



---

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

« Προγράμματα ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων για μαθητές με συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές»

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Κωστένη Αικατερίνη

ΑΕΜ: 4227

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κος Μαυροπαλιάς Τρύφων

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ Β' : κα Βάσιου Αικατερίνη

ΦΛΩΡΙΝΑ, 2019-2020

## Περιεχόμενα

---

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ & ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β: ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	15
1. Αγχώδεις διαταραχές.....	16
1.1 Γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (ΓΑΔ).....	18
1.2 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.....	21
1.3 Ειδική φοβία.....	25
1.4 Κοινωνική Φοβία ή κοινωνικό άγχος.....	29
1.5 Διαταραχή πανικού.....	33
1.6 Διαταραχή μετατραυματικού στρες.....	36
1.7 Επιλεκτική αλαλία.....	39
1.8 Αγοραφοβία.....	44
2. Κατάθλιψη.....	48
3. Διπολική Διαταραχή.....	53
4. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ).....	60
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

---

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τρόπους με τους οποίους ο εκπαιδευτικός θα μπορεί να βοηθήσει αλλά και να αναπτύξει τις κοινωνικές δεξιότητες των μαθητών του, οι οποίοι κατακλύζονται από συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαταραχές. Πολλές φορές λόγω του γεγονότος ότι οι εκπαιδευτικοί δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και υπάρχει έλλειψη τεχνικών και γνώσεων, δεν μπορούν να παρατηρήσουν ότι οι συμπεριφορές συγκεκριμένων παιδιών δεν κινούνται στα φυσιολογικά όρια και χρειάζονται προσαρμοσμένη μεταχείριση. Εάν οι προβληματικές συμπεριφορές δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα και κατάλληλα στο πλαίσιο του σχολείου και της οικογένειας, μπορεί να μετατραπούν σε επίμονες αντικοινωνικές διαταραχές που πιθανόν να διαρκέσουν έως και την ενήλικη ζωή.

Τα παιδιά με συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές δυσκολεύονται σε όλους τους τομείς να αναπτύξουν τις αντίστοιχες δεξιότητες. Τα προγράμματα παρέμβασης που προτείνονται σε ένα μεγάλο βαθμό βασίζονται στη διδασκαλία δεξιοτήτων. Είναι σημαντικό τα παιδιά και οι έφηβοι να αντιδρούν θετικά σε αυτού του είδους τις παρεμβάσεις και να επωφελούνται. Ωστόσο, όταν δεν έρθουν τα επιθυμητά αποτελέσματα η παρέμβαση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί από κάποιον ειδικό.

Συνοψίζοντας, η έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση επηρεάζουν σημαντικά την έκβαση των διαταραχών και την εξέλιξη των παιδιών με διάφορων ειδών προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθηματικών δυσκολιών ( Campbell et al. 2014). Κατανοώντας έγκαιρα την ψυχική ατομική και οικογενειακή δυναμική των προβλημάτων συμπεριφοράς και των συναισθηματικών δυσκολιών και εντοπίζοντας τους παράγοντες κινδύνου, κάνουμε ένα σημαντικό βήμα για την πρόληψη και παρεμπόδιση της εμφάνισης σοβαρότερων και πιο πολύπλοκων διαταραχών στην μετέπειτα ζωή των παιδιών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

## ABSTRACT

The purpose of this paper is to highlight ways in which the teacher can help and develop the social skills of students, who are overwhelmed by emotional or behavioral disorders. Due to the fact that many teachers are not properly trained and there is a lack of techniques and knowledge, they cannot notice that the behaviors of specific children do not move to normal limits and need adjusted treatment. If problem behaviors are not addressed in a timely and appropriate manner within the school and family, they can become persistent antisocial disorders that may last as long as adulthood.

Children with emotional and behavioral disorders find it difficult to develop the appropriate skills in all areas. The intervention programs proposed to a large extent are based on the teaching of skills. It is important that children and adolescents respond positively to such interventions and benefit. However, when the desired results do not come, the intervention should be performed by a specialist.

In summary, early recognition and intervention significantly affect the outcome of disorders and the development of children with different types of behavioral problems and emotional difficulties (Campbell et al. 2014). By understanding the individual and family dynamics of behavioral problems and emotional difficulties in a timely manner and identifying risk factors, we are taking an important step in preventing and preventing the occurrence of more serious and complex disorders in children's lives later .

## KEYWORDS

social skills, emotional difficulties, behavioral difficulties, educational intervention, special educational needs of children

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο κοινωνικές δεξιότητες νοούνται συγκεκριμένες συμπεριφορές που αποτελούν προϊόντα μάθησης, περιλαμβάνουν πρωτοβουλίες και αποκρίσεις στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, μεγιστοποιούν τις πιθανότητες κοινωνικής ενίσχυσης, είναι αλληλεπιδραστικές, εξαρτώνται από την κατάσταση και αποτελούν στόχους για παρέμβαση (Merrell & Gimpel, 2014). Σχεδόν ομόφωνα, τα ευρήματα των ερευνών συμφωνούν στο ότι οι κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες παρουσιάζουν κάποια προβλήματα σε σύγκριση με εκείνες των παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Gresham & Reshly, 1986·Vaughn, Zaragosa, Hogan & Walker, 1993·Wiener & Tardif, 2004, όπως παρατίθεται στο Κουρκούτας Η. (2017)). Μέσα από την παρούσα εργασία θα παρουσιάσουμε τρόπους και τεχνικές με τις οποίες μπορεί να παρέμβει ο εκπαιδευτικός και όχι μόνο, για να αναπτύξει αυτές τις δεξιότητες των συγκεκριμένων παιδιών.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται τα κύρια χαρακτηριστικά των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Δεν μπορούμε να ορίσουμε τους δύο παραπάνω όρους με έναν συγκεκριμένο ορισμό, παρ' όλα αυτά προσπαθούμε να είμαστε όσο τον δυνατόν αντικειμενικότεροι. Γίνεται διάκριση των δυο αυτών διαταραχών, ωστόσο μπορούμε να παρατηρήσουμε πως πολλές φορές τα προβλήματα συμπεριφοράς συνδέονται άμεσα με τις συναισθηματικές δυσκολίες. Γενικότερα, ερχόμαστε σε μια πρώτη επαφή με αυτές τις δύο έννοιες, να της κατανοήσουμε για να μπορέσουμε να περάσουμε στο επόμενο κεφάλαιο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο υπάρχουν αναλυτικά τα είδη των διαταραχών. Παρουσιάζεται κάθε διαταραχή ξεχωριστά, αναφέροντας τα χαρακτηριστικά της αλλά και τα αίτια, τις συνέπειες και την εμφάνιση της στην παιδική και εφηβική ηλικία. Στην πορεία προτείνεται η εκπαιδευτική παρέμβαση αλλά και η παρέμβαση που μπορεί να παραχθεί πέρα από τα όρια του σχολείου ή και σε συνεργασία με τον ίδιο τον εκπαιδευτικό. Προτείνεται δηλαδή, ψυχοθεραπευτική παρέμβαση όπου

κρίνεται αναγκαίο όπως επίσης και χρήση φαρμάκων την οποία θα χορηγήσει κάποιος ειδικός.

---

Η παρέμβαση μπορεί να είναι αποτελεσματική και να διαρκέσει στο χρόνο αν συνεργαστούν οι εκπαιδευτικοί, οι γονείς και οι ειδικοί, ακολουθώντας κοινή γραμμή. Η αντιμετώπιση κάθε παιδιού με κάποιο συγκεκριμένο περιστατικό πρέπει να μελετάται ως μοναδική και να βασίζεται στις εμπειρίες, την προσωπικότητά του και τις οικογενειακές συνθήκες. Είναι προφανές πως η τιμωρητική διάθεση, η επίδειξη εξουσίας και οι στερεοτυπικές αντιλήψεις οδηγούν το άτομο σε ένα φαύλο κύκλο και εντείνουν την επιθετική και προβληματική συμπεριφορά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ & ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

---

Δεν θα μπορούσαμε να προσδιορίσουμε με ένα σαφή ορισμό τι ακριβώς είναι οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Αυτό συμβαίνει γιατί οι λόγοι είναι πολλοί. Αν και έχει δοθεί πληθώρα ορισμών για τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές, δεν έχει παραχθεί ένας αντικειμενικός ορισμός, ο οποίος να υποστηρίζεται και γίνεται κοινά αποδεχτός σε διεθνές επίπεδο. Γι' αυτό το λόγο, πριν ψάξουμε να βρούμε τι είναι οι παραπάνω διαταραχές, ας αναρωτηθούμε «τι είναι το φυσιολογικό;». Σύμφωνα με τον Emerson (1998), η έννοια της διαταραγμένης συμπεριφοράς είναι κοινωνική κατασκευή και δεν υπάρχει σαφής συμφωνία για το τι τελικά σημαίνει «ψυχική υγεία».

Οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές παρατηρούνται ιδιαίτερα από την προσχολική έως την εφηβική ηλικία. Σε αυτή την περίοδο της ζωής τους τα παιδιά εμφανίζουν γενικά σε διάφορες στιγμές «ακατάλληλες συμπεριφορές». Έτσι στο σημείο αυτό, μπορούμε να αναρωτηθούμε πόσο διαφορετική και ασύμβατη με το φυσιολογικό θα πρέπει να είναι η συμπεριφορά του νέου έτσι ώστε να χαρακτηριστεί ως προβληματική. Οι νόρμες για το τι αντιλαμβανόμαστε την προβληματική συμπεριφορά, διαφέρει με βάση το πολιτιστικό και κοινωνικό πλαίσιο. Επιπλέον, τα παιδιά με συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές παρουσιάζουν συννοσηρότητα με αποτέλεσμα να μην μπορεί να προσδιοριστεί επακριβώς αν η μια κατάσταση αποτελεί αίτιο ή απόρροια της άλλης (Heward, 2011). Συνεπώς, η ποικιλία των συμπτωμάτων αλλά και οι συνθήκες και ο τόπος που εκδηλώνονται να εντείνουν τις δυσκολίες ορισμού (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Από τους πολλούς ορισμούς που ακούγονται, δύο είναι αυτοί που έχουν την μεγαλύτερη επίδραση ο καθολικός της Νομοθετικής Πράξης για την Εκπαίδευση των Ατόμων με Αναπηρίες (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) και ο ορισμός του Συμβουλίου για τα Παιδιά με Συμπεριφορικές Διαταραχές (Council for Children with Behavioral Disorders, CCBD) που αργότερα υιοθετήθηκε από τον Εθνικό Συνασπισμό Ψυχικής Υγείας και Ειδικής Αγωγής (National Mental

Healthand Special Education Coalition) (Heward, 2011). Η IDEA ορίζει τη συναισθηματική διαταραχή ως:

- I. Μια συνθήκη εκδήλωσης ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω χαρακτηριστικά για μακρά χρονική περίοδο και σε τέτοιο ικανό βαθμό ώστε να επηρεάζονται αρνητικά οι ακαδημαϊκές επιδόσεις του παιδιού :
  - Ακαδημαϊκές δυσκολίες που δεν σχετίζονται με την πνευματική και σωματική κατάσταση του παιδιού
  - Δυσκολίες στη δημιουργία αλλά και διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων
  - Εμφάνιση κατάθλιψης ή μιας γενικής «δυστυχίας»
  - Εμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων σε σχέση με προσωπικά, σχολικά κ.α προβλήματα (Heward, 2011).
  
- II. Στη συναισθηματική διαταραχή συμπεριλαμβάνεται η σχιζοφρένεια, ως ακραία μορφή ψυχικών/ γνωστικών διαταραχών. Ο όρος δεν αναφέρεται σε παιδιά που είναι κοινωνικά δυσπροσάρμοστα, εκτός και αν, σύμφωνα με την παράγραφο (I), προσδιορίζεται ότι έχουν συναισθηματική διαταραχή (P.L. 108-446, 20 C.F.R. §300.8[c][4]).

Ωστόσο, ο παραπάνω ορισμός παρουσίασε κάποια ασαφή στοιχεία, με αποτέλεσμα να αμφισβητείται η εγκυρότητα του. Οι αδυναμίες αυτές βρίσκονται στο ακαθόριστο του όρου «ακατάλληλη συμπεριφορά» και στο γεγονός ότι δεν περιλαμβάνονται οι διαφορετικές προσδοκίες εκπαιδευτικών και γονέων, προσδοκίες οι οποίες διαφέρουν ανάλογα το εθνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο των παιδιών (Heward, 2011).

Ο ορισμός που προτάθηκε από το Συμβούλιο για τα παιδιά με Συμπεριφορικές Διαταραχές ( Council for Children with Behavioral Disorder- CCBD) αναφέρει ότι:

- I. Ο όρος «συναισθηματική και συμπεριφορική διαταραχή» σημαίνει μια αναπηρία που χαρακτηρίζεται από συναισθηματικές ή συμπεριφορικές αντιδράσεις στα σχολικά προγράμματα τόσο διαφορετικές από τα κατάλληλα ηλικιακά, πολιτισμικά ή εθνικά πρότυπα που επηρεάζουν αρνητικά την εκπαιδευτική επίδοση,



συμπεριλαμβανομένων των ακαδημαϊκών, κοινωνικών, επαγγελματικών ή προσωπικών δεξιοτήτων· πρόκειται για:

- κάτι περισσότερο από προσωρινές, αναμενόμενες αντιδράσεις σε στρεσογόνα γεγονότα του περιβάλλοντος
- εκδηλώνεται με συνέπεια και σταθερότητα σε δύο διαφορετικά πλαίσια, εκ των οποίων το ένα τουλάχιστον σχετίζεται με το σχολείο
- παρατηρείται μη δεκτικότητα στην άμεση παρέμβαση στη γενική εκπαίδευση, ή η κατάσταση του παιδιού είναι τέτοια που η παρέμβαση στο πλαίσιο της γενικής εκπαίδευσης είναι ανεπαρκής.

II. Οι συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαταραχές μπορούν να συνυπάρχουν με άλλες αναπηρίες.

III. Η κατηγορία αυτή ενδεχομένως να περιλαμβάνει παιδιά και νέους με σχιζοφρενική διαταραχή, συναισθηματική διαταραχή, αγχώδη διαταραχή ή άλλη υφιστάμενη διαταραχή της διαγωγής ή της προσαρμογής που επηρεάζει το παιδί, εφόσον η διαταραχή επηρεάζει την εκπαιδευτική επίδοση (Heward, 2011,).

Όπως αναφέρεται στο Heward (2011) ο ορισμό του CCBD (2000) παρουσιάζει μια σειρά από πλεονεκτήματα:

- Εστιάζει άμεσα στη συμπεριφορά του παιδιού στα σχολικά πλαίσια.
- Θέτει τη συμπεριφορά στα πλαίσια των κατάλληλων ηλικιακών, εθνικών και πολιτισμικών προτύπων.
- Δεν κάνει «ανούσιες» διακρίσεις μεταξύ κοινωνικής και συναισθηματικής δυσπροσαρμοστικότητας.

Σύμφωνα με τους Sylvia McNamara και Gill Moreton (1996), (όπως αναφέρεται στην Πολυχρονοπούλου Σ., 2013), ένας χρήσιμος τρόπος για τους εκπαιδευτικούς να εκτιμήσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς είναι να δουν τη συμπεριφορά του μαθητή τους ως αποτέλεσμα των συναισθημάτων του και επιπλέον να κατανοήσουν, ότι τα συναισθήματα αυτά δεν είναι σπάνια, περίεργα και παράλογα. Αντίθετα, μοιάζουν σε μικρο έως και μεγάλο βαθμό με τα συναισθήματα πολλών άλλων παιδιών που δεν χαρακτηρίζονται ως «προβληματικά». Ωστόσο, σύμφωνα με τους

παραπάνω ερευνητές, τα συναισθήματα που εκδηλώνει ένα παιδί όταν εκρήγνυται δεν διαφέρουν από αυτά των υπόλοιπων παιδιών. Τα συναισθήματα που βιώνουν οι μαθητές είναι πανομοιότητα με τη μόνη διαφορά την εκδήλωσή τους. Κάποιοι μαθητές καταφέρνουν να καταπνίγουν αυτά τα συναισθήματα μέχρι το διάλειμμα ή τη λήξη της σχολικής μέρας, όποτε ξεφαντώνουν και εκτονώνονται, και άλλοι να τα εκδηλώνουν ως επιθετικότητα, απόσυρση ή απομόνωση. Το Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ) και το Ερωτηματολόγιο Δια-προσωπικών και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ) έχει αποδειχθεί ότι βοηθούν τόσο τους γονείς όσο και τους εκπαιδευτικούς στον εντοπισμό και την αναγνώριση προβληματικών συμπεριφορών των παιδιών ( Πολυχρονοπούλου Σταυρούλα, Αθήνα 2013).

Δεν είναι δύσκολα να εξηγήσουμε για πιο λόγο κάποια παιδιά μπορεί να εμφανίσουν έντονα συναισθήματα. Να βρίσκονται μέσα σε μια τάξη με τριάντα άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας, να συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα με πολλούς και πολύπλοκους κανόνες και νόρμες, να συνεργάζονται με ενήλικες που βρίσκονται σε θέση εξουσίας, είμαι μερικούς από τους παράγοντες που τα παιδιά βιώνουν έντονα συναισθήματα. Τώρα το θέμα είναι πότε αυτή η συμπεριφορά είναι προβληματική και αυτό θα το ανακλύσουμε εξερευνώντας πρώτα τις περιπτώσεις που η συμπεριφορά δεν είναι προβληματική. Ωστόσο δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι:

- Δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ παθολογικής και φυσιολογικής συμπεριφοράς.
- Δεν παίρνει η προβληματική συμπεριφορά τις ίδιες μορφές στις διάφορες ηλικίες.
- Δεν είναι προβληματική κάθε ενοχλητική συμπεριφορά.
- Δεν πρέπει να αξιολογηθεί και να κατανοηθεί η προβληματική συμπεριφορά έξω από το πολιτισμικό πλαίσιο όπου ζει και δρα το παιδί.

Υπάρχει ένα συνεχές συμπεριφοράς που εκδηλώνεται από διαφορετικά παιδιά καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, ο χαρακτηρισμός της οποίας ως «προβληματική» ή «μη προβληματική» εξαρτάται από το που θα τραβήξει ο περίγυρος ( ο εκπαιδευτικός, το σχολείο, η οικογένεια, η

κοινωνία γενικότερα) τη γραμμή που ξεχωρίζει την αποδεκτή από την μη αποδεκτή συμπεριφορά (McNamara και Moreton ,1996).

Πολλές θεωρίες και εννοιολογικά μοντέλα έχουν προταθεί για τα αίτια των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Πρόκειται ιδιαίτερα για βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

#### I. Βιολογικοί Παράγοντες:

- Εγκεφαλικές διαταραχές. Πρόκειται για εγκεφαλική δυσγενεία, δηλαδή μη φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου ή εγκεφαλική βλάβη, το οποίο εμφανίζεται από τραύμα ή ασθένεια που επηρεάζει τη δομή ή τη λειτουργία του εγκεφάλου. Όμως για τα περισσότερα παιδιά με συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές, το ποσοστό εμφάνισης των διαταραχών λόγω εγκεφαλικών διαταραχών είναι χαμηλό. Οι εγκεφαλικές διαταραχές επηρεάζουν το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ατόμου όπως το να παρουσιάζουν δυσκολία να αντιληφθούν το χιούμορ ή τα κοινωνικά συνθήματα (Heward, 2011, Landrum, 2011)
- Γενετικοί παράγοντες. Οι γενετικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση διαταραχών αφού ορισμένα παιδιά γεννιούνται με την προδιάθεση να εκδηλώσουν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Πολυχρονοπούλου, 2013).
- Ιδιοσυγκρασία. Είναι το στυλ συμπεριφοράς ή ο τρόπος που αντιδρά το άτομο σε διάφορες καταστάσεις. Το κάθε άτομο γεννιέται με διαφορετική ιδιοσυγκρασία και μέχρι τα πρώτα χρόνια της ζωής του παγιώνει τα βασικά γνωρίσματά της που μένουν σταθερά στο πέρασμα του χρόνου και σε διαφορετικές καταστάσεις. Όταν το βρέφος είναι διασπαστικό, κάνει συχνά φασαρία, μπορεί να έχει ενδείξεις «δύσκολης ιδιοσυγκρασίας». Εύκολη ιδιοσυγκρασία στη μικρή ηλικία σχετίζεται σε κάποιο βαθμό με ανθεκτικότητα στο στρες σε μεγαλύτερες ηλικίες ενώ δύσκολη ιδιοσυγκρασία με προβλήματα συμπεριφοράς στην εφηβεία. Γεγονότα (π.χ. γονείς) που μπορεί να μην προκαλέσουν προβλήματα συμπεριφοράς σε ένα παιδί με εύκολη ιδιοσυγκρασία, μπορεί τα ίδια να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς σε άλλο παιδί με δύσκολη ιδιοσυγκρασία.

#### II. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.

- Η σχέση γονέων-παιδιών στα πρώτα χρόνια της ζωής του είναι καθοριστικά στην ανάπτυξη υγιών συμπεριφορών, καθώς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, επηρεάζει σημαντικά τη συναισθηματική ανάπτυξή τους αλλά και τη συμπεριφορά που αυτά θα υιοθετήσουν. Τα παιδιά με συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχουν συχνά ασυνεπείς προσκτικές πειθαρχίας και εφαρμόζουν «σκληρές πρακτικές». Επίσης, οι γονείς πολλές φορές δίνουν λίγο χρόνο σε θετικές δραστηριότητες για τα παιδιά αλλά και δεν ελέγχουν το που βρίσκονται, σε τι είδους δραστηριότητες τα παιδιά τους εμπλέκονται. Όταν τέτοιες συνθήκες χαρακτηρίζουν τη ζωή στι σπίτι, το παιδί «εκπαιδεύεται» κυριολεκτικά στην επιθετικότητα κατά τη διάκριση επεισοδίων με μέλη της οικογένειας.
- Τα περισσότερα παιδιά με συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές δεν διαγιγνώσκονται πριν πάνε στο σχολείο. Ωστόσο, πολλές φορές το σχολείο συμβάλει στην ανάπτυξη του ποσοστού εμφάνισης των συγκεκριμένων διαταραχών. Οι λανθασμένες και αναποτελεσματικές μέθοδοι διδασκαλίας, απροσδιόριστοι κανόνες αρμόζουσας συμπεριφοράς, περιορισμένη επιβράβευση και ασταθείς και τιμωρητικές πρακτικές των δασκάλων ή υπερτονισμός της αρνητικής συμπεριφοράς, η μη αποδοχή της διαφορετικότητας των παιδιών από τους δασκάλους, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι οι μαθητές στα μαθήματα λόγω, αφενός ανυπαρξίας εξατομικευμένης διδασκαλίας και αφετέρου μειωμένου ενδιαφέροντος μαθήματα, σχολικό στρες οδηγούν σε πολλαπλά κοινωνικοσυμπεριφορικά προβλήματα όπως επιθετικότητα, παρορμητικότητα, διαταρακτικότητα, κοινωνική απόσυρση και συναισθηματική ανωριμότητα (Πολυχρονοπούλου, 2017, Heward, 2011, Landrum, 2011). Ωστόσο, το σχολείο αποτελεί έναν σημαντικό φορέα κοινωνικοποίησης του ατόμου που λειτουργεί συμπληρωματικά ως προς την οικογένεια (Κουρκούτας, 2009) και είναι το μέρος όπου ο μαθητής αποκτά ακαδημαϊκές, κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες με θετικό τρόπο (Landrum, 2011).

Ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι δεν υπάρχει μόνο ένας παράγοντας ως αιτία εμφάνισης των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Προκύπτουν ως συσσωρευτικό αποτέλεσμα της έκθεσης του παιδιού σε μια σειρά πραγόντων κινδύνου. Τα παιδιά αυτά, εφόσον δεν πλαισιωθούν και δεν υποστηριχθούν κατάλληλα, διατρέχουν επιπλέον

κίνδυνο να αποκλειστούν μόνιμα από τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές διαδικασίες της τάξης και του σχολείου γενικότερα και να αναπτύξουν επιπλέον δυσκολίες ή αρνητικές συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις (Κουρκούτας, 2011). Ο αποκλεισμός από το εκπαιδευτικό σύστημα και η εγκατάλειψη του σχολείου έχει να κάνει με επίμονες μορφές κοινωνικο-συναισθηματικών προβλημάτων και διαταραχών συμπεριφοράς, καθώς και με περιθωριοποιημένες ή σοβαρά αντικοινωνικές συμπεριφορές στην εφηβεία. Όλο αυτό θα προκαλέσει επιπλέον μεγαλύτερα προβλήματα και θα επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το παιδί. Η διαπαιδαγώγηση των ατόμων με διαταραχές συμπεριφοράς προσπαθεί επομένως με ειδικό τρόπο να εφαρμόσει τις αναγκαίες εντολές και εκπαιδευτικές πράξεις για τα άτομα που παρουσιάζουν πρόβλημα (Hillenbrand Clemens, 2011).

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των παιδιών με συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα στο πλαίσιο του σχολείου, έρευνες δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι «ολιστικές» (εμπλοκή ανάλογα με την περίπτωση της οικογένειας, του εκπαιδευτικού, των συνομηλίκων κ.ο.κ), να είναι λειτουργούν σε πολλά επίπεδα ( μαθησιακό, ψυχολογικό-συναισθηματικό, συμπεριφορικό, γνωστικό κ.λπ.), να είναι «συνθετικές» (να συνδυάζουν σειρά επιμέρους τεχνικών), ενώ συγχρόνως πρέπει να είναι «εξατομικευμένες» (προσαρμοσμένες στις δυσκολίες και ικανότητες του κάθε παιδιού) και «προσωποποιημένες» (να στηρίζονται σε μία σχέση εμπιστοσύνης με το παιδί (Kauffman & Landrum, 2013·Kourkoutas et al., 2015b).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β: ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι μελέτες στα πλαίσια της σχολικής, κλινικής ψυχολογίας, ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης και παιδοψυχιατρικής συνεχίζονται με αποτέλεσμα η σύγχρονη βιβλιογραφία να παρουσιάζει μια διαφορετική κατηγοριοποίηση των συναισθηματικών – συμπεριφορικών διαταραχών. Έτσι, οι συναισθηματικές – συμπεριφορικές διαταραχές διακρίνονται σε «εσωτερικευμένες» (συναισθηματικές) (internalizing/emotional problems/disorder) και «εξωτερικευμένες» (συμπεριφορικές) (externalizing/behavioral problems/ disorders) (Kauffman & Elliot, 2014, Heward, 2011 όπως αναφέρεται στο Κουρκούτας, 2017, σελ. 17).

Ο όρος συναισθηματικές διαταραχές/δυσκολίες (emotional disorders/difficulties) αναφέρεται συνήθως στις καταθλιπτικές/δυσθυμικές διαταραχές, στις αγχώδεις και φοβικές διαταραχές στην παιδική ηλικία, στις ιδεοψυχαναγκαστικές και καταναγκαστικές διαταραχές που θεωρούνται μηχανισμοί άμυνας, διαχείρισης έντονου άγχους, εσωτερικών εντάσεων και συγκρούσεων, συμπεριλαμβανομένων και των σωματικών εκφράσεων του άγχους ( Campo, 2012, όπως αναφέρεται στο Κουρκούτας, 2017), καθώς και στις πιο σοβαρές μορφές έκφρασης των συναισθηματικών προβλημάτων, όπως οι μετατραυματικές διαταραχές, οι αυτοκτονικές τάσεις, οι σοβαρές καταθλιπτικές αντιδράσεις, στην προεφηβική και εφηβική ηλικία (Mash & Wolfe, 2013).

Οι διαταραχές συμπεριφοράς χαρακτηρίζονται από «εξωτερικευμένα» και πιο εύκολα στην παρατήρησή τους σημάδια, όπως η επιθετική συμπεριφορά, η μη υποχωρητική στάση, τα ξεσπάσματα, τα προβλήματα εστίασης της προσοχής και η υπερκινητικότητα. Συχνά, οι διαταραχές συμπεριφοράς εμφανίζονται ως αποτέλεσμα προβληματικών και αντικρουόμενων εμπειριών ή βιωμάτων από την πρώτη παιδική ηλικία και τα παιδιά δεν είναι ικανά να συνδεθούν με έναν ισορροπημένο τρόπο με τον άλλον. Συνήθως συνδέονται συγκρουσιακά, ανταγωνιστικά, επιθετικά, κρατούν τον άλλον σε απόσταση ή προσπαθούν, ασυνείδητα, να τον ελέγχουν με τον τρόπο τους, φοβούμενα ίσως ότι θα βιώσουν κάποιες «τραυματικές» ή άσχημες εμπειρίες που έχουν βιώσει στο σπίτι τους (Ηλίας Ε. Κουρκούτας, 2017).

Τα είδη των διαταραχών αναλυτικά είναι τα εξής:

## 1. Αγχώδεις διαταραχές

Το άγχος, οι ανασφάλειες και οι φοβίες συνιστούν βασικό στοιχείο της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού. Σύμφωνα με τους Beck (1987) και Lazarus (1966 & 1991) [όπως παρατίθεται στις Μπίμπου & Νάκου, (2010) σ. 289], «το άγχος ορίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που εκδηλώνεται ως αντίδραση σε προκλήσεις ή κινδύνους του περιβάλλοντος». Πρόκειται για ένα ανεπιθύμητο συναίσθημα πως κάτι είναι πιθανό να προκύψει, το οποίο δε θα μπορεί να διαχειριστεί το άτομο και καθίσταται φανερό, είτε μέσω της σωματοποίησης του συναισθήματος, είτε μέσω της ψυχολογίας του ατόμου, είτε μέσω της συμπεριφοράς του ατόμου (Μπίμπου & Νάκου, 2010).

Ωστόσο, η διάγνωση της διαταραχής ισχύει για τις περιπτώσεις που το άγχος είναι πολύ περισσότερο από το προσδοκώμενο σε σχέση με την αναπτυξιακή φάση του παιδιού και εμφανίζεται με πολλή ένταση, συχνότητα και διάρκεια, ώστε να του προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Η εκδήλωση των αγχωδών διαταραχών, αλλά και των φοβιών στα παιδιά εξαρτάται από γενετικούς παράγοντες, από οικογενειακούς παράγοντες, από κοινωνικούς παράγοντες, από δύσκολες καταστάσεις που ενδέχεται να βιώσουν κάποια στιγμή τα παιδιά, καθώς επίσης και από τον χαρακτήρα τους (Μπίμπου & Νάκου, 2010). Στις περιπτώσεις που οι ειδικοί παιδοψυχίατροι, σχολικοί ή κλινικοί ψυχολόγοι, ή κατάλληλα εκπαιδευμένοι

ευμένιοι εκπαιδευτικοί διαπιστώνουν ότι το άγχος είναι κυρίαρχο στη συμπεριφορά του παιδιού ή του εφήβου, θα πρέπει να αποφασιστεί ο τρόπος της θεραπευτικής αντιμετώπισης ( Παπαδάτος Γιάννης, 2010).

Οι πλέον συνηθισμένες μορφές άγχους και αγχωδών διαταραχών, όπως αυτές εκδηλώνονται στην παιδική ηλικία, σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας – DSM-5, είναι οι εξής:

1. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
2. Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή
3. Ειδική φοβία
4. Κοινωνική Φοβία ή κοινωνικό άγχος
5. Διαταραχή πανικού

6. Διαταραχή μετατραυματικού στρες
  7. Επιλεκτική αλαλία
  8. Αγοραφοβία
-



## 1.1 Γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (ΓΑΔ)

Η διάγνωση της διαταραχής προϋποθέτει την έντονη ανησυχία του παιδιού για γεγονότα του παρελθόντος, αλλά και του μέλλοντος ή την υπερβολική εγρήγορσή του για το αν θα μπορέσει να τα καταφέρει σε διάφορες καταστάσεις που σχετίζονται, για παράδειγμα, με το σχολείο ή τις σχέσεις του με τους συνομηλίκους. Είναι πολύ συχνή κατά την παιδική ηλικία και συγκεκριμένα εκδηλώνεται για πρώτη φορά συνήθως στα 10-12 (Κάκουρας & Μανιαδάκη, 2006) και συναντάται περισσότερο στα κορίτσια απ' ό,τι στα αγόρια. Ένας μαθητής με ΓΑΔ λόγω της διαταραχής εκδηλώνει αρκετές δυσκολίες στα πλαίσια της σχολικής τάξης, ωστόσο οι ίδιες αυτές δυσκολίες ενισχύουν συνεχώς την αγχώδη συμπεριφορά του. Συνεπώς, η ΓΑΔ αποτελεί καθημερινό πρόβλημα για αρκετούς μαθητές της παιδικής ηλικίας, καθώς επίσης και για αρκετούς εκπαιδευτικούς, οι οποίοι ενδέχεται να αναγνωρίζουν συχνά συμπτώματα υπερβολικού άγχους στους μαθητές τους, τα οποία τους εμποδίζουν να προσαρμοστούν ομαλά στις απαιτήσεις της σχολικής τάξης.

Η διαταραχή αυτή είναι χρόνια και συνοδεύεται από ακραίο και μη ελεγχόμενο άγχος, το οποίο εκδηλώνεται συνεχώς με διάρκεια από 1-6 μήνες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Η ένταση, η διάρκεια και η συχνότητα της ανησυχίας και του άγχους είναι δυσανάλογα με το φοβικό γεγονός ή με τις πιθανές συνέπειές του και το άτομο θεωρεί δύσκολο να αγνοήσει το άγχος και έτσι αυτό εμποδίζει τα καθημερινά του καθήκοντα. Για να διαγνωστεί ένα παιδί με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή θα πρέπει να παρουσιάζει ένα από τα εξής συμπτώματα: «νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας ή τεντωμένα νεύρα, εύκολη κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής ή αίσθημα πως το μυαλό είναι άδειο, ευερεθιστότητα, μυϊκή τάση και διαταραχή ύπνου» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006, σ. 174).

Αρχικά, ο εκπαιδευτικός είναι πιθανό να προβληματιστεί για το αν ένας μαθητής του υποφέρει από γενικευμένο άγχος, όταν τον βλέπει να εκφράζει ανησυχία για το οτιδήποτε και όταν βρίσκεται συνέχεια σε μία ένταση, η οποία δεν τον βοηθάει να ηρεμήσει σχεδόν ποτέ (Κάκουρος &

Μανιαδάκη, 2006). Ένας μαθητής με ΓΑΔ νιώθει συχνά λύπη αναφορικά σε γεγονότα του παρελθόντος ή σκέφτεται με αγωνία και ανησυχία για κάτι το οποίο πρόκειται να γίνει. Επίσης, αμφισβητεί τις δυνατότητές του κατά τη μαθησιακή διαδικασία και επιδιώκει τη συνεχή θετική ενίσχυση από τον εκπαιδευτικό για να νιώσει καλύτερα (Μπίμπου & Νάκου, 2010). Για τον λόγο αυτό, τις περισσότερες φορές νοιάζεται πολύ για τη σχολική του επίδοση και προσπαθεί συνεχώς να τη βελτιώσει «δίνοντας την εντύπωση του τελειομανή» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006, σ. 175).

Ακόμη, ένας μαθητής με γενικευμένο άγχος υπολογίζει πολύ κάθε του κίνηση, καθώς επίσης είναι πολύ πιθανό να αδικεί τις πραγματικές του δυνατότητες και να αποδίδει την επιτυχία του σε τυχαίους παράγοντες. Γι' αυτό το λόγο, είναι συνήθως πολύ αυστηρός με τον εαυτό του. Επιπρόσθετα, υπάρχουν στιγμές που διαμαρτύρεται από ζαλάδες, στομαχόπονους και αύξηση των καρδιακών παλμών, επειδή σωματοποιεί το άγχος του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006), όπως επίσης, ο εκπαιδευτικός ενδέχεται να τον παρατηρήσει «να σβήνει και να γράφει και να εστιάζει σε περιφερειακά και όχι σε κεντρικά ζητήματα» ή για παράδειγμα «να μην καταφέρνει να λύσει μία άσκηση γιατί ασχολείται με το να ξύσει το μολύβι του» (Μπίμπου & Νάκου, 2010, σ. 298). Επίσης, ο μαθητής με ΓΑΔ είναι πολύ πιθανό να είναι δειλός, εσωστρεφής και κοινωνικά περιθωριοποιημένος (Strauss, Lease et al., 1988, όπως παρατίθεται στους Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Από όλα τα παραπάνω, διαφαίνεται ότι ένας μαθητής με ΓΑΔ αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες και εμπόδια κατά τη μαθησιακή διαδικασία, η οποία, εξαιτίας της διαταραχής, του υπενθυμίζει συνεχώς την αγχώδη συμπεριφορά του, καθώς επίσης «δε διερευνά ενεργητικά τα διάφορα γνωστικά πεδία, αλλά και τις συναισθηματικές/κοινωνικές εμπειρίες που προσφέρει το σχολικό πλαίσιο» (Μπίμπου & Νάκου, 2010, σ. 299).

### 1.1.1 Εκπαιδευτική αντιμετώπιση- Παρέμβαση εκπαιδευτικού

Ο εκπαιδευτικός είναι απαραίτητο να επικοινωνεί με τα παιδιά, να τα παρατηρεί και να προσέχει για τυχόν συμπεριφορές, οι οποίες υποδηλώνουν την ύπαρξη της διαταραχής (Μπίμπου & Νάκου, 2010), όμως δεν είναι βέβαιο ότι θα γίνει αντιληπτό αυτό εύκολα καθώς είναι πιθανό τα συμπτώματα να μη θεωρούνται ύποπτα, αλλά να κινούνται στα πλαίσια του φυσιολογικού. Επιβάλλεται να φροντίζει για ένα ζεστό ψυχοκοινωνικό κλίμα της τάξης, ώστε όλοι οι μαθητές να αισθάνονται

προστασία και σταθερότητα, να αποδεικνύει ότι λαμβάνει υπόψη του τις επιθυμίες των μαθητών του και να συμβάλει στο να αναπτυχθούν καλές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ τους. Ακόμη, ουσιαστικό ρόλο διαδραματίζει η στενή επαφή με τους μαθητές με ΓΑΔ, ώστε να εντοπίσει τί τους δυσκολεύει στη μαθησιακή διαδικασία, η συχνή επιβράβευσή τους, η οποία τους ηρεμεί, ο έλεγχος από τον εκπαιδευτικό για τυχόν εκφοβισμό που μπορεί να υφίστανται, αλλά και η συχνή επικοινωνία με το σύλλογο των διδασκόντων (Μπίμπου & Νάκου, 2010). Τέλος, επιβάλλεται η ενίσχυση των παιδιών με γενικευμένο άγχος στο να εντάσσονται σε μικρές ομάδες, ώστε να μπορέσουν να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Ο εκπαιδευτικός έχει τη δυνατότητα να τα μάθει πότε να «αποχωρούν» και πότε «να συνδέονται» με την ομάδα, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τους ότι «η αίσθηση της αυτόνομης ταυτότητας αναπτύσσεται στη βάση της συναισθηματικής μας σύνδεσης με τα σημαντικά για μας άτομα» (Μπίμπου & Νάκου, 2010, σ. 319).

Συμπερασματικά, είναι σημαντικό να εκπαιδευτούν τα παιδιά στην διαχείριση των σκέψεών τους. Τα παιδιά με άγχος συνήθως τείνουν να σκέφτονται αρνητικά και με κριτική διάθεση, υπερεκτιμούν την πιθανότητα να συμβούν άσχημα πράγματα, εστιάζουν στις πράξεις τους και στα πράγματα που δεν πάνε καλά, υποβιβάζουν την ικανότητα τους να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες και συνήθως, περιμένουν να αποτύχουν στα πάντα.

---

## 1.2 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή Μανιοπαρορμητική διαταραχή αποτελείται από ιδεοληψίες, δηλαδή από εμμονικές σκέψεις που προκαλούν άγχος και από ψυχαναγκασμούς, δηλαδή από πράξεις τις οποίες κάνει κανείς για να μπορέσει να ανακουφιστεί. Πρόκειται για επαναλαμβανόμενες μη ελεγχόμενες αρνητικές σκέψεις, τις οποίες δεν μπορεί να αποδιώξει το παιδί και ο έφηβος. Οι σκέψεις αυτές βιώνονται ως ενοχλητικές παρεισφρήσεις στη συνείδηση του, καθώς θεωρούνται ότι έχουν ένα πιεστικό αγχωτικό χαρακτήρα, και αν το παιδί/ έφηβος δεν τις πραγματοποιήσει, νιώθει ότι θα συμβεί κάτι άσχημο ( Ηλίας Ε. Κουρκούτας, 2017). Ωστόσο, δεν είναι πολλές φορές σαφής η πηγή του άγχους, αλλά πρόκειται για δευτερογενές άγχος που προκύπτει από την αδυναμία τους να απαλλαγούν από αυτές τις εμμονές και από μια αίσθηση ενδοψυχικής διαταραχής.

Οι ιδεοληψίες είναι σκέψεις οι οποίες διέπονται από ξεκάθαρη υπερβολή ή/ και έλλειψη ρεαλισμού, ενώ παράλληλα δεν βρίσκονται υπό τον έλεγχο του ατόμου που τις βιώνουν, είναι σαν το μυαλό να αυτενεργεί, είναι σκέψεις που το άτομο συνήθως κατανοεί ότι είναι παράλογες αλλά δεν μπορεί να τις αντιμετωπίσει ( Σταυριανάκος, 2017). Οι καταναγκασμοί είναι ξεκάθαρα υπερβολικές ή/και μη ρεαλιστικές συμπεριφορές που το άτομο επιτελεί, παρά το γεγονός ότι συνήθως συνειδητοποιεί ότι είναι παράλογες, ώστε να αποφορτιστεί από το άγχος από το οποίο κατακλύζεται. Όσο το άτομο προσπαθεί να αντισταθεί στον καταναγκασμό αισθάνεται έντονη δυσφορία με συνέπεια τελικά να παραιτείται της προσπάθειας αντίστασης και να ενδίδει στην παθολογική συμπεριφορά – σταδιακά ο καταναγκασμός εδραιώνεται, εγκαθίσταται και εκδηλώνεται αυτοματοποιημένα, δίχως προσπάθεια αντίστασης, ώστε να αποφεύγεται η φάση της δυσφορίας (Σταυριανάκος, 2017). Για παράδειγμα, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι να πλένει κάποιος τα χέρια του δεκάδες φορές την ημέρα, να ελέγχει εαν κλείδωσε την πόρτα, να τακτοποιεί τα αντικείμενα με την παραμικρή απόκλιση απ' το πώς έχει στο μυαλό το ότι πρέπει να είσαι (Γιαννακόπουλος,2018).

Σύμφωνα με το DSM-IV, για να γίνει η διάγνωση της ιδεοληπτικής καταναγκαστικής διαταραχής απαιτούνται τα εξής (Παπαδάτος Γιάννης, 2010):

---

A) Να υπάρχουν είτε ιδεοληψίες είτε και ψυχαναγκασμοί

B) Κατά τη διάρκεια της πορείας της διαταραχής, κάποια στιγμή το άτομο να αντιληφθεί πως όλη αυτή η συμπεριφορά του είναι υπερβολική. Πράγμα το οποίο δεν συμβαίνει στα παιδιά.

Γ) Προκαλούν έκδηλη ενόχληση, σπαταλούν χρόνο ή παρεμποδίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες.

Δ) Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας ή σε γενική συμπτωματική κατάσταση.

Οι μορφές με τις οποίες εκδηλώνεται η διαταραχή στα παιδιά και τους εφήβους δεν διαφέρει σημαντικά από αυτές των ενηλίκων. Δεν έχουν την ικανότητα να ξεχωρίσουν ή να αναγνωρίσουν τις πηγές και τις αιτίες των συγκεκριμένων συναισθημάτων και αντιδράσεων, ωστόσο κυριαρχεί ο φόβος για περεταίρω τραυματικές εμπειρίες. Υπάρχει διαρκώς έντονη επιθυμία να προστατεύουν, τόσο τους εαυτούς τους, όσο και τα αγαπημένα τους πρόσωπα με διάφορες στρατηγικές (στερεότυπες συμπεριφορές/ πράξεις και συγκεκριμένες σκέψεις), οι οποίες με τον χρόνο καταλήγουν να παίρνουν τη μορφή ψυχαναγκαστικών εσωτερικών πιέσεων που οδηγούν σε αντίστοιχες σκέψεις ή συμπεριφορές, τις οποίες όταν το παιδί ή ο έφηβος δεν τις πραγματοποιήσει νιώθει μεγάλο εσωτερικό άγχος ή εξωτερική απειλή ( Ηλίας Ε. Κουρκούτας, 2017). Ξοδεύει τουλάχιστον μία ώρα την ημέρα βυθισμένος σε αυτές τις σκέψεις ή τις συμπεριφορές και δεν παίρνει καμία ευχαρίστηση όταν τις εκτελεί, αλλά μπορεί να αισθάνεται σύντομη ανακούφιση από το στρες που του προκαλούν οι σκέψεις για να τις εκτελέσει.

Σύμφωνα με κάποιες παρατηρήσεις που έχει διατυπώσει ο Rapoport (1989), οι έφηβοι με τη συγκεκριμένη διαταραχή αντιμετωπίζουν θέματα έλλειψης καθαριότητας, φόβο για αρρώστια ή ατυχήματα, τυχερούς αριθμούς, σωματικές λειτουργίες, αριθμομανία, σεξουαλικές ή επιθετικές ενασχολήσεις κ.α. Συχνά συμπτώματα είναι η επίσης η επανάληψη ορισμένων αριθμών, φράσεων, το πλύσιμο των χεριών, το μέτρημα γραμμάτων, η επανάληψη ελέγχου (π.χ. πόρτα, παράθυρο, φως) κ.λπ.

(Παπαδάτος Γιάννης, 2010). Επιπλέον, αρκετές φορές παρατηρείται η ύπαρξη κάποιου είδους «τικ». Τα κινητικά τικ τα οποία σχετίζονται με ξαφνικές, σύντομες, επαναλαμβανόμενες κινήσεις, όπως το να ανοιγοκλείνουν το μάτι, οι μορφασμοί του προσώπου, το ανασήκωμα των ώμων και το τίναγμα του κεφαλιού. Τα πιο συνήθη φωνητικά τικ περιλαμβάνουν επαναλαμβανόμενο «καθαρισμό» του λαιμού και επαναλαμβανόμενη εισπνοή από τη μύτη (σαν να μυρίζει κάτι).

### 1.2.1 Εκπαιδευτική αντιμετώπιση- Παρέμβαση εκπαιδευτικού

Ο ρόλος του παιδαγωγού είναι εξαιρετικά σημαντικός ιδιαίτερα όσον αφορά τη διάγνωση της διαταραχής στα παιδιά και οφείλει να παρατηρεί τη δυσλειτουργία στη ζωή του παιδιού και να επισημαίνει στους γονείς την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της κατάστασης. Σε ένα πρώτο στάδιο ο παιδαγωγός πρέπει να γνωρίζει τη συμπτωματολογία και τη φύση της διαταραχής, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίσει τους καταναγκασμούς στους οποίους προβαίνει το παιδί. Το κρίσιμο ζήτημα της σωστής θεραπείας είναι η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων των παιδιών και των εφήβων (Παπαδάτος Γιάννης, 2010). Ο παιδαγωγός αναλαμβάνει το ρόλο του βοηθού και συμμάχου του παιδιού και της οικογένειάς του με το να δείχνει υπομονή και κατανόηση στα συμπτώματα του παιδιού, δηλαδή τους καταναγκασμούς του, με το να ενθαρρύνει το παιδί στην προσπάθειά του να ξεπεράσει τη διαταραχή που το ταλανίζει, με το να βοηθήσει στην αποσύνδεση της διαταραχής και των συμπτωμάτων από το ίδιο το παιδί ως προσωπικότητα. Είναι πολύ σημαντικό για το παιδί να διαχωρίζεται η διαταραχή από το ίδιο και να χαρακτηρίζεται η συμπεριφορά του και όχι το άτομό του, με όλα τα στοιχεία του χαρακτήρα του και τις δυνατότητες και ικανότητές του, οι οποίες δεν επηρεάζονται σε κανέναν βαθμό από την διαταραχή. Ακόμη ο παιδαγωγός μπορεί να βοηθήσει τον ειδικό ψυχικής υγείας δίνοντάς του πληροφορίες που αφορούν τη λειτουργικότητα και τη συμπεριφορά του παιδιού στο σχολικό χώρο.

Σκοπός είναι επίσης, ο εκπαιδευτικός να διδάξει τρόπους στους μαθητές όπου να διαχειρίζονται τον παράλογο φόβο/άγχος τους πηγαίνοντας ενάντια σ' αυτόν και ουσιαστικά μπαίνοντας στις καταστάσεις που τους φοβίζουν και τους αγχώνουν. Μέσω της ομαλής και στενής

διαπροσωπικής επαφής και επικοινωνίας δασκάλου-μαθητή ενθαρρύνονται και οι συμμαθητές του παιδιού που ασθενεί στη κοινωνικοποίηση και στη μη απομόνωσή του. Σε κάθε περίπτωση η πρόωρη και έγκυρη θεραπευτική παρέμβαση είναι απαραίτητη, καθώς συμβάλλει στην καλή πρόγνωση της διαταραχής.

Είναι αναγκαίο οι γονείς να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό, καθώς εκείνος θα βοηθήσει στη βελτίωση της ζωής του παιδιού και των γονέων. Για αυτό το λόγο πρέπει να γνωστοποιηθούν στους γονείς οι συνέπειες της διαταραχής και εκείνοι να ενισχυθούν από τον παιδαγωγό στην αναζήτηση έγκαιρης βοήθειας και παρέμβασης. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να ενοχοποιηθεί το παιδί ή η οικογένειά του. Η οικογένεια επηρεάζει τον τρόπο εμφάνισης της διαταραχής, αλλά επίσης επηρεάζεται από αυτήν. Για αυτό το λόγο συστήνεται από τους ειδικούς ψυχικής υγείας οικογενειακή θεραπεία, κατά την οποία τα μέλη της οικογένειας ενημερώνονται για τη φύση της ασθένειας και μαθαίνουν πως να δείχνουν κατανόηση στο άτομο που πάσχει, χωρίς ωστόσο να ενθαρρύνουν την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Πρέπει να τονιστεί, όμως, ότι σε καμία περίπτωση τα προβλήματα που ενδεχομένως να αντιμετωπίζει μία οικογένεια δεν έχουν αιτιώδη σχέση με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, δηλαδή δεν την προκαλούν.

Δεδομένης της ετερογένεσης των αιτιών και των πολλαπλών κλινικών εικόνων που παρουσιάζει η διαταραχή, η χρησιμοποίηση διαγνωστικών εργαλείων, των οποίων έχει διαπιστωθεί η αξιοπιστία και εγκυρότητα τους είναι χρήσιμη (Παπαδάτος Γιάννης, 2010). Δυο διαγνωστικά τεστ έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία, το Leyton Obsessional Inventory και το Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman & συν., 1989).

Σε περιπτώσεις ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να φέρει θετικά αποτελέσματα. Χρησιμοποιούν φάρμακα που αναστέλλουν την επαναπρόληψη της σεροτονίνης. Η εκλογή του προσφορότερου δοσολογικού σχήματος δεν εξαρτάται μόνο από τα παρόντα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, αλλά έχει σχέση και με τη συνύπαρξη άλλων διαταραχών ή συμπτωμάτων (π.χ, σύνδρομο Tourette, κατάθλιψη, διαταραχή πανικού κ.α) ( Παπαδάτος Γιάννης, 2010). Πρόκειται για αγωγή δώδεκα εβδομάδων και χορηγείται πέρα από την σεροτονίνη που αναφέραμε παραπάνω και φλουοξετίνη,

φλουβοταμίνη, σερτραλίνη και παροξετίνη (Riddle & συν., 1992). Όταν αποφασισθεί διακοπή της, απαιτείται βαθμιαία μείωση των δόσεων.

---

### **1.3 Ειδική φοβία**

Η διάγνωση της ειδικής φοβίας στο DSM-IV τίθεται όταν διαπιστώνεται η ύπαρξη σημαντικού και επίμονου φόβου για ένα ειδικό αντικείμενο ή μια ειδική κατάσταση και όταν αυτός είναι υπερβολικός και παράλογος (Παπαδάτος Γιάννης, 2010). Πρόκειται δηλαδή για φοβία σε διάφορα «αντικείμενα», τα οποία βιώνονται από τα παιδιά ως απειλητικά. Για να μπορέσουμε να αναζητήσουμε την πραγματική αιτία είναι απαραίτητο η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα να προκαλεί άμεση αγχώδη αντίδραση η οποία μπορεί να συνοδευτεί και από εμφάνιση πανικού. Αυτός ο υπερβολικός φόβος οδηγεί σε αποφευκτικές συμπεριφορές, σε αναστολή επιθυμιών, σχεδίων, συμπεριφορών και σε αυτοαναστολή/ αυτοκαταστολή ενός μέρους συνολικά της λειτουργίας του παιδιού και του εφήβου, ειδικά όταν η φοβία έχει λάβει σοβαρές διαστάσεις (Ηλίας Κουρκούτας, 2017). Ωστόσο, αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται και άλλες δυσκολίες επιβαρύνοντας το παιδί, του οποίου το άγχος θα αυξηθεί θέτοντας σε κίνδυνο και την κοινωνική του θέση και τη διαπροσωπική του λειτουργία.

Για να καταλήξουμε στη διάγνωση της ειδικής φοβίας, είναι αναγκαίο πρώτα να τη διαχωρίσουμε από τους φυσιολογικούς φόβους που υπάρχουν στις αναπτυξιακές φάσεις των παιδιών και από τις άλλες αγχώδεις διαταραχές (Παπαδάτος Γιάννης, 2010). Στις ειδικές φοβίες το άτομο επιδιώκει να αποφύγει το φοβικό ερέθισμα ή σε διαφορετική περίπτωση το υπομένει εκφράζοντας έντονο άγχος ή δυσφορία. Και στις δύο περιπτώσεις, η ύπαρξη της φοβίας παρεμποδίζει σε σημαντικό βαθμό τις καθημερινές ενασχολήσεις και τη λειτουργικότητα στο σχολείο, στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, στην αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους (APA, 2000).

Επιπλέον, ένας άλλος παράγοντας έχει να κάνει με αισθήματα ψυχικής έντασης και απειλής, τα οποία ορίζονται ως υψηλά επίπεδα άγχους και



μέσα από διεθνείς έρευνες εκ των οποίων οι πιο συχνές που παρατηρούνται στα παιδιά είναι οι εξής (Ηλίας Κουρκούτας,2017):

- α) φόβος ότι δεν μπορούν να αναπνεύσουν, πράγμα το οποίο συνεπάγεται ότι νιώθουν πως θα λιποθυμήσουν ή θα πεθάνουν
- β) φόβος ότι θα τους χτυπήσει κάποιο αυτοκίνητο ή μέσο μεταφοράς
- γ) φόβος βομβιστικών επιθέσεων
- δ) φόβος ότι θα καούν σε πυρκαγιά
- ε) φόβος ότι θα πέσουν από μεγάλο ύψος
- στ) φόβος εισβολής στο σπίτι κάποιου διαρρήκτη
- ζ) φόβος σεισμού/νεκρού
- η) φόβος ασθένειας
- θ) φόβος θανάτου
- ι) φόβος φιδιών

Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση οφείλουν τόσο οι γονείς, όσο και οι εκπαιδευτικοί να αναδείξουν τους φόβους αυτούς που μπορεί να έχει το παιδί και για τους οποίους μπορεί να οφείλονται και οι ίδιοι αλλά και τους επιμέρους παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωσή τους. Οι φόβοι των παιδιών αυτών μπορεί να κρύβονται πίσω από διάφορες αιτίες ή καταστάσεις και να παραπέμπουν σε διάφορα ζητήματα τόσο οικογενειακά όσο και θέματα που αφορούν το σχολείο και τους συνομηλίκους.

### 1.3.1 Εκπαιδευτική αντιμετώπιση- Παρέμβαση εκπαιδευτικού

Ο φόβος αυτός είναι διακριτός από τους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι οφείλουν να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί ώστε να τον εντοπίσουν σε περίπτωση που κυριαρχεί σε κάποιο μαθητή. Μόλις παρατηρηθεί αυτός ο «μη έλλογος» φόβος από κάποιο μαθητή για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, τότε ο εκπαιδευτικός για να βοηθήσει να ξεπεραστεί ο φόβος αυτός χρειάζεται να φέρει το μαθητή σε επαφή με το συγκεκριμένο φόβο. Αυτό θα γίνει με τη μίμηση προτύπου όπου περιλαμβάνει την επίδειξη μιας μη φοβισμένης συμπεριφοράς ως αντίδραση σε μια κατάσταση που

προκαλεί φόβο, καθώς και την υπόδειξη στο παιδί των κατάλληλων χειρισμών απέναντι στα ερεθίσματα που προκαλούν φόβο (King & Ollendick, 1989). Έχει διαπιστωθεί ότι εάν η επίδειξη μιας τέτοιας κατάστασης είναι πολύ τραυματική για ένα παιδί, τότε αυτό θα αποφύγει ακόμα και να παρατηρήσει τη συμπεριφορά, πόσο μάλλον να τη μιμηθεί. Μίμηση προτύπων συμπεριφορών κατά τις οποίες το παιδί καταφέρνει να αντιμετωπίσει την πίεση ή το φόβο, έχει βρεθεί ότι λειτουργούν πιο αποτελεσματικά απ' ό,τι αυτές κατά τις οποίες το πρότυπο δεν δείχνει κανένα φόβο ή ανησυχία (Mash & Terdal, 1981). Για να λειτουργήσει επιτυχημένα αυτό το μοντέλο παρέμβασης (μίμηση προτύπου) χρειάζεται να συνυπάρχουν η θετική ενίσχυση και η απευαισθητοποίηση.

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι οι γονείς καταφεύγουν σε ορισμένα τεχνάσματα για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις φοβίες των παιδιών τους (Jersild & Holmes, 1935). Τέτοιο τεχνάσμα είναι οι κατάλληλες εξηγήσεις και διαβεβαιώσεις, όπως για παράδειγμα να μπουν μέσα σε ένα δωμάτιο για να φανεί η ανυπαρξία κινδύνου ή να πλησιάσουν ένα κατοικίδιο ζώο για να τους δείξουν πως δεν υπάρχει κίνδυνος. Οι γονείς καλούνται να εκπαιδεύσουν τα παιδιά τους έτσι ώστε να έρχονται αντιμέτωποι με τον κίνδυνο (π.χ να ανάβουν το φως το βράδυ όταν θα υπάρχει ανησυχία). Τα τεχνάσματα αυτά μπορούν να εφαρμοστούν και από τους εκπαιδευτικούς. Με αυτό το τρόπο τα παιδιά και οι έφηβοι θα μπορέσουν να ξεπεράσουν καλύτερα τους φόβους τους καθώς θα κατανοήσουν καλύτερα την πραγματικότητα και πως το φοβικό αντικείμενο δεν προκαλεί την αναμενόμενη ανησυχία.

Στην περίπτωση που υπάρχει σοβαρότερη φοβία και επιμένουν και δημιουργούνται προβλήματα στην ζωή του παιδιού θα είναι χρήσιμο να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό επιστήμονα. Σκοπός είναι να βοηθήσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το παιδί ή ο έφηβος να αντιμετωπίσει αυτή την ειδική φοβία καταλήγοντας στην καλύτερη δυνατή θεραπεία που θα αρμόζει στην συγκεκριμένη περίπτωση. Οι βασικές σχολές Ψυχολογίας προτείνουν τις δικές τους μεθόδους θεραπείας οι οποίες είναι οι ακόλουθες (Παπαδάτος Γιάννης, 2010).

Τα ερευνητικά δεδομένα δίνουν το προβάδισμα στις μεθόδους συμπεριφοράς (Barríos & O'Dell, 1989 Bandura, 1977), οι οποίες είναι αρχικά η συστηματική απευαισθητοποίηση κατά την οποία επιδιώκεται η μείωση της έντασης των συμπτωμάτων με σταδιακή προσέγγιση του

θεραπευόμενου στο φοβικό αντικείμενο. Γίνεται ιεράρχηση ώστε η απευαισθητοποίηση να αρχίσει από τα λιγότερο αγχογόνα ερεθίσματα (Παπαδάτος Γιάννης, 2010). Αρχικά, συνδυάζεται η ανάκληση στη φαντασία του φοβικού αντικειμένου με συνθήκες χαλάρωσης και στην πορεία μπορεί να επιλεγεί η απευαισθητοποίηση μέσω εικόνων. Με αυτό το τέχνασμα ο εκπαιδευτικός θα βοηθήσει το μαθητή του έτσι ώστε να μειώσει ή να αντιμετωπίσει το φοβικό του ερέθισμα. Δεύτερον, με την ψυχοκατακλυστική μέθοδο η οποία βαδίζει αντίθετα από την απευαισθητοποίηση και έχει να κάνει με την άμεση επαφή με το φοβικό αντικείμενο. Ωστόσο, καθ' όλη την διάρκεια αυτής της μεθόδου, ο εκπαιδευτικός βρίσκεται δίπλα στο μαθητή κάνοντας το να νιώσει ασφάλεια.

Επιπλέον, μια άλλη μέθοδος με την οποία ο εκπαιδευτικός μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά με τη συγκεκριμένη φοβία, είναι να δώσει στο παιδί την δυνατότητα να παρακολουθήσει μέσα από ένα βίντεο ή μέσο εικόνων ένα άλλο παιδί να έρχεται αντιμέτωπο με τον δικό του φόβο, χωρίς όμως να δημιουργούνται προβλήματα. Στην συνέχεια, το ίδιο το παιδί μαζί με τον εκπαιδευτικό θα έρθουν σε επαφή με το φοβικό αντικείμενο.

Μια άλλη προσέγγιση η οποία μπορεί να βοηθήσει το παιδί με κάποια μορφή ειδικής φοβίας είναι η γνωστική ψυχοθεραπεία. Στο στάδιο αυτό δίνεται έμφαση στην αυτοβοήθεια, δηλαδή το παιδί ή ο έφηβος έρχεται αντιμέτωπος σε μια συνομιλία με τον αυτό του. Βασικός σκοπός είναι να πείσει τον ίδιο λέγοντας «είμαι γενναίος και μπορώ να βοηθήσω τον εαυτό μου» ή να τον παροτρύνει επιμένοντας «μη φοβάσαι, μπες στο αμάξι, θα είναι ωραία» κτλ. (Παπαδάτος Γιάννης, 2010). Επίσης, η ψυχαναλυτική θεραπεία βοηθάει να αντιμετωπιστούν οι φόβοι βαθύτερα και αυτή μπορεί να μην γίνεται μόνο ατομικά του παιδιού αλλά να συνοδεύεται και από οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

## 1.4 Κοινωνική Φοβία ή κοινωνικό άγχος

---

Η κοινωνική φοβία ή το κοινωνικό άγχος σχετίζεται με τη φοβία έκθεσης σε δημόσιους πολυσύχναστους χώρους και τη φοβία κοινωνικών σχέσεων, εκδηλώνεται δε με αντίστοιχες φοβικές, εσωστρεφείς και αποφευκτικές συμπεριφορές (Ηλίας Ε. Κουρκούτας, 2017). Πίσω από αυτές τις συμπεριφορές όπου επιδιώκεται αποφυγή έκθεσης σε κοινωνικές συνδιαλλαγές, παρέες και διαπροσωπικές σχέσεις υπάρχουν συγκεκριμένες φοβίες, τις οποίες γαι να τις κατανοήσουμε είναι αναγκαίο αρχικά να αναζητηθούν οι αιτίες και οι λόγοι αυτής της συμπεριφοράς. Η κοινωνική φοβία αποτελεί ένα από τα πιο συνηθισμένα ψυχολογικά προβλήματα και απαντάται εξίσου συχνά τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται στις ηλικίες από 5 έως 13 χρονών, ωστόσο αρκετές φορές εμφανίζεται και μετά τα 25 χρόνια (Ευθυμίου κ.ά, 2006).

Πρόκειται για έναν επίμονο φόβο μιας ή περισσότερων καταστάσεων στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε πιθανό εξονυχιστικό έλεγχο από μέρους άλλων ατόμων και φοβάται μήπως κάνει ή ενεργήσει με τρόπο ταπεινωτικό ή αμήχανο (Καλπάκογλου, 2016), για παράδειγμα η αδυναμία του ατόμου να συνεχίσει την ομιλία του ενώ μιλά δημόσια, αίσθημα να πνίγεται με την τροφή του ενώ τρώει μπροστά σε άλλους, αδυναμία να ουρήσει σε δημόσια τουαλέτα, τρέμουλο του χεριού όταν γράφει μπροστά σε άλλους και το να λέει «ασυναρτησίες» ή να μην μπορεί να απαντήσει σε ερωτήσεις σε κοινωνικές καταστάσεις. Συγκεκριμένα, όταν εμφανίζεται μια φοβική κατάσταση, ακολουθούν συμπτώματα όπως εφίδρωση, αυξημένοι καρδιακοί παλμοί, κλάματα, νευρικότητα, αδρανοποίηση και αποφυγή κοινωνικών συναναστροφών με άγνωστους ανθρώπους κυρίως για τα μικρότερα παιδιά (Vallance & Garralda, 2008).

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της κοινωνικής φοβίας, σύμφωνα με το DSM-IV-TR, είναι τα εξής:

1. Έκδηλος και επίμονος φόβος για μία ή περισσότερες καταστάσεις, οι οποίες είναι είτε κοινωνικές είτε σε αυτές απαιτείται να ενεργήσει μπροστά σε κοινό και όπου εκτίθεται σε άγνωστους

ανθρώπους ή σε πιθανό εξουχιστικό έλεγχο από άλλα άτομα. Στα παιδιά πρέπει να υπάρχει απόδειξη της ικανότητας ανάλογων με την ηλικία κοινωνικών σχέσεων με οικεία πρόσωπα, ενώ το άγχος πρέπει να εμφανίζεται και όταν βρίσκεται ανάμεσα σε συνομήλικους.

2. Η έκθεση στη φοβική κατάσταση προκαλεί σχεδόν πάντα άγχος, το οποίο μπορεί να φέρει στην πορεία και πανικό.
3. Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος είναι υπερβολικός ή παράλογος. Στα παιδιά αυτό το στοιχείο μπορεί και να απουσιάζει.
4. Οι φοβικές καταστάσεις αποφεύγονται ή υπομένονται με τη συνοδεία έντονου άγχους.
5. Η αποφυγή, η αγχώδης προσμονή ή η ενόχληση που συνδέονται με τις φοβικές καταστάσεις παρεμποδίζουν σημαντικά τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, τις κοινωνικές δραστηριότητες και σχέσεις.
6. Στην εφηβία μπορεί η συγκεκριμένη φοβία να έχει διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών.

Στην κοινωνική φοβία υπάρχει πιθανότητα τα παιδιά που αναπτύσσουν τη σχολική άρνηση/ φοβία να προσπαθούν να αποφύγουν την έκθεση σε ένα περιβάλλον όπου νιώθουν αδύναμα να αντεπεξέλθουν ή και ανεπαρκή στις απαιτήσεις του, ή φοβούνται ότι θα κριθούν και θα «πληγωθούν» (Faytout et al.,2007). Τα παιδιά και οι έφηβοι με κοινωνική φοβία έχουν συνήθως πολύ λίγους φίλους, δεν επιθυμούν να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες και θεωρούνται γενικά ήσυχοι και συνεσταλμένοι τόσο στο οικογενειακό όσο και στο σχολικό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα ένα παιδί με κοινωνικό άγχος συχνά φοβάται όταν θα πρέπει να κάνει κάτι μπροστά σε άλλους (π.χ. να διαβάσει φωναχτά στην τάξη του, να απαγγείλει ένα ποίημα σε μια σχολική γιορτή, να απαντήσει στο τηλέφωνο).

Συνήθως τα παιδιά με κοινωνική φοβία επιχειρούν με τη συμπεριφορά τους να μείνουν απαρατήρητα αλλά μέσα από αυτή την προσπάθεια τελικά οδηγούνται στο ακριβώς αντίθετο αποτέλεσμα, γίνονται δηλαδή το επίκεντρο της προσοχής των άλλων και αυτό επιδεινώνει την κατάστασή τους. Γενικά τα παιδιά αυτά έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους, χαμηλή αυτοεκτίμηση και συχνά βιώνουν το αίσθημα της απόρριψης.

Κυρίως στην εφηβεία, εντοπίζεται η βαθιά ανάγκη αποδοχής του εφήβου από τους συνομηλίκους του. Υπάρχει έντονος φόβος απόρριψης από τους συνομηλίκους καθώς και η ανάγκη του να «φαίνεται κανείς τέλειος». Σύμφωνα με τον Κουρκούτα (2017), η αναστολή της κοινωνικής συμπεριφοράς εξυπηρετεί την ανάγκη να μη θέσει υπό αμφισβήτηση ή σε κίνδυνο ο έφηβος την υψηλή αυτοεκτίμηση και την εικόνα του «τέλειου εαυτού» που διαμορφώνεται από τους γονείς ή τον ίδιο στην παιδική ηλικία.

Παρατηρείται πολλές φορές οι ίδιοι οι γονείς οδηγούν τα παιδιά τους να εκδηλώνουν κοινωνική φοβία ή κοινωνικό αγχώδες. Πρόκειται για επικριτικούς γονείς, οι οποίοι έχουν υψηλές προσδοκίες και απαιτήσεις από τα παιδιά τους, καθώς επεμβένουν σε σημαντικό βαθμό στη ζωή των παιδιών τους, ενισχύοντας μία «υψηλών προδιαγραφών» εικόνα του παιδιού (Ηλίας Ε. Κουρκούτας, 2017). Απεναντίας. Δεν πρέπει να ξεχνάμε και την άλλη περίπτωση, όπου τα παιδιά νιώθουν ντροπή, φόβο και απόρριψη εξαιτίας κάποιων χαρακτηριστικών των γονέων (π.χ. ένας από τους δυο γονείς να είναι αλκοολικός).

#### 1.4.1 Εκπαιδευτική αντιμετώπιση- Παρέμβαση εκπαιδευτικού

Στην περίπτωση που ο εκπαιδευτικός έρθει αντιμέτωπος με έναν μαθητή ο οποίος αντιμετώπιζε τη συγκεκριμένη φοβία, για να μπορέσει να τον βοηθήσει θα μπορούσε πριν φτάσει στο τελικό στόχο, να διαμορφώσει επιμέρους- μικρούς στόχους όπου με την πάροδο του χρόνου θα τον βοηθούσε να καταλήξει στα επιθυμητά αποτελέσματα. Το παιδί ή ο έφηβος μαθαίνει να έρχεται σε επαφή με ό,τι του προκαλεί φόβο σιγά-σιγά, κάνοντας μικρά βήματα κάθε φορά. Καθώς αντιμετωπίζει τους φόβους του, κατανοεί πώς να τους ελέγχει και ανακαλύπτει ή εξελίσσει τις ικανότητες του για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες ή τους κινδύνους που παρουσιάζονται. Συμπερασματικά, για να μπορέσει να ξεπεράσει το πρόβλημα του είναι αναγκαίο αρχικά το ίδιο το άτομο να πάρει μια συνειδητή απόφαση. Η προσπάθεια αυτοβοήθειας μέσω ενός οργανωμένου σχεδίου εξάσκησης σε "προβληματικές" καταστάσεις

συνιστά μια καλή συνέχεια. Η ατομική προσπάθεια είναι σημαντική, δεν υποκαθιστά όμως την οργανωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση που συνιστά η συνεργασία με κάποιον ειδικό.

---

Επιπλέον, ο εκπαιδευτικός μπορεί να ακολουθήσει κάποιες πρακτικές για να βοηθήσει το παιδί :

- Αλλαγή θέσης του παιδιού στην αίθουσα. Το παιδί πρέπει να έρθει στα μπροστινά θρανία ώστε ο δάσκαλος να μπορεί να παρακολουθεί και να έχει άμεση επικοινωνία μαζί του για ό,τι χρειάζεται.
- Ο εκπαιδευτικός να προσεγγίσει το παιδί τόσο μέσα στην τάξη όσο και στα διαλείμματα με ένα φιλικό, χαλαρό και άνετο τρόπο. Χρειάζεται να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης.

•

Ο πιο αποτελεσματικός και ενδεδειγμένος τρόπος για την αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας είναι η Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία. Η Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία αφορά στην τροποποίηση τόσο του τρόπου σκέψης του ατόμου όσο και της συμπεριφοράς του. Το άτομο θα προσπαθήσει να αντικαταστήσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις του, με ρεαλιστικές σκέψεις, στηριζόμενες στην αντικειμενική πραγματικότητα. Μέσα από τη Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία γίνεται προσπάθεια να αναδομηθεί η αντίληψη του ατόμου ότι οι γύρω του το κρίνουν και το παρατηρούν διαρκώς (Ευθυμίου κ.ά,2016). Μια από αυτές είναι η τεχνική της χαλάρωσης, σύμφωνα με την οποία το άτομο μαθαίνει να διαχειρίζεται το άγχος του και να το διατηρεί σε ανεκτά για το ίδιο επίπεδα.

## 1.5 Διαταραχή πανικού

Η διαταραχή πανικού είναι μια από τις πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές καθώς εκδηλώνεται αιφνίδια, απρόβλεπτα και ανεξέλεγκτα. Πρόκειται για επαναλαμβανόμενες, απροσδόκητες κρίσεις πανικού όπου υπάρχει ανεξέλεγκτο άγχος το οποίο προκαλεί αισθήματα φόβου και σύγχυσης στο παιδί. Είναι μια τρομακτική εμπειρία και συχνά προκαλεί σημαντική ανησυχία μήπως ξαναπαρουσιαστεί. Το παιδί με αυτή τη διαταραχή αισθάνεται ότι θα βρεθεί και μελλοντικά σε κατάσταση πανικού με σημαντικές συνέπειες, όπως δυσκολία στην αναπνοή, χάσιμο ελέγχου/ της ζωής του/ της συνείδησης της πραγματικότητας ή να πάθει ακόμη και καρδιακή προσβολή και γι' αυτό αλλάζει τη συμπεριφορά του (AACAP, 2012. Doerfler, Connor, Volungis & Toscano, 2007).

Στο DSM-IV περιγράφονται δεκατρία σωματικά ή ψυχικά συμπτώματα, από τα οποία τέσσερα τουλάχιστον θα πρέπει να είναι παρόντα

στη διάρκεια του επεισοδίου:

- 1) Αίσθημα παλμών, καρδιά που «σφυροκοπά» ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού
- 2) Εφίδρωση
- 3) Τρεμούλα ή έντονος τρόμος
- 4) Αίσθημα λαχανιάσματος ή ασφυξίας
- 5) Αίσθημα πνιγμονής
- 6) Πόνος ή δυσφορία στον θώρακα
- 7) Ναυτία ή κοιλιακή ενόχληση
- 8) Αίσθημα ζάλης αστάθειας ή τάση για λιποθυμία
- 9) Αποπραματοποίηση ή αποπροσωποποίηση
- 10) Φόβος απώλειας του ελέγχου ή ότι θα τρελαθεί
- 11) Φόβος θανάτου
- 12) Παραισθήσεις, μούδιασμα ή μυρμηγκιάσματα
- 13) Ρίγη ή αίσθημα ζέστης

Η διαταραχή πανικού συνδέεται συχνά με την αγοραφοβία, στο μέτρο που και οι δύο διαταραχές περιλαμβάνουν έντονη ανησυχία για την έκθεση σε κόσμο ή σε μέρη όπου δεν υπάρχει διαφυγή (Ηλίας Ε. Κουρκούτας, 2017). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η αγοραφοβία είναι



δευτερογενές συμπτώματα. Ωστόσο πολλές φορές μπορεί να υπάρχει κίνδυνος συννοσηρότητας και με άλλες διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη.

---

Η διαταραχή πανικού είναι μια θεραπεύσιμη διαταραχή. Όταν τα παιδιά και οι έφηβοι βρεθούν αντιμέτωποι με αυτή τη διαταραχή έχουν απροσδόκητες και επαναλαμβανόμενες περιόδους έντονου φόβου ή δυσφορίας, μαζί με άλλα συμπτώματα, όπως ταχυκαρδία ή αίσθημα ότι τους κόβεται η αναπνοή. Αυτές οι περιόδους ονομάζονται "κρίσεις πανικού" και συνήθως διαρκούν λίγα λεπτά της ώρας. Οι κρίσεις πανικού συχνά εμφανίζονται χωρίς προειδοποίηση. Οι κρίσεις πανικού μπορεί να επηρεάσουν ένα παιδί ή έφηβο στις σχέσεις του, στη σχολική επίδοση και στη φυσιολογική ανάπτυξη. Μερικά παιδιά και έφηβοι με διαταραχή πανικού μπορεί να αναπτύξουν επίσης σοβαρή κατάθλιψη και να βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Παράλληλα ως μια προσπάθεια να μειώσουν το άγχος, κάποιοι έφηβοι με διαταραχή πανικού μπορεί να κάνουν χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών.

#### 1.4.2 Εκπαιδευτική αντιμετώπιση- Παρέμβαση εκπαιδευτικού

Τα παιδιά που υποφέρουν από κρίσεις πανικού συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα συγκέντρωσης στο σχολείο, και πιθανότατα να παρουσιάσουν μειωμένη ικανότητα στην μάθηση. Συχνά, προκαλούνται με αφορμή κάποιο κοινωνικό γεγονός ή κατάσταση με αποτέλεσμα το παιδί να απομονώνεται κοινωνικά προκειμένου να μην υποστεί ξανά κρίση πανικού. Ο εκπαιδευτικός και ο σχολικός σύμβουλος θα μπορούσαν να μειώσουν το άγχος και τους φόβους του παιδιού στο χώρο του σχολείου.

Σε περίπτωση που αντιληφθεί ο εκπαιδευτικός ότι κάποιο παιδί υπάρχει πιθανότητα να βιώνει κρίσεις πανικού, αρχικά είναι αναγκαίο μην δημιουργούνται αγχωγόνες καταστάσεις όσο το δυνατό περισσότερο γίνεται μέσα στη τάξη αλλά και στο χώρο του σχολείου γενικότερα. Ο εκπαιδευτικός οφείλει να μην είναι τόσο αυταρχικός και πειστικό, αλλά και να μη έχει πολλές απαιτήσεις από το συγκεκριμένο μαθητή. Καλό θα ήταν να ενημερωθούν οι γονείς έτσι ώστε να απευθυνθούν σε κάποιον

ειδικό. Εάν δεν υπάρχει κάποια άλλη ασθένεια που να δικαιολογεί τις κρίσεις πανικού θα πρέπει να απευθυνθείτε σε ειδικό ψυχικής υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις οι κρίσεις πανικού αντιμετωπίζονται με φαρμακευτική αγωγή και με παράλληλη ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία βοηθάει στην αντιμετώπιση αγχωγόνων καταστάσεων και στον έλεγχο των κρίσεων. Ειδικά φάρμακα μπορεί να σταματήσουν τις προσβολές του πανικού. Παράλληλα η ψυχοθεραπεία μπορεί επίσης να βοηθήσει το παιδί και την οικογένεια να μάθουν τρόπους για να μειώσουν το άγχος ή τις πιθανές συγκρούσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν μια κρίση πανικού.

Με τεχνικές που διδάσκονται στη «γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία», το παιδί μπορεί να μάθει επίσης νέους τρόπους για να ελέγξει το άγχος ή κρίσεις πανικού την ώρα που αυτά συμβαίνουν. Αρχή της γνωσιακής - συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας είναι ότι τα συναισθήματά και οι πράξεις των παιδιών επηρεάζονται από τις σκέψεις που έχουν κάνει προηγουμένως. Το παιδί εκπαιδεύεται να εντοπίζει αυτές τις μη βοηθητικές του σκέψεις, που του προκαλούν δυσάρεστα συναισθήματα (άγχος, θυμό, ανησυχία, λύπη) και να τις αντικαθιστά με άλλες πιο βοηθητικές. Με αυτόν τον τρόπο εκπαιδεύεται να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις που το δυσαρεστούν.

Στην ουσία πρόκειται για μια θεραπεία μέσω της οποίας τα παιδιά ανακουφίζονται από αυτά που τα δυσκολεύουν στο παρόν, αλλά παράλληλα διαμορφώνουν ένα τρόπο σκέψης που τα βοηθά να αντιμετωπίσουν οποιοδήποτε εμπόδιο μπορεί να παρουσιαστεί μελλοντικά. Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας χρησιμοποιείται κατάλληλο υλικό και δραστηριότητες ιδιαίτερα ευχάριστες στο παιδί. Μια από αυτές τις δραστηριότητες είναι και το παιχνίδι το οποίο μπορεί να συμβάλει στην θεραπεία αυτή ως χρήσιμο εργαλείο. Πρόκειται για βιωματικές ασκήσεις, όπου τα παιδιά θα έχουν την δυνατότητα να «παίξουν» με τα δικά τους συναισθήματα μέσα από τη χρήση διάφορων υλικών (π.χ πυλό).

## 1.6 Διαταραχή μετατραυματικού στρες

Η μετατραυματική διαταραχή άγχους ( Post-traumatic stress disorder- PTSD), είναι μια διαταραχή άγχους που προκαλείται από πολύ αγχωτικά, τρομακτικά ή δυσάρεστα γεγονότα. Πρόκειται για ένα οξύ επαναλαμβανόμενο άγχος συνήθως μετά από μια τραυματική εμπειρία (ατύχημα, θάνατος κτλ) που έχει προκαλέσει ψυχικό σοκ στο παιδί, αλλά κυρίως στον έφηβο και τον ενήλικο, στους οποίους εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα. Θεωρείται ότι πρόκειται για την επανάληψη/εκ νέου βίωση του παλαιότερου τραύματος, το οποίο υποδηλώνεται μέσα από συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως διαταρακτικές παρειασθητικές αναμνήσεις και αναδρομή σε αυτή την εμπειρία, οι οποίες συχνά προκαλούνται από την έκθεση σε ερεθίσματα (όπως μέρη, άνθρωποι, συζητήσεις) που ενεργοποιούν τις τραυματικές αναμνήσεις και προκαλούν επαναλαμβανόμενους εφιάλτες και ένα καθαρά ψυχογενούς τύπου μούδιασμα (Ηλίας Ε. Κουρκούτας, 2017). Η διάρκεια των συμπτωμάτων πρέπει να είναι μεγαλύτερη του ενός μήνα τουλάχιστον για να θεωρείται ότι το παιδί ή ο έφηβος έχει εισέλθει σε φάση μετατραυματικής διαταραχής.

Άτομο με μετατραυματικό συμβάν μπορεί να αισθανθεί αισθήματα απομόνωσης, ευερεθιστότητας και ενοχής. Επίσης, μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα ύπνου, όπως αυπνία και να βρίσκουν δύσκολη τη συγκέντρωση. Αυτά τα συμπτώματα είναι συχνά σοβαρές επιμονες αρκετά για να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Το PTSD συνήθως δεν σχετίζεται με γεγονότα τα οποία προκαλούν μια απλή αναστάτωση, όπως είναι για παράδειγμα ένα διαζύγιο ή οι αποτυχημένες εξετάσεις, αλλά αντίθετα με γεγονότα που τα τραύμα τους είναι βαθιά. Ένα τέτοιο τραύμα είναι ένα απροσδόκητο σοβαρό τραυματισμό ή ένα θάνατο ενός στενού μέλους της οικογένειας ή ενός φίλου( NHS,2016). Μια άλλη αιτία, είναι οι φυσικές καταστροφές, όπως σοβαρές πλημμύρες , σεισμοί, τσουνάμια, πυρκαγιές οι οποίες μπορεί να τους έχουν αρνητικό αντίκτυπο τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, καθώς υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι ίδιοι βρίσκονται μάρτυρες Η λήξη έγκαιρης βοήθειας και υποστήριξης μπορεί να αποτρέψει την επιδείνωση των φυσιολογικών αντιδράσεων στρες και την ανάπτυξη σε PTSD.

### 1.6.1 Εκπαιδευτική αντιμετώπιση- Παρέμβαση εκπαιδευτικού

---

Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί όσον αφορά την συμπεριφορά τους απέναντι σε παιδιά που βίωσαν μια τραυματική εμπειρία και πάσχουν από μετατραυματικό στρες. Το κεντρικό σημείο της προσέγγισης, είναι σε κάθε περίπτωση το ίδιο: η εκ νέου παροχή στα παιδιά αυτά ενός αισθήματος ασφάλειας που τόσο πολύ στερήθηκαν. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να ενθαρρύνουν την εμπλοκή του παιδιού σε κοινωνικές δραστηριότητες της τάξης του. Θεωρείται πολύ σημαντική η εκπαίδευση των παιδιών στις κοινωνικές δεξιότητες, ώστε να μπορούν να νιώθουν καλά με τον εαυτό τους και να συνάπτουν υγιείς σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους. Ένα παιδί με καλές κοινωνικές δεξιότητες μπορεί να δημιουργήσει ικανοποιητικές σχέσεις και να γίνει δέκτης θετικών μηνυμάτων από τους άλλους. Για να μπορεί όμως να προσαρμοστεί στις σχέσεις του χρειάζεται πρώτα να έχει μάθει να αναγνωρίζει και να εκφράζει τα συναισθήματα του και στη συνέχεια αυτά των άλλων. Πρέπει να μάθει να επικοινωνεί αποτελεσματικά, εκφράζοντας τις ανάγκες του με όμορφο τρόπο και χωρίς απαιτήσεις και σεβόμενο τις ανάγκες των άλλων.

Τέλος χρειάζεται να μπορεί να διαχειρίζεται τις συμπεριφορές του (αυτοδιαχείριση). Με τον όρο αυτοδιαχείριση εννοούμε την ενεργοποίηση του παιδιού ως προς την αυτοπαρατήρησή του, τη θέση προσωπικών, συγκεκριμένων και εφικτών στόχων και τον προσανατολισμό στο μέλλον για θεμιτές αλλαγές στη συμπεριφορά του. Μέσα από την ομαδική αλλά και την ατομική δουλειά το παιδί έχει τη δυνατότητα να εκφραστεί, να αναγνωριστεί και να διερευνήσει αποδεκτές και μη συμπεριφορές. Για παράδειγμα, μια δραστηριότητα για ένα μαθητή που μπορεί να έχει βιώσει κάποιο ατύχημα, το οποίο του έχει προκαλέσει μετατραυματικό στρες, θα μπορούσε να είναι μια επίσκεψη στο Πυροσβεστικό σταθμό, όπου οι Πυροσβέστες θα ανέφεραν το έργο τους και τις δυσκολίες τους, πόσα δυστυχήματα συναντούν καθημερινά και πως τα αντιμετωπίζουν.

Επιπλέον, όταν ένα παιδί μάθει να αναγνωρίζει τα συναισθήματα του μπορεί πιο εύκολα να μάθει να διερευνά και να αναγνωρίζει τα συναισθήματα των άλλων. Μπορείτε να ξεκινήσετε χρησιμοποιώντας ή και φτιάχνοντας σκίτσα με γεγονότα όπου το παιδί καλείται να μαντέψει πως αισθάνονται τα εικονιζόμενα πρόσωπα. Μπορεί χρησιμοποιώντας τη

φαντασία του να φτιάξει ακόμα και σενάριο, να προβάλει τον εαυτό του σε παρεμφερείς καταστάσεις και να προτείνει και λύσεις σε καταστάσεις που το ζητούν.

---

Το θεραπευτικό παιχνίδι έχει αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο στην ψυχοθεραπεία του τραυματισμένου παιδιού (Παπαδάτος Γιάννης, 2010). Ειδικότερα, μέσα από την ζωγραφική το παιδί νιώθει ότι του δίνεται η ευκαιρία να απελευθερώσει τα συναισθήματα του, πράγμα στο οποίο μπορεί να υπάρξει συζήτηση. Η συζήτηση για το νόημα των έργων του είναι αναγκαία γιατί μιλάει για το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός.

Το τραύμα μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο το παιδί βλέπει τον κόσμο, κάνοντας τον ξαφνικά να φαίνεται ένα επικίνδυνο και τρομακτικό μέρος. Μπορεί να δυσκολεύεται να εμπιστευτεί το περιβάλλον και άλλους ανθρώπους. Ωστόσο, ο εκπαιδευτικός οφείλει να το βοηθήσει ανακατασκευάζοντας την αίσθηση της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης. Φυσικά, συνιστάται και η υποστήριξη ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας για μια σύντομη πορεία θεραπείας. Η ψυχολογική υποστήριξη/ψυχοθεραπεία που μπορεί να είναι ατομική, οικογενειακή ή ομαδική, μπορεί να είναι ιδιαίτερος βοηθητική, καθώς επιτρέπει στο παιδί να εκφραστεί με διάφορους τρόπους (συνομιλία, σχέδιο, παιχνίδι, γράψιμο). Η γνωστική ψυχοθεραπεία έχει βρεθεί χρήσιμη για την απευαισθητοποίηση από τους φόβους και τα δυσάρεστα όνειρα που ακολουθούν τον ψυχοτραυματισμό (Silverman et al., 1994). Ιδιαίτερες τεχνικές έχουν αναπτυχθεί βάσει της γνωστικής- συμπεριφοριστικής θεραπείας για την αντιμετώπιση των εφιαλτικών ονείρων, με συμβουλές για ενέργειες πριν από τον ύπνο (Dollinger, 1986).

---

## 1.7 Επιλεκτική αλαλία

Η επιλεκτική αλαλία ονομάζουμε μια πολύπλοκη αγχώδη διαταραχή της παιδικής ηλικίας κατά την οποία ενώ το παιδί δεν έχει κάποιο γλωσσικό πρόβλημα, επίμονα αρνείται να μιλήσει σε συγκεκριμένο χώρο (π.χ. σχολείο) ή σε συγκεκριμένα άτομα (π.χ. στο γιατρό) ενώ μιλά φυσιολογικά σε άλλους χώρους ή άτομα που του εμπνέουν ασφάλεια και άνεση (π.χ. στους γονείς, ή στους φίλους). Πρόκειται για αγχώδη διαταραχή, ενώ ψυχοδυναμικά θεωρείται ως μια στρατηγική άμυνας/ διαχείρισης και ελέγχου της πραγματικότητας (προκλήσεων /απαιτήσεων /δυσκολιών), η οποία όμως εγκλωβίζει το παιδί σε μια ιδιόμορφη θέση απ' όπου δεν μπορεί να ξεφύγει (Ηλίας Ε. Κουρκούτας, 2017).

Η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να προκαλέσει μακροχρόνια προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις αυτών των παιδιών με τους συνομηλίκους τους. Παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα στις κοινωνικές δεξιότητες σε σχέση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Έρευνες έδειξαν ότι τα παιδιά με επιλεκτική αλαλία μπορεί να δυσκολεύονται να κάνουν φίλους και να έχουν δυσκολίες με την κοινωνική δέσμευση. Είναι πιθανό να έχουν λίγους φίλους και να απορρίπτονται από τους συνομηλίκους τους (Kristensen & Torgersen, 2002, παράθεση σε Leo, 2015). Η αδυναμία τους να εκφραστούν λεκτικά δυσκολεύει τόσο την κοινωνική όσο και την ακαδημαϊκή τους θέση στη σχολική τάξη. Μπορεί να αγνοούνται ή να απομονώνονται από τους συμμαθητές τους. Ομοίως, μπορεί να μη μιλούν σε κανέναν συνομήλικό τους ή σε ελάχιστους. Ένα τέτοιο παιδί προτιμά να είναι μόνο, διότι τα άλλα παιδιά γύρω του μιλούν και αυτό το αγχώνει.

Το DSM-IV (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Ασθενειών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου) περιγράφει τα βασικά χαρακτηριστικά της Εκλεκτικής Αλαλίας ως εξής:

- Το παιδί αρνείται επίμονα να μιλήσει σε μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις συμπεριλαμβανομένου και του σχολείου.
- Η διαταραχή δημιουργεί προβλήματα στην ακαδημαϊκή επίδοση του παιδιού και στις κοινωνικές σχέσεις.

- Η διάρκεια της διαταραχής είναι τουλάχιστον ένας μήνας.
- Η αποτυχία του παιδιού να μιλήσει δεν οφείλεται σε έλλειψη άνεσης με την καθομιλούμενη γλώσσα.
- Η άρνηση ομιλίας δεν οφείλεται σε διαταραχές επικοινωνίας (π.χ. τραυλισμού), σε αυτισμό, σχιζοφρένεια, ή άλλη ψυχωτική διαταραχή.

Τα αίτια της επιλεκτικής αλαλίας δεν έχουν ακόμα προσδιοριστεί επακριβώς, εξαιτίας της σπανιότητάς της και της περιορισμένης έρευνας που έχει πραγματοποιηθεί γύρω από αυτήν. Γενικότερα, οι μελέτες έχουν δείξει πως είναι πολυπαραγοντική και καθορίζεται από μια σειρά αλληλένδετων παραγόντων, όπως γενετικά χαρακτηριστικά, ιδιοσυγκρασία, κοινωνικοί παράγοντες και επίτευξη αναπτυξιακών οροσήμων ανάλογα με την ηλικία (Καρδαράς & Τάσιος, 2012). Οι ειδικοί επισημαίνουν ότι, όπως και στις περισσότερες αγχώδεις διαταραχές, είναι πιθανό να υπάρχει κάποιο γενετικό υπόστρωμα το οποίο μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους στα μέλη της οικογένειας. Αυτό δε σημαίνει ότι υπάρχουν συγκεκριμένα γονίδια τα οποία είναι υπεύθυνα για την επιλεκτική αλαλία, όμως έρευνες έχουν δείξει πως οι γονείς αυτών των παιδιών παρουσιάζουν ιστορικό διαταραχών, όπως επιλεκτική αλαλία (Remschmidt et al., 2001, παράθεση σε Viana et al., 2009), γλωσσικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, κατάθλιψη (Andersson & Thomsen, 1998 παράθεση σε Viana et al., 2009). Από την άλλη, έχουν αναδειχθεί κατά κύριο λόγο περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως είναι οι μειωμένες ευκαιρίες κοινωνικής επαφής, η παρατήρηση αγχωδών συμπεριφορών, ή η ενίσχυση συμπεριφορών αποφυγής, οι οποίοι φαίνεται να συντελούν σημαντικά στην εκδήλωση της διαταραχής (Viana et al., 2009). Έτσι, τα παιδιά είναι πιθανό να μαθαίνουν την αγχώδη συμπεριφορά μέσω του γονικού μοντέλου. Δηλαδή οι γονείς να αποφεύγουν κοινωνικές καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος ή αντιμετωπίζουν τους αγνώστους ως κάτι επικίνδυνο και απρόβλεπτο, κάτι το οποίο μειώνει την ομιλία του παιδιού.

Για να διαγνωσθεί ένα παιδί με επιλεκτική αλαλία πρέπει να υπάρχει συνεχής αποτυχία να μιλήσει σε ειδικές κοινωνικές καταστάσεις (π.χ. στο σχολείο), ενώ μιλά σε άλλες. Επίσης, η διαταραχή πρέπει να έχει

επιπτώσεις στην εκπαιδευτική ή επαγγελματική επιτυχία ή την κοινωνική επικοινωνία του παιδιού και να διαρκεί τουλάχιστον ένα μήνα (δε συμπεριλαμβάνεται ο πρώτος μήνας του σχολείου). Τα παιδιά με επιλεκτική αλαλία αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο σχολείο, παρουσιάζοντας ανεπάρκεια στις γλωσσικές και κοινωνικές δεξιότητες, καθώς και στη δημιουργία φιλικών σχέσεων. Σε κάποια παιδιά έχει αποτέλεσμα να μην τα κοιτάς μέσα στα μάτια όταν τα ρωτάς, όπως το να κοιτάς το αντικείμενο της συζήτησης εστιάζοντας το βλέμμα κάπου αλλού. Σε κάθε περίπτωση δεν βοηθά κανένα παιδί να συζητάτε για τη δυσκολία του με τρίτους, μπροστά του ή να του λέτε, “ γιατί δεν το λες, αφού το ξέρεις” ή “αχ πότε θα μιλήσεις” ή “μπράβο τι φοβερός που είσαι που το είπες”. Έτσι το μόνο που πραγματοποιείται είναι να ενισχύετε το άγχος του παιδιού. Τέλος, η αποτυχία της λεκτικής επικοινωνίας δεν πρέπει να οφείλεται σε γλωσσική διαταραχή ή σε διαταραχή επικοινωνίας ή σε κάποια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή ή σχιζοφρένεια ή άλλη ψυχωτική διαταραχή (Bergman, 2013).

### 1.7.1 Εκπαιδευτική αντιμετώπιση- Παρέμβαση εκπαιδευτικού

Ο εκπαιδευτικός μόλις αναγνωρίσει ότι ο μαθητής τους αντιμετωπίζει αυτή τη διαταραχή , είναι αναγκαίο να προσπαθήσει να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση του παιδιού αλλά και να το κάνει να νιώσει άνετα. Από τη μια προσπαθεί να μειώσει τον φόβο και το άγχος και από την άλλη να ενθαρρύνει την αλληλεπίδραση τόσο μαζί του όσο και με τους συμμαθητές του. Χωρίς να υπάρχει πίεση ο εκπαιδευτικός δείχνει ικανοποιημένος με τη μη λεκτική συμμετοχή του μαθητή στις δραστηριότητες της τάξης. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί από τη συγκρότηση μικρών ομάδων που ασχολούνται με ευχάριστες δραστηριότητες (π.χ ζωγραφική,μουσική) για το παιδί και του προκαλούν λιγότερο άγχος και φοβία. Αυτά τα παιδιά με τη συνεργασία σε μικρές ομάδες οι οποίες θα προκαθοριστούν από τόν ίδιο εκπαιδευτικό, όπου οι συμμαθητές τους θα συμβάλουν σημαντικά. Πιο συγκεκριμένα θα βοηθήσουν στη μείωση του άγχους και στην αύξηση της επικοινωνίας και των κοινωνικών δεξιοτήτων.



Κατά τη διάρκεια της σχολικής καθημερινότητας ένα παιδί με επιλεκτική αλαλία δεν καλλιεργεί πολλές δεξιότητες στο σχολικό περιβάλλον. Αυτό συμβαίνει διότι δε συμμετέχει στην ανάγνωση ούτε στην προφορική επικοινωνία. Οι εκπαιδευτικοί δε μπορούν να αντιληφθούν τις ικανότητες και δεξιότητες αυτών των παιδιών, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να τους δώσουν τα κατάλληλα ερεθίσματα για να προχωρήσουν, αλλά ούτε μπορούν να τα αξιολογήσουν όπως τα υπόλοιπα παιδιά. Επίσης, αυτά τα παιδιά δεν έχουν τη δυνατότητα να ρωτήσουν κάτι που δεν καταλαβαίνουν, με αποτέλεσμα να υστερούν ακαδημαϊκά σε σχέση με τους υπόλοιπους μαθητές. Παρατηρείται αδυναμία συμμετοχής σε ομαδικές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να μη μαθαίνουν να συνεργάζονται αποτελεσματικά. Όμως, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι αυτά μερικά παιδιά με επιλεκτική αλαλία έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν στις δραστηριότητες της τάξης χωρίς να μιλούν, όπως να προσέχουν τις οδηγίες και να τις ακολουθούν, να τελειώνουν τις εργασίες του στον χρόνο που τους έχει δοθεί, να παράγουν σωστή δουλειά, να αναμένουν τη βοήθεια, να αγνοούν τις ενοχλήσεις των συνομηλίκων τους, κ.ά., (Cunningham et al., 2004).

Επίσης, για την διευκόλυνση του παιδιού με τη συγκεκριμένη διαταραχή, θα μπορούσε ο εκπαιδευτικός να έχει διάφορες εικόνες και κάρτες. Πέρα από τις κάρτες, μπορεί ο μαθητής να έχει στη διάθεση του ένα φακό ή μια κούκλα-μαριονέτα, έτσι ώστε να απαντά στις ερωτήσεις με «ναί» και «όχι» (Shipon-Blum, 2005). Έτσι, σε πρώτο στάδιο θα ζητάει από το μαθητή να δείχνει ή να χρησιμοποιεί νεύματα ενώ με τη πάροδο του χρόνου θα μετέβει στα μετέπτα στάδια. Θα ξεκινήσει δηλαδή να ψιθυρίζει λέξεις, αργότερα να μιλάει λίγο πιο δυνατά καταλήγοντας στο τελικό στόχο κατά τον οποίο αναμένετε ο μαθητής να σηκώνει το χέρι για να μιλήσει. Θα χρειαστεί χρόνος μέχρι να αποκατασταθεί η ομιλία και η λεκτική επικοινωνία.

Ως προς τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στις σχετικές έρευνες για την αξιολόγηση ή/και διάγνωση των παιδιών με επιλεκτική αλαλία, αυτά είναι συχνά ψυχομετρικά εργαλεία που στοχεύουν στην αξιολόγηση του γλωσσικού και γνωστικού επιπέδου των παιδιών, καθώς και της κοινωνικότητάς τους (π.χ. Peabody Picture Vocabulary Test, Wechsler Intelligence Scale for Children, Children's Communication Checklist, Social Behavior Scale, κ.ά.). Σε ό,τι αφορά ειδικά εργαλεία για τη

διάγνωση της επιλεκτικής αλαλίας αυτά είναι πολύ περιορισμένα. Το Selective Mutism Questionnaire (SMQ) και το School Speech Questionnaire (SSQ) αποτελούν, απ' όσο γνωρίζουμε, τα μόνα ειδικά εργαλεία που έχουν αξιολογηθεί ως προς τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες και χρησιμοποιούνται διεθνώς συστηματικά. Πιο συγκεκριμένα, το SMQ είναι ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από τους γονείς των παιδιών και μετρά τη συχνότητα λεκτικής έκφρασης των παιδιών με επιλεκτική αλαλία σε διάφορα κοινωνικά πλαίσια και τις επιδράσεις που η αλαλία έχει στη γενικότερη μη λεκτική συμπεριφορά του παιδιού (Bergman, Keller, Piacentini, & Bergman, 2008· Letamendi et al., 2010). Το SSQ, από την άλλη, αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από τους εκπαιδευτικούς και αξιολογεί τη λεκτική επικοινωνία των παιδιών με επιλεκτική αλαλία στο σχολικό πλαίσιο.

## 1.8 Αγοραφοβία

Κατά κυριολεξία, αγοραφοβία (agoraphobia) σημαίνει ο φόβος της αγοράς με την έννοια του ανοιχτού χώρου. Πρόκειται όμως για συμπτώματα άγχους ή πανικού που αδικαιολόγητα εκδηλώνονται όταν κάποιος βρεθεί σε πολυσύχναστο χώρο. Μια από τις βασικότερες αλλαγές που έγιναν στο DSM5, στο κεφάλαιο των αγχωδών διαταραχών, είναι η κατηγοριοποίηση της αγοραφοβίας ως ξεχωριστή διαγνωστική οντότητα, η οποία δεν συνδυάζεται πια με την διαταραχή κρίσης πανικού, αλλά κωδικοποιείται μόνη της. Πιο συγκεκριμένα, στο DSM-IV, η αγοραφοβία βρισκόταν κάτω από την διαταραχή πανικού και μπορούσε να λειτουργήσει ως προσδιοριστής. Ωστόσο, στην νέα έκδοση του ταξινομικού συστήματος, αν πληρούνται τα κριτήρια και των δύο διαταραχών θα δοθούν δύο διαγνώσεις.

Για να λάβει το άτομο την διάγνωση της αγοραφοβίας, θα πρέπει να αισθάνεται έντονο φόβο ή άγχος σε τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω:

- Βρίσκεται σε έναν ανοιχτό χώρο
- Βρίσκεται σε έναν δημόσιο κλειστό χώρο
- Περιμένει στην σειρά ή βρίσκεται μέσα σε πλήθος
- Βρίσκεται μόνο του εκτός σπιτιού
- Χρησιμοποιεί τα μέσα μαζικής μεταφοράς

Ένα άτομο με διάγνωση αγοραφοβίας:

- Βιώνει έντονο άγχος ή φόβο όταν εκτεθεί σε μια από τις παραπάνω καταστάσεις :
- Αποφεύγει την κατάσταση που προκαλεί άγχος ή φόβο
- Για να εκτεθεί σε κάποια αγχωγόνο κατάσταση χρειάζεται συνοδεία ή εκτείνεται μόνον αν είναι απολύτως απαραίτητο
- Βιώνει άγχος σε κοινωνικές καταστάσεις

Ένα άτομο με διάγνωση αγοραφοβίας βιώνει έντονο άγχος ή φόβο όταν εκτεθεί σε μια από τις παραπάνω καταστάσεις και έχει διάρκεια έξι μηνών. Η φοβία αυτή συνδέεται με την εμφάνιση έντονου άγχους και κρίσεων πανικού. Σε πολλές περιπτώσεις, η αγοραφοβία συνυπάρχει με την διαταραχή πανικού ενώ τα συμπτώματά τους μοιάζουν. Όπως είναι αναμενόμενο, λοιπόν, ο ιδρώτας, το τρέμουλο, τα προβλήματα στην αναπνοή, η ζαλάδα και η τάση για λιποθυμία είναι από τα πιο αναγνωριστικά συμπτώματα ενώ η ναυτία, η διάρροια αλλά και ο φόβος του θανάτου μπορεί να τα συνοδεύουν στις πιο δύσκολες περιπτώσεις. Η απομόνωση που βιώνει το άτομο μπορεί να το οδηγήσει ακόμα και στην κατάθλιψη ή την κατάχρηση ουσιών, γι' αυτό και είναι εξαιρετικά σημαντικό ο ασθενής να αναγνωρίσει το πρόβλημα και να δεχτεί τη βοήθεια των ειδικών, όπως και σε κάθε άλλη ψυχική διαταραχή.

Η σοβαρότητα της διαταραχής ποικίλει. Πιο συγκεκριμένα, σε περιπτώσεις μέτριας σοβαρότητας, το άτομο μπορεί να εμφανίσει κρίση πανικού αν δεν μπορεί να βρει τρόπο να διαφύγει ή ένα μέρος για να νιώσει ασφάλεια. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, οι πάσχοντες μπορεί να παραμείνουν κλεισμένοι στο σπίτι τους. Παρ' όλο που η παραπάνω κατάσταση φαντάζει παράλογη, ένα άτομο με αγοραφοβία έχει αναπτύξει ισχυρούς φόβους, οι οποίοι μπορεί να αναδυθούν εντός του θεραπευτικού πλαισίου.

Οι χώροι που μπορούν να προκαλέσουν αγοραφοβία είναι εκείνοι που μπορεί να κάνουν ένα άτομο να αισθανθεί αβοήθητο ή παγιδευμένο, ντροπή, όπως είναι τα πολυπληθή μέρη, οι γέφυρες, τα δημόσια μέσα μεταφοράς και οι απομακρυσμένες περιοχές. Για το αγοραφοβικό άτομο, λοιπόν, κάποιες δραστηριότητες είναι σχεδόν απαγορευτικές. Τα ψώνια στο σούπερ μάρκετ, για παράδειγμα, μπορεί να γίνουν εφιάλης, όπως και κάθε κλειστό μέρος με κόσμο. Ακόμα και κάποιες διασκεδαστικές για τους υπόλοιπους δραστηριότητες, όπως το σινεμά ή το θέατρο, είναι πιθανό να γίνουν απλησίαστες, με αποτέλεσμα το άτομο να προτιμά την απομόνωση. Το ίδιο, όμως, ισχύει ακόμα και για τα ανοιχτά μέρη, όπως για παράδειγμα, για μια απλή βόλτα σε μια πλατεία με κόσμο.

### 1.8.1 Εκπαιδευτική αντιμετώπιση- Παρέμβαση εκπαιδευτικού

Ο στόχος της θεραπείας στην αγοραφοβία είναι να γίνει το άτομο ξανά λειτουργικό, να πάψει δηλαδή να αποφεύγει και να παρουσιάζει συμπεριφορές ασφαλείας. Τον ίδιο στόχο μπορεί να πετύχει και ο εκπαιδευτικός όταν έρθει αντιμέτωπος με το μαθητή που αντιμετωπίζει την αγοραφοβία. Για να μπορέσει ο εκπαιδευτικός να εντοπίσει τους φόβους του παιδιού μπορεί να κατασκευάσει ένα κοινωνιομετρικό τεστ, ειδικά σχεδιασμένο για να μπορέσει να καταλάβει τι είναι αυτό που προκαλεί φόβο αλλά και τι είναι αυτό που ηρεμεί το παιδί. Μέσα από αυτό, ο εκπαιδευτικός θα καταλάβει για παράδειγμα με ποιον συμμαθητή του το παιδί νιώθει ήρεμο και ασφάλεια, αλλά και ποιός μπορεί να του προκαλεί μεγαλύτερο φόβο. Επίσης, θα ανακαλύψει τι αυτό που αρέσει στο παιδί, έτσι ώστε να το φέρνει συχνά αντιμέτωπο με αυτό. Για παράδειγμα, μπορεί σε κάποιο μαθητή με αγοραφοβία να του αρέσει να παίζει μπάσκετ. Θα μπορούσε να προσαρμόσει ο εκπαιδευτικός κάποιες συγκεκριμένες ασκήσεις πάνω σε αυτό αλλά και όταν βλέπει ότι το παιδί δεν αισθάνεται καλά, θα του δίνει την ευκαιρία να βγαίνουν και να αθλούνται μαζί. Σε περίπτωση που ο εκπαιδευτικός δεν νιώθει ότι διαθέτει τα κατάλληλα μέσα και τις τεχνικές, μπορεί να ζητήσει τη βοήθεια κάποιου ειδικού, όπως για παράδειγμα κάποιο ψυχολόγο.

Επίσης ο εκπαιδευτικός μπορεί να χρησιμοποιήσει κάποιες στρατηγικές για να βοηθήσει το παιδί με αγοραφοβία για να μπορεί να συμμετέχει στην εκπαιδευτική διαδικασία:

- να μικρύνει το μέγεθος της άσκησης για τον συγκεκριμένο μαθητή.
- να τονίσει χρωματικά τις ασκήσεις που πρέπει να συμπληρωθούν.
- να χωρίσει τις ασκήσεις σε μικρότερα μέρη.
- να δώσει στον μαθητή την επιλογή της γραπτής ή της προφορικής απάντησης.
- να επιτρέψει στον μαθητή να δώσει προφορικά τις απαντήσεις στον εκπαιδευτικό ή σε κάποιο συμμαθητή.
- να χρησιμοποιήσει τις καθοδηγούμενες σημειώσεις για να μειώσει το γράψιμο.

- να συμπεριλάβει εικόνες στα φύλλα εργασίας, οι οποίες απεικονίζουν πώς πρέπει να συμπληρωθεί η άσκηση.

---

Ένας από τους κύριους στόχους της θεραπείας αυτής είναι η σταδιακή έκθεση και απόκτηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης των καταστάσεων που προκαλούν φόβο και άγχος, ξεκινώντας αρχικά από τα ηπιότερα φοβικά ερεθίσματα και προχωρώντας στα περισσότερο έντονα. Η τεχνική αυτή μπορεί να ξεκινήσει να γίνεται πρώτα στη φαντασία του πάσχοντα και έπειτα στις συνθήκες του περιβάλλοντος. Επίσης, έχουν την ευκαιρία να μάθουν τεχνικές χαλάρωσης, καθώς και δεξιότητες διαχείρισης των δυσλειτουργικών σκέψεων και αισθημάτων άγχους. Κεντρικό ρόλο στη θεραπεία έχει η ψυχοεκπαίδευση και οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των κρίσεων πανικού, όταν συνυπάρχουν. Μία μέθοδος θεραπείας για την αγοραφοβία είναι και η «Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία».

Η Φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται για την αντιμετώπιση της αγοραφοβίας είναι οι βενζοδιαζεπίνες. Έχουν τον κίνδυνο να δημιουργήσουν εξάρτηση εάν η χορήγηση τους κρατήσει για αρκετό χρονικό διάστημα, γι αυτό εκτιμάται μια αγωγή διάρκειας έξι μηνών το λιγότερο. Ωστόσο, η χορήγηση προπανόλης έχει αποδειχθεί το ασφαλέστερο μέσο από αυτά που έχουν προταθεί. Επίσης, συνταγογραφούνται αντικαταθλιπτικά, ή φάρμακα που καταπολεμούν το άγχος, και ξεκινούν από μικρές δόσεις, με σκοπό την παραγωγή περισσότερης σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Αν τα θετικά αποτελέσματα αρχίσουν να γίνονται εμφανή, ο γιατρός μπορεί να κρίνει πως η δόση θα μειωθεί. Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι ένας κατάλληλος συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας είναι η καλύτερη θεραπεία για την διαταραχή πανικού.

---

## 2.Κατάθλιψη

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (NIMH) των ΗΠΑ η κατάθλιψη είναι πολυπαραγοντική. Συμπεριλαμβάνει ένα συνδυασμό συμπτωμάτων, όπως στενοχώρια, μοναξιά, νευρικότητα κ.α., τα οποία συχνά έπονται ενός οδυνηρού γεγονότος, αλλά υποχωρούν σε εύλογο χρονικό διάστημα. Τα προαναφερθέντα συμπτώματα είναι αυξημένα σε ένταση, επιμένουν σε χρονική διάρκεια και έχουν συγκεκριμένη αιτιολογία, πορεία και πρόγνωση. Είναι ένα επίμονο πρόβλημα, που διαρκεί κατά μέσο όρο 6 έως 8 μήνες (APA, 2012). Η κατάθλιψη είναι διαφορετική από τις διακυμάνσεις της διάθεσης που οι άνθρωποι βιώνουν ως μέρος της κανονικής ζωής. Οι προσωρινές συναισθηματικές αντιδράσεις στις προκλήσεις της καθημερινής ζωής δεν αποτελούν κατάθλιψη. Ομοίως, ακόμη και το αίσθημα θλίψης που προκύπτει από το θάνατο κάποιου στενού συγγενή δεν είναι η ίδια η κατάθλιψη αν δεν επιμένει. Η κατάθλιψη μπορεί, ωστόσο, να σχετίζεται με το πένθος - όταν η κατάθλιψη ακολουθεί μια απώλεια, οι ψυχολόγοι το ονομάζουν « περίπλοκο πένθος ».

Οι αιτίες της κατάθλιψης δεν είναι πλήρως κατανοητές, αλλά είναι πιθανό να είναι ένας σύνθετος συνδυασμός γενετικών, βιολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Για να διαγνωστεί ένα άτομο με κατάθλιψη, χρειάζεται να έχει τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Τα συμπτώματα επιμένουν για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα και προκαλούν προβλήματα στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, στις δραστηριότητες όπου καλούνται να συμμετέχουν (π.χ σχολείο) αλλά και γενικότερα στη λειτουργία της καθημερινής ζωής. Από τα συμπτώματα που παρατάσσονται παρακάτω πέντε εμφανίζονται για δύο εβδομάδες σίγουρα.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάζουν ευερέθιστη διάθεση. Εμφανίζουν καθημερινά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για όλες σχεδόν τις δραστηριότητες. Αυτό επηρεάζει και

το σωματικό τους βάρος, καθώς παρατηρείται σημαντική απώλεια βάρους δίχως δίαιτα. Επίσης, οι διαταραχές ύπνου περιλαμβάνουν χαμηλή όρεξη αϋπνία (δυσκολία στον ύπνο) αλλά και υπερυπνία (υπερβολικός ύπνος). Η ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση μπορεί να είναι προφανή στις κινήσεις του σώματος, στην ομιλία, και στο χρόνο αντίδρασης και να είναι παρατηρήσιμα από τους άλλους. Μειωμένη είναι επίσης η συγκέντρωση προσοχής και η αποφασιστικότητα. Όταν η κατάθλιψη φτάσει σε ένα στάδιο κατά το οποίο το άτομο αισθάνεται απελπισία, τότε υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για αυτοκτονία, δηλαδή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Hillenbrand Clemens, 2011). Πραγματοποιεί διαρκώς επαναλαμβανόμενες σκέψεις για το θάνατο. Δεν αποτελεί πολύ συχνό φαινόμενο, ωστόσο παρατηρείται κυρίως στην εφηβική ηλικία με μεγαλύτερη απήχηση στα κορίτσια. Αυτοί οι νέοι βιώνουν μια μακρά συσσώρευση προβλημάτων με διαταραχές μάθησης και συμπεριφοράς (Hillenbrand Clemens, 2011).

Πέρα από τα παραπάνω συμπτώματα τα οποία αναφέρονται στο DSM-5 και το ICD-10, το παιδί που πάσχει από κατάθλιψη παρουσιάζει την ακόλουθη εικόνα σύμφωνα με τη προσέγγιση του Achenbach:

- i. Δείχνει δυστυχημένο και λυπημένο
- ii. Κλαίει συνέχεια και πολύ
- iii. Είναι νευρικό, φοβισμένο, αγχωμένο, ανήσυχο
- iv. Νιώθει ανίκανο να πάρει πρωτοβουλίες
- v. Είναι συχνά καχύποπτο
- vi. Είναι αγχώδες σε σχέση με το σχολείο και τις επιδόσεις του
- vii. Είναι αγχώδες σε σχέση με την εξωτερική του εμφάνιση

Επίσης, τα συγκεκριμένα παιδιά αντιμετωπίζουν δυσκολίες και ελλείψεις στην ανάπτυξη διαπροσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά πολλές να απομονώνονται και να μην μπορούν να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους.

Στο πλαίσιο του σχολείου, σύμφωνα με τον Κουρκούτα (2017), τα παιδιά με προβλήματα κατάθλιψης έχουν συνήθως την εξής εικόνα μέσα στη τάξη:

- Είναι παθητικά



- Δεν συμμετέχουν σε δραστηριότητες
- Δεν απαντούν με ευκολία σε ερωτήσεις του εκπαιδευτικού
- Δεν έχουν δυνατότητα συγκέντρωσης
- Δείχνουν αφηρημένα και υπερβολικά ονειροπόλα
- Μένουν αποστασιοποιημένα από την τάξη
- Δεν παίρνουν πρωτοβουλίες και δέχονται όσα τους παρατίθενται χωρίς να διαμαρτύρονται
- Έχουν υπερβολικό φόβο ότι αυτό που θα το κάνουν υπάρχει περίπτωση να το πραγματοποιήσουν με λάθος τρόπο
- Δείχνουν υπερευαισθησία στα σχόλια και στις κριτικές των άλλων
- Είναι υπερβολικά υπάκουα

Όλα τα παραπάνω που μπορεί να εμφανίσει το παιδί μπορεί να μην είναι διακριτά και συχνά ο εκπαιδευτικός δυσκολεύεται να εντοπίσει ότι κάποιος μαθητής του πάσχει από κατάθλιψη. Καθώς δεν προκαλούν με τη συμπεριφορά τους προβλήματα στη λειτουργία της τάξης, οι εκπαιδευτικοί δεν προβληματίζονται, κάτι όμως που θα έπρεπε να τους ανυσηχάσει. Εάν δεν υπάρχει κάποιου είδους παρέμβαση, η κατάσταση του παιδιού θα επιδεινωθεί. Έτσι, το σχολείο σήμερα καλείται να παίζει ένα διαφορετικό ρόλο απέναντι στις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες των παιδιών και στο πλαίσιο αυτό αναπόφευκτα και ο ρόλος του ίδιου του εκπαιδευτικού εμπλουτίζεται και διευρύνεται από κάθε άποψη, σε συνδυασμό με τις ατομικές διαπροσωπικές δεξιότητες που συνοδεύουν την εξέλιξη των δασκάλων ως ψυχοπαιδαγωγών (Place & Elliott, 2014).

## 2.1 Εκπαιδευτική αντιμετώπιση- Παρέμβαση εκπαιδευτικού

Ο εκπαιδευτικός αφού αναγνωρίσει την κατάσταση του παιδιού, χωρίς δραματοποίηση και άγχος, θα δημιουργήσει ένα σταθερό και θετικό πλαίσιο κατά το οποίο θα βοηθάει το παιδί να μην αποδιοργανώνεται και να μη βιώνει έντονες ανασφάλειες σε σχέση με τη λειτουργία του και την ικανότητα «επιβίωσης» μέσα στη τάξη (Ηλίας Ε. Κουρκούτας, 2017). Ο μαθητής με κατάθλιψη έχει ανάγκη από ένα ασφαλές κλίμα συνεργασίας, αποδοχής, προστασία από αναίτιες επιθέσεις ή τάσεις αποκλεισμού από τους συμμαθητές του. Ωστόσο δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι παρέμβαση και η θεραπεία του ειδικού είναι σημαντική. Ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων θα σχεδιαστεί πρόγραμμα ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Ο

εκπαιδευτικός ωστόσο δεν μπορεί να θεραπεύσει ολοκληρωτικά το παιδί αλλά μπορεί να συμβάλει λειτουργώντας ο ίδιος θεραπευτικά μέσα στη τάξη. Πολλές φορές μπορεί να γίνει χρήση διάφορων ερωτηματολογίων, στα οποία απαντούν τα ίδια τα παιδιά, όπως το CDI (ερωτηματολόγιο παιδικής κατάθλιψης).

Η Γνωστή ημιδομημένη συνέντευξη είναι το kiddie-sads, το οποίο στηρίζεται στο διαγνωστικό σύστημα DSMIV. Σημαντικό είναι να αναζητείται κατά τη συνέντευξη η ύπαρξη ιδεών αυτοκτονίας και η απώλεια βάρους, τα οποία είναι ενδεικτικά για σοβαρές ψυχοπαθολογικές διαταραχές.

Ο εκπαιδευτικός μπορεί να βοηθήσει ένα παιδί με κατάθλιψη, ενθαρρύνοντάς το σε δραστηριότητες που εμπεριέχουν σωματική άσκηση. Αρκετές έρευνες της τελευταίας δεκαετίας δείχνουν ότι η συστηματική συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και φυσικές δραστηριότητες, μειώνουν τα επίπεδα της κατάθλιψης (Pinniger et.al, 2008). Η συμμετοχή σε αθλήματα και προγράμματα άσκησης ανεβάζει τη διάθεση και οδηγεί στη μείωση των επιπέδων της κατάθλιψης. Ακόμα, για την καταπολέμηση της κατάθλιψης, τόσο στους νέους όσο και στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας το περπάτημα και το ελαφρύ τρέξιμο είναι ιδιαίτερα ευεργετικό. Η ένταση των ασκήσεων πρέπει να είναι μέτριας έντασης και προτιμάμε να γίνονται σε ανοιχτό χώρο, όπως για παράδειγμα στην αυλή του σχολείου.

Η κατάθλιψη είναι από τις πιο θεραπευτικές ψυχικές διαταραχές. Μεταξύ 80% και 90% των ατόμων με κατάθλιψη τελικά ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς αποκομίζουν κάποια ανακούφιση από τα συμπτώματά τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να γίνει εξέταση αίματος για να βεβαιωθεί ότι η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε ιατρική κατάσταση όπως το πρόβλημα του θυρεοειδούς (APA, 2012). Υπάρχουν τρία συστατικά στη διαχείριση της κατάθλιψης: η υποστήριξη , η οποία κυμαίνεται από τη συζήτηση πρακτικών λύσεων και συμβάλλει με έμφαση στην εκπαίδευση των μελών της οικογένειας, η ψυχοθεραπεία , επίσης γνωστή ως θεραπείες ομιλίας, όπως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Και η φαρμακευτική αγωγή , στην οποία χορηγούνται ειδικά αντικαταθλιπτικά .

Η Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία, η οποία χρησιμοποιείται ως προληπτική και ως εστιασμένη ψυχοθεραπευτική πρακτική, έχει σημαντικά αποτελέσματα κυρίως στους εφήβους με καταθλιπτικά συμπτώματα (Ηλίας Ε. Κουρκούτας, 2017). Περιλαμβάνει και εκπαίδευση σε ψυχοκοινωνικές δεξιότητες όπου τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώνονται ως ένα σημαντικό βαθμό.

---

### 3. Διπολική Διαταραχή

Η διπολική διαταραχή, παλαιότερη γνωστή ως μανιακή κατάθλιψη, είναι μια κατάσταση που επηρεάζει τις διαθέσεις, οι οποίες μπορούν να γλιστρήσουν από το ένα άκρο στο άλλο. Πρόκειται για εγκεφαλικές διαταραχές, οι οποίες προκαλούν ασυνήθιστες αλλαγές τόσο στην διάθεση και την ενέργεια όσο και στην ικανότητα του ατόμου για συγκέντρωση. Στη διαταραχή αυτή, η μείζων κατάθλιψη εναλλάσσεται σε μανία η οποία μπορεί να διαρκεί μέρες ή εβδομάδες. Το μανιοκαταθλιπτικό άτομο κυμαίνεται από τον ένα πόλο της διαταραχής (κατάθλιψη), στον άλλο (μανία), με γρήγορες και απρόβλεπτες εναλλαγές. Οι γυναίκες φαίνεται ότι έχουν περισσότερα καταθλιπτικά και λιγότερα μανιακά επεισόδια από ότι οι άνδρες ( APA, 2000). Υπάρχουν γενικευμένα προβλήματα με κοινωνικό στίγμα, στερεότυπα καθώς και προκατάληψη ενάντια σε άτομα με διπολική διαταραχή, ωστόσο η διαταραχή αυτή έχει συνδεθεί και με τη δημιουργικότητα και ακόμα και με την ιδιοφυία (π.χ. ο ζωγράφος Βίνσεντ βαν Γκογκ έπασχε από διπολική διαταραχή).

Η διπολική διαταραχή είναι δυνατό να εκδηλωθεί και στα παιδιά ωστόσο ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τα παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν διπολική διαταραχή. Συχνά είναι δύσκολο να διαπιστωθεί εάν πρόκειται για φυσιολογικά σκαμπανεβάσματα, όπως αποτέλεσμα του άγχους ή του τραύματος ή τα σημάδια ενός προβλήματος ψυχικής υγείας εκτός από τη διπολική διαταραχή. Σε αντίθεση με τους ενήλικες, οι οποίοι εκδηλώνουν διακριτές περιόδους μανίας ή κατάθλιψης, τα παιδιά και οι νεαροί έφηβοι παρουσιάζουν συνήθως ταχείες εναλλαγές της διάθεσης, ακόμα και στο διάστημα μιας ημέρας. Στα παιδιά η μανία εκδηλώνεται περισσότερο με ευερεθιστότητα και ξεσπάσματα παρά με ευφορική διάθεση. Στους εφήβους η νόσος εμφανίζεται συνήθως με μεικτή συμπτωματολογία, ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας έφηβοι εκδηλώνουν περισσότερο την τυπική μορφή της νόσου.

Ο τρόπος που εκδηλώνεται η διπολική διαταραχή διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ορισμένοι παρουσιάζουν σοβαρά επεισόδια κατάθλιψης, άλλοι μόνο ήπια επεισόδια ευφορίας. Κάποιοι παρουσιάζουν αρκετά έντονα επεισόδια μανίας και ήπια κατάθλιψη. Ορισμένοι παρουσιάζουν εναλλαγές διάθεσης αρκετές φορές το χρόνο, ενώ άλλοι παραμένουν εγκλωβισμένοι στη μία ή την άλλη συναισθηματική διάθεση για πολλούς μήνες. Συχνά, επίσης, υπάρχουν ψυχωσικά συμπτώματα, όπως το να ακούει κάποιος φωνές ή να έχει μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις.

Η μανία είναι κυρίαρχο χαρακτηριστικό της διπολικής διαταραχής και μπορεί να συμβεί με διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας. Σε ηπιότερα επεισόδια μανίας, γνωστά ως υπομανία τα άτομα εμφανίζονται ενεργητικά, ευερέθιστα και μπορεί να είναι πολύ παραγωγικά. Η μανία και η υπομανία είναι δύο ξεχωριστά είδη επεισοδίων, έχουν τα ίδια συμπτώματα αλλά η μανία είναι πιο σοβαρή και προκαλεί πιο αξιοσημείωτα προβλήματα στην εργασία, το σχολείο και τις κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και τις δυσκολίες της σχέσης. Όταν η μανία γίνεται πιο σοβαρή, τα άτομα αρχίζουν να συμπεριφέρονται αλλοπρόσαλλα και παρορμητικά, παίρνοντας συχνά λανθασμένες αποφάσεις και έχουν μη ρεαλιστικές ιδέες για το μέλλον, ενώ η ανάγκη για ύπνο μειώνεται σημαντικά. Σε πολύ σοβαρά επεισόδια μανίας, τα άτομα μπορεί να βιώσουν πολύ διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις για τον κόσμο και την πραγματικότητα, αυτό είναι γνωστό και ως ψύχωση. Επίσης, μπορεί να προκαλέσει ένα «διάλειμμα» από την πραγματικότητα (ψύχωση) και απαιτήσει νοσηλεία.

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR αναφέρονται τρεις τύποι διπολικής διαταραχής:

- Διπολική διαταραχή I: περιλαμβάνει ένα μοναδικό μανιακό επεισόδιο ή ένα μοναδικό μικτό επεισόδιο στην διάρκεια της ζωής του ατόμου, καθένα από τα οποία διαρκεί εβδομάδες ή μήνες. Υπάρχουν άτομα τα οποία μπορεί να ταλαντεύονται μεταξύ κατάθλιψης και μανίας μέσα σε μια μέρα. Πάνω από το 50% των ατόμων με διπολική διαταραχή I παρουσιάζει τέσσερα ή και περισσότερα επεισόδια (Bennett, 2010).
- Διπολική διαταραχή II: Είναι μία ήπια μορφή διπολικής διαταραχής. Κυρίαρχος ρόλος σε αυτόν τον τύπο είναι τα καταθλιπτικά επεισόδια. Για να διαγνωστεί το άτομο με διπολική διαταραχή II, πρέπει να κινείται μεταξύ υπομανιακών επεισοδίων και βαριάς κατάθλιψης.

Αξίζει να τονισθεί ότι το άτομο δεν θα εμφανίσει ποτέ μανιακό επεισόδιο.

- Διπολική διαταραχή III: Περιγράφεται από υποτροπιάζουσες καταθλίψεις χωρίς υπομανία, αλλά στις περισσότερες φορές με υπερθυμική ιδιοσυγκρασία και ιστορικό διπολικής διαταραχής στην οικογένεια (Αγγελόπουλος, 2009).

Το μανιακό και υπομανιακό επεισόδιο περιλαμβάνουν τρία ή περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα:

- Ασυνήθιστα αισιόδοξο
- Αυξημένη δραστηριότητα, ενέργεια και ανησυχία
- Υπεροβολική αίσθηση ευημερίας και αυτοπεποίθησης (ευφορία)
- Μειωμένη ανάγκη ύπνου
- Ασυνήθιστη ομιλία
- Ασυνάρτητες σκέψεις
- Κακή λήψη αποφάσεων (π.χ. διάφορες αγορές)

Ένα σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο περιλαμβάνει συμπτώματα που είναι αρκετά σοβαρά για να προκαλέσουν αισθητές δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες όπως η εργασία, το σχολείο, οι κοινωνικές δραστηριότητες ή οι σχέσεις. Ένα επεισόδιο περιλαμβάνει πέντε ή περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα:

- Χαμηλή διάθεση, όπως αίσθημα θλίψης, άδειου, απελπισμένου ανθρώπου ή δάκρυα (σε παιδιά και εφήβους, η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί ως ευερεθιστότητα).
- Χαρακτηρισμένη απώλεια ενδιαφέροντος ή αίσθημα ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες.
- Σημαντική απώλεια βάρους όταν δεν γίνεται δίαιτα, αύξηση βάρους ή μείωση ή αύξηση της όρεξης.
- Είτε η αυπνία είτε πάρα πολύ ύπνος.
- Είτε ανησυχία ή επιβραδυνόμενη συμπεριφορά.
- Κόπωση ή απώλεια ενέργειας.
- Τα συναισθήματα της άχρηστου ή της υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής.
- Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα

- Σκέψη, σχεδιασμός ή απόπειρα αυτοκτονίας.

---

Στο πλαίσιο της διπολικής διαταραχής, μια μικτή κατάσταση είναι μια κατάσταση κατά την οποία τα συμπτώματα της μανίας και της κατάθλιψης συμβαίνουν ταυτόχρονα. Για παράδειγμα, περιλαμβάνουν κλάμα κατά την διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου ή ταχείες σκέψεις κατά την διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου. Τα άτομα μπορούν επίσης να αισθάνονται έντονη απογοήτευση σε αυτή τη κατάσταση (π.χ. κάποιος μπορεί να έχει σκέψεις «μεγαλείου» ενώ ταυτόχρονα να αισθάνεται αποτυχημένος. Τα μικτά επεισόδια είναι συχνά η πιο επικίνδυνη περίοδος της διπολικής διαταραχής, κατά την οποία οι κίνδυνοι της κατάχρησης ουσιών, διαταραχής πανικού, απόπειρες αυτοκτονίας και άλλες επιπλοκές αυξάνονται σημαντικά.

Η ακριβή αιτία της διπολικής διαταραχής είναι άγνωστη αλλά μπορεί να εμπλέκονται διάφοροι παράγοντες. Δύο από αυτές τις διαφορές είναι οι βιολογικές και η γενεσιολογία. Τα άτομα με διπολική διαταραχή εμφανίζουν να έχουν φυσικές αλλαγές στον εγκέφαλο τους. Η σημασία αυτών των αλλαγών εξακολουθεί να είναι αβέβαιη, αλλά μπορεί τελικά να βοηθήσει να εντοπίσουμε τα αίτια. Από την άλλη πλευρά, η διπολική διαταραχή είναι πιο συχνή σε άτομα που έχουν συγγενή πρώτου βαθμού (π.χ. αδερφός, γονέας), με την πάθηση. Οι ερευνητές προσπαθούν να βρουν γονίδια που μπορεί να εμπλέκονται στην πρόκληση της διπολικής διαταραχής.

### III.1 Εκπαιδευτική αντιμετώπιση- Παρέμβαση εκπαιδευτικού

Όταν ο εκπαιδευτικός έρθει αντιμέτωπος με κάποιο μαθητή ο οποίος διακατέχετε από διπολική διαταραχή, οφείλει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός. Αρχικά, θα είναι αναγκαίο να θέσει κάποιους κανόνες με θετικό τρόπο. Διασφαλίζοντας ότι οι κανόνες διατυπώνονται με θετικό τρόπο, μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση μιας επικοινωνιακής και υγιούς νοοτροπίας. Ο μαθητής αυτός θα είναι τοποθετημένος δίπλα στον εκπαιδευτικό έτσι ώστε να μπορεί να υπάρχει έλεγχος και βοήθεια.

Για να μπορέσει ο εκπαιδευτικός να προσαρμόσει αλλά και να διευκολύνει το μαθητή με διπολική διαταραχή, είναι αναγκαίο να εφαρμοστούν κάποιες προϋποθέσεις:

- Εάν ο εκπαιδευτικός προγραμματίσει τις πιο απαιτητικές εργασίες σε μια στιγμή της ημέρας, επιτρέπει καλύτερα στον μαθητή να τις εκτελέσει. Η διπολική διαταραχή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα με κόπωση και πείνα. Η διοργάνωση δραστηριοτήτων τόνωσης στην αρχή της ημέρας μπορεί να βοηθήσει να φτάσει το ενδιαφέρον τους στο μέγιστο.
- Να συντομεύει ο εκπαιδευτικός τις εργασίες και την κατ' οίκον εργασία για να εστιάσετε στην ποιότητα και όχι στην ποσότητα. Οι μαθητές που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή συχνά έχουν συμβατικές μαθησιακές δυσκολίες. Ακόμη και με σταθερές διαθέσεις, οι μαθητές μπορεί να δυσκολεύονται να δώσουν προσοχή, να θυμούνται τις πληροφορίες, την επίλυση προβλημάτων και το συντονισμό των χεριών και των ματιών τους. Οι μεγάλες εργασίες θα πρέπει να κατανεμηθούν σε μικρότερα κομμάτια και να δοθεί περισσότερος χρόνος, εάν απαιτείται.
- Ο εκπαιδευτικός να αναθέτει φυσικά καθήκοντα και χειρωνακτικές εργασίες τις στιγμές που ο μαθητής παρουσιάζεται ως μανιακός. Η ύπαρξη στρατηγικής παρέμβασης όπως αυτή μπορεί να συμβάλει στην εποικοδομητική χρήση της ενέργειας του μαθητή. Μπορούν επίσης να παρέχονται ευκαιρίες για τον μαθητή να κινηθεί κατά τη διάρκεια του μαθήματος, να εργαστεί στον υπολογιστή και να συμμετάσχει σε διαδραστικά έργα (projects).
- Ο εκπαιδευτικός θα βοηθήσει το μαθητή αυτό ορίζοντας ένα χώρο , που μπορεί να πηγαίνει το παιδί όταν αισθάνεται πολύ πιεσμένος. Αυτός ο ασφαλής χώρος πρέπει να είναι ένας ιδιωτικός τόπος, μακριά από τους συνομήλικους μαθητές ή άλλο προσωπικό. Μερικές φορές ο μαθητής μπορεί απλά να χρειαστεί να κάνει μια βόλτα, παραχωρώντας του τον χρόνο και τον χώρο που χρειάζεται για να ανακτήσει την αυτοκυριαρχία του. Κάνετε εκ των προτέρων διευθετήσεις, με τις οποίες δεν αποδίδεται υπερβολική προσοχή από τον μαθητή. Καθορίστε έναν μέντορα, κατά προτίμηση έναν εξειδικευμένο υπάλληλο, ένα μέλος του προσωπικού που ο μαθητής αισθάνεται άνετα μαζί του ή ακόμη και έναν συμμαθητή του ή μεγαλύτερο μαθητή.



- Όταν έρθει η ώρα των διαγωνισμάτων χρειάζεται να διαφοροποιούμε λίγο το διαγώνισμα του μαθητή με διπολική διαταραχή. Τροποποιήσουμε τα διαγωνίσματα με ερωτήσεις πολλαπλή επιλογής ή αντιστοίχισης αντί να προτιμήσετε ανοικτού τύπου ερωτήσεις. Μπορεί επίσης να βοηθήσει η προσφορά ενός εναλλακτικού τύπου εργασίας για να μειωθεί το άγχος της συμπλήρωσης διαγωνισμάτων. Λάβετε υπόψη ότι αυτά εξαρτώνται από τις ικανότητες και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο μαθητής.

Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής σε παιδιά και εφήβους ενέχει ορισμένες δυσκολίες και γι' αυτό χρειάζεται προσεκτική εκτίμηση από παιδοψυχίατρο, καθώς η συμπτωματολογία που παρουσιάζεται μπορεί να «μιμείται» αυτή άλλων διαταραχών, που εκδηλώνονται στο ίδιο ηλικιακό φάσμα (πχ. διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητας). Επίσης, στην περίπτωση που ένα παιδί ή έφηβος εκφράζει αυτοκτονικό ιδεασμό ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αυτό θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και να ζητηθεί άμεσα η βοήθεια ενός ειδικού.

Τα φάρμακα αποτελούν το θεμελιώδη λίθο στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Στόχος της φαρμακευτικής αγωγής είναι η αντιμετώπιση των οξέων συμπτωμάτων και η πρόληψη των υποτροπών. Σε πρώτη φάση δηλαδή, ο στόχος είναι να αντιμετωπιστούν τα οξέα συμπτώματα της κατάθλιψης ή της μανίας, να μειωθεί η ένταση και να περιοριστεί η διάρκειά τους. Στη συνέχεια, γίνεται προσπάθεια για τη διατήρηση αυτής της βελτίωσης και για έλεγχο της κυκλικής πορείας της διπολικής διαταραχής, δηλαδή για πρόληψη μιας πιθανής υποτροπής. Η θεραπευτική παρέμβαση παραμένει κοινή σε όλες τις περιπτώσεις και συνίσταται στον έλεγχο του ενός πόλου της διαταραχής χωρίς την επιδείνωση του άλλου. Η θεραπεία είναι σύνθετη, καθώς υπάρχουν πολλά διαφορετικά συμπτώματα που απαιτούν την προσοχή του ειδικού. Αυτός είναι και ο λόγος που συχνά συνταγογραφείται ένας συνδυασμός διαφορετικών φαρμάκων. Είτε μόνα, είτε σε συνδυασμό, τα φάρμακα συνταγογραφούνται με κριτήριο την προσωπικότητα του ασθενή και τη φάση της διαταραχής.

Εκτός από τη φαρμακευτική αντιμετώπιση, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις συμπληρωματικά στη φαρμακευτική αγωγή, μπορούν να συμβάλουν σημαντικά, παρέχοντας στήριξη και εκπαίδευση στα άτομα με διπολική διαταραχή και στις οικογένειές τους. Οι θεραπείες αυτού του τύπου παρέχονται συνήθως από ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό ή σύμβουλο ψυχικής υγείας, σε συνεργασία με τον ψυχίατρο που παρακολουθεί τον ασθενή, έτσι ώστε να υπάρχει μια συνολική, πολύπλευρη και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ατόμου με διπολική διαταραχή. Η διάρκεια, η συχνότητα και ο τύπος της θεραπείας ποικίλει και εξαρτάται από τις ανάγκες του ατόμου που νοσεί. Είναι πάντα χρήσιμο να γνωρίζει κανείς τι του συμβαίνει, ποιο ακριβώς είναι το πρόβλημά και πως αντιμετωπίζεται.

Συνοψίζοντας, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να γνωρίζουν τις αλλαγές στην οικογενειακή ζωή και τη φαρμακευτική αγωγή των μαθητών, καθώς αυτές μπορεί να προκαλέσουν αλλαγή στη συμπεριφορά του μαθητή στην τάξη. Οποιαδήποτε αναφορά από τον μαθητή ότι επιθυμεί να βλάψει τον εαυτό του, πρέπει να αναφέρεται αμέσως στους γονείς και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

---

#### **4. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) αποτελεί μια συχνή διαταραχή της παιδικής ηλικίας, είναι παγκοσμίως γνωστή ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (AD/HD) και απαντάται πολύ συχνά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Barkley, 1990; The British Psychological Society, 1996). Οι ερευνητικές μελέτες, που έχουν κατά καιρούς διεξαχθεί, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ΔΕΠΥ είναι μια διαταραχή οργανικής προέλευσης, και στην εμφάνισή της εμπλέκονται γενετικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, ενώ εμπεριέχει νοητικές και νευροψυχολογικές δυσλειτουργίες ή ανεπάρκειες (Nigg & Hinshaw, 1996). Πρόκειται για μια διαταραχή που υπάρχει στον άνθρωπο εκ γενετής. Αξίζει να σημειωθεί ότι παραμένει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου με τη δυνατότητα όμως βελτίωσης των συμπτωμάτων, όταν γίνει πρόωπη και συστηματική παρέμβαση (Pelham, 1994).

Πολύ συχνά συγχέουμε τη φυσιολογική ζοηρότητα ενός παιδιού με τη ΔΕΠΥ. Αυτό που ορίζει τη διάκριση μεταξύ της απλής ζοηρότητας και της διαταραχής είναι ο βαθμός ελέγχου που έχει ένα παιδί στην κινητική του δραστηριότητα, κάτω από συγκεκριμένες περιστάσεις. Συγκεκριμένα, ένα παιδί με ΔΕΠΥ, για παράδειγμα, δε μπορεί να ελέγξει και να συγκρατήσει εύκολα την κινητική του δραστηριότητα, ακόμη και αν οι συνθήκες το απαιτούν, σε σχέση με ένα φυσιολογικό παιδί που συνήθως έχει τον έλεγχο της συμπεριφοράς του, παρά τη ζοηράδα του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η διάγνωση του ΔΕΠΥ δε βασίζεται σε ένα σύμπτωμα, αλλά σε ένα σύνολο συμπτωμάτων τα οποία συνιστούν την κλινική εικόνα της διαταραχής. Τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής (πρωτογενή) είναι η αδυναμία συγκέντρωσης και προσοχής, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα. Σε αυτά προστίθεται και μια σειρά δευτερογενών συμπτωμάτων τα οποία συνιστούν κίνδυνο για την ανάπτυξη των παιδιών (Hillenbrand Clemens, 2011) και διαφέρουν από παιδί σε παιδί. Μερικά

από αυτά είναι οι κρίσεις οργής, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το πείσμα, η έλλειψη ψυχραιμίας, η κλοπή, η επιθετικότητα, η αντικοινωνική συμπεριφορά, οι πτωχές κοινωνικές δεξιότητες, η κατάθλιψη κ.α ( Cooper & Bilton 2002, σελ. 16).

Σύμφωνα με το DSM-IV η ΔΕΠΥ χωρίζεται σε τρεις τύπους. Ο πρώτος είναι ο Απρόσεκτος Τύπος της διαταραχής, όπου τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι η εύκολη διάσπαση της προσοχής, η αδυναμία φιλτραρίσματος των εντολών, η ανικανότητα στην αυτοσυγκέντρωση και η κακή οργάνωση ή η κακή μνήμη. Στο δεύτερο τύπο κυριαρχούν η υπερκινητικότητα και ο παρορμητισμός, όπου τα κύρια χαρακτηριστικά είναι η ανικανότητα να καθίσει το παιδί σε μία θέση για αρκετή ώρα, η άσκοπη περιφορά μέσα στο χώρο, η σταθερή νευρική κατάσταση, η δράση πριν τη σκέψη και η διακοπή αλλά και η παρέμβαση στην ομιλία άλλων ατόμων. Ενώ ο τρίτος τύπος είναι συνδυασμένος των δύο ποηγούμενων τύπων ταυτόχρονα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια, σύμφωνα με το DSM-IV, για την ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα είναι τα ακόλουθα:

#### A) Η απροσεξία (Attentional problems- Προβλήματα προσοχής)

Οι Sandberg, Day και Trott (1996) αναφέρουν ότι ο όρος απροσεξία περιλαμβάνει προβλήματα που αφορούν στην έλλειψη επιμονής στις δραστηριότητες, στον προσανατολισμό σε εασχόληση με πράγματα άσχετα προς τη στιγμή ή το περιβάλλον, στις συχνές εναλλαγές στις δραστηριότητες, καθώς και σε μεγάλες περιόδους χωρίς σαφή ενασχόληση με κάτι (όπως αναφέρεται στο Καλατζή- Αζίζη & Καραδήμας 2004, σελίδα 227).

Εφόσον έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα απροσεξίας έχουν επιμείνει για τουλάχιστον έξι μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή με το αναπτυξιακό επίπεδο.

- i. Συχνά αποτυγχάνει να προσέξει τις λεπτομέρειες ή να κάνει λάθη απροσεξίας στη σχολική εργασία, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.
- ii. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε έργα ή σε δραστηριότητες παιχνιδιού.
- iii. Συχνά φαίνεται σαν να μην ακούει όταν του μιλούν απευθείας.

- iv. Συχνά δεν ακολουθεί καθόλου μέχρι τέλους τις οδηγίες που του δίνονται. Αποτυγχάνει να εκτελέσει τις σχολικές του εργασίες, μικροθελήματα ή υποχρεώσεις στο χώρο της δουλειάς του, πράγμα που δεν οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή στην αδυναμία του καταλάβει τις οδηγίες.
- v. Έχει συχνά δυσκολία να ολοκληρώσει το έργο που του ανατίθεται.
- vi. Συχνά αποφεύγει να εμπλακεί σε καθήκοντα που απαιτούν σταθερή και διαρκή πνευματική/νοητική προσπάθεια, όπως είναι η σχολική εργασία (στο σχολείο ή στο σπίτι).
- vii. Χάνει συχνά αντικείμενα απαραίτητα για την εκτέλεση των καθηκόντων του ή των δραστηριοτήτων του (π.χ. μολύβια, βιβλία, εργαλεία, παιχνίδια, σχολικές εργασίες)
- viii. Συχνά διασπάται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα.
- ix. Ξεχνά συχνά καθημερινές δραστηριότητες που έχει να εκτελέσει.

#### B) Υπερκινητικότητα - Παρορμητικότητα

Έξι (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που εμφανίζονται με διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών σε βαθμό δυσλειτουργικό με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.

- i. Συχνά κινεί νευρικά χέρια και πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του.
- ii. Εγκαταλείπει συχνά τη θέση του μέσα στην τάξη ή σε άλλες καταστάσεις όπου αναμένεται να παραμείνει καθιστό.
- iii. Συχνά τρέχει από δω κι από κει ή σκαρφαλώνει και γενικά κινείται με τρόπο ακατάλληλο για τη συγκεκριμένη κατάσταση στην οποία δεν ταιριάζει η συγκεκριμένη συμπεριφορά. Στους έφηβους, μπορεί να περιορίζεται σε αισθήματα κινητικής ανησυχίας.
- iv. Δυσκολεύεται συχνά να παίζει ή να εμπλέκεται ήσυχα σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.
- v. Βρίσκεται συχνά σε διαρκή κίνηση ή ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή»
- vi. Συχνά μιλάει υπερβολικά
- vii. Συχνά ξεστομίζει απερίσκεπτα απαντήσεις πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση.
- viii. Δυσκολεύεται συνήθως να περιμένει τη σειρά του.
- ix. Συχνά διακόπτει τους άλλους παρεμβαίνοντας απρόσκλητα σε συζητήσεις ή παιχνίδια.

Τα παραπάνω συμπτώματα, κάποια από τα οποία πρέπει να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των επτά ετών, είναι απαραίτητο να εκδηλώνονται σε δύο τουλάχιστον πλαίσια ( π.χ. στο σχολείο και στο σπίτι). Ωστόσο, εκτός από τα βασικά συμπτώματα, το παιδί με ΔΕΠΥ έχει να αντιμετωπίσει και τα δευτερογενή προβλήματα που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση του με το κοινωνικό περιβάλλον, από τις αντιδράσεις που προκύπτουν από τη συμπεριφορά του και από τα βιώματα που έχει καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξής του.

Η προσχολική ηλικία αποτελεί σημαντική περίοδο για την ανάπτυξη των βασικών και θεμελιωδών κοινωνικών δεξιοτήτων ενός ατόμου. Η δυσκολία του υπερκινητικού παιδιού να αναγνωρίζει και να κατανοεί τις συναισθηματικές αντιδράσεις των άλλων είναι ήδη εμφανής σε αυτή την περίοδο της ζωής του και συχνά εκδηλώνεται με αυξημένη επιθετικότητα προς το περίγυρο του. Το γεγονός αυτό, επιδρά αρνητικά στις διαπροσωπικές σχέσεις, αφού δυσκολεύεται ιδιαίτερα να ενσωματωθεί στην ομάδα των συνομηλίκων και να συμμετάσχει σε ομαδικές δραστηριότητες. Αυτό σηματοδοτούν την πρώιμη εμπειρία κοινωνικής απόρριψης του υπερκινητικού παιδιού, που οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και επιδείνωση της επιθετικής συμπεριφοράς (Τσιάντης, 2001). Συνήθως, τα παιδιά αυτά καταλήγουν να απομονώνονται.

Οι δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠΥ δεν περιορίζονται στα πρωτογενή συμπτώματα της απροσεξίας, της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας. Αυτά τα παιδιά είναι πολύ πιθανό να παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, αναπτυξιακές δυσκολίες, διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών και της συναισθηματικής ανάπτυξης, καθώς επίσης και μαθησιακές δυσκολίες. Επίσης, τα χαρακτηριστικά τους διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία και τροποποιούνται καθώς το παιδί μεγαλώνει και ωριμάζει μέσα από τις σχέσεις που αναπτύσσει με τον εαυτό του και τους άλλους (Σταυρούλα Πολυχρονοπούλου, 2013).

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, πέρα από την κλινική συνέντευξη και τη χορήγηση κλιμάκων, απαιτεί και το συνδυασμό των υπαρχουσών μεθόδων αξιολόγησης. Σε κάθε περίπτωση κρίνεται σκόπιμη μια πολυεπίπεδη διαγνωστική αξιολόγηση, η οποία να κινείται σε τρεις βασικούς άξονες: α) τη λήψη έγκυρου και αξιόπιστου αναπτυξιακού ιστορικού, β) τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις τρέχουσες δυσκολίες του παιδιού και γ) την κλινική αξιολόγηση του ίδιου του

παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2011). Για τη διάγνωση απαιτείται η συνεργασία μεταξύ ειδικών και η χρήση μιας μεγάλης ποικιλίας ψυχομετρικών εργαλείων (Barkley, 1998).

---

#### 4.1 Εκπαιδευτική αντιμετώπιση- Παρέμβαση εκπαιδευτικού

Η εκπαιδευτικοθεραπευτική αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠΥ είναι συνήθως πολύπλευρη και πολυεπιστημονική (Κάκουρος & Μανιαδράκης, 2000). Έτσι, το πρόγραμμα παρέμβασης περιλαμβάνει συχνά ένα συνδυασμό θεραπευτικών προσεγγίσεων όπως η θεραπεία της συμπεριφοράς, η συμβουλευτική γονέων, η αποκατάσταση των μαθησιακών δυσκολιών, η φαρμακευτική αγωγή κ.ά. (Σταυρούλα Πολυχρονοπούλου, 2013). Οι μαθητές με ΔΕΠΥ έχουν την ευκαιρία να εκπαιδευτούν μέσα σε τάξεις του γενικού σχολείου. Αλληλεπιδρούν με τους εκπαιδευτικούς και τους υπόλοιπους συμμαθητές καθώς και μοιράζονται την προσοχή τους.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες στη ρύθμιση της συμπεριφοράς βάσει συνεπειών και κανόνων, μπορούμε να καταλάβουμε γιατί τα παρεμβατικά προγράμματα που προτείνονται περιλαμβάνουν συμπεριφορικές παρεμβάσεις που συμβάλλουν στη μεταβολή της μορφής και της έντασης αυτών των συνεπειών (Πολυχρονοπούλου Σταυρούλα, 2013). Οι Elliot, Kratochwill, Littlefield Cook & Travers (2008) επισημαίνουν ότι η χρήση των συμπεριφορικών μεθόδων και τεχνικών στο χώρο του σχολείου αποκαλείται συχνά εφαρμοσμένη ανάλυση της συμπεριφοράς. Στη συνέχεια μας υπενθυμίζουν τις βασικές υποθέσεις του συμπεριφορισμού, σύμφωνα με τις οποίες η προσαρμοστική και η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά μαθαίνονται και ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα είναι να δομήσουμε το περιβάλλον της τάξης, έτσι ώστε να μπορούμε να ενισχύσουμε την επιθυμητή συμπεριφορά (Πολυχρονοπούλου Σταυρούλα, 2013). Σύμφωνα με τις συμπεριφορικές μεθόδους, η ακριβή εκτίμηση, η μέτρηση και η καταγραφή της προβληματικής συμπεριφοράς του μαθητή αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για το σχεδιασμό του προγράμματος παρέμβασης.

Για να μπορέσει ο εκπαιδευτικός αρχικά να βοηθήσει το παιδί με ΔΕΠΥ είναι αναγκαίο αρχικά να αποδεχτεί και να εκτιμήσει τις δυσκολίες και τις ικανότητες του κάθε παιδιού με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Για να μπορέσει να πραγματοποιήσει αυτή την αξιολόγηση υπάρχουν διάφορα εργαλεία (σταθμισμένα ή αστάθμιστα), αλλά και τεχνικές συστηματικής και προγραμματισμένης παρατήρησης, τα οποία έχουν αποδειχθεί έγκυρα και αποτελεσματικά. Όπως αναφέρει η Πολυχρονοπούλου, μερικές από τις τεχνικές συμπεριφορικής παρέμβασης περιλαμβάνουν τα εξής:

- ✓ Σαφή ορισμό της επιθυμητής συμπεριφοράς και του διδακτικού στόχου.
- ✓ Εντοπισμός των θετικών στοιχείων της συμπεριφοράς του παιδιού και αναγνώριση όχι μόνο των αδυναμιών, αλλά και των ικανοτήτων του.
- ✓ Θέσπιση σαφών κανόνων.
- ✓ Συμβόλαιο διαχείρισης της συμπεριφοράς που συνάπτεται μεταξύ εκπαιδευτικού και παιδιού σε προσωπική βάση και περιέχει το τι θα κάνει ο καθένας με βάση όσα έχουν συμφωνήσει. Το συμβόλαιο περιλαμβάνει συνήθως τη συμπεριφορά του μαθητή, τα κριτήρια αξιολόγησης και επιτυχίας σχετικά με το στόχο καθώς και την αμοιβή που έχουν συμφωνήσει.
- ✓ Ανάλυση της συμπεριφοράς στόχου σε απλά βήματα. Χρειάζεται να αναλύσουμε τους στόχους σε υποστόχους. Για παράδειγμα, δεν γίνεται ο μαθητής με ΔΕΠΥ, καθ'όλη τη διάρκεια της διδασκαλίας να περιφέρεται μέσα στην αίθουσα διαρκώς. Θα θέτουμε μικρά και απλά βήματα με τα οποία θα προσαρμόζεται κάθε φορά όλο και περισσότερο.
- ✓ Δημιουργία θετικού και ενθαρρυντικού περιβάλλοντος. Χρησιμοποιούμε θετική ενίσχυση και επιβραβεύουμε το μαθητή με ΔΕΠΥ. Ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι συνεπείς στις αντιδράσεις του απέναντι στους μαθητές καθ'όλη την διάρκεια του σχολικού έτους (Καραδήμας, 2001).
- ✓ Συστήματα αυτοαξιολόγησης. Ο μαθητής καταγράφει την πρόοδο της ημέρας ή της εβδομάδας, με τρόπο που τον βοηθάει να δει και να κατανοήσει την πρόοδό του.
- ✓ Τιμωρία. Όχι για να μειωθεί το ίδιο το παιδί αλλά για να μειωθεί η εμφάνιση της ακατάλληλης συμπεριφοράς.



Επιπλέον, ο εκπαιδευτικός για να μπορέσει να βοηθήσει τον μαθητή με ΔΕΠΥ είναι αναγκαίο να επιμεληθεί και την χωροταξική οργάνωση της τάξης του. Σύμφωνα με τον Cruickshank προτείνεται η αφαίρεση των ερεθισμάτων, δηλαδή η διδασκαλία να πραγματοποιείται σε ένα χώρο χωρίς ερεθίσματα. Είναι αναγκαίο ο μαθητής με ΔΕΠΥ να τοποθετείτε μακριά από το παράθυρο, τα σώματα θέρμανσης και την πόρτα, η οποία θα πρέπει να παραμένει κλειστή κατά τη διάρκεια του μαθήματος. Αντίθετα, ο Zentall προτείνει ένα όσο το δυνατόν πιο πλούσιο σε ερεθίσματα περιβάλλον, όχι όμως υπερφορτωμένο με ερεθίσματα διαφόρων ειδών. Απεναντίας, το μαθησιακό περιβάλλον θα είναι εκ των προτέρων δομημένο και ειδικά σχεδιασμένο για το παιδί (Hillenbrand Clemens, 2011). Σε καίριες θέσεις μπορούν να τοποθετηθούν σήματα τα οποία θα παραπέμπουν σε κανόνες συμπεριφοράς. Ο μαθητής με ΔΕΠΥ θα βρίσκεται κοντά στον εκπαιδευτικό έτσι ώστε να μπορεί να τον παρακολουθεί και να τον στηρίζει διακριτικά. Είναι αναγκαίο επίσης, να γίνονται διαλείμματα ώστε να δίνετε στο παιδί ευκαιρίες για να σηκωθεί στα πλαίσια των δραστηριοτήτων, έτσι ώστε να εκτονώνει την ενέργεια του. Όταν φτάσει στα όρια του, τον βοηθάμε να ηρεμήσει παίρνοντας βαθιές ανάσες. Σε πρώτο στάδιο, βγαίνουμε μαζί του από την τάξη και του ζητάμε να μετρήσει μέχρι το 30 με 50 ενώ στην πορεία θα ενημερώσουμε τους γονείς.

Τα παιδιά δεν έχουν την ικανότητα να αντιληφθούν πόσο μπορεί να η συμπεριφορά τους να επηρεάσει τους άλλους. Ωστόσο, εάν δεν υπάρχει κάποιος να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν αυτό το πρόβλημα, τότε συχνά είναι δύσκολο να το κατορθώσουν μόνοι. Με τη παρέμβαση του εκπαιδευτικού, υπάρχει η δυνατότητα να εφαρμοστούν και προγράμματα που αφορούν την εκμάθηση στρατηγικών αυτοδιαχείρισης και αυτορρύθμισης έτσι ώστε μέσα από αυτά οι μαθητές με ΔΕΠΥ να συνειδητοποιήσουν την συμπεριφορά τους, τις επιπτώσεις που έχει αυτή αλλά και το πόσο θα επωφεληθούν εάν βελτιωθούν. Στο πλαίσιο μια γνωσιακής συμπεριφορικής προσέγγισης, εφαρμόζονται προγράμματα που βοηθούν τα παιδιά να μειώσουν τη διάσπαση και την παρορμητικότητα τους και να βελτιώνουν τον αυτοέλεγχο τους (Πολυχρονοπούλου, 2013).

Ο Meichenbaum (1977) προτείνει πέντε βήματα για τη διδασκαλία των μαθητών στην αυτοκαθοδήγηση και τον αυτοέλεγχο που μπορεί να

επιβραδύνουν την αντίδραση τους σε ένα πρόβλημα ή σε μια δύσκολη κοινωνική κατάσταση, βοηθώντας τα να σκέφτονται τι θα κάνουν. Σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου (2013),

- 1) Ο εκπαιδευτικός επιδεικνύει την καθοδήγηση προσφέροντας τις οδηγίες μεγαλόφωνα, ενώ εκτελεί την δραστηριότητα.
- 2) Ο εκπαιδευτικός επαναλαμβάνει τις οδηγίες μεγαλόφωνα, ενώ ο μαθητής εκτελεί την δραστηριότητα.
- 3) Ο μαθητής επαναλαμβάνει τις οδηγίες μεγαλόφωνα, καθώς εκτελεί τη δραστηριότητα.
- 4) Ο μαθητής ψιθυρίζει τις οδηγίες, καθώς εκτελεί τη δραστηριότητα.
- 5) Ο μαθητής σκέπτεται τις οδηγίες, ενώ εκτελεί τις δραστηριότητες.

Το πρόγραμμα «Think Aloud» ( «Σκέφτομαι φωναχτά»), συνδυάζει την άσκηση στη λύση γνωστικών και κοινωνικών προβλημάτων με τη βοήθεια της αυτοκαθοδήγησης (Πολυχρονοπούλου, 2013). Το παιδί εκπαιδεύεται πάνω σε δύο βασικές τεχνικές την αυτοκαθοδήγηση και τη γνωστική μίμηση προτύπου μέσα στη σχολική τάξη από τον εκπαιδευτικό.

Η ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠΥ είναι προσαρμογή της ADHD Rating Scale IV των DuPaul, Power, Anastasopoulos και Reid (1998). Αποτελείται από 18 ερωτήσεις διαβαθμιστικής επιλογής, τις οποίες απαντούν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί. Οι ερωτήσεις των δύο ερωτηματολογίων ή κλιμάκων είναι ίδιες. Οι 18 ερωτήσεις διαμορφώνουν δύο υποκλίμακες, την ελλειμματική προσοχή και την υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα. Η κλίμακα συμπληρώνεται σε μια κλίμακα τύπου Likert τεσσάρων διαβαθμίσεων όπου σημαίνουν:

- Το 0 : σχεδόν ποτέ
- Το 1 : σπάνια
- Το 2 : αρκετές φορές
- Το 3 : πολύ συχνά.

Γονείς και εκπαιδευτικοί καλούνται να συμπληρώσουν την κλίμακα προσδιορίζοντας τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η αναφερόμενη συμπεριφορά του παιδιού, εστιάζοντας αναλόγως. Αφορά τη διάρκεια των

τελευταίων έξι μηνών. Η συνεισφορά των γονέων είναι σημαντική γιατί και οι ίδιοι μπορούν αν βοηθούν το παιδί τους μέσα στο σπίτι. Ο εκπαιδευτικός παροτρύνει τους γονείς το παιδί με ΔΕΠΥ να έχει το δικό του δωμάτιο ή εάν δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα να του παραχωρήσουν κάποια γωνιά του σπιτιού, ένα δικό του χώρο (π.χ. μια γωνιά στο σαλόνι), για τον οποίο θα είναι υπεύθυνο το ίδιο το παιδί. Πολλές φορές κρίνεται αναγκαίο τα παιδιά αυτά να εντάσσονται σε εξωσχολικές δραστηριότητες οι οποίες θα τους εκτονώνουν, όπως η ενασχόληση με κάποια πολεμική τέχνη. Πέρα από την εκτόνωση σημαντική είναι και η πειθαρχία που θα λάβουν.

Επίσης, για τα παιδιά με ΔΕΠΥ βρίσκει μεγάλη απήχηση και το παιχνίδι και συγκεκριμένα μια προσαρμογή του λεγόμενου «Good Behavior Game» (Hillenbrand Clemens,2011).

Η φαρμακευτική θεραπεία στα παιδιά με ΔΕΠΥ, αν και δεν είναι επιθυμητή, μπορεί να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά, τη σκέψη, την ικανότητα μάθησης και τις σχέσεις με τους άλλους (Παπαγεωργίου & Νταφούλης, 2004). Τα ερευνητικά δεδομένα που διαθέτουμε μέχρι σήμερα υποστηρίζουν την ύπαρξη τριών ειδών ψυχοτρόπων φαρμάκων τα οποία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ: τα διεγερτικά, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τα αντιυπερτασικά (Κωτσόπουλος, 2004; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τα φάρμακα αυτά επιδρούν στη δραστηριότητα των προμετωπιαίων περιοχών του εγκεφάλου και μέσω αυτής σε τρεις νευροδιαβιβαστές που είναι σημαντικοί για τη λειτουργία των περιοχών αυτών και σχετίζονται με την αναστολή της συμπεριφοράς και την αυτορρύθμιση: τη ντοπαμίνη, την επινεφρίνη, την νορεπινεφρίνη και, ίσως, τη σεροτονίνη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σύμφωνα με την Χατζηδήμου (2004), οι βασικές παρενέργειες των διεγερτικών φαρμάκων που δίνονται στα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι:

- ✓ Η αϋπνία και η μείωση της όρεξης
- ✓ Στομαχόπονοι, πονοκέφαλοι, αυξημένο άγχος και καταθλιπτική διάθεση
- ✓ Κινητικά ή και λεκτικά τικ ( π.χ επαναλαμβανόμενες κινήσεις ή ήχους)
- ✓ Υπερεστιασμό: Πρόκειται για παιδιά που καταναλώνουν υψηλή δόση φαρμάκων και συμπεριφέρονται υπερβολικά καθηλωμένα στα

καθήκοντα τους αλλά με ελάχιστη επίδοση. « Σε μερικά παιδιά ο υπερεστιασμός γίνεται αντιληπτός από την εξωτερική τους εμφάνιση (π.χ. ανέκφραστα μάτια, περιορισμένη συναισθηματική έκφραση), ενώ σε άλλα υποδηλώνεται από μείωση της σχολικής επίδοσης (π.χ. ολοκληρώνει λιγότερες σχολικές εργασίες)» (Χατζηδήμου, 2004 όπως αναφέρεται στο Καλατζή & Καραδήμας 2004, σς. 246, 247).

✓

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

---

Όπως έχουμε προαναφέρει, σύμφωνα με έρευνες αποδεικνύεται ότι συχνά οι εκπαιδευτικοί αδυνατούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την προβληματική συμπεριφορά των μαθητών διότι τους λείπουν οι τεχνικές γνώσεις και δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την εφαρμογή συγκεκριμένων αρχών της μάθησης και κατάλληλων στρατηγικών διδασκαλίας. Έχει αποδειχθεί ότι ιδιότητες όπως η υπομονή, η ηρεμία, η κατανόηση και η ευαισθησία του εκπαιδευτικού στις ειδικές ανάγκες των μαθητών που αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εκπαίδευσή τους, αλλά είναι απαραίτητο να συνοδεύονται από τις τεχνικές εκείνες γνώσεις και δεξιότητες που «δίνουν μορφή και ουσία στις ανθρώπινες αξίες του θεραπευτή εκπαιδευτικού» (Wallace & Kauffman, 1986, σ. 2). Ο εκπαιδευτικός που έχει εκπαιδευτεί στη χρήση τεχνικών και στρατηγικών εκτίμησης και αντιμετώπισης της προβληματικής συμπεριφοράς παύει να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από ψυχολόγους και άλλους ειδικούς οι οποίοι του παρέχουν από την μια πλευρά πολύτιμες πληροφορίες, όμως από την άλλη στερούνται της ευκαιρίας να βρίσκονται με το παιδί τέσσερις και πέντε ώρες την ημέρα ( Πολυχρονοπούλου, 1988).

Ο εκπαιδευτικός μπορεί να ωφεληθεί περισσότερο από την εφαρμογή μιας συμπεριφοριστικής προσέγγισης σε θέματα εκτίμησης και αντιμετώπισης της προβληματικής συμπεριφοράς. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η διαμόρφωση του φυσικού περιβάλλοντος ( σχολείο, σπίτι) έχει άμεσο αντίκτυπο στην αλλαγή της συμπεριφοράς του παιδιού. Όπως αναφέρει Καλατζή-Αζίζη, (1985, σ. 23) «Οι γονείς, οι δάσκαλοι και οι καθηγητές (πρόσωπα που αποτελούν το φυσικό περιβάλλον του παιδιού) είναι τα πιο κατάλληλα άτομα για να βοηθήσουν στην τροποποίηση της διαταραγμένης συμπεριφοράς».

Το αν οι στρατηγικές της τροποποίησης της συμπεριφοράς έχουν θετικό αποτέλεσμα σε μια δεδομένη κατάσταση, εξαρτάται κατά ένα μεγάλο μέρος από την εμπειρία, τη δημιουργικότητα, την ευαισθησία, την ικανότητα και την ευστροφία πνεύματος του εκπαιδευτικού που τις εφαρμόζει. Η τροποποίηση της συμπεριφοράς, όπως κάθε άλλη προσέγγιση εκτίμησης και αντιμετώπισης της προβληματικής συμπεριφοράς, δεν είναι μια μαγική λύση ή πανάκεια. Είναι ένα μέσο

ισχυρό , δυστυχώς όχι απεριόριστα ισχυρό, που χρησιμοποιείται με ιδιαίτερη επιτυχία στο χώρο του σχολείου για την επίλυση των προβλημάτων συμπεριφοράς.

---

Για να μπορέσει ο εκπαιδευτικός να βοηθήσει τους μαθητές με ειδικές δυσκολίες, οφείλει να είναι αρχικά ιδιαίτερα παρατηρητικός έτσι ώστε να αναγνωρίζει και να μην συγχέει τα χαρακτηριστικά των παιδιών (π.χ φυσιολογική ζωηρότητα – ζωηρότητα ΔΕΠΥ). Εξίσου σημαντικό είναι η συστηματική διαδικασία συλλογής πληροφοριών που βοηθάει τον εκπαιδευτικό να ορίσει τη φύση και τη πιθανή αιτία των προβλημάτων του μαθητή του, αλλά και να καθορίσει με σαφήνεια το σκοπό της παρέμβασης. Για να κατανοήσουμε τι κάνει τη συμπεριφορά αυτή να εμφανίζεται και να συντηρείται θα πρέπει να διερευνήσει το περιβάλλον μέσα στο οποίο εκδηλώνεται. Επιπλέον, η μέθοδος προγραμματισμένης παρατήρησης, του ακριβούς ελέγχου και της συστηματικής καταγραφής παρέχει λοιπόν στον εκπαιδευτικό μια εύκολη και σταθερή μονάδα μέτρησης που του επιτρέπει να παρατηρεί τις αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού από μέρα σε μέρα. Οι αλλαγές αυτές, έστω και μικρές, είναι σημαντικές σε κάθε περίπτωση, αν και μπορεί να περάσουν απαρατήρητες αν δεν εφαρμόσει ο εκπαιδευτικός τον επιστημονικό τρόπο ελέγχου της συμπεριφοράς.

Σε ένα γενικότερο επίπεδο, οι πολύμορφες στρατηγικές μπορούν να είναι αποτελεσματικές με ομάδες παιδιών με ποικίλα προβλήματα συμπεριφοράς, και ότι το σχολείο μπορεί να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των παιδιών, συμπεριλαμβάνοντας κάτω από την ίδια στέγη προγράμματα ολιστικής συμβουλευτικής και δημιουργικών ψυχοπαιδαγωγικών δραστηριοτήτων, καθώς και προγράμματα εκπαίδευσης και ενίσχυσης των κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών ( Kaffman & Landrum, 2013). Επιπρόσθετα, η δημιουργία ολοκληρωμένων ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, οι οποίες θα ανταποκρίνονται σε ανάγκες πέραν των μαθησιακών, θα δώσει τη δυνατότητα σε όλα τα παιδιά, καθώς και στους εκπαιδευτικούς, να επωφεληθούν από τις γνώσεις και τις στρατηγικές που χρησιμοποιεί η σύγχρονη ψυχολογία για την ανάπτυξη διαπροσωπικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων (Austine & Sciarra, 2016), όπως αναφέρεται στο Κουρκούτας Η. ,2017).

Συνοψίζοντας, υποστηρίζεται ότι , όταν τα σχολεία συνδυάζουν παραγωγικά αποτελεσματικές διδακτικές τεχνικές, με ευρύτερες σχολικές, όπως και εξατομικευμένες ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις μέσα στην τάξη, μπορούν να μειώσουν τις διαταραχές συμπεριφοράς των παιδιών ( Bloomquist & Schnell, 2002, όπως αναφέρεται στο Κουρκούτας Η., 2017). Ωστόσο, η κατανόηση της ψυχολογίας του μαθητή και η σύνδεση της εσωτερικής ψυχικής δυναμικής με την οικογενειακή δυναμική και το πλαίσιο ( σχολικό, κοινωνικό) λειτουργίας του παιδιού φαίνεται να αποτελεί τη βασική παράμετρος κάθε ολιστικής παρέμβασης ( Κουρκούτας Η., 2017) .

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική:

Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2000). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής Υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκης, Κ. (2006). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων:Αναπτυξιακή προσέγγιση. Αθήνα: Τυπωθήτω

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκης, Κ. (2012) (Επιμ.), Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Αθήνα: Gutenberg

Καλατζή – Αζίζη, Α. & Καραδήμας, Ε.Χ. (2004). *Διάσπαση προσοχής και αδυναμίας ελέγχου των παρορμήσεων: Από τον απρόσεκτο μαθητή ως τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα*. Στο Α. Καλατζή-Αζίζη & Μ. Ζαφειροπούλου (Επιμ.), Προσαρμογή στο σχολείο. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κουρκούτας, Η. (2001β), *Ψυχικές διαταραχές στα παιδιά: το νόημα του συμπτώματος και ο ρόλος του δασκάλου*. Επιστήμες Αγωγής 2

Κουρκούτας Η (2017), Συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Κλινικές και Ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις στην οικογένεια και το σχολείο. Αθήνα: Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ

Κωτσόπουλος, Σ. Ι., (2004), Φαρμακευτική Αγωγή των Ψυχιατρικών Διαταραχών στο Παιδί και Έφηβο. Εγκέφαλος, 41: 1, 3- 18.

Μπίμπου & Νάκου (2010) , Αναστοχαστική πράξη. Εκδόσεις, Νήσος

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1992). ICD-10. *Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς*. Γενεύη (απόδοση στα ελληνικά Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος, Β. Μαυρέας). Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ

Παπαδάτος Γιάννης (2010), Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων. Αθήνα:Gutenberg



Πολυχρονοπούλου Σ. (2013), Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες. Αθήνα: Αυτοέκδοση

Τσιάντης, Γ. (2001). Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική. 2η έκδοση. Εκδ. Καστανιώτη.

## Ξένη:

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth edition, Text Revision. Washington, DC.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey Prentice-Hall.

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

Bergman, R. L. (2013). *Treatment for children with selective mutism. An integrative behavioral approach*. Therapist Guide. Oxford: University Press

Bergman, R. L., Keller, M. L., Piacentini, J., & Bergman, A. J. (2008). *The development and psychometric properties of the Selective Mutism Questionnaire*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37, 456-464.

Campbell, S., Halperin, J. & Sonuga-Barke, E. (2014). A Developmental Perspective on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In K. L., Bierman T. R., Sasser, M., Lewis & K., Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Springer US

Cunningham, C. E., McHolm, A., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004). *Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45 , 1363-1372

Emerson, E. (1998). Working with people with challenging behaviour. In E. Emerson, C. Hatton, J. Bromley & A. Caine (Eds) *Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities*. Chichester: Wiley

HEWARD WILLIAM (2011) EXCEPTIONAL CHILDREN, AN INTRODUCTION TO SPECIAL EDUCATION. (Επιμ.) ΔΑΒΑΖΟΓΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ, ΚΟΚΚΙΝΟΣ Μ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ. ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ. ΜΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ. Εκδόσεις: ΤΟΠΟΣ

Hillenbrand, Clemens, Εισαγωγή Στην Παιδαγωγική Των Διαταραχών Συμπεριφοράς. Εκδόσεις: Έλλην

Kauffman, M. (2005). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (8th ed.). Columbus, OH: Merrill

Kauffman J. & Landrum, T. (2013). *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*. (10th Edition). Upper Saddle River, NJ.: Pearson Education.

Leo, M. (2015). *Quality of peer relationships among children with selective Mutism*. *McNair Research Journal*, 7, 206-215.

Letamendi, A. M., Chavire, D. A., Hitchcock, C.A., Roesch, S. C., Shipon-Blum, E., Stein, M. B., & Roesch, S. C. (2010). *The selective mutism questionnaire: Measurement structure and validity*. *Journal of The American Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1197-1204.

Mash, E.J. & Wolfe, D. A. (2013). *Abnormal child psychology*. Pacific Grove, Ca: Book/ Cole, Wadsworth.

McNamara, S. & Moreton, G. (1996). *Changing behavior*. London: David Fulton Publishers

Merrell, K. W. (2002). *Social-emotional intervention in schools: Current status, progress, and promise*. *School Psychology Review*, 31, 143-147

Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). *Selective mutism: A review and integration of the last 15 years*. *Clinical Psychology Review*, 29, 57-67