλο), άτακτες συμπεριφορές (παραδείγματος χάριν, φωνές, καταστροφή περιουσίας, υβριστική γλώσσα ή να φεύγουν από τον χώρο που θα έπρεπε να βρίσκονται), και αντικοινωνική συμπεριφορά (παραδείγματος χάριν, ψέματα, κλοπές, επιθετική συμπεριφορά). Αυτές οι μεταβλητές είναι ιδιαίτερα σημαντικές αν λάβει κανείς υπόψιν τα φτωχά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για τους μαθητές που παρουσιάζουν μοτίβα προβληματικής συμπεριφοράς σε νεαρή ηλικία – φτωχή ακαδημαϊκή πορεία, παραπομπή σε ειδική αγωγή, κοινωνική απόρριψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυξημένα ποσά διακοπής της σχολικής εκπαίδευσης (Sprague&Walker, 2000; Walker, Ramsey, &Gresham, 2004).

2.3 Ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές ως συνοδά χαρακτηριστικά στις φωνολογικές διαταραχές

Συννοσηρότητα ορίζεται στη ψυχοπαθολογία η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διαφορετικών διαταραχών. Τα παιδιά και οι έφηβοι με κάποια διαταραχή αρκετά συχνά θα παρουσιάσουν και συμπτώματα μίας ακόμη ή και περισσότερων διαταραχών.

Η αυξημένη εμφάνιση συννοσηρότητας στην Παιδική Ψυχιατρική θεωρείται εξαιρετικά συχνό φαινόμενο. Όλες οι επιδημιολογικές μελέτες που έχουν εξετάσει ασθενείς με μεικτή συμπτωματολογία δείχνουν ότι η πιθανότητα συννοσηρότητας είναι εξαιρετικά μεγαλύτερη απ' ό,τι η άτυπη κλινική έκφραση μίας και μόνο διαταραχής.

Οι μαθησιακές δυσκολίες θεωρείται ότι αποτελούν την έναρξη ενός συνεχούς ψυχικών διαταραχών, που ακολουθούν το άτομο σε ολόκληρη τη ζωή του και έχουν συσχετιστεί με ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών.

Συχνά τα παιδιά που αντιμετωπίζουν μαθησιακή διαταραχή βιώνουν πολύ περισσότερο άγχος από τους φυσιολογικούς συνομήλικους τους, το οποίο συχνά εκφράζεται ως φόβος (π.χ. αποτυχίας) είτε με ποικιλία σωματικών ενοχλημάτων (Hoover, 1989)(Malka&Ravin, 1984). Ακόμα, έχουν πολύ πιο έντονο το συναίσθημα της μοναξιάς (Malka, 1991) και του θυμού (Smith, Adelman, Nelson&Taylor, 1988) (Valenti, 1986). και εμφανίζουν πιο μικρή αντοχή στη ματαίωση συγκρινόμενοι με τους φυσιολογικούς μαθητές (Vassiliou, 1982). Επιπρόσθετα, έχουν δημοσιευθεί μελέτες που συσχετίζουν τις μαθησιακές διαταραχές με τις διαταραχές προσωπικότητας, ιδιαίτερα το σύνδρομο του «μεθοριακού παιδιού» (Westman, Ownby&Smith, 1987), αλλά και με σπάνια σύνδρομα, όπως τη συνδρομή Prader-Willi (Lupe, 1986). Ταυτόχρονα, η σχέση των μαθησιακών δυσκολιών με την επιληψία (Ziegler, 1986) και τη διαταραχή Gilles de la Tourette αποτελεί σταθερό αντικείμενο έρευνας τις τελευταίες δεκαετίες (Burd, Kauffman&Kerbessian, 1992) . Όμως, το ενδιαφέρον των ερευνητών μέχρι σήμερα έχει συγκεντρωθεί στη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις μαθησιακές δυσκολίες με το υπερκινητικό σύνδρομο, τις συναισθηματικές διαταραχές και τις διαταραχές συμπεριφοράς.

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι παιδιά με δυσκολίες ανάγνωσης, γραφής και άλλες μαθησιακές δυσκολίες ενδέχεται να είναι περισσότερο ευάλωτα σε ψυχοσυναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα (Maughan, 1994). Έχει σημειωθεί μια μεγάλη γκάμα προβλημάτων: κατάθλιψη (Livingston,1990), ανησυχία/άγχος (Cornwell&Bawden, 1992), χαμηλή αυτοεκτίμηση (Huntington&Bender,1993), ψυχοσυναισθηματικές δυσλειτουργίες (Bryan&Bryan, 1990), εξωτερικευμένες αρνητικές συμπεριφορές, όπως επιθετικότητα και αντικοινωνικότητα (Hinshaw, 1992), χαμηλή υποκίνηση για επίτευγμα, λόγω

έλλειψης εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων, καθώς και συνεχής αναζήτηση της <αιτίας> μέχρι σημείου εμμονής για <εξήγησης> του προβλήματος (Oka&Paris, 1987, Weiner, 1995, Pumfrey, 1997).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, τα παιδιά με ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές εκδηλώνουν μη συμβατικές κοινωνικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις που χαρακτηρίζονται ως σοβαρές, χρόνιες ή διάχυτες (Gresham, 2005). Παρά την ταυτοποίηση και εξυπηρέτηση των εκπαιδευτικών μονάδων και κέντρων ψυχικής υγείας, τα αποτελέσματα για τα παιδιά με ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές μπορεί να αντιμετωπίσουν σχολική αποτυχία, διακοπή φοίτησης, ανεργία, χρήση ουσιών και επαφή και συστήματα ψυχικής υγείας ή σωφρονιστικά συστήματα (Bradley, Doolittle, & Bartolotta, 2008). Η δυσκολία στην ακαδημαϊκή, κοινωνική και συμπεριφορική λειτουργία δίνει αρνητικά αποτελέσματα τα οποία βιώνουν τα παιδιά με ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές. Παρόλα αυτά, τα προβλήματα σε κάθε μία από αυτές τις πτυχές αλληλεπιδρούν με τρόπους που δεν είναι απόλυτα κατανοητοί (Tomblin, Zhang, Buckwalter, & Catts, 2000). Μία μεταβλητή που σχετίζεται αρκετά με την απόδοση σε κάθε μία από αυτές τις περιοχές είναι η γλωσσική ευχέρεια του παιδιού (Beitchman, Cohen, Konstantareas, & Tannock, 1996).

Αρκετές βιβλιογραφικές αναφορές έχουν περιγράψει τις σχέσεις ανάμεσα στη γλώσσα, τη μάθηση και τα συμπεριφορικά προβλήματα στα παιδιά. Αν και η αιτιολογία δεν έχει ορισθεί ακόμα, τα περιγραφικά δεδομένα υποστηρίζουν μία δυνατή συσχέτιση ανάμεσα στη γλωσσική και συμπεριφορική ευχέρεια (Hooper, Roberts, Zeisel, & Poe, 2003; Zadeh, Im-Bolter, & Cohen, 2007). Από αυτό γίνεται κατανοητό ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς τείνουν να έχουν χαμηλή ευχέρεια λόγου και τα παιδιά με χαμηλή ευχέρεια λόγου τείνουν να παρουσιάσουν προβληματική συμπεριφορά (Benner, Nelson, & Epstein, 2002). Όπως πολλοί ακαδημαϊκοί έχουν υπογραμμίσει, αν και τα παιδιά με αρκετά μη συμβατικά συμπεριφορικά προφίλ βρίσκονται σε υψηλή επικινδυνότητα για επικοινωνιακές διαταραχές, η χαμηλή ευχέρεια λόγου παραβλέπεται συνήθως σε παιδιά που η συμπεριφορά τους είναι πολύ εμφανής στους ενήλικες (e.g., Cohen et al., 1993; Donahue, Cole, & Hartas, 1994).

Το 2002, οι Benneretal. Επιχείρησαν μία κατανοητή και αφηγητική περίληψη της σχετικής υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Απέδειξαν πως το 71% των μαθητών με ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές είχαν παράλληλες γλωσσικές βλάβες. Ακόμα, το 64% ήταν ανεπαρκείς στην εκφραστική γλώσσα και το 56% ήταν ανεπαρκείς στις αντιληπτικές ικανότητες.

Η αναγνώριση της συχνότητας και της σοβαρότητας των γλωσσικών δυσκολιών, όπως και των δυνατοτήτων και αδυναμιών της επικοινωνίας, θα επιτελέσει μία βάση πάνω στην οποία μπορεί να οικοδομηθεί υποστήριξη για τα παιδιά με ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, υπογραμμίζουν οι Alexandra Hollo, ο Joseph H. Wehby και η Regina M. Oliver σε σχετική έρευνα (2014).

Για τα περισσότερα παιδιά η ικανότητα για γλωσσική επικοινωνία (προφορικός λόγος) θεωρείται δεδομένη, όμως αρκετά παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν σωστά τη μητρική τους γλώσσα. Έτσι, η γλώσσα γι' αυτά τα παιδιά μπορεί να αποτελέσει πηγή απογοήτευσης (Ράλλη, 2011).

Άρα, τα προβλήματα λόγου και ομιλίας μπορεί να έχουν σημαντικές συνέπειες στον ψυχοσυναισθηματικό κόσμο του παιδιού. Σύμφωνα με τον χαρακτήρα του είναι δυνατόν να εμφανίσει βίαιη συμπεριφορά, επιθετικότητα ακόμα και αναστολές. Οφείλουμε να στοχεύουμε στην πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση των παιδιών για την ευκολότερη επίτευξη των θεραπευτικών μας στόχων (Τσάλη Χριστίνα, Καπετανίδου Σουλτάνα, 2018).

Σχετικά με αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι στον ορισμό των Μ.Δ. που πρότεινε η Learning Disabilities Association of Canada τόσο στις 18 Οκτώβρη 1981 όσο και στις 30 Ιανουαρίου 2002 σημειώνει τις δυσκολίες που συχνά εμφανίζουν τα παιδιά με Μ.Δ. στο πεδίο της διαπροσωπικής τους προσαρμογής (θεωρείται ότι ο όρος <μαθησιακές δυσκολίες> αναφέρεται όχι μόνο στις ελλείψεις σε ακαδημαϊκές και μη ακαδημαϊκές δεξιότητες, αλλά και σε δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή). Πρέπει να τονιστεί, όμως, ότι η σχέση των μαθησιακών δυσκολιών με τις διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος τίθεται προς έρευνα από τους επιστήμονες και- μέχρι στιγμής- εξακολουθεί να είναι περίπλοκη και να μην επιτρέπει πολύ απλές γενικεύσεις του τύπου ότι οι μαθησιακές δυσκολίες, εκτός των ελλειπών γνωστικών λειτουργιών, περιλαμβάνουν προβλήματα στη συμπεριφορά. (Κανδαράκης, 2004).

Μέγιστο ερευνητικό ενδιαφέρον (Landgren et al., 1996) έχει συγκεντρωθεί στη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις Μαθησιακές διαταραχές με το υπερκινητικό σύνδρομο, τις συναισθηματικές διαταραχές και τις διαταραχές συμπεριφοράς. Ήδη από τη δεκαετία του '70 έχει αποδειχτεί ερευνητικά (Lewis et al., 1994) η κλινική εντύπωση της συχνής συνύπαρξης Μαθησιακές διαταραχές και υπερκινητικότητας. Επί προσθέτως, φαίνεται η παρουσία ελλειμματικής προσοχής ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη υπερκινητικότητας. Ο βαθμός συνοσηρότητας ανάμεσα στις Μαθησιακές διαταραχές και το υπερκινητικό σύνδρομο κυμαίνεται από 10-92%. Μελέτες επανεξέτασης (follow-up) φανέρωσαν ότι οι ακαδημαϊκές και οι Μαθησιακές διαταραχές των υπερκινητικών παιδιών παραμένουν και στην εφηβεία και μπορεί να συνδέονται με τη χρόνια σχολική αποτυχία και την εγκατάλειψη του σχολείου (Cantwell & Baker, 1991).

Τα παιδιά που αντιμετωπίζουν Μαθησιακές διαταραχές πολύ συχνά παρουσιάζουν διαταραχές συμπεριφοράς και το αντίστροφο. Πολλές εργασίες έχουν επιβεβαιώσει αυτές τις παρατηρήσεις (Zoccolillo et al., 1992; Grigorenko, 2001; Arnold et al., 2005; Carrol et al., 2005), και επικρατεί η άποψη ότι τα παιδιά με Μαθησιακές διαταραχές τείνουν να παρουσιάσουν παραβατικές συμπεριφορές.

Ακόμα, άλλες μελέτες (Arnold et al., 2005; Maughan & Carroll, 2006) αναφέρουν ότι τα παιδιά με Μαθησιακές διαταραχές συχνά εκδηλώνουν συναισθηματικές διαταραχές που εκτείνονται από το απλό άγχος μέχρι τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και την απόπειρα αυτοκτονίας ή την αυτοκτονία. Ακόμα, εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αποθάρρυνση και καταθλιπτικό συναίσθημα. Η ταυτότητά των παιδιών αυτών συχνά οργανώνεται γύρω από αισθήματα αδυναμίας, ανεπάρκειας, ανικανότητας, με αποτέλεσμα το σχηματισμό αρνητικής εικόνας για τον εαυτό τους.

Μία από τις πιο συχνές συνοδές διαγνώσεις είναι η κατάθλιψη. Σύμφωνα με κάποιες έρευνες (Dalley et al., 1992; Fristad et al., 1992), η επίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να είναι μέχρι 7 φορές μεγαλύτερη στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες σε σχέση με το μέσο όρο του παιδικού πληθυσμού.

3. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΦΩΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ

Δυσλεξία

Η αναπτυξιακή δυσλεξία (ΑΔ) είναι μία ειδική μαθησιακή δυσκολία με νευρολογική βάση που χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην γραφή, στην ορθογραφία και την ανάγνωση ξεχωριστών λέξεων με ευχέρεια και ακρίβεια (Caylak, 2010; Christodoulou et al., 2014). Η ικανότητα της κατανόησης του περιεχόμενου του κειμένου απαιτεί τον συντονισμό πολλών διαδικασιών και τα άτομα με ΑΔ παρουσιάζουν περιορισμένη αναγνωστική κατανόηση που οφείλεται στην ελλιπή αποκωδικοποίηση και/ή στον αργό ρυθμό ανάγνωσης (Christodoulou et al., 2014). Η επιστημονική κοινότητα σήμερα τείνει να βλέπει πέρα από τη θεωρία ενός παράγοντα για την αιτιολογία της ΑΔ και υιοθετεί μία θεωρία που περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες (Elliot & Grigorenko, 2014). Η θεωρία του ενός παράγοντα προτίνει ότι η δυσκολία στην ανάγνωση βασίζεται ολοκληρωτικά σε έναν παράγοντα, τον ιατρικό, που σχετίζεται με την λειτουργία του εγκεφάλου (Tzouriadou & Barbas, 2003). Σύμφωνα με την θεωρία των πολλών παραγόντων, η ‘φωνολογική έλλειψη’ είναι μία από τις κύριες θεωρίες που αναπτύχθηκε με στόχο να ερευνησει τις επιρροές της πολυλειτουργικής και πολυδιάστατης δομής της ΑΔ. (Elliott & Grigorenko, 2015; Zoccolotti et al., 2016).

Όλες οι αξιολογημένες έρευνες κατέληξαν στο γεγονός πως η φωνολογική μνήμη έχει έναν εξέχον ρόλο στην ανάπτυξη της ανάγνωσης στην πρώιμη έναρξη της ΑΔ. Παρόλαυτα, είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν περισσότερα μέτρα και επιπλέον εργασίες που να συναντούν τα κριτήρια τα οποία δέχεται η κοινότητα της έρευνας. Οι συγγραφείς της παρούσας μελέτης (Kastamoniti, A., Tsattalios, K., Christodoulides, P., & Zakoroulou, V., 2018), που μελέτησαν τον ρόλο της φωνολογικής μνήμης στην κατάκτηση της ανάγνωσης και τη δυσλεξία, πιστεύουν ότι ακολουθώντας αυτόν τον δρόμο, θα μειώνονται συνεχώς τα αποκλίνοντα αποτελέσματα που υπάρχουν σε έρευνες και ευρήματα, το οποίο θα βοηθά την ύπαρξη κοινής βάσης για τις αναλύσεις.

Η δυσλεξία αποτελεί μία μαθησιακή δυσκολία που θεωρείται ότι επηρεάζει το 8%-10% του πληθυσμού του δυτικού κόσμου. Οι ερευνητές εκτιμούν ότι το 2%-4% του πληθυσμού έχει σοβαρό πρόβλημα, ενώ οι υπόλοιποι αντιμετωπίζουν από ελαφριές έως μέτριες δυσκολίες. Έτσι, σε κάθε τάξη με είκοσι πέντε μαθητές δύο ή τρεις από αυτούς συνήθως έχουν πρόβλημα δυσλεξίας σε κάποιο βαθμό. (Κουράκης I., 1997).

Υπάρχει συναίνεση ότι η ανάπτυξη της αναπτυξιακής δυσλεξία προκύπτει συχνά από ένα έλλειμμα στη φωνολογική επεξεργασία της γλώσσας. Μαθαίνοντας να διαβάσει κάποιος μία γλώσσα πρέπει να υπάρχει εκμάθηση αντιστοιχίας γραφήματος-φωνήματος (δηλαδή, χαρτογραφώντας τους ήχους της ακουστικής γλώσσας για τα γράμματα του γραπτού γλωσσικού συστήματος). Τα άτομα με αναπτυξιακή δυσλεξία συνήθως έχουν μια αδύναμη αναπαράσταση των ήχων της γλώσσας, και αυτό με τη σειρά του καθιστά δύσκολο να συσχετίσουν αυτούς τους ήχους σε γραπτά σύμβολα. (Gaab N., 2007).

Ανεξάρτητα από τον ορισμό της, η δυσλεξία θεωρείται από πολλούς ως ειδική μαθησιακή δυσκολία που εκδηλώνεται αρχικά μέσω της αδυναμίας διαχείρισης των ήχων της γλώσσας και της ταχείας (σειριακής) επεξεργασίας των πληροφοριών και αργότερα μέσω προβλημάτων στην ανάγνωση και την ορθογραφία. Έτσι κατανοούμε πως ολοκληρωμένη αξιολόγηση της δυσλεξίας απαιτεί τη χρήση διαφορετικών κριτηρίων και προϋποθέτει την ανάπτυξη ορισμών που μπορούν να είναι χρήσιμοι τόσο ψυχολογικά όσο και εκπαιδευτικά. (Κωσταντίνου M., 2011).

Οι Boyes , Leitão , Claessen , Badcock&Nayton υποστηρίζουν ότι η δυσλεξία σχετίζεται με τα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα, ωστόσο παραμένει ασαφές το γιατί. Ακόμα, αναφέρουν ότι η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η πίεση και ο εκφοβισμός, η δυσκολία διαχείρισης των συναισθημάτων, οι φτωχές κοινωνικές ικανότητες αλλά και οι φτωχές σχέσεις με φίλους και την οικογένεια, καθώς και η ακαδημαϊκή αποτυχία αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας όσον αφορά την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων. Τέλος, σημειώνουν ότι τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με δυσλεξία εμφανίζουν προβλήματα σε ποικίλους τομείς.

Εκτενείς βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι τα παιδιά με δυσκολίες στην ανάγνωση βρίσκονται σε μεγάλο ρίσκο ανάπτυξης εξωτερικευμένων προβλημάτων (προκλητικές συμπεριφορές, όπως προβλήματα διαχείρισης και υπερκινητικότητα) καθώς και εσωτερικευμένα προβλήματα (συναισθηματικά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη και άγχος: Maughan&Carroll, 2006). Παρόλο που συγκεντρώνονται στοιχεία μεταξύ των δυσκολιών ανάγνωσης και της φτωχής ψυχικής υγείας, υπάρχει έλλειψη πληροφοριών όσον αφορά γιατί οι δυσκολίες ανάγνωσης συνδέονται με την κακή ψυχική υγεία. Είναι σημαντικό να αναγνωριστούν οι παράγοντες που συνδέονται με τα ψυχολογικά αποτελέσματα για αυτά τα παιδιά ώστε να μπορέσει να σχεδιαστεί πρόγραμμα παρέμβασης που προωθεί την ψυχική υγεία στα παιδιά με δυσκολίες ανάγνωσης (Boyes, Leitão, Claessen, Badcock, & Nayton, 2016).

Μαθησιακές διαταραχές

Οι μελετητές (Rourke&Fuerst, 1991; Spanga et al., 2000) ενώ διερευνούσαν το ερώτημα σχετικά με το αν οι ΜΔ ευθύνονται για τη συνεκδήλωσή τους με κοινωνικο-ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές ή το αντίθετο, κατέληξαν σε δύο θεωρητικές προσεγγίσεις-υποθέσεις.

Κατά την πρώτη, τα ψυχιατρικά προβλήματα αποτελούν απόρροια της σχολικής αποτυχίας και της χαμηλής επίδοσης, η οποία οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, σε συναισθηματικά προβλήματα και ακολούθως σε διαταραχές συμπεριφοράς (Willcutt&Pennington, 2000). Ενώ κατά τη δεύτερη, τόσο οι ΜΔ όσο και τα προβλήματα συμπεριφοράς έχουν μια κοινή αιτιολογία που μπορεί να είναι κοινωνιο-οικογενειακοί παράγοντες ή ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα η υπερκινητικότητα, η ελλειμματική ικανότητα συγκέντρωσης προσοχής και η παρορμητικότητα (Richman et al., 1982).

Μελέτες υπερ πρώτης υπόθεσης έχουν αποδείξει ότι το μαθησιακό προφίλ παιδιών με διαταραχές συμπεριφοράς είναι σε πολλές περιπτώσεις ανάλογο με το προφίλ παιδιών με ΜΔ (Meltzer et al., 1998; Rutter et al., 2006). Ακόμα, το γεγονός ότι κάποια βελτίωση στο σχολείο επιδρά θετικά στα προβλήματα συμπεριφοράς

καθώς και το γεγονός ότι με την ολοκλήρωση της σχολικής περιόδου μειώνονται οι διαταραχές συμπεριφοράς αποτελούν εν μέρει, τεκμήριο στην υπόθεση αυτή.

Από την άλλη, κάποιες άλλες έρευνες έρχονται σε αντιπαράθεση με την παραπάνω υπόθεση και υποστηρίζουν πως οι διαταραχές συμπεριφοράς εμφανίζονται πριν τις γνωστικές δυσκολίες, κάποιες φορές επίσης εμφανίζονται και πριν από την προσχολική ηλικία (Richmanetal., 1982).

Μαθησιακές διαταραχές και υπερκινητικό σύνδρομο

Θεωρείται ότι, συνήθως, ακαδημαϊκές δυσκολίες παρατηρούνται συνοδές με το υπερκινητικό σύνδρομο. (Biedrman, Newcorn, &Sprich, 1991)(Weiss, Hechtman, Perlaman, Hopkins, &Werner, 1979). Ήδη από τη δεκαετία του '70 επιβεβαιώνεται ερευνητικά η κλινική εντύπωση της συχνής συνύπαρξης μαθησιακής δυσκολίας και υπερκινητικότητας. (August&Garfinkel, 1990).Ακόμα, η παρουσία ελλειμματικής προσοχής (ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη υπερκινητικότητας) διαπιστώνεται από πολλές έρευνες (Halperlin, Gittelman, Klein, &Rudel, 1984) (McGee&Share, 1988). Ο βαθμός συννοσηρότητας ανάμεσα στις μαθησιακές δυσκολίες και το υπερκινητικό σύνδρομο κυμαίνεται από 10% μέχρι 92%. (Halperlin, Gittelman, Klein, &Rudel, 1984) (August&Holmes, 1984) (Silver, 1981). Αυτή η μεγάλη διαφορά φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα διαφορετικών κριτηρίων επιλογής του δείγματος, των ερευνητικών εργαλείων και κυρίως των ασταθών διαγνωστικών κριτηρίων για τη διάκριση ανάμεσα στο υπερκινητικό σύνδρομο και τις μαθησιακές διαταραχές. (August&Garfinkel, 1989) (Halperlin&Gittelman, 1982) Μελέτες επανεξέτασης (followup) έδειξαν ότι οι ακαδημαϊκές και οι μαθησιακές δυσκολίες των υπερκινητικών παιδιών παραμένουν στην εφηβεία και συνδέονται με τη χρόνια σχολική αποτυχία και την εγκατάλειψη του σχολείου (Gittelman&Mannuzza, 1985) (Weiss, Hechtman, Milroy&Perlman, 1985). Σημειώνεται ότι τα παιδιά που εμφανίζουν και τις δύο διαταραχές (υπερκινητικό σύνδρομο και μαθησιακή διαταραχή) οδηγούνται συχνότερα στους ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς και στα ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα από ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν μόνο μία διαταραχή. Αυτό ίσως να εξηγεί την άυξηση της συννοσηρότητας που έρχεται από αυτούς τους χώρους. (Semrud-Clikerman, Biederman, Srich-Buckminster, &Krifcher-Lehman, 1992).Παρόλο που πολλοί ερευνητές συχνά υποθέτουν την ύπαρξη κοινών συμπτωμάτων ή νευρολογικών παραγόντων, δεν είναι σαφές γιατί οι μαθησιακές

δυσκολίες συνδέονται με τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής τόσο συχνά και σε τι συνίσταται η διαφορά εκείνων των περιπτώσεων που παρουσιάζουν μόνο μαθησιακή διαταραχή.

Μαθησιακές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς

Είναι ευρέως παραδεκτό τόσο ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζουν διαταραχές συμπεριφοράς όσο και το αντίστροφο, δηλαδή ότι τα παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς εμφανίζουν πολύ συχνά μαθησιακές διαταραχές (Lewis, Shanok, Balla, & Bard, 1980).

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες στο λεκτικό τομέα είναι πολύ πιθανό να αποτελέσουν εμπόδιο στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση. Εξαιτίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στη λεκτική και συναισθηματική του έκφραση, οδηγούνται πολλές φορές σε αντιδραστική συμπεριφορά. Ακόμα, η χαμηλή ακαδημαϊκή τους επίδοση μπορεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη συναισθημάτων κατωτερότητας, θυμού, απογοήτευσης και αυτά με τη σειρά τους να οδηγήσουν σε επιθετικές και αντικοινωνικές στάσεις (Κουρκούτας, 2007).

Οι Rutter et al (1981) σε μια καλή μεθοδολογικά επιδημιολογική έρευνα, βρήκαν ότι το 1/3 των παιδιών με ειδική καθυστέρηση στην ανάγνωση παρουσίαζε διαταραχές συμπεριφοράς και ότι το 1/3 με διαταραχές συμπεριφοράς παρουσίαζε ειδική καθυστέρηση στην ανάγνωση. Οι παρατηρήσεις αυτές έχουν επιβεβαιωθεί σε πληθώρα νέων εργασιών με αποτέλεσμα να επικρατεί η άποψη ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ρέπουν στην παραπτωματοκτικότητα (Herzanic & Peenick, 1972) (Waldie & Spreen, 1993).

Συνήθως τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εκδηλώνουν προβλήματα συμπεριφοράς στην τάξη και θεωρούνται ευάλωτα στην ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών και προβλημάτων συμπεριφοράς (McKinney, 1989) (Kellam, Brown, Rubin & Esminger, 1983). Οι Rutter et al (1982) προκειμένου να εξηγήσουν αυτό το φαινόμενο πρότειναν τρεις υποθέσεις: α) τα προβλήματα συμπεριφοράς προϋπάρχουν και βοηθούν στην εμφάνιση των δυσκολιών στην ανάγνωση, β) τα προβλήματα στην ανάγνωση προϋπάρχουν και οδηγούν διαμέσου της μειωμένης αυτοεκτίμησης και των

συνεχών ματαιώσεων του παιδιού στη παραπτωματική συμπεριφορά και γ) οι δύο καταστάσεις μοιράζονται κοινούς ψυχοπαθολογικούς δρόμους τόσο σε οργανικό όσο σε ιδιοσυστασιακό και περιβαλλοντικό επίπεδο.

Οι Kohnstammetal (1990)σημειώνουν ότι ιδιοσυστασιακά χαρακτηριστικά συσχετίζονται τόσο με τις μαθησιακές δυσκολίες όσο και με ένα μεγαλύτερο φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών. Έτσι έχει προταθεί ότι οι ιδιοσυστασιακοί παράγοντες, όπως η υπερδραστηριότητα, η μικρή δυνατότητα προσοχής και η παρορμητικότητα μπορεί να ευθύνονται για τη συννοσηρότητα ανάμεσα στις διαταραχές συμπεριφοράς και στη δυσκολία στην ανάγνωση (Yule, &Rutter, 1985).OMc Michael (1979) και οι McGeetal(1988)σε πολλές μελέτες παιδιών πρώιμης παιδικής ηλικίας, έδειξαν ότι τα προβλήματα τόσο στη μάθηση όσο και στη συμπεριφορά ήταν παρόντα πριν την έναρξη του σχολείου. Από τα ευρήματα τους φανερώθηκε η υπόθεση της συνύπαρξης κοινών παραγόντων κινδύνου. Μία μεγάλη ποικιλία από πιθανούς παράγοντες έχει μελετηθεί, όπως η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική τάξη, το άγχος και η κατάθλιψη της μητέρας τα γνωστικά ελλείμματα, τα προβλήματα λόγου και η αναπτυξιακή ανωριμότητα (Richman, Stevenson, &Graham, 1982) (Offord&Poushinsky, 1981) (Beitcman, 1985). Ο Hinshaw (1992) μελετώντας το θέμα, έδειξε ότι τα πρότυπα της συμπεριφοράς των παιδιών με μαθησιακή δυσκολία αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου.

Όμως, η ύπαρξη της σχέσης ανάμεσα στις διαταραχές μάθησης και τις διαταραχές συμπεριφοράς δεν γίνεται δεκτή από όλους, τόσο ως προς την έκταση της, όσο –κυρίως- ως προς την αιτιολογική σύνδεση τους (Saxby&Morgan, 1993) (Culliver&Sigler, 1991). Κάποιοι μάλιστα θεωρούν ότι πρόκειται για επιστημονικό μύθο και προκατάληψη. (Lombardo, V., &Lombardo, E., 1991).

Μαθησιακές διαταραχές και συναισθηματικές διαταραχές

Τα παιδιά που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν πολύ συχνά συναισθηματικές διαταραχές, που εκτείνονται από το πολύ απλό άγχος μέχρι τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και την απόπειρα αυτοκτονίας ή την αυτοκτονία. (King&Noshpitz, 1991). Και εδώ φαίνεται δύσκολο να διακρίνουμε την σχέση ανάμεσα στην αιτία και το αποτέλεσμα. Τα παιδιά με μαθησιακή δυσκολία πολύ

συχνά εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αποθάρρυνση, καταθλιπτικό συναίσθημα και άλλα συναισθηματικά προβλήματα (Gallico, Burns&Grob, 1992) (Wright-Strawderman&Watson, 1992). Η σχολική αποτυχία, όποια και να είναι η αιτία, προκαλεί έντονο ψυχικό πόνο και είναι συνηθισμένο τα παιδιά που την υφίστανται να νιώθουν «χαζά» ή «στο περιθώριο» ή και «τρελά» και να γίνονται ο στόχος συνεχών πειραγμάτων και περιφρόνησης, τόσο από τους συνομιλήκους τους όσο και από «μεγάλους». Αυτό πολύ συχνά επιφέρει ως αποτέλεσμα βαθιές διαταραχές στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της ψυχικής εξέλιξης του παιδιού (Cohen, 1985).

Πολλοί ερευνητές διερωτώνται εάν τα παιδιά που έχουν συναισθηματικά προβλήματα, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης γλωσσικών προβλημάτων και, αντίστοιχα, αν τα παιδιά με γλωσσικά προβλήματα, αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης συναισθηματικών προβλημάτων. Έρευνες σε παιδιά σε συναισθηματικά προβλήματα έδειξαν ότι ποσοστό 62% -95% των παιδιών παρουσιάζουν μέτρια έως βαριά γλωσσικά προβλήματα (Cohen, Davine, Horodezsky. Lipsett & Isaacson, 1993; Cohen, Davine & Meloche-Kelly, 1989; Baker & Cantwell, 1987a; Camarata, Hughes & Ruhl, 1988; Kotsopoulos& Boodoosingh, 1987; Love & Thompson, 1988). Αυτά τα γλωσσικά προβλήματα αναφέρονται σε ελλείμματα λεξιλογίου, κατανόησης, έκφρασης και πραγματολογικά προβλήματα.

Έτσι, έρευνες σε παιδιά με γλωσσικά προβλήματα έδειξαν συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα σε ποσοστό 50%-75% του εξεταζόμενου πληθυσμού (Baker&Cantwell, 1987b; Stevenson&Richman, 1978; Love&Thompson, 1988; Richman, Stevenson&Graham, 1982; Beitchman, Nair, Clegg, Ferguson&Patel, 1986). Τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα που εξετάστηκαν αναφέρονται σε γενική ανωριμότητα, αδυναμία προσοχής, υπερκινητικότητα, αυθορμητισμό, απογοήτευση, επιθετικότητα, διαταραχή διαγωγής, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλή αυτοπεποίθηση, κοινωνική απόσυρση, κατάθλιψη και άγχος. Μελέτες που έγιναν σχετικές με τη σχέση αυτού του είδους των προβλημάτων και την ηλικία έδειξαν ότι τα εξωτερικευμένα προβλήματα, όπως είναι η επιθετικότητα, είναι πιο συχνά σε μικρότερες ηλικίες, ενώ τα εσωτερικευμένα προβλήματα, όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυξάνονται σε μεγαλύτερες ηλικίες (Haynes&Naidoo, 1991; Baker&Cantwell, 1987a, 1987b).

Η γλώσσα αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική λειτουργία όσον αφορά στην υιοθέτηση κανόνων από το άτομο στη συμπεριφορά του και τα συναισθήματά του. Η κατανόηση της γλώσσας και η εκφραστική ικανότητα των παιδιών τα βοηθά να κατανοούν, να αποκωδικοποιούν, να οργανώνουν και να αποδέχονται κανόνες, γεγονός που τα βοηθά να αποκτήσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο διαχείρισης των συναισθημάτων τους. Η γλώσσα χρησιμοποιείται από τα παιδιά για να εκφράσουν συναισθήματα, να τα μοιραστούν με άλλους και να εξετάσουν τις σχέσεις μεταξύ των πράξεων, των προθέσεων, των συναισθημάτων και των συνεπειών τους στους εαυτούς τους και στους άλλους. Δεδομένα από αρκετές μελέτες σε παιδιά με συναισθηματικά προβλήματα φανέρωσαν σημαντική σχέση ανάμεσα στην ευκολία χρήσης της γλώσσας και στη διαχείριση των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς.

Μια άλλη έρευνα των Rock, Fessler και Church (1997) σχετική με τη συννοσηρότητα μαθησιακών δυσκολιών και συναισθηματικών προβλημάτων, υποστηρίζει ότι αν και που ο πρόσφατος ορισμός των μαθησιακών δυσκολιών εξαιρεί τα μαθησιακά προβλήματα που είναι αποτέλεσμα σοβαρών συναισθηματικών διαταραχών, τα παιδιά και έφηβοι με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν υψηλές ενδείξεις συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων (Hunt&Cohen, 1984; McConaughy, Mattison&Peterson, 1994; McKinney, 1989; Schachter, Pless&Brack, 1991). Μελέτες σημείωσαν ότι το 24%-52% παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν κοινωνικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα (Bender, 1987; Cantwell&Baker, 1991; Harris, King, Reifler&Rosenberg, 1984; McConaughyetal., 1994; Rourke&Fuerst, 1991), γεγονός που παρουσιάζεται τέσσερις φορές περισσότερο σε σύγκριση με παιδιά που δεν αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες (Schachter et al., 1991). Αντίστοιχα, έρευνες σε παιδιά και εφήβους με σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα έδειξαν ότι ποσοστό 38%-75% παρουσιάζουν επίσης μαθησιακές δυσκολίες ή σοβαρά προβλήματα μάθησης (Cantwell&Fomess, 1982; Fessler, Rosenberg&Rosenberg, 1991; Fomess, Bennett&Tose, 1983; Kauffman, Cullinan&Epstein, 1987).

Κοινά χαρακτηριστικά σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και συναισθηματικά προβλήματα, όπως είναι τα μειονεκτήματα στη γνωστική λειτουργία, υπερκινητικότητα, φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, έλλειψη προσοχής, παρέχουν επιπλέον αποδείξεις της συννοσηρότητας των μαθησιακών δυσκολιών και των συναισθηματικών\ συμπεριφορικών προβλημάτων.

Ακόμα, η συννοσηρότητα των μαθησιακών δυσκολιών με τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα, αποδεικνύεται από το γεγονός ότι παιδιά που αντιμετωπίζουν αυτού του είδους τις δυσκολίες παρουσιάζουν μειονεκτήματα σε κοινές περιοχές. Αυτές αποτελούν α) οι γνωστικές διαδικασίες, οι οποίες είναι δεξιότητες υπεύθυνες για τη λύση προβλημάτων και για την αφηρημένη λογική, και μετρούνται με τεστ νοημοσύνης στο κάθε παιδί ξεχωριστά, β) η μεταγνωστική λειτουργία, η οποία επιτρέπει στο άτομο να γνωρίζει ποιες δεξιότητες, στρατηγικές και εφόδια είναι απαραίτητα προκειμένου να διεκπεραιώσει μια εργασία και να μπορεί να αλλάξει αυτές τις στρατηγικές και μηχανισμούς, όταν είναι απαραίτητο, προκειμένου να κατακτήσει το στόχο (Baker, 1982), γ) η γλωσσική λειτουργία, δηλαδή η κατανόηση της φωνολογίας, της μορφολογίας, του συντακτικού και της πραγματολογίας της γλώσσας, δ) η συμπεριφορική λειτουργία, δηλαδή η εξωτερικευμένη συμπεριφορά, όπως είναι η διασπαστική, επιθετική και υπερκινητική συμπεριφορά, ε) η κοινωνικό συναισθηματική λειτουργία, η οποία αναφέρεται σε εσωτερικευμένες συμπεριφορές, όπως είναι η διάθεση, το άγχος, οι σωματόμορφες δυσλειτουργίες καθώς και η κοινωνική αντίληψη και η κοινωνική αλληλεπίδραση, και στ) η ακαδημαϊκή επίδοση, η οποία αναφέρεται σε μειονεκτήματα στις βασικές αναγνωστικές δεξιότητες, στην κατανόηση κειμένου, στον προφορικό και γραπτό λόγο, στην κατανόηση αριθμητικής και μαθηματικών πράξεων (Rock, Fessler&Church, 1997).

Όσον αφορά τα συναισθηματικά προβλήματα, ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά είναι το άγχος, το οποίο ανήκει στα εσωτερικευμένα προβλήματα. Σύμφωνα με μελέτες, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά άγχους σε σχέση με το “φυσιολογικό” πληθυσμό (Paget&Reynolds, 1984) και με την ομάδα ελέγχου (Fisher, Allen&Kose, 1996; Rodriguez&Routh, 1989). Άλλες μελέτες δείχνουν ότι οι γονείς και οι δάσκαλοι αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό αγχώδους συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους με μαθησιακές δυσκολίες σε σύγκριση με τον κανονικό πληθυσμό (McConaughy&Ritter, 1985; McConaughyetal., 1994) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Branchetal., 1995; Epsteinetal., 1985; Maag&Reid, 1994; Rodriguez&Routh, 1989). Όμως, σε αρκετές από αυτές τις μελέτες, τα αποτελέσματα του άγχους των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες δεν ήταν κλινικά σημαντικά και σε πολλές περιπτώσεις κυμαινόταν σε φυσιολογικά πλαίσια.

Συνοψίζοντας, λοιπόν, μπορούμε να πούμε ότι τα αποτελέσματα αυτών των μελετών απέδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών με συναισθηματικά προβλήματα μπορεί να εμφανίσουν και μαθησιακά προβλήματα, και ότι είναι αναγκαίο οι ειδικοί να παρεμβαίνουν όσον αφορά στις μαθησιακές δυσκολίες σε συνδυασμό με την παρέμβασή τους για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών προβλημάτων. Αντίστοιχα, αυτές οι έρευνες απέδειξαν ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί επιπλέον να αντιμετωπίζουν συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα. Έτσι, είναι πολύ σημαντικό οι ειδικοί, όταν τα παιδιά παρουσιάζουν ένα από τα παραπάνω προβλήματα, να εξετάζουν και την εμφάνιση του άλλου είδους δυσκολιών (Gallagher, 1999).

4. ΜΟΡΦΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Αξιολόγηση Μαθησιακών δυσκολιών

Αν και υποστηρίζεται ότι είναι εύκολο να αναγνωρίσουμε τα παιδιά που παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες, είναι πολύ δύσκολο να βρούμε λύση στα προβλήματα τους (Σακκάς, 2002). Θεωρούμε ότι και η διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών είναι ιδιαίτερα δύσκολη, επειδή το πρόβλημα είναι πολύπλοκο και πολλές φορές δεν υπάρχουν εμφανή συμπτώματα, ειδικά στην προσχολική ηλικία.

Τα περισσότερα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εντοπίζονται μετά την έναρξη της σχολικής ηλικίας, όπου με το συγκεκριμένο μαθησιακό πρόγραμμα και τις καθορισμένες απαιτήσεις εμφανίζεται το πρόβλημα. Δεν λείπουν όμως οι περιπτώσεις που οι μαθησιακές δυσκολίες γίνονται νωρίτερα αντιληπτές, επειδή συνοδεύονται από διάφορα εμφανή συμπτώματα όπως, καθυστέρηση στο λόγο, στο συντονισμό των κινήσεων κ.τ.λ. που συνήθως γίνονται αντιληπτά από τους γονείς του παιδιού. Πολλές φορές όμως χρειάζεται να περάσουν χρόνια, ώστε οι εκπαιδευτικοί να αντιληφθούν ότι το παιδί έχει σοβαρό πρόβλημα σε κάποιο μάθημα. Αυτό φέρει σαν συνέπεια, μια σειρά από αποτυχίες για το παιδί, μέχρι να αναγνωριστεί το πρόβλημα του. Έτσι αποτυγχάνει να έχει μια φυσιολογική επίδοση. Ωστόσο ο δάσκαλος μέσα στο ρόλο του και την ευαισθητοποίηση του με το χώρο των μαθησιακών δυσκολιών, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην ανίχνευσή τους. Οι παράγοντες που μπορούν να ελεγχθούν από το δάσκαλο και στοχεύουν στην αποτροπή της σχολικής αποτυχίας θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν (Μαθησιακές Δυσκολίες: Σύγχρονες απόψεις και τάσεις, σελ. 77) αναλυτικά:

- την αξιολόγηση των παιδιών μέσα από συγκεκριμένους και εξελικτικά αναλυόμενους στόχους,
- την αξιολόγηση των παιδιών μέσα από την παρατήρηση στην τάξη, την έγκαιρη παρέμβαση του δασκάλου αμέσως μόλις φανεί ότι το παιδί παρουσιάζει δυσκολία,
- την οργάνωση και λειτουργία της τάξης όπου φοιτούν παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες,

- την κατάλληλη διδακτική μέθοδο και σχολική εργασία, προσαρμοσμένη στις ιδιότητες του παιδιού, την εκτίμηση του απαιτούμενου χρόνου για εμπέδωση ορισμένων εννοιών ή τομέων μάθησης,
- την χρήση λεξιλογίου κατανοητού σ' όλους τους μαθητές.

Για να επιτευχθεί όμως μία καλύτερη και συστηματικότερη αξιολόγηση και διάγνωση των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες απαιτείται συντονισμένη διεπιστημονική προσέγγιση από παιδοψυχίατρο ή άλλο ειδικό ιατρό ανάλογα με την περίπτωση του παιδιού (π.χ. οφθαλμίατρο, ακοολόγο, ορθοπαιδικό κ.τ.λ.), ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και ειδικό παιδαγωγό (Παντελιάδου, 2000). Σύμφωνα με το άρθρο 9 του Π.Δ. 472/83, έργο των κινητών διαγνωστικών ομάδων είναι η πλήρης διάγνωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το παιδί και ο καθορισμός του τύπου των ειδικών αναγκών, του βαθμού και της έκτασης τους, της δομής ειδικής εκπαίδευσης στην οποία ενδείκνυται να φοιτήσει το παιδί και κάθε άλλης χρήσιμης πληροφορίας για την εκπαίδευση του.

Η διαγνωστική έρευνα περιλαμβάνει διάφορες ιατρικές, ψυχολογικές και παιδαγωγικές εξετάσεις. Ο Βασίλης Σακκάς (2002) υπογραμμίζει ότι, επειδή τα αίτια της σχολικής αποτυχίας δεν είναι μόνο παιδαγωγικά, πρέπει το παιδί να εξετάζεται, για να βεβαιωθούμε ότι η ανάπτυξη (σωματική, πνευματική και ψυχική) γίνεται μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια και προτείνει το παρακάτω μοντέλο εξέτασης παιδιών για τη διάγνωση των μαθησιακών δυσκολιών, που έχουν μεταφραστεί σε σχολική αποτυχία:

1. Ιστορικό του παιδιού
2. Κλινική εξέταση
3. Αναπτυξιακή εξέταση
4. Τεστ νοημοσύνης
5. Νευρολογική εξέταση
6. Ψυχιατρική εξέταση
7. Αξιολόγηση προσοχής, αντίληψης, μνήμης, γνωστικής επίδοσης
8. Δοκιμασίες ψυχογλωσσικών ικανοτήτων
9. ACTERR (ADD-H Comprehensive Teacher's Rating Scale)

Επιπροσθέτως, η συλλογή των απαραίτητων για τη διάγνωση πληροφοριών γίνεται με τη χρήση διαφόρων μεθόδων και τεχνικών, όπως είναι τα ερωτηματολόγια, οι κλίμακες, οι συνεντεύξεις, η παρατήρηση της συμπεριφοράς, η καταγραφή του εξελικτικού και σχολικού ιστορικού. Τέλος, η χρήση υπολογιστών στην εκπαίδευση και σταθμισμένων τεστ για τις μαθησιακές δυσκολίες θεωρείται ότι θα βοηθήσουν στην ευκολότερη διάγνωση, κυρίως παιδιών που δεν έχουν ιδιαίτερα εμφανή στοιχεία.

Η έγκαιρη, ολιστική και ακριβής διάγνωση του συγκεκριμένου τύπου μαθησιακής δυσκολίας που δύναται να έχει το παιδί μέσω μιας πλήρους ψυχοεκπαιδευτικής αξιολόγησης είναι δίχως άλλο η απαρχή της σωστής αντιμετώπισής της.

Λόγω της μεγάλης πολυπλοκότητας των διεργασιών που εμπλέκονται στη χρήση του προφορικού και γραπτού λόγου, υπάρχει μια πολύ μεγάλη γκάμα γνωστικών και αντιληπτικών ικανοτήτων που πρέπει να αξιολογηθούν προκειμένου να εντοπισθούν επακριβώς οι συμπεριφορές που παρουσιάζει κάθε άτομο με μαθησιακές δυσκολίες.

Η αναλυτική αξιολόγηση βασίζεται στο εκλεκτικό μοντέλο και περιλαμβάνει 8 παράγοντες (www.dyslexia.edu.gr):

- Γνωσιακές ικανότητες (εδώ συμπεριλαμβάνεται η οπτική και ακουστική αντίληψη)
- Μνήμη (ακουστική, οπτική, οπτικοχωρική κ.ά):
 - α) Ανάγνωση,
 - β) γραφή
 - γ) ορθογραφία.
- Φωνολογική επεξεργασία του λόγου.
- Δεξιότητες αυτοματοποίησης.
- Οργανωτικές δεξιότητες και μέθοδοι.
- Αυτοεκτίμηση στο σπίτι, το σχολείο κλπ.
- Αξιολόγηση κινήτρου: κέντρο απόδοσης ελέγχου.
- Εκπαιδευτική αξιολόγηση μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες (www.eduportal.gr)

Η Τζιβνίκου Σ. προτείνει ένα εργαλείο για Ανίχνευση και διερεύνηση των αναγνωστικών δυσκολιών στο Νηπιαγωγείο και στην Α' & Β' Δημοτικού (Πόρποδας, 2007).

Στην περιγραφή του εργαλείου συνεργάστηκαν οι φοιτητές του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής, Λελεκίδης Γ., Ντζάνη Φ., Στάικου Μ., Τηγανίτα Μ., Χατζηδάκης Ε.-Μ.

Το τεστ Ανίχνευσης και Διερεύνησης αναγνωστικών δυσκολιών περιλαμβάνει τέσσερα εγχειρίδια, τα οποία αποτελούν:

1. Το πρώτο εγχειρίδιο είναι η περιγραφή του τεστ,
2. το δεύτερο είναι ο οδηγός του εξεταστή,
3. το τρίτο είναι το φυλλάδιο εξέτασης και
4. το τέταρτο είναι το τεύχος παρουσίασης υλικού.

Σκοπός: Ο σκοπός του εργαλείου αποτελεί η συμβολή του στη διάγνωση του επιπέδου ανάπτυξης των γνωστικών-γλωσσικών παραγόντων των παιδιών, ηλικίας νηπιαγωγείου, που προϋποθέτουν τη μετέπειτα εκμάθηση της ανάγνωσης. Επίσης, επιτρέπει να γίνεται ανίχνευση και έγκαιρος εντοπισμός των παιδιών με ελλιπή ανάπτυξη αυτών των γνωστικών-γλωσσικών παραγόντων ώστε να αντιμετωπιστούν πιθανές δυσκολίες στη μετέπειτα φοίτησή τους στην Α' Δημοτικού.

Το τεστ μπορεί να χορηγηθεί σε κάθε παιδί προσχολικής ηλικίας και να αξιολογήσει παιδιά που πιθανόν θα δυσκολευτούν ή θα διευκολυνθούν στην εκμάθηση της ανάγνωσης. Ακόμα, είναι οδηγός εξατομικευμένης εκπαιδευτικής παρέμβασης σε συγκεκριμένες ηλικίες. Παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για το είδος και το επίπεδο της παρέμβασης που πρέπει να γίνει, ώστε να ενδυναμωθούν οι γλωσσικοί παράγοντες και να επέλθει μια έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση.

Η χορήγηση του τεστ είναι ατομική και πραγματοποιείται σε ένα ήσυχο κι ευχάριστο χώρο, χωρίς την παρουσία άλλων προσώπων. Ο εξεταστής εξ αρχής οφείλει να είναι φιλικός με το παιδί, ώστε να το αποφορτίσει ψυχολογικά, να αναπτύξει μεταξύ τους μια καλή επικοινωνία και να ενεργοποιήσει το ενδιαφέρον του μιλώντας για καθημερινά θέματα, προσιτά προς το παιδί. Κατά τη διάρκεια

της εξέτασης, ο εξεταστής πρέπει να έχει υπ' όψιν του, ότι δεν είναι ένας «ψυχρός αξιολογητής», και ότι πρέπει να μεταχειρίζεται με ίσο τρόπο τους εξεταζομένους. Επιπλέον, πρέπει να δείχνει το ενδιαφέρον του προς τις απαντήσεις των παιδιών, επιβραβεύοντάς τις όταν είναι σωστές και ενθαρρύνοντάς τις όταν είναι λάθος. Για τη χορήγηση του τεστ, προϋπόθεση αποτελεί η βασική αναγνωστική λειτουργία, δηλαδή το παιδί να ξέρει να διαβάζει μεμονωμένες λέξεις, όχι απαραίτητα προτάσεις και κείμενο.

Το τεστ αποτελείται από εννέα δοκιμασίες-κλίμακες αξιολόγησης, οι οποίες αξιολογούν τέσσερις βασικούς τομείς γνωστικών-γλωσσικών λειτουργιών που συνθέτουν και υποστηρίζουν την εκμάθηση και τη διεκπεραίωση της αναγνωστικής λειτουργίας. Οι τέσσερις βασικοί τομείς είναι:

1. η αναγνωστική αποκωδικοποίηση,
2. η αναγνωστική κατανόηση,
3. η φωνολογική επίγνωση και
4. η βραχύχρονη μνήμη φωνολογικών πληροφοριών.

Ερμηνεία του τεστ

Ψυχοπαιδαγωγική ερμηνεία των αποτελεσμάτων: Ο εξεταστής για να ερμηνεύσει σωστά τα αποτελέσματα δεν πρέπει να τα ερμηνεύει με απόλυτο και δογματικό τρόπο, πρέπει να κατέχει γνώσεις ψυχολογίας, που σχετίζονται με την ανάγνωση και κάποια εμπειρία στη χρήση και την ερμηνεία του παρόντος τεστ.

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων βασίζεται σε 3 παράγοντες:

α) Την ηλικία του παιδιού: Είναι κατανοητό ότι τα αποτελέσματα της επίδοσης των παιδιών του νηπιαγωγείου και των παιδιών των δυο πρώτων τάξεων του Δημοτικού Σχολείου στις ίδιες κλίμακες αξιολόγησης επιδέχονται διαφορετικές ψυχοπαιδαγωγικές ερμηνείες.

β) Το είδος και η φύση της δυσκολίας: Όσον αφορά το είδος και τη φύση της δυσκολίας, αυτή προσδιορίζεται από την κλίμακα ή τις κλίμακες αξιολόγησης,

στην οποία ή στις οποίες το παιδί παρουσιάζει χαμηλή επίδοση. Ακόμα μία αξιοσημείωτη πληροφορία είναι ότι για την ασφαλέστερη ερμηνεία του είδους και της φύσης της δυσκολίας του παιδιού, προκύπτει από τη συσχέτιση της επίδοσής του σε διάφορες κλίμακες ή σε ομάδες κλιμάκων.

γ) Το επίπεδο της επίδοσης: Αντανακλάται στη ζώνη της επίδοσης του παιδιού.

Οι ζώνες επίδοσης έχουν καθοριστεί ως εξής: Ως ζώνη μέσης-ανώτερης, υψηλής, μέσης-κατώτερης και χαμηλής επίδοσης, που διακυμαίνονται σε τυπικούς βαθμούς από 7 και κάτω έως 13 και άνω.

Το παρόν τεστ απευθύνεται περισσότερο σε παιδιά που η επίδοσή τους είναι κάτω από τη μέση. Ακόμα, γίνεται μια διάκριση της χαμηλής επίδοσης του παιδιού σε δυσκολία και ανεπάρκεια με σκοπό να γίνει ένας καλύτερος σχεδιασμός της εξατομικευμένης εκπαιδευτικής παρέμβασης. Τέλος είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η χαμηλή επίδοση των παιδιών του νηπιαγωγείου ερμηνεύεται διαφορετικά από ό, τι των παιδιών της Α' και Β' Δημοτικού.

Η γρήγορη διάγνωση και η εμπειριστατωμένη αξιολόγηση των μαθησιακών δυσκολιών έχουν καθοριστική σημασία για την ορθή αντιμετώπιση, γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται όσο το δυνατό γρηγορότερα, για να αποφεύγεται η ανάπτυξη στα παιδιά ψυχικών διαταραχών, που γι' αυτές συνήθως καταφεύγουν οι γονείς στις ψυχιατρικές υπηρεσίες όπου τυχαία διαγιγνώσκεται και η μαθησιακή δυσκολία.

Είναι επίσης πολύ καίριο, ο ειδικός που θα επιχειρήσει να αξιολογήσει τους παραπάνω παράγοντες να είναι σε θέση να κατανοήσει τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις, προκειμένου να προβεί στη σωστή διάγνωση και στην κατάλληλη ψυχοπαιδαγωγική συμβουλευτική.

Κατά την αντιμετώπιση των Μ.Δ. χορηγούνται ειδικές ασκήσεις ανάπτυξης των συγκεκριμένων μη ακαδημαϊκών και σχολικών δεξιοτήτων στις οποίες το άτομο παρουσιάζει έλλειμμα. Ακόμα, το ψυχοπαιδαγωγικό πρόγραμμα αντιμετώπισης πρέπει να είναι εξατομικευμένο στον τρόπο που σκέπτεται όταν μαθαίνει το άτομο με Μ.Δ. (το οποίο καλό είναι να μη θεωρείται ελλειμματικό, αλλά διαφορετικό) και να δομείται με βάση το τι ήδη γνωρίζει (Κανδαράκης, 2004).

Κριτήρια καθορισμού συμπεριφοράς

Η αξιολόγηση των ψυχολογικών διαταραχών δεν βασίζεται εξ ολοκλήρου στη χορήγηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων και ψυχομετρικών τεστ. Είναι μια πολύπλοκη διαδικασία και απαιτείται η συλλογή πολλών πληροφοριών. Ο ειδικός θα πρέπει να συγκεντρώσει αυτές τις πληροφορίες από αρκετές πηγές και πλαίσια (όπως για παράδειγμα από το οικογενειακό περιβάλλον, από το σχολικό περιβάλλον, από το ίδιο το άτομο καθώς και από τους συνομηλίκους του). Τέλος, η συλλογή πληροφοριών γίνεται με διάφορες τεχνικές (συνέντευξη, παρατήρηση, χορήγηση ερωτηματολογίων ή άλλων δοκιμασιών) ώστε να καταφέρει ο κλινικός να εκμαιεύσει όλες τις πληροφορίες που χρειάζεται για ασφαλή και σαφή συμπεράσματα.

Η αξιοπιστία αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τα αποτελέσματα που προκύπτουν από ένα τεστ δεν εμπεριέχουν (είναι απαλλαγμένα από) σφάλματα μέτρησης (APA, 1985). Επίσης, η αξιοπιστία μπορεί να φανεί στο βαθμό σταθερότητας των μετρήσεων ή αλλιώς στο βαθμό συμφωνίας μεταξύ επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (Παρασκευόπουλος, 1993). Η εγκυρότητα ορίζεται ως η ιδιότητα των ψυχομετρικών μέσων να «μετρούν» αυτό το οποίο προορίζονται να μετρήσουν.

Βασικά κριτήρια για τον καθορισμό της των συμπεριφορικών χαρακτηριστικών ενός παιδιού ως διαταραγμένων θεωρούνται η ενδοπροσωπική συμπεριφορά του παιδιού και η διαπροσωπική προσαρμογή του, η συχνότητα, η ένταση, η διάρκεια, η εμφάνιση και άλλων συμπτωμάτων, η πιθανότητα προβατικής συμπεριφοράς, η αδυναμία αντιμετώπισης των συμπτωμάτων χωρίς ειδική βοήθεια. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι αρκεί να πληρούνται κάποια από τα παραπάνω κριτήρια και δε δύναται να χρησιμοποιούνται απόλυτα (Χρηστάκης, 2001).

Τονίζεται ακόμα ότι η ύπαρξη κάποιων συμπτωμάτων προβληματικής συμπεριφοράς στα παιδιά δεν αποτελεί πάντοτε λόγο ανησυχίας για τα άτομα του περιβάλλοντός τους, επειδή ενδέχεται να είναι παροδικά ή φυσιολογικά συναφή του εξελικτικού σταδίου που διανύουν (Κανδαράκης, 2004).

Οι Παρασκευόπουλος & Γιαννίτσας (1999), σημειώνουν τα συμπτώματα που μπορούν να χαρακτηριστούν σοβαρά με βάση την ύπαρξη και των συνδυασμό με τα παρακάτω κριτήρια:

- Η συχνότητα εμφάνισης του συμπτώματος. Η μεγάλη συχνότητα είναι ανάλογη προς τη σοβαρότητα του συμπτώματος.
- Η εμφάνιση συγχρόνως και άλλων συμπτωμάτων. Η συνύπαρξη και άλλων συμπτωμάτων (έστω και μειωμένης έντασης) προσδίδει σοβαρότητα στο σύμπτωμα.
- Ο βαθμός απόκλισης του συμπτώματος από το μέσο φυσιολογικό. Όσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση από το μέσο φυσιολογικό όρο, τόσο σοβαρότερο θεωρείται το σύμπτωμα.
- Η ένταση του συνοδευτικού συναίσθηματος. Όσο εντονότερο είναι το συνοδευτικό συναίσθημα, τόσο σοβαρότερο θεωρείται το σύμπτωμα.
- Η αδυναμία του ατόμου να αποφύγει την εμφάνιση του συμπτώματος.
- Η παρεμπόδιση που προκαλεί το σύμπτωμα στην ανάπτυξη του παιδιού.
- Η πιθανότητα να έλθει το παιδί αντιμέτωπο με το νόμο.

Ενώ διερευνούμε τα κριτήρια που καθορίζουν τα προβλήματα συμπεριφοράς πρέπει να αναφερθούμε σε μία άλλη αξιοσημείωτη προσέγγιση που αναφέρει ο Κολιάδης (2010), στην οποία καταγράφονται τρία βασικά κριτήρια που καθορίζουν αντικειμενικά τη διαφοροποίηση ανάμεσα στη φυσιολογική και παθολογική συμπεριφορά του παιδιού και του εφήβου.

Αυτά είναι:

α) Στατιστικά κριτήρια: Η ικανότητα καταγραφής και μέτρησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς στηρίζεται στην Ψυχομετρία και δημιουργείται με βάση στατιστικά κριτήρια που σκοπό έχουν την αξιολόγηση – διάγνωση ενός προβλήματος στη συμπεριφορά.

β) Η συστημική προσέγγιση: Κάθε συμπεριφορά θεωρείται ότι πρέπει να αξιολογείται σε σχέση με το πλαίσιο εμφάνισής της, σύστημα σύμφωνα με τις αρχές της συστημικής θεωρίας. Η Γενική Θεωρία Συστημάτων υποστηρίζει τη διαφοροποίηση των συστημάτων και την αλληλεπίδραση τους. Μια συμπεριφορά προβληματίζει όταν εμφανίζεται σε περισσότερα από ένα συστήματα λειτουργίας του παιδιού. Είναι σημαντικό η αξιολόγηση και η παρέμβαση σχετικά με μια συμπεριφορά να γίνεται πολυεπίπεδα, με συστημικό τρόπο, εμπλέκοντας το σύνολο των συστημάτων λειτουργίας του παιδιού (Κολιάδης, 2010).

γ) Λειτουργικά κριτήρια: Τα στατιστικά κριτήρια είναι μια επιστημονική προσέγγιση που διευκολύνει την κατανόηση και την προσέγγιση εννοιών σχετικών με τα προβλήματα συμπεριφοράς. Ενδέχεται να απαιτείται ειδική γνώση από τους ερευνητές προκειμένου να υπάρξει έγκυρη και αξιόπιστη διάγνωση, γεγονός που δεν είναι εύκολο με τα στατιστικά κριτήρια (Κολιάδης, 2010). Μία καλύτερη λύση αποτελούν τα λειτουργικά κριτήρια. Αυτά αφορούν σε περιπτώσεις που έχει μια μορφή συμπεριφοράς στη λειτουργικότητα και προσαρμογή του παιδιού, χωρίς να εξετάζονται η συχνότητα ή η ένταση εμφάνισης της (Παρασκευόπουλος & Γιαννίτσας). Το ενδιαφέρον προσανατολίζεται προς την ολική εικόνα του παιδιού και την πιθανή εξέλιξη του στο μέλλον, εικόνα που εξετάζεται σε σχέση με δύο επίπεδα, το ενδοπροσωπικό και το διαπροσωπικό.

Κατά τη βιβλιογραφία υπάρχουν δυο βασικές μέθοδοι αξιολόγησης της προσωπικότητας η ιδιογραφική και η νομοθετική προσέγγιση.

Ιδιογραφική προσέγγιση: Η ιδιογραφική αφορά την εις βάθος κατανόηση του κάθε ατόμου και στην αντιμετώπιση του ως ξεχωριστής και μοναδικής οντότητας. Στην ευρύτερη αυτή μεθοδολογική κατηγορία ανήκουν κυρίως οι ψυχοδυναμικές, οι φαινομενολογικές αλλά και οι συμπεριφοριστικές μέθοδοι (Cone, 1986).

Νομοθετική προσέγγιση: Αντιθέτως, η νομοθετική προσέγγιση δεν ενδιαφέρεται για τη μελέτη ατομικών περιπτώσεων, αλλά για την εξεύρεση κοινών, καθολικών γνωρισμάτων και τη διατύπωση γενικών νόμων που διέπουν τη συμπεριφορά.

Υπάρχουν πολλά εργαλεία αξιολόγησης των διαταραχών της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς. Παρακάτω ακολουθεί μια παρουσίαση σχετικών εργαλείων αξιολόγησης.

Ερωτηματολόγια προσωπικότητας:

Το πρώτο τεστ προσωπικότητας που δημιουργήθηκε αποτελεί το Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απευθύνεται τόσο σε ενήλικες όσο και σε εφήβους και συμπληρώνεται τα ίδια τα άτομα. Μέσα από το συγκεκριμένο τεστ επιχειρείται η συνολική περιγραφή χαρακτηριστικών της προσωπικότητας.

Για την αξιολόγηση της προσωπικότητας μικρότερων παιδιών κατασκευάστηκε το Personality Inventory for Children – Revised. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν συμπληρώνεται από τα παιδιά αλλά από τους γονείς τους (ηλικίας 3-16 ετών). Ωστόσο υπάρχουν κι άλλα τεστ προσωπικότητας όπως το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck όπου αποτελείται από τέσσερα επίπεδα:

1. της εξωστρέφειας,
2. του νευρωτισμού,
3. του ψυχωτισμού
4. και από μια κλίμακα ψεύδους.

A) Κηλίδες μελάνης Rorschach

Η δοκιμασία αποτελείται από δέκα κάρτες οι οποίες απεικονίζουν κατά συμμετρικό τρόπο αδόμητα σχέδια-κηλίδες. Αρχικά, στην πρώτη φάση, η οποία ονομάζεται *φάση των Συνειρμών*, ο εξεταζόμενος καλείται να αναφέρει τι είναι αυτό που απεικονίζεται σε κάθε κάρτα. Ο εξεταστής καταγράφει τόσο το περιεχόμενο των απαντήσεων όσο και άλλα συμπεριφορικά στοιχεία ή αντιδράσεις του ατόμου. Στη δεύτερη φάση που ονομάζεται *Διευκρινιστική*, οι κάρτες χορηγούνται για δεύτερη φορά και ο εξεταζόμενος δίνει συμπληρωματικές πληροφορίες σχετικά με τις απαντήσεις της πρώτης φάσης (Rorschach, 1921).

B) TAT και CAT

Το Thematic Apperception Test αποτελεί την πιο κύρια δοκιμασία από αυτές που ανήκουν στις θεματικές τεχνικές. Το άτομο πρέπει να εξιστορήσει αυτό που βλέπει ενώ το ερέθισμα που του δίνεται είναι εικόνες ανθρώπων σε διάφορες καταστάσεις. Το τεστ αποτελείται από 31 εικόνες, ενώ ο κλινικός επιλέγει τις δέκα με είκοσι για να περιγράψει ο εξεταζόμενος, ο οποίος πρέπει να μπει στη θέση των ανθρώπων που απεικονίζονται και να περιγράψει τόσο τα αίτια που τον οδήγησαν σε αυτή την κατάσταση όσο και τα συναισθήματα και τις σκέψεις του (Murray, 1943).

Με το πέρασμα των χρόνων δημιουργήθηκε το Children's Apperception Test για παιδιά 3-10 ετών. Το συγκεκριμένο εργαλείο βοηθάει στον έλεγχο των σχέσεων των παιδιών αυτών τόσο με τους γονείς τους όσο και με τα αδέρφια τους, την επιθετικότητα, τις φοβίες, τον έλεγχο των σφιγκτήρων κ.α. (Bellak&Bellak, 1949).

Τεχνικές σχεδίου: Οι τεχνικές σχεδίου χρησιμοποιούνται ευρέως από τους ειδικούς για την αξιολόγηση της προσωπικότητας των παιδιών και εφήβων. Βασίζονται κυρίως στην ψυχοδυναμική θεώρηση ότι τα σχέδια αποτελούν συμβολική έκφραση του εσωτερικού κόσμου των παιδιών (της προσωπικότητας, του τρόπου που αντιλαμβάνονται διάφορες καταστάσεις, των συναισθημάτων τους). Οι τεχνικές σχεδίου χρησιμοποιούνται ως προβολικές τεχνικές. Ειδικά για τα μικρότερα σε ηλικία παιδιά, η συμβολοποίηση είναι ο πλέον πρόσφορος τρόπος έκφρασης της εσωτερικής τους κατάστασης (Χατζηχρήστου, 2004).

Για να αξιολογηθεί η συμπεριφορά των παιδιών δεν μπορούμε να βασιστούμε μόνο στη συμπεριφορά που εμφανίζει σε ένα πλαίσιο. Απαιτείται να συλλέγονται πληροφορίες από το οικογενειακό περιβάλλον, το εκπαιδευτικό περιβάλλον, από ομάδα συνομήλικων καθώς και από τα ίδια τα παιδιά.

Κλίμακες Achenbach: Οι κλίμακες Achenbach αποτελούν πολύ διαδεδομένες κλίμακες για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων. Είναι ένα σύστημα αξιολόγησης της συμπεριφοράς το οποίο περιλαμβάνει ερωτηματολόγια για γονείς και εκπαιδευτικούς, δομημένες συνεντεύξεις, μέσα καταγραφής της συμπεριφοράς μέσω παρατήρησης και κλιμάκων αξιολόγησης για εφήβους (Achenbach&Edelbrock, 1983).

Οι κλίμακες για τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς φαίνεται να εμφανίζουν μεγάλη ομοιότητα περιεχομένου και βαθμολόγησης. Αποτελούνται από 120 ερωτήσεις-χαρακτηριστικά. Το τεστ αξιολογεί την κοινωνική επάρκεια, την προσαρμοστικότητα, το είδος των κοινωνικών σχέσεων και τη σχολική επίδοση.

Το Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ) χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των ικανοτήτων, της προσαρμοστικής

λειτουργικότητας και των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά και εφήβους. Τα σταθμισμένα αυτά εργαλεία καθιστούν δυνατή τη συλλογή πολλών πληροφοριών με τυποποιημένο τρόπο, που επιτρέπει την επανάληψη και τη γενίκευση των προβλημάτων. Οι επαγγελματίες ποικίλων ειδικοτήτων έχουν την δυνατότητα να αποκτούν γρήγορα σταθμισμένα δεδομένα για ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών των παιδιών.

Κλίμακες Conners: Οι κλίμακες Conners δημιουργήθηκαν πρώτη φορά το 1990. Σκοπός των κλιμάκων αυτών αποτελεί η αξιολόγηση της συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων ηλικίας 3-17 ετών, ενώ η συμπλήρωσή του γίνεται από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς. Ο κάθε αξιολογητής έχει να συμπληρώσει δύο κλίμακες, μια βραχεία και μια πλήρη. Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί επί το πλείστον για τη διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας.

Σύστημα Αξιολόγησης της Συμπεριφοράς για παιδιά: Είναι μία αξιολόγηση για τη συμπεριφορά παιδιών και εφήβων. Το συγκεκριμένο αξιολογητικό εργαλείο αποτελείται από κλίμακες για γονείς και εκπαιδευτικούς, κλίμακες αυτοαναφοράς, δομημένο αναπτυξιακό ιστορικό καθώς και φόρμα καταγραφής της συμπεριφοράς μέσω παρατήρησης (Reynolds&Kamphaus, 1992).

Αξιολόγηση της συμπεριφοράς του παιδιού από συνομηλίκους: Καθώς συγκεντρώνονται πληροφορίες αξιολόγησης από τους συνομηλίκους, εκτός από την αξιολόγηση της κοινωνικής θέσης στην τάξη, επιτυγχάνεται και η ανίχνευση δυναμικών στοιχείων στο πλαίσιο της ομάδας τα οποία δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμα από κάποιον εξωτερικό παρατηρητή. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τη σημασία της παιδικής φιλίας για τη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών, η κατανόηση αυτών των δυναμικών στοιχείων είναι πιθανό να οδηγήσει στην κατανόηση των λόγων για τους οποίους οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις στην

παιδική ηλικία συνδέονται με αρνητικά αποτελέσματα στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Marrell, 1999).

Συνοψίζοντας, τα προβλήματα συμπεριφοράς μπορούν να ταξινομηθούν με δύο κυρίως προσεγγίσεις: την κλινική με τη χρήση του DSM και την εμπειρική με τη χρήση των Ερωτηματολογίων Achenbach και του ΕΔΕΠ. Το ερώτημα που προκύπτει, είναι το εξής: ποια από τις δύο προσεγγίσεις πρέπει να επιλέγεται ως πιο ενδεδειγμένη; Η απάντηση εξαρτάται από τον ενδιαφερόμενο αναγνώστη, καθώς στην κλινική προσέγγιση δύναται να υπάρχει διάγνωση και αξιολόγηση της συμπεριφοράς με βάση το DSM, γεγονός που απαιτεί εξειδικευμένη γνώση από ειδικούς, ενώ στην εμπειρική προσέγγιση δεν απαιτείται εξειδικευμένη γνώση και για αυτόν τον λόγο η εμπειρική προσέγγιση είναι εύχρηστη από εκπαιδευτικούς, αφού στηρίζεται στην παρατηρήσιμη συμπεριφορά (Κολιάδης, 2010). Βέβαια, η συνδυαστική χρήση των δύο προσεγγίσεων, δηλαδή η αναγνώριση και διατύπωση της μορφής προβληματικής συμπεριφοράς μέσω της εμπειρικής προσέγγισης και η παραπομπή του παιδιού για κλινικό έλεγχο και κατάρτιση προγράμματος παρέμβασης σε συνεργασία με γονείς, ειδικούς και εκπαιδευτικούς κρίνεται ωφέλιμη.

Οι τεχνικές αξιολόγησης μπορούν να φανούν χρήσιμες όταν το παιδί να είναι σε κάποιο βαθμό συνεργάσιμο. Έτσι, η καλή σχέση αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα για τη διαδικασία της αξιολόγησης. Η εγκαθίδρυση της σχέσης απαιτεί κλινικές δεξιότητες, ευαισθησία και εμπειρία. Επί προσθέτως, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας πρέπει να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει διάφορα εμπόδια σε διαφορετικές ηλικίες. Επίσης, για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι σημαντικό να μπορεί να δώσει σε παιδιά διαφορετικών ηλικιών την εικόνα ενός φιλικού ενήλικα που ενδιαφέρεται γι' αυτά. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με μια στάση θερμή, που να περιλαμβάνει ενδιαφέρον και σεβασμό, η οποία να μπλέκει το παιδί, δίχως να είναι υπερβολικά τυπική.

Από όλους τους επαγγελματίες που ασχολούνται με διαταραγμένα παιδιά, οι κλινικοί ψυχολόγοι έχουν εμφανίσει περισσότερο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη τεχνικών αξιολόγησης που να μπορούν να χορηγηθούν και να βαθμολογηθούν με αντικειμενικό τρόπο, τα πρότυπα των οποίων να προκύπτουν από σαφώς προσδιορισμένους πληθυσμούς και που να έχουν εξακριβωμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα. Οι πιο γνωστές δοκιμασίες είναι οι εξής:

1. οι γνωστικές δοκιμασίες για την παιδική ηλικία έως την εφηβεία, που περιλαμβάνουν διάφορες δοκιμασίες νοημοσύνης,
2. οι δοκιμασίες επιτεύγματος, που αξιολογούν τις ακαδημαϊκές επιδόσεις του παιδιού
3. η νευροψυχολογική αξιολόγηση, η οποία αρχίζει συνήθως με δοκιμασίες νοημοσύνης και επιτεύγματος αλλά παρέχει και ενδείξεις σχετικές με τις ψυχολογικές λειτουργίες που μπορεί να επηρεάζονται από την οργανική εγκεφαλική βλάβη
4. η κοινωνικο-συναισθηματική αξιολόγηση, η οποία περιλαμβάνει τις Κλίμακες Αναφορών για γονείς και δασκάλους και τις Κλίμακες Αυτοαναφοράς των παιδιών.

Επίσης, υπάρχουν οι προβολικές τεχνικές, με πιο γνωστές τεχνικές:

1. το *Rorschach*,
2. τα προβολικά σχέδια και τις δοκιμασίες αντίληψης και
3. τη συμπεριφορική αξιολόγηση, που περιλαμβάνει τις Κλίμακες Εκτίμησης της Συμπεριφοράς και τη συμπεριφορική παρατήρηση.

Έπειτα από την αξιολόγηση του προβλήματος του παιδιού, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας πρέπει να ακολουθήσει μια γραμμή παρέμβασης. Αυτές οι παρεμβάσεις προκύπτουν από διαφορετικές παραδόσεις σχετικά με τη φύση της ψυχοπαθολογίας και τα απαραίτητα μέσα για την αντιμετώπισή της. Όσον αφορά στις μεθόδους παρέμβασης, υπάρχουν ποικίλες θεωρίες της ψυχοπαθολογίας. Η θεωρία καθοδηγεί την αντίληψη του κλινικού σχετικά με το τι προκαλεί, και τι πιθανόν ανακουφίζει, τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών. Τις θεωρίες της ψυχοπαθολογίας που έχουν διατυπώσει κάποιες μεθόδους παρέμβασης για τα παιδιά αποτελούν:

1. η ψυχαναλυτική προσέγγιση,
2. η ανθρωπιστική προσέγγιση,
3. οι συμπεριφορικές θεραπείες,
4. οι γνωστικές θεραπείες και
5. το οικογενειακό συστημικό μοντέλο.

5. ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Το στάδιο της αξιολόγησης και διάγνωσης των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών ακολουθεί το στάδιο της παρέμβασης. Όσο πιο έγκαιρη και έγκυρη είναι η διάγνωση τόσοι περισσότεροι είναι οι πιθανότητες να αποφευχθούν οι αρνητικές συνέπειες στο γνωστικό και ψυχολογικό τομέα. Η παρέμβαση μπορεί να χωριστεί σε δύο κατηγορίες: στην πρόωμη παρέμβαση και στην παρέμβαση που ακολουθεί μετά τη διάγνωση.

Η πρόωμη παρέμβαση απευθύνεται σε όλα τα παιδιά που βρίσκονται σε κατάσταση επικινδυνότητας ή έχουν αναπτυξιακά προβλήματα. Σε αντίθεση με τη Βόρεια Αμερική, όπου η πρόωμη παρέμβαση λαμβάνει χώρα από τη γέννηση μέχρι την ηλικία των τριών ετών, στην Ευρώπη η διάρκεια της παρέμβασης έχει διαφορετικές εκφάνσεις. Σαν αρχή η υποστήριξη παρέχεται σε ένα παιδί και στην οικογένεια του μέχρι αυτό να ενταχθεί στο σχολείο και μέχρι να είναι υπό την πλήρη αρμοδιότητα των εκπαιδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών (Δροσινού, 2009).

Τα σχετικά προγράμματα ασχολούνται με παιδιά βρεφικής ή νηπιακής ηλικίας με εμφανείς αναπηρίες, αναπτυξιακές διαταραχές ή βρίσκονται σε επικινδυνότητα για αναπτυξιακές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, ένα παιδί θεωρείται ότι έχει κάποια διαταραχή, όταν παρουσιάζει καθυστέρηση ή/και δυσλειτουργία σε μια ή περισσότερες δεξιότητες: αδρής κινητικότητας, λεπτής κινητικότητας, αισθητηριακής αντίληψης, αισθητηριακής ολοκλήρωσης, επικοινωνίας (λόγου, ομιλίας), γλώσσας και μαθηματικών, κοινωνικές (προσαρμοστικής συμπεριφοράς).

Ως πρόωμη παρέμβαση μπορούμε να ορίσουμε όλες τις μορφές παιδοκεντρικών δραστηριοτήτων εξάσκησης και εκπαίδευσης καθώς και δραστηριοτήτων που αφορούν την καθοδήγηση των γονέων αμέσως μετά τον προσδιορισμό της κατάστασης των παιδιών. Η πρόωμη παρέμβαση απευθύνεται στο ίδιο το παιδί, στους γονείς, καθώς και σε ολόκληρη την οικογένεια και στο ευρύτερο περιβάλλον.

Τα προγράμματα παρέμβασης οφείλουν να είναι εξατομικευμένα, να εντοπίζουν και να βελτιώνουν τις αδυναμίες του μαθητή, να διδάσκουν εναλλακτικές στρατηγικές και να χρησιμοποιούν τις υπάρχουσες δυνάμεις του ως βάση για την

περαιτέρω ανάπτυξη. Τα περισσότερα εξειδικευμένα προγράμματα είναι δομημένα σε πολύ μεγάλο βαθμό και οι εκπαιδευτικοί χρειάζεται να εκπαιδευτούν για να τα εφαρμόσουν.

Η μελέτη που έγινε στο ινστιτούτο της Columbia για την ανάγνωση βοήθησε στη διευκόλυνση της έρευνας στην αναγνωστική παρέμβαση στο πεδίο των μαθησιακών δυσκολιών. Η μελέτη του ινστιτούτου του Chicago εισήγαγε τις κοινωνικές δεξιότητες ως μια ερευνητική περιοχή άξια διερεύνησης. Σχετική μελέτη αναφορικά με την αξιολόγηση στο ινστιτούτο της Minnesota προσέφερε στους επαγγελματίες που ασχολούνταν με τη διάγνωση, μεγαλύτερη επίγνωση των συγκεκριμένων αδυναμιών των προτυποποιημένων τεστ και των διαδικασιών λήψης αποφάσεων βασισμένων σε δεδομένα της αξιολόγησης. Ακόμα, μία άλλη μελέτη στο ινστιτούτο της Virginia φαίνεται ότι αποτέλεσε μία έναρξη για πολύ περισσότερη έρευνα σχετικά με ανεπάρκειες στην προσοχή, τη μεταγνώση και τη διδασκαλία. Ωστόσο, όπως αναφέρει ο Adams, (1990), η ανακάλυψη της φύσης και της σημασίας της φωνημικής επίγνωσης θεωρείται ως η σημαντικότερη καινοτομία του 20ού αιώνα για την ανάγνωση.

Οι Eden και Moats (2002), στην δική τους εκδοχή, θεωρούν ότι η δυσλεξία αποτελεί ειδική μαθησιακή διαταραχή νευροβιολογικής προέλευσης, η οποία χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην ακριβή και ευχερή αναγνώριση λέξεων, στην ορθογραφία και στις ικανότητες αποκωδικοποίησης. Τα ερευνητικά δεδομένα συμφωνούν ότι τα χαρακτηριστικά αυτά καθώς και άλλες εμφανείς εκδηλώσεις στη συμπεριφορά σε μεγάλο βαθμό προέρχονται από ανεπάρκειες στο φωνολογικό στοιχείο του λόγου. Παρόλα αυτά, οι αντικρουόμενες θεωρίες για την ακριβή φύση των φωνολογικών ανεπαρκειών οδήγησε σε αποκλίνουσες προσεγγίσεις παρέμβασης. Οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι της λειτουργίας του εγκεφάλου και της γενετικής απέτρεψαν οι θεωρίες αυτές να διερευνηθούν πιο αναλυτικά και οδήγησαν στην εφαρμογή αποτελεσματικής αξιολόγησης του καθορισμού της δυσλεξίας, εάν εφαρμόζονται σωστά. Αν και η αντιμετώπιση έχει βελτιωθεί καθώς αναπτύσσονται οι νευροεπιστήμες, εντούτοις απαιτείται περαιτέρω μελέτη και έρευνα για τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών προγραμμάτων διδασκαλίας.

Έτσι πρέπει να συνδυάζεται η πρώιμη παρέμβαση με την πολυπαραγοντική και ολοκληρωμένη παρέμβαση όταν αντιμετωπίζουμε παιδιά με ευρύ φάσμα πολύπλοκων

διαταραχών στο πλαίσιο των μαθησιακών δυσκολιών. Ακόμα, είναι πολύ καθοριστική η αποδοχή και η θετική διαχείριση των διαταραχών αυτών από την οικογένεια και το σχολείο.

Ο έγκαιρος εντοπισμός και η πρόωπη αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών, με στόχο να προληφθούν η διόγκωση των δυσκολιών του παιδιού και η συσσώρευση αρνητικών σχολικών εμπειριών, τα τελευταία χρόνια έχει αποσπάσει αρκετά την προσοχή των ερευνητών και των επαγγελματιών όλων των ειδικοτήτων που ασχολούνται με τις μαθησιακές δυσκολίες. Άλλωστε, είναι ευρέως γνωστό πως η πρόληψη σε πρωτογενές επίπεδο είναι ευκολότερη και πιο συμφέρουσα (από άποψη χρόνου, κόστους και ενέργειας) από την παρέμβαση σε δευτερογενές ή τριτογενές επίπεδο, αφού δηλαδή εκδηλωθούν οι όποιες δυσκολίες. Σε αυτό το σημείο είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι πολλά από τα στοιχεία της πρόωπης παρέμβασης αφορούν όλους τους μαθητές και όχι μόνο όσους αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες. (Μπίμπου και συν., 2010).

Στην έγκαιρη ανίχνευση των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες συμβάλλουν πολλές μέθοδοι αξιολόγησης, όπως σταθμισμένες δοκιμασίες αλλά και άτυπες δοκιμασίες. Μια αξιολόγηση τέτοιου τύπου είναι η χορήγηση προκριματικών τεστ (screening) σχολικής ετοιμότητας σε μεγάλο αριθμό παιδιών ή σε όλα τα παιδιά πριν ή κατά την είσοδό τους στην Α' τάξη του Δημοτικού. Η αξιολόγηση αυτή επιδιώκει τον εντοπισμό ελλειμματικών περιοχών και ανωριμότητας σε διάφορους τομείς της γνωστικής ανάπτυξης των μαθητών που προγνωστικά είναι δυνατόν να αποτελέσουν ενδείξεις μαθησιακών δυσκολιών. Ένας τρόπος έγκαιρου εντοπισμού μαθησιακών δυσκολιών που χρησιμοποιείται πολύ σε αγγλοσαξονικές χώρες είναι η χρήση της αξιολόγησης βασικών δεξιοτήτων. Στην Ελλάδα έχει προσαρμοστεί η κλίμακα των Desforges και Lindsay (1995) για την αξιολόγηση γνώσεων και δεξιοτήτων παιδιών προσχολικής ηλικίας. Η κλίμακα αυτή αξιολογεί γλωσσικές, μαθηματικές και ψυχοκινητικές δεξιότητες καθώς και δεξιότητες που σχετίζονται με την κοινωνικότητα και την αυτονομία στη μάθηση. (Μπίμπου και συν., 2010).

Γενικές αρχές για την οργάνωση προγραμμάτων παρέμβασης

Η προσπάθεια του εκπαιδευτικού - σχολικού συστήματος αλλά και της οικογένειας βασίζεται στην εφαρμογή ενός εξατομικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος για το μαθητή με μαθησιακές δυσκολίες. Το πρόγραμμα αυτό

στηρίζεται στην πλήρη διαγνωστική αξιολόγηση του μαθητή και εκπονείται από την ίδια διεπιστημονική ομάδα που αξιολόγησε τις ικανότητες και τις αδυναμίες του. Το πρόγραμμα μπορεί να εφαρμόζεται στο σχολείο (από τον εκπαιδευτικό της τάξης ή τον ειδικό παιδαγωγό), αλλά είναι οφείλει να συνεχίζεται και στο σπίτι. Η εφαρμογή γίνεται με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα και η παρέμβαση στρέφεται σε συγκεκριμένες περιοχές στις οποίες ο μαθητής έχει αδυναμίες. Το παρεμβατικό πρόγραμμα επομένως θα πρέπει να διακρίνεται από τους σαφείς στόχους του (βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους), αλλά ο μαθητής είναι εκείνος που ουσιαστικά θα καθορίσει τον τρόπο δράσης, το ρυθμό της παρέμβασης, τη χρονική της διάρκεια αλλά και τη λήξη της (με την ολοκλήρωση του παρεμβατικού προγράμματος) (Μπίμπου και συν., 2010).

Πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι ο ειδικός που θα επιχειρήσει να αξιολογήσει τους παραπάνω παράγοντες θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις, προκειμένου να προβεί στη σωστή διάγνωση και στην κατάλληλη ψυχοπαιδαγωγική συμβουλευτική.

Κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης των Μ.Δ. εφαρμόζονται ειδικές ασκήσεις ανάπτυξης των συγκεκριμένων μη ακαδημαϊκών και σχολικών δεξιοτήτων, στις οποίες το άτομο παρουσιάζει έλλειμμα. Το ψυχοπαιδαγωγικό πρόγραμμα αντιμετώπισης πρέπει να είναι εξατομικευμένο, δηλαδή προσαρμοσμένο στον τρόπο που σκέπτεται το άτομο με Μ.Δ. (το οποίο καλό είναι να μη θεωρείται ελλειμματικό, αλλά διαφορετικό) κατά τη διάρκεια της μαθησιακής διαδικασίας και να δομείται με βάση το τι ήδη γνωρίζει (Κανδαράκης, 2004).

Η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία άρχισε να αναπτύσσεται στις αρχές του 1960 ως μια δομημένη, βραχεία και προσανατολισμένη στο παρόν ψυχοθεραπεία ενηλίκων με στόχο την επίλυση των τρεχόντων προβλημάτων. Η εφαρμογή της γνωστικής-συμπεριφοριστικής θεραπείας στα παιδιά και στους εφήβους ξεκίνησε αργότερα με παρεμβάσεις στον άξονα I και συγκεκριμένα σε παιδιά με αγχώδεις διαταραχές. Όταν στα τέλη της δεκαετίας του '80 η επιστημονική κοινότητα επιχείρησε για πρώτη φορά την εισαγωγή των αρχών της γνωστικής-συμπεριφοριστικής θεραπείας στον παιδικό πληθυσμό, καθιέρωσε ουσιαστικά την είσοδό της στο κόσμο των παιδιών. Ύστερα από είκοσι χρόνια, η πλειοψηφία των παιδικών και εφηβικών προβλημάτων αντιμετωπίζεται με προγράμματα γνωστικών

ή/και συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων ικανά να παράσχουν ακριβή και τεκμηριωμένη γνώση. Η ιδιοποίηση αυτής της γνώσης έχει εφαρμογές σε πολλά πεδία που εκτείνεται από τη φυσιολογική, γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και φτάνει στην αντιμετώπιση αναπτυξιακών και ψυχικών διαταραχών.

Στη γνωστική-συμπεριφοριστική παρέμβαση η θεραπεία αρχίζει με τη διερεύνηση της συμπεριφοράς, του συναισθήματος και την εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών προκειμένου να αποκρυσταλλωθεί ο τρόπος που το παιδί σκέφτεται και ερμηνεύει την πραγματικότητα γύρω του. Ο βασικός στόχος της γνωστικής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας είναι η προσέγγιση των πυρηνικών πεποιθήσεων του παιδιού, των κεντρικών ιδεών και των προσδοκιών του, δηλαδή των σχημάτων που έχει για τον κόσμο του (DeRubeis, Tang&Beck, 2001). Η Θεραπευτική αλλαγή είναι η τροποποίηση των γνωστικών δομών του παιδιού, ώστε να αναγιγνώσκει και κατ'επέκταση να ανταποκρίνεται με πιο λειτουργικό τρόπο στα πράγματα.

Υπάρχει αναγκαιότητα μιας επαρκούς γνώσης γύρω από τα γνωστικά σχήματα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της σκέψης των παιδιών με εσωτερικευμένα προβλήματα γιατί είναι θεμελιώδης προκειμένου να καταστεί μια παρέμβαση έγκυρη και αποτελεσματική στο χρόνο. Όμως, ενώ οι γνώσεις μπορούν να υπάρχουν πίσω από τα περισσότερα προβλήματα των παιδιών, η τροποποίηση τους δεν είναι ο μόνος παράγοντας που χρειάζεται να ληφθεί υπόψη στο σχεδιασμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η φιλοσοφία της γνωστικής-συμπεριφοριστικής θεραπείας παιδιών αφορά την ύπαρξη μιας ισορροπίας που ενσωματώνει τόσο τους γνωστικούς, όσο και τους συμπεριφορικούς παράγοντες, αλλά και τους διαπροσωπικούς παράγοντες, δίνοντας έμφαση και στους τρεις (Shirk, 2001). Όποια κι αν είναι αυτή η ισορροπία, οι Reinecke, Datillio και Freeman (2003) αναφέρουν ότι «η κλινική δουλειά με παιδιά απαιτεί προσοχή αναφορικά με το πώς αυτά τα γνωστικά σχήματα και διεργασίες εξελίσσονται, το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο λειτουργούν και τις συνέπειες αυτής της λειτουργίας» (σελ. 84).

Ποικίλουν, λοιπόν, τα χαρακτηριστικά μιας γνωστικής-συμπεριφοριστικής παρέμβασης στα παιδιά και πολλοί είναι οι παράγοντες που χρειάζεται να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό μιας παρέμβασης. Η παρέμβαση οφείλει να μειώνει τους παράγοντες επικινδυνότητας και να προωθεί τους προστατευτικούς παράγοντες στο περιβάλλον του παιδιού. Έτσι, οι παρεμβάσεις χρειάζεται να λαμβάνουν υπόψη τους

περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως είναι η προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο, οι οικογενειακές σχέσεις και οι σχέσεις με τους ομηλικούς. Κατά συνέπεια, κάθε θεραπεία πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στα μοναδικά χαρακτηριστικά του παιδιού και λιγότερο στη διάγνωση (Friedberg&McClure, 2002). Όπως οι Dadds και Barrett (2001) τονίζουν «χρειάζεται ευελιξία ώστε να ενσωματωθεί η θεραπεία στις συγκεκριμένες ανάγκες κάθε παιδιού» (σελ. 1002).

Η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία δίνει έμφαση στη συνεργασία και την ενεργή συμμετοχή του παιδιού, επικεντρώνεται, επίσης, σε στόχους και τρέχοντα προβλήματα και είναι χρονικά περιορισμένη με προκαθορισμένη δομή σε κάθε συνεδρία. Έπειτα, στοχεύει στην προαγωγή των κατάλληλων δεξιοτήτων στο παιδί με άμεσο και κατανοητό τρόπο ώστε να παραμένει ενεργή (Knell, 1993). Καθώς η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα, τα παιδιά διδάσκονται να αναγνωρίζουν, να αξιολογούν και να απαντούν στις δυσλειτουργικές σκέψεις και πεποιθήσεις τους και να υιοθετούν λειτουργικά γνωστικά σχήματα και προσαρμοστικές συμπεριφορές.

Πέρα από τις βασικές αρχές και τα χαρακτηριστικά της γνωστικής-συμπεριφοριστικής θεραπείας που έχουν αναφερθεί παραπάνω και που μοιάζουν αρκετά με τη θεραπεία ενηλίκων, συναντώνται και ορισμένα χαρακτηριστικά που χρειάζεται να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό μιας παρέμβασης με παιδιά. Τα παιδιά, σε αντίθεση με τον πιο νοητικό τρόπο των ενηλίκων, είναι επικεντρωμένα στη δράση, γι' αυτό είναι εξαιρετικά βοηθητικό η εκμάθηση νέων δεξιοτήτων να συνδέεται με συγκεκριμένες δράσεις (ευχάριστες και κοντά στα ενδιαφέροντά τους) που θα τα βοηθούν να παρακολουθούν, να ανακαλούν την μεμαθημένη επιθυμητή συμπεριφορά και να την εφαρμόζουν. Ακόμα, παρότι πολλά παιδιά είναι πρόθυμα να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους σε ένα ενήλικα, για κάποια παιδιά η εμπειρία αυτή προκαλεί άγχος. Αυτό μπορεί να λειτουργήσει ενάντια στη διάθεση του παιδιού να κινητοποιηθεί και να συνεργαστεί με τον εμπυχωτή. Κάποιες άλλες μεταβλητές οι οποίες επηρεάζουν το θεραπευτικό σχεδιασμό μπορούν να αποτελέσουν η ηλικία, οι ιδιαίτερες προτιμήσεις, οι περιορισμοί, η γλώσσα και έτσι πολλές τεχνικές παρέμβασης επιστρατεύουν παιχνίδια, καρτούν, ζωγραφική, αφηγήσεις ιστοριών, κατασκευές και όχι μόνο λεκτική παρέμβαση (όπως γίνεται στους ενήλικες).

Πρόδρομος της γνωστικής-συμπεριφοριστικής θεραπείας στον παιδικό πληθυσμό και πρωτοπόρος αυτών των ψυχοθεραπευτικών προγραμμάτων υπήρξε ο Phillip Kendall (Barrett, Duffy, Rapee & Dadds, 2001. Kendall & Panichelli-Mindel, 1995. Kendall, 1994). Το 1990 σχεδίασε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας των εσωτερικευμένων διαταραχών σε παιδιά σχολικής ηλικίας, που το ονόμασε Coping Cat. Το πρόγραμμα αποτελείται από 16 συνεδρίες εκ των οποίων οι πρώτες οκτώ ασχολούνται με την εκπαίδευση και απόκτηση των δεξιοτήτων, ενώ οι επόμενες οκτώ εστιάζονται στην εξάσκηση που βάση της έχει την έκθεση. Στόχος του Coping Cat είναι ο θεραπευτής να βοηθήσει το παιδί να τροποποιήσει τις δυσλειτουργικές σκέψης, να αναπτύξει κατάλληλους τρόπους να διαχειρίζεται αγχογόνες καταστάσεις και να ηρεμεί τον εαυτό του όταν είναι ανήσυχο. Το παιδί καταφέρνει να κατακτά αυτούς τους στόχους με μια σειρά βημάτων που αναγνωρίζονται με το ακρωνύμιο FEAR (φόβος). Το πρώτο βήμα εστιάζει στο να βοηθήσει το παιδί να αναγνωρίζει πότε βιώνει άγχος.

Σε μία δεύτερη φάση το παιδί λαμβάνει βοήθεια από τον θεραπευτή να αντιλαμβάνεται τις αρνητικές προσδοκίες που του προκαλούν φόβο. Στη τρίτη φάση το παιδί με τη βοήθεια του θεραπευτή μαθαίνει να διαμορφώνει πιο ρεαλιστικές αντιλήψεις για το φόβο του και να εξερευνά δράσεις αντιμετώπισής του. Στη τέταρτη φάση το παιδί αξιολογεί την επιτυχία των προσπαθειών του και ενθαρρύνεται να σκεφτεί πιθανές επιβραβεύσεις για την αντιμετώπιση της αγχογόνου συνθήκης. Όταν το παιδί εξοικειωθεί με τα βήματα, η θεραπεία περιλαμβάνει την εξάσκηση στις δεξιότητες που αποκτήθηκαν με ασκήσεις προσαρμοσμένες στους συγκεκριμένους φόβους του παιδιού (Kendall & Treadwell, 1996).

Όσον αφορά την ομαδική γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία στα παιδιά, πέρα από την ατομική, έχει εξίσου καλά αποτελέσματα με την ατομική θεραπεία των συναισθηματικών προβλημάτων (Monga et al., 2009) και συνιστά μια εναλλακτική των κλασικών παρεμβάσεων και καινοτόμο πρακτική (Stewart, Christner & Freeman, 2007). Όπως υπογραμμίζουν οι Kronenberger και Meyer (2001) «συγκεκριμένα προβλήματα, ειδικά αυτά που σχετίζονται με κοινωνικές δεξιότητες, ενσυναίσθηση, στρατηγικές διαχείρισης καταστάσεων και προβλήματα αλληλεπίδρασης αντιμετωπίζονται καλύτερα σε ομαδικό πλαίσιο. Οι ομάδες μαθαίνουν στα παιδιά να επικοινωνούν με σωστό τρόπο, να υποστηρίζονται μεταξύ τους, να κινητοποιούνται παιδιά που υπό άλλες συνθήκες θα παρέμεναν αδιάφορα και να ομαλοποιούν τις

μεταξύ τους διαφορές και συγκρούσεις» (σελ.35). Τα παιδιά συμμετέχοντας ενεργά στην ομάδα αντιλαμβάνονται ότι οι συμπεριφορές, τα συναισθήματα και οι σκέψεις τους δεν είναι παράξενες ή προβληματικές. Ακόμα τους γίνεται κατανοητός ο αντίκτυπος της συμπεριφοράς τους σε άλλα παιδιά και εξασκούνται στον αυτο-έλεγχο και τη διεκδικητική συμπεριφορά (Stewart, Christner&Freeman, 2007. Rak&Patterson, 1996).

Χρησιμοποιώντας, λοιπόν, συνδυαστικά τις δύο προσεγγίσεις, δηλαδή την αναγνώριση και διατύπωση της μορφής προβληματικής συμπεριφοράς μέσω της εμπειρική προσέγγισης και την παραπομπή του παιδιού για κλινικό έλεγχο και κατάρτιση προγράμματος παρέμβασης σε συνεργασία με γονείς, ειδικούς και εκπαιδευτικούς, γίνεται απόλυτα κατανοητό το γεγονός ότι κρίνεται ωφέλιμη.

Είναι εμφανές, όμως, ότι οι συνέπειες των προβλημάτων συμπεριφοράς διευρύνονται και αποτελούν ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα σε ότι έχει να κάνει με τις σχέσεις των μαθητών και τη συναισθηματική τους ζωή. Οι Batstraetal. (2012) υπογραμμίζουν ότι σε προγνωστικά στάδια των συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων στην παιδική ηλικία πρέπει να υπάρχει προσοχή καθώς βρίσκεται ο κίνδυνος πολλά παιδιά να επωμισθούν το βάρος της ετικέτας της υπερδιάγνωσης, ωστόσο αυτό δε θα πρέπει να εμποδίζει την έγκαιρη και πρώιμη παρέμβαση.

Υπάρχει η θεώρηση από τους συμπεριφορικούς ψυχολόγους ότι η συμπεριφορά είναι το πρόβλημα και κάθε παρέμβαση των ειδικών ή των εκπαιδευτικών πρέπει να απευθύνεται στη συμπεριφορά. Έτσι, το πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς εστιάζει στο είδος και τη συχνότητα της μαθητικής συμπεριφοράς και αναζητά τις συνθήκες που μειώνουν ή και εξαλείφουν την ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Φαίνεται ότι η βασική αρχή της συμπεριφοριστικής σχολής είναι «χρησιμοποίησε ό,τι αποδίδει από τα παραδοσιακά και σύγχρονα μέσα ενθάρρυνσης και αποθάρρυνσης», όλα, όμως, είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν σύμφωνα με τους νόμους της συμπεριφοριστικής ψυχολογίας (Ματσαγγούρας, 1988).

Είναι σημαντικό να επισημάνουμε την αναγκαιότητα κατάρτισης εκπαιδευτικών προγραμμάτων παρέμβασης για τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς με στόχο την ισχυροποίηση της ικανότητάς τους στον τομέα της

διαχείρισης και αντιμετώπισης προβλημάτων, ως προϋπόθεση για την ανάπτυξη της αυτοαντίληψής τους, και αυτό θα επιδράσει θετικά στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους και στη σχολική επίδοσή τους.

Τα τελευταία χρόνια, μέσα στο πλαίσιο της Σχολικής Ψυχολογίας, έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία, σε όλο τον κόσμο, στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή παρεμβατικών προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης στο σχολικό πλαίσιο για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και ευεξίας, τόσο σε επίπεδο ατόμου όσο και σε επίπεδο συστήματος. Ένα τέτοιο είδος προγράμματος θα ήταν σκόπιμο και ωφέλιμο να λάβει υπόψη του και τα δεδομένα της παρούσας έρευνας: α) τη σχέση των προβλημάτων συμπεριφοράς με τις μαθησιακές δυσκολίες, β) τη σχέση της αυτοεκτίμησης και αυτοαντίληψης με την εξωτερική εικόνα και τους συνομηλίκους. Συγκεκριμένα, προτείνεται στους εκπαιδευτικούς και σε όσους ασχολούνται με τους μαθητές, στο πλαίσιο της προσπάθειας αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών, να αντιμετωπίσουν τα πραγματικά τους αίτια που αφορούν κατά κύριο λόγο το ψυχολογικό υπόβαθρο των παιδιών και όχι πιθανόν την διάρθρωση των μαθημάτων ή τις αυξημένες απαιτήσεις τους. Ακόμα, αξιοσημείωτη αποτελεί η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης ενός παιδιού προκειμένου να καταπολεμηθεί μια από τις κύριες αιτίες των ανασφαλειών του που συνήθως είναι το πρόβλημα της εξωτερικής εμφάνισης. Όπως για παράδειγμα σε τόπους όπως είναι το σχολείο, όπου δεν έχουν προλάβει ακόμα να αναπτυχθούν κοινωνικές συμπεριφορές και η ψυχοσύνθεση του ατόμου είναι ευέλικτη και ευαίσθητη, ένας τέτοιος παράγοντας θα μπορούσε να επιβαρύνει το παιδί και να αποτελέσει εμπόδιο για την πορεία του αργότερα, γι' αυτό και κρίνεται καίρια η ενίσχυσή του.

Οι μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος καθημερινά αντιμετωπίζουν μία αρνητική πραγματικότητα. Η έγκυρη αναγνώριση και συνειδητοποίηση από τους εκπαιδευτικούς των ψυχολογικών, εκπαιδευτικών και κοινωνικών παραγόντων που εμπλέκονται στο πρόβλημα του παιδιού είναι το πιο σημαντικό εφόδιο στην προσπάθεια σχεδιασμού μιας αποτελεσματικής παρέμβασης, που έχει ως κύριο στόχο να ενισχύσει την αίσθηση ικανότητας, αυτάρκειας, και προσωπικού ελέγχου που έχει το παιδί για ό,τι αφορά τη ζωή του. Οι προσπάθειες, τόσο των γονιών όσο και των εκπαιδευτικών είναι χρήσιμο να έχουν ως γνώμονα και τελικό στόχο τα παρακάτω:

- Να διαμορφωθεί στο σπίτι και στο σχολείο ένα περιβάλλον που συντελεί όχι μόνο στο να πετύχει το παιδί, αλλά και να βιώσει αυτή του την επιτυχία ως αποτέλεσμα κυρίως των δικών του προσπαθειών και ικανοτήτων. Για να συμβεί αυτό προτείνεται να ενδυναμώσουμε το παιδί και να ενισχύσουμε την αίσθηση ότι έχει το ίδιο προσωπικά το έλεγχο και την ευθύνη για τη ζωή του. Οι γονείς δεν οφείλουν να κάνουν οι ίδιοι την δουλειά του παιδιού, αλλά να το βοηθήσουν να οργανώσει τις προσπάθειες και τις δυνάμεις του με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτύχει το ίδιο το επιθυμητό ή παραπλήσιο αποτέλεσμα. Μ' αυτόν τον τρόπο επικοινωνούν στο παιδί την αποδοχή και την εκτίμησή τους, ενισχύουν την αυτοπεποίθησή του, βοηθούν στην εσωτερική του ηρεμία, το κινητοποιούν να πετύχει περισσότερα, ενώ ενθαρρύνουν την αυτονομία του.
- Να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον το οποίο βοηθάει στην ενίσχυση της πεποίθησης στο παιδί ότι τα λάθη και αποτυχίες δεν είναι μόνο αποδεκτές, αλλά είναι αναμενόμενα, και πρέπει να τα βλέπουμε σαν ευκαιρίες για μάθηση. Δηλαδή, οφείλουμε να επιδιώκουμε το δύσκολο πράγματι καθήκον, να πείσουμε τα παιδιά που είναι ευάλωτα σε αποτυχίες - πολλά εκ των οποίων νιώθουν ηττημένα και κουρασμένα μετά από χρόνια απογοητεύσεων και αποτυχιών - ότι οι αποτυχίες τους μπορεί να τα οδηγήσουν στην επιτυχία.

Κάτι ακόμα που μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της ικανότητας των παιδιών να αντιμετωπίσουν αρνητικά συναισθήματα και να μιλήσουν για δυσάρεστες εμπειρίες ή δύσκολες καταστάσεις, είναι η καλλιτεχνική δημιουργία. Η Volgi-Phelps χρησιμοποίησε εικαστική θεραπεία με παιδιά και παρατήρησε ότι η εικαστική δημιουργία επιτρέπει στο παιδί να επεξεργάζεται και να διαχειρίζεται συναισθήματα, αντιμετωπίζει δυσάρεστες καταστάσεις, καλλιεργεί την έννοια του εαυτού, και μαθαίνει κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους έκφρασης του εσωτερικού του κόσμου (Brooke, 1997).

Ακόμα, φαίνεται ότι η εικαστικής και της ζωγραφικής επιτρέπει σε τραυματισμένα παιδιά να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις εμπειρίες τους με λόγια πιο αποτελεσματικά από ό, τι χρησιμοποιώντας μόνο λόγια (Chilcote, 2007)

ενώ παράλληλα μελέτες έχουν δείξει ότι η ζωγραφική 'βοηθά τα παιδιά, δίνοντας φωνή στις τραυματικές εμπειρίες τους' (Brooke, 1997).

Τα πρόσφατα ευρήματα υποστηρίζουν πως η αυτοκετίμηση, η θυματοποίηση από μπούλινγκ, έλεγχος συναισθημάτων, κοινωνικές ικανότητες και πίεση συνδέονται με τα εσωτερικευμένα και τα εξωτερικευμένα προβλήματα σε παιδιά που έχουν διαγνωστεί με δυσλεξία.. Η παρέμβαση στοχεύει σε αυτούς τους κοινωνικο-συναισθηματικούς παράγοντες.

Οι μέθοδοι της παρέμβασης έχουν παρόμοια συστατικά.

Οι περισσότερες μελέτες για τις παρεμβάσεις σε φυσικά περιβάλλοντα, προσφέρουν υποστήριξη για ένα διάστημα της ημέρας για κάποιες εβδομάδες. Μερικές μελέτες (Dunlap, Kern-Dunlap, Clarke, & Robbins, Kernetal, 2006; Umbreit, 1997) έχουν ερευνήσει πιο εκτενή επίπεδα παρέμβασης τα οποία προσφέρονται μέσα στη μέρα για μήνες ή και χρόνια. Δεδομένης της σπουδαιότητας για τα νεαρά παιδιά που πρόκειται να εμφανίσουν ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, φαίνεται ότι πρέπει να δοθεί προσοχή στην μελλοντική μελέτη για την παρέμβαση τους σε μεγάλες περιόδους.

Μία καλή σχέση μεταξύ του ιατρού και του κλινικού του παιδιού αυξάνει την πιθανότητα επιτυχούς παρέμβασης με τα παιδιά τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα. Ο ιατρός βρίσκεται στη δύσκολη θέση του να πρέπει να βεβαιώσει ότι τα παράπονα του παιδιού δεν οφείλονται σε οργανική αιτία. Παρ' όλα αυτά, αχρείαστες ή και επαναλαμβανόμενες ιατρικές διαδικασίες αυξάνουν τα συμπτώματα του παιδιού. Όταν υπάρχει Διεπιστημονική προσέγγιση μπορεί να αποκτηθεί γνώση μεταξύ των επιστημόνων και να αναπτυχθεί ένα καλό πλάνο παρέμβασης.

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις εφιστούν την προσοχή τους σε τρεις περιοχές: εκπαίδευση, αλλαγές στην ενίσχυση και ανάπτυξη των ικανοτήτων διαχείρισης. Η εκπαίδευση αφορά την επίγνωση των ψυχολογικών και φυσικών καταστάσεων του ανθρώπου που πρέπει να υπάρχει μεταξύ του παιδιού, των γονιών και των κηδεμόνων του. Το να βοηθάμε κάποιον να καταλάβει το πώς το παιδί αναγνωρίζει τα συναισθήματα και τις πράξεις των γονιών, μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης πόνου ή άλλων συμπτωμάτων και τους βοηθάει να αντιληφθούν με ακρίβεια την επιρροή που έχουν στα φυσικά παράπονα του παιδιού (Wasserman, Whittington, & Rivara,

1988). Έτσι, οι γονείς και το παιδί θα αποκτήσουν αίσθηση ελέγχου των συμπτωμάτων και θα προετοιμαστούν για αλλαγές στη συμπεριφορά και την επίγνωση που θα προτείνει ο κλινικός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την εκτενής μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας μπορούμε να αντιληφθούμε ότι υφίσταται ένας συσχετισμός μεταξύ των Φωνολογικών διαταραχών, των μαθησιακών δυσκολιών και των ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων. Οι παράγοντες που θα οδηγήσουν στην ομαλή ανάπτυξη του παιδιού και στην ακαδημαϊκή του επιτυχία είναι αρκετοί, με τον ρόλο της οικογένειας να είναι από τους σημαντικότερους τόσο για την ανάπτυξη του παιδιού όσο και για την ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη, καθώς και το σχολικό περιβάλλον επίσης να διαδραματίζει καίριο ρόλο στον τομέα αυτόν. Είναι πολύ καθοριστικό να αποδέχεται η οικογένεια και το σχολείο τις διαταραχές αυτές που τα παιδιά ενδέχεται να αντιμετωπίζουν, να ενημερώνονται και να αναζητούν βοήθεια από τους ειδικούς.

Οι Ζακοπούλου, Β. , Ζωσιμίδου, Ο. , Γεωργίου, Γ. , & Μυλωνά, Α., (2013) κατέληξαν στη διατύπωση των ακόλουθων διαπιστώσεων: τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες συχνότερα αντιμετωπίζουν περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής τόσο κατά την παιδική όσο και στην πρώτη εφηβική ηλικία. Επί προσθέτως, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες συνθέτουν μια ομάδα σε που τείνει να αντιμετωπίσει δυσκολίες στις σχέσεις με συνομηλίκους, να εμφανίσει προβλήματα συμπεριφοράς, να εκδηλώσει ελλείμματα στις κοινωνικές τους δεξιότητες και να σχηματίσει αρνητική αυτοεικόνα (Ζακοπούλου, Β. , Ζωσιμίδου, Ο. , Γεωργίου, Γ. , & Μυλωνά, Α., 2013).

Είναι πολύ σημαντικό να μελετηθεί η συνεκδήλωση των μαθησιακών δυσκολιών με κοινωνικές και ψυχο-συναισθηματικές διαταραχές, όμως, κύριο μέλημά μας θα πρέπει να είναι η ολοκληρωμένη ενίσχυση και υποστήριξη των παιδιών με αυτές τις δυσκολίες, τόσο σε επίπεδο ψυχοσυναισθηματικής ολοκλήρωσης και κοινωνικής συμπεριφοράς όσο και επίτευξης στόχων (Ζακοπούλου, Β. , Ζωσιμίδου, Ο. , Γεωργίου, Γ. , & Μυλωνά, Α., 2013).

Το πλήθος των διαταραχών που αντιμετωπίζουν ως συνοδά χαρακτηριστικά τα παιδιά προσχολικής ηλικίας απαιτούν πρώιμη παρέμβαση και διεπιστημονική προσέγγιση. Ακόμα, συνίσταται να υπάρχει έγκυρη αξιολόγηση και εξατομικευμένη παρέμβαση. Για αυτόν τον λόγο θα ήταν χρήσιμο να συνδυάζεται η πρώιμη παρέμβαση με την πολυπαραγοντική και ολοκληρωμένη παρέμβαση όταν το παιδί βρίσκεται σε ένα φάσμα πολύπλοκων διαταραχών στο πλαίσιο των μαθησιακών δυσκολιών.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνική:

Anderson, N. B., & Shames, G. H. (2013). Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας. (Ζ. Ν. Τρίμης Νικόλαος, Επιμ.) ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Herbert, M. (1996). Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας (μτφρ. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν.), Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

Herbert, M. (1996). Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας (μτφρ. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν.), Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Heward, W. L., (2011). Παιδιά με ειδικές ανάγκες: Μια εισαγωγή στην ειδική αγωγή. Αθήνα: Τόπος.

Nespor, M. (2013). Φωνολογία. (Α. Ράλλη, Επιμ., Α. Ράλλη, Α. Νάτσης, & Α. Παπασταύρου, Μεταφρ.) Αθήνα: Πατάκη

Nespor, M., (2009). Φωνολογία. Εκδόσεις: Πατάκη.

Αγγελοσοπούλου, Α., (2011). «Ο Αγχόσαυρος» Σχεδιασμός, Κατασκευή, Εφαρμογή και Αξιολόγηση ενός Ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος για την πρόληψη και διαχείριση εσωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Διδακτορική Διατριβή). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος.

Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ., (2001) Αρχές Ελληνικής Ιατρικής. Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών, Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Βλασσοπούλου, Μ., (2007). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος, Π.Σ.Λ. Εκδόσεις: ΓΡΗΓΟΡΗ..

Βλάχος Φ. (2010). Δυσλεξία: Μια συνθετική προσέγγιση αιτιολογικών θεωριών. Προσκεκλημένη ομιλία, Η ειδική αγωγή αφετηρία εξελίξεων στην επιστήμη και στην πράξη, 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ειδικής Αγωγής: 15-18 Απριλίου 2010

Βογινδρούκας, Ι., Οκαλίδου, Α. & Σταυρακάκη, Σ. (επιμ.) (2010). Αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές. Από τη βασική έρευνα στην κλινική πράξη. Αθήνα/ Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.

Βρύζας, Κ. (1992). Κοινωνικές ανισότητες και εκπαιδευτικό σύστημα. Τα εκπαιδευτικά, Τ. 25-26, σελ. 107-113.

Γαβρηλίδου, Ζ. (2003). Φωνητική συνειδητοποίηση και διόρθωση παιδιών προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας. Αθήνα: Τυπωθήτω

Γαλάνη, Η., (2009). Φωνολογική ανάπτυξη και Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες. Η χρήση της Πινακωτής 2 ως μέσο ενίσχυσης παιδιών σχολικής ηλικίας με Μαθησιακές Δυσκολίες. Μελέτη περίπτωσης (Πτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Γερακιώτη, Α., (2019). «Φωνολογική Διαταραχή» Ψηφιακό υλικό παρέμβασης για το ζεύγος 'β – δ' (Πτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Γεωργίου, Σ.ν. (1993). Ο ρόλος της οικογένειας στην σχολική επίδοση. Εκπαιδευτική επιθεώρηση 6, σελ347-368.

Γεωργοπούλου, Μ., (2015). Μαθησιακές δυσκολίες και κοινωνική συμπεριφορά (Πτυχιακή εργασία). Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου.

Γιαννετοπούλου, Γιαλαμάς, Β., & Κιρπότην, Λ. (2007). ΜέταΦΩΝ τεστ: Ένα σταθμισμένο εργαλείο Μεταφωνολογικής Ανάπτυξης και Αναγνωστικής Ετοιμότητας ως προς την φωνολογική επίγνωση. Στο Συλλογικό, Γλωσσικές δυσκολίες και γραπτός λόγος στο πλαίσιο της σχολικής μάθησης. Αθήνα: Γρηγόρη.

Γκόρος, Λ. (1992). Η σχολική ωριμότητα και σχολική επίδοση του μαθητή σε σχέση με την κοινωνική προέλευση. Τα εκπαιδευτικά, Τ. 25-26 σελ 187-191.

Δαλακλή, Α., & Καραγεώργου, Ε., (2016). Αρθρωτικές – Φωνολογικές διαταραχές / Φωνολογική Καθυστέρηση (Πτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Δροσίνου, Μ. (2009). Δραστηριότητες Μαθησιακής Ετοιμότητας. Βιβλίο Εκπαιδευτικού Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης. Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων.

Εξαρχάκος, Γ. (2001). Φυσιοπαθολογία της φωνής. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ζακοπούλου, Β. , Ζωσιμίδου, Ο. , Γεωργίου, Γ. , & Μυλωνά, Α., (2013). Συννοσηρότητα Μαθησιακών Δυσκολιών και κοινωνικών/ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών σε παιδιά σχολικής ηλικία. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 5, Τεύχος 4, 190-198.

Ζαχάκου, Ζ. (2016, ΙΟΥΝΙΟΣ 24-26). Φωνολογική επίγνωση και δυσλεξία: ορισμοί, συσχέτιση, παρέμβαση. (Π. Σ. Παπαδάτος Ιωάννης, Επιμ.) 6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, Α, σσ. 307- 319. Ανάκτηση από <http://dx.doi.org/10.12681/edusc.956>

Θεοδώρου, Π., (2019). Αρθρωτικές ή Φωνολογικές Διαταραχές; Ποια η διαφορά (Πτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Καζά, Α., (2016). Διατροφικές διαταραχές στην παιδική ηλικία και ρόλος του νοσηλευτή (Πτυχιακή Εργασία). Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ., (2012). Η σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ, τις Μαθησιακές δυσκολίες και τη δυσλεξία. Εκδόσεις: Gutenberg

Καλαντζή-Αζίζι & Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμελητές έκδοσης), Προσαρμογή στο σχολείο: πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών, (σελ.287-327). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καμπανάρου, Μ. (2007). Διαγνωστικά θέματα Λογοθεραπείας. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην

Καμπανάρου, Μ. (2007). Διαγνωστικά θέματα λογοθεραπείας. Αθήνα: Έλλην.

Κανδαράκης Α. Γ. (2004). Διδασκαλία και έρευνα, Συνυπάρχουν οι μαθησιακές δυσκολίες με τα προβλήματα συμπεριφοράς; Θεωρητική διερεύνηση-πρακτική αντιμετώπιση. Αθήνα:Σαββάλας.

Κανδαράκης Α. Γ. (2004). Διδασκαλία και έρευνα, Συνυπάρχουν οι μαθησιακές δυσκολίες με τα προβλήματα συμπεριφοράς; Θεωρητική διερεύνηση-πρακτική αντιμετώπιση. Αθήνα:Σαββάλας.

Κανδαράκης, Α. (2004). Συνυπάρχουν οι μαθησιακές δυσκολίες με τα προβλήματα συμπεριφοράς; Αθήνα: Σαββάλας

Κατή Δ. (1989), Γλωσσική Ανάπτυξη, Παιδαγωγική, ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κάτσικας, Χ. (1995). Οικογένεια και σχολική επίδοση. Η σύμπτωση μιας νέας σχέσης. Νέα παιδεία, Τ.74, σελ 121-128

Κληματσίδα, Α., (2012). Μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχές συμπεριφοράς. Διαδικασία αξιολόγησης μέσω του ερωτηματολογίου του Achenbach. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Κολιάδης, Ε. (2010). Συμπεριφορά στο σχολείο. αξιοποιούμε δυνατότητες, αντιμετωπίζουμε προβλήματα. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Κολιάδης, Ε. (2010). Συμπεριφορά στο σχολείο. αξιοποιούμε δυνατότητες, αντιμετωπίζουμε προβλήματα. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Κουράκης Ι., (Αθήνα, 1997), Ανίχνευση στον κόσμο των μαθησιακών διαταραχών, Ελλήν

Κουρδή, Φ., (2016). Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τις διαταραχές του λόγου (Πτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Κουρκούτας, Η. Ε. (2007). Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Παρέμβαση στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κουρκουτάς, Η.,(2017). Συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές στα παιδιά. Αθήνα: τόπος

Κωσταντίνου Μ., Κοσμίδου Μ., (Αθήνα, 2011), Νευροψυχολογία Των Μαθησιακών Διαταραχών, Παρισιάνου

Κωστοπούλου, Μ., (2013). Ειδική Αναπτυξιακή Δυσλεξία κατά τη σχολική ηλικία. Πιλοτική Χορήγηση διαγνωστικού εργαλείου (Πτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Λιούμπα, Ε., (2019). Η σημασία της φωνολογικής ενημερότητας και δραστηριότητες στην προσχολική ηλικία.

Λύτρας, Ι., (2014). Δημιουργία υλικού για Αξιολόγηση και Παρέμβαση για τις Φωνολογικές Διαταραχές (Πτυχιακή Εργασία.). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Παπαντωνίου, Μ., & Καπουρόγλου, Μ. Ανάπτυξη και διαταραχές της επικοινωνίας και του λόγου στον αυτισμό.

Μαστέα, Ε., & Νάκες, Ο., (2013). Δημιουργία Άτυπου Τεστ για Αξιολόγηση και Επαναξιολόγηση Αρθρωτικών και Φωνολογικών διαταραχών μετά από Λογοθεραπευτική Παρέμβαση σε παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας (Πτυχιακή Εργασία). Α.Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας.

Ματσαγγούρας, Η. (1988). Οργάνωση και Διεύθυνση της Σχολικής Τάξης. Αθήνα: Γρηγόρης.

Μιχελιογιάννης, Ι. & Τζενάκη, Μ. (2000). Μαθησιακές δυσκολίες. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.

Μπίμπου Α. ,Πολυχρόνη Φ., Χατζηχρήστου Χ. (2010). 5η έκδοση. Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, Δυσλεξία. Ταξινόμηση, αξιολόγηση και παρέμβαση. Αθήνα:Ελληνικά γράμματα.

Μπίμπου-Νάκου, Ι. (2004). Το Άγχος και η Φοβία σε Παιδιά. Στο: Α.

Νικολόπουλος, Δ. 2008. «Γλωσσική Ανάπτυξη και Διαταραχές». Αθήνα: Τόπος.

Νικολόπουλος, Δ. (2008). Ανάπτυξη και διαταραχές δεξιοτήτων γραπτού λόγου. Στο Δ. Νικολόπουλος (Επιμ.), Γλωσσική ανάπτυξη και διαταραχές (σελ. 345-393) Αθήνα: Τόπος.

Νιτσιάκου, Μ., (2015). Αναπαραστάσεις συναισθηματικών διαταραχών: Μία προσέγγιση μέσω της εικαστικής τέχνης (Διπλωματική Εργασία). ΤΕΙ Θεσσαλίας, Λάρισα.

Νταραντούλη, Ε., & Τσιλιγγίρη, Π., (2017). Φωνολογική Διαταραχή, Αρθρωτική Διαταραχή, Φωνολογική Καθυστέρηση (Πτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Ξεκουκουλωτάκη, Α., & Ξυραδάκη, Μ., (2016). Φωνολογική Διαταραχή (Πτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Οκαλίδου Α.: Βαρηκοΐα- Κώφωση. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα, 2002.

Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών. (1995). Δοκιμασία Φωνητικής και Φωνολογικής εξέλιξης. Αθήνα: ΠΣΛ.

Παντελιάδου, Σ. (2000). Μαθησιακές Δυσκολίες και Εκπαιδευτική Πράξη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παρασκευόπουλος, Ι. & Γιαννίτσας, Ν. (1999). Ερωτηματολόγιο διαπροσωπικής – ενδοπροσωπικής προσαρμογής. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παρασκευόπουλος, Ι. & Γιαννίτσας, Ν. (1999). Ερωτηματολόγιο διαπροσωπικής – ενδοπροσωπικής προσαρμογής. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1983). Εξελικτική Ψυχολογία, Αθήνα

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας. Τόμος 2. Αθήνα: Αυτοέκδοση

Παυλίδου, Θ. -Σ. (2008). Επίπεδα γλωσσικής ανάλυσης . Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών, Ίδρυμα Μανόλη Τριανταφυλλίδη.

Παύλου, Χ. (2009). Ψυχοκοινωνικά και Συναισθηματικά προβλήματα σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Πήτα, Ρ., (1998). Ψυχολογία της γλώσσας: Μία εισαγωγική προσέγγιση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Πιτερού, Ε., & Ψαρρέα, Ι., (2015). Φωνολογική ανάπτυξη σε παιδιά 3;6 – 4;6: συσχέτιση της κατάκτησης των ήχων σε μεμονωμένες λέξεις και το συνεχές λόγο (Πτυχιακή Εργασία). Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας.

Πολυχρονοπούλου, Σ. (2001). Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και Δυνατότητες. Τόμος Α΄. Αθήνα: Ατραπός.

Πόρποδας, Κ. (1993). Γνωστική Ψυχολογία, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Πόρποδας, Κ. (1999). Γνωστική ψυχολογία. Τόμος 2, θέματα ψυχολογίας της γλώσσας. Λύση προβλημάτων, Αθήνα

Πόρποδας, Κ. (2002). Η Ανάγνωση. Πάτρα: Αυτοέκδοση.

Πόρποδας, Κ. (2003). Η μάθηση και οι δυσκολίες της (Γνωστική Προσέγγιση). Πάτρα, Εκδόσεις του συγγραφέα

Πόρποδας, Κ. (2007). Εργαλείο ανίχνευσης και διερεύνησης των αναγνωστικών δυσκολιών στο Νηπιαγωγείο και Α'-Β' Δημοτικού. ΥΠΕΠΘ-ΕΠΕΑΕΚ (1).

Πόρποδας, Κ., Διακογιώργη, Κλ., Δημάκου, Ι. & Καραντζή Ι. (2007). Εργαλείο διαγνωστικής διερεύνησης δυσκολιών στον γραπτό λόγο των μαθητών Γ'-ΣΤ' Δημοτικού. ΥΠΕΠΘ- ΕΠΕΑΕΚ (2)

Πρωτόπαπας, Α.(2008). Η ανάπτυξη της αντίληψης της ομιλίας. Στο Δ. Νικολόπουλος (Επιμ.), Γλωσσική ανάπτυξη και διαταραχές (σελ. 65-133). Αθήνα: Τόπος.

Ράλλη Α.Μ., Ειδικές δυσκολίες στην ομιλία και στη γλώσσα: Οριοθέτηση, Ταξινόμηση, Αξιολόγηση και Παρέμβαση. (Στο Σ. Τάνταρος (2011) Δυσκολίες Μάθησης, Αθήνα: Πεδίο)

Σακκάς, Β., (2002). Μαθησιακές Δυσκολίες και Οικογένεια. Παιδαγωγική και κοινωνιοψυχολογική προσέγγιση, Αθήνα, Άτραπος.

Σαλαγκούδη, Π., (2019). Σημασιολογική ανάπτυξη και ποικιλομορφία σε παιδιά τυπικής ανάπτυξης και ηλικίας 1,5 έως 4 ετών (Διπλωματική Εργασία). Σχολή Κοινωνικών, ανθρωπιστικών επιστημών και τεχνών, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Θεσσαλονίκη.

Σκόνδρα, Α., (2016). Τα συμπεριφορικά προβλήματα και οι διαταραχές συναισθήματος των παιδιών του δημοτικού σχολείου: οι διαστάσεις της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης (Διπλωματική Εργασία). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Σπαντιδάκης, Ι. (2011). Προβλήματα παραγωγής γραπτού λόγου παιδιών σχολικής ηλικίας. Αθήνα: Πεδίο

Στεργίου, Ε., (2009). Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες: Συναισθηματικές συνιστώσες και οικογενειακό περιβάλλον (Πτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Τζακώστα, Μ. & Σταυριανίδου, Α., (2014). Στάσεις Νηπιαγωγών απέναντι σε προβλήματα γλωσσικών διαταραχών παιδιών προσχολικής ηλικίας. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Τζιβινίκου, Σ., (2015). Μαθησιακές Δυσκολίες – Διδακτικές Παρεμβάσεις.

Τζουριάδου, Μ. (1990). Εξελικτική διαταραχή λόγου-μάθησης. Στο σεμινάριο Μαθησιακές Δυσκολίες. Σύγχρονες απόψεις και τάσεις, σελ. 11- 23, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Τσάλη, Χ. & Καπετανίδου, Σ., (2018). Φωνολογικές διαταραχές και διαταραχές άρθρωσης και συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές (Πτυχιακή εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Τσιαντής, Ι (1991α). Μαθησιακές Δυσκολίες της κυρίως σχολικής ηλικίας. Στο ανθολόγιο Τσιαντής, Ι. Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας σελ 183-196, Αθήνα, Καστανιώτη

Φλίνου, Β., (2013). Διαταραχές επικοινωνίας σε αναπτυξιακές διαταραχές και στη Νοητική Υστέρηση (Πτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Φλουρής, Γ.Σ. (1989). Αυτοαντίληψη, σχολική επίδοση και επίδραση γονέων, Αθήνα, Γρηγόρης.

Φραγκουδάκη, Α. (1985). Κοινωνιολογία της εκπαίδευσης. Θεωρίες για την κοινωνική ανισότητα στο σχολείο, Αθήνα, Παπαζήση

Χατζή, Α., (2018). Η εφαρμογή μουσικοθεραπευτικών προσεγγίσεων σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας με συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Χατζηχρήστου Χ., Δημητροπούλου Π., Κατή Α., Κωνσταντίνου Ε., Λαμπροπούλου Α., Λυκισάκου Κ. & Μπακοπούλου Α. (2004). Πρόγραμμα Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας και της Μάθησης: Κοινωνική και Συναισθηματική Αγωγή στο Σχολείο. Εκπαιδευτικό Υλικό για Εκπαιδευτικούς και Μαθητές της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Τεύχος 3). Αθήνα: Τυπωθήτω.

Χατζηχρήστου, Χ. Γ. (2004). Εισαγωγή στη σχολική ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Χρηστάκης, Κ. (2001). Προβλήματα συμπεριφοράς στη σχολική Ηλικία. Αθήνα: Ατραπός.

Ξένη:

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C. (1993). Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington: University of Vermont.

Adams, Marilyn Jager (1990). Beginning to Read: Thinking and Learning about Print. Cambridge, MA: Bolt, Beranek, and Newman, Inc. ED 317 950.

Akiskal, H.S., 1995. Toward a temperament-based approach to depression: implications for neurobiologic research. Adv. Biochem. Psychopharmacol. 49, 99 – 112

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub

American Psychological Association (1985). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: Author.

Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., Silva, P., (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. Arch Gen Psychiatry 44:69-78.

Arnold, E., Goldston, D., Walsh, A., Reboussin, B., Daniel, S., Hickman, E., etal. (2005).Severity of emotional and behavioral problems among poor and typical readers.Journal of Abnormal Child Psychology, 33(2), 205– 217.

August GJ, Garfinkel BD. Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic-referred children. J Abnorm Child Psychol. 1990 Feb;18(1):29-45. doi: 10.1007/BF00919454. PMID: 2324400.

Baker, L., & Cantwell, D. (1987a). A prospective psychiatric follow-up of children with speech and language disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26, 546-553.

Baker, L., & Cantwell, D. (1987b). Factors associated with the development of psychiatric illness in children with early speech/language problems. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 499-510.

Barrett P.M. & Turner C.M. (2004). Prevention of Childhood Anxiety and Depression. Στο: Barrett P.M. & Ollendick T. H., (Eds), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and Treatment*, (σελ. 475-488). UK: J. Wiley.

Barrett P.M., Duffy A., Rapee R.M. & Dadds M.R. (2001). Cognitive-Behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6 year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (1), 135-141.

Barrett P.M., Lock S. & Farrell L. (2005). Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 539-555.

Barrett P.M., Lock S. & Farrell L. (2005). Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 539-555.

Barrett P.M., Rapee R.M., Ryan M.M. & Sharon R. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (4), 187- 203.

Batstra, L., Hadders-Algra, M., Nieweg, E., Van Tol, D., Pijl S.J. & Frances, A. (2012). Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Developmental Medicine and Childhood Neurology*, 54(6), 492-494.

Beidel D.C., Flink C.M. & Turner S.M. (1996). Stability of anxious symptomatology in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 257-269.

Beidel D.C., Turner S.M. & Morris T.L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650

Beitchman, J. H. (1985). Speech and language impairment and psychiatric risk: Toward a model of neurodevelopmental immaturity. *Psychiatric Clinics of North America*, 8(4), 721-735.

Beitchman, J. H., Cohen, N. J., Konstantareas, M. M., & Tannock, R. (Eds.). (1996). *Language, learning, and behavior disorders: Developmental, biological, and clinical perspectives*. New York, NY: Cambridge University Press

Beitchman, J., Nair, R., Clegg, M., Ferguson, B., & Patel, P. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 528-535.

Bellak, L. & Bellak, S. (1949). *The Children's Apperception Test*. New York: SPC.

Bender, W. N. (1987). Secondary personality and behavior problems in adolescents with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 20, 301- 305

Benner, G. J., Nelson, J. R., & Epstein, M. H. (2002). Language skills of children with EBD: A literature review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(1), 43–59. <http://dx.doi.org/10.1177/106342660201000105>

Bernstein G.A., Borchardt C.M. & Perwein A. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1110-1119

Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*. 1991 May;148(5):564-77. doi: 10.1176/ajp.148.5.564. PMID: 2018156.

Biennu J. & Ginsburg G. (2007). Prevention of anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 19 (6), 647-654.

Bowen, C. (2014). *Children's speech sound disorders*. John Wiley & Sons

Boyes, M., Leitão, S., Claessen, M., Badcock, N., & Nayton, M., (2020). Correlates of externalising and internalising problems in children with dyslexia: An analysis of data from clinical casefiles. Australia..

Bradley, L & Bryant, P.E., (1978). Difficulties in auditory organisation as a possible cause of reading backwardness. www.nature.com

Bradley, R., Doolittle, J., & Bartolotta, R. (2008). Building on the data and adding to the discussion: The experiences and outcomes of students with emotional disturbance. *Journal of Behavioral Education*, 17, 4–23. <http://dx.doi.org/10.1007/s10864-007-9058-6>

Branch, W. B., Cohen, M. J., & Hynd, G. W. (1995). Academic achievement and attention-deficit hyperactivity disorder in children with left- or right-hemisphere dysfunction. *Journal of Learning Disabilities*, 28, 35-43

Breslau N., Davis G.C. & Prabucki K. (1986). Searching for evidence on the validity of generalized anxiety disorder: Psychopathology in children of anxious mothers. *Psychiatry Research*, 20, 285-297.

Brooke, S. (1997). *Art Therapy with Sexual Abuse Survivors*, Charles C. Thomas- Publisher, Ltd, the USA

Broomfield J, Dodd B. Children with speech and language disability: caseload characteristics. *Int J Lang Commun Disord*. 2004 Jul-Sep;39(3):303-24. doi: 10.1080/13682820310001625589. PMID: 15204443.

Bruck, M. (1988). The word recognition and spelling of dyslexic children. *Reading Research Quarterly*.

Bryan, J.H. & Bryan, T. (1990). Social factors in learning disabilities: Attitudes and interactions, in G. Th. Pavlides (Ed.) *Perspectives on dyslexia 2*, London: Wiley, pp.247-281

Burd I, Kauffman D & Kerbessian J, 1992 Tourette syndrome and learning disabilities. *J Learn Disabil* 1992 25:598-604

Burke J.D., Burke K.C. & Rae D.S. (1994). Increased rates of drug abuse and dependence after onset of mood or anxiety disorders in adolescence. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 451-455.

Cain, K. & Oakhill, K. (eds.) (2008). *Children's comprehension problems in oral and written language. A cognitive perspective*. New York/ London: The Guilford Press.

Camarata, S. M., Hughes, C. A., & Ruhl, K. L. (1988). Mild/moderate behaviorally disordered students: A population at risk for language disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 19(2), 191-200. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.1902.191>

Campbell M.A. (2003). Prevention and intervention for anxiety disorders in children and adolescents: a whole school approach. *Australian Journal of Guidance and Counseling*, 13(1), 47-62.

Cantwell, D. & Baker, L. (1991). Association between Attention Deficit – Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 24(2), 88-95.

Cantwell, D. P., & Baker, L. (1991a). Association between attention deficit hyperactivity disorder and learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 88-95.

Cantwell, D. P., & Baker, L. (1991b). *Psychiatric and developmental disorders in children with communication disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Cantwell, D. P., & Fomess, S. R. (1982). Learning disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 417-419.

Caron, C., & Rutter, M., (1991). Comorbidity in child Psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry*, 32:1063-1080.

Carroll, J. M., Maughan, B., Goodman, R., & Meltzer, H. (2005). Literacy difficulties and psychiatric disorders: Evidence for comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5), 524–532

Caylak E, 2010. The studies about phonological deficit theory in children with developmental Dyslexia. *American Journal of Neuroscience*, 1(1): 1-12.

Chilcote, R. (2007) Art Therapy with Child Tsunami Survivors in Sri Lanka, *Art Therapy Journal of the American Art Therapy Association*, 24 (4) pp. 156-162, AATA, Inc 2007.

Christodoulou J. A, Del Tufo S. N, Lymberis J, Saxler P. K, Ghosh S. S, Triantafyllou C, Gabrieli J. D 2014. Brain bases of reading fluency in typical reading and impaired fluency in Developmental Dyslexia. *PloS One*, 9(7): e100552.

Cobham V.E., Dadds M.R. & Spence S.H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (6), 893-905.

Cohen J. (1985). Learning disabilities and adolescence: developmental considerations. *Adolesc Psychiatry*.;12:177-96. PMID: 4003678.

Cohen J.A., Deblinger E., Mannarino A.P. & Steer R. (2004). A Multi-Site Randomized Controlled Trial for Children With Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 4, 393-402

Cohen, N. J., Davine, M., Horodezky, M. A., Lipsett, L., & Isaacson, L. (1993). Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children: Prevalence and language and behavioral characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 595–603. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199305000-00016>

Cohen, N., Davine, M., Horodezsky, N., Lipsett, L., & Isaacson, L. (1993). Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children: Prevalence and language and behavioral characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 595-603.

Concetta Culliver & Robert Sigler (1991) The Relationship Between Learning Disability and Juvenile Delinquency, *International Journal of Adolescence and Youth*, 3:1-2, 117-128, DOI: 10.1080/02673843.1991.9747697

Cone, J. H. (1986). *My soul looks back*. New York: Orbis Books.

Cornwell, A & Bawden, H.N. (1992). Reading disabilities and aggression: a critical review, *Journal of Learning Disabilities*, 25, pp. 281-288.

Dadds M., & Barrett P. (2001). Practitioner Review: Psychological management of anxiety disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (8), 999-1011.

Dadds M., & Barrett P. (2001). Practitioner Review: Psychological management of anxiety disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (8), 999-1011.

Dadds M.R., Barrett, P.M., Rapee R.M. & Sharon R. (1996). Family process and child anxiety and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (6), 715-734...

Dalley, M.B., Bolokofsky, D.N., Alcorn, M.B. & Baker, C. (1992). Depressive symptomatology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities, *School Psychology Review*, 21, 444-458.

DeRubeis R.J., Tang T.Z. & Beck A.T. (2001). Cognitive Therapy. Στο: Dobson K.S. (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (349-392). New York: Guilford.

Dhossche D., Ferdinand R., Van der Ender J. & Verhulst F. (2001). Outcome of self-reported functional-somatic symptoms in a community sample of adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13, 191-199

Dodd, B. (2011). Differentiating Speech Delay From Disorder: Does it Matter?. *Topics in Language Disorders*, 31(2), 96-111

Dodd, B., Crosbie, S., McIntosh, B., Holm, A., Harvey, C., Liddy, M., & Rigby, H. (2008). The impact of selecting different contrasts in phonological therapy. *International journal of speech-language pathology*, 10(5), 334-345.

Donahue, M., Cole, D., & Hartas, D. (1994). Links between language and emotional/behavioral disorders. *Education and Treatment of Children*, 17(3), 244–254

Donovan C. & Spence S. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20 (4), 509-531.

Donovan C. & Spence S. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20 (4), 509-531.

Dunlap, G., Kern-Dunlap, L., Clarke, S., & Robbins, F. R. (1991). Functional assessment, curricular revision, and severe behavior problems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 387-397.

Dunn, D. W., & Kronenberger, W. G. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Neurologic Clinics*

Eden, G. F. & Moats, L. (2002). The role of neuroscience in the remediation of students with dyslexia. *Nature Neuroscience*, 5, 1080-1084.

Eden, G., & Moats, L. (2002). The role of neuroscience in the remediation of students with dyslexia. *Nature Neuroscience Supplement*, 5, 1080–1084.

Elbedour S., Shulman S. & Kedem P. (1997). Children's Fears: cultural and developmental perspectives. *Behavior Research and Therapy*, 35, 491-496.

Elliott J. G, Grigorenko E. L, 2014. *The Developmental Dyslexia debate* (No.14). Cambridge University Press.

Epstein, M. H., Cullinan, D., & Bursuck, W. D. (1985). Prevalence of behaviour problems among learning disabled and non-handicapped students. *Mental Retardation and Learning Disability Bulletin*, 13, 30-39.

Fessler, M. A., Rosenberg, M. S., & Rosenberg, L. A. (1991). Concomitant learning disabilities and learning problems among students with behavioural emotional disorders. *Behavioral Disorders*, 16, 97-106.

Fisher, B. L., Allen, R., & Kose, G. (1996). The relationship between anxiety and problem-solving skills in children with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 439-446

Fomess, S. R., Bennett, L., & Tose, J. (1983). Academic deficits in emotionally disturbed children revisited. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 140-144.

Forness, S. R., & Kavale, K. A. (2000). What Definitions of Learning-Disability Say and Don't Say: A Critical Analysis. *Journal of Learning Disabilities*.

Friedberg R.D. & McClure J.M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents: The Nuts and Bolts*. New York: Guilford Press.

Fristad, M. A., Topolosky, S., Weller, E. B. & Weller, R. A. (1992). Depression and learning disabilities in children. *Journal of Affective Disorders*, 26, 53-58.

Gaab N., Gabrieli J., Deutsch G., Tallal P. and Temple E., (2007), Neural correlates of rapid auditory processing are disrupted in children with developmental dyslexia and ameliorated with training: An fMRI study, *Restorative Neurology and Neuroscience*, 25, 295-310

Gallagher, T. (1999). Interrelationships among children's language, behavior, and emotional problems. *Topics in Language Disorders*, 19, 1-15.

Gallico, R., Burns, T., & Grob, C., (1992). *Emotional and Behavioral Problems in Children With Learning Disabilities*. Wadsworth Publishing Co Inc.

Gar N. & Hudson J. (2009). Changes in maternal expressed emotion toward clinically anxious children following cognitive behavioral therapy. *Journal of Experimental Child Psychology*, 104, 346-352.

Garner, P.W., Mahatmya, D., Moses, L.K., & Bolt, E. (2014). Association of preschool type and teacher-child relational quality with young children's social - emotional competence . *early education development* , 25, 399 - 420.

Gierut, J. A. (1998). Treatment Efficacy Functional Phonological Disorders in Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41(1), S85- S100

Gittelman R, Mannuzza S, Shenker R, Bonagura N. (1985). Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. Oct;42(10):937-47. doi: 10.1001/archpsyc.1985.01790330017002. PMID: 4037987.

Godart N.T., Flament M.F., Lecrubier Y. & Jeammet P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Comorbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15, 38-45.

Gonzalez G. F, Zanic G, Tijms J, Bonte M, Blomert L, Molen M, 2014. Brain-potential analysis of visual word recognition in dyslexics and typically reading children. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8: 474.

Goodyer I.M. & Altham P.M. (1991). Lifetime exit events and recent social and family adversities in anxious and depressed school-aged children. *Journal of Affective Disorders*, 21, 1063-1077.

Goswami, U., Porpodas, C., & Wheelwright, S. (1997). Children's orthographic representations in English and Greek. *European Journal of Psychology of Education*

Gresham, F. M. (2005). Response to intervention: An alternative means of identifying students as emotionally disturbed. *Education and Treatment of Children*, 28(4), 328–344

Grigorenko, P. (2001). Developmental dyslexia: an update on genes, brains and environments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 91-125.

Grunwell. (1987).

Hadwin I., Frost S., French C.C. & Richards A. (1997). Cognitive processing and trait anxiety in typically developing children: evidence for interpretation bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 486-490.

Haft, S. L., Myers, C. A., & Hoeft, F. (2016). Socio-emotional and cognitive resilience in children with reading disabilities. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10, 133–141. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.06.005>

Halperin, J. M., & Gittelman, R. (1982). Do hyperactive children and their siblings differ in IQ and academic achievement? *Psychiatry Research*, 6(2), 253–258

Halperin, J.M., Gittelman, R., Klein, D.F. et al. Reading-disabled hyperactive children: A distinct subgroup of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity?. *J Abnorm Child Psychol* 12, 1–14 (1984). <https://doi.org/10.1007/BF00913458>

Hammill, D. D. (1990). On Defining Learning-Disabilities: An Emerging Consensus. *Journal of Learning Disabilities*.

Harris, J. C., King, S. L., Reifler, J. P., & Rosenberg, L. A. (1984). Emotional and learning disorders in 6- to 12- year- old boys attending special schools. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 431-437.

Haugard, J., (2016). *Recognizing and Treating Uncommon Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents Who Have Been Severely Maltreated: Somatization and Other Somatoform Disorders*. Cornell University, Pennsylvania.

Haynes, C., & Naidoo, S. (1991). Children with specific speech and language impairment. *Clinics in Developmental Medicine*, No. 119. Oxford: Mackeith Press.

Herzanic B, Peenick E, (1972) Adult outcome of disabled child readers, *J Spec Educ*

Hinshaw, S. P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111(1), 127–155. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.1.127>

Hinshaw,S.P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms , *Psychological Bulletin*, 111, pp. 127-155.

Hollo, A., Wehby, J., & Oliver, R., (2014). *Unidentified Language Deficits in Children With Emotional and Behavioral Disorders: A Meta-Analysis*. Council for Exceptional Children.

Hooper, S. R., Roberts, J. E., Zeisel, S. A., & Poe, M. (2003). Core language predictors of behavioral functioning in early elementary school children: Concurrent and longitudinal findings. *Behavioral Disorders*, 29, 10–24.

Hoover JJ. Implementing A Study Skills Program in the Classroom. *Academic Therapy*. 1989;24(4):471-476. doi:10.1177/105345128902400410

Hudson J. L., Hughes A. A. & Kendall P. C. (2004). Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. Στο: P.M. Barrett & T.H. Ollendick, (Eds), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and Treatment*, (σελ.115-143). UK: J. Wiley.

Hunt. R. D., & Cohen. D. J. (1984). Psychiatric aspects of learning disabilities. *Pediatric Clinics of North America*. 31, 471-179.

Huntington, D.D. & Bender,W.D. (1993). Adolescents with learning disabilities at risk? Emotional well-being, depression, suicide , *Journal of learning disabilities*, 26 , pp. 159-166.

Karimzadeh, M., Rostami, M., Teymouri, R., Moazzen, Z., & Tahmasebi, S., (2017). The Association between parental mental health and behavioral disorders in pre-school children. Δημοσιεύτηκε στο www.ncbi.nlm.nih.gov

Kastamoniti, A., Tsattalios, K., Christodoulides, P., & Zakopoulou, V., (2018). The role of phonological memory in reading acquisition and dyslexia: a systematic literature review.. *European Journal of Special Education Research*, 3(4). <http://doi.org/10.5281/zenodo.1560698>

Kauffman, J. M., Cullinan, D., & Epstein, M. H. (1987). Characteristics of students placed in special programs for the serious emotionally disturbed . *Behavioral Disorders*, 12, 175-184.

Kellam, S. G., Brown, C. H., Rubin, B. R., & Ensminger, M. E. (1983). *Paths Leading to Teenage Psychiatric Symptoms and Substance Use: Developmental Epidemiological Studies in Woodlawn*.

Kendall P.C. & Panichelli-Mindel S.M. (1995). Cognitive-behavioural treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 (1), 107-124.

Kendall P.C. & Treadwell K.R. (1996). Cognitive behavioral treatments for childhood anxiety disorders. Στο: E.D. Hibbs & P.S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescents disorders: Empirically based strategies for clinical practice*, (σελ.23-42). Washington DC: American Psychological Association.

Kendall P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.

Kendall P.C., Hedtke K.A. & Aschenbrand S.G. (2006). Anxiety disorders. Στο: D.A. Wolfe & E.J. Mash (Eds.), Behavioral and emotional disorders in adolescents: nature, assessment and treatment, (σελ.259-299). New York: The Guilford Press.

Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R. & Walters E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Knell S.M. (1993). Cognitive behavior play therapy, (σελ.71). Northvale: J. Aronson.

Kotsopoulos, A., & Boodoosingh, L. (1987). Language and speech disorders in children attending a day psychiatric programme. *British Journal of Disorders of Communication*, 22(3), 227–236. <https://doi.org/10.3109/13682828709019865>

Kovacs M. & Devlin B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 47-63.

Kovacs M. (2006). Next steps for research on child and adolescent depression prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 184-185.

Kronenberger W.G. & Meyer R.G. (2001). The child clinician's handbook (2nd ed.), (σελ.35), Boston: Allyn & Bacon.

Landgren, M., Pettersson, R., Kjellman, B. & Gillberg, C. (1996). ADHD, DAMP and other Neurodevelopmental /Psychiatric Disorders in 6-year-old Children: epidemiology and Co-morbidity. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 891-906

Langer N, Benjamin C, Minas J, Gaab N, 2013. The neural correlates of reading fluency deficits in children. *Cerebral Cortex*, 25(6): 1441-1453.

Leonard, L.B. (1997). Children with specific language impairment. Cambridge, MA: MIT Press.

Lewis DO, Shanok SS, Balla DA, Bard B. Psychiatric correlates of severe reading disabilities in an incarcerated delinquent population. *J Am Acad Child*

Psychiatry. 1980 Autumn;19(4):611-22. doi: 10.1016/s0002-7138(09)60965-1. PMID: 7204793.

Lewis, B. A., Freebairn, L. A., & Taylor, H. G. (2000). Academic outcomes in children with histories of speech sound disorders. *Journal of Communication Disorders*, 33(1), 11-30

Lewis, B. A., Freebairn, L. A., Hansen, A. J., Stein, C. M., Shriberg, L. D., Iyengar, S. K., & Taylor, H. G. (2006). Dimensions of early speech sound disorders: A factor analytic study. *Journal of communication disorders*, 39(2), 139-157.

Lewis, C, Hitch, G., Walker, P. (1994). The prevalence of specific arithmetic difficulties and specific reading difficulties in 9 to 10-years old boys and girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 283-292.

Lishman, W. (2003). Developmental dyslexia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 74, 1603–1605.

Livingston, R. (1990). Psychiatric comorbidity with reading disability: A clinical study , *Advances in Learning Disabilities: A research annual*, 6, Greenwich: JAI Press, pp. 143-155.

Lombardo, V. S., & Lombardo, E. F. (1991). The link between learning disabilities and juvenile delinquency: Fact or fiction? *International Journal of Biosocial & Medical Research*, 13(1), 112–117.

Love, A. J., & Thompson, M. G. G. (1988). Language disorders and attention deficit disorders in young children referred for psychiatric services: Analysis of prevalence and a conceptual synthesis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(1), 52–64. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01566.x>

Love, A. J., Thompson. M. (1988). Language disorders and attention deficit disorders in young children referred for psychiatric services; Analysis of prevalence and a conceptual synthesis. *Journal of Orthopsychiatry*, 58, .5 2-6-1

Lupe, M., (1986). A new type of learning disorder. *Acad Ther*, 21:353-355

Maag, W. & Reid. R. (1994). The phenomenology of depression among students with and without learning disabilities: More similar than different. *Learning Disabilities Research and Practice*. 9(2), 91-103.

Malka, M., (1984). A LDs expressions of anxiety in terms of minor somatic complaints. *J Learn Disabil* 17:226-228

Malka, M., (1991). Understanding loneliness among students with learning disabilities special issue : social competence on children and adolescents behavior change 8:167-173

Markowitz, J. (2008). Depressed Mothers, Depressed Children. *American Journal of Psychiatry*, 165 (9), 1086-1088.

Marrell, K.W. (1999). Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Martin A, Schurz M, Kronbichler M, Richlan F, 2015. Reading in the brain of children and adults: A meta-analysis of 40 functional magnetic resonance imaging studies. *Human Brain Mapping*, 36(5): 1963-1981.

Mascheretti S, De Luca A, Trezzi V, Peruzzo D, Nordio A, Marino C, Arrigoni F. Neurogenetics of developmental dyslexia: from genes to behavior through brain neuroimaging and cognitive and sensorial mechanisms. *Transl Psychiatry*. 2017 Jan 3;7(1):e987. doi: 10.1038/tp.2016.240. PMID: 28045463; PMCID: PMC5545717.

Mashburn, J., A., (2008). Quality of social and physical environments in preschoolers and children's development of academic , language and literacy skills. *Applied developmental science* , 12 (3) , 113-127.

Mattis S.G & Pincus D.B. (2004). Treatment of SAD and Panic Disorder in Children and Adolescents. Στο: P.M. Barrett & T.H. Ollendick (Eds), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and Treatment* (σελ.145-169). UK: J. Wiley.

Mattison R.E. (1992). Anxiety disorders. Στο: S.R. Hooper, G.W. Hynd, R.E. Mattison (Eds.), *Child psychopathology: diagnostic criteria and clinical assessment* (σελ.179-202). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Maughan, B. (1994). < Behavioural Development and Reading Disabilities > in C.Hulme & M. Snowling (eds) *Reading Development and Dyslexia*, London: Whurr Publishers Ltd.

Maughan, B., & Carroll, J. (2006). Literacy and psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 350–354.

McConaughy, S. L., Mattison, R. L., & Peterson, R. L. (1994). Behavioral emotional problems of children with serious emotional disturbance and learning disabilities. *School Psychology Review*, 23, 81-98.

McConaughy, S. L., & Ritter, D. R. (1986). Social competence and behavioral problems of learning disabled boys aged 6-11. *Journal of Learning Disabilities*, 19, 39-45.

McConaughy, S. L., Mattison, R., & Peterson, R. L. (1994). Behavioral emotional problems of children with serious emotional disturbance and learning disabilities. *School Psychology Review*, 23, 81-98.

McGee R, Share DL. Attention deficit disorder-hyperactivity and academic failure: which comes first and what should be treated? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988 May;27(3):318-25. doi: 10.1097/00004583-198805000-00009. PMID: 3288613.

McKinney, J. D. (1989). Longitudinal research on the behavioral characteristics of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22(3), 141-150, 165.

McKinney, J. D. (1989). Longitudinal research on the behavioral characteristics of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 141-15

McLeod, S., & Harrison, L. J. (2009). Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4-to 5-year-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(5), 1213- 1229.

McMichael, P., (1979). The hen or the egg? Which comes first – antisocial emotional disorders or reading disability? The British Psychological society.

Meltzer, I., Roditi, B., Houser, R. & Perlman, M. (1998). Perceptions of academic strategies and competence in students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 31, 437-451.

Mercer, C. D. (1997). *Students with learning disabilities* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Mohay, H. (1995). *Pathways of Growth, essentials of Child Psychiatry: Volume 2 Psychopathology*, Robert King and Joseph Noshpitz (1991) N.Y. John Wiley & Sons. *Behaviour Change*, 12 (4) 244-244 doi: 10.1017/S0813483900004162

Monga S., Young A. & Owens M. (2009). Evaluating a cognitive behavioral therapy group program for anxious five to seven year old children: a pilot study. *Depression and Anxiety*, 26, 243-250.

Morris T. L. (2004). Treatment of Social Phobia in Children and Adolescents. Στο: P.M. Barrett & T.H. Ollendick (Eds), Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and Treatment, (σελ.171-186). UK: J. Wiley.

Mrazek P.J. & Haggerty R.J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research, (σελ.112). Washington, DG: National Academy Press.

Muris P., Kindt M., Bogels S., Merckelbach H., Gadet B. & Moulaert V. (2000). Anxiety and threat perception abnormalities in normal children. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 22, 2, 183-199.

Muris P., Merckelbach H., Mayer B. & Prins E. (2000). How serious are common fears? Behaviour Research and Therapy, 38, 217-228.

Murray, H.A. (1943). Thematic Apperception Test Manual. Cambridge, MA: Harvard University Press

Nahgahgwon, K., Umbreit, J., Liaupsin, C., & Turton, A. (2010). Function-Based Planning for young children at risk for Emotional and Behavioral Disorders. Έκδοση: West Virginia University Press.

National dissemination center for children with disabilities (NICHCY) (2010) www.nichcy.org.

National Joint Committee on Learning Disabilities. (Ed.). (1994). Learning disabilities: Issues on definition (Revised). In Collective perspectives on issues affecting learning disabilities (pp. 61-66). Austin, TX: PRO-ED.

Offord DR, Poushinsky MF. School Performance, IQ and Female Delinquency. International Journal of Social Psychiatry. 1981;27(1):53-62. doi:10.1177/002076408102700108

Oka, E.R. & Paris, S.G. (1987). < Patterns of motivation and reading skills in under-achieving children > In S.J. Ceci (Ed.) Handbook of Cognitive, Social and Neuropsychological Aspects of Learning Disabilities, II, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp.115-145.

Ollendick T.H., Davis T.E. & Murriss P. (2004). Treatment of Specific Phobia in Children and Adolescents. Στο: P.M. Barrett & T.H. Ollendick (Eds), Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and Treatment (σελ.273-299). UK: J. Wiley

Paget, K. D.. & Reynolds, C.-R. (1984). Dimensions, levels and reliabilities on revised Children's Manifest Anxiety Scale with learning disabled children. Journal of Learning Disabilities, 17, 137-141.

Perrin S., Smith P. & Yule W. (2004). Treatment of PTSD in Children and Adolescents. Στο: P.M. Barrett & T.H. Ollendick (Eds), Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and Treatment, (σελ.217-242). UK: J. Wiley.

Pine D.S., Cohen P., Gurley D., Brook J. & Ma Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Archives of General Psychiatry, 55, 56-64.

Polat, O., Yavuz, E., A., (2016). The relationship between the duration of preschool education and primary school readiness childhood education , 92 (5) , 396-404.

Pollock M.H., Otto M.W, Sabatino S. & Matcher D. (1996). Relationship of childhood anxiety and panic disorder: Correlates and influence on course. American Journal of Psychiatry, 153, 376-381.

Pollock M.H., Otto M.W., Sabatino S., Matcher D., Worthington J., McArdie E. & Rosenbaum J. (1996). Relation of childhood anxiety to adult panic disorder: Correlates and influences on course. American Journal of Psychiatry, 153, 376-381.

Pumfrey, P., & Reason, R., (1991). National Joint Committee on Learning Disabilities -NJCLD-, 1990· 1994· 2005· 2006· 2008· British Dyslexia Association, 1998).

Puolakanaho, A., Ahonen, T., Aro, M., Eklund, K., Leppanen, H., Poikkeus, A. M., et al. (2007). Very early phonological and language skills: Estimating individual risk of reading disability. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48(9), 923–931

Raitano, N. A., Pennington, B. F., Tunick, R. A., Boada, R., & Shriberg, L. D. (2004). Pre- literacy skills of subgroups of children with speech sound disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 821-835.

Rak C. & Patterson L. (1996). Promoting resilience in at-risk children. *Journal of Consulting and Development*, 744, 368-373.

Reinecke M.A., Datillio F.M. & Freeman A. (2003). *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Reynolds, C.R. & Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior assessment system for children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.

Richman, M., Stevenson, J., & Graham, P.J. (1982). *Preschool to school: A behavioral study*. London, Academic Press.

Richman, N., Stevenson, J., and Graham, P., J., (1983) *Pre-School to School*. Academic Press: London. 1982. *Psychological Medicine*, 13(3), 698–698. <http://doi.org/10.1017/S0033291700048303>

Richman. N., Stevenson, J., & Graham, P. (1982). *Pre-school to school: A behavioural study*. New York: Academic Press.

Roberson, C., & Salter, W. (1995). *The phonological awareness kid*. East Moline: Linguisystems.

Roberson, C., & Salter, W. (1995). *The phonological awareness kid*. East Moline: Linguisystems.

Rock, E. E., Fessler, M. A., & Church, R. P. (1997). The concomitance of learning disabilities and emotional behavioral disorders: A conceptual model. *Journal of Learning Disabilities*, 30(3), 245-263.

Rodriguez, C. M., & Routh, D. K. (1989). Depression, anxiety and attributional style in learning disabled and non- learning disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 299-304

Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostic*. Burn: Bircher.

Rothbart, M. K. (1989). Temperament in childhood: A framework. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 59–73). John Wiley & Sons.

Rourke, B. P., & Fuerst, D. D. (1991). Learning disabilities and psychosocial functioning: A neuropsychological perspective. New York: Guilford.

Rourke, B. P., & Fuerst, D. P. (1991). Learning difficulties and psychosocial functioning: A neuropsychological perspective. New York, Guilford.

Russo M.F. & Beidel D.C. (1994). Comorbidity of childhood anxiety and externalizing disorders: Prevalence, associated characteristics and validation issues. *Clinical Psychology Review*, 14, 199-221.

Rutter, M., Kim-Cohen, J. Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 47(3- 4), 276-295.

Saxby, H., Morgan, H., (1993). Behaviour problems in children with learning disabilities: to what extent do they exist and are they a problem? <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1993.tb00722.x>

Schachter, DJ., C., Pless, L. B., & Brack, M. (1991). The prevalence and correlates of behavior problems in learning disabled children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(6), 323-331.

Schmeier F.R., Johnson J., Hornig C.D., Liebowitz M.R. & Weissman M.M. (1992). Social Phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.

Schreier A., Wittchen H., Hofler M. & Lieb R. (2008). Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 308-309.

Seligman L.D., Goza A.B. & Ollendick T.H. (2004). Treatment of Depression in Children and Adolescents. Στο: P.M. Barrett & T.H. Ollendick (Eds), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and Treatment*, (σελ.302-328). UK: J. Wiley.

Semrud-Clikeman M, Biederman J, Sprich-Buckminster S, Lehman BK, Faraone SV, Norman D. Comorbidity between ADDH and learning disability: a review and report in a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 May;31(3):439-48. doi: 10.1097/00004583-199205000-00009. PMID: 1592775.

Shiple, K. & McAfee, J., (2013). Διαγνωστικές προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία. Μετάφραση: Βιρβιδάκη Ε. και Ταφιάδης Δ. GOTSIS, Αθήνα.

Shirk S.R. (2001). Development and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15 (3), 155-163.

Silver LB. The relationship between learning disabilities, hyperactivity, distractibility, and behavioral problems: a clinical analysis. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1981 Spring;20(2):385-97. doi: 10.1016/s0002-7138(09)60996-1. PMID: 7264110.

Silverman W.K., Ginsburg G.S. & Kurtines W.M. (1995). Clinical issues in treating children with anxiety and phobic disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 93-117.

Smith DC, Adelman HS, Nelson P, Taylor L. Anger, perceived control and school behavior among students with learning problems. *J Child Psychol Psychiatry*. 1988 Jul;29(4):517-22. doi: 10.1111/j.1469-7610.1988.tb00742.x. PMID: 3215923.

Smith, S. D., Pennington, B. F., Boada, R., & Shriberg, L. D. (2005). Linkage of speech sound disorder to reading disability loci. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(10), 1057-1066

Spanga, M., Cantwell, D., & Baker, I. (2000). Learning difficulties. In B. Sadock, & V. Sadock (Eds.), *Comprehensive Text Book of Psychiatry*, (pp. 2614-2628), Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins.

Sprague, J., & Walker, H. (2000). Early identification and intervention for youth with antisocial and violent behavior. *Exceptional Children*, 66, 367-379

Stark K.D., Humphrey L.L., Laurent J., Livingston R. & Christopher J. (1993). Cognitive, behavioral and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 878-886

Stevenson, J., & Richman, N. (1978). Behavior, language, and development in three-year-old children. *Journal of Autism & Childhood Schizophrenia*, 8(3), 299–313. <https://doi.org/10.1007/BF01539633>

Stewart J.L., Christner R.W. & Freeman A. (2007). An introduction to cognitive-behavior group therapy with youth. Στο: R.W. Christner, J.I. Stewart, A.

Freeman (Eds.), Handbook of Cognitive-Behavior Group Therapy with Children and Adolescents, (σελ.3). New York: Routledge.

Szatmari, P., Boyle, M., & Offord, Dr., (1989). ADHD and conduct disorder: degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *J Am Acad Child Psychiatry*, 28:865-872.

Tomblin, J. G., Zhang, X., Buckwalter, P., & Catts, H. (2000). The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among secondgrade children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4), 473–482. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00632>

Toren P., Volmer L., Rosenthal B., Eldar S., Koren S., Lask M., Weizman R. & Laor N. (2000). Case series: Brief parent-child group therapy for childhood anxiety disorders using a manual based cognitive-behavioural technique. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1309-1312.

Torgesen, J., & Bryant, B. (1994). *Phonological awareness Training of reading*. An international Publisher.

Tzoufi, M., Verbi, H., Nakou, I., Siamopoulou – Mavridou, A., Venetsanos, M., Zakopoulou, V., (2010). Early Identification and Intervention in Children With Developmental Dyslexia and Neurological Diseases. *Insights on Learning Disabilities* 7(1), 29-47.

Tzouriadou M, Barbas G, 2003. Δυσλεξία: Επιστημονικές αντιφάσεις και παιδαγωγικά αδιέξοδα *Developmental Dyslexia: Scientific contradictions and educational dead-ends, in Euclides, A. Tzouriadou, M. And Leontari A. (eds), *Psychology and Education, Vol 1*] Athens: Ellinika Grammata

Umbreit, J. (1997a). Elimination of problem behavior at work through an assessment-based antecedent intervention. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 32, 129-137.

Umbreit, J. (1997b). Eliminating challenging behaviors in multiple environments throughout the entire day. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 32, 321- 330.

Valenti, F., (1986). Manifest aggression state/trait anxiety locus on control perceived parental attention and reading level among learning disabled adolescent males *dissertation abstracts international* 46:4387.

Vandermosten M, Boets B, Poelmans H, Sunaert S, Wouters J, Ghesquière P, 2012. A tractography study in Developmental Dyslexia: neuroanatomic correlates of orthographic, phonological and speech processing. *Brain*, 135(3): 935-948.

Vassiliou, D., (1982). Frustration tolerance among learning disabled and normal students dissertation abstracts international 43:1505

Walker, H. M., Ramsey, E., & Gresham, F. M. (2004). *Antisocial behavior in school with infotrac: Evidence-based practices*. Belmont, CA: Wadsworth.

Waring, R., & Knight, R. (2013). How should children with speech sound disorders be classified? A review and critical evaluation of current classification systems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 25-40.

Waring, R., & Knight, R. (2013). How should children with speech sound disorders be classified? A review and critical evaluation of current classification systems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 25-40

Wasserman, A. L., Whittington, P. F., & Rivara, F. (1988). Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 179-184.

Webster H.M. (2002). *An ecological approach to the prevention of anxiety disorders during childhood*. School of applied psychology. Australia: Griffith University.

Webster H.M. (2002). *An ecological approach to the prevention of anxiety disorders during childhood*. School of applied psychology. Australia: Griffith University.

Weiss G, Hechtman L, Perlman T, Hopkins J, Wener A. Hyperactives as Young Adults: A Controlled Prospective Ten-Year Follow-up of 75 Children. *Arch Gen Psychiatry*. 1979;36(6):675–681. doi:10.1001/archpsyc.1979.01780060065007

WEISS, G., HECHTMAN, L., MILROY, T., & PERLMAN, T. (1985). Psychiatric Status of Hyperactives as Adults: A Controlled Prospective 15-Year Follow-up of 63 Hyperactive Children, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, Volume 24, Issue 2, Pages 211-220, ISSN 0002-7138, [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60450-7](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60450-7). (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002713809604507>)

Westman, J., C., Ownby, R., L., & Smith, S. (1987). An analysis of 180 children referred to a university hospital learning disabilities service. *Child Psychiatry and Human Development*.

Willcutt EG, Pennington BF. Comorbidity of Reading Disability and Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Differences by Gender and Subtype. *Journal of Learning Disabilities*. 2000;33(2):179-191. doi:10.1177/002221940003300206

Willcutt, E. & Pennington, B. (2000). Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents with reading disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(8), 1039-1048.

Wolfe D.A. & Mash E. J. (2006). Behavioral and emotional disorders in adolescents: nature, assessment and treatment. (σελ.3-21). New York: The Guilford Press.

Wright-Strawderman, C., & Watson, B. L. (1992). The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25(4), 258–264. <https://doi.org/10.1177/002221949202500407>

Yule, & Rutter, 1985 reading and other learning difficulties in rutter m hersov l (eds) child and adolescent psychiatry : modern approaches blackweel , boston 1985 444:464

Zadeh, Y. Z., Im-Bolter, N., & Cohen, N. J. (2007). Social cognition and externalizing psychopathology: An investigation of the mediating role of language. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 141–152. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-006-9052-9>

Zakopoulou., V., et al. “Children ‘at Risk’ of Specific Learning Disorder: Individualized Diagnostic Profiles and Interventions”. *Acta Scientific Neurology* 4.2 (2021): 25-41.

Zoccolillo, M. Pickles, A. Quinton, D. & Rutter, M. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: Implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine*, 22, 971-986

Zoccolotti P., et al. “Editorial: Understanding Developmental Dyslexia: Linking Perceptual and Cognitive Deficits to Reading Processes”. *Frontiers in Human Neuroscience* 10 (2016): 140.

American Psychiatric association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: author.

American Psychiatric association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: author.

Ιστοσελίδες:

<http://www.dsm5.org>

www.dyslexia.edu.gr

www.eduportal.gr

www.nature.com

www.nichcy.org

