



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Στεφανίδου Μαρία
(Α.Μ.: 216099)

Διπλωματική Εργασία

**«Αξιολόγηση της Ενδο-Προσωπικής και Δια-Προσωπικής
Προσαρμογής και της Ψυχικής Υγείας Παιδιών Νηπιακής Ηλικίας.»**

Επιβλέπων Καθηγητής :

Αλέξανδρος - Σταμάτιος Αντωνίου
Αναπληρωτής Καθηγητής

Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης ΕΚΠΑ

Αθήνα 2019

© 2019 Μαρία Στεφανίδου

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται στη συγγραφέα.

Η έγκριση διπλωματικής εργασίας από τον Τομέα Ειδικής Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του ΕΚΠΑ δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος και της επιτροπής εξέτασης.

Η συγγραφέας της παρούσας διπλωματικής βεβαιώνει ότι :

α) κανένα τμήμα της δεν έχει χρησιμοποιηθεί για τη σύνταξη και αξιολόγηση άλλης εργασίας ή πτυχίου της συγγραφέως.

β) αποτελεί πνευματικό προϊόν της συγγραφέα και κανένα τμήμα ανά χείρας διπλωματικής δεν συνιστά αποτέλεσμα αναπαραγωγής (μερικώς ή ολικώς) κειμένου τρίτου προσώπου και

γ) έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους προβλεπόμενους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

Επικοινωνία:

Στεφανίδου Μαρία

marostefa@hotmail.com

Πιστοποίηση

Πιστοποιείται ότι η διπλωματική εργασία με θέμα:

**«Αξιολόγηση της Ενδο-Προσωπικής και Δια-Προσωπικής Προσαρμογής και της
Ψυχικής Υγείας Παιδιών Νηπιακής Ηλικίας.»**

Της μεταπτυχιακής φοιτήτριας του προγράμματος Ειδικής Αγωγής του
Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης

Στεφανίδου Μαρίας

A.M.: 216099

παρουσιάστηκε δημόσια και εξετάσθηκε στις

Η τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Όνοματεπώνυμο	Αλέξανδρος - Σταμάτιος Αντωνίου (Επιβλέπων)		
Ιδιότητα	<i>Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης ΕΚΠΑ</i>		
Βαθμός			
Βαθμός ολογράφως			
Υπογραφή			

Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Ακόμα δηλώνω ότι αυτή η γραπτή εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά και αποκλειστικά και ειδικά για την συγκεκριμένη διπλωματική εργασία και ότι θα αναλάβω πλήρως τις συνέπειες εάν η εργασία αυτή αποδειχθεί ότι δεν μου ανήκει.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ

ΑΜ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μαρία Στεφανίδου

216099

Ευχαριστίες

Θα ήθελα πρωτίστως να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή, κο. Αλέξανδρο-Σταμάτιο Αντωνίου για την στήριξη και καθοδήγηση στην διεκπεραίωση της διπλωματικής μου εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στα ιδιωτικά νηπιαγωγεία και παιδικούς σταθμούς: «Άλκηστη», «Ο μικρός πρίγκιπας», «Το μήλο» και το νηπιαγωγείο της Σχολής Ξενοπούλου, καθώς και στο κέντρο εκπαιδευτικών προγραμμάτων: «Ενεκα Παιδείας» για την πολύτιμη βοήθειά τους στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων . Ευχαριστώ επίσης όλους τους εκπαιδευτικούς και γονείς που συμμετείχαν στην έρευνα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήτω τον άντρα μου, την οικογένειά μου και τον γιο μου που με ανέχτηκαν και με στήριξαν πρακτικά και ψυχολογικά στην απόκτηση αυτού του μεταπτυχιακού τίτλου.

Πίνακας περιεχομένων

Πιστοποίηση	iii
Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής.....	iv
Ευχαριστίες.....	v
Πίνακας περιεχομένων.....	vi
Ευρετήριο Πινάκων	x
Ευρετήριο Γραφημάτων.....	xi
Περίληψη	xii
Abstract.....	xiv
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	15
Κεφάλαιο 1ο : Ανάπτυξη του παιδιού στην προσχολική ηλικία	15
1.1. Η αναπτυξιακή φάση της νηπιακής ηλικίας.....	15
1.2. Ψυχολογικές και κοινωνιολογικές θεωρίες μάθησης-προσαρμογής.....	19
1.3. Γνωστικές θεωρίες ανάπτυξης	21
1.3.1. Θεωρίες του Sigmund Freud.....	21
1.3.2. Θεωρίες του Erik Erikson	23
1.3.3. Θεωρίες και απόψεις του Jean Piaget	25
1.4. Τα ευρήματα των νευροεπιστημών για την ανάπτυξη του εγκεφάλου	28
Κεφάλαιο 2ο : Η σημασία των πρωταρχικών σχέσεων.....	33
2.1. Η έννοια της «Προσκόλλησης»	33
2.2. Η διαδικασία του αποχωρισμού-εξατομίκευσης.....	36
2.3. Άγχος αποχωρισμού στη νηπιακή ηλικία.....	37
2.4. «Γονεϊκότητα» (Parenting).....	40
Κεφάλαιο 3ο : Προβλήματα Συμπεριφοράς, Διαταραχές του Συναισθήματος και της Συμπεριφοράς ή Δυσκολίες στην Προσαρμογή.....	46
3.2. Ψυχική υγεία παιδιών νηπιακής ηλικίας	48

3.3. Διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς ή Προβληματική συμπεριφορά;	49
3.3.1. Ορισμός προβληματικής συμπεριφοράς.....	51
3.3.2. Συχνότητα προβλημάτων συμπεριφοράς	56
3.4. Αγχώδεις διαταραχές.....	56
3.4.1. Σχολική φοβία.....	57
3.4.2. Κοινωνική φοβία.....	57
3.4.3. Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ).....	58
3.4.4. Κατάθλιψη	58
3.5. Σύνδρομο Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ).....	59
3.6. Κατηγοριοποίηση προβλημάτων συμπεριφοράς σύμφωνα με το DSM και το ICD (κλινική προσέγγιση).....	60
3.7. Σύστημα Achenbach	62
3.8. Ερωτηματολόγιο Δια-προσωπικής και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής.....	64
3.8.1. Ενδροπροσωπική προσαρμογή.....	65
3.8.2. Δια-προσωπική προσαρμογή.....	68
3.8.3. Ενδοπροσωπική και Διαπροσωπική Νοημοσύνη.....	70
Κεφάλαιο 4ο: Προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου εμφάνισης προβληματικής συμπεριφοράς.....	75
4.1. Δυσμενείς εμπειρίες στην πρώιμη ηλικία (ACEs) και τοξικό στρες	75
4.2. Προστατευτικοί παράγοντες σύμφωνα με Το Ινστιτούτο Υγείας και Ανάπτυξης παιδιών του Κονέκτικατ (Child Health and Development Institute of Connecticut.Center for the Study of Social Policy- CSSP)	76
4.3. Πολυπλοκότητα αιτιολογικών θεωριών	80
4.2. Γενετικοί, βιολογικοί παράγοντες	82
4.2.1 Ιδιοσυγκρασία, αντιδραστικότητα και αυτορρύθμιση.....	83
4.4. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	91
4.3.1. Οικογενειακό περιβάλλον.....	92
4.3.2. Πολιτισμικοί-κοινωνικοί παράγοντες.....	97

4.3.3. Σχολικοί παράγοντες.....	98
Κεφάλαιο 5^ο : Προγράμματα Πρώιμης Παρέμβασης.....	100
5.1. Πρόληψη και πρώιμες παρεμβάσεις	100
5.2. Βασικές αρχές προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης.....	103
5.3. Προγράμματα πρώιμης παρέμβασης.....	104
5.4. Προγράμματα πρώιμης παρέμβασης στον ελλαδικό χώρο.	112
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	117
Κεφάλαιο 6ο: Μεθοδολογία	117
6.1. Σκοπός.....	117
6.2. Ερευνητικές υποθέσεις.....	117
6.4. Μέθοδος	118
6.5. Διαδικασία.....	118
6.6 Ερευνητικό εργαλείο	119
6.7. Προετοιμασία - Υπολογισμός	121
Κεφάλαιο 7ο : Αποτελέσματα	122
7.1. Δημογραφικά Στοιχεία	122
7.1.1. Δημογραφικά Παιδιών.....	122
7.1.2. Δημογραφικά Γονέων.....	124
7.1.3. Δημογραφικά Εκπαιδευτικών.....	126
7.2. Έλεγχος κανονικότητας δείγματος.....	129
7.3. Διαγνώσεις συνδρόμων προσαρμογής	130
7.4. Διαφοροποιήσεις Συνδρόμων ανα Φύλο.....	133
7.5. Διαφοροποιήσεις Συνδρόμων ανά γονέα - εκπαιδευτικό.....	137
7.6. Συσχετίσεις Συνδρόμων.	141
7.7. Παλινδρομήσεις Συνδρόμων.....	143
7.7.1. Εξάρτηση: Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός.....	144
7.7.2. Εξάρτηση: Μοναχικότητα – Βραδυψυχισμός	145
7.6.3. Εξάρτηση: Ψυχοσωματικές Διαταραχές	146

7.6.4. Εξάρτηση: Επιθετικότητα.....	147
7.6.5. Εξάρτηση: Παραβατικότητα.....	148
7.6.6. Εξάρτηση: Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκιν., ανωριμότητα κ.α).....	149
Κεφάλαιο 8^ο: Συμπεράσματα.....	150
8.1. Συζήτηση επί των αποτελεσμάτων.....	150
8.2. Περιορισμοί έρευνας.....	158
8.3. Προτάσεις.....	160
Βιβλιογραφία.....	162
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	clxxvii
Ερωτηματολόγιο.....	clxxvii

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1: Κατανομή Φύλου ανά έτος γέννησης	118
Πίνακας 2: Έλεγχος Κανονικής Κατανομής Kolmogorov- Smirnov	129
Πίνακας 3: Έλεγχος Αξιοπιστίας δείγματος Cronbach's Alpha	129
Πίνακας 4: Διαγνώσεις συνδρόμων προσαρμογής και βαθμός σοβαρότητας.....	130
Πίνακας 5: Στατιστικά Μέτρα Συνδρόμων ανά φύλο	133
Πίνακας 6: Έλεγχος t για την ισότητα των Μέσων τιμών	134
Πίνακας 7: Στατιστικά Μέτρα Συνδρόμων ανά γονέα - εκπαιδευτικό.....	137
Πίνακας 8: Έλεγχος t για την ισότητα των Μέσων τιμών	138
Πίνακας 9: Συσχετίσεις.....	141
Πίνακας 10: Σύνοψη Μοντέλου.....	144
Πίνακας 11: Συντελεστές ^a	144
Πίνακας 12: Σύνοψη Μοντέλου.....	145
Πίνακας 13: Συντελεστές ^a	145
Πίνακας 14: Σύνοψη Μοντέλου.....	146
Πίνακας 15: Συντελεστές ^a	146
Πίνακας 16: Σύνοψη Μοντέλου.....	147
Πίνακας 17: Συντελεστές ^a	147
Πίνακας 18: Σύνοψη Μοντέλου.....	148
Πίνακας 19: Συντελεστές ^a	148
Πίνακας 20: Σύνοψη Μοντέλου.....	149
Πίνακας 21: Συντελεστές ^a	149

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1: Φύλο Παιδιού	122
Γράφημα 2: Έτος γέννησης παιδιού	122
Γράφημα 3: Φοιτά σε νηπιαγωγείο, παιδικό σταθμό ή τίποτα από τα δύο.....	123
Γράφημα 4: Στοιχεία Αξιολογητή	123
Γράφημα 5: Έτη Γέννησης γονέων.....	124
Γράφημα 6: Οικογενειακή κατάσταση γονέων.....	124
Γράφημα 7: Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων	125
Γράφημα 8: Εργασία γονέων	125
Γράφημα 9: Φύλο Εκπαιδευτικού.....	126
Γράφημα 10: Έτος γέννησης εκπαιδευτικών	126
Γράφημα 11: Ειδικότητα εκπαιδευτικού	127
Γράφημα 12: Εργασία εκπαιδευτικού.....	127
Γράφημα 13: Ώρες εκπαιδευτικού με το παιδί ανά ημέρα	128
Γράφημα 14: Μήνες γνωριμίας με το παιδί.....	128
Γράφημα 15: Κατανομή αποτελεσμάτων σε σοβαρότητα προβλήματος (Σύνδρομα Ενδοπροσωπικής Προσαρμογής).....	131
Γράφημα 16: Κατανομή αποτελεσμάτων σε σοβαρότητα προβλήματος (Σύνδρομα Διαπροσωπικής Προσαρμογής)	131
Γράφημα 17: Κατανομή αποτελεσμάτων σε σοβαρότητα προβλήματος (Αταξινόμητα Σύνδρομα).....	132
Γράφημα 18: Κατανομή συνολικών αποτελεσμάτων σε σοβαρότητα προβλήματος	132
Γράφημα 19: Σχηματική αναπαράσταση διαφοροποιήσεων ανά φύλο.....	136
Γράφημα 20: Σχηματική αναπαράσταση στ. σημαντικών διαφοροποιήσεων γονέα - εκπαιδευτικού	140

Περίληψη

Λέξεις κλειδιά: Ενδοπροσωπική - Διαπροσωπική προσαρμογή, ψυχική υγεία, γονεϊκότητα, προσκόλληση, προβληματική συμπεριφορά, ιδιοσυγκρασία, πρώιμη παρέμβαση

Στην παρούσα διπλωματική εργασία διερευνώνται τα προβλήματα ενδο-προσωπικής και διαπροσωπικής προσαρμογής και η ψυχική υγεία παιδιών νηπιακής ηλικίας. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ). Το δείγμα αποτέλεσαν 239 παιδιά ηλικίας 2 έως 6 ετών και συμπληρώθηκαν 128 ερωτηματολόγια από γονείς και 111 από εκπαιδευτικούς. Στο θεωρητικό μέρος της εργασίας, αρχικά παρατίθενται βασικές ψυχολογικές, κοινωνιολογικές και γνωστικές θεωρίες μάθησης και προσαρμογής (Freud, Erickson, Piaget), μέσα από τις οποίες απεικονίζονται τα στάδια ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού μέχρι και τη νηπιακή ηλικία. Η μελέτη επικεντρώνεται στη συνέχεια στην καθοριστική σημασία των πρωταρχικών σχέσεων (παιδιού-γονέα/φροντιστή), της έννοιας της γονεϊκότητας, των ασφαλών δεσμών προσκόλλησης και άλλων προστατευτικών παραγόντων σε αντιδιαστολή με τις δυσμενείς εμπειρίες στην πρώιμη ηλικία (ACEs), το τοξικό άγχος και άλλους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης προβληματικής συμπεριφοράς. Παράλληλα, αναλύεται η έννοια της προβληματικής συμπεριφοράς σύμφωνα με τις διάφορες κατηγοριοποιήσεις οργανισμών και ερευνητών και αποδομείται η έννοια της ενδο-προσωπικής και διαπροσωπικής προσαρμογής και νοημοσύνης. Στη συνέχεια, εξετάζεται η πολυπλοκότητα των αιτιολογικών θεωριών και οι γενετικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες εμφάνισης προβληματικής συμπεριφοράς, καθώς και η επίδραση της ιδιοσυγκρασίας, της αντιδραστικότητας και της αυτορρύθμισης σε αυτήν. Ολοκληρώνοντας το βιβλιογραφικό μέρος, τονίζεται η σημασία της πρώιμης παρέμβασης και αναφέρονται ενδεικτικά κάποια προγράμματα. Από την έρευνα βρέθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών 64,9% παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς σε μικρό ή μεγάλο βαθμό και τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα προβληματικής συμπεριφοράς. Ειδικότερα η μεγαλύτερη διαφορά στα αγόρια παρατηρήθηκε στην όψη της διαπροσωπικής προσαρμογής στα σύνδρομα «Επιθετικότητα» και «Παραβατικότητα» καθώς και στα «Αταξινόμητα σύνδρομα» που περιλαμβάνουν συμπτώματα Υπερκινητικότητας και Ανωριμότητας. Σε συγκριτική ανάλυση των απαντήσεων γονέων και εκπαιδευτικών,

οι πρώτοι φάνηκε να εντοπίζουν συνολικά περισσότερα προβλήματα προσαρμογής στα παιδιά (συγκεκριμένα στα σύνδρομα «Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός», «Παραβατικότητα» και τα «Αταξινόμητα σύνδρομα»), ενώ οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν περισσότερα προβλήματα «Μοναχικότητας-Βραδυψυχισμού» στα παιδιά. Τέλος, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των συνδρόμων γεγονός που επιβεβαιώνει την πολυπλοκότητα των προβληματικών συμπεριφορών και την συννοσηρότητα, αλληλεπίδραση και αλληλοεπικάλυψη των συμπτωμάτων τους.

Abstract

Keywords: Intrapersonal - interpersonal adaptation, mental health, parenthood, attachment, problematic behavior, temperament, early intervention

This diploma thesis explores the problems of intrapersonal and interpersonal adaptation and the mental health in toddlerhood and early childhood. The tool used was the Intra-Personnel and Inter-Personalized Adaptation Questionnaire (EDEP). The sample consisted of 239 children aged 2 to 6 years and 128 questionnaires were filled out by parents and 111 by teachers. In the theoretical part of the thesis, basic psychological, sociological and cognitive theories of learning and adaptation (Freud, Erickson, Piaget) are presented to illustrate the stages of psycho-emotional and social development of the child up to infancy. The study focuses on the crucial importance of primary relationships (child-parent / caregiver), parenting concept, safe attachment bonds and other protective agents as opposed to early-life adverse experiences (ACEs), toxic stress and other risk factors for problematic behavior. At the same time, the concept of problematic behavior is analyzed according to the various categorizations of organizations and researchers and the concept of intrapersonal and interpersonal adaptation and intelligence is degraded. Then, the complexity of causal theories and genetic, environmental factors of problematic behavior, as well as the influence of temperament, reactivity and self-regulation on it are examined. Completing the bibliographic part the importance of early intervention is emphasized and some programs are indicated. The survey found that a large proportion of 64.9% of children have behavioral problems of low or great intensity and boys compared to girls have more symptoms of problematic behavior. In particular, the greatest difference in boys was observed in the aspect of interpersonal adjustment in the syndromes "Aggression" and "Delinquency" as well as in "Unclassified syndromes" that include symptoms of hyperactivity and immaturity. In a comparative analysis of the responses of parents and teachers, the former seemed to identify more adaptation problems in children (in particular at the syndromes "Stress- Moroseness- Compulsive ", "Delinquency" and "Unclassified syndromes"), while teachers reported more problems of "Loneliness-Freezing "in children. Finally, statistically significant correlations were observed between all syndromes, which confirms the complexity of problematic behaviors and coexistence, interaction and overlapping of their symptoms.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1ο : Ανάπτυξη του παιδιού στην προσχολική ηλικία

1.1. Η αναπτυξιακή φάση της νηπιακής ηλικίας

Το παιδί από τη στιγμή που έρχεται στο κόσμο αρχίζει να περνά από διάφορα στάδια, τα οποία το βοηθούν στην μετέπειτα εξέλιξη του. Αρχικά έχουμε το πρώτο στάδιο που είναι το βρεφικό που μέσα από αυτό το παιδί είναι πλήρως εξαρτημένο από την οικογένεια του, επειδή πρέπει να καλύψει τις ανάγκες του. Το αμέσως επόμενο είναι αυτό της προσχολικής –νηπιακής ηλικίας, εδώ το παιδί αρχίζει να μαθαίνει, να καταλαβαίνει αλλά και να εξερευνά τον κόσμο με τον δικό του μοναδικό τρόπο (Cole & Cole, 2001).

Η έναρξη της πρώτης νηπιακής ηλικίας συμπίπτει με την περίοδο της εξάσκησης, (practising sub-phase), κατά Mahler (ηλικία 9-15 μηνών), όπου το παιδί κατακτά την ικανότητα να «περπατά με τα τέσσερα» (να μπουσουλάει, να σκαρφαλώνει, κλπ.). Είναι η φάση όπου το αίσθημα της μαγικής σχεδόν παντοδυναμίας που χαρακτηρίζει το παιδί φτάνει στο ζενίθ, οδηγώντας σε αυτό που η Phyllis Greenacre περιέγραψε ως “ερωτική σχέση του παιδιού με τον κόσμο” (love affair with the world) (Greenberg & Mitchell, 1983. Mahler, Pine & Bergman, 1975) .

Η νηπιακή ή πρώτη παιδική ηλικία χαρακτηρίζεται η περίοδος από τα 2,5 ως τα 6 έτη κατά την οποία τα παιδιά χάνουν τα βρεφικά χαρακτηριστικά τους, δηλαδή ψηλώνουν, λεπταίνουν και μοιάζουν να κινούνται στον κόσμο με μεγαλύτερη σιγουριά και αυτοπεποίθηση από ότι λίγους μήνες νωρίτερα (Βοσνιάδου, 1995). Κατά άλλους ερευνητές η προσχολική - νηπιακή ηλικία καλύπτει το 3ο έως το 5ο ή 6ο έτος της ηλικίας του ανθρώπου στη διάρκεια του οποίου παρατηρούνται αλλαγές σε σωματικό, κινητικό, νοητικό και συναισθηματικό επίπεδο ανάπτυξης (Ιωαννίδης, 1996β. Παρασκευόπουλος, 1985. Slavin, 2006).

Η νηπιακή ηλικία, σε αντίθεση με τη βρεφική, έχει ως αφετηρία της την τάση του νηπίου για αυτάρκεια και αυτονομία. Η ολοκλήρωσή της συντελείται όταν το νήπιο περνά στη σχολική – μαθησιακή φάση. Σχετικά με την συναισθηματική ανάπτυξη, η νηπιακή ηλικία αποκαλείται πολλές φορές «πρώτη εφηβεία» καθώς οι «τάσεις

αυτονομίας» που χαρακτηρίζουν τη νηπιακή ηλικία θυμίζουν εκείνες της εφηβείας. Τα παιδιά αναπτύσσουν την ικανότητα να ρυθμίζουν την δική τους διέγερση σύμφωνα με τις προσδοκίες των γονέων. Εκτός όμως από τις αναδυόμενες ικανότητες, αυτή η αναπτυξιακή περίοδος χαρακτηρίζεται επίσης από αυξήσεις στην εκούσια μη συμμόρφωση των παιδιών. (Scaramella & Leve , 2004).

Το παιδί στην προσπάθειά του να αυτονομηθεί και να χειριστεί τις δεξιότητες που απέκτησε, ξεπερνά πολλές φορές τα όρια. Από τη βρεφική παιδικότητα περνά σε μια απίστευτη ενεργητικότητα έχοντας συχνά εκρήξεις θυμού, ζήλιας, πείσμα, ανυπακοή, μη δικαιολογημένες φοβίες και όλα σε μεγάλο βαθμό. Όλη αυτή η κατάσταση διαταράσσει την ηρεμία του σπιτιού, αλλά δεν αποτελεί λόγο ανησυχίας καθώς σιγά - σιγά υποχωρεί (προς το τέλος της νηπιακής ηλικίας). Το μόνο που χρειάζεται είναι να εφοδιαστούν οι γονείς με υπομονή (Παρασκευόπουλος, 1985. Sroufe, 2000).

Ανταποκρινόμενος στις αναπτυξιακές αλλαγές των παιδιών, ο γονικός ρόλος υφίσταται επίσης μετασχηματισμό. Μια πρωταρχική πρόκληση για τους γονείς κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας είναι να εξισορροπηθούν οι απαιτήσεις για τη συμμόρφωση των παιδιών με τις προσπάθειες ενθάρρυνσης της αυτονομίας. (Shaw, Bell, & Gilliom, 2000) Με την απαρχή του περπατήματος, για παράδειγμα, τα παιδιά είναι σε θέση να διερευνήσουν ανεξάρτητα το περιβάλλον τους και επίσης να φτάσουν σε επικίνδυνες και απαγορευμένες περιοχές που μπορεί να τους βλάψουν. Επιπλέον, επειδή τα μικρά παιδιά είναι συχνά ασταθή στο περπάτημα, οι προσπάθειές τους να εξερευνούν συχνά χαρακτηρίζεται από μεγάλο αριθμό πτώσεων και ατυχημάτων. Για να προστατεύσουν το μικρό παιδί τους, οι γονείς πρέπει όλο και περισσότερο να περιορίσουν την κινητικότητα των παιδιών, περιορισμοί για τους οποίους τα παιδιά διαμαρτύρονται συχνά.

Συνεπώς, η μετάβαση από τη βρεφική ηλικία στην παιδική ηλικία (2-3 ετών) φαίνεται να συνδέεται με τη μεγαλύτερη μείωση στην ικανοποίηση των γονέων και την πιο απόλυτη αλλαγή στη γονική μέριμνα. Για πρώτη φορά οι γονείς πρέπει να αρχίσουν να χρησιμοποιούν την πειθαρχία, τον έλεγχο και τον περιορισμό, ενώ διατηρούν τη ζεστασιά και την ευαισθησία από προηγούμενες αναπτυξιακές περιόδους. Όταν οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι και με μια δύσκολη ιδιοσυγκρασία παιδιού, οι

προκλήσεις που σχετίζονται με τη γονική μέριμνα, που είναι εγγενείς σε αυτή την αναπτυξιακή περίοδο, μπορεί να ενταθούν. (Scaramella & Leve, 2004).

Έτσι η νηπιακή ηλικία, από πλευράς ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης, είναι μια εποχή δραματικών αλλαγών όσον αφορά τη λειτουργικότητα των παιδιών, πολλές των οποίων συνεπάγονται μόνιμες δομικού χαρακτήρα εσωτερικεύσεις (Aber & Baker, 1990. Lieberman, 1994. Mahler et al., 1975. Shimm & Ballen, 1995), αλλά και αλλαγές στη σχέση τους με τους γονείς. Το παιδί πλέον περπατάει και αρχίζει να μιλάει, δοκιμάζει τις δυνατότητες και τα όρια του.

Οι Κάκουρος και Μανιαδάκη (2006) προσθέτουν ότι κατά την περίοδο της νηπιακής ηλικίας οι ραγδαίες αλλαγές που γίνονται σε όλους τους τομείς ανάπτυξης του παιδιού οδηγούν στην εμφάνιση πολλών και νέων μορφών συμπεριφοράς. Την παθητικότητα του βρέφους αντικαθιστά η ενεργητικότητα και η έντονη δραστηριότητα του νηπίου. Παράλληλα παρατηρείται ανάπτυξη στον κινητικό, γνωστικό και γλωσσικό τομέα η οποία του δίνει τη δυνατότητα ελέγχου του περιβάλλοντός του και επιβολής της θέλησής του μέσα από τη διεκδίκηση της αυτονομίας και της αυτάρκειάς του.

Στον γνωστικό τομέα παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές καθώς εμφανίζεται η συμβολική λειτουργία και η χρήση της γλώσσας. Το παιδί δεν περιορίζεται στις αντανακλαστικές κινήσεις αλλά αρχίζει να παράγει εσωτερικά σύμβολα τα οποία αντιπροσωπεύουν εξωτερικά αντικείμενα και διαμορφώνει σχέσεις ανάμεσα τους. Είναι η περίοδος που δύο στις τρεις προτάσεις του παιδιού ξεκινούν με το «πώς» και το «γιατί». Η σκέψη του γεννά απορίες και αναζητά απαντήσεις οι οποίες όμως δεν είναι πάντα απόρροια λογικής. Είναι η ηλικία που η σκέψη των παιδιών διακατέχεται από αρκετή φαντασία και εγωκεντρισμό (Sroufe, 2000).

Η Anna Freud (1978: 731), έχοντας την πεποίθησή ότι η νηπιακή περίοδος είναι καίρια για την ανάπτυξη του παιδιού, παρατηρεί ότι: *«το δεύτερο έτος ζωής, θεωρείται πολύ σημαντικό για το πέρασμα του παιδιού από την πρωτογενή στη δευτερογενή λειτουργία, την εγκαθίδρυση του ταΐσματος και των συνηθειών του ύπνου, την απόκτηση των βασικών στοιχείων της ανάπτυξης του Υπερεγώ και του ελέγχου της ενόρμησης, την εγκαθίδρυση αντικειμενότροπων δεσμών με συνομήλικους»*. Ειδικά η πρώτη νηπιακή ηλικία (μεταξύ ενός και τριών ετών) περιγράφεται και ως “τα τρομερά δίχρονα”

(terrible twos), την οποία οι γονείς βιώνουν ως εξαιρετικά πιεστική και με μεγάλη ένταση, λόγω της ολοένα αυξανόμενης διεκδίκησης της αυτονομίας των νηπίων, αλλά και του έντονου αρνητισμού που συχνά χαρακτηρίζει τη συμπεριφορά τους (Aber & Baker, 1990. Lieberman, 1994).

Όσον αφορά στον κοινωνικό τομέα αναφέρεται ότι στην ηλικία αυτή τα νήπια είναι σε θέση να αποκτούν τις απαραίτητες κοινωνικές δεξιότητες και κανόνες. Στον ευρύτερο κοινωνικό του κύκλο εκτός από τους γονείς – κηδεμόνες του εισέρχονται και άλλοι ενήλικες, αλλά οι συνομήλικοί του (Slavin, 2006). Οι συνομήλικοί του αρχίζουν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή του καθώς αλληλοεπιδρά μαζί τους με διαφορετικό τρόπο από ότι με τους ενήλικες. Κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού το νήπιο θα αναγκαστεί να υποχωρήσει και να συνεργαστεί με τα άλλα παιδιά προκειμένου να λυθεί η μεταξύ τους διαφορά και να συνεχιστεί το παιχνίδι. Μέσα από τις συγκρούσεις ανάμεσα στα παιδιά της ίδιας ηλικίας το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά των άλλων δίνοντάς του την ευκαιρία να αντιληφθεί τη διαφορετικότητά του. Έτσι είναι δυνατόν να ξεπεράσουν τον εγωκεντρισμό τους τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας μιας και οι συγκρούσεις αυτές τα οδηγούν στο να αντιληφθούν τα συναισθήματα των άλλων (Slavin, 2006). Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) κατά τη νηπιακή ηλικία το παιδί έχει την ευκαιρία μέσω του παιχνιδιού να μάθει τους βασικούς κανόνες της κοινωνικής ζωής. Παράλληλα αρχίζει να επικοινωνεί με τους συνομηλικούς του και να εντάσσεται σε ομάδες μαζί τους, όπως στην περίπτωση του νηπιαγωγείου.

Μια ακόμα ιδιαίτερη πτυχή που αφορά στην ανάπτυξη του νηπίου στον κοινωνικό τομέα είναι η βελτίωση της προ-κοινωνικής του συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τον Slavin (2006) ως προκοινωνικές συμπεριφορές ορίζονται οι ενέργειες σεβασμού και φροντίδας του νηπίου προς τους άλλους έπειτα από τη δική του πρωτοβουλία. Αυτές είναι η φροντίδα, το μοίρασμα, η παρηγοριά και η συνεργασία. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη της προκοινωνικής συμπεριφοράς είναι η επιβράβευση από τους γονείς κάθε θετικής συμπεριφοράς του και η ανταπόκριση των γονέων στις ανάγκες του παιδιού. Το νήπιο αρέσκεται να συμμετέχει σε διάφορες κοινωνικές ασχολίες αλλά ταυτόχρονα επιδιώκει την αυτονομία του μέσα σε αυτές. Παράλληλα χαρακτηρίζεται από έλλειψη υπομονής με αποτέλεσμα να θυμώνει εύκολα και να ξεσπά όταν δεν γίνεται αυτό που θέλει. Στο τρίτο έτος της ηλικίας του παρατηρείται ο

έντονος αρνητισμός μέσω του οποίου προσπαθεί να διαφοροποιήσει τον εαυτό του από τους άλλους, να επιβεβαιώσει το «εγώ» του και να πάρει θέση στα πράγματα (Ιωαννίδης, 1996β). Βέβαια στα επόμενα ηλικιακά στάδια αυτός εξομαλύνεται, ενώ σε αντίθετη περίπτωση εξετάζεται ως προβληματική συμπεριφορά.

Η προσχολική ηλικία, είναι πολύ σημαντική για τη γνωστική, γλωσσική, την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη και εξέλιξη του παιδιού. Τα παιδιά, που μπαίνοντας στο παιδικό σταθμό είναι σε θέση να αλληλοεπιδρούν αποτελεσματικά με συνομηλίκους και παιδαγωγούς, να τηρούν τους κανόνες, να συμμετέχουν στις δραστηριότητες της τάξης και να αντιλαμβάνονται τις απαιτήσεις και τα συναισθήματα των άλλων, έχουν περισσότερες πιθανότητες για ομαλή προσαρμογή και επιτυχία στο σχολείο. (Αθανασίου & Νιτσίου, 2012).

1.2. Ψυχολογικές και κοινωνιολογικές θεωρίες μάθησης-προσαρμογής

Η συγκρότηση της προσωπικότητας και η ολοκλήρωση της κοινωνικοποίησης του παιδιού πραγματοποιείται μέσα από τις διαδικασίες μάθησης στην οικογένεια και έπειτα στο σχολείο, οι οποίες ερμηνεύονται κυρίως από τις ψυχοκοινωνιολογικές θεωρίες. Οι αλληλοσυμπληρούμενες ψυχολογικές και κοινωνιολογικές θεωρίες μάθησης συνθέτουν τις ψυχοκοινωνιολογικές ερμηνείες κοινωνικοποίησης του ατόμου, εφόσον αυτό αποτελεί τόσο ψυχολογικό όσο και κοινωνιολογικό όν. Έτσι οι ψυχολογικές θεωρίες μάθησης ερμηνεύουν το φαινόμενο της κοινωνικοποίησης με «κοινωνιολογίζουσα διάσταση», ενώ οι κοινωνιολογικές θεωρίες με «ψυχολογίζουσα διάσταση».

Σημαντικότερες «κοινωνιολογίζουσες» ψυχολογικές θεωρίες και βασικότεροι εκπρόσωποί τους είναι:

1) Οι θεωρίες της συμπεριφοράς

Μάθηση-κοινωνικοποίηση μέσω ερεθίσματος. (Pawlow:Μάθηση-Κοινωνικοποίηση με υποκατάσταση του ερεθίσματος. Thorndike:Μάθηση-Κοιν/ση με δοκιμή-πλάνη Watson:Μάθηση-Κοιν/ση με εμπειρίες-συνθήκες ζωής. Ερέθισμα-Αντίδραση. Skinner: Μάθηση-Κοιν/ση με ενίσχυση-ενισχυτές.

Bandura: Μάθηση- Κοινωνική με μίμηση προτύπων. Ερέθισμα-Οργανισμός-Αντίδραση με μεσολάβηση γνωστικών διαδικασιών)

- 2) Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες
(Freud: Κοινωνικοποίηση μέσω ικανοποίησης της Libido. Ηθικότητα, Ένστικτο, Συνείδηση και Κοινωνία)
- 3) Οι θεωρίες ψυχοσωματικής ανάπτυξης
(Piaget: στάδια ανάπτυξης, ευφυΐα, βιολογική ανάπτυξη-προσαρμογή στο περιβάλλον)
- 4) Οι θεωρίες της ψυχο-οικολογίας
Η κοινωνικοποίηση εξαρτάται από το χώρο ζωής του περιβάλλοντος-οικοσύστημα στο οποίο ζει το άτομο (Bronfenbrenner, Lewin)

Αντίστοιχα οι κυριότερες «ψυχολογίζουσες» κοινωνιολογικές θεωρίες και βασικότεροι εκπρόσωποί τους είναι:

- 1) Η θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης
Η απελευθέρωση από τον κοινωνικό εγκλωβισμό πραγματοποιείται μέσω αμοιβαίας επικοινωνίας με γλωσσικά-μη γλωσσικά σύμβολα που συνεπάγεται εσωτερίκευση κόνων και αξιών. (G.Mead)
- 2) Η συστημική θεωρία
Κοινωνικοποίηση μέσω αμοιβαίας συνεργασίας οργανισμικού, ψυχικού, κοινωνικού συστήματος με στόχο την εσωτερίκευση κανόνων και τη μετάβαση από ένα σύστημα κατώτερου επιπέδου π.χ.οικογένεια, σε ένα σύστημα ανώτερου επιπέδου π.χ.σχολείο. (Parson)
- 3) Η κοινωνικο-δομική θεωρία
Κοινωνικοποίηση μέσω ιδεωδών συνθηκών γλωσσικής έκφρασης που όμως απαιτούν ιδεώδεις συνθήκες ζωής. Ο ταξικός διαχωρισμός επιφέρει άνισες δυνατότητες εκπαίδευσης και κοινωνικοποίησης του ατόμου . Μαρξιστικές και Δυτικο-κοινωνιολογικές απόψεις. (Habermans)
(Τσιπλιτάρης, 2001)

Στην παρούσα εργασία θα γίνουν αναλυτικές αναφορές όσον αφορά το γνωστικό, ηθικό, συναισθηματικό αλλά και κοινωνικό κομμάτι της ανάπτυξης του παιδιού και θα

διατυπωθούν οι βασικότερες θεωρίες και απόψεις σπουδαίων ψυχαναλυτών και ψυχολόγων όπως ο Sigmund Freud, ο Erik Erikson και ο Jean Piaget.

1.3. Γνωστικές θεωρίες ανάπτυξης

1.3.1. Θεωρίες του Sigmund Freud

Συμφώνα με τον Sigmund Freud η πορεία του ατόμου ορίζεται από μια συνεχή προσπάθεια να βρει αποδεκτούς τρόπους για να ικανοποιήσει την libido του (ικανοποίηση βιολογικών ορμών και ιδιαίτερα της ορμής για ηδονή) και να παλεύει να εξισορροπήσει τις εσωτερικές παρορμήσεις και τις απαιτήσεις της κοινωνικής πραγματικότητας. Για τα παιδιά όμως ο βαθμός αλλά και το είδος της ικανοποίησης εξαρτάται κυρίως από την αλληλεπίδραση που υπάρχει με τους γονείς.

Ο Freud χωρίζει τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού και της προσωπικότητάς του (στις ηλικίες 3-6) ως:

- το πρωκτικό στάδιο (2ο και 3ο έτος ηλικίας) : Το παιδί σε αυτό το στάδιο πρέπει να αποκτήσει τον έλεγχο των σφικτήρων και ο πρωκτός αποτελεί την εστία της ψυχικής έντασης και ικανοποίησης. Στο συγκεκριμένο στάδιο έχουμε να κάνουμε με την αυτονομία και τον αρνητισμό του παιδιού. Υπάρχει ικανοποίηση από την αποβολή και την κατακράτηση κοπράνων, αλλά και συμμόρφωση με τους κοινωνικούς κανόνες ως προς την εκπαίδευση στη χρήση της τουαλέτας (Feldman, 2001. Giddens, 2002).
- το φαλλικό στάδιο (3ο έως 7ο έτος ηλικίας): Σε αυτό το στάδιο το παιδί αρχίζει να ενδιαφέρεται για τα γεννητικά του όργανα και να τα διαφοροποιεί σε σχέση με το φύλο, καθώς επίσης συνειδητοποιεί και την αγάπη του προς στους γονείς του. Η αγάπη του παιδιού σε αυτή τη φάση δεν αναπτύσσεται με τον ίδιο τρόπο, αντίθετα αυτή δημιουργείται με μια βαθμιαία αυξανόμενη στοργή και προσκόλληση προς το γονέα του αντίθετου φύλου. Ο Freud εδώ αναφέρει δυο συμπλέγματα, το Οιδιπόδειο σύμπλεγμα για το αγόρι, όπου ο πατέρας του γίνεται αντίζηλος στην αγάπη της μητέρας, ενώ ταυτόχρονα βιώνει έντονα συναισθήματα ενοχής και φόβου για τις αιμομικτικές του διαθέσεις. Αυτό το σύμπλεγμα δημιουργεί στο αγόρι την υπέρμετρη αγάπη προς τη μητέρα και απορρίπτει τον πατέρα. Το σύμπλεγμα αυτό ξεπερνιέται όταν το παιδί απωθεί τόσο την ερωτική του πρόσδεση προς τη μάνα του όσο και τον ανταγωνισμό

προς τον πατέρα του. Για το άλλο φύλο υπάρχει το αντίστοιχο σύμπλεγμα που ονομάζεται της Ηλέκτρας. Εδώ το κορίτσι προσκολλά στον πατέρα και θεωρεί αντίζηλο την ίδια της τη μητέρα. Επιλέγει τον πατέρα ως αντικείμενο αγάπης και δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα προς τη μητέρα της (Feldman, 2001. Giddens, 2002).

Όσον αφορά τις ψυχικές δυναμικές του ατόμου καθώς και τα κίνητρα τα οποία επηρεάζουν την συμπεριφορά του ανθρώπου, ο Freud δίνει ιδιαίτερη σημασία στο ρόλο των ασυνείδητων κινήτρων ως αιτία της ανθρώπινης συμπεριφοράς, καθώς επίσης και για το πώς λειτουργούν τα συναισθήματα. Γι' αυτό το λόγο ο Freud πρότεινε ένα μοντέλο που μέσα από αυτό θα μπορούσε να σκιαγραφήσει την ανθρώπινη προσωπικότητα και το διαχώρισε σε τρία στοιχεία: το Εκείνο, το Εγώ και το Υπερεγώ (Es, Ich, Ueber-Ich). Το Εκείνο μιλάει για το πρωτόγονο στοιχείο της προσωπικότητας και που είναι παρόν από τη στιγμή της γέννησης. Αντιπροσωπεύει ένστικτα που σχετίζονται με την επιθετικότητα και τις παράλογες παρορμήσεις και λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή της ηδονής. Το Εγώ αποτελεί το ορθολογικό στοιχείο της προσωπικότητας και λειτουργεί με βάση την αρχή της πραγματικότητας και προσφέρει την ενσωμάτωση του ατόμου στην κοινωνία. Τέλος, το Υπερεγώ περιλαμβάνει τη βασική διάκριση ανάμεσα στο σωστό και το λάθος. Η ανάπτυξη του Υπερεγώ αρχίζει στην ηλικία των 5-6 και ενισχύεται από τους γονείς, τους δασκάλους καθώς και αλλά πρόσωπα στο περιβάλλον του παιδιού (Feldman, 2011).

Ταυτόχρονα, στα 5-6 έτη, που αρχίζει η αλληλεπίδραση των τριών στοιχείων της προσωπικότητας που είναι το Εκείνο, το Εγώ και το Υπερεγώ, ξεκινούν και οι βασικές διεργασίες της δημιουργίας της ηθικής. Η ηθική παρουσιάζεται ως ένα συναίσθημα ενοχής. Το παιδί υφίσταται απαγορεύσεις, τιμωρίες και ενοχές και αυτό έχει ως απόρροια να αναπτύξει το συναίσθημα ενοχής σε διάφορες απαγορευμένες πράξεις. (Cole, 2001).

Επιπρόσθετα, ο Freud μιλάει για την ταύτιση και την μίμηση που αποτελούν μέρος της θεωρίας κοινωνικής μάθησης. Αυτή η θεωρία δίνει σημασία στις εξωτερικές αλλά και κοινωνικές επιδράσεις στο παιδί. Σχετικά με την ταύτιση υπάρχει μια διεργασία και προωθείται από ενστικτώδεις επιθυμίες και ισχυρά συναισθήματα. Εδώ τα παιδιά είναι παγιδευμένα σε κρυφές συγκρούσεις μεταξύ των φόβων και των επιθυμιών τους. Η ταύτιση λειτουργεί ως ένα μέσο για να λύσουν τις συγκρούσεις αυτές (Cole, 2001).

Βέβαια, υπάρχουν και θεωρητικοί της κοινωνικής μάθησης, οι οποίοι έχουν μια αρκετά διαφορετική άποψη για το πώς υιοθετούν τα παιδιά ενήλικους ρόλους. Αναφέρουν πως η ταύτιση δεν προωθείται από εσωτερικές συγκρούσεις, αλλά είναι απλώς θέμα παρατήρησης και μίμησης. Τα παιδιά παρατηρούν ότι η αρσενική αλλά και θηλυκή συμπεριφορά διαφέρουν. Από αυτή την παρατήρηση τα παιδιά δημιουργούν υποθέσεις σχετικά με την κατάλληλη αρσενική και θηλυκή συμπεριφορά. Επίσης μαθαίνουν ότι οι ενήλικες ανταμείβουν τα αγόρια και τα κορίτσια για διαφορετικά είδη συμπεριφοράς και έτσι διαλέγουν να επιδίδονται σε συμπεριφορές κατάλληλες για το φύλο τους, οι οποίες θα οδηγήσουν σε ανταμοιβές (Cole, 2001).

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τις θεωρίες ψυχανάλυσης του Freud, η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη που πραγματοποιείται στα παιδιά διέρχεται από μια σειρά σταδίων, στα οποία η ευχαρίστηση ή η ικανοποίηση των αναγκών ή των επιθυμιών εστιάζεται σε μια συγκεκριμένη βιολογική λειτουργία και περιοχή του σώματος (Feldman, 2011).

1.3.2. Θεωρίες του Erik Erikson

Ο ψυχαναλυτής Erik Erikson (1950) ανέπτυξε μια ψυχοκοινωνική / ψυχοσεξουαλική θεωρία για την ανάπτυξη της προσωπικότητας, υποστηρίζοντας ότι το Εγώ εξελίσσεται και διαφοροποιείται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, υπογραμμίζοντας και την επιρροή που ασκεί σε αυτό το κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον. Η ανάπτυξη του Εγώ εξαρτάται από την επίτευξη των αναπτυξιακών στόχων και την αντιμετώπιση των αναπτυξιακών κρίσεων, που συνδέονται με κάθε ένα από τα οχτώ στάδια ή τις οχτώ αναπτυξιακές κρίσεις, του Εγώ (Brandell, 2013).

Οι οχτώ αναπτυξιακές κρίσεις του Εγώ κατά Erickson είναι οι εξής:

1. Εμπιστοσύνη – δυσπιστία (κατά τη βρεφική ηλικία),
2. Αυτονομία – αμφιβολία (από το 2ο έως το 3ο έτος της ηλικίας),
3. Πρωτοβουλία –ενοχή (από το 3 έως το 6ο έτος),
4. Φιλοπονία –κατωτερότητα (από το 6ο έως το 11ο έτος),
5. Ταυτότητα– σύγχυση ρόλων (από το 12ο έως το 20ο έτος),
6. Οικειότητα – απομόνωση (καλύπτει τη νεανική ηλικία, οπότε και την απόκτηση επαγγελματικής αποκατάστασης και τη δημιουργία οικογένειας),

7. Πανανθρώπινο ενδιαφέρον – αυτοαπορρόφηση, (κατά την ώριμη μέση ηλικία) και
8. Καταξίωση –απόγνωση (όταν πλέον το άτομο βρίσκεται εκτός ενεργού δράσης).

Στο ηλικιακό φάσμα 2-6 που επικεντρώνεται η συγκεκριμένη εργασία, ο Erikson αναφέρει δυο από τα οχτώ στάδια, το ένα κάνει λόγο για την αυτονομία του παιδιού σε αντιδιαστολή με την ντροπή και την αμφιβολία σε ηλικία 2 έως 3 έτη , ενώ το δεύτερο μιλά για την πρωτοβουλία σε αντιδιαστολή με την ενοχή σε ηλικία από 3 έως 6 έτη (Feldman, 2011) .

Ο ίδιος υποστήριξε ότι, σε ένα τέτοιο αναπτυξιακό σχήμα, τα πιο πρώιμα στάδια της ανάπτυξης είναι πιο ευάλωτα στις περιβαλλοντικές επιδράσεις από ότι είναι τα επόμενα.

Με τη βρεφική και την πρώτη νηπιακή ηλικία συμπίπτουν οι δυο πρώτες αναπτυξιακές κρίσεις: 1. εμπιστοσύνη – δυσπιστία, όπου το βρέφος μέσα από τη σχέση του με τον σημαντικό Άλλο, θα αναπτύξει το αίσθημα της βασικής εμπιστοσύνης και της ασφάλειας ή το αίσθημα της δυσπιστίας απέναντι στους άλλους και 2. αυτονομία – αμφιβολία, όπου μέσα από τη σωματική, κινητική αλλά και διανοητική ανάπτυξη και τη στάση που θα κρατούν οι γονείς απέναντι σε αυτό, το παιδί αναπτύσσει το αίσθημα ότι ασκεί έλεγχο απέναντι στον εαυτό του και στο περιβάλλον του ή αναπτύσσει το αίσθημα της ντροπής και της αμφιβολίας (Erickson, 1975).

Στο πρώτο στάδιο η διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού επιτυγχάνεται, όταν μαθαίνει την σημασία του αυτό-ελέγχου, δηλαδή να μάθει να στηρίζεται σιγά – σιγά στα πόδια του. Τα παιδιά θα πρέπει να διατηρούν μια αίσθηση εμπιστοσύνης, για να βελτιώσουν την αυτοπεποίθησή τους, ενώ παράλληλα οι γονείς αλλά και οι νηπιαγωγοί θα πρέπει να θέσουν περιορισμούς με λογικό τρόπο, χωρίς ταπεινωτικές τιμωρίες, που θα βοηθήσουν τα μικρά παιδιά να αναπτύξουν τον αυτό-έλεγχο και άλλες δεξιότητες χωρίς να χάσουν την αυτοεκτίμησή τους. Τα παιδιά 2-3 ετών έχουν την ικανότητα να επιτύχουν αρκετό συναισθηματικό και σωματικό αυτοέλεγχο, όμως σημαντικό ρόλο παίζει ο γονιός και ο εκπαιδευτικός οι οποίοι πρέπει να χρησιμοποιούν μια καλή συμπεριφορά ώστε να λειτουργούν ως άξια μοντέλα μίμησης για το παιδί(Feldman, 2011).

Εν συνεχεία, το τρίτο στάδιο, αναφέρεται στην πρωτοβουλία σε αντιδιαστολή με την ενοχή. Εδώ τα παιδιά έχουν την δυνατότητα να εκφράζουν αλλά και να εμφανίζουν μια

ελευθερία κινήσεων, καλύτερη χρήση της γλώσσας καθώς και πιο ανεπτυγμένη φαντασία. Στο προσκήνιο εμφανίζεται μια αίσθηση πρωτοβουλίας που θα αποτελέσει την βάση για την πραγματοποίηση των στόχων. Ο Erickson έχει παρατηρήσει πως το παιδί της προσχολικής ηλικίας έχει πιο ζωντανή φαντασία, είναι πιο κινητικό και έχει πολύ καλύτερη αντίληψη της γλώσσας. Σε όλο αυτό σημαντικό ρόλο παίζουν και οι εκπαιδευτικοί, γιατί έχουν την ευθύνη των παιδιών καθώς θα πρέπει να ετοιμάσουν ένα αναπτυξιακά κατάλληλο περιβάλλον που να ταιριάζει με την νοητική τους ανάπτυξη. Για την αντιμετώπιση της συμπεριφοράς των παιδιών αυτών είναι καλό οι φροντιστές να συμβαδίζουν σύμφωνα με το επίπεδο τους, αλλά ταυτόχρονα να τους παρέχονται και προκλήσεις, γιατί με αυτόν τον τρόπο αναπτύσσουν γνωστική αλλά και ψυχοκοινωνική ικανότητα (Elliot, Kratochwill, Cook & Travers, 2008).

Επιπροσθέτως, τα παιδιά σε ηλικία 2 έως 3 ετών κάνουν τα πρώτα βήματα και για την ηθική ανάπτυξη. Αρχίζουν να αναπτύσσουν την σκέψη, το συναίσθημα, να μαθαίνουν από τους γονείς τους το σωστό και το λάθος, ακόμα και να εντυπωσιάζονται με όσα κάνουν οι γονείς. Έτσι, οι γονείς που μιλούν στα παιδιά τους αποτελούν ένα μοντέλο επιθυμητής ηθικής συμπεριφοράς, ενισχύουν την καλή συμπεριφορά των παιδιών τους και χρησιμοποιούν ήπια μορφή τιμωρίας προσπαθώντας να τους δείξουν μια θετική ηθική κατεύθυνση. (Elliot et al., 2008).

Ηθική ανάπτυξη βέβαια, μπορούμε να δούμε και στην φάση της παιδικής ηλικίας, δηλαδή από 2 έως 6 έτη. Το παιδί έχει την δυνατότητα να αποφασίζει ποιο είναι το σωστό και ποιο το λάθος, καθώς και να παρουσιάζει μια πιο αυξημένη γνωστική ωριμότητα. Μπορεί πιο εύκολα να αλληλεπιδρά με τους γονείς του αλλά και με ανθρώπους που έχουν κάποιο κύρος, όπως ένας εκπαιδευτικός που μπορεί να έχει απαιτήσεις από το παιδί. Όλα αυτά παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή του παιδιού γιατί μέσα από αυτά μαθαίνει να συμπεριφέρεται με σωστό τρόπο (Elliot et al., 2008).

1.3.3.Θεωρίες και απόψεις του Jean Piaget

Ο Jean Piaget ασχολήθηκε με την πορεία που ακολουθεί η νοητική ανάπτυξη στα παιδιά. Μέσα από την έρευνα του, η οποία ως επί το πλείστον στηρίχθηκε στην άμεση παρατήρηση παιδιών, ανέπτυξε τη θεωρία του, με βάση την οποία χώρισε τη νοητική ανάπτυξη σε τέσσερις βασικές περιόδους:

1. Αισθητηριοκινητική περίοδος (sensorimotor) (εκτείνεται από τη γέννηση έως και το 2ο έτος της ηλικίας), κατά την οποία η γνωστική λειτουργία στηρίζεται σε

αισθητηριοκινητικές δραστηριότητες και δεν υπάρχει η ικανότητα εσωτερικής αναπαράστασης του εξωτερικού κόσμου. Το παιδί χρησιμοποιεί τη μίμηση, τη μνήμη και τη σκέψη, ενώ αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι τα αντικείμενα δεν παύουν να υπάρχουν όταν είναι κρυμμένα. Σχηματίζει έτσι την έννοια της «μονιμότητας του αντικειμένου».

2. προσυλλογιστική περίοδος (preoperational) (από το 3ο έως το 6ο έτος), όπου μέσα από την ανάπτυξη του λόγου, εμφανίζεται η συμβολική λειτουργία,

3. περίοδος της συγκεκριμένης σκέψης (concrete operational) (από το 7ο έως το 11ο έτος), όπου η γνωστική ανάπτυξη στηρίζεται σε λογικές νοητικές πράξεις – κατηγοριοποίηση, σειροθέτηση, αρίθμηση – και τέλος

4. περίοδος της αφαιρετικής σκέψης (formal operational) (από το 12ο έως το 16ο έτος της ηλικίας).

Το βασικό στοιχείο της γνώσης του Piaget , όπως αυτό φαίνεται και από τα παραπάνω στάδια, είναι η ερμηνεία της ανάπτυξης της ευφυΐας του ανθρώπου. Η ευφυΐα κατά τον Piaget περιλαμβάνει μια βιολογική ανάπτυξη και βιολογική προσαρμογή στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, και μια σειρά από πνευματικές ενέργειες, οι οποίες προσανατολίζουν την προσαρμογή του στον περιβάλλοντα κόσμο. Τα παιδιά μέσα από την αλληλεπίδραση με τους γονείς, τους συνομηλίκους τους, αναπτύσσουν σχήματα, δηλαδή «νοητικά πρότυπα που καθοδηγούν τη συμπεριφορά τους» (Gingsburg & Oppen, 1975. Slavin, 2007, σελ. 62)

Οι γνωστικές μας δομές σύμφωνα με τον Piaget αναπτύσσονται με τη βοήθεια δύο ψυχολογικών μηχανισμών: της **προσαρμογής** και της **οργάνωσης**, οι οποίες επειδή χρησιμοποιούνται εφ' όρου ζωής αποκαλούνται λειτουργικές σταθερές. Ο όρος της προσαρμογής περιλαμβάνει δύο συμπληρωματικές διαδικασίες, αυτή της **αφομοίωσης** και της **συμμόρφωσης**. Στην αφομοίωση τα παιδιά, κατανοούν τις εμπειρίες τους σε συνάρτηση με το τρέχον στάδιο της νοητικής τους ανάπτυξης, δηλαδή χρησιμοποιούν τον τρόπο σκέψης που διαθέτουν, για να κατανοήσουν τον κόσμο και κάποια νέα πληροφορία. Η δε συμμόρφωση, αναφέρεται στις αλλαγές στον υπάρχοντα τρόπο σκέψης που προκαλούνται από την προσληφθείσα γνώση. Οι νέες ιδέες, επιφέρουν αλλαγή στις γνωστικές μας δομές και προκαλούν αλλαγή στη συμπεριφορά μας.

Αναγκαία προϋπόθεση για την προσαρμογή είναι η διεργασία της εξισορρόπησης ανάμεσα στην αφομοίωση και τη συμμόρφωση. Η συνεχής αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον, βοηθούν στην «επιδιόρθωση τυχών λαθών και στην μεταβολή των γνωστικών δομών. Οι γνωστικές μας δομές από την άλλη μας δίνουν τη δυνατότητα να ασχοληθούμε με πιο περίπλοκη σκέψη» (Elliott et al., 2008, σελ. 66-67) και σε αυτό το σημείο έρχεται η οργάνωση με την οποία είναι δομημένες, έτσι ώστε να μπορούν τα άτομα να πραγματοποιούν τις νοητικές διεργασίες. (Feldman, 2011).

Το κυριότερο και το πιο βασικό στάδιο του Piaget είναι αυτό που το ονομάζει προ-λειτουργικό στάδιο και διαρκεί από το δεύτερο έτος του παιδιού μέχρι και το έβδομο. Σε αυτό το στάδιο το παιδί αρχίζει να αποκτά τον έλεγχο της γλώσσας και να τη χρησιμοποιεί, για να περιγράψει και να προσδιορίσει οτιδήποτε θέλει είτε είναι αντικείμενο, εικόνα είτε μια κατάσταση με συμβολικό τρόπο. Έτσι, κατά την ηλικία των τριών ετών, εμφανίζεται η συμβολική λειτουργία και η ικανότητα του παιδιού να αναπαραστήσει εσωτερικά τον εξωτερικό κόσμο. Το κατονόμασε δε προ-λειτουργικό στάδιο, επειδή τα παιδιά δεν είναι ακόμα σε θέση να χρησιμοποιούν συνεχώς τις αναπτυσσόμενες πνευματικές τους ικανότητες.

Μέσα σε αυτό το στάδιο εμφανίζεται και ο εγωκεντρισμός. Εδώ το παιδί έχει τη τάση να αντιλαμβάνεται τον κόσμο σύμφωνα με την δική του οπτική. Παραδείγματος χάρη, δεν μπορεί να καταλάβει ότι οι άλλοι βλέπουν τα αντικείμενα από μια άλλη οπτική γωνία και όχι από τη δική του. Ακόμα, τα παιδιά της ηλικίας αυτής δυσκολεύονται ακόμη αρκετά να κάνουν κουβέντα με κάποιο άλλο άτομο. Με έναν τρόπο τα παιδιά μπορούν να μιλούν μεταξύ τους, αλλά δεν απευθύνονται το ένα προς το άλλο με τον ίδιο τρόπο όπως οι ενήλικες. Ο εγωκεντρισμός παρατηρείται και στη γλώσσα τους καθώς συνηθίζουν να μιλούν με ενθουσιασμό για κάτι ακόμα και όταν δεν υπάρχει κάποιος κοντά τους για να αλληλεπιδράσουν μαζί του. Το φαινόμενο αυτό ο Piaget το ονόμασε συλλογικό μονόλογο (collective monologue) (Giddens, 2002. Slavin, 2006. Woolfolk, 2007)

Σύμφωνα με τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, ο Piaget δεν θα μπορούσε να μην αναφερθεί και στην ανάπτυξη της ηθικότητας και τις αλλαγές που γίνονται στον τρόπο που τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αντιλαμβάνονται το ηθικά σωστό και διαλέγουν τον καταλληλότερο τρόπο, για να συμπεριφέρονται. Ο Piaget υποστήριξε ότι η ανάπτυξη της ηθικότητας εξελίσσεται με τη μορφή ορισμένων σταδίων.

Το πρώτο στάδιο, το οποίο και αφορά το ηλικιακό φάσμα της παρούσας εργασίας, ονομάζεται ετερόνομη ηθική, και συμπεριλαμβάνει την ηλικία από τα 4 έως τα 7 έτη που σύμφωνα με αυτή το παιδί πιστεύει πως οι ηθικοί κανόνες είναι αμετάβλητοι και απαραβίαστοι. Το παιδί παίζει με τρόπο άκαμπτο, δηλαδή υπάρχει ένας και μοναδικός τρόπος για να παίζει κάποιο παιχνίδι και πως όλοι οι άλλοι τρόποι είναι λανθασμένοι. Παράλληλα όμως με αυτό, το παιδί δεν έχει ακόμα καταλάβει την έννοια του κανόνα σε ένα παιχνίδι. Έτσι μια μικρή ομάδα παιδιών μπορούν να παίζουν μαζί, άλλα το καθένα να ακολουθεί διαφορετικούς κανόνες. Με αυτό τον τρόπο ο Piaget υποστηρίζει ότι όλα τα παιδιά μπορούν να «κερδίσουν» στο παιχνίδι, επειδή η νίκη έχει να κάνει με την χαρά του παιχνιδιού και όχι τον ανταγωνισμό (Feldman, 2011).

Αυτή η ετερόνομη ηθική δίνει την θέση της στα δυο επόμενα στάδια, τα οποία ονομάζονται αρχική συνεργασία και αυτόνομη συνεργασία. Το πρώτο διαρκεί από τα 7 έως τα 10 έτη, όπου τα παιδιά μαθαίνουν τους τυπικούς κανόνες ενός παιχνιδιού και παίζουν σύμφωνα με αυτούς, ενώ το δεύτερο στάδιο αρχίζει από το 10ο έτος ηλικίας, που εδώ το παιδί έχει τον πλήρη επίγνωση για τους κανόνες και μπορεί να τους αλλάξει, αν θέλει, για να μπορούν όλοι να συμφωνούν (Feldman, 2011).

1.4. Τα ευρήματα των νευροεπιστημών για την ανάπτυξη του εγκεφάλου

Ήδη από το 1895 ο Freud είχε αναγνωρίσει την ανάγκη που υπήρχε να επιβεβαιωθούν και νευρο-φυσιολογικά οι ψυχολογικές θεωρίες, προκειμένου να μπορέσουν να επεκταθούν τόσο θεωρητικά όσο και στην κλινική πρακτική. Οι νευροεπιστήμες σήμερα πλέον μας έχουν προμηθεύσει πολύτιμα εργαλεία με τα οποία μπορούμε να μετρήσουμε και να αναδείξουμε την εγγενώς πολυσύνθετη φύση των ψυχολογικών διεργασιών, ισχυροποιώντας πολλές από τις βασικές υποθέσεις της θεωρίας του δεσμού(προσκόλλησης) και της ψυχανάλυσης (Mayes, Fonagy & Target, 2007).

Οι αναπτυξιακές αλλά και οι ψυχαναλυτικές θεωρίες, οι οποίες μιλούν για το πόσο σημαντικά είναι τα πρώτα χρόνια της ζωής (ιδιαίτερα από τη γέννηση έως τα πέντε χρόνια)για τη συναισθηματική ανάπτυξη και την ψυχική υγεία του ατόμου και υπογραμμίζουν τη μεγάλη σημασία των πρωταρχικών σχέσεων, ήρθαν να επιβεβαιωθούν περίτρανα τις τελευταίες δεκαετίες, μέσα από τα ευρήματα των νευρο-επιστημών και της ανάλυσης του εγκεφάλου. Οι εγκεφαλοι κατασκευάζονται με την πάροδο του χρόνου, από κάτω προς τα πάνω. Η βασική αρχιτεκτονική του εγκεφάλου

κατασκευάζεται μέσω μιας συνεχούς διαδικασίας που αρχίζει πριν από τη γέννηση και συνεχίζει μέχρι την ενηλικίωση. Οι πρώτες εμπειρίες επηρεάζουν την ποιότητα αυτής της αρχιτεκτονικής, καθιστώντας είτε ένα εύρωστο είτε ένα εύθραυστο θεμέλιο για όλη τη μάθηση, την υγεία και τη συμπεριφορά που ακολουθούν. (Center for the Developing Child, Πρόσβαση:2019. Nowakowski, 2006)

Στα πρώτα χρόνια της ζωής, σχηματίζονται κάθε δευτερόλεπτο πάνω από 1 εκατομμύριο νέες νευρικές συνδέσεις. Μετά από αυτή την περίοδο ταχείας διάδοσης, οι συνδέσεις μειώνονται μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται κλάδεμα, έτσι ώστε τα εγκεφαλικά κυκλώματα να γίνονται πιο αποτελεσματικά. Αισθητήρια μονοπάτια όπως αυτά για τη βασική όραση και ακοή είναι τα πρώτα που αναπτύσσονται, ακολουθούμενα από τις πρώτες γλωσσικές δεξιότητες και τις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες. Οι συνδέσεις πολλαπλασιάζονται και κλαδεύονται με μια προκαθορισμένη σειρά, με μεταγενέστερα, πιο σύνθετα εγκεφαλικά κυκλώματα να χτίζονται πάνω σε προηγούμενα, απλούστερα κυκλώματα. (Alter & Cornell, 2019. <https://developingchild.harvard.edu/science/keyconcepts/brain-architecture.>)

Η αλληλεπίδραση των γονιδίων και των εμπειριών διαμορφώνει το κύκλωμα του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου. Οι επιστήμονες έχουν ανακαλύψει ότι οι εμπειρίες που έχουν τα παιδιά από τα πρώτα στάδια της ζωής - και το περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται- όχι μόνο διαμορφώνουν την αναπτυσσόμενη αρχιτεκτονική του εγκεφάλου, αλλά επηρεάζουν επίσης το πώς ενεργοποιούνται και απενεργοποιούνται τα γονίδια ή και αν ακόμη ορισμένα θα εκφραστούν καθόλου.

Οι θετικές εμπειρίες, όπως οι πλούσιες ευκαιρίες μάθησης σε ένα περιβάλλον προαγωγής της ανάπτυξης που παρέχει επαρκείς θρεπτικές ουσίες, είναι απαλλαγμένο από τοξίνες και είναι πλούσιο σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με υπεύθυνους φροντιστές, προετοιμάζει τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο να λειτουργεί καλά σε μια σειρά περιστάσεων. Ένα δυσμενές περιβάλλον στο οποίο τα μικρά παιδιά δεν εκτρέφονται καλά, εκτίθενται σε τοξικές ουσίες ή αγχωτικές συνθήκες και στερούνται τις κατάλληλες αισθητικές, συναισθηματικές και κοινωνικές εμπειρίες είναι πιθανό να διαταράξουν την κατασκευή σημαντικών θεμελιωδών ικανοτήτων. Ένα αδύναμο αναπτυξιακό θεμέλιο μπορεί να έχει επιβλαβείς επιπτώσεις στην περαιτέρω εξέλιξη του εγκεφάλου, ακόμη και αν αποκατασταθεί ένα υγιές περιβάλλον σε μεταγενέστερη ηλικία. Όλες οι εμπειρίες θετικές ή αρνητικές αφήνουν μια "χημική υπογραφή" στα

γονίδια η οποία μπορεί να είναι προσωρινή σε μόνιμη, αλλά σε κάθε περίπτωση επηρεάζει το πόσο εύκολα ενεργοποιούνται ή απενεργοποιούνται τα γονίδια. (Center on the Developing Child at Harvard University , 2016. Meaney, 2010. Szyf, 2009).

Η ανάπτυξη του εγκεφάλου χρειάζεται σωστή διατροφή, κανονικά προγραμματισμένες περιόδους ύπνου, σωματική άσκηση και μια ποικιλία διεγερτικών εμπειριών. Οι αναπτυσσόμενοι εγκέφαλοι χρειάζονται επίσης συντονισμένους, συναισθηματικά διαθέσιμους γονείς και άλλους πρωτογενείς φροντιστές που αναγνωρίζουν και με συνέπεια- ανταποκρίνονται στις ανάγκες των μικρών παιδιών και - αλληλεπιδρούν μαζί τους με τρόπο στοργικό, ευαίσθητο και ζωντανό. Η φροντίδα αυτή προκαλεί την ανάπτυξη ασφαλούς συσχέτισης μεταξύ του παιδιού και του ενήλικα. Τα μικρά παιδιά με ασφαλή σχέση προσκόλλησης δημιουργούν μια αίσθηση εμπιστοσύνης, αισθάνονται ασφαλή, αποκτούν αυτοπεποίθηση και είναι σε θέση να διερευνήσουν το περιβάλλον τους επειδή αισθάνονται ότι έχουν μια ασφαλή βάση.(Center for the Study of Social Policy. <https://cssp.org/wp-content/uploads/2018/08/>)

Οι εμπειρίες πρωταρχικού δεσμού, έχουν πολύ μεγάλη επίδραση για τη μετέπειτα συμπεριφορά, καθώς η μεγαλύτερη ανάπτυξη του εγκεφάλου συντελείται τα χρόνια εκείνα όπου το παιδί εξαρτάται από τον σημαντικό ενήλικα που του παρέχει φροντίδα, (Hart, 2008. Nowakowski, 2006), η σχέση με τον οποίο επηρεάζει ουσιαστικά την ανάπτυξη -από ανατομικής και λειτουργικής πλευράς- του εγκεφάλου του. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Hart «η ανάπτυξη του εγκεφάλου εξαρτάται από τη δυαδική επικοινωνία» (2008: σελ.87).

Η σχέση φροντιστή-παιδιού είναι κλειδί στη διαμόρφωση της αρχιτεκτονικής του εγκεφάλου ενός μικρού παιδιού. Τα μικρά παιδιά αλληλεπιδρούν εκ φύσεως μέσω μπαμπαλίσματος, εκφράσεων του προσώπου και χειρονομιών, και οι ενήλικες αποκρίνονται με τις αντίστοιχες λέξεις και χειρονομίας πίσω σε αυτά. Αυτή η διαδικασία εμπρός και πίσω είναι θεμελιώδης για τις συνάψεις του εγκεφάλου, ειδικά στα πρώτα χρόνια. (Meaney, 2010. <https://developingchild.harvard.edu/resources/serve-return-interaction-shapes-brain-circuitry/>).

Η στοργική και προστατευτική σχέση ενήλικα-παιδιού, με ποικίλες αλληλεπιδράσεις, δημιουργούν ένα ισχυρό θεμέλιο στον εγκέφαλο ενός παιδιού για κάθε μελλοντική εκμάθηση και ανάπτυξη. Αυτό ονομάζεται "serve and return" («εξυπηρετήστε και

επιστρέψτε» ή αλλιώς «Δώσε για να πάρεις»). Η ζεστή και ευαίσθητη γονική μέριμνα / φροντίδα βοηθά τα κυκλώματα του εγκεφάλου να αναπτυχθούν σωστά. Όταν οι αντιδράσεις-συμπεριφορές των γονέων / φροντιστών είναι αναξιόπιστες ή ακατάλληλες, η αρχιτεκτονική του εγκεφάλου δεν διαμορφώνεται όπως αναμενόταν, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε ελλείψεις στην ανάπτυξη του εγκεφάλου. Τέτοιες ελλείψεις μπορούν, με τη σειρά τους, να προκαλούν επιπλοκές στη σωματική και την ψυχική υγεία και να εμποδίζουν την ικανότητα του παιδιού να μάθει και να αντιμετωπίζει το άγχος. Αυτή η αδυναμία αντιμετώπισης του στρες μπορεί έχει διαβίου αρνητικές συνέπειες εάν η έκθεση σε άγχος παρατείνεται και δεν θεραπεύεται. (Alter & Cornell,2019. <https://developingchild.harvard.edu/science/keyconcepts/brain-architecture>.)

Η ανάπτυξη του εγκεφάλου στα πρώιμα χρόνια ζωής, θέτει τα θεμέλια για τη μελλοντική μάθηση, συμπεριφορά και υγεία. Όπως σημειώνεται από το Κέντρο για το Αναπτυσσόμενο Παιδί στο Χάρβαρντ (Center for Developing Child), "Ακριβώς όπως ένα αδύναμο θεμέλιο προοινονομεί την ποιότητα και τη δύναμη ενός σπιτιού, οι δυσμενείς εμπειρίες από την αρχή της ζωής μπορούν να επηρεάζουν την αρχιτεκτονική του εγκεφάλου, με αρνητικές επιπτώσεις που διαρκούν μέχρι την ενηλικίωση". (Alter & Cornell, 2019)

Πιο συγκεκριμένα, ειδικά προς το τέλος του 1ου χρόνου αρχίζει να αναπτύσσεται ο προμετωπιαίος λοβός (prefrontal cortex) του εγκεφάλου. Η διαδικασία αυτή επηρεάζεται καίρια από τη συναισθηματική συνδιαλλαγή που έχει το παιδί με τον σημαντικό άλλο της ζωής του. Το κέντρο αυτό του εγκεφάλου έχει βαρύνουσα σημασία για τη συγκρότηση και διατήρηση συναισθηματικής ισορροπίας, και επιτρέπει στο άτομο να αναπτύξει τις ικανότητες αυτο-στοχασμού (self-reflection), εν-νόησης (mentalization) και ενσυναίσθησης (empathy), ικανότητες που είναι απαραίτητες για να δημιουργεί κανείς ικανοποιητικές σχέσεις (Center on the Developing Child at Harvard University , 2016. Schore, 2003).

Η σχέση δεσμού-προσκόλλησης (attachment relationship) επηρεάζει άμεσα την ικανότητα του βρέφους να διαχειρίζεται το άγχος του, καθώς επιδρά στην ωρίμανση του «συστήματος ελέγχου» (control system) στον εγκέφαλο του βρέφους, το οποίο ρυθμίζει τις λειτουργίες του δεσμού. Αντίθετα, σοβαρές ανεπάρκειες ως προς το δεσμό (attachment), υπονομεύουν την πρόιμη ανάπτυξη του εγκεφάλου και ειδικότερα των

συστημάτων αντιμετώπισης του άγχους (stress coping systems), στο δεξί ημισφαίριο, προκαλώντας διαταραχές στη συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους (Schoore, 2001).

Το δεξί ημισφαίριο, το οποίο εμπλέκεται κεντρικά στην ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται την ψυχική κατάσταση του άλλου, καθώς και στον έλεγχο ζωτικών λειτουργιών που προάγουν την επιβίωση αλλά και την ικανότητα του ατόμου να τα βγάζει πέρα με το άγχος (τόσο ενεργητικά όσο και παθητικά), βρίσκεται σε κατάσταση ραγδαίας ανάπτυξης κατά τον πρώτο ενάμισι χρόνο της ζωής και είναι κυρίαρχο κατά τα τρία πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου. Η ωρίμανση εξαρτάται άμεσα από τις εμπειρίες οι οποίες εντυπώνονται μέσα από το δεσμό γονιού – βρέφους. Από το άλλο μέρος, οι εμπειρίες κοινωνικοποίησης που λαμβάνουν χώρα κατά τον δεύτερο χρόνο, συμβάλλουν επίσης καίρια στην ανάπτυξη κέντρων του εγκεφάλου που έχουν να κάνουν με την ικανότητα για αυτο-ρύθμιση. (Schoore, 2001).

Οι σοβαρές και μακροχρόνιες επιδράσεις των διαταραγμένων πρωταρχικών σχέσεων συμβάλλουν καίρια στο να αυξάνεται το ενδεχόμενο του να αναπτύξει το άτομο τόσο εσωτερικευμένες (internalising) όσο και εξωτερικευμένες διαταραχές (externalizing disorders). (Fonagy et al., 2002. Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999) Επιπλέον, στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο δεσμός ανάμεσα στο γονιό και το παιδί χαρακτηρίζεται από παραμέληση ή κακοποίηση τότε υπάρχουν πολύ σοβαρές συνέπειες στην νευρο-ψυχική ανάπτυξη του παιδιού και στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων.

Γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές ικανότητες είναι αναπόσπαστα συνυφασμένες σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Ο εγκέφαλος είναι ένα πολύ αλληλεπιδραστικό όργανο, και οι πολλαπλές λειτουργίες του πραγματοποιούνται μέσα σε πλήρη συντονισμό. Η συναισθηματική ευεξία και η κοινωνική ικανότητα παρέχουν μια ισχυρή βάση για τις αναδυόμενες γνωστικές ικανότητες και μαζί είναι τα τούβλα και το κονίαμα που αποτελούν το θεμέλιο της ανθρώπινης ανάπτυξης. Η συναισθηματική και σωματική υγεία, οι κοινωνικές δεξιότητες και οι γνωσιακές-γλωσσικές ικανότητες που εμφανίζονται μέσα στα πρώτα χρόνια είναι όλα σημαντικά προαπαιτούμενα για επιτυχία στο σχολείο και αργότερα στο χώρο εργασίας και στην κοινότητα. (<https://developingchild.harvard.edu/science/keyconcepts/brain-architecture>)

Κεφάλαιο 2^ο : Η σημασία των πρωταρχικών σχέσεων

2.1. Η έννοια της «Προσκόλλησης»

Η πιο σημαντική πλευρά της κοινωνικής ανάπτυξης κατά τη βρεφική ηλικία είναι η διαμόρφωση της προσκόλλησης (Feldman, 2011). Η σχέση μητέρας-βρέφους τα πρώτα χρόνια θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, διότι έχει βρεθεί να επηρεάζει όλες τις μελλοντικές σχέσεις που θα δημιουργήσει το άτομο. Η θεωρία αυτή έγινε γνωστή από το έργο του John Bowlby ο οποίος αναγνώρισε πως η ποιότητα της προσκόλλησης με το πρόσωπο φροντίδας στη βρεφική ηλικία, καθορίζει την ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου καθώς και τις μετέπειτα κοινωνικές του σχέσεις. Ο Bowlby, υποστήριξε ότι τα βρέφη γεννιούνται με προγραμματισμένες συμπεριφορές όπως το κλάμα, το χαμόγελο, τη βλεμματική παρακολούθηση κ.α., οι οποίες λειτουργούν με σκοπό να κρατούν τους γονείς κοντά τους έτσι ώστε να ικανοποιούν τις βιολογικές και συναισθηματικές τους ανάγκες. (Bowlby, 1973)

Ο όρος προσκόλληση αναφέρεται στον ισχυρό συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσεται μεταξύ του βρέφους και της μητέρας του ή και άλλων ατόμων του στενού περιβάλλοντος κατά το πρώτο έτος της ζωής του. Η στενή αυτή σχέση χαρακτηρίζεται από αμοιβαία στοργή και την μεγάλη επιθυμία των ατόμων να βρίσκονται μαζί. Η προσκόλληση που αναπτύσσεται ανάμεσα στα βρέφη και τις μητέρες τους πρωταρχικά καθιστά δυνατή την εγγύτητα που απαιτείται για την επιβίωση του μωρού. Ο αποχωρισμός από το πρόσωπο προσκόλλησης συνήθως ενεργοποιεί συμπεριφορές, όπως κλάμα, φωνές και κρίσεις οργής, ώστε να διασφαλιστεί αυτή η εγγύτητα. Ωστόσο, όταν η εγγύτητα αποκαθίσταται, οι συμπεριφορές αυτές τυπικά υποχωρούν (Bowlby, 1988. Δημητρίου, 2012).

Η προσκόλληση δεσμεύει την οικογένεια να προστατέψει το βρέφος της και να το προετοιμάσει για ανεξαρτητοποίηση και γονικότητα. Ακριβώς επειδή λόγω της ανωριμότητάς του το βρέφος είναι εξαρτώμενο από τους γονείς του, η ποιότητα της προσκόλλησης που αναπτύσσεται μεταξύ τους αντανακλά τη σωματική και ψυχική ανάπτυξή του. Η πρώιμη προσκόλληση δημιουργεί τις βάσεις για τις διαισθητικές αντιλήψεις του βρέφους περί της ποιότητας, της αξιοπιστίας, της ασφάλειας αλλά και της χρησιμότητας των διαπροσωπικών σχέσεων, με σημαντικές συνέπειες στην συναισθηματική αυτάρκειά του αλλά και στη συμπεριφορά του προς τους άλλους. Η

απαντητικότητα των γονέων στα καλέσματα και στις ανάγκες του βρέφους δίνει νόημα στον εσωτερικό κόσμο του βρέφους και διευκολύνει την ασφάλεια και τη ρύθμιση του άγχους του (Rees, 2016). Όταν το βρέφος προσκολλάται σε ένα συγκεκριμένο πρόσωπο, αισθάνεται ευχαρίστηση όταν βρίσκεται μαζί του και ανακούφιση σε στιγμές αναστάτωσης (Feldman, 2011). Η ποιότητα των αλληλεπιδράσεων φροντιστή-βρέφους κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής, έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα του δεσμού της προσκόλλησης (Biro, Alink, Huffmeijer, 2015. Zeanah & Zeanah, 2001).

Αν για κάποιο λόγο όμως ο συναισθηματικός δεσμός δεν γίνει ομαλά, τότε δημιουργείται ανασφαλής δεσμός, ο οποίος εσωτερικεύεται από το παιδί. Πάνω σε αυτό, δημιουργείται ένα εσωτερικό μοντέλο (ένα είδος προτύπου) με το οποίο το παιδί στο μέλλον θα αντιλαμβάνεται και θα ερμηνεύει τον κόσμο γύρω του. Από τη στιγμή που διαμορφωθεί αυτό το μοντέλο, το βρέφος τείνει να εμμένει σε αυτό ακόμα και όταν η συμπεριφορά της μητέρας αλλάζει. Για παράδειγμα, η μητέρα που παρέχει ελάχιστη φροντίδα στο νεογέννητο βρέφος εξαιτίας μιας παρατεταμένης ασθένειας, αργότερα μπορεί να απορριφθεί από το βρέφος όταν ξεπεράσει την ασθένειά της, γιατί το μοντέλο του βρέφους περιλαμβάνει συναισθήματα απόρριψης. Τότε θα είναι πολύ πιο δύσκολο για την μητέρα να καταφέρει να ανταποκριθεί στις ανάγκες του βρέφους εξαιτίας της συμπεριφοράς του.

Η προσκόλληση ουσιαστικά είναι η πρώτη διαπροσωπική σχέση που διαμορφώνει ο άνθρωπος, γι' αυτό οι επιπτώσεις της στην περαιτέρω συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξή του είναι σημαντικές, καθώς σύμφωνα με αυτή διαμορφώνονται όλες οι μετέπειτα διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου.

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που έχουν βιώσει χαμηλής ποιότητας φροντίδα, τείνουν να γίνονται λιγότερα αρεστά από φίλους και δασκάλους και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση στην εφηβεία. Τα παιδιά που είχαν αναπτύξει αγχώδη προσκόλληση, δηλαδή οι γονείς τους δεν ανταποκρινόντουσαν άμεσα στις ανάγκες των παιδιών και συνήθως ήταν επικριτικοί και αντιδρούσαν με θυμό ή τιμωρία όταν τα παιδιά εξέφραζαν έντονα συναισθήματα, ήταν περισσότερο επιθετικά και αντιδραστικά σε σχέση με άλλες ομάδες. Κατά συνέπεια, τα παιδιά αυτά ως ενήλικες τείνουν να είναι επιφυλακτικοί στο να εμπιστευθούν, αποφεύγουν τις στενές σχέσεις γιατί τους

αγγώνουν, δεν ανοίγονται εύκολα και αποφεύγουν την κοινωνική επαφή. (Bowlby 1973. Zeanah & Zeanah, 2001).

Αναπτυξιακά υπάρχουν τρία βασικά στάδια προσκόλλησης με τις ηλικίες εμφάνισης να παρουσιάζουν πολλές ατομικές διαφορές μεταξύ των βρεφών-νηπίων:

α) Αδιαφοροποίητη προσκόλληση (8η εβδομάδα μέχρι 5^ο ή 6^ο μήνα): Το βρέφος δείχνει σημεία προσκόλλησης, χωρίς όμως αναφορά σε συγκεκριμένο πρόσωπο.

β) Μονοπροσωπική προσκόλληση(5ο και 7^ο και εντονότερα μέχρι 10^ο και 11^ο μήνα) : Το μωρό δείχνει σαφή προσκόλληση προς ένα μόνο πρόσωπο, και το πρόσωπο αυτό είναι συνήθως η μητέρα - τροφός. (Άγχος προς τα ξένα πρόσωπα).

γ) Πολυπροσωπική προσκόλληση: Λίγους μήνες μετά την εμφάνιση της μονοπροσωπικής προσκόλλησης, το βρέφος αρχίζει να διευρύνει τις «αδυναμίες» του: πρώτα σε ένα ακόμη πρόσωπο (εκτός από τη μητέρα - τροφό) και αργότερα σε περισσότερα πρόσωπα. Στον 18ο μήνα τα περισσότερα παιδιά έχουν διαμορφώσει πολλαπλές προσκολλήσεις: προς τον πατέρα, τον παππού, τη γιαγιά ή / και τα αδέρφια. Συνήθως, το βρέφος προσκολλάται στα άτομα του άμεσου περιβάλλοντός του, που διατηρούν μαζί του μια στενή και σταθερή αλληλεπίδραση.

Επίσης, ατομικές διαφορές υπάρχουν και ως προς το βαθμό και το συναισθηματικό τόνο της προσκόλλησης. Κάποια βρέφη αναπτύσσουν έντονη προσκόλληση συνοδευόμενη από συναισθήματα ασφάλειας και σιγουριάς (ασφαλής προσκόλληση), κάποια άλλα αναπτύσσουν έντονη προσκόλληση συνοδευόμενη από συναισθήματα αβεβαιότητας και ανασφάλειας (ανασφαλής προσκόλληση), ενώ ένα μικρό ποσοστό δεν αναπτύσσει κανένα είδος προσκόλλησης (Bowlby, 1973).

Το παιδί δεν αναπτύσσει προσκόλληση αναγκαστικά προς το πρόσωπο που βρίσκεται μαζί του τον περισσότερο χρόνο και που το περιποιείται, αλλά προς το πρόσωπο που του προσφέρει κοινωνικά ερεθίσματα και προσωπικές εμπειρίες. Η διαπίστωση αυτή δείχνει, ότι τα παιδιά των εργαζόμενων γυναικών δε διατρέχουν καθόλου μεγαλύτερο κίνδυνο να διαταραχθεί η ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. Το γεγονός ότι η εργαζόμενη μητέρα μένει με το παιδί λιγότερες ώρες την ημέρα, δεν προδικάζει καθόλου το είδος της διαπροσωπικής σχέσης που θα αναπτυχθεί ανάμεσα σε αυτή και το παιδί. Καθοριστικός παράγοντας δεν είναι το πόσο χρόνο μένει η μητέρα με το παιδί, αλλά

τα κοινωνικά ερεθίσματα που προσφέρει στη σχέση και στην αλληλεπίδρασή της με το παιδί (Bowlby, 1973).

Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη της προσκόλλησης είναι η ετοιμότητα και η προθυμία της μητέρας για άμεση ανταπόκριση στις διάφορες σηματοδοτικές αντιδράσεις και ανάγκες του παιδιού. Μητέρες που σπεύδουν πρόθυμα να ικανοποιήσουν κάθε ανάγκη του παιδιού, τη στιγμή που παρουσιάζεται η ανάγκη, έχουν κατά κανόνα παιδιά με ασφαλή προσκόλληση (έντονη προσκόλληση συνοδευόμενη από συναισθήματα ασφάλειας και σιγουριάς).

Αντίθετα, μητέρες που δεν αναγνωρίζουν τις ανάγκες του παιδιού και δεν δείχνουν προθυμία να τις ικανοποιήσουν, έχουν παιδιά με ανασφαλή προσκόλληση (έντονη προσκόλληση συνοδευόμενη από συναισθήματα αβεβαιότητας και ανασφάλειας). Είναι επομένως εξαιρετικά σημαντική η ανάπτυξη και η διατήρηση συναισθημάτων ασφάλειας και εμπιστοσύνης στα πρώτα χρόνια ζωής έτσι ώστε το παιδί να μπορέσει να χτίσει μια ισχυρή προσωπικότητα που θα του επιτρέψει να αντιμετωπίζει δυσκολίες και να διαμορφώνει ισχυρές διαπροσωπικές σχέσεις. (Bowlby, 1973).

2.2. Η διαδικασία του αποχωρισμού-εξατομίκευσης

Παρ' όλο που ο συναισθηματικός διαχωρισμός της μητέρας και του βρέφους γίνεται σταδιακά ξεκινώντας από τη στιγμή της γέννησης, η πιο κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδος είναι η πρώτη νηπιακή ηλικία (μεταξύ ενός και τρεισήμισι ετών) όπου το βασικό αναπτυξιακό επίτευγμα που διακυβεύεται είναι ο αποχωρισμός και η εξατομίκευση (separation-individuation), (Mahler et al., 1975). Η ηλικία αυτή χαρακτηρίζεται από την πρώτη προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης του παιδιού από τους γονείς. Το παιδί επιδιώκει τον αποχωρισμό και την αυτονομία του, αλλά παράλληλα αισθάνεται ακόμη εξαρτημένο από την μητέρα του, βιώνει δηλαδή μία κατάσταση έντονης αμφιθυμίας απέναντι στην μητέρα του. Θέλει απεγνωσμένα να βρίσκεται κοντά της, ταυτόχρονα όμως απορρίπτει και κάθε προσπάθεια της να το φροντίσει. Ένα νήπιο αυτής της ηλικίας, είναι πολύ ευαίσθητο και απαιτητικό, ενίοτε δημιουργώντας στη μητέρα του και ανάμεικτα συναισθήματα. Χρειάζεται λοιπόν να βρεθεί κάποιου είδους ισορροπία μεταξύ των δύο αυτών κινήτρων συμπεριφοράς, αυτού για προσκόλληση και αυτού για αυτονομία και εξερεύνηση (Bowlby, 1969).

Η διαδικασία της αυτονόμησης αποτελεί μια αλληλεπιδραστική (interactive) κατάσταση. Η μητέρα δηλαδή δεν αποτελεί απλά έναν πόλο αντίδρασης, αλλά εμπλέκεται εις βάθος στη διαδικασία αυτή με τη δική της εξάρτηση από το νήπιο και άρα τη σχέση της με το εσωτερικό της παιδί και την εσωτερική της σχέση μητέρας-παιδιού (όπως έχει διαμορφωθεί στην υποσυνείδητη μνήμη της από την παιδική της ηλικία). Στο πλαίσιο αυτό, η μητέρα βιώνει εκ νέου και όχι μόνο σε συνειδητό επίπεδο, συγκρούσεις, αδιέξοδα και διαπραγματεύσεις της δικής της ψυχοαναπτυξιακής φάσης αποχωρισμού - εξατομίκευσης με την δική της μητέρα. Η ενεργοποίηση στη μητέρα της δικής της νηπιακής ηλικίας και των φαντασιώσεων της ενισχύει την ενσυναίσθηση της (empathy) απέναντι στο παιδί. (Cramer, 2000)

Η διαδικασία του αποχωρισμού – εξατομίκευσης είναι δυαδική, υπό την έννοια ότι γονείς και νήπια εμπλέκονται ισότιμα, επηρεάζουν αμοιβαία ο ένας τον άλλο και συνδημιουργούν τη δική τους μοναδική εκδοχή αυτής της διαδικασίας (Musitano & Rosenman, 2012). Ο ρόλος των γονέων και ειδικά της μητέρας, είναι πολύ σημαντικός για την προσπάθεια αυτή του παιδιού, καθώς χρειάζεται να αποτελεί για εκείνο σταθερό σημείο αναφοράς από το οποίο να μπορεί να απομακρύνεται ώστε να εξερευνά το περιβάλλον του στο οποίο να μπορεί και να επιστρέφει για επιβεβαίωση και ενίσχυση σε στιγμές έντασης και κούρασης (Brandell, 2013). Και συγχρόνως να έχει ωριμοποιήσει επίδραση στην αμφιθυμική διάθεση του νηπίου απέναντι της, δηλαδή στην τάση διχοτόμησης της ενδοψυχικής αναπαράστασης της μητέρας του σε καλή και κακή μητέρα.

Οι γονείς καλούνται λοιπόν να βρουν μια ισορροπία ανάμεσα στις συμπεριφορές που αφορούν στην προστασία του νηπίου και σε αυτές που αφορούν στην ενθάρρυνση του για αυτονομία. Οι γονείς δημιουργούν δηλαδή στο παιδί τους ένα αίσθημα ασφάλειας, με το να είναι σωματικά και συναισθηματικά διαθέσιμοι, και παράλληλα επιτρέποντας του να εξερευνά το περιβάλλον του άφοβα (Lieberman, 1992).

2.3. Άγχος αποχωρισμού στη νηπιακή ηλικία

Μόλις το παιδί αναπτύξει έντονη μονοπροσωπική προσκόλληση (συνήθως στον 7^ο μήνα), αρχίζει να δείχνει το άγχος του προς τα ξένα πρόσωπα. Το άγχος αποχωρισμού εμφανίζεται φυσιολογικά από τον έβδομο μήνα έως τον δεύτερο χρόνο της ζωής και παραπέμπει στο φόβο απώλειας της φροντίδας και της προστασίας που παρέχεται από

ένα κύριο πρόσωπο προσκόλλησης, συνήθως την μητέρα (Lipsitz, Martin & Mannuzza, 2014).

Το άγχος του αποχωρισμού, θεωρείται ένα φυσιολογικό φαινόμενο της αναπτυξιακής πορείας των παιδιών ηλικίας επτά, περίπου, μηνών έως έξι ετών. Ο φόβος αυτών των παιδιών είναι μήπως πάθει κάτι κακό το βασικό άτομο που τα φροντίζει, όταν δεν είναι μαζί τους. Χαρακτηριστικοί φόβοι είναι για παράδειγμα η πιθανότητα κάποιου τροχαίου ατυχήματος των γονιών τους που θα τους οδηγήσει στο θάνατο ή μήπως τα ίδια χαθούν και δεν μπορέσουν να ξαναβρούν τους γονείς τους. Το άγχος του αποχωρισμού συνδέεται άμεσα με το δεσμό/προσκόλληση. Δηλαδή, τα βρέφη που αναπτύσσουν ασφαλή δεσμό με το άτομο που τα φροντίζει, αρχικά μπορεί να κλαίνε όταν μένουν μόνα. Σταδιακά, όμως, χάρη στην αίσθηση ασφάλειας και σιγουριάς που έχουν αναπτύξει μέσα από αυτό τον δεσμό, το άγχος του αποχωρισμού όλο και μειώνεται (Biringen & Robinson, 2010).

Το άγχος είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα το οποίο αν και είναι δυσάρεστο, είναι απαραίτητο για την επιβίωση, την εξέλιξη και την προσαρμογή μας καθώς αποτελεί κινητήριο δύναμη για την αντιμετώπιση καταστάσεων κινδύνου (η καρδιά χτυπάει πιο γρήγορα προετοιμάζοντας το σώμα για αντίδραση) αλλά και την επίτευξη στόχων και καθημερινών υποχρεώσεων όπως διάβασμα πριν από περίοδο εξετάσεων, εξάσκηση πριν από έναν αγώνα. (Bernstein & Borchardt, 2011).

Όπως και οι μεγάλοι, τα παιδιά και οι έφηβοι επηρεάζονται από το άγχος σε τρία επίπεδα: σωματικό, νοητικό και συμπεριφορικό. Τα παιδιά συχνά δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ή να περιγράψουν το συναίσθημα του άγχους, αλλά παραπονιούνται για πονοκεφάλους, πόνους στο στήθος και στο στομάχι, ταχυκαρδία, δύσπνοια, ζαλάδα, δερματικές ενοχλήσεις, δυσκοιλιότητα και διάρροια. Παιδιά με χαμηλή αυτοπεποίθηση τείνουν να είναι πιο ευάλωτα στο άγχος καθώς κάνουν περισσότερες αρνητικές σκέψεις, και έχουν λιγότερη εμπιστοσύνη ως προς τις ικανότητες τους να διαχειρίζονται νέες καταστάσεις. Η πιο συχνή αντίδραση των παιδιών στο άγχος είναι η αποφυγή όπως για παράδειγμα η άρνηση να πάει στο σχολείο αλλά και η ανάγκη για επιβεβαίωση (Lipsitz et al., 2014).

Το άγχος του αποχωρισμού, μπορεί να ξεπεράσει τα όρια του φυσιολογικού και να πάρει την μορφή της διαταραχής. Όταν το σώμα μας αντιδρά απουσία ενός «απειλητικού» ερεθίσματος, τότε το άγχος δεν είναι παραγωγικό αλλά αντίθετα

δυσκολεύει το άτομο στην καθημερινότητα του και τις κοινωνικές του αλληλεπιδράσεις. Το άγχος είναι ένα συναίσθημα που βιώνουν και τα παιδιά κάθε ηλικίας, ενώ το στρεσογόνο ερέθισμα και ο τρόπος αντίδρασής τους έχει σχέση με την ηλικία τους, την ιδιοσυγκρασία τους αλλά και τα οικογενειακά τους πρότυπα (Bernstein & Borchardt, 2011).

Το περιεχόμενο του άγχους αποχωρισμού ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία. Τα μικρότερα παιδιά (4 - 8 ετών) αναφέρουν μη ρεαλιστικές ανησυχίες ότι θα συμβεί κάτι κακό στα πρόσωπα προσκόλλησης. Παρουσιάζουν συχνούς εφιάλτες και σχολική άρνηση (Smyke et al., 2012). Τα μικρότερα παιδιά μπορεί να ακολουθούν την μητέρα τους ακόμη και μέσα στο σπίτι από δωμάτιο σε δωμάτιο, ενώ σε σοβαρότερες περιπτώσεις μπορεί και να αρνούνται να κοιμηθούν μόνα τους. Όσον αφορά το σχολείο, συνήθως, δεν θέλουν να πηγαίνουν ακριβώς για να μην αποχωριστούν τους γονείς τους, ενώ προφασίζονται διάφορες δικαιολογίες, όπως πόνοι, αδιαθεσίες κ.τ.λ. (DSM-V, APA 2013. Lipsitz et al., 2014).

Η αγχώδης διαταραχή μπορεί να εμφανισθεί σαν απάντηση σε αποχωρισμό ή απώλεια (θάνατος συγγενούς, κατοικίδιου ζώου, νοσηλεία παιδιού ή γονέα, αλλαγή σχολείου, μετακόμιση) ή και χωρίς να υπάρχει εκλυτική αιτία. Τα παιδιά ανησυχούν για τους γονείς τους, κυρίως την μητέρα τους, αν πρόκειται να φύγουν, να χαθούν ή αν είναι καλά στην υγεία τους (Smyke, Dumitresku & Zeanah, 2012 . Lipsitz et al., 2014).

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν μη πραγματικές ανησυχίες ότι θα προξενηθεί κακό στον εαυτό ή στους γονείς κατά την περίοδο του χωρισμού, αντίσταση του παιδιού να πάει να κοιμηθεί μόνο του ή να κοιμηθεί έξω από το σπίτι, αποφυγή να μείνει μόνο του, επαναλαμβανόμενους εφιάλτες με θέματα χωρισμού, σχολική άρνηση, σωματικά συμπτώματα και σημάδια απελπισίας πριν ή την ώρα του χωρισμού. Τα παιδιά με άγχος αποχωρισμού συχνά αναφέρουν φοβίες μικροβίων, αρρώστιας και τσιμπήματος από έντομα. Έχουν επίσης κοινωνικές ανησυχίες (αν θα τα κριτικάρουν, αν θα κάνουν λάθη, αν θα τα κοροϊδέψουν) (DSM-V, APA 2013. Lipsitz et al., 2014).

Σύμφωνα με το DSM-V το άγχος αποχωρισμού στα παιδιά μπορεί να οδηγήσει σε άρνηση του σχολείου, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε ακαδημαϊκές δυσκολίες και κοινωνική απομόνωση. Όταν είναι εξαιρετικά αναστατωμένα από την προοπτική του διαχωρισμού, τα παιδιά μπορεί να δείχνουν θυμό ή περιστασιακά επιθετικότητα σε κάποιον που αναγκάζει τον αποχωρισμό. Όταν είναι μόνα, ειδικά το

βράδυ ή στο σκοτάδι, τα μικρά παιδιά μπορεί να αναφέρουν ασυνήθιστες εμπειρίες (π.χ. ότι βλέπουν ανθρώπους να κοιτάζουν στο δωμάτιό τους, τρομακτικά πλάσματα να τα πλησιάζουν ή να αισθάνονται μάτια να τους κοιτάνε).

Τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή μπορούν να περιγραφούν ως απαιτητικά, παρεμβατικά και χρειάζονται συνεχή προσοχή ενώ, ως ενήλικες, μπορεί να φαίνονται εξαρτημένοι και υπερπροστατευτικοί. Οι υπερβολικές απαιτήσεις του ατόμου συχνά γίνονται πηγή απογοήτευσης για τα μέλη της οικογένειας, οδηγώντας σε δυσαρέσκεια και συγκρούσεις στην οικογένεια. (DSM-V, APA 2013)

Όσον αφορά τον επιπολασμό σύμφωνα με το φύλο, το άγχος αποχωρισμού παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια και η διάγνωση γίνεται κατά κύριο λόγο πριν από την εφηβεία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Εντούτοις τα κορίτσια εμφανίζουν εντονότερα συμπτώματα αποφυγής ή απροθυμίας να παρακολουθήσουν το σχολείο παρά τα αγόρια. Η έμμεση έκφραση φόβου αποχωρισμού μπορεί να είναι πιο συνηθισμένη στα αγόρια παρά στα κορίτσια, με εκφάνσεις όπως η περιορισμένη ανεξάρτητη δραστηριότητα, η απροθυμία να απομακρυνθούν από το σπίτι μόνα τους, ή η αγωνία όταν η επαφή με το πρόσωπο προσκόλλησης δεν είναι δυνατή. (DSM-V, APA 2013)

2.4. «Γονεϊκότητα» (Parenting)

Στη βιβλιογραφία γίνεται πάντοτε ξεχωριστή μνεία στην έννοια της γονικότητας (parenting) ως καθοριστικής παραμέτρου της οικογενειακής λειτουργίας, παραμέτρου της οποίας η επίδραση στην ανάπτυξη του παιδιού είναι σημαντική. Η γονικότητα (parenting) δεν είναι «δεδομένη», με την έννοια ότι δεν είναι αυτονόητη ή ίδια σε όλους τους ανθρώπους. Ως γονικότητα νοείται η συμπεριφορά που προκύπτει από το γεγονός ότι κάποιος είναι γονέας ή από το ότι ενεργεί σαν γονέας. Επομένως, πρόκειται για μία συμπεριφορά που προκύπτει από τη στιγμή που βρίσκεται κανείς «αντιμέτωπος» με τη νέα πραγματικότητα που ορίζει η εμφάνιση ενός νέου μέλους στο σύστημα που μέχρι τότε αποτελούσε το ζεύγος των συζύγων. Συνεπώς, «μαθαίνει» κανείς να είναι γονέας (Κουρκούτας & Chartier, 2009).

Οι γονείς ξεκινάνε τη σχέση τους με το παιδί τους έχοντας τις δικές τους φαντασιωσικές, συνειδητές ή ασυνειδητές, αναπαραστάσεις για εκείνο, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τη μεταξύ τους σχέση, τον τρόπο που αντιλαμβάνονται το παιδί τους και το πώς ανταποκρίνονται σε αυτό (Klitzing , Simoni & Burgin, 1999). Αυτή η

σχέση γονιού - παιδιού ξεκινάει πριν από τη γέννηση του παιδιού, με τους γονείς να έχουν ήδη τόσο σε ενδοψυχικό όσο και σε δι-υποκειμενικό οικογενειακό επίπεδο προσδοκίες και φόβους για αυτό, μέσα από τις οποίες γεννιέται στο νου τους «το παιδί της προέκτασης του εαυτού τους και των οικογενειακών μύθων». Το φαντασιακό αυτό μωρό «συγκεντρώνει επάνω του ασυνείδητες επιθυμίες, οικογενειακές προσδοκίες και κοινωνικές πεποιθήσεις» (Λάγιου-Λιγνού , 2008).

Το πόσο φροντιστικός θα είναι ένας γονιός και το πόσο θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού του, κατά ένα μεγάλο μέρος οφείλονται στη δική του παιδική ηλικία και στη δική του σχέση με τους γονείς του, αλλά και στην ποιότητα του δεσμού που διαμορφώθηκε μαζί τους (Miller, Kramer, Warner, Wickramaratne & Weissman, 1997). Παλιές μνήμες, αμφιθυμία, ασυνείδητες αντιζηλίες και θυμός που αφορούν στους σημαντικούς ανθρώπους του παρελθόντος της μητέρας, επανέρχονται στην επιφάνεια. Εικόνες, φαντασιώσεις και συγκρούσεις από τις πρώιμες σχέσεις της μητέρας με τους δικούς της γονείς αναβιώνουν, λόγω της παλινδρόμησης που συμβαίνει στη μητέρα. Η δυσκολία που κάποιες φορές επιδεικνύει μια μητέρα να αναγνωρίσει τα κίνητρα της συμπεριφοράς του παιδιού της, μπορεί να οφείλεται σύμφωνα με τον Cramer στην αντίσταση που ασυνείδητα υποβάλλει ενάντια στην ανάδυση όλων αυτών των απωθημένων στοιχείων του παρελθόντος (Cramer, 2000) .

Επιπλέον, το αν θα καταφέρει μια μητέρα να αντιμετωπίσει με επιτυχία τη μητρότητα και όλα όσα αυτή της υπαγορεύει, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ένας από τους βασικότερους παράγοντες είναι η ικανότητα, του να μπορεί να βάζει σε λόγια τα συναισθήματα της. Αυτή η ικανότητα επηρεάζει την δυνατότητα της να αυτο-ρυθμίζει (regulate) τα συναισθήματα της, καθώς επίσης και το να μπορεί να επιζητά και να δέχεται βοήθεια από τους άλλους .

Μέσα λοιπόν από τη σχέση του παιδιού με τα πρόσωπα των πρωταρχικών δεσμών του, είναι σημαντικό να γεφυρωθούν οι φαντασιώσεις των γονιών με την πραγματικότητα. Καταφέρνοντας οι γονείς να δουν το παιδί τους έτσι όπως πραγματικά εκείνο είναι, του επιτρέπουν να αναπτύξει πιο αυτόνομα τον πραγματικό προσωπικό του εαυτό. Αλλάζοντας ο γονιός το πώς εκείνος βλέπει τα πράγματα, αλλάζει συνακόλουθα και η πραγματικότητα του παιδιού, λόγω της στενής σύνδεσης που υπάρχει ανάμεσα τους. Άλλωστε, όπως πολύ παραστατικά αναφέρουν οι Fonagy και Target: “Όταν κοιτάμε

έξω από τον εαυτό μας, αυτό που βλέπουμε δεν είναι απλά ο εξωτερικός κόσμος. Αυτό που τραβάει την προσοχή μας είναι ο νους των άλλων” (Fonagy & Target, 2007a).

Οι γονείς που δεν είναι προετοιμασμένοι για τους ρόλους τους (για παράδειγμα, οι γονείς με χαμηλό εισόδημα ή ψυχοπαθολογικά συμπτώματα) και η αρνητική συναισθηματικότητα του παιδιού συνδέονται άμεσα με μη θετικά αποτελέσματα για την ομαλή λειτουργία της οικογένειας (για παράδειγμα, χαμηλή ποιότητα της συζυγικής σχέσης ή της σχέσης συνεργασίας μεταξύ των γονέων). Αντιθέτως, αν οι οικογένειες είναι επαρκώς προετοιμασμένες για τους γονικούς τους ρόλους, ένα παιδί με αρνητική συναισθηματικότητα ενώνει την οικογένεια για την αντιμετώπισή της, γεγονός που ενισχύει τη συνοχή της οικογένειας. Το περιβάλλον της υπονομευμένης συνεργασίας των γονέων, δημιουργεί συναισθηματική ανασφάλεια στο βρέφος, και, αντίστροφα, το φοβισμένο παιδί, δημιουργεί επιπλέον πίεση στη συνεργασία των γονέων, οδηγώντας σε περισσότερο άγχος, με συνέπεια την ακόμη λιγότερη συνεργασία. Η μειωμένη συνεργασία των γονέων, η οποία σχετίζεται με το γονικό άγχος, αποτελεί πιθανό μηχανισμό μεταβίβασης του άγχους από τους γονείς στα παιδιά τους. Θα ήταν επωφελής, λοιπόν, για τους γονείς που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές, βοήθεια για την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ τους στην ανατροφή των παιδιών τους. (Metz, Majdandzic & Bogels, 2016)

Η διαδικασία μάθησης του γονικού ρόλου, δηλαδή η ανάπτυξη της γονικότητας, φαίνεται πως πραγματοποιείται μέσα από την υιοθέτηση καθημερινών επιμέρους συμπεριφορών (ρουτινών) από τους γονείς, συμπεριφορών που έχουν ως στόχο να ανταποκριθούν στις επίσης καθημερινές ανάγκες των παιδιών για ασφάλεια, φροντίδα, έλεγχο και νοητικά ερεθίσματα. Με την έννοια αυτή, ο κάθε γονέας ανακαλύπτει το ρόλο του και οι συνέπειες του ρόλου αυτού επηρεάζουν με τη σειρά τους τον ίδιο το «μαθητευόμενο» γονέα, εγκαθιστώντας μία κυκλικότητα στην ανάπτυξη της γονικότητας. Η κυκλικότητα αυτή είναι πολύ σημαντική σε ότι αφορά στην επίδρασή της στο οικογενειακό σύστημα, καθώς η γονικότητα και το γονικό στυλ, εκτός από το καθαρά αλληλεπιδραστικό πλαίσιο των σχέσεων με το παιδί, φαίνεται πως εξαρτώνται ακόμη και από άλλους παράγοντες, όπως είναι η ποιότητα της σχέσης των γονέων (Κουρκούτας & Chartier, 2009).

Δίνεται μεγάλη προσοχή από μέρους των ειδικών στην τήρηση των ρουτινών σε μια οικογένεια, καθώς αυτές αντιπροσωπεύουν ένα προσιτό και τροποποιήσιμο στόχο για

παρεμβάσεις, ώστε να μειωθούν ή να προληφθούν τυχόν προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Η προστατευτική και ομαλή για το βρέφος λειτουργία της οικογένειας θεωρείται ότι οφείλεται σε μία αυξημένη αίσθηση της προβλεψιμότητας, της δυνατότητας ελέγχου αλλά και της συνοχής. Συγκεκριμένα, οι φροντιστές οι οποίοι εξασφαλίζουν ένα οικογενειακό περιβάλλον με προβλέψιμες καθημερινές ρουτίνες και κανόνες, μπορούν να προωθήσουν τις δεξιότητες αυτοελέγχου στα παιδιά τους, συμπεριλαμβανόμενης της ικανότητας ελέγχου των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς. Αντίθετα, οι φροντιστές οι οποίοι δεν εμμένουν σε σταθερές, προβλέψιμες οικογενειακές ρουτίνες, είναι δυνατόν να επιδεινώσουν το φόβο, το θυμό ή τις αντιδράσεις απογοήτευσης των παιδιών του, οδηγώντας σε υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικών προβλημάτων ή προβλημάτων συμπεριφοράς. (Rijlaarsdam, Tiemeier, Ringoot, Ivanova, Jaddoe, Verhulst & Roza, 2015. Zeanah & Zeanah, 2001).

Οι γονείς θα μπορούσαν να διδαχτούν δεξιότητες γονικότητας ώστε να είναι σε θέση να προσαρμόζουν τη φροντίδα τους σε ένα βρέφος, που πιθανόν να παρουσιάζει υψηλά επίπεδα αρνητικής συναισθηματικότητας. Έτσι, οι παρεμβάσεις και η εκπαίδευση στις οικογένειες είναι σε θέση να βοηθήσουν τους γονείς να διαχειριστούν τους γονικούς τους ρόλους, να μειώσουν συνολικά το άγχος τους, αλλά και να βελτιώσουν την ποιότητα της συζυγικής τους σχέσης. Ως αποτέλεσμα, ενισχύονται θετικά οι αλληλεπιδράσεις γονέα-βρέφους, η οικογενειακή σταθερότητα αλλά και η ανάπτυξη του βρέφους (Berryhill et al., 2016).

Ο τρόπος που εκδηλώνονται οι συμπεριφορές των γονέων ομαδοποιείται σε τρεις κατηγορίες που αποτελούν τα γονικά σχήματα ή στυλ:

1. Το θετικό (authoritative) γονικό σχήμα. Οι γονείς που υιοθετούν αυτό το σχήμα:

- Ενθαρρύνουν τα παιδιά να συζητούν, ενώ τους ερμηνεύουν και αναλύουν τα επιχειρήματά τους.
- Ζητούν από αυτά να έχουν ώριμη συμπεριφορά, ενώ δε διστάζουν να τους αρνηθούν πράγματα χωρίς να ικανοποιούν τις όποιες απαιτήσεις των παιδιών ανεξέλεγκτα.
- Δεν διστάζουν να δείξουν στα παιδιά την αγάπη τους, τα υποστηρίζουν, ενώ

ταυτόχρονα τους παρέχουν ένα περιβάλλον πλούσιο σε ερεθίσματα, δημιουργώντας συνεχώς νέα ενδιαφέροντα.

- Ενισχύουν την πρωτοβουλία και το αίσθημα ευθύνης των παιδιών τους.

2. Το αυταρχικό (authoritarian) γονικό σχήμα. Οι γονείς που υιοθετούν αυτό το σχήμα:

- Υιοθετούν την εφαρμογή μέτρων άσκησης ελέγχου (τιμωρίες) και δίνουν

έμφαση στην υπακοή και το σεβασμό προς κάθε μορφή εξουσίας.

- Είναι ψυχροί και έχουν απορριπτική συμπεριφορά προς τα παιδιά.

• Δεν ενθαρρύνουν τις συζητήσεις, αφού θεωρούν πως τα παιδιά πρέπει να κάνουν πάντοτε αυτό που τους λένε, ενώ δεν ενισχύουν καθόλου τις πρωτοβουλίες των παιδιών.

3. Το ανεκτικό (permissive) γονικό σχήμα. Οι γονείς που υιοθετούν αυτό το σχήμα:

- Αποφεύγουν την άσκηση ελέγχου, αφήνοντας τα παιδιά ελεύθερα στη

συμπεριφορά τους, με τρόπο που χαρακτηρίζεται από αμέλεια.

- Αν και δείχνουν στα παιδιά τους ότι τα υποστηρίζουν, δεν κάνουν τίποτε που

να διαμορφώνει τη συμπεριφορά τους.

• Τα παιδιά ρυθμίζουν μόνα τους τις δραστηριότητές τους και δεν αντιμετωπίζουν σχεδόν ποτέ το θυμό των γονέων τους ή γενικότερα τα συναισθήματά τους (Κουρκούτας & Chartier , 2009).

Τα παρακάτω είναι μια προσαρμοσμένη λίστα από το Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας και Ινστιτούτο Ιατρικής (National Research Council and Institute of Medicine, 2000) που προσδιορίζει μερικές από τις αλληλεπιδράσεις που χαρακτηρίζουν τις σχέσεις υποστήριξης και φροντίδας μεταξύ γονέα και παιδιού ή φροντιστή και παιδιού:

- Υπεύθυνη φροντίδα που συμβάλλει στην ανάπτυξη αυτοπεποίθησης του παιδιού

- Αγάπη και φροντίδα που χτίζουν την αυτοεκτίμηση του παιδιού

- Προστασία από βλάβες και απειλές που μπορεί αυτά να αγνοούν

- Ευκαιρίες για εμπειρία και επίλυση ανθρώπινων συγκρούσεων συνεργατικά

- Υποστήριξη για τη διερεύνηση και ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων και ικανοτήτων

- Ανταλλαγές μέσω των οποίων τα παιδιά μαθαίνουν την παροχή και τη λήψη ικανοποιητικών σχέσεων με άλλους

- Η εμπειρία του αυτοσεβασμού και του σεβασμού των άλλων.

(National Research Council and Institute of Medicine, 2000)

Κεφάλαιο 3^ο : Προβλήματα Συμπεριφοράς, Διαταραχές του Συναισθήματος και της Συμπεριφοράς ή Δυσκολίες στην Προσαρμογή

3.1 Προσαρμογή

Η προσαρμογή ορίζεται ως αποτέλεσμα δυναμικής και διαρκούς διαδικασίας των ανθρώπων να ξεπεράσουν τα εμπόδια που παρεμβάλλονται στην ικανοποίηση των αναγκών τους και προϋποθέτει την ύπαρξη κινήτρου και αποτελεί την ομαλή και δημιουργική ένταξη του ατόμου στην κοινωνική ζωή (Ζαφειριάδης, 2002).

Ο όρος προσαρμογή, ως έννοια της ψυχολογίας καθώς και της παιδαγωγικής επιστήμης, αναφέρεται στο καθολικό ανθρώπινο φαινόμενο της ψυχολογικής προσαρμοστικότητας του ατόμου, δηλαδή της τάσης και της ικανότητας του να εξοικειώνεται και να εναρμονίζεται δυναμικά και δημιουργικά προς κάθε αλλαγή του κοινωνικού περιβάλλοντος του (Dockett & Perry, 2001).

Κάποια παιδιά προσαρμόζονται εύκολα σε νέες ρουτίνες και αλλαγές του τρόπου ζωής, ενώ άλλα δυσκολεύονται να προσαρμοστούν. Άλλα είναι χαδιάρικα, χαίρονται να τα παίρνουν και να τα κρατάνε οι άλλοι αγκαλιά και απολαμβάνουν τη σωματική επαφή, ενώ άλλα μένουν αδιάφορα στην παρουσία και τις περιποιήσεις των άλλων, κ.ά. Με βάση αυτές τις διαφορές διαπιστώθηκε ότι τα βρέφη μπορούν να κατηγοριοποιηθούν, από τους πρώτους κιόλας μήνες της ζωής τους, σε τρεις σαφώς διαχωρισμένους τύπους: τα εύκολα παιδιά, τα δύσκολα παιδιά και τα βραδυψυχικά παιδιά.

Τα εύκολα παιδιά (ποσοστό 40%) αντιμετωπίζουν τα νέα γεγονότα με μια θετική διάθεση (π.χ. δοκιμάζουν νέα φαγητά χωρίς πολλές διαμαρτυρίες), οι βιολογικές τους λειτουργίες παρουσιάζουν μια κανονικότητα (κοιμούνται, ξυπνούν και τρώνε σε συγκεκριμένες ώρες), είναι συνήθως χαρούμενα, προσαρμόζονται εύκολα στις αλλαγές και αντιδρούν ήπια στους ερεθισμούς (Bowlby, 1973).

Τα δύσκολα παιδιά (ποσοστό 10%) δεν τρώνε και δεν κοιμούνται σε τακτές ώρες, κλαίνει συχνά, δυσκολεύονται να προσαρμοστούν κάθε φορά που αλλάζει κάποια συνήθειά τους, είναι γενικά οξύθυμα και δύσθυμα, αντιδρούν σε περισσότερα πράγματα με μεγάλη ένταση και με μια γενική αρνητική διάθεση.

Τα βραδυψυχικά παιδιά (ποσοστό 15%) δεν παρουσιάζουν τόσο έντονες θετικές ή αρνητικές αντιδράσεις, αλλά δείχνουν περισσότερο παθητική αντίσταση. Για παράδειγμα, ενώ το δύσκολο παιδί κλαίει και φτύνει οργισμένο το φαγητό από το στόμα, το βραδυψυχικό παιδί κρατάει το φαγητό στο στόμα, το αναμασάει και έτσι δεν αφήνει να του δώσουν άλλο.

Είναι αρκετά σύνηθες να υπάρχουν και μεικτοί τύποι παιδιών. Είναι, επίσης, ευνόητο ότι οι διαφορετικοί αυτοί τύποι απαιτούν από τους ενηλίκους και διαφορετικούς τρόπους μεταχείρισης, αλλά και φροντίδας. Επιπλέον, κάθε τύπος παιδιού δημιουργεί στους ενηλίκους διαφορετικά συναισθήματα και αντιδράσεις. (Bowlby, 1973).

Όπως αναφέρει η Varna (1997, σελ. 17) ο Higgins θεωρεί ότι η έννοια της προσαρμογής «προσεγγίζει στενά την έννοια του ατόμου που έχει ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» που η κοινωνία οφείλει να βοηθήσει με την παροχή κατάλληλων εκπαιδευτικών και ψυχοθεραπευτικών προγραμμάτων για την καλύτερη δυνατή προσαρμογή του. Κατά τους Παρασκευόπουλο και Γιαννίτσα (1999, σελ. 9) η έννοια της προσαρμογής έχει δύο πλευρές την Ενδο-προσωπική και τη Δια-προσωπική προσαρμογή. Η Διαπροσωπική προσαρμογή αναφέρεται στις σχέσεις του ατόμου με τους συνανθρώπους του και η Ενδοπροσωπική προσαρμογή αναφέρεται στις σχέσεις του ατόμου με τον ίδιο του τον εαυτό

Το άτομο, για να θεωρηθεί ότι έχει ικανοποιητική δια-προσωπική προσαρμογή, θα πρέπει να ζει αρμονικά με τους άλλους, να έχει αποκτήσει δεξιότητες που το βοηθούν να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της κοινωνικής ομάδας και στις διαπροσωπικές του σχέσεις με τους ενηλίκους και τους συνομηλίκους του, να χαλιναγωγεί τις παρορμήσεις του, να ελέγχει τις απιθυμικές του αντιδράσεις, να έχει αναπτύξει συναισθήματα συναντίληψης με τους άλλους κ.τ.ό.

Αντίστοιχα, το άτομο, για να θεωρηθεί ότι έχει ικανοποιητική ενδο-προσωπική προσαρμογή, θα πρέπει να ζει αρμονικά με τον εαυτό του, να νιώθει ευχαριστημένο με τον εαυτό του, να πιστεύει ότι αξίζει, να έχει θετική στάση απέναντι στη ζωή, να είναι αισιόδοξο, να νιώθει ευτυχισμένο – καταξιωμένο, να έχει ενισχυμένο αυτοσυναίσθημα κ.τ.ό. Δηλαδή, «να τα έχει βρει» με τον εαυτό του και να βιώνει μια εσωτερική ικανοποίηση και ηρεμία. (Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου , 2012)

3.2. Ψυχική υγεία παιδιών νηπιακής ηλικίας

Ένας απλός ορισμός της ψυχικής και συναισθηματικής υγείας είναι η απουσία ψυχολογικών και συναισθηματικών προβλημάτων. Η ψυχική όσο και η συναισθηματική υγεία έχουν πολλές όψεις και η επίδραση της κάθε μιας πάνω στην άλλη είναι διαρκής και καθοριστική. Η ψυχική ασθένεια μπορεί να επηρεάσει τα συναισθήματα (αγχώδεις διαταραχές, φοβίες ή κατάθλιψη), το ίδιο, όμως, και η ψυχική υγεία (με τη διευκόλυνση ανάπτυξης ψυχοκοινωνικών, συναισθηματικών αλλά και νοητικών ικανοτήτων). Η συναισθηματική υγεία, μπορεί επίσης να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία, ιδιαίτερα όταν υπάρχει ανικανότητα αντιμετώπισης έντονων συναισθηματικών καταστάσεων (άγχος, φόβος) και διαχείρισης συναισθημάτων ισχυρής έντασης (έντονη θλίψη) (Κουρμούση & Κούτρας, 2011)

Το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής του Βύρων και της Καισαριανής συμπεριλαμβάνει στα ενημερωτικά δελτία του τα παρακάτω γνωρίσματα ομαλής συμπεριφοράς και ψυχικής υγείας:

- Να μπορεί το άτομο να εκφράζει τα συναισθήματά του ανάλογα με την περίσταση.
- Να έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του.
- Να μπορεί να δημιουργεί σχέσεις.
- Να μπορεί να εργάζεται.
- Να μπορεί να χαίρεται.
- Να αντιδρά θετικά στις καθημερινές πιέσεις.
- Να μπορεί να λύνει τα προβλήματά του.

Για τον ειδικό ψυχικής υγείας τα παραπάνω συμπτώματα είναι ξεκάθαρα και σαφή. Ο μη ειδικός όμως, ίσως βιαστεί να ετικετάρει λανθασμένα το παιδί βασιζόμενος σε υποκειμενικές κρίσεις και σε ελλειμματική γνώση όσον αφορά στη φύση και έννοια των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών. (Πολυχρονοπούλου, 2017)

Στη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιείται ευρέως ο όρος Ψυχική Υγεία του Βρέφους(ΨΥΒ) (Infant mental health -IMH) που καλύπτει την πλήρη συνέχεια της προαγωγής, της πρόληψης, και της παρέμβασης σε σχέση με την κοινωνική και συναισθηματική υγεία του βρέφους. Το βρέφος βιώνει στρες και η σχέση φροντιστή-βρέφους, σε συνδυασμό με το περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται, διαμορφώνουν όχι

μόνο την σωματική και γνωστική, αλλά και την εξίσου σημαντική συναισθηματική ανάπτυξή του. (Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning, 2019).

Ο διεθνής οργανισμός Zero to Three ο οποίος είναι αφιερωμένος στην έρευνα, στην πολιτική και στις πρακτικές προσπάθειες εκ μέρους των βρεφών, των νηπίων αλλά και των οικογενειών τους, ορίζει την ΨΥΒ ως την ικανότητα των μικρών παιδιών να βιώνουν, να ρυθμίζουν και να εκφράζουν συναισθήματα, να δημιουργούν στενούς και ασφαλείς δεσμούς και να εξερευνούν το περιβάλλον. Αυτές οι ικανότητες, οι οποίες αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της υγιούς κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης, επιτυγχάνονται σε ένα περιβάλλον φροντίδας το οποίο περιλαμβάνει την οικογένεια, την κοινωνία και τις πολιτισμικές προσδοκίες (Simpson, Condon, Price, Finch, Sadler & Ordway 2016).

Σύμφωνα με τον Zenaah (2009), το πεδίο της ΨΥΒ θεωρεί τη βρεφική ηλικία ως ένα αναπτυξιακό στάδιο το οποίο ξεκινά προγεννητικά και ολοκληρώνεται στην ηλικία των τριών ετών, σε αντίθεση με το πεδίο της παιδιατρικής περί φροντίδας της υγείας όπου η βρεφική ηλικία ορίζεται από τη γέννηση μέχρι την ολοκλήρωση του πρώτου χρόνου της ζωής. Το προγεννητικό αλλά και το μεταγεννητικό περιβάλλον του βρέφους είναι ζωτικής σημασίας στον τομέα της ΨΥΒ. Για το λόγο αυτό, υποστηρίζεται ότι η ενίσχυση της ψυχικής υγείας στα παιδιά θα πρέπει να ξεκινά πολύ νωρίτερα από τη γέννηση. Επιπρόσθετα, τα πρώτα τρία χρόνια της ανθρώπινης ζωής σηματοδοτούν μία κρίσιμη περίοδο για την ταχεία ανάπτυξη του εγκεφάλου και την ανάπτυξη. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τα παιδιά είναι προγραμματισμένα για διάφορες παιδικές εξετάσεις, οι οποίες παρέχουν ευκαιρίες στους παιδιατρικούς παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας να ενισχύσουν την ΨΥΒ, επειδή οι ίδιοι αποτελούν συχνά την πρώτη «θύρα εισόδου» σε ένα σύστημα φροντίδας για το βρέφος και την οικογένειά του (Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning, 2019. Simpson et al., 2016).

3.3. Διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς ή Προβληματική συμπεριφορά;

Ο όρος «διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς», συμπεριλαμβάνεται για πρώτη φορά στα 1978 στην Αγγλία στην Έκθεση που δημοσιεύτηκε για τις Ειδικές

Εκπαιδευτικές Ανάγκες (Report on Special Education Needs, στο «Special Education Needs Report of the Committee of Inquiry into the Education of Handicapped Children and Young People») (Department of education and science (DES) Warnock, 1978, § 11.21-11.64) μεταξύ των ομάδων των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (τέτοιες ομάδες αποτελούσαν τα παιδιά με οπτικές ή με ακουστικές ή με σωματικές αναπηρίες, παιδιά με επιληψία, με διαταραχές του λόγου και της ομιλίας ή με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες) και η ομάδα των παιδιών με «διαταραχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς».

Είναι σημαντικό να διαχωρίσουμε τον όρο που αναφέρεται ως «συναισθηματικές διαταραχές» από τον όρο «συμπεριφορικές διαταραχές» διότι η πιθανή συγχώνευση τους μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα λογικού προσδιορισμού τους και τελικά σε δυσκολίες προσδιορισμού των ατόμων που εντάσσονται στην μία ή στην άλλη ομάδα. Όπως αναφέρει η Varma (1997, σελ. 16, 17) κατά τον Higgins τα προβλήματα που αναδύονται από τη χρήση του όρου αυτού έχουν σχέση με τα εξής θέματα:

1. ότι ο καθένας από αυτούς τους δύο όρους είναι εξαιρετικά δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια (π.χ. σχέση των συναισθημάτων με τη λίμπιντο, σχέση της έκδηλης συμπεριφοράς με τη συμπεριφορά που δεν εκδηλώνεται αλλά καταγράφεται ως εμπειρία και αργότερα επηρεάζει τη συνολική στάση του ατόμου στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος)

2. ότι είναι δυσδιάκριτες οι μεταξύ τους διαφορές (κατά πόσον για παράδειγμα τα συναισθήματα περιέχονται στη συμπεριφορά ή την περιέχουν).

Επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων χρησιμοποιούν διαφορετικούς όρους για να περιγράψουν τα παιδιά με προβληματική συμπεριφορά, οι επικρατέστεροι από τους οποίους είναι: «συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές», «συναισθηματικές, κοινωνικές και συμπεριφορικές διαταραχές», «συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα», «προβλήματα συμπεριφοράς». Όπως αναφέρει η Πολυχρονοπούλου (1995, σελ. 156) κατά τον Schulz (1991) είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται ο όρος «προβλήματα συμπεριφοράς» αφού πολλοί σύλλογοι και διεθνείς οργανισμοί υποστηρίζουν ότι:

A. είναι περισσότερο περιγραφικός σε σύγκριση με τους άλλους

B. δίνει έμφαση σε μορφές εξωτερικής συμπεριφοράς κι όχι σε καταστάσεις συναισθηματικών διαταραχών που είναι δύσκολο να οριστούν και να διαχωριστούν

Γ. είναι χρήσιμος σε γονείς και εκπαιδευτικούς .(Πολυχρονοπούλου, 2017)

Αντίστοιχα οι Παρασκευόπουλος και Παρασκευοπούλου, (2012) επισημαίνουν ότι στην ονοματολογία και στην ταξινόμηση των ψυχολογικών προβλημάτων και διαταραχών των παιδιών και των εφήβων σκόπιμο είναι να αποφεύγεται η χρήση όρων της κλασικής ψυχιατρικής και της κλινικής ψυχολογίας, γιατί οι όροι αυτοί, από τη μακρόχρονη χρήση τους με τους ενήλικους, ενέχουν μεγάλη αρνητική θυμική φόρτιση. Προτιμότερο είναι η διαταραχή να αποδίδεται με τον ηπιότερο και πολύσημο όρο «προβληματική συμπεριφορά».

3.3.1. Ορισμός προβληματικής συμπεριφοράς

Συμπεριφορά είναι κάθε παρατηρούμενη πράξη ή αντίδραση του παιδιού, καθώς και ο τρόπος που αυτή εκδηλώνεται, με την οποία δηλώνονται ή υπονοούνται η στάση του και οι διαθέσεις του προς τον εαυτό του ή προς το περιβάλλον (Χρηστάκης , 2010). Μια συμπεριφορά είναι προβληματική ή διαταραγμένη ή ανεπιθύμητη, όταν προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα και δυσλειτουργία στο ίδιο το παιδί ή στα πρόσωπα του περιβάλλοντός του. (Πουρσανίδου , 2016)

Η προβληματική συμπεριφορά του παιδιού ορίζεται από την ικανότητα ή ανικανότητά του να προσαρμοστεί στο καθημερινό του περιβάλλον και να επικοινωνήσει με τους γύρω του με τρόπο που η κοινωνία αποδέχεται και εγκρίνει. (Πολυχρονοπούλου , 2017) Σύμφωνα με τους Weber και Plotts (2008) δεν υπάρχει σήμερα ένας διεθνώς αποδεκτός ορισμός για τις συναισθηματικές συμπεριφορικές διαταραχές ή τα προβλήματα συμπεριφοράς λόγω των ποικίλων αιτιολογικών θεωριών (ψυχοδυναμική, συμπεριφοριστική κλπ.) άλλα και της έλλειψης έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων για την ακριβή μέτρηση της προσωπικότητας, της προσαρμογής, του άγχους ή άλλων σχετικών ψυχολογικών εννοιών, που θα χρησίμευαν ως βάση για τον ορισμό του προβλήματος.

Οι δυσκολίες του ορισμού εντείνονται από την ποικιλία συμπτωμάτων που εμφανίζουν τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς και από τις αναρίθμητες περιστάσεις όπου μπορεί να εκδηλωθούν. Οι σημαντικότεροι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η

σοβαρότητα των συμπτωμάτων καθώς και τα κριτήρια για την οριοθέτηση μιας συμπεριφοράς ως μη φυσιολογικής- τυπικής ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την πολιτισμική ταυτότητα κάθε ατόμου είναι:

✓ Η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων επιθετικής-διαταρακτικής συμπεριφοράς,

✓ Ο βαθμός απόκλισης του συμπτώματος από το φυσιολογικό,

✓ Η διάρκεια και η ένταση του συνοδευτικού συναισθήματος,

✓ Η αδυναμία αποφυγής του συναισθήματος,

✓ Η εμφάνιση συγχρόνως και άλλων συμπτωμάτων,

✓ Η σοβαρότητα και διεισδυτικότητα τους σε όλα τα περιβαλλοντικά πλαίσια όπως και

✓ Η πιθανότητα να έλθει αντιμέτωπο το παιδί με το νόμο. (APA 2013. Kirk, Gallagher, Coleman, & Anastasiow, 2012. Μόττη –Στεφανίδου, Παπαθανασίου & Λαρδούτσου, 2004. Παρασκευόπουλος, & Γιαννίτσας, 1999)

Κατά συνέπεια εκτός των στατιστικών κριτηρίων (βαθμό απόκλισης της συμπεριφοράς από το συνηθισμένο, συχνότητα και ένταση) για την οριοθέτηση μιας συμπεριφοράς ως παθολογικής υπάρχουν και τα λειτουργικά κριτήρια, όπου δίνεται έμφαση στις επιπτώσεις που έχει η συμπεριφορά του ατόμου στην κοινωνική του προσαρμογή. (Πολυχρονοπούλου, 2017) Κάθε μορφή λοιπόν συμπεριφοράς που έχει αρνητικές επιπτώσεις είτε στην ενδο-προσωπική προσαρμογή (συντείνει στη δημιουργία συναισθήματος αναξιοτήτας, απαισιόδοξης στάσης, ανίας κ.τ.ό.) είτε στη δια-προσωπική προσαρμογή (οδηγεί σε υιοθέτηση ανεπιτυχών κοινωνικών ρόλων, σε έλλειψη αυτοκυριαρχίας, σε συναισθήματα αδιαφορίας ή εχθρότητας για τους άλλους κ.τ.ό.) θεωρείται, εξ ορισμού, προβληματική συμπεριφορά. (Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου, 2012)

Οι βασικοί παράγοντες που μπορεί να αποτελέσουν λειτουργικά κριτήρια για τον καθορισμό της προβληματικής συμπεριφοράς είναι:

α) οι γνωστικές ικανότητες του ατόμου

β) οι κοινωνικές δεξιότητες που έχει αποκτήσει

γ) η αξιολόγηση της συμπεριφοράς του από το άμεσο οικογενειακό, σχολικό, εργασιακό και φιλικό του περιβάλλον και

ε) το πώς αισθάνεται και νιώθει για τη συμπεριφορά του και για τον εαυτό του. (Πολυχρονοπούλου, 2017)

Είναι προτιμότερο, αντί των γενικών διαγνωστικών όρων, να γίνεται αναλυτική περιγραφή των συγκεκριμένων εκδηλώσεων προβληματικής συμπεριφοράς. Μια τέτοια αναλυτική περιγραφή της προβληματικής συμπεριφοράς είναι εξαιρετικά χρήσιμη στην ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση της διαταραχής τόσο προληπτικά όσο και διορθωτικά -θεραπευτικά. (Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου, 2012)

Το φάσμα της προβληματικής συμπεριφοράς είναι περιλαμβάνει μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, αλλά και μεγάλες διαφορές στο βαθμό εκδήλωσης των μορφών συμπεριφοράς, που κυμαίνονται από ελαφρές έως πολύ σοβαρές. Στις περισσότερες περιπτώσεις το πρόβλημα είναι ελαφρού ή μέτριου βαθμού, πράγμα που επιτρέπει στο παιδί να προσαρμοστεί στο σπίτι και στην συνηθισμένη τάξη με τη βοήθεια απλών προγραμμάτων παρέμβασης. Υπάρχουν όμως και παιδιά με σοβαρή διαταραχή που είναι αδύνατον να βοηθηθούν χωρίς εκτεταμένες και πολύπλοκες παρεμβάσεις. Είναι λοιπόν δύσκολο να συμπεριληφθούν σε έναν ορισμό τέτοιες ανόμοιες μορφές και βαθμοί συμπεριφοράς. Επιπλέον, είναι ίσως αδύνατον να διατυπωθεί ένας και μόνο ορισμός που θα είναι το ίδιο χρήσιμος σε όλες τις κοινωνικές υπηρεσίες που ασχολούνται με παιδιά ή ενήλικες που εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς. (Πολυχρονοπούλου, 2017)

Σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου Σ., (2017) ένας ορισμός ιδιαίτερα χρήσιμος για τον εκπαιδευτικό ορίζει ότι τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς είναι εκείνα τα οποία

- για μεγάλα χρονικά διαστήματα αντιδρούν στο περιβάλλον τους με τρόπο κοινωνικά μη αποδεκτό,
- με τρόπο που συχνά δεν ικανοποιεί ψυχολογικά ούτε τα ίδια και
- που μπορούν να διδαχτούν μια συμπεριφορά πιο αποδεκτή κοινωνικά και πιο ικανοποιητική γι' αυτά.

Ως προβληματικές μορφές συμπεριφοράς θεωρούνται οι ενέργειες και οι στάσεις του παιδιού, οι οποίες δεν ταιριάζουν με την ηλικία του και σχετίζονται με σταθερά

πρότυπα (patterns) προκλητικής, αντικοινωνικής και επιθετικής συμπεριφοράς απέναντι στους άλλους (συνομηλίκους, γονείς, δασκάλους, κλπ.) (Burke, Loeber & Birmaher, 2002). Οι συμπεριφορές αυτές κατατάσσονται στις διαταραχές εξωτερίκευσης. Σε αντιδιαστολή με τις διαταραχές εσωτερίκευσης που «ταλανίζουν» κυρίως το ίδιο το άτομο, οι διαταραχές εξωτερίκευσης, περιλαμβάνουν διασπαστικές, διαταρακτικές και επιθετικές συμπεριφορές οι οποίες μπορούν να γίνουν ιδιαίτερα ενοχλητικές για τα πρόσωπα στο περιβάλλον του ατόμου που πάσχει. (Wilmshurst, 2011).

Στη φυσιολογική ανάπτυξη οι συμπεριφορές εξωτερίκευσης θα κορυφωθούν γύρω στα δύο έτη, και μετά θα ακολουθήσουν μια πορεία προοδευτικής μείωσης καθώς τα παιδιά κοινωνικοποιούνται περισσότερο. Ωστόσο δεν ακολουθούν όλα τα παιδιά αυτήν την επιθυμητή αναπτυξιακή διαδρομή. Η διατήρηση της επιθετικής συμπεριφοράς, πέραν του φυσιολογικού βαθμού και αναπτυξιακού σταδίου, θεωρείται στοιχείο ευρύτερων δυσλειτουργιών τόσο των εσωτερικών μηχανισμών ενός ατόμου, όσο και των αλληλεπιδράσεών του με εξωτερικά ερεθίσματα. Σε κάθε περίπτωση, η προβληματική συμπεριφορά εξετάζεται πάντα λαμβάνοντας υπόψιν:

- Τον εξελικτικό χαρακτήρα της προβληματικής συμπεριφοράς, σε σχέση με το πλαίσιο αναφοράς,
- Το δυναμικό χαρακτήρα της προβληματικής συμπεριφοράς, σε σχέση με τη γενικότερη ψυχοσυναισθηματική και ψυχοκοινωνική λειτουργία του παιδιού,
- Τη σύνδεση μεταξύ προβληματικής συμπεριφοράς και του τρόπου που αυτή προσλαμβάνεται και αντιμετωπίζεται από το περιβάλλον του παιδιού ,
- Τη σύνδεση της προβληματικής συμπεριφοράς με τις οικογενειακές παραμέτρους και τα αναπτυξιακά πρότυπα,
- Την επίδραση που ασκεί το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο στο εγγύτερο ψυχοκοινωνικό περιβάλλον του παιδιού. (Κουρκούτας , 2015)

Η επιθετικότητα αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο και στάδιο κατά τη διάρκεια ανάπτυξης ενός παιδιού καθώς αυτό ανακαλύπτει τους μηχανισμούς αυτοελέγχου και τους τρόπους ικανοποίησης των αναγκών του. Η επιθετικότητα μπορεί να είναι:

- Σωματική ή λεκτική

- Άμεση και έκδηλη (εκφοβισμοί, προκλητική και επιθετική συμπεριφορά) ή Έμμεση και συγκαλυμμένη (παραβιάσεις διαπροσωπικών και κοινωνικών κανόνων και παραβιάσεις ιδιοκτησίας)
- Αντιδραστική (απάντηση σε απειλή ή εσφαλμένη αντίληψη απειλής) ή Προδρομική/Προμελετημένη (απρόκλητες πράξεις βίας)
- Συντελεστική επιθετικότητα (βίαιες κινήσεις και αντιδράσεις, προκειμένου να επιτύχει τις επιθυμίες του-π.χ. να μετακινήσει ένα εμπόδιο ή να εκδηλώσει το θυμό του) και Εχθρική-Διαπροσωπική επιθετικότητα (πρόκληση βλάβης σε άλλο άτομο, προκειμένου να κατοχυρώσει και να αποκαταστήσει το αίσθημα της αδικίας)

Κατά την αναπτυξιακή του πορεία, το παιδί περνά από τη συντελεστική επιθετικότητα στην εχθρική-διαπροσωπική επιθετικότητα. (Tremblay, Le Marquand & Vitaro 1999, όπ. αναφ. στο Wilmshurst, 2011). Για μερικά παιδιά, η επιθετικότητα μπορεί να είναι η πρώτη γραμμή άμυνας λόγω περιορισμένου εύρους αντιδράσεων ή μπορεί να είναι μια φυσιολογική αντίδραση στη ματαίωση και τη θυματοποίηση. (Wilmshurst, 2011). Η συμπεριφορά αυτή μεταβάλλεται συνεχώς, ως προς τον τρόπο που εκδηλώνεται και ως προς τα κοινωνικά ερεθίσματα που την προκαλούν. Όσο το παιδί αναπτύσσεται και εξελίσσει τις ψυχοδυναμικές του ικανότητες, μαθαίνει να οικειοποιείται προσαρμοστικούς μηχανισμούς και μηχανισμούς διαπραγμάτευσης που το βοηθούν στην ομαλή κοινωνικοποίησή του. (Κουρκούτας, 2015).

Οι διαταραχές της συμπεριφοράς πολλές φορές συνυπάρχουν με άλλες ψυχολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών της διάθεσης, του άγχους, του μετατραυματικού στρες, της χρήσης ουσιών, τη ΔΕΠ/Υ, τις σχολικές δυσκολίες. Αυτό ως κατάσταση κάνει επιτακτικότερη την ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση (Δράκος & Τσιναρέλης, 2011)

Έτσι η «φυσιολογικά» αντιδραστική συμπεριφορά ενός παιδιού, συναντά τα όρια της παθολογίας, όταν αυτή η συμπεριφορά αρχίσει να διαταράσσει τις σχέσεις του παιδιού με τα άτομα του κοινωνικού του περιβάλλοντος και παρεμποδίζει την ομαλή ανάπτυξή του. Σε αυτήν την περίπτωση η συμπεριφορά αποτελεί ένδειξη εκδήλωσης : α) Εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής, β) Διαταραχής διαγωγής ή γ) ΔΕΠ-Υ. (Αντωνίου, Ντόφη & Παππά, 2013)

3.3.2. Συχνότητα προβλημάτων συμπεριφοράς

Η έκταση του προβλήματος διαφέρει σημαντικά από μελέτη σε μελέτη και κυμαίνεται συνήθως από 3% έως 6% κατά τους Kauffman & Landrum (2009) , 5% έως 15% κατά τους Kirk και συν. (2012) , 3-20% κατά άλλους ερευνητές ή σύμφωνα με σχετικές έρευνες το 1/6 του μαθητικού πληθυσμού χαρακτηρίζεται από προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθηματικές δυσκολίες (Ρουλου, 2005). Πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι «οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό του προβλήματος είναι μια πολύ δύσκολη υπόθεση» (Kirk et al., 2012).

Οι διαφορές που παρατηρούνται οφείλονται κυρίως:

- α. στη φύση του οργανισμού ή στην ειδικότητα του ατόμου που πραγματοποιεί την έρευνα,
- β. στον ορισμό του προβλήματος που υιοθετεί,
- γ. στο σκοπό της μελέτης και
- δ. στα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιεί. (Πολυχρονοπούλου , 2017)

Οι διαταρακτικές συμπεριφορές στην παιδική ηλικία αποτελούν, τις σημαντικότερες και πιο συχνά εμφανιζόμενες μορφές δυσλειτουργίας στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις. Παιδιά που εμφανίζουν διαταραχές συμπεριφοράς, παρουσιάζουν ταυτόχρονα σημαντικές δυσκολίες προσαρμογής σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης (προσχολική, σχολική, δευτεροβάθμια) (Κουρκούτας, 2007). Η συνεχής αύξηση σε συχνότητα και ένταση των προβλημάτων συμπεριφοράς παρεμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό την εύρυθμη λειτουργία της σχολικής τάξης και προκαλούν άγχος τόσο στους γονείς όσο και στους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι είναι πολλές φορές ανέτοιμοι να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν μαθητές με ανάλογες δυσκολίες. (Πουρσανίδου, 2016)

3.4. Αγχώδεις διαταραχές

Σχεδόν όλα τα παιδιά βιώνουν φόβους και ανησυχίες ως μέρος της φυσιολογικής πορείας και ανάπτυξης. Συχνοί φόβοι των παιδιών, οι οποίοι συνήθως ξεπερνιούνται με την ηλικία, είναι ο φόβος του σκοταδιού, και φανταστικών όντων (σε παιδιά μικρότερα των πέντε ετών) και ο φόβος του αποχωρισμού από τους γονείς (σε παιδιά

μικρότερα των δέκα ετών). Γενικά, όπως και στους ενήλικες τα κορίτσια αναφέρουν ότι έχουν συχνότερα φόβους από ότι τα αγόρια, αν και αυτή η διαφορά ανάμεσα στα φύλα μπορεί εν μέρει τουλάχιστον να οφείλεται στις κοινωνικές πιέσεις που υφίστανται τα αγόρια, που τα κάνουν να διστάζουν να παραδεχτούν ότι φοβούνται (Jonson, 2010).

Δεν πρέπει να υποτιμάται η σοβαρότητα των προβλημάτων της παιδικής ηλικίας που σχετίζονται με το άγχος. Πέρα από το γεγονός ότι τα παιδιά, όπως και οι ενήλικες υποφέρουν από την ψυχική δυσφορία που φέρνει το άγχος, το άγχος μπορεί να εμποδίζει τα παιδιά να αποκτήσουν τις δεξιότητες που αντιστοιχούν στα διάφορα στάδια της ανάπτυξης τους. Τα παιδιά που είναι υπερβολικά ντροπαλά και που βρίσκουν την αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους τους σχεδόν αφόρητη, είναι πολύ πιθανό να μην αποκτήσουν σημαντικές κοινωνικές δεξιότητες. Το έλλειμμα αυτό παραμένει, καθώς το παιδί μπαίνει στην εφηβεία, και αποτελεί τη βάση για περαιτέρω κοινωνικές δυσκολίες. Αργότερα, είτε στην δουλειά είτε στο πανεπιστήμιο, ο χειρότερος φόβος του εφήβου (ότι οι “άλλοι θα με αντιπαθήσουν και θα με απορρίψουν”), είναι πιθανό να επαληθευτεί, καθώς η αδέξια και ενδεχομένως απωθητική συμπεριφορά του οδηγεί τους άλλους να το αποφύγουν και να το απορρίπτουν (Δράκος & Τσιναρέλης, 2011. Jonson, 2010).

3.4.1. Σχολική φοβία

Ένας από τους φόβους της παιδικής ηλικίας, η σχολική φοβία, η οποία μερικές φορές ονομάζεται άρνηση για το σχολείο, έχει σοβαρές συνέπειες σε μαθησιακό και κοινωνικό επίπεδο και μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές μειονεξίες. Από την στιγμή που η ένταξη του σχολείου είναι πολλές φορές η πρώτη περίπτωση που απαιτείται από τα παιδιά να αποχωρίζονται τους γονείς τους τακτικά και για ικανό χρονικό διάστημα, το άγχος αποχωρισμού αποτελεί συχνά μια από τις βασικές αιτίες της σχολικής φοβίας (Jonson, 2010).

3.4.2. Κοινωνική φοβία

Στις περισσότερες σχολικές τάξεις έχουν ανάμεσα στους μαθητές τους τουλάχιστον ένα οι δυο παιδιά που είναι ιδιαίτερα ήσυχα και ντροπαλά. Τα παιδιά αυτά συχνά παίζουν μόνο με μέλη της οικογένειάς τους ή με γνωστούς τους συνομηλίκους, αποφεύγοντας τα άλλα παιδιά αλλά και τους ενήλικες που δεν γνωρίζουν. Η συστολή

τους συχνά τους εμποδίζει να αποκτήσουν ορισμένες δεξιότητες και να συμμετάσχουν σε διάφορες δραστηριότητες τις οποίες απολαμβάνει η πλειονότητα των συνομηλίκων τους, καθώς τα παιδιά αυτά αποφεύγουν τις παιδικές χαρές και δεν συμμετέχουν στα παιχνίδια που παίζουν τα υπόλοιπα παιδιά. (Jonson, 2010).

Τα παιδιά που έχουν αγχώδεις διαταραχές υπερεκτιμούν τον κίνδυνο που ενυπάρχει σε πολλές καταστάσεις και υποτιμούν την ικανότητα τους να τις αντιμετωπίσουν (Jonson, 2010; Μάνος, 1997). Το άγχος που τους προκαλούν αυτές οι σκέψεις εμποδίζει την κοινωνική αλληλεπίδραση, κάτι που οδηγεί το παιδί να αποφεύγει τις κοινωνικές καταστάσεις και, κατά συνέπεια, να μην εξασκείται αρκετά στις κοινωνικές δεξιότητες.

3.4.3. Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ)

Τα παιδιά που εκτίθενται σε τραυματικές εμπειρίες, όπως είναι η χρόνια κακοποίηση, η βία στην κοινότητα τους και οι φυσικές καταστροφές, μπορεί να παρουσιάζουν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που παρουσιάζουν οι ενήλικες που έχουν υποστεί κάποιο τραύμα.

Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες προϋποθέτει την έκθεση σε κάποιο τραύμα, που προκλήθηκε από περιστατικό που είτε βίωσε το ίδιο το άτομο είτε συνέβη παρουσία του. Τα παιδιά που έχουν την τάση να βιώνουν άγχος μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ΔΜΨΣ μετά την έκθεση τους σε τραύμα (Jonson, 2010. Μάνος, 1997).

3.4.4. Κατάθλιψη

Η συμπτωματολογία των παιδιών που έχουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζει και ομοιότητες αλλά και διαφορές με την αντίστοιχη συμπτωματολογία των ενηλίκων (Jonson, 2010). Τόσο τα παιδιά και οι έφηβοι από επτά έως δεκαεπτά ετών όσο και οι ενήλικες τείνουν να εκδηλώνουν τα ακόλουθα συμπτώματα: καταθλιπτική διάθεση, αδυναμία να βιώσουν ευχαρίστηση, κόπωση, προβλήματα συγκέντρωσης και αυτοκτονικό ιδεασμό. Τα παιδιά και οι έφηβοι διαφέρουν από τους ενήλικες στο ότι παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό αποπειρών αυτοκτονίας και ενοχής και χαμηλότερο ποσοστό πρωινής αφύπνισης, κατάθλιψης που εμφανίζεται νωρίς το πρωί, απώλειας της όρεξης και απώλειας βάρους (Μάνος, 1997).

3.5. Σύνδρομο Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ)

Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) είναι η απροσεξία και η υπερκινητικότητα/ παρορμητικότητα. Για να μπει η διάγνωση θα πρέπει κάποια από τα συμπτώματα να έχουν εμφανιστεί πριν την ηλικία των 7 ετών και οι δυσκολίες που προκύπτουν από την διαταραχή να είναι εμφανείς σε δυο τουλάχιστον περιβάλλοντα (πχ στο σχολείο και στο σπίτι).

Η κλινική εικόνα των παιδιών ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία τους. Τα παιδιά ηλικίας 4-6 ετών τρέχουν από την μια μεριά στην άλλη του δωματίου, μιλούν συνέχεια, δεν κοιτούν αριστερά- δεξιά όταν θέλουν να περάσουν το δρόμο, σπάζουν και χάνουν τα παιχνίδια τους, δεν κάθονται σε ένα μέρος, πηδούν από την μια ασχολία στην άλλη, κοιμούνται αργά, ξυπνούν νωρίς και γενικά εξαντλούν τους γύρω τους. Όταν τα παιδιά αυτά πάνε σχολείο, δεν μπορούν να εστιάσουν την προσοχή τους, μοιάζουν αφηρημένα, δεν ακούν τι τους λέει ο δάσκαλος, σηκώνονται από τη θέση τους, η προσοχή τους διασπάται με το παραμικρό, δεν μπορούν να ολοκληρώσουν τα μαθήματα τους, ξεχνούν τα βιβλία τους και τα μολύβια τους, απαντούν στο δάσκαλο χωρίς να περιμένουν την σειρά τους ή χωρίς να ερωτηθούν, διακόπτουν, δεν ακολουθούν τους κανόνες των παιχνιδιών όταν παίζουν με τα άλλα παιδιά.

Γενικά, τα σημεία της διαταραχής μπορεί να είναι ελάχιστα ως απόντα, όταν το άτομο βρίσκεται κάτω από αυστηρό έλεγχο, αντιμετωπίζει κάποια καινούργια κατάσταση, ασχολείται με κάτι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, διαντιδρά με ένα μόνο άτομο ή επιβραβεύεται συστηματικά για την καλή του συμπεριφορά. Τα συμπτώματα είναι έντονα όταν το άτομο βρίσκεται σε ομάδα.

Καθώς τα παιδιά ωριμάζουν, τα συμπτώματα γίνονται λιγότερο εμφανή, ώστε στην εφηβεία η όλη απροσεξία/ υπερκινητικότητα/ παρορμητικότητα παρουσιάζεται συνήθως σαν εξωτερική και εσωτερική ανησυχία.

Βέβαια όλη αυτή η συμπτωματολογία επηρεάζει αρνητικά τη σχολική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση του ατόμου (Jonson, 2010. Μάνος, 1997. Μπακοπούλου, 2011. Πολυχρονοπούλου, 2017).

Επειδή τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ποικίλλουν, συγκεκριμενοποιήθηκαν σε τρεις επιμέρους τύπους:

1. Τύπος με Κύριο Χαρακτηριστικό τις Δυσκολίες Προσοχής: παιδιά των οποίων τα προβλήματα σχετίζονται κυρίως με δυσκολίες στην προσοχή.

2. Τύπος με Κύριο Χαρακτηριστικό την Υπερκινητικότητα/ Παρορμητικότητα: παιδιά των οποίων οι δυσκολίες προέρχονται κυρίως από την υπερκινητική/ παρορμητική συμπεριφορά τους.

Συνδυαστικός Τύπος: παιδιά που αντιμετωπίζουν και τις δυο κατηγορίες προβλημάτων. (Jonson, 2010. Μάνος, 1997. Πολυχρονοπούλου, 2017)

3.6. Κατηγοριοποίηση προβλημάτων συμπεριφοράς σύμφωνα με το DSM και το ICD (κλινική προσέγγιση)

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), οι αποδιοργανωτικές, παρορμητικές διαταραχές συμπεριφοράς αναφέρονται στην αδυναμία αυτοελέγχου των συναισθημάτων ενός ατόμου και των συμπεριφορών που προκύπτουν από αυτά. Σε αυτήν την κατηγορία βρίσκονται:

- η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ),
- η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή,
- η Διαταραχή Διαγωγής (ΔΔ),
- η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας,
- η πυρομανία, η κλεπτομανία, και άλλες διαταραχές αδυναμίας ελέγχου συναισθήματος και συμπεριφοράς.

Ενώ πολλές διαταραχές στο DSM-5 συνεπάγονται προβλήματα τόσο στις συναισθηματικές όσο και στις συμπεριφορικές ρυθμίσεις, η πηγή της παραλλαγής μεταξύ των παραπάνω διαταραχών είναι η έμφαση στους δύο τύπους προβληματικού αυτο-ελέγχου. Για παράδειγμα, τα κριτήρια για τη Διαταραχή Διαγωγής εστιάζουν σε μεγάλο βαθμό στις ανεπαρκώς ελεγχόμενες συμπεριφορές που παραβιάζουν τα δικαιώματα των άλλων ή που παραβιάζουν σημαντικές κοινωνικές νόρμες. Πολλά από τα συμπτώματα συμπεριφοράς (π.χ., επιθετικότητα) μπορεί να είναι αποτέλεσμα του ανεπαρκώς ελεγχόμενου συναισθήματος, όπως ο θυμός. Από την άλλη πλευρά, τα κριτήρια για τη Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή εστιάζονται κυρίως σε τέτοιες ανεπαρκώς ελεγχόμενες συγκινήσεις και ξεσπάσματα θυμού που είναι δυσανάλογα σε σχέση με τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις ή σε σχέση με τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες που υφίστανται.

Ενδιάμεσα σε σχέση με αυτές τις δύο διαταραχές είναι η εναντιωματική προκλητική διαταραχή, κατά την οποία τα κριτήρια είναι πιο ομοιόμορφα κατανεμημένη μεταξύ συναισθημάτων (Θυμός και ερεθισμός) και συμπεριφορών (εναντίωση και περιφρόνηση). (5th ed.; DSM-V, APA 2013).

Η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ), η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) και η Διαταραχή Διαγωγής (ΔΔ) ομαδοποιούνται υπό τον όρο Διαταραχές Ανάρμοστης/Διασπαστικής Συμπεριφοράς (disruptive behavioral disorders -DBDs) εξαιτίας των ομοιοτήτων που παρουσιάζουν από άποψη:

- συμπτωματολογίας
- ηλικιακής έναρξης
- συννοσηρότητας
- ψυχοκοινωνικής θεραπείας και χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας και,
- διαφοράς φύλων στα ποσοστά επιπολασμού τους , με τις τρεις διαταραχές να παρατηρούνται συχνότερα στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια. (Burke , Loeber, & Birmaher, 2002. Demmer, Hooley, Sheen, McGillivray & Lum, 2016. Reid , Webster & Hammond, 2003)

Στην τελευταία και εκτενέστερη έκδοσή της το εγχειρίδιο της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων (ICD-10) περιλαμβάνει ένα σύστημα πολυαξονικής διάταξης με 10 κατηγορίες διαταραχών, εκ των οποίων η δέκατη αναφέρεται στις «Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και εφηβική ηλικία». Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει: (ICD-10 σ.328-330).

-Διαταραχές υπερκινητικού τύπου (π.χ. διαταραχές της προσοχής).

-Διαταραχές της διαγωγής (π.χ. προκλητική εναντίωση).

-Μεικτές διαταραχές της Διαγωγής και του συναισθήματος (π.χ. διαταραχή διαγωγής καταθλιπτικού τύπου).

-Διαταραχές του συναισθήματος, με έναρξη ειδικά κατά την παιδική ηλικία (π.χ. διαταραχή άγχους αποχωρισμού κατά την παιδική ηλικία).

-Διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας, με έναρξη ειδικά κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (π.χ. εκλεκτική αλαλία)

-Διαταραχές που εκδηλώνονται με μωσπάσματα (π.χ. σύνδρομο Tourette).

- Άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος συνήθως με έναρξη κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (π.χ. οργανική ενούρηση, τραυλισμός, διαταραχές στερεοτυπικών κινήσεων κλπ.)

Τα συστήματα ταξινόμησης των DSM-5 και ICD-10 προτείνουν μια κλινική προσέγγιση της κατηγοριοποίησης των προβλημάτων συμπεριφοράς, απαιτούν εξειδικευμένη γνώση και απευθύνονται κυρίως σε ειδικούς που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας (π.χ. γιατρούς και ψυχολόγους).

Στο χώρο της εκπαίδευσης η πιο κατάλληλη ταξινόμηση βασίζεται στην εμπειρική προσέγγιση και ειδικότερα, στη συστηματική παρατήρηση της συμπεριφοράς, που δίνει πολύτιμες πληροφορίες στον εκπαιδευτικό σχετικά με το τι ακριβώς κάνει ο μαθητής όταν εκδηλώνει προβληματική συμπεριφορά. Το σύστημα Achenbach και το Ερωτηματολόγιο Δια-προσωπικής και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ και η αναθεωρημένη έκδοση (2012) ΕΔΕΠΠΕ) έχει αποδειχτεί ότι βοηθούν τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς στην εντόπιση και αναγνώριση προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας. (Πολυχρονοπούλου , 2017)

3.7. Σύστημα Achenbach

Το σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ) αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα εργαλείων για την αξιολόγηση των ικανοτήτων, της προσαρμοστικής λειτουργικότητας, των προβλημάτων συμπεριφοράς και του συναισθήματος.

Το Achenbach περιλαμβάνει 8 σύνδρομα προβλημάτων ταξινομημένα σε δύο κλίμακες: α)στην κλίμακα εσωτερικευμένων προβλημάτων και β) στην κλίμακα εξωτερικευμένων προβλημάτων. Η πρώτη περιλαμβάνει προβλήματα ενδογενούς φύσης για τα οποία δεν έχουν βρεθεί γνωστά οργανικά αίτια. Τα προβλήματα αυτά εντοπίζονται μέσα στο ίδιο το παιδί και απαρτίζουν τα παρακάτω τρία σύνδρομα διαταραχών: (Κάθε ομάδα ομοειδών συμπτωμάτων που τείνουν να εμφανίζονται συγχρόνως, αποτελούν ένα σύνδρομο προβληματικής συμπεριφοράς).

1. Άγχος- Κατάθλιψη: Το παιδί είναι ανήσυχο, νευρικό, φοβισμένο, πιστεύει ότι δεν το αγαπούν, δεν αξίζει, αισθάνεται ένοχο, έχει φόβους, μιλά για αυτοκτονία.
2. Απόσυρση-Κατάθλιψη: Προτιμά να είναι μόνο του, είναι πολύ ντροπαλό και δειλό, δε μιλά, δεν έχει ενέργεια, φαίνεται δυστυχισμένο.
3. Σωματικά Ενοχλήματα: Πονοκέφαλοι, πονόκοιλοι, ναυτίες, ζαλάδες, τάση για έμετο, δερματική αλλεργία, υπερβολική κούραση.

Η δεύτερη κλίμακα περιλαμβάνει δύο σύνδρομα εξωτερικευμένων προβλημάτων:

1. Παράβαση Κανόνων: Κάνει χρήση ουσιών, έχει κακές παρέες, βρίζει, κλέβει, προβαίνει σε βανδαλισμούς, δεν αισθάνεται ενοχή ή μεταμέλεια για τη συμπεριφορά του, έχει σεξουαλικά προβλήματα.
2. Επιθετική συμπεριφορά: Συμπεριφέρεται με σκληρότητα στους άλλους, είναι προκλητικό, οξύθυμο και επιθετικό, μπλέκεται σε καυγάδες, καταστρέφει πράγματα (δικά του ή ξένα) απειλεί, αλλάζει εύκολα διάθεση χωρίς προφανή λόγο και βιώνει, επίσης εύκολα, αισθήματα ματαίωσης.

Το σύστημα Achenbach περιλαμβάνει επίσης τα παρακάτω τρία σύνδρομα που ταξινομούνται χωριστά από τις προηγούμενες ομάδες προβλημάτων.

1. Κοινωνικά προβλήματα: Με συμπτώματα όπως: εξαρτημένη συμπεριφορά, αισθήματα μοναξιάς, κακές διαπροσωπικές σχέσεις, τάση για ατυχήματα, ζήλειες, παρέες με παιδιά μικρότερης ηλικίας.
2. Προβλήματα σκέψης: Έμμονες ιδέες και σκέψεις, αυτοτραυματισμού, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις (ακούει ήχους ή/και φωνές, βλέπει πράγματα που δεν υπάρχουν), ασχολείται δημόσια με τα γεννητικά του όργανα, μαζεύει άχρηστα πράγματα, έχει παράξενες ιδέες και σκέψεις, δυσκολεύεται να κοιμηθεί.
3. Προβλήματα προσοχής: Το σύνδρομο αυτό περιλαμβάνει την κλίμακα της απροσεξίας και την κλίμακα της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας. Στην απροσεξία το παιδί εμφανίζει περιορισμένη ή φτωχή ικανότητα συγκέντρωσης και προσοχής, ονειροπολεί και πολύ συχνά δεν ολοκληρώνει αυτό που αρχίζει. Έχει μαθησιακές δυσκολίες, χαμηλή σχολική επίδοση, είναι απρόσεκτο και ανοργάνωτο. Στην υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα το παιδί εκδηλώνει υπερβολική κινητικότητα, παρορμητικότητα και ανευθυνότητα. Διαταράσσει το πρόγραμμα της

τάξης, ενοχλεί τους άλλους, διακόπτει το δάσκαλο χωρίς να του δοθεί η άδεια, έχει επιδεικτική συμπεριφορά. (Achenbach & Rescorla , 2003)

3.8. Ερωτηματολόγιο Δια-προσωπικής και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής

Το ΕΔΕΠ έχει κατασκευαστεί από τους καθηγητές του Πανεπιστημίου των Αθηνών Παρασκευόπουλο Ι. Ν. και Γιαννιτσή Ν. Δ. (1999) και δημοσιευτεί από τον εκδοτικό οίκο «Ελληνικά Γράμματα». Όπως οι ίδιοι αναφέρουν (σελ. 7.) «Το ΕΔΕΠ έχει κατασκευαστεί κατά το πρότυπο του «Ερωτηματολογίου Συμπτωμάτων Προβληματικής Συμπεριφοράς-ΕΣΠΣ» των Η. C. Quay & D. R. Peterson Η. C. Quay & D. R. Peterson , προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα. Επίσης, στην κατάρτιση του καταλόγου των συμπτωμάτων , ελήφθησαν υπόψη άλλα παρόμοια ερωτηματολόγια προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών, όπως είναι του Τ. Μ. Achenbach, του Μ. Rutter του C. K. Connors κ. α. «. Ακόμη πρέπει να αναφέρουμε ότι τα 59 από τα 110 ερωτήματα του ΕΔΕΠ είχαν στο παρελθόν χορηγηθεί (διατυπωμένα με τον ίδιο ή με παραπλήσιο τρόπο) με το Ερωτηματολόγιο Συμπτωμάτων Προβληματικής Συμπεριφοράς (ΕΣΠΣ) στις μητέρες 806 μαθητών (428 αγόρια και 378 κορίτσια ηλικίας 6-13 ετών) διάφορων δημοτικών σχολείων της Αθήνας. (Βλ. μελέτη Ι. Ν. Παρασκευόπουλου και συν. του «Προβληματική συμπεριφορά παιδιών σχολικής ηλικίας» στο περιοδικό Σχολική Υγιεινή, 1971, τομ. 32ος σελ. 145-174).

Το ΕΔΕΠ αναθεωρήθηκε από τους Παρασκευόπουλο Ι.Ν & Παρασκευοπούλου Π.Ι., το 2012 σε ΕΔΕΠΠΕ (Ερωτηματολόγιο Δια-προσωπικής και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής Παιδιών και Εφήβων) .

Σκοπός του ΕΔΕΠΠΕ είναι να περιγράψει κατά τον καλύτερο και αναλυτικότερο τρόπο τις συμπεριφορές των παιδιών που δυσκολεύονται στην επικοινωνία με τον εαυτό τους και με τους άλλους και που πιθανόν να απαιτούν περαιτέρω διαγνωστική διερεύνηση και εξατομικευμένη διορθωτική αντιμετώπιση. Έτσι το ΕΔΕΠ, περιέχει μια σειρά από 110 συμπτώματα προβληματικής συμπεριφοράς που μπορεί να παρουσιάσουν τα παιδιά του νηπιαγωγείου, του δημοτικού και του γυμνασίου. Τα συμπτώματα αυτά όταν υπάρχουν παρεμποδίζουν την ομαλή προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο και στο σπίτι.

Από τα συμπτώματα που συναπαρτίζουν κάθε όψη της προσαρμογής (ενδο-προσωπική, δια-προσωπική), παρότι το καθένα είναι, καθεαυτό, ένα διαφορετικό

διακριτό χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς του παιδιού/του εφήβου, μερικά «μοιάζουν» μεταξύ τους, γιατί αναφέρονται σε παρόμοιες εκφάνσεις του ίδιου είδους προβληματικής συμπεριφοράς. Πολυμεταβλητές στατιστικές αναλύσεις (όπως είναι η «παραγοντική ανάλυση») έχουν δείξει ότι τέτοια ομοειδή συμπτώματα τείνουν να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο. Κάθε ομάδα ομοειδών συμπτωμάτων που τείνουν να εμφανίζονται συγχρόνως και να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο αποτελεί, όπως λέγεται, ένα σύνδρομο προβληματικής συμπεριφοράς.

Κλινική και λογική ανάλυση του είδους της προβληματικής συμπεριφοράς που αξιολογεί κάθε σύμπτωμα έχουν δείξει ότι τα συμπτώματα των ερωτηματολογίων του ΕΔΕΠΠΕ μπορούν να ομαδοποιηθούν σε έξι σύνδρομα: α) Σε τέσσερα σύνδρομα ενδο-προσωπικής προσαρμογής και β) σε δύο σύνδρομα δια-προσωπικής προσαρμογής.

3.8.1. Ενδροπροσωπική προσαρμογή

Η ενδο-προσωπική προσαρμογή αναφέρεται, σε συμπτώματα που παρεμποδίζουν το άτομο να ζει αρμονικά με τον εαυτό του. Πρόκειται για μορφές εσωστρεφούς συμπεριφοράς και υπερβολικής αναστολής, καθώς και ελλειμματικής ανάπτυξης, οι οποίες ταλαιπωρούν, εσωτερικά, το ίδιο το άτομο, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η ομαλή ενεργοποίηση και εκδίπλωση των δυνατοτήτων του και η αυτο-πραγμάτωσή του. Είναι, όπως αλλιώς αποκαλείται, εσωτερικευμένη προβληματική συμπεριφορά.

Στα συμπτώματα του ΕΔΕΠΠΕ υπάρχουν τα εξής τέσσερα σύνδρομα ενδο-προσωπικής προσαρμογής: α) «Άγχος – Δυσθυμία – Ψυχαναγκασμός», β) «Υπερβολική αναστολή – Μοναχικότητα – Βραδυψυχισμός», γ) «Ελλειμματική ανάπτυξη– Ανωριμότητα» και δ) «Ψυχοσωματικές διαταραχές».

α) Άγχος – Δυσθυμία – Ψυχαναγκασμός

Το σύνδρομο «Άγχος – Δυσθυμία – Ψυχαναγκασμός» έχει ως κύρια συστατικά στοιχεία την εσωτερική ανασφάλεια, την αμηχανία, τον διάχυτο– γενικευμένο φόβο, την υπερευαισθησία, την κατήφεια, τις πολλές ενοχές, το συναίσθημα μειονεξίας, την υπερεξάρτηση, την υπερβολική συμμόρφωση, τη μελαγχολική διάθεση κ.τ.ό.

Οι ερωτήσεις – συμπτώματα του ΕΔΕΠΠΕ που συναπαρτίζουν το σύνδρομο «Άγχος – Δυσθυμία – Ψυχαναγκασμός» είναι όπως τα παρακάτω: «Το απασχολεί ο εαυτός του, δεν νιώθει άνετα, βρίσκεται σε αμηχανία», «Νιώθει μοναξιά, πλήξη, ανία», «Πιστεύει

«ότι δεν θα τα καταφέρει, έλλειψη αυτοπεποίθησης», «Υπερευαίσθητο, πληγώνεται με την παραμικρή παρατήρηση-κριτική», «Άκεφο, μελαγχολικό, κατηφές, θλιμμένο», «Δεν ξέρει να παίζει και να χαίρεται», «Νιώθει ότι είναι ανεπιθύμητο, ότι δεν το αγαπάνε», «Δείχνει σα να το απασχολεί κάτι – κάποια έγνοια, πάντα σκεπτικό», «Νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε, ότι είναι άχρηστο, συναίσθημα μειονεξίας», «Νιώθει ότι το αδικούν στο σχολείο», «Νιώθει ότι είναι ο “αδικημένος” στην οικογένεια», «Σχολαστικότητα στην καθαριότητα, στην τάξη, στην εκτέλεση των εργασιών», «Υπερβολική συμμόρφωση στους κανόνες, υπερβολικά πειθήνιο», «Αγωνιά μήπως δεν είναι τέλειο σε ό,τι κάνει, τελειομανής» κ.τ.ό.

β) Υπερβολική αναστολή – Μοναχικότητα – Βραδυψυχισμός.

Το σύνδρομο «Υπερβολική αναστολή – Μοναχικότητα – Βραδυψυχισμός» έχει ως κύρια συστατικά στοιχεία την κοινωνική απόσυρση – απομόνωση, την επιφυλακτικότητα, το κλείσιμο του ατόμου στον εαυτό του, την αποφυγή αλληλεπίδρασης με τον γύρω κόσμο, την απάθεια, την ντροπαλότητα, τη συστολή κ.τ.ό.

Οι ερωτήσεις – συμπτώματα του ΕΔΕΠΠΕ που συναπαρτίζουν το σύνδρομο «Υπερβολική αναστολή - Μοναχικότητα – Βραδυψυχισμός» είναι όπως τα παρακάτω: «Δεν έχει παρέες, προτιμάει να μένει μόνο του», «Αποφεύγει να αναμειχθεί, προτιμάει να μένει αμέτοχο, απόμακρο», «Μένει απαθής, νωθρό, άτονο», «Δειλό, άτολμο, πάντα “μαζεμένο”», «Δεν δείχνει ενδιαφέρον για ό,τι γίνεται γύρω του, ζει σε δικό του κόσμο», «Αθόρυβο, περνάει απαρατήρητο, σα να μην είναι “παρών”», «Ονειροπόληση, αφηρημάδα, χάνεται στη σκέψη του», «Καθόλου διεκδικητικό, υπερβολικά υποχωρητικό, συνεσταλμένο», «Αποφεύγει τις ομαδικές εκδηλώσεις, τις εκδρομές, τα πάρτι», «Δεν ενδιαφέρεται να κάνει φίλους», «Μιλάει και απαντάει, επιλεκτικά, μόνον σε λίγα πρόσωπα», «Νιώθει διαρκώς κουρασμένο, νιώθει χρόνια κόπωση», «Δεν ανακοινώνει τις σκέψεις του – τις επιθυμίες του, μυστικοπάθεια, κρυψίνοια» κ.τ.ό.

γ) Ελλειμματική ανάπτυξη – Ανωριμότητα

Το σύνδρομο «Ελλειμματική ανάπτυξη – Ανωριμότητα» έχει ως κύρια συστατικά στοιχεία την υστέρηση του παιδιού και του εφήβου στο να μπορεί να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της ηλικίας του σε αναπτυξιακούς τομείς, όπως είναι ο κινητικός, ο γλωσσικός, ο μαθησιακός, ο κοινωνικός και ο συναισθηματικός. Επίσης, αναφέρεται σε θέματα υπερκινητικότητας και διάσπασης προσοχής, εικόνας του σώματος και εμφάνισης, καθώς και ταυτότητας του ρόλου του φύλου.

Οι ερωτήσεις – συμπτώματα του ΕΔΕΠΠΕ που συναπαρτίζουν το σύνδρομο «Ελλειμματική ανάπτυξη – Ανωριμότητα» είναι όπως τα παρακάτω:

«Συμπεριφέρεται σα να είναι μικρότερης ηλικίας», «Κλαίει με το παραμικρό, ξεσπάει εύκολα σε κλάματα, κλαίει πολύ», «Αδέξιο, ζημιάτικο, έλλειψη συντονισμού κινήσεων», «Χτυπάει συχνά, επιρρεπές στα ατυχήματα», «Υπερβολικά εξαρτημένο – προσκολλημένο στους μεγάλους», «Μιλάει “μωρουδίστικα”», «Έχει ανάγκη από συνεχή επιτήρηση», «Είναι απρόσεκτο στο μάθημα», «Θύμα βίας των συνομηλίκων», «Φόβοι για ακίνδυνα πράγματα (σκοτάδι, κατοικίδια ζώα)», «Φοβάται να μείνει μόνο του», «Δυσκολεύεται να ακολουθήσει οδηγίες που του δίνονται», «Δεν εμμένει να τελειώνει ό,τι αναλαμβάνει, τα αφήνει στη “μέση”», «Δεν μπορεί να καθίσει σε ένα μέρος, κινείται σα σβούρα, υπερκινητικότητα», «Έχει κάποιο σωματικό ελάττωμα, αναπηρία», «Φοβάται όταν βρεθεί σε νέες καταστάσεις», «Δυσκολεύεται στα μαθήματα», «Φοβάται να πάει στο σχολείο» κ.τ.ό.

δ) Ψυχοσωματικές διαταραχές

Το σύνδρομο «Ψυχοσωματικές διαταραχές» αναφέρεται σε διάφορες βιοσωματικές ενοχλήσεις που δεν έχουν οργανική αιτιολογία, αλλά οφείλονται σε ψυχολογικά αίτια. Πρόκειται, θα λέγαμε, για μορφές «σωματοποίησης» εσωτερικών εντάσεων και εκδήλωσής τους σε οργανική διαταραχή. Οι ψυχογενείς αυτές διαταραχές εκδηλώνονται στις λειτουργίες των διαφόρων οργανικών συστημάτων, όπως του πεπτικού (ανορεξία, βουλιμία), της απέκκρισης (ενούρηση, εγκόπριση), του αναπνευστικού (βρογχικό άσθμα) κ.τ.ό. Επίσης, εκδηλώνονται στο δέρμα (δερματική αλλεργία, φαγούρα), στον ύπνο (εφιάλτες, αϋπνία, νυκτοβασία), σε σπαστικές – ακούσιες κινήσεις (ανοιγοκλείσιμο των ματιών, απότομες κινήσεις της κεφαλής, γκριμάτσες) κ.τ.ό.

Οι ερωτήσεις – συμπτώματα του ΕΔΕΠΠΕ που συναπαρτίζουν το σύνδρομο «Ψυχοσωματικές διαταραχές» είναι όπως τα παρακάτω:

«Παρουσιάζει συχνά δερματική αλλεργία, φαγούρα», «Παραπονείται συχνά ότι έχει πονόκοιλους, πονοκεφάλους, ζαλάδες, ιλίγγους», «Παραπονείται ότι έχει ναυτία κάνει συχνά εμετό», «Παρουσιάζει συχνά αλλεργικό συνάχι, αλλεργικό άσθμα», «"Βρέχεται" στον ύπνο του, ενούρηση», «Σπαστικές – ακούσιες κινήσεις, τικ», «Διαταραχές ύπνου: αϋπνία, νυκτερινοί εφιάλτες, νυκτοβασία», «Διαταραχές της ομιλίας, τραυλισμός», «Ακατάσχετη πείνα, υπερφαγία, βουλιμία», «Αποστροφή προς ορισμένα εδέσματα (π.χ. τυρί)», «"Λερώνεται" επάνω του, εγκόπριση», «Δεν τρώει, απλώς τσιμπολογάει, κινδυνεύει να πάθει ανορεξία», «Τσιμπάει το δέρμα του ή μαδάει τα μαλλιά του ή γλείφει τα χείλη του ή μασάει τα ρούχα του», «Πρόωρος αυνανισμός» κ.τ.ό.

3.8.2. Δια-προσωπική προσαρμογή

Η δια-προσωπική προσαρμογή αναφέρεται, σε συμπτώματα που παρεμποδίζουν το άτομο να ζει αρμονικά με τους άλλους. Πρόκειται για μορφές αντικοινωνικής συμπεριφοράς που βλάπτουν τους άλλους και δημιουργούν προβλήματα στις σχέσεις του ατόμου με τα άλλα πρόσωπα, συνομηλίκους και ενηλίκους, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η ομαλή ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο. Είναι, όπως αλλιώς αποκαλείται, εξωτερικευμένη προβληματική συμπεριφορά.

Πρέπει να σημειωθεί ότι στο ερωτηματολόγιο ΕΔΕΠ (μη αναθεωρημένη έκδοση) (Παρασκευόπουλος & Γιαννίτσας, 1999) το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα τα δύο σύνδρομα της Διαπροσωπικής προσαρμογής είναι: α) «Επιθετικότητα» και β) «Παραβατικότητα» με τα αντίστοιχα στοιχεία που τα απαρτίζουν. Στα συμπτώματα του ΕΔΕΠΠΕ(αναθεωρημένη ηλεκτρονική έκδοση, 2012) υπάρχουν τα δύο σύνδρομα δια-προσωπικής προσαρμογής: α) «Έλλειψη φιλαλληλίας – Ακοινωνικότητα» και β) «Επιθετικότητα–Παραβατικότητα».

α) Έλλειψη φιλαλληλίας – Ακοινωνικότητα

Το σύνδρομο «Έλλειψη φιλαλληλίας – Ακοινωνικότητα» έχει ως κύρια συστατικά στοιχεία την έλλειψη σεβασμού των δικαιωμάτων των άλλων, την απουσία συναντίληψης στις αλληλεπιδράσεις με τους άλλους, όπως είναι η άκρατη διεκδικητικότητα, το πείσμα, ο αρνητισμός, η υπεροψία, η έλλειψη σωστής διαχείρισης των συναισθημάτων κ.τ.ό.

Ερωτήσεις – συμπτώματα που συναπαρτίζουν το σύνδρομο «Έλλειψη φιλαλληλίας – Ακοινωνικότητα» είναι όπως τα παρακάτω:

«Θέλει να γίνεται ολοένα το δικό του, πεισματάρικο», «Είναι όλο αντιρρήσεις, πνεύμα αντιλογίας», «Κάνει τον ψευτοπαλικαρά – τον νταή», «Στριγγλίζει, χτυπιέται κάτω, εκρήξεις θυμού», «Καυχιέται, κομπάζει, κάνει τον σπουδαίο – τον καμπόσο», «Αρπάζεται εύκολα, ευέξαπτο, ευερέθιστο», «Ενοχλεί τους άλλους, δεν τους αφήνει σε ησυχία, πειραχτήρι», «Δεν μπορεί να καθίσει φρόνιμα, ενοχλητικό, ζιζάνιο», «Αλλάζει απότομα διάθεση, απρόβλεπτο», «Θορυβώδες, φωνακλάς, ταραχοποιός», «Δεν ικανοποιείται με τίποτε, μεμψίμοιρο, γκρινιάρικο», «Παρορμητικό, ενεργεί χωρίς να σκέπτεται», «Έλλειψη συνεργατικότητας σε ομαδικές δραστηριότητες», «Δεν το συμπαθούν τα άλλα παιδιά, ανεπιθύμητο στις παρέες τους», «Κάνει τον έξυπνο, ξερόλας», «Κρατάει “μούτρα” πολύ», «Επιμένει φορτικά να μονοπωλεί την προσοχή των άλλων», «Το φταίξιμο το ρίχνει πάντοτε στους άλλους, πάντοτε αρνείται ότι φταίει», «Δεν περιμένει τη σειρά του να μιλήσει», «Απαιτεί να ικανοποιούνται οι επιθυμίες του αμέσως “εδώ και τώρα”», «Νομίζει ότι οι άλλοι θέλουν το κακό του, ότι τον έχουν βάλει “στο μάτι”», «Δεν τα καταφέρνει στις σχέσεις του με το άλλο φύλο», «Δεν ξέρει ποιος είναι και τι θέλει, βρίσκεται σε σύγχυση» κ.τ.ό.

β) Επιθετικότητα – Παραβατικότητα

Το σύνδρομο «Επιθετικότητα – Παραβατικότητα» έχει ως κύρια συστατικά στοιχεία μορφές παραπτωματικής και «προ-εγκληματικής» συμπεριφοράς που μπορεί τελικά να οδηγήσουν, τόσο το παιδί και τον έφηβο όσο και τους γονείς τους, σε «μπλεξίματα» με τις διωκτικές και τις δικαστικές αρχές. Τέτοιες συμπεριφορές είναι η κλοπή, το σκασιαρχείο από το σχολείο και από το σπίτι, η συμμετοχή σε συμμορίες, η καταστροφή ξένης περιουσίας, οι διάφορες εξαρτήσεις κ.τ.ό.

Οι ερωτήσεις – συμπτώματα που συναποτελούν το σύνδρομο «Επιθετικότητα— Παραβατικότητα» είναι όπως τα παρακάτω:

«Καταστρέφει ξένα πράγματα, προκαλεί σκόπιμα φθορά σε ξένη περιουσία», «Έχει “κακές” παρέες», «Κλέβει χρήματα ή πράγματα», «Το “σκάει” από το Σχολείο, έχει πολλές αδικαιολόγητες απουσίες», «Φαίνεται να μη μαθαίνει από τα σφάλματά του», «Βρίζει χυδαία, αυθαδιάζει, βωμολοχεί, βλασφημεί», «Χτυπάει τα άλλα παιδιά, θεωρείται επικίνδυνο», «Αρνείται να εκτελέσει τις υποχρεώσεις του», «Δεν νιώθει καμιά ενοχή ή μεταμέλεια όταν σφάλει», «Δείχνει απέχθεια προς το σχολείο», «Λέει

“μελετημένα” ψέματα», «Κάνει κατεργαριές για να κοροϊδέψει – να εξαπατήσει τους άλλους», «Είναι αδίστακτο, δεν έχει καθόλου αναστολές», «Ανυπάκουο, απείθαρχο, δεν “ακούει” κανέναν», «Το “σκάει” από το σπίτι», «Κακία, εχθρότητα, εκδικητικότητα, μίσος για τους άλλους», «Εκρηκτική συμπεριφορά, βίαια ξεσπάσματα», «Πίνει πολύ οινοπνευματώδη ποτά», «Είναι “κολλημένο” στον υπολογιστή, στο διαδίκτυο», «Σκόπιμοι αυτοτραυματισμοί», «Απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει», «Κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ναρκωτικά» κ.τ.ό. (Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου, 2012)

3.8.3. Ενδοπροσωπική και Διαπροσωπική Νοημοσύνη

Το 1983 ο Gardner Howard εισήγαγε τη θεωρία της πολλαπλής νοημοσύνης με τη δημοσίευση του βιβλίου *Frames of Mind. The Theory of Multiple Intelligences*(1983). Η θεωρία της πολλαπλής νοημοσύνης βασισμένη πάνω στο πνεύμα του Dewey σχετικά με την προοδευτική αγωγή, αν και αναπτύχθηκε ως ψυχολογική θεωρία, διέγειρε περισσότερο το ενδιαφέρον των εκπαιδευτικών και των παιδαγωγών, λόγω των επιπτώσεων που μπορεί να επιφέρει στη μάθηση και στη διδασκαλία. Στο βιβλίο του αυτό ο Gardner, θεωρώντας ότι τα τεστ νοημοσύνης περιγράφουν αδρομερώς τη νοητική ικανότητα του ατόμου, απορρίπτει την ύπαρξη ενός γενικού νοητικού παράγοντα που υφίσταται στη βάση των διαφορετικών νοητικών ικανοτήτων και προτείνει 7 διαφορετικά και ξεχωριστά είδη νοημοσύνης με περιγραφική μορφή τα οποία είναι :

1. η γλωσσική νοημοσύνη (Linguistic intelligence): Η ικανότητα της αποτελεσματικής χρήσης του γραπτού ή του προφορικού λόγου. Η άνεση στη σωστή χρήση του συντακτικού, της φωνολογίας, της σημασίας και της πραγματικής διάστασης της γλώσσας σε βαθμό που βοηθάει την επίλυση προβλημάτων της καθημερινότητας και τη δημιουργία νέων απαντήσεων σε παλιά προβλήματα (ποιητές, δημοσιογράφοι, πολιτικοί.)

2. η λογική - μαθηματική νοημοσύνη(Logical-Mathematical intelligence): Η ικανότητα να χρησιμοποιεί κάποιος με ευχέρεια τους αριθμούς και το να διαθέτει υψηλού επιπέδου μαθηματική σκέψη με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων και επαγωγικών λύσεων σε αναφερόμενα προβλήματα(επιστήμονες, λογιστές, στατιστικοί, προγραμματιστές κομπιούτερ) .

3. η χωρική νοημοσύνη(Spatial intelligence) : Η ικανότητα της κατανόησης και της χρησιμοποίησης του χώρου. Ευαισθησία και άνεση στα χρώματα, στη γραμμή, στο σχήμα, στη φόρμα και στον προσανατολισμό, που βοηθούν στην αναγνώριση σχεδιασμένων αναπαραστάσεων (αρχιτέκτονες,, διακοσμητές, κυνηγοί).

4. η σωματική-κιναισθητική νοημοσύνη (Bodily intelligence): Η ικανότητα της άνετης χρήσης ολοκλήρου του σώματος στην έκφραση ιδεών και συναισθημάτων και την επιδέξια χρησιμοποίηση των χεριών και των ποδιών, με σκοπό την εκτέλεση ή διαμόρφωση ενός έργου (ηθοποιοί, αθλητές, χορευτές, γλύπτες, χειρουργοί).

5. η μουσική νοημοσύνη (Musical intelligence): Ευαισθησία στο ρυθμό, στη μελωδία, στη διάκριση των ήχων της μουσικής. Παραγωγή και εκτέλεση σύνθεσης (μουσικοσυνθέτες, τραγουδιστές, μουσικοί).

6. η διαπροσωπική νοημοσύνη(Interpersonal intelligence) : Η ικανότητα κατανόησης της συναισθηματικής διάθεσης, των διαθέσεων και των κινήτρων των άλλων, ευαισθησία στις εκφράσεις του προσώπου, των διακυμάνσεων του τόνου της φωνής και ικανότητα να γίνεσαι αποδεκτός και να προσαρμόζεσαι στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (δάσκαλος, σύμβουλος, κλινικός ψυχολόγος, πολιτικοί ηγέτες)

7. η ενδοπροσωπική νοημοσύνη(Intrapersonal intelligence): Αυτογνωσία του ατόμου και ικανότητα του στο να προσαρμόζεται στη βάση αυτής της γνώσης και στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος του. Αυτοαντίληψη, αυτοκυριαρχία, αυτοεκτίμηση (ψυχολόγος ψυχίατροι θρησκευτικοί ηγέτες). (Δράκος & Τσιναρέλης , 2011).

Με αυτή τη θεώρηση ,η νοημοσύνη είναι κάτι περισσότερο από μια απλή ένδειξη του δείκτη ενός οποιουδήποτε ψυχολογικού τεστ. Ήδη όμως από το 1997 ο Gardner προτείνει και δύο ακόμη είδη νοημοσύνης τη Φυσιοκρατική-νατουραλιστική(naturalistic) η οποία συνδέεται με την ικανότητα αναγνώρισης των φυσικών μορφών, των όντων, των γεγονότων και των φυσικών φαινομένων (βιολόγος, φυσιολάτρες) και την υπαρξιακή η οποία συνδέεται με την δυνατότητα ορισμένων ανθρώπων να αναζητούν απαντήσεις σε διάφορα υπαρξιακά ζητήματα, (πιθανή η ύπαρξη της και προς το παρόν αναπόδεικτη).

Η θεωρία του Gardner άνοιξε δρόμους στην σκέψη των εκπαιδευτικών και των παιδαγωγών για την τροποποίηση των ανελαστικών Α.Π.Σ σε Ενιαία Διαθεματικά Προγράμματα Σπουδών, όπου δίνεται η δυνατότητα της πολυθεματικής προσέγγισης

των γνωστικών αντικειμένων. Αυτή η μεθοδολογία δίνει την ελευθερία στον εκπαιδευτικό να καλλιεργήσει εκείνες τις νοητικές ικανότητες που έχει κάθε παιδί και έτσι κάθε παιδί να μάθει μέσα από τους δικούς του δρόμους. Σήμερα τόσο οι εκπαιδευτικοί, όσο και οι ψυχολόγοι χρησιμοποιώντας τη θεωρητική ώθηση που δημιούργησε η πρόταση του Gardner αλλά και τα δεδομένα των νευροεπιστημών, δημιούργησαν νέα εκπαιδευτικά προγράμματα που βασίζονται στην εγκεφαλική λειτουργία, Brain Based Learning Programs. (Δράκος & Τσιναρέλης, 2011).

Κατά τον Armstrong (1994, σελ. 11) τα βασικά σημεία της θεωρίας αυτής είναι τα εξής :

1. κάθε άτομο διαθέτει και τις 9 νοημοσύνες σε διάφορους συνδυασμούς όσον αφορά το επίπεδο και τις δυνατότητες τους,

2. οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να αναπτύξουν και τις 9 νοημοσύνες σε έναν ικανοποιητικό

βαθμό ικανότητας,

3 οι νοημοσύνες συνήθως συνεργάζονται μεταξύ τους και αλληλοεπιδρούν,

4. υπάρχουν δυνατότητες για το άτομο να είναι ιδιαίτερα νοήμων με διάφορους τρόπους σε κάθε μια από τις 9 κατηγορίες της νοημοσύνης .

Η συγκεκριμένη θεωρία δίνει κατά τον ίδιο επιστήμονα (Armstrong, 1994), στον εκπαιδευτικό σημαντική δυνατότητα εφαρμογής της στη σχολική πράξη. "Όλοι οι μαθητές διαθέτουν κάποια ξεχωριστή νοητική ικανότητα την οποία οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να την αναγνωρίσουν. Το είδος της ικανότητας που έχει ένας μαθητής είναι δυνατό να αξιολογηθεί μέσα από τις απαντήσεις σε μια σειρά ερωτημάτων για κάθε ένα από τα είδη της νοημοσύνης. Ο Armstrong (1994, σελ. 51-57) αναφέρει ότι ορισμένα από τα ερωτήματα που συνδέονται με τη διαπροσωπική νοημοσύνη είναι τα εξής:

- του αρέσει να συναναστρέφεται με τους συμμαθητές του
- φαίνεται να είναι ένας φυσικός ηγέτης
- δίνει συμβουλές στους φίλους του που έχουν προβλήματα
- ανήκει σε κλαμπ, ομάδες, οργανώσεις
- χαιρέται όταν του δίνεται η ευκαιρία να διδάξει άλλους συμμαθητές του

- του αρέσει να παίζει με τα άλλα παιδιά
- έχει ένα ή περισσότερους στενούς φίλους
- διακρίνεται για το υψηλό επίπεδο της ενσυναίσθησης που διαθέτει
- οι άλλοι επιδιώκουν την παρέα του .

Για την ενδοπροσωπική νοημοσύνη αναφέρει τα εξής ερωτήματα:

- έχει υψηλά επίπεδα ανεξαρτησίας ή ισχυρής θέλησης
- έχει ρεαλιστική άποψη των ικανοτήτων ή/και των αδυναμιών του
- τα πάει πολύ καλά όταν είναι μόνος στο παιχνίδι ή στο διάβασμα
- κινείται και μαθαίνει με τους δικούς του ρυθμούς
- έχει κάποιο χόμπυ για το οποίο δε λέει πολλά
- ξέρει πολύ καλά το πού βαδίζει και πηγαίνει
- προτιμάει να εργάζεται περισσότερο μόνος παρά με άλλους
- εκφράζει με ακρίβεια το πώς αισθάνεται
- είναι έτοιμος να μάθει από τα σφάλματα και τις επιτυχίες του
- διαθέτει υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης .

Ένα άλλο μοντέλο που πρότεινε ο Bar-On ασχολείται με τον προσδιορισμό και τη μέτρηση της συναισθηματικής και κοινωνικής νοημοσύνης. Πρόκειται για μια σύνθετη έννοια που ορίζεται ως «μια σειρά από μη γνωστικές δυνατότητες, ικανότητες και δεξιότητες που επηρεάζουν την ικανότητα κάποιου να αντιμετωπίζει με επιτυχία τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις και πιέσεις» (Bar-On, 1997, σελ. 14, από Πλατσίδου, 2015). Αποτελείται από πέντε κατηγορίες ικανοτήτων που η καθεμιά περιλαμβάνει έναν αριθμό ειδικών δεξιοτήτων:

(1) Οι ενδοπροσωπικές ικανότητες περιλαμβάνουν τις εξής δεξιότητες: συναισθηματική αυτοεπίγνωση, διεκδικητική συμπεριφορά, αυτοσεβασμός, εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες, ανεξαρτησία. (2) Οι διαπροσωπικές ικανότητες περιλαμβάνουν την ενσυναίσθηση, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική υπευθυνότητα. (3) Η ικανότητα προσαρμογής αναφέρεται στην ανοχή στο άγχος και τον έλεγχο των παρορμήσεων. (4) Η διαχείριση του άγχους περιλαμβάνει τις δεξιότητες για λύση προβλημάτων, έλεγχο της πραγματικότητας και ευελιξία. Τέλος, (5) η γενική διάθεση αφορά στην ευτυχία και την αισιοδοξία. Πρέπει να σημειωθεί ότι σε μια αναθεώρηση του μοντέλου του (Bar-On, 2000), ο Bar-On θεωρεί ότι η τελευταία

κατηγορία ικανοτήτων, η γενική διάθεση, λειτουργεί μάλλον ως ένας διαμεσολαβητής για τη διευκόλυνση της συναισθηματικής νοημοσύνης κι όχι ως ένα από τα συστατικά της, όπως οι προηγούμενες τέσσερις κατηγορίες ικανοτήτων.

Κεφάλαιο 4ο: Προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου εμφάνισης προβληματικής συμπεριφοράς.

4.1. Δυσμενείς εμπειρίες στην πρώιμη ηλικία (ACEs) και τοξικό στρες

Επί δεκαετίες, οι ερευνητές εξέτασαν τα αποτελέσματα των παιδιών που εκτίθενται σε πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου (Δυσμενείς εμπειρίες στην πρώιμη ηλικία) (Adverse Early Childhood Experiences- ACEs). Τα σωρευτικά μοντέλα κινδύνου υποδεικνύουν σε μεγάλο βαθμό ότι, καθώς αυξάνεται ο αριθμός των κινδύνων στους οποίους εκτίθεται ένα παιδί, αυξάνεται η πιθανότητα αρνητικής απόδοσης (Anda, Felitti, Bremner, Walker, Whitfield, Perry, Dube, & Giles, 2006. Evans, Li & Whipple, 2013). Πολυάριθμες ερευνητικές μελέτες υπογραμμίζουν την ύπουλη αρνητική επίδραση των σωρευτικών δυσμενών εμπειριών (ACEs) και του σχετικού «τοξικού στρες», ιδιαίτερα τις συνέπειες της φτώχειας, στη συνολική γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών, την επιτυχία του σχολείου, τη σωματική υγεία των ενηλίκων και την επιτυχή προσαρμογή στη ζωή (Blair & Raver 2012. Shonkoff, Richter, Vander, Gaag, & Bhutta, 2012 . Yoshikawa, Aber, & Beardslee, 2012 στο Larson, Bagnato, Miglioretti, Barone-Martin & McNeal, 2017. McKelvey, Whiteside-Mansell, Connors-Burrow, Swindle & Fitzgerald, 2016).

Το τοξικό στρες προκαλεί ζημιές στην ανάπτυξη της αρχιτεκτονικής του εγκεφάλου η οποία μπορεί να οδηγήσει σε δια βίου προβλήματα στη μάθηση, τη συμπεριφορά και τη σωματική και ψυχική υγεία. Οι επιστήμονες πλέον γνωρίζουν ότι το χρόνιο, αθεράπευτο στρες στην πρώιμη παιδική ηλικία, που προκαλείται για παράδειγμα, από την ακραία φτώχεια, την επαναλαμβανόμενη κακομεταχείριση ή τη σοβαρή κατάθλιψη της μητέρας, μπορεί να είναι τοξικό για τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο.

Ενώ το θετικό στρες (μέτριες, βραχύβιες φυσιολογικές αντιδράσεις σε δυσάρεστες εμπειρίες) είναι μια σημαντική και απαραίτητη πτυχή της υγιούς ανάπτυξης, το τοξικό στρες είναι η ισχυρή και μη κατευναστική ενεργοποίηση του συστήματος διαχείρισης του άγχους του σώματος. Ελλείπει της προστατευτικής προστασίας και υποστήριξης των ενηλίκων, το τοξικό άγχος ενσωματώνεται στο σώμα με διαδικασίες που διαμορφώνουν την αρχιτεκτονική του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου. (Center for the Developing Child, Harvard University: In Brief/ The Science of Early Childhood Development, 2019)

Οι αθροιστικές Δυσμενείς εμπειρίες(ACEs) περιλαμβάνουν:

- έλλειψη συναισθηματικών προσκολλήσεων στον φροντιστή, αλλαγές στους φροντιστές,
- επανειλημμένα περιστατικά οικογενειακής κρίσης,
- έλλειψη στέγης , πείνα και υποσιτισμό
- σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση,
- το διαζύγιο ή / και ενδοοικογενειακή βία
- χρόνια ανεργία,
- μονογονεϊκή οικογένεια με έναν έφηβο γονέα ,
- έλλειψη γονικής εκπαίδευσης
- φτωχά ή αρνητικά πρότυπα για την ιδιοσυγκρασία και την αυτορρυθμιστική συμπεριφορά
- ασθένεια ή χρόνιες ιατρικές καταστάσεις των μελών της οικογένειας
- κατάχρηση ναρκωτικών / αλκοόλ
- κοινοτική βία και
- γονική φυλάκιση.

Όσο πιο χρόνια και επαναλαμβανόμενα είναι τα δυσμενή γεγονότα στη ζωή ενός παιδιού, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για το "τοξικό στρες" και τα μελλοντικά προβλήματα ανάπτυξης, συμπεριφοράς, μάθησης και χρόνιων ιατρικών προβλημάτων. (Center for the Study of Social Policy: Strengthening Families, 2018. Larson et al., 2017).

4.2. Προστατευτικοί παράγοντες σύμφωνα με Το Ινστιτούτο Υγείας και Ανάπτυξης παιδιών του Κονέκτικατ (Child Health and Development Institute of Connecticut .Center for the Study of Social Policy- CSSP)

Όλες οι οικογένειες ευδοκιμούν έχοντας τις ικανότητες, τις δυνάμεις, τους πόρους και την υποστήριξη που μπορεί να βοηθήσει τα μέλη τους να είναι αποτελεσματικά. Προστατευτικοί παράγοντες είναι οι δεξιότητες, οι συνθήκες ή τα χαρακτηριστικά που βοηθούν ένα γονέα, ένα παιδί ή ολόκληρη την οικογένεια να ευδοκιμήσουν και να τα κάνουν λιγότερο πιθανό να βιώσουν τις αρνητικές επιπτώσεις που σχετίζονται με τους κινδύνους και τις αντιξοότητες. (Alter & Cornell, 2019)

Το Κέντρο Μελέτης Κοινωνικής Πολιτικής(Center for the Study of Social Policy-CSSP. Strengthening Families) για την ενίσχυση των οικογενειών, μια ερευνητικά-

ενημερωμένη προσέγγιση για την αύξηση των οικογενειακών πλεονεκτημάτων, τον εμπλουτισμό της ανάπτυξης των παιδιών και τη μείωση της πιθανότητας κακοποίησης και αμέλειας παιδιών (Child Health and Development Institute of Connecticut, 2019) εντοπίζει πέντε προστατευτικούς παράγοντες ως κρίσιμους για την υποστήριξη της βέλτιστης ανάπτυξης παιδιών:

- Γονική ανθεκτικότητα
- Κοινωνικές Συνδέσεις
- Γνώσεις γονικής μέριμνας (γονεϊκότητας) και ανάπτυξης του παιδιού
- Παροχή υποστήριξης σε συγκεκριμένες περιόδους ανάγκης
- Κοινωνική-συναισθηματική ικανότητα των παιδιών

Όταν αυτοί οι προστατευτικοί παράγοντες είναι παρόντες, μπορούν να αυξήσουν τη γενική ευημερία των παιδιών και των οικογενειών τους.

• Γονική ανθεκτικότητα

Σύμφωνα με το Κέντρο Μελέτης Κοινωνικής Πολιτικής -CSSP, το γονικό στρες μπορεί να προκληθεί από τους στρεσογόνους παράγοντες που τοποθετούνται στους γονείς προσωπικά και σε σχέση με το παιδί τους, όπως: καθημερινές προκλήσεις γονικής μέριμνας, απροσδόκητα γεγονότα, τραυματικά συμβάντα της ζωής, κοινωνικοί παράγοντες και κοινοτικές και / ή κοινωνικές συνθήκες.

Το πώς ένας γονέας αντιδρά σε αυτούς τους παράγοντες άγχους μπορεί να είναι περισσότερο σημαντικό για την οικογενειακή ευεξία από τον στρεσογόνο παράγοντα αυτό καθαυτό. Οι ανθεκτικοί γονείς μαθαίνουν πώς να διαχειρίζονται το άγχος και να λειτουργούν καλά εν όψει των προκλήσεων της ζωής, στις αντιξοότητες και στις τραυματικές εμπειρίες. Παρόλο που ορισμένες προκλήσεις της ζωής μπορούν εύκολα να καθοριστούν, άλλες πρέπει να αντιμετωπιστούν πιο προσεκτικά. Οι γονείς που επιδεικνύουν ευελιξία είναι εκείνοι που μπορούν να χρησιμοποιήσουν την εσωτερική τους δύναμη, καθώς και τις εξωτερικές υποστηρίξεις και πόρους, ώστε να αντιμετωπίσουν ενεργητικά οικογενειακές ή προσωπικές προκλήσεις ή αντιξοότητες.

Οι ανθεκτικοί γονείς συχνά αισθάνονται καλύτερα για τον εαυτό τους (αυτοπεποίθηση), μπορεί να διαχειριστούν το άγχος τους και είναι ικανοί να περνούν περισσότερο χρόνο για την επικοδομητική φροντίδα και οικοδόμηση ασφαλών δεσμών

με τα παιδιά τους. Αυτές οι ασφαλείς προσκολλήσεις είναι ζωτικής σημασίας για τα θετικά αποτελέσματα υγείας για τα μικρά παιδιά και μπορούν να βοηθήσουν στην οικοδόμηση ανθεκτικότητας σε ένα παιδί που μπορεί να αντιμετωπίζει τους δικούς του στρεσογόνους παράγοντες. (Alter & Cornell, 2019. Center for the Study of Social Policy: Parental Resilience, 2018)

• Κοινωνικές Συνδέσεις

Οι γονείς χρειάζονται θετικές σχέσεις με ανθρώπους στη ζωή τους, οι οποίοι μπορούν να υποστηρίξουν με πολλούς τρόπους, όπως: συναισθηματική υποστήριξη (π.χ., σχέσεις που βασίζονται στην ενσυναίσθηση και όχι στην κριτική), ενημερωτική υποστήριξη (π.χ. γονική καθοδήγηση, παροχή πόρων, επίλυση προβλημάτων), πρακτική υποστήριξη (π.χ. παροχή υπηρεσιών μεταφοράς, οικονομική βοήθεια, συνδέσεις με θέσεις εργασίας) και πνευματική υποστήριξη (π.χ. ελπίδα και ενθάρρυνση).

Οι γονείς που αναπτύσσουν ουσιαστικές συνδέσεις μπορούν να μοιραστούν τις χαρές και τις προκλήσεις της γονικής μέριμνας με τους άλλους και συχνά βιώνουν θετικές εμπειρίες, γονική ικανοποίηση, χαμηλότερα επίπεδα θυμού, άγχους και κατάθλιψης. Οι υγιείς, εμπιστευτικές και υποστηρικτικές κοινωνικές συνδέσεις συμβάλλουν στην αποκατάσταση των στρεσογόνων προβλημάτων των γονέων, επιτρέποντάς τους να καλλιεργούν και να υποστηρίζουν τα δικά τους παιδιά. (Alter & Cornell, 2019. Center for the Study of Social Policy: Social Connections, 2018)

• Γνώσεις γονικής μέριμνας (γονεϊκότητας) και ανάπτυξης του παιδιού

Όλοι οι γονείς μπορούν να επωφεληθούν από την κατανόηση της παιδικής ανάπτυξης και των στρατηγικών γονικής μέριμνας που υποστηρίζουν τη σωματική, γνωστική, συμπεριφορική, κοινωνική και συναισθηματική υγεία σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο της ζωής ενός παιδιού. Αυτή η γνώση και η ευαισθητοποίηση βοηθά τους γονείς να προετοιμαστούν στην αντιμετώπιση των ατομικών αναγκών του παιδιού τους, ενώ μάθουν τι να περιμένουν και τι χρειάζεται το παιδί τους για να προωθήσουν τη βέλτιστη ανάπτυξή του.

Όταν μαθαίνουν οι γονείς ότι δημιουργώντας έναν ασφαλή δεσμό, βοηθούν στην οικοδόμηση νευρικών συνδέσεων στον εγκέφαλο του παιδιού που θέτει τα θεμέλια για ένα υγιές κοινωνικό-συναισθηματικό, γνωστικό και δια βίου υγιές αποτέλεσμα για το

παιδί τους, μπορεί να επενδύσουν περισσότερο στη δημιουργία θετικών εμπειριών και αλληλεπιδράσεων με τα παιδιά τους.

Η μάθηση για τη διαχείριση της συμπεριφοράς των παιδιών τους με θετικούς τρόπους αυξάνει την ευημερία των γονέων, προάγει τις υποστηρικτικές σχέσεις με τα παιδιά και μειώνει τους κινδύνους της κακοποίησης και της αμέλειας των παιδιών. (Alter & Cornell, 2019. Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning, 2019. Center for the Study of Social Policy: Knowledge of Parenting and Child Development, 2018)

• Παροχή υποστήριξης σε συγκεκριμένες περιόδους ανάγκης

Όλες οι οικογένειες χρειάζονται βοήθεια για τον εντοπισμό, την εύρεση και τη λήψη συγκεκριμένης υποστήριξης για την κάλυψη των αναγκών τους (π.χ. τρόφιμα, ένα ασφαλές περιβάλλον, εξειδικευμένη ιατρική στήριξη, ψυχική υγεία, κοινωνικές, εκπαιδευτικές ή νομικές υπηρεσίες) ώστε να μπορούν να ζήσουν μια υγιή και καλή ζωή.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι οικογένειες αντιμετωπίζουν προκλήσεις και δυσκολίες στη ζωή τους και δυσκολεύονται να ζητήσουν βοήθεια ή να μάθουν από πού να λάβουν βοήθεια. Είναι σημαντικό οι γονείς να αισθάνονται ότι δεν κρίνονται όταν ζητούν βοήθεια και το να έχουν ανάγκες δεν τους κάνει κακούς γονείς. Το να έχουν πρόσβαση σε υποστηρικτικές δομές, να μάθουν πώς να πλοηγούνται στα συστήματα, και να αναζητούν βοήθεια, είναι όλα τα βήματα για τη διαχείριση του άγχους και της αναζήτησης καλύτερων αποτελεσμάτων για την οικογένειά τους.

Είναι ζωτικής σημασίας οι δομές και οι υποστηρικτικές υπηρεσίες που παρέχονται στις οικογένειες να βασίζονται στην ενδυνάμωση, τη συνεργασία και τη φροντίδα, και να συμβάλλουν στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης και αυτο-αποτελεσματικότητας των γονέων. (Alter & Cornell, 2019. Center for the Study of Social Policy: Concrete Support in Times of Need, 2018).

• Κοινωνική-συναισθηματική ικανότητα των παιδιών

Η βέλτιστη κοινωνικο-συναισθηματική ικανότητα επιτυγχάνεται μέσω ασφαλών δεσμών με τους γονείς και τους φροντιστές που παρέχουν ευκαιρίες και περιβάλλοντα που επιτρέπουν στα βρέφη και τα μικρά παιδιά να εξερευνούν, να μαθαίνουν και να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους.

Η επιστήμη έχει αποδείξει τη στενή σχέση μεταξύ της κοινωνικής συναισθηματικής ικανότητας των μικρών παιδιών και των γνωστικών, γλωσσικών δεξιοτήτων καθώς και της ψυχικής υγείας και της επιτυχίας στο σχολείο.

Η πρόωμη, υποστηρικτική και σταθερή προσοχή από τον γονέα / φροντιστή ο οποίος ξέρει πώς να προωθήσει τις κοινωνικές-συναισθηματικές δεξιότητες στα μικρά παιδιά, ιδιαίτερα σε δύσκολες στιγμές, είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη υγιών κοινωνικο-συναισθηματικών αποτελεσμάτων στα μικρά παιδιά. (Alter & Cornell, 2019. Center for the Study of Social Policy: Social Emotional Competence of Children, 2018).

4.3. Πολυπλοκότητα αιτιολογικών θεωριών

Οι νέες προσεγγίσεις σχετικά με την αιτιολογία των προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά προσχολικής αλλά και σχολικής ηλικίας δίνουν μεγάλη έμφαση στην αλληλεπίδραση και στη δυναμική αλληλεξάρτηση πολλών και διαφορετικών παραγόντων. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές σήμερα, απορρίπτουν μια μονομερή εξήγηση των αιτιολογικών παραγόντων και «προωθούν την έννοια της κυκλικής αιτιότητας και των πολλαπλών συσσωρευμένων επιρροών αλλά και των επιρροών διπλής κατεύθυνσης» (Κουρκούτας, 2008, σ. 40) Υποστηρίζοντας αυτή την άποψη, οι Wicks-Nelson R.&Israel A. (2009) αναφέρουν το εξής: Τα προβλήματα συμπεριφοράς ενός παιδιού για παράδειγμα με ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ) μπορεί να έχουν βιολογική βάση, αλλά η δύσκολη συμπεριφορά του παιδιού μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά των γονέων του, προκαλώντας σε αυτούς αρνητικά συναισθήματα και αρνητικές αντιδράσεις, που πιθανόν να οδηγήσουν στην απόρριψη του παιδιού, αλλά και δε αντιπαιδαγωγικές στάσεις και συμπεριφορές.

Στο πλαίσιο της κυκλικής αιτιότητας και των πολλαπλών συσσωρευμένων επιρροών, «δημιουργείται ένα συνεχές εξελισσόμενο δυναμικό αλληλεπίδρασης, το οποίο μπορεί να λάβει στην πορεία, και υπό την επήρεια και άλλων παραγόντων ,ένα θετικό, αρνητικό, δυσλειτουργικό ή ακόμη και παθολογικό χαρακτήρα» (Κουρκούτας, 2008, σ. 40). Οι αιτίες των διαταραχών συμπεριφοράς όχι μόνο αλληλοεπιδρούν και αλληλεπικαλύπτονται, αλλά και τα προβλήματα που προξενούν επιδρούν επίσης μεταξύ τους κι επικαλύπτονται, γεγονός που καθιστά πολύ δύσκολο τον εντοπισμό των αρχικών αιτιών της διαταραχής. (Πολυχρονοπούλου, 2012, σ. 435)

Ορισμένοι αιτιολογικοί παράγοντες όπως είναι οι γενετικοί, δημιουργούν άτομα με προδιάθεση για προβλήματα μάθησης ή συμπεριφοράς. Άλλοι παράγοντες όπως οι τραυματικές εμπειρίες ή η ανεπαρκής διδασκαλία μπορεί να επισπεύσουν την εμφάνιση μιας προβληματικής συμπεριφοράς σε ένα παιδί με προδιάθεση για προβλήματα ή να δημιουργήσουν προβληματική συμπεριφορά σε κάποιο άλλο.

Οι πιο γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού σύμφωνα με τους ειδικούς ανάπτυξης πρώιμων παρεμβάσεων είναι:

1. Η ύπαρξη και ο ρόλος των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης για την οικογένεια.

Στα δίκτυα αυτά ανήκουν οι φίλοι και η κοινότητα γενικά που υποστηρίζουν την ίδια την οικογένεια. Χωρίζονται σε τυπικά και άτυπα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης. Η βοήθεια των τυπικών δικτύων και υπηρεσιών είναι επαγγελματικές ή συναφείς παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν εκπαιδευτικά και θεραπευτικά προγράμματα για τους γονείς και τα παιδιά. Τα άτυπα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης είναι η συναισθηματική ή υλική βοήθεια που παρέχεται ή είναι διαθέσιμη από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, τους συγγενείς, τους φίλους και κοινότητες ατόμων όπως οι γείτονες. (Perry, 2004)

2. Τα υλικά αγαθά και οι κοινωνικο-οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας γενικότερα.

3. Ο βαθμός συνοχής της οικογένειας, η ποιότητα της συζυγικής σχέσης καθώς και η ψυχική υγεία των γονέων.

4. Οι μέθοδοι καθώς και οι πρακτικές οι οποίες έχουν διαμορφωθεί από την οικογένεια για την ανατροφή του παιδιού (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Παρατηρείται λοιπόν μία μετατόπιση στο ενδιαφέρον της αναπτυξιακής ψυχολογίας: από μία προσέγγιση που ήταν στατική και επικεντρωμένη στο παιδί σε μία προσέγγιση δυναμική και προσανατολισμένη στην οικογένεια, με βασικά χαρακτηριστικά τα εξής:

- Την ποιότητα της σχέσης γονέων-παιδιού.

- Τον βαθμό στον οποίο η οικογένεια παρέχει στο παιδί τις απαραίτητες και ποικίλες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές εμπειρίες με το κατάλληλο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον.

• Τους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια εξασφαλίζει στο παιδί τις προϋποθέσεις για υγεία και ασφάλεια.

Πρωταρχική θέση λαμβάνει η ποιότητα των αμοιβαίων αλληλεπιδράσεων γονέα-βρέφους. Ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια προωθεί την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού εξαρτάται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και την ψυχική υγεία των γονέων, την ποιότητα της συζυγικής σχέσης, τις οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας, την ιδιοσυγκρασία του παιδιού αλλά και την κοινωνική υποστήριξη που έχει η οικογένεια.

Ο βαθμός στον οποίο η ομαλή λειτουργία της οικογένειας ενθαρρύνεται από τα οικογενειακά αυτά χαρακτηριστικά κρίνει και την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού. Η ομαλή ή όχι ανάπτυξη του παιδιού επηρεάζεται σαφώς από πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες και μπορεί να συνδέεται με την ύπαρξη βιολογικών παραγόντων κινδύνου, την ένταση και δυσλειτουργία της οικογένειας ή των διαπροσωπικών σχέσεων των μελών της. Απειλή για την ομαλή λειτουργία της οικογένειας και κλονισμό στην εμπιστοσύνη προς αυτήν για την αντοχή και τις δυνατότητες των μελών της αποτελούν η έλλειψη συστημάτων υποστήριξης και κατάλληλων υπηρεσιών για να ανταποκριθούν στις πολλαπλές ανάγκες. Ακόμη, η μη επαρκής πληροφόρηση σε θέματα ομαλής ανάπτυξης και η ελλιπής πληροφόρηση για τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που υπάρχουν από τα οποία οι οικογένειες μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια απειλούν την ομαλή τους λειτουργία (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Ανεξάρτητα από τις θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της προβληματικής συμπεριφοράς, οι αιτίες ομαδοποιούνται συνήθως σε δύο κατηγορίες: γενετικές-βιολογικές και περιβαλλοντικές. (Πολυχρονοπούλου, 2012, σ. 430)

4.2. Γενετικοί, βιολογικοί παράγοντες

Η διεθνής έρευνα αποκαλύπτει σημαντική επιρροή των γενετικών παραγόντων σε παθολογικές διαταραχές όπως είναι η σχιζοφρένεια, η μανιοκατάθλιψη, η κοινωνική φοβία, το σύνδρομο Tourette κ.α. (Gargiulo, 2012, σ. 285)

Σύμφωνα με τους Kirk et al. (2012) « ο όρος ‘γενετική αιτία’ σημαίνει ότι κάποια παιδιά γεννιούνται με μια προδιάθεση για εμφάνιση συγκεκριμένων συμπεριφορών όπως είναι η υπερκινητικότητα, τα προβλήματα συγκέντρωσης και προσοχής και η

παρορμητικότητα. Αυτές οι συμπεριφορές υπαγορεύουν την αναγκαιότητα ειδικού εκπαιδευτικού ή κοινωνικού περιβάλλοντος, που θα εμποδίσει την ανάπτυξη της προδιάθεσης και το μετασχηματισμό της σε αρνητική ή ανεπιθύμητη συμπεριφορά» (σ. 201)

Στους επικίνδυνους βιολογικούς παράγοντες για την πρόκληση διαταραχών επικοινωνίας (προβλημάτων συμπεριφοράς) συγκαταλέγονται και:

- Οι τραυματισμοί κατά τη διάρκεια του τοκετού.
- Το μικρό βάρος στην περίπτωση της προωρότητας.
- Η ΔΕΠ/Υ
- Η ανυπαρξία φοβικής αναστολής.
- Η επιδίωξη συμπεριφοράς λόγω υποκινούμενης πρόκλησης.
- Οι σχολικές δυσκολίες.
- Η αναισθησία στον πόνο και την τιμωρία. (Δράκος & Τσιναρέλης, 2011)

Έχει επίσης επιστημονικά αποδειχτεί ότι πολλά παιδιά με φυσιολογική συμπεριφορά έχουν επιβαρυνμένο ιστορικό βιολογικών προβλημάτων, ενώ υπάρχουν παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς και ιστορικό ελεύθερων βιοφυσικών γενετικών διαταραχών. (Kauffman & Landrum, 2009)

Η συνέπεια της αθροιστικής λειτουργίας προβληματικών συμπεριφορών που δημιουργεί η διαταραχή της επικοινωνίας (διαταραχή διαγωγής-συμπεριφοράς) είναι το αποτέλεσμα του συγκερασμού των δυσκολιών που προέρχονται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του παιδιού και τον τρόπο με τον οποίο επιδρά το περιβάλλον στο σύνολό του πάνω στο παιδί. (Δράκος & Τσιναρέλης, 2011)

4.2.1 Ιδιοσυγκρασία, αντιδραστικότητα και αυτορρύθμιση

Η οικογένεια διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην επίδραση της κοινωνικής, συναισθηματικής και συμπεριφορικής προσαρμογής των παιδιών. Ωστόσο, η γονική μέριμνα δεν συμβαίνει μεμονωμένα και τα χαρακτηριστικά των παιδιών, όπως η ιδιοσυγκρασία, μπορεί να διαμορφώσουν ή να προκαλέσουν συμπεριφορές γονέων. Εκτός από τις άμεσες επιρροές στην προσαρμογή των παιδιών, η ιδιοσυγκρασία μπορεί έμμεσα να διαμορφώσει την προσαρμογή μέσω συμπεριφορών των γονέων. Με τη

σειρά τους, οι συμπεριφορές των γονέων μπορεί να διαμορφώσουν την ιδιοσυγκρασία των παιδιών, με τη συναλλαγή μεταξύ ανατροφής και ιδιοσυγκρασίας να συμβάλλει στην προσαρμογή των παιδιών (Kiff, Lengua & Zalewski, 2011).

Η ιδιοσυγκρασία (temperament) είναι ένας ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης των προβλημάτων προσαρμογής και της κοινωνικής επάρκειας (Eisenberg, Valiente, Spinrad, Cumberland, Liew, Reiser & Losoya, 2009). Η ιδιοσυγκρασία στην παιδική ηλικία ορίζεται συναινετικά ως εμφάνιση πρώιμης και συνταγματικά βασισμένης βιολογικής διακύμανσης στην προσοχή, την κινητική δεξιότητα, την συναισθηματική αντιδραστικότητα και την αυτορρύθμιση όπως παρουσιάζεται σε διαφορετικά πλαίσια, συνήθως σε απόκριση διεγερτικών παραγόντων. Εκτός από την έκφρασή της ήδη από την πρώιμη ζωή και τη βιολογική προέλευσή της, η ιδιοσυγκρασία των παιδιών χαρακτηρίζεται από δύο κεντρικά χαρακτηριστικά: Πρώτον, εκδηλώνεται στις ατομικές παρατηρούμενες συμπεριφορές και, δεύτερον, (αντίθετα με τα συναισθήματα) υποτίθεται ότι είναι σχετικά σταθερή. Δηλαδή, χαρακτηριστικά που είναι παρόντα στην παιδική ηλικία, αλλά δεν είναι σταθερά (ή δεν έχουν εμφανή διαρκή αντίκτυπο αργότερα) δεν θεωρούνται συνήθως ως μέρος της ιδιοσυγκρασίας (Rothbart, 2011. Rothbart & Bates, 1998)

Το γεγονός ότι η ιδιοσυγκρασία μπορεί να είναι βιολογικής ή και γενετικής βάσης δεν σημαίνει αυτομάτως ότι είναι αμετάβλητη ή ότι η εμπειρία έχει μικρή επίδραση στην ιδιοσυγκρασία. Η γενετική, οι νευρορμόνες, και οι δομές του εγκεφάλου που πιθανώς στηρίζονται στην ιδιοσυγκρασία εμφανίζονται και αλλάζουν κατά την παιδική ηλικία και μπορεί να μεταβάλλουν την έκφραση και κατά συνέπεια τη σταθερότητα της ιδιοσυγκρασίας. Έτσι, κάθε ένας από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να συμβάλει στη σταθερότητα και την αστάθεια στην παιδική ιδιοσυγκρασία (Bornstein, Hahn, Putnick & Pearson, 2019. Saudino & Wang, 2012.)

Η ιδιοσυγκρασία είναι επίσης ανοικτή σε εξωγενείς επιρροές (Rothbart, 2011). Για παράδειγμα, ανάλογες έρευνες υποστηρίζουν τους ρόλους της εμπειρίας και του περιβάλλοντος στο σχηματισμό και την έκφραση της ιδιοσυγκρασίας (Johnson, Olino, Klein, Dyson, Bufferd, Durbin & Hayden, 2016. Rothbart, 2011). Η ευαίσθητη και τρυφερή γονική στάση δημιουργεί μειώσεις στην αρνητική αντιδραστικότητα του παιδιού, ακόμη και στα αρχικά επίπεδα ενώ ο σκληρός και αυταρχικός γονικός ρόλος προβλέπει αυξήσεις στην αρνητική αντιδραστικότητα του παιδιού, ακόμη και στα

αρχικά επίπεδα. Έτσι, η αστάθεια της ιδιοσυγκρασίας είναι αναμενόμενη λόγω τόσο της ωρίμανσης όσο και της εμπειρίας. (Bornstein et al., 2019).

Η έρευνα (μέχρι σήμερα) επικεντρώθηκε κυρίως στις ακόλουθες διαστάσεις της ιδιοσυγκρασίας: α) στη βρεφική ηλικία και την πρώιμη παιδική ηλικία: θετική συναισθηματικότητα, επίπεδο δραστηριότητας, φόβος, θυμός / απογοήτευση, κοινωνικότητα, προσεκτικός προσανατολισμός, β) στην πρώιμη παιδική ηλικία: προσπάθεια ελέγχου, δηλ. την ικανότητα να αναστέλλει μια κυρίαρχη απόκριση, προκειμένου να εκτελέσει μια δευτερεύουσα απόκριση. (Abulizi, Pryor, Michel, Melchior & van der Waerden, 2017. De Pauw & Mervielde, 2010).

Σε μια ανασκόπηση της αξιολόγησης των ατομικών διαφορών των Μπεζεβέγκη Η. και Παυλόπουλο Β. (2018) , οι Buss και Plomin (1975) διέκριναν αρχικά τέσσερις διαστάσεις της παιδικής ιδιοσυγκρασίας (συναισθηματικότητα, σωματική δραστηριότητα, κοινωνικότητα, παρορμητικότητα). Αργότερα ο Bates (1980), ο οποίος επικέντρωσε το ενδιαφέρον του στη «δύσκολη» Ιδιοσυγκρασία, στα ερωτηματολόγια που κατασκεύασε περιλάμβανε τις εξής τέσσερις διαστάσεις: αρνητική συναισθηματικότητα, αναστάτωση-κλάμα, αρνητική διάθεση και δυσπροσαρμοστία σε άγνωστα πρόσωπα ή καταστάσεις. Τέλος, η Rothbart (1991), η οποία χρησιμοποίησε δύο γενικές διαστάσεις γνωρισμάτων για να περιγράψει τις ατομικές διαφορές στην ιδιοσυγκρασία: αντίδραση και αυτορρύθμιση. Το ερωτηματολόγιο που κατασκεύασε (Rothbart, 1981), αξιολογεί έξι παράγοντες: φόβο, θυμό, ικανοποίηση, εμμονή, έλεγχο αντιδράσεων και επίπεδο ενεργητικότητας. Ενώ σε μεταγενέστερες μετρήσεις (2001) προτείνει τρεις παράγοντες: εξωστρέφεια, αρνητική διάθεση και εργώδη έλεγχο.

Αντίστοιχα οι Μπεζεβέγκης Η. & Παυλόπουλος Β. δημιουργώντας το ερωτηματολόγιο ΕΔΙΠΡΟΠ-Ε για την αξιολόγηση από τους γονείς της προσωπικότητας παιδιών προσχολικής, σχολικής και προεφηβικής ηλικίας, συμπεριέλαβαν (στις διαστάσεις προσωπικότητας παιδιών 2-4 ετών) τέσσερις παράγοντες:

-Συναισθηματική αντιδραστικότητα: Διαγωγή, Ατομισμός/Εγωισμός, Συναισθηματική Αστάθεια

-Διανοητική ανάπτυξη: Νόηση, Ωριμότητα, Αυτοπεποίθηση

-Εξωστρέφεια: Δραστηριότητα, Εγκαρδιότητα, Κοινωνικότητα

-Αναστολή: Απόσυρση, Συναισθηματική Ευαισθησία, Προσκόλληση

(Μπεζεβέγκης & Παυλόπουλος, 2018)

Τα δομικά στοιχεία της ιδιοσυγκρασιακής απόσυρσης και τα εσωτερικά προβλήματα μοιράζονται μερικές ομοιότητες. Για παράδειγμα, τα βασικά χαρακτηριστικά της απόσυρσης στην ιδιοσυγκρασία, όπως ο φόβος, η συστολή, η κοινωνική ανησυχία και η επαγρύπνηση αποτελούν επίσης χαρακτηριστικά διαφόρων ειδών προβλημάτων εσωτερίκευσης (Degnan, Almas, & Fox, 2010). Παρόλο που τα προβλήματα της απόσυρσης και της εσωστρέφειας εμφανίζουν πολλές συσχετίσεις και η διαφοροποίησή τους είναι συχνά δύσκολο, πολλοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι οι δύο αντιπροσωπεύουν διαφορετικές έννοιες. Στη μελέτη των Liang X., Liu M., Wang M., Yu J., Wang Z., Lu S., (2019) η ιδιοσυγκρασιακή απόσυρση επικεντρώνεται στις αντιδράσεις του βρέφους στην καινοτομία, ενώ τα προβλήματα εσωτερίκευσης επικεντρώνονται στο φόβο, την ανησυχία, το άγχος και την καταθλιπτική συναισθηματική αντίδραση στο γενικό περιβάλλον.

Η απόσυρση ορίζεται ως μια τάση ιδιοσυγκρασιακής αντίδρασης που αρκετά βρέφη ή μικρά παιδιά παρουσιάζουν όταν αντιμετωπίζουν νέες καταστάσεις ή άγνωστους ενήλικες, συμμαθητές ή γεγονότα. Τα μικρά βρέφη που εμφανίζουν αυξημένο κλάμα και κινήσεις των άκρων είναι πιθανό να παρουσιάσουν αποφυγή προς άγνωστα περιβάλλοντα ή να εμφανίσουν ένα πρότυπο που ονομάζεται απόσυρση. Αυτά από την άλλη που παρουσιάζουν μειωμένη δυσφορία και κινητική δραστηριότητα είναι πιθανό για να γίνουν τολμηρά. (Liang et al., 2019).

Η αντιδραστικότητα (reactivity) αναφέρεται στην ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητα των συναισθηματικών αντιδράσεων ως απόκριση στα ερεθίσματα (De Pauw & Mervielde, 2010) και περιλαμβάνει δύο συστήματα αντιδραστικότητας: την αρνητική επίδραση (συμπεριλαμβανομένου του φόβου και της απογοήτευσης) και τη θετική (π.χ., την ευχαρίστηση υψηλής έντασης, το επίπεδο δραστηριότητας και τις θετικές προσδοκίες) (Rothbart & Bates, 2006).

Η αυτορρύθμιση (self-regulation) αναφέρεται στην εκτελεστική ικανότητα του ατόμου να ελέγχει και να διαχειρίζεται τις αντιδράσεις του. Περιλαμβάνει ανασταλτική ρύθμιση ελέγχου και προσοχής και συχνά αναφέρεται ως προσπάθεια ελέγχου (effortful control) (Rothbart & Bates, 2006). Ο έλεγχος περιλαμβάνει τόσο τον εκτελεστικό έλεγχο (το γνωστικό συστατικό της προσπάθειας ελέγχου) όσο και την

ικανότητα καθυστέρησης της ικανοποίησης (το συναισθηματικό στοιχείο της προσπάθειας ελέγχου) (Brock, Rimm-Kaufman, Nathanson, & Grimm, 2009. Klein, Lengua, Thompson, Moran, Ruberry, Kiff & Zalewski, 2018).

Τα παιδιά που ασκούν υπερβολικό έλεγχο στη συμπεριφορά τους παρουσιάζουν συνήθως μεγάλη ετοιμότητα για υπακοή και συμβιβασμούς. Τα παιδιά αυτά έχουν υψηλό βαθμό προγραμματισμού και οργάνωσης στις δραστηριότητες τους και δείχνουν μεγάλη αντίσταση σε προσπάθειες απόσπασης της προσοχής τους όταν ασχολούνται με κάτι. Επιπλέον εκφράζουν πολύ δύσκολα τα συναισθήματά τους και δεν χαρακτηρίζονται από αυθορμητισμό, ενώ τα ενδιαφέροντα τους είναι περιορισμένα και δείχνουν μεγάλη διστακτικότητα για εξερεύνηση νέων καταστάσεων.

Στο άλλο άκρο βρίσκονται τα παιδιά που ασκούν ελάχιστο έλεγχο στη συμπεριφορά τους τα οποία παρουσιάζουν πολύ μικρή ετοιμότητα και συμβιβασμούς και τείνουν να θέλουν πάντοτε άμεση ικανοποίηση των κάθε είδους αναγκών τους. Τα παιδιά αυτά είναι συνήθως αυθόρμητα στις εκδηλώσεις τους και εκφράζουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Επίσης ενθουσιάζονται πολύ εύκολα με οτιδήποτε καινούριο, αλλά ο ενθουσιασμός και οι στόχοι τους είναι μικρής διάρκειας και η προσοχή τους αποσπάται με μεγάλη ευκολία όταν υπάρχουν εξωτερικοί «πειρασμοί». Και τα δύο άκρα έχουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους. Μεγαλύτερη αξία στην προσαρμογή του ατόμου όμως έχει η ικανότητα του να μπορεί να εναλλάσσει το βαθμό ελέγχου που ασκεί στη συμπεριφορά του, από αυστηρό σε χαλαρό ανάλογα με την κατάσταση που έχει να αντιμετωπίσει (Δημητρίου, 2012).

Είναι δυνατό τα παιδιά να ξέρουν τα είδη συμπεριφοράς που αναμένονται από εκείνα καθώς και να έχουν εσωτερικεύσει τα πρότυπα της κοινωνίας τους και παρ' όλα αυτά να μην μπορούν ακόμα να συμπεριφερθούν με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο. Εκτός από το να ξέρουν τι πρέπει να κάνουν, τα παιδιά πρέπει να αποκτήσουν την ικανότητα να ενεργούν σύμφωνα με τις προσδοκίες αυτών που τα ανατρέφουν, ακόμα κι όταν δεν θέλουν ή δεν παρακολουθούνται. Αυτό το είδος συμμόρφωσης λέγεται αυτοέλεγχος. Στο κέντρο της ανάπτυξης όλων των μορφών αυτοελέγχου βρίσκεται η ικανότητα αναστολής των πρωταρχικών παρορμήσεων, δηλαδή να μπορεί να σταματά κανείς και να σκέφτεται πριν ενεργήσει. Υπάρχουν τέσσερα είδη αναστολής που πρέπει τελικά να κατακτήσουν τα παιδιά:

1. Αναστολή της κίνησης: Είναι πιο εύκολο για τα μικρά παιδιά να αρχίσουν μια πράξη αντί να σταματήσουν μια πράξη που ήδη βρίσκεται εν εξελίξει. Ένα παιδί που δεν ξέρει πότε ή πώς να σταματήσει, είναι πολύ πιθανό ότι θα «πατήσει» κάποιον άλλο, κυριολεκτικά και μεταφορικά. Το ίδιο πρόβλημα ισχύει και με τις λεκτικές εντολές.
2. Αναστολή συναισθημάτων: Στη διάρκεια της νηπιακής ηλικίας, τα παιδιά αρχίζουν να ελέγχουν την ένταση των συναισθημάτων τους.
3. Αναστολή των συμπερασμάτων: Πριν από την ηλικία των έξι ετών, τα παιδιά στα οποία δίνεται ένα δύσκολο πρόβλημα έχουν την τάση να απαντούν γρήγορα, αδυνατώντας να αναγνωρίσουν τη δυσκολία του προβλήματος. Ένας δημοφιλής τρόπος για να υπολογιστεί η ικανότητα αναστολής των βιαστικών συμπερασμάτων είναι να ζητηθεί από τα παιδιά να ταιριάξουν μία γνωστή εικόνα με μια άλλη, ανάμεσα από συγγέουσες εναλλακτικές επιλογές. Τα μικρά παιδιά απαντούν γρήγορα στο πρόβλημα αυτό και κάνουν λάθη. Όσο μεγαλώνουν, τα παιδιά επιβραδύνουν το ρυθμό τους, για να σκεφτούν και βελτιώνουν την απόδοσή τους.
4. Αναστολή επιλογής: Ένα σημαντικό στοιχείο του αυτοελέγχου των ενηλίκων είναι η γνώση ότι συχνά είναι καλύτερα να αρνηθεί κανείς την άμεση ικανοποίηση για χάρη ενός ευρύτερου μακροπρόθεσμου στόχου. Όταν δίνεται η επιλογή στο παιδί να φάει ένα σοκολατάκι αμέσως ή να περιμένει μια ολόκληρη σοκολάτα την επόμενη μέρα, τα περισσότερα νήπια διαλέγουν το σοκολατάκι. Χρειάζεται να φτάσουν σε ηλικία δώδεκα ετών τα παιδιά, για να επιλέξουν να περιμένουν (Cole & Cole, 2001).

Για να μάθει το παιδί να ρυθμίζει και συνεπώς να ελέγχει μόνο του τη συμπεριφορά του, πρέπει να εσωτερικεύσει, δηλαδή να αποδεχτεί και να υιοθετήσει κάποιες αξίες, κανόνες ή ιδέες σε τέτοιο βαθμό που στο τέλος να αποτελούν στοιχεία της προσωπικότητάς του. Η διαδικασία απόκτησης αυτοελέγχου αρχίζει να πραγματοποιείται από τη νηπιακή ηλικία περνώντας μέσα από τρία διαδοχικά στάδια:

1. Το παιδί με τις διάφορες εξερευνήσεις του πειραματίζεται και επιχειρεί να καταλάβει που βρίσκονται τα όρια.
2. Προκαλεί τους γονείς και τους άλλους ενηλίκους με διάφορες «αταξίες» να του δώσουν σαφείς ενδείξεις ως προς το τι επιτρέπεται και τι απαγορεύεται.
3. Εσωτερικεύει την νεοαποκτηθείσα γνώση για τους διάφορους περιορισμούς. (Δημητρίου, 2012).

Από τη στιγμή που ένα παιδί ηλικίας ακόμη και 2 ετών, δείξει σημάδια όπως οξύθυμη ιδιοσυγκρασία, αδυναμία συμμόρφωσης, έλλειψη προσοχής, ορμητικότητα, η οικογένεια θα πρέπει να δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς αυτά αποτελούν προειδοποιητικά σημάδια παρουσίας προβληματικών συμπεριφορών στο μέλλον. Για κάποια παιδιά όμως που έχουν σοβαρές δυσκολίες λόγω ιδιοσυγκρασίας όπως η οξύθυμία με μεγάλη ενεργητικότητα, λίγες επαφές και αντιδραστική συμπεριφορά οι προσπάθειες των γονέων δεν έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα καθώς ο ρόλος των γονέων έχει μάλλον σωφρονιστική, τιμωρητική μορφή. Παράλληλα όμως η εικόνα ενός αγχωμένου γονέα που δεν ξέρει πώς να αντιδράσει λειτουργεί επίσης τιμωρητικά καθώς δεν καταφέρνει τελικά να πλησιάσει και να βοηθήσει το παιδί. (Δράκος & Τσιναρέλης, 2011)

Τα μικρά παιδιά, από τη φύση τους, αντιδρούν στην καταθλιπτική απραξία των γονέων τους, ενεργώντας κατά τρόπο που να τους κάνει να ενεργοποιηθούν και να δράσουν. Στο πλαίσιο του μοντέλου των διαδικασιών μιας καταπιεστικής οικογένειας, οι στρεσογόνες καταστάσεις, όπως π.χ. τα οικονομικά προβλήματα, τα προβλήματα του γάμου, η γονεϊκή ανικανότητα, η οξύθυμη συμπεριφορά του παιδιού, δυσκολεύει τους γονείς στο να θέσουν αυστηρά και αποτελεσματικά όρια και να στηρίξουν συναισθηματικά τα παιδιά τους.

Δεν είναι λίγες οι φορές που εξ αιτίας των δυσκολιών που προέρχονται από την προσωπικότητα του παιδιού, τη ζωνρότητά του, του πείσματος και των οξύθυμων εκρήξεών του, ακόμη και οι γονείς με τις καλύτερες των προθέσεων, μπαίνουν στο φαύλο κύκλο της αναποτελεσματικότητας και της συνέχισης της συμπεριφοράς από το παιδί τους. Στην περίπτωση που παραιτηθούν από τον έλεγχο, η προκλητική και επιθετική συμπεριφορά του παιδιού ενισχύεται (αφού αυτό εκλαμβάνεται από την πλευρά του ως επιβράβευση). Από την άλλη, εάν οι γονείς καταφύγουν σε πιο βαριές τιμωρίες, μακροχρόνια αποδεικνύεται πως δεν υπάρχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, καθώς το παιδί συνηθίζει πλέον στις βαριές και συνεχείς τιμωρίες οι οποίες το οδηγούν στην υιοθέτηση επιθετικότητας ως μορφή αυτόματου μηχανισμού. (Δράκος & Τσιναρέλης, 2011)

Δεδομένου ότι έχει αποδειχθεί η αμφίδρομη επιρροή της ιδιοσυγκρασίας των παιδιών και των συμπεριφορών των γονέων (Kiff et al., 2011), είναι πιθανό ότι οι πτυχές της ιδιοσυγκρασιακής αντιδραστικότητας και αυτορρύθμισης των παιδιών να

διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς ανταποκρίνονται στις συναισθηματικές εκφράσεις των παιδιών τους.

Σύμφωνα με τους Li, Pawan, & Stansbury, (2014) τα μικρά παιδιά με μεγαλύτερη προσπάθεια ελέγχου (παρόμοια με το εκτελεστικό έλεγχο) είχαν τις μητέρες που ανέφεραν ότι ανταποκρίνονταν περισσότερο στα αρνητικά συναισθήματα των παιδιών τους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή τα παιδιά που έχουν μάθει να αυτορυθμίζουν τις αντιδράσεις τους μπορεί να είναι πιο δεκτικά στην κοινωνική υποστήριξη συναισθημάτων, δημιουργώντας έτσι πιο υποστηρικτικές απαντήσεις από τις μητέρες τους. Αντίθετα, οι γονείς των παιδιών με χαμηλότερο έλεγχο μπορούν να παρεμποδιστούν από την ανάγκη να επικεντρωθούν στη διαχείριση συμπεριφοριστικών και συναισθηματικών εκρήξεων, αφήνοντας λιγότερο χρόνο για να διδάξουν στα παιδιά τους πώς να ταυτοποιήσουν, να κατανοήσουν και να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους. Με τη σειρά τους, οι γονείς που συμμετέχουν σε μη υποστηρικτικές απαντήσεις μπορεί να προωθήσουν ακούσια την φτωχότερη ικανότητα των παιδιών να ρυθμίζουν τα συναισθήματα τους, διαιωνίζοντας έτσι αυτόν τον κύκλο. (Klein, Moran, Cortes, Zalewski, Ruberry & Lengua, 2017).

Η αυτορρύθμιση έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με την μεταγενέστερη κατανόηση των συναισθημάτων από τα παιδιά στην προσχολική ηλικία (Denham, Bassett, Brown, Way & Steed, 2015.), ίσως επειδή τα παιδιά που ρυθμίζουν καλύτερα την προσοχή, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές τους ευνοούνται/μαθαίνουν περισσότερο από εμπειρίες με τους γονείς και τους συμμαθητές τους και εφαρμόζουν αυτές τις πληροφορίες στις διαπροσωπικές καταστάσεις. Αντίθετα, ένα παιδί που συχνά βρίσκεται σε σύγχυση ή προκαλεί αναστάτωση πιθανότατα προκαλεί αντιδράσεις από τους γονείς και τους δασκάλους που επικεντρώνονται στην τροποποίηση της συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα λιγότερες ευκαιρίες να επικεντρωθούν στην αύξηση της ευαισθητοποίησης και της κατανόησης των συναισθημάτων, καθώς και λιγότερες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τους συνομηλίκους. Αυτές είναι χαμένες ευκαιρίες να μάθουν για τα συναισθήματα από τους άλλους. (Klein et al., 2017).

Πολύ συχνά τα παιδιά με «δύσκολη ιδιοσυγκρασία» αποτελούν μέλη ασταθών οικογενειών που μετακινούνται συνεχώς και βιώνουν οικονομική ανέχεια, άρα οικονομικό στρες. Δεν είναι επίσης σπάνιο σε τέτοιες περιπτώσεις παιδιών να υπάρχει ψυχοπαθολογικό ιστορικό, του ή των γονέων, στο οποίο να περιλαμβάνονται επίσης

προβλήματα συμπεριφοράς, επικοινωνίας και προβλήματα με την αστυνομία και τη δικαιοσύνη. (Δράκος & Τσιναρέλης, 2011)

Είναι σαφές ότι η διαπαιδαγώγηση του νηπίου είναι δύσκολη υπόθεση, δεδομένου ότι η συμπεριφορά του είναι απρόβλεπτη, ενώ ο αρνητισμός και η τάση του για αυτονομία έχουν φτάσει στο αποκορύφωμα τους. Η βεβαιότητα, σταθερότητα και η συνέπεια με την οποία οι γονείς θέτουν κάποιους περιορισμούς διευκολύνουν το παιδί στη νηπιακή ηλικία να αποδεχτεί και να υιοθετήσει τα δικά τους πρότυπα συμπεριφοράς (Δημητρίου, 2012).

4.4. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν αιτίες προβληματικής συμπεριφοράς που αφορούν κυρίως στην οικογένεια, το σχολείο και την κοινότητα. Όπως τονίζει ο Κουρκούτας (2008), «η μελέτη των παραμέτρων που σχετίζονται με τη λειτουργία της οικογένειας, με τις επιρροές των συνομιλήκων, με το ρόλο της γειτονιάς, του σχολείου και του δασκάλου στην εξέλιξη των παιδιών με ιδιαιτερότητες, φαίνεται να αποτελούν μια από τις βασικές ορίζουσες της σύγχρονης έρευνας για την αντιμετώπιση των εφηβικών και παιδικών δυσλειτουργιών»(σ. 43).

Οι πιο γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού σύμφωνα με τους ειδικούς ανάπτυξης πρώιμων παρεμβάσεων είναι:

1. Η ύπαρξη και ο ρόλος των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης για την οικογένεια.

Στα δίκτυα αυτά ανήκουν οι φίλοι και η κοινότητα γενικά που υποστηρίζουν την ίδια την οικογένεια. Χωρίζονται σε τυπικά και άτυπα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης. Η βοήθεια των τυπικών δικτύων και υπηρεσιών είναι επαγγελματικές ή συναφείς παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν εκπαιδευτικά και θεραπευτικά προγράμματα για τους γονείς και τα παιδιά. Τα άτυπα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης είναι η συναισθηματική ή υλική βοήθεια που παρέχεται ή είναι διαθέσιμη από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, τους συγγενείς, τους φίλους και κοινότητες ατόμων όπως οι γείτονες.(Perry, 2004)

2. Τα υλικά αγαθά και οι κοινωνικο-οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας γενικότερα.

3. Ο βαθμός συνοχής της οικογένειας, η ποιότητα της συζυγικής σχέσης καθώς

και η ψυχική υγεία των γονέων.

4. Οι μέθοδοι καθώς και οι πρακτικές οι οποίες έχουν διαμορφωθεί από την οικογένεια για την ανατροφή του παιδιού (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

4.3.1. Οικογενειακό περιβάλλον

Οι γονείς και οι φροντιστές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα για την υποστήριξη της υγείας και της ευημερίας των βρεφών, των παιδιών και των εφήβων. Ορισμένοι μπορεί να επωφεληθούν από τη στήριξη για την οικοδόμηση της ικανότητάς τους να διαδραματίσουν αυτόν τον ρόλο, καθώς και να καταλάβουν ότι η φροντίδα για τον εαυτό τους αποτελεί αναπόσπαστο συστατικό στοιχείο της αποτελεσματικής φροντίδας. (Center for the Study of Social Policy and American Academy of Pediatrics, 2018).

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών ,παλαιών και σύγχρονων, τονίζουν τη σημασία της καλής οικογενειακής οργάνωσης και ατμόσφαιρας στην ψυχική υγεία του παιδιού (Κουρκούτας, 2007).Ειδικότερα, πλήθος ερευνητικών δεδομένων αναδεικνύει την οικογένεια «ως πεδίο σημαντικών αλληλεπιδράσεων, αλλά και ως βασικό πρωτογενές πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσονται και διαμορφώνονται οι ικανότητες και οι δυσλειτουργίες του παιδιού, (Cambell, 2002. Cummings et al., 2000. Fiese, Wilder & Bichham 2000, στο Κουρκούτας, 2008) χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αποδίδεται στην οικογένεια ένας ρόλος μονοσήμαντης στατικής επιρροής»

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία μετατόπιση στο ενδιαφέρον της αναπτυξιακής ψυχολογίας: από μία προσέγγιση που ήταν στατική και επικεντρωμένη στο παιδί σε μία προσέγγιση δυναμική και προσανατολισμένη στην οικογένεια, με βασικά χαρακτηριστικά τα εξής:

- Την ποιότητα της σχέσης γονέων-παιδιού.
- Τον βαθμό στον οποίο η οικογένεια παρέχει στο παιδί τις απαραίτητες και ποικίλες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές εμπειρίες με το κατάλληλο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον.
- Τους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια εξασφαλίζει στο παιδί τις προϋποθέσεις για υγεία και ασφάλεια.

Πρωταρχική θέση λαμβάνει η ποιότητα των αμοιβαίων αλληλεπιδράσεων γονέα-βρέφους. Ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια προωθεί την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού

εξαρτάται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και την ψυχική υγεία των γονέων, την ποιότητα της συζυγικής σχέσης, τις οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας, την ιδιοσυγκρασία του παιδιού αλλά και την κοινωνική υποστήριξη που έχει η οικογένεια. Ο βαθμός στον οποίο η ομαλή λειτουργία της οικογένειας ενθαρρύνεται από τα οικογενειακά αυτά χαρακτηριστικά κρίνει και την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού. (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Η ομαλή ή όχι ανάπτυξη του παιδιού επηρεάζεται σαφώς από πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες και μπορεί να συνδέεται με την ύπαρξη βιολογικών παραγόντων κινδύνου, την ένταση και δυσλειτουργία της οικογένειας ή των διαπροσωπικών σχέσεων των μελών της. Απειλή για την ομαλή λειτουργία της οικογένειας και κλονισμό στην εμπιστοσύνη προς αυτήν για την αντοχή και τις δυνατότητες των μελών της αποτελούν η έλλειψη συστημάτων υποστήριξης και κατάλληλων υπηρεσιών για να ανταποκριθούν στις πολλαπλές ανάγκες. Ακόμη, η μη επαρκής πληροφόρηση σε θέματα ομαλής ανάπτυξης και η ελλιπής πληροφόρηση για τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που υπάρχουν από τα οποία οι οικογένειες μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια απειλούν την ομαλή τους λειτουργία (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Πολυάριθμες διαχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γονικές συμπεριφορές που οδηγούν σε έγκαιρες ασφαλείς προσκολλήσεις - και που παραμένουν εγκάρδιες και ευαίσθητες καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν - θέτουν τα θεμέλια για τις κοινωνικές-συναισθηματικές, γνωστικές και ηθικές δεξιότητες σε όλες τις αναπτυξιακές περιόδους (Center on the Developing Child, 2018). Για παράδειγμα, όταν ένα μικρό παιδί προσελκύει την αλληλεπίδραση μέσω μαμπαλίσματος ή εκφράσεων του προσώπου και ο γονέας ανταποκρίνεται με παρόμοιο τρόπο, αυτός ο τύπος αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού βοηθά στη δημιουργία νευρικών συνδέσεων που δημιουργούν αργότερα κοινωνικές-συναισθηματικές και γνωστικές δεξιότητες.

Επιπλέον, οι πρόοδοι στην έρευνα του εγκεφάλου έχουν δείξει ότι οι γονικές συμπεριφορές που προωθούν την ασφάλεια και τις συναισθηματικές προσκολλήσεις βοηθούν τα μικρά παιδιά να μάθουν να διαχειρίζονται το στρες. Οι ασφαλείς δεσμοί μπορούν να αντισταθμίσουν μερικές από τις βλάβες που βίωσαν μικρά παιδιά σε ακραίες στρεσογόνες καταστάσεις ως αποτέλεσμα τραύματος (π.χ. κακομεταχείριση ή έκθεση σε βία) (Center for the Study of Social Policy, 2018).

Αντίθετα, η γονική μέριμνα που είναι ασυνεπής, αδιάφορη, αποσπασματική, εχθρική ή απορριπτική δημιουργεί ανασφαλείς συνδέσεις. Τα μικρά παιδιά που αντιμετωπίζουν ανασφαλείς δεσμούς εμφανίζουν φόβο, δυσπιστία, άγχος ή αγωνία και διατρέχουν κίνδυνο για μακροχρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων των αναπτυξιακών καθυστερήσεων, των γνωστικών διαταραχών, των προβλημάτων συμπεριφοράς, της ψυχοπαθολογίας και των προβληματικών σχέσεων. Για παράδειγμα, μικρά παιδιά που έχουν περιορισμένες γλωσσικές αλληλεπιδράσεις με ενηλίκους και ευκαιρίες για εξερεύνηση, μπορεί να μην αναπτύξουν πλήρως τις νευρικές οδούς που υποστηρίζουν τη μάθηση. (Center on the Developing Child, 2018. Center for the Study of Social Policy, 2018. Wilson & Durbin, 2010).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται επίσης τα τελευταία χρόνια στην οικογενειακή κανονικότητα (family regularity) η οποία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της συμπεριφοράς των παιδιών (Baldrige, 2011) . Ο ορισμός της οικογενειακής κανονικότητας έχει εξελιχθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες για να συμπεριλάβει τη συνεκτικότητα και σταθερότητα των καθημερινών οικογενειακών ρουτινών που συμβαίνουν κατά τις ώρες φαγητού ή τις ώρες ύπνου (Malatras & Israel, 2013) και όχι απλώς τις γενικές πτυχές του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως οι αλλαγές στην οικογενειακή κατάσταση των γονέων ή η σύνθεση του νοικοκυριού.

Η προστατευτική λειτουργία της οικογενειακής κανονικότητας οφείλεται σε αυξημένη αίσθηση δυνατότητας πρόβλεψης, ελέγχου και συνέπειας στις ζωές των παιδιών. Συγκεκριμένα, οι φροντιστές που εξασφαλίζουν ένα οικογενειακό περιβάλλον με προβλέψιμες καθημερινές ρουτίνες και κανόνες μπορεί να ενισχύσουν τις ικανότητες αυτοέλεγχου των παιδιών τους, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητάς τους να ελέγχουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους (Baldrige, 2011. Malatras & Israel, 2013) . Αντίθετα, οι φροντιστές που δεν τηρούν συνεπείς, προβλέψιμες οικογενειακές ρουτίνες μπορεί να επιδεινώσουν τον φόβο, την οργή ή τις αντιδράσεις απογοήτευσης των παιδιών τους, οδηγώντας σε υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικών προβλημάτων ή προβλημάτων συμπεριφοράς. (Rijlaarsdam et al., 2015).

Η υιοθέτηση του κατάλληλου γονικού σχήματος επίσης επηρεάζει την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του παιδιού. Η καλύτερη γνωστική και κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη επιτυγχάνεται όταν:

- Οι γονείς επιδεικνύουν στοργική και τρυφερή συμπεριφορά προς τα παιδιά.
- Θέτουν σε προτεραιότητα τις ανάγκες των παιδιών.
- Επιδεικνύουν ενθουσιασμό για τα συναισθήματα των παιδιών.

Αντίστοιχα, σε ότι αφορά στα παιδιά, όταν το γονικό σχήμα είναι θετικό:

- ✓ Διαμορφώνουν ασφαλέστερο συναισθηματικό δεσμό με τους γονείς στη βρεφική ηλικία.
- ✓ Εμφανίζουν υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης.
- ✓ Εμφανίζουν αλτρουιστική συμπεριφορά.
- ✓ Κατανοούν καλύτερα την ψυχολογική κατάσταση των άλλων και ανταποκρίνονται σε αυτήν.
- ✓ Παρουσιάζουν υψηλότερους δείκτες νοητικής ανάπτυξης.
- ✓ Έχουν καλύτερη σχολική επίδοση και,
- ✓ Είναι λιγότερο επιρρεπή στην ανάπτυξη παραβατικής συμπεριφοράς κατά την εφηβεία (Κουρκούτας & Chartier , 2009).

Οι στάσεις που υιοθετούν οι γονείς και το πώς αντιμετωπίζουν τα παιδιά συχνά αποτελεί μια αντανάκλαση του τρόπου με τον οποίο διαπαιδαγωγήθηκαν οι ίδιοι. Η απόκτηση νέων γνώσεων σχετικά με τη γονική μέριμνα και την ανάπτυξη των παιδιών επιτρέπει στους γονείς να ασκούν κριτική και να αξιολογούν τον αντίκτυπο των εμπειριών τους στη δική τους ανάπτυξη και τις πρακτικές που εφαρμόζουν και να εξετάζουν το ενδεχόμενο πιο αποτελεσματικών τρόπων καθοδήγησης και ανταπόκρισης στα παιδιά τους.

Επιπλέον, η κατανόηση των αυξανόμενων στοιχείων σχετικά με τη φύση και τη σημασία της πρώιμης ανάπτυξης του εγκεφάλου επιτρέπει τόσο στους γονείς όσο και σε εκείνους που εργάζονται με παιδιά να γνωρίζουν τι χρειάζονται τα περισσότερα μικρά παιδιά για να ευδοκιμήσουν:

- φροντιστικές, υπεύθυνες και αξιόπιστες σχέσεις εμπιστοσύνης,
- τακτικές, προβλέψιμες και συνεπείς ρουτίνες,
- διαδραστικές γλωσσικές εμπειρίες,
- ένα φυσικά και συναισθηματικά ασφαλές περιβάλλον και

-ευκαιρίες για να εξερευνήσουν και να μάθουν μέσω των πράξεών τους. (Center for the Study of Social Policy, 2018)

Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τα ακραία επίπεδα ή ορισμένοι τύποι μητρικής ευαισθησίας αποτελούν υπερπροστασία, και η εξαιρετικά ευαίσθητη συμπεριφορά της μητέρας μπορεί να προωθήσει την ανάπτυξη προβλημάτων εσωτερικευσης, ενδεχομένως με την ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για τα παιδιά να εξοικειωθούν με νέες καταστάσεις και να μάθουν εναλλακτικούς τρόπους ρύθμισης της ανησυχίας που σχετίζεται με το φόβο (Mount, Crockenberg, Bárrig Jó & Wagar , 2010).

Όπως έχει πολυαναφερθεί σε αυτή την εργασία, τα πρώτα 2-3 χρόνια ζωής ενός παιδιού είναι πολύ σημαντικά για την κοινωνική, συναισθηματική και γνωστική ανάπτυξη. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, οι καταπιεστικές και τιμωρητικές γονικές προσεγγίσεις μπορούν προκαλέσουν προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα κοινωνικών σχέσεων, τελειομανία, μονομανία, συναισθήματα ανικανότητας και κοινωνικής φοβίας στα παιδιά. Αυτές οι αρνητικές προσεγγίσεις μπορούν να οδηγήσουν στο άγχος, την κατάθλιψη, τη συστολή, την επιθετικότητα και τη χρήση ουσιών . Τα προβλήματα αυτά παρατηρούνται κυρίως στα παιδιά μητέρων που έχουν χαμηλή μητρική αυτο-αποτελεσματικότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι οποίες παρουσιάζουν αυταρχικές, απρόσεκτες ή υπερβολικά προστατευτικές συμπεριφορές στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους. (Sener & Cimete, 2016).

Η μητρική αυτο-αποτελεσματικότητα ορίζεται ως η πίστη των μητέρων στην ικανότητά τους να παρέχουν καλή φροντίδα στα παιδιά τους και οι μελέτες δείχνουν ότι οι μητέρες με υψηλή αυτοπεποίθηση προσαρμόζονται στην γονική μέριμνα, λειτουργούν ικανοποιητικά στη μητρότητα, (Grining & Coley, 2006), δείχνουν ικανοποίηση, έχουν καλύτερη επικοινωνία με τα παιδιά τους και δημιουργούν ένα υγιές, ευτυχισμένο και καλλιεργητικό περιβάλλον για τα παιδιά. (Sener & Cimete, 2016).

Αναλυτικότερα για την ψυχική υγεία των γονέων, οι έρευνες για την εξέταση των επιπτώσεων της κατάθλιψης των γονέων στην ψυχική υγεία των παιδιών, αποκάλυψαν κινδύνους όπως το να εμφανίσουν και τα ίδια κατάθλιψη ή άλλα συναισθηματικά συμπεριφορικά προβλήματα στην εφηβική και ενήλικη ζωή (McAdams, Rijdsdijk,

Neiderhiser, Narusyte, Shaw, Natsuaki, Spotts, Ganiban, Reiss, Leve, Lichtenstein & Eley, 2015. Wilson & Durbin, 2010).

Παρά το γεγονός ότι οι ακριβείς μηχανισμοί σύνδεσης της γονικής κατάθλιψης με τα ψυχικά προβλήματα των παιδιών είναι άγνωστοι, γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο (Wilson & Durbin, 2010). Σύμφωνα με έρευνες διαπιστώθηκε ότι, τα παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν διαγνωσθεί με κατάθλιψη, ήταν δύο έως τρεις φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν ψυχικά προβλήματα, σε σχέση με εκείνα των οποίων οι γονείς δεν είχαν κατάθλιψη. Βέβαια, η σχέση μεταξύ γονικής κατάθλιψης και ψυχοπαθολογίας παιδιών είναι αμφίδρομη, καθώς η μητρική κατάθλιψη προβλέπει αναπτυξιακά προβλήματα στο παιδί, αλλά και το αντίστροφο (McAdams et al., 2015).

Εξαιτίας της κατάθλιψης το άτομο πλήττεται σε βασικούς κοινωνικούς και συναισθηματικούς τομείς και κατά συνέπεια, γονείς με τη διαταραχή αυτή φαίνεται να παρουσιάζουν ελλείμματα στις αλληλεπιδράσεις με τα παιδιά τους, με αρνητικές συνέπειες στην ανάπτυξη των τελευταίων. Ακόμη, η γονική κατάθλιψη ενδεχομένως επηρεάζει τη συμπεριφορά των παιδιών και με έμμεσους τρόπους, όπως με τους διαπληκτισμούς αλλά και το διαζύγιο στην οικογένεια (Wilson & Durbin, 2010).

Αναφορικά με τη μητέρα σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχει η επιλόχειος κατάθλιψη, η οποία πιθανώς να επιφέρει συνέπειες αργότερα στη συμπεριφορά των κοριτσιών και των αγοριών (Sanger, Iles, Andrew & Ramchandani, 2015), ενώ η κατάθλιψη στον πατέρα διαπιστώνεται να επιδρά περισσότερο στα αγόρια, τα οποία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης δυσκολιών συμπεριφοράς (Wilson & Durbin, 2010). Επιπλέον, η πιθανότητα συναισθηματικών δυσκολιών στα παιδιά αυξάνεται όταν στην οικογένεια συνυπάρχουν τόσο προβλήματα ψυχικής υγείας, όσο και κοινωνικο-οικονομικού χαρακτήρα, υποδεικνύοντας ότι η αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών των οικογενειών αυτών πιθανώς να αποτρέψει τη δημιουργία ψυχικών προβλημάτων στα παιδιά (Αντωνίου & Κορωναίου, 2016).

4.3.2. Πολιτισμικοί-κοινωνικοί παράγοντες

Αξίες και κανόνες συμπεριφοράς υιοθετούνται από το παιδί μέσω μιας ποικιλίας κοινωνικών καταστάσεων, απαιτήσεων, απαγορεύσεων και προτύπων. Μια διάσταση του κοινωνικού περιβάλλοντος που είναι γνωστό πως διαμορφώνει τη συμπεριφορά του παιδιού είναι το φαινόμενο της μίμησης.

Οι έρευνες του Bandura και των συνεργατών του έχουν αποδείξει ότι το παιδί μιμείται τη συμπεριφορά του μοντέλου που παρατηρεί (πρότυπα), ιδιαίτερα όταν το τελευταίο έχει αμειφθεί ή δεν έχει υποστεί καμία συνέπεια. Μάλιστα η μιμητική συμπεριφορά είναι πιθανότερη όταν το μοντέλο είναι υψηλού κύρους ή όταν οι συνθήκες του περιβάλλοντος του παιδιού μοιάζουν με αυτές που παρακολούθησε. (Πολυχρονοπούλου, 2017).

Η διεθνής έρευνα εξακολουθεί να επισημαίνει την αρνητική επίδραση της σύγχρονης βιομηχανικής, καταναλωτικής κοινωνίας στην ψυχική υγεία του παιδιού. Η βία στην τηλεόραση, οι τρομοκρατικές ενέργειες, η διαθεσιμότητα ναρκωτικών, η αλλαγή κανόνων σεξουαλικής συμπεριφοράς, οδηγούν σε αγχώδεις καταστάσεις, σε επιθετικότητα, εφηβική παραβατικότητα, κατάθλιψη, τάσεις φυγής και αυτοκτονίας. Όπως αναφέρει ο Chartier (2008, σ. 87) « υπάρχει μια κοινωνική ευθύνη στον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία διαχειρίζεται στους νέους της και στον τρόπο με τον οποίο ευνοεί ή όχι το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή» (από Πολυχρονοπούλου, 2017) .

4.3.3. Σχολικοί παράγοντες

Η πρόοδος ενός παιδιού στο σχολείο εξαρτάται όχι μόνο από την επίδοσή του στα μαθήματα, αλλά κι από την συναισθηματική και κοινωνική του κατάσταση και συμπεριφορά. Ο μαθητής που έχει καλό αυτοέλεγχο για την ηλικία του είναι αυτός που δεν παρουσιάζει συνήθως προβλήματα στην εκμάθηση σχολικών δεξιοτήτων και τελικά έχει μια καλή σχολική πρόοδο (McCormick, Turbeville, Barnes & McClowry, 2014). Επιπλέον η σχέση του με τους συμμαθητές του, τους δασκάλους ή τους καθηγητές του, χαρακτηρίζονται από εμπιστοσύνη, σεβασμό και πνεύμα συνεργασίας (Yoleri, 2013a). Είναι αισιόδοξος και δείχνει ενδιαφέρον για μάθηση.

Ένας μεγάλος αριθμός μαθησιακών δυσκολιών μπορεί να εμποδίσει την πρόοδο του μαθητή, να δημιουργήσει προβλήματα συμπεριφοράς και να έλξει αρνητικά την προσοχή των εκπαιδευτικών και των συμμαθητών του. Το παιδί που έχει μεγάλες δυσκολίες στα μαθήματα παρουσιάζει πολλαπλά κοινωνικοσυμπεριφορικά προβλήματα τα οποία σχετίζονται συνήθως με την επιθετικότητα, την παρορμητικότητα, τη διαταρακτικότητα, την κοινωνική απόσυρση και τη συναισθηματική ανωριμότητα (Σοφιανίδου 2004, στο Πολυχρονοπούλου, 2017). Οι δυσκολίες που συνδέονται με τη διαχείριση της πειθαρχίας στην τάξη και τη

διδασκαλία σε μαθητές με ελλιπή κίνητρα και προβληματικές/διαταρακτικές συμπεριφορές, αποτελούν επίσης βασικούς παράγοντες πρόκλησης άγχους στους δασκάλους (Κουρκούτας, 2007), γεγονός που επιδεινώνει περισσότερο την αμφίδρομη αυτή αρνητική αλληλεπίδραση δασκάλου-μαθητή.

Το ίδιο το σχολείο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη συμπεριφορά των μαθητών με τις διδακτικές μεθόδους και τις μεθόδους αξιολόγησης των μαθητών, με τα αυστηρά μέτρα πειθαρχίας, το απορριπτικό του κλίμα. Οι σχέσεις των μαθητών μεταξύ τους αλλά και οι σχέσεις του εκπαιδευτικού με τους μαθητές και γενικότερα το κλίμα της τάξης παίζουν καθοριστικό ρόλο στη συμπεριφορά των μαθητών. Πιο συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ότι παράγοντες όπως η σχέση παιδιού-παιδαγωγού (McCormick et al., 2014), παιδιού- συνομιλήκων (Yoleri, 2013a) και οικογένειας-σχολικής κοινότητας επηρεάζουν τις πιθανότητες εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς.

Κεφάλαιο 5^ο : Προγράμματα Πρώιμης Παρέμβασης

5.1. Πρόληψη και πρώιμες παρεμβάσεις

Η πρόληψη για την ψυχοκοινωνική υγεία και γενικότερα η πρόληψη των αναπτυξιακών προβλημάτων για μικρά παιδιά αποτελεί ένα σημαντικό θέμα για τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας αλλά και για τα άτομα που εμπλέκονται με την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και υγείας του παιδιού αλλά και ειδικότερα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Ο όρος «πρώιμη παρέμβαση» τοποθετείται στη χρονική περίοδο αμέσως μετά την εγκυμοσύνη αλλά και κατά τη διάρκεια της κύησης. Ο όρος παρέμβαση περιλαμβάνει ένα εύρος παροχής υπηρεσιών οι οποίες είναι σχεδιασμένες με τρόπο ώστε να ενδυναμώνονται τα χαρακτηριστικά ανατροφής των γονέων αλλά και η δυναμική του κοινοτικού συστήματος (Μάντζιου, 2007. Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Τα προγράμματα συνολικής προληπτικής παρέμβασης χρειάζονται πολυσύνθετες, πολυεπιστημονικές προσεγγίσεις τόσο στο επίπεδο της θεωρίας όσο και στο επίπεδο της πράξης. Απαραίτητη κρίνεται η συνεργασία στα πεδία της αναπτυξιακής ψυχολογίας, της ψυχανάλυσης, της αναπτυξιακής παιδιατρικής, της δημόσιας υγείας καθώς και της νοσηλευτικής, καθώς η προσέγγιση μέσω μιας μόνης επιστήμης στην προάσπιση της βρεφικής ηλικίας θεωρείται πλέον πεπερασμένη. (Μάντζιου, 2007).

Η προοπτική της ψυχικής υγείας του βρέφους-νηπίου είναι δεσμευμένη στην ιδέα της πρώιμης παρέμβασης όχι μόνο σε περιπτώσεις έκδηλης ψυχοπαθολογίας, αλλά και σε περιπτώσεις στις οποίες τα παιδιά βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας αργότερα. Υπάρχουν τρεις βασικοί λόγοι όσον αφορά στην πρώιμη αναγνώριση των κρίσιμων προβλημάτων συμπεριφοράς και κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης:

1. Τα σοβαρά προβλήματα μπορούν να παρατηρηθούν στα παιδιά ήδη από ηλικία μικρότερη των δύο ετών.
2. Πολλά προβλήματα δεν είναι παροδικά.
3. Έχει αποδειχθεί ότι οι στοχευμένες προσπάθειες παρέμβασης κατά τα πρώιμα στάδια ανάπτυξης είναι σε θέση να φέρουν στο προσκήνιο την τυχόν παρεκκλίνουσα ανάπτυξη.

Η πρώιμη ανίχνευση και θεραπεία έχει τη δυνατότητα να ανακουφίσει τα βρέφη-νήπια και τις οικογένειές τους, καθώς με αυτόν τον τρόπο δίνονται ευκαιρίες για πιο οικονομικά αποδοτική διοχέτευση των κοινωνικών πόρων (Sanner ,Smith , Wentzel-Larsen & Moe, 2016)

Εμπειρικές έρευνες για τον καθοριστικό ρόλο της σωρευτικής φτώχειας, των αντίξωων συνθηκών στην παιδική ηλικία και του τοξικού άγχους(“toxic stress,”) στην ανάπτυξη, τη σχολική επιτυχία και τη συνολική μελλοντική υγεία των μικρών παιδιών και των οικογενειών τους, καθιστούν σαφές ότι τα προγράμματα συμβουλευτικής προώθησης και πρόληψης είναι απαραίτητα. (Larson, Bagnato, Miglioretti, Barone-Martin & McNeal, 2017)

Η ανάπτυξη αποτελεσματικών προληπτικών παρεμβάσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ιδιαίτερα σημαντική για παιδιά προσχολικής ηλικίας εξαιτίας της ευκαιρίας να μειώσουν τα πρόωρα προβλήματα συμπεριφοράς πριν επιδεινωθούν από παράγοντες κινδύνου που εμφανίζονται στο σχολείο και στις συναναστροφές ομοτίμων και να μειώσουν τις αρνητικές αλληλεπιδράσεις γονέα-παιδιού που μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη παιδικών διαταρακτικών συμπεριφορών. (Reid, Webster-Stratton, & Hammond, 2003)

Η πρώιμη πρόληψη στη βρεφική-νηπιακή ηλικία είναι δυνατόν να επιφέρει άμεσα αποτελέσματα και να αποφευχθούν οι δυσχέρειες που υφίστανται όταν οι γονείς αναζητούν βοήθεια για προβλήματα των παιδιών τους και οι οποίοι «πέφτουν συχνά θύματα της έλλειψης ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, των γραφειοκρατικών διαδικασιών και του ανταγωνισμού ή της αποτυχίας επικοινωνίας μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας των παιδιών, παρά τις όποιες υποσχέσεις και προσπάθειες που γίνονται για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους» (Μάντζιου, 2007).

Οι παρεμβάσεις στη βρεφική ηλικία έχουν καθαρά προληπτικό χαρακτήρα και περιλαμβάνουν τα εξής επίπεδα:

1. Συνολικά προληπτικά προγράμματα, τα οποία περιλαμβάνουν προγεννητικές και μεταγεννητικές παρεμβάσεις,
2. Επιλεκτικά προληπτικά προγράμματα που απευθύνονται σε υποομάδες του πληθυσμού όπου ο κίνδυνος ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας είναι άνω του μέσου όρου,

3. Ενδεικτικά προληπτικά προγράμματα με εφαρμογή κυρίως σε ομάδες ασυμπτωματικές, σε περίπτωση διαπίστωσης ότι εμφανίζονται παράγοντες κινδύνου.

Ένας άλλος τρόπος θεώρησης της πρόληψης σχετίζεται με τον τύπο προγραμμάτων-παρεμβάσεων που αναπτύσσονται για ομάδες με ειδικούς τύπους προβλημάτων. Οι τρεις τύποι προγραμμάτων είναι οι εξής:

i. Υψηλού κινδύνου, δηλαδή παιδιά τα οποία διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν διαταραχές.

ii. Ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης ή ηλικίας και

iii. Προγράμματα τα οποία εφαρμόζονται σε έναν πληθυσμό παιδιών και όχι σε συγκεκριμένες κατηγορίες παιδιών, όπως για παράδειγμα σε παιδιά που κατοικούν σε μία συγκεκριμένη περιοχή ή που πηγαίνουν σε ένα σχολείο (Μάντζιου, 2007. Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Αναγνωρίζοντας την πρώιμη παιδική ηλικία ως ιδανικό χρόνο για παρεμβάσεις που στη συνέχεια θα βελτιώσουν τις μεταγενέστερες συνθήκες ζωής για βρέφη-νήπια και οικογένειες, οι ερευνητές και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής έχουν ανταποκριθεί με οδηγίες για εστίαση στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο (Mollborn, Lawrence, James-Hawkins & Fomby, 2014).

Συστάσεις του Εθνικού Συμβουλίου Έρευνας και του Ινστιτούτου Ιατρικής (National Research Council and the Institute on Medicine [NRCIM], 2000) υποστηρίζουν το σχεδιασμό διαβαθμισμένων προγραμμάτων πρόληψης με προσανατολισμό και εξατομικευμένες παρεμβάσεις για την προώθηση της γονικότητας και της παιδικής ανάπτυξης έτσι ώστε να αμβλύνουν την επίδραση των ανεπιθύμητων συμβάντων και του τοξικού στρες εκτός από τις επιπτώσεις της φτώχειας και της έλλειψης θετικών ευκαιριών σε υψηλού κινδύνου παιδιά και οικογένειες. Οι επιστημονικές μελέτες πρόληψης δίνουν έμφαση στην βελτιωτική επίδραση αυτών των μοντέλων, όταν στόχος είναι η παροχή εμπειριών για την αύξηση της ανθεκτικότητας και των ικανοτήτων αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων σε μικρά παιδιά και οικογένειες (Biglan, Flay, Empty & Sandler, 2012)

5.2. Βασικές αρχές προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης

Τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης μπορεί να ακολουθούν διαφορετικές προσεγγίσεις ανάλογα με το στρες που προκαλείται στην οικογένεια, στα μέλη της και τη λειτουργία τους από την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου (βιολογικών: προωρότητα, προβλήματα υγείας του παιδιού ή περιβαλλοντικών: διαταραγμένη σχέση μητέρας-παιδιού, μητρότητα στην εφηβεία κ.α.), ή τα αποτελέσματα από την αμοιβαία αλληλεπίδραση μεταξύ τους καθώς και από την εξισορροπητική επίδραση προστατευτικών παραγόντων (βιολογικών ή περιβαλλοντικών). Σε γενικές γραμμές, τα στοιχεία των προγραμμάτων παρέμβασης περιλαμβάνουν:

- α) την προσφορά παροχών (πρόσβαση σε υπηρεσίες, οικονομική βοήθεια),
- β) την κοινωνική υποστήριξη και πληροφόρηση (ομάδες αυτοβοήθειας γονέων, συμβουλευτική οικογένειας, κινητοποίηση) και
- γ) τις υπηρεσίες προς τις οικογένειες (προγράμματα παρέμβασης στους γονείς -στο σπίτι, σε υπηρεσίες για θέματα υγείας και ασφάλειας του παιδιού, προληπτική συμβουλευτική και τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, ατομικές θεραπείες.)

Προκειμένου να αναπτυχθούν προγράμματα παρέμβασης πρέπει να είναι ανεπτυγμένο ένα σύστημα από κατάλληλα διαμορφωμένες υπηρεσίες στην κοινότητα και να αναπτυχθεί μια σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των γονιών και των μελών της ομάδας παρέμβασης που θα διευκολύνει την οικογένεια να αποκτήσει την απαραίτητη πληροφόρηση για τα διάφορα αναπτυξιακά στάδια και τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του παιδιού. Τέλος είναι απαραίτητες οι εξειδικευμένες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των προκλήσεων κάθε σταδίου ανάπτυξης (μία συντονισμένη και ισότιμη αντιμετώπιση για τα σωματικά, αισθητηριακά, κινητικά, γνωστικά, συναισθηματικά, οικογενειακά θέματα) (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Προγράμματα, τα οποία ευαισθητοποιούν τους γονείς και γενικά αυτούς που φροντίζουν τα παιδιά στις βασικές αρχές φροντίδας και την επικοινωνία στα προσχολικά χρόνια, επικεντρώνονται στους εξής τομείς:

1. ανάπτυξη του εμβρύου και φροντίδα της εγκύου,
2. άγχη στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του τοκετού,

3. προσαρμογή στους νέους ρόλους και τις αλλαγές που προκύπτουν από τη γέννηση,
4. συναλλαγή μητέρας-βρέφους,
5. ανάπτυξη του παιδιού που καλύπτει διάφορα θέματα όπως, π.χ., ιδιοσυγκρασία, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη, αναπτυξιακές δεξιότητες.

Τα προγράμματα αυτά επηρεάζουν όλη την οικογένεια διότι παρέχουν ευκαιρίες για τη συνέχεια της φροντίδας αλλά και για την ανάπτυξη μιας συνεργατικής σχέσης γονέων-παιδιών. Παράλληλα, όταν εφαρμόζονται με κατ' οίκον επισκέψεις από επαγγελματίες υγείας, για μεγάλο διάστημα, φαίνεται πως έχουν θετικότερα αποτελέσματα, καθώς στοχεύουν την εκπαίδευση των γονέων σε θέματα φροντίδας και ανάπτυξης του παιδιού αλλά και σε θέματα που αφορούν τις μεταξύ τους σχέσεις. Οι δύο αυτοί παράμετροι, δηλαδή η φροντίδα και η επάρκεια των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να αποτελούν τις βασικές αρχές για την ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων παρέμβασης (Τσιάντης & Δραγώνα, 1999).

Ορισμένα στοιχεία υποστηρίζουν τη χρήση γραπτού υλικού για τη βελτίωση των στρατηγικών γονικής μέριμνας και τη μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς παιδιών. (Morawska & Sanders, 2006) Η παροχή γραπτού υλικού προληπτικής καθοδήγησης ως πρώιμης προληπτικής παρέμβασης έχει τα σημαντικά πλεονεκτήματα της εύκολης πρόσβασης και του χαμηλού κόστους. Εντούτοις, αν και η ικανοποίηση των γονέων με αυτο-καθοδηγούμενες παρεμβάσεις έχει περιορισμένη μελέτη, οι Morawska και Sanders πρότειναν ότι όταν οι μητέρες γνωρίζουν ότι έχουν λάβει μια αυτο-καθοδηγούμενη παρέμβαση αντί για μια διαθέσιμη παρέμβαση με κάποιον σύμβουλο, θα αξιολογήσουν την αυτο-καθοδηγούμενη παρέμβαση λιγότερο ευνοϊκά.

5.3. Προγράμματα πρώιμης παρέμβασης

Κατά τη διάρκεια της περασμένης δεκαετίας, ένας αριθμός ερευνών έχει εξετάσει τα αποτελέσματα από διάφορα προγράμματα τα οποία είναι βασισμένα στις σχέσεις και κυμαίνονται από την προαγωγή της υγείας μέχρι την παρέμβαση. Οι έρευνες αυτές απέδωσαν πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα και διαπίστωσαν ότι η διαταραγμένη σχέση προσκόλλησης μητέρας-παιδιού μπορεί να διορθωθεί και πιθανώς να αποτραπεί (Simpson et al., 2016).

Αναπόσπαστη με τη θεωρία της προσκόλλησης είναι η ιδέα ότι τα πρώιμα πρότυπα αλληλεπίδρασης μεταξύ των βρεφών και των φροντιστών τους αποτελούν το θεμέλιο

για την μετέπειτα κοινωνικοσυναισθηματική λειτουργία, συμπεριλαμβανόμενης της ανάπτυξης των προσδοκιών από τον εαυτό τους αλλά και τους άλλους στις σχέσεις, και την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας αργότερα. Οι παρεμβάσεις για τα βρέφη, οι οποίες στηρίζονται στην προσκόλληση, αποσκοπούν σε διαδικασίες που σχετίζονται με την ανάπτυξη ασφαλών πρώιμων σχέσεων αλλά και την αντιμετώπιση της προέλευσης των αποδιοργανωμένων τύπων προσκόλλησης (Suess, Bohlen, Carlson, Spangler, Maier, 2016).

Οι σημαντικοί μηχανισμοί που σχετίζονται με την ασφάλεια περιλαμβάνουν την ευαισθησία από μέρους του γονέα. Η θεωρία και η έρευνα της προσκόλλησης, έχουν δώσει έμφαση στο ιστορικό φροντίδας του γονέα, αλλά, και ταυτόχρονα στις σχέσεις υποστήριξης, οι οποίες λειτουργούν ως μηχανισμοί ανάπτυξης, μετάδοσης από γενιά σε γενιά και αλλαγή στις εμπειρίες των σχέσεων (Suess et al., 2016).

1. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Parent-Child Attunement Therapy (PCAT)

Το PCAT, (Parent-Child Attunement Therapy- θεραπεία συντονισμού γονέα-παιδιού) είναι ένα παρεμβατικό πρόγραμμα που απευθύνεται σε οικογένειες με βρέφη ηλικίας από 12 έως 24 μηνών που σχεδιάστηκε για να ενισχύσει την ποιότητα της σχέσης φροντιστή-βρέφους, να μειώσει τυχόν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας του γονέα ή του παιδιού, να ενισχύσει τις γονικές δεξιότητες, να μειώσει το άγχος του φροντιστή και να του καλλιεργήσει τη γνώση της παιδικής ανάπτυξης. Αυτοί οι στόχοι επιτυγχάνονται μέσω εκπαιδευτικών συνεδριών στις οποίες οι γονείς μαθαίνουν δεξιότητες ενίσχυσης του δεσμού με τα βρέφη τους. Ακόμη, οι γονείς συμμετέχουν σε ζωντανές εκπαιδευτικές συνεδρίες οι οποίες εστιάζουν σε θετικού τύπου πειθαρχία και ανταποκριτικότητα του γονέα στο βρέφος του. Το πρόγραμμα PCAT παραδίδεται στο γραφείο του επαγγελματία ή στο σπίτι της οικογένειας και διαρκεί περίπου οκτώ έως δώδεκα εβδομάδες (Harden , 2015).

Η θεραπεία αλληλεπίδρασης γονέων-παιδιού (Parent-Child Interaction Therapy -PCIT) είναι μία θεραπεία βασισμένη σε στοιχεία μελετών (evidence-based treatment- EBT) για παιδιά ηλικίας 2 έως 7 ετών με διαταραχές συμπεριφοράς (Zisser & Eyberg , 2010). Με βάση την αναπτυξιακή θεωρία της γονικότητας του Baumrind, το PCIT έχει σχεδιαστεί για να δημιουργήσει ένα αυθεντικό στυλ γονικής μέριμνας, το οποίο

περιλαμβάνει υψηλή γονική φροντίδα, σαφή επικοινωνία γονέα-παιδιού και σταθερή οριοθέτηση με το παιδί. Στο PCIT, οι γονείς μαθαίνουν πρώτα μια αλληλεπίδραση που κατευθύνεται από τα παιδιά (child-directed interaction -CDI), η οποία επικεντρώνεται στην ενίσχυση της προσκόλλησης γονέα-παιδιού, της θετικής γονικής μέριμνας και των κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών.

Αφού οι γονείς κατακτήσουν την αλληλεπίδραση που κατευθύνεται από τα παιδιά - CDI, μαθαίνουν να ενσωματώνουν μια αλληλεπίδραση που κατευθύνεται από τους γονείς (parent-directed interaction -PDI), η οποία συνεπάγεται τη χρήση σαφών οδηγιών όταν απαιτείται και συνεπή παρακολούθηση, οδηγώντας σε μειωμένα προβλήματα συμπεριφοράς, μη συμμόρφωση ή επιθετικότητα.

Οι Berkovits M.D., O'Brien A.K., Carter C.G, Eyberg M.S. (2010) εφάρμοσαν μια προληπτική παρέμβαση στην πρωτοβάθμια παιδιατρική περίθαλψη μέσω συμπεριφορικής εξέτασης σε παιδιά ηλικίας 3-6 ετών με προβλήματα συμπεριφοράς χρησιμοποιώντας τη θεραπεία αλληλεπίδρασης γονέων-παιδιού (Parent-Child Interaction Therapy -PCIT) είτε ως (α) μια προληπτική παρέμβαση ομάδας 4 συνεδριών που ονομάζεται Πρωτοβάθμια Φροντίδα PCIT (Primary Care PC-PCIT), είτε με β) γραπτό υλικό για τους γονείς όπου περιγράφονται βασικά βήματα του PCIT και κατευθυντήριες γραμμές για την πρακτική, καλούμενη Προκαταρκτική καθοδήγηση PCIT Anticipatory Guidance (PCIT-AG).

Η αποτελεσματικότητα του PCIT έχει καταδειχθεί με οικογένειες μικρών παιδιών με διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς και άλλες συννοσηρές διαταραχές (Bagner & Eyberg , 2007) Οι Berkovits και συν. (2010) αντίστοιχα βρήκαν ότι μετά από την εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων σε παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς υπήρξαν σημαντικές βελτιώσεις στη συμπεριφορά των παιδιών, στις στρατηγικές γονικής μέριμνας και στη γονική αίσθηση ελέγχου, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη χρήσης ψυχολογικών υπηρεσιών στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας παιδιατρικής περίθαλψης. Αντίστοιχα θετικά αποτελέσματα των προγραμμάτων PCIT και PCAT παρατηρούνται και σε έρευνες που αναφέρονται από τον Harden, (2015).

2. Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)

Μια παρέμβαση για παιδιά ηλικίας 0-24 μηνών και τους γονείς τους, η οποία είναι ισχυρά τεκμηριωμένη θεωρητικά και ερευνά την προσκόλληση και τη νευροβιολογία του στρες (δηλ. μελέτη των επιπτώσεων του στρες στο σώμα και το νευρικό Σύστημα). Το ABC είναι μια παρέμβαση με τυποποιημένα εγχειρίδια και μεθόδους που σχεδιάστηκε αρχικά για μικρά παιδιά στο σύστημα πρόνοιας παιδιών. Έτσι, στοχεύει στα βρέφη και τα μικρά παιδιά που βιώνουν την παραμέληση, την κακομεταχείριση, την ενδοοικογενειακή βία και την αστάθεια τόπου.

Το ABC παραδίδεται σε μητέρες και βρέφη στα σπίτια τους με πάνω από 10 συνεδρίες. Αν και σύντομο, το πρόγραμμα ABC είναι εντατικό, εξετάζοντας τέσσερα θέματα: (1) τη σημασία της γονικής φροντίδας, (2) το να ακολουθούνται οι απαιτήσεις του παιδιού, (3) η σημασία της μη απειλητικής, μη τρομακτικής επιμελητικής συμπεριφοράς και (4) η δυνατότητα υπέρβασης του προσωπικού βιώματος και / ή των μη προστατευτικών ενστίκτων. (Dozier, Peloso, Lindhiem, Gordon, Manni, Sepulveda, Ackerman, Bernier & Levine, 2006) Η αποτελεσματικότητα του ABC με βρέφη, μικρά παιδιά και γονείς έχει τεκμηριωθεί μέσω τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών που διεξήχθησαν με τυπικές και θετές οικογένειες. Οι μητέρες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ABC έδειξαν μεγαλύτερη ευαισθησία απέναντι στα βρέφη τους, ενώ τα βρέφη εμφάνισαν πιο ασφαλείς συμπεριφορές προσκόλλησης (όπως το να επιτρέπουν στις μητέρες τους να τα παρηγορήσουν, ή να μπορούν να εξερευνούν με την παρουσία των μητέρων τους) και ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν αποδιοργανωμένη προσκόλληση (δηλ. αυτά τα παιδιά εμφάνισαν λιγότερες συμπεριφορές προσκόλλησης που δεν ήταν τυπικές για μικρά παιδιά, όπως σύγχυση σχετικά με το εάν και πώς να πλησιάσουν τις μητέρες τους). (Harden , 2015).

Η διαδραστική ανατροφοδότηση (in vivo feedback) αποτελεί μία θεραπευτική τεχνική η οποία χρησιμοποιείται στις παρεμβάσεις γονικότητας, κατά τις οποίες ο ειδικός υποστηρίζει την εμπλοκή του γονέα σε παρεμβατικές-στοχευμένες συμπεριφορές, κάνοντας σχόλια περί σχετικής γονικής συμπεριφοράς. Η διαδραστική ανατροφοδότηση χρησιμοποιείται στα προγράμματα ABC και PCAT τα οποία αναφέρθηκαν παραπάνω και αποτελεί συστατικό διάφορων παρεμβάσεων γονικότητας, παρόλο που το ύφος και η παροχή μπορεί να διαφέρει (Caron , Bernard & Dozier, 2016).

3. Trauma-Adapted Family Connections (TAFC)

Αυτή η παρέμβαση απευθύνεται σε οικογένειες με παιδιά από τη στιγμή της γέννησής τους έως και την ηλικία των δεκαοκτώ ετών που βρίσκονται σε κίνδυνο παραμέλησης. Παραδίδεται στο σπίτι της οικογένειας, μέσω μίας συνεδρίας την εβδομάδα, για έξι μήνες. Η παρέμβαση TAFC χρησιμοποιεί οικογενειακή θεραπεία, γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές, και καλείται να αντιμετωπίσει τυχόν στρεσογόνες εμπειρίες της οικογένειας ή οικογενειακή κρίση, αλλά και τυχόν περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Δεδομένου ότι η παρέμβαση αυτή απευθύνεται σε παιδιά όλων των ηλικιών που έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία, είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες που τη χρησιμοποιούν να εφαρμόζουν κατάλληλες στρατηγικές ώστε να είναι αποτελεσματική και για τα βρέφη (Harden, 2015).

4. Η ψυχοθεραπεία βρέφους-γονέα (infant-parent psychotherapy, IPP) και η ψυχοθεραπεία παιδιού- γονέα (child-parent psychotherapy, CPP).Child-Parent Psychotherapy (CPP)

Η ψυχοθεραπεία παιδιού-γονέα (CPP) είναι μια δυαδική θεραπεία βασισμένη στην προσκόλληση (δηλαδή μια παρέμβαση που επικεντρώνεται στη σχέση μεταξύ ενήλικου και παιδιού) που στοχεύει σε μικρά παιδιά ηλικίας έως 6 ετών, τα οποία εκτίθενται σε διαπροσωπική, ενδοοικογενειακή βία ή κακομεταχείριση. Οι οικογένειες συνήθως συμμετέχουν για ένα χρόνο σε εβδομαδιαίες συνεδρίες που επικεντρώνονται στην αποκατάσταση της ασφάλειας, την προώθηση της ρύθμισης των συναισθημάτων, τη βελτίωση της σχέσης παιδιού-φροντιστή, ομαλοποιώντας τις αντιδράσεις που σχετίζονται με την τραυματική εμπειρία και δημιουργώντας μια κοινή κατασκευαστική αφήγηση της τραυματικής εμπειρίας (δηλ. οι γονείς και τα παιδιά δημιουργούν μαζί έναν τρόπο να μεταδώσουν την ιστορία του τραυματικού γεγονότος) .(Lieberman & Van Horn, 2008).

Ο στόχος της CPP είναι να διευκολύνει την επιστροφή του παιδιού σε μια κανονική αναπτυξιακή τροχιά. Αυτή η παρέμβαση μπορεί να παραδοθεί στο γραφείο του κλινικού ιατρού ή στο σπίτι της οικογένειας.

Η αποτελεσματικότητα της CPP με μικρά παιδιά που εκτέθηκαν σε διαπροσωπική βία και / ή παιδική κακοποίηση εξετάστηκε μέσω τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών, συγκρίνοντας τα παιδιά των οποίων οι οικογένειες έλαβαν CPP με εκείνους που δεν το έκαναν. Τα ευρήματα αυτών των μελετών περιλαμβάνουν

(1) τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που έλαβαν μέρος στη διαπροσωπική βία και οι μητέρες τους έδειξαν μειώσεις σε Διαταραχές Μετα-Τραυματικού Στρες και των σχετικών επακόλουθων συμπτωμάτων.

(2) τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που υπέστησαν κακομεταχείριση παρουσίασαν καλύτερα αποτελέσματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και βελτιωμένες εσωτερικές αναπαραστάσεις των ίδιων και των γονέων τους μετά από την CPP.

(3) τα βρέφη που είχαν υποστεί κακομεταχείριση εμφάνισαν περισσότερο ασφαλή προσκόλληση μετά την CPP, και

(4) τα τραυματισμένα νήπια και οι μητέρες τους έδειξαν βελτίωση σχέσεων, λιγότερο άγχος και στρες και λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς μετά την CPP. (Toth, Maughan, Manly, Spagnola & Cicchetti, 2002)

5. Πρόγραμμα βασισμένο στη Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης του Bandura (Social Cognitive Theory, SCT) και το Μοντέλο Υγείας και Ασθένειας του Smith (Smith's Model of Health and Illness, SMHI)

Θεωρητικό υπόβαθρο: Σύμφωνα με τον Bandura η μητρική αποτελεσματικότητα αποτελεί την πίστη των μητέρων στις ικανότητές τους περί παροχής καλής φροντίδας στα παιδιά τους. Οι μητέρες με υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας προσαρμόζονται εύκολα και λειτουργούν ικανά στη μητρότητα, παρουσιάζουν ευαίσθητη συμπεριφορά, έχουν καλή επικοινωνία με τα παιδιά τους και προετοιμάζουν ένα υγιές περιβάλλον για την ανατροφή των παιδιών τους. Υπάρχει αμοιβαία σχέση μεταξύ της μητρικής συμπεριφοράς και της ανάπτυξης του παιδιού., ενώ οι γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν υψηλή αποτελεσματικότητα σημειώνουν και υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης (Sener & Cimete, 2016).

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης (SCT) εξηγεί τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αποκτούν και διατηρούν ορισμένα πρότυπα συμπεριφοράς και παρέχει τη βάση για

στρατηγικές παρέμβασης .Η θεωρία αυτή εισάγει νέες στρατηγικές για την προσέγγιση των μητέρων στο μητρικό ρόλο, την βελτίωση του ρόλου αυτού και υποστηρικτικές παρεμβάσεις για την αυτοπραγμάτωση των μητέρων.

Το SMHI παρέχει τη βάση για την ανάπτυξη ενός πολύ δυναμικού προγράμματος το οποίο ενισχύει τη μητρική αποτελεσματικότητα.

Το πρόγραμμα: Το πρόγραμμα περιέχει δραστηριότητες που βοηθούν τις μητέρες να ανταποκριθούν στο γονικό τους ρόλο, να ενισχύσουν τη γνώση και τις δεξιότητες των παιδιών τους, να δημιουργήσουν αποτελεσματική επικοινωνία με τα παιδιά τους, να θέσουν ρεαλιστικούς και θετικούς στόχους, να εμπιστευτούν τον εαυτό τους και τους γύρω τους, να σκέφτονται θετικά, να βιώσουν το αίσθημα της επιτυχίας, να διαχειρίζονται το άγχος τους, να νιώθουν ευτυχισμένες και να απολαμβάνουν τη ζωή τους.

Η θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (SCT) αποτελεί τον οδηγό για την συγκρότηση του εκπαιδευτικού προγράμματος και την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων εκπαίδευσης. Βασισμένες στην SCT, στο πρόγραμμα περιλαμβάνονται δραστηριότητες όπως η προβολή ταινιών μικρού μήκους και εικόνων, η παρουσίαση παραδειγματικών συμπεριφορών (δίνεται προσοχή στη συμπεριφορά των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα και στην υιοθέτηση των σωστών συμπεριφορών μέσω της ανάλυσης της συμπεριφοράς), η διατήρηση ημερολογίου, η διανομή φυλλαδίων εκπαίδευσης. Οι ειδικές δραστηριότητες που τις βοηθούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους συμπεριλαμβάνουν και την καταγραφή των συναισθημάτων/σκέψεων και εμπειριών σε κάρτες, τη συζήτηση περιπτώσεων μέσω παραδειγμάτων, την ερμηνεία εικόνων και τη συμπλήρωση εργασιών για το σπίτι. Οι μητέρες που μοιράζονται τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις εμπειρίες τους στην ομάδα του προγράμματος δεν κρίνονται. Αντίθετα, συνειδητοποιούν ότι όλα τα άτομα που συμμετέχουν βιώνουν παρόμοιες εμπειρίες και αντιλαμβάνονται ότι μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικές απόψεις σχετικά με ένα θέμα. Έτσι, ενισχύεται το θάρρος και η αυτοπεποίθησή τους, ενώ μαθαίνουν τεχνικές διαχείρισης του άγχους τους.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα διαρκεί δέκα εβδομάδες (δέκα συνεδρίες, δώδεκα ώρες συνολικά), δίνοντας έτσι την ευκαιρία εκτέλεσης των πληροφοριών που έχουν διδαχθεί στην πράξη, γεγονός που σίγουρα συμβάλλει στην αλλαγή των μητέρων. Το

πρόγραμμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί, λόγω της εύκολης εκτέλεσής του, από τους επαγγελματίες της υγείας (Sener & Cimete, 2016).

6. Family Foundations Intervention (Παρέμβαση Οικογενειακών Θεμελίων)

Ο Feinberg και οι συνάδελφοί του (2008), όπως αναφέρουν οι Metz, Majdandzic, και Bogels, (2016), ήταν οι πρώτοι που σχεδίασαν μία παρέμβαση η οποία στοχεύει στη συνεργασία των γονέων ανατροφής των παιδιών τους. Το πρόγραμμα παρέχεται σε οκτώ συνεδρίες, από την προγεννητική περίοδο μέχρι και τους έξι πρώτους μήνες μετά τη γέννηση, σχετίζεται με την υποστήριξη της μεγαλύτερης συνεργασίας των γονέων. Η υπονομευμένη συνεργασία των γονέων θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη θεραπεία των γονέων με αγχώδεις διαταραχές και στην αντιμετώπιση του άγχους του βρέφους (Metz et al., 2016).

Άλλα προγράμματα που χρησιμοποίησαν τη συμβουλευτική ως μέθοδο παρέμβασης:

Οι Larson, Bagnato, Miglioretti και οι συνεργάτες τους (2017) σε πιλοτική έρευνα εξέτασαν τα στοιχεία και τις επιπτώσεις του διαβαθμισμένο μοντέλου καθοδήγησης για την προαγωγή και πρόληψη της υγείας των βρεφών Healthy Infants (HI) με στρατηγικές συμβουλευτικής πρόσωπο με πρόσωπο και εικονικές στρατηγικές για τριάδες βρεφών-γονέων-εκπαιδευτικών. Το μοντέλο Healthy Infants-HI προσπαθεί να προάγει την απόκτηση αναπτυξιακών ικανοτήτων ανθεκτικότητας, που λειτουργούν προστατευτικά για τα παιδιά και είναι πρόδρομοι της σχολικής επιτυχίας, και να αποτρέψει προληπτικά τις πρόωρες σωρευτικές αναπτυξιακές επιπτώσεις των δυσμενών παιδικών γεγονότων (adverse childhood events -ACEs) και του τοξικού στρες στις ζωές βρεφών / παιδιών υψηλού κινδύνου και γονέων. Το πρόγραμμα HI έχει στόχο την προώθηση: α) της ευαισθητοποιημένης γονικής μέριμνας, β) των αρμοδιοτήτων φροντίδας και γ) τη χρήση των βέλτιστων πρακτικών από καθηγητές με βάση το πρόγραμμα πρόληψης για βρέφη / νήπια υψηλού κινδύνου και γονείς Early Head Start -EHS.

Συνολικά η έρευνα κατέδειξε ότι το μοντέλο καθοδήγησης HI για την προαγωγή και πρόληψη της υγείας των βρεφών συσχετίστηκε με στατιστικά σημαντικές αυξήσεις στις ικανότητες γονικής ανταπόκρισης και άλλες ικανότητες περίθαλψης-φροντίδας

όπως στοργή, ενθάρρυνση και διδασκαλία. Επιπλέον, της ενίσχυσης γονικών και παιδαγωγικών ικανοτήτων των γονέων υψηλού κινδύνου, μειώθηκαν οι μη επιθυμητές-μη αποδεκτές συμπεριφορές αυτορρύθμισης στα βρέφη και τα νήπια υψηλού κινδύνου και βελτιώθηκε η ποιότητα και το κλίμα στην τάξη του προγράμματος πρόληψης. (Larson, Bagnato, Miglioretti, Barone-Martin C & McNeal, 2017)

5.4. Προγράμματα πρώιμης παρέμβασης στον ελλαδικό χώρο.

Κέντρο ημέρας «Φαιναρέτη»

Μία σημαντική υπηρεσία κοινωνικής στήριξης για τη συμβουλευτική των γονέων αποτελεί το Κέντρο ημέρας «Φαιναρέτη». Η ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ λειτουργεί, από το 2009, το πρώτο εξειδικευμένο Κέντρο Ημέρας για τη Φροντίδα της Ψυχικής Υγείας της Γυναίκας (Επιλόχεια Διαταραχή) στην Ελλάδα έχοντας μέχρι σήμερα εξυπηρετήσει πάνω από τέσσερις χιλιάδες έγκυες, λεχωίδες και τις οικογένειες αυτών. Η καινοτομία της παρέμβασης εδράζεται στον διεπιστημονικό χαρακτήρα της, που προϋποθέτει τη συνεργασία μαιών και ειδικών ψυχικής υγείας, στοχεύοντας στην ψυχοσωματική υγεία της γυναίκας, του νεογνού και της οικογένειας.

Πιο συγκεκριμένα οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν την ενημέρωση, εκπαίδευση και υποστήριξη της γυναίκας κατά την κύηση και τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, τη βιωματική εκπαίδευση και προετοιμασία των ζευγαριών για τον τοκετό και την γονεϊκότητα κατά την κύηση, τη φυσική ενδυνάμωση, τον προληπτικό έλεγχο για ψυχικές διαταραχές μέσω της χορήγησης ψυχομετρικών εργαλείων και διενέργειας συνεντεύξεων με παράλληλη λήψη ιστορικού υγείας, την έγκαιρη ανίχνευση γυναικών αυξημένου ρίσκου και την άμεση παραπομπή των πασχουσών σε ειδικούς ψυχικής υγείας, την ψυχολογική και ψυχιατρική εκτίμηση, παρακολούθηση και ψυχοθεραπεία. Όλες οι υπηρεσίες του Κέντρου Ημέρας παρέχονται δωρεάν για τους πολίτες. Η χρηματοδότηση του εκπορεύεται από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και εποπτεύουσα αρχή είναι η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.

Η δημιουργία του Κέντρου Ημέρας εντάσσεται στη συνολική προσπάθεια του Προγράμματος Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, του Υπουργείου Υγείας, με την ονομασία «Ψυχαργός», το οποίο αποτελεί το εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με σκοπό να μεταθέσει το κέντρο βάρους από την παρεχόμενη ασυλικού τύπου περίθαλψη, όπως συνέβαινε μέχρι σήμερα, στην κοινοτική φροντίδα. Στόχος του «Ψυχαργός» είναι να δημιουργηθούν αποτελεσματικά

δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει απαντήσεις στα προβλήματά του, στον τόπο που ζει και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα.

Στο πλαίσιο της λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας, αναπτύσσονται συνεργασίες με:

- Μαιευτήρια
- Μαιευτικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων
- Δομές Πρόνοιας και Κοινωνικές Υπηρεσίες
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Ψυχιατρικές Κλινικές Νοσοκομείων
- Πανεπιστημιακά Ιδρύματα και Ερευνητικά Κέντρα
- Φορείς Τοπικής Αυτοδιοίκησης
- Ιδιώτες επαγγελματίες υγείας (μαίες, μαιευτήρες/γυναικολόγους, ειδικούς ψυχικής υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, κ.α.).

Η συμβουλευτική στο Κέντρο Ημέρας παρέχεται, ανάλογα με τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου, από μαίες και ειδικούς ψυχικής υγείας (ψυχολόγους ή ψυχιάτρους). Στόχος της συμβουλευτικής στο κέντρο είναι ένα άτομο να βοηθηθεί μέσα από τη συζήτηση να ξεκαθαρίσει σκέψεις και συναισθήματα, να ξεπεράσει δυσκολίες και να μάθει περισσότερο για τον εαυτό του. Βοηθά τη θέσπιση προσωπικών στόχων και προσφέρει θετικά μοντέλα, με βάση τα οποία μπορεί κανείς να δώσει στον εαυτό του τη δυνατότητα για βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας της ζωής του. Η συμβουλευτική βοηθά έτσι τα άτομα που δεν έχουν σοβαρή ψυχική διαταραχή, περνούν όμως μια δύσκολη περίοδο ή αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα που δεν μπορούν να λύσουν μόνοι. Αντίστοιχα παρέχεται και η ψυχοθεραπεία κατά την περιγεννητική και την αναπαραγωγική περίοδο, όπου οι γυναίκες και οι σύντροφοι αυτών, ενδέχεται να κάνουν ψυχοθεραπεία για δυσκολίες που αφορούν:

- Τη σχέση με τον/τη σύντροφο – σύζυγο,
- Τη σχέση με άλλα μέλη της οικογένειας (γονείς, γονείς του/της συντρόφου, αδέρφια, άλλα παιδιά),

- Τη δυσφορία από τη μετάβαση στη γονεϊκότητα,
 - Τις δυσκολίες που προκύπτουν από συνθήκες ή γεγονότα ζωής που λαμβάνουν χώρα κατά την περιγεννητική περίοδο (πχ. προβλήματα με την εργασία, ασθένειες συγγενικών προσώπων, θάνατος, κλπ.),
 - Παρόντα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών (άγχος, κατάθλιψη, ενοχές, αμφιβολία για τον γονικό ρόλο, δυσάρεστες επαναλαμβανόμενες σκέψεις, ανησυχίες και φόβοι, κλπ.),
 - Την ανησυχία για υποτροπή παρελθόντων ψυχικών διαταραχών, κλπ.
 - Το άγχος που εμφανίζεται στις κυήσεις υψηλού κινδύνου ή σε περιπτώσεις ιστορικού υπογονιμότητας ή και αποβολών,
 - Το άγχος που εμφανίζεται σε περιπτώσεις που το νεογνό χρειάζεται να νοσηλευτεί,
 - Περιγεννητικό θάνατο (διακοπή κύησης εκούσια ή κατόπιν ιατρικής σύστασης, αποβολές, ενδομήτριος θάνατος, κλπ.). (<https://www.fainareti.gr/el/>)
- «Ένα παιδί, ένας κόσμος»

Το «ένα παιδί, ένας κόσμος» είναι μία κοινοτική δομή που στοχεύει στην ευημερία του κάθε παιδιού προσφέροντας υπηρεσίες για όλη την οικογένεια. Βασισμένο στη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού και εφαρμόζοντάς σύγχρονες και καινοτόμες μεθόδους παρέχει υπηρεσίες με άξονα τη μέριμνα για το παιδί και την οικογένεια, την εκπαίδευση και δια βίου μάθηση, την τέχνη και τον πολιτισμό, την έρευνα και την ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής και κοινοτικής στήριξης. Οι υπηρεσίες αφορούν οικογένειες που διαμένουν στο κέντρο της Αθήνας και οι δράσεις διαμορφώνονται ανάλογα με τις ανάγκες της κοινότητας και των οικογενειών. Σε καθημερινή βάση λειτουργούν προγράμματα συμβουλευτικής προς γονείς, διασύνδεσης με άλλους φορείς, ατομικής και οικογενειακής ψυχολογικής υποστήριξης, ομάδες γονέων-νηπίων, ενημερωτικές συναντήσεις για γονείς και επαγγελματίες, δράσεις ευαισθητοποίησης, εκπαιδευτικά προγράμματα για μαθητές/τριες δημοτικού, προγράμματα για ενήλικες, καλλιτεχνικά εργαστήρια και

επισκέψεις σε χώρους τέχνης και πολιτισμού. Ο φορέας εποπτεύεται από εξωτερικούς εμπειρογνώμονες για τη συνεχή καλυτέρευση των υπηρεσιών και την αξιολόγηση των προγραμμάτων και δράσεων του και συμμετέχει σε προγράμματα έρευνας-δράσης με Ελληνικούς και Ευρωπαϊκούς φορείς αξιοποιώντας τις γνώσεις και την εμπειρία του και συνδιαμορφώνοντας νέες τεχνικές υποστήριξης και ενδυνάμωσης της κοινότητας.

Οι στόχοι του προγράμματος είναι:

- Η υποστήριξη των παιδιών και των οικογενειών τους, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των παιδιών στη σημερινή εποχή.
- Η συνεργασία με τα παιδιά και τις οικογένειές τους, με σκοπό την πρόληψη ή/και την παρέμβαση όταν κοινωνικοί, οικονομικοί, ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την οικογένεια και βάζουν σε κίνδυνο την ασφάλεια και την ευημερία των παιδιών.
- Η ενίσχυση των γονέων προκειμένου να αναλάβουν τις υποχρεώσεις τους μέσα στην κοινότητα και απέναντι στα παιδιά τους.
- Η αντιμετώπιση του κοινωνικού, εκπαιδευτικού, φυλετικού και οικονομικού αποκλεισμού και η προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης.

Η μη κερδοσκοπική εταιρία «Ένας παιδί, ένας κόσμος»

- Υποστηρίζει τις οικογένειες, θέτοντας μαζί τους στόχους και δουλεύοντας για να τους επιτύχουν.
- Ενδυναμώνει τις οικογένειες για τη συμμετοχή τους στην κοινοτική ζωή, διασυνδέοντας τις με φορείς και δημιουργεί οικογενειακούς και κοινοτικούς δεσμούς.
- Υλοποιεί προγράμματα για οικογένειες με παιδιά κάτω των 5 ετών, στηρίζοντας τα πρώτα βήματα του κάθε παιδιού.
- Υλοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα για παιδιά δημοτικού και μητέρες, και
- Στοχεύει στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

Οι δράσεις του κέντρου όσον αφορά τη μέριμνα για το παιδί και την οικογένεια περιλαμβάνουν: Τη Συμβουλευτική και Ψυχολογική υποστήριξη παιδιού και οικογένειας , με Ατομική ή Οικογενειακή Συμβουλευτική: Πρόγραμμα «βήμα» (Ψυχολόγοι/Εξωτερικοί συνεργάτες του ΕΠΕΚ) και τη Συμβουλευτική σε ομάδες:

Ομάδες γονέων νηπίων, Ομάδες αντικειμένου (μαγειρικής), Ομάδα Συμβουλευτικής για γονείς παιδιών Δημοτικού. Πραγματοποιούνται επίσης δράσεις άμεσης παρέμβασης: υποστήριξη όμορων φορέων, υποστήριξη οικογενειών. Υλική υποστήριξη σε οικογένειες, στήριξη άλλων δομών και φορέων και διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες. (<http://www.paidi-kosmos.gr/component/content/article/1-one-child-one-world>)

□ Πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης στο νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», λειτουργεί ένα πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης όπου μπορούν να απευθυνθούν όσοι γονείς με βρέφη και νήπια αντιμετωπίζουν προβλήματα με τα παιδιά τους όπως: γερό κλάμα δίχως εμφανή λόγο, δυσκολίες στην τροφή (αδυναμία πρόσληψης βάρους), δυσκολίες στον ύπνο, έντονη ανυπομονησία ή ανησυχία, κρίσεις θυμού ή άπνοιας, απομόνωση-έλλειψη ενδιαφέροντος, αδυναμία αποχωρισμού και επιθετικότητα σε σχέση με τους άλλους.

Το πρόγραμμα υλοποιείται από διεπιστημονική ομάδα ψυχοθεραπευτών παιδιών και οικογενειών. Απευθύνεται σε γονείς με παιδιά 0-5 ετών, περιλαμβάνει 5 συνεδρίες (εβδομαδιαίες ή δεκαπενθήμερες) και παρέχεται δωρεάν, καθώς Το πρόγραμμα πραγματοποιείται με δωρεά από το ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος. Οι θεραπευτές χρησιμοποιούν και καθοδηγούνται από ένα εγχειρίδιο υλοποίησης (manual) της βραχείας προληπτικής παρέμβασης σε οικογένειες με βρέφη και νήπια (0-5 ετών) και της θεραπευτικής εργασίας με ομάδες νηπίων (1-3 ετών)-γονέων

Ο στόχος είναι να αποκτήσουν οι γονείς την ικανότητά τους να σκεφτούν για το παιδί τους, να αναγνωρίσουν τις δυσλειτουργίες, να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες και να ανακαλύψουν τρόπους να τα βγάλουν πέρα, ώστε να μπορέσουν να μοιραστούν την αμοιβαία χαρά της ανάπτυξης. Έτσι, διερευνώντας με τους γονείς την καθημερινότητά τους με τα παιδιά τους, γίνεται προσπάθεια να ανοίξει ο δρόμος για την προσέγγιση προβληματικών περιοχών στις σχέσεις τους, προτού οι δυσκολίες γίνουν μόνιμες.

Δυστυχώς σήμερα, το πρόγραμμα δεν συνεχίζει να πραγματοποιείται.

(<http://child-psychiatry.med.uoa.gr/programmata-proagwgis-cyxikis-ygeias/proimh-parembash-se-oikogeneies-brefon-kai-nhpiwn.html>)

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 6ο: Μεθοδολογία

6.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αναδειχτεί κατά πόσο τα προβλήματα ενδο-προσωπικής ή/και διαπροσωπικής προσαρμογής εμφανίζονται ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία, ώστε να καθίσταται αναγκαία η πρώιμη παρέμβαση για την εξασφάλιση της υγιούς ψυχικής υγείας και των υγιών διαπροσωπικών σχέσεων στα παιδιά . Αναλυτικότερα, στόχος είναι να εντοπιστούν τα 6 σύνδρομα των 2 όψεων προσαρμογής, ενδο-προσωπικής και διαπροσωπικής σε παιδιά ηλικίας 2 έως 6 ετών και να διερευνηθεί η πιθανή διαφοροποίηση των συνδρόμων ανάλογα με το φύλο και την πιθανή διαφοροποίηση των επιπέδων αξιολόγησης τόσο από γονείς όσο και από εκπαιδευτικούς. Επιπλέον, θα γίνει προσπάθεια να αναλυθεί η πιθανή συσχέτιση μεταξύ των 6 συνδρόμων και εφόσον αυτή υφίσταται, να μελετηθεί περαιτέρω η δυναμική της (παλινδρομήσεις – εξισώσεις ευθείας ανταλλαγής).

6.2. Ερευνητικές υποθέσεις

Στα πλαίσια της παρούσης έρευνας θα μελετηθούν τα ακόλουθα:

- Το αποτέλεσμα της διάγνωσης του ερωτηματολογίου ΕΔΕΠ κατανεμημένο στα έξι σύνδρομα προσαρμογής που αποτελούν τα τμήματά του.
- Η πιθανή διαφοροποίηση ανάμεσα στα έξι σύνδρομα (και του συνολικού μέτρου) του ΕΔΕΠ ανάμεσα στα δύο φύλα (αγόρι, κορίτσι). Αναμένεται τα αγόρια, να σκοράρουν υψηλότερα.
- Η πιθανή διαφοροποίηση ανάμεσα στην αξιολόγηση των έξι συνδρόμων (και του συνολικού μέτρου) του ΕΔΕΠ ανάμεσα σε γονείς και εκπαιδευτικούς.
- Η πιθανή συσχέτιση που προκύπτει ανάμεσα στα έξι σύνδρομα προσαρμογής που ανακτώνται από το ΕΔΕΠ.
- Η περαιτέρω διερεύνηση της παραπάνω συσχέτισης μέσω εξισώσεων παλινδρόμησης (ευθείας ανταλλαγής).

6.3. Δείγμα

Το δείγμα της παρούσης έρευνας αποτέλεσαν 239 παιδιά ηλικίας από 2 – 6 ετών. Η κατανομή τους φαίνεται στον **Πίνακα 1**. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους γονείς ή τους εκπαιδευτικούς των παιδιών.

		Έτος γέννησης					Σύνολο
		2013	2014	2015	2016	2017	
Φύλο	Αγόρι	33	30	24	23	15	125
	Κορίτσι	32	27	25	18	10	114
Σύνολο		65	57	49	41	27	239

6.4. Μέθοδος

Ο κύριος όγκος των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε ηλεκτρονικά μέσω των Google™ Forms™. Μέρος των ερωτηματολογίων διανεμήθηκε σε έντυπη μορφή σε γονείς και εκπαιδευτικούς. Τα αποτελέσματα και τα γραφήματα επεξεργάστηκαν με το Ms Excel 2016 και το SPSS 25.

6.5. Διαδικασία

Η έρευνα ξεκίνησε τον Μάρτιο του 2019 και ολοκληρώθηκε μέσα Ιουνίου 2019. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγια, τα οποία η ίδια ερευνήτρια διένειμε στους συμμετέχοντες ή στάλθηκαν ηλεκτρονικά στα προσωπικά mail των συμμετεχόντων. Η ηλεκτρονική φόρμα διανεμήθηκε μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης αρχικά στον γνωστό και ευρύτερο κύκλο της ερευνήτριας και στη συνέχεια σε κλειστές ομάδες γονέων και εκπαιδευτικών. Επίσης το ερωτηματολόγιο προωθήθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στους ιδιωτικούς παιδικούς σταθμούς και νηπιαγωγεία που αναφέρονται στις ευχαριστίες, αλλά και σε όλα τα δημόσια νηπιαγωγεία και παιδικούς σταθμούς του Δήμου Νέας Σμύρνης, που όμως δυστυχώς δεν συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευτικούς. Για την εξασφάλιση της τυχαίας διανομής του δείγματος, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε και από γονείς που προσεγγίστηκαν από την ερευνήτρια σε τυχαίους χώρους όπως χώροι μαζικής εστίασης, εμπορικά καταστήματα, χώρος αναμονής επισκεπτών σε μαιευτική κλινική ή ακόμη και παραλία. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από εκπαιδευτικούς και γονείς αφού πρώτα ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες και επεξηγήσεις στο εισαγωγικό σημείωμα που περιελάμβανε το

ερωτηματολόγιο. Παράλληλα οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς ενημερώθηκαν ότι τα δοθέντα προσωπικά στοιχεία παραμένουν ανώνυμα και οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

6.6 Ερευνητικό εργαλείο

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι το Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ – για παιδιά) των Παρασκευόπουλου και Γιαννιτά (1999). Το ερωτηματολόγιο διερευνά 110 συμπτώματα που παρατηρούνται στα παιδιά από γονείς ή εκπαιδευτικούς.

Από αυτά τα συμπτώματα τα 96 ομαδοποιούνται σε τρία σύνδρομα ενδοπροσωπικής προσαρμογής και σε δυο σύνδρομα διαπροσωπικής προσαρμογής. Τα υπόλοιπα 14 παραμένουν αταξινόμητα. Πιο συγκεκριμένα τα τρία σύνδρομα της Ενδοπροσωπικής Προσαρμογής είναι τα εξής:

1. το σύνδρομο «**Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός**» με 29 ερωτήσεις - συμπτώματα σχετικές με την εσωτερική ανασφάλεια, την αμηχανία, την υπερευαισθησία, την κατήφεια, τη μελαγχολική διάθεση. Οι ερωτήσεις συμπτώματα που αντιστοιχούν στο σύνδρομο αυτό είναι (6, 10, 11, 14, 17, 21, 23, 24, 27, 30, 32, 33, 37, 41, 42, 47, 51, 55, 60, 65, 69, 74, 77, 82, 86, 89, 91, 92 και 96)
2. το σύνδρομο «**Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός**» με 14 ερωτήσεις - συμπτώματα σχετικές με την κοινωνική απομόνωση, την αποφυγή της αλληλεπίδρασης με τα άτομα του περιβάλλοντος, ντροπαλότητα, συστολή. Οι ερωτήσεις συμπτώματα που αντιστοιχούν στο σύνδρομο αυτό είναι (2, 3, 8, 13, 16, 29, 39, 45, 49, 52, 58, 64, 93 και 95)...
3. Το σύνδρομο «**Ψυχοσωματικές Διαταραχές**» με 12 ερωτήσεις - συμπτώματα σχετικές με διάφορες ψυχογενείς διαταραχές των λειτουργιών διαφόρων οργανικών συστημάτων όπως του πεπτικού (ανορεξία, βουλιμία), της απέκκρισης (ενούρηση, εγκόπριση), του αναπνευστικού (βρογχικό άσθμα). Οι ερωτήσεις συμπτώματα που αντιστοιχούν στο σύνδρομο αυτό είναι (4, 7, 19, 26, 36, 56, 62, 68, 76, 81, 84, 85).

Τα σύνδρομα της Διαπροσωπικής Προσαρμογής είναι τα εξής:

1. το σύνδρομο «**Επιθετικότητα**» με 21 ερωτήσεις συμπτώματα - σχετικές με την ανυπακοή, την εχθρότητα, τον αρνητισμό. Οι ερωτήσεις - συμπτώματα που

αντιστοιχούν στο σύνδρομο αυτό είναι (1, 5, 9, 12, 15, 18, 22, 28, 31, 35, 43, 46, 50, 59, 63, 66, 71, 75, 79, 90, 94).

2. το σύνδρομο «**Παραβατικότητα**» με 20 ερωτήσεις συμπτώματα - σχετικές με την κλοπή, το σκασιαρχείο, την καταστροφή της ξένης περιουσίας . Οι ερωτήσεις συμπτώματα που αντιστοιχούν στο σύνδρομο αυτό είναι (20, 25, 34, 38, 40, 44, 48, 53, 54, 57, 61, 67, 70, 72, 73, 78, 80, 83, 87, 88).

Τα 14 **αταξινόμητα συμπτώματα** αναφέρονται σε συμπεριφορές όπως η υπερκινητικότητα, η διάσπαση προσοχής, τα προβλήματα ταυτότητας του ρόλου του φύλου. Οι σχετικές ερωτήσεις - συμπτώματα είναι (97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110)

Το ΕΔΕΠ μπορεί να συμπληρωθεί από το ίδιο το παιδί (όταν είναι μεγαλύτερης ηλικίας), από τους γονείς, από το δάσκαλο. Είναι καλό να συμπληρώνουν το ΕΔΕΠ παράλληλα και οι γονείς και οι δάσκαλοι ούτως ώστε να γίνονται συγκρίσεις των προβληματικών συμπεριφορών σε διαφορετικά περιβάλλοντα και τα συμπεράσματα να αποκτούν περισσότερο κύρος.

Ο αξιολογητής δηλώνει το μέγεθος της σοβαρότητας του συμπτώματος βαθμολογώντας το με 0 όταν δεν αποτελεί πρόβλημα για το παιδί, με 1 όταν αποτελεί σχετικά μικρό πρόβλημα για το παιδί ή με 2 όταν αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για το παιδί. Η αξιολόγηση μπορεί να γίνει από διαφορετικούς αξιολογητές (το δάσκαλο, τον ψυχοπαιδαγωγό, τον κοινωνικό λειτουργό, το σχολικό ψυχολόγο, τον κλινικό παιδοψυχίατρο...) και σε δύο επίπεδα α. στο επίπεδο των επιμέρους προβληματικών συμπεριφορών και β. στο επίπεδο των συνδρόμων της προβληματικής συμπεριφοράς. Η αξιολόγηση του πρώτου επιπέδου μπορεί να αποτελέσει τη βάση για τη διαμόρφωση και την εφαρμογή ενός εξατομικευμένου προγράμματος αντιμετώπισης των αρνητικών συμπεριφορών. Η αξιολόγηση του δεύτερου επιπέδου μπορεί να χρησιμοποιηθεί «για την εφαρμογή προ- γραμμάτων διορθωτικής θεραπευτικής παρέμβασης σε ομαδική βάση σε παιδιά που παρουσιάζουν το ίδιο προφίλ συνδρομών (εντάσσονται στην ίδια θεραπευτική ομάδα και τους παρέχεται ομαδικό πρόγραμμα διορθωτικής παρέμβασης)» ().

Τα ΕΔΕΠ που δόθηκαν στους γονείς και στους δασκάλους: συνοδεύονταν από τις σχετικές πληροφορίες που αφορούσαν στον τρόπο συμπλήρωσής τους, καθώς και από μια επιστολή που εξηγούσε σε γενικές γραμμές το λόγο της συμπλήρωσής τους.

6.7. Προετοιμασία - Υπολογισμός

Η στάθμιση και ο υπολογισμός των παραπάνω συνδρόμων (στο εξής μεταβλητών) έγινε υπολογίζοντας το μέσο όρο των ερωτήσεων που αντιστοιχούν στο κάθε ένα, τη στρογγυλοποίηση του στο ένα δεκαδικό ψηφίο, και τον πολλαπλασιασμό του αποτελέσματος με το 10 για την παραγωγή ενός ακεραίου αριθμού.

Τέλος μελετά και ένα συνολικό μέτρο ως **μέσο όρο** των παραπάνω 6 (με στρογγυλοποίηση σε ακέραιο).

Η διάγνωση των συνδρόμων γίνεται ως εξής:

Διαγνωστική κατηγορία	Σύνδρομα	Σύνολο ερωτηματολογίου
Σοβαρό πρόβλημα	< 8	< 4
Μικρό πρόβλημα	$> 4, \leq 8$	$> 1, \leq 4$
Καθόλου πρόβλημα	≤ 4	≤ 1

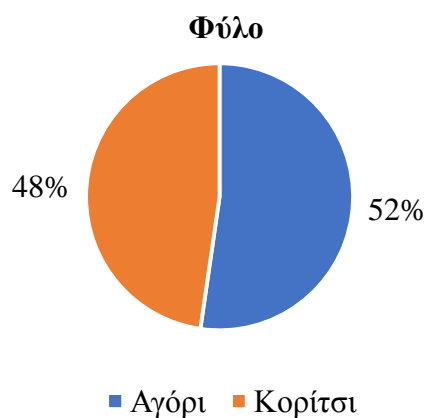
(Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου, 2012)

Κεφάλαιο 7ο : Αποτελέσματα

7.1. Δημογραφικά Στοιχεία

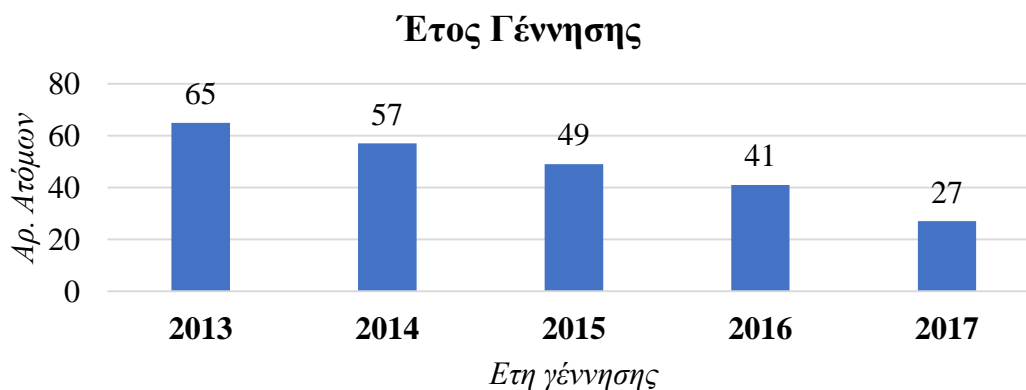
Στην παρούσα ενότητα θα παραθέσουμε τα δημογραφικά στοιχεία που συλλέχθηκαν από τη έρευνα. Τα στοιχεία αυτά αφορούν τόσο στα παιδιά (φύλο, έτος γέννησης, τόπος φοίτησης), όσο και στους αξιολογητές τους, γονείς (έτος γέννησης, οικογενειακή κατάσταση, γραμματικές γνώσεις, απασχόληση) και εκπαιδευτικούς (ηλικία, είδος εργασίας, μήνες εμπειρίας, μήνες γνωριμίας με το παιδί).

7.1.1. Δημογραφικά Παιδιών



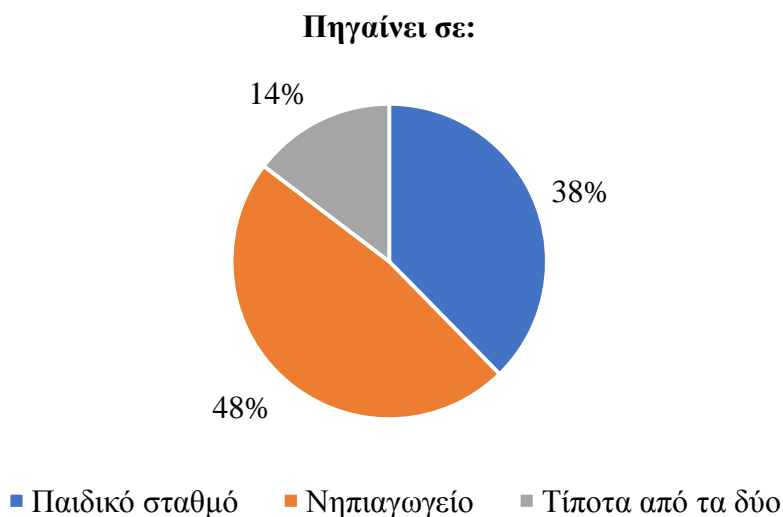
Γράφημα 1: Φύλο Παιδιού

Στο **Γράφημα 1** παρατηρούμε ότι το δείγμα μας αποτελείται από σύνολο 239 παιδιών, εκ των οποίων τα 114 κορίτσια (48%) και 125 αγόρια (52%). Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι αγόρια.



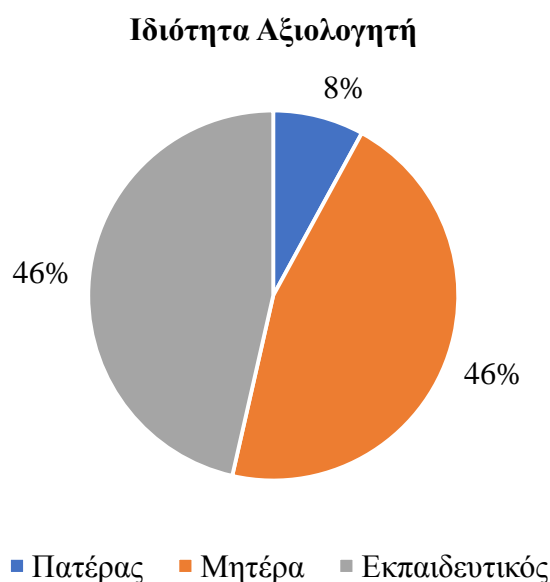
Γράφημα 2: Έτος γέννησης παιδιού

Στο **Γράφημα 2** παρατηρούμε ότι στο δείγμα μας εντοπίστηκαν 65 παιδιά ηλικίας 6 ετών (γεννημένα το 2013), 57 παιδιά ηλικίας 5 ετών (γεννημένα το 2014), 49 παιδιά ηλικίας 4 ετών (γεννημένα το 2014), 41 παιδιά ηλικίας 3 ετών (γεννημένα το 2016) και 27 παιδιά ηλικίας 2 ετών (γεννημένα το 2017).



Γράφημα 3: Φοιτά σε νηπιαγωγείο, παιδικό σταθμό ή τίποτα από τα δύο

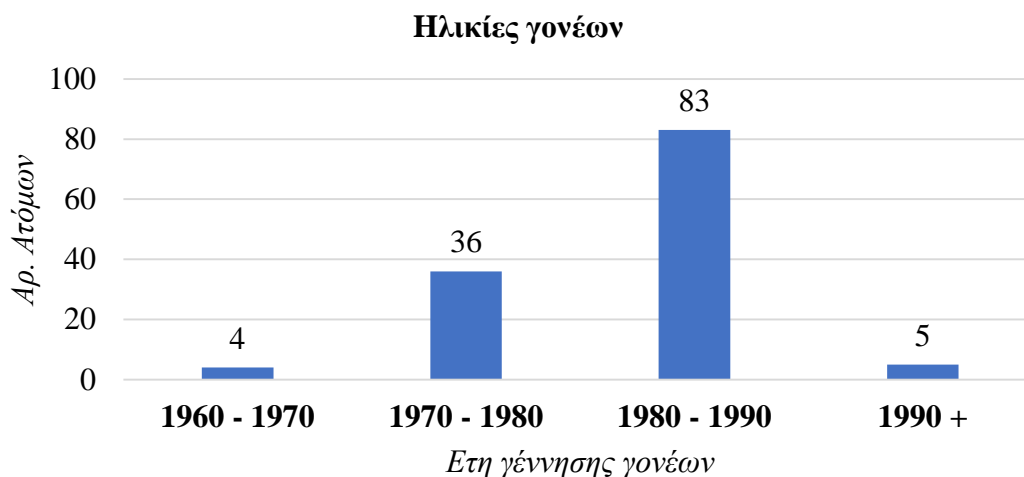
Στο **Γράφημα 3** παρατηρούμε ότι από τα 239 παιδιά του δείγματός μας τα 114 (48%) πηγαίνουν στο νηπιαγωγείο, τα 90 (38%) σε παιδικό σταθμό και τα 35 δεν πηγαίνουν πουθενά. Συμπεραίνουμε ότι η πλειοψηφία του δείγματός μας είναι παιδιά του νηπιαγωγείου.



Γράφημα 4: Στοιχεία Αξιολογητή

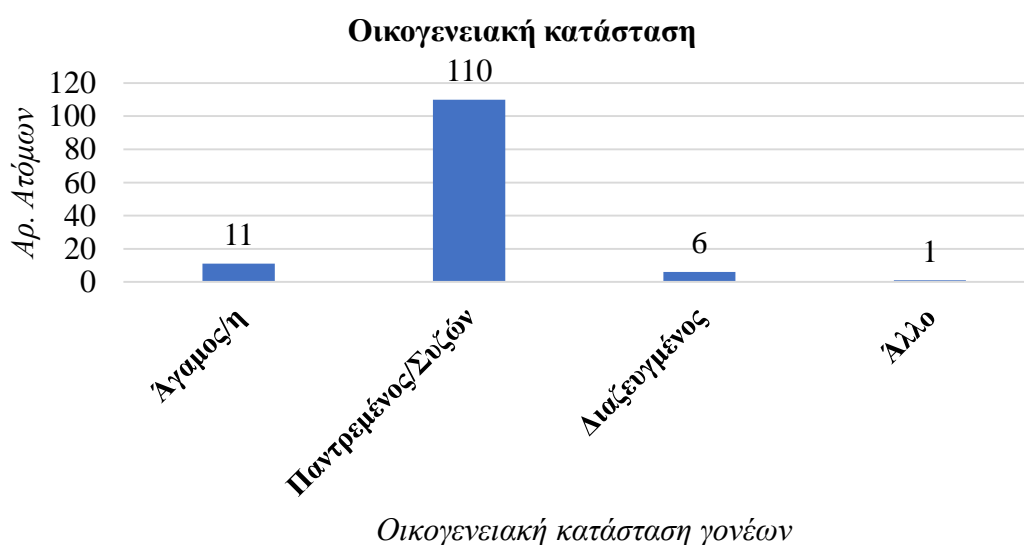
Στο **Γράφημα 4** παρατηρούμε ότι το ερωτηματολόγιο το έχουν συμπληρώσει για τα 111 παιδιά οι εκπαιδευτικοί τους (46 %) και για τα υπόλοιπα 128 οι γονείς τους με 109 ερωτηματολόγια να τα συμπληρώνουν οι μητέρες (46%) και τα 19 (8%) οι πατέρες.

7.1.2. Δημογραφικά Γονέων



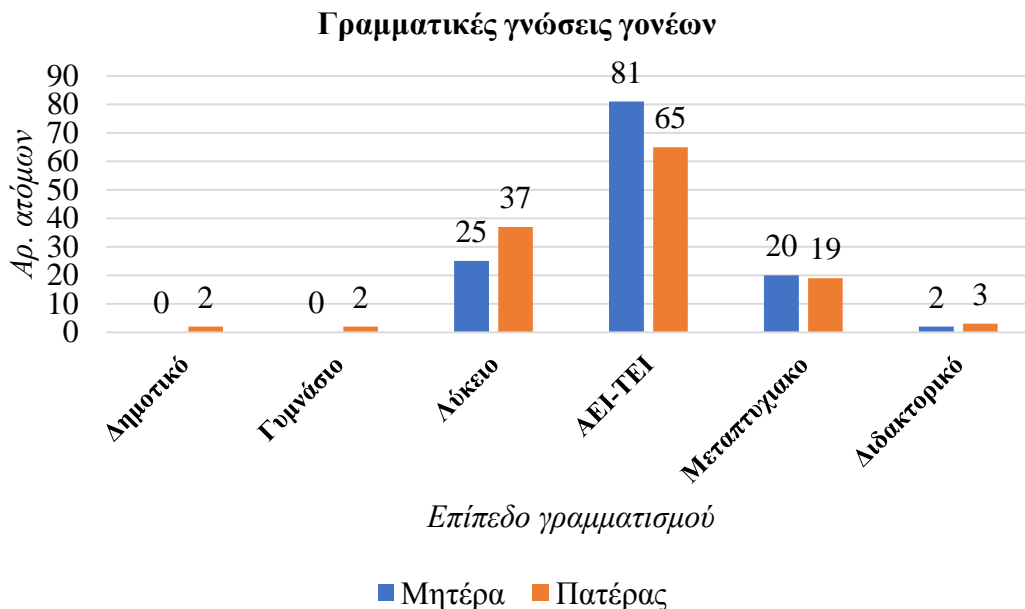
Γράφημα 5: Έτη Γέννησης γονέων

Αναφορικά με τους γονείς παρατηρούμε στο **Γράφημα 4** ότι 4 άτομα έχουν γεννηθεί τη δεκαετία 1960 – 1970 δηλαδή είναι σήμερα ηλικίας 49 – 59 ετών, 36 άτομα τη δεκαετία 1970 – 1980 δηλαδή είναι σήμερα 39 – 49 ετών, η πλειοψηφία 83 άτομα έχει γεννηθεί τη δεκαετία 1980 – 1990 δηλαδή είναι σήμερα 29 – 39 ετών, ενώ 4 άτομα έχουν γεννηθεί μετά το 1990 δηλαδή είναι μικρότεροι των 29 ετών.



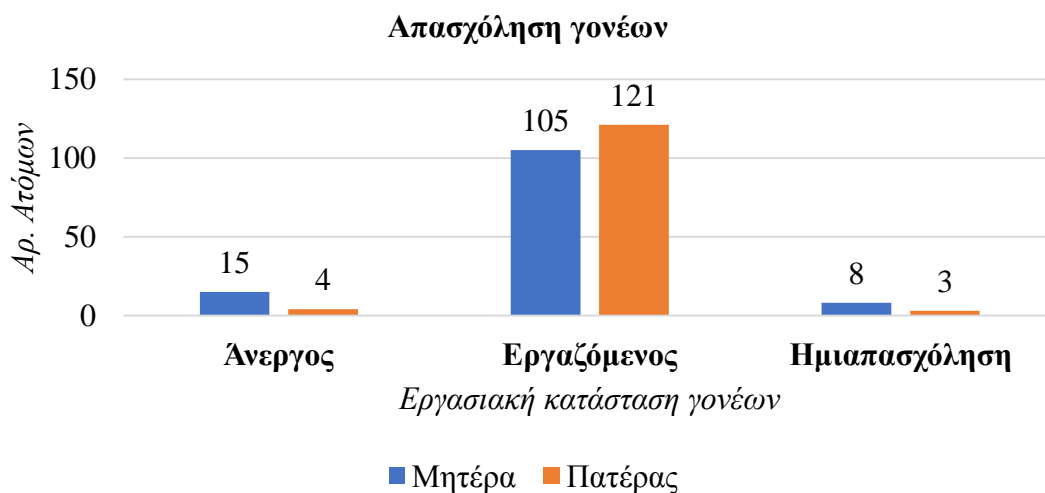
Γράφημα 6: Οικογενειακή κατάσταση γονέων

Στο **Γράφημα 6** παρατηρούμε ότι 11 άτομα είναι άγαμα, η πλειοψηφία (110 άτομα) είναι παντρεμένα ή συζούν, 6 άτομα είναι διαζευγμένα, ενώ 1 άτομο είναι σε χρεία (Άλλο).



Γράφημα 7: Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων

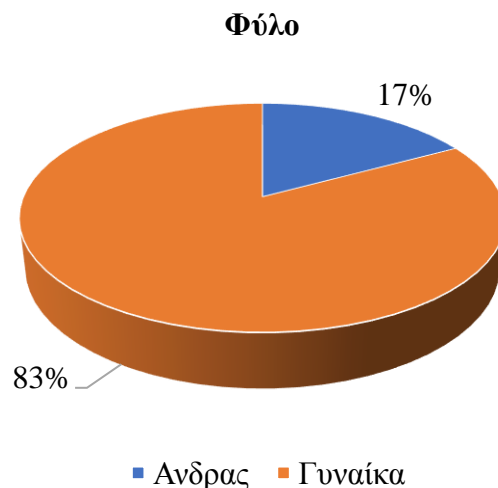
Στο **Γράφημα 7** παρατηρούμε ότι 2 πατέρες έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό, (καμία μητέρα) 2 πατέρες μόνο το γυμνάσιο, (καμία μητέρα), 25 μητέρες και 37 πατέρες το Λύκειο η πλειοψηφία 81 μητέρες και 65 πατέρες έχουν αποφοιτήσει από ανώτατες σχολές, 20 μητέρες και 19 πατέρες είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος, ενώ 2 μητέρες και 3 πατέρες είναι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος.



Γράφημα 8: Εργασία γονέων

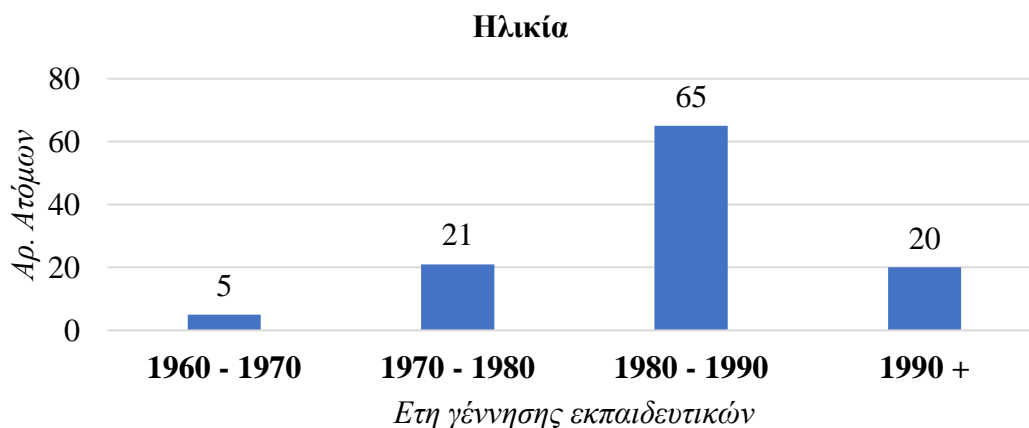
Στο **Γράφημα 8** παρατηρούμε ότι 17 μητέρες και 4 πατέρες είναι άνεργοι, 105 μητέρες και 121 πατέρες (η πλειοψηφία) εργάζονται με πλήρη απασχόληση, ενώ 8 μητέρες και 3 πατέρες εργάζονται με ημιαπασχόληση.

7.1.3. Δημογραφικά Εκπαιδευτικών



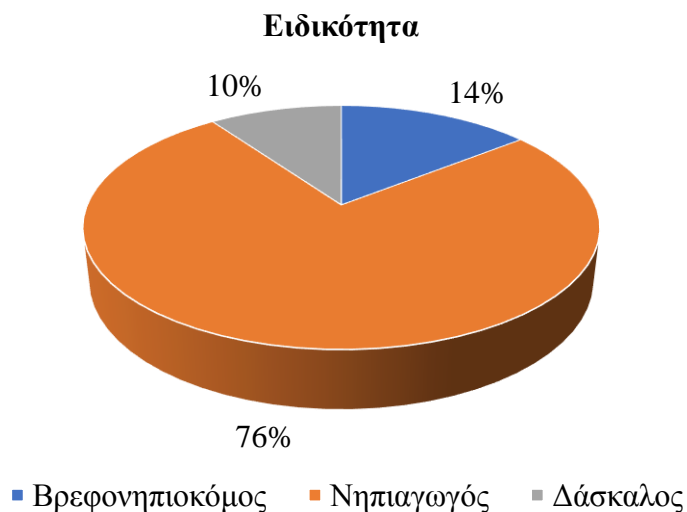
Γράφημα 9: Φύλο Εκπαιδευτικού

Στο **Γράφημα 9** παρατηρούμε ότι από το σύνολο των 111 εκπαιδευτικών οι 19 (17%) είναι άνδρες ενώ η πλειοψηφία 92 (83%) είναι γυναίκες.



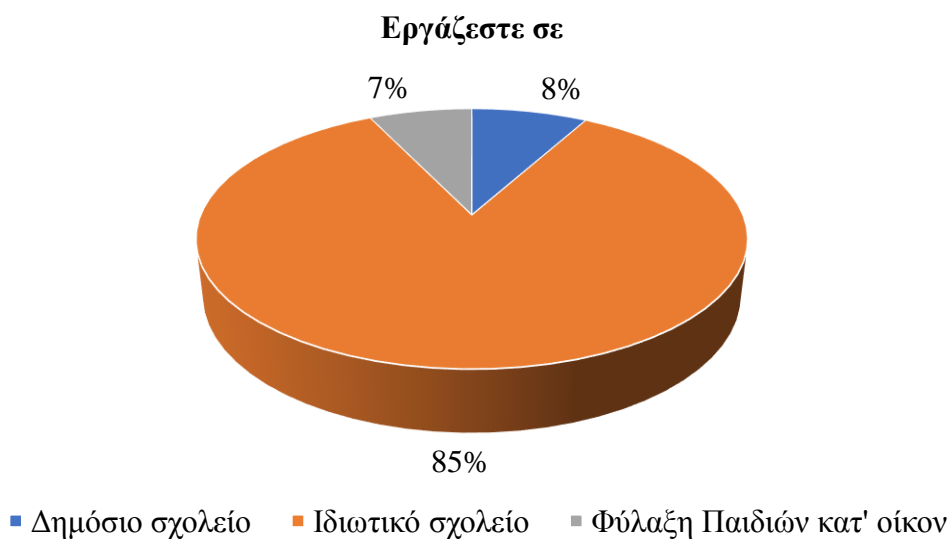
Γράφημα 10: Έτος γέννησης εκπαιδευτικών

Στο **Γράφημα 10** παρατηρούμε ότι 5 άτομα είναι ηλικίας 49-59 (γεννημένοι τη δεκαετία 1960 – 1970), 21 άτομα είναι ηλικίας 39-49 (γεννημένοι τη δεκαετία 1970 - 1980), την πλειοψηφία των 65 ατόμων, ηλικίας 29 – 39 49 (γεννημένοι τη δεκαετία 1980 - 1990) ενώ τα υπόλοιπα 20 άτομα είναι ηλικίας μικρότερης των 29 ετών.



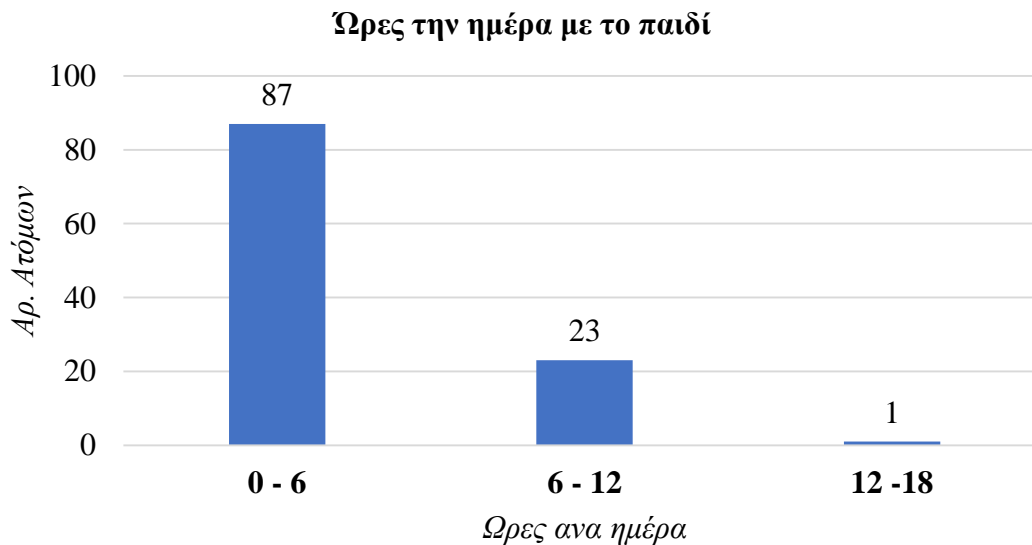
Γράφημα 11: Ειδικότητα εκπαιδευτικού

Στο **Γράφημα 11** παρατηρούμε ότι στο δείγμα των εκπαιδευτικών $N=111$, τα 16 άτομα (14%) είναι βρεφονηπιοκόμοι, η πλειοψηφία των 84 ατόμων (76%) είναι Νηπιαγωγοί, ενώ οι υπόλοιποι 11(10%) είναι Δάσκαλοι.



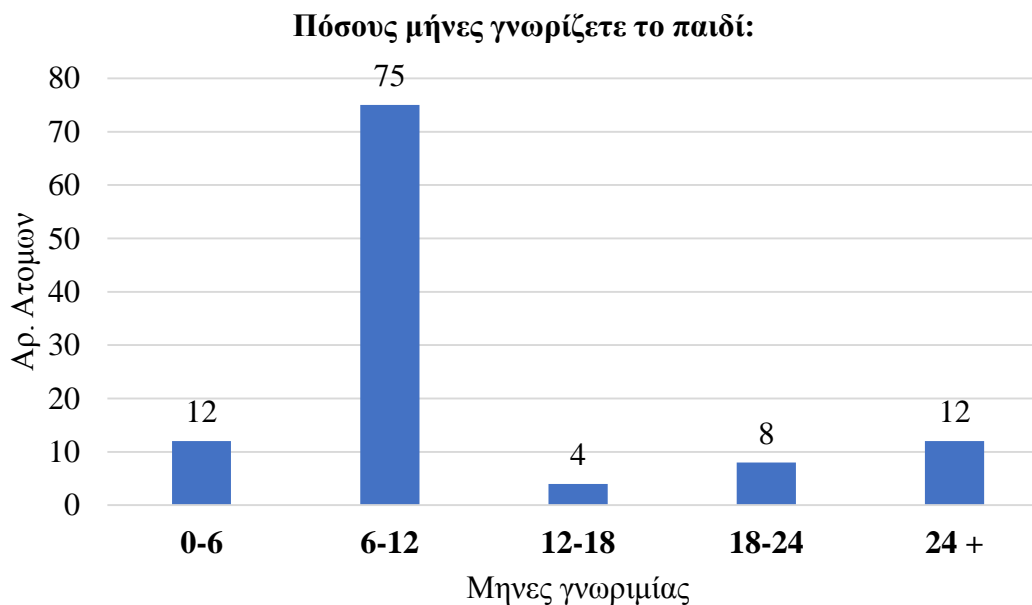
Γράφημα 12: Εργασία εκπαιδευτικού

Στο **Γράφημα 12** παρατηρούμε ότι στο δείγμα των εκπαιδευτικών $N=111$, τα 9 άτομα (8%) εργάζονται σε δημόσιο σχολείο, η πλειοψηφία των 94 ατόμων (85%) σε Ιδιωτικό σχολείο, ενώ οι υπόλοιποι 8(7%) φυλάσσουν παιδιά κατ' οίκον.



Γράφημα 13: Ώρες εκπαιδευτικού με το παιδί ανά ημέρα

Στο **Γράφημα 13** παρατηρούμε ότι στο δείγμα των εκπαιδευτικών N=111, η πλειοψηφία των 87 ατόμων απασχολεί το παιδί 0-6, οι 23 6-12 απασχολούν το παιδί ώρες ανά ημέρα, ενώ ένα άτομο απασχολεί το παιδί 12- 18.



Γράφημα 14: Μήνες γνωριμίας με το παιδί

Στο **Γράφημα 14** παρατηρούμε ότι 12 άτομα γνωρίζουν το παιδί 0-6 μήνες, η πλειοψηφία των 75 ατόμων γνωρίζει το παιδί 6 – 12 μήνες, 4 άτομα γνωρίζουν το παιδί από 18 – 24 μήνες, ενώ 12 άτομα γνωρίζουν το παιδί πάνω από 12 μήνες

7.2. Έλεγχος κανονικότητας δείγματος

Για κάθε ένα από τα έξι σύνδρομα προσαρμογής διενεργήθηκε ο έλεγχος Κανονικής Κατανομής των Kolmogorov- Smirnov, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Παρατηρούμε στον Πίνακα 2 ότι όλες οι μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή με $p.Sig=0,00 \leq \alpha$.

Πίνακας 2: Έλεγχος Κανονικής Κατανομής Kolmogorov- Smirnov

	N	Στατιστικός Έλεγχος	p. Sig. (2-tailed)
Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός	239	0,248	0,000^c
Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός	239	0,238	0,000^c
Ψυχοσωματικές Διαταραχές	239	0,305	0,000^c
Επιθετικότητα	239	0,213	0,000^c
Παραβατικότητα	239	0,288	0,000^c
Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)	239	0,253	0,000^c

a. Κανονική Κατανομή

c. Lilliefors Significance Correction.

Ο Συντελεστής α (alpha) του Cronbach είναι κατ' ουσίαν ένα ποσοστό το οποίο δείχνει πόσο αξιόπιστο είναι ένα ερωτηματολόγιο. Όταν ο συντελεστής $\alpha \geq 70\%$ τότε το ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο. Στην περίπτωσή μας οι συντελεστές παίρνουν τιμές 86,9% - 96,6%, γεγονός που αποδίδει υψηλή αξιοπιστία στο ερωτηματολόγιό μας.

Πίνακας 3: Έλεγχος Αξιοπιστίας δείγματος Cronbach's Alpha

	Αρ. Ερωτήσεων	A
Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός	29	0,954
Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός	14	0,869
Ψυχοσωματικές Διαταραχές	12	0,921
Επιθετικότητα	21	0,944
Παραβατικότητα	20	0,966
Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)	14	0,876

a. Κανονική Κατανομή

c. Lilliefors Significance Correction.

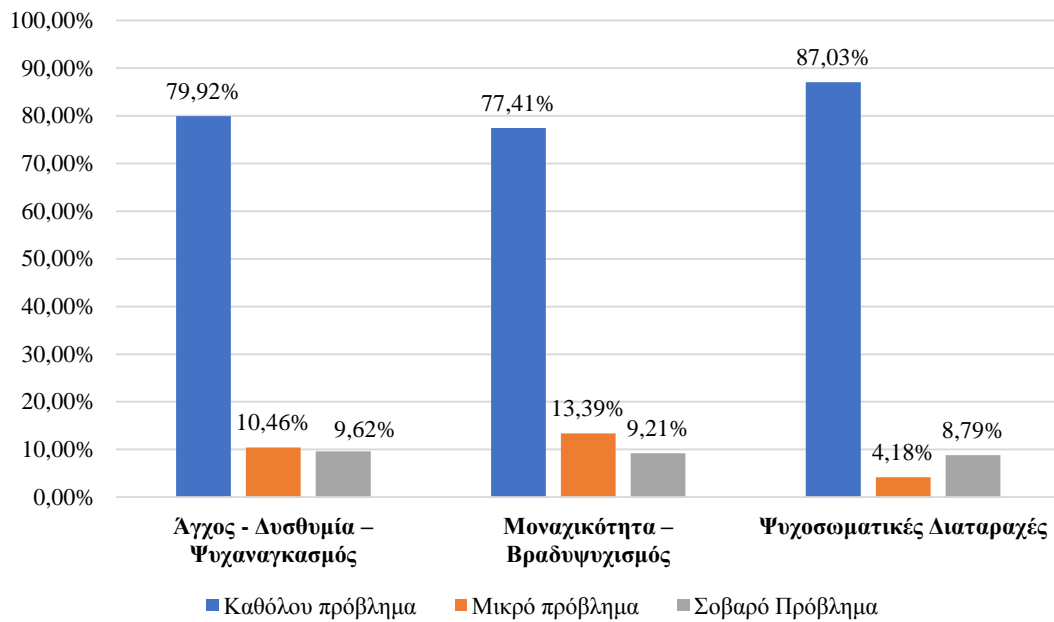
7.3. Διαγνώσεις συνδρόμων προσαρμογής

Στην παρούσα ενότητα θα ακολουθήσει η στατιστική κατανομή των έξι συνδρόμων και του συνολικού μέτρου ενδοπροσωπικής και διαπροσωπικής προσαρμογής στα τρία επίπεδα προβλημάτων.

Πίνακας 4: Διαγνώσεις συνδρόμων προσαρμογής και βαθμός σοβαρότητας			
Σύνδρομο	Καθόλου πρόβλημα	Μικρό πρόβλημα	Σοβαρό Πρόβλημα
Σύνδρομα Ενδοπροσωπικής Προσαρμογής			
Άγχος - Δυσθυμία –	191	25	23
Ψυχαναγκασμός	79,92%	10,46%	9,62%
Μοναχικότητα –	185	32	22
Βραδυψυχισμός	77,41%	13,39%	9,21%
Ψυχοσωματικές	208	10	21
Διαταραχές	87,03%	4,18%	8,79%
Σύνδρομα Διαπροσωπικής Προσαρμογής			
Επιθετικότητα	161	55	23
	67,36%	23,01%	9,62%
Παραβατικότητα	197	20	22
	82,43%	8,37%	9,21%
Αταξινόμητα Σύνδρομα			
Υπερκινητικότητα -	188	28	23
Ανωριμότητα κ.α	78,66%	11,72%	9,62%
Σύνολο	84	107	48
	35,1%	44,8%	20,1%

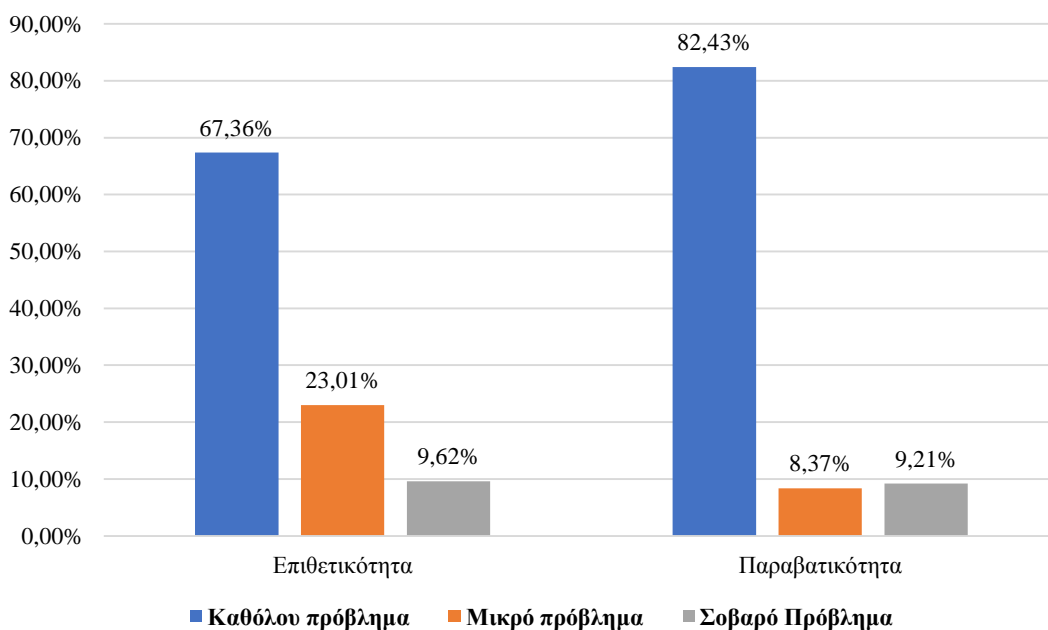
Στον Πίνακα 4 και τα Γραφήματα 15 - 18 παρατηρούμε την κατανομή των συνδρόμων προσαρμογής στα τρία επίπεδα προβλημάτων (Καθόλου, Μικρό και Σοβαρό). Να σχολιάσουμε ότι κάθε σύνδρομο διαθέτει δύο γραμμές αποτελεσμάτων. Η πρώτη αφορά στη συχνότητα εμφάνισης (N), και η δεύτερη στη σχ. Συχνότητα (f %) εμφάνισης στο δείγμα μας.

Σύνδρομα Ενδοπροσωπικής Προσαρμογής

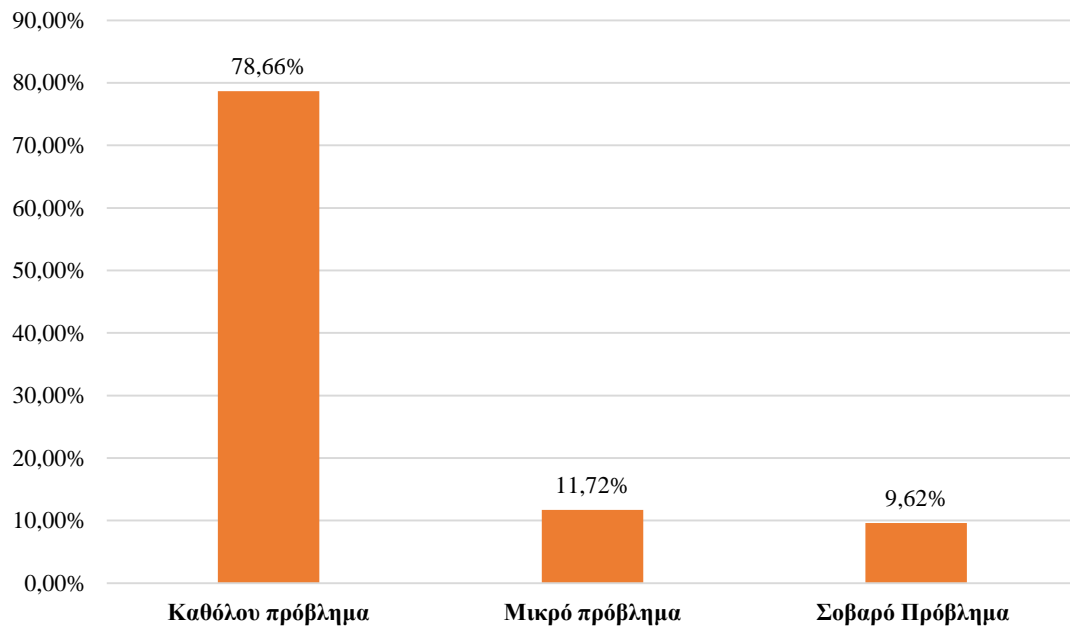
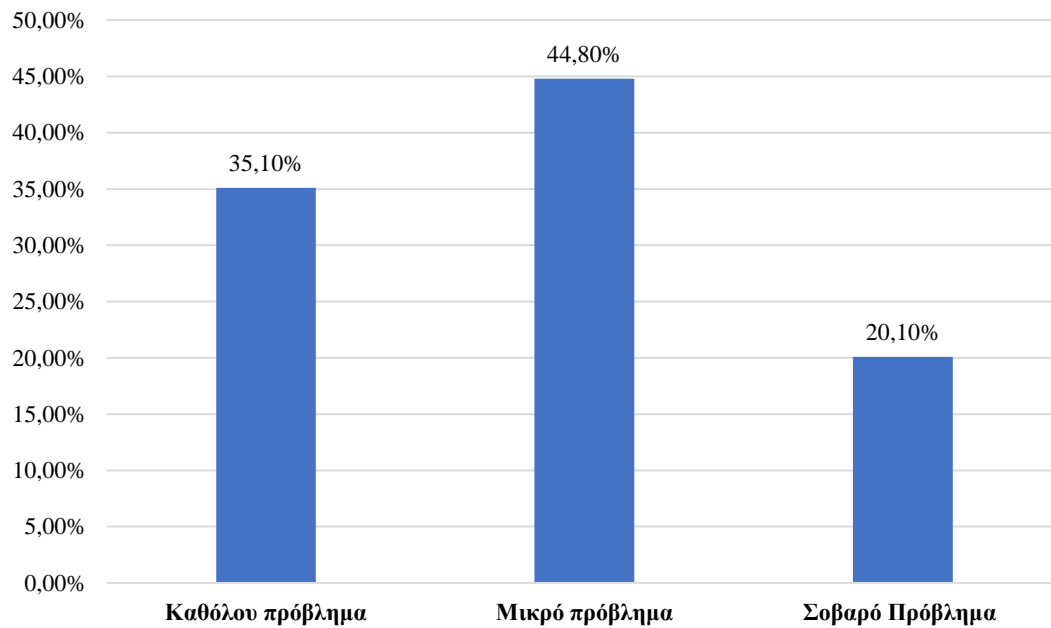


Γράφημα 15: Κατανομή αποτελεσμάτων σε σοβαρότητα προβλήματος (Σύνδρομο Ενδοπροσωπικής Προσαρμογής)

Σύνδρομο Διαπροσωπικής Προσαρμογής



Γράφημα 16: Κατανομή αποτελεσμάτων σε σοβαρότητα προβλήματος (Σύνδρομο Διαπροσωπικής Προσαρμογής)

Αταξινόμητα Σύνδρομα*Γράφημα 17: Κατανομή αποτελεσμάτων σε σοβαρότητα προβλήματος (Αταξινόμητα Σύνδρομα)***Σύνολο (ΕΔΕΠ)***Γράφημα 18: Κατανομή συνολικών αποτελεσμάτων σε σοβαρότητα προβλήματος*

7.4. Διαφοροποιήσεις Συνδρόμων ανα Φύλο.

Στην παρούσα ενότητα θα μελετήσουμε τόσο τα στατιστικά μέτρα των συνδρόμων που παρουσιάστηκαν ανά φύλο όσο και την πιθανή διαφοροποίηση τους μέσω του ελέγχου t και του κριτηρίου του Levene.

Πίνακας 5: Στατιστικά Μέτρα Συνδρόμων ανά φύλο

Σύνδρομο	Φύλο	N	M.T	T.A	Στ. Σφ.Μ.Τ
Σύνδρομα Ενδοπροσωπικής Προσαρμογής					
Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός	Αγόρι	125	2,88	3,844	,344
	Κορίτσι	114	2,76	3,844	,360
Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός	Αγόρι	125	2,98	4,161	,372
	Κορίτσι	114	3,10	4,397	,412
Ψυχοσωματικές Διαταραχές	Αγόρι	125	2,18	4,091	,366
	Κορίτσι	114	1,94	3,991	,374
Σύνδρομα Διαπροσωπικής Προσαρμογής					
Επιθετικότητα	Αγόρι	125	4,67	5,083	,455
	Κορίτσι	114	3,41	4,618	,433
Παραβατικότητα	Αγόρι	125	3,00	4,686	,419
	Κορίτσι	114	2,27	4,320	,405
Αταξινόμητα σύνδρομα					
Υπερκινητικότητα - Ανωριμότητα κ.α	Αγόρι	125	3,03	4,307	,385
	Κορίτσι	114	2,42	3,703	,347
Σύνολο	Αγόρι	125	3,12	3,924	,351
	Κορίτσι	114	2,65	3,781	,354

		Πίνακας 6: Έλεγχος t για την ισότητα των Μέσων τιμών				
		Κριτήριο του Levene		t-test για την ισότητα των Μ.Τ.		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	0,08	0,772	0,237	237	0,813
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			0,237	234,99	0,813
Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	0,57	0,45	-0,23	237	0,822
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			-0,22	231,96	0,823
Ψυχοσωματικές Διαταραχές	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	0,73	0,395	0,455	237	0,65
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			0,455	235,92	0,649
Επιθετικότητα	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	2,94	0,088	1,99	237	0,048
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			1,998	237	0,047
Παραβατικότητα	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	1,53	0,217	1,252	237	0,212
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			1,257	236,97	0,21
Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	2,98	0,086	1,18	237	0,239
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			1,188	236,2	0,236
Σύνολο	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	0,67	0,416	0,95	237	0,345
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			0,95	236,3	0,345

Στον Πίνακα 5 παρατηρούμε τα στατιστικά μέτρα των 6 συνδρόμων προσαρμογής που εντοπίζονται στις δύο ομάδες, αγόρι – κορίτσι και στον Πίνακα 6 τα αποτελέσματα του κριτηρίου του Levene για τις ισότητες διασπορών και του ελέγχου t, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Σ αυτή την περίπτωση παρατηρούμε ότι όλες μεταβλητές μας έχουν για το κριτήριο του Levene $p.Sig>\alpha$ οπότε απορρίπτονται όλες οι υποθέσεις ισότητας διασπορών.

Συμπερασματικά:

Στο σύνδρομο **Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός** εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα αγόρια ($M=2,88$, $SD= 3,84$) και τα κορίτσια ($M=2,76$, $SD= 4,16$ υπό συνθήκες $t(234,99)=0,24$, $p=0,813$, με τα αγόρια να σκοράρουν υψηλότερα.

Στο σύνδρομο **Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός** εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα αγόρια ($M=2,98$, $SD= 4,16$) και τα κορίτσια ($M=3,10$, $SD= 4,09$ υπό συνθήκες $t(231,96)=-0,22$, $p=0,823$, με τα κορίτσια να σκοράρουν υψηλότερα.

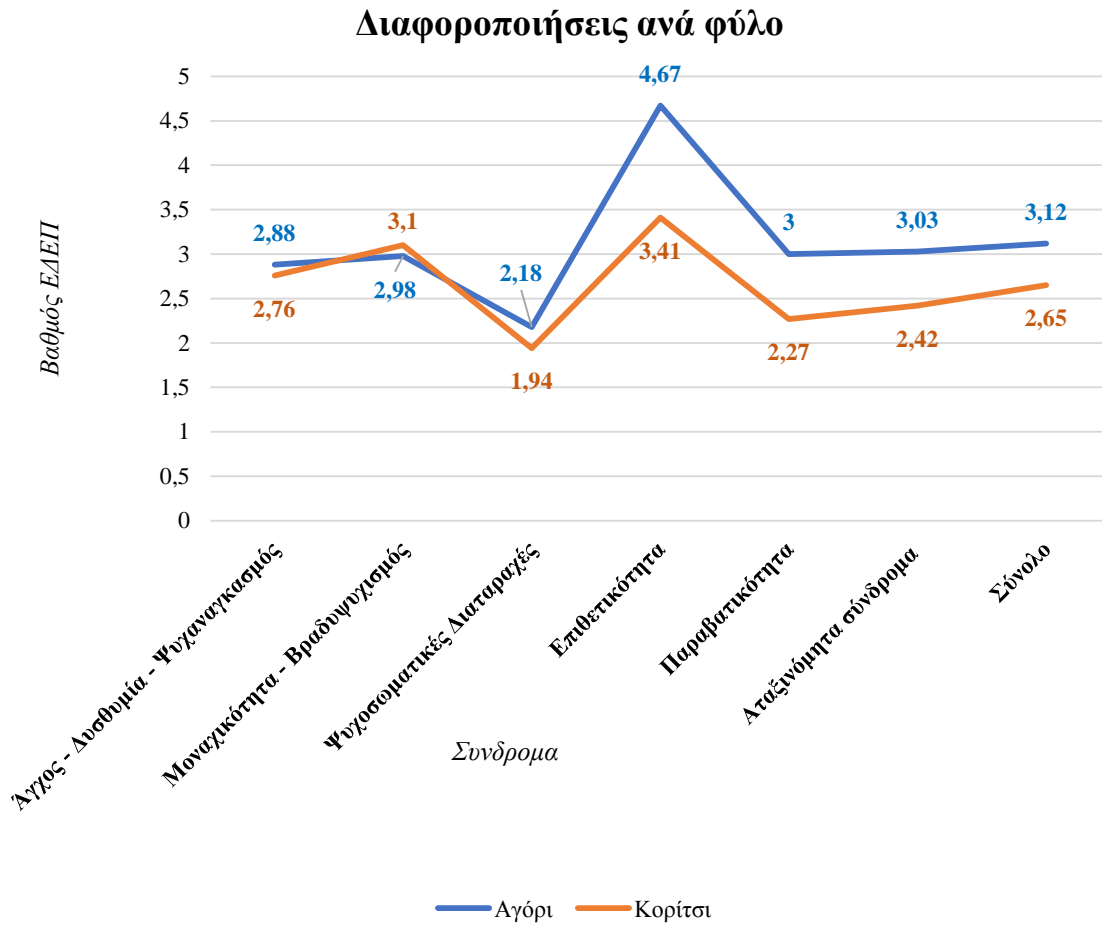
Στο σύνδρομο **Ψυχοσωματικές Διαταραχές** εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα αγόρια ($M=2,18$, $SD= 4,09$) και τα κορίτσια ($M=1,94$, $SD= 5,08$ υπό συνθήκες $t(235,92)=0,46$, $p=0,649$, με τα αγόρια να σκοράρουν υψηλότερα.

Στο σύνδρομο **Επιθετικότητα** εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα αγόρια ($M=4,67$, $SD= 5,08$) και τα κορίτσια ($M=3,41$, $SD= 4,69$ υπό συνθήκες $t(237,00)=2,00$, $p=0,047$ με τα αγόρια να σκοράρουν υψηλότερα.

Στο σύνδρομο **Παραβατικότητα** εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα αγόρια ($M=3,00$, $SD= 4,69$) και τα κορίτσια ($M=2,27$, $SD= 4,31$ υπό συνθήκες $t(236,97)=1,26$, $p=0,210$, με τα αγόρια να σκοράρουν υψηλότερα.

Στα **Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)** εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα αγόρια ($M=3,03$, $SD= 4,31$) και τα κορίτσια ($M=2,42$, $SD= 3,92$ υπό συνθήκες $t(236,19)=1,19$, $p=0,236$, με τα αγόρια να σκοράρουν υψηλότερα.

Συνολικά εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα αγόρια ($M=3,12$, $SD= 3,92$) και τα κορίτσια ($M=2,65$, $SD= 3,50$) υπό συνθήκες $t(236,28)=0,95$, $p=0,345$, με τα αγόρια να σκοράρουν υψηλότερα.



Γράφημα 19: Σχηματική αναπαράσταση διαφοροποιήσεων ανά φύλο

7.5. Διαφοροποιήσεις Συνδρόμων ανά γονέα - εκπαιδευτικό.

Στην παρούσα ενότητα θα μελετήσουμε τόσο τα στατιστικά μέτρα των συνδρόμων που παρουσιάστηκαν ανά γονέα ή εκπαιδευτικό όσο και την πιθανή διαφοροποίηση τους μέσω του ελέγχου t και του κριτηρίου του Levene.

Πίνακας 7: Στατιστικά Μέτρα Συνδρόμων ανά γονέα - εκπαιδευτικό						
Σύνδρομο	Ιδιότητα	N	M.T	T.A	Στ. Σφ.Μ.Τ	
Σύνδρομα Ενδοπροσωπικής Προσαρμογής						
Άγχος - Δυσθυμία -	Γονέας	128	2,87	4,197	,371	
Ψυχαναγκασμός	Εκπαιδευτικός	111	2,78	3,391	,322	
Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός	Γονέας	128	2,42	4,240	,375	
	Εκπαιδευτικός	111	3,75	4,205	,399	
Ψυχοσωματικές Διαταραχές	Γονέας	128	2,49	4,613	,408	
	Εκπαιδευτικός	111	1,57	3,197	,303	
Σύνδρομα Διαπροσωπικής Προσαρμογής						
Επιθετικότητα	Γονέας	128	3,85	4,473	,395	
	Εκπαιδευτικός	111	4,32	5,354	,508	
Παραβατικότητα	Γονέας	128	2,73	4,933	,436	
	Εκπαιδευτικός	111	2,56	4,013	,381	
Αταξινόμητα Σύνδρομα						
(Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)	Γονέας	128	2,83	4,371	,386	
	Εκπαιδευτικός	111	2,64	3,624	,344	
Σύνολο	Γονέας	128	2,94	4,288	,379	
	Εκπαιδευτικός	111	2,87	3,307	,314	

Πίνακας 8: Έλεγχος t για την ισότητα των Μέσων τιμών

		Κριτήριο του Levene		t-test για την ισότητα των Μ.Τ.		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	0,17	0,68	0,173	237	0,863
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			0,175	235,86	0,861
Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	3,01	0,08	-2,42	237	0,016
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			-2,42	232,76	0,016
Ψυχοσωματικές Διαταραχές	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	4,85	0,03	1,765	237	0,079
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			1,809	226,45	0,072
Επιθετικότητα	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	5,89	0,02	-0,73	237	0,469
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			-0,72	215,18	0,474
Παραβατικότητα	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	0,2	0,65	0,292	237	0,771
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			0,296	236,07	0,768
Αταξινόμητα σύνδρομα	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	0,01	0,91	0,364	237	0,716
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			0,369	236,54	0,712
Σύνολο	Υποθ. Ισότητας Διασπορών	0,34	0,56	-0,14	237	0,89
	Υποθ. Μη Ισότητας Διασπορών			-0,14	233,91	0,888

Στον **Πίνακα 7** παρατηρούμε τα στατιστικά μέτρα των 6 συνδρόμων προσαρμογής που εντοπίζονται στις δύο ομάδες, γονέας - εκπαιδευτικός και στον **Πίνακα 8** τα αποτελέσματα του κριτηρίου του Levene για τις ισότητες διασπορών και του ελέγχου t , σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$. Σ αυτή την περίπτωση παρατηρούμε ότι όλες μεταβλητές μας έχουν για το κριτήριο του Levene $p.Sig>\alpha$ οπότε απορρίπτονται όλες οι υποθέσεις ισότητας διασπορών.

Συμπερασματικά:

Στο σύνδρομο **Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός** αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους γονείς ($M=2,87$, $SD= 4,20$) και τους εκπαιδευτικούς ($M=2,78$, $SD= 4,24$ υπό συνθήκες $t(235,86)=0,18$, $p=0,861$ με τους γονείς να εντοπίζουν εντονότερα προβλήματα στα παιδιά τους.

Στο σύνδρομο **Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός** αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους γονείς ($M=2,42$, $SD= 4,24$) και τους εκπαιδευτικούς ($M=3,75$, $SD= 4,61$ υπό συνθήκες $t(232,76)=-2,42$, $p=0,016$ **με τους εκπαιδευτικούς εδώ να εντοπίζουν εντονότερα προβλήματα στα παιδιά.**

Στο σύνδρομο **Ψυχοσωματικές Διαταραχές** δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους γονείς ($M=2,49$, $SD= 4,61$) και τους εκπαιδευτικούς ($M=1,57$, $SD= 4,47$ υπό συνθήκες $t(237,00)=1,77$, $p=0,079$

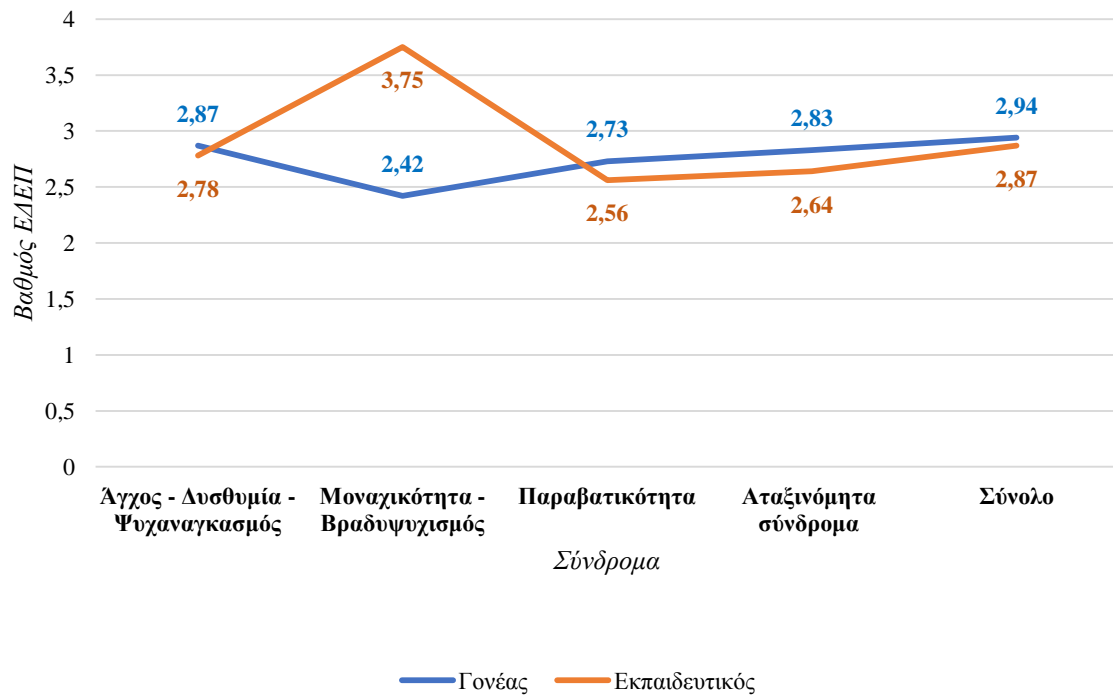
Στο σύνδρομο **Επιθετικότητα** δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους γονείς ($M=3,85$, $SD= 4,47$) και τους εκπαιδευτικούς ($M=4,32$, $SD= 4,93$ υπό συνθήκες $t(237,00)=-0,73$, $p=0,469$

Στο σύνδρομο **Παραβατικότητα** αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους γονείς ($M=2,73$, $SD= 4,93$) και τους εκπαιδευτικούς ($M=2,56$, $SD= 4,37$ υπό συνθήκες $t(236,07)=0,30$, $p=0,768$ με τους γονείς να εντοπίζουν εντονότερα προβλήματα στα παιδιά τους.

Στα **Αταξινόμητα σύνδρομα** αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους γονείς ($M=2,83$, $SD= 4,37$) και τους εκπαιδευτικούς ($M=2,64$, $SD= 4,29$ υπό συνθήκες $t(236,54)=0,37$, $p=0,712$, με τους γονείς να εντοπίζουν εντονότερα προβλήματα στα παιδιά τους.

Στο Σύνολο αναδείχτηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τους γονείς ($M=2,94$, $SD= 4,29$) και τους εκπαιδευτικούς ($M=2,87$, $SD= 3,50$ υπό συνθήκες $t(233,91)=-0,14$, $p=0,888$ με τους γονείς να εντοπίζουν εντονότερα προβλήματα στα παιδιά τους.

Διαφοροποιήσεις ανά γονέα εκπαιδευτικό (Μόνο οι στατ. σημαντικές)



Γράφημα 20: Σχηματική αναπαράσταση στ. σημαντικών διαφοροποιήσεων γονέα - εκπαιδευτικού

7.6. Συσχετίσεις Συνδρόμων.

Στην παρούσα ενότητα θα παραθέσουμε έλεγχο των συσχετίσεων ανάμεσα στα έξι σύνδρομα ενδοπροσωπικής και διαπροσωπικής προσαρμογής.

Πίνακας 9: Συσχετίσεις			1	2	3	4	5	6
1	Άγχος - Δυσθυμία -	r	1	,822**	,887**	,751**	,860**	,862**
	Ψυχαναγκασμός	p. Sig.		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2	Μοναχικότητα -	r		1	,708**	,495**	,643**	,701**
	Βραδυψυχισμός	p. Sig.			0,000	0,000	0,000	0,000
3	Ψυχοσωματικές	r			1	,700**	,863**	,845**
	Διαταραχές	p. Sig.				0,000	0,000	0,000
4	Επιθετικότητα	r				1	,894**	,825**
		p. Sig.					0,000	0,000
5	Παραβατικότητα	r					1	,916**
		p. Sig.						0,000
6	Αταξινόμητα	r						1
	σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)	p. Sig.						

** . Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Στον Πίνακα 9 εκτελέσαμε έλεγχο συσχετίσεων ανάμεσα στις 6 μεταβλητές σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,01^{**}$. Παρατηρούμε ότι για όλες τις συσχετίσεις ισχύει $p.Sig=0,000 < \alpha$. Άρα έχουμε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Για να ελέγξουμε εάν η συσχέτιση είναι θετική, δηλαδή εάν η αύξηση της μιας μεταβλητής συνεπάγεται και την αύξηση της άλλης, ελέγχουμε την τιμή του συντελεστή r του Pearson. Ο συντελεστής λαμβάνει τιμές στο $-1 \leq r \leq 1$. Όσο οι τιμές τείνουν στο 1 η συσχέτιση είναι θετική, ενώ όταν οι τιμές τείνουν στο -1 η συσχέτιση είναι αρνητική.

Συμπερασματικά:

Το σύνδρομο Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός

- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση ($R=0,822^{**}$) με τον παράγοντα Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός σε επίπεδο $p=0,00 < 0,01$.

- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,887^{**}$) με το σύνδρομο Ψυχοσωματικές Διαταραχές σε επίπεδο $p=0,00<0,01$.
- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,751^{**}$) με το σύνδρομο Επιθετικότητα σε επίπεδο $p=0,00<0,01$.
- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,860^{**}$) με το σύνδρομο Παραβατικότητα σε επίπεδο $p=0,00<0,01$.
- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,862^{**}$) με τα Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α) σε επίπεδο $p=0,00<0,01$

Το Σύνδρομο Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός

- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,708^{**}$) με το σύνδρομο Ψυχοσωματικές Διαταραχές σε επίπεδο $p=0,00<0,01$.
- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,495^{**}$) με το σύνδρομο Επιθετικότητα σε επίπεδο $p=0,00<0,01$.
- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,643^{**}$) με το σύνδρομο Παραβατικότητα σε επίπεδο $p=0,00<0,01$.
- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,701^{**}$) με με τα Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)σε επίπεδο $p=0,00<0,01$

Το σύνδρομο Ψυχοσωματικές Διαταραχές:

- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,700^{**}$) με το σύνδρομο Επιθετικότητα σε επίπεδο $p=0,00<0,01$.
- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,843^{**}$) με το σύνδρομο Παραβατικότητα σε επίπεδο $p=0,00<0,01$.
- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,865^{**}$) με με τα Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)σε επίπεδο $p=0,00<0,01$

Το σύνδρομο Επιθετικότητα:

- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,894^{**}$) με το σύνδρομο Παραβατικότητα σε επίπεδο $p=0,00<0,01$.

- παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,825^{**}$) με με τα Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α) σε επίπεδο $p=0,00<0,01$

Το σύνδρομο Παραβατικότητα παρουσιάζει στατιστικά σημαντική και Θετική συσχέτιση ($R=0,916^{**}$) με τα Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α) σε επίπεδο $p=0,00<0,01$.

7.7. Παλινδρομήσεις Συνδρόμων.

Παρατηρούμε, στην παραπάνω ενότητα (7.6), ότι όλα τα σύνδρομα συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά και Θετικά ($r>0$) μεταξύ τους. Ως εκ τούτου, θα ελέγξουμε το βαθμό αυτής της σχέσης με τη διαμόρφωση έξι προβλεπτικών εξισώσεων παλινδρόμησης (ευθείας ανταλλαγής).

Στους παρακάτω πίνακες ο συντελεστής R εκφράζει το ποσοστό ορθής πρόβλεψης των μεταβλητών βάσει των προβλεπτικών τους παραγόντων. Η τιμή Sig εφόσον είναι μικρότερη ή ίση του 0,05 εκφράζει το γεγονός ότι ο πρ. παράγοντας είναι στατιστικά σημαντικός και ασφαλής ώστε να χρησιμοποιηθεί στην κατασκευή της εξίσωσης. Σε αντίθετη περίπτωση ο πρ. παράγοντας δεν χρησιμοποιείται.

7.7.1. Εξάρτηση: Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός

Μελετώντας περαιτέρω τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών θα διερευνήσουμε την εξάρτηση του συνδρόμου «Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός» από τα υπόλοιπα σύνδρομα, διενεργώντας την παλινδρόμηση μεταξύ τους.

Πίνακας 10: Σύνοψη Μοντέλου

Μοντέλο	R	R ²	Προσαρμοσμένο R ²	Σφ. Εκτίμησης
1	0,947 ^a	0,897	0,895	1,245

a. Προβλεπτικοί παράγοντες: (Σταθερά), Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α), Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός, Επιθετικότητα, Ψυχοσωματικές Διαταραχές, Παραβατικότητα

Πίνακας 11: Συντελεστές ^a

Μοντέλο	Μη τυποποιημ. συντελεστές		Τυποπ. Συντ. Beta	t	Sig.
	B	Std. Error			
(Σταθερά)	0,141	0,119		1,178	0,240
1 Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός	0,336	0,028	0,373	11,777	0,000
Ψυχοσωματικές Διαταραχές	0,364	0,045	0,383	8,043	0,000
Επιθετικότητα	0,152	0,040	0,193	3,816	0,000
Παραβατικότητα	0,046	0,065	0,055	0,710	0,479
Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)	0,064	0,055	0,067	1,164	0,246

a. Εξαρτημένη μεταβλητή: Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός

Σύμφωνα με τους παραπάνω Πίνακες 10 και 11 το Σύνδρομο: Άγχος - Δυσθυμία – Ψυχαναγκασμός προβλέπεται σε ποσοστό 94,7% από την εξίσωση:

$$\text{Άγχος - Δυσθυμία – Ψυχαναγκασμός} = 0,336(\text{Μοναχικότητα – Βραδυψυχισμός}) + 0,364(\text{Ψυχοσωματικές Διαταραχές}) + 0,152(\text{Επιθετικότητα})$$

7.7.2. Εξάρτηση: Μοναχικότητα – Βραδυψυχισμός

Μελετώντας περαιτέρω τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών θα διερευνήσουμε την εξάρτηση του συνδρόμου «Μοναχικότητα – Βραδυψυχισμός» από τα υπόλοιπα σύνδρομα, διενεργώντας την παλινδρόμηση μεταξύ τους.

Πίνακας 12: Σύνοψη Μοντέλου

Μοντέλο	R	R ²	Προσαρμοσμένο R ²	Σφ. Εκτίμησης
1	0,851 ^a	0,724	0,718	2,265

a. Προβλεπτικοί παράγοντες: (Σταθερά), Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α), Επιθετικότητα, Ψυχοσωματικές Διαταραχές, Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός, Παραβατικότητα

Πίνακας 13: Συντελεστές ^a

Μοντέλο	Μη τυποποιημ. συντελεστές		Τυπ. Συντ Beta	t	Sig.
	B	Std. Error			
(Σταθερά)	0,741	0,213		3,484	0,001
Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός	1,112	0,094	1,000	11,777	0,000
Ψυχοσωματικές Διαταραχές	-0,141	0,093	-0,134	-1,525	0,129
1 Επιθετικότητα	-0,318	0,072	-0,365	-4,442	0,000
Παραβατικότητα	-0,037	0,119	-0,039	-0,308	0,758
Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)	0,305	0,098	0,288	3,105	0,002

a. Εξαρτημένη μεταβλητή: Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός

Σύμφωνα με τους παραπάνω Πίνακες 12 και 13 το Σύνδρομο: **Μοναχικότητα – Βραδυψυχισμός** προβλέπεται σε ποσοστό 85,1% από την εξίσωση:

$$\text{Μοναχικότητα – Βραδυψυχισμός} = 0,741 + 1,112(\text{Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός}) - 0,318(\text{Επιθετικότητα}) + 0,305(\text{Αταξινόμητα σύνδρομα})$$

7.6.3. Εξάρτηση: Ψυχοσωματικές Διαταραχές

Μελετώντας περαιτέρω τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών θα διερευνήσουμε την εξάρτηση του συνδρόμου «Ψυχοσωματικές Διαταραχές» από τα υπόλοιπα σύνδρομα, διενεργώντας την παλινδρόμηση μεταξύ τους.

Πίνακας 14: Σύνοψη Μοντέλου

Μοντέλο	R	R ²	Προσαρμοσμένο R ²	Σφ. Εκτίμησης
1	0,921 ^a	0,847	0,844	1,593

a. Προβλεπτικοί παράγοντες: (Σταθερά), Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α), Μοναχικότητα - βραδυψυχισμός, Επιθετικότητα, Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός, Παραβατικότητα

Πίνακας 15: Συντελεστές ^a

Μοντέλο	Μη τυποποιημ. συντελεστές		Τυπ. Συντ	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	-0,075	0,153		-0,487	0,627
Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός	0,597	0,074	0,567	8,043	0,000
Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός	-0,070	0,046	-0,074	-1,525	0,129
1 Επιθετικότητα	-0,281	0,049	-0,340	-5,718	0,000
Παραβατικότητα	0,531	0,076	0,594	6,960	0,000
Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)	0,145	0,070	0,145	2,079	0,039

a. Εξαρτημένη μεταβλητή: Ψυχοσωματικές Διαταραχές

Σύμφωνα με τους παραπάνω Πίνακες 14 και 15 το Σύνδρομο: Ψυχοσωματικές Διαταραχές προβλέπεται σε ποσοστό 85,1% από την εξίσωση:

$\text{Ψυχοσωματικές Διαταραχές} = 0,597(\text{Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός}) - 0,281(\text{Επιθετικότητα}) + 0,531(\text{Παραβατικότητα}) + 0,145(\text{Αταξινόμητα σύνδρομα})$
--

7.6.4. Εξάρτηση: Επιθετικότητα

Μελετώντας περαιτέρω τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών θα διερευνήσουμε την εξάρτηση του συνδρόμου «Επιθετικότητα» από τα υπόλοιπα σύνδρομα, διενεργώντας την παλινδρόμηση μεταξύ τους.

Πίνακας 16: Σύνοψη Μοντέλου

Μοντέλο	R	R ²	Προσαρμοσμένο R ²	Σφ. Εκτίμησης
1	0,915 ^a	0,838	0,835	1,992

a. Προβλεπτικοί παράγοντες: (Σταθερά), Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α), Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός, Ψυχοσωματικές Διαταραχές, Παραβατικότητα, Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός

Πίνακας 17: Συντελεστές^a

Μοντέλο	Μη τυποποιημ. συντελεστές		Τυπ. Συντ	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	1,393	,169		8,259	0,000
Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός	0,388	,102	0,304	3,816	0,000
Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός	-0,246	,055	-0,214	-4,442	0,000
1 Ψυχοσωματικές Διαταραχές	-0,439	,077	-0,361	-5,718	0,000
Παραβατικότητα	1,003	,082	0,926	12,306	0,000
Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)	0,207	0,087	0,170	2,373	0,018

a. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Επιθετικότητα

Σύμφωνα με τους παραπάνω Πίνακες 16 και 17 το Σύνδρομο: **Επιθετικότητα** προβλέπεται σε ποσοστό 91,5% από την εξίσωση:

$$\text{Επιθετικότητα} = 1,393 + 0,388(\text{Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός}) - 0,246(\text{Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός}) - 0,439(\text{Ψυχοσωματικές Διαταραχές}) + 1,003(\text{Παραβατικότητα}) + 0,207(\text{Αταξινόμητα σύνδρομα})$$

7.6.5. Εξάρτηση: Παραβατικότητα

Μελετώντας περαιτέρω τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών θα διερευνήσουμε την εξάρτηση του συνδρόμου «Παραβατικότητα» από τα υπόλοιπα σύνδρομα, διενεργώντας την παλινδρόμηση μεταξύ τους.

Πίνακας 18: Σύνοψη Μοντέλου

Μοντέλο	R	R ²	Προσαρμοσμένο R ²	Σφ. Εκτίμησης
1	0,962 ^a	0,926	0,924	1,246

a. Προβλεπτικοί παράγοντες: (Σταθερά), Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α), Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός, Επιθετικότητα, Ψυχοσωματικές Διαταραχές, Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός

Πίνακας 19: Συντελεστές^a

Μοντέλο	Μη τυποποιημ. συντελεστές		Τυπ. Συντ	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	-0,610	0,113		-5,398	0,000
Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός	0,046	0,066	0,039	0,710	0,479
Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός	-0,011	0,036	-0,010	-0,308	0,758
1 Ψυχοσωματικές Διαταραχές	0,324	0,047	0,290	6,960	0,000
Επιθετικότητα	0,393	0,032	0,425	12,306	0,000
Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)	0,329	0,051	0,293	6,478	0,000

a. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Παραβατικότητα

Σύμφωνα με τους παραπάνω Πίνακες 18 και 19 το Σύνδρομο: **Παραβατικότητα** προβλέπεται σε ποσοστό 96,2% από την εξίσωση:

$$\text{Παραβατικότητα} = -0,610 + 0,324(\text{Ψυχοσωματικές Διαταραχές}) + 0,393(\text{Επιθετικότητα}) + 0,329(\text{Αταξινόμητα σύνδρομα})$$

7.6.6. Εξάρτηση: Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)

Μελετώντας περαιτέρω τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών θα διερευνήσουμε την εξάρτηση των αταξινόμητων συνδρόμων (Υπερκιν., ανωριμότητα κ.α) από τα υπόλοιπα σύνδρομα, διενεργώντας την παλινδρόμηση μεταξύ τους.

Πίνακας 20: Σύνοψη Μοντέλου

Μοντέλο	R	R ²	Προσαρμοσμένο R ²	Σφ. Εκτίμησης
1	0,932 ^a	0,868	0,865	1,481

a. Προβλεπτικοί παράγοντες: (Σταθερά), Παραβατικότητα, Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός, Ψυχοσωματικές Διαταραχές, Επιθετικότητα, Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός

Πίνακας 21: Συντελεστές ^a

Μοντέλο	Μη τυποποιημ. συντελεστές		Τυπ. Συντ	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	0,132	0,142		,928	0,354
Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός	0,090	0,078	0,086	1,164	0,246
1 Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός	0,130	0,042	0,138	3,105	0,002
Ψυχοσωματικές Διαταραχές	0,125	0,060	0,126	2,079	0,039
Επιθετικότητα	0,114	0,048	0,139	2,373	0,018
Παραβατικότητα	0,465	0,072	0,521	6,478	0,000

a. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)

Σύμφωνα με τους παραπάνω Πίνακες 20 και 21 το Σύνδρομο: **Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α)** προβλέπεται σε ποσοστό 93,2% από την εξίσωση:

$$\text{Αταξινόμητα σύνδρομα} = 0,130(\text{Μοναχικότητα} - \text{Βραδυψυχισμός}) + 0,125(\text{Ψυχοσωματικές Διαταραχές}) + 0,114(\text{Επιθετικότητα}) + 0,465(\text{Παραβατικότητα})$$

Κεφάλαιο 8^ο: Συμπεράσματα

8.1. Συζήτηση επί των αποτελεσμάτων

Στην παρούσα εργασία που διεξήχθη, μελετήθηκαν τα προβλήματα ενδοπροσωπικής και διαπροσωπικής προσαρμογής παιδιών νηπιακής ηλικίας, ενώ έγινε αναφορά και στη σημασία της πρώιμης παρέμβασης για τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας, με την παράθεση κάποιων ενδεικτικών προγραμμάτων. Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε αλλά και στην έρευνα που υλοποιήθηκε προέκυψαν ορισμένα συμπεράσματα τα οποία θα αναφερθούν αναλυτικά.

Αρχικά, το θέμα το οποίο μελετήθηκε, είναι ένα πλέον διαχρονικό αντικείμενο μελέτης, καθώς η ψυχική υγεία και οι κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών αφορούν κάθε άτομο και κάθε κοινωνία στο πέρασ του χρόνου. Η διαμόρφωση της συμπεριφοράς των παιδιών σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση δομείτε αρχικά μέσα στην οικογένεια, καθώς εκεί μεγαλώνει και εξελίσσεται το παιδί. Με βάση την υπάρχουσα ερευνητική προσέγγιση διαφόρων μελετητών, η ανάπτυξη του παιδιού ορίζεται από την μετάβαση από ορισμένα στάδια εξέλιξης. Πιο συγκεκριμένα έχουν μελετηθεί ορισμένα αναπτυξιακά κεφάλαια, όπου μέσα από ψυχολογικές, κοινωνιολογικές και γνωστικές θεωρίες μάθησης και προσαρμογής (Freud, Erickson, Piaget), απεικονίζεται η κοινωνικοποίηση του παιδιού αλλά και η ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη.

Η καθοριστική σημασία των πρωταρχικών σχέσεων (παιδιού-γονέα/φροντιστή), της έννοιας της γονεϊκότητας και των ασφαλών δεσμών προσκόλλησης ως παραμέτρων που επιδρούν στην ψυχολογική, κοινωνική, συναισθηματική και γνωστική ανάπτυξη των παιδιών διαφαίνεται σε ολόκληρη τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τονίζεται καθ' όλη την ανάπτυξη της εργασίας.

Η πιο σημαντική πλευρά της κοινωνικής ανάπτυξης κατά τη βρεφική-νηπιακή ηλικία είναι η διαμόρφωση της προσκόλλησης (Feldman, 2011). Η έννοια της προσκόλλησης που εισήγαγε ο Bowlby αναφέρεται στον ισχυρό συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσεται μεταξύ μητέρας και βρέφους και η ποιότητά της καθορίζει την ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου καθώς και τις μετέπειτα κοινωνικές του σχέσεις (Bowlby, 1973). Η στοργική και προστατευτική σχέση ενήλικα-παιδιού, με ποικίλες αλληλεπιδράσεις, δημιουργούν ένα ισχυρό θεμέλιο στον εγκέφαλο ενός παιδιού για κάθε μελλοντική μάθηση, συμπεριφορά και υγιή ανάπτυξη. (Alter & Cornell, 2019. National Research Council and Institute of Medicine, 2000).

Έτσι, η Ψυχική Υγεία (βρεφών-νηπίων), όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία, είναι η ικανότητα των μικρών παιδιών να βιώνουν, να ρυθμίζουν, να εκφράζουν συναισθήματα, να δημιουργούν στενούς και ασφαλείς δεσμούς και να εξερευνούν το περιβάλλον. Αυτές οι ικανότητες αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της υγιούς κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης, η οποία επιτυγχάνεται μέσα σε ένα περιβάλλον φροντίδας που περιλαμβάνει την οικογένεια, την κοινωνία και τις πολιτισμικές προσδοκίες (Simpson et al., 2016).

Από την άλλη, κάθε μορφή συμπεριφοράς που έχει αρνητικές επιπτώσεις είτε στην ενδο-προσωπική προσαρμογή (συντείνει στη δημιουργία συναισθήματος αναξιότητας, απαισιόδοξης στάσης, ανίας κ.τ.ό.) είτε στη δια-προσωπική προσαρμογή (οδηγεί σε υιοθέτηση ανεπιτυχών κοινωνικών ρόλων, σε έλλειψη αυτοκυριαρχίας, σε συναισθήματα αδιαφορίας ή εχθρότητας για τους άλλους κ.τ.ό.) θεωρείται, εξ ορισμού, προβληματική συμπεριφορά. (Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου, 2012)

Οι δυσμενείς εμπειρίες στην πρώιμη ηλικία (ACEs) και το τοξικό στρες, η ύπαρξη επικίνδυνων βιολογικών παραγόντων (όπως: επιβαρυνόμενο ιστορικό βιολογικών και ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων των γονέων, ΔΕΠ/Υ, «δύσκολα» ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία όπως προβλήματα αυτορρύθμισης, αντιδραστικότητα κ.α.), καθώς και οι ανασφαλείς, ανεπαρκείς σχέσεις δεσμού με τους γονείς, όλα αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και προσαρμογής στα παιδιά.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Δια-προσωπικής και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ) των Παρασκευόπουλου Ι. Ν. και Γιαννιτσά Ν. Δ. (1999), για να εντοπιστούν κατά τον καλύτερο και αναλυτικότερο τρόπο οι συμπεριφορές των παιδιών ηλικίας 2 έως 6 ετών που δυσκολεύονται στην επικοινωνία με τον εαυτό τους και με τους άλλους και που πιθανόν να απαιτούν περαιτέρω διαγνωστική διερεύνηση και εξατομικευμένη διορθωτική αντιμετώπιση.

Σε μια σύντομη ανασκόπηση των δημογραφικών στοιχείων, το δείγμα αποτέλεσαν 239 παιδιά ηλικίας 6 ετών (N=65), 5 ετών (N=57), 4 ετών (N=49), 3 ετών (N=41) και 2 ετών (N=27). Τα 125 ήταν αγόρια και τα 114 κορίτσια. Τα 114 πηγαίνουν στο νηπιαγωγείο, τα 90 σε παιδικό σταθμό και τα 35 δεν πηγαίνουν σε τίποτα από τα δύο.

Από τα 239 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν, τα 128 συμπληρώθηκαν από γονείς (109 μητέρες και 19 πατέρες) 29 – 39 ετών (N=82), 39 – 49 ετών (N=36), 49 – 59 ετών(N=4) και κάτω των 29 ετών(N=4). Η πλειοψηφία (110 άτομα) είναι παντρεμένα ή συζούν και έχουν ανώτατες σπουδές.

Τα 111 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από εκπαιδευτικούς η πλειοψηφία των οποίων ήταν γυναίκες νηπιαγωγοί 29 – 39 ετών . Αξίζει να σημειωθεί ότι κάθε εκπαιδευτικός μετά από προτροπή της ερευνήτριας συμπλήρωσε περίπου 5 ερωτηματολόγια με αντιπροσωπευτικό δείγμα διαφορετικών παιδιών της τάξης του.

Από τα δεδομένα της έρευνας, προέκυψε ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό παιδιών 64,9% παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς σε μικρό ή μεγάλο βαθμό. Αναλυτικότερα, από τα 239 παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα, τα 107 (44,8%) παρουσιάζουν σε μικρό βαθμό προβλήματα συμπεριφοράς, γεγονός που συνάδει με τις αναφορές της Πολυχρονοπούλου Σ., (2017) ότι στις περισσότερες περιπτώσεις το πρόβλημα είναι ελαφρού ή μέτριου βαθμού, πράγμα που επιτρέπει στο παιδί να προσαρμοστεί στο σπίτι και στην συνηθισμένη τάξη με τη βοήθεια απλών προγραμμάτων παρέμβασης. Τα 48 (20,1%) παρουσιάζουν σε σοβαρό βαθμό προβληματική συμπεριφορά και τα 84 (35,1%) δεν παρουσιάζουν καθόλου προβληματική συμπεριφορά. Τα ποσοστά αυτά είναι αρκετά μεγαλύτερα σε σύγκριση με το 3-6% του μαθητικού πληθυσμού κατά Kauffman J. & Landrum T. (2009) , το 5% έως 15% κατά τους Kirk, S. και συν. (2012) ή σύμφωνα με άλλους ερευνητές το 3-20% του μαθητικού πληθυσμού στη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς. Στην παρούσα έρευνα η Επιθετικότητα είναι το πιο κοινά διαδεδομένο πρόβλημα που εντοπίζεται στα παιδιά, όπου το ποσοστό 23,01% έρχεται σε απόλυτη σχεδόν αντιστοιχία με τα διεθνή νούμερα για τον επιπολασμό προβληματικής συμπεριφοράς.

Εντούτοις, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση η έκταση του προβλήματος από μελέτη σε μελέτη διαφέρει σημαντικά. Οι διαφορές μπορεί να οφείλονται στην ειδικότητα του ατόμου που πραγματοποιεί την έρευνα, στον ορισμό του προβλήματος που υιοθετεί, στο σκοπό της μελέτης και στα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιεί. (Πολυχρονοπούλου, 2017). Γεγονός πάντως αποτελεί ότι η συνεχής αύξηση σε συχνότητα και ένταση των προβλημάτων συμπεριφοράς παρεμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό την εύρυθμη λειτουργία (της οικογένειας και) της σχολικής τάξης και προκαλούν άγχος τόσο στου γονείς όσο και στους εκπαιδευτικούς,

οι οποίοι είναι πολλές φορές ανέτοιμοι να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν μαθητές με ανάλογες δυσκολίες. (Πουρσανίδου, 2016)

Από τα 239 παιδιά που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας, τα 114 ήταν κορίτσια (48%) και τα 125 αγόρια (52%). Συγκρίνοντας τον επιπολασμό προβλημάτων συμπεριφοράς στα δύο φύλα, τα αγόρια φαίνεται να παρουσιάζουν περισσότερο προβληματικές συμπεριφορές σε σύγκριση με τα κορίτσια. (sig.=0,416) Αυτή η διαφορά παρουσιάζεται στις διεθνείς έρευνες ως διαφορά φύλων στα ποσοστά επιπολασμού κυρίως στις Διαταραχές Ανάρμοστης/Διασπαστικής Συμπεριφοράς (disruptive behavioral disorders -DBDs), όπου οι τρεις διαταραχές που τις αποτελούν: Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ), Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) και Διαταραχή Διαγωγής (ΔΔ) παρατηρούνται συχνότερα στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια. (Burke et al., 2002. Demmer et al., 2016 . Reid et al., 2003).

Εξετάζοντας τις διαφορές φύλων στα 6 σύνδρομα του ερωτηματολογίου, το σύνδρομο **Άγχος - Δυσθυμία – Ψυχαναγκασμός** εμφανίστηκε περισσότερο στα αγόρια (2,88) σε σχέση με τα κορίτσια (2,76), - διαφορά περίπου 4%, το σύνδρομο **Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός** εμφανίστηκε περισσότερο στα κορίτσια (3,1) σε σύγκριση με τα αγόρια (2,98) – διαφορά περίπου 4%, το σύνδρομο **Ψυχοσωματικές Διαταραχές** εντοπίστηκε περισσότερο στα αγόρια (2,18) σε σχέση με τα κορίτσια (1,94%) – διαφορά περίπου 11% και τα σύνδρομα **Επιθετικότητα, Παραβατικότητα** και τα **Αταξινόμητα σύνδρομα** (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α) εντοπίστηκαν εντονότερα στα αγόρια με τιμές (4,67) (3) και (3,03) αντίστοιχα, έναντι των κοριτσιών (3,41), (2,27) και (2,41) - με διαφορές περίπου στα 27%, 24% και 12% αντίστοιχα. Τέλος το **συνολικό μέτρο** εμφανίστηκε περισσότερο στα αγόρια (3,12) σε σύγκριση με τα κορίτσια (2,65) – διαφορά περίπου 15%,

Από τα δεδομένα προκύπτει ότι τα αγόρια παρουσιάζουν περισσότερο προβληματικές συμπεριφορές τόσο στη διαπροσωπική όσο και στην ενδοπροσωπική προσαρμογή. Τα δεδομένα των αγοριών στη διαπροσωπική προσαρμογή συνάδουν με τα αποτελέσματα των διεθνών ερευνών που αναφέρθηκαν παραπάνω και παρουσιάζουν (όπως θα ήταν αναμενόμενο) τα αγόρια πιο υπερκινητικά και επιρρεπή στα ατυχήματα, παρορμητικά, απείθαρχα με εντονότερες εκδηλώσεις επιθετικής διαταρακτικής συμπεριφοράς σε

σχέση με τα κορίτσια τα οποία, εμφανίζονται πιο συνεσταλμένα, υποχωρητικά, δειλά, άτολμα με τάσεις ονειροπόλησης και μυστικοπάθειας.

Τα αποτελέσματα αυτά μπορεί σε κάποιο βαθμό να οφείλονται και σε μακροχρόνιες υποσυνείδητες κοινωνικές προκαταλήψεις και προτροπές(από τους γονείς ή και τα ΜΜΕ) που θέλουν τα αγόρια να είναι πιο ενεργητικά και με φιλοπόλεμα αισθήματα σε σχέση με τα κορίτσια που «είθισται» να είναι πιο συνεσταλμένα, συγκαταβατικά και φιλειρηνικά. Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι τα κορίτσια αναφέρουν ότι έχουν συχνότερα φόβους από ότι τα αγόρια, διαφορά η οποία μπορεί εν μέρει τουλάχιστον να οφείλεται στις κοινωνικές πιέσεις που υφίστανται τα αγόρια, που τα κάνουν να διστάζουν να παραδεχτούν ότι φοβούνται (Jonson, 2010).

Όσον αφορά όμως την ενδοπροσωπική προσαρμογή τα υψηλά νούμερα των αγοριών δεν υποστηρίζονται αντίστοιχα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε. Μπορεί κανείς να υποθέσει ότι τα υψηλά ποσοστά των αγοριών στα προβλήματα ενδοπροσωπικής προσαρμογής ίσως οφείλονται στην πολύ νεαρή ηλικία. Εμπειρικά είναι γνωστό ότι τα κορίτσια «ωριμάζουν» πολύ πιο γρήγορα από τα αγόρια και αυτές οι διαφορές είναι εντονότερες στη νηπιακή και στην εφηβική ηλικία. Ίσως λοιπόν τα προβλήματα που έχουν με τον εαυτό τους τα αγόρια να οφείλονται στο γεγονός ότι δεν έχουν προλάβει να αναπτύξουν ακόμα αυτοσυναίσθηση, αυτεπίγνωση και αυτοπεποίθηση και γενικά να οφείλονται στην ανωριμότητά τους σε σχέση με τα κορίτσια αυτού του ηλικιακού φάσματος.

Όσον αφορά τα συγκριτικά δεδομένα που προέκυψαν από την αξιολόγηση των γονέων σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς, οι γονείς φαίνεται ότι εντόπισαν συνολικά εντονότερα προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά τους από αυτά που ανέφεραν οι εκπαιδευτικοί για τους μαθητές τους. Ειδικότερα, στα σύνδρομα **Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός** (sig.=0,68>0,05), **Παραβατικότητα** (sig.=0,65>0,05) και στα **Αταξινόμητα σύνδρομα** (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α) (sig.=0,91>0,05), οι γονείς φάνηκε να εντοπίζουν περισσότερα προβλήματα στα παιδιά τους απ' ότι οι εκπαιδευτικοί. Ενώ στα σύνδρομα **Ψυχοσωματικές Διαταραχές** και **Επιθετικότητα**, δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των παρατηρήσεων γονέων και εκπαιδευτικών. Τέλος στο **συνολικό μέτρο** (sig.=0,56>0,05) οι γονείς φάνηκε να εντοπίζουν μεγαλύτερα προβλήματα στα παιδιά τους απ' ότι οι εκπαιδευτικοί.

Τα ευρήματα αυτά πιθανώς οφείλονται στο ότι τόσο οι Ψυχοσωματικές Διαταραχές (αν και σύμπτωμα ενδοπροσωπικής προσαρμογής) όσο και η Επιθετικότητα περιλαμβάνουν εμφανή συμπτωματολογία η οποία δεν μπορεί να περάσει απαρατήρητη από τους εκπαιδευτικούς. Γενικά τα συμπτώματα Ενδοπροσωπικής φύσης (Άγχος - Δυσθυμία – Ψυχαναγκασμός, Μοναχικότητα–Βραδυψυχισμός, Ψυχοσωματικές διαταραχές) είναι δύσκολο να εντοπιστούν καθώς περιλαμβάνουν συνήθως συμπεριφορές που δεν ενοχλούν τα πρόσωπα του περιβάλλοντός τους και έτσι οι εκπαιδευτικοί είναι εύκολο να τις παραβλέψουν καθώς δεν διαταράσσουν το κλίμα της τάξης. Σε αντιδιαστολή με τις διαταραχές εσωτερίκευσης που «ταλανίζουν» κυρίως το ίδιο το άτομο, οι διαταραχές εξωτερίκευσης, περιλαμβάνουν διασπαστικές, διαταρακτικές και επιθετικές συμπεριφορές οι οποίες μπορούν να γίνουν ιδιαίτερα ενοχλητικές για τα πρόσωπα στο περιβάλλον του ατόμου που πάσχει. (Wilmshurst, 2011)

Το γεγονός ότι τελικά οι εκπαιδευτικοί εντόπισαν σε σχέση με τους γονείς περισσότερα προβλήματα **Μοναχικότητας–Βραδυψυχισμού** στα παιδιά πιθανώς οφείλεται στα ίδια τα ερωτήματα-συμπτώματα που αποτελούν αυτό το σύνδρομο. Συγκεκριμένα τα συμπτώματα «Δεν έχει παρέες, προτιμάει να μένει μόνο του», «Δειλό, άτολμο, πάντα “μαζεμένο”», «Αθόρυβο, περνάει απαρατήρητο, σα να μην είναι “παρών”», «Καθόλου διεκδικητικό, υπερβολικά υποχωρητικό, συνεσταλμένο», «Δεν ενδιαφέρεται να κάνει φίλους», «Μιλάει και απαντάει, επιλεκτικά, μόνον σε λίγα πρόσωπα» είναι συμπτώματα που μέσα στο προστατευτικό επικοινωνιακό δίκτυο της οικογένειας μπορεί να μην παρουσιάζονται τόσο έκδηλα ως προβληματικές συμπεριφορές όσο όταν το παιδί βρεθεί σε ένα περιβάλλον με συνομιλήκους που πρέπει να διεκδικήσει τον επικοινωνιακό, κοινωνικό και λειτουργικό του ρόλο. Αυτά τα παιδιά θα μπορούσαν να θεωρηθούν από τον γονιό ως απλώς εσωστρεφή ή υπάκουα.

Όσον αφορά το σύνδρομο Άγχους- Δυσθυμίας-Ψυχαναγκασμού, της Παραβατικότητας και τα Αταξινόμητα σύνδρομα όπως η ανωριμότητα και η υπερκινητικότητα στα οποία οι γονείς ανέφεραν περισσότερα προβλήματα στα παιδιά τους σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς, πιθανώς να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γονείς δεν έχουν τα συγκριτικά κριτήρια της συνύπαρξης πολλών παιδιών σε έναν χώρο όπως έχουν οι εκπαιδευτικοί και γι αυτό ίσως υπερ-αξιολογούν κάποιες αναπτυξιακά φυσιολογικές αντιδράσεις των παιδιών. Ειδικά στο σύνδρομο της Παραβατικότητας, πιθανολογείται τα παιδιά να εμφανίζουν συμπεριφορές παραβατικότητας σε χώρους εκτός σχολείου

που είτε δεν είναι τόσο ελεγχόμενοι είτε μπορεί να μην έχουν άμεσες συνέπειες από την παραβατική συμπεριφορά όπως θα είχαν στο σχολείο.

Επίσης, οι γονείς παρατηρούν τα παιδιά τους σε διαφορετικές ώρες στην καθημερινότητά τους και προφανώς τα γνωρίζουν πολύ περισσότερο καιρό σε σχέση με τον εκπαιδευτικό που το ωράριο, ο χώρος ακόμη και οι δραστηριότητες στις οποίες θα παρακολουθήσει το παιδί είναι καθορισμένα. Αυτό δεν του δίνει πάντα τη δυνατότητα να παρατηρήσει όλες τις πτυχές της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης και συμπεριφοράς ενός παιδιού. Εξάλλου όπως παρατηρούμε και από τα ερευνητικά στοιχεία οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί που απάντησαν το ερωτηματολόγιο γνωρίζουν το παιδί 6 με 12 μήνες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, τόσο οι γονείς όσο και οι εκπαιδευτικοί, σε σύγκριση με τους ειδικούς ψυχικής υγείας, θεωρούν, εσφαλμένα, πιθανόν μέσα στο πλαίσιο ενός στερεοτυπικού «καθωσπρεπισμού», ότι τα συμπτώματα της ενδο-προσωπικής προσαρμογής αποτελούν μάλλον επιθυμητές μορφές συμπεριφοράς και τα βαθμολογούν ως «μικρό πρόβλημα» ή ακόμη και ως «καθόλου πρόβλημα». Ο κίνδυνος αυτός της «υποτιμητικής νόθευσης» του βαθμού της ενδο-προσωπικής προσαρμογής ελλοχεύει, κυρίως, στα συμπτώματα υπερβολικής εσωστρέφειας, κοινωνικής απόσυρσης και ψυχαναγκασμού, όπως π.χ. τα παρακάτω: «Μιλάει ελάχιστα, αποφεύγει να μιλάει, είναι ολιγομίλητο», «Αθόρυβο, περνάει απαρατήρητο, σα να μην είναι “παρών”», «Καθόλου διεκδικητικό, υπερβολικά υποχωρητικό· συνεσταλμένο», «Δεν έχει παρέες· προτιμάει να μένει μόνο του», «Αποφεύγει να αναμειχθεί, προτιμάει να μένει απόμακρο», «Δεν ενδιαφέρεται να κάνει φίλους». (Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου, 2012)

Από την άποψη της εξελικτικής ψυχοπαθολογίας, το παιδί/ο έφηβος με παρερμηνευμένο – «νοθευμένο» χαμηλό βαθμό στην ενδο-προσωπική προσαρμογή, στην εσωτερικευμένη προβληματική συμπεριφορά, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα εκκολαπτόμενο «αυτο-καταπιεζόμενο νευρωσικό άτομο», με αμφίβολη πρόβλεψη για διόρθωση και περαιτέρω ομαλή πόρευση. Ο καθορισμός του βαθμού σοβαρότητας ενός συμπτώματος πρέπει να βασίζεται στο κατά πόσο το σύμπτωμα αποτελεί πρόβλημα για το ίδιο το παιδί και όχι κατά πόσο είναι «της αρεσκείας» του προσώπου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο ή του προσώπου που αξιολογεί τα διαγνωστικά δεδομένα του ΕΔΕΠΠΕ. Το κύριο κριτήριο είναι το κατά πόσο το σύμπτωμα είναι

επιζήμιο για το παιδί/τον έφηβο, το κατά πόσο παρεμποδίζει την ομαλή πορεία της ανάπτυξης και της προσαρμογής του είτε της ενδο-προσωπικής είτε της διαπροσωπικής είτε και των δύο. (Παρασκευόπουλος & Παρασκευοπούλου, 2012)

Προχωρώντας στον έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ των συνδρόμων, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των συνδρόμων γεγονός που επιβεβαιώνει την πολυπλοκότητα των προβλημάτων συμπεριφοράς. Οι αιτίες των διαταραχών συμπεριφοράς όχι μόνο αλληλοεπιδρούν και αλληλεπικαλύπτονται, αλλά και τα προβλήματα που προξενούν επιδρούν επίσης μεταξύ τους κι επικαλύπτονται, γεγονός που καθιστά πολύ δύσκολο τον εντοπισμό των αρχικών αιτιών της διαταραχής. (Πολυχρονοπούλου , 2012, σ. 435) Αντίστοιχα ο Κουρκούτας Η. (2008) αναφέρεται στην “κυκλική αιτιότητα” και το “δυναμικό αλληλεπίδρασης συσσωρευμένων επιρροών”, γεγονός που όπως αποδεικνύεται και από την έρευνα περιπλέκει και τα συμπτώματα των προβληματικών συμπεριφορών, δυσκολεύει την αποτελεσματική παρέμβαση και καθιστά αναγκαία την πρόιμη προληπτική παρέμβαση για την εξασφάλιση της ψυχικής υγείας του παιδιού. (Biglan et al., 2012. National Research Council and the Institute on Medicine, 2000. Sanner et al., 2016.)

Αναλυτικότερα, το Άγχος-Δυσθυμία-Ψυχαναγκασμός προβλέπεται σε ποσοστό 94,7% από τα σύνδρομα Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός, Ψυχοσωματικές Διαταραχές και Επιθετικότητα. Η Μοναχικότητα-Βραδυψυχισμός προβλέπεται σε ποσοστό 85,1% από τα σύνδρομα Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός, Επιθετικότητα και τα Αταξινόμητα σύνδρομα(Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α.). Οι Ψυχοσωματικές Διαταραχές προβλέπονται σε ποσοστό 85,1% από τα σύνδρομα Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός, Επιθετικότητα, Παραβατικότητα και τα Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α.). Η Επιθετικότητα προβλέπεται σε ποσοστό 91,5% από τα σύνδρομα Άγχος - Δυσθυμία - Ψυχαναγκασμός, Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός, Ψυχοσωματικές Διαταραχές, Παραβατικότητα και τα Αταξινόμητα σύνδρομα(Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α.). Η Παραβατικότητα προβλέπεται σε ποσοστό 96,2% από τα σύνδρομα Ψυχοσωματικές Διαταραχές, Επιθετικότητα και τα Αταξινόμητα σύνδρομα(Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α.). Τέλος, τα Αταξινόμητα σύνδρομα (Υπερκινητικότητα, ανωριμότητα κ.α) προβλέπονται σε ποσοστό 93,2% από τα σύνδρομα Μοναχικότητα - Βραδυψυχισμός, Ψυχοσωματικές Διαταραχές, Επιθετικότητα και Παραβατικότητα. (Για τις εξισώσεις παλλινδρομήσεων-ευθείες ανταλλαγής, βλ. ενότητα 7.7.1 έως 7.7.6).

Η πολυπλοκότητα, η αλληλοεπικάλυψη και η συννοσηρότητα των συμπτωμάτων προβληματικής συμπεριφοράς έχει πολυαναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν και οι δημιουργοί του ερωτηματολογίου, τα συμπτώματα που συναπαρτίζουν κάθε όψη της προσαρμογής (ενδο-προσωπική, δια-προσωπική), παρότι το καθένα είναι, καθαυτό, ένα διαφορετικό διακριτό χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς του παιδιού/του εφήβου, μερικά «μοιάζουν» μεταξύ τους, γιατί αναφέρονται σε παρόμοιες εκφάνσεις του ίδιου είδους προβληματικής συμπεριφοράς. Πολυμεταβλητές στατιστικές αναλύσεις (όπως είναι η «παραγοντική ανάλυση») έχουν δείξει ότι τέτοια ομοειδή συμπτώματα τείνουν να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο.

Οι διαφορετικοί ορισμοί και κατηγοριοποιήσεις των προβλημάτων συμπεριφοράς από τον έναν οργανισμό-ερευνητή στον άλλο (π.χ. ICD-10, DSM-V, Achenbach κ.α.), καταδεικνύουν ότι το «φάσμα της προβληματικής συμπεριφοράς περιλαμβάνει πολλά συμπτώματα» που πολλές φορές είναι δύσκολο να διαχωριστούν. (Πολυχρονοπούλου Σ., 2017). Οι διαταραχές της συμπεριφοράς πολλές φορές συνυπάρχουν με άλλες ψυχολογικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών της διάθεσης, του άγχους, του μετατραυματικού στρες, της χρήσης ουσιών, τη ΔΕΠ/Υ, τις σχολικές δυσκολίες. Αυτό ως κατάσταση κάνει επιτακτικότερη την ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση (Δράκος & Τσιναρέλης, 2011).

Ακόμη και στο ερωτηματολόγιο ΕΔΕΠ των Παρασκευόπουλου Ι. Ν. και Γιαννιτσή Ν. Δ. (1999) που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, στην αναθεώρηση που έκαναν οι Παρασκευόπουλος Ι.Ν και Παρασκευοπούλου Π.Ι., (2012) (ΕΔΕΠΠΕ), ομαδοποίησαν τα σύνδρομα Επιθετικότητα και Παραβατικότητα σε ένα ενιαίο σύνδρομο, πρόσθεσαν το σύνδρομο «Έλλειψη φιλαλληλίας – Ακοινωνικότητα» στην όψη της διαπροσωπικής προσαρμογής και ένταξαν στην όψη της διαπροσωπικής προσαρμογής τα Αταξινόμητα σύνδρομο, ως σύνδρομο «Ελλειμματική ανάπτυξη – Ανωριμότητα»

8.2. Περιορισμοί έρευνας

Βασικοί περιορισμοί της έρευνας αφορούν στο εργαλείο, καθώς στο ερωτηματολόγιο ΕΔΕΠ που χρησιμοποιήθηκε υπήρχαν ερωτήσεις, μαζί με τις κοινές για όλες τις διαφορετικές περιπτώσεις, και ερωτήσεις που αφορούσαν μόνο στα ΠΑΙΔΙΑ και

κάποιες άλλες που αφορούσαν μόνο στους ΕΦΗΒΟΥΣ. Έτσι κάποιες ερωτήσεις όπως «Συμμετέχει σε βανδαλισμούς – σε παράνομες πράξεις», «Το ‘‘σκάει’’ από το σχολείο, έχει πολλές αδικαιολόγητες απουσίες» , «Συμπεριφέρεται σα να ανήκει στο άλλο φύλο» «Κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (οινοπνευματώδη, ναρκωτικά» Δεν αντιστοιχούσαν λογικά στο ηλικιακό φάσμα παιδιών 2-6 ετών. Ακόμη όμως και μέσα σε αυτό το φάσμα οι γονείς που είχαν παιδιά ηλικίας 2 ετών δυσκολεύονταν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που είχαν να κάνουν με την λεκτική επικοινωνία των παιδιών καθώς σε αυτή την ηλικία τα παιδιά δεν έχουν αναπτύξει πλήρως το λόγο.

Επίσης, υπήρχαν ερωτήσεις που, για να απαντηθούν, μόνο οι γονείς ή μόνο οι εκπαιδευτικοί είχαν, ως εκ της ιδιότητάς τους, τις αναγκαίες πληροφορίες για τη συμπεριφορά του παιδιού. Το αποτέλεσμα ήταν ότι το πρόσωπο που έδινε τις πληροφορίες αναγκαζόταν, αναπόφευκτα, να ασχοληθεί και να απαντήσει και σε ερωτήσεις για τις οποίες ήταν αναμώδιο να απαντήσει, με κίνδυνο να διακυβευθεί το κύρος της διαδικασίας. Για παράδειγμα ερωτήσεις όπως: «Διαταραχές ύπνου: αϋπνία, νυκτερινοί εφιάλτες, νυκτοβασία» ή « ‘‘Βρέχεται’’ στον ύπνο του, ενούρηση», δεν ήταν δυνατόν να απαντηθούν από τους εκπαιδευτικούς. Για το λόγο αυτό οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς ενημερώθηκαν εκ των προτέρων για τις ανάλογες ερωτήσεις, ώστε να συμπληρώσουν καθόλου πρόβλημα όπου δεν μπορούσαν να απαντήσουν.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κάποιοι γονείς και εκπαιδευτικοί που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο είχαν δυσκολία και με την τρίβαθμη κλίμακα 0, 1 και 2, και κατά πόσο η καθεμία από τις μορφές αυτές συμπεριφοράς αποτελεί για το αξιολογούμενο παιδί: «Σοβαρό πρόβλημα» (βαθμός 2) ή «Μικρό πρόβλημα» (βαθμός 1) ή «Καθόλου πρόβλημα» (βαθμός 0), καθώς ανάμεσα στο μικρό και σοβαρό πρόβλημα υπήρχαν αρκετοί που ήθελαν και άλλες διαβαθμίσεις (π.χ. μέτριο Πρόβλημα).

Ένας άλλος περιορισμός στην έρευνα ήταν το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο δεν μπορούσε να συμπληρωθεί παράλληλα από τον γονιό και τον εκπαιδευτικό του ίδιου παιδιού, όπως προτείνεται και από τους δημιουργούς του για την εξαγωγή πιο εμπειριστατωμένων συγκριτικών αποτελεσμάτων. Ο λόγος ήταν πρακτικός, καθώς αυτό θα απαιτούσε περισσότερο χρόνο και συνεννόηση γονιών-εκπαιδευτικών ώστε να βρεθούν οι συγκεκριμένοι γονείς , να ενημερωθούν και να συμπληρώσουν όλοι το ερωτηματολόγιο. Η έρευνα τότε θα έπρεπε να περιοριστεί σε ένα ή δύο σχολεία και ο

αριθμός του δείγματος τελικά θα ήταν πολύ μικρότερος του επιθυμητού. Έτσι επιλέχτηκε το μεγαλύτερο δείγμα για την εξαγωγή συμπεράσματος επιπολασμού προβλημάτων συμπεριφοράς στις ηλικίες 2-6 ετών.

Τέλος, όπως αναφέρθηκε και στη συζήτηση, κάθε εκπαιδευτικός μετά από προτροπή της ερευνήτριας, για εξοικονόμηση χρόνου και για να μην επιλέξει ο εκπαιδευτικός μόνο παιδιά με έκδηλα προβλήματα συμπεριφοράς, συμπλήρωσε περίπου 5 ερωτηματολόγια με αντιπροσωπευτικό δείγμα διαφορετικών παιδιών της τάξης του.

8.3. Προτάσεις

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε, όπως αναφέρθηκε, σε παιδιά με αξιολογητές είτε τους γονείς είτε τους εκπαιδευτικούς. Μία πρόταση για μελλοντική έρευνα θα ήταν να συμπληρωθούν παράλληλα από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς των παιδιών τα ερωτηματολόγια, για την εξαγωγή πιο εμπειριστατωμένων συγκριτικών αποτελεσμάτων της παρατήρησης των γονιών και των εκπαιδευτικών.

Ενδιαφέρουσα μελέτη θα ήταν και η παρατήρηση και καταγραφή της αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε γονείς και τα παιδιά τους. Μια έρευνα θα μπορούσε να περιλαμβάνει την καταγραφή του τρόπου επικοινωνίας, τα μηνύματα που μεταδίδουν οι γονείς και τους τρόπους που τα παιδιά τα εκλαμβάνουν. Να μελετηθούν δηλαδή οι δεσμοί προσκόλλησης που έχουν αναπτυχθεί ανάμεσα σε παιδιά και γονείς ή και το γονικό σχήμα που έχει επιλέξει ο γονιός και να συγκριθούν με τα αποτελέσματα του ΕΔΕΠ για την προβληματική συμπεριφορά αυτών των παιδιών. Τα αναφερόμενα μηνύματα είναι δυνατόν να περιέχουν ενότητες όπως πειθαρχία, οριοθέτηση, αγάπη, στοργή, επιβράβευση και άλλα. Με αυτό τον τρόπο θα ανιχνεύονταν ο πυρήνας του τρόπου σύνθεσης της σχέσης ανάμεσα σε γονείς και παιδιά και θα επιβεβαιωνόταν πιθανώς η αλληλεπίδραση της σχέσης αυτής με τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών.

Άλλη έρευνα θα μπορούσε να συμπεριλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο που να εμβαθύνει περισσότερο στα στοιχεία των γονέων, ώστε να προκύπτουν πιθανοί παράγοντες κινδύνου ή ακόμα και η ψυχοπαθολογία των γονέων. Τα στοιχεία αυτά θα μπορούσαν να συγκριθούν με τα αποτελέσματα του ΕΔΕΠ και να εξαχθούν αιτιολογικοί παράγοντες για τις παρατηρούμενες προβληματικές συμπεριφορές των παιδιών.

Το γεγονός ότι παρά την προτροπή της ερευνήτριας (από τη μέση του χρονικού περιθωρίου συλλογής ερωτηματολογίων και μετά) οι πατέρες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν μόλις 19 σε σχέση με τις 109 μητέρες φανερώνει ένα στοιχείο για τους γονικούς ρόλους που υπάρχουν μέσα στην ελληνική οικογένεια. Θα ήταν πολύ ενδιαφέρον να συμπληρωθεί το ΕΔΕΠ παράλληλα από τις μητέρες και τους πατέρες των παιδιών, ώστε να προκύψουν προσωπικές απόψεις και πλάνες που έχει ο κάθε γονιός σχετικά με την ενδοπροσωπική και διαπροσωπική προσαρμογή του παιδιού. Θα μπορούσε επίσης να συμπληρώσουν και οι ίδιοι ένα ανάλογο ερωτηματολόγιο ώστε να προκύψουν συγκρίσεις των δικών τους προβλημάτων συμπεριφοράς σε σχέση με των παιδιών τους.

Βιβλιογραφία

- Aber, J.L., & Baker, A.J. (1990). *Security of attachment in toddlerhood: Modifying assessment procedures for joint clinical and research purposes*. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*, p.427-460. Chicago: University of Chicago Press.
- Abulizi X, Pryor L, Michel G, Melchior M, van der Waerden J, on behalf of The EDEN Mother-Child Cohort Study Group (2017) *Temperament in infancy and behavioral and emotional problems at age 5.5: The EDEN mother-child cohort*. PLoS ONE 12(2): e0171971. doi:10.1371/journal.pone.0171971
- Achenbach T.M., Rescorla L. A., (2003). *Εγχειρίδιο για τα ερωτηματολόγια και προφίλ σχολικής ηλικίας του ΣΑΕΒΑ (Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση)*, Ρούσσου Α. (Επιμ.).Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Αθανασίου, Λ., και Νιτσίου, Χ. (2012). *Ο παραγόμενος λόγος των παιδιών στο νηπιαγωγείο: προβλήματα-προοπτικές. Πρακτικά Διεθνούς Συνεδρίου Οι σχολές των επιστημών της αγωγής, ο ρόλος τους στις προκλήσεις της σύγχρονης κοινωνίας*. Λευκωσία.
- Alter, A., Cornell, E. (2019) «*Building Resilience in Young Children: Experiences Promoting Protective Factors in Six Pediatric Practices*». Farmington, CT: Child Health and Development Institute of Connecticut.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., Dube, Sh. R., & Giles, W. H. (2006). *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(3), 174–186.
- Αντωνίου Α. Σ. & Κορωναίου Π., (2016) *Η επίδραση της γονικής κατάθλιψης στην ψυχική υγεία των παιδιών*. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης 459-476. <http://dx.doi.org/10.12681/edusc.883>
- Αντωνίου Α. Σ., Ντόφη Β., Παππά Ο.Μ. (2013). *Ο ρόλος των βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων στην αιτιολογία της επιθετικής συμπεριφοράς κατά την*

- παιδική ηλικία. Στο Μπαμπούνης Χ. (Επιμ.) *Συνέδριο: Παιδική ηλικία: Κοινωνιολογικές, πολιτισμικές, ιστορικές και παιδαγωγικές διαστάσεις*. 11-14 Απριλίου 2013. Αθήνα.
- Armstrong, T. (1994) *Multiple Intelligences in the Classroom* ASCD. Alexandria, Virginia.
- Bagner, D. M., & Eyberg, S. M. (2007). *Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 418–429.
- Baldrige S (2011) *Family stability and childhood behavioral outcomes: a critical review of the literature*. *J Fam Strengths* 11:8
- Berkovits M.D., O'Brien A.K., Carter C.G, Eyberg M.S. (2010) *Early Identification and Intervention for Behavior Problems in Primary Care: A Comparison of Two Abbreviated Versions of Parent-Child Interaction Therapy*
- Bernstein G., & Borchardt C., (2011). *Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.
- Berryhill, M.B., Soloski, K.L., Durtschi, J.A., Adams, R.R. (2016). *Family process: Early child emotionality, parenting stress, and couple relationship quality*, *Personal Relationships*, 23, 23-41.
- Berryhill, M.B., Soloski, K.L., Durtschi, J.A., Adams, R.R. (2016). *Family process: Early child emotionality, parenting stress, and couple relationship quality*, *Personal Relationships*, 23, 23-41.
- Biringen Z., & Robinson J., (2010). *Emotional availability in mother – child interactions: A reconceptualisation for research*, *American Journal of Orthopsychiatry*.
- Biglan, A., Flay, B., Empty, D., & Sandler, I. (2012). *The critical role of nurturing environments for promoting human wellbeing*. *American Psychologist*, 67(4), 257-271.
- Biro, S., Alink, L.R.A., Huffmeijer, R., Bakermans-Kranenburg, M.J. & Ijzendoorn, M.H. (2015). *Attachment and maternal sensitivity are related to infants' monitoring of animated social interactions*, *Brain and Behavior*, 5(12), 410:1-13.

- Βοσνιάδου Στ., (1995). *Παρατηρώντας και καταγράφοντας την συμπεριφορά των παιδιών*, Εκδόσεις: Gutenberg, Αθήνα.
- Bornstein M. H., Hahn C.S., Putnick D. L. & Pearson R., (2019). *Stability of child temperament: Multiple moderation by child and mother characteristics*. British Journal of Developmental Psychology. DOI:10.1111/bjdp.12253
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*, Vol.1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby J., (1973) *Separation - Anxiety and Anger*, United States of America: The Tavistock Institute of Human Relations.
- Bowlby J., (1988). *A secure base: Parent – Child attachment and healthy human development*, Basic Books: New York.
- Brandell, J. R. (2013). *Contemporary Psychoanalytic Perspectives on Attachment*. Psychoanalytic Social Work. London: Routledge.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41, 1275-1293. doi:10.1097/01.CHI.0000024839.60748.E8
- Caron, E.B., Bernard, K., Dozier, M. (2016). *In Vivo Feedback Predicts Parent Behavior Change in the Attachment and Biobehavioral Catch-up Intervention*, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 00:1-12
- Γαστουγιώτου Ε., & Λάκκα Ε. (2016). *Συμβουλευτική, δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, ειδική αγωγή*. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 202-225. <http://dx.doi.org/10.12681/edusc.949>
- Cole, M. & Cole, S. (2001). *Η ανάπτυξη των παιδιών: Γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία*. Τόμος 2ος. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning: *Infant Mental Health and Early Care and Education Providers*. Research Synthesis. Vanderbilt University. vanderbilt.edu/csefel (Πρόσβαση: Μάιος 2019).

- Center for the Developing Child, Harvard University: Brain Architecture. <https://developingchild.harvard.edu/science/keyconcepts/brain-architecture> (Πρόσβαση: Μάρτιο 2019)
- Center for the Developing Child, Harvard University: Brain Architecture. <https://developingchild.harvard.edu/resources/serve-return-interaction-shapes-brain-circuitry> (Πρόσβαση: Μάρτιο 2019)
- Center for the Developing Child, Harvard University: In Brief/The Science of Early Childhood Development. www.developingchild.harvard.edu (Πρόσβαση: Μάιο 2019)
- Center for the Study of Social Policy: Knowledge of Parenting and Child Development. <https://cssp.org/wp-content/uploads/2018/08/HO-2.1c-CW-Knowledge-of-Parenting-and-Child-Development.pdf>. (Πρόσβαση: Μάιο 2019)
- Center for the Study of Social Policy and American Academy of Pediatrics: Primary Health Partners. *Promoting Children's Health and Resiliency: A Strengthening Families Approach*. Accessed October 15, 2018 (no longer available)
- Center for the Study of Social Policy: Parental Resilience. <https://cssp.org/wp-content/uploads/2018/08/HO-2.1a-CW-Parental-Resilience.pdf>. (Πρόσβαση: Απρίλιο 2019).
- Center for the Study of Social Policy: Social Connections. <https://cssp.org/wp-content/uploads/2018/08/HO-2.1b-CW-Social-Connections.pdf> (Πρόσβαση: Απρίλιο 2019)
- Center for the Study of Social Policy: *Social Emotional Competence of Children*. <https://cssp.org/wp-content/uploads/2018/08/HO-2.1e-CW-Social-Emotional-Competence.pdf> (Πρόσβαση: Απρίλιο 2019)
- Center for the Study of Social Policy: *Strengthening Families. The Protective Factors Framework*. <https://cssp.org/our-work/project/strengthening-families/>. (Πρόσβαση: Μάρτιο 2019)
- Center on the Developing Child, Harvard University. *In Brief: The Science of Neglect*. <https://developingchild.harvard.edu/resources/the-science-of-neglect-the->

persistent-absence-of-responsive care- disrupts-the-developing-brain/.
(Πρόσβαση: Μάρτιο 2019)

Center on the Developing Child at Harvard University (2016). *From Best Practices to Breakthrough Impacts: A Science-Based Approach to Building a More Promising Future for Young Children and Families*.
<http://www.developingchild.harvard.edu>

Cramer, B. (2000). *Helping Children Through Treatment of Parenting: The Model of Mother / Infant Psychotherapy*. In. Tsiantis, J. et al. *Working with Parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*. Karnac Books.

Degnan, K. A., Almas, A. N., & Fox, N. A. (2010). *Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 497–517. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02228.x>

Demmer, D.H., Hooley M., Sheen J., McGillivray A. J., Lum J.A.G., (2016). *Sex Differences in the Prevalence of Oppositional Defiant Disorder During Middle Childhood: a Meta-Analysis*. *J Abnorm Child Psychol* DOI 10.1007/s10802-016-0170-8

Department of education and science (DES) (1978). *Special Education Needs*. (The Warnock H. M., Report). London. HMSO.

De Pauw, S. S. W., & Mervielde, I. (2010). *Temperament, personality and developmental psychopathology: A review based on the conceptual dimensions underlying childhood traits*. *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 313–329. doi:10.1007/s10578-009-0171-8

Δημητρίου, Λ. (2012). *Τα έξι πρώτα χρόνια της ζωής*. Αθήνα, Πεδίο

Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας. ICD-10. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Γενεύη. Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αθήνα, 2008.

- Dockett S., & Perry B., (2001). *Starting school: Effective Transitions Early Childhood Research and Practice*, 3(2).
- Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M. K., Manni, M., Sepulveda, S., Ackerman, J., Bernier, A., & Levine, S. (2006). *Developing evidence-based interventions for foster children: An example of a randomized clinical trial with infants and toddlers*. *Journal of Social Issues*, 62(4), 767–785
- Δράκος Γ.Δ. & Τσιναρέλης Γ.Σ., (2011). *Ψυχοκοινωνικές παράμετροι των σχολικών δυσκολιών*. Αθήνα: Ατραπός
- Eisenberg, N., Valiente, C., Spinrad, T. L., Cumberland, A., Liew, J., Reiser, M., Losoya, S. H. (2009). *Longitudinal relations of children's effortful control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems*. *Developmental Psychology*, 45(4), 988–1008.
- Elliott, S. N., Kratochwill, T. R., Littlefield Cook, J., & Travers, J. F. (2008). *Εκπαιδευτική Ψυχολογία*. (Μ. Σόλμαν & Φ. Καλύβα, Μεταφρ.) Αθήνα: Gutenberg.
- Feldman, R. & Μπεζεβέγκη, Η. (2011). *Εξελικτική ψυχολογία – Δια βίου ανάπτυξη*. Αθήνα: Gutenberg.
- Fonagy, P. Gergely, G. Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Target, M. (2007a). *Playing with Reality: IV A Theory of External Reality Rooted in Intersubjectivity*. *The International Journal of Psychoanalysis*. Vol.88, Issue 4: 917-937.
- Freud, A. (1978). *The Principle Task of Child Analysis*. In. *The Writings of Anna Freud*, Vol. 8. New York: International University Press, 1981.
- Gargiulo, R. (2012). *Special education in contemporary society*. California: SAGE
- Giddens, A., μ.τ.φ.ρ. Τσαούσης., Δ (2002). *Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H., (2005), *Οικογενειακή θεραπεία – Μία επισκόπηση*, Αθήνα: Έλλην.

- Gingsburg, H/Opper, S.: Piagetstheorie den Geistige Entwicklung. Klett-Verlag. Stuttgart 1975.
- Greenberg, J., & Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliot, R. (1988) *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-moment Process*. New York, Guilford Press.
- Harden, B.J. (2015). *Services for Families of Infants and Toddlers Experiencing Trauma: A Research-to-Practice Brief*, Network of infant/toddler Researchers
- Hart S. (2008). *Brain, Attachment, Personality. An Introduction to Neuroaffective Development*. London: Karnac Books.
- Ιωαννίδης, Ι.Δ. (1996β). *Παιδαγωγική ψυχολογία*. Μάθηση – Ανάπτυξη. Β' τόμος. Αθήνα: ΚΟΡΦΗ.
- Jonson, A. K.-G.-S. (2010). *Ψυχοπαθολογία*. ΑΘΗΝΑ: GUTENBERG.
- Johnson, V. C., Olino, T. M., Klein, D. N., Dyson, M. W., Bufferd, S. J., Durbin, E. C., Hayden, E. P. (2016). *A longitudinal investigation of predictors of the association between age 3 and age 6 behavioral inhibition*. Journal of Research in Personality, 63, 51–61. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.04.008>
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αναπτυξιακή προσέγγιση. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Kauffman, J. & Landrum, T. (2009). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth (9th ed.)*. Upper Saddle River, NJ.: Pearson Education
- Kiff, C. J., Lengua, L. J., & Zalewski, M. (2011). *Nature and nurturing: Parenting in the context of child temperament*. Clinical Child Family Psychological Review, 14, 251–301.
- Kirk, S., Gallagher, J.J., Coleman, M.R. & Anastasiow, N.J., (2012) *Educating Exceptional Children (What's New in Education)* Published by Wadsworth Publishing

- Klein M. R., Lengua L. J., Thompson S. F., Moran L., Ruberry E. J., Kiff C. & Zalewski M., (2018). *Bidirectional Relations Between Temperament and Parenting Predicting Preschool-Age Children's Adjustment*, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47:sup1, S113-S126, DOI: 10.1080/15374416.2016.1169537
- Klein M. R., Moran L., Cortes R., Zalewski M., Ruberry E. J., Lengua L. J., (2017). *Temperament, mothers' reactions to children's emotional experiences, and emotion understanding predicting adjustment in preschool children*. University of Washington. DOI: 10.1111/sode.12282
- Klitzing, K. V., Simoni, H. & Burgin, D. B. (1999). *Child Development and Early Triadic Relationships*. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 80: 71-89.
- Κουρκούτας, Η. Ε. (2015). *Επιθετικότητα και προβληματικές συμπεριφορές στην παιδική ηλικία: Κατευθύνσεις παρεμβάσεων στο πλαίσιο της τάξης για τους εκπαιδευτικούς*. Στο Γ. Καρράς (Επιστ. Επμ.) *Παιδαγωγική & Διδακτική Επάρκεια*. (σσ. 189-212). Ρέθυμνο: Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Κουρκούτας, Η. Ε. (2008). *Οικοσυστημικές προσεγγίσεις στην Κλινική Ψυχολογία και την Ειδική Αγωγή. Αρχές ολιστικών παρεμβάσεων σε ατομικό, οικογενειακό και σχολικό επίπεδο για την ενσωμάτωση παιδιών με ιδιαίτερες δυσκολίες και διαταραχές*.
- Κουρκούτας, Η. Ε. (2007). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κουρκούτας, Η. & Chartier, J.P. (2009). *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές, Στρατηγικές παρέμβασης*. Αθήνα: Τόπος.
- Λάγιου-Λιγνού, Έ. (2008). *Η Σημασία των Πρωταρχικών Σχέσεων του Βρέφους με τα Πρόσωπα Φροντίδας (Μητέρα, Πατέρα) στην Ανάπτυξη του Ψυχισμού*. *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. Τόμος 1. Τεύχος 1: σελ. 9-20.
- Larson T. K., Bagnato S. J., Miglioretti M. A., Barone-Martin C., and McNeal R., (2017) *Healthy Infants: Fostering Responsive Caregiving via Tiered Mentoring for High-Risk Teen Mothers and Infants*

- Li, I., Pawan, C., & Stansbury, K. (2014). *Emerging effortful control in infancy and toddlerhood and maternal support: A child driven or parent driven model?* *Infant Behavior and Development*, 37(2), 216–224.
- Liang X., Liu M., Wang M., Yu J., Wang Z., Lu S., (2019). *Infant withdrawal and behavior problems in urban Chinese toddlers: Roles of maternal sensitivity to infant distress and emerging delay ability*. Michigan Association for Infant Mental Health. DOI: 10.1002/imhj.21763
- Lieberman, A.F. (1992). *Infant-parent psychotherapy with toddlers. Development and Psychopathology*, (Vol.4: 559-574). Cambridge University Press.
- Lieberman, A.F. (1994). *The Emotional Life of the Toddler*. New York: Free Press.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*. New York City: Guilford Press.
- Lipsitz J., Martin L., & Mannuzza S., (2014). *Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders*, *Am J Psychiatry*, 151: 927 – 929.
- Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: UNIVERSITY STUDIO PRESS.
- Μάντζιου Σ. (2007). *Διαστάσεις της ψυχικής υγείας βρεφών*. *Ψυχολογικά Θέματα*, Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων, 11-13, 73-91.
- Marshall, J., Coulter, M.L., Gorski, P.A., Ewing, A. (2016). *Parent Recognition and Responses to Developmental Concerns in Young Children, Infants & Young Children*, 29, 102-115.
- Mayes, L., Fonagy, P., Target, M. (2007). *Developmental Science and Psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- McAdams, T. A., Rijdsdijk, F. V., Neiderhiser, J. M., Narusyte, J., Shaw, D. S., Natsuaki, M. N., Spotts, E. L., Ganiban, J. M., Reiss, D., Leve, L. D., Lichtenstein, P., & Eley, T. C. (2015). *The relationship between parental depressive symptoms and*

- offspring psychopathology: evidence from a children-of-twins study and an adoption study*. *Psychological Medicine*, 1-12.
- McCormick, M. P., Turbeville, A. R., Barnes, S. P., & McClowry, S. G. (2014). *Challenging Temperament, Teacher-Child Relationships, and Behavior Problems in Urban Low-Income Children: A Longitudinal Examination*. *Early Education and Development*. doi: 10.1080/10409289.2014.915676
- McKelvey M.L., Whiteside-Mansell L., Conners-Burrow A.N., Swindle T., Fitzgerald S., (2016). *Assessing adverse experiences from infancy through early childhood in home visiting programs*
- Meaney, M.J. (2010). *Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions*. *Child Development*, 81(1), 41-79.
- Metz, M., Majdandzic, M., Bogels, S. (2016). *Concurrent and Predictive Associations between Infants' and Toddlers' Fearful Temperament, Coparenting, and Parental Anxiety Disorders*, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.
- Miller, L., Kramer, R., Warner, V., Wickramaratne, P. & Weissman, M. (1997). *Intergenerational Transmission of Parental Bonding Among Women*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 36, Issue 8: 1134-1139.
- Mount, K. S., Crockenberg, S. C., Bárrig Jό, P. S., & Wagar, J. L. (2010). *Maternal and child correlates of anxiety in 2 1/2-year old children*. *Infant Behavior & Development*, 33(4), 567–578. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.07.008>
- Μπακοπούλου, Α. Α. (2011). *Κοινωνική και Συναισθηματική Αγωγή στο σχολείο. Εκπαιδευτικό Υλικό ΙΙΙ: Δευτεροβάθμια εκπαίδευση*. ΑΘΗΝΑ: ΤΥΠΩΘΗΤΩ.
- Μπεζεβέγκης Η. & Παυλόπουλος Β. (2018). *Ιεραρχική Δομή της Αναπτυσσόμενης Προσωπικότητας: Μια Σειρά Ερωτηματολογίων για την Αξιολόγηση των Ατομικών Διαφορών από την Προσχολική Ηλικία ως την Προεφηβεία*. Τμήμα Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Mollborn, S., Lawrence, E., James-Hawkins, L., & Fomby, P. (2014). *How resource dynamics explain accumulating developmental and health disparities for teen*

- parents' children*. *Demography*, 51(4), 1199-1224. doi:10.1007/s13524-014-0301-1
- Μόττη-Στεφανίδου, Φ., Παπαθανασίου, Α.-Χ., & Λαρδούτσου, Σ. (2004). *Διαταρακτική και επιθετική συμπεριφορά*. Στο Α. Καλαντζή- Αζίτζι & Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ.), *Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών*. (σ. 256-286). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Nowakowski, RS. *Stable neuron numbers from cradle to grave*. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2006;103(33):12219-12220.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1985). *Εξελικτική Ψυχολογία (Τόμος 2ος: Προσχολική Ηλικία)*. Αθήνα: Παρασκευόπουλος, Ν.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. & Γιαννίτσας, Ν.Δ. (1999). *Ερωτηματολόγιο δια- προσωπικής και ενδο-προσωπικής προσαρμογής (ΕΔΕΠ)*. Οδηγίες Συμπλήρωσης και αξιολόγησης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παρασκευόπουλος Ι.Ν & Παρασκευοπούλου Π.Ι., (2012) ΕΔΕΠΠΕ. *Ερωτηματολόγιο Δια-προσωπικής και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής Παιδιών και Εφήβων*. Διαδικτυακή Έκδοση. www.edeppe.net
- Perry, A. (2004). *A model of stress in families of children with developmental disabilities: Clinical and research applications*. *Journal on Developmental Disabilities*, 11(1), 1-16. Retrieved from: <http://www.oadd.org/publications/journal/issues/vol11no1/download/perry.pdf>
- Πλατσίδου Μ., (2015). *Προγράμματα ανάπτυξης συναισθηματικών και κοινωνικών ικανοτήτων σε άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή/και αναπηρίες*. Πρόγραμμα δια βίου μάθησης «Επικαιροποίηση γνώσεων αποφοίτων στις σύγχρονες προσεγγίσεις στην προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία στην ανήλικη και ενήλικη ζωή.»Θεσσαλονίκη, 2015
- Πολυχρονοπούλου Σ., (2017). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες*. Αθήνα: Διάδραση.

- Poulou, M., (2005). *The prevention of emotional and behavioural difficulties in schools: Teachers' suggestions*. Educational Psychology in Practice, 21 (1), 37-52.<http://dx.doi.org/10.1080/02667360500035181>
- Πουρσανίδου, Ε. (2016). *Προβλήματα συμπεριφοράς στην τάξη και παρέμβαση του δασκάλου*. Έρευνα στην Εκπαίδευση, 5(1), 62-75. doi:<http://dx.doi.org/10.12681/hjre.9380>
- Rees, C. (2016). *Children's attachments, Paediatrics and Child Health*, Symposium: Social Paediatrics
- Reid G.M., Webster S.C., Hammond M., (2003). *Follow-Up of Children Who Received the Incredible Years Intervention for Oppositional-Defiant Disorder: Maintenance and Prediction of 2-Year Outcome*. University of Washington. Behaviour therapy 34,471-491,2003
- Rijlaarsdam, J., Tiemeier, H., Ringoot, A.P., Ivanova, M.Y., Jaddoe, V.W.V., Verhulst, F.C., Roza, S.J. (2015). *Early family regularity protects against later disruptive behavior*, Eur Child Adolesc Psychiatry.
- Rothbart, M. K. (2011). *Becoming who we are*. New York, NY: Guilford Press.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). **Temperament**. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3, Social, emotional and personality development* (5th ed., pp. 105–176). New York, NY: Wiley
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). *Temperament*. In N. Eisenberg & W. Damon (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 99–166). New York: Wiley.
- Sanger, C., Iles, J., Andrew, C., & Ramchandani, P. (2015). *Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review*. Archives of Women's Mental Health, 18,147-162.
- Sanner N., Smith L., Wentzel-Larsen T., Moe V. (2016) *Early identification of social-emotional problems: Applicability of the Infant-Toddler Social Emotional Assessment (ITSEA) at its lower age limit*

- Saudino, K. J., & Wang, M. (2012). *Quantitative and molecular genetic studies of temperament*. In M. Zentner & R. L. Shiner (Eds.), *Handbook of temperament* (pp. 315–346). New York, NY: Guilford Press.
- Scaramella L. V. and Leve L. D. (2004). *Clarifying Parent–Child Reciprocities During Early Childhood: The Early Childhood Coercion Model*. *Clinical Child and Family Psychology Review*.
- Schore, A. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: W.W. Norton.
- Schore, A. J. (2001). *The Effects of Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health*. *Infant & Mental Health Journal*. Vol. 22, Issue 1: 7-66.
- Sener, K.D., Cimete, G. (2016). *A program based on Social Cognitive Theory and Smith's model of health and illness and its effect on maternal self-efficacy and child behavior*, *Children and Youth Services Review*, 64, 82-90.
- Shaw D.S., Bell R.Q., & Gilliom M., (2000). *A Truly Early Starter Model of Antisocial Behavior Revisited*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 3, No.3
- Shimm, P.H., & Ballen, K. (1995). *Parenting your toddler*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Simpson, T.E., Condon, E., Price, R.M., Finch, B.K., Sadler, L.S., Ordway, M.R. (2015). *Demystifying Infant Mental Health: What the Primary Care Provider Needs to Know*, *Journal of Pediatric Health*, 30, 38-48.
- Slavin, R. E. (2006). *Εκπαιδευτική Ψυχολογία θεωρία και πράξη*. (Κ. Μ. Κόκκινος, Επιμ., & Ε. Εκκεκάκη, Μεταφρ.) Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Smyke A.T., Dumitresku A., & Zeanah C.H., (2012). *Attachment disturbances in young children: Indiscriminating behavior and institutional care*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41: 983 – 989.
- Sroufe A., (2000). *Συναισθηματική ανάπτυξη: οργάνωση της συναισθηματικής ζωής στα πρώιμα χρόνια*, Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα.

- Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A.K. & Egeland, B. (1999). *Implications of Attachment Theory for Developmental Psychopathology*. Developmental Psychopathology. Vol. 11, Issue 1: 1-13.
- Suess, G.J., Bohlen, U., Carlson, E.A., Spangler, G., Maier, F.M. (2016). *Effectiveness of attachment based STEEP intervention in a German high-risk sample*, Attachment & Human Development.
- Szyf, M. (2009). *Early life, the epigenome and human health*. Acta Paediatrica, 98(7), 1082-1084.
- Szyf, M. (2009). *The early life environment and the epigenome*. Biochimica Biophysica Acta (BBA), 1790(9), 878-885.
- Toth, S. L., Maughan, A., Manly, J. T., Spagnola, M., & Cicchetti, D. (2002). *The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory*. Developmental Psychopathology, 14, 877-908.
- Τσιάντης, Γ., Δραγώνα, Θ. (1999). Μωρά και μητέρες: Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Τσιπλητάρης Φ.Α. (2001). *Η κοινωνικοποίηση του παιδιού. Μια ψυχοκοινωνιολογική προσέγγιση στα πλαίσια της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Διάδραση.
- Varma, P. V. (1997). *Τα δύσκολα παιδιά*. Μετάφραση Γιώργος Καλομοίρης. Αθήνα . Ελληνικά Γράμματα. (Έτος πρωτότυπης έκδοσης 1990).
- Weber, J. & Plotts, C., (2008). *Emotional and behavioral disorders: Theory and practice (5th ed.)* Boston: Allyn and Bacon.
- Wicks-Nelson, R. & Israel A.C. (2009). *Behavior disorders of childhood (7th ed.)* New Jersey: Pearson Ed.
- Wilmshurst, L. (2011). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία: Μία Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Gutenberg.
- Wilson, S., & Durbin, E. (2010). *Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review*. Clinical Psychology Review, 30, 167-180.

Woolfolk, A. (2007). *Εκπαιδευτική Ψυχολογία*. (Ε. Μακρή – Μπότσαρη, επιμ., & Μ. Μπαρμπάτση, Μεταφρ.) Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.

Χρηστάκης, Κ.(2010). *Προβλήματα Συμπεριφοράς στη σχολική ηλικία: Τάσεις και προοπτική*. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.dyslexiagoneis.gr/view.asp?ItemID=57&ns=1&mcid=9&cid=23&scid=16&page=6>
(23/1/2016)

Yoleri, S. (2013a). *The predictive effects of the behaviour problem variables on peer victimisation in preschool children*. *Early Child Development and Care*. doi: 10.1080/03004430.2013.804071.

Ζαφειριάδης Κ., (2002) *Οι μαθητές από τις ειδικές τάξεις, οι οποίοι φοιτούν στο γυμνάσιο: κοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά, κίνητρα για μάθηση, σχολική επίδοση και προσαρμογή*: Πανεπιστήμιο Αιγαίου. Διατίθεται στο: <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/14478#page/1/mode/2up>

Zisser, A., & Eyberg, S. M. (2010). *Treating oppositional behavior in children using parent-child interaction therapy*. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 179–193). New York: Guilford.

Zeanah (2009) *Handbook of Infant Mental Health*

<http://www.paidi-kosmos.gr/component/content/article/1-one-child-one-world>

<https://www.fainareti.gr/el/>

<http://child-psychiatry.med.uoa.gr/programmata-proagwgis-cyxikis-ygeias/proimh-parembash-se-oikogeneies-brefon-kai-nhpiwn.html>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σχολή Επιστημών της Αγωγής
Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης

Υπεύθυνη έρευνας: Στεφανίδου Ι. Μαρία, Α.Μ: 21099

Επιβλέπων έρευνας: Αντωνίου Αλέξανδρος – Σταμάτιος, Αναπλ. Καθηγητής

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑ-ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟ-ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ
(ΕΔΕΠ) ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ**

Εισαγωγικό Σημείωμα:

Το ερωτηματολόγιο που κρατάτε αποτελεί μέρος της έρευνας που πραγματοποιείται στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας με θέμα : «Ενδο-προσωπική και Δια-προσωπική Προσαρμογή και Ψυχική Υγεία παιδιών νηπιακής ηλικίας. Προγράμματα Πρώιμης παρέμβασης.»

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι να αναδειχθεί κατά πόσο τα προβλήματα ενδο-προσωπικής (εσωτερίκευσης-ψυχοσυναισθηματικά) και δια-προσωπικής (εξωτερίκευσης-κοινωνικά, προβλήματα συμπεριφοράς) προσαρμογής εμφανίζονται από την πρώιμη νηπιακή ηλικία και ποια από τα δύο εμφανίζονται συχνότερα σε ποιο από τα δύο φύλλα. Επίσης σκοπός είναι να πραγματοποιηθεί και μια συγκριτική μελέτη ανάμεσα στα αποτελέσματα των γονιών και των εκπαιδευτικών στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, ώστε να δοθεί μία πληρέστερη εικόνα για το προφίλ προσαρμογής που εμφανίζουν τα παιδιά ηλικιακού φάσματος 2-6 ετών.

Δείγμα της έρευνας αποτελούν τόσο οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (νηπιαγωγοί-βρεφονηπιοκόμοι), όσο και οι γονείς παιδιών ηλικίας 2-6 ετών, οι οποίοι καλούνται με βάση τις εμπειρίες τους και τις γνώσεις τους να απαντήσουν στις παρακάτω ερωτήσεις. Η συμμετοχή τους είναι σημαντική για την ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας και της έκβασης των αποτελεσμάτων. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και είναι απαραίτητο να συμπληρωθούν όλες οι ερωτήσεις.

Μέρος Α': Δημογραφικά στοιχεία

Στοιχεία παιδιού

Αγόρι Κορίτσι

-Ετος γέννησης _____

-Πηγαίνει σε Παιδικό σταθμό Νηπιαγωγείο Τίποτα από τα δύο

Στοιχεία αξιολογητή1.Πατέρας Μητέρα

-Ηλικία (έτη): _____

-Οικογ. κατάσταση: Παντρεμένος-Συζών Άγαμος/η
Διαζευγμένος/η Άλλο

-Γραμματικές γνώσεις μητέρας:

Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο ΑΕΙ-ΤΕΙ Μεταπτυχιακές σπουδές
Διδακτορικό

-Γραμματικές γνώσεις πατέρα:

Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο ΑΕΙ-ΤΕΙ Μεταπτυχιακές σπουδές
Διδακτορικό

-Εργασιακή κατάσταση μητέρας:

Εργαζόμενος Άνεργος Ημιαπασχόληση

-Εργασιακή κατάσταση πατέρα:

Εργαζόμενος Άνεργος Ημιαπασχόληση 2.Εκπαιδευτικός -Φύλο: Άντρας Γυναίκα

-Ηλικία (έτη): _____

-Ειδικότητα: Βρεφονηπιοκόμος Νηπιαγωγός Δάσκαλος -Εργάζεστε σε: Δημόσιο σχολείο Ιδιωτικό σχολείο Φύλαξη παιδιών κατ' οίκον -Πόσες ώρες την ημέρα είστε με το παιδί; -Πόσους μήνες γνωρίζετε το παιδί; **Μέρος Β': Ερωτηματολόγιο Δια-Προσωπικής και Ενδο-Προσωπικής Προσαρμογής**

Οδηγίες Συμπλήρωσης: Στις επόμενες σελίδες, ακολουθούν μερικά χαρακτηριστικά που παρατηρούμε στην καθημερινή συμπεριφορά των παιδιών (στο σπίτι, στο σχολείο, στο παιχνίδι, στην εξοχή). Παρακαλούμε απαντήστε έχοντας υπόψη σας πάντοτε τα χαρακτηριστικά κάθε παιδιού.

Κυκλώστε για κάθε δήλωση τον αριθμό που αντιπροσωπεύει την κατάσταση του παιδιού αντίστοιχα: **0: Δεν αποτελεί πρόβλημα για το παιδί 1: Αποτελεί σχετικά μικρό πρόβλημα για το παιδί 2: Αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για το παιδί**

Δήλωση

1.	Θέλει να γίνεται ολοένα το δικό του. Πεισματάρικο.	0	1	2
2.	Όλη την ώρα χαζεύει - τεμπελιάζει - κάθεται νωχελικά.	0	1	2
3.	Δεν έχει παρέες. Προτιμάει να μένει μόνο του.	0	1	2
4.	Παρουσιάζει συχνά δερματική αλλεργία, φαγούρα.	0	1	2
5.	Προκαλεί καυγάδες - αντιδικίες, εριστική διάθεση.	0	1	2
6.	Το απασχολεί ο εαυτός του, δε νιώθει άνετα, βρίσκεται σε αμηχανία.	0	1	2
7.	Παραπονιέται συχνά ότι έχει πονοκεφάλους.	0	1	2
8.	Ντροπαλό - συνεσταλμένο.	0	1	2
9.	Αντιμιλάει - είναι όλο αντιρρήσεις - πνεύμα αντιλογίας.	0	1	2
10.	Νιώθει μοναξιά - πλήξη, ανία.	0	1	2
11.	Βρίσκεται σε υπερένταση - Δεν μπορεί να ηρεμήσει.	0	1	2
12.	Κάνει τον παλικαρά - το νταή - εκτοξεύει συνεχώς απειλές.	0	1	2
13.	Αποφεύγει να αναμιχθεί, προτιμά να μένει αμέτοχο, απόμακρο.	0	1	2
14.	Κλαίει με το παραμικρό - ξεσπάει εύκολα σε κλάματα - κλαίει πολύ.	0	1	2
15.	Κάνει το αντίθετο από αυτό που του ζητούν, αρνητισμός.	0	1	2
16.	Μιλάει ελάχιστα, είναι λιγομίλητο.	0	1	2
17.	Πιστεύει ότι δε θα τα καταφέρει. Έλλειψη αυτοπεποίθησης	0	1	2
18.	"Πιάνεται στα χέρια" - παλεύει με τ άλλα παιδιά, κτυπάει τα άλλα παιδιά.	0	1	2
19.	Παραπονιέται συχνά ότι έχει ζαλάδες - ιλιγγούς.	0	1	2
20.	Καταστρέφει ξένα πράγματα, προκαλεί σκόπιμα φθορά σε ξένη περιουσία	0	1	2
21.	Σχολαστικότητα στην καθαριότητα, στην τάξη, στην εκτέλεση εργασιών	0	1	2
22.	Στριγγλίζει, χτυπιέται κάτω, εκρήξεις θυμού.	0	1	2
23.	Εύκολα ταραίζεται και τα χάνει.	0	1	2
24.	Φόβοι για ακίνδυνα πράγματα (σκοτάδι, κατοικίδια ζώα)	0	1	2

25.	Έχει κακές παρέες.	0	1	2
26.	Παραπονιέται ότι νιώθει ναυτία, κάνει συχνά εμετό	0	1	2
27.	Υπερευαίσθητο, πληγώνεται με την παραμικρή παρατήρηση - κριτική.	0	1	2
28.	Επιμένει φορτικά να μονοπωλεί την προσοχή των άλλων.	0	1	2
29.	Μένει απαθής, νωθρό.	0	1	2
30.	Νομίζει ότι οι άλλοι το κοροϊδεύουν, το ειρωνεύονται.	0	1	2
31.	Ζηλεύει τα άλλα παιδιά.	0	1	2
32.	Βυζαίνει τα δάχτυλα.	0	1	2
33.	Δειλό, άτολμο, πάντα φοβισμένο.	0	1	2
34.	Κλέβει χρήματα ή πράγματα.	0	1	2
35.	Καυχείται, κομπάζει, κάνει το σπουδαίο, τον καμπόσο.	0	1	2
36.	Παρουσιάζει συχνά αλλεργικό συνάχι /αλλεργικό άσθμα.	0	1	2
37.	Άκεφο - μελαγχολικό - κατηφές - θλιμμένο.	0	1	2
38.	Το "σκάει" από το σχολείο, έχει πολλές αδικαιολόγητες απουσίες.	0	1	2
39.	Δε δείχνει ενδιαφέρον για ό,τι γίνεται γύρω του, ζει σε δικό του κόσμο.	0	1	2
40.	Φαίνεται να μη μαθαίνει από τα σφάλματά του.	0	1	2
41.	Νιώθει διαρκώς κουρασμένο νιώθει χρόνια κόπωση.	0	1	2
42.	Δεν ξέρει να παίζει και να χαιρείται.	0	1	2
43.	Έλλειψη συνεργατικότητας σε ομαδικές δραστηριότητες.	0	1	2
44.	Βρίζει χυδαία, βλασφημεί.	0	1	2
45.	Αθόρυβο, περνάει απαρατήρητο, σαν να μην είναι "παρών".	0	1	2
46.	Εκρηκτική συμπεριφορά, βίαια ξεσπάσματα.	0	1	2
47.	Νιώθει ότι είναι ανεπιθύμητο, ότι δεν το αγαπάνε.	0	1	2
48.	Επιτίθεται και χτυπάει τα άλλα παιδιά, θεωρείται επικίνδυνο.	0	1	2
49.	Δεν ανακοινώνει τις σκέψεις του - τις επιθυμίες του.	0	1	2
50.	Αρπάζεται εύκολα, ευέξαπτο, ευερέθιστο.	0	1	2

51.	Δείχνει σαν να το απασχολεί κάτι -κάποια έγνοια - πάντα σκεπτικό.	0	1	2
52.	Ονειροπόληση, αφηρημάδα, απλανές βλέμμα.	0	1	2
53.	Αρνείται να εκτελέσει τις υποχρεώσεις του.	0	1	2
54.	Δε νιώθει καμία ενοχή ή μεταμέλεια, όταν σφάλλει.	0	1	2
55.	Καχύποπτο, δεν εμπιστεύεται κανέναν.	0	1	2
56.	"Βρέχεται" στον ύπνο του, ενούρηση.	0	1	2
57.	Δείχνει απέχθεια προς το σχολείο.	0	1	2
58.	Καθόλου διεκδικητικό, υπερβολικά υποχωρητικό.	0	1	2
59.	Ενοχλεί τους άλλους, δεν τους αφήνει σε ησυχία.	0	1	2
60.	Φοβάται μήπως κάνει κάτι κακό άσχημο	0	1	2
61.	Λέει "μελετημένα" ψέματα.	0	1	2
62.	Σπαστικές - ακούσιες κινήσεις - τίκ.	0	1	2
63.	Δεν μπορεί να καθίσει φρόνιμα, ενοχλητικό, ζιζάνιο.	0	1	2
64.	Ανέκφραστο άτομο.	0	1	2
65.	Αγωνία μήπως δεν είναι τέλειο σε ότι κάνει, τελειομανία.	0	1	2
66.	Καταστροφική διάθεση για δικά του πράγματα.	0	1	2
67.	Κάνει κατεργαριές για να κοροϊδέψει - εξαπατήσει τους άλλους.	0	1	2
68.	Διαταραχές ύπνου: νυκτερινοί εφιάλτες, νυκτοβασία αϋπνία.	0	1	2
69.	Νομίζει ότι οι άλλοι θέλουν το κακό του, ότι το έχουν βάλει "στο μάτι"	0	1	2
70.	Απαιτεί να ικανοποιούνται οι επιθυμίες του αμέσως - εδώ και τώρα.	0	1	2
71.	Αλλάζει απότομα - ξαφνικά διάθεση, απρόβλεπτο.	0	1	2
72.	Είναι αδίστακτο, δεν έχει καθόλου αναστολές.	0	1	2
73.	Συμμετέχει σε βανδαλισμούς ή άλλες παράνομες πράξεις.	0	1	2
74.	Τρώει τα νύχια του στο ονυχοφαγία.	0	1	2
75.	Άσχημη γλώσσα: βρίζει λέει βρομόλογα, αυθαδιάζει.	0	1	2
76.	Τραυλισμός.	0	1	2
77.	Νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτα, ότι είναι άχρηστο, συναισθημα μειονεξίας.	0	1	2

78.	Σκόπιμη καθυστέρηση να πάει στο σχολείο ή να μπει στην τάξη	0	1	2
79.	Θορυβώδης, φωνακλός - ταραχοποιός	0	1	2
80.	Ανυπάκουο, απείθαρχο, δεν "ακούει" κανένα.	0	1	2
81.	Παραπονιέται συχνά ότι έχει κοιλόπονους - στομαχόπονους.	0	1	2
82.	Νιώθει πολλές ενοχές.	0	1	2
83.	Το "σκάει" απ' το σπίτι.	0	1	2
84.	Διαταραχές διατροφής: ανορεξία, βουλιμία (ακατάσχετη πείνα), αποστροφή προς ορισμένα εδέσματα (π.χ. το τυρί)	0	1	2
85.	"Λερώνεται" πάνω του, εγκόπριση.	0	1	2
86.	Αγωνία μήπως δεν ευχαριστήσει όλους.	0	1	2
87.	Κακία, εχθρότητα, μίσος για τους άλλους.	0	1	2
88.	Κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (οινοπνευματώδη, ναρκωτικά).	0	1	2
89.	Δεν μπορεί να διώξει από το μυαλό του ορισμένες σκέψεις, έχει έμμονες ιδέες.	0	1	2
90.	Δεν ικανοποιείται με τίποτα, μεμψίμοιρο, γκρινιάρικο.	0	1	2
91.	Το στενοχωρεί η εμφάνισή του, νομίζει ότι είναι άσχημο.	0	1	2
92.	Συμπεριφέρεται σα "μικρομέγας".	0	1	2
93.	Υπνηλία "νυσταλέο".	0	1	2
94.	Δείχνει αδιαφορία για την επιδοκιμασία ή την αποδοκιμασία των "μεγαλύτερων"	0	1	2
95.	Αποφεύγει τις ομαδικές εκδηλώσεις: εκδρομές, πάρτι.	0	1	2
96.	Φοβάται να πάει σχολείο	0	1	2
97.	Δεν εμμένει να τελειώσει ότι αναλαμβάνει, τα αφήνει "στη μέση"	0	1	2
98.	Δεν μπορεί να καθίσει σε ένα μέρος, κινείται "σαν σβούρα" Υπερκινητικότητα.	0	1	2
99.	Υπερβολικά εξαρτημένο, προσκολλημένο στους μεγάλους.	0	1	2
100.	Συμπεριφέρεται σα να είναι μικρότερης ηλικίας	0	1	2
101.	Παρασύρεται εύκολα από τους άλλους.	0	1	2
102.	Προτιμάει να κάνει παρέα με μικρότερα παιδιά.	0	1	2

103.	Αδέξιο, ζημιάρικο, επιρρεπές στα ατυχήματα, έλλειψη συντονισμού κινήσεων.	0	1	2
104.	Ενεργεί χωρίς να σκέπτεται, παρορμητικό.	0	1	2
105.	Δεν μπορείς να το εμπιστευτείς είναι ανεύθυνο.	0	1	2
106.	Υπεραπασχόληση με τα θέματα της ερωτικής ορμής, πρώιμος αυνανισμός.	0	1	2
107.	Είναι παχύσαρκο - χοντρό	0	1	2
108.	Έχει κάποιο σωματικό ελάττωμα- δυσμορφία.	0	1	2
109.	Συμπεριφέρεται σαν να ανήκει στο άλλο φύλο.	0	1	2
110.	Σκόπιμοι αυτοτραυματισμοί, απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει.	0	1	2

Τι άλλο σχετικό πρόβλημα παρατηρείτε στη συμπεριφορά του παιδιού

Υπενθυμίζουμε ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και είναι απαραίτητο να συμπληρωθούν όλες οι ερωτήσεις. Παραμένουμε στη διάθεσή σας,

Στεφανίδου Μαρία: marostefa@hotmail.com, 6942535479

Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο σας