



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα:

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ
ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ:
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΛΟΓΟ**

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΦΟΙΤΗΤΩΝ, Α.Μ.: : ΒΛΑΧΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ , Α.Μ.: 15893

ΦΑΣΟΥΛΗ ΜΑΡΙΑ, Α.Μ.: 15961

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Σιαφάκα Βασιλική
Επίκουρος Καθηγήτρια

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) AND CHILD ABUSE: EFFECTS IN SPEECH

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

2. Μέλος επιτροπής:

3. Μέλος επιτροπής:

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Υπογραφή

© Επίθετο, Όνομα, έτος.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

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

ΦΑΣΟΥΛΗ ΜΑΡΙΑ

ΒΛΑΧΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Υπογραφή

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να εκφράσουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ανθρώπους που βοήθησαν μέσω της στήριξής τους, και ιδίως στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μας, την κ. Βασιλική Σιαφάκα, για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, και την έμπρακτη κατανόηση και βοήθειά της σε όλα τα θέματα που μας δυσκόλεψαν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τραύμα, όπως ορίζεται από τον Freud, είναι: *«Η εμπειρία που σε μικρό χρονικό διάστημα δίδει στην ψυχική ζωή ένα τόσο ισχυρό ερέθισμα το οποίο δε μπορεί να απαλειφθεί ή να τύχει της συνήθους επεξεργασίας, με αποτέλεσμα να καθίστανται αναπόφευκτες μόνιμες διαταραχές».*

Η βίωση από την πλευρά ενός παιδιού έντονα τραυματικών γεγονότων ή συνθηκών, κατά την περίοδο της εξαιρετικά σημαντικής χρονικής φάσης της δημιουργίας του ψυχισμού (εγώ), μπορεί να οδηγήσει σε ιδιαίτερα βεβαρημένες καταστάσεις, που, αν δε δοθεί η ευκαιρία στο παιδί να τις επεξεργαστεί και να τις ερμηνεύσει, μπορούν να δημιουργήσουν σειρά σημαντικών δυσκολιών και επιπτώσεων (ψυχικά αλλά και σωματικά) στην μετέπειτα ενήλικη ζωή του. Συγκεκριμένοι παράγοντες και χαρακτηριστικά του παιδιού, όπως η ηλικία του και το εξελικτικό του επίπεδο κατά τη χρονική περίοδο του τραύματος, το είδος του τραύματος (δηλαδή αν πρόκειται για σωματική ή ψυχική κακοποίηση, σεξουαλική, παραμέληση από τους φροντιστές του, ή και διάφορα άλλα τραυματικά γεγονότα όπως κοινωνικά ή τρομοκρατικά συμβάντα), η συχνότητα, ο χρόνος που διήρκεσε/αρκούσε και η σοβαρότητα της τραυματικής συνθήκης, είναι βέβαιο πως επηρεάζουν σημαντικά τις επιπτώσεις και τα αποτελέσματα του κάθε τραύματος. Σε μεγάλη συχνότητα, παρατηρούνται διαταραχές διάθεσης με βασικά συμπτώματα αυτά της κατάθλιψης και της απομόνωσης, χαμηλό επίπεδο γνωστικής ικανότητας, επιβαρυντικές επιπτώσεις στη γλωσσική ανάπτυξη και στη σχολική επίδοση, δυσχέρεια στη δημιουργία ασφαλούς δεσμού και διαταραχή μετατραυματικού στρες, φόβος και συναισθηματική σύγχυση. Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητη η κατανόηση του ψυχικού τραύματος, τα αίτια του, οι συνέπειες που μπορεί να προκληθούν στον τομέα της ανάπτυξης και ειδικότερα στην παρούσα εργασία, στον τομέα του λόγου και της επικοινωνίας.

Λέξεις ευρετηρίου: Τραύμα πρώιμης παιδικής ηλικίας, διαταραχή μετατραυματικού στρες, διαταραχές της επικοινωνίας, διαταραχές λόγου.

ABSTRACT

Premature exposition of a child to intense traumatic conditions during the critical period of the creation of the inner self (psyche), creates particularly complex burdened situations, which if not properly processed by the child can cause a series of significant difficulties and have psychological and physical effects in a child's adult life.

Particular factors and traits of the child, as age and cognitive level during the period that the traumatic experience took place, the type of the experience (mental, physical, or sexual abuse, negligence, traumatic social events), the duration and the intensity of the traumatic event, have all been proven to significantly affect the aftermath and the result of each traumatic situation.

Mood disorders with depression and reclusion as their main symptoms, negative effects in cognition, linguistic development and school performance, problems in creating safe bonds and post-traumatic stress disorder, have frequently been observed in such cases.

Therefore, it is essential that the psychological trauma, its source, and the effects it may have in a child's development, and specifically in the sector of speech and communication, be understood.

Key words: premature age traumatic experience, post-traumatic stress disorder, communication disorders, speech disorders

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	7
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΤΟΜΕΙΣ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ	12
1.1 ΓΛΩΣΣΑ	12
1.2 ΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑ	14
1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ	18
1.3.1 Γέννηση – 3ος μήνας.....	20
1.3.2 6ος – 11ος μήνας.....	21
1.3.3 12ος – 18ος μήνας.....	21
1.3.4 18ος – 36ος μήνας.....	21
1.3.5 3ο – 4ο έτος.....	22
1.4 ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	23
1.4.1 Οργανικά Αίτια	24
1.4.2 Ιδιοσυγκρασιακά Αίτια	24
1.4.3 Ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ.....	27
2.1 ΤΡΑΥΜΑ	27
2.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ	30
2.2.1 Σωματική βία.....	31
2.2.2 Σχολικός εκφοβισμός	33
2.2.3 Ψυχοσυναισθηματική Βία	34
2.2.4 Σεξουαλική βία.....	37
2.2.5 Παραμέληση του παιδιού	38
2.2.6 Πένθος- διαζύγιο	39
2.2.7 Παιδικές Ασθένειες	42
2.2.8 Γεγονότα Ευρύτερης Εμβέλειας (Φυσικές Καταστροφές, Πόλεμοι, Τρομοκρατία)	43
2.2.8.1 Πόλεμος.....	44
2.2.8.2 Πυρκαγιές.....	44

2.2.8.3 Σεισμοί.....	45
2.2.8.4 Τρομοκρατικές Ενέργειες	45
2.2.9 Ειδικές μορφές παιδικής κακοποίησης.....	46
2.2.9.1 Μη Τυχαία Δηλητηρίαση	47
2.2.9.2 Παιδική Εργασία	47
2.2.9.3 Παιδιά Στρατιώτες.....	48
2.2.9.4 Σύνδρομο Munchausen-Δι' αντιπροσώπου	48
2.2.9.5 Σύνδρομο του Αμέτοχου Θεατή	49
2.2.9.6 Δυστροφία Μη Οργανικής Αιτιολογίας	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	50
3.1 ΑΓΧΟΣ.....	50
3.1.1 Κοινωνική Φοβία (social phobia/anxiety).....	51
3.1.2 Ειδική Φοβία	52
3.1.3 Διαταραχή Πανικού.....	52
3.1.4 Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού	53
3.1.5 Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή.....	53
3.2 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	54
3.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ STRESS.....	54
3.3.1 Διαταραχή μετατραυματικού stress	55
3.3.1.1 Διαγνωστικά Κριτήρια Κατά DSM-IV για τη Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Stress	59
3.3.1.2 Συνοδές Διαταραχές-Επιπλοκές.....	60
3.3.1.3 Αιτιολογικοί Παράγοντες	61
3.3.2 Οξεία αντίδραση στο stress.....	62
3.3.2.1 Διαγνωστικά Κριτήρια Κατά DSM-IV για τη διαταραχή από Οξύ Stress... 63	
3.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ/ΠΙΘΑΝΕΣ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ Δ/ΧΕΣ 66	
4.1 ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ.....	67
4.1.1 Αίτια Τραυλισμού	68
4.1.2 Κατηγορίες Τραυλισμού	70
4.1.2.1 Εξελικτικός Τραυλισμός.....	70
4.1.2.2 Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός	71
4.2 ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗ ΑΛΑΛΙΑ-ΒΩΒΟΤΗΤΑ	72
4.2.1. Κλινική Εικόνα	73
4.2.2 Αίτια Επιλεκτικής Αλαλίας.....	75

4.2.3 Διάγνωση.....	76
4.3 ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΛΟΓΟΥ-ΟΜΙΛΙΑΣ	77
4.3.1 Κλινική Εικόνα.....	78
4.3.2 Κατηγορίες Καθυστέρησης Λόγου	80
4.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	82
4.4.1 Κλινική Εικόνα.....	84
4.4.2 Αίτια ΔΕΠ-Υ	87
4.5 ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ.....	88
4.5.1 Γενικά χαρακτηριστικά	89
4.5.2 Ειδικά στην ανάγνωση	91
4.5.3 Ειδικά στη γραφή και ορθογραφία.....	92
4.5.4 Αίτια των μαθησιακών δυσκολιών.....	93
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	96
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	99
Διεθνής βιβλιογραφία	99
Ελληνική βιβλιογραφία	112
Εφημερίδες - περιοδικά	118
Διαδικτυακές πηγές	119

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Είναι πλέον εμπεριστατωμένο, ότι οι άνθρωποι είναι ένα από τα είδη του ζωικού βασιλείου το οποίο διέπεται από μία τεράστια τάση για κοινωνικοποίηση από τη φύση του, το οποίο είναι απαραίτητο να αλληλοεπιδρά και να επικοινωνεί με άλλα μέλη του είδους του προκειμένου να αισθάνεται ολοκληρωμένο και περισσότερο ασφαλές. Η αξία της επιτέλεσης της επικοινωνίας είναι σημαντικότερη για την επιβίωση των ανθρώπων, καθώς μέσω αυτής ανταλλάσσουν ιδέες και απόψεις, δημιουργούν κοινωνικές και επαγγελματικές σχέσεις και μαθαίνουν καινούρια ιδανικά, αξίες και γενικώς διάφορα ενδιαφέροντα και αρχές άλλων ατόμων, δυνητικά από πολλές και διάφορες άλλες κουλτούρες και μέρη του κόσμου. Η ικανότητα όμως για επικοινωνία μπορεί να διαταραχθεί ή ακόμη και να διακοπεί σε αρκετές περιπτώσεις. Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να εξετάσει έναν από αυτούς τους πιθανούς λόγους, στην ευρύτητα και την έπαρκη ποικιλία στην οποία μπορεί να παρουσιαστεί. Πρόκειται για το **τραύμα** και το γενικότερο φάσμα τραυματικών γεγονότων τα οποία μπορεί να συναντήσει ένας άνθρωπος στη ζωή του, και ειδικότερα στη συγκεκριμένη εργασία, τα τραυματικά γεγονότα που μπορεί να συναντήσει ένα **παιδί** έως την ενηλικίωσή του. Έμφαση θα δοθεί στις τραυματικές εμπειρίες οι οποίες δύνανται να αποτελέσουν εμπόδιο ή έστω ανασταλτικό παράγοντα στη φυσιολογική ανάπτυξη του λόγου, καθώς και στην εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού stress λόγω μίας από αυτές τις εμπειρίες, και το ρόλο που μπορεί να παίξει στη ψυχοσύνθεση και τη γνωστική και κοινωνική ικανότητα ενός ανήλικου ατόμου.

Στο πρώτο κεφάλαιο, πραγματοποιείται η καταγραφή των φυσιολογικών σταδίων ανάπτυξης του λόγου, καθώς και τι ακριβώς ορίζουμε ως «λόγο και ομιλία». Στο ίδιο κεφάλαιο παρατίθενται ορισμοί, με τους οποίους επεξηγούνται τα στοιχεία του όρου «ψυχικό τραύμα» και ποιους τομείς επηρεάζει. Υπάρχει πληθώρα ορισμών ως προς το συγκεκριμένο ψυχικό φαινόμενο, και η επιλογή αυτών που χρησιμοποιούνται στη συγκεκριμένη εργασία έχει γίνει με βάση την αξιοπιστία τους αλλά και την ευφράδεια με την οποία μεταφέρουν αυτό που ίσως σε πολλούς ανθρώπους είναι μόνο μία θολή ιδέα και ονομάζεται **ψυχικό τραύμα**.

Εν συνεχεία, στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται ανάλυση ορισμένων κατηγοριών τραυμάτων, παραδείγματος χάρη η βία (σε όποια μορφή και αν αυτή εμφανίζεται: κοινωνική, σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική, ρατσιστική, σχολική, κ.α.), η βίωση της απώλειας από τη σκοπιά ενός παιδιού, οι διάφορες ασθένειες που μπορεί να βιώσει ένα παιδί

και να επηρεαστεί η ψυχосύνθεσή του, οι φυσικές καταστροφές, οι τρομοκρατικές ενέργειες, κ.α. Κατά την παρουσίαση αυτών των εμπειριών οι οποίες μπορούν να χαρακτηριστούν ως τραυματικές, δίδεται η εξήγηση της αιτιολογίας λόγω της οποίας ένα άτομο βιώνει αυτές τις εμπειρίες ως τραυματικές.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται ο ορισμός της Διαταραχής Μετατραυματικού Stress (Post-Traumatic Stress Disorder). Παρατίθενται επίσης οι τρόποι διάγνωσης, σύμφωνα με το DSM- IV, καθώς και οι δυσκολίες που πιθανώς παρουσιάζουν τα άτομα με την συγκεκριμένη Διαταραχή.

Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται λόγος στις συνέπειες που δυνητικά μπορεί να προκαλέσουν τα διάφορα τραυματικά γεγονότα στη διαδικασία της μάθησης, αλλά και στο λόγο και την ομιλία των παιδιών. Περιγράφονται οι δυσκολίες οι οποίες μπορεί να αντιμετωπιστούν από ένα παιδί σε όλους τους επικοινωνιακούς τομείς (προφορικό, γραπτό και μη λεκτικό τρόπο επικοινωνίας). Θα γίνει συσχετισμός της κάθε δυσκολίας αναλογικά με τον ψυχισμό του παιδιού και τις συνέπειες της στο λόγο, στο πλαίσιο της επικοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΤΟΜΕΙΣ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

Η ελληνική γλώσσα θεωρείται από πολλούς ως μία εκ των πολυπλοκότερων. Ένας από τους λόγους ύπαρξης της άποψης αυτής είναι οι πολυάριθμες λέξεις που μπορούν να εντοπιστούν στην καθημερινή ομιλία. Ο μεγάλος αριθμός συνώνυμων λέξεων ή λέξεων παραπλήσιου νοήματος, δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο την πλήρη κατανόηση της γλώσσας αυτής. Οι όροι επικοινωνία, λόγος, γλώσσα και ομιλία συχνά συγχέονται. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο να τονίσουμε τις διαφορές ανάμεσα σε όλους αυτούς τους όρους και να παραθέσουμε τους ορισμούς τους με σκοπό την πλήρη επεξήγησή τους.

1.1 ΓΛΩΣΣΑ

«Το χαρακτηριστικό εκείνο που κάνει το ανθρώπινο είδος να διαφέρει από όλα τα υπόλοιπα, είναι η ικανότητα του να δημιουργήσει ένα μοναδικό, πολυσήμαντο και πολύπλοκο συμβολικό σύστημα επικοινωνίας. Το σύστημα αυτό δεν συμβάλλει μόνο στην κάλυψη των βιολογικών αναγκών του, αλλά συμβάλλει και στη διανοητική του δημιουργία και στην μεταξύ του επικοινωνία και κατανόηση. Το επικοινωνιακό σύστημα αυτό ονομάζεται γλώσσα». (Πόρποδας, 1999).

Το χαρακτηριστικό λοιπόν που χαρίζει στο ανθρώπινο είδος ξεχωριστή θέση στο ζωικό βασίλειο, πέραν της ικανότητας για «λογική» σκέψη, είναι η γλώσσα. Το σύστημα αυτό που δημιούργησε ο άνθρωπος για να επικοινωνεί, βλέποντας κατά το πέρασμα των χρόνων την ανυπέρβλητη και επιτακτική αυτή ανάγκη. Ένα σύστημα ήχων και εννοιών.

Σύμφωνα με τον Norman Geschwind στο άρθρο του «Specializations of the Human Brain» στο Scientific American (241/3, 1979) όλα τα έμβια όντα κατέχουν ένα σύνολο κοινών λειτουργιών, συγκεκριμένα στον τομέα της κίνησης και της ανάλυσης των αισθήσεων. Εκεί που διαφέρει ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι η εξαιρετική ευρεία ποικιλία που παρουσιάζει στο να μαθαίνει πιο εξειδικευμένες δραστηριότητες. Μεταξύ λοιπόν αυτών των εξειδικευμένων δραστηριοτήτων, υπερτερεί και ξεχωρίζει αυτή που έχουμε ονομάσει γλώσσα.

Η γλώσσα λοιπόν, πέραν από ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία του ανθρώπινου είδους, είναι και ένα από τα πιο διαφοροποιητικά του στοιχεία σε συνάρτηση με τα υπόλοιπα

είδη. Είναι ενδιαφέρον λοιπόν να εξεταστεί τι κάνει τη γλώσσα τόσο σημαντική και απαραίτητη, και τι ακριβώς είναι. Πολλές απόψεις έχουν εκφρασθεί σχετικά με τη γλώσσα και τη φύση της, και πολλοί ορισμοί έχουν δοθεί. Δεν υπάρχουν απαραίτητα λάθος και σωστοί ορισμοί, απλά διαφορετικοί τρόποι έκφρασης και αντίληψης, άλλοι λιγότερο και άλλοι περισσότερο έγκυροι και ενδιαφέροντες.

Οι Bloch & Trager (1942) στο έργο τους “Outline of Linguistic analysis” γράφουν πως γλώσσα, χαρακτηρίζεται το σύστημα με το οποίο τα μέλη μίας κοινωνικής ομάδας καταφέρνουν να επικοινωνήσουν μεταξύ τους και να συνεργαστούν, χρησιμοποιώντας φωνητικά σύμβολα. Δηλαδή, η γλώσσα σύμφωνα με τους B. & T., αποτελεί ένα μέσον το οποίο οδηγεί σε καλύτερη συνύπαρξη και συνεργασία μεταξύ μιας κοινωνικής ομάδας. Το σημείο που ίσως όμως να υπολείπεται σε αυτόν τον ορισμό, είναι ο χαρακτηρισμός της γλώσσας ως “σύστημα φωνητικών συμβόλων”, αφού μία γλώσσα είναι μεν ένα σύστημα συμβόλων, όχι όμως απαραίτητα φωνητικών (π.χ. νοηματική, κώδικας Μορς, κ.α.)

Ο Sapir (1921) υποστηρίζει ότι η γλώσσα είναι εργαλείο που κατέχουν αποκλειστικά οι άνθρωποι, μία μέθοδος που δε βασίζεται στα ένστικτα, ώστε να επιτυγχάνεται η μετάδοση ιδεών, σκέψεων, συμβόλων, και επιθυμιών (Lyons, 2002).

Σύμφωνα με τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί τις τελευταίες δεκαετίες, η γλώσσα πιθανώς να μην αποτελεί ανθρώπινο μονοπώλιο, τουλάχιστον υπό την έννοια της μετάδοσης ιδεών μέσω εκούσιων πράξεων/συμβόλων. Διάφορα είδη στο ζωικό βασίλειο φαίνεται ότι έχουν αναπτύξει και αυτά κάποια υποτυπώδη συστήματα επικοινωνίας (δελφίνια, μέλισσες, κ.α.) (Παπαηλίου, 2005). Μπορεί αυτά τα συστήματα να μη βρίσκονται ούτε καν κοντά στο φάσμα της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης γλώσσας, είναι όμως πολύ ενδιαφέρουσα και αποκαλυπτική η παρατήρηση τους, και είναι πολύ πιθανό τα συστήματα αυτά να αποτελούν επάξια μέλη της ευρύτερης οικογένειας αυτού που ορίζεται ως γλώσσα, έστω και υποανάπτυκτα.

Μία απαραίτητη διαφοροποίηση που πρέπει να γίνει πριν κλείσει το κεφάλαιο αυτό, είναι η διαφοροποίηση ανάμεσα στο **λόγο** και στη **γλώσσα**.

Λόγος είναι το σύστημα που χρησιμοποιεί ο εγκέφαλός μας για να ταξινομήσει, να ερμηνεύσει, και να εκλάβει τις όποιες πληροφορίες ή ερεθίσματα έχει δεχθεί και έχει αποθηκεύσει οποιαδήποτε στιγμή. Η σειροθέτηση και η κριτική εκτίμηση των πληροφοριών είναι στοιχεία του λόγου, της λογικής που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο είδος. Πρόκειται για μία εγγενή ιδιότητα του ανθρώπου, που παρόλο που με το πέρασμα των αιώνων εξελίσσεται

όλο και περισσότερο, η απαρχή της βρίσκεται στον ανθρώπινο εγκέφαλο από τη γέννηση του είδους μας.

Γλώσσα είναι το σύστημα το οποίο ο άνθρωπος σιγά σιγά δημιούργησε ώστε να εκφέρει δομημένα και κατανοητά όλα αυτά τα μηνύματα που ο λόγος του ταξινομεί και σειροθετεί. Ένα σύστημα δηλαδή που τον βοήθησε να εκφράζει και όχι μόνο να σκέφτεται κάποια πράγματα. Σιγά σιγά το σύστημα αυτό άρχισε να εξελίσσεται και από τα μετρημένα στα δάχτυλα συναισθήματα που κάποτε πιθανότατα εξέφραζε (π.χ. φόβος, απειλή, επιθετικότητα, θαυμασμός, κ.α.) έχει πλέον στις μέρες μας φτάσει στην υπέρμετρη πληθώρα χρήσεων, στη φιλοσοφία και τις συζητήσεις περί άστρων και μακρινών γαλαξιών, την θρησκεία, την σημασία τις ανθρώπινης ζωής, τις εκατοντάδες γλώσσες που ομιλούνται από το ανθρώπινο είδος ανά την υφήλιο.

Η γλώσσα λοιπόν, αποτελεί ένα πολυεπίπεδο και πολυσύνθετο σύστημα, το οποίο διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες και χαρακτηριστικά, όπως δηλαδή τη φωνολογία, την πραγματολογία, τη σημασιολογία, τη σύνταξη, κ.τ.λ.

1.2 ΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑ

Η γλώσσα είναι μια ευρεία και γενική έννοια που μπορεί να διαχωριστεί σε δύο διαφορετικές υποενότητες, το λόγο και την ομιλία. Πολύ συχνά όμως οι δύο αυτοί όροι, συγχέονται μεταξύ τους από τους ανθρώπους, που δεν κατανοούν ότι δεν πρόκειται για ένα και το αυτό, αλλά δύο διαφορετικά συστήματα με αναρίθμητα παρακλάδια και υποκατηγορίες το καθένα από αυτά.

Η διαφοροποίηση αυτών των δύο εννοιών τονίζεται πολύ επιτυχημένα και εύγλωττα από τον καταξιωμένο στον τομέα της γλωσσολογίας, Ferdinand de Saussure, ο οποίος αποτελεί έναν από τους πιονέρους που καταπιάστηκαν με το ζήτημα αυτό, με τις απόψεις τις οποίες εξέφρασε να διαθέτουν ιδιαίτερη βαρύτητα ακόμη και έως σήμερα. Χαρακτηριστικά υποστηρίζει: *«γλώσσα ως λόγο, το κοινό σύστημα ήχων και εννοιών που κάθε ανθρώπινη κοινότητα χρησιμοποιεί για να επικοινωνήσει»* και *«γλώσσα ως ομιλία, τη χρήση αυτού του συστήματος επικοινωνίας από κάθε άτομο μιας γλωσσικής κοινότητας»* (Κατή, 2000).

Στο φάσμα του λόγου, περιλαμβάνονται διάφορες υποκατηγορίες όπως η έκφραση, η κατανόηση, η μορφοποίηση και η παραγωγή και μεταφορά ιδεών, συναισθημάτων και απόψεων, χρησιμοποιώντας διάφορα τυποποιημένα λεκτικά και φωνητικά σύμβολα, ήχους

και χειρονομίες, ακολουθώντας συνήθως τους καθιερωμένους κανόνες της γραμματικής που μπορεί να έχει θεσπίσει η εκάστοτε ανθρώπινη κοινότητα. Αντιθέτως, όταν γίνεται αναφορά στην ομιλία, κυριαρχεί το ενδιαφέρον ως προς τη χρήση της άρθρωσης και της φώνησης κατά την προφορική έκφραση (Παπαηλίου, 2005; Νικολόπουλος, 2008)..

Ο λόγος, ως ένας από τους τρόπους επικοινωνίας, είναι εξαιρετικά πολυεπίπεδος και ιδιαίτερος. Ο χαρακτήρας του έχει βάση κοινωνική, και αποτελεί μία από τις δεξιότητες την οποία ο άνθρωπος τη μαθαίνει από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής του και συνεχίζει να εφαρμόζει και να την εξελίσσει για να επιτύχει όλο και βελτιωμένη επικοινωνία και συναλλαγή ιδεών με τα άλλα μέλη της γλωσσικής κοινότητας του. Το γεγονός αυτό οδηγεί στο αποτέλεσμα ότι οι διάφορες ιδέες, γνώμες αλλά και τα συναισθήματα του κάθε ατόμου να εξωτερικεύονται με μοναδικό δίοδο το «λόγο» που μόνο ο άνθρωπος κατέχει, αποτελώντας έτσι ένα ιδιαίτερης σημασίας κριτήριο διαχωρισμού του από τα άλλα έμβια όντα του πλανήτη (Aimard, 1991).

Το ξεχωριστό αυτό προνόμιο του ανθρώπου πιθανώς κατέχει ίσως το σημαντικότερο ρόλο στη λειτουργία και εξέλιξη του κάθε διαφορετικού ατόμου. Εξέλιξη μπορεί να εντοπιστεί στον ευρύτερο ανθρώπινο ψυχισμό αλλά ειδικότερα παρατηρείται στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του. Η χρήση φωνητικών συμβόλων ή εγγενών διακριτικών ήχων υπάρχει εκ φύσεως στην πλειονότητα των μελών του ζωικού βασιλείου (κραυγές τρόμου, έκπληξης, οργασμού, θαυμασμού, πόνου, κ.α.). Η διαφοροποίηση ανάμεσα στα υπόλοιπα είδη και το ανθρώπινο, είναι ο τρόπος χρήσης αυτών. Δηλαδή, ενώ στα περισσότερα ζώα τα συναισθήματα αυτά εκφράζονται ως ασήμαντα αντανακλαστικά, στον άνθρωπο έχουν μετεξελιχθεί σε έναρthro λόγο, ο οποίος δεν έχει σταματήσει να εμπλουτίζεται και να εξελίσσεται από την αυγή του έναρθρου λόγου στον homo-sapiens (Harley, 2001).

Όπως υποστηρίζει ο Emil Benvenist ο λόγος είναι η υψηλότερη μορφή μιας ικανότητας που ανήκει στο ανθρώπινο είδος, της ικανότητας συμβολισμού. Θα μπορούσε δηλαδή να ειπωθεί, ότι η κυρίαρχη θέση που διακρίνει τον άνθρωπο μέσα στο ζωικό βασίλειο, δεν οφείλεται απαραίτητα στη σωματική του διάπλαση, ούτε στην ιδιαίτερη οργάνωση του νευρολογικού του συστήματος. Οφείλεται, κατά κύριο λόγο, στην ικανότητα συμβολικής αναπαράστασης, που λειτουργεί ως κοινό σημείο σκέψης, της γλώσσας και της κοινωνίας. Δηλαδή ως ένας καθολικός συνδετικός κρίκος που εφάπτεται τους ανθρώπους με την ξεχωριστή αυτή ικανότητα. (Φραγκουδάκη, 1987).

Πρόκειται για μία ανθρώπινη ικανότητα η οποία δεν είναι βιολογικά καθορισμένη και δεν εξαρτάται από το φύλο ενός ατόμου. Πηγάζει από την κοινωνική ζωή και αποκτάται μετά τη γέννηση μέσω συνεχούς μάθησης. Για να αναπτυχθεί και να καλλιεργηθεί ο λόγος σε φυσιολογικά και επιθυμητά επίπεδα σημαντικό ρόλο κατέχουν η επικοινωνία του ατόμου με τους άλλους συνανθρώπους καθώς και οι συνεχείς εμπειρίες που αποκτά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, αλλά και το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα περάσει τα αρχικά στάδια της ζωής του (Αθανασίου, 1998).

Ένα από τα απαραίτητα κριτήρια για τη σωστή ανάπτυξη του λόγου θεωρείται η καλή λειτουργία ορισμένων οργανικών παραγόντων καθώς και η ύπαρξη κατάλληλων κοινωνικών και οικογενειακών συνθηκών, ώστε να αποκτηθεί και να αφομοιωθεί σωστά όλο το φάσμα των γλωσσικών λειτουργιών. Δύο απαραίτητοι άξονες για τη σωστή πρόσληψη και έκφραση του λόγου είναι η ανατομικά φυσιολογική 1) ακουστική και 2) στοματο-κινητική δίοδος. Διάφορα προβλήματα, δυσχέρειες, δυσμορφίες και φθορές στους συγκεκριμένους τομείς μπορούν να προκαλέσουν ελλείμματα στο πεδίο της πρόσληψης του λόγου αλλά και της έκφρασης του ατόμου (Μεντενόπουλος, 2003).

Η επικοινωνία αποτελεί ίσως τη βασική λειτουργία του λόγου και η επιθυμία του ανθρώπου να επικοινωνήσει είναι πιθανό να εμφανιστεί με ποικίλους τρόπους και μορφές της γλώσσας, όπως το κλάμα ενός μωρού ή τα βογγητά ενός ασθενούς. Επικοινωνία μπορεί να θεωρηθεί ο οποιοσδήποτε τρόπος λεκτικός ή μη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ένα άτομο, δηλαδή έναν πομπό, ώστε να επιτελεστεί μεταφορά, ανταλλαγή ή πληροφόρηση, διαφόρων εμπειριών, ιδεών, καταστάσεων, γνώσεων, αναγκών, συναισθημάτων ή και απόψεων, σε ένα άλλο άτομο, δηλαδή ένα δέκτη. Ο δέκτης θα λάβει και θα επεξεργαστεί και θα ερμηνεύσει τα σήματα αυτά. Η αλληλεπίδραση αυτή που περιγράφηκε, αποτελεί και τον κύριο λόγο που δημιουργήθηκε και αναπτύχθηκε η λειτουργία της επικοινωνίας. Δηλαδή, η επικοινωνία είναι στην ουσία το θεμέλιο και η απαρχή της γλώσσας, και θεωρείται από πολλούς ως χαρακτηριστικό κατ' αποκλειστικότητα ανθρώπινο (Παπαηλίου, 2005).

Η επικοινωνία της οποίας η επιτέλεση πραγματοποιείται με κάποια γλωσσική μορφή, είναι η πιο ανεπτυγμένη μορφή της λειτουργίας αυτής. Διαμέσου της γλωσσικής αλληλεπίδρασης, δηλαδή της επικοινωνίας, καθίσταται εφικτή η αποστολή αλλά και η λήψη δεδομένων, ιδεολογιών, συναισθημάτων, ιδεών, και διαφόρων άλλων, τα οποία όλα είναι ικανά να προκαλέσουν αντίδραση. Για να πραγματοποιηθεί επιτυχής επικοινωνία, είναι

απαραίτητη η συμμετοχή τουλάχιστον δύο ατόμων. Το ένα εκ των οποίων πρόσωπο, θα αποτελεί τον πομπό -ομιλητής- και το άλλο θα αποτελεί τον δέκτη -ακροατής-. Ο πρώτος θα πραγματοποιεί κωδικοποίηση του μηνύματος, ο δεύτερος θα δέχεται και θα αποκωδικοποιεί/ερμηνεύει το μήνυμα (Παπαηλίου 2005, Νικολόπουλος 2008).

Ομιλία, θεωρείται γενικώς ο έναρθρος λόγος, η φωνητική δηλαδή εκφορά των συγκεκριμένων συστημάτων και μονάδων οι οποίες έχουν θεσπιστεί από το σύνολο των ομιλητών μίας γλωσσικής κοινότητας και βασίζεται στους γραμματικούς και φωνολογικούς κανόνες που διέπουν το σύστημα αυτό, το οποίο έχει προηγουμένως κατακτηθεί από όλους τους συμμετέχοντες. Προυπόθεση για την επίτευξη της ομιλίας, είναι το άτομο να ομιλεί, να κατέχει δηλαδή ατομικό λόγο και να έχει την ικανότητα και τη διάθεση να εκφέρει συγκροτημένα τις σκέψεις του μέσα σε μία γλωσσική κοινότητα, ως μέλος της (Κατή, 1999).

«Έχει άμεση σχέση με το νευρομυϊκό συντονισμό του συστήματος άρθρωσης και φώνησης του ατόμου, τον απαραίτητο για την παραγωγή των ήχων και των γλωσσικών μονάδων που ονομάζονται φωνήματα» (Κατή, 1999).

Η ομιλία μπορεί να διαχωριστεί σε δύο κύριες λειτουργίες. Η πρώτη λειτουργία είναι η παραγωγή ή η φωνητική απόδοση, η οποία βασίζεται και σχετίζεται αλληλένδετα με την εγκεφαλική ενεργοποίηση, και τη σωστή επιλογή των λέξεων για το σχηματισμό και την κατανομή των εννοιών σύμφωνα με τους εκάστοτε θεσπισμένους γραμματικούς κανόνες. Η λειτουργία όμως αυτή δεν περιορίζεται στη νόηση και τις εντολές που δίνονται από τον εγκέφαλο για να επιτευχθεί η παραγωγή του λόγου. Περικλείει επίσης το κομμάτι της φωνητικής εκφοράς των διάφορων εννοιών, το οποίο για να επιτευχθεί συμμετέχουν το αναπνευστικό, το φωνητικό, αλλά και το αρθρωτικό σύστημα. Δηλαδή, πρόκειται για το πρακτικό κομμάτι της διαδικασίας της φώνησης, σε συνδυασμό βεβαίως με τη σωστή λειτουργία των αρθρωτών. Ως δεύτερη λειτουργία, θεωρείται η αντίληψη της ομιλίας, δηλαδή η πρόσληψη και η σωστή ερμηνεία και ανάλυση των αλληλουχιών που αποτελούνται από ήχους, και η επαναδόμησή τους σε νοηματικές ενότητες από τον εκάστοτε δέκτη (Βογινδρούκας, 2002).

Η ομιλία, πολλές φορές χαρακτηρίζεται ως ευφραδής ή έστω ως ομιλία με φυσιολογική ροή. Βέβαια, πρόκειται για μία έννοια η οποία είναι λίγο δύσκολο να οριστεί,

λόγω των αναρίθμητων διαλέκτων που υπάρχουν πια στον πλανήτη, και της πολυποίκιλης υποκειμενικότητας που τη διακρίνει.

Ο Guitar (2006), χαρακτηριστικά αναφέρει ότι η φυσιολογική ροή ορίζεται ως η ροή ομιλίας χωρίς προσπάθεια ή η ομαλή μετάβαση ήχων, συλλαβών και λέξεων.

Οι Yairi και Seery (2011), υποστηρίζουν πως η φυσιολογική ροή γίνεται αντιληπτή από το πόσο εύκολα και με τι συνέχεια κινούνται οι μύες που είναι απαραίτητοι για την επίτευξη της καθαρής και κατανοητής ομιλίας, αλλά και από την ποιότητα των ήχων που παράγονται μέσω της προσπάθειας αυτής.

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ένωση Ομιλίας, Λόγου και Ακοής (ASHA, 1999) σημειώνεται ότι η φυσιολογική ροή ή ευχέρεια είναι ο καθοριστικός παράγοντας της παραγωγής της ομιλίας που περιλαμβάνει τη συνέχεια, την ομαλότητα, το ρυθμό και / ή την προσπάθεια με τις οποίες ένας ομιλητής παράγει τις διάφορες γλωσσολογικές και φωνητικές ενότητες (Μαλανδράκη, 2012).

Το κοινό σημείο που παρατηρείται σε όλους τους παραπάνω ορισμούς είναι η σύμφωνη γνώμη όλων ότι το βασικό χαρακτηριστικό της φυσιολογικής ροής της ομιλίας είναι η εύκολη και συνεχής εκφορά των φωνητικών συμβόλων και η ορθή κίνηση των απαραίτητων ανατομικών μυών. Δηλαδή, τον πρώτο λόγο έχει η φυσιολογική ανατομία.

1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΉ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ

Η ικανότητα για επικοινωνία, διαμέσου της ομιλίας, είναι ένα από τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά με τα οποία ο άνθρωπος γεννιέται, δεν το αποκτά στην πορεία. Το αν θα είναι αρκετά τυχερός ώστε να βρεθεί σε ένα περιβάλλον όπου θα επιτευχθεί η ομαλή ανάπτυξη της ικανότητας αυτής, είναι σχετικό. Η επικοινωνία βρίσκεται εκ φύσεως στο οπλοστάσιο του ανθρώπου, είναι χαρακτηριστική δεξιότητα η οποία είναι εντυπωμένη στο γενετικό του κώδικα. Είναι επομένως εκ φύσεως έτοιμος να δεχθεί και να εξελίξει τα διάφορα φωνολογικά στοιχεία στα οποία πιθανώς θα εκτεθεί, να διενεργήσει την απαραίτητη ερμηνεία τους, και να προχωρήσει σε κατάλληλη χρήση τους προς την προσέγγιση και την επίτευξη επικοινωνίας με άλλους ανθρώπους (Lenneberg, 1967).

Σε μία σύντομη χρονική περίοδο, το παιδί είναι ικανό να μάθει τα βασικά μορφολογικά και φωνολογικά στοιχεία, χωρίς να χρειάζεται επιπρόσθετο κόπο ή ιδιαίτερες διεργασίες, παρά μόνο με την εκ φύσεως χρήση της γλώσσας μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται (συνήθως οικογένεια) και της καθημερινής επικοινωνίας και γλωσσικής τριβής που λαμβάνει μέρος στο εκάστοτε αυτό περιβάλλον σε καθημερινή βάση. Το ότι ο άνθρωπος είναι ικανός να καταφέρει μία τόσο ικανοποιητική επίδοση τόσο απλά και χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες, πηγάζει από την εκ γενετής ιδιότητα του ανθρώπου για την κατάκτηση και την αφομοίωση της γλώσσας (Μήτσης, 1996).

Η γλωσσική ευχέρεια του ανθρώπου οφείλεται στην αναπτυξιακή διεργασία που ξεκινώντας με τη γέννηση του βρέφους παρέχει ήδη έτοιμες τις βάσεις προς την απόκτηση της γλώσσας, και ολοκληρώνεται στο μεγαλύτερο μέρος της, κατά το τέλος των πρώιμων παιδικών χρόνων του ατόμου (6-8 ετών). Η λειτουργία της απόκτησης/μάθησης της γλώσσας, διαχωρίζεται σε τρεις βασικές κατηγορίες: τη σύνταξη, τη σημασιολογία, και τη φωνολογία. Η ανάλυση και ερμηνεία των τριών αυτών κατηγοριών, υποδεικνύει την ιδιάζουσα αλλά και ανεξάρτητη ιδιοσυγκρασία της παιδικής γλώσσας, η οποία είναι ανάλογη του υπόλοιπου συνόλου της παιδικής ανάπτυξης (βιολογικό, σωματικό, γνωστικό, κτλ). Η επονομαζόμενη ομιλία, η οποία είναι η ηχητική έκφραση του λόγου, αποτελείται από τους διάφορους ηχητικούς συνδυασμούς που οδηγούν στο σχηματισμό των ανθρώπινων λέξεων. Η ομιλητική ανάπτυξη προϋποθέτει την ομαλή και φυσιολογική εξέλιξη του γενικότερου κινητικού ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, την ομαλή λειτουργία της οδοντοστοιχίας, της γλώσσας, των χειλέων, της γνάθου (κάτω), της μαλακής και σκληρής υπερώας, αλλά επίσης και των αναπνευστικών οργάνων. Προϋποθέτει, επίσης, την ικανότητα του παιδιού να ακούσει, να δεχθεί και να ερμηνεύσει με ικανοποιητικό τρόπο τους διάφορους ήχους της ομιλίας, αλλά και την ομαλή ανάπτυξη της σκέψης και των γνωστικών δεξιοτήτων του παιδιού (Βογινδρούκας και συν., 2008).

Η ανάπτυξη της ανθρώπινης ομιλίας είναι μία πολυδιάστατη διαδικασία, η οποία κρίνεται απαραίτητο να χωριστεί σε συγκεκριμένα στάδια. Η αρχή της διαδικασίας αυτής, λαμβάνει μέρος στη βρεφική κιόλας ηλικία, και φαίνεται να ολοκληρώνεται μέχρι το 7^ο – 8^ο έτος της ηλικίας. Η ταχύτητα με την οποία κατακτώνται οι διάφορες ομιλητικές ικανότητες διαφέρει αναλογικά με την ηλικία στην οποία βρίσκεται το άτομο, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις παρουσιάζει προωρότητα ή καθυστέρηση σε σχέση με το μέσο όρο. Συνήθως, η απόκτηση της ικανότητας της ομιλίας πραγματοποιείται σταδιακά από τη γέννηση και έπειτα. Στην αρχή, κατά τη γέννηση, παρατηρούνται οι πρώτοι ήχοι (κλάμα).

Έως και τον 3^ο μήνα παρατηρούνται μόνο ήχοι (κλάμα-γέλιο). Ανάμεσα στον 4^ο και τον 6^ο μήνα, παρουσιάζεται το φωνητικό παιχνίδι, κατά τον 6^ο και 11^ο οι μωρολογίες (βάβισμα, ασυνάρτητοι ήχοι), ενδιάμεσα από τον 12^ο και τον 18^ο τα πρώτα λεκτικά σύνολα, 18^ο έως 36^ο μήνα παρουσιάζεται επιταχυνόμενη εξέλιξη στον τομέα της ομιλίας, και, τέλος, στο 3^ο και 4^ο έτος πραγματοποιείται η σταδιακή κατάκτηση και ανάπτυξη των δύσκολων ήχων (Cole & Cole, 1996; Νικολόπουλος, 2008)

1.3.1 Γέννηση – 6ος μήνας

Παρουσιάζονται οι πρώτοι ήχοι, το βρέφος δεν έχει ακόμη ευρείες ικανότητες στην παραγωγή ήχων αφού οι οργανικές δομές του δεν είναι ακόμη επαρκώς ανεπτυγμένες (στοματοπροσωπικές δομές, φωνητικές πτυχές, κ.α.). Ο κύριος ήχος που χρησιμοποιεί το βρέφος για να επικοινωνήσει είναι το κλάμα το οποίο αναλαμβάνει ποικιλία σημασιών, όπως την πείνα ή τη δυσαρέσκεια/ενόχληση. Άλλοι ήχοι που εμφανίζονται είναι ο βήχας, το φτέρνισμα και το ρέψιμο. Κάπου ανάμεσα του 2^{ου} και του 3^{ου} μήνα παρατηρείται καλύτερος έλεγχος των φωνητικών μυών στις κοιλότητες του στόματος του λάρυγγα και του λαιμού. Είναι επίσης η περίοδος που παρατηρείται ο γέλωτας. Ακόμη, γίνεται η αρχή του σχηματισμού διάφορων ήχων στο οπίσθιο μέρος της στοματικής κοιλότητας, οι οποίοι συνήθως ακούγονται σαν τον ήχο «γκου» (Παπαηλίου, 2005).

Το βρέφος βρίσκεται πλέον σε θέση να διακρίνει κάποιους ήχους, ακόμη και όταν είναι παραπλήσιοι, όπως το /b/ και το /p/ , το /k/ και το /g/, κ.α. Έχει επίσης την ιδιότητα να ξεχωρίζει άτομα μέσω της φωνής τους. Φαίνεται επίσης να είναι ικανό να μπορεί να ξεχωρίζει τον επιτονισμό, δηλαδή διάφορα ανεβοκατεβάσματα στον τόνο της φωνής ανάλογα με το εάν ο ομιλητής κάνει π.χ. μια ερώτηση, αν είναι θυμωμένος, κ.τ.λ.

Κατά τον 4^ο έως τον 6^ο μήνα εμφανίζεται το φωνητικό παιχνίδι. Τα βρέφη ξεκινούν να αποκτούν καλύτερο και πληρέστερο έλεγχο των στοματικών δομών τους. Πραγματοποιείται παραγωγή ήχων που προσιδιάζουν στην ομιλία. Ξεκινά η παράθεση σειροθετημένων ήχων, δηλαδή η δημιουργία συλλαβών από φωνήεντα και σύμφωνα. Τα φωνήεντα κάνουν την εμφάνισή τους νωρίτερα από τα σύμφωνα. Ακόμη, παρατηρείται η ενεργητική παραγωγή άναρθρων ήχων. Το βρέφος στην ουσία πειραματίζεται με την δημιουργία ήχων, με εργαλείο το φωνητικό παιχνίδι (Harley, 2001)

1.3.2 6ος – 11ος μήνας

Κατά τον 6^ο με 9^ο μήνα, τα μωρά ξεκινούν να βαβίζουν (μωρολογίες). Με το βάβισμα, δίνεται στο βρέφος η ευκαιρία να εξασκηθεί στις στοματοπροσωπικές κινήσεις που απαιτούνται για την επίτευξη του λόγου. Το βάβισμα διαφέρει από το φωνολογικό παιχνίδι λόγω της παραγωγής πραγματικών συλλαβών (διαδοχικά σύμφωνα και φωνήεντα), οι οποίες συνήθως επαναλαμβάνονται συχνά από το μωρό. Κάπου σε αυτήν την περίοδο το μωρό ξεκινά να καταλαβαίνει ότι κάποιες ηχητικές ακολουθίες εμφανίζονται συνοδευόμενες συνήθως από κάποιες καταστάσεις. Δηλαδή, όταν λέει /ba'ba/, συνήθως εμφανίζεται ο μπαμπάς, παραδείγματος χάρη. Περίπου στην ηλικία των 10 έως 11 μηνών τα παιδιά σχηματίζουν την πρώτη τους λέξη (Harley, 2001).

1.3.3 12ος – 18ος μήνας

Εμφανίζονται οι πρώτες λέξεις. Ενδιάμεσα σε αυτούς τους μήνες τα μωρά ξεκινούν να δημιουργούν ηχητικές αλυσίδες, αποτελούμενες από διάφορους συνδυασμούς φθόγγων και συλλαβών όπως /ma-ma-ka/. Η παραγωγή αυτή πραγματοποιείται με βάση ενήλικα πρότυπα ομιλίας. Βεβαίως, η ποικιλία των φωνημάτων που επιλέγει είναι περιορισμένη. Το μωρό πραγματοποιεί ερωτήσεις, δηλώσεις, κ.τ.λ. Τις περισσότερες φορές βέβαια ο λόγος του είναι ασυνάρτητος. Οι αρχικές λέξεις των μωρών υποδεικνύουν προτίμηση στην παραγωγή συγκεκριμένων ήχων. Αργότερα, το λεξιλόγιο και η ηχητική ποικιλία σταδιακά αυξάνονται. Κοντά στους 18 μήνες, παρατηρείται ραγδαία έκρηξη στον όγκο του λεξιλογίου που χρησιμοποιεί το μωρό, και περίπου στην ίδια χρονική περίοδο κάνουν την εμφάνισή τους οι προτάσεις με δύο λέξεις (Παπαηλίου, 2005; Νικολόπουλος, 2008).

1.3.4 18ος – 36ος μήνας

Στην περίοδο ενδιάμεσα από το 18^ο και τον 36^ο μήνα, αναπτύσσεται με εξαιρετικά ταχείς ρυθμούς η ομιλία. Γίνεται χρήση αρκετά πιο ποικιλόμορφου ηχητικού οπλοστασίου και πραγματοποιούνται ηχητικοί συνδυασμοί. Εάν έρθουν αντιμέτωπα με λέξεις των οποίων η προφορά τα δυσκολεύει, κατά κανόνα προσπαθούν να απλοποιήσουν την προφορά των λέξεων αυτών (/ma'ma/ » /'ma/, /'volta/ » /'ata/, κ.τ.λ.). Συχνά τα διευκολύνει να παραλείψουν την τελευταία συλλαβή ή το τελευταίο σύμφωνο μιας λέξης. Επίσης συχνό

φαινόμενο, είναι η απλοποίηση, π.χ. το /trino/ θα γίνει /tino/ και το /vlepo/ θα γίνει /nepo/, ίσως αντικαθιστώντας κιόλας έναν ήχο ο οποίος τα δυσκολεύει με έναν πιο «εύκολο» π.χ. /roði/ θα γίνει /roði/. Συνήθως στο ηλικιακό αυτό στάδιο συνηθίζουν να εμπροσθοποιούν τα φωνήματα. Έτσι το /tora/ μπορεί να γίνει /bora/. Οι απλοποιήσεις υποδεικνύουν ότι το παιδί βρίσκεται στο στάδιο της εντατικής μάθησης των ηχητικών προτύπων της γλώσσας. Η κατάκτηση των συγκεκριμένων ήχων της ομιλίας πραγματοποιείται και διαφέρει ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Επομένως, είναι προτιμότερο να αναφέρεται η χρονική περίοδος και όχι η συγκεκριμένη ατομική ηλικία εκμάθησης. Γενικότερα, πρέπει να λαμβάνεται υπ'όψιν ότι πρόκειται για μία εξαιρετικά πολυεπίπεδη σταδιακή διαδικασία η οποία πραγματοποιείται σε βάθος χρόνου, ετών πιο συγκεκριμένα, ώστε να ολοκληρωθεί (Cole & Cole, 1996; Παπαηλίου, 2005).

Στον 18^ο έως και τον 28^ο μήνα έχουν συνήθως κατακτήσει τα πιο εύκολα φωνήματα (/n/, /m/, /p/, /γ/). Οι πιο δύσκολοι ήχοι κατακτώνται συνήθως λίγο αργότερα, κατά μέσο όρο έως και τα 3.5 έτη. Επίσης, συγκεκριμένοι ήχοι όπως το /s/ μπορεί να δυσκολέψουν παιδιά σε ατομικό επίπεδο και να κατακτηθούν πλήρως αρκετά αργότερα (6,7,8 ετών π.χ.) (Cole & Cole, 1996; Κατή, 1999).

1.3.5 3ο – 4ο έτος

Στο 3^ο – 4^ο έτος συνήθως ολοκληρώνεται σχετικά η ανάπτυξη των ήχων, με τους πιο δύσκολους να έχουν πλέον κατακτηθεί (/l/, /r/, /ts/, /ks/, /v/, /z/, /tz/, /θ/). Η πλήρης ανάπτυξη των ήχων αυτών μπορεί να πραγματοποιηθεί σε βάθος ετών. Παρομοίως με το /s/, οι ήχοι αυτοί ίσως αποκτηθούν πλήρως στα 6 – 8 έτη.

Η ομιλία αποτελεί εργαλείο συσχετιζόμενο με το λόγο, και σημείο αναφοράς στη διαφορετικότητα του ανθρώπου με τα υπόλοιπα είδη του ζωικού βασιλείου. Η ανάπτυξη του εργαλείου αυτού, λαμβάνει χώρα από τη στιγμή που γεννάται ένα άτομο, και εξελίσσεται έως και το 8^ο έτος της ηλικίας του. Είναι μία λειτουργία η οποία μπορεί να επηρεαστεί από πληθώρα παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να οδηγήσουν είτε στην επιτάχυνση της ανάπτυξής της, είτε στην καθυστέρηση ή και την υστέρηση της. Επειδή ακριβώς πρόκειται για μία διαδικασία η οποία εξαρτάται από τη συνολική ανάπτυξη και ψυχοσύνθεση/βιώματα ενός παιδιού, είναι φυσικό σε ορισμένες περιπτώσεις να πραγματοποιείται η συνολική εκμάθησή της και η κατάκτηση των ήχων με καθυστέρηση αρκετών ετών. Διέπεται δηλαδή

σε αρκετές περιπτώσεις από σημαντικού βαθμού υποκειμενικότητα (Aimard, 1991; Νικολόπουλος, 2008).

1.4 Αίτια διαταραχών της ανάπτυξης της ομιλίας σε παιδιά

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, όλο και μεγαλύτερο ποσοστό ανήλικου πληθυσμού ανήκει στο μερίδιο ανθρώπων διαγνωσμένων με διαταραχές ή δυσχέρειες στην ανάπτυξη της ομιλίας τους. Όπως ειπώθηκε και προηγουμένως, η ομιλία αποτελεί αθροιστικό αποτέλεσμα το οποίο για να υφίσταται πρέπει να προυπάρχει οπωσδήποτε ικανοποιητική λειτουργία των αρθρωτών. Επίσης, εξαιρετικά σημαντική προϋπόθεση θεωρείται και η ικανότητα του εκάστοτε ατόμου να κατανοήσει το νόημα του μηνύματος που δέχεται ή παράγει, όσο και η ομαλή απόκτηση και αφομοίωση των διάφορων εμπειριών που οδηγούν στην κατάκτηση της γλώσσας και τον ικανοποιητικό χειρισμό της (φυσιολογική οικογενειακή εστία και σχέσεις, χορήγηση των απαραίτητων ερεθισμάτων από το περιβάλλον, κ.α.) (Sapir, 1921; Slobin, 1985; Pinker, 1994; Harley, 2001; Λεβάντη, 2007).

Η αιτιολογία λόγω της οποίας μπορεί να προκληθούν δυσχέρειες, και πιο συγκεκριμένα καθυστερημένη ή μη επαρκής ανάπτυξη της ομιλίας, είναι δυνατό να εντοπιστεί στην προγεννητική αλλά και την περιγεννητική περίοδο κατά την κυοφορία του εμβρύου. Πολύ σημαντική περίοδος επίσης θεωρείται η πρώιμη παιδική ηλικία, δηλαδή από τον 1^ο μήνα έως και το 6^ο έτος. Η περίοδος αυτή καθίσταται ιδιαίτερα κρίσιμη για τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού, διότι τότε είναι που δημιουργούνται οι βάσεις και τα θεμέλια για την ανάπτυξη της πλειονότητας των τομέων για την απόκτηση της λεκτικής ευχέρειας αλλά και τη διαμόρφωση της προσωπικότητας ενός παιδιού (Harley, 2001; Νικολόπουλος, 2008).

Μία τακτική ώστε να είναι δυνατό να διαχωριστούν και να κατηγοριοποιηθούν οι διάφορες διαταραχές που πλήττουν την φυσιολογική ανάπτυξη της ομιλίας στην παιδική ηλικία, είναι ο εντοπισμός της αιτιολογίας λόγω της οποίας προκλήθηκε η εκάστοτε διαταραχή/δυσχέρεια. Οι πιθανές αιτίες μπορεί να είναι φύσεως:

- Οργανικής
- Ιδιοσυγκρασιακής
- Κοινωνικής
- Ψυχολογικής

1.4.1 Οργανικά αίτια

Οργανικής φύσεως αίτια, μπορούν να θεωρηθούν:

- Δυσμορφίες/παραμορφώσεις (σχιστίες, δυσμεγέθους χαλινός, κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες όπως υπεργναθισμός/υπογναθισμός, κτλ)
- Διάφορες βλάβες του γλωσσικού οργάνου(πιγούνι, γλώσσα, μύτη)
- Διαταραχές στην ακοή ή την όραση
- Νευρολογικά ελλείμματα/παθήσεις
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Λαρυγγικές παθολογίες (λαρυγγεκτομή, διάφορες παθήσεις, κ.α.)
- Εγκεφαλική παράλυση

Τα παραπάνω αίτια είναι εφικτό να δημιουργήσουν μερική ή ολική καθυστέρηση στην ανάπτυξη της γλώσσας, ή και να αποτελέσουν εμπόδιο στην εκφορά της.

1.4.2 Ιδιοσυγκρασιακά αίτια

- Κληρονομικοί παράγοντες
- Διάφορες ασθένειες
- Διάφορα σύνδρομα (φάσμα αυτισμού πχ)
- Νοητική υστέρηση

1.4.3 Ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια

Ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια μπορούν να θεωρηθούν:

- Δυσμενείς οικονομικές συνθήκες
- Πολυμελείς οικογένειες
- Χαμηλό κοινωνικό-μορφωτικό οικογενειακό επίπεδο
- Έλλειψη παροχής ερεθισμάτων προς κινητοποίηση του παιδιού
- Μη υποστηρικτικό περιβάλλον
- Διάφορες ψυχικές παθήσεις που μπορεί να αποτελέσουν εμπόδιο(κατάθλιψη, αγχώδης διαταραχή, κ.α.)
- Συναισθηματικά αίτια
- Μη ικανοποιητικά ή και αρνητικά γλωσσικά πρότυπα
- Υπερπροστατευτικοί κηδεμόνες
- Ιδρυματισμός

Όλα τα παραπάνω αίτια, είναι ικανά να αποτελέσουν ανασταλτικό παράγοντα στην ομαλή εξέλιξη της γλωσσικής απόκτησης και ευχέρειας. Η επιρροή επίσης της καθημερινής έκθεσης σε ένα συγκεκριμένο γλωσσικό περιβάλλον είναι αδιαμφισβήτητα ένας καίριος παράγοντας στην ανάπτυξη του λόγου, είτε θετικός είτε αρνητικός. Το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει ένα παιδί θα πρέπει ιδανικά να απαρτίζεται από άτομα τα οποία να έχουν και τα ίδια την ικανότητα για σωστή εκφορά των γλωσσικών ερεθισμάτων. Οι ήχοι οι οποίοι παρατηρούνται στο βάβισμα των παιδιών είναι αποτέλεσμα του γλωσσικού περιβάλλοντός του, επομένως είναι ξεκάθαρο το πόσο σημαντική είναι η έκθεση σε σωστά γλωσσικά πρότυπα, από τη γέννηση κιόλας του παιδιού (Pinker, 1994; Κατή, 1999; Harley, 2001; Βογινδρούκας, 2002; Fromkin et al., 2003; Λεβάντη, 2007).

Η εμφάνιση των διάφορων δυσχερειών γίνεται συνήθως στα πρώιμα στάδια της παιδικής ηλικίας και εάν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως και στοχευμένα μπορεί να μετατραπεί σε μακροχρόνια. Βεβαίως, υπάρχει και η πιθανότητα η εμφάνιση τους να γίνει και αργότερα σε κάποια μεταγενέστερη μεγαλύτερη ηλικία, ως αποτέλεσμα

ενός τραύματος (ΚΕΚ), ενός εγκεφαλικού επεισοδίου ή κάποιας ασθένειας που δημιούργησε βλάβη στο νευρολογικό σύστημα του ατόμου. Στην παρούσα εργασία θα αναπτυχθούν και θα στοχευθούν κυρίως οι διαταραχές που λειτουργούν ως ανασταλτικοί παράγοντες στην ανάπτυξη της ομιλίας και του λόγου, και εμφανίζονται κυρίως λόγω κάποιου τραυματικού γεγονότος ή εμπειρίας κατά την παιδική ηλικία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : **ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ**

2.1 ΤΡΑΥΜΑ

Η φυσιολογική ανάπτυξη της ομιλίας των παιδιών μπορεί να επηρεαστεί και να διαμορφωθεί λόγω πληθώρας αιτιών. Μια από αυτές τις αιτίες, ίσως και η πιο συνήθης εξ αυτών, είναι το βίωμα μίας τραυματικής κατάστασης ή εμπειρίας κατά τη διάρκεια αυτής της εύθραυστης περιόδου, των πρώιμων αλλά και μεταγενέστερων σταδίων, της παιδικής ηλικίας. Κρίνεται απαραίτητο να ξεκαθαριστεί και να οριστεί με ακρίβεια το τι θεωρείται «τραύμα», αλλά και οι τομείς οι οποίοι παρουσιάζουν εμφανή απόκλιση από αυτό που ορίζεται ως φυσιολογική ανάπτυξη ενός παιδιού (Briere, 1992).

Ως τραύμα, μπορεί να οριστεί η ψυχοσωματική αντίδραση του οργανισμού σε κάποιο συμβάν, και όχι απαραίτητα το ίδιο το συμβάν από το οποίο προκλήθηκε. Τα διάφορα τραυματικά γεγονότα μπορούν να χαρακτηριστούν σπάνια, όχι επειδή συμβαίνουν σε μικρή συχνότητα, αλλά επειδή διαμορφώνουν και μετατρέπουν σε αρνητικό επίπεδο την ανθρώπινη προσαρμογή στην καθημερινότητα και τη ζωή. Τα πιο συνήθη συναισθήματα μετά από ένα ψυχικό τραύμα είναι:

- Έλλειψη της αίσθησης ότι το άτομο έχει τον έλεγχο της ζωής του
- Αίσθημα εκμηδενισμού
- Έντονος φόβος
- Αίσθηση ότι το άτομο δεν έχει βοήθεια πουθενά
- Απόγνωση και βίωση «αδιεξόδου»

Το τραύμα κάνει το άτομο να αισθάνεται ανίκανο να προχωρήσει στη ζωή του και δρά ως αρνητικός παράγοντας για την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. Το απομακρύνει από τον εαυτό του και από τους γύρω του ανθρώπους, και γενικότερα σε ευρύτερο επίπεδο, από το περιβάλλον. Αν το άτομο έρθει ξανά αντιμέτωπο με παρόμοια απειλή, «παγώνει» από το φόβο, οδηγούμενο από την ισχυρότατη ενέργεια του ενστίκτου της επιβίωσης, το οποίο πολλές φορές δεν έχει την κατάλληλη δίοδο να εκδηλωθεί και να εκτονωθεί (Mash & Wolfe, 1999).

Η εξέλιξη της ζωής ενός ανθρώπου μπορεί να αλλάξει δραματικά προς το χειρότερο μέσω μίας τραυματικής εμπειρίας, προκαλώντας ισχυρές φθορές στη ψυχική του ανάπτυξη και ευμάρεια. Ιδίως όταν ένα τραυματικό συμβάν συνοδεύεται από μετατραυματικό stress, υπάρχει η πιθανότητα να επηρεαστούν οι εγκεφαλικές λειτουργίες του ατόμου σε νευροχημικό επίπεδο, και να σημειωθούν διάφορες αλλαγές, με σημαντικές επιπτώσεις στην ικανότητά του να διαχειριστεί ικανοποιητικά το stress. Το τραυματικό συμβάν μπορεί να επιφέρει συνέπειες στη γενικότερη ικανότητα του ατόμου να διαχειριστεί και να ενσωματώσει νέες ιδέες ή συναισθήματα που μπορεί να σχετίζονται με τη συγκεκριμένη εμπειρία. Δηλαδή, με απλούστερα λόγια, το άτομο δημιουργεί ένα είδος τεχνητού τείχους ώστε να προστατέψει τον εαυτό του από την τρομακτική μνημόνευση του γεγονότος (Fullerton, 2003; Belivanaki, 2006).

Επομένως, οι πραγματικές συνέπειες και επιπτώσεις, μπορεί να καθυστερήσουν να φανούν από μέρες έως και χρόνια, ιδίως όταν το άτομο παρουσιάζεται ικανό να διαχειριστεί την όλη κατάσταση απομονώνοντας το γεγονός στα ενδόμυχα του εγκεφάλου του, ώστε να έχει μια λειτουργική καθημερινότητα, έστω σε βραχυπρόθεσμο φάσμα. Παρ' όλα αυτά, εάν το κατάλληλο ερέθισμα κάνει την εμφάνισή του σε ανύποπτο χρόνο, και ξυπνήσει τη μνήμη του συμβάντος, οι συνέπειες μπορεί να είναι απρόσμενα έντονες (Rocha et al., 2009).

Πηγή ενός τράυματος, μπορεί να αποτελέσει μία μεμονωμένη εμπειρία, ή ένα συνεχές και επαναλαμβανόμενο συμβάν (ή συμβάντα). Τα πιο συνήθη αίτια είναι τραυματικές καταστάσεις όπως:

- Ενδοοικογενειακή βία
- Σεξουαλική κακοποίηση
- Περιβάλλοντα όπου υπάρχει σε σοβαρό επίπεδο ο αλκοολισμός
- Σωματική/ψυχική βία
- Εκφοβισμός
- Η απειλή ή η αυτόπτης μαρτυρία όλων των παραπάνω

Πολύ συχνά, παρατηρείται η παραβίαση ή η σκοπευμένη διαστρέβλωση των ιδεών του θύματος για τον κόσμο από τον θύτη, προκαλώντας στη ψυχοσύνθεση του θύματος έντονη σύγχυση και ανασφάλεια. Η τραυματική εμπειρία έχει τη δυνατότητα να μετατρέψει αρνητικά την πορεία της ζωής του παθόντα (Bremner et al., 1996; Mache et al., 2009).

Στην εξέταση του ορισμού του ψυχικού τραύματος, απαραίτητο κρίνεται να τονιστεί η ευρύτερη διάσταση που μπορεί να πάρει ένα τραυματικό γεγονός, αφού μπορεί να αποτελεί συνάρτηση των προηγούμενων εμπειριών (τραυματικών και μη) και βιωμάτων του ατόμου και να έχει άμεση σχέση με αυτά. Δηλαδή, ένα γεγονός το οποίο μπορεί να αποτελέσει ένα έντονα τραυματικό βίωμα για τον χ άνθρωπο, μπορεί κάλλιστα να είναι αδιάφορο για τον ψ. Ερεθίσματα τα οποία μπορούν να χαρακτηριστούν ως δυνητικά τραυματογόνα, δεν είναι τραυματικά για όλους, παρά μόνο για συγκεκριμένους ανθρώπους που έχουν βιώσει συγκεκριμένα πράγματα τα οποία τους έχουν οδηγήσει στο να επηρεάζονται με πιο άμεσο τρόπο από τέτοια γεγονότα. Αντίθετα, υπάρχουν επίσης και συμβάντα τα οποία μπορούν να χαρακτηριστούν ως καθολικώς τραυματογόνα ερεθίσματα που κατέχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν ψυχικά τραύματα στην πλειονότητα των ατόμων που θα τα υποστούν. Σε αυτήν την κατηγορία μπορούν να καταχωρηθούν γεγονότα που είναι ακραία, και ικανά να εισχωρήσουν στον ψυχισμό του ατόμου και να έχουν καταστροφικές συνέπειες. Η εγκατάσταση ενός γεγονότος στον ψυχισμό του ατόμου, σε μόνιμο και μετατραυματικό επίπεδο, όπως παρομοίως και η ικανότητα του ατόμου να αποκαταστήσει και να αναρρώσει από ένα τραύμα, βρίσκονται σε άμεση εξάρτηση από τις εσωτερικές συνθήκες που επικρατούν στον ενδότερο ψυχισμό του εκάστοτε ατόμου (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1990; Briere, 1992; Levin & Nielsen, 2007).

Ο παιδικός πληθυσμός, αποτελεί μία μονάδα η οποία είναι πολύ ευάλωτη και εξαρτώμενη από τους άλλους, ιδίως από τους ενήλικες. Τα παιδιά έχουν ξεχωριστή κοσμοθεωρία και φάσμα αισθημάτων, και πολύ ιδιαίτερες σκέψεις και αντιλήψεις. Τα γεγονότα και οι καταστάσεις που μπορεί να βιώσουν στα διάφορα περιβάλλοντα, όπως το σχολείο, η οικογένεια, τα κοινωνικά πλαίσια, κ.α., έχουν την ικανότητα να καταγράφονται σε νευροβιολογικό αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν πολυεπίπεδα την ψυχολογία και την προσωπικότητα των παιδιών. Η επιρροή αυτή, διαμορφώνει τη συμπεριφορά τους, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, τις συνήθειες που μπορεί να έχουν, και γενικότερα τη ζωή τους σε όλο το φάσμα της. Ακόμη και γεγονότα τα οποία έχουν απωθηθεί από ένα παιδί σε κάποιο προηγούμενο στάδιο της ηλικίας του, και τα οποία δεν έχουν επεξεργαστεί και αποτελούν τραύμα, αν και είναι ασυνείδητα, συνεχίζουν να επιδρούν στη ζωή του ατόμου ακόμη και όταν είναι ενήλικας. Αναπόφευκτα, η συντριπτική πλειονότητα των παιδιών θα βιώσει κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης ένα γεγονός το οποίο θα εκληφθεί ως τραυματικό και θα έχει συνέπειες στο συναισθηματικό του κόσμο, αλλά και στην ομαλή ανάπτυξη (Βεντουράτου, 2004/2009; Mulhivill, 2005).

Συνήθως, όταν τα παιδιά εκτεθούν σε μία τραυματογόνο εμπειρία που τους δημιουργήσει συναισθήματα δυσφορίας και stress, έπειτα από μία σύντομη περίοδο παροδικής σύγχυσης και διαστρεβλωμένης αστάθειας, επανέρχονται χωρίς να εμφανίσουν απαραίτητως εναπομείναντα κατάλοιπα και προβλήματα που να σχετίζονται με το τραύμα. Παρ'όλα αυτά, είναι δυνατό ισχυρά αγχογόνα συμβάντα, όπως η ενδοοικογενειακή βία, η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, η βίωση ακραίων καιρικών ή φυσικών φαινομένων (ανεμοστρόβιλοι, πλημμύρες, σεισμοί, κτλ), η διαμονή σε μέρη τα οποία βρίσκονται σε εμπόλεμη κατάσταση, και διάφορα άλλα βιώματα τα οποία μπορεί να καταγραφούν ως τραυματικά στον ψυχισμό των παιδιών, είναι ικανά να έχουν σοβαρότατες και μακροπρόθεσμες συνέπειες, διαστρεβλώνοντας την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη και δυσχεραίνοντας την ψυχική τους υγεία, καθιστώντας τα σε θέση όπου να απειλείται σε σημαντικό βαθμό η ομαλή τους λειτουργικότητα και η γενικότερη ποιότητα της ζωής τους (Feerick et al., 2002; Hensley & Varela, 2007; Δέδε, 2008).

Επομένως, όταν ένα παιδί βιώσει σε μεγάλη ένταση καταστάσεις ή συμβάντα τα οποία χρίζουν να χαρακτηριστούν τραυματικά και ιδιαίτερα δύσκολα, των οποίων οι εκδηλώσεις συνεχίζονται σε βάθος χρόνου ή φαίνεται να έχουν θεμελιωθεί στον ψυχισμό του, πρέπει οπωσδήποτε να του χορηγηθεί ουσιαστική βοήθεια και συνεχής υποστήριξη και φροντίδα από τον περίγυρό του και το περιβάλλον του, αλλά και από ειδικούς επαγγελματίες στον τομέα της ψυχικής υγείας (Kemp, 1972).

2.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

Οι τραυματογόνες εμπειρίες εμφανίζονται σε πληθώρα ειδών και μπορούν να επηρεάσουν ξεχωριστά και με διαφορετικό τρόπο τον κάθε άνθρωπο. Παρ'όλα αυτά, υπάρχουν αρκετά συμβάντα, που όταν συμβούν σε κάποιον άνθρωπο, είναι ικανά να τραυματίσουν στο ίδιο βάθος που θα τραυμάτιζαν και άλλους ανθρώπους.

Δυστυχώς, τα παιδιά, μπορεί να είναι και αυτά συχνά αποδέκτες τέτοιων γεγονότων. Συμβάντα τα οποία μπορούν να αποτελέσουν σημαντική τραυματική εμπειρία για ένα παιδί είναι πολλά, αλλά κάποια που ξεχωρίζουν είναι δυνητικά το διαζύγιο των γονέων του, μία ανίατη ασθένεια που θα ταλαιπωρήσει είτε το ίδιο το παιδί είτε ένα μέλος της οικογένειάς του, η βία σε όλες τις μορφές της, ο θάνατος κάποιου αγαπημένου του προσώπου, και ειδικότερα των γονέων, η παραμέληση, η σεξουαλική κακοποίηση, κ.α. Ένα παιδί, τραυματίζεται πολύ πιο εύκολα από ότι ένας ενήλικας, και όταν ενηλικιωθεί, καλείται να

διαχειριστεί τα όποια απομεινάρια μπορεί να έχουν αφήσει στον ψυχισμό του οι όποιες τραυματικές εμπειρίες έχει υποστεί ως παιδί (Bowlby, 1972; Beck et al., 1985; Dixon et al., 2005).

Εμπειρίες οι οποίες σε φυσιολογικό πλαίσιο δε θα επηρέαζαν ένα ενήλικο άτομο, μπορούν να ασκήσουν σημαντική επιρροή σε ένα παιδί και να αποτελέσουν καθοριστικό παράγοντα για τον ψυχισμό του. Είναι διάφορες οι αιτίες οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν τραύμα σε ένα νεαρό άτομο (Αγάθωνας-Γεωργοπούλος και συν., 2009).

Η έναρξη της ζωής ενός παιδιού λαμβάνει μέρος μέσα στο πλαίσιο μίας κοινωνικής ομάδας, της οικογένειας. Στη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, όπως συνήθως και στις υπόλοιπες, ισχύουν κάποιες συγκεκριμένες συμπεριφορές, πολιτιστικά αλλά και σε επίπεδο ομιλίας. Έτσι, γίνεται κατανοητό, ότι η οποιαδήποτε αγχογόνος ή τραυματική εμπειρία/περίοδος παραμελείται ή προκαλείται κιόλας ίσως από την ίδια την οικογένεια του παιδιού, μπορεί να λειτουργήσει ως επιβαρυντικός παράγοντας στον ψυχισμό του, και να δημιουργήσει εμπόδιο στην σωστή ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας.

2.2.1 Σωματική βία

Από την αρχαιότητα κιόλας, η κακοποίηση των παιδιών δεν αποτελεί σπάνιο για την ανθρώπινη κοινωνία φαινόμενο. Ως παιδική βία, μπορεί να οριστεί οποιαδήποτε μορφή κακομεταχείρισης, ψυχικής ή σωματικής, ή η παραμέληση που μπορεί να αισθανθεί ένα ανήλικο άτομο, το οποίο θεωρητικά βρίσκεται υπό την κηδεμονία και την προστασία ενός ή και παραπάνω ενήλικων ατόμων (γονείς, άλλα μέλη της οικογένειας, κηδεμόνες ή ο οποιοσδήποτε φροντίζει το παιδί) (Barnett et al., 1997; Dube et al., 2003; Mills, 2004).

Ως σωματική κακοποίηση ενός παιδιού (ανήλικο άτομο), μπορεί να οριστεί η ηθελημένη και όχι τυχαία εφαρμογή σωματικής δύναμης αλλά και οι σκόπιμες πράξεις παραμέλησης από την πλευρά του γονέως ή του κηδεμόνα του παιδιού, οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν στον τραυματισμό, την πρόκληση πόνου, τη μόνιμη βλάβη ή ακόμη και το θάνατο του παιδιού (Kempe et al., 1962).

Επιπλέον, μία ακόμη πιθανή μορφή κακοποίησης ενός ανήλικου ατόμου, αποτελεί η σκόπιμη δηλητηρίαση (χρήση χημικών ουσιών με σκοπό την πρόκληση βλάβης στο παιδί), κατά την οποία οι φροντιστές του παιδιού μπορεί να του χορηγήσουν διάφορα χημικά σκευάσματα, φαρμακευτικά ή και όχι, όπως παραδείγματος χάρη ηρεμιστικά χάπια, πιπέρι, νέφτι, κ.α. Άλλη μία πιθανή μορφή κακοποίησης είναι ο τυχαίος τραυματισμός του παιδιού εν μέσω μίας οικογενειακής σύγκρουσης (σύνδρομο αμέτοχου θεατή, μαρτυρία

ενδοοικογενειακής βίας) καθώς τα άτομα που έχουν το ρόλο του φροντιστή ανήλικων ατόμων έχουν την ευθύνη να τα προστατεύουν από τέτοιες καταστάσεις (Cohen & Mannarino, 2003).

Η κάθε οικογένεια έχει την ευθύνη και οφείλει να δημιουργεί στο παιδί την αίσθηση της ασφάλειας, της γαλήνης, και της κάλυψης των συναισθηματικών του αναγκών. Παρ'όλα αυτά, δυστυχώς, συνήθως στις οικογένειες όπου επικρατούν καταστάσεις βίας και κακοποίησης, οι παραπάνω ανάγκες δεν καλύπτονται (Ψωμάς, 2001; Χατζηφωτίου, 2005).

Άλλα πιθανά περιστατικά τα οποία αποτελούν περιπτώσεις κακοποίησης, σε σωματικό πλαίσιο, είναι τα χτυπήματα/μελανιές, σβήσιμο τσιγάρων στο σώμα του παιδιού, πρόκληση κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, κατάγματα οστών, πρόκληση εσωτερικών κακώσεων, πνιγμός, πρόκληση ασφυξίας, και γενικότερα κάθε σωματικό τραύμα (Barnett et al., 1997; Ψωμάς, 2001).

Τα αποτελέσματα της σωματικής κακοποίησης δεν εκδηλώνονται μονάχα στο φάσμα των γνωστικών λειτουργιών και της συμπεριφορικής στρέβλωσης. Πιο συγκεκριμένα, η ενδοοικογενειακή βία κάλλιστα έχει τη δυνατότητα να αποτελέσει την πηγή για διάφορες διαταραχές όπως κατάθλιψη, αγχώδης διαταραχή, κ.α. Ακόμη, η εμφάνιση μετατραυματικού stress αποτελεί μία πολύ πιθανή επίπτωση της ενδοοικογενειακής βίας που βιώνεται από παιδιά σε μακροσκελές χρονικό πλαίσιο. Άλλες πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να εμφανιστούν είναι το διαρκές άγχος, οι συχνοί ή και καθημερινοί έντονοι εφιάλτες, και ένα αίσθημα φυγής σχετικά με το θέμα που του προκαλεί όλα αυτά ή κάποια από αυτά τα προβλήματα. Τομείς που είναι επίσης ευπαθείς λόγω της κακομεταχείρισης είναι η συμπεριφορά, η ανάπτυξη, και η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (Feerick et al., 2003; Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Η κοινωνική και συναισθηματική εξέλιξη και πορεία ενός ατόμου μπορεί να επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από τις τυχόν τραυματικές εμπειρίες που έχει βιώσει. Τα θύματα που έχουν υποστεί κακοποίηση, ιδίως από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, συχνά ως ενήλικες έχουν μία διαταραγμένη καθημερινότητα, και έναν πολύ ιδιαίτερο τρόπο λειτουργίας. Διάφορα ερευνητικά δεδομένα, υποδεικνύουν ότι τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση στα πρώτα στάδια της ανήλικης ζωής τους, αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσχέρειες σε τομείς όπως η κοινωνικότητα, η συναισθηματική ωριμότητα, αλλά και η γνωστική επίδοση, κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή τους (Μάκα & Καφέτσιος, 2005; Ullman et al., 2007).

2.2.2 Σχολικός εκφοβισμός

Ένα σημαντικό πεδίο το οποίο είναι ικανό να επιτελέσει παράγοντα για τη γένεση ψυχικού τραύματος και να θεωρηθεί ως παράγοντας κακοποίησης, είναι ο σχολικός εκφοβισμός. Σχολικός εκφοβισμός, είναι τα βίαια συμβάντα τα οποία μπορούν να λάβουν χώρα μέσα σε έναν εκπαιδευτικό χώρο/πλαίσιο, κατά τη διάρκεια των σχολικών χρόνων ενός παιδιού, οι διάφορες λεκτικές ή σωματικές επιθέσεις, το λεγόμενο «bullying». Μπορεί να έχει μορφή λεκτική, σωματική, συναισθηματική, και να έχει μεμονωμένη ή και επαναλαμβανόμενη διάρκεια (Olweus, 1993/1994; Craig, 1997).

Επιπροσθέτως, στις μέρες μας, ο σχολικός εκφοβισμός μπορεί να διαπραχθεί και μέσω ηλεκτρονικών μέσων (κυρίως λόγω των μέσων δικτύωσης), ή και μέσω τηλεφώνου (απειλητικά μηνύματα/κλήσεις, κτλ).

Ο σωματικός τραυματισμός, η κλοπή της ιδιοκτησίας, η επιθετικότητα, οι καβγάδες, τα «πειράγματα», μπορούν να θεωρηθούν ως μέλη του ευρύτερου φάσματος του σχολικού και σωματικού εκφοβισμού (Smith et al., 1999).

Συνήθως, οι μαθητές που γίνονται στόχος και θύματα σχολικού εκφοβισμού, είναι άτομα με ανίσχυρες προσωπικότητες, με ανεπαρκή εφόδια για να σταθούν ακέραιοι και στα πόδια τους, είναι άτομα που τα χαρακτηρίζει η ευάλωτη φύση τους, διακρίνονται ως φοβικοί, και δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς στους σχολικούς κύκλους, οπότε δεν έχουν πολλούς «συμμάχους» και στηρίγματα (Βαρδάκου, 2007).

Η σχέση η οποία τα παιδιά είχαν με τους γονείς τους, αποτελεί βασικό παράγοντα για την μετέπειτα προσωπικότητά τους. Τα παιδιά των οποίων οι σχέσεις με τους γονείς τους ήταν ανασφαλείς, προσκόλλησης, απωθητικές, είναι εξαιρετικά πιθανότερο να διαμορφωθούν ως έφηβοι και ενήλικες οι οποίοι δεν εμπιστεύονται εύκολα και πραγματικά τους άλλους ανθρώπους, και εάν και μπορεί να ήταν και να είναι ακόμη ανεξάρτητοι, δεν έχουν αυτοπεποίθηση, παρουσιάζουν έλλειψη αυτοεκτίμησης, έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού τους και της αξίας τους, και είναι πιθανό να μην έχουν εμπιστοσύνη στους εαυτούς τους. Καθίστανται έτσι πιο ευάλωτοι και πιο επιρρεπείς στο να γίνουν αποδέκτες βίαιης συμπεριφοράς ή κοινωνικού εμπαιγμού από τους συνομηλίκους τους (Bowlby, 1973; Τζελέπη-Γιαννάτου, 2008).

Τονίζεται επίσης η αρνητική συνέπεια που μπορεί να έχει η μακρόχρονη έκθεση σε τέτοιου είδους περιστατικά και καταστάσεις. Τομείς οι οποίοι μπορεί να πληχθούν ή να

διαστρεβλωθούν σε σημαντικό βαθμό, είναι η ψυχική και σωματική υγεία των μαθητών που εμπλέκονται σε συνθήκες θυματοποίησης ή/και εκφοβισμού κατά μεγάλα διαστήματα στα μαθητικά τους χρόνια. Πολύ ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η περίπτωση της έμμεσης θυματοποίησης, η οποία μπορεί να αποβεί χειρότερη και με μεγαλύτερο ρίσκο από την άμεση. Οι συνθήκες αυτές είναι ικανές να λειτουργήσουν ανασταλτικά στη φυσική και τη συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου. Ένας μαθητής ο οποίος δέχεται συχνά και διαρκώς επιθέσεις για μεγάλα διαστήματα, ζει μία κατάσταση η οποία είναι δυνατό να χαρακτηριστεί και να εκληφθεί από τον ίδιο ως «μαρτύριο» ή και «κόλαση». Η σχολική του ζωή λοιπόν μετατρέπεται, από μία περίοδο η οποία θεωρητικά θα έπρεπε να είναι μία από τις ομορφότερες της ζωής του, ως μία άκρως τραυματογόνα εμπειρία (Rigby, 1996; Καλογεράκη, 2005,).

Η ανατροφή που έχει λάβει ένα άτομο από το οικογενειακό του περιβάλλον (ή από τους όποιους φροντιστές του) έχει θεμελιώδη ρόλο στο αν θα αναπτύξει επιθετικές σχέσεις με τους συνομηλίκους του. Σύμφωνα με την θεωρία της προσκόλλησης που αποτύπωσε ο Bowlby το 1973, η ανάπτυξη διάφορων εσωτερικών μοντέλων από τη σκοπιά ενός παιδιού, πραγματοποιείται με βασικό γνώμονα τις σχέσεις που είχε με τα πρώτα πρόσωπα της ανατροφής του, όπως γονείς, αδέρφια, παππού-γιαγιά, κηδεμόνες, κτλ, οι οποίες μπορεί να είναι ασφαλείς ή και μη ασφαλείς. Οι σχέσεις και τα μοτίβα των σχέσεων αυτών, δεν αντιλαμβάνονται ως ξεχωριστά και προσωπικά από τα παιδιά, αλλά γενικεύονται και μετατρέπονται σε μία γενικότερη άποψη για τον κόσμο, και επηρεάζουν έτσι καταλυτικά τις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους τους στην παιδική αλλά και στην εφηβική ηλικία (Bowlby, 1973; Olweus, 1978/93/94; Craig-Pepler, 1997).

2.2.3 Ψυχοσυναισθηματική Βία

Μία συμπεριφορά κατά την οποία ένας άνθρωπος, ή και περισσότεροι, εκθέτουν ένα άλλο άτομο (ή και περισσότερα) , σε συνθήκες οι οποίες μπορούν να αποβούν επιβλαβείς ή τραυματικές για την ψυχική αλλά και τη συναισθηματική του ακεραιότητα, μπορεί να χαρακτηριστεί ως ψυχοσυναισθηματική βία. Στο φάσμα των συμπεριφορών αυτών ανήκουν οι σχέσεις στις οποίες το ένα από τα άτομα είναι χειριστικό και επιτακτικό προς τα υπόλοιπα, οι ζηλόφθονες σχέσεις, η λεκτικές επιθέσεις, η αυταρχική συμπεριφορά, οι σχέσεις εκμετάλλευσης, ο εκφοβισμός, η πρόκληση συναισθήματος απειλής, η μειωτικές

συμπεριφορές, κ.α. Η πλειονότητα τέτοιων σχέσεων εμφανίζεται συνήθως σε ερωτικές, φιλικές, ή οικογενειακές σχέσεις, και επίσης σε εργασιακά, σχολικά, συλλογικά (μία ομάδα, ένας αθλητικός σύλλογος, κ.τ.λ.) περιβάλλοντα (Konacks, 1997).

Επίσης, η απομόνωση, η συνεχής απόρριψη, η παραμέληση, η υποτίμηση, τα επικριτικά σχόλια, η συστηματική αποθάρρυνση, κ.α., μπορούν να χαρακτηριστούν ως εκφάνσεις ψυχοσυναισθηματικού τραύματος. Το συγκεκριμένο είδος βίας αποτελεί δύσκολο πεδίο διάγνωσης και εντοπισμού από τους αρμόδιους επαγγελματίες και φορείς, διότι απαιτεί σημαντική χρονική επένδυση ώστε να επιτευχθεί σχέση εμπιστοσύνης και επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης με το θύμα και τον επαγγελματία ψυχικής υγείας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Η ψυχοσυναισθηματική κακοποίηση δεν προϋποθέτει απαραίτητα και ύπαρξη σωματικής κακοποίησης. Αντιθέτως, επί της πλειονότητας των περιστατικών σωματικής βίας υπάρχει και άρρηκτη συνύπαρξη ψυχικής και συναισθηματικής βίας και επιθετικότητας. Πολύ ενδιαφέρον σημείο, παρουσιάζει η ομολογία σημαντικού ποσοστού θυμάτων σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης τα οποία υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική διάσταση του τραύματός τους είναι πιθανώς πιο καταστροφική και επίπονη από τη σωματική, με επιπτώσεις που διαμένουν και επηρεάζουν σε βάθος χρόνο. Ομολογουμένως, το συναισθηματικό κομμάτι μίας τέτοιας εμπειρίας επηρεάζει το άτομο στα βάθη του ψυχικού του κόσμου, και συχνά καθίσταται ικανό να το κάνει να αισθανθεί εκμηδενισμένο, ασήμαντο, το κάνει να νιώθει ότι δεν αξίζει την αγάπη κανενός και ότι είναι άξιο να τιμωρείται και να εισπράττει τέτοιου είδους συμπεριφορές. Το βάζει δηλαδή σε μία ψυχοσύνθεση η οποία «δικαιολογεί» το θύτη του και την κακοποίηση που υπόκειται (σύνδρομο Στοκχόλμης π.χ.). Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κακοποιημένων γυναικών οι οποίες μετά από έντονη κακοποίηση εξακολουθούν να προστατεύουν το σύντροφό τους και να αισθάνονται τρομαγμένες και εκμηδενισμένες, μα ερωτευμένες κιόλας ταυτόχρονα (Kendal et al., 1993; O'Hagan, 1993; Γιομπαζολιά, 2010).

Συναισθήματα και εμπειρίες όπως ο εξευτελισμός, η συνεχής και αδιάκοπη κατάκριση και μείωση, και ο ψυχικός υποβιβασμός, πιθανώς να είναι εντονότεροι παράγοντες θυματοποίησης από μορφές βίας καθαρά σωματικής φύσεως (Αρτινοπούλου & Μαγγανάς, 1996).

Ως ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να οριστεί η συνεχής, επαναλαμβανόμενη, μη κατάλληλη αντιμετώπιση και συμπεριφορά, η οποία είναι ικανή να βλάψει ή να μειώσει με

δραστικό τρόπο την αναπτυξιακή αλλά και τη δημιουργική ικανότητα νοητικών διεργασιών οι οποίες κρίνονται υψίστης σημασίας για τη συνολική εξέλιξη και ανάπτυξη ενός παιδιού, όπως η ευφυΐα, η μνημονική ικανότητα, η λειτουργία της αντίληψης, η προσοχή, και η ιδεολογική ανάπτυξη. Η ψυχολογική κακοποίηση είναι αναπόσπαστο κομμάτι της συναισθηματικής κακοποίησης, και είναι εύλογο να αναφερθεί ότι πρόκειται για δύο καταστάσεις οι οποίες πιθανώς συνυπάρχουν στο ίδιο φάσμα (Ο'Hagan, 1993).

Η αιτιολογία που έχει ως αποτέλεσμα τα περιστατικά και τις συμπεριφορές αυτές (συναισθηματική, σωματική, λεκτική, και γενικά η όποια κακοποίηση), παρουσιάζει εξαιρετική ποικιλομορφία. Πολλές μπορεί να είναι οι πηγές που οδηγούν σε αυτές τις περιπτώσεις. Ένα σημαντικό ποσοστό των γονέων που προβαίνουν σε τέτοιες πράξεις και συμπεριφορές, είχαν εισπράξει και οι ίδιοι παρόμοιου είδους κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία. Έτσι, τη θεωρούν σωστό τρόπο διαπαιδαγώγησης και προχωρούν σε επανάληψη των εσφαλμένων αυτών προτύπων, ή πολύ απλά έχουν περιορίσει τον τρόπο σκέψης τους και δε μπορούν να αναγνωρίσουν την ύπαρξη άλλων μεθόδων. Επαναλαμβάνουν επομένως δυστυχώς όσα συνέβησαν στους ίδιους (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν., 1996).

Επιπρόσθετοι παράγοντες ικανοί να οδηγήσουν σε τέτοιες συνθήκες είναι:

- Δυσχέρεια διαχείρισης άγχους από τους γονείς
- Ασυμφωνία χαρακτήρων του ζευγαριού
- Χρόνιο/συνεχές stress
- Έλλειψη γονικών δεξιοτήτων
- Παράλογες προσδοκίες των γονέων
- Εσφαλμένες απόψεις για τη διαπαιδαγώγηση (π.χ. σωματική τιμωρία)
- Μορφωτικό επίπεδο των γονέων
- Κοινωνική απομόνωση
- Οικονομική δυσχέρεια
- Υπερβολική φτώχεια
- Πνευματική υστέρηση
- Ανωριμότητα γονέων
- Κατάθλιψη και άλλα ψυχικά σύνδρομα (π.χ. διπολική διαταραχή)
- Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού
- Προβληματική αλληλεπίδραση παιδιού-γονέων

- Ελλιπής φροντίδα/παραμέληση

Όλα τα παραπάνω είναι δυνητικές πηγές υπαίτιες για τη γένεση της ψυχοσυναισθηματικής κακοποίησης (Ο' Hagan, 1993; Οικονομίδου, 2007).

Οι επιπτώσεις της ψυχοσυναισθηματικής κακοποίησης, όπως και όλων των άλλων ειδών κακοποίησης, είναι εξαιρετικά αρνητικές για τον συναισθηματικό κόσμο του παιδιού αλλά και για τη μετέπειτα ενήλικη πορεία του. Μερικά εκ των αποτελεσμάτων αυτών είναι: η σημαντικά χαμηλή αυτοεκτίμηση, συνεχής και έντονη ανασφάλεια, καταχρήσεις (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες, κ.α.), απομόνωση/απόσυρση, έντονη εσωστρέφεια, δυσχέρεια στην εξέλιξη βασικών ικανοτήτων, αυτοκτονικές τάσεις, δυσχέρεια στη διαμόρφωση σταθερών και υγιών διαπροσωπικών αλλά και εργασιακών σχέσεων, φαινομενική ανικανότητα να αγαπήσουν και να εμπιστευθούν σε ειλικρινές επίπεδο, δισταγμός στη σωματική εγγύτητα/άγγιγμα, στην οικειότητα, έλλειψη δημιουργικής ενέργειας και προσμονής για νέες εμπειρίες/αλλαγές. Όλα τα παραπάνω αποτελούν μονάχα μερικές από τις επιπτώσεις της ψυχοσυναισθηματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, αλλά και σε μεταγενέστερα στάδια της ζωής ενός ατόμου (Herman, 1996).

2.2.4 Σεξουαλική βία

Η κακή μεταχείριση και η σεξουαλική εκμετάλλευση ατόμων στην παιδική ηλικία, είναι ένα φαινόμενο το οποίο, δυστυχώς, είναι αρκετά διαδεδομένο στη σύγχρονη εποχή. Η μάστιγα αυτή υποστηρίζεται και διαπράττεται από άτομα όλων των κοινωνικών στρωμάτων, και αρκετές φορές από των υψηλών μάλιστα. Σε οικογενειακό πλαίσιο, η κακοποίηση του παιδιού σε σεξουαλικό επίπεδο, οδηγεί στην αποδιοργάνωση των μελών της οικογένειας και της κατάρρευσής τους στα μάτια του παιδιού ως προτύπων ή προστατευτικών μορφών. Η φύση της σχέσης η οποία παραβιάζεται από τον θύτη, αποτελεί ένα βίωμα που θα αφήσει το στίγμα του για πάντα στο παιδί, ακόμη παραπάνω λόγω του είδους της σχέσης και της προδοσίας της εμπιστοσύνης του, πέραν της βαρβαρότητας της σεξουαλικής επιβολής. Επί της πλειονότητας των περιπτώσεων, τα παιδιά που πέφτουν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, εκβιάζονται από το άτομο που διαπράττει την πράξη είτε σωματικά είτε λεκτικά, απειλώντας τα ότι θα προκαλέσει κακό στα ίδια ή στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Ακόμη πολλοί θύτες τέτοιου είδους εγκλημάτων, πολλές φορές είναι ικανοί να ξεγελάσουν τα παιδιά με ψυχολογικούς χειρισμούς και να τα χειραγωγήσουν ώστε να τα κάνουν να πιστεύουν ότι τυγχάνουν ειδικής μεταχείρισης, ότι είναι ξεχωριστά και τυχερά που γίνονται

αποδέκτες αυτού του «δώρου», ενώ πολλές φορές τους προσφέρονται και υλικά δώρα προς ανταλλαγίν της συγκατάθεσής τους στις πράξεις αυτές αλλά και την αποσιώπηση και την απόκρυψη της εμπειρίας (Kendal et al., 1993; Ψωμά, 2001; Kaplow et al., 2005; Ullman, 2007).

Τα παιδιά όμως, είναι προφανώς εκ φύσεως ανίκανα και μη κατάλληλα για να δώσουν μία τέτοια συγκατάθεση, αφού προφανώς και δε γνωρίζουν τι είναι αυτό στο οποίο συναινούν για τη συμμετοχή τους. Επιπροσθέτως, η απουσία αντίδρασης προφορικά ή κινητικά/σωματικά, προφανώς και δεν υποδηλώνει σε καμία περίπτωση επιθυμία ή συναίνεση. Τα παιδιά είναι συμπεριφορικά διδαγμένα να υπακούν τους ενήλικες. Αυτό δε σημαίνει ότι είναι πρόθυμα ή επιθυμούν να προβούν σε τέτοιου είδους συναναστροφές και πιθανώς αν τους συμβεί κάτι τέτοιο τα βρίσκει αιφνιδιασμένα και ανήμπορα να αντιδράσουν ή να επεξεργαστούν τι ακριβώς είναι αυτό που τους συμβαίνει. Ακόμη, πολλές φορές μπορεί να νιώσουν «κακά παιδιά» ή ανίκανα, αν δεν υπακούσουν στις επιθυμίες ενός ενήλικα, ο οποίος στην παιδική κοσμοθεωρία τους αποτελεί μορφή εξουσίας και επιβλητικής αρχής (Schlesinger, 1982; Porter, 1987).

Ειδικά στην περίπτωση της κακοποίησης σε σεξουαλικό επίπεδο σε οικογενειακό πλαίσιο, η πραγματοποίησή της στο χώρο της οικίας, αποτελεί ιδιαίτερα επιβαρυντικό παράγοντα. Η μυστικότητα επίσης που την περιβάλλει, εκ μέρους και των δύο μερών (θύτη-θύματος), αλλά κατά κύριο λόγο του θύματος το οποίο αναγκάζεται/χειραγωγείται στη μυστικότητα αυτή, αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό της κακοποίησης αυτής (Πλακιά-Τσίτωνα, 2008).

2.2.5 Παραμέληση του παιδιού (negligence)

Ως παραμέληση ενός ανηλίκου/παιδιού, μπορεί να οριστεί η έλλειψη από την πλευρά του φροντιστή/γονέα/κηδεμόνα της κάλυψης των βασικών αναγκών του παιδιού, και η αποτυχία να προσφέρει στο παιδί τα απαραίτητα ώστε να είναι υγιές σωματικά, νοητικά, αλλά και συναισθηματικά (Straus & Kantor, 2005).

Εμπεριέχει την αποτυχία εκ μέρους του ενήλικα κηδεμόνα να παρέχει επαρκή τροφή, κατάλληλο ρουχισμό, καταφύγιο (οικία), ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, και προστασία από οποιονδήποτε κίνδυνο σωματικό ή ψυχικό. Μπορεί να διακριθεί σε σωματική αλλά και σε ψυχολογική/συναισθηματική παραμέληση. Μπορεί να εξεταστεί επίσης περαιτέρω και να καταταμηθεί σε ειδικότερες μορφές παραμέλησης, όπως η περιγεννητική/προγεννητική

(κάπνισμα/καταχρήσεις κατά την περίοδο της κύησης, αμέλεια κινδύνου από την πλευρά της μητέρας, κ.α.), αλλά και η κοινωνική (Gelles & Lancaster, 1987; Polonko, 2006).

Η πιο σημαντική και βλαβερή μορφή παραμέλησης είναι ευρέως αποδεκτά η σωματική. Η σωματική συμπεριλαμβάνει όλες τις επιπτώσεις που μπορεί να προξενηθούν στη σωματική υγεία του παιδιού, λόγω ακατάλληλης/μη επαρκούς σίτισης, στέγασης, παροχής ρουχισμού, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, κ.τ.λ. Η μακρόχρονη σωματική παραμέληση του παιδιού μπορεί να οδηγήσει σε πληθώρα ασθενειών ή ακόμη και στο θάνατο. Η χρόνια παραμέληση είναι πιο επικίνδυνη όταν συμβαίνει σε μικρές ηλικίες (έως περίπου 7 ετών π.χ.) κατά τις οποίες το παιδί δεν είναι ικανό να φροντίσει σε κανένα σχεδόν επίπεδο τον εαυτό του (Gelles & Lancaster, 1987; Dube et al., 2003).

Η παράλληλη έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης και αδιαφορίας από την πλευρά των κηδεμόνων ως προς τις προσπάθειες των παιδιών για επικοινωνία και κατανόηση, έγκειται στο φάσμα της ψυχοσυναισθηματικής παραμέλησης (American Humane Society, 2007).

Η βαρύτητα της παραμέλησης συνήθως διαφέρει ανά περίπτωση και άτομο, και είναι είτε περιστασιακή είτε μακροχρόνια. Η εντύφηση στα βαθύτερα χαρακτηριστικά του κάθε περιστατικού κρίνεται απαραίτητη για την κατανόηση, τη διάγνωση αλλά και την παρέμβαση από την πλευρά του επαγγελματία υγείας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1987).

Η ψυχική βλάβη η οποία δημιουργείται στο άτομο ορίζεται ως η κύρια συνέπεια αυτής της μορφής κακοποίησης. Συνήθως σε ενδοοικογενειακά περιβάλλοντα τα οποία χαρακτηρίζονται από ψυχρότητα, επιθετικότητα και έλλειψη επικοινωνίας, παραμέληση φροντίδας του παιδιού, ελλιπή ή μηδενική προσπάθεια για επικοινωνία με το παιδί, το να βιώσει το παιδί το συναίσθημα ότι παραμελείται, είναι σχεδόν αναπόφευκτο. Σε γενικότερο πλαίσιο, η παραμέληση αποτελεί ένα ιδιαίτερα πολυδιάστατο φαινόμενο, κατά το οποίο κάποια στοιχεία του είναι ικανά να επηρεάζουν και να δημιουργούν συγκεκριμένα προβλήματα, και αντιστοίχως, άλλα στοιχεία του το ίδιο. Ένα σύνθημα αποτελέσμα της παραμέλησης είναι η ανάπτυξη γνωστικών και ακαδημαϊκών ελλειμμάτων (Giardino et al., 1997; Straus & Kantor, 2005; Polonko, 2006).

2.2.6 Πένθος- διαζύγιο

Η οποιαδήποτε απώλεια, σημαντική ή και μη, είναι ικανή να προκαλέσει ψυχικό τραύμα και αλλαγή στη ψυχοσύνθεση ενός ατόμου, όμως, η απώλεια μίας γονικής φιγούρας

έχει μοναδική θέση στο πόσο βαθιά μπορεί να επηρεάσει και να σημαδέψει ανεξίτηλα ένα άτομο, και να τροποποιήσει την πορεία που θα ακολουθήσει έως και την ενήλικη ζωή του. Θεωρείται λοιπόν αρκετά σημαντικό να κατανοηθεί η δυσκολία που προκαλείται σε ένα παιδί που θα βιώσει μια τέτοια εμπειρία, και η διαφορετικότητα με την οποία θα εκλάβει τη γενικότερη έννοια του θανάτου και θα προβεί σε διαχείριση των συναισθημάτων που θα του προκληθούν. Μέχρι να καταφέρει ένα παιδί να αποδεχθεί ένα τέτοιο συμβάν περνά από αρκετά διαφορετικά στάδια πένθους. Εάν αυτή η διαδικασία πραγματοποιηθεί με φυσιολογικό τρόπο, θα καταφέρει το παιδί να συνεχίσει τη ζωή του με ομαλότητα και προχωρήσει. Εάν όμως το παιδί έρθει αντιμέτωπο με συναισθηματικές καταστάσεις όπως η άρνηση, το μούδιασμα (emotionally numb) , ο υπέρμετρος θυμός και η αβεβαιότητα για το μέλλον του, μπορεί να δημιουργηθεί δυσχέρεια στην ομαλή αποδοχή του γεγονότος και στη μετέπειτα φυσιολογική συναισθηματική εξέλιξη του ατόμου (Bowlby, 1972; Frederique-Bacque, 1997; Heike, 2003).

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου αποτελεί τρομερά επίπονο συμβάν για ένα παιδί, το οποίο συνήθως δεν έχει τη δυνατότητα να επεξεργαστεί και να κατανοήσει την κατάσταση με παρόμοιο τρόπο με έναν ενήλικα. Όταν ένα παιδί είναι πολύ νεαρό (2-5 ετών), αδυνατεί να κατανοήσει την οριστικότητα του θανάτου. Διατηρεί την πεποίθηση ότι το άτομο που απεβίωσε θα επιστρέψει κάποια στιγμή ή ότι ζεί ακόμη. Τα παιδιά που βρίσκονται σε σχολική ηλικία έχουν μεν την ικανότητα να κατανοήσουν το ότι ο θάνατος είναι κάτι το οριστικό, παρ'όλα αυτά μέχρι να τους συμβεί νιώθουν/θεωρούν ότι είναι κάτι το οποίο συμβαίνει μόνο στους άλλους. Το προσωπικό επίπεδο ωριμότητας του παιδιού, άλλα και πιθανές προγενέστερες εμπειρίες του με παρόμοιες καταστάσεις, παίζουν σημαντικό ρόλο στο αν θα είναι ικανό να κατανοήσει αλλά και να διαχειριστεί μία τέτοια κατάσταση όταν του συμβεί (Kupisch et al., 1984; Nielsen, 2005).

Ένα παιδί φυσικά πενθεί με άλλο τρόπο από ότι πενθεί ένας ενήλικας. Πολλές φορές πενθεί «διακεκομμένα» ή τμηματικά. Δηλαδή, ενώ τη μία στιγμή είναι θλιμμένα μετά από λίγο μπορεί να παίζουν και να φαίνονται χαρούμενα και γελαστά. Κάτι τέτοιο δε σημαίνει σε καμία περίπτωση ότι παιδί έχει σίγουρα ξεπεράσει τη θλίψη του και δε νιώθει πια την απώλεια. Στα παιδικά χρόνια, εξαιρετικά σπάνια το άτομο εκφράζεται με πράξη ή με λόγια. Το πένθος εκφράζεται και διαφαίνεται μέσα από το καθημερινό παιχνίδι, τη ζωγραφική, κ.α. (Herbert, 1998/2004).

Η οδύνη που είναι ικανή να προκαλέσει το πένθος κατά την παιδική ηλικία έχει συνυφανθεί και έχει σημαντική σχέση με πολλές μορφές παθήσεων ψυχικής φύσεως, όπως κατάθλιψη, αυτοκτονικές τάσεις, ψυχοσωματικά σύνδρομα, παραβατική συμπεριφορά, ψυχωτικές νευρώσεις, κ.α. Όσο νεότερο είναι το παιδί (με την προϋπόθεση βέβαια να είναι αρκετά μεγάλο ώστε να μπορεί να επεξεργαστεί νοητικά την κατάσταση) τόσο εντονότερα μπορούν να αποβούν τα επιβλαβή αποτελέσματα (Παπακωνσταντίνου, 2009).

Η αφύσικη χρονικά απώλεια ενός γονέως τραυματίζει ανεξίτηλα τον ψυχισμό του παιδιού και οδηγεί σε σημαντικό πλήγμα για τον δια βίου αυτοσεβασμό του (Rochlin, 1993).

Διάφορες στατιστικές έρευνες υποδεικνύουν ότι η παιδική κατάθλιψη είναι κατά κόρον κοινό σύμπτωμα ανάμεσα σε ανηλίκους που έχουν χάσει τους γονείς τους, ιδιώς μεταξύ 10 και 15 ετών. Συνήθης επίσης είναι η πεποίθηση ότι τέτοιου είδους βιώματα/απώλειες σε παιδική ηλικία παίζουν σημαντικό ρόλο στην μετέπειτα ικανότητα για αντιμετώπιση και διαχείριση τέτοιων συνθηκών στην ενήλικη ζωή, αλλά και στην εμφάνιση κατάθλιψης και τάσεων προς αυτοκτονία. Ο χαμός των γονέων σε συνδυασμό με παράγοντες όπως η ελλιπής κοινωνική στήριξη, είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι και αναγνωρισμένοι ως πηγές παιδικής αλλά και εφηβικής κατάθλιψης (Χατζηχρήστου, 1999; Claes, 2004; Παπαληγούρα, 2007;).

Μία ακόμη δυνητικά επιβαρυντική κατάσταση η οποία μπορεί να βιώσει ένα παιδί ή ένας έφηβος, και να του προκληθεί ιδιαίτερα έντονο stress, είναι η διάζευξη των γονέων του. Προκαλεί σύγχυση, αβεβαιότητα, και φόβο. Είναι η κατάρρευση του μέχρι τώρα κόσμου τους και του πώς έχουν θεωρήσει ότι «πρέπει» να είναι τα πράγματα. Αν και πολλές φορές είναι η μόνη και η πιο ιδανική λύση και διέξοδος για τους γονείς, είναι πολύ σύνηθες το παιδί/α να μη μπορεί να το κατανοήσει και να το επεξεργαστεί επαρκώς ώστε να προχωρήσει στην αποδοχή του (Brazelton, 1998).

Πολλοί είναι οι παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν το πώς θα εκλάβει ένα παιδί την όλη κατάσταση του διαζυγίου και το κατά πόσο έντονη θα είναι η επίδραση στην ψυχική του ισορροπία, αλλά και στην προσαρμογή του σε μεταγενέστερο χρόνο(οικονομική κατάσταση, κοινωνία, οικογενειακοί δεσμοί). Στοιχεία όπως αρνητική αντιμετώπιση τρίτων ως προς το γεγονός ότι είναι ένα άτομο τέκνο διαζευγμένης οικογένειας, αλλά και το κοινωνικό στίγμα που αυτό επιφέρει, όπως επίσης η πεποίθηση ότι μία διαζευγμένη οικογένεια δεν είναι ικανή να είναι λειτουργική, είναι διαπιστευμένοι αρνητικοί παράγοντες που επιδρούν στο σύνολο της οικογένειας (Φαρσεδάκης, 1985).

Το διαζύγιο πολλές φορές είναι ικανό να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας ή ως εμπόδιο για την ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού, κατακερματίζοντας πολλές φορές την κοινωνική του προσαρμοστικότητα. Το παιδί πιθανώς να νιώθει συγχυσμένο, χωρίς αυτοεκτίμηση, και το χειρότερο, πολλές φορές αισθάνεται υπαίτιο για το χωρισμό των γονέων του. Στην περίπτωση αυτή, το στίγμα που αφήνει ο χωρισμός μέχρι και στην μετέπειτα ενήλικη πορεία του, κρίνεται ανεξίτηλο (Kupisch et al., 1984).

2.2.7 Παιδικές Ασθένειες

Όταν είναι απαραίτητο ένα παιδί μικρής ηλικίας να κάνει εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο, δυνητικά δημιουργούνται τραυματικά συναισθήματα και στο ίδιο αλλά και στην οικογένειά του. Αυτό βέβαια προϋποθέτει η νοσηλεία του παιδιού να διαρκέσει ένα εύλογο διάστημα, ανώτερο της μίας εβδομάδας. Όταν πρόκειται για συντομότερα διαστήματα, συνήθως δεν προκαλείται μακροχρόνια ψυχοτραυματική ή συναισθηματική διαταραχή. Αντιθέτως, όταν ένα παιδί χρειάζεται να κάνει επανειλημμένες εισαγωγές ή να διαμείνει μακροχρόνια σε ένα νοσοκομείο, οι επιπτώσεις είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές σε συναισθηματικό αλλά και ψυχοκοινωνικό επίπεδο (Douglas, 1975; Quitton & Rutter, 1976).

Οι παράγοντες οι οποίοι είναι ικανοί να συνηγορήσουν αρνητικά στο ψυχισμό του παιδιού αναλογικά με μία μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα είναι αρκετοί, και εξαρτώνται επίσης από την αλληλεπίδραση που θα έχουν με άλλους παράγοντες. Ατομικά χαρακτηριστικά, διαπροσωπικές σχέσεις, οικογενειακό περιβάλλον/στήριξη, η σοβαρότητα και η διάρκεια της θεραπείας, είναι κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες (Lipowski, 1971).

Για την πλειονότητα των ανηλίκων μία εισαγωγή στο νοσοκομείο αποτελεί εξαιρετικά αγχογόνο εμπειρία. Σε αυτό συνεισφέρουν αρκετοί παράγοντες, πέρα από το άγχος που τους δημιουργείται για το εάν είναι εντάξει η υγεία τους. Συνήθως, η εισαγωγή συνδέεται με αποχωρισμό από τα αγαπημένα τους πρόσωπα/περιβάλλον, και διαταράσσει τους καθημερινούς οικογενειακούς ρυθμούς. Ένας ακόμη σημαντικός αρνητικός παράγοντας είναι η δυνητικά διαστρεβλωμένη ερμηνεία που μπορεί να δώσει το παιδί στην ασθένειά του, τη θεραπεία του, και τον πόνο που υπόκειται. Ακόμη, η ενδεχόμενη αλλαγή στη συμπεριφορά των γονέων και η διαμορφωμένη στάση τους, μπορούν να προκαλέσουν σημαντική πηγή σύγχυσης στο παιδί και να διαταράξουν τον ψυχικό του κόσμο. Ειδικά οι γονείς με έντονο συναισθηματικό φορτίο, πολλές φορές υιοθετούν μία υπερπροστατευτική στάση η οποία οδηγεί σε επιθετικότητα και απαιτητικότητα από την πλευρά τους.

Δημιουργούν έτσι στο παιδί άγχος το οποίο το τραυματίζει και του προκαλεί φοβικότητα. Το παιδί γίνεται νευρικό, θλιμμένο, φοβικό, και πολλές φορές μπορεί να αισθάνεται ένα είδος απώλειας. Διαταράσσεται επίσης πολλές φορές η κοινωνική του προσαρμοστικότητα, γίνεται απομονωμένο και εφησυχάζεται στη μοναχικότητα. Η οικογένεια έρχεται στη δύσκολη θέση, επομένως, να ερμηνεύσει καταστάσεις πρωτόγνωρες σε αυτήν και να επαναπροσδιορίσει τις μέχρι τώρα απόψεις της για τη ζωή, αλλά και την ταυτότητά της (Papadatou & Papadatos, 1991; Mulhivill, 2007).

2.2.8 Γεγονότα Ευρύτερης Εμβέλειας (Φυσικές Καταστροφές,

Πόλεμοι, Τρομοκρατία)

Είναι δυνατό ανάμεσα στο τεράστιο φάσμα των τραυματικών συμβάντων, κάποια γεγονότα να ξεχωρίζουν, και να αποτελούν ειδική και ξεχωριστή κατηγορία. Τέτοια γεγονότα, τα οποία είναι τραυματικά σε ιδιαίτερο βαθμό και έχουν αυξημένο εύρος επίδρασης, είναι ικανά να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό μία κοινωνική ομάδα. Αυτό συνήθως οφείλεται στο ότι προκαλούν μαζικές έμβιες αλλά και υλιστικές απώλειες. Τα γεγονότα αυτά κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικά για τη ψυχική αλλά και τη σωματική υγεία του ατόμου (Hoven et al., 2005; Kar, 2009).

Γεγονότα μαζικής εμβέλειας:

- Φυσικές καταστροφές
- Σεισμοί
- Πλημμύρες
- Ανεμοθύελλες
- Χιονοστιβάδες
- Κατολισθήσεις
- Ξηρασία
- Καταιγίδες/παρατεταμένες έντονες βροχοπτώσεις
- Ηφαιστειακές εκρήξεις
- Πυρηνικές εκρήξεις
- Πόλεμοι
- Τρομοκρατικές ενέργειες
- Πυρκαγιές

- Λιμός
- Πανδημίες
- ακραίες θερμοκρασιακές αλλαγές

Όλα τα παραπάνω, μπορεί να προκαλέσουν ιδιαίτερα τραυματικές επιπτώσεις στη ψυχοσύνθεση ενός ανθρώπου, και ειδικότερα ενός παιδιού. Η εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού stress (Post Traumatic Stress Disorder) σε παιδιά που βίωσαν ή υπήρξαν μάρτυρες σε τέτοια φαινόμενα είναι συνήθης, συνοδευόμενη από χρόνια άγχος και χρόνια κατάθλιψη (Μανιαδάκη, 1996; Vernberg et al., 1996; Kar, 2009).

2.2.8.1 Πόλεμος

Η βίωση ή η μαρτυρία πολεμικών συνθηκών είναι μία κατάσταση η οποία προκαλεί συνήθως ακραία στρεσογόνα συναισθήματα. Χαρακτηριστικό της είναι η πρόκληση μαζικών απωλειών. Ο πόλεμος επηρεάζει δυνητικά και αυτούς που συμμετέχουν στη διεξαγωγή του (στρατιωτικές δυνάμεις), αλλά και όλες τις έμμεσα εμπλεκόμενες κοινωνικές ομάδες (άμαχος πληθυσμός). Τα παιδιά αποτελούν μια εκ των βασικότερων από αυτές τις ομάδες. Παράπλευρα φαινόμενα του πολέμου μπορεί να είναι η αναγκαστική μετακίνηση πληθυσμών σε μαζικό επίπεδο (πρόσφυγες), η ραγδαία αύξηση της εγκληματικότητας, οι αυξημένες αυτοκτονίες, και επίσης των ψυχικών παθήσεων. Ακόμη, προκαλείται έντονη σύγχυση σε γενικό επίπεδο. Ενεργοποιείται το ένστικτο της επιβίωσης και οι άνθρωποι βρίσκονται σε διαρκή κατάσταση συναγερμού, φοβούμενοι τον επερχόμενο δυνητικό κίνδυνο ο οποίος μπορεί να επέλθει οποτεδήποτε (Thabet et al., 2008; Mache et al., 2009).

2.2.8.2 Πυρκαγιές

Η βίωση μίας καταστροφικής πυρκαγιάς είναι ικανή να προκαλέσει πληθώρα αντιδράσεων. Οι χαρακτηριστικότερες εξ αυτών είναι η πρόκληση συναισθημάτων όπως απειλή για τη ζωή του ατόμου, αίσθηση ότι είναι ανίκανο για οποιαδήποτε ενέργεια, αίσθημα εγκλωβισμού, και γενικότερα ότι είναι αβοήθητο. Μία πυρκαγιά είναι συνήθης αιτία για την εμφάνιση PTSD(Post Traumatic Stress Disorder), αλλά και άλλων ψυχικών

διαταραχών, όπως χρόνια υπερδιέγερση, συμπεριφορές /τάσεις αποφυγής, πάγωμα εν ώρα κινδύνου, κ.α. (Βεντουράτου, 2004)

2.2.8.3 Σεισμοί

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες στις οποίες οι σεισμοί αποτελούν συνήθη φυσικά φαινόμενα. Ενδιαφέρον γεγονός είναι το ότι στην Ελλάδα συμβαίνει πάνω από το 40% των σεισμών της Ευρωπαϊκής Ηπείρου. Η Ε.Σ.Υ.Ε. (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος), χορηγεί κάποια πολύ σημαντικά στατιστικά στοιχεία, όπως το ότι την εικοσαετία 1980-2000 έχασαν τη ζωή τους 168 άτομα λόγω σεισμών στον Ελλαδικό χώρο. Ανεξίτηλη μνήμη αποτελεί για όλους τους Έλληνες που τον έζησαν ο μεγάλος σεισμός της Αθήνας το 1999. Μετά από το σεισμό αυτόν, μεγάλο ποσοστό(85%) των ατόμων που ανέτρεξε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών για ψυχολογική στήριξη, παρουσίαζε διαταραχές όπως PTSD ή οξεία αντίδραση stress (Δεδομένα από την Ψυχιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν.Α., Χριστοδούλου και συν., 2005)

2.2.8.4 Τρομοκρατικές Ενέργειες

Ως τρομοκρατική, μπορεί να θεωρηθεί η οποιαδήποτε ενέργεια η οποία έχει στόχο μέσω της βίας να επηρεάσει μαζικά τον τρόπο που δρα και σκέφτεται μία κοινωνική ομάδα, να προκαλέσει φόβο και κοινωνική σύγχυση, εξαναγκάζοντας έτσι, συνήθως τον πολιτικό κόσμο, να αλλάξουν κάποια πράγματα ή καθεστώτα προς την κατεύθυνση που επιθυμεί η εκάστοτε τρομοκρατική ομάδα.

Μία τρομοκρατική ενέργεια δεν περιορίζεται τοπικά ή χρονικά, και συνήθως πραγματοποιείται αιφνιδίως και χωρίς καμία προειδοποίηση. Προκαλεί συνήθως σοβαρούς τραυματισμούς αλλά και θανάτους, και φυσικά, σοβαρά ψυχικά τραύματα. Η ένταση με την οποία εκτέθηκε ένα άτομο σε μία τρομοκρατική ενέργεια διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση, και συνήθως είναι καίριο κριτήριο της πρόγνωσης και της διάγνωσης αρκετών ψυχολογικών διαταραχών (Kleiman et al., 2003).

Τα Μ.Μ.Ε. (Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης) πολλές φορές αποτελούν καταλυτικό παράγοντα στο πως θα εκλάβουν και θα ερμηνεύσουν οι πολίτες μία τρομοκρατική επίθεση,

αφού είναι υπεύθυνα για την ενημέρωση, και τα ίδια επιλέγουν τον τρόπο με τον οποίο θα αναμεταδώσουν μία είδηση (Verger, 2004).

Το ποσοστό των πολιτών το οποίο εμφανίζει PTSD έως και το πρώτο έτος αφού εκτεθεί σε κάποια τρομοκρατική ενέργεια, υπολογίζεται ανάμεσα στο 7,5% έως και το 50%. Ειδικότερα όταν πρόκειται για παιδιά, είναι πολύ μεγάλη η πιθανότητα να εμφανίσουν κάποια μορφή αγχώδους διαταραχής, συναισθήματα κατάθλιψης, προσαρμοστικές διαταραχές, κ.α. Ακόμη, πολύ πιθανή είναι και η εμφάνιση διαταραχών ύπνου, προβλημάτων στη συγκέντρωση, μειωμένων επιδόσεων στο σχολείο, άγχους αποχωρισμού, συμπεριφορικών διαταραχών αλλά και σωματικών επιπλοκών (Hoven et al., 2005).

Δυστυχώς, στις μέρες μας υπάρχει ιδιαίτερη έξαρση των τρομοκρατικών επιθέσεων κατά του Δυτικού Κόσμου, με τις επιθέσεις να αυξάνονται σε βαθμό που δεν έχει παρατηρηθεί ποτέ ξανά στο παρελθόν. Οι επιθέσεις στις διάφορες ευρωπαϊκές πόλεις (Παρίσι, Βρυξέλλες, Μαντσεστέρ, Λονδίνο, Βαρκελώνη, Βερολίνο) έχουν επηρεάσει συνολικά την ψυχροσύνη των Ευρωπαίων πολιτών και υποδεικνύουν emphaticά ότι είναι απαραίτητο να παρθούν σωστές αποφάσεις από την πλευρά των αρμοδίων αρχών σε σχέση με την σωστή ενημέρωση, την ψυχική θωράκιση προς αποφυγήν εγκατάστασης της τρομοκρατίας στον ψυχισμό των ανθρώπων, αλλά και την αντιμετώπιση των ψυχολογικών κατάλοιπων τέτοιων επιθέσεων, ειδικά στον παιδικό πληθυσμό.

2.2.9 Ειδικές μορφές παιδικής κακοποίησης

Οι μορφές κακοποίησης ενός παιδιού δεν περιορίζονται μόνο στη σωματική, τη ψυχοσυναισθηματική και τη σεξουαλική. Υπάρχουν και μερικές άλλες μορφές, λιγότερο ίσως συνήθεις και γνωστές στον ευρύτερο κόσμο, εξίσου όμως δυνητικά επιβλαβείς για τη ψυχική και σωματική υγεία του παιδιού (Pomini, 2007).

Κάποιες από αυτές:

- Παιδιά σε στρατιωτικά σώματα/συμμετέχοντες σε πολεμικές συρράξεις
- Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή
- Δυστροφίες μη οργανικές
- Σύνδρομο δι'αντιπροσώπου/Munchausen
- Ηθελημένη δηλητηρίαση

- Παιδική εργασία

2.2.9.1 Μη Τυχαία Δηλητηρίαση

Ονομαζόμενη και ως χημική κακοποίηση, η μη τυχαία δηλητηρίαση είναι ουσιαστικά η χορήγηση μίας τοξικής ουσίας σε ένα ανήλικο άτομο, με σκοπό να προκληθεί βλάβη ή θάνατος (Feerick et al., 2002).

Η χημική κακοποίηση αποτελεί ιδιαίτερα ανησυχητικό φαινόμενο, αφού υποδηλώνει ότι ο θύτης το έχει προμελετήσει και το πραγματοποιεί εν ψυχρώ, εν αντιθέσει με τη συνήθη σωματική κακοποίηση η οποία πολλές φορές συμβαίνει εν βρασμώ ψυχής και ενώ ο θύτης έχει χάσει τον έλεγχο εν μέσω μίας κρίσης. Γίνεται συνήθως χρήση ουσιών όπως βαρβιτουρικών φαρμάκων, δηλητηριωδών ουσιών, κ.α. Ο γονέας που προμελετά το πως θα βλάψει ένα παιδί κατ' αυτόν τον τρόπο, παρουσιάζει ιδιαίτερη ψυχική παθογένεια και διαταραγμένη προσωπικότητα. Χρίζει ασφαλώς ψυχιατρικής παρέμβασης. Δυστυχώς, η χημική κακοποίηση αποτελεί συχνό φαινόμενο, συχνότερο από ότι αντιλαμβάνεται γενικά η κοινωνία, και πιο ύπουλο και επικίνδυνο από αυτό της σωματικής κακοποίησης. Η πρακτική αυτή δυστυχώς συνήθως εκτελείται από γονείς ικανοποιητικά υψηλού μορφωτικού επιπέδου (Meadow, 1993; Dube et al., 2003).

2.2.9.2 Παιδική Εργασία

Το φαινόμενο της παιδικής εργασίας έχει παρουσιάσει έντονη αύξηση κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Οι απόψεις συνήθως δίστανται γεωγραφικά. Δηλαδή, ενώ σε κάποια κράτη η παιδική εργασία αποτελεί αδιανόητο φαινόμενο, σε κάποια άλλα αποτελεί παράδοση και φαινομενικά αναπόφευκτη αναγκαιότητα, ή ακόμη και προνόμιο του παιδιού. Ο δυτικός κόσμος ελπίζει ότι στο μέλλον τα παιδιά θα βρίσκονται μόνο σε σχολικές αίθουσες, και όχι σε ανθυγιεινά περιβάλλοντα ως εργάτες τρίτης κατηγορίας.

Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού αναφέρει συγκεκριμένα: ***“Τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να προστατεύονται από την οικονομική εκμετάλλευση και από την απασχόληση σε οποιαδήποτε εργασία, η οποία θεωρείται επιβλαβής, ότι αναστέλλει την***

πρόοδο τους και επηρεάζει αρνητικά τη φυσική, πνευματική, νοητική, ηθική και κοινωνική τους ανάπτυξη.” (Γενική Συνέλευση Ηνωμένων Εθνών, 1989)

2.2.9.3 Παιδιά Στρατιώτες

Σύμφωνα με τον Ο.Η.Ε., περίπου 300.000 ανήλικοι συμμετέχουν σε στρατιωτικά σώματα και μάχες ανά τον κόσμο. Τα παιδιά αποτελούν εύκολα θύματα για επιστράτευση από τους επιτήδεις. Είναι πολύ πιο πρόθυμα να ικανοποιήσουν και πολύ δύσκολα θα αποφασίσουν να δραπετεύσουν. Ειδικά όταν πρόκειται για παιδιά χωρίς οικογένεια ή χωρίς διαπροσωπικές σχέσεις, δεν έχουν κίνητρο να το κάνουν. Είναι πολύ πρόθυμα να αναλάβουν καθήκοντα ώστε να ξεχωρίσουν και να λάβουν εύσημα, ακόμη και μία επιβραβευτική κουβέντα είναι ικανή να αποτελέσει σημαντικό γεγονός για ένα παιδί. Η συνθήκες διαβίωσης των παιδιών αυτών αγγίζουν την εξαθλίωση, αλλά και την κτηνωδία. Οι αποτρόπαιες πράξεις στις οποίες αναγκάζονται να προβούν τα παιδιά αυτά τροποποιούν τον ψυχισμό τους και τον τραυματίζουν ανεξίτηλα. Πολλές φορές αναγκάζονται να σκοτώσουν άλλους ανθρώπους, άλλα παιδιά, ακόμη και μέλη της κοινότητάς τους. Έτσι, μετά από ένα σημείο αποκτηνώνονται, καταρρέουν τα όποια ταμπού μπορεί να είχαν σχετικά με το τι είναι σωστό και τι όχι, και δημιουργούν έντονους συναισθηματικούς δεσμούς με την ένοπλη ομάδα στην οποία ανήκουν. Υπόκεινται σε ανείπωτες ταλαιπωρίες και σκληρότητες από τους ανωτέρους τους, σε επικίνδυνες για την υγεία τους συνθήκες, και σε αναρίθμητα δυνητικά τραυματογόνα συμβάντα. Ακόμη, πάντα υπάρχει η πιθανότητα να αιχμαλωτιστούν από τον εχθρό και να βασανιστούν επ' αόριστον με απάνθρωπες τεχνικές, ή να εκτελεστούν (Thabet, et al., 2008).

2.2.9.4 Σύνδρομο Munchausen - Δι' Αντιπροσώπου (Munchausen-By proxy)

Στο φάσμα της παιδικής κακοποίησης, το συγκεκριμένο σύνδρομο, το οποίο ονομάζεται και διαταραχή προσποίησης, αφορά γονείς, συνηθέστερα μητέρες, οι οποίοι κατασκευάζουν μία ψευδή πάθηση στο παιδί τους, προκαλώντας πολλές φορές τα ανάλογα ιατρικά συμπτώματα. Στην προσπάθειά τους, δημιουργούν σημαντικά δύσκολο διαγνωστικό έργο για τους ιατρούς, που προσπαθούν να διαγνώσουν μία ασθένεια που στην ουσία δεν υφίσταται. Οι γονείς αυτοί, συνήθως η μαμά, είναι υπερπροστατευτικοί, πολλοί προσκολλημένοι με το παιδί. Πολύ συχνά αυτοί οι γονείς είναι ικανοί να μολύνουν διάφορες βιολογικές εξετάσεις του παιδιού τους (APA, 1994; Meadow, 1994).

2.2.9.5 Σύνδρομο Του Αμέτοχου Θεατή

Η μακρόχρονη έκθεση ενός παιδιού σε καταστάσεις βίας, συνήθως οικογενειακής, χωρίς το ίδιο να υπόκειται στη βία, ονομάζεται Σύνδρομο Αμέτοχου Θεατή. Η επιθετική κατάσταση και η χρήση βίας μεταξύ του ανδρόγυνου είναι η πιο χαρακτηριστική μορφή του συνδρόμου αυτού. Σε άλλες περιπτώσεις, η βία βρίσκει ως στόχο άλλα μέλη της οικογένειας όπως έναν αδερφό/ή, ή ακόμη και τους γονείς των γονέων (παππούς/γιαγιά), ή και ένα οικόσιτο κατοικίδιο. Σημαντικό κομμάτι της βίας αυτής είναι η λεκτική, που με τις συνεχείς απειλές και τις επικρίσεις μετατρέπεται σε μία συνεχή πηγή άγχους. Πολλές φορές, το παιδί ίσως χρησιμοποιηθεί και ως ασπίδα ή τείχος προστασίας από το θύμα της κακοποίησης(συνήθως μητέρα), προκαλώντας έτσι τη συνοδή κακοποίηση και του παιδιού. Η έκθεση σε τέτοιες συνθήκες είναι ασφαλώς ικανή να κατακερματίσει το ψυχολογικό κόσμο του παιδιού και να του δημιουργήσει διάφορες συμπεριφορικές διαταραχές και προβλήματα (Μαλαμίτση, 2006).

2.2.9.6 Δυστροφία Μη-Οργανικής Αιτιολογίας

Γνωστή και αλλιώς ως «σωματική καθυστέρηση» ή «ανεπάρκεια αύξησης». Είναι μία σοβαρή πάθηση της παιδικής ηλικίας, γιατί πέραν των σωματικών επιπτώσεων, μπορεί να έχει σοβαρή ανασταλτική δράση στην ψυχική υγεία, στην ομαλή εξέλιξη της νοητικής ικανότητας, αλλά και την κοινωνική προσαρμοστικότητα του παιδιού (Heide, 2006).

Το σύνδρομο έχει άμεση συνάφεια με το περιβάλλον ανατροφής, και υψίστης σημασίας φαίνεται να είναι η ποιότητα της σχέσης και της αλληλεπίδρασης που διατηρείται ανάμεσα στο παιδί και τη μητέρα του. Θεωρείται, ότι τα παιδιά που μεγαλώνουν κάτω από προβληματικές συναισθηματικά και περιβαλλοντικά καταστάσεις και συνθήκες, μπορούν να επηρεαστούν με πολύ αρνητικό τρόπο ψυχικά και επικοινωνιακά, και να φτάσουν στο επίπεδο να αρνούνται την πρόσληψη επαρκούς σίτισης (Heide, 2006; Αντωνίου, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από το υπερβολικά έντονο συναίσθημα άγχους (stress) που βιώνει το άτομο, προκαλούνται συνήθως μετά από την έκθεση του ατόμου σε ένα γεγονός που απείλησε σε σημαντικό βαθμό τη ζωή του ή διατάραξε τον ψυχικό του κόσμο, παραδείγματος χάρη ένα ατύχημα, μία επίθεση, ένας βιασμός, μία φυσική καταστροφή, πόλεμος, κ.α. Μέσα από τέτοια πλαίσια μπορεί να δημιουργηθεί στο άτομο διαταραχή άγχους στην οξεία μορφή της ή ακόμη και διαταραχή μετατραυματικού stress (PTSD).

3.1 Άγχος (anxiety)

Το άγχος, αποτελεί χαρακτηριστικό κοινό συναίσθημα του ανθρώπινου είδους, το οποίο βιώνεται σχεδόν από όλους του ανθρώπους. Σε όλες τις ηλικίες, η συχνή βίωση του συναισθήματος αυτού, αποτελεί γνώριμο φαινόμενο. Το άγχος, μπορεί να αποτελέσει βοηθητικό παράγοντα για την επιτέλεση πολλών δραστηριοτήτων, και κυρίως την αντιμετώπιση δυσχερών καταστάσεων, καθώς έχει την ικανότητα να αφυπνίσει τον οργανισμό και να αυξήσει τη λειτουργικότητα του ατόμου. Το άγχος λοιπόν, μπορεί να αποτελέσει ένα φυσικό μεταβατικό στάδιο στην ανάπτυξη του ανθρώπου, μεταφέροντας τον από την εξάρτηση στην αυτονομία (DeLongis et al., 1988).

Παρ' όλα αυτά, εάν το άγχος μετατραπεί από υγιή φυσική αντίδραση του οργανισμού σε χρόνιο και υπερβολικά έντονο φαινόμενο ή σε αίσθημα φοβίας με ένταση που καθιστά το άτομο ανίκανο να αντιδράσει ή να το δυσκολέψει στην καθημερινότητά του, τότε θεωρείται ότι ένα άτομο πάσχει από κάποια αγχώδη διαταραχή. Υπό αυτές τις συνθήκες, είναι φυσικό να υπάρχει δυσλειτουργία στις διαπροσωπικές του σχέσεις, και να βλάπτεται η λειτουργικότητα, παρεμποδίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την προσαρμοστικότητα που θα έπρεπε φυσιολογικά να έχει απέναντι στις όποιες αντίξοες συνθήκες. Αντί λοιπόν να προβαίνει στην αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων, το άτομο επιλέγει να τις αποφεύγει. Λόγω όμως της μακροχρόνιας αποφυγής, θα έρθει η στιγμή όπου το άγχος θα κορυφωθεί και θα γενικευθεί, ακόμη και εν απουσία των αγχογόνων ερεθισμάτων (Bernstein & Borchardt, 1991; Terr, 1991).

Η ερμηνεία και η αποδοχή ενός ερεθίσματος ως αγχογόνου, μπορεί μεν να είναι πολλές φορές αντικειμενική, όταν πρόκειται για αντικειμενικά ακραία φαινόμενα τα οποία δεν είναι δυνατό να μην προκαλέσουν άγχος σε έναν ψυχικά υγιή άνθρωπο (εγκληματικές ενέργειες, βιασμοί, τρομοκρατικές επιθέσεις, κ.α.), αλλά πολλές φορές μπορεί να πηγάζει

από καθαρά ατομικά και υποκειμενικά κριτήρια. Δηλαδή, πέραν των καθολικά αποδεκτών ως αγχογόνων ερεθισμάτων, υπάρχουν και κάποια που παρουσιάζονται σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες ή άτομα. Για παράδειγμα, ο πολίτης μίας δυτικής χώρας της εποχής μας, δύσκολα θα καταφέρει να καταλάβει πραγματικά το άγχος που έχει βιώσει ένας πρόσφυγας πολέμου, ή ενός παιδιού που μεγάλωσε πολεμώντας και σκοτώνοντας συνανθρώπους του. Το στρεσογόνο ερέθισμα δηλαδή βρίσκει αντίκρισμα και αναλογικά με την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει το άτομο που το δέχεται (Thoits, 1991).

Το άγχος μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, από ήπια έως ακραία σοβαρή. Παρακάτω αναφέρονται οι πιο συνήθεις διαταραχές που έγκεινται στο φάσμα του άγχους αλλά ταυτόχρονα πιθανώς αποτελούν προιόν κάποιας τραυματικής εμπειρίας.

3.1.1 Κοινωνική φοβία (social phobia/anxiety)

Η κοινωνική φοβία, ή και αλλιώς Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχή, χαρακτηρίζεται από τον έντονο και δυσανάλογο φόβο που καταβάλλει το άτομο στην περίπτωση που βρεθεί σε μία (ή και παραπάνω) κοινωνικές καταστάσεις. Σε κοινωνικά πλαίσια το άτομο γνωρίζει ήδη ότι κατά πάσα πιθανότητα θα βρεθεί σε κατάσταση αμηχανίας και σύγχυσης και αυτό του προκαλεί ακόμη περισσότερο άγχος. Η παρουσία του σε κοινωνικές καταστάσεις είναι δυνατό να του προκαλέσει άγχος σε τέτοιο βαθμό όπου είναι πιθανό να εκδηλώσει αντιδράσεις πανικού. Επομένως, είναι φυσικό τα άτομα αυτά να αποφεύγουν πάση θυσία τις κοινωνικές υποχρεώσεις ή την όποια αλληλεπίδραση σε τέτοιου είδους πλαίσια. Είναι βέβαια λογικό να είναι αναγκασμένοι να υπομείνουν κάποιες τέτοιες καταστάσεις, αλλά συνήθως τις βιώνουν με εξαιρετικά μεγάλη ένταση.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με τη διαταραχή αυτή συνήθως είναι ήσυχα άτομα, δεν έχουν πολλούς φίλους, δείχνουν απρόθυμα να συμμετάσχουν σε ομαδικές δραστηριότητες και θεωρούνται συνεσταλμένα. Ειδικότερα στο σχολείο αναγκάζονται να λάβουν μέρος σε πολλές καταστάσεις οι οποίες τα φοβίζουν και τους προκαλούν αμέριστο άγχος (ανάγνωση κειμένου μπροστά σε άλλους συμμαθητές, αλληλεπίδραση με το δάσκαλο ενώπιον όλων, κ.α.). Πολύ συχνά τα παιδιά αυτά είναι μοναχικά. Η συμπεριφορά τους είναι παρόμοιας φύσεως και στην οικία τους. Δηλαδή, αποφεύγουν την αλληλεπίδραση με άτομα από το εξωτερικό περιβάλλον (δεν απαντούν στο θυροτηλέφωνο, αν χτυπήσει η πόρτα και δε γνωρίζουν ότι πρόκειται για πολύ οικείο πρόσωπο κατά πάσα πιθανότητα δε θα ανοίξουν,

όταν υπάρχουν επισκέπτες στο σπίτι παραμένουν στο δωμάτιό τους, κ.α.) (Francis & Strauss, 1992; King, 1993; Albano et al., 1995; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η συνηθέστερη περίοδος εκδήλωσης της κοινωνικής φοβίας είναι η εφηβεία. Πολύ ενδιαφέρον γεγονός επίσης είναι το ότι η κοινωνική φοβία είναι η πιο σύνηθης αγχώδης διαταραχή στον ενήλικο πληθυσμό (Kessler et al., 1994).

3.1.2 Ειδική Φοβία

Η Ειδική Φοβία χαρακτηρίζεται από επίμονο, υπερβολικά έντονο, και αδικαιολόγητο φόβο στην παρουσία ή την προσμονή της παρουσίας ενός ερεθίσματος το οποίο φαινομενικά δεν αποτελεί λογική πηγή για αυτές τις αντιδράσεις. Παραδείγματος χάρη, η χρήση του ασανσέρ, τα πλοία, η θέαση μίας φλόγας, ένας συγκεκριμένος ήχος, κ.α.. Η έκθεση στο ερέθισμα που του προκαλεί φόβο είναι ικανή να προκαλεί μία αμεσότατη αγχωτική αντίδραση η οποία πολύ πιθανώς να εξελιχθεί σε εκδήλωση κατάστασης πανικού. Συνήθως τα άτομα με ειδική φοβία είναι σε θέση να κατανοήσουν ότι ο φόβος τους είναι παράλογος, και το αναγνωρίζουν, αλλά δυστυχώς δε μπορούν να το ελέγξουν. Έτσι, είναι συνεχώς σε μία κατάσταση όπου προσπαθούν να αποφύγουν το αγχογόνο ερέθισμα, και όταν δε γίνεται να το αποφύγουν δυσφορούν και απογοητεύονται σε μεγάλο βαθμό. Όλη αυτή η κατάσταση αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για τη φυσιολογική επιτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του ατόμου. Οι πιο συνήθεις φοβίες στον παιδικό πληθυσμό, είναι το σκοτάδι, τα ζώα ή οι πολύ δυνατοί θόρυβοι (π.χ. κεραυνοί), και συνήθως δε σχετίζονται με κάποια τραυματική εμπειρία (King, 1993; Silverman & Rabian, 1993).

Παρ' όλα αυτά, οι ειδικές φοβίες είναι εξαιρετικά πιθανό να έχουν σχέση ή να έχουν προκληθεί από ένα τραυματικό συμβάν, ιδίως αν πρόκειται για κατ' εξακουλούθηση συμβάν. Για παράδειγμα, ένα παιδί που μπορεί να κακοποιείται σεξουαλικά από κάποιον συγγενή του ο οποίος κάθε φορά του φέρνει παγωτό από ένα συγκεκριμένο μέρος όταν επισκέπτεται το σπίτι, είναι τρομερά λογικό να τρομοκρατείται στη θέαση μίας συσκευασίας από το μέρος αυτό στον πάγκο της κουζίνας, ή τον ήχο από το φορητό παγωτατζίδικο που περνάει από τη γειτονιά, ή ότι άλλο παρόμοιο.

3.1.3 Διαταραχή Πανικού (panic disorder)

Κατά την εκδήλωση της Διαταραχής Πανικού, το άτομο συνήθως παρουσιάζει αυξημένους καρδιακούς παλμούς, έντονη εφίδρωση, τρόμο, «σφίξιμο» στο θώρακα, αίσθημα ασφυξίας, ναυτία, ζαλάδα, απώλεια ελέγχου, φόβο για τη ζωή του, παραισθησίες, ρίγος ή και αίσθημα έντονης ζέστης. Όλα αυτά συνοδεύονται από ένα αίσθημα επικείμενου θανάτου ή κινδύνου, και το άτομο νιώθει μία ακατανίκητη επιθυμία να απομακρυνθεί από

αυτήν την κατάσταση. Παρ'ότι οι κρίσεις πανικού έχουν συνήθως σύντομη χρονική διάρκεια, μπορούν δυστυχώς να εμφανιστούν με μεγάλη συχνότητα, και τα συμπτώματά τους να λάβουν αρκετά έντονη μορφή.

Σε περίπτωση που η διαταραχή πανικού δεν αντιμετωπιστεί από το άτομο με τη βοήθεια ειδικού άμεσα και με κατάλληλο τρόπο, είναι πιθανό να του δημιουργήσει αρκετά σοβαρές δυσχέρειες στην καθημερινότητά του και τις κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις. Τα άτομα με ΔΠ συνήθως αποκτούν μία τάση να αποφεύγουν οποιαδήποτε κατάσταση η οποία στο παρελθόν τους οδήγησε στην εκδήλωση τέτοιων συναισθημάτων (Kearney & Silverman, 1992; Ollendick et al, 1994; Mattis & Ollendick, 1997; Wenar & Kerig, 2000).

3.1.4 Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού (separation anxiety)

Σε ένα βαθμό είναι φυσιολογικό τα άτομα προσχολικής ηλικίας να περιέρχονται σε καταστάσεις άγχους όταν απομακρύνεται ένα από τα αγαπημένα τους πρόσωπα, ιδίως αν πρόκειται για κάποιον από τους φροντιστές του. Εάν όμως αυτό το άγχος εκδηλώνεται σε υπερβολικό βαθμό, και σε μεγαλύτερες ηλικίες, τότε υπάρχει η πιθανότητα να πρόκειται για Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού. Για να προβεί ο ειδικός στη διάγνωση της διαταραχής αυτής θα πρέπει το άτομο να πληροί κάποια κριτήρια, όπως δυσανάλογο άγχος σε συνάρτηση με το ηλικιακό στάδιο του ατόμου, εκδήλωση με ιδιαίτερη ένταση, και συνοδά προβλήματα λειτουργικότητας σε κοινωνικό επίπεδο. Έως τα 6 έτη, θεωρείται ως ένα φυσιολογικό αναπτυξιακό φαινόμενο (Bernstein & Borchardt, 1991; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

3.1.5 Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (obsessive compulsive disorder)

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμούς, οι οποίοι καταλαμβάνουν πάνω από μία ώρα της ημέρας του ατόμου με την ενασχόλησή του με αυτούς, και δημιουργούν δυσχέρειες στη λειτουργικότητά του ή/και το καταπονούν. Ιδεοληψίες, ή αλλιώς εμμονές, είναι σκέψεις οι οποίες επαναλαμβάνονται συνεχώς χωρίς την επιθυμία του ατόμου, οι οποίες βιώνονται ως αγχογόνες. Οι συνηθέστερες ιδεοληψίες κατά την παιδική ηλικία αφορούν την καθαριότητα, το φόβο μόλυνσης από κάποιο μικρόβιο ή ασθένεια, και την τακτική τοποθέτηση και έλεγχο των αντικειμένων. Το άτομο αισθάνεται ότι είναι υποχρεωμένο να εκτελέσει κατ' επανάληψη συγκεκριμένες πράξεις, ακόμη και νοητικές.

Κρίνεται σημαντικό να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στις τελετουργίες που μπορεί να αναπτύξουν φυσιολογικά τα παιδιά και στους ψυχαναγκασμούς που υποδηλώνουν ψυχική

παθογένεια. Όταν η αδυναμία εκπόνησης των συμπεριφορών αυτών προκαλεί υπέρμετρη δυσφορία στο παιδί και το καταπονεί, τότε η εκάστοτε τελετουργία ξεφεύγει από τα φυσιολογικά όρια (Swedo et al., 1989; Riddle et al., 1990).

3.2 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Οι διαταραχές που χαρακτηρίζονται και ως αγχώδεις, παρουσιάζονται συνήθως κατά τα παιδικά ή εφηβικά χρόνια. Οι διαταραχές αυτές, καθώς και το απλό άγχος, έχουν τη δυνατότητα να εμφανίζονται σε πολλές και διάφορες μορφές (Penza et al., 2003).

Ως Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ) ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία το άτομο κατακλύζεται από αδιάκοπο και συχνό άγχος και ανησυχίες για διάφορα θέματα της ζωής του, σε βαθμό δυσανάλογο με αυτόν της αντικειμενικής φύσεως των προβλημάτων αυτών, τα οποία κατά κανόνα αφορούν θέματα όπως την υγεία, το εργασιακό περιβάλλον, την καριέρα/επίδοση στη σχολή, την ερωτική ζωή, κ.α. Η ΓΑΔ, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, είναι η συχνότερη διαταραχή ψυχικής φύσεως των Ελλήνων πολιτών, με ποσοστό 4.10 % (Σκοπινάκης και συν., 2013)

Παρουσιάζονται διάφορα συνοδά προβλήματα, όπως συνεχής υπερδιέγερση και τεταμένη μυϊκή ένταση. Ουσιώδες χαρακτηριστικό της ΓΑΔ αποτελεί το ότι το άγχος δεν προκύπτει μόνο λόγω κάποιας αιτίας ή κάποιου ερεθίσματος, αντιθέτως είναι συνεχές και συνοδεύει κάθε δραστηριότητα του ατόμου, βρίσκεται πάντα παρών. Πρόκειται για μία από τις πιο συνήθεις διαταραχές στο φάσμα του άγχους (Högberg & Hällström, 2008).

3.3 Διαταραχές που συνδέονται με το stress

Οι διαταραχές που έχουν άμεση σύνδεση με το φαινόμενο του stress συνήθως προέρχονται από έκθεση του ατόμου σε κάποια ακραία κατάσταση, όπως εκείνες που έχουν αναφερθεί παραπάνω στην παρούσα εργασία (εγκληματικές ενέργειες, βιασμοί, τρομοκρατικές επιθέσεις, κ.τ.λ.). Ανάλογα με την ερμηνεία και τη βαρύτητα που θα αποδοθεί στο συμβάν από το εκάστοτε άτομο, είναι πιθανή η εμφάνιση διαταραχών σε οξεία μορφή ή και διαταραχών μετατραυματικού stress (Post-Traumatic Stress Disorder).

3.3.1 Διαταραχή μετατραυματικού stress

Παρ'όλο που οι περισσότεροι άνθρωποι συνήθως θα καταφέρουν να αναρρώσουν σταδιακά από τις ψυχικές επιπτώσεις που είναι ικανό να προκαλέσει ένα τραυματικό συμβάν, σε ένα σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων, θα υπάρξει η εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Stress (Post-Traumatic Stress Disorder). Το PTSD κατά κανόνα εκδηλώνεται με την συνεχή βίωση εφιαλτικών ονείρων που σχετίζονται με το συμβάν από το άτομο, με την μη ηθελημένη επαναλαμβανόμενη μνημόνευση του περιστατικού, αλλά και με μία κατάσταση υπερδιέγερσης (Yehuda et al., 2002)

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Stress (PTSD) ή Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Stress (ΔΜΤΣ), πρωτοδιαγνώστηκε επισήμως κατά τη δεκαετία του 1970. Ως αφόρμη προς τη διάγνωση αυτή, στάθηκαν οι αναρίθμητες αναφορές θυμάτων ακραίων γεγονότων που ανέφεραν συχνά κοινά συμπτώματα όπως την επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος λόγω κάποιου φαινομενικά ασήμαντου ερεθίσματος ή την επίμονη τάση αποφυγής οτιδήποτε τους θύμιζε έστω και ένα κλάσμα από κάτι που σχετιζόταν με το τραυματικό συμβάν. Η απαρχή της καταγραφής των αναφορών αυτών σηματοδοτήθηκε με την επιστροφή των στρατιωτών που έλαβαν μέρος στον πόλεμο των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής εναντίον του Βιετνάμ, οι οποίοι ανέφεραν συχνότατους ή και καθημερινούς έντονους εφιάλτες από το πεδίο της μάχης ή/και μία τάση ανημπορίας και δυσκολίας στην διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων. Πλέον, είναι αναγνωρισμένες οι σοβαρές ψυχικές συνέπειες που μπορεί να προκληθούν μακροχρόνια από την έκθεση ατόμων, ιδίως παιδιών, σε τραυματικές συνθήκες (Patrick et al., 2010).

Η αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία είναι η κύρια επιστήμη η οποία ασχολείται με την παρουσία μετατραυματικών ψυχικών υπολειμμάτων στα παιδιά, τα οποία σχετίζονται με την έκθεσή τους σε εμπειρίες που τα σημάδεψαν σε ανυπέρβλητο ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο, όπου ένιωσαν σοβαρή απειλή για τον εαυτό τους ή για αγαπημένα τους πρόσωπα, ή έγιναν μάρτυρες ακραίων φαινομένων. Τα παραπάνω είναι ικανά να προκαλέσουν σε ένα ανήλικο (ή και ενήλικο) άτομο μακροχρόνιες και επίμονες βλάβες στην ψυχική αλλά και τη σωματική τους υγεία (American Psychiatric Association, 1999).

Στην ψυχοπαθολογία που είναι πιθανό να εμφανιστεί μετά από μία τραυματική εμπειρία περιλαμβάνεται και η Διαταραχή Μετατραυματικού Stress, αλλά και διάφορες άλλες διαταραχές όπως του αποχωρισμού, συμπεριφορικές, υπνικές, καταχρηστικές, διάσπασης προσοχής, άγχους, καταθλιπτικές, αλλά και οι διάφορες φοβίες. Άξιον αναφοράς

είναι το γεγονός ότι το PTSD προστέθηκε για πρώτη φορά στο DSM (Diagnostical and Statistical Manual) ψυχικών διαταραχών, στην τρίτη έκδοσή του, το 1980 (Cohen et al., 2000; International Classification of Diseases-10, 2011).

Το αποτέλεσμα του μετατραυματικού stress, συνήθως εμφανίζεται σε ανύποπτο χρόνο δυνητικά σε διάστημα εβδομάδων, μηνών, έως και ετών, μετά το τραυματογόνο συμβάν. Τα συμπτώματα επίσης, μπορεί να διαρκέσουν από ημέρες έως και έτη, και η κορύφωση τους πιθανώς να λάβει μέρος σταδιακά. Εάν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα από το άτομο με τη βοήθεια επαγγελματία υγείας, είναι πιθανό να παραμείνουν για μεγάλο διάστημα, και να οδηγήσουν σε πολύ σοβαρά βλαβερά αποτελέσματα (Kinchin, 2005).

Τα παιδιά κατά κανόνα θα βιώσουν τις μετατραυματικές εκδηλώσεις με διαφορετικό τρόπο από ότι ένας ενήλικας. Ο τρόπος αυτός εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες, όπως η ιδιοσυγκρασία του παιδιού, το ηλικιακό του στάδιο, αλλά και το αναπτυξιακό του επίπεδο (Roberts, 1993).

Επί της πλειονότητας των περιπτώσεων, τα παιδιά μετά από μία τραυματική εμπειρία παρουσιάζουν μία συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζεται από ταραχή και πληθώρα αντιδράσεων συγκεχυμένων μεταξύ τους. Η συνεχής ανάκληση και η εμφάνιση των αναμνήσεων του τραύματος σε αιφνίδιους χρόνους, παρεμβάλουν στην καθημερινότητα του παιδιού και το καθιστούν ανήμπορο να διαχειριστεί διάφορες καθημερινές υποχρεώσεις και συνήθειές του, και αποτελούν μία συνεχή πηγή αναβίωσης του τραυματικού συμβάντος, η οποία είναι μία μόνιμη και βαρύτατη ταλαιπωρία για το παιδί (Belivanaki et al., 2006).

Ένα τραύμα, μπορεί να «επαναβιωθεί» εξ' αιτίας μίας αφορμής ακόμη και εάν φαινομενικά δε σχετίζεται άμεσα με την τραυματογόνο εμπειρία, και από την οπτική γωνία ενός τρίτου αντικειμενικά η αντίδραση του ατόμου φαίνεται εξαιρετικά υπερβολική. Απλά και καθημερινά ερεθίσματα όπως μία οσμή, ένας ήχος, μία εικόνα, μία λέξη, είναι αρκετά για να επαναφέρουν το άτομο στην κατάσταση του συμβάντος. Στα παιδιά μικρότερης ηλικίας πολλές φορές η επαναβίωση του συμβάντος διαφαίνεται στον τρόπο που παίζουν, στις ζωγραφιές τους, κ.τ.λ. (Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, 2000).

Όσο η μετατραυματική διαταραχή εξελίσσεται στο ψυχικό κόσμο του παιδιού, το κατακλύζουν συναισθήματα όπως άγχος, αυτοκριτική, ανημπορία, τρόμος, οργή, κατάθλιψη, απόγνωση, έντονο άγχος, κ.α. Τα συναισθήματα αυτά, το καθιστούν σχετικά ανίκανο να διαχειριστεί την κατάσταση, και είναι πιθανό να οδηγήσουν στην εμφάνιση διάφορων διαταραχών προσωπικότητας. Ακόμη, παρουσιάζεται υπερδιέγερση και άνω του

φυσιολογικού αντανakλαστική αντίδραση, σε ερεθίσματα όπως δυνατοί αιφνίδιοι θόρυβοι, σειρήνες, απρόσμενη επαφή από άλλα άτομα, κ.α. Επίσης δεν είναι σπάνια η συνοδή ευερεθιστότητα και έντονη επαγρύπνηση (Eksi et al., 2008).

Το φαινόμενο της υπερεπαγρύπνησης μπορεί να εκδηλωθεί και σαν ψυχαναγκασμός (συνεχής έλεγχος αν είναι κλειστά όλα τα φώτα, οι συσκευές, οι πόρτες, π.χ.) ή ως αφύσικη ανησυχία για την υγεία των υπολοίπων μελών της οικογένειας ή των όποιων φροντιστών. Συνήθη επίσης φαινόμενα αποτελούν και τα ξεσπάσματα θυμού που πολλές φορές μπορεί να πυροδοτηθούν λόγω της προυπάρχουσας ευερεθιστότητας. Οι συμπεριφορές αυτές συνήθως οδηγούν σε συρράξεις και καβγάδες με τους γονείς, τα αδέρφια, τους συμμαθητές, τους δασκάλους, και μπορούν να διαταράξουν έτσι τις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού. Ακόμη, η ανεπαρκής ικανότητα να συγκεντρωθούν στα μαθήματα και η ελλειμματική προσοχή, είναι συνήθειες σε παιδιά που έχουν υποστεί μία τραυματική εμπειρία, και προκαλούν απογοητευτικές σχολικές επιδόσεις, καθώς και άλλα προβλήματα (Smith et al., 2010).

Λόγω του ότι όταν υπενθυμίζεται στα παιδιά το τραυματικό συμβάν, κατά κανόνα τους προκαλείται αναστάτωση, προσπαθούν διαρκώς την αποφυγή της οποιαδήποτε αναφοράς του γεγονότος ή κάποιου ερεθίσματος ή κατάστασης ικανής να τους το θυμίσει (όπως π.χ. συγκεκριμένοι χώροι, ήχοι, πρόσωπα, κ.α.). Πολλές φορές εμφανίζουν κενά μνήμης σε ότι αφορά την εμπειρία τους ή σε διάφορες πτυχές της. Ένα ακόμη συχνό φαινόμενο στις περιπτώσεις αυτές είναι η διαταραχή του ομαλού ύπνου. Ο ύπνος καθίσταται ανήσυχος διότι πολλές φορές, αν όχι καθημερινά, βρίθεται από εφιάλτες σχετικούς με το συμβάν, προκαλώντας τη συνεχή και επιβλαβή αναβίωση του γεγονότος στο παιδί. Άλλες αρνητικές επιπτώσεις είναι η δυνητική εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (ανορεξία/βουλιμία), διάφορες ψυχοσωματικές εκδηλώσεις όπως ημικρανίες ή ζαλάδες, κολικοί, ναυτίες, έντονη εφίδρωση, κ.α. (Levin & Nielsen, 2007).

Όταν επαναλαμβάνονται τα ερεθίσματα τα οποία προκαλούν στα παιδιά επαναβίωση της τραυματικής εμπειρίας, τους δημιουργείται σημαντική πίεση, και συνήθως οδηγούνται στη ψυχοσυναισθηματική απόσυρση. Αποσυνδέονται από τα συναισθήματά τους και δίνουν την εντύπωση αποκομμένου ατόμου από το γύρω περιβάλλον του, και υιοθετούν μία ψυχρή προσέγγιση απέναντι στις καταστάσεις και τους ανθρώπους που ονομάζεται συναισθηματικός διαχωρισμός (dissociation). Με αυτήν την τακτική επιχειρούν να

κατορθώσουν να διαχειριστούν το ψυχικό τους πόνο, δημιουργώντας ένα γενικό μούδιασμα (Kaplow et al., 2005).

Σε γενικότερο επίπεδο, οι συμπεριφορές που εκδηλώνονται από παιδιά που πάσχουν από μετατραυματική διαταραχή μπορεί να κυμανθούν από εξαιρετικά μειωμένη αντιδραστικότητα και διάχυτα παθητική στάση, έως και σε υπερβολική υπερδιέγερση, αιφνίδιες κρίσεις θυμού, και ακραίες, μη διαχειρίσιμες αντιδράσεις. Μέσα από αυτό το ιδιαίτερα ευρύ συμπτωματολογικό φάσμα, ανακύπτουν προβλήματα ικανά να διαμορφώσουν και να δυσκολέψουν την καθημερινότητα των παιδιών αυτών, με αποτέλεσμα την πιθανή διατάραξη της μελλοντικής τους ψυχосύνθεσης αλλά και της νευρολογικής τους ανάπτυξης (Hensley et al., 2007).

Επομένως, πρόκειται μια ιδιάζουσα ψυχική κατάσταση η οποία συνακολουθείται από ποικίλες εκδηλώσεις εκ του νευρικού συστήματος οι οποίες συνδέονται άμεσα με τα τραυματογόνα βιώματα ενός ατόμου. Η μετατραυματική διαταραχή μπορεί να αποτελέσει την πηγή μίας ευρείας παθολογίας σχετιζόμενης με τη συμπεριφορά, και τις διάφορες ψυχολογικές διαταραχές, ικανές να διαταράξουν και να στρεβλώσουν την ομαλότητα της μετέπειτα ενήλικης διαβίωσης.

Έχει παρατηρηθεί πληθώρα γνωστικών ελλειμμάτων και αλλαγών σε ανηλίκους (παιδιά και έφηβοι) που έχουν υπάρξει θύματα ή μάρτυρες μίας τραυματικής εμπειρίας. Τα συχνότερα εξ' αυτών, είναι η δυσχέρεια στη συγκέντρωση και η διάσπαση της προσοχής, κυρίως σε συνάρτηση με τη μελέτη των σχολικών μαθημάτων. Επίσης συχνή είναι η εμφάνιση διαταραχών και ελλειμμάτων στο μνημονικό σύστημα, όπως η δυσκολία στη συγκράτηση και την εκμάθηση νέων πληροφοριών και δεξιοτήτων (Ullman, 2007).

Εάν η συμπτωματολογία της διαταραχής μετά το τραύμα διαφύγει από την προσοχή των εκάστοτε φροντιστών, ή εάν υποεκτιμηθεί, είναι πιθανό να εμφανιστούν άμεσα οι συνέπειες. Κάποιες δυνητικές συνέπειες είναι η εμφάνιση δυσπροσαρμοστικών διαταραχών, καθυστέρησης σε αναπτυξιακό ή/και ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο, διατροφικών διαταραχών, τάσεων προς αυτοκαταστροφή ή/και αυτοκτονία, κακό επίπεδο σχολικών επιδόσεων, μαθησιακών δυσχερειών, κ.α. Άλλα πιθανά συνοδά αποτελέσματα μετά το παιδικό τραύμα είναι η κατάχρηση επιβλαβών ουσιών, οι συμπεριφορές με συνοδά παρανοικά χαρακτηριστικά, η έλλειψη αυτοπεποίθησης/αυτοεκτίμησης, κ.α.

Πολύ ενδιαφέρον παρουσιάζει η ύπαρξη ενδείξεων που υποστηρίζει ότι τα άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής σε παιδική ηλικία, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν μεταγενέστερα ασθένειες σε σωματικό επίπεδο, οι οποίες έχουν σχετιστεί με την έννοια του τραύματος (καρκίνος, χρόνια κόπωση, μυαλγίες και νευραλγίες, επίμονες κεφαλαλγίες, καρδιοπάθεια, άσθμα, κ.α.) (Fullerton & Grieger, 2003).

Ακόμη, σε πολλές περιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί τραυματικές εμπειρίες, κοινό χαρακτηριστικό αποτελεί η μετέπειτα εμφάνιση παραβατικών συμπεριφορών από την πλευρά τους, όπως η συστηματική χρήση βίας, ή η ανάρμοστη σε σεξουαλικό επίπεδο συμπεριφορά. Ιδίως στην περίπτωση που το άτομο έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, είναι αρκετά πιθανό να εμφανίσει κάποιου είδους παραβατική συμπεριφορά, όπως διάπραξη εγκληματικών ενεργειών (Kendal et al., 1993; Kaplow et al., 2005).

Δυστυχώς, μία πιθανότητα λόγω της ύπαρξης μετατραυματικής διαταραχής, είναι η μόνιμη εγκατάσταση βλαβών ή αλλαγών στο νευρολογικό σύστημα των παιδιών αυτών. Οι περιοχές που είναι πιθανές εστίες βλαβών εξ αιτίας της διαταραχής αυτής είναι ο αριστερός φλοιός του εγκεφάλου, το μεσολόβιο, ο ιππόκαμπος, και η αμυγδαλή. Τομείς οι οποίοι συνήθως πλήττονται είναι η αποθήκευση πληροφοριών, η μακροπρόθεσμη μνήμη, η οργάνωση, αλλά και ο σχηματισμός αναμνήσεων (Brandes, 2002).

3.3.1.1 Διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV για τη διαταραχή μετά από τραυματικό stress

Παρατίθενται παρακάτω τα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία έχουν οριστεί από το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο για Ψυχικές Διαταραχές, από την τέταρτη έκδοσή του:

- Το άτομο βίωσε ένα τραυματικό συμβάν στο οποίο ίσχυαν και οι δύο παρακάτω περιπτώσεις: (1) Το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο μ' ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπάγονταν πραγματικό θάνατο ή την απειλή επερχόμενου θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού του ή των άλλων. (2) Η αντίδραση του ατόμου χαρακτηριζόταν από έντονο φόβο, αίσθηση ανημπόριας ή φρίκη/τρόμο.

- Το τραυματογόνο συμβάν βιώνεται επανειλημμένα από το άτομο, συχνά και επίμονα μέσω ενός από τους παρακάτω τρόπους: (1) Αναμνήσεις που επαναλαμβάνονται και έχουν σχέση με το συμβάν, και ενοχλούν υποκειμενικά το άτομο και διαταράσσουν την ηρεμία του. (2) Όνειρα που απεικονίζουν ή έχουν σχέση με το συμβάν και επαναλαμβάνονται με σταθερή και έντονη συχνότητα, ενοχλούν και ταράζουν το άτομο. (3) Η συμπεριφορά του ατόμου και οι δράσεις του υποδηλώνουν ότι νιώθει ότι ξανασυμβαίνει το τραυματικό συμβάν. (4) Το άτομο ενοχλείται σημαντικά ψυχολογικά και ταράζεται με την οποιαδήποτε νύξη που συμβολίζει ή του θυμίζει κάποια πτυχή του τραυματικού συμβάντος.
- Αποφεύγει με επίμονο τρόπο το όποιο ερέθισμα συνδέεται με το συμβάν, και παρουσιάζει μούδιασμένη αντιδραστικότητα, όπως φαίνεται από τα παρακάτω: (1) Προσπάθειες ν' αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραύμα, (2) Προσπάθειες ν' αποφύγει δραστηριότητες, μέρη ή ανθρώπους που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος, (3) Ανικανότητα να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραύματος. (4) Έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες, (5) Αίσθημα απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης ή αποξένωσης από τους άλλους, (6) Περιορισμένο εύρος συναισθήματος, (7) Αίσθηση βράχυνσης του μέλλοντος.
- Επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας, όπως φαίνεται από δύο από τα παρακάτω: (1) Δυσχέρεια να αποκοιμηθεί ή να διατηρήσει τον ύπνο του, (2) Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού, (3) Δυσχέρεια στη συγκέντρωση, (4) Υπερεπαγρύπνηση, (5) Αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος.
- Η διαταραχή έχει διάρκεια μεγαλύτερης του ενός μηνός.
- Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας. (Vernberg et al., 1996; ICD 10, 2011).

3.3.1.2 Συνοδές Διαταραχές-Επιπλοκές

Επί της πλειονότητας των περιπτώσεων, η συμπτωματολογία της μετατραυματικής διαταραχής συνοδεύεται και από άλλα προβλήματα και μη ομαλές συμπεριφορές. Μερικά από αυτά είναι:

- Αυτοκαταστροφικές τάσεις

- Παρορμητικές τάσεις
- Ενοχικά συναισθήματα
- Παρουσία εχθρικότητας
- Απόσυρση σε κοινωνικό επίπεδο
- Διάφορες φοβίες (αγοραφοβία, ειδική, κοινωνική, κ.α.)
- Κατάθλιψη
- Κατάχρηση ουσιών
- Δυσκολία ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου

Ακόμη, το άτομο μπορεί να αναπτύξει συνήθειες όπως η βία, οι συνεχείς διαμάχες ιδιαίτερα εάν είναι μέρος ανδρογύνου, να χάσει την εργασία του, κ.α. (Καλμπάρη, 2008).

3.3.1.3 Αιτιολογικοί Παράγοντες

Το φάσμα στο οποίο μπορούμε να καταχωρίσουμε δυνητικούς παράγοντες οι οποίοι αποτελούν αιτιολογία για την εμφάνιση και την ανάπτυξη της διαταραχής μετατραυματικού stress, είναι εξαιρετικά ευρύ, καθώς επίσης και οι διάφορες παράμετροι που ορίζουν το τι αποτελεί τραύμα και τονίζουν τις σχετιζόμενες ψυχοπαθολογικές αιτίες της παιδικής ηλικίας.

Η ένταση της τραυματικής εμπειρίας και η σοβαρότητά της, είναι οι πιο καθοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση μετατραυματικών συμπτωμάτων. Επιπρόσθετοι παράγοντες είναι το ηλικιακό στάδιο του παιδιού, το αναπτυξιακό του επίπεδο, ο βαθμός στον οποίο ενεπλάκη το παιδί στην τραυματογόνο εμπειρία, η σχέση η οποία είχε το παιδί με τον θύτη, η απουσία περιβάλλοντος ικανού να υποστηρίξει και να κατανοήσει το παιδί, κ.α. (Javidi &Yadollahie, 2012).

Ακόμη και η ημερομηνιακή επέτειος της τραυματικής εμπειρίας, ή η αναφορά σε αυτήν ή σε κάτι έστω παρόμοιο, ακόμη και αν πραγματοποιείται από τελείως μη σχετική πηγή όπως πχ τα ΜΜΕ, αποτελούν παράγοντες ικανούς να προκαλέσουν στο άτομο την επαναβίωση των συναισθημάτων που ένιωσε καθώς διεξαγόταν το τραυματικό συμβάν, καθώς προκαλείται η ανάκληση της εμπειρίας, με συνέπεια να υποτροπιάσει συναισθηματικά αλλά και συμπεριφορικά το άτομο (Scheeringa et al, 2003).

Ειδικά όταν πρόκειται για παιδιά, τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής πιθανώς να εμφανιστούν ως απόρροια του τραυματικού βιώματος και συνδέονται με συνθήκες όπως κακοποίηση (σε σωματικό, ψυχικό, ή σεξουαλικό επίπεδο), η μαρτυρία ακραίων σκηνών (ενδοοικογενειακή βία, κοινωνική βία όπως επιθέσεις, ληστείες κτλ, ή και η εμπλοκή στις καταστάσεις αυτές, μία σοβαρή ασθένεια που μπορεί να απειλήσει τη ζωή, μακρόχρονες νοσηλείες, δυσχερή περιβάλλοντα διαβίωσης, άσχημη οικονομική κατάσταση (ανέχεια), κ.α. (Douglas, 1975; Roberts, 1993; Kaplow et al., 2005).

Επίσης, η πολεμικές συρράξεις, τα ακραία φυσικά φαινόμενα, οι επιθέσεις τρομοκρατικής φύσεως, τα ατυχήματα, η απώλεια, ο σοβαρός τραυματισμός αγαπημένων προσώπων, δυνητικά μπορούν να συσχετισθούν με τη μετατραυματική συμπτωματολογία (Παπαδοκοτσώλη, 2008).

Μία τραυματική εμπειρία η οποία ξεχωρίζει από τις υπόλοιπες, για τη σοβαρότητα της και για τις μετέπειτα δυσχερείς συνέπειες τις οποίες δυνητικά θα προκαλέσει, είναι η σεξουαλική κακοποίηση. Η κακοποίηση του είδους αυτού αποτελεί ένα τραύμα εξαιρετικά βαθύ και έντονο για τον ψυχισμό του ατόμου, το οποίο αισθάνεται ότι κατακερματίζεται πέραν από το σωματικό επίπεδο, και ως προσωπικότητα. Τα τραύματα αυτού του είδους είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα οδηγήσουν στη γένεση ψυχοπαθολογίας, και την εκδήλωση μετατραυματικών συμπτωμάτων. Είναι επίσης ικανά να προκαλέσουν την εγκατάσταση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Δυστυχώς, η σεξουαλική κακοποίηση είναι ικανή να αλλάξει εκ βάθους ένα άτομο και να καταδυναστεύσει όλο του το είναι (Kaplow et al., 2005; Ullman, 2007).

3.3.2 Οξεία Αντίδραση στο Stress

Είναι αμφιλεγόμενο εάν οι παθολογικές ψυχικές εκδηλώσεις που κάνουν την εμφάνισή τους έπειτα από τη βίωση ενός τραυματικού γεγονότος οφείλουν να οριστούν απαραίτητα ως διαταραχή, και δεν είναι μία αντίδραση του οργανισμού που αποτελεί φυσιολογικό αντανakλαστικό του ανθρώπου ως ένα είδος προσπάθειας για προσαρμογή στα νέα δεδομένα. Κάθε νέα πληροφορία θα μπορούσε δυνητικά να χαρακτηριστεί ως πιθανή πηγή stress για ένα άτομο, με πολυεπίπεδη ικανότητα να πλήξει τον ψυχισμό ανάλογα με τη βαρύτητα που την χαρακτηρίζει. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο χαρακτηρισμός μίας αντίδρασης/κατάστασης ως διαταραχή, μπορεί να είναι υπερβολικός, αφού μπορεί να πρόκειται για μία απλή παροδική αντίδραση του οργανισμού σε μία στρεσογόνο συνθήκη.

Βέβαια, αυτή η εκτίμηση προϋποθέτει ότι η διάρκεια της αντιδράσεως αυτής δε μπορεί να ξεπερνά μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, κρίνεται ότι ως μέγιστο χρονικό διάστημα για να χαρακτηριστεί απλά ως παροδική και όχι ως διαταραχή, είναι η διάρκεια έως 4 εβδομάδες (1 μήνας). Οι περιπτώσεις οι οποίες ξεπερνούν το διάστημα αυτό ανήκουν στο φάσμα της μετατραυματικής διαταραχής (Kendall et al., 1993; Ζέρβας, 1999).

Στο άμεσο διάστημα που ακολουθεί το τραυματογόνο/αγχογόνο συμβάν (δευτερόλεπτα έως λίγες ώρες), παρατηρούνται συνήθως συγκεκριμένες συμπεριφορές και αντιδράσεις από τον παθόντα. Οι πιο συνήθεις είναι:

- Σύγχυση
- «πάγωμα», ανικανότητα να αντιδράσει
- Κατάσταση αδράνειας
- Έντονο άγχος
- Συνολικό ψυχικό μούδιασμα
- Αποσύνδεση από το περιβάλλον
- Επιλεκτική αμνησία
- Τάση φυγής
- Υπερδιέγερση

Επί το πλείστον των περιπτώσεων, παρατηρείται σταδιακά η υποχώρηση των προαναφερθέντων συμπτωμάτων, έπειτα από το πέρας της άμεσης περιόδου που ακολούθησε του συμβάντος. Το άτομο καθίσταται ικανό να προχωρήσει στην εξοικείωση και την αφομοίωση του συμβάντος, και την ανάπτυξη μηχανισμών προσαρμογής. Στα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι εμφανείς οι ομοιότητες με τη διαταραχή μετατραυματικού stress. Οι κύριες διαφορές τους έγκεινται στα κριτήρια που έχουν τεθεί για τη διάγνωση της εκάστοτε διαταραχής (Gilmer & McKinney, 2003).

3.3.2.1 Διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV για τη διαταραχή από οξύ stress

- Το άτομο βίωσε ένα τραυματικό συμβάν στο οποίο ίσχυαν και οι δύο παρακάτω περιπτώσεις: (1) Το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο μ' ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπάγονταν πραγματικό θάνατο ή την απειλή επερχόμενου θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του

εαυτού του ή των άλλων. (2) Η αντίδραση του ατόμου χαρακτηριζόταν από έντονο φόβο, αίσθηση ανημπόριας ή φρίκη/τρόμο.

- Είτε κατά τη διάρκεια του βιώματος είτε έπειτα του συμβάντος, το άτομο παρουσιάζει τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω: (1) Μια υποκειμενική αίσθηση μουδιάσματος, απομάκρυνσης, αποστασιοποίησης ή απουσία συναισθηματικής απαντητικότητας. (2) Μείωση της αντίληψης του περιβάλλοντος. (3) Αποπραγματοποίηση. (4) Αποπροσωποποίηση. (5) Διασχιστική αμνησία.
- Το συμβάν επαναλαμβάνεται με τρόπο επίμονο από την οπτική γωνία του παθόντος, με έναν από τους παρακάτω τρόπους: επαναλαμβανόμενες εικόνες, σκέψεις, όνειρα, παραισθήσεις, επεισόδια flashback ή μια αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας ή υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή κατά την έκθεση σε κάτι που υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός.
- Έντονη και συστηματική αποφυγή ερεθισμάτων που ξυπνούν σχετικές με το γεγονός που τραυμάτισε το άτομο αναμνήσεις.
- Έντονα συμπτώματα άγχους ή αυξημένης διεγερσιμότητας.
- Η διαταραχή μπορεί να προκαλέσει σημαντική σε κλινικό πλαίσιο ενόχληση ή δυσλειτουργία σε τομείς όπως η κοινωνικότητα, η επαγγελματική πορεία, αλλά και να βλάψει τη λειτουργικότητα του ατόμου στην επιδίωξη σημαντικών στόχων, όπως η αναζήτηση βοήθειας από ειδικό, ή έστω εκ των έσω, η συζήτηση δηλαδή με δικούς του ανθρώπους ή μέλη της οικογένειάς του για την τραυματική του εμπειρία.
- Η διαταραχή έχει ελάχιστη διάρκεια τις 2 ημέρες και μέγιστη τον ένα μήνα, σε διάστημα εντός του ενός μηνός από το συμβάν. (Yule & Williams, 1991).

3.4 Διαφοροδιάγνωση

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Stress (Post Traumatic Stress Disorder) συμπεριλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων και συνθηκών, στο οποίο λαμβάνουν μέρος φυσικά και διάφορες διαταραχές. Αυτή η οποία ξεχωρίζει σε συχνότητα εμφάνισης, είναι η Οξεία Διαταραχή Stress (Acute Stress Disorder), η οποία παρουσιάζεται κατά κανόνα έπειτα από έκθεση του ατόμου σε συμβάντα έντονα τραυματικής φύσεως, στα οποία η κυρίαρχη αντίδραση ήταν το αίσθημα φόβου και ανημπορίας (American Psychiatric Society, 1994).

Σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο διαταραχές (PTSD-ASD):

- Συνθήκες έναρξης

- Περίοδος διαρκείας
- Εκδήλωση συναισθημάτων αποσύνδεσης (dissociation)

Πιο συγκεκριμένα, η ASD φέρει διαφορές σε σχέση με την PTSD ως προς την εμφάνιση των συμπτωμάτων της, τα οποία θα πρέπει να κάνουν την εμφάνισή τους σε διάστημα έως και 4 εβδομάδες από το τραυματικό συμβάν και να έχουν διάρκεια από 2 ημέρες έως και 1 μήνα ως προϋπόθεση για να γίνει διάγνωση, καθιστώντας αδύνατη τη διάγνωση της διαταραχής πριν το πέρας του ενός μηνός από το συμβάν. Επιπροσθέτως, κατά τη διάγνωση της ASD η κυρίαρχη έμφαση δίδεται στα συμπτώματα αποσύνδεσης, αλλά και σε άλλα συναισθήματα όπως αυτά της επανάληψης της βίωσης του συμβάντος, της αποφυγής, αλλά και του έντονου άγχους.

Ακόμη, η ΔMS συνήθως έχει κοινή συμπτωματολογία με έναν αριθμό άλλων διαταραχών οι οποίες μπορεί να αφορούν τον ύπνο, τη διάθεση, τη διαχείριση τους άγχους, την απομόνωση, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την απομάκρυνση από δραστηριότητες, την υπερδιέγερση, κ.α. Η σωστή διάγνωση μεταξύ των δύο διαταραχών από τους κατάλληλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, κρίνεται υψίστης σημασίας για την κατάλληλη αντιμετώπιση και θεραπεία ώστε να ξεπεραστεί σε ικανοποιητικό βαθμό και διάστημα από τον παθόντα (APA, 1994/1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ & ΠΙΘΑΝΕΣ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι πρώιμες εμπειρίες ενός παιδιού, και ιδιαίτερα η σχέση με τη μητέρα του, είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη της ανάπτυξής του. Η παραμέληση ή/και κακοποίηση ενός παιδιού κατά τη βρεφική ηλικία (ή ακόμη και κατά την προγεννητική καθώς είναι δυνατό να προκληθούν νευροβιολογικές στρεβλώσεις), δύναται να επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις σε διάφορους τομείς της ανάπτυξής του (σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη). Συνέπεια της μη ομαλής ανάπτυξης του παιδιού στους παραπάνω τομείς είναι και η εμφάνιση διαταραχών στην ομιλία και στις ευρύτερες γλωσσικές ικανότητες (Wolfe, 1999).

Μία τέτοια μεταχείριση αποτελεί τραυματική εμπειρία για το παιδί, με άμεση συνέπεια την πρόκληση συναισθημάτων άγχους και θλίψης, και αποτέλεσμα την έλλειψη διαμόρφωσης ενός σταθερού ασφαλούς δεσμού στη νηπιακή ηλικία, αλλά και την πρόκληση χρόνιου άγχους (Koenen & Widom, 2009).

Η εξήγηση για την εμφάνιση διαταραχών του λόγου σε παιδιά που έχουν υποστεί παραμέληση ή/και κακοποίηση βασίζεται στο ότι η έκθεση ενός παιδιού σε τέτοιο περιβάλλον, μπορεί να επηρεάσει τον εγκέφαλό του διαταράσσοντας την ομαλή του ανάπτυξη. Η μη ομαλή εγκεφαλική ανάπτυξη πιθανώς να έχει ως συνέπεια την πρόκληση καθυστέρησης στους τομείς της γνωσιακής και συγκινησιακής ανάπτυξης καθώς και την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στην εφηβική ή ενήλικη ζωή (κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας, ψύχωση). Επιπροσθέτως, η πρόκληση χρόνιου άγχους στο παιδί είναι μείζονος σημασίας για την ανάπτυξη του λόγου του. Αυτό βασίζεται στο δεδομένο ότι η παρουσία χρόνιου άγχους προκαλεί τη διαρκή ενεργοποίηση του προμετωπιαίου φλοιού, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την εκτέλεση των γνωστικών λειτουργιών (π.χ. εργαζόμενη μνήμη, προσοχή, ικανότητα μάθησης). Η παρουσία του άγχους σε φυσιολογικά επίπεδα ενεργοποιεί τον προμετωπιαίο φλοιό, με αποτέλεσμα ο εγκέφαλος να εντείνει τις γνωσιακές του διεργασίες. Ωστόσο, όταν το άγχος είναι χρόνιο, και άρα παθολογικής μορφής, οδηγεί στο αντίθετο αποτέλεσμα (Τσιαντής, Ξυπολητά-Ζαχαριάδη, 2001).

Συνοψίζοντας, η ανατροφή ενός παιδιού σε περιβάλλον όπου παραμελείται ή/και κακοποιείται είναι υπεύθυνη για την πρόκληση διαταραχών του λόγου, οι οποίες οφείλονται τόσο στη μη ομαλή ανάπτυξη του εγκεφάλου όσο και στον αντίκτυπο του συμπτώματος του χρόνιου άγχους στις γνωστικές λειτουργίες

Η αιτιολογία των διαταραχών λόγου και ομιλίας διαχωρίζεται σε τρεις κατηγορίες, τα οργανικά αίτια, τα ιδιοσυγκρασιακά αίτια και τα ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια. Επίσης, τα αίτια κατηγοριοποιούνται σε λειτουργικά ή οργανικά και εγγενούς ή επίκτητης προελεύσεως. Η κατηγορία των ψυχολογικών και κοινωνικών αιτιών περιλαμβάνει αίτια όπως χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο οικογένειας, μεγάλο αριθμό παιδιών, απουσία ενθάρρυνσης και ευκαιριών για διάβασμα. Όλα τα παραπάνω δύναται να δράσουν ανασταλτικά στην γλωσσική εξέλιξη του παιδιού. Άλλα πιθανά αίτια είναι τα μη ορθά γλωσσικά πρότυπα, η έκφραση υπερπροστασίας, ή υπέρμετρης αυστηρότητας, ή υπερβολικών απαιτήσεων από τους γονείς προς το παιδί, η διαμονή του παιδιού σε ίδρυμα (ειδικά στα πρώτα τρία χρόνια της ανάπτυξής του) κ.α. (Παπαντωνοπούλου, 2009).

Σύμφωνα με επίσημες έρευνες, και λαμβάνοντας υπόψιν παράγοντες όπως κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο οικογένειας, τα παιδιά που έχουν υποστεί είτε παραμέληση είτε κακοποίηση, τείνουν να έχουν επιδόσεις χαμηλότερες του αντίστοιχου μέσου όρου σε τυποποιημένα τεστ αλλά και στις σχολικές τους υποχρεώσεις (Mills, 2004).

Εμπειρίες παραμέλησης ή/και κακοποίησης μπορούν να προκαλέσουν στο παιδί ένα φάσμα διαταραχών του λόγου και της ομιλίας, οι πιο κοινές εκ των οποίων είναι ο τραυλισμός, η τραυματική-επιλεκτική αλαλία, η καθυστέρηση λόγου, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και οι μαθησιακές δυσκολίες (Μουζακίτης, 1993).

4.1 Τραυλισμός

Ο τραυλισμός προσδιορίζεται ως μία διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας που οφείλεται στην αποτυχία ελέγχου του μηχανισμού της ομιλίας. Η πρώτη εμφάνιση του τραυλισμού συνήθως συμβαίνει στη προσχολική ηλικία και περιλαμβάνει το άτομο να επαναλαμβάνει τους πρώτους φθόγγους ή την πρώτη συλλαβή μίας λέξης ή ακόμη και ολόκληρες λέξεις (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά εγχειρίδια DSM-IV και ICD-10 ο τραυλισμός ορίζεται ως διαταραχή του λόγου και της ομιλίας και εντάσσεται στο ευρύτερο φάσμα των διαταραχών της επικοινωνίας (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006). Πιο συγκεκριμένα, με βάση το DSM-IV, αποτελεί μία διαταραχή στη ροή και στη ρυθμική διαμόρφωση της

ομιλίας (όπως αναφέρθηκε και παραπάνω), η οποία είναι δυσανάλογη με την ηλικία του ατόμου (APA, 1994) και η διάγνωση γίνεται εάν υπάρχει συχνή παρουσία ενός εκ των παρακάτω συμπτωμάτων:

- Επαναλήψεις ήχων και συλλαβών
- Επιμηκύνσεις ήχων
- Επιφωνήματα
- Διακοπτόμενες λέξεις (εμφάνιση παύσεων μέσα στη λέξη)
- Ηχηρές ή σιωπηλές αναστολές (γεμάτες ή κενές παύσεις της ομιλίας)
- Περιφράσεις (υποκαταστάσεις λέξεων για την αποφυγή προβληματικών λέξεων)
- Παραγωγή λέξεων με υπέρμετρη φυσική ένταση
- Επαναλήψεις ολόκληρων μονοσύλλαβων λέξεων

Επίσης, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η παρουσία των συμπτωμάτων να δυσκολεύει σημαντικά τις σχολικές ή επαγγελματικές επιδόσεις ή/και τις κοινωνικές επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις (APA,1994).

4.1.1 Αίτια Τραυλισμού

Ακόμη και σήμερα, τα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν στην προέλευση και στην αιτιολογία του τραυλισμού δε συμφωνούν έτσι ώστε να δοθεί μία σαφής ερμηνεία της παθογένεσής του. Το γεγονός αυτό οφείλεται, σε μεγάλο βαθμό, στην ποικιλότητα των διαφορετικών επιστημονικών απόψεων γύρω από το θέμα. Υπάρχουν διάφορες εκτιμήσεις για την αιτιολογία του τραυλισμού, οι επικρατέστερες εκ των οποίων είναι η ερμηνεία του ως ένα σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας, ως αποτέλεσμα μάθησης αλλά και ως κληρονομικό στοιχείο (Guitar, 2006; Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Αρχικά, ο τραυλισμός είχε εκληφθεί ως μία αυτοτελή διαταραχή. Ωστόσο, η πεποίθηση ότι μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα κάποιας άλλης διαταραχής έκανε την εμφάνιση της κατά τον 18^ο αιώνα, και εν συνεχεία, τον 19^ο αιώνα, υποστηρίχθηκε η άποψη ότι αποτελεί απόρροια ψυχολογικών παραγόντων. Πιο συγκεκριμένα, η ψυχολογική αυτή θεωρία βασίζεται στην αρχή ότι ο τραυλισμός αποτελεί ένα νευρωτικό σύμπτωμα το οποίο σχετίζεται με υποσυνείδητες ανάγκες και εσωτερικές συγκρούσεις του ατόμου (Van Riper, 1971; Owens, 2003).

Έτσι λοιπόν, το σύμπτωμα του τραυλισμού ερμηνεύθηκε από κάποιους ως η ανεπιτυχής διαχείριση ενός συνοθυλεύματος σκέψεων που τυγχάνει να συνωστίζονται στο μυαλό του ατόμου, αλλά και ως μία ένδειξη αιτήματος ψυχολογικής βοήθειας εκείνου που τραυλίζει. Επίσης, σύμφωνα με τη ψυχολογική προσέγγιση, το άγχος είναι ο βασικότερος παράγοντας που προκαλεί το σύμπτωμα του τραυλισμού και τον καθιερώνει στην ομιλία του ατόμου (Guitar, 1998; Manning, 2001).

Επιπλέον, όπως αναφέρεται από τον Van Riper (1971), οι γονείς συχνά υποστηρίζουν ότι η πρόκληση του τραυλισμού στο παιδί οφείλεται σε κάποιο τραυματικό γεγονός ή στη παρουσία αγχογόνων οικογενειακών καταστάσεων, υπόθεση η οποία ενισχύει την άποψη ότι τα συναισθήματα του άγχους και του φόβου είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση του. Αν και οι παραπάνω ισχυρισμοί δείχνουν να έχουν κάποια βάση, οι απόπειρες αντιμετώπισης του τραυλισμού με τη βοήθεια της ψυχοθεραπευτικής μεθόδου, ιδιαίτερα στις αρχές και τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, δεν έδειξαν να έχουν ουσιαστικά αποτελέσματα (Appelt, 1911; Brill, 1923; Freud, 1966).

Η αποτυχία αντιμετώπισης του τραυλισμού ως σύμπτωμα ψυχολογικής διαταραχής μέσω της ψυχοθεραπείας είχε ως αποτέλεσμα η παραπάνω άποψη να αποδυναμωθεί με το πέρασ του χρόνου. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι καθώς η μόνη μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν εκείνη της ψυχανάλυσης, παραμένει πιθανό το ενδεχόμενο να αποτελεί πράγματι απόρροια ψυχολογικών παραγόντων αλλά να χρήζει διαφορετικής αντιμετώπισης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η άποψη ότι ο τραυλισμός μπορεί να επέλθει στην ομιλία του ατόμου ως αποτέλεσμα λανθασμένης μάθησης έχει υποστηριχθεί από πολλούς επιστήμονες και επικρατεί μέχρι και σήμερα. Η πεποίθηση αυτή έκανε τη πρώτη της εμφάνιση στις αρχές του 18^{ου} αιώνα, όταν ο Amman ερμήνευσε τον τραυλισμό ως μία μαθημένη συνήθεια από την οποία τα άτομα είναι εφικτό να απαλλαχθούν επιδιώκοντας να μιλήσουν αργά και δυνατά. Έκτοτε, πολλοί ήταν εκείνοι που συμφώνησαν με τη θεωρία του Amman, όπως οι Darwin (1800), και ο Dunlap (1932), οι οποίοι προχώρησαν στην εξέλιξή της και πρότειναν διάφορες μεθόδους αντιμετώπισης του τραυλισμού με βάση αυτή τη θεωρία. Η προσέγγιση του τραυλισμού ως αποτέλεσμα μάθησης υιοθετείται από πολλούς ειδικούς και σήμερα, σύμφωνα με την υπόθεση, που βασίζεται σε ψυχολογικές θεωρίες, ότι πολλές παθολογικές καταστάσεις μπορεί να πηγάζουν από αυτό το αίτιο (Starkweather, 1987; Smith & Kelly, 1997).

Η εκδήλωση του τραυλισμού φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με κληρονομικούς παράγοντες καθώς είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι ένα παιδί έχει περισσότερες πιθανότητες εμφάνισής του αν τραυλίζει και κάποιος άλλος στο συγγενικό του περιβάλλον. Μάλιστα, σύμφωνα με μία μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από τον Andrews και τους συνεργάτες του το 1991, το 71% των ατόμων που τραυλίζουν φαίνεται να έχει κληρονομικό υπόβαθρο τραυλισμού. Τα ευρήματα μίας άλλης έρευνας, η οποία διεξήχθη από τους Yairi και Ambrose (1992), έδειξαν ότι από το σύνολο των ατόμων με τραυλισμό, το 68% των περιστατικών έχει κάποιον συγγενή με τραυλισμό στην ευρύτερη οικογένεια, το 39% έχει πρώτου βαθμού συγγενή που τραυλίζει και στο 27% έχει γονιό με το ίδιο σύμπτωμα. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την έρευνα του Andrews και των συνεργατών του (1983), ο κληρονομικός παράγοντας φαίνεται να επηρεάζει σχεδόν σε διπλάσιο βαθμό τα αρσενικά παιδιά της οικογένειας σε σχέση με τα θηλυκά. Τα παραπάνω δεδομένα, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο τραυλισμός ενδέχεται να έχει, σε κάποιο βαθμό, γενετικό υπόβαθρο. Ωστόσο, μέχρι και σήμερα δεν υπάρχουν ασφαλή συμπεράσματα που να ορίζουν πλήρως την συσχέτιση του τραυλισμού κληρονομικά και γενετικά (Silverman, 1996; Guitar, 1998).

4.1.2 Κατηγορίες Τραυλισμού

Ο τραυλισμός κατηγοριοποιείται σε διάφορες μορφές, η πιο κοινή εκ των οποίων είναι η μορφή του εξελικτικού τραυλισμού. Παρακάτω, θα δοθούν μερικές πληροφορίες για τον εξελικτικό τραυλισμό καθώς και για τον τραυματικό ή ψυχογενή επίκτητο τραυλισμό, ο οποίος μπορεί να εμφανιστεί μετά τη βίωση κάποιου τραυματικού γεγονότος.

4.1.2.1 Εξελικτικός τραυλισμός

Η μορφή του εξελικτικού τραυλισμού κάνει τη πρώτη της εμφάνιση κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού. Στην περίπτωση που δεν υποχωρήσει σε τρία χρόνια, τότε χαρακτηρίζεται ως επίμονος ή χρόνιος.

Στον εξελικτικό τραυλισμό συναντώνται πρωτεύουσες (βασικές) συμπεριφορές και δευτερεύουσες (συνοδές) συμπεριφορές, όπως συναισθηματικές καταστάσεις. Στις πρωτεύουσες συμπεριφορές συμπεριλαμβάνονται τα χαρακτηριστικά του προφορικού λόγου του τραυλισμού. Αυτά κατηγοριοποιούνται σε επαναλήψεις λέξεων ή ενός τμήματος λέξεων (π.χ της πρώτης συλλαβής), επιμηκύνσεις και μπλοκαρίσματα. Οι επαναλήψεις αποτελούν το πιο κοινό στοιχείο των δυσρυθμιών που παρατηρούνται στο προφορικό λόγο

εκείνων που τραυλίζουν και συνήθως είναι το εναρκτήριο σύμπτωμα. Επίσης, οι επιμηκύνσεις χαρακτηρίζονται από παράταση ήχων μίας λέξης (ηχηρών και άηχων) και συχνότερα κάνουν την εμφάνισή τους μετά τις επαναλήψεις, παρόλο που συμβαίνει να παρουσιαστούν και παράλληλα κατά το πρώτο διάστημα που το άτομο αρχίζει να τραυλίζει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006; Guitar, 2006; Μαλανδράκη, 2012).

Τα μπλοκαρίσματα, εξελικτικά, τείνουν να παρατηρούνται τελευταία και αποτελούν τη μη ορθή διακοπή της ροής του εκπνεόμενου αέρα και των αρθρωτικών κινήσεων.

Όσον αφορά στις δευτερεύουσες συμπεριφορές, εκείνες χαρακτηρίζονται ως επί το πλείστον από σωματικές κινήσεις (όπως ανοιγοκλείσιμο των ματιών και κίνηση του κεφαλιού) και λεκτικές ενέργειες (όπως αντικατάσταση λέξεων, αυξομειώσεις της έντασης ή του ύψους της φωνής του ομιλητή). Στις δευτερεύουσες συμπεριφορές συμπεριλαμβάνονται και κάποια ψυχολογικά μοτίβα που συχνά εμφανίζουν ή και εμφάνιζαν πρωτύτερα άτομα με τραυλισμό. Για παράδειγμα, τα άτομα αυτά έχουν τη τάση να έχουν συνεσταλμένη συμπεριφορά και να οδηγούνται στην αποφυγή διάφορων κοινωνικών καταστάσεων υπό τον φόβο μήπως νιώσουν αμηχανία εξαιτίας της συμπτωματολογίας τους (Μαλανδράκη, 2012).

4.1.2.2 Ψυχογενής Επίκτητος Τραυλισμός (ΨΕΤ)

Η μορφή του ψυχογενούς επίκτητου τραυλισμού (ΨΕΤ) συχνά προσβάλλει το άτομο ύστερα από ένα χρονικό διάστημα κατά το οποίο παρουσίαζε διαρκές άγχος ή έπειτα από κάποιο συμβάν που αποτέλεσε τραυματικό βίωμα. Η εμφάνιση αυτής της μορφής τραυλισμού δύναται να προκληθεί σε όλες τις ηλικίες, εφόσον προηγηθεί κάτι από τα παραπάνω. Επιπροσθέτως ο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός μπορεί να αποτελέσει ψυχολογική αντίδραση μετά τη προσβολή του ατόμου από κάποια σωματική ασθένεια (Guitar, 2006).

Τα λεκτικά χαρακτηριστικά του είναι αρκετά κοινά με εκείνα του εξελικτικού τραυλισμού, ενώ οι δευτερεύουσες συμπεριφορές που τον χαρακτηρίζουν είναι ακούσιες και συχνά διαφορετικές από εκείνες του αναπτυξιακού. Ωστόσο, στον ψυχογενή τραυλισμό είναι συχνότερη η επανάληψη αρχικών συλλαβών και συλλαβών που τονίζονται (Mahr και Leith, 1992). Ο ψυχογενής επίκτητος τραυλισμός αποτελεί μόλις σχεδόν το 3% των περιστατικών τραυλισμού (American Psychiatric Association, 1987).

Είναι σημαντικό να γίνεται διαφοροδιάγνωση ανάμεσα σε αυτή τη μορφή τραυλισμού και στην επανεμφάνιση των συμπτωμάτων του εξελικτικού τραυλισμού. Παραδείγματος χάριν, είναι πιθανό ένα παιδί που εμφάνισε εξελικτικό τραυλισμό σε μικρή

ηλικία, και ενώ έχει εξαλειφθεί η συμπτωματολογία, να ξαναπαρουσιάσει συμπτώματα κάποια αργότερα στη ζωή του. Η διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στις δύο αυτές μορφές καθίσταται δύσκολη καθώς, όπως προαναφέρθηκε, η συμπτωματολογία τους είναι κοινή σε ένα μεγάλο ποσοστό. Σύμφωνα με τον Silverman (1996), απαραίτητη προϋπόθεση διάγνωσης της ψυχογενούς επίκτητης μορφής τραυλισμού είναι το άτομο να μην έχει ιστορικό εξελικτικού τραυλισμού κατά τη διάρκεια των παιδικών του χρόνων, να μην εξηγείται καλύτερα ως σύμπτωμα νευρολογικής αιτιολογίας και να είναι ξεκάθαρο ότι η εμφάνιση των συμπτωμάτων επήλθε ύστερα από κάποιο τραυματικό συμβάν ή περίοδο έντονου άγχους. Συμπερασματικά, η λήψη λεπτομερούς ιστορικού του ασθενή κρίνεται απαραίτητη έτσι ώστε ο ειδικός να καταλήξει σε ασφαλή συμπεράσματα (Silverman, 1996; Μαλανδράκη, 2012).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του επίκτητου ψυχογενή τραυλισμού περιλαμβάνουν την ξαφνική εκδήλωση των συμπτωμάτων και την απουσία ενσυναίσθησης ή την έκφραση αδιαφορίας του ατόμου που τραυλίζει για τα συμπτώματα. Επιπλέον, το κύριο λεκτικό σύμπτωμα συνήθως είναι η επαναλήψεις συλλαβών και τα λεκτικά συμπτώματα είναι κοινά τόσο στην ανάγνωση κειμένου όσο και στον αυθόρμητο λόγο. Ένας τρόπος αντιμετώπισης του ψυχογενή τραυλισμού που μπορεί να φανεί αποτελεσματικός είναι η συμπτωματική θεραπεία. Αυτό οφείλεται στο δεδομένο ότι αυτή η μορφή συνδέεται με παρουσία έντονης μυοσκελετικής έντασης κατά τη διάρκεια της ομιλίας ακόμη και σε μυσ που δε συμμετέχουν στην παραγωγή του λόγου. Κατά συνέπεια, με τη συμπτωματική θεραπεία μπορεί να επιτευχθεί η ομαλοποίηση της ρυθμικότητας του λόγου σε άτομα με τραυλισμό (Bloodstein, 1981; American Psychiatric Association, 1999).

4.2 Επιλεκτική αλαλία- επιλεκτική βωβότητα

Η εκλεκτική αλαλία αποτελεί μία περίπλοκη αγχώδη διαταραχή, η οποία κάνει την εμφάνιση της στην παιδική ηλικία και χαρακτηρίζεται από αδυναμία του παιδιού για ομιλία και επικοινωνία σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις. Αρχικά, η εκλεκτική αλαλία, εντοπίστηκε και περιγράφηκε από τον γιατρό Kussmaul, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Ο χαρακτηρισμός που απέδωσε ο Kussmaul στη διαταραχή των περιστατικών του ήταν εθελοντική αφασία (aphasia voluntaria). Ο πρώτος που χρησιμοποίησε και εγκαθίδρυσε τον όρο «εκλεκτική αλαλία» ήταν ο παιδοψυχίατρος Moritz Tramer το 1934 (Cunningham et al, 2004).

4.2.1. Κλινική Εικόνα

Το DSM στην τέταρτη έκδοσή του ορίζει την επιλεκτική βωβότητα (selective mutism) ως μία κατάσταση στην οποία βρίσκεται το παιδί, κατά την οποία το ίδιο «επιλέγει» αν και πότε θα βγάλει έναρθρο λόγο, συνήθως κάτω από πολύ συγκεκριμένες συνθήκες. Το παιδί δυσκολεύεται να μιλήσει όταν βρίσκεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως κοινωνικού πλαισίου εκδηλώσεις (π.χ. ένα σχολικό ποίημα). Απαραίτητο στοιχείο για τον ορισμό της διαταραχής, να έχει το παιδί φυσιολογική κατανόηση αλλά και ικανότητα έκφρασης, και να μην δυσκολεύεται/διστάζει λόγω του ότι πρόκειται για άλλη γλώσσα την οποία δε γνωρίζει (παιδιά μετανάστες π.χ.). Η διαταραχή είναι ικανή να αποτελέσει σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα στην κοινωνική αλληλεπίδραση του παιδιού, έχει διάρκεια τουλάχιστον ενός μηνός (με εξαίρεση καταστάσεις όπου το παιδί είναι φυσικό να φαίνεται συνεσταλμένο και ντροπαλό όπως η πρώτη εβδομάδα της κατασκήνωσης, η μεταφορά σε ένα καινούριο σχολείο, κ.τ.λ.), και παρουσιάζει ορισμένες ομοιότητες με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000; International Classification of Diseases, 2011).

Η επιλεκτική βωβότητα κάνει την πρώτη της εμφάνιση συνήθως περίπου στα 5 έτη, όταν το παιδί ξεκινά να πηγαίνει στα νήπια, όταν βρίσκεται δηλαδή για πρώτη φορά σε ένα σχολικό περιβάλλον. Η επικοινωνία με την οικογένεια του συνήθως πραγματοποιείται σε φυσιολογικά πλαίσια. Η συχνότητα της διαταραχής είναι ίση και στα δύο φύλλα, και ίσως λίγο περισσότερη σύνηθης στα κορίτσια, σύμφωνα με κάποια πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία. Πολλές φορές τα παιδιά αυτά μπορεί να καταφύγουν σε εναλλακτικές ή επαυξητικές μεθόδους επικοινωνίας, όπως π.χ. τις χειρονομίες, το τράβηγμα ή το σπρώξιμο ούτως ώστε να τραβήξουν την προσοχή, τη χρήση κοφτών και σύντομων φράσεων, κ.α. (Nowakowski et al., 2009).

Η διαταραχή αυτή συνήθως αποτελεί σημαντική πηγή άγχους και ψυχικής καταπόνησης για το παιδί. Ειδικά οι καταστάσεις στις οποίες το παιδί ή ο έφηβος καλείται να αλληλεπιδράσει κοινωνικά ή να μιλήσει μπροστά σε κόσμο, είναι ισχυρές αγχογόνες πηγές, και αποτελούν πολλές φορές προσωπικό γολγοθά για το άτομο. Συνοδά αποτελέσματα των συναισθηματικών αυτών καταστάσεων είναι η εμφάνιση φοβιών, όπως της κοινωνικής, η βίωση κατάθλιψης, διάφορα τics (μυοσπασμοί), απεκκριτικές διαταραχές (ενούρηση-εγκόπριση), υπερδιέγερση, κ.α. (Cunningham et al., 2004).

Γενικότερα, παρουσιάζουν εξαιρετικά φοβική συμπεριφορά, και φαίνονται σαν να βρίσκονται σε μία συνεχή κατάσταση άγχους και έντονης διστακτικότητας. Η έλλειψη αυτοπεποίθησης είναι σχετικά αναπόφευκτη και διαφαίνεται στην πλειονότητα του φάσματος της κινησιολογίας και της συμπεριφοράς ενός ατόμου που έχει διαταραχθεί ο ψυχισμός του σε επίπεδο που δυσκολεύεται ή δε μπορεί καν να καταφέρει να μιλήσει σε άλλους ανθρώπους.

Ευρείες δυσκολίες δυστυχώς παρουσιάζονται εξ αιτίας της κατάστασης αυτής και στο κοντινό περιβάλλον του ατόμου, στην οικογένεια του δηλαδή, ή ακόμη και στους δασκάλους του. Οι γονείς αλλά και οι καθηγητές συχνά διστάζουν να κάνουν κάποια παρέμβαση, φοβούμενοι ότι θα χειροτερέψουν την κατάσταση. Ειδικότερα αποθαρρυντική είναι η αποτυχία αλληλεπίδρασης με το παιδί, έπειτα από συνεχείς προσπάθειες και κόπους. Προσπαθούν να έρθουν σε επαφή με το παιδί και να το κατανοήσουν, αλλά δυστυχώς αυτό δεν είναι καθόλου εύκολο. Όλη αυτή η κατάσταση, δημιουργεί έντονο stress σε όλη την οικογένεια και διαταράσσει την ομαλή της καθημερινότητα (Cohan et al., 2006).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στην παρούσα εργασία, η επιλεκτική βωβότητα παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες με άλλες διαταραχές, κοινωνικοσυναισθηματικού πλαισίου, κοινώς διαταραχές οι οποίες έγκεινται στο ευρύτερο αυτιστικό φάσμα. Το Asperger αλλά και οι διάφορες διαταραχές άγχους μοιράζονται αρκετά συμπτώματα με την E.B., γεγονός που κρίνεται φυσικό και επόμενο καθώς το άτομο σε όλες αυτές τις περιπτώσεις φαίνεται εξαιρετικά αγχωμένο και «κλειδωμένο», και φοβάται την κοινωνική αλληλεπίδραση σε σημαντικό επίπεδο (Cleave, 2009).

Η E.B. εάν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως και αποτελεσματικά πολύ πιθανώς θα οδηγήσει το άτομο σε ένα καθεστώς κοινωνικής απομόνωσης, αφού πέραν του γεγονότος ότι δε μπορεί να συνομιλήσει με τους άλλους ανθρώπους, ειδικά στις μικρότερες ηλικίες πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν ότι κατά πάσα πιθανότητα θα γίνει θύμα «bullying», δηλαδή εσκεμμένης κοινωνικής περιθωριοποίησης ή ακόμη και στόχος επιθέσεων λεκτικά ή και σωματικά. Τα παιδιά αδυνατούν να κατανοήσουν το διαφορετικό και είναι γνωστό ότι εάν δε λάβει μέρος η κατάλληλη ενημέρωση, η πιο πιθανή τους αντίδραση θα είναι αυτή.

Όλοι αυτοί οι αρνητικοί παράγοντες είναι ικανοί να επηρεάσουν την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού, και ειδικότερα τη γλωσσική του ανάπτυξη, η οποία δέχεται ισχυρό πλήγμα από την έλλειψη αλληλεπίδρασης του ατόμου με τους συνομηλίκους του.

Σε ένα αρκετά πρόσφατο άρθρο σχετικά με την επιλεκτική βωβότητα, οι συγγραφείς του (Hua&Major, 2016), αναφέρουν ότι η διαταραχή έχει άμεση σχέση με το άγχος και την κοινωνική φοβία (social anxiety). Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, τα ερευνητικά αποτελέσματα των τελευταίων 20 ετών οδήγησαν στο να επαναπροσδιοριστεί και να κατηγοριοποιηθεί ως μία αγχώδης διαταραχή στην 5^η έκδοση του DSM.

Γενικότερα, η επιλεκτική βωβότητα είναι μία κατάσταση η οποία καλό θα ήταν να μην υποτιμάται από τους γονείς/φροντιστές του ατόμου ως κάτι περαστικό, και να αναζητείται άμεσα βοήθεια από τον κατάλληλο επαγγελματία υγείας, ώστε να αντιμετωπιστεί όσο το συντομότερο δυνατόν.

4.2.2 Αίτια Επιλεκτικής Αλαλίας-Βωβότητας

Η επιλεκτική αλαλία είναι μία διαταραχή η οποία πλέον θεωρείται ως ένα κομμάτι των διαταραχών που σχετίζονται με το άγχος. Φαίνεται να πρόκειται για το αποτέλεσμα μίας πληθώρας παραγόντων, γενετικής, ιδιοσυγκρασιακής, περιβαλλοντικής, αλλά και αναπτυξιακής φύσεως (Hua & Major, 2016).

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, έχει ισχυρούς δεσμούς με την κοινωνική φοβία και τις αγχώδεις διαταραχές. Πιθανολογείται ότι η υπερευαισθησία του ατόμου στο συναισθηματικό stress και η ανικανότητά του να ελέγξει το άγχος του σχετικά με τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις συνηγορούν στην αιτιολογία ύπαρξης της διαταραχής. Σημαντική αιτία μπορεί επίσης να αποτελέσει και η ποιότητα της σχέσης του παιδιού με τους γονείς του (Lamsa & Erkolahti, 2013).

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ερευνητική μελέτη των Steinhausen & Adamek (1997), η οποία διεξήχθη ανάμεσα σε 38 παιδιά με επιλεκτική αλαλία και 31 με παρόμοιο συμπεριφοριστικό φαινότυπο, δηλαδή συνδυασμό μίας συναισθηματικής διαταραχής και μίας αναπτυξιακής αρθρωτικής διαταραχής. Στη συγκεκριμένη μελέτη αναφέρεται ότι στο δείγμα των παιδιών με επιλεκτική αλαλία, αλλά και στο δεύτερο δείγμα μελέτης, υπήρχε σημαντική συχνότητα εμφάνισης διαταραχών γλώσσας και ομιλίας στο ευρύτερο συγγενικό τους περιβάλλον. Όμως, στις οικογένειες της ομάδας των παιδιών με επιλεκτική αλαλία, υπήρχε μεγαλύτερη εμφάνιση διαταραχών ψυχικής φύσεως, συνηγορώντας στην υπόθεση ότι η αιτιολογία της επιλεκτικής αλαλίας πιθανώς να επηρεάζεται και από γενετικούς παράγοντες

Η επιστημονική κοινότητα δεν έχει καταλήξει ακόμη ως προς το ποιά είναι τα ακριβή αίτια της ύπαρξης της διαταραχής αυτής. Η ψυχοδυναμική θεωρία υποστηρίζει ότι πρόκειται για εσωτερική διαμάχη, η συμπεριφοριστική ότι πρόκειται για προσπάθεια χειραγώγησης των γονέων από την πλευρά του παιδιού. Άλλες απόψεις υποστηρίζουν ότι πρόκειται για αποτέλεσμα ιδιοσυγκρασιακών στοιχείων, όπως ντροπαλότητας, ή κάποιου προηγούμενου ψυχικού τραύματος. Παρ' όλα αυτά, το ιστορικό του παιδιού συνήθως βοηθά στο να βρεθεί η υπεύθυνη αιτία, η οποία επί της πλειονότητας διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση (Cleave, 2009).

Οι διάφορες τραυματικές εμπειρίες, και ιδίως η κακοποίηση, στις οποίες και δίδεται έμφαση στην παρούσα πτυχιακή εργασία, μπορούν φυσικά να είναι και αυτές υπαίτιες για την εμφάνιση της επιλεκτικής αλαλίας, καθώς το μετατραυματικό stress το οποίο πηγάζει από ένα τραύμα, είναι ικανό να έχει ισχυρή συνάφεια με το stress το οποίο κατακλύζει το άτομο σε κοινωνικές περιστάσεις και το «εμποδίζει» από το να εκφέρει λόγο. Τα τραυματισμένα ψυχικά παιδιά είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στην εμφάνιση παρόμοιων διαταραχών.

Όλα τα παραπάνω οδηγούν στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για πολυποίκιλη αιτιολογία όπου μπορούν να ευθύνονται αρκετοί διαφορετικοί παράγοντες, ο συνδυασμός των οποίων είναι ικανός να οδηγήσει στην εμφάνιση της διαταραχής. Η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης φαίνεται να παίζει ρόλο, σε συνδυασμό με παράγοντες όπως η ύπαρξη δυσκολιών στην ομιλία, ή ύπαρξη κάποιας συνοδούς ψυχιατρικής πάθησης. Ακόμη, το είδος και η ομαλότητα της ενδοοικογενειακής αλληλεπίδρασης, παρουσιάζει εξαιρετικής σημασίας παράγοντα. Η στήριξη και η κατάλληλη ενίσχυση από το οικογενειακό περιβάλλον είναι η καλύτερη πορεία αντιμετώπισης της παρούσας διαταραχής, και μπορεί να συνεισφέρει στο να μη διατηρηθεί το πρόβλημα μακροχρόνια.

4.2.3 Διάγνωση

Η διάγνωση της επιλεκτικής βωβότητας χαρακτηρίζεται ως δύσκολο έργο από την πλευρά του ειδικού καθώς όπως είναι προφανές από τα παραπάνω δεδομένα που παρατέθηκαν, πρόκειται για εξαιρετικά περίπλοκη διαταραχή, η οποία συσχετίζεται στις διάφορες μορφές τις και με άλλες διαταραχές. Καλό θα ήταν να επιλέγεται για τη διάγνωση επαγγελματίας ο οποίος έχει εξειδικευθεί και έχει αρκετή πείρα με τη συγκεκριμένη διαταραχή, ο οποίος έχει την ικανότητα να ξεχωρίσει περί τίνος ακριβώς πρόκειται και να

αποκλείσει τις άλλες ενδεχόμενες διαταραχές με παρόμοια συμπτωματολογία (Achenbach, 1991).

Τα παιδιά που παρουσιάζουν συμπεριφορά με στοιχεία έντονου άγχους από μικρή ηλικία, είναι πολύ δύσκολο να αξιολογηθούν, καθώς η συνεργασία πραγματοποιείται με σημαντικές δυσχέρειες, ειδικά στην περίπτωση της επιλεκτικής βωβότητας. Το έγκυρο ιστορικό αποτελεί το ισχυρότερο εργαλείο του ειδικού που θα κληθεί να πραγματοποιήσει τη διάγνωση, η λήψη του οποίου θα γίνει από τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού (γονείς και παππούδες κατά κύριο λόγο). Η αξιολόγηση θα πρέπει να επικεντρώνεται στην εκτίμηση των γνωστικών ικανοτήτων του παιδιού, το αναπτυξιακό του επίπεδο γλωσσικά, τη διαφοροδιάγνωση από άλλες διαταραχές, και τη συνέντευξη για τη λήψη του ιστορικού (Bergman, 2012).

Η λήψη του ιστορικού, όπως προαναφέρεται, είναι υψίστης σημασίας, διότι κατά τη συνέντευξη με τους γονείς παρουσιάζεται στον ειδικό η καλύτερη ευκαιρία να σχηματίσει μία έγκυρη εικόνα για την κατάσταση του παιδιού, καθώς η συνεργασία με το ίδιο θα είναι αρκετά δύσκολη κατά κανόνα. Η πλειονότητα των πληροφοριών θα προέλθει από την πλευρά του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ο ειδικός θα πρέπει να μάθει εάν συνυπάρχουν άλλες διαταραχές, νευρολογικά προβλήματα, τραυματικές εμπειρίες, αλλά και τις περιστάσεις κατά τις οποίες το παιδί φαίνεται να προτιμά και να του είναι πιο εύκολο να προβεί σε επικοινωνία και αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους. Η συμπεριφορολογία του παιδιού θα πρέπει να τεθεί υπό παρακολούθηση και να αναλυθεί από τον επιστήμονα, ο οποίος θα κρίνει αν πληροί ή όχι τα διαγνωστικά κριτήρια το παιδί, ώστε να προβεί στη διάγνωση (Manassis et al, 2003).

4.3 Καθυστέρηση στην ανάπτυξη Λόγου- Ομιλίας

Η ομαλή ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας είναι μία μακροσκελής και αρκετά περίπλοκη διεργασία του ανθρώπινου είδους. Οι παράγοντες οι οποίοι συνηγορούν στην επίτευξη της διαδικασίας αυτής είναι αρκετοί (Παπαηλίου, 2005). Οι κυριότεροι εξ αυτών:

- φυσιολογική λειτουργία/ανατομία φωνητικών δομών
- φυσιολογική κατανόηση/αποκωδικοποίηση εντολών
- ικανοποιητική ποσότητα και ποιότητα ερεθισμάτων
- περιβαλλοντική ενίσχυση/ομαλές συνθήκες
- συναισθηματική ισορροπία/ασφάλεια

Εάν η όλη διαδικασία ακολουθήσει τη φυσιολογική νόρμα, το άτομο θα αποκτήσει το λόγο αυτόματα, καθώς κατά τη γέννησή του έχει ήδη τα απαραίτητα εφόδια που θα του χρειαστούν ώστε να κατακτήσει αλλά και να εξελίξει το λόγο του, χωρίς σημαντικά εξωτερικά βοηθήματα. Τα μορφολογικά χαρακτηριστικά στη βασική τους μορφή, αλλά και η απαραίτητη οργάνωση του εγκεφάλου, έχουν διαμορφωθεί ήδη από το πρώτο τρίμηνο κατά τη διάρκεια της κύησης. Κατά το χρονικό διάστημα αυτό δημιουργούνται επίσης οι νευρώνες της περιοχής που ονομάζεται *νευρωνικό φύμα*. Οι νευρώνες της περιοχής αυτής, είναι υπεύθυνοι για τη δημιουργία σχεδόν του συνόλου των εγκεφαλικών δομών (Clancy & Finlay, 2001).

4.3.1 Κλινική Εικόνα

Υπάρχει ένα ποσοστό παιδιών επί του συνόλου, το οποίο παρουσιάζει διαταραγμένο ρυθμό ανάπτυξης της ομιλίας σε αναλογία με το φυσιολογικό. Ένα κομμάτι του πληθυσμού αυτού μπορεί να καθυστερήσει την έναρξη του λόγου ή κάποια άτομα μπορεί να αναπτύξουν κανονικά την ομιλία αλλά να δυσκολευτούν στην κατάκτηση και την εξέλιξη των διάφορων υποενοτήτων (σημασιολογία, πραγματολογία, κ.τ.λ.) (Παπαηλίου, 2005).

Συνήθως, η έννοια της καθυστέρησης του λόγου αναφέρεται σε λέξεις και προτάσεις που προφέρονται από ένα παιδί και δε γίνονται καταληπτές από τους γύρω του, ενώ το παιδί βρίσκεται σε κατάλληλο ηλικιακό στάδιο σε συνάρτηση με τα φυσιολογικά αντικειμενικά αναπτυξιακά στάδια της ομιλίας, όπου θα έπρεπε ο λόγος του να είναι κατανοητός από το περιβάλλον του. Η διαταραχή του λόγου του παιδιού μπορεί να περιλαμβάνει:

- αδυναμία παραγωγής συγκεκριμένων φωνημάτων/ήχων
- αλλοίωση/τροποποίηση φωνημάτων
- παράλειψη φωνημάτων και συλλαβών
- δυσχέρεια στην κατανόηση εννοιών
- δυσχέρεια σχηματισμού προτάσεων με ικανοποιητική συνοχή
- δυσχέρεια εύρεσης κατάλληλων όρων ώστε να εκφραστεί όπως επιθυμεί

Τα τυπικά αναπτυσσόμενα βρέφη κάνουν συνήθως χρήση έως και 12 φωνημάτων στην ηλικία των 5 μηνών, και 30 φωνημάτων στην ηλικία των 18 μηνών (Locke & Pearson, 1990).

Το βάβισμα αποτελεί έναν αρκετά ικανοποιητικό και έγκυρο προγνωστικό παράγοντα για την ύπαρξη μεταγενέστερης καθυστέρησης ή δυσχέρειας στην ανάπτυξη του λόγου. Σε μελέτη που διεξήχθη σε δείγμα 3.469 βρεφών, επιβεβαιώθηκε ότι η καθυστέρηση της εμφάνισης του βαβίσματος λόγω γενετικών ή νευροανατομικών ανωμαλιών έχει στενή συνάφεια με αναπτυξιακά προβλήματα στις ηλικίες των 18, 24, και 30 μηνών (Oller, 1988).

Εάν το παιδί δεν είναι ικανό να προβεί σε χρήση κάποιων λέξεων, ή αν έστω μέχρι τα 2 με 3 έτη δε μπορεί να σχηματίσει μικρές προτάσεις, υπάρχει κάποια δυσχέρεια. Επίσης μπορεί να υπάρχει δυσκολία στην κατανόηση, δηλαδή ελλιπής ανταπόκριση σε απλές εντολές που θα έπρεπε να είναι ικανό να επεξεργαστεί σύμφωνα με την ανάλογη ηλικία του. Στο 1 έτος το παιδί θα πρέπει να μπορεί να κατανοήσει απλές εντολές τύπου «έλα», «μίλα», κ.τ.λ. και στα 2 έτη θα πρέπει να είναι ικανό να μπορεί να κατανοήσει εντολές δύο φάσεων, δηλαδή, «έλα εδώ-και μίλα» (Παπαηλίου, 2005).

Δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο η καθυστέρηση του λόγου στην ανάπτυξη ενός παιδιού. Μάλιστα, υπολογίζεται ότι το 1/3 του συνολικού φυσιολογικού πληθυσμού, θα εμφανίσει σε κάποιο στάδιο στοιχεία που συμπίπτουν με καθυστερημένη ανάπτυξη ομιλίας. Φαίνεται ότι η κατάκτηση των δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την ολοκλήρωση της ομιλίας σε ένα μεγάλο βαθμό διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ένα μεγάλο ποσοστό ενώ αρχικά παρουσιάζει ίχνη καθυστέρησης, εν τέλει προχωρά σε απόλυτα φυσιολογική κατάκτηση της γλώσσας. Πιο συγκεκριμένα, παραπάνω από τα μισά παιδιά που κατηγοριοποιούνται ως ομάδα υψηλού κινδύνου, μέχρι τα 3 έτη αναπτύσσουν τελικά φυσιολογική ομιλία. Οι διαταραχές που σχετίζονται με την ανάπτυξη του λόγου παρουσιάζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στον αρσενικό πληθυσμό (2 προς 1), και συχνά είναι προϊόν κληρονομικότητας, αφού συνήθως παρόμοια προβλήματα ταλαιπώρησαν στην αντίστοιχη ηλικία και τον πατέρα ή τα μεγαλύτερα αδέρφια (Plante, 1991).

Η καθυστέρηση μετά το πέρας του ενάμιση έτους κρίνεται μη φυσιολογική. Κάθε παιδί κατακτά τη γλώσσα συνήθως με το δικό του τρόπο και πολλές φορές υπάρχουν χρονικές αυξομειώσεις στη διαδικασία αυτή. Επομένως, είναι φυσικό οι μικρές

επιβραδύνσεις να μην αντιμετωπίζονται αρχικά ως κάτι ανησυχητικό, παρά ως ένα ατομικό ιδιοσυγκρασιακό στοιχείο, προυποθέτοντας ότι η υπόλοιπη βιολογική πορεία του ατόμου ακολουθεί τα φυσιολογικά στάδια. Όταν η γλωσσική εξέλιξη δε συμβαδίζει με τις νόρμες, και η καθυστέρηση είναι έντονη, μπορεί να οφείλεται σε μη επαρκές οικογενειακό περιβάλλον, σε έλλειψη δηλαδή των απαραίτητων ερεθισμάτων και ενίσχυσης της εγγενούς ιδιότητας του παιδιού στο λόγο. Ακόμη, άλλα αίτια μπορεί να είναι διαταραχές του ακουστικού συστήματος, ή νευρολογικά προβλήματα (π.χ. μία εγκεφαλοπάθεια) (Slobin, 1985).

Για να γίνει η διάγνωση της καθυστέρησης του λόγου, θεωρείται απαραίτητο να αποκλειστούν από την εξίσωση καθυστερήσεις οι οποίες μπορεί να είναι και φυσιολογικές. Εάν γίνει η διάγνωση, η άμεση παρέμβαση είναι απαραίτητη. Η αντιμετώπιση των διαφόρων δυσκολιών που μπορεί να οφείλονται στην καθυστέρηση μπορεί να γίνει πολύ πιο εύκολα αν η παρέμβαση γίνει όσο το δυνατόν συντομότερα, και με κατάλληλο τρόπο. Η λήψη των απαραίτητων αυτών ενεργειών θα συνεισφέρει επίσης σημαντικά στο να μην εμφανιστούν επιπρόσθετα προβλήματα, όπως δυσχέρειες στον μαθησιακό τομέα, οι οποίες είναι ικανές να επιβαρύνουν αρκετά τη ψυχοσυναισθηματική ευμάρεια του ατόμου.

4.3.2 Κατηγορίες Καθυστέρησης Λόγου

Η καθυστέρηση της ανάπτυξης του λόγου, μπορεί να οδηγήσει σε ένα σχετικά ευρύ φάσμα δυσκολιών. Παρατίθενται παρακάτω οι κυριότερες και πιο σχετικές με την ομιλία και το λόγο, το επίκεντρο της παρούσας πτυχιακής.

- **Αρθρωτικές διαταραχές:** Στις διαταραχές της άρθρωσης παρατηρείται λανθασμένη εκφορά των φθόγγων, συνήθως με τρόπο ο οποίος αντιστοιχεί σε μικρότερες ηλικίες από αυτήν που βρίσκεται το παιδί. Τα συνηθέστερα «λάθη» είναι οι στρεβλώσεις, η αντικατάσταση/υποκατάσταση, και η παραλείψεις των διάφορων φθόγγων/φωνημάτων. Το παιδί κατέχει φυσιολογικές αντιληπτικές και εκφραστικές ιδιότητες, και όμως η σαφήνεια και η καταληπτότητα της ομιλίας του είναι σημαντικά επηρεασμένες λόγω της δυσχέρειας στην άρθρωση. Πολλές φορές επαναλαμβάνουν συλλαβές ή και λέξεις, και ο λόγος τους χαρακτηρίζεται από ανακρίβειες και ελλείμματα στη σύνταξη.

- Εκφραστικές διαταραχές: Η ιδιότητα του ατόμου προς την έκφραση δεν αντιστοιχεί με την ανάλογη του ηλικιακού του επιπέδου, παρ'όλο που η κατανόησή του είναι φυσιολογική. Παρατηρείται αδυναμία κατονομασίας καθημερινών αντικειμένων, ή και σχηματισμού απλών φράσεων μικρής έκτασης. Σε μεγαλύτερες ηλικίες παρατηρείται πενία στη λεξιλογική ευρύτητα και ευχέρεια του ατόμου, συντακτικά και σημασιολογικά λάθη και ανακρίβειες, αλλά και αδυναμία στην ορθή χρήση των γραμματικών στοιχείων (άρθρα, αντωνυμίες, προθέσεις, κλίσεις, κ.α.). Στην κατηγορία του εκφραστικού λόγου, το παιδί μπορεί να μιλά πολύ λίγο ή και καθόλου ή επίσης και ακατάπαυστα, χωρίς όμως ο λόγος του να έχει συνοχή και σαφήνεια. Το παιδί είναι σε θέση να κατανοεί απόλυτα τον προφορικό λόγο όταν του απευθύνονται.
- Αντιληπτικές διαταραχές: Η ιδιότητα του παιδιού να κατανοήσει το λόγο είναι και πάλι δυσανάλογη με αυτήν του ηλικιακού του επιπέδου, και παρουσιάζει σημαντικά ελλείμματα. Τα συνοδά προβλήματα στην προφορική έκφραση είναι αναπόφευκτα. Δυσκολία επίσης υπάρχει στην κατανόηση αφηρημένων εννοιών, στην ερμηνεία και την εκτέλεση απλών εντολών, στις λέξεις με πολλαπλές σημασίες, στους χωροχρονικούς όρους, αλλά και στη δομή του λόγου (αντίφαση, κατάφαση, ερώτηση, κ.τ.λ.). Το λεξιλόγιο είναι και σε αυτήν την περίπτωση περιορισμένο, και οι αρθρωτικές διαταραχές είναι συνήθεις.

(Βογινδρούκας, 2008)

Η αιτιολογία της καθυστέρησης του λόγου είναι πολυποίκιλη. Σημαντικοί παράγοντες είναι το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο των γονέων, πιθανές ασθένειες που έβλαψαν το νευρολογικό σύστημα του παιδιού, οικογένειες με υπερβολικό αριθμό μελών, καθώς και το κακό οικογενειακό περιβάλλον όπου οι εγγενείς ιδιότητες του ατόμου αντί να ενισχύονται καταδυναστεύονται, αφού εκλείπουν τα απαραίτητα ερεθίσματα και το άτομο παραμελείται.

4.4 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)

Η συγκεκριμένη διαταραχή δε μπορεί να τοποθετηθεί στην κατηγορία των διαταραχών που μπορεί να προκληθούν εξ' αιτίας κάποιας τραυματικής εμπειρίας ή κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, καθώς είναι κατά πάσα πιθανότητα προϊόν νευροβιολογίας. Κρίνεται όμως συνετό να αναφερθεί, καθώς:

1.: Πρόκειται για διαταραχή που μπορεί να προκληθεί από έμμεση κακοποίηση, στην περίπτωση που η ίδια η μητέρα κάνει κατάχρηση ουσιών ή δεν προσέχει τον εαυτό της, ιδίως κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, ή εάν επίσης κατά την περίοδο αυτήν η μητέρα γίνει/γίνεται θύμα σωματικής βίας. Οι περιπτώσεις αυτές είναι πιθανό να προκαλέσουν νευροβιολογικές στρεβλώσεις οι οποίες δυνητικά μπορούν να οδηγήσουν στη γένεση της ΔΕΠ-Υ.

2.: Είναι η συχνότερη μαθησιακή δυσκολία παγκοσμίως, και τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση της και στον ενήλικο πληθυσμό.

3.: Είναι μία διαταραχή η οποία έχει την ιδιότητα να αυξάνει τη στατιστική πιθανότητα να κακοποιηθεί ένας ανήλικος, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στη γένεση τραύματος, και επομένως δυνητικά και μετατραυματικής διαταραχής. Οι περιπτώσεις αυτές (παιδί με ΔΕΠΥ) είναι εξαιρετικά δύσκολες χειριστικά από το στενό περιβάλλον του παιδιού (οικογένεια). Η χρόνια έκθεση σε αυτήν την κατάσταση οδηγεί ένα ποσοστό γονέων να προβαίνει σε πράξεις κακοποίησης, καθώς παρουσιάζουν αυξημένη ευερεθιστότητα και νευρικότητα λόγω της απογοήτευσης που βιώνουν καθώς δε μπορούν να ελέγξουν με τίποτα τη συμπεριφορά του παιδιού τους. Αυτό την καθιστά μία διαταραχή που χρήζει εμπειριστατωμένης και πολυεπίπεδης έρευνας, και αντιμετώπισης σε πολλαπλά μέτωπα και με διάφορες στρατηγικές.

4.: Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συχνά δυσκολίες στον τομέα της ανάπτυξης του λόγου και της ομιλίας, γεγονός καίριο για την παρούσα εργασία. Κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι το ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που καθυστερεί να μιλήσει ανέρχεται σε 6% έως και 35%. Επίσης, πέρα από την πιθανή καθυστέρηση, υπολογίζεται ότι 10% έως και 54% των παιδιών αντιμετωπίζει δυσχέρειες στον προφορικό τομέα του λόγου (Hartsough & Lambert, 1985; Baker & Cantwell, 1987; Shaywitz & Shaywitz, 1991; Plomin, 1995; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η ΔΕΠΥ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD), έγκειται στο φάσμα διαταραχών νευροαναπτυξιακής φύσεως, δηλαδή πρόκειται για διαταραχή που πηγάζει από στρέβλωση ή δυσχέρεια της ομαλής ανάπτυξης του νευρολογικού συστήματος του ατόμου. Η εξέλιξη της διαταραχής είναι σταθερή, με συγκεκριμένα γνωστικά προβλήματα. Είναι συνήθης διαταραχή της παιδικής ηλικίας η οποία ακολουθεί το άτομο και στο ενήλικο κομμάτι της ζωής του (Cole & Cole, 1996; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2012).

Τα βασικότερα προβλήματα που προκαλεί η ΔΕΠ-Υ μπορούν να χαρακτηριστούν η ελλειμματική εκτελεστική λειτουργία σε τομείς όπως η ενεργός μνήμη και ο ανασταλτικός έλεγχος, η διαταραγμένη και απορρυθμισμένη συμπεριφορά, καθώς και η τάση που έχουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ να προτιμούν να πράττουν και να δέχονται τις αμεσότερες αμοιβές, δηλαδή, εάν έχουν τη δυνατότητα να έχουν μία καλύτερη απολαβή σε μακροπρόθεσμο πλαίσιο, θα προτιμήσουν την εγγύτερη επιλογή, ακόμη και εάν δεν είναι η πιο συμφέρουσα, λόγω της παρορμητικότητας που τους κατακλύζει. Αυτό που βρίσκεται στο εγγύτερο πεδίο τους, είναι στα μάτια τους η μόνη επιλογή (Κουμούλα, 2012).

Η συμπεριφορά αυτή χαρακτηρίζεται ως ελλειμματική κινητοποίηση (motivation deficit), στο άρθρο των Volkow et al. (2011). Στο συγκεκριμένο άρθρο υποστηρίζεται ότι η συμπεριφορά αυτή σχετίζεται με δυσλειτουργία του ντοπαμινικού νευρώνα. Χρησιμοποιώντας τομογράφο εκπομπής ποζιτρονίων (PET-Positron Emission Tomography), ανακάλυψαν ότι στους ενήλικες με ΔΕΠΥ υπάρχει μειωμένη δραστηριότητα στους ντοπαμινικούς νευροποδοχείς αλλά και στους μεταφορείς ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Αυτό το γεγονός, θεωρούν ότι μπορεί να είναι υπαίτιο για αυτήν την έλλειψη κινητοποίησης. Αναφέρεται επίσης ότι η ΔΕΠ-Υ είναι η πιο αναγνωρισμένη και συχνή ψυχιατρική διαταραχή της παιδικής ηλικίας, και εμφανίζεται και αντιμετωπίζεται όλο και συχνότερα και σε ενήλικο πληθυσμό.

Η ΔΕΠ-Υ ορίζεται από το DSM-IV (1994) ως μια διαταραχή η οποία χωρίζεται σε τρεις διαφορετικούς υποτύπους:

- 1) Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας με κυριότερο τον τύπο ελλειμματικής προσοχής.
- 2) Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας με κυριότερο τον τύπο υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας.

3) Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας, με υπάρχοντα συνδυασμό και των δύο τύπων.

(Neuhaus, 1998)

4.4.1 Κλινική Εικόνα

Τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ, ιδίως αυτά που κύριος είναι ο υπερκινητικός τύπος, διαφέρουν αρκετά συμπεριφορικά από τους συνομηλίκους τους. Διαθέτουν σημαντικά αυξημένη ενεργητικότητα, και η κινητική τους δραστηριότητα βρίσκεται σε μία συνεχή έξαρση. Επηρεασμένη επίσης είναι η ικανότητα προσοχής τους, και ειδικότερα της συγκέντρωσης και της διατήρησής της. Δυσκολεύονται εξαιρετικά να κρατήσουν το ενδιαφέρον τους προσηλωμένο σε μία μεμονωμένη δραστηριότητα, και συνήθως δε διεκπεραιώνουν τις υποχρεώσεις τους (π.χ. σχολικές ασκήσεις). Συνεχώς η προσοχή τους μεταβάλλεται, από το παραμικρό ερέθισμα, το οποίο είναι ικανό να τα ενθουσιάσει. Ως αποτέλεσμα, φυσικά, η αποτελεσματική φοίτηση σε ένα χώρο μάθησης (σχολείο) καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη, καθώς η συνεχής διάσπαση της προσοχής τους αποτελεί φαινομενικά ανυπέρβλητο εμπόδιο (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Η συμπεριφορά τους διαφέρει κατά κόρον συγκριτικά με τη συμπεριφορά των συνομηλίκων τους στον τομέα της παρορμητικότητας, και ποιοτικά αλλά και ποσοτικά. Φαίνονται να είναι αντιδραστικά και χωρίς καμία διάθεση για συνεργασία με τα άλλα παιδιά. Αν και η νοημοσύνη τους κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα, μπορεί να ειπωθεί ότι η απόδοσή τους στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος δεν κρίνεται επαρκής και η συμπεριφορά τους δεν αναλογεί στο αναπτυξιακό τους επίπεδο (Κάκουρος, 2001).

Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ φαίνεται να κινείται αδιάκοπα, και να μη δείχνει ίχνη κούρασης. Όταν πρέπει να παραμείνει στην ίδια θέση για αρκετή ώρα, δυσκολεύεται τρομερά, όπως στο σχολείο π.χ. Η συμπεριφορά του πιθανώς να χαρακτηρίζεται από φαινομενική αγένεια και προκλητικότητα, η οποία συνήθως ενοχλεί τους γύρω του. Η τιμωρία και οι παρατηρήσεις φαίνονται να μην το επηρεάζουν καθόλου. Πολύ ενδιαφέρον γεγονός, είναι ότι ενώ μπορεί να δυσκολεύεται σε εξαιρετικά μεγάλο βαθμό να συγκεντρωθεί στο σχολείο, όταν ασχολείται με κάτι που απολαμβάνει (π.χ. το αγαπημένο του βιντεοπαιχνίδι) φαίνεται πολύ απορροφημένο και συγκεντρώνεται ικανοποιητικά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006/12).

Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο του εκάστοτε ατόμου. Συνήθη ορόσημα αποτελούν:

3-5 ετών:

- δυσκολεύονται να παίξουν χωρίς να δημιουργούν φασαρία
- υπολείπονται στις δραστηριότητες που απαιτούν μνημονική ικανότητα
- έχουν μειωμένη κοινωνική προσαρμογή αναλογικά με αυτήν των συνομηλίκων τους

Στην ηλικία όμως αυτήν, είναι εξαιρετικά δύσκολο να οριστεί η εκάστοτε συμπεριφορά ενός παιδιού ως απρόσεκτη ή υπερκινητική, διότι η πλειονότητα των παιδιών αυτής της ηλικίας συμπεριφέρονται κατ' αυτόν τον τρόπο (απρόσεκτα/ υπερκινητικά) . Καθώς επίσης, σπανίως τα παιδιά αυτών των ηλικιών βρίσκονται σε πλαίσια όπου η διατήρηση της προσοχής αυτών αποτελεί αναγκαιότητα, σε αντίθεση με το επόμενο στάδιο, όπου εισχωρούν στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, δηλαδή στο σχολείο.

Σχολική ηλικία:

- σύγκρουση με συνομήλικους
- δυσχέρεια στην οργανωτικότητα τους σε σχέση με το σχολικό φόρτο
- επηρεασμένη αρνητικά σχολική επίδοση
- δυσχέρεια επίσης και στην διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων όπως π.χ. καθάρισμα/τακτοποίηση δωματίου, προσωπική υγιεινή κ.τ.λ.
- αυξημένος βαθμός εμπλοκής σε ατυχήματα
- κακή ποιότητα ύπνου
- ενούρηση
- αντιδραστική/εναντιωματική συμπεριφορά

Συνοπτικά, κατά την παιδική ηλικία το παιδί με ελλειμματική προσοχή: δε φέρνει δραστηριότητες σε πέρας, αποσπάται εύκολα, παρουσιάζει μειωμένη συγκέντρωση. Με παρορμητικότητα: δεν έχει καλό αυτοέλεγχο, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του, πιθανώς να βωμολοχεί. Με υπερκινητικότητα: σημαντικά επίπεδα ανησυχίας, υπερβολική σωματική δραστηριότητα αδιάκοπα, επίσης υπερβολική λεκτική δραστηριότητα. Κατά την εφηβική

ηλικία, με ελλειμματική προσοχή: δυσκολεύεται να αποδώσει ικανοποιητικά στο σχολείο, δεν έχει καλή διάθεση, αποσπάται εύκολα, δεν επικοινωνεί ικανοποιητικά με τους συνομηλίκους του αλλά και με το περιβάλλον του. Με παρορμητικότητα: κακός αυτοέλεγχος, εμπλοκή σε παραβατικές δραστηριότητες. Με υπερκινητικότητα: ψυχική συνεχής ανησυχία, κατάχρηση ουσιών όπως αλκοόλ, ναρκωτικά, κ.α.

Για να μπορεί να προβεί ο ειδικός σε διάγνωση, θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν του τα διάφορα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία έχουν θεσπιστεί για τη συγκεκριμένη διαταραχή από το Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών. Σύμφωνα λοιπόν με το DSM-IV (APA, 1994), για να διαγνωσθεί η συγκεκριμένη διαταραχή απαιτείται η ύπαρξη έξι ή και περισσότερων συμπτωμάτων σε έναν τουλάχιστον από τους δύο τομείς της (υπερκινητικότητα-ελλειμματική προσοχή). Για να χαρακτηριστεί ως υπερκινητική διαταραχή θα πρέπει να παρουσιάζει συμπτώματα και από τους δύο τομείς, σε περισσότερες από μία συνθήκες (Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, 2007).

Η ελλειμματική προσοχή, αναφέρεται σε δυσκολίες ευρέως φάσματος που πηγάζουν από την κατακερματισμένη ικανότητα συγκέντρωσης και την βραχύχρονη προσοχή. Διαφαίνεται σημαντικά στις ακαδημαϊκές επιδόσεις του παιδιού, καθώς και στην επικοινωνία που πραγματοποιείται μέσω της συνομιλίας. Τα άτομα με ελλειμματική προσοχή δε διασπώνται από τα εξωτερικά ερεθίσματα σε μεγαλύτερο βαθμό από τους συνομηλίκους τους, αλλά δεν επενδύουν τον ίδιο χρόνο σε δραστηριότητες που δεν τους προκαλούν ενδιαφέρον και δεν τους ικανοποιούν με άμεσο τρόπο (Barkley, 1990).

Με τον όρο παρορμητικότητα χαρακτηρίζεται η συμπεριφορά κατά την οποία το άτομο δε λαμβάνει υπ' όψιν τις συνέπειες των πράξεών του, μία φαινομενική αδυναμία φιλτραρίσματος του τι είναι και τι δεν είναι κοινωνικά αποδεκτό στην εκάστοτε περίπτωση. Ένα παιδί με παρορμητικότητα δε περιμένει να του δοθούν οι απαραίτητες οδηγίες για το οτιδήποτε, δεν εκτιμά σωστά τις καταστάσεις, δεν υπολογίζει τα άτομα γύρω του, και παρουσιάζεται ως ανώριμο και χωρίς καμία υπευθυνότητα. Η προσοχή του αποσπάται υπερβολικά εύκολα και γρήγορα από φαινομενικά αδιάφορα ερεθίσματα (Παπαγεωργίου, 2005).

Η υπερκινητικότητα χαρακτηρίζεται από υπερβολικά έντονα και δυσανάλογα για την ηλικία του επίπεδα κινητικής ή και λεκτικής δραστηριότητας.

Η ΔΕΠ-Υ συνήθως ακολουθεί λιγότερα από τα μισά άτομα που έχει προσβάλλει σε παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή τους. Η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα

κατά κανόνα ελαττώνονται σημαντικά, και η γενικότερη βελτίωση παρουσιάζεται σε ικανοποιητικά ποσοστά επί του συνόλου (Barkley, 1998).

4.4.2 Αίτια ΔΕΠΥ

Η ΔΕΠΥ, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, αποδίδεται συνήθως ως αποτέλεσμα νευρολογικής δυσλειτουργίας, της οποίας η αιτιολογία χαρακτηρίζεται ως νευρολογικής αλλά και γενετικής φύσεως. Πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες είναι επίσης το περιβάλλον αλλά και η κληρονομικότητα (Barkley, 1998; Γιαννοπούλου, 2008).

Έρευνες γενετιστών υποστηρίζουν ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού παρουσιάζουν επιπολασμό της ΔΕΠΥ σε ποσοστό 25%, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου όπου το ποσοστό ήταν 5% (Biederman et al, 1991).

Είναι επίσης πιθανό να παίζει σημαντικό ρόλο η νευροβιολογία κατά την περίοδο της κύησης, κατά την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Εάν δεν πραγματοποιηθεί φυσιολογικά η ανάπτυξη αυτή, μπορεί να επηρεαστεί άμεσα ή έμμεσα η μετέπειτα λειτουργία των γνωστικών ικανοτήτων του παιδιού. Αιτιολογικοί παράγοντες για την αναστολή και την παρεμπόδιση της φυσικής ανάπτυξης μπορεί να είναι το κάπνισμα ή η κατάχρηση ουσιών από τη μητέρα κατά την κύηση, οι διάφορες πιθανές περιγεννητικές βλάβες, η προωρότητα, αλλά και η ανοξία κατά τη γέννα (Milberger et al, 1998).

Ακόμη, νευροανατομικές μελέτες έχουν υποδείξει ότι παρουσιάζονται δομικές αλλά και λειτουργικές ανωμαλίες στο μετωπιαίο λοβό, την παρεγκεφαλίδα, και τα βασικά γάγγλια. Οι δομές αυτές συνδυαστικά είναι υπεύθυνες για τον έλεγχο της παρορμητικότητας και τον τρόπο που κατευθύνει ένα άτομο την προσοχή του. Ο μετωπιαίος λοβός συνδέεται με το κέντρο των συναισθημάτων (λιμβικό σύστημα) (Munden & Arcelus, 1999).

Παρ' όλα αυτά, δεν έχει οριστεί με βεβαιότητα κάποια συγκεκριμένη αιτία η οποία φέρει την ευθύνη για την εμφάνιση της συμπτωματολογίας της διαταραχής (Αναγνωστόπουλος & Ρότσικα, 2006).

Ο περιβαλλοντικός παράγοντας είναι αρκετά ικανός στο να συνεισφέρει στην εμφάνιση συμπτωματολογίας ΔΕΠΥ. Παράγοντες όπως χαμηλό οικογενειακό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, γονικές διαμάχες, συναισθηματικά απομακρυσμένοι γονείς, γονείς που παραμελούν το παιδί, κακά πρότυπα διαπαιδαγώγησης, αυστηρότητα σε υψηλό βαθμό, υπερπροστατευτικότητα, κ.α., μπορούν να ενισχύσουν και να επιδεινώσουν τα διάφορα συμπτώματα της διαταραχής (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010).

Οι περιβαλλοντικοί αυτοί παράγοντες μπορούν να λειτουργήσουν ως ενίσχυση, να υποβοηθήσουν στην ουσία τους γενετικούς ή νευρολογικούς άξονες που είναι υπαίτιοι για τη γένεση της διαταραχής, και να εντείνουν τα εκάστοτε συμπτώματα και την εκδήλωσή τους. Διαφαίνεται λοιπόν ξεκάθαρα η σημασία του εύρυθμου και υγιούς οικογενειακού περιβάλλοντος.

4.5 Μαθησιακές Δυσκολίες (learning difficulties)

Ως μαθησιακές, χαρακτηρίζονται οι δυσκολίες που οδηγούν ένα άτομο στο να υπολειτουργεί ή να υπολείπεται αναλογικά με τους συνομηλίκους του στη σχολική ή ακαδημαϊκή επίδοση, ή επηρεάζουν αρνητικά τη γνωστική του ικανότητα και την ικανότητα του προς μάθηση σε διάφορα επίπεδα. Οι ΜΔ αποδίδονται σε βλάβη ή δυσλειτουργία του νευρολογικού συστήματος, και η εκδήλωσή τους κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου λαμβάνει μέρος με ποικίλη ένταση. Πρόκειται για διαταραχές αναπτυξιακής φύσεως, με την εμφάνιση να γίνεται συνήθως κατά την προσχολική ηλικία. Οι ΜΔ συνήθως ακολουθούν το άτομο σε ολόκληρη τη ζωή του. Παράγοντας που βοηθά στην πρόβλεψη πιθανών μελλοντικών ΜΔ είναι η καθυστέρηση της ανάπτυξης του λόγου και της ομιλίας. Άλλες πιθανές ενδείξεις αποτελούν η δυσανάλογη σε σχέση με το ηλικιακό επίπεδο αντίληψη, ελλειμματικός συντονισμός του κινητικού συστήματος, ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στην προσοχή, δυσχέρεια στην χρήση επαγωγικής σκέψης, και γενικότερα σε περιοχές που έχουν άμεση συνάφεια με την ευχέρεια και επίδοση στον τομέα της εκπαίδευσης και την επίτευξη ακαδημαϊκών στόχων. Οι δυσκολίες αυτές διαφαίνονται κυρίως στους τομείς της ανάγνωσης, της γραφής, της κατανόησης, και της αριθμητικής (National Joint Committee on Learning Disabilities, 1991/2007).

Η βάση των διάφορων ορισμών που έχουν δοθεί ανά καιρούς για τις ΜΔ είναι η υπερβολικά χαμηλή σχολική επίδοση. Δηλαδή, από όταν πρωτοεμφανίστηκε ο όρος ΜΔ, το βασικό της γνώρισμα υπήρξε η απροσδόκητα υψηλή σχολική αποτυχία και η δυσκολία του ατόμου να μάθει νέα πράγματα, να αφομοιώσει δηλαδή νέες πληροφορίες (Fletcher et al., 2003).

Η ευρύτερα γνωστή ΜΔ, είναι η Δυσλεξία. Πρόκειται για διαταραχή που χαρακτηρίζεται από αργή, κοπιώδη και ανακριβή ανάγνωση, καθώς το άτομο συνήθως αδυνατεί να επεξεργαστεί τους φωνολογικούς κανόνες της γλώσσας. Πολλές φορές τα άτομα με δυσλεξία παρουσιάζουν και άλλα συνοδά ελλείμματα, όπως δυσγραφία, δυσορθογραφία, δυσαριθμησία, ΔΕΠ-Υ, δυσπραξία. Υποστηρίζεται ότι η Δυσλεξία έχει

νευροβιολογική φύση, και ότι πρόκειται για αποτέλεσμα κακής ή ελλιπούς εγκεφαλικής οργάνωσης. Τα ευρήματα αυτά είναι προϊόν νευροπαθολογικών, νευροαπεικονιστικών, γενετικών, και νευροφυσιολογικών μελετών (Lundberg, 1980; Shaywitz, 1998; Castles, 2004).

Τα παιδιά που παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες, εμφανίζουν ένα σύνολο συμπεριφορών , κάποιες από τις οποίες παρατίθενται παρακάτω.

4.5.1 Γενικά χαρακτηριστικά:

- σημαντική δυσχέρεια στη διαλογή, την κατανομή, την οργάνωση και την αποθήκευση των ερεθισμάτων (πληροφορίες) που δέχονται
- παρουσιάζουν επίσης δυσχέρεια στις αλληλουχικές διεργασίες, όπως η μέτρηση από το ένα έως το δέκα, η αναφορά των ημερών της εβδομάδος από την αρχή έως το τέλος με τη σωστή σειρά, οι μήνες του χρόνου, κ.τ.λ.
- η προσοχή τους διαβρώνεται πολύ ευκολότερα σε σχέση με των συμμαθητών τους και αυτό οδηγεί στο να κουράζονται εξαιρετικά γρηγορότερα, διότι δε φιλτράρονται σωστά οι πληροφορίες σχετικά με το τι είναι άσχετο/σχετικό, ουσιώδες και μη
- η συμπεριφορά τους χαρακτηρίζεται συχνά ως ‘ανώριμη’ και ‘χαώδης’ σε τέτοια συχνότητα και ένταση, όπου γίνεται συνήθως αισθητή η διαφοροποίηση σε σχέση με τους συμμαθητές τους, ακόμη και τα αντικείμενα τους ή οι χώροι που τους αντιστοιχούν (π.χ. φοριαμός, θρανίο) βρίσκονται συνήθως σε εμφανή αποδιοργάνωση
- οι αποκρίσεις τους στις όποιες ερωτήσεις φαίνονται να είναι προϊόν αυτοματοποίησης και όχι στοχασμένου και εμπεριστατωμένου λόγου, απαντούν δηλαδή συνήθως με τρόπο ρομποτικό και κατά κανόνα δίνουν

λάθος απάντηση αφού δεν έχουν αφιερώσει χρόνο για να διεργαστούν το ερώτημα

- τα ερεθίσματα λοιπόν λαμβάνουν όλα μία παρόμοια υπόσταση, ο ψίθυρος του συμμαθητή τους κινεί το ίδιο την προσοχή με την παράδοση του μαθήματος από τη δασκάλα, προσέχουν τα ερεθίσματα γύρω τους με την ίδια βαθμίδα συγκέντρωσης
- είναι σύνηθες τα παιδιά αυτά να παρουσιάζουν δυσαναλογία στις ικανότητές τους, π.χ. ένας μαθητής που δεν είναι καθόλου καλός στην ανάγνωση μπορεί να είναι εξαιρετικά ικανός στην κατασκευή αντικειμένων ή στα μαθηματικά
- κωλύονται στην επεξεργασία περίπλοκων πληροφοριών/οδηγιών
- αν βρεθούν σε καταστάσεις έντονου άγχους και έντασης η αποδιοργάνωση που τους χαρακτηρίζει εντείνεται σε σημαντικό βαθμό
- μπορεί να θυμούνται φαινομενικά ασήμαντα πράγματα όπως το πρόγραμμα των αγώνων της ποδοσφαιρικής τους ομάδας αλλά ξεχνούν την ορθογραφία απλών καθημερινών λέξεων
- επί της πλειονότητάς τους, χαρακτηρίζονται ως «άγαρμποι» και παρουσιάζουν μία αδέξια κινητικότητα
- δυσκολεύονται σημαντικά να συγκρατήσουν ημερομηνίες, σημαντικά γεγονότα, ορισμούς, κ.α.
- συνήθως κρατούν το μολύβι ή το στυλό με λάθος λαβή (το σφίγγουν αρκετά) με αποτέλεσμα να κουράζονται πολύ πιο σύντομα
- δυσχέρεια στην κατανόηση γραφημάτων

- σημαντική δυσχέρεια στην αντιγραφή, διότι συνήθως ο ρυθμός που γράφει ο δάσκαλος στον πίνακα ή υπαγορεύει είναι πολύ ταχύτερος από αυτόν που δύνανται να ακολουθήσουν
- έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και είναι απογοητευμένα, διότι το περιβάλλον τους (οικογένεια/σχολείο) συνήθως μπερδεύει τη δυσχέρεια τους με απροθυμία και φυγοπονία

(Lieberman & Shankweiler, 1985; ASHA 2001)

4.5.2 Δυσχέρεια στην ανάγνωση (δυσαναγνωσία):

- η έναρξη της κατάκτησης της ανάγνωσης είναι δυσανάλογα αργή με αυτήν των συμμαθητών τους, αναλόγως βέβαια και με το υποστηρικτικό περιβάλλον και τις υποδομές του σχολικού περιβάλλοντος
- παρατηρείται καθυστέρηση στην μάθηση σε σχέση με τους συμμαθητές τους, και κωλύομενη πρόοδος
- σημαντική δυσχέρεια στο συλλαβισμό ειδικότερα, χρειάζονται συγκεκριμένο σύστημα για να τα καταφέρουν
- δυσχέρεια στη διατήρηση της σωστής γραμμής κατά την ανάγνωση
- δυσχέρεια κατά την μετάβαση από το τέλος της μίας γραμμής στην αρχή της άλλης
- σύγχυση των γραμμάτων που είναι οπτικώς παρόμοια όπως ο-α, φ-ψ κ.α.
- η προσωδία τους κατά την ανάγνωση φαίνεται αφύσικη/μονοκόμματα
- συνήθως δυσκολεύονται να κατανοήσουν το κείμενο το οποίο διαβάζουν, καθιστώντας τη μελέτη μαθημάτων όπως τα κείμενα ή την ιστορία αρκετά δύσκολη

- μπερδεύουν τα σημεία στίξης και οπτικά αλλά και σημασιολογικά, σταματάνε σε λάθος σημεία αλλάζοντας το νόημα του κειμένου
 - διαβάζουν κάποιες λέξεις αντιστρέφοντας τα γράμματα τα οποία περιέχονται, όπως –τάμι- αντί για μάτι ή –πάκως- αντί για κάπως
 - προτρέχουν στην αποκωδικοποίηση του νοήματος μιας λέξης που είναι παρόμοια με μία άλλη και μέσα στη βιασύνη τους τη διαβάζουν λάθος π.χ. χώμα-πώμα ή κάτι-μάτι
 - εάν για κάποιο λόγο αποσπαστεί η προσοχή τους κατά τη διάρκεια της ανάγνωσης και στρέψουν το βλέμμα τους αλλού, θα δυσκολευτούν αρκετά να βρούν που έμειναν
- (Perfetti, 1985; Nation & Snowling, 1998)

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

- συγχέουν διάφορα γράμματα λόγω του ότι ακούγονται όμοια και αντικαθιστούν λάθος γράμματα σε λέξεις για το λόγο αυτό π.χ. θ-δ, τ-ντ, φ-θ, κ.α.
- παραλείπουν τελείως κάποιες συλλαβές/γράμματα ή ακόμη και ολόκληρες λέξεις π.χ. γράφουν άλα αντί για γάλα, λείο αντί για σχολείο, κ.α.
- παρουσιάζουν σύγχυση σχετικά με τη σωστή χρήση και τοποθέτηση κεφαλαίων γραμμάτων
- παρουσιάζουν επίσης σύγχυση σχετικά με τους κανόνες τονισμού και τη σωστή τοποθέτηση των τόνων και πολλών άλλων σημείων στίξεως

- δεν διατηρούν απόσταση μεταξύ των λέξεων π.χ. πάμετωρα, σήμεραείναιΣάββατο, κτλ.
- η δομή των προτάσεών τους είναι λανθασμένη, και κατά κανόνα πολύ περιορισμένη λεξιλογικά και εκφραστικά
- ο γραπτός τους λόγος μπορεί να χαρακτηριστεί και τηλεγραφικός
- ο γραφικός τους χαρακτήρας είναι συνήθως δυσανάγνωστος
- στον γραπτό τους λόγο συνήθως δεν τηρούν τους ορθογραφικούς και γραμματικούς κανόνες
- μπορεί να έχουν μάθει τους κανόνες αυτούς , αλλά όταν έρχεται η ώρα να τους εφαρμόσουν κωλύονται
(Perfetti, 2004; Λεβάντη, 2007)

Παρά τις δυσκολίες που ταλαιπωρούν τα άτομα με ΜΔ, συνήθως παρατηρείται αυξημένη δημιουργικότητα και συναισθηματική ωριμότητα. Η φαινομενική τους δυσχέρεια στην επίτευξη διαδικαστικών ενεργειών που έτσι έχουν καθιερωθεί γενικευμένα (ορθογραφικοί κανόνες, ανάγνωση με χρωματισμό στη φωνή, κοινωνική αλληλεπίδραση), δε σημαίνει απαραίτητως ότι υπολείπονται σε όλα αυτά σε σχέση με τα άλλα παιδιά. Πιθανότατα απλώς δεν τους ταιριάζει τόσο η μορφολογία με την οποία αυτές οι διαδικασίες εφαρμόζονται ως επί το πλείστον.

Αν γινόταν δηλαδή μία αλληγορική μεταφορά κατά την οποία οι άνθρωποι για να λειτουργήσουν στο μέγιστο επιθυμητό βαθμό θα έπρεπε να συνδεθούν σε μία πρίζα, τότε αυτά τα παιδιά δε θα υπολείπονταν απαραίτητως στην ιδιότητα να λειτουργήσουν στο μέγιστο, άπλα θα χρειαζόνταν ένα διαφορετικό βύσμα ή μετασχηματιστή.

4.5.4 Αίτια των μαθησιακών δυσκολιών

Ο τρόπος και οι μηχανισμοί με τους οποίους πραγματοποιείται η μάθηση, και οι διάφορες διαταραχές της μάθησης, αποτελούν εδώ και πολλά χρόνια αντικείμενο μελέτης των νευροεπιστημών, της νευροβιολογίας, της νευροψυχολογίας, και των νευροαπεικονιστικών μεθόδων, καθώς είναι γνωστό ότι η εύρεση της παθολογίας των γνωστικών μηχανισμών θα πρέπει να έχει ως αφετηρία των ανθρώπινο εγκέφαλο (Habib, 2000).

Η ιδέα ότι οι διαταραχές της μάθησης έχουν οργανική αιτιολογία αμφισβητήθηκε αρκετά από τον ιατρικό κόσμο, μέχρι τη δεκαετία του 1960. Τότε πρωτοεμφανίστηκε ο όρος «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία», ο οποίος άνοιγε ένα ευρύ φάσμα κάτω από το οποίο εμπεριέχονταν ουσιαστικά διαταραχές όπως η ΔΕΠ-Υ, η δυσλεξία, και οι διάφορες μαθησιακές δυσκολίες. Ο όρος αυτός δε χρησιμοποιείται πια, καθώς είναι παρωχημένος, και πλέον είναι γνωστές με πολύ συγκεκριμένες ονομασίες και διαγνωστικά κριτήρια οι διάφορες σχετικές διαταραχές. Η χρησιμότητα του όμως υπήρξε σημαντικότερη, αφού τότε καθιερώθηκε η άποψη της οργανικής διαταραχής του εγκεφάλου σε συνάρτηση με τη μάθηση (Habib, 2000; Shaywitz & Shaywitz, 2003).

Η πιο γνωστή στο ευρύ κοινό ΜΔ, η **δυσλεξία**, στάθηκε ως αφορμή για την περαιτέρω μελέτη των αιτιών ύπαρξης δυσκολιών στη μάθηση. Πιο συγκεκριμένα, το 1968, μελετήθηκε για πρώτη φορά ο εγκέφαλος ενός δυσλεκτικού παιδιού μετά το θάνατό του, και βρέθηκαν διάφορες δυσπλασίες στις φλοιώδεις περιοχές του αριστερού εγκεφαλικού ημισφαιρίου, στις οποίες συμπεριλαμβάνονταν και εκτοπίες, γεγονός που φανέρωνε βλάβη στη φυσιολογική εγκεφαλική ανάπτυξη. Οι γλωσσικές λοιπόν λειτουργίες είχαν καθυστερημένη εμφάνιση στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο (το υπεύθυνο για την εκμάθηση και την ανάπτυξη του λόγου) στους δυσλεκτικούς, καθιστώντας την μάθηση της ανάγνωσης πολύ δύσκολη, καθώς δεν υπήρχαν στο επιθυμητό αναπτυξιακό επίπεδο οι απαραίτητες γλωσσικές προϋποθέσεις (Habib, 2000).

Η κοινότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας θεωρεί ότι οι ΜΔ μπορούν κάλλιστα να είναι αποτέλεσμα ψυχικών ή/και συναισθηματικών προβλημάτων (κατάθλιψη, άγχος, φοβίες, κ.α.) που μπορούν να πηγάζουν από δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις ή διάφορα τραυματικά βιώματα. Παρ' όλα αυτά, οι σύγχρονες ερευνητικές μελέτες, υποδεικνύουν ότι ο νευρολογικός παράγοντας είναι αυτός που μπορεί να προκαλέσει τις ΜΔ, και οι όποιες συναισθηματικές οι ψυχικές διαταραχές συνυπάρχουν, είναι απλά ένα επακόλουθο, ένα δηλαδή ακόμη αποτέλεσμα των εκάστοτε ΜΔ (Κανδαράκης, 2004).

Ο δυτικός κόσμος καθώς εξελίσσεται αποσκοπεί ολοένα και περισσότερο στην εύρεση των ακριβών αιτιών των διαταραχών της μάθησης, καθώς η εκπαίδευση βρίσκεται στο επίκεντρο των προηγμένων χωρών. Πρόκειται βεβαίως για αρκετά περίπλοκο θέμα, που έχει προσεγγιστεί από ερευνητές πολλών επιστημονικών πεδίων. Οι νευρολόγοι επιστήμονες επικεντρώνονται στις εγκεφαλικές δομές και λειτουργίες σε σχέση με τις διαταραχές της μάθησης, οι γενετιστές στους κώδικες που διέπουν τα κύτταρα και στις διακυμάνσεις που παρουσιάζουν στα άτομα αυτά, οι ψυχολόγοι στις δυσχέρειες που παρουσιάζονται ανεξαρτήτως από την ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών, όπως την αντιληπτική ικανότητα, τις λειτουργίες της μνήμης, κ.α., και οι ψυχαναλυτές εξετάζουν κατά κύριο λόγο τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει το φαινόμενο αυτό στην κοινωνική αλληλεπίδραση και την ποιότητα των σχέσεων που μπορεί να έχουν τα άτομα αυτά με άλλους ανθρώπους, και οι ειδικοί παιδαγωγοί με τη διαμόρφωση της διδασκαλίας και την ανάπτυξη επαγγελματικών ή εναλλακτικών μεθόδων ώστε να επιτυγχάνεται η μάθηση παρά τις όποιες δυσκολίες (Κανδαράκης, 2004, Τομαράς, 2008).

Το μόνο σίγουρο είναι ότι η απαρχή και η αιτιολογία των μαθησιακών δυσκολιών δεν είναι κάτι το οποίο μπορεί να εντοπιστεί και να αναλογισθεί σε μία μόνο πηγή και αιτία, αλλά κάτι το εξαιρετικά πολυδιάστατο και πολυεπίπεδο, το οποίο μπορεί να οφείλεται σε διάφορα αίτια. Πλέον, η πλειονότητα του επιστημονικού κόσμου, συμφωνεί ως προς το ότι η βάση των μαθησιακών δυσκολιών είναι νευρολογικής φύσεως, και αναγνωρίζουν ότι πρόκειται για την κυρίαρχη αιτιολογία τους. Θεωρείται ότι οι εγκεφαλικές νευρολογικές δομές είναι υπαίτιες για την διεργασία των απαραίτητων μηνυμάτων για να επιτευχθεί η σωστή διαδικασία μάθησης, επομένως η όποια δυσλειτουργία των δομών αυτών φυσικά οδηγεί σε ανάλογες βλάβες. Ακόμη και με όλα τα παραπάνω ευρήματα, δεν έχει γίνει εφικτό να αναλυθούν όλες οι περιπτώσεις ΜΔ αποκλειστικά από τη σκοπιά της νευρολογικής προσέγγισης.

Ασφαλώς η βιολογία, η κληρονομικότητα, το οικογενειακό αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον, αλλά και οι διάφορες τραυματικές εμπειρίες που μπορεί να έχει ένα άτομο, παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των διαταραχών αυτών, οι οποίες έγκεινται σε ένα φάσμα που είναι πολύ δύσκολο να εξεταστεί και να επαληθευθούν τα διάφορα ερευνητικά δεδομένα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία είναι ένα φαινόμενο το οποίο καθίσταται ολοένα και συχνότερο, τόσο σε οικογενειακό όσο και σε κοινωνικό πλαίσιο. Τα πλαίσια στα οποία διαδραματίζονται γεγονότα αυτής της φύσεως (τραυματικά) δεν περιορίζονται μόνο στο σχολείο, το σπίτι ή τη γειτονιά. Τα ανήλικα άτομα, ιδίως τα παιδιά, αποτελούν ευαίσθητο μερίδιο του συνολικού πληθυσμού σε σχέση με τις τραυματικές εμπειρίες και τα διάφορα πιθανά ατυχήματα κυρίως λόγω της εύθραυστης και πύο αδύναμης σωματικής τους διάπλασης, την έλλειψη εμπειριστατωμένης και ολοκληρωμένης κριτικής σκέψης και κινησιολογίας, η οποία πολλές φορές συνεισφέρει σε λανθασμένη εκτίμηση των πιθανών κινδύνων και οδηγεί σε καταστάσεις οι οποίες μπορεί να αποβούν μοιραίες και μη αναστρέψιμες.

Διάφορες έρευνες έχουν υποδείξει ότι υπάρχει η πιθανότητα το ποσοστό των παιδιών που βιώνει κάποιο τραυματικό γεγονός πριν την ενηλικίωση να ανέρχεται στο ένα τέταρτο επί του συνολικού πληθυσμού. Ανεξαρτήτως της σοβαρότητας ή της έντασης του εκάστοτε γεγονότος, είτε δηλαδή το τραύμα προέρχεται από bullying, σεξουαλική κακοποίηση, κακό οικογενειακό περιβάλλον, ή κάποια άλλη αιτία, το σημαντικό αυτό ποσοστό της τάξεως του 25% είναι τουλάχιστον ανησυχητικό και εφιστά την προσοχή στα βήματα τα οποία πρέπει να παρθούν ώστε να εκμηδενισθεί, ή έστω, να μειωθεί σημαντικά (Pervanidou, 2008; Hellenic Journal of Nursing, 2013).

Εάν το τραυματικό γεγονός επηρεάσει το άτομο σε επαρκή σε σχέση με την ιδιοσυγκρασία του βαθμό, είναι πολύ πιθανό να επακολουθήσει η εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Stress (Post-Traumatic Stress Disorder).

Η αιτιολογία της εμφάνισης Διαταραχής Μετατραυματικού Stress στην παιδική ηλικία είναι πολυπαραγοντική και εκτείνεται σε αρκετά ευρύ φάσμα, με κύρια μεταβλητή την ύπαρξη μίας ιδιαίτερα τραυματικής εμπειρίας συνήθως. Δηλαδή, κακοποίηση (σε όλες τις μορφές που μπορεί να λάβει μέρος, όπως σεξουαλική, σωματική, ψυχολογική, κ.τ.λ.), η μαρτυρία μίας έντονης κατάστασης (επίθεση σε τρίτο, καταστάσεις πολέμου, ατυχήματα, δολοφονίες, χειροδικίες σε άτομα του περιβάλλοντός του, και πολλά άλλα), γεγονότα ευρείας εμβέλειας όπως καιρικά φαινόμενα (τυφώνες, σεισμοί, κ.α.), τρομοκρατικές επιθέσεις (ιδίως στις μέρες μας αποτελεί φαινόμενο ολοένα και συχνότερο), και γενικότερα

οποιασδήποτε φύσεως γεγονός μπορεί να εκληφθεί από τη ψυχοσυναισθηματική ιδιοσυγκρασία του παιδιού ως τραυματικό.

Συνήθως, η κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μετατραυματικό stress, πηγάζουν από την έκθεση του ατόμου σε ένα τραυματικό ή εξαιρετικά αγχογόνο συμβάν. Το είδος του συμβάντος αυτού μπορεί να είναι υψίστης σημασίας για τις μετέπειτα δυνητικές συνέπειες που θα προκαλέσει. Δηλαδή, αν παραδείγματος χάρη ένα άτομο (παιδί) γίνει θύμα σεξουαλικής κακοποίησης από ένα άτομο του οικογενειακού του κύκλου, που εμπιστεύεται και αγαπά, τα σημάδια που θα αφήσει στον ψυχικό του κόσμο το συμβάν πιθανώς να είναι αρκετά βαθύτερα και πιο ιδιαίτερα από ότι εάν ο θύτης ήταν ένας άγνωστος. Τα συμβάντα που σχετίζονται με ανθρώπους, και κυρίως μέλη της οικογένειας, όπως για παράδειγμα ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, είναι συνήθως ικανά να επηρεάσουν το παιδί πολύ πιο έντονα από άλλα τραυματικά γεγονότα.

Το ισορροπημένο οικογενειακό περιβάλλον και η απαραίτητη στήριξη από αυτό, αλλά και από τους κατάλληλους κρατικούς φορείς, αποτελούν ισχυρά εφόδια για την αντιμετώπιση του μετατραυματικού stress και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του παιδιού. Εάν οι δύο αυτοί παράγοντες δεν υπάρχουν ή υπολειτουργούν, η συμπτωματολογία μπορεί να ενταθεί, και συγχρόνως να αυξηθεί η πιθανότητα εμφάνισης συνοδών διαταραχών. Διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν και να συνυπάρξουν με την PTSD είναι συνήθως η ΔΕΠΥ, διαταραχές διάθεσης (κατάθλιψη π.χ.), αγχώδεις διαταραχές (κοινωνική φοβία π.χ.), αλλά και αρκετές διαταραχές οι οποίες έχουν να κάνουν με το λόγο και την ομιλία, και τη σωστή λειτουργία τους. Κάποιες από αυτές τις διαταραχές είναι ο τραυλισμός, η επιλεκτική αλαλία, η καθυστερημένη ή ελλιπής ανάπτυξη της ομιλίας, αλλά και το ευρύ φάσμα των μαθησιακών δυσκολιών (δυσαναγνωσία, δυσορθογραφία, κ.α.).

Σε γενικό πλαίσιο, τα προβλήματα τα οποία είναι δυνατό να προκληθούν λόγω του PTSD είναι αρκετά, και εάν δεν ανιχνευθούν και αντιμετωπιστούν εγκαίρως, είναι εφικτό να επηρεάσουν το άτομο σε ολόκληρη την πορεία της ζωής του. Η εμφάνιση μακροχρόνιων ψυχολογικών επιπτώσεων σε αυτήν την περίπτωση είναι αναπόφευκτη. Επομένως, η αναγκαιότητα διάγνωσης και αντιμετώπισης της συγκεκριμένης διαταραχής από ειδικό είναι εμφανής. Η παρέμβαση θεωρείται αρκετά δύσκολη, αφού πέραν του ότι ο επαγγελματίας θα έχει να κάνει με παιδί, συνήθως οι τραυματικές εμπειρίες είναι πολύ ξεχωριστό και προσωπικό βίωμα για τον κάθε άνθρωπο, γεγονός που καθιστά και την ανάλογη παρέμβαση αντιστοίχως προσωπική και ξεχωριστή. Η επιλογή του παρεμβατικού πλάνου θα πρέπει να εξαρτάται από το αίτιο, την πηγή που προκάλεσε την εμφάνιση της διαταραχής. Δηλαδή, το θεραπευτικό πλάνο θα είναι διαφορετικό ανάλογα και με το είδος του τραυματικού

γεγονότος (σεξουαλική κακοποίηση, θάνατος αγαπημένου προσώπου, φυσικό φαινόμενο, κ.τ.λ.). Η παρέμβαση κατά κανόνα θα κινηθεί είτε στο φάσμα της ψυχοθεραπείας είτε στο φάσμα της φαρμακευτικής αγωγής, ή ακόμη και μικτά (ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή συγχρόνως).

Ιδανικά, η εφαρμογή της παρέμβασης θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο άμεση γίνεται, ώστε να παραχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα και να κατασταθεί δυνατή η βελτίωση και η αντιμετώπιση του θέματος. Η παρέμβαση οφείλει να πραγματοποιείται σε αναλογία με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου γνωστικά αλλά και συναισθηματικά, κατά την κρίση της κατάλληλης διεπιστημονικής ομάδας. Το πρόγραμμα θα πρέπει να είναι επίσης αντίστοιχο της ηλικίας του ατόμου που απευθύνεται.

Επί της πλειονότητας των περιπτώσεων, η συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας κρίνεται απαραίτητη, καθώς γίνεται λόγος για μία διαταραχή που αν όχι πάντα, στο μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισής της, συνοδεύεται και από άλλες διαταραχές. Η συνεργασία του ψυχολόγου με τον λογοθεραπευτή ή/και τον ειδικό παιδαγωγό κρίνεται απαραίτητη και ουσιώδης όταν οι συνοδές δυσκολίες έγκεινται στο φάσμα των μαθησιακών δυσκολιών ή της διαταραγμένης ανάπτυξης του λόγου και της ομιλίας.

Μία κατάλληλη και αρτίως σχεδιασμένη παρέμβαση, θα παρέχει κατά την εξέλιξη της πορείας της στον ειδικό και στην οικογένεια πολύτιμη ανατροφοδότηση σχετικά με το τι συμβαίνει στον ψυχισμό του παιδιού και το πως θα μπορέσουν οι ίδιοι να κατανοήσουν τα συναισθήματα που του έχουν γεννηθεί. Θα παραχθεί δηλαδή μια σφαιρική και ουσιώδης εικόνα του τι βίωσε το παιδί (τραυματικό γεγονός), πως το εξέλαβε, και πως το επηρέασε. Αυτό κρίνεται εξαιρετικά σημαντικό για την αντιμετώπιση του παιδιού από την πλευρά της οικογένειας, και αποτελεί μεγάλο βήμα προς τη βελτίωση της κατάστασης.

Η επίτευξη της κατανόησης αυτής από το στενό περιβάλλον του παιδιού, και η συνεχής και ειλικρινής παροχή υποστήριξης από το περιβάλλον στο παιδί, είναι πιθανώς οι κυριότεροι και σημαντικότεροι προβλεπτικοί παράγοντες για το εάν θα επιτύχει η όχι η παρεμβατική διαδικασία στη βελτίωση και την ολοκληρωτική αντιμετώπιση της διαταραχής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνής Βιβλιογραφία

Achenbach T., (1991). Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Albano, A.M., Dibartolo, P.M., Heimberg, R.G., Barlow, D.H. (1995). Children and adolescents: Assessment and treatment. New York, Guilford Press.

American Psychiatric Association, (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington, D.C., The American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revision. Washington, D.C., The American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, (2004). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revision. Washington, D.C., The American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Revision. Washington, D.C., The American Psychiatric Association.

Bandura, A., (1973). Aggression: A Social Learning Analysis. Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall.

Baker, L., Cantwell, D.P. (1987). ADHD and speech/language disorders. Comprehensive Mental Health Care, 2: 3-16.

Barkley, AR. (1990). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment. New York-London. Guilford Press.

Barkley, AR. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment 2nd Edition. New York-London. Guilford Press.

Barnett, W., Miller-Perrin, C.L., Perrin, R.D., (1997). Family Violence: Across the Lifespan. An Introduction. California, Sage Publications.

Beck, A.T., Emery, G. Greenberg, R., (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York, Basic Books.

Bergman R., (2012). Treatment for children with selective mutism: An integrated approach. New York: Oxford University Press.

Bernstein, G.A., Borchardt, C.M. (1991). Anxiety Disorders in Childhood and Adolescence: A Critical Review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4): 212-215.

Belivanaki M, Kolaitis G, Kanari N, Tsiantis J. (2006). Post-traumatic stress disorder symptomatology, often non-recognized, among psychiatric inpatient children and adolescents. *Encephalos-Archives of Neurology and Psychiatry*, 43(2): 53-58.

Biederman, J., Newcorn, J., Spirch, S., (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*, 48: 564-577.

Brandes D., Gilboa A., Freedman S., Shaley A. (2002). *Psychiatry Research Journal*, 110(3): 231-238.

Bremner JD, Krystal JH, Charney DS, Southwick SM. (1996). Neural mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse: Relevance to the current controversy surrounding the "False Memory Syndrome". *American Journal of Psychiatry*, 153 (7): 71-82.

Bloch & Trager (1942). *Outline of Linguistic analysis*. Baltimore, MD: Linguistic Society of America.

Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering* (5th Ed.). USA: Singular Publishing Group.

Bloodstein, O. (1981). *Stuttering: The search for a cause and a cure*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon

- Bowlby, J., (1973). *Attachment and Loss: Separation Anxiety and Anger*, Volume 2. New York, Basic Books.
- Brazelton, B.T., (1998). *The Divorced Child: Strengthening Your Family Through the First 3 Years of Separation*. U.S.A., International Universities Press.
- Briere, N.J., (1992). *Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effects*. London, Sage Publications.
- Castles, A., Coltheart, M., (2004). Is there a causal link from phonological awareness to success in learning to read? *Cognition*, 91: 77-111.
- Claes, S.J., (2004). CRH, Stress, and Major Depression: A Psychobiological Interplay. *Journal of Affective Disorders*, 69: 117-150.
- Clancy B., Finlay B., (2001). Neural correlates of early language learning. *Handbook of Neuropsychology*, Volume 6.
- Cleave H, (2009). Too anxious to speak? The implications of current research into Selective Mutism for educational psychology practice. *Educational Psychology in Practice*; 25(3): 233-246.
- Cohen JA, Berliner L, March JS (2000): Treatment of children and adolescents. In *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Edited by Foa EB, Keane TM and Friedman MJ. New York, The Guildford Press.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Zhitova, A.C., Capone, M.E., (2003). *Treating Child Abuse – Related Post-Traumatic Stress and Co-Morbid Substance Abuse in Adolescents: Child Abuse and Neglect*. New York, Routledge Publications.
- Cole M., Cole S., (1996). *The development of children*, New York, W.H. Freeman and company.
- Craig, W. M., Pepler, D.J., (1997). Observations of Bullying and Victimization in the School Yard. *Canadian Journal of School Psychology*, 13: 41-59.
- Cunningham CH, McHolm A, Boyle MH, Patel S, (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*; 15(5): 245-255.

DeLongis A., Folkman S., Lazarus R. (1988). The Impact of Daily Stress on Health and Mood: Psychological and Social Resources as Mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, American Psychological Association, 54(3): 486.

Dixon A, Howie P, Starling J. (2005). Trauma exposure, posttraumatic stress, and psychiatric comorbidity in female juvenile offenders. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 44(8): 798–806.

Douglas, J. W. B. (1975). Early hospital admissions and later disturbances of learning. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 17: 456-480.

Dube SR, Felitti V, Dong M. Chapman D, Giles W, Anda R. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3): 564–572.

Eksi A, Peykerli G, Saydam R, Toparlak D, Braun KL. (2008). Vivid intrusive memories in PTSD: responses of child earthquake survivors in Turkey. *Journal of Loss and Trauma*, 13(2-3): 123–155.

Feerick, M.H., Haugaard, J.J., Hien, D.A., (2002). *Child Maltreatment and Adulthood Violence: The Contribution of Attachment and Drug Abuse*. Boston, Erlbaum.

Fletcher, J.M., Morris, R.D., Lyon, G.R., (2003). Classification and definition on Learning Disabilities: An Integrative Perspective. *Handbook of Learning Disabilities*: 30-56.

Francis, G., Last, C.G., Straus, C.C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 1086-1089.

Freud, A., (1965). *The Writings of Anna Freud: Volume VI. Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development*. England, International Universities Press.

Fromkin V., Rodman R., Hyamms N., (2003) *An introduction to Language* (7th edition). Boston, Thomson/Wadsworth.

- Fullerton, C., Grieger, T., (2003). Posttraumatic Stress Disorder, Alcohol Use, and Perceived Safety after the Terrorist Attack on the Pentagon. *Psychiatric Services*, Volume 54, Issue 10: 1380-1382.
- Gelles, J.R., Lancaster, R.J., (1987). *Child Abuse and Neglect – Biosocial Dimensions*. New York, Aldine De Gruyter.
- Giardino, P.A., Christian, W.C., Giardino, R.E. (1997). *A Practical Guide to the Evaluation on Child Physical Abuse and Neglect*. New York, Sage Publications.
- Gilmer, W. S., McKinney W. T. (2003). Early experience and depressive disorders: human and non-human primate studies. *Journal of Affective Disorders*, 75: 97–113
- Guitar B.E. (1998). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (2nd ed.). Philadelphia, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar B.E. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Habib, M., (2000). The neurological basis of developmental dyslexia. An overview and working hypothesis. *Brain*, 123(12): 2373-2399.
- Harley A. T., (2001). *The Psychology of Language-From Data to Theory*. East Sussex, England, Psychology Press Ltd.
- Hartsough, C.S., Lamber, N.M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55: 190-201.
- Heide KM, Solomon EP. (2006). Biology, childhood trauma, and murder: rethinking justice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(3): 220-233.
- Hensley L, Varela RE. (2007). PTSD symptoms and somatic complaints following Hurricane Katrina: the roles of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(3): 542-552.
- Högberg G, Hällström T. (2008). Active multimodal psychotherapy in children and adolescents with suicidality: description, evaluation and clinical profile. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3): 435-448.

Hoven CW, Duarte CS, Lucas CP, Wu P, Mandell DJ, Goodwin RD et al. (2005). Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Archives of General Psychiatry*, 62(5): 545-552.

Hua A., Major N. (2016). Selective Mutism.
Journal: *Current Opinion in Pediatrics*, 28 (1): 114-120.

Javidi H., Yadollahie M., (2012). *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 3 (1).

Kaplow J.B., Dodge K.A, Amaya-Jackson L, Saxe G.N. (2005). Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *American Journal of Psychiatry*, 162(7): 1305- 1310.

Kar N. (2009). Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions *World Journal of Pediatrics*, 5(1): 5-11.

Kearney, C.A., Silverman, W.K. (1992). Let's not push the panic button: A critical analysis of panic and panic disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 12: 293-305.

Kempe, R.C., Kempe, K.H., (1972). *Child Abuse*. London, Open Books

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., Finkelhor, D., (1993). Impact of Sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies. *Psychological Bulletin*, 113: 164-180.

Kinchin D. (2005). Post-traumatic stress disorder the invisibly injury. Wessex Press Wantage Oxfordshire GB.

King, J. (1993). Simple and social phobias. *Advances in clinical child psychology*, 15: 305-341.

Kleiman, M., et al. (2003). *School of Public Affairs*. California Policy Research Centre.

Koenen KC, Widom CS (2009). A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6): 566–574.

Kovacks, M., (1997). *Chronic Depression in Childhood. Dysthymia and the Spectrum of Chronic Depressions*. New York: Guilford Press.

Kupisch, S., Rudolph, L., Weed, E., (1984). *The Impact of the Divorce Process in the Family*. New York, ERIC/CAPS.

Lamsa T., Erkolahti R., (2013). Selective Mutism. *Duodecim Medical Journal*, 129(24): 2641-2646.

Lenneberg, E. (1967). *Biological Foundations of Language*. New York, Wiley.

Levin R, Nielsen TA. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, 133(3): 482-528.

Locke J., Pearson D.M., (1990). Linguistic significance of babbling: Evidence from a tracheostomized infant. *Journal of Child Language*, 17: 1-16.

Liberman, I.Y., Shankweiler, D., (1985). Phonology and the problems of learning to read and write. *Remedial and Special Education*. 6: 8-17.

Lipowski, Z.J. (1971). Surfeit of attractive information inputs. A Hallmark of our environment. *Systems Research and Behavioral Science* 16 (5): 467-471.

Lundberg, I., Olofsson, A., Wall, S., (1980). Reading and spelling skills in the first school years predicted from phonemic awareness skills in kindergarten. *Scandinavian Journal of Psychology*, 21: 159-173.

Mache, S., Vitzthum, K., Joachim, R., Quarcoo, D., Groneberg, D.A., (2009). Psychotrauma and Effective Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Soldiers and Peacekeepers. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 4: 21.

Mahr, G. and Leith, W. (1992) 'Psychogenic stuttering of adult onset' *Journal of Speech and Hearing Research*, 35: 283-286.

- Manassis K, Fung D, Tannock R, Sloman L, Fiksenbaum L, McInnes A (2003). Characterizing selective mutism: is it more than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 18: 153-161.
- Manning, W. (2001), *Clinical Decision- Making in Fluency Disorders*, second edition, Canada: Singular.
- Mash, E., Wolfe, D., (1999). *Abnormal Child Psychology*. Boston, Wads-Worth Publishing Company.
- Mattis, S., Ollendick, T.H. (1997). Panic in children and adolescents: A developmental analysis. *Advances in clinical child psychology*, 19: 27-74.
- Meadow, R., (1993). Non-accidental salt poisoning. *Archives of Child Disorders*, 68: 448-452.
- Meadow, S. R., (1994). Munchausen syndrome by proxy. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 1: 121-127.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., et al (1998). Further evidence of an association between maternal smoking during pregnancy and ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27: 352-358.
- Mills C. (2004). Problems at home, problems at school: the effects of maltreatment in the home on children's functioning at school. London, NSPCC.
- Munden, A., Arcelus, J. (1999). *The AD/HD Handbook. A guide for parents and professionals on ADHD*. London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.
- Mulvihill, D. (2005). The health impact of childhood trauma: An interdisciplinary review, 1997–2003, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28(2): 115–136.
- Mulvihill D. (2007). Nursing care of children after a traumatic incident. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30(1-2): 15–28.
- National Joint Committee on Learning Disabilities, (1991). *Learning disabilities: Issues on definition*. 33 (Suppl.5), 18-20.

National Joint Committee on Learning Disabilities, (2007). Learning disabilities in younger children: Identification and intervention. *Learning Disabilities Quarterly*, 30: 60-72.

Nation, K., Snowling, M., (1998). Semantic Processing and the development of word recognition skills: Evidence from children with reading comprehension difficulties. *Journal of Memory and Language*. 39: 85-101.

O' Hagan, K., (1993). Emotional and Psychological Abuse of Children. Buckingham, Open University press.

Ollendick, T.H., King, N.J., Yule, W. (1994). International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. New York, Plenum Press.

Oller D.K., Eilers R.E., (1988). The role of audition in infant babbling. *Child Development*, 59: 441-449.

Olweus, D., (1978). Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boys. Washington, D.C.: Hemisphere. In Stein, N. (edt), (1996): *A Teacher's Guide on Teasing and Bullying*. Wellesley, MA, Wellesley College Centre for Research and the N.E.A. Professional Library.

Olweus, D., (1993). Bully/Victim Problems among School-Children: Long-Term Consequences and an Effective Intervention Program. *Mental Disorder and Crime*. New York, Thousand Oaks.

Olweus, D., (1994). Bullying at School: Basic Tracts and Effects of a School Based on Intervention Program. New York, Thousand Oaks.

Owens E., Metz, E., Haas, A., (2003). Introduction to Communication Disorders. A Life Span Perspective. USA, Allyn and Bacon.

Papadatou, D. & Papadatos, C. (1991). Children and death. Philadelphia, Hemisphere Publ.

Patrick, S., Perrin, S., Yule, W., Clark, D., (2010). Post- Traumatic Stress Disorder. New York, Routledge Publications.

Penza, K.M., et al., (2003). Neurobiological Effects of Childhood Abuse: Implications for the Pathophysiology of Depression and Anxiety. *Journal of Women Mental Health*, 6: 15-22.

Perfetti, C., (1985). Reading Ability. New York, Oxford University Press.

Perfetti, C., (2004). *Understanding Written Word*. Neuroscience of Language. New York, Oxford University Press.

Pinker, S. (1994). *The Language Instinct*. New York, Morrow.

Plante E., (1991). MRI findings in the parents and siblings of specifically language impaired children. *Brain and Language*, 41: 67-80.

Plomin, R. (1995). Genetics and children's experiences in the family. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36: 33-68.

Polonko K.A., (2006). "Exploring Assumptions about Neglect in Relation to the Broader Field of Child Maltreatment", *J. Health and Human Services Administration*, 29(3), 260-284.

Porter, R., (1987). *Sexual Abuse within the Family*. Boston, Open Books.

Quinton D. & Rutter M, (1976). Early hospital admissions and later disturbances of behavior: An attempted replication of Douglas' findings. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 18, 447-459.

Rigby, K., (1996). *Bullying at Schools and What We Do About It*. London, ISBN.

Riddle, M.A., Scahill, L., King, R., Hardin, M. (1990). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29: 766-772.

Roberts, C.A., (1993). *Copying with Post-Traumatic Stress Disorder: A Guide for Families*. North Carolina, McFarland & Company Publishes.

Rochlin, G.I. (1993). Defining "high reliability" organizations in practice: A taxonomic prologue. In K.H. Roberts (Ed.), *New challenges to understanding organizations*. New York: Macmillan

Rocha E., Marche T., Baeyer C. (2009). Anxiety influences children's memory for procedural pain. *Pain Res Manage*, 14(3): 233-237.

Sapir. E., (1921). *Language: An introduction to the Study of speech*.

Scheeringa, M, Zeanah, C, Myers, L, Putnam FW. (2003). *New findings on alternative*

criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5): 561–570.

Scheper-Hudges, N., (1978). *Child Abuse and the Unconscious in American Popular Culture*. Boston, D. Reidel.

Schlesinger, B., (1982). *Sexual Abuse of Children: A Resource Guide and Annotated Bibliography*. Toronto, University of Toronto Press

Shaywitz, S., Shaywitz, B., (1991). Comorbidity: A critical issue in attention deficit disorder. *Journal of Child Neurology*, 6 : 13-122.

Shaywitz, S., (1998). Dyslexia. *English Journal of Medicine*, 338: 307-312.

Shaywitz, S., Shaywitz, B., (2003). Dyslexia (specific reading disability). *Pediatric Review*, 24: 147-153.

Silverman, W.K., Rabian, B. (1993). Simple Phobias. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2: 603-622.

Silverman, F., (1996). *Stuttering and Other Fluency Disorders*. (3rd Ed). Boston. Allyn and Bacon.

Slobin D.I., (1985). *The crosslinguistic study of language acquisition* (3 Volumes). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Smith, A., Kelly, E., (1997). *Stuttering: A Dynamic, Multifunctional Disorder*. Needham Heights, Allyn & Bacon.

Smith, P., et al., (1999). *The Nature of School Bullying*. London, Routledge Publications.

Smith, P., Perrin, S., Yule, S., Clark, M.D., (2010). *Post-Traumatic Stress Disorder. Cognitive Therapy with Children and Young People*. Oxford, Routledge.

Solomon Z., Mikulincer M., Hobfoll S. (1987). Objective VS Subjective Measurement of Stress and Social Support: Combat-related Reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4): 577-583.

Standart, S, Le Couteur A. (2003). The Quiet Child: A Literature Review of Selective Mutism. *Child & Adolescent Mental Health*, 8(4): 154-160.

Starkweather, C.W., (1987). *Fluency and Stuttering*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Steinhausen H., Adamek R. (1997). The family history of children with elective mutism: a research report. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6(2): 107-111.

Straus, M., & Kantor, G. (2005). Definition and measurement of neglectful behaviour: some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, 29:19-29.

Swedo, S.E., Rapoport, J.L., Leonard, H., Lenane, M., Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archive of General Psychiatry*, 46: 335-341.

Teicher M, Andersen S, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1-2): 33-44.

Terr, L.C., (1991). Childhood Traumas – An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 27: 96-104.

Thabet A, Abu Tawahina A, El Sarraj E, Vostanis P. (2008). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(4): 191-199.

Thoits, P.A., (1991). On Merging Identity Theory and Stress Research. *Social Psychology Quarterly*, 54 (2): 101-112.

Ullman SE. (2007). Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(1): 19-36.

Van Riper, C. (1971). The nature of stuttering. Engelwood-Cliffs. Prentice-Hall.

Verger, P., (2004). The Psychological Impact of Terrorism: An Epidemiologic Study of Posttraumatic Stress Disorder and Associated Factors in Victims of the 1995–1996 Bombings in France. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (8): 1384-1389.

Vernberg EM, La Greca AM, Silverman WK, Prinstein MJ. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2): 237-248.

Volkow D., Wang G., Newcorn J., Kollins S., Wigal T., Telang F., Fowler J., Goldstein R., (2011). Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Molecular Psychiatry Journal*, 16: 1147-1154.

Walker, E., Bonner, B., Kaufman, K., (1988). *The Physically and Sexually Abused Child-Evaluation and Treatment*. Great Britain, Pergamon Press.

Wenar, C., Kerig, P. (2000). *Developmental Psychopathology* (4th Edition). Usa, McGraw-Hill.

Wolfe D.A. (1999). *Child abuse: Implications for Child Development and Psychopathology*. Michigan, SAGE Publications.

Yairi E., & Seery C.H. (2011). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Yehuda R., (2002). *New England Journal of Medicine*, 346(2): 108-114.

Yule, W., Williams, R., (1991). Post-Traumatic Stress Reactions in Children. *Journal of Traumatic Stress*, 3: 279-295.

Zohar, A.H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 8: 445-460.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1987). *Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών*. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1990). Η βία στην οικογένεια. Σύγχρονα Θέματα. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 43: 44.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1998). Οδηγός για την Αναγνώριση και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης και Παραμέλησης του Παιδιού. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε., Μαραγκός, Χ., Browne, Κ., Σαραφίδου, Ε., (1996). Παράγοντες Υψηλού Κινδύνου για Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών: Η Συμβολή τους στη Δευτερογενή Πρόληψη. *Περιοδικό Παιδιατρική*, 59(6): 428-439.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε., Αγγελοπούλου, Ν., Αμπατζόγλου, Γ., κ.ά. (2009). Βία στην Οικογένεια: *Τεκμηριωμένη Πρακτική και Τεκμήρια από την Πρακτική*. Κ.Ψ.Μ., Αθήνα.
- Αθανασίου., (1998). Γλώσσα – γλωσσική επικοινωνία και διδασκαλία στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Β' έκδοση. Ιωάννινα.
- Aimard, P. (μτφ. Ράλλης, Ι. Ρ.) (1991). *Οι Διαταραχές του Λόγου στο Παιδί*. Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα.
- Αναγνωστόπουλος, Δ. & Ρότσικα, Β. (2006). Γενική Ψυχοπαθολογία και συναφείς διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Στο Κ. Σολδάτος, & Λ. Λύκουρας, *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής* (σελ. 526-530). Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.
- Αρτινοπούλου, Β., Μαγγανάς, Α., (1996). *Θυματολογία και Όψεις Θυματοποίησης*. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Βάρβογλη, Λ., Γαλάνη, Μ., (2006), *Η Διάγνωση της Διάσπασης της Προσοχής, Πρακτικός Οδηγός*. Καστανιώτης, Αθήνα.
- Βογινδρούκας, Ι., (2002). Η ανάπτυξη του λόγου σε παιδιά με αυτισμό και σοβαρές διαταραχές επικοινωνίας. Διδακτορική διατριβή. Τομέας Ψυχολογίας, ΦΠΨ. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Βογινδρούκας Ι., Μαρίνης, Θ., Νικολόπουλος Δ., Νικολόπουλος Θ., κ.ά, (2008). Γλωσσική Ανάπτυξη και Διαταραχές. Εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα.

Γιαννοπούλου, Γ. Ι. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας: χαρακτηριστικά και παρεμβάσεις σε φαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό και σχολικό επίπεδο.

Ζέρβας, Γ., (1999). Το άγχος ως σύμπτωμα. Διάγνωση και αντιμετώπιση σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Γενική Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα.

Κουρκούτας, & J-PChartier(Επιμ.), *Παιδιά και Έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές* (σελ.287-302). Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα.

Herbert, M., (μτφ. Μοραΐτη, Γ.), (1998). Χωρισμός και Διαζύγιο. Βοηθώντας τα Παιδιά να το Αντιμετωπίσουν. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Heike, B., (2003). *Η Γιαγιά Πήγε στον Ουρανό*. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα.

Hellenic Journal of Nursing, (2013). Η ανάγκη της πρόληψης, Νοσηλευτική: 52(2): 171-179.

Herbert, M., (2004). *Τα Παιδιά Μπροστά στο Πένθος και την Απώλεια*. Πάντειος Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

Herman, J.L., (1996). *Η Βία-Επακόλουθα Ψυχικά Τραύματα*. Εκδόσεις Θετίλη, Αθήνα.

International Classification of Diseases - 10 (ICD-10), (2011). Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα..

Κάκουρος, Ε., (2001). Το Υπερκινητικό Παιδί. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2006). Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Τυπωθήτω/Δαρδάνος, Αθήνα.

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2012). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Gutenberg, Αθήνα.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. , Ζαφειροπούλου, Μ. (Επιμ.) (2004). *Προσαρμογή στο σχολείο- Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

- Καλλονάκη, Ε., (2000). Ενδοοικογενειακή Κακοποίηση των Παιδιών: Ψυχολογικές Διαστάσεις & Τρόποι Αντιμετώπισης. Πάντειος Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Καλογεράκη, Ξ., (2004-2005). Σχολική Επιθετικότητα. Ο Παλικαράς, το Θύμα και οι Παρευρισκόμενοι στις Ομάδες Μαθητών/τριών. Πάντειος Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Κανδαράκης Α. Γ. (2004). Διδασκαλία και έρευνα, Συνυπάρχουν οι μαθησιακές δυσκολίες με τα προβλήματα συμπεριφοράς; Θεωρητική διερεύνηση- πρακτική αντιμετώπιση. Σαββάλας, Αθήνα.
- Κάτη Δ., (1999). Ψυχολογία και γλώσσα. Γλώσσα και νόηση. Επιστημονικές και φιλοσοφικές προσεγγίσεις, Αθήνα.
- Κάτη. Δ., (2000). Γλώσσα και επικοινωνία στο παιδί. Οδυσσέας, Αθήνα.
- Κουμούλα Α. (2012). Η εξέλιξη της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στο χρόνο. Ψυχιατρική, 23 (1): 49-59.
- Κουράκης Ι. Ε., εκπαιδευτικός-ψυχολόγος (1997). Ανίχνευση στον κόσμο των μαθησιακών διαταραχών, σκιαγραφώντας το πορτραίτο μιας περίπτωσης με δυσλεξία. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Κωσταρά, Ι., (2010). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα(ΔΕΠ/Υ): Χαρακτηριστικά και Τρόποι Αντιμετώπισης. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Λαμπροπούλου. Ι., (2010). Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Περιοδικό Medicine.
- Λεβάντη, Ε., (2007). Σημειώσεις Σεμιναρίου. Η σχέση του γραπτού λόγου με τον προφορικό. Προβλήματα που μπορούν να εμφανιστούν στην ανάγνωση και στη γραφή. Βασικές αρχές αντιμετώπισης. Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, Αθήνα.
- Λιβανίου, Ε., (2004). *Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη*. Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα.
- Lyons. J., (2002). Εισαγωγή στη γλωσσολογία. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
- Μάκα, Ζ., Καφέτσιος, Κ., (2007). Πρώιμες Τραυματικές Εμπειρίες, Διαπροσωπικές Σχέσεις και Συναίσθημα Ατόμων σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης. Πάντειος Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

- Μαλαμίτση, Λ., (2006). Παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.
- Μαλανδράκη Γ.Α. (2012). *Εξελικτικός & επίμονος Τραυλισμός*. Αθήνα.
- Μάνος, Ν., (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Μεντενόπουλος, Γ., (2003). Αφασίες – Αγνωσίες – Απραξίες και οι σχέσεις τους με τη μνήμη. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Μήτσης Ν. (1996). Διδακτική του γλωσσικού μαθήματος. Από τη γλωσσική θεωρία στην διδακτική πράξη. Gutenberg, Αθήνα.
- Μουζακίτης, Χ., (1993). Η Κακοποίηση του Παιδιού και οι Επιπτώσεις στην Υγεία Του. Περιοδικό *Κοινωνική Εργασία*, 30: 94-100.
- Neuhaus, C., (1998). Το Υπερκινητικό Παιδί και τα προβλήματα του. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Νικολόπουλος Δ., (2008). Γλωσσική ανάπτυξη και διαταραχές. Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα.
- Νίλσεν, Μ., (2005). *Απώλειες στη Ζωή Ενός Παιδιού*. Εκδόσεις Μέρμηνα, Αθήνα.
- Οικονομίδου, Ι., (2007). *Ψυχικό Τραύμα και Σωματική Αποδιοργάνωση*. Πάντειος Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών, (2007). Γλωσσικές Δυσκολίες και Γραπτός Λόγος στο Πλαίσιο της Σχολικής Μάθησης. Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα.
- Παπαγεωργίου Β., (2005). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων. University Studio Press. 142-147.
- Παπαδάκη – Μιχαηλίδη, Ε., (1996). Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων. Η Μη Λεκτική Επικοινωνία στις Διαπροσωπικές Σχέσεις. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Παπαηλίου Χ., (2005). Η ανάπτυξη της γλώσσας-Θεωρητικές προσεγγίσεις και ερευνητικά δεδομένα από την τυπική και αποκλίνουσα γλωσσική συμπεριφορά. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Παπακωνσταντίνου, Κ., (2009). Διφορούμενη Απώλεια: Η Παρούσα Απουσία και το Ανολοκλήρωτο Πένθος. Περιοδικό *Εγκέφαλος*, 48 (3): 102-105.

- Παπαληγούρα, Ζ., (2007). *Η Ψυχολογία του Θανάτου και του Πένθους*. Εκδόσεις Ξηρογραφία, Θεσσαλονίκη.
- Παπαντωνοπούλου, Τ., (2009). *Η Έννοια της Ανθεκτικότητας στα Κακοποιημένα Παιδιά*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Παπαρρηγόπουλος, Ξ. (2006). *Η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Pervanidou, P., (2008). Biology of Post- traumatic stress disorder in childhood and adolescence. *Journal of Neuroscience*, 20: 632-638.
- Πλακιά, Η.Α., Τσιτώνα, Φ.Ν., (2008). *Σεξουαλική Κακοποίηση Παιδιών και Εφήβων*. Διδακτορική Διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.
- Πόρποδας, Δ., (1999). *Γνωστική ψυχολογία: Θέματα Ψυχολογίας της γλώσσας – Λύση προβλημάτων*. Τόμος 2. Πανεπιστήμιο Πατρών, Αθήνα.
- Πρεκατέ, Β., Γιωτάκος, Ο., (2005). *Οδηγός Εκπαιδευτικών και Γονέων για την Ανίχνευση της Παιδικής Κακοποίησης*. ΒΗΤΑ Medical Arts, Αθήνα.
- Σερδάρης, Π., (1998). *Ψυχολογία των διαταραχών του λόγου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Τζελέπη-Γιαννάτου Ε., (2008). *Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Τομαράς, Ν., (2008). *Μαθησιακές Δυσκολίες*. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
- Τσιαντής, Γ., Ξυπολητά-Ζαχαριάδη, Α., (2001). *Ψυχοσωματικά Προβλήματα των Παιδιών, Δεύτερη Έκδοση*. Καστανιώτης, Αθήνα.
- Φαρσεδάκης, Ι., (1985). *Παραβατικότητα και Κοινωνικός Έλεγχος των Ανηλίκων*. Πάντειος Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Frederique-Bacque, M., (1997). *Το Σοκ της Απώλειας. Οι Ψυχολογικές Επιπτώσεις. Η Αντιμετώπιση*. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα.
- Φλωράτου Μαρία-Μάρθα (1996). *Μαθησιακές δυσκολίες και όχι τεμπελιά. Ανάγνωση-Γραφή-Ορθογραφία. Διδακτικά προγράμματα για αντιμετώπιση στο σχολείο και στο σπίτι*. Οδυσσέας, Αθήνα.

Φραγκουδάκη. Α., (1987). Γλώσσα και ιδεολογία. Οδυσσέας, Αθήνα.

Χατζηφωτίου, Σ. (2005). Ενδοοικογενειακή Βία κατά των Γυναικών και Παιδιών: Διαπιστώσεις και Προκλήσεις για την Κοινωνική Εργασία. Εκδόσεις Τζιόλα, Θεσσαλονίκη.

Χαρτοκόλλης, Π., (1986). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική: Αγχώδης Νέυρωση. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Χατζηχρήστου, Χ., (1999). Ο Χωρισμός των Γονέων: Το Διαζύγιο & Τα Παιδιά. Η Προσαρμογή των Παιδιών στην Διπυρηνική Οικογένεια και το Σχολείο. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Ψωμά, Α., (2001). Ενδοοικογενειακή Βία και Παιδί. Πάντειος Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

Εφημερίδες - Περιοδικά

Αντωνίου, Α., (2009). Όταν η Βία Ζει στο Σπίτι. Περιοδικό *Το Παιδί Μου κι Εγώ*, Τεύχος 86, σ., 36-37.

Βαρδάκου, Ι., (2007). Ενδοσχολική Βία. Εφημερίδα *Εβδόμη*, Τεύχος 5.267, σ. 19.

Βεντουράτου, Δ. (2004). Γιατρεύεται το Ψυχικό Τραύμα; Εφημερίδα *Ιατρικά Ελευθεροτυπίας*, Τεύχος 7.326, σ. 26.

Γιομπαζολιά, Τ., (2010). Συναισθηματική Κακοποίηση. Περιοδικό *Διάλογος*, Τεύχος 59, σ.23.

Δέδε, Μ. (2008). Το Ψυχικό Τραύμα Μας Ακολουθεί Από τη Βρεφική Ηλικία. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 9.420, σ. 36.

Καλμπάρη, Ε. (2008). Μετατραυματικό Στρες. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 9.836, σ. 39.

Παπαδοκοτσώλη, Ε., (2008). Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 10.005, σ. 39.

Πομίνι, Β., (2007). Ψυχικές και Σωματικές Επιπλοκές. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 9.056, σ. 39.

Διαδικτυακές πηγές

American Speech-Language-Hearing Association, (2001). Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists With Respect to Reading and Writing in Children and Adolescents, Position Statement, www.asha.org/policy, ημερομηνία ανάκτησης: 14/5/2017.

Βεντουράτου, Δ., (2009). Εισαγωγή στην Ψυχotraumatολογία, στην Τραυματοθεραπεία. Στο: http://travmatotherapeia.com/v1/?page_id=13, ημερομηνία ανάκτησης: 22/06/2017.

Γενική Γραμματεία Ισότητας, (2005). Πόρισμα της Ομάδας Εργασίας του ΥΠΕΣΔΔΑ για την Αντιμετώπιση της Ενδοοικογενειακής Βίας και της Βίας Κατά Συνοικούντων Προσώπων. Στο: <http://www.isotita.gr>, ημερομηνία ανάκτησης: 10/3/2017.

Unicef, (2009). Child Protection from Violence, Exploitation and Abuse: Children without Parental Care. Στο <http://www.unicef.org>, ημερομηνία ανάκτησης: 17/06/2017.