

**ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΕΛΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
ΠΡΟΦΟΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΓΡΑΠΤΟΥ ΛΟΓΟΥ (ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ)»**

**Ψυχοκοινωνικά και Συναισθηματικά προβλήματα σε
παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες**

**Πάβλου Χρυσόβλα
Επόπτρια: Μορφίδη Ελένη**

**ΙΟΥΝΙΟΣ 2009
ΙΩΑΝΝΙΝΑ**



ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



026000321815

11



Ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες

Περίληψη: Η εμφάνιση των μαθησιακών δυσκολιών στα παιδιά, είτε στον προφορικό είτε στο γραπτό λόγο, πολλές φορές συνοδεύεται από άλλα προβλήματα ψυχοκοινωνικά, συναισθηματικά και δύσκολή συμπεριφορά.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει τη σχέση που έχουν δυσκολίες όπως η υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, η διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, η θετική κοινωνική συμπεριφορά και η κατάθλιψη σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και σε παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες που φοιτούν στο δημοτικό σχολείο. Ερευνήθηκαν οι διαφορές μεταξύ των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και χωρίς μαθησιακές δυσκολίες και η αλληλεπίδραση ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια που ανήκουν στις παραπάνω ομάδες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την κατάθλιψη. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από τους δασκάλους των μαθητών. Η πειραματική ομάδα αποτελούνταν από 69 μαθητές, 44 αγόρια και 25 κορίτσια από την πρώτη έως την έκτη δημοτικού και η ομάδα ελέγχου από 69 μαθητές, ίδιας ηλικίας και φύλου.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μεγαλύτερη συνάφεια στους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες ανάμεσα στην υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την κατάθλιψη από τους μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Ακόμη υπάρχει σημαντική διαφορά στην εκδήλωση ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών δυσκολιών μεταξύ μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς τις παραπάνω μεταβλητές. Όσον αφορά στην αλληλεπίδραση μεταξύ αγοριών και κοριτσιών που ανήκουν στις ομάδες μαθητών με μαθησιακές και χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

Emotional and behavioral difficulties of students with learning disabilities

Abstract: Learning disabilities are often accompanied by emotional and behavioral problems.

The aim of the present research is to examine the relationship between hyperactivity, emotional problems, conduct disorder, peer problems, prosocial behavior and depression in learning disabled (LD) and non learning disabled (NLD) primary school students. Yet, it has been examined the differences between the two groups and the interaction between boys and girls who belong in either group related to hyperactivity, emotional problems, conduct disorder, peer problems, prosocial behavior and depression. We used a questionnaire that was filled by the teachers. The experimental group comprised of 69 students, 44 boys and 25 girls from first to sixth grade and the control group of 69 students of the same age and sex.

The results of the survey showed that there is a strong correlation between hyperactivity, emotional problems, conduct disorder, peer problems, prosocial behavior and depression in LD students. There are also significant differences between LD and NLD students in the above variables. There were no significant interactions between boys and girls who belong to the groups of LD and NLD students on the above variables.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ- ABSTRACT.....	2
ΜΕΡΟΣ Α	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1. Εξελικτική Προσέγγιση- Φυσιολογική κοινωνιοψυχολογική ανάπτυξη.....	6
1.1 Γενικό Εξελικτικό Πλαίσιο.....	8
1.2 Μοντέλα Παιδικής Ψυχοπαθολογίας.....	9
1.3 Φυσιολογική Ψυχοκοινωνική Ανάπτυξη του Παιδιού.....	12
2. Δυσκολίες Μάθησης.....	20
2.1.1 Η έννοια του όρου “μαθησιακές δυσκολίες”.....	20
2.1.2 Κατηγοριοποίηση των μαθησιακών δυσκολιών.....	21
2.1.3 Συχνότητα εμφάνισης των μαθησιακών δυσκολιών.....	23
2.1.4 Χαρακτηριστικά ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες.....	23
2.2 Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες που σχετίζονται με τον προφορικό λόγο.....	25
2.2.1 Δυσκολίες σχετικές με τη χρήση και την κατανόηση του προφορικού λόγου.....	25
2.2.2 Αίτια των γλωσσικών δυσκολιών στον προφορικό λόγο.....	26
2.3 Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες που σχετίζονται με το γραπτό λόγο.....	28
2.3.1 Είδη δυσκολιών στο γραπτό λόγο.....	28
2.3.2 Τα αίτια των δυσκολιών στο γραπτό λόγο.....	30
2.4 Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες που σχετίζονται με την αρίθμηση και τις αριθμητικές πράξεις.....	32
3. Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά.....	33
3.1 Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής (ΔΕΠ-Υ).....	33
3.2 Συναισθηματικά Προβλήματα.....	39
3.3 Διαταραχή Διαγωγής.....	47
3.4 Κοινωνικές, Φιλικές Σχέσεις και Προβλήματα με τους Συνομηλίκους.....	53
3.5 Κοινωνική Συμπεριφορά (Prosocial Behavior).....	59
3.6 Κατάθλιψη- Καταθλιπτική Συμπεριφορά.....	66

4. Θέματα Αξιολόγησης και Παρέμβασης.....	76
---	----

ΜΕΡΟΣ Β

1. Προβληματική της έρευνας.....	82
----------------------------------	----

1.1 Εισαγωγή.....	82
-------------------	----

1.2 Στόχοι της έρευνας.....	82
-----------------------------	----

2. Μεθοδολογία.....	84
---------------------	----

2.1 Μέθοδος έρευνας.....	84
--------------------------	----

2.2 Πληθυσμός και Δείγμα.....	84
-------------------------------	----

2.3 Διατύπωση ερευνητικών υποθέσεων.....	85
--	----

2.4 Ορισμός μεταβλητών.....	86
-----------------------------	----

2.5 Περιγραφή του υλικού.....	87
-------------------------------	----

2.6 Διαδικασία.....	91
---------------------	----

3. Αποτελέσματα.....	92
----------------------	----

3.1 Εισαγωγή: Θέματα Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας.....	92
---	----

3.2 Υποθέσεις- Ευρήματα.....	93
------------------------------	----

3.3 Συζήτηση- Συμπεράσματα.....	107
---------------------------------	-----

3.4 Περιορισμοί της έρευνας.....	114
----------------------------------	-----

3.5 Συστάσεις για μελλοντικές έρευνες.....	115
--	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	116
----------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	120
-------------------	-----



ΜΕΡΟΣ Α

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μαθησιακές δυσκολίες αποτελούν ένα πολύ σημαντικό θέμα με το οποίο ασχολείται η παιδαγωγική ψυχολογία, η ειδική αγωγή και άλλες συναφείς επιστήμες. «Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί στη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους συνάντησαν παιδιά τα οποία δυσκολεύονταν, παρά την προσπάθεια που κατέβαλαν, να μάθουν κάποιο μάθημα, να κατανοήσουν διάφορες έννοιες, να συγκρατήσουν πληροφορίες, να τις εφαρμόσουν στην επίλυση προβλημάτων ή σε άλλες περιπτώσεις, ή να αποκτήσουν άλλου είδους μαθησιακές δεξιότητες, όπως αυτές της ανάγνωσης, της γραφής και της αρίθμησης.» (Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2005). Άλλωστε, όσον αφορά σε αυτές τις δυσκολίες, έχουν αρχίσει να εκδηλώνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον και οι γονείς, οι οποίοι είναι πλέον περισσότερο ευαίσθητοι απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους κατά τη σχολική φοίτηση. Βέβαια, σε πολλές περιπτώσεις, γίνονται και υπερβολικοί τιμωρώντας τα παιδιά ή θεωρώντας ότι δεν έχουν αρκετές ικανότητες, τα “φορτώνουν” με επιπλέον μαθήματα και ιδιαίτερα, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των γονιών τους.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα παιδιά που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες, εκδηλώνει και η ίδια η κοινωνία, εξαιτίας των επιπτώσεων που μπορεί να έχουν στην αυτόνομη κοινωνική και επαγγελματική λειτουργία του ατόμου. Δυστυχώς όμως δε συμβαίνει σε μεγάλο βαθμό αυτό, παρόλο που έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες προκειμένου να ληφθούν ιατρικά, κοινωνικά και εκπαιδευτικά μέτρα υπέρ των ατόμων αυτών. Καλό είναι, πριν ορίσουμε τις μαθησιακές δυσκολίες, να αποσαφηνίσουμε το εννοιολογικό περιεχόμενο του όρου “μάθηση” έτσι όπως επιχειρήθηκε από πολλούς εκπροσώπους διαφορετικών επιστημών.

Με την έννοια της μάθησης ασχολήθηκαν πολλές επιστήμες και κυρίως η φιλοσοφία και η ψυχολογία. Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην ψυχολογία, με τη μάθηση ασχολήθηκαν συστηματικά οι κλάδοι της που εξετάζουν τις γνωστικές και νευροφυσιολογικές διεργασίες. Υπάρχουν πολλές απόψεις για την έννοια της μάθησης, οι οποίες όμως συγκλίνουν στο εξής: μάθηση είναι η διαδικασία κατά την οποία τροποποιείται η συμπεριφορά των ζωντανών οργανισμών, ανθρώπων και ζώων, υπό την επίδραση των εμπειριών τις οποίες αποκτούν μέσω της αλληλεπίδρασης με το

περιβάλλον (Μαριδάκη- Κασσωτάκη, 2005; Δημητρόπουλος, 1981; Κασσωτάκης & Φλουρής, 2003; Κολιάδης, 1996, 1997; Woofolk, 1998). Προκειμένου να θεωρήσουμε αυτή την τροποποίηση μάθηση πρέπει να υπάρχει διάρκεια. Η μάθηση μπορεί να αναφέρεται είτε στην απόκτηση βασικών δεξιοτήτων απαραίτητων για την επιβίωση και την ικανοποίηση βασικών βιολογικών αναγκών είτε σε πιο σύνθετες μορφές συμπεριφοράς. Η απόκτηση γνώσεων που δεν οδηγούν σε ορατές τροποποιήσεις της συμπεριφοράς, αλλά σε μεταβολές της γνωστικής δομής και σκέψης οι οποίες μπορεί μακροπρόθεσμα να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του ανθρώπου θεωρείται επίσης μάθηση.

Μάθηση δε θεωρούνται οι αλλαγές που οφείλονται στη βιολογική ωρίμανση, παρόλο που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των οργανισμών. Μάθηση επίσης δεν θεωρούνται οι προσωρινές αλλαγές της συμπεριφοράς, οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε ασθένειες, κόπωση ή σε άλλες ανάλογες καταστάσεις (Μαριδάκη- Κασσωτάκη, 2005; Woofolk, 1998). Επομένως μάθηση είναι η διαδικασία η οποία περιλαμβάνει όλα τα επίκτητα σημεία με βάση τα οποία διαμορφώνεται η συμπεριφορά του ατόμου, όπως είναι οι συνήθειές του, οι στάσεις του, οι γνώσεις του, οι ιδέες και οι αξίες του καθώς και οι ποικίλες δεξιότητες τις οποίες εκδηλώνει με τις πολύμορφες δραστηριότητές του (Μαριδάκη- Κασσωτάκη, 2005).

1. ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Πριν αναφερθούμε στα προβλήματα ψυχοπαθολογίας που μπορεί να αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι, καλό είναι να καταγράψουμε ορισμένα προκαταρκτικά ζητήματα που σχετίζονται με την εξελικτική προσέγγιση και τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού. Αυτά τα ζητήματα αφορούν στο Γενικό Εξελικτικό Πλαίσιο που περιλαμβάνει τη διάσταση του χρόνου μαζί με τέσσερις άλλες διαστάσεις ή περιβάλλοντα της ανάπτυξης: το ενδοπροσωπικό, το διαπροσωπικό, το υπερκείμενο και το οργανικό.

1.1 ΓΕΝΙΚΟ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η διάσταση του χρόνου αναφέρεται στην αλλαγή της συμπεριφοράς του παιδιού. Πολλοί ερευνητές συνδέουν σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά με τη χρονολογική ηλικία. Οι αλλαγές αυτές δεν είναι ανησυχητικές, αφού αποτελούν μέρος της ωρίμανσης του παιδιού. Ένας εναλλακτικός τρόπος κατανόησης της αλλαγής, στηρίζεται στην έννοια των σταδίων ανάπτυξης. Η θεωρία του Piaget για τη γνωστική ανάπτυξη και η ψυχοσεξουαλική θεωρία του Freud αποτελούν δυο χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτής της προσέγγισης. Τα στάδια αυτά συνιστούν ποιοτική διαφοροποίηση της συμπεριφοράς και όχι συσσώρευση εμπειρίας και η ακολουθία τους είναι σταθερή. Σήμερα, βέβαια επικρατεί η άποψη ότι υπάρχουν ευαίσθητες περίοδοι, κατά τη διάρκεια των οποίων συγκεκριμένες εξελικτικές διεργασίες έρχονται στο προσκήνιο, διεργασίες που είναι ταυτόχρονα πιο ευάλωτες στη διαταραχή και πιο δεκτικές στη βελτίωση.

Το ενδοπροσωπικό περιβάλλον αναφέρεται σε οτιδήποτε έχει να κάνει με το άτομο, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, γνωστικές λειτουργίες, συναισθήματα κ.α. Το περιβάλλον αυτό περιλαμβάνει το μεγαλύτερο αριθμό πληροφοριών σχετικά με την ανάπτυξη. Το διαπροσωπικό περιβάλλον αναφέρεται στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων, κυρίως ανάμεσα στην οικογένεια και τους συνομηλίκους, αφού διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του παιδιού. Το υπερκείμενο

περιβάλλον αναφέρεται σε σύνολα ατόμων οργανωμένων σε μονάδες, όπως η ομάδα, η κοινωνική τάξη και ο πολιτισμός. Τέλος, το οργανικό περιβάλλον αναφέρεται σε διάφορα χαρακτηριστικά του ανθρώπινου σώματος που σχετίζονται με την κατανόηση της αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Όλα τα παραπάνω περιβάλλοντα που σχετίζονται με τη φυσιολογική ή αποκλίνουσα συμπεριφορά του παιδιού βρίσκονται σε μια συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους (Wenar & Kerig, 2000).

1.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Υπάρχει σήμερα ποικιλία θεωριών που εισηγούνται μοντέλα αιτιολογίας της παιδικής ψυχοπαθολογίας, τα οποία έχουν κοινά γνωρίσματα μεταξύ τους και αλληλοσυμπληρώνονται. Άλλα έχουν αγεφύρωτες διαφορές. Κανένα όμως από μόνο του δεν είναι ικανοποιητικό. Θα ακολουθήσει μια μικρή αναφορά σε αυτά τα μοντέλα.

Το **Ιατρικό Μοντέλο** έχει άμεση σχέση με το οργανικό περιβάλλον. Σήμερα έχει δυο συνιστώσες. Η πρώτη περιλαμβάνει τη γενική υπόθεση ότι συγκεκριμένες ψυχοπαθολογικές διαταραχές είναι απότοκες οργανικών δυσλειτουργιών. Η δεύτερη περιλαμβάνει την ταξινόμηση της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς κατά τρόπο αντίστοιχο της ταξινόμησης των σωματικών ασθενειών, κυρίως στη βάση διαγνωστικών οντοτήτων (δηλαδή συνδρόμων). Σύμφωνα με την οργανική αιτιολογία υπάρχουν τρεις επιμέρους μορφές: οι γενετικοί παράγοντες, το βιοχημικό μοντέλο και το νευροφυσιολογικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η αποκλίνουσα συμπεριφορά οφείλεται σε παθολογία του εγκεφάλου που είναι είτε κληρονομημένη, είτε σύμφυτη, είτε επίκτητη.

Το **Συμπεριφορικό Μοντέλο** θεωρεί ότι η συμπεριφορά αποτελεί το αντικείμενο παρατήρησης της ψυχολογίας. Οι συμπεριφοριστές ασχολούνται με έρευνες που σκοπό έχουν την εμφάνιση της υπό διερεύνηση συμπεριφοράς με τεχνικά μέσα. Το υπόβαθρο της συμπεριφορικής ψυχολογίας αποτελούν τρεις αρχές της μάθησης. Αυτές είναι η Κλασική Εξαρτημένη Μάθηση, η Συντελεστική Εξαρτημένη Μάθηση και η Μίμηση ή Μάθηση μέσω Παρατήρησης.

Οι συμπεριφοριστές θεωρούν ότι όλη η συμπεριφορά αποτελεί αδιαίρετη οντότητα, η οποία με την επικουρική συμβολή γενετικών παραγόντων, της ωρίμανσης και της ιδιοσυγκρασίας, σχηματοποιείται από τις βασικές αρχές της μάθησης.

Η εξελικτική διάσταση εξετάζεται σε σχέση με τις αλλαγές στις κοινωνικές προσδοκίες σχετικά με τη συμπεριφορά, οι οποίες μεταβάλλονται σύμφωνα με την ηλικία. Υπάρχουν παιδιά που μεγαλώνουν με εμπειρίες μάθησης, οι οποίες μεγιστοποιούν τις πιθανότητες για πετυχημένη προσαρμογή στο περιβάλλον ενώ άλλα δε βιώνουν τέτοιου είδους εμπειρίες, οπότε και εκδηλώνουν δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά. Βέβαια η δυσπροσαρμοστικότητα εξαρτάται και από τα ήθη και έθιμα της κάθε κοινωνίας. Επίσης οι συμπεριφοριστές έχουν την τάση να ποσοτικοποιούν τη συμπεριφορά, τάση που τους οδηγεί να ορίζουν την ψυχοπαθολογία ως απόκλιση στη συχνότητα και την ένταση της συμπεριφοράς.

Διεύρυνση του πεδίου του συμπεριφορισμού αποτελεί η θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Bandura (1986), ο οποίος πρότεινε τη διαδικασία του αμοιβαίου, επикаθορισμού, μέσω της οποίας το άτομο και το περιβάλλον επηρεάζουν το ένα το άλλο. Επίσης ενέταξε στη συμπεριφορική θεωρία και γνωστικές παραμέτρους.

Το **Γνωστικό Μοντέλο** περιέχει τη γνωστικο- εξελικτική θεωρία του Piaget, ο οποίος εστιάζεται στην ανάπτυξη των γνωστικών (νοητικών) ικανοτήτων. Θεωρεί ότι αυτή η ανάπτυξη διέρχεται από μια σταθερή ακολουθία σταδίων, τα οποία είναι ποιοτικώς διακριτά και δεν είναι δυνατή η επίτευξη οποιασδήποτε μορφής συνθετότερης σκέψης μέχρι το παιδί να προσπεράσει όλα τα προηγούμενα στάδια. Επομένως τα παιδιά αναπτύσσονται φυσιολογικά, όταν περνούν αυτά τα στάδια και όταν η προσαρμογή τους στο περιβάλλον επιτυγχάνεται μέσω της αφομοίωσης και της προσαρμοστικότητας.

Η κοινωνικογνωστική θεωρία επεξεργάστηκε σημαντικές έννοιες του πιαζετιανού μοντέλου. Θεωρείται ότι τα παιδιά διαμορφώνουν μια συγκεκριμένη άποψη για τα γεγονότα και σύμφωνα με αυτή καθώς και τις εμπειρίες που έχουν αποκτήσει, προσδοκούν τα ίδια αποτελέσματα σε παρόμοιες καταστάσεις.

Τα **Ψυχαναλυτικά Μοντέλα** κάνουν αναφορά σε παραπάνω από μια θεωρίες. Η **Κλασική Ψυχανάλυση** ενδιαφέρεται για τον εντοπισμό των δυναμικών διαστάσεων της ανθρώπινης συμπεριφοράς, δηλαδή των βασικών ή πρωταρχικών κινήτρων. Ο Freud ανέπτυξε δυο ειδών μοντέλα. Το δομικό μοντέλο, το οποίο κάνει λόγο για την τριμερή εννοιολογική σύλληψη για τον ανθρώπινο ψυχισμό, δηλαδή το αυτό (id), το εγώ και το υπερεγώ. Η ψυχοπαθολογία είναι αποτέλεσμα εσωτερικής σύγκρουσης και ανισορροπίας ανάμεσα στο “αυτό”, το “εγώ” και το “υπερεγώ”.

Το δεύτερο μοντέλο της κλασικής ψυχανάλυσης, η ψυχοσεξουαλική θεωρία, υποστηρίζει ότι υπάρχει ερωτική οικειότητα σε όλη τη διάρκεια της ζωής και ότι η

σεξουαλικότητα των ενηλίκων είναι απλώς η αποκορύφωση μιας διαδικασίας που ξεκινά από την πρώιμη βρεφική ηλικία. Ο Freud υποστηρίζει ότι η ομαλή ανάπτυξη του παιδιού περνάει από σεξουαλικά στάδια, ενώ η ψυχοπαθολογία εξηγείται με την καθήλωση σε ένα στάδιο και την παλινδρόμηση στο προηγούμενο.

Η Ψυχολογία του Εγώ ανήκει στα ψυχαναλυτικά μοντέλα. Οι υποστηρικτές της θεωρίας με κύριο εκπρόσωπο τον Erikson αναθεώρησαν ριζικά την κλασική θεωρία υποστηρίζοντας ότι το “εγώ” διαθέτει τη δική του ενέργεια και μπορεί να λειτουργήσει αυτόνομα, χωρίς να υποτάσσεται στο “αυτό”. Το εξελικτικό μοντέλο του Erikson εστιάζεται στα στάδια της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης, τα οποία είναι παράλληλα με τα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του Freud. Κάθε ένα από τα στάδια αυτά αντιπροσωπεύει μια κρίση, η επίλυση της οποίας τοποθετεί το άτομο σε μια συγκεκριμένη εξελικτική τροχιά.

Η Θεωρία των Αντικειμενότροπων Σχέσεων (ΘΑΣ) ανήκει στην ψυχαναλυτική θεωρία. Ουσιαστικά οι αντικειμενότροπες σχέσεις αναφέρονται σε μια ευρεία κλίμακα ψυχαναλυτικών προσεγγίσεων που δίνουν έμφαση στη σημασία των συναισθηματικών προσκολλήσεων στην ανάπτυξη του ανθρώπου. Η ανάπτυξη σχέσεων, στην ουσία η αγάπη, θεωρείται πρωτεύον κίνητρο της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Ο όρος “αντικειμενότροπες σχέσεις” αναφέρεται στις σχέσεις με τους ανθρώπους, τα αντικείμενα της αγάπης μας που καθορίζουν την ατομική μας διαμόρφωση.

Το Συστημικό Οικογενειακό Μοντέλο θεωρεί ολόκληρη την οικογένεια ως μονάδα ανάλυσης. Η οικογένεια αντιμετωπίζεται ως ένα σύστημα, ένα δυναμικό σύνολο που είναι μεγαλύτερο από το άθροισμα των μερών του. Όπως και η ψυχαναλυτική θεωρία, η συστημική προσέγγιση αποτελείται από πολλές και διαφορετικές σχολές σκέψης, στην περίπτωση όμως αυτή η κεντρική ιδέα που τις ενώνει είναι το ότι η προσωπικότητα εκλαμβάνεται ως λειτουργία του οικογενειακού συστήματος. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο η ψυχοπαθολογία μπορεί να πηγάζει από τις σχέσεις των μελών της οικογένειας. Κάνει λόγο για το συνασπισμό γονέα- παιδιού που εμφανίζεται, όταν ο γονέας εμπλέκει το παιδί σε μια συμμαχία που εξαιρεί τον άλλο γονέα. Μια άλλη φάση που ονομάζεται τριγωνοποίηση συμβαίνει όταν το παιδί βρίσκεται παγιδευμένο ανάμεσα στους δυο γονείς. Τέλος, κάνει λόγο για την παράκαμψη, η οποία είναι η πιο ήπια από τις τριγωνικές μορφές οικογένειας, επειδή η σύγκρουση ανάμεσα στους γονείς μπορεί να μην είναι εμφανής (Wenar & Kerig, 2000).



1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Προκειμένου να κατανοήσουμε τις συμπεριφορές που αποκλίνουν από το φυσιολογικό, καλό είναι πρώτα να αναφερθούμε στη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού. Υπάρχει μια ομάδα μεταβλητών που συνδέουν το παιδί με το ανθρώπινο περιβάλλον. Οι μεταβλητές αυτές εμφανίζονται σε όλα τα παιδιά και αναλόγως με την ποιότητα και την ποσότητα της εμφάνισής τους μπορεί να επηρεάζουν τη φυσιολογική ή την αποκλίνουσα συμπεριφορά του παιδιού. Οι μεταβλητές αυτές είναι η προσκόλληση, ο αυτοέλεγχος, η συνείδηση, οι γνωστικές διεργασίες, το άγχος, η σεξουαλική σχέση, η επιθετικότητα, οι σχέσεις με τους συνομηλίκους και η εργασία.

Προσκόλληση

Ο δεσμός αγάπης μεταξύ του γονέα και του παιδιού είναι ζωτικής σημασίας σε όλο το εύρος της παιδικής ηλικίας. Τα παιδιά, όπως και όλα τα ανθρώπινα όντα, διέρχονται από μια μακρά περίοδο εξάρτησης από άλλους. Η προσκόλληση λοιπόν εμφανίζεται μέσα από συνθήκες παροχής φροντίδας. Τα βρέφη στην αρχή αναγνωρίζουν ανθρώπινους ήχους και αντιδρούν με ευχαρίστηση προς αυτούς. Είναι ιδιαίτερα επλεκτικά προς τη μητέρα τους, η οποία αποτελεί και το κυρίαρχο πρόσωπο φροντίδας, ενώ εκδηλώνουν άγχος αποχωρισμού, όταν η μητέρα απομακρύνεται. Επίσης, είναι πιο επιφυλακτικά προς μη οικεία πρόσωπα. Ανάλογα με το είδος της φροντίδας που εκδηλώνουν οι μητέρες προς τα παιδιά τους και το είδος της προσκόλλησης που δημιουργείται μεταξύ τους, τα παιδιά διαμορφώνουν και τη συμπεριφορά τους. Μιλάμε λοιπόν για την ασφαλή προσκόλληση, στο πλαίσιο της οποίας το βρέφος αντιδρά με θετικό τρόπο στο πρόσωπο φροντίδας, και εξαιτίας της συνεπούς φροντίδας αποκτά τη βεβαιότητα ότι το πρόσωπο αυτό θα είναι παρών, όταν το χρειαστεί. Τα βρέφη αυτά διαμορφώνουν σχέσεις τρυφερότητας που διαρκούν. Ένας άλλος λόγος που η ασφαλής προσκόλληση αποκτά σημασία είναι το ότι αποτελεί προαπαιτούμενο μιας πετυχημένης κοινωνικοποίησης. Η προσκόλληση, επίσης, συνδέεται με την εξερεύνηση. Βρέφη με ασφαλή προσκόλληση εξερευνούν το περιβάλλον χωρίς ενδοιασμούς, επειδή εκκινούν προς τούτο από “ασφαλή βάση”. Από την άλλη πλευρά η ουσιαστικά ελλειμματική φροντίδα καταλήγει σε διάφορες μορφές ανασφαλούς προσκόλλησης, οι οποίες μπορεί να ευθύνονται για διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας.

Πρωτοβουλία

Αν η προσκόλληση έχει βαρύνουσα σημασία για τον πρώτο χρόνο της ζωής, αντίστοιχη σημασία έχει η πρωτοβουλία για τον δεύτερο. Τα παιδιά αρχίζουν να στηρίζονται στα πόδια τους, κυριολεκτικά και μεταφορικά, έλκονται από την περιέργειά τους να γνωρίσουν και να εξερευνήσουν τον άμεσο κόσμο τους και γυρίζουν την πλάτη τους στα πρόσωπα φροντίδας.

Η πρωτοβουλία επιφέρει σημαντικές συνέπειες για τον εαυτό. Κατ' αρχάς, η ανακάλυψη του τι μπορεί κανείς να κάνει, επηρεάζει καταλυτικά τον αυτοπροσδιορισμό. Δεύτερον, στα παιδιά που επιτυγχάνουν σε αυτό που τολμούν ενδυναμώνεται το αίσθημα της αυτοαξίας και της περηφάνιας. Η πρωτοβουλία είναι σημαντική, κυρίως κατά την εφηβεία, γιατί οι έφηβοι πρέπει να διαχειριστούν τη μετάβαση από το εξαρτώμενο παιδί στον ανεξάρτητο ενήλικο, μια μετάβαση που δημιουργεί συγκρούσεις σε πολλά επίπεδα. Μπορεί οι έφηβοι να αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες και να εκδηλώνουν ανεξαρτησία κινήσεων και αποφάσεων σε ορισμένες περιστάσεις, όμως ακόμη δεν έχουν αποκτήσει επαρκή εμπειρία και ωριμότητα να αντιμετωπίσουν κάποιες καταστάσεις, με αποτέλεσμα αρκετές φορές να βιώνουν την αποτυχία.

Η πρωτοβουλία, λοιπόν, είναι σημαντική για την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού, αφού μια σημαντική μείωσή της αποτελεί κακή ένδειξη, ενώ η παντελής έλλειψή της, στην περίπτωση του αυτισμού, φανερώνει σοβαρής μορφής ψυχοπαθολογία. Η περιέργεια, επίσης, ως κύριο συστατικό της πρωτοβουλίας από την αρχή κιόλας της βρεφικής ηλικίας, προϋποθέτει την ικανότητα εστίασης της προσοχής στα ερεθίσματα που σχετίζονται άμεσα με τον προς επίτευξη στόχο. Όταν η ικανότητα αυτή είναι ελλιπής, η υγιής πρωτοβουλία μπορεί να δώσει τη θέση της στη διασπασμένη συμπεριφορά του υπερκινητικού παιδιού.

Αυτοέλεγχος

Σε κάποιες μορφές ψυχοπαθολογίας ο αυτοέλεγχος εμπλέκεται με κατά πολύ εμφανέστερο τρόπο συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη μεταβλητή. Ένας εμπλεκόμενος παράγοντας με τον αυτοέλεγχο είναι η κοινωνικοποίηση. Το παιδί, μέσα από αμοιβές και τιμωρίες που δέχεται από τους γονείς του ως αποτέλεσμα κάποιας δικής του συμπεριφοράς, μαθαίνει να συμμορφώνεται στις νόρμες κοινωνικοποίησης, προκειμένου να είναι άξιο της αγάπης των γονιών του και να αποφεύγει τη γονεϊκή απόρριψη.



Μια πληθώρα γνωστικών μεταβλητών σχετίζονται άμεσα με τον αυτοέλεγχο. Τα νήπια θα πρέπει να είναι ικανά να κατανοήσουν σχέσεις αιτίας- αποτελέσματος και να ανακαλούν στη μνήμη τους ποια συμπεριφορά οδηγεί στην αμοιβή και ποια στην τιμωρία και ανάλογα με την εμπειρία τους να συνθέτουν τις αρχές που θα διέπουν τη συμπεριφορά τους. Η γλωσσική ανάπτυξη διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη διαδικασία επίτευξης υψηλότερων επιπέδων αυτοελέγχου. Καθώς οι εντολές γίνονται όλο και πιο σύνθετες καθοδηγούν τη συμπεριφορά σε ένα προοδευτικά ευρύτερο πλέγμα καταστάσεων. Και έτσι το γνωστικά εξελισσόμενο παιδί μπορεί να εκφράσει λεκτικά τις εντολές, να τις κατανοήσει και να τις επαναλάβει στον εαυτό του, με αποτέλεσμα το περιεχόμενο της ίδιας της σκέψης να καθοδηγήσει τη συμπεριφορά σε κοινωνικώς αποδεκτά κανάλια.

Ο αυτοέλεγχος περιλαμβάνει επίσης και τη διάσταση της συναισθηματικής ανάπτυξης που ονομάζεται ρύθμιση του συναισθήματος. Η ρύθμιση του συναισθήματος είναι η ικανότητα του ατόμου να εντοπίζει, να αξιολογεί και να τροποποιεί τις συναισθηματικές του αντιδράσεις, με σκοπό να επιτύχει τους στόχους του. Έτσι, η ρύθμιση του συναισθήματος προϋποθέτει την ικανότητα κάποιου να αποσαφηνίζει, να κατανοεί, και, όταν χρειάζεται, να μετριάζει τα συναισθήματά του. Η ελλιπής ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει σε προβληματικές καταστάσεις, όπως ακριβώς και η ελλιπής ικανότητα ελέγχου των συναισθημάτων.

Είναι φυσιολογικό στη νηπιακή ηλικία τα βρέφη να εκδηλώνουν μη ελεγχόμενες συμπεριφορές. Βαθμιαία οι εκρήξεις θυμού, οι κραυγές άρνησης της ηλικίας των 2-3 χρόνων καταλαγιάζουν και τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας είναι σε θέση να ρυθμίζουν με πιο αποτελεσματικό τρόπο τα συναισθήματά τους. Η περίοδος της σχολικής ηλικίας, μεταξύ των 6-9 ετών, αποτελεί το σημείο- απόγειο του αυτοελέγχου. Η ηρεμία αυτή διακόπτεται στην προεφηβεία, αφού η περίοδος 12-14 ετών συχνά χαρακτηρίζεται από αναστάτωση. Η εφηβεία δεν είναι και τόσο δραματικά ασταθής φάση της ανάπτυξης, παρόλο που τα πολλά προβλήματα που συνοδεύουν τη μετάβαση στην ενηλικίωση την καθιστούν φάση αστάθειας, παρά σταθερότητας αναφορικά με τον αυτοέλεγχο. Αυτή η εξελικτική πορεία του αυτοελέγχου θεωρείται φυσιολογική για την ανάπτυξη του παιδιού. Στην περίπτωση υπερβολικού αυτοελέγχου, κατά τη μέση παιδική ηλικία, διαμορφώνεται το υπόβαθρο για κάποιες διαταραχές εσωτερικευσης. Όταν ο αυτοέλεγχος είναι αδύναμος, είναι πιθανό να καταλήξει σε εξωτερικευση μορφών συμπεριφοράς, όπως επιθετικότητα και διαταραχές της συμπεριφοράς.

Ηθική Ανάπτυξη

Η συνείδηση διαμορφώνεται από τις γονεϊκές αξιολογήσεις που παίρνουν τη γλωσσική μορφή: “είσαι καλό αγόρι” ή “είσαι κακό κορίτσι”. Η συνείδηση εμπεριέχει σκέψη, συναισθήματα και συμπεριφορά, την κατανόηση, δηλαδή, του ηθικά ορθού ή λανθασμένου, τη βίωση συναισθημάτων, ικανοποίησης ή ενοχής και τη σύστοιχη με τις ηθικές αντιλήψεις συμπεριφορά. Επομένως, οι αξιολογήσεις των γονέων προς τα παιδιά μπορούν να οδηγήσουν σε αισθήματα ενοχής, όταν δε συμμορφώνονται, και συναισθήματα αυτό-ικανοποίησης, όταν επιδεικνύουν σωστή συμπεριφορά. Όπως και ο αυτοέλεγχος, η συνείδηση μπορεί να είναι ή πολύ αυστηρή ή πολύ ελαστική. Η υπερβάλλουσα ενοχή έχει ειδικότερα ενοχοποιηθεί για την καταναγκαστική διαταραχή και για την κατάθλιψη, ενώ τα αντικοινωνικά, με εξωστρεφή συμπεριφορά παιδιά, μπορεί να έχουν εξωτερικά προσανατολισμένη συνείδηση, μέλημα της οποίας είναι μόνο ο φόβος της σύλληψης και της τιμωρίας.

Γνωστική Ανάπτυξη

Η διάσταση της γνωστικής ανάπτυξης που σχετίζεται αμεσότατα με την κατανόηση της σχέσης μεταξύ φυσιολογικής και ψυχοπαθολογικής ανάπτυξης είναι ο διαχωρισμός του εαυτού από το κοινωνικό και το φυσικό περιβάλλον. Αυτό που έχει ονομαστεί διαχωρισμός του “εγώ” από το “όχι εγώ”. Όλα τα βρέφη και τα παιδιά θεωρούν ότι αποτελούν το κέντρο του κόσμου. Τα βρέφη πιστεύουν ότι με το κλάμα τους μπορεί κάνουν τους γονείς τους να εμφανιστούν ή με μια κίνησή τους να κουνήσουν τα αντικείμενα. Πρόκειται για αυτό που ο Piaget ονομάζει εγωκεντρισμό. Συγκεκριμένα, τον ορίζει ως τη γνωστική διεργασία κατανόησης του φυσικού και του κοινωνικού κόσμου, κατά αποκλειστικά υποκειμενικό τρόπο. Επακόλουθο μιας τέτοιας διεργασίας είναι η χρήση γνωρισμάτων του εαυτού για τον ορισμό και την ερμηνεία ιδιοτήτων του αντικειμενικού περιβάλλοντος: το εγώ συγχέεται με το όχι εγώ. Με το πέρασμα του χρόνου τα παιδιά σε κάθε ηλικία, μέχρι την εφηβεία, εκδηλώνουν διαφορετικής μορφής εγωκεντρισμό.

Το μοντέλο της επεξεργασίας πληροφοριών αποτελεί μια εναλλακτική πρόταση στην πιαζετιανή θεωρία. Το μοντέλο αυτό συνδέει τις γνωστικές λειτουργίες με τη λειτουργία ενός ΗΥ. Το ερέθισμα εισβάλλει μέσω των αισθητηριακών δεκτών στη βραχύχρονη μνήμη και από εκεί μεταφέρεται στη μακρόχρονη μνήμη για περαιτέρω επεξεργασία. Αυτά τα ερεθίσματα, μέσω διαδικασιών ελέγχου που αφορούν στην επιλογή, τον έλεγχο, την αξιολόγηση και την ανασύσταση των πληροφοριών, μπορούν να καταστούν λειτουργικές για τη λύση του εκάστοτε προβλήματος. Σύμφωνα με αυτή

τη θεωρία, στα διαταραγμένα παιδιά οι γνωστικές διαδικασίες είναι είτε ελλιπείς είτε στρεβλωμένες.

Άγχος

Όσον αφορά στη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού το άγχος ορίζεται ως ο φόβος για τον επερχόμενο πόνο. Η προέλευση της έννοιας αυτής ανάγεται στον Freud, που χρησιμοποίησε τον όρο “αγχώδες σήμα” για να προσδιορίσει τη μέτριας έντασης προσδοκία μιας δυσάρεστης συνθήκης. Το άγχος βρίσκεται στο επίκεντρο της κοινωνικοποίησης, με το παιδί να απαρνείται ποικιλία ευχαριστήσεων για να αποφύγει τυχόν επώδυνες καταστάσεις από τη γονεϊκή πειθάρχηση.

Είναι φυσιολογικό τα παιδιά να βιώνουν κάποιους φόβους σε όλη τη διάρκεια της ανάπτυξής τους, ανάλογα με την ηλικία τους. Η εξέλιξη των φόβων αντανakλά τον αυξανόμενο ρεαλισμό της παιδικής σκέψης και τις εξελικτικά σύστοιχες ανησυχίες τους, παράλληλα με τη σταδιακή μείωση του έλλογου στοιχείου.

Σύμφωνα με το Freud το άγχος μπορεί να γίνει σε τέτοιο βαθμό επώδυνο, ώστε το άτομο να υιοθετήσει συγκεκριμένους ελιγμούς προς αντιμετώπισή του. Αυτοί είναι οι μηχανισμοί άμυνας. Εάν οι μηχανισμοί άμυνας εμποδίζουν τον έλεγχο της πραγματικότητας με το να προστατεύουν το παιδί από το να έρθει αντιμέτωπο με τους φόβους του, δεν αποτελούν από την ίδια τους τη φύση αιτία παθογένεσης.

Το άγχος μπορεί είτε να προωθήσει, είτε να παρεμποδίσει την ανάπτυξη. Από τη θετική πλευρά, προστατεύει από τη συνεχή επανέκθεση σε επώδυνες και καταστροφικές καταστάσεις, ενισχύει το επίπεδο των κινήτρων, καθιστώντας ικανό το παιδί να αξιολογήσει στο μέγιστο τις ικανότητές του και ενεργοποιεί παράλληλα μηχανισμούς άμυνας που μπορεί να προωθούν την κοινωνική προσαρμογή και την ανάπτυξη. Το άγχος, ωστόσο, μπορεί επίσης να διαιωνίζει μη κατάλληλους, αυτοκαταστροφικούς μηχανισμούς και μπορεί να διαστρεβλώσει τόσο τη σκέψη όσο και τη συμπεριφορά.

Σεξουαλική Ανάπτυξη

Η σεξουαλικότητα έχει μελετηθεί τόσο από τη μαθησιακή- γνωστική όσο και από τη συναισθηματική σκοπιά. Τα στερημένα έμφυτης γνώσης νήπια θα πρέπει να μάθουν να εντάσσουν τον εαυτό τους στην κατηγορία αγόρι- κορίτσι. Η ταξινόμηση αυτή ονομάζεται ταυτότητα του φύλου. Πέρα από αυτό, η κοινωνία καθορίζει ποιες συμπεριφορές και ποια συναισθήματα ταιριάζουν στα αγόρια και ποιες στα κορίτσια, και τα παιδιά επιβάλλεται να μάθουν τις συμπεριφορές που είναι κατάλληλες για το ρόλο του φύλου τους. Η σεξουαλικότητα παρέχει έντονη ερωτική ευχαρίστηση η οποία

μπορεί να τιθασευθεί, στοιχειωδώς τουλάχιστον, μέσω της κοινωνικοποίησης ή, αν η ψυχανalyτική θεωρία είναι έγκυρη, διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο για την ανάπτυξη της προσωπικότητας και τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Επιθετικότητα

Επιθετικότητα είναι η συμπεριφορά που στοχεύει στον τραυματισμό ή την καταστροφή, με το θυμό ως το συνοδευτικό της συναίσθημα. Ο θυμός, στη βρεφική ηλικία, διακρίνεται από τη γενικευμένη δυσφορία και χαρακτηριστικά του είναι το κλάμα και οι ασυντόνιστες κινήσεις. Η περίοδος από το πρώτο ως το τέταρτο έτος της ζωής σηματοδοτεί τις χωρίς αναστολές εκδηλώσεις οργής. Η εξελικτική τάση εκκινεί από τα εκρηκτικά, μη στοχοθετημένα ξεσπάσματα οργής, στις στοχοθετημένες επιθέσεις και από τη σωματική βία στη συμβολική εκδήλωση επιθετικότητας. Μετά την προσχολική περίοδο, η επιθετικότητα υπό τη μορφή ανηλεών σωματικών επιθέσεων ως αντίδραση σε μια άμεση συνθήκη υποχωρεί και η συμπεριφορά των παιδιών γίνεται σταδιακά πιο εμπρόθετη, αντεκδικητική και συμβολική. Η πρώιμη φάση της εφηβείας είναι γενικά μια ασταθής φάση της ανάπτυξης και τα παιδιά εκδηλώνουν με τους πιο παιδιάστικους τρόπους το θυμό τους. Κατά την εφηβεία επικρατούν οι λεκτικές εκδηλώσεις θυμού. Την κατήφεια συνήθως διαδέχεται ένα έντονο ξέσπασμα θυμού. Γενικά, οι γονείς θα πρέπει να είναι στοργικοί και να λειτουργούν ως πρότυπα αυτοελέγχου. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή στα προβλήματα που αποτελούν το υπόβαθρο της επιθετικής συμπεριφοράς, το συναίσθημα της έλλειψης αγάπης, η ταπεινωτική αύξηση της απαξίας, η αυτο-απέχθεια.

Σχέσεις Συνομηλίκων

Όσον αφορά στις σχέσεις των συνομηλίκων, οι οποίες αποτελούν ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα επακόλουθης ψυχοπαθολογίας, αναφερόμαστε σε δυο μεταβλητές. Η μια είναι η κοινωνικότητα και η άλλη οι ομάδες. Στα πρώτα έξι χρόνια της ζωής ενός παιδιού επισυμβαίνουν δραστικές εξελικτικές αλλαγές. Βέβαια, οι πρώιμες κοινωνικές συμπεριφορές είναι λιγότερο σταθερές και έντονες απ' ότι η προσκόλληση, και αυτό συμβαίνει, γιατί οι συνομήλικοι δεν έχουν την πρόθεση να αναλάβουν το ρόλο των προσώπων φροντίδας για την ανακούφιση από τη δυσφορία και την εξασφάλιση ερεθισμάτων.

Η κοινωνικότητα, ως το ενδιαφέρον για την ευρύτερη ομάδα των συνομηλίκων, εμφανίζεται στη μέση παιδική ηλικία. Από τις κοινωνιομετρικές έρευνες προκύπτουν τέσσερις κατηγορίες παιδιών: τα αποδεκτά, τα απορριμμένα, τα παραμελημένα και τα αμφιλεγόμενα. Όσον αφορά στην κοινωνικότητα υπάρχουν κάποιοι καθοριστικοί

παράγοντες που αυξάνονται με την ηλικία. Αυτοί είναι η ικανότητα κατανόησης της προοπτικής του άλλου, η ικανότητα λύσης κοινωνικών προβλημάτων και η ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει τόσο την επίγνωση των συναισθημάτων των άλλων, όσο και μια έμμεση συναισθηματική αντίδραση στα συναισθήματα αυτά.

Οι χαλαρές ως προς τη δομή τους, παιχνιδοκεντρικές ομάδες της προσχολικής ηλικίας μετατρέπονται στη μέση παιδική ηλικία σε παρέες οι οποίες, όταν τα παιδιά γίνουν 8 με 10 ετών, είναι επαρκώς ισχυρές για να ανταγωνισθούν την οικογένεια ως προς τα ενδιαφέροντα, την αφοσίωση και τη συναισθηματική εμπλοκή. Η εμπλοκή στην ομάδα φτάνει στο απόγειό της κατά την εφηβεία. Η εφηβική ομάδα είναι μια αυτόνομη κοινωνική οργάνωση με σκοπούς, αξίες, προδιαγραφές συμπεριφοράς και μέσα για την εφαρμογή τους. Ως προς τη σταθερότητα και τη διαφοροποίησή της, μοιάζει με τις ομάδες των ενηλίκων παρά με εκείνες της μέσης παιδικής ηλικίας. Η συμμόρφωση προς την ομάδα είναι πολύ μεγάλη στις ηλικίες των 11 με 13 ετών και σταδιακά μειώνεται. Είναι πολύ εντονότερη στους εφήβους με χαμηλή αποδοχή από τους συνομηλίκους τους και υψηλό βαθμό αυτό-κατηγορίας. Οι ομάδες αυτές λειτουργούν ως η πρωταρχική γέφυρα των εφήβων προς το μέλλον. Τους δημιουργούν την αίσθηση ότι ανήκουν κάπου, αίσθηση που είναι άκρως σημαντική κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενηλικίωσης.

Εργασία

Συνήθως αντιλαμβανόμαστε την εργασία ως κάτι που κάνουν οι ενήλικοι, ως κάτι σημαντικό για την αυτό-εκτίμηση και την αυτό-εικόνα τους. Εργασία λοιπόν καλούνται να κάνουν και τα παιδιά, όταν ασχολούνται με μικροδουλειές του σπιτιού, αλλά κυρίως στο σχολείο. Τα παιδιά της νηπιακής ηλικίας έχουν την άνεση να κάνουν ό,τι θέλουν, απλώς επειδή θέλουν να το κάνουν. Η μεγάλη σχετική καμπή με την πρωτοβουλία είναι το σχολείο. Τα παιδιά καλούνται να ακολουθήσουν κάποιους κανόνες, να υπακούσουν στις οδηγίες των δασκάλων τους και να καταβάλλουν προσπάθειες, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους.

Η σχολική αποτυχία κυριαρχεί στις συζητήσεις για την ψυχοπαθολογία. Για παράδειγμα, άτομα που θα υιοθετήσουν παραβατική συμπεριφορά ή θα εκδηλώσουν σχιζοφρένεια περιγράφονται συχνά ως διαταρακτικά και αδιάφορα στην τάξη, όπως επίσης και ανυπάκουα και προκλητικά. Η απαξίωση των σχολικών επιδόσεων είναι σημαντικός παράγοντας που συνδέεται με τη χρήση ουσιών στην εφηβεία. Υπάρχουν επίσης παιδιά με δυσκολίες που δεν πετυχαίνουν να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες τους, παρά την κινητοποίηση και τις προθέσεις τους.

Οι έφηβοι πέρα από τη μαθητική τους ιδιότητα αρχίζουν να σκέφτονται τον εαυτό τους ως δυννητικά εργαζόμενο. Βέβαια θα πρέπει να διανύσουν μακρά περίοδο προσπαθειών για να προσδιορίσουν τον επαγγελματικό τους εαυτό. Με έναν ειδικό τρόπο ελέγχου της πραγματικότητας αποπειρώνται να ανακαλύψουν το πιο ανταποδοτικό ταίριασμα μεταξύ των ιδιόμορφων ιδανικών, αξιών και ταλέντων τους και του κόσμου της εργασίας. Επειδή η εργασία που θα κάνουν θα αποτελέσει βαρύνουσα διάσταση του αυτό-προσδιορισμού και της αυτό-εκτίμησής τους, αυτό που διακυβεύεται είναι κάτι περισσότερο από την απλή εύρεση ενός καλού επαγγέλματος (Wenar & Kerig, 2000).

2. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΜΑΘΗΣΗΣ

2.1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ “ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ”

Ο όρος μαθησιακές δυσκολίες δεν μπορεί να οριστεί εύκολα προκειμένου να καλύψει το σύνολο των περιπτώσεων. Εξάλλου, δεν υπάρχει ομοφωνία ούτε μεταξύ των ειδικών για τον ορισμό του όρου. Ορισμένοι κάνουν λόγο για μαθησιακές δυσκολίες χωρίς άλλο προσδιορισμό (Μιχελογιάννης & Τζενάκη, 2000), άλλοι χρησιμοποιούν τον όρο δυσχέρειες μάθησης (Γεωργούσης, 1981) ενώ άλλοι κάνουν χρήση του όρου ειδικές δυσκολίες μάθησης (Kirk, 1973 βλ. Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2005 σελ. 27) ή προτείνουν διάφορους όρους, όπως μαθησιακές μειονεξίες ή μαθησιακές αναπηρίες (Αγαλιώτης, 2004).

Ανομοιογένεια παρατηρείται και ως προς το περιεχόμενο του όρου “μαθησιακές δυσκολίες”. Ο Kirk (1973 βλ. Μαριδάκη –Κασσωτάκη, 2005, σελ. 27) διέκρινε τους σχετικούς ορισμούς σε δυο κατηγορίες:

α) Σ’ αυτούς που στηρίζονται στις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος, οι διαταραχές των οποίων σχετίζονται με τις δυσκολίες της μάθησης.

β) Σ’ αυτούς που στηρίζονται στη συμπεριφορά την οποία εμφανίζουν τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα μάθησης (π.χ. δυσκολίες αντίληψης, διαταραχές της κινητικότητας και της ομιλίας, ανεπάρκεια συγκέντρωσης της προσοχής, διαταραχές της μνήμης, κοινωνικο-συναισθηματικά προβλήματα κτλ).

Στη νεότερη βιβλιογραφία γίνεται διάκριση των μαθησιακών δυσκολιών σε γενικές και διάχυτες ή ειδικές (Lerner, 2000; Dockrell & McShane, 2003 βλ. Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2005 σελ. 28)

- Οι γενικές δυσκολίες μάθησης αναφέρονται σε αδυναμίες ή δυσλειτουργίες που επηρεάζουν τις επιδόσεις του ατόμου σε πολλούς τομείς όχι μόνο της σχολικής μάθησης αλλά και της καθημερινής του ζωής. Γενικές μαθησιακές δυσκολίες μπορούμε να πούμε ότι αντιμετωπίζουν παιδιά με χαμηλή νοητική ικανότητα ή με άλλου είδους σωματικά προβλήματα (όρασης, ακοής, κινητικά κτλ).
- Οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες συνδέονται με συγκεκριμένη αδυναμία που εμφανίζει το άτομο σε ένα συγκεκριμένο τομέα π.χ στην ανάγνωση, τη

γραφή, την αρίθμηση κτλ και η οποία δεν είναι απαραίτητο ότι θα επηρεάσει τις επιδόσεις τους σε άλλους τομείς. Τα άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες συνήθως δεν εμφανίζουν χαμηλή νοητική ικανότητα, όπως προκύπτει από τα τεστ νοημοσύνης.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τον τελευταίο ευρέως αποδεκτό ορισμό από την επιστημονική κοινότητα: «Οι μαθησιακές δυσκολίες είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε μια ανομοιογενή ομάδα διαταραχών οι οποίες εκδηλώνονται με σημαντικές δυσκολίες στην πρόσκτηση και χρήση ικανοτήτων ακρόασης, ομιλίας, ανάγνωσης, γραφής, συλλογισμού ή μαθηματικών ικανοτήτων. Οι διαταραχές αυτές είναι εγγενείς στο άτομο και αποδίδονται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος, μάλιστα είναι δυνατόν να υπάρχουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Με τις μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να συνυπάρχουν προβλήματα σε συμπεριφορές αυτοελέγχου, κοινωνικής αντίληψης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Αυτά τα προβλήματα, ωστόσο, δε συνιστούν από μόνα τους μαθησιακές δυσκολίες. Αν και οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να εμφανίζονται μαζί με άλλες καταστάσεις μειονεξίας (π.χ. αισθητηριακή βλάβη, νοητική καθυστέρηση, σοβαρή συναισθηματική διαταραχή) ή να δέχονται την επίδραση εξωτερικών παραγόντων, όπως είναι οι πολιτισμικές διαφορές και η ανεπαρκής ή ακατάλληλη διδασκαλία, αυτές δεν είναι το άμεσο αποτέλεσμα των παραπάνω καταστάσεων ή εξωτερικών επιδράσεων.» (Hammill, 1990 βλ. Παντελιάδου, 2000 σελ.18)

2.1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

Όπως και με όλα τα άλλα θέματα που αφορούν τις μαθησιακές δυσκολίες έτσι και όσον αφορά στην ταξινόμησή τους σε κατηγορίες, οι ειδικοί εκφράζουν πολλές και διαφορετικές απόψεις. Έτσι και η βιβλιογραφία αναφέρεται σε όλες τις ταξινομήσεις. Ορισμένα ταξινομικά συστήματα διαχωρίζουν τις μαθησιακές δυσκολίες σε δυο κατηγορίες: α) αυτές που οφείλονται σε εμφανή και γνωστά αίτια, οι οποίες είναι συνέπεια οργανικών αναπηριών και αδυναμιών (όρασης, ακοής, κινητικότητας) και, β) σε αυτές των οποίων τα αίτια δεν είναι εμφανή και γνωστά. Σε αυτή την περίπτωση η αιτιολογία είναι λανθάνουσα και κατά συνέπεια, μη εμφανής από την πρώτη στιγμή, ενώ για τη διάγνωσή της απαιτείται εξονυχιστική εξέταση (Dockrell & McShane, 2003 βλ. Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2005 σελ.34). Τα αίτια αυτά μπορεί να είναι κληρονομικά

ή επίκτητα. Άλλοι συγγραφείς χρησιμοποιούν πιο διευρυμένο αιτιολογικό μοντέλο κατηγοριοποίησης των μαθησιακών δυσκολιών προσθέτοντας στα εμφανή και λανθάνοντα οργανικά ή ψυχολογικά αίτια και εξωγενείς κοινωνικοπολιτισμικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες.

Βέβαια, οι συνηθέστερες ταξινομήσεις γίνονται ανάλογα με την αιτιολογία και τα λειτουργικά χαρακτηριστικά. Στην πρώτη περίπτωση ανήκει η ταξινόμηση των μαθησιακών δυσκολιών σε: α) δυσκολίες που οφείλονται σε οργανικά αίτια, β) δυσκολίες που οφείλονται σε ψυχοσυναισθηματικά αίτια, γ) δυσκολίες που απορρέουν από κοινωνικοπολιτισμικές ανεπάρκειες, και δ) δυσκολίες που οφείλονται σε εκπαιδευτικά αίτια. Αυτή η ταξινόμηση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όχι μόνο για τη διάγνωση των δυσκολιών αλλά και για την πρόβλεψη της εξέλιξής τους. Ομως, όπως παρατηρούν οι Dockrell και McShane, (2003 βλ. Μαριδάκη –Κασσωτάκη, 2005 σελ. 36), Η συγκεκριμένη ταξινόμηση έχει πολλά μειονεκτήματα:

1. Πολλές δυσκολίες δεν έχουν εμφανή αιτιολογία και έτσι ταξινομούνται αναγκαστικά στην κατηγορία των δυσκολιών αγνώστου αιτιολογίας.
2. Αρκετές δυσκολίες που μπορεί να έχουν την ίδια αιτιολογία εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο και απαιτούν διαφορετική αντιμετώπιση.
3. Σε πολλές περιπτώσεις τα αίτια των μαθησιακών δυσκολιών δεν είναι μονοσήμαντα, αλλά μπορεί να διαπλέκονται και να αλληλοεπηρεάζονται, με αποτέλεσμα να είναι πολύ δύσκολο να αποδίδεται η δυσχέρεια σε ένα μόνο αίτιο.

Σύμφωνα με το λειτουργικό σύστημα κατηγοριοποίησης, οι μαθησιακές δυσκολίες ταξινομούνται ανάλογα με το βαθμό δυσλειτουργίας. Έτσι τα παιδιά διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: α) στα παιδιά που η νοημοσύνη τους είναι κατώτερη του μέσου όρου και γι' αυτό οι επιδόσεις τους υστερούν και β) στα παιδιά που, ενώ δεν παρουσιάζουν σοβαρή νοητική απόκλιση σε σχέση με τους συνομηλίκους τους, αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στην ανάγνωση, τη γραφή και την αριθμηση. Στην περίπτωση αυτή γίνεται λόγος για ειδικές μαθησιακές δυσκολίες ή μαθησιακές δυσχέρειες (Dockrell & McShane, 2003 βλ. Μαριδάκη- Κασσωτάκη, 2005 σελ.37).

2.1.3 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΣΙΑΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

Εκτιμάται ότι το πλήθος των ατόμων που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες ποικίλλει μεταξύ των ερευνητών, γεγονός που οφείλεται στην έννοια που δίνει ο κάθε ερευνητής στον όρο “μαθησιακές δυσκολίες”. Ανάλογα με το περιεχόμενο που δίνεται στην έννοια, προσδιορίζονται και οι κατηγορίες των ατόμων που ανήκουν στην ομάδα ατόμων που αντιμετωπίζει μαθησιακές δυσκολίες.

Ορισμένοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι το πλήθος των ατόμων που εμφανίζουν μικρές, μέτριες ή μεγάλες δυσκολίες στη μάθηση (περιλαμβάνονται και τα άτομα με ειδικές ανάγκες) αντιπροσωπεύει ποσοστό της τάξης 10% έως 20% του γενικού πληθυσμού. Άλλοι ανεβάζουν το ποσοστό σε υψηλότερα επίπεδα (Κυπριωτάκης, 1989; Σακκάς, 2002; Lyon, 1985 βλ. Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2005 σελ. 40) ενώ οι περισσότεροι συμφωνούν με την άποψη ότι ποσοστό 30% του μαθητικού πληθυσμού παρουσιάζει μαθησιακά προβλήματα.

Σε μεγάλο ποσοστό οι μαθησιακές δυσκολίες βλάπτουν όχι μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και την οικογένειά του, ενώ εμποδίζουν την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού από την κοινωνία. Οι μαθησιακές δυσκολίες, εφόσον δε διαγνωστούν έγκαιρα, μπορεί να οδηγήσουν σε πολύ σοβαρές καταστάσεις. Η δυσκολία του ατόμου να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των άλλων, το αίσθημα ότι υστερεί έναντι των συνομηλίκων του και η αποτυχία στο σχολείο μπορεί να οδηγήσουν σε αισθήματα αποτυχίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, επιθετικότητα και απομόνωση, με αποτέλεσμα να περιπλέκεται ακόμη περισσότερο η κατάσταση.

2.1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Μαθησιακές δυσκολίες είναι δυνατόν να παρουσιάσουν όλα τα άτομα ανεξάρτητα από το φύλο τους, τη φυλή, την κοινωνική και γεωγραφική προέλευση, την οικονομική κατάσταση και το πολιτισμικό υπόβαθρο ή τη γλώσσα τους.

Βέβαια, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές (Garmezy & Rutter, 1985; Krell & Conal, 1979; Σακκάς, 2002 βλ. Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2005 σελ. 42) το ποσοστό των αγοριών που παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των κοριτσιών. Τα αίτια για αυτή τη διαφοροποίηση μπορεί να είναι: α) οι

περιγεννητικές ανωμαλίες μπορεί να παρουσιάζονται με μεγαλύτερη συχνότητα κατά τη γέννηση των αγοριών από ότι στα κορίτσια, β) ο τρόπος κοινωνικοποίησης των αγοριών.

Επίσης, ρόλο στην εμφάνιση των μαθησιακών δυσκολιών παίζουν και εξωτερικοί παράγοντες. Επομένως μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να παρουσιάζουν άτομα που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά περιβάλλοντα, από φτωχά κοινωνικά στρώματα ή από οικογένειες που αντιμετωπίζουν στερήσεις. Το ίδιο ισχύει και για άτομα που ανήκουν σε μειονότητες ή άλλες ομάδες που διατρέχουν τον κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού.

2.2 ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΠΡΟΦΟΡΙΚΟ ΛΟΓΟ

Εκτός από το γενικό όρο μαθησιακές δυσκολίες οι ερευνητές ασχολούνται και με τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες που σχετίζονται με τον προφορικό και γραπτό λόγο. Όταν μιλάμε για προφορικό και γραπτό λόγο, αναφερόμαστε στη γλωσσική έκφραση του ατόμου. Το ενδιαφέρον, λοιπόν, των ερευνητών προς αυτή την κατεύθυνση αυξάνεται εξαιτίας του ιδιαίτερου ρόλου που διαδραματίζει η γλώσσα στη μάθηση. Είναι γνωστό ότι ο λόγος, προφορικός και γραπτός, αποτελεί το βασικότερο μέσο επικοινωνίας του ατόμου με τους συνανθρώπους του. Με την επικοινωνία το άτομο όχι μόνο μαθαίνει νέες πληροφορίες αλλά μεταδίδει και την εμπειρία του στους άλλους. Επιπλέον, το άτομο, μέσω του λόγου, εξωτερικεύει τα συναισθήματά του, καθιστά τους άλλους κοινωνούς των σκέψεων και των ιδεών του και δημιουργεί κοινωνικές επαφές.

Επικρατέστερος ορισμός των γλωσσικών διαταραχών φαίνεται ότι είναι αυτός που δίνει ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Λόγου- Γλώσσας- Ακοής (American Speech-Language- Hearing Association- A.S.H.A), σύμφωνα με τον οποίο: «γλωσσική διαταραχή (language disorder) είναι η μη φυσιολογική κατάσταση, κατανόηση και χρήση της προφορικής και γραπτής γλώσσας. Η διαταραχή αυτή μπορεί να αφορά σε όλα ή σε μερικά από τα φωνολογικά, μορφολογικά, σημαντικά, συντακτικά και πραγματολογικά συστατικά στοιχεία του γλωσσικού συστήματος. Τα άτομα που έχουν τέτοιου είδους διαταραχές εμφανίζουν συχνά προβλήματα στη διατύπωση προτάσεων ή δυσκολεύονται να συλλάβουν πλήρως τη σημασία των σχετικών πληροφοριών, για να την αποθηκεύσουν στη βραχύχρονη και μακρόχρονη μνήμη και να την ανακαλέσουν» (A.S.H.A., 1980 βλ. Μαριδάκη- Κασσωτάκη, 2005, σελ. 51).

2.2.1 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΟΡΙΚΟΥ ΛΟΓΟΥ

Οι φωνολογικές δυσκολίες είναι οι δυσκολίες αυτές που αναφέρονται στο φωνολογικό επίπεδο της γλώσσας, το οποίο περιλαμβάνει το σύστημα των ήχων που χρησιμοποιεί μια γλώσσα. Δηλαδή, τους φθόγγους, τα φωνήματα και τις συλλαβές,

στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να διαφοροποιούνται μεταξύ τους τα μορφήματα, χωρίς να έχουν το ίδιο σημασιολογικό περιεχόμενο.

Οι **δυσκολίες στο λεξιλογικό και σημασιολογικό επίπεδο**. Τα παιδιά που παρουσιάζουν δυσκολίες σε αυτά τα επίπεδα εμφανίζουν βραδύτητα στην απόκτηση νέων λέξεων σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους. (Rice, Buhr & Nemeth, 1990 βλ. Μαριδάκη- Κασσωτάκη, 2005 σελ. 58). Επίσης, δεν αντιλαμβάνονται τις έννοιες των λέξεων, δεν μπορούν να κάνουν μια ρέουσα συζήτηση με άλλα πρόσωπα, δίνουν άσχετες απαντήσεις σε ερωτήσεις που τους τίθενται, ακόμη και για ζητήματα της καθημερινής τους ζωής.

Στην περίπτωση των **δυσκολιών στο γραμματικό- συντακτικό επίπεδο** τα άτομα, κατά την παραγωγή του λόγου, κάνουν λάθη γραμματικής και περιεχομένου σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι κάνουν οι συνομήλικοί τους.

2.2.2 ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΓΛΩΣΣΙΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΣΤΟΝ ΠΡΟΦΟΡΙΚΟ ΛΟΓΟ

1. **Διαταραχές του ακουστικού συστήματος:** οι ακουστικές διαταραχές μπορεί να κυμαίνονται από την ελαφρά βαρηκοΐα ως την ολική κώφωση. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να υπάρχουν εκ γενετής ή να παρουσιαστούν μετά τη γέννηση σε μικρή ή μεγάλη ηλικία, εξαιτίας διαφόρων ασθενειών ή ατυχημάτων.
2. **Διαταραχές των φωνητικών οργάνων:** κάποια οργανική ανωμαλία ή δυσπλασία στα συστατικά στοιχεία του φωνητικού συστήματος (π.χ μεγαλογλωσσία, άλλες στοματικές δυσμορφίες ή δυσπλασίες, παραλύσεις νεύρων του προσώπου) μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση δυσχερειών στο φωνητικό επίπεδο της γλώσσας (αφωνία, δυσαρθρίες, δυσφωνίες).
3. **Δυσλειτουργίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος:** σύμφωνα με σύγχρονες νευροφυσιολογικές και νευροψυχολογικές έρευνες, κάποιες ανωμαλίες στο κεντρικό νευρικό σύστημα μπορεί να συνδέονται με διαταραχές του λόγου και, κυρίως, με διάφορες μορφές αφασίας (εκφραστική αφασία, δεκτική αφασία, αφασία διασύνδεσης).
4. **Γνωστικές λειτουργίες:** οι μαθησιακές δυσκολίες που οφείλονται στις γνωστικές λειτουργίες συνδέονται με γενικότερες δυσλειτουργίες του γνωστικού συστήματος και ειδικότερα με την επεξεργασία των ηχητικών ερεθισμάτων, τη

διαμόρφωση και ιεράρχηση των εννοιών και τη βραχύχρονη και μακρόχρονη μνήμη (Kamhi et al., 1984, 1985 βλ. Μαριδάκη- Κασσωτάκη, 2005 σελ. 69)

5. **Ψυχολογικές διαταραχές:** τα προβλήματα στον προφορικό λόγο μπορεί να οφείλονται και σε ψυχολογικούς παράγοντες, όπως οι ψυχοτραυματικές εμπειρίες, οι νευρώσεις ή άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Διαταραχή στη γλωσσική έκφραση υπάρχει και στην περίπτωση των αυτιστικών παιδιών, διαταραχή που εντάσσεται στην κατηγορία των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών.
6. **Περιβαλλοντικές επιδράσεις:** αναφέρονται σε προβλήματα που έχουν να κάνουν με το περιβάλλον του ατόμου, όπως είναι η φτώχεια του λεξιλογίου, οι φωνολογικές διαφοροποιήσεις από τον κυρίαρχο φωνολογικό κώδικα μιας γλώσσας, λόγω των επιδράσεων των γλωσσικών ιδιωμάτων που χρησιμοποιούνται σε διάφορες περιοχές ή κοινωνικά πλαίσια, το στερεοτικό περιβάλλον.

2.3 ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΓΡΑΠΤΟ ΛΟΓΟ

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στις δυσκολίες που αντιμετωπίζονται από αρκετά άτομα στο γραπτό λόγο, δηλαδή στις δυσκολίες στην ανάγνωση και τη γραφή. Ας προσπαθήσουμε να διασαφηνίσουμε τον όρο. Με τον όρο ειδικές μαθησιακές δυσκολίες στην ανάγνωση και γραφή εννοούνται συνήθως οι δυσχέρειες που συναντούν στους τομείς αυτούς ορισμένα άτομα, κυρίως παιδιά και έφηβοι, οι οποίες δεν οφείλονται σε νοητική υστέρηση, εμφανή αντιληπτική αναπηρία ή άλλη οργανική αδυναμία. Αποτέλεσμα των δυσκολιών αυτών είναι η σημαντική απόκλιση- συγκριτικά με το μέσο όρο των συνομηλίκων τους- της ικανότητάς τους να αναγνωρίζουν, να προφέρουν και να κατανοούν γραπτές λέξεις, να συλλαμβάνουν το νόημα γραπτών προτάσεων ή να αποδίδουν ορθώς μέσω της γραφής τα διάφορα φωνήματα. Επομένως, οι δυσκολίες αυτές αφορούν σε προβλήματα που σχετίζονται με τις βασικές λειτουργίες που επιτελούνται κατά την ανάγνωση και τη γραφή, δηλαδή την αποκωδικοποίηση των γραπτών μηνυμάτων, την κατανόησή τους και την απόδοση του προφορικού λόγου με οπτικά σύμβολα (Μαριδάκη- Κασσωτάκη, 2005).

2.3.1 ΕΙΔΗ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΣΤΟ ΓΡΑΠΤΟ ΛΟΓΟ

Τα άτομα που εμφανίζουν προβλήματα στη γραφή και την ανάγνωση υπάγονται στην ευρύτερη κατηγορία των δυσλεκτικών ατόμων. Ο όρος δυσλεξία χρησιμοποιείται για να δηλώσει την ύπαρξη σημαντικών δυσκολιών στην ανάγνωση και τη γραφή, δυσκολίες οι οποίες δεν οφείλονται σε εμφανείς οργανικές ή νοητικές αδυναμίες, συναισθηματικές διαταραχές, σοβαρή κοινωνικό-πολιτισμική υστέρηση ή ελλιπή παροχή μαθησιακών ευκαιριών.

Κατά διαστήματα, ο γενικότερος όρος δυσλεξία έχει διακριθεί σε επιμέρους κατηγορίες. Στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία γίνεται διάκριση ανάμεσα στην επίκτητη και την εξελικτική ή ειδική δυσλεξία. Η πρώτη παρουσιάζεται σε ενήλικες ως αποτέλεσμα εγκεφαλικής βλάβης, ενώ η δεύτερη σε παιδιά που έχουν φυσιολογική

νοητική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη και επαρκή εκπαίδευση (Selikowitz, 1998 βλ. Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2005 σελ. 88).

Ο Boder (1973) πρότεινε τρεις τύπους δυσλεξίας: α) τη δυσφωνητική δυσλεξία (dysphonetic dyslexia), η οποία χαρακτηρίζεται από τη δυσκολία του ατόμου να χωρίσει μια λέξη σε ήχους ή να διακρίνει τις διάφορες φθογγικές αποχρώσεις, β) τη δυσειδητική δυσλεξία (dyseidetic dyslexia), κατά την οποία τα άτομα υστερούν στην ικανότητα αναγνώρισης των λέξεων ως ενιαίων συνόλων, ενώ δεν έχουν σοβαρό πρόβλημα στη φωνημική διάσπαση μιας λέξης και γ) το μεικτό τύπο δυσλεξίας, όπου συναντώνται προβλήματα που παρουσιάζονται και στις δυο προηγούμενες περιπτώσεις.

Σε παλαιότερες εργασίες γινόταν διάκριση ανάμεσα στην οπτική, ακουστική και ειδική δυσλεξία (Πόρποδας, 1989). Επίσης, η δυσλεξία διακρίνεται και σε βαριάς, μέσης και ελαφριάς μορφής.

Τα προβλήματα που συναντώνται στο γραπτό λόγο είναι γνωστά με τον όρο δυσλεξική δυσγραφία. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή δυσκολεύονται στην παραγωγή δικών τους κειμένων, αλλά και στην αντιγραφή κειμένων από βιβλία ή από τον πίνακα. Ακόμη παράγουν δυσανάγνωστα κείμενα, κάνουν πολλά ορθογραφικά λάθη, μπερδεύουν τα πεζά με τα κεφαλαία γράμματα, γράφουν γράμματα ή λέξεις με άνισες αποστάσεις, αφήνουν ατελείς ορισμένες λέξεις ή φράσεις μεταξύ τους, μπερδεύουν τον ενικό με τον πληθυντικό αριθμό και τους χρόνους των ρημάτων, κάνουν πολύ συχνότερα από τους άλλους λάθη στη στίξη, δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν τον πλάγιο λόγο και την παθητική σύνταξη (Deuel, 1995; Kurtz, 1994; Σπαντιδάκης, 2004 βλ. Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2005 σελ.91).

Πολλά από τα παιδιά με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες κάνουν πολλά ορθογραφικά λάθη, τα οποία είναι πολύ περισσότερα από αυτά που κάνουν οι συνομήλικοί τους. Αυτές οι δυσκολίες στην ορθογραφία υποδηλώνονται με τον όρο δυσορθογραφία. Επίσης, μια άλλου είδους δυσχέρεια που αναφέρεται στις δυσκολίες στο γραπτό λόγο και την ανάγνωση είναι οι δυσκολίες στην κατανόηση κειμένου. Με την κατανόηση του κειμένου σχετίζεται επίσης και η ικανότητα αντίληψης της γραμματικής και συντακτικής δομής του.

2.3.2 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΣΤΟ ΓΡΑΠΤΟ ΛΟΓΟ

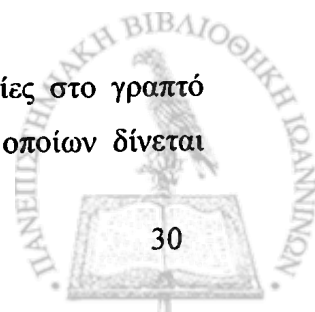
1. **Νευρολογικά και άλλα οργανικής φύσης αίτια:** αυτού του είδους τα αίτια έχουν να κάνουν με βλάβες στη λειτουργία των αισθητήριων οργάνων και, κυρίως, των οφθαλμών και της ακοής. Επίσης, γλωσσικά προβλήματα μπορεί να αντιμετωπίζουν άτομα με βλάβες ή δυσμορφίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Άλλου είδους οργανικές διαταραχές ή βιοχημικές ανωμαλίες που, ίσως, ευθύνονται για τις δυσκολίες στο γραπτό λόγο περιλαμβάνουν τις δυσλειτουργίες του θυρεοειδούς αδένα, τη διαταραχή της προσοχής, την υπερκινητικότητα, την υπερβολική παραγωγή ουσιών που επηρεάζουν τη νευρική ώση, την έλλειψη πρωτεϊνών που μπορεί να επηρεάζει την ωρίμανση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Fijalkow, 1999 βλ. Μαριδάκη- Κασσωτάκη, 2005 σελ. 102).

2. **Διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες:** όσον αφορά στα συγκεκριμένα αίτια, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, κυρίως, τα παιδιά στο γραπτό λόγο οφείλονται σε πιθανές ανεπάρκειες της αντιληπτικής διαδικασίας, που έχουν σχέση με τη σύλληψη και επεξεργασία των οπτικο- ακουστικών ερεθισμάτων και τις αναπαραστάσεις τους.

Άλλη αιτία των δυσκολιών στο γραπτό λόγο που σχετίζεται με τις γνωστικές λειτουργίες αναφέρεται στη φωνολογική ενημερότητα, την αντιστοίχιση, δηλαδή, μεταξύ της οπτικής και της ακουστικής αναπαράστασης των λέξεων, η οποία επιτυγχάνεται σταδιακά μέσα από τη διαδικασία της σύζευξης γραφημάτων- φωνημάτων.

Τέλος, σημαντικό ρόλο στις δυσκολίες στην ανάγνωση και τη γραφή διαδραματίζουν οι μνημονικές διαδικασίες. Τα άτομα τα οποία συναντούν δυσκολίες έχουν πιθανό πρόβλημα είτε στη μετατροπή μιας ομάδας γραμμάτων σε ήχο, είτε στη διατήρηση των ήχων αυτών στη μνήμη, είτε στο μετασχηματισμό των εναποθηκευμένων στη μνήμη ήχων σε ανάγνωση (Jorm, 1983; Stanovich, 1986; Torgesen, Rashotte, Greenstein, Houck & Portes, 1988; Wagner & et al., 1987 βλ. Μαριδάκη- Κασσωτάκη, 2005 σελ. 108). Άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι αυτοί που συναντούν δυσκολίες στο γραπτό λόγο υστερούν στην ακριβή διατήρηση των οπτικών εικόνων των διαφόρων λέξεων στη μακρόχρονη μνήμη, αδυναμία που εμποδίζει τη γραφή (Macworth & Macworth, 1974 βλ. Μαριδάκη- Κασσωτάκη, 2005 σελ.108).

3. **Άλλα αίτια:** Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τις δυσκολίες στο γραπτό λόγο είναι οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, στο πλαίσιο των οποίων δίνεται



ιδιαίτερη σημασία στην ψυχαναλυτική τους ερμηνεία και, ειδικότερα, στις σχέσεις που έχει αναπτύξει το παιδί με το περιβάλλον του και, κυρίως, με τους γονείς του, καθώς και στις εσωτερικές συγκρούσεις τις οποίες δοκιμάζει κατά τη φάση εκμάθησης της ανάγνωσης. Άλλες αιτίες γι' αυτού του είδους τις δυσκολίες είναι η κοινωνικο-πολιτισμική στέρηση που εκδηλώνεται ως γλωσσική αναπηρία, καθώς και οι παιδαγωγικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο διδασκαλίας της ανάγνωσης στο σχολείο.

2.4 ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΙΘΜΗΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Πολλά παιδιά τα οποία συναντούν δυσκολίες στο γραπτό λόγο αντιμετωπίζουν δυσκολίες και στον τομέα των αριθμών και των αριθμητικών πράξεων, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι αυτού του είδους οι δυσκολίες δεν παρουσιάζονται και αυτόνομα. Τα παιδιά με δυσκολίες στους αριθμούς είτε χρησιμοποιούν λανθασμένες υπολογιστικές διαδικασίες, είτε δεν έχουν κατακτήσει ή δεν αντιλαμβάνονται κανονικά την έννοια της ποσότητας ή την πράξη που υποδηλώνουν τα σύμβολα της πρόσθεσης και της αφαίρεσης (Dockrell & McShane, 2003 βλ. Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2005 σελ. 123). Σύγχυση ως προς τα σχετικά σύμβολα μπορεί να εμφανιστεί, επίσης, στον πολλαπλασιασμό και τη διαίρεση. Εκτός από τα προβλήματα ουσιαστικής κατανόησης των αριθμών, συχνή, επίσης, δυσκολία προκαλεί η μετάβαση από το προφορικό στο γραπτό αριθμητικό σύστημα. Δυσκολίες, επίσης διαπιστώνονται κατά τη μετάβαση από την καθημερινή ζωή στην αντιμετώπιση “φορμαλιστικά” διατυπωμένων προβλημάτων.

Πολλοί ερευνητές, όταν αναφέρονται στις δυσκολίες που σχετίζονται με την αρίθμηση, χρησιμοποιούν τον όρο δυσαριθμήςια. Με αυτόν τον όρο υποδηλώνονται οι αυξημένες δυσκολίες που συναντούν ορισμένα παιδιά στην κατάκτηση της μέτρησης\ αρίθμησης καθώς και άλλες συναφείς δυσκολίες. Παρόλο που ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι οι δυσκολίες στην αριθμητική καλύπτονται με τον όρο δυσλεξία, αφού οι δυσκολίες που αντιμετωπίζονται στο γραπτό λόγο και στην αριθμητική είναι παρόμοιες ή και ίδιες (Αγαλιώτης, 2004; Chinn & Ashcroft, 1993; Prichard, Miles, Chinn & Taggart, 1989 βλ. Μαριδάκη-Κασσωτάκη, 2005 σελ. 130), άλλοι πιστεύουν ότι το φαινόμενο της δυσαριθμήςιας είναι σύνθετο και πολύπλοκο και δεν μπορεί να εξηγηθεί μόνο μέσα από τα προβλήματα της δυσλεξίας. Υποστηρίζουν ότι η δυσαριθμήςια, εκτός από τα προβλήματα στη γλώσσα, μπορεί να οφείλεται και σε άλλες καταστάσεις (π.χ. άγχος, συναισθηματικές διαταραχές), σε ανεπάρκεια στην απομνημόνευση και ανάκληση αριθμών ή αριθμητικών δεδομένων (μνημονική δυσαριθμία) ή στην αντίληψη του χώρου (χωρική δυσαριθμία), σε διαταραχές της προσοχής ή σε συνδυασμό των παραπάνω αιτίων (Αγαλιώτης, 2004; Τρούλης, 1992).

3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ- ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (ΔΕΠ-Υ)

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή, οργανικής αιτιολογίας, η οποία εμφανίζεται κατά τη νηπιακή ηλικία, επιμένει στο χρόνο και τις περιβαλλοντικές συνθήκες, επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής του και προκαλεί σοβαρές και επίμονες δυσκολίες τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως πολύ ανήσυχα και δυσκολεύονται να μείνουν για πολλή ώρα στο ίδιο σημείο. Είναι ακατάστατα, αδέξια και συχνά μπορεί να κάνουν ζημιές και προκαλούν αναστάτωση στο περιβάλλον τους. Όταν οι περιστάσεις απαιτούν να κάνουν οικονομία στις κινήσεις τους, τα παιδιά αυτά αισθάνονται εξαιρετικά άβολα, στριφογυρίζουν στην καρέκλα τους και κινούν νευρικά χέρια και πόδια.

Η ανυπομονησία είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Τα περισσότερα από αυτά δεν περιμένουν να ακούσουν μέχρι το τέλος τις οδηγίες που τους δίνονται, πριν εκτελέσουν μια δραστηριότητα. Συχνά βιάζονται να απαντήσουν προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση που τους απευθύνεται. Πολλές φορές επιδιώκουν να προσελκύσουν την προσοχή των άλλων με προκλητικό τρόπο. Φαίνεται, επίσης, ότι αδιαφορούν για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους και ότι δεν επηρεάζονται από τις προηγούμενες εμπειρίες τους.

Οι γονείς και οι δάσκαλοι αναφέρουν ότι τα παιδιά αυτά δίνουν συχνά την εντύπωση ότι είναι απρόσεκτα και αφηρημένα. Δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν για πολλή ώρα σε μια δραστηριότητα και μεταπηδούν από τη μια ασχολία στην άλλη. Επίσης επαναλαμβάνουν συχνά τα ίδια λάθη.

Σύμφωνα με το DSM-IV, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, ορίζεται ότι τα συμπτώματα πρέπει να έχουν κάνει την πρώτη εμφάνισή τους πριν το 7^ο έτος της ηλικίας, να έχουν διάρκεια τουλάχιστον έξι μηνών, να μην αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και να προκαλούν σημαντική έκπτωση στη

λειτουργικότητά του σε δυο ή περισσότερα πλαίσια. Δίνονται δυο ομάδες κριτηρίων (απροσεξίας και υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας) και ορίζεται ότι σε κάθε μια από αυτές πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα εννέα κριτήρια που παρουσιάζονται. Ανάλογα με τον αριθμό των κριτηρίων που πληρούνται για κάθε ομάδα, η διάγνωση μπορεί να είναι ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο, ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο ή ΔΕΠ-Υ Συνδυασμένος Τύπος (American Psychiatric Association, 1994).

Σύμφωνα με τους σύγχρονους ερευνητές η ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε νευροβιολογικούς και γενετικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν κυρίως τις ικανότητες αυτοελέγχου και ρύθμισης της συμπεριφοράς με βάση συγκεκριμένους παράγοντες (Barkley, 1998). Πιο συγκεκριμένα, η έκθεση του εμβρύου στο κάπνισμα της μητέρας ή στη λήψη ναρκωτικών ουσιών και οινοπνευματωδών ποτών κατά την εγκυμοσύνη, η περιγεννητική βλάβη του εγκεφάλου (π.χ. ανοξία), ο πρόωρος τοκετός, η εγκεφαλική βλάβη (π.χ. επιληψία, εγκεφαλίτιδα), η κρανιοεγκεφαλική κάκωση καθώς και η έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες, όπως μόλυβδο ή ψευδάργυρο, έχουν συσχέτιση με τη ΔΕΠ-Υ.

Άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ είναι αναπτυξιακοί. Υπάρχει ένδειξη ότι τα νευροαναπτυξιακά προβλήματα, όπως η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και η νευροαναπτυξιακή ανωριμότητα ("μαλακά" νευρολογικά σημεία) σχετίζονται με την πρόωμη έναρξη της διάχυτης υπερκινητικότητας.

Επίσης η ΔΕΠ-Υ μπορεί να οφείλεται και σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Παράγοντας κοινωνικής αντιξοότητας, όπως διαταραγμένες ενδο- οικογενειακές σχέσεις, η επιθετική και επικριτική στάση του γονέα, η μητρική κατάθλιψη και η ιδρυματική φροντίδα του παιδιού έχουν επανειλημμένα αναδειχθεί ως παράγοντες συσχετιζόμενοι με τη ΔΕΠ-Υ (Γιαννοπούλου, 2008).

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί την πιο συνήθη αιτία παραπομπής των παιδιών στα κέντρα ψυχικής υγείας, αφού, σύμφωνα με στοιχεία της βιβλιογραφίας, 1 στα 3 παιδιά που παραπέμπονται σε αυτές τις υπηρεσίες εκδηλώνει τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ, είτε μεμονωμένα είτε σε συνύπαρξη με άλλου είδους προβλήματα (Barkley, 1998; Κάκουρος και κ.α., 1995). Συνήθη συνοδά προβλήματα είναι τα προβλήματα λόγου και ομιλίας καθώς και οι δυσκολίες στη λεπτή κινητικότητα. Δευτερογενή προβλήματα που ενδέχεται να εκδηλώσουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι οι μαθησιακές δυσκολίες, τα προβλήματα συμπεριφοράς και η μείωση της αυτοεκτίμησής τους.

Η έκβαση της ΔΕΠ-Υ εξαρτάται από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της διαταραχής, την πιθανή συνύπαρξη προβλημάτων συμπεριφοράς, το νητικό επίπεδο του παιδιού και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας (Κάκουρος, 2001). Καθοριστικής σημασίας είναι η έγκαιρη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και η ένταξη του παιδιού σε κάποιο πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες αποτελεσματικής αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της διαταραχής.

Σύμφωνα με διεθνή ερευνητικά δεδομένα, η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στον παιδικό πληθυσμό κυμαίνεται από 3% έως 5% (American Psychiatric Association, 1994). Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον ελλαδικό χώρο, το ποσοστό αυτό υπολογίζεται περίπου στο 10% (Κάκουρος και κ.ά., 2003; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002β; Καλαντζή- Αζίζι, 1998). Σε παλαιότερες έρευνες είχε διαπιστωθεί ότι το ποσοστό εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα αγόρια ήταν μεγαλύτερο σε σύγκριση με τα κορίτσια. Θεωρείται ότι η αναλογία εκδήλωσης της διαταραχής σε αγόρια και κορίτσια κυμαίνεται από 3:1 έως 9:1 σε βάρος των αγοριών (Szatmari et al., 1989; APA, 1987 βλ. Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008 σελ. 267-286). Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν προβλήματα διασπαστικής συμπεριφοράς με μεγαλύτερη συχνότητα από ό,τι τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες παραπομπής τους στον ειδικό, δεδομένου ότι η διασπαστική συμπεριφορά προβληματίζει περισσότερο τους γονείς και τους δασκάλους (Biederman et al., 199; Gaub & Carlson 1997; Kakouros et al., 2004 βλ. Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008 σελ. 267-286). Η άποψη αυτή, ότι τα κορίτσια εμφανίζουν σε πολύ μικρότερο βαθμό ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα αγόρια, υποστηρίζεται και από σύγχρονους μελετητές.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών, που βασίζονται τόσο στην άμεση παρατήρηση και το φυσικό περιβάλλον όσο και σε κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς, τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν προκλητική, διασπαστική και επιθετική συμπεριφορά πιο συχνά από τα κορίτσια (Gaub & Carlson, 1997 βλ. Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008 σελ. 267-286). Επίσης τα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠ-Υ και διαταραχής διαγωγής είναι υψηλότερα στα αγόρια (Biederman et al., 1999 βλ. Μανιαδάκη & Κάκουρος 2008 σελ. 267-286).

Από την άλλη πλευρά τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν πιο σοβαρά γνωστικά ελλείμματα σε σύγκριση με τα αγόρια, ιδιαίτερα στους τομείς της ανάπτυξης του λόγου και της νοημοσύνης (Berry et al., 1985; Gordon & Mettelman, 1994 βλ. Μανιαδάκη & Κάκουρος 2008 σελ. 267-286). Έχει υποστηριχθεί ότι τα

κορίτσια με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερο επίπεδο αυτοεκτίμησης και χαμηλότερες ακαδημαϊκές επιδόσεις.

Ωστόσο, από τη δεύτερη ομάδα μελετών, δε διαπιστώνονται διαφορές στον τρόπο εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ στα δυο φύλα (Blachman & Hinshaw, 2002; Breen & Altepeter, 1990; Seidman et al., 1997; Sharp et al., 1999 βλ. Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008 σελ. 267-286). Σε αυτές τις μελέτες διαπιστώθηκε ότι τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ δε διέφεραν από τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ σε τομείς όπως η διάρκεια συγκέντρωσης της προσοχής, το επίπεδο των ακαδημαϊκών επιδόσεων, το νοητικό επίπεδο και οι δυσκολίες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους. Σύμφωνα με ορισμένους μελετητές, ο εντοπισμός διαφορών φύλου στον τρόπο εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε στρέβλωση των αποτελεσμάτων ανάλογα με την πηγή συλλογής των πληροφοριών (McGee & Freehan, 1991 βλ. Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008 σελ. 267-286). Σύμφωνα με τους ίδιους, οι δάσκαλοι είναι αυτοί που εντοπίζουν τις περισσότερες διαφορές φύλου στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τους γονείς και αυτό συμβαίνει γιατί τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στα κορίτσια αγνοούνται από τους δασκάλους, επειδή τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ δεν προκαλούν τόσες δυσκολίες στο χειρισμό τους στην τάξη σε σχέση με τα αγόρια.

Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η διαφορά των δυο φύλων στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ οφείλεται στην κοινωνικοποίηση των αγοριών και των κοριτσιών και τα αναμενόμενα στερεότυπα χαρακτήρα των δυο φύλων. Ο άντρας θεωρείται, συνήθως, δυνατός, ανταγωνιστικός, επιθετικός, ανεξάρτητος, ενεργητικός, ενώ η γυναίκα εμφανίζεται συχνότερα ως ευαίσθητη, ευάλωτη, συναισθηματική, εξαρτημένη, παθητική. Τα κορίτσια ενθαρρύνονται να λαμβάνουν υπόψη τους τη γνώμη και τα συναισθήματα των άλλων, να σκέφτονται τους άλλους και να επιδεικνύουν περισσότερη αυτοκυριαρχία σε περιπτώσεις θυμού και οργής. Αντίθετα, από τα αγόρια περιμένουν να εκδηλώσουν πιο ενεργητική συμπεριφορά και να στηρίζονται στον εαυτό τους, ενώ είναι αποδεκτά συναισθήματα οργής και θυμού. Με λίγα λόγια θα λέγαμε ότι οι γονείς επενδύουν μεγαλύτερη προσπάθεια στην ανάπτυξη δεξιοτήτων προκοινωνικής συμπεριφοράς στα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια. Επομένως είναι πιθανό τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ να καταφέρνουν μέσω της διαπαιδαγώγησης που υφίστανται, να ελέγχουν περισσότερο εκείνες τουλάχιστον τις αδυναμίες τους που σχετίζονται με εξωτερικευμένες μορφές συμπεριφοράς. Συνήθως, όμως, δεν καταφέρνουν να ελέγξουν εξίσου καλά την απροσεξία τους, αλλά αυτή η μορφή συμπεριφοράς δεν ενοχλεί ιδιαίτερα το περιβάλλον, οπότε δε γίνεται

αντιληπτή τις περισσότερες φορές, παρά μόνο σε μεγαλύτερη ηλικία, όταν αρχίζει πλέον να επηρεάζει σημαντικά τις ακαδημαϊκές επιδόσεις.

Ο πιθανός περιορισμός της εκδήλωσης ορισμένων συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ από τα κορίτσια δε σημαίνει ότι η διαταραχή υποχωρεί σε βαθμό που να μην τους προκαλεί προβλήματα. Η διάσπαση προσοχής και τα ελλείμματα που σχετίζονται με την ικανότητα απόκτησης των βασικών ακαδημαϊκών γνώσεων εξακολουθούν να είναι παρόντα στα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ, προκαλώντας σημαντικές δυσκολίες στην καθημερινή τους λειτουργικότητα. Επομένως ένας σημαντικός αριθμός κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ δε φτάνει ποτέ στον ειδικό, ή φτάνει πολύ αργά, με αποτέλεσμα να μην έχει την ευκαιρία να ενταχθεί σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, με συνέπεια να αντιμετωπίζει δυο ειδών προβλήματα. Πρώτον, η κλινική τους εικόνα διαμορφώνεται με τέτοιο τρόπο που καθιστά δυσκολότερο τον εντοπισμό του προβλήματός τους με τα ισχύοντα διαγνωστικά κριτήρια. Δεύτερον, η προσπάθεια των κοριτσιών με ΔΕΠ-Υ να αντισταθμίσουν τις δυσκολίες τους με αυτοέλεγχο και περιορισμό εκδήλωσης των αυθόρμητων αντιδράσεών τους μπορεί να οδηγεί μεν σε καλύτερη κοινωνική προσαρμογή, τα καθιστά όμως πιο ευάλωτα στο άγχος και την κατάθλιψη (Solden, 1995 βλ. Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008 σελ. 267-286).

Η ΔΕΠ-Υ, όπως προαναφέρθηκε, συχνά εμφανίζει συννοσηρότητα με τις μαθησιακές δυσκολίες. Ερευνητές αναφέρουν ποσοστά συννοσηρότητας που κυμαίνονται από 10% (Epstein, Shaywitz, Shaywitz & Woolston, 1991) έως 80% (McGee & Chave, 1988). Τα μαθησιακά προβλήματα που εμφανίζονται μαζί με τη ΔΕΠ-Υ θεωρούνται κλινικώς σημαντικά εξαιτίας του ευρήματος ότι προκαλούν μεγαλύτερη διάσπαση στο παιδί. Όμως, δεν έχει βρεθεί κατάλληλος προσδιορισμός και παρεμβατική στρατηγική σε σχέση με τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ.

Όσον αφορά στα μειονεκτήματα των γλωσσικών ικανοτήτων, αυτά αναφέρονται κυρίως στη χρήση της γλώσσας ως μέσο κοινωνικής δράσης. Για παράδειγμα, παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν την ικανότητα να συνδιαλέγονται με τον εαυτό τους, πράγμα που είναι σημαντικό προκειμένου να μετριάσουν τη συμπεριφορά τους και να ακολουθήσουν αποδεκτούς κανόνες. Συχνά αλλάζουν το θέμα συζήτησης και οι απαντήσεις τους δεν έχουν καμία σχέση με τις ερωτήσεις που τους απευθύνονται (Heyer, 1995). Επίσης τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν την ικανότητα να βάζουν τις σκέψεις τους σε μια λογική σειρά, να οργανώνουν και να κατηγοριοποιούν γλωσσικές πληροφορίες.

Στην έρευνα των Jakobson και Kikas (2007) βρέθηκε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και ΔΕΠ-Υ έχουν λιγότερες ικανότητες στη χρήση του προφορικού λόγου σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία που μελετούσαν την κατανόηση λέξεων που περιέγραφαν σχέσεις μεταξύ αντικειμένων, την κατηγοριοποίηση αντικειμένων, την αιτιακή σχέση αντικειμένων.

Άλλοι ερευνητές πρότειναν, επειδή οι δυο αυτές διαταραχές συνδέονται τόσο πολύ, ότι οι μαθησιακές δυσκολίες οδηγούν στην ανάπτυξη της ΔΕΠ-Υ ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η ΔΕΠ-Υ οδηγεί στην εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών (Dupaul & Stoner, 1993).

Στην έρευνα των Pisecco, Baker, Silva και Brooke (2001) βρέθηκε ότι τα αγόρια με προβλήματα ανάγνωσης παρουσίαζαν προβλήματα στη δεκτικότητα της γλώσσας. Επίσης, αξιοσημείωτο είναι ότι τα παιδιά με προβλήματα ανάγνωσης και ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν τα πιο σοβαρά προβλήματα στη δεκτικότητα της γλώσσας.

Σε μια άλλη έρευνα των Kooistra, Crawford, Dewey, Cantell και Kaplan (2005) αποδείχτηκε, στηριζόμενη και σε προηγούμενες μελέτες, ότι υπάρχει ξεκάθαρη σχέση μεταξύ των μαθησιακών δυσκολιών και των κινητικών προβλημάτων. Κατ' επέκταση στην ίδια έρευνα αποδείχτηκε ότι τα παιδιά που αντιμετωπίζουν κινητικά προβλήματα μπορεί να εκδηλώσουν περισσότερα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Το συμπέρασμα λοιπόν των ερευνητών είναι ότι τα κινητικά προβλήματα που μπορεί να οδηγήσουν στη ΔΕΠ-Υ επηρεάζονται και από τη συννοσηρότητά τους με τις μαθησιακές δυσκολίες.

Τέλος, η έρευνα των Cohen, Vallance, Barwick, Im, Menna, Horodezky et al., (2000) έδειξε ότι το 63,6% παιδιών ηλικίας 7-14 ετών που είχαν ψυχοπαθολογικά προβλήματα παρουσίαζαν και γλωσσικά μειονεκτήματα. Από αυτά το 46% εμφάνιζε χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Στην ίδια έρευνα αποδείχτηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν προβλήματα στη δόμηση της γλώσσας και στην επικοινωνία. Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν προβλήματα στην ακαδημαϊκή επίδοση.

3.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα συναισθηματικά προβλήματα των παιδιών αναφέρονται στη συγκεκριμένη έρευνα σε ψυχοσωματικά προβλήματα, άγχος και δυσάρεστα συναισθήματα. Το ερώτημα που θέτουν πολλοί ερευνητές είναι αν τα παιδιά που έχουν συναισθηματικά προβλήματα, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης γλωσσικών προβλημάτων και, αντίστοιχα, αν τα παιδιά με γλωσσικά προβλήματα, αντιμετωπίζουν κίνδυνο εμφάνισης συναισθηματικών προβλημάτων. Έρευνες σε παιδιά σε συναισθηματικά προβλήματα έδειξαν ότι ποσοστό 62% -95% των παιδιών παρουσιάζουν μέτρια έως βαριά γλωσσικά προβλήματα (Cohen, Davine, Horodezsky, Lipsett & Isaacson, 1993; Cohen, Davine & Meloche-Kelly, 1989; Baker & Cantwell, 1987a; Camarata, Hughes & Ruhl, 1988; Kotsopoulos & Boodoosingh, 1987; Love & Thompson, 1988). Αυτά τα γλωσσικά προβλήματα αναφέρονται σε ελλείμματα λεξιλογίου, κατανόησης, έκφρασης και πραγματολογικά προβλήματα.

Κατά τον ίδιο τρόπο, έρευνες σε παιδιά με γλωσσικά προβλήματα έδειξαν συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα σε ποσοστό 50%-75% του εξεταζόμενου πληθυσμού (Baker & Cantwell, 1987b; Stevenson & Richman, 1978; Love & Thompson, 1988; Richman, Stevenson & Graham, 1982; Beitchman, Nair, Clegg, Ferguson & Patel, 1986). Τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα που εξετάστηκαν αναφέρονται σε γενική ανωριμότητα, αδυναμία προσοχής, υπερκινητικότητα, αυθορμητισμό, απογοήτευση, επιθετικότητα, διαταραχή διαγωγής, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλή αυτοπεποίθηση, κοινωνική απόσυρση, κατάθλιψη και άγχος. Έρευνες σχετικές με τη σχέση αυτού του είδους των προβλημάτων και την ηλικία έδειξαν ότι τα εξωτερικευμένα προβλήματα, όπως είναι η επιθετικότητα, είναι πιο συχνά σε μικρότερες ηλικίες, ενώ τα εσωτερικευμένα προβλήματα, όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυξάνονται σε μεγαλύτερες ηλικίες (Haynes & Naidoo, 1991; Baker & Cantwell, 1987a, 1987b).

Η γλώσσα είναι ιδιαίτερα σημαντική λειτουργία όσον αφορά στην υιοθέτηση κανόνων από το άτομο στη συμπεριφορά του και τα συναισθήματά του. Η κατανόηση της γλώσσας και η εκφραστική ικανότητα των παιδιών τα βοηθά να κατανοούν, να αποκωδικοποιούν, να οργανώνουν και να αποδέχονται κανόνες, γεγονός που τα βοηθά να αποκτήσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο διαχείρισης των

συναισθημάτων τους. Η γλώσσα χρησιμοποιείται από τα παιδιά για να εκφράσουν συναισθήματα, να τα μοιραστούν με άλλους και να εξετάσουν τις σχέσεις μεταξύ των πράξεων, των προθέσεων, των συναισθημάτων και των συνεπειών τους στους εαυτούς τους και στους άλλους. Δεδομένα από αρκετές έρευνες σε παιδιά με συναισθηματικά προβλήματα έδειξαν σημαντική σχέση ανάμεσα στην ευκολία χρήσης της γλώσσας και στη διαχείριση των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς. Μια μελέτη των Cook, Greenberg & Kosher (1994) σε 220 παιδιά, πρώτης και δεύτερης τάξης, εξέτασε τη συναισθηματική κατανόηση και τη συμπεριφορική προσαρμογή. Υπέθεσαν ότι τα παιδιά με περισσότερα συμπεριφορικά προβλήματα θα ήταν λιγότερο ικανά να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους και να αναγνωρίσουν συναισθήματα δικά τους και των άλλων. Αν και άφησαν εκτός έρευνας παιδιά με δείκτη νοημοσύνης 85 και κάτω, και ενώ μπορεί να υπήρχαν πολλοί άλλοι λόγοι που τα παιδιά αντιμετώπιζαν δυσκολίες στο να εκφράσουν και να περιγράψουν τα συναισθήματά τους, τα παιδιά που αντιμετωπίζουν γλωσσικά προβλήματα είναι ξεκάθαρο ότι έχουν μειονέκτημα όσον αφορά στην ικανότητα έκφρασης και περιγραφής των συναισθημάτων τους, σε σχέση με παιδιά που έχουν αναπτύξει πλήρως τις γλωσσικές τους ικανότητες.

Μια άλλη έρευνα των Greenberg, Kusche, Cook και Quamma (1995) σε παιδιά δημοτικού, είχε ως σκοπό μέσω ενός προγράμματος PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies) να βοηθήσει τα παιδιά να βελτιώσουν, μέσω γλωσσικών δεξιοτήτων, το συναισθηματικό τους λεξιλόγιο, την ικανότητα τους να συζητούν τα συναισθήματα τους, να αναγνωρίζουν τα συναισθήματα των άλλων και τα δικά τους και να αποκτήσουν τη γνώση στρατηγικών προκειμένου να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους. Τα αποτελέσματα των 286 παιδιών που συμμετείχαν στο πρόγραμμα έδειξαν ότι είχαν σημαντική βελτίωση στο να ανέχονται τον εκνευρισμό, να εκδηλώνουν κοινωνικές δεξιότητες, να θέτουν στόχους και να αναπτύσσουν θετικές σχέσεις με τους συνομηλίκους τους. Επίσης, αυτά τα παιδιά απέκτησαν μεγαλύτερη ικανότητα να ελέγχουν, να αναγνωρίζουν και να συζητούν τα συναισθήματά τους και να χρησιμοποιούν διάφορες στρατηγικές προκειμένου να λύσουν διαπροσωπικές συγκρούσεις. Το πρόγραμμα αυτό προτείνει ότι η ενδυνάμωση της χρήσης της γλώσσας από τα παιδιά διευκολύνει τη συμπεριφορική τους λειτουργία.

Παρόλο που οι ειδικοί έχουν καταφέρει να οριοθετήσουν περιπτώσεις παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες, δεν μπορούμε να πούμε το ίδιο και για τα παιδιά με

συναισθηματικά προβλήματα. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη καθοδήγηση που να αναγνωρίζει παιδιά με συναισθηματικά προβλήματα και η οποία να στηρίζεται σε μετρήσεις, συστηματική παρακολούθηση ή κοινωνιομετρικά δεδομένα, παρά μόνο περιγραφές και ανεπίσημες μελέτες. Αρκετά διαγνωστικά κριτήρια, όπως το DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), το Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991a) προσπάθησαν να δώσουν οδηγίες σύμφωνα με τις οποίες θα διαγνωσθούν κριτήρια ταξινόμησης των συναισθηματικών προβλημάτων στα παιδιά, ωστόσο υπάρχουν πολλές διαφορές μεταξύ τους. Το αποτέλεσμα αυτών των διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων είναι ότι τα παιδιά με συναισθηματικά προβλήματα παραμένουν μια από τις λιγότερο αναγνωρίσιμες ομάδες στα σχολεία (Forness & Knitzer, 1992).

Ένα επιπλέον πρόβλημα παρουσιάζεται όσον αφορά στην ταξινόμηση των συναισθηματικών προβλημάτων στα παιδιά. Η Πράξη του 1975 που αφορά στην Εκπαίδευση των Ανάπηρων Παιδιών (P.L. 94-142) αναγνωρίζει ότι τα συναισθηματικά προβλήματα στα παιδιά συχνά εμφανίζονται μαζί με τα μαθησιακά προβλήματα. Η έρευνα των Fessler, Rosenberg και Rosenberg (1991) βρήκε ότι από τους 124 συμμετέχοντες, που νοσηλεύονταν σε κλινική γιατί διαγνώστηκαν ότι αντιμετώπιζαν σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα, το 56% παρουσίαζε και μαθησιακές δυσκολίες. Σε μια άλλη έρευνα των Kauffman, Cullinan και Epstein (1987) βρέθηκε ότι από τα 249 παιδιά που αντιμετώπιζαν σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα, σύμφωνα με τους δασκάλους τους, οι ακαδημαϊκές ικανότητες του 70% αντιστοιχούσαν σε τουλάχιστον 1 χρόνο πίσω από την ηλικία τους. Αντίστοιχα οι Forness, Bennett και Tose (1983) βρήκαν ότι αυτό το ποσοστό αντιστοιχούσε στο 1/3 των μαθητών.

Κατά τον ίδιο τρόπο, οι μαθητές που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες συχνά παρουσιάζουν και συναισθηματικά προβλήματα. Οι McConaughy (1986) και McConaughy και Ritter (1986) ανέφεραν ότι τα αγόρια με μαθησιακές δυσκολίες βιώνουν σημαντικά περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς στο Child Behavior Checklist (CBCL) από ό,τι αγόρια χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Μια άλλη έρευνα (Ellen, 1989) συνέκρινε ομάδες παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες, με συναισθηματικά προβλήματα και μια ομάδα ελέγχου, με μια κλίμακα που μετρούσε τη συμπεριφορά, τα προβλήματα μάθησης, τη ντροπαλότητα και το άγχος. Οι δάσκαλοι δήλωσαν ότι οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν



σημαντικά περισσότερα προβλήματα σε όλες τις διαστάσεις σε σχέση με την ομάδα ελέγχου των συνομηλίκων τους.

Μια άλλη μελέτη των Rock, Fessler και Church (1997) σχετική με τη συννοσηρότητα μαθησιακών δυσκολιών και συναισθηματικών προβλημάτων, αναφέρει ότι παρόλο που ο πρόσφατος ορισμός των μαθησιακών δυσκολιών εξαιρεί τα μαθησιακά προβλήματα που είναι αποτέλεσμα σοβαρών συναισθηματικών διαταραχών, εντούτοις παιδιά και έφηβοι με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν υψηλές ενδείξεις συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων (Hunt & Cohen, 1984; McConaughy, Mattison & Peterson, 1994; McKinney, 1989; Schachter, Pless & Bruck, 1991). Ερευνητές έδειξαν ότι το 24%-52% παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν κοινωνικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα (Bender, 1987; Cantwell & Baker, 1991; Harris, King, Reifler & Rosenberg, 1984; McConaughy et al., 1994; Rourke & Fuerst, 1991), γεγονός που παρουσιάζεται τέσσερις φορές περισσότερο σε σύγκριση με παιδιά που δεν αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες (Schachter et al., 1991). Αντίστοιχα, μελέτες σε παιδιά και εφήβους με σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα έδειξαν ότι ποσοστό 38%-75% παρουσιάζουν επίσης μαθησιακές δυσκολίες ή σοβαρά προβλήματα μάθησης (Cantwell & Forness, 1982; Fessler, Rosenberg & Rosenberg, 1991; Forness, Bennett & Tose, 1983; Kauffman, Cullinan & Epstein, 1987).

Χαρακτηριστικά που είναι κοινά σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και συναισθηματικά προβλήματα, όπως είναι τα μειονεκτήματα στη γνωστική λειτουργία, υπερκινητικότητα, φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, έλλειψη προσοχής, παρέχουν επιπλέον αποδείξεις της συννοσηρότητας των μαθησιακών δυσκολιών και των συναισθηματικών συμπεριφορικών προβλημάτων.

Σύμφωνα με διεθνείς οργανισμούς, συνδέσμους και ερευνητές, οι μαθητές που έχουν διαγνωστεί ότι αντιμετωπίζουν σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα έχουν τη λιγότερο θετική εξέλιξη σε σχέση με ομάδες παιδιών που αντιμετωπίζουν οποιαδήποτε άλλη δυσκολία (Chesapeake Institute, 1994; Lichtenstein 1988; National Mental Health Association [NMHA], 1993; Sitlington, Frank & Carson, 1990; USDE, 1994; Wagner et al., 1991). Αυτά τα παιδιά παίρνουν χαμηλότερους βαθμούς, αποτυγχάνουν πιο συχνά, είναι πιο πιθανό να τοποθετηθούν σε κάποιο περιορισμένο περιβάλλον (π.χ. τάξη, σχολείο) ή να παρατήσουν το σχολείο σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με άλλους μαθητές που δεν αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους δυσκολίες (Lichtenstein, 1988; NMHA, 1993; USDE, 1993, 1994).

Σε πολλές περιπτώσεις μαθητών, τα συναισθηματικά προβλήματα που ενδέχεται να αντιμετωπίζουν, δεν αναγνωρίζονται παρά μόνο όταν έχουν ιστορικό σοβαρών ακαδημαϊκών προβλημάτων και σχολικής αποτυχίας (Forness, Kavale & Lopez, 1993; USDE, 1994). Μελέτες (Sinclair, Forness & Alexson, 1985) έδειξαν ότι για τα παιδιά με συναισθηματικά προβλήματα που μπορεί να έχουν λάβει και ψυχιατρική διάγνωση, καλύτερος παράγοντας πρόγνωσης της τοποθέτησής τους σε ειδικά περιβάλλοντα (π.χ. τάξη, σχολείο), αποτελεί η συννοσηρότητα αυτών των προβλημάτων με τις μαθησιακές δυσκολίες και όχι η περίθαλψή τους σε ψυχιατρικές κλινικές και νοσοκομεία.

Ένα άλλο γεγονός που αποδεικνύει ότι η συννοσηρότητα των μαθησιακών δυσκολιών με τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα, είναι ότι παιδιά που αντιμετωπίζουν αυτού του είδους τις δυσκολίες παρουσιάζουν μειονεκτήματα σε κοινές περιοχές. Αυτές είναι α) οι γνωστικές διαδικασίες, οι οποίες είναι δεξιότητες υπεύθυνες για τη λύση προβλημάτων και για την αφηρημένη λογική, και μετρούνται με τεστ νοημοσύνης στο κάθε παιδί ξεχωριστά, β) η μεταγνωστική λειτουργία, η οποία επιτρέπει στο άτομο να γνωρίζει ποιες δεξιότητες, στρατηγικές και εφόδια είναι απαραίτητα προκειμένου να διεκπεραιώσει μια εργασία και να μπορεί να αλλάζει αυτές τις στρατηγικές και μηχανισμούς, όταν είναι απαραίτητο, προκειμένου να κατακτήσει το στόχο (Baker, 1982), γ) η γλωσσική λειτουργία, δηλαδή η κατανόηση της φωνολογίας, της μορφολογίας, του συντακτικού και της πραγματολογίας της γλώσσας, δ) η συμπεριφορική λειτουργία, δηλαδή η εξωτερικευμένη συμπεριφορά, όπως είναι η διασπαστική, επιθετική και υπερκινητική συμπεριφορά, ε) η κοινωνικο-συναισθηματική λειτουργία, η οποία αναφέρεται σε εσωτερικευμένες συμπεριφορές, όπως είναι η διάθεση, το άγχος, οι σωματόμορφες δυσλειτουργίες καθώς και η κοινωνική αντίληψη και η κοινωνική αλληλεπίδραση, και στ) η ακαδημαϊκή επίδοση, η οποία αναφέρεται σε μειονεκτήματα στις βασικές αναγνωστικές δεξιότητες, στην κατανόηση κειμένου, στον προφορικό και γραπτό λόγο, στην κατανόηση αριθμητικής και μαθηματικών πράξεων (Rock, Fessler & Church, 1997).

Όσον αφορά στα συναισθηματικά προβλήματα, ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά είναι το άγχος, το οποίο ανήκει στα εσωτερικευμένα προβλήματα. Σύμφωνα με έρευνες, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αναφέρουν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά άγχους σε σχέση με το “φυσιολογικό” πληθυσμό (Paget & Reynolds, 1984) και με την ομάδα ελέγχου

(Fisher, Allen & Kose, 1996; Rodriguez & Routh, 1989). Κατά τον ίδιο τρόπο άλλες μελέτες δείχνουν ότι οι γονείς και οι δάσκαλοι αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό αγχώδους συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους με μαθησιακές δυσκολίες σε σύγκριση με τον κανονικό πληθυσμό (McConaughy & Ritter, 1985; McConaughy et al., 1994) και σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Branch et al., 1995; Epstein et al., 1985; Maag & Reid, 1994; Rodriguez & Routh, 1989). Παρόλα αυτά, σε αρκετές από αυτές τις μελέτες, το σκορ του άγχους των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες δεν ήταν κλινικά σημαντικό και σε πολλές περιπτώσεις κυμαινόταν σε φυσιολογικά πλαίσια.

Οι Whitaker, Sena, Lowe και Lee (2007) μελέτησαν τα επίπεδα άγχους σε σχολικές διαδικασίες των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες σε σύγκριση με παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Χρησιμοποίησαν το Test Anxiety Inventory for Children and Adolescent (TAICA; Lowe & Lee, 2005) με μια εξαβάθμια κλίμακα που μετρούσε τέσσερις διαστάσεις άγχους εξετάσεων (γνωστικά εμπόδια\ απροσεξία, φυσιολογική υπερδιέγερση, κοινωνική ταπείνωση και ανησυχία), μια διάσταση λειτουργικού άγχους εξετάσεων (βελτίωση απόδοσης, λειτουργικό άγχος) και μια διάσταση ψέματος. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες έδωσαν υψηλότερα σκορ στη διάσταση γνωστικά εμπόδια\ απροσεξία. Άλλο ένα εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι η ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών στα παιδιά προέβλεψε υψηλότερο σκορ στην κλίμακα ανησυχίας, η οποία σύμφωνα με τον I.G. Sarason (1988) είναι το πιο ισχυρό γνωστικό στοιχείο του άγχους των εξετάσεων. Επίσης, οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες σκόραραν λιγότερο στην κλίμακα βελτίωση απόδοσης\ λειτουργικό άγχος. Αυτό το αποτέλεσμα ήταν αναμενόμενο, γιατί οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες είναι πολύ πιο πιθανό να βιώσουν τις εξουθενωτικές επιδράσεις του άγχους των εξετάσεων σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, (Bryan et al., 1983) και γιατί οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες είναι πιο πιθανό να έχουν λιγότερες θετικές εμπειρίες σε καταστάσεις εξετάσεων (π.χ. επαναλαμβανόμενη αποτυχία στις εξετάσεις), γεγονός που τους κάνει ακόμη πιο αγχωμένους εξαιτίας αυτών των αποτυχιών (Kovach et al., 1998).

Ένα άλλο κομμάτι του συναισθηματικού κόσμου των παιδιών μπορεί να θεωρηθεί η αυτοεκτίμηση, η οποία αντιπροσωπεύει τη συναισθηματική πλευρά της έννοιας του εαυτού και αναφέρεται στη σφαιρική άποψη που έχει κάποιος για την

αξία του ως άτομο. Η άλλη συνιστώσα της έννοιας του εαυτού είναι η αυτοαντίληψη, που αντιπροσωπεύει τη γνωστική πλευρά.

Επομένως οι ερευνητές δεν μπορούσαν να μην ασχοληθούν και με την αυτοεκτίμηση των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες (Chapman, 1988b; Cosden & McNamara, 1997; Saracoglou, Minden & Wichesky, 1989). Ο Chapman (1988b), μετά από μια μετα-ανάλυση των ερευνών οι οποίες εξέταζαν την αυτοεκτίμηση παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυτή είναι χαμηλότερη από εκείνη των “φυσιολογικών” συμμαθητών τους. Βρήκε μάλιστα ότι η διαφορά αυτή ήταν πιο έντονη για τη σχολική αυτοεκτίμηση παρά για την έννοια του εαυτού.

Η έρευνα των Rogers, Smith και Coleman (1978) σε παιδιά χαμηλής σχολικής επίδοσης κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά χρησιμοποιούν διαφορετικές κοινωνικές ομάδες σύγκρισης για διαφορετικές διαστάσεις της έννοιας του εαυτού και κατ’ επέκταση της αυτοεκτίμησής τους. Τα δεδομένα αυτά ενισχύει και η άποψη της Harter (1983), η οποία θεωρεί φυσικό τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, σε αντίθεση με τα παιδιά με χαμηλή νοημοσύνη, να συγκρίνουν τον εαυτό τους με την ομάδα των φυσιολογικών παιδιών, εφόσον αυτά αποτελούν την πρώτη ομάδα σύγκρισης μέσα στην κανονική τάξη.

Οι Renick και Harter (1989) βρήκαν ότι η σχολική αυτοεκτίμηση παιδιών με δυσκολίες μάθησης συσχετιζόταν με το αίσθημα της σφαιρικής αυτοαξίας πιο έντονα από ό,τι η αυτοεκτίμηση της κοινωνικής αποδοχής. Οι ερευνητές αυτοί υπέθεσαν ότι, στα παιδιά της συγκεκριμένης ομάδας, η σχολική αυτοεκτίμηση επιδρά έντονα πάνω στο βαθμό αυτοεκτίμησής τους. Βρήκαν, επίσης, ότι η σχολική αυτοεκτίμηση παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες σταδιακά μειώνεται, σε σχέση με τους “φυσιολογικούς” μαθητές, καθώς συσσωρεύονται οι αποτυχίες στο σχολείο, οι δυσμενείς κρίσεις των δασκάλων και οι απογοητευτικές συγκρίσεις με τους συνομηλίκους.

Προαναφέρθηκε ότι οργανισμοί και ειδικοί δυσκολεύονται να καταγράψουν έναν οριστικό ορισμό της έννοιας των συναισθηματικών προβλημάτων και της κατηγοριοποίησης των παιδιών που εμφανίζουν τόσο μαθησιακές δυσκολίες όσο και συναισθηματικά προβλήματα. Ένας επιπρόσθετος λόγος αυτής της αδυναμίας είναι ότι οι κρατικοί οργανισμοί θεωρούν ότι οι μαθησιακές δυσκολίες δεν είναι δυνατόν να οφείλονται αποκλειστικά στα συναισθηματικά προβλήματα. Αυτό μεταφράζεται ως εξής: αν ένας μαθητής αντιμετωπίζει σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα, αυτό

δε σημαίνει ότι θα εμφανίζει και μαθησιακές δυσκολίες (Fessler et al., 1991). Αυτή η άποψη, όμως, έχει μειονεκτήματα, αφού ένα παιδί με συναισθηματικά προβλήματα μπορεί να παρουσιάζει ασυμφωνία μεταξύ της ικανότητάς του και της απόδοσής του, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στη διάγνωση μαθησιακών δυσκολιών. Λαμβάνοντας, όμως, υπόψη ότι οι μαθησιακές δυσκολίες δεν είναι αποτέλεσμα μόνο συναισθηματικών παραγόντων, ο ειδικός εκπαιδευτικός είναι υποχρεωμένος να επιλέξει μια από τις δυο διαγνώσεις. Σύμφωνα με τους Handwerk και Marshall (1998) το παράλογο αυτής της άποψης είναι ότι ένα παιδί μπορεί να αντιμετωπίζει μαθησιακές δυσκολίες, αλλά αυτού του είδους οι δυσκολίες δεν μπορούν να έχουν ως αιτία συναισθηματικούς παράγοντες. Αντιθέτως, αν ένα παιδί αντιμετωπίζει συναισθηματικά προβλήματα, αυτού του είδους τα προβλήματα επηρεάζουν οπωσδήποτε την ακαδημαϊκή του επίδοση.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών απέδειξαν ότι ένα ισχυρό ποσοστό παιδιών με συναισθηματικά προβλήματα μπορεί να αντιμετωπίζουν και μαθησιακά προβλήματα, και ότι είναι αναγκαίο οι ειδικοί να παρεμβαίνουν όσον αφορά στις μαθησιακές δυσκολίες σε συνδυασμό με την παρέμβασή τους για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών προβλημάτων. Αντιστοίχως, αυτές οι έρευνες απέδειξαν ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί επιπλέον να αντιμετωπίζουν συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα. Επομένως, είναι απαραίτητο οι ειδικοί, όταν τα παιδιά παρουσιάζουν ένα από τα παραπάνω προβλήματα, να εξετάζουν και την εμφάνιση του άλλου είδους δυσκολιών (Gallagher, 1999).

3.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΙΑΓΩΓΗΣ

Είναι σύνηθες φαινόμενο τα τελευταία χρόνια η αύξηση της παιδικής εγκληματικότητας, φαινόμενο το οποίο απασχολεί έντονα τον κόσμο των ειδικών, αλλά και το ευρύτερο κοινό. Ακόμη και όταν δεν έχουμε να κάνουμε με ανήλικους εγκληματίες, μπορούμε να μιλήσουμε για εκδηλώσεις αντικοινωνικής και, γενικότερα, επιθετικής συμπεριφοράς ανάμεσα στον παιδικό πληθυσμό. Αυτού του είδους οι εκδηλώσεις συμπεριφοράς είναι εξαιρετικά ανησυχητικές και αποτελούν την αφετηρία πληθώρας επιστημονικών ερευνών για την κατανόηση της αιτιολογίας τους και τη μελέτη αποτελεσματικών μεθόδων πρόληψης και αντιμετώπισής τους (Richters, 1993 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 136).

Οι σοβαρές και επίμονες αυτές μορφές αντικοινωνικής συμπεριφοράς περιγράφονται στην ψυχοπαθολογία με τον όρο “διαταραχή διαγωγής”. Βέβαια, αυτός ο όρος καλύπτει ένα πολύ ευρύ φάσμα μορφών συμπεριφοράς. Αρκετοί είναι οι ερευνητές οι οποίοι πιστεύουν ότι μόνο ένα ποσοστό των ανθρώπων που εκδηλώνουν αντικοινωνική συμπεριφορά εμπίπτουν πραγματικά στο πλαίσιο της ψυχοπαθολογίας (Richters & Cicchetti, 1993 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 136), ενώ άλλοι θεωρούν ότι αυτού του είδους η αντικοινωνική συμπεριφορά πρόκειται για λειτουργική αντίδραση ορισμένων ατόμων σε περιβάλλοντα που προκαλούν την επιθετικότητα και υποθάλπουν την εγκληματικότητα (Hinshaw & Anderson, 1996 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 136).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η διαταραχή διαγωγής εμφανίζεται στα αγόρια με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα από ό,τι στα κορίτσια. Συγκεκριμένα, στα τέσσερα αγόρια με διαταραχή διαγωγής αντιστοιχεί ένα κορίτσι (American Psychiatric Association, 1987). Η διαταραχή αυτή αναφέρεται σε ένα επαναλαμβανόμενο και επίμονο πρότυπο συμπεριφοράς, σύμφωνα με το οποίο παραβιάζονται τα βασικά δικαιώματα των άλλων ή οι βασικοί, ανάλογοι με την ηλικία, κοινωνικοί τύποι και κανόνες. Για να τεθεί η διάγνωση θα πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον τρία από δεκαπέντε κριτήρια τους τελευταίους 12 μήνες, με τουλάχιστον ένα κριτήριο να είναι παρόν τους τελευταίους 6 μήνες.

Τα δεκαπέντε αυτά κριτήρια ομαδοποιούνται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: Η πρώτη είναι η επιθετικότητα σε ανθρώπους και ζώα και εκδηλώνεται, μεταξύ άλλων, με εκφοβισμό, άσκηση σωματικής βίας, οπλοχρησία και εξαναγκασμό άλλου ατόμου

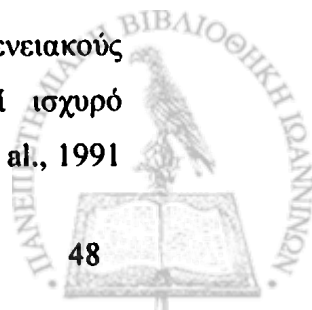
σε σεξουαλική δραστηριότητα. Η δεύτερη κατηγορία είναι η καταδτροφή ιδιοκτησίας, η οποία εκδηλώνεται με την πρόκληση φωτιάς ή με άλλο τρόπο. Η τρίτη κατηγορία είναι η απάτη ή κλοπή, η οποία εκδηλώνεται με διάρρηξη, κλοπή αντικειμένων μη ευτελούς αξίας και επανειλημμένα ψεύδη. Τέλος, η τέταρτη κατηγορία είναι οι συχνές παραβιάσεις κανόνων, όπως η συχνή παραμονή εκτός σπιτιού τη νύχτα, χωρίς τη γονεϊκή άδεια (με έναρξη πριν την ηλικία των 13 ετών), η απομάκρυνση από το σπίτι για μεγάλο χρονικό διάστημα και οι συχνές αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο.

Σύμφωνα με το DSM-IV, για να τεθεί η διάγνωση, πρέπει η διαταραχή της συμπεριφοράς να προκαλεί κλινικά σημαντική έκπτωση της κοινωνικής, σχολικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Διακρίνονται επίσης δυο τύποι με βάση την ηλικία έναρξης της διαταραχής. Σε περίπτωση που ένα τουλάχιστον κριτήριο πληρούται πριν την ηλικία των 10 ετών, τότε πρόκειται για τον τύπο παιδικής έναρξης, ενώ σε περίπτωση που απουσιάζει οποιοδήποτε κριτήριο, χαρακτηριστικό για τη διαταραχή διαγωγής πριν την ηλικία των 10 ετών, τότε πρόκειται για τον τύπο εφηβικής έναρξης. Επίσης, η βαρύτητα της διαταραχής διαγωγής προσδιορίζεται ως ήπια, μέτρια ή βαριά, ανάλογα με το μέγεθος της βλάβης που τα συμπτώματά της προκαλούν στους άλλους.

Σε μια προσπάθεια να κατηγοριοποιήσουν την επιθετική συμπεριφορά των παιδιών, οι ερευνητές διέκριναν τέσσερις κατηγορίες παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς: α) παιδιά με φανερή μη καταστροφική επιθετική συμπεριφορά (π.χ. πείσμα, αντιδραστικότητα, λεκτικοί διαπληκτισμοί), β) παιδιά με φανερή καταστροφική συμπεριφορά (άσκηση σωματικής βίας), γ) παιδιά με συγκαλυμμένη καταστροφική συμπεριφορά (π.χ. κλοπές, ψεύδη) και δ) παιδιά με συγκαλυμμένη μη καταστροφική συμπεριφορά (π.χ. χρήση ουσιών, μικροαπάτες).

Τα πιθανά αίτια της διαταραχής διαγωγής μπορούν να αναζητηθούν σε βιολογικούς παράγοντες, σύμφωνα με τους οποίους μελετάται το επίπεδο διέγερσης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, καθώς και ορισμένοι νευροδιαβιβαστές και ορμόνες που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την εκδήλωση επιθετικότητας, όπως η τεστοστερόνη και η σεροτονίνη (Hinshaw & Anderson, 1996 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 140).

Η διαταραχή διαγωγής μπορεί επίσης να οφείλεται σε οικογενειακούς παράγοντες. Η ύπαρξη διαταραχής διαγωγής στους γονείς αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση αυτής και στα παιδιά (Faraone et al., 1991



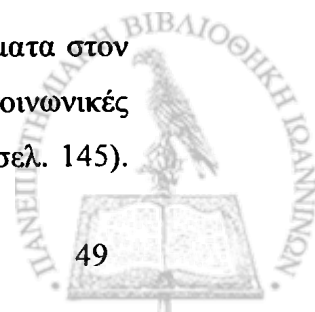
βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 141). Αυτή η συνάρτηση αφορά ιδιαίτερα τους πατέρες παιδιών με διαταραχή διαγωγής (Lahey et al., 1988 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 141). Επιπλέον, η οικογενειακή επίδραση στην εμφάνιση της διαταραχής στο παιδί θα μπορούσε να είναι ψυχολογικής φύσης, να επηρεάζεται από γενετικούς παράγοντες ή να προκύπτει από την αλληλεπίδραση γονιδίων και περιβάλλοντος (Frick & Jackson, 1993 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 142). Σημαντικός παράγοντας στην εκδήλωση διαταραχής διαγωγής είναι και η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων καθώς και ο τρόπος λειτουργίας της οικογένειας. Επίσης, οι κακές συζυγικές σχέσεις, το διαζύγιο στην οικογένεια, ο θάνατος των γονιών και άλλες τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης της διαταραχής διαγωγής (Dodge et al., 1990; Κάκουρος, 1998 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 142).

Άλλα αίτια εκδήλωσης της διαταραχής είναι οι κοινωνικοί παράγοντες. Οι κακές συνθήκες διαβίωσης, η φτώχεια και η ύπαρξη πολλών παιδιών στην οικογένεια καθώς και η ύπαρξη περιθωριακών ομάδων και υψηλού δείκτη εγκληματικότητας στη γειτονιά, έχουν συνδεθεί με την εκδήλωση παραπτωματικής συμπεριφοράς (Rutter et al., 1974 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 143).

Η διαταραχή διαγωγής συνοδεύεται συνήθως από μια σειρά προβλημάτων. Ορισμένα από αυτά συνυπάρχουν με τη διαταραχή ή αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισής της και άλλα είναι αποτέλεσμα της διαταραχής διαγωγής.

Αν και τα παιδιά με διαταραχή διαγωγής έχουν συνήθως φυσιολογική νοημοσύνη, ο Δείκτης Νοημοσύνης τους είναι κατά μέσο όρο 8 μονάδες χαμηλότερος από αυτόν των συνομηλίκων τους, ενώ υστερούν στις προφορικές δοκιμασίες (Lynam et al., 1993 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 145). Έχει διαπιστωθεί ότι τα γλωσσικά και γνωστικά ελλείμματα των παιδιών αυτών προϋπάρχουν της διαταραχής διαγωγής, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι από μόνα τους αποτελούν προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης της διαταραχής διαγωγής. Βέβαια, σε πολλές περιπτώσεις, αυτού του είδους τα ελλείμματα σε συνδυασμό με αρνητικούς οικογενειακούς παράγοντες, καθιστούν δυσκολότερη την επικοινωνία του παιδιού με τους γονείς του, γεγονός που δημιουργεί έντονα συναισθήματα ματαιώσης και οδηγεί σε λιγότερο θετικές αλληλεπιδράσεις και περισσότερη τιμωρία.

Επίσης, τα παιδιά με διαταραχή διαγωγής παρουσιάζουν συχνά ελλείμματα στον τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών που προέρχονται από διάφορες κοινωνικές καταστάσεις (Crick & Dodge, 1994 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 145).



Τα παιδιά αυτά, πολλές φορές, αποδίδουν στους άλλους τις δικές τους επιθετικές διαθέσεις ή υποτιμούν τις συνέπειες της δικής τους επιθετικής συμπεριφοράς, ενώ δυσκολεύονται να κατανοήσουν τις πραγματικές προθέσεις των άλλων απέναντί τους, με αποτέλεσμα να τις παρερμηνεύουν (Dodge et al., 1995 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 145).

Η διαταραχή διαγωγής συνοδεύεται επίσης, συχνά, από μαθησιακές δυσκολίες και χαμηλές σχολικές επιδόσεις. Ωστόσο, πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι αυτή η συννοσηρότητα στην προεφηβική ηλικία σχετίζεται με την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ και με παρεμβαλλόμενες μεταβλητές, όπως τις διαταραχές στην ανάπτυξη του λόγου, το χαμηλό κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο κ.α. και δε βρίσκονται σε άμεση και ευθεία συνάρτηση με τη διαταραχή διαγωγής (Frick et al., 1991 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 146). Στην εφηβική ηλικία, η συνάρτηση αυτή είναι περισσότερο πολύπλοκη και συχνά σχετίζεται με ιστορικό σχολικής αποτυχίας και δυσκολιών κοινωνικοποίησης, σε αλληλεπίδραση με κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις και απόρριψη από την ομάδα των συνομηλίκων (Hinshaw, 1992 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 147).

Η διαταραχή διαγωγής είναι μέρος των συμπεριφορικών προβλημάτων. Όταν αναφερόμαστε σε τέτοιου είδους προβλήματα, μιλάμε, κυρίως, για την παιδική επιθετικότητα και, κατ' επέκταση, την παιδική εγκληματικότητα. Αρκετές έρευνες από τη δεκαετία του '70 απέδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων και ενηλίκων αντιμετώπιζαν μαθησιακές δυσκολίες στην παιδική τους ηλικία. Το Εθνικό Κέντρο Κρατικών Δικαστηρίων διεξήγαγε μια έρευνα (Dunivant, 1984), η οποία έδειξε ότι το 36% των φυλακισμένων νέων αντιμετώπιζαν μαθησιακές δυσκολίες. Επίσης, βρέθηκε ότι παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ήταν δυο φορές περισσότερο πιθανό να διαπράξουν κάποιο αδίκημα σε σχέση με τους συνομηλίκους τους που δεν αντιμετώπιζαν μαθησιακές δυσκολίες. Αυτό σημαίνει ότι 9 από τους 100 νέους με μαθησιακές δυσκολίες βρέθηκαν να έχουν διαπράξει κάποιο ποινικό αδίκημα σε σχέση με 4 από τους 100 νέους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες.

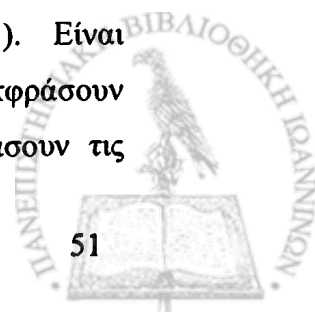
Ο Brier (1989) στη μελέτη του για τη σχέση παιδικής παραβατικότητας και μαθησιακών δυσκολιών κάνει λόγο για τις 3 υποθέσεις. Πρώτη, η υπόθεση της ευαισθησίας\ ευπάθειας, η οποία προτείνει ότι οι νευρολογικές και διανοητικές δυσκολίες των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες οδηγούν σε αντικοινωνική συμπεριφορά. Αυτές οι δυσκολίες περιλαμβάνουν προβλήματα που αφορούν στον έλεγχο του αυθορμητισμού και της προσοχής, προβλήματα κατανόησης και κρίσης,

καθώς και προβλήματα κοινωνικής αντίληψης. Αυτό σημαίνει ότι, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και προβλήματα της ΔΕΠ-Υ, έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν παραβατική συμπεριφορά σε σχέση με παιδιά που αντιμετωπίζουν μόνο μαθησιακές δυσκολίες. Επίσης, μεγαλύτερη πιθανότητα να επιδείξουν αντικοινωνική συμπεριφορά έχουν τα παιδιά που παρουσιάζουν μειονεκτήματα στη γλώσσα, αφού δεν έχουν αποκτήσει ωριμότητα στη χρήση του λόγου προκειμένου να μπορέσουν να λύσουν οποιαδήποτε κοινωνικά προβλήματα και να τα λύσουν ηθικά. Έχει αποδειχτεί ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες δεν είναι ικανά να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν τις εξωτερικές εκφράσεις των άλλων, τον τόνο της φωνής τους, με αποτέλεσμα να παρερμηνεύουν τα μηνύματα που δέχονται και να αντιδρούν σε πολλές περιπτώσεις με επιθετικό τρόπο.

Δεύτερη υπόθεση είναι αυτή της σχολικής αποτυχίας, η οποία προτείνει ότι η σχολική αποτυχία που συνήθως βιώνουν οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες είναι το πρώτο βήμα που οδηγεί στην παραβατικότητα. Τα μεσαία βήματα, λέγεται, ότι περιλαμβάνουν την εμπειρία της κριτικής και της απόρριψης, την ανάπτυξη μιας αρνητικής αυτοεικόνας, αυξανόμενη απογοήτευση και τελικά παραίτηση από το σχολείο. Βέβαια, έχει αποδειχτεί ότι η αποτυχία στο σχολείο μπορεί να αποτελέσει αίτιο της παραβατικότητας, όταν οι μαθητές δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον να πετύχουν, οπότε και βιώνουν πιο έντονα την απόρριψη και την αυτοκριτική, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε παραβατικές πράξεις.

Τρίτη, και τελευταία, υπόθεση είναι αυτή της διαφορετικής μεταχείρισης. Αυτή η υπόθεση είναι πιο ξεκάθαρη από τις δυο προηγούμενες. Συνήθως, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες έχουν πιο φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, με αποτέλεσμα να απορρίπτονται και να γίνονται αντικείμενο κριτικής σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους συνομηλίκους τους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες.

Σε ένα άρθρο των Vallance, Cummings και Humphries (1998) μελετώνται τα αίτια που μπορεί να συμμετέχουν στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες. Ένα βασικό, λοιπόν, αίτιο είναι τα μειονεκτήματα στην κοινωνική ομιλία και επικοινωνία. Έρευνες απέδειξαν ότι παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες χαρακτηρίζονται από ένα εύρος μειονεκτημάτων στην έκφραση και ερμηνεία του κοινωνικού λόγου (Lapadat, 1991; Mathinos, 1991). Είναι αξιοσημείωτο ότι τα παιδιά με μαθησιακά προβλήματα δυσκολεύονται να εκφράσουν την κατανόησή τους για διαφορετικές προτάσεις καθώς και να εκφράσουν τις



εμφανείς προτάσεις των άλλων. Επίσης δυσκολεύονται στη διεξαγωγή συμπερασμάτων και στην κατανόηση της μεταφορικής γλώσσας.

Όσον αφορά στις επιδράσεις του κοινωνικού λόγου και των κοινωνικών δεξιοτήτων στην εμφάνιση συμπεριφορικών προβλημάτων, μερικοί θεωρητικοί (Cantwell & Baker, 1991) πρότειναν ότι οι φτωχές κοινωνικές δεξιότητες συνδέονται πιο άμεσα με την ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφοράς, ενώ οι φτωχές επικοινωνιακές δεξιότητες είναι πιο πιθανό να έχουν πιο έμμεση επίδραση στη συμπτωματολογία των παιδιών για συμπεριφορικά προβλήματα. Ο κοινωνικός λόγος και η επικοινωνία είναι μέσα με τα οποία τα παιδιά θα μπορούν να δημιουργήσουν διαπροσωπικές σχέσεις και να κατανοούν τους άλλους. Αποτυχία των παιδιών να κατανοήσουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις προθέσεις των άλλων, καθώς και ανικανότητα να επικοινωνούν τις δικές τους απόψεις, μπορεί να εμποδίσει όχι μόνο τη δημιουργία φιλικών σχέσεων, αλλά κυρίως την ικανότητα των παιδιών να ακολουθήσουν τους κανόνες συμπεριφοράς που καθορίζονται μέσα σε ένα σχολικό πλαίσιο.

Μια έκφραση των προβλημάτων συμπεριφοράς είναι το “πείραγμα” (bullying). Το “πείραγμα” μπορεί να είναι λεκτικό ή τα παιδιά μπορεί να γίνονται αντικείμενο βιαιοπραγίας. Ενώ τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να γίνονται αντικείμενο “πειράγματος”, δεν υπάρχουν ευρήματα που να επιβεβαιώνουν ότι τα παιδιά αυτά είναι πολύ πιθανό να πειράξουν ή να κοροϊδέψουν τους συνομηλίκους τους (Nabuzoka & Smith, 1993; O’ Moore & Hillery, 1989; Whitney et al., 1992).

Συμπερασματικά, όσον αφορά στη διαταραχή διαγωγής, η οποία σύμφωνα με διάφορα διαγνωστικά κριτήρια είναι μέρος των ευρύτερων συμπεριφορικών προβλημάτων, μελέτες βρίσκουν τα ίδια ευρήματα με μελέτες που προαναφέρθηκαν σχετικά με τα συναισθηματικά προβλήματα των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Αποδείχτηκε ότι η εμφάνιση των συμπεριφορικών προβλημάτων αυξάνονται με την ηλικία των παιδιών και το βαθμό σοβαρότητας των μαθησιακών δυσκολιών.

3.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ, ΦΙΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ

Η σύγχρονη έρευνα έχει ασχοληθεί με τις σχέσεις των παιδιών με τους συνομηλίκους τους και τον τρόπο που η ποιότητα αυτών των σχέσεων μπορεί να επηρεάσει την εκδήλωση ή όχι παθολογικής συμπεριφοράς των παιδιών. Η είσοδος του παιδιού σε μια ομάδα συνομηλίκων σηματοδοτεί την αξιολόγησή του από τα άλλα παιδιά και καταλήγει στην αποδοχή ή την απόρριψή του από αυτά. Έχει διαπιστωθεί ότι η ενδεχόμενη απόρριψη του παιδιού από τους συνομηλίκους του σχετίζεται με την εκδήλωση προβλημάτων προσαρμογής. Σε διαχρονικές έρευνες έχει βρεθεί πως τα παιδιά τα οποία στον παιδικό σταθμό βιώνουν την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους έχουν αυξημένες πιθανότητες για τη μεταγενέστερη εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς (Deater- Deckard, 2001).

Τα προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλίκους αποτελούν κυρίαρχο χαρακτηριστικό σε πολλές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Για παράδειγμα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς επίσης τα παιδιά με διαταραχή διαγωγής, βιώνουν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους σε σχέση με άλλα παιδιά. Επειδή τα παιδιά αυτά έχουν συχνά δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθηματικών τους αντιδράσεων, εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά, γεγονός που ασκεί αρνητική επίδραση στη διαμόρφωση θετικών διαπροσωπικών σχέσεων (Hinshaw & Melnick, 1995).

Επίσης, τα παιδιά με κατάθλιψη, συνήθως, δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλή στις παρέες των συνομηλίκων τους και συχνά απομονώνονται ή απορρίπτονται. Τα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές βιώνουν ανάλογα προβλήματα, αφού δεν είναι συνήθως ιδιαίτερα αποδεκτά και νιώθουν μοναχικά στις παρέες των συνομηλίκων.

Ανάλογα ευρήματα υπάρχουν και όσον αφορά στις σχέσεις των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες με τους συνομηλίκους τους, γεγονός που οι ερευνητές θεωρούν ότι είναι πολύ σημαντικό για την κοινωνική και συμπεριφορική τους προσαρμογή. Οι ειδικοί θεωρούν ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αναπτύσσουν περισσότερο ελαττωματικές σχέσεις με τους συνομηλίκους τους σε σχέση με τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Γι' αυτό ερευνούν την κατάσταση των σχέσεων που επικρατεί μεταξύ των συνομηλίκων, τις φιλίες τους, τη μοναξιά και την, τυχόν, εμπειρία θυματοποίησής από τους συνομηλίκους.

Την ίδια τακτική ακολούθησε και η Wiener (2004) σε μια μελέτη της, όπου ξεκαθαρίζει ότι κάνοντας λόγο για την κατάσταση των σχέσεων που επικρατεί μεταξύ των συνομηλίκων, εννοείται ο βαθμός κατά τον οποίο τα παιδιά είναι αρεστά ή όχι στους συνομηλίκους τους με τους οποίους έρχονται σε καθημερινή επαφή. Τα παιδιά αυτά κατατάσσονται ανάλογα με το βαθμό που είναι αρκετά αρεστά (αποδεκτά\ δημοφιλή) ή μη αρεστά από τα περισσότερα παιδιά (απόρριψη). Πολλές μελέτες πάνω σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες χρησιμοποιούν κοινωνιομετρικά τεστ, σύμφωνα με τα οποία τα παιδιά αποδίδουν ονομασίες\ χαρακτηρισμούς μεταξύ τους, θετικούς ή αρνητικούς.

Έτσι, λοιπόν, ένα από τα επικρατέστερα ευρήματα της σχετικής βιβλιογραφίας είναι ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν κοινωνικά αποδεκτά και περισσότερο πιθανό να γίνουν αντικείμενο κοινωνικής απόρριψης και εγκατάλειψης από τους συνομηλίκους τους (Kavale & Forness, 1995; Swanson & Malone, 1992; Wiener, 1987). Ο Bryan (1976) βρήκε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες διατηρούν το χαμηλό επίπεδο αποδοχής πάνω από δυο χρόνια, ακόμη και όταν έχουν αλλάξει δασκάλους και συμμαθητές.

Η κοινωνική απόρριψη των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες αυξάνει με την πάροδο του χρόνου. Δηλαδή, παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που η ποιότητα των κοινωνικών τους σχέσεων κυμαίνονταν σε ένα μεσαίο επίπεδο στην αρχή της σχολικής χρονιάς, στο τέλος της χρονιάς έχουν απορριφθεί ή εγκαταλειφθεί (Kuhne & Wiener, 2000). Η απόρριψη των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες από τους συνομηλίκους τους είναι μεγαλύτερη για παιδιά που παρακολουθούν κάποιες ειδικές τάξεις και για παιδιά που φοιτούν σε κανονικά τμήματα παράλληλα με τα τμήματα ένταξης. Η εγκατάλειψη των παιδιών αυτών από τους συνομηλίκους τους είναι πιο πιθανή σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που παρακολουθούν ιδιαίτερα μαθήματα σε ειδικές τάξεις (Wiener, Harris & Duval, 1993). Τέλος τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες γίνονται λιγότερο αποδεκτά από τους συνομηλίκους τους, όταν δέχονται εξειδικευμένη βοήθεια σε ένα τμήμα ένταξης, παρά όταν δέχονται συμβουλές από έναν ειδικό παιδαγωγό μέσα στα πλαίσια μιας κανονικής τάξης (Wiener & Tardif, 2004).

Παραπάνω αναφερθήκαμε στην αποδοχή των παιδιών από τους συνομηλίκους τους. Όμως, ο Sullivan (1953) διαχώρισε αυτή την κοινωνική αποδοχή, η οποία αναφέρεται στην κατάσταση που επικρατεί σε μια ομάδα, από τη φιλία, η οποία είναι μια στενή, βαθιά, αμοιβαία, διαπροσωπική σχέση. Ο ίδιος θεωρεί ότι η φιλία

αποτελεί πολύ σημαντικό στοιχείο της προεφηβικής ανάπτυξης. Μερικά από τα σημαντικότερα στοιχεία της φιλίας που έχουν μελετηθεί σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες περιλαμβάνουν τον αριθμό των φίλων που έχουν, ποιους επιλέγουν για φίλους, τη σταθερότητα και την ποιότητα των σχέσεών τους (Wiener, 2002).

Τα παιδιά με μαθησιακές και χωρίς μαθησιακές δυσκολίες δεν αναφέρουν διαφορετικό αριθμό φίλων (Wiener & Schneider, 2002). Όμως στις περισσότερες μελέτες για τη φιλία (π.χ. οι ερευνητές ρωτούν αυτούς που τα εξεταζόμενα παιδιά αναφέρουν ως φίλους, ή τους γονείς και τους δασκάλους για τις φιλίες των παιδιών) έχει βρεθεί ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες έχουν λιγότερες αμοιβαίες φιλίες σε σχέση με τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες (Tur- Kasper, Margalit & Most, 1999). Επίσης, οι φιλίες των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες που πηγαίνουν από την τετάρτη μέχρι την έκτη τάξη είναι λιγότερο σταθερές από εκείνες των παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες (Wiener & Schneider, 2002).

Όπως συμβαίνει με τη συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών στο δημοτικό, οι φιλίες των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες γίνονται με παιδιά του ιδίου φύλου. Παρόλα αυτά, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες (6%) είναι πιο πιθανό να αναφέρουν φιλικές σχέσεις με παιδιά δυο ή και περισσότερα χρόνια μικρότερα από αυτά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες είναι 1% (Wiener & Schneider, 2002). Τα παιδιά που επιλέγουν για φίλους μικρότερα παιδιά συνήθως θεωρούνται από τις μητέρες τους ως κοινωνικά ανώριμα. Αυτή η επιλογή των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι συνήθως τα παιδιά επιλέγουν για φίλους κάποιον με τον οποίο βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο, όσον αφορά στα επιτεύγματά τους. Επίσης, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες συνήθως αναφέρουν φιλίες με παιδιά που δεν πηγαίνουν στο ίδιο σχολείο (Wiener & Schneider, 2002).

Σύγκριση της ποιότητας της φιλίας παιδιών με μαθησιακές και χωρίς μαθησιακές δυσκολίες έδειξαν ότι η ποιότητα της φιλίας των παιδιών με μαθησιακά προβλήματα είναι κατώτερη. Συγκεκριμένα, αυτές οι συγκριτικές μελέτες έδειξαν ότι οι σχέσεις των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες περιλαμβάνουν λιγότερη επαφή με τους φίλους τους, λιγότερη οικειότητα και ισχύ και περισσότερες συγκρούσεις. Επίσης, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αναφέρουν περισσότερα προβλήματα στην προσπάθειά τους να αποκαταστήσουν τις σχέσεις τους με τους φίλους τους, όταν έρχονται σε σύγκρουση (Wiener & Schneider, 2002).

Τα παιδιά, λοιπόν, με μαθησιακές δυσκολίες, εξαιτίας αυτής της δυσκολίας τους να δημιουργήσουν ή ακόμη και να διατηρήσουν φιλίες, μπορεί να βιώσουν το αίσθημα της μοναξιάς. Η μοναξιά μπορεί να περιλαμβάνει λύπη και αποξένωση από τους ανθρώπους και τα πράγματα που είναι σημαντικά για τον άνθρωπο. Οι Margalit και Al-Yagon (2002) βρήκαν ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ηλικίας 7- 15 ετών είναι πολύ πιο πιθανό να βιώσουν τη μοναξιά, σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που έχουν μέτρια επίδοση στο σχολείο.

Σε μια άλλη έρευνα των παραπάνω (1994) βρέθηκαν δυο τύποι παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες ηλικίας 9- 15 ετών που ήταν μοναχικά. Πρώτον, η εξαιρετικά εξωτερικευμένη ομάδα, που αποτελούνταν από το 29% του δείγματος, αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα όσον αφορά στην αυτοσυγκράτηση, την επιθετικότητα και την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους. Αντιθέτως, τα παιδιά που ανήκαν στην εσωτερικευμένη ομάδα και αποτελούσαν το 31% του δείγματος, αναφέρθηκε από τους δασκάλους τους ότι αποσύρονταν και ότι δεν έδειχναν να αντιμετωπίζουν προβλήματα αυτοσυγκράτησης.

Άλλες έρευνες δείχνουν ότι τα προβλήματα στις κοινωνικές δεξιότητες και η μοναχικότητα συνδέονται άμεσα με τα γλωσσικά προβλήματα (Margalit, Tur- Kasper, & Most, 1999; Pavri & Monda- Amaya, 2000). Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι προβλήματα στη γλώσσα συνδέονται με την ικανότητα των ατόμων να εκδηλώσουν κοινωνική συμπεριφορά, που έχει να κάνει με αυτές τις δεξιότητες (π.χ. εκφραστική συναναστροφή με συνομηλίκους). Από την άλλη, αυτά τα προβλήματα συνδέονται και με την κοινωνική απόρριψη και απομόνωση από την πλευρά των συνομηλίκων (π.χ. μη ανεκτικότητα στη φτωχή γλωσσική επικοινωνία). Μέσα σε αυτό το κλίμα δεν υπάρχει χώρος για τα παιδιά να αποκτήσουν κοινωνικές δεξιότητες. Μαθητές με γλωσσικές δυσκολίες ή και γλωσσικές και μαθηματικές δυσκολίες είναι κατά μέσο όρο και μοναχικοί κοινωνικά και συναισθηματικά (Vauras et al., 2003).

Τέλος, όσον αφορά στις σχέσεις των παιδιών με τους συνομηλίκους τους, θα γίνει λόγος για το “πείραγμα” (bullying). Το “πείραγμα” είναι μια μορφή βίας κατά την οποία δεν υπάρχει ισορροπία δύναμης μεταξύ του θύτη και του θύματος και η οποία εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό μεταξύ των ομάδων των παιδιών σχολικής ηλικίας. Το “πείραγμα” μπορεί να είναι άμεσο (π.χ. χαρακτηρισμοί μεταξύ των παιδιών) ή έμμεσο (π.χ. κουτσομπολιό). Καλύπτει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών, από τον κοινωνικό αποκλεισμό ενός ατόμου μέχρι τη σωματική βία. Με την πάροδο του χρόνου και τη συνεχή παρενόχληση, οι επιλογές του θύματος περιορίζονται.

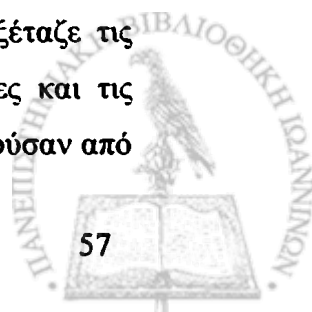


Όσον αφορά στο “πείραγμα”, και οι θύτες και τα θύματα κινδυνεύουν να αντιμετωπίσουν κοινωνικά, συναισθηματικά και ψυχιατρικά προβλήματα, τα οποία μπορεί να παραμείνουν και μέχρι την ενήλικη ζωή. Τα παιδιά που πειράζουν (bullies) συνήθως αντιμετωπίζουν εξωτερικευμένα προβλήματα, όπως είναι η παραβατικότητα και η κατάχρηση αλκοόλ, ενώ τα θύματα αντιμετωπίζουν εσωτερικευμένα προβλήματα, όπως είναι η κατάθλιψη. Πολλά παιδιά θύματα συνήθως έχουν ελάχιστους φίλους, είναι περισσότερο ανασφαλή σε σχέση με τους συνομηλίκους τους, κλαίνει εύκολα, είναι αγχωμένα και αποσυρμένα, και τέλος είναι συνήθως σωματικά αδύναμα και υπάκουα. Μερικές έρευνες έδειξαν ότι τα παιδιά- θύματα συνήθως προτιμούν να εσωτερικεύουν τη θλίψη τους από το να λύσουν το πρόβλημα. Οι μαθητές που ανέφεραν ότι υπήρξαν θύματα του “πειράγματος” και ότι δεν είχαν κοινωνική υποστήριξη, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο φτωχής νοητικής υγείας (Rigby, 2000).

Βασιζόμενοι λοιπόν στις μέχρι τώρα έρευνες και στα κοινά χαρακτηριστικά των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες με τα παιδιά- θύματα, υπάρχει σοβαρός λόγος να πιστεύουμε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο θυματοποίησης από τους συνομηλίκους τους (Nabuzoka & Smith, 1993; Whitney, Nabuzoka & Smith, 1992). Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, εξαιτίας των ακαδημαϊκών μειονεκτημάτων και των κοινωνικών προβλημάτων, συχνά βιώνουν το αίσθημα της απόρριψης από τους συνομηλίκους τους και της σχολικής αποτυχίας, με αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις να στιγματίζονται και να αισθάνονται μειονεκτικά. Σε αυτή την περίπτωση, και δεδομένου ότι δεν έχουν φίλους, γίνονται θύματα των συνομηλίκων τους.

Όσον αφορά στον τομέα των ερευνών σχετικά με τη θυματοποίηση παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες, υπάρχουν λίγα δεδομένα. Οι Martlew και Hodson (1991) συνέκριναν τις σχέσεις των παιδιών και το “πείραγμα” στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες σε σχέση με αυτά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες σε ένα σχολείο στην Αγγλία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω της παρακολούθησης της σχολικής αυλής και μέσω συνεντεύξεων των παιδιών. Βρέθηκε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είχαν λιγότερους φίλους και γίνονταν αντικείμενο κοροϊδίας συχνότερα από τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες.

Οι Nabuzoka και Smith (1993) διεξήγαγαν μια έρευνα η οποία εξέταζε τις σχέσεις και την κοινωνική κατάσταση παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και τις συνέκρινε με παιδιά που δεν αντιμετώπιζαν τέτοιου είδους δυσκολίες. Ζητούσαν από



κάθε παιδί να χαρακτηρίσει τους συμμαθητές του ως “θύτες” ή “θύματα”. Άλλες κατηγορίες χαρακτηρισμών ήταν: “συνεργάζεται”, “διακόπτει”, “ντροπαλός”, “μάχεται”, “αναζητά βοήθεια” και “αρχηγός”. Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ήταν πολύ πιο πιθανό να χαρακτηριστούν ως θύματα. Κανένα από τα παιδιά με δυσκολίες δε θεωρήθηκε ότι συνεργάζεται, αλλά ήταν πιο πιθανό να χαρακτηριστούν ως άτομα που αναζητούν βοήθεια. Παρόλο που δεν έχει βρεθεί η αιτία, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που έχουν αναγνωριστεί ως ντροπαλά και ως έχοντα ανάγκη βοήθειας, είναι πολύ πιο πιθανό να γίνουν θύματα του “πειράγματος” (bullied). Οι ερευνητές πιστεύουν ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες δεν έχουν φίλους.

Ο Sabornie (1994) διεξήγαγε μια έρευνα, η οποία εξέταζε διάφορα κοινωνικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και των παιδιών χωρίς δυσκολίες. Η θυματοποίηση των μαθητών ερευνήθηκε μέσω δυο ερωτημάτων: το ένα ήταν αν του έχουν κλαπεί αντικείμενα στο σχολείο και το άλλο εάν τους χτύπησαν κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς. Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες ανέφεραν σημαντικά περισσότερα περιστατικά θυματοποίησής τους.

Ανάλογα ευρήματα ανέδειξε και η έρευνα των Morrison et al., (1994) κατά την οποία 485 μαθητές απάντησαν σε ερωτήματα σχετικά με την εμπειρία τους σε βίαιες καταστάσεις και το αίσθημα ασφάλειας στο σχολείο. Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες γίνονταν συχνότερα θύματα του “πειράγματος” (bullying).

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες δυσκολεύονται ιδιαίτερα στη δημιουργία όχι μόνο κοινωνικών σχέσεων με τους συνομηλίκους τους, αλλά και στη δημιουργία ουσιαστικών και αμοιβαίων φιλικών σχέσεων. Εξαιτίας αυτών των δυσκολιών συχνά απορρίπτονται από τους συμμαθητές τους ή γίνονται συχνότερα αντικείμενο “πειράγματος” (bullying), με αποτέλεσμα να βιώνουν πιο έντονα από άλλους συνομηλίκους τους το αίσθημα της μοναξιάς ή ακόμη, σε λιγότερες περιπτώσεις, και της κατάθλιψης.

3.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ (PROSOCIAL BEHAVIOR)

Η κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) αναφέρεται στις εθελοντικές πράξεις που σκοπό έχουν να βοηθήσουν ή να ωφελήσουν κάποιο άλλο άτομο ή ομάδα ατόμων (Eisenberg & Mussen, 1989). Αυτός ο ορισμός αναφέρεται στις επιπτώσεις των πράξεων του δράστη και όχι στα κίνητρα που καθοδηγούν αυτές τις πράξεις. Αυτού του είδους η συμπεριφορά περιλαμβάνει μια ποικιλία πράξεων: μοίρασμα, παρηγοριά, διάσωση και βοήθεια. Παρόλο που η κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) μπορεί να μπερδευτεί με τον αλτρουϊσμό, στην πραγματικότητα όμως είναι δυο διαφορετικές απόψεις. Η κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) αναφέρεται σε ένα τύπο δραστηριότητας, ενώ ο αλτρουϊσμός είναι το κίνητρο για να βοηθήσουν τους άλλους, εξαιτίας του αγνού ενδιαφέροντος για τις ανάγκες τους και όχι εξαιτίας της πεποίθησης ότι αυτή τους η πράξη θα ωφελήσει τους ίδιους. Ένα κοινό παράδειγμα αλτρουϊσμού είναι όταν ένα άτομο κάνει μια ανώνυμη δωρεά σε ένα συνάνθρωπό του, ομάδα ή ίδρυμα, χωρίς να αποβλέπει στην αναγνώριση και χωρίς πολιτικό ή οικονομικό κέρδος. Η δωρεά είναι η κοινωνική πράξη (prosocial action) και ο αλτρουϊσμός είναι το κίνητρο του δωρητή για την πράξη του.

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα ανθρώπων στην ιστορία, οι οποίοι προέβησαν σε αλτρουϊστικές πράξεις. Ιστορικά, ο όρος κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) χρησιμοποιείται μόλις από τη δεκαετία του 1970. Οι κοινωνικοί επιστήμονες άρχισαν να χρησιμοποιούν αυτό τον όρο ως αντώνυμο της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Διεξήχθησαν μια σειρά ερευνών προκειμένου να διαφωτιστεί η ψυχολογία της προσφοράς της βοήθειας και του μοιράσματος. Το πεδίο της κοινωνικής ψυχολογίας έκανε την εμφάνισή του ως επιστημονικός κλάδος στις αρχές του 1900 και εστίασε κυρίως στα πιο σημαντικά γεγονότα της εποχής: την άνοδο του ναζισμού, τους παγκόσμιους πολέμους, το Ολοκαύτωμα, την εξάπλωση των πυρηνικών όπλων και του ρατσισμού. Παρόλα αυτά, μόλις τη δεκαετία του 1960 η σημαντικότητα της συμπεριφοράς ανθρώπων που προσφέρουν βοήθεια και τα ψυχολογικά τους κίνητρα άρχισαν να αποκτούν ενδιαφέρον. Η κατανόηση της κοινωνικής συμπεριφοράς (prosocial behavior) αναγνωρίστηκε ως το κλειδί των αρμονικών διαπροσωπικών και διομαδικών σχέσεων.

Με την κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) σχετίζεται το αίσθημα της ενσυναίσθησης (empathy)¹. Η βασική ιδέα είναι ότι, το ενδιαφέρον που πηγάζει από την ενσυναίσθηση (empathy), ως μια αντίδραση του παρατηρητή σε μια άσχημη κατάσταση που βιώνει κάποιος συνάνθρωπός του, παρακινεί την αλτρουϊστική συμπεριφορά, η οποία εκδηλώνεται κυρίως προκειμένου να μειώσει τον πόνο κάποιου. Επομένως, το ενδιαφέρον που πηγάζει από την ενσυναίσθηση (empathy) θεωρείται πραγματικά αλτρουϊστικό κίνητρο, σε αντίθεση με το εγωιστικό κίνητρο, το οποίο στοχεύει στη μείωση της προσωπικής στενοχώριας.

Η ενσυναίσθηση (empathy) έχει χρησιμοποιηθεί με διαφορετικό περιεχόμενο, δηλαδή με όρους που περιέχουν συναισθηματικά ή γνωστικά στοιχεία. Αυτοί που χρησιμοποιούν τον όρο ενσυναίσθηση με γνωστικό προσανατολισμό θεωρούν ότι σημαίνει τη γνώση ή κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων (Borke, 1971; Gove & Keating, 1979). Άλλοι χρησιμοποιούν την ενσυναίσθηση με καθαρά συναισθηματικούς όρους, ως συναισθηματική αντίδραση απέναντι στο συνάνθρωπό μας. Οι Underwood και Moore (1982) θεωρούν ότι η ενσυναίσθηση με γνωστικούς όρους είναι απαραίτητη, αλλά όχι αρκετή. Είναι απαραίτητα όλα τα στοιχεία και τα γνωστικά και τα συναισθηματικά.

Μέσα από τη διαφοροποίηση του αλτρουϊστικού και εγωιστικού κινήτρου προέκυψε η εξής υπόθεση: εφόσον η προσωπική στενοχώρια είναι πιο δυνατή από την ενσυναίσθηση (empathy), ο παρατηρητής θα επιλέξει την εναλλακτική δράση που υπόσχεται το μικρότερο κόστος και τη μεγαλύτερη ανταμοιβή. Σε περίπτωση που ο παρατηρητής λειτουργεί με τα συγκεκριμένα κίνητρα θα εγκαταλείψει το συνάνθρωπό του που υποφέρει, αν υπάρχει διαθέσιμη μια έξοδος κινδύνου. Αφού, λοιπόν, ο παρατηρητής εγκαταλείπει το συνάνθρωπό του που υποφέρει, μειώνεται η δική του προσωπική στενοχώρια, ακόμη και αν το θύμα εξακολουθεί να υποφέρει.

Αντιθέτως, όταν η ενσυναίσθηση είναι ισχυρότερη από την προσωπική δυσφορία, μπορεί να εκδηλωθεί η κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι εξόδου κινδύνου. Αυτό συμβαίνει γιατί η ενσυναίσθηση (empathy) σχετίζεται με τον πόνο του θύματος. Επομένως, να παρατήρει κάποιος το θύμα δεν

¹ Η ακριβής μετάφραση της λέξης empathy στα ελληνικά είναι εμπάθεια που σημαίνει μίσος, μοχθηρία. Όμως, στα κείμενα της βιβλιογραφίας, η λέξη empathy σημαίνει ενσυναίσθηση, συναισθηματική κατανόηση. Στα αγγλικά η λέξη εμπάθεια έχει τη σημασία που δίνουν τα λεξικά αρχαίων ελληνικών: εμπάθεια= ισχυρόν πάθος, εμπάθης= ευρισκόμενος εν καταστάσει συγκινήσεως ή πάθους, συγκινούμενος πολύ δια τι πράγμα. Μέγα Λεξικόν της Ελληνικής Γλώσσας, Lindell, H.G & Scott, R. Για λόγους κατανόησης στη συγκεκριμένη εργασία θα χρησιμοποιηθεί ως μετάφραση της λέξης empathy η ενσυναίσθηση ή συναισθηματική κατανόηση.

είναι η σωστή επιλογή για τον ίδιο. Εφόσον κάποιος γνωρίζει ότι το θύμα εξακολουθεί να υποφέρει, τότε και ο ίδιος εξακολουθεί να βιώνει την ενσυναίσθηση, η οποία θα εξαφανιστεί, μόνο όταν ο πόνος του θύματος καταπραυνθεί.

Η υπόθεση που αναφέρθηκε παραπάνω, είναι η υπόθεση ενσυναίσθησης-αλτρουϊσμού (empathy- altruism hypothesis), η οποία σχετίζεται με την κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior). Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, η ενσυναίσθηση (empathy) σχετίζεται με την εκδήλωση στοργικών συναισθημάτων προς το πρόσωπο που υποφέρει (περισσότερο από ό,τι στον ίδιο τον εαυτό τους) και, επομένως, το άτομο επιδεικνύει πραγματικά μη εγωιστικά κίνητρα προκειμένου να προσφέρει βοήθεια. Αυτή η υπόθεση δείχνει το μεγαλείο της ανθρώπινης φύσης, αφού οι άνθρωποι είναι πραγματικά ικανοί να εκδηλώσουν αλτρουϊστική συμπεριφορά.

Βέβαια, η αλήθεια αυτής της υπόθεσης έχει αμφισβητηθεί σε πολλές περιπτώσεις. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι οι θετικές κοινωνικές πράξεις (prosocial actions) που φαίνεται να πηγάζουν από αλτρουϊστικά κίνητρα, μπορεί να υποκινούνται από πιο εγωιστικά, εγωκεντρικά ενδιαφέροντα (Cialdini et al., 1997). Μια δυσκολία στο να διακρίνουμε τα αλτρουϊστικά από τα εγωιστικά κίνητρα υπάρχει στο γεγονός ότι τα κίνητρα που οδηγούν έναν παρατηρητή να εκδηλώσει ενδιαφέρον μπορεί, επίσης, να είναι απόρροια εγωκεντρικών, συναισθηματικών καταστάσεων, όπως η λύπη. Επομένως, οι ενέργειες που γίνονται για να βοηθήσουμε έναν άνθρωπο που έχει ανάγκη, μπορεί να παρακινούνται εξαιτίας της επιθυμίας μας να απαλύνουμε τη συναισθηματική κατάσταση και όχι εξαιτίας της επιθυμίας μας να προσφέρουμε στην ανακούφιση του ανθρώπου που έχει ανάγκη. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι μια φαινομενικά αλτρουϊστική πράξη μπορεί να εκδηλώνεται εξαιτίας της ομοιότητας που αισθάνονται μεταξύ τους οι άνθρωποι και όχι εξαιτίας του πραγματικού ενδιαφέροντος (Cialdini et al., 1997). Δηλαδή, αν κάποιος βοηθήσει το συνάνθρωπό του, επειδή αυτός ο κάποιος βιώνει ένα αίσθημα ενότητας και αλληλεγγύης με το συνάνθρωπό του, τότε αυτή η πράξη δεν μπορεί να θεωρηθεί καθαρά αλτρουϊστική, γιατί βοηθώντας αυτόν τον άνθρωπο σημαίνει ότι, κατά μια ψυχολογική έννοια, βοηθάει τον εαυτό του.

Υπάρχουν πολλές θεωρίες και έρευνες, οι οποίες προτείνουν διαφορετικά κίνητρα όσον αφορά στην εκδήλωση αλτρουϊστικών συμπεριφορών που έχουν να κάνουν με τους διάφορους τύπους διαπροσωπικών σχέσεων (Reis et al., 2000; Sprecher & Regan, 2002). Σύμφωνα με έρευνες (Maner & Gailliot, 2007), οι συμμετέχοντες εκδήλωναν μεγαλύτερο ενδιαφέρον σε ανθρώπους του κοντινού τους περιβάλλοντος

που είχαν ανάγκη από βοήθεια και τους προσέφεραν βοήθεια πέρα από εγωιστικά κίνητρα. Αυτό σημαίνει ότι η προσφορά βοήθειας σε ανθρώπους με τους οποίους έχουμε στενή σχέση μπορεί να παρακινείται από ενσυναίσθηση (empathy) και πραγματική επιθυμία να συνεισφέρουμε στην ευτυχία των άλλων. Αντίθετα, αυτό το κίνητρο δε λειτουργεί για πιο απόμακρες κοινωνικές σχέσεις (π.χ. μεταξύ ξένων).

Θεωρείται ότι η κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior), όταν υποκινείται από εγωιστικά κίνητρα, εκδηλώνεται περισσότερο όταν το άτομο μπορεί να αποφύγει να προσφέρει τη βοήθειά του. Αντιθέτως, όταν αυτό το άτομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από εγωιστικά κίνητρα, μπορεί να ξεφύγει από μια τέτοια κατάσταση, τότε δεν προσφέρει τη βοήθειά του στο συνάνθρωπό του και άρα δεν εκδηλώνει κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior). Τα άτομα που διακρίνονται από αλτρουϊστικά κίνητρα προσφέρουν τη βοήθειά τους στον συνάνθρωπο που υποφέρει, είτε μπορούν να ξεφύγουν εύκολα από αυτή την κατάσταση είτε όχι. Αντιθέτως, τα άτομα με εγωιστικά κίνητρα προσφέρουν τη βοήθειά τους μόνο όταν δεν μπορούν να ξεφύγουν από τη συγκεκριμένη κατάσταση (Batson et al., 1987).

Κοινωνική συμπεριφορά εκδηλώνουν, επίσης, τα άτομα τα οποία βιώνουν πιο έντονα το αίσθημα της κοινωνικής ευθύνης. Οι Carlpor κ.α. (1991) δήλωσαν ότι το αίσθημα της κοινωνικής ευθύνης είναι σημαντικός παράγοντας πρόγνωσης της κοινωνικής συμπεριφοράς (prosocial behavior) στους ενήλικες, κυρίως, όταν έχουν τη δυνατότητα να ξεφύγουν εύκολα από μια κατάσταση, χωρίς να προσφέρουν τη βοήθειά τους, και όταν η ανάγκη για προσφορά βοήθειας είναι μεγάλη. Η μεγάλη ανάγκη για παροχή βοήθειας μπορεί να προκαλέσει τη δράση εξαιτίας του υψηλού αισθήματος κοινωνικής ευθύνης. Αναφέρεται ότι η προσωπικότητα με υψηλή κοινωνική συμπεριφορά (prosocial personality) συνδέεται άμεσα με το αίσθημα κοινωνικής ευθύνης.

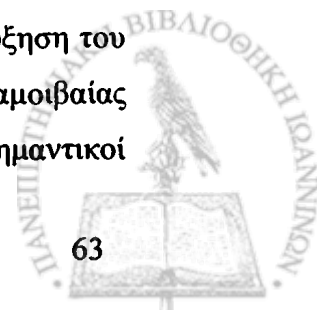
Η κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) σχετίζεται και με την έννοια της ανταποδοτικότητας, αμοιβαιότητας (reciprocity)². Η ανταποδοτικότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μια πληθώρα συμπεριφορών, όπως η ανταπόδοση μιας χάρης, το να πάρουμε εκδίκηση για κάποιον, η ανταλλαγή αγαθών, η τιμωρία ενός λάθους, η ανταπόδοση ενός παιδικού φιλιού κ.α. Επομένως, η ανταποδοτικότητα μπορεί να θεωρηθεί ως μια πράξη που μπορεί να εμπεριέχει πολλές έννοιες, όπως, μεταξύ

² Η λέξη reciprocity σημαίνει αμοιβαιότητα, ανταποδοτικότητα. Στη συγκεκριμένη εργασία θα χρησιμοποιήσουμε τον όρο ανταποδοτικότητα, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί και με θετική και με αρνητική έννοια.



άλλων, της συνεργασίας, του αλτρουϊσμού, της εχθρικότητας. Ένα δεύτερο σημαντικό στοιχείο της ανταποδοτικότητας είναι ότι, όταν οι άνθρωποι ανταποδίδουν, στην πραγματικότητα μπορεί να έχουν άλλο σκοπό. Η πράξη της ανταποδοτικότητας είναι ένας ισχυρός μηχανισμός που μπορεί να διαμορφώσει τη συμπεριφορά και να προκαλέσει τις πράξεις των άλλων μέσω των αμοιβών και των τιμωριών. Επομένως, η ανταποδοτικότητα μπορεί να προκαλέσει θετικές και αρνητικές μορφές συμπεριφοράς. Οι άνθρωποι που χαρακτηρίζονται από ανταποδοτικότητα (reciprocators) και οι άνθρωποι που χαρακτηρίζονται από κοινωνική συμπεριφορά (prosocials) διαφέρουν στο εξής: οι άνθρωποι που ανταποδίδουν δεν ενδιαφέρονται τόσο να προσφέρουν ή να βοηθήσουν το συνάνθρωπό τους, αλλά ενδιαφέρονται να ανταποδώσουν στους άλλους τη συμπεριφορά τους στον ίδιο ακριβώς βαθμό. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να είναι είτε θετική είτε αρνητική. Αντιθέτως, τα άτομα που επιδεικνύουν κοινωνική συμπεριφορά (prosocials) προσφέρουν και εκδηλώνουν συγκεκριμένη θετική συμπεριφορά, ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά του άλλου (Perugini & Gallucci, 2001).

Η έννοια της ανταποδοτικότητας\ αμοιβαιότητας (reciprocity) εμφανίζεται και σε εργασίες που μελετούν τη δημιουργία σχέσεων, φιλικών και άλλων, μεταξύ των ανθρώπων. Σύμφωνα με τους κοινωνικούς ψυχολόγους, υπάρχουν δυο τύποι σχέσεων ανάλογα με τους κανόνες κοινωνικής ανταλλαγής που τους διέπουν: κοινές, αμοιβαίες σχέσεις, οι οποίες αναφέρονται σε στοργικές σχέσεις με φίλους, την οικογένεια και τους ερωτικούς συντρόφους και οι σχέσεις ανταλλαγής, οι οποίες αναφέρονται σε όλες τις άλλες σχέσεις. Στις κοινές σχέσεις τα δυο μέρη ενδιαφέρονται για την ευτυχία του άλλου και την ευημερία της σχέσης. Τα αγαθά μοιράζονται εξίσου, ανάλογα με την ανάγκη του καθενός. Οι κανόνες που διέπουν αυτές τις σχέσεις ξεπερνούν τους κανόνες που σχετίζονται με εκείνους της ανταποδοτικότητας και ισχύουν στις σχέσεις κοινωνικής ανταλλαγής. Αντιθέτως, στις σχέσεις κοινωνικής ανταλλαγής οι συμμετέχοντες δεν έχουν καμιά υποχρέωση να συνεισφέρουν στην ευημερία του άλλου, εκτός από την ισομερή διανομή των οφελών που μπορεί να έχουν αυξηθεί εξαιτίας αυτής της σχέσης. Επομένως, μπορούμε να πούμε ότι οι φιλίες που δημιουργούν τα παιδιά κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους στηρίζονται σε εγωιστικές αρχές και έχουν ως σκοπό την αύξηση του προσωπικού κέρδους, αν και προσπαθούν να δημιουργήσουν κανόνες αμοιβαίας ισότητας. Όταν, όμως, η σταθερότητα και η υποχρέωση γίνονται πιο σημαντικοί



παράγοντες της σχέσης, τα παιδιά βάζουν την έννοια της ανταποδοτικότητας σε πιο μακροχρόνιες βάσεις και στις σχέσεις τους εισέρχονται στοιχεία, όπως η οικειότητα και η στοργή (Laursen & Hartup, 2002).

Επειδή στην παρούσα εργασία ασχολούμαστε με τη φυσιολογική ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών και την ψυχοπαθολογία τους, καλό είναι να αναφερθούμε στην κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και σε σχέση με τα παιδιά. Προηγούμενες έρευνες έχουν αποδείξει το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η κοινωνική συμπεριφορά στην κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Όσον αφορά στα παιδιά, η σχέση της κοινωνικής τους συμπεριφοράς (prosocial behavior) και της κοινωνικής τους ικανότητας είναι πολύπλοκη, υπονοώντας ότι παρόλο που η κοινωνική συμπεριφορά συνδέεται με την κοινωνική ικανότητα, η κοινωνική αποδοχή και η κοινωνική θέση δεν είναι θεμελιωδώς ισοδύναμες.

Έρευνες που έγιναν σε παιδιά που ρωτήθηκαν τι σημαίνει για αυτά η κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior), έδειξαν ότι τα παιδιά, καθώς περνάνε από τη μέση παιδική ηλικία προς την πρώιμη εφηβεία, βιώνουν την κοινωνική συμπεριφορά μέσα σε ένα πιο ευρύ πεδίο λειτουργιών σε σχέση με παλιότερα. Οι απόψεις τους περιλαμβάνουν συμπεριφορές που επιβεβαιώνουν τις θετικές σχέσεις μεταξύ των συνομηλίκων (π.χ. παίζουν μαζί και δείχνουν αλληλοκατανόηση). Επίσης, τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών δείχνουν ότι η κοινωνική συμπεριφορά που υπάρχει μεταξύ των συνομηλίκων είναι ποιοτικώς διαφορετική, σε σχέση με την ευγένεια που δείχνουν προς τους ενήλικους, η οποία εμπεριέχει κυρίως την υπακοή (π.χ. βοηθούν από αγγαρεία). Μπορούμε, λοιπόν, να πούμε ότι η κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) προς τους συνομηλίκους είναι πιο καταλυτική στο χτίσιμο σχέσεων, ενώ η κοινωνική συμπεριφορά που επιδεικνύεται προς τους ενήλικους έχει να κάνει με τη συνεργασία και την υπακοή.

Από μια εξελικτική σκοπιά φαίνεται πιθανό ότι οι αντιλήψεις των παιδιών για την κοινωνική (prosocial) και τη “σωστή” συμπεριφορά ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία. Για παράδειγμα, επειδή οι σχέσεις και οι φιλίες με τους συνομηλίκους είναι ιδιαίτερα σημαντικές κατά τη μέση παιδική ηλικία, συμπεριφορές που προάγουν αυτού του είδους τους δεσμούς (π.χ. να συμπεριλαμβάνονται σε δραστηριότητες από μια ομάδα συνομηλίκων) μπορεί να θεωρούνται από τα παιδιά “κοινωνικές” (prosocial), επειδή μπορεί να παρέχουν ένα όφελος στους άλλους. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι τα παιδιά της μέσης παιδικής ηλικίας θεωρούν κοινωνικές (prosocial) τις συμπεριφορές εκείνες που δεν αναφέρονται μόνο στις παραδοσιακά

κοινωνικές συμπεριφορές, όπως είναι η προσφορά βοήθειας και το μοίρασμα, αλλά και τις πράξεις που αποτελούν καθοριστικό παράγοντα στο ξεκίνημα και τη διατήρηση των σχέσεων με τους συνομηλίκους τους (π.χ. προσκαλούν ένα συνομήλικό τους να παίξει ή να συμμετάσχει σε μια ομάδα). Τα παιδιά δείχνουν αλτρουϊσμό προς τους κολλητούς τους φίλους (Greener & Crick, 1999).

Αναφέρθηκε παραπάνω ότι η κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) είναι αποτέλεσμα του βαθμού ενσυναίσθησης (empathy) που έχει το άτομο. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που έχουν χαμηλά ποσοστά ενσυναίσθησης εκδηλώνουν πιο εύκολα αντικοινωνική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Jolliffe και Farrington (2006) βρέθηκε ότι τα άτομα που “πειράζουν” (bullying) πιο βίαια έχουν πολύ χαμηλότερα ποσοστά ενσυναίσθησης. Κατά τη βίαιη επίθεση, τα συναισθήματα του θύματος είναι πολύ πιο εμφανή στο δράστη και η ανικανότητά του να αντιδράσει σε αυτά τα συναισθήματα είναι αποδεικτικό της έλλειψης ενσυναίσθησης που τον χαρακτηρίζει. Βέβαια, όσοι ανέφεραν ένα ή δυο περιστατικά “πειράγματος” (bullying) δεν αποδείχτηκε ότι έχουν χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης (empathy).

Κοινωνικοψυχολογικές έρευνες που μελέτησαν τον αλτρουϊσμό και την προσφορά βοήθειας, απέδειξαν ότι η δημιουργία στενών σχέσεων με τους συνανθρώπους μας, η προσφορά βοήθειας σε αυτούς προάγουν την ευτυχία μας, βοηθούν την υγεία μας και παρατείνουν το μέσο όρο ηλικίας. Μια έρευνα σε 423 ζευγάρια έδειξε ότι αυτοί που προσέφεραν βοήθεια σε φίλους, συγγενείς και γείτονες μείωναν στο 1/2 τον κίνδυνο θανάτου. Επιπλέον, οι άνθρωποι που δήλωσαν ότι προσφέρουν συναισθηματική υποστήριξη στους συζύγους τους μείωναν στο μισό την πιθανότητα να πεθάνουν κατά τη διάρκεια της έρευνας (Brown, 2003). Επομένως, μπορούμε να βγάλουμε το συμπέρασμα ότι η προσφορά βοήθειας παράγει θετικά συναισθήματα και τα θετικά συναισθήματα προστατεύουν την υγεία. Σε αυτή την περίπτωση η προσφορά βοήθειας μπορεί να εξηγήσει μερικά από τα υγιή οφέλη της κοινωνικής επαφής.

3.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ- ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Ενώ η κατάθλιψη είναι μια συνηθισμένη διαταραχή στους ενήλικους, που εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο των διαταραχών της διάθεσης, μόλις τα τελευταία χρόνια έγινε αποδεκτή ως διαταραχή που εμφανίζεται και στα παιδιά. Άλλοι ερευνητές πίστευαν ότι η κατάθλιψη στα παιδιά εκδηλώνεται με έμμεσο τρόπο και ότι τα παιδιά δεν εμφανίζουν αρνητικά συναισθήματα ή τα γνωστικά και σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, αλλά “καταθλιπτικά ισοδύναμα”, τα οποία μπορούν να πάρουν τη μορφή επιθετικής συμπεριφοράς, υπερκινητικότητας, μαθησιακών δυσκολιών, νυχτερινής ενούρησης κ.α. (Cytryn & McKnew, 1974 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 198).

Ωστόσο, σύγχρονες έρευνες αποδεικνύουν ότι μπορεί να υπάρχει κατάθλιψη στα παιδιά, αλλά ότι, απλώς, δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμη, επειδή συνυπάρχει με άλλα προβλήματα, ίσως περισσότερο εμφανή (Carlson & Cantwell, 1980 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ.198). Άλλες φορές πάλι, η φύση των συμπτωμάτων αυτών μπορεί να μην εμπνέει ιδιαίτερη ανησυχία, καθώς γονείς και δάσκαλοι ενδέχεται να αποδίδουν τη συμπεριφορά των παιδιών σε υπερβολική ντροπαλότητα ή έλλειψη κοινωνικότητας.

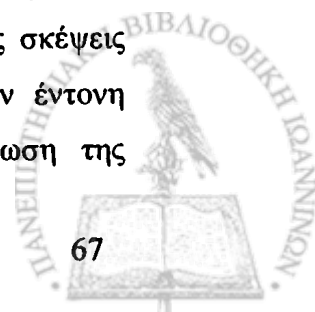
Σύμφωνα με το DSM-IV, υπάρχουν τέσσερα είδη επεισοδίων της διάθεσης, στην παρουσία ή την απουσία των οποίων στηρίζεται η διάγνωση καθεμιάς από τις βασικές διαταραχές της διάθεσης: 1. το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης ή έντονης ελάττωσης του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, κατά τη διάρκεια τουλάχιστον 2 εβδομάδων, 2. το μανιακό επεισόδιο, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία παθολογικά ή επίμονα, αυξημένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης κατά τη διάρκεια μιας διακριτής περιόδου, τουλάχιστον μιας εβδομάδας, 3. το μικτό επεισόδιο, που χαρακτηρίζεται από ανάμικτα συμπτώματα, τόσο του μανιακού όσο και του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, σχεδόν καθημερινά κατά τη διάρκεια τουλάχιστον μιας εβδομάδας, και 4. το υπομανιακό επεισόδιο, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία παθολογικά και επίμονα αυξημένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης κατά τη διάρκεια μιας διακριτής περιόδου, τουλάχιστον τεσσάρων ημερών.

Οι διαταραχές της διάθεσης ταξινομούνται σε δυο βασικές κατηγορίες, τις καταθλιπτικές και τις διπολικές διαταραχές. Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι δύο: α) η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια και συνοδά συμπτώματα, όπως διαταραχές στον ύπνο και β) η δυσθυμική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση και συνοδά συμπτώματα, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για τουλάχιστον ένα χρόνο στα παιδιά. Οι διπολικές διαταραχές είναι τρεις, με διαφοροποιό στοιχείο την πιθανή υπεροχή των μανιακών (διπολική I διαταραχή), των καταθλιπτικών (διπολική II διαταραχή) ή των υπομανιακών επεισοδίων (κυκλοθυμική διαταραχή).

Επιπλέον, το DSM-IV αναφέρει τη διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, όταν η καταθλιπτική διάθεση, η ευσυγκινησία ή το συναίσθημα αβοήθητου, αποτελούν αντιδράσεις του ατόμου σε ένα στρεσογόνο παράγοντα, όπως είναι η διάλυση της οικογένειας, μέσα σε διάστημα τριών μηνών από την εμφάνισή του.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η παρατεταμένη μελαγχολική διάθεση και η απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης σχεδόν για όλες τις δραστηριότητες, μια κατάσταση που είναι γνωστή ως “ανηδονία”. Στο 80% των παιδιών και εφήβων με τη διάγνωση της κατάθλιψης αναφέρεται επίσης ως βασικό χαρακτηριστικό η ευερέθιστη διάθεση (Goodyer & Cooper, 1993 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 200). Η κλινική κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη διάρκεια και αυξημένη ένταση αυτών των συναισθημάτων, τα οποία παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και ενδέχεται να οδηγήσουν και σε σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας.

Σύμφωνα με τους Oster και Montgomery (1995 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ.201), η κατάθλιψη επηρεάζει τα παιδιά στους παρακάτω τομείς: α) τη διάθεση: τα παιδιά με κατάθλιψη βιώνουν συχνά έντονα και παρατεταμένα συναισθήματα θλίψης, ενοχής, ντροπής και υπερευαισθησίας στην κριτική, β) τη συμπεριφορά: τα παιδιά με κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάσουν αυξημένη κινητική δραστηριότητα και διέγερση ή αντίθετα υποτονική διάθεση και, ορισμένες φορές, υπερβολικό κλάμα, γ) τις αντιλήψεις: η κατάθλιψη στα παιδιά μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της αυτοεκτίμησης και σε συναισθήματα προσωπικής αναξιότητας, δ) τις σκέψεις: τα παιδιά με κατάθλιψη επικεντρώνονται κυρίως στις ενδότερες σκέψεις τους, οι οποίες είναι συνήθως αρνητικές και απαισιόδοξες και ασκούν έντονη αυτοκριτική. Επίσης, αντιμετωπίζουν συχνά δυσκολίες στη συγκέντρωση της



προσοχής και στη λήψη αποφάσεων, ε) στις βιολογικές αλλαγές: οι διαταραχές στον ύπνο και τη διατροφή, οι οποίες συχνά συνοδεύουν την καταθλιπτική διάθεση, ενδέχεται να οδηγήσουν σε απώλεια βάρους και στην εμφάνιση αισθημάτων σωματικής κόπωσης. Επίσης, τα παιδιά με κατάθλιψη παρουσιάζουν σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους, ναυτία και πόνους στο στομάχι.

Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται συνήθως στη βιβλιογραφία με τρεις τρόπους. Ο πρώτος τρόπος αναφέρεται στην κατάθλιψη ως σύμπτωμα, το οποίο μπορεί να εμφανιστεί σε όλους τους ανθρώπους ως αντίδραση σε οδυνηρές καταστάσεις και γεγονότα (Hammen & Rudolph, 1996 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 202). Ο δεύτερος τρόπος είναι, όταν ο όρος της κατάθλιψης χρησιμοποιείται με την έννοια του συνδρόμου, το οποίο αποτελείται από ένα συνδυασμό συμπτωμάτων, όπως συναισθήματα στενοχώριας, μοναξιάς και νευρικότητας, τα οποία συχνά έπονται ενός οδυνηρού γεγονότος, όπως είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, αλλά υποχωρούν σε εύλογο χρονικό διάστημα. Τέλος, ο όρος κατάθλιψη αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη διαταραχή, στην οποία τα παραπάνω συμπτώματα είναι αυξημένα σε ένταση, επιμένουν στο χρόνο και έχουν συγκεκριμένη αιτιολογία, πορεία και έκβαση (Peterson et al., 1993 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 203).

Οι πιθανές αιτίες της κατάθλιψης θα πρέπει να αναζητηθούν σε μια σειρά παραγόντων, οι οποίοι είναι πιθανό να αλληλεπιδρούν όσον αφορά στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Cicchetti & Toth, 1998 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 204). Σύμφωνα με τις γενετικές θεωρίες, η κατάθλιψη μπορεί να είναι κληρονομική, αφού, σύμφωνα με έρευνες, τα παιδιά των γονέων με κάποια διαταραχή της κατάθλιψης έχουν δυο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη σε σχέση με παιδιά γονέων χωρίς κάποια ψυχική διαταραχή (Beardslee et al., 1993 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 204).

Βέβαια, εκτός από τους γενετικούς μηχανισμούς μπορεί να συμμετέχουν και ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί στη μετάδοση της διαταραχής. Έρευνες έδειξαν ότι αυτό που ίσως κληρονομείται γενετικά είναι μια προδιάθεση στο άγχος και την κατάθλιψη και ότι η εκδήλωση κατάθλιψης ή κάποιας διαταραχής άγχους προϋποθέτει την ύπαρξη περιβαλλοντικών αγχογόνων καταστάσεων (Kendler, 1995 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 205).

Σύμφωνα με τις βιολογικές θεωρίες, μελέτες έδειξαν ότι η εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης οφείλεται σε νευροχημικές ανωμαλίες, οι οποίες είναι αποτέλεσμα χρόνιας έκθεσης σε στρεσογόνες ψυχολογικές και κοινωνικές συνθήκες



που σχετίζονται με την κατάθλιψη (Post et al., 1996 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 205).

Με τα αίτια που μπορούν να οδηγήσουν τα παιδιά στην κατάθλιψη ασχολούνται και οι γνωσιακές θεωρίες, οι οποίες επικεντρώνονται στο ρόλο των αρνητικών και δυσλειτουργικών αντιλήψεων για την εμφάνιση και την πορεία της κατάθλιψης. Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με κατάθλιψη κάνουν περισσότερα γνωστικά λάθη σε σχέση με τους συνομηλίκους τους, όπως υπεργενίκευση, επιλεκτική προσοχή στα αρνητικά γεγονότα και προσωποποίηση των αρνητικών γεγονότων (Leitenberg et al., 1986 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ.206). Επιπλέον, έχει επιβεβαιωθεί η παρουσία αρνητικής αυτοεικόνας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και αρνητικών αυτόματων σκέψεων στα παιδιά με κατάθλιψη (Asarnow et al., 1987 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 206). Μια άλλη, ευρέως γνωστή, θεωρία για την κατάθλιψη είναι αυτή του “μαθημένου αβοήθητου” (learned helplessness), η οποία αναπτύχθηκε από τον Seligman (1975 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ.206) και υποστηρίζει ότι η έκθεση του ατόμου σε αρνητικά και ανεξέλεγκτα γεγονότα μπορεί να το οδηγήσει στη γενικευμένη πεποίθηση ότι δεν είναι σε θέση να ελέγξει τη ζωή του. Τέλος, σύμφωνα με τη θεωρία του αυτοελέγχου, τα άτομα με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αυτοπαρατήρηση, την αυτοαξιολόγηση και την αυτοενίσχυσή τους, κατά την προσπάθεια επίτευξης ενός στόχου, με αποτέλεσμα να θέτουν εξαιρετικά υψηλούς στόχους, να είναι εξαιρετικά αυστηροί με τον εαυτό τους και να μη βιώνουν ικανοποίηση με τα επιτεύγματά τους (Rehm, 1977 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 207).

Σύμφωνα με τις θεωρίες των διαπροσωπικών σχέσεων, η κατάθλιψη αποτελεί μια αντίδραση στις δυσκολίες που βιώνει το άτομο στην αλληλεπίδρασή του με το κοινωνικό περιβάλλον, ιδιαίτερα στα πλαίσια της οικογένειας, ενώ ταυτόχρονα η καταθλιπτική συμπεριφορά συμβάλλει στην παγίωση και επιδείνωση των δυσκολιών αυτών.

Τέλος, σύμφωνα με τις περιβαλλοντικές θεωρίες, η κατάθλιψη σχετίζεται συχνά με αρνητικά γεγονότα, όπως είναι το διαζύγιο ή ο θάνατος των γονέων, οι κακές συνθήκες διαβίωσης, κάποιο σοβαρό ατύχημα ή ακόμη και η αλλαγή γειτονιάς και σχολείου (Kovacs, 1997 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 209). Αυτά τα γεγονότα μπορεί να συνδυάζονται και με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως η έλλειψη κοινωνικής στήριξης ή η ελλιπής γονεϊκή φροντίδα. Βέβαια, ο τρόπος που τα



παιδιά αντιδρούν στα αρνητικά γεγονότα διαφοροποιείται ανάλογα με το αναπτυξιακό τους επίπεδο.

Τα παιδιά με κατάθλιψη, συνήθως, αντιμετωπίζουν επιπροσθέτως προβλήματα, κυρίως στους τομείς των ακαδημαϊκών επιδόσεων, των γνωστικών λειτουργιών και των κοινωνικών τους σχέσεων. Όσον αφορά στο ακαδημαϊκό επίπεδο, η δυσκολία στη συγκέντρωση της προσοχής δυσχεραίνει την εκτέλεση πολύπλοκων δραστηριοτήτων, ενώ η έλλειψη κινήτρου και ενδιαφέροντος μειώνει την προσπάθεια που καταβάλλουν τα παιδιά κατά τη μελέτη. Επίσης, η ψυχοκινητική επιβράδυνση μπορεί να μειώσει το ρυθμό απόκτησης νέων γνώσεων, με αποτέλεσμα την περιορισμένη επιτυχία στη σχολική τάξη, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω μείωση του κινήτρου για μάθηση και σε αρνητικές σχολικές εμπειρίες (Kovacs & Goldston, 1991 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ. 212).

Η κατάθλιψη επηρεάζει, επίσης, αρνητικά τις γνωστικές λειτουργίες των παιδιών και κυρίως τον τρόπο αντίληψης και επεξεργασίας των ερεθισμάτων που προέρχονται από το κοινωνικό περιβάλλον. Ο τομέας, πάντως, στον οποίο τα παιδιά με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν τις περισσότερες δυσκολίες είναι ο κοινωνικός. Τα παιδιά αυτά συχνά παραπονιούνται ότι δεν έχουν φίλους και ότι δεν είναι αγαπητά και αποδεκτά στις παρέες των συνομηλίκων τους. Αυτή η αντίληψη αντανακλά την πραγματικότητα, όπως φαίνεται από έρευνες, στις οποίες διαπιστώνεται η κοινωνική απόρριψη και η χαμηλή δημοτικότητα αυτών των παιδιών (Kaslow et al., 1994 βλ. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002 σελ.213).

Σύμφωνα με τους De Mesquita και Gilliam (1994) το μισό ποσοστό των παιδιών που διαγνώστηκαν ως καταθλιπτικά μπορεί, επίσης, να πάσχουν και από κάποια άλλη διαταραχή, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος διαφοροποίησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των παιδιών από τα συμπτώματα άλλων σχετικών διαταραχών. Επίσης, όσο πιο σίγουροι είναι οι ειδικοί ότι τα παιδιά πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης και άλλης διαταραχής. Γι' αυτό, τα παιδιά που πάσχουν από πιο σοβαρής μορφής κατάθλιψη αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές (Flemming, Offord & Boyle, 1989). Πιο συγκεκριμένα, οι διαταραχές που μπορεί να εμφανίζονται με την κατάθλιψη ή ακόμη και να μην είναι δυνατό να διακρίνονται μεταξύ τους είναι: α) οι διαταραχές άγχους, οι οποίες έχουν πολλές διαγνωστικές ομοιότητες με την κατάθλιψη στα παιδιά, β) οι διαταραχές διαγωγής, οι οποίες μπορεί να είναι είτε το αποτέλεσμα ή το αίτιο της κατάθλιψης, ή μπορεί να

υπάρχει ένας κρυφός τρίτος παράγοντας που να οδηγεί σε αυτές τις δυο διαταραχές, γ) η ΔΕΠ-Υ. Τα δεδομένα δείχνουν ότι τα παιδιά με κατάθλιψη είναι πολύ πιο πιθανό να διαγνωστούν ότι έχουν ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα μη καταθλιπτικά παιδιά. Η παιδική κατάθλιψη είναι επίσης σχετικά κοινή σε παιδιά με φτωχή σχολική απόδοση ή μαθησιακές δυσκολίες, νοητική υστέρηση και φυσιολογικές διαταραχές, όπως μειονεκτήματα στις αναπτυξιακές ορμόνες και επιληψία.

Στα προηγούμενα κεφάλαια αναφέρθηκε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι πιθανό να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αυξημένο άγχος κατά τα σχολικά χρόνια και με τη σειρά του το άγχος μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη (Wright-Strawderman & Watson, 1992). Οι ίδιοι μελετητές αναφέρουν ότι, εξαιτίας των αυξημένων επιπέδων αποτυχίας που μπορεί να βιώνουν οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες κατά τη σχολική τους θητεία, το σχολικό περιβάλλον μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης. Ο Bender και οι συνεργάτες του (Bender & Wall, 1994; Huntington & Bender, 1993) αναφέρουν ότι το σχολικό άγχος των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, εξαιτίας και της κοινής εμφάνισής του με τα κοινωνικο-συναισθηματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι μαθητές (π.χ. χαμηλή αυτοαντίληψη, υψηλά ποσοστά συμπεριφορικών προβλημάτων στο σχολείο).

Σε μια έρευνά τους για την καταθλιπτική συμπτωματολογία, οι Hall και Haws (1989) αναφέρουν ότι η κατάθλιψη επιδρά με διαφορετικό τρόπο στην απόδοση του παιδιού σε ένα ευρύ φάσμα γνωστικών αντικειμένων. Επομένως, αν ένα παιδί πάσχει από κατάθλιψη η ακαδημαϊκή του απόδοση μειώνεται. Βασιζόμενοι στα κριτήρια του ορισμού των μαθησιακών δυσκολιών (σημαντική απόκλιση των δυνατοτήτων του παιδιού και του πραγματικού επιπέδου απόδοσής του), μπορούμε να υποθέσουμε ότι τα καταθλιπτικά παιδιά μπορούν να χαρακτηριστούν ως παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, σύμφωνα με αυτό το μειονέκτημά τους.

Από την άλλη πλευρά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα παιδιά που δεν τα καταφέρνουν στο σχολείο είναι πιθανοί υποψήφιοι πάσχοντες από κατάθλιψη. Όταν τα παιδιά αποτυγχάνουν στο σχολείο και έτσι δε δέχονται την αναγνώριση και τον έπαινο, όπως άλλοι συμμαθητές τους, τότε γίνονται ανεύθυνα απέναντι στις σχολικές τους υποχρεώσεις. Επομένως, οι μαθησιακές δυσκολίες στα παιδιά μπορεί πράγματι να αποτελέσουν μια αιτία για την κατάθλιψη, και η μαθησιακή υστέρηση είναι συχνά αποτέλεσμα της έλλειψης ενέργειας και προσοχής που επιδεικνύουν τα καταθλιπτικά παιδιά.



Στην έρευνα των Hall και Haws (1989) έλαβαν μέρος 100 μαθητές με μαθησιακές και χωρίς μαθησιακές δυσκολίες από την τετάρτη, πέμπτη και έκτη τάξη. Οι μαθητές συμπλήρωσαν το Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1979). Οι δάσκαλοι τους συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο συμπεριφορών βασισμένο στα κριτήρια του DSM-III για την κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες έλαβαν σημαντικά υψηλότερα σκορ στο CDI σε σχέση με τους μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Επιπλέον, οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες επέδειξαν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με τους συμμαθητές τους που παρακολουθούσαν κανονικά εκπαιδευτικά προγράμματα. Βέβαια, παρόλο που οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες παρουσίαζαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, αυτό δε σημαίνει ότι όλοι οι μαθητές με αυτού του είδους τις δυσκολίες έλαβαν τέτοια αποτελέσματα στο CDI ενδεικτικά της εμφάνισης της κατάθλιψης. Τα παιδιά με υψηλή βαθμολογία στο CDI, στα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι δάσκαλοί τους φάνηκε ότι παρουσιάζουν περισσότερα σημάδια κατάθλιψης. Επίσης, η βαθμολογία στην κλίμακα μέτρησης της συμπεριφοράς ήταν πολύ υψηλότερη στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες σε σχέση με τα παιδιά χωρίς δυσκολίες. Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι αντιλήψεις των δασκάλων για τα παιδιά που μπορεί να αντιμετωπίζουν κατάθλιψη είναι ακριβείς.

Στην έρευνα των Stevenson και Romney (1984) συμμετείχαν 103 μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες ηλικίας 8- 13 ετών. Από τη συμπλήρωση του Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1979) προέκυψε ότι το 14% του δείγματος με όριο το 19 έφτασε στο όριο ή παραπάνω από αυτό, και γι' αυτό σύμφωνα με τον Kovacs, το δείγμα αυτών των μαθητών μπορεί να θεωρηθεί ως σημαντικά καταθλιπτικό. Δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ του λιγότερο και περισσότερου καταθλιπτικού δείγματος, όσον αφορά στην ηλικία, το φύλο, τη νοημοσύνη ή το είδος της δυσκολίας. Ένα άλλο εύρημα ήταν ότι τα καταθλιπτικά παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που δεν πάσχουν από κατάθλιψη.

Οι Wright- Strawderman και Watson (1992) μελέτησαν τα επίπεδα κατάθλιψης σε 53 μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες ηλικίας 8 - 11 ετών. Χρησιμοποίησαν δυο μετρήσεις για την κατάθλιψη: οι μαθητές συμπλήρωσαν το CDI (Kovacs, 1979) και οι γονείς απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο προκειμένου να εξεταστούν οι απόψεις των γονέων για τα παιδιά τους. Το 36% περίπου των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες βαθμολογήθηκαν μέσα στο εύρος της κατάθλιψης σύμφωνα με το CDI, σε

σχέση με το 10% των παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες από το δείγμα ελέγχου. Οι επιλογές μερικών μαθητών στο CDI ήταν ενδιαφέρουσες: έξι παιδιά (11% του δείγματος) συμφώνησαν με τη δήλωση, "Θέλω να αυτοκτονήσω". Ενδιαφέρον προκαλεί ότι οι απαντήσεις των γονέων στο σχετικό ερωτηματολόγιο δε σχετίζονται με τις απαντήσεις των παιδιών τους στο CDI. Το γεγονός αυτό μπορεί να σημαίνει ότι, είτε αυτά τα δυο διαγνωστικά εργαλεία μετρούν ελαφρώς διαφορετικά φαινόμενα, ή ότι οι γονείς δε γνωρίζουν τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες.

Σε μια άλλη έρευνα της Heath (1992) εξετάστηκε η κατάθλιψη σε 66 παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που φοιτούσαν στην πέμπτη και όγδοη τάξη. Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το CDI (Kovacs, 1979) ως μέτρηση για την κατάθλιψη, μια μέτρηση για την αυτοαντίληψη σχετικά με την ακαδημαϊκή επιτυχία και οι βαθμοί των μαθητών στην ανάγνωση, τα μαθηματικά και την ορθογραφία. Βρέθηκε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετώπιζαν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να επιδείξουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Όμως, οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες ήταν το ίδιο πιθανό να αντιμετωπίσουν μεσαία επίπεδα κατάθλιψης όσο και οι συμμαθητές τους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες.

Σε μια ακόλουθη ανάλυση αυτών των δεδομένων, η Heath (1995) βρήκε τη σχέση ανάμεσα στην ακαδημαϊκή αποδοτικότητα και την κατάθλιψη σε παιδιά και νέους με μαθησιακές δυσκολίες. Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτή την έρευνα υπάρχουν υποομάδες μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες, οι οποίοι αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τον κίνδυνο της κατάθλιψης, ενώ άλλες υποομάδες αντιμετωπίζουν σε μικρότερο βαθμό ή και καθόλου αυτόν τον κίνδυνο. Επίσης, αυτά τα σχετικά επίπεδα κατάθλιψης έχουν ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση διαφορετικής αντίληψης σχετικά με την ακαδημαϊκή αποδοτικότητα ανάμεσα στις ομάδες των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες, ανεξάρτητα από τα πραγματικά μειονεκτήματα των δυνατοτήτων τους.

Μια άλλη έρευνα των Maag και Behrens (1989) μελέτησε την κατάθλιψη σε σχέση με το φύλο. Το δείγμα τους αποτελούνταν από 178 παιδιά γυμνασίου με μαθησιακές δυσκολίες (121 αγόρια και 57 κορίτσια, με μέσο όρο ηλικίας 14 ετών) και 143 παιδιά λυκείου με μαθησιακές δυσκολίες (98 αγόρια και 45 κορίτσια, με μέσο όρο ηλικίας 16 - 17 ετών). Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν το Beck Short Form (Beck & Beck, 1972). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κάθε ομάδα μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες (αγόρια και κορίτσια, γυμνασίου ή λυκείου) ήταν πιο πιθανό

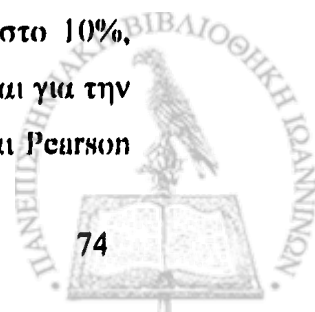


να βιώσουν σοβαρή κατάθλιψη από ό,τι οι μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Παρόλα αυτά, τα κορίτσια γυμνασίου με μαθησιακές δυσκολίες διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν σοβαρή κατάθλιψη (32% της ομάδας) από ό,τι τα αγόρια (20% της ομάδας), όταν συγκρίθηκαν με παιδιά χωρίς δυσκολίες (10% της "φυσιολογικής" ομάδας). Οι διαφορές ήταν λιγότερο εμφανείς στο λύκειο (17% των αγοριών έναντι 18% των κοριτσιών διαγνώστηκαν με σοβαρή κατάθλιψη). Τα δεδομένα αυτά δείχνουν τη σημασία του φύλου και της ηλικίας.

Μια άλλη έρευνα των Dalley, Bolocofsky, Alcorn και Baker (1992) συνέκριναν μαθητές λυκείου με μαθησιακές και χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, χρησιμοποιώντας την κλίμακα μέτρησης Reynolds Adolescent Depression (Reynolds, 1987). Συνέκριναν τις απαντήσεις 42 μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες με αυτές 105 μαθητών χωρίς δυσκολίες. Ο μέσος όρος ηλικίας των μαθητών κυμαινόταν από 16.9 έως 17.3 έτη. Είναι μια από τις ελάχιστες σχετικές έρευνες που έγιναν με παιδιά τόσο μεγάλης ηλικίας. Οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες διαιρέθηκαν σε υποομάδες βασιζόμενες στη συνολική ακαδημαϊκή αποδοτικότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες που είχαν ελάχιστη ακαδημαϊκή επιτυχία αντιμετώπιζαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους συνομηλίκους τους χωρίς δυσκολίες. Ενώ οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες που ήταν σχετικά πιο πετυχημένοι ακαδημαϊκά δεν αντιμετώπιζαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης.

Μια πιο πρόσφατη έρευνα των Heath και Ross (2000) που έγινε με παιδιά με μαθησιακές και χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, μελέτησε την κατάθλιψη με βάση το φύλο. Βρέθηκε ότι τα κορίτσια με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετώπιζαν μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής κατάθλιψης σε σχέση με τους συνομηλίκους τους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, ενώ όσον αφορά στα αγόρια η ύπαρξη ή απουσία μαθησιακών δυσκολιών δεν παίζουν ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης. Τα κορίτσια με μαθησιακές δυσκολίες δήλωναν μεγαλύτερα επίπεδα ανηδονίας, διαπροσωπικά προβλήματα και αρνητική αυτοαντίληψη σε σχέση με τους συνομηλίκους τους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, γεγονός που δίνει έμφαση στην επίδραση των μαθησιακών δυσκολιών, η οποία είναι ιδιαίτερα κρίσιμη στη συναισθηματική λειτουργία των κοριτσιών.

Βέβαια, υπάρχουν και έρευνες σε παιδιά και νέους με μαθησιακές δυσκολίες, οι οποίες δε δείχνουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης. Για παράδειγμα, η έρευνα των Maag και Reid (1994) έδειξε ότι το ποσοστό κατάθλιψης κυμαινόταν στο 10%, ποσοστό όμοιο και για την ομάδα των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και για την ομάδα χωρίς δυσκολίες. Μια άλλη έρευνα των Newcomer, Barenbaum και Pearson



(1995) που έγινε με τη συμμετοχή μαθητών και δασκάλων, δε βρήκε σημαντικές διαφορές στα επίπεδα κατάθλιψης των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και χωρίς δυσκολίες μέσα από τις απαντήσεις που έδωσαν οι μαθητές στο Depression and Anxiety in Youth Scale (Newcomer, Barenbaum & Bryant, 1994). Όμως, τα αποτελέσματα της βαθμολογίας των δασκάλων έδειξαν ότι οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες παρουσίαζαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι οι περισσότερες έρευνες σε μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες δείχνουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με μαθητές που δεν αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους δυσκολίες. Αυτές οι έρευνες δείχνουν ότι οι μαθητές που έχουν λιγότερες επιτυχίες στο σχολείο αντιμετωπίζουν πιο έντονα τον κίνδυνο της κατάθλιψης σε σχέση με μαθητές που ναι μεν είχαν μαθησιακές δυσκολίες αλλά είχαν περισσότερες ακαδημαϊκές επιτυχίες. Επομένως, φαίνεται ότι η ακαδημαϊκή επιτυχία αποτελεί έναν προστατευτικό παράγοντα απέναντι στην κατάθλιψη σε πληθυσμούς παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες.

4. ΘΕΜΑΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Παρότι η κλινική αξιολόγηση διαπνέεται από επιστημονικές αρχές, χαρακτηρίζεται από μια πρακτική εστίαση που είναι κάπως διαφορετική από την εστίαση της εμπειρικής έρευνας με την οποία ασχοληθήκαμε μέχρι τώρα. Ο κύριος ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας συνίσταται στο να παρέχει βοήθεια. Επομένως, ο τελικός στόχος της αξιολόγησης των παιδιών είναι η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού θεραπευτικού προγράμματος.

Κατά τη διάρκεια μιας αξιολόγησης, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας ψάχνει για δεδομένα που να επιβεβαιώνουν ή να αποκλείουν διάφορες υποθέσεις σχετικά με τη φύση των προβλημάτων του παιδιού και τις διαδικασίες που συντελούν στην ανάπτυξή τους. Επομένως, η αξιολόγηση δεν μπορεί να διαχωριστεί από τη θεωρία. Η θεωρητική προσέγγιση του επαγγελματία ψυχικής υγείας επηρεάζει το ποιες υποθέσεις διατυπώνονται ευκολότερα και τι είδους δεδομένων θα ήταν πιο χρήσιμα για τον έλεγχο αυτών των υποθέσεων. Οι συμπεριφοριστικά προσανατολισμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν ότι η ψυχοπαθολογία μπορεί να γίνει κατανοητή μέσω των αρχών της κοινωνικής μάθησης. Κατά συνέπεια, τείνουν να μελετούν τους προάγγελους και τις συνέπειες της προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών, προκειμένου να προσδιορίσουν τους παράγοντες του περιβάλλοντος που μπορεί να την ενισχύουν. Οι γνωστικά προσανατολισμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ενδιαφέρονται περισσότερο για τις γνωστικές διεργασίες των παιδιών και τις εκτιμήσεις από την πλευρά τους που τα οδηγούν σε δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις. Οι ψυχαναλυτικά προσανατολισμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εστιάζονται στους ασυνείδητους παράγοντες που καθορίζουν τα συμπτώματα των παιδιών, οι οποίοι δεν είναι άμεσα παρατηρήσιμοι, αλλά μπορούν να προκύψουν από τις προβολές και τις φαντασιώσεις των παιδιών. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με συστημικό προσανατολισμό θεωρούν ότι τα προβλήματα των παιδιών προκύπτουν εντός του πλαισίου του οικογενειακού συστήματος και, επομένως, επικεντρώνονται στην αξιολόγηση των τρόπων με τους οποίους όλα τα μέλη της οικογένειας αλληλεπιδρούν μεταξύ τους στο παρόν. Αντιθέτως, οι ανθρωπιστικής κατεύθυνσης επαγγελματίες ψυχικής υγείας δε

θέλουν να παρεμποδίσουν την αυτό-ανακάλυψη επιβάλλοντας τις ερμηνείες τους στα παιδιά, και επομένως ελαττώνουν την αξιολόγηση στο ελάχιστο.

Οι εξελικτικοί ψυχοπαθολόγοι, ωστόσο, υποστηρίζουν ότι ο καθένας από αυτούς τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας βλέπει μόνο ένα κομμάτι του γρίφου. Η οργανωτική προσέγγιση προτείνει ότι η πλήρης αξιολόγηση ενός παιδιού πρέπει να ενσωματώνει πληροφορίες από διάφορες περιοχές, συμπεριλαμβανομένης της συμπεριφορικής, της γνωστικής, της συναισθηματικής, της ψυχοδυναμικής, της διαπροσωπικής και της συστημικής. Επιπλέον, οι εξελικτικοί ψυχοπαθολόγοι προσεγγίζουν τα παιδιά όχι ως σύνολα αυτών των ξεχωριστών τμημάτων, αλλά ως ολοκληρωμένα, οργανωμένα και δυναμικά συστήματα.

Η αξιολόγηση προσομοιάζει με ένα εγχείρημα ελέγχου υποθέσεων. Στην προσπάθεια να αφομοιωθεί, να οργανωθεί και να ερμηνευθεί ο μεγάλος όγκος των στοιχείων που συλλέγονται, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας κινούνται άρρηκτα, όπως οποιοσδήποτε άλλος επιστήμονας. Κανένα συγκεκριμένο τμήμα της συμπεριφοράς δεν είναι καθοριστικό, αλλά το κάθε ένα είναι υποδηλωτικό. Καθώς αυτά τα τμήματα συσσωρεύονται, επιβεβαιώνονται ορισμένες αρχικές υποθέσεις και απορρίπτονται άλλες. Έως το τέλος της διαδικασίας αξιολόγησης, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας μπορεί να προβεί σε διατυπώσεις σχετικά με το πρόβλημα του παιδιού με ένα λογικό βαθμό βεβαιότητας. Άλλες διατυπώσεις θα είναι περισσότερο υποθετικές και υπό εξέταση και διάφορα ερωτήματα θα παραμείνουν αναπάντητα.

Το τελικό προϊόν της αξιολόγησης είναι η διατύπωση περίπτωσης, μια σύντομη περιγραφή του παιδιού που ενσωματώνει την ερμηνεία του επαγγελματία ψυχικής υγείας για το πώς προέκυψε το πρόβλημα και το πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί. Η διατύπωση περίπτωσης βοηθά στη σύνθεση όλων των πληροφοριών που συνέλεξε ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας και τη σχηματοποίησή τους με τρόπο που να είναι χρήσιμες σε εκείνους που ζήτησαν την αξιολόγηση. Μια αποτελεσματική έκθεση αξιολόγησης σχετικά με ένα παιδί βοηθά τον αναγνώστη της να κατανοήσει το παιδί και να διαμορφώσει ιδέες για το πώς να παρέμβει αποτελεσματικά. Ωστόσο, αυτή η διατύπωση δε θα πρέπει να είναι άκαμπτη. Όπως όλες οι υποθέσεις, η διατύπωση περίπτωσης είναι ανοιχτή σε νέες πληροφορίες και μπορεί να αναθεωρηθεί, εάν παρουσιαστούν νέα δεδομένα που αντιτίθενται σε αυτή.

Οι αρχικές πηγές των δεδομένων, προκειμένου να μπορέσουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να διατυπώσουν την αξιολόγηση της περίπτωσης του κάθε παιδιού,

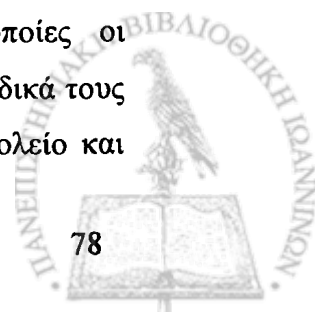
προέρχονται από το παραπέμπον πρόσωπο- δάσκαλο, γονέα, γιατρό κ.τ.λ.-, το οποίο μπορεί να παρέχει πληροφορίες για το πρόβλημα, όπως γίνεται αντιληπτό από τους ενδιαφερόμενους ενηλίκους, τη διάρκεια και την έναρξή του, τις επιπτώσεις του στο παιδί και τους άλλους, και μέτρα που έχουν τυχόν ληφθεί για την αντιμετώπισή του. Οι γονείς και οι δάσκαλοι αποτελούν τις κυριότερες πηγές παραπομπών.

Οι πληροφορίες σχετικά με το παιδί και την οικογένεια προέρχονται συνήθως, κατ' αρχάς, από μια συνέντευξη με τους γονείς. Κατά τη διάρκεια αυτής της συνέντευξης, οι γονείς δίνουν πληροφορίες σχετικά με το πρόβλημα του παιδιού τους. Στη συνέχεια λαμβάνεται μια λεπτομερής εξελικτική ιστορία, προκειμένου να διερευνηθούν οι προγενέστερες συνθήκες που πιθανόν να έχουν συμβάλει στις παρούσες δυσκολίες του παιδιού. Επίσης, καλύπτονται ζητήματα σχετικά με την προγεννητική και περιγεννητική ιστορία του παιδιού, ενώ διερευνάται η προσαρμογή του παιδιού στην οικογένεια και στις ομάδες των συνομηλίκων. Κατά τη διάρκεια αυτής της συνέντευξης, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας έχει τη δυνατότητα να γνωρίσει του γονείς και τη μεταξύ τους σχέση, ενώ προσπαθεί να χτίσει σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του παιδιού σαν ομάδα.

Η αξιολόγηση του επαγγελματία ψυχικής υγείας αρχίζει από την πρώτη επαφή με το παιδί και τους γονείς. Η εμφάνισή τους και οι αλληλεπιδράσεις μαζί τους παρέχουν ενδείξεις ως προς τα χαρακτηριστικά της οικογένειας και τις σχέσεις μεταξύ των μελών της. Επίσης, ο τρόπος με τον οποίο το παιδί θα σχετιστεί με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας παρέχει πληροφορίες σχετικά με την αντίληψή του για τους ενηλίκους.

Στη συνέχεια ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας παίρνει συνεντεύξεις από τα παιδιά. Οι συνεντεύξεις παρέχουν διάφορα πλεονεκτήματα, όπως το ότι δίνουν στα παιδιά τη δυνατότητα να παρουσιάσουν τη δική τους άποψη για το πρόβλημα, επιτρέπουν στον ερευνητή να αξιολογήσει τομείς λειτουργίας που μπορεί να μην είναι προσιτοί με άλλα μέσα, βοηθούν τον ερευνητή να παρατηρήσει τη συμπεριφορά των παιδιών και τις στάσεις τους όσον αφορά στο πρόβλημα, και παρέχουν την ευκαιρία να εγκαθιδρυθεί μια σχέση.

Οι συνεντεύξεις μπορεί να είναι μη δομημένες, κατά τις οποίες οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ενθαρρύνουν τα παιδιά να περιγράψουν με δικά τους λόγια τις απόψεις τους σχετικά με το πρόβλημα, την οικογένεια, το σχολείο και



τους φίλους τους, τα ενδιαφέροντα, τις ελπίδες και τους φόβους τους καθώς και την αυτό-εικόνα τους. Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις συνίστανται από μια σειρά ανοιχτών ερωτήσεων και ακολουθούνται από συγκεκριμένες υποερωτήσεις, σχεδιασμένες ώστε να βοηθήσουν τον ερευνητή να προσδιορίσει την παρουσία ή την απουσία διαγνωστικών συμπτωμάτων. Τέλος, οι δομημένες συνεντεύξεις αποτελούνται από μια σειρά συγκεκριμένων ερωτήσεων ή δηλώσεων, αλλά η απάντηση του παιδιού είναι επίσης δομημένη, είτε ως επιλογή μεταξύ “ναι” και “όχι”, είτε ως σημείο σε μια κλίμακα που κυμαίνεται από το “συμφωνώ πλήρως” έως το “διαφωνώ”.

Για να είναι χρήσιμη οποιαδήποτε τεχνική αξιολόγησης, θα πρέπει το παιδί να είναι σε κάποιο βαθμό συνεργάσιμο. Επομένως, η καλή σχέση αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα για τη διαδικασία της αξιολόγησης. Η εγκαθίδρυση της σχέσης απαιτεί κλινικές δεξιότητες, ευαισθησία και εμπειρία. Επιπλέον, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας πρέπει να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει διάφορα εμπόδια σε διαφορετικές ηλικίες. Επίσης, για τον επαγγελματία ψυχικής υγείας τίθεται και το ζήτημα του πώς μπορεί να καταφέρει κανείς να δώσει σε παιδιά διαφορετικών ηλικιών την εικόνα ενός φιλικού ενήλικα που ενδιαφέρεται γι’ αυτά. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με μια στάση θερμής, που να διαπνέεται από ενδιαφέρον και σεβασμό, η οποία να μπλέκει το παιδί, χωρίς να είναι υπερβολικά τυπική.

Από όλους τους επαγγελματίες που ασχολούνται με διαταραγμένα παιδιά, οι κλινικοί ψυχολόγοι έχουν ενδιαφερθεί περισσότερο για την ανάπτυξη τεχνικών αξιολόγησης που να μπορούν να χορηγηθούν και να βαθμολογηθούν με αντικειμενικό τρόπο, τα πρότυπα των οποίων να προκύπτουν από σαφώς προσδιορισμένους πληθυσμούς και που να έχουν εξακριβωμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα. Από τις πιο ευρέως διαδεδομένες δοκιμασίες είναι οι εξής: οι γνωστικές δοκιμασίες για την παιδική ηλικία έως την εφηβεία, που περιλαμβάνουν διάφορες δοκιμασίες νοημοσύνης. Οι δοκιμασίες επιτεύγματος, που αξιολογούν τις ακαδημαϊκές επιδόσεις του παιδιού. Η νευροψυχολογική αξιολόγηση, η οποία αρχίζει συνήθως με δοκιμασίες νοημοσύνης και επιτεύγματος αλλά παρέχει και ενδείξεις σχετικές με τις ψυχολογικές λειτουργίες που μπορεί να επηρεάζονται από την οργανική εγκεφαλική βλάβη. Η κοινωνικοσυναισθηματική αξιολόγηση, η οποία περιλαμβάνει τις Κλίμακες Αναφορών για γονείς και δασκάλους και τις Κλίμακες Αυτοαναφοράς των παιδιών. Επίσης, υπάρχουν οι προβολικές τεχνικές, με πιο γνωστές τεχνικές το Rorschach, τα προβολικά σχέδια και τις δοκιμασίες



αντίληψης. Τέλος, η συμπεριφορική αξιολόγηση περιλαμβάνει τις Κλίμακες Εκτίμησης της Συμπεριφοράς και τη συμπεριφορική παρατήρηση.

Ύστερα από την αξιολόγηση του προβλήματος του παιδιού, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας καλείται να ακολουθήσει μια γραμμή παρέμβασης. Αυτές οι παρεμβάσεις προκύπτουν από διαφορετικές παραδόσεις σχετικά με τη φύση της ψυχοπαθολογίας και τα απαραίτητα μέσα για την αντιμετώπισή της. Όσον αφορά στις μεθόδους παρέμβασης, μπορούμε να ανατρέξουμε στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσης εργασίας, τις ποικίλες θεωρίες της ψυχοπαθολογίας. Η θεωρία καθοδηγεί την αντίληψη του κλινικού σχετικά με το τι προκαλεί, και τι πιθανόν ανακουφίζει, τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών. Οι θεωρίες της ψυχοπαθολογίας που έχουν διατυπώσει κάποιες μεθόδους παρέμβασης για τα παιδιά είναι: η ψυχαναλυτική προσέγγιση, η ανθρωπιστική προσέγγιση, οι συμπεριφορικές θεραπείες, οι γνωστικές θεραπείες και το οικογενειακό συστημικό μοντέλο.

Συχνά στο παρελθόν οι θεραπευτές έμεναν αυστηρά προσκολλημένοι σε κάποια θεωρητική οπτική, είτε αυτή ήταν η ψυχαναλυτική, η συμπεριφορική ή η συστημική. Η εμμονή στο δικό τους "τύπο" ψυχοθεραπείας οδηγούσε τους κλινικούς να βλέπουν όλες τις περιπτώσεις μέσα από ένα μόνο πρίσμα και, πολλές φορές, να προτείνουν την ίδια μορφή θεραπείας για όλους. Όμως, όλο και περισσότερο η ερευνητική τάση κατευθύνεται σε πιο περίπλοκα και εκλεπτυσμένα ερωτήματα, όπως ποια θεραπεία είναι η πιο αποτελεσματική, για ποιον και πότε. Επομένως, μια καλύτερη προσέγγιση είναι να βρει κανείς τι ταιριάζει περισσότερο σε ένα δεδομένο παιδί, βασιζόμενος στο εξελικτικό του στάδιο, στην ψυχοπαθολογία και στα ενδοπροσωπικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά.

Πολλοί συγγραφείς διατείνονται ότι η κατανόηση της εξελικτικής ψυχοπαθολογίας μπορεί να εμπλουτίσει με πληροφορίες τις παρεμβάσεις μας σε παιδιά. Για προφανείς λόγους, η γνώση της φυσιολογικής ανάπτυξης είναι απαραίτητη. Πρώτον, η γνώση σχετικά με το τι είναι αναμενόμενο από παιδιά μιας δεδομένης ηλικίας επιτρέπει στον επαγγελματία ψυχικής υγείας να διακρίνει τη φυσιολογική από την παθολογική συμπεριφορά. Δεύτερον, η κατανόηση των εξελικτικών στόχων που αντιμετωπίζει το παιδί μπορεί να βοηθήσει, ώστε να τοποθετηθεί η συμπεριφορά σε ένα πλαίσιο και να εξηγηθεί η αιτιολογία της. Επιπλέον, το επίπεδο της γνωστικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την επιλογή της κατάλληλης παρέμβασης. Ενώ είναι προφανής η ανάγκη προσαρμογής στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού, λίγες

θεραπείες έχουν πραγματικά εστιάσει την προσοχή τους στις γνωστικές και γλωσσικές διαφορές, για παράδειγμα, ανάμεσα σε ένα παιδί προσχολικής ηλικίας και ένα παιδί σχολικής ηλικίας.

Για την κλινική αξιολόγηση και την παρέμβαση, απαιτείται υψηλός βαθμός επαγγελματικής ικανότητας. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να είναι επιδέξιοι και ευαίσθητοι στο χειρισμό των διάφορων διαπροσωπικών προβλημάτων, που είναι εγγενή στην αντιμετώπιση γονέων και παιδιών με προβλήματα. Οι επαγγελματίες πρέπει να είναι πεπεισμένοι σχετικά με τις διαδικασίες που χρησιμοποιούν και τα προβλήματα που καλούνται να αξιολογήσουν και στη συνέχεια να παρέμβουν. Πρέπει να είναι καλά εξοικειωμένοι με τους κώδικες δεοντολογίας του επαγγέλματός τους και να τους τηρούν. Τέλος, πρέπει να έχουν επαρκή ακαδημαϊκή και επαγγελματική εκπαίδευση, η οποία για έναν κλινικό παιδοψυχολόγο συνήθως περιλαμβάνει ένα σχετικό μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών από αναγνωρισμένο πανεπιστήμιο και τουλάχιστον δυο χρόνια κλινικής εμπειρίας με εποπτεία (Wenar & Kerig, 2000).

ΜΕΡΟΣ Β

1. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι κοινά αποδεκτό ότι πολλά παιδιά εκδηλώνουν διαφόρων ειδών μαθησιακές δυσκολίες, οι οποίες γίνονται αντιληπτές από τους γονείς και τους δασκάλους κυρίως κατά τη διάρκεια της φοίτησης των παιδιών στο δημοτικό σχολείο. Οι μαθησιακές δυσκολίες επηρεάζουν τη δυνατότητα μάθησης του παιδιού σε διάφορους τομείς της εκπαίδευσης, ανάγνωση, γραφή, κατανόηση, μαθηματικά. Σειρά ερευνών σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες απέδειξαν ότι αυτά τα παιδιά συγκριτικά με παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες διαφέρουν ως προς το βαθμό και την ένταση εκδήλωσης ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Επίσης, θεωρείται ότι παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες δεν μπορούν να παρακολουθήσουν με ευκολία τις κανονικές τάξεις και να ακολουθήσουν το ρυθμό μάθησης των παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες.

1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχοι της έρευνας είναι να μελετήσει:

- Πρώτον, ποια η σχέση της υπερκινητικότητας, των συναισθηματικών προβλημάτων, της διαταραχής διαγωγής, των προβλημάτων με τους συνομηλίκους, της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς και της κατάθλιψης σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και σε παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες δημοτικού σχολείου.
- Δεύτερον, αν υπάρχουν διαφορές στην υπερκινητικότητα, στα συναισθηματικά προβλήματα, στη διαταραχή διαγωγής, στα προβλήματα με τους συνομηλίκους, στη θετική κοινωνική συμπεριφορά και στην κατάθλιψη

ανάμεσα σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες δημοτικού σχολείου.

- Τέλος, αν οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και οι μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες διαφέρουν ανάλογα με το φύλο στην υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την κατάθλιψη.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ως μέσο συλλογής δεδομένων ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε σε εκπαιδευτικούς δημοτικών σχολείων.

2.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 138 μαθητές που φοιτούσαν σε όλες τις τάξεις του Δημοτικού σε σχολεία της περιοχής των Ιωαννίνων. Από αυτούς τους μαθητές οι 69 αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα, δηλαδή μαθητές που παράλληλα με τις κανονικές τάξεις παρακολουθούσαν και τα τμήματα ένταξης των σχολείων τους, μαθητές με κάποιας μορφής μαθησιακή δυσκολία. Οι 69 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου, δηλαδή μαθητές που παρακολουθούσαν μόνο τα μαθήματα των κανονικών τάξεων. Η πειραματική ομάδα αποτελείται από 44 αγόρια και 25 κορίτσια με μέσο όρο ηλικίας από 7,60 έως 12,34 ενώ η ομάδα ελέγχου αποτελείται από 44 αγόρια και 25 κορίτσια με μέσο όρο ηλικίας από 6,88 έως 11,72. Όπως φαίνεται από το δείγμα που συλλέξαμε επιβεβαιώνεται το εύρημα πολλών μελετών των μαθησιακών δυσκολιών ότι τα αγόρια εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό μαθησιακές δυσκολίες σε σύγκριση με τα κορίτσια. Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία ενώ στην ομάδα ελέγχου προσπαθήσαμε να περιλάβουμε μαθητές κανονικού μορφωτικού επιπέδου και απόδοσης.

Πίνακας 1. Μέσος όρος ηλικιών ανά τάξη παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες.

	Α' τάξη	Β' τάξη	Γ' τάξη	Δ' τάξη	Ε' τάξη	ΣΤ' τάξη
ΜΔ	n=4 7,6	n= 7 8,5	n=13 9,43	n=21 10,1	n=12 11,05	n=12 12,34
ΧΜΔ	n=5 6,88	n=7 8	n=13 8,78	n=22 10,13	n=13 10,58	n=12 11,72

ΜΔ= παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, ΧΜΔ= παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες

2.3 ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Σύμφωνα με τους στόχους της έρευνάς μας οι μηδενικές και οι εναλλακτικές μας υποθέσεις διαμορφώνονται ως εξής:

1. **H₀:** δεν υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στην υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη στους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και τους μαθητές χωρίς δυσκολίες.

H₁: υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στην υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη στους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και τους μαθητές χωρίς δυσκολίες.

2. **H₀:** δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη.

H₁: υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη.

3. **H₀:** δεν υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια που ανήκουν στις ομάδες μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη.

Hi: υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια που ανήκουν στις ομάδες μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη.

2.4 ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Υπερκινητικότητα (Hyperactive Scale): εξετάζεται αν και σε ποιο βαθμό οι μαθητές εκδηλώνουν υπερκινητική συμπεριφορά και στο ερωτηματολόγιο απαντάται σε πέντε ερωτήματα στο SDQ , τα οποία έχουν τρεις πιθανές απαντήσεις: “όχι αληθές”, “περίπου αληθές” και “σίγουρα αληθές”.

Συναισθηματικά προβλήματα (Emotional Symptoms Scale): εξετάζεται αν και κατά πόσο οι μαθητές εκδηλώνουν συναισθηματικά προβλήματα και στο ερωτηματολόγιο απαντάται σε πέντε ερωτήματα στο SDQ , τα οποία έχουν τρεις πιθανές απαντήσεις: “όχι αληθές”, “περίπου αληθές” και “σίγουρα αληθές”.

Διαταραχή διαγωγής (Conduct Problems Scale): εξετάζεται αν και κατά πόσο οι μαθητές εκδηλώνουν συμπτώματα διαταραχής διαγωγής και στο ερωτηματολόγιο απαντάται σε πέντε ερωτήματα στο SDQ , τα οποία έχουν τρεις πιθανές απαντήσεις: “όχι αληθές”, “περίπου αληθές” και “σίγουρα αληθές”.

Προβλήματα με τους συνομηλίκους (Peer Problems Scale): εξετάζεται αν και σε ποιο βαθμό οι μαθητές αντιμετωπίζουν προβλήματα με τους συνομηλίκους τους και στο ερωτηματολόγιο απαντάται σε πέντε ερωτήματα στο SDQ , τα οποία έχουν τρεις πιθανές απαντήσεις: “όχι αληθές”, “περίπου αληθές” και “σίγουρα αληθές”.

Θετική κοινωνική συμπεριφορά (Prosocial Behavior Scale): εξετάζεται αν και σε ποιο βαθμό οι μαθητές εκδηλώνουν θετική κοινωνική συμπεριφορά στους



συνανθρώπους τους και στο ερωτηματολόγιο απαντάται σε πέντε ερωτήματα στο SDQ, τα οποία έχουν τρεις πιθανές απαντήσεις: "όχι αληθές", "περίπου αληθές" και "σίγουρα αληθές".

Κατάθλιψη (Depression Scale): εξετάζεται αν και σε ποιο βαθμό οι μαθητές εκδηλώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα και κατ' επέκταση αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο αντιμετώπισης κατάθλιψης. Στο ερωτηματολόγιο απαντάται σε δέκα ερωτήματα στο "σαν το DSM-III" ερωτηματολόγιο (DSM-III like questionnaire), τα οποία έχουν τρεις πιθανές απαντήσεις: "όχι αληθές", "περίπου αληθές" και "σίγουρα αληθές".

2.5 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δυο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελεί το Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997), το οποίο μεταφράσαμε στα ελληνικά. Το Strengths and Difficulties Questionnaire είναι η πιο σύντομη μορφή των ερωτηματολογίων για γονείς και δασκάλους του Rutter (Elander & Rutter, 1996). Το ερωτηματολόγιο του Rutter έχει καθιερωθεί εδώ και αρκετά χρόνια και αποτελεί ένα αξιοσέβαστο μέσο μέτρησης της συμπεριφοράς, το οποίο έχει αποδειχθεί έγκυρο και αξιόπιστο σε πολλές περιπτώσεις. Το ερωτηματολόγιο του Rutter διαμορφώθηκε πριν τρεις δεκαετίες γι' αυτό περιέχει και κάποια στοιχεία στις ερωτήσεις τα οποία είναι ξεπερασμένα αλλά γενικά λειτουργεί ακόμη καλά. Όλα τα στοιχεία που ερευνά είναι ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά που μπορεί να εκδηλώνουν τα παιδιά με τη συμπεριφορά τους, ενώ η σύγχρονη τάση, κυρίως στην εκπαίδευση, δίνει έμφαση στα δυνατά σημεία των παιδιών και όχι στα μειονεκτήματά τους. Ο Goodman διαμόρφωσε με βάση το ερωτηματολόγιο του Rutter ένα διευρυμένο ερωτηματολόγιο που περιείχε όλες τις ερωτήσεις του Rutter καθώς και κάποιες πρόσθετες ερωτήσεις σχετικές κυρίως με τα δυνατά σημεία της συμπεριφοράς των παιδιών. Αυτό το ερωτηματολόγιο ήταν το Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), το οποίο είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που μετράει τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τις σχέσεις

των παιδιών και των νέων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί από τους γονείς, τους δασκάλους αλλά και από τα ίδια τα παιδιά. Στη συγκεκριμένη εργασία το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους δασκάλους των παιδιών του δείγματος.

Σύμφωνα και με το ερωτηματολόγιο του Rutter, το SDQ υπολογίζει πέντε διαφορετικές κλίμακες: την Υπερκινητικότητα, τα Συναισθηματικά Προβλήματα, τη Διαταραχή Διαγωγής, τα Προβλήματα με τους Συνομηλίκους, και τη Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά (prosocial behavior). Υπάρχουν συνολικά 25 ερωτήσεις οι οποίες μετρούν ισομερώς τις παραπάνω κλίμακες. Η κάθε ερώτηση έχει τρεις πιθανές απαντήσεις: “όχι αληθές”, “περίπου αληθές” και “σίγουρα αληθές”.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου μετράει την κατάθλιψη με 10 ερωτήσεις. Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο “σαν το DSM-III” (DSM-III like) που μετράει το βαρύ καταθλιπτικό σύνδρομο. Σύμφωνα με το DSM-III διαγιγνώσκουμε βαρύ καταθλιπτικό σύνδρομο όταν το παιδί ή ο έφηβος έχει καταθλιπτική διάθεση καθώς και τέσσερα ή περισσότερα από τα καταθλιπτικά συμπτώματα που ορίζει το DSM-III και τα οποία αποτέλεσαν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Οι απαντήσεις και η βαθμολογία τους έγινε κατά τον ίδιο τρόπο με το Strengths and Difficulties Questionnaire.

Το ερωτηματολόγιο ήταν τρισελίδο και αποτελούνταν από οδηγίες συμπλήρωσής του προς τους δασκάλους και από 40 ερωτήσεις συνολικά.

Υπερκινητικότητα (Hyperactivity Scale): οι 5 ερωτήσεις που αφορούν την υπερκινητικότητα είναι οι εξής: “Είναι ανήσυχος, υπερκινητικός, δεν μπορεί να παραμείνει ήσυχος για πολύ”, “Συνεχώς δρα νευρικά ή στριφογυρίζει”, “Αποσπάται η προσοχή του εύκολα, αφαιρείται”, “Σκέφτεται πριν δράσει” και “Ολοκληρώνει τις εργασίες του, έχει καλό χρόνο αδιάσπαστης προσοχής”. Κάθε ερώτημα έχει τρεις πιθανές απαντήσεις, “όχι αληθές”, “περίπου αληθές” και “σίγουρα αληθές”. Τα σκορ στις τρεις πρώτες ερωτήσεις είναι 1 για το “όχι αληθές”, 2 για το “περίπου αληθές” και 3 για το “σίγουρα αληθές”. Τα σκορ για τις δυο τελευταίες ερωτήσεις είναι 3 για το “όχι αληθές”, 2 για το “περίπου αληθές” και 1 για το “σίγουρα αληθές”. Το σκορ της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των σκορ του κάθε ερωτήματος. Το τελικό σκορ της κλίμακας αυτής κυμαίνεται από το 0 έως το 15.

Συναισθητικά προβλήματα (Emotional Symptoms Scale): οι 5 ερωτήσεις που αφορούν τα συναισθηματικά προβλήματα είναι οι εξής: *“Παραπονιέται συχνά για πονοκεφάλους, στομαχόπονους ή αδιαθεσία”, “Έχει πολλές ανησυχίες, συχνά φαίνεται στενοχωρημένος”, “Συχνά είναι δυστυχισμένος, με άσχημη διάθεση ή είναι κλαμένος”, “Είναι αγχωμένος ή μαζεμένος σε καινούριες καταστάσεις, χάνει εύκολα την αυτοπεποίθησή του” και “Έχει πολλούς φόβους, τρομάζει εύκολα”.* Κάθε ερώτημα έχει τρεις πιθανές απαντήσεις, *“όχι αληθές”, “περίπου αληθές” και “σίγουρα αληθές”.* Τα σκορ στις παραπάνω ερωτήσεις είναι 1 για το *“όχι αληθές”,* 2 για το *“περίπου αληθές”* και 3 για το *“σίγουρα αληθές”.* Το σκορ της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των σκορ του κάθε ερωτήματος. Το τελικό σκορ της κλίμακας αυτής κυμαίνεται από το 0 έως το 15.

Διαταραχή διαγωγής (Conduct Problems Scale): οι 5 ερωτήσεις που αφορούν τη διαταραχή διαγωγής είναι οι εξής: *“Θυμώνει συχνά ή έχει ευέξαπτο χαρακτήρα”, “Παλεύει συχνά με άλλα παιδιά ή τα κοροϊδεύει”, “Συχνά λέει ψέματα ή αντιγράφει”, “Κλέβει από το σπίτι, το σχολείο ή από αλλού” και “Είναι γενικά υπάκουος, συνήθως κάνει αυτό που του ζητούν οι ενήλικες”.* Κάθε ερώτημα έχει τρεις πιθανές απαντήσεις, *“όχι αληθές”, “περίπου αληθές” και “σίγουρα αληθές”.* Τα σκορ στις τέσσερις πρώτες ερωτήσεις είναι 1 για το *“όχι αληθές”,* 2 για το *“περίπου αληθές”* και 3 για το *“σίγουρα αληθές”.* Τα σκορ για την τελευταία ερώτηση είναι 3 για το *“όχι αληθές”,* 2 για το *“περίπου αληθές”* και 1 για το *“σίγουρα αληθές”.* Το σκορ της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των σκορ του κάθε ερωτήματος. Το τελικό σκορ της κλίμακας αυτής κυμαίνεται από το 0 έως το 15.

Προβλήματα με τους συνομήλικους (Peer Problems Scale): οι 5 ερωτήσεις που αφορούν τα προβλήματα με τους συνομήλικους είναι οι εξής: *“Είναι σχετικά μοναχικός, συνηθίζει να παίζει μόνος”, “Τα άλλα παιδιά τον πειράζουν ή τον κοροϊδεύουν”, “Τα πηγαίνει καλύτερα με τους ενήλικες παρά με τα άλλα παιδιά”, “Έχει τουλάχιστον ένα καλό φίλο” και “Γενικά είναι αρεστός στα άλλα παιδιά”.* Κάθε ερώτημα έχει τρεις πιθανές απαντήσεις, *“όχι αληθές”, “περίπου αληθές” και “σίγουρα αληθές”.* Τα σκορ στις τρεις πρώτες ερωτήσεις είναι 1 για το *“όχι*

αληθές”, 2 για το “περίπου αληθές” και 3 για το “σίγουρα αληθές”. Τα σκορ για τις δυο τελευταίες ερωτήσεις είναι 3 για το “όχι αληθές”, 2 για το “περίπου αληθές” και 1 για το “σίγουρα αληθές”. Το σκορ της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των σκορ του κάθε ερωτήματος. Το τελικό σκορ της κλίμακας αυτής κυμαίνεται από το 0 έως το 15.

Θετική κοινωνική συμπεριφορά (Prosocial Behavior): οι 5 ερωτήσεις που αφορούν τη θετική κοινωνική συμπεριφορά είναι οι εξής: “Σέβεται τα συναισθήματα των άλλων”, “Μοιράζεται εύκολα με τα άλλα παιδιά (κεράσματα, παιχνίδια, μολύβια κ.α.)”, “Προσφέρει τη βοήθειά του σε κάποιον που χτυπάει, είναι αναστατωμένος ή αισθάνεται άρρωστος”, “Είναι ευγενικός με τα μικρότερα παιδιά” και “Συχνά προσφέρεται να βοηθήσει τους άλλους (γονείς, δασκάλους, άλλα παιδιά)”. Κάθε ερώτημα έχει τρεις πιθανές απαντήσεις, “όχι αληθές”, “περίπου αληθές” και “σίγουρα αληθές”. Τα σκορ στις παραπάνω ερωτήσεις είναι 1 για το “όχι αληθές”, 2 για το “περίπου αληθές” και 3 για το “σίγουρα αληθές”. Το σκορ της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των σκορ του κάθε ερωτήματος. Το τελικό σκορ της κλίμακας αυτής κυμαίνεται από το 0 έως το 15.

Το άθροισμα των σκορ που προκύπτουν από τις κλίμακες της Υπερκινητικότητας, των συναισθηματικών προβλημάτων, της διαταραχής διαγωγής και των προβλημάτων με τους συνομηλίκους δίνει το συνολικό σκορ δυσκολιών που κυμαίνεται από το 0 έως το 60. Το σκορ της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (prosocial behavior) δεν περιλαμβάνεται στο παραπάνω συνολικό σκορ δυσκολιών, αφού η απουσία θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (prosocial behavior) είναι θεμελιωδώς διαφορετικό φαινόμενο από την παρουσία ψυχολογικών προβλημάτων.

Κατάθλιψη (Depression): η κλίμακα που μετράει την κατάθλιψη περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, οι οποίες είναι οι εξής: “Τρώει υπερβολικά ή έχει μικρή όρεξη, δεν πεινάει”, “Κοιμάται μέσα στην τάξη ή έχει προβλήματα ύπνου”, “Έχει μειωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη ευχαρίστηση για όλες σχεδόν τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα”, “Αισθάνεται ανάξιος ή κατώτερος ή και αισθάνεται πολύ ένοχος”, “Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί ή να επικεντρώσει την προσοχή του κάπου για μεγάλο διάστημα”, “Κάνει κακό στον εαυτό

του εσκεμμένα ή έχει σκέψεις αυτοκτονίας', 'Δεν εκδηλώνει έντονη δραστηριότητα ή του λείπει ενεργητικότητα', "Δεν μπορεί να μείνει ήσυχος ή είναι υπερκινητικός", "Χαρακτηρίζεται από μελαγχολική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα" και "Κινείται κουρασμένα, βαριεστημένα". Κάθε ερώτημα έχει τρεις πιθανές απαντήσεις, "όχι αληθές", "περίπου αληθές" και "σίγουρα αληθές". Τα σκορ στις παραπάνω ερωτήσεις είναι 1 για το "όχι αληθές", 2 για το "περίπου αληθές" και 3 για το "σίγουρα αληθές". Το σκορ της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των σκορ του κάθε ερωτήματος. Επομένως το σκορ της κλίμακας αυτής κυμαίνεται από το 0 έως το 30.

2.6 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από δασκάλους δημοτικών σχολείων. Τα ερωτηματολόγια που αφορούν παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και παρακολουθούν εκτός από την κανονική σχολική τάξη και το τμήμα ένταξης του σχολείου τους, συμπληρώθηκαν από τους δασκάλους των τμημάτων ένταξης. Τα ερωτηματολόγια που αφορούν παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες συμπληρώθηκαν από το δάσκαλο της τάξης τους. Τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν ήταν τα ίδια και για τους δασκάλους των τμημάτων ένταξης και για τους δασκάλους των κανονικών σχολικών τάξεων. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και συμπληρώθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια του σχολικού έτους 2008-2009.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ: ΘΕΜΑΤΑ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ

Προκειμένου για ερευνητικές διαδικασίες με ψυχομετρικά μέσα θα πρέπει οι μετρήσεις αυτών των μέσων να έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά, να πληρούν ορισμένους όρους. Δυο από τα αναγκαία αυτά χαρακτηριστικά είναι η **αξιοπιστία** και η **εγκυρότητα**.

Η αξιοπιστία δείχνει το βαθμό της σταθερότητας των μετρήσεων, το βαθμό της συμφωνίας μεταξύ επαναλαμβανόμενων μετρήσεων κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Από τεχνική διαδικαστική σκοπιά για να υπολογίσουμε το συντελεστή αξιοπιστίας πρέπει να εξασφαλίσουμε δυο σειρές από μετρήσεις στα ίδια άτομα, κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Έχουν προταθεί και χρησιμοποιούνται διάφοροι τρόποι να εξασφαλίσουμε τις δυο μετρήσεις για τον υπολογισμό του συντελεστή αξιοπιστίας. Ασφαλώς κάθε τρόπος δίνει και ένα διαφορετικό είδος αξιοπιστίας.

Η εγκυρότητα δείχνει κατά πόσο το ψυχομετρικό εργαλείο, και κατά συνέπεια οι μετρήσεις που μας δίνει, μετράει αυτό το οποίο προορίζεται να μετρήσει, δηλαδή κατά πόσο μετράει αυτό για το οποίο το χρησιμοποιούμε. Όπως και στην περίπτωση της αξιοπιστίας, έτσι και με την εγκυρότητα, υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις- τρόποι προσδιορισμού. Καθένας από τους τρόπους αυτούς αποτελεί και διαφορετικό είδος εγκυρότητας.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι: α) η αξιοπιστία και η εγκυρότητα είναι δυο διαφορετικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και πρέπει να αξιολογούνται χωριστά το καθένα, β) η αξιοπιστία είναι μεν αναγκαία προϋπόθεση για να κριθούν οι μετρήσεις κατάλληλες αλλά δεν είναι επαρκής. Θα πρέπει οι μετρήσεις συγχρόνως να είναι και έγκυρες, γ) πρώτα θα πρέπει να διακριβωθεί και να εξασφαλιστεί ικανοποιητικός βαθμός αξιοπιστίας και τότε- και μόνον τότε- να προχωρήσουμε στην εξέταση και στην εξασφάλιση ικανοποιητικής εγκυρότητας (Παρασκευόπουλος, 1993).

Το συγκεκριμένο εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε στην παρούσα έρευνα έχει υψηλό βαθμό αξιοπιστίας. Σύμφωνα με το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's Alpha η αξιοπιστία είναι .84 σε 138 περιπτώσεις.



3.2 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ- ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Ερώτημα 1. Υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στην υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομήλικους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη στους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και τους μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες;

Προκειμένου να διερευνήσουμε την πρώτη ερευνητική μας υπόθεση, αν δηλαδή υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στην υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομήλικους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την κατάθλιψη στους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και τους μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή Pearson r . Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1) παρουσιάζονται οι συσχετίσεις.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν για παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες έχει ως εξής:

➤ Από τα αποτελέσματα της χρήσης του συντελεστή συσχέτισης Pearson r στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εντοπίστηκε μεταξύ υπερκινητικότητας και διαταραχής διαγωγής μέτρια θετική συσχέτιση $r = .55$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01, μεταξύ υπερκινητικότητας και αντιμετώπισης προβλημάτων με τους συνομήλικους χαμηλή θετική συσχέτιση $r = .26$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05, μεταξύ υπερκινητικότητας και θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (prosocial behavior) μέτρια αρνητική συσχέτιση $r = -.44$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01 και μεταξύ υπερκινητικότητας και κατάθλιψης μέτρια θετική συσχέτιση $r = .30$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05.

➤ Μεταξύ της μεταβλητής συναισθηματικών προβλημάτων και της μεταβλητής προβλήματα με τους συνομήλικους εντοπίστηκε μέτρια θετική συσχέτιση $r = .30$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 και μεταξύ των συναισθηματικών προβλημάτων και της κατάθλιψης μέτρια θετική συσχέτιση $r = .50$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01.

Πίνακας 1: Συσχετίσεις ανάμεσα στην υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την κατάθλιψη στους μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και τους μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες.

ΧΜΔ ΜΔ	Υπερκινητικότητα	Συναισθηματικά Προβλήματα	Διαταραχή Διαγωγής	Προβλήματα με Συνομηλίκους	Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά	Κατάθλιψη
Υπερκινητικότητα	-	.16	.75**	.44**	-.52**	.04
Συναισθηματικά Προβλήματα	.10	-	.12	.11	-.10	.31**
Διαταραχή Διαγωγής	.55**	-.00	-	.43**	-.53**	-.04
Προβλήματα με Συνομηλίκους	.26**	.30*	.38**	-	-.56**	.14
Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά	-.44**	.05	-.63**	-.36**	-	.09
Κατάθλιψη	.30*	.50**	.21	.31**	-.21	

** σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01

* σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05

ΜΔ= παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, ΧΜΔ= παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες.

➤ Μεταξύ της διαταραχής διαγωγής και των προβλημάτων με τους συνομήλικους βρέθηκε μέτρια θετική συσχέτιση $r = .38$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01 και μεταξύ της διαταραχής διαγωγής και της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (prosocial behavior) μέτρια προς υψηλή αρνητική συσχέτιση $r = -.63$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01.

➤ Μεταξύ της μεταβλητής **προβλήματα με τους συνομήλικους** και της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (prosocial behavior) βρέθηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση $r = -.36$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01 και μεταξύ των προβλημάτων με τους συνομήλικους και της κατάθλιψης βρέθηκε μέτρια θετική συσχέτιση $r = .31$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν για παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες έχουν ως εξής:

➤ Μεταξύ της **υπερκινητικότητας** και της διαταραχής διαγωγής εντοπίστηκε υψηλή θετική συσχέτιση $r = .75$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01, μεταξύ της υπερκινητικότητας και των προβλημάτων με τους συνομήλικους μέτρια θετική συσχέτιση $r = .44$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01 και μεταξύ της υπερκινητικότητας και της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (prosocial behavior) μέτρια αρνητική συσχέτιση $r = -.52$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01.

➤ Μεταξύ των **συναισθηματικών προβλημάτων** και της κατάθλιψης εντοπίστηκε μέτρια θετική συσχέτιση $r = .31$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01.

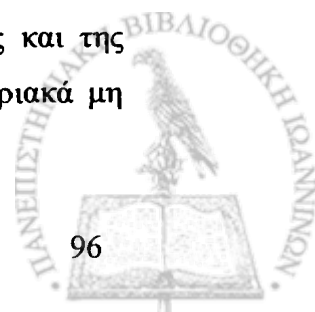
➤ Μεταξύ της **διαταραχής διαγωγής** και των προβλημάτων με τους συνομήλικους εντοπίστηκε μέτρια θετική συσχέτιση $r = .43$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01 και μεταξύ της διαταραχής διαγωγής και της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (prosocial behavior) μέτρια αρνητική συσχέτιση $r = -.53$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01.

➤ Μεταξύ των **προβλημάτων με τους συνομήλικους** και της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (prosocial behavior) εντοπίστηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση $r = -.56$ σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα αξίζει να αναφερθούν κάποια κοινά και κάποια διαφορετικά σημεία που προέκυψαν, όσον αφορά στις συσχετίσεις των μεταβλητών συγκρίνοντας την ομάδα των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και την ομάδα των παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Όσον αφορά στη συσχέτιση της υπερκινητικότητας και των συναισθηματικών προβλημάτων φαίνεται ότι η παρουσία ή απουσία των μαθησιακών προβλημάτων δεν είναι στατιστικά σημαντική. Όσον αφορά στη συσχέτιση της υπερκινητικότητας και της διαταραχής διαγωγής φαίνεται ότι και στις δυο ομάδες, δηλαδή την ομάδα των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και την ομάδα χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, η συσχέτιση των δυο αυτών μεταβλητών είναι υψηλή. Το ίδιο ισχύει και στη συσχέτιση της υπερκινητικότητας με τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, αφού και στις δυο ομάδες η συσχέτιση είναι υψηλή. Όσον αφορά στη συσχέτιση της υπερκινητικότητας με τη θετική κοινωνική συμπεριφορά, φαίνεται ότι τα παιδιά και των δυο ομάδων που είναι υπερκινητικά εκδηλώνουν αρνητική κοινωνική συμπεριφορά.

Από τη συσχέτιση των συναισθηματικών προβλημάτων και της διαταραχής διαγωγής, φαίνεται ότι η συσχέτισή τους είναι ασήμαντη και στις δυο ομάδες παιδιών. Από τα αποτελέσματα της συσχέτισης των συναισθηματικών προβλημάτων και της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς προκύπτει ότι δεν είναι υψηλή σε καμιά από τις δυο ομάδες παιδιών. Τέλος από τη συσχέτιση των συναισθηματικών προβλημάτων και της κατάθλιψης φαίνεται ότι η εμφάνιση της μιας μεταβλητής επηρεάζει και την εμφάνιση της άλλης και στην ομάδα των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και στην ομάδα των παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες.

Όσον αφορά στη διαταραχή διαγωγής, αυτή επηρεάζει την εμφάνιση προβλημάτων με τους συνομηλίκους και στις δυο ομάδες παιδιών. Επίσης οι μαθητές και των δυο ομάδων που παρουσιάζουν διαταραχή διαγωγής δεν εκδηλώνουν θετική κοινωνική συμπεριφορά. Τέλος από τη συσχέτιση της διαταραχής διαγωγής με την κατάθλιψη φαίνεται ότι η εμφάνιση της μιας μεταβλητής δεν επηρεάζει την εμφάνιση της άλλης και στις δυο ομάδες μαθητών. Βέβαια αξίζει να σημειωθεί ότι η συσχέτιση της διαταραχής διαγωγής και της κατάθλιψης στην ομάδα των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες είναι οριακά μη



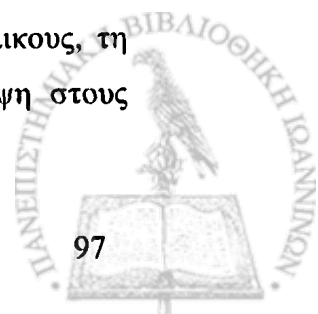
σημαντική ($r = .21$), δηλαδή έχει υψηλό βαθμό που σε μεγαλύτερο δείγμα θα ήταν σημαντικό.

Όσον αφορά στα προβλήματα με τους συνομηλίκους και τη θετική κοινωνική συμπεριφορά, φαίνεται ότι η εμφάνιση της μιας μεταβλητής επηρεάζει την απουσία της άλλης και στις δυο ομάδες μαθητών.

Τέλος σχετικά με τα κοινά σημεία που προέκυψαν από τη συσχέτιση των μεταβλητών, όσον αφορά στη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την κατάθλιψη, η συσχέτισή τους δεν είναι σημαντική για καμιά από τις δυο ομάδες παιδιών. Βέβαια στην ομάδα παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες φαίνεται ότι η έλλειψη θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς επηρεάζει την εμφάνιση της κατάθλιψης οριακά ($r = -.21$), αφού έχει υψηλό βαθμό που σε μεγαλύτερο δείγμα θα ήταν σημαντικό.

Σχετικά με τα διαφορετικά σημεία που προκύπτουν από τη συσχέτιση των μεταβλητών συγκρίνοντας την ομάδα των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και την ομάδα των μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες μπορούμε να αναφέρουμε ότι: στην ομάδα των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες τα παιδιά που είναι υπερκινητικά εμφανίζουν και συμπτώματα κατάθλιψης, όμως στην ομάδα των παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες αυτό δεν ισχύει. Επομένως μπορούμε να πούμε ότι για τα υπερκινητικά παιδιά η εμφάνιση της κατάθλιψης επηρεάζεται και από την ύπαρξη των μαθησιακών δυσκολιών. Κατά τον ίδιο τρόπο τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν συναισθηματικά προβλήματα μπορεί να αντιμετωπίσουν και προβλήματα με τους συνομηλίκους, ενώ για τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες αυτή η συσχέτιση δεν ισχύει. Τέλος τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τους συνομηλίκους μπορεί να εμφανίσουν και συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες φαίνεται ότι δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Για τη συννοσηρότητα, λοιπόν, των προβλημάτων με τους συνομηλίκους και την κατάθλιψη βασικός παράγοντας μπορεί να είναι και η εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών.

Επομένως, όσον αφορά, στο πρώτο ερώτημα η εναλλακτική υπόθεση ότι υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στην υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη στους



μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και τους μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, γίνεται δεκτή σε 18 συνάφειες, ενώ δε γίνεται δεκτή σε 11 από τις 29 συνάφειες.

Ερώτημα 2. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες δημοτικού σχολείου ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομήλικους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη;

Προκειμένου να διερευνήσουμε αν υπάρχουν διαφορές στην υπερκινητικότητα, στα συναισθηματικά προβλήματα, στη διαταραχή διαγωγής, στα προβλήματα με τους συνομήλικους, στη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και στην κατάθλιψη ανάμεσα σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, χρησιμοποιήσαμε Ανάλυση Διασποράς (one-way ANOVA). Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2) παρουσιάζονται οι μέσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις και τα επίπεδα σημαντικότητας των εξαρτημένων μεταβλητών.

Πίνακας 2. Διαφορές ανάμεσα σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομήλικους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την κατάθλιψη.

		n	M.O	T.A	ΜΕΣΟ ΤΕΤΡΑΓΩΝΟ	F ΚΡΙΤΗΡΙΟ	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ p
Υπερκινητικότητα	ΜΔ	69	11.20	2.30	185.51	29.33	.00
	ΧΜΔ	69	8.88	2.72	6.33		
	Σύνολο	138	10.04	2.76			
Συναισθηματικά	ΜΔ	69	9.12	2.89	229.59	40.86	.00
Προβλήματα	ΧΜΔ	69	6.54	1.69	5.62		
	Σύνολο	138	7.83	2.69			

Διαταραχή	ΜΔ	69	8.33	2.32	68.18	15.01	.00
Διαγωγής	ΧΜΔ	69	6.93	1.93	4.54		
	Σύνολο	138	7.63	2.24			
Προβλήματα με	ΜΔ	69	9.71	2.62	219.39	42.10	.00
Συνομήλικους	ΧΜΔ	69	7.19	1.88	5.21		
	Σύνολο	138	8.45	2.60			
Θετική	ΜΔ	69	10.61	2.64	148.18	26.06	.00
Κοινωνική	ΧΜΔ	69	12.68	2.10	5.69		
Συμπεριφορά	Σύνολο	138	11.64	2.59			
Κατάθλιψη	ΜΔ	69	16.12	4.42	2626.12	88.86	.00
	ΧΜΔ	69	7.39	6.29	29.56		
	Σύνολο	138	11.75	6.97			

ΜΔ= παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες

ΧΜΔ= παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες

n= δείγμα

M.O =μέσος όρος

T.A = τυπική απόκλιση

➤ Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες στην υπερκινητικότητα $F_{(1, 136)} = 29,33$ σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .001$.

➤ Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες στα συναισθηματικά προβλήματα $F_{(1, 136)} = 40,86$ σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .001$.

➤ Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες στη διαταραχή διαγωγής $F_{(1, 136)} = 15,01$ σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .001$.



➤ Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες στα προβλήματα με τους συνομήλικους $F_{(1, 136)} = 42,10$ σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .001$.

➤ Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες στη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) $F_{(1, 136)} = 26,06$ σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .001$.

➤ Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες στην κατάθλιψη $F_{(1, 136)} = 88,86$ σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .001$.

Επομένως, από τα παραπάνω αποτελέσματα όσον αφορά στο δεύτερο ερώτημα η εναλλακτική υπόθεση, ότι δηλαδή υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομήλικους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη, γίνεται αποδεκτή.

Ερώτημα 3. Υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια που ανήκουν στις ομάδες μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη;

Προκειμένου να διερευνήσουμε την τρίτη ερευνητική μας υπόθεση, αν δηλαδή υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια που ανήκουν στις ομάδες μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη, χρησιμοποιήθηκε αμφίδρομη Ανάλυση Διασποράς (two-way ANOVA). Στον **πίνακα 3** παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις ανά φύλο και ομάδα και στον **πίνακα 4** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα (οι βαθμοί ελευθερίας, τα μέσα τετράγωνα και τα επίπεδα σημαντικότητας των μεταβλητών).

Πίνακας 3. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ανά φύλο και ομάδα.

	Φύλο	M.O	T.A
Υπερκινητικότητα	Αγόρι ΜΔ	11.52	2.387
	Αγόρι ΧΜΔ	6.36	2.740
	Σύνολο	10.44	2.779
	Κορίτσι ΜΔ	10.64	2.059
	Κορίτσι ΧΜΔ	8.04	2.491
	Σύνολο	9.34	2.616
Συναισθηματικά Προβλήματα	Αγόρι ΜΔ	8.77	2.972
	Αγόρι ΧΜΔ	6.18	1.225
	Σύνολο	7.48	2.608
	Κορίτσι ΜΔ	9.72	2.701
	Κορίτσι ΧΜΔ	7.16	2.192
	Σύνολο	8.44	2.757
Διαταραχή	Αγόρι ΜΔ	8.50	2.358
	Αγόρι ΧΜΔ	7.20	2.053
	Σύνολο	7.85	2.292

Διαγωγής	Κορίτσια ΜΔ	8.04	2.263
	Κορίτσια ΧΜΔ	6.44	1.609
	Σύνολο	7.24	2.105
Προβλήματα με Συνομήλικους	Αγόρια ΜΔ	9.57	2.245
	Αγόρια ΧΜΔ	7.61	2.048
	Σύνολο	8.59	2.352
	Κορίτσια ΜΔ	9.96	3.221
	Κορίτσια ΧΜΔ	6.44	1.261
	Σύνολο	8.20	3.003
Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά	Αγόρια ΜΔ	10.39	2.413
	Αγόρια ΧΜΔ	12.34	2.045
	Σύνολο	11.36	2.432
	Κορίτσια ΜΔ	11.00	3.000
	Κορίτσια ΧΜΔ	13.28	2.112
	Σύνολο	12.14	2.814
Κατάθλιψη	Αγόρια ΜΔ	16.07	4.707
	Αγόρια ΧΜΔ	6.68	6.509
	Σύνολο	11.38	7.360
	Κορίτσια ΜΔ	16.20	3.969
	Κορίτσια ΧΜΔ	8.64	5.794
	Σύνολο	12.42	6.224

Μ.Ο = μέσος όρος

Τ.Α = τυπική απόκλιση

ΜΔ = μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες

ΧΜΔ = μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες

Πίνακας 4. Διαφορές και αλληλεπίδραση αγοριών και κοριτσιών που ανήκουν στις ομάδες μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την κατάθλιψη.

Υπερκινητικότητα	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσο Τετράγωνο	F
Φύλο	1	38.803	6.34*
ΜΔ\ ΧΜΔ	1	180.535	29.51***
Φύλο x ΜΔ\ΧΜΔ	1	1.550	.25
Λάθος	134	6.119	
Συναισθηματικά Προβλήματα	Βαθμοί Ελευθερίας	Μέσο Τετράγωνο	F
Φύλο	1	29.552	5.39*
ΜΔ\ ΧΜΔ	1	211.486	36.57***
Φύλο x ΜΔ\ΧΜΔ	1	.008	.001
Λάθος	134	5.483	
Διαταραχή Διαγωγής			
Φύλο	1	11.953	2.65
ΜΔ\ ΧΜΔ	1	66.826	14.79***
Φύλο x ΜΔ\ΧΜΔ	1	.739	.164
Λάθος	134	4.517	
Προβλήματα Συνομήλικους	μ		
Φύλο	1	4.872	.95
ΜΔ\ ΧΜΔ	1	238.896	46.78***
Φύλο x ΜΔ\ΧΜΔ	1	19.534	3.83
Λάθος	134	5.107	
Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά			
Φύλο	1	19.218	3.42
ΜΔ\ ΧΜΔ	1	142.931	25.42***
Φύλο x ΜΔ\ΧΜΔ	1	.844	.15
Λάθος	134	5.662	

Κατάθλιψη			
Φύλο	1	34.818	1.18
ΜΔ\ΧΜΔ	1	2289.110	77.50***
Φύλο x ΜΔ\ΧΜΔ	1	26.588	.90
Λάθος	134	29.538	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

➤ Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι ως προς την **υπερκινητικότητα** δεν εντοπίστηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων φύλου και της ύπαρξης ή απουσίας μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1, 134)} = .25, p > .05$. Το φύλο όμως διαφοροποιείται ως προς την υπερκινητικότητα, με τα αγόρια να εκδηλώνουν υψηλότερα ποσοστά υπερκινητικότητας σε σχέση με τα κορίτσια $F_{(1, 134)} = 6.34, p < .05$. Τέλος όπως αναφέραμε και σε παραπάνω σημείο των αποτελεσμάτων στατιστικά σημαντική είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στην υπερκινητικότητα και την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1,134)} = 29.51, p < .001$.

➤ Ως προς τη μεταβλητή **συναισθηματικά προβλήματα** δεν εντοπίστηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων φύλου και της ύπαρξης ή απουσίας μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1,134)} = .001, p > .05$. Όσον αφορά στο φύλο βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση $F_{(1,134)} = 5.39, p < .05$, με τα κορίτσια να παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο αντιμετώπισης συναισθηματικών προβλημάτων. Τέλος όπως αναφέραμε και παραπάνω στατιστικά σημαντική είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στα συναισθηματικά προβλήματα και την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1,134)} = 36.57, p < .001$.

➤ Ως προς τη **διαταραχή διαγωγής** διαπιστώνουμε ότι δεν εντοπίστηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων φύλου και της ύπαρξης ή απουσίας μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1, 134)} = .164, p > .05$. Όσον αφορά στο φύλο δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση ως προς τη διαταραχή διαγωγής $F_{(1,134)} = 2.65, p > .05$. Τέλος όπως προαναφέρθηκε στατιστικά σημαντική είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στη διαταραχή διαγωγής και την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1,134)} = 14.79, p < .001$.

➤ Ως προς τη μεταβλητή **προβλήματα με τους συνομήλικους** διαπιστώνουμε ότι δεν εντοπίστηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων φύλου και της ύπαρξης ή απουσίας μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1,134)} = 3.83, p > .05$ αν και αξίζει να σημειωθεί ότι δεν εντοπίστηκε σημαντική αλληλεπίδραση οριακά αφού ο δείκτης $p = .053$. Όσον αφορά στο φύλο δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση ως προς τα προβλήματα με τους συνομήλικους $F_{(1,134)} = .95, p > .05$. Τέλος όπως προαναφέραμε στατιστικά σημαντική είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στα προβλήματα με τους συνομήλικους και την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1,134)} = 46.78, p < .001$.

➤ Ως προς τη **θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior)** δεν εντοπίστηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων φύλου και ύπαρξης ή απουσίας μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1,134)} = .15, p > .05$. Όσον αφορά στο φύλο δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση ως προς τη θετική κοινωνική συμπεριφορά $F_{(1,134)} = 3.42, p > .05$. Τέλος όπως προαναφέραμε στατιστικά σημαντική είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1,134)} = 25.41, p < .001$.

➤ Ως προς την **κατάθλιψη** δεν εντοπίστηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων φύλου και ύπαρξης ή απουσίας μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1,134)} = .90, p > .05$. Όσον αφορά στο φύλο δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση ως προς την κατάθλιψη $F_{(1,134)} = 1.18, p > .05$. Τέλος όπως προαναφέραμε στατιστικά σημαντική είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών $F_{(1,134)} = 77.50, p < .001$.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν ότι **δεν υπάρχει αλληλεπίδραση αγοριών και κοριτσιών** που ανήκουν στις ομάδες των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομήλικους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την κατάθλιψη. Επομένως η εναλλακτική μας υπόθεση, ότι υπάρχει αλληλεπίδραση αγοριών και κοριτσιών που ανήκουν στις ομάδες μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς

μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομήλικους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) και την κατάθλιψη, δε γίνεται αποδεκτή.

3.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πρώτος στόχος της έρευνάς μας ήταν να μελετήσει τη σχέση της υπερκινητικότητας, των συναισθηματικών προβλημάτων, της διαταραχής διαγωγής, των προβλημάτων με τους συνομηλίκους, της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς (prosocial behavior) και της κατάθλιψης σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και σε παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες δημοτικού σχολείου .

Από την ανάλυση των δεδομένων μας βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της υπερκινητικότητας και της διαταραχής διαγωγής. Το εύρημά μας αυτό είναι σύμφωνο με τα ευρήματα και άλλων ερευνητών σύμφωνα με τα οποία, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν προκλητική, διασπαστική και επιθετική συμπεριφορά (Gaub & Carlson, 1997). Επίσης, τα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠ-Υ και διαταραχή διαγωγής είναι πολύ υψηλά και κυρίως στα αγόρια (Biederman et al., 1999, βλ. Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008 σσ. 267-286).

Κατά τον ίδιο τρόπο όσον αφορά στα συναισθηματικά προβλήματα η έρευνά μας βρήκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση των συναισθηματικών προβλημάτων με τις μεταβλητές προβλήματα με τους συνομηλίκους και κατάθλιψη. Ανάλογες αναφορές έχουν γίνει και σε άλλες μελέτες (Vallance, Cummings & Humphries, 1998), αφού τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εξαιτίας της έλλειψης επικοινωνιακής ικανότητας, δυσκολεύονται να χτίσουν διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνομηλίκους τους, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν συναισθηματικά προβλήματα, τα οποία σε πολλές περιπτώσεις εκδηλώνονται με τη μορφή της ντροπής, της μοναξιάς και τελικά της κατάθλιψης.

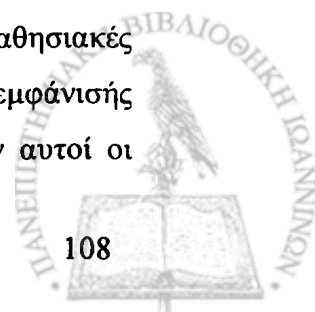
Επίσης, βρέθηκε ότι η διαταραχή διαγωγής σχετίζεται με την υπερκινητικότητα, άποψη που παρουσιάζεται σε μια μελέτη για την παιδική παραβατικότητα (Brier, 1989) σύμφωνα με την οποία παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και προβλήματα της ΔΕΠ-Υ έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν παραβατική συμπεριφορά σε σχέση με παιδιά που αντιμετωπίζουν μόνο μαθησιακές δυσκολίες. Κατά τον ίδιο τρόπο πολλοί ειδικοί (Frick et al., 1991; Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002) υποστηρίζουν ότι η συννοσηρότητα των μαθησιακών δυσκολιών και της διαταραχής διαγωγής στην προεφηβική ηλικία σχετίζεται και με την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ.



Ένα άλλο εύρημα της έρευνάς μας είναι η στατιστικά σημαντική συσχέτιση της διαταραχής διαγωγής με τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, γεγονός που συμφωνεί με σχετικές μελέτες (π.χ. Nabuzoka & Smith, 1993), οι οποίες αναφέρουν ότι παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που είχαν αντικοινωνική και επιθετική συμπεριφορά απορρίπτονται πολύ περισσότερο από τους συμμαθητές τους σε σχέση με παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που όμως δεν εκδηλώνουν τέτοιου είδους συμπεριφορά.

Στην έρευνά μας βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της μεταβλητής προβλήματα με τους συνομηλίκους με την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα και τη διαταραχή διαγωγής, εύρημα που συμφωνεί με άλλες μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς και τα παιδιά με διαταραχή διαγωγής, βιώνουν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους σε σχέση με άλλα παιδιά (Hinshaw & Melnick, 1995) ενώ παιδιά, τα οποία βιώνουν την απόρριψη από τους συνομηλίκους, έχουν αυξημένες πιθανότητες για μεταγενέστερη εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθηματικών τους αντιδράσεων (Deater-Deckard, 2001). Τέλος, η στατιστικά σημαντική συσχέτιση των προβλημάτων με τους συνομηλίκους με την κατάθλιψη που προέκυψε από την έρευνά μας, συμφωνεί με άλλες μελέτες, οι οποίες αναφέρουν ότι τα παιδιά με κατάθλιψη συνήθως δεν είναι δημοφιλή στις παρέες των συνομηλίκων τους και συχνά απομονώνονται ή απορρίπτονται (Μανιαδάκη & Κάκουρος, 2008).

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης είναι η στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης με την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα και τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, αποτέλεσμα που συμφωνεί και με άλλες έρευνες σχετικές με την κατάθλιψη. Σύμφωνα με αυτές τις έρευνες (De Mesquita & Gilliam, 1994) το μισό ποσοστό των παιδιών με κατάθλιψη μπορεί, επίσης, να πάσχει και από κάποια άλλη διαταραχή και μια από αυτές τις διαταραχές είναι η ΔΕΠ-Υ, αφού έρευνες έδειξαν ότι τα παιδιά με κατάθλιψη είναι πολύ πιο πιθανό να διαγνωστούν ότι έχουν ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τα μη καταθλιπτικά παιδιά. Όσον αφορά στα συναισθηματικά προβλήματα μπορούμε να αναφέρουμε και το άγχος, το οποίο ευθύνεται και για τη σχολική αποτυχία των παιδιών. Σχετικές έρευνες έδειξαν ότι το σχολικό άγχος των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, εξαιτίας και της κοινής εμφάνισής του με τα κοινωνικο-συναισθηματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι



μαθητές (Bender & Wall, 1994; Huntington & Bender, 1993). Ανάλογο αποτέλεσμα είχαν και άλλες έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αυξημένο άγχος κατά τα σχολικά χρόνια, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη (Wright-Strawderman & Watson, 1992).

Η στατιστικά σημαντική συσχέτιση που βρέθηκε στην παρούσα έρευνα μεταξύ της κατάθλιψης και των προβλημάτων με τους συνομηλίκους, συμφωνεί και με άλλες έρευνες, στις οποίες διαπιστώνεται η κοινωνική απόρριψη και η χαμηλή δημοτικότητα των παιδιών που πάσχουν από κατάθλιψη (Kaslow et al., 1994).

Ο δεύτερος στόχος της ερευνάς μας ήταν να εξετάσει αν υπάρχουν διαφορές στην υπερκινητικότητα, στα συναισθηματικά προβλήματα, στη διαταραχή διαγωγής, στα προβλήματα με τους συνομηλίκους, στη θετική κοινωνική συμπεριφορά και στην κατάθλιψη ανάμεσα σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες δημοτικού σχολείου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες και παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες σε αυτούς τους τομείς.

Αναλύοντας ξεχωριστά τις μεταβλητές βρέθηκε ότι, όσον αφορά στην υπερκινητικότητα, οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό συμπτώματα υπερκινητικότητας σε σχέση με τους μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο και με τα ευρήματα άλλων ερευνητών, σύμφωνα με τα οποία ποσοστό 46% παιδιών ηλικίας 7-14 ετών που εμφανίζει συμπτώματα υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) παρουσιάζουν και γλωσσικά μειονεκτήματα (Cohen et al., 2000).

Επίσης, σε ένα μεγαλύτερο αριθμό ερευνών βρέθηκε ότι οι μαθησιακές δυσκολίες σχετίζονται με την εμφάνιση υπερκινητικής συμπεριφοράς (Kooistra et al., 2005). Είναι γνωστό ότι παιδιά με κάποιας μορφής υπερκινητικά προβλήματα εκδηλώνουν περισσότερα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ. Επομένως, μπορούμε να πούμε ότι τα παιδιά αυτά μπορεί να εκδηλώσουν σε μεγαλύτερο βαθμό συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, εξαιτίας της ύπαρξης μαθησιακών δυσκολιών.

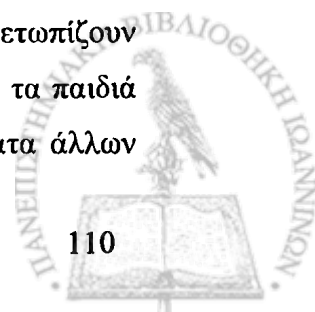
Ανάλογες έρευνες (Jakobson & Kikas, 2007; Pisecco et al., 2001) βρήκαν ότι παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που εκδηλώνουν ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν προβλήματα στη χρήση του προφορικού λόγου και γενικότερα στη δεκτικότητα της γλώσσας, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται και η ακαδημαϊκή τους επίδοση.

Όσον αφορά στα συναισθηματικά προβλήματα η έρευνά μας βρήκε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό συναισθηματικά προβλήματα σε σχέση με μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Σειρές μελετών άλλων ερευνητών (Baker & Cantwell, 1987b; Stevenson & Richman, 1978; Love & Thompson, 1988; Richman, Stevenson & Graham, 1982; Beitchman et al., 1986) έδειξαν ότι παιδιά με γλωσσικά προβλήματα εκδήλωσαν συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα σε ποσοστό 50%- 75% του εξεταζόμενου πληθυσμού. Αντίστοιχα μια άλλη έρευνα (Fessler, Rosenberg & Rosenberg, 1991) απέδειξε ότι από τους 124 συμμετέχοντες με σοβαρά συναισθηματικά προβλήματα το 56% παρουσίαζε μαθησιακές δυσκολίες.

Ανάλογα ευρήματα είχαν και άλλες έρευνες, οι οποίες ανέφεραν ότι το 24%- 52% παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν κοινωνικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα (Bender, 1987; Cantwell & Baker, 1991; Harris, King, Reifler & Rosenberg, 1984; McCaughy et al., 1994; Kourke & Fuerst, 1991), γεγονός που παρουσιάζεται τέσσερις φορές περισσότερο σε σύγκριση με παιδιά που δεν αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες. Άλλωστε σύμφωνα με την Πράξη αναφορικά με την Εκπαίδευση των Ανάπηρων Παιδιών του 1975 (P.L, 94-142) τα συναισθηματικά προβλήματα στα παιδιά συχνά εμφανίζονται μαζί με τα μαθησιακά προβλήματα.

Όσον αφορά στη διαταραχή διαγωγής βρέθηκε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν συμπτώματα διαταραχής διαγωγής και γενικότερα αντικοινωνική συμπεριφορά σε σχέση με παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, γεγονός που συμφωνεί με μια έρευνα που διεξήγαγε το Εθνικό Κέντρο Κρατικών Δικαστηρίων (Dunivant, 1984), σύμφωνα με την οποία παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι δυο φορές περισσότερο πιθανό να διαπράξουν κάποιο αδίκημα σε σχέση με τους συνομηλίκους τους που δεν αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες.

Στη συγκεκριμένη έρευνα όταν αναφερόμαστε στη μεταβλητή προβλήματα με τους συνομηλίκους αναφερόμαστε σε παιδιά που είναι μοναχικά και απορρίπτονται από τους συμμαθητές τους και παιδιά που σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να γίνονται αντικείμενο “πειράγματος” (bullied). Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν πολύ περισσότερα προβλήματα με τους συνομηλίκους τους σε σχέση με τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων



μελετών. Σύμφωνα με αυτές τις έρευνες (Wiener, 2004; Nabuzoka & Smith, 1993) τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι πολύ πιο πιθανό να απορριφθούν από τους συμμαθητές τους, ως άτομα μη αρεστά, και είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν αποδεκτά και δημοφιλή, ως άτομα αρεστά, σε σχέση με παιδιά που δεν αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες. Κατά τον ίδιο τρόπο άλλες έρευνες έδειξαν ότι ποσοστό 25%- 30% παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες απορρίφθηκαν από τους συμμαθητές, σε σχέση με ποσοστό 8%- 16% παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες (Kavale & Forness, 1996; Wiener, 1987).

Όσον αφορά στα προβλήματα με τους συνομηλίκους ένα από τα ερωτήματα της έρευνάς μας είναι αν τα παιδιά είναι μοναχικά, οπότε και βρήκαμε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν προβλήματα, γεγονός που συμφωνεί με έρευνες, οι οποίες έδειξαν ότι παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες έχουν λιγότερες αμοιβαίες φιλίες (Tur-Kaspa, Margalit & Most, 1999) και οι φιλίες τους είναι λιγότερο σταθερές από ότι των παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες (Wiener & Schneider, 2002). Κατά τον ίδιο τρόπο έρευνες βρήκαν ότι παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ηλικίας 7-15 ετών είναι πολύ πιο πιθανό να βιώσουν τη μοναξιά σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που έχουν μέτρια επίδοση στο σχολείο (Margalit & Al-Yagon, 2002).

Σχετικά αποτελέσματα με την έρευνά μας, όσον αφορά στα προβλήματα με τους συνομηλίκους, είχαν και άλλες έρευνες σχετικές με το “πείραγμα” (bullying). Σύμφωνα με αυτές παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, δεδομένου και του γεγονότος ότι δεν έχουν φίλους, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο θυματοποίησής τους από τους συνομηλίκους τους (Nabuzoka & Smith, 1993; Whitney, Nabuzoka & Smith, 1992) και γίνονται συχνότερα αντικείμενο κοροϊδίας σε σχέση με παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες (Martlew & Hodson, 1991). Ανάλογα ευρήματα είχε και έρευνα που έγινε μέσω δυο ερωτημάτων σχετικών με την κλοπή και το “πείραγμα”, με τα παιδιά με τις μαθησιακές δυσκολίες να αναφέρουν περισσότερα περιστατικά θυματοποίησής τους (Sabornie, 1994).

Όσον αφορά στη θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) στην έρευνά μας βρέθηκε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες εκδηλώνουν λιγότερο θετική κοινωνική συμπεριφορά σε σχέση με τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Επίσης, βρέθηκε ότι η θετική κοινωνική συμπεριφορά σχετίζεται αρνητικά με την υπερκινητικότητα και τη διαταραχή διαγωγής. Εξαιτίας του ότι η θετική κοινωνική συμπεριφορά (prosocial behavior) είναι ένας σχετικά νέος τομέας

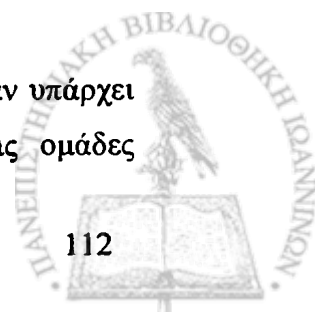


έρευνας της ψυχολογίας δεν έχουν γίνει πολλές έρευνες σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ενώ όσες έχουν γίνει δε συγκρίνουν παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς τη θετική κοινωνική συμπεριφορά. Έρευνες που έχουν χρησιμοποιήσει, όπως και η παρούσα, το Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) συνέκριναν τις απαντήσεις των γονιών και των δασκάλων παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες (Lindsay, Dockrell & Strand, 2007; Lindsay & Dockrell, 2000). Βρέθηκε ότι οι γονείς αναφέρουν ότι τα παιδιά τους εκδηλώνουν περισσότερη θετική συμπεριφορά, άποψη που έρχεται σε αντίθεση με τις απόψεις των δασκάλων, αν και οι απόψεις των δασκάλων άλλαζαν με την πάροδο του χρόνου, αναφέροντας αύξηση της εκδήλωσης θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς στα μεγαλύτερα παιδιά. Επίσης, ένα από τα ευρήματα είναι ότι οι γονείς βαθμολόγησαν τα κορίτσια με υψηλότερο σκορ όσον αφορά στη θετική κοινωνική συμπεριφορά σε σχέση με τα αγόρια.

Όσον αφορά στην κατάθλιψη, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να εκδηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα ή/και κατάθλιψη σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό (περίπου διπλάσιο ποσοστό) σε σχέση με τους συμμαθητές τους που δεν αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν με άλλες σχετικές έρευνες (Hall & Haws, 1989) σύμφωνα με τις οποίες τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων του Child's Depression Inventory (CDI) που συμπλήρωσαν 100 μαθητές με μαθησιακές και χωρίς μαθησιακές δυσκολίες και ερωτηματολογίων που συμπλήρωσαν οι δάσκαλοί τους, έδειξαν ότι οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες έλαβαν σημαντικά υψηλότερα σκορ στο CDI. Επίσης από τη βαθμολογία των δασκάλων τους φάνηκε ότι αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν περισσότερα σημάδια κατάθλιψης σε σχέση με τα παιδιά χωρίς μαθησιακές δυσκολίες.

Κατά τον ίδιο τρόπο άλλες έρευνες που χρησιμοποίησαν το Child's Depression Inventory ως μέσο βαθμολόγησης της κατάθλιψης έδειξαν ότι το 14% του δείγματος μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να θεωρηθεί ως σημαντικά καταθλιπτικό (Stevenson & Romney, 1989) και ότι το 36% περίπου των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες έδωσαν απαντήσεις που βρίσκονταν μέσα στο εύρος της κατάθλιψης σύμφωνα με το CDI, σε σχέση με το 10% των παιδιών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες από το δείγμα ελέγχου.

Τρίτος και τελευταίος στόχος της έρευνάς μας ήταν να εξεταστεί αν υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια που ανήκουν στις ομάδες

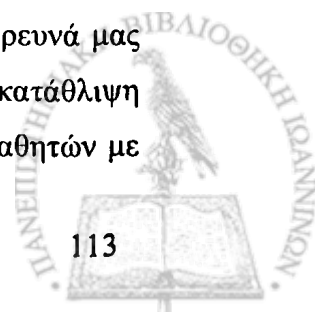


μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς την υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά προβλήματα, τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την κατάθλιψη. Τα ευρήματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων φύλου και ύπαρξης ή απουσίας μαθησιακών δυσκολιών. Ως προς το φύλο, όμως, βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση όσον αφορά στην υπερκινητικότητα, με τα αγόρια να εκδηλώνουν υψηλότερα ποσοστά υπερκινητικότητας σε σχέση με τα κορίτσια. Επίσης, το φύλο διαφοροποιείται ως προς τα συναισθηματικά προβλήματα με τα κορίτσια να παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο αντιμετώπισης συναισθηματικών προβλημάτων. Ως προς τη διαταραχή διαγωγής, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, τη θετική κοινωνική συμπεριφορά και την κατάθλιψη δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου.

Συγκεκριμένα για την υπερκινητικότητα στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι δεν υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων φύλου και της ύπαρξης ή απουσίας μαθησιακών δυσκολιών, γεγονός που συμφωνεί και με άλλες έρευνες, στις οποίες βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστική διαφορά ως προς το φύλο σε οποιαδήποτε ηλικία παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα (Lindsay, Dockrell & Strand, 2007). Ενώ άλλη έρευνα (Lindsay & Dockrell, 2000) συμφωνεί με το εύρημά μας ότι τα αγόρια εκδηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά υπερκινητικότητας σε σχέση με τα κορίτσια.

Αναφορικά με το εύρημά μας ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων φύλου και της ύπαρξης ή όχι μαθησιακών δυσκολιών ως προς τα συναισθηματικά προβλήματα, υπάρχει συμφωνία και με την έρευνα των Vallance, Cummings και Humphries (1998) στην οποία αναφέρεται ότι οι ομάδες δε διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους ως προς το φύλο, τη φυλή (λευκή ή μαύρη) και την ηλικία.

Όσον αφορά στην επίδραση του φύλου ως προς την κατάθλιψη στην έρευνά μας βρέθηκε ότι αγόρια και κορίτσια με μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζουν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με αγόρια και κορίτσια χωρίς μαθησιακές δυσκολίες. Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα κορίτσια εκδηλώνουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και ίσως αυτό να έδειχνε και η έρευνά μας αν το δείγμα ήταν μεγαλύτερο. Μια σχετική έρευνα που μελέτησε την κατάθλιψη σε σχέση με το φύλο (Maag & Behrens, 1989) έδειξε ότι η ομάδα των μαθητών με



μαθησιακές δυσκολίες είναι πιο πιθανό να βιώσουν σοβαρή κατάθλιψη από ότι οι μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες αλλά στη συγκεκριμένη έρευνά τα κορίτσια του γυμνασίου με μαθησιακές δυσκολίες διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν σοβαρή κατάθλιψη από ότι τα αγόρια ενώ αυτές οι διαφορές ως προς το φύλο δεν παρουσιάζονται στα κορίτσια και τα αγόρια του λυκείου.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν περισσότερα συναισθηματικά, συμπεριφορικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της υπερκινητικότητας και της διαταραχής διαγωγής, μεταξύ της υπερκινητικότητας και των προβλημάτων με τους συνομηλίκους καθώς και μεταξύ της υπερκινητικότητας και της κατάθλιψης. Επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των συναισθηματικών προβλημάτων και των προβλημάτων με τους συνομηλίκους και μεταξύ των συναισθηματικών προβλημάτων και της κατάθλιψης. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση υπάρχει και μεταξύ των προβλημάτων με τους συνομηλίκους και της διαταραχής διαγωγής καθώς και μεταξύ των προβλημάτων με τους συνομηλίκους και της κατάθλιψης. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες και των μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ως προς όλους τους προαναφερθέντες τομείς. Επίσης, διαπιστώνουμε ότι δεν εντοπίστηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων φύλου και της ύπαρξης ή απουσίας μαθησιακών δυσκολιών. Τέλος, όσον αφορά στο φύλο υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση μόνο ως προς υπερκινητικότητα με τα αγόρια να εκδηλώνουν υψηλότερα ποσοστά υπερκινητικότητας και ως προς τα συναισθηματικά προβλήματα με τα κορίτσια να εκδηλώνουν υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικών προβλημάτων.

3.4 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αξίζει να αναφέρουμε ότι η συγκεκριμένη έρευνα ίσως να είχε διαφορετικά αποτελέσματα σε κάποιες από τις μεταβλητές αν το δείγμα μας ήταν μεγαλύτερο, αφού σε κάποιες περιπτώσεις η στατιστική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών

ήταν οριακή. Επίσης, καλό θα ήταν σε επόμενες έρευνες ο αριθμός του δείγματος των αγοριών και των κοριτσιών να είναι ίδιος, γεγονός βέβαια που είναι αρκετά δύσκολο, αφού είναι γενικά αποδεκτό ότι τα αγόρια εκδηλώνουν περισσότερες μαθησιακές δυσκολίες σε σχέση με τα κορίτσια. Το μεγαλύτερο δείγμα θα προσέδιδε και περισσότερη εγκυρότητα στην έρευνά μας.

Σημαντικό, επίσης, είναι σε μεταγενέστερες έρευνες που θα χρησιμοποιήσουν το Strengths and Difficulties Questionnaire να δώσουν το ερωτηματολόγιο να συμπληρωθεί και από δασκάλους και από γονείς προκειμένου να μελετηθεί η συμπεριφορά του παιδιού όχι μόνο στο περιορισμένο πλαίσιο του σχολείου αλλά και στο σπίτι από τους γονείς του, οι οποίοι το γνωρίζουν πολύ καλύτερα. Τέλος, για μια πιο ολοκληρωμένη έρευνα της συμπεριφοράς των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες θα μπορούσε να βοηθήσει και η συμπλήρωση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου και από τους ίδιους τους μαθητές.

3.5 ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Όσον αφορά στις μαθησιακές δυσκολίες έχουν γίνει και θα συνεχίζονται να γίνονται πλήθος ερευνών, αφού είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζουν χιλιάδες παιδιών και απασχολεί ιδιαίτερα τους γονείς και τους δασκάλους.

Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας θα λέγαμε ότι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν ερωτηματολόγια συμπληρωμένα όχι μόνο από τους δασκάλους αλλά και από τους γονείς των παιδιών. Επίσης, θα μπορούμε να σχηματίσουμε μια πιο σφαιρική άποψη γύρω από τις μαθησιακές δυσκολίες εφόσον συμμετάσχουν στην έρευνα και τα ίδια τα παιδιά είτε μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων είτε μέσω συνεντεύξεων. Ίσως να έχουμε σαφέστερα αποτελέσματα αν στο μέλλον συγκρίνουμε ξεχωριστά όλα τα ερωτήματα που περιείχε το ερωτηματολόγιό μας και όχι μόνο σαν άθροισμα κλίμακας. Τέλος, σε μελλοντικές έρευνες το δείγμα θα μπορούσε να προέρχεται και από ένα μεγάλο αριθμό περιοχών. Ίσως η συγκεκριμένη έρευνα να μπορούσε να επεκταθεί και σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.

Εν τῇ ἐκκλησίᾳ τῇ ἐκείνῃ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ
ἐκείνη τῇ ἐκκλησίᾳ

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σε κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις τσεκάρετε το αντίστοιχο κουτάκι για 'όχι αληθές', 'περίπου αληθές' ή 'σίγουρα αληθές'. Θα βοηθήσετε αν απαντούσατε σε όλα τα ερωτήματα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο ακόμη και αν δεν είστε απολύτως σίγουροι ή αν οι προτάσεις δε σας εκφράζουν. Παρακαλώ να απαντήσετε λαμβάνοντας υπόψη τη συμπεριφορά του παιδιού τους τελευταίους έξι μήνες ή αυτή τη σχολική χρονιά.

Αρχικά παιδιού.....

Φύλο.....

Τάξη.....

Ημερομηνία γέννησης.....

Δυσκολία.....

	Όχι Αληθές	Περίπου Αληθές	Σίγουρα Αληθές
Ενδιαφέρεται για τα αισθήματα των άλλων	☐	☐	☐
Είναι νευρικός, υπερκινητικός, δεν μπορεί να μείνει ήσυχος για πολύ	☐	☐	☐
Παραπονιέται συχνά για πονοκεφάλους, στομαχόπονους ή αδιαθεσία	☐	☐	☐
Μοιράζεται εύκολα με τα άλλα παιδιά (κεράσματα, παιχνίδια, μολύβια κ.α.)	☐	☐	☐
Θυμώνει συχνά ή έχει ευέξαπτο χαρακτήρα	☐	☐	☐
Είναι σχετικά μοναχικός, συνηθίζει να παίζει μόνος	☐	☐	☐
Είναι γενικά υπάκουος, συνήθως κάνει αυτό που του ζητούν οι ενήλικες	☐	☐	☐
Έχει πολλές ανησυχίες, συχνά φαίνεται στενοχωρημένος	☐	☐	☐
Προσφέρει τη βοήθειά του σε κάποιον που χτυπάει, είναι αναστατωμένος ή αισθάνεται άρρωστος	☐	☐	☐
Συνεχώς δρα νευρικά ή στριφογυρίζει	☐	☐	☐
Έχει τουλάχιστον έναν καλό φίλο	☐	☐	☐
Παλεύει συχνά με άλλα παιδιά ή τα κοροϊδεύει λεκτικά	☐	☐	☐
Συχνά είναι δυστυχισμένος, με άσχημη διάθεση ή είναι κλαμμένος	☐	☐	☐

Γενικά είναι αρεστός στα άλλα παιδιά	☐	☐	☐
Αποσπάται η προσοχή του εύκολα, αφαιρείται	☐	☐	☐
Είναι αγχωμένος ή μαζεμένος σε καινούριες καταστάσεις, χάνει εύκολα την αυτοπεποίθησή του	☐	☐	☐
Είναι ευγενικός με τα μικρότερα παιδιά	☐	☐	☐
Συχνά λέει ψέματα ή αντιγράφει	☐	☐	☐
Τα άλλα παιδιά τον πειράζουν ή τον κοροϊδεύουν	☐	☐	☐
Συχνά προσφέρεται να βοηθήσει τους άλλους (γονείς, δασκάλους, άλλα παιδιά)	☐	☐	☐
Σκέφτεται πριν δράσει	☐	☐	☐
Κλέβει από το σπίτι, το σχολείο ή από αλλού	☐	☐	☐
Τα πηγαίνει καλύτερα με τους ενήλικες παρά με τα άλλα παιδιά	☐	☐	☐
Έχει πολλούς φόβους, τρομάζει εύκολα	☐	☐	☐
Ολοκληρώνει τις εργασίες του, έχει καλό χρόνο αδιάσπαστης προσοχής	☐	☐	☐

	Όχι Αληθές	Περίπου Αληθές	Σίγουρα Αληθές
Τρώει υπερβολικά ή έχει μικρή όρεξη, δεν πεινάει.	☐	☐	☐
Κοιμάται μέσα στην τάξη ή έχει προβλήματα ύπνου.	☐	☐	☐
Έχει μειωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη ευχαρίστηση για όλες σχεδόν τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.	☐	☐	☐
Αισθάνεται ανάξιος ή κατώτερος ή/και αισθάνεται πολύ ένοχος.	☐	☐	☐
Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί ή να επικεντρώσει την προσοχή του κάπου για μεγάλο διάστημα.	☐	☐	☐
Κάνει κακό στον εαυτό του εσκεμμένα ή έχει σκέψεις αυτοκτονίας.	☐	☐	☐
Δεν εκδηλώνει έντονη δραστηριότητα, κινείται αργά ή του λείπει ενεργητικότητα.	☐	☐	☐
Δεν μπορεί να μείνει ήσυχος ή είναι υπερκινητικός.	☐	☐	☐
Χαρακτηρίζεται από μελαγχολική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.	☐	☐	☐

Ευχαριστώ πολύ για τη βοήθειά σας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Ελληνόγλωσση

- Αγαλιώτης, Ι. (2004). *Μαθησιακές δυσκολίες στα μαθηματικά. Αιτιολογία, αξιολόγηση, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Γιαννοπούλου, Ι. Γ. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας: χαρακτηριστικά και παρεμβάσεις σε φαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό και σχολικό επίπεδο. Στο Η. Κουρκούτας & J. P. Chartier (Επιμ.), *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές: Στρατηγικές παρέμβασης* (σσ. 287-302). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Γεωργούσης, Π. (1981). *Παιδαγωγική Ψυχολογία*. Αθήνα: Φελέκης.
- Δημητρόπουλος, Ε. (1981). *Παιδαγωγική Ψυχολογία. Οι θεωρίες μαθήσεως*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Fijalkow, J. (1999). *Κακοί αναγνώστες. Γιατί;* (επιμ. Σπ.Τάνταρος). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε. (1998). Η έκβαση των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών στην εφηβεία. *Αρχαία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π.*, τομ. 5, Νο 3(19), 89-91.
- Κάκουρος, Ε. (2001). Η έκβαση της ΔΕΠ-Υ. Στο Ε. Κάκουρος (Επιμ.), *Το υπερκινητικό παιδί και οι δυσκολίες του στη μάθηση και τη συμπεριφορά* (σσ. 47-74). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάκουρος, Ε., Ζουρνατζής, Ε., Παπαηλιού, Χ., & Καραμπά, Ρ. (2203). Ο συμβουλευτικός ρόλος των δασκάλων στην αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών παιδιών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ). *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 64-65, 42-50.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2002^α). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δάρδανος.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2002^β). Το σύνδρομο της ΔΕΠ-Υ και η επίδρασή του στη σχολική επίδοση και στη συμπεριφορά των παιδιών. *Νέα Παιδεία*, 101, 152-166.
- Κаланτζή- Αζίζι, Α. (1998). Πρόκληση για την εκπαίδευση και τον εκπαιδευτικό: Η περίπτωση του "υπερκινητικού παιδιού". *Νέα Παιδεία*, 88, 62-75.
- Κασσωτάκης, Μ., & Φλουρής, Γ. (2003). *Μάθηση και διδασκαλία. Τόμ. Α': Μάθηση*. Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Kirk, S. (1973). *Η εκπαίδευσις των αποκλινόντων παιδιών* (μτφρ. Κ. Τσιμπούκης). Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Κολιάδης, Ε. (1996). *Θεωρίες μάθησης και εκπαιδευτική πράξη. Τόμ. Α': Συμπεριφορικές θεωρίες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κολιάδης, Ε. (1997^α). *Θεωρίες μάθησης και εκπαιδευτική πράξη. Τόμ. Β': Κοινωνικογνωστικές θεωρίες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κολιάδης, Ε. (1997^β). *Θεωρίες μάθησης και εκπαιδευτική πράξη. Τόμ. Γ': Γνωστικές θεωρίες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κυπριωτάκης, Α. (1989). *Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ηράκλειο: Ψυχοτεχνική.

- Μανιαδάκη, Κ., & Κάκουρος, Ε. (2008). Οι διαφορές φύλου σε αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία: η περίπτωση της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής\ υπερκινητικότητας. Στο Η. Κουρκούτας & J. P. Chartier (Επιμ.), *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές: Στρατηγικές παρέμβασης* (σσ. 267-286). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Μαριδάκη-Κασσωτάκη, Α. (2005). *Δυσκολίες Μάθησης: Ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μιχελογιάννης, Ι., & Τζενάκη, Μ. (2000). *Μαθησιακές Δυσκολίες*. Αθήνα: Γρηγόρης.
- Παντελιάδου, Σ. (2000). *Μαθησιακές δυσκολίες και εκπαιδευτική πράξη. Τι και γιατί*; Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Τόμος 2*. Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Πόρποδας, Κ. (1981). *Δυσλεξία. Η ειδική διαταραχή στη μάθηση του γραπτού λόγου*. Αθήνα: Εκπαιδευτήρια "Μορφωτική".
- Scriva, M. L., & Heriot, S. A. (2008). Συναισθηματική ρύθμιση και διαπροσωπικά σχήματα σε καταθλιπτικά και επιθετικά άτομα, νεαρά άτομα: θεωρητικά ζητήματα και παρουσίαση περίπτωσης. Στο Η. Κουρκούτας & J. P. Chartier (Επιμ.), *Παιδιά και έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές: Στρατηγικές παρέμβασης* (σσ. 223-256). Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Σπαντιδάκης, Ι. (2004). *Προβλήματα παραγωγής γραπτού λόγου παιδιών σχολικής ηλικίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Συγκολλίτου, Ε., & Λουράκη, Ε. (2005). Φοίτηση σε τάξεις ένταξης και αυτοεκτίμηση παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Μια αναπτυξιακή προσέγγιση. *Ψυχολογία*, 12(2), 210-231.
- Τρούλης, Γ. (1992). *Τα μαθηματικά στο δημοτικό σχολείο*. Αθήνα: Γρηγόρης.
- Vauras, M., Jutila, N., Iiskala, T., Kajamies, A., Kinnunen, R., & Kaukiainen, A. (2003). Learning difficulties, social competence and loneliness. *Επιστημονική Επετηρίδα της Ψυχολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, Τόμος 1*, 1-9.
- Wenar, C., & Kerig, P. K. (2000). *Developmental Psychopathology: From infancy through adolescence (4th ed.)*. USA: McGraw- Hill. Μετάφραση: Δ. Μαρκουλής & Ε. Γεωργάκα. (2008). Αθήνα: Gutenberg.

Β. Ξενόγλωσση

- Abikoff, H.B., Jensen, P.S., Arnold, L.L., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S. et al. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHA: relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 349-359.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist\ 4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed rev.)*. Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association.(1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed rev.). Washington, DC: Author.
- Asarnow, J.R., Carlson, G.A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 361-366.
- A.S.H.A. Committee on Language, Speech and Hearing Services in the Schools. (1980). Definitions for the communicative disorders and differences. *A.S.H.A.*, 22, 317-318.
- Baker, L. (1982). An evaluation of the role of metacognitive deficits in learning disabilities. *Topics in Learning & Learning Disabilities*, 2, 27-35.
- Baker, L., & Cantwell, D. (1987a). A prospective psychiatric follow- up of children with speech and language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 546-553.
- Baker, L., & Cantwell, D. (1987b). Factors associated with the development of psychiatric illness in children with early speech\ language problems. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 499-510.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Batson, C.D., Fultz, J., & Schoenrade, P.A. (1987). Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality*, 55, 21-39.
- Beardslee, W. R., Keller, M. B., Lavori, P. W., Stanley, J., & Sacks, N. (1993). The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow- up in a nonreferred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 723-730.
- Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice- A rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- Beitchman, J., Nair, R., Clegg, M., Ferguson, B., & Patel, P. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 528-535.
- Bender, W. N. (1987). Secondary personality and behavior problems in adolescents with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 20, 301-305.
- Bender, W. N., Rosenkrans, C.B., & Crane, M. (1999). Stress, depression, and suicide among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Learning Disability Quarterly*, 22, 143-156.
- Bender, W. N., & Wall, M. E. (1994). Social- emotional development of students with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 17, 323-341.
- Berry, C. A., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (1985). Girls with attention deficit disorder: a silent minority? A report of behavioral and cognitive characteristics. *Pediatrics*, 76 (5), 801-809.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T. E., Spencer, T. J., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Perk, J., & Zallen, B. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (8), 966-975.
- Bierhoff, H. W., Rohmann, E. (2004). Altruistic personality in the context of the empathy- altruism hypothesis. *European Journal of Personality*, 18, 351-365.

- Blachman, D. R., & Hinshaw, S. (2002). Patterns of friendship among girls with and without attention deficit\ hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 625-640.
- Boder, E. (1973). Developmental dyslexia: A diagnostic approach based on three atypical reading- spelling patterns. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 15, 663-687.
- Borke, H. (1971). Interpersonal perception in young children: Egocentrism or empathy. *Developmental Psychology*, 5, 263-263.
- Branch, W. B., Cohen, M. J., & Hynd, G. W. (1995). Academic achievement and attention- deficit\ hyperactivity disorder in children with left- or right-hemisphere dysfunction. *Journal of Learning Disabilities*, 28, 35-43.
- Brier, N. (1989). The relationship between learning disability and delinquency: A review and reappraisal. *Journal of Learning Disabilities*, 22(9), 546-553.
- Brown, S. L. (2003). An altruistic reanalysis of the social support hypothesis: The health benefits of giving. *New Directions for Philanthropic Fundraising*, 42, 49-57.
- Brown, R. T., Madan- Swain, A. & Baldwin, K. (1991). Gender differences in a clinic- referred sample of attention- deficit disordered children. *Child Psychiatry and Human Development*, 22(2), 111-128.
- Bryan, J. H., Sonnefeld, L. J., & Grabowski, B. (1983). The relationship between fear of failure and learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 6, 217-222.
- Bryan, T. (1976). Peer popularity of learning disabled children: A replication. *Journal of Learning Disabilities*, 9, 307-311.
- Camarata, S., Hughes, C., & Ruhl, K. (1988). Mild\ moderate behaviourally disordered students: A population at risk for language disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in the Schools*, 19, 191-200.
- Cantwell, D. P., & Baker, L. (1991a). Association between attention deficit-hyperactivity disorder and learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 88-95.
- Cantwell, D. P., & Baker, L. (1991b). *Psychiatric and developmental disorders in children with communication disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cantwell, D. P., & Forness, S. R. (1982). Learning disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 417-419.
- Carlo, G., Eisenberg, N., Troyer, D., Switzer, G., & Speer, A. L. (1991). The altruistic personality: In what contexts is it apparent? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 450-458.
- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1980). Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 137, 445-449.
- Chapman, J. W. (1988). Learning disabled children's self- concepts. *Review of Educational Research*, 58(3), 347-371.
- Chesapeake Institute. (1994). *National agenda for achieving better results for children and youth with serious emotional disturbance*. New York: Brunner\ Mazel.
- Chinn, S. J., & Ashcroft, R. (1993). *Mathematics for dyslexics*. London: Whurr Publishers Ltd.

- Cialdini, R. B., Brown, S. L., Lewis, B. P., Luce, C., & Neuberg, S. L. (1997). Reinterpreting the empathy- altruism relationship: When one into one equals oneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 481-494.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- Cohen, N., Davine, M., Horodezsky, N., Lipsett, L., & Isaacson, L. (1993). Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children: Prevalence and language and behavioural characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 595-603.
- Cohen, N., Davine, M., & Meloche- Kelly, M. (1989). Prevalence of unsuspected language disorders in a child psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 107-111.
- Cohen, N. J., Vallance, D. D., Barwick, M., Im, N., Menna, R., Horodezsky, N. B., et al. (2000). The interface between ADHD and language impairment: An examination of language, achievement and cognitive processing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3), 353-362.
- Cook, E., Greenberg, M., & Kusche, C. (1994). The relations between emotional understanding, intellectual functioning and disruptive behaviour problems in elementary- school- aged children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 2, 205-219.
- Cosden, M., & McNamara, J. (1997). Self- concept and perceived social support among college students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 20(1), 2-12.
- Crick, N., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social- information- processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1974). Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. *American Journal of Psychiatry*, 131, 879-881.
- Dalley, M. B., Bolocofsky, D. N., Alcorn, M. B., & Baker, C. (1992). Depressive symptomatology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities. *School Psychology Review*, 21(3), 444-458.
- Deater- Deckard, K. (2001). Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 565-579.
- De Mesquita, P. B., & Gilliam, W. S. (1994). Differential diagnosis of childhood depression: Using comorbidity and symptom overlap to generate multiple hypotheses. *Journal of Child Psychiatry and Human Development*, 24(3), 157-172.
- Deuel, R. K. (1995). Developmental dysgraphia and motor skills disorders. *Journal of Child Neurology*, 10, 6-7.
- Dockrell, J., & McShane, J. (2003). *Children's learning difficulties. A cognitive approach*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Dodge, K. A., Bates, J., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., & Valente, E. (1995). Social information- processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 632-643.

- Dunivant, N. (1982). *The relationship between learning disabilities and juvenile delinquency*. NC SCR-072. Williamsburg, VA: National Center for State Courts.
- DuPaul, G. T., & Stoner, G. (1994). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford.
- Education for All Handicapped Children. Act of 1975 (P. L 94-142). USC Sec. 1401 et seq. (1975 and Supp. 1977).
- Ellen, A. S. (1989). Discriminant validity of teacher ratings for normal, learning-disabled and emotionally handicapped boys. *Journal of School Psychology*, 27, 15-25.
- Epstein, M. H., Cullinan, D., & Bursuck, W. D. (1985). Prevalence of behaviour problems among learning disabled and non-handicapped students. *Mental Retardation and Learning Disability Bulletin*, 13, 30-39.
- Epstein, M., Shaywitz, S., Shaywitz, B., & Woolston, J. (1991). The boundaries of attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 78-86.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Keenan, K., & Tsuang, M. T. (1991). Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: Evidence from a family genetic study of American child psychiatry parents. *Psychological Medicine*, 21, 109-121.
- Fessler, M. A., Rosenberg, M. S., & Rosenberg, L. A. (1991). Concomitant learning disabilities and learning problems among students with behavioural/emotional disorders. *Behavioral Disorders*, 16, 97-106.
- Fisher, B. L., Allen, R., & Kose, G. (1996). The relationship between anxiety and problem-solving skills in children with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 439-446.
- Fleming, J. E., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario child health study. *British Journal of Psychiatry*, 155, 647-654.
- Forness, S. R., Bennett, L., & Tose, J. (1983). Academic deficits in emotionally disturbed children revisited. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 140-144.
- Forness, S. R., Kavale, K., & Lopez, M. (1993). Conduct disorders in school: Special education eligibility and comorbidity. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1, 101-108.
- Forness, S. R., & Knitzer, J. (1992). A new proposed definition and terminology to replace "serious emotional disturbance" in the individuals with disabilities. Education Act. *School Psychology Review*, 21, 12-20.
- Frick, P. J., & Jackson, Y. K. (1993). Family functioning and childhood antisocial behavior: Yet another interpretation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 410-419.
- Frick, P. J., Kamphaus, R. W., Lahey, B. B., Christ, M. A. G., Hart, E. L., & Tannenbaum, T. E. (1991). Academic underachievement and the disruptive behaviour disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 289-294.
- Gallagher, T. (1999). Interrelationships among children's language, behavior, and emotional problems. *Topics in Language Disorders*, 19, 1-15.
- Garnezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific.

- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHA: a meta-analysis and critical review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045.
- Gladstone, T. R. G., & Kaslow, N. J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 597-606.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire. A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodyer, I. M., & Cooper, P. (1993). A community study of depression in adolescent girls: II. The clinical features of identified disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 374-380.
- Gordon, M., & Mettelman, B. B. (1994). Gender differences in ADHD referrals: IQ, laboratory measures and behaviour ratings. *Hyperactivity Newsletter*, 21, 7-9.
- Greenberg, M., Kusche, C., Cook, E., & Quamma, J. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology*, 7, 117-136.
- Greenham, S. L. (1999). Learning disabilities and psychosocial adjustment: A critical review. *Child Neuropsychology*, 5(3), 171-196.
- Hall, C. W., & Haws, D. (1989). Depressive symptomatology in learning-disabled and nonlearning-disabled students. *Psychology in the Schools*, 26, 359-364.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (1996). Childhood depression. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp.153-195). New York: Guilford.
- Hammill, D. D. (1990). A brief history of learning disabilities. In P. Myers & D. D. Hammill (Eds.), *Learning Disabilities: Basic concepts, assessment practices and instructional strategies*. Austin T-X: Pro-ed.
- Handwerk, M. L., & Marshall, R. M. (1998). Behavioral and emotional problems of students with learning disabilities, serious emotional disturbance or both conditions. *Journal of Learning Disabilities*, 31(4), 327-338.
- Harris, J. C., King, S. L., Reifler, J. P., & Rosenberg, L. A. (1984). Emotional and learning disorders in 6- to 12- year- old boys attending special schools. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 431-437.
- Harter, S. (1983). Developmental perspectives on the self- system. In E. M. Heatherington (Ed.), *Handbook on child psychology: Socialization, personality and social development* (vol. 4, pp. 275-386). New York: Wiley.
- Haynes, C., & Naidoo, S. (1991). *Children with specific speech and language impairment*. Clinics in Developmental Medicine, No. 119. Oxford: Mackeith Press.
- Heath, N. L. (1992). Domain- specific self- perceptions, achievement and depressive symptomatology in children with and without learning disabilities. *Dissertation Abstracts International*, 54-05 A.
- Heath, N. L., & Ross, S. (2000). Prevalence and expression of depressive symptomatology in students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 23(1), 24-36.
- Heyer, J. (1995). The responsibilities of speech- language pathologists toward children with ADHD. *Seminars in Speech and Language*, 16, 275-288.

- Hinshaw, S. P. (1992). Externalising behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111, 127-155.
- Hinshaw, S. P., & Anderson, C. A. (1996). Conduct and oppositional defiant disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 113-149). New York: Guilford Press.
- Hinshaw, S. P., & Melnick, S. M. (1995). Peer relationships in boys with attention hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Development and Psychopathology*, 7, 627-647.
- Hunt, R. D., & Cohen, D. J. (1984). Psychiatric aspects of learning disabilities. *Pediatric Clinics of North America*, 31, 471-479.
- Huntington, D. D., & Bender, W. N. (1993). Adolescents with learning disabilities at risk? Emotional well-being, depression, suicide. *Journal of Learning Disabilities*, 26(3), 159-166.
- Jakobson, A., & Kikas, E. (2007). Cognitive functioning in children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder with and without comorbid learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 40(3), 194-202.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggressive Behavior*, 32, 540-550.
- Jorm, A. F. (1983). Specific reading retardation and working memory: A review. *British Journal of Psychology*, 74, 311-342.
- Kakouros, E., Maniadaki, K., & Papaeliou, Ch. (2004). How Greek teachers perceive school functioning of pupils with ADHD. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 9(1), 41-53.
- Kamhi, A. G., Catts, H. W., Koenig, L. A., & Lewis, B. A. (1984). Hypothesis testing and non-linguistic symbolic abilities in language-impaired children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 49, 169-176.
- Kamhi, A. G., Nelson, L. K., Lee, R. F., & Gholson, B. (1985). The ability of language-disordered children to use and modify hypotheses in discrimination learning. *Applied Psycholinguistics*, 6, 435-441.
- Kaslow, N. J., Brown, R. T., & Mee, L. L. (1994). Cognitive and behavioral correlates of childhood depression: A developmental perspective. In W. M. Reynolds & H. F. Johnson (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 97-122). New York: Plenum.
- Kauffman, J. M., Cullinan, D., & Epstein, M. H. (1987). Characteristics of students placed in special programs for the serious emotionally disturbed. *Behavioral Disorders*, 12, 175-184.
- Kavale, K. A., & Forness, S. R. (1995). Social skill deficits and training: A meta-analysis of the research in learning disabilities. *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 9, 119-160.
- Kavale, K. A., & Forness, S. R. (1996). Social skills deficits and learning disabilities: A meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 226-237.
- Kendler, K. S. (1995). Genetic epidemiology in psychiatry: Taking both genes and environment seriously. *Archives of General Psychiatry*, 52, 895-899.
- Kestenbaum, R., Farber, E. A., & Sroufe, L. A. (1989). Individual differences in empathy among preschoolers: Relation to attachment history. *New Directions for Child Development*, 44, 51-64.

- Kooistra, L., Crawford, S., Dewey, D., Cantwell, M., & Kaplan, B. J. (2005). Motor correlates of ADHD: Contribution of reading disability and oppositional defiant disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 38(3), 195-206.
- Kotsopoulos, A., & Boodoosingh, L. (1987). Language and speech disorders in children attending a day psychiatric programme. *British Journal of Disorders in Communication*, 22, 227-236.
- Kovach, K., Wilgosh, L. R., & Stewin, L. L. (1998). Dealing with test anxiety and underachievement in postsecondary students with learning disabilities. *Developmental Disabilities Bulletin*, 26, 63-76.
- Kovacs, M. (1979). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Unpublished manuscript. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh School of Medicine.
- Kovacs, M. (1997). Depressive disorders in childhood: An impressionistic landscape. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 287-298.
- Kovacs, M., & Goldston, D. (1991). Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 388-392.
- Krell, R., & Covall, M. (1979). *Learning problems in quadruplets. The child in his family*. New York: Wiley and Sons.
- Kuhne, M., & Wiener, J. (2000). Stability of social status of children with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 23, 64-75.
- Kurtz, L. A. (1994). Teacher idea exchange: Helpful handwriting tips. *Teaching Exceptional Children*, 27(1), 58-59.
- Lahey, B. B., Piacentini, J. C., McBurnett, K., Stone, P., Hartdagen, S., & Hynd, G. (1988). Psychopathology and antisocial behaviour in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 163-170.
- Lapadat, J. C. (1991). Pragmatic language skills of students with language and/or learning disabilities: A quantitative synthesis. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 147-158.
- Laursen, B., & Hartup, W. W. (2002). The origins of reciprocity and social exchange in friendships. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 95, 27-40.
- Leitenberg, H., Yost, L. W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression low self-esteem and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 528-536.
- Lerner, J. (2000). *Learning Disabilities: Theories, diagnosis and teaching strategies*. Boston: Houghton-Mifflin Company.
- Lichtenstein, S. (1988). *Dropouts: Perspectives in special education*. Concord, MA: Task Force for the Improvement of Secondary Special Education.
- Lindsay, G., & Dockrell, J. E. (2000). The behaviour and self-esteem of children with specific speech and language difficulties. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 583-601.
- Lindsay, G., Dockrell, J. E., & Strand, S. (2007). Longitudinal patterns of behaviour problems in children with specific speech and language difficulties: Child and contextual factors. *British Journal of Educational Psychology*, 77, 811-828.

- Love, A., & Thompson, M. (1988). Language disorders and attention deficit disorders in young children referred for psychiatric services: Analysis of prevalence and a conceptual synthesis. *Journal of Orthopsychiatry*, 58, 52-64.
- Lowe, P. A., & Lee, S. W. (2005). *The Test Anxiety Inventory for Children and Adolescents*. Lawrence, KS: University of Kansas.
- Lyon, G. R. (1985). Educational validation of learning disability subtypes. In B. P. Rourke (Ed.), *Neuropsychology of learning disabilities: Essentials of subtypes analyses* (pp. 228-256). New York: Guilford.
- Lynam, D., Moffitt, T. E., & Stouthamer-Loeber, M. (1993). Explaining the relation between IQ and delinquency: Race, class, test motivation, school failure or self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 187-196.
- Maag, J. W., & Behrens, J. T. (1989). Depression and cognitive self-statements of learning disabled and seriously emotionally disturbed adolescents. *Journal of Special Education*, 23(1), 17-63.
- Maag, J. W., & Reid, R. (1994). The phenomenology of depression among students with and without learning disabilities: More similar than different. *Learning Disabilities Research and Practice*, 9(2), 91-103.
- Macworth, J. F., & Macworth, N. H. (1974). Spelling recognition and coding by poor readers. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 3, 13, 59-60.
- Margalit, M., & Al-Yagon, M. (1994). Learning disability subtyping, loneliness and classroom adjustment. *Learning Disability Quarterly*, 17, 297-310.
- Margalit, M., & Al-Yagon, M. (2002). The loneliness experience of children with learning disabilities. In B. Wong & M. Donahue (Eds.), *The social dimensions of learning disabilities: Essays in honor of Tamis Bryan* (pp. 53-75). Chicago: Erlbaum.
- Margalit, M., Tur-Kaspa, H., & Most, T. (1999). Reciprocal nominations, reciprocal rejections and loneliness among students with learning disorders. *Educational Psychology*, 19, 79-90.
- Martlew, M., & Hodson, J. (1991). Children with mild learning difficulties in an integrated and in special school: comparisons of behaviour, teasing and teachers' attitudes. *British Journal of Educational Psychology*, 61, 355-372.
- Mathinos, D. A. (1991). Conversation of the engagement of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 439-446.
- McConaughy, S. H. (1986). Social competence and behavioral problems of learning disabled boys aged 12-16. *Journal of Learning Disabilities*, 19, 101-106.
- McConaughy, S. H., Mattison, R. E., & Peterson, R. L. (1994). Behavior/emotional problems of children with serious emotional disturbance and learning disabilities. *School Psychology Review*, 23, 81-98.
- McConaughy, S. H., & Ritter, D. R. (1986). Social competence and behavioral problems of learning disabled boys aged 6-11. *Journal of Learning Disabilities*, 19, 39-45.
- McGee, R., & Chare, D. (1988). Attention deficit disorder- hyperactivity and academic failure: which comes first and what should be treated? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 318-325.
- McGee, R., & Frechan, M. (1991). Are girls with problems of attention under recognised? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 187-198.



- McKinney, J. D. (1989). Longitudinal research on the behavioral characteristics of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 141-150.
- Menar, J. K., & Gailliot, M. T. (2007). Altruism and egoism: Prosocial motivations for helping depend on relationship context. *European Journal of Social Psychology*, 37, 347-358.
- Mishna, F. (2003). Learning disabilities and bullying: Double jeopardy. *Journal of Learning Disabilities*, 36, 336-347.
- Morrison, G. M., Furlong, M. J., & Smith, G. (1994). Factors associated with the experience of school violence among general education, leadership class, opportunity class, and special day class pupils. *Education and Treatment of children*, 17, 356-369.
- Nabuzoka, D., & Smith, P. K. (1993). Sociometric status and social behaviour of children with and without learning difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1435-1448.
- National Mental Health Association. (1993). *All systems failure*. Manassas, VA: Baldwin Associates Advertising and Design.
- Newcomer, P. L., Barenbaum, E., & Bryant, B. (1994). *Depression and Anxiety in Youth Scale (DAYS)*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Newcomer, P. L., Barenbaum, E., & Pearson, N. (1995). Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities, conduct disorders, and no disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3(1), 27-39.
- O' Moore, A. M., & Hillery, B. (1989). Bullying in Dublin schools. *Irish Journal of Psychology*, 10, 426-441.
- Oster, G. D., & Montgomery, S. S. (1995). *Helping your depressed teenager: A guide for parents and caregivers*. New York: Wiley.
- Paget, K. D., & Reynolds, C. R. (1984). Dimensions, levels and reliabilities on revised Children's Manifest Anxiety Scale with learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 17, 137-141.
- Pavri, S., & Monda- Amaya, L. (2000). Loneliness and students with learning disabilities in inclusive classrooms: self- perceptions, coping strategies and preferred interventions. *Learning Disabilities Research and Practice*, 15, 22-33.
- Perugini, M., & Gallucci, M. (2001). Individual differences and social norms: The distinction between reciprocators and prosocials. *European Journal of Personality*, 15, 19-35.
- Peterson, A. C., Compas, B. E., Brooks- Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Pisecco, S., Baker, D. B., Silva, P. A., & Brooke, M. (2001). Boys with reading disabilities and\ or ADHD: Distinctions in early childhood. *Journal of Learning Disabilities*, 34(2), 98-106.
- Post, R. M., Weiss, S. B., Leverich, G. S., George, M. S., Frye, M., & Ketter, T. A. (1996). Developmental psychobiology in cyclic affective illness: Implications for early intervention. *Development and Psychopathology*, 8, 273-305.
- Pritchard, R., Miles, T. R., Chinn, S., & Taggart, A. (1989). Dyslexia and knowledge of number facts. *Links*, 14, 3, 17-20.
- Rehm, L. P. (1977). A self- control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.



- Reis, H. T., Collins, W. A., & Berscheid, E. (2000). The relationship context of human behavior and development. *Psychological Bulletin*, 126, 844-872.
- Renick, M. J., & Harter, S. (1989). Impact of social comparisons on the developing self- perceptions of learning disabled students. *Journal of Educational Psychology*, 81(4), 631-638.
- Reynolds, W. M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rice, M., Buhr, S. C., & Nemeth, M. (1990). Fast- mapping word-learning abilities of language delayed preschoolers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 33-42.
- Richman, N., Stevenson, J., & Graham, P. (1982). *Pre-school to school: A behavioural study*. New York: Academic Press.
- Richters, J. E. (1993). Community violence and children's development: Towards a research agenda for the 1990's. *Psychiatry*, 56, 3-6.
- Richters, J. E., & Cicchetti, D. (1993). Mark Twain meets DSM-III-R; Conduct disorder, development and the concept of harmful dysfunction. *Development and Psychopathology*, 5, 5-29.
- Rigby, K. (2000). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well- being. *Journal of Adolescence*, 23, 57-68.
- Rock, E. E., Fessler, M. A., & Church, R. P. (1997). The concomitance of learning disabilities and emotional\ behavioral disorders: A conceptual model. *Journal of Learning Disabilities*, 30(3), 245-263.
- Rodriguez, C. M., & Routh, D. K. (1989). Depression, anxiety and attributional style in learning disabled and non- learning disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 299-304.
- Rogers, C. M., Smith, M. D., & Coleman, J. M. (1978). Social comparison in the classroom: The relationship between academic achievement and self- concept. *Journal of Educational Psychology*, 70, 50-57.
- Rourke, B. P., & Fuerst, D. D. (1991). *Learning disabilities and psychosocial functioning: A neuropsychological perspective*. New York: Guilford.
- Rudolph, K. D., Hammen, D., & Burge, D. (1997). A cognitive interpersonal approach to depressive symptoms in pre- adolescent children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 33-45.
- Rutter, M., Yule, B., Quinton, D., Rowlands, O., Yule, W., & Berger, M. (1974). Attainment and adjustment in two geographical areas: III-some factors accounting for area differences. *British Journal of Psychiatry*, 125, 520-533.
- Sabornie, E. J. (1994). Social- affective characteristics in early adolescents identified as learning disabled and nondisabled. *Learning Disability Quarterly*, 17, 268-279.
- Saracoglou, B., Minden, H., & Wilchesky, M. (1989). The adjustment of students with learning disabilities to university and its relationship to self- efficacy. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 590-592.
- Sarason, I. G. (1988). Anxiety, self- preoccupation and attention. *Anxiety Research*, 1, 3-7.
- Schachter, D. C., Pless, L. B., & Bruck, M. (1991). The prevalence and correlates of behavior problems in learning disabled children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(6), 323-331.
- Seidman, L. J., Biederman, J., Faraone, S. V., Weber, W., Mennin, D., & Jones, J. (1997). A pilot study of neuropsychological function in girls with

- ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 366-373.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
 - Selikowitz, M. (19989). *Dyslexia and other learning difficulties. The facts*. Oxford: Oxford University Press.
 - Sharp, W. S., Walter, J. M., Marsh, W. L., Ritchie, G. F., Hamburger, S. D., & Castellanos, F. X. (1999). ADHD in girls: Clinical comparability of a research sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(1), 40-47.
 - Sinclair, E., Forness, S., & Alexson, J. (1985). Psychiatric diagnosis: A study of its relationship to school needs. *The Journal of Special Education*, 19, 333-344.
 - Sitlington, P. L., Frank, A. R., & Carson, R. (1990). *Adult adjustment of individuals with mild disabilities one year after leaving school*. Des Moines: Iowa State Department of Education, Division of Instructional Services. (ERIC Document Reproduction Service No. 332 466).
 - Solden, S. (1995). *Women with attention deficit disorder*. Grass Valey, CA: Underwood Books.
 - Sprecher, S., & Regan, P. (2002). Liking some things (in some people) more than others: Partner preferences in romantic relationships and friendships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19, 436-481.
 - Stanovich, K. E. (1986). Cognitive processes and reading problems of learning- disabled children: Evaluating the assumption of specificity. In J. K. Torgessen & B. Y. L. Yong (Eds.), *Psychological and educational perspectives on learning disabilities*. New York: Academic Press.
 - Stevenson, D. T., & Romney, D. M. (1984). Depression in learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 17, 579-582.
 - Stevenson, J., & Richman, N. (1978). Behavior, language and development in three-year-old children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 299-313.
 - Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Horton.
 - Swanson, H. L., & Malone, S. (1992). Social skills and learning disabilities: A meta- analysis of the literature. *School Psychology Review*, 21, 427-443.
 - Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Ontario Child Health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 219-230.
 - Torgesen, J. K., Rashotte, C., Greenstein, J., Houck, G., & Portes, P. (1988). Academic difficulties of learning disabled children who perform poorly on memory span tasks. In H. L. Swanson (Ed.), *Memory and learning disabilities*. Greenwich, Connecticut: JAI Press.
 - Tur- Kaspá, H., Margalit, M., & Most, T. (1999). Reciprocal friendship, reciprocal rejection, and socio- emotional adjustment: The social experiences of children with learning disorders over a one- year period. *European Journal of Special Needs Education*, 14, 37-48.
 - Underwood, B., & Moore, B. (1982). Perspective taking and altruism. *Psychological Bulletin*, 91, 143-173.
 - U. S. Department of Education. (1993). *Fifteenth annual report to Congress on the implementation of the Education of the Handicapped Act*. Washington, DC: Division of Educational Services Special Education Programs.

- U. S. Department of Education. (1993). *Sixteenth annual report to Congress on the implementation of the Education of the Handicapped Act*. Washington, DC: Division of Educational Services Special Education Programs.
- Vallance, D. D., Cummings, R. L., & Humpries, T. (1998). Mediators of the risk for problem behavior in children with language learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 31(2), 160-171.
- Vauras, M., Iiskala, T., Kajamies, A., Kinnunen, R., & Lehtinen, E. (2003). Shared regulation and motivation of collaborating peers: A case analysis. *Psychologia: An international Journal of Psychology in the Orient*, 46, 19-37.
- Wagner, M., Newman, L., D' Amico, R., Jay, E., Butler- Nalin, P., Marder, C., & Cox, R. (1991). *Youth with disabilities: How are they doing? The first comprehensive report from the National Longitudinal Transition Study of Special Education Students*. Menlo Park, CA: SRI.
- Wagner, R. K., & Torgesen, J. K. (1987). The nature of phonological processing and its causal role in the acquisition of reading skills. *Psychological Bulletin*, 101, 192-212.
- Whitaker Sena, J. D., Lowe, P. A., & Lee, S. W. (2007). Significant predictors of test anxiety among students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 40(4), 360-376.
- Whitney, I., Nabuzoka, D., & Smith, P. K. (1992). Bullying in schools: Mainstream and special needs. *Support for Learning*, 7(1), 3-7.
- Wiener, J. (1987). Peer status of learning disabled children and adolescents: A review of the literature. *Learning Disabilities Research*, 2, 62-69.
- Wiener, J. (2002). Friendship and social adjustment of children with learning disabilities. In B. Wong & M. Donahue (Eds.), *The social dimensions of learning disabilities: Essays in honor of Tanis Bryan* (pp. 93-114). Chicago: Erlbaum.
- Wiener, J. (2004). Do peer relationships foster behavioral adjustment in children with learning disabilities? *Learning Disability Quarterly*, 27, 21-30.
- Wiener, J., Harris, P. J., & Duval, L. (1993). Placement, identification and subtype correlates of peer status and social behaviour of children with learning disabilities. *Exceptionality Education Canada*, 3, 129-155.
- Wiener, J., & Schneider, B. (2002). A multi-source exploration of friendship patterns of children with learning disabilities. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 127-141.
- Wiener, J., & Tardif, C. (2004). Social and emotional functioning of children with learning disabilities: Does special education placement make a difference? *Learning Disabilities Research and Practice*, 19, 20-33.
- Woolfolk, A. E. (1998). *Educational Psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Wright- Strawderman, C., & Watson, B. L. (1992). The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25, 258-264.