

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

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ:**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ**  
**ΜΗΤΕΡΑΣ-ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ**  
**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ.**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΤΟΚΑ ΑΝΔΡΙΑΝΑ**

**ΚΑΤΣΟΥΛΗ ΛΟΥΚΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: κ. ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ, Ph.D. ΚΛΙΝΙΚΟΣ**  
**ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2011**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>v</b>
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>vii</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>ix</b>

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....</b>	<b>1</b>
<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΛΟΥΣΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ .....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>	
1.1.ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΒΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ .....	1
1.1.2.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ (επιλόχεια κατάθλιψη). .....	3
1.1.3. ΠΩΣ ΒΙΩΝΕΙ ΤΟ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ .....	6
1.2.Η ΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΠΑΙΔΙΟΥ..	8
1.3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ-ΠΑΙΔΙΟΥ .....	10
1.4.Ο D. WINNICOTT ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΒΡΕΦΟΥΣ .....	11
1.5.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΤΡΟΦΗ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ .....	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ .....</b>	<b>14</b>
2.1. JOHN BOWLBY: Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΔΕΣΜΟΥ (ATTACHMENT).....	14
2.2.Η ΣΧΕΣΗ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗΣ ΓΟΝΙΟΥ – ΠΑΙΔΙΟΥ.....	19

2.3. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ .....	20
2.4. ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗ - ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ - ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ ... <b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>	
2.5. D.W.WINNICOTT: ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	23
2.6. ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ .....	24
2.6.1 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΤΑ ΡΙΑΓΕΤ .....	24
2.7. ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ .....	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....</b>	<b>30</b>
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ .....	30
3.1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΓΟΥ .....	30
3.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΥΑΔΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ .....	33
3.3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΗΤΕΡΑΣ - ΠΑΙΔΙΟΥ.....	33
3.4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ .....	38
3.5. ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΡΟΗΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ .....	39
3.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ.....	42
3.7. ΟΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	44
3.8. Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ .....	47
3.9. Η ΠΡΩΤΗ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	49
3.10. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ .....	52

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

4.1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ.....	55
---------------------------	----

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

4.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	59
---------------------------------	----

4.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....	94
--------------------------------------	----

4.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.5 ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>119</b>
--------------------------	------------

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει αν υπάρχει συσχετισμός ανάμεσα στην αιτιολογία και την έκβαση των διαταραχών λόγου αναλύοντας την σχέση μητέρας-παιδιού . Με βάση την ελληνική (Τσιάντης) και ξένη (Susan C. Meyers, Frances J. Freeman) βιβλιογραφία ,αναφέρονται στην εργασία μας οι μελέτες που δείχνουν το πώς ο δεσμός και η συναισθηματική κατάσταση της μητέρας επηρεάζει το νήπιο και επίσης καταγράφονται μελέτες για το πώς ο λόγος επηρεάζεται από την μητέρα ,το οικογενειακό περιβάλλον και άλλους εξωτερικούς παράγοντες.

### **ΔΕΙΓΜΑ-ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο σε 118 σε 5 ιδιωτικά κέντρα λογοθεραπείας στον νομό Αττικής .Σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε και να συλλέξουμε πληροφορίες που να μελετούν τις οικογενειακές συνθήκες του παιδιού με διαταραχές λόγου και την συναισθηματική κατάσταση της μητέρας.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Κριτήρια εισαγωγής στην ερευνά μας ήταν η ιδιότητα του ερωτώμενου ως μητέρα με παιδί που παρουσίαζε πρόβλημα λόγου και κριτήριο αποκλεισμού μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθείσων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας δίνουν.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην ερευνά μας μελετήσαμε την σχέση μητέρας-παιδιού και στο κατά πόσο μπορεί να φανερώσει μια διαταραχή λόγου. Παραθέτουμε ποσοστά που αφορούν την ηλικία των ερωτηθείσων μητέρων, το μορφωτικό επίπεδο, τις οικογενειακές συνθήκες, τα συναισθήματα που βιώνει η μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είτε αρνητικά είτε θετικά και αν αυτό έχει επιπτώσεις στο παιδί. Ακόμα, την αναπτυξιακή και ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του παιδιού. Επιπλέον, θέλαμε να διερευνήσουμε πως ο γονιός αντιλαμβάνεται το πρόβλημα λόγου του παιδιού και κατά πόσο απευθύνεται στους ειδικούς (γιατρούς, λογοθεραπευτές) για την επίλυσή του. Τέλος, αν η λογοθεραπευτική παρέμβαση βελτιώνει το πρόβλημα και βοηθά στην σχολική επίδοση του παιδιού.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος του τμήματος Λογοθεραπείας του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών για την ολοκλήρωση της τετραετούς φοίτησής μας σε αυτό.

Στην εργασία αυτή προσπαθήσαμε να συγκεντρώσουμε πληροφορίες από, όσο το δυνατόν, περισσότερες επιστημονικές αναφορές, για τον καθοριστικό ρόλο που έχει η μητέρα στη ζωή του παιδιού της και πόσο μπορεί η σχέση αυτή να έχει θετικές ή αρνητικές συνέπειες στην έκβαση διαταραχών στη γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού ή ακόμα να αποτελέσει και αιτία για τη δημιουργία κάποιας διαταραχής. Η προσπάθεια αυτή κατεβλήθη χρησιμοποιώντας τόσο ελληνικά πανεπιστημιακά συγγράμματα, όσο και πληροφορίες που αντλήσαμε από το διαδίκτυο από σχετικές ιστοσελίδες.

Η εργασία αυτή δίνει τη δυνατότητα στον αναγνώστη να αντιληφθεί και να κατανοήσει τη σπουδαιότητα και την πολυπλοκότητα της σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί της, καθώς σε αυτή αναλύονται στο γενικό μέρος ο ρόλος της μητέρας στη ανάπτυξη του παιδιού της, σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής του, θεωρίες της ανάπτυξης, ο ρόλος της δυαδικής σχέσης στο παιδί με διαταραχές λόγου. Ευχαριστούμε θερμά την εποπτεύουσα καθηγήτρια κ. Θεοδωράτου-Μπέκου Μαρία για την παρούσα διπλωματική εργασία η οποία ενθάρρυνε την προσπάθειά μας αυτή και με την αμέριστη συμπαράστασή της βοήθησε καθοριστικά στην οργάνωση, τη δομή και την ολοκλήρωση της εργασίας παρέχοντάς μας χρόνο και γνώσεις.

Επίσης ευχαριστούμε για την συνεργασία τον Στατιστικό κ. Πιερρακέα Χρήστο που συνέλαβε στην Στατιστική Ανάλυση και Ερμηνεία των δεδομένων του δείγματος μας.

Ευχαριστούμε τις υπεύθυνες των ιδιωτικών κέντρων λογοθεραπείας στην Αθήνα οι οποίες πρόθυμα συνεργάστηκαν στην διεξαγωγή της έρευνας μας

αλλά και στην συλλογή στοιχείων τα οποία στην συνέχεια θα μας οδηγήσουν στα αποτελέσματα της έρευνας.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει στο παρελθόν δινόταν μεγάλη έμφαση στην εξέταση των αντιδράσεων του παιδιού σε γενικές επιδράσεις του περιβάλλοντος. Οι επιδράσεις από ζέστη, κρύο, ήχο, φως, πόνο, δυσαρέσκεια κ.λ.π., στο παρελθόν μελετούνταν με σχολαστικότητα. Οι άνθρωποι παρέβλεπαν όμως ότι το παιδικό περιβάλλον δεν είναι τόσο "φυσικό", αλλά μάλλον "ανθρώπινο". Γιατί στον πρώτο χρόνο της ηλικίας η μητέρα αποτελεί για το παιδί το κέντρο όλων των σχέσεων με το περιβάλλον: στην πραγματικότητα αυτή είναι το περιβάλλον του παιδιού. Από αυτή το παιδί τρέφεται, περιποιείται, προφυλάσσεται και φροντίζεται. Σε αυτή τη φάση της ανάπτυξης η μητέρα σημαίνει για το παιδί ζωή και τροφή. Η ψυχολογική αλληλεξάρτηση ανάμεσα σε αυτούς τους δύο ανόμοιους συντρόφους περιγράφηκε στο παρελθόν με συναισθηματικές καινοτυπίες όπως το μυστήριο της μητρότητας και φαίνεται ότι την άγνοιά τους τη σκέπαζαν με λέξεις.

Η σχέση όμως ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί είναι τόσο στενή, ώστε η επιστήμη την περιγράφει κάτω από τον τίτλο συμβίωση, συμβίωση δύο συντρόφων που αλληλοβοηθούνται στην ανάπτυξη τους. Στην αρχή το παιδί είναι το μέλος που δέχεται τη βοήθεια, αλλά με το πρώτο χαμόγελο και με άλλες διεγέρσεις επαφής απαντά στη μητρική τρυφερότητα και συμβάλλει από το δικό του μέρος στην ευεξία της μητέρας. Η μητέρα έχει ανάγκη το παιδί όσο το παιδί τη μητέρα. Μόνο αποξενωμένοι θεωρητικοί, που διαθέτουν ανεπαρκείς ή λανθασμένες παρατηρήσεις, μπορούν να χαρακτηρίσουν τη συμπεριφορά του παιδιού σαν παρασιτισμός. Για την επαφή της μητέρας με το παιδί γνωρίζουμε αρκετά πράγματα. Είναι γνωστό ότι μια καλή μητέρα ζει με το παιδί της σε ένα εσωτερικό αισθηματικό δεσμό που δεν διακόπτεται ούτε και στον ύπνο της. Μια ισχυρή βροντή μπορεί να μην την ταραξεί, ενώ το παραμικρό κλάμα του παιδιού της τη ξυπνά. Προσεκτικές μητέρες μαθαίνουν νωρίς να ξεχωρίζουν εάν το κλάμα του παιδιού τους προέρχεται από την ανάγκη να φάει, ή από πόνο

κ.τ.λ. Ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί υπάρχει ένας άμεσος σύνδεσμος και έτσι τα αισθήματα των δύο συντρόφων ενεργούν μεταξύ τους κολλητικά. Εδώ μπορούμε να πούμε ότι μητέρα και παιδί αισθάνονται σαν ένα σα να υπάρχει ακόμα και μετά τον τοκετό ένας ψυχικός ομφάλιος λώρος που συνδέει τους δύο οργανισμούς μεταξύ τους.

Όλες οι αισθηματικές διεγέρσεις της μητέρας έχουν επίδραση στην ψυχική κατάσταση του παιδιού. Έρευνες που έγιναν τα τελευταία χρόνια έδειξαν καθαρά ότι η σχέση ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί τον πρώτο χρόνο της ηλικίας αφήνει βαθιά ίχνη στην διαμόρφωση της προσωπικότητας του αναπτυσσόμενου ανθρώπου τα οποία εάν είναι αρνητικά μπορεί να έχουν και ολέθριες και ανεπανόρθωτες συνέπειες (Rattner J .1967).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### 1.1.ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΒΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εγκυμοσύνη για την μέλλουσα μητέρα είναι μια μεγάλη στιγμή για την ζωή της αλλά και πηγή για ποικίλα αισθήματα και συναισθήματα τα οποία για πρώτη φορά θα βιώσει. Πρόκειται δηλαδή για μια αναπτυξιακή εμπειρία (από βιολογική και ψυχολογική άποψη). Η αναπτυξιακή εμπειρία ξεκινά από την εφηβεία πιο συγκεκριμένα από την γενετήσια λειτουργία (την πρώτη έμμηνη ρύση) και ολοκληρώνεται με την καταξίωση δηλαδή την διαδικασία της εγκυμοσύνης.(**Ι.ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ 1985**)

Όταν οι συνθήκες είναι ευνοϊκές η γυναίκα νιώθει έντονη χαρά και αίσθηση δύναμης. Το παιδί είναι προέκταση του σώματός της το ίδιο της το σώμα την στιγμή που αρχίζει να έχει μια δική του αυτόνομη ύπαρξη. Ζει από εκείνη, χάρη σε εκείνη, χάρη στην δύναμη που του μεταδίδει.(**Β. Π. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ, Μ. Ι. ΧΑΒΑΚΗ ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ, Γ. Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ 2005**)

Επίσης οι ευνοϊκές συνθήκες μπορεί να αποτελέσουν στην μέλλουσα μητέρα αφετηρία για περισσότερη προσωπική, ψυχοκοινωνική και ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη όπως για την ενηλικίωση της στα ματιά των γονιών της και την εξαρτοποίηση της μια απτή απόδειξη για την θηλυκότητα της και την παραγωγικότητα της.(**Ι.ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ1985**)

Σύμφωνα με τους Peter Fonagy, Howard Steele, Miriam Steele το παρακάτω άρθρο που εκδόθηκε στις 28 Ιουλίου 2008 με τον τίτλο ' Η μητρική αντιπροσώπευση της αγάπης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης προφητεύει την οργάνωση της απεικόνισης ανάμεσα στο βρέφος και την μητέρα στον πρώτο χρόνο της ζωής του .' και προέρχεται από έρευνα του πανεπιστημίου της Βιρτζίνια μας παρέθεσε τα εξής:

Ενώ οι ισχυρές αναδρομικές και ταυτόχρονες ενώσεις μεταξύ της μητέρας και του νηπίου έχουν σημειωθεί, αυτή είναι μια από τις πρώτες εκθέσεις μιας ενδεχόμενης έρευνας για τέτοιες ενώσεις. Η συνέντευξη σύνδεσης χορηγήθηκε σε 100 ανήλικες μητέρες που αναμένουν το πρώτο τους παιδί και στην ενός έτους συνέχιση της σύνδεσής τους. Οι 96 από αυτές βίωσαν με τα νηπιά τους σε δώδεκα μήνες μια διαφορετική κατάσταση . Οι μητρικές αντιπροσωπεύσεις τις σύνδεσης ( αυτόνομης εναντίον της απομάκρυνσης ή που ανησυχεί) προέβλεψαν τα επόμενα σχέδια της σύνδεσης νηπίου-μητέρας στο 75% του χρόνου. Αυτοί παρατήρησαν τις συμφωνίες και τις ασυμφωνίες που συζητούνται από την άποψη της μεμονωμένα ισχυρής συμβολής που η ενήλικη συνέντευξη σύνδεσης έχει στην μελέτη των αντιπροσωπευτικών και μεταξύ γενεών επιρροών στην ανάπτυξη της σύνδεσης νηπίου-μητέρας.

Δεν είναι όμως και λίγες οι φορές που οι συνθήκες δεν ευνοούν και η εγκυμοσύνη βιώνεται αρνητικά. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οι εκδηλώσεις άγχους μπορούν να θεωρηθούν φυσιολογικά αλλά η ένταση του άγχους και η συνεχής ενασχόληση με τους φόβους για το παιδί που θα γεννηθεί αμφιταλαντεύσεις και αγωνίες διαταράσσουν την συναισθηματική σχέση της μητέρας και του μωρού της. Αλλά μπορεί και να επιτείνει κάθε πρόβλημα – προσωπικό, κοινωνικό και ψυχολογικό που προϋπαρχε στην μητέρα. **(Β. Π. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ, Μ. Ι ΧΑΒΑΚΗ ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ, Γ. Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ 2005).**

Όπως αναφέραμε και παραπάνω η στάση της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί και διαφοροποιείται από την μια πλευρά πλήρης αποδοχή και ενθουσιασμός για το γεγονός και τον επικείμενο ερχομό του παιδιού και από την άλλη πλευρά ενδοιασμός αρνητική στάση και κατ' επέκταση απόρριψη του παιδιού. **(Ι. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ 1985 )**

Οι Therese Benedek M.D., John E. Bates, christine A. Maslin, and Caren

A.Frankel υποστηρίζουν ότι : το παιδί ενσωματώνει τις συναισθηματικές τοποθετήσεις της μητέρας και ενσωματώνει τα συναισθήματα που βιώνει.

Μητέρες οι οποίες είχαν ενδοιασμούς και αρνητική στάση για το παιδί παρουσιάζουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα άγχος, φόβος, ψυχοσωματικά συμπτώματα , ναυτίες, πονοκεφάλους, δυσκοιλιότητα αλλά και δυσκολίες στον τοκετό. Όσο πιο αρνητική ήταν η στάση της μητέρας τόσο πιο έντονα ήταν τα προβλήματα αυτά (να επισημάνουμε εδώ ότι οι μητέρες πριν από την εγκυμοσύνη ήταν εντελώς φυσιολογικές). Το βάρος της εγκυμοσύνης ορισμένες μητέρες το φέρουν με περισσότερη δυσκολία άλλες με λιγότερη αυτό καθορίζεται από την στάση που κρατά η μητέρα. Επίσης η στάση της μπορεί να επηρεάσει ακόμη και την εξέλιξη του παιδιού αλλά και την μεταξύ τους σχέση τα παιδιά αυτά θα εκδηλώνουν πολύ συχνά βρεφικούς κολικούς και υπερβολικό κλάμα. .

### **1.1.2.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ (επιλόχεια κατάθλιψη).**

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια συχνή και σοβαρή νόσος που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. Σημαντικό ποσοστό των γυναικών (10-20%) παρουσιάζει τις πρώτες εβδομάδες της λοχείας καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο διαρκεί 3 με 6 μήνες περίπου. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις γυναικών όπου η κατάθλιψη επιμένει για ακόμη δύο χρόνια.

Σύμφωνα με το ICD (το παγκόσμιο οργανισμό υγείας WHO 1992) η κατάθλιψη στην λοχεία ταξινομείται στην κατηγορία "Ψυχικές και διαταραχές της συμπεριφοράς" συνοδευόμενες με την λοχεία οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού. **(B. Π. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Μ. Ι. ΧΑΒΑΚΗ ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ, Χ. Γ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ. 2005)**

Σύμφωνα με την Αμερικανική ψυχιατρική εταιρεία (DSM-IV 1994) η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε ως “ διαταραχή της διάθεσης που εμφανίζεται κατά την λοχεία. Αρκετός λόγος έχει γίνει ώστε να διασαφηνιστεί αν η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα ή είναι απλώς ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης που λαμβάνει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της από τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την επιλόχεια περίοδο.

Η έναρξη των συμπτωμάτων συνήθως εγκαθίσταται στην γυναίκα όπως προαναφέραμε 2 με 3 εβδομάδες μετά από τον τοκετό και διαρκεί 3 με 6 μήνες εάν όμως δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως και κατάλληλα μπορεί να διαρκέσει και 2 χρόνια. Αρκετά συχνά έχει προηγηθεί επεισόδιο επιλόχειας ακεφιάς (postpartum-blues). Η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης προσομοιάζει με αυτή ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Η ασθενής παραπονιέται για καταθλιπτική διάθεση, άγχος, έλλειψη ευχαρίστησης, ευσυγκινησία, εύκολη κόπωση, αίσθημα ανεπάρκειας να φροντίσει το βρέφος, δυσκολία στην συγκέντρωση, μειωμένη ή αυξημένη όρεξη, προβλήματα στον ύπνο. Μπορεί επίσης να συνυπάρχουν ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα όπως ιδεοληψίες να σκοτώσει το βρέφος καθώς και ψυχωσικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις και παραλήρημα.

Άλλοτε πάλι συνυπάρχει με αυτοκτονικό ιδεασμό ή και απόπειρα αυτοκτονίας σπάνιες είναι οι περιπτώσεις όπου θα επιχειρηθεί και αυτοκτονία του βρέφους. **(B. Π. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Μ. Ι. ΧΑΒΑΚΗ ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ, Χ. Γ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ. 2005)**

Να αναφερθεί ότι ασθενής με επεισόδιο επιλόχειας κατάθλιψης να έχει αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσει παρόμοιο επεισόδιο και στην επόμενη επιλόχεια περίοδο.

Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης της μητέρας κατά την λοχεία μπορεί να είναι σοβαρές και να αφορούν την μητέρα, το παιδί αλλά και την μεταξύ τους σχέση.

Καθώς παρουσιάζουν δυσκολία να εγκαταστήσουν ικανοποιητικό δεσμό με το βρέφος τους.

Σύμφωνα με τους Lynne Myrray and Peter J. Cooper , οι οποίοι εξέδωσαν το άρθρο στο τμήμα ψυχολογίας του University of Reading. Το άρθρο είχε ως τίτλο: **"Η μεταγεννητική κατάθλιψη"** , μας παραθέτουν τα εξής: Είναι εμφανές ότι η μεταγεννητική κατάθλιψη θέτει σε κίνδυνο την σχέση μητέρας-νηπίου στο πλαίσιο της ανάπτυξης του νηπίου . Τα δυσμενή αποτελέσματα της μεταγεννητικής κατάθλιψης εμφανίζονται να μεσολαβούν μεταξύ της ένωσης του νηπίου με τα με την ίδια την μητέρα και ο αντίκτυπος είναι πιθανόν να είναι πιο ολέθριος εκεί όπου το καταθλιπτικό επεισόδιο είναι αυστηρό και παρατεταμένο και που εμφανίζεται στα πλαίσια της προσωπικής και κοινωνικής αντιπαλότητας.

Είναι βεβαία ακόμη η επιβαρυνμένη συναισθηματική διάθεση της μητέρας έχει άμεσες αλλά και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στο βρέφος. επιβραδύνεται η ψυχοκινητική και γνωσιακή ανάπτυξη του, καθώς και προβλήματα στην δυνατότητα δημιουργίας σταθερών και ικανοποιητικών δεσμών στην ενήλικη ζωή.

Σύμφωνα με τους Lynne Myrray , Claire Kempton, Matthew Woolgar, Richard Hooper των οποίων το άρθρο δημοσιεύτηκε στις 7 Δεκεμβρίου 2006 και στηρίζεται σε έρευνα που έγινε στο University of Reading και έχει ως τίτλο: **"Η ψυχολογία του παιδιού' μας** παραθέτουν οι εξής:

Συγκρίναμε τις ομιλίες υγιών και καταθλιπτικών μητέρων κατά την διάρκεια του παιχνιδιού με τα νήπιά τους στις διαστάσεις της δομής και της σημασιολογίας. Δεν βρέθηκε καμιά διαφορά μεταξύ των μητρικών μονάδων στα μέτρα της πολυπλοκότητας και της σύνταξης. Εντούτοις η ομιλία των καταθλιπτικών γυναικών είχε αρνητικές επιπτώσεις και έτεινε να παρουσιάσει λιγότερη αναγνώριση από την κατηγορία των νηπίων. Οι αναλύσεις οπισθοδρόμησης έδειξαν ότι η ποιότητα της μητρικής επικοινωνίας με το νήπιο

και ιδιαίτερα η εστίαση της ομιλίας, μεσολάβησαν στην ένωση μεταξύ της κατάθλιψης και της γνωστικής ανάπτυξης των νηπίων στους πρώτους 18 μήνες.

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος για να εκδηλώσουν οι γυναίκες επιλόχεια κατάθλιψη είναι αρκετά υψηλός για αυτό και σκοπός της πρόσληψης είναι να εντοπιστούν εγκαίρως οι γυναίκες υψηλού κινδύνου αλλά και να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα κατάλληλα.

Μετά από την παραπομπή σε ειδικό ψυχικής υγείας μπορεί να τους χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή ή ψυχοθεραπεία. **(B. Π. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Μ. Ι. ΧΑΒΑΚΗ ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ, Χ. Γ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ. 2005)**

### **1.1.3 ΠΩΣ ΒΙΩΝΕΙ ΤΟ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ**

Το έμβρυο από νωρίς στην ζωή του παρουσιάζει ένα πλούσιο ρεπερτόριο από αντιδράσεις και κινήσεις, τις οποίες νιώθει και μπορεί να περιγράψει η μητέρα. Συχνά το έμβρυο κλαίει, παράγει ήχους, κλωτσάει, αναδιπλώνεται, στριφογυρίζει, έχει λόξυγκα, βυζαίνει το δάχτυλο του. Έχει διαπιστωθεί ότι το είδος και η συχνότητα των δραστηριοτήτων αυτών διαφέρουν σημαντικά από έμβρυο σε έμβρυο.

Το παιδί τους πρώτους μήνες της ζωής του δεν αντιλαμβάνεται σωστά την μητέρα του. Έχει μόνο ακαθόριστα, ασαφή αισθήματα, για τα οποία δεν γνωρίζουμε πολλά πράγματα. Αν κρατήσει κάποιος ένα μωρό δέκα ημερών σε οριζόντια στάση, αυτό στρέφεται προς το άτομο που το κράτα και ανοίγει το στόμα με αυτή την λεγόμενη στάση ηρεμίας του έχει δοθεί η εντύπωση ότι πρόκειται να πάρει στροφή. Παροτρυνόμενο από την θηλή του στήθους της μητέρας που του δίνεται στο στόμα, αρχίζει να βυζαίνει. **(Rattner J.1967)**

Κατά την διάρκεια του τρίτου μήνα αρχίζει το βρέφος να γνωρίζει ένα ανθρώπινο πρόσωπο. Όταν κάποιος το πλησιάσει κατά μέτωπο, το βρέφος αρχίζει να γελά. Ακόμη και με μάσκα προσώπου μπορείς να προκαλέσει αυτό το χαμόγελο στο βρέφος των τριών μηνών. Κατά την διάρκεια αυτής της χρονικής



περιόδου το παιδί δεν καταγράφει την μητέρα αλλά παρά μόνο την θηλή. Στην εσωτερική του ζωή υπάρχει η δυσάρεστη κατάσταση της πείνας που το κάνει να κλαίει.

Το παιδικό κλάμα αρχικά δεν έχει κανένα πληροφοριακό χαρακτήρα (αλλά για την μητέρα μπορεί να σημαίνει πολλά) είναι απλώς μια αντίδραση δυσαρέσκειας. Αλλά η πείρα μαθαίνει το παιδί ότι με το κλάμα μπορεί να φέρει κοντά του το “καλό στήθος”. Ένα ασαφές αίσθημα της παντοδυναμίας συνοδεύει αυτό το γλυκοχάραμα μιας μαγικής συνείδησης, όπου δημιουργείται το αίσθημα ότι κλαίγοντας μπορεί να προκαλέσει ευχαρίστηση.

Έτσι το παιδί κατακτά την πρώτη βαθμίδα όλων των γλωσσών, καταγράφοντας στην αναπτυσσόμενη μνήμη του την πείρα ότι η συνεννόηση με ένα μυστήριο περιβάλλον είναι δυνατή εκεί όπου το μητρικό γάλα σαν σύμβολο κάθε καλού διαλύει τις ψυχικές εντάσεις και με τον κορεσμό με το χόρτασμα επέρχεται και ο καθησυχαστικός ύπνος.

Επίσης από πολύ νωρίς το βρέφος είναι σε θέση αλλά και από την πείρα που έχει αποκτήσει μπορεί να αναγνωρίσει ότι υπάρχει και “κακό μητρικό στήθος”. Όταν η μητέρα είναι ανυπόμονη, βιαστική και αδέξια στο θηλασμό ακόμη και αν είναι δυσαρεστημένη ή φοβισμένη το παιδί καταλαμβάνεται από τα ίδια αισθήματα κατά τον θηλασμό. Ο φόβος είναι ένα πρωταρχικό βίωμα του ανθρώπου. Καθώς και το πολύ μικρό παιδί είναι δέκτης του. **(Rattner J.1967)**

Η μητέρα εάν είναι φοβισμένη η δυστυχισμένη, χωρίς η ίδια να το ξέρει ή να το θέλει, βάζει το παιδί της σε ανυπόφορη για το ίδιο θέση έτσι ώστε η νευρική αντίδραση του παιδιού να αυξάνει περισσότερο την νευρικότητα της η οποία με την σειρά της ξαναγυρίζει και επιδρά στο παιδί. Αυτό επιταχύνει τα στάδια του τρόμου και της φρίκης τα οποία εκφράζονται με ασυγκράτητες κραυγές.

Καθώς όλα τα συναισθήματα της μητέρας διαμορφώνουν την παιδική ψυχική ζωή έτσι η ευτυχία της κάνει το παιδί ευτυχισμένο, ενώ η δυστυχία της παραμορφώνει το παιδί ψυχικά. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η αγάπη της μητέρας είναι ο καλύτερος παράγοντας για την ανάπτυξης του παιδιού. Εάν η μητέρα εξαιτίας δικής της ανωριμότητας ή κρίσιμης ψυχικής κατάστασης αρνητικών συνθηκών (αποτυχημένου γάμου , παιδιού εκτός γάμου, νευρωτικές ή ψυχωτικές παραμορφώσεις κ.τ.λ) δε είναι σε θέση να δώσει στο παιδί της αρκετή τρυφερότητα αλλά και να του μεταβιβάσει το αίσθημα της απόλυτης προστασίας, τότε η μητέρα προκαλεί πολύ νωρίς ψυχικές ζημιές που αφήνουν κενά στο "χτίσιμό" του παιδικού χαρακτήρα, της ευφυΐας, του λόγου αλλά και της στάσης που κρατάει απέναντι στη ζωή. **(Rattner J.1967)**

## **1.2.Η ΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΠΑΙΔΙΟΥ**

Στην εξέλιξη του παιδιού μπορούμε να διακρίνουμε τρία στάδια. Σκοπός του διαχωρισμού είναι η σχηματοποίηση, μια λύση η οποία διευκολύνει τη διατύπωση. Η εξέλιξη, όμως, του παιδιού είναι δυναμική, συνεχής και πρέπει να την εξετάσουμε στην ολότητά της.

### **A. ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ**

Αρχίζει από τη γέννηση και εκτείνεται περίπου μέχρι τον 3<sup>ο</sup> μήνα. Στην αρχή του σταδίου, το νεογέννητο είναι σχετικά απομονωμένο από τον εξωτερικό κόσμο. Παρουσιάζει υψηλό ουδό δεκτικότητας που χρησιμεύει ως προστατευτικός φραγμός εναντίον των εξωτερικών ερεθισμών.

Εφόσον τα ερεθίσματα δε φτάνουν στο ύψος του ουδού, το παιδί παραμένει σε μια **κατάσταση εφησύχησης**. Όταν ο προστατευτικός φραγμός διαπεραστεί από την ένταση των ερεθισμάτων, το παιδί εμφανίζει **δυσαρέσκεια**.

Η έννοια της απόλαυσης δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το νεογέννητο. Στον χαώδη και αδιαφοροποίητο κόσμο στον οποίο ζει, όπου η ατομική του

ύπαρξη δεν είναι διαχωρισμένη από τα εξωτερικά αντικείμενα, το παιδί αισθάνεται το μητρικό στήθος, που είναι πηγή της τροφής και της εφησύχασης του, ως μέρος της ίδιας του της ύπαρξης.

Η **πεινά** αποτελεί έναν από τους παράγοντες που προκαλούν την έξοδο του παιδιού από την εφησύχαση. Εξαιτίας και διαμέσου της πείνας «αντιλαμβάνεται» το μαστό και την τροφή, δηλαδή το περιβάλλον. Στην πραγματικότητα δεν το αντιλαμβάνεται, αλλά οι ανάγκες το υποχρεώνουν να το επιζητεί. **(Π.ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ 2001).**

### ***B. ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ***

Το στάδιο αυτό αρχίζει τον 3<sup>ο</sup> μήνα και τελειώνει περίπου στον 6<sup>ο</sup>. Η ωρίμανση του νευρικού συστήματος και των λειτουργιών προοδεύει και η πρόοδος αυτή εξαρτάται από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Το παιδί παρακολουθεί το ανθρώπινο πρόσωπο που επιδρά πάνω του ως ερέθισμα.

Κατά τον τρίτο μήνα το παιδί δε θα αρκεσθεί πια στη απλή παρακολούθηση, αλλά θα απαντήσει στο ερέθισμα με το κοινωνικό **χαμόγελο**. Δεν απαντά όμως στο ανθρώπινο πρόσωπο, ως μέρος του ανθρώπινου σώματος, διότι δεν έχει αντιληφθεί ακόμη την έννοια του συνόλου του ανθρώπινου όντος. Εξάλλου το παιδί δεν χαμογελά στη μητέρα, στο ανθρώπινο ον, αλλά **απαντά με το χαμόγελο σε ένα προνομιούχο σήμα, σε μια ολότητα – σήμα** (gestalt – signal). Το χαμόγελο δείχνει ότι το παιδί απέκτησε την ικανότητα να προβεί στην πρώτη ψυχική εκδήλωση, **βάζοντας τις κινητικές του δυνατότητες στην υπηρεσία των συναισθηματικών του λειτουργιών**. Επιτυγχάνει έτσι την πρώτη συναισθηματική επικοινωνία – στοιχειωδέστατη βέβαια – με ένα ανθρώπινο ον. Η εμφάνιση του χαμόγελου σημαίνει την ανάδυση μιας εξελικτικής πρόσκτησης, την οποία ο Spitz ονομάζει «ανθρώπινη εκμάθηση». **(Π.ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ 2001).**

## ***Γ. ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ***

Το στάδιο αυτό διαρκεί από τον 6<sup>ο</sup> μήνα έως τον 12<sup>ο</sup>. Κατά τη διάρκειά του, η οργάνωση του ψυχισμού και οι σχέσεις του παιδιού με το περιβάλλον γίνονται πολυπλοκότερες.

Οι εκδηλώσεις, τις οποίες εμφανίζει το παιδί, δε μπορούν πια να θεωρούνται ως άμεσες αντιδράσεις στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, δεν ανάγονται αμέσως και εξ' ολοκλήρου σε αυτά.

Μεταξύ του 6<sup>ου</sup> και του 8<sup>ου</sup> μήνα αξιόλογο γεγονός είναι η πρόοδος την οποία εμφανίζει η διακρίνουσα αντίληψη του παιδιού, χάρη στην οποία μπορεί να ξεχωρίζει τον οικείο από τον ξένο. Το παιδί δεν απαντά πια με το χαμόγελο σε οποιονδήποτε. Ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο θα το πλησιάσει ο ξένος, αντί της μητέρας, αντιδρά με περισσότερο ή λιγότερο έντονη δυσφορία, με το φυσιολογικό άγχος του 8<sup>ου</sup> μήνα. Είναι η αντίδραση μπροστά σε έναν ξένο, διότι η μητέρα είναι απύσα. Δεν οφείλεται σε δυσάρεστη εμπειρία που σχετίζεται με αυτόν, αλλά σε απογοήτευση γιατί δεν μπορεί να ταυτίσει το ξένο με την μητέρα του.

Το τρίτο αυτό στάδιο αντιστοιχεί στην ψυχαναλυτική θεωρία με το **τέλος του στοματικού σταδίου και την αρχή του πρωκτοσαδιστικού**. Στη γενετική εξέλιξη των σχέσεων με το αντικείμενο, αντιστοιχεί στο **αντικειμενότροπο στάδιο** και θα ακολουθηθεί μετά το τέλος του πρώτου έτους της ζωής, από το στάδιο των **διαφοροποιημένων αντικειμενοτρόπων σχέσεων**. (Π.ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ 2001).

### **1.3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ-ΠΑΙΔΙΟΥ**

Η συναισθηματική εξέλιξη στη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής συνδέεται άμεσα με τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. Ο αποτελεσματικότερος τρόπος μελέτης της εξέλιξης αυτής είναι ίσως εκείνος, ο

οποίος βασίζεται στην έρευνα της επαφής και αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρα και παιδιού. Η επίδραση της μητέρας ασκείται μέσα από τις φροντίδες για το παιδί. Με τον όρο μητρικές φροντίδες εννοούμε την κατάσταση εκείνη την οποία χαρακτηρίζουν η αποκλειστικότητα , η πρωιμότητα , η σταθερότητα και η τρυφερότητα.

[Αποκλειστικότητας σημαίνει πως οι φροντίδες προέρχονται βασικά από ένα μόνο πρόσωπο (τη μητέρα). Πρωιμότητα είναι η ουσιαστική παρουσία του προσώπου αυτού από τους πρώτους κιόλας μήνες της ζωής. Σταθερότητα είναι η καθημερινή στοργική μέριμνα για πολλά χρόνια . Και τέλος η τρυφερότητα είναι η διαρκή εκδήλωση αγάπη και προστασία. Κάθε άτομο που παρουσιάζεται στο παιδί με την παραπάνω όψη είναι για αυτό μητρική μορφή είτε είναι η πραγματική του μητέρα είτε είναι υποκατάστατο αυτής. (υποσημείωση)]

Ο χρόνος είναι πυκνός για το παιδί . Η ταχύτητα της εξέλιξης του κατά την διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής είναι εκπληκτική . Είναι εκπληκτική ακόμη και αν συγκριθεί με άλλες περιόδους τις οποίες επέρχονται θεμελιακές αλλαγές όπως κατά την περίοδο της εφηβείας . (Π.ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ 2001 )

#### **1.4.Ο D. WINNICOTT ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΒΡΕΦΟΥΣ**

Η παροχή μητρικών φροντίδων, προϋποθέτει μια βασική λειτουργία: την εναρμόνιση της μητέρας με το βρέφος, δηλαδή μια ιδιαίτερη ικανότητα εμπάθειας\* (empathy). Σύμφωνα με τον Winnicott ο οποίος πιστεύει ότι αυτή η ικανότητα εμπάθειας καλλιεργείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η μητέρα εξελίσσεται προοδευτικά και φθάνει σε μια ειδική κατάσταση την οποία και ονόμασε «πρωταρχική μητρική ενασχόληση».

---

Η λέξη εμπάθεια στα ελληνικά έχει διαφορετική σημασία. Με την λέξη empathy εννοούμε μια μορφή πάθους, αυξημένου ενδιαφέροντος, καθώς και την δυνατότητα της μητέρας ή του ψυχαναλυτή να είναι δοτικός και να ταυτίζεται με το αντικείμενο.

Σύμφωνα με τον Winnicott ο οποίος περιγράφει 3 λειτουργίες με τις οποίες το περιβάλλον παρεμβαίνει για να ολοκληρωθεί η ωρίμανση του “Εγώ” του παιδιού:

1. Το κράτημα (holding), δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο η μητέρα κρατά, αντιστηρίζει το παιδί.
2. Τον χειρισμό (handling), τον τρόπο με τον οποίο η μητέρα περιποιείται, φροντίζει, χειρίζεται το παιδί και .
3. Την αναφορά – σχέση με το αντικείμενο, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο παρουσιάζεται το αντικείμενο. **(Π. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ 2001).**

Η λειτουργία του κρατήματος αποδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική γιατί καθορίζει τη συνέχεια. Το φυσικό κράτημα του παιδιού από τη μητέρα, το προστατεύει από αγχογόνες εμπειρίες, είτε αυτές είναι αισθητηριακής φύσης, είτε αφορούν το ψυχικό βίωμα του σώματός του. Εάν το κράτημα γίνεται με τρόπο ικανοποιητικό και σταθερό, το βρέφος διατηρεί ένα συνεχές αίσθημα ύπαρξης και η ωρίμανση του Εγώ εξελίσσεται φυσιολογικά.

Κατά τη διάρκεια της διεργασίας της ωρίμανσης, η σχέση ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί τροποποιείται και ο Winnicott περιγράφει τρεις διαδοχικές φάσεις:

a. Η φάση της «απόλυτης εξάρτησης» από τις μητρικές φροντίδες που αντιστοιχεί στους 5 πρώτους μήνες. Σ’ αυτή την περίοδο το παιδί είναι σε πλήρη εξάρτηση από τη μητέρα η οποία αντιλαμβάνεται ακριβώς τις ανάγκες του.

b. Η φάση της «σχετικής εξάρτησης» που εκτείνεται από τον 6<sup>ο</sup> μήνα μέχρι το τέλος του πρώτου χρόνου. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου το παιδί διαφοροποιείται προοδευτικά από τη μητέρα του. Δεν περιμένει πλέον μια πλήρη κατανόηση και μια μαγική ικανοποίηση των αναγκών του. Γίνεται ικανό

να εγκαταστήσει μια αντικειμενοτρόπο σχέση και μπορεί να δίνει εκείνο πρώτο ένα σήμα για να καλέσει τη μητέρα του. Είναι τότε πολύ σημαντικό η μητέρα να περιμένει αυτό το σήμα προτού σπεύσει να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Μια αναμονή μικρής διάρκειας είναι θετική και συμβάλλει στην ωρίμανση του Εγώ και στην ανάπτυξη της σκέψης.

Στην αρχή του δεύτερου χρόνου, το παιδί απομακρύνεται από τη μητέρα και οδεύει προς την «ανεξαρτησία». Αντιμετωπίζει τον κόσμο και αναπτύσσει την κοινωνικότητά του. Προοδευτικά αυξάνει η αίσθηση της πραγματικότητας και η συνείδηση της ταυτότητας.

Όταν το Εγώ δομηθεί σαν μια μονάδα διαφοροποιημένη από τον εξωτερικό κόσμο, ο Winnicott το αποκαλεί **εαυτό** (self). **(Π. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ 2001)**

### **1.5.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΤΡΟΦΗ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Σαν πρώτος σύντροφος στη ζωή, η μητέρα διαμορφώνει την κοινωνική βασική σχέση του παιδιού. Στέκεται μοιραία στην είσοδο του αισθηματικού κόσμου του παιδιού. Για αυτό έχει τεράστια σημασία, αν η μητέρα είναι υπερπροστατευτική, ψυχρή, χωρίς αγάπη, σεξουαλικά σεμνότυφη και ανικανοποίητη, εύθυμη, σίγουρη κ.τ.λ. Η ψυχική της ζωή μεταγγίζεται στο αίμα του παιδιού και αφήνει ίχνη σε όλες τις ψυχικές του διεγέρσεις, που μένουν άσβηστα σε όλη του την ζωή.

Για αυτό όπως συνήθιζε να λέει ο Άλφρεντ Άντλερ, οι μητέρες είναι πραγματικοί δημιουργοί του πολιτισμού και εάν ανταποκρίνονται στο καθήκον τους οι μεγαλύτεροι βοηθοί της ανθρωπότητας. **(Rattner .J. (1967)**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

#### **2.1. JOHN BOWLBY: Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΔΕΣΜΟΥ (ATTACHMENT)**

##### **JOHN BOWLBY Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΔΕΣΜΟΥ**

Η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε από τον ψυχαναλυτή **J. Bowlby (1971)**, μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην κατανόηση διαφορετικών ψυχικών διαταραχών. Αναφέρεται στο συναισθηματικό τόνο μεταξύ του αναπτυσσόμενου παιδιού και του ατόμου, που έχει την κύρια φροντίδα, προς το οποίο το πρώτο κατευθύνει τη συναισθηματική του ενέργεια. Ο Bowlby υποστήριξε ότι ο δεσμός του βρέφους με ένα σταθερό άτομο είναι καθοριστικός για την εξέλιξή του και αναπτύσσεται όταν υπάρχει «ζεστή, στενή και συνεχή σχέση με τη μητέρα, στα πλαίσια της οποίας και τα δύο μέρη, μητέρα και βρέφος, βιώνουν ικανοποίηση».

##### **Τι είναι θεωρία του δεσμού;**

Η συμπεριφορά του δεσμού *περιγράφεται* ως γενετικά καθορισμένη, πολύπλοκη, αμφίδρομη, προσαρμοστική βιολογική διαδικασία αλληλεπίδρασης, που επηρεάζεται από το περιβάλλον και εξασφαλίζει την κάλυψη των αναγκών του παιδιού για προστασία και φροντίδα. Δια μέσου αυτής το παιδί συνδέεται συναισθηματικά με τα μέλη της οικογένειας. **(B. Παπαγεωργίου 2005).**

**Ο δεσμός αναπτύσσεται σταδιακά κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής και καθορίζεται από την επιθυμία του βρέφους να βρίσκεται με το άτομο προτίμησης, το οποίο γίνεται αντιληπτό ως πιο δυνατό, πιο σοφό και πιο ικανό να μειώσει το άγχος και τη δυσφορία. Ο δεσμός ενισχύεται από ενδείξεις δυσφορίας του βρέφους, που προκαλούν συμπεριφοριστικές αντιδράσεις από**



την πλευρά της μητέρας όπως είναι (το κλάμα, το χαμόγελο η επαφή με το βλέμμα). (B. Παπαγεωργίου 2005).

### **ΟΡΙΣΜΟΙ**

Ο δεσμός είναι ένας γενικός όρος ο οποίος αναφέρεται στην κατάσταση και την ποιότητα των δεσμών του ατόμου. Αυτές μπορούν να χωριστούν στον ασφαλή και στον ανασφαλή δεσμό. Εμπεριέχει τόσο βιωματικούς όσο και θεωρητικούς απόηχους. Το να αισθάνεσαι προσδεδεμένος σημαίνει να αισθάνεσαι προστατευμένος και ασφαλής. Αντιθέτως ένα πρόσωπο με ανασφαλή δεσμό μπορεί να διακατέχεται από ανάμεικτα αισθήματα ως προς την φιγούρα πρόσδεσης του: έντονη αγάπη και εξάρτηση, φόβος απόρριψης, ευερεθιστότητα και επαγρύπνηση. Αυτό το συγκεκριμένο πρότυπο ασφαλούς δεσμού είναι γνωστό ως " Αμφιθυμική Ανασφάλεια "

#### ***1.Αναζήτηση εγγύτητας προς μια προτεινόμενη φιγούρα***

Όπως πολύ καλά γνωρίζουμε τα μικρά παιδιά έχουν την τάση να ακολουθούν την φιγούρα πρόσδεσής τους όπου και αν πηγαίνουν. Η απόσταση στην οποία νιώθει άνετα το παιδί , εξαρτάται από παράγοντες όπως η ηλικία, η ιδιοσυγκρασία, το ιστορικό της ανάπτυξης και το αν το παιδί είναι κουρασμένο, φοβισμένο ή άρρωστο με αποτέλεσμα όλοι αυτοί οι παράγοντες να ενισχύουν τη συμπεριφορά-πρόσδεσής.

#### **2.Η Επίδραση της ασφαλούς βάσης**

Η Mary Ainsworth (1982) χρησιμοποίησε πρώτη τη φράση ασφαλής βάση για να περιγράψει την ατμόσφαιρα που δημιουργεί η φιγούρα-πρόσδεσής για το προσδεδεμένο πρόσωπο. Η ουσία της ασφαλούς βάσης είναι ότι παρέχει μια αφετηρία περιέργειας και εξερεύνησης. Όταν ο κίνδυνος μας απειλεί προσκολλόμαστε στις φιγούρες πρόσδεσής μας.

### **3. Διαμαρτυρία Αποχωρισμός**

Η καλύτερη δοκιμασία της παρουσίας μιας σχέσης δεσμού είναι η παρατήρηση της αντίδρασης στον αποχωρισμό.

Ο Bowlby αναγνώρισε τη διαμαρτυρία ως την πρώτη αντίδραση που προκαλείται στα παιδιά όταν ο αποχωρίζονται τους γονείς τους. Το κλάμα, τα ουρλιαχτά, οι φωνές, τα δαγκώματα και οι κλοτσιές-αυτή η κακή συμπεριφορά είναι φυσιολογική αντίδραση στην απειλή που δέχεται μια σχέση δεσμού και προφανώς η λειτουργία της είναι να προσπαθήσει να τον αποκαταστήσει και τιμωρώντας τον φροντιστή να αποτρέψει άλλον αποχωρισμό. (JEREMY HOLMES 1993).

#### **Ανάπτυξη του συστήματος-πρόσδεσής**

Το βρέφος γεννιέται σε κατάσταση μεγάλης ανωριμότητας (συνέπεια της ανάγκης, όπως υποστηρίζουν οι εξελικτικοί βιολόγοι , να βγει ο τεράστιος ανθρώπινος εγκέφαλος από την πύελο πριν είναι πολύ αργά!). Όπως αναφέραμε και παραπάνω μόνο μετά από έξι μήνες το βρέφος αρχίζει να παρουσιάζει την πλήρη τριάδα της αναζήτησης της εγγύτητας, της επίδρασης της ασφαλούς βάσης και της διαμαρτυρίας του αποχωρισμού. Να επισημανθεί ότι η οντογένεση του συστήματος πρόσδεσής χωρίζεται σε τέσσερις φάσεις και είναι οι εξής :

#### **1. (0 – 6 μηνών) Προσανατολισμός και αναγνώριση προτύπων**

Αν και τα νεογέννητα δεν μπορούν να ξεχωρίσουν το ένα πρόσωπο από το άλλο όμως ανταποκρίνονται στην ανθρώπινη επαφή. Πρωταρχική σημασία σε αυτήν την διαδικασία είναι το ανθρωπινό πρόσωπο το οποίο προκαλεί έντονο ενδιαφέρον. Η απαρχή του χαμόγελου περίπου στην ηλικία των τεσσάρων εβδομάδων σηματοδοτεί την αφετηρία των κύκλων τρυφερότητας διάδρασης που χαρακτηρίζουν τη σχέση μεταξύ του μωρού και των προσώπων που το φροντίζουν. Το χαμόγελο του μωρού καθρεφτίζεται στο χαμόγελο που γέννα

στη μητέρα. Όσο περισσότερο χαμόγελα εκείνη στο μωρό τόσο περισσότερο το μωρό ανταποκρίνεται '' και ούτω καθ'εξής. Ο Daniel Stern και ο Kenneth Wright υποστηρίζουν ότι το αμοιβαίο βλέμμα μεταξύ μητέρας παιδιού ως βασικό παράγοντα της ανάπτυξης ενός εσωτερικού κόσμου στον οποίο ο δεσμός μπορεί να αντιπροσωπεύεται και να ρυθμίζεται.

Στο δεύτερο μισό των πρώτων έξι μηνών της ζωής του μωρού γίνονται εμφανείς οι απαρχές μιας σχέσης δεσμού. Με το κοίταγμα του το μωρό μπορεί πλέον να κάνει διακρίσεις. Αφουγκράζεται την φωνή της μητέρας του και αντιδρά διαφορετικά σε αυτήν, κλαίει διαφορετικά όταν εκείνη φεύγει σε σχέση με άλλα άτομα, την χαιρετά διαφορετικά και αρχίζει να σηκώνει τα χέρια του προς το μέρος της ζητώντας της να το πάρει αγκαλιά. Η μητέρα με την σειρά της ανταποκρίνεται στα σωματικά και κοινωνικά σήματα του παιδιού της με τρόπο που οδηγεί στην καθιέρωση ενός αμοιβαίου συστήματος ανατροφοδότησης και ομοιόστασης. Έτσι δημιουργείται ένα διαδραστικό πλαίσιο που γίνεται αισθητό ως αμοιβαία '' γνώση'' του ενός για τον άλλον, η οποία αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα μιας ασφαλούς σχέσης μητέρας βρέφους.

## **2. (6 μήνες – 3 χρόνια) Πρόσδεσή προκαθορισμένου στόχου.**

Στο δεύτερο μισό του πρώτου έτους λαμβάνουν χώρα αρκετές αναπτυξιακές μεταβολές οι οποίες σηματοδοτούν την απαρχή του καθεαυτού δεσμού. Ο Bowlby θεωρεί ότι το σύστημα πρόσδεσης σε αυτό το στάδιο βασίζεται σε προκαθορισμένο στόχο και το συγκρίνει με την ρύθμιση ενός θερμοστάτη που συντηρείται από ένα σύστημα ελέγχου ανατροφοδότησης ο προκαθορισμένος στόχος για το βρέφος συνίσταται στο να παραμένει αρκετά κοντά στη μητέρα του να την χρησιμοποιεί ως ασφαλή βάση για διερεύνηση όταν η περιβαλλοντική απειλή είναι ελάχιστη και να εκδηλώνει διαμαρτυρία αποχωρισμού ή σήμα κινδύνου όταν παρουσιάζεται ανάγκη. Δηλαδή το σύστημα πρόσδεσης μοιάζει με έναν μηχανισμό επαναφοράς στην βάση όπου το

παιδί ήταν προγραμματισμένο να επικεντρώνεται στον γονιό με τον καθορισμένο στόχο της διατήρησης της εγγύτητας. Ο Spitz (1950) υποστήριξε ότι τα παιδιά ηλικίας 7 μηνών παρουσιάζουν άγχος ως προς τα άγνωστα πρόσωπα. Είναι σιωπηλά και γαντζωμένα στην αγκαλιά του γονιού. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις παιδιών που πριν από την ηλικία των 6 μηνών δόθηκαν για υιοθεσία σε ανάδοχες εστίες παρατηρήθηκε ότι παρουσίαζαν δυσφορία, αυξημένο κλάμα, απάθεια και διαταραχές στην σίτιση και τον ύπνο (Bretherton 1985).

### **3.Μετά την ηλικία των 3 ετών : ο σχηματισμός μιας αμοιβαίας σχέσης.**

Με την έλευση της γλώσσας και τη διευρυνόμενη ψυχολογική εξέλιξη ενός παιδιού ηλικίας 3 ή 4 ετών προκύπτει ένα πολύ πιο περίπλοκο πρότυπο το οποίο δεν μπορεί να περιγραφεί με απλουστευτικούς συμπεριφορικούς όρους. Τώρα το παιδί είναι σε θέση να αρχίσει να αναλογίζεται τους γονείς του ως ξεχωριστούς ανθρώπους με τους δικούς τους στόχους και τις δικές τους επιδιώξεις ώστε να σχεδιάζει τρόπους που θα τους επηρεάζει. Για παράδειγμα αν η μητέρα σχεδιάζει να βγει το βράδυ χωρίς το παιδί , το παιδί μπορεί να παρακαλέσει, να δωροδοκήσει, να γοητεύσει ή να κάνει μούτρα αντί να κλάψει ή να γαντζωθεί πάνω της όπως θα έκανε πριν από 2 χρόνια. (η θεωρία του δεσμού οδηγεί σε μια γενική θεωρία σχέσεων ή στοργικού δεσμού.

### **4.Αποδιοργάνωση και απόγνωση: Αναδιοργάνωση**

Περιγράφει μια δυναμική ισορροπία ανάμεσα στον φροντιζόμενο και στον φροντιστή η οποία συνεχώς ελέγχεται, αδρανοποιείται σε περιόδους εξερεύνησης και ενεργοποιείται σε περιόδους στρες. Το βασικό δίλημμα του ανθρώπου που πενθεί είναι όπως είπαμε ότι η απώλεια απομακρύνει όχι μόνο τον αγαπημένο αλλά και την ασφαλή βάση στην οποία το πρόσωπο που πενθεί θα περίμενε να στραφεί την στιγμή της ανάγκης του δηλαδή που μπορεί το άτομο αυτό να βρει παρηγοριά μπροστά σε αυτήν την αναστάτωση και την αβεβαιότητα. Παρόλα αυτά ο Bowlby υποστηρίζει ότι η διεργασία του πένθους

συνίσταται στην εκ νέου ανοικοδόμηση μιας ασφαλούς εσωτερικής βάσης ότι η οικοδόμηση ενός ασφαλούς δεσμού συναρτάται με ένα ασφαλές κρατητικό περιβάλλον που υπήρξε στο παρελθόν αρκετά αξιόπιστο για να αντέξει και να επεξεργαστεί την εχθρικότητα και ότι και ότι οι νέοι δεσμοί μπορούν να δημιουργηθούν μόνο όταν παραιτηθούμε από τους παλιούς.

Για τους εφήβους η γονική εστία παραμένει ακόμη ένα σημαντικό σημείο αναφοράς και το σύστημα πρόσδεσής ενεργοποιείται ξανά σε στιγμές απειλής, ασθενείας, κόπωσης.

Τέλος όπως και ο Bowlby πιστεύει η πρόσδεσή και η εξάρτηση, αν και όχι πια εμφανείς με τον ίδιο τρόπο όπως στα μικρά παιδιά παραμένουν εν δράση σε ολόκληρο το κύκλο της ζωής. **(JEREMY HOLMES 1993).**

## **2.2.Η ΣΧΕΣΗ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗΣ ΓΟΝΙΟΥ - ΠΑΙΔΙΟΥ**

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η σχέση μητέρας –παιδιού πίστευαν ότι είναι το πρώτο για όλες τις άλλες συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις του παιδιού. Η πατρότητα πίστευαν ότι είναι η κοινωνική υποχρέωση . Ο πατέρας ως ψυχολογική οντότητα ήταν ανύπαρκτος. Η ψυχολογική πατρότητα ήταν ο ρόλος Επιγένης και έκφραση του συζυγικού συναισθήματος ενώ ο ρόλος της μητέρας ήταν ρόλος αυτοδύναμος με βαθιές εγγενείς ψυχολογικές ρίζες.

Η σχέση ανάμεσα στην συμπεριφορά των γονέων και της ανάπτυξης του παιδιού είναι μια σχέση αμφιδρομική, δυναμικής αλληλεπίδρασης Καθώς συχνά υποστηρίζεται ότι η σχέση αυτή (γονέα παιδιού) είναι αιτιώδης και ότι η συμπεριφορά των γονέων είναι το αίτιο και η συμπεριφορά του παιδιού η αντίδραση το αποτέλεσμα. Η αιτιώδη αυτή σχέση μπορεί να έχει και αντίστροφη κατεύθυνση. Η αλήθεια είναι ότι η οικογένεια αποτελεί μια δυναμική ενότητα από αλληλεξαρτώμενα μέλη και οι επιδράσεις των μελών της

είναι μια συνεχής και αμοιβαία εξάρτηση. Έτσι ώστε το παιδί δεν πρέπει να θεωρείται ότι είναι στο έλεος των επιδράσεων των γονέων, αλλά ότι είναι ένας ενεργητικός οργανισμός που επηρεάζει και διαμορφώνει το περιβάλλον με τα χαρακτηριστικά του.

Οι διάφορες αυτές όψεις της οικογένειας μπορούν να συνοψιστούν σε δύο βασικές διαστάσεις της ψυχοδυναμικής της οικογένειας: α) τον συναισθηματικό τόνο της οικογενειακής ζωής και β) τον τρόπο χειραγώγησης του παιδιού. Για παράδειγμα ο συναισθηματικός τόνος έχει στο ένα άκρο τη στοργή και στο άλλο την εχθρότητα. Ο τρόπος χειραγώγησης του παιδιού έχει στο ένα άκρο την αυτονομία και στο άλλο άκρο τον έλεγχο. **(Ι. Παρασκευόπουλος )**

### **2.3. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

Σύμφωνα με τον Eric Erikson το (1965,1968) παράλληλα με τις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, σημαντικές για την εξέλιξη του άτομου είναι και οι εμπειρίες της ενήλικης ζωής . Στηριζόμενος ο ίδιος στην έννοια της επιγένεσης, ο Erikson υποστήριξε ότι η ανάπτυξη προχωρά δια μέσου οκτώ συγκεκριμένων σταδίων, που εκτείνονται από την γέννηση έως το γήρας. Υποστήριξε επίσης ότι προκειμένου να προχωρήσει το άτομο με επιτυχία σε επόμενα στάδια της ανάπτυξης πρέπει να κατακτήσει τα προηγούμενα.

*ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ Eric Erikson ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ :*

- **Στάδιο 1(1<sup>ος</sup> χρόνος) - Βασική Εμπιστοσύνη έναντι Βασικής Δυσπιστίας:** Το παιδί αποκτά αίσθηση **ασφάλειας και εμπιστοσύνης** όταν ο κόσμος ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Σε αντίθετη περίπτωση, ο κόσμος μπορεί να βιώνεται ως εχθρικός και απρόβλεπτος και το παιδί αποτυγχάνει να τον εμπιστευτεί.

- **Στάδιο 2 (1<sup>ος</sup> – 3<sup>ος</sup> χρόνος)** – Αυτονομία έναντι Ντροπής και Αμφιβολίας: Στο στάδιο αυτό το παιδί αποκτά **εμπιστοσύνη** στις ικανότητές του, σε αντίθεση με την αμφιβολία σχετικά με το τι μπορεί να κάνει. Αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι έχει θέληση και ότι μπορεί να είναι ανεξάρτητο. Επίσης, αρχίζει να **συμμορφώνεται** σε κάποιες συμπεριφορές, ενώ στην αντίθετη περίπτωση μπορεί να βιώνει **ενοχή**.

- **Στάδιο 3 (3<sup>ος</sup> – 6<sup>ος</sup> χρόνος)** – Πρωτοβουλία έναντι Ενοχής: Συνεχίζοντας από το δεύτερο στάδιο, το παιδί κατακτά κοινωνικές συμπεριφορές, αρχίζει να αναλαμβάνει την **ευθύνη** για τον εαυτό του και να κατανοεί το **χρόνο**. Ο χειρισμός και η επίλυση των συγκρούσεων της περιόδου αυτής έχουν ως αποτέλεσμα εμπιστοσύνη στον εαυτό του και κατάκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων. Κατά τη διαδικασία επίλυσης των συγκρούσεων, μερικά παιδιά μπορεί να εμφανίσουν φοβίες ή εφιάλτες.

- **Στάδιο 4 (5<sup>ος</sup> – 11<sup>ος</sup> χρόνος)** – Φιλοπονία έναντι Κατωτερότητας: Αναπτυξιακό καθήκον αυτού του σταδίου είναι η επεξεργασία των συναισθημάτων **αποτυχίας**. Το παιδί εργάζεται και προσπαθεί να επιτύχει στο σχολείο, τον αθλητισμό και τις κοινωνικές σχέσεις. Αν δεν τα καταφέρει, μπορεί να βιώσει αποτυχία και κατωτερότητα σε σχέση με τους συνομηλίκους του, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε **απομόνωση**.

- **Στάδιο 5 (11<sup>ος</sup> +)** – Ταυτότητα έναντι Διάχυσης Ρόλων: Η πρόκληση αυτού του σταδίου εστιάζεται στην απόκτηση σταθερής αίσθησης **προσωπικής ταυτότητας**. Ο έφηβος, κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, αναπτύσσει περαιτέρω τη **σεξουαλική** του ταυτότητας.

- **Στάδιο 6 (21<sup>ος</sup> – 40<sup>ος</sup> χρόνος)** – Συντροφικότητα έναντι Απομόνωσης: Η δημιουργία στενών φιλικών και σεξουαλικών σχέσεων, κεντρικό καθήκον αυτού του αναπτυξιακού σταδίου, στηρίζεται στην επιτυχή επίλυση των συγκρούσεων του προηγούμενου και την κατάκτηση της αίσθησης προσωπικής ταυτότητας.

- **Στάδιο 7 (40<sup>ος</sup> – 65<sup>ος</sup> χρόνος)** – Γεννητικότητα έναντι Στασιμότητας: Ο όρος γεννητικότητα αναφέρεται τόσο στην απόκτηση και την ανατροφή παιδιών, όσο και στη **δημιουργία** γενικότερα.
- **Στάδιο 8 (65<sup>ος</sup> χρόνος+)** – Ολοκλήρωση έναντι Απόγνωσης: Το στάδιο αυτό, κατά τον Erikson, κυριαρχείται από τη σύγκρουση μεταξύ της αίσθησης **ικανοποίησης** για μια ζωή ολοκληρωμένη και δημιουργική και της **απελπισίας**, στην περίπτωση που η ζωή δεν είχε ιδιαίτερο νόημα.

## 2.4.ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗ - ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ -ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΣ

### *Η φροντίδα του παιδιού και η ανάπτυξη της αγάπης*

Στην πραγματικότητα το παιδί έχει μια ιεραρχία προσώπων πρόσδεσης εκ των οποίων η μητέρα είναι συνήθως το πιο σημαντικό πρόσωπο για το παιδί , αλλά οι πατέρες, οι παππούδες, τα αδέρφια και οι άλλοι συγγενείς και φίλοι παίζουν επίσης ρόλο. Σε περίπτωση απουσίας του ενός (γονιού) το παιδί θα στραφεί στον άλλο (γονιό) , με τρόπο που δεν εξισώνεται με την συναισθηματική ασυδοσία των παιδιών που έχουν ανατραφεί σε ίδρυμα.

Σύμφωνα με τον Rutter το (1981) η φράση ‘’ **μητρική αποστέρηση** η κεντρική ιδέα της έκθεσης που συνέθεσε **ο Bowlby** για τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας με τίτλο *Maternal Care and Mental Health* είναι ακυρολεξία. Η έκθεση του αφορούσε κυρίως την **στέρηση** (την απουσία κάποιου πράγματος που είναι αναγκαίο) παρά την **από-στέρηση**(την απομάκρυνση κάποιου πράγματος που προηγουμένως υπήρχε). Η διάκριση είναι σημαντική γιατί όπως θα δούμε παρακάτω τα αποτελέσματα της απόλυτης έλλειψης της μητρικής φροντίδας είναι σχεδόν πάντα ζημιογόνα για το παιδί με σοβαρές και μακροχρόνιες συνέπειες ενώ η αποστέρηση είναι λιγότερο εύκολο να οριστεί αλλά και οι επιπτώσεις της είναι λιγότερο προβλέψιμη.



Ο Bowlby υποστηρίζει ότι *“ το παραμελημένο ψυχοπαθητικό παιδί μεγαλώνει για να γίνει ο παραμελητικός ψυχοπαθητικός γονιός ”* ένας αυτό-διαιωνιζόμενος κοινωνικός κύκλος. Αυτό οφείλεται στις δυσμενείς εμπειρίες οι οποίες εσωτερικεύονται από το παιδί που μεγαλώνει με έναν τρόπο που οδηγεί σε περαιτέρω δυσμενείς εμπειρίες διαιωνίζοντας έτσι έναν φαύλο κύκλο.

Σύμφωνα με τον Bowlby ο οποίος είναι φανερό ότι εξιδανικεύει την μητρότητα – αντί να προσφέρει μια ρεαλιστική αποτίμηση της κεντρικής της σημασίας στην ανατροφή των παιδιών πρέπει να θεωρήσουμε ότι αντανακλά στην από-στέρηση που είχε βιώσει ο ίδιος εστί ο ίδιος υποστήριξε ότι η ατομική φροντίδα σε ανάδοχες εστίες είναι προτιμότερη από την ομαδική φροντίδα σε οικοτροφεία και ότι : τα κακά σπίτια είναι καλύτερα από τα καλά ιδρύματα (Bowlby 1952).

## **2.5. D.W.WINNICOTT: ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

Προερχόμενος από την παιδιατρική, ο D. W. Winnicott (1896 – 1971) επηρέασε σημαντικά την κατανόηση της ανάπτυξης του ατόμου και την ψυχαναλυτική πρακτική, στηριζόμενος στις ιδέες τόσο του Freud, όσο και της M. Klein.

Ο Winnicott εισήγαγε τις έννοιες του *μεταβατικού αντικειμένου* και της *επαρκώς καλής μητέρας* και διατύπωσε την άποψη σύμφωνα με την οποία οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν σχέση με αποτυχίες της ανάπτυξης κατά τη βρεφική ηλικία. Το παιχνίδι και η κατασκευή, χώρος κατά το δυνατόν ελεύθερης δημιουργικής ενασχόλησης, τον οποίο ονόμασε «μεταβατικό», αποτελεί επίτευξη μεγάλης σημασίας για την εξέλιξη του ατόμου. Η δήλωσή του, σύμφωνα με την οποία «το βρέφος μόνο του δεν υπάρχει», επισημαίνει ότι το παιδί δε μπορεί να θεωρηθεί ανεξάρτητα από το πλαίσιο στο οποίο ζει και δίνει έμφαση τόσο στο ρόλο των διαδικασιών ωρίμανσης, όσο και του

περιβάλλοντος. Αυτή η άποψη αποτελεί σήμερα τη βάση για την κατανόηση, τη διερεύνηση και την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας, που εκδηλώνεται νωρίς στη ζωή (**B. Παπαγεωργίου 2005**).

## **2.6.ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

Ο όρος «γνωστική ανάπτυξη» αναφέρεται στις αλλαγές της φύσης και της ποιότητας της σκέψης, που συμβαίνουν με συγκεκριμένη διαδικασία κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Οι γνωστικές λειτουργίες είναι νοητικές διεργασίες υψηλού επιπέδου, δια μέσου των οποίων συλλέγονται πληροφορίες από το περιβάλλον, αναπαριστώνται και μετατρέπονται σε γνώση, αποθηκεύονται και χρησιμοποιούνται, για να κατευθύνουν την προσοχή και τη συμπεριφορά.

Η πιο σημαντική θεωρία στον τομέα της γνωστικής ανάπτυξης, που επηρέασε ουσιαστικά την εκπαίδευση, στηρίζεται στο έργο του Piaget (1972).

### **2.6.1ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΤΑ PIAGET**

- **Αισθησιοκινητικό προγλωσσικό στάδιο** : Εκτείνεται από την γέννηση έως την ηλικία των 2 χρόνων. Είναι η περίοδος κατά την οποία το παιδί αποκτά κινητική ανεξαρτησία και κατανοεί τον κόσμο μέσα από το συντονισμό των αισθητηριακών αντιλήψεων και των απλών κινητικών συμπεριφορών.

- *Αναπαραστατικό στάδιο ή προ των λογικών διεργασιών ή της προενεργητικής νόησης*: Διαρκεί από τον 2<sup>ο</sup> έως τον 6<sup>ο</sup> χρόνο. Στη φάση αυτή το παιδί είναι ικανό να αναπαραστήσει τα αντικείμενα νοητικά και να φανταστεί ενέργειες σε σχέση μ' αυτά. Ωστόσο, δεν είναι σε θέση ακόμη να ξεχωρίσει την προσωπική του άποψη από την άποψη των άλλων, είναι ακόμη έντονα «εγωκεντρικό» και αντιλαμβάνεται τον κόσμο σε σχέση, κυρίως, με τον εαυτό

του. Παρασύρεται εύκολα από την επιφανειακή εικόνα των πραγμάτων και συγχέει, συχνά, αιτιώδεις σχέσεις.

- *Στάδιο των συγκεκριμένων λογικών διεργασιών ή της ενεργητικής νόησης:* Διαρκεί από τον 6<sup>ο</sup> έως τον 12<sup>ο</sup> χρόνο της ζωής. Τώρα το παιδί είναι ικανό να εμπλακεί σε νοητικές ενέργειες, μπορεί να σκεφθεί λογικά, να συνδυάζει, να ξεχωρίζει, να κατατάσσει και να μετασχηματίζει αντικείμενα και πράξεις, αλλά μόνο με συγκεκριμένους όρους, παρουσία των συμβάντων και των αντικειμένων στα οποία απευθύνονται. Το παιδί, στη φάση αυτή, είναι λιγότερο «εγωκεντρικό».

- *Στάδιο των τυπικών λογικών διεργασιών ή της τυπικής νόησης:* Από τον 12<sup>ο</sup> χρόνο έως τον 19<sup>ο</sup>, περίοδος που αντιστοιχεί στην εφηβεία, το παιδί είναι σε θέση να σκεφθεί συστηματικά όλες τις λογικές σχέσεις ενός προβλήματος, να κάνει υποθέσεις και να σκεφτεί αφηρημένα. **(B. Παπαγεωργίου 2005).**

## **2.7.ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

Η κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου αντανακλά τη συναισθηματική και τη γνωστική του ανάπτυξη. Η κατανόηση του περιβάλλοντος και των πράξεων μέσα σ' αυτό, νωρίς στη ζωή, έχει κοινωνική βάση. Το παιδί εξελίσσεται στα πλαίσια πρώιμων αλληλεπιδράσεων με τους γονείς και τους άλλους σημαντικούς ενήλικες, οι οποίοι προκαλούν και ενισχύουν την πρώιμη κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι γονείς αποτελούν τη «σκαλωσιά» (scaffolding), που υποστηρίζει και ενισχύει την κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού.

*Τα βρέφη και τα νήπια πλησιάζουν το ένα το άλλο ξεκινώντας από μια βάση εμπιστοσύνης, που προέρχεται από μια φιγούρα προσκόλλησης, κυρίως από τη μητέρα. Από τον 2<sup>ο</sup> έως τον 4<sup>ο</sup> χρόνο της ζωής, οι απαραίτητες δεξιότητες για την κοινωνική ανάπτυξη εξελίσσονται ταχύτατα:*

- Στην 6<sup>η</sup> εβδομάδα το βρέφος χαμογελά όταν του μιλούν ή όταν παίζουν μαζί του.
- Στον 3<sup>ο</sup> μήνα προσέχει τα χέρια του και αντιδρά με εμφανή ευχαρίστηση σε φιλικούς χειρισμούς.
- Στον 9<sup>ο</sup> μήνα χτυπά το κουδούνι, αν του δείξουν.
- Στον 12<sup>ο</sup> μήνα κάνει «γεια», χτυπά παλαμάκια, αδειάζει συρτάρια (!) και συμμετέχει, βοηθώντας στο ντύσιμό του ενεργά.
- Στον 18<sup>ο</sup> μήνα μιμείται πράξεις στα πλαίσια του σπιτιού, είναι σε θέση να χειριστεί το ποτήρι, να ζητήσει και να δείξει αντικείμενα που επιθυμεί.
- Στον 2<sup>ο</sup> χρόνο το παιδί χρησιμοποιεί ποτήρι και κουτάλι και αποκτά τον έλεγχο της ούρησης κατά την ημέρα.
- Στα 3 χρόνια έχει αναπτύξει πλέον φανταστικό παιχνίδι. Του αρέσει να βοηθά τους ενήλικες στις δουλειές του σπιτιού, πλένει τα χέρια του και μπορεί να τραβήξει το παντελόνι προς τα πάνω ή προς τα κάτω.
- Στην ηλικία των 4 ετών έχει, πλέον, φίλους. Κατανοεί το μοίρασμα και τους κανόνες και μπορεί να ντυθεί, αν και δεν είναι ακόμη σε θέση να κουμπώσει και να δέσει κορδόνια.
- Τα στάδια της κοινωνικής ανάπτυξης είναι εμφανή και στην εξέλιξη του παιχνιδιού:
  - Το παιχνίδι είναι αρχικά *μοναχικό*: το παιδί παίζει μόνο του.
  - Σταδιακά, εξελίσσεται σε *παράλληλο*: το παιδί παίζει δίπλα – δίπλα με άλλα παιδιά, αλλά δεν αλληλεπιδρά ιδιαίτερα.
  - Αργότερα, μετατρέπεται σε *συνεργατικό*: τα παιδιά κάνουν μαζί την ίδια δραστηριότητα, κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού.

- Τέλος εξελίσσεται σε παιχνίδι αλληλεπίδρασης: τα παιδιά αλληλεπιδρούν και βοηθούν το ένα το άλλο, για να ολοκληρώσουν την ίδια δραστηριότητα, κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού.

Από την παρατήρηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης στα πλαίσια του παιχνιδιού, κατά την προσχολική και σχολική ηλικία, τα παιδιά διακρίνονται σε «κοινωνικά ασχολούμενα» και σε «παρατηρητές». Σ' αυτή την περίοδο συμβαίνουν δύο σημαντικές πτυχές της κοινωνικής ανάπτυξης: η ομάδα των συνομηλίκων μεγαλώνει, κυρίως στα αγόρια και δημιουργούνται φιλίες. Τα παιδιά εμπλέκονται σε σχέσεις διαφορετικού τύπου, με τους γονείς, με άλλους ενήλικες, με τα αδέρφια και τους συνομηλίκους. Δύο απλά χαρακτηριστικά, η ισότητα και η δύναμη, διακρίνουν τις σχέσεις με τους συνομηλίκους από όλες τις υπόλοιπες. Είναι σχέσεις μεταξύ ομοίων, στις οποίες και τα δύο μέρη ωφελούνται και συμβάλλουν το ίδιο, ενώ υπάρχει γενικά ισορροπία ως προς τη δύναμη. Οι περισσότερες από τις υπόλοιπες σχέσεις είναι ιεραρχικά δομημένες και ανόμοιες.

Οι φιλίες των παιδιών αρχίζουν, αλλάζουν και τελειώνουν σ' ένα κοινωνικό κόσμο, που είναι άγνωστος στους ενήλικες. Κατά την προσχολική ηλικία, συνήθως, οι γονείς, ή άλλοι ενήλικες χειρίζονται και διευκολύνουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τις σχέσεις φιλίας των παιδιών. Κατά τη μέση παιδική ηλικία και την εφηβεία, οι χειρισμοί αυτοί ελαττώνονται. Τα παιδιά περνούν ολοένα και περισσότερο χρόνο στην αυλή, το πάρκο ή το δωμάτιό τους, ενώ κατά την εφηβεία οι αλληλεπιδράσεις με φίλους καλύπτουν περισσότερο χρόνο σε σύγκριση με την αλληλεπίδραση με ενήλικες. Οι περισσότεροι γονείς αναγνωρίζουν ότι οι σχέσεις φιλίας μεταξύ των παιδιών είναι πηγή ευχαρίστησης, τις αποδέχονται και τις ενισχύουν.

Οι απόψεις του παιδιού σε σχέση με τη φιλία αλλάζουν με την πάροδο της ηλικίας:

- Μέχρι το 8<sup>ο</sup> έτος της ζωής, η φιλία αξιολογείται με βάση το κέρδος. Τα μικρότερα παιδιά ορίζουν ως φίλο κάποιον που ζει κοντά ή κάποιον με τον οποίο μοιράζονται δραστηριότητες. διευρύνεται για να συμπεριλάβει κοινές αξίες, κανόνες και κυρώσεις.
- Μεταξύ του 11<sup>ου</sup> και του 12<sup>ου</sup> έτους, η αμοιβαία κατανόηση των παιδιών στα πλαίσια της φιλίας εξελίσσεται περαιτέρω και είναι πιο έτοιμα να «ανοίξουν» και να μοιραστούν ενδιαφέροντα. Είναι η περίοδος της συναισθηματικής αντιστοίχισης – συμμετοχής (ενσυναίσθηση).
- Με την έναρξη της εφηβείας, η αμοιβαία ανταπόκριση και η ευαισθησία στις ανάγκες και τις επιθυμίες του φίλου εξελίσσεται περαιτέρω.

Ανάλογα με τις προτιμήσεις των συνομηλίκων, διακρίνονται πέντε ομάδες παιδιών ως προς την κοινωνικότητα: τα *δημοφιλή*, τα *αμφισβητούμενα*, τα *παραμελημένα*, τα *απορριπτέα* και τα παιδιά που βρίσκονται «ενδιάμεσα». Η σταθερότητα των ομάδων αυτών με την πάροδο του χρόνου παραμένει υψηλή. Τα ατομικά χαρακτηριστικά, μεταξύ των οποίων σημαντική είναι η ελκυστικότητα, επηρεάζουν το βαθμό στον οποίο ένα άτομο είναι δημοφιλές. Σημαντικό ποσοστό, 30 % περίπου, των παιδιών που απορρίπτονται από τους συνομηλίκους στην ηλικία των 8 ετών, συνεχίζουν να παραμελούνται αργότερα.

Η διερεύνηση των σχέσεων φιλίας είναι σημαντική στην κατανόηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας που εμφανίζονται αργότερα. Η απόρριψη από τους συνομηλίκους επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση και τη στάση του παιδιού απέναντι στο σχολείο και φαίνεται ότι έχει σχέση με τη νεανική παραβατικότητα και την εγκληματικότητα που εκδηλώνονται στην ενήλικη ζωή.

Ένας τρόπος προσέγγισης αυτών των θεμάτων είναι η μελέτη των κοινωνικών δεξιοτήτων του κάθε παιδιού. Το παιδί, προκειμένου να

ανταποκριθεί στην κοινωνική συμπεριφορά ενός άλλου παιδιού, πρέπει να την αποκωδικοποιήσει, να την κατανοήσει, να διερευνήσει τις πιθανές, κατάλληλες αντιδράσεις, να τις αξιολογήσει, να επιλέξει την πλέον κατάλληλη και τέλος, να αντιδράσει. Τα παιδιά που παραμελούνται, αποκωδικοποιούν και ερμηνεύουν τη συμπεριφορά των συνομηλίκων, αλλά δεν προχωρούν πέρα από το στάδιο αυτό, ενώ τα δημοφιλή παιδιά ολοκληρώνουν τη διαδικασία. Τα παιδιά που απορρίπτονται, τείνουν να «κολλούν», στο τελευταίο στάδιο της αντίδρασης, η οποία είναι συνήθως ακατάλληλη, επειδή δεν κατανοούν σωστά την κατάσταση στην οποία βρίσκονται και δεν αξιολογούν τις πιθανές αντιδράσεις. Η προσέγγιση αυτή και η αξιολόγηση των κοινωνικών δεξιοτήτων του κάθε παιδιού ατομικά παρέχουν δυνατότητες παρέμβασης και μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην πρόληψη πιθανών αρνητικών επιπτώσεων και την προώθηση της ποιότητας ζωής του ατόμου. **(Β. Παπαγεωργίου 2005).**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ – ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ

#### 3.1.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΓΟΥ

Η κατάκτηση του λόγου είναι πολύπλοκη διαδικασία και δεν αφορά μόνο στην απλή κατονομασία των πραγμάτων. Το παιδί πρέπει να κατανοήσει τους ήχους της γλώσσας, που έχουν νόημα στο συγκεκριμένο περιβάλλον ομιλίας και να συνδυάσει τις λέξεις με τα κατάλληλα γραμματικά μορφήματα, για να εκφράσει τις σχέσεις μεταξύ των πραγμάτων και των γεγονότων. Αν και τα περισσότερα παιδιά κατακτούν σχετικά εύκολα αυτές τις πολύπλοκες δεξιότητες, αποκλίσεις από τη φυσιολογική αναπτυξιακή πορεία παρατηρούνται συχνά.

Ο όρος *διαταραχές λόγου* αναφέρεται σε σημαντικά αποκλίνουσα συμπεριφορά από τα φυσιολογικά ή αποδεκτά πρότυπα ομιλίας, η οποία τραβά την προσοχή του περιβάλλοντος και επηρεάζει αρνητικά την επικοινωνία, είτε του ομιλητή, είτε του ακροατή. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να οφείλεται σε απόκλιση στην ανάπτυξη της χρήσης και / ή της κατανόησης του προφορικού ή του γραπτού λόγου και / ή άλλου συμβολικού συστήματος, η οποία μπορεί να επηρεάζει τη μορφή του λόγου (φωνολογία, άρθρωση, ροή, μορφολογία, σύνταξη), το περιεχόμενο (σημασιολογία) και / ή τη χρήση του λόγου στην επικοινωνία (πραγματολογία), σε οποιοδήποτε συνδυασμό.

Οι διαταραχές λόγου είναι από τα πιο συχνά προβλήματα σε παιδιά 3 έως 16 ετών, ανεξάρτητα από άλλες, συνυπάρχουσες καταστάσεις. Πολλά από τα παιδιά, τα οποία παραπέμπονται σε παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες για προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο, δυσκολίες στην εκτέλεση των



σχολικών καθηκόντων ή συναισθηματικές δυσκολίες, παρουσιάζουν προβλήματα λόγου, τα οποία δεν αναγνωρίστηκαν. Σε πολλές περιπτώσεις, τα προβλήματα επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου, καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, εξ' αιτίας των αυξημένων απαιτήσεων για σχολική απόδοση και αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους. Η έγκαιρη αναγνώριση των διαταραχών λόγου είναι ιδιαίτερα σημαντική, λόγω των επιπτώσεων στη σχολική απόδοση και την ψυχοκοινωνική εξέλιξη των παιδιών (Παπαγεωργίου Β. Α. 2005).

Φαινομενολογικά, θα μπορούσαμε να έχουμε την παρακάτω ταξινόμηση των διαταραχών του προφορικού και γραπτού λόγου:

- **Διαταραχές άρθρωσης:** δυσαρθρία, δυσλαλία.
- **Φωνολογικές διαταραχές:** σύγχυση φωνημάτων.
- **Διαταραχές ρυθμού της ομιλίας:** λογονευρώσεις, ταχυλαλία, βραδυλαλία, τραυλισμός.
- **Μερικές ή ολικές διαταραχές προφορικής έκφρασης:** κωφαλαλία, αλαλίες, υστερική αλαλία.
- **Διαταραχές φωνής:** αφωνία, δυσφωνία, ρινολαλία.
- **Διαταραχές κατανόησης και έκφρασης:** αφασίες, νευρολογικές διαταραχές, σύνδρομα, νοητική υστέρηση, εγκεφαλικές κακώσεις.
- **Μαθησιακές δυσκολίες:** δυσλεξία, δυσορθογραφία, δυσγραφία, δυσαριθμησία κ.λ.π. ([www.logopedists.gr](http://www.logopedists.gr)).

Η ακριβής αιτιολογία των αναπτυξιακών διαταραχών του λόγου δεν είναι απόλυτα γνωστή. Κατά την τελευταία δεκαετία πολλές μελέτες εστίασαν στη γενετική βάση των διαταραχών. Τρεις μελέτες διδύμων έδειξαν παραπλήσια ευρήματα υψηλής κληρονομικότητας, ενώ μοριακή μελέτη τριών γενεών στην ίδια οικογένεια υποστηρίζει ότι υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ σοβαρής διαταραχής λόγου και του χρωμοσώματος 7. Κατά την Grigorenko και συν.

(1997), υπάρχει σχέση μεταξύ της φωνολογικής ενημερότητας και του χρωμοσώματος 6. Μελέτες οικογενειών έδειξαν ότι τα ποσοστά των προβλημάτων λόγου σε συγγενείς πρώτου βαθμού κυμαίνονται μεταξύ 35% και 45% **(B. Παπαγεωργίου 2005)**.

Είναι γνωστό ότι πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην αιτιολογία των διαταραχών της παιδικής ηλικίας και πολλές ερευνητικές προσπάθειες έχουν επικεντρωθεί τα τελευταία χρόνια στο να διευκρινίσουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία διαταραχών στα παιδιά. **Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:**

- ✚ Χαρακτηριστικά του παιδιού.
- ✚ Γονεϊκοί και οικογενειακοί παράγοντες.
- ✚ Περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες.
- ✚ Στρες, γεγονότα ζωής και ψυχική διαταραχή **(ΤΣΙΑΝΤΗΣ Ι. 1994)**.

Μεταξύ των περιβαλλοντικών παραγόντων, που επηρεάζουν τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης του λεξιλογίου, είναι ο αριθμός των λέξεων που ακούει το παιδί από τη μητέρα. Υποστηρίζεται ότι οι παρατηρούμενες δυσκολίες στην ταχύτητα επεξεργασίας ακουστικών πληροφοριών μπορεί να συμβάλλουν στις δυσκολίες αντίληψης και παραγωγής του λόγου. Οι δυσκολίες επεξεργασίας γρήγορων εναλλαγών του τόνου της φωνής μπορεί να ευθύνονται για τις δυσκολίες διάκρισης των φωνημάτων και για τη φτωχή φωνολογική ενημερότητα, που έχει σχέση με τη δυσλεξία.

Οι διαταραχές λόγου διαφέρουν ως προς τη φύση και τη σοβαρότητά τους. Μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού, τη σχολική απόδοση και τις σχέσεις με τους συνομηλίκους. Η πρόιμη θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση των σοβαρών αυτών προβλημάτων. Η καθυστέρηση της θεραπευτικής παρέμβασης για οποιοδήποτε λόγο δε σημαίνει, αναγκαστικά, ότι δε θα είναι επιτυχής. Η

καλύτερη συμβουλή σχετικά με την έναρξη της θεραπείας των διαταραχών του λόγου είναι «όσο νωρίτερα, τόσο καλύτερα... αλλά ποτέ δεν είναι αργά». Ο θεραπευτικός σχεδιασμός και η μέθοδος αντιμετώπισης εξαρτώνται από τη φύση της διαταραχής, από τη λεπτομερή αξιολόγηση όλων των τομέων του λόγου, από τις ανάγκες του συγκεκριμένου παιδιού και της οικογένειας. **(B. Παπαγεωργίου 2005).**

### **3.2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΥΑΔΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ**

Μητέρες που είναι σε υψηλό κίνδυνο, όπως αυτές από τις κατώτερες κοινωνικό – οικονομικές τάξεις, συνήθως παρουσιάζουν στην περίοδο της εγκυμοσύνης μεγάλες δυσκολίες που θέτουν σε κίνδυνο το κύημα και μετά τη γέννηση δυσκολεύονται επίσης να ανταποκριθούν στις ποικίλες ανάγκες των παιδιών τους, είτε επειδή δεν τις γνωρίζουν, είτε γιατί, για διάφορους ψυχολογικούς, κοινωνικούς λόγους, είναι ανεπαρκείς στο ρόλο τους. Το αποτέλεσμα είναι ότι μπορεί να παραβλαφθεί η ομαλή νοητική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Παράγοντες, όπως συζυγική δυσαρμονία, κατάθλιψη της μητέρας και ανεπαρκείς κοινωνικό – οικονομικές συνθήκες έχουν βρεθεί να συνδέονται με διαφόρων τύπων διαταραχές στην ηλικία αυτή.

### **3.3.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΗΤΕΡΑΣ - ΠΑΙΔΙΟΥ**

Οι παθολογικές σχέσεις ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί, οφείλονται σε ποιοτικές συναισθηματικές αποστερήσεις, σε εκτροπή από το φυσιολογικό της μητρικής συμπεριφοράς.

Ως παθολογική, θεωρείται η σχέση κατά την οποία το ένα ή και τα δύο μέλη δεν αντλούν ικανοποίηση από αυτή. Η σχέση μπορεί να αλλοιωθεί γιατί, είτε η μητέρα, είτε το παιδί επιδρούν βλαπτικά πάνω σε αυτή.

Η παθολογική συμπεριφορά της μητέρας μπορεί να προκαλέσει στο παιδί διαταραχές άμεσες ή άλλες που θα εμφανιστούν αργότερα. Η πλαστικότητα του παιδιού κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής και η παθητικότητά του κατά τους πρώτους μήνες ευνοούν την τυχόν βλαβερή επίδραση της μητέρας.

Κατά κανόνα **η ύπαρξη του παιδιού είναι πηγή ικανοποίησης για τη μητέρα**. Η γυναίκα αισθάνεται ως μητέρα από τη στιγμή της κύησης. Η μητρότητα, ως επισφράγιση της γυναικείας ιδιότητας, με την εμπειρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού, αντιπροσωπεύει για τη γυναίκα μια ολοκλήρωση ύψιστης και πολλαπλής σημασίας. Το παιδί είναι για αυτή ένα αντικείμενο αγάπης ιδιαίτερου τύπου, διότι πράγματι είναι ένα μέρος της σάρκας της, το αισθάνεται ως μέρος του εαυτού της και μέχρι ενός σημείου, η σχέση της με αυτό είναι ναρκισσιστική. Το παιδί στις φυσιολογικές περιπτώσεις προσφέρει στη μητέρα βαθιές ικανοποιήσεις, συνειδητές και ασυνείδητες. Αισθάνεται ότι η μορφολογία του, η συμπεριφορά του ανταποκρίνονται προς την επιθυμία της. Η ύπαρξή του εναρμονίζεται με τα διάφορα επίπεδα του ψυχισμού της, τις ενορμήσεις, το Εγώ και το Υπερεγώ της.

Η παθολογική προσωπικότητα της μητέρας και η μη αποδοχή της μητρότητας και του μητρικού ρόλου παραμορφώνουν τις σχέσεις της με το παιδί, ενώ η παραμόρφωση αυτή είναι δυνατόν να βλάψει την **ψυχοκοινωνική και νοητική εξέλιξη** του παιδιού και η βλάβη αυτή με τη σειρά της μπορεί να έχει προεκτάσεις στο λόγο του.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες, που προέρχονται από την παθολογική συμπεριφορά της μητέρας, προκαλούν στο βρέφος και **ψυχοσωματικές διαταραχές**, διότι αυτό, μη διαθέτοντας οργανωμένο ψυχισμό, αντιδρά σ'

αυτούς με καθολικό τρόπο μέσα από την αδιαφοροποίητη ψυχοσωματική του ολότητα (Σακελλαρόπουλος Π. 2001).

*α. Τύποι παθολογικής συμπεριφοράς της μητέρας που ασκούν*

*αρνητική επίδραση στο παιδί*

Η παθολογική συμπεριφορά της μητέρας προς το παιδί μπορεί να πάρει πολλές μορφές. *Οι συνήθεις συμπεριφορές, οι οποίες δεν αφορούν σε οργανωμένη ψύχωση ή νεύρωση, είναι οι εξής:*

- **Απορριπτική συμπεριφορά**, κατά την οποία χαρακτηρίζεται από την ολική απόρριψη του γυναικείου ρόλου, της μητρότητας, της εγκυμοσύνης και συνεπώς του παιδιού. Συνδυάζεται με μια παιδική, ανώριμη προσωπικότητα. Γενικά έκδηλη, είναι η αδυναμία των μητέρων αυτών να αναλάβουν υπεύθυνα το ρόλο του ενήλικα, ενώ είναι δυνατό να έχουν συνείδηση της απορριπτικής τους στάσης. Το παιδί αρχικά αντιδρά με την ψυχοσωματική του ολότητα και αργότερα, μετά τη διαφοροποίηση του ψυχισμού του και την έναρξη της προσωπικότητάς του, με εναντίωση και επιθετικότητα ή με άλλη παθολογική συμπεριφορά.

- **Αγχώδης και υπερπροστατευτική συμπεριφορά**, η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολική φροντίδα στο παιδί κάτω από την επίδραση έκδηλου άγχους και φόβου, είτε πρόκειται για τη διατροφή, είτε πρόκειται για τις τυχόν διαταραχές που αυτό πρόκειται να εμφανίσει. Σε άλλες περιπτώσεις, η αγχώδης αυτή συμπεριφορά συνδυάζεται ή εναλλάσσεται με επιθετικότητα προς το παιδί και η επιθετικότητα αυτή επαυξάνει δευτερογενώς το άγχος και την ενοχή, η οποία μπορεί να πηγάζει από μια βαθύτερη άρνηση της μητρότητας. Η υπερπροστατευτική μητέρα συνδέεται αιτιολογικά με την **εκλεκτική αλαλία**.

- **Απότομες μεταβολές του θυμικού**, κατά τις οποίες παρατηρείται εναλλαγή τρυφερότητας και επιθετικότητας, χωρίς σαφή εξωτερικά αίτια. Χρονικά, η συμπεριφορά αυτή αφορά, κυρίως, στο πρώτο έτος της ζωής. Η μητέρα αδυνατεί να δημιουργήσει σταθερές συναισθηματικές σχέσεις με το παιδί και εκείνο με τη μητέρα.

- **Εχθρική συμπεριφορά συνειδητά αντιρροπούμενη**, η οποία

αφορά μητέρες, οι οποίες έχουν συνείδηση της επιθετικότητά τους προς τα παιδιά. Είναι απαιτητικές απέναντί τους και συνεχής επιθυμία τους είναι να επιδεικνύουν τις ικανότητές τους. Η συμπεριφορά και η πρόοδος του παιδιού είναι μέσο ικανοποίησής τους, η οποία δεν προέρχεται από την ύπαρξη του παιδιού, αλλά από την εκτίμηση και το θαυμασμό, τον οποίο εκδηλώνει το περιβάλλον προς αυτό. **(Σακελλαρόπουλος Π 2001).**

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η κακή ψυχολογική κατάσταση της μητέρας, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συμπεριλαμβάνεται στους παράγοντες, οι οποίοι ευθύνονται για τη δημιουργία σχιστιών στο έμβρυο, ανωμαλίες που παρεμποδίζουν την φυσιολογική ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας.

### ***β. Βλαπτική επίδραση του παιδιού στη δυαδική σχέση***

Η επίδραση στην εξέλιξη του παιδιού, ευνοϊκή ή όχι, δεν πρέπει να περιορισθεί μόνο στο ρόλο της μητέρας. Μέσα από έρευνες, μελετάται η ενέργεια που κατευθύνεται στο παιδί από τη μητέρα, δηλαδή, στο σύστημα επικοινωνίας και **αλληλεπίδρασης** μητέρας – παιδιού εξετάζεται η επίδραση προς τη μια μόνο κατεύθυνση. Αυτού του τύπου ο περιορισμός είναι μονομερής, διότι η επίδραση που ασκεί το παιδί στη μητέρα είναι εξίσου σημαντική. Το παιδί γεννιέται με τη κληρονομική του προικοδότηση, τη μορφολογία του και ορισμένα βασικά δεδομένα στην παρούσα και μελλοντική του συμπεριφορά. Η μητέρα **ικανοποιείται ή απογοητεύεται** από αυτά. Το

παιδί με τα δεδομένα αυτά θα επηρεάσει και θα διαμορφώσει, ανάλογα, τη συμπεριφορά της μητέρας, ενώ από αυτή τη διαμόρφωση θα εξαρτηθεί η στάση εκείνης απέναντι στο παιδί.

**Ευνοϊκές μεταβολές** μπορεί να παρατηρηθούν ακόμα και σε μητέρες με **παθολογική προσωπικότητα**. Ένα υγιές, ευτραφές και όμορφο βρέφος προκαλεί το θαυμασμό και τη τρυφερότητα του περιβάλλοντος. Αυτές οι εκδηλώσεις εκλαμβάνονται από τη μητέρα ως εκδηλώσεις εκτίμησης των δικών της ικανοτήτων. Τα συναισθήματα αυτά, τη βοηθούν να μειώσει την αυστηρότητα του Υπερεγώ της, να συμφιλιωθεί, έστω κατά ένα μέρος, με αυτό και στη συνέχεια να αυξήσει τις φροντίδες και τη στοργή προς το παιδί. Αντίθετα, σε μια παθολογική προσωπικότητα της μητέρας, η μη ικανοποιητική μορφολογία και συμπεριφορά του παιδιού μπορεί να ασκήσουν δυσμενή επίδραση. Η αρνητική της στάση, που ήδη υπάρχει, θα επαυξηθεί, εάν τα δεδομένα του παιδιού δεν ικανοποιούν τη μητέρα. Η απορριπτική στάση της θα γίνει εντονότερη. **Έτσι διευρύνεται ένας φαύλος κύκλος**. Η δυσμενής επίδραση του παιδιού στη μητέρα γίνεται εντονότερη, όταν το παιδί παρουσιάζει **ψυχική, σωματική ή άλλου είδους διαταραχή**.

Η ύπαρξη των **διαταραχών του λόγου** δε μπορεί να απομονωθεί από το περιβάλλον που ευνοεί την ανάπτυξη του λόγου ή την αναστέλλει, ήδη από την εποχή των πρώτων αλληλεπιδράσεων και της εξωλεκτικής επικοινωνίας. Μπορούμε να μιλάμε για διαταραχή του λόγου ήδη από τους πρώτους μήνες της ζωής, όταν το μωρό παραμένει σιωπηλό και δεν παράγει θορύβους με το στόμα του και όταν στην ηλικία του ενός έτους δεν έχει εγκατασταθεί ένα είδος επικοινωνίας με κινήσεις του κεφαλιού, των χεριών και με έναν αριθμό ηχοποιούμενων λέξεων. Πρόκειται, δηλαδή για **αναπτυξιακή γλωσσική καθυστέρηση**, η οποία μπορεί να οφείλεται τόσο στην καθυστέρηση της ωρίμανσης του νευρικού συστήματος, όσο και σε ιδιαίτερες κοινωνικο –

οικογενειακές συνθήκες, όπως φτωχό πολιτισμικά περιβάλλον, μια οικογένεια αναλφάβητων κ.λ.π. (Σακελλαρόπουλος Π. 2001).

### **3.4.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ**

Ως αποχωρισμός του μικρού παιδιού από τη μητέρα, περίπτωση μερικής συναισθηματικής αποστέρησης, ορίζεται η κατάσταση εκείνη, κατά την οποία ο αποχωρισμός **επιβάλλεται απότομα** σε παιδιά, τα οποία δεν είχαν προηγούμενα στερηθεί τη μητέρα τους.

Οι διαταραχές εξαιτίας του αποχωρισμού είναι οξεία κατάσταση, σε αντίθεση με τον ιδρυματισμό, που είναι χρόνια διαταραχή. Οι συνέπειες του αποχωρισμού, δεν εντοπίζονται, στο πρώτο έτος της ηλικίας, αλλά εκτείνονται πολύ πιο πέρα από την πρώτη παιδική ηλικία.

Μπορούμε να διακρίνουμε, αρκετά σχηματικά, διαφορετικές εικόνες που προκαλούνται από τον αποχωρισμό: την **οξεία απόγνωση, αυτοεγκατάλειψη, άγχος, οπισθοδρόμηση της ψυχοκινητικής εξέλιξης και αυτιστική αντίδραση**. Σε όλες τις περιπτώσεις εμφανίζονται διαταραχές διατροφής και ύπνου, οπισθοδρόμηση των στατικοκινητικών λειτουργιών κ.λ.π. οι οποίες βρίσκονται σε απόλυτη συνάφεια με τον λόγο, προκαλώντας σε αυτόν σοβαρές δυσλειτουργίες, όπως αυτές που έχουν προαναφερθεί. (Σακελλαρόπουλος Π. 2001).

Όπως αναφέραμε και παραπάνω έκτος από τα βασικά προβλήματα στην σχολική απόδοση (μαθησιακές δυσκολίες) οι διαταραχές συνοδεύονται συχνά από (χαμηλής αυτοεκτίμησης, αίσθημα ανασφάλειας και δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις με αποτέλεσμα την εγκατάλειψη του σχολείου κατά την εφηβική ηλικία.Οπότε μπορούν να προκαλέσουν μαθησιακές δυσκολίες, καθώς η ικανότητα για μάθηση εξαρτάται και από την ικανότητα του παιδιού για



συναισθηματική επένδυση και οριοθέτηση στόχων και επιδιώξεων που σχετίζονται με τη μάθηση. Επιπλέον, διαταραχές άρθρωσης, έκφρασης και κατανόησης σε περιπτώσεις συναισθηματικής αστάθειας ή πίεσης είναι πιθανό να εμφανιστούν **(Β. Παπαγεωργίου 2005)**.

Η επιστροφή στο οικογενειακό περιβάλλον, αν συμβεί κατά τις 2 – 3 πρώτες ημέρες, μπορεί να προκαλέσει την ταχύτερη εξαφάνιση των συμπτωμάτων ή μπορεί αυτά να μην έχουν καν εμφανιστεί. Ωστόσο το παιδί, μπορεί να επανεμφανίσει διαταραχές, που είχαν εκδηλωθεί κατά τη διάρκεια του αποχωρισμού και η επαφή με τους οικείους του να είναι δυσχερής. Σε μια πρώτη φάση δεν αναγνωρίζει ή δε θέλει να αναγνωρίσει τη μητέρα του, για να περάσει αργότερα, σε μια δεύτερη φάση, κατά την οποία δε θα μπορεί να την αποχωριστεί. Η στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος, η επίδειξη κατανόησης προς τις διαταραχές που εμφανίζει το παιδί, η ποιότητα των σχέσεων πριν από τον αποχωρισμό, θα παίξουν αποφασιστικό ρόλο στην ταχύτερη εξέλιξη. **(Π. Σακελλαρόπουλος 2001)**.

### **3.5. ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΡΟΗΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ**

Με τον όρο διαταραχή της ροής της ομιλίας εννοούμε ένα σπασμό στην ομιλία, όπου η λειτουργία της ομιλίας γίνεται κάτι το απότομο, θορυβώδες και τροχοπεδημένο: η πρώτη συλλαβή ή ο πρώτος ήχος μιας λέξης δε μπορεί να ξεκολλήσει και συχνά πρέπει να γίνουν κάποιες προσπάθειες μέχρι να υπερνικηθεί το δύσκολο σημείο. Ποια είναι όμως η αιτία αυτής της ανωμαλίας της ομιλίας; Όπως είναι γνωστό, στην ομιλία λειτουργεί μια σειρά από όργανα. Οι πνεύμονες διαθέτουν τον αέρα που είναι απαραίτητος για τον τόνο. Οι φωνητικές χορδές υποβάλλονται, με τον αέρα που βγαίνει από τους πνεύμονες, σε δόνηση. Η γλώσσα και τα χείλη σχηματίζουν τους φθόγγους. Η πρωτοβουλία για την ενέργεια της ομιλίας έρχεται από τον εγκέφαλο, ο οποίος ελέγχει ολόκληρο το πολύπλοκο σύστημα της ομιλίας.

Η βιολογική εξέταση δείχνει σχεδόν πάντα ότι και τα όργανα της ομιλίας αλλά και το κέντρο του λόγου στον εγκέφαλο (Broca) λειτουργούν ομαλά. Το γεγονός αυτό μας παραπέμπει στο εξής συμπέρασμα: η διαταραχή της ροής της ομιλίας είναι μια λειτουργική πάθηση, η οποία πολύ πιθανόν έχει ψυχολογική αιτιολογία.

Ποιες ψυχικές «παραμορφώσεις» θα μπορούσαν να εμποδίσουν σε τέτοιο βαθμό τη ροή της ομιλίας; Ο φόβος εκδηλώνεται και με σωματικά συμπτώματα όπως κοκκίνισμα, ταχυπαλμία, ιδρώτα κλπ. Θα μπορούσε και ο τραυλισμός να αποτελεί ένα σύμπτωμα του φόβου; Η φοβία ενός ανθρώπου αποδίδεται, σύμφωνα με την ψυχολογία του βάρθους, σε δυστυχημένα παιδικά βιώματα, σε αποθάρρυνση και σε έλλειψη επαφής με τους συνανθρώπους και ειδικά με τη μητέρα. Τέτοια παιδική κατάσταση οδηγεί στη δημιουργία μιας νευρικής ή νευρωτικής στάσης απέναντι στη ζωή. Έτσι θα μπορούσε να εξηγήσει κανείς τη διαταραχή, σαν έκφραση μιας νεύρωσης και σαν σύμπτωμα μιας ελαττωματικής προσαρμογής στη ζωή.

Σε διαταραχές της ομιλίας μπορούμε να υποθέσουμε ότι στο παιδί είχαν απαγορευθεί πριν και κατά τη διάρκεια της εκμάθησης της ομιλίας ορισμένα συναισθηματικά φαινόμενα που συνοδεύουν τις πράξεις του. Τα άτομα με διαταραγμένη ροή ομιλίας είναι άτομα με διαταραγμένη ικανότητα επαφής, που σαν παιδιά δεν είχαν μάθει να στρέφονται με εμπιστοσύνη προς έναν άλλο άνθρωπο. Συχνά η σχέση μητέρας – παιδιού είναι ήδη διαταραγμένη ή ο πατέρας, ο δάσκαλος, οι σχολικές συνθήκες γενικά φοβίζουν το παιδί, ώστε αυτό παίρνει απέναντι στη ζωή μια δύσπιστη στάση και διστακτική. Η ανασφαλής στάση του αυτού του ατόμου εκφράζεται κατά την ομιλία του σχεδόν παντομimικά: παίρνει μια φόρα «προς τα εμπρός», αλλά αμέσως μετά σταματά, επαναλαμβάνει, δοκιμάζει πάλι. Η συμπεριφορά στην ομιλία καθρεφτίζει όλο τον κόπο που αισθάνεται τόσο οδυνηρά στη συναναστροφή του με άλλους ανθρώπους. Το παιδί που αντιμετωπίζει μια τέτοια δυσκολία δεν

είναι σύμφωνο με τους γονείς του, ζει μαζί τους σε πόλεμο: γι' αυτό η ομιλία, που λειτουργεί σαν σειсмоγράφος για το κοινωνικό του ρίζωμα, δυσλειτουργεί. Ασυνείδητα ο τραυλισμός, η ταχυλαλία, βραδυλαλία κ.λ.π. μπορεί να είναι η επιθυμία του παιδιού να πάρει περισσότερο χρόνο και υπομονή από τους άλλους, επειδή στην πλανημένη του ψυχή ο φόβος και η αδεξιότητα αποτελούν ένα παράξενο μείγμα που κατόπιν δίνει αφορμή για διαταραχή στην ομιλία **(Rattner J. 1967).**

Σύμφωνα με την παρακάτω έρευνα που έγινε από τους Susan C. Meyers και τον Frances J. Freeman από το University of Virginia και το University of Texas at Dallas, Callier Center for Communication Disorders δίνονται κάποιες επιπλέον πληροφορίες για το πώς ο τραυλισμός του παιδιού μπορεί να συσχετιστεί με τον τρόπο ομιλίας της μητέρας. Ο τίτλος του κειμένου είναι *‘ο ρυθμιστής ομιλίας μιας μητέρας και ενός παιδιού είναι ευμετάβλητος στον τραυλισμό και τη μη ευφράδεια λόγου’.*

Τρεις ήταν οι ερωτήσεις οι οποίες εξετάστηκαν σ' αυτή την μελέτη: α) μιλούν οι μητέρες αυτών που τραυλίζουν γρηγορότερα από τις άλλες μητέρες; β) τα παιδιά που τραυλίζουν μιλούν γρηγορότερα από αυτά που δεν τραυλίζουν ; γ) υπάρχει μια σχέση μεταξύ του ποσοστού της ομιλίας των παιδιών και του ποσοστού της ομιλίας των μητέρων στην δυαδική συνομιλία; Η έρευνα διεξήχθη σε δώδεκα αγόρια προσχολικής ηλικίας που δεν τραυλίζουν και οι μητέρες τους αντιστοιχήθηκαν με δώδεκα αγόρια που τραυλίζουν και τις μητέρες τους. Δέκα λεπτά ελεύθερης συνομιλίας μεταξύ των εναλλαγμένων δυάδων μητέρας-παιδιών ήταν αυτά που καταγράφηκαν. Τα λεκτικά ποσοστά που ορίστηκαν ως οι συλλαβές ανά δευτερόλεπτο στις ρευστές εκφράσεις υπολογίστηκαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μητέρες των παιδιών με τραυλισμό μίλησαν σημαντικά γρηγορότερα στα παιδιά. Τα παιδιά που τραυλίζουν μίλησαν πιο αργά από αυτούς που δεν τραυλίζουν και τα παιδιά που τραυλίζουν συστηματικά μίλησαν πιο αργά από αυτούς που τραυλίζουν μέτρια.

Μια συσχετιστική ανάλυση έδειξε ότι το παιδί που τραύλιζε περισσότερο , μίλησε πιο αργά κατά την διάρκεια της ελεύθερης συζήτησης.. Περαιτέρω όσο πιο αργά το παιδί μίλησε κατά την διάρκεια της ελεύθερης συζήτησης , τόσο γρηγορότερα μιλούσε η μητέρα που αλληλεπιδρούσε μαζί του.

Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν μια διαλογική και σύνθετη σχέση μεταξύ των λεκτικών ποσοστών μητέρας και παιδιών. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων σχετικά με τα λεκτικά ποσοστά των παιδιών αποκαλύπτει μια σημαντική σχέση μεταξύ των λεκτικών ποσοστών και τους μήκους έκφρασης.

### **3.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ**

Βασική προϋπόθεση για την υγιή ανάπτυξη του παιδιού, όπως έχει αναφερθεί εκτενώς στα προηγούμενα κεφάλαια, αποτελεί η ικανοποιητική σχέση του με τη μητέρα. Η ολόπλευρη ανάπτυξή του προάγεται ή παρεμποδίζεται, ανάλογα με την ποιότητα αυτής της σχέσης. Σημαντικό κριτήριο της λειτουργικότητας της γονεϊκής σχέσης είναι η ψυχική διαθεσιμότητα και η προσαρμοστικότητα της μητέρας σε σχέση με τις ανάγκες του παιδιού. Γενικότερα, όταν οι γονείς κατανοούν τις ανάγκες του παιδιού και όταν η αναζήτηση ναρκισσιστικής ικανοποίησης και οι ταυτιστικές διαδικασίες δεν τους εμποδίζουν να αναγνωρίσουν την ατομικότητά του, τότε δημιουργούνται οι ευνοϊκότερες προϋποθέσεις για την καλύτερη ανάπτυξή του.

Η αποδοχή της ατομικότητας του παιδιού γίνεται βαθμιαία και συχνά είναι ατελής. Σε ένα παιδί επενδύονται τόσα πολλά προσωπικά στοιχεία και προσδοκίες που είναι δύσκολο να απαλλαγεί κανείς από την ιδεατή εικόνα και να αποδεχτεί το πραγματικό παιδί, ιδιαίτερα όταν η διαφορά είναι μεγάλη. Όταν το παιδί δεν ανταποκρίνεται στις επιθυμίες, τα ιδεώδη και τα κοινωνικά

πρότυπα, η αποδοχή του από τους γονείς και η αλληλεπίδρασή του με αυτούς διαταράσσονται.

Μια ακραία τέτοια περίπτωση αποτελεί η γέννηση ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες που επιφέρει ένα βαθύ ναρκισσιστικό πλήγμα στους γονείς και συνδέεται με έντονη κρίση σε όλη την οικογένεια. Η απογοήτευση των γονέων από τη δυσάρεστη πραγματικότητα κάνει και τους ίδιους ευάλωτους και αδύναμους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του παιδιού τους. Αλλά και το ίδιο το παιδί επιβαρύνεται γιατί οι γονείς δεν είναι διατεθειμένοι να το αποδεχτούν και να το κατανοήσουν. Επομένως, η ευαισθητοποίηση και η προσαρμογή των γονέων στην πραγματικότητα αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλύτερη ανάπτυξη των δυνατοτήτων του παιδιού τους.

Η διαδικασία προσαρμογής στην πραγματικότητα είναι μακροχρόνια και επώδυνη, καθώς χρειάζεται να αντιμετωπιστούν δυσκολίες σε επίπεδο ψυχικό, κοινωνικό και πρακτικό. Η ενίσχυση αυτής της διαδικασίας είναι απαραίτητη για να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες του παιδιού. Σήμερα είναι κοινά αποδεκτό ότι οποιαδήποτε παρέμβαση στο παιδί δε μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δε δομηθεί μια ικανοποιητική σχέση αλληλεπίδρασης ιδιαίτερα μεταξύ μητέρας και παιδιού.

Στην αντιμετώπιση ενός παιδιού, κατά τη διαδικασία τόσο της αξιολόγησης, όσο και της παρέμβασης, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το οικογενειακό πλαίσιο και η φύση των σχέσεων που το χαρακτηρίζουν, καθώς επηρεάζουν αλλά και επηρεάζονται από το παιδί και τις δυσκολίες του. Οποιοσδήποτε και αν είναι ο στόχος μιας εξειδικευμένης παρέμβασης, αυτή δε μπορεί να νοηθεί χωρίς τη συμμετοχή των γονέων. Η συνεργασία των επαγγελματιών με τους γονείς φαίνεται μάλιστα να αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα για την επιτυχία οποιουδήποτε προγράμματος πρώιμης παρέμβασης.

Η αναγκαιότητα αυτής της συνεργασίας αναγνωρίστηκε έγκαιρα από τους ειδικούς, ερμηνεύτηκε όμως και υλοποιήθηκε με διαφορετικούς τρόπους,

ανάλογα με τις απόψεις που επικρατούσαν στο χώρο της ειδικής αγωγής (Ζαφειροπούλου Μ. , Κλεφταράς Γ. 2004).

### **3.7.ΟΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Η ύπαρξη ενός μειονεκτικού παιδιού προκαλεί στους γονείς πολλά και διαφορετικά συναισθήματα που είναι συχνά πολύ έντονα και προφανώς, συγκεχυμένα και αντικρουόμενα. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να έχουν σχέση με το παιδί, τους ίδιους (ως άτομα και ως γονείς), με την οικογένειά τους, με τις στάσεις της κοινωνίας και με το είδος της βοήθειας που τους παρέχεται ή δεν τους παρέχεται. Αλλά και οι ειδικοί, για να μπορέσουν να βοηθήσουν τους γονείς και το παιδί τους, πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι συχνά και οι ίδιοι έχουν έντονα συναισθήματα απέναντι στο παιδί, τους γονείς και στον τρόπο που οι γονείς αντιμετωπίζουν την κατάσταση (Τσιάντης Ι. , Μανωλόπουλος Σ. 1989).

Η προσωπικότητα και η συμπεριφορά της μητέρας σπάνια μένει ανεπηρέαστη. Η απογοήτευση της μητέρας, που αποτελεί την συνηθέστερη αντίδραση, συχνά συνδυάζεται με συναίσθημα ενοχής προς την κοινωνία και το παιδί. Πολλές φορές θεωρεί τον εαυτό της υπεύθυνο. Σε αρκετές περιπτώσεις, τα συναισθήματα αυτά έχουν ως επακόλουθο την επιθετικότητά της προς το παιδί και την κοινωνική ομάδα. Η αντίδραση των μητέρων, προς τη διανοητική καθυστέρηση κυρίως, κυμαίνεται ανάμεσα σε μια υπερπροστατευτική στάση, η οποία συντηρεί τη συναισθηματική ανωριμότητα του παιδιού και μια επιθετική στάση, η οποία εκδηλώνεται με την απαίτηση να αποδώσει το παιδί πολύ περισσότερο από όσο μπορεί. Με αυτό τον τρόπο, η στάση της μητέρας μειώνει τη δυνατότητα αξιοποίησης των ήδη ελαττωμένων ικανοτήτων του παιδιού.) (Π. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ 2001).

Η γενικότερη αρνητική στάση της μητέρας, μπλοκάρει συναισθηματικά το παιδί, του δημιουργεί αισθήματα ανασφάλειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης, με αποτέλεσμα τη μειωμένη απόδοσή του σε κάθε δραστηριότητα.

Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίζει κανείς ότι τα συναισθήματα του κάθε γονέα είναι πολύ προσωπικά και εξατομικευμένα. Κατά τον Wikler (1981), η συμβουλευτική δουλειά έχει επηρεαστεί από δύο αντικρουόμενες απόψεις για το πώς οι γονείς αντιμετωπίζουν τη θλίψη τους. Η πρώτη είναι ότι οι γονείς συνέρχονται τελείως από τη θλίψη που τους προξένησε αρχικά η έλευση του μειονεκτικού παιδιού. Η δεύτερη υποστηρίζει ότι πάντα θα βιώνουν μια «χρόνια θλίψη». Η δική του έρευνα αποκάλυψε ένα τρίτο σχήμα: οι περισσότεροι γονείς αναφέρουν ότι βιώνουν «σκαμπανεβάσματα» και τα συναισθήματα θλίψης συμπίπτουν με τις εποχές που τα παιδιά τους θα μπορούσαν να είχαν ολοκληρώσει σημαντικά στάδια της εξέλιξής τους και να ήταν ανεξάρτητα, αν δεν ήταν μειονεκτικά.

Βασιζόμενος στην κλινική του εμπειρία, ο Mackeith (1973) κατατάσσει σε πέντε κύριες κατηγορίες τα συναισθήματα που παρουσιάζουν πιο συχνά οι γονείς τον πρώτο καιρό:

- *Βιολογικές αντιδράσεις*, οι οποίες αφορούν στην προστασία του ανυπεράσπιστου βρέφους και την αποστροφή προς την ανωμαλία.
- *Αμφιβολίες για τη αναπαραγωγική τους ικανότητα*, οι οποίες προέρχονται από το γεγονός της μειονεξίας του παιδιού, η οποία, ειδικά για τη μητέρα, βιώνεται σαν προσωπική αποτυχία και ματαίωση, καθώς και αμφιβολίες για την ικανότητά της να το αναθρέψει.
- *Πένθος και συναισθήματα θλίψης, θυμού και σοκ* διότι δεν απέκτησαν το παιδί που επιθυμούσαν.

- *Ντροπή και αίσθημα κατωτερότητας*, ειδικά όταν εξηγούν στους άλλους την κατάσταση του παιδιού τους ή όταν βρίσκονται σε δημόσιους χώρους μαζί με το παιδί.
- *Ενοχές*, γιατί έχουν αρνητικά συναισθήματα απέναντι στο παιδί, όπως απόρριψη, θυμό ή αγανάκτηση, γιατί αισθάνονται υπεύθυνοι για τις δυσκολίες του ή γιατί νιώθουν ανίκανοι να το αντιμετωπίσουν.

Οι Cunningham και Davis (1985) προσέθεσαν και μια έκτη κατηγορία: *συναισθήματα φόβου*, τα οποία προκαλούνται από την αβεβαιότητα για το μέλλον ή από τα αρνητικά τους συναισθήματα προς το παιδί ή ακόμα και από το δεσμό τους με το παιδί και την αγάπη που του έχουν. Φοβούνται ότι ίσως το χάσουν, είτε γιατί το παιδί μπορεί να μην επιζήσει, είτε γιατί οι ίδιοι μπορεί να αποφασίσουν να αναθέσουν σε άλλους τη φροντίδα του.

Η μητέρα ενός παιδιού με οποιουδήποτε είδους διαταραχή πρέπει να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες, με διαφορετικές προσδοκίες από το παιδί και τον εαυτό της. Με βάση τις περισσότερες εργασίες πάνω στην προσαρμογή, οι Cunningham και Davis (1985) προτείνουν ένα μοντέλο που θεωρεί τη διεργασία προσαρμογής ως μια σειρά από *στάδια* και θα πρέπει να χρησιμοποιείται από τους ειδικούς σαν οδηγός στη συμβουλευτική τους παρέμβαση. Το *πρώτο στάδιο* είναι τα στάδια του *σοκ* (shock), το οποίο νιώθουν και οι δύο γονείς, όταν μαθαίνουν για τη μειονεξία και που εκδηλώνεται με συναισθηματική αποδιοργάνωση, δυσπιστία και σύγχυση και μπορεί να διαρκέσει λίγα λεπτά ή λίγες μέρες. Το *δεύτερο στάδιο* είναι το στάδιο της *αντίδρασης*, κατά το οποίο οι γονείς εκφράζουν λύπη, θλίψη και απελπισία, καθώς αρχίζουν να αναδιοργανώνονται μέσα από τη συζήτηση. Έχουν ανάγκη να μιλήσουν σε κάποιον, που θα τους ακούσει με συμπάθεια και θα τους δώσει ειλικρινείς πληροφορίες. Στο *τρίτο στάδιο*, το στάδιο της *προσαρμογής*, γίνεται μια ρεαλιστική εκτίμηση και οι γονείς θέλουν να μάθουν τι μπορούν να κάνουν. Χρειάζονται ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες για



την ιατρική και εκπαιδευτική αντιμετώπιση του παιδιού και για το μέλλον του. Τέλος, στο *τέταρτο στάδιο του προσανατολισμού* οι γονείς αρχίζουν να αναζητούν βοήθεια και ενημέρωση και να προγραμματίζουν το μέλλον. Μερικοί γονείς μπορεί να ταλαντεύονται ανάμεσα σε αυτά τα στάδια ή να μην τα περάσουν καθόλου.

Θετικό μήνυμα αποτελεί το γεγονός ότι οι περισσότεροι γονείς, τελικά, αποδέχονται και αγαπούν το παιδί τους. Δε ξέρουμε πως ακριβώς γίνεται αυτό. Ίσως η διεργασία αυτή να επηρεάζεται από τελείως διαφορετικούς μεταξύ τους παράγοντες, όπως, τα χαρακτηριστικά του παιδιού, οι προσδοκίες που έχουν οι γονείς, η γενική τους φιλοσοφία και ο τρόπος που ερμηνεύουν τη μειονεξία, η μεταξύ τους σχέση, ο τρόπος ζωής τους, η υποστήριξη της κοινότητας και η παροχή υπηρεσιών (Τσιάντης Ι. , Μανωλόπουλος Σ. 1989).

**Συμπέρασμα:** Η θετική στάση του γονέα και ιδιαίτερα της μητέρας απέναντι στις δυσκολίες του παιδιού, αυτομάτως, επιδρά θετικά στην ψυχολογία του τονώνοντας την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή του. Η αίσθηση ότι έχει συμμάχους τους γονείς του, πρόθυμους να του συμπαρασταθούν όσο και όπως χρειάζεται, σε όποια δυσκολία κι αν αντιμετωπίζει, βοηθά το παιδί να νιώθει ασφάλεια, έτσι ώστε να μπορέσει να αξιοποιήσει στο μέγιστο βαθμό τις δυνατότητές του.

### **3.8. Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ**

Ιστορικά, η συμβουλευτική των γονέων, που στόχος της είναι να βοηθήσει τους γονείς στην αντιμετώπιση του παιδιού, προέρχεται από δύο κυρίως θεωρητικούς προσανατολισμούς: τη συμβουλευτική αντικατοπτρισμού (reflective counseling) και τη συμβουλευτική που διέπεται από τις αρχές της θεωρίας της συμπεριφοράς (behavioural counseling). Στη συμβουλευτική αντικατοπτρισμού ή μη κατευθυνόμενη συμβουλευτική (non – directive

counseling), οι γονείς ενθαρρύνονται να εκφράσουν και να εξετάσουν τα δικά τους αισθήματα προς το παιδί και επίσης να συνειδητοποιήσουν και να αποδεχθούν τα συναισθήματα και τις ανάγκες του παιδιού. Αυτή η προσέγγιση βασίζεται στην πεποίθηση ότι αυτό θα βοηθήσει τους γονείς να αντιμετωπίσουν καλύτερα το παιδί. Στη συμβουλευτική που διέπεται από τις αρχές της θεωρίας της συμπεριφοράς δίνεται έμφαση στην ενεργό βοήθεια προς τους γονείς για να μάθουν πώς να διδάσκουν στο παιδί νέες δεξιότητες και πώς να χειρίζονται την προβληματική συμπεριφορά του. Σήμερα επικρατεί γενικά η άποψη ότι η συμβουλευτική αρχίζει με τον εντοπισμό των ειδικών αναγκών των γονέων και του παιδιού τους, καθώς και με την άμεση αντιμετώπισή τους.

Στα πρώτα στάδια της συμβουλευτικής οι γονείς μπορεί να χρειαστούν βοήθεια για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματά τους απέναντι στο γεγονός ότι έχουν μειονεκτικό παιδί και συγχρόνως, συμβουλές για το πώς να προωθήσουν την καλύτερη δυνατή εξέλιξή του. Αργότερα το παιδί ίσως χρειαστεί πιο ειδική βοήθεια για να ξεπεράσει συγκεκριμένες δυσκολίες και πιθανά προβλήματα συμπεριφοράς. Οι ανάγκες των γονέων διαφέρουν, όπως διαφέρουν και οι επιθυμίες τους για τις υπηρεσίες που θα ήθελαν να τους προσφέρονται. Μια σημαντική άποψη του ρόλου που έχει να παίξει ο ειδικός είναι να διαπιστώνει, μαζί με τους γονείς, τι είδους πληροφόρηση είναι απαραίτητη για να διαμορφώσουν τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων, οι οποίοι δε θα υποσκάπτουν την αυτοεκτίμηση και την εμπιστοσύνη των γονέων στον εαυτό τους.

Η αποτελεσματική συμβουλευτική προϋποθέτει μια σειρά από δεξιότητες στις οποίες συμπεριλαμβάνονται: ικανότητα να επικοινωνεί κανείς και να είναι καλός ακροατής, διεξοδική γνώση των νοητικών και άλλων μειονεξιών, καθώς και ανάλογες ικανότητες για την αντιμετώπιση των μειονεκτικών παιδιών, ικανότητα να παραδέχεται κανείς ότι δε μπορεί να απαντήσει σε ορισμένα ερωτήματα και να συμβουλευτείται ή να συνεργάζεται με άλλους ειδικούς όταν

χρειάζεται, συναισθηματική προβλητική ταύτιση (ενσυναισθησία – empathy) και σεβασμός για την άποψη των γονέων, δημιουργία σχέσης μεταξύ γονέων και ειδικού, στην οποία οι ρόλοι και οι ευθύνες του καθενός είναι σαφώς καθορισμένα, ευελιξία στην αντιμετώπιση των αναγκών που έχει η κάθε οικογένεια τη δεδομένη στιγμή, ικανότητα να παρεμβαίνει κανείς όσο το δυνατό λιγότερο και τέλος, συνεχής αξιολόγηση των στόχων και της παρέμβασης (Τσιάντης Ι. , Μανωλόπουλος Σ. 1989).

### **3.9.Η ΠΡΩΤΗ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

Η πρώτη συνάντηση των γονέων με τον λογοπεδικό σχετικά με τις δυσκολίες που παρουσιάζει το παιδί τους στη λεκτική επικοινωνία είναι πάρα πολύ σημαντική και καθοριστική για την περαιτέρω πορεία του παιδιού και της οικογένειάς του.

Οι Annerose Keilmann, Ludwig Braun, Ulrike Napiontek, Eric Manders και Veerle Verbruggen υποστηρίζουν ότι: Η συμμόρφωση των παιδιών και των γονέων τους είναι πολύ σημαντική για την έκβαση της ομιλία-γλωσσικής θεραπείας στα παιδιά.

Από εκείνη τη στιγμή ξεκινά μια κοινή προσπάθεια γονέων – παιδιού – λογοθεραπευτή, ως προς την αναγνώριση και την εκτίμηση των δυσκολιών που έχει το παιδί στη λεκτική επικοινωνία, καθώς και όλων των ψυχολογικών, οικογενειακών, μαθησιακών, σχολικών, κοινωνικών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν το μέγεθος της διαταραχής του λόγου.

Στη διάρκεια της πρώτης συνέντευξης ο λογοπεδικός συγκεντρώνει ορισμένες πληροφορίες με στόχο τη διερεύνηση:

- Της πιθανής αιτιολογίας βάσει της γνώσης των παραγόντων που ενοχοποιούνται για την καθυστερημένη εξέλιξη του λόγου στο παιδί.
- Των παραγόντων που αυξάνουν το μέγεθος της υπάρχουσας διαταραχής.

- Των παραγόντων που βοηθούν στην απόκτηση του λόγου και γενικά την εξέλιξη του παιδιού, πάνω στους οποίους ο λογοπεδικός βασίζεται για να προγραμματίσει την παρέμβασή του.

Οι παραπάνω πληροφορίες συγκεντρώνονται σε τρεις ενότητες:

### **1. Γενικές πληροφορίες για το παιδί και το περιβάλλον στο οποίο αυτό κινείται:**

- I. Η ηλικία του παιδιού, οι κοινωνικό – οικονομικές συνθήκες διαβίωσης, αγχογόνοι παράγοντες όπως διαπληκτισμοί στην οικογένεια, διαζύγιο, διάσταση, γέννηση παιδιού κ.λ.π.
- II. Πότε οι γονείς ανησύχησαν για τις δυσκολίες του παιδιού, σε ποιους ειδικούς απευθύνθηκαν, ποια ήταν η διάγνωση και ποιες ήταν οι προτάσεις τους.
- III. Όλα τα συμπληρωματικά στοιχεία από εξετάσεις που τυχόν προηγήθηκαν της λογοπεδικής εκτίμησης.

### **2. Η εξέλιξη του παιδιού:**

- I. Λεπτομερειακή διερεύνηση της ψυχολογικής και σωματικής κατάστασης της μητέρας από τη στιγμή της σύλληψης του παιδιού και καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και της αποδοχής της εγκυμοσύνης από τους γονείς. Αυτή είναι μια πολύ ευαίσθητη περίοδος στη διάρκεια της οποίας σχηματίζεται το Κ.Ν.Σ., το όργανο της άρθρωσης και της ακοής.
- II. Πληροφορίες για τις συνθήκες της γέννας, την κατάσταση του νεογνού, το θηλασμό, τη λεπτομερή ψυχοκινητική εξέλιξη του παιδιού, με ιδιαίτερη όμως έμφαση στην εξέλιξη του λόγου.

- III. Επιπλέον, συγκεντρώνονται οι πληροφορίες για την ψυχολογική κατάσταση της μητέρας κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία του παιδιού, καθώς και για τυχόν αποχωρισμούς.
- IV. Ψυχοκοινωνικά βιώματα του παιδιού με επιπτώσεις στο λόγο και συγκεκριμένα πώς αισθάνεται το παιδί και πως αντιδρά όταν δε μπορεί να εκφράσει τον εσωτερικό του κόσμο, πως βιώνει το γεγονός ότι οι άλλοι δεν το καταλαβαίνουν.
- V. Ο βαθμός προσαρμογής του παιδιού στο εκπαιδευτικό περιβάλλον, οι δυνατότητες μάθησης, ο τρόπος και η ποιότητα επικοινωνίας του παιδιού στο σχολικό περιβάλλον.

### **3 .Η οικογένεια του παιδιού, που περιλαμβάνει:**

- I. Τα στοιχεία για τους γονείς και το συγγενικό περιβάλλον του παιδιού.
- II. Την επιρροή της διαταραχής του λόγου στη σχέση των γονέων με τα άλλα παιδιά, στην κοινωνική γενικότερα ζωή της οικογένειας.
- III. Τον τρόπο και την ποιότητα της επικοινωνίας των γονέων με το παιδί τους. Η δυναμική που υπάρχει στη σχέση τους μπορεί να επηρεάσει τη γλωσσική εξέλιξη του παιδιού. Μεταξύ άλλων ο Hubbel υπογραμμίζει ότι μερικές πλευρές της γονεϊκής γλώσσας, που λειτουργεί ως μοντέλο διευκόλυνσης με το παιδί που παρουσιάζει διαταραχή στο λόγο, ίσως να συμβάλλουν στη διατήρηση του γλωσσικού προβλήματος.

Οι Bogdanowicz (1989), Sovak (1971), Harris (1978) υπογραμμίζουν ότι οι γονείς των παιδιών με διαταραχές στο λόγο συνήθως συγκεντρώνουν αποκλειστικά τη προσοχή τους στο μειονέκτημα του παιδιού, δεν αποδέχονται άλλους τρόπους επικοινωνίας, παίρνουν υπεραπαιτητική, αυστηρή στάση απέναντι σε αυτό, το «κόβουν», απαιτούν να το ξαναπεί, το διορθώνουν μπροστά σε άλλους, δε του

δίνουν σημασία και συχνά ντρέπονται για το παιδί τους. Ή αντίθετα, μέσα από την υπερπροστατευτική στάση τους, πραγματοποιούν την κάθε επιθυμία του παιδιού πριν αυτό προλάβει να εκφραστεί, ελαττώνοντας τα κίνητρα για ομιλία.

- IV. Ο τρόπος και ο βαθμός που η κοινωνία, δηλαδή το οικείο και ευρύ περιβάλλον, αποδέχεται το παιδί με διαταραχή στο λόγο και τους γονείς του και το βοηθά στην ένταξή του στην οικογένεια, την ομάδα των συνομηλίκων, το σχολείο και μελλοντικά στο χώρο της εργασίας.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει συνεχώς κατά νου ότι το πρόβλημα αφορά εξίσου τους γονείς και το παιδί, ότι το εκπαιδευτικό πλαίσιο και ίσως η μισή από την προσπάθειά του πρέπει να απευθυνθεί στους γονείς και τους εκπαιδευτικούς (Τσιάντης Ι. 1994).

### **3.10. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ**

Η αντιμετώπιση των διαταραχών του λόγου είναι αντικείμενο της λογοθεραπείας. Οι σύγχρονες προσεγγίσεις ανάπτυξης της δομής του λόγου εφαρμόζουν «περιβαλλοντικού» τύπου μεθόδους, στις οποίες η παρέμβαση γίνεται στα πλαίσια «φυσιολογικών» επεισοδίων συζήτησης. Κατά τα τελευταία χρόνια, ενισχύεται η ενεργός συμμετοχή των γονέων, κυρίως των μικρών παιδιών. Ομαδικές προσεγγίσεις, που εστιάζονται στην εκπαίδευση – υποστήριξη των γονέων, χρησιμοποιούν, συχνά, βιντεοσκοπημένα στιγμιότυπα λειτουργικής αλληλεπίδρασης γονέα (κυρίως της μητέρας) – παιδιού, που διευκολύνει την επικοινωνία. Ειδικά προγράμματα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, τα οποία στηρίζονται στην άποψη ότι οι δυσκολίες λόγου οφείλονται σε αδυναμίες ακουστικής διάκρισης, εφαρμόζονται για την εκπαίδευση σε συγκεκριμένα στοιχεία του λόγου και για τη βελτίωση της ακουστικής επεξεργασίας (ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Β . Α. 2005).

Οι περισσότεροι γονείς θέλουν να γνωρίζουν πως μπορούν να βοηθήσουν την ανάπτυξη του παιδιού τους. Αναζητούν καθοδήγηση, γιατί δεν πιστεύουν ότι οι ίδιοι μπορούν να προσφέρουν σωστή γονεϊκή φροντίδα σε ένα παιδί με δυσκολίες **(Τσιάντης Ι. , Μανωλόπουλος 1989)**. Ο πατέρας όμως συχνά είναι λιγότερο διαθέσιμος, λόγω φόρτου εργασίας και έλλειψης χρόνου, όπως διαπιστώνεται από πολλούς ερευνητές. Γι' αυτό η συνεργασία πραγματοποιείται κυρίως με τη μητέρα. Άλλωστε αυτή ασχολείται περισσότερο με το παιδί **(Ζαφειροπούλου Μ. , Κλεφταράς Γ. 2004)**.

Οι περισσότερες δυσκολίες του λόγου, ανάλογα με το είδος και τη σοβαρότητά τους, απαιτούν κάποιες σταθερές συνεργασίες σε μόνιμη βάση και κάποιες άλλες συμπληρωματικές συνεργασίες, π.χ. η συνεργασία του λογοπεδικού με τον παιδαγωγό (εάν το παιδί πηγαίνει σχολείο), παιδονευρολόγο, παιδοψυχολόγο, νευροψυχολόγο και ακουολόγο. Συμπληρωματικά μπορεί να υπάρξει συνεργασία με παιδοψυχίατρο, φωνίατρο, ενδοκρινολόγο, ορθοδοντικό, οφθαλμίατρο κ.λ.π. **(Τσιάντης Ι. 1994)**.

Μια διεξοδική και προσεκτική αξιολόγηση των ικανοτήτων και των δυσκολιών του παιδιού είναι ένα απαραίτητο πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση των αναγκών του. Μια τέτοια αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει τον έλεγχο των γνωστικών και γλωσσικών ικανοτήτων (π.χ. μαθησιακός, φωνολογικός, αντιληπτικός έλεγχος κ.λ.π.) και των ικανοτήτων του για παιχνίδι, του βαθμού αυτοεξυπηρέτησης, της λειτουργίας των συναισθηματικών προβλημάτων και των προβλημάτων συμπεριφοράς. Σε κάποιες περιπτώσεις, πρέπει, επίσης, να ληφθούν υπόψη η σωματική υγεία του παιδιού, οι αισθητηριοκινητικές λειτουργίες και τυχόν ιατρικά προβλήματα. Τα τελευταία χρόνια, σε πολλά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης, έχει δοθεί περισσότερη προσοχή στις ανάγκες των βρεφών και των παιδιών προσχολικής ηλικίας που μειονεκτούν. Οι κύριοι στόχοι των προγραμμάτων αυτών είναι να προωθήσουν, κυρίως με τη συνεργασία της μητέρας, την καλύτερη εξέλιξη του παιδιού και να

ελαχιστοποιήσουν δευτερεύουσες μειονεξίες. Συνήθως, στα προγράμματα αυτά, ένα ειδικά εκπαιδευμένο άτομο (κοινωνικός λειτουργός, σύμβουλος ή ψυχολόγος), συζητά, σε τακτά χρονικά διαστήματα, με τη μητέρα για την πρόοδο του παιδιού και ορίζουν συγκεκριμένα δραστηριότητες και ασκήσεις που θα διδάξει η μητέρα στο παιδί. Συγχρόνως παρέχει ένα πλαίσιο για την επιλογή των δεξιοτήτων που πρέπει να διδαχθεί το παιδί. Η μητέρα μαθαίνει πώς να διδάξει το παιδί της και να ελέγχει την πρόοδό του. Η έμφαση δίνεται στην πρόοδο του παιδιού, αλλά, όταν χρειάζεται, γίνεται φυσικά συζήτηση και για άλλα θέματα που απασχολούν τους γονείς σχετικά με το παιδί.

Συχνά τονίζεται στους γονείς ότι πρέπει να παρέχουν στο παιδί ένα περιβάλλον «πλούσιο σε ερεθίσματα». Ο όρος αυτός μπορεί να παρανοηθεί: ο απλός βομβαρδισμός του παιδιού με ερεθίσματα, είτε αυτά είναι ήχοι, κουβέντα, εικόνες ή αντικείμενα δε βοηθά. Το παιδί χρειάζεται να εμπλακεί ενεργά σε εμπειρίες που έχουν νόημα, ενδιαφέρον και σε επίπεδο που να μπορεί να τις καταλάβει. Αυτό σημαίνει ότι ο γονέας πρέπει να διαμορφώσει έτσι την κατάσταση, ώστε να εξασφαλίσει την ενεργό απασχόλησή με εξελικτικά κατάλληλες και σχετικές με την ηλικία του δραστηριότητες. Επίσης, οι γονείς πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι τα μειονεκτικά παιδιά έχουν συχνά πιο αργές αντιδράσεις και επομένως, πρέπει να τους επιτρέπουν χρόνο. Ακόμα είναι σημαντικό, για την ενθάρρυνση της πρωτοβουλίας, να αντιδρά κανείς με ευαισθησία στις προσπάθειες του παιδιού (Τσιάντης Ι. , Μανωλόπουλος Σ. 1989).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### 4.1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

#### **A. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

#### **B. Πληθυσμός - Δείγμα**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 118 μητέρες ηλικίας 18 έως 55 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 47 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Από αυτές 28 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και 19 εναλλακτικών απαντήσεων. Χορηγήθηκε στις 118 μητέρες, οι οποίες ήταν όλες πρόθυμες να το συμπληρώσουν. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στις μητέρες προς συμπλήρωση από τους υπεύθυνους κάθε κέντρου.

#### **Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από το Ιούνιο του 2010 έως και το...Σεπτέμβριο του 2010 σε ιδιωτικά κέντρα του Ν. Αττικής.

#### **Δ. Συλλογή δεδομένων**

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές (Τσιάντης) και διεθνείς μελέτες (Susan c. Meyers , Frances j. Freemam). Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε

ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

### **Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου ως μητέρα με παιδί που παρουσίαζε διαταραχές λόγου και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:
- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

### **ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής**

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

## **Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

### **1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:**

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

### **2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:**

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθεισών έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό,

χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθεισών.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν  $\chi^2$ -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ( $r$ ) (Spearman rank order correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα  $[-1, +1]$ . Οι τιμές  $+1$ ,  $-1$  αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή  $0$  αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα  $p < 0.05$  (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

## 4.2.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 118 μητέρες ηλικίας 18 έως 55 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

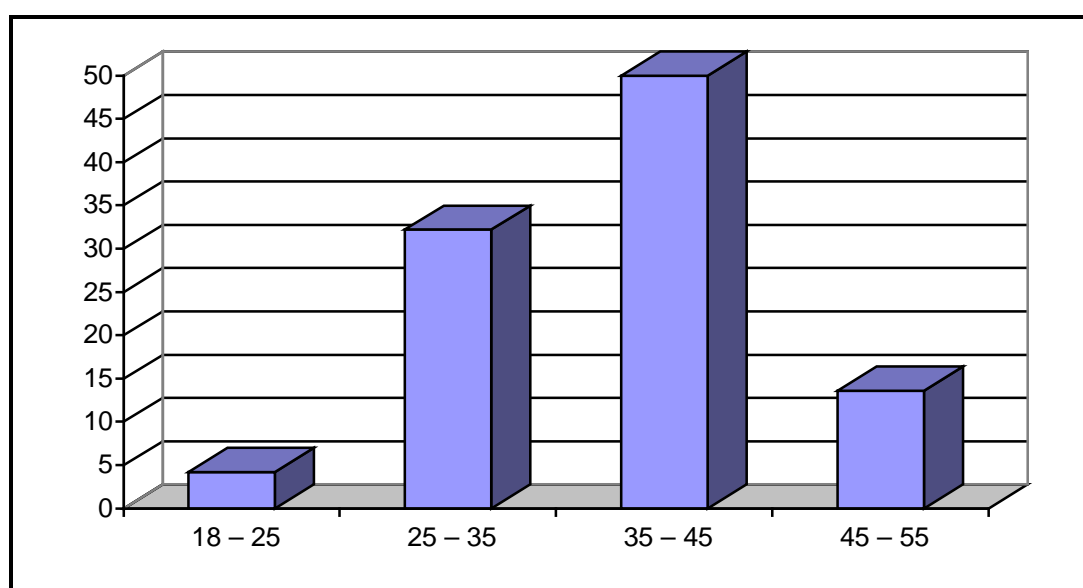
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Το 50,0% των ερωτηθεισών μητέρων ήταν ηλικίας 35 – 45 ετών, το 32,2% αυτών ήταν ηλικίας 25 – 35 ετών, το 13,6% αυτών ηλικίας 45 – 55 ετών και το υπόλοιπο 4,2% ηλικίας 18 – 25 ετών (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθεισών μητέρων.

Ηλικία μητέρων	N=118	Percent (%)
18 – 25	5	4,2
25 – 35	38	32,2
35 – 45	59	50,0
45 – 55	16	13,6

Σχήμα 1: Ηλικία ερωτηθεισών μητέρων.

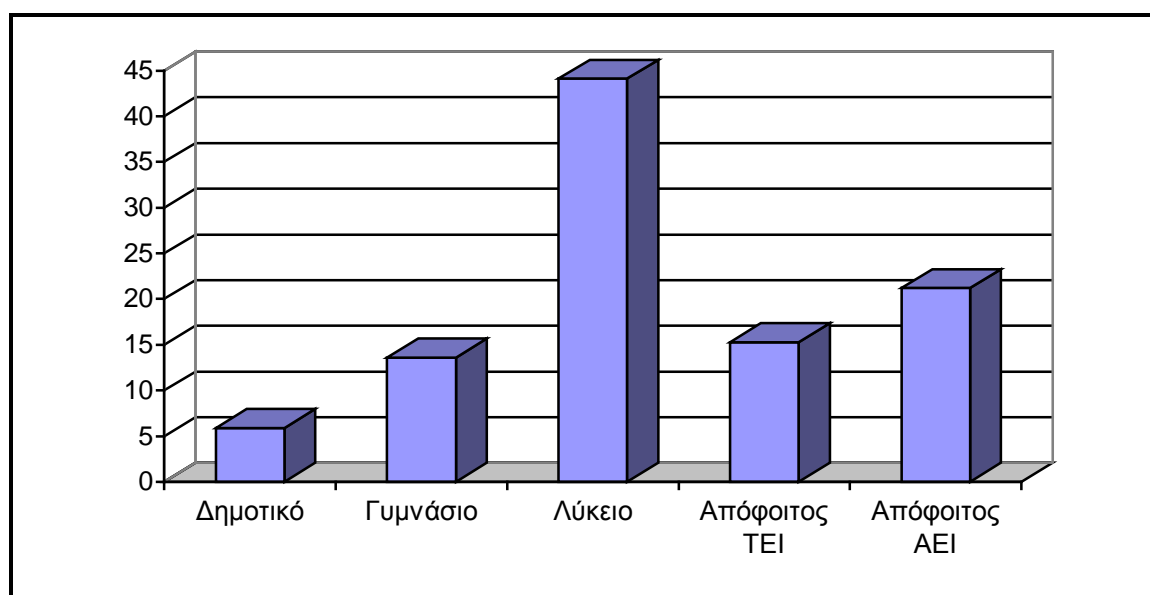


Το 44,1% των μητέρων που ερωτήθηκαν ήταν απόφοιτες Λυκείου, το 36,5% αυτών είχαν πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης και το υπόλοιπο 19,5% είχαν απολυτήριο δημοτικού ή γυμνασίου (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 2: Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθεισών μητέρων.

Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθεισών μητέρων	N=118	Percent (%)
Δημοτικό	7	5,9
Γυμνάσιο	16	13,6
Λύκειο	52	44,1
Απόφοιτος ΤΕΙ	18	15,3
Απόφοιτος ΑΕΙ	25	21,2

Σχήμα 2: Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθεισών μητέρων.

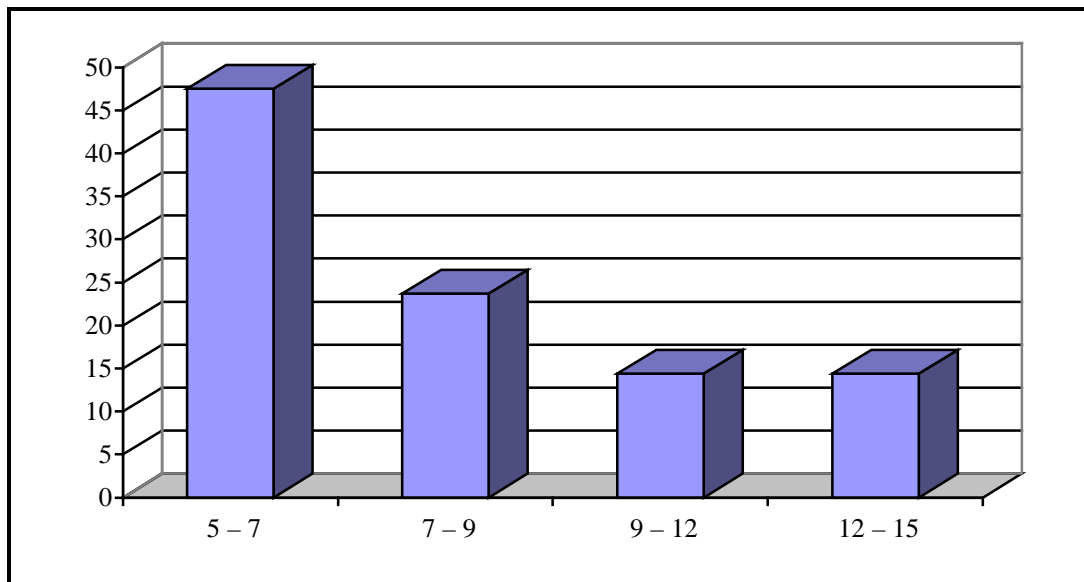


Το 47,5% των ερωτηθεισών μητέρων είχαν παιδιά στην ηλικία των 5 – 7 ετών, το 23,7% αυτών είχαν παιδιά ηλικίας 7 – 9 ετών και το 14,4% αυτών είχε είτε παιδιά ηλικίας 9 – 12 ετών είτε ηλικίας 12 – 15 ετών (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς την ηλικία των παιδιών τους.

Κατανομή ερωτηθεισών ως προς την ηλικία των παιδιών τους	N=118	Percent (%)
5 – 7	56	47,5
7 – 9	28	23,7
9 – 12	17	14,4
12 – 15	17	14,4

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς την ηλικία των παιδιών τους.

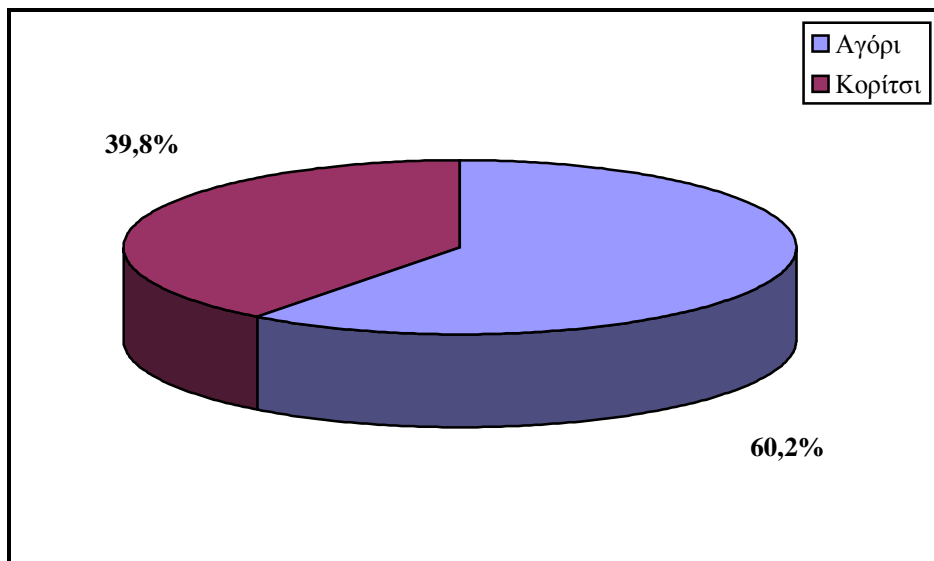


Το 60,2% των παιδιών των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα ήταν αγόρια και το 39,8% κορίτσια (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το φύλο των παιδιών τους.

Φύλο παιδιών	N=118	Percent (%)
Αγόρι	71	60,2
Κορίτσι	47	39,8

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το φύλο των παιδιών τους.



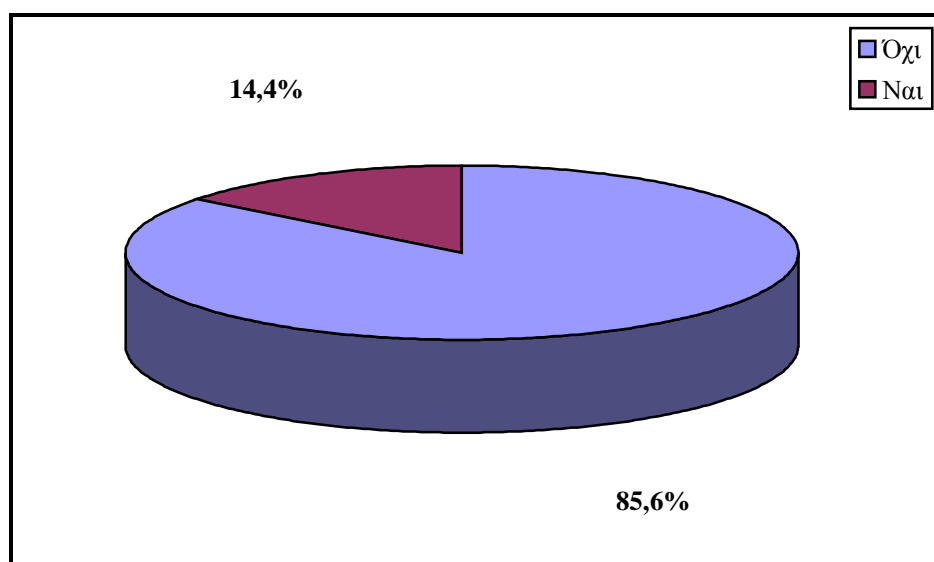
Το 85,6% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια της κύησης δεν ακολούθησαν φαρμακευτική αγωγή ενώ το υπόλοιπο 14,4% ότι ακολούθησε (Πίνακας 5, Σχήμα 5).



Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν κατά τη διάρκεια της κύησης ακολούθησαν φαρμακευτική αγωγή.

<b>Κατά την διάρκεια της κύησης ακολουθήσατε φαρμακευτική αγωγή;</b>	<b>N=118</b>	<b>Percent (%)</b>
Όχι	101	85,6
Ναι	17	14,4

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν κατά τη διάρκεια της κύησης ακολούθησαν φαρμακευτική αγωγή.

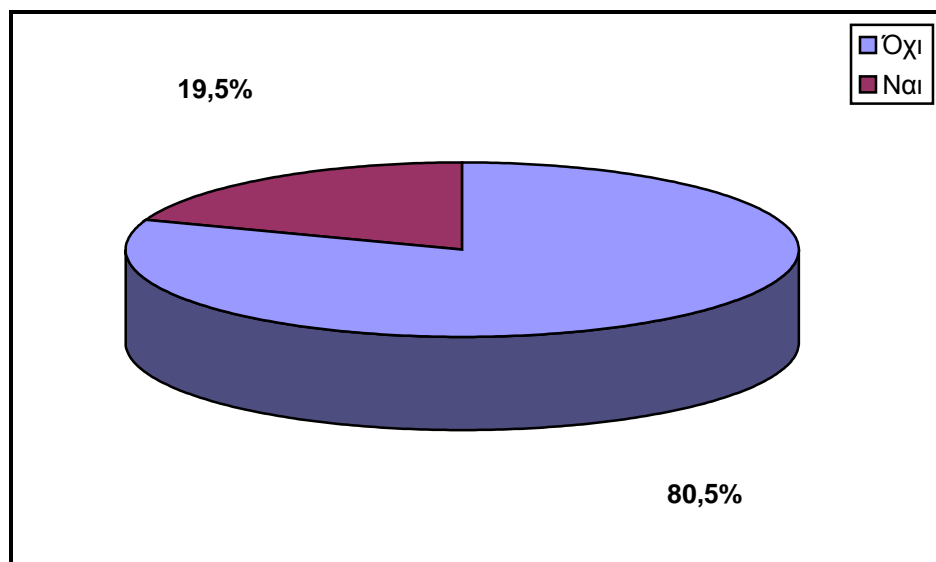


Το 80,5% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια της κύησης δεν κάπνιζαν ενώ το υπόλοιπο 19,5% ότι κάπνιζε (Πίνακας 6, Σχήμα 6).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν κατά τη διάρκεια της κύησης κάπνιζαν.

<b>Κατά την διάρκεια της κύησης καπνίζατε;</b>	<b>N=118</b>	<b>Percent (%)</b>
Όχι	95	80,5
Ναι	23	19,5

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν κατά τη διάρκεια της κύησης κάπνιζαν.

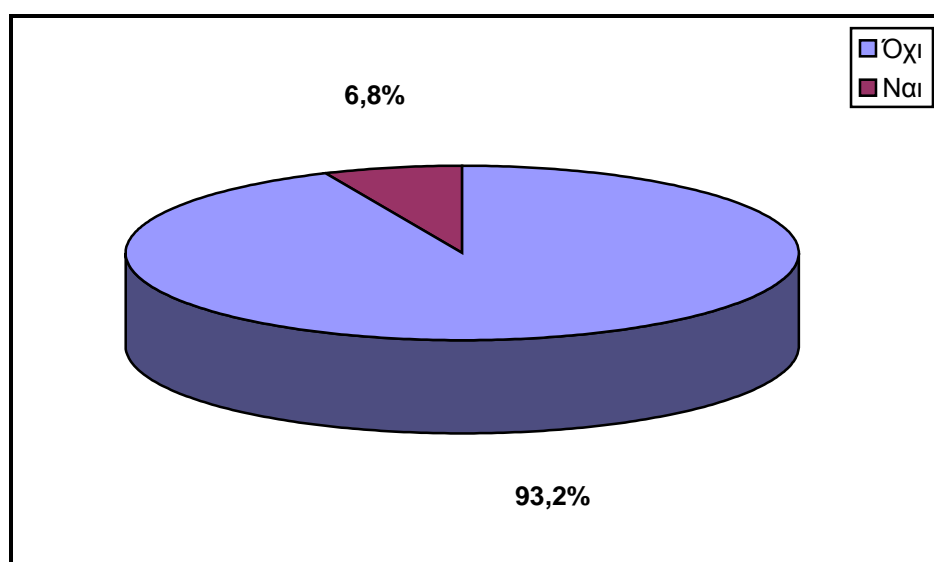


Το 93,2% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια της κύησης δεν κατανάλωναν αλκοολούχα ποτά. ενώ το υπόλοιπο 6,8% ότι κατανάλωνε (Πίνακας 7, Σχήμα 7).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν κατά τη διάρκεια της κύησης καταναλώναν αλκοολούχα ποτά.

<b>Κατά την διάρκεια της κύησης καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά;</b>	<b>N=118</b>	<b>Percent (%)</b>
Όχι	110	93,2
Ναι	8	6,8

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν κατά τη διάρκεια της κύησης καταναλώναν αλκοολούχα ποτά.

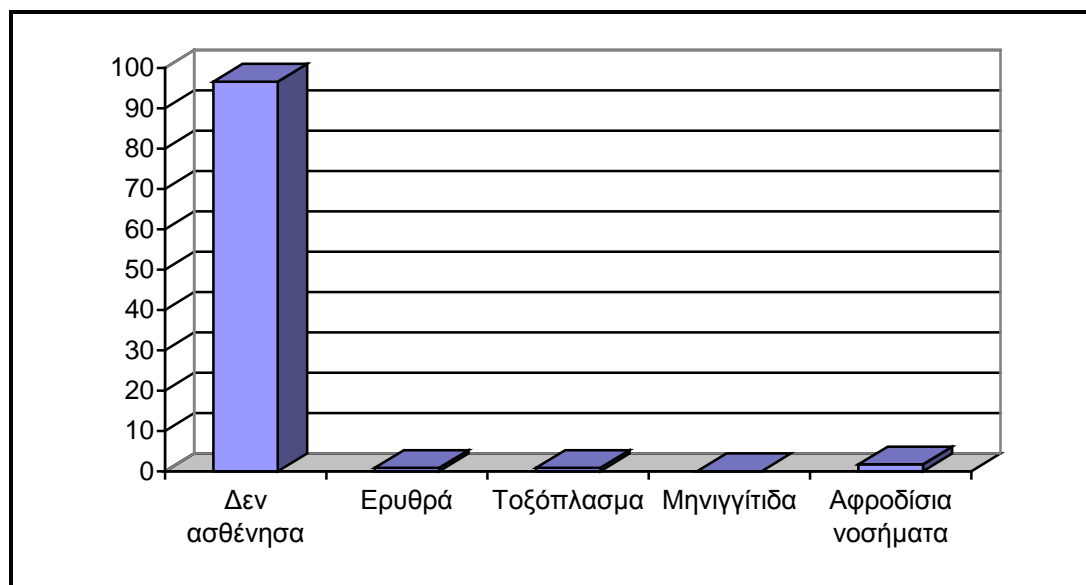


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (114 άτομα – ποσοστό 96,6%) δήλωσε ότι κατά τη διάρκεια της κύησης δεν ασθένησαν. Από τις υπόλοιπες 2 άτομα (ποσοστό 1,7%) δήλωσε ότι πέρασε αφροδίσια νοσήματα και από 1 άτομο (ποσοστό 0,8%) δήλωσε ότι πέρασε είτε ερυθρά είτε τοξόπλασμα (Πίνακας 8, Σχήμα 8).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν κατά τη διάρκεια της κύησης πέρασαν κάποια ασθένεια.

<b>Κατά τη διάρκεια της κύησης πέρασατε κάποια ασθένεια;</b>	<b>N=118</b>	<b>Percent (%)</b>
Δεν ασθένησα	114	96,6
Ερυθρά	1	0,8
Τοξόπλασμα	1	0,8
Μηνιγγίτιδα	0	0,0
Αφροδίσια νοσήματα	2	1,7

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν κατά τη διάρκεια της κύησης πέρασαν κάποια ασθένεια.

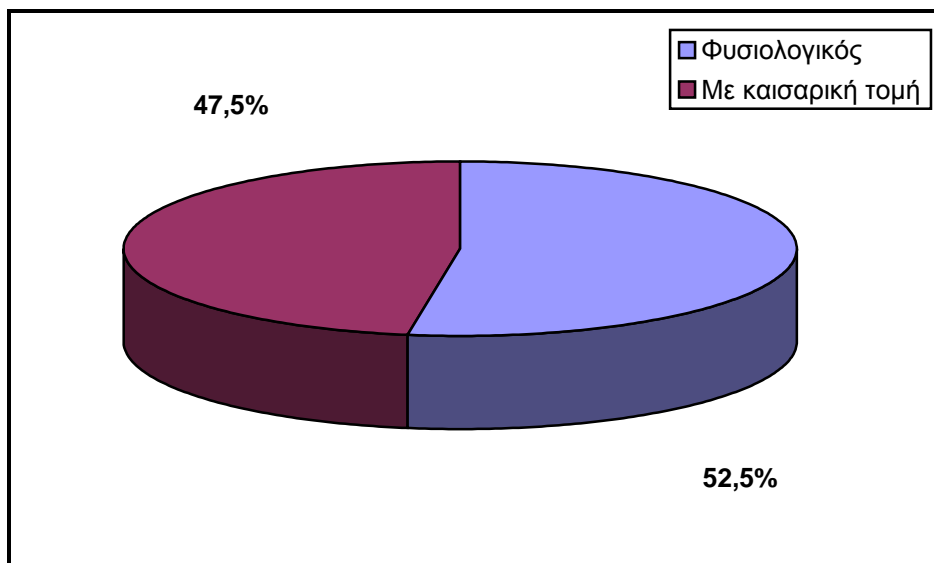


Το 52,5% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι ο τοκετός τους ήταν φυσιολογικός ενώ το υπόλοιπο 47,5% ότι ήταν με καισαρική τομή (Πίνακας 9, Σχήμα 9).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το είδος τοκετού που είχαν.

Είδος τοκετού	N=118	Percent (%)
Φυσιολογικός	62	52,5
Με καισαρική τομή	56	47,5

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το είδος τοκετού που είχαν.

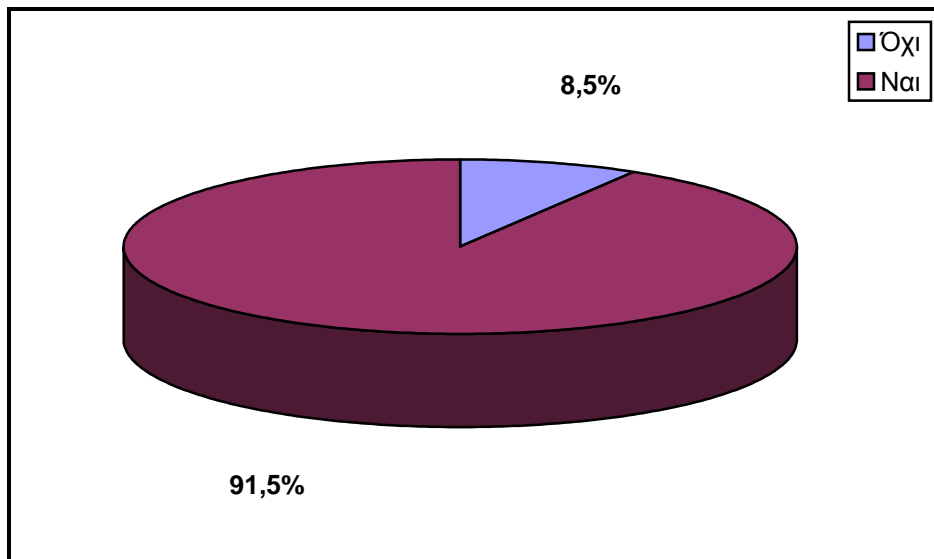


Το 91,5% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή, ενώ το υπόλοιπο 8,5% ότι δεν ήταν (Πίνακας 10, Σχήμα 10).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή.

Η εγκυμοσύνη σας ήταν επιθυμητή;	N=118	Percent (%)
Όχι	10	8,5
Ναι	108	91,5

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή.

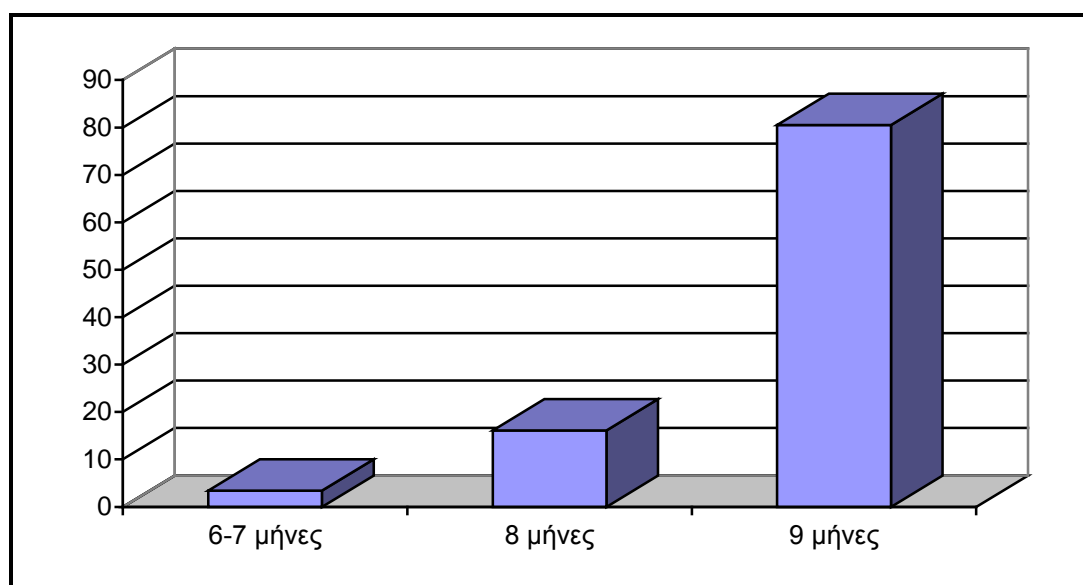


Το 80,5% των ερωτηθεισών μητέρων δήλωσε ότι η διάρκεια της εγκυμοσύνης τους ήταν 9 μήνες, το 16,1% δήλωσε ότι ήταν 8 μήνες και το 3,4% ότι ήταν 6-7 μήνες (Πίνακας 11, Σχήμα 11).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

Κατανομή ερωτηθεισών ως προς τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.	N=118	Percent (%)
6-7 μήνες	4	3,4
8 μήνες	19	16,1
9 μήνες	95	80,5

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

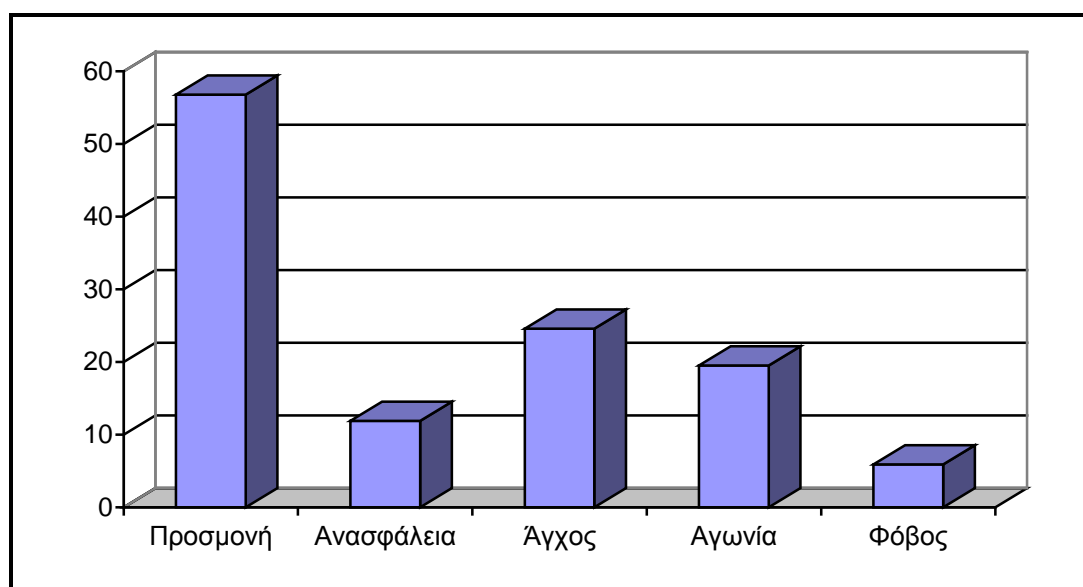


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (67 άτομα – ποσοστό 56,8%) δήλωσε ότι το κυρίαρχο συναίσθημα πριν τον τοκετό ήταν η προσμονή και ακολούθησαν το άγχος (29 άτομα – ποσοστό 24,6%) και η αγωνία (23 άτομα – ποσοστό 19,5%). Αντίθετα, 14 άτομα (ποσοστό 11,9%) δήλωσε ότι το κυρίαρχο συναίσθημα ήταν η ανασφάλεια και άλλα 7 άτομα (ποσοστό 5,9%) ότι ήταν ο φόβος (Πίνακας 12, Σχήμα 12).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς τα συναισθήματά τους πριν τον τοκετό.

<b>Ποιά τα συναισθήματά σας πριν τον τοκετό;</b>	<b>N=118</b>	<b>Percent (%)</b>
Προσμονή	67	56,8
Ανασφάλεια	14	11,9
Άγχος	29	24,6
Αγωνία	23	19,5
Φόβος	7	5,9

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς τα συναισθήματά τους πριν τον τοκετό.



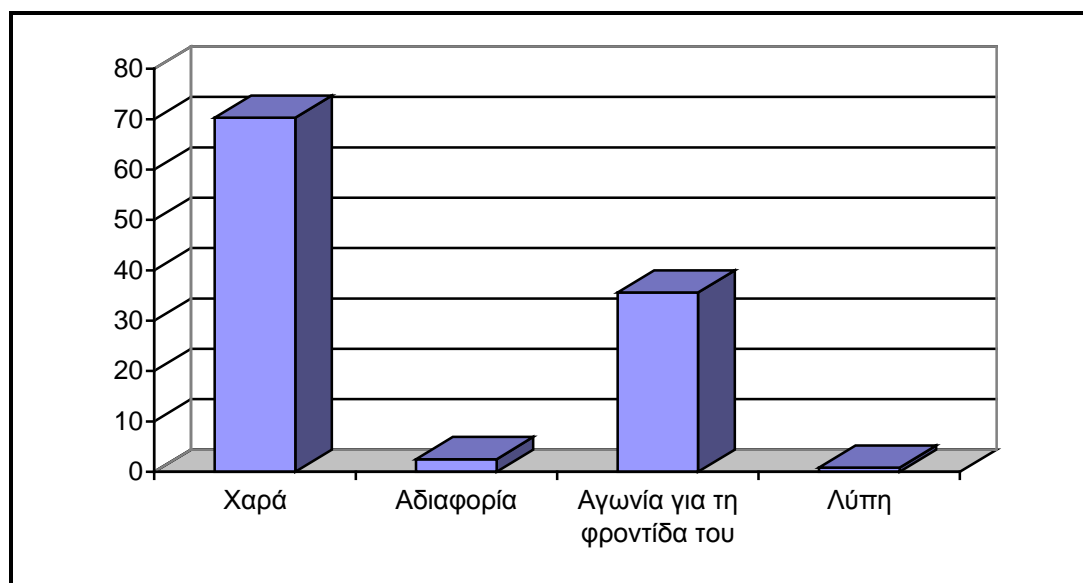
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (83 άτομα – ποσοστό 70,3%) δήλωσε ότι το κυρίαρχο συναίσθημα μετά τη γέννηση του παιδιού ήταν η χαρά και η αγωνία για τη φροντίδα του (42 άτομα – ποσοστό 35,6%). Αντίθετα, μόλις 3 άτομα (ποσοστό 2,5%) δήλωσε ότι το κυρίαρχο συναίσθημα ήταν η αδιαφορία και μόλις 1 άτομο (ποσοστό 0,8%) ότι ήταν η λύπη (Πίνακας 13, Σχήμα 13).



Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς τα συναισθήματά τους μετά τη γέννηση του παιδιού.

<b>Ποιά τα συναισθήματά σας μετά τη γέννηση του παιδιού;</b>	<b>N=118</b>	<b>Percent (%)</b>
Χαρά	83	70,3
Αδιαφορία	3	2,5
Αγωνία για τη φροντίδα του	42	35,6
Λύπη	1	0,8

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς τα συναισθήματά τους μετά τη γέννηση του παιδιού.

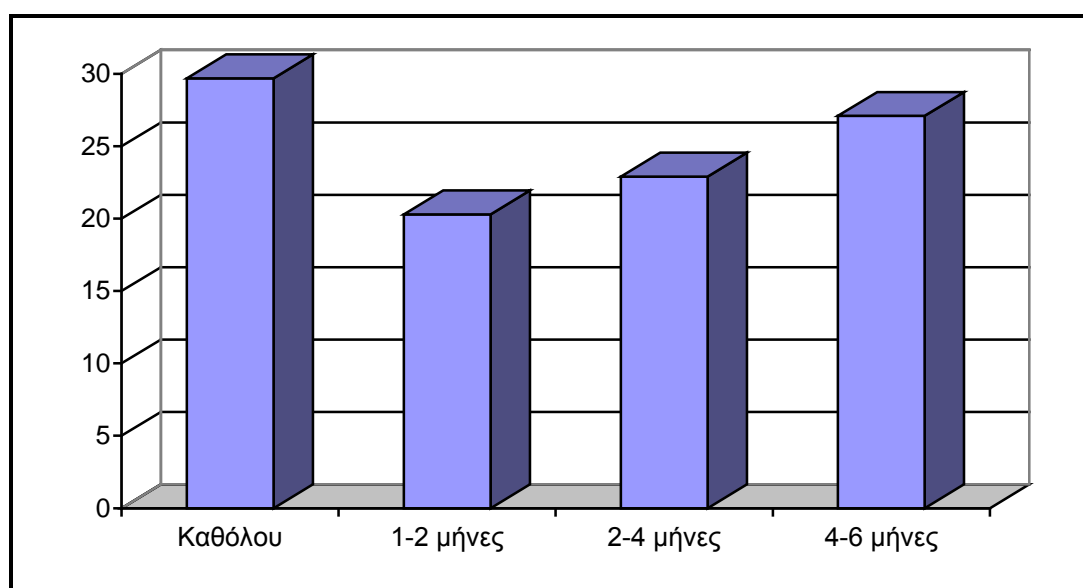


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (35 άτομα – ποσοστό 29,7%) δήλωσε ότι δεν θήλασε καθόλου. Από τις υπόλοιπες 32 άτομα (ποσοστό 27,1%) δήλωσαν ότι θήλασαν 4-6 μήνες, 27 άτομα (ποσοστό 22,9%) δήλωσαν ότι θήλασαν 2-4 μήνες και οι υπόλοιπες 24 (ποσοστό 20,3%) δήλωσαν ότι θήλασαν 1-2 μήνες (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός.

Πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός;	N=118	Percent (%)
Καθόλου	35	29,7
1-2 μήνες	24	20,3
2-4 μήνες	27	22,9
4-6 μήνες	32	27,1

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το πόσο χρονικό διάστημα διήρκεσε ο θηλασμός.

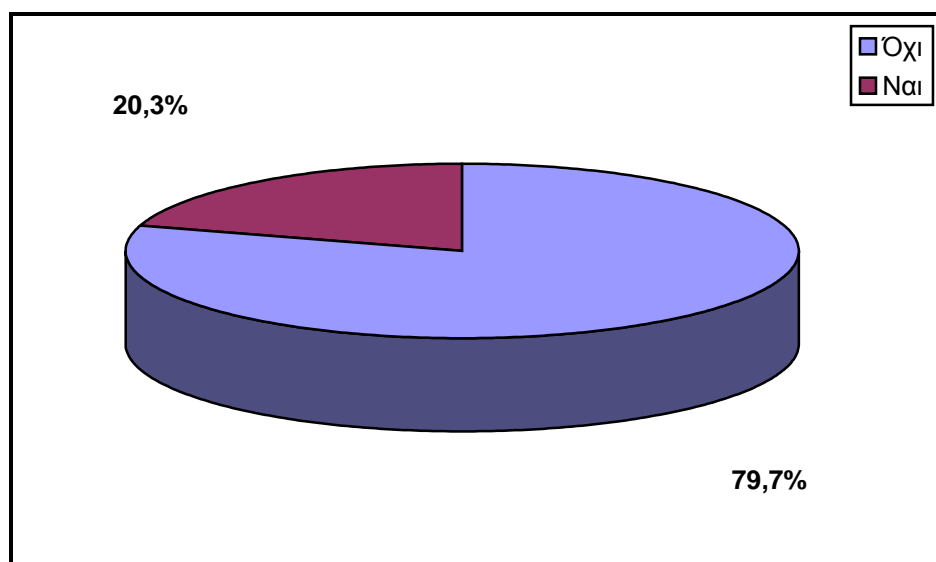


Το 79,7% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι δεν πέρασαν κατάθλιψη έπειτα από την γέννηση του παιδιού, ενώ το υπόλοιπο 20,3% ότι πέρασαν (Πίνακας 15, Σχήμα 15).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν πέρασαν κατάθλιψη έπειτα από την γέννηση του παιδιού.

Περάσατε κατάθλιψη έπειτα από τη γέννηση του παιδιού;	N=118	Percent (%)
Όχι	94	79,7
Ναι	24	20,3

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν πέρασαν κατάθλιψη έπειτα από την γέννηση του παιδιού.

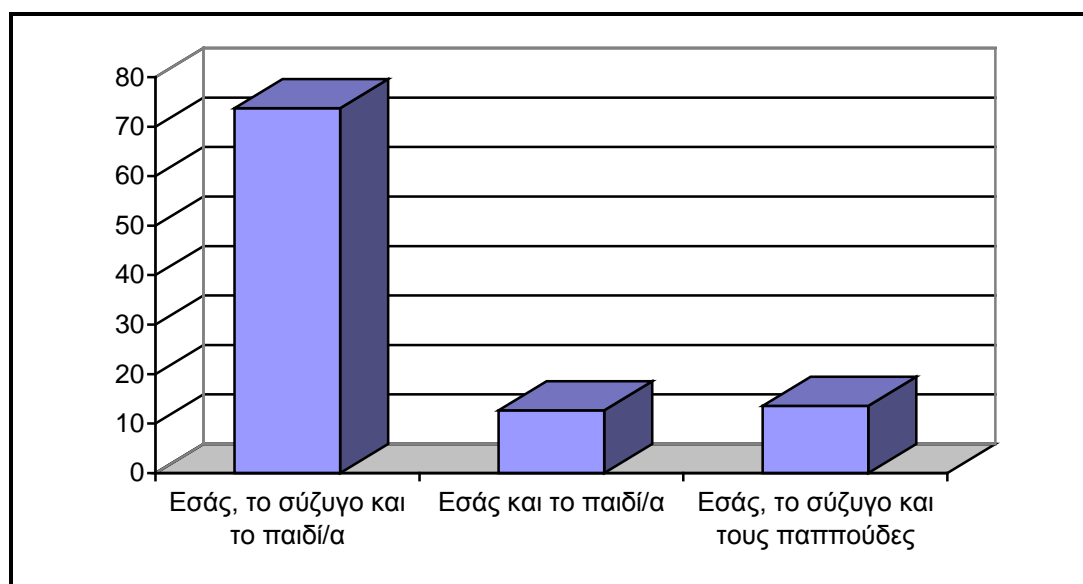


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (87 άτομα – ποσοστό 73,7%) δήλωσε ότι η οικογένειά τους αποτελείται από τις ίδιες, το σύζυγο και το παιδί/ά. Αντίθετα, 16 άτομα (ποσοστό 13,6%) δήλωσαν ότι η οικογένειά τους αποτελείται από τις ίδιες, το σύζυγο και τους παππούδες και οι υπόλοιπες 15 (ποσοστό 12,7%) ότι αποτελείται από τις ίδιες και το παιδί/ά (Πίνακας 16, Σχήμα 16).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το από ποιους αποτελείται η οικογένειά τους.

<b>Η οικογένεια σας αποτελείται από;</b>	<b>N=118</b>	<b>Percent (%)</b>
Εσάς, το σύζυγο και το παιδί/α	87	73,7
Εσάς και το παιδί/α	15	12,7
Εσάς, το σύζυγο και τους παππούδες	16	13,6

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το από ποιους αποτελείται η οικογένειά τους.

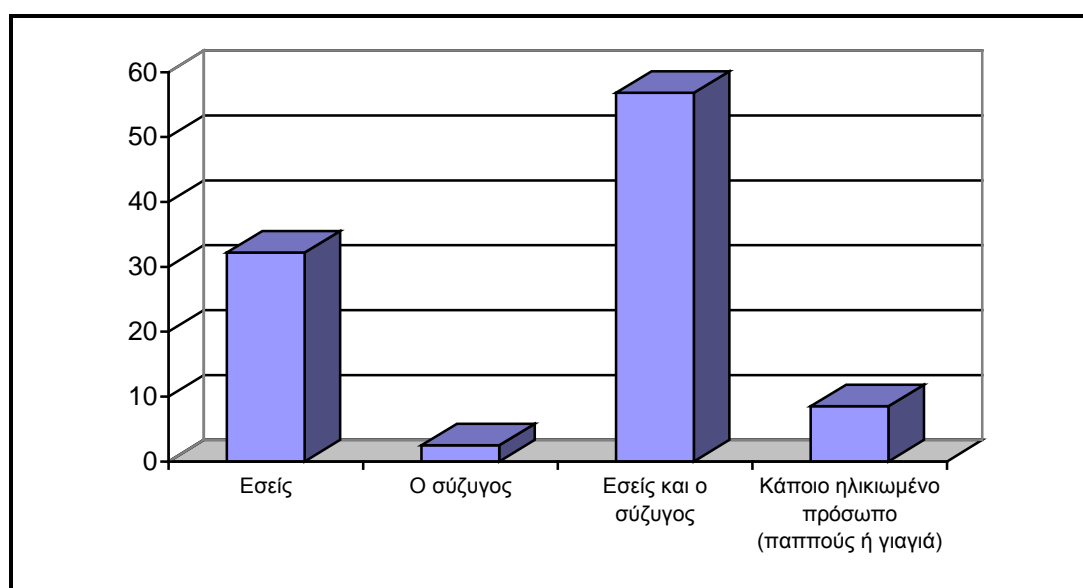


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (67 άτομα – ποσοστό 56,8%) δήλωσε ότι το παιδί τους το φροντίζουν οι ίδιες και ο σύζυγος και άλλες 38 (ποσοστό 32,2%) δήλωσαν ότι το φροντίζουν μόνο οι ίδιες. Αντίθετα, 10 άτομα (ποσοστό 8,5%) δήλωσαν ότι το παιδί τους το φροντίζει κάποιο ηλικιωμένο πρόσωπο (παππούς ή γιαγιά) και οι υπόλοιπες 3 (ποσοστό 2,5%) ότι το φροντίζει ο σύζυγος (Πίνακας 17, Σχήμα 17).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το ποιος φροντίζει το παιδί τους.

Ποιος φροντίζει το παιδί σας;	N=118	Percent (%)
Εσείς	38	32,2
Ο σύζυγος	3	2,5
Εσείς και ο σύζυγος	67	56,8
Κάποιο ηλικιωμένο πρόσωπο (παππούς ή γιαγιά)	10	8,5

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το ποιος φροντίζει το παιδί τους.

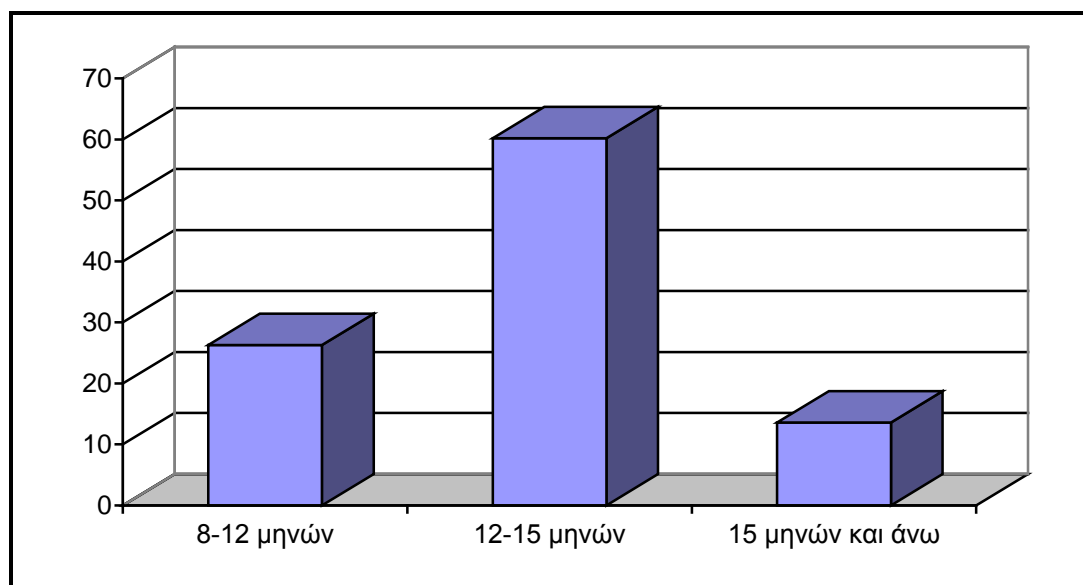


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (71 άτομα – ποσοστό 60,2%) δήλωσε ότι το παιδί τους περπάτησε χωρίς βοήθεια σε ηλικία 12-15 μηνών και άλλες 31 (ποσοστό 26,3%) ότι περπάτησε χωρίς βοήθεια σε ηλικία 8-12 μηνών. Αντίθετα, 16 άτομα (ποσοστό 13,6%) δήλωσαν ότι το παιδί τους περπάτησε χωρίς βοήθεια σε ηλικία μεγαλύτερη των 15 μηνών (Πίνακας 18, Σχήμα 18).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς σε ποια ηλικία περπάτησε το παιδί τους (χωρίς βοήθεια).

Σε ποια ηλικία περπάτησε το παιδί σας; (χωρίς βοήθεια)	N=118	Percent (%)
8-12 μηνών	31	26,3
12-15 μηνών	71	60,2
15 μηνών και άνω	16	13,6

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς σε ποια ηλικία περπάτησε το παιδί τους (χωρίς βοήθεια).

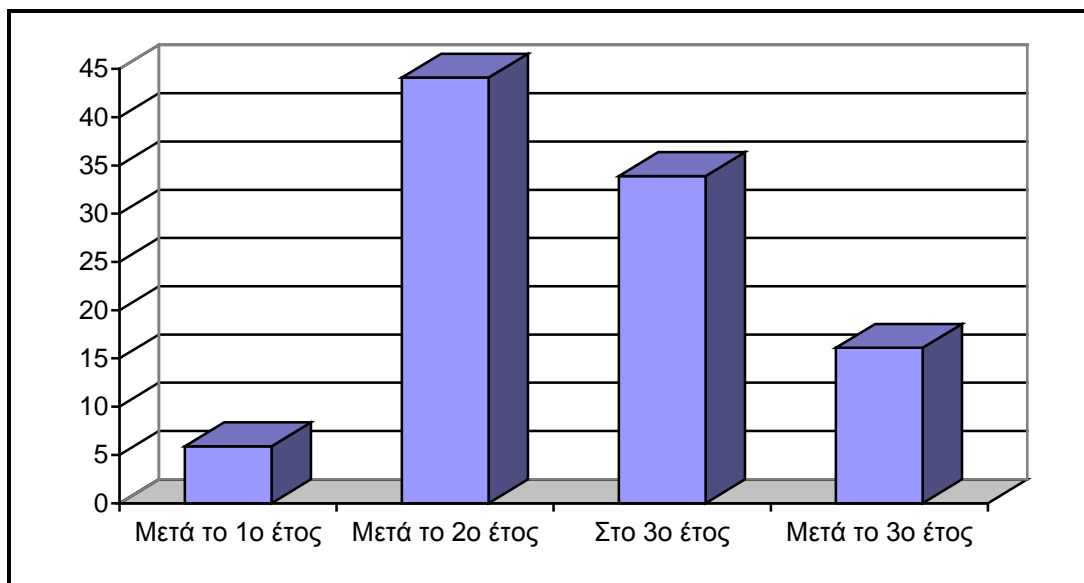


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (52 άτομα – ποσοστό 44,1%) δήλωσε ότι σταμάτησαν να χρησιμοποιούν βρεφική πάνα μετά το 2<sup>ο</sup> έτος και άλλες 40 (ποσοστό 33,9%) ότι σταμάτησαν να χρησιμοποιούν στο 3<sup>ο</sup> έτος. Αντίθετα, 19 άτομα (ποσοστό 16,1%) δήλωσαν ότι σταμάτησαν να χρησιμοποιούν βρεφική πάνα μετά το 3<sup>ο</sup> έτος και άλλες 7 (ποσοστό 5,9%) ότι σταμάτησαν να χρησιμοποιούν μετά το 1<sup>ο</sup> έτος (Πίνακας 19, Σχήμα 19).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς σε ποια ηλικία σταμάτησαν να χρησιμοποιούν βρεφική πάνα.

Σε ποια ηλικία σταματήσατε να χρησιμοποιείτε βρεφική πάνα;	N=118	Percent (%)
Μετά το 1 <sup>ο</sup> έτος	7	5,9
Μετά το 2 <sup>ο</sup> έτος	52	44,1
Στο 3 <sup>ο</sup> έτος	40	33,9
Μετά το 3 <sup>ο</sup> έτος	19	16,1

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς σε ποια ηλικία σταμάτησαν να χρησιμοποιούν βρεφική πάνα.

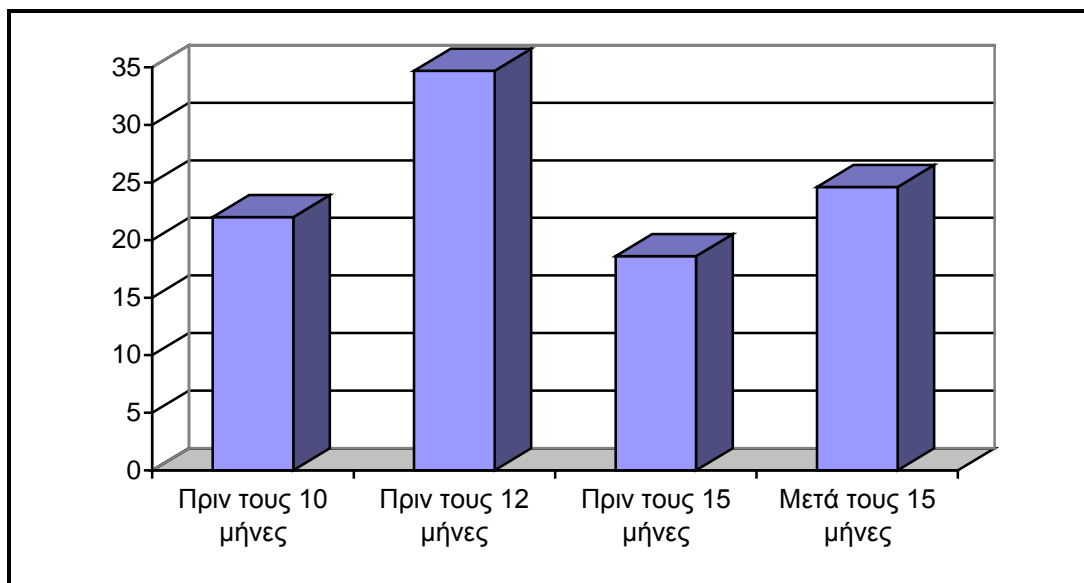


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (41 άτομα – ποσοστό 34,7%) δήλωσε ότι το παιδί τους είπε την πρώτη του λέξη πριν τους 12 μήνες και άλλες 29 (ποσοστό 24,6%) ότι την είπε μετά τους 15 μήνες. Άλλες 26 (ποσοστό 22,0%) δήλωσαν ότι το παιδί τους είπε την πρώτη του λέξη πριν τους 10 μήνες και άλλες 22 (ποσοστό 18,6%) ότι την είπε πριν τους 15 μήνες (Πίνακας 20, Σχήμα 20).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς σε ποια ηλικία είπε την πρώτη του λέξη.

Σε ποια ηλικία είπε την πρώτη του λέξη;	N=118	Percent (%)
Πριν τους 10 μήνες	26	22,0
Πριν τους 12 μήνες	41	34,7
Πριν τους 15 μήνες	22	18,6
Μετά τους 15 μήνες	29	24,6

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς σε ποια ηλικία είπε την πρώτη του λέξη.



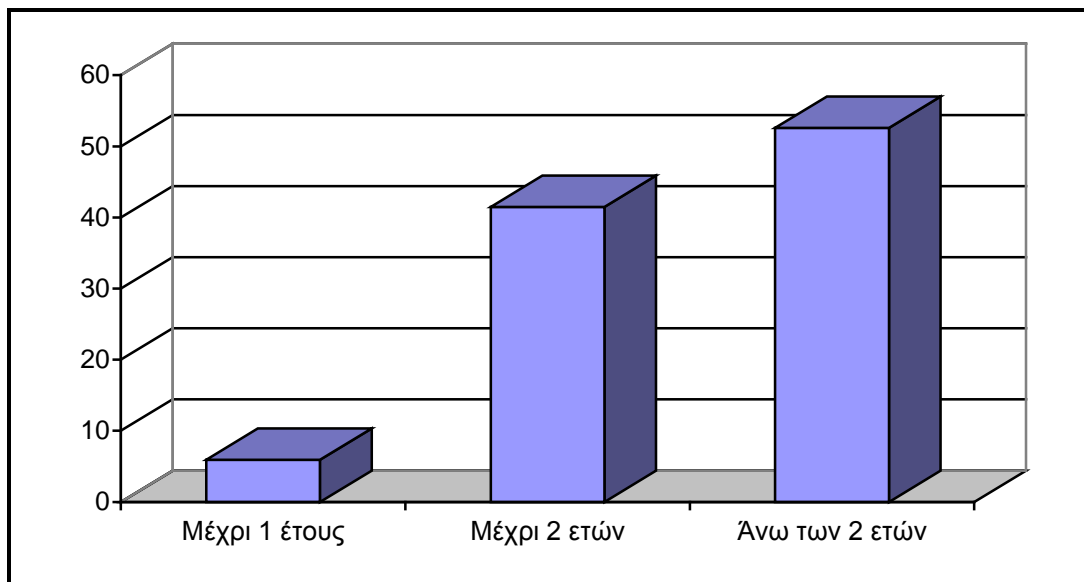
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (62 άτομα – ποσοστό 52,6%) δήλωσε ότι το παιδί τους είπε την πρώτη του πρόταση μετά τα 2 έτη και άλλες 49 (ποσοστό 41,5%) ότι την είπε μέχρι 2 ετών ενώ οι υπόλοιπες 7 (ποσοστό 5,9%) δήλωσαν ότι το παιδί τους είπε την πρώτη του πρόταση μέχρι 1 έτους (Πίνακας 21, Σχήμα 21).



Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς σε ποια ηλικία είπε την πρώτη του πρόταση.

Σε ποια ηλικία είπε την πρώτη του πρόταση;	N=118	Percent (%)
Μέχρι 1 έτους	7	5,9
Μέχρι 2 ετών	49	41,5
Άνω των 2 ετών	62	52,6

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς σε ποια ηλικία είπε την πρώτη του πρόταση.

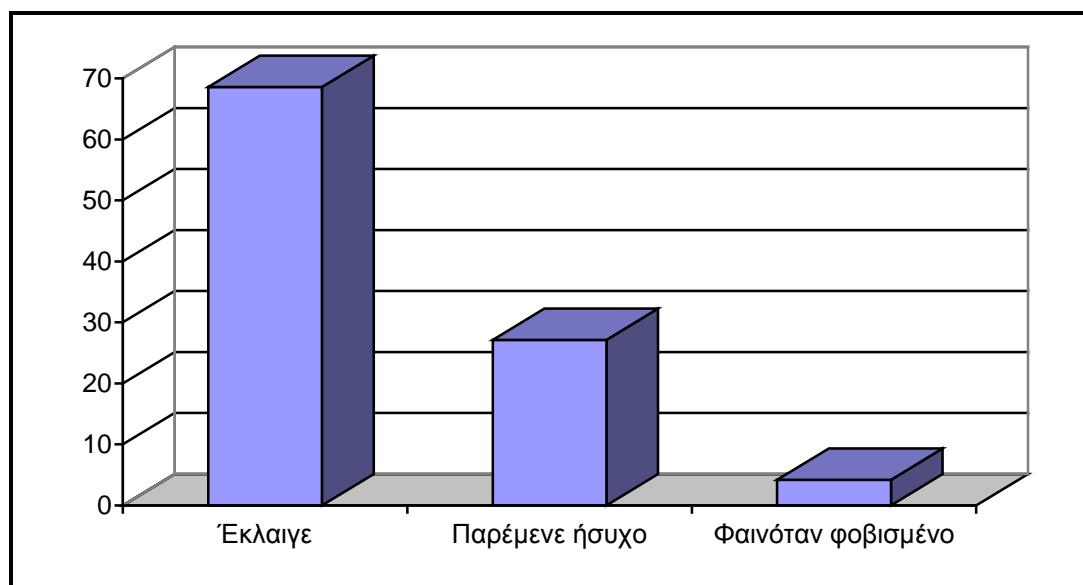


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (81 άτομα – ποσοστό 68,6%) δήλωσε ότι η αντίδραση του μωρού τους όταν τις αποχωριζόταν (μέχρι 6 μηνών) ήταν το κλάμα και άλλες 32 (ποσοστό 27,1%) δήλωσαν ότι απλά παρέμενε ήσυχο ενώ οι υπόλοιπες 5 (ποσοστό 4,2%) δήλωσαν ότι το παιδί τους όταν τις αποχωριζόταν (μέχρι 6 μηνών) φαινόταν φοβισμένο (Πίνακας 22, Σχήμα 22).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το ποια ήταν η αντίδραση του μωρού τους όταν τις αποχωριζόταν (μέχρι 6 μηνών).

<b>Ποια η αντίδραση του μωρού σας όταν σας αποχωριζόταν; (μέχρι 6 μηνών)</b>	<b>N=118</b>	<b>Percent (%)</b>
Έκλαιγε	81	68,6
Παρέμενε ήσυχο	32	27,1
Φαινόταν φοβισμένο	5	4,2

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το ποια ήταν η αντίδραση του μωρού τους όταν τις αποχωριζόταν (μέχρι 6 μηνών).

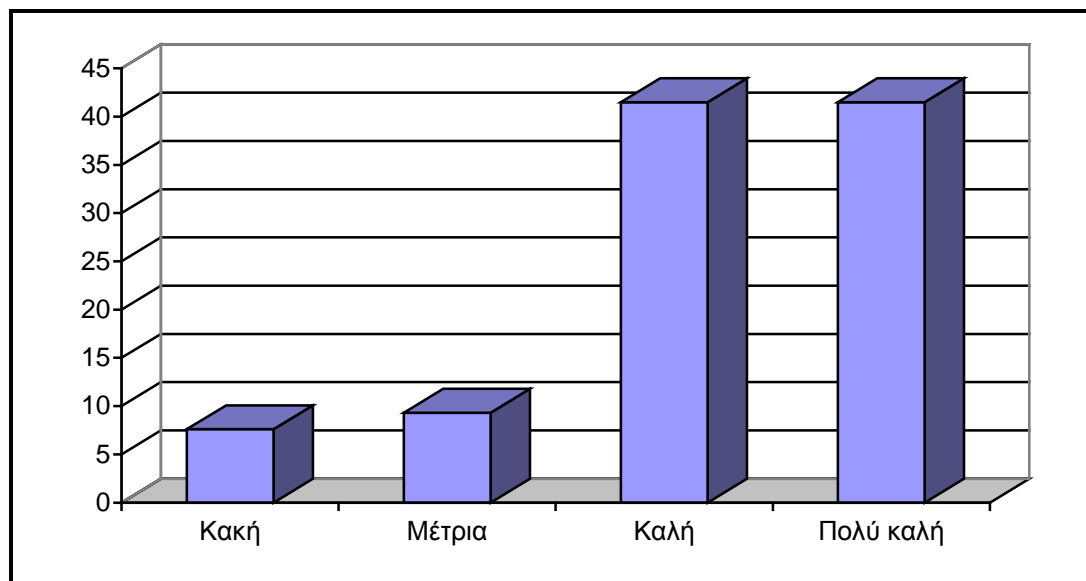


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (98 άτομα – ποσοστό 83,0%) δήλωσε ότι η ψυχική τους κατάσταση μετά τη γέννηση του μωρού τους ήταν είτε «καλή» είτε «πολύ καλή» ενώ οι υπόλοιπες 20 (ποσοστό 17,0%) δήλωσαν ότι η ψυχική τους κατάσταση μετά τη γέννηση του μωρού τους ήταν είτε «κακή» είτε «μέτρια» (Πίνακας 23, Σχήμα 23).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το ποια ήταν η ψυχική τους κατάσταση μετά τη γέννηση του μωρού τους.

Ποια η ψυχική σας κατάσταση μετά τη γέννηση του μωρού σας;	N=118	Percent (%)
Κακή	9	7,6
Μέτρια	11	9,3
Καλή	49	41,5
Πολύ καλή	49	41,5

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το ποια ήταν η ψυχική τους κατάσταση μετά τη γέννηση του μωρού τους.

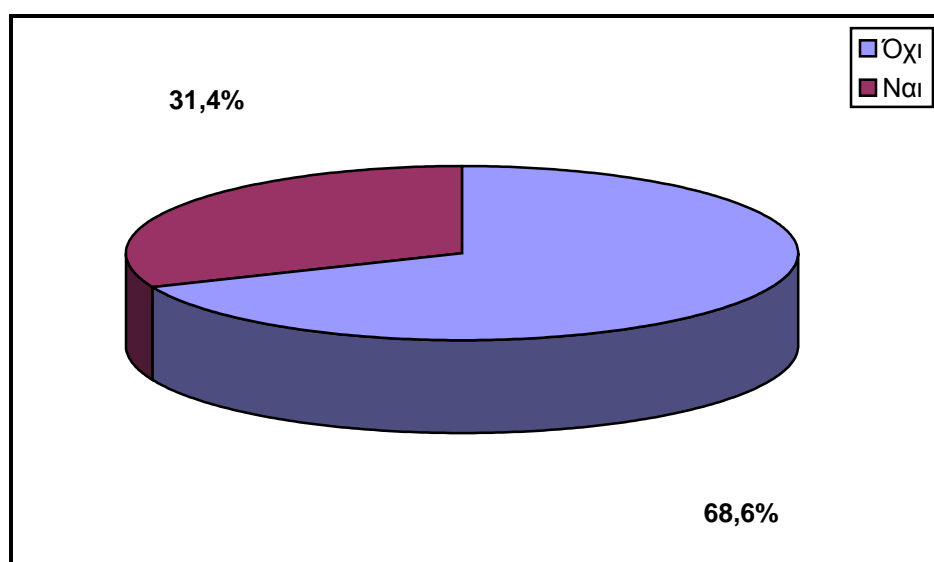


Το 68,6% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι δεν άλλαξε η επαγγελματική τους ζωή μετά την γέννηση του παιδιού τους, ενώ το υπόλοιπο 31,4% δήλωσε ότι άλλαξε (Πίνακας 24, Σχήμα 24).

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν άλλαξε η επαγγελματική τους ζωή μετά την γέννηση του παιδιού τους.

Άλλαξε η επαγγελματική σας ζωή μετά την γέννηση του παιδιού σας;	N=118	Percent (%)
Όχι	81	68,6
Ναι	37	31,4

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν άλλαξε η επαγγελματική τους ζωή μετά την γέννηση του παιδιού τους.

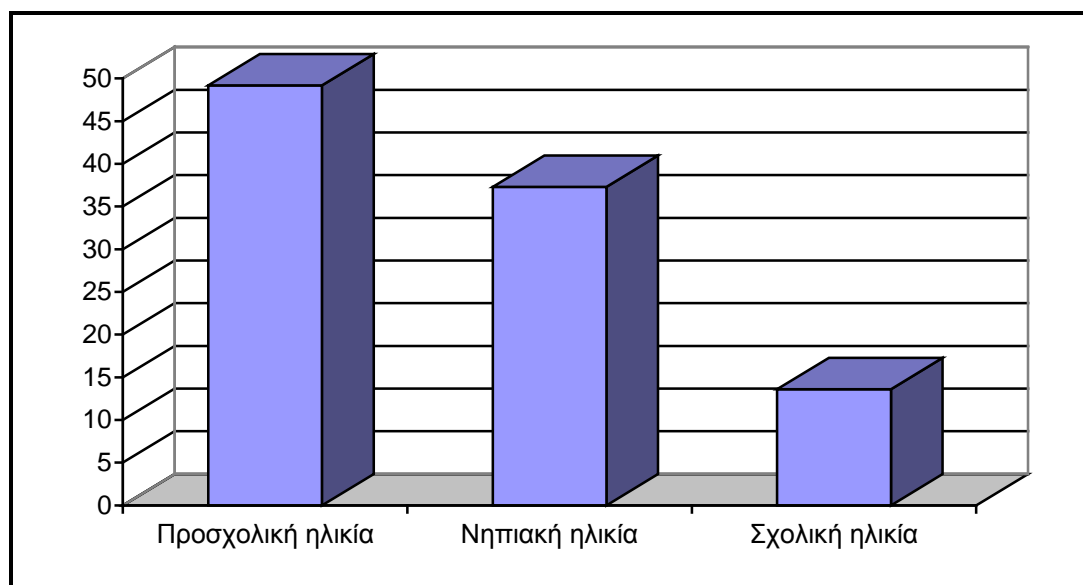


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (58 άτομα – ποσοστό 49,2%) δήλωσε ότι η ηλικία στην οποία διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους ήταν η προσχολική και άλλες 44 (ποσοστό 37,3%) ότι το διέκριναν στη νηπιακή. Οι υπόλοιπες 16 (ποσοστό 13,6%) δήλωσαν ότι η ηλικία στην οποία διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους ήταν η σχολική (Πίνακας 25, Σχήμα 25).

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς σε ποια ηλικία διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους.

Σε ποια ηλικία διακρίνατε πρόβλημα λόγου στο παιδί σας;	N=118	Percent (%)
Προσχολική ηλικία	58	49,2
Νηπιακή ηλικία	44	37,3
Σχολική ηλικία	16	13,6

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς σε ποια ηλικία διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους.

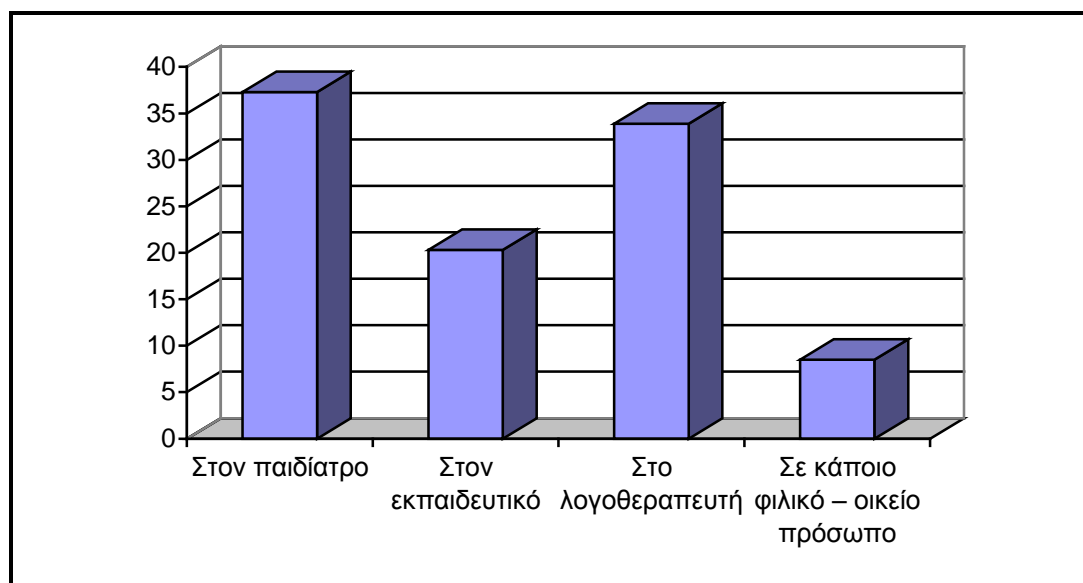


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (44 άτομα – ποσοστό 37,3%) δήλωσε ότι απευθύνθηκαν σε παιδίατρο όταν εντόπισαν το πρόβλημα στο παιδί τους και άλλες 40 (ποσοστό 33,9%) δήλωσαν ότι απευθύνθηκαν σε λογοθεραπευτή. Άλλες 24 (ποσοστό 20,3%) δήλωσαν ότι απευθύνθηκαν σε εκπαιδευτικό και οι υπόλοιπες 10 (ποσοστό 8,5%) ότι απευθύνθηκαν σε κάποιο φιλικό – οικείο πρόσωπο (Πίνακας 26, Σχήμα 26).

Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το που απευθύνθηκαν όταν εντόπισαν το πρόβλημα.

Όταν εντοπίσατε το πρόβλημα που απευθυνθήκατε;	N=118	Percent (%)
Στον παιδίατρο	44	37,3
Στον εκπαιδευτικό	24	20,3
Στο λογοθεραπευτή	40	33,9
Σε κάποιο φιλικό – οικείο πρόσωπο	10	8,5

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το που απευθύνθηκαν όταν εντόπισαν το πρόβλημα.

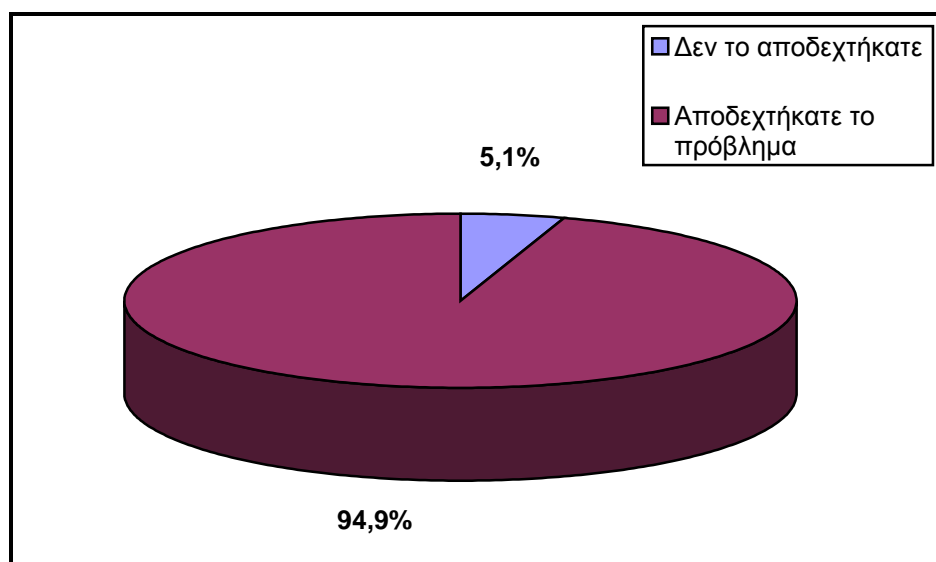


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (112 άτομα – ποσοστό 94,9%) δήλωσε ότι η αντίδραση που είχαν μετά τη διάγνωση του προβλήματος του παιδιού τους ήταν η αποδοχή αυτού, ενώ το υπόλοιπο 5,1% δήλωσε ότι δεν το αποδέχτηκε (Πίνακας 27, Σχήμα 27).

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το πως αντέδρασαν μετά τη διάγνωση του προβλήματος του παιδιού τους.

Πως αντιδράσατε μετά τη διάγνωση του προβλήματος;	N=118	Percent (%)
Δεν το αποδεχτήκατε	6	5,1
Αποδεχτήκατε το πρόβλημα	112	94,9

Σχήμα 27: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το πως αντέδρασαν μετά τη διάγνωση του προβλήματος του παιδιού τους.

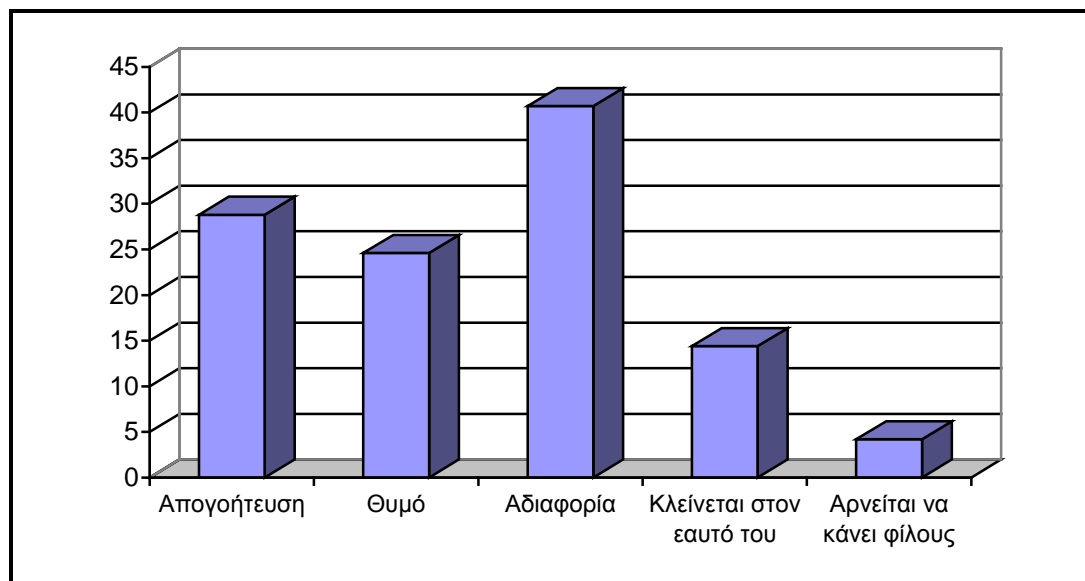


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (48 άτομα – ποσοστό 40,7%) δήλωσε ότι το παιδί τους βιώνει το συγκεκριμένο πρόβλημα με αδιαφορία, άλλες 34 (ποσοστό 28,8%) δήλωσαν ότι το βιώνει με απογοήτευση και άλλες 29 (ποσοστό 24,6%) με θυμό. Αντίθετα, άλλες 17 (ποσοστό 14,4%) δήλωσαν ότι το παιδί τους βιώνει το συγκεκριμένο πρόβλημα με το να κλείνεται στον εαυτό του και άλλες 5 (ποσοστό 4,2%) δήλωσαν ότι το βιώνει με το να αρνείται να κάνει φίλους (Πίνακας 28, Σχήμα 28).

Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το πως βιώνει το παιδί τους το συγκεκριμένο πρόβλημα.

Πως βιώνει το παιδί σας το συγκεκριμένο πρόβλημα;	N=118	Percent (%)
Απογοήτευση	34	28,8
Θυμό	29	24,6
Αδιαφορία	48	40,7
Κλείνεται στον εαυτό του	17	14,4
Αρνείται να κάνει φίλους	5	4,2

Σχήμα 28: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το πως βιώνει το παιδί τους το συγκεκριμένο πρόβλημα.



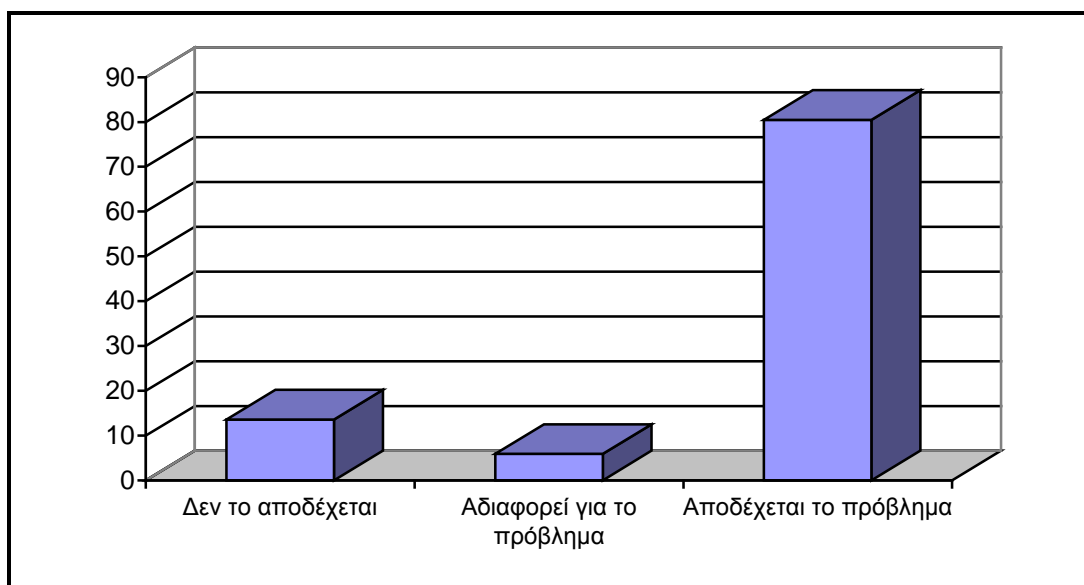
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (95 άτομα – ποσοστό 80,5%) δήλωσε ότι η αντίδραση του πατέρα στο πρόβλημα του παιδιού είναι η αποδοχή και άλλες 7 (ποσοστό 5,9%) δήλωσαν ότι αδιαφορεί για αυτό, Αντίθετα, οι υπόλοιπες 16 (ποσοστό 13,6%) δήλωσαν ότι ο πατέρας δεν αποδέχεται το πρόβλημα του παιδιού (Πίνακας 29, Σχήμα 29).



Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το ποια είναι η αντίδραση του πατέρα στο πρόβλημα του παιδιού.

<b>Ποια η αντίδραση του πατέρα στο πρόβλημα του παιδιού;</b>	<b>N=118</b>	<b>Percent (%)</b>
Δεν το αποδέχεται	16	13,6
Αδιαφορεί για το πρόβλημα	7	5,9
Αποδέχεται το πρόβλημα	95	80,5

Σχήμα 29: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το ποια είναι η αντίδραση του πατέρα στο πρόβλημα του παιδιού.

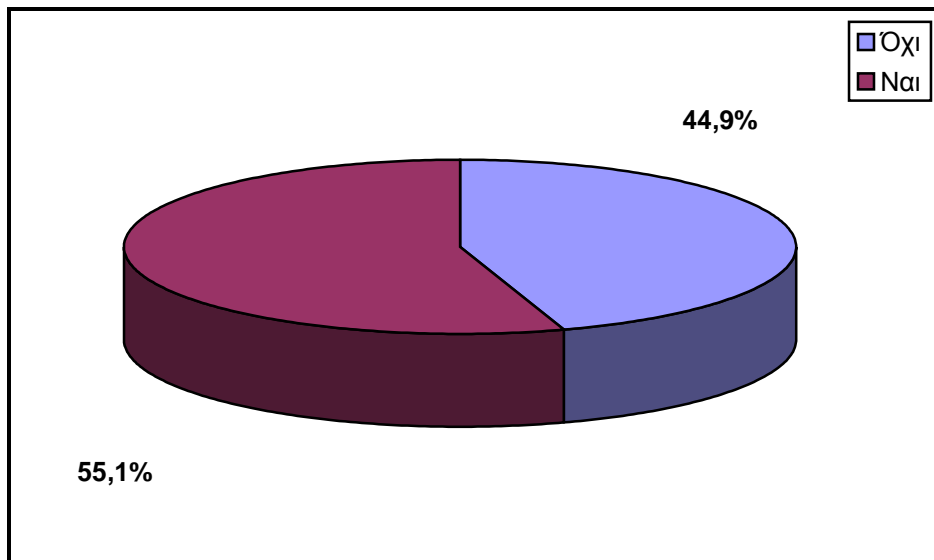


Το 55,1% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι το πρόβλημα του παιδιού, επηρεάζει την απόδοσή του στο σχολείο, ενώ το υπόλοιπο 44,9% δήλωσε ότι δεν την επηρεάζει (Πίνακας 30, Σχήμα 30).

Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν το πρόβλημα του παιδιού, επηρεάζει την απόδοσή του στο σχολείο.

Το πρόβλημα του παιδιού, επηρεάζει την απόδοσή του στο σχολείο;	N=118	Percent (%)
Όχι	53	44,9
Ναι	65	55,1

Σχήμα 30: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν το πρόβλημα του παιδιού, επηρεάζει την απόδοσή του στο σχολείο.

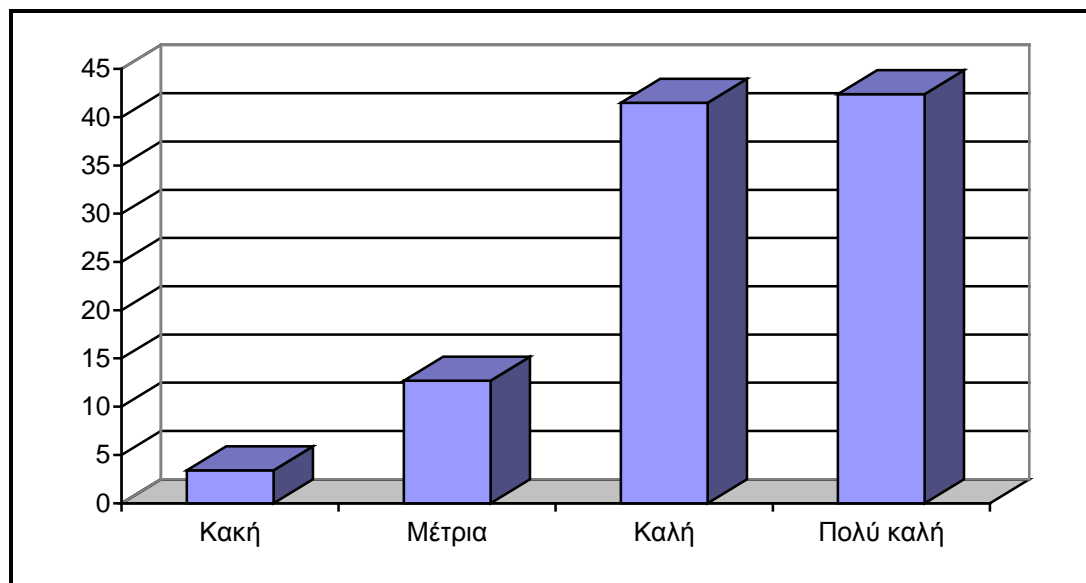


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (99 άτομα – ποσοστό 83,9%) θεωρεί ότι η επικοινωνία στην οικογένειά τους είναι είτε «καλή» είτε «πολύ καλή» ενώ οι υπόλοιπες 19 (ποσοστό 16,1%) θεωρούν ότι η επικοινωνία στην οικογένειά τους είναι είτε «κακή» είτε «μέτρια» (Πίνακας 31, Σχήμα 31).

Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το ποια θεωρούν ότι είναι η επικοινωνία στην οικογένειά τους.

Θεωρείτε ότι η επικοινωνία στην οικογένειά σας είναι;	N=118	Percent (%)
Κακή	4	3,4
Μέτρια	15	12,7
Καλή	49	41,5
Πολύ καλή	50	42,4

Σχήμα 31: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το ποια θεωρούν ότι είναι η επικοινωνία στην οικογένειά τους.



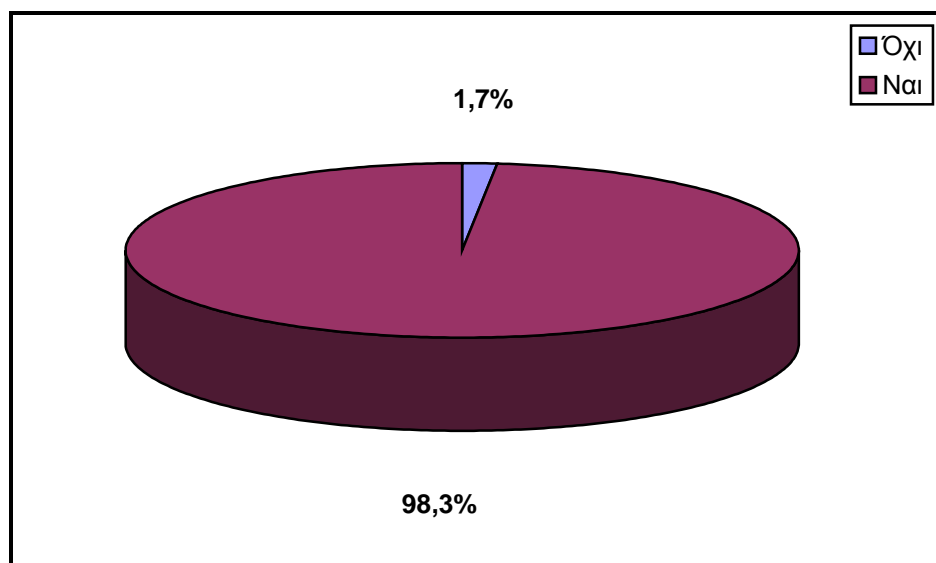
Το σύνολο των ερωτηθεισών (118 άτομα – ποσοστό 100,0%) στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι το παιδί τους κάνει λογοθεραπευτικές συνεδρίες.

Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (116 άτομα – ποσοστό 98,3%) στην παρούσα έρευνα δήλωσε ότι παρατηρεί βελτίωση στο πρόβλημα του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες, ενώ μόλις το υπόλοιπο 1,7% δήλωσε ότι δεν παρατηρεί (Πίνακας 32, Σχήμα 32).

Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν παρατηρούν βελτίωση στο πρόβλημα του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες.

<b>Παρατηρείτε βελτίωση στο πρόβλημα του παιδιού σας έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες;</b>	<b>N=118</b>	<b>Percent (%)</b>
Όχι	2	1,7
Ναι	116	98,3

Σχήμα 32: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν παρατηρούν βελτίωση στο πρόβλημα του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες.

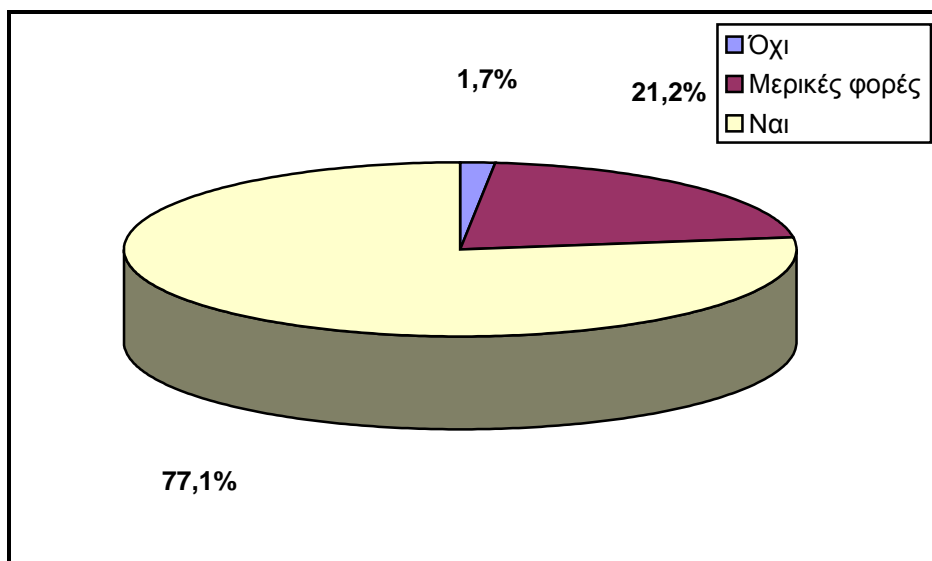


Το 77,1% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι στο σπίτι τους ακολουθούν τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας για τη βελτίωση του προβλήματος του παιδιού σας, ενώ μόλις το 1,7% αυτών δήλωσε ότι δεν τις ακολουθούν και οι υπόλοιπες 25 (ποσοστό 21,2%) δήλωσε ότι τις ακολουθούν μερικές φορές (Πίνακας 33, Σχήμα 33).

Πίνακας 33: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν στο σπίτι τους ακολουθούν τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας για τη βελτίωση του προβλήματος του παιδιού σας.

Στο σπίτι σας ακολουθείτε τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας για την βελτίωση του προβλήματος του παιδιού σας;	N=118	Percent (%)
Όχι	2	1,7
Μερικές φορές	25	21,2
Ναι	91	77,1

Σχήμα 33: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν στο σπίτι τους ακολουθούν τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας για τη βελτίωση του προβλήματος του παιδιού σας.

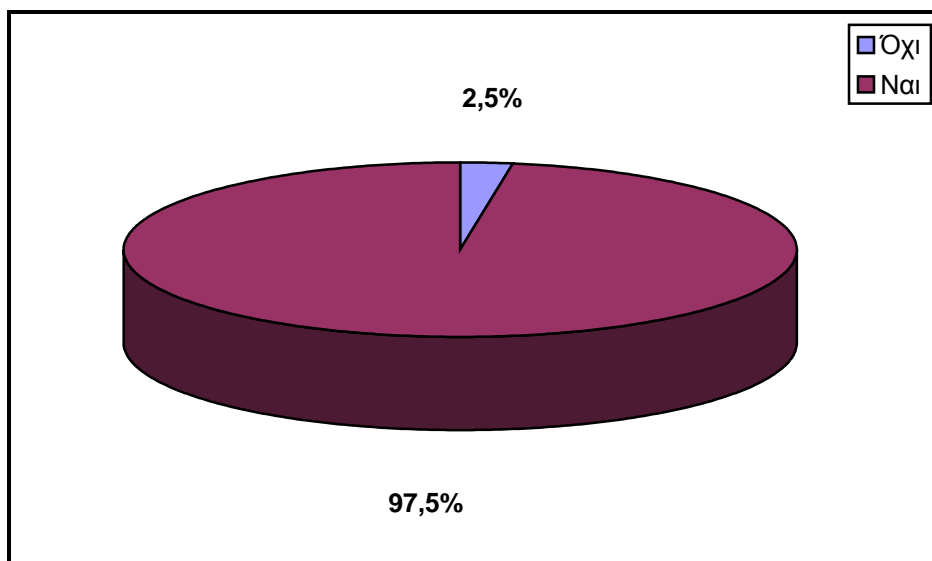


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (115 άτομα – ποσοστό 97,5%) στην παρούσα έρευνα δήλωσε ότι παρατηρεί βελτίωση στη σχολική επίδοση του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες, ενώ μόλις το υπόλοιπο 1,7% δήλωσε ότι δεν παρατηρεί (Πίνακας 34, Σχήμα 34).

Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν παρατηρούν βελτίωση στη σχολική επίδοση του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες.

Παρατηρείτε βελτίωση στη σχολική επίδοση του παιδιού σας έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες;	N=118	Percent (%)
Όχι	3	2,5
Ναι	115	97,5

Σχήμα 34: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το εάν παρατηρούν βελτίωση στη σχολική επίδοση του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες.

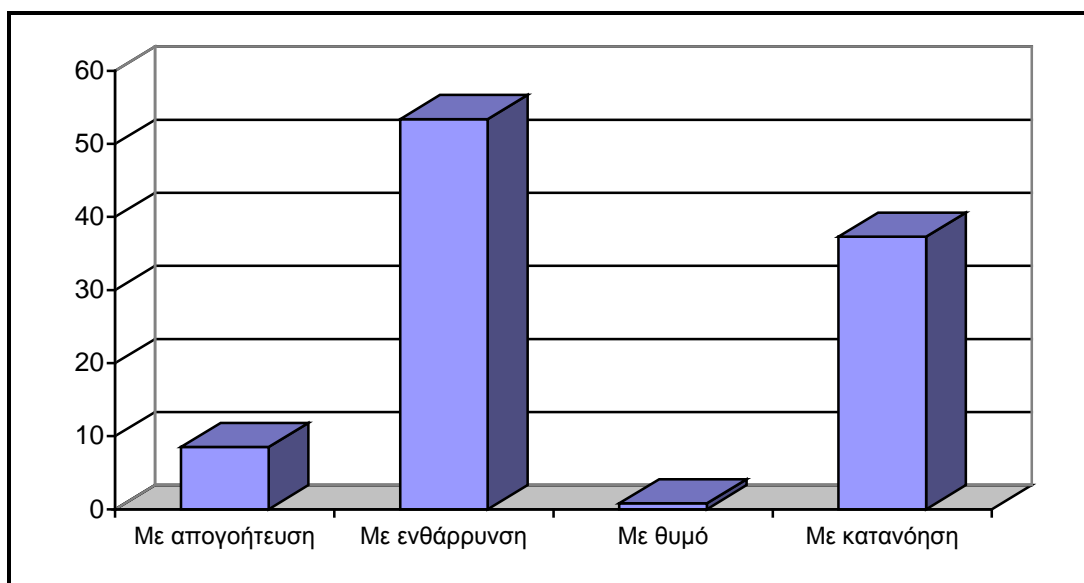


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (63 άτομα – ποσοστό 53,4%) δήλωσε ότι αντιδρά με ενθάρρυνση στις δυσκολίες του παιδιού τους στο κοινωνικό πλαίσιο, άλλες 44 (ποσοστό 37,3%) δήλωσαν ότι αντιδρούν με κατανόηση και άλλες 10 (ποσοστό 8,5%) δήλωσαν ότι αντιδρούν με απογοήτευση. Αντίθετα, μόνο 1 (ποσοστό 0,8%) δήλωσε ότι αντιδρά με θυμό στις δυσκολίες του παιδιού της στο κοινωνικό πλαίσιο (Πίνακας 35, Σχήμα 35).

Πίνακας 35: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το πως αντιδρούν στις δυσκολίες του παιδιού τους στο κοινωνικό πλαίσιο.

<b>Πως αντιδράτε στις δυσκολίες του παιδιού σας στο κοινωνικό πλαίσιο;</b>	<b>N=118</b>	<b>Percent (%)</b>
Με απογοήτευση	10	8,5
Με ενθάρρυνση	63	53,4
Με θυμό	1	0,8
Με κατανόηση	44	37,3

Σχήμα 35: Κατανομή ερωτηθεισών ως προς το πως αντιδρούν στις δυσκολίες του παιδιού τους στο κοινωνικό πλαίσιο.



### 4.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 118 μητέρες ηλικίας 18 έως 55 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθεισών μητέρων δεν φαίνεται (οριακά) να σχετίζεται με την ηλικία που διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους αν και το αρνητικό πρόσημο στον έλεγχο δείχνει ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο νωρίτερα διακρίνουν το πρόβλημα λόγου στο παιδί τους (Πίνακας 36). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι (οριακά) στατιστικά σημαντική ( $r = -0,038$ ,  $df = 118$ , NS).

Πίνακας 36: Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθεισών μητέρων με την ηλικία που διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους.

Spearman rank order correlation coefficient	r	df	p-level
<b>Σε ποια ηλικία διακρίνατε πρόβλημα λόγου στο παιδί σας;</b>			
<b>Μορφωτικό επίπεδο μητέρων</b>	-0,161	118	p=0,083 (NS)

Σε εξίσου υψηλά ποσοστά οι ερωτηθείσες μητέρες δήλωσαν ότι αποδέχτηκαν το πρόβλημα λόγου στο παιδί τους ανεξάρτητα του μορφωτικού τους επιπέδου (Πίνακας 37, Σχήμα 36). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 3,765$ ,  $df = 4$ , NS).

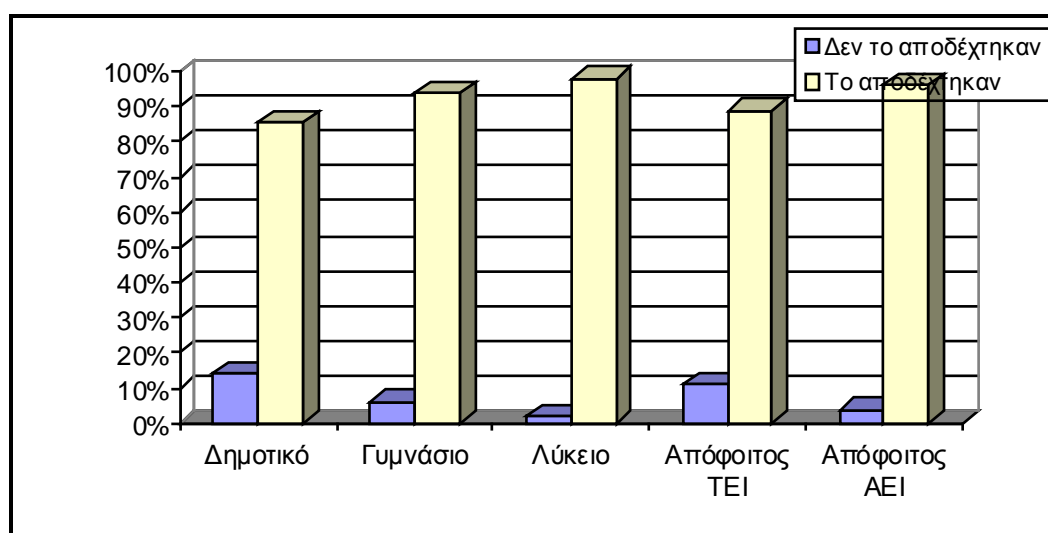


Πίνακας 37: Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθεισών μητέρων με το αν αποδέχτηκαν το πρόβλημα λόγου στο παιδί τους.

		Πως αντιδράσατε μετά την διάγνωση του προβλήματος;		
		Δεν αποδέχτηκαν	Το αποδέχτηκαν	
<b>Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθεισών μητέρων</b>	Δημοτικό	1 14,3%	6 85,7%	7 100,0%
	Γυμνάσιο	1 6,3%	15 93,8%	16 100,0%
	Λύκειο	1 1,9%	51 98,1%	52 100,0%
	Απόφοιτος TEI	2 11,1%	16 88,9%	18 100,0%
	Απόφοιτος AEI	1 4,0%	24 96,0%	25 100,0%
			6	112

$\chi^2 = 3,765$ ,  $df = 4$ , NS

Σχήμα 36: Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτηθεισών μητέρων με το αν αποδέχτηκαν το πρόβλημα λόγου στο παιδί τους.



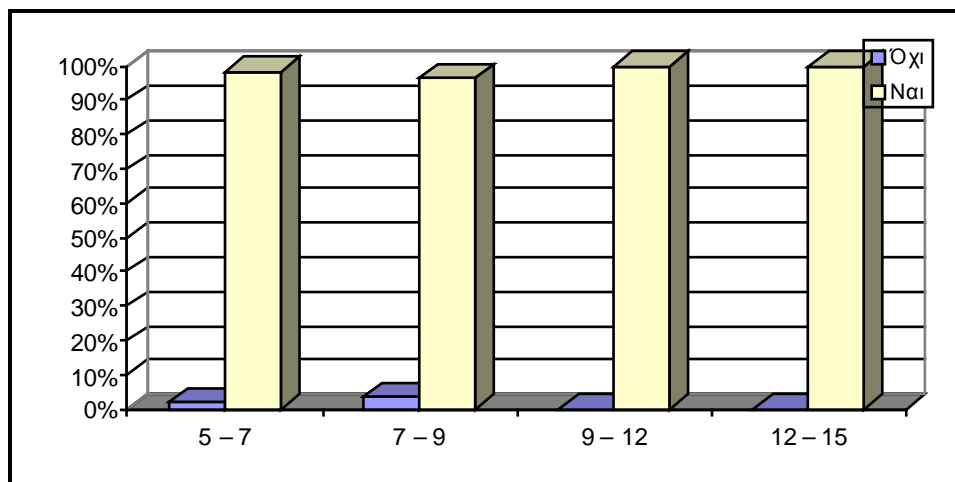
Σε εξίσου πολύ υψηλά ποσοστά οι ερωτηθείσες μητέρες δήλωσαν ότι παρατηρούν βελτίωση στο πρόβλημα του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες ανεξάρτητα της ηλικίας του παιδιού τους (Πίνακας 38, Σχήμα 37). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 1,181$ ,  $df = 3$ , NS).

Πίνακας 38: Συσχέτιση της ηλικίας του παιδιού και εάν οι μητέρες παρατηρούν βελτίωση στο πρόβλημα του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες.

		Παρατηρείτε βελτίωση στο πρόβλημα του παιδιού σας έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες;		
		Όχι	Ναι	
<b>Ηλικία παιδιού σας</b>	5 – 7	1 1,8%	55 98,2%	56 100,0%
	7 – 9	1 3,6%	27 96,4%	28 100,0%
	9 – 12	0 0,0%	17 100,0%	17 100,0%
	12 – 15	0 0,0%	17 100,0%	17 100,0%
		2	116	118

$\chi^2 = 1,181, df = 3, NS$

Σχήμα 37: Συσχέτιση της ηλικίας του παιδιού και εάν οι μητέρες παρατηρούν βελτίωση στο πρόβλημα του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες.



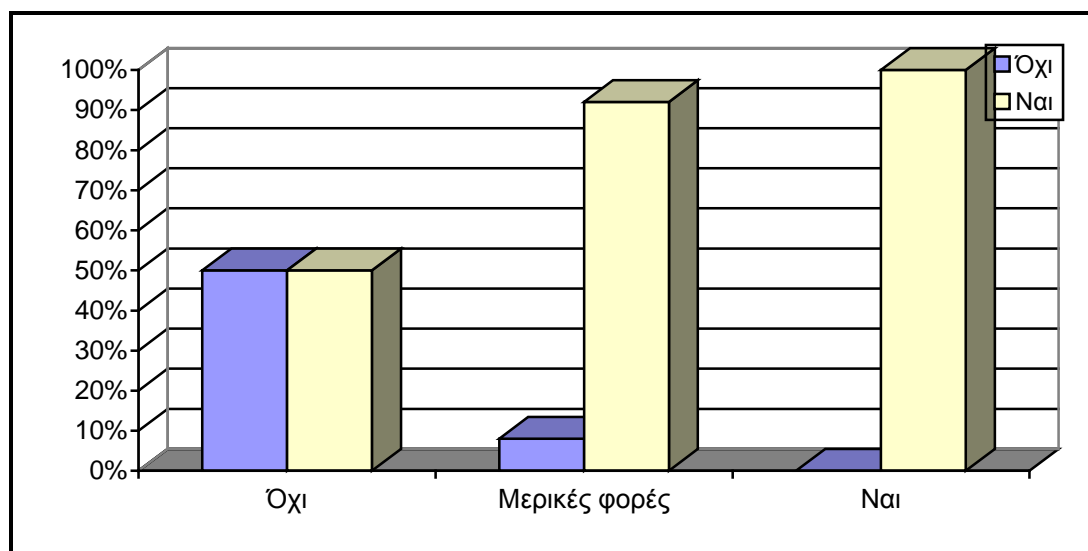
Στο σύνολό τους (ποσοστό 100,0%) και σε πολύ υψηλότερο ποσοστό οι ερωτηθείσες μητέρες που ακολουθούν στο σπίτι τους τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας για τη βελτίωση του προβλήματος του παιδιού τους, παρατηρούν βελτίωση στη σχολική επίδοση αυτού έναντι των υπολοίπων μητέρων που είτε δεν ακολουθούν στο σπίτι τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας είτε τις ακολουθούν μερικές φορές (ποσοστό 42,7%) (Πίνακας 39, Σχήμα 38). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ( $\chi^2 = 11,451, df = 2, p < 0,01$ ).

Πίνακας 39: Συσχέτιση του αν οι ερωτηθείσες μητέρες ακολουθούν στο σπίτι τους τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας για τη βελτίωση του προβλήματος του παιδιού τους και εάν παρατηρούν βελτίωση στη σχολική επίδοση του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες.

		Παρατηρείτε βελτίωση στη σχολική επίδοση του παιδιού σας έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες;		
		Όχι	Ναι	
Στο σπίτι σας ακολουθείτε τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας για τη βελτίωση του προβλήματος του παιδιού σας;	Όχι	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Μερικές φορές	2 8,0%	23 92,0%	25 100,0%
	Ναι	0 0,0%	91 100,0%	91 100,0%
		3	115	118

$\chi^2 = 11,451$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,01$

Σχήμα 38: Συσχέτιση του αν οι ερωτηθείσες μητέρες ακολουθούν στο σπίτι τους τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας για τη βελτίωση του προβλήματος του παιδιού τους και εάν παρατηρούν βελτίωση στη σχολική επίδοση του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες.



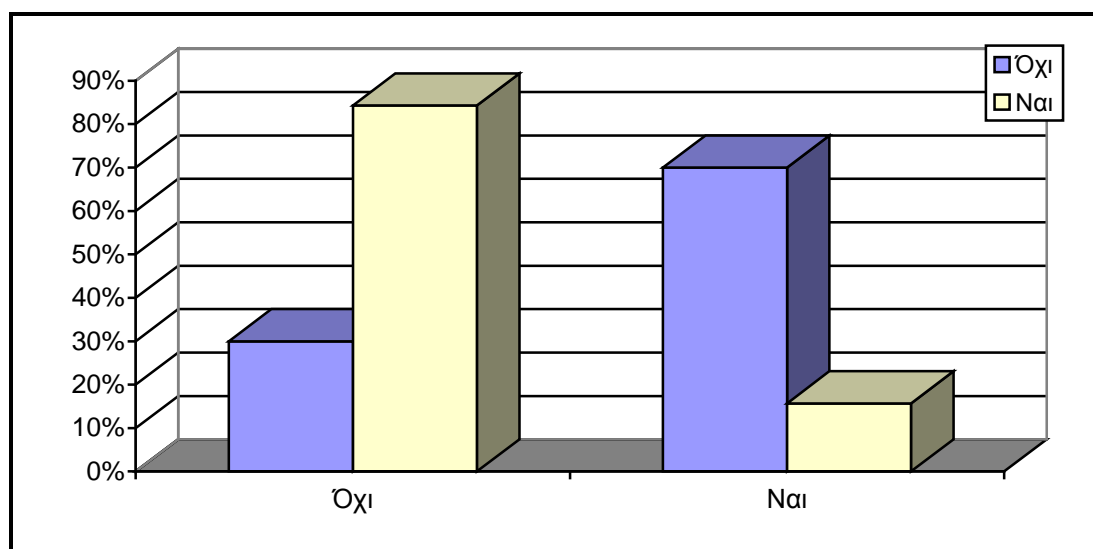
Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (ποσοστό 70,0%) οι ερωτηθείσες μητέρες που δήλωσαν ότι η εγκυμοσύνη τους δεν ήταν επιθυμητή πέρασαν κατάθλιψη έπειτα από τη γέννηση του παιδιού τους έναντι αυτών που η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή (ποσοστό 15,7%) (Πίνακας 40, Σχήμα 39). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $\chi^2 = 16,631$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,0001$ ).

Πίνακας 40: Συσχέτιση του αν οι ερωτηθείσες μητέρες πέρασαν κατάθλιψη έπειτα από τη γέννηση του παιδιού τους και εάν η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή.

		Η εγκυμοσύνη σας ήταν επιθυμητή;		
		Όχι	Ναι	
<b>Πέρασατε κατάθλιψη έπειτα από την γέννηση του παιδιού;</b>	Όχι	3 30,0%	91 84,3%	94 79,7%
	Ναι	7 70,0%	17 15,7%	24 20,3%
		10	108	118

$$\chi^2 = 16,631, df = 1, p < 0,0001$$

Σχήμα 39: Συσχέτιση του αν οι ερωτηθείσες μητέρες πέρασαν κατάθλιψη έπειτα από τη γέννηση του παιδιού τους και εάν η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή.



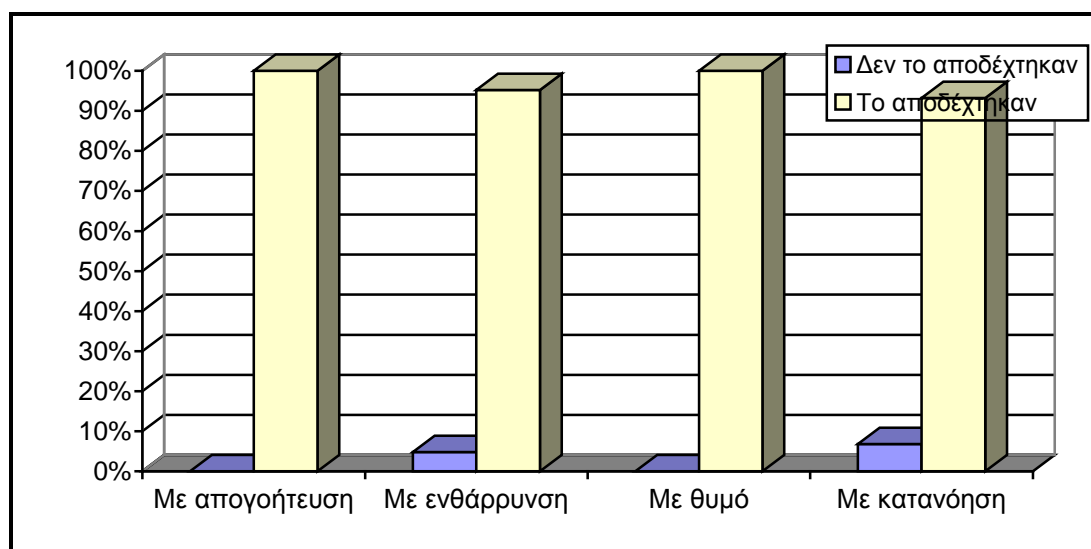
Σε εξίσου πολύ υψηλά ποσοστά οι ερωτηθείσες μητέρες που δήλωσαν ότι αποδέχονται το πρόβλημα λόγω του παιδιού τους αντιδρούν είτε με απογοήτευση είτε με ενθάρρυνση είτε με θυμό είτε με κατανόηση στις δυσκολίες του παιδιού τους στο κοινωνικό πλαίσιο (Πίνακας 41, Σχήμα 40). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 0,877, df = 3, NS$ ).

Πίνακας 41: Συσχέτιση του πως αντιδρούν οι ερωτηθείσες μητέρες στις δυσκολίες του παιδιού τους στο κοινωνικό πλαίσιο και εάν αποδέχονται το πρόβλημα λόγω σε αυτό.

		Πως αντιδράσατε μετά την διάγνωση του προβλήματος;		
		Δεν το αποδέχτηκαν	Το αποδέχτηκαν	
<b>Πως αντιδράτε στις δυσκολίες του παιδιού σας στο κοινωνικό πλαίσιο;</b>	Με απογοήτευση	0 0,0%	10 100,0%	10 100,0%
	Με ενθάρρυνση	3 4,8%	60 95,2%	63 100,0%
	Με θυμό	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
	Με κατανόηση	3 6,8%	41 93,2%	44 100,0%
		6	112	118

$\chi^2 = 0,877$ ,  $df = 3$ , NS

Σχήμα 40: Συσχέτιση του πως αντιδρούν οι ερωτηθείσες μητέρες στις δυσκολίες του παιδιού τους στο κοινωνικό πλαίσιο και εάν αποδέχονται το πρόβλημα λόγω σε αυτό.



#### 4.4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την ανάλυση της έρευνας παρατηρήθηκαν τα εξής στοιχεία, τα οποία παρατίθενται παρακάτω:

1. Το 50,0% των ερωτηθεισών μητέρων ήταν ηλικίας 35 – 45 ετών, το 32,2% αυτών ήταν ηλικίας 25 – 35 ετών, το 13,6% αυτών ηλικίας 45 – 55 ετών και το υπόλοιπο 4,2% ηλικίας 18 – 25 ετών .
2. Το 44,1% των μητέρων που ερωτήθηκαν ήταν απόφοιτες Λυκείου, το 36,5% αυτών είχαν πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης και το υπόλοιπο 19,5% είχαν απολυτήριο δημοτικού ή γυμνασίου.
3. Το 47,5% των ερωτηθεισών μητέρων είχαν παιδιά στην ηλικία των 5 – 7 ετών, το 23,7% αυτών είχαν παιδιά ηλικίας 7 – 9 ετών και το 14,4% αυτών είχε είτε παιδιά ηλικίας 9 – 12 ετών είτε ηλικίας 12 – 15 ετών .
4. Το 60,2% των παιδιών των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα ήταν αγόρια και το 39,8% κορίτσια .
5. Το 85,6% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια της κύησης δεν ακολούθησαν φαρμακευτική αγωγή ενώ το υπόλοιπο 14,4% ότι ακολούθησε .
6. Το 80,5% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια της κύησης δεν κάπνιζαν ενώ το υπόλοιπο 19,5% ότι κάπνιζε.
7. Το 93,2% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια της κύησης δεν κατανάλωναν αλκοολούχα ποτά. ενώ το υπόλοιπο 6,8% ότι κατανάλωνε .
8. Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (114 άτομα – ποσοστό 96,6%) δήλωσε ότι κατά τη διάρκεια της κύησης δεν ασθένησαν. Από τις υπόλοιπες 2 άτομα (ποσοστό 1,7%) δήλωσε ότι πέρασε αφροδίσια νοσήματα και από 1 άτομο (ποσοστό 0,8%) δήλωσε ότι πέρασε είτε ερυθρά είτε τοξόπλασμα .

9. Το 52,5% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι ο τοκετός τους ήταν φυσιολογικός ενώ το υπόλοιπο 47,5% ότι ήταν με καισαρική τομή.
10. Το 91,5% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή, ενώ το υπόλοιπο 8,5% ότι δεν ήταν .
11. Το 80,5% των ερωτηθεισών μητέρων δήλωσε ότι η διάρκεια της εγκυμοσύνης τους ήταν 9 μήνες, το 16,1% δήλωσε ότι ήταν 8 μήνες και το 3,4% ότι ήταν 6-7 μήνες .
12. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (67 άτομα – ποσοστό 56,8%) δήλωσε ότι το κυρίαρχο συναίσθημα πριν τον τοκετό ήταν η προσμονή και ακολούθησαν το άγχος (29 άτομα – ποσοστό 24,6%) και η αγωνία (23 άτομα – ποσοστό 19,5%). Αντίθετα, 14 άτομα (ποσοστό 11,9%) δήλωσε ότι το κυρίαρχο συναίσθημα ήταν η ανασφάλεια και άλλα 7 άτομα (ποσοστό 5,9%) ότι ήταν ο φόβος .
13. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (83 άτομα – ποσοστό 70,3%) δήλωσε ότι το κυρίαρχο συναίσθημα μετά τη γέννηση του παιδιού ήταν η χαρά και η αγωνία για τη φροντίδα του (42 άτομα – ποσοστό 35,6%). Αντίθετα, μόλις 3 άτομα (ποσοστό 2,5%) δήλωσε ότι το κυρίαρχο συναίσθημα ήταν η αδιαφορία και μόλις 1 άτομο (ποσοστό 0,8%) ότι ήταν η λύπη .
14. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (35 άτομα – ποσοστό 29,7%) δήλωσε ότι δεν θήλασε καθόλου. Από τις υπόλοιπες 32 άτομα (ποσοστό 27,1%) δήλωσαν ότι θήλασαν 4-6 μήνες, 27 άτομα (ποσοστό 22,9%) δήλωσαν ότι θήλασαν 2-4 μήνες και οι υπόλοιπες 24 (ποσοστό 20,3%) δήλωσαν ότι θήλασαν 1-2 μήνες .
15. Το 79,7% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι δεν πέρασαν κατάθλιψη έπειτα από την γέννηση του παιδιού, ενώ το υπόλοιπο 20,3% ότι πέρασαν .

16.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (87 άτομα – ποσοστό 73,7%) δήλωσε ότι η οικογένειά τους αποτελείται από τις ίδιες, το σύζυγο και το παιδί/ά. Αντίθετα, 16 άτομα (ποσοστό 13,6%) δήλωσαν ότι η οικογένειά τους αποτελείται από τις ίδιες, το σύζυγο και τους παππούδες και οι υπόλοιπες 15 (ποσοστό 12,7%) ότι αποτελείται από τις ίδιες και το παιδί/ά .

17.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (67 άτομα – ποσοστό 56,8%)δήλωσε ότι το παιδί τους το φροντίζουν οι ίδιες και ο σύζυγος και άλλες 38 (ποσοστό 32,2%) δήλωσαν ότι το φροντίζουν μόνο οι ίδιες. Αντίθετα, 10 άτομα (ποσοστό 8,5%) δήλωσαν ότι το παιδί τους το φροντίζει κάποιο ηλικιωμένο πρόσωπο (παππούς ή γιαγιά) και οι υπόλοιπες 3 (ποσοστό 2,5%) ότι το φροντίζει ο σύζυγος.

18.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (71 άτομα – ποσοστό 60,2%) δήλωσε ότι το παιδί τους περπάτησε χωρίς βοήθεια σε ηλικία 12-15 μηνών και άλλες 31 (ποσοστό 26,3%) ότι περπάτησε χωρίς βοήθεια σε ηλικία 8-12 μηνών. Αντίθετα, 16 άτομα (ποσοστό 13,6%) δήλωσαν ότι το παιδί τους περπάτησε χωρίς βοήθεια σε ηλικία μεγαλύτερη των 15 μηνών .

19.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (52 άτομα – ποσοστό 44,1%) δήλωσε ότι σταμάτησαν να χρησιμοποιούν βρεφική πάνα μετά το 2<sup>ο</sup> έτος και άλλες 40 (ποσοστό 33,9%) ότι σταμάτησαν να χρησιμοποιούν στο 3<sup>ο</sup> έτος. Αντίθετα, 19 άτομα (ποσοστό 16,1%) δήλωσαν ότι σταμάτησαν να χρησιμοποιούν βρεφική πάνα μετά το 3<sup>ο</sup> έτος και άλλες 7 (ποσοστό 5,9%) ότι σταμάτησαν να χρησιμοποιούν μετά το 1<sup>ο</sup> έτος .

20.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (41 άτομα – ποσοστό 34,7%) δήλωσε ότι το παιδί τους είπε την πρώτη του λέξη πριν τους 12 μήνες και άλλες 29 (ποσοστό 24,6%) ότι την είπε μετά τους 15 μήνες. Άλλες 26 (ποσοστό 22,0%) δήλωσαν ότι το παιδί τους είπε την πρώτη του λέξη πριν τους 10 μήνες και άλλες 22 (ποσοστό 18,6%) ότι την είπε πριν τους 15 μήνες .



21.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (62 άτομα – ποσοστό 52,6%) δήλωσε ότι το παιδί τους είπε την πρώτη του πρόταση μετά τα 2 έτη και άλλες 49 (ποσοστό 41,5%) ότι την είπε μέχρι 2 ετών ενώ οι υπόλοιπες 7 (ποσοστό 5,9%) δήλωσαν ότι το παιδί τους είπε την πρώτη του πρόταση μέχρι 1 έτους .

22.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (81 άτομα – ποσοστό 68,6%) δήλωσε ότι η αντίδραση του μωρού τους όταν τις αποχωριζόταν (μέχρι 6 μηνών) ήταν το κλάμα και άλλες 32 (ποσοστό 27,1%) δήλωσαν ότι απλά παρέμενε ήσυχο ενώ οι υπόλοιπες 5 (ποσοστό 4,2%) δήλωσαν ότι το παιδί τους όταν τις αποχωριζόταν (μέχρι 6 μηνών) φαινόταν φοβισμένο .

23.Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (98 άτομα – ποσοστό 83,0%) δήλωσε ότι η ψυχική τους κατάσταση μετά τη γέννηση του μωρού τους ήταν είτε «καλή» είτε «πολύ καλή» ενώ οι υπόλοιπες 20 (ποσοστό 17,0%) δήλωσαν ότι η ψυχική τους κατάσταση μετά τη γέννηση του μωρού τους ήταν είτε «κακή» είτε «μέτρια» .

24.Το 68,6% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι δεν άλλαξε η επαγγελματική τους ζωή μετά την γέννηση του παιδιού τους, ενώ το υπόλοιπο 31,4% δήλωσε ότι άλλαξε .

25.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (58 άτομα – ποσοστό 49,2%) δήλωσε ότι η ηλικία στην οποία διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους ήταν η προσχολική και άλλες 44 (ποσοστό 37,3%) ότι το διέκριναν στη νηπιακή. Οι υπόλοιπες 16 (ποσοστό 13,6%) δήλωσαν ότι η ηλικία στην οποία διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους ήταν η σχολική .

26.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (44 άτομα – ποσοστό 37,3%) δήλωσε ότι απευθύνθηκαν σε παιδίατρο όταν εντόπισαν το πρόβλημα στο παιδί τους και άλλες 40 (ποσοστό 33,9%) δήλωσαν ότι απευθύνθηκαν σε λογοθεραπευτή. Άλλες 24 (ποσοστό 20,3%) δήλωσαν ότι απευθύνθηκαν σε

εκπαιδευτικό και οι υπόλοιπες 10 (ποσοστό 8,5%) ότι απευθύνθηκαν σε κάποιο φιλικό – οικείο πρόσωπο

27.Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (112 άτομα – ποσοστό 94,9%) δήλωσε ότι η αντίδραση που είχαν μετά τη διάγνωση του προβλήματος του παιδιού τους ήταν η αποδοχή αυτού, ενώ το υπόλοιπο 5,1% δήλωσε ότι δεν το αποδέχτηκε.

28.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (48 άτομα – ποσοστό 40,7%) δήλωσε ότι το παιδί τους βιώνει το συγκεκριμένο πρόβλημα με αδιαφορία, άλλες 34 (ποσοστό 28,8%) δήλωσαν ότι το βιώνει με απογοήτευση και άλλες 29 (ποσοστό 24,6%) με θυμό. Αντίθετα, άλλες 17 (ποσοστό 14,4%) δήλωσαν ότι το παιδί τους βιώνει το συγκεκριμένο πρόβλημα με το να κλείνεται στον εαυτό του και άλλες 5 (ποσοστό 4,2%) δήλωσαν ότι το βιώνει με το να αρνείται να κάνει φίλους .

29.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (95 άτομα – ποσοστό 80,5%) δήλωσε ότι η αντίδραση του πατέρα στο πρόβλημα του παιδιού είναι η αποδοχή και άλλες 7 (ποσοστό 5,9%) δήλωσαν ότι αδιαφορεί για αυτό, Αντίθετα, οι υπόλοιπες 16 (ποσοστό 13,6%) δήλωσαν ότι ο πατέρας δεν αποδέχεται το πρόβλημα του παιδιού .

30.Το 55,1% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι το πρόβλημα του παιδιού, επηρεάζει την απόδοσή του στο σχολείο, ενώ το υπόλοιπο 44,9% δήλωσε ότι δεν την επηρεάζει.

31.Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (99 άτομα – ποσοστό 83,9%) θεωρεί ότι η επικοινωνία στην οικογένειά τους είναι είτε «καλή» είτε «πολύ καλή» ενώ οι υπόλοιπες 19 (ποσοστό 16,1%) θεωρούν ότι η επικοινωνία στην οικογένειά τους είναι είτε «κακή» είτε «μέτρια».

32.Το σύνολο των ερωτηθεισών (118 άτομα – ποσοστό 100,0%) στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι το παιδί τους κάνει λογοθεραπευτικές συνεδρίες.

33.Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (116 άτομα – ποσοστό 98,3%) στην παρούσα έρευνα δήλωσε ότι παρατηρεί βελτίωση στο πρόβλημα του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες, ενώ μόλις το υπόλοιπο 1,7% δήλωσε ότι δεν παρατηρεί .

34.Το 77,1% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι στο σπίτι τους ακολουθούν τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας για τη βελτίωση του προβλήματος του παιδιού σας, ενώ μόλις το 1,7% αυτών δήλωσε ότι δεν τις ακολουθούν και οι υπόλοιπες 25 (ποσοστό 21,2%) δήλωσε ότι τις ακολουθούν μερικές φορές .

35.Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών (115 άτομα – ποσοστό 97,5%) στην παρούσα έρευνα δήλωσε ότι παρατηρεί βελτίωση στη σχολική επίδοση του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες, ενώ μόλις το υπόλοιπο 1,7% δήλωσε ότι δεν παρατηρεί .

36.Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών (63 άτομα – ποσοστό 53,4%) δήλωσε ότι αντιδρά με ενθάρρυνση στις δυσκολίες του παιδιού τους στο κοινωνικό πλαίσιο, άλλες 44 (ποσοστό 37,3%) δήλωσαν ότι αντιδρούν με κατανόηση και άλλες 10 (ποσοστό 8,5%) δήλωσαν ότι αντιδρούν με απογοήτευση. Αντίθετα, μόνο 1 (ποσοστό 0,8%) δήλωσε ότι αντιδρά με θυμό στις δυσκολίες του παιδιού της στο κοινωνικό πλαίσιο .

Αξίζει να σημειωθεί επιπλέον ότι:

Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθεισών μητέρων δεν φαίνεται (οριακά) να σχετίζεται με την ηλικία που διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους αν και το αρνητικό πρόσημο στον έλεγχο δείχνει ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο νωρίτερα διακρίνουν το πρόβλημα λόγου στο παιδί τους

Σε εξίσου πολύ υψηλά ποσοστά οι ερωτηθείσες μητέρες δήλωσαν ότι παρατηρούν βελτίωση στο πρόβλημα του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες ανεξάρτητα της ηλικίας του παιδιού τους .

Στο σύνολό τους (ποσοστό 100,0%) και σε πολύ υψηλότερο ποσοστό οι ερωτηθείσες μητέρες που ακολουθούν στο σπίτι τους τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας για τη βελτίωση του προβλήματος του παιδιού τους, παρατηρούν βελτίωση στη σχολική επίδοση αυτού έναντι των υπολοίπων μητέρων που είτε δεν ακολουθούν στο σπίτι τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας είτε τις ακολουθούν μερικές φορές (ποσοστό 42,7%) (Πίνακας 39, Σχήμα 38). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ( $\chi^2 = 11,451$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,01$ ).

Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (ποσοστό 70,0%) οι ερωτηθείσες μητέρες που δήλωσαν ότι η εγκυμοσύνη τους δεν ήταν επιθυμητή πέρασαν κατάθλιψη έπειτα από τη γέννηση του παιδιού τους έναντι αυτών που η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή (ποσοστό 15,7%) (Πίνακας 40, Σχήμα 39). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $\chi^2 = 16,631$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,0001$ ).

Σκοπός της ερευνάς μας ήταν να δούμε κατά πόσο υπάρχει μια καλή σχέση ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί που αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα λόγου και τις περαιτέρω επιπτώσεις που θα έχει στο ίδιο το παιδί, στο οικογενειακό του περιβάλλον αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό όπως ( π.χ το σχολείο). Επιπλέον, θέλαμε να διερευνήσουμε πως ο γονιός αντιλαμβάνεται το πρόβλημα λόγου του παιδιού και κατά πόσο απευθύνεται στους ειδικούς (γιατρούς, λογοθεραπευτές) για την επίλυσή του. Ακόμα εξετάσαμε κάποιες παραμέτρους που αφορούσαν το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, τις οικογενειακές συνθήκες (επικοινωνία στην οικογένεια), την επιθυμητή ή μη κύηση και τι συναισθηματικές διαταραχές μπορεί να επιφέρει στην σχέση μητέρας-παιδιού και τέλος κατά πόσο ο λογοθεραπευτής μπορεί να

βοηθήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματος του παιδιού μαζί με την συμμετοχή των γονέων κυρίως της μητέρας.

### ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στο δείγμα της ερευνάς μας συμπεριλάβαμε 118 μητέρες διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου με κοινό γνώμονα την διαταραχή λόγου, διαφορετική για το κάθε παιδί σ' ένα φάσμα διαταραχών.(φωνολογικές-αρθρωτικές , τραυλισμός, καθυστέρηση λόγου, νοητική ανωριμότητα, Δ.Α.Δ ή αυτισμός). Η ερευνά μας έγινε σ' ένα μικρό δείγμα πληθυσμού από το οποίο βγάλαμε κάποια συμπεράσματα που σας παραθέτουμε αλλά επειδή ακριβώς το δείγμα μας είναι μικρό και δεν γνωρίζουμε κατά πόσο απαντήθηκαν με ειλικρίνεια δεν μπορούμε να κάνουμε περαιτέρω γενίκευση .Επιπλέον , το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε από εμάς σε συνεργασία με την καθηγήτριά μας αλλά δεν είναι το πλέον καταρτισμένο για να ισχυριστούμε ότι τα αποτελέσματά μας έχουν επιστημονικό υπόβαθρο. Τέλος, δεν γνωρίζουμε αν οι ερωτηθείσες μητέρες απάντησαν με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις που τους δόθηκαν, για να ισχυριστούμε ότι τα αποτελέσματα είναι απόλυτα έγκυρα.

## 4.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε αυτή την έρευνα παρατηρήσαμε ότι το α) το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων γυναικών σε ποσοστό 44,1% ήταν απόφοιτες λυκείου, β) το 47,5% των ερωτηθέντων μητέρων είχε παιδί με πρόβλημα λόγου ηλικίας 5-7 ετών, γ) τα αγόρια σε ποσοστό 60,2% των ερωτηθέντων μητέρων υπερτερούσαν έναντι των κοριτσιών, δ) το 85% δεν ακολούθησαν φαρμακευτική αγωγή και το 80,5% δεν κάπνιζαν κατά την διάρκεια της κύησης, ε)το 91,5% δήλωσαν ότι η κύησή τους ήταν επιθυμητή, στ)το 29,7% των ερωτηθείσων γυναικών δεν θήλασαν το βρέφος, ζ) το 79,9% των ερωτηθείσων γυναικών δεν πέρασαν κατάθλιψη, η) σε ποσοστό 73,7% οι οικογένειες απαρτίζονται ολόκληρα ενώ έχουμε και ένα ποσοστό 12,7% που αποτελούνται από μονογονεϊκές οικογένειες., θ) το 68,6% των ερωτηθείσων γυναικών δεν σταμάτησε να εργάζεται μετά την ύπαρξη του μωρού, ι)το 49,2% των ερωτηθείσων γυναικών αντιλήφθηκε το πρόβλημα λόγου στην προσχολική ηλικία, κ) σε ποσοστό 37,3% οι ερωτηθείσες απευθύνθηκαν στο παιδίατρο όταν εντόπισαν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους, ενώ το 33,9% στον λογοθεραπευτή, λ) το 94,9% των ερωτηθείσων αποδέχτηκαν το πρόβλημα του παιδιού έπειτα από την διάγνωσή του, μ) σε ποσοστό 40,7 % των ερωτηθείσων δηλώνουν ότι το παιδί τους αδιαφορεί για το πρόβλημά του, ν) σε ποσοστό 55,1% των ερωτηθείσων δηλώνουν ότι το πρόβλημα του παιδιού επηρεάζει την απόδοσή του στο σχολείο, ξ) σε ποσοστό 98,3% οι ερωτηθείσες μητέρες δηλώνουν ότι το πρόβλημα του παιδιού τους βελτιώθηκε έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες, ο) σε ποσοστό 77,1% οι ερωτηθείσες ακολουθούν τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας στο σπίτι, π) σε ποσοστό 97,5% οι ερωτηθείσες μητέρες παρατηρούν βελτίωση στην σχολική επίδοση του παιδιού τους έπειτα από τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες, ρ) σε ποσοστό 53,4% οι ερωτηθείσες μητέρες δηλώνουν ότι αποδέχονται ενθάρρυνση τις δυσκολίες του παιδιού τους σε κοινωνικό πλαίσιο. Συσχετιστικά αξίζει να αναφέρουμε ότι σε ποσοστό

καθολικό (100%) οι ερωτηθείσες μητέρες που ακολουθούν στο σπίτι τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας παρατηρούν βελτίωση στην σχολική επίδοση του παιδιού τους, έναντι των υπολοίπων(42,7%) που δεν ακολουθούν στο σπίτι τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας ή το κάνουν μερικές φορές. Τέλος, σε ποσοστό 70% των ερωτηθείσων γυναικών που δήλωσαν ότι η εγκυμοσύνη τους δεν ήταν επιθυμητή πέρασαν κατάθλιψη, σε αντίθεση με το 15,7% που η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή.

Παρατηρούμε από τα παραπάνω ποσοστά που έχουν διαμορφωθεί, έπειτα από μια έρευνα που σκοπός της ήταν να προσεγγίσει την δυαδική σχέση-μητέρας παιδιού και να μας αποκαλύψει πόσο μπορεί να επηρεαστεί ο λόγος του παιδιού από αυτή την σχέση. Οι μητέρες που έχουν παιδί με πρόβλημα λόγου και θέλουν να υπάρξει μια καλή έκβαση είναι αυτές που σε ποσοστό (33,9%) απευθύνθηκαν στους ειδικούς (,λογοθεραπευτές), για να διαγνώσουν την διαταραχή και να ξεκινήσουν θεραπεία για την αποκατάσταση του προβλήματος. Επίσης σε μεγάλο ποσοστό απευθύνθηκαν και στους παιδίατρους (37,3%) οι οποίοι θα τους παρέπεμψαν στους κατάλληλα καταρτισμένους για την αποκατάσταση του προβλήματος του παιδιού τους. Επίσης σε μεγάλο ποσοστό (94,9%) παρατηρείται και η αποδοχή του προβλήματος από τις μητέρες και οι ίδιες ακολουθούν στο σπίτι σε μεγάλο ποσοστό (97,5) τις συμβουλές του λογοθεραπευτή για να υπάρξει βελτίωση του προβλήματος και το παιδί να βελτιώσει και την σχολική του επίδοση που σε μεγάλο ποσοστό (55,1%)επηρεάζεται από το πρόβλημά του. Σ' αυτή την έρευνα που διεξήχθη παρατηρήσαμε σύμφωνα με τα παραπάνω ότι η σχέση μητέρας παιδιού είναι αλληλένδετη και μπορεί να επηρεάσει την περαιτέρω πρόοδο του παιδιού.

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ**

- 1) Υποθέσαμε ότι το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει είτε έμμεσα είτε άμεσα το πρόβλημα λόγου του παιδιού.
- 2) Υποθέτουμε ότι το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων επηρεάζει τον τρόπο που συμπεριφέρονται στο παιδί με πρόβλημα λόγου.
- 3) Υποθέσαμε ότι μια μη επιθυμητή κύηση μπορεί να επιφέρει διαταραχή στην συμπεριφορά της μητέρας απέναντι στο βρέφος.
- 4) Υποθέσαμε ότι αλλάζει ή όχι η επαγγελματική ζωή της μητέρας έπειτα από την γέννηση του βρέφους.
- 5) Υποθέσαμε ότι το πρόβλημα του παιδιού μπορεί να επηρεάσει ή όχι την σχολική του επίδοση.
- 6) Υποθέσαμε ότι παρατηρούμε βελτίωση ή όχι στο πρόβλημα του παιδιού μετά τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες.
- 7) Υποθέσαμε ότι παρατηρούμε βελτίωση ή όχι στο πρόβλημα του παιδιού αν ακολουθήσουμε στο σπίτι τις συμβουλές του λογοθεραπευτή.

## **ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

- 1) Για την πρώτη ερευνητική υπόθεση παραθέτουμε τα εξής: Σε ποσοστό 73,7% οι οικογένειες των ερωτηθείσων μητέρων αποτελούνται από τις ίδιες, το σύζυγο και το παιδί/α. Σαφώς ένα καλό οικογενειακό υπόβαθρο όπου τα μέλη της οικογένειας και ιδιαίτερα οι δυο γονείς επικοινωνούν αρμονικά δείχνει μια καλή οικογενειακή ατμόσφαιρα όπου το παιδί επηρεάζεται θετικά και το βοηθά στην αντιμετώπιση του προβλήματός του. Σε ποσοστό 42,4% οι οικογένειες των ερωτηθείσων μητέρων δήλωσαν ότι έχουν πολύ καλή επικοινωνία στην οικογένειά τους, το 41,5% καλή, το 12,7% μέτρια και μόνο το 3,4% κακή, όπου θα μπορούσαμε να προτείνουμε την ψυχολογική υποστήριξη στους γονείς και σ'ένα μετέπειτα υγιές



οικογενειακό κλίμα θα υπάρξει και πιθανή βελτίωση στο πρόβλημα λόγω του παιδιού.

- 2) Για την δεύτερη ερευνητική υπόθεση παραθέτουμε τα εξής: Σε ποσοστό 5,9% οι ερωτηθείσες μητέρες ήταν τελειόφοιτες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (δημοτικό), σε ποσοστό 57,7% απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (γυμνάσιο 13,6% και λύκειο 44,1%) σε ποσοστό 36,5% απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Τ.Ε.Ι. 15,3% και Α.Ε.Ι. 22,1%) Σε ποσοστό 85,7% οι απόφοιτες δημοτικού, σε ποσοστό 93,8% απόφοιτες γυμνασίου και σε ποσοστό 98,1 οι απόφοιτες λυκείου, σε ποσοστό 88,9% οι απόφοιτες Τ.Ε.Ι. και σε ποσοστό 96% οι απόφοιτες Α.Ε.Ι ,δείχνει αποδοχή του προβλήματος και περαιτέρω στήριξη απέναντι στο πρόβλημα του παιδιού τους. Άρα το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθείσων μητέρων δεν φανέρωσε κάποια σημαντική διαφοροποίηση απέναντι στο πρόβλημα λόγω του παιδιού τους.
- 3) Για την τρίτη ερευνητική υπόθεση παραθέτουμε τα εξής: Σε ποσοστό 70% οι ερωτηθείσες μητέρες που δήλωσαν ότι η εγκυμοσύνη τους δεν ήταν επιθυμητή πέρασαν κατάθλιψη έπειτα από την γέννηση του παιδιού τους έναντι αυτών σε ποσοστό 15,7% που η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή. Επιπλέον θα μπορούμε να προτείνουμε ψυχολογική υποστήριξη στις μητέρες που παρουσίασαν συναισθηματική διαταραχή έπειτα από την γέννηση του μωρού τους για να μπορέσουν να επενδύσουν συναισθηματικά σ' αυτό και να δημιουργήσουν μια μετέπειτα υγιή σχέση.
- 4) Για την τέταρτη ερευνητική υπόθεση παραθέτουμε τα εξής: Σε ποσοστό 68,6% οι ερωτηθείσες μητέρες δήλωσαν ότι η επαγγελματική τους ζωή δεν άλλαξε έπειτα από την γέννηση του βρέφους, έναντι του 31,4% που δήλωσε ότι άλλαξε. Δηλαδή η γέννηση του βρέφους επηρέασε την επαγγελματική ζωή μιάς γυναίκας στις 3 γυναίκες

- 5) Για την πέμπτη ερευνητική υπόθεση παραθέτουμε τα εξής: Σε ποσοστό 44,9% οι ερωτηθείσες μητέρες είπαν ότι το πρόβλημα του παιδιού τους δεν επηρεάζει την σχολική του απόδοση σε αντίθεση με το 55,1% που είπαν ότι την επηρεάζει. Είναι ιδιαίτερος αξιοσημείωτο το ποσοστό αυτό που φανερώνει ότι τα μισά και παραπάνω παιδιά που φανερώνουν μια διαταραχή λόγου έχει σαν επίπτωση την μείωση της σχολικής τους απόδοσης. Καλή θα ήταν η συνεργασία του λογοθεραπευτή με έναν δάσκαλο ειδικής αγωγής για την εξομάλυνση των δυσκολιών του παιδιού στα σχολικά του καθήκοντα.
- 6) Για την έκτη ερευνητική υπόθεση παραθέτουμε τα εξής: Σε ποσοστό 98,3% οι ερωτηθείσες μητέρες δήλωσαν ότι παρατηρούν βελτίωση στο πρόβλημα του παιδιού τους μετά τις λογοθεραπευτικές συνεδρίες σε αντίθεση με το μόλις 1,7% των υπολοίπων μητέρων που δήλωσαν ότι δεν παρατηρούν βελτίωση. Από αυτό το εύρημα μπορούμε να αντιληφθούμε πόσο σημαντική είναι η παρέμβαση του λογοθεραπευτή και στο πόσο βοηθά το παιδί στην επίλυση του προβλήματός του.
- 7) Για την έβδομη ερευνητική υπόθεση παραθέτουμε τα εξής: Σε ποσοστό 100% οι ερωτηθείσες μητέρες που ακολουθούν στο σπίτι τις συμβουλές του λογοθεραπευτή παρατηρούν βελτίωση στην σχολική επίδοση του παιδιού έναντι των υπολοίπων μητέρων που είτε δεν τις ακολουθούν καθόλου είτε τις ακολουθούν μερικές φορές σε ποσοστό 42,7%. Από αυτό συμπεραίνουμε ότι δεν αρκεί μόνο η βοήθεια του λογοθεραπευτή για την βελτίωση του προβλήματος το οποίο επηρεάζει και την σχολική επίδοση του παιδιού αλλά και πόσο σημαντική είναι η παρέμβαση της μητέρας η οποία δρα συμπληρωματικά για την επίλυση του προβλήματος.

## **ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΘΕΩΡΙΑΣ-ΕΡΕΥΝΑΣ**

Στην πτυχιακή εργασία μας θέλαμε να ερευνήσουμε κάποιους παράγοντες που θεωρήσαμε ότι μπορεί να επηρεάζουν την σχέση μητέρας-παιδιού και έχουν σχέση :

α)με το πώς η μητέρα βιώνει την εγκυμοσύνη της και κατά πόσο μια μη επιθυμητή κύηση μπορεί να επιφέρει συναισθηματικές διαταραχές που επηρεάζουν την σχέση της με το νήπιο. Η εγκυμοσύνη για την μέλλουσα μητέρα είναι μια μεγάλη στιγμή για την ζωή της αλλά και πηγή για ποικίλα αισθήματα και συναισθήματα τα οποία για πρώτη φορά θα βιώσει. **(Ι.ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ 1985)**

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οι εκδηλώσεις άγχους μπορούν να θεωρηθούν φυσιολογικά αλλά η ένταση του άγχους και η συνεχής ενασχόληση με τους φόβους για το παιδί που θα γεννηθεί αμφιταλαντεύσεις και αγωνίες διαταράσσουν την συναισθηματική σχέση της μητέρας και του μωρού της. Αλλά μπορεί και να επιτείνει κάθε πρόβλημα – προσωπικό, κοινωνικό και ψυχολογικό που προϋπαρχε στην μητέρα. **(Β. Π. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ, Μ. Ι ΧΑΒΑΚΗ ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ, Γ. Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ 2005).**

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια συχνή και σοβαρή νόσος που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. Σημαντικό ποσοστό των γυναικών (10-20%) παρουσιάζει τις πρώτες εβδομάδες της λοχείας καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο διαρκεί 3 με 6 μήνες περίπου. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις γυναικών όπου η κατάθλιψη επιμένει για ακόμη δύο χρόνια.

Στην ερευνά μας παρατηρήσαμε ότι: Σε ποσοστό 70% οι ερωτηθείσες μητέρες που δήλωσαν ότι η εγκυμοσύνη τους δεν ήταν επιθυμητή πέρασαν κατάθλιψη έπειτα από την γέννηση του παιδιού τους έναντι αυτών σε ποσοστό 15,7% που η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή.

β) Στο κατά πόσο οι γονείς αποδέχονται το πρόβλημα του παιδιού τους.

Η αποδοχή της ατομικότητας του παιδιού γίνεται βαθμιαία και συχνά είναι ατελής. Σε ένα παιδί επενδύονται τόσα πολλά προσωπικά στοιχεία και προσδοκίες που είναι δύσκολο να απαλλαγεί κανείς από την ιδεατή εικόνα και να αποδεχτεί το πραγματικό παιδί, ιδιαίτερα όταν η διαφορά είναι μεγάλη. Όταν το παιδί δεν ανταποκρίνεται στις επιθυμίες, τα ιδεώδη και τα κοινωνικά πρότυπα, η αποδοχή του από τους γονείς και η αλληλεπίδρασή του με αυτούς διαταράσσονται.

Η απογοήτευση των γονέων από τη δυσάρεστη πραγματικότητα κάνει και τους ίδιους ευάλωτους και αδύναμους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του παιδιού τους. Αλλά και το ίδιο το παιδί επιβαρύνεται γιατί οι γονείς δεν είναι διατεθειμένοι να το αποδεχτούν και να το κατανοήσουν. Επομένως, η ευαισθητοποίηση και η προσαρμογή των γονέων στην πραγματικότητα αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλύτερη ανάπτυξη των δυνατοτήτων του παιδιού τους. **(Ζαφειροπούλου Μ. , Κλεφταράς Γ. 2004).**

Στην ερευνά μας παρατηρήσαμε ότι : Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθεισών μητέρων σε ποσοστό 94,9%δήλωσε ότι η αντίδραση που είχαν μετά τη διάγνωση του προβλήματος του παιδιού τους ήταν η αποδοχή. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών σε ποσοστό 80,5% δήλωσε ότι η αντίδραση του πατέρα στο πρόβλημα του παιδιού είναι η αποδοχή.

γ) αν οι μητέρες θήλασαν το μωρό τους έπειτα από την γέννησή του. Το παιδί κατακτά την πρώτη βαθμίδα όλων των γλωσσών, καταγράφοντας στην αναπτυσσόμενη μνήμη του την πείρα ότι η συνεννόηση με ένα μυστήριο περιβάλλον είναι δυνατή εκεί όπου το μητρικό γάλα σαν σύμβολο κάθε καλού διαλύει τις ψυχικές εντάσεις και με τον κορεσμό με το χόρτασμα επέρχεται και ο καθησυχαστικός ύπνος.

Επίσης από πολύ νωρίς το βρέφος είναι σε θέση αλλά και από την πείρα που έχει αποκτήσει μπορεί να αναγνωρίσει ότι υπάρχει και "κακό μητρικό στήθος". Όταν η μητέρα είναι ανυπόμονη, βιαστική και αδέξια στο θηλασμό ακόμη και αν είναι δυσαρεστημένη ή φοβισμένη το παιδί καταλαμβάνεται από τα ίδια αισθήματα κατά τον θηλασμό. Ο φόβος είναι ένα πρωταρχικό βίωμα του ανθρώπου. Καθώς και το πολύ μικρό παιδί είναι δέκτης του. **(Rattner J.1967)**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών μητέρων, ποσοστό 29,7% δήλωσε ότι δεν θήλασε καθόλου. Από τις υπόλοιπες σε ποσοστό 27,1% δήλωσαν ότι θήλασαν 4-6 μήνες, σε ποσοστό 22,9% δήλωσαν ότι θήλασαν 2-4 μήνες και τέλος σε ποσοστό 20,3% δήλωσαν ότι θήλασαν 1-2 μήνες .

δ) Σε ποια ηλικία διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί.

Οι διαταραχές λόγου είναι από τα πιο συχνά προβλήματα σε παιδιά 3 έως 16 ετών, ανεξάρτητα από άλλες, συνυπάρχουσες καταστάσεις. Πολλά από τα παιδιά, τα οποία παραπέμπονται σε παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες για προβλήματα συμπεριφοράς στο σχολείο, δυσκολίες στην εκτέλεση των σχολικών καθηκόντων ή συναισθηματικές δυσκολίες, παρουσιάζουν προβλήματα λόγου, τα οποία δεν αναγνωρίστηκαν. Σε πολλές περιπτώσεις, τα προβλήματα επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου, καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, εξ' αιτίας των αυξημένων απαιτήσεων για σχολική απόδοση και αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους. Η έγκαιρη αναγνώριση των διαταραχών λόγου είναι ιδιαίτερα σημαντική, λόγω των επιπτώσεων στη σχολική απόδοση και την ψυχοκοινωνική εξέλιξη των παιδιών **(Παπαγεωργίου Β. Α. 2005)**.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών ποσοστό 49,2% δήλωσε ότι η ηλικία στην οποία διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους ήταν η προσχολική, άλλες μητέρες σε ποσοστό 37,3% ότι το διέκριναν στη νηπιακή και οι υπόλοιπες μητέρες σε ποσοστό 13,6% δήλωσαν ότι η ηλικία στην οποία διέκριναν πρόβλημα λόγου στο παιδί τους ήταν η σχολική .

ε) Ακολουθούνται οι συμβουλές του λογοθεραπευτή στο σπίτι.

Οι περισσότεροι γονείς θέλουν να γνωρίζουν πως μπορούν να βοηθήσουν την ανάπτυξη του παιδιού τους. Αναζητούν καθοδήγηση, γιατί δεν πιστεύουν ότι οι ίδιοι μπορούν να προσφέρουν σωστή γονεϊκή φροντίδα σε ένα παιδί με δυσκολίες (**Τσιάντης Ι. , Μανωλόπουλος 1989**). Ο πατέρας όμως συχνά είναι λιγότερο διαθέσιμος, λόγω φόρτου εργασίας και έλλειψης χρόνου, όπως διαπιστώνεται από πολλούς ερευνητές. Γι' αυτό η συνεργασία πραγματοποιείται κυρίως με τη μητέρα. Άλλωστε αυτή ασχολείται περισσότερο με το παιδί (**Ζαφειροπούλου Μ. , Κλεφταράς Γ. 2004**).

Το 77,1% των ερωτηθεισών στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι στο σπίτι τους ακολουθούν τις συμβουλές της λογοθεραπεύτριας για τη βελτίωση του προβλήματος του παιδιού σας, ενώ μόλις το 1,7% αυτών δήλωσε ότι δεν τις ακολουθούν και οι υπόλοιπες σε ποσοστό 21,2% δήλωσαν ότι τις ακολουθούν μερικές φορές .

στ) πως αντιδρούσε το παιδί σας όταν σας αποχωριζόταν.

Ο Bowlby αναγνώρισε τη διαμαρτυρία ως την πρώτη αντίδραση που προκαλείται στα παιδιά όταν ο αποχωρίζονται τους γονείς τους. Το κλάμα, τα ουρλιαχτά, οι φωνές, τα δαγκώματα και οι κλοτσιές-αυτή η κακή συμπεριφορά είναι φυσιολογική αντίδραση στην απειλή που δέχεται μια σχέση δεσμού και προφανώς η λειτουργία της είναι να προσπαθήσει να τον αποκαταστήσει και τιμωρώντας τον φροντιστή να αποτρέψει άλλον αποχωρισμό. (**JEREMY HOLMES 1993**).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών σε ποσοστό 68,6% δήλωσε ότι η αντίδραση του μωρού τους όταν τις αποχωριζόταν (μέχρι 6 μηνών) ήταν το κλάμα, άλλες μητέρες σε ποσοστό 27,1% δήλωσαν ότι απλά παρέμενε ήσυχο ενώ οι υπόλοιπες μητέρες σε ποσοστό 4,2% δήλωσαν ότι το παιδί τους όταν τις αποχωριζόταν (μέχρι 6 μηνών) φαινόταν φοβισμένο .

ζ) σε ποια ηλικία είπε την πρώτη του λέξη.

Η κατάκτηση του λόγου είναι πολύπλοκη διαδικασία και δεν αφορά μόνο στην απλή κατονομασία των πραγμάτων. Το παιδί πρέπει να κατανοήσει τους ήχους της γλώσσας, που έχουν νόημα στο συγκεκριμένο περιβάλλον ομιλίας και να συνδυάσει τις λέξεις με τα κατάλληλα γραμματικά μορφήματα, για να εκφράσει τις σχέσεις μεταξύ των πραγμάτων και των γεγονότων. Αν και τα περισσότερα παιδιά κατακτούν σχετικά εύκολα αυτές τις πολύπλοκες δεξιότητες, αποκλίσεις από τη φυσιολογική αναπτυξιακή πορεία παρατηρούνται συχνά. **(Παπαγεωργίου Β. Α. 2005)**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών σε ποσοστό 34,7% δήλωσε ότι το παιδί τους είπε την πρώτη του λέξη πριν τους 12 μήνες και άλλες μητέρες σε ποσοστό 24,6% ότι την είπε μετά τους 15 μήνες, άλλες μητέρες σε ποσοστό 22,0% δήλωσαν ότι το παιδί τους είπε την πρώτη του λέξη πριν τους 10 μήνες , άλλες μητέρες σε ποσοστό 18,6% ότι την είπε πριν τους 15 μήνες .

η)σε ποια ηλικία περπάτησε το παιδί.

Αισθησιοκινητικό προγλωσσικό στάδιο : Εκτείνεται από την γέννηση έως την ηλικία των 2 χρόνων. Είναι η περίοδος κατά την οποία το παιδί αποκτά κινητική ανεξαρτησία και κατανοεί τον κόσμο μέσα από το συντονισμό των αισθητηριακών αντιλήψεων και των απλών κινητικών συμπεριφορών. **(Β. Παπαγεωργίου 2005).**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών μητέρων σε ποσοστό 60,2% δήλωσε ότι το παιδί τους περπάτησε χωρίς βοήθεια σε ηλικία 12-15 μηνών και άλλες μητέρες σε ποσοστό 26,3% ότι περπάτησε χωρίς βοήθεια σε ηλικία 8-12 μηνών. Τέλος άλλες μητέρες σε ποσοστό 13,6% δήλωσαν ότι το παιδί τους περπάτησε χωρίς βοήθεια σε ηλικία μεγαλύτερη των 15 μηνών .

Μελλοντικά θα μπορούσε να γίνει μια έρευνα που να μελετά την σχέση μητέρας- παιδιού και πως αν διαταραχθεί θα μπορούσε να επιφέρει πρόβλημα λόγου στο παιδί. Οι παράμετροι που θα μπορούσαμε να θέσουμε είναι ένα μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού, σε διαφορετικές περιοχές της χώρας, σε διαφορετικό μορφωτικό, οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρο. Το τεστ που θα χορηγηθεί να είναι σταθμισμένο στην ελληνική γλώσσα έχοντας επιστημονική βάση. Ακόμα η χορήγησή του να γίνεται από ψυχολόγους και να υπάρχει μια διεπιστημονική ομάδα (δάσκαλοι ,λογοθεραπευτές ,κοινωνικοί λειτουργοί ψυχολόγοι),η οποία θα μπορούσε να αξιολογήσει καλύτερα τα αποτελέσματα της έρευνας .



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ζαφειροπούλου Μ, Κλεφταράς Γ. (2004).Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία του παιδιού . Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα .
- Freud A.(1992). Τα καλά και τα κακά στην εξέλιξη του παιδιού. Μετάφραση :Μαρία Αγγελίδου . Αθήνα: Εκδόσεις ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ.
- Jeremy Holmes.(1993). Ο John Bowlby και η θεωρία του δεσμού. Μετάφραση: Γιάννα Αθανασίου και Θανάσης Αθανασίου (2009). Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Κονταξάκης Β.Π, Χαβάκη Κονταξάκη Μ.Ι, Χριστοδούλου Γ.Ν. (2005). Προληπτική Ψυχιατρική Ψυχική Υγιεινή. Αθήνα : Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Παπαγεωργίου Β.Α.(2005). Ψυχιατρική παιδιών και εφήβων Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Παρασκευόπουλος Ι . (1985).Εξελικτική ψυχολογία (1<sup>ος</sup> τόμος) ΑΘΗΝΑ: Εκδόσεις
- Παρασκευόπουλος Ι. (1985). Εξελικτική ψυχολογία (2<sup>ος</sup> τόμος) ΑΘΗΝΑ :Εκδόσεις
- Rattner J.(1967). Ανατρέφω σωστά το παιδί μου .Μετάφραση: Βαμβαλής Γεώργιος(1969). Αθήνα : Εκδόσεις ΜΠΟΥΚΟΥΜΑΝΗΣ.
- Σακελλαρόπουλος Π. (2001). Σχέσεις μητέρας-παιδιού τον πρώτο χρόνο της ζωής Αθήνα :Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Salkind N .J.(1990). Θεωρίες της ανθρώπινης ανάπτυξης . Αθήνα Εκδόσεις ΠΑΤΑΚΗ.
- ΤΣΙΑΝΤΗΣ.Ι. (1994) . Βασική Παιδοψυχιατρική Ερευνητικά και Κλινικά Κείμενα (1<sup>ος</sup> τόμος) Αθήνα :Εκδόσεις ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ.

- ΤΣΙΑΝΤΗΣ.Ι, ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ.Σ.(1989). Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής Θεραπευτικές Προσεγγίσεις (3<sup>ος</sup> τόμος ) Αθήνα : Εκδόσεις ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ.

### Internet

- <http://www.logopedists.gr>  
<http://www.google.com>
- Lynne Murray, Peter J. Cooper, Department of Psychology, The University of Reading ,Whiteknights, Reading RG6 6A
- Lunne Murray, Claire Kempton, Matthew Woolgar , Richard Hooper, University of Reading. Article first Published Online: 7 DEC 2006.
- Peter Fonagy , Howard Steele , Mirian Steele, University of Reading.  
Article First Published Online:28 Jun 2008.
- Sysan C. Meyers , University of Virginia , Frances J. Freeman, University of Texas at Dallas ,Callier Center for Communication Disorders.
- Annerose Keilmann, Ludwig Braun, Ulrike Napiontek Klinik für Kommunikationsstörungen, Mainz, Deutschland
- Eric Manders, Veerle Verbruggen , Licentie Logopedie en Audiologie, Belgium
- Therese Benedek M.D, Article was First Published:23 JUL 2010
- John E. Bates, Christine A. Maslin, and Caren A. Frankel, Indiana University