



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Φιλοσοφική Σχολή

Τμήμα Ψυχολογίας

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σχολικής Ψυχολογίας

**Διερεύνηση Αυτοεκτίμησης, Άγχους, Συμπτωμάτων Κατάθλιψης μαθητών
Τμήματος Ένταξης**

Διπλωματική Εργασία

Ζορμπά Διονυσία (Α.Μ.:201512)

Επιβλέπων: Δρ Μουταβελής Αδριανός

Αθήνα 2018

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Αδριανός Μουταβελής, Διδάκτωρ Ειδικής Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Επιβλέπων)

Χρυσή Χατζηχρήστου, Καθηγήτρια Σχολικής Ψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Μέλος Τριμελούς Επιτροπής)

Αικατερίνη Λαμπροπούλου, Διδάκτωρ Σχολικής Ψυχολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Μέλος Τριμελούς Επιτροπής)

Στον Γέροντά μου, Γαβριήλ,
που μου ενέπνευσε την πραγματική
ουσία της ζωής...

Περίληψη

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να μελετήσει τις διαστάσεις της αυτοεκτίμησης, του άγχους και της κατάθλιψης στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που φοιτούν στα τμήματα ένταξης. Κατά την έρευνα χορηγείται ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς σε 191 παιδιά εκ των οποίων τα 60 φοιτούν σε τμήμα ένταξης και 131 φοιτούν σε τυπικές τάξεις. Κατά την μελέτη πραγματοποιείται σύγκριση των τριών διαστάσεων. Συγκεκριμένα συγκρίνεται η αυτοεκτίμηση, το άγχος και η κατάθλιψη των παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες σε σχέση με τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες.

Από την σύγκριση προκύπτει ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, υψηλότερο άγχος και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά. Ακόμα παρουσιάζεται αρνητική συνάφεια ανάμεσα στις μεταβλητές της αυτοεκτίμησης και του άγχους, ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και την κατάθλιψη και θετική συνάφεια ανάμεσα στο άγχος και στην κατάθλιψη. Τέλος ο παράγοντας του φύλου φαίνεται να μην σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση, το άγχος και την κατάθλιψη στα παιδιά.

Λέξεις κλειδιά: μαθησιακές δυσκολίες, τμήμα ένταξης, αυτοεκτίμηση, άγχος, κατάθλιψη

Abstract

The main aim of this research is to study the dimensions of self-esteem, anxiety and depression in children with learning disabilities who attend the resource classes. For this purpose is given questions to 191 students. Among these children 60 of them attend the resources classes and the rest of them (131) attend the typical classes. During the study, the comparison of these three dimensions is accomplished. More specifically, self-esteem, anxiety and depression of normal children is relation to children with learning disabilities are compared.

As a result from this comparison, it appears that the children with learning disabilities have lower self-esteem, higher level of anxiety and depression compared to the other children. Furthermore, it seems that there is a negative coherence between the variables of self-esteem and anxiety, between self-esteem and depression and positive coherence between anxiety and depression. Finally, it appears that there is no relation between sex and the factor of low self-esteem, anxiety and depression to children.

Key words: learning disabilities, resource class, self-esteem, anxiety, depression

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Περιεχόμενα.....	6
Πρόλογος.....	9
Εισαγωγή.....	11
Αυτοεκτίμηση.....	13
Έννοια του εαυτού, της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης.....	13
Έννοια του εαυτού.....	13
Συνιστώσες της έννοιας του εαυτού.....	14
Μονοδιάστατο και πολυδιάστατο μοντέλο της έννοιας του εαυτού.....	16
Έννοια της αυτοαντίληψης.....	17
Εξελικτική πορεία της αυτοαντίληψης.....	19
Έννοια της αυτοεκτίμησης.....	21
Εξελικτική πορεία της αυτοεκτίμησης.....	23
Αυτοεκτίμηση μαθητών.....	25
Άγχος.....	25
Θεωρίες άγχους.....	27
Ψυχαναλυτική θεωρία.....	27
Προσωποκεντρική θεωρία.....	28
Γνωσιακή θεωρία.....	29
Βιολογική προσέγγιση.....	30
Θεωρία Spielberger.....	31
Σύγχρονη κλινική ταξινόμηση του άγχους.....	32
Άγχος μαθητών.....	36
Κατάθλιψη.....	37
Κατάθλιψη στην παιδική ηλικία.....	39
Σύγχρονη κλινική ταξινόμηση της κατάθλιψης.....	40

Διασπαστική διαταραχή λόγω απορρυθμιστικής διάθεσης (Disruptive mood desregulation disorder).....	41
Μείζων καταθλιπτική διαταραχή.....	42
Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (Δυσθυμία).....	42
Κατάθλιψη μαθητών.....	43
Τμήμα ένταξης.....	45
Φοίτηση στο τμήμα ένταξης.....	46
Ερευνητικοί στόχοι.....	47
Η παρούσα έρευνα.....	47
Μέθοδος.....	49
Συμμετέχοντες.....	49
Μέσα συλλογής δεδομένων.....	51
Κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale).....	51
Hellenic Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS).....	52
Κλίμακα καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης, Children’s Depression Inventory(CDI).53	
Διαδικασία.....	55
Αποτελέσματα.....	57
Διαφορές ως προς το φύλο.....	57
Διαφορές ως προς την παρακολούθηση στο τμήμα ένταξης.....	59
Συσχετίσεις ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το άγχος.....	61
Στατιστική πρόβλεψη της κατάθλιψης από το άγχος και την αυτοεκτίμηση σε μαθητές τμημάτων ένταξης και μαθητών που δεν φοιτούσαν σε τμήματα ένταξης.....	62
Στατιστική πρόβλεψη παρακολούθησης τμήματος ένταξης από άγχος, κατάθλιψη και Αυτοεκτίμηση.....	63
Μοντέλο δομικών εξισώσεων.....	63
Συζήτηση.....	68
Αυτοεκτίμηση, άγχος και κατάθλιψη ως προς το φύλο.....	68

Αυτοεκτίμηση, άγχος, κατάθλιψη ως προς το τμήμα ένταξης.....	69
Σύγκριση αυτοεκτίμησης ως προς το τμήμα ένταξης.....	69
Σύγκριση άγχους ως προς το τμήμα ένταξης.....	70
Σύγκριση κατάθλιψης ως προς το τμήμα ένταξης.....	71
Συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση, το άγχος και την κατάθλιψη.....	72
Πρόβλεψη παρακολούθησης τμήματος ένταξης από άγχος, κατάθλιψη και αυτοεκτίμηση..	74
Πρόβλεψη κατάθλιψης από την αυτοεκτίμηση και το άγχος και ο θεραπευτικός ρόλος της αυτοεκτίμησης.....	75
Περιορισμοί.....	77
Προτάσεις.....	78
Βιβλιογραφία.....	80

Πρόλογος

Φτάνοντας στο τέλος αυτής της πορείας, του Μεταπτυχιακού Προγράμματος, ολοκληρώνοντας την διπλωματική εργασία, νιώθω ένα βήμα πιο κοντά στον αρχικό μου στόχο που ήταν η βοήθειά μου προς τα παιδιά. Νιώθω πως το Πρόγραμμα, μέσα από όλα τα μαθήματα, τις εργασίες και τις πρακτικές μας βοήθησε στο να χτίσουμε πιο στέρεες γέφυρες επικοινωνίας και αρωγής προς τους μαθητές. Μας βοήθησε να αφουγκραζόμαστε και να συναισθανόμαστε πιο καλά τις ανάγκες τους και μας κατέστησε περισσότερο έτοιμους και ικανούς στο να μπορούμε να ανταπεξέλθουμε στις απαιτήσεις αυτές. Ακόμα περισσότερο μας έδωσε τις δεξιότητες και μας έμαθε τις λέξεις για να χτίσουμε διαύλους επικοινωνίας με τα πιο δυσκολεμένα παιδιά, αυτά που έτυχε να έρθουν στην ζωή με χαρακτηριστικά διαφορετικά. Στα παιδιά αυτά όπου συνήθως η αυτοεκτίμηση είναι πιο χαμηλή, το άγχος έντονο και η λύπη πιο συχνή.

Στην πορεία μου αυτή, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους μαζί και κάθε έναν ξεχωριστά όλους τους διδάσκοντες του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σχολικής Ψυχολογίας, γιατί ο καθένας μέσα από τις γνώσεις του και τον μοναδικό του χαρακτήρα έβαλε το δικό του λιθαράκι στο οικοδόμημα αυτό των γνώσεων και των συναισθημάτων.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επόπτη μου κ. Μουταβελή Αδριανό, για τις κατευθύνσεις του και τις παρεμβάσεις του στην εργασία μου, αλλά κυρίως για την υπομονή του, την προθυμία του, την υποστήριξη και την αισιοδοξία του στα βήματα αυτής της πορείας. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Μυλωνά Κώστα για τις μεθοδολογικές του παρεμβάσεις και την μεγάλη διάθεσή του για βοήθεια αλλά και την κα Λαμπροπούλου Κατερίνα για τις πολύ εύστοχες παρεμβάσεις της στη μελέτη αυτή. Θερμές ευχαριστίες αξίζουν στην Πρόεδρο του Τμήματος, κα Χατζηχρήστου Χρυσή για τον σχεδιασμό του

Προγράμματος, για όλα όσα μας έμαθε αλλά κυρίως για την ηρεμία που μας δίδαξε μέσα από το παράδειγμά της.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω τους Διευθυντές όλων των σχολείων της έρευνες που άνοιξαν με ευχαρίστηση τα σχολεία τους και δέχτηκαν με προθυμία την συνεργασία. Καθώς και τους εκπαιδευτικούς των τάξεων, τους γονείς, μα κυρίως τους μαθητές που με χαρά και χαμόγελο συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια που τους ζητήθηκαν.

Είναι πολύ σημαντικό για εμένα να ευχαριστήσω θερμά τον Τσουβέλα Γιώργο, συνεργάτη μου στην πρακτική μου άσκηση, για τις γνώσεις του, τις συμβουλές του, την προθυμία του και την ανιδιοτέλεια του που με βοήθησαν στην ολοκλήρωση την εργασίας μου.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλες τις συμφοιτήτριές μου για την ψυχολογική υποστήριξη, την συμπαράσταση, την φιλία τους και για όλα όσα μοιραστήκαμε καθ' όλην την πορεία του Προγράμματος. Πολλά ευχαριστώ στην οικογένεια μου για την αγάπη τους που γίνεται φανερή μέσα από την καθημερινή τους στήριξη σε όλα τα επίπεδα της ζωής μου!

Διερεύνηση διαστάσεων αυτοεκτίμησης, άγχους, κατάθλιψης μαθητών Τμήματος Ένταξης

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον από την κοινωνία παρατηρείται αναφορικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα, η εκπαίδευση, οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί φαίνεται να απασχολούνται και να προβληματίζονται με τους μαθητές αυτούς που δείχνουν να είναι κάπως διαφορετικοί από το τυπικό σύνολο των παιδιών.

Η διαφοροποίηση αυτή αρχικά απασχολεί μέσα από τον συμπεριφορικό είτε τον μαθησιακό τομέα του παιδιού (Scarborough & Parker, 2003). Όλοι όσοι έχουν έρθει σε επαφή, με περιπτώσεις παιδιών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες, είτε ως ειδικοί, ως ψυχολόγοι, ως γονείς ή ως εκπαιδευτικοί, κάνουν λόγο για έλλειψη προσαρμογής, για δυσκολίες κοινωνικοποίησης και επικοινωνίας, για συμπεριφορές που προκαλούν δυσαρέσκεια στους άλλους αλλά και για δυσκολία στην κατανόηση εννοιών, στη συγκράτηση πληροφοριών, στην επίλυση προβλημάτων, στην κατάκτηση μαθησιακών δεξιοτήτων όπως η γραφή, η ανάγνωση, η αρίθμηση (Rohl & Rivalland, 2002).

Επιπλέον, συχνά τα ίδια τα παιδιά καταβάλουν κάποια μεγαλύτερη προσπάθεια για να επιτύχουν αυτά που για το σύνολο των παιδιών είναι εύκολα επιτεύξιμα, γεγονός που συχνά τα οδηγεί στην ματαιώση, πόσο μάλλον όταν η επιβράβευση είναι ελλιπής (Miyahara & Piek, 2006).

Με βάση αυτές τις παρατηρήσεις των τελευταίων ετών έγινε η αφορμή για αυτή την μελέτη. Συγκεκριμένα, ερευνήθηκαν τρεις διαστάσεις, της αυτοεκτίμησης, του άγχους και της κατάθλιψης των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες σε σχέση με τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες.

Η διερεύνηση των συναισθημάτων έχει ακόμα μεγαλύτερη αξία να μελετηθεί, καθώς όπως έχει βρεθεί μέσα από έρευνες που σχετίζονται με τα συναισθήματα, υποστηρίζουν ότι

αυτά επιδρούν σημαντικά στη μάθηση, στη μνήμη, στην ανάπτυξη και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των παιδιών (Semrud-Clikeman, Walkowiak, Wilkinson & Minne, 2010).

Αυτοεκτίμηση

Έννοια του εαυτού, της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης. Ο εαυτός αποτελεί μια από τις παλαιότερες και πιο δημοφιλείς έννοιες στο χώρο της ψυχολογίας. Ακόμα και σήμερα παραμένουν οι διαφωνίες και οι έρευνες σχετικά με τον ορισμό του. Η έννοια του εαυτού έχει περάσει υπό το πρίσμα των αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων οι οποίοι επικεντρώθηκαν στην εσωτερικότητα του εαυτού και στο δικαίωμα για εσωτερική ιδιωτική ζωή. Στην συνέχεια με το θέμα ασχολούνται ψυχαναλυτές και συμπεριφοριστές. Αποτελεί μία έννοια που περικλείει φιλοσοφικές, ψυχολογικές, θρησκευτικές, κοινωνιολογικές και ανθρωπολογικές θεωρίες. Όλα τα παραπάνω φανερώνουν τόσο την πολυπλοκότητα αλλά και την ιδιαίτερη σημασία της έννοιας (Χατζηχρήστου, 2004).

Αργότερα, πρώτος ο James (1890) συγκεκριμενοποιεί την έννοια, διακρίνοντας τον εαυτό στο «Εγώ» και στο «Εμένα», δηλαδή το άτομο είναι ταυτόχρονα ενεργητικό υποκείμενο αλλά και αντικείμενο εμπειρίας. Γενικώς στον επιστημονικό χώρο, η κυρίαρχη άποψη είναι ότι οι δύο βασικές συνιστώσες της έννοιας του εαυτού είναι η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση (Μακρή- Μπότσαρη, 2001).

Κατά τον Burns (1982, 1986) η αυτοαντίληψη αποτελεί το σύνολο των πεποιθήσεων, των στάσεων και αξιολογήσεων που κάνει το άτομο για τον εαυτό του γύρω από όλες τις πτυχές της προσωπικότητάς του. Ενώ οι πρώτοι ερευνητές που έκαναν λόγο για αυτοεκτίμηση, αναφέρουν ότι τα άτομα δημιουργούν μια σφαιρική άποψη αυτοαξίας, πέρα από τις κρίσεις σε συγκεκριμένους τομείς στην ζωή τους (James, 1890. Cooley, 1902)

Έννοια του εαυτού. Η έννοια του εαυτού είναι μια σύνθετη εννοιολογική κατασκευή όπου περιλαμβάνει γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές πτυχές (Μακρή-Μπότσαρη, 2001). Το γεγονός αυτό αποδεικνύει την πολυπλοκότητα της έννοιας από την οποία προκύπτουν μια πληθώρα ορισμών ανά τα χρόνια. Από την βιβλιογραφία

προκύπτουν 17 διαφορετικοί ορισμοί της έννοιας του εαυτού (Burne,1996· Harter,1993· Hatie,1992 ·Shavelson,Hubner&Stanton,1976).

Η ορολογία του εαυτού περικλείει πολλές διαφορετικές λέξεις με τις πιο επικρατέστερες αυτές της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης, οι οποίες ορισμένες φορές χρησιμοποιήθηκαν να είχαν την ίδια σημασία (King, 1997).

Πιο συγκεκριμένα, για τον ορισμό της έννοιας του εαυτού αναφέρεται ότι είναι ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του (Burns, 1982· Shavelson et al.,1976). Επιπλέον ο Burns (1982) αναφέρει ότι είναι το σύνολο υποκειμενικών αξιολογούμενων χαρακτηριστικών και συναισθημάτων, ενώ ο Rosenberg (1986) το σύνολο των σκέψεων και των συναισθημάτων του ατόμου που αναφέρονται στον εαυτό του ως αντικείμενο.

Από το σύνολο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης προκύπτουν προβλήματα ορισμού σε επίπεδο εννοιών, όπου οδηγούν σε μεθοδολογικές δυσκολίες. Συνεπώς θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η έννοια του εαυτού είναι η γενίκευση και η έκφραση της σκέψης για τον εαυτό συνολικά, τις βασικές και δευτερεύουσες ιδιότητές του, τις σχέσεις μεταξύ των παραγόντων που την επηρεάζουν σύμφωνα πάντα με την υποκειμενική αξιολόγηση του ίδιου του ατόμου.

Συνιστώσες της έννοιας του εαυτού. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η έννοια του εαυτού αποτελεί μια σύνθετη εννοιολογική κατασκευή που περιλαμβάνει διαφορετικές συνιστώσες (Byrne,1996 ·Harter, 1999). Δυο βασικές συνιστώσες είναι αυτή της αυτοαντίληψης (self-perception) ή αυτοεικόνας και η αυτοεκτίμηση (self-esteem) ή σφαιρική αυτοαξία.

Οι δύο αυτές έννοιες συνδέονται στενά μεταξύ τους, καθώς πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσά τους (Srivastava & Joshi, 2014).

Συνεπώς, άτομα με θετική εικόνα εαυτού έχουν και αυξημένες πιθανότητες για υψηλή αυτοεκτίμηση αλλά και το αντίστροφο (Farmer, Jarvis, Berent, & Corbett, 2001).

Ωστόσο το μεγαλύτερο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας συμφωνεί ως προς το γεγονός ότι η αυτοεκτίμηση και η αυτο-αντίληψη αποτελούν δύο διαφορετικές κατασκευές (Baumeister, 2005). Θεωρείται ότι η αυτοεκτίμηση είναι ένας αξιολογικός και συναισθηματικός όρος, ενώ η αυτο-αντίληψη ένας περιγραφικός όρος.

Πιο συγκεκριμένα η αυτοαντίληψη αφορά μια περισσότερο γνωστική πλευρά της έννοιας του εαυτού, καθώς αποτελεί μια περιγραφή ή ένα σύνολο πεποιθήσεων για τον εαυτό. Από την άλλη πλευρά, η αυτοεκτίμηση εκπροσωπεί μια περισσότερο συναισθηματική πλευρά της έννοιας του εαυτού και αφορά περισσότερο την αξία του (Manning, 2007. Μακρή-Μπότσαρη, 2001). Για παράδειγμα, ένα άτομο όταν αναφέρει για τον εαυτό του ότι έχει καλή επίδοση στο ποδόσφαιρο αυτό αφορά μια πεποίθηση για τον εαυτό και αναφέρεται στην αυτοαντίληψη για την ικανότητά του στο ποδόσφαιρο. Όταν όμως αναφέρει ότι αισθάνεται καλά για αυτήν την ικανότητα στο ποδόσφαιρο, αναφέρεται στην αυτοεκτίμησή του. Δηλαδή, η αυτοεκτίμηση αφορά το αξιολογικό και συναισθηματικό κομμάτι του εαυτού. (Μακρή-Μπότσαρη, 2001).

Ο Burns (1982) μελετά την θεωρία των στάσεων για τον προσδιορισμό της έννοιας του εαυτού. Μια στάση περιέχει τρία συστατικά στοιχεία: α) το γνωστικό, β) το συναισθηματικό – αξιολογικό και γ) το πραξιακό. Κατ' αναλογία με την έννοια του εαυτού, αποτελείται από: α) τη γνωστική συνιστώσα, δηλαδή τις πεποιθήσεις του ατόμου για τον εαυτό του οι οποίες μπορεί να είναι ή να μην είναι ρεαλιστικές (αυτοαντίληψη), β) τη συναισθηματική συνιστώσα, δηλαδή το τι αισθάνεται ένα άτομο για τις πεποιθήσεις αυτές και πώς τις αξιολογεί (αυτοεκτίμηση) και γ) τη συμπεριφορική συνιστώσα, που αποτελεί τη

δυνατότητα αντίδρασης, δηλαδή το τι είναι πιθανό να κάνει ένα άτομο ως αποτέλεσμα της παραπάνω αξιολόγησης (Λεονταρή, 1996.Μακρή-Μπότσαρη, 2001).

Μονοδιάστατο και πολυδιάστατο μοντέλο της έννοιας του εαυτού. Η έννοια του εαυτού περιγράφεται ως μονοδιάστατη από αρκετούς ερευνητές με αρχικό εκπρόσωπο τον Coopersmith (1967) όπου αναφέρει ότι η έννοια του εαυτού είναι ενιαία και αδιάσπαστη. Ο Rosenberg (1986) αποτελεί τον πρώτο, από τους θεωρητικούς, που αμφισβήτησε τα μονοδιάστατα-αθροιστικά μοντέλα της έννοιας του εαυτού και δίνοντας έμφαση στη σφαιρική φύση της αυτο-εκτίμησης δημιούργησε το μονοδιάστατο-σφαιρικό μοντέλο.

Από την άλλη πλευρά, παρατίθενται τα πολυδιάστατα μοντέλα όπου αναδεικνύονται οι αυτοαξιολογήσεις του ατόμου σε επιμέρους τομείς της ζωής του. Κατά το πολυπαραγοντικό μοντέλο της Harter (1986), η έννοια του εαυτού νοείται ως μία δομή, η οποία αφορά στις αντιλήψεις, τις αξιολογήσεις, τις πεποιθήσεις και τα συναισθήματα που έχει ένα άτομο για τον εαυτό του. Επιπλέον, ορίζει πως η έννοια του εαυτού αποτελεί το αποτέλεσμα μίας διαδικασίας παρατήρησης, γνώσης και αξιολόγησης του εαυτού ως αντικείμενου από έναν εαυτό υποκείμενο. Για τη δημιουργία της έννοιας του εαυτού του το κάθε άτομο παράγει και διατηρεί ποικίλες επιμέρους αυτο-εικόνες. Οι επιμέρους αυτο-εικόνες αποτελούν τις αυτο-αντιλήψεις που έχει κάθε άτομο για τους διάφορους τομείς της ζωής του (Harter, 1986)

Ο Shavelson και οι συνεργάτες του (1976) ήταν οι πρώτοι που πρότειναν το ιεραρχικό μοντέλο που περιγράφει μία πολυδιάστατη και ιεραρχικά διατεταγμένη έννοια του εαυτού. Η σφαιρική άποψη του εαυτού βρίσκεται στην κορυφή και η πραγματική συμπεριφορά στη βάση του. Κινούμενοι από την κορυφή προς τη βάση, η γενική έννοια του εαυτού χωρίζεται σε δυο κλάδους: την ακαδημαϊκή και τη μη ακαδημαϊκή έννοια του εαυτού. Η δεύτερη αποτελείται από τρία μέρη: την κοινωνική, τη φυσική και τη

συναισθηματική και κάθε μία από αυτές χωρίζεται σε περισσότερο ειδικούς τομείς (π.χ. φίλοι, εμφάνιση)

Έννοια της αυτοαντίληψης. Ο όρος της αυτοαντίληψη αναφέρεται στις παραστάσεις που διαμορφώνει ο άνθρωπος για τον εαυτό του. Σύμφωνα με αυτές δημιουργεί τις σχέσεις του με τους συνανθρώπους και τη στάση του απέναντί τους. Κατά τον James (1890/1963) η αυτοαντίληψη αποτελεί το σύνολο των αντιλήψεων που έχει το άτομο για τον εαυτό του και τις ικανότητες του. Η εικόνα του εαυτού καθορίζεται από την εικόνα που έχουν οι άλλοι για το άτομο. Ταυτόχρονα, ο Rogers (1961), βλέπει την αυτοαντίληψη ως στοιχείο του φαινομενολογικού πεδίου του ατόμου, του συνόλου των αντιλήψεων του για τον κόσμο, που διαμορφώνεται κατά τη συναλλαγή του ατόμου με το περιβάλλον.

Η αυτοαντίληψη διαχωρίζεται ως η γνωστική πτυχή του εαυτού (που συνδέεται με την αυτοεικόνα του ατόμου) και γενικά αναφέρεται στο σύνολο ενός σύνθετου, οργανωμένου και δυναμικού συστήματος των όσων το άτομο έχει ως πιστεύω, ιδανικά, στάσεις και συμπεριφορές. Αυτά τα θεωρεί ως αληθινά για την προσωπικότητά του και την ύπαρξή του (Huitt, 2004).

Κατά τον Higgins (1987,1989) υπάρχουν στο άτομο πολλαπλές εικόνες εαυτού οι οποίες αποδίδονται με τις εξής τρεις όψεις: α) ο πραγματικός εαυτός όπου αναφέρεται στα χαρακτηριστικά και στις ιδιότητες που αποδίδει το άτομο στον εαυτό του, β) ο ιδανικός εαυτός, που αναφέρεται στα χαρακτηριστικά που θα ήθελε ιδανικά το άτομο να έχει και γ) ο δεοντολογικός εαυτός, που υποδηλώνει τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες που πρέπει το άτομο να διαθέτει. Η συμφωνία ανάμεσα στον ιδανικό εαυτό και στην αυτοαντίληψή του, φέρνει στο άτομο ευτυχία και ικανοποίηση, το αντίθετο φέρνει εσωτερική σύγκρουση και άγχος.

Το περιεχόμενο της αυτοαντίληψης αποτελείται από στοιχεία της κοινωνικής ταυτότητας, από προδιαθέσεις και σωματικά χαρακτηριστικά (Λεονταρή, 1996):

α) Κοινωνική ταυτότητα

Την κοινωνική ταυτότητα ενός ατόμου συνθέτουν στοιχεία, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η θρησκεία, η εθνικότητα, το όνομα. Κατά τον Rosenberg (1986), τα στοιχεία της κοινωνικής ταυτότητας χωρίζονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Κοινωνικός ρόλος (φύλο, ηλικία, επάγγελμα).
2. Συμμετοχή σε ομάδες (εθνικότητα, θρήσκευμα, πολιτική-ιδεολογική παράταξη).
3. Κοινωνικός χαρακτηρισμός-«ετικέτες» (περιθωριακές ομάδες: αλκοολικοί, χρήστες ουσιών κ.α.)
4. Προσωπική ιστορία του ατόμου (χαρακτηρισμοί που προκύπτουν από τη δράση του ατόμου και τις εμπειρίες του).
5. Κοινωνικοί τύποι (χαρακτηρισμοί που προσδίδονται στο άτομο με βάση τα ενδιαφέροντα, τις προτιμήσεις και τις συνήθειές του).
6. Προσωπική ταυτότητα (εκφράζει το «είναι», το σύνολο των στοιχείων της προσωπικότητας του ατόμου).

β) Προδιαθέσεις

Ένα άλλο στοιχείο που περιέχεται στην αυτοαντίληψη είναι οι προδιαθέσεις, που σχετίζονται περισσότερο με τα «εσωτερικά» χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως είναι οι

στάσεις του, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, οι ικανότητες, οι αξίες και οι συνήθειές του.

γ) Σωματικά χαρακτηριστικά

Το τρίτο στοιχείο είναι τα σωματικά χαρακτηριστικά και αφορά στην αντίληψη που έχει το άτομο για το σώμα του. Η εικόνα αυτή είναι δυνατό να μην ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Οι αντιλήψεις που έχουν οι άνθρωποι για την «εικόνα του σωματικού εαυτού» επηρεάζονται από το εξελικτικό στάδιο όπου βρίσκονται, δηλαδή η εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του δεν είναι σταθερή σε όλα τα στάδια της ζωής του, αλλά επηρεάζεται από τις εμπειρίες που αποκτά και το επίπεδο ωρίμανσής του.

Γενικότερα, η αυτοαντίληψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανάπτυξης της προσωπικότητας. Έτσι μια θετική αυτοαντίληψη συνεπάγεται υψηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση. Άτομα με θετική αυτοαντίληψη αισθάνονται υπεύθυνα για τις πράξεις τους, πιστεύουν στις ικανότητές τους, είναι στραμμένα προς την επιτυχία, η αποτυχία δεν τα αποθαρρύνει, αποδέχονται τα συναισθήματά τους και η συνειδητοποίηση των αδυναμιών τους δεν τους προκαλεί συναισθήματα κατωτερότητας. Ακόμη, η θετική αυτοαντίληψη θεωρείται ότι βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την ικανότητα του ατόμου να δημιουργεί ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις, επηρεάζει τα μελλοντικά του σχέδια, τις επαγγελματικές του επιλογές και γενικά την ψυχική του υγεία (Λεοντάρη & Γιαλαμάς, 1998).

Εξελικτική πορεία της αυτοαντίληψης. Η αυτοαντίληψη διαμορφώνεται βαθμιαία με το πέρασμα των χρόνων στην ζωή των ατόμων (Χατζηχρήστου, 2011). Έτσι διακρίνονται τρία στάδια ανάπτυξης της αυτοαντίληψης. Στο πρώτο στάδιο τα παιδιά δεν διαχωρίζουν τα εξωτερικά από τα εσωτερικά γνωρίσματα. Στο δεύτερο στάδιο αρχίζουν να διακρίνονται τα εξωτερικά χαρακτηριστικά από τα εσωτερικά γνωρίσματα, ενώ στο τρίτο στάδιο, στην ηλικία

των οκτώ ετών περίπου, διαφοροποιούν, πλέον, ξεκάθαρα τον εσωτερικό εαυτό από τον εξωτερικό-σωματικό (Robert Selman, 1980).

Πιο αναλυτικά, κατά την βρεφική ηλικία η αυτοαντίληψη διαμορφώνεται τους πρώτους 8-12 μήνες όπου το παιδί δυσκολεύεται να διαχωρίσει τον εαυτό του από τους άλλους και κυρίως από την μητέρα του (Lewis & Brooks-Gunn, 1979). Με το πέρασμα του χρόνου μέσα από το παιχνίδι, την επαφή του με την μητέρα και την ωρίμανση των αντιληπτικών του λειτουργιών, το παιδί διαχωρίζει τον εαυτό του (Χατζηχρήστου, 2011). Στον δέκατο όγδοο μήνα αρχίζει να αναγνωρίζει βασικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, την ηλικία και τις ικανότητές του, ενώ στα δύο έτη εμφανίζεται η αυτοαντίληψη αφού γίνεται αναφορά στο «Εγώ» (Meadows, 1999).

Στην προσχολική ηλικία των 3-5 ετών τα παιδιά αντιλαμβάνονται περισσότερο τον σωματικό εαυτό τους και προσδιορίζονται όχι μόνο από τα φυσικά τους χαρακτηριστικά αλλά και από κάποιες δραστηριότητές τους. Στην ηλικία αυτή οι αυτοαξιολογήσεις του παιδιού είναι κυρίως θετικές. Οι αυτοαξιολογήσεις αυτές αλλά και η σχέση του παιδιού με τους σημαντικούς άλλους αποτελούν πηγή ανατροφοδότησης της αναπτυσσόμενης αυτοαντίληψης.

Κατά τη σχολική ηλικία γίνεται μια στροφή προς τον εσωτερικό εαυτό και αυξάνονται σταδιακά οι αναφορές σε ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Στην αρχή της σχολικής ηλικίας τα παιδιά επικεντρώνονται σε γενικά χαρακτηριστικά (έξυπνος, φιλικός) και συναισθηματικές καταστάσεις (χαρούμενος), ενώ στην πρώιμη εφηβεία οι αναφορές για τον εαυτό επικεντρώνονται σε πιο αφηρημένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Bear, Minke, Griffin & Deemer, 1998).

Τέλος στη διάρκεια της εφηβείας αναπτύσσεται μια αληθινή αίσθηση εαυτού (Feldman, 2009). Στην ηλικία αυτή έχουν την δυνατότητα να σκέφτονται πιο αφηρημένα και

να περιγράφουν τον εαυτό τους μέσα από σκέψεις, επιθυμίες, συναισθήματα και όχι μόνο με εξωτερικά χαρακτηριστικά και ικανότητες (Robins, Nofhle, Trzesniewski & Roberts, 2005).

Έννοια της αυτοεκτίμησης. Η αυτοεκτίμηση αποτελούσε και εξακολουθεί να αποτελεί μια από τις ευρέως μελετημένες έννοιες στις κοινωνικές επιστήμες και, κυρίως, στην ψυχολογία. Η έννοια περιλαμβάνει ταυτόχρονα το αξιολογικό και το συναισθηματικό τμήμα του εαυτού. Αποτελεί έκφραση του βαθμού ικανοποίησης του ατόμου από τον εαυτό του, η οποία προκύπτει από αξιολογήσεις, εκτιμήσεις και συναισθήματα για αυτά που αντιλαμβάνεται το άτομο για τον εαυτό του (Μακρή-Μπότσαρη, 2001). Ωστόσο, στην προσπάθεια προσδιορισμού της έχουν διατυπωθεί ορισμένες προσεγγίσεις οι οποίες αναδεικνύουν και εστιάζουν σε διαφορετικά σημεία.

Από τους πρώτους μελετητές της έννοιας της αυτοεκτίμησης ήταν ο William James (1890), ο οποίος πρότεινε ότι η αυτοεκτίμηση φανερώνει τον βαθμό στον οποίο οι επιτυχίες ενός ατόμου ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του. Ο James προσπάθησε να δώσει την ερμηνεία του για την αυτοεκτίμηση παρουσιάζοντας μια αναλογία. Ειδικότερα, σύμφωνα με τον James (1890), η αυτοεκτίμηση ισούται με ένα κλάσμα το οποίο έχει ως αριθμητή τις επιτυχίες ή τα επιτεύγματα και ως παρονομαστή τις προσδοκίες (αυτοεκτίμηση = επιτυχίες/προσδοκίες) (Λεονταρή, 2012). Όσο μεγαλώνει ο αριθμητής του κλάσματος, δηλαδή αυξάνουν οι επιτυχίες, και αντίστοιχα, όσο μειώνονται οι προσδοκίες έχουμε και μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και το αντίθετο (James, 1890). Ωστόσο, η σχέση που εκφράζει την αυτοεκτίμηση είναι πολύπλοκη, καθώς η ικανότητα σε περιοχές ή τομείς οι οποίοι είναι σημαντικοί για το άτομο καθορίζουν το εάν η επιτυχία ή η αποτυχία σε αυτές επηρεάζει την συνολική αυτοεκτίμησή του.

Επιπλέον κατά τον James η αυτοεκτίμηση βασίζεται σε δυο συνιστώσες: από τη μια, βρίσκονται οι επιθυμίες, οι προσδοκίες και από την άλλη, η ικανότητα ενός ατόμου να τις

πραγματοποιήσει. Η προσέγγιση αυτή επηρέασε αρκετούς μεταγενέστερους θεωρητικούς, καθώς συνδέθηκε με τα μοντέλα που μίλησαν για την απόκλιση ανάμεσα στον ιδανικό και τον πραγματικό εαυτό. Να αναφερθεί, επίσης, ότι η διατύπωση της αυτοεκτίμησης με όρους επιτυχίας - αποτυχίας έκανε την αρχή στο πεδίο της ψυχολογίας κινήτρων (Mruk, 2006).

Οι Coopersmith (1967) και Rosenberg (1986) που ασχολήθηκαν με τον ορισμό της αυτοεκτίμησης, αν και διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους, έδωσαν μεγαλύτερη σημασία στο αξιολογικό της κομμάτι. Συγκεκριμένα ο Rosenberg (1986) όρισε την αυτοεκτίμηση ως μια έννοια η οποία βασίζεται στο συναίσθημα του ατόμου για την αξία του. Με άλλα λόγια, η αυτοεκτίμηση αποτελεί μια θετική ή αρνητική στάση απέναντι στον εαυτό, μια θετική ή αρνητική αυτο-αξιολόγηση. Η υψηλή αυτοεκτίμηση βιώνεται από το άτομο ως αυτοσεβασμός, δηλαδή «είμαι αρκετά καλός», αντίθετα η χαμηλή αυτοεκτίμηση βιώνεται με το αντίθετο «δεν είμαι αρκετά καλός».

Ο Coopersmith (1967) μελέτησε την αυτοεκτίμηση ως προς την πολυπλοκότητά της εξετάζοντας τις επιμέρους πλευρές της αξίας του ατόμου. Η έννοια της αυτοεκτίμησης αποτελεί μια προσωπική κρίση της αυτοαξίας που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, όπου στην πορεία γίνεται εμφανής μέσα από τις στάσεις του ατόμου. Από αυτή την αξιολόγηση προκύπτει μια στάση αποδοχής και επιδοκμασίας που δείχνει τον βαθμό που το άτομο πιστεύει ότι είναι ικανό, σημαντικό, επιτυχημένο και άξιο.

Κατά μια τρίτη προσέγγιση, η αυτοεκτίμηση επικεντρώθηκε στην αλληλεπίδραση της ικανότητας και της αξίας του ατόμου (Λεονταρή, 2012). Πρώτος ήταν ο Branden (1969) που εισήγαγε την παραπάνω οπτική σε θεωρητικό επίπεδο και ακολουθήθηκε και από άλλους ερευνητές. Η προσέγγιση αυτή θεωρείται από αρκετούς ως και η περισσότερο ολιστική, καθώς εμπεριέχει από τη μια τα ατομικά συστατικά της προσωπικής ικανότητας και της προσωπικής αξίας αλλά και τη σχέση αυτών των δύο από την οποία προκύπτει και η

αυτοεκτίμηση. Στη σύνδεση αυτών, εντοπίζεται και η δύναμη της παραπάνω οπτικής ως ένας πιο κατανοητός τρόπος προσδιορισμού της αυτοεκτίμησης (Λεονταρή, 2012).

Εξελικτική πορεία της αυτοεκτίμησης. Τα παιδιά αρχίζουν να μορφοποιούν τα πρώτα συναισθήματα αυτοεκτίμησης τις πρώτες έξι εβδομάδες της ζωής τους, ανάλογα με το πώς εκτιμούν ότι ο κόσμος αντιδρά στις σωματικές και συναισθηματικές τους ανάγκες. Καθώς διέρχονται τα ποικίλα στάδια της ανάπτυξης, η αυτοεκτίμησή τους τροποποιείται ανάλογα με το πώς αντιδρούν οι σημαντικοί γι' αυτούς ενήλικες στις ανάγκες τους και το βαθμό που αυτές ολοκληρώνονται επιτυχώς σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο.

Κατά την νηπιακή ηλικία η αυτοεκτίμηση συνεχίζει να διαμορφώνεται ως και την ενηλικίωση. Από νωρίς το παιδί έχει την εμπειρία της επιτυχίας μετά από προσπάθεια και επιμονή. Μέσα από τις συνεχείς επιτυχίες και αποτυχίες, διαμορφώνει ιδέες για τις ικανότητές του. Ταυτόχρονα, δημιουργεί μια άποψη για τον εαυτό του με βάση τις αλληλεπιδράσεις που έχει με άλλους ανθρώπους (Harter, 1990).

Τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού είναι καθοριστικά για να χτίσει την αυτοεκτίμησή του. Οι γονείς είναι οι πρώτοι και πιο σημαντικοί παιδαγωγοί, οπότε έχουν τη μεγαλύτερη επιρροή στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης του παιδιού. Στα επόμενα χρόνια, η θετική αυτοεκτίμηση που θα έχει χτιστεί θα αντισταθμίσει τις αρνητικές εμπειρίες που αναπόφευκτα θα συναντήσει στην ζωή του. Οι σχέσεις που θα αναπτύξει το παιδί με άλλα μέλη της οικογένειας, με δασκάλους, φίλους και άλλους ενήλικους, θα επηρεάσουν την αυτοεκτίμησή του περαιτέρω (Ryan et al., 1994).

Ο Stanley Coopersmith (1967) αναγνώρισε τρεις βασικές συνθήκες που προάγουν την υψηλή αυτοεκτίμηση στο περιβάλλον της οικογένειας :

- 1) Αγάπη και στοργή χωρίς όρους.

2) Σωστά καθορισμένα όρια, που σταθερά εφαρμόζονται.

3) Σεβασμός που δίνεται στα παιδιά φανερά, άμεσα και καθημερινά.

Η μορφοποίηση των διαθέσεων (τάσεων) αρχίζει ν' αναπτύσσεται καθώς τα παιδιά πλησιάζουν τους άλλους, απαιτούν κι αρχίζουν να περπατούν. Όταν αυτές οι προσπάθειες συναντούν θετικές αντιδράσεις κι ενθάρρυνση, τότε τα παιδιά αρχίζουν ν' αναπτύξουν μια αίσθηση αυτοπεποίθησης. Εάν όμως, από την άλλη πλευρά, τα παιδιά υποβιβάζονται και οι απαιτήσεις - ανάγκες τους συναντούν θυμό ή αδιαφορία, τότε τα παιδιά τείνουν να αισθάνονται ότι δεν τα θέλουν ή ότι είναι λιγότερο σημαντικά. Η γονεϊκή αντίδραση στις πρώτες προσπάθειες του παιδιού να περπατήσει ή κατά τον έλεγχο των σφιγκτήρων, για παράδειγμα, έχει ένα σημαντικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση. Μέχρι εκείνη τη στιγμή, το παιδί έχει ήδη μάθει να είναι ευαίσθητο στα συναισθήματα τη μητέρας του ή του πατέρα του. Αν, για παράδειγμα, οι γονείς φοβούνται ότι το παιδί θα πέσει όταν κάνει τα πρώτα του βήματα, τότε το παιδί τείνει να είναι πολύ επιφυλακτικό και να φοβάται να ρισκάρει. Όταν ένα παιδί εκπαιδεύεται στον έλεγχο των σφιγκτήρων και δεν είναι έτοιμο για κάτι τόσο σημαντικό για τους γονείς, τότε το παιδί εισπράττει το αίσθημα ότι δεν ικανοποιεί τις γονεϊκές φιλοδοξίες.

Οι δάσκαλοι μπορούν να έχουν ένα σημαντικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση των μαθητών τους, μερικές φορές χωρίς να το αντιλαμβάνονται. Ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, όπως είναι το σχολείο, ευνοεί κυρίως εκείνους που έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση και αδικεί κάπως τους άλλους. Όταν όμως το εκπαιδευτικό σύστημα δεν είναι ανταγωνιστικό, τότε βελτιώνεται αισθητά η αυτοεκτίμηση των αδύνατων μαθητών χωρίς να παρεμποδίζονται οι καλοί. Είναι πολύ φυσικό, καθώς δεν υπερτονίζεται η επιτυχία, ούτε τιμωρείται ή στιγματίζεται η αποτυχία. (Andre & Lelord, 2004).

Αυτοεκτίμηση μαθητών. Μέσα στη σχολική κοινότητα το παιδί αξιολογεί τον εαυτό του σε σύγκριση με τα υπόλοιπα παιδιά. Μέσα από την κοινωνική αυτή σύγκριση επιδιώκεται μια μορφή κοινωνικής επικύρωσης. Συνεπώς το παιδί σύμφωνα με το πως αντιλαμβάνεται τις σχολικές του επιδόσεις συγκρίνει τον εαυτό του με τα υπόλοιπα παιδιά της τάξης (Λεονταρή, 1998).

Ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζει ένας μαθητής ένα πρόβλημα μάθησης σχετίζεται με την αυτοεκτίμησή του (Pajares & Schunk, 2001). Ο μαθητής με θετική αυτοεκτίμηση έχει εμπιστοσύνη στις ικανότητες του και θεωρεί τον εαυτό του ικανό για την επίλυση οποιουδήποτε μαθησιακού προβλήματος αντιμετωπίζει. Το αντίθετο συμβαίνει με το μαθητή που έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση (Pullmann & Allik, 2008).

Σχετικά με τους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες θεωρείται ότι έχει δημιουργηθεί ένας διαιωνιζόμενος κύκλος σχολικής αποτυχίας (Vogel, 1990). Σύμφωνα με αυτό οι πρώιμες αποτυχίες των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες οδηγούν στην πεποίθηση της μειωμένης ικανότητάς τους οι οποίες καλλιεργούν χαμηλότερες προσδοκίες για μελλοντικές επιτυχίες αλλά και μακροπρόθεσμα σχολική αποτυχία (Dyson, 1996).

Άγχος

Το ζήτημα του άγχους έχει αποτελέσει εδώ και πολλές δεκαετίες ένα από τα πιο δημοφιλή ερευνητικά ενδιαφέροντα, διότι αφορά όλα τα άτομα ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και επαγγελματικού τομέα. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί από πολλούς ερευνητές διάφοροι ορισμοί καθώς και πολλές και διαφορετικές θεωρίες για την δημιουργία του άγχους, αλλά και για την επίδρασή του στη ζωή του ανθρώπου (Παπαδόπουλος, 2005).

Η λέξη «άγχος» ετυμολογικά προέρχεται από το αρχαίο ρήμα «άγχω» που σημαίνει σφίγω, πνίγω. Όπως είναι φανερό, πρόκειται δηλαδή για κάτι που προκαλεί έντονη

δυσφορία και πίεση. Ο Μπαμπινιώτης (2005) στο Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας αναφέρει για το άγχος τα εξής: συγκινησιακή κατάσταση (φόβου, αγωνίας, ανασφάλειας κ.λπ.), είτε παροδικής και χαμηλής έντασης (οπότε θεωρείται φυσιολογική) είτε επίμονη και μεγάλης έντασης (οπότε θεωρείται παθολογική), η οποία προκύπτει ως εναγώνια αναμονή επικείμενου κακού ή κινδύνου ή δυσάρεστης γενικά κατάστασης και έχει ιδιαίτερες εκδηλώσεις στο σώμα και στη συμπεριφορά.

Ακόμα, το άγχος ορίζεται ως τη δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή εαίται σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη (Μάνος, 1997). Γενικά, το άγχος αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό στους πιο πολλούς ανθρώπους και εκδηλώνεται με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια γεγονότα.

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία το άγχος ορίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ένα έντονο αρνητικό συναίσθημα, από σωματικά συμπτώματα έντασης και από ανησυχία για το μέλλον (American Psychiatry Association, 2013).

Το άγχος αποτελεί μια κατάσταση ανησυχίας για μία επικείμενη καταστροφή ή απειλή και μπορεί να ενεργοποιηθεί από εξωτερικά ερεθίσματα που ερμηνεύονται ως επικίνδυνα (Spielberger, 1976). Ο Sullivan (1953) όρισε το άγχος ως την κατάσταση έντασης που προκύπτει από τις διαπροσωπικές σχέσεις και χαρακτηρίζεται από την αποδοκιμασία. Ο Mandler (1966) ανέφερε ότι το αίσθημα της απουσίας ελέγχου αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα του άγχους και των διαταραχών του. Ο May (1950) θεώρησε το άγχος ως τη συναισθηματική αντίδραση σε μια απειλή για τις ανθρώπινες αξίες.

Το συγκεκριμένο συναίσθημα είναι εκ φύσεως αρνητικό. Αποτελεί συχνά μια κατάσταση απόγνωσης και αφορά συναισθηματικές καταστάσεις διέγερσης και έντασης.

Χαρακτηρίζεται από μια διάχυτη εντύπωση κινδύνου πραγματικού ή μη, μπροστά στον οποίο το άτομο νιώθει αδύναμο (Παπαδόπουλος, 2005). Το άγχος, στην χρόνια μορφή του, συνδέεται με πολλές αρνητικές παραμέτρους όπως φτωχή ακαδημαϊκή ικανότητα, περιορισμένη κοινωνική και διαπροσωπική προσαρμογή (Laing, Fengyhough, Turner, & Freeston, 2009. Trzaskowski et. al. 2012.), δυσκολία στη χρήση στρατηγικών (Carthy, Horesh, Apter, & Gross, 2010), αρνητική αυτοαντίληψη, έντονη ντροπαλότητα, καθώς και ελλιπείς δεξιότητες (Ginsburg, La Greca, & Silverman, 1998).

Θεωρίες άγχους.

Ψυχαναλυτική θεωρία. Το άγχος ως όρος μπήκε στην ψυχολογία από τον Freud (1894) ο οποίος παρουσίασε την αγχώδη διαταραχή ως σύνδρομο που διαφέρει από τη νευρασθένεια. Στη ψυχαναλυτική θεωρία υπάρχουν δυο θεωρίες για το άγχος. Αρχικά, ο Freud θεωρούσε ότι το άγχος προέρχεται από την καταπιεσμένη λίμπιντο, δηλαδή τις σεξουαλικές παρορμήσεις που δεν έχουν εκπληρωθεί. Αργότερα, το άγχος για τον Freud αποτελούσε μία οδυνηρή συναισθηματική εμπειρία και ταυτόχρονα μία λειτουργία του Εγώ, καθώς προειδοποιεί το Εγώ για έναν επερχόμενο κίνδυνο ή απειλή (Cervone & Pervin, 2013).

Σύμφωνα με τον Freud υπάρχουν τρία είδη άγχους: α) το άγχος πραγματικότητας, β) το νευρωσικό άγχος και γ) το ηθικό άγχος. Το άγχος πραγματικότητας ισοδυναμεί με το φόβο που αισθάνεται το άτομο για ένα κίνδυνο που προέρχεται από τον εξωτερικό κόσμο ενώ η έντασή του είναι ανάλογη με την ένταση της πραγματικής απειλής. Το νευρωσικό άγχος αντιπροσωπεύει το φόβο αδυναμίας ελέγχου των ενστίκτων με αποτέλεσμα το άτομο να προχωρήσει στην εκτέλεση μίας πράξης για την οποία θα τιμωρηθεί. Το ηθικό άγχος φανερώνει το φόβο του ατόμου σχετικά με το συνειδητό του με την έννοια ότι ένα άτομο νιώθει ενοχικά εάν κάνει μία πράξη που είναι αντίθετη με την ηθική του. Γενικά, το

νευρωσικό και το ηθικό άγχος συνιστούν κατά κάποιο τρόπο μια προειδοποίηση προς το εγώ, έτσι ώστε να προετοιμαστεί κατάλληλα σε περίπτωση που ο κίνδυνος αυξηθεί τόσο ώστε να ανατρέψει το εγώ (Corey, 2005)

Κατά τον Freud ο νους προσπαθεί να αυτοπροστατευτεί από δυσάρεστα συναισθήματα, όπως είναι το άγχος, και αυτό το επιτυγχάνει με τους αμυντικούς μηχανισμούς, αλλιώς μηχανισμούς άμυνας. Οι κυριότεροι μηχανισμοί άμυνας είναι απώθηση, μετουσίωση, εξιδανίκευση, άρνηση της πραγματικότητας, ταύτιση, ματαίωση, προβολή, παλινδρόμηση, εκλογίκευση. Όσο ωριμότεροι και αποτελεσματικότεροι είναι οι αμυντικοί μηχανισμοί που έχει αναπτύξει το άτομο, τόσο καλύτερα μπορεί να διαχειριστεί τις εσωτερικές συγκρούσεις, χωρίς να χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα άγχους.

Όταν το άτομο δεν καταφέρει να διαχειριστεί επιτυχώς τις συγκρούσεις καταφεύγει στην ψυχανάλυση όπου στόχο έχει την αποκάλυψη των ασυνείδητων συγκρούσεων και των κινήτρων που εκδηλώνονται με τη μορφή άγχους. Αυτό πραγματοποιείται από την συνειδητοποίηση των ασυνείδητων τάσεων, τη μείωση της συμμόρφωσης στις επιταγές του Υπερεγώ και την ενδυνάμωση του Εγώ. Η ψυχανάλυση δεν αποσκοπεί μόνο στην απαλλαγή από τα νευρωτικά συμπτώματα, αλλά στοχεύει στην πλήρη αναδιοργάνωση της προσωπικότητας, προκειμένου το άτομο να καταφέρει να αναπτύξει στενές ανθρώπινες σχέσεις και δημιουργικότητα. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι ελεύθερος συνειρμός, ανάλυση των ονείρων, μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση (Φατούρου- Χαρίτου, 2005).

Προσωποκεντρική θεωρία. Ο Rogers και οι συνεργάτες του έδωσαν στη θεωρητική και θεραπευτική τους προσέγγιση τον όρο ανθρωποκεντρική ή προσωποκεντρική καθώς κέντρο προσοχής καθίσταται το ίδιο το άτομο (Χατζηχρήστου, 2011).

Το πρόσωπο δραστηριοποιείται για να εκπληρώσει τις πρωταρχικές του ανάγκες : α) την αυτοπραγμάτωση και β) να αγαπηθεί και να εκτιμηθεί από τους άλλους. Η

αυτοπραγμάτωση αφορά την τάση να εξελιχτεί σε μια σύνθετη οντότητα, να μεταβεί από την εξάρτηση στην ανεξαρτησία, από τη σταθερότητα και την ακαμψία σε μια διαδικασία αλλαγής και ελεύθερης έκφρασης (Lawrence & Oliver, 2001). Επιπλέον στην παιδική ηλικία υπάρχει ισχυρή ανάγκη για την αγάπη και την εκτίμηση των γονέων και άλλων σημαντικών προσώπων.

Μπορεί, ωστόσο, αυτή η αγάπη και η αναγνώριση να εξαρτάται ή όχι από κάποιες προϋποθέσεις. Όταν δεν τίθενται προϋποθέσεις, το παιδί γίνεται αποδεκτό άνευ όρων και τότε καταφέρνει να αντιμετωπίσει τον εαυτό του με θετικό τρόπο. Όταν, όμως, η αποδοχή εξαρτάται από την υποχρέωση να συμπεριφέρεται με κάποιον ορισμένο τρόπο, το παιδί μαθαίνει να αυτοπροσδιορίζεται σύμφωνα με τις αξίες των γονέων (McLeod, 2003). Οι όροι αξίας διαμορφώνουν την αυτοεικόνα του παιδιού και μπορούν να εμποδίσουν την αυτοπραγμάτωση καθώς δεν δέχεται ορισμένες εμπειρίες του.

Στην περίπτωση, λοιπόν, που υπάρχει οποιαδήποτε ασυμφωνία η συμπεριφορά του ατόμου αλλάζει και μπορεί να εκδηλωθεί ως άγχος, ένταση, αποδιοργάνωση του εαυτού ή προβληματική συμπεριφορά.

Γνωσιακή θεωρία. Αυτή η προσέγγιση εξελίχτηκε μέσα από την ψυχολογία της συμπεριφοράς. Ο Beck (1979) διαπίστωσε την τεράστια επίδραση που έχουν πάνω σε έναν ασθενή οι γνώσεις του για τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του. Οι δυσκολίες που οι άνθρωποι βιώνουν στη ζωή τους ως προς τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους προκαλούνται από τον τρόπο που αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τα γεγονότα.

Οι αυτόματες σκέψεις που κάνει ένα άτομο είναι αναληθείς ή περιέχουν μικρό βαθμό αλήθειας, τις περισσότερες φορές, ενώ ελάχιστες φορές είναι αληθινές. Αυτό οφείλεται σε λάθη της σκέψης που ονομάζονται γνωσιακά λάθη. Πρόκειται, δηλαδή, για δυσλειτουργικούς τρόπους σκέψης που οδηγούν το άτομο να αντιλαμβάνεται τα γεγονότα με διαστρεβλωμένο

και μη αντικειμενικό τρόπο και όσο συχνότερα κάνει τέτοια λάθη τόσο περισσότερο αποδέχεται τις αρνητικές σκέψεις ως αναμφισβήτητες (Stallard, 2006).

Σύμφωνα με την θεωρία το άτομο διαμορφώνει γνωσιακά μοντέλα με τα οποία στις διαταραχές άγχους υπάρχει σχέση μεταξύ συναισθημάτων και σκέψης και γι' αυτό χαρακτηρίζονται ως διαταραχές της σκέψης. Οι ερμηνείες των γεγονότων είναι αυτές που δημιουργούν το συναίσθημα του άγχους και όχι καθαυτό το γεγονός. Οι ερμηνείες αυτές δεν είναι ρεαλιστικές, υπερεκτιμούν την πιθανότητα εμφάνισης και έντασης των δύσκολων καταστάσεων και υποτιμούν τους τρόπους επίλυσης.

Τέλος κατά τον Ellis (1988), τα άτομα διαμορφώνουν γνωστικά σχήματα όπου κατηγοριοποιούνται σε: α) προτάσεις απαίτησης, πρόκειται για αυστηρές ιδέες που αφορούν τον εαυτό, τον κόσμο, το μέλλον και περιέχουν «πρέπει», β) καταστροφικά πιστεύω, δηλαδή οι πεποιθήσεις για τις αρνητικές πλευρές μιας κατάστασης, γ) χαμηλή ανεκτικότητα, το άτομο δεν ανέχεται καμία ενόχληση και δ) υπεργενίκευση για το μέλλον, το άτομο ενδιαφέρεται για άριστες επιδόσεις και για την επιδοκιμασία των άλλων. Όλα τα σχήματα αυτά καταλήγουν σε διαταραχές άγχους.

Βιολογική προσέγγιση. Κατά την βιολογική προσέγγιση του Selye (1950, 1956, 1975), το άγχος είναι μία φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, η ένταση της οποίας εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την ένταση των ερεθισμάτων. Δηλαδή το άγχος γίνεται αντιληπτό ως δύναμη ή δυνάμεις που υπάρχουν έξω από το άτομο και που του ασκούν πίεση μέσα από τα γεγονότα της ζωής. Πρόκειται για καθαρά εξωτερικό παράγοντα και καθορίζεται εξ ολοκλήρου από την ένταση των εξωτερικών στρεσογόνων ερεθισμάτων ή συνθηκών.

Ο Selye μίλησε για το μοντέλο της αντίδρασης του ατόμου στα στρεσογόνα ερεθίσματα, γνωστό ως «Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής», το οποίο πραγματοποιείται σε

τρεις φάσεις: α) την αντίδραση συναγερμού, β) το στάδιο αντίστασης, γ) το στάδιο εξάντλησης. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η πιο κοινή αντίδραση προσαρμογής του οργανισμού, όταν εκτίθεται σε μια απειλή, είναι η αντίδραση πάλης/φυγής (στάδιο συναγερμού, fight or flight). Ο οργανισμός προκειμένου να προετοιμαστεί για μια τέτοια αντίδραση τροποποιεί κάποιες φυσιολογικές λειτουργίες του, με στόχο να αυξήσει την ενέργεια που είναι διαθέσιμη για έκτακτες περιστάσεις. Εάν η αντίδραση πάλης ή φυγής του οργανισμού επιτευχθεί, ο οργανισμός βρίσκει ξανά την ισορροπία του. Στην αντίθετη περίπτωση ο οργανισμός συνεχίζει την προσπάθεια μέχρι να επιτύχει (στάδιο αντίστασης). Στην περίπτωση που ο οργανισμός δεν καταφέρει να αντιμετωπίσει την απειλή, τότε εισέρχεται στο τρίτο στάδιο (το στάδιο της εξάντλησης) όπου είναι πλέον εμφανή τα σημάδια εξάντλησης του οργανισμού, λόγω της παρατεταμένης κατάστασης υπερδιέγερσης του (Αντωνίου, 2002).

Παρόμοιες προσεγγίσεις παρουσιάζονται από τους Elliot και Eisdorfer (1982). Μάλιστα από κάποιους γίνεται λόγος για την ύπαρξη αντικειμενικών, καθολικών στρεσογόνων παραγόντων (τραυματικές, κρίσιμες ή ακραίες αλλαγές της ζωής, όπως μια μεγάλη καταστροφή, ο πόλεμος, ο θάνατος) που προκαλούν άγχος, ανεξάρτητα από την αντίληψη, την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική κατάσταση, την εκπαίδευση των ατόμων (Freedy, Kilpatrick, & Resnick, 1993· Pellegrini, 1990).

Θεωρία Spielberger. Η θεωρία του Spielberger (1966b) είναι από τις πιο διαδεδομένες αναφορικά με το άγχος καθώς το διέκρινε σε δυο παράγοντες: α) στο παροδικό και β) στο μόνιμο άγχος. Σύμφωνα με τον Spielberger, το παροδικό άγχος (state anxiety) αναφέρεται στην υπάρχουσα συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ανησυχία και ένταση. Το άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας (trait anxiety) αναφέρεται στην προδιάθεση να αντιλαμβάνεται κανείς συγκεκριμένες καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με ποικίλα επίπεδα παροδικού άγχους.

Κατά τον Spielberg (1966 b), το παροδικό άγχος χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά συναισθήματα ανησυχίας και έντασης, συνοδευόμενα με την διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το μόνιμο άγχος είναι μια αποκτημένη συμπεριφορική προδιάθεση που κάνει το άτομο να αντιλαμβάνεται μια σειρά μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με άγχος δυσανάλογο στην ένταση σε σχέση με το μέγεθος του αντικειμενικού κινδύνου.

Σύγχρονη κλινική ταξινόμηση του άγχους. Η σύγχρονη κλινική ταξινόμηση του άγχους γίνεται από το εγχειρίδιο του DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Εκεί προσδιορίζονται βάσει δεκάδων ερευνητικών μελετών οι κυριότερες ψυχολογικές διαταραχές που βάλλουν τον άνθρωπο. Μάλιστα οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο διαδεδομένες παθήσεις στο σύνολο του πληθυσμού.

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με το DSM 5 υπάρχουν 7 διαφορετικοί τύποι διαταραχών του άγχους (APA, 2013). Αυτοί είναι: 1. Διαταραχή άγχους αποχωρισμού, 2. Εκλεκτική αλαλία, 3. Ειδικές φοβίες, 4. Κοινωνική φοβία, 5. Διαταραχή πανικού, 6. Αγοραφοβία, 7. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.

Διαταραχή άγχους αποχωρισμού. Το βασικό χαρακτηριστικό του άγχους αποχωρισμού είναι η υπερβολική και μη ρεαλιστική ανησυχία του παιδιού, αναφορικά με πιθανό επικείμενο χωρισμό από την μητέρα ή τον πατέρα. Τα παιδιά σε αυτή την περίπτωση ανησυχούν υπερβολικά μήπως κάτι κακό συμβεί στους γονείς τους ή σε αυτά με αποτέλεσμα να μην μπορούν να βρεθούν ξανά (Silverman & Dick-Niederhauser, 2004). Συνήθως εμφανίζεται σε μικρές ηλικίες αλλά μπορεί να υπάρχει σε ένα πολύ μικρότερο ποσοστό και σε ενήλικες (7%).

Το άγχος το οποίο βιώνεται εξαιτίας του αποχωρισμού οδηγεί σε σημαντική δυσλειτουργία. Η ιδέα του αποχωρισμού είναι δυσάρεστη και οδηγεί σε ακραίες

συμπεριφορές ώστε να αποφευχθεί. Πολλές φορές αναπτύσσονται παράλογες ιδέες σχετικά με τον κίνδυνο που βιώνει το άτομο όταν βρίσκεται μακριά από το κοντινό του πρόσωπο, αναφέρονται εφιάλτες και προβλήματα στον ύπνο. Έντονα σωματικά συμπτώματα όπως στομαχόπονοι, ναυτία, πονοκέφαλοι μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια του αποχωρισμού.

Οι επιπτώσεις της διαταραχής άγχους αποχωρισμού είναι σημαντικές καθώς το άτομο αδυνατεί να αναπτύξει κοινωνικές σχέσεις και αποφεύγει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που βοηθούν την ανάπτυξή του. Μάλιστα σύμφωνα με έρευνα των Francis, Last & Strauss (1987) τα παιδιά ηλικίας 5 με 8 ετών δήλωναν συνήθως άρνηση να πάνε στο σχολείο γιατί φοβούνταν ότι κάτι κακό θα συνέβαινε με το άτομο προσκόλλησης. Τα παιδιά 9 με 12 ετών ανέφεραν έντονη λύπη, απόσυρση, απάθεια και χαμηλή συγκέντρωση προσοχής την ώρα του αποχωρισμού. Επίσης, οι έφηβοι 13-16 παραπονιούνταν για ποικίλα σωματικά συμπτώματα.

Κατά τους Silverman & Dick-Niederhauser (2004) η σχολική άρνηση ή η σχολική φοβία ισχυρίζονται ότι δεν αποτελεί μια ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία αλλά ότι ένα κοινό κλινικό χαρακτηριστικό γνώρισμα σχετικό με το άγχος αποχωρισμού.

Εκλεκτική αλαλία. Πρόσφατα η εκλεκτική αλαλία εντάχθηκε στην κατηγορία των αγχώδων διαταραχών. Αποτελεί μία διαταραχή άγχους που εμφανίζεται συνήθως σε μικρές ηλικίες κατά την οποία το παιδί αδυνατεί να μιλήσει και να επικοινωνήσει σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις. Πιστεύεται ότι αποτελεί μία πολύ ακραία μορφή κοινωνικού άγχους και ότι η επιλογή της αλαλίας γίνεται γιατί το άτομο αδυνατεί να αντιμετωπίσει το άγχος που του προκαλείται. Σε αντίθεση με την τραυματική αλαλία όπου το άτομο εξαιτίας κάποιου τραύματος διακόπτει πλήρως την επικοινωνία, στην εκλεκτική αλαλία υπάρχει επικοινωνία σε περιβάλλοντα που νιώθει ασφάλεια (Shipon-Blum, 2002).

Τα παιδιά με εκλεκτική αλαλία εκδηλώνουν και διάφορες άλλες μορφές προβληματικής συμπεριφοράς όπως: υπερβολική συστολή, κοινωνική απομόνωση, εσωστρέφεια, παρορμητική συμπεριφορά, ξεσπάσματα θυμού και αντιδραστική συμπεριφορά (Giddan, Ross, Sechler & Becker, 1997). Η μη έγκαιρη διάγνωση και η αποφυγή της θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη και σε διαταραχές του λόγου.

Ειδικές φοβίες. Κατά το DSM-5 ειδική φοβία είναι ένας έντονος φόβος ή ανησυχία για κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο ή κάποια κατάσταση. Το φοβικό αντικείμενο προκαλεί αμέσως φόβο ή ανησυχία. Ένα παιδί στην περίπτωση αυτή θα προσπαθήσει να το αποφύγει ενεργητικά ή θα το υπομείνει με έντονη ανησυχία. Ο φόβος είναι δυσανάλογος προς την πραγματική απειλή που υπάρχει και στα παιδιά εκφράζεται με κλάμα, «πάγωμα» ή εξαρτητική συμπεριφορά.

Από τις πιο συνηθισμένες φοβίες που παρουσιάζονται στα παιδιά είναι: φόβος για τα ύψη, για το σκοτάδι, για μικρούς και περιορισμένους χώρους, για δυνατούς θορύβους, για τους κεραυνούς, για τα φίδια, για τα σκυλιά και άλλα μικρά ζώα.

Κοινωνική φοβία. Κοινωνική φοβία είναι η διαταραχή που χαρακτηρίζεται από φόβο αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο έχει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο (Alden & Wallace, 1995). Το ουσιώδες χαρακτηριστικό της είναι ένας μόνιμος φόβος μίας ή περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων κατά τις οποίες το άτομο εκτίθεται σε πιθανή κριτική από τους άλλους. Ο ασθενής, στις καταστάσεις αυτές, φοβάται μήπως προβεί σε κάποια πράξη ή ενέργεια τέτοια που θα τον έφερνε σε δύσκολη θέση ή σε αμηχανία (Armfield, 2006).

Διαταραχή πανικού. Κατά το DSM-5 η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ξαφνικών κρίσεων άγχους και έντονου φόβου συνοδευόμενου συνήθως από σωματικά συμπτώματα, όπως ιδρώτα, ταχυκαρδία, αδυναμία ή ζαλάδα. Κατά τη διάρκεια της

κρίσης, τα άτομα νιώθουν έντονο τρέμουλο ή αισθάνονται μουδιασμένοι, όπως επίσης μπορεί να έχουν ναυτία ή πόνο στο στήθος.

Τα παιδιά με διαταραχή πανικού, δεν μπορούν να προβλέψουν πότε μπορεί να παρουσιαστεί μία κρίση και αυτό τους προξενεί έντονο άγχος και φόβο μήπως συμβούν και επιπρόσθετες κρίσεις. Έτσι δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν σε αυτό που κάνουν και προσπαθούν συνεχώς να ξεφύγουν από αυτή την κατάσταση.

Αγοραφοβία. Σχετικά με την αγοραφοβία αποτελεί έναν νοσηρό φόβο του ανοιχτού χώρου (Dorland's Ιατρικό Λεξικό, 1997). Το βασικό της χαρακτηριστικό είναι το άγχος που νιώθει το άτομο, όταν βρεθεί σε μέρη ή καταστάσεις από όπου η διαφυγή ίσως να είναι δύσκολη ή όταν αισθάνεται ότι δεν υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια σε περίπτωση πανικού (APA, 2013).

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι χρόνια και συνοδεύεται από ακραίο και μη ελεγχόμενο άγχος, το οποίο εκδηλώνεται συνεχώς με διάρκεια από 1-6 μήνες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Για να διαγνωστεί ένα παιδί με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή θα πρέπει να παρουσιάζει ένα από τα εξής συμπτώματα: α)νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας ή τεντωμένα νεύρα, β)εύκολη κόπωση, γ)δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής ή αίσθημα πως το μυαλό είναι άδειο, δ)ευερεθιστότητα, ε)μυϊκή τάση και στ)διαταραχή ύπνου (APA,2013).

Ακόμη, η ΓΑΔ σχετίζεται με τον παράγοντα γνωστικής ευαλωτότητας (cognitive vulnerability factor), σύμφωνα με τον οποίο το άτομο νομίζει ότι δέχεται συνεχώς επικίνδυνα και απειλητικά ερεθίσματα (Gorman, 2003) επηρεάζοντας κατά συνέπεια και τη συναισθηματική νοσηματοδότηση των περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα άτομα αυτά φαίνεται ότι δεν μπορούν να απαλλαγούν από τις ανησυχίες τους, παρόλο που συνήθως συνειδητοποιούν ότι η ανησυχία τους είναι πιο έντονη από μια πραγματική κατάσταση.

Επίσης δυσκολεύονται να χαλαρώσουν, τρομάζουν εύκολα, και έχουν δυσκολία στη συγκέντρωση. Συχνά έχουν προβλήματα ύπνου.

Επιπλέον, η διάγνωση της διαταραχής απαιτεί την έντονη ανησυχία του παιδιού για γεγονότα του παρελθόντος, αλλά και του μέλλοντος ή την υπερβολική εγρήγορσή του για το αν θα μπορέσει να τα καταφέρει σε διάφορες περιστάσεις (Wittchen & Hoyer, 2001), οι οποίες αφορούν για παράδειγμα στο σχολείο, στις σχέσεις του με τους συνομηλίκους ή στο πώς θα διαχειριστεί την ασθένεια ενός συγγενή του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η ΓΑΔ είναι πολύ συχνή κατά την παιδική ηλικία και συγκεκριμένα εκδηλώνεται για πρώτη φορά συνήθως στα 10-12 έτη. Επίσης, θεωρείται η δεύτερη πιο συχνή διαταραχή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μετά την κατάθλιψη (Wittchen & Hoyer, 2001). Ακόμη, η ΓΑΔ συναντάται πιο πολύ στα κορίτσια απ' ό,τι στα αγόρια, όπως άλλωστε και οι υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές (Wittchen & Hoyer, 2001).

Άγχος μαθητών. Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν χαρακτηριστικό που επηρεάζει τους μαθητές και τους εφήβους, μάλιστα το 10% των μαθητών προσβάλλονται από τέτοιου είδους διαταραχές (Essau & Petermann, 2013). Πολλές φορές το άγχος συνδέεται με δυσκολίες και προβλήματα στο σχολείο, στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και στις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου (Silverman & Field, 2011).

Με την εμπλοκή στο σχολικό έργο, καλλιεργείται στους μαθητές το σχολικό άγχος (Neil & Christensen, 2009). Το σχολικό άγχος ενεργοποιείται από τρεις βασικούς παράγοντες. Αυτοί είναι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που αφορούν τις εμπειρίες στην τάξη, οι προσωπικοί παράγοντες που αφορούν πτυχές αυτοπεποίθησης του μαθητή και οι γνωστικοί παράγοντες που αφορούν την σκέψη (Nelson & Harwood, 2011). Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν αυξημένο σχολικό άγχος καθώς και οι τρεις ανωτέρω παράγοντες είναι περισσότερο επιφορτισμένοι σε σχέση με έναν μαθητή μιας τυπικής τάξης.

Επιπλέον οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες καταβάλουν ιδιαίτερη προσπάθεια για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολικού προγράμματος. Παρ' όλα αυτά η επίδοση τους δεν είναι η αναμενόμενη από τους γονείς και του δασκάλους. Η αυξημένη αυτή προσπάθεια σε συνδυασμό με τα μη επιθυμητά αποτελέσματα έχει σαν συνέπεια να προκαλεί ιδιαίτερο άγχος στους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες (Nelson & Harwood, 2011).

Οι μαθητές συνηθίζουν να εξωτερικεύουν το άγχος τους με συμπεριφορές αποφυγής. Συγκεκριμένα αναφέρουν δικαιολογίες για να μην κάνουν τις εργασίες τους, δείχνουν απρόθυμοι στις σχολικές εργασίες, παραπονιούνται για σωματικούς πόνους στο στομάχι, στο κεφάλι, στην κοιλιά κατά τις σχολικές ώρες (Leung, Yeung & Wong, 2010. Wong, & Rapee, 2015). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να καλλιεργείται μια ατέρμονη διαδικασία κατά την οποία μακροχρόνιες συμπεριφορές αποφυγής υπονομεύουν την μελλοντική επίδοση και ενισχύουν τις μαθησιακές δυσκολίες (Rappo, Alesi & Perri, 2012).

Κατάθλιψη

Πολλές φορές οι άνθρωποι, κατά την διάρκεια της ζωής τους αισθάνονται μελαγχολική διάθεση. Σε περιόδους δυσκολιών και προβλημάτων είναι πιθανή μια πιο ήπια και μη ενεργητική διάθεση. Μια αποτυχία, ένας χωρισμός, μια οικονομική δυσκολία δύνανται να προκαλέσουν συναισθήματα στεναχώριας, ανημπόριας, θλίψης. Κάποιες φορές όμως, τα συναισθήματα αυτά της μελαγχολίας μπορεί να είναι ιδιαίτερος έντονα. Τότε το άτομο μπορεί να φτάσει σε σημείο να αισθάνεται για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα να μην μπορεί να διεκπεραιώσει τα καθημερινά του καθήκοντα. Η λειτουργικότητα του ατόμου μειώνεται και δεν μπορεί να ανταπεξέλθει σε τίποτα. Τότε μπορεί να βιώσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο.

Η κατάθλιψη ήταν πάντα ένα πρόβλημα υγείας για τον άνθρωπο. Ιστορικά έγγραφα γραμμένα από θεραπευτές, φιλοσόφους, συγγραφείς ανά τους αιώνες, δείχνουν την

μακρόχρονη ύπαρξη της κατάθλιψης ως πρόβλημα υγείας, καθώς και τις συνεχείς και μερικές φορές ευρηματικές προσπάθειες που έχουν κάνει οι άνθρωποι για να βρουν αποτελεσματικούς τρόπους για την αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας (Porter, 2002)

Μέχρι τον 17^ο αιώνα η κατάθλιψη περιγραφόταν με τον όρο μελαγχολία. Ο όρος αυτός ξεκίνησε από τον Ιπποκράτη και αφορούσε μια παθολογική ασθένεια με αιτιολογία οργανική και είχε σαν σύμπτωμα την απώλεια όρεξης για φαγητό, τον εκνευρισμό, την απνία, την αποθάρρυνση και την ανησυχία (Marsella, 2003).

Η κατάθλιψη για πρώτη φορά διακρίθηκε από την σχιζοφρένεια το 1895 από τον Γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin. Την ίδια περίοδο εφευρέθηκε η ψυχοδυναμική θεωρία και η ψυχανάλυση έγινε περισσότερο γνωστή ως θεραπεία για την κατάθλιψη. Σε ένα δοκίμιο το 1917, ο Freud όρισε την μελαγχολία ως αντίδραση στην απώλεια. Η αντίδραση αυτή αποδυναμώνει το εγώ του ατόμου με αποτέλεσμα το μίσος για τον εαυτό του και την αυτοκαταστροφική του συμπεριφορά (Mondimore, 2006).

Στην πορεία, στην προσπάθεια να γίνει μια καλύτερη προσέγγιση στην έννοια της κατάθλιψης και καθώς οι γνώσεις για την λειτουργία του εγκεφάλου είχαν προοδεύσει η διαταραχή χωρίστηκε σε ενδογενής και νευρωτική κατάθλιψη. Η ενδογενής θεωρήθηκε ότι προκαλείται από εσωτερικό, γενετικό αίτιο. Η νευρωτική θεωρήθηκε ότι προκαλείται από κάποια σημαντική αλλαγή στο περιβάλλον όπως ο θάνατος συζύγου ή άλλη σημαντική απώλεια (Burton, 2011).

Σήμερα, αναγνωρίζεται ότι η κατάθλιψη έχει πολλαπλές αιτίες συμπεριλαμβανομένων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αιτιών. Μάλιστα για την θεραπεία της εμπλέκονται πολλά επαγγέλματα, αρκετές θεραπευτικές προσεγγίσεις οι οποίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην βοήθεια και στην υποστήριξη των ανθρώπων που πάσχουν από αυτήν για να την ξεπεράσουν.

Τέλος σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα, η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή του συναισθήματος στην οποία κυρίαρχο αίσθημα είναι η θλίψη και το άτομο μπορεί να βρεθεί σε επίπεδο απελπισίας (Οικονόμου, 1992). Το βασικό χαρακτηριστικό όλων των καταθλιπτικών διαταραχών είναι το συναίσθημα λύπης, το άτομο νιώθει άδειο και έχει ευερέθιστη διάθεση. Αυτά συνοδεύονται από σωματικές και γνωστικές αλλαγές που επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ατόμου. Η διαφοροποίηση των διαταραχών γίνεται ως προς την διάρκεια, την χρονική στιγμή και την αιτιολογία (APA, 2013).

Κατάθλιψη στην παιδική ηλικία. Τα τελευταία χρόνια οι μελέτες για την κατάθλιψη των παιδιών αυξάνεται όλο και περισσότερο. Οι μελέτες ξεκίνησαν το 1970 και έγιναν πιο συστηματικές το 1980 (Fombonne, 1995).

Η κοινή παραδοχή ότι η παιδική ηλικία είναι η πιο χαρούμενη και ευχάριστη περίοδος της ανθρώπινης ζωής ερχόταν σε αντίθεση με την εκδήλωση της κατάθλιψης στα παιδιά. Επομένως η αντίληψη ότι τα παιδιά και οι έφηβοι μπορεί να βιώσουν κατάθλιψη αμφισβητήθηκε έντονα για χρόνια.

Η επίσημη αναγνώριση της παιδικής κατάθλιψης ως νοσολογική οντότητα έγινε μετά το 4^ο συνέδριο της Ένωσης Ευρωπαίων Παιδοψυχιάτρων στην Στοκχόλμη της Σουηδίας το 1970. Το θέμα του συνεδρίου ήταν «Καταθλιπτικές καταστάσεις στην παιδική ηλικία και την εφηβεία» και είχε σαν συνέπεια το συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία αποτελούσε ένα σημαντικό τμήμα των ψυχικών διαταραχών στα παιδιά και στους εφήβους (Akiskal & Weller, 1989). Ήδη από την τρίτη αναθεωρημένη έκδοση του εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης, DSM-III (1980) υπάρχει διαγνωστική ταξινόμηση για την παιδική και εφηβική κατάθλιψη με κριτήρια ίδια με εκείνα των ενηλίκων.

Η διάγνωση της παιδικής κατάθλιψης είναι πολλές φορές μια δύσκολη διαδικασία, κι αυτό γιατί εν μέρει τα συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης μπορεί να θεωρηθούν απλώς

μια παιδική συμπεριφορά. Η κακή διάθεση, τα συναισθήματα θυμού, η απόσυρση, το κλάμα, ο πολύς ύπνος, ο εκνευρισμός, είναι συνήθη φαινόμενα στα παιδιά και μπορεί να θεωρηθεί ως μια φυσιολογική παιδική συμπεριφορά. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτά μπορεί να αποτελούν συμπτώματα κατάθλιψης. Σε αυτό έρχεται και να προστεθεί η δυσκολία από μέρους των παιδιών έκφρασης των συναισθημάτων τους και κατανόησης της αιτίας για την οποία νιώθουν έτσι.

Για την σωστή διάγνωση συνήθως χρειάζεται να πραγματοποιηθούν πολλές συνεδρίες με τα παιδιά και τους γονείς καθώς και διεπιστημονική συνεργασία, όπως με τους εκπαιδευτικούς. Ένα έμπειρο κλινικό πρόσωπο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αυτό που θα κάνει την διαγνωστική αξιολόγηση των παιδιών με κατάθλιψη.

Αναφορικά με το φύλο, από έρευνες έχει προκύψει ότι τα κορίτσια παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές στην κατάθλιψη σε σχέση με τα αγόρια (Finch, Saylor & Edwards, 1985). Ενώ κατά άλλες έρευνες έχει βρεθεί ότι τα κορίτσια παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψη σε σχέση με τα αγόρια (Doerfler, Felner, Rowlison, Raley & Evans 1988. Heath & Ross, 2000).

Σύγχρονη κλινική ταξινόμηση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με το DSM 5 όλες οι διαταραχές κατάθλιψης έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό το αίσθημα της λύπης, του κενού, της ευερέθιστης διάθεσης που νιώθει το άτομο. Αυτά συνοδεύονται από σωματικές και γνωστικές αλλαγές που επηρεάζουν σημαντικά την λειτουργικότητα του ατόμου. Ο διαταραχές κατάθλιψης σύμφωνα με την APA (2013) είναι οι ακόλουθες: 1. Διασπαστική διαταραχή λόγω απορρυθμιστικής διάθεσης (Disruptive mood deregulation disorder), 2. Μείζον καταθλιπτική διαταραχή, 3. Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (Δυσθυμία), 4. Προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή, 5. Προκαλούμενη από φαρμακευτική αγωγή/ουσίες καταθλιπτική διαταραχή, 6. Καταθλιπτική διαταραχή λόγω άλλης ιατρικής

πάθησης, 7. Άλλη συγκεκριμένη καταθλιπτική διαταραχή, 8. Μη καθορισμένη καταθλιπτική διαταραχή.

Διασπαστική διαταραχή λόγω απορρυθμιστικής διάθεσης (*Disruptive mood desregulation disorder*). Η διασπαστική διαταραχή λόγω απορρυθμιστικής διάθεσης πρόκειται για μία νέα διάγνωση που εισάγεται για πρώτη φορά στο DSM 5. Αφορά τα παιδιά και τους εφήβους που παρουσιάζουν χρόνια και επίμονη ευερεθιστότητα. Η σοβαρή ευερεθιστότητα έχει δύο εμφανείς κλινικές εκδηλώσεις το πρώτο από τα οποία είναι οι συχνές εκρήξεις θυμού. Αυτές οι εκρήξεις συμβαίνουν συνήθως σαν αποτελέσματα απογοήτευσης και μπορεί να είναι λεκτικές ή συμπεριφορικές. Για να χαρακτηριστεί το παιδί με αυτή την διαταραχή, θα πρέπει οι εκρήξεις να εμφανίζονται συχνά (κατά μέσο όρο, 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα τουλάχιστον για τον τελευταίο έναν χρόνο) σε μέρη όπως το σπίτι, το σχολείο και θα πρέπει να είναι αναπτυξιακά ακατάλληλες (APA, 2013)

Η δεύτερη κλινική εκδήλωση ευερεθιστότητας της διαταραχής συνίσταται από χρόνια, διαρκώς ευερέθιστη ή θυμωμένη διάθεση που υπάρχει ανάμεσα στα ξεσπάσματα. Αυτή η ευερέθιστη ή θυμωμένη διάθεση πρέπει να χαρακτηρίζει το παιδί, να είναι παρούσα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά και να γίνεται αντιληπτή από άλλους στο περιβάλλον του παιδιού (APA, 2013).

Η κλινική παρουσίαση διασπαστικής διαταραχής λόγω απορρυθμιστικής διάθεσης, πρέπει να διαχωρίζεται προσεκτικά από τις παρουσιάσεις άλλων σχετικών διαταραχών, ιδιαίτερα της παιδιατρικής διπολικής διαταραχής. Στην πραγματικότητα, η διασπαστική διαταραχή λόγω απορρυθμιστικής διάθεσης προστέθηκε στο DSM-5 για να αντιμετωπίσει τη μεγάλη ανησυχία σχετικά με την σωστή ταξινόμηση και θεραπεία των παιδιών, που παρουσιάζουν χρόνια, επίμονη ευερεθιστότητα, σε σχέση με τα παιδιά που παρουσιάζουν κλασική (δηλαδή επεισοδιακή) διπολική διαταραχή (APA, 2013).

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Για να θεωρηθεί ένα άτομο ότι πάσχει από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, θα πρέπει να παρουσιάζει τα συμπτώματα σχεδόν κάθε ημέρα μέσα σε διάστημα δύο εβδομάδων. Το συναίσθημα δυστυχίας θα πρέπει να υπάρχει στο άτομο σχεδόν για όλη την ημέρα αλλά σε εφήβους μπορεί να παρουσιάζεται σαν ευερεθιστότητα. Επίσης υπάρχει έντονη ελάττωση ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες του ατόμου. Το αίσθημα δυστυχίας υποδηλώνεται συνήθως από συναισθήματα θλίψης, κενότητας, ενοχής ή απόγνωσης, αλλά μπορεί μερικές φορές να υπάρχουν και συναισθήματα θυμού ή άγχους. Στα παιδιά και στους εφήβους, η ευερέθιστη διάθεση παρατηρείται συχνά από τους γονείς και τους δασκάλους (APA, 2013).

Ένα ακόμα σημαντικό σύμπτωμα είναι η σημαντική αύξηση ή μείωση βάρους, αλλά στα παιδιά μπορεί να παρατηρείται σαν αποτυχία στην αύξηση αναπτυξιακού βάρους. Η μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης τόσο στην εργασία όσο και στο σπίτι είναι ακόμα ένα χαρακτηριστικό. Κάποιοι έρχονται αντιμέτωποι με σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας (APA, 2013). Τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν συχνά σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους και πόνους στο στομάχι (Μάνος, 1997).

Για τα παιδιά ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης είναι αυξημένος όταν και οι δύο γονείς έχουν διαταραχές συναισθήματος (Merikangas, 1998). Υπάρχουν αρκετές θεραπευτικές επιλογές αλλά όταν δεν αντιμετωπίζεται, μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστες συνέπειες για την όλη ζωή του ατόμου (APA, 2013).

Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (Δυσθυμία). Το βασικό χαρακτηριστικό της επίμονης καταθλιπτικής διαταραχής (δυσθυμία) είναι ένα καταθλιπτικό συναίσθημα που συμβαίνει για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, για περισσότερες ημέρες. Η διάρκεια των συμπτωμάτων πρέπει να είναι εμφανής για τουλάχιστον 2 χρόνια στους ενήλικες και τουλάχιστον για 1 έτος για τα παιδιά και τους εφήβους. Αυτή η διαταραχή αποτελεί μια

παγίωση της καθορισμένης από DSM-IV χρόνιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και δυσθυμικής διαταραχής. Η μείζων κατάθλιψη μπορεί να προηγείται μιας επίμονης καταθλιπτικής διαταραχής και μπορεί να εμφανιστούν μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια κατά τη διάρκεια της επίμονης καταθλιπτικής διαταραχής. Επιπλέον τα άτομα των οποίων τα συμπτώματα πληρούν τα κύρια κριτήρια μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής για 2 χρόνια θα πρέπει να έχουν διαγνωστεί με επίμονη καταθλιπτική διαταραχή καθώς και με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (APA,2013).

Τα άτομα με επίμονη καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζονται από θλιμμένη διάθεση. Κατά τη διάρκεια περιόδων κατάθλιψης, τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω συμπτώματα είναι παρόντα: 1) Έλλειψη όρεξης ή υπερκατανάλωση τροφής, 2) Αϋπνία ή υπερυπνία, 3) Χαμηλή ενέργεια ή κόπωση, 4) Χαμηλή αυτοεκτίμηση, 5) Κακή συγκέντρωση ή δυσκολία λήψης αποφάσεων, 6) Συναισθήματα της απελπισίας.

Στα παιδιά και στους εφήβους, οι προδιαθεσιακοί παράγοντες για την εμφάνιση δυσθυμίας περιλαμβάνουν τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα, τη διαταραχή διαγωγής και το χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον (Weller et al, 2002). Επιπλέον αναφέρεται ότι τα δυσθυμικά παιδιά έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη σε μετέπειτα στάδιο της ζωής τους (Kovacs, 1984).

Κατάθλιψη μαθητών. Μαθητές με συμπτώματα κατάθλιψης παρουσιάζονται συχνά στην εκπαιδευτική πραγματικότητα. Οι αιτίες που οδηγούν τους μαθητές στα συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να αναζητηθούν σε μια σειρά από παράγοντες. Σύμφωνα με την γενετική θεωρία, η κατάθλιψη μπορεί να είναι κληρονομική από τους γονείς προς τα παιδιά (Beardslee, Keller, Lavori, Staley & Sacks, 1993). Η γνωσιακή θεωρία επικεντρώνεται στον ρόλο των αρνητικών αντιλήψεων που οδηγούς την κατάθλιψη. Τα παιδιά με κατάθλιψη κάνουν περισσότερα γνωστικά λάθη, όπως υπεργενίκευση, προσωποποίηση αρνητικών

γεγονότων (Leitenberg, Yost & Carroll-Wilson, 1986). Ακόμα στα παιδιά με κατάθλιψη έχει συσχετιστεί η αρνητική αυτοεικόνα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Shrier, Harris, Sternberg & Beardslee, 2001).

Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι πιθανό να διατρέχουν μεγαλύτερο άγχος κατά τα σχολικά χρόνια και αυτό να οδηγεί στην κατάθλιψη (Wright-Strawderman & Watson, 1992). Όταν τα παιδιά αποτυγχάνουν στο σχολείο και έτσι δε δέχονται την αναγνώριση και τον έπαινο, όπως άλλοι συμμαθητές τους, τότε συμπεριφέρονται σα να αδιαφορούν απέναντι στις σχολικές τους υποχρεώσεις. Συνεπώς, οι μαθησιακές δυσκολίες στα παιδιά μπορεί πράγματι να αποτελέσουν μια αιτία για την κατάθλιψη.

Επιπλέον, οι κοινωνικόσυναισθηματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν μαθητές με προβλήματα μάθησης ενισχύουν την εκδήλωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Συγκεκριμένα, οι ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες με συνομηλίκους οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση και ενισχύουν την θλίψη (Rudolph & Clark, 2001). Ακόμα, οι ελλειμματικές δεξιότητες αυτορρύθμισης, όπως για παράδειγμα ο έλεγχος των συναισθημάτων, λειτουργούν ως παράγοντες επικινδυνότητας στην καταθλιπτική συμπτωματολογία (Murphy, Shepard, Eisenberg & Fabes, 2004)

Παρ' όλα αυτά η ύπαρξη των μαθησιακών δυσκολιών δεν επαληθεύει πάντα τις αυξημένες πιθανότητες για κατάθλιψη σε σχέση με τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Συγκεκριμένα έπειτα από την σύγκριση παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και χωρίς αναφορικά με τα επίπεδα κατάθλιψης, βρέθηκε ποσοστό όμοιο κατάθλιψης και στις δύο ομάδες, 10% (Maag & Reid, 2006).

Τμήματα Ένταξης

Το τμήμα ένταξης αποτελεί στην ουσία, ένα μονοπρόσωπο θεσμό ειδικής εκπαίδευσης, ο οποίος ταυτόχρονα, ενσωματώνεται στον κορμό του τυπικού σχολείου με σκοπό να προσφέρει ειδική εκπαίδευση, προσπαθώντας ταυτόχρονα να μην διαφοροποιεί τους μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Μουταβελής, 2012).

Η ίδρυση των ειδικών τάξεων ξεκινάει από το Π.Δ. 603/1982 (ΦΕΚ τ. Α/21-9-1982). Σύμφωνα με αυτό σε κάθε εκπαιδευτική μονάδα μπορούν να ιδρύονται μία ή και περισσότερες ειδικές τάξεις (άρθρο 1, παρ 3.α). Εκεί επίσης προβλέπεται ότι ο αριθμός των μαθητών δεν μπορεί να είναι λιγότερος από τα οχτώ άτομα. Οι ειδικές τάξεις μετονομάστηκαν με το Ν. 2817/2000 σε τμήματα ένταξης χωρίς κάποια περεταίρω αλλαγή. Με την υπουργική απόφαση 102357/Γ6 (ΦΕΚ 449/ τ.Β/3-4-2007) καθορίζονται θέματα σχετικά με την ένταξη και φοίτηση των μαθητών στα τμήματα. Προβλέπεται μεταξύ άλλων ότι η φοίτηση των μαθητών στο τμήμα ένταξης που προτείνεται από το ΚΕ.Δ.Δ.Υ., μετά από αίτημα των γονέων.

Αναφορικά με τα διδακτικά αντικείμενα, ο εκπαιδευτικός του τμήματος ένταξης προσπαθεί να εκπαιδεύσει τους μαθητές του, επικεντρώνοντας την παρέμβασή του σε θέματα συμπεριφοράς, καθώς και σε επανορθωτική διδασκαλία σε γνωστικά αντικείμενα βασικού εγγραμματισμού, σχετικά με γλώσσα και μαθηματικά (Μουταβελής, 2012). Επιπλέον, ως αποτέλεσμα της έντονης διαφορετικότητας του κάθε μαθητή από τους συμμαθητές του στο τμήμα ένταξης, ο εκπαιδευτικός, είναι ανάγκη να διαχειρίζεται με ευελιξία, ποικίλο διδακτικό υλικό, αρκετές φορές αυτοσχέδιο και ιδιαίτερα ευφάνταστο (Μουταβελής, 2012).

Τα τμήματα ένταξης έχουν δεχτεί κριτική καθώς απομακρύνουν τους μαθητές από την τάξη τους. Τα τμήματα ένταξης στηρίζονται στο μοντέλο της απόσυρσης και οι μαθητές φοιτούν σε αυτά μερικές ώρες την εβδομάδα ανάλογα με τις δυσκολίες τους (Κοντοπούλου

& Τζιβινίκου, 2004). Έχει θεωρηθεί ότι η προσωρινή αυτή εγκατάλειψη από τον χώρο κάνει το παιδί να στιγματιστεί από τους συμμαθητές του (Harrower, 1999). Επιπλέον ερευνητές από άλλες χώρες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η φοίτηση σε τμήμα ένταξης έχει ελλιπή αποτελέσματα και ο βασικός λόγος είναι ο μη συστηματικός τρόπος διδασκαλίας (Aaron, Joshi, Gooden & Bentum, 2008).

Παρ' όλα αυτά, κατά την αντίθετη άποψη, θεωρείται ότι τα τμήματα ένταξης είναι η μοναδική υπηρεσία ειδικής αγωγής στο γενικό σχολείο και ο καλύτερος θεσμός σχολικής ένταξης (Χαρούπιας 2005). Μέσα από μια οικοσυστημικού τύπου προσέγγιση, το ΤΕ προσφέρει συμβουλευτική στο σύνολο της σχολικής κοινότητας για θέματα ειδικής εκπαίδευσης, μια και εξ ορισμού, διαθέτει τα τυπικά αλλά και ουσιαστικά προσόντα ειδίκευσης του γνωστικού αντικειμένου (Μουταβελής, 2012). Έτσι κρίνεται σκόπιμη η ενδυνάμωση και η επέκταση του θεσμού ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί με μεγαλύτερη επιτυχία στις ολοένα και αυξανόμενες απαιτήσεις της σχολικής πραγματικότητας.

Φοίτηση σε τμήματα ένταξης. Στο τμήμα ένταξης φοιτούν μαθητές με αναπηρίες ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Σύμφωνα με το νόμου 3699/2008, οι μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες θεωρούνται όσοι για ολόκληρη ή ορισμένη περίοδο της σχολικής τους ζωής εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες μάθησης εξαιτίας αισθητηριακών, κινητικών, νοητικών, γνωστικών, αναπτυξιακών προβλημάτων, ψυχικών και νευροψυχικών διαταραχών οι οποίες, σύμφωνα με τη διεπιστημονική αξιολόγηση, επηρεάζουν τη διαδικασία της σχολικής προσαρμογής και μάθησης. Στους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες συγκαταλέγονται ιδίως όσοι παρουσιάζουν νοητική αναπηρία, αισθητηριακές διαταραχές όρασης (μαθητές με τύφλωση ή με χαμηλή όραση), αισθητηριακές διαταραχές ακοής (μαθητές με κώφωση ή βαρηκοΐα), κινητικές αναπηρίες, χρόνια μη ιάσιμα νοσήματα, διαταραχές ομιλίας-λόγου, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές

(φάσμα αυτισμού), σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, ψυχικές διαταραχές, πολλαπλές αναπηρίες, σύνδρομο down και σπάνιες παθήσεις.

Μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες είναι οι μαθητές με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όπως δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία και δυσορθογραφία. Επιπλέον οι μαθητές με σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες, παραβατική συμπεριφορά λόγω κακοποίησης, γονεϊκής παραμέλησης και εγκατάλειψης ή λόγω ενδοοικογενειακής βίας, ανήκουν στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

Τέλος στη κατηγορία μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες δεν εμπίπτουν οι μαθητές με χαμηλή σχολική επίδοση που συνδέεται αιτιωδώς με εξωγενείς παράγοντες, όπως γλωσσικές ή πολιτισμικές ιδιαιτερότητες.

Οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που φοιτούν στο τμήμα ένταξης διαθέτουν σε μεγάλο ποσοστό, γνωμάτευση από διεπιστημονική ομάδα, ΚΕΔΔΥ ή ΙΠΔ, όπου προτείνεται η φοίτηση σε αυτό.

Ερευνητικοί στόχοι

Η παρούσα έρευνα. Οι μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες βιώνουν την αποτυχία στη σχολική τους ζωή από την πρώτη στιγμή και για πολλά χρόνια. Η σχολική αποτυχία σωρεύεται και διευρύνεται εξαιτίας των πολλών απαιτήσεων του σχολείου. Αυτή η καθημερινή κατάσταση έχει αρνητική επίπτωση στις πεποιθήσεις αυτοαντίληψης και αυτοεκτίμησης των μαθητών (Rothman & Cosden, 1995).

Επιπλέον οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες βιώνουν υψηλότερο γενικό άγχος σε σχέση με τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες (Margalit & Shulman, 1986· Margalit & Zak, 1984). Το υψηλό άγχος των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες που τείνει να θεωρείται

χαρακτηριστικό τους, μπορεί να αποδοθεί σε προβλήματα ελλειμματικής γνωστικής επεξεργασίας (Bender, 2004).

Η λανθασμένη απόδοση της αποτυχίας από τους μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις, συνδέεται με ελαφρά συμπτώματα κατάθλιψης (Saddler & Buckland, 1995). Οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες δηλώνουν συχνά πως βιώνουν κατάθλιψη ιδιαίτερα μετά από αποτυχημένες ακαδημαϊκές προσπάθειες μέσα στην τάξη και περιγράφουν πως κατά τη διάρκειά τους ένιωθαν συναισθήματα βαθιάς θλίψης (Μπότσας, 2007).

Συνεπώς για την συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη προκύπτουν τα εξής ερωτήματα προς διερεύνηση:

- Βασικός στόχος της έρευνας είναι η μελέτη του κατά πόσο, οι μαθητές που φοιτούν σε τμήματα ένταξης παρουσιάζουν, σε σχέση με τους μαθητές που φοιτούν σε τυπικές τάξεις, υψηλότερα επίπεδα στην χαμηλή αυτοεκτίμηση, στο άγχος και στην κατάθλιψη.
- Ακόμα θα μελετηθεί η σχέση ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση, στο άγχος και στην κατάθλιψη αναφορικά με το φύλο των μαθητών. Δηλαδή κατά πόσο το φύλο διαφοροποιεί τα επίπεδα στις επιμέρους διαστάσεις της έρευνας.
- Θα διερευνηθεί για το σύνολο των παιδιών η συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στις υπό μελέτη μεταβλητές.
- Θα διερευνηθεί στις ομάδες των παιδιών των τμημάτων ένταξης και των τυπικών τάξεων, κατά πόσο η αυτοεκτίμηση και το άγχος μπορεί να προβλέψουν ή να λειτουργήσουν θεραπευτικά στο αίσθημα της κατάθλιψης.
- Τέλος, θα γίνει μια προσπάθεια να προβλεφθεί η φοίτηση σε τμήμα ένταξης ενός παιδιού από τα αισθήματα άγχους, κατάθλιψης και αυτοεκτίμησης.

Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν μαθητές των Ε΄ και Στ΄ τάξεων που φοιτούν σε τυπικές σχολικές τάξεις και σε τάξεις τμήματος ένταξης. Οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή των συγκεκριμένων ηλικιών είναι ότι οι μαθητές αυτής της ηλικίας μπορούν με άνεση να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις συμπλήρωσης ερωτηματολογίου κατανοώντας με άνεση τις ερωτήσεις που τους δίνονται.

Το δείγμα προήλθε από Δημοτικά Σχολεία περιοχών του λεκανοπεδίου της Αττικής. Ακολουθήθηκε κατά συστάδες δειγματοληψία και το δείγμα της παρούσας μελέτης είναι συμπτωματικό (Παρασκευόπουλος, 1993).

Το αρχικό δείγμα αποτελούνταν από 203 μαθητές εκ των οποίων αφαιρέθηκαν 12 λόγω λανθασμένης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Συνεπώς το τελικό δείγμα αποτελείται από 191 μαθητές στο σύνολό τους. Αναφορικά με το φύλο των μαθητών συμμετείχαν 106 αγόρια (55,5%) και 85 κορίτσια (44,5%) (βλ. Πίνακα 1).

Πίνακας 1.

Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστιαίες αναλογίες ως προς το φύλο

	<i>F</i>	%
Αγόρια	106	55,5
Κορίτσια	85	44,5

Επιπλέον, 60 μαθητές φοιτούν σε τμήματα ένταξης (31,4%) ενώ 131 σε τυπικά τμήματα (68,6%) (βλ. Πίνακας 2)

Πίνακας 2.

Απόλυτη και σχετική συχνότητα για την παρακολούθηση σε Τμήμα Ένταξης (TE)

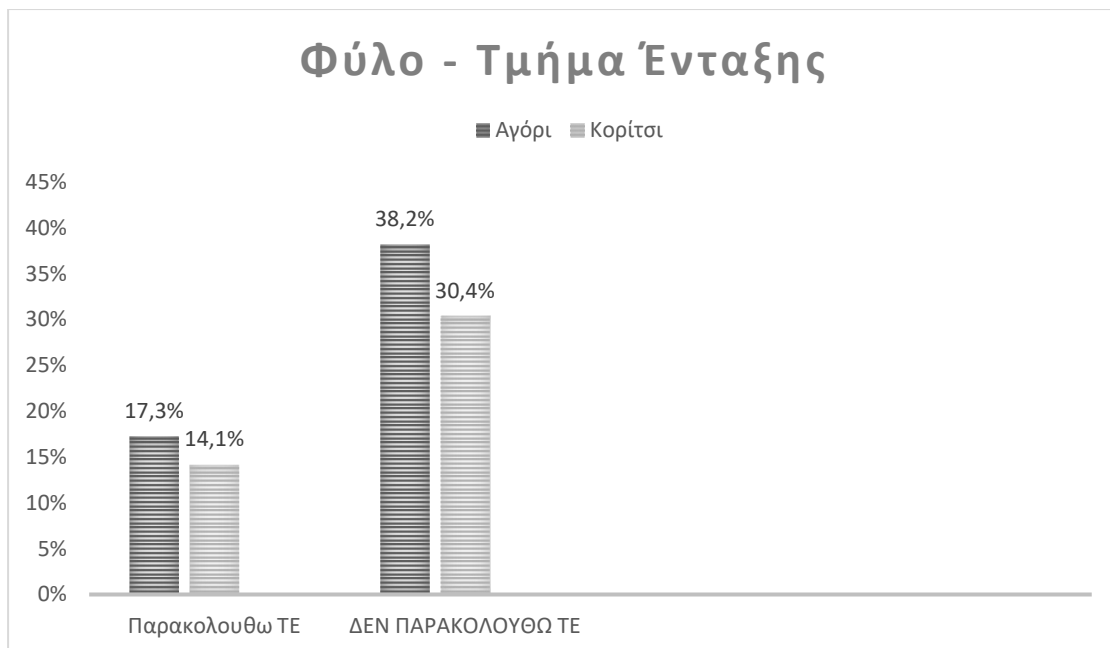
	<i>F</i>	<i>%</i>
Πηγαίνω σε TE	60	31,4
Δεν πηγαίνω σε TE	131	68,6

Από τους μαθητές που πηγαίνουν σε Τμήμα Ένταξης τα 33 είναι αγόρια (17,28%) και τα 27 κορίτσια (14,14%) ενώ από τους μαθητές που παρακολουθούν συμβατικά τμήματα τα 73 είναι αγόρια (38,22%) και τα 58 είναι κορίτσια (30,37%) (βλ. Πίνακας 3, Σχήμα 1).

Πίνακας 3.

Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της φοίτησης σε Τμήμα Ένταξης ως προς το φύλο

Φοίτηση σε TE	Φύλο			
	Αγόρια		Κορίτσια	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ναι	33	31,1	27	31,8
Όχι	73	68,9	58	68,2



Σχήμα 1. Σχετική συχνότητα ως προς το φύλο και το Τμήμα Ένταξης.

Μέσα συλλογής δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της έρευνας και τη διερεύνηση των ερωτημάτων, χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ψυχομετρικά μέσα.

Κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale). Για τη μέτρηση του βαθμού αυτοεκτίμησης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα μέτρησης της αυτοεκτίμησης (RSE) του Morris Rosenberg (1965). Είναι ένα εργαλείο μέτρησης της αυτοεκτίμησης που χρησιμοποιείται ευρέως στη βιβλιογραφία. Ο δείκτης αξιοπιστίας είναι $\alpha = .83$, σύμφωνα και με προηγούμενες έρευνες που έχουν χρησιμοποιήσει αυτήν την κλίμακα (Shea and Prichard, 2007).

Η συγκεκριμένη κλίμακα αξιολογεί την αντίληψη που έχει κανείς για τον εαυτό του χρησιμοποιώντας πέντε θετικά και πέντε αρνητικά ερωτήματα (ενδεικτικά: «Γενικά, είμαι ικανοποιημένος/η από τον εαυτό μου», «Μερικές φορές σκέφτομαι ότι δεν αξίζω τίποτα.») που οδηγούν στους παράγοντες της θετικής και αρνητικής αυτοεκτίμησης. Οι συμμετέχοντες

κλήθηκαν να απαντήσουν αν συμφωνούν ή διαφωνούν με τα ερωτήματα σε μια τετραβάθμια κλίμακα Likert (1= συμφωνώ απόλυτα, 4= διαφωνώ απόλυτα).

Hellenic Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-GR). Το SCAS-GR είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς άγχους, το οποίο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε για τις ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού (Mellon & Moutavelis, 2007) και το οποίο στηρίζεται στο Spence Children's Anxiety Scale της Spence (1997).

Περιλαμβάνει 46 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 38 αντιστοιχούν σε 6 υποκλίμακες και η καθεμιά από αυτές αντιστοιχεί σε μια αγχώδη διαταραχή. Οι αγχώδεις διαταραχές που ανιχνεύονται είναι οι εξής: α) Γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, β) Άγχος αποχωρισμού, γ) Κοινωνική φοβία, δ) Πανικός – αγοραφοβία, ε) Ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή, στ) Φόβος φυσικού τραύματος.

Οι υπόλοιπες 6 ερωτήσεις έχουν θετική κατεύθυνση και σκοπό έχουν να μειώσουν την τυχόν τάση για αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων και δεν υπολογίζονται στη στατιστική ανάλυση. Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπάρχει μια ανοιχτού τύπου ερώτηση «Τι άλλο φοβάσαι;».

Η βαθμολογία των ερωτήσεων γίνεται με τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert όπου το παιδί σημειώνει τις επιλογές: «Ποτέ», «Μερικές φορές», «Συχνά», «Πάντα». Η κάθε απάντηση βαθμολογείται με τις αντίστοιχες τιμές «1», «2», «3», «4». Η υψηλή βαθμολογία σε κάθε υποκλίμακα σημαίνει υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων της κάθε διαταραχής.

Το ελληνικό SCAS παρουσίασε υψηλούς στατιστικούς δείκτες στην αξιοπιστία και στην εγκυρότητα (Mellon & Moutavelis, 2007). Πιο συγκεκριμένα έδειξε συνολική αξιοπιστία $\alpha=0.90$. Η αξιοπιστία των παραγόντων ήταν επίσης καλή: $\alpha=0.78$ για τον Πανικό-

Αγοραφοβία, $\alpha=0.70$ για το Άγχος αποχωρισμού, $\alpha=0.71$ για την Κοινωνική φοβία, $\alpha=0.71$ για Φόβους σωματικού τραυματισμού, $\alpha=0,56$ για την Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και 0.76 για την Γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Μουταβελής, 2006).

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας χρησιμοποιήθηκε μόνο η υποκατηγορία της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (ενδεικτικά: «Με ανησυχούν πολλά και διάφορα πράγματα.», «Όταν έχω ένα πρόβλημα αισθάνομαι σαν χαμένος.») για λόγους ευκολότερης χορήγησης του ερωτηματολογίου δεδομένου της μικρής ηλικίας των παιδιών και του πλήθους των ερωτηματολογίων της παρούσας έρευνας.

Κλίμακα καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης, Children's Depression Inventory (CDI). Για την μέτρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης (CDI) της Maria Kovacs (1992). Η κλίμακα είναι ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων για παιδιά και εφήβους.

Η κλίμακα CDI βασίστηκε στην κλίμακα καταγραφής της κατάθλιψης του Beck η οποία αξιολογεί την κατάθλιψη στους ενήλικες. Η κλίμακα του Beck αποτελείται από 21 ερωτήματα οι οποίες εντοπίζουν κλινικά χαρακτηριστικά κατάθλιψης (Beck, 1967).

Η κλίμακα CDI είναι κατάλληλη για άτομα ηλικίας 7 – 17 ετών, αποτελείται από 27 ερωτήσεις και αξιολογεί ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Μερικά από αυτά είναι η καταθλιπτική διάθεση, αρνητική αξιολόγηση εαυτού, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, απαισιοδοξία, έλλειψη ικανότητας ευχαρίστησης, διαταραχές στις λειτουργίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ύπνος, φαγητό), σκέψεις θανάτου.

Το παιδί απαντάει επιλέγοντας ανάμεσα σε τρεις προτάσεις ανάλογα με το ποια είναι αυτή που τον αντιπροσωπεύει περισσότερο για τις τελευταίες δύο εβδομάδες της ζωής του.

Οι τρεις αυτές επιλογές βαθμολογούνται με «0», «1», «2» και η μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει την μεγαλύτερη παρουσία συμπτώματος (0=απουσία συμπτώματος, 1=ήπιο σύμπτωμα, 2=έντονο σύμπτωμα).

Οι 27 ερωτήσεις διαχωρίζονται σε 5 υποκατηγορίες καθεμία από τις οποίες αντιστοιχούν σε 5 παράγοντες: α)Αρνητική συναισθηματική διάθεση («Σπάνια είμαι στεναχωρημένος, Συχνά είμαι στεναχωρημένος, Συνέχεια είμαι στεναχωρημένος», β)Διαπροσωπικά προβλήματα «Είμαι συνέχεια κακό παιδί, Είμαι συχνά κακό παιδί, Καμιά φορά είμαι κακό παιδί», γ) Αναποτελεσματικότητα «Τα καταφέρνω καλά στα περισσότερα πράγματα, Κάνω λάθος πολλά πράγματα, Κάνω τα πάντα λάθος», δ) Ανηδονία «Με διασκεδάζουν πολλά πράγματα, Με διασκεδάζουν λίγα πράγματα, Δε με διασκεδάζει τίποτα», ε)Αρνητική αυτοεκτίμηση «Τίποτα δεν θα μου πάει καλά, Δεν είμαι σίγουρος αν τα πράγματα θα πάνε καλά για εμένα, Τα πράγματα θα πάνε καλά για εμένα».

Η κλίμακα έχει παρουσιάσει υψηλή αξιοπιστία, $\alpha=0.83$ (Kovacs, 1992). Επιπλέον η εσωτερική συνέπεια των 5 υποκλιμάκων είναι ως εξής: $\alpha=0.62$ για την Αρνητική συναισθηματική διάθεση, $\alpha=0.59$ για τα Διαπροσωπικά προβλήματα, $\alpha=0.63$ για την Αναποτελεσματικότητα, $\alpha=0,66$ για την Ανηδονία και $\alpha=0.68$ για την Αρνητική αυτοεκτίμηση.

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας αφαιρέθηκε ένα ερώτημα στο σύνολο του ερωτηματολογίου (27 ερωτήσεις), από τον παράγοντα της αρνητικής αυτοεκτίμησης. Η συγκεκριμένη ερώτηση κρίθηκε αρκετά σκληρή για τα παιδιά της ηλικίας του δείγματος (ερώτηση 9, «Δεν έχω σκεφτεί να σκοτωθώ», «Σκέφτομαι να σκοτωθώ αλλά δεν το κάνω», «Θέλω να σκοτωθώ»). Επομένως τα παιδιά απάντησαν σε 26 ερωτήσεις για το ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης.

Διαδικασία

Η διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε χρονικό διάστημα 2 μηνών από 6/2/2017-7/4/2017. Ο χώρος διεξαγωγής των ερωτηματολογίων ήταν Δημοτικά Σχολεία από: το Πόρτο Ράφτη, τα Μέγαρα, το Λαύριο και τις Αχαρνές. Οι τάξεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η Ε΄ και η Στ΄ τάξεις του Δημοτικού Σχολείου. Πρέπει να διευκρινιστεί ότι σε ορισμένα Σχολεία τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στο σύνολο ενός τυπικού τμήματος, όπου φοιτούσαν τόσο μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες όσο και μαθητές του τμήματος ένταξης. Σε ορισμένα άλλα σχολεία αξιοποιήθηκαν αποκλειστικά οι μαθητές του τμήματος ένταξης των Ε΄ και Στ΄ τάξεων. Σκοπός ήταν να επέλθει μια αριθμητική ισορροπία ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Αρχικά πραγματοποιήθηκε μια πρώτη επικοινωνία με τον διευθυντή του κάθε σχολείου με σκοπό να ενημερωθεί για την διαδικασία και τους σκοπούς της έρευνας. Στη συνέχεια περιγράφηκε αναλυτικά η διαδικασία η οποία επρόκειτο να ακολουθηθεί. Η ερευνήτρια εξήγησε ότι θα χρειαζόταν να διατεθεί χρόνος 45 λεπτών για κάθε τμήμα όπου ο εκπαιδευτικός της τάξης θα έδινε το ερωτηματολόγιο στα παιδιά. Ο προγραμματισμός της ημέρας και της ώρας έγινε σε συνεργασία του διευθυντή με τους εκπαιδευτικούς.

Έπειτα από την συμφωνία του διευθυντή και των εκπαιδευτικών για την συμμετοχή του σχολείου στην έρευνα και αφού καθορίστηκε η ακριβής ημερομηνία διεξαγωγής, έγινε η ενημέρωση των γονέων. Δόθηκε σχετική υπεύθυνη δήλωση όπου οι γονείς ενημερώνονταν για την συμμετοχή των παιδιών στην έρευνα. Όποιος γονέας δεν επιθυμούσε το παιδί του να λάβει μέρος σε αυτό, επέστρεφε την δήλωση συμπληρωμένη στην εκπαιδευτικό και απαλλασσόταν από την διαδικασία. Επιπλέον, για την διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε άδεια από τους αρμόδιους φορείς.

Πριν από την χορήγηση της κλίμακας εξηγήθηκε στα παιδιά ότι σκοπός ήταν η συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματα των παιδιών.

Διευκρινίστηκε ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις και ότι σε κάθε περίπτωση πρέπει να επιλέγουν την απάντηση που ταιριάζει καλύτερα στον εαυτό τους. Επίσης αναφέρθηκε ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα έτσι ώστε να μπορέσουν να εκφραστούν με μεγαλύτερη ελευθερία. Όταν οι μαθητές δεν γνώριζαν ποια απάντηση να επιλέξουν ο εκπαιδευτικός τους προέτρεπε να σημειώσουν την απάντηση που αυτά θεωρούσαν πιο κατάλληλη.

Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να αποφευχθεί η αντιμετώπιση οποιασδήποτε δυσκολίας εκ μέρους των παιδιών για τον τρόπο λειτουργίας της κλίμακας Likert, η εκπαιδευτικός παρουσίαζε ένα σχετικό παράδειγμα στο πίνακα. Επίσης η εκπαιδευτικός προέτρεπε να παιδιά να προχωρούν όλοι ταυτόχρονα στην κάθε μια κλίμακα και περνούσαν όλοι μαζί στην επόμενη με σκοπό να αποφευχθούν προβλήματα κενών ερωτήσεων. Μόλις κάθε παιδί ολοκλήρωνε την συμπλήρωση η εκπαιδευτικός παρελάμβανε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο.

Τα παιδιά ανταποκρίθηκαν με προθυμία στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και δεν υπήρξε κάποιο πρόβλημα κατά την διεξαγωγή του.

Αποτελέσματα

Διαφορές ως προς το φύλο

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος για το κατά πόσο η αυτοεκτίμηση, το άγχος, η κατάθλιψη και οι παράγοντες της κατάθλιψης σχετίζονται με το φύλο των μαθητών (Πίνακας 4).

Αναφορικά με την αυτοεκτίμηση, τα αγόρια εμφάνισαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση ($M=4,61$, $SD =0,40$) από τα κορίτσια ($M=4,64$, $SD =0,40$).

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι η αυτοεκτίμηση δεν διαφοροποιείται ως προς το φύλο των μαθητών $t(180,67) = 0,59$, $p = 0,558$.

Αναφορικά με το άγχος, τα αγόρια εμφάνισαν χαμηλότερη άγχος ($M=1,87$, $SD =0,49$) από τα κορίτσια ($M=1,94$, $SD =0,60$).

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι το άγχος δεν διαφοροποιείται ως προς το φύλο των μαθητών $t(161,48) =0,91$, $p=,365$.

Αναφορικά με την κατάθλιψη, τα αγόρια εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ($M=8,42$, $SD =5,97$) από τα κορίτσια ($M=8,39$, $SD =7,25$).

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι η κατάθλιψη δεν διαφοροποιείται ως προς το φύλο των μαθητών $t(161,98) =0,037$, $p=0,970$.

Ομοίως για τους παράγοντες της κατάθλιψης βρέθηκαν τα ακόλουθα, έπειτα από τον έλεγχο των μέσων όρων με το t κριτήριο για τα ανεξάρτητα δείγματα. Αναφορικά με την αρνητική διάθεση, τα αγόρια εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα αρνητικής διάθεσης ($M=1,82$, $SD =1,87$) από τα κορίτσια ($M=2,30$, $SD =2,21$). Αναφορικά με τα διαπροσωπικά προβλήματα, τα αγόρια εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικών προβλημάτων (M

=1,00 , $SD = 1,21$) από τα κορίτσια ($M = 0,72$, $SD = 1,09$). Αναφορικά με την αναποτελεσματικότητα, τα αγόρια εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα αναποτελεσματικότητας ($M = 1,99$, $SD = 1,67$) από τα κορίτσια ($M = 1,52$, $SD = 1,67$). Αναφορικά με την ανηδονία, τα αγόρια εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα ανηδονίας ($M = 2,58$, $SD = 2,42$) από τα κορίτσια ($M = 2,67$, $SD = 2,64$). Αναφορικά με την αρνητική αυτοεκτίμηση, τα αγόρια εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα αρνητικής αυτοεκτίμησης ($M = 1,02$, $SD = 1,67$) από τα κορίτσια ($M = 1,19$, $SD = 1,56$).

Η αρνητική διάθεση δεν διαφοροποιείται από το φύλο των μαθητών $t(164,85) = 1,57$, $p = 0,117$. Σχετικά με τα διαπροσωπικά προβλήματα δεν υπάρχει διαφοροποίηση ως προς το φύλο των μαθητών $t(186,44) = 1,76$, $p = 0,117$. Αναφορικά με την αναποτελεσματικότητα δεν παρατηρείται διαφοροποίηση ως προς το φύλο των μαθητών $t(180,28) = 1,95$, $p = 0,053$. Για την ανηδονία βρέθηκε ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση ως προς το φύλο των μαθητών $t(173,07) = 0,256$, $p = 0,798$. Τέλος, για την αρνητική αυτοεκτίμηση βρέθηκε ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση ως προς το φύλο των μαθητών $t(151,67) = 0,785$, $p = 0,434$.

Πίνακας 4.

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και τιμές *t* κριτηρίου ως προς το φύλο

	Αγόρι		Κορίτσι		<i>T</i>	<i>Df</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Αυτοεκτίμηση	4,61	0,40	4,64	0,40	-0,59 ^{ΣΑ}	189
Άγχος	1,87	0,49	1,94	0,60	-0,91 ^{ΣΑ}	161
Κατάθλιψη	8,42	5,97	8,39	7,25	0,04 ^{ΣΑ}	189
Αρνητική διάθεση	1,82	1,87	2,30	2,21	-1,57 ^{ΣΑ}	189
Διαπροσωπικά προβλήματα	1,00	1,21	0,72	1,09	1,76 ^{ΣΑ}	189
Αναποτελεσματικότητα	1,99	1,67	1,52	1,67	1,95 ^{ΣΑ}	189
Ανηδονία	2,58	2,42	2,67	2,64	-0,26 ^{ΣΑ}	189
Αρνητική αυτοεκτίμηση	1,02	1,67	1,19	1,56	-0,76 ^{ΣΑ}	151

Σημείωση. ^{ΣΑ} Στατιστικώς ασήμαντες διαφορές

Διαφορές ως προς την παρακολούθηση στο τμήμα ένταξης

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος για το κατά πόσο η αυτοεκτίμηση, το άγχος, η κατάθλιψη και οι παράγοντες της κατάθλιψης σχετίζεται με το αν οι μαθητές φοιτούν ή όχι στο τμήμα ένταξης

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο *t* για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι η αυτοεκτίμηση συνδέεται σημαντικά με την φοίτηση στο τμήμα ένταξης. Ειδικότερα, οι μαθητές των ΤΕ ($M = 4,54, SD = 0,39$) αναφέρουν χαμηλότερο βαθμό αυτοεκτίμησης από ό,τι οι μαθητές που δεν παρακολουθούν ΤΕ ($M = 4,67, SD = 0,40$), $t(114,99) = 2,12, p = 0,036$.

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι το άγχος συνδέεται σημαντικά με την φοίτηση των μαθητών σε TE. Ειδικότερα, οι μαθητές των TE ($M = 2,06, SD = 0,1,82$) αναφέρουν υψηλότερο βαθμό άγχους από ότι οι μαθητές που δεν φοιτούν σε TE ($M = 1,82, SD = 0,51$), $t(102,02) = 2,78, p = 0,006$.

Ο έλεγχος των μέσων όρων με το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα έδειξε ότι η κατάθλιψη συνδέεται σημαντικά με την παρακολούθηση των μαθητών στα TE. Ειδικότερα, οι μαθητές των TE ($M = 12,10, SD = 8,01$) αναφέρουν υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης από ότι οι μαθητές που δεν φοιτούν σε TE ($M = 6,72, SD = 4,94$), $t(80,25) = 4,80, p = 0,001$.

Ομοίως για τους παράγοντες της κατάθλιψης βρέθηκαν τα ακόλουθα, έπειτα από τον έλεγχο των μέσων όρων με το t κριτήριο για τα ανεξάρτητα δείγματα. Η αρνητική διάθεση συνδέεται σημαντικά με την φοίτηση των μαθητών σε TE. Ειδικότερα, οι μαθητές των TE ($M = 3,03, SD = 2,54$) αναφέρουν υψηλότερο βαθμό αρνητικής διάθεσης από ότι οι τυπικοί μαθητές ($M = 1,57, SD = 1,56$), $t(80,11) = 4,11, p = 0,001$. Σχετικά με τα διαπροσωπικά προβλήματα συνδέονται σημαντικά με την παρακολούθηση TE. Ειδικότερα, οι μαθητές των TE ($M = 1,18, SD = 1,47$) αναφέρουν υψηλότερο βαθμό διαπροσωπικών προβλημάτων από ότι οι υπόλοιποι μαθητές ($M = 0,74, SD = 0,97$), $t(83,24) = 2,14, p = 0,036$. Αναφορικά με την αναποτελεσματικότητα συνδέεται σημαντικά με την φοίτηση στα TE. Ειδικότερα, τα παιδιά από τα TE ($M = 2,55, SD = 1,82$) αναφέρουν υψηλότερο βαθμό αναποτελεσματικότητας από ότι τα άλλα παιδιά ($M = 1,42, SD = 1,50$), $t(96,95) = 4,18, p = 0,001$. Για την ανηδονία βρέθηκε ότι συνδέεται σημαντικά με την φοίτηση των μαθητών σε TE. Ειδικότερα, οι μαθητές των TE ($M = 3,63, SD = 3,16$) αναφέρουν υψηλότερο βαθμό ανηδονίας από ότι οι τυπικοί μαθητές ($M = 2,15, SD = 2,01$), $t(81,58) = 3,33, p = 0,001$. Τέλος, για την αρνητική αυτοεκτίμηση βρέθηκε ότι συνδέεται σημαντικά με την παρακολούθηση σε TE των μαθητών. Ειδικότερα, οι μαθητές των TE ($M = 1,70, SD = 1,74$)

αναφέρουν υψηλότερο βαθμό αρνητικής αυτοεκτίμησης από ότι οι τυπικοί μαθητές ($M = 0,82$, $SD = 1,03$), $t(78,69) = 3,62$, $p = 0,001$.

Πίνακας 5.

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και t κριτήριο αναφορικά με την φοίτηση ή μη σε Τμήμα Ένταξης

	Φοίτηση σε ΤΕ		Χωρίς φοίτηση σε ΤΕ		<i>t</i>	<i>Df</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Αυτοεκτίμηση	4,54	0,39	4,67	0,40	-2,12*	189
Άγχος	2,06	0,58	1,82	0,51	2,78**	189
Κατάθλιψη	12,10	8,01	6,71	4,49	4,80***	80
Αρνητική διάθεση	3,03	2,54	1,57	1,56	4,11***	80
Διαπροσωπικά προβλήματα	1,18	1,47	0,74	0,97	2,13*	83
Αναποτελεσματικότητα	2,55	1,82	1,42	1,45	4,18***	96
Ανηδονία	3,63	3,16	2,15	2,01	3,33***	81
Αρνητική αυτοεκτίμηση	1,70	1,73	0,82	1,03	3,61***	78

Σημείωση. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Συσχετίσεις ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το άγχος

Για τη διερεύνηση των συσχετίσεων ανάμεσα στις υπό μελέτη μεταβλητές υπολογίστηκε ο δείκτης συνάφειας Pearson r για το σύνολο των μαθητών. Για να αποτυπωθούν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Pearson r .

Υπολογίστηκαν οι δείκτες συνάφειας του Pearson r ανάμεσα στις κλίμακες αυτοεκτίμησης, άγχους, κατάθλιψης και στους παράγοντες της κατάθλιψης για τα παιδιά.

Όλοι οι δείκτες της αυτοεκτίμησης έχουν αρνητική κατεύθυνση ενώ όλοι οι υπόλοιποι έχουν θετική. Το μέγεθος των στατιστικά σημαντικών δεικτών κυμάνθηκε από 0,19 ανάμεσα στα διαπροσωπικά προβλήματα και το άγχος μέχρι 0,81 ανάμεσα στην ανηδονία και την κατάθλιψη (Πίνακας 6).

Πίνακας 6.

Δείκτες συνάφειας (Pearson r) ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση, το άγχος, την κατάθλιψη και τους παράγοντες της κατάθλιψης στους συμμετέχοντες

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.Αυτοεκτίμηση	1							
2.Άγχος	-0,45**	1						
3.Κατάθλιψη	-0,40**	0,44**	1					
4.Αρνητική διάθεση	-0,33**	0,41**	0,80**	1				
5.Διαπροσωπικά προβλήματα	-0,23**	0,19**	0,61**	0,42**	1			
6.Αναποτελεσματικότητα	-0,37**	0,33**	0,72**	0,46**	0,38**	1		
7.Ανηδονία	-0,23**	0,32**	0,81**	0,50**	0,37**	0,42**	1	
8.Αρνητική αυτοεκτίμηση	-0,36**	0,36**	0,71**	0,52**	0,31**	0,43**	0,46**	1

*Σημείωση. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.*

Στατιστική πρόβλεψη της κατάθλιψης από το άγχος και την αυτοεκτίμηση σε μαθητές τμημάτων ένταξης και μαθητών που δεν φοιτούσαν σε τμήματα ένταξης

Διενεργήθηκαν δύο αναλύσεις παλινδρόμησης (μέθοδος stepwise) προκειμένου να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης της κατάθλιψης από την αυτοεκτίμηση και το άγχος στην ομάδα των μαθητών που παρακολουθούσαν το τμήμα ένταξης και στην ομάδων τα παιδιών που δεν παρακολουθούσαν στο τμήμα ένταξης.

Αναφορικά με τους μαθητές που παρακολουθούσαν το τμήμα ένταξης ο δείκτης R^2 ήταν ίσος με 0,15. Στην πρόβλεψη της εξαρτημένης συνέβαλε συστηματικά μόνο η διάσταση του άγχους ($\beta = 0,39$, $t = 3,20$, $p = 0,001$, $\Delta R^2 = 0,15$). Αντίστοιχα στην ομάδα των μαθητών

που δεν φοιτούσαν σε τμήμα ένταξης ο δείκτης R^2 ήταν ίσος με 0,26. Στην πρόβλεψη της εξαρτημένης συνέβαλαν συστηματικά τόσο η αυτοεκτίμηση ($\beta = -0,32, t = -3,75, p = 0,001, \Delta R^2 = 0,20$) όσο και το άγχος ($\beta = 0,28, t = 3,28, p = 0,001, \Delta R^2 = 0,06$).

Στατιστική πρόβλεψη παρακολούθησης τμήματος ένταξης από άγχος, κατάθλιψη και αυτοεκτίμηση

Διενεργήθηκε λογαριθμογραμμική ανάλυση παλινδρόμησης διωνυμικού τύπου (μέθοδος backward) για την πρόβλεψη της συμμετοχής σε τμήμα ένταξης από το δείκτη του άγχους, τις διαστάσεις της κατάθλιψης και την αυτοεκτίμηση. Ο έλεγχος omnibus ήταν στατιστικώς σημαντικός κατά το έκτο βήμα $\chi^2(2) = 27,36, p = 0,001$. Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα την παρακολούθηση τμήματος ένταξης κατάφεραν να προβλέψουν τα αρνητικά συναισθήματα ($B = 0,28, Exp(B) = 1,33, p = 0,004$) και η αναποτελεσματικότητα ($B = 0,27, Exp(B) = 1,31, p = 0,013$) (Cox & Snell $R^2 = 0,13$, Nagelkerke $R^2 = 0,18$). Συνεπώς όσο περισσότερα αρνητικά συναισθήματα εξέφραζαν οι μαθητές και όσο μεγαλύτερη αναποτελεσματικότητα ανέφεραν τόσο αυξάνονταν η πιθανότητα να φοιτούν σε τμήμα ένταξης.

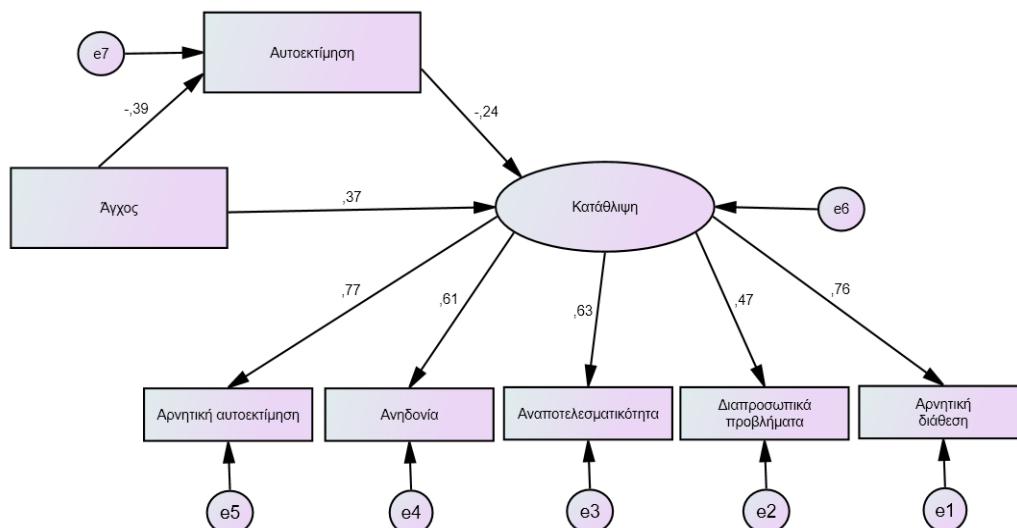
Μοντέλο δομικών εξισώσεων

Προκειμένου να εξετάσουμε σε μεγαλύτερο βαθμό το ρυθμιστικό ρόλο που ενδεχομένως ασκεί η φοίτηση σε τμήμα ένταξης στη διαμεσολάβηση της αυτοεκτίμησης στη σχέση ανάμεσα στο άγχος και στην κατάθλιψη δημιουργήσαμε δύο μοντέλα δομικών εξισώσεων, ένα για την κάθε ομάδα. Στην ομάδα των παιδιών που φοιτούσαν σε τμήμα ένταξης, η αυτοεκτίμηση δεν φάνηκε να ασκεί μεσολαβούσα επίδραση στην σχέση του άγχους με την κατάθλιψη ($\chi^2 = 12,72, df = 13, \chi^2/df = 0,98, p = 0,470, CFI = 1,00, GFI = 0,94, RMSEA = 0,001, SRMR = 0,055$) (βλ. Πίνακας 7, Σχήμα 2).

Πίνακας 7.

Συντελεστές παλινδρόμησης για την διαμεσολάβηση της αυτοεκτίμησης στη σχέση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη στην ομάδα των μαθητών που φοιτούν σε τμήμα ένταξης

		<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>
Αυτοεκτίμηση	← Άγχος	-0,265	0,082	-3,234	0,001
Κατάθλιψη	← Αυτοεκτίμηση	-1,173	0,693	-1,693	0,09
Κατάθλιψη	← Άγχος	1,249	0,485	2,573	0,01
Αρνητικό συναίσθημα	← Κατάθλιψη	1			
Διαπροσωπικά προβλήματα	← Κατάθλιψη	0,356	0,108	3,291	0,001
Αναποτελεσματικότητα	← Κατάθλιψη	0,591	0,134	4,395	>0,001
Ανηδονία	← Κατάθλιψη	1,004	0,234	4,296	>0,001
Αρνητική αυτοεκτίμηση	← Κατάθλιψη	0,696	0,133	5,247	>0,001



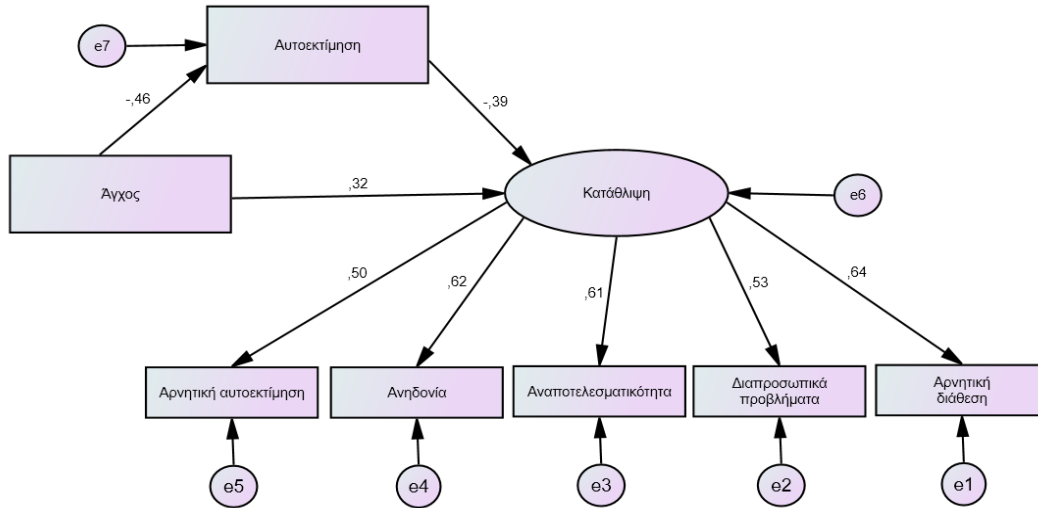
Σχήμα 2. Μοντέλο δομικών εξισώσεων για τον έλεγχο της διαμεσολάβησης της αυτοεκτίμησης στην σχέση ανάμεσα στο άγχος και στην κατάθλιψη σε μαθητές που φοιτούν σε τμήμα ένταξης.

Στην συνέχεια παρουσιάζεται το μοντέλο δομικών εξισώσεων στην ομάδα των παιδιών που δεν φοιτούσαν σε τμήμα ένταξης. ($\chi^2 = 7,92$, $df = 13$, $\chi^2/df = 0,61$, $p = 0,850$, $CFI = 1,00$, $GFI = 0,98$, $RMSEA = 0,001$, $SRMR = 0,032$). Όπως προέκυψε ύστερα από έλεγχο bootstrap η αυτοεκτίμηση φάνηκε να ασκεί μερική μεσολαβούσα επίδραση στη σχέση του άγχος με την κατάθλιψη. Ειδικότερα οι συντελεστές για την άμεση σχέση ήταν $0,32$, $p = 0,041$ και για την έμμεση $0,18$, $p = 0,001$. (βλ. Πίνακας 8, Σχήμα 3).

Πίνακας 8.

Συντελεστές παλινδρόμησης για την διαμεσολάβηση της αυτοεκτίμησης στη σχέση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη στην ομάδα των μαθητών που δεν φοιτούσαν σε τμήμα ένταξης

		<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>
Αυτοεκτίμηση	← Άγχος	-0,36	0,061	-5,904	>0,001
Κατάθλιψη	← Αυτοεκτίμηση	-0,98	0,274	-3,579	>0,001
Κατάθλιψη	← Άγχος	0,642	0,209	3,068	0,002
Αρνητικό συναίσθημα	← Κατάθλιψη	1			
Διαπροσωπικά προβλήματα	← Κατάθλιψη	0,513	0,108	4,757	>0,001
Αναποτελεσματικότητα	← Κατάθλιψη	0,913	0,173	5,267	>0,001
Ανηδονία	← Κατάθλιψη	1,239	0,234	5,300	>0,001
Αρνητική αυτοεκτίμηση	← Κατάθλιψη	0,519	0,114	4,546	>0,001



Σχήμα 3. Μοντέλο δομικών εξισώσεων για τον έλεγχο της διαμεσολάβησης της αυτοεκτίμησης στην σχέση ανάμεσα στο άγχος και στην κατάθλιψη σε μαθητές που δεν φοιτούν σε τμήμα ένταξης.

Συζήτηση

Αυτοεκτίμηση, άγχος και κατάθλιψη ως προς το φύλο

Κατά την ερευνητική διαδικασία πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις ως προς τις τρεις διαστάσεις μελέτης, την αυτοεκτίμηση, το άγχος και την κατάθλιψη σχετικά με το φύλο των παιδιών. Δηλαδή το κατά πόσο διαφοροποιείται η αυτοεκτίμηση, το άγχος και η κατάθλιψη ανάλογα με το αν το παιδί είναι αγόρι ή κορίτσι.

Βρέθηκε, ότι το φύλο δεν σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση και ταυτόχρονα τα επίπεδα θετικής αυτοεκτίμησης είναι υψηλά. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την βιβλιογραφία όπου σε γενικές γραμμές τα δύο φύλα δεν εμφανίζουν σημαντικές διαφορές στις τιμές της αυτοαντίληψης- αυτοεκτίμησης (Μακρή – Μπότσαρη, 2001).

Επιπλέον από την διερεύνηση των επιπέδων του άγχος ως προς το φύλο των παιδιών δεν βρέθηκε κάποια σημαντική διαφοροποίηση. Επομένως το άγχος δεν συνδέεται με το φύλο, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Το εύρημα αυτό δείχνει να μη συμφωνεί με άλλες σχετικές έρευνες. Σύμφωνα με άλλες μελέτες, τα κορίτσια παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές άγχους σε σχέση με τα αγόρια (Mellon & Moutavelis, 2007· Dahle, Knivssberg, Andreassen, 2011).

Η σχετική αυτή διαφοροποίηση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία ίσως να οφείλεται στον ερευνητικό σχεδιασμό της έρευνας όπου κατά την χορήγηση του ερωτηματολογίου SCAS αξιοποιήθηκε μόνο ο παράγοντας του «γενικευμένου άγχους», αποκλείοντας τους υπόλοιπους παράγοντες του «άγχους αποχωρισμού», της «κοινωνικής φοβίας», της «ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής συμπεριφοράς», του «πανικού/ αγοραφοβίας» και τους «φόβους σωματικού τραυματισμού». Παρ' όλα αυτά έχει βρεθεί ότι τα κορίτσια τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κοινωνικής φοβίας καθώς είναι αρκετά ευαίσθητα στην κριτική των άλλων και συναισθηματικά ευάλωτα στα αρνητικά σχόλια (Ollendick et al,

1989). Ακόμα τα κορίτσια τείνουν να εμφανίζουν έντονο άγχος αποχωρισμού (Siegler, 2006). Η απομάκρυνση αυτών των βασικών παραγόντων, ενδέχεται να ήταν καθοριστική στις τιμές του άγχους στην συγκεκριμένη έρευνα.

Αναφορικά με τα συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με το φύλο των παιδιών δεν βρέθηκε κάποια ιδιαίτερα διαφοροποίηση γεγονός που υποδεικνύει ότι τόσο ένα αγόρι όσο και ένα κορίτσι έχει τις ίδιες πιθανότητες να εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Το ίδιο βρέθηκε και από την μελέτη των παραγόντων της κατάθλιψης. Τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια δεν παρουσιάζουν διαφοροποίηση ως προς τους παράγοντες της κατάθλιψης.

Η μη διαφοροποίηση της κατάθλιψης ως προς το φύλο συμφωνεί με την βιβλιογραφία (Γρηγοριάδου, 1999). Επιπλέον σε συμφωνία με το συγκεκριμένο εύρημα, η Kovacs (1992) αναφέρει ότι η βαθμολογία της κλίμακας CDI δεν παρουσιάζει συσχέτιση με το φύλο.

Αυτοεκτίμηση, άγχος, κατάθλιψη ως προς το τμήμα ένταξης

Σύγκριση αυτοεκτίμησης ως προς το τμήμα ένταξης. Έπειτα από σύγκριση που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα στα παιδιά που φοιτούν στο ΤΕ και στα παιδιά που δεν φοιτούν στο ΤΕ ως προς την αυτοεκτίμηση που παρουσιάζουν, προέκυψε ότι τα παιδιά των τμημάτων ένταξης παρουσιάζουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τα άλλα.

Οι μαθησιακές δυσκολίες τις οποίες έχουν να αντιμετωπίσουν τα παιδιά των τμημάτων ένταξης φαίνεται να σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση σχετικά με τον εαυτό τους. Συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι άτομα με μαθησιακές δυσκολίες, όπως χαμηλές αναγνωστικές ικανότητες, παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και νιώθουν τον εαυτό τους σαν το λιγότερο αξιόλογο μέλος μέσα στην σχολική τάξη (Butkowsky & Willows 1980. Fairhurst & Pumfrey, 1992. Huntington & Bender, 1993.).

Η σχολική επιτυχία φαίνεται να είναι στενά συνδεδεμένη με την καλή εικόνα για τον εαυτό και την θετική αυτοεκτίμηση. Κατά την περίοδο της ανάπτυξης η αυτοεκτίμηση των

παιδιών στην ηλικία των 7-11, μεταβάλλεται και είναι χαμηλότερη σε σχέση με την προσχολική ηλικία. Τα παιδιά έχουν αρχίσει να αξιολογούν τον εαυτό τους σε σχέση με τους άλλους και αν αισθάνονται ότι είναι λιγότερο ικανά, ειδικά σε σημαντικούς τομείς, υπάρχει ο κίνδυνος της σφαιρικής πτώσης της αυτοεκτίμησης (Ingesson, 2007).

Τόσο η αυτοαντίληψη, όσο και η αυτοεκτίμηση σχετίζονταν θετικά με την σχολική επίδοση, η οποία προκύπτει από τους σχολικούς βαθμούς και τις επιδόσεις του μαθητή (Μακρή – Μπότσαρη, 2001).

Οι, μαθητές με ειδικές μαθησιακές ανάγκες, φαίνεται ότι στο σύνολο της τάξης, συγκριτικά με τους υπόλοιπους συμμαθητές τους, συσσωρεύουν την σχολική αποτυχία και μάλιστα αυτό γίνεται πιο έντονο εξαιτίας των πολλών απαιτήσεων του σχολείου. Οι συχνές αποτυχίες των μαθητών αυτών πιθανώς να καλλιεργούν συναισθήματα μειονεξίας, ανασφάλειας και ηττοπάθειας τα οποία πηγάζουν από τις συνεχείς ελλείψεις τους στους ακαδημαϊκούς τομείς. Το σύνολο αυτό της αποτυχίας καλλιεργεί στην ψυχοσύνθεση του παιδιού χαμηλή αυτοεκτίμηση αναφορικά με τον εαυτό του και τις ικανότητές του (Gilroy, 1995. Rothman & Cosden, 1995).

Στην αίσθηση της αρνητικής αυτοεκτίμησης λειτουργούν ενισχυτικά, οι αρνητικές κρίσεις των δασκάλων και οι απογοητευτικές συγκρίσεις με τους υπόλοιπους μαθητές. Ταυτόχρονα σε αυτό συμβάλει και το ενδεχόμενο του στιγματισμού τους μέσα από απομάκρυνση από το περιβάλλον της τάξης και της παρακολούθησης στο τμήμα ένταξης συνομηλίκους (Renick & Harter, 1989).

Σύγκριση άγχους ως προς το τμήμα ένταξης. Κατά την ερευνητική διαδικασία μελετήθηκε η διάσταση του άγχους. Από την σύγκριση που έγινε αναφορικά με το άγχος που βιώνουν τα παιδιά που φοιτούν σε τμήμα ένταξης σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά, βρέθηκε ότι τα παιδιά των τμημάτων ένταξης βιώνουν υψηλότερα επίπεδα γενικευμένου άγχους.

Γίνεται φανερό ότι οι μαθητές που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες είναι περισσότερο ευάλωτοι σε καταστάσεις άγχους και δυσκολεύονται να το διαχειριστούν τόσο αποτελεσματικά όσο ένας συνομήλικός τους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Συνεπώς προκύπτει να βιώνουν υψηλότερο γενικό άγχος, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους (Margalit & Shulman, 1986).

Η δυσκολία διαχείρισης του άγχους των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να αποδοθεί σε προβλήματα ελλειμματικής γνωστικής επεξεργασίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι μαθητές αυτοί να δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ότι αντιμετωπίζουν ένα πραγματικό πρόβλημα και να επωμίζονται την δυσκολία τους ως προσωπικό τους πρόβλημα. (Bender, 2004)

Το άγχος των μαθητών του τμήματος ένταξης εντείνεται ακόμα περισσότερο όταν η επίδοσή τους δεν ικανοποιεί τις προσδοκίες τόσο των γονέων όσο και των εκπαιδευτικών τους, παρά την μεγάλη προσπάθεια που καταβάλουν για να αποκτήσουν τις βασικές ακαδημαϊκές επιδόσεις (Nelson και Harwood, 2011).

Σύγκριση κατάθλιψης ως προς το τμήμα ένταξης. Κατά την ερευνητική διαδικασία μελετήθηκε η διάσταση της κατάθλιψης. Έγινε μέτρηση ως προς τα επίπεδα κατάθλιψης που παρουσιάζουν οι μαθητές των τμημάτων ένταξης σε σύγκριση με τους υπόλοιπους μαθητές. Προέκυψε, ότι οι μαθητές που φοιτούν σε τμήματα ένταξης παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους τυπικούς μαθητές.

Επιπλέον ως προς την σύγκριση των παραγόντων της κατάθλιψης προέκυψαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και στους πέντε παράγοντες για τα παιδιά των τμημάτων ένταξης σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά. Συγκεκριμένα, τα παιδιά που φοιτούν στα τμήματα ένταξης παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα αρνητικής συναισθηματικής διάθεσης, διαπροσωπικών προβλημάτων, αναποτελεσματικότητας, ανηδονίας και αρνητικής αυτοεκτίμησης σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά.

Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με αποτυχημένες ακαδημαϊκές προσπάθειες μέσα στην τάξη που τους δημιουργούν συναισθήματα βαθιάς θλίψης (Μπότσας, 2007). Ταυτόχρονα, συνηθίζουν να αποδίδουν την αποτυχία τους αυτή σε εξωτερικούς παράγοντες, γεγονός που ενισχύει ακόμα περισσότερο τα συμπτώματα κατάθλιψης (Saddler & Buckland, 1995).

Μάλιστα το αίσθημα κατάθλιψης για τους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες φαίνεται να επηρεάζει το σύνολο των μαθητών ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, τη νοημοσύνη ή το είδος της δυσκολίας του κάθε παιδιού (Stevenson & Romney, 1984).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, συχνά τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, φαίνεται να μην έχουν την συμπαράσταση των σημαντικών άλλων (γονείς), καθώς οι επιδόσεις των μαθητών έρχονται σε σύγκρουση με τις προσδοκίες τους. Μάλιστα, οι γονείς χρησιμοποιούν συχνά αρνητική ενίσχυση και τιμωρία για τον έλεγχο της σχολικής συμπεριφοράς (Μουταβελής & Μέλλον, 2007). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα αλλά και την γενικότερη υποβάθμιση της γονικής σχέσης (Μέλλον, 2003). Αυτή η ψυχική απόσταση καθιστά τους γονείς ανήμπορους να κατανοήσουν τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν τα παιδιά τους (Wright- Strawderman & Watson, 1992).

Συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση, το άγχος και την κατάθλιψη

Αναφορικά με τις συσχετίσεις ανάμεσα στους τρεις παράγοντες για όλα τα παιδιά, βρέθηκε ότι η αυτοεκτίμηση των μαθητών συνδέεται αρνητικά με το άγχος και την κατάθλιψή τους, ενώ από την άλλη πλευρά το άγχος συνδέεται θετικά με την κατάθλιψη και τις διαστάσεις αυτής. Το εύρημα αυτό φανερώνει ότι όσο υψηλότερη είναι η αυτοεκτίμηση ενός παιδιού, τόσο χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης θα παρουσιάζει και το αντίστροφο. Ενώ σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη φάνηκε να ακολουθούν την ίδια πορεία, δηλαδή αυξημένο άγχος οδηγεί σε αυξημένη κατάθλιψη.

Συχνά τα συμπτώματα του άγχους εμφανίζονται μαζί με τα συμπτώματα της κατάθλιψης ((Banerjee, 2009). Μάλιστα συνήθως παρατηρείται τα συμπτώματα άγχους να εμφανίζονται νωρίτερα από τα συμπτώματα κατάθλιψης και έτσι δικαιολογείται το γεγονός ότι ανάμεσα στις δύο αυτές διαταραχές υπάρχει συννοσηρότητα και τις συναντούμε συνήθως μαζί σε ένα παιδί. Συγκεκριμένα, συχνά η κατάθλιψη αποτελεί συνεπακόλουθο του μακροχρόνιου άγχους του ατόμου.

Από την άλλη πλευρά, η θετική αυτοεκτίμηση λειτουργεί προστατευτικά στις εκδηλώσεις του άγχους (Kirmayer et al,2011· Brooks, 1994). Ενώ η αρνητική αυτοεκτίμηση θεωρείται ένας παράγοντας κινδύνου, ο οποίος οδηγεί σε δυσλειτουργία και διαφυγή. Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση αδυνατούν να χειριστούν καθημερινά προβλήματα, τα οποία με τη σειρά τους μειώνουν την ικανότητα επίτευξης των μέγιστων δυνατοτήτων. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε ανησυχητική επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας. Η μείωση της ψυχικής υγείας θα μπορούσε να οδηγήσει στην εσωτερίκευση της προβληματικής συμπεριφοράς και να εκδηλωθεί ως άγχος (Mann et al, 2004).

Ταυτόχρονα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση θεωρείται βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης (Κλεφτάρας, 1998). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε μείωση της ψυχικής υγείας που εκδηλώνεται ως κατάθλιψη στα άτομα (Mann et al, 2004). Η αρνητική εικόνα για τον εαυτό οδηγεί το άτομο σταδιακά στην απελπισία, τις καταθλιπτικές διαθέσεις, τις καταθλιπτικές διαταραχές, τις αυτοκτονικές τάσεις και την απόπειρα αυτοκτονίας (Beck, Steer, Epstein & Brown, 1990. Hammen & Goodman- Brown, 1990. Overholser, Adams, Lehnert & Brinkman, 1995. Rice, Ashby & Slaney, 1998).

Πρόβλεψη παρακολούθησης τμήματος ένταξης από άγχος, κατάθλιψη και αυτοεκτίμηση

Κατά την ερευνητική διαδικασία βρέθηκε ότι η πρόβλεψη για την παρακολούθηση στο τμήμα ένταξης προέρχεται μόνο από δύο από τις διαστάσεις των συμπεριφορών κατάθλιψης. Η αναποτελεσματικότητα και τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθουν τα παιδιά είναι αυτά που μπορούν να προβλέψουν την φοίτησή του στο τμήμα ένταξης. Συνεπώς όσο περισσότερα αρνητικά συναισθήματα εκφράζουν οι μαθητές και όσο μεγαλύτερη αναποτελεσματικότητα αναφέρουν τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να φοιτούν σε τμήμα ένταξης.

Όπως έχει αναφερθεί και ανωτέρω, η αντιδιαστολή ανάμεσα στις προσδοκίες για επιτυχία και οι χαμηλές επιδόσεις των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες, καλλιεργούν το αίσθημα της αναποτελεσματικότητας. Η αυτοαποτελεσματικότητα αφορά την αντίληψη που έχει το άτομο για τις ικανότητές του να ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Gardner & Pierce, 1998). Η αντίληψη του ατόμου για την αυτοαποτελεσματικότητά του θα επηρεάσει τις επιλογές των δραστηριοτήτων του αλλά και το χρονικό διάστημα που να επενδύσει σε αυτές (Bandura & Schunk, 1981). Επομένως όταν ένα άτομο χαρακτηρίζεται από υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα, ενισχύεται στο να αντιμετωπίσει καταστάσεις μέσα σε δύσκολες ή αντίξοες συνθήκες (Chen et al., 2000). Από την άλλη πλευρά το αίσθημα της αναποτελεσματικότητας, που αισθάνονται τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, τα ωθεί να αφιερώνουν λιγότερο χρόνο στις μαθησιακές τους δραστηριότητες. Με τον τρόπο αυτό παγιδεύονται σε έναν φαύλο κύκλο που κάνει την ανάγκη του τμήματος ένταξης επιτακτική για αυτά.

Ακόμα, τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες χαρακτηρίζονται από αρνητικά συναισθήματα καθώς θεωρούν τον εαυτό τους λιγότερο ικανό. Αυτό ενισχύεται ακόμα

περισσότερο από την εσωτερική σύγκριση που κάνει το παιδί με μαθησιακές δυσκολίες αναφορικά με τα επιτεύγματά του και αυτά των συμμαθητών του. Επιπλέον, η μειωμένη σχολική επίδοση έχει ως αποτέλεσμα την αίσθηση απόρριψης του παιδιού από τους σημαντικούς άλλους, δασκάλους και γονείς (Mellon & Moutavelis, 2009). Οι αντιλήψεις αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα να οδηγούν σε χαμηλή σχολική επίδοση (Kendall, 1999) αλλά και σε μειωμένο ενδιαφέρον ή αδιαφορία και άρνηση του μαθητή με μαθησιακές δυσκολίες να εμπλακεί σε γνωστικό έργο (Μουταβελής, 2013). Επομένως προκύπτει ξανά ο φαύλος κύκλος όπου οι μαθησιακές δυσκολίες στο ελληνικό σχολείο παράγουν χαμηλές σχολικές επιδόσεις που με την σειρά τους οδηγούν τα παιδιά στο τμήμα ένταξης.

Πρόβλεψη κατάθλιψης από την αυτοεκτίμηση και το άγχος και ο προστατευτικός ρόλος της αυτοεκτίμησης

Κατά την ερευνητική διαδικασία διενεργήθηκε έλεγχος αναφορικά με την σχέση των τριών παραγόντων, της αυτοεκτίμησης, του άγχους και της κατάθλιψης, στις δύο ομάδες πληθυσμού της μελέτης.

Βρέθηκε ότι στην ομάδα των μαθητών που φοιτούν στο τμήμα ένταξης, ο παράγοντας της κατάθλιψης συνδέεται μόνο με τον παράγοντα του άγχους. Δηλαδή η αυτοεκτίμηση δεν αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την κατάθλιψη. Επιπλέον, ο παράγοντας της αυτοεκτίμησης δεν ασκεί μεσολαβούσα επίδραση στην σχέση τους άγχους με την κατάθλιψη.

Από την άλλη πλευρά βρέθηκε ότι για τα παιδιά που δεν φοιτούν στο τμήμα ένταξης ο παράγοντας της κατάθλιψης συνδέεται τόσο με τον παράγοντα του άγχους όσο και με τον παράγοντα της αυτοεκτίμησης. Δηλαδή η αυτοεκτίμηση και το άγχος αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για την κατάθλιψη για τα παιδιά που φοιτούν σε τυπικές τάξεις. Ακόμα η αυτοεκτίμηση φάνηκε να ασκεί μεσολαβούσα επίδραση στη σχέση του άγχους με την κατάθλιψη.

Από τα συγκεκριμένα ευρήματα γίνεται φανερό ότι η αυτοεκτίμηση δεν αποτελεί ισχυρό παράγοντα για τα παιδιά που φοιτούν στο τμήμα ένταξης. Συνεπώς φαίνεται ότι η αξία της θετικής αυτοεκτίμησης που λειτουργεί ευεργετικά και προστατευτικά στα συναισθήματα του άγχους και της κατάθλιψης, δεν βοηθά τα παιδιά των τμημάτων ένταξης του ελληνικού σχολείου.

Η αυτοεκτίμηση μαζί με τις κοινωνικές δεξιότητες, την επίλυση προβλήματος, την αυτονομία και την αυτοαποτελεσματικότητα, αποτελούν για το άτομο προστατευτικούς παράγοντες (Brooks, 1994). Οι προστατευτικοί παράγοντες λειτουργούν θεραπευτικά και συνδέονται άμεσα με την ανθεκτικότητα του ατόμου (Werner, 2000). Οι παράγοντες αυτοί βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τους κινδύνους και το άγχος (Rutter, 1987). Συνεπώς οι μαθητές του τμήματος ένταξης φαίνονται ιδιαίτερα εκτεθειμένοι απέναντι στο άγχος και στην κατάθλιψη αφού η ασπίδα της αυτοεκτίμησης για αυτούς είναι σχετικά περιορισμένη.

Από την άλλη πλευρά, για τα παιδιά που φοιτούν στις τυπικές τάξεις, η αυτοεκτίμηση αποτελεί ισχυρό στοιχείο στην σχέση άγχους και κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, η θετική αυτοεκτίμηση λειτουργεί θεραπευτικά στην περίπτωση αυτή, περιορίζει τα συμπτώματα άγχους και στην συνέχεια τα συμπτώματα κατάθλιψης για τα παιδιά. Ταυτόχρονα η αυτοεκτίμησή τους ενισχύει την ανθεκτικότητά τους απέναντι στις δυσκολίες. Επομένως, η διάσταση της αυτοεκτίμησης μεσολαβεί στην σχέση άγχους και κατάθλιψης.

Τίθεται συνεπώς πιο έντονα το ζήτημα της ανάγκης για ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των μαθητών του τμήματος ένταξης. Κύριοι παράγοντες σε αυτό είναι ο κοινωνικός περίγυρος, δηλαδή η οικογένεια, το σχολείο και το φιλικό περιβάλλον του παιδιού (Λεοντοπούλου, 2008).

Περιορισμοί

Βασικός περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας αποτελεί η επιλογή του δείγματος όπου έγινε μέσα από την μέθοδο κατά συστάδες. Η συγκεκριμένη μέθοδος δεν παράγει τα πλέον ακριβή αποτελέσματα με την έννοια της καλύτερης πρόβλεψης αλλά και ακριβής και αξιόπιστης γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Ένα αντιπροσωπευτικότερο δείγμα, που θα είχε επιλεγεί με τη διαδικασία της τυχαίας δειγματοληψίας, ενδεχομένως να οδηγούσε σε διαφορετικά αποτελέσματα. Ακόμα, το πλήθος των παιδιών των τμημάτων ένταξης και των παιδιών των τυπικών τάξεων που συμμετείχαν στην έρευνα δεν ήταν ισάριθμο.

Επιπλέον τα ευρήματα αναφορικά με τις τρεις διαστάσεις μελέτης, την αυτοεκτίμηση, το άγχος και την κατάθλιψη, στηρίχθηκαν σε αυτοαναφορές των παιδιών. Επομένως, μελετήθηκαν οι προσωπικές κρίσεις των παιδιών σχετικά με τις παραπάνω μεταβλητές. Είναι γνωστό ότι τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς χωλαίνουν ως προς την αξιοπιστία και αντικειμενικότητά τους. Περιοριστική φαίνεται ακόμα και η άντληση πληροφοριών μέσα από ένα μόνο μέσο και όχι από συλλογή μέσων όπως μέσα από συνέντευξη ή από μερικές ακόμα πηγές (γονείς, δάσκαλοι).

Ακόμα οι πληροφορίες που προέκυψαν από την διεξαγωγή της έρευνας σχετικά με τις σχέσεις των μεταβλητών αποτελούν ενδεικτικά στοιχεία, συμμεταβολές και όχι αιτιώδεις σχέσεις. Το ίδιο συμβαίνει και ως προς την σύγκριση των αποτελεσμάτων στις μεταβλητές ανάμεσα στα παιδιά του τμήματος ένταξης και στο υπόλοιπο σύνολο των παιδιών. Δηλαδή, από την εύρεση των υψηλότερων επιπέδων άγχους για τα παιδιά των τμημάτων ένταξης, δεν γίνεται σαφές αν αυτό προέρχεται από την υπάρχουσα μαθησιακή δυσκολία του παιδιού ή από φοίτηση του στο τμήμα ένταξης και τον στιγματισμό που αυτό περιλαμβάνει. Το ίδιο ισχύει και για τις άλλες δύο μεταβλητές, της αυτοεκτίμησης και της κατάθλιψης των παιδιών.

Προτάσεις

Έπειτα από την συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη προκύπτουν προτάσεις για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, την μείωση του άγχους και των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στην σχολική πραγματικότητα για τους μαθητές των τμημάτων ένταξης που χαρακτηρίζονται από μαθησιακές δυσκολίες.

Πιο συγκεκριμένα μέσα από τα συμπεράσματα αυτής της έρευνας, προτείνεται ως προς την εκπαιδευτική πολιτική να διαμορφωθούν αναλυτικά προγράμματα ενάντια στον μεγάλο όγκο της ύλης (Σαλβαράς, 2000). Η προσπάθεια του εκπαιδευτικού να καλύψει τον μεγάλο όγκο της ύλης δεν του αφήνει περιθώρια για να αφιερώσει ουσιαστικό χρόνο στα παιδιά και να τα βοηθήσει συναισθηματικά. Είναι, ακόμα, σημαντικό να συμπεριλαμβάνονται στα αναλυτικά προγράμματα εκτός από γνωστικούς και συναισθηματικοί στόχοι που να στοχεύουν στην ολόπλευρη ανάπτυξη των παιδιών, χωρίς να παραβλέπεται η συναισθηματική πτυχή τους. Επιπλέον, προτείνεται η δημιουργία και η πρακτική προγραμμάτων κοινωνικής και συναισθηματικής αγωγής στο σχολείο σε επίπεδο μαθητή, σε επίπεδο ομάδων αλλά και σε συστημικό επίπεδο τάξης, σχολείου, οικογένειας και κοινότητας (Χατζηχρήστου, 2011).

Στα προγράμματα αυτά στόχος είναι η ενδυνάμωση της κοινωνικοσυναισθηματικής επάρκειας μέσα από την ενίσχυση της αυτογνωσίας και της αυτοπεποίθησης οι οποίες βοηθούν της γενικότερη εικόνα του ατόμου. Η καλλιέργεια αυτών των δεξιοτήτων αποτελούν την βάση για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας αλλά και την ομαλή κοινωνική προσαρμογή του ατόμου (Τσιλίβα & Chimienti, 2002)

Αναφορικά με την εκπαιδευτική πράξη, προτείνεται οι εκπαιδευτικοί να διαμορφώνουν ρεαλιστικές προσδοκίες ως προς τις επιδόσεις των μαθητών με δυσκολίες λαμβάνοντας υπόψη τις ατομικές ικανότητες του κάθε παιδιού. Η μηχανιστική προσέγγιση

της μάθησης σε συνδυασμό με τον μονοδιάστατο προσανατολισμό των αναλυτικών προγραμμάτων δεν καλύπτουν την διαφορετικότητα των αναγκών των μαθητών του σχολείου (Matsagouras & Riding, 1996).

Επιπλέον, προτείνεται κατά τη διδασκαλία η χρήση στρατηγικών μάθησης που διευκολύνουν την κατάκτηση της γνώσης (Κολιάδης, 2002). Κρίνεται σκόπιμη, η διαλεκτική συμβουλευτική και η ψυχολογική υποστήριξη των εκπαιδευτικών, των γονέων αλλά και των ίδιων των παιδιών.

Αναφορικά με τους εκπαιδευτικούς, συνήθως έχουν ελλιπή κατάρτιση στον τρόπο διαχείρισης των συμπτωμάτων χαμηλής αυτοεκτίμησης, άγχους και κατάθλιψης. Αυτό σε συνδυασμό με την απουσία δομών υποστήριξης μέσα στο σχολείο καθώς και τρόπων συνεργασίας με τις ψυχολογικές υπηρεσίες και των φορέων ψυχικής υγείας, έχει σαν αποτέλεσμα οι παρεμβάσεις να είναι συχνά αποσπασματικές και άτυπες (Διδασκάλου, 2017).

Ταυτόχρονα, πρέπει να τονιστεί η ανάγκη για την ύπαρξη ευαισθητοποιημένων εκπαιδευτικών με ενσυναίσθηση, που θα παρέχουν φροντίδα, στήριξη, ευκαιρίες για συμμετοχή και συναισθηματική καθοδήγηση. Είναι σημαντική η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης στην τάξη και η καλλιέργεια προσδοκιών προς τους μαθητές. Στο κλίμα αυτό δύναται να μετριαστεί το άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης και να ενισχυθεί το αίσθημα αυτοεκτίμησης.

Τέλος, σχετικά με τις ερευνητικές προτάσεις που προέκυψαν από την συγκεκριμένη μελέτη, θα φαινόταν ωφέλιμο να πραγματοποιηθούν μελέτες όπου θα διερευνούν περαιτέρω κατά πόσο οι ψυχολογικές δυσκολίες των μαθητών που μελετήθηκαν προέρχονται από την απομάκρυνση από την κοινή τάξη είτε από τις μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

Βιβλιογραφία

- Aaron, P. G., Joshi, R. M., Gooden, R., & Bentum, K. E. (2008). Diagnosis and treatment of reading disabilities based on the component model of reading: An alternative to the discrepancy model of LD. *Journal of Learning disabilities*, 41(1), 67-84.
- Akiskal, H. S., & Weller, E. B. (1989). Mood disorders and suicide in children and adolescents. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 2.
- Alden, L.E. & Wallace, S.T. (1995). Social Phobia and Social Appraisal in Successful and Unsuccessful Social Interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5): 497-505.
- American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. Washington.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andre, C, Lelord, F. (2004). *Η αυτοεκτίμηση*, (Μ. Παραδέλη, Μτφρ.) Κέδρος: Αθήνα, σσ. 111-120.
- Αντωνίου, Α. Σ. (2002). *Ζώντας με στρες*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual* (3d ed.) American Psychiatric Association. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC
- Armfield, J.M. (2006). Cognitive vulnerability: A model of the etiology of fear. *Clinical Psychology Review*, 26(6): 746–768.

- Bandura, A., & Schunk, D. H. (1981). Cultivating Competence, Self-Efficacy, and Intrinsic Interest Through Proximal Self-Motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598.
- Banerjee, R. (2009). Social cognition and anxiety in children. In C. Sharp, P. Fonagy & I. Goodyer (Eds.), *Social cognition and developmental psychopathology*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Baumeister, R. F. (2005). Rethinking self-esteem. Why nonprofits should stop pushing self-esteem and start endorsing self-control. *Stanford Social Innovation Review*, 34-41.
- Bear, G. G., Minke, K. M., Griffin, S. M., & Deemer, S. A. (1998). Achievement-related perceptions of children with learning disabilities and normal achievement: Group and developmental differences. *Journal of Learning Disabilities*, 31(1), 91-104.
- Beardslee, W. R., Keller, M. B., Lavori, P. W., Staley, J., & Sacks, N. (1993). The impact of parental affective disorder on depression in offspring: a longitudinal follow-up in a nonreferred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 723-730.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck Self-Concept Test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 191.

- Bender, W. N. (2004). *Learning disabilities. Characteristics, identification and teaching strategies*. (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education Inc.
- Branden, N. (1969). The psychology of self-esteem: a new concept of Man's psychology.
- Brooks, R. B. (1994). Children at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 545-553.
- Burne, B.M. (1996). *Measuring self-concept along the life span*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Burns, R.B. (1982). *Self-concept development and education*. London, UK: Holt, Rinehart and Winston.
- Burns, R.B. (1986). *The Self-concept: Theory, measurement, development and behavior*. London, UK: Longman.
- Burton, R. (2011). *Η ανατομία της μελαγχολίας*. Αθήνα: Ηριδανός
- Butkowsky, T.S. and Willows, D.M. (1980) Cognitive motivation and characteristics of children varying in reading ability; evidence of learned helplessness in poor readers. *Journal of Educational Psychology*, 72, 408–422.
- Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., & Gross, J. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 68-82.
- Cervone, D., & Pervin, A. L. (2013). *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα: Gutenberg.
- Chartier, G. (Επιμ.) *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές διαταραχές* (σελ. 117-127). Αθήνα: Τόπος.

- Chen, G., Gully, S. M., Whiteman, J. A., & Kilcullen, B. N. (2000). Examination of relationships among trait-like individual differences, state-like individual differences, and learning performance. *Journal of Applied Psychology*, 85, 835–847.
- Cooley, C. H. (1992). *Human nature and the social order*. Transaction Publishers.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. University of California. San Francisco: Ed.
- Γρηγοριάδου, Α. (1999). *Ανίχνευση καταθλιπτικών εκδηλώσεων σε παιδιά σχολικής ηλικίας και διερεύνηση της επίδρασής τους στη σχολική επίδοση, την κοινωνική λειτουργικότητα και την προβληματική συμπεριφορά*. (Doctoral dissertation). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Αγωγής. Τμήμα Παιδαγωγικό Δημοτικής Εκπαίδευσης.
- Dahle, A. E., Knivsberg, A. M., & Andreassen, A. B. (2011). Coexisting problem behaviour in severe dyslexia. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 11(3), 162-170.
- Διδασκάλου, Ε. (2017). Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και Αυτοεκτίμηση των Μαθητών που φοιτούν σε Τμήματα Ένταξης. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, 15(58).
- Doerfler, L. A., Felner, R. D., Rowlison, R. T., Raley, P. A., & Evans, E. (1988). Depression in children and adolescents: A comparative analysis of the utility and construct validity of two assessment measures. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(5), 769.
- Dorland's Ιατρικό Λεξικό*. (1997). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

- Dyson, L. L. (1996). The experiences of families of children with learning disabilities: Parental stress, family functioning, and sibling self-concept. *Journal of learning disabilities, 29*(3), 280-286.
- Elliot, G.R., & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and Human Health*. New York: Springer
- Ellis, M. V. (1988). The cognitive development approach to case presentation in clinical supervision: A reaction and extension. *Counselor Education and Supervision, 27*(3), 259-264.
- Essau, C. A., & Petermann, F. (Eds.). (2013). *Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors and treatment*. London:Harwood Academic Publishers.
- Fairhurst, P. and Pumfrey, P.D. (1992) Secondary school organisation and the self-concepts of pupils with relative reading difficulties. *Research in Education, 47*, 17–27.
- Farmer, R. F., Jarvis, L. L., Berent, M. K., & Corbett, A. (2001). Contributions to global self-esteem: The role of importance attached to self-concepts associated with the five-factor model. *Journal of Research in Personality, 35*(4), 483-499.
- Feldman. R.S.(2009). *Εξελικτική Ψυχολογία, Δια βίου ανάπτυξη* (Επ. ελλην. έκδοσης:Ηλίας Μπεξεβέγκης) Αθήνα:Guttenberg.
- Finch, A. J., Saylor, C. F., & Edwards, G. L. (1985). Children's Depression Inventory: Sex and grade norms for normal children. *Journal of consulting and clinical psychology, 53*(3), 424.
- Fombonne, E. (1995). Depressive disorders: time trends and possible explanatory mechanisms. *Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes*. Chichester: Wiley, 544-615.

- Francis, G., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1987). Expression of separation anxiety disorder: The roles of age and gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 18(2), 82-89.
- Freedy, J. R., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H.S. (1993). Natural Disasters and Mental Health: Theory, Assessment, and Intervention. *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 49-103.
- Freud, S. (1894). The defence neuro-psychoses. *Collected papers*, 1, 59-75.
- Gardner, D. G., & Pierce, J. L. (1998). Self-esteem and self-efficacy within the organizational context. *Group and Organization Management*, 23, 48-70
- Giddan, J. J., Ross, G. J., Sechler, L. L., & Becker, B. R. (1997). Selective mutism in elementary school: Multidisciplinary interventions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28(2), 127-133.
- Gilroy, D.E. (1995) Stress factors in the college student. In T.R. Miles and V.P. Varma (Eds), *Dyslexia and Stress*. London: Whurr.
- Ginsburg, G., La Greca, A. M. & Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 75-185.
- Gorman, J. M. (2003). Treating generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(1), 24-29.
- Hammen, C. and Goodman-Brown, T. (1990) Self schemes and vulnerability in specific life stress in children at risk for depression. *Cognitive Theory and Research* , 14, 215–227.

- Harrower, J. (1999). Educational Inclusion of Children with Severe Disabilities. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 1, 215-230.
- Harter, S. (1986). Cognitive-developmental processes in the integration of concepts about emotions and the self. *Social cognition*, 4(2), 119-151.
- Harter, S. (1990). Self and identity development. In S.S. Feldman & G. R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The Developing Adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA: Harvard University Press
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In *Self-esteem* (pp. 87-116). Springer, Boston, MA.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Hattie,J.(1992).*Self-Concept*. Hillsdale, NJ:Erlbaum.
- Heath, N. L., & Ross, S. (2000). Prevalence and expression of depressive symptomatology in students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 23(1), 24-36.
- Huitt, W,(2004), *Self- concept and self-esteem*, *Educational Psychology Interactive*, Valdosta, GA: Valdosta State University
- Huntington, D.D. and Bender, W.D. (1993) Adolescents with learning disabilities at risk? Emotional well-being, depression and suicide. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 159–166.
- Ingesson, S. G. (2007). Growing up with dyslexia : interviews with teenagers and young adults. *School Psychology International* 28 (5), 574–591.
- James, W.(1890/1963). *The principles of psychology*. New York:Holt, Rinehart & Winston.

- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, Αναπτυξιακή προσέγγιση*, Αθήνα: Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός.
- Kendall, P. (1999). *Childhood Depression*. New York: Psychology Press.
- King, K. A. (1997). Self-concept and self-esteem: A clarification of terms. *Journal of School Health, 67*, 68-73.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal, 183*(12), E959-E967.
- Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κολιάδης, Ε. (2002). *Γνωστική ψυχολογία, Γνωστική νευροεπιστήμη και εκπαιδευτική πράξη. Μοντέλο επεξεργασίας πληροφοριών. Τόμος Δ΄*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Κοντοπούλου, Μ., & Τσιβνίκου, Σ. (2015). Κριτική θεώρηση ενός νέου θεσμού στο χώρο της Ειδικής Αγωγής: η οπτική των γονιών. *Παιδαγωγική επιθεώρηση, 38*.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory: Manual*. Multi-Health Systems.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry, 41*(3), 229-237.
- Laing, S. V., Fengyough, C., Turner, M., & Freeston, M. M. (2009). Fear, Worry and Ritualistic Behaviour in childhood: Developmental Trends and Interrelations. *Infant and child development, 18*, 351 – 366.

- Lawrence, P & Oliver, J. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές*. (Α. Αλεξανδροπούλου & Ε. Δασκαλοπούλου, Μτφρ.). Αθήνα: τυπωθήτω.
- Leary, M. R. (1999). Making sense of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 32-35.
- Leitenberg, H., Yost, L. W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 528.
- Λεονταρή, Α. (1996). *Αυτοαντίληψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λεονταρή, Α. (1998). *Αυτοαντίληψη*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα (β' έκδοση).
- Λεονταρή, Α. (2012). Αυτοεκτίμηση: μια βασική ψυχολογική ανάγκη; Στο Χ. Χατζηχρήστου, & Η. Μπεζεβέγκης (Επιμ. Εκδ.), *Ψυχο-Παιδιά: Θέματα Ανάπτυξης και Προσαρμογής των Παιδιών στην Οικογένεια και στο Σχολείο* (σελ. 299-321). Αθήνα: Πεδίο.
- Λεονταρή, Α., & Γιαλαμάς, Β. (1998). Η αυτοαντίληψη των παιδιών προ-εφηβικής ηλικίας. *Σύγχρονη Εκπαίδευση: Τρίμηνη Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, (100), 61-68.
- Λεοντοπούλου, Σ. (2008). Ψυχική ανθεκτικότητα κατά την εφηβεία: Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινότητα. Στο: Η. Κουρκούτας & Chartier, J. (Επιμ.) *Παιδιά και Έφηβοι με Ψυχοκοινωνικές Διαταραχές* (σελ. 117-127). Αθήνα: Τόπος.

- Leung, G. S., Yeung, K. C., & Wong, D. F. (2010). Academic stressors and anxiety in children: The role of paternal support. *Journal of child and family studies*, 19(1), 90-100.
- Lewis, M., & Brooks-Gunn, J. (1979). Toward a theory of social cognition: The development of self. *New directions for child and adolescent development*, 1979(4), 1-20.
- Maag, J. W., & Reid, R. (1994). The phenomenology of depression among students with and without learning disabilities: More similar than different. *Learning Disabilities Research and Practice*. 9(2), 91-103
- Maag, J. W., & Reid, R. (2006). Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal of learning disabilities*, 39(1), 3-10.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). *Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση: Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Mandler, G., & Watson, D. L. (1966). Anxiety and the interruption of behavior. *Anxiety and behavior*, 263, 288.
- Mann, M. M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health education research*, 19(4), 357-372.
- Manning, M. A. (2007). Self-concept and self-esteem in adolescents. *Principal Leadership (Middle School Ed.)*, 7, 11-15.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών.

- Margalit, M. & Zak, I. (1984). Anxiety and self-concept of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 17, 537 – 539.
- Margalit, M. & Shulman, S. (1986). Autonomy perceptions and anxiety expressions of learning disabled adolescents. *Journal of Learning Disabilities*, 19, 291 – 293.
- Marsella, A. J. (2003). Cultural aspects of depressive experience and disorders. *Online readings in psychology and culture*, 10(2), 4.
- Matsagouras, E. & Riding, S. (1996). The rating of educational aims by Greek and English student-teachers. *Mediterranean Journal of Educational Studies*, 1, 1, 93-115.
- May R. (1950). *The Meaning of Anxiety*. New York, Roland Press
- McCarthy, J. D., & Hoge, D. R. (1982). Analysis of age effects in longitudinal studies of adolescent self-esteem. *Developmental Psychology*, 18(3), 372.
- McLeod, J. (2003). *Εισαγωγή στη Συμβουλευτική*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Meadows, S. (1999). *Undrestanding child development*. London, UK:Routledge.
- Mellon, R. C., & Moutavelis, A. G. (2007). Structure, developmental course, and correlates of children's anxiety disorder-related behavior in a Hellenic community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 1-21.
- Mellon, R. C., & Moutavelis, A. G. (2009). Parental educational involvement conceived as the arrangement of contingency operations. *Educational Psychology*, 29(6), 621-642.
- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., & Kolody, B. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive behaviors*, 23(6), 893-907.

- Mondimore, F. M. (2006). *Depression, the mood disease*. Johns Hopkins University Press
- Μουταβελής, Α. (2006). *Δυναμική αλληλεπίδραση γονέων-μαθητών δημοτικού σχολείου και παιδικό άγχος* (Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Τμήμα Παιδαγωγικό Δημοτικής Εκπαίδευσης.
- Μουταβελής, Α. & Μέλλον, Ρ. (2007). Πίεση, υποστήριξη, αδιαφορία ως γονικές πρακτικές με τη μελέτη στο σπίτι. Τα παιδιά που φοιτούν σε τμήμα ένταξης. *Η ειδική αγωγή στην κοινωνία της γνώσης*. Αθήνα:Γρηγόρη.
- Μουταβελής, Α. Γ. (2012). *Συγκριτική μελέτη και αξιολόγηση σχετικά με τη δόμηση Προγραμμάτων Τμήματος Ένταξης*, 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ειδικής Εκπαίδευσης.
- Μουταβελής, Α.Γ. (2013). Μαθητές των τμημάτων ένταξης και ψυχική υγεία: Ο παράγοντας της σχολικής επίδοσης. *Ελληνική επιθεώρηση ειδικής αγωγής*, 4, 239-259.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2005). *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
- Μπότσας, Γ. (2007). Μεταγνωστικές διεργασίες στην αναγνωστική κατανόηση παιδιών με και χωρίς αναγνωστικές δυσκολίες: «Μεταγιγνώσκειν», κίνητρα και συναισθήματα που εμπλέκονται. (Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή). Βόλος: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- Mruk, C. J. (2006). *Self-Esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem* (3rd Edition). New York: Springer Publishing Company.
- Murphy, B. C., Shepard, S. A., Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (2004). Concurrent and across time prediction of young adolescents' social functioning: The role of emotionality and regulation. *Social Development*, 13(1), 56-86.

- Miyahara, M., & Piek, J. (2006). Self-esteem of children and adolescents with physical disabilities: Quantitative evidence from meta-analysis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18*(3), 219-234.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical psychology review, 29*(3), 208-215.
- Nelson, J. M., & Harwood, H. (2011). Learning disabilities and anxiety: A meta-analysis. *Journal of learning disabilities, 44*(1), 3-17.
- Newcomer, P. L., Barenbaum, E., & Pearson, N. (1995). Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities, conduct disorders, and no disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 3*(1), 27-39.
- Notarius, P. D. (1993). Depression and social incompetence: An investigation of the social and emotional concomitants of childhood learning disabilities.
- Οικονόμου, Φ. (1992). *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής για τις ΜΤΕΝΣ*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Ollendick, T.H., King, N.J., & Fray, R.B. (1989). Fears in children and adolescents: Reliability and generalizability across gender, age and nationality. *Behaviour Research & Therapy, 27*, 19-26.
- Overholser, J.C., Adams, D.M., Lehnert, K.L. and Brinkman, D.C. (1995) Self esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 919–928.

- Pajares, F., & Schunk, D. H. (2001). Self-beliefs and school success: Self-efficacy, self-concept, and school achievement. *Perception*, 11, 239-266.
- Παπαδόπουλος, Γ. Ν. (2005). *Λεξικό Ψυχολογίας*. Αθήνα: Σύγχρονη Ψυχιατρική.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Pellegrini, D. S. (1990). Psychological Risk and Protective Factors in Child-hood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 201-209.
- Porter, R. (2002). *Madness: A brief history*. New York: Oxford University Press.
- Pullmann, H., & Allik, J. (2008). Relations of academic and general self-esteem to school achievement. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 559-564.
- Rappo, G., Alesi, M., & Pepi, A. (2012). Levels of anxiety and self-esteem associated to sport activity in university students: a pilot study. *Sport sciences for health*, 8, 25-25.
- Renick, M. J., & Harter, S. (1989). Impact of social comparisons on the developing self - perceptions of learning disabled students. *Journal of Educational Psychology*, 81(4), pp. 631 - 638.
- Reynolds. W. M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale: Professional Manual*. Odessa. FL: Psychological Assessment Resources.
- Rice, K.G., Ashby, J.S. and Slaney, R.B. (1998) Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 304–314.
- Robins, R. W., Nofhle, E. E., Trzesniewski, K. H., & Roberts, B. W. (2005). Do people know how their personality has changed? Correlates of perceived and actual personality change in young adulthood. *Journal of personality*, 73(2), 489-522.

- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychology*. London: Constable.
- Rohl, M. & Rivalland, J. (2002). Literacy learning difficulties in Australian primary schools: who are the children identified and how do their schools and teachers support them? *Australian Journal of Language and Literacy*, 25 (3), 19-40.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton university press.
- Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the self*. NY: Basic Books.
- Rothman, H. W. & Cosden, M. (1995). The relationship between self – perception of a learning disability and achievement, self – concept and social support. *Learning Disability Quarterly*, 18, 203 – 212.
- Rudolph, K. D., & Clark, A. G. (2001). Conceptions of relationships in children with depressive and aggressive symptoms: Social-cognitive distortion or reality?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 41-56.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
- Ryan, R.M., Stiller, J.D. & Lynch, J.H. (1994). representations of relationships to teachers, parents, and friends as predictors of academic motivation and selfesteem. *The Journal of Early Adolescence*, 14: 226-249
- Saddler, C. D., & Buckland Jr, R. L. (1995). The multidimensional perfectionism scale: correlations with depression in college students with learning disabilities. *Psychological reports*, 77(2), 483-490.

- Σαλβαράς, Ι. (2000). *Γλωσσική Διδασκαλία για όλους τους μαθητές: Διδακτικές δεξιότητες επεξεργασίας κειμένου και παραγωγής γραπτού λόγου. Προτυποποίηση και πιστοποίηση δραστηριοτήτων και διαδικασιών γλωσσικής διδασκαλίας*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Scarborough, S. H., & Parker, D. J. (2003). Matthew Effects in Children with Learning Disabilities: Development of Reading, IQ, and Psychosocial Problems From Grade 2 to Grade 8. *Annals of Dyslexia*, 53, 47-71.
- Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding: Clinical and developmental analyses*. New York, NY: Academic Press.
- Selye, H. (1950). *Stress*. Montreal: Acta.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1975). *Stress Without Distress*. New York: New American Library
- Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A., & Minne, E. P. (2010). Direct and indirect measures of social perception, behavior, and emotional functioning in children with Asperger's disorder, nonverbal learning disability, or ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(4), 509-519.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of Construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Shea, M. E. and Pritchard, M. E. (2007). Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences* 42, 1527-1537
- Shipon-Blum, E. (2002). The school psychologist's guide to understanding & managing the selectively mute child. In *Workshop presented at the 22nd annual spring conference for the Association of School Psychologists of Pennsylvania (ASPP)*. Harrisburg, PA.

- Shrier, L. A., Harris, S. K., Sternberg, M., & Beardslee, W. R. (2001). Associations of depression, self-esteem, and substance use with sexual risk among adolescents. *Preventive medicine, 33*(3), 179-189.
- Siegler, R. S. (2006). *How Children Develop, Exploring Child Development Student Media Tool Kit & Scientific American reader to accompany*. New York: Worth Publishers.
- Silverman, W. K., & Dick-Niederhauser, A. (2004). Separation anxiety disorder. *Anxiety disorders in children and adolescents, 2*, 164-188.
- Silverman, W. K., & Field, A. P. (Eds.). (2011). *Anxiety disorders in children and adolescents*. Cambridge University Press.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of abnormal psychology, 106*(2), 280.
- Spielberger, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. *Cross-cultural anxiety, 1*, 3-12.
- Srivastava, R., & Joshi, S. (2014). Relationship between self-concept and self-esteem in adolescents. *International Journal of Advanced Research, 2*(2), 36-43.
- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 895-911.
- Stevenson, D. T., & Romney, D. M. (1984). Depression in learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities, 17*(10), 579-582.
- Sullivan HS. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York, Norton.

- Trzaskowski, M., Zavos, H., Plomin, R., & Eley, T. (2012). Stable genetic influence on Anxiety – Related Behaviors Across Middle Childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 85 – 94.
- Τσιλίβα, Σ., & Chimienti, G. (2002). *Ανακάλυψη, αυτογνωσία, αυτοκυριαρχία, αυτοεκτίμηση*. Αθήνα: Πατάκη.
- Vogel, S. A. (1990). Gender differences in intelligence, language, visual-motor abilities, and academic achievement in students with learning disabilities: A review of the literature. *Journal of Learning Disabilities*, 23(1), 44-52.
- Weller, E. B., Weller, R. A., Rowan, A. B., & Svadjian, H. (2002). Depressive disorders in children and adolescents. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. 3th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins*, 771.
- Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed.) (pp. 115-132). New York: Cambridge University Press
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 15-21.
- Wong, Q. J., & Rapee, R. M. (2015). The developmental psychopathology of social anxiety and phobia in adolescents. In *Social Anxiety and Phobia in Adolescents* (pp. 11-37). Springer International Publishing.
- Wright- Strawdemian, C., & Watson, B. L. (1992). The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25, 258-264

Φατούρου - Χαρίτου, Μ. (2005) Ψυχοθεραπευτική πράξη, στο Σ. Βοσνιάδου (επιμ.)

Εισαγωγή στην ψυχολογία, τ. Κοινωνική ψυχολογία, Κλινική ψυχολογία, Αθήνα:

Gutenberg.

Χατζηχρήστου, Χ. (2011). *Κοινωνική και συναισθηματική αγωγή στο σχολείο*. Κέντρο έρευνας

και εφαρμογών σχολικής Ψυχολογίας .Τομέας Ψυχολογίας. Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Αθήνα:Τυπωθήτω.