

Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης

Τόμ. 2014, Αρ. 2 (2014)

Σύγχρονες αναζητήσεις της Ειδικής Αγωγής στην Ελλάδα: Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Επιστημών Εκπαίδευσης

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ Π.Τ.Δ.Ε.
ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

4^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Παιδείας
20-22 ΙΟΥΝΙΟΥ 2014

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2016

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

Παπαδόπουλος Γιάννης

Πολυχρονόπουλου Σταυρούλα

Μισαοτά Αγγελική

ISSN: 2529-1157

ΑΘΗΝΑ

**Επίδραση των ψυχοσυναισθηματικών
διαταραχών των παιδιών στη μαθησιακή
διαδικασία: Μια μελέτη Περίπτωσης στην Ε'
Δημοτικού**

Ειρήνη Αβραμίδου

doi: [10.12681/edusc.289](https://doi.org/10.12681/edusc.289)

Βιβλιογραφική αναφορά:

Αβραμίδου Ε. (2016). Επίδραση των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών των παιδιών στη μαθησιακή διαδικασία: Μια μελέτη Περίπτωσης στην Ε' Δημοτικού. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 2014(2)*, 505-516.
<https://doi.org/10.12681/edusc.289>

Επίδραση των ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών των παιδιών στη μαθησιακή διαδικασία: Μια μελέτη Περίπτωσης στην Ε' Δημοτικού

Αβραμίδου Ειρήνη
Φιλολόγος

Εισαγωγή

Το σχολείο δεν αποτελεί και δεν πρέπει να αποτελεί αποκλειστικά το χώρο μετάδοσης γνώσεων. Είναι το περιβάλλον στο οποίο διαμορφώνονται υγιείς προσωπικότητες τόσο σωματικά, όσο νοητικά και ψυχικά.

Η αρτιότητα των ψυχικών λειτουργιών του ατόμου καθορίζει την ικανότητα του για ομαλή ζωή. Όμως, κατά την παιδική ηλικία, που αντιστοιχεί στη σχολική περίοδο, μπορεί να παρατηρηθούν προβλήματα και διαταραχές που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχοσυναισθηματική, ψυχοσωματική και κοινωνική ανάπτυξη και εξέλιξη του ατόμου.

Οι ψυχικές διαταραχές, κατά τον Rutter, ορίζονται ως συναισθηματικές διαταραχές του παιδιού και δημιουργούν αγχογόνες καταστάσεις στο ίδιο και στον κοινωνικό του περίγυρο (Rutter et al. , 1970).

Σύμφωνα με κοινοτικές παιδοψυχιατρικές έρευνες που έγιναν σε δείγματα παιδιών, η συχνότητα επικράτησης ψυχικών διαταραχών πριν από την εφηβεία είναι μεγαλύτερη στα αγόρια από τα κορίτσια (Mc Gee et al., 1988). Αυτό όμως αλλάζει στα μέσα της εφηβείας (ηλικίες 15-16), καθώς παρατηρείται αύξηση του ποσοστού κατάθλιψης στο γυναικείο φύλο (Cambridge University Press, 2001).

Επίσης, εμφανίζονται μεγαλύτερα ποσοστά στα αστικά κέντρα από ό,τι στις αγροτικές περιοχές. Ο πίνακας που ακολουθεί αφορά ποσοστά επικράτησης ψυχικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους και έγινε από τον Π.Ο.Υ. το 2001 (Μαδιανός, 2004).

Πίνακας 1: Η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών κατά την παιδική και εφηβική ηλικία

Χώρα	Ηλικία (έτη)	Συχνότητα (%)
Αιθιοπία	1-15	17,7
Γερμανία	12-15	20,7
Ινδία	1-16	12,8
Ιαπωνία	12-15	15,0
Ισπανία	8, 11, 15	21,7
Ελβετία	1-15	22,5
Η.Π.Α.	1-15	21,0

Πηγή: Π.Ο.Υ. 2001

Τα ποσοστά των ψυχικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους, βάσει νεότερων μελετών, κυμαίνονται μεταξύ 10-20% (Forbonne, 2002). Παρατηρήθηκε επιπλέον ότι η επικράτηση των διαταραχών εμφανίζεται σε υψηλότερα ποσοστά στις ηλικίες 9-

10 ετών, μειώνεται στην ηλικία των 12 ετών και έπειτα ανεβαίνει σταδιακά (Costello & συνεργάτες, 2003).

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες στην Ελλάδα, στο μεγαλύτερο ποσοστό μαθητών και μαθητριών διαπιστώθηκαν ως επιφανέστερες ψυχικές διαταραχές αυτές με συμπτώματα άγχους, δυσφορίας, ανασφάλειας καθώς και οι διαταραχές διάθεσης, που κυμαίνονται από 8,7% - 29% .

Πίνακας 2. Επιδημιολογικές εκτιμήσεις της επικράτησης των ψυχολογικών-ψυχιατρικών διαταραχών σε εφήβους στην Ελλάδα

Συγγραφέας	Χρόνος	Δείγμα ηλικίας	Τύπος έρευνας	Αποτέλεσμα
Μαδιανός, Γιάννακα, Μαδιανού	1980	231 κορίτσια (14-17) σε οικοτροφεία της Αθήνας	Προσωπική συνέντευξη. Κλίμακα Langner	43% έκπτωση της ψυχικής υγείας
Αγγελόπουλος, Οικονόμου	1985	1.080 (14-17) στην Τρίπολη	Κλίμακα αυτοεκτίμησης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης	14% αγόρια 31,1% κορίτσια Υψηλά ποσοστά άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων
Κοκκέβη, Μαδιανού, Μαδιανός, Στεφανής	1984	9.663 πανελλήνιο δείγμα σχολείων 12-17	Κλίμακα αυτοεκτίμησης καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων	13-22% των μαθητών συμπτωμάτων άγχους και θλίψης. 3,2% αγόρια, 13,0% κορίτσια ανέφεραν απόπειρες αυτοκτονίας. 4,8% αγόρια, 2,5% κορίτσια ανέφεραν δοκιμή ή χρήση παράνομων ουσιών
Μαδιανού, Μαδιανός, Στεφανής, Κοκκέβη	1984	1.325 (12-17) πανελλήνιο νοικοκυριών γενικού πληθυσμού	Κλίμακες Langner, CES-D και δομημένο ερωτηματολόγιο	8,7% αγόρια, 20,0% κορίτσια έκπτωση ψυχικής υγείας 13% αγόρια, 29% κορίτσια πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα. 0,86% αγόρια, 3,0% κορίτσια απόπειρες αυτοκαταστροφής. Χρήση-κατάχρηση παράνομων ουσιών. 27% αγόρια, 2,9% κορίτσια. Χάπια χωρίς συνταγή. 3,9% αγόρια, 6,1% κορίτσια
Κοκκέβη & συν.	1993	9.102 (12-17) πανελλήνιο δείγμα σχολείων	Δομημένο ερωτηματολόγιο	Χρήση-κατάχρηση παράνομων ουσιών. 27% αγόρια, 2,9% κορίτσια. Χάπια χωρίς συνταγή. 3,9% αγόρια, 6,1% κορίτσια
Κοκκέβη & συν.	1998	9.158 (12-17) πανελλήνιο δείγμα σχολείων	Δομημένο ερωτηματολόγιο	Δοκιμή ή χρήση παράνομων ουσιών. 17,9% αγόρια, 9,9% κορίτσια

Πηγή: Μαδιανός, 2004.

Οι διαταραχές διάθεσης συγκεκριμένα αφορούν σε ακραίες παθολογικές διακυμάνσεις του συναισθήματος.

Σύμφωνα με το DSM – IV, οι διαταραχές διάθεσης ή συναισθήματος έχουν ως κοινό στοιχείο τη δυσθυμία και διακρίνονται σε

- καταθλιπτικά,
- μανιακά ή
- μεικτά επεισόδια

Όπως προκύπτει από το σύστημα ταξινόμησης ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις διαταραχές της διάθεσης, καθώς και από την έκδοση DSM-III και DSM-IV, τα κριτήρια διάθεσης και τα συμπτώματα που παρουσιάζουν τα παιδιά και οι έφηβοι είναι ίδια με εκείνα των ενηλίκων (Παπαδάτος, 2012).

Κατάθλιψη

Μία εξ αυτών των διαταραχών είναι η κατάθλιψη, εκδηλώσεις της οποίας τις τελευταίες δεκαετίες έχουν παρουσιάσει αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης τους.

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2001, 2003), η κατάθλιψη είναι η τέταρτη στη σειρά των νοσημάτων και αναμένεται να είναι η δεύτερη μέχρι το 2020 (Κολαΐτης, 2012). Πιο συγκεκριμένα, η παιδική κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στον τομέα της ψυχικής υγείας σε ποσοστό 8-10% (Ling et al., 1995 ; Stegmann et al., 2013) και αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης άλλων ψυχικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή (Copeland et al., 2013). Η δυσκολία στη σωστή διάγνωση μπορεί να εξηγηθεί από την ετερογενή παρουσίαση της παιδικής κατάθλιψης (Psychiatry Research, 2014).

- Η ένταση,
- η εμμονή,
- η πορεία ενός συμπτώματος

βοηθούν στη διάκριση ανάμεσα σε μια φυσιολογική αντίδραση ενός ψυχοτραυματικού γεγονότος και στη διαπίστωση μιας ψυχοπαθολογικής εικόνας (Παπαδάτος, 2012).

Κλινική εικόνα

Οι εκδηλώσεις της παιδικής κατάθλιψης ποικίλουν, γεγονός που την καθιστά περισσότερο ή λιγότερο εμφανή. Ωστόσο, έχουν παρατηρηθεί ορισμένες βασικές διαστάσεις της διαταραχής αυτής (Birmaher et al., 1996).

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης είναι κοινά σε

- παιδιά,
- εφήβους
- και ενήλικες, σύμφωνα με το DSM-IV.

Αιτιολογία παιδικής κατάθλιψης

- I. **Βιολογικοί παράγοντες** (συνήθως η βαριάς μορφής κατάθλιψη έχει βιολογική αιτιολογία, υπάρχει οικογενειακό ιστορικό-κληρονομικότητα και αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά με αντικαταθλιπτικά φάρμακα)

- II. **Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες** [Freud (1917), Abraham (1927), Klein (1934), Sandler και Joffe (1965), Bibring (1965), Jacobson (1971), Bowlby (1981)] θεωρούν ως βασική αιτία της κατάθλιψης την απώλεια του αντικειμένου αγάπης (πραγματική ή συμβολική)
- III. **Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές θεωρίες** [Beck (1974), Seligman (1975), Lewinsohn και Hoberman (1982)] αποδίδουν την κατάθλιψη στην αλλαγή του τρόπου σκέψης του ατόμου, που έχει δυσλειτουργικό χαρακτήρα και την θεωρούν ως αποτέλεσμα μειωμένης ή ανεπαρκούς ενίσχυσης
- IV. Σύμφωνα με τις **ψυχοκοινωνικές θεωρίες**, οι αγχογόνες και τραυματικές εμπειρίες της ζωής, γεγονότα δυσάρεστα και αρνητικά διατηρούν παρά προκαλούν κατάθλιψη.
- V. **Παράγοντες προσωπικότητας**: ορισμένοι τύποι προσωπικότητας, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική, η οριακή, η οιστριονική και η αντικοινωνική είναι περισσότερο επιρρεπείς σε κατάθλιψη (American Psychiatric Association).

Διαγνωστικά κριτήρια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής

- I. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα είναι παρόντα για χρονικό διάστημα 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα και τουλάχιστον το ένα από τα συμπτώματα είναι
 - είτε α. καταθλιπτική διάθεση,
 - είτε β. απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης:
 - 1ο.** Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά (είτε το ίδιο το άτομο αισθάνεται θλίψη/κενό, είτε προκύπτει από την παρατήρηση άλλων ευσυγκίνητη ή ευερέθιστη διάθεση)
 - 2ο.** Έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης (ανηδονία) σε όλες τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά
 - 3ο.** Σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους (διαταραχές όρεξης) χωρίς να διατρέχουν άλλοι παράγοντες, ελάττωση ή μείωση της όρεξης σχεδόν καθημερινά (στα παιδιά πρέπει να ληφθεί υπόψη η αποτυχία στην πρόσληψη του αναμενόμενου για την ηλικία τους βάρους)
 - 4ο.** Αϋπνία ή υπερυπνία (διαταραχές ύπνου), σχεδόν καθημερινά
 - 5ο.** Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, σχεδόν καθημερινά
 - 6ο.** Κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, σχεδόν καθημερινά
 - 7ο.** Αισθήματα αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση είτε αισθήματα υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής, σχεδόν παραληρητικά, σχεδόν καθημερινά.
- Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι αρκετές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η **χαμηλή αυτο-αντίληψη σχετίζεται αντίστροφα με την κατάθλιψη** (School Psychology International, 2008): όσο μειώνεται η αυτο-αντίληψη, τόσο αυξάνεται η κατάθλιψη (Modrcin-Talbott et al., 1998; Siegel et al., 1999; Steffenhagen and Steffenhagen, 1985).
- 8ο.** Αναποφασιστικότητα ή ελαττωμένη ικανότητα να σκεφθεί ή να συγκεντρωθεί, σχεδόν καθημερινά
 - 9ο.** Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς κάποιο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας

- II. Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια ενός μεικτού επεισοδίου.

- III. Τα συμπτώματα προκαλούν προβλήματα στην κοινωνική, στην σχολική/επαγγελματική δραστηριότητα ή και σε άλλες περιοχές της λειτουργικότητας.
- IV. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές αντιδράσεις μιας ουσίας (πχ. Φάρμακα, ουσία κατάχρησης) ή μιας γενικής σωματικής κατάστασης (πχ. υποθυρεοειδισμός)
- V. Τα συμπτώματα δεν δικαιολογούνται λόγω πένθους, δηλαδή μετά την απώλεια αγαπημένου προσώπου, αυτά επιμένουν περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από:
 - έντονη λειτουργική έκπτωση,
 - νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιοτιότητας,
 - αυτοκτονικό ιδεασμό,
 - ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Μελέτη παρακολούθησης καταθλιπτικών παιδιών διαπίστωσε ότι το 36% των παιδιών ανέπτυξαν διαταραχή διαγωγής ως επιπλοκή της κατάθλιψης (Kovacs et al. 1981).

Οι πιο συχνές διαγνώσεις συννοσηρότητας είναι:

- i. η διάσπαση προσοχής,
- ii. η σχολική άρνηση,
- iii. η υπερκινητικότητα,
- iv. η ψυχογενής ανορεξία
- v. οι διαταραχές άγχους και διαγωγής

(Wagner, 2002)

Επίδραση της κατάθλιψης στη σχολική επίδοση

Όσον αφορά τη σχέση κατάθλιψης και σχολικής επίδοσης, έχει παρατηρηθεί ότι πολλά παιδιά με μειωμένη μαθησιακή επίδοση παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Κάντας, 1987). Άλλωστε, η χαμηλή αυτή επίδοση αποτελεί μία από τις πρωιμότερες εκδηλώσεις παιδικής κατάθλιψης (Blumberg & Izard, 1985).

Πιο συγκεκριμένα, χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης στο σχολείο είναι:

i. η μειωμένη γνωσιακή ικανότητα και λειτουργικότητα του μαθητή

(Alloy & Abramson, 1979), καθώς αποσύρεται και απουσιάζει το ενδιαφέρον και η κινητοποίηση

ii. η δυσκολία στη συγκέντρωση, συχνό σύμπτωμα της κατάθλιψης

(Mitchell και συνεργάτες, 1988), όπως και

iii. η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Weisz και συνεργάτες, 1989 – Kazdin και

συνεργάτες, 1983), που εκφράζεται ως έλλειψη εμπιστοσύνης του ατόμου στον εαυτό του . Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά να αξιολογούν τις ικανότητες και τις γνώσεις τους μη επαρκείς και αποτελεσματικές και να αποδίδουν λιγότερο από τα άλλα παιδιά. Είναι γνωστό άλλωστε πως η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με την κατάθλιψη, τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Crockett & Petersen, 1993 – Rutter, 1986) και με τις διαταραχές άγχους (Greenberg et al. , 1992).

Τα παιδιά με καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν χαμηλότερη επίδοση, παρουσιάζουν δηλαδή υποεπίδοση σε δοκιμασίες αντιληπτικών, κινητικών και γνωσιακών δεξιοτήτων, συγκριτικά με παιδιά που δεν παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα (Kaslow και συνεργάτες, 1978 – Mullins και συνεργάτες, 1985).

Αυτό είναι λογικό, καθώς το παιδί που είναι εξαντλημένο ψυχικά και νοητικά από το καταθλιπτικό συναίσθημα καλείται να αντιμετωπίσει το δύσκολο έργο της ανταπόκρισης στη διδακτέα ύλη (Forness, 1998).

Το παιδί με κατάθλιψη όμως δεν δυσκολεύεται να ανταποκριθεί μόνο στη μαθησιακή διαδικασία, αλλά και σε άλλες δραστηριότητες του σχολείου (Puig - Antich et al, 1985).

Τέτοιες δραστηριότητες είναι οι αθλητικές και οι καλλιτεχνικές, κατά τη διάρκεια των οποίων το παιδί είτε μένει παθητικό, είτε υιοθετεί μια συμπεριφορά επιθετική και εχθρική (Μουλλά, 2007).

Τα αιτιολογικά μοντέλα που έχουν χρησιμοποιηθεί για να ερμηνεύσουν τη συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης της παιδικής ηλικίας και της σχολικής επίδοσης είναι:

- i. **Το μοντέλο της διαταραχής** (Klerman, 1974), κατά το οποίο η κατάθλιψη προκαλεί ανεπάρκεια των δεξιοτήτων
- ii. **Το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο** (Beck, 1974), σύμφωνα με το οποίο οι ελλειμματικές γνωσιακές δεξιότητες προκαλούν την κατάθλιψη
- iii. **Το συνδυαστικό μοντέλο**, βάσει του οποίου η κατάθλιψη και η ανεπάρκεια των δεξιοτήτων προκαλούνται από έναν άγνωστο παράγοντα.

Μελέτη περίπτωσης

Θα παρουσιάσουμε τον Νικόλα, μαθητή Ε' Δημοτικού, ηλικίας 10 ετών, στον οποίο έγινε διάγνωση παιδικής κατάθλιψης.

Αιτιολογία

Στην προκειμένη περίπτωση η αιτία δεν είναι βιολογική, καθώς δεν υπάρχει στην οικογένεια κληρονομικός παράγοντας. Υπήρξε πραγματική απώλεια αντικειμένου αγάπης (θάνατος αγαπημένου και στενού συγγενικού προσώπου). Πέρασε μια τραυματική εμπειρία (ο τρόπος ανακοίνωσης της απώλειας ήταν απότομος και μη αναμενόμενος). Το παιδί παρουσιάστηκε από τη μητέρα ως υπερευαίσθητο, κάτι που διαπιστώθηκε και από τη συνέντευξη, επομένως μπορεί να θεωρηθεί περισσότερο επιρρεπές σε κατάθλιψη.

Συμπτωματολογία

(Τα παρακάτω συμπτώματα έχουν εμφανιστεί από την ηλικία των 5 ετών και δεν οφείλονται σε προβλήματα υγείας, καθώς ο Νικόλας είχε κάνει όλες τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις για να διαπιστωθούν πιθανά αίτια που θα μπορούσαν να έχουν προκαλέσει την κατάθλιψη)

- Καταθλιπτική διάθεση (ευσυγκίνητο, μελαγχολικό και θλιμμένο και ορισμένες φορές ευερέθιστο)
- Ανηδονία (ακόμα και σε δραστηριότητες κατά τις οποίες μια αναμενόμενη αντίδραση θα ήταν χαρά και ενθουσιασμός)
- Δυσκολίες στον ύπνο
- Κόπωση (νιώθει συχνά κουρασμένος)
- Πολύ χαμηλή αυτο-αντίληψη και αυτο-εκτίμηση
- Αδυναμία συγκέντρωσης και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
- Συχνές σκέψεις θανάτου

Εκδηλώσεις

- Προβλήματα στη σχολική δραστηριότητα (υποεπίδοση, μειωμένη λειτουργικότητα, απουσία κινητικότητας και ενδιαφέροντος για το μάθημα, δυσκολίες συγκέντρωσης, άγχος, κακή συμπεριφορά στην τάξη, πλήρης αδιαφορία για καλλιτεχνικές δραστηριότητες, παλινδρομική συμπεριφορά)

- Σοβαρή δυσκολία στην κοινωνικοποίηση (ελάχιστοι φίλοι, δυσκολία στις κοινωνικές συναναστροφές, απομόνωση, περιθωριοποίηση)
- Υιοθέτηση εχθρικής και επιθετικής συμπεριφοράς σε αγχογόνες καταστάσεις

Ψυχομετρικά μέσα

Σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων το παιδί εμφάνισε έντονο άγχος, ρωτώντας κάθε φορά αν οι απαντήσεις που δίνει είναι οι σωστές ή αν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στα ζητούμενα.

Πρόκειται για ένα παιδί με χαμηλή αυτοεκτίμηση, που αρνείται να προβεί σε ενέργειες για το αποτέλεσμα των οποίων έχει αμφιβολίες ή έχει κριθεί αρνητικά στο παρελθόν (π.χ. δυσανασχέτησε όταν του ζητήθηκε να ζωγραφίσει την οικογένεια του). Παρουσιάζει παλινδρομική συμπεριφορά σε καταστάσεις που τον δυσκολεύουν. Το περιβάλλον του παρέχει επαρκείς δυνατότητες μάθησης, αλλά στο σχολείο, κατά τα λεγόμενα της μητέρας, δεν παρουσιάζει ικανοποιητική επίδοση.

Τεστ συντονισμού κινήσεων

Οι βαθμοί που συγκέντρωσε τον καθιστούν επαρκή, αλλά οριακά (συγκέντρωσε 11 βαθμούς, με όριο επάρκειας 11-20). Αυτό πιθανότατα να οφείλεται στην ανωριμότητα που χαρακτηρίζει το υποκείμενο, καθώς και στο διαρκές και έντονο άγχος του σχετικά με την ικανοποιητική ανταπόκριση του στις δραστηριότητες. Διακρίνεται επομένως ο μαθητής από αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας για τις δυνατότητες του.

Bangor Dyslexia Test

Το συγκεκριμένο τεστ χορηγήθηκε για να αποκλειστεί η πιθανότητα να οφείλεται η υποεπίδοση του Νικόλα σε κάποια μαθησιακή δυσκολία.

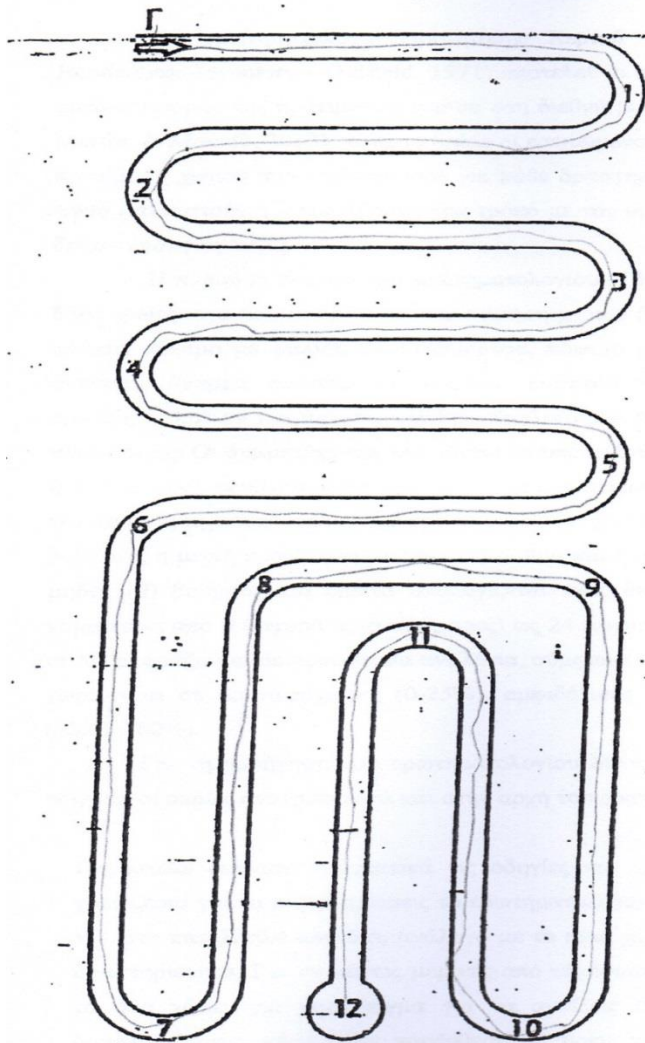
Το παιδί δεν εμφανίζει δείγματα μαθησιακών δυσκολιών. Φαίνεται να έχει αναπτύξει στρατηγικές για το διαχωρισμό δεξιού – αριστερού χεριού, ως τρόπο αντιμετώπισης της δυσκολίας που δήλωσε ο ίδιος ότι είχε σε μικρότερη ηλικία. Δεν διαπιστώθηκε όμως καμία δυσκολία στην εκφώνηση των μηνών, τόσο σε κανονική όσο και σε αντίστροφη σειρά, στην αναπαραγωγή πολυσύλλαβων λέξεων ούτε κάποια σύγχυση των συμφώνων β – θ.

Raven test

Κατά τη διάρκεια του Raven test, το υποκείμενο, ενώ γνώριζε ότι δεν εξετάζεται ούτε βαθμολογείται, ζητούσε μετά από κάθε απάντηση του την επιβεβαίωση της. Ορισμένες φορές παρατηρήθηκε προσπάθεια να αποσπάσει και να εκμαιεύσει τη σωστή απάντηση. Όταν ένιωθε να πιέζεται για να ολοκληρώσει μια δραστηριότητα, παρουσίαζε παλινδρομική συμπεριφορά και παλιμπαίδιζε.

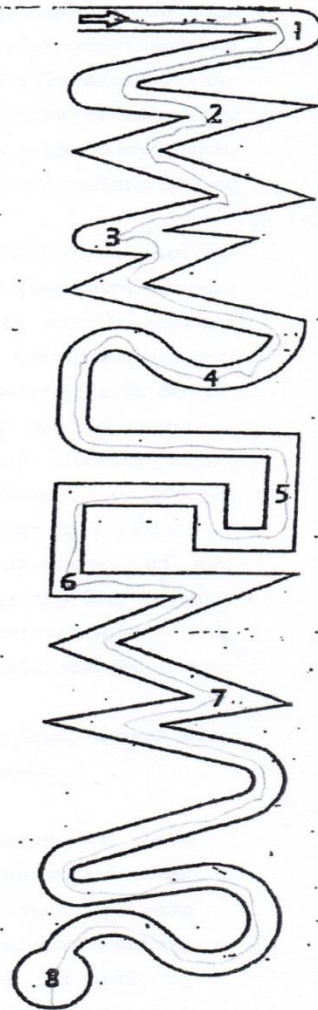
ΟΔΗΓΙΕΣ: Αρχίστε από το βέλος που βρίσκεται κάτω από το Γ και σέρτε μια γραμμή προς τον αριθμό που άταγγέλλω. Προσπαθήστε η γραμμή σας να είναι εντός των δύο γραμμών. Με τον ίδιο τρόπο θα εργασήτε και στο Δ.

ΤΕΣΤ Γ



Εκδ. 15α 4

Δ



Βαθμός Τέσε Γ
(Αριθμός ορθών)

Η κλίμακα καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης C.D.I.

Η κλίμακα καταγραφής της παιδικής κατάθλιψης C.D.I. της Maria Kovacs (1992) αποτελείται από 27 ερωτήσεις που ομαδοποιούνται σε 5 υποκλίμακες (5 κατηγορίες συμπτωμάτων κατάθλιψης), για καθεμία από τις οποίες προκύπτει ξεχωριστή βαθμολογία.

Από τις απαντήσεις που έδωσε ο Νικόλας συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο, διαπιστώνονται τα παρακάτω:

1. Αρνητική συναισθηματική διάθεση

Το παιδί εμφανίζει καταθλιπτική διάθεση, αυτοκατηγορία, απαισιοδοξία, ανησυχία και αναποφασιστικότητα ως ήπια συμπτώματα (συγκέντρωσε 6 από τους συνολικά 12 βαθμούς).

2. Διαπροσωπικά προβλήματα

Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις του παιδιού, καταφεύγει σε τσακωμούς και ανυπακοή, υιοθετώντας αρκετές φορές κακή και επιθετική συμπεριφορά (συγκέντρωσε 4 από τους συνολικά 8 βαθμούς).

3. Αναποτελεσματικότητα

Διαπιστώθηκε μεγάλη δυσκολία στην ανταπόκριση στις σχολικές εργασίες, μειωμένη απόδοση και αυτο-υποτίμηση συγκρινόμενος με τους συνομηλίκους του ως έντονο σύμπτωμα (συγκέντρωσε 6 από τους συνολικά 8 βαθμούς).

4. Ανηδονία

Ορισμένες φορές δυσκολεύεται να κοιμηθεί, αισθάνεται εύκολη κόπωση και κάποια σωματικά ενοχλήματα. Το αίσθημα της μοναξιάς είναι έντονο σύμπτωμα, όπως και η άρνηση για το σχολείο, καθώς δεν έχει φίλους (συγκέντρωσε 10 από τους συνολικά 16 βαθμούς).

5. Αρνητική αυτοεκτίμηση

Διαπιστώθηκε έντονη απαισιοδοξία, μεγάλη αίσθηση ότι δεν είναι αγαπητό και αρκετά κακή σωματική εικόνα για τον εαυτό του. Επιπλέον, το μίσος και ο αυτοκτονικός ιδεασμός αποτελούν ήπια συμπτώματα (συγκέντρωσε 8 από τους συνολικά 10 βαθμούς).

Παιδικό ιχνογράφημα

Όπως διαφαίνεται από τη ζωγραφιά της οικογένειας του Νικόλα που ακολουθεί, αυτή είναι λιτή, με ελάχιστα απεικονιζόμενα στοιχεία αλλά ο μαθητής χρειάστηκε πολύ χρόνο για να την ολοκληρώσει. Δεν έδειξε κανένα ενδιαφέρον για τη δραστηριότητα, όπως ήταν αναμενόμενο. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε προσπάθειες ενίσχυσης και επιβράβευσης της δραστηριότητας, το παιδί απαντούσε πως αυτό που ζωγράφιζε ήταν κάτι πολύ εύκολο και ότι όλοι μπορούν να το κάνουν. Γίνεται λοιπόν φανερό η χαμηλή αυτοεκτίμηση του παιδιού και η απόρριψη των θετικών σχολίων για το έργο του.



Συμπεράσματα

Η κατάθλιψη χρήζει άμεσης αντιμετώπισης, καθώς ένα καταθλιπτικό παιδί το πιο πιθανό είναι πως θα εξελιχθεί σε έναν καταθλιπτικό ενήλικα. Άλλωστε, τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν ποικίλα και πολλαπλά προβλήματα (σχολική αποτυχία, μειωμένη ψυχοκινητική λειτουργικότητα, συνυπάρχουσες διαταραχές) (Harrington, 2002).

Στον σχολικό χώρο μπορεί να εκδηλωθούν προβλήματα, τα οποία δεν είναι εμφανή σε άλλο περιβάλλον. Οι δάσκαλοι, έχοντας την ευκαιρία να παρατηρούν τα παιδιά σε ομάδες, πρέπει να επισημαίνουν πλευρές της λειτουργικότητας των μαθητών τους, οι οποίες δεν είναι εμφανείς στους γονείς, αφού δεν επηρεάζονται από τις ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Μετά τους γονείς, οι δάσκαλοι είναι οι πιο σημαντικοί ενήλικοι στη ζωή ενός παιδιού. Γι' αυτό, η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων δασκάλου-μαθητή ασκεί σημαντική επίδραση, τόσο στην επίδοση του μαθητή όσο και στη συμπεριφορά του μέσα στα πλαίσια του σχολείου. Σύμφωνα με ερευνητές, το είδος του σχολικού κλίματος που επικρατεί στην τάξη επηρεάζει την επίδοση του μαθητή περισσότερο από το είδος της διδασκαλίας (Σουσαμίδου – Καραμπέρη, 2001).

Από τα παραπάνω συνάγεται εύλογα το συμπέρασμα ότι το εκπαιδευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι καταρτισμένο σε θέματα τόσο μαθησιακά όσο και ψυχικά. Έτσι, θα γίνεται έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση και αντιμετώπιση των δυσκολιών που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας μαθητής στη σχολική του σταδιοδρομία.

Βιβλιογραφία

Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1979). *Judgment of contingency in depressed and non-depressed students: Sadder but wiser?* Journal of Experimental Psychology: General, 108, 441–485.

Birmaher, B., Ryan, ND., Williamson, DE et al. (1996). *Childhood and adolescent depression: a review of the past ten years*. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35:1427

Blumberg, S_ H., & Izard, C. E. (1985). *Affective and cognitive characteristics of depression in 10- and 11-year olds*. Journal of Personality and Social Psychology, 49(1), 194-202

Cambridge University Press, 2001

Crockett, L. J., & Petersen, A. C. (1993). *Adolescent development: Health risks and opportunities for health promotion*. In S. G. Millstein, A. C. Petersen, & E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century* (3-37). New York: Oxford University Press.

Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch. Gen. Psychiatry*, 60, 837-844

Forbonne, E. (2002). Case Identification in an Epidemiological Context. In M. RUTTER & E.TAYLOR (Eds), *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing

Kaslow, F. W., & Cooper, B. (1978). Family therapy with the learning disabled child and his/her family. *Journal of Marriage and Family Counselling*, 41-49.

Klerman GL, DiMascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES. (1974). *Treatment of depression by drugs and psychotherapy*. The American Journal of Psychiatry.131:186–191

Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-331.

Ling, B.G & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior* (extra issue), 80-94.

McGee, R., Share, D. L., Moffitt, T.E., Williams S.M. & Silva P.A. (1988). *Reading disability, behaviour problems and juvenile delinquency*. London: Hodder & Stoughton.

Modrcin-Talbott, M.A., Pullen, L., Ehrenberger, H., Zandstra, K., and Muenchen, B. (1998). *Self-Esteem in Adolescents Treated in an Outpatient Mental Health Setting*. *Comprehensive Pediatric Nursing*, vol. 21, pp. 159–171.

Rutter, M., Tizard, J., Whitmore, K. (1970). *Education, health and behaviour*. London: Longmans.

Κολαΐτης, Γ. (2012). *Οι διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης στην παιδική και εφηβική ηλικία: συνέχεια και ασυνέχεια στην ενήλικη ζωή*. Ψυχιατρική 23 (1): 94-100

Μαδιανός, Μ. (2004). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

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