ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΙΝΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ

ΕΛΕΝΗ Κ. ΔΩΝΗ

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. ΜΙΑ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

2015

ΕΛΕΝΗ Κ. ΔΩΝΗ

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. ΜΙΑ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Υποβλήθηκε στο Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών
της Σχολής Επιστημών Αγωγής
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Επταμελής Εξεταστική Επιτροπή

Άρτεμις Γιώτσα, Επικ. Καθ. Π.Τ.Ν Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Επιβλέπουσα
Βασίλειος Κούτρας, Καθηγητής Π.Τ.Ν Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής
Ηρώ Μυλωνάκου- Κεκέ, Αν. Καθ. Π.Τ.Δ.Ε Πανεπιστημίου Αθηνών, Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής
Αθανάσιος Γκότοβος, Καθηγητής Φ.Π.Ψ Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής
Χαράλαμπος Κωνσταντίνου, Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής
Παναγιώτης Παπακωνσταντίνου, Καθηγητής Φ.Π.Ψ Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής
Μαρία Σακελλαρίου, Αν. Καθ. Π.Τ.Ν Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής

Η Διατριβή παρουσιάστηκε δημόσια ενώπιον της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής την Τετάρτη 01 Απριλίου 2015. Αξιολογήθηκε με «Άριστα».

Copyright © Ελένη Κ. Δώνη, 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της παρούσας διατριβής από το Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών της Σχολής Επιστημών της Αγωγής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (Ν. 5343/1932, άρθρο 202, παρ.2).

«Όσα πραγματικά πρέπει να ξέρω για το πώς να ζω, τι να κάνω και πώς να είμαι, τα έμαθα στο νηπιαγωγείο. Η σοφία δε βρισκόταν στην κορυφή του σχολικού βουνού, αλλά εκεί, στα βουναλάκια από άμμο, στο νηπιαγωγείο».

Robert Fulghum

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αντικείμενο της διατριβής αυτής είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για την πρώιμη ανίχνευση δυσκολιών συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Τη συστηματική ενασχόλησή μου με το θέμα αυτό την οφείλω, πέρα από τις προσωπικές μου ανησυχίες, πρωτίστως στις υποδείξεις της Επίκουρης Καθηγήτριας κ. Άρτεμις Γιώτσα, η οποία με αμείωτο ενδιαφέρον καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής και συγγραφικής μου δραστηριότητας, από το σχεδιασμό ως την υλοποίηση του εγχειρήματος αυτού, με καθοδήγησε ως επιβλέπουσα. Η συμβολή της στη διαμόρφωση της τελικής μορφής της υπήρξε δημιουργικά καθοριστική. Για όλα τα παραπάνω αλλά και ακόμη γιατί αφενός από την αρχή της συνεργασίας μας μου έδειξε εμπιστοσύνη, αναγκαίο εφόδιο στην έρευνα, αφετέρου ήταν ανθρώπινη και προσιτή, ήταν πάντα εκεί, όπου χρειαζόταν, να μου προσφέρει αφειδώς υποδείξεις, πολύτιμες συμβουλές και ηθική συμπαράσταση, ώστε να νιώθω ότι συνοδοιπορούμε ουσιαστικά σε αυτή τη διαδικασία, την ευχαριστώ θερμά.

Ευχαριστώ, επίσης θερμά τα άλλα δυο μέλη της Συμβουλευτικής Επιτροπής, τον Καθηγητή, κ. Βασίλειο Κούτρα, για τις πολύτιμες συμβουλές, τις εύστοχες υποδείξεις και τις επισημάνσεις του, που αφορούν, κυρίως, στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας και την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, κ. Ηρώ Μυλωνάκου - Κεκέ, για τις πολύτιμες συμβουλές της στην αναζήτηση της ενδεδειγμένης βιβλιογραφίας και την ουσιαστική κριτική που μου άσκησε. Οι προτάσεις και οι συμβουλές τους συνέβαλλαν καθοριστικά στη σημαντική βελτίωση της μορφής και του περιεχομένου καθώς και στην ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κ. Μαρία Σακελλαρίου, τον καθηγητή κ. Χαράλαμπο Κωνσταντίνου, τον Καθηγητή κ. Αθανάσιο Γκότοβο και τον Καθηγητή κ. Παναγιώτη Παπακωνσταντίνου, μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής, γιατί τιμώντας με ανέλαβαν το δύσκολο έργο της κριτικής αποτίμησης της εργασίας μου. Οι πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις τους συνέβαλλαν ουσιαστικά στη βελτίωση της παρούσης μελέτης.

Πρέπει, επίσης, να ευχαριστήσω τον κ. Δημήτριο Ράπτη, Δρ Φιλολογίας και την Αδαμαντία Ζήβα, Φιλόλογο, Msc Ειδικής Αγωγής οι οποίοι διάβασαν το κείμενο της

διατριβής μου και με εξαιρετική υπομονή βοήθησαν στη γλωσσική αρτιότητα του περιεχομένου.

Αισθάνομαι ακόμα την υποχρέωση να ευχαριστήσω τη Γραμματέα του Σπουδαστηρίου του ΠΤΝ, κ. Μαρία Παππά, η συμβολή της οποίας ήταν καθοριστική στο συντονισμό της αποστολής και της παραλαβής των ερωτηματολογίων της έρευνάς μου.

Θα ήταν σοβαρή παράλειψη να μην εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους τους συναδέλφους μου νηπιαγωγούς που μου έδωσαν τη δυνατότητα να υλοποιήσω την έρευνα της διατριβής μου. Η διάθεση χρόνου στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων για όλα τα παιδιά της τάξης τους καθόρισε σε μεγάλο βαθμό την πρωτοτυπία της έρευνάς μου. Η συνεισφορά τους ήταν εξαιρετικά πολύτιμη.

Ξεχωριστά, επίσης, εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου στους γονείς μου Κωνσταντίνο και Δήμητρα Δώνη και στην αδερφή μου Μαριάννα και το γαμπρό μου Γιάννη που όλα αυτά τα χρόνια είναι όλοι τους πάντα δίπλα μου και στηρίζουν με όποιο κόστος τις επιλογές μου.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στο φίλο μου Θοδωρή Κορωναίο, οι τεχνικές γνώσεις του οποίου ήταν πολύτιμες στην τελική μορφοποίηση του κειμένου της διατριβής μου. Πάντα ήταν δίπλα μου και μου πρόσφερε απλόχερα τις πολύτιμες συμβουλές του. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις φίλες μου Γιώτα Σταυρίδου και Δότα Σαΐτη, οι οποίες στήριξαν ολόψυχα το εγχείρημα αυτό. Ήταν πάντα εκεί με διαρκές και αμείωτο ενδιαφέρον, στηρίζοντάς με ουσιαστικά.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ....9
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ....11
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ....17
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ....19
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΩΝ....20
ΠΕΡΙΛΗΨΗ....21
ABSTRACT....23
ΕΙΣΑΓΩΓΗ....25
Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ....31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ....33
1.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ..37
1.1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ....41
1.1.1.1 Προβλήματα προσοχής (Attention Problems)....45
1.1.1.2 Επιθετική συμπεριφορά (Aggressive behavior)....52
1.1.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ....60
1.1.2.1 Συναισθηματική αντιδραστικότητα (Emotional reactivity)....63
1.1.2.2 Ανησυχία /κατάθλιψη (Anxiety/depression)....69
1.1.2.3 Σωματικές ενοχλήσεις (Somatic complaints)....77
1.1.2.4 Απόσυρση (Withdrawal)....83
1.1.3 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ....90
1.2 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ....92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ....96
2.1 ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ....98
2.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ....104
2.2.1. ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ....108
2.2.2.1 Το οικογενειακό εισόδημα....110
2.2.2.2 Το Μορφωτικό επίπεδο και το επαγγελματική κατάσταση των γονέων....112
2.2.2 ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ....113
2.2.3 ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΚΛΙΜΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ....117
2.2.3.1 Ο τύπος δεσμού και τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος....117
2.2.3.2 Οι πρακτικές ανατροφής και τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος.120

2.2.4. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ 122
2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ 124
2.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΗΠΙΑΓΩΓΟΥ 127
2.3.1.1 Η ποιότητα της σχέσης νηπιαγωγού - μαθητή 130
2.3.1.2 Οι αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος των μαθητών τους 135
2.3.1.3 Τεχνικές διαχείρισης της τάξης 137
2.3.1.4 Ο ρόλος της επιμόρφωσης των νηπιαγωγών 139
2.3.1.5 Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του νηπιαγωγού 144
2.3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ 146
2.3.2.1 Σχέσεις μεταξύ συνομηλίκων 149
2.3.3 ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ 153
2.3.3.1 Η οργάνωση του χώρου 154
2.3.3.2 Το μέγεθος του σχολείου και το μέγεθος της τάξης 157
2.3.3.3 Ωράριο λειτουργίας (κλασσικό – ολοήμερο) 159
2.4 ΓΕΙΤΟΝΙΑ - ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ 162
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 167
3.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 174
3.1.1 ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΙΚΗ – ΑΥΘΕΝΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 175
3.1.2 ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ – ΘΕΣΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 176
3.1.2.1 Η ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στην προσχολική ηλικία 178
3.1.2.1.1 Ο ρόλος του νηπιαγωγού στην ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος 180
3.1.2.1.2 Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ψυχομετρικών εργαλείων ανίχνευσης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος 183
3.1.2.1.2.1 Επισκόπηση των Ψυχομετρικών Εργαλείων στην Ελλάδα 187
3.1.2.2 Διάγνωση προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία 196
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΟ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ 200
4.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ 206
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ 211
Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 223
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ 225
6.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ 226

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΜΕΘΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ....228
7.1 ΔΕΙΓΜΑ....228
7.1.1 Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ....228
7.1.2 ΤΟ ΒΕΛΤΙΣΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ....229
7.1.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ....231
7.1.4 ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ....234
7.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ....235
7.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ....238
7.3.1 ΦΟΡΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ για τον/την ΝΗΓΙΑΓΩΓΟ – ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΟΚΟΜΟ (ΦΑΝ-Β) 1½ - 5....238
7.3.1.1 Βαθμολόγηση της ΦΑΝ-Β....241
7.3.1.2 Αξιοπιστία της ΦΑΝ-Β....244
7.3.1.3 Εγκυρότητα της ΦΑΝ-Β....245
7.3.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΝΗΠΙΑΓΩΓΟΥ....246
7.4 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ....251
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ....253
8.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΦΑΝ-Β....255
8.1.1 Έλεγχος αξιοπιστίας για τη ΦΑΝ-Β....257
8.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ....258
8.2.1 Συμμετοχή των παιδιών του δείγματος ανά περιφέρεια....258
8.2.2 Εθνικότητα των παιδιών του δείγματος....260
8.2.3 Τύπος του σχολείου (κλασσικό και ολοήμερο) και οργανικότητα (μονοθέσιο, διθέσιο και τριθέσιο)....260
8.2.4 Οι μορφές αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν από τους νηπιαγωγούς....261
8.2.5 Ένταξη των παιδιών ανά σύνδρομο, Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα και Σύνολο προβλημάτων στο οριακό, κλινικό και φυσιολογικό φάσμα....262
8.2.5.1 Σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»....263
8.2.5.2 Σύνδρομο «Ανησυχία/ κατάθλιψη»....263
8.2.5.3 Σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις»....264
8.2.5.4 Σύνδρομο «Απόσυρση»....265
8.2.5.5 Σύνδρομο «Προβλήματα Προσοχής»....265
8.2.5.6 Σύνδρομο «Επιθετική συμπεριφορά»....266
8.2.5.7 Κλίμακα « Άλλα προβλήματα»....267
8.2.5.8 Ομάδα συνδρόμων « Εσωτερικευμένα προβλήματα»....268
8.2.5.9 Ομάδα συνδρόμων « Εξωτερικευμένα προβλήματα»....268
8. 2.5.10 «Σύνολο προβλημάτων»....269
8.2.5.11 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα....271
8.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΑΓΩΓΙΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ....273

8.3.1 Μεθοδολογία ανάλυσης 273
8.3.1.1 Σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»....274
8.3.1.2 Σύνδρομο «Ανησυχία/κατάθλιψη»....278
8.3.1.3 Σύνδρομο «Σωματικές Ενοχλήσεις» 281
8.3.1.4 Σύνδρομο «Απόσυρση»....285
8.3.1.5 Σύνδρομο «Προβλήματα Προσοχής»....288
8.3.1.6 Σύνδρομο «Επιθετική Συμπεριφορά» 290
8.3.1.7 «Εσωτερικευμένα Προβλήματα» 293
8.3.1.8 «Εξωτερικευμένα Προβλήματα»....297
8.3.1.9 Σύνολο προβλημάτων....301
8.3.2 Συσχέτιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων (συννοσηρότητα) ..306
8.3.3 Η χρήση των αξιολογήσεων από τους νηπιαγωγούς 308
8.3.3.1 Επιμόρφωση των νηπιαγωγών και χρήση πλήθους αξιολογήσεων....309
8.3.3.2 Πλήθος διαφορετικών μορφών αξιολόγησης και προϋπηρεσία νηπιαγωγών 311
8.3.3.3 Μορφές αξιολόγησης ανά τύπο σχολείου 313
8.3.3.3.1 Τύπος σχολείου και αξιολογήσεις....314
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ..316
9.1 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ 317
9.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ....325
9.2.1 Η επίδραση του φύλου των παιδιών....325
9.2.2 Η επίδραση της ηλικίας των παιδιών....331
9.2.3 Ο τύπος του σχολείου (κλασσικό/ολοήμερο)....333
9.2.4 Το μέγεθος της τάξης (αριθμός φοιτούντων μαθητών)....335
9.2.5 Η επαγγελματική κατάσταση των γονέων....338
9.2.6 Μορφές αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται πιο συχνά....341
9.2.7 Ο ρόλος της επιμόρφωσης....343
9.2.8 Η σημασία της προϋπηρεσίας....345
9.2.9 Η συννοσηρότητα....347
9.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ....349
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ 353
10.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ....353
10.2 ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ....354
10.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ....360
10.3.1 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ 360
10.3.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ 363
Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 367

Α. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 369

Β.ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....383

Δ1. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ.....479

Πίνακας Ι. Επισκόπηση ελληνικών ερευνών που μελετούν την ανίχνευση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών στην προσχολική ηλικία.....481

Πίνακας ΙΙ. Ψυχομετρικά εργαλεία για την ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα 487

Πίνακας ΙΙΙ. Σύγκριση μεταξύ των ψυχομετρικών εργαλείων για την ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα 495

Πίνακας IV. Τα Προγράμματα παρέμβασης πρωτογενούς πρόληψης για την καλλιέργεια κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων στην Ελλάδα 499

Δ2. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ 509

Πίνακας V. Κατάταξη των παιδιών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα στη ΦΑΝ-Β 511

Πίνακας VI. Κατάταξη των παιδιών (φυσιολογικό, κλινικό, οριακό) ανά σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων, Σύνολο Προβλημάτων και σύμφωνα με το επάγγελμα του πατέρα.....513

Πίνακας VII. Κατάταξη των παιδιών (φυσιολογικό, κλινικό, οριακό) ανά σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων, Σύνολο Προβλημάτων και σύμφωνα με το επάγγελμα της μητέρας 515

Πίνακας VIII. Κατάταξη των παιδιών (φυσιολογικό, κλινικό και οριακό φάσμα) ανά σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων, Σύνολο Προβλημάτων και σύμφωνα με τη λειτουργία τμήματος ένταξης στην τάξη τους 517

Πίνακας IX. Κατάταξη των παιδιών (φυσιολογικό, κλινικό, οριακό φάσμα) ανά σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων, Σύνολο Προβλημάτων και σύμφωνα με τη λειτουργία παράλληλης στήριξης στην τάξη τους 518

Πίνακας XI. Η κλίμακα «Άλλα προβλήματα» της ΦΑΝ-Β 522

Έντυπο, με αριθ.1 (Ε01) . Ερωτηματολόγιο νηπιαγωγού 523

Έντυπο με αριθ. 2 (Ε02). Φόρμας Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) 529

.....530

Έντυπο με αριθ. 3 (Ε03). Έγγραφη συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα 531

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Κατανομή συχνότητας του δείγματος των Νηπιαγωγών ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας τους……. 232
Πίνακας 2. Κατανομή συχνότητας του δείγματος των νηπιαγωγών ως προς τις σπουδές ή/ και την επιμόρφωσή τους……... 233
Πίνακας 3. Κατανομή του δείγματος των παιδιών ανά φύλο και ηλικία…… 234
Πίνακας 4. Έλεγχος ΚΜΟ για την καταλληλότητα της παραγοντικής ανάλυσης… 255
Πίνακας 5. Συνολική μεταβλητότητα που εξηγείται από την παραγοντική ανάλυση 256
Πίνακας 6. Δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach's α για κάθε σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα) και Σύνολο προβλημάτων..... 257
Πίνακας 7. Κατανομή των παιδιών του δείγματος ανά τόπο προέλευσης……. 258
Πίνακας 8. Κατανομή των παιδιών ανά εθνικότητα…….... 260
Πίνακας 9. Τύπος Σχολείου και Οργανικότητα…….. 261
Πίνακας 10. Μορφές αξιολόγησης που χρησιμοποιούνταν γενικά από τους νηπιαγωγούς του δείγματος……. 262
Πίνακας 11. Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα».. 263
Πίνακας 12. Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Ανησυχία/κατάθλιψη»……. 264
Πίνακας 13. Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις»……. 264
Πίνακας 14. Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Απόσυρση»……..... 265
Πίνακας 15. Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Προβλήματα προσοχής»……. 266
Πίνακας 16. Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Επιθετική συμπεριφορά»…… 267
Πίνακας 17. Φάσμα τιμών για την ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα»…… 268
Πίνακας 18. Φάσμα τιμών για την ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα»…… 269
Πίνακας 19. Φάσμα τιμών για το «Σύνολο προβλημάτων»…… 269
Πίνακας 20. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα για όλα τα σύνδρομα, τα Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα και Σύνολο προβλημάτων…… 271
Πίνακας 21. Στατιστικές συσχετίσεις για το σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»…… 274
Πίνακας 22. Κατανομή των μαθητών σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα για το σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών…….. 277
Πίνακας 23. Στατιστικές συσχετίσεις για το σύνδρομο «Ανησυχία/κατάθλιψη»…… 278
Πίνακας 24. Κατανομή των μαθητών σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα για το σύνδρομο «Ανησυχία/ κατάθλιψη» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών……... 280
Πίνακας 25. Στατιστικές συσχετίσεις για την σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις»… 281

Πίνακας 26. Κατανομή των μαθητών σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα για το σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών…… 284
Πίνακας 27. Στατιστικές συσχετίσεις για το σύνδρομο «Απόσυρση»…….. 285
Πίνακας 28. Στατιστικές συσχετίσεις για το σύνδρομο «Προβλήματα προσοχής»… 288
Πίνακας 29. Στατιστικές συσχετίσεις για το σύνδρομο «Επιθετική συμπεριφορά»… 290
Πίνακας 30. Κατανομή των μαθητών σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα για το σύνδρομο «Επιθετική συμπεριφορά» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών…… 292
Πίνακας 31. Στατιστικές συσχετίσεις για την ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα»…… 293
Πίνακας 32. Κατανομή των μαθητών σε κλινικό οριακό και φυσιολογικό φάσμα για την ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών……. 296
Πίνακας 33. Στατιστικές συσχετίσεις για την ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα»…… 297
Πίνακας 34. Κατανομή των μαθητών σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα για την ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών…….. 300
Πίνακας 35. Στατιστικές συσχετίσεις για το «Σύνολο των προβλημάτων»…… 301
Πίνακας 36. Στατιστική συσχέτιση Εσωτερικευμένων και Εξωτερικευμένων προβλημάτων…… 306
Πίνακας 37. Ο στατιστικός έλεγχος Pearson Chi Square για τη συσχέτιση μεταξύ Εσωτερικευμένων και Εξωτερικευμένων προβλημάτων…….. 307
Πίνακας 38. Στατιστική συσχέτιση ποσοστών διαφορετικών μορφών αξιολόγησης ανά επιμόρφωση……... 309
Πίνακας 39. Ο στατιστικός έλεγχος Pearson Chi Square για τη συσχέτιση του πλήθους των μορφών αξιολογήσεων με την επιμόρφωση…… 310
Πίνακας 40. Στατιστική συσχέτιση πλήθους διαφορετικών μορφών αξιολόγησης και προϋπηρεσίας…… 312
Πίνακας 41. Ανάλυση διακύμανσης για τη συσχέτιση του πλήθους των χρησιμοποιούμενων μορφών αξιολογήσεων με την προϋπηρεσία……. 312
Πίνακας 42. Χρήση μορφών αξιολογήσεων ανά τύπο σχολείου (κλασσικό-ολοήμερο)…… 314
Πίνακας 43. Ο στατιστικός έλεγχος Pearson Chi Square για τη συσχέτιση της κάθε μορφής αξιολόγησης με τον τύπο του σχολείου……. 315

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Ποσοστιαία κατανομή παιδιών ανά τόπο προέλευσης…… 259
Γράφημα 2. Κατάταξη μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα για την ομάδα συνδρόμων «Σύνολο προβλημάτων»……. 270
Γράφημα 3. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» …… 275
Γράφημα 4. Συσχέτιση του τύπου του σχολείου με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για το σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»……. 276
Γράφημα 5. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο «Ανησυχία/κατάθλιψη»…….. 279
Γράφημα 6. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις»……..... 282
Γράφημα 7. Κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για το σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις» σύμφωνα με το φύλο του παιδιού…… 283
Γράφημα 8. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο της «Απόσυρσης»……. 286
Γράφημα 9. Συσχέτιση φύλου παιδιών με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για το σύνδρομο «Απόσυρση»……. 287
Γράφημα 10. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο «Προβλήματα προσοχής»…… 289
Γράφημα 11. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο «Επιθετική συμπεριφορά»…….. 291
Γράφημα 12. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για την ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα»…… 294
Γράφημα 13. Συσχέτιση φύλου παιδιών με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για την ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα»……... 295
Γράφημα 14. Συσχέτιση φύλου παιδιών με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για την ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα»…….. 298
Γράφημα 15. Συσχέτιση τύπου σχολείου με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για την ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα» ……. 299
Γράφημα 16. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το «Σύνολο προβλημάτων» σε συνάρτηση με την προϋπηρεσία των νηπιαγωγών…….. 302
Γράφημα 17. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το «Σύνολο προβλημάτων»……... 303
Γράφημα 18. Συσχέτιση τύπου σχολείου με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για το «Σύνολο προβλημάτων»…… 304
Γράφημα 19. Συσχέτιση φύλου παιδιών με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για το «Σύνολο προβλημάτων»…… 305
Γράφημα 20. Συσχέτιση Εσωτερικευμένων και Εξωτερικευμένων προβλημάτων…. 308
Γράφημα 21. Συσχέτιση πλήθους διαφορετικών μορφών αξιολόγησης και επιμόρφωσης…… 311
Γράφημα 22. Διασπορά πλήθους διαφορετικών μορφών αξιολόγησης σε συνάρτηση με την προϋπηρεσία…….. 313

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΩΝ

Α.Π.Σ.	Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών
APA	American Psychiatric Association
βλ.	βλέπε
Δ.Ε.Π.Π.Σ.	Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Ε0… και αριθμός	αριθμός εντύπου που χρησιμοποιήθηκε στην ερευνητική διαδικασία
Eds.	Επιμέλεια έκδοσης σε ξενόγλωσσο κείμενο
et.al.	και συνεργάτες σε ξενόγλωσσο κείμενο
Επιμ.	Επιμέλεια έκδοσης
ICD	International Classification of Disease
κεφ.	κεφάλαιο
κ.λπ, κ.τ.λ.	και λοιπά, και τα λοιπά
κ.ά.	και άλλα
κ.ο.κ.	και ούτω καθεξής
π.χ.	παραδείγματος χάρη
p/pp.	αριθμός σελίδας/σελίδων σε ξενόγλωσσο κείμενο
σελ. ή σ./ σσ.	αριθμός σελίδας/σελίδων
&	και
και συν.	και συνεργάτες
λ.χ.	λόγου χάρη
Μτφ.	Μετάφραση
Τομ.	Τόμος
υποκ.	υποκεφάλαιο
χ.χ.	χωρίς ημερομηνία
ΦΑΝ-Β	Φόρμα Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) για παιδιά1 ½ -5 του Achenbach
ΣΑΕΒΑ	Σύστημα Achenbach για Εμπειρική Βασισμένη Αξιολόγηση

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η προσχολική ηλικία θεωρείται ως η πλέον κατάλληλη ηλικία για την πρώιμη και έγκυρη ανίχνευση δυσκολιών συμπεριφοράς και συναισθήματος και την εφαρμογή παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή τους, πριν αυτές οι δυσκολίες παγιωθούν και εξελιχθούν σε σοβαρές διαταραχές στο μέλλον.

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για τις δυσκολίες συμπεριφοράς και συναισθήματος που παρουσιάζουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Για το λόγο αυτό ζητήθηκε από νηπιαγωγούς, σε πανελλαδικό επίπεδο, να ανιχνεύσουν τις δυσκολίες αυτές, κάνοντας χρήση ενός έγκυρου και αξιόπιστου ψυχομετρικού εργαλείου, της Φόρμας Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) για παιδιά 1½ - 5 ετών, του Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2009).

Οι ερευνητικές μας υποθέσεις ήταν : α) η εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών εξαρτάται από την ηλικία (νήπιο, προνήπιο), το φύλο του παιδιών, το είδος του σχολείου (κλασσικό, ολοήμερο) στο οποίο φοιτούν, το μέγεθος της τάξης (αριθμός φοιτούντων μαθητών) και την επαγγελματική κατάσταση των γονέων τους, β) οι νηπιαγωγοί χρησιμοποιούν πιο συχνά για την αξιολόγηση αυτών των δυσκολιών εναλλακτικές μεθόδους αξιολόγησης (συστηματική παρατήρηση και καταγραφή και το φάκελο αξιολόγησης), γ) η εξειδικευμένη επιμόρφωση των νηπιαγωγών σε θέματα διαχείρισης συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών στην τάξη, καθώς και τα χρόνια προϋπηρεσίας αυτών θα επηρεάσουν τον αριθμό των αξιολογήσεων που χρησιμοποιούν και δ) υπάρχει συννοσηρρότητα στα εξωτερικευμένα και εσωτερικευμένα προβλήματα και στα επιμέρους σύνδρομα αυτών.

Το δείγμα αποτέλεσαν 1.234 παιδιά προσχολικής ηλικίας (4 - 6 ετών) και από τις δεκατρείς περιφέρειες της χώρας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιηθήκαν: α) η Φόρμα Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) για παιδιά 1½ - 5 του Achenbach, και β) το Ερωτηματολόγιο του νηπιαγωγού για τη συλλογή επιπλέον χρήσιμων ερευνητικών δεδομένων που αφορούσαν τους νηπιαγωγούς και τη λειτουργία των νηπιαγωγείων.

Συνοπτικά, βρέθηκε ότι τα παιδιά του δείγματός μας εντάσσονται στο μεγαλύτερο ποσοστό (94,6%) στο φυσιολογικό φάσμα. Τα περισσότερα παιδιά που εμπίπτουν στο κλινικό και

οριακό φάσμα εμφάνισαν κυρίως συναισθηματικές δυσκολίες και πιο συγκεκριμένα απόσυρση, ενώ τα λιγότερα παιδιά που εμπίπτουν στο κλινικό και οριακό φάσμα εμφάνισαν ανησυχία/κατάθλιψη. Τα αγόρια παρουσίασαν συγκριτικά με τα κορίτσια το μεγαλύτερο ποσοστό εξωτερικευμένων, εσωτερικευμένων και σύνολο προβλημάτων, ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στα νήπια και τα προνήπια.

Επίσης, παρατηρήθηκε και για τα δυο φύλα, η ύπαρξη συννοσηρότητας στα εξωτερικευμένα και τα εσωτερικευμένα προβλήματα και τα επιμέρους σύνδρομα αυτών. Στα ολοήμερου τύπου νηπιαγωγεία και στις ολιγομελείς τάξεις εντοπίστηκαν τα περισσότερα παιδιά με συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες. Οι νηπιαγωγοί φάνηκε να χρησιμοποιούν σε υψηλό ποσοστό (93,5%) τις μορφές αξιολόγησης που προτείνονται από το ισχύον Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών του Νηπιαγωγείου (συστηματική παρατήρηση και φάκελο αξιολόγησης), ενώ φάνηκε ότι δε κάνουν χρήση ψυχομετρικών εργαλείων για την ανίχνευση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών στους μαθητές τους. Ο αριθμός των μορφών αξιολόγησης που χρησιμοποιούν οι νηπιαγωγοί για τον εντοπισμό αυτών των δυσκολιών φάνηκε, τέλος, να επηρεάζεται από την εξειδικευμένη επιμόρφωση αυτών σε θέματα σχετικά με την αντιμετώπιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών και όχι από τα χρόνια της προϋπηρεσίας τους. Τα παραπάνω ευρήματα μπορούν να αξιολογηθούν και να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα από την επιστημονική κοινότητα που ασχολείται με την εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας αλλά και νηπιαγωγών. Η διερεύνηση των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολιές που εμφανίζουν παιδιά προσχολικής ηλικίας, σε πανελλαδικό επίπεδο, με τη χρήση ενός προσαρμοσμένου, έγκυρου και σταθμισμένου στα ελληνικά ψυχομετρικού εργαλείου, είναι η πρώτη φορά που επιχειρείται στην Ελλάδα.

Λέξεις κλειδιά: συναισθηματικές δυσκολίες, συμπεριφορικές δυσκολίες, προσχολική ηλικία, ανίχνευση, αντιλήψεις νηπιαγωγών, πανελλαδική έρευνα, ΦΑΝ-Β του Achenbach.

ABSTRACT

Preschool age is considered to be the most appropriate for early and valid detection of emotional and behavioral difficulties, as well as the necessary intervention before these difficulties set in and develop into serious disorders later in life.

The objective of this study was to assess preschool teachers' perceptions of emotional and behavioral difficulties of preschoolers. To this end, preschool teachers across country were asked to use a reliable and valid psychometric tool, the Achenbach's Caregiver-Teacher Report Form Achenbach's (C-TRF) for ages 1½ -5 (Achenbach & Reschorla, 2009), in order to detect these difficulties.

The research hypotheses were: a) emotional and behavioral difficulties are dependent on children age (toddler, preschoolers), sex, type of school (classical, all-day) and class size (number of students), parental occupation, b) preschool teachers most often use alternative assessment methods (systematic observation and recording, assessment file), c) teachers' specialized training on handling emotional and behavioral difficulties in their class as well as their years of experience, will have an impact on the number of assessment tools they use in their class and d) there is comorbidity between externalized and internalized problems and between the syndromes they include.

The research sample comprised of 1.234 preschoolers (4-6 years) from all 13 regions of the country. Data was collected using: a) Achenbach's Caregiver-Teacher Report Form Achenbach's (C-TRF) for ages 1½ -5 and b) A questionnaire for the collection of additional useful research data regarding the preschool teachers' and the school's operation.

In summary, it was found that the vast majority (94.6 %) of preschoolers of the sample fall within normal range. Most children within the clinical and borderline range showed mainly emotional difficulties and in particular withdrawal while, the fewest children showed anxiety/depression. Compared to girls, boys demonstrated a higher rate of both internalized and externalized difficulties, as well as overall problems; there was no difference between preschoolers of 4-5 years of age and preschoolers 5-6 years of age.

Furthermore, findings confirmed comorbidity of internalized and externalized problems and the syndromes include. All day schools and small classes had the largest number of recorded cases of preschoolers with emotional and behavioral difficulties. The vast majority (93.5%) of teachers used assessment methods as provided by the current preschool curriculum (systematic observation and assessment file), while they did not use any

psychometric tools to detect and identify emotional and behavioral difficulties in their class. The number of assessment tools teachers use, was found to be dependent on the kind of specialized training on such issues but not on their years of experience.
These findings may be assessed and used appropriately by the academic community that specializes in preschool education and preschool teachers' training.
The nationwide exploration of teacher's perceptions of the emotional and behavioral difficulties displayed by preschool children, with the use of an adjusted, validated and weighted in Greek psychometric test is attempted for the first time in Greece.

Key words: emotional difficulties; behavioral difficulties; preschool age; detection; preschool teachers' perceptions; Greece nationwide study ;C-TRF.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Έναυσμα για την ενασχόληση με το θέμα των συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών παιδιών προσχολικής ηλικίας υπήρξε η διαπίστωση του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζει η πρώιμη ανίχνευσή τους. Η προσχολική ηλικία, περίοδος ραγδαίων αναπτυξιακών αλλαγών, θεωρείται ως η πλέον κατάλληλη περίοδος, για την πρώιμη ανίχνευση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών και την παρέμβαση για την αντιμετώπισή τους, πριν οι δυσκολίες αυτές παγιωθούν και εξελιχθούν σε σοβαρές διαταραχές στο μέλλον (Cole, Luby & Sullivan, 2008). Στις μέρες μας, που η σχολική φοίτηση ξεκινά νωρίτερα και ο καθημερινός χρόνος παραμονής του παιδιού στο νηπιαγωγείο αυξάνεται (ολοήμερου τύπου νηπιαγωγεία), το σχολικό πλαίσιο αναδεικνύεται σε σημαντικό χώρο, όπου μπορεί να πραγματοποιηθεί η ανίχνευση τέτοιου τύπου δυσκολιών.

Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα (Landry & Smith, 2010. Rose-Krasnor & Denham, 2009) επιβεβαιώνουν ότι τα παιδιά που έχουν υψηλή κοινωνική και συναισθηματική επάρκεια στην προσχολική ηλικία είναι πολύ πιθανόν να έχουν ακαδημαϊκή και κοινωνική επιτυχία στο μέλλον. Η έγκαιρη αξιολόγηση της συναισθηματικής κατάστασης των παιδιών αλλά και της συμπεριφοράς τους, που στόχο έχει τον εντοπισμό πιθανών δυσκολιών, φαίνεται να συμβάλλει μακροπρόθεσμα στην αποφυγή εκδήλωσης ακαδημαϊκών, κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων σε αυτά (Bornstein, Hahn & Haynes, 2010. Feeney-Kettler, Kratochwill, Kaiser, Hemmeter & Kettler, 2010. McCabe & Altamura, 2011). Επιπροσθέτως, η σημασία της αξιολόγησης στην προσχολική ηλικία ενισχύεται από τα αυξημένα ποσοστά των παιδιών που εμφανίζουν προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς (Briggs et al., 2013. Knitzer & Perry, 2009). Σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι ένα στα τέσσερα παιδιά προσχολικής ηλικίας αντιμετωπίζει κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής ή δυσκολίας (Egger & Angold, 2006). Τέλος, διαχρονικές έρευνες επιβεβαιώνουν ότι τα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας παρουσιάζουν σταθερότητα και συνέχεια στον χρόνο, κατά τη παιδική (Achenbach, Edelbrock & Howell, 1987. Fuchs, Klein, Otto & Von Klitzing, 2013. Keenan, Shaw, Delliquadri, Giovannelli & Walsh, 1998) αλλά και εφηβική ηλικία (Bosquet & Egeland, 2006. Strickl et al., 2011) σε ποσοστό 23% έως 61%.

Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραπάνω σημαντικές διαπιστώσεις που αφορούν στην πρώιμη ανίχνευση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών, η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε προκειμένου να αποτυπωθεί στην Ελλάδα η εικόνα των δυσκολιών τέτοιου τύπου σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, μέσω της διερεύνησης των αντιλήψεων των νηπιαγωγών. Για το σκοπό αυτό, απευθυνθήκαμε σε νηπιαγωγούς από τους οποίους ζητήθηκε η ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, με τη χρήση ενός αξιόπιστου και έγκυρου ψυχομετρικού εργαλείου, της Φόρμας Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) για παιδιά 1½ -5 ετών, του Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2009). Συγκεκριμένα, οι *επιμέρους στόχοι* της έρευνας αφορούν στην εξέταση των παραγόντων που επηρεάζουν την ανίχνευση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος από τους νηπιαγωγούς και σχετίζονται με: α) τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μαθητών τους, β) το θεσμικό πλαίσιο του σχολείου, γ) την οικογένεια των παιδιών και δ) τα χαρακτηριστικά των νηπιαγωγών.

Γενικά *αναμένεται* πρώτον, ότι το φύλο, η ηλικία των μαθητών (προνήπια, νήπια), , ο τύπος του σχολείου (κλασσικό, ολοήμερο), το μέγεθος της τάξης (αριθμός φοιτούντων μαθητών) και η επαγγελματική κατάσταση των γονέων συμβάλλουν στη διαφοροποίηση της εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε μαθητές προσχολικής ηλικίας. Δεύτερον, ότι οι νηπιαγωγοί χρησιμοποιούν πιο συχνά για την αξιολόγηση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους, τις εναλλακτικές μορφές αξιολόγησης (συστηματική παρατήρηση και φάκελος αξιολόγησης) από ό,τι τις παραδοσιακές. Τρίτον, ότι η εξειδικευμένη επιμόρφωση των νηπιαγωγών σε θέματα που αφορούν στην αντιμετώπιση τέτοιου τύπου προβλημάτων αλλά και η προϋπηρεσία τους, επηρεάζουν την ικανότητά τους να ανιχνεύουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολιές στους μαθητές τους. Τέλος αναμένεται, ότι μαθητές που έχουν υψηλή βαθμολογία σε κάποια από τις δυο ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα προβλήματα) και στα επιμέρους σύνδρομα τείνουν να παίρνουν βαθμολογία υψηλή και στην άλλη ομάδα και αντίστροφα (συννοσηρότητα στην εμφάνιση συνδρόμων).

Το *πρώτο μέρος* της παρούσας διατριβής, είναι το θεωρητικό. Στο ***πρώτο κεφάλαιο*** του μέρους αυτού παρουσιάζονται οι ορισμοί των βασικών υπό μελέτη εννοιών, που σχετίζονται με τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, έτσι όπως αυτοί προέκυψαν από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Οροθετούνται εννοιολογικά, οι όροι *συμπεριφορά (behaviour), συναίσθημα (emotion), διαταραχές συμπεριφοράς* και

συναισθήματος (behavioural and *emotional disorders), δυσκολίες* και *προβλήματα συμπεριφοράς* και *συναισθήματος (behavioural* and *emotional problems), σύμπτωμα (symptom), σύνδρομο (syndrome)* και αιτιολογείται η ανάλογη χρήση τους στο πλαίσιο της παρούσης μελέτης. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι τρόποι ταξινόμησης των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, ενώ αναλύεται ο τρόπος ταξινόμησης των προβλημάτων βάσει του Συστήματος Achenbach για Εμπειρική Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ). Την ταξινόμηση αυτή τη συναντούμε στη ΦΑΝ-Β, το κύριο ερευνητικό εργαλείο συλλογής δεδομένων της έρευνάς μας. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η ταξινόμηση σε δυο κατηγορίες: α) σε *Εσωτερικευμένα προβλήματα* και αναλύονται επιπλέον τα τέσσερα σύνδρομα που ανήκουν σε αυτή (*Συναισθηματική αντιδραστικότητα, Κατάθλιψη/Ανησυχία, Σωματικές ενοχλήσεις* και *Απόσυρση*) και β) σε *Εξωτερικευμένα προβλήματα* και αναλύονται ξεχωριστά τα σύνδρομα *Επιθετική συμπεριφορά* και *Προβλήματα Προσοχής* που ανήκουν σε αυτή. Τέλος, γίνεται μια ανασκόπηση των αντίστοιχων με την έρευνά μας ελληνικών ερευνών και μια συγκριτική εξέταση αυτών.

Στο ***δεύτερο κεφάλαιο*** παρουσιάζονται οι *αιτιολογικοί παράγοντες* που σχετίζονται με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, όπως αυτοί περιγράφονται μέσα από την *βιο-οικοσυστημική* προσέγγιση. Ειδικότερα, παρουσιάζεται αναλυτικά το πώς επιδρούν στην εμφάνιση τέτοιου τύπου προβλημάτων: α) τα *ιδιαίτερα χαρακτηριστικά* του παιδιού, β) οι παράγοντες που σχετίζονται με το *οικογενειακό πλαίσιο* του παιδιού και, κυρίως, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, η ψυχοπαθολογία των γονέων, το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας και οι σχέσεις των γονέων, γ) οι παράγοντες που σχετίζονται με το *σχολικό πλαίσιο* και ιδιαίτερα ο ρόλος του νηπιαγωγού, ο ρόλος των συνομηλίκων και το θεσμικό πλαίσιο του σχολείου και δ) οι παράγοντες που σχετίζονται με τη *γειτονιά και την κοινότητα* στις οποίες διαμένει το παιδί.

Στο ***τρίτο κεφάλαιο*** του θεωρητικού μέρους παρουσιάζεται η αξιολόγηση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στο σχολικό πλαίσιο. Ιδιαίτερα, αναφέρονται οι μέθοδοι αξιολόγησης που αφορούν στην αυθεντική και την παραδοσιακή αξιολόγηση, ενώ αναλύεται περισσότερο η *ανίχνευση* που ανήκει στις παραδοσιακές μορφές και είναι η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα για τη συλλογή δεδομένων. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται ο ρόλος του νηπιαγωγού στην ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των

ψυχομετρικών εργαλείων. Τέλος, παρουσιάζονται τα *ψυχομετρικά εργαλεία* που ανιχνεύουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα και γίνεται μια συγκριτική αντιπαράθεση αυτών. Στα παραπάνω υποκεφάλαια συναντάμε αναφορές από το Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών του 1989 [(Α.Π.Σ) Π.Δ. 486/1989 –Φ.Ε.Κ.208, τ. Α΄)] και το συνοδευτικό εγχειρίδιο αυτού *Βιβλίο Δραστηριοτήτων για το Νηπιαγωγείο – Βιβλίο Νηπιαγωγού* (Βενιζέλου και συν., 1989), το Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ) για το Νηπιαγωγείο, του 2003 (Φ.Ε.Κ. τ. Β΄αρ. 304/13-03-03) και το συνοδευτικό εγχειρίδιο αυτού *Οδηγός Νηπιαγωγού - Εκπαιδευτικοί σχεδιασμοί Δημιουργικά περιβάλλοντα μάθησης* (Δαφέρμου, Κουλούρη & Μπασαγιάννη, 2006)[1]. Τέλος, αναφορές υπάρχουν και από το το Πιλοτικό Πρόγραμμα του Νηπιαγωγείου, του Υπουργείου Παιδείας δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων (Υ.Π.Β.Δ.Θ, 2011), που είναι σχετικές με τον τρόπο προσέγγισης των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε αυτό. Επιπλέον, στα παραπάνω Αναλυτικά Προγράμματα και τα συνοδευτικά εγχειρίδια αυτών, εξετάζεται και ο τρόπος προσέγγισης των παραγόντων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με τα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως είναι: α) η αξιολόγηση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, β) ο ρόλος του νηπιαγωγού στην αξιολόγηση και την αντιμετώπισή τους, γ) η μετάβαση του παιδιού από την οικογένεια στο νηπιαγωγείο, δ) οι τρόποι επικοινωνίας οικογένειας - σχολείου και ε) η δυναμική της ομάδας των συνομηλίκων και η οργάνωση του χώρου του νηπιαγωγείου.

Το ***τέταρτο κεφάλαιο*** αναφέρεται στην αξία των *προγραμμάτων παρέμβασης πρωτογενούς πρόληψης* για την καλλιέργεια κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων στο νηπιαγωγείο, ενώ γίνεται μια παρουσίαση και σύγκριση των αντίστοιχων ελληνικών προγραμμάτων.

Το ***πέμπτο κεφάλαιο*** αναφέρεται στον τρόπο προσέγγισης των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στο Α.Π.Σ του 1989 (Βενιζέλου και συν., 1989), το

---

[1] Στο εξής για λόγους συντομίας και για την αποφυγή άσκοπων επαναλήψεων ορίζουμε ότι: α) το Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών του 1989 [(Α.Π.Σ) Π.Δ. 486/1989 –Φ.Ε.Κ.208 Α΄)] θα αναφέρεται ως Α.Π.Σ του 1989 (Βενιζέλου και συν.,1989), παραπέμποντας τον αναγνώστη ουσιαστικά στο συνοδευτικό εγχειρίδιο αυτού, δηλαδή το *Βιβλίο Δραστηριοτήτων για το* Νηπιαγωγείο – Βιβλίο Νηπιαγωγού (Βενιζέλου και συν., 1989) στη γενική εισαγωγή του οποίου και στις εισαγωγές των επιμέρους τομέων περιλαμβάνεται εξ' ολοκλήρου το παράπανω Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών, β) το Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών [(Δ.Ε.Π.Π.Σ) Φ.Ε.Κ. τ. Β΄αρ. 304/13-03-03)] που είναι ουσιαστικά το Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπούδων του 2003 το οποίο αντικατέτησε το Α.Π.Σ του 1989 θα αναφέρεται ως Δ.Ε.Π.Π.Σ - Α.Π.Σ (2003) και γ) το συνοδευτικό εγχειρίδιο αυτού *Οδηγός Νηπιαγωγού - Εκπαιδευτικοί σχεδιασμοί Δημιουργικά περιβάλλοντα μάθησης* (Δαφέρμου, Κουλούρη & Μπασαγιάννη, 2006) θα αναφέρεται ως *Οδηγός Νηπιαγωγού* (Δαφέρμου και συν., 2006).

Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003), τον Οδηγό Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006), καθώς και το Πιλοτικό Πρόγραμμα Σπουδών του 2011 (Υ.Π.Β.Δ.Θ, 2011).

Στο δεύτερο μέρος της παρούσης μελέτης, *το ερευνητικό*, διατυπώνονται στο ***έκτο κεφάλαιο***, ο βασικός *σκοπός της έρευνας*, οι επιμέρους *στόχοι* και οι ερευνητικές *υποθέσεις*.

Στο ***έβδομο κεφάλαιο*** παρατίθεται αναλυτικά η *μεθοδολογία της έρευνας*. Περιγράφεται το *δείγμα* της έρευνας, δικαιολογείται *η διαδικασία συλλογής των δεδομένων,* παρουσιάζονται αναλυτικά τα *ερευνητικά εργαλεία* που χρησιμοποιηθήκαν για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων (ΦΑΝ-Β και Ερωτηματολόγιο του νηπιαγωγού) και η *διαδικασία συλλογής* του υλικού. Τέλος, παρουσιάζεται το *είδος της έρευνας*.

Στο ***όγδοο κεφάλαιο*** παρουσιάζεται η περιγραφική και επαγωγική ανάλυση των *αποτελεσμάτων της έρευνας*.

Το ***ένατο κεφάλαιο*** αναφέρεται στη *συζήτηση και την ερμηνεία* των ερευνητικών ευρημάτων. Επιχειρείται η αποτίμηση των ευρημάτων και η σύνδεσή τους με ευρήματα άλλων ερευνών, σχετικών με την εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας αλλά και τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για αυτά. Τέλος, παρουσιάζονται συνοπτικά τα κύρια συμπεράσματα τα οποία προέκυψαν βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Στο ***δέκατο κεφάλαιο*** παρουσιάζονται οι *περιορισμοί της έρευνας* και *προτάσεις για μελλοντικές έρευνες* αλλά και για *εφαρμογή* των ερευνητικών ευρημάτων μας στην *εκπαιδευτική πράξη*.

Η *πρωτοτυπία* της έρευνάς μας συνίσταται στα εξής:

α) Για πρώτη φορά πραγματοποιείται στην Ελλάδα μια πανελλαδική έρευνα που εξετάζει τη διερεύνηση των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για τη πρώιμη ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε ένα μεγάλο δείγμα παιδιών προσχολικής ηλικίας (1.234). Η διερεύνηση των αντιλήψεων αυτών έγινε με τη χρήση ενός αξιόπιστου και έγκυρου ψυχομετρικού εργαλείου, τη ΦΑΝ-Β του Achenbach, που έχει μεταφραστεί, προσαρμοστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες 60 χώρες (Achenbach & Rescorla, 2009. Canino & Alegria, 2008).

β) Η ανίχνευση των δυσκολιών συμπεριφοράς και συναισθήματος πραγματοποιήθηκε από τους νηπιαγωγούς για το σύνολο των μαθητών της τάξης τους και όχι για επιλεγμένα παιδιά, τα οποία προβληματίζουν για την εμφάνιση τέτοιου τύπου δυσκολιών. Η επιλογή της καθολικής ανίχνευσης, ενδείκνυται για έρευνες, όπως η δική μας, οι οποίες χρησιμοποιούν μεγάλο δείγμα και στόχο έχουν τη διερεύνηση των

αντιλήψεων των νηπιαγωγών σχετικά με την εικόνα της εξέλιξης των παιδιών, σε ένα συγκεκριμένο τομέα, εν προκειμένω τον κοινωνικοσυναισθηματικό (Squires et al., 2012).

γ) Τέλος, η παρούσα μελέτη δεν αρκέστηκε μόνο στην αναζήτηση και μελέτη, ερευνών και θεωρητικών μελετών της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας, που σχετίζονται με τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Για πρώτη φορά επιχειρήθηκε λεπτομερής αναζήτηση, στο Α.Π.Σ του 1989 (Βενιζέλου και συν., 1989), το Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ του 2003 και τον συνοδευτικό εγχειρίδιο αυτού, τον Οδηγό Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006), καθώς και το Πιλοτικό Πρόγραμμα Σπουδών του 2011 (Υ.Π.Β.Δ.Θ, 2011) του τρόπου προσέγγισης των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος αλλά και των παραγόντων- συνθηκών που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με αυτά (π.χ. νηπιαγωγός, ρόλος συνομηλίκων, οργάνωση χώρου, αξιολόγηση, κ.λ.π). Τα αποτελέσματα της τελευταίας αναζήτησης, χρησιμοποιήθηκαν συνδυαστικά με τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και τα ερευνητικά μας ευρήματα, στη συζήτηση και στις προτάσεις που παρουσιάσαμε για μελλοντικές έρευνες και εφαρμογές στο εκπαιδευτικό πλαίσιο.

Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ο σύνθετος όρος *Ψυχοκοινωνική υγεία* περιλαμβάνει τους όρους *ψυχοκοινωνική* και *υγεία.* Σύμφωνα με το World Health Organisation (WHO, 1948), «υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απουσία μιας ασθένειας ή αδυναμίας». Η *υγεία* περιγράφεται στον ορισμό αυτό σα μια στατική κατάσταση, ενώ ουσιαστικά είναι μια δυναμική διαδικασία, η οποία προκαλεί διακυμάνσεις στη σωματική, πνευματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Ειδικότερα, η «ψυχοκοινωνική υγεία βασίζεται στις ικανότητες του ατόμου να ανταπεξέρχεται επαρκώς σε διαφορετικές και συγχρόνως δύσκολες περιστάσεις, στις οποίες η συναισθηματική επάρκεια και οι κοινωνικές δεξιότητες παίζουν σημαντικό ρόλο» (Berkhout, Hoekman & Goorhuis-Brower, 2012, p. 521).

Το θέμα της παρούσης μελέτης, άμεσα συνυφασμένο με την ψυχοκοινωνική υγεία των παιδιών προσχολικής ηλικίας, αφορά ιδιαίτερα σε *δυσκολίες συμπεριφοράς και συναισθήματος*, που είναι πιθανό θα εμφανίσουν τα παιδιά, όταν δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν με επιτυχία σε διαφορετικές και συγχρόνως δύσκολες περιστάσεις.

Όροι, όπως *προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς, συναισθηματικές διαταραχές* και *διαταραχές συμπεριφοράς*, χρησιμοποιούνται αρκετά συχνά στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία με τον ίδιο ή παραπλήσιο τρόπο. Επίσης, συχνά συνδέονται με τους όρους αυτούς και οι όροι *σύμπτωμα* και *σύνδρομο* (Kazdin, 2000. Mash & Barkley, 2003. Poulou, 2013). Η εκτενής και σε βάθος ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας αναδεικνύει την ανάγκη εννοιολογικού ορισμού και αποσαφήνισης των σπουδαιότερων υπό μελέτη όρων. Είναι σημαντικό λοιπόν, να δούμε εάν αυτοί οι όροι αποτυπώνουν τα ίδια φαινόμενα και σε ποιο βαθμό ή αν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Πριν όμως οριοθετήσουμε τους όρους *δυσκολία, πρόβλημα, διαταραχή,* σκόπιμο θα ήταν να αναφερθούμε στους γενικούς όρους, *συναίσθημα* και *συμπεριφορά.*

Οι Kleinginna & Kleinginna (1981), υποστηρίζουν ότι ένα μεγάλο πρόβλημα στη μελέτη του *συναισθήματος* είναι η πληθώρα των ορισμών που έχουν διατυπωθεί από διάφορους επιστήμονες. Για το λόγο αυτό συγκέντρωσαν, μέσα από τη βιβλιογραφία που ήταν διαθέσιμη μέχρι εκείνη τη χρονική περίοδο, 92 διαφορετικούς ορισμούς γύρω από την έννοια του συναισθήματος. Μελετώντας το υλικό αυτό, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πρέπει να διατυπωθεί ένας ορισμός αρκετά ευρύς, ώστε να δίνει έμφαση σε όλες τις

πιθανές όψεις του συναισθήματος. Ο ορισμός, λοιπόν, που προτείνουν είναι ο εξής: «Το *συναίσθημα* είναι ένα πολύπλοκο σύνολο αλληλεπιδράσεων μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων, με τη μεσολάβηση νευρικών/ορμονικών συστημάτων, το οποίο μπορεί: α) να ενισχύσει συναισθηματικές εμπειρίες, όπως συναισθήματα διέγερσης, ευχαρίστησης/ δυσαρέσκειας, β) να παράξει γνωστικές διεργασίες, όπως αντιλήψεις σχετικές με ένα συναίσθημα, εκτιμήσεις και κατηγοριοποιήσεις, γ) να ενεργοποιήσει διαδικασίες φυσιολογικής ρύθμισης των καταστάσεων που προκαλούν διέγερση, δ) να οδηγήσει σε μια συμπεριφορά που συχνά, αλλά όχι πάντα, είναι εκφραστική, προσαρμοστική και επικεντρωμένη στο στόχο» (p.355). Όσο διαφορετικές και αν είναι οι απόψεις των ψυχολόγων για το ρεπερτόριο των συναισθημάτων, εντούτοις συμφωνούν ότι η ανάπτυξη και η διαφοροποίηση τους στο χρόνο, σχετίζονται με τις νοητικές, κοινωνικές και φυσικές πτυχές της ανάπτυξης του ατόμου (Cole, M. & Cole, S., 2002).

Ο όρος *συμπεριφορά* αναφέρεται σε κάθε πράξη ή αντίδραση του ατόμου, η οποία μπορεί να παρατηρηθεί, να περιγραφεί και να μετρηθεί σε ένα ή περισσότερα πλαίσια (Crane & Hannibal, 2009). Σύμφωνα με τους Guez & Allen (2000), η συμπεριφορά φανερώνει τη διάθεση και τη στάση του ατόμου απέναντι σε ένα φαινόμενο, ένα πρόσωπο ή ένα αντικείμενο και πρέπει πάντα να εξετάζεται αναφορικά με κάτι από αυτά. Οι διαφορές που εντοπίζονται μεταξύ των ατόμων, ως προς τη συμπεριφορά, πρέπει να αναζητηθούν σε ατομικές διαφορές, διαφορές στα πρότυπα της οικογένειας, αναπηρίες/δυσκολίες, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες (Guez & Allen, 2000). Η επιστήμη της ψυχολογίας έχει ως κεντρικό στόχο τη μελέτη και κατανόηση της συμπεριφοράς τόσο σε επίπεδο ατόμων, όσο και σε επίπεδο ομάδων, προσπαθώντας να εξάγει γενικές αρχές αλλά και να ερευνήσει ειδικές περιπτώσεις συμπεριφορών (Fernald, 2007). Οι διάφορες θεωρίες προσωπικότητας, που έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί, παρέχουν ένα θεωρητικό πλαίσιο ερμηνείας και κατανόησης της προέλευσής της συμπεριφοράς, κυρίως μέσα από βιολογικές, γνωστικές, συμπεριφορικές και οικοσυστημικές προσεγγίσεις (Bandura, 1986. Bronfenbrenner, 1979. Ellis & Harper, 1975. Pervin & John, 1997).

Για την αποσαφήνιση του όρου *σύμπτωμα* συμβουλευτήκαμε το Λεξικό για την Ψυχολογία (Coleman, 2008), που εκδόθηκε από το Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι στην ψυχολογία ό όρος *σύμπτωμα* αναφέρεται στην υποκειμενική ένδειξη μιας διαταραχής, που προκύπτει περισσότερο από τις αναφορές του ασθενούς και λιγότερο από την παρατήρηση του εξεταστή. Ο όρος *διαταραχή* είναι

κλινικός όρος και χρησιμοποιείται, κυρίως, για διαγνωστικούς σκοπούς, όπως προκύπτει από την ευρεία χρήση του σε επίσημα διαγνωστικά εγχειρίδια κλινικής ψυχολογίας, όπως, λόγου χάρη, το Diagnostic Statistical Manual-IV [American Psychiatric Association (APA, 1994)][2]. Ένας ορισμός της διαταραχής σε μικρά παιδιά, πρέπει σύμφωνα με τον Campbell (1995), να περιλαμβάνει: α) την παρουσία ενός συνόλου συμπτωμάτων, β) ένα σύνολο συμπτωμάτων με, τουλάχιστον, βραχυπρόθεσμη σταθερότητα, που δεν αποτελούν απλά μια παροδική αντίδραση στο στρες ή την αλλαγή, γ) ένα σύνολο συμπτωμάτων, που είναι εμφανή σε διάφορα και εκτός της οικογένειας, πλαίσια, δ) την παρουσία συμπτωμάτων που παρεμβαίνουν στην ικανότητα του παιδιού να αντεπεξέλθει στις αναπτυξιακές προκλήσεις, αντανακλώντας με αυτό τον τρόπο ελλείμματα στη λειτουργικότητά του. Ερευνητές ειδικής αγωγής (De Los Reyes, 2011. Dirks, Boyle & Georgiades, 2011. Drabick, Bubier, Chen, Price & Lanza, 2011), χρησιμοποιούν τον όρο *σύμπτωμα,* ως συνώνυμο με τον όρο *πρόβλημα*, παρόλο που ο όρος σύμπτωμα, υποδηλώνει μια διαφορετική έννοια, από αυτή που δηλώνει ο περισσότερο περιγραφικός όρος «πρόβλημα».

Σύμφωνα με τους Egger & Angold (2006), οι πιο κοινές διαταραχές συμπεριφοράς σε παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι οι διαταραχές διαγωγής, η εναντιωματική-προκλητική διαταραχή και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, ενώ οι συναισθηματικές διαταραχές που εμφανίζονται πιο συχνά σε παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας, είναι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές. Η Poulou (2013) σε έρευνά της, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, υποστηρίζει ότι ο όρος *διαταραχή,* ο οποίος εντοπίζεται, κυρίως, σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ, πρέπει να χρησιμοποιείται με κάποια επιφύλαξη για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Σημειώνει, επίσης, ότι στη Μεγάλη Βρετανία προτιμώνται οι πιο κοινοί όροι *δυσκολίες συμπεριφοράς* και *δυσκολίες συναισθήματος* αντί των όρων *συναισθηματική διαταραχή* και *διαταραχή της συμπεριφοράς*, όταν η έρευνα αφορά άτομα προσχολικής ηλικίας.

Σύμφωνα με τον Cooper (2011), οι δυσκολίες συμπεριφοράς και συναισθήματος ορίζονται ως, οι συμπεριφορές και τα συναισθήματα που αποκλίνουν από το φυσιολογικό τόσο, ώστε να παρεμβαίνουν στην ανάπτυξη του παιδιού ή/και τις ζωές των ανθρώπων του περιβάλλοντός του. Ωστόσο σε αρκετές έρευνες που έχουν γίνει σε παιδιά βρεφικής έως και προεφηβικής ηλικίας, αντί του όρου *δυσκολίες συμπεριφοράς* και *δυσκολίες συναισθήματος*, εντοπίσαμε τον όρο *προβλήματα συμπεριφοράς* και *συναισθηματικά*

[2] Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το συγκεκριμενο διαγνωστικο εγχειρίδιο (DSM-IV) αναφέρονται στο υποκεφάλαιο 3.1.2.2 της παρούσης μελέτης.

προβλήματα (Anselmi et al., 2008. Bagner, Rodriguez, Blake, Linares & Carter, 2012. Evangelista & McLellan, 2004). Για να προσδιορίσουμε μία συμπεριφορά ως προβληματική, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) πρέπει να χαρακτηρίζεται ως πολύ διαφορετική από την τυπική συμπεριφορά των άλλων παιδιών, να έχει διάρκεια, ένταση, να εκδηλώνεται ταυτόχρονα και με άλλα συμπτώματα και, τέλος, να αναγνωρίζεται και από το ίδιο το παιδί ως προβληματική και να μην μπορεί να την αποφύγει. Οι Thomas & Guskin (2001), κατηγοριοποιούν τις προβληματικές συμπεριφορές σε δύο ομάδες: τα προβλήματα εξωτερίκευσης και τα προβλήματα εσωτερίκευσης. Τα προβλήματα εξωτερίκευσης εκδηλώνονται με αντικοινωνική συμπεριφορά, όπως, επιθετικότητα, θυμό ή αρνητισμό και πείσμα, ενώ τα προβλήματα εσωτερίκευσης με ανασταλτικές συμπεριφορές όπως δειλία, άγχος και φόβο (Campbell, 1995. Lutz, Fantuzzo & McDermott, 2002).

Επιπλέον, οι Achenbach & Rescorla (2009) ορίζουν στη ΦΑΝ-Β, η οποία αποτελεί και το κύριο ερευνητικό μας εργαλείο, ως *προβλήματα συμπεριφοράς* και *συναισθήματος* όλα τα εσωτερικευμένα (κατάθλιψη/ανησυχία, απόσυρση, συναισθηματική αντιδραστικότητα και σωματικές ενοχλήσεις) και εξωτερικευμένα προβλήματα (προβλήματα προσοχής και επιθετικότητα), που ενδέχεται να εμφανιστούν στα παιδιά. Οι όροι *δυσκολίες συναισθήματος* και *συμπεριφοράς* και *προβλήματα συναισθήματος* και *συμπεριφοράς* συχνά αναφέρονται εναλλάξ από τους διάφορους ερευνητές (Henricsson & Rydell, 2006. Rubin, Coplan & Bowker, 2009. Trentacosta & Fine, 2010), συνεπώς, οι επιστήμονες αποδέχονται ότι η σημασία τους είναι παραπλήσια, με ελάχιστες διαφορές. Τέλος, ο όρος *σύνδρομο*, προέρχεται από το ελληνικό ρήμα «συνδράμω» και αναφέρεται σε ομάδα πραγμάτων, εν προκειμένω σύνολο προβλημάτων, που έχουν την τάση να εμφανίζονται ταυτόχρονα (Achenbach & Rescorla, 2009. Rescorla, 2005). Στην παρούσα μελέτη γίνεται χρήση των όρων *σύνδρομο, συναισθηματική διαταραχή*, *συμπεριφορική διαταραχή*, *δυσκολίες συναισθήματος* και *δυσκολίες συμπεριφοράς*, ώστε να αποδίδεται κάθε φορά επακριβώς η ορολογία που χρησιμοποιούν οι συγγραφείς από τους οποίους αντλήσαμε τις πληροφορίες μας. Στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιούμε με μεγαλύτερη συχνότητα τους όρους *προβλήματα συναισθήματος* και *προβλήματα συμπεριφοράς,* δεδομένου ότι στο μεγαλύτερο όγκο της σχετικής βιβλιογραφίας που μελετήσαμε, οι επιστήμονες στηρίζονται κυρίως, σε αυτούς. Επιπλέον, οι δύο αυτοί όροι χρησιμοποιούνται και στο κύριο ερευνητικό εργαλείο συλλογής (ΦΑΝ-Β) δεδομένων στην έρευνά μας.

1.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Η διαδικασία διάκρισης των προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς έχει δυο όψεις. Η πρώτη της όψη είναι η αξιολόγηση, στα πλαίσια της οποίας, γίνεται ουσιαστικά, μια πρώτη αναγνώριση των στοιχείων που διαφοροποιούν την κάθε περίπτωση. Η άλλη της όψη είναι η ταξινόμηση «που είναι η χρήση των διαφοροποιητικών στοιχείων, με στόχο τη δημιουργία ομάδων με παρόμοια προβλήματα, παρόμοιες διαταραχές ή περιπτώσεις» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ. 154). Οι ειδικοί στο χώρο της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας επιχειρούν να ταξινομήσουν τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος σε ομάδες προκειμένου να μπορούν να τα προσδιορίσουν και να τα μελετήσουν καλύτερα. Οι ταξινομήσεις αυτές, που «περιγράφουν τις χαρακτηριστικές μορφές συμπεριφοράς των παιδιών οι οποίες συγκροτούν διαφορετικές κατηγορίες ή διαστάσεις των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος» (Μανωλίτσης, 2013, σ.28), αποτελούν ένα κοινό κώδικα αποτελεσματικής επικοινωνίας τόσο μεταξύ των ειδικών όσο και μεταξύ άλλων επαγγελματιών που ασχολούνται με το παιδί (εκπαιδευτικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, ειδικοί παιδαγωγοί, κ.ά.).

Οι δύο κυρίαρχες προσεγγίσεις ταξινόμησης, όπως αυτές προκύπτουν από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, είναι η ταξινόμηση βάσει κατηγοριών ή αλλιώς κατηγορική ταξινόμηση και η ταξινόμηση βάσει διαστάσεων ή αλλιώς εμπειρική ταξινόμηση (Achenbach & Edelbrock, 1978. Cantwell, 1996. Cantwell & Rutter, 1994. Μανωλίτσης, 2013).

Η κατηγορική ταξινόμηση θεωρεί ότι τα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς αποτελούν ξεχωριστές κλινικές οντότητες με σαφή όρια μεταξύ τους, όπως συμβαίνει και στην επιστήμη της ιατρικής (Βενιακάκη, 2009). Η ταξινόμηση βάσει κριτηρίων (κατηγορική) βασίζεται στην αξιολόγηση που καθορίζεται από τα ψυχιατρικά κριτήρια διαγνωστικών εγχειριδίων. Τα κυρίαρχα διαγνωστικά εγχειρίδια[3] που χρησιμοποιούνται στην Ελλάδα σήμερα για τη διάγνωση παιδιών προσχολικής ηλικίας είναι: 1) το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth edition) (DSM-IV-TR) [American Psychiatric Association (APA), 2000], το οποίο αποτελεί εξελιγμένη έκδοση του DSM-IV (APA, 1994), 2) το International Classification of Disease (Tenth revision) (ICD 10) [World Health Organisation (WHO), 2010) και 3) το Zero-to-Three

[3] Τα τρία κυρίαρχα διαγνωστικά εγχειρίδια παρουσιάζονται αναλυτικά στο υποκεφ. 3.1.2.2.

(2005). Τα εγχειρίδια αυτά έχουν δημιουργηθεί από επιτροπές ειδικών ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι) και περιλαμβάνουν την οργάνωση κλινικών συμπτωμάτων (π.χ. η απόσυρση και η ευερεθιστότητα) σε κλινικές διαταραχές (π.χ. διαταραχή κατάθλιψης) (Egger & Angold, 2006). Στην ταξινόμηση βάσει κατηγοριών τα κριτήρια και τα συμπτώματα της κάθε διαταραχής είναι εκ των προτέρων ορισμένα και περιγεγραμμένα με σαφήνεια στο εκάστοτε εγχειρίδιο (Cantwell, 1996. Egger & Angold, 2006. Μανωλίτσης, 2013). Με βάσει τα δεδομένα που προκύπτουν από την αξιολόγηση, ένα παιδί είτε εντάσσεται σε μια κατηγορία είτε όχι (Epp, Dobson & Pusch, 2012). Είτε δηλαδή πληροί τα κριτήρια διάγνωσης κάποιας διαταραχής είτε όχι, δημιουργώντας έτσι μια συνθήκη «κλινικού-μη κλινικού» χωρίς να υπάρχουν ενδιάμεσες περιπτώσεις (Egger & Angold, 2006).

Οι υποστηρικτές της εμπειρικής ταξινόμησης, από την άλλη, υιοθετούν την άποψη ότι υπάρχουν πολλές, διαφορετικές, ανεξάρτητες διαστάσεις της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, θεωρώντας ότι τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτές δεν αποτελούν ξεχωριστές κλινικές οντότητες (Achenbach, 1991. Pickles & Angold, 2003. Sonuga-Barke, 1998). Ειδικότερα, διατείνονται ότι υπάρχει επικάλυψη συμπτωμάτων, αφού η κάθε διαταραχή, όπως αυτή ορίζεται στα διαγνωστικά εγχειρίδια, δεν αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα. Τα συμπτώματα, όπως υποστηρίζουν, δεν είναι ακραίες εκδηλώσεις της φυσιολογικής συμπεριφοράς, θεώρηση την οποία συναντάμε στην κατηγορική προσέγγιση. Αντίθετα, οι εμπειρικού τύπου ταξινομήσεις αναφέρονται «στο φάσμα συμπτωμάτων που εμφανίζουν τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος, θεωρώντας ότι τα συμπτώματα της μιας διαταραχής συχνά επικαλύπτονται με τα συμπτώματα της άλλης διαταραχής» (Βενιακάκη, 2009, σ.60). Η ταξινόμηση με βάση τις διαστάσεις (εμπειρική) δεν προέκυψε από κάποια επιτροπή ειδικών ψυχικής υγείας, αλλά από έρευνες εμπειρικών αναλύσεων. Βάσει των αναλύσεων αυτών, η συχνότητα εκδήλωσης συμπεριφορών και συναισθηματικών αντιδράσεων του παιδιού παρατηρείται σε διάφορα πλαίσια (οικογένεια, σχολείο) από διάφορους πληροφορητές (γονείς, δασκάλους, ειδικούς) (Achenbach et al., 1987. Winsler & Wallace 2002). Τα αποτελέσματα αυτών των παρατηρήσεων καταγράφονται σε γενικές προτάσεις-ερωτήσεις που περιγράφουν τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος (Achenbach & Rescorla, 2009). Μέσα από πολυπαραγοντικές στατιστικές αναλύσεις[4] οι περιγραφικές αυτές προτάσεις- ερωτήσεις

[4] Οι διαφορετικές μέθοδοι παραγοντικής ανάλυσης περιλαμβάνουν «τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση, η οποία αναζητά παράγοντες που θα συνοψίσουν τις σχέσεις μεταξύ των ερωτήσεων, χωρίς να εξετάζεται η παραγοντική δομή

τοποθετούνται σε μια εννοιολογική δομή που έχει μια συνέχεια και αποκαλείται «διάσταση» (Achenbach et al., 1987). Η ταξινόμηση βάσει διαστάσεων εμφανίζεται σε διάφορα ανιχνευτικά μέσα-ψυχομετρικά εργαλεία, στα οποία οι «παθολογικές» συμπεριφορές είναι ποσοτικά και όχι ποιοτικά καθορισμένες από της «φυσιολογικές». Οι υποστηρικτές της εμπειρικής ταξινόμησης διατείνονται ότι όλα τα παιδιά διαθέτουν κάποια χαρακτηριστικά των διαστάσεων αλλά διαφοροποιούνται στο βαθμό που τα εμφανίζουν (π.χ. εντοπίζεται η διαφορά ανάμεσα σε ένα ήσυχο παιδί και ένα αποσυρμένο, ένα διεκδικητικό από ένα επιθετικό παιδί κ.τ.λ.) (Achenbach, 1966. Mash & Dozois, 2003). Η τελική αξιολόγηση της συμπεριφοράς ενός παιδιού, «γίνεται με βάση το πόσο χαμηλός ή υψηλός είναι ο βαθμός που έχει συγκεντρώσει σε αυτό το συνεχές της διάστασης της συμπεριφοράς στην οποία αξιολογείται» (Μανωλίτσης, 2013, σ.28).

Η ταξινόμηση βάσει διαστάσεων προέκυψε, κυρίως, από την έρευνα του Achenbach (1966) και αργότερα του Quay (1997). Στις έρευνες αυτές γίνεται για πρώτη φορά λόγος σχετικά με τις δυσκολίες που υπήρχαν στην ταξινόμηση των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών, αφού την περίοδο αυτή, οι διαγνωστικές κατηγορίες των παιδικών διαταραχών ήταν μόνο δυο: η «σχιζοφρενική αντίδραση παιδικού τύπου» και η «αντίδραση προσαρμογής» (Achenbach, 1966). Το Σύστημα Εμπειρικής Αξιολόγησης του Achenbach (ΣΑΕΒΑ) για παιδιά προσχολικής ηλικίας αποτελεί, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε, ένα συνδυασμό της εμπειρικής και της κατηγορικής ταξινόμησης. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι βασίστηκε εκτός από την εμπειρική αξιολόγηση και στην εναρμόνιση των ψυχομετρικών συστοιχιών[5] του με τις διαγνωστικές κατηγορίες του [(DSM-IV) APA, 1994). Η εναρμόνιση με το DSM-IV σημαίνει ότι χρήστες του ΣΑΕΒΑ μπορούν να δουν πως συγκρίνονται τα παιδιά σε σχέση με το δείγμα στάθμισης σε προβλήματα που αντιστοιχούν σε διαγνωστικές κατηγορίες του, αλλά δε μπορούν να αποφανθούν αν τα παιδιά που αξιολογούν πληρούν τα κριτήρια για τις διαγνώσεις κατά DSM (Achenbach, Dumenci & Rescorla, 2000. Achenbach & Rescorla, 2009).

Η αιτιολόγηση της «αδυναμίας» αυτής, γίνεται ουσιαστικά μέσα από τον καθορισμό των διαφορών που συναντάμε στα δύο είδη ταξινόμησης των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος (εμπειρική και κατηγορική) που παρουσιάσαμε παραπάνω. Πιο συγκεκριμένα: οι κυριότερες διαφορές είναι: α) οι διαγνωστικές

συγκεκριμένων θεωρητικών μοντέλων …και την «επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, η οποία εξετάζει κατά πόσο τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί επιβεβαιώνουν το μοντέλο που εξετάζεται» (Achenbach & Rescorla, 2009. σ. 81).

[5]Το ΣΑΕΒΑ περιλαμβάνει,, συστοιχίες ψυχομετρικών οργάνων τα οποία παρουσιάζονται αναλυτικά στο υποκεφ 7.3 της παρούσης μελέτης.

κατηγορίες δεν προέρχονται άμεσα από την ανάλυση βαθμολογιών που συλλέγονται από σταθμισμένες αξιολογήσεις παιδιών κάτι το οποίο γίνεται στις κλίμακες εμπειρικού τύπου ταξινόμησης (Achenbach & Edelbrock, 1981), β) η βαθμολόγηση στο πλαίσιο των διαγνωστικών εγχειριδίων λαμβάνει υπόψη την ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων και τη διάρκειά τους, ενώ η εμπειρικού τύπου αξιολόγηση όχι. Αντίθετα, όμως, λαμβάνει υπόψη το φύλο και την ακριβή ηλικία του παιδιού, κάτι το οποίο δε υπάρχει στις κατηγορικές αξιολογήσεις, δ) κάθε χαρακτηριστικό κριτήριο στην κατηγορική ταξινόμηση μπορεί να εμφανιστεί είτε ως «παρόν» είτε ως «απόν» και βάση της εμφάνισης ή μη αρκετών χαρακτηριστικών το άτομο να ενταχθεί αντίστοιχα στο κλινικό ή μη κλινικό φάσμα (Achenbach & Rescorla, 2000). Αντίθετα, η συμπεριφορά ενός παιδιού στις εμπειρικού τύπου αξιολογήσεις, δε θεωρείται απλά ότι εμπίπτει ή δεν εμπίπτει σε μια κατηγορία προβλημάτων, αλλά εκτιμάται πόσο πολύ αποκλίνει από την αντίστοιχη διάσταση συμπεριφοράς που εμφάνισαν οι συνομήλικοι ίδιου φύλου (Μανωλίτσης, 2013). Τέλος, η ταξινόμηση βάσει διαστάσεων επιτρέπει την περιγραφή πολλαπλών συμπτωμάτων ή προβλημάτων που ενδέχεται να συνυπάρχουν (π.χ. επιθετικότητα, άγχος και υπερκινητικότητα/ελλειμματική προσοχή), δίνοντας έτσι μια σφαιρική περιγραφή των δυσκολιών ενός παιδιού, σε αντίθεση με την ταξινόμηση βάσει κατηγοριών, όπου οι πολύ αυστηρά οριοθετημένες κατηγορίες δεν επιτρέπουν κάτι τέτοιο (Cantwell & Rutter, 1994).

Στην εκτενή και σε βάθος ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με τα ψυχομετρικά εργαλεία εμπειρικού τύπου ταξινόμησης[6], συναντήσαμε διάφορες ονομασίες ομαδοποίησης των επιμέρους διαστάσεων των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που εμφανίζονται σε αυτά. Η έρευνά μας επιβεβαιώνει, επίσης, ότι η πιο συχνή μορφή ομαδοποίησης, όπως αυτή έχει προκύψει από πολυπαραγοντικές αναλύσεις και εμπειρικές έρευνες, είναι σε «προβλήματα εσωτερίκευσης» και «προβλήματα εξωτερίκευσης» (Poulou, 2013. Rescorla, 2005.). Η ομαδοποίηση αυτή έχει ορισθεί και ως «σύνδρομα Εσωτερικευμένων» και «σύνδρομα Εξωτερικευμένων» προβλημάτων, κυρίως, από την ερευνητική ομάδα του Achenbach (Achenbach et al., 2000) και τη συναντάμε στις κλίμακες αξιολόγησης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος του ΣΑΕΒΑ. Οι ομαδοποιήσεις των συνδρόμων σε «Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα προβλήματα» έχουν ορισθεί από Έλληνες ερευνητές ως: α) «Ενδοπροσωπική προσαρμογή» και

[6] Τα ψυχομετρικά εργαλεία που κατασκευαστήκαν βάσει του εμπειρικού τύπου ταξινόμησης των προβλημάτων μπορούν να χρησιμοποιηθούν και από εκπαιδευτικούς για ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος των μαθητών τους. Το θέμα αυτό παρουσιάζεται αναλυτικά στο κεφάλαιο 3.1.2.1.2.1 της παρούσης μελέτης.

«Διαπροσωπική προσαρμογή» από τους Παρασκευόπουλο & Γιαννίτσα (1999), στο Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικής και Ενδοπροσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ), β) «Συναισθηματική αντιδραστικότητα», «Εξωστρέφεια» και «Αναστολή» στα Ερωτηματολόγια «Διαστάσεις Προσωπικότητας παιδιών και Εφήβων» (Ε – ΔΙΠΡΟΠΕ3 και Ε – ΔΙΠΡΟΠΕ6) των Μπεζεβέγκη & Παυλόπουλου (1999), γ) «Συναισθηματική επάρκεια», «Προβλήματα συμπεριφοράς» και «Κοινωνική επάρκεια» στο Τεστ Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής των Χατζηχρήστου, Πολυχρόνη, Μπεζεβέγκης & Μυλωνάς (2008) και δ) «Διασπαστική συμπεριφορά», «Απομόνωση/Ανωριμότητα», «Άγχος/Ανασφάλεια» και «Ψυχοσωματικά προβλήματα» από τον Μανωλίτση (2013) στον αναθεωρημένο Κατάλογο Ελέγχου Συμπεριφοράς στην Προσχολική Ηλικία (ΚΕΣΠΗ - Α).

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι διεθνώς έχουν οριστεί ως «Προβλήματα Προσωπικότητας» και «Προβλήματα Διαγωγής» από τον Paterson, ως «Αναστολή» και «Επιθετικότητα» από τον Miller (όπως αναφέρουν οι Achenbach & Rescorla, 2009) και ως «Προβλήματα κοινωνικότητας», «Προβλήματα διαγωγής», «Κοινωνική παραβατικότητα», «Ανωριμότητα-ανεπάρκεια» από τον Quay (1997).

1.1.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Ο όρος εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς χρησιμοποιείται, για να περιγράψει ένα εύρος διαταρακτικών συμπεριφορών, που περιλαμβάνουν την επιθετικότητα, την παραβατικότητα, τις διαταραχές διαγωγής και τις προκλητικές εναντιωματικές διαταραχές, οι οποίες στο σύνολό τους εμφανίζονται σε ένα ποσοστό της τάξης του 10% σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Arnold et al., 2006). Όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, κάποιοι άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται, λιγότερο συχνά, για να περιγράψουν αυτού του τύπου προβλήματα συμπεριφοράς είναι: η «διαπροσωπική προσαρμογή» (Παρασκευόπουλος & Γιαννίτσας, 1999), τα «Διαπροσωπικά προβλήματα» σύμφωνα με το Shure (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας, Τριλίβα & Ρούση, 2012), τα «Προβλήματα συμπεριφοράς» κατά τον Behar (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012), τα «Προβλήματα διαπροσωπικής συμπεριφοράς» σύμφωνα με τον Conners (όπως αναφέρει ο Σταλίκας και συν., 2012) και τα «Προβλήματα διαπροσωπικής υπερκινητικότητας» (Χατζηχρήστου, Πολυχρόνη, Μπεζεβέγκης & Μυλωνάς, 2011).

Η πρώιμη εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς, θεωρείται ως αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων του παιδιού με το περιβάλλον (οικογενειακό, σχολικό, κοινωνικό), το οποίο επιδρά και μετασχηματίζει τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του παιδιού (Sameroff, 1975), ενώ αποτελεί ισχυρό δείκτη πρόβλεψης για την εμφάνιση αντίστοιχων προβλημάτων σε χρονικό διάστημα 2 ετών (Cummings, Vogel, Cummings & El-Sheikh, 1989. Rose S. L, Rose, S. A & Feldman, 1989). Επίσης, αποτελεί επαρκή δείκτη πρόβλεψης για ανάπτυξη εξωτερικευμένων προβλημάτων στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Campbell & Ewing, 1990. Egeland, Kalkoske, Gottesman & Erickson, 1990. Richman, Stevenson & Graham, 1982).

Πληθώρα ερευνών (Patterson, Reid & Dishion, 1992. Schaeffer, Petras & Ialongo, 2003. Sprague & Walker, 2000) επιβεβαιώνουν ότι παιδιά που παρουσίασαν εξωτερικευμένα προβλήματα κατά την προσχολική ηλικία, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών σε μεγαλύτερες ηλικίες. Πιο συγκεκριμένα έχουν πολλές πιθανότητες να παρουσιάσουν αντικοινωνική, παραβατική και εναντιωματική συμπεριφορά στην εφηβεία (Campbell, 1995. Lynam, 1996), εγκληματική, βίαιη συμπεριφορά, ενδοοικογενειακή βία και κατάχρηση ουσιών στην ενήλικη ζωή (Caspi et al., 1997. Farrington, 1989. Milberger, Biederman, Faraone, Guite & Tsuang, 1997. Moffitt, 1993. Patterson, Dishion & Yoeger, 2000. Raine, 2002). Επιπλέον, οι Walker, Chang, Powell & Gratham- McGregor (2004) επιβεβαιώνουν ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με εξωτερικευμένα προβλήματα παρουσίασαν χρόνιες κοινωνικές δυσκολίες και δυσκολίες προσαρμογής μετά τα 8 έτη. Τέλος, άλλες έρευνες τεκμηριώνουν, ότι τα προβλήματα αυτά επιμένουν και συχνά επιδεινώνονται κατά τη μετάβαση του παιδιού στο δημοτικό, ενώ συχνά οδηγούν στην ανάπτυξη κλινικών συμπτωμάτων (Moffitt, 2003. Nelson, Rubin & Fox, 2005. Silver et al., 1999).

Ωστόσο, ένας σημαντικός όγκος ερευνητικών δεδομένων καταλήγει σε αντιφατικά με τα παραπάνω συμπεράσματα. Πιο συγκεκριμένα, ο Cambell (1995) αναφέρει ότι η προσχολική ηλικία είναι μια ηλικία μεγάλων και ραγδαίων αλλαγών, στα πλαίσια των οποίων, θα ήταν λάθος να υποθέσει κανείς ότι τα όποια προβλήματα συμπεριφοράς- εν προκειμένω τα εξωτερικευμένα- παραμένουν σταθερά. Αντιθέτως, φαίνεται πως η παρουσία εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, μειώνεται σταδιακά με το πέρασμα του χρόνου (Campbell & Ewing, 1990). Επιπλέον, φαίνεται ότι μόνο τα μισά από τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν σημαντικά εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς, εξακολουθούν να παρουσιάζουν

τέτοιου είδους προβλήματα και στην μετέπειτα ανάπτυξή τους (Campbell & Ewing, 1990). Τέλος, ένα σημαντικό ποσοστό, άνω του 50% των παιδιών, παύουν να παρουσιάζουν εξωτερικευμένα προβλήματα μετά την μετάβασή τους στο δημοτικό σχολείο (Campbell et al., 2000. Keenan & Wakschlag, 2000).

Αποκτά, λοιπόν, μεγάλη σημασία η εις βάθος εξέταση της συνολικής ανάπτυξης του παιδιού προσχολικής ηλικίας, καθώς επίσης και η λεπτομερέστερη αξιολόγηση των εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς, υπό την έννοια της ανίχνευσης των αιτιολογικών παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξή τους. Επίσης, σημαντική είναι και η κλινική εικόνα των συμπεριφορών, αναφορικά με το εάν συνιστούν κλινικά συμπτώματα ή εάν αποτελούν μέρος των «φυσιολογικών» και αναμενόμενων δυσκολιών του αναπτυξιακού σταδίου της νηπιακής ηλικίας (Campbell, 1995).

Αποτελέσματα διαχρονικών ερευνών επιβεβαιώνουν ότι τα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, παραμένουν σταθερά σε ποσοστό 23% έως 61% και αποκτούν μια μονιμότητα τουλάχιστον κατά την παιδική ηλικία (Achenbach et al., 1987. Keenan et al., 1998). Αν δε παραμείνουν και σε αυτή την ηλικία, τότε προβλέπουν την εμφάνιση σοβαρότερων προβλημάτων στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (εγκληματικότητα, φυλάκιση, χρήση ουσιών) (Campbell, Shaw & Gilliom, 2000). Αυτό το ποσοστό σταθερότητας για τα εξωτερικευμένα προβλήματα τείνει να κυμαίνεται στο υψηλότερο άκρο του παραπάνω φάσματος (δηλαδή το 61%) (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003). Η σταθερότητα των εξωτερικευμένων προβλημάτων ομοιάζει τέλος, με τη σταθερότητα που διέπει το δείκτη νοημοσύνης (IQ) μέσα στα χρόνια (Olweus, 1979).

Με βάσει, λοιπόν, τα παραπάνω, αναδεικνύεται η μεγάλη σημασία της έγκυρης ανίχνευσης των εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς στα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης του παιδιού (βρεφική και προσχολική ηλικία), τόσο αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση τους όσο και αναφορικά με την έγκαιρη πρόληψή τους. Επιπλέον, η πρώιμη ανίχνευση συμβάλει στην κατανόηση και αντιμετώπιση των εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς, μέσα από το σχεδιασμό και την εφαρμογή άμεσων αποτελεσματικών παρεμβάσεων (Ashford, Smit, Van Lier, Cuijpers & Koot, 2008. Farrington, 2005. Farrington & West, 1993. Holmes, Slaughter & Kashani, 2001), προκειμένου να προληφθεί η διατήρησή τους στη μετέπειτα ενήλικη ζωή (Liu & Wuerker, 2005). Οι Walker, Colvin & Ramsey (1995) υποστηρίζουν ότι οι

παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς, καθίστανται πολύ δύσκολες άπαξ αυτά παγιωθούν στο τέλος του δημοτικού σχολείου.

Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, αναδεικνύει ως πιο σημαντικές, τρεις κατηγορίες αιτιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων στην προσχολική ηλικία: α) οικογενειακοί (δομή και λειτουργία της οικογένειας), β) κοινωνικοί (σχέσεις με συνομήλικους στο σχολικό πλαίσιο, κοινότητα/γειτονιά) αλλά και γ) βιολογικοί (ιδιοσυγκρασία, νοσηλείες του παιδιού, κ.τ.λ). Το διαζύγιο των γονιών και η ανατροφή του παιδιού σε μονογονεϊκή οικογένεια, προκύπτουν ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη εξωτερικευμένων προβλημάτων σε πληθώρα ερευνών (Crews et al., 2007. Greenberg, Domitrovitch & Bumbarger, 2001. Spieker, Larsol, Lewis, Keller & Gilchrist, 1999). Από την άλλη η ένταση, οι διαπληκτισμοί μεταξύ των γονέων και οι πρακτικές ανατροφής των παιδιών (αυστηρές τιμωρίες, λεκτική και σωματική βία κ.α.) (Dix & Grusec, 1983. Grusec & Goodnow, 1994. Κούτρας & Γιαννοπούλου, 2004), φαίνεται να επιδρούν πιο αρνητικά στο παιδί από ότι το διαζύγιο και η ύπαρξη μονογονεϊκής οικογένειας (Harrist & Ainslie, 1998. Mann & MacKenzie, 1996). Επίσης, η μειωμένη μητρική αποδοχή αλλά και η έλλειψη ζεστασιάς και ανταπόκρισης της μητέρας στις ανάγκες του παιδιού, φαίνεται να επιδρά στην ανάπτυξη εξωτερικευμένων προβλημάτων, ενώ από την άλλη η αυξημένη μητρική αποδοχή ενθαρρύνει τη κοινωνικοποίηση του παιδιού και τη σχέση του με τους συνομήλικους (Cummings & Davies, 2002. Goodman & Gotlib, 1999). Τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επίπεδου, φαίνεται ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς, σε σχέση με αυτά που προέρχονται από οικογένειες μεσαίου ή ανώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Bradley & Corwyn, 2002. Conger, R., Conger, K. & Martin, 2010. Conger & Donnellan, 2007. Glick, Hanish, Yabiku & Bradley, 2012).

Επιπλέον, η σχέση που αναπτύσσει το παιδί με τους συνομιλήκους παίζει καθοριστικό ρόλο, αφού επιβεβαιώνεται ότι η απόρριψη του παιδιού από τους συνομιλήκους του καθώς και η παρέα με παιδιά της ηλικίας του που παρουσιάζουν εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς, συχνά οδηγεί στην ανάπτυξη εξωτερικευμένων προβλημάτων και από ίδιο το παιδί (Boivin, Vitaro & Poulin, 2005. Deater-Deckard, 2001. Rubin, Bukowski & Parker, 2006).

Τέλος, ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού όπως το φύλο (Kochanska, 1994. Zahn-Waxler, Shirtcliff & Marceau, 2008), ο δείκτης νοημοσύνης (IQ) (Achenbach, 1991.

Rutter, 1983) αλλά και πιθανές ασθένειες και νοσηλείες (Mrazek, Anderson, & Strunk, 1985), φαίνεται επίσης να ασκούν σημαντική επίδραση στην εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία.

1.1.1.1 Προβλήματα προσοχής (Attention Problems)

Τα προβλήματα προσοχής είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνολο προβλημάτων που συνδέονται με ελλείμματα σε οπτικοκινητικές, γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες (Breslau & Chilcoat, 2000. Davis, Burns, Wilkerson & Steichen, 2005. Harpin, 2005. Taylor, Klein, Minich & Hack, 2000). Τα κύρια χαρακτηριστικά τους είναι η ελλειμματική προσοχή (απροσεξία), η δυσκολία συγκέντρωσης, η παρορμητικότητα και σε αρκετές περιπτώσεις η υπερκινητικότητα (Friedman et al., 2007). Οι κλίμακες που βασίζονται στις παλιότερες εκδόσεις του ΣΑΕΒΑ, είχαν εντάξει τα προβλήματα αυτά στο σύνδρομο Προβλημάτων προσοχής (Achenbach, 1966, 1978. Achenbach & Lewis, 1971), ενώ οι κλίμακες που στηρίζονται στην ταξινόμηση του DSM-περιγράφουν αυτά τα προβλήματα ως Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) (Achenbach et al., 2008). Το 2000 εκδόθηκε από τους Achenbach και Rescorla νέο εγχειρίδιο για τα προσχολικά εργαλεία και νέες κλίμακες μέτρησης για την προσχολική ηλικία, που συμβαδίζουν με τις διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV (Achenbach, Dumenci & Rescorla, 2002. Achenbach & Rescorla, 2000. Carter, Briggs-Gowan & Davis, 2004). Κατηγορίες του αρχικού προσχολικού ΣΑΕΒΑ, που κρίθηκαν ως πολύ συμβατές με αυτές του DSM-IV από 16 επιστήμονες σε 9 χώρες, χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία νέων κλιμάκων, όπως αυτή των προβλημάτων προσοχής / υπερκινητικότητας που αντιστοιχεί στη ΔΕΠ-Υ του DSM-IV (Achenbach et al., 2002. APA, 1994. Rescorla et al., 2012). Στην παρούσα μελέτη προτιμήσαμε να χρησιμοποιήσουμε τον όρο ΔΕΠ-Υ καθώς, μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διαπιστώσαμε ότι χρησιμοποιείται ευρύτερα σε σχέση με τον όρο Προβλήματα προσοχής/υπερκινητικότητας ή τον παλαιότερο όρο προβλήματα προσοχής που χρησιμοποιήθηκαν από τον Achenbach.

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια χρόνια, διάχυτη διαταραχή της παιδικής ηλικίας που χαρακτηρίζεται από αναπτυξιακά ακατάλληλο επίπεδο δραστηριότητας, παρορμητικότητα, χαμηλή ανοχή στην απογοήτευση, κακή ρύθμιση της συμπεριφοράς, διάσπαση προσοχής και αδυναμία διατήρησης της συγκέντρωσης (Cormier, 2008. Modesto-Lowe, Danforth &

Brooks 2008. Wilens & Fusillo, 2007). Η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται επίσης και ως ένα νευροβιολογικό σύνδρομο το οποίο οφείλει την εμφάνισή του σε γενετικούς αλλά και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Brassett-Harknett & Butler, 2007. Waldman & Gizer, 2006). Πρόκειται για μια διαταραχή με υψηλό δείκτη κληρονομικότητας εφόσον έχει βρεθεί, ότι η πλειοψηφία των ατόμων με ΔΕΠ-Υ έχουν τουλάχιστον ένα συγγενή, πρώτου ή δεύτερου βαθμού με ιστορικό ΔΕΠ-Υ (Millichap, 2008). Μάλιστα, οι πρώτου βαθμού συγγενείς ατόμων με ΔΕΠ-Υ έχουν 6 με 7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν την ίδια διαταραχή, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Smalley, 1997). Οι μοριακές γενετικές μελέτες υποστηρίζουν ότι, προβλήματα στα γονίδια που προσλαμβάνουν και μεταφέρουν τη ντοπαμίνη στον οργανισμό, είναι πολύ πιθανό να προκαλούν δυσλειτουργίες που ευθύνονται για την εκδήλωση της διαταραχής (Lou et al., 2004. Swanson et al., 2007). Επίσης, μελέτες με τη χρήση νευροαπεικονίσεων, έχουν εντοπίσει ανωμαλίες στη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου, σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Valera, Faraone, Murray & Seidman, 2007). Οι γενετικοί παράγοντες αιτιολογούν περίπου το 80% των περιπτώσεων παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Biederman & Faraone, 2001) και επηρεάζουν εξίσου αγόρια και κορίτσια, ως προς την εκδήλωση της διαταραχής (Faraone, Biederman & Mounteaux, 2000). Σε ό,τι αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι έρευνες έχουν εντοπίσει αρκετές διαφορετικές αιτίες για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η έκθεση σε τοξικές ουσίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Braun, Kahn, Froehlich, Auginer & Lanphear, 2006. Linnet et al., 2003. Mick, Biederman, Faraone, Sayer & Kleinman, 2002. Thapar et al., 2003), η πρόωρη γέννηση και το χαμηλό βάρος του βρέφους (Lou, 1996 . St Sauver et al., 2004), οι παιδικές ασθένειες ή λοιμώξεις (Arpino, Marzio, D' Argenzio, Longo & Curatolo, 2005. Pineda et al., 2007) αλλά και οι διατροφικές ή μεταβολικές διαταραχές (Arnold & DiSilvestro, 2005. Vermiglio et al., 2004) είναι οι κυριότεροι περιβαλλοντικοί παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, έρευνα των Christakis, Zimmerman, DiGiuseppe & McCarty (2004), έδειξε ότι η υπερβολική έκθεση βρεφών και νηπίων κάτω των 2 ετών στην τηλεόραση, συνδέεται με την αύξηση του ποσοστού των παιδιών που παρουσιάζουν προβλήματα προσοχής στη σχολική ηλικία. Από συμπεριφοριστική άποψη, πολλά από τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι θέμα συγκεκριμένης ιδιοσυγκρασίας (McClowry, 2002). Παιδιά που έχουν μειωμένη ικανότητα αυτορρύθμισης[7] μπορεί να εμφανίσουν δυσκολίες

[7] Αυτορρύθμιση είναι η ικανότητα του ατόμου να επιτυγχάνει τους στόχους του ρυθμίζοντας δικές του αντιδράσεις που σχετίζονται με το συναίσθημα, την προσοχή και τη συμπεριφορά (Rothbart, Ellis & Posner, 2004).

στη διατήρηση της προσοχής, την οργάνωση, τον έλεγχο των παρορμήσεων, και τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων (Miller & Brickman, 2004. Murphy, Eisenberg, Fabes, Shepard & Gurthie, 1999). Συνεπώς, οι συμπεριφορές και τα συμπτώματα αυτά είναι πιθανό να μην προέρχονται από τη διαταραχή που ονομάζεται ΔΕΠ-Υ, αλλά να έχουν σαν αιτία την ακραία (αλλά εντός φυσιολογικών ορίων) ιδιοσυγκρασία του παιδιού (McClowry, 2002).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αποτελούν έναν ετερογενή πληθυσμό γιατί εμφανίζουν διαφορές στο βαθμό εκδήλωσης των συμπτωμάτων και το επίπεδο διεισδυτικότητας της ΔΕΠ-Υ στους διάφορους τομείς της ανάπτυξης (Connor, 2002). Τα κριτήρια διάγνωσης στο DSM-IV (APA, 1994) περιλαμβάνουν 3 υποκατηγορίες της ΔΕΠ-Υ: (1) κυρίως απρόσεκτος/η, (2) κυρίως υπερκινητικός/η-παρορμητικός/η και (3) συνδυασμός απροσεξίας και υπερκινητικότητας (APA, 1994). Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν τη δεύτερη υποκατηγορία, υπερκινητικός/η-παρορμητικός/η (Egger & Angold, 2004. Greenhill et al., 2006). Επίσης, ειδικά στην προσχολική ηλικία, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να εκδηλώσουν επιπλέον συμπτώματα όπως εκρήξεις οργής, απαιτητική συμπεριφορά και επιθετικότητα, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργικότητά τους στο σχολικό και οικογενειακό πλαίσιο (Cunningham & Boyle, 2002. Greenhill et al., 2006. Keown & Woodward, 2002).

Για να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (APA, 1994) θα πρέπει τα συμπτώματα να ξεκινούν πριν την ηλικία των 7 ετών (DuPaul et al., 2001. Mahone, 2005), ενώ η μέση ηλικία για την έναρξη της ΔΕΠ-Υ έχει προσδιοριστεί μεταξύ του 3^{ου} και του 4^{ου} έτους ζωής (Palfrey, Levine, Walker & Sullivan, 1985). Παρόλα αυτά, οι έρευνες για τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, είναι σημαντικά λιγότερες από αυτές που έχουν γίνει για μεγαλύτερα παιδιά (Blackman, 1999. Mahone, 2005). Σύμφωνα με τους Lavigne et al. (1996) το ποσοστό εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, βρίσκεται περίπου στο 2%. Ωστόσο, έρευνες με κοινοτικά δείγματα στις ΗΠΑ και την Ινδία βρήκαν, ότι η συχνότητα εκδήλωσης ΔΕΠ-Υ σε παιδιά 2-5 ετών, βρίσκεται περίπου στο 5,1%.-5,7% του πληθυσμού (Bhatia, Nigam, Bohra & Malik, 1991. Egger & Angold, 2006). Στη Γερμανία, το ποσοστό σε παιδιά προσχολικής ηλικίας ανεβαίνει στο 9,6% (Baumgaertel, Wolraich & Dietrich, 1995), ενώ στην Κολομβία φτάνει το 18,2% (Pineda et al., 1999), πάντα μέσα από κοινοτικά δείγματα. Η μεγάλη διακύμανση που παρατηρείται στα ποσοστά, είναι πιθανό να οφείλεται στην απουσία αρκετών έγκυρων διαγνωστικών εργαλείων διάγνωσης

της ΔΕΠ-Υ, για παιδιά κάτω των 6 ετών (LaForett, Murray & Kollins, 2008). Επιπλέον, οι κλίμακες αξιολόγησης για τη ΔΕΠ-Υ δε μετρούν τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής, χρησιμοποιώντας διαγνωστικά κριτήρια, αλλά συνήθως εκτιμούν την απόκλιση από μια φυσιολογική συμπεριφορά (DuPaul et al., 2001). Σε γενικές γραμμές το ποσοστό εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ δε φαίνεται να ξεπερνά το 6,5% (McDonnell & Glod, 2003), με εξαίρεση τα κλινικά δείγματα, όπου το ποσοστό ενδέχεται να είναι μεγαλύτερο από 50% του πληθυσμού που αξιολογήθηκε (Keenan & Wakschlag, 2000. Wilens et al., 2002).

Η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα αγόρια είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τα κορίτσια, όπως προκύπτει ξεκάθαρα από τις έρευνες (Barkley, 2006. Gross-Tsur, Shaley & Amir, 1991. Huss, Poustka, Lhmkuhl & Lehmkuhl, 2008). Η αναλογία σε κοινοτικά δείγματα είναι περίπου 3:1 (Barkley, 2006. Gaub & Carlson, 1997), ενώ σε κλινικά δείγματα η αναλογία αλλάζει και κυμαίνεται μεταξύ 5:1 – 9:1, εις βάρος των αγοριών (Gaub & Carlson, 1997. Sandberg, 2002). Ωστόσο, μελέτες γύρω από τις διαφορές φύλου στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, υποστηρίζουν ότι πρόκειται για μια διαταραχή υποδιαγνωσμένη στα κορίτσια, κυρίως λόγω διαφορών στην έκφραση των συμπτωμάτων, μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (Biederman, Lopez, Boeliner & Chandler, 2002. Quinn, 2008). Τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα απροσεξίας και λιγότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας σε σύγκριση με τα αγόρια (Biederman, 2005. Gershon, 2002. Hinshaw, Owens, Sami & Fargeon, 2006). Επιπλέον, τα κορίτσια εκδηλώνουν λιγότερο έντονες διασπαστικές συμπεριφορές, με αποτέλεσμα πολλές φορές, να μην εντοπίζεται καν η διαταραχή και να μην παραπέμπονται για θεραπεία (Rucklidge, 2010). Μάλιστα οι Sciutto, Nolfi & Bluhm, (2004) σε έρευνά τους, βρήκαν ότι οι εκπαιδευτικοί παρέπεμπαν για διάγνωση πιο συχνά τα αγόρια από ότι τα κορίτσια, παρόλο που τα επίπεδα απομείωσης της λειτουργικότητας μπορεί να ήταν τα ίδια. Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην καθυστέρηση ή την έλλειψη διάγνωσης στα κορίτσια, φαίνεται να είναι η παρουσία και άλλων συμπτωμάτων που αλλοιώνουν τη διαγνωστική εικόνα (Quinn, 2008). Περίπου το 75% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να εμφανίζουν τουλάχιστον ακόμη μια ψυχιατρική διαταραχή (Barkley, 2006). Τα αγόρια είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν εξωτερικευμένου τύπου σύνδρομα σε συνδυασμό με τη ΔΕΠ-Υ, ενώ στα κορίτσια η διαταραχή συνδυάζεται περισσότερο με εσωτερικευμένου τύπου διαταραχές (Gaub & Carlson, 1997. Gershon, 2002). Κατά συνέπεια, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στα κορίτσια πολλές φορές είναι λιγότερο εμφανή, εξαιτίας των συνυπαρχόντων εσωτερικευμένων προβλημάτων, με αποτέλεσμα τα αγόρια να

παραπέμπονται πιο συχνά για διάγνωση απ' ότι τα κορίτσια (Kopp, Kelly & Gillberg, 2010).

Αρκετές διαχρονικές έρευνες υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, παραμένουν σταθερά στις πρώτες τάξεις του δημοτικού (Campbell, 1995. Lahey et al., 2004. Posner, Rothbart & Sheese, 2007). Επίσης, οι Lavigne et al. (1998) αναφέρουν ότι αρκετές διαταραχές (συμπεριλαμβανομένης της ΔΕΠ-Υ) είναι σταθερές για τουλάχιστον δύο χρόνια, σε ποσοστό 50% για παιδιά ηλικίας 2-3 ετών και 65% για παιδιά 4-5 ετών. Σε κλινικά δείγματα, ως και 80% των παιδιών με διάγνωση μπορεί να παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ μέχρι την εφηβεία. (Klein & Mannuzza, 1991). Παρόλα αυτά τα επιμέρους συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι λιγότερο σταθερά και εμφανή σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και περισσότερο σε παιδιά σχολικής ηλικίας (LaForett et al., 2008), καθώς με την είσοδο στο σχολείο αυξάνονται και οι απαιτήσεις για διατήρηση της προσοχής (Lahey et al., 1998). Πάντως, στις περιπτώσεις που έχουμε πρώιμη έναρξη των δυσκολιών, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η διεισδυτικότητά τους στα διάφορα πλαίσια (σχολείο, οικογένεια) είναι αυτά που, τις περισσότερες φορές, καθορίζουν τη χρόνια εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, παράλληλα με την ανάπτυξη του παιδιού (Connor, 2002).

Η ανίχνευση παιδιών με προβλήματα προσοχής στην προσχολική ηλικία και, κυρίως, η έγκυρη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά αυτά, δεν είναι μια απλή υπόθεση, γιατί κάποια από τα συμπτώματα που παραπέμπουν σε ΔΕΠ-Υ, αποτελούν κοινές, καθημερινές συμπεριφορές των παιδιών (Conor, 2002). Μελέτες έχουν δείξει ότι, μέχρι την ηλικία των 4 ετών, έως και 40% των παιδιών μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα προσοχής που πολλές φορές προκαλούν ανησυχία στους γονείς και τους εκπαιδευτικούς (Palfrey et al., 1985). Όμως, στις περισσότερες περιπτώσεις, τα προβλήματα αυτά είναι παροδικά και περιορίζονται σημαντικά μέσα σε 3 έως 6 μήνες (Campbell, 1990). Έχει βρεθεί επίσης, ότι ακόμη κι αν υπάρχουν σοβαρά και συχνά συμπτώματα απροσεξίας και υπερκινητικότητας στην προσχολική ηλικία, λιγότερα από τα μισά παιδιά θα έχουν την ίδια διάγνωση στην όψιμη παιδική ηλικία και την εφηβεία (Barkley, 1988). Άλλος ένας παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για τη διαδικασία της διάγνωσης, είναι η συννοσηρότητα[8] τις ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές ή προβλήματα (Jensen, Martin & Cantwell, 1997. Jensen et al., 2001).

Έχει βρεθεί, ότι η ΔΕΠ-Υ συνδέει συνήθως την παρουσία της με δύο ή και περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, τουλάχιστον το ίδιο σοβαρές με τη ΔΕΠ-Υ

[8] Το φαινόμενο της συννοσηρότητας αναλύεται στο υποκεφάλαιο 1.1.3 της παρούσης μελέτης.

(Cormier, 2008). Υπολογίζεται, ότι 2 στα 3 παιδιά με ΔΕΠ-Υ πληρούν τα κριτήρια του DSM-IV (APA, 1994) για μια ή και περισσότερες επιπλέον διαγνώσεις (Gillberg et al., 2004. Kadesjo & Gillberg, 2001). Η εναντιωματική-προκλητική διαταραχή και οι διαταραχές διαγωγής εμφανίζουν πολύ υψηλή συννοσηρότητα με τη ΔΕΠ-Υ σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (DuPaul et al., 2001). Το 50-60% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνει ταυτόχρονα εναντιωματική-προκλητική διαταραχή και περίπου το 25% διαταραχές διαγωγής (Kadesjo & Gillberg, 2001). Ένα αντίστοιχο ποσοστό (δηλαδή περίπου 1 στα 4 παιδιά) παρουσιάζει καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές μαζί με τη ΔΕΠ-Υ, ενώ σε ένα σημαντικό αριθμό παιδιών έχει εντοπιστεί συννοσηρότητα μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και της διπολικής διαταραχής (Root & Resnick, 2003). Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, και κυρίως το σύνδρομο Asperger[9] (Brassett-Harknett & Butler, 2007. Ke et al., 2009), είναι πιθανό να συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ, όπως επίσης η διαταραχή μυοσπασμάτων (τικ) ή η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή[10] (Banascheski, Neale, Rothenberger & Roessner, 2007. Steinhausen et al., 2006). Άλλες διαταραχές που σχετίζονται με τις μαθησιακές δυσκολίες και συνδέονται με τη ΔΕΠ-Υ, είναι η διαταραχή ανάγνωσης και γραπτής έκφρασης, η διαταραχή των μαθηματικών, η διαταραχή κεντρικής ακουστικής επεξεργασίας και η νοητική υστέρηση (Luca et al., 2007. Pliszka, 2000).

Η ΔΕΠ-Υ έχει σοβαρές επιδράσεις στη ζωή του παιδιού αλλά και του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντός του (Currie & Stabile, 2006. Fletcher & Wolfe, 2008). Στην προσχολική ηλικία τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να εκδηλώσουν διασπαστικές και επιθετικές συμπεριφορές (Barkley, 1988), ενώ έχει διαπιστωθεί ότι αφιερώνουν ελάχιστο χρόνο στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με συνομηλίκους κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού (Byrne, Bawden, DeWolfe & Beattie, 1998). Μάλιστα, η πρώιμη εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ φαίνεται να συνδέεται με υψηλότερους δείκτες επιθετικότητας (Connor et al., 2003), γεγονός που σημαίνει, ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με διάγνωση ΔΕΠ-Υ, ίσως έχουν σοβαρότερα συμπτώματα ή ελλείμματα σε σχέση με τα παιδιά που διαγιγνώσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία (LaForett et al., 2008). Ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, λόγω της υπερδραστήριας συμπεριφοράς του, βρίσκεται σε αρκετά μεγάλο

[9] Το σύνδρομο Asperger ανήκει στις διάχυτες διαταραχές της ανάπτυξης με κύρια χαρακτηριστικά την έλλειψη ενσυναίσθησης, τις δυσκολίες στη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων και στην κοινωνική χρήση του λόγου, την αδεξιότητα και την ενασχόληση με κάποιο, πολύ ειδικού ενδιαφέροντος θέμα σε βαθμό ψυχαναγκασμού (Szatmari, Bartolucci & Bremner, 1989).

[10] Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ανήκει στις αγχώδεις διαταραχές και χαρακτηρίζεται από ιδεοληψίες (επαναλαμβανόμενες ή επίμονες ανεπιθύμητες σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις) ή/και ψυχαναγκασμούς (επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή πράξεις που εκτελούνται συχνά για την ανακούφιση από το άγχους ή την ανησυχία) (Bloch et al., 2006).

κίνδυνο για τραυματισμό ή δηλητηρίαση (Lahey et al., 1998. Posner et al., 2007). Επιπλέον, αυτή η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα αναγκάζει συχνά τους γονείς να ασχολούνται πολύ περισσότερο με τη φροντίδα, την επίβλεψη και την καθοδήγηση του παιδιού τους στις καθημερινές δραστηριότητες, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει αρνητικά και τους ίδιους (Ryan & McDougall, 2009. Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010). Έρευνα των Byrne et al. (1998) έδειξε, ότι οι μητέρες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν υψηλότερο γονεϊκό άγχος σε σχέση με τις μητέρες παιδιών που δεν έχουν τη διαταραχή. Γενικά, όμως, η παρουσία ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ στην οικογένεια έχει συνδεθεί με διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ των μελών της, προβλήματα στο γάμο και αρνητικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονιών και παιδιού (Johnston & Mash, 2001). Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας με διάγνωση ΔΕΠ-Υ ή με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ έχει εντοπιστεί καθυστέρηση στην ακαδημαϊκή ετοιμότητα, σε σχέση με παιδιά που δεν εμφανίζουν ΔΕΠ-Υ (DuPaul et al., 2001. Mariani & Barkley, 1997). Στη σχολική ηλικία, τα παιδιά αυτά συνήθως παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις, μαθησιακά προβλήματα (DeShazo, Barry, Lyman, Grofer & Klinger, 2002. Fergusson & Horwood, 1995) και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Niemz, Griffiths & Banyard, 2005). Ανεξαρτήτως ηλικίας, στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εντοπίζονται ελλείμματα σε κοινωνικές δεξιότητες (Harpin, 2005). Για τους παραπάνω λόγους, ενδέχεται να φοιτήσουν και σε δομές ειδικής αγωγής (λόγου χάρη τμήματα ένταξης) (Biederman et al., 1996) ή να χρειαστούν υπηρεσίες ειδικής εκπαίδευσης και εκτός σχολικού πλαισίου (Jensen et. al., 2004). Επίσης, είναι πιο πιθανό να τιμωρηθούν, να αποβληθούν από το σχολείο ή να επαναλάβουν την ίδια τάξη (LeFever, Villers, Morrow & Vaughn, 2002). Παιδιά που σε ηλικία 5-12 ετών εμφάνισαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, είναι πιθανό στη μετεφηβική ηλικία, να εμπλακούν σε εγκληματικές δραστηριότητες (Fletcher & Wolfe, 2009). Επίσης, υπάρχουν έρευνες που συνδέουν τη ΔΕΠ-Υ με διαταραχές κατάχρησης ουσιών (Cumyn, French & Hechtman, 2009. Ohlmeier et al., 2008) και διαταραχές ελέγχου της παρόρμησης, όπως ο εθισμός σε τυχερά παιχνίδια (Lawrence, Luty, Bogdar, Sahakian & Clark, 2009).

Για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ κρίνεται πολλές φορές απαραίτητη η λήψη φαρμακευτικής αγωγής[11] με σκοπό τον περιορισμό των βασικών συμπτωμάτων της διαταραχής (Greenhill et al., 2006. Loe & Feldman, 2007).

[11] Συνήθως χορηγείται μεθυλφαινιδάτη, αν και στις ΗΠΑ δεν προτείνεται επίσημα η χορήγηση της ουσίας αυτής σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Kollins et al., 2006). Η θεραπευτική αυτή μέθοδος συχνά βοηθά ώστε να μειωθεί η παρορμητικότητα, να αυξηθεί η προσοχή (Monteiro-Musten, Firestone, Pisterman, Bennett & Mercer,1997) και να βελτιωθεί η συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ (Byrne et al., 1998). Επίσης, οι έρευνες σε παιδιά προσχολικής ηλικίας

Άλλες μορφές παρέμβασης σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ στοχεύουν στη διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς και περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονέων αλλά και μεθόδους παρέμβασης μέσα στη σχολική τάξη, με σκοπό τη θετική ενίσχυση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και την αντιμετώπιση απρόοπτων περιστατικών (Barkley, 2006. DuPaul & Stoner, 2003. Pelham, Wheeler & Chronis, 1998). Ο συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής με την εφαρμογή μεθόδων διαχείρισης της συμπεριφοράς μπορεί να έχει σημαντικά οφέλη για το παιδί με ΔΕΠ-Υ (March et al., 2000. Jensen et al., 2001). Παράλληλα, υπάρχουν μελέτες που προτείνουν μεθόδους κυρίως για την ενίσχυση της ακαδημαϊκής επίδοσης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τη βελτίωση των εκπαιδευτικών αποτελεσμάτων. Οι Bussing, Grudnik, Mason, Wasiak & Leonard (2002) σε έρευνά τους διαπίστωσαν, ότι ο μικρός αριθμός μαθητών μέσα στην τάξη είναι, σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς που συμμετείχαν στην έρευνα, βασικό κριτήριο για τη συμμετοχή μαθητών με ΔΕΠ-Υ σε μια κανονική τάξη. Παρομοίως, οι Nye, Hedges & Konstantopoulos (2000) επιβεβαιώνουν ότι, τα πολύ μικρά παιδιά και τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες αποδίδουν καλύτερα μέσα σε τάξεις όπου οι μαθητές δεν ξεπερνούν τους 15. Άλλοι ερευνητές έχουν επισημάνει ότι, το διάλειμμα ανάμεσα στα μαθήματα (Ridgway, Northup, Pellegrin, LaRue & Hightsoe, 2003) αλλά και η εντατική φυσική δραστηριότητα μπορεί να έχουν θετική επίδραση στη συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ μέσα στο σχολικό πλαίσιο (Gapin, Labban & Etnier, 2011).

1.1.1.2 Επιθετική συμπεριφορά (Aggressive behavior)

Η επιθετικότητα, σύμφωνα με την Εγκυκλοπαίδεια της Ανάπτυξης και της Συμπεριφοράς του παιδιού, είναι στοιχείο της ανθρώπινης φύσης και γι΄ αυτό το παιδί θα

με ΔΕΠ-Υ δείχνουν ότι η φαρμακευτική αγωγή διευκολύνει τις αλληλεπιδράσεις με την οικογένεια (Barkley, 1988) και τους συνομηλίκους (Cunningham, Siegel & Offord,1985), χωρίς όμως να βελτιώνει σημαντικά την ικανότητα προσαρμογής και συμμόρφωσης του παιδιού στις απαιτήσεις των άλλων (Monteiro-Musten et al., 1997). Στη σχολική ηλικία τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να εμφανίζουν πρόοδο σε κάποιες γενικές ικανότητες, όπως είναι η ποσότητα και η ποιότητα των δραστηριοτήτων που ολοκληρώνουν (Evans et al., 2001). Ωστόσο, η θεραπευτική αυτή μέθοδος δε φαίνεται να συμβάλλει στην ομαλοποίηση των δεξιοτήτων που σχετίζονται με τη μάθηση και την εφαρμογή των γνώσεων που αποκτήθηκαν (Rapport, Denney, DuPaul & Gardner, 1994). Για παράδειγμα, η χρήση φαρμάκων έχει βρεθεί ότι δε σχετίζεται με την πρόοδο στην αναγνωστική ικανότητα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Forness, Swanson, Cantwell, Guthrie & Sena, 1992). Αντικρουόμενα είναι τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με το αν η θεραπεία με φάρμακα επηρεάζει την ανάπτυξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Harpin, 2005). Υπάρχουν επιστήμονες που υποστηρίζουν ότι η λήψη φαρμάκων μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του παιδιού (Lisska & Rivkees, 2003), ενώ άλλοι δεν έχουν εντοπίσει κάποια τέτοια σύνδεση (Biederman et al., 2002). Σε κάθε περίπτωση, οι θεραπευτές θα πρέπει να ελέγχουν τα επίπεδα ανάπτυξης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ που ακολουθεί αγωγή και να προσαρμόζουν αναλόγως τις δόσεις που χορηγούν, αν κρίνεται απαραίτητο (Harpin, 2005).

πρέπει να εκπαιδεύεται ώστε να μαθαίνει τρόπους διαχείρισης της δικής του επιθετικότητας αλλά και της επιθετικότητας των άλλων (Naylor, 2011). Επίσης, ορίζεται ως το αποτέλεσμα μιας «ανεπαρκούς επικοινωνίας και απουσίας μιας κατάλληλης ισορροπίας συμφερόντων μεταξύ διάφορων ομάδων στην κοινωνία» (Πούλιος, 1999, σ. 9), αν και κάθε κοινωνία διαφέρει στο βαθμό που αποδέχεται και αποδοκιμάζει τις επιθετικές πράξεις των μελών της (Naylor, 2011). Η επιθετικότητα αφορά σε «ενέργειες που αποσκοπούν να προκαλέσουν πόνο, τραύμα, ζημιά και άγχος στους άλλους» (Παρασκευόπουλος, 1985, σ. 118) και μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους, όπως «σωματική[12], λεκτική[13], συναισθηματική, ή μη συναισθηματική επιθετικότητα, ενώ μπορεί να εκδηλώνεται στοχοποιημένα απέναντι σε ένα άτομο ή να είναι μια τυχαία πράξη» (Naylor, 2011, p. 64).

Η επιθετικότητα είναι μία από τις ανθρώπινες συμπεριφορές που διαμορφώνεται και διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ανθρώπου. Στη βρεφική ηλικία (0-2 ετών) εκδηλώνεται κάποια μορφή επιθετικότητας ως αντίδραση των βρεφών στη μη ικανοποίηση αναγκών και επιθυμιών τους, η οποία όμως δεν έχει σκοπό να βλάψει κάποιον και σχετίζεται με την ελλιπή ανάπτυξη μηχανισμών αυτοελέγχου και το περιορισμένο ρεπερτόριο στρατηγικών διεκδίκησης που διαθέτουν τα βρέφη (Tremblay & Cote, 2005). Με το πέρασμα στη νηπιακή ηλικία (2-6 ετών) τα παιδιά είναι συχνά επιθετικά, προκλητικά ή υπεροπτικά (Feldman, 2009) καθώς εμφανίζουν την τάση να λένε «όχι» (Campbell, 1995) και να μη συμμορφώνονται[14] με τα όρια και τις υποδείξεις των ενηλίκων, δοκιμάζοντας με αυτό τον τρόπο την ανεξαρτητοποίηση και τον αυτοπροσδιορισμό τους (Renk, 2008). Ωστόσο, οι εκδηλώσεις αυτές είναι ήπιες και χαρακτηρίζονται από μία «δυσλειτουργικότητα» στις κοινωνικές επαφές των νηπίων, ελάχιστη ή μηδενική ανοχή στην ματαίωση των επιθυμιών τους, δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεών τους (Campbell, 1995) καθώς και δυσκολίες προσαρμογής, υπερκινητικότητα[15] και αντιδραστικές τάσεις

[12] Οι πιο συνηθισμένες μορφές σωματικής επιθετικότητας που εμφανίζουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι «τα χτυπήματα, τα χαστούκια, οι κλοτσιές,, τα δαγκώματα, τα σπρωξίματα, οι αρπαγές, τα τραβήγματα, και οι απόπειρες πνιγμού» (Tremblay, 2010, p.343).

[13] Οι πιο συνηθισμένες μορφές λεκτικής επιθετικότητας είναι οι απειλές, οι βρισιές, τα χλευάσματα, τα πειράγματα και η διάδοση κακόβουλης φήμης (Lagerspetz, Bjorkqvist & Peltonen, 1988).

[14] Την τάση αυτή των νηπίων για μη συμμόρφωση, πρόκληση και υπεροψία που εκδηλώνεται ως επιθετικότητα πολλοί ερευνητές τη θεωρούν σημαντική για την ανάπτυξη της αυτόνομης συμπεριφοράς (Crockenberg & Litman, 1990). Όταν όμως ξεπεραστεί το χρονικό όριο του αναπτυξιακού σταδίου όπου αυτές οι συμπεριφορές είναι αναμενόμενες (2-4 ετών) ή χειροτερέψουν ή επηρεάσουν και άλλους τομείς ανάπτυξης, τότε η επιθετικότητα θα χαρακτηριστεί ως αναδυόμενη διαγνωστική διαταραχή (Campbell et al., 2000).

[15] Ο συνδυασμός υπερκινητικότητας και επιθετικότητας στην προσχολική ηλικία, έχει μελετηθεί γενικά από πολλούς ερευνητές (Stormont, 2000) και είναι προβλεπτικός για πολλά προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος στο μέλλον, ενώ ειδικά συνδέεται και με τη εκδήλωση εγκληματικότητας στην ενήλικη ζωή (Loney, 1987). Ειδικότερα οι Campbell & Ewing (1990) σε μια διαχρονική έρευνα τους απέδειξαν ότι το 67% αγοριών που εμφανίζουν επιθετικότητα

(Kauffman, 2001). Σε διάφορες έρευνες παρατήρησης που διεξήχθησαν σε τάξεις νηπιαγωγείου, αποδείχθηκε ότι η επιθετική συμπεριφορά είναι κυρίως συνδεδεμένη με την απόκτηση κύρους και την επικράτηση κοινωνικών νόμων μεταξύ των παιδιών (Lauer, 1992. Strayer, 1992). Με την είσοδο του παιδιού στην εφηβεία αυτές οι επιθετικές συμπεριφορές θα πρέπει να έχουν οριοθετηθεί, διαφορετικά θα έχουν ως αποτέλεσμα τον εγκλωβισμό των εφήβων σε ένα κύκλο κλιμακούμενων απορρίψεων, αρνητικών και τραυματικών εμπειριών και ως εκ τούτου την εμφάνιση όλο και πιο σοβαρών αντικοινωνικών συμπεριφορών (Campbell, 1995. Κουρκούτας, 2011).

Σύμφωνα με τους Smith, Madsen & Moody (1999) με την πάροδο της ηλικίας οι εκδηλώσεις επιθετικότητας μειώνονται. Η εξέλιξη αυτή μπορεί να δικαιολογηθεί λόγω της ανάπτυξης πιο πολύπλοκων γνωστικών δομών αλλά και εξαιτίας της ανάπτυξης της συναισθηματικής αυτορρύθμισης, δηλαδή της ικανότητας να ρυθμίζει μόνο του το παιδί το συναίσθημα στο επιτρεπτό επίπεδο έντασης (Eisenberg & Zhou, 2000). Επιπλέον, αιτίες μπορεί να θεωρηθούν ο αυξανόμενος αυτοέλεγχος, η ικανότητα υιοθέτησης πιο σύνθετων κοινωνικών δεξιοτήτων αλλά και η αυξημένη ικανότητα των παιδιών για λεκτική διαπραγμάτευση (Zeman, Cassano, Perry–Parrish & Stegall, 2006).[16]

Είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε εδώ ότι η επιθετικότητα δεν εκδηλώνεται παντού και πάντα με τον ίδιο τρόπο. Στα πλαίσια της οικολογικής-συστημικής προσέγγισης, η αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και των συνθηκών που επικρατούν στο περιβάλλον είναι εκείνη η οποία, ως ένα βαθμό, καθορίζει την αντίδραση του παιδιού σε μια σύγκρουση, με αποτέλεσμα το παιδί να επιλέγει διαφορετικό τρόπο αντίδρασης για παρόμοιες διαμάχες, σε διαφορετικά πλαίσια ή συνθήκες (π.χ. οικογένεια, σχολείο, σύγκρουση με ενήλικα ή συνομίληκο, με μεγαλύτερο παιδί) (Louis & Miles, 1990). Επιπλέον, η επιθετικότητα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων που εξαρτώνται από χαρακτηριστικά της όπως είναι η ένταση, η διάρκεια, ο στόχος, τα κίνητρα, τα συναισθήματα και οι εντάσεις που προκαλούνται με την εκδήλωση της (Gendreau & Archer, 2005). Τέλος, η επιθετικότητα σχετίζεται και με άλλα χαρακτηριστικά του ατόμου που την εκδηλώνει, όπως είναι η γνωστική και νευρολογική ανάπτυξη του, το

και υπερκινητικότητα στην προσχολική ηλικία συνεχίζουν να έχουν σωρεία προβλημάτων τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των εννιά.

[16] Υπάρχουν βέβαια και άλλοι ερευνητές (Mynard & Joseph, 1997) που διατείνονται ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στη μείωση της επιθετικότητας με τα χρόνια, ενώ σύμφωνα με τους Tremblay & Cote (2005) και Schaeffer, Petras & Ialongo (2003), η επιθετικότητα είναι ένα μάλλον σταθερό γνώρισμά της προσωπικότητας μας, αφού τα παιδιά που παρουσιάζουν αυξημένη επιθετικότητα στη νηπιακή ηλικία, συνεχίζουν να την εκδηλώνουν και κατά την σχολική και την εφηβική ηλικία.

οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό πλαίσιο στο όποιο λειτουργεί και αλληλεπιδρά το παιδί αλλά και στον τρόπο που αυτά τα χαρακτηριστικά σχετίζονται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (Tremblay, 2000a. Tremblay, 2000b).

Πολλοί ερευνητές επιχείρησαν να κατηγοριοποιήσουν τις διάφορες μορφές που μπορεί να λάβει η επιθετικότητα. Η πιο συνηθισμένη διάκριση είναι αυτή της συντελεστικής και εχθρικής επιθετικότητας (Cole, M. & Cole, S., 2002. Παρασκευόπουλος, 1985). Η συντελεστική επιθετικότητα έχει την πηγή της στην επιθυμία του παιδιού να αποκτήσει κάτι, συνήθως παιχνίδι, προνόμιο, δικαίωμα, ενώ η εχθρική επιθετικότητα κατευθύνεται άμεσα προς πρόσωπα (φίλοι, συμμαθητές, γονείς, δάσκαλοι) (Cole, M. & Cole, S., 2002) και συνοδεύεται από, αρνητικά συναισθήματα για αυτούς (Κακαβούλης, 1990). Η πιο συνηθισμένη μορφή επιθετικότητας στην προσχολική ηλικία είναι η συντελεστική (Vitaro & Bredgen, 2005) «ενώ με την πάροδο της ηλικίας μειώνεται και τη θέση της παίρνει η εχθρική επιθετικότητα» (Παρασκευόπουλος, 1985, σ.118).

Ένας άλλος διαχωρισμός γίνεται με βάση την παρουσία του φαινομένου. Στον ένα πόλο έχουμε την εμφανή επιθετικότητα, όπου καταχωρούνται οι εμφανείς επιθετικές συμπεριφορές (σωματική, λεκτική βία κ.α.) και από την άλλη παρουσιάζεται η συγκαλυμμένη επιθετική συμπεριφορά (κλοπή, ψέμματα, κ.α.) (Frick et al., 1993. Frick & Morris, 2008).

Μία σειρά από έρευνες των Crick & Dodge (1996) και Dodge (2000) προσπάθησαν να σκιαγραφήσουν το προφίλ ενός επιθετικού παιδιού νηπιακής και παιδικής ηλικίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ένα άτομο με ανώριμη σκέψη, συχνά εγωκεντρικό, με γλωσσικές ελλείψεις, αδυναμία εσωτερίκευσης κανόνων και ελέγχου παρορμήσεων καθώς και ένα άτομο με έντονες ψυχικές συγκρούσεις. Σημαντικό επίσης εύρημα είναι τα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης των επιθετικών παιδιών (Carney & Merrell, 2001) ή αντίθετα η υπερβολική αυτοεκτίμηση που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα (Baumeister, Smart & Boden, 1996). Τα συναισθήματα επίσης που φαίνεται να κυριαρχούν είναι ο φόβος, ο θυμός, η κατάθλιψη και το άγχος[17] (Carr, 2001. Zoccolillo, 1992). Ειδικά το θυμό, τα επιθετικά παιδιά το βιώνουν συνήθως πολύ έντονα, αδυνατούν όμως να τον επεξεργαστούν και τον εκφράζουν λειτουργώντας επιθετικά (Kauffman, 2001).

Μια από τις μεταβλητές, που οι ερευνητές θεώρησαν σημαντικό να εξετάσουν, για την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της επιθετικότητας, είναι αυτή του φύλου.

[17] Σύμφωνα με τους Troy & Sroufe (1987) τα εσωτερικευμένα προβλήματα όπως άγχος και κατάθλιψη συνδέονται άμεσα στην προσχολική ηλικία με την εκδήλωση επιθετικότητας.

Σύγχρονες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι παρά την αρχική τους υπόθεση, ότι οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων είναι αμελητέες μέχρι την ηλικία των τεσσάρων ετών, τελικά τα αγόρια παρουσιάζουν γενικά υψηλότερα επίπεδα επιθετικότητας από ότι τα κορίτσια (Hulle, Lemery-Chalfant & Goldsmith, 2007. Rubin, Burgess, Dwyer & Hastings, 2003. Wichstrom et al., 2011). Ειδικότερα, τα αγόρια εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συντελεστικής επιθετικότητας (Vitaro & Bergen, 2005) και σωματικής βίας ανεξάρτητα από την ηλικία τους (Hodges & Perry, 1999. Olweus, 1991), σε αντίθεση με τα κορίτσια, τα οποία επιδεικνύουν διαπροσωπική επιθετικότητα, δηλαδή έχουν στόχο να προκαλέσουν ψυχικό τραύμα και όχι σωματικό (Murray-Close, Ostrov & Crick, 2007). Επίσης έρευνες υποστηρίζουν ότι τα κορίτσια, σε αντίθεση με τα αγόρια, όταν διεγείρονται συναισθηματικά, είναι πιο πιθανό να ελέγξουν τα συναισθήματα τους και να ανταποκριθούν με έναν τρόπο λιγότερο επιθετικό (Knight, Guthrie, Page & Fabes, 2002). Οι κοινωνικές προσδοκίες και ο τρόπος ανατροφής, είναι αυτά που πιθανόν διαφοροποιούν τη ψυχοσύνθεση των δυο φύλων, με τα αγόρια να εκδηλώνονται με πιο επιθετικό τρόπο σε σχέση με τα κορίτσια, αφού η κοινωνία αντιμετωπίζει πιο ανεκτικά τις επιθετικές συμπεριφορές τους, ενώ ο παραδοσιακός τρόπος ανατροφής των κοριτσιών υιοθετεί το ρόλο του ειρηνοποιού (Cole, Teti & Zahn-Waxler, 2003). Στην προσχολική ηλικία τα αγόρια, σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των νηπιαγωγών, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επιθετικότητας στις σχέσεις τους με τους συνομιλήκους από ότι τα κορίτσια (Crowther, Bond & Rolf, 1981) και υψηλότερα ποσοστά σε ξεσπάσματα, καβγάδες και ανυπακοή σε ενήλικες (Prior, Smart, Sanson & Oberklaid, 1993). Αντίθετα βέβαια, υπάρχουν και έρευνες που επιβεβαιώνουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, σχετικά με τη συχνότητα των συγκρούσεων ή τη χρήση επιθετικής συμπεριφοράς (Laursen & Hartup, 1989. Stallard, 1993. Wheeler, 1994). «Τα κορίτσια σχολικής και εφηβικής ηλικίας εκδηλώνουν συνήθως έμμεσες μορφές επιθετικότητας μέσα στα πλαίσια των σχέσεων τους, εφαρμόζοντας τις πρακτικές του εξοστρακισμού και της αποπομπής από την ομάδα» (Κουρκούτας, 2011, σ.53). Ο Bandura σε μια σειρά από πειράματα που πραγματοποίησε, κατέλειξε ότι τα αγόρια μιμούνται περισσότερο τη σωματική επιθετικότητα από τα κορίτσια, ενώ δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τη μίμηση της λεκτικής επιθετικότητας (Evans, 2004. Farver & Frosch, 1996).

Μια άλλη μεταβλητή που ερευνήθηκε είναι αυτή του ρόλου που διαδραματίζει η οικογένεια στην ανάπτυξη μίας επιθετικής συμπεριφοράς (Berg-Nielsen, Vikan & Dahl, 2002). Γονείς που εμφανίζουν διάφορες δυσλειτουργίες στη συμπεριφορά, στη διαχείριση

των συναισθημάτων τους και στη συναναστροφή τους με άλλους ανθρώπους, λειτουργούν για τα παιδιά τους ως επιθετικά πρότυπα (Bandura, 1963. Steinberg & Aveneovoli, 2000) και έχουν πολλές πιθανότητες να μεταδώσουν αυτές τις δυσλειτουργίες και στα παιδιά τους με αποτέλεσμα αυτά να εμφανίσουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος (Chapman & Scott, 2001. Serbin & Krap, 2004). Οικογένειες που χρησιμοποιούν κυρίως ως μέσω σωφρονισμού την σκληρή πειθαρχία, φαίνεται ότι ευνοούν την ανάπτυξη επιθετικής και εναντιωματικής συμπεριφοράς (Berg-Nielsen et al., 2002. Κούτρας & Γιαννοπούλου, 2004). Επίσης, η χαμηλή συναισθηματική εμπλοκή των γονέων (Stormshak, Bierman & McMahon, 2000) αλλά και η έλλειψη σταθερής συναισθηματικής υποστήριξης, ιδιαίτερα μητρικής, αποτελούν σταθερούς προβλεπτικούς παράγοντες διαταραχών συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία (Berg–Nielsen et al., 2002). Σημαντικό είναι οι γονείς να θέτουν όρια με ξεκάθαρες εξηγήσεις και απαιτήσεις και να είναι θετικοί και υποστηρικτικοί με τα παιδιά τους (Kumpfer & Alvarado, 2003), ενώ ταυτόχρονα κάθε φορά θα πρέπει να διακρίνουν την εξαγριωμένη προκλητική συμπεριφορά, από αυτή που σχετίζεται με την αυτονομία και τον αυτοπροσδιορισμό των παιδιών τους (Renk, 2008). Επιβεβαιώνεται επίσης, ότι τα παιδιά που ζουν σε μια οικογένεια με ένταση και βία και είναι μάρτυρες συζυγικών συγκρούσεων, είναι ψυχικά πιο ευάλωτα και είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της εφηβικής και ενήλικης ζωής τους [(Pears & Fisher, 2005. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS), 2003)]. Σύμφωνα με τον Osborne (2004) παιδιά που προέρχονται από οικογενειακά πλαίσια στα οποία μεταξύ των μελών επικρατούν αρνητικά πρότυπα αλληλεπίδρασης, έχουν πολλές πιθανότητες να εκδηλώσουν επιθετικές συμπεριφοράς και εκτός οικογένειας (σχολείο, γειτονιά, παρέες), αναπαράγοντας τα ίδια αρνητικά πρότυπα αλληλεπίδρασης με δασκάλους, συμμαθητές και φίλους. Κάποιες μορφές επιθετικότητας μπορεί να παρουσιάσουν και τα παιδιά που κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας έχουν υποστεί από τους γονείς τους χρήση σωματικών ποινών για νουθεσία (Smith, Nika & Papasideri, 2004), ενώ τα ποσοστά χρήσης σωματικών ποινών είναι πιο υψηλά στις μικρές ηλικίες (Κουρκούτας, 2011).

Μελετώντας την εκδήλωση της επιθετικότητας στο σχολικό πλαίσιο, οι ερευνητές τη συνδέουν κυρίως με το φαινόμενο του εκφοβισμού[18] (Κούτρας & Γιαννοπούλου, 2004).

[18] Ο Dan Olweus, όρισε τον εκφοβισμό μέσα από τρία κριτήρια: α) είναι μια επιθετική συμπεριφορά εκ προθέσεως, β) η οποία πραγματοποιείται κατά επανάληψη με την πάροδο του χρόνου και γ) σε μια διαπροσωπική σχέση χαρακτηρίζεται από μια ανισορροπία της εξουσίας (Olweus & Limber, 2010). Το παιδί - θύτης μπορεί να εκφοβίσει το παιδί-θύμα με

Επιβεβαιώνεται ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι ικανά να εμφανίσουν ως θύτες διάφορες μορφές εκφοβισμού (σωματική, λεκτική βία, κοινωνικό αποκλεισμό ή εξάπλωση κακής φήμης) στους συνομιλήκους τους, σε ποσοστό 25% (Monks, Smith & Swettenham, 2005. Crick et al., 2006. Malti, Perren & Buchmann, 2010). Επιπροσθέτως, οι Perren & Alsaker (2006) στην έρευνά τους υποστηρίζουν ότι η άσκηση βίας σε αυτή την ηλικία φτάνει το 11%.

Οι χώροι που εκδηλώνονται συχνότερα και πιο έντονα φαινόμενου εκφοβισμού και επιθετικής συμπεριφοράς στο σχολείο, έχει επιβεβαιωθεί ότι είναι η αυλή, οι διάδρομοι και οι τουαλέτες (Craig, Pepler & Atlas, 2000. Vlachou, Andreou, Botsoglou & Didaskalou, 2011), προφανώς γιατί στα σημεία αυτά η εποπτεία και ο έλεγχος από τους νηπιαγωγούς είναι πιο χαλαρός. Επίσης η σωστή διευθέτηση της τάξης, το επαρκές υλικό του ελεύθερου παιχνιδιού και η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης σε αυτό, διευκολύνουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των νηπίων και μειώνουν την εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών (Adams, 2008). Τέλος επιθετικές συμπεριφορές εκδηλώνονται πιο συχνά την ώρα της υποδοχής των νηπίων, κατά τη διάρκεια της μετάβασης στο διάλειμμα και την ώρα των ελεύθερων δραστηριοτήτων (Cook & Nixon, 2006). Για το λόγο αυτό, οι νηπιαγωγοί θα πρέπει να βρίσκονται πάντα σε απόσταση που να μπορούν να ακούν και να βλέπουν τα νήπια, ώστε να επέμβουν άμεσα αν χρειαστεί και να αποτρέψουν τέτοιου είδους συμπεριφορές (Vlachou et al., 2011).

Η γενιές που μεγαλώνουν τα τελευταία χρόνια θεωρούνται οι γενιές της τηλεόρασης και των ηλεκτρονικών υπολογιστών, ενώ τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αποτελούν ένα μεγάλο κοινό στο οποίο απευθύνεται η τηλεοπτική αγορά στις Δυτικές κοινωνίες (Verlinden et al., 2012), με το 73% αυτών να παρακολουθούν τουλάχιστον 2 ώρες τηλεόραση καθημερινά (Rideout, Vandewater & Wartella, 2003). Η πολύωρη και χωρίς εποπτεία από τους ενήλικες έκθεση[19] των παιδιών προσχολικής ηλικίας στην τηλεόραση, έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με προβλήματα συμπεριφοράς (Parkes, Sweeting, Wight & Henderson, 2013), συμπεριλαμβανομένης και της επιθετικότητας (Foster & Watkins, 2010. Liu, 2004). Η παθητική έκθεση σε βίαιες σκηνές που περιλαμβάνουν πολλά από τα παιδικά προγράμματα, μπορούν βραχυπρόθεσμα να προκαλέσουν την αναπαραγωγή της επιθετικότητας από τα παιδιά στα διάφορα πλαίσια

διάφορους τρόπους, όπως πρόκληση σωματικής βλάβης, λεκτική βία, γκριμάτσες, χειρονομίες και αποκλεισμό ή απομόνωση από την ομάδα (Lagerspetz et al., 1988).

[19] Η έκθεση των παιδιών στην τηλεόραση περιλαμβάνει τόσο το χρόνο όσο και το περιεχόμενο των προγραμμάτων που παρακολουθούν (Kirkorian, Wartella & Anderson, 2008).

(οικογένεια, σχολείο, γειτονιά) (Christakis, 2009), ενώ μακροπρόθεσμα μπορούν να προκαλέσουν ανοσία των παιδιών στη βία, δημιουργία στάσεων που υποστηρίζουν τη χρήση της (Huesmann, Moise-Titus, Podolski & Eron, 2003) αλλά και άγχος ή κατάθλιψη καθώς τα παιδιά αντιλαμβάνονται τον κόσμο, μέσα από τα προγράμματα αυτά, ως ένα τρομακτικό μέρος (Singer, Flannery, Guo, Miller & Leibbrandt, 2004). Μία μεγάλη έρευνα των Friedrich & Stein (όπως αναφέρει η Βοσνιάδου, 2000) έδειξε ότι τα παιδιά που παρακολουθούσαν επιθετικά τηλεοπτικά προγράμματα, παρουσίασαν μειωμένη ανοχή στις αναβολές και τάση ανυπακοής στους κανόνες. Ωστόσο υπάρχουν και μια σειρά άλλων παραγόντων που σχετίζονται με την επίδραση της έκθεσης των παιδιών στην τηλεόραση και την εκδήλωση επιθετικότητας από αυτά, όπως είναι οι συνθήκες και λειτουργίες της οικογένειας αλλά και το κοινωνικό πλαίσιο στα οποία αυτά δρουν και αλληλεπιδρούν (Hoyos - Cillero & Jago, 2010). Τέλος, παρόλο που οι ψυχολογικές διαδικασίες που οδηγούν στην εκδήλωση επιθετικότητας ως αποτέλεσμα της έκθεσης των παιδιών στην τηλεόραση και τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, είναι παρόμοιες (Parkes et al., 2013), εντούτοις η επίδραση των τελευταίων φαίνεται ότι είναι πιο ισχυρή, λόγω της ενεργής εμπλοκής των χρηστών και της δυνατότητας για επαναλαμβανόμενη δοκιμή και ενίσχυση (Colwell, 2007).

Κλείνοντας θα θέλαμε να τονίσουμε ότι η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία, ως αποτέλεσμα ενδογενών παραγόντων προδιάθεσης (π.χ. δύσκολος χαρακτήρας) ή/και πολύπλοκων εξωγενών παραγόντων (π.χ. δυσλειτουργίες στο οικογενειακό ή σχολικό πλαίσιο) -και ανεξάρτητα από τις μορφές που μπορεί να εμφανιστεί- αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα το οποίο χρήζει άμεσης παρέμβασης και αντιμετώπισης από γονείς και εκπαιδευτικούς. Τα παιδιά που εκδηλώνουν συχνά επιθετικές συμπεριφορές και για μεγάλο χρονικό διάστημα, αδυνατούν να διαμορφώσουν μία σειρά από συνεκτικά εσωτερικά λειτουργικά πρότυπα, τα οποία θα τα κατευθύνουν προς μία θετική συμπεριφορά και θα τα υποστηρίξουν στο να δημιουργήσουν θετικούς συναισθηματικούς δεσμούς και κοινωνικές δεξιότητες, ώστε να συνάψουν υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις με τους γονείς τους, τους δασκάλους, τους συνομήλικους και γενικά το στενό περιβάλλον τους (Kauffman, 2001. Fiese, Wilder & Bichham, 2000. Fonagy & Target, 1998). Οι Κούτρας & Γιαννοπούλου (2004), υποστηρίζουν ότι παρόλο που συχνά αρνούμαστε να ασχοληθούμε με το πρόβλημα της επιθετικής συμπεριφοράς «γιατί θεωρούμε ότι είναι πρόβλημα μικρής έντασης, δεν είναι φαινόμενο πραγματικά

επικίνδυνο, είναι μέρος της διαδικασίας ωρίμανσης και βοηθάει στη διαμόρφωση του χαρακτήρα» (2004, σ.64).

Η πρώιμη και έγκαιρη ανίχνευση των διαφόρων μορφών επιθετικότητας που μπορεί να εκδηλώσουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας (επιθετικότητα σε ανθρώπους και ζώα, καταστροφή αντικειμένων - περιουσίας, άρνηση - εναντίωση σε κανόνες), αλλά και των αρνητικών συναισθημάτων που τις συνοδεύουν (απομόνωση, απόρριψη, ανυπομονησία) (Achenbach & Rescorla, 2009), καθώς και η έγκυρη εφαρμογή τεχνικών αντιμετώπισής[20] τους είναι υψίστης σπουδαιότητας (Reid & Eddy, 2002). Είναι σημαντικό τα παιδιά αυτά να μην «αποκλειστούν μόνιμα από τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές διαδικασίες της τάξης και του σχολείου γενικότερα» (Κουρκούτας, 2011, σ. 13) αλλά και να μην αποτελέσει η επιθετικότητα στο μέλλον μια «αναδυόμενη διαγνώσιμη διαταραχή» (emerging diagnosable disorder) (Parkes et al., 2013, p.319).

1.1.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Με τον όρο εσωτερικευμένα προβλήματα ή εσωτερικευμένη συμπεριφορά αναφερόμαστε σε ψυχολογικές και συναισθηματικές καταστάσεις που μπορεί να βιώνει το άτομο και οι οποίες έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά από τις εξωτερικευμένου τύπου συμπεριφορές (Achenabach 1978, 1991, 2008), παρόλο που έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις όπου οι δύο συμπεριφορές συνυπάρχουν (Liu, Chen & Lewis, 2011). Τα εσωτερικευμένα προβλήματα αντανακλούν κυρίως προβλήματα του εσωτερικού κόσμου (Achenbach & Rescorla, 2000) και περιέχουν σύνδρομα όπως κατάθλιψη ή ανησυχία, συναισθηματική αντιδραστικότητα, σωματικές ενοχλήσεις και τάση για απομόνωση και απόσυρση (Achenbach & Edelbrock, 1984). Στη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται και άλλοι όροι για να περιγράψουν τα συμπτώματα αυτά, όπως «συναισθηματικές διαταραχές», «εσωτερικευμένες διαταραχές», ή «νευρωτικές διαταραχές»- όρος που χρησιμοποιούνταν παλαιότερα και πλέον δε συνηθίζεται (Βενιακάκη 2009. Sharma, Bhat & Sengupta, 1980, Wehby, Falk, Barton-Arwood, Lane & Cooley, 2003), «Ενδοπροσωπική προσαρμογή» (άγχος /δυσθυμία/ψυχαναγκασμός, μοναχικότητα/

[20] Στο σχολείο μπορούν ιδεατά να εφαρμοστούν- με πολύ καλά αποτελέσματα- εξειδικευμένα προγράμματα παρέμβασης για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας, την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων για παιδιά που λόγω των προβλημάτων συμπεριφοράς που εκδηλώνουν βρίσκονται σε κίνδυνο αποκλεισμού αλλά και στην εκδήλωση σοβαρότερων προβλημάτων σε μετέπειτα ηλικία (Erchul & Martens, 2010). Περισσότερες πληροφορίες για τα προγράμματα παρέμβασης θα βρείτε στο κεφ. 4 της παρούσης μελέτης.

βραδυψυχισμός, ψυχοσωματικές διαταραχές) (Παρασκευόπουλος & Γιαννίτσας, 1999. Χατζηχρήστου και συν., 2008) και «Προβλήματα συναισθήματος (άγχος/φόβος) από τον L. Behar (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012).

Κατά το παρελθόν τα εξωτερικευμένα προβλήματα απασχόλησαν πιο έντονα τους μελετητές - ειδικά σε ό,τι αφορά τα παιδιά προσχολικής ηλικίας - από ότι τα εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς, ίσως γιατί τα τελευταία προβάλλονται λιγότερο από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς ή τους θεραπευτές των παιδιών αυτής της ηλικιακής ομάδας. Αυτό μπορεί με τη σειρά του να συνδέεται με το γεγονός ότι οι διαταραχές αυτές, συχνά χαρακτηρίζονται από εσωτερικές συναισθηματικές αλλαγές και όχι φανερές κοινωνικά αρνητικές ή διασπαστικές συμπεριφορές (Tandon, Cardeli, Luby, 2009). Επίσης, πολλά παιδιά με τέτοιου είδους προβλήματα παρουσιάζουν και άλλες δυσκολίες ή συμπτώματα όπως παραίτηση ή απόσυρση τα οποία είναι πιθανό να καθιστούν δυσδιάκριτο το πρωταρχικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν (Αλευρίδου, 2010). Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά μπορούν να κάνουν πιο δύσκολη την ανίχνευση αυτών των προβλημάτων ειδικά σε πολύ νεαρά άτομα τα οποία έχουν γενικά λιγότερο ανεπτυγμένες λεκτικές δεξιότητες και ειδικότερα πιο περιορισμένη ικανότητα να περιγράψουν τα συναισθήματά τους (Tandon et al., 2009). Η σύγχρονη έρευνα όμως φαίνεται να στρέφεται όλο και περισσότερο στη μελέτη των εσωτερικευμένων προβλημάτων αλλά και των οδών που αυτά συνδέονται με τις εξωτερικευμένες μορφές συμπεριφοράς.

Τα εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς παρατηρούνται αρκετά συχνά στα παιδιά (Ashford et al., 2008), ενώ υπολογίζεται ότι μέχρι την ηλικία των 16 ετών, περίπου το 15% των παιδιών θα έχει βιώσει μια τέτοιου είδους συναισθηματική κατάσταση (Costello et al., 2003). Υπάρχουν μάλιστα επιδημιολογικές έρευνες που υποστηρίζουν ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας εμφανίζουν γενικά προβλήματα συμπεριφοράς σε ποσοστό 15-20% (Gothelf et al., 2006. Hulle et al., 2007. Pianta & Caldwell 1990). Τα προβλήματα που σχετίζονται με εξωτερικευμένου τύπου συμπεριφορές, φαίνεται ότι έχουν υψηλή σταθερότητα στην εμφάνισή τους και ότι συνδέονται με μακροπρόθεσμα αρνητικά αποτελέσματα (Campbell, Pierce, March, Ewing & Szumowski, 1994. Hymel, Rubin, Rowden & LeMare, 1990. Ladd & Burgess, 1999). Για τις εσωτερικευμένου τύπου συμπεριφορές όμως, τα ερευνητικά αποτελέσματα είναι αντιφατικά σχετικά με τη σταθερή παρουσία των συμπτωμάτων τους μέσα στο χρόνο. Υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που επιβεβαιώνουν μια σταθερότητα στην εκδήλωση των συμπτωμάτων κατά την πρώιμη έως όψιμη παιδική ηλικία (Lavigne et al., 1998. Mesman, Bongers & Koot, 2001), τα οποία

υποστηρίζεται ότι συνεχίζουν να επηρεάζουν το άτομο και κατά την εφηβεία (Costello et al., 2003) αλλά και την ενήλικη ζωή (Newman et al., 1996). Επιπλέον, φαίνεται ότι τα συμπτώματα αυτά μπορεί να σχετίζονται και με αγχώδεις διαταραχές που ενδέχεται να προκύψουν αργότερα (Hymel et al., 1990. Rubin, Hymel & Mills, 1989. Vargo, 1991). Αντίθετα, σε άλλες έρευνες υποστηρίζεται ότι αυτά τα προβλήματα δεν έχουν σταθερή εμφάνιση, δε συνοδεύουν τα άτομα στη μετέπειτα ζωή τους (Henricsson & Rydell, 2006), ούτε αποτελούν απαραίτητα δείκτη πρόβλεψης για αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις στο μέλλον (Ladd & Burgess, 1999. Meagher, Arnold, Dctroff, Dodds & Fisher, 2009).

Οι γνώσεις μας σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση των εσωτερικευμένων προβλημάτων στην παιδική ηλικία, είναι επίσης περιορισμένες. Αυτό οφείλεται στο ότι μόνο λίγες μελέτες έχουν κατευθυνθεί στη διερεύνηση των παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν εσωτερικευμένα προβλήματα πριν από την εφηβεία, αλλά και στον ίδιο το σχεδιασμό των μελετών, οι περισσότερες από τις οποίες είναι συγχρονικές και όχι διαχρονικές (Ashford et al., 2008).

Γενικά, η έρευνα επιβεβαιώνει ότι υπάρχουν διάφοροι γενετικοί, περιβαλλοντικοί αλλά και κοινωνικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην εκδήλωση εσωτερικευμένων προβλημάτων στα παιδιά, με κάθε έναν από αυτούς τους παράγοντες να διαδραματίζει ενίοτε σημαντικό ρόλο στην παρουσία ενός τέτοιου προβλήματος. Οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται, βάσει των ερευνών, να σχετίζονται με τα εσωτερικευμένα προβλήματα είναι το χαμηλό κοινωνικό - οικονομικό επίπεδο της οικογένειας (Wadsworth & Achenbach, 2005), η γονεϊκή ψυχοπαθολογία (Downey & Coyne, 1990. Ormel et al., 2005), το γονεϊκό στρες (Mesman & Koot, 2000), οι αρνητικές ή στρεσογόνες καταστάσεις κατά τη διάρκεια της ζωής του παιδιού (Ackerman, Brown & Izard, 2004. Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman & Silverman, 1999) αλλά και η προγεννητική έκθεση της μητέρας σε επικίνδυνες ουσίες (Carter, Paterson, Gao & Iusitini, 2008. Sciarillo, Alexander & Farrell, 1992). Επιπλέον, για την εμφάνιση εσωτερικευμένων προβλημάτων, έχουν ενοχοποιηθεί παράγοντες όπως, η ύπαρξη μονογονεϊκής οικογένειας (Mesman & Koot 2000), οι πρακτικές ανατροφής των γονιών (Cummings, Davies & Campbell, 2000), προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει το παιδί (λόγου χάρη προβλήματα προσοχής) (Leech, Larkby, Day. R. & Day, N. L., 2006) και οι αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις ή κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Liu et al., 2011), χωρίς να εξαντλούμε εδώ τις αιτίες που ενδέχεται να οδηγήσουν στην εκδήλωση τέτοιων συμπεριφορών.

Σημαντική αναδεικνύεται μέσα από διάφορες έρευνες, η έγκαιρη προληπτική και θεραπευτική παρέμβαση, με πρωτοβουλία των γονιών και των παιδαγωγών στην περίπτωση ύπαρξης τέτοιων παραγόντων, δεδομένου ότι (Liu et al., 2011. Rothbart & Bates, 1998) έχει συνδεθεί η παρουσία εσωτερικευμένων προβλημάτων στα παιδιά με μια σειρά από αρνητικά αποτελέσματα που είναι επιβλαβή τόσο για το άτομο όσο και για τον περίγυρό του. Ενδεικτικά, υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι τα εσωτερικευμένα προβλήματα σχετίζονται με την ανάπτυξη γενικότερων προβλημάτων συμπεριφοράς, την ευάλωτη θέση του ατόμου σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις (Pine, Cohen, Gurley, Brook & Ma, 1998), τα προβλήματα κοινωνικοποίησης (Greco & Moris, 2005), τη χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη (Mostow, Izard, Fine & Trentacosta, 2002), τη χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση (Hughes & Ensor, 2011) ακόμη και με την αυτοκτονική διάθεση (Pine et al., 1998). Χρειάζεται όμως να τονίσουμε ότι η ανίχνευση και η αντιμετώπιση των εσωτερικευμένων προβλημάτων δεν είναι μια εύκολη υπόθεση καθώς ενδέχεται να υπάρχει συννοσηρότητα (comorbidity) των εσωτερικευμένων προβλημάτων με εξωτερικευμένα προβλήματα καθώς και με άλλες ψυχιατρικές (όπως λόγου χάρη η σχιζοφρένεια ή οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού), μη εσωτερικευμένες διαταρχές (Liu et al., 2011).

Σε ό, τι αφορά τη σχέση των εσωτερικευμένων προβλημάτων με το φύλο, όπως θα δούμε και παρακάτω, όπου θα εξετάσουμε το κάθε πρόβλημα ξεχωριστά, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι είναι περισσότερο πιθανό να παρατηρήσουμε εσωτερικευμένες συμπεριφορές στα κορίτσια παρά στα αγόρια (Beidel, Turner, Hamlin & Morris, 2001. Ollendick & King, 1991), θεωρώντας ότι τα κορίτσια είναι πιο ευάλωτα σε συγκεκριμένα προβλήματα αυτής της μορφής. Από την άλλη όμως, υπάρχουν έρευνες που δεν έχουν εντοπίσει κάποια σημαντική διαφορά ανάμεσα στο δύο φύλα στην εμφάνιση εσωτερικευμένων προβλημάτων (Bernstein, Borchardt & Perwein, 1996. Gater et al., 1998).

1.1.2.1 Συναισθηματική αντιδραστικότητα (Emotional reactivity)

Η συναισθηματική αντιδραστικότητα αναφέρεται στην τάση του ατόμου να βιώνει συχνές και έντονες συναισθηματικές διεγέρσεις (Karrass et al., 2006. Rothbart & Derryberry, 1981), οι οποίες το βοηθούν να επιτύχει τους στόχους του και να προσαρμοστεί στα διαφορετικά περιβάλλοντα (Campos, Frankel & Camras, 2004). Τα

χαμηλά επίπεδα θετικής συναισθηματικής αντιδραστικότητας αντιστοιχούν σε χαμηλά επίπεδα θετικής συναισθηματικής διέγερσης και το αντίστροφο (Durbin, Klein, Hayden, Buckley & Moerk, 2005). Αν και υπάρχουν ατομικές διαφορές και στον τρόπο αντίδρασης σε θετικά συναισθήματα, οι περισσότερες έρευνες εξετάζουν τη συναισθηματική αντιδραστικότητα σε σχέση με τα αρνητικά συναισθήματα (Spinrad, Stifter, Donelan-McCall & Turner, 2004). Σύμφωνα με τον Achenbach (1966, 1991) η συναισθηματική αντιδραστικότητα, εντάσσεται στα εσωτερικευμένα προβλήματα, τα οποία εξετάζονται μέσα από τα εργαλεία ανίχνευσης, που έχουν κατασκευαστεί από τον ίδιο και τους συνεργάτες του. Όμως, δεδομένου ότι ορισμένες κατηγορίες συνδρόμων που περιγράφονται στον Achenbach, έχουν χαρακτηριστεί ως πολύ συμβατές με πιο επίσημα διαγνωστικά εργαλεία (Ivanovna et al., 2011) αλλά και με σκοπό να πραγματοποιηθούν διαπολιτισμικές συγκρίσεις των αποτελεσμάτων (Rescorla et al., 2011), οι Achenbach & Rescorla (2000), δημιούργησαν νέες κλίμακες στο προσχολικό ΣΑΕΒΑ, που είναι εναρμονισμένες με τις διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV (APA, 1994). Στις νέες κλίμακες, η συναισθηματική αντιδραστικότητα αποδίδεται με τον όρο συναισθηματικά προβλήματα (Achenbach, Dumensi & Rescorla, 2003. Achenbach & Rescorla, 2000), ενώ στο DSM-IV συναντάμε την κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών (ή διαταραχών διάθεσης) (APA, 1994).

Η συναισθηματική αντιδραστικότητα έχει άμεση σχέση με τη συναισθηματική ρύθμιση (Karrass et al., 2006) και, όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, οι δύο αυτές έννοιες εξετάζονται πολλές φορές από κοινού σε σχέση με άλλες παραμέτρους (Dixon & Smith, 2000. Eisenberg & Fabes, 1992). Ο όρος *συναισθηματική ρύθμιση* χρησιμοποιείται, γενικά, για να περιγράψει ένα μηχανισμό ρύθμισης της εσωτερικής θετικής ή αρνητικής συναισθηματικής αντιδραστικότητας (Ahadi & Rothbart, 1994). Συγκεκριμένα, πρόκειται για μια διαδικασία που επηρεάζει την ένταση, τη διάρκεια και την έκφραση των συναισθημάτων (Gross & Barrett, 2011), αλλά και τις ψυχολογικές διεργασίες που σχετίζονται με αυτά (Thompson, 1998). Η αντίδραση σε συναισθήματα αλλά και οι πρώτες ενδείξεις ότι επιδιώκεται η συναισθηματική ρύθμιση, μπορεί να φανούν από τις πρώτες κιόλας μέρες τις ζωής του παιδιού (Southam - Gerow & Kendall, 2000). Στα παιδιά που αναπτύσσονται φυσιολογικά, η συναισθηματική αντιδραστικότητα δεν ακολουθεί την ίδια πορεία με τη συναισθηματική ρύθμιση καθώς, με την πάροδο του χρόνου αυξάνεται η ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης, ενώ αντίθετα μειώνεται η συναισθηματική αντιδραστικότητα (Ruff & Rothbart, 1996). Η αντιστρόφως ανάλογη σχέση της

συναισθηματικής αντιδραστικότητας με την ηλικία, εντοπίζεται από τους Carthy, Horesh, Apter, Edge & Cross (2009) σε μια έρευνα τους, στην οποία χορήγησαν αρχικά σε παιδιά, εικόνες με αρνητικό ή απειλητικό περιεχόμενο και στη συνέχεια κατέγραψαν την αντίδρασή τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η ηλικία είχε αρνητική συσχέτιση με την αρνητική συναισθηματική αντιδραστικότητα, αφού οι μικρότεροι σε ηλικία συμμετέχοντες αντέδρασαν με εντονότερα αρνητικά συναισθήματα συγκριτικά με τους μεγαλύτερους.

Τα κύρια συμπτώματα της αρνητικής συναισθηματικής αντιδραστικότητας σε πολύ μικρά παιδιά (κάτω των 2 ετών) είναι η λύπη, ο φόβος, η μειωμένη αντιδραστικότητα και η δυσφορία απέναντι σε περιορισμούς (Gartstein & Rothbart, 2003). Σε παιδιά μεγαλύτερα των δυο ετών, η αρνητική συναισθηματική αντιδραστικότητα εκφράζεται με λύπη, φόβο, ενόχληση, απογοήτευση, συνεχή ευαισθησία, κινητικότητα, ντροπαλότητα και ανακούφιση (Putnam, Gartstein, & Rothbart, 2006). Σε ό, τι αφορά τη σχέση της συναισθηματικής αντιδραστικότητας με το φύλο, οι αναφορές είναι ελάχιστες, όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήσαμε. Κάποιες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι τα κορίτσια εκδηλώνουν πιο αρνητική συναισθηματική αντιδραστικότητα συγκριτικά με τα αγόρια, όταν έρχονται αντιμέτωπα με στρεσσογόνες καταστάσεις (Hampel & Petermann, 2006) ή με αρνητικά γεγονότα που σχετίζονται με την παρέα των συνομηλίκων (Prinstein, Cheah & Guyer, 2005). Παρόλα αυτά, ευρήματα διαχρονικών μελετών του Campbell (1995) σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, επιβεβαιώνουν, μέσα από τις αναφορές γονέων και εκπαιδευτικών, ότι οι αρνητικές συμπεριφορές οι οποίες σχετίζονται με τη συναισθηματική αντιδραστικότητα, είναι πιο σταθερές στα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια.

Σύμφωνα με τους Koenigsberg et al. (2009), η θετική συναισθηματική αντιδραστικότητα προκύπτει μέσα από μια επιτυχημένη συναισθηματική ρύθμιση όπου, η κάθε συναισθηματική εμπειρία αναγνωρίζεται και μετατρέπεται σε ένα συναίσθημα θετικό, ανεκτό ή και ουδέτερο. Εάν η ρύθμιση αυτή αποτύχει, τότε τα συναισθήματα είναι πιθανό να ξεφύγουν από τον έλεγχο του ατόμου και να εκφραστούν με μη φυσιολογικό τρόπο (Conklin, Bradley & Westen, 2006). Υποστηρίζεται ότι η ιδιοσυγκρασία είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που αλληλεπιδρά με την ικανότητα για συναισθηματική ρύθμιση αλλά και με τον τρόπο που το κάθε άτομο αντιδρά στα ερεθίσματα (Southam-Gerow & Kendall, 2000). Έρευνες σε βρέφη και παιδιά προσχολικής ηλικίας έδειξαν ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές στις στρατηγικές ρύθμισης που χρησιμοποιεί το κάθε παιδί για να διαχειριστεί την αρνητική συναισθηματική αντιδραστικότητα (Grolnick, Bridges &

Connell, 1996. Stifter & Braungart, 1995). Κάποιες από αυτές τις στρατηγικές είναι αποτελεσματικές, ενώ κάποιες άλλες όχι, με συνέπεια να μη μειώνεται το αρνητικό συναίσθημα που μπορεί να προκύψει από ένα ερέθισμα (Calkins & Johnson, 1998). Η καλλιέργεια όμως, στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης και θετικής αντιδραστικότητας, συνδέεται και με τις πρακτικές που εφαρμόζουν οι γονείς για να καθοδηγήσουν το παιδί τους, στη διαχείριση μιας συναισθηματικής διέγερσης (Gianino & Tronick, 1988).

Οι γονείς που περιορίζουν τη χρήση αρνητικών ή ιδιαίτερα παρεμβατικών συμπεριφορών και εφαρμόζουν πιο θετικές τεχνικές (όπως λόγου χάρη η απόσπαση της προσοχής του παιδιού από το αρνητικό ερέθισμα), βοηθούν τα παιδιά τους να διαχειριστούν καλύτερα τα συναισθήματά τους (Pettit & Bates, 1989). Σε άλλες έρευνες που συνδέουν την αρνητική συναισθηματική αντιδραστικότητα με το οικογενειακό περιβάλλον, έχει βρεθεί ότι η χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Bennett, Bendersky & Lewis, 2002), τα σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης της μητέρας (Lundy, Field & Pickens, 1996) και η κακομεταχείριση που μπορεί να έχει υποστεί ένα παιδί μέσα στην οικογένεια (Camras & Rappaport, 1993), είναι πιθανό να σχετίζονται με την κακή ρύθμιση των συναισθημάτων και τον αρνητικό τρόπο εκδήλωσής τους.

Επιπλέον, μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον έχει εκδηλωθεί γύρω από την πιθανή σχέση μεταξύ της αρνητικής συναισθηματικής αντιδραστικότητας και της πρόωρης γέννησης του παιδιού (Delobel-Ayoub et al., 2006. Spittle, Boyd, Inder & Doyle, 2009), αλλά τα αποτελέσματα των ερευνών έχουν χαρακτηριστεί αντιφατικά (Voigt et al., 2013). Η ικανότητα ρύθμισης των συναισθηματικών διεγέρσεων βασίζεται επίσης και σε βιολογικούς παράγοντες, όπως προκύπτει από τις έρευνες των Zeman et al. (2006). Δυσλειτουργίες του νευρικού συστήματος στην περιοχή της αμυγδαλής, του προμετωπιαίου λοβού αλλά και του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, είναι πιθανό να επηρεάζουν τη συναισθηματική ρύθμιση και την αντιδραστικότητα στα ερεθίσματα (Davidson, Jackson & Kalin, 2000).

Στη διαδικασία ανίχνευσης προβλημάτων στην συναισθηματική αντιδραστικότητα και τη συναισθηματική ρύθμιση, θα πρέπει κανείς να λαμβάνει υπόψη του ότι τα προβλήματα αυτά είναι πιθανό να συνυπάρχουν με αρκετά εσωτερικευμένα (Macklem, 2008) και εξωτερικευμένα σύνδρομα (Dennis & Brotman, 2003).

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ανησυχία[21] εκδηλώνουν πιο έντονες συναισθηματικές διεγέρσεις σε σχέση με τους συνομηλίκους, αντιδρούν πιο αρνητικά (Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005) και έχουν μειωμένη ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων τους (Kostiuk & Fouts, 2002). Παιδιά και έφηβοι με συμπτώματα κατάθλιψης, συνήθως επικεντρώνουν την προσοχή τους στα αρνητικά συναισθηματικά ερεθίσματα με συνέπεια να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερη δυσκολία στη διαχείρισή τους (Ladouceur et al., 2005). Αδυναμία συναισθηματικής ρύθμισης και αρνητική αντιδραστικότητα παρατηρούνται, επίσης, σε παιδιά με διαταραχές διαγωγής (Hill, Degnan, Calkins & Keane, 2006). Συγκεκριμένα, η επιθετικότητα αρκετές φορές συνδυάζεται με την αρνητική αντιδραστικότητα του παιδιού απέναντι στα συναισθήματα των ανθρώπων με τους οποίους βρίσκεται σε αλληλεπίδραση (Tangney, Baumeister & Boone, 2004). Επίσης, παιδιά με προβλήματα προσοχής (Durston & Casey, 2006) και συνυπάρχουσες εναντιωματικές συμπεριφορές, εκδηλώνουν συχνά ιδιαίτερα έντονη συναισθηματική αντιδραστικότητα απέναντι σε συναισθήματα θυμού και οργής (Macklem, 2008). Ακραία συναισθηματική αντιδραστικότητα και σοβαρά προβλήματα στη συναισθηματική ρύθμιση εντοπίζονται και σε παιδιά με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας[22] (Fleener, 1999).

Η πρώιμη ανίχνευση της αρνητικής συναισθηματικής αντιδραστικότητας αλλά και των ελλειμμάτων στη συναισθηματική ρύθμιση είναι σημαντική (Zeman et al., 2006), καθώς οι έρευνες επιβεβαιώνουν ότι τα προβλήματα αυτά, είναι πιθανό να αποτελούν δείκτη πρόβλεψης μελλοντικών ψυχοπαθολογικών καταστάσεων (Berenbaum et al., 2003. Mennin & Farach, 2007). Αρκετοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η αρνητική διαχείριση των αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων μπορεί να προκαλέσει σοβαρά συμπτώματα απογοήτευσης, τα οποία, αν επιμείνουν για αρκετό χρονικό διάστημα, ενδέχεται να οδηγήσουν σε διαγνώσιμες καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές (Campbell-Sills & Barlow, 2007. Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008). Επίσης, είναι πλέον σαφές, ότι η κακή ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που ευθύνονται για την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών στα παιδιά

[21] Η ανησυχία είναι ένα εσωτερικευμένο πρόβλημα, που μαζί με την κατάθλιψη αποτελούν ένα ενιαίο σύνδρομο (Rescorla et al., 2007). Τα άτομα με ανησυχία βρίσκονται σε μια διαρκή ετοιμότητα για να αντιμετωπίσουν αρνητικές καταστάσεις που πιστεύουν ότι θα συμβούν (Craske et al., 2009). Η ανησυχία παρουσιάζεται πιο αναλυτικά στο υποκεφ 1.1.2.2 της παρούσας μελέτης.

[22] Πρόκειται για μια χρόνια ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από αυτοκαταστροφικές διαπροσωπικές σχέσεις, συναισθηματική αστάθεια, κακό έλεγχο των παρορμήσεων, ξεσπάσματα, τάσεις αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμούς (Skodol et al., 2002).

(Bydlowski et al., 2005. Clyne & Blampied, 2004). Στην περίπτωση αυτή, το φαγητό αποτελεί μέσο εκτόνωσης των αρνητικών συναισθημάτων που το παιδί δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί (Sim & Zeman, 2006). Σε μεγαλύτερες ηλικίες και όσο πλησιάζει ένα παιδί στην εφηβεία, τα προβλήματα που σχετίζονται με τη συναισθηματική ρύθμιση και αντιδραστικότητα, ενδέχεται επίσης, να προκαλέσουν διαταραχές που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών (Linehan et al., 2002) και το αλκοόλ (Goudriaan, Grekin & Sher, 2011). Επίσης, δεν αποκλείεται να παρατηρηθεί και πρώιμη έναρξη του καπνίσματος (Audrain-McGovern, Rodriguez, Tercyak, Neuner & Moss, 2006), ως τρόπος εκτόνωσης των αρνητικών συναισθημάτων (Macklem, 2008). Επιπλέον, οι Waller & Scheidt (2006) σε έρευνά τους, εντόπισαν σύνδεση μεταξύ της μη φυσιολογικής συναισθηματικής αντιδραστικότητας και των σωματικών ενοχλήσεων. Σε ό,τι αφορά τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τα παιδιά με αρνητική συναισθηματική αντιδραστικότητα, ειδικά όταν αυτή εκδηλώνεται σε πολύ μικρή ηλικία, εμφανίζουν συμπτώματα απόσυρσης (Spinrad et al., 2004), δημιουργούν αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνομηλίκους (Fox & Calkins, 2003) και μπορεί να βιώσουν την απόρριψη και τη θυματοποίηση από συνομήλικα άτομα (Rubin, Bowker & Kennedy, 2009).

Η ακαδημαϊκή επίδοση, ακόμη και στην προσχολική ηλικία, επηρεάζεται από την ικανότητα για συναισθηματική ρύθμιση (Dodge & Pettit, 2003. Howse, Calkins, Anastopoulos, Keane & Shelton, 2003), εφόσον τα παιδία που δεν καταφέρνουν να διαχειριστούν με επιτυχία τα συναισθήματά τους, δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε νέα περιβάλλοντα, όπως αυτό του σχολείου (Graziano, Calkins & Keane, 2011). Ειδικά στο νηπιαγωγείο, τα παιδιά καλούνται για πρώτη φορά να επιτύχουν ακαδημαϊκούς και κοινωνικούς στόχους (Rimm-Kaufman & Pianta, 2000), μέσα σε χώρους, όπου συχνά, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού μαθητών υπάρχει περιορισμένη δυνατότητα υποστήριξης και επίβλεψης από τον εκπαιδευτικό (Bronson, Tivnan & Seppanen, 1995). Συνεπώς, η ικανότητα του παιδιού να αυτό-διαχειρίζεται τα συναισθήματά του, είναι σημαντική για την ομαλή προσαρμογή στις νέες αυτές συνθήκες (Keenan & Shaw, 2003). Επιπλέον, η ποιότητα της σχέσης μεταξύ παιδιού και εκπαιδευτικού επηρεάζεται από την ικανότητα του μαθητή για συναισθηματική ρύθμιση (Graziano et al., 2011). Μαθητές με μειωμένη ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν ελλείμματα σε κοινωνικές δεξιότητες, εξωτερικευμένα προβλήματα και αντιδραστική συμπεριφορά (Rydell, Berlin & Bohlin, 2003. Dunn & Brown, 1994). Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την αρνητική αλληλεπίδραση με τον εκπαιδευτικό (Coie & Koeppl, 1990).

Οι παρεμβάσεις για την ενίσχυση της συναισθηματικής ρύθμισης που συνεπάγεται και θετικότερη συναισθηματική αντιδραστικότητα, μπορούν να εφαρμοστούν από γονείς και εκπαιδευτικούς, με σκοπό τη βελτίωση της κοινωνικής προσαρμογής του παιδιού και της σχολικής ετοιμότητας (Blair & Diamond, 2008. Eisenberg, Valiente & Eggum, 2010). Οι επιστήμονες υποστηρίζουν, ότι στους μαθητές προσχολικής και σχολικής ηλικίας, θα πρέπει να εφαρμόζονται προγράμματα που εκπαιδεύουν τους μαθητές στην κατανόηση και τη διαχείριση των συναισθημάτων (Southam-Gerow, & Kendall, 2002), με σκοπό τη βελτίωση της συναισθηματικής τους επάρκειας[23] (Blair, 2002). Η αρνητική συναισθηματική αντιδραστικότητα του παιδιού, όμως, συχνά επηρεάζει αρνητικά και τις αλληλεπιδράσεις μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο (Zeman et al., 2006). Συνεπώς, προγράμματα που περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονιών γύρω από τη λειτουργία των συναισθημάτων, μπορεί να είναι ιδιαιτέρως χρήσιμα για οικογένειες με παιδιά που εμφανίζουν συναισθηματικές δυσκολίες (Katz & Windecker-Nelson, 2004). Οι γονείς, εξάλλου, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συναισθηματικής συμπεριφοράς του παιδιού, πολύ πριν αυτό έρθει σε επαφή με το σχολείο (Lagattuta & Wellman, 2002). Σε παιδιά με διαγνωσμένα συναισθηματικά προβλήματα θα ήταν ωφέλιμο να εφαρμόζονται εξατομικευμένες και πιο στοχευμένες παρεμβάσεις, για καλύτερα αποτελέσματα (Macklem, 2008).

1.1.2.2 Ανησυχία /κατάθλιψη (Anxiety/depression)

Παρόλο που η κατάθλιψη και η ανησυχία (άγχος) αποτελούν για το DSM-IV (APA, 1994) δύο ξεχωριστά σύνδρομα, στο σύστημα ταξινόμησης του Achenbach τα δύο αυτά σύνδρομα αποτελούν ένα μεικτό σύνδρομο, ένα ενιαίο δηλαδή εσωτερικευμένο πρόβλημα (Achenbach, 1991. Achenbach & Rescorla, 2000), ενώ άλλοι μελετητές αναφέρονται σε ενιαίο σύνδρομο με δύο διαστάσεις (Watson & Tellegen, 1985), οι οποίες έχουν ως κοινό στοιχείο τα υψηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων (Brady & Kendall, 1992. Watson, Clark & Carey, 1988).

Η κατάθλιψη, ως ξεχωριστό σύνδρομο, είναι μια ψυχιατρική διαταραχή της διάθεσης που χαρακτηρίζεται από υπερβολική θλίψη και απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που σε κανονικές συνθήκες θα ήταν ευχάριστες για το άτομο (Liu et al.,

[23] Η ικανότητα αυτοδιαχείρισης των συναισθημάτων που προκύπτουν μέσα από τις κοινωνικές συναλλαγές (Thompson, 1998).

2011). Σύμφωνα με το DSM-IV η κατάθλιψη χωρίζεται σε δύο πρωταρχικές διαγνώσεις: α) τη μείζονα κατάθλιψη που χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση, έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και διαταραχές ύπνου και όρεξης, και β) τη δυσθυμία που χαρακτηρίζεται από λιγότερο έντονα συμπτώματα κατάθλιψης τα οποία, όμως, επιμένουν για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα (APA, 1994). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε παιδιά και νεαρά άτομα συνδέονται με τη διαφορετική κατανόηση των θετικών ή αρνητικών συναισθημάτων (Bishop, Dalgleish & Yule, 2004. Gotlib, Trail, Montoya, Joorman & Chang, 2005. Joormann, Talbot & Gotlib, 2007), τις μειωμένες επιδόσεις, όταν αυτά παρουσιάζονται μαζί με άλλες πληροφορίες συναισθηματικής φύσεως (Jazbec, McClure, Hardin, Pine & Ernst, 2005. LaDouceur et al., 2005) αλλά και τη λιγότερο ακριβή και πιο αναποτελεσματική επεξεργασία των πληροφοριών αυτών (LaDouceur et al., 2006. Perez-Edgar, Fox, Cohn & Kovacs, 2006). Ωστόσο, παραμένει ακόμη άγνωστη η συνέπεια και η ιδιαιτερότητα αυτών των διαφορών καθώς τα ίδια αποτελέσματα εντοπίζονται συχνά και σε παιδιά με ανησυχία (άγχος) (Dalgleish et al., 2003. Hardin, Schoth, Pine & Ernst, 2007). Τόσο η μείζονα κατάθλιψη όσο και η δυσθυμία προκαλούν έντονα αισθήματα ανησυχίας αλλά και απομείωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του ατόμου (Rapoport & Ismond, 1996). Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο ότι η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί την πιο κοινή διαταραχή της διάθεσης στον παιδιατρικό πληθυσμό (Anderson & McGee, 1994. Fleming & Offord, 1990. Kashani, Allan, Beck, Bledsoe & Reid,1997).

Το άγχος μπορεί να περιγραφεί ως μια «κατάσταση ανησυχίας χωρίς αιτία» ή μια κατάσταση επαγρύπνησης που συνοδεύεται από αισθήματα φόβου και έχει στόχο να προετοιμάσει το άτομο για μια ενδεχόμενη απειλή (Johnson & Melamed, 1979). Οι αγχώδεις διαταραχές προκύπτουν όταν το άγχος εμφανίζεται με συνέπεια (και όχι για μικρό χρονικό διάστημα) και σε ό, τι αφορά τα παιδιά συνήθως εμπλέκεται αρνητικά με τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τις καθημερινές δραστηριότητες, τη σχολική ζωή αλλά και τη λειτουργικότητα της οικογένειας (Liu et al., 2011). Οι αγχώδεις διαταραχές χωρίζονται σε πέντε βασικές κατηγορίες: τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, την κοινωνική αγχώδη διαταραχή, τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού (Tandon et al., 2009)[24]. Αποτελούν το πιο συνηθισμένο

[24] Στις αγχώδεις διαταραχές συναντάμε μια πληθώρα συμπτωμάτων ανάλογα με το είδος της διαταραχής. Έτσι, στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή παρατηρούμε νευρικότητα, ευερεθιστότητα, ανησυχία ή σωματικά συμπτώματα, όπως εφίδρωση και ταχυπαλμία (Brown, O'Leary & Barlow, 2001). Στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχουμε φοβίες, εμμονές, επαναλαμβανόμενες κινήσεις ή διαδικασίες (Abramowitz, 2006), ενώ στην κοινωνική αγχώδη διαταραχή

είδος ψυχιατρικών διαταραχών στα παιδιά (Costello & Angold, 1995), με τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού και την επιμέρους διαταραχή της επιλεκτικής αλαλίας[25] να εμφανίζονται αποκλειστικά και μόνο σε παιδιά (APA, 1994).

Η κατάθλιψη και η ανησυχία σαν ενιαίο σύνδρομο ονομάζεται μεικτή διαταραχή ανησυχίας/κατάθλιψης στο ICD-10 (World Health Organisation, 2010). Στο ίδιο εγχειρίδιο αναφέρεται ότι η διάγνωση του μεικτού αυτού συνδρόμου γίνεται, όταν υπάρχουν ταυτόχρονα συμπτώματα ανησυχίας (άγχους) και κατάθλιψης, χωρίς κάποιο από τα δύο σύνδρομα να είναι σαφώς κυρίαρχο, και χωρίς κάποιο σύμπτωμα να εμφανίζεται σε τέτοιο βαθμό, ώστε αν εξεταστεί ξεχωριστά να δικαιολογεί μια διάγνωση. Όταν, όμως, εμφανίζονται ταυτόχρονα συμπτώματα ανησυχίας και κατάθλιψης και τα συμπτώματα αυτά είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να δικαιολογούν δύο επιμέρους διαγνώσεις, πρέπει να καταγράφονται και οι δύο διαγνώσεις και να μη χρησιμοποιείται η κατηγορία της μεικτής διαταραχής ανησυχίας/κατάθλιψης (WHO, 2010).

Μια ευρέως αποδεκτή άποψη είναι ότι η κατάθλιψη και η ανησυχία, ως κοινές διαταραχές σχετίζονται με βλάβες σε λειτουργικά συστήματα του εγκεφάλου (Crews & Harrison, 1995). Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι η συνύπαρξη των δύο διαταραχών προκαλεί ασυμμετρίες μεταξύ των μετωπιαίων λοβών (Bruder et. al., 1997) και πιο συγκεκριμένα ευθύνεται για την αυξημένη ενεργοποίηση του δεξιού μετωπιαίου λοβού με την ταυτόχρονη απενεργοποίηση του αριστερού μετωπιαίου λοβού (Henriques & Davidson, 1990. Tucker, Stensile, Roth & Shearer, 1981).

Γενικά, αν και έχει γίνει μακρά συζήτηση για τη σχέση μεταξύ των συνδρόμων ανησυχίας και κατάθλιψης και έχουν τεθεί κατά καιρούς ερωτήματα σχετικά με το αν οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις διαταραχές είναι διακριτές, αν αποτελούν μέρος ενός συνεχούς προβλημάτων (Wadsworth, Hudziak, Heath & Achenbach, 2001), ή αν υπάρχει και τρίτη κατηγορία, αυτή της αγχώδους κατάθλιψης που διαφέρει από τις άλλες δύο (Klein, Dougherty & Olino, 2005), δεν έχει δοθεί κάποια σαφής ή κοινά αποδεκτή

βλέπουμε μια έντονη ανησυχία για ορισμένες ή όλες τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τις δημόσιες εκδηλώσεις της καθημερινότητας (Stein & Walker, 2002). Στη διαταραχή μετατραυματικού στρες διαπιστώνουμε μια επαναλαμβανόμενη αλλά ανεπιθύμητη αναβίωση του συμβάντος που προκάλεσε το πρόβλημα, καθώς επίσης υπερδιέγερση ή μούδιασμα (Ehlers & Clark, 2000) και στη διαταραχή άγχους αποχωρισμού το παιδί εμφανίζει υπερβολική και επίμονη ανησυχία, σωματικά ενοχλήματα, κλάμα ή έντονη διαμαρτυρία πριν, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τον αποχωρισμό από το γονέα ή το πρόσωπο αναφοράς (Eisen & Schaefer, 2007). Στην επιμέρους διαταραχή της επιλεκτικής αλαλίας τα κυριότερα συμπτώματα είναι η απουσία λόγου (κυρίως όταν το παιδί καλείται να αλληλεπιδράσει με άλλα άτομα, σε δομημένα κοινωνικά περιβάλλοντα, όπως είναι το σχολείο και ενώ είναι σε θέση να κατανοήσει και να μιλήσει στη μητρική του γλώσσα) και η κοινωνική απόσυρση (Camposano, 2011).

[25] Η επιλεκτική αλαλία περιγράφεται ως «μια συνεχιζόμενη αδυναμία του ατόμου να παράγει λόγο σε συγκεκριμένες κοινωνικές περιστάσεις (λόγου χάρη στο σχολείο, ή όταν βρίσκεται με συνομήλικους), όπου η ομιλία είναι αναμενόμενη, παρόλο που το πράττει σε άλλες περιστάσεις» (American Psychiatric Association, 2000, p.125).

απάντηση στο ζήτημα αυτό. Παρόλα αυτά, πολυάριθμες μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν τόσο κλινικά όσο και κοινοτικά δείγματα, έχουν καταγράψει υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ των δύο διαταραχών (Angold, Costello & Erkanli, 1999), γεγονός που καθιστά πολύ σημαντική την εξέταση αυτής της συνύπαρξης (Emerson, Mollet & Harrison, 2005) ανεξάρτητα από την κατηγοριοποίηση που υποστηρίζει ο κάθε ερευνητής. Η παρούσα μελέτη στηρίζεται στην κατηγοριοποίηση που έχει αναπτυχθεί από τον Achenbach, όπου οι διαταραχές κατάθλιψης και ανησυχίας δεν εξετάζονται μεμονωμένα, αλλά ως ενιαίο σύνδρομο με τον όρο «κατάθλιψη /ανησυχία» που κατατάσσεται στα εσωτερικευμένα προβλήματα (Achenbach, 1966,1978,1991).

Η διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής προϋποθέτει την ύπαρξη συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Έτσι, για να διαγνωστεί ένα άτομο με κατάθλιψη πρέπει να εμφανίζει παρατεταμένη θλίψη ή ευερέθιστη διάθεση ή ανηδονία[26] και ταυτόχρονα τέσσερα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα: α) σημαντικές αλλαγές στη διατροφή ή/και τον ύπνο, β) μεταβολές στην κινητική δραστηριότητα (όπως νευρικότητα ή λήθαργο), γ) δυσκολία στη συγκέντρωση, αίσθημα αναξιότητας ή ενοχής και δ) επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (Cole et al., 2008. Murphy et al., 2001). Για τη διάγνωση της κατάθλιψης στα παιδιά υπάρχουν σύμφωνα με τη βιβλιογραφία δύο προσεγγίσεις (Πούλου, 2013). Η πρώτη υποστηρίζει ότι για τα παιδιά από την προσχολική ηλικία μέχρι την εφηβεία χρησιμοποιούνται τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια που ισχύουν και για τους ενήλικες, ανεξάρτητα από το αναπτυξιακό επίπεδο των παιδιών (Sterba, Egger & Angold, 2007), ενώ σύμφωνα με τη δεύτερη προσέγγιση, η παιδική κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί με έμμεσο τρόπο, με «καταθλιπτικά ισοδύναμα» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006. Κλεφτάρας, 2011), όπως για παράδειγμα ροπή στα ατυχήματα, υπερκινητικότητα, επιθετική συμπεριφορά, σωματικές ενοχλήσεις και σχολική φοβία (Leon, Kendall & Garber, 1980). Αν και οι ερευνητές παλαιότερα υπέθεταν ότι παιδιά ηλικίας κάτω των 6 ετών ήταν πολύ ανώριμα ψυχολογικά, για να βιώσουν μια κλινικού τύπου κατάθλιψη (Rie, 1966), τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι τα μικρά παιδιά μπορεί πράγματι να εμφανίσουν συμπτώματα που πληρούν τις προϋποθέσεις για τη διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής (Tandon et al., 2009). Τα συμπτώματα αυτά είναι παρόμοια με την κατάθλιψη σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ η κατάθλιψη είναι σχετικά σταθερή, ειδική και διακριτή από

[26] Η ανηδονία είναι η απώλεια της ευχαρίστησης και του ενδιαφέροντος (Cole et al., 2008).

άλλες διαταραχές που εμφανίζονται στα παιδιά, όπως οι διασπαστικές διαταραχές[27] (Keenan & Wakschlang, 2014. Stalets & Luby, 2006). Επιπλέον, επισημαίνεται ότι η κατάθλιψη έχει συχνά μια χρόνια και υποτροπιάζουσα πορεία, συνεπώς πρέπει να κατανοούμε τα πρώιμα συμπτώματα και να είμαστε σε θέση να εντοπίσουμε την πρώτη εμφάνιση της διαταραχής (Costello et al., 2002).

Η μέση ηλικία για την έναρξη της κατάθλιψης είναι τα 14,9 χρόνια, αλλά μερικά παιδιά μπορεί να αναπτύξουν κατάθλιψη από την ηλικία των 3 ετών (Copeland, Shanahan, Costello & Angold, 2009). Κατάθλιψη εμφανίζει το 1% έως 2% των παιδιών προσχολικής ηλικίας, το 2% των παιδιών σχολικής ηλικίας και το 5-8% των εφήβων (Birmaher, Brent & Bensonm, 1998, Jellinek & Snyder, 1998. Kashani et al., 1997), αν και τα ποσοστά φαίνεται να αυξάνονται από γενιά σε γενιά (Gershon, Hamovit, Guroff & Nurnberg, 1987. Gotlib & Hammen, 2008). Σε αμιγώς κλινικά δείγματα τα ποσοστά στα παιδιά είναι πολύ μεγαλύτερα και κυμαίνονται στο 8-15% (Schwartz, Gladstone & Kaslow, 1998).

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής επαρκή επιδημιολογικά δεδομένα γύρω από την παιδική κατάθλιψη αλλά ούτε ελληνικά εργαλεία μέτρησης συναισθηματικών δυσκολιών (Πούλου, 2013). Μια έρευνα των Kleftara & Didaskalou (2006) σε παιδιά 5^{ης} και 6^{ης} τάξης του δημοτικού σχολείου επιβεβαιώσε ότι το 30% των μαθητών αυτής της ηλικίας εκδηλώνουν ήπια έως σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ σε άλλη μελέτη τα ποσοστά αυτό-αναφοράς κατάθλιψης κυμάνθηκαν από 4,2 έως 14,96% (Giannakopoulos et al., 2009). Σε ό, τι αφορά τη σχέση της κατάθλιψης με το φύλο, έρευνα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα δείχνει ότι τα κορίτσια βιώνουν μοναξιά και ανησυχία/άγχος σε μεγαλύτερο βαθμό απ΄ ό,τι τα αγόρια (Πούλου, 2013). Άλλα ερευνητικά δεδομένα από το εξωτερικό υποστηρίζουν ότι τα αγόρια παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με τα κορίτσια (Wichstrom et al., 2011). Επιπλέον, στην έρευνα των Twenge & Nolen-Hoeksema (2002), προκύπτει ότι η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας είναι σχεδόν ίδια και στα δύο φύλα αλλά μεγαλύτερη στα κορίτσια κατά την εφηβεία.

Ευρήματα μελετών από όλο τον κόσμο αποκαλύπτουν ότι το ποσοστό εμφάνισης διαταραχών άγχους σε παιδιά είναι μεγαλύτερο από 10% και στις ΗΠΑ το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 12-20% (Pine, 1994). Πιο συγκεκριμένα, έρευνες που έχουν γίνει σε παιδιά προσχολικής ηλικίας έδειξαν ότι το 0,3% έως 11,5% των παιδιών αυτής της ομάδας έχουν

[27]Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, Εναντιωματική-Προκλητική Διαταραχή, Διαταραχή Διαγωγής.

διαγνωστεί με αγχώδεις διαταραχές (McDonnell & Glod, 2003). Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού εμφανίζεται στο 0,5-3,1% (Keenan, Shaw, Walsh, Delliquadri & Giovannelli, 1997. Lavigne et al., 1998) και μαζί με τη διαταραχή της επιλεκτικής αλαλίας που φαίνεται να εντοπίζεται σε ποσοστό 0,7% έως 2%, αποτελούν τις πιο κοινές αγχώδεις διαταραχές στα παιδιά. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων για τη σχέση των διαταραχών άγχους με το φύλο είναι αντικρουόμενα. Κάποιοι ερευνητές δεν έχουν ανιχνεύσει διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (Bernstein et al., 1996. Gater et al., 1998), ενώ άλλοι βρήκαν ότι οι διαταραχές αυτές είναι πιο διαδεδομένες στα κορίτσια (Beidel et al., 2001. Ollendick & King, 1991). Μάλιστα, υπάρχουν αρκετές έρευνες σχετικά με τη διαταραχή της επιλεκτικής αλαλίας (Cohan, Chavira & Stein, 2006. Lescano, 2008. Mendlowitz & Monga, 2007), που υποστηρίζουν ότι τα κορίτσια είναι πιο ευάλωτα σε αυτό τον τύπο διαταραχής.

Οι διαταραχές κατάθλιψης και άγχους είναι ετερογενείς διαταραχές γιατί οφείλουν την παθογένεσή τους σε ψυχοκοινωνικούς αλλά και βιολογικούς μηχανισμούς (Cole et al., 2008). Τόσο οι καταθλιπτικές όσο και οι αγχώδεις διαταραχές, σύμφωνα με τις έρευνες, σχετίζονται με το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας (Gilman et al., 2003, Gregory & Eley 2007. Reinherz et al., 1993) και την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στην οικογένεια και κυρίως στη μητέρα[28] (Drake & Gisburg, 2012. Durbin et al., 2005. Ramchandani, Stein, Evans, O' Connor & ALSPAC Study Team, 2005. Weissman et al., 2005). Επίσης, έχουν συνδεθεί με την έκθεση σε πολύ στρεσογόνες καταστάσεις, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, μια σοβαρή ασθένεια (Figueroa, Soutullo, Ono & Saito, 2012. Kendler, Kuhn & Prescott, 2004. Williamson, Birmaher, Dahl & Ryan, 2005) ή και λιγότερο τραυματικές, όπως αλλαγές στην οικογένεια (διαζύγιο γονέων, γέννηση άλλου παιδιού) ή την παρέα συνομηλίκων (Figueroa et al., 2012. Monroe, Rohde, Seeley & Lewinsohn, 1999. O' Sullivan, 2004). Επιπλέον, αρνητικές συνήθειες της καθημερινότητας, όπως η πολύωρη ενασχόληση με ηλεκτρονικά παιχνίδια ή έκθεση στην τηλεόραση, έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών στα παιδιά

[28] Τα παιδιά με καταθλιπτικούς γονείς έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μείζονα κατάθλιψη σε σχέση με παιδιά που οι γονείς τους είναι ψυχικά υγιείς και 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν κατάθλιψη σε σχέση με παιδιά που οι γονείς τους έχουν κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή (Rice, Harold & Thapar, 2002). Τα παιδία με γονείς που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές έχουν 5 έως 7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν κάποια αγχώδη διαταραχή σε σχέση με παιδιά που έχουν ψυχικά υγιείς γονείς (Pine, 1999. Turner et al., 1987). Η κατάθλιψη και το άγχος στη μητέρα μπορεί να οδηγήσουν στην ανασφαλή προσκόλληση του παιδιού και στη συνέχεια σε εσωτερικευμένα προβλήματα και ιδιαίτερα αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές (Bohlin et al., 2000. Brumariu & Kerns, 2008, 2010. Shamir-Essakow, Ungerer & Rapee, 2005).

(Parkes, Sweeting, Wight & Henderson, 2013). Οι καταθλιπτικές διαταραχές φαίνεται να συνδέονται και με την αρνητική αλληλεπίδραση μεταξύ παιδιού και δασκάλου και την κατάθλιψη του δασκάλου (Hamre & Pianta, 2004. Mullins et al., 1995). Τέλος, υπάρχουν ευρήματα που υπογραμμίζουν τη νευροβιολογική βάση των διαταραχών άγχους και κατάθλιψης και υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με τη δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (Nestler et al., 2002), ενώ το άγχος συνδέεται με δυσλειτουργίες στον προμετωπιαίο φλοιό (Wehrenberg & Prinz, 2007).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η κατάθλιψη και η ανησυχία είναι καταστάσεις μεταξύ των οποίων παρατηρείται υψηλή συννοσηρότητα (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996). Οι διαταραχές κατάθλιψης και ανησυχίας είναι οι πιο κοινά συνυπάρχουσες διαταραχές σε νεαρά άτομα με το 39% περίπου των εφήβων και, τουλάχιστον, το 17% των παιδιών με κατάθλιψη εκδηλώνει και ανησυχία (Angold et al., 1999). Οι Brady & Kendall (1992) μάλιστα, υποστηρίζουν ότι το ποσοστό αυτής της συννοσηρότητας στα παιδιά κυμαίνεται μεταξύ 15,9% και 61,9%. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζει ισχυρή συσχέτιση με όλες, σχεδόν, τις βασικές κατηγορίες της αγχώδους διαταραχής, με μοναδική εξαίρεση την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Costello et al., 2003. Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn & Sack, 1997), ενώ φαίνεται ότι η συννοσηρότητα των δύο διαταραχών εμφανίζεται εξίσου και στα δύο φύλα χωρίς σημαντικές διαφορές (Costello et al., 2003). Η κατάθλιψη και η ανησυχία παρουσιάζουν υψηλή συννοσηρότητα και με άλλα εσωτερικευμένα ή εξωτερικευμένα προβλήματα, όπως τις σωματικές ενοχλήσεις (Beidel, Christ & Long, 1991. Kehoe, Havinghurst & Harley, 2014), την απόσυρση (Hudziak, 2009), τη συναισθηματική αντιδραστικότητα (Dougherty, Klein, Durbin, Hayden & Olino, 2010) και τις διαταραχές διαγωγής (Cole & Carpentieri, 1990. Geller, Chestnut, Miller, Price & Yates, 1985).

Η έγκυρη διάγνωση των διαταραχών ανησυχίας και κατάθλιψης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι μια δύσκολη υπόθεση, κυρίως λόγω της περιορισμένης ικανότητας των μικρών παιδιών για λεκτική έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν (Πούλου, 2013). Συχνά, μάλιστα, τα συμπτώματα παρερμηνεύονται από γονείς και εκπαιδευτικούς με αποτέλεσμα τα παιδιά με ανησυχία να θεωρούνται απλώς «κακομαθημένα» παιδιά (Pavuluri, Luk & McGee, 1996) και τα παιδιά με κατάθλιψη να χαρακτηρίζονται πολλές φορές από τους δασκάλους ως «ήσυχα» παιδιά, που δε ενοχλούν τον εκπαιδευτικό και δε δημιουργούν προβλήματα στη σχολική τάξη (Harrington, 2002.

Κλεφτάρας, 2011). Επιπλέον, οι δάσκαλοι τείνουν να αποδίδουν τα προβλήματα συναισθήματος ή συμπεριφοράς των μαθητών τους αποκλειστικά σε παράγοντες εκτός σχολικού πλαισίου, όπως ελλείμματα του ίδιου του παιδιού ή /και αρνητικές οικογενειακές καταστάσεις (Bibou-Nakou, 2003. Mavropoulou & Padeliadu, 2002. Thacker, Strudwick & Babbedge, 2002). Υπάρχουν έρευνες που επιβεβαιώνουν ότι οι απόψεις αυτές σχετίζονται και με την ηλικία του εκπαιδευτικού (Borg & Falzon, 1990. Didaskalou & Millward, 2001. Papatheodorou & Ramasut, 1993). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών νεότεροι δάσκαλοι, λόγω έλλειψης εμπειρίας, και μεγαλύτεροι, λόγω παρωχημένων ιδεών, φαίνεται να πιστεύουν περισσότερο από τους εκπαιδευτικούς μέσης ηλικίας, ότι οι κακές πρακτικές των γονιών ευθύνονται αποκλειστικά για τα προβλήματα των μαθητών τους. Οι αντιλήψεις αυτές υποβιβάζουν φυσικά τον κρίσιμο ρόλο που πρέπει να διαδραματίζει το σχολείο στην έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων στα παιδιά (Mortimore, Sammons, Stoll, Lewis & Ecob, 1988. Reynolds, 1995).

Στη χώρα μας οι εκπαιδευτικοί δε φαίνεται να είναι επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με τη φαινομενολογία και τη συμπτωματολογία των καταθλιπτικών διαταραχών στα παιδιά και, παρά το ενδιαφέρον που δείχνουν, δεν αισθάνονται ότι διαθέτουν τις απαραίτητες ικανότητες ή την κατάλληλη εκπαίδευση για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων (Didaskalou, 2002. Didaskalou & Millward, 2002. Gavrilidou, De Mesquita & Mason, 1994. Nikolopoulou, 1986). Επίσης, αναφέρουν ότι παρά τις επαναλαμβανόμενες προσπάθειες που κάνουν, ώστε να λάβουν στήριξη από κοινωνικές υπηρεσίες και φορείς εκτός σχολικού πλαισίου, η συνεργασία του σχολείου με τους εξωτερικούς μηχανισμούς στήριξης θεωρείται αναποτελεσματική (Πούλου, 2013).

Σε κάθε περίπτωση, η πρώιμη ανίχνευση και η σωστή αντιμετώπιση της κατάθλιψης και της ανησυχίας στα παιδιά κρίνεται απαραίτητη, καθώς και τα δύο αυτά εσωτερικευμένα προβλήματα φαίνεται να σχετίζονται με τη σχολική αποτυχία (Greco & Morris, 2004. Masten et al., 2005), τη θυματοποίηση του παιδιού (Craig, 1998), την παρενόχληση από συνομήλικους (bullying) (Troy & Sroufe, 1987), τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Auger, 2004. Pine et al., 1998) αλλά και την εκδήλωση κατάθλιψης, ανησυχίας ή άλλης ψυχοπαθολογίας στη μετέπειτα ζωή (Karevold, Roysamb, Ystrom & Mathiesen, 2009. Nordahl, Ingul, Nordvik & Wells, 2007).

1.1.2.3 Σωματικές ενοχλήσεις (Somatic complaints)

Οι σωματικές ενοχλήσεις ορίζονται ως σωματικά συμπτώματα που εκδηλώνονται χωρίς κάποια συγκεκριμένη οργανική αιτία (Brown, 2007. Steinhausen, 2006) ή αλλιώς, ως ένας τρόπος έκφρασης ενός ψυχολογικού προβλήματος μέσω της εκδήλωσης μη οργανικών σωματικών συμπτωμάτων[29] (Lipowsky, 1988). Εντάσσονται στα εσωτερικευμένα προβλήματα (Achenbach & Rescorla, 2000. Rescorla et al., 2012) και είναι ένα σύνδρομο αρκετά συχνό σε παιδιά προσχολικής αλλά και μεγαλύτερης ηλικίας, που συνήθως προκαλεί σημαντική απομείωση στη λειτουργικότητα του ατόμου (Masi, Favilla, Millepiedi & Mucci, 2000. Perquin et al., 2000. Sandberg & Stevenson, 2008). Οι σωματικές ενοχλήσεις, σύμφωνα με τις διαπιστώσεις διάφορων ερευνητών, μπορεί να περιλαμβάνουν κεφαλαλγίες, ναυτία, ζαλάδες, αίσθημα κόπωσης, γαστρεντερικές ενοχλήσεις και μυοσκελετικούς πόνους (Jellesma, Rieffe & Terwogt, 2007. Kehoe et al., 2014). Οι Domenech-Llaberia et al. (2004) μελέτησαν την εμφάνιση σωματικών ενοχλήσεων σε κοινοτικό δείγμα παιδιών προσχολικής ηλικίας. Διαπίστωσαν ότι στην ηλικιακή αυτή ομάδα, τα σωματικά συμπτώματα που αναφέρονται πιο συχνά είναι οι στομαχικοί πόνοι (σε ποσοστό 38,8%), το αίσθημα κόπωσης (σε ποσοστό 20,4%), οι κεφαλαλγία (σε ποσοστό 16,7%) και πόνοι στα κάτω άκρα (σε ποσοστό 16,6%). Οι Rask et al. (2009) επιβεβαιώνουν τα ευρήματα αυτά, αφού σε έρευνά τους σε παρόμοιο πληθυσμό, βρήκαν ότι οι στομαχικοί πόνοι και οι κεφαλαλγίες είναι τα σωματικά συμπτώματα που εκδηλώνονται πιο συχνά στην προσχολική ηλικία.

Οι σωματικές ενοχλήσεις έχουν, κυρίως, ερευνηθεί σε παιδιά μεγαλύτερα των 3 ή 4 ετών (Liu et al., 2011), με συνέπεια να υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία που να καθορίζουν τους προγνωστικούς δείκτες εκδήλωσης σωματικών ενοχλήσεων σε πολύ μικρές ηλικίες (Kozlowska, 2013). Ωστόσο, θεωρείται γενικά, ότι πρόκειται για το αποτέλεσμα μιας σύνθετης διαδικασίας που επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς και βιολογικούς παράγοντες αλλά και από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού (χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ικανότητα διαχείρισης στρεσσογόνων καταστάσεων) (Janssens, Oldehinkel & Rosmalen, 2009. Rask, 2012). Οι Rask, Ornbol, Olsen, Fink & Skovgaard

[29] Σύμφωνα με τη Rask (2012), στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάμε πολλούς διαφορετικούς όρους για τις σωματικές ενοχλήσεις, όπως λειτουργικά σωματικά συμπτώματα/ενοχλήσεις, ψυχοσωματικά συμπτώματα/ενοχλήσεις, σωματόμορφα συμπτώματα/ενοχλήσεις, σωματοποίηση κ.α. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιούμε κυρίως τον όρο σωματικές ενοχλήσεις, που είναι άλλωστε και ο όρος που έχει επιλέξει ο Achenbach στις μελέτες του, για να περιγράψει το συγκεκριμένο εσωτερικευμένο πρόβλημα- σύνδρομο (Achenbach & Rescorla, 2000). Δευτερευόντως, χρησιμοποιούμε τον όρο σωματικά συμπτώματα, λόγω της συχνής του εμφάνισης στην αρθρογραφία που μελετήσαμε.

(2013) πραγματοποίησαν διαχρονική μελέτη για τις σωματικές ενοχλήσεις, με τη συμμετοχή παιδιών που αξιολογήθηκαν από τη βρεφική έως και την προσχολική ηλικία. Υποστήριξαν ότι, κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής του παιδιού, τα προβλήματα ύπνου, διατροφής, απτικής αντιδραστικότητας καθώς επίσης και οι ψυχικές ασθένειες της μητέρας, είναι πιθανό να αποτελέσουν δείκτη πρόβλεψης για την εκδήλωση σωματικών ενοχλήσεων στην προσχολική ηλικία. Άλλες έρευνες, έχουν συνδέσει τις σωματικές ενοχλήσεις, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, με σοβαρές ή μακροχρόνιες ασθένειες του παιδιού (Craig, Cox & Klein, 2002. Marshall, Jones, Ramchandani, Stein & Bass, 2007) αλλά και με σοβαρά ή χρόνια προβλήματα υγείας μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, που ενδέχεται να προκαλέσουν έντονη ψυχική δυσφορία στα παιδιά με συνέπεια την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων (Jamison & Walker, 1992. Rangel, Garralda, Jeffs & Rose, 2005).

Επιπλέον, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, η κακομεταχείριση του παιδιού μέσα σε αυτή (Berntsson & Gustafsson, 2000. Chapman, 2005. Reilly, Baker, Rhodes & Salmon, 1999. Walker, Garber, Smith, Van Slyke & Claar, 2001) ή και αντίθετα, η υπερπροστατευτικότητα των γονιών απέναντι στο παιδί, μπορεί να ευθύνονται για την εκδήλωση σωματικών ενοχλήσεων (Janssens et al., 2009).

Η γενετική προδιάθεση έχει επίσης ερευνηθεί, καθώς υποστηρίζεται ότι οι σωματικές ενοχλήσεις έχουν κληρονομικό χαρακτήρα, και ενδέχεται να παρατηρούνται σωματικά συμπτώματα και σε άλλα μέλη της οικογένειας του παιδιού, κυρίως στους γονείς (Locke, Zinsmeister, Tralley, Fett & Melton, 2000. Walker, Garber & Greene 1994). Ένας ακόμη παράγοντας που ενοχοποιείται για την εμφάνιση σωματικών ενοχλήσεων είναι το κάπνισμα και έκθεση της μητέρας σε βλαβερές ουσίες (κυρίως μόλυβδο) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Carter et al., 2008. Sciarillo et al., 1992).

Άλλοι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι σωματικές ενοχλήσεις είναι πιθανό να οφείλονται σε ορμονικούς αλλά και σε νευρολογικούς παράγοντες (Kozlowska, 2013). Τα υψηλά επίπεδα κορτιζόλης στον οργανισμό του παιδιού (Alfven, Torre & Unvas-Moberg, 1994), αλλά και δυσλειτουργίες σε περιοχές του νευρικού συστήματος, που σχετίζονται με τη ρύθμιση του άγχους, και την αντίδραση σε στρεσσογόνες καταστάσεις, φαίνεται να αποτελούν αιτίες για την εκδήλωση σωματικών ενοχλήσεων (Chrousos, 2009. Janssens et al., 2012). Αν και δεν υπάρχουν αρκετές εμπειρικές μελέτες γύρω από το ψυχολογικό προφίλ των παιδιών με σωματικές ενοχλήσεις, ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η υπερβολική ευαισθησία, η σχολαστικότητα και η ανυπομονησία

έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση σωματικών ενοχλήσεων στα παιδιά (Garralda, 1996. Rangel, Garralda, Levin & Roberts, 2000).

Οι Goodman & McGrath, (1991) εκτιμούν ότι, σε κοινοτικά δείγματα, η συχνότητα εμφάνισης σωματικών συμπτωμάτων, χωρίς οργανική αιτία, σε παιδιά προσχολικής έως και εφηβικής ηλικίας κυμαίνεται από 2% έως και 10%. Σύμφωνα με τους Zuckerman, Stevenson & Bailey (1987), περίπου 8-9% των παιδιών προσχολικής ηλικίας εμφανίζουν σωματικές ενοχλήσεις, με τη συχνότητά τους να αυξάνεται σε μεγαλύτερες ηλικίες. Μέσα από άλλες έρευνες, όμως, προκύπτει ότι τα ποσοστά μπορεί να είναι πολύ μεγαλύτερα και να βρίσκονται στο 20-23% περίπου σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, στο 40% σε παιδιά έως 10 ετών και στο 55% σε παιδιά έως 15 ετών (Bass & Murphy, 1995. Domenech-Llaberia et al., 2004. Rask et al., 2009).

Σε ό,τι αφορά το φύλο, η επιδημιολογική έρευνα των Berntsson & Kohler (2001) επιβεβαιώνει ότι, στην προσχολική ηλικία, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, στη συχνότητα εμφάνισης σωματικών ενοχλήσεων. Όμως, κατά τη σχολική και προεφηβική ηλικία, η διαφορά εις βάρος των κοριτσιών είναι σημαντικά μεγαλύτερη (Campo, Jansen-McWilliams, Corner & Kelleher, 1999), ενώ στην εφηβεία το ποσοστό των κοριτσιών που εκδηλώνουν σωματικά συμπτώματα είναι περίπου διπλάσιο από αυτό των αγοριών (Achenbach, Conners, Quay, Velhurst & Howell, 1989. Guidetti & Galli, 2001). Οι δυσαναλογίες αυτές μπορούν, ίσως, να δικαιολογηθούν από την ηλικία έναρξης της εφηβείας (Aro & Taipale, 1987. Rhee, 2005). Η πρώιμη έναρξη της εφηβείας, που παρατηρείται πιο συχνά στα κορίτσια, με την ταυτόχρονη πρώιμη αύξηση των οιστρογόνων στον οργανισμό, φαίνεται να συνδέεται με τη εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων (Susman, Dorn & Schiefelbein, 2003). Δε λείπουν, βέβαια, και οι έρευνες στις οποίες δεν έχει επιβεβαιωθεί κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της συχνότητας εμφάνισης σωματικών ενοχλήσεων (Bernstein et al., 1997).

Η μελέτη των Crijnen, Achenbach & Verhulst (1999) έδειξε, επίσης, ότι υπάρχουν και διαπολιτισμικές διαφορές ως προς την εμφάνιση σωματικών ενοχλήσεων στα παιδιά. Σε δείγμα παιδιών από 9 χώρες, διαπιστώθηκε ότι η Αυστραλία και η Τζαμάικα είχαν το μεγαλύτερο αριθμό αναφορών για την εμφάνιση σωματικών ενοχλήσεων, ακολουθούμενες από το Πουέρτο Ρίκο, τις ΗΠΑ, την Ολλανδία, τη Σουηδία, την Ταϊλάνδη και το Ισραήλ.

Το σύνδρομο των σωματικών ενοχλήσεων φαίνεται να παρουσιάζει σταθερότητα στην εκδήλωσή του (Fritz, Fritsch & Hagino, 1997) και είναι πλέον γνωστό, ότι οι σωματικές ενοχλήσεις στους ενήλικες, έχουν συχνά τις ρίζες τους στην παιδική ηλικία

(Campo & Garber, 1998), αν και τα επιμέρους συμπτώματα μπορεί να διαφοροποιούνται με την πάροδο του χρόνου (Dhossche, Ferdinand & Van der Ende & Verhulst, 2001. Walker, et al., 1994). Ευρήματα μελετών δείχνουν, ότι περίπου το 30-50% των παιδιών προσχολικής ηλικίας, εμφανίζουν σωματικές ενοχλήσεις και στην ενήλικη ζωή (Apley & Hale, 1973. Christensen & Mortensen, 1975). Συνεπώς, παρόλο που η ακριβής ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων δε μπορεί να καθοριστεί με σαφήνεια, λόγω έλλειψης επαρκών ερευνητικών δεδομένων (Liu et al., 2011), είναι αυτονόητο ότι η διαδικασία πρώιμης ανίχνευσης είναι πολύ σημαντική, αν συνυπολογίσουμε το γεγονός, ότι το 2-10% του συνόλου των επισκέψεων σε κέντρα παιδιατρικής φροντίδας γίνεται εξαιτίας της εκδήλωσης σωματικών ενοχλήσεων (Campo et al., 1999. Starfield et al., 1980).

Η διαδικασία ανίχνευσης των σωματικών ενοχλήσεων περιπλέκεται από το γεγονός ότι τα εσωτερικευμένα προβλήματα συχνά συνυπάρχουν μεταξύ τους αλλά και με εξωτερικευμένα προβλήματα ή κλινικού τύπου διαταραχές (Liu et al., 2011). Περίπου το 60% των παιδιών με προβλήματα άγχους, από την προσχολική ηλικία μέχρι και την εφηβεία, παρουσιάζει και σωματικά συμπτώματα (Beidel et al., 1991. Larsson & Sund, 2007), ενώ υψηλή συννοσηρότητα έχει βρεθεί και μεταξύ της κατάθλιψης και των σωματικών ενοχλήσεων (Campo, 2012. Mulvaney, Lambert, Garber & Walker, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, έρευνες σε παιδιά προσχολικής ηλικίας έδειξαν ότι, οι σωματικές ενοχλήσεις είναι πιθανό να εκδηλωθούν παράλληλα με συμπτώματα ανησυχίας και σκέψεις θανάτου (Zuckerman et al., 1987). Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν, επίσης, ότι, η συχνότητα εμφάνισης των σωματικών ενοχλήσεων, τείνει να αυξάνεται ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (Dhossche et al., 2001. Last, 1991. Walker & Greene, 1989). Εξωτερικευμένα προβλήματα, όπως προβλήματα διαγωγής (κυρίως στα αγόρια) υπερκινητικότητα και εναντιωματική συμπεριφορά, είναι πολύ πιθανό να συνυπάρχουν με τις σωματικές ενοχλήσεις σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Domenech-Llaberia et al., 2004. Stevenson, Simpson & Bailey, 1988). Άλλα κλινικού τύπου προβλήματα, όπως οι διαταραχές πρόσληψης τροφής[30] και οι διαταραχές ύπνου[31], ενδέχεται να παρουσιαστούν στα παιδιά, παράλληλα με τα σωματικά συμπτώματα (Schulte & Petermann, 2010. Siu, Chan, Wong & Wong, 2012). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Fiertag

[30] Πρόκειται για την επίμονη διατάραξη της διατροφικής συμπεριφοράς, που βλάπτει σημαντικά τη σωματική υγεία και τις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες του παιδιού (Καλαντζή-Αζίζι, 2003). Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής περιλαμβάνουν την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία (Fairburn & Harrison, 2003).

[31] Οι διαταραχές ύπνου χαρακτηρίζονται από τη χαμηλή ποιότητα του ύπνου, που μπορεί να οδηγήσει στην απομείωση της λειτουργικότητας του ατόμου ή την παρατεταμένη υπνηλία (Roller, 2002). Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας τα βασικά συμπτώματα είναι η δυσκολία του παιδιού να αποκοιμηθεί, η συχνή διακοπή του ύπνου, οι εφιάλτες και η υπνοβασία (Λαζαράτου & Δικαίος, 2002).

& Eminson (2014), οι σωματικές ενοχλήσεις μπορεί να εμφανιστούν σε παιδιά που πάσχουν από κάποια οργανική ασθένεια. Ειδικότερα, υποστηρίζουν ότι στην περίπτωση αυτή, είναι απαραίτητο να διαχωριστούν τα οργανικά συμπτώματα που συνοδεύουν την ασθένεια, από τις σωματικές ενοχλήσεις που μπορεί να προέρχονται από στρεσσογόνες καταστάσεις, σχετικές με την ασθένεια.

Οι σωματικές ενοχλήσεις είναι πολύ πιθανό να προκαλέσουν σοβαρή απομείωση στη λειτουργικότητα των παιδιών προσχολικής ηλικίας (Garber, Zeman & Walker, 1990. Rask, 2012.). Οι έρευνες δείχνουν ότι, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, με σωματικά συμπτώματα, έχουν λιγότερα ενδιαφέροντα, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες και τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου (Aromaa, Sillanpaa, Rautava & Helenius, 2000. Bandell-Hoekstra et al., 2002), ενώ χρειάζονται πιο συχνή και επισταμένη φροντίδα στο σπίτι αλλά και στο σχολείο (Rothner, 1993. Walker et al., 2001). Επιπλέον, οι σωματικές ενοχλήσεις μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα, την ανεπαρκή φοίτηση στο νηπιαγωγείο (πολλές απουσίες κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς)[32], τη χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση και τη σχολική αποτυχία (Bernstein et al., 1997. Hughes & Ensor, 2011. Sato et al., 2007). Στο πλαίσιο των κοινωνικών σχέσεων, οι σωματικές ενοχλήσεις έχουν αρνητικές επιδράσεις που περιλαμβάνουν τον περιορισμό ή την απώλεια επαφής με την παρέα των συνομηλίκων, τις αρνητικές αλληλεπιδράσεις με τον εκπαιδευτικό και την κοινωνική απομόνωση (Bernstein et al., 1997). Οι Walker et al. (2001) και Walker, Claar & Garber (2002) υποστηρίζουν, επίσης, ότι τα σωματικά προβλήματα συνδέονται με την αρνητική συναισθηματική αντιδραστικότητα και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση. Άλλα ευρήματα διαχρονικών μελετών δείχνουν ότι, οι σωματικές ενοχλήσεις σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, μπορεί να αποτελούν δείκτη πρόβλεψης άλλων ψυχιατρικών διαταραχών[33] στη μετέπειτα ζωή (Egger, Costello, Erkanli & Angold, 1999. Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle & Offord, 1999). Οι κυριότερες είναι οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις διαταραχές, η εναντιωματική-προκλητική διαταραχή και η ΔΕΠ-Υ (Egger et al., 1999. Steinhausen, 2006). Οι αρνητικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιδράσεις των σωματικών

[32] Σύμφωνα με τους Bernstein et al. (1997), οι κεφαλαλγίες και οι ζαλάδες είναι τα σωματικά συμπτώματα που συνδέονται πιο συχνά με την περιορισμένη παρουσία του παιδιού στο σχολείο.

[33] Οι Egger et al. (1999) υποστηρίζουν μέσα από διαχρονικές μελέτες, ότι ορισμένες σωματικές ενοχλήσεις μπορεί να αποτελέσουν δείκτη πρόβλεψης συγκεκριμένων εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων ή διαταραχών,, ανάλογα και με το φύλο του παιδιού. Για παράδειγμα, οι μυοσκελετικοί πόνοι μπορεί να προβλέπουν την εμφάνιση κατάθλιψης στα αγόρια και κατάθλιψης ή/και ανησυχίας στα κορίτσια. Οι στομαχικοί πόνοι ενδέχεται να προβλέπουν τη ΔΕΠ-Υ στα αγόρια, ενώ σε συνδυασμό με κεφαλαλγίες να προβλέπουν αγχώδεις διαταραχές στα κορίτσια.

ενοχλήσεων, φαίνεται ότι εξαρτώνται και από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων[34] (Beck, 2008. Cunningham et al., 1987). Τέλος, η συνύπαρξη σοβαρών σωματικών ενοχλήσεων με άλλα εσωτερικευμένα προβλήματα (κυρίως ανησυχία και κατάθλιψη), μπορεί να συνεπάγεται, βραχυπρόθεσμα τουλάχιστον, περισσότερες δυσκολίες και μεγαλύτερη απομείωση της λειτουργικότητας των παιδιών προσχολικής ηλικίας (Moffitt, 1993. Mulvaney et al., 2006).

Η πρώιμη ανίχνευση των σωματικών ενοχλήσεων αλλά και η έγκαιρη παρέμβαση[35] έχουν μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση του προβλήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, καθώς μειώνεται η πιθανότητα σταθεροποίησης των συμπτωμάτων, που συνεπάγεται διαρκείς θεραπευτικές παρεμβάσεις και συχνή νοσηλεία, αλλά και ο κίνδυνος εμφάνισης κλινικών διαταραχών στο μέλλον (Fearon & Hotopf, 2001. Hotopf, Carr, Mayou, Wadsworth & Wessely, 1998). Μια καλά σχεδιασμένη θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση των σωματικών ενοχλήσεων, θα πρέπει καταρχήν να περιλαμβάνει αλλαγές στον τρόπο ζωής και τη συμπεριφορά του παιδιού με σκοπό την καλύτερη διαχείριση των συμπτωμάτων (Kendall & Pimentel, 2003. Kozlowska et al., 2013). Παράλληλα προτείνεται η εκπαίδευση των γονιών μέσω γνωσιακών/συμπεριφορικών τεχνικών, ώστε να είναι σε θέση να ερμηνεύσουν τα σωματικά συμπτώματα του παιδιού και να παρέμβουν εγκαίρως και με πιο αποτελεσματικό τρόπο (Connelly, Anthony & Schanberg, 2102. Rask, 2012).

Η ενημέρωση των εκπαιδευτικών και οι στοχευμένες παρεμβάσεις μέσα στο σχολικό πλαίσιο μπορεί επίσης, να αποτελέσουν ένα ισχυρό εργαλείο για την ανίχνευση και αντιμετώπιση των σωματικών ενοχλήσεων σε παιδιά ανεξαρτήτως ηλικίας (Hjern Alfven & Ostberg, 2008). Πολλές φορές, οι συχνές απουσίες του παιδιού από το σχολείο ερμηνεύονται λανθασμένα από τους εκπαιδευτικούς ως αντικοινωνική συμπεριφορά (Stickney & Miltenberger, 1998) και μάλιστα, σε αρκετές περιπτώσεις, τα παιδιά με

---

[34] Σύμφωνα με τις έρευνες, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που αναφέρουν συμπτώματα έντονου πόνου, χωρίς οργανική αιτία, εμφανίζουν πιο συχνά συμπτώματα κατάθλιψης, προβλήματα διάθεσης, συναισθηματικά προβλήματα και λιγότερες κοινωνικές δεξιότητες, σε σύγκριση με παιδιά της ίδιας ηλικίας, με λιγότερο έντονα συμπτώματα πόνου (Gladstein & Holden, 1996. Kashikar-Zuck, Goldschneider, Powers, Vaught & Hersey, 2001).

[35] Οι σωματικές ενοχλήσεις δεν αποτελούν από μόνες τους μια διαγνώσιμη κλινική διαταραχή στα επίσημα διαγνωστικά εγχειρίδια, όπως το DSM-IV (APA, 1994), αλλά αναφέρονται ως συμπτώματα των σωματόμορφων διαταραχών που εμφανίζονται σχεδόν αποκλειστικά σε ενήλικες (Liu et al., 2011). Παρόλα αυτά, για την ανίχνευση των σωματικών ενοχλήσεων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, γίνεται, συνήθως, χρήση πιο εξειδικευμένων εργαλείων, όπως όπως το CTR-F 1½ -5 ετών (η ΦΑΝ-Β στην ελληνική του έκδοση) και το CBCL/4-18 (η ΛΕΠΣΣ στην ελληνική του έκδοση) του Achenbach (Achenbach, 1991. Achenbach & Dumenci, 2001), που περιλαμβάνει υποκλίμακα για τις σωματικές ενοχλήσεις (Liu et al., 2011. Rask, 2012). Επίσης, για το σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, οι Gladstein & Holden (1996) υποστηρίζουν ότι θα πρέπει κανείς να εστιάζει στην ανίχνευση και θεραπεία των συγκεκριμένων, κάθε φορά, συμπτωμάτων, που προκαλούν την απομείωση της λειτουργικότητας και όχι στην κατηγοριοποίησή τους με σκοπό την εξαγωγή μιας κλινικής διάγνωσης.

σωματικές ενοχλήσεις, παραπέμπονται σε κοινωνικούς λειτουργούς και όχι σε ψυχολόγους ή άλλους εξειδικευμένους θεραπευτές (Last, 1991. Honjo et al., 2001). Συνεπώς, η κατάρτιση των εκπαιδευτικών είναι απαραίτητη, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίζουν τα βασικά συμπτώματα και να εντοπίζουν τις συμπεριφορές και τις στρατηγικές που, ενδεχομένως, μειώνουν ή αντίθετα ενισχύουν την εκδήλωση των σωματικών ενοχλήσεων στο σχολείο (Logan et al., 2012). Για παράδειγμα, εκπαιδευτικές πρακτικές που έχουν σα βάση την αυστηρή πειθαρχία ή την υπερβολική παρακίνηση του παιδιού για την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας, είναι πιθανό να έχουν αρνητική επίδραση στο παιδί με σωματικές ενοχλήσεις και θα πρέπει να αποφεύγονται (Hyman & Snook, 1999. Sava, 2002).

1.1.2.4 Απόσυρση (Withdrawal)

Ο όρος (κοινωνική) απόσυρση χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κατάσταση κατά την οποία, ένα παιδί εκδηλώνει μια συστηματική τάση αποφυγής των συνομηλίκων και απομόνωσης από την ομάδα (Rubin & Coplan, 2004). Η συμπεριφορά αυτή ενδέχεται να εμφανιστεί ακόμη και αν οι συνομήλικοι δεν είναι άγνωστοι, αλλά πρόκειται για οικεία πρόσωπα (Hart et al., 2000. Rubin, Burgess & Coplan, 2002). Θα πρέπει να τονίσουμε εξαρχής ότι το σύνδρομο της απόσυρσης που εξετάζεται στην παρούσα μελέτη και περιλαμβάνεται στα εσωτερικευμένα προβλήματα, σύμφωνα με την ταξινόμηση του Achenbach (1966, 1978, 1991), διαφέρει από την «κοινωνική απομόνωση». Ο όρος κοινωνική απομόνωση χρησιμοποιείται περισσότερο για να περιγράψει τη μοναχική συμπεριφορά που εκδηλώνει ένα παιδί εξαιτίας της απόρριψής του από την ομάδα συνομηλίκων (Burgess, Rubin, Cheah & Nelson, 2001).

Όσον αφορά στην κοινωνική απόσυρση στην πρώιμη παιδική ηλικία, έχουν περιγραφεί πολλές διαφορετικές μορφές μοναχικής συμπεριφοράς, κάθε μια από τις οποίες μπορεί να έχει ιδιαίτερα εννοιολογικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά (Coplan, Rubin, Fox, Calkins & Stewart, 1994). Αυτές οι μορφές κοινωνικής απόσυρσης περιλαμβάνουν τη μοναχική-παθητική απόσυρση, τη μοναχική-ενεργητική απόσυρση και την επιφυλακτικότητα (Rubin, 1982). Ο κοινός παρονομαστής μεταξύ αυτών των διαφορετικών τύπων μοναχικής συμπεριφοράς είναι ότι εκδηλώνονται όταν το παιδί βρίσκεται μεταξύ μιας ομάδας συνομηλίκων (Burgess et al., 2001).

Η μοναχική-παθητική απόσυρση περιλαμβάνει την ήσυχη εξερεύνηση αντικειμένων ή/και δραστηριότητες κατασκευών, ενώ το παιδί παίζει μόνο του ή σε απόσταση από τα άλλα παιδιά και είναι προσανατολισμένο περισσότερο στα αντικείμενα παρά στους ανθρώπους που βρίσκονται στο περιβάλλον του (Hart et al., 2000). Τέτοιες συμπεριφορές δείχνουν μια έλλειψη κινήτρων, είτε για την προσέγγιση είτε για την αποφυγή των άλλων ατόμων, χωρίς όμως να σχετίζονται με κάποια ψυχολογική αδυναμία προσαρμογής, αλλά ούτε και με προηγούμενες εμπειρίες απόρριψης από τους συνομηλίκους κατά την πρώιμη ή και μέση παιδική ηλικία (Ladd & Burgers, 1999. Asendorpf, 1991).

Η μοναχική-ενεργητική απόσυρση περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενες αισθητικοκινητικές δραστηριότητες με ή χωρίς αντικείμενα, καθώς και μοναχικό παιχνίδι, παρόλο που το παιδί μπορεί να βρίσκεται μέσα σε μια κοινωνική ομάδα (Burgess et al., 2001). Η συμπεριφορά αυτή εκδηλώνεται σπάνια σε κλειστούς χώρους (Coplan & Rubin, 1998), αλλά είναι η κυρίαρχη μορφή απόσυρσης σε ανοιχτούς χώρους, όπως λόγου χάρη η παιδική χαρά (Harrist, Zaia, Bates, Dodge & Petit, 1997). Αν και μπορεί να εντοπιστεί εύκολα από εκπαιδευμένους παρατηρητές στο ελεύθερο παιχνίδι με γνωστούς ή άγνωστους συνομηλίκους (Coplan & Rubin, 1998), το σύνολο των συμπεριφορών που συνθέτουν αυτή τη μορφή απόσυρσης, δε μπορεί να καθοριστεί πάντοτε με σαφήνεια από έναν εκπαιδευτικό (Hart et al., 2000). Η επιφυλακτικότητα χαρακτηρίζεται, κυρίως, από την απουσία δραστηριότητας και την απλή παρατήρηση των δραστηριοτήτων άλλων συνομήλικων ή ατόμων από το περιβάλλον του παιδιού (Coplan & Rubin, 1998). Παρόλο που το παιδί μπορεί να επιθυμεί να έρθει σε επαφή με συνομήλικα άτομα, η σκέψη αυτής της κοινωνικής προσέγγισης του δημιουργεί άγχος, φόβο και αποφυγή της αλληλεπίδρασης, τόσο σε οικεία όσο και σε μη οικεία κοινωνικά πλαίσια (Asendorpf, 1991. Coplan et al., 1994).

Κάθε μια από αυτές τις μορφές απόσυρσης αντιπροσωπεύει μια συμπεριφορά με διαφορετικές ψυχολογικές προεκτάσεις, οι οποίες όμως τείνουν να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου (Burgess et al., 2001). Για παράδειγμα, σε έρευνα των Kennedy, Cheah, Rubin & Fox (1999), αναφέρεται ότι παιδιά με αντικοινωνική συμπεριφορά τείνουν στην ηλικία των επτά ετών να εμφανίζουν επιφυλακτικότητα αλλά και μοναχική-παθητική συμπεριφορά. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με την άποψη του Asendorpf (1991, 1993) ότι, κατά τη μέση παιδική ηλικία αυτές οι μορφές μοναχικότητας κατά κάποιο τρόπο ενοποιούνται για να σχηματίσουν ένα ενιαίο σύνδρομο, αυτό της κοινωνικής φοβίας. Από την άλλη, η μοναχική-ενεργητική συμπεριφορά σταδιακά μειώνεται μετά την προσχολική

ηλικία, με αποτέλεσμα να είναι σχεδόν ανύπαρκτη μεταξύ των φυσιολογικά λειτουργικών παιδιών που φοιτούν στο δημοτικό (Rubin,Watson & Jambor, 1978).

Παρόλο που τα κυρίαρχα συμπτώματα της κοινωνικής απόσυρσης είναι η επιθυμία για μοναχική δραστηριότητα και η μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση (Σακελλαρίου, 2005), μπορούμε να παρατηρήσουμε και άλλα κοινά χαρακτηριστικά στα παιδιά που εμφανίζουν το σύνδρομο αυτό, όπως είναι η περιορισμένη λεκτική επικοινωνία (Νικολάου & Κόνσολας, 2009). Τα παιδιά με συμπεριφορά απόσυρσης μιλάνε πολύ λιγότερο σε συνθήκες αλληλεπίδρασης σε σχέση με τα παιδιά που δεν παρουσιάζουν τέτοιες συμπεριφορές (Schneider, 1999). Επιπλέον, εμφανίζουν ελλείμματα στην κοινωνική επάρκεια και σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων που απαιτούν κάποια συνεργασία (Bohlin, Hagekull & Andersson, 2005). Έρευνα των Rubin, Daniels-Beirness & Bream (1984) έδειξε ότι, σε σύγκριση με πιο κοινωνικά παιδιά της ίδιας ηλικίας, τα παιδιά με σύνδρομο απόσυρσης παράγουν λιγότερες εναλλακτικές λύσεις και είναι πιο πιθανό να επιδιώξουν την παρέμβαση ενηλίκων σε υποθετικά κοινωνικά διλήμματα. Παράλληλα φαίνεται να δυσκολεύονται ιδιαίτερα με τη ρύθμιση των συναισθημάτων τους, αλλά και την .αντιμετώπιση αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων όπως το άγχος (Eisenberg, Fabes & Spinrad, 1998).

Μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του ΄60 οι ερευνητές θεωρούσαν ότι το σύνδρομο της απόσυρσης δεν έχει σταθερότητα στην εμφάνισή του αλλά ούτε και σημαντικές αρνητικές προεκτάσεις κατά την εφηβεία ή την ενηλικίωση (Robins, 1966. Kohlberg, LaCrosse & Ricks, 1972). Τις τελευταίες δεκαετίες όμως, η σταθερότητα εμφάνισης του συνδρόμου της απόσυρσης έχει αποδειχθεί μέσα από διαχρονικές μελέτες. Ο Rubin (1993), παρατηρώντας παιδιά που φοιτούσαν σε δημόσιο σχολείο, από το νηπιαγωγείο μέχρι την ένατη τάξη, διαπίστωσε ότι η κοινωνική απόσυρση παραμένει σχετικά σταθερή από τα 5 μέχρι τα 8 έτη. Άλλη διαχρονική έρευνα των Caspi & Silva (1995), έδειξε ότι άτομα που στην ηλικία των 3 ετών προσδιορίζονταν ως δειλά, ντροπαλά ή με τάση απόσυρσης, στην ηλικία των 18 ετών ανέφεραν ότι προτιμούσαν να ασχολούνται με ασφαλείς δραστηριότητες, ήταν προσεκτικά, υποχωρητικά και με περιορισμένη τάση ή επιθυμία να επηρεάσουν τους άλλους. Πάντως, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι διαφορετικές υποκατηγορίες της απόσυρσης ενδέχεται να εμφανίζουν διαφορετική σταθερότητα, ανάλογα κάθε φορά από την ηλικιακή ομάδα που εξετάζεται αλλά και από τις μεθόδους μέτρησης του ερευνητή (Rubin & Burgess, 2001).

Αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης της κοινωνικής απόσυρσης στα παιδιά, οι εκτιμήσεις μέχρι πρόσφατα δε θεωρούνται ακριβείς ή επαρκείς (Carey, Crocker, Elias, Feldman & Coleman, 2009). Σε κάθε περίπτωση, αξίζει να αναφέρουμε ότι η κοινωνική φοβία, που συνδέεται άμεσα με την κοινωνική απόσυρση, εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 1-2% των παιδιών (Vasey & Dadds, 2001).

Τα στοιχεία σχετικά με το ρόλο του φύλου στην εμφάνιση του συνδρόμου κοινωνικής απόσυρσης δεν είναι αρκετά για να έχουμε μια σαφή εικόνα (Rubin et al., 2009). Οι Rubin & Coplan (2004), υποστηρίζουν ότι η απόσυρση μπορεί να παρατηρηθεί πιο συχνά στα κορίτσια, εξαιτίας όμως των κοινωνικών στερεοτύπων που επιβάλλουν στα αγόρια να δείχνουν λιγότερο ντροπαλά και πιο κυρίαρχα στο κοινωνικό πλαίσιο, και όχι της αποδεδειγμένα συχνότερης εμφάνισης της απόσυρσης σε κορίτσια. Αυτό σημαίνει ότι, η τάση απόσυρσης στα κορίτσια είναι περισσότερο κοινωνικά αποδεκτή αντίδραση και πιθανόν να επιβραβεύεται και ως καλή συμπεριφορά από τους γονείς, ενώ στα αγόρια η συμπεριφορά αυτή ενδεχομένως να αποθαρρύνεται και να οδηγεί σε πιο αρνητικές αλληλεπιδράσεις με τους οικείους (Gazelle & Ladd, 2003). Οι διαπιστώσεις αυτές μπορεί να είναι χρήσιμες στην εξέταση των αρνητικών επιπτώσεων της απόσυρσης στη μετέπειτα ζωή, που φαίνεται ότι στα αγόρια είναι πιο έντονες (Asendorpf, Denissen & Van Aken, 2008).

Διαπολιτισμικές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των κοινωνιών γύρω από την κατανόηση του συνδρόμου της απόσυρσης αλλά και την αντιμετώπιση των παιδιών με το σύνδρομο αυτό (Rubin et al., 2009). Στη Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας η απόσυρση είναι μια αποδεκτή συμπεριφορά που ενθαρρύνεται από γονείς και δασκάλους, ενώ παράλληλα συνδέεται με την κοινωνική αποδοχή και την ακαδημαϊκή επιτυχία (Chen, Rubin & Li, 1995). Αντίθετα, σε χώρες όπως η Αργεντινή, ο Καναδάς, οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Ελλάδα και η Ιταλία, η κοινωνική απόσυρση συνδέεται άμεσα με την απόρριψη από τους συνομηλίκους (Casiglia, LoCoco & Zappulla, 1998. Cillessen, Van Ijzendoorn & VanLieshout, 1992. Schaughency, Vannatta, Langhinrichsen, Lally & Seeley, 1992.)

Αρκετοί ερευνητές και θεωρητικοί πιστεύουν ότι η εκδήλωση του συνδρόμου της απόσυρσης έχει βιολογική βάση και οφείλεται σε διαφορές στη διέγερση της αμυγδαλής και των προεκτάσεών της στο φλοιό, τον υποθάλαμο, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα

και την κεντρική «γκρίζα περιοχή»[36] του εγκεφάλου (Kagan, Reznick & Snidman, 1988). Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι η ενισχυμένη ενεργοποίηση της αμυγδαλής, όταν το άτομο έρχεται σε επαφή με κάτι καινούριο ή άγνωστο, αλλά και η ενεργοποίηση του κυκλώματος φόβου στον εγκέφαλο, είναι πιθανό να κρύβονται πίσω από την αρνητική αντίδραση των βρεφών σε κάτι νέο αλλά και την εκδήλωση κοινωνικής επιφυλακτικότητας κατά την προσχολική ηλικία (Degnan & Fox, 2007. Fox, Henderson, Marshall, Nichols & Ghera, 2005). Πέρα από τις βιολογικές αιτίες, όμως, υπάρχουν και έρευνες που έχουν δείξει ότι ορισμένες εξωτερικευμένες (επιθετικότητα) αλλά και εσωτερικευμένες συμπεριφορές (απόσυρση), οφείλονται στην ανασφαλή προσκόλληση του παιδιού στη μητέρα (Shamir-Essakow et al., 2005. Van Brakel, Muris Bogels & Thomassen, 2006), αλλά και στην κακοποίηση ή κακομεταχείριση του παιδιού (Carey et al., 2009) Στην πρώτη περίπτωση, τα ανασφαλή παιδιά καθοδηγούνται από ένα φόβο απόρριψης, την οποία προσπαθούν να αποφύγουν στις εξω-οικογενειακές τους σχέσεις με τους συνομηλίκους, μέσω της απόσυρσης και της παθητικής συμπεριφοράς (Erickson, Sroufe & Egeland, 1985. Shulman, Elicker & Sroufe, 1994). Στη δεύτερη περίπτωση, έχει βρεθεί ότι ένα ποσοστό από 60-95% των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση ή κακομεταχείριση, δημιουργούν προβληματικές σχέσεις με τους οικείους τους (Cicchetti & Toth, 2005), οι οποίες συνδέονται με την κοινωνική απόσυρση στην παιδική ηλικία και την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή (Carey et al., 2009).

Για τη διάγνωση της απόσυρσης θα πρέπει κανείς να λαμβάνει υπόψη την παράμετρο της συννοσηρότητας, καθώς το σύνδρομο αυτό είναι πιθανό να αποτελεί σύμπτωμα και άλλων διαταραχών, όπως είναι οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (λ.χ αυτισμός), όπου παρατηρείται συχνά απόσυρση και κοινωνική απομόνωση (Karkhaneh et al., 2010), η σχιζοειδής διαταραχή και η διαταραχή προσαρμογής (Strauss, Forehand, Smith & Frame, 1986). Κοινωνική απόσυρση εντοπίζεται, επίσης, σε παιδιά που έχουν ελλείμματα στη συναισθηματική νοημοσύνη (Trentacosta & Fine, 2010) και αγχώδεις διαταραχές, όπως επιλεκτική αλαλία (Riva & Giorgi, 2000) και κοινωνική φοβία (Beidel, Morris & Turner, 2004). Επιπλέον, συχνά συνυπάρχει με την κατάθλιψη (Luby, 2009) και τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Liu et al., 2011). Η υποκατηγορία της μοναχικής – ενεργητικής απόσυρσης ενδέχεται να εμφανιστεί παράλληλα με συμπτώματα ανωριμότητας (Coplan & Rubin, 1998) και σπανιότερα με την επιθετικότητα (Coplan et al., 1994).

[36] Μέρος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος όπου βρίσκεται η «γκρίζα ύλη», γνωστή ως φαιά ουσία.

Οι κυριότερες βραχυπρόθεσμες συνέπειες για παιδιά που εμφανίζουν απόσυρση, είναι η απόρριψη από την ομάδα των συνομιλήκων (Nelson, Rubin & Fox, 2005) και συνήθως η θυματοποίηση του παιδιού σε αυτή (Kochenderfer-Ladd, 2003). Τα παιδιά με σύνδρομο απόσυρσης στην προσπάθειά τους να επιτύχουν κάποιους κοινωνικούς στόχους, ενδέχεται να αντιμετωπίσουν την αδιαφορία, την απόρριψη (Chen, DeSouza, Chen & Wang, 2006) αλλά και εκδηλώσεις αντιπάθειας από πιο κοινωνικοποιημένα συνομήλικα άτομα (Gazelle & Ladd, 2003). Συγχρόνως, λόγω του συνεσταλμένου χαρακτήρα τους, αποτελούν εύκολο στόχο εκφοβισμού (Gazelle & Rudolph, 2004) και γίνονται παθητικά θύματα παρενόχλησης (Perren & Alsaker, 2006). Είναι σημαντικό εδώ να αναφέρουμε ότι, αν και τα παιδιά με σύνδρομο απόσυρσης δυσκολεύονται γενικά να δημιουργήσουν φιλίες (Pedersen, Vitaro, Barker & Borge, 2007), το 65% περίπου των παιδιών αυτών έχουν έστω μια καλή και αμοιβαία φιλική σχέση (Rubin et al., 1998). Να επισημάνουμε όμως, ότι υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν, ότι ένα παιδί με σοβαρά συμπτώματα απόσυρσης είναι πιθανότερο να δημιουργήσει φιλική σχέση με ένα συνομήλικο άτομο που εκδηλώνει παρόμοια συμπτώματα (Haselager, Hartup, Lieshout & Riksen-Walraven, 1998). Άλλες βραχυπρόθεσμες συνέπειες της απόσυρσης είναι το αίσθημα μοναξιάς, η καταθλιπτική διάθεση (Hymel et al., 1990. Prior, Smart, Sanson & Oberklaid, 2000), αλλά και η αρνητική αντίληψη που μπορεί να σχηματίζει το ίδιο το παιδί για τον εαυτό του, κυρίως αναφορικά με τις κοινωνικές του δεξιότητες, (Nelson et al., 2005). Ο συνδυασμός απόσυρσης - απόρριψης από συνομηλίκους - θυματοποίησης θεωρείται πολύ ισχυρός δείκτης πρόβλεψης αυτών των αρνητικών συνεπειών (Bell-Dolan, Reaven & Peterson, 1993. Gazelle & Ladd, 2003).

Οι σοβαρότερες μακροπρόθεσμες συνέπειες της κοινωνικής απόσυρσης στα παιδιά είναι η εκδήλωση εσωτερικευμένων προβλημάτων, όπως κατάθλιψη και ανησυχία (Morison & Masten, 1991. Ollendick & King, 1991). Η απόσυρση μπορεί να αποτελέσει δείκτη πρόβλεψης καταθλιπτικών διαταραχών στην εφηβεία (Bell-Dolan et al., 1993), αν λάβουμε υπόψη ότι υπάρχουν ερευνητικά ευρήματα που υποστηρίζουν ότι το 42% των παιδιών που στην πρώιμη παιδική ηλικία είχαν αξιολογηθεί ως ιδιαίτερα συνεσταλμένα, αντιμετώπισαν αγχώδεις διαταραχές στη μετέπειτα ζωή τους (Prior et al., 2000), με πιο κοινή τη διαταραχή της κοινωνικής φοβίας (Schwartz et al., 1998). Ειδικά για τα αγόρια, έχει βρεθεί ότι η κοινωνική απόσυρση συνδέεται με καθυστέρηση στην έναρξη σύναψης ερωτικών δεσμών (Caspi, Elder & Bem, 1988).

Παρά τα έκδηλα συμπτώματα της κοινωνικής απόσυρσης, οι εκπαιδευτικοί πολλές φορές ενδέχεται να εκλαμβάνουν τη συνεσταλμένη συμπεριφορά των μαθητών τους, ως έλλειψη ενδιαφέροντος ή αδυναμία κατανόησης ενός διδακτικού αντικειμένου (Crozier & Perkins, 2002). Ορισμένες φορές μάλιστα, τα «ήσυχα» παιδιά θεωρούνται από τους δασκάλους λιγότερο ευφυή (McCroskey & Daly, 1976), με αποτέλεσμα να δημιουργείται στα παιδιά αυτά μια αρνητική αντίληψη σχετικά με την ακαδημαϊκή τους επάρκεια (Crozier, 1995). Άλλες φορές πάλι, τα παιδιά με σύνδρομο απόσυρσης, είτε περνούν απαρατήρητα μέσα στην τάξη, είτε δέχονται ενίσχυση από τον εκπαιδευτικό για τη συμπεριφορά τους, προκειμένου να επικρατεί όσο το δυνατό περισσότερη ηρεμία στο χώρο του σχολείου (Rimm-Kaufman et. al., 2002). Όμως, ακόμη και αν ο εκπαιδευτικός δείξει ενδιαφέρον στο παιδί με απόσυρση, είναι πιθανό να μη δημιουργηθεί οικειότητα μεταξύ τους, αλλά ένα αίσθημα εξάρτησης του παιδιού από τον εκπαιδευτικό (Ladd & Burgess, 1999. Rudasill et al., 2014), γεγονός που ενδέχεται να προκαλέσει περαιτέρω δυσκολίες στη σχολική προσαρμογή του (Jerome, Hamre & Pianta, 2009).

Παρόλο που μέσα από την εμπειρική έρευνα έχουν επισημανθεί τα προβλήματα που συνδέονται με την εκδήλωση κοινωνικής απόσυρσης στην παιδική ηλικία (Rubin et al., 2009), η έρευνα γύρω από ενδεχόμενες στρατηγικές παρέμβασης είναι αρκετά περιορισμένη και με ανάμεικτα αποτελέσματα (Greco & Morris, 2005). Ωστόσο, οι μελετητές τονίζουν την ανάγκη σχεδιασμού προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης, που να εστιάζουν στην ενίσχυση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων των παιδιών με απόσυρση (Bierman & Furman, 1984). Επιπλέον, μέσα από πρόσφατες έρευνες, προτείνεται και η συμμετοχή των γονιών σε προγράμματα εκπαίδευσης, με σκοπό τη μείωση του κοινωνικού άγχους στα παιδιά με σύνδρομο απόσυρσης (Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards & Sweeney, 2005) αλλά και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης (Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000). Τέλος, η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης θα μπορούσε να ενισχυθεί μέσα από μια προσέγγιση που θα έχει ως βάση το σχολείο, με σκοπό τη μείωση των πρακτικών δυσκολιών (λόγου χάρη την ανάγκη μεταφοράς του μαθητή), αλλά και την εφαρμογή της παρέμβασης στον ευρύτερο πληθυσμό του σχολείου, αν υπάρχει ανάγκη (Barrett, Lock & Farrell, 2005).

1.1.3 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Ο όρος συννοσηρότητα χρησιμοποιείται γενικά στην επιστήμη της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής για να περιγράψει τη συνύπαρξη δύο ή και περισσότερων προβλημάτων, που σχετίζονται με την ψυχική υγεία του ατόμου (Degenhardt, Hall & Lynskey, 2001). Για την επιστήμη της ψυχιατρικής, η συννοσηρότητα υφίσταται όταν οποιαδήποτε επιπρόσθετη κλινική οντότητα (διαταραχή ή σύνδρομο) συνυπάρχει ή προκύπτει κατά τη διάρκεια της κλινικής πορείας ενός ασθενούς (Feinstein, 1970). Επίσης, ο όρος χρησιμοποιείται συχνά για να γίνει αναφορά στην αλληλοκάλυψη δύο ή και περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών (Boyd et al., 1984). Για τα προβλήματα κλινικής μορφής (διαταραχές), οι Angold et al. (1999) διακρίνουν τη συννοσηρότητα σε δύο τύπους[37]: α) την *ομοτυπική συννοσηρότητα*, που προκύπτει από τη συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών που ανήκουν στην ίδια διαγνωστική ομάδα και β) την *ετεροτυπική συννοσηρότητα*, που προκύπτει από τη συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών, που προέρχονται από διαφορετικές διαγνωστικές ομάδες. Για την περιγραφή του φαινομένου της συννοσηρότητας συναντούμε στη διεθνή βιβλιογραφία και άλλους όρους, όπως πολυνοσηρότητα, επιβάρυνση νοσηρότητας και ευπάθεια (Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury & Roland, 2009).

Παρόλο που έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στη μελέτη και κατανόηση των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, τα προβλήματα αυτά μελετώνται συνήθως ξεχωριστά, και η μεταξύ τους συνύπαρξη δε θεωρείται ότι έχει ερευνηθεί επαρκώς (Calkins, 2009). Παρόλα αυτά, υποστηρίζεται, ότι είναι πολύ πιθανό να εμφανιστεί συννοσηρότητα μεταξύ εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Gilliom & Shaw, 2004), γεγονός που αποδεικνύεται μέσα από έρευνες σε κλινικά αλλά και κοινοτικά δείγματα (Lilienfeld, 2003. McConaughy & Skiba, 1993). Επιπλέον, ειδικά στην προσχολική ηλικία, τα προβλήματα αυτά συχνά αλληλοκαλύπτονται (Weinstein, Noam, Grimes, Stone & Schwab-Stone, 1990), όπως προκύπτει και από σχετικές αναφορές στο DSM-IV-TR (APA, 2000) όπου διευκρινίζεται ότι τα παιδιά με κατάθλιψη, μπορεί να εκδηλώνουν συχνά επιθετική συμπεριφορά (δηλαδή εξωτερικευμένα προβλήματα), σαν αντίδραση στην

[37] Ένα παράδειγμα ομοτυπικής συννοσηρότητας, που είναι συνηθισμένη σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, είναι η συνύπαρξη επιλεκτικής αλαλίας και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, εφόσον οι διαταραχές αυτές ανήκουν στην ίδια διαγνωστική ομάδα (αγχώδεις διαταραχές) (Vecchio & Kearney, 2005). Επίσης συχνή στην προσχολική ηλικία είναι και η εμφάνιση ετεροτυπικής συννοσηρότητας, όπως για παράδειγμα η συνύπαρξη μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (ανήκει στην ομάδα των διαταραχών διάθεσης) και εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής (ανήκει στις διασπαστικές διαταραχές) (Luby et al., 2003).

καταθλιπτική διάθεση. Έρευνα των Keenan et al. (1997) σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, έδειξε ότι μεταξύ των παιδιών που εμφάνιζαν εσωτερικευμένα προβλήματα, περίπου το 25%, εμφάνιζαν ταυτόχρονα και εξωτερικευμένα προβλήματα. Τα ίδια περίπου ποσοστά συννοσηρότητας (25,2%) μεταξύ εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων, εντοπίστηκαν και στην έρευνα των Lavigne et al. (1996), μετά από αξιολόγηση των παιδιών προσχολικής ηλικίας που εμφάνιζαν εσωτερικευμένα ή εξωτερικευμένα προβλήματα (5,4% του συνολικού δείγματος). Οι Mesman & Koot (2001), σε έρευνά τους με παιδιά προσχολικής ηλικίας, δεν εντόπισαν καμία συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της συνύπαρξης εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων. Σύμφωνα όμως με τους Somersalo, Solantaus & Almqvist (1999), τα αγόρια έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ταυτόχρονα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα σε σχέση με τα κορίτσια. Άλλο ένα ενδιαφέρον εύρημα της έρευνάς τους είναι ότι, τα παιδιά, ανεξαρτήτως φύλου, με αμιγώς εξωτερικευμένα προβλήματα, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συνυπάρχοντα εσωτερικευμένα προβλήματα στη μετέπειτα ζωή τους, συγκριτικά με τα παιδιά που αρχικά εμφανίζουν αμιγώς εσωτερικευμένα προβλήματα (Mesman & Koot, 2001). Επίσης, οι Egger & Angold (2006), σε έρευνα που πραγματοποίησαν με παιδιά ηλικίας 2-5 ετών, τα οποία εκδήλωναν εσωτερικευμένα ή εξωτερικευμένα προβλήματα, διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης συννοσηρότητας μεταξύ των προβλημάτων αυτών, αυξάνεται κατά 1-6 φορές, σε κάθε επιπλέον έτος ζωής του παιδιού.

Η συνύπαρξη εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων δημιουργεί πολύ σοβαρότερες δυσκολίες, στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, από εκείνες που πιθανώς παρατηρούνται σε παιδιά που αντιμετωπίζουν μόνο εσωτερικευμένα ή μόνο εξωτερικευμένα προβλήματα (Nottelmann & Jensen, 1999). Τα ερευνητικά ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, με συνυπάρχοντα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την εκδήλωση σοβαρών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στην εφηβεία όπως, κατάχρηση βλαβερών ουσιών και αυτοκτονικό ιδεασμό (Patterson & Stoolmiller, 1991. Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1995). Ο εντοπισμός μιας ενδεχόμενης συννοσηρότητας, εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, έχει μεγάλη σημασία για τον προσδιορισμό των παραγόντων που συντελούν στην ύπαρξη τέτοιων προβλημάτων, την παρατήρηση της εξέλιξης των συνδρόμων αλλά και την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης (Poulou, 2013). Παιδιά προσχολικής, αλλά και μεγαλύτερης

ηλικίας, με συνυπάρχοντα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα, είναι πιθανό να ακολουθήσουν εντελώς διαφορετικές αναπτυξιακές πορείες και να έχουν πολύ διαφορετική ανταπόκριση στα διάφορα θεραπευτικά σχήματα, σε σχέση με τα παιδιά που δεν εμφανίζουν ταυτόχρονα τα προβλήματα αυτά (Kendall, Kortlander, Chansky & Brady, 1992).

1.2 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Σύγχρονοι ερευνητές, μέσα από διαφόρων ειδών έρευνες (διαχρονικές, διαπολιτισμικές, επιδημιολογικές, κλινικές), επισημαίνουν στο σύνολό τους ότι η εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση δυσκολιών σε διάφορους τομείς ανάπτυξης του παιδιού (Achenbach et al., 1987. Algozzine, Horner & Putnam, 2008. Bredekamp, 1990). Μερικές από τις δυσκολίες αυτές σχετίζονται με την εμφάνιση δυσλειτουργικών σχέσεων στην οικογένεια, την απόρριψη του παιδιού από τους συνομηλίκους και τους δασκάλους του, τις χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις και την εμφάνιση σοβαρών ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων στο μέλλον (Barbarin et al., 2006. Bornstein et al., 2010. Feeney – Kettler et al., 2010. McCabe & Altamura, 2011). Επίσης, διάφοροι ερευνητές διατείνονται ότι η μη έγκαιρη ανίχνευση δυσκολιών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και η μη έγκαιρη εφαρμογή παρεμβατικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση τους, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας στην παιδική και εφηβική ηλικία (Egger & Angold, 2006. Hughes & Esnor, 2007. Njoroge & Bernhart, 2011).

Τα τελευταία 20 χρόνια και κυρίως λόγω των παραπάνω σημαντικών επισημάνσεων, όλο και περισσότεροι ερευνητές ενδιαφέρονται διεθνώς να μελετήσουν την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Carter, Briggs - Gowan & Davis, 2004. Poulou, 2013. Qi & Kaiser, 2003). Η εκτενής ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας δεν επιβεβαιώνει, όμως, κάτι αντίστοιχο και για τη χώρα μας. Οι έρευνες που σχετίζονται με τη μελέτη προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής είναι πολύ λιγότερες, σε αριθμό και ποικιλία

θεμάτων, συγκριτικά με τις διεθνείς έρευνες που αφορούν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα αλλά και συγκριτικά με ελληνικές έρευνες που αφορούν σε παιδιά παιδικής και εφηβικής ηλικίας[38].

Η αποτύπωση της ελληνικής πραγματικότητας, παρουσιάζεται στον Πίνακα Ι (Παράρτημα Δ1). Παρόλο που η βιβλιογραφική μας έρευνα ήταν όσο το δυνατόν πιο αναλυτική, εντούτοις δε μπορούμε σε καμία περίπτωση να ισχυριστούμε ότι συμπεριλάβαμε όλες τις έρευνες που έχουν καιρούς πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και αφορούν στη μελέτη προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά ηλικίας 4-6 ετών. Ουσιαστικά είναι μια απόπειρα καταγραφής, προκειμένου να αποκτήσουμε μια συνολική εικόνα της ελληνικής ερευνητικής δραστηριότητας στον τομέα αυτό, αλλά και να εντοπίσουμε τυχόν ελλείψεις και κενά. Αυτό θα μας βοηθήσει στη συνέχεια, να διατυπώσουμε τις βασικές ερευνητικές μας υποθέσεις και, μέσα από τη διαρεύνησή τους, να συμβάλλουμε στην προαγωγή της επιστημονικής γνώσης. Γνωρίζοντας ποιοι συγκεκριμένοι τομείς έχουν μελετηθεί εκτενώς, στο διεθνή αλλά κυρίως στον ελληνικό χώρο, σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας, ποιοι λιγότερο και ποιοι καθόλου, θα ορίσουμε το θέμα μας με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποτελέσει «πρωτότυπη συμβολή στην επιστήμη» (Παρασκευόπουλος, 1993α, σ.53).

Στον Πίνακα Ι (Παράρτημα Δ1) εμφανίζονται κάποια γενικά στοιχεία που αφορούν σε ελληνικές έρευνες (ονόματα ερευνητών, τίτλος της έρευνας, σύντομη περιγραφή) και στοιχεία που αφορούν στη μεθοδολογία τους (αριθμός και ηλικία δείγματος, ερευνητικά εργαλεία συλλογής δεδομένων, πηγή δεδομένων, τρόπος συλλογής δεδομένων και περιοχή δειγματοληψίας).

Από την πρώτη «ανάγνωση» του Πίνακα Ι (Παράρτημα Δ1) προκύπτει ότι οι έρευνες στο σύνολό τους, σχετίζονται με τη διερεύνηση αντιλήψεων εκπαιδευτικών για την εμφάνιση στο σχολικό πλαίσιο: α) γενικότερα προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους (Kourkoutas, Georgiadi & Xatzaki, 2011. Papatheodorou & Ramasut, 1993. Papatheodorou & Ramasut, 1994. Χατζηχρήστου και συν., 2011), β) ειδικότερα εσωτερικευμένων προβλημάτων (κατάθλιψης) (Πούλου, 2013) και εξωτερικευμένων προβλημάτων (παραβατικής και αποκλίνουσας συμπεριφοράς) (Θάνος, 2012) και γ) μελέτη παραγόντων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, όπως είναι οι πρακτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων από το δάσκαλο στην τάξη (Beazidou, Botsoglou &

[38] Αναφορά στις έρευνες που αφορούν παιδιά γίνεται στο κεφάλαιο 3 της παρούσης μελέτης.

Andreou, 2013. Rekalidou & Karadimitriou, 2014). Στον Πίνακα Ι συμπεριλάβαμε και 4 έρευνες που αφορούν στην κατασκευή, τη στάθμιση ή την προσαρμογή ψυχομετρικών εργαλείων τα οποία ανιχνεύουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα (Achenbach & Rescorla, 2009 Μανωλίτσης, 2013. Μανωλίτσης & Τάφα, 2005. Tsakiris & Georgiadis, 2008). Θεωρήσαμε απαραίτητη την παρουσίαση και αυτών των ερευνών, γιατί εκτός από τις χρήσιμες πληροφορίες που παρέχουν, στο σύνολό τους, για το μεθοδολογικό τους σχεδιασμό, σε κάποιες αποτυπώνεται και η συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στα παιδιά δείγματός τους (Achenbach & Rescorla, 2009. Μανωλίτσης & Τάφα, 2005). Τις συγκεκριμένες έρευνες, όμως, δε θα τις συμπεριλάβουμε στις συγκρίσεις που θα ακολουθήσουν, γιατί ο βασικός σκοπός της καθεμίας από αυτές ήταν η παρουσίαση και στάθμιση ενός συγκεκριμένου ψυχομετρικού εργαλείου.

Από τις υπόλοιπες οκτώ έρευνες του πίνακα, οι τρεις έρευνες (Θάνος, 2012. Kourkoutas et al., 2011. Χατζηχρήστου και συν., 2011) εφαρμόζουν την ίδια έρευνα σε νηπιαγωγούς και δασκάλους και στο τέλος προβαίνουν σε συγκρίσεις μεταξύ των ερευνητικών τους ευρημάτων.

Σχετικά με τον καθορισμό της περιοχής δειγματοληψίας, μόνο η έρευνα του Θάνου (2012) φαίνεται ότι βασίστηκε σε πανελλαδικό δείγμα. Όσον αφορά στη μέθοδο ανίχνευσης σε μια μόνο έρευνα ανιχνεύτηκαν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος για το σύνολο των παιδιών της τάξης που συμμετείχε στην έρευνα (Χατζηχρήστου και συν., 2011). Στις έρευνες των Kourkoutas et al. (2011) αξιολογήθηκαν επιλεκτικά κάποια παιδιά τα οποία σύμφωνα με το νηπιαγωγό ήταν πιο πιθανόν να εμφανίσουν δυσκολίες συμπεριφοράς, ενώ στις έρευνες των Papatheodorou & Ramasut (1993 &1994) οι ερευνητές όριζαν στο νηπιαγωγό την επιλογή δυο παιδιών για ανίχνευση. Στην έρευνα της Πούλου (2013), υποστηρίζεται ότι, επειδή η συμμετοχή ήταν εθελοντική, οι νηπιαγωγοί συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια είτε για το σύνολο των μαθητών της τάξης είτε για ορισμένους μόνο μαθητές. Τέλος, όλες οι παραπάνω έρευνες εστιάζουν στην ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, από τους νηπιαγωγούς τους και όχι από σημαντικούς άλλους (γονείς, συγγενείς, φροντιστές). Ως εκ τούτου, δεν επιδιώκεται η εξέταση κάποιων παραγόντων που

σχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον[39] του παιδιού και μπορεί να επηρεάζουν την εμφάνιση τέτοιου είδους προβλημάτων (π.χ. κοινωνικοοικονομικό επίπεδο οικογένειας).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, καταλήγουμε ότι η δική μας ερευνητική προσπάθεια επιχειρείται για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Σχεδιάστηκε για να αποτυπώσει, σε πανελλαδικό επίπεδο, τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών σχετικά με την πρώιμη ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, στο μεγαλύτερο, μέχρι σήμερα δείγμα παιδιών (1.234) προσχολικής ηλικίας, στην Ελλάδα. Επιπροσθέτως, η πρωτοτυπία της είναι ότι ανιχνεύει στο σύνολο των μαθητών μιας τάξης και τις δυο διαστάσεις (συμπεριφορά και συναίσθημα). Τέλος, το κύριο ερευνητικό μας εργαλείο (ΦΑΝ-Β) παρόλο που συλλέγει δεδομένα μόνο από τους νηπιαγωγούς των παιδιών και όχι από άλλους πληροφορητές, μας επιτρέπει να συμπεριλάβουμε στα ερευνητικά μας δεδομένα, παράγοντες που σχετίζονται με τις οικογένειες των παιδιών (επαγγελματική κατάσταση γονέων).

[39] Για την σημασία των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στα παιδιά και σχετίζονται με την οικογένεια βλ κεφ. 2.2 της παρούσης μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Διάφορα σύγχρονα θεωρητικά μοντέλα εξετάζουν τη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής και γνωστικής ανάπτυξης των παιδιών δίνοντας έμφαση στη συνεργασία ανάμεσα στα πλαίσια ή συστήματα όπου αυτά ζουν και δραστηριοποιούνται (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2009). Βασική αρχή των συστημικών αυτών προσεγγίσεων είναι η αντίληψη ότι το άτομο βρίσκεται στο κέντρο ενός δυναμικού συστήματος που περιλαμβάνει και άλλα μέλη, με τα οποία το άτομο βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση (Γεώργας, 1995. Γεώργας, Μπεζεβέγκης & Γιώτσα, 2006. Γεωργίου, 2011). Τα μοντέλα που βασίζονται στη γενική θεωρία των συστημάτων, μπορούν να αξιοποιηθούν, όχι μόνο για τη διαχείριση προβληματικών καταστάσεων μέσα στα διαφορετικά συστήματα, αλλά και για την επίτευξη θετικών αλληλεξαρτήσεων και αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ατόμων που περιλαμβάνονται στα πλαίσια αυτά (Γιώτσα, 2014β). Γνωστά συστημικά μοντέλα έχουν αναπτυχθεί στο εξωτερικό από τον Bronfenbrenner (1989) και την Epstein (1995), ενώ στην Ελλάδα οι Mylonakou & Kekes (2005, 2007) ανέπτυξαν το συστημικό *μοντέλο της συνεκπαίδευσης*. Σύμφωνα με τον Bronfenbrenner (1989), το παιδί συμμετέχει σε πέντε διαφορετικές κατηγορίες συστήματων (μικροσυστήματα, μεσοσύστημα, εξωσύστημα, μακροσύστημα και χρονοσύστημα) τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και επηρεάζουν την ανάπτυξή του. Τα μικροσυστήματα περιλαμβάνουν πλαίσια που αποτελούν το άμεσο περιβάλλον του παιδιού όπως η οικογένεια, το σχολείο και η γειτονιά. Εδώ οι αλληλεπιδράσεις και αλληλεξαρτήσεις είναι πιο έντονες και καθοριστικές, ενώ γίνονται πιο έντονες καθώς το παιδί μεγαλώνει και συμμετέχει πιο ενεργά σε όλα τα μικροσυστήματα (Γεωργίου, 2011). Το μεσοσύστημα αποτελεί ουσιαστικά ένα σύστημα σχέσεων που δημιουργείται μεταξύ των μικροσυστημάτων (λόγου χάρη η συνεργασία του σχολείου με τους γονείς) (Μυλωνάκου- Κεκέ, 2006). Το εξωσύστημα περιλαμβάνει τα κοινωνικά δίκτυα, τους κρατικούς φορείς και κάθε επίσημη ή ανεπίσημη οργάνωση (Γεώργας, 1995. Γεωργίου, 2011). Το μακροσύστημα αναφέρεται στην οικονομία της χώρας, το πολιτικό σύστημα, τη νομοθεσία, τις κοινωνικές αξίες και τον πολιτισμό (Γεώργας, 1995). Τέλος, το χρονοσύστημα αντιπροσωπεύει τη χρονική συγκυρία κατά την

οποία προκύπτουν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των υποσυστημάτων (Μυλωνάκου- Κεκέ, 2006).

Το μοντέλο του Bronfenbrenner, ενώ αρχικά ονομάστηκε οικοσυστημικό, αργότερα μετονομάστηκε σε *βιο-οικοσυστημικό*, αφού οι μεταγενέστερες μελέτες επεσήμαναν την ιδιαίτερη σημασία και των βιολογικών παραμέτρων στην ανάπτυξη του παιδιού (Berk, 1993. Μυλωνάκου- Κεκέ, 2007). Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά με βιολογική βάση, όπως το φύλο, η ιδιοσυγκρασία, η νοητική ικανότητα, η πρόωρη γέννηση και τα σωματικά χαρακτηριστικά, φαίνεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη γνωστική και ψυχοκοινωνική εξέλιξη των παιδιών (Achenbach, 1991. Hetherington 1989. Mackenbach et al., 2012. Qi & Kaiser, 2003. Yoleri, 2014).

Η Epstein (1995) με το συστημικό *μοντέλο των επικαλυπτόμενων σφαιρών*, αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο του μικροσυστήματος της κοινότητας, διευρύνοντας έτσι το σχήμα της συνεργασίας σχολείου και οικογένειας. Συγκεριμένα, στο μοντέλο αυτό τονίζεται η ανάγκη για λειτουργική συνύπαρξη των τριών αυτών πλαισίων (οικογένεια, σχολείο, κοινότητα), με σκοπό πάντα την υποστήριξη των παιδιών αρχικά στο σχολείο και αργότερα στη ζωή, τη βελτίωση των γονικών πρακτικών και την ενίσχυση του έργου των εκπαιδευτικών.

Το μοντέλο της συνεκπαίδευσης, των Mylonakou & Kekes (2005, 2007), προτάθηκε με σκοπό τη μεγιστοποίηση του εκπαιδευτικού αποτελέσματος, με συνδυασμό μεθόδων της τυπικής και άτυπης εκπαίδευσης. Στο μοντέλο αυτό δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη μιας λειτουργικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του σχολείου, της οικογένειας και της ευρύτερης κοινότητας, με στόχο την αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών όλων όσων εμπλέκονται με την εκπαιδευτική διαδικασία (παιδιά, γονείς, εκπαιδευτικοί και εκπρόσωποι της κοινωνίας). Επιπλέον, τονίζεται ο ηγετικός ρόλος του σχολείου στη δημιουργία και υποστήριξη δικτύων συνεργασίας με την οικογένεια και την κοινότητα. Το μοντέλο της συνεκπαίδευσης λαμβάνει υπόψη τα νέα δεδομένα σχετικά με την αγωγή των παιδιών στη σύγχρονη εποχή, το σύνθετο έργο, τις ανάγκες, και τις δυνατότητες των εκπαιδευτικών. Παράλληλα εξετάζει διάφορες κοινωνιολογικές, ψυχολογικές, πολιτισμικές και οικονομικές παραμέτρους που σχετίζονται με την εκπαίδευση και τη δια βίου μάθηση.

Για την εξέταση των αιτιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με την εκδήλωση προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία, στην παρούσα έρευνα υιοθετούμε την *βιο-οικοσυστημική προσέγγιση*, καθώς είναι σαφές, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ότι, τα συναισθηματικά προβλήματα και τα προβλήματα

συμπεριφοράς στα παιδιά οφείλονται τόσο σε περιβαλλοντικούς, όσο και σε βιολογικούς παράγοντες (Μυλωνάκου- Κεκέ, 2007). Ειδικότερα, μέσα από τις διάφορες έρευνες, αναδεικνύεται η σύνδεση των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, με: α) τα χαρακτηριστικά της οικογένειας (λόγου χάρη, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, συναισθηματικό κλίμα στην οικογένεια, ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στους γονείς) (Γιώτσα, 2007), β) τα χαρακτηριστικά του σχολικού πλαισίου και της παρεχόμενης εκπαίδευσης (λόγου χάρη, σχέση μαθητή-εκπαιδευτικού, αλληλεπιδράσεις του παιδιού με συνομηλίκους, θεσμικό πλαίσιο του σχολείου) αλλά και γ) τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού που έχουν βιολογική βάση (κυρίως η ιδιοσυγκρασία, το φύλο και η νοητική ικανότητα) (Adams, 2008. Deater-Deckard, 2001. Dunn, 2001. Helker & Ray, 2009. Ladd, 2006. Lavigne et al., 1996. Levy, 2005. Poulou, 2013).

2.1 ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Στη μελέτη των συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων σε παιδιά, ο όρος *ιδιαίτερα χαρακτηριστικά* χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις ατομικές διαφορές που είναι πιθανό να σχετίζονται με την εμφάνιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων συνδρόμων (Gardner & Shaw, 2008. Yoleri, 2014). Στην προσχολική ηλικία, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που συνδέονται με την εκδήλωση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων είναι, κυρίως, η *ιδιοσυγκρασία, το φύλο*, και το *γλωσσικό επίπεδο* ανάπτυξης των παιδιών (Hetherington, 1989. Moretti et al., 2013. Qi & Kaiser, 2003. Yoleri, 2014). Ωστόσο, έχουν πραγματοποιηθεί και κάποιες έρευνες που μελετούν τα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα σε σχέση με άλλα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού, όπως η *πρόωρη γέννηση*, η *νοητική ικανότητα* (δείκτης νοημοσύνης) και τα *σωματικά χαρακτηριστικά* του παιδιού (Anderson, He, Schoppe-Sullivan & Must, 2010. Mackenbach et al., 2012. Reijneveld et al., 2006. Rose S. L, Feldman, Rose, S. A, Wallace & Mc Carton, 1992. Sonuga-Barke, Lamparelli, Stevenson, Thompson & Henry, 1994).

Ο όρος *ιδιοσυγκρασία* χρησιμοποιείται στην επιστήμη της ψυχολογίας, για να περιγράψει τις διάφορες μορφές συμπεριφοράς που μπορεί να εκδηλώσουν τα παιδιά στα διάφορα πλαίσια, ως αντίδραση σε ερεθίσματα που δέχονται σε αυτά (Buss & Plomin, 1975. Thomas & Chess, 1977). Προσπαθώντας να διατυπώσουν έναν εναλλακτικό ορισμό,

οι Rothbart & Derryberry (1981), θεωρούν ότι η ιδιοσυγκρασία αναφέρεται κυρίως, στις ατομικές διαφορές ως προς την αντιδραστικότητα στα ερεθίσματα και τις στρατηγικές αυτορρύθμισης που αναπτύσσουν τα παιδιά κάθε ηλικίας. Η ιδιοσυγκρασία είναι ένα εγγενές χαρακτηριστικό στον άνθρωπο (Finzi-Dottan, Manor & Tyano, 2006). Ένα παιδί με δύσκολη εγγενή ιδιοσυγκρασία έχει μειωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας, αναστατώνεται εύκολα, εμφανίζει κυρίως αρνητική διάθεση και έχει την τάση να αποφεύγει οτιδήποτε καινούριο ή άγνωστο (Thomas & Chess, 1977. Yoleri, 2014).

Στην προσχολική ηλικία, η δύσκολη ιδιοσυγκρασία θεωρείται ένας από τους βασικότερους παράγοντες εκδήλωσης εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων (Hetherington, 1989. Lavigne et al., 1996. Moon, 2001) και μάλιστα, φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την πρώιμη έναρξη των προβλημάτων αυτών, σε παιδιά αυτής της ηλικίας (Hughes & Esnor, 2007. Rubin et al., 2003). Επιπλέον, έχει υποστηριχθεί ότι, τα παιδιά που μεταξύ 2 και 4 ετών παρουσιάζουν δύσκολη ιδιοσυγκρασία, είναι πιθανό να εκδηλώνουν εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα με μεγαλύτερη σταθερότητα, μέχρι και τη σχολική ηλικία (Prior, Smart, Sanson, Pedlow & Oberklaid, 1992). Οι Harden et al. (2000), σε έρευνα με παιδιά προσχολικής ηλικίας, διαπίστωσαν ότι, συγκεκριμένες όψεις της παιδικής ιδιοσυγκρασίας, όπως η αρνητική συναισθηματικότητα, η συγκέντρωση και η δυσκολία στη ρύθμιση των αντιδράσεων, σχετίζονται με τις εξωτερικευμένες και εσωτερικευμένες συμπεριφορές των παιδιών. Στα αποτελέσματα τους επιβεβαιώνουν, ότι η αρνητική συναισθηματικότητα και η δυσκολία συγκέντρωσης είναι δύο παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται άμεσα με την εκδήλωση εξωτερικευμένων προβλημάτων, ενώ η δυσκολία στη ρύθμιση των αντιδράσεων σχετίζεται με την εμφάνιση εξωτερικευμένων αλλά και εσωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Οι Keenan et al. (1998) πραγματοποίησαν διαχρονική μελέτη σε δείγμα 104 παιδιών, τα οποία αξιολογήθηκαν από το 1^{ο} μέχρι και το 3^{ο} έτος ζωής, με σκοπό να εξακριβώσουν, αν η δύσκολη ιδιοσυγκρασία μπορεί να αποτελέσει δείκτη πρόβλεψης για την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας στα παιδιά, σε μεγαλύτερη ηλικία. Μέσα από τα ευρήματα τους διαπιστώθηκε ότι, η δύσκολη ιδιοσυγκρασία σχετίζεται με την εμφάνιση εσωτερικευμένων προβλημάτων στη μετέπειτα ζωή, τόσο για τα αγόρια, όσο και για τα κορίτσια. Επιβεβαιώθηκε ακόμη, ότι ο ανυπάκουος χαρακτήρας στα κορίτσια και ο επιθετικός χαρακτήρας στα αγόρια, μπορεί να αποτελέσουν δείκτη πρόβλεψης για την εκδήλωση εξωτερικευμένων προβλημάτων στο μέλλον.

Η σχέση της δύσκολης ιδιοσυγκρασίας με τα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα μπορεί, σύμφωνα με τους επιστήμονες να αιτιολογηθεί, αν μελετήσει κανείς τις αλληλεπιδράσεις του παιδιού με άλλα άτομα του περιβάλλοντός του και κυρίως με τους γονείς (Foley, McClowry & Castellanos, 2008. Oberklaid, Sanson, Pedlow & Prior, 1993). Η ανατροφή ενός παιδιού με δύσκολη ιδιοσυγκρασία είναι πιο απαιτητική και συχνά δημιουργεί στους γονείς επιπρόσθετο στρες (Rothbart & Ahadi, 1994. Rohbart, Ahadi & Evans, 2000). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερο θετικές γονικές συμπεριφορές που επιδρούν αρνητικά στο συναίσθημα και τη συμπεριφορά του παιδιού με συνέπεια την εκδήλωση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων (Chen, Rubin & Li, 1997. Wolchik et al., 2000).

Επίσης, όταν οι προσδοκίες ή οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος (σχολείο, συνομήλικοι) ενός παιδιού με δύσκολη ιδιοσυγκρασία δεν προσαρμόζονται αποτελεσματικά στις δυνατότητές του, είναι πιθανό να δημιουργηθούν σταδιακά στο παιδί προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς (Chess, 1990. Maziade et al., 1990). Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Oberklaid et al. (1993) σε μεγάλο κοινοτικό δείγμα παιδιών προσχολικής ηλικίας. Οι ερευνητές τονίζουν ότι, η μελέτη της ιδιοσυγκρασίας είναι ένας πιο αξιόπιστος τρόπος για να προβλέψει κανείς μια πιθανή εκδήλωση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων στην προσχολική ηλικία. Αυτό συμβαίνει διότι, η δύσκολη ιδιοσυγκρασία διαφαίνεται από τη βρεφική ηλικία, αλλά εκεί η ανίχνευση και διάγνωση προβλημάτων συμπεριφοράς είναι αρκετά δύσκολη. Επίσης, υποστηρίζουν ότι, η αξιολόγηση της ιδιοσυγκρασίας σε συνδυασμό με το φύλο του παιδιού, μπορεί να αποτελέσουν τον καλύτερο δείκτη πρόβλεψης για την εμφάνιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων στα παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Η σχέση μεταξύ του φύλου και της εκδήλωσης εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων έχει υποστηριχθεί μέσα από διάφορες έρευνες, ωστόσο πιστεύεται ότι, η φύση της σχέσης αυτής είναι αρκετά περίπλοκη (Qi & Kaiser, 2003). Η άποψη ορισμένων ερευνητών είναι ότι, στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στην εμφάνιση εξωτερικευμένων και εσωτερικευμένων προβλημάτων (Achenbach, 1992. Cambpell, 1995. Rose et al., 1989). Άλλοι υποστηρίζουν ότι, η επίδραση του φύλου στην εκδήλωση τέτοιων προβλημάτων μπορεί να είναι εμφανής με την έναρξη της προσχολικής ηλικίας, κυρίως, μετά το 4^{ο} έτος ζωής του παιδιού (Poulou, 2013). Στις έρευνες των Duncan, Brooks-Gunn & Klebanov (1994), Kaiser, Hancock, Cai, Foster & Hester (2000) και Lavigne et al, (1996) βρέθηκε

ότι, τα αγόρια εμφανίζουν εξωτερικευμένα προβλήματα πιο συχνά από ότι τα κορίτσια στην προσχολική ηλικία, αλλά δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του φύλου και της εκδήλωσης εσωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδα. Τα συμπεράσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από πιο πρόσφατες έρευνες, όπου διαπιστώνεται ότι τα αγόρια είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν προβλήματα προσοχής και επιθετικότητας σε σχέση με τα κορίτσια (Bulotsky-Shearer, Fantuzzo & McDermott 2008. Hulle et al., 2007). Μια πιθανή εξήγηση για τη μικρότερη συχνότητα εμφάνισης εξωτερικευμένων προβλημάτων σε κορίτσια προσχολικής ηλικίας, δίνεται από τον Sommers (2000). Ο Sommers θεωρεί ότι τα κορίτσια, στην προσχολική ηλικία, εμφανίζουν σπανιότερα εξωτερικευμένες συμπεριφορές, γιατί είναι σε θέση να διαχειρίζονται καλύτερα τις κοινωνικές-συναισθηματικές αλλαγές που προκύπτουν και αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τις αναπτυξιακές προκλήσεις της πρώιμης παιδικής ηλικίας.

Σε πλήρη αντίθεση με τα προηγούμενα ερευνητικά αποτελέσματα, ο Eiden (1999), αφού πραγματοποίησε έρευνα με 61 παιδιά προσχολικής ηλικίας, από περιοχές με χαμηλό βιοτικό επίπεδο, ανέφερε ότι το ποσοστό εμφάνισης εξωτερικευμένων προβλημάτων στα κορίτσια ήταν μεγαλύτερο συγκριτικά με τα αγόρια. Επιπλέον, αντίθετα με τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών, οι Carter, Briggs-Gowan, Jones & Little (2003) και οι Wichstrom et al. (2011) επιβεβαιώνουν ότι, το φύλο είναι πιθανό να επιδρά στην εκδήλωση συγκεκριμένων εσωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Σύμφωνα με την πρώτη έρευνα, τα κορίτσια εμφανίζουν ανησυχία σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι τα αγόρια στην προσχολική ηλικία. Στη δεύτερη έρευνα, υποστηρίζεται, όμως, ότι τα αγόρια αυτής της ηλικίας είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με τα κορίτσια.

Το χαμηλό επίπεδο γλωσσικής ανάπτυξης (μειωμένη γλωσσική ικανότητα)[40] έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στα παιδιά προσχολικής ηλικίας που εμφανίζουν εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα (Love & Thompson, 1988. Moretti et al., 2013. Qi & Kaiser, 2003). Ορισμένοι ερευνητές, μάλιστα, υποστηρίζουν ότι, η μειωμένη γλωσσική ικανότητα, σε αυτή την ηλικία, μπορεί να αποτελέσει δείκτη πρόβλεψης για την εκδήλωση

[40] Η γλωσσική ικανότητα, δηλαδή η ικανότητα του παιδιού να κατανοεί τα χαρακτηριστικά της γλώσσας, έχει άμεση σχέση με τη γλωσσική ανάπτυξη η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο στην κατανόηση και επεξεργασία νοητικών καταστάσεων (Happe, 1995. Jenkins & Astington, 1996). Έρευνες έχουν δείξει ότι, τα παιδιά ηλικίας 4 έως 5 ετών, χωρίς αναπτυξιακά ή άλλα προβλήματα, χρησιμοποιούν περίπου 2 χιλιάδες λέξεις (Justice & Pence, 2008), ενώ αντιλαμβάνονται, κατά μέσο όρο, περίπου 4 έως 5 χιλιάδες λέξεις (Brisk & Harrington, 2007. Οικονομίδης, 2003).

εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων συνδρόμων (Beitchman et al., 2001. Benasich, Curtiss & Tallal, 1993). Η άποψη αυτή στηρίζεται σε ερευνητικά στοιχεία που δείχνουν ότι, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με χαμηλό επίπεδο γλωσσικής ανάπτυξης, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην έκφραση, την κατανόηση και εν γένει την επικοινωνία με τα άτομα του περιβάλλοντός τους (Willinger et al., 2003). Σε αρκετές περιπτώσεις, μάλιστα, οι δυσκολίες αυτές οδηγούν στην ακαδημαϊκή αποτυχία, τη δημιουργία αρνητικών αλληλεπιδράσεων με τους συνομηλίκους και την κοινωνική απόρριψη, με αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να εκδηλώνουν συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς (Brinton & Fujiki, 1993. Rice, 1993). Οι Fagan & Iglesias (2000), σε έρευνά τους με παιδιά προσχολικής ηλικίας, βρήκαν ότι, αυτά που είχαν ανεπτυγμένη γλωσσική ικανότητα παρουσίαζαν λιγότερα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα σε σχέση με τα παιδιά που δεν είχαν επαρκώς ανεπτυγμένες γλωσσικές ικανότητες. Στη μελέτη των Kaiser et al. (2000), επίσης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, επιβεβαιώθηκε ότι, το χαμηλό επίπεδο γλωσσικής ανάπτυξης σχετίζεται με την εμφάνιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων. Στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν προφανής η έμμεση επίδραση του φύλου στην εκδήλωση τέτοιων προβλημάτων, αφού η μειωμένη γλωσσική ικανότητα φάνηκε να επηρεάζει κυρίως τα αγόρια ως προς την εκδήλωση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων συνδρόμων. Οι Moretti et al. (2013), αξιολόγησαν τη σχέση μεταξύ εσωτερικευμένων προβλημάτων και μειωμένης γλωσσικής ικανότητας σε παιδιά ηλικίας 4-12 ετών. Από τα συμπεράσματά τους προκύπτει ότι, τα εσωτερικευμένα προβλήματα, και κυρίως τα σύνδρομα της απόσυρσης και της κατάθλιψης, συνδέονται με τη μειωμένη γλωσσική ικανότητα στις ηλικίες αυτές.

Η πρόωρη γέννηση (που πραγματοποιείται μετά από κύηση με διάρκεια μικρότερη των 36 μηνών) έχει, επίσης, συνδεθεί με την εμφάνιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Potijk, de Winter, Bos, Kerstjens & Reijneveld, 2014. Rose et al., 1992). Τα παιδιά που γεννιούνται πρόωρα παρουσιάζουν γενικά υψηλότερους δείκτες ανησυχίας και επιθετικής συμπεριφοράς, που ενδέχεται να οφείλονται στη μικρότερη διάρκεια κύησης αλλά πιθανόν και στη δυσφορία ή την αναστάτωση που αισθάνονται από την εντατική μεταγεννητική φροντίδα (Anand & Scalzo, 2000. Voigt et al., 2013). Οι Rose et al. (1992) πραγματοποίησαν διαχρονική μελέτη, με σκοπό να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ της πρόωρης γέννησης και της εμφάνισης εξωτερικευμένων προβλημάτων στην προσχολική ηλικία. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι, περίπου το 20% του δείγματος παιδιών που είχαν γεννηθεί πρόωρα,

εμφάνιζε εξωτερικευμένα προβλήματα στην ηλικία των 3 ετών. Μάλιστα, από το ποσοστό αυτό, περίπου το 50% εμφάνιζε εξωτερικευμένα προβλήματα μέχρι και την ηλικία των 6 ετών. Σε άλλη μελέτη οι Potijk et al. (2014), αξιολόγησαν 915 παιδιά ηλικίας 4 ετών, τα οποία είχαν γεννηθεί πρόωρα και προέρχονταν από οικογένειες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Με βάση τα αποτελέσματα τους, η πρόωρη γέννηση σε συνδυασμό με το χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο της οικογένειας είναι πιθανό να οδηγήσει στην εμφάνιση εξωτερικευμένων και εσωτερικευμένων προβλημάτων στην προσχολική ηλικία (Potijk et al., 2014). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Reijneveld et al. (2006), η πρόωρη γέννηση και το χαμηλό βάρος του βρέφους είναι πιθανό να αποτελέσουν δείκτη πρόβλεψης για την εκδήλωση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων στην προσχολική ηλικία.

Η νοητική ικανότητα (νοημοσύνη) χρησιμοποιείται σαν όρος, για να περιγράψει την πνευματική ικανότητα του ατόμου να λαμβάνει, να οργανώνει και να χρησιμοποιεί πληροφορίες από το περιβάλλον του (Neisser, 1976). Είναι ένα ακόμη ιδιαίτερο χαρακτηριστικό, που έχει συνδεθεί, μέσα από τις έρευνες, κυρίως με την εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων στα παιδιά προσχολικής ηλικίας (Achenbach, 1991. Grizenko, Cvejic, Vida & Sayegh, 1991). Έρευνα των Songua- Barke et al. (1994) έδειξε ότι, ο χαμηλός δείκτης νοημοσύνης συνδέεται με την εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Επιβεβαίωσαν μάλιστα, ότι η χαμηλή νοημοσύνη στα αγόρια σχετίζεται με προβλήματα προσοχής, ενώ στα κορίτσια σχετίζεται περισσότερο με προβλήματα διαγωγής. Μια πιθανή εξήγηση για τη σύνδεση των εξωτερικευμένων και εσωτερικευμένων προβλημάτων με το χαμηλό δείκτη νοημοσύνης είναι ότι, τα παιδιά με νοημοσύνη που βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο, έχουν μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και αντιμετώπισης των στρεσσογόνων καταστάσεων (Dubow & Luster, 1990). Αντίθετα, τα παιδιά με ανεπτυγμένη νοημοσύνη, διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τα γεγονότα που προκαλούν ματαίωση ή αναστάτωση και μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών (Achenbach, 1991).

Πρόσφατες έρευνες έχουν εξετάσει την εμφάνιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων σε σχέση με συγκεκριμένα σωματικά χαρακτηριστικά του παιδιού, όπως ο δείκτης μάζας (σωματικό βάρος) (Anderson et al., 2010. Mackenbach et al., 2012. Sawyer et al., 2006). Οι Anderson et al. (2010) διερεύνησαν την εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά με υψηλό δείκτη μάζας (υπέρβαρα παιδιά) από

το 2^{ο} ως το 12^{ο} έτος ζωής. Η έρευνα έδειξε ότι, ο υψηλός δείκτης μάζας συνδέθηκε με την εμφάνιση εξωτερικευμένων συμπεριφορών από την πρώιμη παιδική ηλικία μέχρι και τη σχολική ηλικία. Το εύρημα αυτό συμφωνεί και με παλαιότερη μελέτη των Sawyer et al. (2006), οι οποίοι είχαν εντοπίσει θετική συσχέτιση μεταξύ του υψηλού δείκτη μάζας και των προβλημάτων διαγωγής σε παιδιά 4 έως 5 ετών. Μια πιθανή εξήγηση για τα ευρήματα αυτά είναι ότι, οι γονείς χρησιμοποιούν συχνά λανθασμένες και αναποτελεσματικές πρακτικές στην προσπάθειά τους να ελέγξουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών τους (απαγόρευση, τιμωρία ή εξαναγκασμό), οι οποίες ενδεχομένως να ευθύνονται για την εμφάνιση εξωτερικευμένων συμπεριφορών στα παιδιά (Morawska & West, 2012). Ο δείκτης μάζας σχετίζεται, σύμφωνα με τους Mackenbach et al. (2012) και με τα εσωτερικευμένα προβλήματα στην προσχολική ηλικία, με τη διαφορά ότι στην περίπτωση αυτή η συσχέτιση είναι αρνητική. Με βάση την έρευνά τους, τα εσωτερικευμένα προβλήματα συνδέονται με το χαμηλό δείκτη μάζας των παιδιών (ελλιποβαρή παιδιά). Η συσχέτιση αυτή εξηγείται, σύμφωνα με τους ερευνητές, από την τάση των παιδιών με εσωτερικευμένα προβλήματα να αποφεύγουν τη λήψη τροφής (Mackenbach et al., 2012).

2.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η *οικογένεια* ορίζεται γενικά ως «μια κοινωνική ομάδα διαφορετικών γενεών που διέπεται από κοινωνικές νόρμες σχετικά με την καταγωγή, τη συγγένεια και την κοινωνικοποίηση των παιδιών» (Γιώτσα, 2006, σ. 46). Το οικολογικό- κοινωνικό μοντέλο του Γεώργα (όπως αναφέρει η Γιώτσα, 2007, σ. 35), παρουσιάζει ειδικότερα «την επιρροή που ασκεί η οικογένεια στην ψυχολογική διαφοροποίηση του ατόμου το οποίο βρίσκεται σε κάποιο οικολογικό και κοινωνικό περιβάλλον, όπως και τις επιρροές που δέχεται η οικογένεια από τις κοινωνικές και τις οικολογικές μεταβλητές». Με βάση το παραπάνω μοντέλο μετατοπίζεται, πλέον, το αποκλειστικό ενδιαφέρον από την δυάδα μητέρα – παιδί, στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (context), εντός του οποίου λαμβάνει χώρα η σωματική, ψυχοσυναισθηματική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού (Cox, Paley & Harter, 2001. Raver, 2004). Η έρευνα στο τομέα της αναπτυξιακής ψυχολογίας και ψυχοπαθολογίας, επηρεασμένη από την οικοσυστημική θεώρηση της οικογένειας και το δομικό μοντέλο του Minuchin, σύμφωνα με το οποίο η οικογένεια αποτελείται από ένα

σύνολο αλληλοεξαρτώμενων υποσυστημάτων[41] (Brofenbrener, 1986. Goldenberg I. & Goldenberg H., 2000. Minuchin, 1985), έχει δώσει έμφαση στο ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο εντός του οποίου παιδί και γονείς αλληλεπιδρούν (Barry & Kochanska, 2010. Belsky, 1984).

Το οικογενειακό περιβάλλον, αποτελώντας το λίκνο εντός του οποίου ο αναπτυσσόμενος άνθρωπος δομεί και εξελίσσει δεξιότητες προς την ενήλικη ζωή (Bornstein et.al., 2012. Bradley & Corwyn, 2002), επηρεάζει καταλυτικά την ανάπτυξη και την ψυχική υγεία του παιδιού (Γιώτσα & Ζεργιώτης, 2007). Σύμφωνα με τη Μυλωνάκου-Κεκέ (2006), η οικογένεια αποτελεί «το πρώτο άτυπο σχολείο για το παιδί και καθορίζει, σε σημαντικότατο βαθμό, πολλά στοιχεία της αναπτυξιακής του πορείας, όπως τη νοητική και γλωσσική του εξέλιξη, τη δημιουργία ή μη κινήτρων επιτυχίας» (σ.27).

Πολλοί ερευνητές τις τελευταίες δεκαετίες στηριζόμενοι στην παραδοχή ότι το περιβάλλον του σπιτιού είναι το πιο σημαντικό αναπτυξιακό πλαίσιο για το παιδί, θέλησαν να εξετάσουν πώς επιδρούν διάφοροι παράγοντες, όπως η συνοχή της οικογένειας, η ποιότητα των σχέσεων που αναπτύσσουν τα μέλη της και η συναισθηματική κατάσταση των γονέων στην ψυχολογία και την ανάπτυξη του παιδιού (Anselmi, Piccinini, Barros & Lopes, 2004).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με τη συμβολή του ευρύτερου οικογενειακού πλαισίου (σχέσεις μεταξύ αδερφών, σχέσεις των παιδιών με τον πατέρα, σχέσεις μεταξύ των γονέων, σχέσεις των παιδιών με τη μητέρα) στην ψυχική υγεία των παιδιών (Γεώργας & Γιώτσα, 2011α. Wong, McElwain & Halberstadt, 2009), σε συνδυασμό με τον ολοένα αυξανόμενο αριθμό ερευνών στο πεδίο της αναπτυξιακής ψυχολογίας, αναδεικνύε τη σημασία της ρύθμισης των συναισθηματικών αντιδράσεων του παιδιού ως «κρίσιμο» στοιχείο για την ομαλή του ανάπτυξη (Cole, Martin & Dennis, 2004. Halberstadt, Denham & Dunsmore, 2001).

Το οικογενειακό πλαίσιο (family context) φαίνεται να συμβάλλει στην ανάπτυξη του συναισθήματος του παιδιού από τις πρώτες κιόλας μέρες της ζωής του μέχρι και το τέλος της εφηβείας (Morris, Silk, Steinberg, Myers & Robinson, 2007). Η σημασία

[41] Οι διαχωρισμοί των υποσυστημάτων στην οικογένεια γίνονται με βάση το φύλο, τη γενιά (γονείς, παιδιά), τα κοινά ενδιαφέροντα των μελών αλλά και τις λειτουργίες των μελών μέσα σε αυτή. Κάθε μέλος μπορεί να ανήκει ταυτόχρονα σε αρκετές υποομάδες με διαφορετικό ρόλο και δύναμη κάθε φορά (π.χ. ένα παιδί μπορεί να λειτουργεί απέναντι στη μητέρα σαν γιος και στον παππού ως εγγονός, παίζοντας συγκεκριμένο ρόλο κάθε φορά και ασκώντας περιορισμένη, ίσως, εξουσία, αλλά μπορεί να έχει μεγαλύτερη εξουσία στο μικρότερο αδερφό του) (Γιώτσα, Μακρή, Κουτελού, Σταματελάτου & Χαβρεδάκη, 2011).

διερεύνησης της διάστασης που ονομάζεται «ρύθμιση του συναισθήματος»[42] του παιδιού (emotion regulation) (Eisenberg, Morris & Spinrad, 2005. Morris, et al., 2007. Morris, Robinson & Eisenberg, 2005. Raver, 2004. Walden & Smith, 1997), έχει δείξει ότι η έλλειψη της συγκεκριμένης ικανότητας συνδέεται με δυσκολίες που σχετίζονται με τον έλεγχο και τη διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων, όπως ο θυμός ή η θλίψη, καθώς επίσης με προβλήματα συμπεριφοράς και ελέγχου των παρορμήσεων (Cicchetti, Ackerman & Izard, 1995. Eisenberg et al., 2001. Eisenberg et al., 1997. Frick & Morris, 2004. Silk, Steinberg & Morris, 2003).

Τα παιδιά εκείνα που υστερούν ως προς την συναισθηματική τους επάρκεια[43] κινδυνεύουν να απορριφθούν από τους συνομήλικους, αλλά και να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στη σχολική επίδοση (Trentacosta & Izard, 2007). Οι έρευνες επιβεβαιώνουν ότι 10% με 15% των παιδιών προσχολικής ηλικίας με μειωμένη συναισθηματική επάρκεια παρουσιάζουν μέτριες έως κλινικά σημαντικές δυσκολίες συμπεριφοράς και συναισθήματος, οι οποίες δυσχεραίνουν τη μετάβασή τους στο σχολείο (Qi & Kaiser, 2003).

Η ανίχνευση, όμως, των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος του παιδιού που σχετίζονται με την οικογένεια είναι ένα έργο εξαιρετικά δύσκολο. Γονείς και παιδιά αλληλεπιδρούν και αλληλοεξαρτώνται, ενώ τα ψυχικά προβλήματα εμφανίζονται συγχρόνως και με άλλα προβλήματα που αναδύονται στις ενδοοικογενειακές σχέσεις και έτσι καθίσταται δύσκολο να προσδιορίσουμε τις μεταξύ τους αιτιώδεις σχέσεις (Bornstein et al., 2012 Γεώργας & Γιώτσα, 2011β). Είναι σημαντικό, επίσης, να λάβουμε υπόψη μας, ότι σε κάθε στάδιο ανάπτυξης του παιδιού οι ανάγκες του διαφοροποιούνται και αντίστοιχα διαφοροποιείται και ο ρόλος των γονέων, ενώ «ο Erikson τονίζει ότι το παιδί και η οικογένεια εξελίσσονται παράλληλα» (Γιώτσα, 2003, σ.35). Οι ανάγκες, βέβαια, του παιδιού αλλά και ο ρόλος των γονέων διαφοροποιούνται ανάλογα και με το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο λειτουργεί η κάθε οικογένεια (Γιώτσα, 2006).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει αναδείξει μεταξύ των παραγόντων που σχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον, ως πιο σημαντικούς για την πρόκληση

---

[42] Ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, από τους μελετητές της ρύθμισης του συναισθήματος κατά την προσχολική ηλικία (Eisenberg & Morris, 2002. Eisenberg et al., 2004) είναι αυτός που προτείνει ο Thompson (1998, p.27) : «Η ρύθμιση του συναισθήματος αποτελείται από εσωτερικές και εξωτερικές διεργασίες, οι οποίες εμπλέκονται στην ανάδυση, διατήρηση και διαμόρφωση της έντασης και έκφρασης – εκδήλωσης του συναισθήματος».

[43] Η ρύθμιση του συναισθήματος αποτελεί δομική διάσταση της συναισθηματικής επάρκειας (emotional competence) (Denham, 2006). Η συναισθηματική επάρκεια, αναπτύσσεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και περιλαμβάνει. την έκφραση των συναισθημάτων, την επίγνωση των συναισθημάτων του εαυτού, την αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων και τη ρύθμιση του συναισθήματος.

ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, τους συναισθηματικούς δεσμούς των παιδιών με τους γονείς τους (ή τα κύρια πρόσωπα φροντίδας) και τις πρακτικές ανατροφής των παιδιών (parenting) (Muris, Meesters, Merckelabach & Hulsenbeck, 2000. Wood, McLeod, Sigman & Hwang, 2003). Επίσης, εξίσου σημαντική επίδραση ασκεί το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας (Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre Smith & Jaffe, 2003) και η ψυχοπαθολογία των γονέων (Cummings, Keller & Davies, 2005. Dehon & Weems, 2010. Fisak & Grills - Taquechel, 2007. Keller, Cummings & Peterson, 2008. Ramsden & Hubbard, 2002).

Επιπλέον, παράγοντες - μεταβλητές που επιδρούν ρυθμιστικά στις άνωθεν μεταβλητές, φαίνεται να αποτελούν κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία της οικογένειας, όπως ο τόπος διαμονής (Brooks – Gun, Duncan, Klebanov & Sealand, 1993. Kupersmidt, Griesler, DeRosier, Patterson & Davies, 1995. Leventhal, Brooks – Gunn, 2000), το μέγεθος της οικογένειας, η ηλικία των γονέων και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας (Bradley & Corwyn, 2002. Duncan & Brooks-Gun, 2000). Σε συνέχεια των παραπάνω, οι Ashford et al. (2008) υποστηρίζουν ότι «το χαμηλό κοινωνικό επίπεδο της οικογένειας, η ψυχοπαθολογία γονέων παιδιών ηλικίας 2- 3 ετών, και το στρες των γονέων παιδιών ηλικίας 4-5 ετών, συνδέονται άμεσα με την εκδήλωση εσωτερικευμένων προβλημάτων στην ηλικία των 11» (p.775).

Ειδικότερα, όσον αφορά στην ηλικία των μητέρων, έχει επιβεβαιωθεί ότι οι νεαρότερες μητέρες ανταποκρίνονται λιγότερο στις ανάγκες των παιδιών και δε συνδέονται τόσο πολύ συναισθηματικά μαζί τους (Anselmi et al., 2004). Η μικρή ηλικία των μητέρων, σε συνδυασμό με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αυτών έχει συνδεθεί με υψηλότερα ποσοστά επιθετικής συμπεριφοράς προς τα παιδιά, αλλά και με πιο παράλογες απαιτήσεις που έχουν από αυτά (Γεώργας, Μπεζεβέγκης & Γιώτσα, 2007).

Επίσης το μέγεθος της οικογένειας είναι ένας άλλος παράγοντας κινδύνου, αφού έχει αποδειχθεί ότι στις πολυμελείς οικογένειες (3 παιδιά και πάνω), τα παιδιά εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται λόγω της μίμησης των αποκλίνουσων συμπεριφορών που μπορεί να εμφανίζουν κάποια από τα αδέρφια[44] (Anselmi et al., 2004) ή από τους περιορισμένους, συνήθως, οικονομικούς πόρους που

[44]Τα αδέρφια και οι γονείς ενός παιδιού λειτουργούν ως πρότυπα για το παιδί και να επηρεάζουν άμεσα τη γλωσσική, γνωστική και συναισθηματική του ανάπτυξη, ενώ ο αριθμός των αδερφών σε μια οικογένεια φαίνεται να επιδρά έμμεσα. Οι γονείς στην προσπάθειά τους να δώσουν την ίδια προσοχή και αγάπη σε όλα τα παιδιά τους, μπορεί να μην τα καταφέρνουν τόσο καλά, με αποτέλεσμα το παιδί που παραμελείται ή είναι υπερπροστατευμένο, να εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος εντός και εκτός του οικογενειακού πλαισίου (Wu, Abdullah & Mofrad, 2012).

διαθέτουν αυτές οι οικογένειες για την επαρκή κάλυψη των αναγκών όλων των μελών τους (Dubow & Luster, 1990). Από την άλλη, βέβαια, υπάρχουν και έρευνες που επιβεβαιώνουν ότι στις ολιγομελείς οικογένειες (μέχρι 2 παιδιά), τα παιδιά εμφανίζουν, συγκριτικά με τις πολυμελείς, περισσότερα εσωτερικευμένα προβλήματα, γεγονός το οποίο, ίσως, να οφείλεται στις περιορισμένες δυνατότητες για επαφή, αλληλεπίδραση και συνδιαλλαγή με συνομιλήκους (Bayer, Hiscock, Ukoumunne, Price & Wake, 2008).

Επιδημιολογικές έρευνες, τέλος, καταλήγουν ότι οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την οικογένεια έχουν τη μεγαλύτερη αλλά και την ισχυρότερη επίδραση συγκρινόμενοι με άλλους παράγοντες (ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού και το σχολικό περιβάλλον), στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά κάτω των 12 ετών (Dwyer, Nicholson, Battistutta & Oldenburg, 2005. Rutter et al., 1990).

2.2.1. ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης που αντιμετωπίζουν πολλές χώρες, παρατηρείται μια αυξημένη ανισότητα στα εισοδήματα των οικογενειών τους, με αποτέλεσμα περισσότεροι ερευνητές να ενδιαφέρονται να μελετήσουν την επίδραση που ασκεί το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας στην ανάπτυξη του παιδιού (Giotsa & Mitrogiorgou, 2014. Μυλωνάκου – Κεκέ, 2006. Zergiotis, 2014. Zhang, 2014). Οι σύγχρονοι μελετητές στην προσπάθειά τους να μετρήσουν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, καταλήγουν να το ορίζουν μέσα από τρεις ποσοτικούς δείκτες: το *εισόδημα της οικογένειας,* το *μορφωτικό επίπεδο* και η *επαγγελματική κατάσταση των γονέων* (Conger et al., 2010. Conger, R. & Donnellan, 2007).

Τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι τόσο το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας όσο και οι αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτή (διαζύγιο, θάνατος) επηρεάζουν την ψυχολογία των παιδιών (Dunn, 2001. Qi & Kaiser, 2003). Τρεις σύγχρονες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στις οικογένειας χαμηλού κοινωνικοικονομικού επιπέδου, που οι γονείς χωρίζουν, και στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Ackerman, Kogos, Youngstrom, Schoff & Izard 1999. Dawkins, Fullilove & Dawkins M., 1995. Duncan et al., 1994). Επιπλέον, οι Luoma et al. (1999) εξειδικεύονται περισσότερο στην έρευνα τους και

υποστηρίζουν ότι τα εσωτερικευμένα προβλήματα εμφανίζονται πιο συχνά μεταξύ παιδιών που ζουν σε διπυρηνικές οικογένειες.

Επίσης, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας φαίνεται να είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης, γνωστικών μειονεκτημάτων (όπως καθυστέρηση λόγου, χαμηλή νοημοσύνη, περιορισμένη κριτική και δημιουργική ικανότητα, κ.ά.) (Lugo-Gil & Tamis-LeMonda, 2008), εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς (Rimm-Kaufman, Curby, Grimm, Brock & Nathanson, 2009) και ψυχοπαθολογίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Glick et al., 2012). Όλα τα παραπάνω προβλήματα συνδέονται στο μέλλον με τη σχολική αποτυχία των παιδιών στις επόμενες βαθμίδες εκπαίδευσης (Jeon, 2013. Whittaker, Harden, See, Meisch & Westbrook, 2011) αλλά και δυσκολεύουν την κοινωνικό- συναισθηματική λειτουργία τους (Mistry, Benner, Biesanz, Clark & Howes, 2010). Οι ερευνητές στην προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν τα παραπάνω, εικάζουν ότι οι γονείς οικογενειών με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο δεν έχουν, συνήθως, την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν τις ανάγκες των παιδιών τους για μάθηση ή το μορφωτικό επίπεδο, για να στηρίξουν γνωστικά τα παιδιά τους (Johnson, Martin, Brooks-Gunn & Petrill, 2008). Επιπρόσθετα, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο επιδρά στη ψυχολογία των γονέων αυξάνοντας τα συμπτώματα κατάθλιψης και στρες που παρουσιάζουν οι γονείς αλλά και τις μεταξύ τους συγκρούσεις (Owens & Shaw, 2003). Τα περιορισμένα ψυχικά και συναισθηματικά αποθέματα των γονέων, με τη σειρά τους, παρεμποδίζουν την παροχή φροντίδας στα παιδιά τους (Jeon, 2013). Επίσης, οδηγούν τους γονείς στη χρήση αυστηρών πρακτικών ανατροφής (Owens & Shaw, 2003), σε συχνές εκρήξεις θυμού και αρνητικές αλληλεπιδράσεις (Izard et al., 2008), αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο τα εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα των παιδιών (Pachter, Auinger Palmer & Weitzman, 2006). Ειδικότερα, κάποιοι ερευνητές συνδέουν το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, με τα αυξημένα επίπεδα υπερκινητικότητας, συναισθηματικών δυσκολιών, αλλά και προβλημάτων επικοινωνίας με συνομηλίκους που εμφανίζουν τα παιδιά τους (Fuchs et al., 2013. Hoelling Kurth, Rothenberger, Becker & Schlack, 2008).

Αρκετές, όμως, έρευνες, στις οποίες η αξιολόγηση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος έγινε από πολλαπλούς αξιολογητές (γονείς, δάσκαλοι, ειδικοί), υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς, μεταξύ των παιδιών που προέρχονται από οικογένειες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο οικογένειας και των παιδιών που προερχόνται από

οικογένειες με αντίστοιχο υψηλό (Achenbach et al., 1987. Bradley & Corwyn, 2002. De Los Reyes & Kazdin, 2005 Graves, Blake & Kim, 2012. Skiba, Poloni-Staudinger, Simmons, Feggins-Azziz & Chung, 2005). Στα συμπεράσματά τους συνδέουν τελικά τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών με τις διαφορετικές απόψεις των αξιολογητών και όχι με κοινωνικοικονομικό επίπεδο της οικογένειας.

2.2.2.1 Το οικογενειακό εισόδημα

Το εισόδημα των οικογενειών αποτελεί, σύμφωνα με τον Bronfenbrenner (1986), τον πιο σημαντικό δείκτη για τη ποιότητα διαβίωσης κάθε οικογένειας, αφού οι οικονομικοί πόροι είναι καταρχήν απαραίτητοι για την υποστήριξη της καλής υγείας και διαβίωσης γονέων και παιδιών. Τα παιδιά που ζουν σε συνθήκες φτώχιας μέσα στις οικογένειές τους, φαίνεται σύμφωνα με τους Mistry, Biesanz, Taylor, Burchinal & Cox (2004), να εμφανίζουν περισσότερα εξωτερικευμένα και εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς. Επιπλέον, οι Zhang, Chen, Zhang & Sun (2009) επιβεβαιώνουν στην έρευνά τους, ότι το χαμηλό εισόδημα της οικογένειας, επιδρά άμεσα στην κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού, που λόγο των περιορισμένων οικονομικών πόρων που διαθέτει η οικογένειά του, παραμένει κοινωνικά και γνωστικά απομονωμένο. Σε μια έρευνα επίσης, που πραγματοποιήθηκε για λογαριασμό του Head Start από τους Mistry et al. (2008), το χαμηλό εισόδημα των οικογενειών συνδέθηκε με την εμφάνιση επιθετικότητας στα παιδιά. Σύμφωνα με τους Miller & Olson (2000), σε αυτές τις οικογένειες έχουμε, συνήθως, λιγότερες θετικές συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών και περισσότερες αρνητικές, με αποτέλεσμα τα παιδιά να εμφανίζουν ελλείμματα στη συναισθηματική τους ανάπτυξη, σε σχέση με τα παιδιά των οικογενειών με μεσαίο ή υψηλό εισόδημα (Izard et al., 2008).

Ειδικότερα, οι Huston et al. (2001) βρήκαν ότι τα αγόρια είναι πιο ευάλωτα στη φτώχεια της οικογένειας και για το λόγο αυτό εμφανίζουν συχνότερα από ότι τα κορίτσια εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς.

Επιπλέον, έρευνες που εξετάζουν την επίδραση του χαμηλού εισοδήματος της οικογένειας στην ακαδημαϊκή επίδοση και τη σχολική ετοιμότητα του παιδιού αποφαίνονται ότι τα παιδιά που μεγαλώνουν σε φτωχές οικογένειες (Burchinal, Campbell, Bryant, Wasik & Ramey, 1997. Duncan & Brooks-Gunn, 2000), αντιμετωπίζουν σε μεγάλο

ποσοστό σημαντικές ελλείψεις στις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις, τόσο κατά τη διάρκεια της φοίτησής τους στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, όσο και αργότερα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι έρευνες που εξειδικεύονται και ασχολούνται με την επίδραση του μισθού των γονέων στη ψυχολογία τους και άρα στην ανατροφή των παιδιών τους. Μια τέτοια εξειδικευμένη έρευνα, είναι η έρευνα των Shipley & Coats (1992), που επιβεβαιώνει ότι οι χαμηλόμισθες παντρεμένες μητέρες έχουν περισσότερο άγχος από ότι οι υψηλόμισθες ανύπαντρες μητέρες και εμφανίζουν σύγκρουση ανάμεσα στους τρεις ρόλους (μητέρας, συζύγου, εργαζόμενης). Η σύγκρουση αυτή με τη σειρά της προκαλεί στις μητέρες καταθλιπτικά συμπτώματα και αδυναμία εφαρμογής αποτελεσματικών πρακτικών ανατροφής των παιδιών τους (Cummings & Davies, 1994. Woodruff, Borden, Morrow, Bourland & Cambron, 2002), γεγονός που συντελεί τελικά την εμφάνιση προβλημάτων επικοινωνίας στα αγόρια και ανωριμότητας κατά την παιδική ηλικία στα κορίτσια (Haas, 2010).

Στην προσπάθειά μας να εξηγήσουμε τα παραπάνω, υιοθετούμε το Οικογενειακό Μοντέλο Στρες (Family Stress Model) [(ΟΜΣ), (FSM)] των Conger & Donnellan (2007) (όπως αναφέρει ο Zhang, 2014). Σύμφωνα με το ΟΜΣ, οι γονείς με χαμηλά εισοδήματα, συγκρινόμενοι με τους γονείς με υψηλά εισοδήματα, εμφανίζουν περισσότερο στρες, λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν, επιλέγουν πιο εχθρικές και επιθετικές πρακτικές ανατροφής και συγκρούονται πιο συχνά με τα παιδιά τους. Συνεπώς, τα παιδιά τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας συγκριτικά με τα παιδιά που προέρχονται από μεσαία ή υψηλά οικονομικά στρώματα.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα όσα προηγήθηκαν, συμφωνούμε με τους Ashford et al. (2008), οι οποίοι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι πρέπει να δοθεί περισσότερο ενδιαφέρον στις οικογένειες με χαμηλό οικονομικό εισόδημα. Η εκάστοτε πολιτική κυβέρνηση κάθε χώρας, γνωρίζοντας τα αποτελέσματα ερευνών που παρουσιάστηκαν στη παρούσα μελέτη αλλά και άλλων αντίστοιχων ερευνών, που συνδέουν το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα με την ολόπλευρη ανάπτυξη του παιδιού, οφείλει να εξασφαλίσει άμεσα πόρους οικονομικής ενίσχυσης στις οικογένειες που βρίσκονται στο όριο της φτώχειας.

2.2.2.2 Το Μορφωτικό επίπεδο και το επαγγελματική κατάσταση των γονέων

Η μόρφωση και η επαγγελματική κατάσταση των γονέων, αποτελούν το δεύτερο κατά σειρά ποσοτικό δείκτη που ορίζει το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας. Αποφασίσαμε να παρουσιάσουμε τη μόρφωση και την επαγγελματική κατάσταση των γονέων μαζί, αφού στο μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας που μελετήσαμε δε διαφοροποιούνται (Kalff et al., 2001. Graves et al., 2012). Η μόρφωση των γονέων αποτελεί εκτός των άλλων τον πιο σημαντικό κοινωνικό και πολιτισμικό δείκτη της οικογένειας και επιδρά συναισθηματικά στις σχέσεις που αναπτύσσουν τα μέλη της (Anselmi et al., 2004).

Αποτελέσματα πολλών σύγχρονων ερευνών επιβεβαιώνουν τη σύνδεση του μορφωτικού επίπεδου των γονέων με τη ψυχοπαθολογία των παιδιών τους (Huston & Aronson, 2005. Mistry et al., 2008. Zhang, 2014). Επιπλέον, θεωρούν ότι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων είναι σημαντικός προγνωστικός δείκτης των ακαδημαϊκών επιδόσεων και των συμπεριφορών των παιδιών τους (Davis-Kean, 2005. Walker et al., 2011).

Οι Sameroff, Seifer, Zax & Barocas (1987), σκιαγραφώντας τους γονείς με υψηλά επίπεδα μόρφωσης, αποφαίνονται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους αυτοί οι γονείς, υιοθετούν απόψεις και στάσεις που προάγουν την ανάπτυξη των παιδιών τους σε όλους τους τομείς, προωθούν την πιο αυτό-καθοριζόμενη και ανεξάρτητη ανάπτυξή τους και είναι πιο ενήμεροι για τις αναπτυξιακές ανάγκες των παιδιών τους στις διάφορες ηλικίες. Οι γονείς αυτοί έχουν, επίσης, ένα υψηλό Οικογενειακό Επίπεδο Επένδυσης (Family Investment Model), σύμφωνα με το οποίο αυξάνουν συνεχώς τις επενδύσεις που κάνουν για την εκπαίδευση των παιδιών τους (επίπεδο διαβίωσης, ερεθίσματα μάθησης, συνεργασία με ειδικούς κ.ά.), γνωρίζοντας ότι με αυτό τον τρόπο θα ενισχύσουν όσο καλύτερα μπορούν την εξέλιξη των παιδιών τους (Bradley & Corwyn, 2002).

Αντίστοιχα, τα παιδιά, των οποίων οι γονείς τους έχουν χαμηλά επίπεδα μόρφωσης, είναι πιθανόν να εμφανίσουν εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα σε σχέση με τα παιδιά των οποίων οι γονείς τους έχουν έστω ένα καλό μορφωτικό επίπεδο (Zhang, 2014). Ειδικά, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας φαίνεται να συμβάλλει ιδιαίτερα στα εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς που εμφανίζουν τα κορίτσια (Hoffman, 1989). Αντίθετα, το υψηλό επίπεδο μόρφωσης των μητέρων φαίνεται να ασκεί μεγαλύτερη θετική επίδραση στην εν γένει συμπεριφορά των κοριτσιών από ό,τι των αγοριών (Huston & Aronson, 2005). Παράλληλα, οι Smith, Brooks-Gunn & Klebanov (1997) αποφαίνονται

ότι οι μητέρες αυτές προσφέρουν περισσότερα και πιο ποιοτικά ερεθίσματα μάθησης- από ό,τι οι πατέρες- στα παιδιά τους. Επιπλέον, οι Johnson et al. (2008) υποστηρίζουν στην έρευνά τους ότι, οι μητέρες με πιο υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης δίνουν συχνότερα στα παιδιά τους βιβλία και ερεθίσματα για λεκτική επικοινωνία, ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο τις γλωσσικές τους δεξιότητες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απόψεις των ίδιων των γονέων αλλά και των εκπαιδευτικών σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος που μπορεί να εμφανίζουν τα παιδιά τους. Οι Graves et al. (2012), υποστηρίζουν στα συμπεράσματα της έρευνάς τους ότι οι γονείς που έχουν μεσαίο επίπεδο μόρφωσης (λύκειο, μεταλυκειακή εκπαίδευση), κρίνουν πιο αυστηρά τα παιδιά τους και τα τοποθετούν πιο συχνά στο οριακό φάσμα της επιθετικότητας από ό,τι άλλοι γονείς (γονείς με πτυχίο πανεπιστημίου αλλά και γονείς με απολυτήριο δημοτικού). Στην ίδια έρευνα αναφέρουν, επίσης, ότι οι εκπαιδευτικοί τείνουν να θεωρούν ότι τα παιδιά των γονέων με μεσαίο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν περισσότερες ελλείψεις σε κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες σε σχέση με τα παιδιά που οι γονείς τους έχουν υψηλό επίπεδο μόρφωσης.

2.2.2 ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Ερευνητικά δεδομένα των τελευταίων δεκαετιών επιβεβαιώνουν ότι η ύπαρξη συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας ή διαγνωσμένων ψυχικών διαταραχών (κατάθλιψη, άγχος, στρες) στους γονείς επιδρούν στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και αποτελούν κύριο προγνωστικό παράγοντα των ψυχικών δυσκολιών και δυσλειτουργιών που εμφανίζουν τα παιδιά (Anselmi et al., 2004. Haas, 2010. Middleton, Scott & Renk 2009. Olino et al., 2008. Poulou, 2013. Thornberry, Freeman-Gallant, Lizotte, Krohn & Smith, 2003. Yurduşen, Erol & Gençöz, 2013). Αν και είναι δύσκολο να οριστεί η ακριβής φύση της σύνδεσης μεταξύ ψυχικής διαταραχής των γονέων και των παιδιών (Murray, 1992), η ψυχοπαθολογία των γονέων φαίνεται ότι τους επηρεάζει στον τύπο δεσμού που θα αναπτύξουν τα παιδιά μαζί τους (Goodyer, 1990)[45]. Επίσης, επηρεάζει το στυλ γονεϊκής φροντίδας που υιοθετούν οι γονείς και την ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων[46]

[45] Η ψυχική ασθένεια των μητέρων έχει συνδεθεί με τον ανασφαλή τύπο δεσμού που θα αναπτύξει το παιδί και την ποιότητα των συναισθηματικών αλληλεπιδράσεων που θα αναπτύξει με τη μητέρα του (Goodyer, 1990).

[46] Γονείς που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα συχνά έχουν ένταση στις μεταξύ τους σχέσεις. Έχει επιβεβαιωθεί, ότι τα παιδιά που είναι εκτεθειμένα σε καβγάδες και στη χρήση σωματικής βίας μεταξύ των γονιών τους, έχουν αυξημένο

(Jouriles, McDonald, Smith, Heyman & Garrido, 2008. Minze, McDonald, Rosentraub & Jouriles, 2010).

Αρκετές σύγχρονες έρευνες υποστηρίζουν, μέσα από τα ευρήματα τους, ότι η γονεϊκή κατάθλιψη συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση αυξημένων προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στα παιδιά προσχολικής ηλικίας αλλά και πολλών δυσλειτουργιών στις ίδιες τις οικογένειες, όπως προβλήματα στη σχέση με το/τη σύντροφο και αρνητικές πρακτικές ανατροφής (Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch & Brownridge, 2007. Middleton et al., 2009. Renk et al., 2007. Renk, Roddenberry, Oliveros, & Sieger, 2007). Πιο συγκεκριμένα οι Langrock, Compas, Keller, Merchant & Copeland (2002), υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη/ανησυχία, η επιθετικότητα και η εχθρότητα, που εμφανίζουν τα παιδιά, συνδέεται άμεσα με την κατάθλιψη των γονέων τους. Σχετικά με τις πρακτικές ανατροφής, ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι γονείς με συμπτώματα κατάθλιψης χρησιμοποιούν πιο συχνά συμπεριφορές εξαναγκασμού (απειλές, τιμωρίες, θυμό και άρνηση), ενώ φαίνεται να αγνοούν τα παιδιά τους και παρουσιάζουν αδυναμία στην ικανοποίηση των αναγκών τους (Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000).

Έρευνες, επίσης, που εξετάζουν τη σύνδεση του άγχους των γονέων με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, αποφαίνονται ότι, τα παιδιά με γονείς που έχουν άγχος είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα απομόνωσης, αποδιοργανωμένες συμπεριφορές και επιθετικότητα (Campbell, 1995). Οι αγχωμένοι γονείς είναι πιο πιθανό να έχουν αγχωμένα παιδιά (Ginsburg, Grover & Ialongo, 2004. Whaley, Pinto & Sigman, 1999), ενώ ακόμα και η ήπια κατάθλιψη ή η αγχώδης διαταραχή των γονέων φαίνεται να συνδέεται με την εκδήλωση άγχους[47] από τα παιδιά όχι μόνο στην παιδική ηλικία αλλά και αργότερα (Watt & Stewart, 2003. West & Newman, 2003). Ειδικότερα, οι Mesman & Koot (2000), επισημαίνουν ότι το στρες των γονέων είναι ένας γενικός προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας στα παιδιά, ενώ οι Crnic, Gaze &

κίνδυνο να παρουσιάσουν εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς όπως επιθετικότητα και απειθαρχία (Grych,Wachsmuth-Schlaefer & Klockow, 2002).

[47] Η βιβλιογραφία στο χώρο της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας και ψυχιατρικής διαχωρίζει το άγχος των παιδιών σε αυτό που αποκαλείται «αρνητικό συναίσθημα» (negative affect) ή αγχώδης ένδειξη (trait anxiety) και το οποίο χαρακτηρίζεται από γενικευμένα αισθήματα ανησυχίας ή φόβου (όπως είναι για παράδειγμα ο φόβος για το σκοτάδι που αποτελεί εκδήλωση άγχους αλλά θεωρείται ως μη αποκλίνουσα συμπεριφορά σε επίπεδο κλινικής διάγνωσης για παιδιά προσχολικής ηλικίας) και τις αγχώδεις διαταραχές. Οι τελευταίες εκδηλώνονται στην παιδική ή και στην προσχολική ηλικία (όπως το άγχος αποχωρισμού, η κοινωνική φοβία και διαταραχή μετατραυματικού στρες) (Craske, 1999. Schniering, Hudson & Rapee, 2000. Wood et al., 2003) και θεωρούνται ως αποκλίνουσες συμπεριφορές στα πλαίσια της διάγνωσης. Η σύγκλιση δεδομένων από διαφορετικά επιστημονικά πεδία (γενετική, βιολογία, παιδοψυχιατρική και αναπτυξιακή ψυχολογία) έχει δείξει ότι τόσο εξωγενείς (οικογενειακοί και κοινωνικο -οικονομικοί) όσο και ενδογενείς παράγοντες (γονιδιακοί, γνωστικοί, νοητικό δυναμικό), συμβάλλουν στην εμφάνιση ή μη αγχωδών παραγώγων στο παιδί (Manassis & Bradley, 1994. Vasey & Dadds, 2001).

Hoffman (2005) συνδέουν το στρες των γονέων με τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Πολλές έρευνες μελετούν ειδικά, τη σχέση της κατάθλιψης των μητέρων με το άγχος των παιδιών τους και επιβεβαιώνουν ότι η μητρική κατάθλιψη συνδέεται άμεσα με την εκδήλωση αγχώδη διαταραχών κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας (Feng, Shaw & Silk, 2008. Goodman, 2007. Gross, Shaw & Moilanen, 2008. Nordahl et al., 2007). Επίσης, άλλοι ερευνητές συσχετίζουν τη μητρική κατάθλιψη με την εκδήλωση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων συμπτωμάτων σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας ανεξαρτήτως φύλου (Essex, Klein, Miech & Smider, 2001. Goodman et al. 2011). Ειδικά, όμως, οι Gross et al. (2008), διερευνώντας τη σχέση που μπορεί να έχει η καταθλιπτική συμπτωματολογία της μητέρας με τα προβλήματα συμπεριφοράς που εμφανίζουν τα παιδιά, κατέληξαν στο ενδιαφέρον συμπέρασμα ότι, ειδικά η διασπαστική συμπεριφορά των αγοριών στη μέση παιδική ηλικία (5-7 ετών) και η αντικοινωνική συμπεριφορά στην εφηβεία συνδέονται άμεσα με την κατάθλιψη των μητέρων τους.

Αναφορικά με τη ρύθμιση του συναισθήματος και τη μητρική κατάθλιψη, φαίνεται ότι τα παιδιά καταθλιπτικών μητέρων έχουν περιορισμένο ρεπερτόριο συναισθηματικών αντιδράσεων, χρησιμοποιώντας λιγότερο αποτελεσματικές στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης και συναισθηματικής επάρκειας, σε σύγκριση με τα παιδιά μη καταθλιπτικών μητέρων (Garber, Braafladt & Zeman, 1991. Silk, Shaw, Skuban, Oland & Kovacs, 2006). Οι Foster et al. (2008) μελέτησαν ειδικά, τη συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων που εμφάνισαν μητέρες με διαγνωσμένη κατάθλιψη, σε σχέση με τη γενικότερη λειτουργία της οικογένειας και την ικανότητα του παιδιού για προσαρμογή[48]. Στα αποτελέσματα στης έρευνας τους κατέληξαν ότι η επανεμφάνιση και ιδιαίτερα η διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου των μητέρων σχετίζεται άμεσα με τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος του παιδιού. Άλλες έρευνες πάλι υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη της μητέρας δε συνδέεται με την εμφάνιση διαταραχών στα παιδιά (Lavigne et al., 1996. Thomas, Byrne, Offord & Boyle, 1991).

Παραμένοντας στο χώρο των ερευνών που εξετάζουν τη δυαδική σχέση μητέρας-παιδιού, το στρες των μητέρων συνδέθηκε άμεσα με τα εξωτερικευμένα προβλήματα

[48] Η εκτίμηση της παιδικής προσαρμογής έγινε με βάση την ύπαρξη ψυχιατρικής διάγνωσης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθηματικών δυσκολιών, το επίπεδο λειτουργικότητας του παιδιού - όπως αυτό καθορίζεται από την προσαρμογή του σε ευρύτερα κοινωνικά περιβάλλοντα πέραν του οικογενειακού (π.χ. το σχολείο ή ο παιδικός σταθμός), τις σχέσεις με τους συνομηλίκους, τη συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες, την ανοχή στη ματαίωση και την απογοήτευση, καθώς επίσης και με την ύπαρξη ή μη εσωτερικευμένων ή εξωτερικευμένων συμπτωμάτων. Η λειτουργία της οικογένειας εκτιμήθηκε με βάση τη συνοχή της οικογένειας, τη συναισθηματική εκφραστικότητα μεταξύ των μελών της οικογένειας και τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις (Foster et al., 2008).

(Brenner & Fox, 1998) και τα εσωτερικευμένα προβλήματα (Pike, Iervolino, Eley, Price & Plomin, 2006) που εμφάνιζαν τα παιδιά τους.

Οι Kane & Garner (2009) εστιάζουν στη ψυχοπαθολογία του πατέρα και συγκεκριμένα στην κατάθλιψη, ως αιτιολογικού παράγοντα για τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος των παιδιών, ανεξάρτητα από την ψυχοπαθολογία της μητέρας. Η καταθλιπτική διαταραχή σε πατέρες φαίνεται πως συνδέεται με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Kane & Garner, 2009. Liber et al., 2008. Ramchandani et al., 2005). Οι Brennan, Hammen, Katz & LeBrocque (2002)[49] συνδέουν ειδικά την κατάθλιψη των πατέρων με την εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων και οι Ramchandani et al. (2005) υποστηρίζουν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης είναι μεγαλύτερος στα αγόρια από ό,τι στα κορίτσια. Ακόμα και αν η κατάθλιψη του πατέρα τεθεί αργότερα υπό έλεγχο ή θεραπεία, ο κίνδυνος εξακολουθεί να υπάρχει επικυρώνοντας έτσι τη σπουδαιότητα των πρώτων χρόνων της ζωής για τη συνολική ανάπτυξη του παιδιού (Liber et al., 2008).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι έρευνες που ασχολούνται με τη διαγενεακή ψυχοπαθολογία και πως αυτή επιδρά στη ψυχολογία και την ανάπτυξη του παιδιού. Οι Olino et al. (2008) αναφέρουν μια σημαντική επίδραση της κατάθλιψης των παππούδων και γιαγιάδων και της κατάθλιψης των γονέων στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας και αγχώδη διαταραχών στα παιδιά.

Κλείνοντας, είναι σημαντικό να αναφέρουμε και την άποψη σύμφωνα με την οποία τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος των παιδιών είναι υπαίτια για την εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας στους γονείς, οι οποίοι, τελικά, αισθάνονται ανήμποροι και ανεπαρκείς να βοηθήσουν τα παιδιά τους και έτσι συχνά εκδηλώνουν κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές (Middleton et al., 2009). Ο Patterson (όπως αναφέρουν οι Middleton et al., 2009) αναφερόμενος σε αυτή τη σχέση την περιγράφει ως καταναγκαστικό κύκλο κοινωνικοποίησης, υποστηρίζοντας ότι οι γονείς και τα παιδιά στο πλαίσιο της οικογένειας επηρεάζονται μεταξύ τους μέσα από ένα αμφίδρομο τρόπο.

[49] Στην ίδια έρευνα η καταθλιπτική συμπτωματολογία των μητέρων συνδέθηκε ειδικά με την εμφάνιση εσωτερικευμένων προβλημάτων στα παιδιά.

2.2.3 ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΚΛΙΜΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας δημιουργείται μέσα από μια σειρά διαμεσολαβητικών παραγόντων. Σημαντικότεροι είναι ο τύπος δεσμού ή προσκόλλησης που έχει αναπτύξει το παιδί με την μητέρα του ή το κύριο πρόσωπο φροντίδας, το στυλ της γονεϊκής φροντίδας που υιοθετείται από τους γονείς αλλά και η ποιότητα των σχέσεων του ζευγαριού.

Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογενειακό περιβάλλον όπου επικρατεί κακοποίηση, πρακτικές τιμωρίας και συγκρούσεις βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν συναισθηματικές διαταραχές, όπως άγχος και κατάθλιψη (Davila, Ramsay, Stroud & Steinberg, 2005. Levy, 2005. Shaw, Keenan & Vondra, 1994). Τέτοιου είδους στερητικές εμπειρίες στα πρώτα χρόνια της ζωής ενός παιδιού, μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους καθώς και την ανθεκτικότητά του στο στρες κατά την ενήλικη ζωή (Cassidy, 1994. Shaver, Mikulincer, 2002. Skowron & Dendy, 2004.).

2.2.3.1 Ο τύπος δεσμού και τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος

Σε σχέση με το ρόλο των γονέων ως παράγοντα επίδρασης στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στο παιδί, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η ποιότητα των συναισθηματικών σχέσεων γονέων-παιδιού και ειδικότερα ο δεσμός ή προσκόλληση του βρέφους προς τη μητέρα (ή προς το πρόσωπο κύριας φροντίδας) φαίνεται να είναι καθοριστικής σημασίας (Bartholomew & Horowitz, 1991. Bowlby, 1977. Hazan & Shaver, 1987. Shaver & Mikulincer, 2002).

Η θεωρία του δεσμού έχει αρχικά προταθεί από τον J.Bowlby (1977), σύμφωνα με τον οποίο, η έννοια του δεσμού αναφέρεται στην «τάση των ανθρωπίνων όντων να δημιουργούν ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς με σημαντικούς άλλους». Η βασική υπόθεση του Bowlby (1977) είναι ότι το σύστημα δημιουργίας ισχυρών συναισθηματικών δεσμών στους ανθρώπους είναι αποτέλεσμα της εξέλιξης, με κύριο στόχο να δημιουργηθεί μία ζώνη εγγύτητας μεταξύ του βρέφους και της μητέρας ή του κυρίου προσώπου φροντίδας σε συνθήκες κινδύνου ή απειλής.

Η ανάπτυξη της δημιουργίας δεσμού από το βρέφος προς τη μητέρα, συνιστά μια πολύπλοκη διεργασία, στην οποία εντάσσονται αμοιβαίες μεταξύ τους συνδιαλλαγές[50] (Bowlby, 1982). Σύμφωνα με τη θεωρία της δημιουργίας δεσμού, το παιδί αναπτύσσει σταδιακά «εσωτερικευμένα μοντέλα διεργασίας των σχέσεων» με τα πρόσωπα δεσμού. Αυτά τα μοντέλα περιλαμβάνουν νοητικές αναπαραστάσεις[51] συναισθηματικών συνδιαλλαγών, καθώς και προσδοκίες του παιδιού σχετικά με την ποιότητα των συνδιαλλαγών στο μέλλον (Bretherton & Munholland, 2008. Britten, Marvin & Pianta, 2005).

Σε προέκταση της θεωρίας του Bowlby, μεταγενέστεροι θεωρητικοί προτείνουν ότι το σύστημα δεσμού λειτουργεί με στόχο να παρέχει στα παιδιά μία αίσθηση ασφάλειας, η οποία διευκολύνει τη δυνατότητα εξερεύνησης του περιβάλλοντός τους (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 2014).

Η Ainsworth, βασισμένη στις αντιδράσεις βρεφών κατά τη διάρκεια αποχωρισμού και κατά τη διάρκεια επανασύνδεσης με τη μητέρα ή το κύριο πρόσωπο φροντίδας σε μία δομημένη πειραματική συνθήκη (Συνθήκη του Ξένου), διέκρινε τρεις διαφορετικούς τύπους δεσμού: τον ασφαλή, τον αγχώδη - αντιδραστικό και τον αποφευκτικό τύπο[52] (Ainsworth et al. 2014. Dozier & Kobak, 1992). Μετέπειτα ερευνητικές μελέτες σε παραμελημένα και κακοποιημένα παιδιά ανέδειξαν και έναν τέταρτο τύπο δεσμού, τον αποδιοργανωμένο[53] (Main & Solomon, 1986, 1990). Οι έρευνες στο συγκεκριμένο πληθυσμό επεσήμαναν τους περιορισμούς στο σύστημα κωδικοποίησης της Ainsworth και

---

[50] Στη προσπάθειά του να εξηγήσει περαιτέρω αυτή τη σχέση, ο Bowlby (1982) περιγράφει τα βασικά χαρακτηριστικά που την διακρίνουν. Όπως αναφέρει, η σχέση αυτή είναι *εξειδικευμένη*, δηλαδή απευθύνεται προς ένα ή λίγα συγκεκριμένα άτομα (συνήθως τη μητέρα ή το κύριο πρόσωπο φροντίδας) και *έχει διάρκεια*, δηλαδή καλύπτει ένα μεγάλο μέρος του κύκλου της ζωής. Επιπλέον *χαρακτηρίζεται από τη συμμετοχή του συναισθήματος* (έχει την έννοια του «αγαπάω», «νοιάζομαι», «πενθώ για την απώλεια του-της αγαπημένης μου»), αναπτύσσεται μέσα από *οντογενετικές διεργασίες* καθώς η συμπεριφορά δεσμού για το παιδί αναπτύσσεται μέσα στου πρώτους εννέα μήνες ζωής. Γι' αυτόν τον λόγο, άλλωστε, η παροχή φροντίδας από τη μητέρα ή το κύριο πρόσωπο φροντίδας, είναι καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη «ασφαλούς δεσμού». Τέλος, δεν επηρεάζεται παρά ελάχιστα από μηχανισμούς επιβράβευσης ή τιμωρίας, χαρακτηρίζεται από οργανωμένα συστήματα συμπεριφοράς που ήδη τίθενται σε λειτουργία μετά το πρώτο έτος της ζωής του παιδιού, και συνιστά μια βιολογική λειτουργία που παρατηρείται σε όλα, σχεδόν τα θηλαστικά. (Bowlby, 1977, 1982).

[51] Ο Bowlby αναφέρει δύο στοιχεία – κλειδιά, που προσδιορίζουν το περιεχόμενο αυτών των αναπαραστάσεων: Το πρώτο σχετίζεται με την μητέρα ως βασικό πρόσωπο φροντίδας το οποίο κρίνεται από το παιδί ως επαρκές ή μη για υποστήριξη και φροντίδα. Το δεύτερο σχετίζεται με το αν το ίδιο το παιδί κρίνεται ως υποκείμενο φροντίδας και βοήθειας τόσο από τη μητέρα όσο και από οποιονδήποτε άλλο (Bowlby, 1982).

[52] Τα βρέφη με ασφαλή δεσμό καλωσόριζαν τη μητέρα ή το πρόσωπο φροντίδας στο επεισόδιο επανασύνδεσης και- παρόλο που εξέφραζαν το στρες λόγω του πρόσφατου αποχωρισμού- αναζητούσαν την εγγύτητα μαζί τους. Τα βρέφη με αγχώδη- αντιδραστικό τύπο δεσμού έδειχναν αμφιθυμική συμπεριφορά και δυσκολεύονταν να ηρεμήσουν κατά την επανασύνδεση. Τα αποφευκτικά βρέφη απέφευγαν την εγγύτητα ή την αλληλεπίδραση με το πρόσωπο φροντίδας κατά την επανασύνδεση.

[53] Ο αποδιοργανωμένος τύπος δεσμού μπορεί, επομένως, να ορισθεί ως η απουσία μίας συνεκτικής και οργανωμένης στρατηγικής ρύθμισης του συναισθήματος. Στην περίπτωση των παραμελημένων – κακοποιημένων παιδιών η αποδιοργάνωση του δεσμού είναι κυρίαρχη σε σημείο που το παιδί δεν μπορεί να οργανώσει μία δευτερεύουσα προσπάθεια ρύθμισης του στρες και της έντασής του (Main & Hesse, 1990).

των συνεργατών της, καθώς παιδιά με αποδεδειγμένο ιστορικό παραμέλησης και κακοποίησης κατατάσσονταν στην κατηγορία του ασφαλούς δεσμού (Βορριά, 2008. Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989. Van Ijzenddorn, Schuengel & Bakermans – Kranenburg, 1999). Κοινός παρονομαστής της συμπεριφορά αυτών των παιδιών στη Συνθήκη του Ξένου, αποτελούσε η έλλειψη μίας οργανωμένης στρατηγικής για τη διαχείριση του στρες κατά την απουσία της μητέρας ή του κύριου προσώπου φροντίδας.

Η καταλυτική σημασία της θεωρίας του δεσμού για την κατανόηση των ψυχοσυναισθηματικών δυσλειτουργιών των παιδιών έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές. Ειδικότερα, έχει επιβεβαιωθεί ότι ο τρόπος που συνδέεται το παιδί με τους γονείς του στα διάφορα στάδια ανάπτυξης, επηρεάζει τη συναισθηματική και κοινωνική επάρκεια του[54] (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999. Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsy & Dubois-Comtois, 2005. Sroufe et al., 2005) την ανάπτυξη του νοητικού του δυναμικού (Cicchetti, Rogosch & Toth, 2006. Jacobsen, Edelstein & Hofmann, 1994. Jacobsen & Hofmann, 1997. Jacobsen, Huss, Fendrich, Kruesi & Ziegenhain, 1997) αλλά και την οργάνωση των μηχανισμών, γνωστικών και νευροφυσιολογικών, που ρυθμίζουν τη λειτουργία της προσοχής (Belsky & Fearon, 2002. Fearon & Belsky, 2004). Τα παιδιά που έχουν αναπτύξει ασφαλή δεσμό κατά την προσχολική ηλικία φαίνεται να υιοθετούν αποτελεσματικότερες στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, σε σχέση με τα παιδιά με ανασφαλή δεσμό (Contreras, 2000. Muris et al., 2000**.** Gilliom, Shaw, Beck, Schonberg & Lukon, 2002. Scaramella & Leve, 2004).

Ειδικότερα, σε μια μεγάλη έρευνα των Shaw, Owens, Vondra, Keenan & Winslow (1996), επιβεβαιώθηκε ότι τα βρέφη με αγχώδη- αντιδραστικό τύπο δεσμού είχαν πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν εξωτερικευμένα προβλήματα στην προσχολική ηλικία. Επίσης, φάνηκε, ότι τα βρέφη ενός έτους με αποδιοργανωμένο τύπο δεσμό είχαν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν επιθετικά στην ηλικία των 5 ετών, όπως και εκείνα που οι μητέρες τους στην ηλικία των δύο ετών τα χαρακτήριζαν ως δύσκολα και απαιτητικά

Τέλος, η αίσθηση του παιδιού ότι μπορεί ή δε μπορεί αντίστοιχα να βασιστεί στο γονέα του, έχει προεκτάσεις στην εμπιστοσύνη που θα εμφανίζει και στις υπόλοιπες σχέσεις του κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής (Bartholome & Horowitz, 1991. Fraley, Waller & Brennan, 2000).

[54] Τα παιδιά με φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, όπως αυτές διαμορφώνονται και από τη σχέση με τη μητέρα και το «πρότυπο σχετίζεσθαι» που έχουν εσωτερικεύσει, έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καλές σχέσεις με τους συνομηλίκους τους, καθώς δεν κατέχουν τις κατάλληλες δεξιότητες (συναισθηματικές και κοινωνικές) με αποτέλεσμα συχνά να απορρίπτονται και να παραμελούνται (Dozier, 2005. O' Connor & Zeanah, 2003).

2.2.3.2 Οι πρακτικές ανατροφής και τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος

Το στυλ γονεϊκής φροντίδας αναφέρεται, κυρίως, στους διαφορετικούς βαθμούς συναισθηματικής αντίδρασης που έχουν οι γονείς στις ανάγκες των παιδιών τους, στις πρακτικές ανατροφής που υιοθετούν αλλά και στην προβολή των απαιτήσεων τους προς τα παιδιά (Darling & Steinberg, 1993. Halberstadt & Eaton, 2002. Maccoby & Martin, 1983).

Η επίδραση των οικογενειακών παραγόντων κινδύνου (χαμηλό εισόδημα οικογένειας, χαμηλό επίπεδο μόρφωσης γονέων, ψυχοπαθολογία ενός ή και των δυο γονέων), όπως παρουσιάστηκαν παραπάνω, σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η Masten (όπως αναφέρουν οι Χατζηχρήστου, Λαμπροπούλου & Λυκιτσάκου, 2004) όμως, θεωρεί ότι ανάμεσα στους παράγοντες αυτούς και την αρνητική επίδραση που ασκούν στο παιδί, παρεμβάλλεται ως παράγοντας ρυθμιστικός και συνήθως προστατευτικός η ποιότητα του γονεϊκού ρόλου. Ειδικότερα οι Χατζηχρήστου και συν. (2004) αναφέρουν:

> Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος διαπαιδαγώγησης χαρακτηρίζεται από: α) ύπαρξη μιας ζεστής σχέσης γονέα- παιδιού, β) σταθερότητα όσον αφορά στα όρια, γ) θετικές, υψηλές προσδοκίες, και δ) παραχώρηση στο παιδί της δυνατότητας για ψυχολογική αυτονόμηση. Έχει βρεθεί ότι οι γονείς που υιοθετούν αυτό το μοντέλο ανατροφής έχουν παιδιά με λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς, υψηλότερη κοινωνική επάρκεια, καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις και σχολική επίδοση (σ. 8).

Η άμεση ανταπόκριση της μητέρας στις συναισθηματικές και βιολογικές ανάγκες του βρέφους και του νηπίου, φαίνεται να σχετίζεται με την εξέλιξη της ικανότητας του παιδιού για ρύθμιση του συναισθήματος και τη συναισθηματική επάρκεια που θα εμφανίσει σε μεταγενέστερες ηλικίες (Cohn & Tronick, 1983. Gable & Isabella, 1992). Επιπλέον, έρευνες επιβεβαιώνουν ότι παιδιά προσχολικής ηλικίας τα οποία είναι εκτεθειμένα σε οικογεγειακά περιβάλλοντα με υψηλά επίπεδα έκφρασης αρνητικού συναισθήματος, έχουν περισσότερες πιθανότητες να θυματοποιηθούν από τους συνομηλίκους τους και να εκδηλώσουν υψηλότερα επίπεδα θυμού στην πρώτη τάξη του δημοτικού σε σχέση με παιδιά που ζουν σε περιβάλλοντα ήπιας συναισθηματικής έκφρασης (Burk et al., 2008).

Σημαντική, επίσης, για την ανάπτυξη του παιδιού και την ομαλή προσαρμογή του, σύμφωνα με τη θεωρία του Rohner, είναι η αποδοχή/απόρριψη της συμπεριφοράς του

παιδιού από τους γονείς του (Rohner, Khaleque & Cournoyer, 2012). Εμπειρικά δεδομένα υποστηρίζουν ειδικά, τη σύνδεση της αποδοχής των παιδιών από τη μητέρα με τα χαμηλά επίπεδα εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς σε αυτά (Wolchik, Wilcox, Tein & Sandler, 2000), ενώ υπάρχουν και άλλες έρευνες που επιβεβαιώνουν, ότι αντίστοιχα η απόρριψη σχετίζεται με εξωτερικευμένα και εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς Τα παιδιά που βιώνουν από τα πρώτα χρόνια της ζωής τους ζεστασιά, ανταπόκριση, αμοιβαιότητα και υποστήριξη στις σχέσεις με τους γονείς τους, έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποιο από τα εξωτερικευμένα προβλήματα στο μέλλον (Shaw et al., 1994). Όσον αφορά στον ελληνικό πληθυσμό, σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε παιδιά διαφόρων ηλικιών από τους Mylonakou, Giotsa & Zergiotis (2014) και Giotsa & Touloumakos (2014), επιβεβαιώνεται ότι οι Έλληνες γονείς παρουσιάζουν γενικά χαμηλά επίπεδα απόρριψης απέναντι στα παιδιά τους σε σχέση με τους γονείς άλλων εθνικοτήτων.

Η θετική συναισθηματική επικοινωνία των γονέων με τα παιδιά τους, σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής επάρκειας των παιδιών (Denham et al., 2003. Dunn, Brown & McGuigan, 1994). Οι Noguchi & Ollendick (2010) υποστηρίζουν, επίσης, ότι η απροκάλυπτη έκφραση αρνητικών συναισθημάτων από μέρους των γονέων προς τα παιδιά, έχει σχετιστεί με την εμφάνιση άγχους σε αυτά.

Αντικείμενο έντονης ερευνητικής δραστηριότητας αποτέλεσαν και οι στρατηγικές ανατροφής σε σχέση με τη γονεϊκή ψυχολογία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και τα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς που εμφανίζουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η έρευνα των Davila et al. (2005) έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στον τύπο τιμωρίας που εφαρμόζουν οι γονείς, την ψυχοπαθολογία των γονέων και τα προβλήματα/δυσκολίες που εκδηλώνουν τα παιδιά. Συγκεκριμένα, οι στρατηγικές ανατροφής που δεν περιλαμβάνουν τιμωρία αλλά επιβράβευση της θετικής συμπεριφοράς, σπάνια σχετίζονται με προβλήματα συμπεριφοράς, συναισθήματος και την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στα παιδιά. Αντίθετα, σύμφωνα με τους Kerr, Lopez, Olson & Sameroff (2004) η επιλογή της τιμωρίας- σωματικής ή μη- σχετίζεται με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας τόσο στους γονείς - όσο και στα παιδιά. Στη μετανάλυση τους παρουσιάζουν σύγχρονες έρευνες που συνδέουν τις πρακτικές πειθαρχίας που εφαρμόζουν οι πατέρες, με τις εκδηλώσεις επιθετικότητας και προβλημάτων προσοχής από τα παιδιά αλλά και με τη σταθερότητα αυτών των προβλημάτων στο μέλλον (Kerr et al.,2004). Ο Gershoff (2002) μελετώντας ειδικά την επίδραση της σωματικής τιμωρίας, υποστηρίζει ότι

τελικά, με τη χρήση της τα παιδιά δε διδάσκονται εναλλακτικούς και κατάλληλους τρόπους συμπεριφοράς ούτε αντιλαμβάνονται επί της ουσίας τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς τους στους άλλους, ενώ έχουν αρκετές πιθανότητες να εμφανίσουν και πολλά εσωτερικευμένα προβλήματα στο μέλλον (Grusec & Goodnow, 1994). Η εκδήλωση επιθετικότητας των γονέων προς τα παιδιά τους στο σπίτι, έχει συνδεθεί ειδικά και με την εκδήλωση επιθετικότητας των παιδιών στην ομάδα συνομίληκων στο σχολείο (Stormont, 2002).

Επιπλέον, πρακτικές εφαρμογής τιμωριών σε συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών, συμβάλλουν στην υπερδιέγερση τους και, συνεπώς, στην υιοθέτηση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης από τα παιδιά (Jones, Eisenberg & Fabes, 2002). Παραδείγματα τέτοιων δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών είναι η φυγή, η αναζήτηση εκδίκησης από το παιδί προς τον τιμωρό γονέα και η αυξημένη ένταση θυμού του παιδιού (Eisenberg & Fabes, 1994. Jones, Eisenberg & Fabes, 2002.Snyder, Stoolmiller & Wilson, 2003).

Σε σχέση με τις πρακτικές γονεϊκής ανατροφής έχουν, επίσης, ειδικά μελετηθεί, η σωματική επαφή και η ενθάρρυνση (Dittman et al., 2011). Τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες χρησιμοποιούν τη σωματική επαφή για να τα ηρεμήσουν, και τα παιδιά που οι πατέρες τους τα ενθαρρύνουν να είναι γενναία, έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συναισθηματικές διαταραχές. Η θέσπιση ορίων αποτελεί ακόμα μια πρακτική ανατροφής, που επιδρά στη σχέση των παιδιών με τις μητέρες, αφού διαπιστώνεται ότι οι μητέρες που δεν εφαρμόζουν όρια οδηγούν τελικά τα παιδιά τους σε προβλήματα συμπεριφοράς (Middleton et al., 2009).

2.2.4. ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Οι συζυγικές συγκρούσεις φαίνονται να αποτελούν ακόμα μια αιτία προβλημάτων μέσα στην οικογένεια, αν και η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη για γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας (Oravecz, Osteen, Sharpe & Randolph, 2011). Η επιθετική συμπεριφορά, οι απειλές, η εξύβριση, η αρνητικότητα και τα συναισθήματα αναξιότητας προς τον/τη σύζυγο, δημιουργούν ένα αρνητικό κλίμα μέσα στην οικογένεια και αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση συναισθηματικών προβλημάτων στα παιδιά (Cummings et al., 2008), όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη και η

μετατραυματική εμπειρία (Attala & Summers, 1999). Οι Harden et al. (2000) και Linares et al. (2001) που μελέτησαν ειδικά γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας, κατέληξαν ότι οι διαμάχες μεταξύ των συντρόφων συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλήματων στα παιδιά, όπως είναι η επιθετικότητα και η απειθαρχία (Jouriles et al., 2009).

Μεγάλη σημασία για το παιδί έχει, βέβαια, σύμφωνα με τους Minze et al. (2010) ο τρόπος διαχείρισης της διαμάχης από τους ενήλικες. Στο πλαίσιο της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης, οι συναισθηματικές αντιδράσεις και συνδιαλλαγές των γονέων μεταξύ τους αποτελούν μια *κοινωνική αναφορά* (social referencing) και λειτουργούν ως πρότυπα συμπεριφοράς, τα οποία διδάσκουν στα παιδιά ποια συναισθήματα είναι αποδεκτά και ποια όχι, αλλά και πώς αυτά μπορούν να γίνουν αντικείμενο διαχείρισης. Η *κοινωνική αναφορά* σχετίζεται με την αναζήτηση από το παιδί πληροφοριών που προέρχονται από του σημαντικούς άλλους, σε σχέση με το πώς να αντιδράσει, να σκεφθεί ή να αισθανθεί, όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με μια συγκεκριμένη κατάσταση ή ερέθισμα (Saarni et al., 2007). Οι Emde, Biringen, Clyman & Oppenheim (1991), δίνουν ως παράδειγμα κοινωνικής αναφοράς την περίπτωση ενός παιδιού που αντιμετωπίζει μια στρεσογόνο κατάσταση. Στην κατάσταση αυτή το παιδί αναζητά τους γονείς ως πρόσωπα αναφοράς και λαμβάνοντας μηνύματα από αυτούς σε σχέση με τρόπους αντίδρασης, ενεργοποιεί εσωτερικές αναπαραστάσεις σε σχέση με τις συναισθηματικές αντιδράσεις των γονέων σε παρόμοιες καταστάσεις. Στο τέλος, οργανώνει τρόπους ρύθμισης του συναισθήματος του και αντιμετώπισης της στρεσογόνου κατάστασης.

Τα παιδιά μαθαίνουν, λοιπόν, ότι συγκεκριμένες καταστάσεις προκαλούν συγκεκριμένα συναισθήματα. Παρατηρώντας τις αντιδράσεις των γονέων μαθαίνουν, επίσης, πώς πρέπει να αντιδρούν σε παρόμοιες καταστάσεις (Denham, Mitchell-Copeland, Strandberg, Auerbach & Blair, 1997). Σύμφωνα με τους Fosco, DeBoard & Grych (2007) ο τρόπος, γενικά, που τα παιδιά αντιλαμβάνονται την κατάσταση διαμάχης, τα καθοδηγεί στη μετέπειτα αντιμετώπιση των συγκρούσεων και σε άλλα πλαίσια.

Αξίζει, τέλος, να σημειωθεί ότι η βία μεταξύ των συζύγων αυξάνει τις πιθανότητες για κατάθλιψη, ειδικά στις μητέρες, (Dehon & Weems, 2010) και ως εκ τούτου, είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές ανατροφής, οι οποίες συμβάλλουν στην ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφοράς στα παιδιά (Dehon & Weems, 2010).

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Οι βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες έχουν πλέον αναθέσει μεγάλο μέρος της φροντίδας, της εκπαίδευσης και της κοινωνικοποίησης των μικρών παιδιών στα κέντρα προσχολικής αγωγής (νηπιαγωγεία και παιδικούς σταθμούς) (Μπάκας & Δημητριάδη, 2012). Τα κέντρα αυτά παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή των οικογενειών αναλαμβάνοντας μεγάλο μέρος της ευθύνης για την ανατροφή των παιδιών (Γεώργας και συν., 2006. Χατζηχρήστου, 2012).

Το νηπιαγωγείο μαζί με την οικογένεια αποτελούν δυο ζωντανά ψυχοκοινωνικά συστήματα (Παπαδιώτη- Αθανασίου, 2000), τα οποία «δεν είναι απομονωνόμενα το ένα με το άλλο, αλλά βρίσκονται σε μια δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση, δηλαδή, οι αλλαγές και τα γεγονότα που συμβαίνουν στα μέλη του ενός επηρεάζουν έμμεσα ή άμεσα τα μέλη του άλλου» (Γεώργας & Γιώτσα, 2011β, σ. 9). Το παιδί, όταν έρχεται στο νηπιαγωγείο, αρχίζει να κινείται πλέον ανάμεσα στα δύο αυτά συστήματα, την οικογένεια και το σχολείο. Το πόσο ομαλά θα γίνει η μετάβαση από το ένα σύστημα στο άλλο θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την προσαρμογή του παιδιού στο νηπιαγωγείο, την ακαδημαϊκή του επίδοση αλλά και την κοινωνική και συναισθηματική του ανάπτυξη μέσα σε αυτό (Μυλωνάκου – Κεκέ, 1996, 2006. Vogler, Crivello & Woodhead, 2008). Σε μια μεγάλη έρευνα με δείγμα 1.800 παιδιών στην Αυστραλία, μελετήθηκε η μετάβαση από την οικογένεια στο νηπιαγωγείο (Thorpe et al., 2004). Τα αποτελέσματά της έδειξαν ότι, όταν η μετάβαση από το σπίτι στο νηπιαγωγείο γίνεται χωρίς κάποια προετοιμασία παιδιών και γονέων τότε αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση προβλημάτων στην ακαδημαϊκή αλλά και την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των πρώτων.

Ενδιαφέρον θα είχε να εξετάσουμε πως αντιμετωπίζεται το θέμα της μετάβασης από το σύστημα της οικογένειας στο σύστημα του σχολείου, μέσα στα δύο τελευταία Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών του νηπιαγωγείου - επίσημους εκφραστές της πολιτικής που ασκείται από το Υπουργείο Παιδείας. Στο Α.Π.Σ του 1989 (Βενιζέλου και συν., 1989), η μετάβαση του παιδιού από την οικογένεια στο σχολείο αναφέρεται απλά ως μια «βαθιά κρίση» που περνά το νήπιο. Ο νηπιαγωγός θα πρέπει να αντιμετωπίζει, ιδιαίτερα στην αρχή, με πολύ προσοχή τα συναισθηματικά προβλήματα του παιδιού χωρίς όμως να προτείνονται πουθενά τρόποι αντιμετώπισής τους (Γιώτσα & Δώνη, 2012β). Στο Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003) και τον Οδηγό Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006) που το συνοδεύει, ο νηπιαγωγός κρίνεται πλέον αναγκαίο να συνεργάζεται με τους γονείς για την

ομαλή μετάβαση του παιδιού στο νηπιαγωγείο. Ο Οδηγός Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006) μάλιστα, αφιερώνει και ένα ολόκληρο κεφάλαιο στην οικογένεια, το οποίο τιτλοφορείται ως «Συνεργασία με το σπίτι» (σσ. 59-56). Από την εισαγωγή του κεφαλαίου επικρατεί γενικά η άποψη ότι «…τα πιο αποτελεσματικά προγράμματα για τις μικρές ηλικίες είναι αυτά που επιτυγχάνουν συνεργασίες ανάμεσα σε όλους τους εμπλεκόμενους στη μαθησιακή διαδικασία (εκπαιδευτικούς, γονείς, παιδιά)» (σ.18), ενώ παρακάτω υπάρχουν σύντομες θεωρητικές αναφορές σχετικά με τη σημασία της συνεργασίας των δυο συστημάτων και πρακτικές προτάσεις επικοινωνίας νηπιαγωγού- γονέων. Ειδικότερα, για τη διευκόλυνση της μετάβασης του παιδιού στο σχολικό πλαίσιο προτείνεται στο νηπιαγωγό να καλέσει τους γονείς, την εβδομάδα έναρξης λειτουργίας του σχολείου, σε μια πρώτη συνάντηση γνωριμίας. Στη συνάντηση αυτή οι γονείς θα γνωρίσουν το χώρο, το πρόγραμμα του νηπιαγωγείου και τον τρόπο που θα συνεργαστούν μαζί του. Επίσης, προτείνεται ο νηπιαγωγός να δώσει στους γονείς και μια λίστα με τρόπους που θα διευκολύνουν γρήγορα και εύκολα την προσαρμογή του παιδιού τους στο σχολικό περιβάλλον (Δαφέρμου και συν., 2006 σσ. 50-51). Στο τέλος αυτής της συνάντησης, ο νηπιαγωγός, έχει ιδιαίτερη επικοινωνία «με το κάθε γονέα ξεχωριστά και συγκεντρώνει σημαντικές πληροφορίες για το παιδί (αν έρχεται με ευχαρίστηση στο σχολείο, ποια είναι η αγαπημένη του ενασχόληση στο σπίτι, κ.λ.π)» (Δαφέρμου και συν., 2006, σ.51), τις οποίες χρησιμοποίει στον εκπαιδευτικό σχεδιασμό του. Όλα τα παραπάνω, θα ήταν, βέβαια, χρήσιμο να μη δίνονταν αποσπασματικά ως προτάσεις- συνταγές, αλλά να περικλείονταν σε κάποια πρακτικά παραδείγματα δράσεων μετάβασης από το ένα σύστημα στο άλλο ώστε οι νηπιαγωγοί να διευκολύνονταν περισσότερο στην εφαρμογή τους (Γεώργας & Γιώτσα, 2011γ. Γιώτσα & Δώνη, 2012β. Μυλωνάκου- Κεκέ, 2006, 2009). Επίσης, σημαντικό είναι να υπήρχαν στο ισχύον Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003), συγκεκριμένες αναφορές στις δυσκολίες - προβλήματα (π.χ απομόνωση, σωματικές ενοχλήσεις, προβλήματα προσοχής, κ.α) που μπορεί να εμφανίσουν τα παιδιά, λόγω της μη ομαλής μετάβασης στο νηπιαγωγείο, αλλά και στους τρόπους αντιμετώπισής τους από νηπιαγωγούς και γονείς (Μυλωνάκου – Κεκέ, 2009. Network, 2003. Pianta, La Paro, Payne, Cox & Bradley, 2002. Silver, Measelle, Armstrong & Essex, 2005). Τα πιλοτικό Πρόγραμμα σπουδών του 2011 (Υπουργείο δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, 2011) φαίνεται ότι έρχεται να καλύψει σημαντικό μέρος των κενών αυτών (Γιώτσα & Δώνη, 2012β).

Εκτός όμως από τη σημασία της μετάβασης του παιδιού από το ένα σύστημα στο άλλο, η λειτουργία του παιδιού στο νηπιαγωγείο είναι μια δυναμική διαδικασία και για να την κατανοήσουμε θα πρέπει αρχικά να την περιγράψουμε. Το σύστημα του δημόσιου νηπιαγωγείου- με το οποίο ασχολούμαστε στην παρούσα μελέτη- το απαρτίζουν ο διευθυντής, οι νηπιαγωγοί, οι μαθητές, οι γονείς των μαθητών και το βοηθητικό προσωπικό (Μπάκας, 2010). Σύμφωνα με τη θεωρία των συστημάτων[55] η ομαλή λειτουργία του νηπιαγωγείου εξαρτάται από το σύνολο των μερών που το αποτελούν και τη μεταξύ τους οργάνωση (Γεώργας και συν., 2006). Το παιδί δρώντας συλλογικά μέσα στο σύστημα αυτό συμμετέχει στη μαθητική κοινότητα και, παράλληλα, στα συστήματα (π.χ. αίθουσα, τμήμα, σχολείο, αυλή, κοινότητα) και τις υποομάδες που την απαρτίζουν (π.χ ομάδα συμμαθητών, ομάδα δάσκαλος- μαθητές, ομάδες δραστηριοτήτων ομίλων) (Μυλωνάκου-Κεκέ, 2006). Παράλληλα, όμως, το παιδί είναι υποχρεωμένο να εφαρμόσει τους κανόνες που διασφαλίζουν τη συλλογική ζωή, την ιεραρχική οργάνωση μεταξύ των μελών και εντέλει την ομαλή λειτουργία των συστημάτων και των υποομάδων τους (Γεώργας & Γιώτσα, 2011γ. Γιώτσα, 2014β).

Οι αυξανόμενες εγγραφές φοίτησης παιδιών προσχολικής ηλικίας σε νηπιαγωγεία, καθώς και η πολύωρη παραμονή της πλειοψηφίας σε αυτά (περίπου 8 ώρες στα ολοήμερα νηπιαγωγεία), έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του ενδιαφέροντος για τη μελέτη της *ποιότητας της παρερχόμενης εκπαίδευσης,* από τους υπεύθυνους πολιτικούς φορείς, τους γονείς και τους ερευνητές (Burchinal, Peisner-Feinberg, Bryant & Clifford, 2000. Μπάκας, 1998). Μερικοί από τους πιο σημαντικούς δείκτες ποιότητας της εκπαίδευσης από τα κέντρα προσχολικής αγωγής, όπως αυτοί ορίζονται από το National Association for the Education of Young Children (2005), είναι: η αντιστοιχία εκπαιδευτικών - μαθητών, το μέγεθος τάξης, τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά εκπαιδευτικών (εκπαίδευση και επιμόρφωση), οι κτηριακές εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός.

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας χρειάζονται εκπαιδευτικά περιβάλλοντα που να τους παρέχουν πλούσια και ποιοτικά ερεθίσματα για την κοινωνική, συναισθηματική και γνωστική τους ανάπτυξη (Buyse, Verschueren & Doumen, 2011) αλλά και για την αντιστάθμιση τυχόν μειονεξιών της οικογένειας τους (ψυχοπαθολογία γονέων, χαμηλό εισόδημα, αστάθεια) (Μυλωνάκου- Κεκέ, 2006). Είναι σημαντικό, ότι αρκετές έρευνες επιβεβαιώνουν μεγάλα ποσοστά συσχέτισης της υψηλής ποιότητας εκπαίδευσης με τη συνολική ανάπτυξη των παιδιών, κυρίως: α) όταν τα παιδιά προέρχονται από οικογένειες

[55] Η θεωρία των συστημάτων παρουσιάζεται στο κεφ 2 της παρούσης μελέτης.

χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Vandell et al., 2010), β) από μονογονεϊκες οικογένειες (NICHD Early Child Care Research Network, 2002) και γ) από οικογενειακά περιβάλλοντα που δεν παρέχουν ερεθίσματα μάθησης (Votruba-Drzal, Coley & Chase- Landsale, 2004), αναδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο το σημαντικό και καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζει το σχολείο.

Σύγχρονοι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η υψηλή ποιότητα παρεχόμενης εκπαίδευσης σχετίζεται με τη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών (Burchinal, Roberts, Riggins et al., 2000. Γιώτσα, 2007. Κωνσταντίνου, 2015). Μικρότερη συσχέτιση βρέθηκε στο βαθμό επίδρασης της παρεχόμενης εκπαίδευσης στην κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος (Jeon, 2013).

Σύμφωνα με τους Bulotsky-Shearer et al. (2008), η έρευνα σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος μέσα στην σχολείο, ανέδειξε ως πιο σημαντικούς αυτούς που σχετίζονται με: το νηπιαγωγό, τις σχέσεις με τους συνομηλίκους και με το θεσμικό πλαίσιο του σχολείου (οργάνωση εσωτερικού και εξωτερικού χώρου, μέγεθος τάξης και σχολείου, ωράριο λειτουργίας του σχολείου) (Rentzou & Sakellariou, 2011).

2.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΗΠΙΑΓΩΓΟΥ

Οι νηπιαγωγοί παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο όχι μόνο στη μετάδοση γνώσεων στα παιδιά αλλά και στη διδασκαλία κοινωνικών δεξιοτήτων και τη ρύθμιση των επιπέδων δράσης, επικοινωνίας και επαφής τους με τους συνομηλίκους και τους σημαντικούς «ενήλικες» (γονείς, εκπαιδευτικούς) (Hamre & Pianta, 2001).

Επιπροσθέτως, οι νηπιαγωγοί[56] είναι οι πρώτοι επαγγελματίες εκπαιδευτικοί του επίσημου ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος, που έρχονται σε επαφή οι γονείς, οι οποίοι, συνήθως, εκδηλώνουν πολλές ανησυχίες και ερωτήματα που αφορούν την ανάπτυξη ή τη συμπεριφορά του παιδιού τους. Ο νηπιαγωγός καλείται να συνεργάζεται με τους γονείς, μια «συνεργασία η οποία πρέπει να τίθεται σε ένα αποδεκτό παιδαγωγικό και κοινωνικό πλαίσιο με ξεκάθαρους κάθε φορά ρόλους, ώστε να αποφεύγονται οι

[56] Εκτός αν το παιδί έχει πάει πριν σε παιδικό σταθμό οπότε σε αυτήν την περίπτωση οι πρώτοι επαγγελματίες εκπαιδευτικοί που έρχεται ο γονέας σε επαφή είναι οι βρεφονηπιοκόμοι.

παρανοήσεις και η επέμβαση του ενός στο πλαισίου δράσης του άλλου» (Αγγελάκη, Γκολφινοπούλου, Διδάχου, Παπαδάκου & Ρήγα, 2012, σ.69). Στο πλαίσιο αυτής της συνεργασίας, ο νηπιαγωγός πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανησυχίες και τις απορίες των γονέων, με ένα τρόπο επιστημονικά κατανοητό ή αν δεν μπορεί, να παραπέμπει αυτούς και τα παιδιά τους στις αρμόδιες υπηρεσίες (Dwyer et al., 2005). Γνωρίζοντας ο νηπιαγωγός τις ιδιαιτερότητες του οικογενειακού πλαισίου προέλευσης του παιδιού (κουλτούρα, αξίες, και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο οικογένειας, πρακτικές ανατροφής) και επικοινωνώντας τακτικά με τους γονείς του, είναι σε θέση να αξιολογεί[57] σφαιρικά και σωστά το κάθε παιδί ξεχωριστά και να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες του (Nicholson, McFarland & Oldenburg, 1999). Συμπληρωματικά, η Μυλωνάκου - Κεκέ (1996) υποστηρίζει ότι τις ιδιαιτερότητες που αφορούν στη λειτουργία της οικογένειας του παιδιού, ο εκπαιδευτικός πρέπει να «τις γνωρίζει για να τις ερμηνεύει ορθά και να αντιμετωπίζει ανάλογα τις στάσεις και τις πεποιθήσεις του μαθητή, καθώς και τη γενικότερη συμπεριφορά του» (σ.27).

Η στήριξη που θα παρέχει ο νηπιαγωγός στο παιδί και η *ποιότητα της σχέσης* που θα αναπτύξει μαζί του θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό τη σχολική του πορεία (Κωνσταντίνου, 2015). Σύμφωνα με τη Χατζηχρήστου και συν. (2004), οι μαθητές αποκτούν υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, κίνητρα για μάθηση και σωστή συμπεριφορά, όταν οι δάσκαλοι, τους παρέχουν ποικιλία μαθησιακών εμπειριών που αφορούν σε όλους τους τομείς ανάπτυξης. Επίσης, όταν χρησιμοποιούν συχνά την τεχνική της ανατροφοδότησης και την παιδαγωγική του λάθους, αξιοποιώντας θετικά τις λανθασμένες προσπάθειες των παιδιών (Γκότοβος, 2002). Τέλος, οι μαθητές αποκτούν υψηλά κίνητρα για μάθηση, όταν οι εκπαιδευτικοί αναδεικνύουν και ασχολούνται με τις συναισθηματικές αλλά και γνωστικές ιδιαιτερότητες του κάθε παιδιού ξεχωριστά και όταν θέτουν εφικτούς στόχους που αφορούν στη μάθηση και τη σωστή συμπεριφορά των μαθητών τους (Γκότοβος, 2010. Χατζηχρήστου και συν., 2004).

Όλα τα παραπάνω θα ήταν ενδιαφέρον να δούμε πως προσεγγίζονται στα ελληνικά Αναλυτικά Προγράμματα του νηπιαγωγείου. Στο ΑΠΣ του 1989 (Βενιζέλου και συν., 1989), η επαφή γονέων και νηπιαγωγών επιδιώκεται σε εξαιρετικά ελάχιστες περιπτώσεις.

[57] Ο νηπιαγωγός έχει τη δυνατότητα μέσα από τη σωστή και έγκαιρη ανίχνευση των ψυχοσυναισθηματικών δυσκολιών που μπορεί να εμφανίσει ένα παιδί, να προβλέψει τυχόν δυσκολίες με τις οποίες μπορεί να έρθει αντιμέτωπο κατά την διάρκεια της παραμονής του στο σχολείο (Ackerman et al., 2004. Knitzer, 1993. Webster-Stratton & Reid, 2003), αλλά και να παρέμβει μειώνοντας την αρνητική επίδραση άλλων σημαντικών παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την οικογένεια (Morrison & Bratton, 2010). Ο ρόλος του νηπιαγωγού στην ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές της παρουσιάζεται αναλυτικά στο υποκεφ 3.1.2.1.1 της παρούσας εργασίας.

Ειδικότερα, προτείνεται οι γονείς να συμμετάσχουν στην παρακολούθηση σχολικών εορτών, ουσιαστικά ως παθητικό ακροατήριο, ενώ δεν υπάρχει αναφορά σε κανενός άλλου είδους εμπλοκή τους στα σχολικά δρώμενα (σσ. 103 και σ.337). Επίσης, οι νηπιαγωγοί φαίνεται να αναλαμβάνουν το ρόλο του συμβούλου ενημερώνοντας τους γονείς πάνω στις νέες παιδαγωγικές αρχές, οι οποίες αφορούν μάλιστα μόνο την αισθητική καλλιέργεια του παιδιού. Στη συνέχεια προτείνεται στους νηπιαγωγούς η καθοδήγηση των γονέων, σχετικά με το τι πρέπει να κάνουν οι ίδιοι με τα εικαστικά δημιουργήματα των παιδιών τους (σ.129). Στον Οδηγό Νηπιαγωγού του 2006 (Δαφέρμου και συν., 2006) υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Οι γονείς εμφανίζονται να συμμετέχουν πλέον ενεργά στην εκπαιδευτική διαδικασία. Ειδικότερα, προτείνεται στους νηπιαγωγούς η συστηματική ενημέρωση των γονέων για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που ακολουθούν (στόχους, δραστηριότητες, αξιολόγηση) και η παρότρυνση της εθελοντικής συμμετοχής τους σε αυτό, μέσα από διάφορες δράσεις (π.χ ανάγνωση βιβλίων στα παιδιά, παρουσίαση του επαγγέλματος τους, συνοδεία σε μια επίσκεψη, κά) (Δαφέρμου και συν., 2006, σ.51). Επίσης, οι νηπιαγωγοί συνεργάζονται με τους γονείς προτείνοντάς τους τρόπους που μπορούν να συνεχίσουν και να προωθήσουν τη μάθηση των παιδιών εκτός σχολικού πλαισίου. Αντίστοιχα, καμία αναφορά δε γίνεται στους τρόπους που μπορούν οι γονείς να ενισχύσουν τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες των παιδιών τους, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη λειτουργική προσαρμογή των παιδιών στα διάφορα συστήματα μέσα στα οποία αυτά δραστηριοποιούνται (π.χ οικογένεια, σχολείο, γειτονιά-κοινότητα) (Γιώτσα & Δώνη, 2012β).

Η βιβλιογραφική έρευνα, όμως, που πραγματοποιήσαμε, μας οδηγεί στη διαπίστωση, ότι εκτός από τη γνώση του οικογενειακού πλαισίου και την επικοινωνία με τους γονείς[58], σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν στην αξιολόγηση και την ανταπόκριση των νηπιαγωγών στις δυσκολίες που εμφανίζουν οι μαθητές τους, και διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με τους ίδιους τους νηπιαγωγούς. Πιο συγκεκριμένα, οι παράγοντες αυτοί είναι: α) *οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών* σχετικά με τις αιτίες που προκαλούν τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους (Sakellariou & Rentzou, 2012), β) *οι τεχνικές διαχείρισης* της τάξης που εφαρμόζουν για την αντιμετώπιση τους, γ) *η επαρκής κατάρτιση- επιμόρφωση* πάνω σε θέματα που αφορούν την κοινωνική-

[58] Η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών προσχολικής ηλικίας για την καλύτερη δυνατή επικοινωνία αλλά και συνεργασία με τους γονείς, αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την καλύτερη προσαρμογή του παιδιού στο σχολικό πλαίσιο και τη διαχείριση τυχόν δυσκολιών (Πανταζής & Σακελλαρίου, 2005).

συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, δ) κάποια *ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νηπιαγωγών* όπως είναι η αποτελεσματικότητα και το ύφος της διδασκαλίας τους (Κουρκούτας, 2011. Ζεργιώτης, 2008) και βέβαια όλα αυτά συνδυαστικά με την ηλικία, τα χρόνια προϋπηρεσίας και το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών.

2.3.1.1 Η ποιότητα της σχέσης νηπιαγωγού - μαθητή

Σύγχρονοι ερευνητές αποφαίνονται ότι η σχέση δασκάλου – μαθητή είναι πολύ σημαντικό στοιχείο του πλαισίου της τάξης, και συνδέεται άμεσα με την επιτυχημένη ακαδημαϊκή, κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού από τα πρώτα χρόνια του νηπιαγωγείου μέχρι και την εφηβεία (Γκότοβος, 2002, 2010. Κωνσταντίνου, 2001. Pianta et al., 2002**.** Σακελλαρίου, 2002α, 2002β). Ειδικότερα, οι Abel & Sewell (1999) αναδεικνύουν την επίδραση της σχέσης δασκάλου - μαθητή και στην απόδοση του δασκάλου, αφού το άγχος, η δυσαρέσκεια και η επαγγελματική εξουθένωση των εκπαιδευτικών, συνήθως έχουν τις ρίζες τους στις προβληματικές σχέσεις με τους μαθητές τους. Οι αγχωμένοι και αναποτελεσματικοί δάσκαλοι, συχνά ενισχύουν, παρά αντιμετωπίζουν τις προβληματικές συμπεριφορές των μαθητών τους, ενώ τα παιδιά που έχουν τέτοιους δασκάλους εμπλέκονται λιγότερο στις λειτουργίες του σχολείου, με αποτέλεσμα και οι δυο να παγιδεύονται σε ένα φαύλο κύκλο δυσαρέσκειας και άρνησης για το σχολείο (Γκότοβος & Μαυρογιώργος, 1984. Helker & Ray, 2009). Αντίθετα, δάσκαλοι που έχουν θετικές σχέσεις με τους μαθητές τους, θεωρούν τον εαυτό τους επαρκή και εκφράζουν αισθήματα αυτό-αποτελεσματικότητας για τη δουλειά τους (Guerney & Flumen, 1970). Αποτέλεσμα αυτών είναι, οι μαθητές τους να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και ακαδημαϊκών δεξιοτήτων, ενώ παράλληλα έχουν χαμηλά επίπεδα εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος μέσα στην τάξη (Roeser, Eccles, & Sameroff, 1998).

Το National Association for the Education of Young Children (NAEYC, 1992) ορίζει ότι, η σχέση αυτή προκειμένου να είναι μέγιστα αποδοτική για τους μαθητές και για τους δασκάλους τους, πρέπει καταρχήν να βασίζεται στην εμπιστοσύνη, το σεβασμό και τη θετική αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με το μοντέλο Pianta (όπως αναφέρουν οι Hamre, Pianta, Downer & Mashburn, 2008, p.116), «οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι η σχέση με τους

μαθητές τους εξαρτάται από δύο διαφορετικά στοιχεία: τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού (ιδιοσυγκρασία, φύλο και προσωπικότητα) και τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα άτομα, στο ευρύτερο πλαίσιο της τάξης και του σχολείου». Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τις αυτοαξιολογήσεις των νηπιαγωγών τα πιο σημαντικά δομικά στοιχεία αυτής της σχέσης είναι η εγγύτητα και η σύγκρουση (Pianta, Steinberg & Rollins, 1995). Η σχέση αυτή μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σύμπλεγμα αλληλεπιδράσεων, το οποίο επηρεάζουν πολλοί παράγοντες όπως: τα χαρακτηριστικά του πλαισίου στο οποίο δομείται η σχέση, τα χαρακτηριστικά του νηπιαγωγού, η παρουσία συνομηλίκων και η αλληλεπίδραση μαζί τους, οι προκλήσεις που ενέχει η μετάβαση από το οικογενειακό στο σχολικό περιβάλλον αλλά ακόμα και ο τύπος δεσμού που το παιδί έχει σχηματίσει με τη μητέρα ή το κύριο πρόσωπο φροντίδας (Ford & Lerner, 1992. Μυλωνάκου – Κεκέ, 2006. Σακελλαρίου, 2008. Sameroff, 1995). Επιπλέον, ένα βασικό χαρακτηριστικό της σχέσης εκπαιδευτικού – παιδιού είναι η σύντομη διάρκειά της, καθώς ένα παιδί θα αλλάξει αρκετούς εκπαιδευτικούς κατά τη διάρκεια των σχολικών χρόνων. Εγείρεται, λοιπόν, το ερώτημα σχετικά με την ικανότητα του παιδιού να μπορεί να διατηρεί μια σταθερότητα στη δημιουργία ποιοτικών σχέσεων με τον εκπαιδευτικό, ως πρόσωπο αναφοράς, ακόμα και όταν αυτός αλλάζει (Pianta & Stuhlman, 2004a, 2004b). Οι Howes & Hamilton (1993) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας δημιουργούν σταθερές μεν σχέσεις με τους νηπιαγωγούς τους, αλλά, παράλληλα, έχουν την ευελιξία να αλλάξουν και να προσαρμόσουν τη σχέση τους και ένα καινούριο νηπιαγωγό.

Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα έρχεται μέσα από το δεσμό που έχει ήδη αναπτύξει το παιδί με τη μητέρα ή το πρωταρχικό πρόσωπο φροντίδας. Η ποιότητα του δεσμού φαίνεται να καθορίζει τα «μοντέλα του σχετίζεσθαι» που εσωτερικεύουν τα παιδιά και αργότερα τα γενικεύουν και σε άλλες σχέσεις, αλλά και τον τρόπο επίδρασης στην ποιότητα των σχέσεων που τα παιδιά θα δημιουργήσουν με τους δασκάλους αλλά και με τους συνομηλίκους τους (Pianta & Stuhlman, 2004a. Vondra, Shaw, Swearinge & Owens, 2001). Παρότι λοιπόν, οι νηπιαγωγοί μπορεί να είναι προσωρινά πρόσωπα στη ζωή ενός παιδιού, έρευνες (Howes & Hamilton, 1992. Pianta et al., 1995) επιβεβαιώνουν ότι τα παιδιά έχουν τη τάση να δημιουργούν μαζί τους σχέσεις που ομοιάζουν στο δεσμό που έχουν δημιουργήσει με τη μητέρα ή το κύριο πρόσωπο φροντίδας κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Ειδικότερα όμως, για τα παιδιά που έχουν αναπτύξει ανασφαλή δεσμό με τα άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, οι O'Connor & McCartney (2006) υποστηρίζουν ότι μπορεί ο νηπιαγωγός που τους προσφέρει συναισθηματική ασφάλεια, να

λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας (protective factor) και να τα βοηθήσει να αναπτύξουν θετικές σχέσεις μαζί του και με τους συνομηλίκους. Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα του Donahue (2002) σε νηπιαγωγούς του Head Start, επιβεβαιώθηκε ότι πολλές φορές οι νηπιαγωγοί παρέχουν πιο συνεπή και σταθερή ανατροφή από αυτή των γονέων (Yoshikawa & Knitzer, 1997). Αυτό ενισχύεται και από την άποψη του Ζεργιώτη (2008, σ.4), ο οποίος υποστηρίζει ότι «η συναισθηματική αλληλεπίδραση μεταξύ εκπαιδευτικού--μαθητή είναι ανεκτίμητη για τη συναισθηματική ανάπτυξη και την ψυχική υγεία των μαθητών». Τα ευρήματα αυτά είναι εξαιρετικά σημαντικά, ιδιαιτέρα για όσα παιδιά μεγαλώνουν σε ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον, στο οποίο οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυτό (χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ψυχοπαθολογία γονέων, κ.ά.), δεν επιτρέπουν την ασφαλή προσκόλληση[59] του παιδιού με τα κύρια πρόσωπα φροντίδας του (Goosens & Van Ijendoorn, 1990.Van Ijendoorn, Sagi & Lambermon, 1992). Η θετική επίδραση της σχέσης του παιδιού με το νηπιαγωγό, το ενθαρρύνει συνεχώς στην ανακάλυψη νέων, διαφορετικών μοτίβων αλληλεπίδρασης με τους συνομήλικούς του, αλλά και με άλλους σημαντικούς ενήλικες (όπως με εκπαιδευτικούς άλλων ειδικοτήτων εντός και εκτός σχολικού πλαισίου) αλλά και με τους γονείς και άλλα συγγενικά του πρόσωπα (γιαγιάδες, παππούδες, θείοι, κ.ά.) (Shores, Gunter & Jack, 1993. Van Acker, Grant & Henry, 1996).

Αναζητώντας τους παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση εκπαιδευτικού- μαθητή, οι Stuhlman & Pianta (2002) και Wentzel (2002) αναφέρουν, ότι η διδακτική εμπειρία των δασκάλων και τα επίπεδο της εκπαίδευσής τους εμφανίζουν μικρή συσχέτιση με την ποιότητα της προαναφερθείσας σχέσης. Επιπροσθέτως, οι Brekelmans, Wubbels & Den Brok (2002) πραγματοποίησαν μια μετά-ανάλυση, προκειμένου να εξετάσουν το βαθμό στον οποίο η εμπειρία/προϋπηρεσία των νηπιαγωγών επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν τη σχέση με τους μαθητές τους. Πιο συγκεκριμένα, επιβεβαίωσαν ότι οι νηπιαγωγοί επιδεικνύουν πιο έντονα το στοιχείο της κυριαρχίας εντός της σχολικής τάξης στη σχέση με τους μαθητές κατά την πρώτη δεκαετία της καριέρας τους, ενώ τα επόμενα χρόνια το στοιχείο της συνεργασίας είναι εκείνο που χαρακτηρίζει τη σχέση με τους μαθητές περισσότερο. Στη συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας τους επισημαίνουν ότι η σχέση νηπιαγωγού-μαθητή παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη συναισθηματική και

[59] Ο τρόπος που επιδρά ο τύπος δεσμού που έχει αναπτύξει το παιδί με το κύριο πρόσωπο φροντίδας στο οικογενειακό του περιβάλλον, αναλύεται στο υποκεφ 2.2.3.1 της παρούσας εργασίας.

γνωστική ανάπτυξη του παιδιού, ενώ επηρεάζεται καθοριστικά από τη διδακτική εμπειρία του νηπιαγωγού (Brekelmans et al., 2002).

Το μέγεθος της τάξης και συγκεκριμένα η χαμηλή αντιστοιχία νηπιαγωγού-μαθητών, διευκολύνει σίγουρα τη θετική συναισθηματική επικοινωνία μεταξύ τους (Pianta et al., 2005). Αντίθετα, οι υπεράριθμες τάξεις, καθιστούν πολύ δύσκολη τη διαχείριση των μαθητών, υποβαθμίζοντας την ποιότητα της σχέσης που δημιουργούν οι νηπιαγωγοί μαζί τους και επηρεάζοντας έτσι την ομαλή προσαρμογή των παιδιών στο σχολικό πλαίσιο (Blatchford, Edmonds & Martin, 2003. Finn, Pannozzo & Achilles, 2003, Κωνσταντίνου. 2001). Επιπλέον, το φύλο του μαθητή φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, με τα ερευνητικά δεδομένα να επιβεβαιώνουν, ότι τα αγόρια έχουν συχνότερα συγκρουσιακές σχέσεις (conflictual relationships) με το νηπιαγωγό τους, ενώ οι σχέσεις που δημιουργούν τα κορίτσια φαίνεται να χαρακτηρίζονται από εγγύτητα (closeness) (Bracken & Craine, 1994. Hamre & Pianta, 2001. Ladd, Birch & Buhs, 1999. Ryan, Stiller & Lynch, 1994). Επίσης, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο της οικογένειας επιδρά στη σχέση που θα δημιουργήσει το παιδί με το νηπιαγωγό, αφού όπως υποστηρίζεται από διάφορες έρευνες (Pianta et al., 2002. Pianta & Stuhlman, 2004a), τα παιδιά από οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, δημιουργούν πιο επιφανειακές σχέσεις με τους νηπιαγωγούς τους. Τέλος, η εθνικότητα παίζει σημαντικό ρόλο καθώς τα παιδιά φαίνεται να δημιουργούν πιο στενές και θετικές σχέσεις με νηπιαγωγούς της ίδιας εθνικότητας (Saft & Pianta, 2001. Ladd et al., 1999).

Διαχρονικές έρευνες (Birch & Ladd, 1998. Hamre & Pianta, 2005. Pianta & Stuhlman, 2004a) επιβεβαιώνουν πως όταν η σχέση του νηπιαγωγού με το παιδί χαρακτηρίζεται από θετικά στοιχεία- όπως φροντίδα, εγγύτητα και ενδιαφέρον- τότε η σχέση αυτή έχει θετική επίδραση στη συμπεριφορά, την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και την ακαδημαϊκή επίδοση του παιδιού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μιας μεγάλης διαχρονικής έρευνας των Peisner-Feinberg, Culkin, Howes & Kagan (όπως αναφέρουν οι Helker & Ray, 2009), αντικείμενο της οποίας ήταν η επίδραση της σχέσης των δασκάλων και νηπιαγωγών στην ολόπλευρη ανάπτυξη του παιδιού. Στην έρευνα αυτή που διήρκησε συνολικά 5 χρόνια, συμμετείχαν παιδιά από 401 νηπιαγωγεία και δημοτικά σχολεία τεσσάρων πολιτειών της Αμερικής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση διαφόρων τεχνικών όπως είναι η παρατήρηση στην τάξη, η εξατομικευμένη αξιολόγηση και η χρήση ψυχομετρικών εργαλείων που συμπληρώθηκαν από γονείς και εκπαιδευτικούς. Τα αποτελέσματά της επιβεβαιώνουν ότι τα παιδιά που βιώνουν μια σχέση

εγγύτητας και φροντίδας με τους νηπιαγωγούς τους, δημιουργούν πιο επιτυχημένες σχέσεις με τους δασκάλους του δημοτικού σχολείου και τους συμμαθητές τους. Επίσης, εμφανίζουν περισσότερες γλωσσικές, και μαθηματικές ικανότητες στις δυο βαθμίδες εκπαίδευσης, όταν συγκρίνονται με τα παιδιά που δε βιώνουν μια εγγύτητα με τους νηπιαγωγούς τους. Στο ίδιο πνεύμα οι Burchinal, Peisner-Feinberg, Pianta & Howes (2002) επιβεβαιώνουν στη δική τους διαχρονική έρευνα, ότι τα παιδιά που βιώνουν μια σχέση εγγύτητας με το νηπιαγωγό τους, εμφανίζουν υψηλά επίπεδα στις δεξιότητες προφορικής έκφρασης και ανάγνωσης κατά την είσοδό τους στο δημοτικό σχολείο, συγκρινόμενα με τους συμμαθητές τους που δε βιώνουν μια τέτοιου τύπου σχέση. Επιπροσθέτως, έρευνες που εξετάζουν τη μετάβαση παιδιών από το νηπιαγωγείο στο δημοτικό, αναδεικνύουν τη σχέση νηπιαγωγού – παιδιού ως μια πολύ σημαντική παράμετρος (Birch & Ladd, 1998. Pianta & Nimetz, 1991). Η σχέση αυτή σχετίζεται με την ικανότητα του παιδιού για προσαρμογή στο νέο περιβάλλον αλλά και με την εκδήλωση ή μη δυσλειτουργικών συμπεριφορών καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησης του παιδιού σε αυτό (Hamre & Pianta, 2001. Pianta, Steinberg & Rollins, 1995). Επιπλέον, οι Sakellariou & Sivropoulou (2010) υποστηρίζουν στα αποτελέσματα της έρευνας τους, ότι ο νηπιαγωγός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη ομαλή μετάβαση των παιδιών από το ένα σύστημα στο άλλο, όσο και στην υποστήριξη των γονέων τους προκείμενου να βοηθήσουν ουσιαστικά τα παιδιά τους προς αυτή την κατεύθυνση.

Αντιστρόφως, όταν τα παιδιά βιώνουν μια σχέση σύγκρουσης με το νηπιαγωγό (Ladd, 1996. Rimm-Kaufman & Pianta, 2000), εμφανίζουν προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και το νηπιαγωγό (LaPointe, 2003). Αυτό μπορεί να δικαιολογείται, υποστηρίζουν οι Murray, C., Murray, K. & Waas (2008), από το γεγονός ότι οι αντιλήψεις των δασκάλων για τη σύγκρουσή τους με ένα μαθητή, παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση με τις αντιλήψεις που ήδη έχουν για τη συμπεριφορά του συγκεκριμένου παιδιού. Σύμφωνα με τους Silver et al. (2005), ο βαθμός στον οποίο θα διατηρηθούν, θα ενταθούν ή θα μειωθούν στο μέλλον τα συμπτώματα κάποιων εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς που παρουσιάζει το παιδί, εξαρτάται από τα επίπεδα και τη διάρκεια της σύγκρουσης που έχει με το νηπιαγωγό του. Τα χρόνια επίπεδα σύγκρουσης του παιδιού με δασκάλους, δημιουργούν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων στο παιδί που αφορούν στην ακαδημαϊκή και κοινωνική του εξέλιξη (Κωνσταντίνου, 2001**.** Silver et al., 2005). Ειδικότερα, συμβάλλουν στην εμφάνιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων

προβλημάτων συμπεριφοράς (λ.χ. προβλήματα προσοχής, επιθετικότητα, απομόνωση, κ.ά) (Pianta & Stuhlman, 2004b).

2.3.1.2 Οι αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος των μαθητών τους

Η *αντίληψη* γενικά είναι μια γνωστική λειτουργία[60] και αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους το άτομο επεξεργάζεται πληροφορίες και ερεθίσματα που αφορούν άλλα άτομα προκειμένου να σχηματίσει και να διατηρήσει μια εικόνα ή εντύπωση για αυτά (Hewstone, Stroebe & Jonas, 2012). Ειδικότερα, τη δημιουργία των αντιλήψεών μας για τα άλλα άτομα, σύμφωνα με τους θεωρητικούς και ερευνητές της κοινωνικής ψυχολογίας, την επηρεάζουν διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι οι κοινωνικοί ρόλοι, οι κοινωνικές νόρμες αλλά και τα στερεότυπα (Aronson, 2011. Baron, Branscombe & Byrne, 2013). Επιπλέον, η διαμόρφωση των αντιλήψεών μας επηρεάζεται από προσωπικούς υποκειμενικούς παράγοντες, όπως είναι τα χαρακτηριστικά του ατόμου που παρατηρούμε, το πλαίσιο εντός του οποίου αλληλεπιδρούμε και τα χαρακτηριστικά της δικής μας προσωπικότητας (Moskowitz, 2010). Η αντίληψη του ατόμου, κατά συνέπεια, δεν αφορά στην παρατηρούμενη αντικειμενική πραγματικότητα. Αντιθέτως, ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν πως οι ιδιότητες που προσδίδουμε στους άλλους σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τις προσωπικές ερμηνείες που δίνουμε, τις υποθέσεις και τις εκτιμήσεις που κάνουμε για τις πράξεις και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους (Baron et al., 2013. Uleman, Saribay & Gonzalez, 2008).

Με βάση τα παραπάνω και οι αντιλήψεις των νηπιαγωγών για την πρώιμη ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που εμφανίζουν οι μαθητές τους είναι πιθανό να επηρεάζονται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νηπιαγωγών και του κοινωνικού πλαισίου που δρουν (Sakellariou & Rentzou, 2012). Για το λόγο αυτό ενέχουν και μεγάλο βαθμό υποκειμενικότητας, στοιχείο το οποίο συναντήσαμε σχεδόν ως «αξίωμα» σε αρκετές μελέτες που ερευνούν τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών πάνω σε αυτό το θέμα (Kleftaras & Didaskalou, 2006. Liljequist & Renk 2007. Poulou, 2013. Poulou & Norwich, 2000).

[60] Η αντίληψη, σύμφωνα με τον Παρασκεύοπουλο (1985) αποτελεί «το ενδιάμεσο στάδιο στη μεταβίβαση πληροφοριών από τα αισθητήρια όργανα στις εσωτερικές νοητικές λειτουργίες» (σ.61).

Γενικά, οι νηπιαγωγοί υποστηρίζουν συχνά ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος που εκδηλώνουν οι μαθητές τους είναι υπερβολικά απαιτητικά και δύσκολα στην αντιμετώπιση τους (Nutbrown & Clough, 2004). Σύμφωνα με την Poulou (2013), οι αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος που εμφανίζουν οι μαθητές τους, καθώς και οι ερμηνείες σχετικά με τις αιτίες που τα προκαλούν (ιδιοσυγκρασία, οικογενειακό, σχολικό ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον), καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό, τον τρόπο που θα συμπεριφερθούν απέναντι σε αυτά τα παιδιά. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγει και ο Ho (2004), στη διαπολιτισμική έρευνα του οποίου, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των Αυστραλών και Κινέζων δασκάλων, αποδίδουν την προβληματική συμπεριφορά των παιδιών σε παράγοντες που σχετίζονται με το παιδί και όχι με τους ίδιους.

Ειδικότερα, οι Liljequist & Renk (2007) υποστηρίζουν ότι οι αποδόσεις των αιτιών από τους νηπιαγωγούς, διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο του προβλήματος. Ο Lovejoy (1996) διευκρινίζει ότι οι εκπαιδευτικοί τείνουν να αποδίδουν τις επιθετικές συμπεριφορές των παιδιών σε εξωτερικές και ελέγξιμες αιτίες, που σχετίζονται με τα διάφορα περιβάλλοντα στα οποία δρα το παιδί (οικογένεια, σχολείο, παρέα συνομηλίκων, γειτονιά), ενώ την εκδήλωση εσωτερικευμένων προβλημάτων την αποδίδουν σε εσωτερικές και πιο σταθερές αιτίες. Οι Bibou-Nakou, Mavropoulou & Padeliadu & Thacker et al., Vlachou-Balafouti, Vlachou- Balafouti & Zoniou-Sideris, Vlachou et al., Zafiropoulou (όπως αναφέρουν οι Kleftaras & Didaskalou, 2006), επιβεβιαώνουν στις έρευνες τους ότι οι εκπαιδευτικοί θεωρούν, ειδικά, ότι η πρόκληση συναισθηματικών προβλημάτων στους μαθητές τους, οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά σε παράγοντες εκτός του σχολικού πλαισίου. Οι παράγοντες αυτοί συμπεριλαμβάνουν ελλείμματα που αφορούν στο ίδιο το παιδί ή τις δυσλειτουργίες της οικογένειάς του, αν και η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών αποδίδει το μεγαλύτερο ποσοστό της πρόκλησης των προβλημάτων αυτών στην ψυχοπαθολογία του παιδιού.

Υπάρχουν βέβαια και έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες οι εκπαιδευτικοί αναγνωρίζουν τη μεγάλη σημασία των παραγόντων που σχετίζονται με τους ίδιους και το σχολικό πλαίσιο, στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς στους μαθητές τους (Poulou & Norwich, 2000).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν ειδικότερα, οι έρευνες που εξετάζουν τη σχέση της ηλικίας των εκπαιδευτικών με τις αντιλήψεις που έχουν για τις αιτίες που προκαλούν τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους. Οι Kleftaras &

Didaskalou (2006) αναφέρουν ότι οι νεότεροι και πιο ηλικιωμένοι δάσκαλοι αποδίδουν πιο συχνά, από ότι οι δάσκαλοι μέσης ηλικίας, τα προβλήματα που εμφανίζουν οι μαθητές τους αποκλειστικά και μόνο στις αυστηρές ή χαλαρές γονεϊκές πρακτικές ανατροφής.

2.3.1.3 Τεχνικές διαχείρισης της τάξης

Σύγχρονοι ερευνητές ενδιαφέρονται πλέον να μελετήσουν τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών γύρω από το ποιες συμπεριφορές των μαθητών τους αξιολογούν ως προβληματικές, σε συνδυασμό με το ποιες τεχνικές-πρακτικές χρησιμοποιούν συνήθως για την αντιμετώπιση τους μέσα στη τάξη (Μανωλίτσης, 2013).

Ορίζοντας γενικά τις τεχνικές των δασκάλων για τη διαχείριση προβληματικών συμπεριφορών, αναφερόμαστε στο σύνολο των πρακτικών που χρησιμοποίει ένας δάσκαλος προκειμένου να διαχειριστεί τα προβλήματα συμπεριφοράς που εμφανίζουν οι μαθητές του (classroom management) (Γκότοβος, 2002, 1986. Rekalidou & Karadimitriou, 2014). Παλαιότερα, οι πρακτικές αυτές ήταν συνδεδεμένες αποκλειστικά με την τιμωρία και τη συμμόρφωση των παιδιών στους κανόνες που έθετε ο δάσκαλος (Γκότοβος, 2002**.** Κωνσταντίνου, 2001). Σύμφωνα, όμως, με τον Allen (2010), η διαχείριση της τάξης είναι ένα πιο σύνθετο ζήτημα, που δε περιλαμβάνει μόνο την ικανότητα του δασκάλου να επιβάλλεται και να ελέγχει τους μαθητές του μέσω της τιμωρίας, αλλά και την ικανότητα του να χρησιμοποίει και άλλες εποικοδομητικές εκπαιδευτικές τεχνικές που σχετίζονται με τη λειτουργία της τάξης. Μερικές από τις πιο σημαντικές αυτές τεχνικές, όπως ορίζονται από τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα των επιστημών της Παιδαγωγικής και της Ψυχολογίας, είναι η διαπραγμάτευση, ο έπαινος (Lewis, Roache & Romi, 2011), η θετική αναπλαισίωση, η επιτακτική παράδοξη οδηγία, η τεχνική της εστίασης στα θετικά[61] (Γιώτσα, 2014α) ή και ο συνδυασμός αυτών. Επιπλέον η διαχείριση της τάξης μπορεί ευρέως να οριστεί σύμφωνα με τους Evertson & Weinstein (2006), ως κάθε πράξη του εκπαιδευτικού που στόχο έχει τη δημιουργία ενός θετικού κλίματος στην τάξη και την

[61] Πιο συγκεκριμένα: «*η τεχνική της θετικής αναπλαισίωσης* νοηματοδοτεί με θετικό τρόπο μία δύσκολη» συμπεριφορά του παιδιού. Για παράδειγμα, ένας μαθητής που πετάει κιμωλίες στη διάρκεια του μαθήματος, όταν η καθηγήτρια γυρνάει την πλάτη αντιμετωπίζεται με τον ακόλουθο τρόπο: «Πολύ χαίρομαι που έχουμε τόσες κιμωλίες και δεν χρειάζεται να πάμε στο γραφείο να πάρουμε. Σε ευχαριστώ πολύ Γ.».(σ.438). Στην *τεχνική της επιτακτικής παράδοξης οδηγίας* ζητείται από το άτομο να κάνει κάτι, ενισχύοντας τη συμπεριφορά που χρειάζεται παρέμβαση, αντί να ζητείται η αναστολή της. Για παράδειγμα, ο εκπαιδευτικός ζητάει από τους μαθητές του να βρουν όσους περισσότερους τρόπους μπορούν για να γίνει το μάθημα βαρετό. Με αυτό τον τρόπο παίρνει πληροφορίες για το τι πρέπει να αποφεύγει μέσα από τα μάτια των παιδιών» (σ.438). Τέλος, *η τεχνική της εστίσαης* στα θετικά είναι «η ενίσχυση των θετικών χαρακτηριστικών του παιδιού, η θετική σήμανση» (σ.439).

υιοθέτηση αξιών από τα παιδιά όπως είναι η αλληλοβοήθεια, ο σεβασμός και η επικοινωνία. Υπό αυτή την έννοια, η εποικοδομητική διαχείριση της τάξης, στόχο έχει να βοηθήσει τα παιδιά να μαθαίνουν ενώ παράλληλα κοινωνικοποιούνται, μέσα σε ένα πλαίσιο που τους προσφέρει ασφάλεια και αποδοχή (Κωνσταντίνου, 1997). Ο απώτερος στόχος όλων των παραπάνω είναι τα παιδιά να ανεξαρτητοποιηθούν, να αποκτήσουν αυτοέλεγχο και να εσωτερικεύσουν κανόνες, ρουτίνες και διαδικασίες, τις οποίες θα εφαρμόζουν χωρίς να καταστεί η ανάγκη ελέγχου από το νηπιαγωγό (Beazidou, Botsoglou & Andreou, 2013).

Έχει επιβεβαιωθεί ερευνητικά, ότι η χρήση τέτοιων εποικοδομητικών τεχνικών, οι οποίες αποκτώνται μέσα από την εκπαίδευση των νηπιαγωγών αλλά και από την εμπειρία τους, επιδρά σημαντικά στη σχέση με τους μαθητές τους αλλά και στο συνολικό θετικό κλίμα που επικρατεί στην τάξη (Chong, Huan, Quek, Yeo & Ang, 2010. Hamre & Pianta, 2001). Αντιθέτως, η χρήση πρακτικών τιμωρίας συνδέεται με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς στα παιδιά (Lewis et al., 2011).

Παρόλα αυτά, οι Barnett & Boocock και οι Raver & Knitzer (όπως αναφέρουν οι Rekalidou & Karadimitriou, 2014), υποστηρίζουν ότι οι νηπιαγωγοί συχνά επιβάλλουν περιορισμούς και τιμωρίες στα παιδιά που εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς, και δεν αλληλεπιδρούν τόσο συχνά μαζί τους. Επιπροσθέτως, οι Dobbs & Arnold (2009) υποστηρίζουν ότι οι νηπιαγωγοί δίνουν περισσότερες εντολές στα παιδιά που εμφανίζουν εξωτερικευμένα προβλήματα, ενώ δίνουν περισσότερο έπαινο και είναι πιο υποστηρικτικοί στα παιδιά με εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς. Η αντίδραση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την απομόνωση των μαθητών που εμφανίζουν εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς και τη διατήρηση ή την αύξηση τους (LaPointe, 2003). Στο ίδιο πνεύμα, οι Akin-Little, Little & Laniti, (2007) στην έρευνα τους επιβεβαιώνουν ότι συχνά, αρκετοί εκπαιδευτικοί, καταφεύγουν σε στρατηγικές διαχείρισης της τάξης που περιλαμβάνουν πρακτικές τιμωριών, όπως για παράδειγμα την απομόνωση μαθητών και την τιμωρία στη γωνία, παρόλο που γνωρίζουν την αρνητική επίδραση αυτών των στρατηγικών στα παιδιά. Ειδικότερα, οι Rekalidou & Karadimitriou (2014) στην έρευνα που πραγματοποίησαν το 2013- 2014 με τη συμμετοχή 74 νηπιαγωγών που υπηρετούσαν στη Βόρεια Ελλάδα, καταλήγουν ότι οι νεότεροι σε ηλικία νηπιαγωγοί χρησιμοποιούσαν πιο συχνά την τεχνική της διαπραγμάτευσης από ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συνάδελφοί τους.

Ο Greenberg (2010) προτείνει ότι η κατάλληλη εκπαίδευση των νηπιαγωγών αλλά και η βελτίωση της συνεργασίας τους με τους γονείς και τους σχολικούς ψυχολόγους, θα

μπορούσε να συμβάλλει σημαντικά στην εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών διαχείρισης των μαθητών (classroom management), στη βελτίωση της σχέσης των νηπιαγωγών με τους μαθητές τους και στο συνολικό κλίμα της τάξης. Σε ανάλογο κλίμα, οι Hutchings, Williams, Martin & Pritchard (2011) προτείνουν ότι, δεδομένης της σημασίας που έχει η σχέση των νηπιαγωγών με τους μαθητές τους, υπάρχει η ανάγκη της επιμόρφωσης τους σε δεξιότητες και παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητά τους στην διαχείριση της τάξης (classroom management). Κάτι τέτοιο θα συνέβαλε κατά επέκταση στην ομαλή ψυχική και συναισθηματική ανάπτυξη των μαθητών τους.

2.3.1.4 Ο ρόλος της επιμόρφωσης των νηπιαγωγών

Με τον όρο *επιμόρφωση εκπαιδευτικών*[62], εννοούμε τις προγραμματισμένες δραστηριότητες που σχετίζονται με το σχεδιασμό και την υλοποίηση ειδικών προγραμμάτων (Μπουζάκης, 2000). Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η ενίσχυση των θεωρητικών γνώσεων των εκπαιδευτικών, ο εμπλουτισμός των επαγγελματικών τους δεξιοτήτων αλλά και η αναβάθμισή τους κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους καριέρας (Γκότοβος, Μαυρογιώργος & Παπακωνσταντίνου, 1992. Μπουζάκης, 2000).

Ο αντισταθμιστικός και υπερβολικά εξειδικευμένος χαρακτήρας της επιμόρφωσης του προηγούμενου αιώνα, που είχε ως στόχο να αναβαθμίσει τα περιορισμένα προσόντα του τότε εκπαιδευτικού προσωπικού[63], καλείται σήμερα να αλλάξει υπό το πρίσμα της οικονομικής και πολιτισμικής παγκοσμιοποίησης και των εξελίξεων που τη συνοδεύουν (Ματθαίου, 2008. Παπακωνσταντίνου, 1992α). Το σχολείο αποτελεί πλέον ένα οργανωμένο εργασιακό πλαίσιο, που θέτει συγκεκριμένους στόχους. Η αποτελεσματικότητά του συνδέεται, σε μεγάλο βαθμό, με το πόσο αποτελεσματικά θα φέρουν εις πέρας τους στόχους αυτούς οι παιδαγωγοί που λειτουργούν στους κόλπους του (Γκότοβος & Μαυρογιώργος, 1984. Παπακωνσταντίνου, 1992β. Σούλης, 2007).

---

[62] Ο όρος επιμόρφωση περικλείει «εκείνες τις οργανωμένες διαδικασίες, θεσμοθετημένες ή μη, που στοχεύουν στη συμπλήρωση και ανανέωση της αρχικής εκπαίδευσης και κατάρτισης του εκπαιδευτικού πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ώστε να είναι σε θέση κατά τη διάρκεια της θητείας του, αφενός να βελτιώνει τις σχετικές με το διδακτικό έργο γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις και αφετέρου να εξελίσσεται ο ίδιος ως άτομο» (Χατζηπαναγιώτου, 2001, σ.27). Ειδικότερα, ο Ξωχέλης (2006, σσ. 110-111) ορίζει ότι η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, έχει πρωτίστως έναν αντισταθμιστικό ρόλο αφού έρχεται να καλύψει πιθανές ελλείψεις της αρχικής τους εκπαίδευσης, να εκσυγχρονίσει τις γνώσεις των ενεργεία εκπαιδευτικών και τέλος να ωθήσει την επαγγελματική και προσωπική τους ανάπτυξη.

[63] Κατά τον προηγούμενο αιώνα, το πρώιμο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα στελεχώθηκε βεβιασμένα με προσωπικό περιορισμένων προσόντων, υπό την πίεση της ανάγκης για διαμόρφωση εθνικής ταυτότητας στα νέα εθνικά κράτη, αλλά και λόγω της μεταπολεμικής αύξησης των μαθητών σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης (Ματθαίου, 2008).

Η μέριμνα για την αναβάθμιση της σχολικής διαδικασίας δεν αποτελεί αντικείμενο μόνο εθνικού ενδιαφέροντος, αλλά και πανευρωπαϊκού. Στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναπτύσσεται ένας στρατηγικός σχεδιασμός με αντικείμενο την επαγγελματική ανάπτυξη των εκπαιδευτικών και των επιμορφωτών τους μέσω της δια βίου μάθησης. Οι ανάγκες των εκπαιδευτικών διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ τους, αλλά και διαχρονικά στον ίδιο τον εκπαιδευτικό κατά την πορεία της καριέρας του (Αμίτσης, 2000. Γκότοβος, 1982. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2009).

Ωστόσο, η σημασία της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών αποτελεί ένα ζήτημα το οποίο δεν έχει ερευνηθεί ακαδημαϊκά σε όλες του τις πτυχές. Σύμφωνα με τον Zeichner, (1999), ενώ έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην αποτίμηση του αντίκτυπου της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών στην εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών τις οποίες έχουν διδαχθεί, δεν καταγράφεται ανάλογο ερευνητικό ενδιαφέρον για τη μελέτη της αποτελεσματικότητας της διαδικασίας επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών στο πέρασμα των χρόνων (Γκότοβος, 1982). Επίσης, δεν έχει μελετηθεί το «πώς εκπαιδευτικοί και μαθητευόμενοι εκπαιδευτικοί ερμήνευσαν και νοηματοδότησαν τα προ-επαγγελματικά (preservice) και επαγγελματικά αναπτυξιακά προγράμματα τα οποία παρακολούθησαν» (Zeichner, 1999, σ. 5).

Επιτακτικός είναι πλέον ο ρόλος της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών στην ανίχνευση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που πιθανόν εμφανίζουν οι μαθητές τους, μέσα από την προσωπική τους ενδυνάμωση και την επαγγελματική τους κατάρτιση[64].

Οι εκπαιδευτικοί συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται ανεπαρκείς να ανταποκριθούν στη μεγάλη πολυπλοκότητα και το μεγάλο εύρος των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που εμφανίζουν οι μαθητές τους (Didaskalou, 2002). Παράλληλα δηλώνουν δυσαρεστημένοι από τη στήριξη που παίρνουν από τις διαθέσιμες κρατικές υπηρεσίες, χαρακτηρίζοντας την επικοινωνία μαζί τους αναποτελεσματική (Bezevegis & Giannitsas, 2000). Οι Hemmeter, Corso & Cheatham (όπως αναφέρουν οι Hemmeter, Santos & Ostrosky, 2008) ερευνώντας τις επιμορφωτικές ανάγκες 500 νηπιαγωγών, επιβεβαιώνουν ότι η μεγαλύτερή τους ανάγκη ήταν η εκπαίδευση τους στην αντιμετώπιση προκλητικών συμπεριφορών στην τάξη.

[64] Ο όρος κατάρτιση συνδέεται με την επαγγελματική εκπαίδευση και «τα προγράμματα κατάρτισης παρέχουν εξειδικευμένες επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες με στόχο την ολοκλήρωση της επαγγελματικής επάρκειας» (Αμίτσης, 2000. Λαζαρίδου, 2009, σ.18).

Ειδικότερα, οι Kourkoutas et al. (2011) αναφέρουν ότι οι δάσκαλοι στην Ελλάδα, συναντούν πολλές και μεγάλες δυσκολίες στο χειρισμό και την υποστήριξη μαθητών που αντιμετωπίζουν σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Σε αντίστοιχα αποτελέσματα καταλήγουν οι Buysse, Wesley, Keyes & Bailey (1996), οι οποίοι εξετάζοντας την ανταπόκριση 52 νηπιαγωγών απέναντι σε παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς, βρήκαν ότι τα χαμηλότερα επίπεδα ανταπόκρισης τους ήταν στα παιδιά που εμφάνιζαν συναισθηματικές δυσκολίες και προκλητικές συμπεριφορές, ακριβώς γιατί δεν ήξεραν πώς να τα χειριστούν.

Έρευνες που διεξήγαγε το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (2008α, 2008β) σχετικά με την αξιολόγηση των ποιοτικών χαρακτηριστικών της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, αναδεικνύουν ιδιαίτερα την επιτακτική ανάγκη για εκπαίδευση, κατάρτιση και επιμόρφωση[65] των εκπαιδευτικών στο πλαίσιο της δια βίου μάθησης.

Πριν όμως αναφερθούμε διεξοδικά στο νηπιαγωγό της τάξης, σημαντικό είναι να αναφερθούμε στην προετοιμασία των φοιτητών από τα Πανεπιστημιακά Παιδαγωγικά Τμήματα Νηπιαγωγών[66] της χώρας μας. Σύμφωνα με τους Beazidou et al. (2013) οι προπτυχιακοί φοιτητές αυτών των τμημάτων δεν έχουν εκπαιδευτεί ιδιαίτερα στη χρήση τεχνικών αξιολόγησης και διαχείρισης προβλημάτων συμπεριφοράς που πιθανόν να προκύψουν μέσα στην τάξη. Επιπλέον, η Sakellariou (2007) υποστηρίζει ότι οι υποψήφιοι νηπιαγωγοί δεν προετοιμάζονται επαρκώς και στον τομέα συνεργασίας οικογένειας και σχολείου, η συμβολή του οποίου, είναι καθαριστικής σημασίας στην εμφάνιση αλλά και την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στο σχολικό πλαίσιο. Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε στους Οδηγούς Σπουδών των επτά πανεπιστημιακών Παιδαγωγικών Τμημάτων Νηπιαγωγών[67], τα οποία λειτουργούν στην Ελλάδα μέχρι της παρούσης. Πιο συγκεκριμένα επιβεβαιώθηκε ότι: α) στη βασική δομή του Προγράμματος Σπουδών τους και τα επτά Τμήματα περιλαμβάνουν μαθήματα Παιδαγωγικής, Ψυχολογίας και Ειδικής αγωγής, β) σε κανένα από αυτά δεν υπάρχουν ανεξάρτητα μαθήματα με διδακτικά αντικείμενα την «Αξιολόγηση στο

[65] Σύμφωνα με την έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Community, 2000), η εκπαίδευση και η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών αποτελεί έναν από τους 16 δείκτες ποιότητας για τη σχολική εκπαίδευση, ενώ σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Μπαρτσελώνα (EC, 2002) αποτελεί έναν από τους 15 δείκτες ποιότητας για τη διά βίου μάθηση (European Community, 2002).

[66] Στην παρούσα μελέτη δεν αναφερόμαστε σε άλλους εκπαιδευτικούς φορείς (ΤΕΙ Νηπιοβρεφοκόμων, ΙΕΚ δημόσια και ιδιωτικά, Κολλέγια εσωτερικού και εξωτερικού) που προετοιμάζουν αντίστοιχα Νηπιοβρεφοκόμους, βοηθούς νηπιοβρεφοκόμων ή παιδαγωγούς προσχολικής αγωγής, γιατί το δείγμα μας απαρτίζουν μόνο νηπιαγωγοί τεταρτοετούς πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ή διετούς με εξομοίωση).

[67] Τα πανεπιστημιακά Τμήματα Νηπιαγωγών στην Ελλάδα είναι:1.Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία, Αθήνας, 2.Επιστημών της Προσχολικής Αγωγής και Εκπαίδευσης, Θεσσαλονίκης, 3.Επιστημών της Εκπαίδευσης και της Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία, Πάτρας, 4.Παιδαγωγικό Νηπιαγωγών, Ιωαννίνων, 5.Παιδαγωγικό Προσχολικής Εκπαίδευσης, Θεσσαλίας, 6.Παιδαγωγικό Νηπιαγωγών, Δυτικής Μακεδονίας, 7.Επιστημών της Προσχολικής Αγωγής και Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού, Αιγαίου.

νηπιαγωγείο», την «Αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος» ή την «Κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του νηπίου». Για τα θέματα αυτά, αποσπασματικές αναφορές γίνονται στα μαθήματα Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας. Μόνο το τμήμα Επιστημών της Προσχολικής Αγωγής και Εκπαίδευσης Θεσσαλονίκης περιλαμβάνει στο Πρόγραμμα Σπουδών του, ένα μάθημα που τιτλοφορείται «Ανάπτυξη και αντιμετώπιση των προβλημάτων των παιδιών προσχολικής ηλικίας».

Με τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν και οι ξένοι ερευνητές Hemmeter et al. (2008), οι οποίοι επιβεβαιώνουν ότι, στο εξωτερικό, η προετοιμασία των προπτυχιακών φοιτητών στη χρήση τεχνικών για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση προκλητικών συμπεριφορών στην τάξη του νηπιαγωγείου είναι ελλιπής, παρόλο που η εκπαίδευση γύρω από τέτοια θέματα αποτελεί πρωταρχικό αίτημα των φοιτητών. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζοντας κάποια από τα πανεπιστημιακά Προγράμματα Σπουδών της Αμερικής, καταλήγουν ότι δεν υπάρχει ανεξάρτητο μάθημα για την αντιμετώπιση προβληματικών συμπεριφορών στο νηπιαγωγείο, τονίζοντας ότι η συμπερίληψή του στα περιεχόμενα άλλων μαθημάτων, δεν καλύπτει τις ανάγκες εκπαίδευσης των προπτυχιακών φοιτητών πάνω σε ένα τόσο σοβαρό θέμα.

Με βάση όλα τα παραπάνω, καταλήγουμε, λοιπόν, ότι χρειάζεται πιο εντατική και εξειδικευμένη επαγγελματική εκπαίδευση των προπτυχιακών φοιτητών. Προς αυτή την κατεύθυνση προτείνεται η εισαγωγή ανεξάρτητων υποχρεωτικών μαθημάτων που θα αφορούν την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στο νηπιαγωγείο.

Σχετικά με τους εν ενεργεία νηπιαγωγούς και σύμφωνα με το Νόμο 3966/2011, η επιμόρφωση και κατάρτιση τους εποπτεύεται πλέον από το Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής (Ι.Ε.Π)[68] το οποίο εδρεύει στην Αθήνα.

Οι Kourkoutas et al. (2011) παραθέτουν μια ανασκόπηση ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα και καταλήγουν ότι οι νηπιαγωγοί δηλώνουν στο σύνολο τους ότι έχουν έλλειψη επιμόρφωσης σε θέματα που σχετίζονται με τη διαχείριση δυσλειτουργικών συμπεριφορών μέσα στην τάξη. Επιπλέον, οι δυσκολίες συμπεριφοράς

[68] Ειδικότερα στο άρθρο 21 του Νόμου 3966/2011, οι φορείς αρμοδιότητας του Υπουργείου Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, που διοργάνωναν προγράμματα επιμόρφωσης και κατάρτισης σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και καταργούνται είναι οι ακόλουθοι : α) το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (Π.Ι.), ανεξάρτητη δημόσια υπηρεσία η οποία επανιδρύθηκε σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 23 του Ν. 1566/1985 (Α΄ 167),β) το Κέντρο Εκπαιδευτικής Έρευνας (Κ.Ε.Ε.), νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, το οποίο ιδρύθηκε σύμφωνα με το άρθρο 2 του Ν. 2327/1995 (Α΄ 156),γ) ο Οργανισμός Επιμόρφωσης Εκπαιδευτικών (Ο.ΕΠ.ΕΚ.), νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, το οποίο ιδρύθηκε σύμφωνα με το άρθρο 6 του Ν. 2986/2002 (Α΄ 24) και δ) το Ινστιτούτο Παιδείας Ομογενών και Διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης (Ι.Π.Ο.Δ.Ε.), νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, το οποίο ιδρύθηκε σύμφωνα με το άρθρο 5 του Ν. 2413/1996 (Α΄ 124).

των μαθητών αποτελούν ένα σημαντικό εμπόδιο για τους νηπιαγωγούς, στην προσπάθειά τους να διαχειριστούν την τάξη και να εμπλέξουν με επιτυχία όλα τα παιδιά στις διάφορες δραστηριότητες. Ειδικότερα, ο Κουρκούτας (2011) μετά από μια σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, καταλήγει πως μεγάλη σημασία για τη ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη των μαθητών αλλά και τη διαχείριση τυχόν δυσκολιών τους, έχει και η επαρκής κατάρτιση των εκπαιδευτικών. Επισημαίνει, ότι οι εκπαιδευτικοί συχνά δεν έχουν επαρκή κατάρτιση, με αποτέλεσμα, όχι μόνο να δυσκολεύονται να υποστηρίξουν και να διαχειριστούν τους μαθητές τους, αλλά και να βιώνουν συναισθήματα άγχους και ανησυχίας, λόγω της δυσκολίας τους αυτής. Τέλος, αναφέρει ότι ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να είναι ευαισθητοποιημένος και να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αξιολόγηση, καθώς ο εντοπισμός προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα.

Ο Ζεργιώτης (σ.13, 2008) τονίζει, ότι είναι εξαιρετικά σημαντικό να υπάρχει ειδική εκπαίδευση και βιωματική άσκηση των εκπαιδευτικών, σε θέματα που αφορούν στη διαχείριση των μαθητών και την επικοινωνία μαζί τους. Συνεχίζοντας, τονίζει «ότι η ειδική εκπαίδευση θα πρέπει να παρέχεται στους εκπαιδευτικούς, όχι μόνο κατά την διάρκεια των βασικών σπουδών τους αλλά και καθόλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας».

Την ανάγκη επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών ανέδειξε και η Παπαναούμ (2003) σε έρευνά της καταλήγοντας στο συμπέρασμα, ότι οι Έλληνες εκπαιδευτικοί «…χρειάζονται επιμορφωτική υποστήριξη σε θέματα τα οποία ελάχιστα ή και καθόλου δεν έχουν διδαχτεί κατά τις σπουδές τους, αποδεικνύονται όμως ιδιαίτερα σημαντικά για το έργο τους, όπως προκύπτει από τη βιωματική τους εμπειρία» (σ.147). Το 74,8% του δείγματος της έρευνάς της θεώρησε σημαντική την επιμόρφωση τους σε θέματα Ψυχολογίας (Παπαναούμ, 2003), ενώ και στην έρευνα του Βαλμά (2006) το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, ανέφερε ρητά την ανάγκη επιμόρφωσης σε θέματα που αφορούν τη διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς στην τάξη. Οι νηπιαγωγοί στην έρευνα των Μπατσούτα και Παπαγιαννίδου, (2006), δήλωσαν ότι θα ήθελαν να επιμορφωθούν σε θέματα που θα τους βοηθήσουν στην καθημερινή πράξη (διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς παιδιών, καλύτερη επικοινωνία με γονείς, κ.α). Επιπλέον, και σε άλλες έρευνες διερευνήθηκαν θέματα σχετικά με τις αντιλήψεις και εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών για το εκπαιδευτικό τους έργο και την επιμόρφωση τους, οι περισσότερες από τις οποίες, καταλήγουν ότι η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών διαχρονικά συρρικνώθηκε (Βεργίδης & Βαϊκούση, 2003. Γκότοβος,

1982 Ξωχέλης & Παπαναούμ, 2000. Παπακωνσταντίνου, 1992α.Υφαντή & Βοζαΐτης, 2007).

Αναφορικά με τις δεξιότητες των νηπιαγωγών για διαχείριση της τάξης (classroom management), η επιμόρφωσή τους φαίνεται να παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο (Kellam, Ling, Rolande, Brown & Ialongo, 1998. Raver et al., 2008. Yoon, 2002). Σύμφωνα με την έρευνα του Yoon (2002), οι δυσκολίες διαχείρισης των μαθητών που αντιμετωπίζουν συχνά οι νηπιαγωγοί λόγω ελλιπούς επιμόρφωσης, συντελούν στην εκδήλωση αυξημένων επίπεδων άγχους και στρες, ενώ έχουν αρνητικό αντίκτυπο και στη σχέση που δημιουργούν με τους μαθητές τους (Kellam et al., 1998. Yoon, 2002).

Σε άλλες έρευνες ωστόσο, επιβεβαιώνεται μικρή συνάφεια μεταξύ της επιμόρφωσης, της διδακτικής εμπειρίας των νηπιαγωγών και της ποιότητας της αλληλεπίδρασης που έχουν με τους μαθητές τους (Burchinal, Howes & Kontos, 2002. Early et al., 2007. Pianta et al., 2005). Στις παραπάνω έρευνες τονίζεται ότι οι νηπιαγωγοί με περισσότερα χρόνια ακαδημαϊκής μόρφωσης αλλά και διδακτικής εμπειρίας, δεν έχουν απαραίτητα «προτέρημα» έναντι των συναδέλφων τους με λιγότερη μόρφωση ή/και εμπειρίας στην ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τους μαθητές τους και κατ' επέκταση στην σχέση που θα δημιουργήσουν μαζί τους (Grining et al., 2010).

Τέλος, αντίθετα με όλα τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα, οι Stuhlman & Pianta, (2002) υποστηρίζουν ότι οι νηπιαγωγοί με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας, και άρα μεγαλύτερη επαγγελματική πείρα, μπορεί να αισθάνονται εξουθενωμένοι και να βλέπουν λιγότερα θετικά τους μαθητές τους, από ό,τι οι συνάδελφοι τους με λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας.

2.3.1.5 Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του νηπιαγωγού

Όπως επισημαίνει ο Fontana (1996), όταν αναφερόμαστε στην αποτελεσματικότητα του νηπιαγωγού, δόκιμο είναι να αξιολογούμε την ικανότητά του να υποστηρίζει και να προάγει την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού στον ίδιο βαθμό που υποστηρίζει και προάγει τις γνωστικές του λειτουργίες. Μεταξύ των χαρακτηριστικών που επισημαίνει ο Fontana ως απαραίτητα σε ένα νηπιαγωγό προκειμένου να είναι αποτελεσματικός, περιλαμβάνει την ικανότητα του να είναι εγκάρδιος, κατανοητικός, υπεύθυνος, συστηματικός και ενθουσιώδης με τους μαθητές του. Τέλος, αναφέρει ότι χαρακτηριστικά,

όπως η συναισθηματική ασφάλεια που εξασφαλίζει στους μαθητές του, το ύφος της διδασκαλίας και το στρες του νηπιαγωγού είναι παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν την αλληλεπίδραση με τους μαθητές του. Σε ανάλογο πνεύμα και ο Θάνος (2012), υποστηρίζει ότι, οι στάσεις του εκπαιδευτικού και πιο συγκεκριμένα τα στερεότυπα και οι προσδοκίες του, καθώς επίσης το ύφος του (εάν είναι ειρωνικός, βίαιος, υπερβολικά αυστηρός, ασυνεπής ή άδικος), φαίνεται να συμβάλουν στην αποκλίνουσα και επιθετική συμπεριφορά των μαθητών του.

Οι Collie, Shapka & Perry (2012) αναφέρουν ειδικότερα, ότι το «ύφος διδασκαλίας» (teaching style) που υιοθετούν οι νηπιαγωγοί, ασκεί σημαντική επίδραση στη συναισθηματική ανάπτυξη των μαθητών τους. Η συναισθηματική στήριξη (emotional support) που παρέχουν οι νηπιαγωγοί στους μαθητές τους, μέσα από τη κατανόηση αλλά και το σεβασμό που υποδεικνύουν προς αυτούς και παράλληλα μειώνοντας στοιχεία όπως έκφρασεις θυμού, σαρκασμού και ευερεθιστικότητας στην αλληλεπίδρασή μαζί τους, φάνηκε να συμβάλλουν στη μείωση της εκδήλωσης εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς (Collie et al., 2012).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι έρευνες που συνδέουν το «ψυχολογικό προφίλ» των νηπιαγωγών με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους. Οι Ackerman, Schoff, Levinson, Youngstorm & Izard (1999) συνδέουν το στρες των νηπιαγωγών με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους. Το στρες μπορεί να προκύπτει είτε από προσωπικούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες (καταθλιπτικά και αγχώδη συναισθήματα που πηγάζουν από την προσωπική ζωή, αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις κ.α.), είτε από παράγοντες που σχετίζονται με τον εργασιακό χώρο (έλλειψη οργάνωσης του σχολείου, πολυπληθείς τάξεις, χαμηλοί μισθοί κ.α.) (Ackerman et al., 1999. Campbell et al., 2000). Αυτοί οι παράγοντες συχνά οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση (burn-out) των νηπιαγωγών και στο αίσθημα ματαίωσης (Grining et al., 2010). Το εργασιακό σύνδρομο της εξουθένωσης εμφανίζεται κυρίως σε επαγγέλματα που εμπεριέχουν επικοινωνία με ανθρώπους (π.χ. εκπαιδευτικοί, επαγγέλματα υγείας) (Campbell et al., 2000). Σύμφωνα με τους Τσίρο & Παπαπέτρου (2008), το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης προκαλεί συναισθηματική κόπωση, απώλεια ενέργειας, αποπροσωποποίηση της συμπεριφοράς, μείωση της παραγωγικότητας, χαμηλό ηθικό και αδυναμία ανταπόκρισης

στις επαγγελματικές απαιτήσεις. Δεδομένης της σοβαρότητάς και των συμπτωμάτων[69] του, δύναται επίσης να επιδράσει ανασταλτικά στην αντιληπτική ικανότητα των εκπαιδευτικών σε σχέση με τη συμπεριφορά των μαθητών τους. Ο εκπαιδευτικός, έχοντας συχνά να αντιμετωπίσει πιεστικές καταστάσεις, δεν μπορεί να βοηθήσει τους μαθητές του, εάν δεν είναι σε θέση να λειτουργήσει αποτελεσματικά κάτω από αυτές τις στρεσογόνες συνθήκες (Τσίρος & Παπαπέτρου, 2008).

Ειδικότερα, οι Καλύβα, Καραγιάννη, Τζιάστας, Τσοντάκη & Χατζηαλεξιάδου (2007) υποστηρίζουν ότι η ένταση της επαγγελματικής εξουθένωσης τείνει να αυξάνει όσο αυξάνονται τα χρόνια της επαγγελματικής εμπειρίας των εκπαιδευτικών. Κάτι τέτοιο πιθανόν προκύπτει από «την αντίληψη ενός ατόμου σχετικά με μία ασυνέπεια που υφίσταται ανάμεσα στην προσπάθεια που καταβάλλει και στην ανταμοιβή που εισπράττει για την προσπάθεια του» (Καλύβα και συν., 2007, σ. 1279). Επίσης, έχει επιβεβαιωθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση μειώνει σημαντικά τη διάθεσή των εκπαιδευτικών να συμμετάσχουν στα διάφορα προγράμματα που στόχο έχουν να τους διδάξουν εναλλακτικές μεθόδους για τη διαχείριση της τάξης και την ενίσχυση του θετικού κλίματος εντός αυτής (Brouwers & Tomic, 2000. Byrne, 1994. Hakanen, Bakker & Schaufeli, 2006).

Τέλος, σύμφωνα με τους Hamre et al. (2008) οι νηπιαγωγοί που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών επεισοδίων, δείχνουν λιγότερη ευαισθησία στα παιδιά και συγκρούονται πιο συχνά μαζί τους. Επιπροσθέτως, οι Jeon, Buettner & Snyder (2014) συνδέουν στην έρευνα τους την κατάθλιψη των εκπαιδευτικών με το συνολικό κλίμα που επικρατεί στην τάξη και με την εμφάνιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων στους μαθητές τους.

2.3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ

Οι σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους του έχουν απασχολήσει τους αναπτυξιακούς και κοινωνικούς ψυχολόγους περισσότερο από τρεις δεκαετίες (Hartup, 2005). Το ενδιαφέρον μελέτης των σχέσεων αυτών ξεκινά από τα παιδιά προσχολικής ηλικίας (3- 6 ετών). Σημαντικό ορόσημο αυτής της ηλικιακής περιόδου είναι συνήθως η

[69] Τα συμπτώματα της εξουθένωσης μπορεί να είναι συναισθηματικά (απώλεια διάθεσης, κατάθλιψη, φοβίες, υπερευαισθησία, απάθεια, οξυθυμία), γνωστικά (έλλειψη αυτοεκτίμησης, έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης, απροσεξία), σωματικά και ψυχοσωματικά (διατροφικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου, πονοκέφαλος, έλκος, ζαλάδα, ναυτία, νευρικότητα, σεξουαλικά προβλήματα, αυξομείωση βάρους, υπερκόπωση), καθώς και αποκλίνουσες ή προβληματικές συμπεριφορές (επιθετική συμπεριφορά, κυνισμός, εθισμός σε αλκοόλ/καφεΐνη/ψυχοτρόπες ουσίες, κοινωνική απομόνωση, ροπή σε ατυχήματα, απροθυμία για εργασία) (Τσίρος & Παπαπέτρου, 2008).

έναρξη της φοίτησής τους στο σχολείο (παιδικός σταθμός και νηπιαγωγείο) (Schindler, Moely & Frank, 1987. Vaughn, Vollenweider, Boost, Azria – Evans & Snider, 2003). Στο οργανωμένο σχολικό περιβάλλον, τα παιδιά συναντούν άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας και αναπτύσσουν την ικανότητα για επικοινωνία και αλληλεπίδραση με πολύ περισσότερα άτομα από αυτά που συναναστρέφονταν στο οικογενειακό τους περιβάλλον (Γιώτσα, 2012. Hay, Payne & Chadwick, 2004). Δίνεται λοιπόν η δυνατότητα στους ερευνητές να παρατηρήσουν συστηματικά και μεθοδικά τις αλληλεπιδράσεις των παιδιών με τους συνομηλίκους τους, δυνατότητα την οποία εξασφαλίζει η οργάνωση του σχολικού πλαισίου που βασίζεται σε συγκεκριμένες αρχές, δομές και λειτουργίες.

Η εκτενής ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, αναδεικνύει τις σχέσεις με τους συνομηλίκους ως παράγοντα καθοριστικής σημασίας για την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού (Parker, Rubin, Erath, Wojslawowisz & Buskirk, 2006). Εκφραστής της άποψης αυτής είναι και ο Οδηγός Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006), ο Οδηγός του Ολοήμερου Νηπιαγωγείου (Αλευριάδου, Βρυνιώτη, Κυρίδης, Σιβροπούλου-Θεοδοσιάδου & Χρυσαφίδης, 2008) και ο Οδηγός Γονέα (Βρυνιώτη, Κυρίδης, Σιβροπούλου-Θεοδοσιάδου & Χρυσαφίδης, 2008). Μέσα στα εγχειρίδια αυτά- τα οποία διανέμονται δωρεάν από το Υπουργείο Παιδείας σε όλα τα Νηπιαγωγεία της χώρας- τονίζεται ιδιαίτερα, ο ρόλος και η αξία της εργασίας και του παιχνιδιού των παιδιών σε ομάδες, προκειμένου αυτά να αποκτήσουν κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες (Γιώτσα & Δώνη, 2012α). Ειδικότερα, ο Οδηγός Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006), το συνοδευτικό εγχειρίδιο του επίσημου Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003), αναφέρεται εκτενώς στην παιδαγωγική διάσταση της λειτουργίας των ομάδων, τονίζοντας ότι η ομάδα αποτελεί φορέα αγωγής στο νηπιαγωγείο. Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν και άλλη μια διάσταση της ομάδας – αυτή της δυναμικής της. Πιο συγκεκριμένα η *δυναμική της ομάδας* διαμορφώνεται από παράγοντες που σχετίζονται με τη σύνθεση, το μέγεθος και τις ενδο-ομαδικές και διο-ομαδικές σχέσεις[70] που δημιουργούνται μεταξύ των μελών της και

[70] Η *σύνθεση* της ομάδας, σύμφωνα με τον Ευαγγελόπουλο (όπως αναφέρουν οι Γιώτσα & Δώνη, 2012α, σ.454) «από πολλούς παιδαγωγούς προτείνεται να είναι ανομοιογενής ως προς το φύλο, τις ικανότητες και την ηλικία των παιδιών γιατί με αυτό τον τρόπο καλλιεργείται ο διάλογος μεταξύ των μαθητών και προωθείται η μάθηση». Σχετικά με το *μέγεθος* της ομάδας στο νηπιαγωγείο σύμφωνα με τους Δαφέρμου και συν. & Χατζηδήμου & Ταρατόρη (όπως αναφέρουν οι Γιώτσα & Δώνη, 2012α, σ.454) στην έναρξη της ομαδικής εργασίας στο Νηπιαγωγείο προτείνεται η λειτουργία ομάδων των δυο ατόμων, ενώ όταν εξοικειωθούν τα νήπια με αυτό τον τρόπο εργασίας και αποκτήσουν ικανότητες διαλόγου και διαπραγμάτευσης ενδείκνυται ο αριθμός των ατόμων να κυμαίνεται μεταξύ των τεσσάρων – πέντε. Τέλος, οι Γεώργας & Τριλίβα & Αναγνωστοπούλου (όπως αναφέρουν οι Γιώτσα & Δώνη, 2012α), υποστηρίζουν ότι «οι ενδο-ομαδικές και διο-ομαδικές σχέσεις μπορεί να εκτυλίσσονται σε πνεύμα συνεργασίας, ανταγωνισμού ή ουδετερότητας. Η θετική αλληλεξάρτηση μεταξύ των μελών της ομάδας μπορεί να εξασφαλιστεί όταν τα μέλη της συνεργάζονται αντί να ανταγωνίζονται και κατανοούν εφαρμόζοντας στην πράξη την αντίληψη ότι για να πετύχει κάποιος, πρέπει να πετύχουν όλοι μαζί»(σ. 454).

των μελών άλλων ομάδων (Γιώτσα & Δώνη, 2012α). Σύμφωνα, τέλος, με τις αρχές της διαφοροποιημένης παιδαγωγικής, σημαντική προϋπόθεση στη διαμόρφωση της δυναμικής των ομάδων, είναι να λαμβάνονται κάθε φορά υπόψη από το νηπιαγωγό και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού (ιδιοσυγκρασία, ρυθμοί ανάπτυξης, κοινωνική και πολιτισμική προέλευση, οικογενειακό πλαίσιο) (Σφυρόερα, 2004).

Ιδιαίτερη αναφορά, γίνεται στον Οδηγό Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006), στην αξία της συνύπαρξης προνηπίων (4-5 ετών) και νηπίων (5- 6 ετών) στην ίδια τάξη. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι οι μεικτές ομάδες ωφελούν τα μεγαλύτερα παιδιά- ιδίως αυτά που έχουν ελλιπή κοινωνική ανάπτυξη και χαμηλή αυτοπεποίθηση- γιατί ενισχύεται η υπευθυνότητα, η αυτοπεποίθησή τους και η αυτοκυριαρχία τους. Από την άλλη, «τα προνήπια ωφελούνται γιατί μέσα από αυτή τη συνύπαρξη αναδύονται νέες κοινωνικές δεξιότητες και γνώσεις» (Δαφέρμου και συν., 2006, σ.82).

Σύμφωνα με τους Gifford-Smith & Brownell (2003), οι σχέσεις των συνομηλίκων διαφοροποιούνται συστηματικά στις διάφορες ηλικίες, εξυπηρετώντας διαφορετικούς κάθε φορά σκοπούς στη ζωή των παιδιών. Ειδικότερα, η αλληλεπίδραση παιδιών προσχολικής ηλικίας, μετά την ηλικία των τριών ετών και μέχρι τα έξι, αλλάζει ραγδαία όσον αφορά τη συχνότητα και την ποιότητα των συνδιαλλαγών που αναπτύσσουν με τους συνομηλίκους (Dunn, R. & Dunn, K., 1993).

Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην εξέλιξη των μεθόδων μελέτης της προσαρμογής και λειτουργίας παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας στις ενδο-ομαδικές σχέσεις των συνομηλίκων (Γιώτσα, 2012). Οι σύγχρονες μέθοδοι που μελετούν τις σχέσεις με τους συνομηλίκους δεν εστιάζουν μόνο στον κοινωνιομετρικό[71] τρόπο μελέτης (Abecassis et al., 2003. Bukowski & Cilessen, 1998), δηλαδή απλώς στις προτιμήσεις ή απορρίψεις μεταξύ των μελών μιας ομάδας, αλλά και στην κατανόηση επιπλέον διαστάσεων των σχέσεων αυτών. Οι ερευνητές μελετούν πλέον, τη διαφορά στο βαθμό που η αποδοχή ή απόρριψη από την ευρύτερη ομάδα των ομηλίκων, αλλά και η φιλία ή η θυματοποίηση σε επίπεδο δυάδας, επηρεάζουν διάφορους τομείς ανάπτυξης του παιδιού και την προσαρμογή του σχολείο (Brendgen, Little & Krapmann, 2000. Parker & Gamm, 2003). Επίσης, διαχρονικές έρευνες μελετούν κατά πόσο η απόρριψη από τους συνομηλίκους στην προσχολική ηλικία επιδρά στην εμφάνιση σοβαρών εξωτερικευμένων προβλημάτων (παραβατικότητα) στη σχολική ηλικία (Sturaro

[71] Η κοινωνιομετρία επιχειρεί να διερευνήσει τη δομή των κοινωνικών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη μιας ομάδας, συλλέγοντας πληροφορίες για το ρόλο, την κοινωνική θέση και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (ηγετικές ικανότητες, ήθος, κοινωνική προσαρμογή, αποκλίσεις) κάθε μέλους της (Moreno, 1970).

et al., 2011), ή οδηγεί στη διάπραξη σοβαρών ποινικών αδικημάτων και βίαιων εγκληματικών πράξεων στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Vitaro, Pedersen & Brendgen, 2007).

Η πιο διαδεδομένη διάκριση των ερευνών που μελετούν τις σχέσεις του παιδιού με τους συνομηλίκους του, είναι μεταξύ αυτών που μελετούν τις σχέσεις αυτές σε επίπεδο ομάδας και αυτών που τις μελετούν σε επίπεδο δυαδικής σχέσης (Gifford-Smith & Brownell, 2003). Σε επίπεδο ομάδας οι σχέσεις των παιδιών χαρακτηρίζονται συνήθως με όρους όπως *κοινωνική αποδοχή, προτίμηση* ή και *απόρριψη* (Hawley, 2002). Σε επίπεδο δυάδας, οι ερευνητές μελετούν κυρίως τη *φιλία* που αναπτύσσεται μεταξύ των παιδιών (Hartup & Stevens, 1997), ενώ πιο πρόσφατα άρχισε να τους απασχολεί και η σχέση θύματος- θύτη (Vlachou et al., 2011).

2.3.2.1 Σχέσεις μεταξύ συνομηλίκων

Στην προσχολική ηλικία οι δυαδικές αλληλεπιδράσεις είναι πιο συχνές και πιο έντονες από ό,τι σε μεγαλύτερα παιδιά (Ντολιοπούλου, 1999). Τα φαινόμενα σύγκρουσης που παρατηρούνται συνήθως μεταξύ των παιδιών περιλαμβάνουν διαμάχες σε σχέση με τη διεκδίκηση αντικειμένων, οι οποίες σχετίζονται, όχι τόσο με την «ιδιοκτησιακή» κατοχύρωση του αντικειμένου αυτού καθαυτού, όσο με την προστασία του χώρου εντός του οποίου αλληλεπιδρούν τα παιδιά, ή την αποκατάσταση του δικαίου (προάσπιση ηθικών ζητημάτων) (Chen, Fein, Killen & Tam, 2001. Vaughn et al., 2003). Τα παιδιά θεωρούν τους στενότερους φίλους τους ως πηγή συναισθηματικής στήριξης. Στην περίπτωση όμως που οι στενές φιλικές σχέσεις των παιδιών χαρακτηρίζονται από την εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών, μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη παραβατικών αποκλινουσών συμπεριφορών και κατά την εφηβική ηλικία (Crick & Nelson, 2002). Επίσης, η σχεδόν αποκλειστική συζήτηση δυσκολιών μεταξύ πολύ στενών φίλων, νωρίς στην παιδική ηλικία, μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση προβλημάτων εσωτερίκευσης (π.χ. κατάθλιψη) στα παιδιά (Rose, Carlson & Waller, 2007).

Η αλληλεπίδραση μεταξύ των παιδιών προσχολικής ηλικίας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό και από τον τρόπο που εξελίσσεται η συμμετοχή τους στο παιχνίδι με τα άλλα

παιδιά. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η εμπλοκή των παιδιών σε παιχνίδια ρόλων[72], το λεγόμενο κοινωνιοδραματικό παιχνίδι, τα οποία και φαίνεται (Goncu, Patt & Kouba, 2002. Sawyer, 1997) να αποτελούν ισχυρό παράγοντα διαμόρφωσης των πρώτων σχέσεων φιλίας μεταξύ τους. Οι σχέσεις αυτές πιθανότατα θα παγιωθούν και θα μετατραπούν σε μακροχρόνιες φιλίες καθόλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας (Dunn, Cutting & Fisher, 2002. Gottman, 1983).

Στην έρευνα των Vaughn et al. (2003), ο τρόπος και η συχνότητα που τα παιδιά προσχολικής ηλικίας συγκρούονται με τους συνομηλίκους τους, βρέθηκε να συνιστά προβλεπτικό παράγοντα της κοινωνικής και γνωστικής τους ανάπτυξης. Επίσης, φάνηκε να επιδρά στην ικανότητα του παιδιού για διαχείριση των συγκρούσεων και σε αλλά πλαίσια. Στην συγκεκριμένη έρευνα επιβεβαιώθηκε ότι, το ένα τρίτο των παιδιών που είχαν υψηλούς δείκτες στην αξιολόγηση της κοινωνικής επάρκειας, είχαν επίσης υψηλούς δείκτες στην ικανότητα για κυριαρχία και προκοινωνική[73] (prosocial) συμπεριφορά (αλτρουισμός, μοίρασμα, ικανότητα για ενσυναισθητική κατανόηση).

Από την ηλικία των τεσσάρων μέχρι και έξι ετών, οι συγκρούσεις και η επιθετικότητα μεταξύ των συνομηλίκων υποχωρούν, δίνοντας τη θέση τους σε ενδεικτικές προκοινωνικές συμπεριφορές αλτρουισμού, οι οποίες σχετίζονται με την αποδοχή από τους συνομηλίκους (Erath, Flanagan & Bierman, 2007. Hay, Castle & Davies, 2000. Hay, Castle, Davies, Demetriou & Stimson, 1999). Η περίοδος αυτή ως προς την εξέλιξη της προκοινωνικής συμπεριφοράς αποτελεί ορόσημο, καθώς σχετίζεται με την παγίωση κοινωνικά αποδεκτών συμπεριφορών στην παιδική και εφηβική ηλικία (Cote, Tremblay, Nagin, Zoccolino & Vitaro, 2002). Επίσης, αποτελεί προστατευτικό παράγοντα ως προς την εκδήλωση εξωτερικευμένων προβλημάτων κατά την πρώιμη εφηβική ηλικία (Hay & Pawlby, 2003). Αλτρουιστικές συμπεριφορές από παιδιά προσχολικής ηλικίας, εκλαμβάνονται από τους ομηλίκους τους ως θετικά χαρακτηριστικά και οδηγούν στην αποδοχή τους από την ομάδα (Denham et al., 1990).

---

[72] Η εμπειρία της «ως αν» (as if) κατάστασης μέσω του παιχνιδιού προσποίησης και ρόλων (pretend play, role play), έχει διαπολιτισμική χροιά και η αναπτυξιακή της πορεία φαίνεται πως είναι ανεξάρτητη από πολιτισμικούς παράγοντες. Παρότι λοιπόν το περιεχόμενο του παιχνιδιού μπορεί να επηρεάζεται από πολιτισμικούς παράγοντες, η περιπλοκότητά του φαίνεται από σύγχρονες έρευνες ότι δεν επηρεάζεται σημαντικά (Farver, Kim & Lee-Shim, 2000. Hay, Payne & Chadwick, 2004).

[73] Η προκοινωνική συμπεριφορά αφορά σε ένα σύνολο δραστηριοτήτων και σχετίζεται με τρυφερά συναισθήματα. Οι τύποι προκοινωνικής συμπεριφοράς περιλαμβάνουν: α) τις αλτρουιστικές προκοινωνικές συμπεριφορές, όπου το άτομο εθελοντικά προσφέρει τη βοήθειά του σε κάποιον, β) τις συμμορφωτικές προκοινωνικές συμπεριφορές, που αφορούν τη βοήθεια κάποιου μετά από λεκτικό ή μη λεκτικό αίτημα, γ) τις συναισθηματικές προκοινωνικές συμπεριφορές, που αναφέρονται στη βοήθεια κάποιου, μετά από συναισθηματική παρακίνηση και δ) τις δημόσιες προκοινωνικές συμπεριφορές, που υποκινούνται από τη διάθεση του ατόμου να λάβει αποδοχή και σεβασμό από τους άλλους. Η προκοινωνική συμπεριφορά οδηγεί σε ανάπτυξη καλύτερης ποιότητας φιλικών και διαπροσωπικών σχέσεων (Rehberg & Richman, 1989).

Κατά την προσχολική ηλικία διαφαίνονται και οι πρώτες διαφοροποιήσεις στην αλληλεπίδραση μεταξύ συνομηλίκων με βάση το φύλο. Μετά την ηλικία των τριών ετών, τα παιδιά δείχνουν εμφανώς την προτίμησή τους για συνδιαλλαγή με παιδιά του ιδίου φύλου (Fabes, Martin & Hanish, 2003. Maccoby, 1998. Powlishta, Serbin & Moller, 1993). Τα κορίτσια προτιμούν περισσότερο τις δυαδικές αλληλεπιδράσεις και τα παιχνίδια σε μικρές ομάδες σε σχέση με τα αγόρια, τα οποία προτιμούν τη συναναστροφή σε μεγαλύτερες ομάδες και παιχνίδια που δίνουν έμφαση στον ανταγωνισμό, την επικράτηση και την κυριαρχία (Benenson, Apostoleris & Parnass, 1997. Maccoby, 1998). Επίσης, μετά την ηλικία των τεσσάρων ετών διαφαίνονται μεταξύ των δύο φύλων και διαφορές αναφορικά με την έκφραση της επιθετικότητας και την εμπλοκή σε συγκρούσεις (Hay et al., 2000. Keenan & Shaw, 1997. Loeber & Hay, 1997). Τα κορίτσια φαίνεται πως υιοθετούν περισσότερο κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές σε σύγκριση με τα αγόρια, τα οποία επιλύουν πιο συχνά τις διενέξεις τους με τη χρήση σωματικά επιθετικών πρακτικών (Garner, Roobertson & Smith, 1997. Iskandar, Laursen, Finkelstein & Fredrckson, 1995).

Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους αποτελούν, επιπλέον, προβλεπτικό δείκτη και παράγοντα που επηρεάζει την ανάπτυξη της συναισθηματικής και κοινωνικής επάρκειας των παιδιών προσχολικής ηλικίας (Cicchetti & Schneider – Rosen, 1986. Rutter & Sroufe, 2000. Sameroff & McKenzie, 2003). Ελλείμματα και δυσκολίες των παιδιών στους συγκεκριμένους τομείς, συνδέονται με την εμφάνιση εσωτερικευμένων (Ladd, 2006. McDougall, Hymel, Vaillancourt & Mercer, 2001. Rubin et al., 2006) αλλά και εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς (Deater-Deckard, 2001. Parker et al., 2006. Rubin et al., 2006). Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται από μελέτες, που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα προληπτικών παρεμβάσεων καλλιέργειας κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων σε νηπιαγωγεία και δημοτικά σχολεία. Στα συμπεράσματά τους, οι έρευνες αυτές υποστηρίζουν, κυρίως, ότι τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας που εμφάνιζαν μερικά παιδιά, μειώθηκαν σημαντικά μετά από τη βελτίωση των σχέσεων τους με συνομηλίκους (Vitaro, Brendgen, Pagani, Tremblay & Mc Duff, 1999. Witvliet, VanLier, Cuijpers & Koot, 2009).

Ειδικότερα, όσον αφορά στην εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων, έρευνες επιβεβαιώνουν ότι η απόρριψη από τους συνομηλίκους και η συναναστροφή με φίλους που εμφανίζουν αντικοινωνική συμπεριφορά, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση πρόωρης διάσπασης στα παιδιά προσχολικής ηλικίας (Deater-Deckard, 2001. Rohner et al., 2012. Sturaro, Van Lier, Cuijpers & Koot, 2011). Επιπλέον, συνδέονται και

με την εμφάνιση εχθρικών, επιθετικών και δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών στο μέλλον (Hanish, Martin, Fabes, Leonard & Herzog, 2005)[74]. Οι Gardner, Dishion & Connel (όπως αναφέρουν οι Schermerhorn et al., 2013), υποστηρίζουν ειδικότερα, ότι μόνο τα παιδιά που έχουν χαμηλά επίπεδα αυτορρύθμισης επηρεάζονται από τους αντικοινωνικούς φίλους τους. Όμως, πιο εξειδικευμένες έρευνες που θέλησαν να εξετάσουν, κατά πόσο η απόρριψη από τους συνομηλίκους στην παιδική ηλικία και οι σχέσεις με φίλους που εμφανίζουν αντικοινωνική συμπεριφορά, συνδέονται με την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς και παραβατικότητας στην εφηβεία και τη ενήλικη ζωή, δε βρήκαν καμία σύνδεση (Tremblay, Mâsse, Vitaro & Dobkin, 1995. Vitaro et al., 2007. Ο Ladd (2006), ωστόσο, υποστηρίζει ότι η απόρριψη από τους συνομηλίκους συμβάλλει στην εμφάνιση εξωτερικευμενών προβλημάτων από το δημοτικό και μετά, ενώ οι Snyder et al. (2003) υποστηρίζουν ότι επιδρά από το νηπιαγωγείο. Στο ίδιο πνεύμα και άλλοι ερευνητές, επιβεβαιώνουν ότι η εκδήλωση επιθετικότητας στο δημοτικό σχολείο από παιδιά, που δε χαρακτηρίζονται ως επιθετικά στο νηπιαγωγείο, συνδέεται κατά πολύ με τη συναναστροφή τους με παιδιά που εμφανίζουν αντικοινωνική συμπεριφορά (Dishion & Dodge, 2005. Van Lier, Vitaro & Eisner, 2007). Οι Van Lier & Koot (2010) υποστηρίζουν, ότι η απόρριψη και περιθωριοποίηση ενός παιδιού από τους συνομηλίκους, αποτελεί την πρωταρχική αιτία εμφανίσης δυσκολιών κοινωνικής προσαρμογής στο παιδί. Η απόρριψη από τους συνομηλίκους μπορεί να οδηγήσει το παιδί στην αδυναμία σύναψης στενών φιλικών σχέσεων, άρα στη δυσκολία ένταξης του εντός ενός ευρύτερου κοινωνικού δικτύου αλλά και σε πιθανό εκφοβισμό[75] από ομάδες συνομηλίκων (Bagwell, Coie, Terry & Lochman, 2000. Hodges, Boivin, Vitaro & Bukowski, 1999. Pedersen et al., 2007).

Σε διαφορετικά αποτελέσματα καταλήγουν και οι έρευνες που ασχολούνται με την επίδραση των δυο παραγόντων (απόρριψη και συναναστροφή με φίλους που έχουν προβλήματα συμπεριφοράς), στην εμφάνιση εξωτερικευμένων προβλημάτων στα δύο φύλα. Οι Sturaro et al. (2011) παρουσιάζουν έρευνες στις οποίες υποστηρίζεται ότι, η επίδραση των παραπάνω παραγόντων επηρεάζει περισσότερο τα αγόρια, κάποιες άλλες έρευνες ότι επηρεάζει περισσότερο τα κορίτσια και κάποιες στις οποίες δε βρέθηκε καμιά διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα.

---

[74] Υπάρχουν και έρευνες που υποστηρίζουν ότι η παρέα με φίλους που εμφανίζουν εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς δε λειτουργεί προσθετικά στην εμφάνιση αντίστοιχων προβλημάτων στα παιδιά (Ladd, 2006).

[75] Σύμφωνα με τους Olweus & Limber (όπως αναφέρουν οι Vlachou et al., 2011) η εκφοβιστική συμπεριφορά εμφανίζεται συχνά χωρίς κάποια εμφανή πρόκληση, ενώ έχει πρόθεση να βλάψει το θύμα και πραγματοποιείται κατά επανάληψη μέσα στο χρόνο.

Σχετικά με την επίδραση της θυματοποίησης του παιδιού στην ομάδα των συνομιλήκων, διαχρονικές έρευνες επιβεβαιώνουν ότι αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα, για την εμφάνιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων συμπεριφορών στο παιδί – θύμα (Rudolph et al., 2014). Ειδικότερα, ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά - θύματα μπορεί να λειτουργήσουν παθητικά, εμφανίζοντας συμπτώματα κατάθλιψης και κοινωνικής απόσυρσης (Oh et al., 2008) ή να εμφανίσουν συμπτώματα επιθετικότητας, (Ostrov, 2010) και σχολικής δυσπροσαρμοστικότητας (Hanish & Guerra, 2002). Αντίστοιχα, τα παιδιά - θύτες συχνά εκδηλώνουν θυμό, δυστυχία και κατάθλιψη σε σχέση με τα άλλα παιδιά, ενώ συχνά εμφανίζουν νοητικά προβλήματα (Vlachou et al., 2011).

2.3.3 ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Το θεσμικό πλαίσιο του σχολείου περιλαμβάνει έννοιες, όπως είναι η *οργάνωση του χώρου*, το *μέγεθος του σχολείου* και της τάξης αλλά και *το ωράριο λειτουργίας του* (Center for Social and Emotional Education, 2010. Μπάκας, 1997, 2010).

Το National Institute of Child Health and Human Development [(NICHD), 2002] ορίζει ότι η υψηλή ποιότητα της παρερχομένης εκπαίδευσης από τα νηπιαγωγεία γίνεται μέσα από την αξιολόγηση τριών παραμέτρων: α) τους καλά εκπαιδευμένους δασκάλους, β) το κατάλληλο μέγεθος της τάξης και γ) την υλικοτεχνική υποδομή του σχολείου. Η τελευταία παράμετρος πρέπει να εγγυάται την ασφάλεια των παιδιών και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες αυτής της ηλικίας (Maxwell, 2007). Θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ δασκάλου - μαθητών και των μαθητών μεταξύ τους, ξεκάθαροι κανόνες της τάξης - οι οποίοι συναποφασίζονται με τα παιδιά, ελέγχονται στην εφαρμογή τους και ανατροφοδοτούνται - ομαλές μετακινήσεις των παιδιών στον εσωτερικό και εξωτερικό χώρο, καθιερωμένες ρουτίνες και δομές, είναι μερικά από τα επιπλέον στοιχεία που εξασφαλίζουν τη θετική συμπεριφορά του παιδιού στην τάξη (Stormont, 2002).

Στην ίδια κατεύθυνση ο Γερμανός, (2010) προτείνει, τη θεώρηση του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος, ως ένα σύστημα αποτελούμενο από δύο επιμέρους δομές, την κοινωνική και την υλική. Βάσει αυτής της θεώρησης η κοινωνική δομή είναι αυτή που περιλαμβάνει στοιχεία, όπως η αλληλεπίδραση με το νηπιαγωγό και τους συνομήλικους, οι σχέσεις και τα πρότυπα που δομούνται εντός του εκπαιδευτικού πλαισίου, οι μέθοδοι διδασκαλίας που εφαρμόζονται, το σχολικό κλίμα κ.α.. Η υλική δομή περιλαμβάνει το

υλικό που έχει στη διάθεσή του ο εκπαιδευτικός και τα παιδιά αλλά και δομικά στοιχεία του χώρου, όπως είναι η διαρρύθμιση της τάξης, η αρχιτεκτονική και η οργάνωση του εσωτερικού και του αύλειου χώρου. Η κοινωνική δομή αλληλεπιδρά και αλληλοσχετίζεται με την υλική δομή, ενώ για να επέλθει αλλαγή στην κοινωνική δομή θα πρέπει πρώτα να αλλάξει η υλική δομή. Πιο συγκεκριμένα ο Γερμανός, (2010, σ.8), υποστηρίζει ότι «κάθε προσπάθεια αλλαγής της εκπαιδευτικής διαδικασίας απαιτεί τις κατάλληλες μετατροπές στο σχολικό χώρο. Η υιοθέτηση νέων, διαφορετικών μορφών επικοινωνίας, αλληλεπίδρασης και σχέσεων στη σχολική τάξη συναρτάται με την ύπαρξη χαρακτηριστικών χώρου που συμβάλλουν στην εφαρμογή των νέων προσεγγίσεων».

2.3.3.1 Η οργάνωση του χώρου

Σύμφωνα με τον Οδηγό μελετών για τα διδακτήρια όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης του Οργανισμού Σχολικών Κτιρίων (ΟΣΚ, 2008, σ. 29), ειδικά για το περιβάλλον του Νηπιαγωγείου, ορίζεται ότι «στο σύνολο του, εσωτερικά και εξωτερικά πρέπει να προκαλεί θετικά συναισθήματα στα νήπια, να είναι καλαίσθητο, οικείο, φιλικό, και να προδιαθέτει θετικά παιδιά και γονείς».

Αρχίζοντας από τις αίθουσες διδασκαλίας, ο ΟΣΚ (2008) ορίζει ως απαραίτητες προδιαγραφές κάθε αίθουσας νηπιαγωγείου (κλασσικού και ολοήμερου) τις εξής: α) να μπορεί να φιλοξενήσει 16- 20 παιδιά, β) να έχει ελάχιστη επιφάνεια 6,90 μέτρα, γ) να προβλέπει σύμφωνα με τις διεθνής προδιαγραφές, επιφάνεια 3 τετραγωνικών μέτρων ανά νήπιο. Επιπροσθέτως, διευκρινίζεται παρακάτω ότι η διαρρύθμιση των αιθουσών πρέπει να είναι τέτοια, ώστε «κάποια διαστήματα, τα νήπια να μπορούν να συγκεντρώνονται όλα μαζί σε ένα σημείο της αίθουσας και άλλες φορές πάλι, το κάθε παιδί να εργάζεται μόνο του ή σε μικρές ομάδες. Είναι σαφές ότι, κάθε αίθουσα πρέπει να επιτρέπει την άνετη δράση 4 μικρών ομάδων παιδιών ταυτόχρονα ή 8 ζευγαριών» (σ.28).

Ειδικότερα, όσον αφορά την οργάνωσης του *υλικού περιβάλλοντος* της τάξης, το οποίο θεωρείται σύμφωνα με τον Gandini, (1998), ως ο «τρίτος δάσκαλος» (μετά τους γονείς και τους δασκάλους), έχει αποδειχθεί ότι επιδρά σημαντικά στον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά μαθαίνουν να αλληλεπιδρούν με τους άλλους μέσα σε αυτό (Trancik & Evans, 1995). Οι Edwards, Gandini & Forman (όπως αναφέρουν η Αγγελάκη και συν., 2012, σ.33), υποστηρίζουν «ότι επειδή η κοινωνική ανάπτυξη θεωρείται ουσιαστικό κομμάτι της

γνωστικής ανάπτυξης, ο χώρος σχεδιάζεται και οργανώνεται με σκοπό την παροχή δυνατοτήτων αντιμετώπισης απρόσμενων καταστάσεων, δυνατοτήτων, αλληλεπιδράσεων και ανταλλαγών μεταξύ των παιδιών».

Εξειδικεύοντας, ο Maxwell, (2007) υποστηρίζει ότι μερικά από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της οργάνωσης του υλικού περιβάλλοντος της τάξης, το οποίο φαίνεται να ανταποκρίνεται απόλυτα στις ανάγκες των παιδιών αλλά και στην ανάπτυξη κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων σε αυτά, είναι: 1) Η δυνατότητα εξερεύνησης και αυτόνομης χρήσης των υλικών και των χώρων από τα ίδια τα παιδιά. 2) Η προστασία της ιδιωτικής ζωής, υπό την έννοια ότι ο χώρος πρέπει να είναι έτσι οργανωμένος, ώστε να παρέχει στο παιδί τη δυνατότητα αλληλεπίδρασης με τα άλλα παιδιά, παράλληλα όμως να του δίνει τη δυνατότητα απομόνωσης όταν το έχει ανάγκη[76]. Η ιδιώτευση δε σημαίνει την απομόνωση από τους άλλους αλλά την ικανότητα του παιδιού να ελέγχει πότε και με ποιο τρόπο θα αλληλεπιδράσει μαζί τους (Altman, 1975). Επιπλέον, ο Jenkinson (όπως αναφέρει η Αγγελάκη και συν., 2012, σ.38) υποστηρίζει «ότι ενισχύεται η συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών όταν βρίσκονται σε χώρους που μπορούν να κρυφτούν και να μείνουν λίγο μόνα τους». 3) Η ποικιλία και η κατάλληλη ποσότητα υλικών και παιχνιδιών, το ύψος της οροφής και των παραθύρων, η επιλογή του κατάλληλου φωτισμού, των κατάλληλων χρωμάτων κ.α. Η πολύ μικρή ποικιλία υλικών μπορεί να κάνει τα παιδιά να βαρεθούν και να μετακινούνται άσκοπα στο χώρο, κάτι το οποίο μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση επιθετικών συμπεριφορών. Σύμφωνα με τον Adams (2008), η έλλειψη της κατάλληλης ποσότητας παιχνιδιών κατά την ώρα του ελεύθερου παιχνιδιού, μπορεί να προκαλέσει συγκρούσεις μεταξύ των νηπίων. 4) Η αναγνωρισιμότητα (legibility) του περιβάλλοντος που περιλαμβάνει ενημερωτικές ταμπέλες για τη λειτουργία των διαφόρων χώρων και γωνιών στο νηπιαγωγείο αλλά και διαχωριστικά όρια ώστε να ξεχωρίζει ο ένας χώρος από τον άλλο, κάνει τα παιδιά να αισθάνονται πιο ανεξάρτητα στην ελεύθερη επιλογή και χρήση των χώρων που θέλουν να απασχοληθούν (Evans, 1980). Ο σωστός σχεδιασμός και η οργάνωση του κοινόχρηστου χώρου, ώστε τα παιδιά να μπορούν να μετακινούνται ανεξάρτητα και με ασφάλεια μέσα σε αυτό, έχει επιβεβαιωθεί ότι συμβάλλει στις θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των παιδιών και άρα στη μείωση εκδήλωσης προβλημάτων συμπεριφοράς από αυτά (Vlachou et al., 2011). Επίσης, ο Adams (2008) που μελέτησε ιδιαίτερα τη σύνδεση της οργάνωσης του χώρου στην εμφάνιση κρουσμάτων

[76] Σύμφωνα με τη Ντολιοπούλου, (2002), καλό να υπάρχει σε κάθε νηπιαγωγείο η γωνιά της ησυχίας στην οποία να μπορεί το παιδί να απομονωθεί και να ηρεμήσει όταν το έχει ανάγκη.

επιθετικότητας στα νήπια, υποστηρίζει ότι σε κάποιες γωνιές παιχνιδιού, όπως είναι η γωνιά[77] του οικοδομικού υλικού και η γωνιά της μουσικής, αλλά και η αμμοδόχος στην αυλή, οι συγκρούσεις μεταξύ των παιδιών είναι πιο συχνές. Προκειμένου να μειωθούν τα κρούσματα αυτά, η διαρρύθμιση του χώρου θα πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να εξασφαλίζει την εγγύτητα του νηπιαγωγού με τα νήπια, η οποία συμβάλλει σημαντικά στη θετική αλληλεπίδραση και επικοινωνία των παιδιών μεταξύ τους αλλά και με το νηπιαγωγό (Σταμάτης, 2003)[78]. Επιπροσθέτως, η εγγύτητα αυτή εξασφαλίζει και τη σωστή εποπτεία του χώρου από το νηπιαγωγό (Adams, 2008). Οι Bredekamp & Copple (όπως αναφέρουν οι Vlachou et al., 2011) υποστηρίζουν ότι ο νηπιαγωγός έχει σωστή εποπτεία των παιδιών, όταν είναι σε θέση να τα ακούει και να τα βλέπει όλα, κάτι ιδιαίτερα δύσκολο την ώρα των ελευθέρων δραστηριοτήτων στην τάξη, την ώρα που ετοιμάζονται τα παιδιά για διάλειμμα και στο ελεύθερο παιχνίδι στην αυλή. Η κατάλληλη διαμόρφωση του εξωτερικού χώρου έχει σα «βασικό παιδαγωγικό στόχο, την ολόπλευρη ανάπτυξη του παιδιού, χωρίς να παραγνωρίζεται ότι στον χώρο αυτό υπηρετούνται κυρίως οι κινητικές ανάγκες των παιδιών, η εκτόνωση και αποφόρτιση τους» (ΟΣΚ, 2008, σ.31). Παράλληλα θα πρέπει ο αύλειος χώρος να είναι ευρύχωρος, ευχάριστος και ασφαλής για τα παιδιά (Δαφέρμου και συν., 2006). Τις ώρες του μη δομημένου προγράμματος (ελεύθερες δραστηριότητες και διάλειμμα), θα πρέπει ο νηπιαγωγός να είναι περισσότερο προσεκτικός γιατί τότε εκδηλώνονται και τα περισσότερα φαινόμενα εκφοβισμού και επιθετικότητας, τα όποια συνδράμουν στην εμφάνιση εξωτερικευμένων και εσωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς στα παιδιά (Craig, Pepler & Atlas, 2000). Για το λόγο αυτό και σύμφωνα με τον (ΟΣΚ, 2008) «το μεγαλύτερο τμήμα του αύλειου χώρου θα πρέπει να βρίσκεται συγκεντρωμένο προς την μία πλευρά του οικοπέδου, διότι έτσι διευκολύνει τους νηπιαγωγούς να παρακολουθούν καλύτερα τα νήπια» (σ.32).

Με βάση τα παραπάνω, ο Γερμανός, (2002, 2003, 2010), ερευνώντας τα ελληνικά εκπαιδευτήρια τα παρουσιάζει ως ξεπερασμένα, ενώ χαρακτηρίζει ως αναχρονιστικό το

[77] «Στα ελληνικά νηπιαγωγεία ο εσωτερικός χώρος διαμορφώνεται σε επιμέρους χώρους, σε περιοχές διαφορετικών ενδιαφερόντων που ονομάζονται «γωνιές» (Δαφέρμου και συν., 2006, σ.59).

[78] Ο Σταμάτης, (2003) στην έρευνά του σχετικά με την αξία της απτικής συμπεριφοράς στο νηπιαγωγείο, αναδεικνύει τη σημασία των δομικών χαρακτηριστικών του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος και της επίδρασης αυτών στην αλληλεπίδραση και επικοινωνία των παιδιών μεταξύ τους αλλά και με το νηπιαγωγό. Αναφέρει συγκεκριμένα ότι δεν αρκεί σε ένα εκπαιδευτικό πλαίσιο να προφυλάσσεται μόνο η σωματική υγεία των παιδιών που εντάσσονται μέσα σε αυτό, αντιθέτως θα πρέπει η δομή του πλαισίου να είναι τέτοια ώστε να προωθούνται και άλλες λειτουργίες όπως η καλή επικοινωνία του παιδιού με το νηπιαγωγό. Επιπροσθέτως, οι Κοντάκος & Πολεμικός (2000) υποστηρίζουν ότι η σωματική επαφή του νηπιαγωγού με τα νήπια είναι πολύ σημαντική γιαυτή την ηλικία.

ελληνικό διδακτικό-χωρικό μοντέλο και προτείνει ένα άλλο, σύγχρονο, βασισμένο στις συνεργατικές διαδικασίες διδασκαλίας και μάθησης.

Ενδιαφέρουσα είναι και η άποψη των Pianta et al. (2005), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η γειτνίαση του νηπιαγωγείου με το δημοτικό σχολείο μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία του. Φαίνεται πως οι νηπιαγωγοί τέτοιων νηπιαγωγείων είναι πολύ πιθανόν να υιοθετήσουν πρακτικές και λειτουργίες του δημοτικού σχολείου, πολύ περισσότερο από τους συναδέλφους τους που τα νηπιαγωγεία τους δε γειτνιάζουν με δημοτικά σχολεία.. Αυτό είναι κάτι που δεν επηρεάζει άμεσα την ποιότητα του παρεχόμενου προγράμματος του νηπιαγωγείου. Μπορεί όμως να διαφοροποιήσει την κουλτούρα του, καθώς οι γονείς των νηπίων που έχουν συνήθως και μεγαλύτερα παιδιά στο δημοτικό σχολείο, μπορούν πιο εύκολα να επισκεφθούν παράλληλα και το νηπιαγωγείο και να εμπλακούν στις λειτουργίες του.

Γνωρίζοντας τα παραπάνω, ο νηπιαγωγός πρέπει χρησιμοποιήσει στην οργάνωση του σχολείου και της τάξης στρατηγικές όπως είναι η εγγύτητα, η λειτουργική οργάνωση της τάξης και η εύκολη πρόσβαση στα υλικά και τα παιχνίδια, προκειμένου το νηπιαγωγείο να λειτουργήσει θετικά στην κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών (Vlachou et al., 2011).

2.3.3.2 Το μέγεθος του σχολείου και το μέγεθος της τάξης

Ένας άλλος θεσμικός παράγοντας του σχολείου που επιδρά στην κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, είναι το μέγεθος του νηπιαγωγείου και της τάξης, υπό την έννοια του αριθμού των φοιτούντων μαθητών (Κωνσταντίνου, χ.χ). Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν, ότι τα μικρότερα σχολεία επιδρούν θετικά, τόσο στην ανάπτυξη γνωστικών δεξιοτήτων των παιδιών, όσο και στις κοινωνικές σχέσεις που αναπτύσσουν μεταξύ τους αλλά και με τους νηπιαγωγούς (Stevenson, 2007). Τα δημόσια νηπιαγωγεία που λειτουργούν στην Ελλάδα είναι, συνήθως, μονοθέσια και διθέσια[79](Μπάκας, 2005). Η μείωση των φοιτούντων μαθητών σε ένα σχολείο, έχει αποδειχθεί ότι δε συμβάλλει μόνο στη βελτίωση του σχολικού περιβάλλοντος, αλλά συμβάλλει και στη βελτίωση της μάθησης και της κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού (Cotton, 2001.

[79] Όπως ορίζεται στο Φ.Ε.Κ 21045/13-10-2006, τ. Β΄ «Τα Νηπιαγωγεία είναι μονοθέσια και διθέσια. Μονοθέσια είναι εκείνα στα οποία φοιτούν από επτά (7) έως είκοσι πέντε (25) νήπια και διθέσια εκείνα στα οποία φοιτούν από είκοσι έξι (26) έως πενήντα (50) νήπια».

Κωνσταντίνου, 1997). Επιπλέον, οι Astor et al. (2001) επιβεβαιώνουν στην έρευνά τους, ότι στα μεγάλα σχολεία τα παιδιά αισθάνονται ανασφάλεια, ιδιαιτέρα στους κοινόχρηστους χώρους που δεν εποπτεύονται, γεγονός που μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση κυρίως εσωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς. Επιπροσθέτως, ο Γερμανός (2010) υποστηρίζει, ότι μεγάλοι χώροι με κακή διαρρύθμιση, που δεν ελέγχονται πλήρως από τους νηπιαγωγούς και περιλαμβάνουν «τυφλά σημεία», ενισχύουν το αίσθημα της ανασφάλειας στα μικρά παιδιά.

Σχετικά με το μέγεθος της τάξης, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την αναλογία νηπιαγωγού/ παιδιών στην Ελλάδα, η νομοθεσία ορίζει ένα νηπιαγωγό για 25 νήπια και προνήπια[80] (Φ.Ε.Κ 2057/.2-8-2007, τ. Β΄). Βέβαια, ο νομοθέτης[81] δίνει και τη δυνατότητα επέκτασης κατά 10% των εγγραφών σε μια τάξη, μετά από απόφαση του Διευθυντή της κατά τόπου Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Η αναλογία αυτή επισύρει πολλά ερωτηματικά, σχετικά με τις συνέπειες που έχει στην ασφάλεια των παιδιών αλλά και την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων του νηπιαγωγού μαζί τους. Οι Mashburn et al. (2008) προτείνουν, ως μέγιστο αριθμό, τα είκοσι παιδιά σε κάθε τάξη, με δυο όμως νηπιαγωγούς.

Σύμφωνα με τους Howes, Phillips & Whitebook (1992), οι νηπιαγωγοί που στις τάξεις τους έχουν ιδεατά όχι περισσότερα από δέκα παιδιά, τους προσφέρουν πιο ευαίσθητη και αναπτυξιακά κατάλληλη εκπαίδευση. Επιπλέον, οι Phillips & Lowenstein (2011) υποστηρίζουν πως τα παιδιά αποκτούν καλύτερες δεξιότητες επικοινωνίας συγκριτικά με άλλα που εκπαιδεύονται σε τάξεις που η αναλογία μαθητών νηπιαγωγού είναι μεγαλύτερη (πάνω από δέκα). Σε ένα μεγάλο δείγμα νηπίων, οι Pianta et al. (2005) επιβεβαιώνουν ότι στις ολιγομελείς τάξεις η θετική συναισθηματική επικοινωνία των παιδιών μεταξύ τους αλλά και με το νηπιαγωγό ήταν καλύτερη. Συμπληρωματικές έρευνες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που έχουν τέτοιου τύπου σχέση ωφελούνται στην ολόπλευρη ανάπτυξή τους [(National Institute of Child Health and Human Development & Early Child Care Research Network (NICHD & ECCRN), 2002)], ενώ αυτή η σχέση φαίνεται να επιδρά θετικά και στη συμπεριφορά του δασκάλου (NICHD & ECCRN, 2003).

Η αναλογία μαθητών – νηπιαγωγού, φαίνεται να παίζει, επίσης, σημαντικό ρόλο και στην παρατήρηση και αξιολόγηση των παιδιών από το νηπιαγωγό, ενώ η ποιότητα της σχέσης με τους μαθητές του είναι καλύτερη όταν η αναλόγια είναι μικρή (Burchinal et al.,

[80] Η αναλογία αυτή ορίζεται σύμφωνα με το Φ.Ε.Κ 2057/.2-8-2007, τ. Β΄.
[81] Η επέκταση αυτή αναφέρετε στο Φ.Ε.Κ 34542/ 1- 10- 2013, τ.Β΄.

2000. Κωνσταντίνου, χ.χ.). Οι μικρότερες τάξεις προάγουν την ανάπτυξη των παιδιών καθώς διευκολύνουν την ανάπτυξη ουσιαστικής σχέσης με το νηπιαγωγό, τη συμμετοχή του παιδιού σε όλες τις δραστηριότητες και καθιστούν πιο εύκολη τη στενότερη παρακολούθηση του κάθε παιδιού από το νηπιαγωγό (Conroy & Fox, 1994. Van Acker et al., 1996).

Σε έρευνα που πραγματοποίησε η Κουρμούση (2012, σσ. 350-351), επιβεβαιώθηκε ότι ο μεγάλος αριθμός μαθητών στην τάξη, δεν επιδρά θετικά στην ανάπτυξη δυναμικής συμπεριφοράς των παιδιών και στην αποφυγή θυματοποίησής τους. Επίσης, φάνηκε να δυσχεραίνει και την ανάπτυξη αυτοεκτίμησης, δεξιοτήτων φιλίας και ικανοτήτων επίλυσης προβλημάτων στα παιδιά. Αντίθετα όσο μικρότερος ήταν ο αριθμός των φοιτούντων μαθητών, τόσο σημαντικά υψηλότερες ήταν οι επιδόσεις τους στις υποκλίμακες «Αποφυγή θυματοποίησης», «Αυτοεκτίμηση», «Δεξιότητες φιλίας» και «Επίλυση προβλημάτων».

2.3.3.3 Ωράριο λειτουργίας (κλασσικό – ολοήμερο)

Το ολοήμερο νηπιαγωγείο ή νηπιαγωγείο διευρυμένου ωραρίου, θεσπίστηκε στην Ελλάδα, με βάση το άρθρο 3 του Νόμου 2525/97. Σύμφωνα με το Φ.Ε.Κ 32/522/87900/Γ1/1-09-2004[82], σκοπός του Ολοήμερου Νηπιαγωγείου είναι «η αναβάθμιση της προσχολικής εκπαίδευσης, η ολόπλευρη, αρμονική και ισόρροπη ανάπτυξη των παιδιών ηλικίας 4-6 ετών στο πλαίσιο των ευρύτερων στόχων της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, η ολοκληρωμένη προετοιμασία των νηπίων για το δημοτικό σχολείο, η ενίσχυση του ρόλου της κρατικής μέριμνας με στόχο τη μείωση των μορφωτικών και κοινωνικών διακρίσεων και η εξυπηρέτηση των εργαζόμενων γονέων».

Αρχικά τα ολοήμερα νηπιαγωγεία δημιουργήθηκαν προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των οικογενειών, η λειτουργία των οποίων αναπροσαρμόσθηκε όταν όλο και περισσότερες μητέρες άρχισαν να εργάζονται (Αλευριάδου και συν., 2008). Τα ολοήμερα νηπιαγωγεία στόχο έχουν μέσα από το διευρυμένο ωράριο να παράσχουν όσο το δυνατόν

[82] Στο ίδιο ΦΕΚ ορίζεται ότι το ολοήμερο νηπιαγωγείο ξεκινά τη λειτουργία του από τις οκτώ το πρωί μέχρι τις τέσσερις το απόγευμα, με δύο νηπιαγωγούς. Το ωράριο του ενός νηπιαγωγού είναι από τις 08.00΄μέχρι τις 12.00΄και του άλλου από τις 12.00 έως τις 16.00. Από το σχολικό έτος 2007-2008 μπορεί να λειτουργήσει πρωινή προαιρετική ζώνη 07.00-08.00 όταν υπάρχουν 5 παιδιά σε κάθε τμήμα που ενδιαφέρονται. Επίσης, το πρόγραμμα του ολοήμερου νηπιαγωγείου έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα και ορίζεται από τα ισχύοντα Προγράμματα Σπουδών του Νηπιαγωγείου. Είναι ενιαίο πρόγραμμα, με συνέχεια και συνάφεια, δηλαδή, οι δραστηριότητες αρχίζουν στις 08:00 το πρωί, με την προσέλευση των παιδιών, με τη μία από τις δύο νηπιαγωγούς, και ολοκληρώνονται με τον άλλο νηπιαγωγό, στις 15:45μμ.. Οι δύο νηπιαγωγοί συνεργάζονται για το σχεδιασμό και την εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος.

περισσότερα ερεθίσματα και δραστηριότητες στα παιδιά, ώστε να προάγουν την ομαλή γνωστική και κοινωνική τους ανάπτυξη (Μπάκας, 1998).

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν τη θετική επίδραση του ολοήμερου νηπιαγωγείου στην ανάπτυξη των παιδιών. Μεταξύ των προτερημάτων που αναδεικνύονται από στην βιβλιογραφία, είναι η θετική επίδραση του ολοήμερου νηπιαγωγείου στην ανάπτυξη των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων στα νήπια που σχετίζονται με τα μαθηματικά, την ανάγνωση (Saam & Nowak, 2005. Walston & West, 2004), την αναγνωστική κατανόηση (Pellegrini & Galda, 1982), την προφορική έκφραση (Levy & Shepardson, 1992) και την επίλυση προβλημάτων (Swink & Buchaman, 1984). Επιπλέον, το ολοήμερο νηπιαγωγείο προάγει την κοινωνικοποίηση των νηπίων, μέσα από τη συμμετοχή τους σε περισσότερες ομαδικές δραστηριότητες για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (διευρυμένο ωράριο), η οποία με τη σειρά της προάγει την έννοια της συνεργασίας, της αλληλεπίδρασης και της αλληλοβοήθειας μεταξύ των παιδιών (Elicker & Mathur, 1997. Hough & Bryde, 1996. Μπάκας & Μπατσούτα, 2010). Μια άλλη σημαντική λειτουργία του ολοήμερου νηπιαγωγείου είναι ότι επιδρά θετικά στην συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα, το διευρυμένο ωράριο επιτρέπει την εμπλοκή των παιδιών σε πολλαπλές δραστηριότητες, πολύ περισσότερες από ό,τι το κλασσικό, οι οποίες ενθαρρύνουν την ανάληψη πρωτοβουλιών από αυτά, το σχεδιασμό αλλά και την υλοποίηση των ιδεών τους (Ντολιοπούλου, 1999). Τα παιδιά μαθαίνουν να διεκδικούν, να διαπραγματεύονται αλλά και να εκφράζονται, γεγονός που συμβάλλει σημαντικά στην συναισθηματική τους ανάπτυξη (Cryan, Sheehan, Wiechel & BandyHedden, 1992. Elicker & Mathur, 1997).

Τέλος, έχει επιβεβαιωθεί ότι το ολοήμερο νηπιαγωγείο συμβάλει σημαντικά στην πρόληψη μαθησιακών δυσκολιών και δυσλειτουργικών συμπεριφορών των παιδιών (Γκλιάου, 2004). Οι νηπιαγωγοί του ολοήμερου νηπιαγωγείου έχουν περισσότερο χρόνο να ασχοληθούν εξατομικευμένα με το κάθε παιδί και έτσι να το γνωρίσουν καλύτερα. Αναπτύσσουν λοιπόν μαζί του σχέσεις ουσιαστικής διαπροσωπικής επικοινωνίας, βοηθώντας το να ολοκληρώσει δύσκολες εργασίες, να επιλύσει συγκρούσεις και να εκφράσει συναισθήματα (Αλευριάδου και συν., 2008). Επίσης, γνωρίζοντας οι νηπιαγωγοί τα αναπτυξιακά στάδια του παιδιού αυτής ηλικίας και παράλληλα έχοντας πολύ περισσότερο χρόνο το παιδί κοντά τους, μπορούν να το παρατηρούν σε ένα μεγάλο εύρος δραστηριοτήτων (Gullo, 2000). Μέσα από την εστιασμένη παρατήρηση και καταγραφή, οι νηπιαγωγοί του ολοήμερου νηπιαγωγείου μπορούν να ανιχνεύσουν ευκολότερα τυχόν δυσκολίες που παρουσιάζουν τα παιδιά, κυρίως στον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα

(Wurm, 2005). Επιπροσθέτως, η συνεργασία και η ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των δυο νηπιαγωγών, είναι πολύ σημαντική στην ανάπτυξη απαιτητικών προγραμμάτων που βασίζονται στην παρατήρηση, καταγραφή, ανάλυση και αξιολόγηση της συνολικής ανάπτυξης του παιδιού (Αλευριάδου και συν., 2008). Η άποψη αυτή ενισχύεται και από τους Achenbach et al. (1987), οι οποίοι σε μια μετανάλυση 119 ερευνών που χρησιμοποίησαν πολλαπλούς πληροφορήτες (γονείς, νηπιαγωγούς, ειδικούς) στην αξιολόγηση συμπεριφοράς και συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας, αποφαίνονται ότι η μεγαλύτερη συμφωνία παρατηρείται μεταξύ των πληροφορητών που έχουν το ίδιο ρόλο (νηπιαγωγοί).

Παρότι όμως, αρκετές έρευνες επιβεβαιώνουν τα πλεονεκτήματα του ολοήμερου έναντι του κλασσικού νηπιαγωγείου, υπάρχουν και ερευνητικά δεδομένα που καταλήγουν σε αντίθετα συμπεράσματα, και ασκούν αρνητική κριτική στο ολοήμερο νηπιαγωγείο, υποστηρίζοντας τελικά κουράζει τα παιδιά λόγω του διευρυμένου ωραρίου του (Αλευριάδου και συν., 2008).

Οι Mashburn & Henry (2004) στην έρευνά τους καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι τα παιδιά που παραμένουν περισσότερες ώρες στο ολοήμερο σχολείο, εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, από ό,τι τα παιδιά που πηγαίνουν στο κλασσικό σχολείο. Επίσης, συγκρούονται περισσότερο με το νηπιαγωγό τους λόγω του στρες που τους δημιουργούν οι πολλές ώρες παραμονής στο περιβάλλον του σχολείου. Τα δεδομένα αυτά συμφωνούν και με την έρευνα της Κουρμούση (2012), στην οποία φαίνεται ότι τα παιδιά που φοιτούσαν στα κλασσικά νηπιαγωγεία, υπερτερούσαν έναντι των παιδιών που φοιτούσαν στα ολοήμερα σε όλες τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες και ιδιαιτέρα στην «Αποφυγή θυματοποίησης».

Αυτό μπορεί να συμβαίνει, σύμφωνα με τους Walston & West (2004), γιατί ο χρόνος διδασκαλίας των μαθητών του ολοήμερου νηπιαγωγείου αυξάνεται αναλογικά με τον χρόνο παραμονής του παιδιού σε αυτό. Το αποτέλεσμα είναι ότι το ολοήμερο νηπιαγωγείο, περιλαμβάνει τελικά πολύ μεγαλύτερο όγκο ακαδημαϊκών πληροφοριών, το οποίο δε μπορούν να αφομοιώσουν τα παιδιά στη συγκεκριμένη αναπτυξιακή φάση. Από την άλλη οι Loeb, Bridges, Bassok, Fuller & Rumberger (2007), υποστηρίζουν ότι δε φταίει το βεβαρημένο σχολικό πρόγραμμα αλλά η πολύωρη στέρηση της μητέρας.

Τέλος, νεότερες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι, αν και στην πραγματικότητα φαίνεται να υπάρχουν οφέλη τόσο για την ακαδημαϊκή όσο και για την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών, αυτά είναι προσωρινά και δε διατηρούνται πέραν

της φοίτησης των παιδιών στο συγκεκριμένο πλαίσιο (Hustyi, Normand, Larson & Montley, 2012.Walston & West, 2004). Σύμφωνα με τους Hough & Bryde (1996) το ολοήμερο νηπιαγωγείο δε διαφέρει στην ανάπτυξη της κοινωνικοποίησης των παιδιών συγκριτικά με το κλασσικό νηπιαγωγείο.

2.4 ΓΕΙΤΟΝΙΑ - ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η γειτονιά και η κοινότητα είναι κοινωνικά πλαίσια, μέσα στα οποία, σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, ζουν, αναπτύσσονται και δέχονται αλληλεπιδράσεις τα παιδιά κάθε ηλικίας (Bronfenbrenner, 1979. Epstein, 1995). Ως *κοινότητα* ορίζεται μια κοινωνική οντότητα με άτυπη οργάνωση που χαρακτηρίζεται από ένα είδος κοινής ταυτότητας (White, 1982) ή ως το σύνολο των ανθρώπων που ζουν στην ίδια καθορισμένη περιοχή και μοιράζονται τα ίδια βασικά κοινωνικά αγαθά (Rifkin, Muller & Bichmann, 1988). Σύμφωνα με τη Μυλωνάκου- Κεκέ η κοινότητα, ως ένα υποσύστημα της κοινωνίας, εννοείται ως «η τοπική κοινότητα μέσα στην οποία υπάρχει και δραστηριοποιείται η οικογένεια αλλά και το σχολείο» (2006, σ.34). Στην κοινότητα «η παράδοση και οι ηθικές αξίες έχουν προτεραιότητα έναντι των οικονομικών συναλλαγών και η προσωπική δέσμευση είναι πολύ πιο σημαντική από τους θεσμούς, από τους απρόσωπους μηχανισμούς της κοινωνίας» (Μυλωνάκου- Κεκέ, σ.35).

Ο όρος *γειτονιά* αναφέρεται, σύμφωνα με τους Coulton & Korbin (2007), στο άμεσο γεωγραφικό και κοινωνικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο ζει και κινείται το άτομο. Το πλαίσιο αυτό, εκτός από συγκεκριμένους χώρους και φυσικές δομές, περιλαμβάνει συνήθως κοινωνικά δίκτυα, επιχειρήσεις και επίσημους ή ανεπίσημους φορείς (Coulton & Korbin, 2007). Στην οικοσυστημική θεωρία του Bronfenbrenner (1979, 1989, 1998), η γειτονιά/κοινότητα, μαζί με το σχολείο και την οικογένεια, είναι μικροσυστήματα που αποτελούν το εγγύτερο περιβάλλον του παιδιού, και έχουν μεταξύ τους άμεσες και έντονες αλληλεπιδράσεις. Η Epstein (1995) υποστηρίζει ότι, η οικογένεια, το σχολείο και η γειτονιά/κοινότητα είναι τρεις επικαλυπτόμενες σφαίρες επιρροής, με σημείο τομής το παιδί. Η καλή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των τριών αυτών σφαιρών, σύμφωνα με την Epstein (1995), μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στην ολόπλευρη ανάπτυξη του παιδιού.

Η σπουδαιότητα της συνεργασίας ανάμεσα στην οικογένεια, το σχολείο και τη γειτονιά/κοινότητα, επισημαίνεται και μέσα από το μοντέλο της συνεκπαίδευσης, των Mylonakou & Kekes (2007). «Η έννοα της συνεκπαίδευσης έχει διεθνώς οριστεί ως η απόκτηση μιας κοινής εκπαιδευτικής εμπειρίας, ταυτόχρονα και σε συνεργασία με ανθρώπους διαφόρων ηλικιών και/ή διαφορετικές γνώσεις, εμπειρίες, ενδιαφέροντα και/ή διαφορετικό κοινωνικό- πολιτισμικό επίπεδο» (Mylonakou-Keke, 2009, σ.1898).

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό παιδιά, εκπαιδευτικοί, γονείς, αλλά και εκπρόσωποι της κοινότητας (όπως οι υπεύθυνοι των Δήμων για θέματα εκπαιδευτικής πολιτικής), συμμετέχουν ενεργά και από κοινού σε δραστηριότητες ή προγράμματα συνεκπαίδευσης (Mylonakou & Keke, 2005).

Απώτερος σκοπός του μοντέλου συνεκπαίδευσης είναι η αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών των συμμετεχόντων (παιδιά, γονείς, εκπαιδευτικοί, μέλη, κοινότητας) (Mylonakou & Kekes, 2007). Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τη δημιουργία ενός συνεργατικού κλίματος ανάμεσα τους, τη βελτίωση των διαύλων επικοινωνίας των παιδιών με τους γονείς και τους δασκάλους τους, αλλά και τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των υπολοίπων συμμετεχόντων (Μυλωνάκου- Κεκέ, 2006. Mylonakou et al., 2014).

Όλες, γενικά, οι συστημικές προσεγγίσεις τονίζουν την ιδιαίτερη σημασία των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των πολλαπλών πλαισίων και των ατόμων που περιλαμβάνουν (λόγου χάρη οικογένεια, σχολείο, εκπαιδευτικοί, συνομήλικοι, γειτονιά, κοινότητα κ.α), καθώς και το πώς αυτές οι αλληλεπιδράσεις μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα προσαρμογής του παιδιού, τις κοινωνικές σχέσεις, την ακαδημαϊκή πορεία και την ψυχική του υγεία (Bronfenbrenner & Morris, 1998. Jeon, 2013. Rimm-Kaufman & Pianta, 2000). Διάφοροι ερευνητές έχουν επιχειρήσει να μελετήσουν την επίδραση των κοινωνικών πλαισίων της γειτονιάς και της κοινότητας στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας στα παιδιά προσχολικής ηλικίας (Boyle & Lipman, 2002. Kalff et al., 2001. Leventhal & Brooks-Gunn, 2003). Μέσα από τις μελέτες προκύπτει ότι, πέρα από την επίδραση άλλων παραγόντων (ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού, οικογένεια, σχολείο), συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της γειτονιάς και της κοινότητας, όπως το χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, η βία και οι υψηλοί δείκτες εγκληματικότητας, είναι πιθανό να συνδέονται με την εμφάνιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Gorman-Smith & Tolan, 1998. Martinez & Richters, 1993a. Xue, Leventhal, Brooks-Gunn & Earls, 2005). Παρόλα αυτά, οι μηχανισμοί μέσα από τους οποίους η γειτονιά και η κοινότητα μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση

εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων, έχουν μελετηθεί ελάχιστα (Greenberg, Lengua, Coie & Pinderhughes, 1999).

Οι Xue et al. (2005) διαπίστωσαν, μέσα από την έρευνά τους ότι, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, που ζουν σε κοινωνικά και οικονομικά μη προνομιούχες γειτονιές/κοινότητες, εμφανίζουν γενικά περισσότερα εξωτερικευμένα και εσωτερικευμένα προβλήματα από τα παιδιά της ίδιας ηλικίας, που μεγαλώνουν σε πιο εύπορες γειτονιές/κοινότητες. Έρευνα των Duncan et al. (1994) έδειξε ότι, το υψηλό οικονομικό επίπεδο της γειτονιάς/κοινότητας συνδέεται με λιγότερα εσωτερικευμένα προβλήματα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (3-5 ετών), που έχουν γεννηθεί πρόωρα. Επίσης, σε άλλη έρευνα, όπου συμμετείχαν παιδιά ηλικίας 5-6 ετών, βρέθηκε ότι, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της γειτονιάς/κοινότητας σχετίζεται ειδικά με την εμφάνιση εσωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας που γεννήθηκαν από πολύ νέες μητέρες (Chase-Lansdale & Gordon, 1996). Αποτελέσματα μελετών, που εξετάζουν τη σύνδεση μεταξύ του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της γειτονιάς/κοινότητας και της εκδήλωσης εξωτερικευμένων προβλημάτων, επιβεβαιώνουν ότι, στις μη προνομιούχες γειτονιές/κοινότητες είναι πιο πιθανό να εμφανιστούν προβλήματα συμπεριφοράς (κυρίως επιθετικότητα) στα παιδιά, από την προσχολική έως και την εφηβική ηλικία (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000. Sampson, Morenoff & Gannon-Rowley, 2002). Αν και από τις παραπάνω έρευνες προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της γειτονιάς/κοινότητας και της εκδήλωσης εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων, η ερμηνεία των συσχετίσεων αυτών θα πρέπει να γίνεται με αρκετή επιφύλαξη, ειδικά όταν στο δείγμα της έρευνας περιλαμβάνονται παιδιά προσχολικής ηλικίας (Jeon, 2013). Σύμφωνα με τους Bronfenbrenner & Morris (1998), η προσχολική ηλικία είναι μια περίοδος κατά την οποία το παιδί δέχεται επιδράσεις, κυρίως, από το οικογενειακό και δευτερευόντως από το σχολικό πλαίσιο, ενώ πλαίσια όπως η γειτονιά και η κοινότητα φαίνεται ότι δεν επηρεάζουν σημαντικά παιδιά αυτής της ηλικίας. Οι ευρύτερες κοινωνικές δομές, λοιπόν, όπως είναι η γειτονιά/κοινότητα, είναι πιθανό να ασκούν έμμεση επίδραση στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, διαμέσου άλλων πλαισίων και κυρίως της οικογένειας (Bronfenbrenner, 1979. Jeon, 2013). Πράγματι, σύμφωνα με τους Rimm-Kaufman et al. (2009), τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, που ζουν σε οικονομικά και κοινωνικά υποβαθμισμένες γειτονιές/κοινότητες, είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν συναισθηματικά προβλήματα όταν προέρχονται από μονογονεϊκή οικογένεια, από οικογένεια με χαμηλό

εισόδημα ή έχουν γονείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Οι δύσκολες οικονομικές συνθήκες στην οικογένεια έχουν συνδεθεί, επίσης, με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στους γονείς, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάσει άμεσα και την ψυχική υγεία του παιδιού (Mistry et al., 2010. Petterson & Albers, 2001). Επιπλέον, το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα σε συνδυασμό με την έλλειψη κοινωνικών υπηρεσιών υποστήριξης της οικογένειας και υπηρεσιών υγείας μέσα στη γειτονιά/κοινότητα, είναι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση προβληματικών γονεϊκών συμπεριφορών, με συνέπεια να παρατηρούνται προβλήματα συμπεριφοράς και στα παιδιά (Morrow & Washington, 1993. Sampson, 1992). Επίσης, οι συνεχείς αλλαγές κατοικίας, κυρίως λόγω των οικονομικών προβλημάτων ή της δυσκολίας για ανεύρεση εργασίας στις οικονομικά υποβαθμισμένες γειτονιές/κοινότητες, περιορίζουν τη δυνατότητα δημιουργίας σταθερών φιλικών δεσμών και αυξάνουν την πιθανότητα της κοινωνικής απομόνωσης τόσο για το παιδί, όσο και για τα άλλα μέλη της οικογένειας (Pinderhughes, Dodge, Bates, Petit & Zelli, 2000. Sampson, 1992).

Τα συχνά περιστατικά βίας αλλά και οι υψηλοί δείκτες εγκληματικότητας, που είναι αρκετά συνηθισμένα φαινόμενα σε υποβαθμισμένες γειτονιές/κοινότητες (κυρίως σε φτωχές αστικές περιοχές), φαίνεται ότι ενοχοποιούνται για την εμφάνιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων στα παιδιά (Gorman-Smith & Tolan, 1998). Η έκθεση στη βία μέσα στη γειτονιά/κοινότητα εμποδίζει τα παιδιά να αναπτύξουν το αίσθημα της κατανόησης και της συμπάθειας για άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου (Gorman-Smith & Tolan, 1998. Osofsky, 1995). Ταυτόχρονα, τα παιδιά που μεγαλώνουν σε τέτοια περιβάλλοντα μαθαίνουν να υιοθετούν επιθετικές συμπεριφορές (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Pastorelli & Regalia, 2001) αλλά και να δέχονται την επιθετικότητα και τη βία ως αποτελεσματικούς τρόπους επίλυσης προβλημάτων (Farrell & Bruce, 1997. Kotlowitz, 1991). Επιπλέον, έρευνες με παιδιά που υπήρξαν μάρτυρες βίαιων γεγονότων ή εγκληματικών ενεργειών επιβεβαιώνουν ότι, η βία και η εγκληματικότητα μέσα στη γειτονιά/κοινότητα είναι πιθανό να προκαλέσουν την εκδήλωση συναισθηματικών προβλημάτων όπως, κατάθλιψη, ανησυχία και διαταραχή μετατραυματικού στρες (Martinez & Richters, 1993a. Pynoos & Nader, 1988. Singer, Anglin, Song & Lunghofer, 1995). Η πιθανότητα εκδήλωσης εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά που μεγαλώνουν σε γειτονιές/κοινότητες όπου υπάρχει βία και εγκληματικότητα, φαίνεται ότι εξαρτάται και εδώ από τα χαρακτηριστικά της οικογένειας του παιδιού (Gorman-Smith & Tolan, 1998). Οι Martinez & Richters (1993a) σε έρευνά τους βρήκαν

ότι, η έκθεση στη βία είναι πιο πιθανό να προκαλέσει συναισθηματικά προβλήματα σε παιδιά που έχουν μητέρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί με βάση τη θεωρία των Cicchetti & Lynch (1993), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η μόρφωση της μητέρας συμβάλλει στη δημιουργία ενός οργανωμένου και υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος που μπορεί να μετριάσει τις αρνητικές συνέπειες της έκθεσης των παιδιών στη βία μέσα στη γειτονιά/κοινότητα. Σε δεύτερη έρευνά τους, οι Richters & Martinez (1993b) διαπίστωσαν επίσης, ότι η βία και η εγκληματικότητα στη γειτονιά/κοινότητα είναι πιο πιθανό να συνδέεται με την εκδήλωση συναισθηματικών προβλημάτων σε παιδιά από οικογένειες που δεν έχουν ασφαλή ή/και σταθερή κατοικία. Τα προβλήματα συμπεριφοράς που μπορεί να παρουσιαστούν σε παιδιά που ζουν σε επικίνδυνες γειτονιές/κοινότητες φαίνεται να σχετίζονται και με τις πρακτικές που υιοθετούν οι γονείς για την ανατροφή των παιδιών τους (Pinderhughes et al., 2007). Σε γειτονιές/κοινότητες με υψηλά επίπεδα εγκληματικότητας και βίας, οι γονείς γίνονται συχνά πιο αυστηροί και εφαρμόζουν τακτικές σκληρής πειθαρχίας προκειμένου να προστατεύσουν τα παιδιά τους από δυσάρεστες εμπειρίες (Earls, McGuire & Shay, 1994 Jarrett, 1997). Τόσο, όμως, η χρήση τέτοιων στρατηγικών, όσο και το γεγονός ότι οι στρατηγικές αυτές δεν εφαρμόζονται πάντα με σταθερότητα, αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης εξωτερικευμένων προβλημάτων (κυρίως επιθετικότητας) στα παιδιά (Hill & Herman-Stahl, 2002. Nix et al.,1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Σύμφωνα με το εννοιολογικό λεξικό του Μπαμπινιώτη (1998, σ. 223), η αξιολόγηση οριοθετείται ως «η εκτίμηση της αξίας προσώπου ή έργου με συγκεκριμένα κριτήρια». Άλλοι ερευνητές στηρίζονται στην ετυμολογία του όρου και θεωρούν ότι η αξιολόγηση είναι μία διαδικασία απόδοσης αξίας σε πρόσωπα ή έργα με προκαθορισμένα κριτήρια και μέθοδο εκτίμησης (Αθανασίου, 2000).

Ειδικότερα, η έννοια της αξιολόγησης στο πλαίσιο του σχολείου αναφέρεται ως «η συστηματική και συνεχής διαδικασία ελέγχου του βαθμού στον οποίο κατακτώνται από τους μαθητές οι σκοποί και οι στόχοι που επιδιώκει το σχολείο» (Κασσωτάκης, 1999, σ. 9). Η αξιολόγηση του παιδιού στο σχολικό πλαίσιο είναι μία συστηματική και συνεχής διαδικασία εκ μέρους του εκπαιδευτικού (Κωνσταντίνου, 2000. Παπακωνσταντίνου, 1993). Αρχίζει με τον καθορισμό των στόχων των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων, συνεχίζεται με τον έλεγχο της διαδρομής που ακολουθεί ο μαθητής για την κατάκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων, στάσεων και καταλήγει στον έλεγχο της επίτευξής τους και την επανατροφοδότηση της εκπαιδευτικής πράξης (Κασσωτάκης, 1990. Κωνσταντίνου, 2000).

Αναζητώντας, μέσα από τη μελέτη των δύο τελευταίων Αναλυτικών Προγραμμάτων, που ίσχυσαν στο ελληνικό νηπιαγωγείο (Α.Π.Σ, 1989. Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, 2003), τον τρόπο που προσεγγίζεται σε αυτά το θέμα της αξιολόγησης, διαπιστώνουμε ότι πρώτη φορά διατυπώνεται θεωρητικά στο Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, 2003). Στον Οδηγό Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006), παρουσιάζονται αντίστοιχα ενδεικτικές προτάσεις για την εφαρμογή κάποιων μορφών αξιολόγησης, ενώ εκτενής αναφορά γίνεται στον τρόπο που οργανώνεται ο φάκελος εργασιών των νηπίων (Σακελλαρίου, 20006α). Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι ο βασικός σκοπός της αξιολόγησης που προτείνεται, είναι η διαμόρφωση και η ανατροφοδότηση της διδασκαλίας και μάθησης, που στόχο έχει τη βελτίωση της παρεχόμενης εκπαίδευσης στα παιδιά (Δαφέρμου και συν., 2006. Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, 2003. Σακελλαρίου, 2006β). Η αναφορά στην αξιολόγηση της κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού γίνεται μέσα από ένα απλό σχόλιο στον Οδηγό Νηπιαγωγού. Πιο συγκεκριμένα οι Δαφέρμου και συν. (2006, σ. 41) σημειώνουν ότι, «για να μπορούν οι νηπιαγωγοί να παρακολουθήσουν τη μαθησιακή εξέλιξη των παιδιών αλλά και την εξέλιξη

της κοινωνικοποίησής τους επιλέγουν τρόπους καταγραφής….». Στη συνέχεια δε γίνεται καμία άλλη αναφορά και οι τρόποι καταγραφής που παρουσιάζονται αφορούν καθαρά στην αξιολόγηση ακαδημαϊκών δεξιοτήτων των παιδιών (γραφή, προφορική επικοινωνία, μαθηματικά).

Οι διαπιστώσεις μας αυτές, που αφορούν στο ελληνικό νηπιαγωγείο, επιβεβαιώνονται και από σύγχρονες διεθνείς έρευνες. Οι Severson, Walker, Hope-Doolittle, Kratochwill & Gresham (2007) υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση συναισθήματος και συμπεριφοράς των παιδιών φαίνεται να μην αποτελεί προτεραιότητα στα εκπαιδευτικά πλαίσια, καθώς τα Αναλυτικά προγράμματα και οι εκπαιδευτικοί τείνουν να εστιάζουν, κυρίως, στις ακαδημαϊκές επιδόσεις και τις δυσκολίες μάθησης των παιδιών.

Η σύνδεση, όμως, που συχνά παραλείπεται, είναι αυτή μεταξύ των δυσκολιών συναισθήματος και συμπεριφοράς και της ακαδημαϊκής επίδοσης των παιδιών (Albers, Kratochwill & Glover, 2007. Feeney-Kettler et al., 2010. Κωνσταντίνου, 1992. Severson et al. 2007). Συνήθως, παραλείπεται το γεγονός ότι οι πιθανές συναισθηματικές δυσκολίες αλλά και τα προβλήματα συμπεριφοράς, ασκούν σημαντική αρνητική επίδραση στην ικανότητα του παιδιού να αφομοιώσει τη γνώση και κατ' επέκταση στη μετέπειτα ακαδημαϊκή του επίδοση (Algozzine et al., 2008. Κωνσταντίνου, 2000). Διάφοροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που έχουν υψηλή κοινωνική και συναισθηματική επάρκεια στην προσχολική ηλικία, είναι πολύ πιθανόν να έχουν ακαδημαϊκή και κοινωνική επιτυχία στο μέλλον (Landry & Smith, 2010. Rose-Krasnor & Denham, 2009). Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι η έγκαιρη και έγκυρη αξιολόγηση της συναισθηματικής και κοινωνικής επάρκειας των παιδιών προσχολικής ηλικίας, οδηγεί στον έγκαιρο εντοπισμό πιθανών δυσκολιών, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο μακροπρόθεσμα στην αποφυγή εκδήλωσης ακαδημαϊκών, κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων στα παιδιά (Bornstein et al., 2010. Feeney –Kettler et al., 2010. McCabe & Altamura, 2011). Τα προβλήματα αυτά μπορεί να σχετίζονται, με δυσκολίες επίλυσης προβλημάτων που προκύπτουν στις κοινωνικές συναναστροφές των παιδιών αλλά και με την αδυναμία τους να ρυθμίζουν τα συναισθήματα τους (Denham, 2006. Fantuzzo, Bulotsky, McDermott, Mosca & Lutz, 2003. Webster – Stratton & Taylor, 2001). Παιδιά με ελλείμματα κοινωνικών δεξιοτήτων και συναισθηματικά ελλείμματα είναι περισσότερο εκτεθειμένα σε δυσκολίες μετάβασης στο δημοτικό, στην ανάπτυξη κοινωνικών δυσλειτουργιών (Barbarin et al., 2006. Bornstein, et al., 2010. Fantuzzo et al., 2003) και στην ανάπτυξη σοβαρής ψυχοπαθολογίας στο μέλλον (Bornstein et al., 2010. Mc

Cabe & Altamura, 2011). Οι Njoroge & Bernhart (2011) υποστηρίζουν ότι η μη έγκαιρη ανίχνευση των δυσκολιών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και η μη έγκαιρη εφαρμογή παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή τους, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την αυτοπεποίθηση και αυτοαποτελεσματικότητά τους. Ειδικότερα, η έγκαιρη παρέμβαση συμβάλλει στη μείωση ή/και αντιμετώπιση των εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς (Angold et al., 2006) και στη μείωση της αρνητικής επίδρασης παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού και αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας (Morrison, Bennett & Bratton, 2011). Οι Njoroge & Bernhart (2011) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά είναι περισσότερο ευάλωτα συναισθηματικά, όταν βιώνουν στρεσογόνες καταστάσεις στην οικογένεια, όπως η φτώχεια και το διαζύγιο των γονέων. Επίσης, οι Morrison & Bratton (2010) επισημαίνουν ότι η έγκαιρη παρέμβαση κατά την πρώιμη παιδική ηλικία καθορίζει τα μοντέλα συμπεριφοράς που θα υιοθετήσει το παιδί στο μέλλον, άρα και τον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους άλλους στα διάφορα πλαίσια (οικογένεια, σχολείο, κοινότητα). Τέλος, ο έγκαιρος εντοπισμός κοινωνικών και συναισθηματικών δυσκολιών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, συμβάλλει στη μείωση κατά πολύ του οικονομικού κόστους των απαιτούμενων παρεμβάσεων που θα χρειαστούν για την αντιμετώπισή τους, αν αυτές οι δυσκολίες εξελιχθούν σε διαγνωσμένες διαταραχές στο μέλλον (Aos, Lieb, Mayfield, Miller & Pennucci, 2004).

Επιπροσθέτως, η σημασία της αξιολόγησης στην προσχολική ηλικία ενισχύεται από τα αυξημένα ποσοστά των παιδιών που εμφανίζουν προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς (Briggs et al., 2013. Knitzer & Perry, 2009). Σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι ένα στα τέσσερα παιδιά και εφήβοι αντιμετωπίζουν κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής ή δυσκολία συμπεριφοράς και συναισθήματος, ενώ αντίστοιχη είναι η εκτιμώμενη αναλογία και για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας (Egger & Angold, 2006).

Σύμφωνα με τους Squires et al. (2012), το 10-25% παιδιών προσχολικής ηλικίας παρουσιάζουν κάποια μορφή παθολογικής συμπεριφοράς. Τα παραπάνω ποσοστά, αποκτούν μεγάλη σημασία, αν κανείς αναλογιστεί πως τα προβλήματα συμπεριφοράς που εμφανίζονται στα παιδιά κατά τη διάρκεια της προσχολικής ηλικίας ερμηνεύουν περίπου το ένα τρίτο της διακύμανσης των δυσκολιών που θα εμφανίσουν τα παιδιά αυτά στην παιδική αλλά και την εφηβική ηλικία (Hughes & Ensor, 2007).

Διαχρονικές έρευνες επιβεβαιώνουν ότι τα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας, παρουσιάζουν σταθερότητα και συνέχεια στον χρόνο, κατά τη παιδική (Achenbach et al., 1987. Keenan et al., 1998) αλλά και εφηβική ηλικία (Bosquet & Egeland, 2006) σε ποσοστό 23% έως 61%. Ειδικότερα, οι Meagher et al. (2009) υποστηρίζουν ότι τα εξωτερικευμένα προβλήματα που εμφανίζονται στην προσχολική ηλικία παρουσιάζουν υψηλότερους δείκτες σταθερότητας, μέσα στο χρόνο, σε σχέση με τα εσωτερικευμένα. Οι Hughes & Esnor (2007) παραθέτουν σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα τα οποία τεκμηριώνουν τη σταθερότητα των προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς που εμφανίζονται στην προσχολική ηλικία.

Τέλος, η διαχρονική μελέτη των Tick, Van Der Ende, Koot & Verhulst (2007) απέδωσε σημαντικά ευρήματα σχετικά με τη σταθερότητα αλλά και τη συνέχεια των προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς στο χρόνο. Συγκεκριμένα, η παραπάνω έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις. Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης αξιολογήθηκαν παιδιά ηλικίας 2 και 3 ετών. Κατά τη δεύτερη φάση τα ίδια παιδιά αξιολογήθηκαν με το ίδιο εργαλείο 14 χρόνια μετά, όταν δηλαδή ήταν 16 και 17 ετών αντίστοιχα. Τα ευρήματα έδειξαν ότι, παιδιά που παρουσίαζαν δυσκολίες στην πρώτη φάση της αξιολόγησης, εξακολουθούσαν να παρουσιάζουν τις ίδιες δυσκολίες κατά τη δεύτερη φάση με πολύ μικρές αποκλίσεις. Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν τη σταθερότητα των δυσκολιών που είχαν τα παιδιά στην προσχολική ηλικία, οι οποίες έμεναν ίδιες και στην εφηβεία (Tick et al., 2007).

Όλα τα παραπάνω αναδεικνύουν τη σημασία της έγκαιρης αξιολόγησης στο νηπιαγωγείο, η οποία στοχεύει στην άμεση παρέμβαση για την αντιμετώπιση πιθανών συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών που εμφανίζουν τα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας.

Θα πρέπει, βέβαια, να συνυπολογιστούν και κάποιες δυσκολίες – ιδιαιτερότητες, που καθιστούν την αξιολόγηση της συμπεριφοράς και του συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας, έργο δύσκολο, το οποίο χρειάζεται ειδικούς χειρισμούς. Μια πρώτη ιδιαιτερότητα σχετίζεται με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των παιδιών προσχολικής ηλικίας και του αναπτυξιακού σταδίου που διανύουν. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας διατρέχουν ένα στάδιο ραγδαίων σωματικών (συμπεριλαμβανομένων και των νευρολογικών), συναισθηματικών και γνωστικών αλλαγών, οι οποίες δυσκολεύουν την αναγνώριση συμπτωμάτων και κατά επέκταση την αξιόπιστη μέτρησή τους (Angold & Egger, 2004). Η τυπική ανάπτυξη του παιδιού

χαρακτηρίζεται από μια σταθερότητα, αλλά επίσης περιλαμβάνει αναδιοργανώσεις και αλλαγές. Το ίδιο και η άτυπη ανάπτυξη, η οποία μπορεί να παρουσιάζει συνέχειες και ασυνέχειες στη διάρκεια του κύκλου της ζωής ενός ατόμου (Anselmi et al., 2008). Άλλωστε, αυτές οι αλλαγές, οι συνέχειες και ασυνέχειες, αποτελούν συχνά τις βασικές αιτίες της εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, κάνοντας δύσκολο τον εντοπισμό τους (Cole, M. & Cole, S., 2002).

Οι έντονες διακυμάνσεις της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων, καθώς και οι αυξημένες ανάγκες προσαρμογής σε όλο και περισσότερους κοινωνικούς κανόνες, κατά τη μετάβαση του παιδιού από το οικογενειακό στο σχολικό πλαίσιο, είναι κάποιες από τις συνθήκες που καθιστούν τον εντοπισμό τυχόν δυσκολιών συμπεριφοράς εξαιρετικά δύσκολο (Mc Cabe & Altamura, 2011. Pickles et al., 2001). Η προβληματική συμπεριφορά του παιδιού προσχολικής ηλικίας δε σχετίζεται μόνο με το παιδί, αλλά σχετίζεται περισσότερο με τις σχέσεις του παιδιού με τους γονείς του και με το ευρύτερο περιβάλλον. Ο Merrell (2002) υποστηρίζει σχετικά, ότι οι μεταβολές συναισθήματος των παιδιών προσχολικής ηλικίας καθορίζονται από το πλαίσιο αλληλεπίδρασης και τα άτομα με τα οποία αλληλεπιδρούν. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί μια δυσλειτουργική συμπεριφορά να εκδηλώνεται μόνο στο σχολικό πλαίσιο ή μόνο προς ένα συγκεκριμένο άτομο. Συμπληρωματικά, οι Pickles & Angold (2003) τονίζουν ότι το κεντρικό ερώτημα στην αξιολόγηση της συμπεριφοράς και του συναισθήματος του παιδιού, δεν είναι αν η συμπτωματολογία εμφανίζεται ως διαβάθμιση ή κατηγοριοποίηση των προβλημάτων συμπεριφοράς, αλλά κάτω από ποιες συνθήκες εμφανίζονται τα συμπτώματα αυτά.

Όλα τα παραπάνω αναδεικνύουν τη δυσκολία της αξιολόγησης συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών, κυρίως γιατί ο διαχωρισμός, των παθολογικών/μη τυπικών συμπεριφορών - συναισθημάτων και των φυσιολογικών/τυπικών συμπεριφορών - συναισθημάτων, που αναμένονται εντός του συγκεκριμένου αναπτυξιακού σταδίου, είναι ιδιαίτερα δυσδιάκριτος (Μανωλίτσης, 2013).

Προκειμένου να υπερκεραστούν οι δυσκολίες και η αξιολόγηση του παιδιού στο χώρο του σχολείου να εφαρμόζεται με επιτυχία πρέπει να ικανοποιούνται τρεις βασικές συνθήκες. Πρώτον, η συμπεριφορά και τα συναισθήματα του παιδιού είναι σημαντικό να αξιολογούνται σε περισσότερα - του σχολικού - πλαίσια (οικογένεια, εξωσχολικές δραστηριότητες) (Μανωλίτσης, 2013). Δεύτερον, είναι χρήσιμο η αξιολόγηση να πραγματοποιείται ταυτόχρονα σε διαφορετικά επίπεδα (Παπακωνσταντίνου, 1993). Πιο συγκεκριμένα, η αξιολόγηση να δίνει πληροφορίες για την ολόπλευρη ανάπτυξή των

παιδιών αλλά και για τα αποτελέσματα μίας συγκεκριμένης δράσης τους. Να αναφέρεται στους ιδιαίτερους τρόπους μάθησης και συμπεριφοράς τους, αλλά και στα ιδιαίτερα προβλήματα ή δυσκολίες που τυχόν παρουσιάζουν στους διάφορους τομείς ανάπτυξης (Bredekamp, 1990). Τέλος, πρέπει να εξετάζεται στην αξιολόγηση, εάν οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες των παιδιών, εμφανίζονται στο σύνολο ή όχι των αλληλεπιδράσεών τους με τους άλλους (γονείς, νηπιαγωγό, άλλα σημαντικά πρόσωπα αναφοράς και τους συνομηλίκους) (Campbell, 1990).

Πιο αναλυτικά, όσον αφορά στην πρώτη από τις παραπάνω συνθήκες, η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, αναδεικνύει ότι η λήψη πληροφοριών από διαφορετικούς πληροφορητές (Poulou, 2013), οι οποίοι έρχονται σε επαφή με το παιδί σε διαφορετικά πλαίσια, αλλά και από το ίδιο το παιδί είναι πολύ σημαντική (Winsler & Wallace, 2002). Οι πληροφορητές, όπως ονομάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία, της συμπεριφοράς του παιδιού μπορεί να είναι οι γονείς και οι νηπιαγωγοί του, ειδικοί ψυχικής υγείας, σημαντικά πρόσωπα αναφοράς (π.χ φροντιστές[83], γιαγιά παππούς, κ.ά) αλλά και το ίδιο το παιδί (Green & Campbell, 2000. Luby, Belden, Sullivan & Spitznagel, 2007. Skovgaard, Houmann, Landorph & Christiansen, 2004.) Η αξιολόγηση από πολλαπλούς πληροφορητές, συμβάλλει στην εις βάθος κατανόηση της έντασης και του μεγέθους των δυσκολιών που μπορεί να εμφανίσουν τα παιδιά (Kagan, Snidman, Kahn & Towsley, 2007). Ωστόσο, παρότι η συλλογή πληροφοριών από διαφορετικούς πληροφορητές, οδηγεί στην αξιολόγηση ενός εύρους συμπεριφορών του παιδιού στα διάφορα πλαίσια που δραστηριοποιείται, εντούτοις, μπορεί να αποτελέσει πηγή σφάλματος και ασάφειας, όταν υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ τους (Dobbs & Arnold, 2009).

Σύμφωνα με τους Achenbach et al. και Greenbaum et al. (όπως αναφέρουν οι Efstratopoulou, Janssen & Simons, 2012), η βασικότερη ερμηνεία της ασυμφωνίας μεταξύ πληροφορητών, εστιάζει στη σχέση που έχει ο καθένας τους με το παιδί και το πρίσμα μέσα από το οποίο αξιολογεί τη συμπεριφορά του. Επιπλέον, η συμπεριφορά του παιδιού ενδέχεται, να διαφοροποιείται κάθε φορά ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο δρα, γεγονός που επηρεάζει αντίστοιχα και τις πληροφορίες που δίνονται από τα άτομα που το αξιολογούν (Efstratopoulou et al., 2012). Όπως καταγράφεται στη βιβλιογραφία, η συμφωνία μεταξύ πληροφορητών είναι μεγαλύτερη, όταν οι πληροφορίες που δίνουν αφορούν εξωτερικευμένα προβλήματα του παιδιού (Luby et al., 2007). Σύμφωνα με

[83] Με τον όρο φροντιστές αναφερόμαστε στα άτομα που επιλέγονται από τους γονείς και συμμετέχουν στην ανατροφή των παιδιών επί πληρωμή.

διάφορους ερευνητές μικρότερη συμφωνία παρατηρείται σε πληροφορίες που σχετίζονται με τα εσωτερικευμένα προβλήματα και αυτό γιατί τέτοιου τύπου προβλήματα (π.χ. απομόνωση, κατάθλιψη), σπάνια διαταράσσουν τη λειτουργία της τάξης ή/και της οικογένειας και άρα είναι λιγότερο εμφανή (Ablow et al., 1999. Kraemer et al., 2003).

Ειδικότερα, οι Canino & Alegria (2008) υποστηρίζουν ότι η χρήση της μεθόδου της αυτοαξιολόγησης σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, παρόλο που είναι σημαντική, φαίνεται πως εφαρμόζεται δύσκολα. Τα παιδιά της ηλικίας αυτής δεν έχουν κατακτήσει τη δεξιότητα της γραφής και διαθέτουν ένα περιορισμένο ρεπερτόριο γνωστικών και γλωσσικών ικανοτήτων. Αποτέλεσμα αυτών είναι, να μη μπορούν να συμπληρώσουν μόνα τους φόρμες αυτοαναφοράς, ούτε και να εκφραστούν επαρκώς, για να περιγράψουν σκέψεις, συναισθήματα αλλά και την ποιότητα της σχέσης που έχουν με τους άλλους (Measelle, John, Ablow, Cowan & Cowan, 2005). Μια μετανάλυση 250 ερευνών, των Achenbach et al. (1987), στις οποίες συλλέγονται δεδομένα από διάφορους πληροφορητές για αξιολόγηση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά, έδειξε ότι οι αυτοαξιολογήσεις των παιδιών και οι αναφορές των ενηλίκων - πληροφορητών, γενικά παρουσιάζουν μικρότερη συσχέτιση στα εξωτερικευμένα συγκριτικά με τα εσωτερικευμένα προβλήματα (Achenbach et al., 1987). Το εύρημα αυτό χρησιμοποιήθηκε από διάφορους ερευνητές, οι οποίοι στη συνέχεια κατασκεύασαν ερευνητικά εργαλεία αυτοαξιολόγησης, που αφορούσαν στην κατάθλιψη και το άγχος και απευθύνονταν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Ablow et al., 1999. Ialongo, Edelsohn, Werthamer-Larsson, Crockett & Kellam, 1994. Valla, Bergeron & Smolla, 2000. Valla, Kovess, Chan Chee et al. , 2002).

Στη βιβλιογραφική έρευνα που πραγματοποιήσαμε για τον εντοπισμό ερευνητικών δεδομένων που αφορούν στην αξιολόγηση παιδιών προσχολικής ηλικίας, διαπιστώσαμε ότι ένα σημαντικό μέρος αυτής πραγματοποιείται με γνώμονα τις πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί αποκλειστικά από γονείς (ενδεικτικά αναφέρουμε: Black et al., 2002. Eiden, 1999. Linares et al. 2001. Skovgaard et al., 2004. Tick, et al., 2007) ή αποκλειστικά από νηπιαγωγούς (ενδεικτικά αναφέρουμε: Achenbach & Rescorla, 2009. Bain & Pelletier, 1999. Del'Homme, Kasari, Forness & Bagley, 1996. Fagan & Iglesias, 1999. Hayden, Klein & Durbin, 2005. Kontopoulou, 2003. Kourkoutas et al., 2011. Πούλου, 2013. Rekalidou, Karadimitriou, 2014. Saudino, Ronald & Plomin, 2005. Spieker, Larson, Lewis, Keller & Gilchrist, 1999). Συγκριτικά, λιγότερες είναι οι έρευνες που συλλέγουν

πληροφορίες από γονείς και εκπαιδευτικούς μαζί (ενδεικτικά αναφέρουμε:Berkhout et al., 2012. Feil, Walker, Severson & Ball, 2000. Harden et al., 2007. Spieker et al., 1999).

3.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Στην ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας φαίνεται να επικρατούν, με σειρά χρονικής εμφάνισης, δυο μέθοδοι στο πλαίσιο της εκπαιδευτικής αξιολόγησης: α) η παραδοσιακή - θεσμική αξιολόγηση και β) η διαμορφωτική - αυθεντική αξιολόγηση (Ντολιοπούλου & Γουργιώτου, 2008. Σακελλαρίου, 2006α, 2006β). Σύμφωνα με τους Ρεκαλίδου, Ζάνταλη & Σοφιανίδου (2010), η εισαγωγή του δεύτερου όρου έγινε πρόσφατα κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα και διαχώρισε την αξιολόγηση από τη μέτρηση.

Ειδικότερα, στο πλαίσιο της διαμορφωτικής αξιολόγησης, εντάσσονται οι αυθεντικές - εναλλακτικές μορφές αξιολόγησης, σύμφωνα με τις οποίες ο μαθητής αξιολογείται στους διάφορους τομείς ανάπτυξης μέσα σε αυθεντικές καταστάσεις και συνθήκες όπως αυτές προκύπτουν από τη σχολική καθημερινότητα (Γεωργούσης, 1998. Σακελλαρίου, 2006β). Απώτερος στόχος των δεδομένων που συλλέγονται στο πλαίσιο αυτής της αξιολόγησης, είναι η διαμόρφωση της διδακτικής διαδικασίας και μάθησης (Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, 2003). Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της αναπροσαρμογής των εκπαιδευτικών πρακτικών, ώστε να παρέχονται σε όλους τους μαθητές ευκαιρίες εξέλιξης, σύμφωνα με τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές τους (Δαφέρμου και συν., 2006). Επίσης, στη διαδικασία αξιολόγησης αλλά και της ανατροφοδότησής της, συμμετέχουν εκτός του εκπαιδευτικού, ο μαθητής και ενίοτε οι γονείς του (National Association for Education of Young Children - NAEYC,1992. Σακελλαρίου, 2006α).

Η θεσμική- παραδοσιακή αξιολόγηση είναι συνυφασμένη με την έννοια της μέτρησης και περιλαμβάνει τη χρήση τεχνικών και μέσων που ελέγχουν το βαθμό κατάκτησης γνώσεων και δεξιοτήτων του παιδιού με συγκεκριμένα κριτήρια (Κακανά, 2006). Στο πλαίσιο αυτού του τύπου αξιολόγησης εντάσσεται η ανίχνευση και η διάγνωση.

3.1.1 ΔΙΑΜΟΡΦΩΤΙΚΗ – ΑΥΘΕΝΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Στο πλαίσιο της διαμορφωτικής αξιολόγησης εντάσσονται οι εναλλακτικές-αυθεντικές μορφές αξιολόγησης, όπως: Α) Η *συστηματική παρατήρηση και καταγραφή*, που αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια του εκπαιδευτικού. Ο εκπαιδευτικός παρατηρεί και κρατά σημειώσεις για τον τρόπο που δρα το παιδί, όταν είναι μόνο του ή σε ομάδα, σε οργανωμένη από τον εκπαιδευτικό ή και σε ελεύθερη δραστηριότητα. Σημαντικό ρόλο στη συστηματική παρατήρηση παίζει ο σωστός τρόπος καταγραφής των παρατηρήσεων. Για αυτό το σκοπό έχουν δημιουργηθεί συγκεκριμένες φόρμες παρατήρησης ανάλογα με το σκοπό της έρευνας (Ντολιοπούλου & Γουργιώτου, 2008). Β) Η *δομημένη συνέντευξη*[84] με τα παιδιά ή με τους γονείς τους, βοηθά τον εκπαιδευτικό να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης και να αντιληφθεί πως αισθάνεται και σκέφτεται το παιδί, αλλά και τον τρόπο που ακολουθεί για την επίλυση οποιουδήποτε προβλήματος (κοινωνικό, συναισθηματικό ή γνωστικό) (Κατερέλος, 2001). Γ) Ο *προσωπικός φάκελος* (portfolio) βασίζεται στην παρατήρηση, την ποιοτική αξιολόγηση και τη συλλογή στοιχείων που προέρχονται από τις διάφορες δραστηριότητες του παιδιού (Κουλουμπαρίτση & Ματσαγγούρας, 2004. Σακελλαρίου, 2006β). Καταγράφονται με τη συνεργασία και του παιδιού τα στάδια της μαθησιακής του εξέλιξης με συγκεκριμένους στόχους και για όλους τους τομείς ανάπτυξης (συναισθηματικό, κοινωνικό, νοητικό, γλωσσικό). Δ) Η *νατουραλιστική αξιολόγηση* πραγματοποιείται από τα οικεία πρόσωπα του παιδιού στο πλαίσιο των καθημερινών δραστηριοτήτων του νηπιαγωγείου και παρατηρούνται οι αναπτυξιακές και λειτουργικές ικανότητές του σε όλους τους τομείς (Ντολιοπούλου & Γουργιώτου, 2008). Ε) Η *εστιασμένη αξιολόγηση,* στην οποία καταγράφονται παρατηρήσεις δομημένων αλληλεπιδράσεων παιδιού – ενήλικα, με στόχο να εντοπιστούν κάποιες ειδικές συμπεριφορές του παιδιού, μέσα από δραστηριότητες που έχουν νόημα γι' αυτό (Losardo & Notari – Syverson, 2001). ΣΤ) Η *αξιολόγηση βασισμένη στο παιχνίδι*. Το παιχνίδι είναι η βασική δραστηριότητα του παιδιού της νηπιακής ηλικίας και μέσα από αυτό μας φανερώνει τις σκέψεις, τις αντιλήψεις και τους προβληματισμούς του. Η παρατήρηση γίνεται σε ειδικά οργανωμένο περιβάλλον παιχνιδιού (συγκεκριμένος χώρος, συγκεκριμένα υλικά), ή όταν τα παιδιά παίζουν ελεύθερα. Πάντως και στις δύο περιπτώσεις μας δίνει σημαντικότατες πληροφορίες κυρίως για την

[84] Στη δομημένη συνέντευξη το περιεχόμενο, η διατύπωση και η σειρά των ερωτήσεων είναι αυστηρά καθορισμένα εκ των προτέρων. Η διαδικασία είναι παρόμοια με την επίδοση ενός ερωτηματολογίου μέσω προσωπικής ή τηλεφωνικής επικοινωνίας. Περιλαμβάνει περισσότερο κλειστού τύπου ερωτήσεις (ναι/όχι, σπάνια/συχνά κτλ) (Μέλλον, 2009).

κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού (Wood & Attfield, 2005). Ζ) Η *αξιολόγηση επίδοσης*. Σε αυτή τη μορφή αξιολόγησης τα παιδιά καλούνται να επιδείξουν τις γνώσεις και τα συναισθήματά τους για ένα θέμα μέσω μιας δημιουργίας, όπως η αφήγηση μιας ιστορίας, η κατασκευή μιας μακέτας κ.λ.π. Στα πλαίσια αυτής της αξιολόγησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν τεχνικές όπως η βιντεοσκόπηση, η μαγνητοσκόπηση, η φωτογράφιση κ.ά. (Losardo & Notari – Syverson, 2001). Η) Η *αξιολόγηση σχεδίων εργασίας*. Τα σχέδια εργασίας καθώς αποτελούν συνεργατικές δράσεις για την επίλυση ενός προβλήματος αποτελούν ιδανικό τρόπο για την παρατήρηση τόσο της συνολικής πορείας του παιδιού προς τη μάθηση, όσο και του τρόπου που αλληλεπιδρά με τους άλλους (Frey & Schmitt, 2007).

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια αύξηση του ενδιαφέροντος από τους νηπιαγωγούς, στη χρήση αυθεντικών - εναλλακτικών μορφών αξιολόγησης στην τάξη τους (Valencia, 1990). Ειδικότερα, σύμφωνα με τους Μπότσογλου & Παναγιωτίδου (2006), οι νηπιαγωγοί στην Ελλάδα εφαρμόζουν πιο συχνά τη συστηματική παρατήρηση και το προσωπικό φάκελο εργασιών των νηπίων. Το ισχύον Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003) για το νηπαγωγείο και ο Οδηγός Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν, 2006) προτείνουν στους νηπιαγωγούς, τη χρήση κάποιων από τις παραπάνω μορφές αυθεντικής - εναλλακτικής αξιολόγησης, εστιάζοντας όμως, κυρίως, στην καταγραφή της εξέλιξης των μαθητών τους στον τομέα των ακαδημαϊκών επιδόσεων.

3.1.2 ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ – ΘΕΣΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Στο πλαίσιο της παραδοσιακής αξιολόγησης εντάσσονται οι μορφές αξιολόγησης που σχετίζονται με τη χρήση σταθμισμένων και μη σταθμισμένων εργαλείων[85]. Τα εργαλεία αυτά δημιουργούνται με ένα προκαθορισμένο σκοπό που στηρίζεται σε μία συγκεκριμένη φιλοσοφική γραμμή, καθώς επίσης συγκεκριμένες είναι και οι διαδικασίες με τις οποίες συλλέγουν τα δεδομένα και τα βαθμολογούν. Με τη χορήγηση των εργαλείων παρέχεται και ένας αναλυτικός τρόπος ερμηνείας των αποτελεσμάτων στους αξιολογητές (Δημητρόπουλος, 1999).

Τα πιο συνηθισμένα σταθμισμένα εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στην προσχολική αγωγή είναι τα διαγνωστικά τεστ (diagnostic tests), τα τεστ ετοιμότητας

[85] Για περισσότερες πληροφορίες βλ στα υποκεφ 3.1.2.1.2 και 3.1.2.1.2.1 της παρούσας μελέτης.

(readiness tests), τα τεστ επίτευξης στόχων (achievement tests) (Puckett & Diffily, 2004. Ντολιοπούλου & Γουργιώτου, 2008) και τα προβολικά αναπτυξιακά τεστ (developmental screening tests), [(π.χ. Children Apperception Scale (CAT)] που χορηγούνται απευθείας στο παιδί (Bellak, 1954). Η χρήση των παραπάνω τεστ γίνεται από ειδικούς ψυχικής υγείας (ψυχίατρους, ψυχολόγους, ειδικούς παιδαγωγούς). Ειδικότερα, τα διαγνωστικά τεστ, που σχετίζονται με την αξιολόγηση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, έχουν ως στόχο κυρίως τον εντοπισμό κλινικά σημαντικών συμπτωμάτων, ενώ η μέθοδος αξιολόγησης που σχετίζεται με τη χρήση τους ονομάζεται διάγνωση (Egger & Arnold, 2006). Η διάγνωση επιτυγχάνεται με την αξιοποίηση δεδομένων που προκύπτουν από την κλινική αξιολόγηση (κλινική συνέντευξη, ψυχομετρικά εργαλεία) και από τη χρήση εγχειριδίων ταξινόμησης των συμπτωμάτων (APA, 2000. National Centre for Infants and Toddlers, 2005. WHO, 2010).

Επίσης, για την αξιολόγηση συναισθήματος και συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας, χρησιμοποιούνται και διάφοροι μέθοδοι ανίχνευσης, οι οποίες στο σύνολό τους χωρίζονται σε ποιοτικές και ποσοτικές (Μάγος, 2005). Οι ποιοτικές μέθοδοι περιλαμβάνουν την ελεύθερη παρατήρηση[86] και τη μη-δομημένη συνέντευξη[87], ενώ οι ποσοτικές περιλαμβάνουν, κυρίως, τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων (κλίμακες αξιολόγησης και ερωτηματολόγια) που συμπληρώνονται από ενήλικες (γονείς, νηπιαγωγούς ειδικούς) (Achenbach, 1991). Σύμφωνα με την Anastasi (όπως αναφέρει η Κοντοπούλου, 2002, σ.39), ως *ψυχομετρικό εργαλείο* ορίζεται «το μετρικό μέσο, η χρήση του οποίου βοηθά στην ποσοτική αντικατάσταση ποιοτικών ψυχολογικών γνωρισμάτων ή εννοιών, με σκοπό την αντικειμενική μέτρηση ενός δείγματος συμπεριφοράς». Τα ψυχομετρικά εργαλεία στόχο έχουν τη μέτρηση και ποσοτικοποίηση ποιοτικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων ενός ατόμου, σε μια δεδομένη χρονική στιγμή (Smith, McCarthy & Anderson, 2000). Μπορούν, εν αντιθέσει, με τα διαγνωστικά τεστ να χρησιμοποιηθούν και από τους νηπιαγωγούς. Συνήθως, προαπαιτούμενο της χρήσης τους

[86] Σε αντίθεση με τη συστηματική παρατήρηση που ανήκει στις εναλλακτικές μορφές αξιολόγησης, όπως παρουσιάσαμε παραπάνω, στην *ελεύθερη παρατήρηση* ο παρατηρητής δεν έχει μία σαφή προκαθορισμένη εικόνα για το σύνολο των δραστηριοτήτων που περιγράφουν το υπό μελέτη φαινόμενο. Καταγράφει την παρατηρούμενη συμπεριφορά περιφραστικά σε ρέοντα λόγο, χωρίς να υπάρχει μια συστηματοποιημένη μέθοδος παρατήρησης και καταγραφής (Ντολιοπολου & Γουριώτου, 2008).

[87] Σε αντίθεση με τη δομημένη συνέντευξη που ανήκει στις εναλλακτικές μορφές αξιολόγησης, όπως παρουσιάσαμε παραπάνω, στη μη δομημένη συνέντευξη ακολουθείται ένας οδηγός συνέντευξης, που περιλαμβάνει τα θέματα προς συζήτηση. Η συζήτηση εκτυλίσσεται με φυσικό τρόπο, και είναι παρόμοια με μία καθημερινή συζήτηση. Με τη διαδικασία αυτή υπάρχει μεγάλη ελευθερία, καθώς δεν υπάρχουν προκαθορισμένες ερωτήσεις, αλλά αυτές προκύπτουν και διατυπώνονται καθώς εξελίσσεται η συνέντευξη (Σταλίκας και συν., 2012).

είναι μια σύντομη εκπαίδευση των νηπιαγωγών, προκειμένου να εξασφαλιστεί η σωστή αξιοποίησή τους (Κακανά, 2006. Ντολιοπούλου & Γουργιώτου, 2008).

Η μέθοδος αξιολόγησης που συνδέεται, κυρίως, με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων για τον εντοπισμό τυχόν δυσκολιών, τα οποία εν προκειμένω σχετίζονται με τη συμπεριφορά και το συναίσθημα του παιδιού, είναι η *ανίχνευση*. Η ανίχνευση δεν απαιτεί μια εκτεταμένη και σε βάθος αξιολόγηση (Μανωλίτσης & Τάφα, 2005) αλλά με τη χρήση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων, στοχεύει στη συστηματική, γρήγορη και χαμηλού-κόστους αξιολόγηση ενός μεγάλου δείγματος-πληθυσμού (Reise, Waller & Comrey, 2000. Smith, McCarthy & Anderson, 2000).

Η χρήση όμως ψυχομετρικών εργαλείων, για την εξέταση της συμπεριφοράς ενός παιδιού, σε καμία περίπτωση δε μπορεί από μόνη της να διασφαλίσει την εις βάθος αξιολόγησή της. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να χρησιμοποιήσει συνδυαστικά με τα ψυχομετρικά εργαλεία και άλλες μορφές αξιολόγησης, όπως είναι η παρατήρηση, η συνέντευξη αλλά και προβολικά εργαλεία και τεστ. Τότε και μόνο τα αποτελέσματα των μετρήσεων που προκύπτουν από τη χρήση των ψυχομετρικών εργαλείων μπορούν να αξιοποιηθούν με ασφάλεια (Σταλίκας και συν., 2012).

3.1.2.1 Η ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στην προσχολική ηλικία

Η μέθοδος της ανίχνευσης χρησιμοποιείται, κατά κόρον, στις μελέτες που εξετάζεται ένας μεγάλος πληθυσμός παιδιών, προκειμένου: α) να αποτυπωθεί η εικόνα της εξέλιξης αυτών σε συγκεκριμένο/ους αναπτυξιακό/ούς τομέα/είς και β) να εντοπιστούν εκείνα τα παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα (Squires et al., 2012). Στην πρώτη περίπτωση τα δεδομένα που προκύπτουν μπορούν, κυρίως, να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό προληπτικών προγραμμάτων αλλά και παρεμβάσεων για το σύνολο των μαθητών. Ειδικότερα, τα δεδομένα που προκύπτουν από πανελλαδικές επιδημιολογικές έρευνες μπορούν να ληφθούν υπόψη στην αναμόρφωση εκπαιδευτικών πολιτικών και εκπαιδευτικών σχεδιασμών. Στη δεύτερη περίπτωση τα ερευνητικά στοιχεία, θα οδηγήσουν στην παραπομπή των παιδιών με συμπτωματολογία προβλημάτων για περαιτέρω αξιολόγηση από ειδικούς (διάγνωση) και διορθωτική παρέμβαση, αν χρειαστεί (Μάγος, 2005). Με αυτό τον τρόπο επιδιώκεται η αποτροπή της εξέλιξης των συμπτωμάτων σε σοβαρότερα προβλήματα ή διαταραχές (Forness, Kavale, MacMillan, Asarnow & Duncan, 1996)

Συνυφυσμένες με τα παραπάνω, είναι και οι δυο προσεγγίσεις που συναντώνται συχνότερα στο χώρο του νηπιαγωγείου και σχετίζονται με την ανίχνευση δυσκολιών συναισθήματος και συμπεριφοράς στα παιδιά αυτής της ηλικίας. Η πρώτη προσέγγιση, γνωστή ως *επιλεκτική ανίχνευση*, ξεκινά από την κρίση του νηπιαγωγού, ο οποίος μέσα από την ελεύθερη παρατήρηση, επιλέγει από το γενικό πληθυσμό τα άτομα εκείνα που θεωρεί ότι βρίσκονται σε κίνδυνο για την εκδήλωση εσωτερικευμένων ή εξωτερικευμένων προβλημάτων. Στη συνέχεια με τη χρήση κατάλληλων ψυχομετρικών εργαλείων ανιχνεύει αν τα παιδιά αυτά εμφανίζουν πράγματι συμπτώματα ή προβλήματα (Braswell, Bloomquist, Realmuto, Skare & Crosby, 1997. Dwyer & Osher, 2005). Αν στα παιδιά αυτά ανιχνευθούν, έστω και οριακά, κάποια προβλήματα συναισθήματος ή συμπεριφοράς παραπέμπονται σε ειδικούς ψυχικής υγείας για περαιτέρω αξιολόγηση. Αν τελικά υπάρξει διάγνωση οργανώνονται κατάλληλες εξατομικευμένες θεραπευτικές δράσεις (Achenbach & Rescorla, 2009). Στη δεύτερη προσέγγιση ο νηπιαγωγός εφαρμόζει, τη λεγόμενη *γενική/καθολική* ανίχνευση, η οποία απευθύνεται στο σύνολο των παιδιών της τάξης (Feeney-Kettler et al., 2010). Σε αυτή την περίπτωση ο νηπιαγωγός αξιολογεί όλους τους μαθητές με τη χρήση ανιχνευτικών μεθόδων. Αν μέσα από την ανίχνευση αυτή προκύψουν, έστω και οριακά, παιδιά με προβλήματα, τότε ακολουθείται η ίδια διαδικασία, όπως και παραπάνω (Dwyer & Osher, 2005). Η δεύτερη προσέγγιση, αν και είναι περισσότερο χρονοβόρα και απαιτητική από την πρώτη, μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες στο νηπιαγωγό για τη συνολική κοινωνική και συναισθηματική κατάσταση κάθε παιδιού ξεχωριστά, αλλά και να αποτυπώσει μια ενδιαφέρουσα εικόνα του συνολικού επιπέδου ανάπτυξης των μαθητών της τάξης σε αυτούς τομείς.

Συμπερασματικά, ανεξαρτήτως της προσέγγισης που θα επιλέξει τελικά ένας νηπιαγωγός, η πρώιμη ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στο νηπιαγωγείο, είναι σημαντική, γιατί οδηγεί στην πρώιμη ταυτοποίηση. Η πρώιμη ταυτοποίηση αναφέρεται στην έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων του προβλήματος προτού αυτό γίνει τόσο σοβαρό, ώστε να χρήζει άμεσης παραπομπής σε κάποιον ειδικό (Forness et al., 1996).

Η σταθερότητα των προβλημάτων και η συνέχειά τους στο χρόνο, είναι δύο παράγοντες που καθιστούν την πρώιμη ανίχνευση στο νηπιαγωγείο πολύ σημαντική (Feeney – Kettler et al., 2010). Συγκεκριμένα, οι Richman et al. (1982) επιβεβαιώνουν ότι το 63% των παιδιών ηλικίας 3 ετών στα οποία εντοπίστηκαν προβλήματα συμπεριφοράς, εξακολουθούσαν να αντιμετωπίζουν αυτά τα προβλήματα και στην ηλικία των 4 ετών.

Αντίστοιχα το 62% των παιδιών αντιμετώπιζαν τα ίδια προβλήματα συμπεριφοράς και στην ηλικία των 8 ετών. Η παραπάνω έρευνα τονίζει τόσο τη σταθερότητα των προβλημάτων συμπεριφοράς όσο και τη συνέχειά τους σε μια περίοδο 5 χρόνων. Παρά τη μεγάλη της σημασία όμως, η ανίχνευση δυσκολιών συναισθήματος και συμπεριφοράς σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, δεν αποτελεί ακόμα προτεραιότητα στα νηπιαγωγεία (Dwyer & Osher, 2005. Severson et al., 2007). Αυτό διαφαίνεται από το ποσοστό απομάκρυνσης παιδιών προσχολικής ηλικίας από το νηπιαγωγείο το οποίο είναι 3,2 φορές υψηλότερο (Gilliam, 2005) από το αντίστοιχο ποσοστό απομάκρυνσης παιδιών από το δημοτικό σχολείο.

Η πρώιμη ανίχνευση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δσυκολιών, που οδηγεί σε οργανωμένα προγράμματα ή δομές παρέμβασης, μπορεί να περιορίσει σημαντικά τη μεγέθυνση και παγίωση των δυσκολιών που οδηγούν στη σχολική αποτυχία (Albers et al., 2007). Η ανίχνευση φαίνεται να είναι πιο εύκολη και οικονομική, όταν πραγματοποιείται στην προσχολική ηλικία, προτού οι δυσκολίες σταθεροποιηθούν, και απαιτηθούν μακροχρόνιες παρεμβάσεις. Μειώνοντας το χρονικό διάστημα της παρέμβασης μειώνονται και οι απαιτούμενες δαπάνες (Dwyer & Osher, 2005).

Την επιτυχία της ανίχνευσης συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών στο νηπιαγωγείο καθορίζουν, κυρίως, δύο παράγοντες. Ο πρώτος σχετίζεται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και το ρόλο που διαδραματίζει ο νηπιαγωγός, ενώ ο δεύτερος απορρέει από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ψυχομετρικών εργαλείων που επιλέγει για την ανίχνευση των παραπάνω δυσκολιών.

3.1.2.1.1 Ο ρόλος του νηπιαγωγού στην ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος

Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, επιβεβαιώνει ότι η ανίχνευση στο νηπιαγωγείο επηρεάζεται κατά πολύ από το ρόλο του ίδιου του νηπιαγωγού, ο οποίος παρατηρεί τα παιδιά σε ένα περισσότερο δομημένο πλαίσιο σε σχέση με άλλους πληροφορητές – βαθμολογητές (π.χ. ειδικούς ή γονείς) (Distefano & Kamphaus, 2007. Taylor et al., 2000). Παρατηρεί τα παιδιά καθημερινά, σε ατομικές και ομαδικές δράσεις, σε οργανωμένες και ελεύθερες δραστηριότητες, στην αίθουσα και την αυλή. Ανακαλύπτει έτσι διαφορετικές πτυχές της προσωπικότητάς τους αλλά και την εμφάνιση πιθανών προβλημάτων σχολικής προσαρμογής, όπως προβλήματα προσοχής και διαγωγής (Lochman,

1995. Taylor et al., 2000). Σημαντικό πλεονέκτημα, που πηγάζει επίσης από το ρόλο του νηπιαγωγού, είναι ότι του δίνεται η δυνατότητα να παρατηρεί, το κάθε παιδί ξεχωριστά, εντός της ομάδας των συνομηλίκων. Η σύγκριση της συνολικής εικόνας ενός παιδιού με την εικόνα των συνομηλίκων του διευκολύνει το νηπιαγωγό στο διαχωρισμό μεταξύ δυσπροσαρμοστικών και αναμενόμενων συμπεριφορών για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (August, Ostrander & Bloomquist, 1992. Lochman, 1995. Taylor et al., 2000). Οι εκπαιδευτικοί φαίνεται ότι συχνά αξιολογούν τους μαθητές τους συγκρίνοντάς τους με τους συνομηλίκους τους μέσα στην τάξη (Liljequist & Renk, 2007). Βέβαια, δεν πρέπει στο πλαίσιο αυτής της σύγκρισης να παραβλέπει ο νηπιαγωγός τις αρχές της διαφοροποιημένης παιδαγωγικής, σύμφωνα με τις οποίες κάθε παιδί αξιολογείται, κυρίως, με βάση το προσωπικό του ρυθμό ανάπτυξης (Σφυρόερα, 2004). Επίσης, σημαντικές είναι οι αρχές της θετικής αξιολόγησης που τονίζουν ότι κάθε φορά πρέπει να επικεντρώνεται ο νηπιαγωγός σε αυτά που έχουν ήδη πετύχει τα παιδιά και όχι μόνο σε αυτά που δεν έχουν καταφέρει (Δαφέρμου και συν, 2006). Τέλος, σημαντικές είναι οι ιδιαιτερότητες και οι πληροφορίες που παίρνει ο νηπιαγωγός από το οικογενειακό πλαίσιο του παιδιού (Σακελλαρίου, 2008). Η αξιολόγηση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στο χώρο του νηπιαγωγείου είναι μια διαδικασία δυναμική και, για να αποφέρει τα μέγιστα, πρέπει όλα τα παραπάνω να συνυπολογίζονται από το νηπιαγωγό.

Επιπλέον, κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νηπιαγωγών έχει φανεί να συνδέονται με τη διαδικασία της ανίχνευσης. Οι αντιλήψεις των νηπιαγωγών σχετικά με την αιτιολογία προέλευσης των δυσκολιών συναισθήματος και συμπεριφοράς των μαθητών τους, η ηλικία τους, η εκπαιδευτική τους εμπειρία και η εξειδικευμένη επιμόρφωση τους στην αντιμετώπιση τέτοιου τύπου δυσκολιών, είναι κάποια από αυτά τα χαρακτηριστικά.

Πιο συγκεκριμένα, διάφορες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι οι νηπιαγωγοί αποδίδουν συνήθως, την αιτιολογία των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων που εμφανίζουν οι μαθητές τους, σχεδόν αποκλειστικά σε εξωσχολικούς παράγοντες, όπως δυσκολίες στην οικογένεια ή εγγενείς δυσκολίες του παιδιού (Heider, 1958. Kleftaras & Didaskalou, 2006. Luby et al., 2007).

Μια τέτοια οπτική από πλευράς εκπαιδευτικών υποβιβάζει τον κρίσιμο ρόλο που διαδραματίζει η οικολογία του σχολείου αλλά και οι εκπαιδευτικές πρακτικές που χρησιμοποιούνται και πολλές φορές επιδρούν στη γένεση και την εξέλιξη δυσκολιών που σχετίζονται με τη συμπεριφορά και το συναίσθημα των παιδιών (Mortimore et al., 1988. Reynolds, 1995. Reynolds & Cuttance, 1992. Rutter, Maughan, Mortimore & Ouston, 1979).

Επιπλέον, ερευνητές μελέτησαν τη σχέση που μπορεί να έχει η ηλικία των εκπαιδευτικών, με τη συχνότητα των αναφορών που κάνουν για προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η ηλικία των εκπαιδευτικών είναι ένας σημαντικός παράγοντας που διαφοροποιεί τις αντιλήψεις τους για την αιτιολογία των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος των μαθητών τους, άρα και τον τρόπο που τα ανιχνεύουν (Borg & Falzon, 1990. Didaskalou & Millward 2001. Papatheodorou & Ramasut, 1993). Σύμφωνα με τους Kleftaras & Didaskalou (2006), ενδιαφέρον θα είχε η ηλικία των εκπαιδευτικών να συνεξεταστεί και με άλλες μεταβλητές, όπως είναι το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών, οι μέθοδοι αξιολόγησης που χρησιμοποιούν στην τάξη αλλά και η γονεϊκότητα των ιδίων.

Άλλες έρευνες, επίσης, υποστηρίζουν ότι η εκπαιδευτική εμπειρία επηρεάζει τον τρόπο που βαθμολογούν οι εκπαιδευτικοί, στα διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία, τη συμπεριφορά και τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού (Fantuzzo et al., 2001). Οι Brennan-O' Neil & Liljequist (2002) αναφέρουν ότι οι πιο έμπειροι εκπαιδευτικοί φαίνεται να μη βασίζονται μόνο στην εμπειρία τους με τα παιδιά εντός του σχολικού πλαισίου, αλλά να επηρεάζονται στην αξιολόγησή τους και από άλλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα τις πληροφορίες που λαμβάνουν για τα παιδιά και από άλλα πλαίσια. Τις πληροφορίες αυτές τις συνυπολογίζουν στην τελική τους εκτίμηση για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς και του συναισθήματος του παιδιού (Brennan-O' Neil & Liljequist, 2002). Ένα άλλο χαρακτηριστικό, που σχετίζεται με την εκπαιδευτική εμπειρία και επιδρά στον τρόπο που βαθμολογούν οι εκπαιδευτικοί τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες των μαθητών τους στα διάφορα ανιχνευτικά μέσα, είναι η αίσθηση ελέγχου που νομίζουν ότι έχουν πάνω τους. Ένας παιδαγωγός με μεγάλη εκπαιδευτική εμπειρία, αισθάνεται ικανός και επαρκής να διαχειριστεί έντονες ή ακραίες συμπεριφορές και συναισθηματικές αντιδράσεις των μαθητών του, αυξάνοντας έτσι το αίσθημα ελέγχου που ασκεί πάνω τους. Το αίσθημα ελέγχου και η ικανότητα διαχείρισης της τάξης, τα οποία συνδέονται με την εκπαιδευτική εμπειρία, οδηγούν τους εκπαιδευτικούς σε ελαστικότερες βαθμολογήσεις προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος των μαθητών τους (Gibson & Dembo, 1984).

Επιπλέον, η επιμόρφωση των νηπιαγωγών σε θέματα που αφορούν στην κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού προσχολικής ηλικίας, αυξάνει την ικανότητά τους να εντοπίζουν προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς ακόμα και όταν αυτά δεν συνυπάρχουν με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. διαταραχές ανάπτυξης του λόγου) (Μανωλίτσης, 2002). Ιδιαίτερα σημαντική είναι η επιμόρφωση - κατάρτιση των νηπιαγωγών

στη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων για την ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους. Οι νηπιαγωγοί που δεν έχουν επιμορφωθεί σχετικά φαίνεται να μη χρησιμοποιούν συχνά ή και καθόλου ψυχομετρικά εργαλεία, για να ανιχνεύσουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους (Μανωλίτσης & Τάφα, 2005). Το βασικό τους επιχείρημα είναι ότι η χρήση τέτοιων εργαλείων οδηγεί σε στιγματισμό των αξιολογούμενων παιδιών (Poulou, 2013). Μεγάλο ποσοστό νηπιαγωγών που εργάζονταν σε νηπιαγωγεία του Head Start, δήλωναν σε έρευνα των Piotrowski, Collins, Knitzer & Robinson (1994), ότι η ταμπέλα «σοβαρές συναισθηματικές δυσκολίες» είναι ακατάλληλη για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Σύμφωνα με τους Mallory & Kerns (1988) οι παραπάνω αντιλήψεις των νηπιαγωγών περιλαμβάνουν, φόβους, όπως ότι: α) αυτή η ταμπέλα θα επηρεάσει τον τρόπο που βλέπουν το παιδί, στο οποίο ανιχνεύτηκαν συναισθηματικές και συμπεριφορικές δσυκολίες, γονείς, δάσκαλοι του δημοτικού και ειδικοί, β) θα πληγεί η αυτοπεποίθηση και η αυτοαντίληψη του παιδιού και γ) οι γονείς θα εστιάσουν στο συγκεκριμένο πρόβλημα του παιδιού και θα σταματήσουν να ασχολούνται με το σύνολο των ικανοτήτων του.

Τέλος, ένα ακόμα χαρακτηριστικό των εκπαιδευτικών που φαίνεται να επιδρά στις αναφορές και βαθμολογίες τους, είναι οι ψυχικές δυσκολίες που οι ίδιοι αντιμετωπίζουν. Συγκεκριμένα, ο Lovejoy (1996) αναφέρει πως οι εκπαιδευτικοί που βιώνουν έντονο στρες και είναι ψυχικά καταπονημένοι, τείνουν να καταγράφουν συχνά ψυχικές δυσκολίες και στους μαθητές τους. Οι ψυχικές δυσκολίες (κατάθλιψη, απομόνωση, κ.ά) των εκπαιδευτικών αποτελούν έναν παράγοντα που πιθανόν να επηρεάζει την κρίση τους (Liljequist & Renk, 2007). Ωστόσο, η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στους εκπαιδευτικούς και η επίδρασή της στην ανίχνευση δυσκολιών στους μαθητές τους, είναι μια παράμετρος η οποία έχει μελετηθεί ελάχιστα, συγκριτικά με την επίδραση της ψυχοπαθολογίας των γονέων στην αξιολόγηση των παιδιών τους (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1994. Forehand, Lautenschlager, Faust & Graziano, 1986).

3.1.2.1.2 Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ψυχομετρικών εργαλείων ανίχνευσης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος

Η ανίχνευση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στην τάξη δεν απαιτεί μια εκτεταμένη και σε βάθος αξιολόγηση ή διάγνωση (Μανωλίτσης & Τάφα, 2005).

Για το λόγο αυτό και προκειμένου να αποφευχθούν πιθανά λάθη και παρανοήσεις (Feeney-Kettler et al., 2010), πρέπει τα ανιχνευτικά εργαλεία να έχουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα πρέπει να ικανοποιούν τη συνθήκη της τυποποίησης, να είναι σταθμισμένα και όσο το δυνατόν πιο αξιόπιστα και έγκυρα (Smith et al., 2000). Επιπροσθέτως, πρέπει να ικανοποιούν τις συνθήκες της αντιπροσωπευτικότητας, της χρηστικότητας και της αντικειμενικότητας (Αθανασίου, 2007. Δημητρόπουλος, 1999. Κουλάκογλου, 1998). Σημαντική είναι η μετάφραση ή/και η προσαρμογή ενός ψυχομετρικού εργαλείου που έχει κατασκευαστεί για μια ξένη χώρα. Σύμφωνα με τους Σταλίκα και συν. (2012, σ.43) «η μετάφραση και η προσαρμογή αποτελούν δύο αλληλένδετες διαδικασίες. Συχνά η μετάφραση έχει ως άμεση συνέπεια και επακόλουθο την προσαρμογή των δηλώσεων του εργαλείου, έτσι ώστε αυτό να είναι σύστοιχο με το γλωσσολογικό και το πολιτισμικό στο οποίο πρόκειται να χορηγηθεί». Η διαδικασία προσαρμογής ενός ψυχομετρικού εργαλείου σε μια γλώσσα και κουλτούρα αφορά σε αλλαγές στις προτάσεις του πρωτότυπου, που μπορεί να είναι από μικρές γλωσσικές διαφοροποιήσεις μέχρι και σημαντικές διαφοροποιήσεις του περιεχομένου (Αλεξόπουλος, 1998. Harkness, Van de Vijver & Johnson, 2003). Όταν κάποιο ψυχομετρικό εργαλείο πληροί τις παραπάνω προϋποθέσεις, όπως αυτές ορίζονται από την επιστήμη της ψυχομετρίας[88], τότε η επιλογή του εξασφαλίζει την επιτυχία της ανίχνευσης στο χώρο του σχολείου (Σταλίκας και συν, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, ένα ψυχομετρικό εργαλείο οφείλει, καταρχήν, να ικανοποιεί τη συνθήκη «της τυποποίησης των συνθηκών εφαρμογής της βαθμολογίας του» (Βάμβουκας, 1998, σ. 283). Σύμφωνα με αυτή την αρχή πρέπει να διαθέτει μια ενιαία μορφή χρήσης, να επιδίδεται στα υποκείμενα με πανομοιότυπο τρόπο, κάτω από τις ίδιες συνθήκες και τα ευρήματά του να είναι αποτέλεσμα μίας όμοιας διόρθωσης. Η ομοιομορφία αφορά στο ίδιο το ψυχομετρικό όργανο αλλά και τους εξεταζόμενους και εξεταστές (Gullo, 2005). Η ομοιομορφία σχετίζεται με τη διαδικασία της στάθμισης ενός τεστ. «Σταθμισμένα θεωρούνται τα ψυχομετρικά όργανα που χορηγούνται, βαθμολογούνται και αναλύονται βάσει σταθερών μεθόδων οι οποίες αποδεικνύουν την εγκυρότητα και αξιοπιστία τους»

[88] Ο Stuart - Hamilton (1996) οριοθετεί την ψυχομετρία ως «ένα κλάδο της ψυχολογίας του οποίου το αντικείμενο είναι η ψυχολογική μέτρηση των γνωστικών ικανοτήτων και κατά δεύτερο λόγο των άλλων ανθρώπινων χαρακτηριστικών, όπως είναι τα ενδιαφέροντα, η προσαρμογή κ.τ.λ.» (όπως αναφέρει ο Αλεξόπουλος, 1998, σ.15). Οι Mahoney & Ward ορίζουν επίσης, την ψυχομετρία ως τη διαδικασία σχεδιασμού και κατασκευής ψυχομετρικών εργαλείων, διαφοροποιώντας την από τη ψυχολογική αξιολόγηση την οποία και ορίζουν ως τη διαδικασία συνδυασμού ενεργειών για μία επιτυχημένη ψυχολογική παρέμβαση (όπως αναφέρει η Κοντοπούλου, 2002).

(Κοντοπούλου, 2002, σ.169)[89]. Ειδικότερα, η αξιοπιστία του ψυχομετρικού οργάνου καθορίζεται από το αν τα αποτελέσματα παραμένουν πανομοιότυπα όσες φορές και αν επαναληφθούν κάτω από τις ίδιες συνθήκες (Κασσωτάκης, 1999)[90]. Η εγκυρότητά του φαίνεται από «το πόσο καλά μετρά αυτό το οποίο προορίζεται να μετρήσει το έγκυρο τεστ προλέγει αυτό που θεωρείται ότι είναι κατασκευασμένο να προλέγει» (Βάμβουκας, 1998, σ. 287) [91].

Επιπλέον, αντιπροσωπευτικό θεωρούμε ένα ψυχομετρικό όργανο, όταν καλύπτει με την εφαρμογή του ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού (Κασσωτάκης, 1999). Σημαντική, επίσης συνθήκη είναι και η χρηστικότητα του ψυχομετρικού εργαλείου, η οποία αναφέρεται στην πρακτική αξιοποίησή του (Κουλάκογλου, 1998). Η πρακτικότητά του συνίσταται στην εύκολη διεξαγωγή του, στη βαθμολόγησή και ερμηνεία των αποτελεσμάτων του αλλά και τη δυνατότητα επέκτασής του (Δημητρόπουλος, 1999). Η τελευταία συνθήκη είναι η αντικειμενικότητα του ψυχομετρικού εργαλείου, η οποία σύμφωνα με τον Αθανασίου (2007), επιτυγχάνεται, όταν η διαδικασία χορήγησης του παραμένει ανεπηρέαστη από κάθε είδους εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες (φιλοσοφία, προσωπικές απόψεις, κούραση κλπ).

Τα ψυχομετρικά όργανα μπορούν να ταξινομηθούν σε κατηγορίες, λαμβάνοντας υπόψη ορισμένα χαρακτηριστικά τους, όπως είναι το *περιεχόμενο*, δηλαδή ποιο χαρακτηριστικό εξετάζουν- μετρούν κάθε φορά. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα τεστ που μετρούν γνώσεις και τα τεστ προσωπικότητας[92]. Αναφορικά με την ανίχνευση τα ψυχομετρικά εργαλεία στοχεύουν στην άμεση και οικονομική διερεύνηση ενός θέματος.

---

[89] Για να θεωρηθεί η στάθμιση ενός ψυχομετρικού οργάνου επιτυχής πρέπει να χορηγείται σε μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού, και μετά την χορήγηση να προσαρμόζονται οι αρχικές τιμές και να δημιουργούνται πρότυποι βαθμοί - νόρμες (norms) (Murphy & Davidshofer, 1991).

[90] Υπάρχουν τρία είδη αξιοπιστίας των τεστ: α) η αξιοπιστία διαχρονικής σταθερότητας, όπου χρησιμοποιείται μία ομάδα ελέγχου που πρέπει να παρουσιάζει παρεμφερείς βαθμολογίες ανάμεσα σε δύο μετρήσεις (Δημητρόπουλος 1999), β) η αξιοπιστία ημίσεων. Η δοκιμασία χωρίζεται σε δύο ισοδύναμα ποιοτικά και ποσοτικά μέρη των οποίων τα αποτελέσματα πρέπει να αποδειχθούν με υψηλή και θετική συσχέτιση (Ντολιοπούλου & Γουργιώτου, 2008) και γ) η αξιοπιστία εναλλακτικής μορφής. Σύμφωνα με το Gullo (2005) πολλές φορές είμαστε υποχρεωμένοι να επαναλάβουμε μία δοκιμασία σε μικρή χρονική περίοδο. Για να αποφύγουμε την εξοικείωση με τις ερωτήσεις κατασκευάζουμε δύο διαφορετικές δοκιμασίες που μετρούν όμως τα ίδιες μεταβλητές.

[91] Υπάρχουν δύο είδη εγκυρότητας: α) η εγκυρότητα περιεχομένου η οποία παρατηρείται όταν υπάρχει αντιστοιχία περιεχομένου και επιδιωκόμενου σκοπού (Σταλίκας και συν., 2012) και β) η εγκυρότητα κριτηρίου η οποία αναφέρεται στους τελικούς βαθμούς που συνδέονται με ένα ή περισσότερα κριτήρια (Δημητρόπουλος, 1999).

[92] Ειδικότερα τα τεστ που μετρούν γνώσεις περιλαμβάνουν: *τα τεστ ικανοτήτων*, που περιλαμβάνουν δοκιμασίες νοημοσύνης, συστοιχίες με κλίμακες πολλών ικανοτήτων και δοκιμασίες ειδικών δεξιοτήτων (Σταλίκας και συν., 2012), *τα τεστ δεξιοτήτων,* που προσπαθούν να προβλέψουν τη μελλοντική γνωστική εξέλιξη του ατόμου (Αλεξόπουλος, 1998) *τα τεστ επίδοσης*, που στοχεύουν να αξιολογήσουν ποσοτικά τα αποτελέσματα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος κάτω από γνωστές και ελεγχόμενες συνθήκες (Κοντοπούλου, 2002). Τέλος από τα τεστ προσωπικότητας αντλούμε πληροφορίες σχετικά με τη δομή και τη λειτουργία της προσωπικότητας του ατόμου. Ο κλινικός ψυχολόγος με την βοήθεια αυτών των τεστ εντοπίζει παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή συμπεριφορές και συμπτώματα που μπορεί να σχετίζονται με διάφορες ψυχολογικές ή ψυχιατρικές διαταραχές (Bickman et al., 2000).

Αυτό, όμως, δεν σημαίνει επ' ουδενί, ότι το ψυχομετρικό εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί πρέπει να είναι μικρού μεγέθους και με περιορισμένο αριθμό ερωτήσεων. Αντιθέτως, ο στόχος είναι να χρησιμοποιηθεί ένα ψυχομετρικό εργαλείο το οποίο θα μπορεί να ανιχνεύσει επαρκώς τα στοιχεία που έχει προκαθορίσει στην κατασκευή του, αυξάνοντας έτσι την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν από τη χρήση του (Smith et al., 2000).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό διαφοροποίησης των ψυχομετρικών εργαλείων είναι ο *τρόπος κατασκευής* τους, κατά πόσο δηλαδή είναι σταθμισμένα. Η στάθμιση στηρίζεται σε νόρμες του γενικού πληθυσμού αλλά και σε κριτήρια αντικειμενικά, έγκυρα και αξιόπιστα (Παρασκευόπουλος, 1993β). Τα σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία περιλαμβάνουν οδηγίες και κανόνες χορήγησης, βαθμολόγησης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων (Κοντοπούλου, 2002). Σύμφωνα με το Μέλλον (2010), τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση, οφείλουν επίσης να είναι κατασκευασμένα κατάλληλα για τον ηλικιακό πληθυσμό στο οποίο απευθύνονται.

Τέλος, τα ψυχομετρικά εργαλεία διαφοροποιούνται ανάλογα με τον *τύπο των ερωτήσεων* που περιλαμβάνονται σε αυτά. Τα ερωτηματολόγια, οι κλίμακες αξιολόγησης, και οι συστοιχίες των ψυχομετρικών εργαλείων αποτελούν τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα είδη ψυχομετρικών εργαλείων για την ανίχνευση. Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια αποτελούνται από ένα μικρό ή μεγάλο αριθμό κλειστών ή ανοικτών ερωτήσεων ή και συνδυασμό των δύο. Τα ερωτηματολόγια προσωπικότητας ονομάζονται και πολυπαραγοντικά, επειδή συμπεριλαμβάνουν πολλές κατηγορίες ψυχολογικών γνωρισμάτων (Κατερέλος, 2001). Οι κλίμακες αξιολόγησης «είναι ένα σύστημα αναφοράς, αφηρημένο ή συγκεκριμένο, στο οποίο τοποθετείται ή ανάγεται ένα ποιοτικό αντικείμενο και έτσι επιτυγχάνεται η ποσοτικοποίηση και μέτρησή του» (Βάμβουκας, 1988, σ.306). Οι κλίμακες αξιολόγησης μας παρέχουν τη δυνατότητα να διαπιστώσουμε την ύπαρξη ή όχι μίας κατάστασης καθώς και την ποσοτική έκφραση των παρατηρήσεών μας. Οι κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς και του συναισθήματος χωρίζονται, συνήθως, σε κλίμακες εκτίμησης και σε καταλόγους ελέγχου. Ειδικότερα, στις κλίμακες εκτίμησης τα άτομα που τις συμπληρώνουν καλούνται να σημειώσουν πάνω σε μια βαθμολογική κλίμακα τη σοβαρότητα, την ένταση ή τη συχνότητα εμφάνισης μιας συμπεριφοράς, ενώ στους καταλόγους ελέγχου με ένα απλό ναι - όχι αναφέρουν την παρουσία ή την απουσία μίας συμπεριφοράς (Μανωλίτσης, 2013).

Τέλος, οι συστοιχίες ψυχομετρικών οργάνων περιλαμβάνουν ερωτηματολόγια και κλίμακες, ενώ παράλληλα παρέχουν το πλεονέκτημα να συγκριθεί η συμπεριφορά ενός ατόμου με τη μέση επίδοση του δείγματος αναφοράς (Κατερέλος, 2001).

3.1.2.1.2.1 Επισκόπηση των Ψυχομετρικών Εργαλείων στην Ελλάδα

Οι Fantuzzo et al. (1999) αναφέρουν ότι οι εκτιμήσεις νηπιαγωγών για τη συμπεριφορά παιδιών προσχολικής ηλικίας, είναι ανακριβείς και μεροληπτικές, όταν δεν χρησιμοποιούνται συνδυαστικά με τις άλλες μορφές αξιολόγησης, ψυχομετρικά εργαλεία που στοχεύουν στην ανίχνευση αυτών των δυσκολιών. Επίσης, η πρώιμη και έγκυρη ανίχνευση δυσκολιών συμπεριφοράς και συναισθήματος στο σύνολο των παιδιών της τάξης, συμβάλλει στον έγκαιρο εντοπισμό των συμπτωμάτων, τα οποία, αν αντιμετωπιστούν νωρίς, συνήθως δεν μεταβάλλονται σε σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (Albers et al., 2007).

Οι δυο αυτές, όμως, πολύ σημαντικές διαπιστώσεις δε λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από το ισχύον Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003) και από τον Οδηγό Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006). Δε γίνεται καμιά αναφορά στις παραδοσιακές μορφές αξιολόγησης και τη μέθοδο ανίχνευσης με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, η οποία ανήκει σε αυτές. Όπως αναφέραμε, μάλιστα, και στο εισαγωγικό κεφάλαιο της αξιολόγησης, το Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ και ο Οδηγός Νηπιαγωγού, προτείνουν στους νηπιαγωγούς τη χρήση μόνο εναλλακτικών – αυθεντικών μορφών αξιολόγησης και, μάλιστα, ιδιαίτερα για την καταγραφή της ακαδημαϊκής εξέλιξης των παιδιών. Η «απαξίωση» της χρήσης ψυχομετρικών εργαλείων αντανακλάται και στην επιστημονική κοινότητα των Ελλήνων ερευνητών. Η εκτενής και σε βάθος ανασκόπηση της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας επιβεβαιώνει ότι στο διεθνή χώρο διάφοροι ερευνητές, αναλαμβάνουν να κατασκευάσουν διάφορους τύπους ψυχομετρικών εργαλείων, τα οποία μετρούν γενικά τη συμπεριφορά και το συναίσθημα του παιδιού ή ειδικές πτυχές αυτών (όπως για παράδειγμα κατάθλιψη, επιθετικότητα) (Feeney - Kettler et al., 2010. Luby et al., 2007. Tick et al., 2007). Στην Ελλάδα οι αντίστοιχες απόπειρες είναι ελάχιστες για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, ενώ για τα μεγαλύτερα παιδιά υπάρχει μεγαλύτερη γκάμα ψυχομετρικών εργαλείων (Σταλίκας και συν., 2012). Αντίστοιχα, πολύ περισσότερες είναι και οι έρευνες, στην Ελλάδα και στο εξωτερικό που ανιχνεύουν προβλήματα συμπεριφοράς στα μεγαλύτερα παιδιά (ενδεικτικά αναφέρουμε: Bakoula, Kolaitis, Veltsista, Gika & Chrousos, 2009. Charalambous, Kokkinos & Panayiotou, 2013.

Didaskalou & Millward, 2001. Efstratopoulou et al., 2012. Kapi, Veltsista, Kavadias, Lekea & Bakoula, 2007. Kolaitis, Tsiantis, Madianos & Kotsopoulos, 2003. Livaditis et al., 2000. Livaditis, Zaphiriadis, Fourkioti, Tellidou & Xenitidis, 2002. Maniadaki & Kakouros, 2011. Motti-Stefanidi, Besevegis & Giannitsas, 1996. Motti-Stefanidi, Tsiantis &. Richardson, 1993. Papaeliou & Rescorla, 2011. Pianta, 1999. Poulou & Norwitch, 2002. Rescorla et al., 2012. Roussos et al., 1999. Tsiantis, Motti-Stefanidi, Richardson, Schmeck & Poustka, 1994. Vartzelis, Vasilopoulou, Katsioulis, Hadjichristodoulou & Theodoridou, 2011. Zafiriadis et al., 2005).

Επίσης, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα Ι (Παράρτημα Δ1) οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα για την ανίχνευση δυσκολιών συναισθήματος και συμπεριφοράς στο νηπιαγωγείο είναι ελάχιστες. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται, εν μέρει, και στις κλίμακες αυτοαναφοράς που μπορούν να συμπληρώσουν τα παιδιά σχολικής, όχι όμως προσχολικής ηλικίας, γιατί δε διαθέτουν το απαραίτητο γλωσσικό και γνωστικό υπόβαθρο (Μανωλίτσης, 2013). Αντίστοιχα, τα ψυχομετρικά εργαλεία που έχουν κατασκευαστεί στην Ελλάδα με στόχο την ανίχνευση προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας είναι λίγα[93] .

Η απόπειρα αποτύπωσης της ελληνικής πραγματικότητας που αφορά στα ψυχομετρικά εργαλεία ανίχνευσης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, φαίνεται στους Πίνακες ΙΙ (Παράρτημα Δ1). Η πρώτη ανάγνωση του Πίνακα ΙΙ επιβεβαιώνει όσα αναφέραμε παραπάνω, αφού από την έρευνά μας ανακαλύψαμε συνολικά μόνο 20 ψυχομετρικά εργαλεία, με ηλικιακό εύρος από 3-17 έτη. Κάποια από τα εργαλεία αυτά είναι ελληνικά και κάποια είναι ξένα. Όσον αφορά στα τελευταία, επιλέξαμε να μην αναφερθούμε στις συνθήκες της στάθμισης, μετάφρασης ή προσαρμογής τους στον ελληνικό πληθυσμό, γιατί στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δε γινόταν λεπτομερής αναφορά για την πλειοψηφία αυτών.

Ειδικότερα στον Πίνακα ΙΙ εμφανίζονται εκτός από τα στοιχεία βιβλιογραφίας (τίτλος και δημιουργός/οί) των ψυχομετρικών εργαλείων, ο βασικός σκοπός κατασκευής τους, η συγκεκριμένη ηλικία στην οποία απευθύνονται καθώς και μια σύντομη περιγραφή τους.

---

[93] Κάποια παραδείγματα είναι το ΚΕΣΠΗ-Α για παιδιά 3-6 ετών (Μανωλίτσης, 2013), «η Ελληνική Κλίμακα της ΔΕΠ/Υ-IV» για παιδιά 5 ετών και άνω (Καλατζή-Αζίζη, Αγγελή & Ευσταθίου, 2006), το «Τεστ Ψυχοκινητικής Προσαρμογής» για παιδιά 4 έως 12 ετών (Χατζηχρήστου και συν., 2008), Το ΕΔΕΠ «Ερωτηματολόγια Δια-προσωπικής και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής Παιδιών και Εφήβων» και το Ερωτηματολόγιο «Διαστάσεις της προσωπικότητας παιδιών και εφήβων». Ε-ΔΙΠΡΟΠΕ (όπως αναφέρουν οι Στλίκας και συν., 2012). Βέβαια, τα εργαλεία αυτά έχουν δημιουργηθεί για τον ελληνικό πληθυσμό αλλά βασίζονται σε άλλα ψυχομετρικά εργαλεία που έχουν κατασκευαστεί σε ξένες χώρες (Σταλίκας και συν., 2012).

Λαμβάνοντας υπόψη τα όσα αναλύσαμε στο προηγούμενο υποκεφάλαιο για τους τύπους των ψυχομετρικών οργάνων, από τα είκοσι συνολικά ψυχομετρικά εργαλεία που παρατίθενται στον Πίνακα ΙΙ, κανένα δεν είναι ερωτηματολόγιο παρόλο που τιτλοφορείται ως τέτοιο. Στην ουσία όλα τα ερωτηματολόγια είναι κλίμακες εκτίμησης (με βάση την αρίθμηση του πίνακα: 3, 4, 8, 9, 11, 13, 14) και ένας είναι κατάλογος ελέγχου (με βάση την αρίθμηση του πίνακα: 15). Τελικά, από τα είκοσι ψυχομετρικά εργαλεία τα δεκαέξι είναι κλίμακες εκτίμησης (με βάση την αρίθμηση του πίνακα: 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20), δυο είναι κατάλογοι ελέγχου (με βάση την αρίθμηση του πίνακα: 15, 17), και δύο είναι συστοιχίες ψυχομετρικών οργάνων που συνιστούν συνδυασμό ερωτηματολογίων και κλιμάκων εκτίμησης (με βάση την αρίθμηση του πίνακα: 1,5).

Όπως αποδεικνύεται από τα παραπάνω, οι κλίμακες εκτίμησης αποτελούν στην Ελλάδα τα πιο διαδεδομένα μέσα ανίχνευσης προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία, γεγονός με το οποίο συμφωνεί και η διεθνής κοινότητα (Merrell, 2002). Οι κλίμακες εκτίμησης υπερτερούν σημαντικά των καταλόγων ελέγχου στην αποτύπωση της σοβαρότητας, της έντασης και της συχνότητας των προβλημάτων, λόγω της επιλογής των πολλαπλών διαβαθμίσεων[94] που έχει στη διάθεσή του ο αξιολογητής (Μανωλίτσης, 2013). Για το λόγο αυτό, άλλωστε, θεωρούνται και πιο ευαίσθητα εργαλεία από τους καταλόγους ελέγχου που ουσιαστικά με ένα ναι ή ένα όχι, με ένα συν ή ένα πλην, ζητούν από τον αξιολογητή να αποφανθεί, αν ένα παιδί εμφανίζει ένα χαρακτηριστικό ή όχι (Merrell, 2002. Ντολιοπούλου & Γουργιώτου, 2008).

Σύμφωνα με τους Romer & McIntosh (όπως αναφέρουν οι Distefano & Kamphaus, 2007) μόνο το 2% των σχολείων στην Αμερική φαίνεται να χρησιμοποιούν ψυχομετρικά εργαλεία για την ανίχνευση προβλημάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των μαθητών τους. Αντίστοιχα, στην Ελλάδα σύμφωνα με την Kontopoulou (2003), οι νηπιαγωγοί φαίνεται να αποφεύγουν τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης (κλίμακες εκτίμησης και κατάλογοι ελέγχου). Εντούτοις τα πλεονεκτήματα αυτών είναι πολλά αφού καταρχήν συμβάλλουν στη χαμηλού κόστους και εύκολη ανίχνευση, κυρίως γιατί δεν απαιτούν την ιδιαίτερη εκπαίδευση του αξιολογητή στη χρήση τους (Nagle, 2007). Επιπροσθέτως, χρειάζεται λίγος χρόνος για τη συμπλήρωσή τους γεγονός το οποίο κάνει πιο ελκυστική τη χρήση τους (Achenbach et al., 1987). Μπορούν, επομένως να

[94] Οι κλίμακες εκτιμήσεις βαθμολογούν την κάθε ερώτηση- πρόταση τους, συνήθως με τρίβαθμες, τετράβαθμες και σπανιότερα πεντάβαθμες ή και μεγαλύτερων διαβαθμίσεων κλιμάκες τύπου Likert. Για παράδειγμα στη ΦΑΝ-Β ο νηπιαγωγός μπορεί να βαθμολογήσει μια συμπεριφορά με 0 αν το στοιχείο συμπεριφοράς του παιδιού δεν του ταιριάζει καθόλου, με 1 αν το του αιριάζει λίγο και με 2 αν του ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά (Rescorla, 2005).

συμπληρωθούν εύκολα από πολλούς αξιολογητές που παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για το παιδί σε διαφορετικά πλαίσια (π.χ. το νηπιαγωγό, τους γονείς κ.ά.) (Feil, Severson & Walker, 1998. Knoff, 2002). Οι κλίμακες αξιολόγησης, επίσης, «επιτρέπουν την καταγραφή συμπεριφορών που εμφανίζονται σπάνια (π.χ. ενούρηση, πρόκληση πυρκαγιάς) και είναι δύσκολο να εντοπιστούν με την άμεση παρατήρηση, η οποία περιορίζεται σε δυο με τρεις χρονικούς περιόδους» (Μανωλίτσης, 2013, σ.49). Τέλος, οι κλίμακες αξιολόγησης που είναι σταθμισμένες και έχουν ελεγχθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους, παρέχουν ασφαλείς πληροφορίες για τη συμπεριφορά του παιδιού, επειδή μέσω των τυπικών βαθμών[95] που έχουν ορίσει, φαίνεται ο βαθμός απόκλισης του παιδιού από το δείγμα στάθμισης (Achenbach & Rescorla, 2009). Το αξιολογούμενο παιδί στο τέλος της βαθμολόγησης, αν χρησιμοποιηθεί κατάλογος ελέγχου, φαίνεται αν εμφανίζει ή όχι ένα πρόβλημα, ενώ, αν χρησιμοποιηθεί κλίμακα εκτίμησης, παρουσιάζεται και η ένταση εμφάνισης του προβλήματος.

Εντούτοις πρέπει η χρήση τους να γίνεται με προσοχή. Ένα από τα βασικά τους μειονεκτήματα είναι ότι οι συμπεριφορές που περιλαμβάνονται στις κλίμακες αξιολόγησης «είναι διατυπωμένες με μονολεκτικούς τυποποιημένους όρους, που συνήθως παραπέμπουν σε ψυχιατρικές διαταραχές» (Μανωλίτσης, 2013, σ.51). Οι Mangelsdorf, Schoppe & Buur (όπως αναφέρουν οι Dobbs & Arnold, 2009) αυτό το ονομάζουν υποκειμενικό στοιχείο των κλιμάκων. Η κάθε συμπεριφορά, όταν δεν παρουσιάζεται η ερμηνεία της αναλυτικά, νοηματοδοτείται διαφορετικά από τον κάθε αξιολογητή σύμφωνα με τις προσωπικές του προκαταλήψεις και ερμηνείες. Με βάση αυτό, και όχι μόνο της διαφορετικής συμπεριφοράς που μπορεί να εμφανίζει το παιδί στα διαφορετικά πλαίσια (Knoff, 2002), ερμηνεύονται σε μεγάλο βαθμό και οι ασυμφωνίες που παρατηρούνται μεταξύ των διαφορετικών αξιολογητών (Dobbs & Arnold, 2009).

Στον Πίνακα ΙΙΙ επιχειρώντας μια σύγκριση στο σύνολο των εργαλείων που παρουσιάσαμε στον Πίνακα ΙΙ εστιάσαμε σε δύο, κυρίως, κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορούσε στα πρόσωπα που μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτά τα εργαλεία (γονείς, νηπιαγωγοί, γονείς και νηπιαγωγοί) και η δεύτερη αφορούσε στο περιεχόμενο των ψυχομετρικών εργαλείων. Πιο συγκεκριμένα, αν τα ψυχομετρικά εργαλεία ανιχνεύουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος, αποκλειστικά ή σε συνδυασμό με άλλα

[95] «Οι τυπικοί βαθμοί είναι οι Τ-τιμές που έχουν την ίδια σημασία για κάθε κλίμακα, παρόλο που η κατανομή των αρχικών τιμών σε κάθε κλίμακα είναι διαφορετική. Μια συγκεκριμένη Τ- τιμή υποδηλώνει τον ίδιο βαθμό ανύψωσης για κάθε κλίμακα σε σχέση με ένα τυπικό βαθμό» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ.32).

προβλήματα και σε άλλους τομείς (γνωστικό, κινητικό τομέα, γλώσσα, μαθηματικά, προκοινωνική συμπεριφορά, σχολική επάρκεια κ.ά).

Ειδικότερα, όσον αφορά στην πρώτη κατηγοριοποίηση, τέσσερα ψυχομετρικά εργαλεία συμπληρώνονται μόνο από γονείς (με βάση την αρίθμηση του πίνακα: 2, 8, 9, 11), δώδεκα συμπληρώνονται μόνο από νηπιαγωγούς (με βάση την αρίθμηση του πίνακα: 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20), τρία από γονείς και νηπιαγωγούς (με βάση την αρίθμηση του πίνακα: 1, 3, 5) και ένα μόνο από ειδικούς (με βάση την αρίθμηση του πίνακα: 4).

Αρχικά παρατηρούμε ότι τα περισσότερα ψυχομετρικά εργαλεία απευθύνονται στους νηπιαγωγούς, γεγονός το οποίο πιθανόν να οφείλεται στην άμεση και εύκολη πρόσβαση που έχουν οι κατασκευαστές - ερευνητές σε αυτούς. Η κατασκευή ενός ψυχομετρικού εργαλείου είναι μια επίπονη και δύσκολη διαδικασία η οποία, τελικά, πρέπει να οδηγήσει στη δημιουργία ενός αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου. Όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν. (2012) η κατασκευή ενός ψυχομετρικού εργαλείου περιλαμβάνει έξι στάδια: (1) ο καθορισμός του σκοπού του εργαλείου, (2) η πιλοτική έρευνα, (3) η ανάλυση των ερωτήσεων, (4) ο έλεγχος της αξιοπιστίας, (5) ο έλεγχος της εγκυρότητας και (6) η στάθμιση. Εκτός από το πρώτο στάδιο που ο κατασκευαστής δουλεύει μόνος του[96], σε όλα τα επόμενα στάδια χρειάζεται κατά καιρούς εμπλοκή των ατόμων που ταυτίζονται με τους σκοπούς του εργαλείου του και ουσιαστικά αποτελούν το δείγμα της δική του έρευνας. Στο δείγμα αυτό, καλό θα είναι ο κατασκευαστής να έχει άμεση και εύκολη πρόσβαση, γιατί επανέρχεται στα διάφορα στάδια με επαναληπτικές χορηγήσεις του εργαλείου του, είτε για να διορθώσει κατασκευαστικά λάθη, είτε για να ελέγξει την αξιοπιστία και εγκυρότητά του (Σταλίκας και συν., 2012). Κάτι τέτοιο το εξασφαλίζουν περισσότερο, από τους γονείς ή από άλλους πληροφορητές (φροντιστές), οι εκπαιδευτικοί που λειτουργούν στο δομημένο πλαίσιο του σχολείου και κάποιος μπορεί εύκολα να τους συναντήσει.

Επιπλέον, ο μεγαλύτερος αριθμός ερωτηματολόγιων που απευθύνονται σε εκπαιδευτικούς, μπορεί να σχετίζεται με την ανάγκη των κατασκευαστών να φτιάξουν ένα ψυχομετρικό εργαλείο το οποίο θα συλλέγει όσο το δυνατόν περισσότερο έγκυρες και αντικειμενικές πληροφορίες. Κάτι τέτοιο θα ενισχύσει την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του, άρα και την καθιέρωσή του στην επιστημονική κοινότητα των ερευνητών. Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας επιβεβαιώνει ότι οι πληροφορίες που συλλέγονται

[96] Το τέλος του σταδίου αυτού οδηγεί στον ορισμό του περιεχομένου και του θεματικού πυρήνα του εργαλείου. Στο στάδιο αυτό ο κατασκευαστής καθορίζει τον αριθμό των ερωτήσεων του εργαλείου και στη συνέχεια προχωρά στην κατασκευή και καταγραφή τους (Σταλίκας και συν., 2012).

από τους εκπαιδευτικούς είναι πιο αντικειμενικές, ακριβείς και έγκυρες, σε σχέση με τις πληροφορίες που δίνουν οι γονείς ή άλλα σημαντικά πρόσωπα για το παιδί (Mesman & Koot, 2000). Σύμφωνα με τους Carter et al. (2004) οι γονείς ενδέχεται να μη δώσουν την πλήρη εικόνα της κατάστασης του παιδιού από το φόβο του στίγματος ή της πιθανότητας εμπλοκής υπηρεσιών, σε περίπτωση που δημιουργηθεί η υποψία ότι η προβληματική συμπεριφορά του παιδιού είναι αποτέλεσμα κακοποίησης ή αμέλειας. Βέβαια, οι γονείς παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες, οι οποίες αν και υποκειμενικές είναι παράλληλα και πρωτογενείς, γιατί πηγάζουν από το οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο δεν έχουμε εύκολα πρόσβαση με άλλον τρόπο (Hills, 1993. McAfee, Leong & Bordova, 2010. Raver & Zigler, 1997). Για το λόγο αυτό καλό είναι τελικά να συλλέγονται πληροφορίες από πολλές πηγές, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η όσο το δυνατόν πιο σφαιρική και έγκυρη αξιολόγηση του παιδιού (Gadow & Sprafkin, 2009). Η συμμετοχή πολλαπλών πληροφορητών στην αξιολόγηση της συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας, όπως έχει αναφερθεί και στις προηγούμενες ενότητες, είναι πολύ σημαντική (Hemmeter, Joseph, Smith & Sandall, 2001. Neisworth & Bagnato, 2005), παρόλο που συχνά διαπιστώνονται ασυμφωνίες (Dobbs & Arnold, 2009). Η δυνατότητα ταυτόχρονης αξιολόγησης αλλά και σύγκρισης των διαφορετικών απόψεων - πληροφοριών που συγκεντρώνονται για ένα άτομο, «δίνουν τη δυνατότητα «χαρτογράφησης» του συναισθηματικού και γνωστικού κόσμου του ατόμου με ένα τρόπο αντικειμενικό και απαλλαγμένο από την υποκειμενική ματιά του ενός αξιολογητή» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ.13). Ο Πίνακας ΙΙΙ επιβεβαιώνει, βέβαια, με βάση την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, ότι στην Ελλάδα είναι διαθέσιμα τρία μόνο ψυχομετρικά εργαλεία που συλλέγουν πληροφορίες από γονείς και εκπαιδευτικούς μαζί.

Σχετικά με τη δεύτερη κατηγοριοποίηση των ψυχομετρικών εργαλείων, που αφορά στο περιεχόμενο τους, έντεκα ανιχνεύουν μόνο προβλήματα που σχετίζονται με την ευρύτερη κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού (με βάση την αρίθμηση του πίνακα: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18) και εννέα εργαλεία ανιχνεύουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος σε συνδυασμό και με άλλους τομείς (γνωστικό, κινητικό τομέα, γλώσσα, μαθηματικά, προκοινωνική συμπεριφορά, σχολική επάρκεια κ.ά), (με βάση την αρίθμηση του πίνακα: 1, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20). Οι Winsler & Wallace (2002) υποστηρίζουν ότι η ταυτόχρονη αξιολόγηση του παιδιού σε διάφορους τομείς, συνεισφέρει στην καλύτερη κατανόηση της ποικιλίας των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που πιθανόν εμφανίζει αλλά και του κινδύνου παραμονής αυτών στο μέλλον. Πολλοί σύγχρονοι ερευνητές, επισημαίνουν, επίσης, τη συσχέτιση μεταξύ των διαφόρων

τομέων ανάπτυξης (γνωστικού – κοινωνικού – ψυχοσυναισθηματικού) και τονίζουν τη σημασία της σφαιρικότητας[97] της αξιολόγησης και από αυτή τη σκοπιά (Algozzine et al., 2008. Landry & Smith, 2010. Rose-Krasnor & Denham, 2009).

Με βάση τα όσα αναφερθήκαν παραπάνω το Σύστημα Εμπειρικής Αξιολόγησης του Achenbach [(ΣΑΕΒΑ), Achenbach & Rescorla, 2009)] συνδυάζει πολλά από τα στοιχεία που πρέπει να έχουν τα ψυχομετρικά εργαλεία, ώστε να εξασφαλίζουν τη σφαιρική, έγκυρη και αξιόπιστη ανίχνευση. Πιο συγκεκριμένα, το ΣΑΕΒΑ, το οποίο είναι μια συστοιχία ψυχομετρικών εργαλείων, αποτελείται από τρία ψυχομετρικά εργαλεία[98]. Το ΣΑΕΒΑ ανταποκρίνεται στο κριτήριο της «σφαιρικότητας» της ανίχνευσης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος γιατί παρέχει καταρχήν τη δυνατότητα συλλογής αλλά και σύγκρισης πληροφοριών από πολλαπλές πηγές. Η ΦΑΝ-Β συλλέγει δεδομένα από νηπιαγωγούς, ενώ μέσω της ΛΕΠΣ συλλέγονται δεδομένα από τους γονείς και φροντιστές (αρκεί να ξέρουν το παιδί το λιγότερο 2 μήνες). Επίσης, στη ΦΑΝ-Β και την ΕΓΑ υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν στην οικογένεια του παιδιού (επαγγελματική κατάσταση γονέα). Επιπλέον, η ΕΓΑ που ανιχνεύει τη γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού, εξασφαλίζει στο ΣΑΕΒΑ αυτό που υποστηρίζουν οι Espinosa and Laffey (2003), ότι δηλαδή, τα ψυχομετρικά εργαλεία που ανιχνεύουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος συνεισφέρουν τα μέγιστα, όταν εκμαιεύουν αντιλήψεις των πληροφορητών και για τις ακαδημαϊκές επιδόσεις του παιδιού. Η εξέταση περισσότερων τομέων ανάπτυξης είναι σημαντική, γιατί συχνά οι κοινωνικοσυναισθηματικές δυσκολίες στα παιδιά προσχολικής ηλικίας δύνανται να εμφανίζονται με διαφορετικούς τρόπους από αυτούς που θα περίμενε κανείς, με αποτελέσμα να είναι δύσκολος ο εντοπισμός τους. Για παράδειγμα η καθυστέρηση ανάπτυξης λόγου θα μπορούσε να σηματοδοτεί δυσκολία στην εκφορά του λόγου ή κάποια σοβαρή διαταραχή επικοινωνίας ή ακόμα και έναν τύπο απόσυρσης (DSM-IV-TR, 2000).

Στον Πίνακα ΙΙΙ διαπιστώνουμε, βέβαια, ότι στα υπόλοιπα 8 εργαλεία με (βάση την αρίθμηση του πίνακα: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 20) η ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε συνδυασμό με άλλους τομείς, επιδιώκεται μέσα στο ίδιο το εργαλείο. Σύμφωνα με τους Distefano & Kamphaus (2007), κάθε ψυχομετρικό εργαλείο καλό θα ήταν να εξετάζει ένα εύρος συμπεριφορών και να μην είναι αυστηρά περιορισμένο σε ένα

[97] Η άλλη πλευρά της σφαιρικότητας αφορά την αξιολόγηση από πολλούς πληροφορητές όπως αυτή αναλύθηκε παραπάνω.

[98] Το ΣΑΕΒΑ αποτελείται από τρεις συστοιχίες ψυχομετρικών οργάνων: τη «Φόρμα Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) για παιδιά1 ½ -5», τη «Λίστα Ελέγχου Παιδικής Συμπεριφοράς (ΛΕΠΣ) για παιδιά 1 ½ -5» που συμπληρώνεται από γονείς και το «Ερωτηματολόγιο Γλωσσικής Ανάπτυξης (ΕΓΑ) για παιδιά 18 έως 35 μηνών» που συμπληρώνεται από γονείς και εκπαιδευτικούς (Achenbach & Rescorla, 2009).

συγκεκριμένο θέμα. Αντίθετα, οι Σταλίκας και συν. (2012) υποστηρίζουν ότι, οι πολλοί θεματικοί άξονες ενός ψυχομετρικού εργαλείου μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα του, «αφού ο γενικός κανόνας υπαγορεύει ότι κάθε τεστ[99] πρέπει να μετρά μια διάσταση κάθε φορά» (σ.71).

Επίσης, τη σφαιρικότητα της αξιολόγησης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος την εξασφαλίζουν οι συστοιχίες ψυχομετρικών οργάνων (ΦΑΝ-Β και ΛΕΠΣΣ) του ΣΑΕΒΑ για ένα ακόμα λόγο. Δίνουν σε έναν ειδικό τη δυνατότητα εξειδικευμένων συσχετίσεων και αναλύσεων που αφορούν στη συνύπαρξη εξωτερικευμένων και εσωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς (συννοσηρότητα)[100]. Μέσω της εξέτασης της συννοσηρότητας μπορούμε να κατανοήσουμε την αιτιολογία, την πορεία αλλά και τον τρόπο αντιμετώπισης των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένα προβλημάτων (Poulou, 2013). Τα παιδιά για παράδειγμα, που εμφανίζουν εξωτερικευμένα προβλήματα (επιθετική συμπεριφορά, προβλήματα προσοχής) στο κλινικό φάσμα, με βάση τις βαθμολογίες που προκύπτουν από τα δυο παραπάνω όργανα, είναι πολύ πιθανόν να εμφανίζουν, επίσης, εσωτερικευμένα προβλήματα, όπως άγχος και κατάθλιψη (Beyer, Postert, Müller & Furniss, 2012). Σύμφωνα με τη μελέτη των Egger & Angold's (2006) ο κίνδυνος να εμφανίσει ένα παιδί συννοσηρότητα αυξάνεται 1- 6 φορές για κάθε επιπλέον χρόνο από την ηλικία των 2 μέχρι 5 ετών. Για όλους τους παραπάνω λόγους είναι σημαντικό ένα ψυχομετρικό όργανο να δίνει τη δυνατότητα στον ειδικό να εξετάσει τη συνοσηρρότητα μεταξύ των προβλημάτων.

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ΣΑΕΒΑ - συμπεριλαμβανομένης και της διαπολιτισμικής (Canino & Alegria, 2008), εξασφαλίζονται από το γεγονός ότι έχει «σταθμιστεί και μεταφραστεί σε περισσότερες από 60 διαφορετικές γλώσσες» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ.13). Η επιστημονική του τεκμηρίωση, μέχρι της παρούσης, έχει καταγραφεί σε περισσότερα από 8.610 επιστημονικά άρθρα (https://bib.aseba.org/). Για αυτό το λόγο χαρακτηρίζεται και ως κλίμακα ευρείας αξιολόγησης (Μανωλίτσης, 2013).

Είναι σημαντικό, επίσης, να επισημάνουμε ότι, η ΦΑΝ-Β, το κύριο ερευνητικό μας εργαλείο, έχει σχεδιαστεί, κυρίως, για την καταγραφή του ψυχολογικού προφίλ των υπό εξέταση ατόμων και όχι για την εξαγωγή μιας κλινικής διάγνωσης (Galli et al., 2007). Ως εκ τούτου, σύμφωνα με τη Rask (2012), είναι προτιμότερο η ΦΑΝ-Β να χορηγείται σε μη κλινικά δείγματα, γιαυτό άλλωστε θεωρήθηκε το πλέον κατάλληλο ψυχομετρικό εργαλείο

[99] Οι Σταλίκας και συν (2012) στο γενικό όρο τεστ περιλαμβάνουν και τον όρο «ψυχομετρικό εργαλείο».
[100] Η έννοια της συννοσηρότητας (comorbidity) αναλύεται στο υποκεφ. 1.1.3 της παρούσης μελέτης.

για την παρούσα έρευνα, η οποία στηρίχθηκε σε αμιγώς κοινοτικό δείγμα. Η ταξινόμηση σε ομάδες των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στη ΦΑΝ-Β είναι αναγκαία, αφενός για να γίνει πιο ακριβής ο προσδιορισμός τους από τους ειδικούς και αφετέρου να επιτυγχάνονται καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα στην αντιμετώπισή τους (Μανωλίτσης, 2013).

Εντούτοις όμως, υπάρχει κίνδυνος η ταξινόμηση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στη ΦΑΝ-Β να οδηγεί σε στιγματσμό ορισμένα παιδιά, τα οποία, με βάση τις τελικές βαθμολογίες των νηπιαγωγών τους, ενδέχεται να εμφανίζουν κάποιο ή κάποια από τα σύνδρομα που εξετάζονται στη ΦΑΝ-Β και πιθανόν, για το λόγο αυτό να αποκτήσουν την ταμπέλα της ψυχικής διαταραχής (Whitcomb & Merrell, 2003). Επίσης, τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη βαθμολόγηση της ΦΑΝ-Β, ενδεχομένως επηρεάζονται από τη μεροληψία του πληροφορητή (νηπιαγωγού-βρεφονηπιοκόμου). Πιο συγκεκριμένα, ο πληροφορητής μπορεί να βαθμολογήσει ένα παιδί θετικά ή αρνητικά, ανάλογα με το αν το συμπαθεί ή το αντιπαθεί, είτε να βαθμολογήσει γενικά ελαστικά ή αυστηρά αξιολογώντας όλα τα παιδιά με πολύ χαμηλούς ή πολύ υψηλούς βαθμούς αντίστοιχα (Μανωλίτσης, 2013). Επιπροσθέτως, μερικές μορφές συμπεριφοράς και συναισθήματος που περιγράφονται στις ερωτήσεις της ΦΑΝ-Β, είναι διατυπωμένες είτε σε πολύ σύντομες προτάσεις (π.χ. είναι προκλητικός, είναι ανυπάκουος, ζηλεύει εύκολα, κ.ά.) είτε είναι γενικές (ζητά διαρκώς βοήθεια, πληγώνεται συναισθηματικά εύκολα, κ.ά), αφήνοντας το περιθώριο να νοηματοδοτηθούν διαφορετικά από τους διάφορους πληροφορητές (Dobbs & Arnold, 2009, Μανωλίτσης, 2013). Τέλος, η Rask (2012) αναφέρει, ότι το αδύνατο σημείο της ΦΑΝ- Β, είναι ότι δε δίνει πληροφορίες σχετικά με τη σταθερότητα των συμπτωμάτων που καταγράφονται.

Με βάση, λοιπόν, τα παραπάνω, θα πρέπει να τονίσουμε, ότι, τόσο η διαδικασία χορήγησης της ΦΑΝ-Β, όσο και η μετέπειτα επεξεργασία των πληροφοριών που λαμβάνονται, απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή από τη πλευρά του αξιολογητή ή ερευνητή.

3.1.2.2 Διάγνωση προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία

Τα ψυχομετρικά εργαλεία που παρουσιάστηκαν παραπάνω μπορούν να χρησιμοποιηθούν εκτός από τα εκπαιδευτικά πλαίσια και στις δομές της κλινικής αξιολόγησης (διάγνωση). Ειδικότερα, η χρήση αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων μπορεί να εφαρμοστεί στην κλινική αξιολόγηση με επιτυχία «στην αρχική φάση εκτίμησης και αξιολόγησης της κατάστασης ενός ατόμου, όσο και κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης με στόχο την παρακολούθηση της πορείας της» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ.13).

Η κλινική αξιολόγηση- διάγνωση ανήκει στις παραδοσιακές μορφές αξιολόγησης και αφορά τους ειδικούς (ψυχολόγοι, ψυχίατροι). Η διάγνωση αναφέρεται στο συνδυασμό δεδομένων που συλλέγουν οι ειδικοί με τη χρήση διαγνωστικών εγχειριδίων, ψυχομετρικών εργαλείων, κλινικής συνέντευξης, κλινικής παρατήρησης και αφορούν στη συνολική εικόνα του ατόμου που αξιολογούν (Kaplan & Sadock, 2007). Συνθέτοντας όλα τα παραπάνω δεδομένα, ο ειδικός ψυχικής υγείας καταλήγει, στο εάν το παιδί, που έχει παραπεμφθεί για κλινική αξιολόγηση, πληροί τις προϋποθέσεις διάγνωσης και χρειάζεται θεραπεία (Skovgaard et al., 2004).

Τα διαγνωστικά εγχειρίδια έχουν δημιουργηθεί από ειδικούς ψυχικής υγείας και ταξινομούν τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος βάσει κατηγοριών[101] (Achenbach & Edelbrock, 1978. Cantwell, 1996. Cantwell & Rutter, 1994. Μανωλίτσης, 2013). Επιπλέον, στα διαγνωστικά εγχειρίδια τα κλινικά συμπτώματα (όπως π.χ. η απόσυρση και η ευερεθιστότητα) οργανώνονται σε κατηγορίες κλινικών διαταραχών, όπως π.χ. καταθλιπτική διαταραχή (Egger & Angold, 2006) και με βάση τα δεδομένα που προκύπτουν από την κλινική αξιολόγηση ένα παιδί, είτε εντάσσεται σε μια κατηγορία είτε όχι (Epp et al., 2012). Δημιουργείται δηλαδή στα διαγνωστικά εργαλεία μια συνθήκη με δύο άκρα, το κλινικό και μη κλινικό, χωρίς να υπάρχουν ενδιάμεσες περιπτώσεις. Τα παιδιά που αξιολογούνται ανάλογα με το αν πληρούν ή όχι τα κριτήρια διάγνωσης εντάσσονται στο ένα ή στο άλλο άκρο (Egger & Angold, 2006).

[101] Για περισσότερες πληροφορίες που αφορούν την κατηγορική ταξινόμηση δες υποκεφ. 3.1.2.1.2 της παρούσας εργασίας.

Τα κυρίαρχα εγχειρίδια που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση παιδιών προσχολικής ηλικίας είναι το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders[102] [(DSM) APA, 1952, 1994, 2000) το International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [(ICD 10), WHO, 2010)] και το Zero-to-Three (2005).Στο σύνολό τους τα παραπάνω διαγνωστικά εγχειρίδια περιγράφουν τα συμπτώματα των διαταραχών, τα οποία αξιολογούνται βάσει της έντασης, της συχνότητας, και των επιπτώσεων[103] που έχουν στη λειτουργικότητα του παιδιού και στη γνωστική, κοινωνική, ψυχο-συναισθηματική ανάπτυξή του (APA, 2000).

Το DSM–IV-TR είναι τελευταία μεταφρασμένη στα ελληνικά έκδοση του DSM (APA, 2000) και αποτελεί ένα πολύ-αξονικό σύστημα που αξιολογεί το άτομο σε πέντε άξονες[104]. Αναφορικά με τις διαταραχές που αφορούν στα παιδιά περιλαμβάνει: τα διάχυτα αναπτυξιακά προβλήματα (αυτισμό, σύνδρομο Asperger), τα προβλήματα άγχους (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, διαταραχή άγχους αποχωρισμού, ειδική φοβία), τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, τα προβλήματα εναντιωματικής-προκλητικής συμπεριφοράς, διαταραχές ενούρησης/εγκόπρισης και διαταραχή πρόσληψης τροφής (APA, 2000). Ωστόσο, η προσχολική ηλικία δεν έχει ξεχωριστή θέση στο DSM-IV-TR (APA, 2000). Δεν γίνεται ειδική μνεία στις διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας αλλά ούτε και μια σαφής παρουσίαση του τρόπου με τον οποίο οι δυσκολίες συμπεριφοράς και συναισθήματος προσχολικής ηλικίας, μπορεί να αποτελούν επιβαρυντικό ή ακόμα και προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση κάποιας διαταραχής κατά την παιδική ηλικία ή την εφηβεία (Μανωλίτσης, 2013).

Η ΦΑΝ-Β, το κύριο ερευνητικό εργαλείο της παρούσης μελέτης, είναι εναρμονισμένη με το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-IV (APA, 1994). Η εναρμόνιση της ΦΑΝ-Β με το DSM-IV βασίστηκε σε αξιολογήσεις έμπειρων ψυχιάτρων και ψυχολόγων αναφορικά με το βαθμό συνέπειας που υπάρχει στις ερωτήσεις της ΦΑΝ-Β και στις διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας (Achenbach, 2011. Rescorla et al., 2012).

---

[102] Το DSM αναθεωρείται και επανεκδίδεται τακτικά. Η τελευταία έκδοση είναι το DSM-V (APA, 2012) που δεν έχει ακόμη μεταφραστεί στην Ελλάδα μέχρι στιγμής. Μεταφρασμένη στα ελληνικά είναι η προηγούμενη έκδοση αυτού, το DSM-IV-TR (APA, 2000), το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως από τους Έλληνες ειδικούς ψυχικής υγείας.

[103] Με τον υπολογισμό του αριθμητικού δείκτη GAF (General Assessment Functioning) ο οποίος συνυπολογίζει την ένταση, συχνότητα συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις τους στη λειτουργικότητα του ατόμου (APA, 2000).

[104] Άξονας Ι: Διαταραχές Συμπτωμάτων (πχ καταθλιπτική διαταραχή, αγχώδης διαταραχή)
Άξονας ΙΙ: Διαταραχές Προσωπικότητας και Νοητική Καθυστέρηση
Άξονας ΙΙΙ:Ιατρικές Παθήσεις και Σωματικά Συμπτώματα
Άξονας IV: Ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες
‘Άξονας V: Δείκτης λειτουργικότητας GAF (Global Assessment of Functioning) για ενήλικες και CGAS (Children Global Assessment Scale) για παιδιά έως 18 ετών.

Σε ανάλογο πνεύμα το ICD-10 (WHO, 2010), επίσης σύστημα κατηγορικής ταξινόμησης, περιλαμβάνει όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές ενηλίκων. Η αναφορά του στα παιδιά γίνεται στην ενότητα διαταραχών της ψυχολογικής ανάπτυξης. Ενδεικτικά, μερικές από τις διαταραχές που περιλαμβάνονται σε αυτή την ενότητα είναι: ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και γλώσσας, ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων, ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές της κινητικής λειτουργίας, μεικτές ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές κ.ά.

Η ταξινόμηση, ωστόσο, βάσει κατηγοριών για τη διάγνωση παιδιών προσχολικής ηλικίας, όπως περιγράφθηκαν παραπάνω έχει δεχθεί μεγάλη κριτική. Ο κύριος λόγος είναι ότι τα δυο διαγνωστικά εγχειρίδια DSM–IV-TR και ICD-10 αναφέρονται, κυρίως, σε διαταραχές ενηλίκων και δεν περιλαμβάνουν διαγνωστικά κριτήρια για γενικές αλλά και αναπτυξιακές διαταραχές που αφορούν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Zeanah, Boris & Scheeringa, 1997).Σύμφωνα με τους Skovgaard et al. (2004), τόσο η έρευνα όσο και η κλινική εφαρμογή, των διαγνωστικών εργαλείων κατηγορικής φύσης (DSM-IV-TR και ICD-10), εστιάζει κυρίως σε έφηβους και ενήλικες. Επίσης, δεν λαμβάνουν υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού αλλά και τα χαρακτηριστικά του αναπτυξιακού σταδίου στο οποίο βρίσκεται, καθώς και το πλέγμα των σχέσεων του παιδιού με άλλα άτομα (Skovgaard et al., 2004). Αποδεικνύοντας το έλλειμμα αυτό, πολλές έρευνες επιβεβαιώνουν πως, τόσο ο τρόπος εκδήλωσης όσο και η ένταση συμπτωμάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, διαφοροποιείται έντονα εν συγκρίσει με τους ενήλικες (Eager & Angold, 2006. Sterba et al., 2007). Πιο συγκεκριμένα, οι Gimpel & Holland (2003), παρουσιάζουν το παράδειγμα της παιδικής κατάθλιψης στην προσχολική ηλικία, η οποία εμφανίζεται συχνότερα με συμπτώματα οξύθυμης και ευερέθιστης συμπεριφοράς παρά με καταθλιπτική διάθεση, και η οποία δεν περιλαμβάνεται στις διαταραχές της παιδικής ηλικίας (Μανωλίτσης, 2013).

Το κενό που δημιουργείται στη διάγνωση παιδιών προσχολικής ηλικίας, από την αυστηρά κατηγορική φύση τόσο του DSM-IV-TR, όσο και του ICD-10, ήρθε να καλύψει το διαγνωστικό εγχειρίδιο Zero-to-Three (National Center for Infants and Toddlers, 2005) (Emde, 2003).

Το Zero-to-Three είναι εστιασμένο στα βρέφη και νήπια (από τη γέννηση έως τα πέντε χρόνια) και παρότι είναι και αυτό ένα πολύ-αξονικό σύστημα με πέντε άξονες[105]

[105] Άξονας Ι: Κλινικές Διαταραχές
Άξονας ΙΙ: Κατηγοριοποίηση της Σχέσης (Relationship Classification)

διαφοροποιείται σημαντικά από το DSM-IV-TR και το ICD-10 ως προς το περιεχόμενο των αξόνων. Το συγκεκριμένο διαγνωστικό εγχειρίδιο δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη δυναμική πτυχή της ανάπτυξης, αναγνωρίζοντας ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας υπόκεινται σε ραγδαίες ψυχικές και συναισθηματικές μεταβολές. Επίσης, μελετά τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του τρόπου με τον οποίο το παιδί σχετίζεται με τους άλλους αλλά και την ικανότητά του για προσαρμογή στα διάφορα πλαίσια που δραστηριοποιείται. Δίνοντας βάση στους παραπάνω παράγοντες, σχηματίζεται ένα πολύπλευρο πλέγμα βάσει του οποίου αξιολογείται το παιδί. Ωστόσο, η μη περιγραφική φύση των κατηγοριών και η έλλειψη σαφών λειτουργικών ορισμών, το καθιστούν επιρρεπές στην υποκειμενική ερμηνεία του ειδικού και δημιουργούν δυσκολίες στην έρευνα σχετικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της διάγνωσης. Αποτέλεσμα αυτών είναι ότι τα ερευνητικά δεδομένα με αντικείμενο το Zero-to-three είναι περιορισμένα (Boris, Zeanah, Larrieu, Scheeringa & Heller, 1998. Cordeiro, Caldeira da Silva & Goldschmidt, 2003. Keren, Feldman & Tyano, 2003. Reams, 1999. Scheeringa, Zeanah, Drell & Larrieu, 1995. Stafford, Zeanah & Sheeringa, 2003).

Αναφορικά με τη διάγνωση[106] παιδιών προσχολικής ηλικίας, κανένα από τα τρία παραπάνω εγχειρίδια δεν υπερτερεί των άλλων. Θα μπορούσαμε, όμως, να πούμε ότι κάθε ένα από αυτά παρέχει μια διαφορετική οπτική στην παιδική ψυχοπαθολογία και αποτελούν μια «κοινή γλώσσα» συνεννόησης για τους ειδικούς ψυχικής υγείας, παρά τα σημαντικά μειονεκτήματα της χρήσης τους για παιδιά προσχολικής ηλικίας (Egger & Arnold, 2006). Το βασικότερο μειονέκτημα, όπως έχει επισημανθεί από πολλούς ερευνητές, είναι ότι η χρήση διαγνωστικών εγχειριδίων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, συχνά οδηγεί στην «υπερπαθολογικοποίηση» (overpathologizes), ακραίων αλλά για το αναπτυξιακό στάδιο της προσχολικής ηλικίας φυσιολογικών συμπεριφορών, καθώς και στην στιγματοποίηση των παιδιών (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003. McClellan & Speltz, 2003. Merell, 2003. Skovgaard et al., 2004). Γι αυτόν το λόγο έχουν δεχθεί σημαντική κριτική για την καταλληλότητα χορήγησης τους σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Wakschlag, Tolan & Leventhal, 2010).

Άξονας ΙΙΙ: Ιατρικές Παθήσεις και Αναπτυξιακές Διαταραχές
Άξονας IV: Ψυχοπιεστικοί παράγοντες
‘Άξονας V: Συναισθηματική και Κοινωνική Λειτουργικότητα.

[106] Συνολικά ο τομέας της ψυχιατρικής διάγνωσης βρεφών και νηπίων είναι σχετικά πρόσφατος και τα δεδομένα που υπάρχουν για αυτό το θέμα προέρχονται, κυρίως, από μελέτες μεμονωμένων κλινικών περιπτώσεων. Οι επιδημιολογικές έρευνες που αφορούν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι σχετικά ελλιπείς, καθώς υπάρχουν πολύ λίγες σχετικές αναφορές, σε σύγκριση με τα δεδομένα αφορούν την ψυχοπαθολογία για παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους. (Skovgaard et al., 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΟ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ

Η πρώιμη ανίχνευση δυσκολιών συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με τη χρήση αξιόπιστων ψυχομετρικών εργαλείων είναι πλέον επιτακτική ανάγκη στις μέρες μας (Egger & Angold, 2006). Οι Essex et al. (2009) υποστηρίζουν ότι, η ανίχνευση δυσκολιών σε όλα τα παιδιά με την είσοδό τους στο νηπιαγωγείο, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στον αποτελεσματικότερο εντοπισμό των παιδιών που πιθανόν να παρουσιάσουν στο μέλλον κάποια σύνδρομα[107], με απώτερο στόχο το σχεδιασμό και την εφαρμογή των κατάλληλων για την πρόληψή τους παρεμβάσεων.

Η σημαντικότητα της πρώιμης παρέμβασης στο νηπιαγωγείο δεν μπορεί να ιδωθεί, όμως, μόνο κάτω από το πρίσμα της αντιμετώπισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, αλλά κυρίως κάτω από το γενικότερο πρίσμα της αντιμετώπισης των «πρώιμων παραγόντων κινδύνου» (early risk factors), όπως είναι η φτώχεια και άλλα κοινωνικά προβλήματα, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ανάπτυξη των παιδιών (Evans, 2004. Morrison & Bratton, 2010). Τα προγράμματα αυτά μπορεί να είναι, επίσης, και μια εξαιρετική οικονομική επένδυση για κάθε χώρα, αφού η έγκυρη πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος μπορεί να μειώσει τις κοινωνικές δαπάνες για την αντιμετώπιση σοβαρότερων διαταραχών και τις συσχετιζόμενες με αυτά δυσκολίες (Arnold et al., 2006. Scbweinhart & Weikart, 1998). Οι Dozois & Westra (2004) υποστηρίζουν ότι η θεραπεία τυχόν διαταραχών συμπεριφοράς και συναισθήματος είναι χρονοβόρα, πολυδάπανη και δεν απευθύνεται σε όλο τον πληθυσμό, ενώ η έγκαιρη ανίχνευση, πρόληψη και αντιμετώπισή τους στο νηπιαγωγείο είναι οικονομικότερη και απευθύνεται στο σύνολο του σχολικού πληθυσμού (Feeney-Kettler et al., 2010). Σε έρευνα των Kataoka, Zhang & Wells (2002) επιβεβαιώθηκε, ότι από τα παιδιά με κοινωνικές και συναισθηματικές διαταραχές που είχαν ανάγκη θεραπείας, μόνο το 20% από αυτά ήταν ασφαλισμένα και είχαν πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες.

Έρευνες υποστηρίζουν ότι, όταν ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας μείνει «αδιάγνωστο» και «αθεράπευτο», μπορεί να επηρεάσει αρνητικά κρίσιμους αναπτυξιακούς τομείς του παιδιού, όπως είναι η νόηση και η προ- ακαδημαϊκή του ανάπτυξη (Conroy,

[107] Αν και υποστηρίζεται ότι πολλά παιδιά ξεπερνούν μόνα τους τα συμπτώματα προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, κρίνεται σημαντικό να εντοπιστούν τα παιδιά που χρειάζονται πρώιμη παρέμβαση (Poulou, 2013).

Sutherland, Haydon, Stormont & Harmon, 2009), ενώ στο μέλλον μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή διαταραχή (Feeney-Kettler et al., 2010).

Η προσχολική ηλικία είναι αναπτυξιακά ο ιδανικός χρόνος για την αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων που σχετίζονται με την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Ξεκινώντας την παρέμβαση από αυτή την ηλικία, υπάρχει μεγάλο χρονικό περιθώριο να δοθεί στο παιδί η κατάλληλη υποστήριξη στο νηπιαγωγείο και στο σπίτι (McCabe & Altamura, 2011), πριν οι απαιτήσεις της επίσημης σχολικής εκπαίδευσης επιδεινώσουν και άλλο τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα. Επίσης, η προσχολική ηλικία, περίοδος των ραγδαίων αναπτυξιακών αλλαγών, της νευρολογικής πλαστικότητας και της πλαστικότητας της συμπεριφοράς, θεωρείται ως η πλέον κατάλληλη ηλικία για την πρώιμη ανίχνευση δυσκολιών και την παρέμβαση για την αντιμετώπισή τους, πριν οι δυσκολίες αυτές παγιωθούν και εξελιχθούν σε σοβαρές διαταραχές στο μέλλον (Cole et al., 2008). Μειώνοντας τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος πριν από την είσοδο του παιδιού στο Δημοτικό σχολείο, αποφεύγουμε την επίσημη ετικετοποίηση των προβλημάτων και το στιγματισμό των παιδιών (Arnold et al., 2006).

Τα σχολεία αποτελούν το ιδανικό περιβάλλον εφαρμογής ευέλικτων παρεμβατικών προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης που στόχο έχουν τη ψυχική υγεία των μαθητών[108] (Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2001. World Health Organization, 1990). Επιχειρώντας μια εννοιολογική συνθετική οριοθέτηση, οι παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης[109] ψυχικής υγείας, μπορούν να οριστούν ως δομημένες και οργανωμένες παρεμβάσεις, οι οποίες εφαρμόζονται στο χώρο του σχολείου, σε υγιείς- φυσιολογικούς πληθυσμούς. Μέσα από τη διδασκαλία κατάλληλων, για την κάθε ηλικία, δεξιοτήτων, αφενός στοχεύουν να βοηθήσουν τα παιδιά να αναπτυχθούν κοινωνικά και συναισθηματικά και αφετέρου προλαμβάνουν με αυτό τον τρόπο την εμφάνιση διαταραχών συμπεριφοράς και συναισθήματος σε μεγαλύτερες ηλικίες (Durlak & Wells, 1997. Weissberg, Kumpfer & Seligman, 2003). Οι παρεμβάσεις αυτές σχεδιάζονται και εποπτεύονται, συνήθως, από μια διεπιστημονική ομάδα (ακαδημαϊκοί, δάσκαλοι, σχολικοί ψυχολόγοι, σχολικοί σύμβουλοι, ειδικοί παιδαγωγοί) (Kourkoutas et al., 2011). Μπορεί να είναι: α) καθολικές παρεμβάσεις (universal interventions) που αφορούν σε όλο τον

[108] Ως ψυχική υγεία ορίζεται ως η κατάσταση κατά την οποία «το άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του, είναι ικανό να αντιμετωπίζει τις συνήθεις στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής, είναι ικανό να εργάζεται παραγωγικά και αποδοτικά και είναι, επίσης, ικανό να συνεισφέρει στην κοινωνία, όπου ζει» (Levin et al., 2011, p.2).

[109] Εκτός από την πρωτογενή πρόληψη υπάρχει: α) η δευτερογενής πρόληψη που λαμβάνει χώρα, όταν εμφανίζεται αρχικά το πρόβλημα και πριν εξελιχθεί σε διαταραχή και β) η τριτογενής πρόληψη η οποία αφορά σε δράσεις για μείωση του επιπολασμού (prevalence) των εγκαθιδρυμένων διαταραχών (Κουρμούση, 2012).

πληθυσμό (τάξη ή σχολείο) και τείνουν να εστιάζουν στην πρόληψη προβλημάτων εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης, β) επικεντρωμένες/επιλεκτικές (selective interventions) που αφορούν σε μια ομάδα ή ένα άτομο που βρίσκεται σε οριακό επίπεδο να εμφανίσει μια δυσκολία συμπεριφοράς ή συναισθήματος, αλλά χωρίς απαραίτητα να έχει, τη στιγμή που εφαρμόζεται η παρέμβαση, κάποια δυσκολία και γ) ενδεδειγμένες (indicated interventions) για άτομα που έχουν διαγνωσμένα συμπτώματα, τα οποία αργότερα μπορούν να εξελιχθούν σε σοβαρές δυσλειτουργίες (Bullis, Walker & Sprague, 2001. Dwyer et al., 2005. Mrazek & Haggerty, 1994).

Τα παιδιά που φοιτούν σε νηπιαγωγεία ίσως είναι η κύρια ηλικιακή ομάδα για την πρόληψη και θεραπεία εξωτερικευμένων και εσωτερικευμένων προβλημάτων γιατί: α) τα νηπιαγωγεία, συνήθως, είναι η μοναδική διαθέσιμη υπηρεσία στην οποία μπορούν να απευθυνθούν οι «γονείς που βρίσκονται σε κίνδυνο» (parents at risk),[110] προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια για τα παιδιά τους (Arnold et al., 2006), β) στα ολοήμερα, ιδίως, νηπιαγωγεία που τα παιδιά παραμένουν 8 ώρες στο σχολείο, υπάρχει αρκετός χρόνος για την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης (Αλευριάδου και συν., 2008. Network, E. C. C. R, 2003), γ) η υποχρεωτική εκπαίδευση των νηπίων στην τάξη[111] αυξάνει τον αριθμό των παιδιών που παρακολουθούν επίσημα προγράμματα προσχολικής αγωγής (Ντολιοπούλου, 2007)- κάτι το οποίο εναρμονίζεται πλήρως με τα διεθνή δεδομένα (National Center for Educational Statistics, 2000), άρα αυξάνει και τον αριθμό των παιδιών που έχουν πρόσβαση σε προγράμματα καλλιέργειας κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων και δ) η φοίτηση του παιδιού στο νηπιαγωγείο σηματοδοτεί τις περισσότερες φορές, την πρώτη επαφή του παιδιού με την ομάδα των συνομηλίκων και με το σημαντικό άλλο – το δάσκαλο[112]. Στηριζόμενοι στη βασική αρχή της παιδοψυχολογίας, ότι οι πρώιμες σχολικές εμπειρίες καθορίζουν τα μελλοντικά πρότυπα συμπεριφοράς του ατόμου, τον τρόπο που αλληλεπιδρά με τους άλλους (Morrison & Bratton, 2010) αλλά και την ακαδημαϊκή του επιτυχία (Hamre & Pianta, 2001), θεωρούμε ότι η έγκυρη και έγκαιρη αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που συνδέονται με αυτές τις εμπειρίες, πρέπει να ξεκινήσει επιτακτικά σε αυτή την ηλικία (Arnold et al., 2006. Hamre & Pianta,

[110] Οι γονείς που βρίσκονται σε κίνδυνο είναι οι γονείς με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, που έχουν προβλήματα στη σχέση τους με το σύντροφο, που έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, που είναι σε μονογονεϊκές οικογένειες ή εμφανίζουν κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας οι ίδιοι (Jeon, 2013).

[111] Σύμφωνα με το Ν.3518/21- 12- 2006 η προσχολική αγωγή διάρκειας ενός έτους κατέστη υποχρεωτική για τα παιδιά που συμπληρώνουν τα πέντε χρόνια μέχρι το Δεκέμβριο του έτους εγγραφής τους.

[112] Περισσότερες πληροφορίες για το ρόλο που διαδραματίζουν οι συνομήλικοι και ο νηπιαγωγός στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, βλέπε υποκεφ 2.3.2 της παρούσης μελέτης.

2001. McCabe & Marshall, 2006). Επίσης, πορίσματα σύγχρονων ερευνών επιβεβαιώνουν ότι οι διάφοροι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον (όπως π.χ. φτώχεια, παραμέληση, η βία, η κακή ανατροφή των παιδιών), επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη των νηπίων[113](Kaiser, Cai, Hancock & Foster, 2002. Qi & Kaiser, 2003). Στηριζόμενοι, λοιπόν, σε αυτά τα πορίσματα είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι τα πιο αποδοτικά σχολικά προγράμματα παρέμβασης είναι αυτά που επιδιώκουν με διάφορους τρόπους, τη συμμετοχή των γονέων αλλά και τα εξωσχολικά προγράμματα (π.χ Σχολές Γονέων)[114] που διδάσκουν στους γονείς τεχνικές μείωσης του στρες το οποίο προκαλεί η ανατροφή των παιδιών (Bayer et al., 2008. Μυλωνάκου- Κεκέ, 2007). Επιπλέον, αρκετά προγράμματα παρέμβασης σε αυτή την ηλικία, περιλαμβάνουν εκτός των άλλων και δεξιότητες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν στην επικοινωνία και συναναστροφή του νηπίου με τους συνομηλίκους (Fox, Dunlap, Hemmeter, Joseph & Strain, 2003. Κουρμούση, 2012. Κυρακίδου, Πορσέλη & Τερζοπούλου, 2006. Χατζηχρήστου, 2011) τους γονείς (Landy & Thompson, 2006. Miller-Heyl, MacPhee & Fritz, 1998. Turner, Richards & Sanders, 2007) και το νηπιαγωγό (Sutherland, Conroy, Abrams & Vo, 2010. Vo, Sutherland & Conroy, 2012). Ειδικότερα, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν κατευθείαν στη ποιότητα της συναισθηματικής αλληλεπίδρασης δασκάλου–μαθητή, μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές απ' ό,τι η εκπαίδευση και μόνο του παιδιού σε κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες (Barnett et al., 2010).

Τα ερευνητικά δεδομένα έχουν επιβεβαιώσει την αποτελεσματικότητα των προσχολικών προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης για την καλλιέργεια κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων στο νηπιαγωγείο, ως προς την ακαδημαϊκή επιτυχία των παιδιών που συμμετάσχουν σε αυτά και ως προς την αντιμετώπιση πιθανών εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων δυσκολιών.

Πιο συγκεκριμένα, η χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση μερικών παιδιών μπορεί να προκαλέσει διαφωνίες με το δάσκαλο, απογοήτευση, χαμηλή αυτοπεποίθηση και τέλος

---

[113] Για το ρόλο που διαδραματίζουν οι γονείς και γενικότερα το οικογενειακό περιβάλλον στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας δες υποκεφ 2.2 της παρούσης μελέτης.

[114] «Η Σχολή Γονέων αποτελεί μια ομάδα ανθρώπων, η οποία είναι κάτι περισσότερο από μια απλή συνάθροιση γονέων και χαρακτηρίζεται από τις ακόλουθες ιδιότητες: συλλογική αντίληψη, ανάγκες (οι γονείς περιμένουν να ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους), κοινοί στόχοι, αλληλεξάρτηση, κοινωνική οργάνωση, αλληλεπίδραση, συνοχή, σχέσεις μελών» (Γιώτσα, 2007, σσ. 127- 128). Το Υπουργείο Παιδείας ίδρυσε, σε συνεργασία με τη Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων και το Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων (Ι.Δ.ΕΚ.Ε), το σημερινό Ι. ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ, το 1998 Ομάδες Γονέων/ Σχολές Γονέων σε όλη την Ελλάδα (Mylonakou et al., 2014 σ.6).

παραίτηση από το παιδί. Επιπροσθέτως, αυτές οι αρνητικές αντιδράσεις του παιδιού μπορεί να προκαλέσουν κυκλικά αρνητικές αντιδράσεις από τους ενήλικες (γονείς, δασκάλους), επιδεινώνοντας τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα (Arnold et al., 2006). Έχει επιβεβαιωθεί ότι η αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων εξωτερίκευσης και εσωτερίκευσης, με την εφαρμογή κοινωνικοσυναισθηματικών προγραμμάτων πρόληψης, βελτιώνει την ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών και, επιπλέον, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης στρεσογόνων καταστάσεων που σχετίζονται με την ακαδημαϊκή τους επίδοση στο Δημοτικό σχολείο (Bornstein et al., 2010. McCabe & Altamura, 2011. Niles, Reynolds & Roe-Sepowitz, 2008. Rose-Krasnor & Denham, 2009). Συμπληρωματικά, ο Miller (1994) και ο Yoshikawa (1994) υποστηρίζουν ότι αυτός ο φαύλος κύκλος σπάει, η αυτοπεποίθηση των παιδιών αυξάνεται και η προκλητική τους συμπεριφορά μειώνεται, όταν ενισχυθούν οι ακαδημαϊκές τους δεξιότητες. Οι Zigler, Taussig & Black (1992) υποστηρίζουν, ότι οι παρεμβάσεις για την ενίσχυση ακαδημαϊκών δεξιοτήτων στο νηπιαγωγείο, μπορούν να μειώσουν αισθητά πιθανά προβλήματα που σχετίζονται με την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη και τα οποία ενδέχεται να εμφανίσουν τα παιδιά στη σχολική ηλικία. Έρευνες που μελετούν τη σχολική ετοιμότητα των παιδιών στο νηπιαγωγείο, επιβεβαιώνουν ότι, παρόλο που μεγάλος αριθμός παιδιών παρακολουθούν πλέον επίσημα προγράμματα προσχολικής αγωγής, εντούτοις αρκετά υπολείπονται κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με τη σχολική ετοιμότητα και γενικότερα τη επιτυχία των παιδιών στο σχολικό πλαίσιο (Barnett et al., 2010. Bierman, Coie & Dodge, 2002. Dunlap et al., 2006. Kaiser et al., 2002. Raver et al., 2009. Vo et al., 2012).

Γενικά, η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης σχετικά με την αντιμετώπιση εξωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία (Feis & Simons, 1985. Lynch, Geller & Schmidt, 2004. Reid, Webster-Stratton & Hammond, 2003. Serna, Nielsen, Mattern & Forness, 2003. Webster-Stratton, Reid & Stoolmiller, 2008), μπορεί να είναι βοηθητική, γιατί τα παιδιά που εμφανίζουν χρόνια προβλήματα συμπεριφοράς, συνήθως τα παρουσιάζουν πρώτη φορά στο νηπιαγωγείο (Bierman et al., 2002. Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000. Patterson, DeGarmo & Knutson, 2000). Ειδικότερα, έχει επιβεβαιωθεί ότι η εφαρμογή τέτοιου τύπου προγραμμάτων, συμβάλλει στη μείωση της βίας και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς των συμμετεχόντων σε αυτά (Κουρμούση, 2012. Χατζηχρήστου, 2013), στην αύξηση της κοινωνικής και συνεργατικής τους συμπεριφοράς (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak & Hawkins, 2002. Denham & Burton,

1996. Doescher & Sugawara, 1992), στην προαγωγή της θετικής κοινωνικής προσαρμογής και κοινωνικής επάρκειας των παιδιών (Beelman & Losel, 2006), και στη δημιουργία υγιών διαπροσωπικών σχέσεων και στο μέλλον (Ciarrochi & Scott 2006. Koglin & Peterman, 2011). Επίσης, συμβάλλουν στη βελτίωση της ικανότητας των παιδιών να γενικεύουν τις εναλλακτικές λύσεις αντιμετώπισης των συγκρούσεων που έμαθαν και σε άλλα πλαίσια εκτός σχολείου (οικογένεια, φίλους, γειτονιά) (Shure, 1997).

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση εσωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς, η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στο νηπιαγωγείο, έχει επιβεβαιωθεί ότι συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της αρνητικής συναισθηματικής αντιδραστικότητας των παιδιών (Bierman, Nix, Greenberg, Blair & Domitrovich, 2008. Brigman, Lane, Switzer, Lane & Lawrence, 1999. Han, Catron, Weiss & Marciel, 2005. Izard et al., 2008. Izard, Trentacosta, King & Mostow, 2004. McKinney & Rust, 1998) και στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Auger, 2005. Cuijpers, Van Straten, Smits & Smit 2006. Merry, McDowell, Hetrick, Bir & Muller, 2004). Τέλος, οι Greenberg et al., 2003υποστηρίζουν ότι η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης αποτρέπει αποτελεσματικά την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών στα παιδιά.

Όμως, στον αντίποδα όλων των παραπάνω, υπάρχουν και διαχρονικές έρευνες, οι οποίες διατείνονται ότι τα οφέλη αυτών των προγραμμάτων δεν παραμένουν και στο Δημοτικό σχολείο, τονίζοντας ότι πρέπει, ήδη από το σχεδιασμό τους, να αξιολογηθεί το κόστος του προγράμματος σε σχέση με την αποτελεσματικότητά του, τη διάρκεια και σταθερότητα των ωφελειών του στο χρόνο, αλλά και να συνυπολογιστεί και το κόστος για την επαναξιολόγησή του (Arnold et al., 2006). Οι μεταναλύσεις των Nelson, Westhues & MacLeod (2003) και των Manning, Homel & Smith (2010) επιβεβαίωσαν ότι τα προγράμματα παρέμβασης που εφαρμόζονται στο νηπιαγωγείο, επέδρασαν σε μέτριο βαθμό στην κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των νηπίων που συμμετείχαν σε αυτά, με μεγαλύτερη διάρκεια της αποτελεσματικότητάς τους στο Δημοτικό και μικρότερη στις επόμενες βαθμίδες εκπαίδευσης. Εξειδικευμένες έρευνες που αφορούν στη μελέτη της αντιμετώπισης εξωτερικευμένων προβλημάτων μέσα στο χρόνο, διατείνονται ότι, ακόμα και στις πιο επιτυχημένες παρεμβάσεις, το ένα τέταρτο των παιδιών παραμένει με σημαντικά προβλήματα (Forehand & Kotchick, 2002. Kazdin, 1995. Reid et al., 2003). Τέλος, λίγες είναι οι έρευνες που εξετάζουν το εύρος των ωφελειών που έχουν τα προγράμματα πρόληψης, πέρα από τον ειδικό σκοπό για τον οποίο είχαν αρχικά

σχεδιαστεί, και σε άλλους τομείς ανάπτυξης του παιδιού (Anastopoulos, Shelton, DuPaul & Guevremont, 1993. Huebner, 2000).

4.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Αυξημένο ενδιαφέρον παρουσιάζει, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, ο κλάδος των προγραμμάτων ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τους Pianta & Walsh (1996) έχει παρατηρηθεί μία αύξηση του ποσοστού των παιδιών, στις αναπτυγμένες κυρίως χώρες, που εμφανίζει ψυχοκοινωνικά προβλήματα, ψυχικές διαταραχές και προβλήματα σχολικής προσαρμογής (Knitzer, 1993. Kurtz, Thornes & Wolkind, 1995. Χατζηχρήστου, 2004). Στις ΗΠΑ επιδημιολογικές έρευνες επιβεβαίωσαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό μαθητών είχε άμεση ανάγκη για συμβουλευτική υποστήριξη και θεραπευτική αντιμετώπιση (Costello, 1989), ενώ στη Μ. Βρετανία ένα ποσοστό του 7% με 20% παιδιών και εφήβων παρουσίαζαν ψυχικές ασθένειες (Indoe, 1998). Αντίστοιχες έρευνες στον ελλαδικό χώρο επιβεβαιώνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών εμφανίζει προβλήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (Παπαθεοφίλου, Σώκου-Μπάδα, Μιχελογιάννης & Παντελάκης, 1989. Χατζηχρήστου & Hopf, 1992).

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες (Kourkoutas et al., 2011. Χατζηχρήστου, 2011) έχει πλέον αναγνωριστεί ότι το νηπιαγωγείο μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών, εφαρμόζοντας προγράμματα παρέμβασης πρωτογενούς πρόληψης. Τα προγράμματα αυτά, για να είναι αποτελεσματικά πρέπει να έχουν μια ξεκάθαρη μεθοδολογία (McMahon, Washburn, Felix, Yakin & Childrey, 2000), να βασίζονται στις αρχές της βιο-οικοσυστημικής προσέγγισης[115] (Guerney, 2000. Morrison & Bratton, 2010), να εκπαιδεύουν, να συμβουλεύουν και να καθοδηγούν τους εκπαιδευτικούς καθ' όλη τη διάρκεια εφαρμογής τους. Τέλος, θα πρέπει να αξιολογούν άμεσα αλλά και μακροχρόνια τα οφέλη που αποκόμισαν οι συμμετέχοντες σε αυτά (παιδιά, δάσκαλοι, γονείς) (Han & Weiss, 2005. Κούτρας & Κουρμούση, 2011. Χατζηχρήστου, 2011).

Στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα τα προγράμματα παρέμβασης πρωτογενούς πρόληψης ψυχικής υγείας, εντάσσονται επίσημα στο πλαίσιο καινοτόμων δράσεων του

[115] Να εμπλέκονται ενεργά στη δόμηση και την εφαρμογή τους εκτός από νηπιαγωγούς, το Υπουργείο Παιδείας, πανεπιστημιακοί δάσκαλοι, φορείς της εκπαίδευσης (σχολικοί σύμβουλοι, υπεύθυνοι σχολικών δραστηριοτήτων), σχολικοί ψυχολόγοι, τοπικοί άρχοντες και γονείς.

ευρύτερου τομέα της Αγωγής Υγείας[116] (Αθανασίου, 2000). Οι νηπιαγωγοί έχουν τη δυνατότητα στην αρχή της σχολικής χρονιάς, να υποβάλλουν σχετικές προτάσεις, για προγράμματα Αγωγής Υγείας που επιθυμούν να υλοποιήσουν στο σχολείο τους[117]. Την εποπτεία της εφαρμογής και αξιολόγησής τους στα νηπιαγωγεία έχουν ο υπεύθυνος Αγωγής Υγείας ή ο υπεύθυνος Σχολικών Δραστηριοτήτων[118] της κατά τόπους Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, σε συνεργασία με το Σχολικό Σύμβουλο Προσχολικής Αγωγής της αντίστοιχης Περιφέρειας.

Στο συγκεντρωτικό Πίνακα IV (Παράρτημα Δ1) εμφανίζονται προγράμματα παρεμβάσεων που έχουν δομηθεί στην Ελλάδα, ή έχουν μεταφραστεί στα ελληνικά και αφορούν στην εκπαίδευση παιδιών προσχολικής ηλικίας σε κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες. Τα προγράμματα αυτά έχουν στόχο την πρόληψη τυχόν προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που μπορεί να εμφανίσουν τα παιδιά αυτής της ηλικίας στα διάφορα πλαίσια (σχολείο, οικογένεια).

Επιλέξαμε να παρουσιάσουμε και κάποια προγράμματα, που εκ πρώτης φαίνονται άσχετα και αφορούν στην εκπαίδευση γύρω από τα ανθρώπινα δικαιώματα ή στην εκπαίδευση γύρω από την ισότητα των δυο φίλων. Εκπαιδεύοντας, όμως, τα παιδιά μέσα από τα προγράμματα αυτά στην ειρηνική επίλυση συγκρούσεων, την αρμονική συνύπαρξη στην ομάδα, την υπευθυνότητα, τη δικαιοσύνη, το διάλογο με σεβασμό, την αποδοχή του δικαιώματος του άλλου και την αποδοχή της διαφορετικότητας, ουσιαστικά μειώνουμε τον κίνδυνο να εμφανίσουν τα παιδιά προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος στο μέλλον.

Επίσης, επιλέξαμε να παρουσιάσουμε τα προγράμματα Σχολών Γονέων[119] και το Πρόγραμμα ACT/ Μικροί Μεγάλοι Μαζί Εναντίον της Βίας (ACT, 2009)[120], γιατί στο

---

[116] Ως Αγωγή Υγείας ορίζεται «η εκπαιδευτική διαδικασία που αποβλέπει στη διαμόρφωση (ή /και τροποποίηση) προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία οδηγούν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου σωματικής, ψυχικής, συναισθηματικής και κοινωνικής υγείας του ατόμου» (WHO, 1984). Η Αγωγή Υγείας στα σχολεία είναι θεσμοθετημένη «Στα σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης εφαρμόζονται προγράμματα Αγωγής Υγείας, που αποτελούν τμήμα των ωρολογίων και αναλυτικών προγραμμάτων των σχολείων αυτών και περιλαμβάνουν τη διδασκόμενη αναλυτική ύλη και τις σχετικές δραστηριότητες...» (Ν. 2817/ΦΕΚ78/14-3-2000, άρθρο 7). Τα αναλυτικά προγράμματα Αγωγής Υγείας έχουν εγκριθεί από τα αντίστοιχα τμήματα του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου.

[117] Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση υπ' αρ. πρ. 121118/Γ7/8-10-2012 ΑΔΑ: Β4349-ΛΣΙ με θέμα «Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων Σχολικών Δραστηριοτήτων (Αγωγής Υγείας, Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης, Πολιτιστικών Θεμάτων).

[118] Σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση 93006/Γ7/10-8-2013 (ΦΕΚ *2314 Β΄/10-08-2012*), ΑΔΑ: Β4Γ99-ΡΓΜ, στο άρθρο 1, ορίζονται οι αρμοδιότητες των Υπεύθυνων Αγωγής Υγείας ή των Υπεύθυνων Σχολικών Δραστηριοτήτων.

[119] Οι Σχολές Γονέων που επιλέξαμε να παρουσιάσουμε διατίθενται στους γονείς δωρεάν, ενώ υπάρχουν και αρκετές που λειτουργούν επί πληρωμή και διοργανώνονται από διάφορους φορείς (παιδικοί σταθμοί, Πανελλήνιος Σύλλογος Γονέων και διάφορες εταιρείες). Στο πλαίσιο των Σχολών Γονέων, αναπτύσσονται 6 εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας: 1) Η οικογένεια στη σύγχρονη εποχή, διάρκειας 50 ωρών, 2) Διαφυλικές σχέσεις, διάρκειας 25 ωρών, 3) Συνεργασία εκπαιδευτικών-οικογένειας, διάρκειας 25 ωρών, 4) Ψυχολογική υποστήριξη και αγωγή υγείας ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, διάρκειας 25 ωρών, 5) Συμβουλευτική γονέων παιδιών με

πλαίσιο της οικοσυστημικής προσέγγισης, η οικογένεια και το σχολείο είναι δυο ζωντανά ψυχοκοινωνικά συστήματα (Παπαδιώτη, 2000) που είναι αλληλοεπηρεαζόμενα και αλληλοεξαρτώμενα (Γεωργίου, 2011. Μυλωνάκου – Κεκέ, 1996). Η εκπαίδευση των γονέων και των εκπαιδευτικών στην αλλαγή της δικής τους στάσης και κατ' επέκταση της συμπεριφοράς τους, απέναντι στην αντιμετώπιση θεμάτων που σχετίζονται με την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών τους, θα επιφέρει κυκλικά και σταδιακά και αλλαγές στις στάσεις και τις συμπεριφορές των παιδιών τους (Γεώργας, 1995. Γεώργας και συν., 2006. Μυλωνάκου-Κεκέ, 2009). Γονείς και εκπαιδευτικοί κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, αλλά και μετά, «αξιοποιώντας και ανταλλάσσοντας τις υπάρχουσες γνώσεις και εμπειρίες τους και εμπλουτίζοντάς τις με νέα δεδομένα, θα ανταποκρίνονται με μεγαλύτερη επάρκεια στις ανάγκες των παιδιών τους» (Γιώτσα, 2008, σ.127).

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι τα σχολικά προγράμματα κοινωνικής και συναισθηματικής αγωγής που συναντάμε στη διεθνή βιβλιογραφία, τις έρευνες και τις μεταναλύσεις, είναι επιτυχημένα, όταν είναι ευέλικτα και ικανοποιούν κάποια βασικά κριτήρια ελέγχου της αποτελεσματικότητάς τους. Πιο συγκεκριμένα, αποτελεσματικά είναι τα προγράμματα που διαθέτουν διεξοδικό σχεδιασμό, έχουν βασιστεί δηλαδή σε συγκεκριμένες θεωρητικές κατευθύνσεις και έχουν συγκεκριμένη μεθοδολογία, ενώ διαθέτουν δομημένο και αναλυτικό εκπαιδευτικό υλικό για την εφαρμογή τους (Catalano et al., 2002. Greenberg et al., 2003.). Επίσης, η επιμόρφωση και η συνεχιζόμενη εποπτεία-συμβουλευτική των εκπαιδευτικών στην εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης, θεωρείται κρίσιμο στοιχείο για την αξιοπιστία του προγράμματος και συμβάλλει στην αύξηση των ωφελειών για τα παιδιά που το παρακολουθούν (Han et al., 2005). Επιπροσθέτως, επιτυχή είναι τα προγράμματα που έχουν ολιστικό χαρακτήρα (δηλ εμπλέκουν γονείς, δασκάλους, παιδιά, όλο το σχολείο και την κοινότητα) (Bayer et al., 2008. Γεωργίου 2011. Μυλωνάκου-Κεκέ, 2006, 2007). Τέλος, ακολουθώντας τη βασική αρχή που έχει ορίσει το National Association for the Education of Young Children [(NAEYC), 2009], ότι η καλή «αξιολόγηση» οδηγεί στην καλή «παρέμβαση», θεωρούμε

αναπηρίες, διάρκειας 50 ωρών, 6) Στερεότυπα και διακρίσεις στην οικογένεια, διάρκειας 25 ωρών. Οι γονείς δηλώνουν συμμετοχή στις κατά τόπους Σχολές Γονέων που λειτουργούν στη Περιφέρεια τους και αν συγκεντρωθεί επαρκής αριθμός (15- 20 ατόμα) το πρόγραμμα υλοποιείται (Ι.ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ, 2014).

[120] Επιλέξαμε να παρουσιάσουμε εδώ και όχι στο υποκεφ 2.3.1 της παρούσης μελέτης (Ο ρόλος του νηπιαγωγού) το πρόγραμμα ACT/ Μικροί Μεγάλοι Μαζί Εναντίον της Βίας (2009) γιατί δεν έχει μόνο στοιχειά απλής επιμόρφωσης των νηπιαγωγών σε θέματα αντιμετώπισης της βίας και της επιθετικότητας στο νηπιαγωγείο, αλλά έχει και στοιχεία παρεμβάσης αφού προτείνει στους εκπαιδευτικούς συγκεκριμένες προτάσεις επεξεργασίας των αντίστοιχων θεμάτων στην τάξη. Επίσης, είναι το μοναδικό πρόγραμμα στην Ελλάδα το οποίο, από όσο γνωρίζουμε, εκπαιδεύει ταυτόχρονα νηπιαγωγούς και γονείς στην πρόληψη της βίας και της επιθετικότητας στην προσχολική ηλικία.

ότι, προγράμματα που αξιολογούνται με δομημένα εργαλεία από πολλούς πληροφορητές (εκπαιδευτικούς, γονείς, παιδιά) στα διάφορα στάδια εφαρμογής τους, είναι τα πιο αποτελεσματικά.

Επιχειρώντας μια σύγκριση των δέκα προγραμμάτων που παρουσιάσαμε στον Πίνακα IV (Παράρτημα Δ1), με βάση τα κριτήρια αποτελεσματικότητας που ορίσαμε πιο πάνω, καταλήγουμε ότι: α) όλα τα προγράμματα (εκτός από της Βαζαίου και συν, 2010) βασίζονται σε συγκεκριμένες θεωρητικές κατευθύνσεις και μεθοδολογικές προσεγγίσεις, ενώ όλα παρέχουν δομημένο εκπαιδευτικό υλικό και οδηγίες εφαρμογής τους στην τάξη, β) επτά από τα δέκα προγράμματα επιμορφώνουν τους νηπιαγωγούς- γονείς. Τα πέντε από αυτά κρίνουν απαραίτητη για την πρόσβαση στο υλικό του προγράμματος, το οποίο στο τέλος διατίθενται δωρεάν, την προηγούμενη επιμόρφωση των νηπιαγωγών - γονέων (ACT, 2009. Βαζαίου και συν, 2010. Κυριακίδου, Πορσέλη & Τερζοπούλου, 2006. Ι.ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ, 2014. Μαραγκουδάκη, 2007α, 2007β). Σε δύο προγράμματα (Κούτρας & Κουρμούση, 2011. Χατζηχρήστου, 2011) προτείνεται η επιμόρφωση των νηπιαγωγών για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή τους, ενώ το υλικό τους μπορεί να αγοραστεί ανεξάρτητα, γ) η εμπλοκή των γονέων, προτείνεται σε δύο προγράμματα (Κούτρας & Κουρμούση, 2011. Τριλίβα, Αναγνωστοπούλου & Χατζηνικολάου, 2008), εκτός των προγραμμάτων που αφορούν στην εκπαίδευσή τους (ACT, 2009. Ι.ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ, 2014), με ποιο ουσιαστική πρόταση εμπλοκής των γονέων σε αυτό των Κούτρα & Κουρμούση (2011) και δ) μόνο τέσσερα προγράμματα έχουν αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής τους (Γιώτσα, 2009. Κουρμούση, 2012. Πιστοφίδου, 2009. Τριλίβα και συν., 2008).

Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι αρκετά από τα παραπάνω προγράμματα τηρούν κάποια κριτήρια αποτελεσματικότητας, όπως αυτά ορίζονται από τη διεθνή βιβλιογραφία, εντούτοις όμως δεν εφαρμόζονται από πολλούς νηπιαγωγούς. Μερικοί από τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την επιλογή τους είναι: α) η προαπαιτούμενη επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για τη σωστή εφαρμογή τους, η οποία μπορεί να είναι δαπανηρή σε χρόνο ή/και σε χρήμα, β) η διαδικασία κλήρωσης για την επιμόρφωση που παρέχεται δωρεάν σε κάποια προγράμματα, εξαιτίας της οποίας κάποιοι εκπαιδευτικοί απορρίπτονται και γ) η έλλειψη συνεχιζόμενης συμβουλευτικής υποστήριξης καθόλη τη διάρκεια εφαρμογής τους, η οποία κρίνεται απαραίτητη (Fox, Hemmeter, Snyder, Binder & Clarke, 2011. Green, Everheart, Gordon & Getman, 2006. Stormont, Reinke & Herman, 2011. Vo et al., 2012).

Το επίσημο Αναλυτικό Πρόγραμμα του νηπιαγωγείου, το οποίο εποπτεύεται από ένα ενιαίο φορέα -το Υπουργείο Παιδείας- αναμένεται ότι θα καλύπτει την αποσπασματική και επιλεκτική εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής και συναισθηματικής αγωγής στο νηπιαγωγείο. Σε αυτό το Αναλυτικό Πρόγραμμα έχουν πρόσβαση όλοι οι νηπιαγωγοί και τα νήπια της χώρας, ενώ κατά καιρούς οι νηπιαγωγοί έχουν επιμορφωθεί δωρεάν στην εφαρμογή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ

Τη δεκαετία του ’70 ο Robinson (1967), αναζητώντας τα κατάλληλα εργαλεία και τις μεθόδους για μια αντικειμενική οριοθέτηση της αποστολής του σχολείου, κατέληξε στη διατύπωση της αναγκαιότητας του Αναλυτικού Προγράμματος. Ως Αναλυτικό Πρόγραμμα ο Φλουρής (1983) εννοεί ένα «διάγραμμα μαθημάτων που περιλαμβάνει τους γενικούς σκοπούς κάθε μαθήματος, τη διδακτέα ύλη και τη χρονική της διάρκειά καθώς και διάφορες άλλες δραστηριότητες για μαθητές» (Φλουρής, 1983, σ. 9).

Λίγο αργότερα, οι Βρεττός και Καψάλης (1997) θεωρούν ότι με τον όρο Αναλυτικό Πρόγραμμα «προδηλώνεται και χαρακτηρίζεται κάθε φορά το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας μέσω της οποίας μια κοινωνία ή μια πολιτεία επιθυμεί να διασφαλίσει τη συνέχειά της, μέσα από την εισαγωγή και την ενσωμάτωση της επερχόμενης γενιάς στο βαθμό που η συγκεκριμένη επιλογή και πρόθεση κατατίθεται και καταγράφεται ως οδηγία για το περιεχόμενο της εκπαίδευσης και ειδικά της διδασκαλίας …» (σ.13). Το Αναλυτικό Πρόγραμμα «είναι το αποτέλεσμα και το προϊόν διαδικασιών σχεδιασμού και σύνταξης ενός γενικού πλαισίου μακροπρόθεσμης οργάνωσης της διδασκαλίας, που γίνεται σε διάφορα επίπεδα και με διαφορετικό κατά περίπτωση βαθμό εγκυρότητας και νομιμότητας» (Βρεττός & Καψάλης, 1997, σ. 25).

Η Κουτσουβάνου (1990, 2003) διακρίνει δύο τύπους Αναλυτικών Προγραμμάτων: τον ακαδημαϊκό τύπο, σκοπός του οποίου είναι η γενικευμένη ακαδημαϊκή γνώση για όλα τα παιδιά και το αναπτυξιακά κατάλληλο, σκοπός του οποίου είναι εκτός των άλλων, η καλλιέργεια της προσωπικής και κοινωνικής ταυτότητας του παιδιού.

Η Γουριώτου (χ.χ) έκανε έναν πιο ειδικό διαχωρισμό των Αναλυτικών Προγραμμάτων, σε παραδοσιακά και σύγχρονα. Στα Αναλυτικά Προγράμματα παραδοσιακού τύπου δεν υπάρχουν σαφείς και τεκμηριωμένοι στόχοι, σε αντίθεση με τα σύγχρονα Αναλυτικά Προγράμματα, όπου σκοποί και στόχοι είναι επαρκώς αιτιολογημένοι, προκύπτουν μέσα από την ίδια την κοινωνική πραγματικότητα και τις ανάγκες των μαθητών και καθορίζουν με ακρίβεια κάθε πλευρά της παιδαγωγικής πράξης, όπως τη διδακτέα ύλη, τα μέσα διδασκαλίας, τη μέθοδο διδασκαλίας και κάθε είδους μαθητική δραστηριότητα (Πανταζής & Σακελλαρίου, 2005. Χρυσαφίδης, 2004).

Το 1895 στο άρθρο 3 του Νόμου/ΒΤΜΘ΄ προβλέπεται η ίδρυση των πρώτων νηπιαγωγείων, χωρίς όμως να γίνεται σαφής αναφορά στο πρόγραμμα που θα ακολουθούν. Το κενό συμπληρώνεται το 1896 με Βασιλικό Διάταγμα [(Β.Δ), ΦΕΚ 68/23-05-1896], στο οποίο ως σκοπός του νηπιαγωγείου ορίζεται: «η σωματική και πνευματική ενίσχυση των παιδιών μέσα από ασκήσεις, παιχνίδια και σωστή διδασκαλία των μαθημάτων που θα ακολουθήσουν στο δημοτικό, χωρίς να διαταράσσεται η γαλήνη και η ψυχική ηρεμία των νηπίων» (σ. 233).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 1960, αρχίζουν να διαφαίνονται οι πρώτες συστηματικές προσπάθειες για την προώθηση της μάθησης και ανάπτυξης των μικρών παιδιών, μέσα από την εφαρμογή διάφορων εκπαιδευτικών προγραμμάτων με στόχο τη δημιουργία υγιών μελών της κοινωνίας (Spodek & Brown, 1993).

Στην Ελλάδα, με το Π.Δ. 476/1980 «Περί αναλυτικού προγράμματος του νηπιαγωγείου», που τροποποιεί το παλαιότερο Β.Δ. 494/1962, αρχίζει ουσιαστικά το έντονο ενδιαφέρον του κράτους για την προσχολική αγωγή. Σκοπός του νηπιαγωγείου είναι η συνέχεια της οικογένειας και η αναπλήρωση των τυχόν ελλείψεών της, η καλλιέργεια των νοητικών ικανοτήτων των παιδιών και η υποβοήθηση της κοινωνικής τους προσαρμογής (Κιτσαράς, 1998). Ο μεταρρυθμιστικός Ν. 1566/85 ορίζει στο Π.Δ. 486/1989 «Αναλυτικό Πρόγραμμα προσχολικής αγωγής» ότι «σκοπός του νηπιαγωγείου είναι η σωματική, συναισθηματική, νοητική και κοινωνική ανάπτυξη του νηπίου μέσα στα πλαίσια του γενικού σκοπού της αγωγής» (Κιτσαράς, 1998, σ.77). Παράλληλα, υπογραμμίζει ότι το νηπιαγωγείο είναι ένας χώρος όπου πρέπει να προσφέρονται ερεθίσματα μάθησης και όχι συστηματική διδασκαλία γραφής και ανάγνωσης, ενώ υπερτονίζει σε όλους τους τομείς,[121] την ανάπτυξη της δημιουργικότητας του παιδιού, μέσω της ενεργητικής συμμετοχής του στην ανακάλυψη και την οικοδόμηση της γνώσης με τη βοήθεια και του νηπιαγωγού (Μαραγκουδάκης & Πατρίκη – Καλλίρη, 1991). Τέλος, δίνεται έμφαση στο παιχνίδι, η αξία του οποίου διατρέχει όλο το Αναλυτικό Πρόγραμμα (Ντολιοπούλου, 2000). Σήμερα ισχύει ένα διαφορετικής φιλοσοφίας Αναλυτικό Πρόγραμμα, το οποίο νομοθετήθηκε ως Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, 2003). Ενώ ο βασικός σκοπός του εξακολουθεί να είναι ο ίδιος, εντούτοις πραγματώνεται μέσα από μία διαφορετική μεθοδολογία. Το Δ.Ε.Π.Π.Σ-

[121] Το Αναλυτικό Πρόγραμμα του 1989 περιλαμβάνει πέντε τομείς ανάπτυξης του νηπίου: τον ψυχοκινητικό τομέα, τον κοινωνικοσυναισθηματικό, τον αισθητικό, το νοητικό και το τομέα καλλιέργειας δεξιοτήτων (προγραφή, προμαθηματικά, προανάγωση). Ο κάθε τομέας εμπεριέχει στόχους και προτεινόμενες δραστηριότητες για την υλοποίησή τους (Βενιζέλου και συν., 1989, σσ. 15-17).

Α.Π.Σ (2003) για το Νηπιαγωγείο και οι συντάκτες του θεωρούν ότι είναι «ένα οργανωμένο σύστημα εργασίας το οποίο σκιαγραφεί το τι θα πρέπει να μάθουν τα παιδιά, τις διαδικασίες με τις οποίες επιτυγχάνονται οι γενικές επιδιώξεις που καθορίζονται και το τι πρέπει να κάνει ο εκπαιδευτικός και ταυτόχρονα θέτει το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η μάθηση και η διδασκαλία» (Υ.Π.Ε.Π.Θ. – Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2003, σ.2).

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τον τρόπο προσέγγισης των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος και τις προτάσεις αντιμετώπισής τους, στα δύο τελευταία Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών του Νηπιαγωγείου (Α.Π.Σ του 1989 & Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ του 2003), καθώς και στο Πιλοτικό Πρόγραμμα του Νηπιαγωγείου του Υπουργείου Παιδείας δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων (Υ.Π.Β.Δ.Θ, 2011). Προκειμένου να πετύχουμε, ειδικά το τελευταίο, βασιστήκαμε και στη προσέγγιση των Joseph & Strain (2003) για τα κοινωνικό-συναισθηματικά προσανατολισμένα Αναλυτικά Προγράμματα, αφού τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος, σχετίζονται άμεσα με την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Για το λόγο αυτό αναζητήσαμε βάσει των Joseph & Strain (2003), αναφορές στα δύο παραπάνω Προγράμματα και το πιλοτικό Πρόγραμμα, που σχετίζονται με τη δημιουργία φιλικών σχέσεων, την αναγνώριση συναισθημάτων, την επίλυση προβλημάτων, την εκπαίδευση στην αντιμετώπιση της βίας και τη διαχείριση του θυμού.

Ξεκινώντας από το «Βιβλίο δραστηριοτήτων για το νηπιαγωγείο- Βιβλίο Νηπιαγωγού» (Βενιζέλου και συν., 1989) το οποίο, όπως αναφέραμε στην Εισαγωγή της παρούσης μελέτης, περιλαμβάνει αυτούσιο το Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών του 1989 (Π.Δ. 486/1989 –Φ.Ε.Κ.208 Α΄), διαπιστώνουμε ότι γίνονται πάρα πολλές αναφορές στα παιδιά που παρουσιάζουν μία συστολή, μία δειλία κατά την έκφραση των συναισθημάτων τους. Στη σ. 37, όπου αναπτύσσεται το θέμα της αμφιπλευρικότητας και πώς αυτή συμβάλλει στο συντονισμό των κινήσεων και στην οργάνωση της κίνησης των παιδιών, αναφέρεται ότι είναι αναγκαίο ο νηπιαγωγός να ενθαρρύνει τα διστακτικά και λιγότερο επιδέξια νήπια να αναπτύξουν τη συγκεκριμένη δεξιότητα, χωρίς όμως να προτείνεται ο τρόπος που θα το επιτύχει.

Λίγο παρακάτω στη σ. 84, οι Βενιζέλου και συν. (1989) αναλύουν την αξία λειτουργίας των πρώτων αυτοσχηματιζόμενων ομάδων στην τάξη, τονίζοντας ότι πρέπει οι

νηπιαγωγοί να δείξουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στα «παιδιά που παρουσιάζουν δειλία[122] και έλλειψη πρωτοβουλίας ενθαρρύνοντας και υποβοηθώντας τα να υπερνικήσουν τους δισταγμούς και να ξεπεράσουν τις τυχόν φοβίες τους». Επίσης, με την τεχνική της ενθάρρυνσης τονίζεται ότι μπορεί να ξεπερνιούνται και οι αναστολές των δειλών παιδιών στην καλλιτεχνική τους έκφραση (σ.129). Η κούκλα του κουκλοθεάτρου είναι από τα πιο πρόσφορα εργαλεία του νηπιαγωγού και «μπορεί να τη χρησιμοποιήσει, για να πάρουν θάρρος τα δειλά παιδιά» (σ.151). Τέλος, στις μεθοδολογικές προτάσεις του συγκεκριμένου Α.Π.Σ, παρουσιάζεται στους νηπιαγωγούς η πρόταση να αποδεσμεύσουν το δειλό και αποτραβηγμένο παιδί από το πρόβλημά του εμπλέκοντάς το μέσα σε δραστηριότητες των διαφόρων γωνιών (σ. 313).

Τα παιδιά νιώθουν ασφάλεια, αποδοχή και αυτοεπιβεβαιώνονται, σύμφωνα με το Α.Π.Σ του 1989 όταν απλά αναγνωρίζονται τα έργα τους απο τους συμμαθητές και το νηπιαγωγό. «Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια των αυθόρμητων ή προγραμματισμένων δραστηριοτήτων στη γωνιά του πηλού, ο Μανώλης έφτιαξε ένα αυτοκηνητάκι απο πηλό. Είναι χαρούμενος και ευτυχισμένος για το έργο του. Το δείχνει στη νηπιαγωγό και τους συμμαθητές του και όλοι αναγνωρίζουν το δημιουργήμα του και συμμερίζονται τη χαρά του. Με την κοινή αυτή αποδοχή ο Μανώλης ...αυτοεπιβεβαιώνεται και νιώθει ασφάλεια» (σ.90). Επίσης, στα πλαίσια του παραπάνω Α.Π.Σ, η διαχείρηση επιθετικών συμπεριφορών, όπως για παράδειγμα «ένα παιδί καταστρέφει το υλικό που χρησιμοποίησε»..., «γκρεμίζει τις κατασκευές άλλων παιδιών στη γωνιά του οικοδομικού υλικού».....ή «ένα παιδί χτύπησε κάποιο άλλο» (σ.111), γίνεται μέσα απο την επιβολή θετικών και αρνητικών κυρώσεων. Το παιδί δεν ξαναπαίζει με το υλικό που κατέστερψε και «η νηπιαγωγός του ζητά να μην το ξαναπάρει αν το χρησιμοποίει με αυτό τον τρόπο» ή το παιδί απομακρύνεται απο τη γωνιά του οικοδομικού υλικού και «η νηπιαγωγός του προτείνει να παίξει σε άλλη γωνιά» (σ.111). Στην τελευταία περίπτωση («ένα παιδί χτύπησε κάποιο άλλο»), όπου δεν είναι δυνατή η επιβολή κυρώσεων, ο νηπιαγωγός « ζητά απο τα νήπια να κλείσουν τα μάτια και να θυμηθούν τη στιγμή που κάποιος τα χτύπησε.... να περιγράψουν πως αισθανθήκανε και να το δραματοποίησουν» (σ. 111). Με την εφαρμογή της παράπανω τεχνικής ο νηπιαγωγός ενθαρρύνει τα νήπια να κατανοήσουν καλύτερα τη συμπεριφορά τους. Ενώ λοιπόν τα παραπάνω αποτελούν ίσως κάποιες

[122] Ένα δειλό παιδί εντοπίζεται εύκολα, κυρίως από την μη ενεργητική συμμετοχή του στην εν γένει σχολική ζωή. Διακρίνεται από χαμηλό αυτοσυναίσθημα, και μειωμένη δημοτικότητα. Οι πιο συνηθισμένες αιτίες για την εκδήλωση δειλίας είναι οι δυσμενείς οικογενειακές συνθήκες (αυταρχικότητα, υπερπροστασία, ανασφάλεια) καθώς και οι σωματικές ή /και νοητικές μειονεξίες (Γιαννικόπουλος, 1985).

προτάσεις, σε καμία περίπτωση δεν υποστηρίζουν ούτε καθοδηγούν το νηπιαγωγό στην αντιμετώπιση αυτών των σοβαρών ζητημάτων.

Αναφορά, επίσης, γίνεται και στις διάφορες συναισθηματικές διαταραχές όπως άγχος, νευρικότητα, υπερβολική ενδοστρέφεια, αδεξιότητα, οι οποίες συνδέονται με μία διαταραγμένη ψυχοκινητική ανάπτυξη. Για μια ακόμα φορά η λύση που προτείνεται στους νηπιαγωγούς για την αντιμετώπιση τους «είναι η ενθάρρυνση και η τόνωση της αυτοπεποίθησης του παιδιού μέσα από το παιχνίδι» (σ. 70). Τα προσωπικά άγχη, συμβουλεύει το Α.Π.Σ του 1989, μπορούν να ξεπεραστούν μέσα από τα μηνύματα που εκπέμπουν τα διάφορα λογοτεχνικά κείμενα (σ.182), χωρίς όμως να προτείνεται μια σχετική βιβλιογραφία, ούτε και ενδεικτικές δραστηριότητες προς αυτή την κατεύθυνση.

Το σημερινό Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003) θέτει αρχικά το σκοπό λειτουργίας του Νηπιαγωγείου που «σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία είναι να βοηθήσει τα παιδιά να αναπτυχθούν σωματικά, συναισθηματικά, νοητικά και κοινωνικά μέσα στο πλαίσιο των ευρύτερων στόχων της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης» (σ. 4306). Στη συνέχεια παρουσιάζονται στο Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003) οι βασικές αρχές του προκειμένου να είναι αναπτυξιακά κατάλληλο και αποτελεσματικό για όλα τα παιδιά του νηπιαγωγείου, τονίζοντας ότι πρέπει το Αναλυτικό πρόγραμμα «να προσαρμόζεται με ευελιξία στις ανάγκες, στις ικανότητες και στις κλίσεις του κάθε παιδιού και να εξασφαλίζει την ενεργητική συμμετοχή όλων των παιδιών, όπως είναι π.χ. τα παιδιά με ειδικές ανάγκες, τα παιδιά με ιδιαίτερες ικανότητες» (σ. 4307). Στη μαθησιακή περιοχή «Παιδί και Ανθρωπογενές περιβάλλον και Αλληλεπίδραση», από τις πρώτες ικανότητες που επιδιώκεται να αναπτυχθούν στα παιδιά είναι: α) η αυτοεκτίμηση αφού «όλα τα παιδιά ενθαρρύνονται να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και ευθύνες και να αναπτύσσουν θετικά συναισθήματα για τον εαυτό τους», β) οι ικανότητες συνεργασίας όταν «τα παιδιά παροτρύνονται να συνεργάζονται και να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους… ενθαρρύνονται να συνεργάζονται αποτελεσματικά με ενήλικες», να κατανοούν την αξία της ομαδικής εργασίας και της από κοινού ανακάλυψης, όταν μαθαίνουν «να διαπραγματεύονται τυχόν συγκρούσεις ή εντάσεις που προκύπτουν στη συνεργασία» και γ) «να συνειδητοποιούν τη μοναδικότητά τους αλλά και να εντοπίζουν ομοιότητες και διαφορές με τους άλλους, όταν συνεργάζονται και οικοδομούν δεσμούς φιλίας με ανθρώπους που έχουν διαφορές γλωσσικές, πολιτιστικές και θρησκευτικές αλλά και να συμμετάσχουν σε ομάδες διαφορετικής σύνθεσης» (Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, σσ. 4319- 4320). Παρόλο, όμως, που το Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ του 2003 παρουσιάζει τόσο ξεκάθαρα τους στόχους του γύρω από την

κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών, εντούτοις στην πράξη δεν καλύπτει όλες τις παραμέτρους για μια σφαιρική κοινωνική και συναισθηματική αγωγή, αφού οι δραστηριότητες υλοποίησης που προτείνει είναι γενικές και αόριστες. Ενδιαφέρον έχουν και τα αποτελέσματα της έρευνας του Κόνσολα (2007), ο οποίος διερεύνησε αν στο Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003) συμπεριλαμβάνονται αναφορές σε στόχους και δραστηριότητες, που να αντιστοιχούν στους παράγοντες που είναι απαραίτητοι να ενισχυθούν στο νηπιαγωγείο, ώστε να αναπτυχθούν συναισθηματικά και κοινωνικά τα παιδιά. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν ότι, οι αναφορές που έχουν σχέση με την «ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων», κατέχουν σε αυτό το πρόγραμμα την υψηλότερη θέση με ποσοστό 48%. Η κατηγορία «κατανόηση των συναισθημάτων -αυτοαντίληψη-αυτοεκτίμηση» κατέχει ποσοστό αναφορών 17%. Το 15% αναφέρεται στη κατηγορία που αφορά στην «ηθικότητα – απόκτηση αξιών» (σ.444). Ποσοστό 10% καλύπτουν οι αναφορές στην «ασφάλεια - εμπιστοσύνη». Η «εξεύρεση προσωπικών κινήτρων» κατέχει το 6% των αναφορών. Αναφορές για τον «έλεγχο των συναισθημάτων» περιέχονται μόνο σε ποσοστό 3% και τέλος, στην κατηγορία που αφορά στην «ενσυναίσθηση» εντάσσεται μόνο μία αναφορά» (σ.444).

Στον Οδηγό Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006), το συνοδευτικό εγχειρίδιο του Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003), οι αναφορές στα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος και τις πρακτικές αντιμετώπισης τους είναι περιορισμένες.

Στην εισαγωγή του βιβλίου, προσπαθώντας οι Δαφέρμου και συν. (2006) να οριοθετήσουν τους στόχους του προγράμματος, αναφέρουν ότι βασικό μέλημα των νηπιαγωγών είναι «η ενεργοποίηση της συμμετοχής των παιδιών από διαφορετικά πολιτισμικά, κοινωνικά και μαθησιακά περιβάλλοντα και παιδιών με ειδικές ανάγκες» (σ.12), ενώ παρακάτω δίνεται μεγάλη σημασία στην «ένταξη των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» (σ.20). Στη συνέχεια, οι συγγραφείς προτρέπουν τους νηπιαγωγούς να αναρωτηθούν: «Έχω στην τάξη παιδιά με ειδικές ανάγκες; Πως μπορώ να προσαρμόσω το περιβάλλον και τα υλικά, ώστε να είναι κατάλληλα γι' αυτά;» (σ.34). Τέλος, τους συμβουλεύουν να αναπτύξουν μία στενή συστηματική συνεργασία με την οικογένεια, για να κατανοήσουν καλύτερα τα προβλήματα των παιδιών και τις ιδιαίτερες ανάγκες τους (σ.37). Θεωρούν ότι οι νηπιαγωγοί πρέπει να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους, που θα μπορούν να υλοποιήσουν τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και να τους προσφέρουν πρόσθετη υποστήριξη μέσα από συζητήσεις και δραστηριότητες προσαρμοσμένες στις δυνατότητές τους. Επίσης, τονίζεται ότι οι νηπιαγωγοί συνδράμουν

στην τόνωση της αυτοπεποίθησης των παιδιών, όταν τους προσφέρουν «υλικά… ώστε να τονώνεται η αυτοπεποίθησή τους και να ενισχύεται η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους» (σ.33) και όταν «ακούν προσεκτικά τα παιδιά, δίνουν σημασία στις ιδέες τους, τα ενθαρρύνουν να παίρνουν αποφάσεις» (σ.34). Επιπλέον, τονώνουν το αίσθημα της αυτοεκτίμησής τους, όταν αποδέχονται αναγνωρίζουν και σέβονται την πολιτισμική ταυτότητα και γλώσσα κάθε παιδιού (σ.35).

Παράλληλα, προτείνεται στους νηπιαγωγούς, μέσα από την παράθεση ενός κειμένου των Dodge & Colker (όπως αναφέρουν οι Δαφέρμου και συν., 2006, σ.52) με τίτλο: «Συναντήσεις με γονείς για την αντιμετώπιση προβλημάτων», να συναντήσουν τους γονείς των παιδιών που εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς και να τους προτείνουν την αντιμετώπιση τους με συγκεκριμένο τρόπο. Στο ισχύον Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003), οι δραστηριότητες υλοποιούνται μέσα από την εργασία σε μικρές ομάδες. Παρατίθενται, λοιπόν, στον Οδηγό Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006), τα κριτήρια με τα οποία θα είναι επιτυχημένη μία τέτοια προσπάθεια και τονίζεται ότι ο νηπιαγωγός πρέπει, για να οργανώσει αυτές τις ομάδες, να συνδέσει τους χαρακτήρες και τις συμπεριφορές. Λόγου χάρη, «ένα παιδί συνεσταλμένο, που δύσκολα αναλαμβάνει πρωτοβουλίες, θα λειτουργήσει καλύτερα σε μια ομάδα που το ενθαρρύνει και του αφήνει το περιθώριο αυτενέργειας απ' ό,τι σε μια ομάδα με παιδιά που αρέσκονται να μονοπωλούν ηγετικούς ρόλους …» (σ.77). Οι Δαφέρμου και συν. (2006) τονίζουν, επίσης, ότι τα νήπια που νιώθουν απομονωμένα και απορριπτόμενα από τους συνομηλίκους τους, καλό θα είναι να συμμετέχουν σε μια ομάδα προνηπίων, όπου θα τα αποδέχονται και έτσι θα τονωθεί η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους (σ.83). Τέλος, όταν τα παιδιά συμμετέχουν «σε διαδικασίες αξιολόγησης …, μαθαίνουν να αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στη μάθησή τους, τονώνεται η αυτοεκτίμησή τους και ενισχύεται η αυτονομία τους» (σ.85).

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στην αξιολόγηση της συμπεριφοράς των παιδιών και υιοθετώντας την άποψη του Ματσαγγούρα (όπως αναφέρουν οι Δαφέρμου και συν., σ.91) τονίζουν, ότι πρέπει ο νηπιαγωγός να περιγράφει διεξοδικά τη συμπεριφορά τους, καταγράφοντας ακριβώς ποια είναι η δυσλειτουργική συμπεριφορά. Προτείνεται επίσης, σε τακτά χρονικά διαστήματα, ο νηπιαγωγός να αναπροσαρμόζει τις δραστηριότητές του παρέχοντας εξατομικευμένη διδασκαλία στο παιδί που το χρειάζεται.

Ειδικότερα, στα πέντε Προγραμμάτα Σπουδών[123], καλλιεργείται η αυτοπεποίθηση των παιδιών και η αυτονομία τους, όταν «αναπτύσσουν στρατηγικές για τη επιτυχή αντιμετώπιση καταστάσεων και την επίλυση προβλημάτων» (Μαθηματικά, σ.171), όταν «παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των εμπειριών τους σε ομάδες συνομηλίκων» μετά το τέλος μιας επίσκεψης (Ανθρωπογενές Περιβάλλον, σ.277) και όταν τα καλλιτεχνήματά τους είναι δημιουργικά και όχι «φύλλα εργασίας…..αντιγραφή προσχεδιασμένων μοτίβων…κατασκευή ομοιόμορφων χειροτεχνιών» (Εικαστικά, σ. 292). Στο πλαίσιο της Φυσικής Αγωγής «το παιδί γνωρίζει το σώμα του, αισθάνεται ότι το υπακούει ….νιώθει σιγουριά και άνεση» (σ.336) τα παιδιά «ενισχύουν την αυτοεκτίμησή τους» (σ.363) και «αποκτούν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση» (σ.371), όταν συμμετέχουν ενεργά στην προετοιμασία και την παρουσίαση μιας γιορτής στο νηπιαγωγείο.

Το 2011 αναρτήθηκε στο διαδίκτυο «Ο Οδηγός Εκπαιδευτικού για το πρόγραμμα Σπουδών του Νηπιαγωγείου», με υπεύθυνη του επιστημονικού έργου την κ. Μ. Μπιρμπίλη (Υ.Π.Β.Μ.Θ, 2011). Στο νέο αυτό Οδηγό Εκπαιδευτικού επιχειρείται η θεμελίωση ενός προγράμματος, το οποίο θέτει τις βάσεις για τη νοητική ανάπτυξη και τη ψυχική υγεία των παιδιών (σ.12), αναγνωρίζοντας πλέον το σχολείο «ως φορέα προαγωγής της ψυχοκοινωνικής επάρκειας και της πρωτογενούς πρόληψης προβλημάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία» (σ.13). Περιγράφεται πώς πρέπει να είναι το υποστηρικτικό περιβάλλον του σχολείου, το οποίο προάγει την ψυχική υγεία των παιδιών και διαμορφώνει μία υγιή και ανθεκτική προσωπικότητα (σσ.13- 14). Όσον αφορά στο ρόλο του εκπαιδευτικού, ο Οδηγός Εκπαιδευτικού (Υ.Π.Β.Μ.Θ, 2011) θεωρεί ότι πρέπει να βοηθάει τα παιδιά να λύσουν τυχόν συγκρούσεις στο παιχνίδι τους (σ.18) καθώς και να δημιουργεί ένα συναισθηματικά ασφαλές πλαίσιο λειτουργίας (σ.20) μέσα στο οποίο θα είναι ελεύθερα τα παιδιά να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (σ. 26). Εκτενής είναι και η αναφορά για τον τρόπο διευκόλυνσης της μετάβασης των παιδιών και των οικογενειών τους στο καινούριο περιβάλλον, αναλύοντας τους τρεις βασικούς άξονες, που αφορούν: α) στη διαμόρφωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τους γονείς, β) στη διαμόρφωση μιας σχέσης ασφάλειας και οικειότητας με το παιδί και γ) στη διαμόρφωση κατάλληλων συνθηκών στο σχολικό περιβάλλον (σσ. 93- 95). Επισημαίνεται ότι μπορεί κατά τη μετάβαση αυτή να προκύψουν κάποιες δυσκολίες που θα εκφραστούν με διάφορους

[123] Το Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003) «προσδιορίζει τις κατευθύνσεις των προγραμμάτων σχεδιασμού και ανάπτυξης δραστηριοτήτων Γλώσσας, Μαθηματικών, Μελέτης Περιβάλλοντος (Ανθρωπογενές και Φυσικό περιβάλλον), Δημιουργίας και Έκφρασης (Εικαστικά, Δραματική τέχνη, Μουσική, Φυσική Αγωγή) και Πληροφορική για το παιδί του Νηπιαγωγείου» (σ. 4307).

τρόπους αντίδρασης, όπως διεκδίκηση, κλάμα, απόσυρση, αδιαφορία, υπερδιέγερση, επιθετικότητα και σωματικά συμπτώματα (σ. 97).

Από τη σελίδα 101 ως τη σελίδα 142, περιγράφεται ένα πρόγραμμα που τιτλοφορείται ως «Προώθηση της προσωπικής και κοινωνικής ανάπτυξης». Οι στόχοι του προγράμματος περιλαμβάνουν τη διαμόρφωση ταυτότητας (σ.102), τη διαχείριση των συναισθημάτων (σ.103), την προσωπική ενδυνάμωση (σ.104) και την απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων (σ.105). Στο τέλος του προγράμματος προτείνονται και τεχνικές υποστήριξης της προσωπικής και κοινωνικής ανάπτυξης των παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, η τεχνική που προτείνεται είναι αυτή της ενθάρρυνσης και της ενίσχυσής τους από το νηπιαγωγό για την αντιμετώπιση της ανασφάλειας, του φόβου αποτυχίας ή απόρριψης αλλά και την ενίσχυση – επιβράβευση των παιδιών στις προσπάθειες που κάνουν για την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας. Τονίζεται ιδιαίτερα η αξία της θετικής επιβράβευσης. Επίσης, η συζήτηση και η ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών είναι μία ακόμα τεχνική που προτείνεται, με στόχο από τη μια την εξάσκηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων, όπως η ενσυναίσθηση, η ενεργητική ακρόαση, η στήριξη και η διευκόλυνση της έκφρασης του παιδιού (σσ. 121 – 126).

Από τη διερεύνηση του ισχύοντος Αναλυτικού Προγράμματος (Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, 2003), του Οδηγού Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006), του Α.Π.Σ του 1989 (Βενιζέλου και συν., 1989) και του Πιλοτικού Προγράμματος για το Νηπιαγωγείο (2011), φάνηκε ότι οι δημιουργοί τους αναπτύσσουν σε αυτά στόχους που αφορούν στη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών προσχολικής ηλικίας και κάνουν και κάποιες αναφορές σε διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος που πιθανόν να αντιμετωπίσει ο εκπαιδευτικός στην τάξη. Παρόλα αυτά όμως, στην πράξη, οι οδηγίες που δίνουν στους εκπαιδευτικούς τα δύο Αναλυτικά Προγράμματα (1989, 2003) και τα συνοδευτικά τους εγχειρίδια (Βενιζέλου και συν., 1989. Δαφέρμου και συν., 2006) για την επίτευξη των στόχων αυτών είναι ελλιπείς. Μια πιο συγκεκριμένη στοχοθεσία, με αντίστοιχα προτεινόμενες ιδέες για δραστηριότητες θα βοηθούσε ιδιαίτερα τους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα της κοινωνικοσυναισθηματικής αγωγής, αλλά δε γνωρίζουν τον τρόπο που θα κινηθούν μέσα στην τάξη για την ανάπτυξή της (Κουρμούση, 2012). Άλλωστε, οι έρευνες επιβεβαιώνουν ότι «όταν οι εκπαιδευτικοί έχουν υπόψη τους συγκεκριμένους στόχους, διευκολύνονται στο σχεδιασμό και την υλοποίηση δραστηριοτήτων που απαιτούνται για την επίτευξή τους» (Κόνσολας, 2007, σ. 446). Αξίζει εδώ να επισημάνουμε ότι το τελευταίο Πιλοτικό Πρόγραμμα για το

Νηπιαγωγείο (Υ.Π.Β.Μ.Θ, 2011), περιλαμβάνει στις μαθησιακές του περιοχές την Προσωπική και Κοινωνική Ανάπτυξη του παιδιού με ξεκάθαρα περιεχόμενα και μαθησιακούς στόχους. Οι ιδέες για δραστηριότητες και οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις που προτείνονται είναι σίγουρα πιο αναλυτικές και στοχευμένες από τα δύο προηγούμενα Α.Π.Σ (1989, 2003), αλλά και πάλι είναι γενικές[124]. Επίσης, προτείνονται σε αυτό δράσεις που διευκολύνουν τη μετάβαση των παιδιών από την οικογένεια στο νηπιαγωγείο και από το νηπιαγωγείο στο Δημοτικό[125], ως μέρος του Προγράμματος Σπουδών και όχι ως αυτόνομο πρόγραμμα. Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού οι έρευνες επιβεβαιώνουν ότι οι ομαλές μεταβάσεις από το ένα πλαίσιο στο άλλο, παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ή μη προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος (Early, Pianta, Taylor & Cox, 2001. Espinosa & Laffey, 2003. Stormont, 2002). Η πιλοτική του, όμως, εφαρμογή κατά το έτος συγγραφής της παρούσης μελέτης, καθώς και η έλλειψη ερευνών που μελετούν την έκταση, τη μορφή και τον τρόπο εφαρμογής του στα ελληνικά νηπιαγωγεία μας αναγκάζει να τηρήσουμε στάση αναμονής.

Επίσης, τα δύο τελευταία Αναλυτικά Προγράμματα του Νηπιαγωγείου (1989 & 2003), που παρουσιάστηκαν στο κεφάλαιο αυτό, είναι ακαδημαϊκής κατεύθυνσης (Κουτσουβάνου, 2003), αφού περισσότερο δίνουν έμφαση στην επίτευξη γνωστικών στόχων, όπως είναι η καλλιέργεια της μαθηματικής σκέψης, της γλωσσικής έκφρασης και η απόκτηση δεξιοτήτων επιστημονικού και τεχνολογικού εγγραμματισμού. Παρέχουν, μάλιστα, και μεθοδολογικές προσεγγίσεις με συγκεκριμένους εξελεγκτικά δοσμένους στόχους και προτεινόμενες δραστηριότητες για την υλοποίηση τους. Αντίθετα, έννοιες που σχετίζονται με την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του νηπίου, παρουσιάζονται γενικά και αποσπασματικά, χωρίς να προτείνονται αντίστοιχες δραστηριότητες για την ανάπτυξή τους.

Παλαιότερες, όμως, έρευνες (Hirsh-Pasek, Hyson & Rescorla ,1990), αλλά και πιο πρόσφατες των Howes et al. (2008) οι οποίες εξετάζουν κατά πόσο τα Αναλυτικά Προγράμματα «ακαδημαϊκής κατεύθυνσης», συμβάλλουν τελικά στην ακαδημαϊκή επιτυχία και στην ολόπλευρη ανάπτυξη του παιδιού, επιβεβαίωσαν ότι τα παιδιά που

[124] Για παράδειγμα στο περιεχόμενο του Προγράμματος «Κοινωνικές δεξιότητες» και στο μαθησιακό στόχο «Επίλυση συγκρούσεων» η υλοποίηση του στόχου αυτού επιτυγχάνεται, όταν τα παιδιά «προβληματίζονται για τρόπους επίλυσης συγκρούσεων μεταξύ τους», ενώ ο εκπαιδευτικός συμβάλλει στην υλοποίησή του ενθαρρύνοντας τα παιδιά «να διαπραγματεύονται τα δικαιώματά τους και να επιλύουν συγκρούσεις με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο και προτείνει τρόπους επίλυσης συγκρούσεων» (Υ.Π.Δ.Β.Θ, 2011, σσ.76).

[125] Στο Α. Π.Σ του 1989 (σ. 108) βρίσκουμε προτεινόμενες δραστηριότητες που αφορούν τη μετάβαση του παιδιού από το Νηπιαγωγείο στο Δημοτικό ως αυτόνομο όμως πρόγραμμα. Στο Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003) δε γίνεται κάποια ιδιαίτερη αναφορά, ενώ αναλυτικά παρουσιάζεται το θέμα της μετάβασης στον Οδηγό Ολοήμερου Νηπιαγωγείου (Αλευριάδου και.συν., 2008).

εκπαιδεύτηκαν στο πλαίσιο τέτοιων προγραμμάτων δεν είχαν μακροπρόθεσμα κάποια οφέλη. Μάλιστα, σε κάποιες περιπτώσεις καταγράφηκαν και αρνητικά αποτελέσματα ως προς την αυτό- αντίληψη των παιδιών, τις αγχώδεις συμπεριφορές με συνομηλίκους και την περιορισμένη δημιουργικότητά τους (Phillips & Stipek, 1993). Από την άλλη, τα αναπτυξιακά κατάλληλα Αναλυτικά Προγράμματα (Κουτσουβάνου, 2003) προάγουν την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών, η οποία έχει πλέον αναγνωριστεί ότι παίζει καθοριστικό ρόλο στην σχολική ετοιμότητα αλλά και στη μετέπειτα επιτυχία του παιδιού στο σχολείο και τη ζωή γενικά. Με αυτό τον τρόπο προλαμβάνουν την ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφορά και συναισθήματος, τα οποία μπορεί στη συνέχεια να προκαλέσουν καθυστερήσεις στη γνωστική, ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού (Powell & Dunlap, 2009).

Βασιζόμενοι στη βιβλιογραφική ανασκόπηση που επιχειρήσαμε στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσης μελέτης, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες που αποκτούν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας συμβάλλουν καθοριστικά στην ολόπλευρη ανάπτυξή τους, στην ακαδημαϊκή τους επιτυχία αλλά και στην πρόληψη και αντιμετώπιση πιθανόν προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που μπορεί να εμφανίσουν τα παιδιά. Συνδυαστικά με τα παραπάνω και διαπιστώνοντας από την άλλη, την ελλιπή παρουσίαση των κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων στα επίσημα Αναλυτικά Προγράμματα του Νηπιαγωγείου (1989, 2003), καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη: α) συστηματικής εφαρμογής και αξιολόγησης, στο πλαίσιο του επίσημου Αναλυτικού Προγράμματος για το Νηπιαγωγείο, προγραμμάτων που θα εμπλέκουν τα παιδιά σε δραστηριότητες προσωπικής και κοινωνικής ανάπτυξης και β) επιμόρφωσης των νηπιαγωγών στην εφαρμογή και αξιολόγηση τέτοιων προγραμμάτων.

Η εφαρμογή ενός ποιοτικού προγράμματος από επιστημονικά καταρτισμένο προσωπικό είναι σίγουρο ότι θα εξασφαλίσει την επιτυχή επίτευξη των στόχων του (Schweinhart, Weikart & Larner, 1986). Τέλος, είναι απαραίτητη η διεξαγωγή ερευνών[126], που θα τεκμηριώνουν επιστημονικά, την αξία της δημιουργίας ενός σύγχρονου και ολοκληρωμένου Αναλυτικού Προγράμματος για το νηπιαγωγείο, με θεωρητικές αλλά και μεθοδολογικές προσεγγίσεις, σχετικές με την εφαρμογή κατάλληλων αναπτυξιακά προγραμμάτων κοινωνικοσυναισθηματικής αγωγής.

[126] Οι λιγοστές έρευνες (Κουρμούση, 2012. Χατζηχρήστου, 2011) που έχουν γίνει στο τομέα αυτό αφορούν στην εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, τα οποία όμως δεν είναι υποχρεωτικά, απαιτούν ειδική εκπαίδευση των νηπιαγωγών που επιλέγουν να τα εφαρμόσουν και δεν εντάσσονται στο πλαίσιο του επίσημου Αναλυτικού Προγράμματος.

Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από την αναδίφηση στη σχετική με το θέμα βιβλιογραφία και από το θεωρητικό πλαίσιο που παρουσιάσαμε στα προηγούμενα κεφάλαια, αναδείχθηκαν τρία σημαντικά θέματα. Πρώτον, οι πρώιμες εκπαιδευτικές εμπειρίες αποτελούν τη βάση για τα μελλοντικά μοτίβα συμπεριφοράς που θα αναπτύξουν τα παιδιά καθώς και τις μελλοντικές αλληλεπιδράσεις τους με τους άλλους (Morrison & Bratton, 2010). Δεύτερον, η έγκαιρη, έγκυρη και αξιόπιστη ανίχνευση δυσκολιών συμπεριφοράς και συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας στο σχολικό πλαίσιο είναι ένα θέμα μεγάλου εκπαιδευτικού και κοινωνικού ενδιαφέροντος. Τρίτον, παρ' όλη τη σπουδαιότητα της πρώιμης ανίχνευσης δυσκολιών που σχετίζονται με την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών προσχολικής ηλικίας, δεν υπάρχουν πανελλαδικές έρευνες[127] που να απευθύνονται σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Οι δύο έρευνες των Τσαούση (Achenbach & Rescorla, 2009) και Μανωλίτση (2013) αφορούν, κυρίως, στη στάθμιση ψυχομετρικών εργαλείων.

Όπως έχουμε ήδη επισημάνει, ο ρόλος του σχολείου στην ανίχνευση και αντιμετώπιση δυσκολιών συμπεριφοράς και συναισθήματος των παιδιών είναι καταλυτικός, καθώς για ορισμένα από αυτά, το σχολείο είναι ο μόνος χώρος στον οποίο μπορούν να γίνουν δέκτες τέτοιων υπηρεσιών για πολλούς λόγους (οικονομική ανέχεια, έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης, δυσλειτουργικό οικογενειακό πλαίσιο, φόβος κοινωνικού στίγματος) (Morrison & Bratton, 2010). Η λογική της έγκαιρης, έγκυρης και αξιόπιστης ανίχνευσης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, για το σύνολο των παιδιών που φοιτούν σε νηπιαγωγεία, βασίζεται στην πρόληψη που θα οδηγήσει: α) στην περαιτέρω ανίχνευση αν χρειαστεί και/ή β) στην έγκαιρη εφαρμογή παρεμβάσεων για τη βελτίωση ή ακόμα και την αντιμετώπιση των δυσκολιών-συμπτωμάτων πριν αυτά γίνουν διαγνωσμένες διαταραχές (Feeney –Kettler et al. ,2010).

Η ανίχνευση δυσκολιών συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας δε μπορεί να επιτευχθεί χωρίς την αξιοποίηση των κατάλληλων ανιχνευτικών μέσων. Πρόκειται για μια διαδικασία η οποία δεν απαιτεί εκτεταμένη και σε βάθος αξιολόγηση, ωστόσο σε κάθε περίπτωση τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν πρέπει να είναι έγκυρα και αξιόπιστα (Μανωλίτσης & Τάφα, 2005). Επιπροσθέτως, τα εργαλεία αυτά πρέπει να είναι χρηστικά, δηλαδή να συμπληρώνονται και να βαθμολογούνται εύκολα και

[127] Στον Πίνακα IV (Παράτημα Δ1) παρουσιάζονται οι ελληνικές έρευνες, έτσι όπως αυτές προέκυψαν από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

γρήγορα από το νηπιαγωγό, ειδικά, όταν επιχειρείται η ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος για το σύνολο των μαθητών της τάξης του (Distefano & Kamphaus, 2007)[128].

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, οργανώσαμε το μεθοδολογικό σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της έρευνάς μας, όπως αυτή παρουσιάστηκε στην παρούσα μελέτη. Βασικός *σκοπός της έρευνάς* μας είναι η διερεύνηση, σε πανελλαδικό επίπεδο, των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για την πρώιμη ανίχνευση προβλήματων - δυσκολιών συμπεριφοράς και συναισθήματος που εμφανίζουν οι μαθητές τους. Μέχρι της παρούσης, είναι η πρώτη φορά που επιχειρείται στην Ελλάδα, μια τέτοιου τύπου και θέματος έρευνα, με ένα αρκετά μεγάλο πανελλαδικό δείγμα (1.234 νήπια και προνήπια).

Επιμέρους στόχοι της έρευνάς μας ήταν να διερευνήσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανίχνευση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος από τους νηπιαγωγούς και σχετίζονται με: α) τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μαθητών τους, β) το θεσμικό πλαίσιο του σχολείου, γ) την οικογένεια των παιδιών και δ) τα χαρακτηριστικά των νηπιαγωγών.

6.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Με βάση το θεωρητικό πλαίσιο, τον κύριο σκοπό της έρευνάς μας αλλά και τους επιμέρους στόχους, όπως αυτοί παρουσιάστηκαν παραπάνω, διατυπώσαμε τις ερευνητικές μας υποθέσεις ως εξής:

Υπόθεση 1. Η κατάταξη των μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, για το κάθε σύνδρομο ξεχωριστά, τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα) και το Σύνολο των προβλημάτων, επηρεάζεται από το φύλο τους (αγόρι-κορίτσι).

Υπόθεση 2. Η κατάταξη των μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, για το κάθε σύνδρομο ξεχωριστά, τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα) και το Σύνολο των προβλημάτων, επηρεάζεται από την ηλικία τους (προνήπια-νήπια).

Υπόθεση 3. Η κατάταξη των μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, για το κάθε σύνδρομο ξεχωριστά, τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα)

[128] Δεδομένης της ανικανότητας των παιδιών προσχολικής ηλικίας να παρέχουν αυτο-αξιολογήσεις (Carter et al., 2004. Luby et al., 2007), η διεξαγωγή εμπειρικών ερευνών για την πρώιμη ανίχνευση δυσκολιών συναισθήματος σε όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα, δίνει τη δυνατότητα να απομονωθούν οι ομάδες παιδιών που αντιμετωπίζουν τέτοιου τύπου δυσκολίες. Η εξειδικευμένη μελέτη αυτών των ομάδων επιτρέπει τη λήψη σημαντικών πληροφοριών για την κατάστασή τους σε κλινικό επίπεδο για περαιτέρω διεξαγωγή εντατικών μελετών (Carter et al., 2004).

και το Σύνολο των προβλημάτων, επηρεάζεται από τον τύπο του σχολείου στο οποίο φοιτούν (κλασσικό-ολοήμερο).

Υπόθεση 4. Η κατάταξη των μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, για το κάθε σύνδρομο ξεχωριστά, τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα) και το Σύνολο των προβλημάτων, επηρεάζεται από το μέγεθος της τάξης που φοιτούν.

Υπόθεση 5. Η κατάταξη των μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, για το κάθε σύνδρομο ξεχωριστά, τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα) και το Σύνολο των προβλημάτων, επηρεάζεται από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, όπως αυτό εκφράζεται μέσα από την επαγγελματική κατάσταση των γονέων.

Υπόθεση 6. Οι νηπιαγωγοί χρησιμοποιούν πιο συχνά για την αξιολόγηση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους τις εναλλακτικές μορφές αξιολόγησης (συστηματική παρατήρηση και φάκελος αξιολόγησης) από ότι τις παραδοσιακές.

Υπόθεση 7. Οι νηπιαγωγοί που έχουν επιμορφωθεί σχετικά με την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, χρησιμοποιούν περισσότερες μορφές αξιολόγησης αυτών στην τάξη τους.

Υπόθεση 8.· Οι νηπιαγωγοί με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας χρησιμοποιούν περισσότερες μορφές αξιολόγησης της συμπεριφοράς και του συναισθήματος των μαθητών τους.

Υπόθεση 9. Μαθητές που έχουν υψηλή βαθμολογία σε κάποια από τις δυο ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα προβλήματα) ή σε κάποια επιμέρους σύνδρομα τείνουν να παίρνουν βαθμολογία, τουλάχιστον, μεγαλύτερη από το μέσο όρο στην άλλη ομάδα ή σε κάποια επιμέρους σύνδρομα (συννοσηρότητα στην εμφάνιση των συνδρόμων). Αντιστρόφως, μαθητές που έχουν χαμηλή βαθμολογία σε κάποια από τις δύο ομάδες συνδρόμων και τα επιμέρους σύνδρομα τείνουν να παίρνουν σχετικά χαμηλή βαθμολογία και στην άλλη ομάδα και τα επιμέρους σύνδρομα.

Τα αποτελέσματα τέτοιου τύπου ερευνών θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη: α) στην αναπροσαρμογή του περιεχομένου των Αναλυτικών Προγραμμάτων Σπουδών για το νηπιαγωγείο, β) στο σχεδιασμό προληπτικών παρεμβάσεων για την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών προσχολικής ηλικίας, γ) στα Προγράμματα Σπουδών των Πανεπιστημιακών τμημάτων νηπιαγωγών αλλά και στη θεματολογία των σεμιναρίων και των προγραμμάτων επιμόρφωσης και κατάρτισης των εν ενεργεία εκπαιδευτικών και δ) στα νομοθετήματα που αφορούν στην οργάνωση και λειτουργία των νηπιαγωγείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 ΔΕΙΓΜΑ

Η συλλογή του ερευνητικού υλικού έγινε το ακαδημαϊκό έτος 2011 –2012 και συγκεκριμένα το χρονικό διάστημα Φεβρουαρίου – Ιουνίου 2012.

Το δείγμα της έρευνάς μας προήλθε στο σύνολό του από όλη την Ελλάδα. Ο εντοπισμός των νηπιαγωγείων, των νηπιαγωγών αλλά και των παιδιών προσχολικής ηλικίας (προνήπια – νήπια[129]), που συμμετείχαν στην έρευνα έγινε με βάση την παρακάτω μέθοδο δειγματοληψίας.

7.1.1 Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε είναι αυτή της δειγματοληψίας κατά ομάδες, ή «κατά συστάδες» τυχαία δειγματοληψία (cluster sampling) (Παρασκευόπουλος, 1993α. Τομάρας, 2005. Σύμφωνα με τον Τομάρα (2005), βάσει αυτής της δειγματοληπτικής μεθόδου, ο υπό εξέταση πληθυσμός χωρίζεται σε υποσύνολα διαφορετικά το ένα από το άλλο, τα οποία αλληλοαποκλείονται, ενώ το ένα υποσύνολο δεν περιέχει στοιχεία από κάποιο άλλο. Εν συνεχεία, επιλέγεται τυχαία ένα δείγμα υποσυνόλων, αποκλείοντας με αυτόν τον τρόπο ορισμένα υποσύνολα του πληθυσμού. Η επιλογή αυτή γίνεται συχνά σε διαφορετικά αλλεπάλληλα επίπεδα, δηλαδή πρόκειται για μία μέθοδο δειγματοληψίας πολλαπλών σταδίων (δύο ή περισσοτέρων), όπου επιλέγεται σε πρώτη φάση ένα δείγμα υποσυνόλων. Κατόπιν, από αυτό το δείγμα υποσυνόλων επιλέγεται ένα άλλο δείγμα υποσυνόλων και ούτω καθεξής, όσο το επιτρέπουν οι συνθήκες και εφόσον θεωρείται αναγκαίο, με βάση το απαιτούμενο κόστος ή την ιδιομορφία του πληθυσμού (Τομάρας, 2005). Στη μέθοδο αυτή αναφέρει ο Παρασκευόπουλος (1993α) «η δειγματοληψία δε φτάνει έως το επίπεδο της ατομικής περίπτωσης, αλλά έως μια ολόκληρη ομάδα ατομικών περιπτώσεων (συστάδα) που φυσικώς υπάρχει στην πράξη» (σ. 25).

[129] Στα νηπιαγωγεία η φοίτηση είναι διετής και εγγράφονται νήπια και προνήπια βάσει του Ν. 3518/2006. Προνήπια είναι τα παιδιά που συμπληρώνουν την 31η Δεκεμβρίου του έτους εγγραφής την ηλικία των τεσσάρων (4) ετών και η φοίτηση τους είναι προαιρετική. Νήπια είναι τα παιδιά που συμπληρώνουν την 31η Δεκεμβρίου του έτους εγγραφής την ηλικία των πέντε (5) ετών και η φοίτηση είναι υποχρεωτική.

Στη συγκεκριμένη έρευνα η επιλογή των 1.234 νηπίων και προνηπίων έγινε σε τρία επίπεδα: Σε πρώτο επίπεδο επιλέχθηκαν οι δεκατρείς (13) γεωγραφικές περιφέρειες της Ελλάδας, σε δεύτερο επίπεδο επιλέχθηκαν τυχαία πενήντα επτά (57) κλασσικά και ολοήμερα νηπιαγωγεία από όλες τις περιφέρειες και σε τρίτο επίπεδο επιλέχθηκαν εβδομήντα επτά (77) τάξεις. Όλοι οι μαθητές των τάξεων αυτών αποτελούν το δείγμα μας[130].

Η χρήση της δειγματοληψίας κατά ομάδες – συστάδες κρίθηκε κατάλληλη, γιατί αξιοποιείται σε έρευνες στις οποίες αναδεικνύεται ως σημαντικός ο ρόλος της γεωγραφίας (Τομάρας, 2005), όπως στην παρούσα έρευνα, της οποίας η γεωγραφική κάλυψη αφορούσε και στις δεκατρείς περιφέρειες της χώρας. Η μέθοδος αυτή, όπως και κάθε δειγματοληπτική μέθοδος, είχε και ορισμένα μειονεκτήματα. Τα βασικά μειονεκτήματα της δειγματοληψίας κατά ομάδες είναι το ότι παράγει λιγότερο ακριβή αποτελέσματα από την στρωματοποιημένη δειγματοληψία (Παρασκευόπουλος, 1993β). Έχει παρατηρηθεί ότι «ομάδες στοιχείων κάθε πληθυσμού συμπεριφέρονται κατά διαφορετικό τρόπο απέναντι σε ξεχωριστά ερευνούμενα μεγέθη» (Τομάρας, 2005, σ. 161). Κατά συνέπεια, με την εφαρμογή της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας, δεν επιλέγεται ένα δείγμα τυχαίο από όλον τον πληθυσμό, αλλά κατηγοριοποιούμε τα μέλη του με βάση «ένα ή περισσότερα χαρακτηριστικά σε ομάδες» – στρώματα ή strata που είναι αμοιβαία αποκλειόμενες και στη συνέχεια λαμβάνουμε με δειγματοληψία από κάθε στρώμα – ομάδα τον αναλογούντα «αριθμό περιπτώσεων του δείγματος» (Παρασκευόπουλος, 1993β, σ. 20). Πρέπει, επίσης, να αναφέρουμε ότι, στη δειγματοληψία κατά ομάδες, τα τυπικά σφάλματα των εκτιμήσεων είναι υψηλότερα συγκριτικά με άλλα δειγματοληπτικά σχέδια με το ίδιο μέγεθος δείγματος.

7.1.2 ΤΟ ΒΕΛΤΙΣΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Ο καθορισμός του μεγέθους του δείγματος είναι ένα σημαντικό στάδιο της δειγματοληψίας. Εξαρτάται σημαντικά από το βαθμό ομοιογένειας του προς εξέταση πληθυσμού (Τομάρας, 2005) και έχει άμεση σχέση με το βαθμό ακρίβειας των αποτελεσμάτων που είναι επιθυμητός για τη συγκεκριμένη μελέτη, αλλά και με το ύψος

[130] Μόνη εξαίρεση αποτέλεσαν οι περιπτώσεις μαθητών, όπου υπήρχε κάποια σοβαρή εγκεφαλική δυσλειτουργία, π.χ. εγκεφαλικό τραύμα ή και νοητική καθυστέρηση. Παιδιά με τέτοιου είδους προβλήματα αποκλείστηκαν και από την παρούσα έρευνα.

του συνολικού σφάλματος μέτρησης που μπορεί να θεωρηθεί αποδεκτό (Παρασκευόπουλος, 1993β).

Τα δειγματοληπτικά σφάλματα (sampling errors) προκύπτουν ως αποτέλεσμα της εφαρμογής μιας δειγματοληπτικής μεθόδου και συγκεκριμένα προσδιορίζονται «από τη διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων της δειγματοληπτικής έρευνας και της πραγματικής τιμής των παραμέτρων στον πληθυσμό» (Τομάρας, 2005, σ. 120). Η ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων εξασφαλίζεται, όταν εφαρμόζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η μέθοδος δειγματοληψίας που έχει επιλεγεί, ενώ η μείωση του δειγματοληπτικού σφάλματος εξασφαλίζεται είτε με τη βελτίωση της δειγματοληπτικής μεθόδου είτε με την αύξηση του μεγέθους του δείγματος, η οποία, ωστόσο, έχει σημαντικό αντίκτυπο στο κόστος της έρευνας (Τομάρας, 2005).

Όπως επισημαίνει ο Stephan (1950), η βιβλιογραφία δεν συνηθίζει να αναφέρεται στην ανάλυση του πραγματικού κόστους των ερευνών, ενώ λιγότερα έχουν γραφτεί, για να προσδιορίσουν ποιες πιθανές τροποποιήσεις του ερευνητικού σχεδιασμού θα αύξαναν ή θα μείωναν το κόστος. Η εξασφάλιση αξιόπιστων αποτελεσμάτων στην έρευνα μπορεί να επιδιωχθεί με τον προσδιορισμό ενός βέλτιστου δείγματος και με τη χρήση διαφόρων στατιστικών τεχνικών. Παρόλα αυτά η ύπαρξη οικονομικών ή/και επιστημονικών περιορισμών δεν επιτρέπουν συχνά την επιλογή δείγματος με την προτεινόμενη ακρίβεια των στατιστικών τεχνικών (Τομάρας, 2005).

Όταν υπάρχουν περιορισμοί οικονομικής ή άλλης φύσεως, οι οποίοι δεν επιτρέπουν την επιδίωξη ενός «άριστου» μεγέθους δείγματος βάσει των στατιστικών τεχνικών, το μέγεθος δείγματος προσδιορίζεται με βάση ιστορικά στοιχεία για παρόμοιες έρευνες και τα δείγματά τους, γεγονός που δίνει «μια ψυχολογική σιγουριά στον ερευνητή» (Τομάρας, 2005, σ.125). Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, η παρούσα έρευνα είναι η πρώτη φορά που γίνεται στην Ελλάδα και δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία των υπό έρευνα παραγόντων σε επίπεδο πληθυσμού, εκτός από τη στάθμιση, σε ελληνικό πληθυσμο, της ΦΑΝ-Β (Achenbach & Rescorla, 2009).

Σε σχέση με την παρούσα έρευνα, δεδομένου ότι η γεωγραφική της κάλυψη σχεδιάστηκε, για να καλύψει και τις δεκατρείς δεκατρείς περιφέρειες της χώρας, το εκτιμώμενο κόστος προσδιορίστηκε εξαρχής σε υψηλά επίπεδα, καθώς ελήφθη υπόψη το γεγονός ότι όσο αυξάνεται η γεωγραφική διασπορά του δείγματος, αυξάνεται και το κόστος (Stover & Stone, 1974). Κατά συνέπεια, ο δειγματοληπτικός σχεδιασμός προσαρμόστηκε σε μεγάλο βαθμό στις τρέχουσες οικονομικές δυνατότητες, αφού αναπόφευκτα, για τον ερευνητή με περιορισμένους πόρους (Sudman & Kalton, 1986), «ο

σχεδιασμός πρέπει να βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην προσωπική κρίση, προσπαθώντας να ελαχιστοποιήσει το συνολικό κόστος μιας έρευνας» (Stephan, 1950, σ. 374).

Επιπλέον, πρέπει να συνυπολογιστεί το γεγονός, ότι σε κάθε έρευνα είναι αναμενόμενη η απώλεια μέρους του σχεδιαζόμενου δείγματος, λόγω απρόβλεπτων δυσκολιών ή ατυχημάτων που προκύπτουν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας (λ.χ. ασθένεια των ερωτώμενων, άρνηση των συμμετεχόντων να απαντήσουν σε ερωτήσεις, κ.ά.), τα οποία μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την εκτέλεση της ερευνητικής διαδικασίας (Stephan, 1950).

7.1.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην έρευνά μας συμμετείχαν πενήντα επτά (57) ολοήμερα και κλασσικά νηπιαγωγεία και από τις δεκατρείς δεκατρείς περιφέρειες της Ελλάδας, που σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2012), αποτελούσαν το 1,05% του συνολικού αριθμού των δημόσιων νηπιαγωγείων (5.447 σχολικές μονάδες), που λειτουργούσαν στη χώρα μας κατά την έναρξη του σχολικού έτους 2011 – 2012.

Συνολικά έλαβαν μέρος στην έρευνά μας εβδομήντα επτά (77) εν ενεργεία μόνιμοι νηπιαγωγοί (γυναίκες), οι οποίες αποτελούσαν το 0, 613% του συνολικού πληθυσμού (12.553 εκπαιδευτικοί) των οργανικά υπηρετούντων γυναικών νηπιαγωγών στα δημόσια νηπιαγωγεία της χώρας, κατά την έναρξη του παραπάνω σχολικού έτους (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2012). Η ηλικία των νηπιαγωγών κυμάνθηκε από 28 έως και 58 έτη (M=40,9, s=7,4).

Τα χρόνια προϋπηρεσίας των Νηπιαγωγών κυμάνθηκαν από 1 έως 35 έτη. Πιο συγκεκριμένα 16 από τους Νηπιαγωγούς (20,8%) είχαν διδακτική εμπειρία 1 – 5 έτη, 20 Νηπιαγωγοί (26,0%) είχαν διδακτική εμπειρία 6 – 10 έτη, 17 νηπιαγωγοί (22,1%) είχαν διδακτική εμπειρία 11 – 15 έτη, 8 νηπιαγωγοί (10,4%) είχαν διδακτική εμπειρία 16 – 20 έτη, 6 νηπιαγωγοί (7,8%) είχαν διδακτική εμπειρία 21 – 25 έτη, και τέλος 10 νηπιαγωγοί (13,0%) είχαν διδακτική εμπειρία 25+ έτη (Πίνακας 1).

Όσον αφορά στις σπουδές τους, 51 νηπιαγωγοί (66,2%) ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 27 νηπιαγωγοί (35,1%), είχαν φοιτήσει σε Ακαδημία και είχαν παρακολουθήσει τμήματα Εξομοίωσης των πτυχίων τους, 9 νηπιαγωγοί (11,68%) είχαν δεύτερο πτυχίο, 5 νηπιαγωγοί (6,5%) είχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα, 15 νηπιαγωγοί (19,5%) είχαν Δίπλωμα διετούς Μετεκπαίδευσης στη Γενική Αγωγή, ενώ μία νηπιαγωγός (1,3%) είχε Δίπλωμα διετούς Μετεκπαίδευσης στην Ειδική Αγωγή.

Ωστόσο, καμία νηπιαγωγός του δείγματός μας δεν επέλεξε τα πεδία της ερώτησης 3 στο Ερωτηματολόγιο του νηπιαγωγού, που αφορούν στην απόκτηση τίτλου σπουδών από Σχολή διετούς φοιτήσεως (Ακαδημία) χωρίς εξομοίωση και στην απόκτηση Διδακτορικού διπλώματος. Τέλος, 25 νηπιαγωγοί (32,5%) δήλωσαν ότι έχουν παρακολουθήσει κάποια μορφή επιμόρφωσης σχετική με την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος νηπίων και προνηπίων (Πίνακας 2).

Στους Πίνακες 1 και 2 παρουσιάζονται οι κατανομές συχνοτήτων ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας και τις σπουδές των νηπιαγωγών.

Πολλά από τα νηπιαγωγεία αυτά ήταν διθέσια και τριθέσια, με αποτέλεσμα σε αρκετές περιπτώσεις να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια νηπιαγωγοί από δύο, τρία ή και τέσσερα τμήματα του ίδιου νηπιαγωγείου. Βάσει αυτού του δεδομένου τα συνολικά τμήματα νηπιαγωγείων που πήραν μέρος στην έρευνα μας ανήλθαν στα 77 (όσος και ο αριθμός των νηπιαγωγών του δείγματός μας).

Πίνακας 1

Κατανομή συχνότητας του δείγματος των Νηπιαγωγών ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας τους

Κατανομή των νηπιαγωγών σύμφωνα με τα χρόνια προϋπηρεσίας							
Χρόνια προϋπηρεσίας	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	25+	Σύνολο
Αριθμός Νηπιαγωγών	16	20	17	8	6	10	77
Ποσοστό %	20,8	26	22,1	10,4	7,8	13	100

Πίνακας 2

Κατανομή συχνότητας του δείγματος των νηπιαγωγών ως προς τις σπουδές ή/και την επιμόρφωσή τους

Πίνακας Κατανομής για Σπουδές/επιμορφώσεις νηπιαγωγών								
Τίτλος σπουδών/ επιμόρφωση	1	2	3	4	5	6	7	8
Αριθμός νηπιαγωγών	51	27	15	1	5	9	25	0
Ποσοστό %	66,2	35,1	19,5	1,3	6,5	11,7	32,5	0

1: Πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

2: Σχολή διετούς φοιτήσεως (Ακαδημία) με εξομοίωση.

3: Δίπλωμα διετούς Μετεκπαίδευσης στη Γενική Αγωγή.

4: Δίπλωμα διετούς Μετεκπαίδευσης στην Ειδική Αγωγή.

5: Μεταπτυχιακό δίπλωμα.

6: Άλλο πτυχίο.

7: Επιμόρφωση σχετική με την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος νηπίων και προνηπίων.

8: Σχολή διετούς φοιτήσεως (Ακαδημία) χωρίς εξομοίωση.

Τέλος, το σύνολο των μαθητών (νήπια και προνήπια) του δείγματος της έρευνάς μας ήταν 1.234, το οποίο αποτελούσε το 0,8% του συνόλου των μαθητών (153.198 παιδιά) που φοιτούσαν στα δημόσια νηπιαγωγεία της χώρας κατά την έναρξη του σχολικού έτους 2011 – 2012 (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2012).

Ως προς το φύλο, τα 617 (50,0%) ήταν κορίτσια και αποτελούσαν το 0,8% του συνόλου των κοριτσιών (74.547 κορίτσια) που φοιτούσαν στα δημόσια νηπιαγωγεία της χώρας κατά την έναρξη του παραπάνω σχολικού έτους και τα 617 (50,0%) ήταν αγόρια και αποτελούσαν το 0,78% του συνόλου των αγοριών μαθητών (78.651) (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2012).

Η ηλικία των μαθητών κυμάνθηκε μεταξύ 4 – 6 ετών (M=5,65, sd=0,64). Πιο συγκεκριμένα, τα προνήπια του δείγματός μας (4 – 5 ετών) ήταν 437 (35,4%) (M=4,94, sd=0,64) και αποτελούσαν το 0,8% του συνόλου των προνηπίων (53.920 παιδιά) που φοιτούσαν στα δημόσια νηπιαγωγεία. Τα νήπια (5 – 6 ετών) ήταν 797 (64,5%) (M=6, sd=0,63) και αποτελούσαν το 0,8% του συνόλου των νηπίων (97.609 παιδιά) που

φοιτούσαν στα δημόσια νηπιαγωγεία της χώρας κατά την έναρξη του παραπάνω σχολικού έτους (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2012) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3

Κατανομή συχνότητας του δείγματος των παιδιών ανα φύλο και ηλικία

		Πλήθος	Ποσοστό %
Φύλο παιδιού	Αγόρια	617	50,0
	Κορίτσια	617	50,0
Ηλικία	Προνήπια	437	35,4
	Νήπια	797	64,5

7.1.4 ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Οι ερευνητές οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη ότι η εκπαίδευση και η αγωγή είναι έργα ηθικά, αφού οι πράξεις τους έχουν επίπτωση πάνω σε δρώντα άτομα. Για τη διεξαγωγή της έρευνάς μας βασιστήκαμε στους Κώδικες Δεοντολογίας του Συλλόγου Ελλήνων Ψυχολόγων (ΣΕΨ) και του Αμερικάνικου Ψυχολογικού Συνδέσμου [(American Psychiatric Association, (APA)] (APA, 1999. ΣΕΨ, 1978). Προτεραιότητά μας ήταν να διασφαλίσουμε τα δικαιώματα των συμμετεχόντων, δίνοντάς τους ρητά και ξεκάθαρα τη διαβεβαίωση της αυστηρής εξασφάλισης της εχεμύθειας, της τήρησης της ανωνυμίας και του απόρρητου των απαντήσεων (APA, 2002. Παρασκευόπουλος, 1993α).

Στα νηπιαγωγεία που επιλέχθηκαν τελικά, ταχυδρομήσαμε μια εισαγωγική επιστολή, στην οποία δηλώναμε το σκοπό της έρευνάς μας, τονίζοντας τη σημασία των πληροφοριών που θα μας έδιναν οι νηπαγωγοί, μέσω της εμπειρίας τους, για την επίτευξή του (Παπαστάμου, 2001). Ήταν σημαντικό θέμα για μας, η συνειδητή και έγγραφη συναίνεση συμμετοχής των νηπιαγωγών και αυτή πιστεύουμε ότι εξασφαλίστηκε με την πλήρη πληροφόρησή τους για το σκοπό της έρευνάς μας, με τη δυνατότητα παροχής διευκρινίσεων κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου καθώς και με την εξασφάλιση

της απόλυτης κατανόησης, ότι οι απόψεις τους δεν θα τύχουν οποιασδήποτε αξιολόγησης (Diener & Crandall, 1978).

Στην έρευνά μας, συμπεριλάβαμε επίσης στοιχεία τα οποία θεωρήσαμε ότι θα διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, όπως ήταν η ηλικία των νηπιαγωγών, τα χρόνια προϋπηρεσίας τους, το επίπεδο σπουδών τους, καθώς και η περιοχή που βρίσκεται το νηπιαγωγείο. Τα στοιχεία αυτά, όμως, πιθανόν φωτογραφίζουν την ταυτότητα των νηπιαγωγών και των μαθητών της τάξης τους και για το λόγο αυτό, δόθηκαν ρητές έγγραφες διαβεβαιώσεις, ότι σε κάθε περίπτωση θα διασφαλιστεί η ανωνυμία, των νηπιαγωγών και των νηπιαγωγείων που συμμετέχουν στην έρευνα (Frankfort–Nachmias & Nachmias, 1992).

Καταβάλαμε, με τις προαναφερθείσες ενέργειες, κάθε δυνατή προσπάθεια να προστατεύσουμε τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων στην έρευνά μας (νηπιαγωγών και παιδιών), για τα οποία δίνονταν οι πληροφορίες, τηρώντας αφενός την πρέπουσα επιστημονική- δεοντολογική συμπεριφορά και αφετέρου εξασφαλίζοντας την αξιοπιστία και εγκυρότητα των δεδομένων μας (Frankfort– Nachmias & Nachmias, 1992).

Επίσης, δόθηκε στους συμμετέχοντες ρητά η διαβεβαίωση ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας και μετά τη λήξη της θα καταστραφούν. Τέλος, με το πέρας της έρευνας δεσμευτήκαμε να πληροφορήσουμε τους συμμετέχοντες νηπιαγωγούς για τα αποτελέσματά της.

7.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η επιλογή, σύνταξη και χορήγηση των κατάλληλων εργαλείων μέτρησης αποτελεί το μέσο για την πραγματοποίηση του σκοπού κάθε έρευνας (Βάμβουκας, 1998).

Στην παρούσα έρευνα, όπως αναλυτικά παρουσιάζεται στο κεφάλαιο «Εργαλεία Συλλογής δεδομένων», χρησιμοποιήθηκαν δυο ερωτηματολόγια: α) το «Ερωτηματολόγιο του νηπιαγωγού» (Ε01, Παράρτημα Δ2) και β) «Η Φόρμα Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό– Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) για ηλικίες 1½ -5» στηριζόμενη στο Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ) (Ε02, Παράρτημα Δ2) [131].

Πριν τη διεξαγωγή της κύριας έρευνας πραγματοποιήσαμε μια πιλοτική έρευνα (Σταλίκας και συν., 2012) στα πλαίσια της οποίας δόθηκαν σε είκοσι (20) νηπιαγωγούς[132]

[131] Τα Έντυπα που παρεντίθενται στο Παράρτημα Δ2 της παρούσης μελέτης θα αναφέρονται με τη συντομογραφία «Ε και ο αριθμός του Εντύπου». Για παράδειγμα το Έντυπο με αριθμό 2 αναφέρεται ως εκ τούτου ως Ε02.

[132] Οι νηπιαγωγοί που συμμετείχαν στην πιλοτική έρευνα δεν ήταν νηπιαγωγοί από το δείγμα της κύριας έρευνάς μας.

το Ερωτηματολόγιο του νηπιαγωγού και η ΦΑΝ-Β. Μαζί με τα δυο αυτά εργαλεία δόθηκαν οι οδηγίες συμπλήρωσης τους, προκειμένου να πραγματοποιηθεί μια πρώτη δοκιμαστική εφαρμογή και να διαπιστωθούν τυχόν ελλείψεις ή ασάφειες και ταυτόχρονα να ενημερωθούν οι συμμετέχοντες στην έρευνα μας για πιθανές δυσκολίες στη συμπλήρωσή τους (Παπαστάμου, 2001). Οι νηπιαγωγοί που συμμετείχαν στην πιλοτική έρευνα δήλωσαν στο σύνολο τους ότι οι οδηγίες ήταν σαφείς και συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο νηπιαγωγού και τη ΦΑΝ-Β χωρίς καμιά δυσκολία.

Το πρώτο στάδιο στη διεξαγωγή της έρευνας ήταν η τηλεφωνική προειδοποιητική επικοινωνία που είχαμε με τους νηπιαγωγούς του δείγματός μας, ώστε να τους ανακοινώσουμε την επικείμενη αποστολή των ερωτηματολογίων. Στην πρώτη μας αυτή επικοινωνία τούς ενημερώσαμε προφορικά για την ταυτότητά μας, το σκοπό της έρευνάς μας και τους γνωστοποιήσαμε ότι τα ερωτηματολόγια θα επιδοθούν και σε άλλους συναδέλφους ανά την επικράτεια με τον ίδιο σκοπό (Diener & Crandall, 1978). Θεωρούμε ότι αυτή η προειδοποιητική επικοινωνία λειτούργησε θετικά, αφού είχαμε τη δυνατότητα να συμπληρώσουμε σωστά τα στοιχεία επικοινωνίας (ταχυδρομική διεύθυνση αποστολής των Ερωτηματολογίων, τηλέφωνο επικοινωνίας του σχολείου, τηλέφωνο επικοινωνίας του νηπιαγωγού και προσωπικό e- mail) των νηπιαγωγών του δείγματός μας, αλλά και να τους προετοιμάσουμε ψυχολογικά ώστε να συμπληρώσουν χωρίς δισταγμό τα ερωτηματολόγια (Παρασκευόπουλος, 1993α, σσ. 118-119).

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων διεξήχθη από το Φεβρουάριο μέχρι τον Απρίλιο του 2012 (λίγο μετά τις διακοπές των Αποκριών και πολύ πριν τις διακοπές του Πάσχα). Η περίοδος αυτή κρίναμε ότι ήταν η πιο κατάλληλη, γιατί οι νηπιαγωγοί πιθανόν δε βρίσκονταν, σε εσωτερική υπερδιέγερση λόγω της προσμονής των διακοπών (Παρασκευόπουλος, 1993α), ούτε είχαν επιπλέον φόρτο εργασίας για την προετοιμασία γιορτών στο σχολείο (γιορτή του Πάσχα ή καλοκαιρινή γιορτή).

Το Ερωτηματολόγιο του νηπιαγωγού (Ε01, Παράρτημα Δ2) και η ΦΑΝ-Β (Ε02, Παράρτημα Δ2) στάλθηκαν ταχυδρομικώς στις απομακρυσμένες περιοχές, ενώ δόθηκαν προσωπικά στους νηπιαγωγούς στις πιο κοντινές περιοχές, μέσα σ’ έναν κλειστό φάκελο.

Ο φάκελος αυτός περιείχε, επίσης, μια συνοδευτική επιστολή, έναν απαντητικό φάκελο με το όνομα και τη διεύθυνσή μας, γραμματοσημασμένο με τα απαραίτητα ταχυδρομικά τέλη, ώστε να διευκολύνουμε τους παραλήπτες στην επιστροφή των Ερωτηματολογίων (Παρασκευόπουλος, 1993α) και τέσσερα επιπλέον αριθμημένα έντυπα:

1.Έντυπο αριθμ.3 «Συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα» (Ε03, Παράρτημα Δ2). Η συγκατάθεση των νηπιαγωγών που συμμετείχαν στην έρευνα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος

της όλης ερευνητικής διαδικασίας και αφορά στα δεοντολογικά ζητήματα που σχετίζονται με τη συναίνεση-συγκατάθεση (APA, 1999). Η συγκατάθεση αυτή προϋποθέτει, ότι το άτομο έχει συμφωνήσει οικιοθελώς να συμμετάσχει στην έρευνα, είναι ενήμερο για τη φύση και το σκοπό της έρευνας και μπορεί να αποχωρήσει όποια στιγμή το θελήσει χωρίς κυρώσεις (Τριλίβα & Ρούσση, 2012). Η σύνταξη του συγκεκριμένου εντύπου στηρίχθηκε κατά πολύ στο έντυπο για την, κατόπιν πληροφόρησης, συναίνεση-συγκατάθεση της Aiken (1991).

2.Έντυπο αριθμ.4 «Οδηγίες συμπλήρωσης Ερωτηματολογίων». Στο έντυπο αυτό καθορίσαμε γραπτώς τις οδηγίες συμπλήρωσης των Ερωτηματολογίων με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη λεπτομέρεια, προσπαθώντας να εξασφαλίσουμε τη μεγαλύτερη δυνατή ομοιομορφία στη μεταχείριση όλων των υποκειμένων της έρευνας, ώστε οι μετρήσεις μας να είναι τελικά συγκρίσιμες (Παρασκευόπουλος, 1993α, σσ. 87-88). Οι γραπτές οδηγίες ήταν επίσης σταθμισμένες όπως αναφέραμε προηγουμένως, αφού πριν πάρουν την τελική τους μορφή, είχαν δοθεί πιλοτικά για κριτική σε ένα μικρό αριθμό υποκειμένων (Παρασκευόπουλος, 1993α. Σταλίκας και συν., 2012).

3.Έντυπο αριθμ.5 «Στοιχεία επικοινωνίας Ερευνητή».

4.Έντυπο αριθμ.6 «Φόρμα επικοινωνίας Νηπιαγωγού».

Ειδικότερα, όσον αφορά στη συνοδευτική επιστολή προσπαθήσαμε μέσω αυτής να δημιουργήσουμε μια σχέση προσωπικής επικοινωνίας με τα υποκείμενα της έρευνας, εξηγώντας τους σαφώς τη φύση, το σκοπό και τη σπουδαιότητα της έρευνας. Ιδιαίτερη προσοχή επιδείξαμε σε θέματα δεοντολογίας που αφορούν στη συλλογή, την επικοινωνία και τη φύλαξη των πληροφοριών που προέρχονται από τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων[133]. Επίσης, παροτρύναμε τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το Ερωτηματολόγιο του νηπιαγωγού και τη ΦΑΝ-Β, με ειλικρίνεια, χωρίς να παραλείψουν καμία ερώτηση και να μας τα επιστρέψουν εγκαίρως, το αργότερο μετά από είκοσι μέρες.

Προκειμένου, τέλος, να υποκινηθεί περισσότερο το ενδιαφέρον τους για συμμετοχή στην έρευνα, οι νηπιαγωγοί ενημερώθηκαν ότι τα παραπάνω ερωτηματολόγια θα επιδοθούν και σ' άλλες συναδέλφους (Βάμβουκας, 1998), ενώ τους διαβεβαιώσαμε ότι μετά την αποστολή των Ερωτηματολογίων θα λάμβαναν εντός 30 ημερών βεβαίωση συμμετοχής στην έρευνα.

Ο βαθμός ανταπόκρισης των συμμετεχόντων δικαίωσε τις ενέργειές μας, αφού από τις 1.300 ΦΑΝ-Β συμπληρώθηκαν οι 1.234 (95%) και από τα 80 Ερωτηματολόγια

[133] Οι κώδικες κι οι αρχές Δεοντολογίας που ακολουθήσαμε καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας μας παρουσιάζονται διεξοδικά στο κεφ. 7.1.3 «Θέματα Δεοντολογίας» της παρούσας διατριβής.

Νηπιαγωγού συμπληρώθηκαν τα 77 (96%). Τα παραπάνω ποσοστά ανταπόκρισης κρίναμε ότι είναι πολύ ικανοποιητικά, αν λάβουμε υπόψη μας, πληροφορούμενοι από την διεθνή βιβλιογραφία, ότι θα ήταν σχεδόν αδύνατο να εξασφαλιστεί ποσοστό ανταπόκρισης 100 %.

Αμέσως μετά τη λήψη όλων των ερωτηματολογίων ελέγξαμε σχολαστικά αν υπήρχαν «αναπάντητες ερωτήσεις, σφάλματα από απροσεξία στο τσεκάρισμα και αν υπήρχαν ανακρίβειες και αντιφάσεις στις απαντήσεις» (Παρασκευόπουλος, 1993, σ. 124). Από αυτό το γενικό έλεγχο απορρίψαμε τα ελλιπώς συμπληρωμένα Ερωτηματολόγια (2%) ενώ διορθώσαμε τα σφάλματα όπου υπήρχαν.

Στη συνέχεια έγινε η κωδικοποίηση[134] των απαντήσεων και η επεξεργασία τους με ανάλυση μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή.

Στα επόμενα κεφάλαια παρατίθενται, αναλύονται και ερμηνεύονται τα δεδομένα σε σχέση με τις υποθέσεις και τα ερωτήματα που έχουν τεθεί.

7.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα μας για τη συλλογή των δεδομένων είναι: α) το *«Ερωτηματολόγιο του Νηπιαγωγού»* και β) *«Η Φόρμα Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) για παιδιά 1½ -5»* η οποία αντιστοιχεί στο αγγλικό ακρωνύμιο C-TRF (Caregiver-Teacher Report Form) (Achenbach & Rescorla, 2009).

7.3.1 ΦΟΡΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ για τον/την ΝΗΓΙΑΓΩΓΟ – ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΟΚΟΜΟ (ΦΑΝ-Β) 1½ - 5

Η ΦΑΝ-Β είναι ένα από τα τρία ψυχομετρικά εργαλεία του Συστήματος Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ). Τα άλλα δυο εργαλεία του ΣΑΕΒΑ είναι η «Λίστα Ελέγχου Παιδικής Συμπεριφοράς (ΛΕΠΣ) για παιδιά1½ -5» που συμπληρώνεται από γονείς και το «Ερωτηματολόγιο Γλωσσικής Ανάπτυξης (ΕΓΑ) για παιδιά 18 έως 35

[134] Οι κωδικοί αριθμοί και στις δυο μορφές ερωτήσεων, κλειστού και ανοικτού τύπου είναι στατιστικώς κατηγορικά δεδομένα (Παρασκευόπουλος, β΄ τόμος, σ. 125).

μηνών» που συμπληρώνεται από γονείς και εκπαιδευτικούς (Achenbach & Rescorla, 2009).

Το ΣΑΕΒΑ ανταποκρίνεται απόλυτα στον κώδικα δεοντολογίας που θέσπισε το APA (1951) για τις ψυχομετρικές διαδικασίες[135] και έχει αδιαμφισβήτητη χρησιμότητα και αποδοχή από την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα. Έχει «σταθμιστεί και μεταφραστεί σε περισσότερες από 60 διαφορετικές γλώσσες» (Achenbach & Rescola, 2009, σ. 13), ενώ η επιστημονική του τεκμηρίωση, μέχρι της παρούσης έχει καταγραφεί σε περισσότερα από 8.610 επιστημονικά άρθρα (ASEBA)[136]. Η συμπλήρωση της ΦΑΝ-Β δεν απαιτεί κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση των νηπιαγωγών αφού, όπως αναφέρει η Rescorla (2005), οι οδηγίες είναι σαφείς και βοηθούν στη γρήγορη και εύκολη συμπλήρωσή της. Μάλιστα, στην Αμερική η αποστολή και η συμπλήρωση μπορεί να γίνει μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Βέβαια, μπορεί η συμπλήρωση να μην απαιτεί κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση, η ερμηνεία εντούτοις των αποτελεσμάτων της χρειάζεται «επαγγελματική εκπαίδευση και γνώση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που εμφανίζουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας» (Rescorla, 2005, p. 229).

Η ΦΑΝ-Β μπορεί να συμπληρωθεί από βρεφονηπιοκόμους, νηπιαγωγούς καθώς και ανθρώπους που παρατηρούν το παιδί, να συνυπάρχει σε μια ομάδα το λιγότερο τεσσάρων παιδιών και με βασική προϋπόθεση να γνωρίζουν το παιδί το λιγότερο δυο μήνες (Achenbach & Rescorla, 2009).

Όπως αναφέρει ο Τσαούσης, ο οποίος έχει κάνει τη στάθμιση και προσαρμογή του ΣΑΕΒΑ στην Ελλάδα, η αξία του έγκειται στην αντικειμενική ταξινόμηση και αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, που αποτελούν προαπαιτούμενο για τον εντοπισμό και την

---

[135] Η ψυχολογική αξιολόγηση κυριάρχησε στο χώρο της ψυχολογίας και μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο παρουσιάζεται μία άνθιση των ψυχοδιαγνωστικών τεστ όλων των κατηγοριών (νοημοσύνης, ικανοτήτων, προσωπικότητας). Παράλληλα όμως άρχισαν να ακούγονται και κριτικές σχετικά με τον τρόπο που εντοπίζουν αυτά τα ψυχοδιαγνωστικά τεστ τις αδυναμίες-προβλήματα στα άτομα που αξιολογούν και ιδιαίτερα τις συνέπειες που είχαν αυτές οι αξιολογήσεις στις πιο αδύνατες κοινωνικά ομάδες, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, τους οικονομικά ασθενέστερους και στα άτομα με φυλετικές, θρησκευτικές και εθνικές διαφοροποιήσεις (Alessandri, Heiden & Dunbar-Welter, 1995).

Αυτό οδήγησε στη θέσπιση ενός Κώδικα Δεοντολογίας από τον APA το 1951 (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν, 2002) που συνοπτικά αναφέρει:

1.Κάθε ψυχομετρική δοκιμασία θα πρέπει να συνοδεύεται από ένα εγχειρίδιο το οποίο θα παρουσιάζει τις απαραίτητες πληροφορίες για την ορθή χρήση του.

2.Θα περιγράφει το σκοπό και θα έχει σαφείς οδηγίες για τη χορήγησή του και τη βαθμολόγησή του.

3. Οφείλει να παρέχει στοιχεία σχετικά με το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για τη στάθμισή της.

4. Να αναφέρει τη σχετική βιβλιογραφία στην οποία στηρίχθηκε.

5. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και προσόντα που πρέπει να κατέχει ο αξιολογητής.

6. Θα πρέπει να συνοδεύεται επίσης με μία δήλωση αποδοχής συμμετοχής από τον εξεταζόμενο.

Αν η δοκιμασία είναι μεταφρασμένη είναι απαραίτητο να διερευνάται αν η στάθμισή της είναι ικανοποιητική για το συγκεκριμένο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο.

[136] Ο συγκεκριμένος διαδικτυακός τόπος (https://bib.aseba.org) παρουσιάζει δημοσιευμένες μελέτες από όλο τον κόσμο οι οποίες χρησιμοποίησαν τα Ερωτηματολόγια του ΣΑΕΒΑ σε 50 διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, ενώ η πρόσβαση δεν είναι δωρεάν. Μέχρι της παρούσης η χρέωση είναι 15 δολάρια για 3 μήνες.

αντιμετώπιση των δυσκολιών που παρουσιάζουν τα παιδιά στην καθημερινή τους ζωή αλλά και στην αλληλεπίδρασή τους με το περιβάλλον τους (Achenbach & Rescorla, 2009).

Ειδικότερα, όσον αφορά στη ΦΑΝ-Β, η οποία αποτέλεσε και το κύριο ερευνητικό μας εργαλείο, στην τελευταία στάθμιση στον ελληνικό πληθυσμό, που έγινε από το Τσαούση το 2003 (Achenbach & Rescorla, 2009) έχουν υπάρξει κάποιες σημαντικές αλλαγές από την προηγούμενη στάθμισή της (Achenbach, 1997). Πιο συγκεκριμένα, στην τελευταία στάθμισή της, η ΦΑΝ-Β περιλαμβάνει: 1) Νέο μεγαλύτερο εύρος ηλικιών (1½ - 5 ετών), ενώ η προηγούμενη ΦΑΝ-Β είχε σταθμιστεί για ηλικίες 2-5 ετών. Θα ήταν χρήσιμο, στο σημείο αυτό, να διευκρινίσουμε ότι η συλλογή δεδομένων στην έρευνά μας από παιδιά ηλικίας 5-6 ετών (νήπια) επιτρέπεται, γιατί η ηλικιακή απόκλιση από τις νόρμες της ΦΑΝ-Β δεν είναι πολύ μεγάλη (Achenbach & Rescorla, 2009. https://bib.aseba.org), αλλά και γιατί το δείγμα μας αποτελείται μόνο από παιδιά ηλικίας 5 έως και 6 ετών και κανένα μεγαλύτερο των 6. Στην τελευταία περίπτωση, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο σχολικής ηλικίας Teacher Report Form (TRF), για ηλικίες 6-18 ετών του Achenbach. 2) Η βαθμολόγηση των κλιμάκων βασίστηκε σε ένα νέο μεγαλύτερο δείγμα στάθμισης, με αποτέλεσμα και οι κλίμακες των συνδρόμων να έχουν αναθεωρηθεί (Achenbach & Rescorla, 2009). 3) Έχει αλλάξει η οριοθέτηση του οριακού φάσματος, το οποίο εκτείνεται πλέον από την Τ- τιμή 65 (93η εκατοστιαία θέση) έως και την Τ- τιμή 69 (97η εκατοστιαία θέση), ενώ στη προηγούμενη έκδοση εκτεινόταν από την Τ- τιμή 67 (95η εκατοστιαία θέση) έως και την Τ- τιμή 70 (98η εκατοστιαία θέση) (Achenbach & Rescorla, 2009)[137]. 4) Έχουν κατασκευαστεί κλίμακες που είναι εναρμονισμένες με τις διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV, δηλαδή του επικρατέστερου τυπικού, διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου για την ταξινόμηση ψυχιατρικών διαταραχών, που εκδίδεται από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση (APA, 1994. Achenbach & Rescorla, 2009).

Από την παραγοντική ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων, προέκυψαν οι κλίμακες έξι συνδρόμων προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος[138] για κάθε φύλο ξεχωριστά.

Οι κλίμακες των συνδρόμων Συναισθηματική Αντιδραστικότητα, Ανησυχία/ Κατάθλιψη, Σωματικές ενοχλήσεις και Απόσυρση, έχουν ομαδοποιηθεί «με παραγοντικές αναλύσεις δεύτερης τάξης των συνδρόμων», σε μια ευρύτερη κλίμακα ως «Εσωτερικευμένα Προβλήματα», ενώ οι κλίμακες των συνδρόμων Προβλήματα Προσοχής

[137] Η μείωση αυτή του οριακού φάσματος έγινε «γιατί ερευνητές και επαγγελματίες έχουν ισχυριστεί ότι κάτι τέτοιο θα αυξήσει το ποσοστό εντοπισμού παιδιών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος» (Achenbach & Rescorla, σ. 91).

[138] Για τον ορισμό της έννοιας του *συνδρόμου* βλ. κεφ.1 της παρούσης μελέτης.

και Επιθετική Συμπεριφορά, με τον ίδιο τρόπο, ομαδοποιούνται ως «Εξωτερικευμένα Προβλήματα» (Achenbach & Rescorla, 2009, σσ. 93-97). Η κλίμακα των Εσωτερικευμένων Προβλημάτων αναφέρεται, κυρίως, σε ενδογενή προβλήματα του ατόμου, σε προβλήματα δηλαδή του εσωτερικού του κόσμου, ενώ η κλίμακα «Εξωτερικευμένα Προβλήματα» «αντανακλά τις συγκρούσεις των παιδιών με άλλους ανθρώπους καθώς και τις προσδοκίες που έχουν αυτοί από τη συμπεριφορά των παιδιών» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ. 93.).

Οι άλλες ερωτήσεις της ΦΑΝ-Β, τις οποίες η παραγοντική ανάλυση δεν αναγνώρισε ως ερωτήσεις που ανήκουν σε κάποιο από τα παραπάνω σύνδρομα, ομαδοποιούνται στην κλίμακα με τίτλο «Άλλα προβλήματα». Οι ερωτήσεις της κλίμακας αυτής δεν έχουν καμία σχέση μεταξύ τους, γι' αυτό και δε μεταχειρίζονται ως μια ξεχωριστή και ενιαία κλίμακα στην ανάλυση των δεδομένων (Achenbach & Rescorla, 2009).

Τέλος, η κλίμακα «Συνολικά Προβλήματα» έχει προκύψει από το άθροισμα όλων των βαθμολογιών των τριών κλιμάκων (Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα και Άλλα Προβλήματα) (Achenbach & Rescorla, 2009).

7.3.1.1 Βαθμολόγηση της ΦΑΝ-Β

Η ΦΑΝ-Β περιλαμβάνει αρχικά δημογραφικού τύπου ερωτήσεις, που αφορούν στο παιδί για το οποίο συμπληρώνεται (φύλο, ακριβής ηλικία σε μήνες, εθνικότητα, πόσες ώρες παρακολουθεί την εβδομάδα το πρόγραμμα του σχολείου), τους γονείς του (επαγγελματική κατάσταση μητέρας και πατέρα), το σχολείο που φοιτά (είδος σχολείου, αριθμό παιδιών τάξης) και το άτομο που συμπληρώνει τη ΦΑΝ-Β (εκπαίδευση, προϋπηρεσία, μήνες που γνωρίζει το παιδί, πόσο καλά το γνωρίζει και αν έχει αντιληφθεί ότι το παιδί αυτό έχει ανάγκη από ειδικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα ή ειδική φροντίδα).

Στη συνέχεια, ακολουθούν συνολικά 100 ερωτήσεις καθεμία από τις οποίες απεικονίζει και διαφορετικές όψεις της συμπεριφοράς και της συναισθηματικής λειτουργικότητας του παιδιού προσχολικής ηλικίας. Από τις ερωτήσεις αυτές, οι 99 βαθμολογούνται σε τριτοβάθμια κλίμακα τύπου Likert ως εξής: 0= Το στοιχείο συμπεριφοράς δεν ταιριάζει καθόλου με το παιδί, 1= Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές στο παιδί και 2= Ταιριάζει πάρα πολύ ή πολύ συχνά. Από αυτές, οι 91 είναι κλειστού τύπου ενώ οι υπόλοιπες 8 είναι ανοικτού τύπου και αναλύονται περεταίρω σε περίπτωση που αυτός που συμπληρώνει τη ΦΑΝ-Β επιλέξει το στοιχείο 1 ή 2 στην τριτοβάθμια κλίμακα

της ερώτησης. Η ερώτηση «100» είναι μια ερώτηση ανοικτού τύπου και την υπολογίζουμε[139] στη βαθμολογία της κλίμακας «Συνολικά προβλήματα» μόνο όταν ο αξιολογητής σημειώσει σε αυτή οποιοδήποτε πρόβλημα μπορεί να έχει το παιδί και δεν αναφέρεται στις προηγούμενες 99 ερωτήσεις.

Στο τέλος, υπάρχουν και τρεις ερωτήσεις ανοικτού τύπου που αφορούν στο παιδί και ζητούν από το άτομο που συμπληρώνει τη ΦΑΝ-Β να περιγράψει τι τον απασχολεί περισσότερο στο παιδί, τα καλύτερα χαρακτηριστικά του και αν πάσχει από κάποια ασθένεια (σωματική ή πνευματική). Οι ερωτήσεις αυτές δίνουν πληροφορίες πολύ χρήσιμες για την κλινική αξιολόγηση του παιδιού, αλλά δε βαθμολογούνται (Achenbach & Rescorla, 2009). .

Όσον αφορά στη συμπλήρωση της ΦΑΝ-Β, διευκρινίζεται ότι πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να αντικατοπτρίζεται η άποψη του κάθε νηπιαγωγού για τη συμπεριφορά του παιδιού, ακόμα και αν οι άλλοι άνθρωποι ίσως διαφωνούν με αυτή. Επίσης, σε ειδικό χώρο στο τέλος της ΦΑΝ-Β, οι νηπιαγωγοί μπορούν να σημειώσουν αν το επιθυμούν, επιπρόσθετες πληροφορίες για το παιδί, οι οποίες δεν συμπεριλαμβάνονται στις ερωτήσεις.

Η κατηγοριοποίηση των βαθμολογιών που προκύπτουν από τις ΦΑΝ-Β γίνεται σε τρία επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο, περιλαμβάνει τις αρχικές τιμές (βαθμολογίες) στις έξι κλίμακες συνδρόμων[140], καθώς και στην κλίμακα «Άλλα Προβλήματα». Το σύνολο της βαθμολογίας σε κάθε κλίμακα συνδρόμου υπολογίζεται από το άθροισμα των βαθμών 1 και 2 που σημειώνονται σε κύκλο στις ερωτήσεις της ΦΑΝ-Β. Στο δεύτερο επίπεδο αθροίζονται οι βαθμολογίες των συνδρόμων που αποτελούν την κλίμακα/ομάδα συνδρόμων των «Εσωτερικευμένων Προβλημάτων» και οι βαθμολογίες των συνδρόμων που αποτελούν την κλίμακα/ομάδα συνδρόμων των «Εξωτερικευμένων Προβλημάτων». Τέλος, στο τελευταίο επίπεδο η κλίμακα «Συνολικά Προβλήματα» προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών και των τριών κλιμάκων (Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα και Άλλα Προβλήματα) (Achenbach & Rescorla, 2009, σσ 84-94).

Οι αρχικές τιμές για τις κλίμακες/ομάδες συνδρόμων «Εσωτερικευμένα Προβλήματα», «Εξωτερικευμένα Προβλήματα» και «Συνολικά Προβλήματα», μπορούν να μετατραπούν σε τυπικούς βαθμούς, δηλαδή σε ομαλοποιημένες Τ- τιμές, που παρέχουν ένα

---

[139] Αν ο αξιολογητής κατέγραψε στην ερώτηση 100 περισσότερα από ένα προβλήματα τότε υπολογίζουμε μόνο την υψηλότερη βαθμολογία (π.χ. αν ο αξιολογητής βαθμολογήσει με 1 κάποιο πρόβλημα και με 2 ένα άλλο τότε προσθέτουμε μόνο τη βαθμολογία 2 στην κλίμακα «Συνολικά προβλήματα» (Achenbach & Rescorla, 2009).

[140] Συναισθηματικά Αντιδραστικός, Ανήσυχος/ Καταθλιπτικός, Σωματικές ενοχλήσεις, Απόσυρση, Προβλήματα Προσοχής και Επιθετική Συμπεριφορά.

κοινό αριθμητικό μέτρο για κλίμακες που έχουν διαφορετικό αριθμό ερωτήσεων[141] και έχουν την ίδια σημασία για κάθε κλίμακα παρόλο που η κατανομή των αρχικών τιμών είναι διαφορετική[142]. «Οι Τ- τιμές αντιστοιχούν στις αρχικές τιμές (βαθμολογίες) μιας κλίμακας σύμφωνα με τις εκατοστιαίες τιμές που έχουν υπολογιστεί για τις αρχικές τιμές του δείγματος στάθμισης. Τέλος, οι Τ-τιμές μας βοηθούν να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα του παιδιού σε μια κλίμακα, σε σχέση με αυτά των δειγμάτων στάθμισης» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ. 87), αφού μια συγκεκριμένη Τ-τιμή «υποδηλώνει τον ίδιο βαθμό ανύψωσης για κάθε κλίμακα σε σχέση με το τυπικό βαθμό στάθμισης» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ. 32).

Εκτός από τη ποσοτική αξιολόγηση (αρχικές και Τ-τιμές) που παρουσιάσαμε παραπάνω, η κάθε κλίμακα συνδρόμου παρέχει τη δυνατότητα ποιοτικής αξιολόγησης των παιδιών ταξινομώντας, ξεχωριστά τα αγόρια από τα κορίτσια, μέσα από τα σημεία τομής (cutpoints) σε αυτά που ανήκουν στο *φυσιολογικό* φάσμα και σε αυτά που ανήκουν στο *κλινικό* φάσμα. Ανάμεσα στο φυσιολογικό και στο κλινικό φάσμα υπάρχει και μια περιοχή που ονομάζεται *οριακό* φάσμα. Το οριακό φάσμα δηλώνει ότι η βαθμολογία του παιδιού, σε μια ή περισσότερες κλίμακες συνδρόμων, είναι αρκετά υψηλή για να μας δημιουργεί ανησυχία για ενδεχόμενη παροχή επαγγελματικής βοήθειας αλλά δεν αποκλίνει τόσο όσο μια βαθμολογία που βρίσκεται στο κλινικό φάσμα (Achenbach & Rescorla, 2009, σσ. 89-112). «Οι βαθμολογήσεις που εμπίπτουν στο οριακό φάσμα μπορούν να βοηθήσουν τους χρήστες να προβούν σε πιο διακριτές ταξινομήσεις από ό,τι θα έκαναν στην περίπτωση που όλες οι βαθμολογίες εντασσόταν αποκλειστικά στο φυσιολογικό ή στο κλινικό φάσμα» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ. 112).

Το οριακό φάσμα των Τ-τιμών και στις τρεις κλίμακες/ομάδες συνδρόμων, εκτείνεται από το 60 έως το 63 (αντίστοιχα από την 84η ως την 90η εκατοστιαία θέση). Οι Τ-τιμές άνω των 63 αντιστοιχούν στο κλινικό φάσμα (>91η εκατοστιαία θέση και άνω). Οι κλίμακες όμως των συνδρόμων στη τελευταία στάθμιση της ΦΑΝ-Β (Achenbach & Rescorla, 2009) και στις εναρμονισμένες με το DSM-IV κλίμακες, έχουν υψηλότερα σημεία τομής και εκτείνονται για το μεν οριακό φάσμα από την Τ-τιμή 65 (93η εκατοστιαία θέση) έως και τη Τ- τιμή 69 (97η εκατοστιαία θέση), ενώ το κλινικό φάσμα ορίζεται από την Τ-τιμή ≥70 (>98η εκατοστιαία θέση και άνω). Αυτή η διαφοροποίηση δικαιολογείται, γιατί «τα προβλήματα που περιέχονται σε κάθε κλίμακα συνδρόμου είναι λιγότερα και

[141] Για παράδειγμα, στην κλίμακα «Εξωτερικευμένα προβλήματα», το σύνδρομο Προβλήματα Προσοχής περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις της ΦΑΝ-Β ενώ το σύνδρομο Επιθετική Συμπεριφορά περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις.

[142] Για παράδειγμα, αν η αρχική τιμή ενός κοριτσιού στο σύνδρομο Συναισθηματικά αντιδραστικός είναι 3, ενώ η αρχική τιμή της στο σύνδρομο Επιθετική συμπεριφορά είναι 13 και οι δυο διαφορετικές αυτές τιμές ισοδυναμούν με την ίδια Τ-τιμή, την τιμή 62 (Achenbach & Rescorla, 2009).

περισσότερο ομοιογενή σε σχέση με αυτά των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων» (Βενιακάκη, 2009, σ. 152).

Έχοντας, λοιπόν, τις αρχικές τιμές (βαθμολογίες) και τις Τ-τιμές για κάθε σύνδρομο ξεχωριστά, αλλά και για κάθε κλίμακα/ομάδα συνδρόμων, μπορούμε να συγκρίνουμε τη βαθμολογία του κάθε αγοριού ή κοριτσιού με τη βαθμολογία των αγοριών ή των κοριτσιών, που έδωσε η ελληνική στάθμιση σε κάθε σύνδρομο ή κλίμακα/ομάδα συνδρόμων. Εάν π.χ. η αρχική τιμή (βαθμολογία) ενός κοριτσιού στο σύνδρομο «Απόσυρση» είναι 5, η βαθμολογία αυτή αντιστοιχεί στην Τ- τιμή 66 και είναι υψηλότερη από τη βαθμολογία που έλαβε το 94% των κοριτσιών αυτής της ηλικίας. Η βαθμολογία αυτή εμπίπτει στο οριακό φάσμα. Όσον αφορά στις κλίμακες/ομάδες συνδρόμων, αν για π.χ. η Τ- τιμή ενός αγοριού είναι 59 στα «Συνολικά προβλήματα», αυτή αντιστοιχεί στην 83η εκατοστιαία θέση του ελληνικού δείγματος στάθμισης, που σημαίνει ότι το 83% των αγοριών αυτής της ηλικίας στην Ελλάδα πήραν βαθμολογία στην κλίμακα αυτή κάτω από 59. Η βαθμολογία αυτή εμπίπτει στο φυσιολογικό φάσμα (Achenbach & Rescorla, 2009).

7.3.1.2 Αξιοπιστία της ΦΑΝ-Β

Με τον όρο αξιοπιστία ορίζουμε τη «συμφωνία μεταξύ επανειλημμένων αξιολογήσεων ενός φαινομένου, όταν το φαινόμενο αυτό παραμένει σταθερό» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ. 99). Η εκτίμηση του δείκτη αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων, κατά τη στάθμιση της ΦΑΝ-Β σε ελληνικό πληθυσμό έγινε με τον υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης επαναληπτικής χορήγησης Pearson (r) στις επαναληπτικές χορηγήσεις της, στο ίδιο δείγμα εκπαιδευτικών σε διάστημα περίπου 4 εβδομάδων από την αρχική χορήγηση. «Ο δείκτης επαναληπτικών μετρήσεων της ΦΑΝ-Β είναι για τα σύνδρομα [(Pearson (r) 0,75- 0,93)] και για τις κλίμακες/ομάδες συνδρόμων [(Pearson (r) 0,87- 0,91)]. Οι συντελεστές αυτοί είναι ενδεικτικοί υψηλού βαθμού αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ. 201).

Υψηλός είναι, επίσης, ο δείκτης εσωτερικής συνοχής, κατά τη στάθμιση της ΦΑΝ-Β σε ελληνικό πληθυσμό, όπου όλες οι συσχετίσεις ήταν στατιστικά σημαντικές σε «επίπεδο σημαντικότητας $\rho<0,01$ για τα σύνδρομα (r 0,62 - 0,94) αλλά και για τις κλίμακες/ομάδες συνδρόμων (r 0,89 - 0,98)» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ. 201).

Τέλος, στο ίδιο δείγμα στάθμισης, υψηλός ήταν και ο δείκτης των δύο ημίσεων που δηλώνει τη σταθερότητα των βαθμολογιών των κλιμάκων, αφού «όλες οι συσχετίσεις ήταν

στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο ρ<0,01 για τα σύνδρομα (0,76 - 0,86) αλλά και για τις κλίμακες/ομάδες συνδρόμων (0,85 - 0,93)» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ. 201).

Λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές των δεικτών αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων, εσωτερικής συνοχής και δύο ημίσεων του ελληνικού δείγματος στάθμισης, αλλά και συγκρίνοντας τες με τις τιμές των αντίστοιχων δεικτών από αμερικάνικο δείγμα, διαπιστώσαμε ότι η ΦΑΝ είναι ένα αρκετά αξιόπιστο ερωτηματολόγιο.

7.3.1.3 Εγκυρότητα της ΦΑΝ-Β

Η εκτίμηση της εγκυρότητας ενός τεστ αξιολογείται γενικά μέσα από το αν αυτό το τεστ μετράει αυτό για το οποίο έχει κατασκευαστεί να μετρήσει (Βάμβουκας, 1998). «Η εγκυρότητα των εργαλείων προσχολικής αξιολόγησης[143] πρέπει να εξετάζεται από πολλές οπτικές γωνίες» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ. 107) όπως είναι:

α) Η εγκυρότητα περιεχομένου ή αλλιώς η «αντιπροσωπευτικού περιεχομένου» εγκυρότητα της ΦΑΝ-Β (content validity). Αυτή τεκμηριώνεται κυρίως από το γεγονός, ότι όλες σχεδόν οι ερωτήσεις της ΦΑΝ-Β είχαν την ικανότητα να διακρίνουν σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό (p≤0,01) τα παιδιά που έχουν παραπεμφθεί σε κάποια δομή ψυχικής υγείας από αυτά που δεν έχουν παραπεμφθεί. Επίσης, η εγκυρότητα περιεχομένου της ΦΑΝ-Β υποστηρίζεται και από το γεγονός ότι όλες οι ερωτήσεις, προτού επιλεγούν, υποβλήθηκαν σε μια εκτενή και διεξοδική διαδικασία επιλογής και βελτίωσης (Achenbach & Rescorla, 2009, σσ. 108, 125).

β) Η εγκυρότητα σε σχέση με το κριτήριο ή αλλιώς η «προβλεπτικής συνάφειας» εγκυρότητα (criterion-related validity) των κλιμάκων της ΦΑΝ-Β. Αυτή τεκμηριώθηκε μέσα από αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης, σχετικού λόγου συμπληρωματικών πιθανοτήτων και διακρίνουσας ανάλυσης. Όλες οι μετρήσεις επιβεβαίωσαν στατιστικά σημαντική ικανότητα διάκρισης των παιδιών που έχουν παραπεμφθεί σε κάποια δομή ψυχικής υγείας από αυτά που δεν έχουν παραπεμφθεί, με κριτήριο τη βαθμολογία των Τ-τιμών στην κλίμακα «Συνολικά Προβλήματα» (Achenbach, 1991. Achenbach & Rescorla, 2009).

γ) Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής ή αλλιώς η «συγχρονικής συνάφειας» εγκυρότητα (construct validity) της ΦΑΝ-Β, η οποία έχει υποστηριχθεί μέσα από στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τα κριτήρια του DSM-IV, με προβλεπτικές σχέσεις

[143] Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι δύσκολο να αξιολογηθούν γιατί βρίσκονται σε ένα πρώιμο στάδιο ανάπτυξης και δεν είναι πολύ ξεκάθαρο τι πρέπει, ακριβώς, να μετρηθεί στους διάφορους τομείς ανάπτυξης (Achenbach & Rescorla, 2009).

των βαθμολογιών της ΦΑΝ-Β με άλλες μετρήσεις αλλά και «από ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν την επίδραση γενετικών παραγόντων στα προβλήματα που αξιολογούνται από συγκεκριμένες κλίμακες» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ. 125).

7.3.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΝΗΠΙΑΓΩΓΟΥ

Το Ερωτηματολόγιο του νηπιαγωγού (Ε01, Παράρτημα Δ2) δημιουργήθηκε, για να καλύψει την ανάγκη μας για συλλογή επιπλέον δημογραφικών, κυρίως, στοιχείων που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην πιο εμπεριστατωμένη και πολύπλευρη εξέταση του θέματος μας. Οι επιπλέον-προς έρευνα- παράμετροι αφορούσαν στους νηπιαγωγούς, τον τύπο του νηπιαγωγείου και την οργάνωση των τάξεων και δε συμπεριλαμβανόταν στη ΦΑΝ-Β.

Το Ερωτηματολόγιο του νηπιαγωγού αποτελείται από 11 ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου. Η επιλογή και η διατύπωση των ερωτήσεων βασίστηκε τόσο στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσο και στις απόψεις και παρατηρήσεις νηπιαγωγών μετά την πιλοτική εφαρμογή του. Από τη λεπτομερή εξέταση και ανάλυση των απαντήσεων των νηπιαγωγών που συμμετείχαν στην πιλοτική έρευνα, διαπιστώθηκε, επίσης, ότι οι ερωτήσεις, αλλά και οι ορισμοί που περιλαμβάνονταν σε μερικές από αυτές, ήταν κατάλληλα διατυπωμένοι, ώστε να μην επιτρέπουν σοβαρές παρερμηνείες οι οποίες θα μπορούσαν να αλλοιώσουν τα αποτέλεσματα ή μέρος των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας.

Οι ερωτήσεις του Ερωτηματολογίου με κριτήριο το περιεχόμενο χωρίζονται σε τέσσερα μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από τρεις ερωτήσεις (Α1, Α2, Α3), οι οποίες αναφέρονται σε δημογραφικά-ατομικά στοιχεία των νηπιαγωγών. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από πέντε ερωτήσεις (Β4, Β5, Β6, Β7, Β8) στις οποίες οι νηπιαγωγοί καλούνται να δώσουν πληροφορίες για την οργανικότητα του σχολείου που υπηρετούν, το μέγεθος καθώς και την οργάνωση της τάξης τους. Στο τρίτο μέρος παρατίθενται δύο ερωτήσεις (Γ11, Γ12) οι οποίες αφορούν στην πιθανή επιλογή από τους νηπιαγωγούς κάποιων παραδοσιακών ή εναλλακτικών μορφών αξιολόγησης της συμπεριφοράς των μαθητών τους. Τέλος, στο τέταρτο μέρος η ερώτηση Δ13, αφορά στην επιμόρφωση των νηπιαγωγών, σχετικά με την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας.

Αναλυτικότερα, στο πρώτο μέρος, η ερώτηση Α1 αφορά στο φύλο του/της νηπιαγωγού. Μέχρι το 1982, οπότε και εισήχθησαν στις Σχολές Νηπιαγωγών και άνδρες, ο όρος «νηπιαγωγός» αναφερόταν αποκλειστικά στις γυναίκες, εφόσον επικρατούσε η αντίληψη ότι πληρούσαν καλύτερα το ρόλο τους ως υποκατάστατα μιας «καλής μαμάς» (Κιτσαράς, 2001). Μελετώντας τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ σχετικά με την κατανομή διδακτικού προσωπικού κατά φύλο, τα τελευταία 8 χρόνια, διαπιστώσαμε ότι αυξάνεται το ποσοστό των ανδρών που δουλεύουν σε δημόσια Νηπιαγωγεία.[144]. Θεωρήσαμε, λοιπόν, ότι, αν εξασφαλίζαμε δείγμα από άντρες νηπιαγωγούς, θα ήταν χρήσιμη η αντιπαράθεση των αντιλήψεών τους σχετικά με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των παιδιών προσχολικής ηλικίας, με αυτές των γυναικών συναδέλφων τους. Κάτι τέτοιο όμως δεν κατέστη εφικτό, αφού, όπως αναφέραμε στο υποκεφάλαιο 7.1.3 «Περιγραφή του δείγματος», το δέιγμα μας αποτέλεσαν μόνο γυναίκες νηπιαγωγοί.

Στη συνέχεια, η ερώτηση Α2 διερευνά το ακαδημαϊκό προφίλ των νηπιαγωγών δίνοντάς τους τη δυνατότητα να επιλέξουν περισσότερα από ένα πεδία, αν αυτό είναι αναγκαίο. Πιο συγκεκριμένα οι νηπιαγωγοί δήλωσαν αν κατέχουν: α) Πτυχίο Σχολής Νηπιαγωγών διετούς φοιτήσεως χωρίς εξομοίωση, β) Σχολή Νηπιαγωγών διετούς φοιτήσεως με εξομοίωση[145], γ) Πανεπιστημιακό τίτλο[146], δ) Διδασκαλείο γενικής ή ειδικής αγωγής (Π.Δ.54/1973 και Ν.1566/1985), ε) Μεταπτυχιακό δίπλωμα, στ) Διδακτορικό δίπλωμα και τέλος, ζ) κάποιο άλλο πτυχίο.

Σύμφωνα με τον Burchinal (2002) το επίπεδο εκπαίδευσης και γενικότερα η κατάρτιση των εκπαιδευτικών αποτελούν σημαντικά κριτήρια για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης αγωγής και εκπαίδευσης στην προσχολική ηλικία. Στην έρευνά μας αντίστοιχα, με την ερώτηση αυτή, θέλαμε να εξετάσουμε κατά πόσο το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών (κατοχή πτυχίων) επηρεάζει ή όχι τη χρήση ποικίλων μορφών αξιολόγησης της συμπεριφοράς των μαθητών τους.

Στην ερώτηση Α3 θεωρήσαμε αναγκαίο να γνωρίζουμε τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας που είχαν τα υποκείμενα της έρευνας μας στη θέση του νηπιαγωγού, στον ιδιωτικό ή το δημόσιο τομέα, και αυτό γιατί τα χρόνια προϋπηρεσίας ουσιαστικά μετρούν τη διδακτική εμπειρία. Είναι γενικά αποδεκτή η άποψη, ότι η αποτελεσματική άσκηση του

---

[144] Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ε.Λ.Σ.Τ.Α.Τ οι άνδρες νηπιαγωγοί που δούλευαν στα δημόσια νηπιαγωγεία το σχολικό/ ακαδημαϊκό έτος 2005- 2006 ήταν 88 ενώ το 2010-11 ήταν 162.

[145] Σύμφωνα με το Νόμο 1566/1985 όσοι είχαν πτυχίο διετούς φοιτήσεως μπορούσαν να εξομοιώσουν το πτυχίο τους με αυτό του Πανεπιστημίου (τετραετούς φοιτήσεως) παρακολουθώντας ένα πρόγραμμα εξομοίωσης που διοργάνωνε ένα Πανεπιστημιακό τμήμα Νηπιαγωγών.

[146] Το ακαδημαϊκό προφίλ των νηπιαγωγών ποικίλλει καθώς από την μεταρρύθμιση του 1982 (Ν.1268/16-7-1982) οι Σχολές Νηπιαγωγών διετούς φοιτήσεως λειτουργούσαν παράλληλα μέχρι και το 1988 με τα Πανεπιστημιακά τμήματα τεταρτοετούς φοιτήσεως (Ευαγγελόπουλος, 1989).

εκπαιδευτικού έργου στηρίζεται, τόσο σε ερευνητικά δεδομένα, όσο και στη διδακτική εμπειρία που αποκτιέται από τον εκπαιδευτικό μέσα στο χρόνο (Morrison 1998), ενώ οι Cohen & Ball (1990) υποστηρίζουν ότι οι εκπαιδευτικοί με πολυετή πείρα έχουν την ικανότητα να διαχειρίζονται αποτελεσματικότερα πιθανές δυσλειτουργίες που προκύπτουν κατά την εκπαιδευτική διαδικασία, όπως προβλήματα συμπεριφοράς, δυσκολίες προσαρμογής, αντιμετώπιση παιδιών με συναισθηματική ανωριμότητα. Στην έρευνα μας αντίστοιχα, θέλαμε να εξετάσουμε αν τα χρόνια προϋπηρεσίας (διδακτική εμπειρία), επηρεάζουν ή όχι τους νηπιαγωγούς στη χρήση ποικίλων μορφών αξιολόγησης της συμπεριφοράς των μαθητών τους.

Στο δεύτερο μέρος, η ερώτηση Β4 αφορά στην οργανικότητα του σχολείου (μονοθέσιο, διθέσιο), με σκοπό να διερευνήσουμε αν στα πολυπληθέστερα σχολεία εμφανίζονται ή όχι περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος.

Η ερώτηση Β5 αφορά στο μέγεθος της τάξης (αριθμός νηπίων –προνηπίων) [147] που πήρε μέρος στην έρευνα μας. Σύμφωνα με έρευνες των τελευταίων δεκαετιών, ο αριθμός των φοιτούντων μαθητών σε μια τάξη νηπιαγωγείου, επηρεάζει την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος (Cryer, Tietze & Wessels, 2002). Στην έρευνά μας θέλαμε να εξετάσουμε αν στις πολυπληθέστερες τάξεις εμφανίζονται γενικά περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς.

Οι ερωτήσεις Β6, Β7 και Β8 αφορούν στη πιθανή φοίτηση στις τάξεις των νηπιαγωγείων που συμμετείχαν στην έρευνα, ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες[148].

Πιο συγκεκριμένα, στην ερώτηση Β8 θέλαμε να πληροφορηθούμε αν λειτουργούσε στην τάξη παράλληλη στήριξη[149]. Στην περίπτωση θετικής απάντησης ζητήθηκε από τους νηπιαγωγούς να συμπληρώσουν τη διαγνωσμένη αναπηρία/ ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες,

---

[147] Σύμφωνα με την Υ.Α. αριθμ. Φ.3/898/97657/Γ1 που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 1507 τεύχος β' 13 Οκτωβρίου 2006 ο αριθμός των νηπίων ανά τμήμα στα Νηπιαγωγεία, είναι 25.

[148]«Μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες θεωρούνται όσοι για ολόκληρη ή ορισμένη περίοδο της σχολικής τους ζωής εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες μάθησης εξαιτίας αισθητηριακών, νοητικών, γνωστικών, αναπτυξιακών προβλημάτων, ψυχικών και νευροψυχικών διαταραχών οι οποίες, σύμφωνα με τη διεπιστημονική αξιολόγηση, επηρεάζουν τη διαδικασία της σχολικής προσαρμογής και μάθησης. Επίσης οι μαθητές με σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες, παραβατική συμπεριφορά λόγω κακοποίησης, γονεϊκής παραμέλησης και εγκατάλειψης ή λόγω ενδοοικογενειακής βίας, και τέλος οι μαθητές που έχουν μία ή περισσότερες νοητικές ικανότητες και ταλέντα ανεπτυγμένα σε βαθμό που υπερβαίνει κατά πολύ τα προσδοκώμενα για την ηλικιακή τους ομάδα» (Νόμος 3699 /2008, ΦΕΚ199Α).

[149]«Η παράλληλη στήριξη παρέχεται σε μαθητές που μπορούν με κατάλληλη ατομική υποστήριξη να παρακολουθήσουν το αναλυτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα της τάξης, σε μαθητές με σοβαρότερες εκπαιδευτικές ανάγκες όταν στην περιοχή τους δεν υπάρχει άλλο πλαίσιο ΕΑΕ (ειδικό σχολείο, τμήμα ένταξης) ή όταν η παράλληλη στήριξη καθίσταται απαραίτητη – βάσει της γνωμάτευσης του ΚΕΔΔΥ – εξαιτίας των ειδικών εκπαιδευτικών τους αναγκών. Στην τελευταία περίπτωση η στήριξη από ειδικό εκπαιδευτικό μπορεί να γίνεται σε μόνιμη και προγραμματισμένη βάση» (Νόμος 3699 /2008, ΦΕΚ199Α, Άρθρο 6).

καθώς και την ακριβή ηλικία και το φύλο του /των παιδιών που ήταν ενταγμένα σε πρόγραμμα παράλληλης στήριξης.

Η ερώτηση Β9 αφορά στη λειτουργία τμήματος ένταξης[150]μέσα στην τάξη ή το σχολείο. Σε περίπτωση θετικής απάντησης ζητήθηκε από τους νηπιαγωγούς να συμπληρώσουν τη διαγνωσμένη αναπηρία/ ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες καθώς και την ακριβή ηλικία και το φύλο του / των παιδιών που φοιτούν στο τμήμα ένταξης.

Στην ερώτηση Β10 θέλαμε να ανιχνεύσουμε μία άλλη ειδική περίπτωση παιδιών που χρειάζονται να επαναλάβουν τη φοίτησή τους στο νηπιαγωγείο, ενώ σε κανονικές συνθήκες έπρεπε να φοιτήσουν στο δημοτικό σχολείο[151]. Σε περίπτωση θετικής απάντησης ζητήθηκε από τους νηπιαγωγούς να συμπληρώσουν το λόγο της επαναφοίτησης καθώς και την ηλικία και το φύλο αυτών των παιδιών.

Θεωρήσαμε σημαντικό να ανιχνεύσουμε, αν η ύπαρξη ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχετίζεται ή όχι με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών που συμμετέχουν στην έρευνά μας. Η σχετική βιβλιογραφία (Holahan & Costenbader, 2000. Odom & Diamond, 1998) αναφέρει ότι η συνύπαρξη παιδιών με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στην ίδια τάξη με παιδιά που δεν έχουν κάποιο διαγνωσμένο πρόβλημα, έχει θετικά αποτελέσματα στην κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη και των δύο και στην εμφάνιση λιγότερων προβλημάτων συμπεριφοράς.

Στο τρίτο μέρος του Ερωτηματολογίου υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν στην χρήση διαφορετικών μορφών αξιολόγησης (παραδοσιακών και εναλλακτικών) της συμπεριφοράς των μαθητών. Θεωρούμε σημαντική την τρίτη ομάδα των ερωτήσεων, αφού συμφωνώντας με τον Gioux (1997) αντιλαμβανόμαστε την αξιολόγηση ως μία δυναμική διαδικασία που ενθαρρύνει την παιδαγωγική πράξη και συμβάλλει στην αποδοτικότητά της.

Ειδικότερα, στην ερώτηση Γ9 ζητήσαμε από τους νηπιαγωγούς να μας πληροφορήσουν αν χρησιμοποιούν κάποια παραδοσιακή μορφή αξιολόγησης της συμπεριφοράς των μαθητών τους (σταθμισμένο και μη σταθμισμένο τεστ). Αν η απάντηση

---

[150] Το Τμήμα Ένταξης (ΤΕ) που λειτουργεί συνήθως μέσα στα σχολεία γενικής εκπαίδευσης είναι «κοινό και εξειδικευμένο πρόγραμμα, που καθορίζεται με πρόταση του οικείου ΚΕΔΔΥ για τους μαθητές με ηπιότερης μορφής ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, το οποίο για κάθε μαθητή δεν θα υπερβαίνει τις δεκαπέντε (15) διδακτικές ώρες εβδομαδιαίως. Στα ΤΕ μπορούν να φοιτούν και μαθητές χωρίς γνωμάτευση από διαγνωστικό φορέα, κατόπιν σύμφωνης γνώμης του σχολικού συμβούλου ΕΑΕ» (Νόμος 3699/2008, ΦΕΚ199Α, Άρθρο 6).

[151] «Νήπια, τα οποία για σοβαρούς οικογενειακούς λόγους καθώς και για λόγους υγείας που πιστοποιούνται με βεβαίωση ιατροπαιδαγωγικής υπηρεσίας ή κρατικού θεραπευτηρίου δεν μπορούν να παρακολουθήσουν την Α` τάξη του δημοτικού, παραμένουν για μια ακόμη χρονιά στο νηπιαγωγείο, ύστερα από δήλωση του γονέα. Επανάληψη φοίτησης στο νηπιαγωγείο για ένα έτος γίνεται ακόμη όταν διαπιστώνεται από ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία ή το σχολικό σύμβουλο προσχολικής αγωγής ότι το νήπιο παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες για να παρακολουθήσει τα μαθήματα της Α` τάξης του δημοτικού και εφόσον οι γονείς του το επιθυμούν» [Π.Δ. 200/13-7-98. (ΦΕΚ 161 Α') Αρθρο 7 παρ.7].

ήταν θετική, σημείωναν ποιό ή ποιά είδη σταθμισμένου τεστ έχουν χρησιμοποιήσει και τον τίτλο του[152]. Θεωρώντας ότι κάποιοι νηπιαγωγοί ίσως δε γνώριζαν την επιστημονική ορολογία των συγκεκριμένων ειδών σταθμισμένων τεστ, αλλά παρόλα αυτά μπορεί να έχουν κάνει χρήση τους, δίναμε για καθένα από αυτά και μια μικρή επεξήγηση. Τέλος οι νηπιαγωγοί είχαν τη δυνατότητα να δηλώσουν αν έχουν χρησιμοποιήσει και κάποιο άλλο μη σταθμισμένο τεστ για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των μαθητών τους.

Γνωστοί αναπτυξιακοί ψυχολόγοι όπως είναι οι Piaget, Vygotsky & Gardner διακηρύσσουν ότι η μάθηση είναι πολυδιάστατη και άρα πολυδιάστατη πρέπει να είναι και η αξιολόγηση της (Ντολιοπούλου & Γουργιώτη, 2008). Θεωρήσαμε, λοιπόν, σημαντικό, στην ερώτηση Γ10, να ανιχνεύσουμε αν οι νηπιαγωγοί του δείγματός μας έχουν χρησιμοποιήσει, εκτός από παραδοσιακές μορφές αξιολόγησης της συμπεριφοράς των μαθητών τους (βλ. ερώτηση Γ9) και εναλλακτικές μορφές αξιολόγησης[153]. Αν η απάντηση ήταν θετική, σημείωναν ποιά ή ποιές εναλλακτικές μορφές έχουν χρησιμοποιήσει και τον τίτλο τους. Θεωρώντας ότι κάποιοι νηπιαγωγοί, ίσως δε γνώριζαν την επιστημονική ορολογία των συγκεκριμένων εναλλακτικών μορφών αξιολόγησης, αλλά παρόλα αυτά μπορεί να τις έχουν χρησιμοποιήσει, δίναμε για καθεμία από αυτές ξεχωριστά και μια μικρή επεξήγηση. Τέλος, οι νηπιαγωγοί είχαν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν αν έχουν χρησιμοποιήσει και κάποια άλλη μορφή εναλλακτικής αξιολόγησης που δεν την είχαμε συμπεριλάβει.

Μία ποιοτική, όμως, αξιολόγηση απαιτεί και μία συνεχή επαγγελματική επιμόρφωση (Broadfoot & Gipps, 1996), η οποία σήμερα αποτελεί και ένα από τα βασικά κριτήρια του επαγγελματισμού των εκπαιδευτικών (Καραγιάννη & Σακελλαρίου, 2008). Όταν οι εκπαιδευτικοί επιμορφώνονται πάνω σε διάφορα θέματα, εξελίσσονται προσωπικά και επαγγελματικά (Ματθαίου, 2008. Σούλης, 2007), ανανεώνουν, βελτιώνουν και πολλές φορές αντικαθιστούν τις γνώσεις από την αρχική τους εκπαίδευση, με βάση τα καινούρια δεδομένα που έχει δώσει η παιδαγωγική έρευνα και θεωρία. Τις νέες αυτές γνώσεις μπορεί να τις αξιοποιήσουν στην παιδαγωγική πράξη (Γκότοβος, 1982. Γκότοβος και συν., 1992. Παπακωνσταντίνου, 1992α).

Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο θεωρήσαμε αναγκαία και την ερώτηση Δ11, η οποία αναφέρεται στο αν οι νηπιαγωγοί έχουν επιμορφωθεί σχετικά με την αντιμετώπιση

[152] Σύμφωνα με τους Puckett & Diffily (2004), ειδικότερα στην προσχολική αγωγή εφαρμόζονται κυρίως οι κλίμακες αξιολόγησης, τα τεστ ετοιμότητας, το τεστ επίτευξης στόχων και τα διαγνωστικά τεστ. Συμφωνώντας με την παραπάνω άποψη στην ερώτηση Γ12 παραθέσαμε τα τεστ αυτά.

[153] Μετά από έρευνα της σχετικής βιβλιογραφίας (Κακανά, 2006. Ντολιοπούλου & Γουργιώτη, 2008) καταλήξαμε ότι οι πιο συχνές εναλλακτικές μορφές αξιολόγησης για το νηπιαγωγείο είναι: η συστηματική παρατήρηση και καταγραφή, ο φάκελος αξιολόγησης, και η αξιολόγηση που βασίζεται σε στοιχεία από άλλους ενήλικες πληροφορητές.

προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος νηπίων και προνηπίων. Αν η απάντηση ήταν θετική, ζητείται στη συνέχεια να συμπληρώσουν αναλυτικά τη θεματολογία του προγράμματος επιμόρφωσης που έχουν παρακολουθήσει, τις ώρες και το φορέα υλοποίησης.

Στο τέλος του Ερωτηματολογίου, υπενθυμίσαμε στους νηπιαγωγούς ότι θα είμασταν πάντοτε στη διάθεσή τους, για την διευκρίνιση τυχόν απορριών τους και τη συζήτηση τυχόν προβληματισμών τους, σχετικά με τη συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου.

7.4 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κύριος σκοπός κάθε επιστημονικής έρευνας, δηλαδή κάθε συστηματικής προσπάθειας κατανόησης της πραγματικότητας (Βάμβουκας, 1988), είναι η οικοδόμηση της γνώσης, που επιτυγχάνεται καθώς προχωρεί κανείς ανάμεσα στα δεδομένα που του παρέχει η εμπειρία και σε μια σαφώς διατυπωμένη θεωρία (Παρασκευόπουλος, 1993α). Με τον όρο «θεωρία, εννοείται ένα σύστημα, δηλαδή ένα διαρθρωμένο σύνολο ιδεών που εξηγούν ένα ορισμένο πεδίο της πραγματικότητας και περιλαμβάνει ένα σύνολο υποθέσεων» (Βάμβουκας, 1988, σ.126).

Η έρευνα που πραγματοποιήσαμε μπορεί να χαρακτηριστεί, ως προς τον αριθμό των εξεταζόμενων ατόμων, ως *δειγματοληπτική*, εφόσον επιλέχθηκε με στατιστικά κριτήρια μέρος του πληθυσμού, ώστε να εξασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα, και ως προς το είδος των εμπειρικών δεδομένων *ποσοτική*. Ως προς τα μέσα συλλογής των ερευνητικών δεδομένων, η έρευνά μας ήταν *ψυχομετρική* και ως προς την πρακτική αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της μπορεί να χαρακτηριστεί *εφαρμοσμένη*, εφόσον αποβλέπει στη βελτίωση της παιδαγωγικής πράξης (Παρασκευόπουλος, 1993).

Όσον αφορά στον επιδιωκόμενο επιστημονικό σκοπό πρόκειται για μία *περιγραφική* έρευνα. Σε τέτοιου τύπου έρευνες «περιγράφονται συστηματικά γεγονότα ή χαρακτηριστικά ενός ορισμένου πληθυσμού ή μιας κατάστασης» (Βάμβουκας, 1988, σελ.83), ενώ παράλληλα, ως προς το είδος της χρησιμοποιούμενης λογικής ανάλυσης επιλέχθηκε *η απαγωγική μέθοδος*. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, η πορεία μας στηρίχθηκε σε θεωρητικές παραδοχές σχετικά με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς και του συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας και διατυπώνοντας υποθέσεις για τις μεταξύ τους σχέσεις, συλλέξαμε τα ερευνητικά μας δεδομένα, τα αποτελέσματα των οποίων ερμηνεύσαμε ανάλογα.

Τέλος, ως προς τον έλεγχο των παραγόντων, θεωρούμε ότι η έρευνά μας δύναται να χαρακτηριστεί ως *νατουραλιστική – περιγραφική, συναφειακή* έρευνα. Στο συγκεκριμένο τύπο έρευνας καταγράψαμε με τη βοήθεια συγκεκριμένου ψυχομετρικού οργάνου και παρουσιάσαμε τα γεγονότα στο φυσικό τους περιβάλλον (Βάμβουκας, 1988), δηλαδή τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για την πρώιμη ανίχνευση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών παιδιών προσχολικής ηλικίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Με βάση τις βαθμολογίες που συγκέντρωσαν τα παιδιά στις ΦΑΝ-Β- που συμπλήρωσαν οι νηπιαγωγοί τους- στο κάθε σύνδρομο (Συναισθηματική αντιδραστικότητα, Ανησυχία/κατάθλιψη, Απόσυρση, Σωματικές ενοχλήσεις, Επιθετική συμπεριφορά και Προβλήματα προσοχής), τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα προβλήματα) και το Σύνολο προβλημάτων, εντάχθηκαν για καθένα από αυτά σε τρία φάσματα: α) το φυσιολογικό, β) το οριακό και γ) το κλινικό φάσμα (Achenbach & Rescorla, 2009). Η ένταξη των παιδιών στο οριακό φάσμα, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών, σημαίνει ότι οι βαθμολογίες τους στα διάφορα σύνδρομα ήταν αρκετά υψηλές, ώστε να προκαλέσουν ανησυχία, αλλά δεν ήταν ξεκάθαρα αποκλίνουσες, όπως αυτές που αντιστοιχούσαν στο κλινικό φάσμα (Achenbach, 1991). Οι κατηγορίες καθορίστηκαν διαφορετικά για κάθε σύνδρομο και για κάθε φύλο, όπως φαίνεται αναλυτικά στον Πίνακα V (Παράρτημα Δ2).

Για τον προσδιορισμό των παραγόντων με στατιστικά σημαντική επίδραση στην κατάταξη των παιδιών στα τρία προαναφερθέντα φάσματα, χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης (Garson & Anderson, 1982). Στα μοντέλα αυτά ορίστηκαν ως *εξαρτημένη μεταβλητή*, τα διαφορετικά σύνδρομα, τα Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα και το Σύνολο των προβλημάτων με την κατάταξη των παιδιών σε αυτά στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα. Ως *ανεξάρτητες μεταβλητές* ορίστηκαν: α) τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των παιδιών και συγκεκριμένα το φύλο (αγόρι-κορίτσι) και η ηλικία τους (νήπια, προνήπια), β) τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του σχολείου και συγκεκριμένα η οργανικότητά του (μονοθέσιο, διθέσιο), ο τύπος του (κλασσικό – ολοήμερο), ο αριθμός των παιδιών του τμήματος και η λειτουργία παράλληλης στήριξης και τμημάτων ένταξης στις τάξεις του δείγματος, β) η επαγγελματική κατάσταση των γονέων των παιδιών και δ) τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νηπιαγωγών και συγκεκριμένα η ηλικία τους, η προϋπηρεσία τους, το επίπεδο εκπαίδευσής τους (τίτλοι σπουδών) και η επιμόρφωσή τους σε θέματα που αφορούν στην αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος των μαθητών τους.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν στατιστικές αναλύσεις για την ανεύρεση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ: α) των Εσωτερικευμένων και Εξωτερικευμένων προβλημάτων (συννοσηρότητα), β) της επιμόρφωσης των νηπιαγωγών και του πλήθους των αξιολογήσεων που χρησιμοποιούν, γ) της προϋπηρεσίας των νηπιαγωγών και του

πλήθους των διαφορετικών μορφών αξιολόγησης που χρησιμοποιούν και δ) του τύπου σχολείου (κλασσικό-ολοήμερο) και των μορφών αξιολόγησης που χρησιμοποιούν οι νηπιαγωγοί σε κάθε τύπο.

Για την επίδραση των μεταβλητών στα σύνδρομα, τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα) και το Σύνολο προβλημάτων της ΦΑΝ-Β, εξετάστηκαν και οι δευτέρου βαθμού αλληλεπιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι λόγω των σχετικά λίγων παιδιών που εντάχθηκαν στο οριακό και κλινικό φάσμα σε κάθε σύνδρομο, από στατιστικής απόψεως, ενώ κατέστη δυνατό να παραχθούν αξιόπιστα αποτελέσματα για τις συγκρίσεις στο κλινικό φάσμα σε σχέση με το φυσιολογικό και στο οριακό σε σχέση με το φυσιολογικό, δεν συνέβη το αντίστοιχο και για τις συγκρίσεις μεταξύ κλινικού και οριακού φάσματος. Περιορισμός στην περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε και από τις πολλές κατηγορίες, *στην επαγγελματική κατάσταση των γονέων* των παιδιών του δείγματος [(Πίνακες VI, VII (Παράρτημα Δ2)]. Επίσης, περιορισμός επήλθε και στην περαιτέρω ανάλυση που αφορά τις μεταβλητές *της παράλληλης στήριξης και του τμήματος ένταξης* λόγω μη επαρκούς δείγματος [Πίνακες VIII, IX, (Παράρτημα Δ2)].

Η στατιστική ανάλυση των συλλεγόντων δεδομένων υλοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS v21.0 (IBM, 2012), σε επίπεδο περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής.

8.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΦΑΝ-Β

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, από το στατιστικό κριτήριο Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), το οποίο εκτιμά την επάρκεια του δείγματος, προκύπτει ότι η χρήση της παραγοντικής ανάλυσης μπορεί να δώσει αποτελέσματα για τη ΦΑΝ-Β, υποδεικνύοντας ότι ανιχνεύονται τουλάχιστον δύο παράγοντες σε αυτήν. Επίσης, ο δείκτης χ^2 (Chi-Square) έχει τιμή ίση με 62947,133 και είναι στατιστικά σημαντικός ($p<0.01$).

Πίνακας 4

Έλεγχος KMO για την καταλληλότητα της παραγοντικής ανάλυσης

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin εκτίμηση επάρκειας δείγματος (Measure of Sampling Adequacy).		,939
Τεστ σφαιρικότητας (Bartlett's Test of Sphericity)	Χ τετράγωνο (Chi-Square)	62947,133
	Βαθμοί ελευθερίας (df)	4851
	Παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (Sig).	,000

Πίνακας 5

Συνολική μεταβλητότητα που εξηγείται από την παραγοντική ανάλυση

	Συνολική Μεταβλητότητα (Total Variance Explained)		
Παράγοντας (Component)[154]	Σύνολο μεταβλητότητας	% Της μεταβλητότητας ανά παράγοντα	% Αθροιστική μεταβλητότητα παραγόντων
1	23,535	23,672	23,672
2	17,233	17,306	40,978
3	16,632	16,699	57,677
4	15,234	15,286	72,963
5	4,290	4,334	77,297
6	3,036	3,067	80,364
7	3,014	3,044	83,408

Από τον Πίνακα 5 για το σύνολο της μεταβλητότητας φαίνεται ότι η συγκέντρωση των ερωτήσεων στα σύνδρομα εκφράζει το 83% περίπου του συνόλου της μεταβλητότητας, ποσοστό αρκετά υψηλό. Επομένως η συμπερασματολογία μέσω των συνδρόμων αντί του συνόλου των ερωτήσεων οδηγεί σε «απώλεια» πληροφορίας μόλις του 17% περίπου.

Η φόρτιση (factor loading) της κάθε ερώτησης στη διάσταση στην οποία εντάσσεται φαίνεται στον Πίνακα Χ (Παράρτημα Δ2). Από τον πίνακα 5 προκύπτει ότι στην παρούσα διδακτορική διατριβή οι ερωτήσεις της ΦΑΝ-Β κατηγοριοποιούνται στα σύνδρομα, όπως και στη στάθμιση της ΦΑΝ-Β στα ελληνικά το 2003 από τον Τσαούση (Achenbach & Rescorla, 2009), με ελάχιστες και πολύ μικρές αποκλίσεις που είναι αναμενόμενες δεδομένου του πλήθους των ερωτήσεων (99 ερωτήσεις) που υπάρχουν στη ΦΑΝ-Β.

[154] Οι παράγοντες 1,2,3,4,5,6 και 7 αναφέρονται αντίστοιχα στα επιμέρους σύνδρομα Συναισθηματική αντιδραστικότητα, Ανησυχία/κατάθλιψη, Σωματικες ενοχλήσεις, Απόσυρση, Προβλήματα προσοχής και Επιθετική συμπεριφορά, καθώς και στα Άλλα προβλήματα της ΦΑΝ-Β.

8.1.1 Έλεγχος αξιοπιστίας για τη ΦΑΝ-Β

Πίνακας 6

Δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach's α για κάθε σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα) και Σύνολο προβλημάτων

Σύνδρομα, Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα και Σύνολο προβλημάτων	Cronbach's *α*
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	,786
Ανησυχία/ κατάθλιψη	,750
Σωματικές ενοχλήσεις	,707
Απόσυρση	,794
Προβλήματα προσοχής	,870
Επιθετική συμπεριφορά	,941
Εσωτερικευμένα προβλήματα	,870
Εξωτερικευμένα προβλήματα	,948
Σύνολο προβλημάτων	,949

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 6, σε όλες τις διαστάσεις της ΦΑΝ-Β, η τιμή του δείκτη εσωτερικής συνοχής Cronbach's *α* είναι αρκετά υψηλή, δείχνοντας επαρκή αξιοπιστία σε όλα τα σύνδρομα, ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα- Εξωτερικευμένα) και το Σύνολο των προβλημάτων. Προκύπτει λοιπόν, ότι οι συντελεστές που εντοπίζονται και στο δείγμα της παρούσης διδακτορικής διατριβής, είναι ενδεικτικοί του υψηλού βαθμού αξιοπιστίας της ΦΑΝ-Β, όπως άλλωστε έχει επιβεβαιωθεί και κατά τη στάθμισή της σε ελληνικό πληθυσμό από τον Τσαούση [155](Achenbach & Rescorla, 2009).

[155] Βλ. και υποκεφάλαιο 7.3.1.2 της παρούσης μελέτης.

8.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

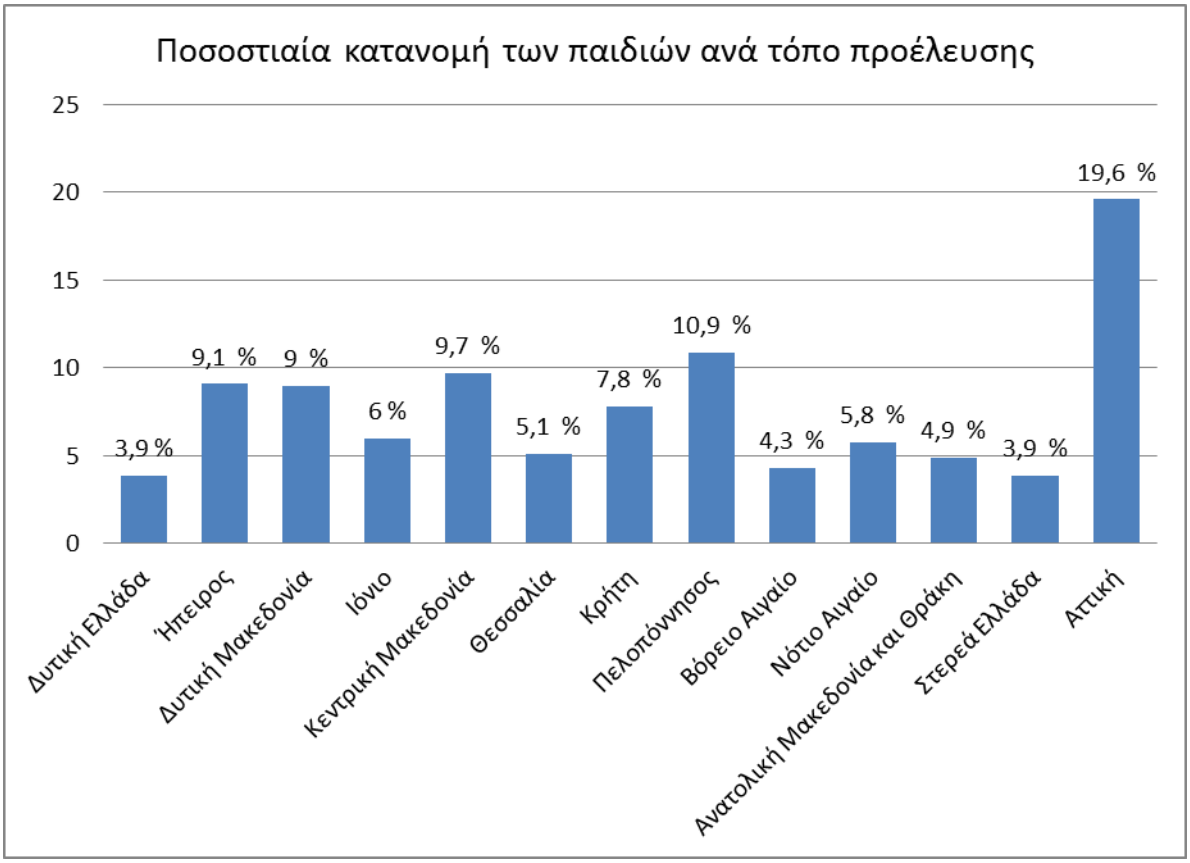
8.2.1 Συμμετοχή των παιδιών του δείγματος ανά περιφέρεια

Στην έρευνά μας συμμετείχαν συνολικά 1.234 παιδιά και από τις 13 περιφέρειες της χώρας. Η κατανομή των παιδιών στις περιφέρειες αποδίδεται στον Πίνακα 7 και το Γράφημα 1 που ακολουθούν.

Πίνακας 7

Κατανομή των παιδιών του δείγματος ανά τόπο προέλευσης

	Πλήθος Παιδιών	Ποσοστό %	Ποσοστό επί των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό ποσοστό %
Δυτική Ελλάδα	48	3,9	3,9	3,9
Ήπειρος	112	9,1	9,1	13,0
Δυτική Μακεδονία	111	9,0	9,0	22,0
Ιόνιο	74	6,0	6,0	28,0
Κεντρική Μακεδονία	120	9,7	9,7	37,7
Θεσσαλία	63	5,1	5,1	42,8
Κρήτη	96	7,8	7,8	50,6
Πελοπόννησος	135	10,9	10,9	61,5
Βόρειο Αιγαίο	53	4,3	4,3	65,8
Νότιο Αιγαίο	71	5,8	5,8	71,6
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	61	4,9	4,9	76,5
Στερεά Ελλάδα	48	3,9	3,9	80,4
Αττική	242	19,6	19,6	100,0
Σύνολο	1.234	100,0	100,0	



Γράφημα 1. Ποσοστιαία κατανομή των παιδιών ανά τόπο προέλευσης

Από τον Πίνακα 7 και το Γράφημα 1 φαίνεται ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των μαθητών του δείγματος, φοιτούσε σε νηπιαγωγεία της περιφέρειας Αττικής (19,6%), ενώ τα λιγότερα παιδιά φοιτούσαν σε νηπιαγωγεία των περιφερειών της Δυτικής και της Στερεάς Ελλάδας (3,9%).

8.2.2 Εθνικότητα των παιδιών του δείγματος

Πίνακας 8

Κατανομή των παιδιών ανά εθνικότητα

	Πλήθος παιδιών	Ποσοστό %	Ποσοστό επί των έγκυρων απαντήσεων	Αθροιστικό ποσοστό %
Αλβανική	74	6,0	6,0	6,0
Αλγερινή	2	,2	,2	6,2
Βορειοηπειρώτικη	1	,1	,1	6,3
Βουλγαρική	3	,2	,2	6,5
Γεωργιανή	1	,1	,1	6,6
Ελληνική	1.135	92,0	92,0	98,6
Ινδική	2	,2	,2	98,7
Ιρανική	1	,1	,1	98,8
Μολδαβική	2	,2	,2	98,9
Κινέζικη	3	,2	,2	99,2
Πακιστανική	1	,1	,1	99,3
Ρουμάνικη	3	,3	,2	99,5
Ρώσικη	1	,1	,1	99,6
Σκοπιανή	1	,1	,1	99,7
Συριακή	2	,2	,2	99,8
Τσιγγάνικη	2	,2	,2	100,0
Σύνολο	1.234	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 8, η πλειοψηφία των παιδιών του δείγματος (92%) ήταν ελληνικής υπηκοότητας, το 6% ήταν αλβανικής και τα υπόλοιπα παιδιά ήταν διαφόρων άλλων εθνικοτήτων.

8.2.3 Τύπος του σχολείου (κλασσικό και ολοήμερο) και οργανικότητα (μονοθέσιο, διθέσιο και τριθέσιο)

Τα παιδιά του δείγματος κατατάχθηκαν σύμφωνα με τον τύπο του σχολείου που φοιτούσαν (κλασσικό- ολοήμερο) και σύμφωνα με την οργανικότητα του σχολείου στον Πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 9

Τύπος Σχολείου και Οργανικότητα

		Αριθμός σχολείων	Ποσοστό %	Αριθμός παιδιών	Ποσοστό %
Τύπος σχολείου	Ολοήμερο	52	67,5	843	68,4
	Κλασσικό	25	32,5	390	31,9
Οργανικότητα	Μονοθέσιο	14	18,2	205	16,6
	Διθέσιο	51	66,2	841	68,2
	Τριθέσιο	12	15,6	188	15,2

Στον Πίνακα 9 φαίνεται ότι στην έρευνά μας τα κλασσικά νηπιαγωγεία ήταν περισσότερα συγκριτικά με τα ολοήμερα, ενώ σύμφωνα με την οργανικότητα του σχολείου τα διθέσια ήταν περισσότερα συγκριτικά με τα μονοθέσια και τα τριθέσια. Πιο συγκεκριμένα, τα κλασσικά νηπιαγωγεία του δείγματος ήταν 52 (67,5%) και φοιτούσαν σε αυτά συνολικά 843 μαθητές (68,4%), ενώ αντίστοιχα τα ολοήμερα νηπιαγωγεία ήταν 25 (32,5%) και φοιτούσαν σε αυτά 390 μαθητές (31,9%). Τα διθέσια νηπιαγωγεία του δείγματος ήταν 51 (66,2%) και φοιτούσαν σε αυτά 841 μαθητές (68,2%), τα μονοθέσια ήταν 14 (18,2%) και φοιτούσαν 205 μαθητές (16,6%) και τα τριθέσια ήταν 12 (15,6%) και φοιτούσαν 188 μαθητές (15,2%). Φαίνεται, λοιπόν, ότι τα περισσότερα σχολεία του δείγματος ήταν διθέσια και κλασσικά, ενώ σε ποσοστό μικρότερο από 20% καταγράφονται τα μονοθέσια και τα τριθέσια σχολεία.

8.2.4 Οι μορφές αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν από τους νηπιαγωγούς

Στον Πίνακα 10 που ακολουθεί περιγράφονται οι μορφές αξιολόγησης που χρησιμοποιούνταν από τους νηπιαγωγούς του δείγματος γενικά. Οι μορφές αξιολόγησης ορίζονται ως: «Αξιολόγηση 1» (σύμφωνα με την κωδικοποίηση των ερευνητικών δεδομένων αντιστοιχεί στη συστηματική παρατήρηση και καταγραφή και το φάκελο αξιολόγησης των παιδιών), «Αξιολόγηση 2» (σύμφωνα με την κωδικοποίηση των ερευνητικών δεδομένων αντιστοιχεί στην αξιολόγηση που είναι βασισμένη στο παιχνίδι) και «Αξιολόγηση 3» (σύμφωνα με την κωδικοποίηση των ερευνητικών δεδομένων αντιστοιχεί στην αξιολόγηση με βάση πληροφορίες από άλλους ενήλικες).

Πίνακας 10

Μορφές αξιολόγησης που χρησιμοποιούνταν γενικά από τους νηπιαγωγούς του δείγματος

	Πλήθος νηπιαγωγών	Ποσοστό %
Αξιολόγηση 1	72	93,5
Αξιολόγηση 2	48	62,3
Αξιολόγηση 3	46	59,7

Από τους 77 νηπιαγωγούς του δείγματός μας, οι 72, το μεγαλύτερο δηλαδή ποσοστό (93,5%) χρησιμοποιούσαν γενικά την «Αξιολόγηση 1». Οι άλλες δύο μορφές, «Αξιολόγηση 2» και «Αξιολόγηση 3» χρησιμοποιούνταν σε ίδια περίπου ποσοστά (62,3% και 59,7% αντίστοιχα).

8.2.5 Ένταξη των παιδιών ανά σύνδρομο, Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα και Σύνολο προβλημάτων στο οριακό, κλινικό και φυσιολογικό φάσμα

Η Φόρμα αναφοράς για τον/τη Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο 1 ½ - 5 ετών (ΦΑΝ- Β), συμπληρώθηκε από τους 77 νηπιαγωγούς του δείγματός μας για 1.234 παιδιά και στη συνέχεια οι τιμές που καταγράφηκαν, κατηγοριοποιήθηκαν σε τρία φάσματα, κατατάσσοντας ανάλογα τα αγόρια και τα κορίτσια του δείγματος στο φυσιολογικό, οριακό ή κλινικό φάσμα. Ο τρόπος κατάταξης των βαθμολογιών της ΦΑΝ-Β σε φυσιολογικό, οριακό και κλινικό παρουσιάζεται στον Πίνακα V (Παράρτημα Δ2).

Η κατανομή των τιμών, για κάθε μια από τις κλίμακες των έξι συνδρόμων, τα Εσωτερικευμένα, τα Εξωτερικευμένα και το Σύνολο προβλημάτων της ΦΑΝ-Β, παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες και τα γραφήματα που ακολουθούν.

8.2.5.1 Σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»

Στο σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» αντιστοιχούν οι ερωτήσεις: 21, 46, 82 ,83, 92, 97, 99 της ΦΑΝ-Β[156]. Περιληπτικά, οι ερωτήσεις αυτές περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά συμπεριφορών, όπως: διατάραξη καθημερινότητας, αλλαγή διάθεσης, μούτρα, ενοχλείται από αγνώστους, γκρινιάρης/-α, κ.ά.

Πίνακας 11

Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»

	Πλήθος παιδιών	Ποσοστό %	Ποσοστό επί των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό ποσοστό %
Φυσιολογικό	1.134	91,9	91,9	91,9
Οριακό	85	6,9	6,9	98,8
Κλινικό	15	1,2	1,2	100,0
Σύνολο	1.234	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 11, οι μαθητές του δείγματός μας εμφάνισαν συνολικά σε ποσοστό 8,1% Συναισθηματική αντιδραστικότητα, εκ των οποίων το 6,9% εντάχθηκε στο οριακό και το 1,2% στο κλινικό φάσμα.

8.2.5.2 Σύνδρομο «Ανησυχία/ κατάθλιψη»

Στο σύνδρομο «Ανησυχία/ κατάθλιψη» αντιστοιχούν οι ερωτήσεις 10, 33, 37, 43, 47, 68, 87, 90 της ΦΑΝ-Β. Περιληπτικά, οι ερωτήσεις αυτές περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά συμπεριφορών, όπως: προσκολλημένος/η, αναστάτωση αποχωρισμού, δυστυχισμένος/η, νευρικός/η, φοβητσιάρης/α, θλιμμένος/η, κ.ά.

[156] Για τις ερωτήσεις της ΦΑΝ-Β που αντιστοιχούν στο σύνδρομο Συναισθηματική αντιδραστικότητα, όπως και οι ερωτήσεις που αντιστοιχούν και στα υπόλοιπα σύνδρομα βλ. Ε02 (Παράρτημα Δ2).

Πίνακας 12

Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Ανησυχία/κατάθλιψη»

	Πλήθος παιδιών	Ποσοστό %	Ποσοστό επί των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό ποσοστό %
Φυσιολογικό	1.186	96,1	96,1	96,1
Οριακό	35	2,8	2,8	98,9
Κλινικό	13	1,1	1,1	100,0
Σύνολο	1.234	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 12, οι μαθητές του δείγματός μας εμφάνισαν συνολικά σε ποσοστό 3,9% Ανησυχία/κατάθλιψη, εκ των οποίων το 2,8% εντάχθηκε στο οριακό φάσμα και 1,1% στο κλινικό φάσμα.

8.2.5.3 Σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις»

Στο σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις» αντιστοιχούν οι ερωτήσεις 1, 7, 39, 45, 78, 86, 93 της ΦΑΝ-Β. Περιληπτικά, οι ερωτήσεις αυτές περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά συμπεριφορών, όπως: ενοχλήσεις- πόνοι, εμετοί, πονοκέφαλοι, ναυτία και στομαχόπονοι- όμως χωρίς οργανική αιτία- υπερβολική τακτοποίηση πραγμάτων, κ.ά.

Πίνακας 13

Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις»

	Πλήθος παιδιών	Ποσοστό %	Ποσοστό επί των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό ποσοστό %
Φυσιολογικό	1.139	92,3	92,3	92,3
Οριακό	61	4,9	4,9	97,2
Κλινικό	34	2,8	2,8	100,0
Σύνολο	1.234	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 13, οι μαθητές του δείγματός μας εμφάνισαν συνολικά Σωματικές ενοχλήσεις σε ποσοστό 7,7%, εκ των οποίων το 4,9 % εντάχθηκε στο οριακό φάσμα και 2,8% στο κλινικό φάσμα.

8.2.5.4 Σύνδρομο «Απόσυρση»

Στο σύνδρομο «Απόσυρση» αντιστοιχούν οι ερωτήσεις 2, 4, 12, 19, 23, 62, 67, 70, 71, 98 της ΦΑΝ-Β. Περιληπτικά, οι ερωτήσεις αυτές περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά συμπεριφορών, όπως: δεν κοιτάζει στα μάτια, απαθής ή χωρίς κίνητρα, συμπεριφέρεται σα πιο μικρός/η, ονειροπολεί, δεν παίζει με παιχνίδια, δεν αντιδρά στην στοργή, δε δείχνει στοργή, κ.ά.

Πίνακας 14

Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Απόσυρση»

	Πλήθος παιδιών	Ποσοστό %	Ποσοστό επί των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό ποσοστό %
Φυσιολογικό	1.099	89,1	89,1	89,1
Οριακό	100	8,1	8,1	97,2
Κλινικό	35	2,8	2,8	100,0
Σύνολο	1.234	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 14, οι μαθητές του δείγματός μας εμφάνισαν συνολικά Απόσυρση σε ποσοστό 10,9%, εκ των οποίων το 8,1%, εντάχθηκε στο οριακό φάσμα και 2,8% στο κλινικό φάσμα.

8.2.5.5 Σύνδρομο «Προβλήματα Προσοχής»

Στο σύνδρομο «Προβλήματα Προσοχής» αντιστοιχούν οι ερωτήσεις 5, 6, 24 ,48, 51, 56, 59, 64, 95 της ΦΑΝ-Β. Περιληπτικά, οι ερωτήσεις αυτές περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά

συμπεριφορών, όπως: δε μπορεί να συγκεντρωθεί, δεν μπορεί να καθίσει σε ένα μέρος, αποτυγχάνει να ολοκληρώσει τις εργασίες του/της, είναι αφηρημένος/-η, εύκολα αποσπάται η προσοχή του/της, κ.ά.

Πίνακας 15

Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Προβλήματα προσοχής»

	Πλήθος παιδιών	Ποσοστό %	Ποσοστό επί των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό ποσοστό %
Φυσιολογικό	1.148	93,0	93,0	93,0
Οριακό	59	4,8	4,8	97,8
Κλινικό	27	2,2	2,2	100,0
Σύνολο	1.234	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 15, οι μαθητές του δείγματός μας εμφάνισαν συνολικά Προβλήματα προσοχής σε ποσοστό 7%, εκ των οποίων το 4,8% εντάχθηκε στο οριακό φάσμα και 2,2% στο κλινικό φάσμα.

8.2.5.6 Σύνδρομο «Επιθετική συμπεριφορά»

Το σύνδρομο «Επιθετική συμπεριφορά» αντιστοιχούν οι ερωτήσεις 8, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 27, 28, 29, 35, 40, 42, 44, 53, 58, 66, 69, 74, 81, 84, 85, 88, 96 της ΦΑΝ-Β. Περιληπτικά οι ερωτήσεις αυτές περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά συμπεριφορών, όπως: σκληρότητα στα ζώα, καταστρέφει τα πράματά του/της, ανυπάκουος/-η, δε νιώθει ενοχές, απογοητεύεται εύκολα, μπλέκει σε καβγάδες, είναι σκληρός/-η, κάνει τον παλικαρά, κ.ά.

Πίνακας 16

Φάσμα τιμών για το σύνδρομο «Επιθετική συμπεριφορά»

	Πλήθος παιδιών	Ποσοστό %	Ποσοστό επί των έγκυρων απαντήσεων	Αθροιστικό ποσοστό %
Φυσιολογικό	1.165	94,4	94,4	94,4
Οριακό	50	4,1	4,1	98,5
Κλινικό	19	1,5	1,5	100,0
Σύνολο	1.234	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 16, οι μαθητές του δείγματός μας εμφάνισαν Επιθετική συμπεριφορα σε ποσοστό 5,6%, εκ των οποίων το 4,1% εντάχθηκε στο οριακό φάσμα και 1,5% στο κλινικό φάσμα.

8.2.5.7 Κλίμακα « Άλλα προβλήματα»

Στην κλίμακα «Άλλα προβλήματα» αντιστοιχούν οι ερωτήσεις: 3, 9, 11, 13, 25, 26, 30, 31, 32, 34, 36, 38, 41, 49, 50, 52, 54, 55, 57, 60, 61, 63, 65, 72, 73, 75, 76, 77, 79, 80, 89, 91, 94, 100 της ΦΑΝ-Β. Η παραγοντική ανάλυση δεν αναγνώρισε τις ερωτήσεις αυτές ως ερωτήσεις που ανήκουν σε κάποιο από τα παραπάνω σύνδρομα και, ως εκ τούτου, ομαδοποιούνται στην κλίμακα της ΦΑΝ-Β με τον τίτλο «Άλλα προβλήματα». Οι ερωτήσεις της κλίμακας αυτής δεν έχουν καμία σχέση μεταξύ τους, γι' αυτό και δε μπορούμε να τις μεταχειριστούμε ως μια ξεχωριστή και ενιαία κλίμακα στην ανάλυση των δεδομένων (Achenbach & Rescorla, 2009). Πιο συγκεκριμένα, καθένα από αυτά τα προβλήματα της κλίμακας «Άλλα προβλήματα», ίσως είναι σημαντικό και μόνο του και γι΄αυτό όλα συμπεριλαμβάνονται στη βαθμολογία των Συνολικών προβλημάτων. Το άθροισμα των βαθμολογιών της προστέθηκε στις βαθμολογίες των συνδρόμων για να προκύψει η βαθμολογία στην κλίμακα Συνολικά προβλήματα» (Achenbach & Rescorla, 2009, σ.167). Για το λόγο αυτό, η κλίμακα αυτή δεν εμφανίζεται σε κανένα άλλο σημείο της ανάλυσης ή του σχολιασμού των ερευνητικών μας ευρημάτων.

Οι βαθμολογίες της κλίμακας «Άλλα προβλήματα», που συγκέντρωσαν οι μαθητές του δείγματός μας, εμφανίζονται στον Πίνακα XI (Παραρτήμα Δ2).

8.2.5.8 Ομάδα συνδρόμων « Εσωτερικευμένα προβλήματα»

Η ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα» προκύπτει, σύμφωνα με τον Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2009), από το άθροισμα των βαθμολογιών που συγκέντρωσαν τα παιδιά στα τέσσερα σύνδρομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία (Συναισθηματική αντιδραστικότητα, Ανησυχία/Κατάθλιψη, Σωματικές ενοχλήσεις και Απόσυρση).

Πίνακας 17

Φάσμα τιμών για την ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα»

	Σύνολο παιδιών	Ποσοστό %	Ποσοστό επί των έγκυρων απαντήσεων	Αθροιστικό ποσοστό %
Φυσιολογικό	1.106	89,6	89,6	89,6
Οριακό	43	3,5	3,5	93,1
Κλινικό	85	6,9	6,9	100,0
Σύνολο	1.234	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 17, οι μαθητές του δείγματός μας εμφάνισαν συνολικά Εσωτερικευμένα προβλήματα σε ποσοστό 10,4%, εκ των οποίων το 3,5% εντάχθηκε στο οριακό φάσμα και 6,9% στο κλινικό φάσμα.

8.2.5.9 Ομάδα συνδρόμων « Εξωτερικευμένα προβλήματα»

Η ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα» προέκψε, σύμφωνα με τον Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2009), από το άθροισμα το βαθμολογιών που συγκέντρωσαν τα παιδιά στα δύο σύνδρομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία (Επιθετική συμπεριφορά και Προβλήματα προσοχής).

Πίνακας 18

Φάσμα τιμών για την ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα»

	Πλήθος παιδιών	Ποσοστό %	Ποσοστό επί των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό ποσοστό %
Φυσιολογικό	1.089	88,2	88,2	88,2
Οριακό	37	3,0	3,0	91,2
Κλινικό	108	8,8	8,8	100,0
Σύνολο	1.234	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 18, οι μαθητές του δείγματός μας εμφάνισαν συνολικά Εξωτερικευμένα προβλήματα σε ποσοστό 11,8%, εκ των οποίων το 3% εντάχθηκε στο οριακό φάσμα και 8,8% στο κλινικό φάσμα.

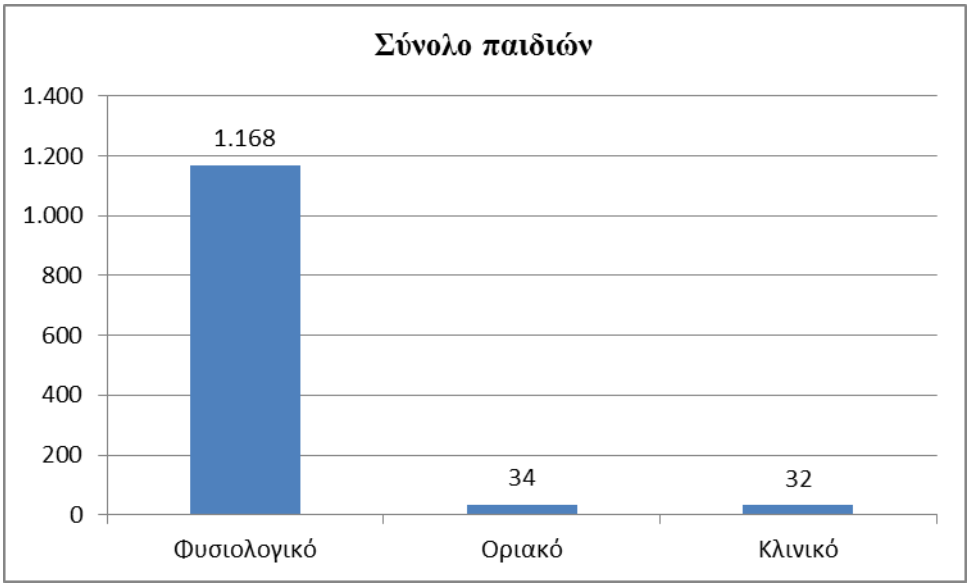
8. 2.5.10 «Σύνολο προβλημάτων»

Το Σύνολο προβλημάτων προέκυψε, σύμφωνα με τον Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2009), από το άθροισμα το βαθμολογιών που συγκέντρωσαν τα παιδιά στις ομάδες συνδρόμων Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα και την κλίμακα Άλλα προβλήματα. Προέκυψε δηλαδή, από το άθροισμα των βαθμολογιών σε όλες τις ερωτήσεις της ΦΑΝ-Β (Achenbach & Rescorla, 2009).

Πίνακας 19

Φάσμα τιμών για το «Σύνολο προβλημάτων»

	Σύνολο παιδιών	Ποσοστό %	Ποσοστό επί των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό ποσοστό %
Φυσιολογικό	1.168	94,7	94,7	94,7
Οριακό	34	2,8	2,8	97,4
Κλινικό	32	2,6	2,6	100,0
Σύνολο	1.234	100,0	100,0	



Γράφημα 2. Κατάταξη μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα για το «Σύνολο προβλημάτων»

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 19 και Γράφημα 2 το 94,7% των παιδιών του δείγματος μας ενάχθηκαν στο φυσιολογικό φάσμα. Το υπόλοιπο 5,4% αυτών εμφάνισαν Συνολικά προβλήματα, εκ των οποίων το 2,8% εντάχθηκε από τους νηπιαγωγούς στο οριακό φάσμα και το 2,6 % στο κλινικό φάσμα.

8.2.5.11 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα

Η ένταξη των παιδιών ανά σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων (Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα) και για το Σύνολο προβλημάτων, στο οριακό, κλινικό και φυσιολογικό φάσμα παρουσιάζεται συγκεντρωτικά στον πίνακα 20 που ακολουθεί.

Πίνακας 20

Συγκεντρωτικά αποτελέσματα για όλα τα σύνδρομα, τα Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα και Σύνολο προβλημάτων

		Σύνολο παιδιών	Ποσοστό %
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Φυσιολογικό	1.134	91,9
	Οριακό	85	6,9
	Κλινικό	15	1,2
Ανησυχία/ κατάθλιψη	Φυσιολογικό	1.186	96,1
	Οριακό	35	2,8
	Κλινικό	13	1,1
Σωματικές ενοχλήσεις	Φυσιολογικό	1.139	92,3
	Οριακό	61	4,9
	Κλινικό	34	2,8
Απόσυρση	Φυσιολογικό	1.099	89,1
	Οριακό	100	8,1
	Κλινικό	35	2,8
Προβλήματα προσοχής	Φυσιολογικό	1.148	93,0
	Οριακό	59	4,8
	Κλινικό	27	2,2
Επιθετική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	1.165	94,4
	Οριακό	50	4,1
	Κλινικό	19	1,5
Εσωτερικευμένα προβλήματα	Φυσιολογικό	1.106	89,6
	Οριακό	43	3,5
	Κλινικό	85	6,9
Εξωτερικευμένα προβλήματα	Φυσιολογικό	1.089	88,2
	Οριακό	37	3,0
	Κλινικό	108	8,8
Σύνολο προβλημάτων	Φυσιολογικό	1.168	94,6
	Οριακό	34	2,8
	Κλινικό	32	2,6

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 20, στα περισσότερα σύνδρομα το κλινικό φάσμα εντοπίστηκε σε ποσοστό από 1,5% μέχρι 2,8%, ενώ το οριακό σε ποσοστά από 2,8% μέχρι 4,9%. Επίσης, προέκυψε ότι το υψηλότερο ποσοστό παιδιών που εντάχθηκαν στο οριακό φάσμα καταγράφηκε για το σύνδρομο Απόσυρση (8,1%), ενώ για το κλινικό φάσμα οι περισσότερες καταγραφές αφορούσαν στα Εξωτερικευμένα προβλήματα (ποσοστό 8,8%). Αρκετά υψηλό ήταν επίσης το ποσοστό των παιδιών (6,9%) που εντάχθηκαν στο κλινικό φάσμα στα Εσωτερικευμένα προβλήματα. Αντίστοιχα, το μικρότερο ποσοστό των παιδιών που εντάχθηκαν στο οριακό φάσμα ήταν για το Σύνολο προβλημάτων και για το σύνδρομο Ανησυχία/ Κατάθλιψη (2,8%), στα οποία καταγράφηκε μαζί με το σύνδρομο της Συναισθηματικής αντιδραστικότητας και το μικρότερο ποσοστό ένταξης για το κλινικό φάσμα (1,1% και 1,2% αντίστοιχα).

8.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΑΓΩΓΙΚΩΝ ΑΝΑΛΥΣΕΩΝ

8.3.1 Μεθοδολογία ανάλυσης

Η κατάταξη κάθε παιδιού σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα για κάθε σύνδρομο ή ομάδα συνδρόμων συσχετίστηκε με τις κατηγορικές μεταβλητές, που καταγράφηκαν με χρήση του κριτηρίου Pearson Chi Square και σε περιπτώσεις όπου οι προϋποθέσεις του δεν πληρούνταν, με το κριτήριο Fisher's Exact test. Για τη συσχέτιση με τις συνεχείς μετρήσεις του δείγματος, διεξήχθησαν οι απαραίτητοι έλεγχοι κανονικότητας, με QQ plots και με το κριτήριο Shapiro Wilk. Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα ή το κριτήριο Kruskal Wallis και στη συνέχεια πολλαπλές συγκρίσεις με το κριτήριο Bonferroni ή Dunnets αντίστοιχα, ανάλογα με την πληρότητα των προϋποθέσεων. Τα αποτελέσματα για κάθε ένα σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων (Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα) και το Σύνολο προβλημάτων αναλύθηκαν με μοντέλα πολλαπλής πολυωνυμικής παλινδρόμησης, όπου χρησιμοποιήθηκαν ως random effects οι μεταβλητές που αφορούσαν τις νηπιαγωγούς (π.χ. παρακολούθηση επιμόρφωσης), για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ παιδιών των ίδιων των νηπιαγωγών. Για τον ίδιο λόγο, ως random effects χρησιμοποιήθηκαν και οι παράμετροι που αφορούσαν στο εκάστοτε σχολείο (π.χ. τύπος σχολείου).

Οι τελικές παράμετροι σε κάθε μοντέλο προέκυψαν μετά από έλεγχο των αλληλεπιδράσεων όλων των στατιστικά σημαντικών παραγόντων. Αρχικά, το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο α=0,01. Στις περιπτώσεις όμως, που δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01, επαναλάβαμε την ανάλυση αναπροσαρμόζοντας το επίπεδο σημαντικότητας στο α=0,05. Πιο συγκεκριμένα, εξετάστηκε η συσχέτιση που μπορεί να έχει: α) η ηλικία του παιδιού (νήπιο ή προνήπιο) και β) το φύλο του παιδιού στο ποσοστό των φυσιολογικών, οριακών και των κλινικών περιπτώσεων για κάθε σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων (Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα) και Σύνολο προβλημάτων της ΦΑΝ-Β ξεχωριστά. Η ταξινόμηση με βάση τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών σε κλινικό και οριακό φάσμα σταθμίζονται ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση των γονέων, αλλά και τα χαρακτηριστικά των νηπιαγωγών που έχουν καταγραφεί όπως είναι: α) η ηλικία των νηπιαγωγών, β) η προϋπηρεσία τους, γ) το επίπεδο εκπαίδευσης τους (τίτλοι σπουδών), δ) η επιμόρφωση των νηπιαγωγών σε θέματα που αφορούν στην αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος των μαθητών τους και ε) οι μορφές αξιολόγησης που χρησιμοποιούν. Επίσης, σταθμίζονται ανάλογα με τα στοιχεία που αφορούν στο σχολείο, όπως: α) η οργανικότητα του σχολείου

(μονοθέσιο, διθέσιο), β) ο τύπος του σχολείου (κλασσικό, ολοήμερο), γ) ο αριθμός των παιδιών της τάξης.

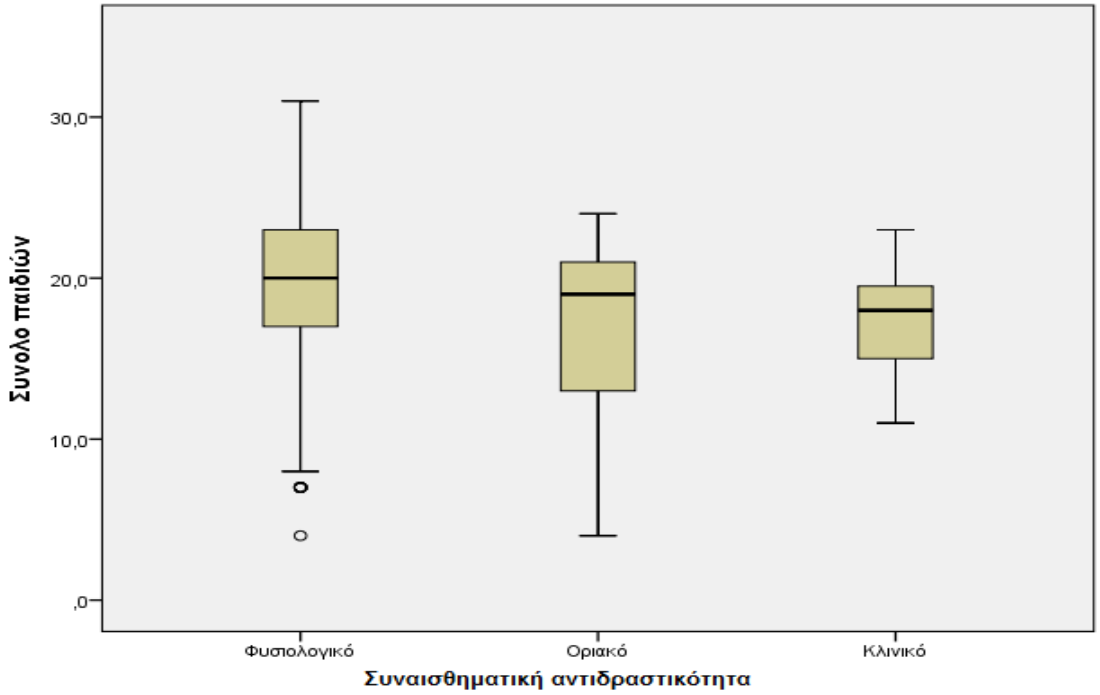
8.3.1.1 Σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»

Πίνακας 21

Στατιστικές συσχετίσεις για το σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»

		Τεστ Λόγου Πιθανοφάνειας (Likelihood Ratio Tests)		
Παράμετρος (Effect)	-2Log (Πιθανοφάνειας του μοντέλου) -2Log [(Likelihood of Reduced Model)]	χ^2 (Chi-quare)	Βαθμοί ελευθερίας (df)	Παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (Sig.)
Σταθερός όρος Intercept	450,761[a]	,000	0	.
Φύλο παιδιών	454,474	3,713	2	,156
Ηλικία παιδιών	453,360	2,600	2	,273
Μορφές Αξιολογήσεων	454,793	4,032	2	,133
Προϋπηρεσία νηπιαγωγών	453,440	2,679	2	,262
Ηλικία νηπιαγωγών	451,259	,498	2	,779
Επιμόρφωση νηπιαγωγών	450,822	,061	2	,970
Ακαδημία	459,236	8,476	2	,014*
Πανεπιστήμιο	460,879	10,119	2	,006*
Διδασκαλείο	463,594	12,833	4	,012*
Μεταπτυχιακό	460,243	9,483	2	,009*
Άλλο πτυχίο	455,547	4,786	2	,091
Τύπος σχολείου	456,919	6,159	2	,046*
Οργανικότητα σχολείου	458,211	7,450	4	,114
Σύνολο παιδιών ανά τάξη	467,193	16,432	2	,000*

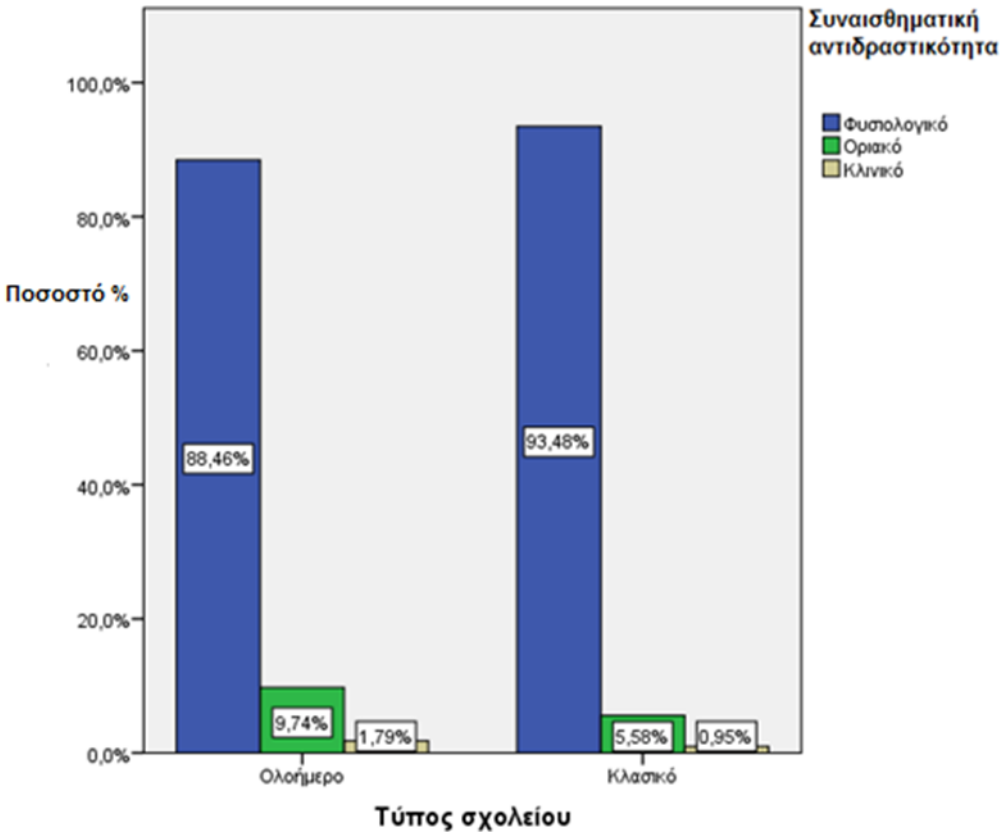
Από την πολλαπλή πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση προκύπτει ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή φυσιολογικών, οριακών και κλινικών περιπτώσεων, σχετικών με το σύνδρομο της «*Συναισθηματικής αντιδραστικότητας*» εντοπίστηκαν ανάλογα με: α) το σύνολο των παιδιών στην τάξη, όπου χ^2=16,43, p=,000 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01), β) τον τύπο του σχολείου, όπου χ^2=6,16, p= 046 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05) και γ) το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών, όπως αυτό φαίνεται από τις παραμέτρους Ακαδημία, χ^2=8,48, p=,014 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05), Διδασκαλείο, χ^2=12,83 p=,012 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05), Πανεπιστήμιο, χ^2=10,12, p=,006 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01) και Μεταπτυχιακό, χ^2=9,48, p=,009 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01). Αναλυτικότερα, αυτές οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις παρουσιάζονται ξεχωριστά, για κάθε μια από τις παραπάνω τρεις περιπτώσεις, στα Γραφήματα και τους Πίνακες που ακολουθούν.



Γράφημα 3. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»

Το Γράφημα 3 (διάγραμμα κουτιού – boxplot) παρουσιάζει την κατάταξη του συνόλου των παιδιών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών τους, για το σύνδρομο της «Συναισθηματικής Αντιδραστικότητας». Η επισκόπηση του Γραφήματος 3 δείχνει ότι η ομάδα παιδιών στο οριακό φάσμα

παρουσιάζει κάπως αυξημένη διασπορά, συγκριτικά με τις ομάδες των παιδιών στο φυσιολογικό και κλινικό φάσμα. Επίσης, από τη στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 21) προκύπτει ότι στο σύνδρομο της Συναισθηματικής αντιδραστικότητας, τα παιδιά που εντάσσονται στο φυσιολογικό φάσμα, προέρχονται από τάξεις που είναι αριθμητικά μεγαλύτερες από αυτές από τις οποίες προέρχονται τα παιδιά που εντάσσονται στο οριακό και το κλινικό φάσμα.



Γράφημα 4. Συσχέτιση του τύπου του σχολείου με κατάταξη των παιδιών στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για το σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα»

Όπως προκύπτει από το Γράφημα 4, τα παιδιά που φοιτούσαν στα ολοήμερα νηπιαγωγεία, εντάχθηκαν, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών, στο οριακό και στο κλινικό φάσμα, για το σύνδρομο της Συναισθηματικής αντιδραστικότητας, σε μεγαλύτερη αναλογία (9,74% και 1,79% αντίστοιχα), συγκριτικά με την αναλογία κατάταξης που παρατηρήθηκε, στα παιδιά που φοιτούσαν στα κλασσικά νηπιαγωγεία (οριακό φάσμα 5,58% και κλινικό φάσμα 0,95% αντίστοιχα). Επιπλέον, από τη στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 21), προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην κατάταξη των παιδιών σε φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα ανάμεσα στα κλασσικά και ολοήμερα νηπιαγωγεία.

Πίνακας 22

Κατανομή των μαθητών σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα για το σύνδρομο «Συναισθηματική αντιδραστικότητα» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών

		Συναισθηματική αντιδραστικότητα					
		Φυσιολογικό		Οριακό		Κλινικό	
		Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %
Διετής φοίτηση σε Ακαδημία	Όχι	723	63,8	**59**	69,4	11	73,3
	Ναι	411	36,2	26	30,6	4	26,7
Φοίτηση σε Πανεπιστήμιο	Όχι	379	33,4	23	27,1	4	26,7
	Ναι	755	66,6	**62**	72,9	11	73,3
Φοίτηση σε Διδασκαλείο	Όχι	872	76,9	62	72,9	14	93,3
	Γενικής αγωγής	251	22,1	18	21,2	0	0,0
	Ειδικής αγωγής	11	1,0	**5**	5,9	1	6,7
Μεταπτυχιακό	Όχι	1028	90,7	**82**	96,5	15	100,0
	Ναι	106	9,3	3	3,5	0	0,0
Άλλο πτυχίο	Όχι	1020	89,9	71	83,5	12	80,0
	Ναι	114	10,1	14	16,5	3	20,0

Στον περιγραφικό Πίνακα 22 φαίνεται ότι, σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που κατέταξαν τα παιδιά, για το σύνδρομο της Συναισθηματικής αντιδραστικότητας, στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, ήταν πανεπιστημιακής φοίτησης (66,6%, 72,9% και 73,3% αντίστοιχα).

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων (βλ. Πίνακα 21) προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών και την κατάταξη των παιδιών, στο παραπάνω σύνδρομο, για το οριακό φάσμα. Πιο συγκεκριμένα, στο οριακό φάσμα κατέτασσαν τα παιδιά, για το σύνδρομο της Συναισθηματικής αντιδραστικότητας, συχνότερα οι νηπιαγωγοί που δεν είχαν διετή φοίτηση (Ακαδημία), αλλά είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση, όπως επίσης και οι νηπιαγωγοί που ήταν Ειδικής αγωγής (Διδασκαλείο) και αυτοί που δεν είχαν μεταπτυχιακό.

8.3.1.2 Σύνδρομο «Ανησυχία/κατάθλιψη»

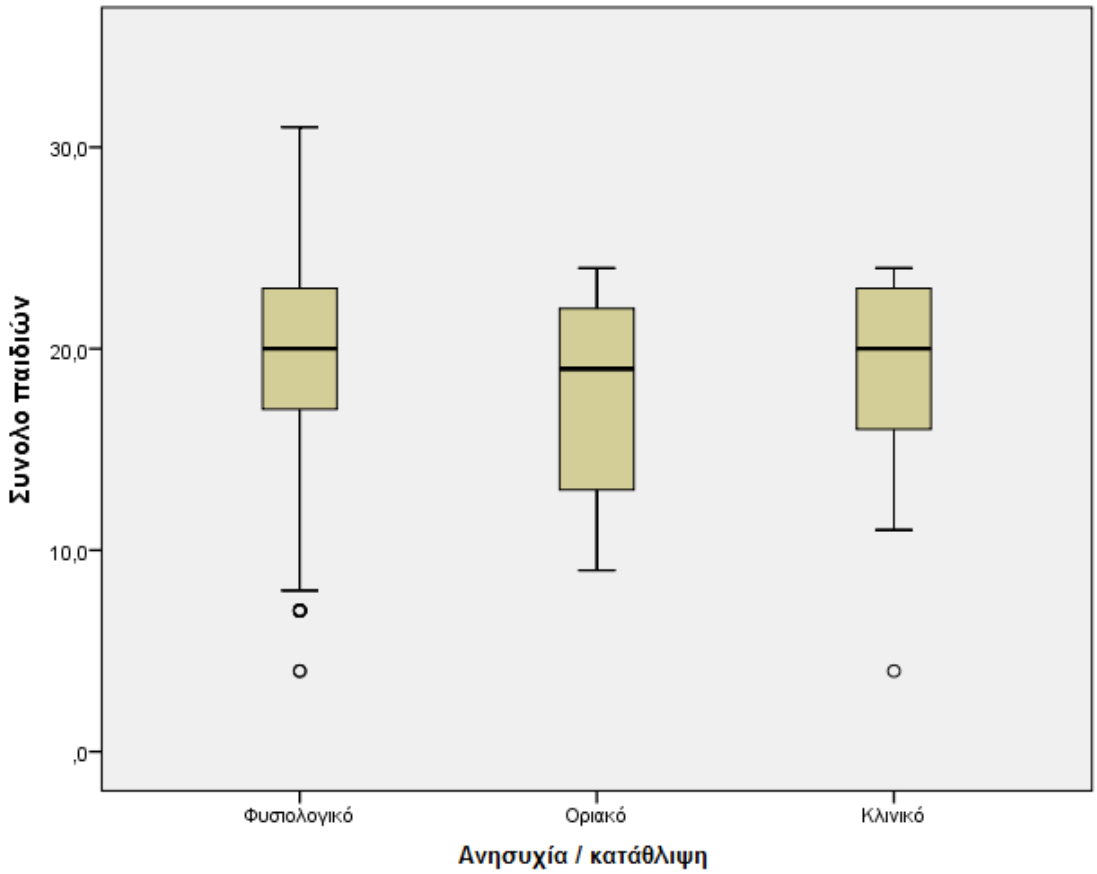
Πίνακας 23

Στατιστικές συσχετίσεις για το σύνδρομο «Ανησυχία/κατάθλιψη»

		Τεστ Λόγου Πιθανοφάνειας (Likelihood Ratio Tests)		
Παράμετρος (Effect)	-2Log (Πιθανοφάνειας του μοντέλου) [(-2 Log (Likelihood of Reduced Model)]	χ^2 (Chi-Square)	Βαθμοί ελευθερίας (df)	Παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (Sig.)
Σταθερός όρος (Intercept)	267,257[a]	,000	0	.
Φύλο παιδιών	267,336	,079	2	,961
Ηλικία παιδιών	267,336	,079	2	,961
Μορφές αξιολογήσεων	267,431	,173	2	,917
Προϋπηρεσία νηπιαγωγών	268,517	1,259	2	,533
Ηλικία Νηπιαγωγών	269,493	2,236	2	,327
Επιμόρφωση νηπιαγωγών	268,655	1,398	2	,497
Ακαδημία	281,124	13,867	2	,001*
Πανεπιστήμιο	279,106	11,849	2	,003*
Διδασκαλείο	272,219	4,962	4	,291
Μεταπτυχιακό	273,680	6,422	2	,040*
Άλλο πτυχίο	268,383	1,126	2	,569
Τύπος σχολείου	268,814	1,556	2	,459
Οργανικότητα σχολείου	269,872	2,615	4	,624
Σύνολο παιδιών ανά τάξη	273,492	6,234	2	,044*

Από την πολλαπλή πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση προέκυψε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή φυσιολογικών, οριακών και κλινικών περιπτώσεων σχετικά με το σύνδρομο της *«Ανησυχίας/κατάθλιψης»* εντοπίστηκαν ανάλογα με: α) το σύνολο των παιδιών στην τάξη χ^2=6,23, p=,044 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05) και β) το επίπεδο εκπαίδευσης, όπως αυτή φαίνεται από τις

παραμέτρους Ακαδημία, χ^2=13,87, p=,001 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01), Πανεπιστήμιο χ^2=11,85, p=,003 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01) και Μεταπτυχιακό, χ^2=6,42, p=,040 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05). Αναλυτικότερα, αυτές οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις παρουσιάζονται ξεχωριστά, για κάθε μια από τις δυο παραπάνω δυο περιπτώσεις, στα Γραφήματα και τους Πίνακες που ακολουθούν.



Γράφημα 5. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο «Ανησυχία/κατάθλιψη»

Το Γράφημα 5 (διάγραμμα κουτιού – boxplot) παρουσιάζει τη κατάταξη του συνόλου των παιδιών, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών, στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα για το σύνδρομο «Ανησυχία / Κατάθλιψη». Η επισκόπηση του Γραφήματος 5 δείχνει ότι η ομάδα παιδιών στο οριακό φάσμα παρουσίασε κάπως αυξημένη διασπορά, συγκριτικά με τις ομάδες των παιδιών στο φυσιολογικό και κλινικό φάσμα. Από τη στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 23) προέκυψε ότι, για σύνδρομο της Ανησυχίας/κατάθλιψης, τα παιδιά που εντάχθηκαν στο φυσιολογικό και κλινικό φάσμα

προέρχονταν από τάξεις που ήταν αριθμητικά μεγαλύτερες από αυτές από τις οποίες προέρχονταν τα παιδιά που εντάχθηκαν στο οριακό φάσμα.

Πίνακας 24

Κατανομή των μαθητών σε κλινικό οριακό και φυσιολογικό φάσμα για το σύνδρομο «Ανησυχία/ κατάθλιψη» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών

		Ανησυχία/ κατάθλιψη					
		Φυσιολογικό		Οριακό		Κλινικό	
		Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %
Διετής φοίτηση σε Ακαδημία	Όχι	764	64,4	20	57,1	9	69,2
	Ναι	422	35,6	**15**	42,9	4	30,8
Φοίτηση σε Πανεπιστήμιο	Όχι	393	33,1	10	28,6	3	23,1
	Ναι	793	66,9	**25**	71,4	10	76,9
Φοίτηση σε Διδασκαλείο	Όχι	914	77,1	26	74,3	8	61,5
	Γενικής αγωγής	256	21,6	8	22,9	5	38,5
	Ειδικής αγωγής	16	1,3	1	2,9	0	0,0
Μεταπτυχιακό	Όχι	1083	91,3	30	85,7	12	92,3
	Ναι	103	8,7	**5**	14,3	1	7,7
Άλλο πτυχίο	Όχι	1061	89,5	30	85,7	12	92,3
	Ναι	125	10,5	5	14,3	1	7,7

Στον περιγραφικό Πίνακα 24 φαίνεται ότι σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που κατέταξαν τα παιδιά, για το σύνδρομο της Ανησυχίας/κατάθλιψης, στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, ήταν πανεπιστημιακής φοίτησης (66,9%, 71,4% και 76,9% αντίστοιχα). Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων (βλ. Πίνακα 23) προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών και την κατάταξη των παιδιών, στο παραπάνω σύνδρομο, για το οριακό φάσμα. Πιο συγκεκριμένα, στο οριακό φάσμα κατέτασσαν τα παιδιά συχνότερα, για το σύνδρομο της Ανησυχίας/κατάθλιψης, οι νηπιαγωγοί που είχαν διετή φοίτηση, οι νηπιαγωγοί που είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση και αυτοί που είχαν μεταπτυχιακό.

8.3.1.3 Σύνδρομο «Σωματικές Ενοχλήσεις»

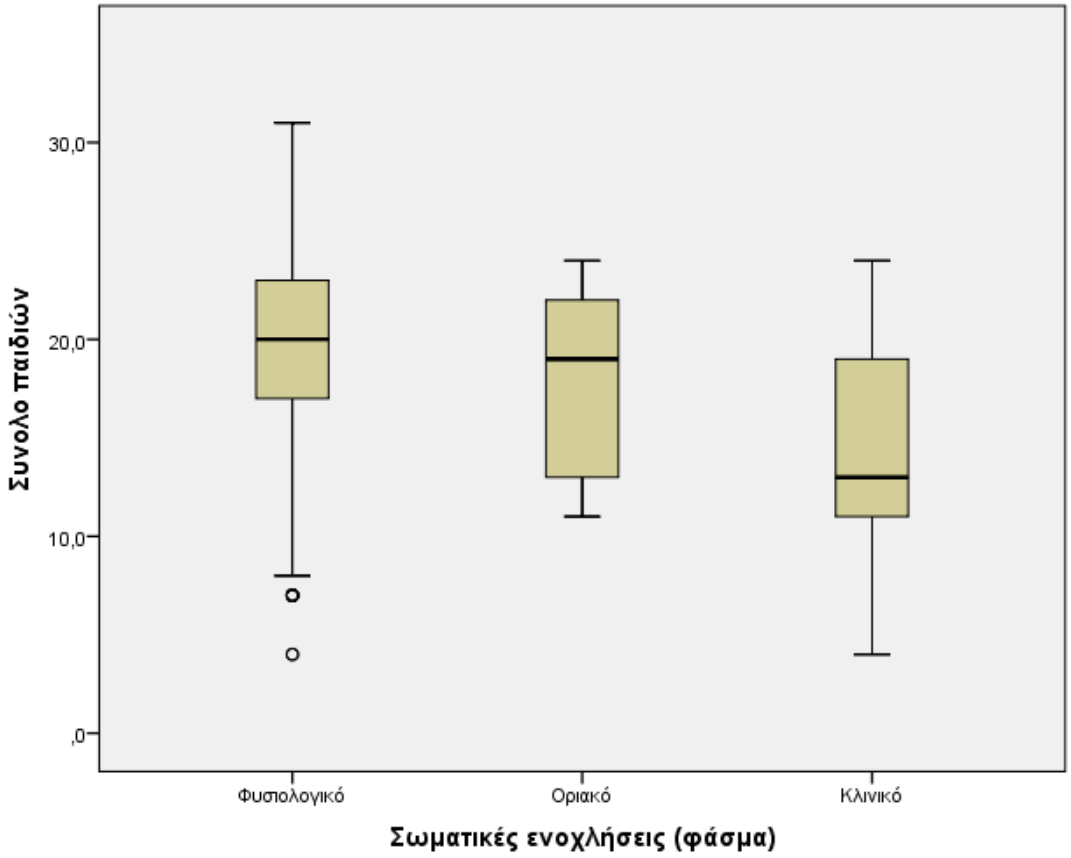
Πίνακας 25

Στατιστικές συσχετίσεις για την σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις»

		Τεστ Λόγου Πιθανοφάνειας (Likelihood Ratio Tests)		
Παράμετρος (Effect)	-2Log (Πιθανοφάνειας του μοντέλου) [(-2 Log (Likelihood of Reduced Model)]	χ^2 (Chi-Square)	Βαθμοί ελευθερίας (df)	Παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (Sig.)
Σταθερός όρος (Intercept)	419,988[a]	,000	0	.
Φύλο παιδιών	468,892	48,904	2	,000*
Ηλικία παιδιών	420,257	,269	2	,874
Μορφές Αξιολογήσεων	424,456	4,467	2	,107
Προϋπηρεσία νηπιαγωγών	424,292	4,304	2	,116
Ηλικία Νηπιαγωγών	425,197	5,209	2	,074
Επιμόρφωση νηπιαγωγών	424,926	4,938	2	,085
Ακαδημία	432,439	12,450	2	,002*
Πανεπιστήμιο	425,183	5,194	2	,074
Διδασκαλείο	430,278	10,289	4	,036*
Μεταπτυχιακό	421,429	1,440	2	,487
Άλλο πτυχίο	425,270	5,281	2	,071
Τύπος σχολείου	423,627	3,638	2	,162
Οργανικότητα σχολείου	425,186	5,198	4	,268
Σύνολο παιδιών	447,144	27,155	2	,000*

Από την πολλαπλή πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση προέκυψε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή φυσιολογικών, οριακών και κλινικών περιπτώσεων

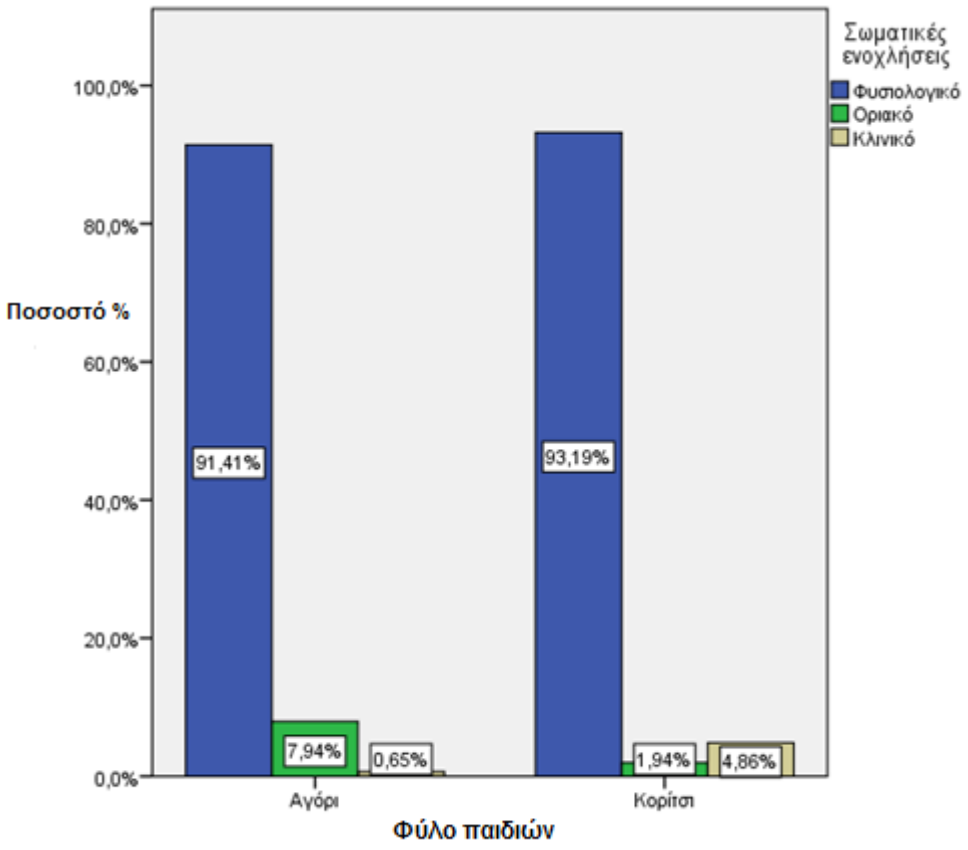
σχετικά με το σύνδρομο των «Σωματικών ενοχλήσεων» εντοπίστηκαν ανάλογα με: α) το σύνολο των παιδιών στην τάξη, χ^2=27,15 p=,000 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01), β) το φύλο των παιδιών, χ^2=48,90, p =,000 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01) και γ) το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών και συγκεκριμένα από το Διδασκαλείο, χ^2 =10,29, p=,036 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05) και την Ακαδημία, χ^2=12,450, p=,002 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01). Αναλυτικότερα, αυτές οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις παρουσιάζονται ξεχωριστά, για κάθε μια από τις τρεις παραπάνω περιπτώσεις, στα Γραφήματα και τους Πίνακες που ακολουθούν.



Γράφημα 6. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις»

Το Γράφημα 6 (διάγραμμα κουτιού – boxplot) παρουσιάζει την κατάταξη του συνόλου των παιδιών, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών τους, στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα για το σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις». Η επισκόπηση του Γραφήματος 6 δείχνει ότι η ομάδα παιδιών στο οριακό φάσμα παρουσίασε κάπως αυξημένη διασπορά

από την ομάδα των παιδιών στο κλινικό, και οι δύο όμως αυτές ομάδες είχαν σημαντικά αυξημένη διασπορά από την ομάδα παιδιών στο φυσιολογικό φάσμα. Όπως προέκυψε επίσης, από τη στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 25), για το σύνδρομο των Σωματικών ενοχλήσεων, τα παιδιά που εντάχθηκαν στο φυσιολογικό φάσμα προέρχονταν από τάξεις που ήταν αριθμητικά μεγαλύτερες από αυτές από τις οποίες προέρχονταν τα παιδιά που εντάχθηκαν στο οριακό και το κλινικό φάσμα.



Γράφημα 7. Κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για το σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις» σύμφωνα με το φύλο του παιδιού

Το Γράφημα 7 δείχνει ότι τα αγόρια του δείγματος εντάχθηκαν για το σύνδρομο Σωματικές ενοχλήσεις, στο οριακό φάσμα σε μεγαλύτερο ποσοστό (7,94%) συγκριτικά με τα κορίτσια (1,94%). Το ακριβώς αντίστροφο ισχύει για την ένταξη των παιδιών στο κλινικό φάσμα, αφού τα κορίτσια εντάχθηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό στο κλινικό φάσμα (4,86%), συγκριτικά με τα αγόρια (0,65%).

Πίνακας 26

Κατανομή των μαθητών σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα για το σύνδρομο «Σωματικές ενοχλήσεις» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών

		Σωματικές ενοχλήσεις					
		Φυσιολογικό		Οριακό		Κλινικό	
		Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %
Διετής φοίτηση σε Ακαδημία	Όχι	748	65,7	29	47,5	16	47,1
	Ναι	391	34,3	32	52,5	18	52,9
Φοίτηση σε Πανεπιστήμιο	Όχι	362	31,8	28	45,9	16	47,1
	Ναι	777	68,2	33	54,1	18	52,9
Φοίτηση σε Διδασκαλείο	Όχι	863	75,8	53	86,9	32	94,1
	Γενικής αγωγής	261	22,9	**6**	9,8	2	5,9
	Ειδικής αγωγής	15	1,3	**2**	3,3	0	0,0
Μεταπτυχιακό	Όχι	1037	91,0	**56**	91,8	32	94,1
	Ναι	102	9,0	5	8,2	2	5,9
Άλλο πτυχίο	Όχι	1025	90,0	51	83,6	27	79,4
	Ναι	114	10,0	10	16,4	7	20,6

Στον Πίνακα 26 φαίνεται ότι, σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που κατατέταξαν τα παιδιά, για το σύνδρομο των Σωματικών ενοχλήσεων, στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, είναι πανεπιστημιακής φοίτησης (68,2%, 54,1%, 52,9% αντίστοιχα).

Από τη στατιστική ανάλυση των ευρημάτων (βλ. Πίνακα 25) προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών και την κατάταξη των παιδιών, στο παραπάνω σύνδρομο, για το οριακό φάσμα. Πιο συγκεγκεκριμένα, στο οριακό φάσμα κατέτασσαν τα παιδιά συχνότερα, για το σύνδρομο Σωματικές ενοχλήσεις, οι νηπιαγωγοί με διετή φοίτηση σε Ακαδημία και οι νηπιαγωγοί που είχαν μετεκπαιδευτεί στην Ειδική αγωγή (Διδασκαλείο), σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες μετεκπαίδευσης [Γενικής Αγωγής (Διδασκαλείο) και χωρίς μετεκπαίδευση στο Διδασκαλείο].

8.3.1.4 Σύνδρομο «Απόσυρση»

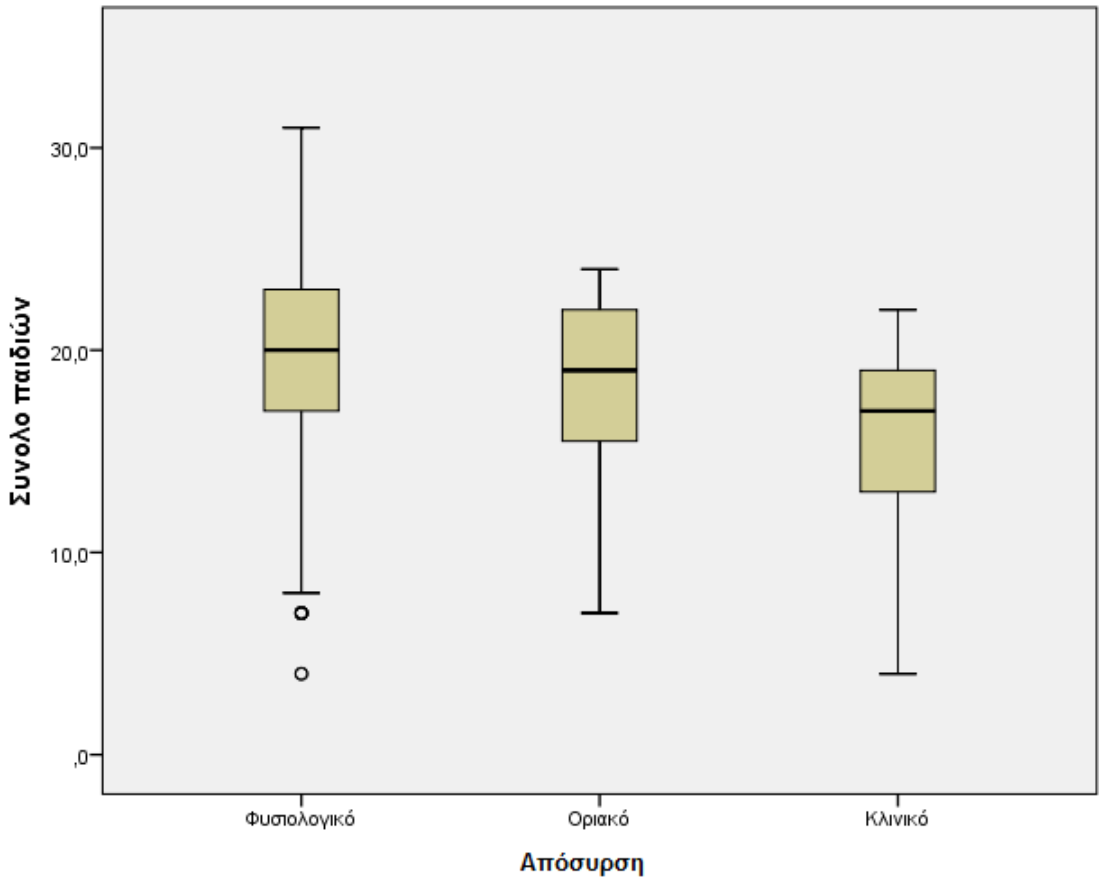
Πίνακας 27

Στατιστικές συσχετίσεις για το σύνδρομο «Απόσυρση»

		Τεστ Λόγου Πιθανοφάνειας (Likelihood Ratio Tests)		
Παράμετρος (Effect)	-2Log (Πιθανοφάνειας του μοντέλου) [(-2 Log (Likelihood of Reduced Model)]	χ^2 (Chi-Square)	Βαθμοί ελευθερίας (df)	Παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (Sig.)
Σταθερός όρος (Intercept)	568,932[a]	,000	0	.
Φύλο παιδιών	574,928	5,996	2	,049*
Ηλικία παιδιών	570,222	1,290	2	,525
Μορφές αξιολογήσεων	568,977	,045	2	,978
Προϋπηρεσία νηπιαγωγών	569,581	,649	2	,723
Ηλικία νηπιαγωγών	569,415	,483	2	,786
Επιμόρφωση νηπιαγωγών	570,031	1,099	2	,577
Ακαδημία	572,716	3,784	2	,151
Πανεπιστήμιο	570,884	1,952	2	,377
Διδασκαλείο	571,896	2,964	4	,564
Μεταπτυχιακό	570,587	1,655	2	,437
Άλλο πτυχίο	572,760	3,828	2	,148
Τύπος σχολείου	570,664	1,732	2	,421
Οργανικότητα σχολείου	577,976	9,044	4	,060
Σύνολο παιδιών	595,153	26,221	2	,000*

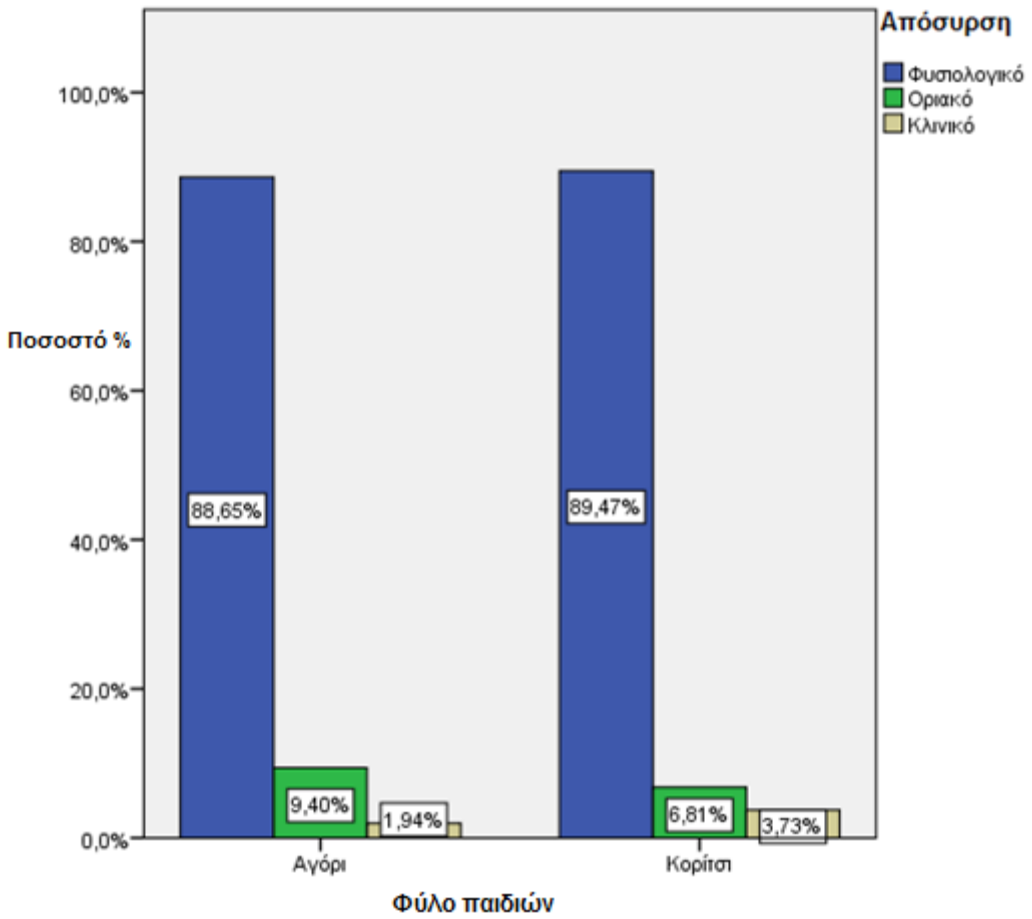
Από την πολλαπλή πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση προέκυψε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή φυσιολογικών, οριακών και κλινικών περιπτώσεων σχετικά με με το σύνδρομο της *«Απόσυρσης»* εντοπίστηκαν ανάλογα με: α) το σύνολο των παιδιών στην τάξη, χ^2=26,22, p=,000 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01)

και β) το φύλο των παιδιών χ^2=6, p=,049 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05). Αναλυτικότερα, αυτές οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις παρουσιάζονται ξεχωριστά, για κάθε μια από τις δυο παραπάνω περιπτώσεις, στα Γραφήματα και τους Πίνακες που ακολουθούν.



Γράφημα 8. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο της «Απόσυρσης»

Το Γράφημα 8 (διάγραμμα κουτιού – boxplot) παρουσιάζει τη κατάταξη του συνόλου των παιδιών, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών σε φυσιολογικό, οριακό ή κλινικό φάσμα για το σύνδρομο της «Απόσυρσης». Η επισκόπηση του Γραφήματος 8 δείχνει ότι η ομάδα παιδιών στο οριακό φάσμα παρουσίασε κάπως αυξημένη διασπορά, συγκριτικά με τις ομάδες των παιδιών στο φυσιολογικό και κλινικό φάσμα. Όπως προέκυψε και από και τη στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 27), στο σύνδρομο της Αποσύρσης, τα παιδιά που εντάχθηκαν στο φυσιολογικό φάσμα, προέρχονταν από τάξεις που ήταν αριθμητικά μεγαλύτερες από αυτές από τις οποίες προέρχονταν τα παιδιά που εντάχθηκαν στο οριακό και κλινικό.



Γράφημα 9. Συσχέτιση φύλου παιδιών με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για το σύνδρομο «Απόσυρση»

Από το Γράφημα 9 προκύπτει ότι τα αγόρια σε μεγαλύτερο ποσοστό (9,4%) στο οριακό φάσμα, για το σύνδρομο της Απόσυρσης, συγκριτικά με τα κορίτσια (6,81%). Επιπλέον, η στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων (βλ. Πίνακα 27), έδειξε ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικώς σημαντική.

Αντίστροφα, τα κορίτσια εντάχθηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (3,73%) στο κλινικό φάσμα, για το παραπάνω σύνδρομο, από ότι τα αγόρια (1,94%).

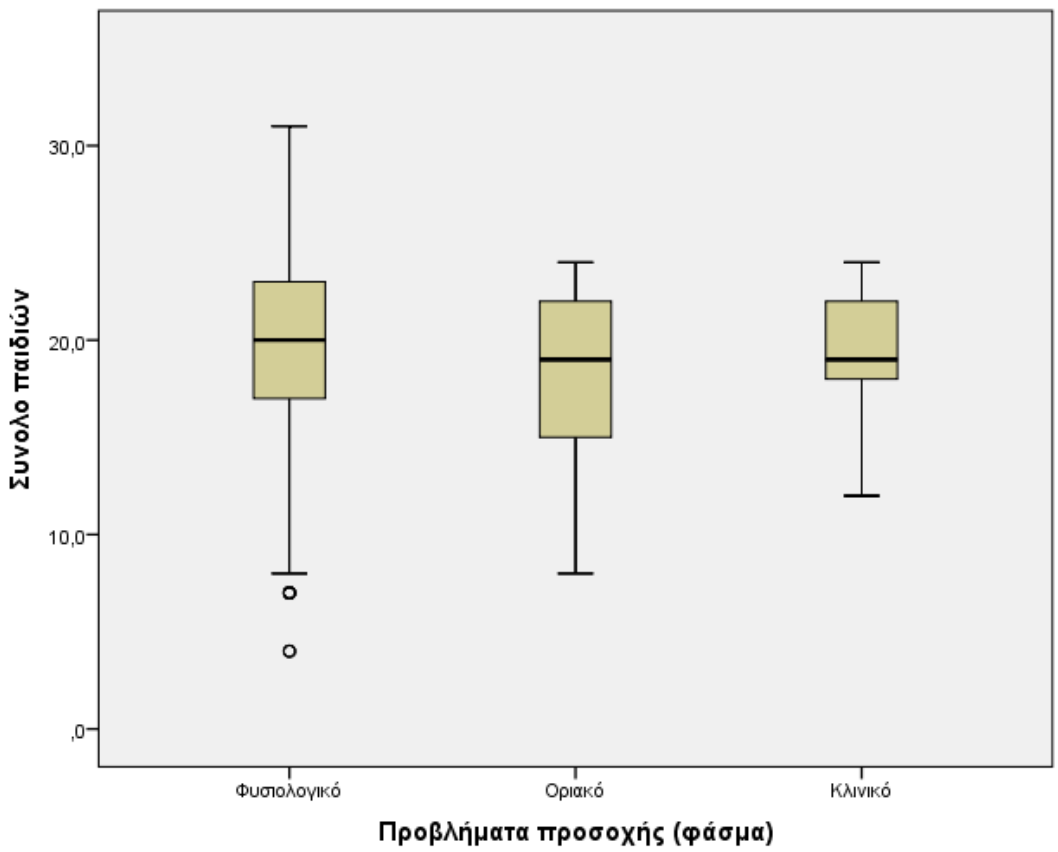
8.3.1.5 Σύνδρομο «Προβλήματα Προσοχής»

Πίνακας 28

Στατιστικές συσχετίσεις για το σύνδρομο «Προβλήματα προσοχής»

		Τεστ Λόγου Πιθανοφάνειας (Likelihood Ratio Tests)		
Παράμετρος (Effect)	-2Log [(Πιθανοφάνειας του μοντέλου) (-2 Log (Likelihood of Reduced Model)]	χ^2 (Chi-Square)	Βαθμοί ελευθερίας (df)	Παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (Sig.)
Intercept	437,289[a]	,000	0	.
Φύλο παιδιών	442,417	5,128	2	,077
Ηλικία παιδιών	437,877	,588	2	,745
Μορφές αξιολογήσεων	440,655	3,366	2	,186
Προϋπηρεσία νηπιαγωγών	437,461	,172	2	,917
Ηλικία Νηπιαγωγών	437,473	,184	2	,912
Επιμόρφωση νηπιαγωγών	439,824	2,534	2	,282
Ακαδημία	441,490	4,201	2	,122
Πανεπιστήμιο	441,580	4,291	2	,117
Διδασκαλείο	437,770	,481	4	,975
Μεταπτυχιακό	439,942	2,653	2	,265
Άλλο πτυχίο	439,010	1,721	2	,423
Τύπος σχολειού	440,883	3,594	2	,166
Οργανικότητα σχολείου	443,601	6,312	4	,177
Σύνολο παιδιών	443,486	6,196	2	,045*

Από την πολλαπλή πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση προέκυψε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή φυσιολογικών, οριακών και κλινικών περιπτώσεων σχετικά με το σύνδρομο «*Προβλήματα προσοχής*», εντοπίστηκαν μόνο ανάλογα με το σύνολο των παιδιών στην τάξη, χ^2=6,2, p=,045 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05).



Γράφημα 10. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο «Προβλήματα προσοχής»

Η επισκόπηση του Γραφήματος 10 (διάγραμμα κουτιού -boxplot) δείχνει ότι η ομάδα παιδιών που εντάχθηκαν για τα Προβλήματα προσοχής, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών, στο οριακό φάσμα παρουσίασε κάπως αυξημένη διασπορά, συγκριτικά με τις ομάδες των παιδιών στο φυσιολογικό και κλινικό φάσμα. Από τη στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 28), για το σύνδρομο «Προβλήματα προσοχής», τα παιδιά που εντάχθηκαν στο φυσιολογικό φάσμα προέρχονταν από τάξεις που ήταν αριθμητικά μεγαλύτερες από αυτές από τις οποίες προέρχονταν τα παιδιά που εντάχθηκαν στο οριακό και κλινικό φάσμα.

8.3.1.6 Σύνδρομο «Επιθετική Συμπεριφορά»

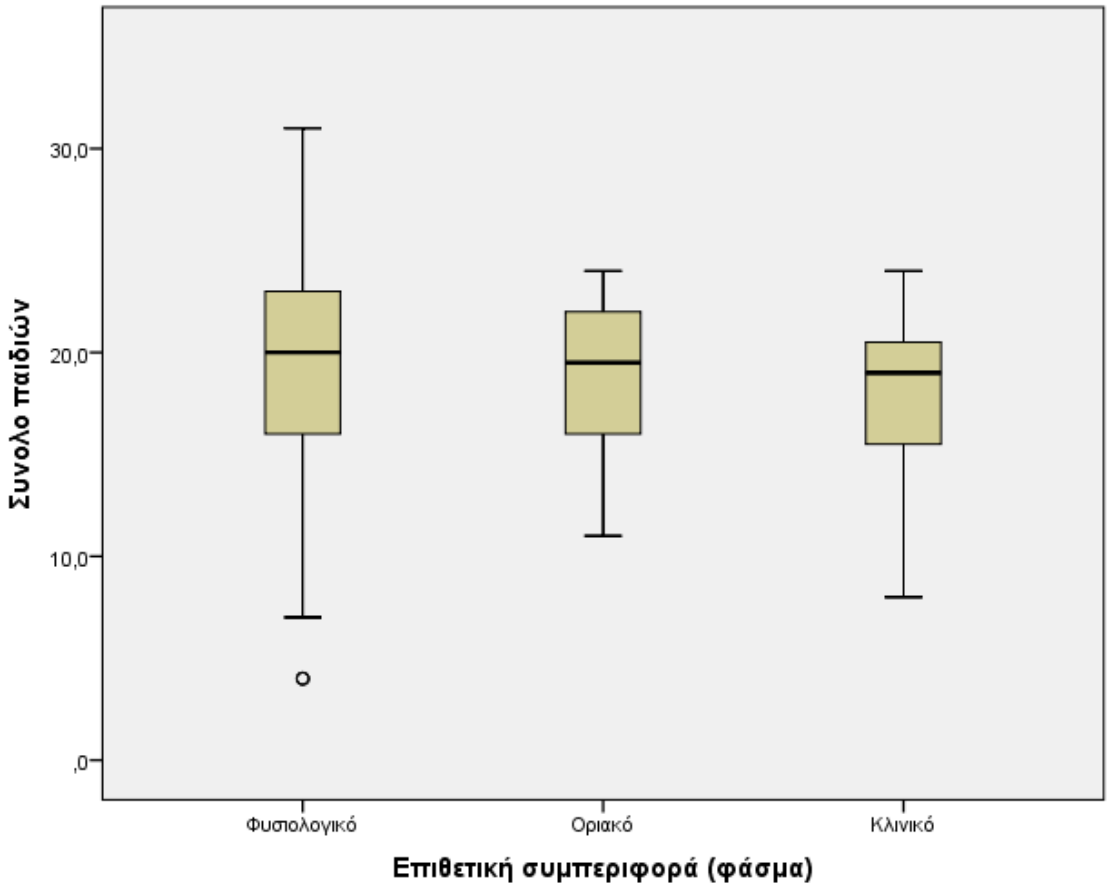
Πίνακας 29

Στατιστικές συσχετίσεις για το σύνδρομο «Επιθετική συμπεριφορά»

		Τεστ Λόγου Πιθανοφάνειας (Likelihood Ratio Tests)		
Παράμετρος (Effect)	-2Log (Πιθανοφάνειας του μοντέλου) [(-2 Log (Likelihood of Reduced Model)]	χ^2 (Chi-Square)	Βαθμοί ελευθερίας (df)	Παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (Sig.)
Σταθερός όρος (Intercept)	346,731[a]	,000	0	.
Φύλο παιδιών	347,753	1,022	2	,600
Ηλικία παιδιών	350,280	3,550	2	,170
Μορφές αξιολογήσεων	348,225	1,494	2	,474
Προϋπηρεσία νηπιαγωγών	352,198	5,467	2	,065
Ηλικία Νηπιαγωγών	348,377	1,646	2	,439
Επιμόρφωση νηπιαγωγών	348,222	1,491	2	,474
Ακαδημία	364,318	17,587	2	,000*
Πανεπιστήμιο	361,649	14,918	2	,001*
Διδασκαλείο	354,104	7,373	4	,117
Μεταπτυχιακό	353,140	6,410	2	,041*
Άλλο πτυχίο	350,762	4,031	2	,133
Τύπος σχολειού	352,409	5,679	2	,058
Οργανικότητα σχολείου	361,251	14,520	4	,060
Σύνολο παιδιών	353,612	6,882	2	,032*

Από την πολλαπλή πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση, προέκυψε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή φυσιολογικών, οριακών και κλινικών περιπτώσεων, σχετικά με το σύνδρομο της *«Επιθετικής συμπεριφοράς»*, εντοπίστηκαν ανάλογα με: α) το σύνολο των παιδιών στην τάξη, χ^2=6,88, p=,032 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο

σημαντικότητας α=0,05) και β) το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών, όπως αυτό φαίνεται από τις παραμέτρους Ακαδημία, χ^2=17,59 p=,000 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01), Πανεπιστήμιο, χ^2=14,92, p=,001 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01) και Μεταπτυχιακό, χ^2=6,41, p=,041 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05). Αναλυτικότερα, αυτές οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις παρουσιάζονται ξεχωριστά, για κάθε μια από τις δυο παραπάνω περιπτώσεις, στα Γραφήματα και τους Πίνακες που ακολουθούν.



Γράφημα 11. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το σύνδρομο «Επιθετική συμπεριφορά»

Η επισκόπηση του Γραφήματος 11 (διάγραμμα κουτιού boxplot), δείχνει ότι η ομάδα παιδιών στο φυσιολογικό φάσμα παρουσίασε κάπως αυξημένη διασπορά, συγκριτικά με τις ομάδες των παιδιών στο οριακό και κλινικό φάσμα για το σύνδρομο της «Επιθετικής συμπεριφοράς». Από τη στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 29), προκύπτει, ότι τα παιδιά που εντάχθηκαν στο φυσιολογικό φάσμα για το σύνδρομο της Επιθετικής συμπεριφοράς

προέρχονταν από τάξεις που είναι αριθμητικά μεγαλύτερες από αυτές από τις οποίες προέρχονταν τα παιδιά που εντάχθηκαν στο κλινικό φάσμα.

Πίνακας 30

Κατανομή των μαθητών σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα για την Επιθετική συμπεριφορά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών

		Επιθετική συμπεριφορά					
		Φυσιολογικό		Οριακό		Κλινικό	
		Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %
Διετής φοίτηση σε Ακαδημία	Όχι	751	64,5	30	60,0	12	63,2
	Ναι	414	35,5	**20**	40,0	7	36,8
Φοίτηση σε Πανεπιστήμιο	Όχι	386	33,1	15	30,0	5	26,3
	Ναι	779	66,9	**35**	70,0	14	73,7
Φοίτηση σε Διδασκαλείο	Όχι	896	76,9	36	72,0	16	84,2
	Γενικής αγωγής	255	21,9	11	22,0	3	15,8
	Ειδικής αγωγής	14	1,2	3	6,0	0	0,0
Μεταπτυχιακό	Όχι	1063	91,2	45	90,0	17	89,5
	Ναι	102	8,8	**5**	10,0	2	10,5
Άλλο πτυχίο	Όχι	1043	89,5	45	90,0	15	78,9
	Ναι	122	10,5	5	10,0	4	21,1

Στον Πίνακα 30 φαίνεται ότι σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που κατέταξαν τα παιδιά, για το σύνδρομο της Επιθετικής συμπεριφοράς, στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, είναι πανεπιστημιακής φοίτησης (66,9%, 70,0%, 73,7% αντίστοιχα).

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων (βλ. Πίνακα 29) προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών και την κατάταξη των παιδιών, στο παραπάνω σύνδρομο, για το οριακό φάσμα. Πιο συγκεκριμένα, στο οριακό φάσμα κατέτασσαν πιο συχνά οι νηπιαγωγοί που είχαν διετή φοίτηση, οι νηπιαγωγοί που είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση, όπως επίσης και αυτοί που είχαν μεταπτυχιακό.

8.3.1.7 «Εσωτερικευμένα Προβλήματα»

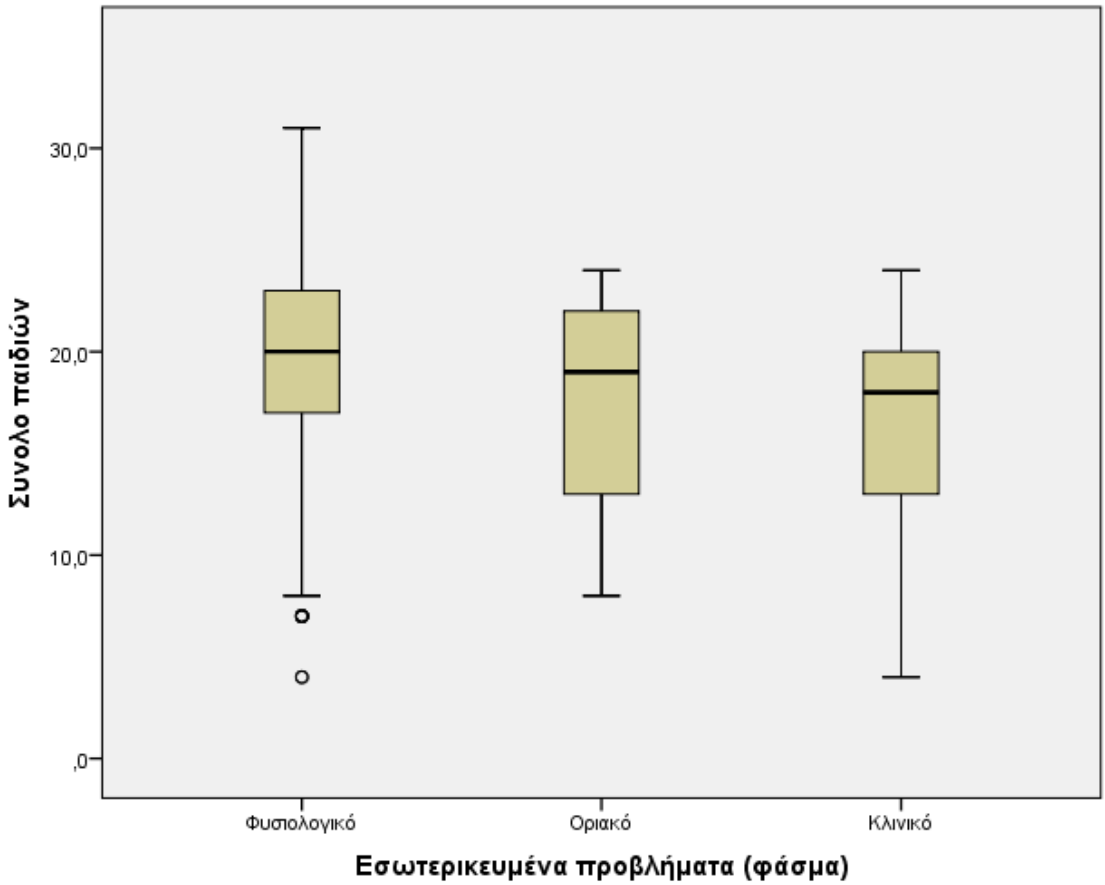
Πίνακας 31

Στατιστικές συσχετίσεις για την ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα»

		Τεστ Λόγου Πιθανοφάνειας (Likelihood Ratio Tests)		
Παράμετρος (Effect)	-2Log (Πιθανοφάνειας του μοντέλου) (-2 Log [(Likelihood of Reduced Model)]	χ^2 (Chi-quare)	Βαθμοί ελευθερίας (df)	Παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (Sig.)
Σταθερός όρος (Intercept)	573,572[a]	,000	0	.
Φύλο παιδιών	580,473	6,901	2	,032*
Ηλικία παιδιών	575,237	1,666	2	,435
Μορφές αξιολογήσεων	576,065	2,493	2	,287
Προϋπηρεσία νηπιαγωγών	577,666	4,094	2	,129
Ηλικία νηπιαγωγών	575,237	1,665	2	,435
Επιμόρφωση νηπιαγωγών	574,596	1,025	2	,599
Ακαδημία	581,336	7,764	2	,021*
Πανεπιστήμιο	583,666	10,094	2	,006*
Διδασκαλείο	577,240	3,668	4	,453
Μεταπτυχιακό	580,852	7,280	2	,026*
Άλλο πτυχίο	575,921	2,349	2	,309
Τύπος σχολειού	576,195	2,623	2	,269
Οργανικότητα σχολείου	581,109	7,537	4	,110
Σύνολο παιδιών	592,654	19,083	2	,000*

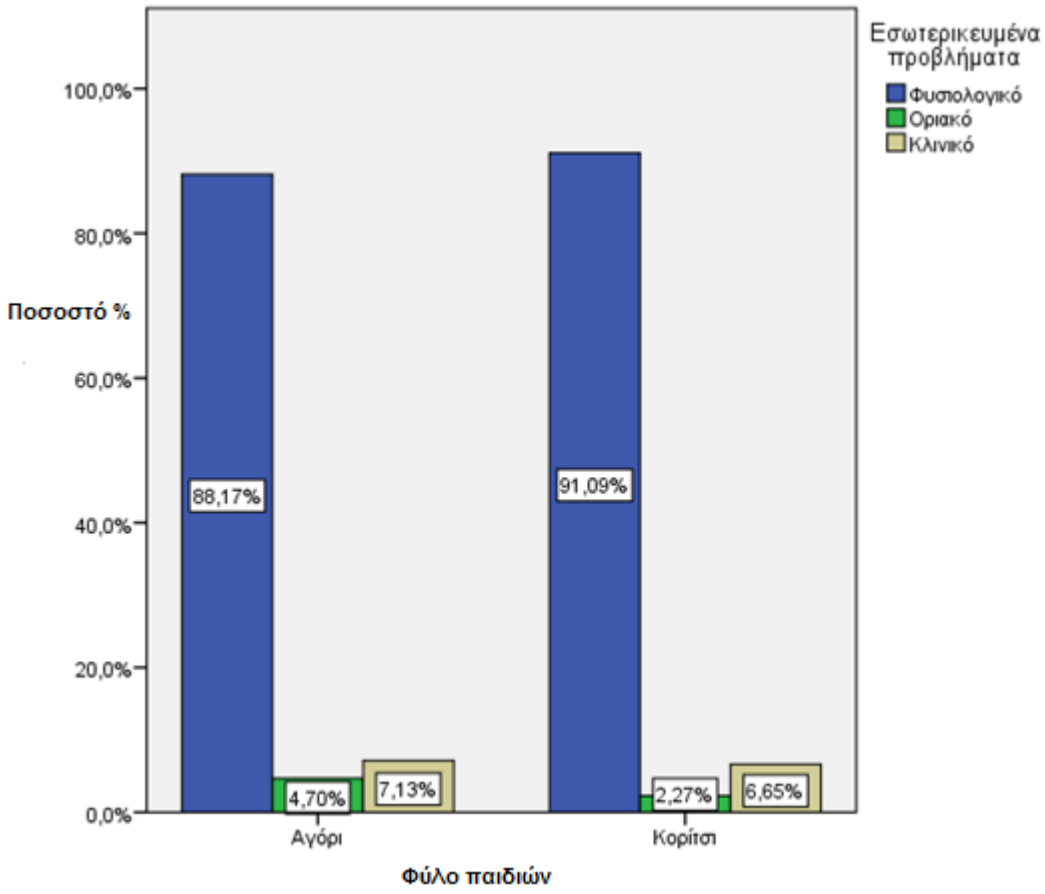
Από την πολλαπλή πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση προέκυψε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή φυσιολογικών, οριακών και κλινικών περιπτώσεων σχετικά με ομάδα συνδρόμων «*Εσωτερικευμένα προβλήματα»*, εντοπίστηκαν ανάλογα με: α) το σύνολο των παιδιών στην τάξη, χ^2=19,08, p=,000 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01), β) το φύλο παιδιών, χ^2=6,9, p=,032 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο

σημαντικότητας α=0,05) και γ) το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών, όπως αυτό φαίνεται από τις παραμέτρους Ακαδημία χ^2=7,76, p=,021 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05), Πανεπιστήμιο χ^2=10,09, p=,006 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01) και Μεταπτυχιακό χ^2=7,28, p=,026 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05). Αναλυτικότερα, αυτές οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις παρουσιάζονται ξεχωριστά, για κάθε μια από τις τρεις παραπάνω περιπτώσεις, στα Γραφήματα και τους Πίνακες που ακολουθούν.



Γράφημα 12. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για την ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα»

Η επισκόπηση του Γραφήματος 12 (διάγραμμα κουτιού-boxplot) δείχνει ότι η ομάδα παιδιών στο οριακό φάσμα παρουσίασε κάπως αυξημένη διασπορά, συγκριτικά με τις ομάδες των παιδιών στο φυσιολογικό και κλινικό φάσμα. Από τη στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 31), στη ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα», τα παιδιά που εντάχθηκαν στο φυσιολογικό φάσμα, προέρχονταν από τάξεις που ήταν αριθμητικά μεγαλύτερες από αυτές από τις οποίες προέρχονταν τα παιδιά που εντάχθηκαν στο οριακό και κλινικό φάσμα.



Γράφημα 13. Συσχέτιση φύλου παιδιών με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για την ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα»

Από το Γράφημα 13 προκύπτει ότι τα αγόρια εντάχθηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (7,13%) στο κλινικό και στο οριακό φάσμα (4,70%), για τα Εσωτερικευμένα προβλήματα, συγκριτικά με τα κορίτσια του δείγματος (6,65% και 2,27% αντίστοιχα). Επιπλέον, η στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων (βλ Πίνακα 31) έδειξε ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 32

Κατανομή των μαθητών σε κλινικό οριακό και φυσιολογικό φάσμα για την ομάδα συνδρόμων «Εσωτερικευμένα προβλήματα» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών

		Εσωτερικευμένα προβλήματα					
		Φυσιολογικό		Οριακό		Κλινικό	
		Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %
Διετής φοίτηση σε ακαδημία	Όχι	715	64,6	21	48,8	57	67,1
	Ναι	391	35,4	**22**	51,2	28	32,9
Φοίτηση σε Πανεπιστήμιο	Όχι	361	32,6	21	48,8	24	28,2
	Ναι	745	67,4	**22**	51,2	61	71,8
Φοίτηση σε Διδασκαλείο	Όχι	847	76,6	34	79,1	67	78,8
	Γενικής αγωγής	247	22,3	7	16,3	15	17,6
	Ειδικής αγωγής	12	1,1	2	4,7	3	3,5
Μεταπτυχιακό	Όχι	1005	90,9	39	90,7	81	95,3
	Ναι	101	9,1	4	9,3	**4**	4,7
Άλλο πτυχίο	Όχι	993	89,8	38	88,4	72	84,7
	Ναι	113	10,2	5	11,6	13	15,3

Στον Πίνακα 32 φαίνεται ότι σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που κατέταξαν τα παιδιά, για τα Εσωτερικευμένα προβλήματα στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, ήταν πανεπιστημιακής φοίτησης (67,4%, 51,2%, 71,8% αντίστοιχα).

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων (βλ. Πίνακα 31) προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών και την κατάταξη των παιδιών, στα Εσωτερικευμένα προβλήματα, για το οριακό και το κλινικό φάσμα. Πιο συγκεγκεκριμένα, στο οριακό φάσμα κατέτασσαν πιο συχνά οι νηπιαγωγοί που είχαν διετή φοίτηση και οι νηπιαγωγοί που είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ενώ πιο συχνά κατέτασσαν τα παιδιά στο κλινικό φάσμα αυτοί που δεν είχαν μεταπτυχιακό.

8.3.1.8 «Εξωτερικευμένα Προβλήματα»

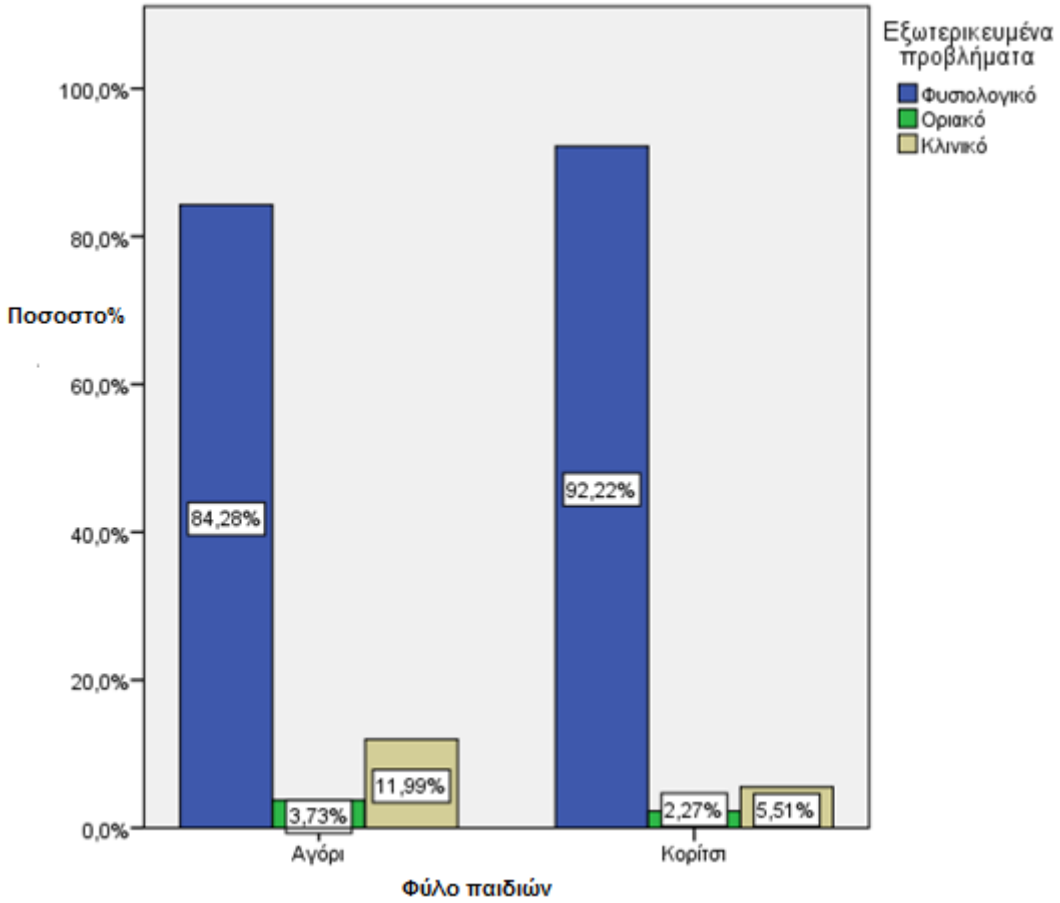
Πίνακας 33

Στατιστικές συσχετίσεις για την ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα»

		Τεστ Λόγου Πιθανοφάνειας (Likelihood Ratio Tests)		
Παράμετρος (Effect)	-2Log (Πιθανοφάνειας του μοντέλου) [(-2 Log (Likelihood of Reduced Model)]	χ^2 (Chi-Square)	Βαθμοί ελευθερίας (df)	Παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (Sig.)
Σταθερός όρος (Intercept)	579,955[a]	,000	0	.
Φύλο παιδιών	598,700	18,746	2	,000*
Ηλικία παιδιών	580,012	,057	2	,972
Μορφές αξιολογήσεων	580,567	,612	2	,736
Προϋπηρεσία	581,398	1,443	2	,486
Ηλικία νηπιαγωγών	580,163	,208	2	,901
Επιμόρφωση νηπιαγωγών	580,540	,585	2	,746
Ακαδημία	599,206	19,252	2	,000*
Πανεπιστήμιο	602,812	22,858	2	,000*
Διδασκαλείο	595,924	15,969	4	,003*
Μεταπτυχιακό	590,410	10,456	2	,005*
‘Άλλο πτυχίο	583,588	3,633	2	,163
Τύπος σχολείου	587,439	7,484	2	,024*
Οργανικότητα σχολείου	587,335	7,380	4	,117
Σύνολο παιδιών	582,939	2,984	2	,225

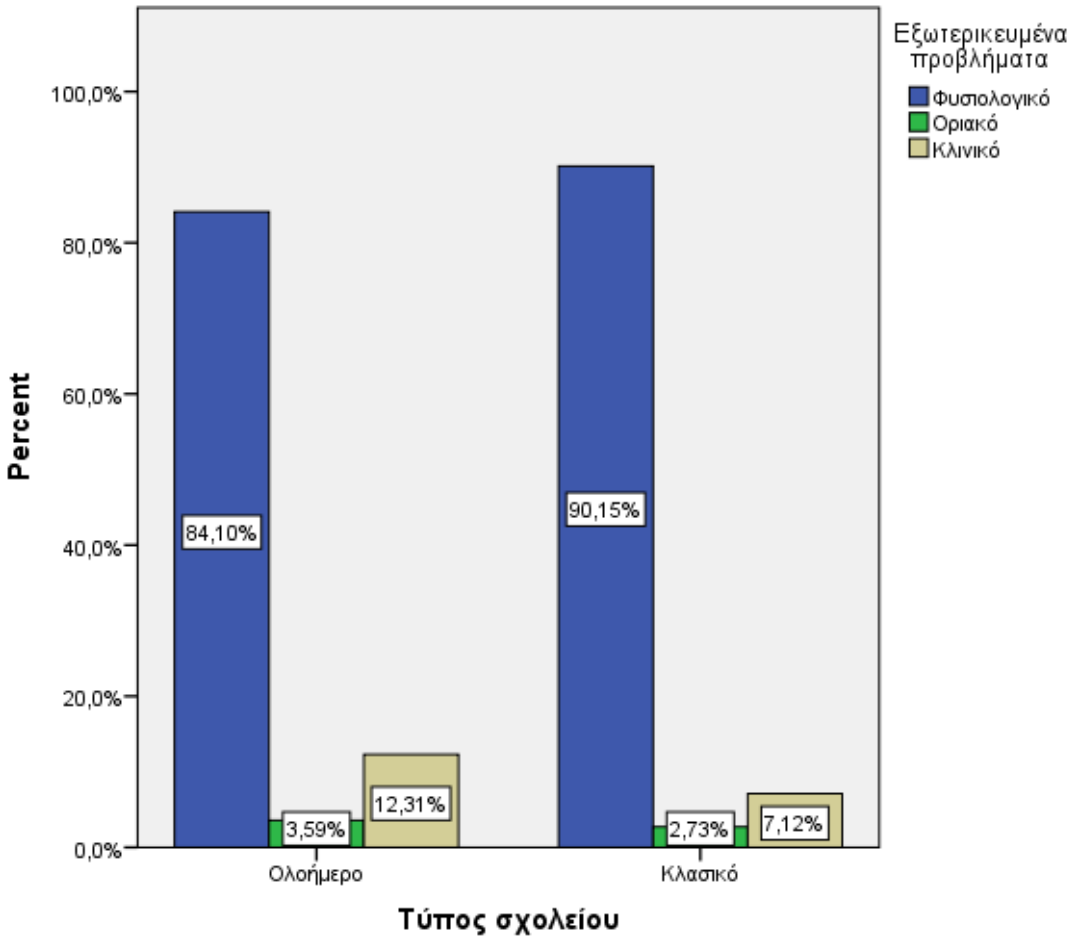
Από την πολλαπλή πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση προέκυψε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή φυσιολογικών, οριακών και κλινικών περιπτώσεων, σχετικά με ομάδα συνδρόμων «*Εξωτερικευμένα προβλήματα»*, εντοπίστηκαν ανάλογα με: α) το φύλο των παιδιών, χ^2=18,75, p=,000 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01), β) το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών όπως αυτό φαίνεται από τις παραμέτρους Ακαδημία, χ^2=19,25, p=,000 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01), Διδασκαλείο, χ^2=15,97, p=,003 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας

α=0,01), Πανεπιστήμιο, χ^2=22,86, p=,000 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01) και Μεταπτυχιακό, χ^2=10,46, p=,005 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01) και γ) τον τύπο του σχολείου χ^2=7,484, p=,024 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05). Αναλυτικότερα, αυτές οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις παρουσιάζονται ξεχωριστά, για κάθε μια από τις δυο παραπάνω περιπτώσεις, στα Γραφήματα και τους Πίνακες που ακολουθούν.



Γράφημα 14. Συσχέτιση φύλου παιδιών με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για την ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα»

Από το Γράφημα 14 προέκυψε ότι τα αγόρια εντάχθηκαν, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών, σε μεγαλύτερο ποσοστό (11,9%) στο κλινικό και στο οριακό φάσμα (3,73%), για τα Εξωτερικευμένα προβλήματα, συγκριτικά με τα κορίτσια (5,51% και 2,27% αντίστοιχα). Επιπλέον, η στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων (βλ Πίνακα 33), έδειξε ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.



Γράφημα 15. Συσχέτιση τύπου σχολείου με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για την ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα»

Όπως προκύπτει από το Γράφημα 15, τα παιδιά που φοιτούσαν στα ολοήμερα νηπιαγωγεία, εντάχθηκαν στο οριακό και στο κλινικό φάσμα, για τα Εξωτερικευμένα προβλήματα, σε μεγαλύτερη αναλογία (3,59% και 12,31% αντίστοιχα), συγκριτικά με την αναλογία κατάταξης που παρατηρήθηκε στα παιδιά που φοιτούσαν στα κλασσικά νηπιαγωγεία (οριακό φάσμα 2,73% και κλινικό φάσμα 7,12% αντίστοιχα). Επιπλέον, από τη στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 33), προέκυψε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην κατάταξη των παιδιών σε φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα ανάμεσα στα κλασσικά και ολοήμερα νηπιαγωγεία.

Πίνακας 34

Κατανομή των μαθητών σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα για την ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών

		Εξωτερικευμένα προβλήματα					
		Φυσιολογικό		Οριακό		Κλινικό	
		Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %
Διετής φοίτηση σε ακαδημία	Όχι	692	63,5	27	73,0	**74**	68,5
	Ναι	397	36,5	10	27,0	34	31,5
Φοίτηση σε Πανεπιστήμιο	Όχι	372	34,2	10	27,0	24	22,2
	Ναι	717	65,8	27	73,0	**84**	77,8
Φοίτηση σε Διδασκαλείο	Όχι	839	77,0	27	73,0	82	75,9
	Γενικής αγωγής	242	22,2	5	13,5	22	20,4
	Ειδικής αγωγής	8	0,7	5	13,5	**4**	3,7
Μεταπτυχιακό	Όχι	992	91,1	35	94,6	98	90,7
	Ναι	97	8,9	2	5,4	**10**	9,3
Άλλο πτυχίο	Όχι	975	89,5	30	81,1	98	90,7
	Ναι	114	10,5	7	18,9	10	9,3

Στον Πίνακα 34 φαίνεται ότι, σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που κατέταξαν τα παιδιά, για τα Εξωτερικευμένα προβλήματα, στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, ήταν πανεπιστημιακής φοίτησης (65,8%, 73,0% και 77, 8% αντίστοιχα).

Από τη στατιστική ανάλυση των ευρημάτων (βλ. Πίνακα 33) προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών και την κατάταξη των παιδιών, στα Εξωτερικευμένα προβλήματα, για το κλινικό φάσμα. Πιο συγκεγκεκριμένα, φαίνεται ότι κατέτασσαν στο κλινικό φάσμα πιο συχνά οι νηπιαγωγοί που δεν είχαν διετή φοίτηση, οι νηπιαγωγοί που είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση, όπως επίσης και οι νηπιαγωγοί που είχαν μετεκπαιδευτεί στο Διδασκαλείο Ειδικής αγωγής, σε σχέση με αυτούς που είχαν μετεκπαιδευτεί στο Διδασκαλείο Γενικής αγωγής, αυτούς που δεν είχαν δίπλωμα μετεκπαίδευσης Διδασκαλείου, αλλά και αυτούς που είχαν μεταπτυχιακό.

8.3.1.9 Σύνολο προβλημάτων

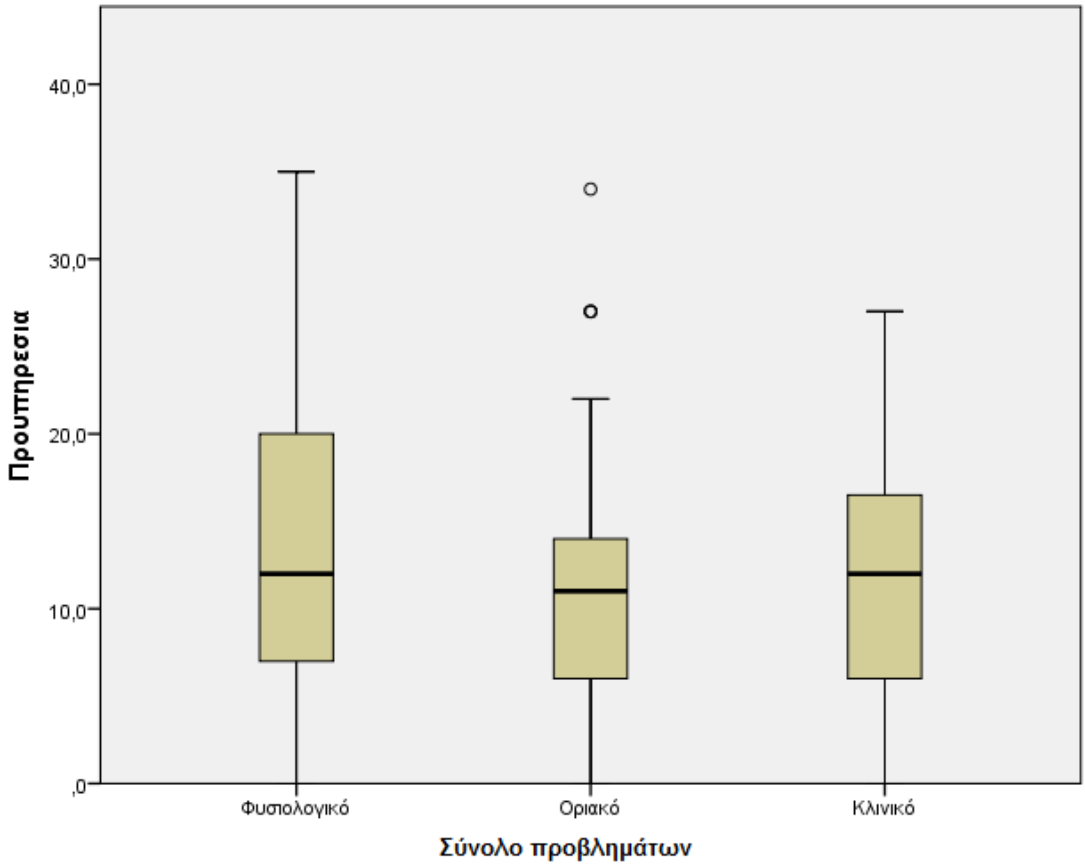
Πίνακας 35

Στατιστικές συσχετίσεις για το «Σύνολο των προβλημάτων»

		Τεστ Λόγου Πιθανοφάνειας (Likelihood Ratio Tests)		
Παράμετρος (Effect)	-2Log (Πιθανοφάνειας του μοντέλου) (-2 Log [(Likelihood of Reduced Model)]	χ^2 (Chi-Square)	Βαθμοί ελευθερίας (df)	Παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (Sig.)
Σταθερός όρος (Intercept)	345,655[a]	,000	0	.
Φύλο παιδιών	352,894	7,239	2	,027*
Ηλικία παιδιών	345,672	,017	2	,991
Μορφές αξιολογήσεων	348,961	3,307	2	,191
Προϋπηρεσία νηπιαγωγών	351,980	6,326	2	,042*
Ηλικία νηπιαγωγών	348,642	2,988	2	,225
Επιμόρφωση νηπιαγωγών	345,663	,009	2	,996
Ακαδημία	355,164	1,509	2	,069
Πανεπιστήμιο	356,620	0,966	2	,454
Διδασκαλείο	346,880	1,226	4	,874
Μεταπτυχιακό	350,416	4,761	2	,093
Άλλο πτυχίο	350,903	5,249	2	,072
Τύπος σχολείου	358,786	13,132	2	,001*
Οργανικότητα σχολείου	354,001	8,347	4	,080
Σύνολο παιδιών	355,677	10,023	2	,007*

Από την πολλαπλή πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση προέκυψε ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή φυσιολογικών, οριακών και κλινικών περιπτώσεων σχετικά με το «*Σύνολο προβλήματων*», εντοπίστηκαν ανάλογα με: α) την προϋπηρεσία των

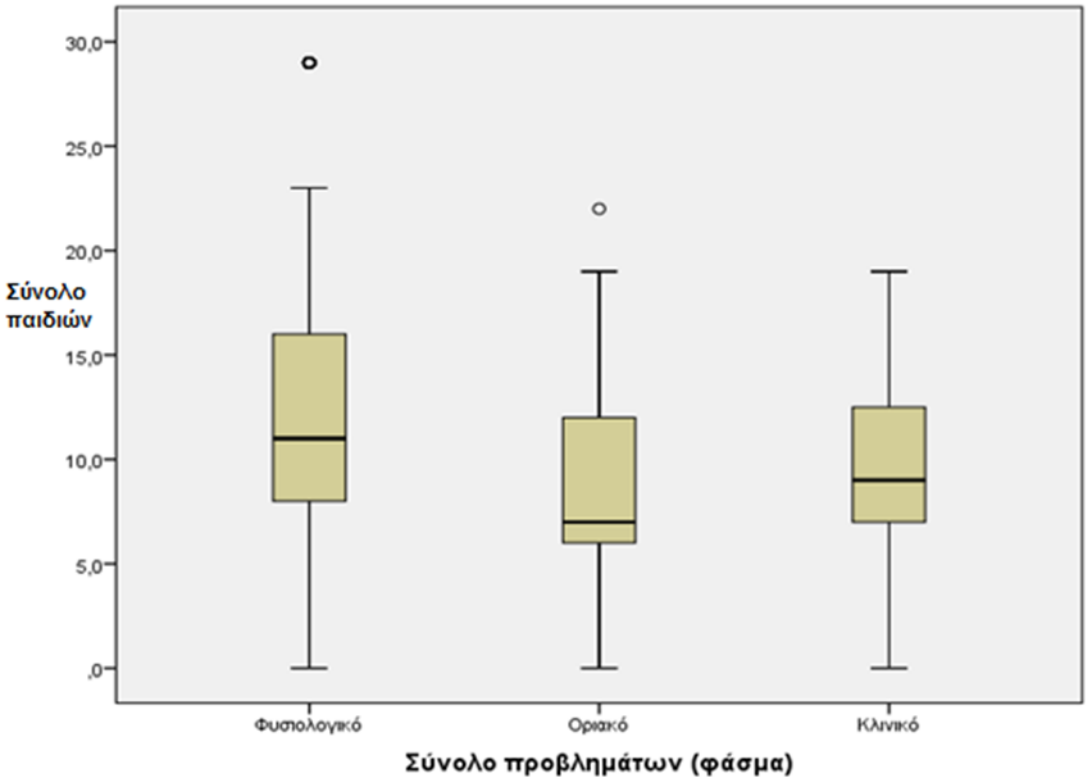
νηπιαγωγών, χ^2=6,33, p=,042 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,05), β) το σύνολο των παιδιών στο σχολείο, χ^2=10,02, p=,007 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01) γ) το φύλο, χ^2=7,24, p=,027 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01) και δ) τον τύπο του σχολείου, χ^2=13,13, p=,001 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01). Αναλυτικότερα, αυτές οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις παρουσιάζονται ξεχωριστά, για κάθε μια από τις δυο παραπάνω περιπτώσεις, στα Γραφήματα και τους Πίνακες που ακολουθούν.



Γράφημα 16. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το «Σύνολο προβλημάτων» σε συνάρτηση με την προϋπηρεσία των νηπιαγωγών

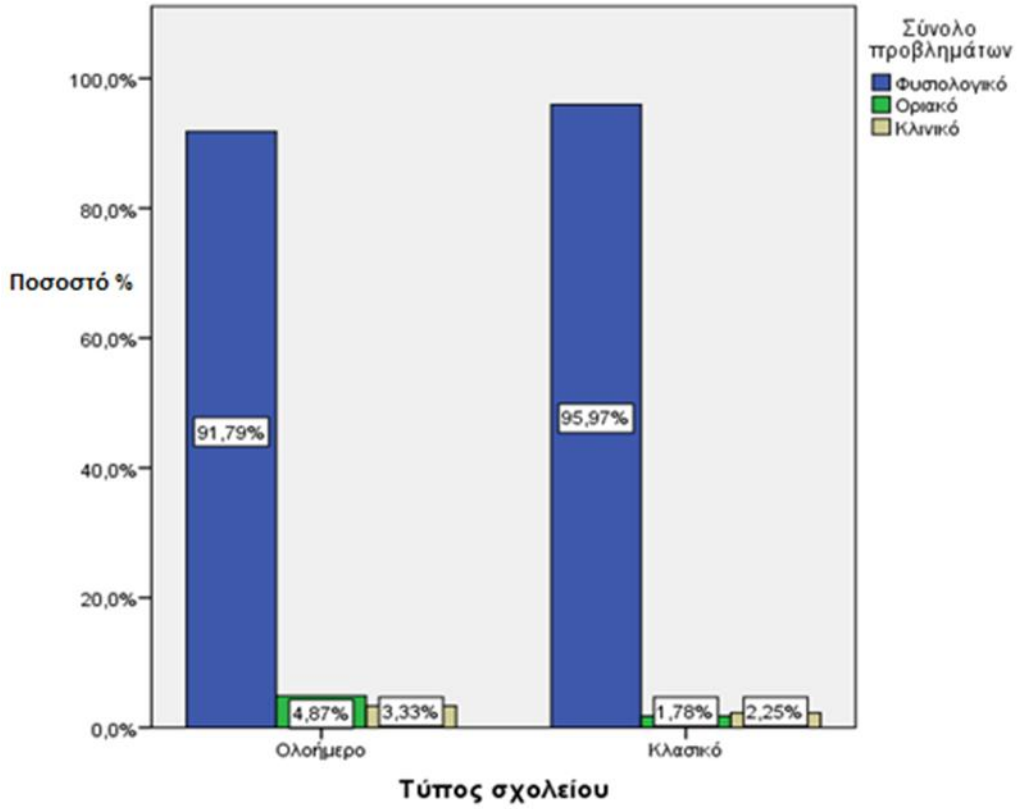
Η επισκόπηση του Γραφήματος 16 (διάγραμμα κουτιού - boxplot) δείχνει ότι η ομάδα παιδιών στο φυσιολογικό φάσμα παρουσίασε για το Σύνολο προβλημάτων οριακά αυξημένη διασπορά από την ομάδα των παιδιών στο κλινικό, ενώ και οι δύο παραπάνω είχαν σημαντική διαφορά από την ομάδα παιδιών στο οριακό φάσμα. Από τη στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 35), τα παιδιά που εντάχθηκαν, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών, στο φυσιολογικό φάσμα για το Σύνολο προβλημάτων, είχαν νηπιαγωγούς με

μεγαλύτερη προϋπηρεσία από αυτή που είχαν οι νηπιαγωγοί που κατέταξαν τα παιδιά στο οριακό.



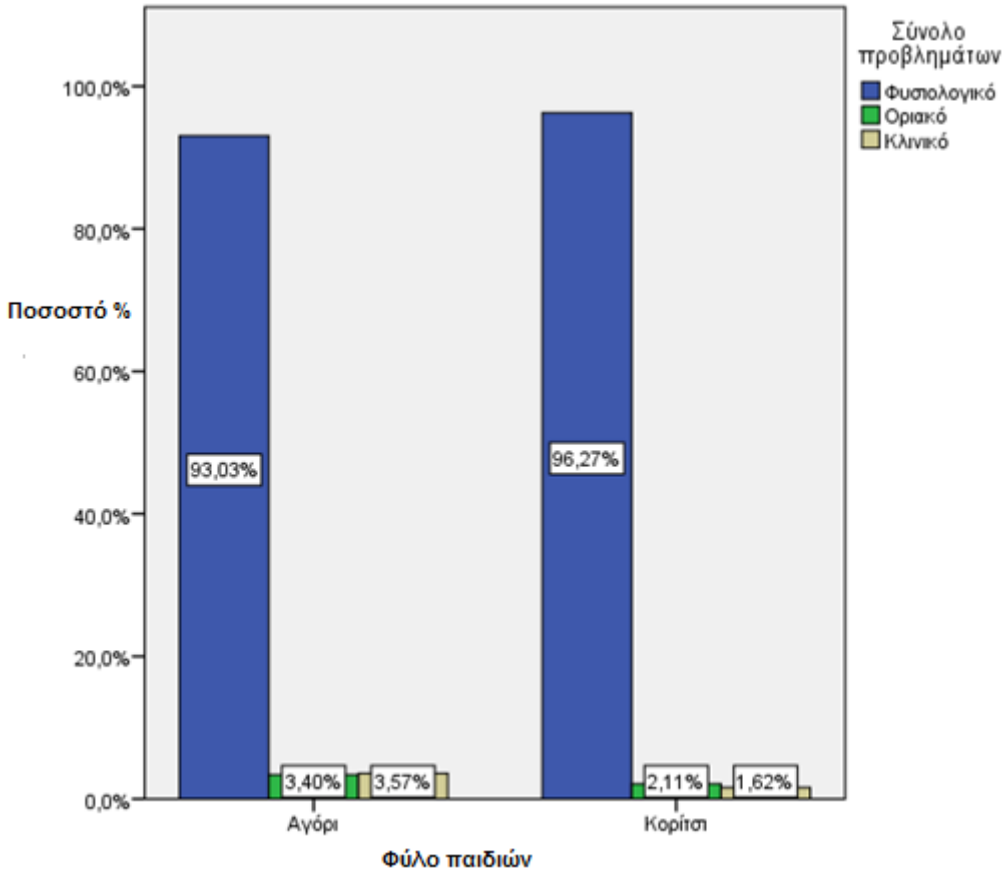
Γράφημα 17. Διασπορά φυσιολογικού, οριακού και κλινικού φάσματος για το «Σύνολο προβλημάτων»

Η επισκόπηση του Γραφήματος 17 (διάγραμμα κουτιού - boxplot) δείχνει ότι η ομάδα παιδιών στο φυσιολογικό φάσμα για το Σύνολο προβλημάτων παρουσίασε κάπως αυξημένη διασπορά, συγκριτικά με τις ομάδες των παιδιών στο οριακό και κλινικό φάσμα. Από τη στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 35) πρέκυψε ότι στο Σύνολο των προβλημάτων, τα παιδιά που εντάχθηκαν στο φυσιολογικό φάσμα προέρχονταν από τάξεις που ήταν αριθμητικά μεγαλύτερες από αυτές από τις οποίες προέρχονταν τα παιδιά που εντάχθηκαν στο οριακό και κλινικό φάσμα.



Γράφημα 18. Συσχέτιση τύπου σχολείου με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για το «Σύνολο προβλημάτων»

Όπως φαίνεται στο Γράφημα 18, τα παιδιά του δείγματος που φοιτούσαν στα ολοήμερα νηπιαγωγεία εντάχθηκαν, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών, σε μεγαλύτερο ποσοστό στο οριακό (4,78%) και κλινικό φάσμα (3,33%) για το Σύνολο των προβλημάτων, συγκριτικά με τα παιδιά που φοιτούσαν στα κλασσικά νηπιαγωγεία (1,78% και 2,25% αντίστοιχα).



Γράφημα 19. Συσχέτιση φύλου παιδιών με κατάταξη στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα για το «Σύνολο προβλημάτων»

Όπως φαίνεται στο Γράφημα 19, τα αγόρια του δείγματος εντάχθηκανν σε μεγαλύτερο ποσοστό στο κλινικό (3,57%) και στο οριακό φάσμα (3,4%), για το Σύνολο των προβλημάτων, συγκριτικά με τα κορίτσια (1,62% και 2,11%).

8.3.2 Συσχέτιση εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων (συννοσηρότητα)

Ενδιαφέρον, τέλος, παρουσιάζει και η συσχέτιση των Εσωτερικευμένων και των Εξωτερικευμένων προβλημάτων, ο έλεγχος δηλαδή της συννοσηρότητας. Στον Πίνακα 36, φαίνεται ότι τα παιδιά που εντάσσονταν, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών, στο φυσιολογικό φάσμα των Εσωτερικευμένων προβλημάτων, συνήθως, εντάσσονταν και στο φυσιολογικό φάσμα των Εξωτερικευμένων προβλημάτων. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας Pearson Chi Square (Πίνακας 37) δείχνει ότι η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,001$). Όπως φαίνεται και στο Γράφημα 20, είναι πολύ πιθανότερο κάποιο παιδί που έχει ενταχθεί στο κλινικό ή οριακό φάσμα στα Εσωτερικευμένα προβλήματα, να έχει ενταχθεί στο κλινικό ή οριακό φάσμα και στα Εξωτερικευμένα προβλήματα και αντίστροφα. Επομένως, αναμένεται στα παιδιά που ανιχνεύθηκε ένα σύνδρομο, να ανιχνευθεί και κάποιο άλλο σύνδρομο ή κάποια ομάδα συνδρόμων (Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα).

Πίνακας 36

Στατιστική συσχέτιση Εσωτερικευμένων και Εξωτερικευμένων προβλημάτων

		Εξωτερικευμένα προβλήματα			Σύνολο
		Φυσιολογικό	Οριακό	Κλινικό	
Εσωτερικευμένα προβλήματα	Φυσιολογικό	1.011	29	66	1106
	Οριακό	33	1	9	43
	Κλινικό	45	7	33	85
Σύνολο		1.089	37	108	1234

Ο Πίνακας 36 δείχνει ότι υπήρχε μεγάλη συμφωνία στα Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα προβλήματα, σχετικά με το φυσιολογικό φάσμα, ενώ στο οριακό φάσμα η συμφωνία ήταν μικρή, καθώς μόνο μία περίπτωση παιδιού ήταν οριακή και στις δύο ομάδες συνδρόμων. Όσον αφορά στο κλινικό φάσμα, όμως, υπάρχουν 33 περιπτώσεις παιδιών που εντάχθηκαν σε αυτό και στις δύο ομάδες συνδρόμων.

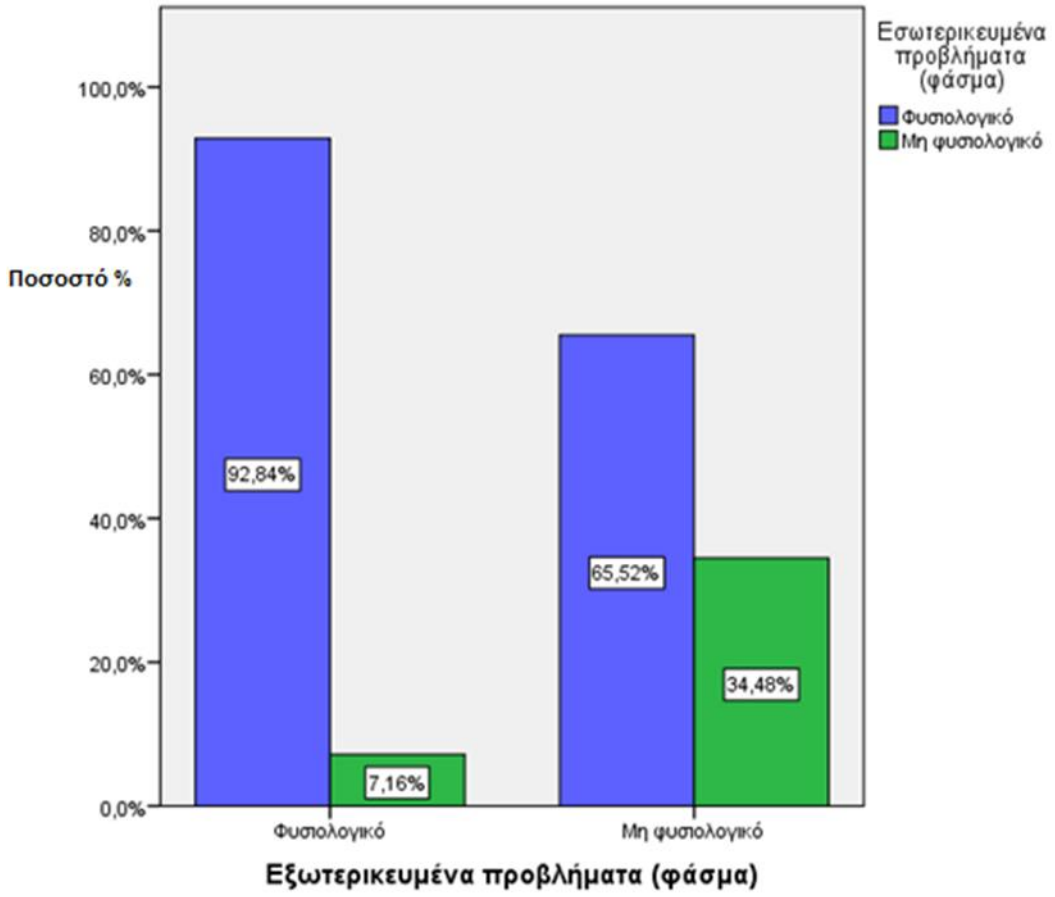
Πίνακας 37

Ο στατιστικός έλεγχος Pearson Chi Square για τη συσχέτιση μεταξύ Εσωτερικευμένων και Εξωτερικευμένων προβλημάτων

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	127,178[a]	4	,000*
Likelihood Ratio	85,272	4	,000
Linear-by-Linear Association	125,678	1	,000
N of Valid Cases	1234		

a. 3 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,29.

Όπως φάινεται στον Πίνακα 37, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των Εσωτερικευμένων και των Εξωτερικευμένων προβλημάτων, χ^2=9,334, p=,000 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01). Προκύπτει, επομένως, ότι ένα παιδί που έχει ενταχθεί στο φυσιολογικό ή οριακό ή κλινικό φάσμα για τα Εσωτερικευμένα προβλήματα, είναι πιθανό να ενταχθεί στο αντίστοιχο φάσμα και για τα Εξωτερικευμένα προβλήματα. Η συσχέτιση αυτή αποδίδεται και στο Γράφημα 20.



Γράφημα 20. Συσχέτιση Εσωτερικευμένων και Εξωτερικευμένων προβλημάτων

Όπως προκύπτει από το Γράφημα 20, από το σύνολο των παιδιών του δείγματος που εντάχθηκαν στο μη φυσιολογικό φάσμα (κλινικό και οριακό), για τα Εξωτερικευμένα προβλήματα, το 34,48% αυτών εντάχθηκε και στο μη φυσιολογικό φάσμα στα Εσωτερικευμένα προβλήματα.

8.3.3 Η χρήση των αξιολογήσεων από τους νηπιαγωγούς

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση των μορφών αξιολογήσεων που έχουν χρησιμοποίησει οι νηπιαγωγοί του δείγματος για την αξιολόγηση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος των μαθητών τους και οι παράγοντες που πιθανώς σχετίζονται με τη διευρεύνηση αυτή. Εξετάστηκε η σχέση του πλήθους των μορφών αξιολογήσεων που χρησιμοποιούσαν οι νηπιαγωγοί, με την επιμόρφωση αυτών σε θέματα σχετικά με την αντιμετώπιση δυσλειτουργικών συμπεριφορών στην τάξη και με την

προϋπηρεσία τους. Τέλος, εξετάστηκε η συσχέτιση του είδους των αξιολογήσεων με τον τύπο του σχολείου (κλασσικό και ολοήμερο).

8.3.3.1 Επιμόρφωση των νηπιαγωγών και χρήση πλήθους αξιολογήσεων

Όπως αναφέρθηκε στην παράγραφο 8.2.4, καταγράφηκαν 3 μορφές αξιολογήσεων για τις οποίες οι νηπιαγωγοί απάντησαν σχετικά με τη χρήση τους. Ένας ποσοτικός δείκτης, επομένως, σχετιζόμενος με τις μορφές αξιολογήσεων, είναι το σύνολο που έχει χρησιμοποιήσει στο παρελθόν ο κάθε νηπιαγωγός, το οποίο μπορεί να είναι από 0 μέχρι 3 διαφορετικές αξιολογήσεις. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η υπόθεση, ότι η παρακολούθηση επιμόρφωσης, έχει συνδεθεί με τη χρήση περισσότερων αξιολογήσεων. Για τη διερεύνησή της χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson Chi Square, καθώς το σύνολο των αξιολογήσεων ήταν συγκεκριμένο (το ανώτερο τρείς) και μπορούσε εύκολα να εκφραστεί μέσα από κατηγορίες.

Πίνακας 38

Στατιστική συσχέτιση ποσοστών διαφορετικών μορφών αξιολόγησης ανά επιμόρφωση

		Επιμόρφωση				Σύνολο
		Όχι		Ναι		
		Σύνολο	Ποσοστό %	Σύνολο	Ποσοστό %	
Πλήθος διαφορετικών μορφών αξιολόγησης	0	4	7,7	0	0	4
	1	14	26,9	1	4	15
	2	15	28,8	8	32	23
	3	19	36,5	16	64	35
Σύνολο		52	100	25	100	77

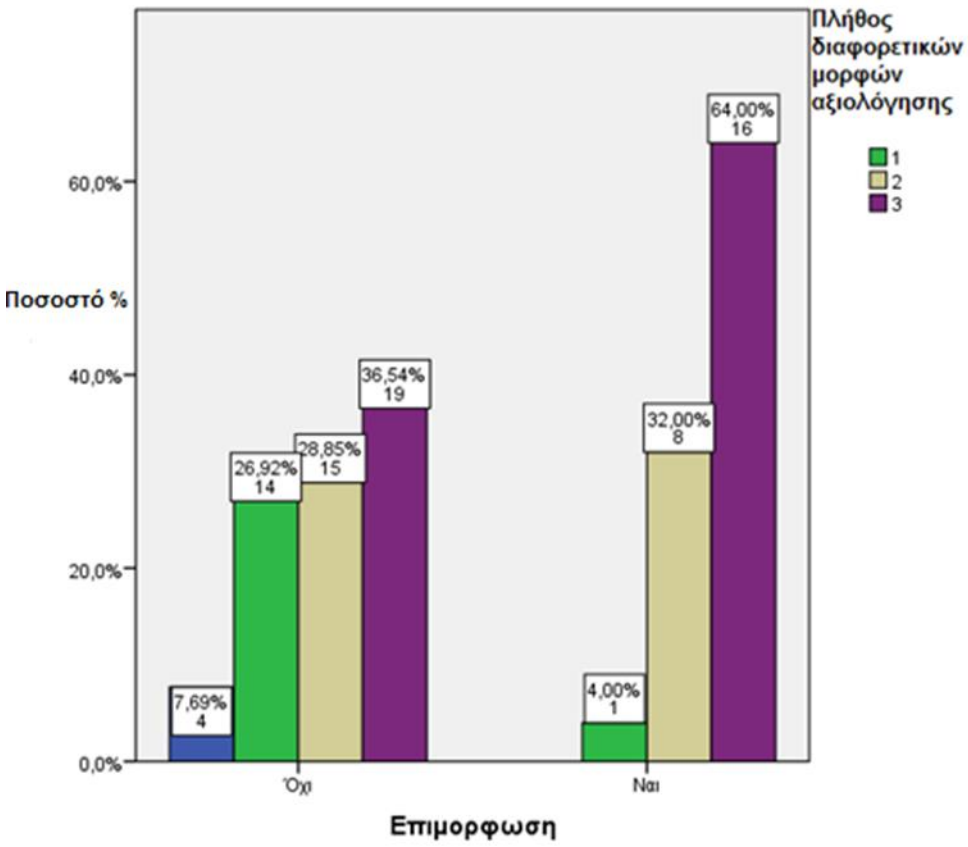
Όπως φαίνεται στον Πίνακα 38, από τους 77 νηπιαγωγούς του δείγματος οι 25 (32,5%) είχαν επιμορφωθεί στην αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, ενώ οι υπόλοιποι 52 (67,5%) όχι. Ειδικότερα, από αυτούς που είχαν επιμορφωθεί σχετικά, σε ποσοστό 4%, 32% και 64% αντίστοιχα, χρησιμοποιούσαν μια, δυο και τρεις μορφές αξιολόγησης. Οι νηπιαγωγοί που δεν είχαν επιμορφωθεί σχετικά, χρησιμοποιούσαν σε ποσοστό 26,9%, 28,8% και 36,5% αντίστοιχα μια, δύο και τρεις μορφές αξιολόγησης, ενώ το 7,7% αυτών δε χρησιμοποιούσαν καμία αξιολόγηση.

Πίνακας 39

Ο στατιστικός έλεγχος Pearson Chi Square για τη συσχέτιση του πλήθους των αξιολογήσεων με την επιμόρφωση

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,334[a]	3	,000*
Likelihood Ratio	11,742	3	,000
Linear-by-Linear Association	8,655	1	,000
N of Valid Cases	77		

Από τον Πίνακα 39 προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει στατιστκά σημαντική διαφορά στο πλήθος των μορφών αξιολογήσεων, ανάλογα με το αν είχαν επιμορφωθεί ή όχι οι νηπιαγωγοί του δείγματος στην αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, χ^2 =9,334, p=,000 (επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας α=0,01). Νηπιαγωγοί με σχετική επιμόρφωση χρησιμοποιούσαν κατά 97% δυο ή τρεις μορφές αξιολογήσεων, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό χρήσης δύο ή τριών αξιολογήσεων για τους εκπαιδευτικούς χωρίς επιμόρφωση είναι 67,5%. Η συσχέτιση αποδίδεται στο Γράφημα 21.



Γράφημα 21. Συσχέτιση πλήθους διαφορετικών μορφών αξιολόγησης και επιμόρφωσης

Όπως φαίνεται στο Γράφημα 21, στους νηπιαγωγούς με επιμόρφωση εντοπίστηκε συχνά η χρήση τριών μορφών αξιολόγησης και σε μικρότερα ποσοστά η χρήση δύο ή μιας μόνο μορφής αξιολόγησης. Στους νηπιαγωγούς χωρίς επιμόρφωση, η χρήση μιας, δύο ή και τριών μορφών αξιολογήσεων, καταγράφηκε σε ποσοστά που παρουσίασαν μικρές διαφορές.

8.3.3.2 Πλήθος διαφορετικών μορφών αξιολόγησης και προϋπηρεσία νηπιαγωγών

Σημαντική για την αξιολόγηση είναι και η συσχέτισή της με την προϋπηρεσία των νηπιαγωγών. Για να διερευνηθεί αυτή η υπόθεση χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα και στη συνέχεια πολλαπλές συγκρίσεις με τον έλεγχο Bonferroni (Agresti, 2013).

Πίνακας 40

Στατιστική συσχέτιση πλήθους διαφορετικών μορφών αξιολόγησης και προϋπηρεσίας

		Προϋπηρεσία νηπιαγωγών				
Αξιολογήσεις	N	Μέση τιμή (χ^2)	Τυπική απόκλιση (sd)	Τυπικό σφάλμα (SE)	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
					Lower Bound	Upper Bound
0	4	11,000	6,3770	3,1885	0,853	21,147
1	15	11,933	6,6598	1,7195	8,245	15,621
2	23	12,913	9,8761	2,0593	8,642	17,184
3	35	14,057	9,0031	1,5218	10,964	17,150
Σύνολο	77	13,143	8,6720	,9883	11,175	15,111

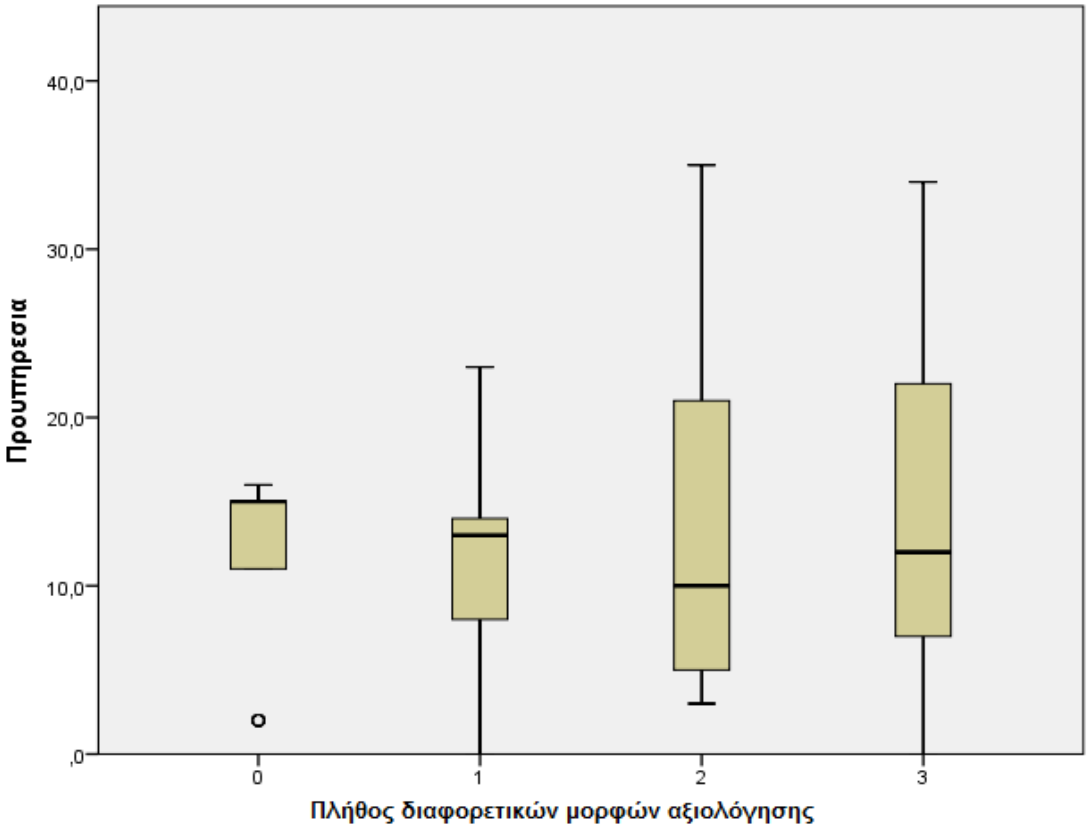
Στον Πίνακα 40 παρουσιάζεται η μέση τιμή (χ^2), η τυπική απόκλιση (sd), το τυπικό σφάλμα (SE) και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης της προϋπηρεσίας για τους εκπαιδευτικούς που χρησιμοποιούσαν 0, 1, 2 ή 3 μορφές αξιολογήσεων.

Πίνακας 41

Ανάλυση διακύμανσης για τη συσχέτιση του πλήθους των χρησιμοποιούμενων αξιολογήσεων με την προϋπηρεσία

	Άθροισμα Τετραγώνων (SS)	Βαθμοί ελευθερίας (df)	Μέσο Τετράγωνο (MS)	Κριτήριο F	Παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (Sig.)
Μεταξύ των ομάδων	70,783	3	23,594	,305	,822
Εντός της ομάδας	5644,645	73	77,324		
Σύνολο	5715,429	76			

Από τους Πίνακες 40 και 41 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο πλήθος των μορφών αξιολογήσεων που χρησιμοποιούσαν οι νηπιαγωγοί του δείγματος, ανάλογα με τα χρόνια προϋπηρεσίας τους.



Γράφημα 22. Διασπορά πλήθους μορφών αξιολόγησης σε συνάρτηση με την προϋπηρεσία

Από το Γράφημα 22 (διάγραμμα κουτιού- boxplot) προκύπτει ότι η χρήση 2 και 3 μορφών αξιολόγησης είχαν σημαντικά αυξημένη διασπορά συγκριτικά με τη χρήση μιας και καμίας μορφής αξιολόγησης. Ωστόσο, η μεγάλη διασπορά παρατηρήθηκε εξίσου, τόσο στη χρήση δύο όσο και στη χρήση τριών μορφών αξιολόγησης. Από την στατιστική ανάλυση (βλ. Πίνακα 41) προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο πλήθος των διαφορετικών μορφών αξιολόγησης που χρησιμοποιούνταν από τους νηπιαγωγούς, ανάλογα με την προϋπηρεσία τους.

8.3.3.3 Μορφές αξιολόγησης ανά τύπο σχολείου

Από την ανάλυση των καταγραφών που αφορούν στους νηπιαγωγούς του δείγματος, φάνηκε ότι μόνο δύο νηπιαγωγοί από τους 77 (2,6%) χρησιμοποίησαν στην τάξη τους κάποια μορφή παραδοσιακής αξιολόγησης (κλίμακες αξιολόγησης). Από τις εναλλακτικές μορφές αξιολόγησης, η συνηθέστερη και ευρύτερα χρησιμοποιούμενη αξιολόγηση της συμπεριφοράς των μαθητών τους, ήταν η «Αξιολόγηση 1» (περιλαμβάνει τη συστηματική παρατήρηση και καταγραφή και το φάκελο αξιολόγησης εργασιών των νηπίων).

Συγκεκριμένα, στο σύνολο των 77 Νηπιαγωγών που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 72 (93,5%) χρησιμοποίησαν την «Αξιολόγηση 1», ενώ η «Αξιολόγηση 2» (αξιολόγηση βασισμένη στο παιχνίδι) και η «Αξιολόγηση 3» (αξιολόγηση με βάση πληροφορίες από άλλους ενήλικες) χρησιμοποιήθηκαν σε ποσοστό που δε διαφέρει σημαντικά και κυμαίνεται κοντά στο 60%.

8.3.3.3.1 Τύπος σχολείου και αξιολογήσεις

Ακολουθεί η κατανομή των τριών εναλλακτικών μορφών αξιολόγησης ανά τύπο σχολείου (κλασσικό και ολοήμερο).

Πίνακας 42

Χρήση μορφών αξιολογήσεων ανά τύπο σχολείου (κλασσικό- ολοήμερο)

		Τύπος σχολείου			
		Ολοήμερο		Κλασικό	
		Πλήθος νηπιαγωγών	Ποσοστό %	Πλήθος νηπιαγωγών	Ποσοστό %
Αξιολόγηση 1	Όχι	2	8	3	5,8
	Ναι	23	92	49	94,2
Αξιολόγηση 2	Όχι	13	52	16	30,8
	Ναι	12	48	36	69,2
Αξιολόγηση 3	Όχι	13	52	18	34,6
	Ναι	12	48	34	65,4

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 42, την «Αξιολόγηση 1» από τους 25 νηπιαγωγούς των ολοήμερων σχολείων τη χρησιμοποιούσε το 92%, ενώ δεν τη χρησιμοποιούσε το 8%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους νηπιαγωγούς των κλασσικών νηπιαγωγείων είναι 94,2% και 5,8%. Για την «Αξιολόγηση 2», από τους 25 νηπιαγωγούς των ολοήμερων σχολείων τη χρησιμοποιούσε το 48%, ενώ δε τη χρησιμοποιούσε το 52%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους 52 νηπιαγωγούς των κλασσικών νηπιαγωγείων είναι 69,2% και 30,8%. Για την «Αξιολόγηση 3», από τους 25 νηπιαγωγούς των ολοήμερων σχολείων τη χρησιμοποιούσε το 48%, ενώ δε τη χρησιμοποιούσε το 52%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους 52 νηπιαγωγούς των κλασσικών νηπιαγωγείων είναι 65,4% και 34,6%. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η πλειοψηφία των νηπιαγωγών που εργάζονταν σε ολοήμερα, αλλά και σε κλασσικά νηπιαγωγεία, χρησιμοποιούσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό την «Αξιολόγηση 1»

(συστηματική παρατήρηση και καταγραφή και το φάκελο αξιολόγησης εργασιών των νηπίων), ενώ τις άλλες δύο μορφές, την «Αξιολόγηση 2» και την «Αξιολόγηση 3» τις χρησιμοποιούσαν περίπου εξίσου.

Πίνακας 43

Ο στατιστικός έλεγχος Pearson Chi Square για τη συσχέτιση της κάθε μορφής αξιολόγησης με τον τύπο του σχολείου

Αξιολόγηση 1			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,138[a]	1	,710
Continuity Correction[b]	,000	1	1,000
Likelihood Ratio	,134	1	,714
Linear-by-Linear Association	,137	1	,712
N of Valid Cases	77		
Αξιολόγηση 2			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,241	1	,072
Continuity Correction	2,400	1	,121
Likelihood Ratio	3,197	1	,074
Linear-by-Linear Association	3,199	1	,074
N of Valid Cases	77		
Αξιολόγηση 3			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,122	1	,145
Continuity Correction	1,460	1	,227
Likelihood Ratio	2,103	1	,147
Linear-by-Linear Association	2,094	1	,148
N of Valid Cases	77		

Στον Πίνακα 43 εξετάστηκαν οι διαφορές στα ποσοστά χρήσης της κάθε αξιολόγησης ανάλογα με τον τύπο του σχολείου και προέκυψε ότι δεν είναι στατιστικά σημαντικές, όπως φαίνεται από το στατιστικό κριτήριο Pearson Chi Square.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για τις δυσκολίες συμπεριφοράς και συναισθήματος που παρουσιάζουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Για το λόγο αυτό, ζητήθηκε από νηπιαγωγούς, σε πανελλαδικό επίπεδο, να ανιχνεύσουν τις δυσκολίες αυτές, κάνοντας χρήση ενός έγκυρου και αξιόπιστου ψυχομετρικού εργαλείου, της Φόρμας Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό–Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) για παιδιά 1½-5, του Achenbach (Achenbach & Reschorla, 2009).

Στη συζήτηση που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων της έρευνας η σύνδεση τους με τη διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία, καθώς και με τα Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών του Νηπιαγωγείου (Π.Δ. 486/1989, Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, 2003), τα συνοδευτικά εγχειρίδια αυτών (Βενιζέλου και συν., 1989. Δαφέρμου και συν., 2006) και το Πιλοτικό Πρόγραμμα για το Νηπιαγωγείο (Υ.Π.Β.Μ.Θ, 2011).

Θεωρούμε σημαντικό να διευκρινίσουμε, ότι η συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσης μελέτης, προϋποθέτει την παρουσίαση κάποιων σημαντικών στοιχείων, τα οποία αφορούν στη συσχέτιση των ερευνητικών μας ευρημάτων με τα ευρήματα άλλων ερευνών και είναι απαραίτητα για την κατανόηση του σχολιασμού τους.

Η διαπίστωση των Qi & Kaiser (2003), ότι τα αποτελέσματα των ερευνών που μελετούν τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας, συχνά διαφοροποιούνται, μας βρίσκει απολύτως σύμφωνους. Οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στα ποσοστά μεταξύ των ερευνών που μελετούν το ίδιο φαινόμενο, οφείλονται σύμφωνα με τη Jeon (2013) σε διάφορα αίτια, τα οποία πρέπει να συνυπολογίζονται στη σύγκριση των ερευνητικών τους ευρημάτων. Τα αίτια αυτά είναι άμεσα συνδεδεμένα με τις διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των διαφόρων ερευνών, ως προς: α) τις ερευνητικές μεθοδολογίες που χρησιμοποιούνται από τον κάθε ερευνητή, β) τις μεθόδους δειγματοληπτικού σχεδιασμού, γ) τα μεγέθη των δειγμάτων, δ) τα χαρακτηριστικά των εξεταζόμενων πληθυσμών (αν π.χ. πρόκειται για κλινικό δείγμα, δηλαδή δείγμα που λαμβάνεται από πληθυσμό με βεβαιωμένη ψυχοκοινωνική απόκλιση ή είναι δείγμα που λαμβάνεται από το γενικό πληθυσμό, όπως στη δική μας περίπτωση) και ε) τη γεωγραφική εμβέλεια της έρευνας (αν είναι εθνικής, τοπικής, κοινοτικής εμβέλειας κ.λπ.) (Jeon, 2013). Αντίστοιχα, οι Lavigne et al. (1996) και Qi & Kaiser (2003)

υποστηρίζουν ότι τα ποσοστά μεταξύ των διαφόρων ερευνών ποικίλουν ανάλογα με την πηγή συλλογής δεδομένων, το δείγμα και τα ερευνητικά εργαλεία συλλογής δεδομένων.

Όταν οι έρευνες που μελετούμε διαφέρουν μεταξύ τους, ως προς κάποια από τα παραπάνω στοιχεία, τότε καλό θα ήταν να αποφεύγονται οι απόλυτες συγκρίσεις μεταξύ των ευρημάτων τους. Η επισήμανση όλων αυτών των διαφοροποιήσεων έχει ληφθεί σοβαρά υπόψη στη συγγραφή του θεωρητικού μέρους της παρούσης μελέτης, αλλά και στη συζήτηση των ερευνητικών ευρημάτων της.

Συνδυαστικά με τα παραπάνω, είναι σημαντικό επίσης, να αναφερθούμε στην ιδιαιτερότητα του τρόπου που ταξινομεί το κύριο ερευνητικό μας εργαλείο, η ΦΑΝ-Β, τα παιδιά στα οποία ανιχνεύει δυσκολίες συμπεριφοράς και συναισθήματος. Στην τελική βαθμολόγηση της η ΦΑΝ-Β εμφανίζει, όχι μόνο την ύπαρξη ή μη ψυχοκοινωνικών αποκλίσεων στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, αλλά και τη διαβάθμιση της έντασής τους σε *φυσιολογικό, κλινικό και οριακό φάσμα*[157]. Με βάση τις διαβαθμίσεις αυτές, τις οποίες, δε συναντήσαμε σε άλλες έρευνες που χρησιμοποιούν διαφορετικά ερευνητικά εργαλεία, κάναμε την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας. Αρχικά, αυτό σημαίνει ότι, τα ποσοστά των παιδιών του δείγματός μας που εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος, και ως εκ τούτου ανήκουν στο κλινικό φάσμα, θα συγκριθούν στη συζήτηση των αποτελεσμάτων μας, με τα ποσοστά παιδιών της ίδιας ηλικιακής ομάδας που εμφανίζουν αντίστοιχου τύπου προβλήματα και σε άλλες έρευνες. Επιπλέον, όμως, στη συζήτηση των αποτελεσμάτων θα εμφανίζονται και οι όροι «οριακά» ή «οριακό φάσμα», οι οποίοι θα αναφέρονται στο ποσοστό των παιδιών που οι τελικές βαθμολογίες τους ανά σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων ή στο Σύνολο προβλημάτων είναι αρκετά υψηλές για να προβληματίσουν αλλά όχι και τόσο υψηλές, ώστε να θεωρούμε ότι αποκλίνουν ξεκάθαρα (Achenbach & Rescorla, 2009).

9.1 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, το 94,6% των παιδιών του δείγματός μας εντάσσεται στο φυσιολογικό φάσμα. Με το εύρημα αυτό συμφωνούν οι Berkhout, Dolk, & Goorhuis-Brouwer (όπως αναφέρουν οι Berkhout et al., 2012) και Berkhout et.al. (2012), στις έρευνες των οποίων, πάνω από το 90% (98 και 96%

[157] Ο πίνακας V (Παράρτημα Δ2) παρουσιάζει τον τρόπο κατάταξης των παιδιών στο κλινικό, οριακό, φυσιολογικό φάσμα. Επιπλέον, στο υποκεφ 7.3.1 παρουσιάζεται αναλυτικά ο παραπάνω τρόπος κατάταξης των παιδιών στα τρία αυτά φάσματα.

αντίστοιχα) των παιδιών του δείγματός τους, εντάσσονται στο φυσιολογικό φάσμα. Οι διαφοροποιήσεις αυτές οφείλονται, πιθανόν, στο πολύ μικρότερο δείγμα των παραπάνω ξένων ερευνών, το οποίο αποτελούνταν από 228 παιδιά προσχολικής ηλικίας, σε σχέση με το δικό μας, το οποίο αποτελείται από 1.234 παιδιά της ίδια ηλικιακής ομάδας.

Από τα παιδιά του δείγματός μας, το 5,4% αυτών εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος. Ειδικότερα, το 2,6% αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα και το 2,8% στο οριακό φάσμα. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν και με τον Campbell (1995), ο οποίος επισημαίνει ότι τα περισσότερα παιδιά προσχολικής ηλικίας που εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος, τοποθετούνται στο οριακό και όχι στο κλινικό φάσμα. Στα ίδια αποτελέσματα με την έρευνά μας, καταλήγουν οι Achenbach & Edelbrock (1981) και οι Qi & Kaiser (2003), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων στο γενικό πληθυσμό παιδιών προσχολικής ηλικίας εκτιμάται στο 3,0 με 6,0%. Αντίστοιχα, οι Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp & Reijneveld (2005) και Vikan (1985) επιβεβαιώνουν στις έρευνες τους, ότι το 5% των παιδιών αυτής της ηλικιακής ομάδας εμφανίζει ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Αντιθέτως, άλλοι ερευνητές παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά, υποστηρίζοντας ότι, το 10-25% παιδιών προσχολικής ηλικίας εμφανίζει κάποια μορφή παθολογικής συμπεριφοράς (Gothelf et al., 2006. Hulle et al., 2007. Pianta & Caldwell, 1990. Squires et al., 2012), ενώ για κάποιους άλλους τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται στο 16-20% (Bird et al., 1989. Brandenburg et al., 1990. Costello et al., 1988. Costello, 1989. Esser et al., 1990. McGee et al., 1990. Velez et al.,1989). Επιπλέον, οι Berkhout et al. (2012), επιβεβαιώνουν ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στο ποσοστό εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις ποσοστών, στις έρευνες που μελετούν την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, μπορεί καταρχήν να οφείλονται, όπως τονίστηκε στην εισαγωγή του παρόντος κεφαλαίου, στο διαφορετικό μεθοδολογικό σχεδιασμό που χρησιμοποιούν οι διάφοροι ερευνητές. Επιπλέον όμως, τις διαφοροποιήσεις αυτές μπορεί να δικαιολογούν και κάποιοι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες. Οι έρευνες τις οποίες προαναφέραμε έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες της Αμερικής και της Ευρώπης, στις οποίες εφαρμόζονται διαφορετικά Αναλυτικά Προγράμματα εκπαίδευσης παιδιών προσχολικής ηλικίας. Σύμφωνα με τις δύο εκθέσεις του Organisation for Economic Co-operation and Development [(O.E.C.D), 2001, 2003)], διακρίθηκαν γενικά δύο είδη Αναλυτικών Προγραμμάτων. Στον ένα πόλο είναι τα προγράμματα τα οποία δίνουν μεγαλύτερη έμφαση

στην επίτευξη γνωστικών στόχων (μαθηματικές, γλωσσικές δεξιότητες, ικανότητες γραμματισμού, κ.τ.λ.), με απώτερο σκοπό την προετοιμασία των παιδιών για το Δημοτικό σχολείο. Στον άλλο πόλο είναι τα Αναλυτικά προγράμματα[158] που αποβλέπουν στην επίτευξη ευρύτερων αναπτυξιακών στόχων και την ολόπλευρη ανάπτυξη του παιδιού (Γουριώτου, χ.χ.). Οι διαφορές μεταξύ αυτών των προγραμμάτων δεν εξετάζονται στην παρούσα μελέτη. Μια επιπλέον διαπολιτισμική μελέτη μπορεί να ασχοληθεί με τις συνδέσεις που υπάρχουν μεταξύ των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που εμφανίζουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και των Αναλυτικών Προγραμμάτων που εφαρμόζονται στα νηπιαγωγεία που φοιτούν.

Ενδιαφέρον έχει, να παρουσιάσουμε αρχικά και με σειρά κατάταξης τις συμπεριφορές που περιγράφονται στις προτάσεις της ΦΑΝ-Β και φαίνεται να προβληματίζουν περισσότερο τους νηπιαγωγούς του δείγματός μας. Πιο συγκεκριμένα, οι συμπεριφορές αυτές έχουν χαρακτηριστικά όπως: α) «*Συμμορφώνεται υπερβολικά στους κανόνες*» (ανήκει στην κατηγορία Άλλα Προβλήματα) (8,10%), β) «*Πληγώνεται συναισθηματικά πολύ εύκολα*» (ανήκει στο σύνδρομο Ανησυχία/Κατάθλιψη) (7,61%), γ) «*Έχει πρόβλημα στην ομιλία*» (ανήκει στην κατηγορία Άλλα Προβλήματα) (7,13%), δ) «*Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, δεν προσηλώνει την προσοχή του για πολύ ώρα*» (ανήκει στο σύνδρομο Προβλήματα Προσοχής) (6,5%) ε) «*Δεν αντέχει να περιμένει, τα θέλει όλα τώρα*» (ανήκει στο σύνδρομο Επιθετική Συμπεριφορά) (6,40%). Αντίστοιχα, τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος που ταλαιπωρούν και αγχώνουν περισσότερο τους γονείς, είναι η προκλητική συμπεριφορά των παιδιών τους, το αίτημα για άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους, η ανυπακοή, η επίδειξη πείσματος/δυστροπίας/ευερεθιστότητας καθώς και η επίμονη διεκδίκηση της προσοχής τους (Achenbach & Rescorla, 2009).

Από τα παραπάνω προκύπτει, ότι οι νηπιαγωγοί του δείγματός μας, προβληματίζονται περισσότερο με την υπερβολική συμμόρφωση των μαθητών τους στους κανόνες και την εκδήλωση συναισθηματικών ευαισθησιών από αυτούς και όχι, όπως υποστηρίζουν άλλοι ερευνητές, με τις εκδηλώσεις επιθετικότητας ή υπερκινητικότητας (Papatheodorou & Ramasut, 1993, 1994. Poulou, 2013. Ramasut & Papatheodorou, 1994). Αντίθετα είναι επίσης, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας και με όσα υποστηρίζουν και άλλοι ερευνητές (Achenbach et al., 1987. Kolko & Kazdin, 1993), οι οποίοι τονίζουν ότι

[158] Επιπλέον, σημαντικές πληροφορίες για τις διαφοροποιήσεις των Αναλυτικών Προγραμμάτων νηπιαγωγείου στις διάφορες χώρες, υπάρχουν στο άρθρο της Γουριώτου (χ.χ).

γονείς και εκπαιδευτικοί δηλώνουν περισσότερο προβληματισμένοι με ενοχλητικές συμπεριφορές των παιδιών που δημιουργούν προβλήματα στην ομαλή λειτουργία της οικογένειας ή της τάξης αντίστοιχα (επιθετικότητα, ανυπακοή, έλλειψη προσοχής, κ.ά) και όχι με συμπεριφορές που σχετίζονται με πιθανά προβλήματα συναισθήματος των παιδιών (απομόνωση, κατάθλιψη, κ.ά). Βέβαια, από τα δεδομένα της έρευνάς μας, φαίνεται ότι οι νηπιαγωγοί ανιχνεύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (8,8%) σοβαρές (ένταξη στο κλινικό φάσμα) εξωτερικευμένου τύπου συμπεριφορές στους μαθητές τους, συγκριτικά με τις εσωτερικευμένου τύπου (6,9% αντίστοιχο ποσοστό ένταξης στο κλινικό φάσμα).

Ειδικότερα, οι μαθητές του δείγματός μας εμφανίζουν συνολικά σε ποσοστό 11,8% Εξωτερικευμένα προβλήματα, εκ των οποίων 8,8% αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα και 3,0% στο οριακό φάσμα. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με τους Arnold et al. (2006), οι οποίοι αναφέρουν ότι στο σύνολό τους τα παιδιά προσχολικής ηλικίας εμφανίζουν σε ποσοστό 10% Εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς. Επιπλέον, οι Harden et al. (2000) επιβεβαιώνουν στην έρευνα τους, ότι το 23,7% των παιδιών του δείγματός τους εμφανίζει Εξωτερικευμένα προβλήματα, εκ των οποίων το 7,9% εντάσσεται στο οριακό και το 15,8% εντάσσεται στο κλινικό φάσμα. Οι Feil et al. (2000) στην έρευνά τους, με δείγμα παιδιών που παρακολούθησαν προγράμματα του Head Start, επιβεβαιώνουν ότι, το 30% αυτών εντάσσεται στο οριακό φάσμα για τα Εξωτερικευμένα προβλήματα. Ανεξαρτήτως, όμως, των παραπάνω διαφοροποιήσεων, τα ποσοστά της έρευνάς μας είναι αρκετά υψηλά. Σύμφωνα με διαχρονικές έρευνες, η εμφάνιση Εξωτερικευμένων προβλημάτων σε αυτή την ηλικία, αποτελεί ισχυρό δείκτη πρόβλεψης για την εμφάνιση αντίστοιχων προβλημάτων μέσα στα επόμενα δύο χρόνια (Cummings et al., 1989. Rose et al., 1989) και επαρκή δείκτη πρόβλεψης για ανάπτυξη Εξωτερικευμένων προβλημάτων στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Campbell & Ewing, 1990. Egeland et al., 1990. Richman et al., 1982). Ειδικότερα, οι Achenbach et al. (1987) και Keenan et al. (1998) υποστηρίζουν ότι, άπαξ και εκδηλωθούν Εξωτερικευμένα προβλήματα στην προσχολική ηλικία, αυτά παραμένουν σταθερά σε ποσοστό 23 έως 61% και αποκτούν μια μονιμότητα τουλάχιστον κατά την παιδική ηλικία (Achenbach et al., 1987. Keenan et al., 1998). Συμπληρωματικά, οι Campbell et al. (2000) υποστηρίζουν ότι αν τα Εξωτερικευμένα προβλήματα παραμείνουν και σε αυτή την ηλικία, τότε προβλέπουν την εμφάνιση σοβαρότερων προβλημάτων στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (εγκληματικότητα, φυλάκιση, χρήση ουσιών).

Στην κατηγορία των Εσωτερικευμένων προβλημάτων, η εικόνα διαφέρει ελαφρώς, αφού το ποσοστό εμφάνισης στα παιδιά του δείγματός μας βρίσκεται στο 10,4 %, εκ του

οποίου το 6,9% εντάσσετσαι στο κλινικό φάσμα, ενώ 3,5% στο οριακό φάσμα. Τα ερευνητικά μας ευρήματα συμφωνούν με τους Harden et al. (2000), οι οποίοι επιβεβαιώνουν ότι το 6,5% των παιδιών του δείγματός τους, έχουν εσωτερικευμένα προβλήματα στο κλινικό φάσμα.

Οι Berkhout et al. (2012) στην έρευνά τους επιβεβαιώνουν ότι, το 12,2% των παιδιών του δείγματος τους, εμφανίζουν Εσωτερικευμένα προβλήματα, εκ των οποίων το 7,7% εντάσσεται στο οριακό φάσμα και 4.5% στο κλινικό. Οι Feil et al. (2000), στην έρευνά τους με δείγμα παιδιών που παρακολουθούσε προγράμματα του Head Start, επιβεβαιώνουν ότι το 31% αυτών εντάσσεται στο οριακό φάσμα για τα Εσωτερικευμένα προβλήματα.

Ανεξάρτητα, όμως, από τις παραπάνω διαφοροποιήσεις των ποσοστών, τα ποσοστά των Εσωτερικευμένων προβλημάτων που εμφανίζονται στην έρευνά μας είναι υψηλά, ενώ ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το υψηλό, για την ηλικία αυτή, ποσοστό των παιδιών του δείγματος μας που εντάσσεται στο κλινικό φάσμα (6,9%). Τα ποσοστά αυτά πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη, με δεδομένο ότι, ερευνητικά ευρήματα επιβεβαιώνουν σταθερότητα στην εκδήλωση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με συναισθηματικά προβλήματα έως την όψιμη παιδική ηλικία (Lavigne et al., 1998. Mesman et al., 2001). Συμπληρωματικά, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα συναισθηματικά προβλήματα συνεχίζουν να επηρεάζουν το άτομο και κατά την εφηβεία (Costello et al., 2003) αλλά και την ενήλικη ζωή (Newman et al., 1996).

Η ανίχνευση Εσωτερικευμένων και Εξωτερικευμένων προβλημάτων στα παιδιά του δείγματός μας και η εμφάνιση των παραπάνω υψηλών ποσοστών κατάταξης αυτών στο οριακό και κλινικό φάσμα, θα πρέπει να απασχολήσουν την επιστημονική κοινότητα που μελετά θέματα αγωγής και εκπαίδευσης παιδιών προσχολικής ηλικίας (συγγραφείς Αναλυτικών Προγραμμάτων και κοινωνικό-συναισθηματικών προγραμμάτων πρόληψης ή παρέμβασης), για την έγκυρη και έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπισή τους. Ειδικότερα, έχει αποδειχθεί ότι, η πρώιμη αντιμετώπιση των προβλημάτων εσωτερίκευσης συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της αρνητικής συναισθηματικής αντιδραστικότητας των παιδιών (Brigman et al., 1999. Han et al., 2005. McKinney & Rust, 1998), στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Auger, 2005. Cuijpers et al., 2006. Merry et al., 2004) και στην αποτροπή ψυχικών διαταραχών στο μέλλον (Greenberg & Damitrovich, 2002). Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι η πρώιμη αντιμετώπιση των προβλημάτων εξωτερίκευσης στην προσχολική ηλικία, συμβάλλει στη μείωση της βίας και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς τα επόμενα χρόνια (Κουρμούση, 2012. Wilson, Lipsey & Derzon, 2003.

Χατζηχρήστου, 2013) αλλά και στην προαγωγή της θετικής κοινωνικής προσαρμογής και κοινωνικής επάρκειας των παιδιών (Beelman & Losel, 2006. Catalano et al., 2002. Denham & Burton, 1996. Doescher & Sugawara, 1992).

Τέλος, ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι, η έγκαιρη αντιμετώπιση Εξωτερικευμένων και Εσωτερικευμένων προβλημάτων, με την εφαρμογή κοινωνικοσυναισθηματικών προγραμμάτων πρόληψης στο νηπιαγωγείο, βελτιώνει την ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών (Niles et al., 2008) και μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης στρεσογόνων καταστάσεων που σχετίζονται με τη μάθηση στο Δημοτικό σχολείο (Bornstein et al., 2010. McCabe & Altamura, 2011. Rose-Krasnor & Denham, 2009).

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας, ειδικά ανά *σύνδρομο,* δείχνει ότι στα περισσότερα σύνδρομα το κλινικό φάσμα εντοπίζεται σε ποσοστά από 1,1 μέχρι 2,8% ενώ το οριακό φάσμα σε ποσοστά από 2,8 μέχρι 8,1%. Στο σύνδρομο, όμως, της «Απόσυρσης» (Εσωτερικεύμενα προβλήματα) εντάσσεται το μεγαλύτερο ποσοστό, 10,9%, των παιδιών του δείγματος μας. Από αυτά, το 2,8% εντάσσεται στο κλινικό φάσμα και το 8,1% εντάσσεται στο οριακό φάσμα. Στην έρευνα της Kontopoulou (2003), στην οποία διερευνηθήκαν οι απόψεις των νηπιαγωγών, σε σχέση με τα κυριότερα προβλήματα συμπεριφοράς που συνδέονται με την προσαρμογή των παιδιών στο σχολείο, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών εμφάνισε το σύνδρομο της «Απόσυρσης» (56%) σύμφωνα με τους νηπιαγωγούς.

Πιο συγκεκριμένα, σε σχέση με το σύνδρομο της «Απόσυρσης» στην παρούσα έρευνα, οι περιπτώσεις παιδιών που εντάσσονται στο κλινικό ή το οριακό φάσμα, παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα εντός ολιγάριθμων τάξεων. Η πιθανή ερμηνεία αυτής της διαφοροποίησης, είναι ότι, σε μια τάξη με λίγους μαθητές, οι δυνατότητες επιλογής των παιδιών για ένταξη σε μια ομάδα συνομηλίκων της αρεσκείας τους είναι πιο περιορισμένες, από ό,τι σε τάξεις με μεγαλύτερο αριθμό μαθητών. Αυτό μπορεί να δημιουργεί στα παιδιά την επιθυμία για μοναχική δραστηριότητα και αποφυγή κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Σακελλαρίου, 2005). Δίνουν έτσι την εικόνα απόσυρσης, η οποία μπορεί να εκδηλώνεται ως μοναχική-παθητική απόσυρση ή ως μοναχική-ενεργητική απόσυρση ή επιφυλακτικότητα (Rubin, 1982).

Το μικρότερο ποσοστό, μόλις 3,9%, καταγράφεται στα αποτελέσματα της έρευνάς μας για το σύνδρομο «Ανησυχία/Κατάθλιψη» (Εσωτερικευμένα προβλήματα). Από αυτό, το 1,1% των παιδιών του δείγματός μας εντάσσεται στο κλινικό φάσμα και το 2,8% στο οριακό φάσμα. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με τα ευρήματα πολλών (μη

κλινικών)[160] ερευνών, στις οποίες το ποσοστό σοβαρών καταθλιπτικών διαταραχών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας δεν ξεπερνά το 2,0% (Egger & Angold, 2006. Kashani et al., 1997. Liu et al., 2011. Morgan, Izard & Hyde, 2014). Η καταγραφή χαμηλών ποσοστών σε σχέση με το σύνδρομο «Ανησυχία/καταθλιψη» είναι πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι γενικότερα, τα Εσωτερικευμένα προβλήματα συχνά παραγνωρίζονται στο σχολικό πλαίσιο καθώς τα παιδιά δεν τα αποκαλύπτουν εύκολα στους δασκάλους (Rescorla et al., 2007)[161]. Αντίθετα, τα Εξωτερικευμένα προβλήματα εντοπίζονται ευκολότερα, καθώς ασκούν εμφανέστερη επίδραση στη λειτουργία της τάξης, προσελκύοντας την προσοχή των εκπαιδευτικών (Berkhout et al., 2012). Επιπλέον, σε σχέση με την προσχολική ηλικία, τα συμπτώματα της κατάθλιψης, συνήθως, περνούν απαρατήρητα, καθώς τα παιδιά «δεν μπορούν να εκφράσουν λεκτικά τα δυσάρεστα συναισθήματά τους» (Πούλου, 2013, σ. 148) [162].

Πιο αναλυτικά, οι περιπτώσεις «ανήσυχων/καταθλιπτικών» παιδιών που εντάσσονται στο κλινικό και το οριακό φάσμα, φαίνεται να αναγνωρίζονται περισσότερο από τους νηπιαγωγούς του δείγματός μας με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Με βάση την πολλαπλή πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών παίζει, επίσης ρόλο, στον τρόπο που κατατάσσουν τους μαθητές τους στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα για τα σύνδρομα Συναισθηματική αντιδραστικότητα, Ανησυχία/κατάθλιψη, Σωματικές ενοχλήσεις, Επιθετική συμπεριφορά, Εξωτερικευμένα και Εσωτερικευμένα προβλήματα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα ελληνικών ερευνών, που υποστηρίζουν ότι οι εκπαιδευτικοί της χώρας μας δεν είναι ενημερωμένοι σχετικά με τη φαινομενολογία και τη συμπτωματολογία αυτών των διαταραχών στα παιδιά (Didaskalou, 2002. Didaskalou & Millward, 2002. Gavrilidou et al., 1994. Nikolopoulou, 1986), κατανοούμε, γιατί οι εκπαιδευτικοί του δείγματός μας με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (άρα μεγαλύτερη

---

[160] Σε αμιγώς κλινικά δείγματα, τα ποσοστά στα παιδιά είναι πολύ μεγαλύτερα και κυμαίνονται στο 8-15% (Schwartz, Gladstone & Kaslow, 1998).

[161] Οπως επισημαίνουν οι Berkhout et al. (2012) τα παιδιά μιλούν πιο συχνά στους γονείς από ό,τι στους δασκάλους για τις συναισθηματικές τους δυσκολίες.

[162] Όπως επισημαίνουν οι Wu, Abdullah & Mofrad (2012), η ανησυχία και το άγχος που τη συνοδεύει δεν είναι πάντα αρνητικά, όταν εμφανίζονται σε ένα παιδί. Αντιθέτως, κάποιος βαθμός ανησυχίας είναι εύλογος, καθώς βοηθά τα παιδιά να βρίσκονται σε εγρήγορση, ώστε να έχουν άμεσες αντιδράσεις σε περιπτώσεις που αντιληφθούν κίνδυνο ή απειλή. Επιπλέον, οι Klein et al. (2005) διατείνονται ότι «οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι σχετικά ασυνήθεις στα παιδιά, αλλά είναι περισσότερο συχνές στους εφήβους» (p. 415). Η άποψη αυτή είναι επηρεασμένη από το ψυχαναλυτικό μοντέλο, καθώς θεωρείται ότι η κατάθλιψη αναδύεται στην εφηβεία, επειδή αυτή είναι η περίοδος στην οποία το «υπερεγώ» είναι περισσότερο αναπτυγμένο (Kleftaras & Didaskalou, 2006). Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνουν οι Kleftaras & Didaskalou (2006), «οι συναισθηματικές δυσκολίες, και ιδιαίτερα η καταθλιπτική συμπτωματολογία, συνιστούν ένα σοβαρό και σχετικά συχνό πρόβλημα της παιδικής ηλικίας, το οποίο συχνά παραβλέπεται» (p. 296). Πολλά παιδιά, τα οποία υποφέρουν από κατάθλιψη, εκδηλώνουν άψογη σχολική και εν γένει κοινωνική συμπεριφορά, αποφεύγοντας να δημιουργούν προβλήματα στην τάξη, οδηγώντας τους δασκάλους στο να εστιάζουν περισσότερο την προσοχή τους στην επίλυση των προβλημάτων που δημιουργούνται από παιδιά με δυσκολίες συμπεριφοράς (Kleftaras & Didaskalou, 2006).

επιστημονική κατάρτιση) είναι πιο ικανοί στην ανίχνευσή τους, σε σχέση με αυτούς που έχουν χαμηλό ή μεσαίο μορφωτικό επίπεδο.

Οι σχέσεις ανάμεσα στην ανίχνευση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος και το επίπεδο εκπαίδευσης των νηπιαγωγών, όπως έχουμε υπογραμμίσει στο θεωρητικό μέρος της παρούσας μελέτης, δεν μπορούν να θεωρηθούν ως αιτιώδεις. Πλήθος παραγόντων υπεισέρχονται και επηρεάζουν τη σχέση αυτή. Μερικοί από τους παράγοντες αυτούς, όπως είναι η εξειδικευμένη επιμόρφωση των νηπιαγωγών στην αντιμετώπιση προβληματικών συμπεριφορών στην τάξη τους, τα χρόνια προϋπηρεσίας και το μέγεθος της τάξης, αναλύονται στις υποθέσεις που ακολουθούν. Επιπλέον όμως, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που εν δυνάμει συμβάλλουν στον τρόπο που οι νηπιαγωγοί ανιχνεύουν την εμφάνιση εσωτερικευμένων κα εξωτερικευμένων προβλημάτων στους μαθητές τους και δεν μελετώνται στο πλαίσιο της παρούσης μελέτης. Ενδεικτικά, αναφέρουμε μερικούς από αυτούς: α) ο βαθμός ενημέρωσης του νηπιαγωγού σχετικά με το οικογενειακό πλαίσιο του παιδιού (Fontana, 1996. Κουρκούτας, 2012. Ζεργιώτης, 2008), β) η ποιότητα της σχέσης των νηπιαγωγών με τους μαθητές τους (Birch & Ladd, 1998. Blatchford et al., 2003. Burchinal et al., 2000. Hamre & Pianta, 2005. Helker & Ray, 2009. Pianta & Stuhlman, 2004a), γ) τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νηπιαγωγών, όπως είναι η ψυχοπαθολογία (Ackerman et.al., 1999. Hamre et.al., 2008) αλλά και η επαγγελματική τους εξουθένωση (Brouwers & Tomic, 2000. Byrne, 1994. Hakanen et al., 2006).

9.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Συνολικά από τις εννέα αρχικές μας υποθέσεις επιβεβαιώνονται, με βάση την ανάλυση των ερευνητικών μας δεδομένων, οι τρεις. Οι τέσσερις δεν επιβεβαιώνονται και οι δύο επιβεβαιώνονται εν μέρει. Παρακάτω παρουσιάζεται αναλυτικά ο σχολιασμός των επιμέρους υποθέσεων της έρευνάς μας.

9.2.1 Η επίδραση του φύλου των παιδιών

Η κατάταξη των μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, για το κάθε σύνδρομο ξεχωριστά, τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα) και για το Σύνολο των προβλημάτων, επηρεάζεται από το φύλο τους (αγόρι-κορίτσι).

Στην παρούσα μελέτη συμμετέχουν 1.234 παιδιά, εκ των οποίων, ακριβώς τα μισά ήταν αγόρια και τα άλλα μισά κορίτσια. Για κάθε ένα από τα σύνδρομα και τις ομάδες συνδρόμων, εξετάζεται η πιθανή διαφορά στα ποσοστά καταγραφής σε αγόρια και κορίτσια και η παραπάνω υπόθεση *επιβεβαιώνεται εν μέρει*. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων καταγράφονται σε ορισμένα σύνδρομα και ομάδες συνδρόμων (Σωματικές ενοχλήσεις, Απόσυρση, Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα προβλήματα και το Σύνολο των προβλημάτων), ενώ σε κάποια άλλα σύνδρομα οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές (Προβλήματα προσοχής, Επιθετική συμπεριφορά, Ανησυχία/ κατάθλιψη και Συναισθηματική αντιδραστικότητα).

Πιο συγκεκριμένα, στατιστικά σημαντική διαφορά (p=,000)[163] καταγράφεται στο σύνδρομο «*Σωματικές ενοχλήσεις*». Τα ποσοστά των αγοριών που εντάσσονται στο κλινικό φάσμα ήταν 0,6%, στο οριακό 7,9% και στο φυσιολογικό 91,5%. Αντίστοιχα, από τα κορίτσια του δείγματός μας, το 4,9% αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα το 1,9% στο οριακό και το 93,2% στο φυσιολογικό φάσμα. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι πιο συχνά στο κλινικό φάσμα εντάσσονται τα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια. Στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,049) καταγράφεται και στο σύνδρομο *«Απόσυρση»*. Από τα αγόρια του δείγματος μας το 1,9% αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 9,4% στο οριακό και 88,7% στο φυσιολογικό. Αντίστοιχα από τα κορίτσια του δείγματος, το 3,7%

[163] Επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας p<0.01.

αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 6,8% στο οριακό και το 89,5% στο φυσιολογικό φάσμα, υποδεικνύοντας ότι, τα αγόρια εντάσσονται πιο συχνά στο οριακό φάσμα συγκριτικά με τα κορίτσια, ενώ τα κορίτσια εντάσσονται πιο συχνά στο κλινικό φάσμα σε σχέση τα αγόρια. Στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,032) καταγράφεται και στα «*Εσωτερικευμένα προβλήματα»*. Από τα αγόρια του δείγματός μας, το 7,1%, αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 4,7% στο οριακό και το 88,2% στο φυσιολογικό. Αντίστοιχα, από τα κορίτσια του δείγματος, το 6,6% αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 2,3% στο οριακό και το 91,1% στο φυσιολογικό φάσμα. Από τα παραπάνω προκύπτει, ότι μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των αγοριών που εντάσσεται στο οριακό και στο κλινικό φάσμα συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό των κοριτσιών. Στατιστικά σημαντική διαφορά (p=,000)[164] καταγράφεται και στα «Εξωτερικευμένα προβλήματα». Από τα αγόρια του δείγματός μας το 12,0% αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 3,7% στο οριακό και το 84,3% στο φυσιολογικό. Αντίστοιχα, από τα κορίτσια του δείγματος, το 5,5% αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 2,3% στο οριακό και το 92,2% στο φυσιολογικό φάσμα, υποδεικνύοντας ότι η αναλογία των αγοριών που εντάσσονται στο κλινικό και οριακό φάσμα είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με τα κορίτσια. Τέλος, στατιστικά σημαντική διαφορά (p=,027) καταγράφεται και στην κατηγορία «*Σύνολο προβλημάτων».* Από τα αγόρια του δείγματος μας το 3,6%, αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 3,4% στο οριακό και το 93,0% στο φυσιολογικό. Αντίστοιχα, από τα κορίτσια του δείγματος, το 1,6%, αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 2,1% στο οριακό και το 96,3% στο φυσιολογικό φάσμα. Μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των αγοριών που εντάσσονται στο οριακό και στο κλινικό φάσμα συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό των κοριτσιών.

Από τα ερευνητικά ευρήματα που παραθέσαμε πιο πάνω, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι, ότι τα αγόρια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά, τόσο στα Εσωτερικευμένα όσο και στα Εξωτερικευμένα προβλήματα, συγκριτικά με τα κορίτσια του δείγματός μας. Τα ερευνητικά μας ευρήματα συμφωνούν με τους Berkhout et al. (2012) και Furniss, Beyer & Guggenmos (2006), στις έρευνες των οποίων τα αγόρια, εμφανίζουν επίσης μεγαλύτερα ποσοστά και στις δυο ομάδες συνδρόμων. Στις περισσότερες έρευνες, όμως, τα αγόρια παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά στα Εξωτερικευμένα προβλήματα και τα κορίτσια στα Εσωτερικευμένα (Beidel et al., 2000. Beyer et al., 2012. Graves et al., 2012. Kazdin, 1995. Μανωλίτσης & Τάφα, 2005. Morgan, Farkas & Wu, 2008. Ollendick & King, 1991). Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και στη διαπολιτισμική έρευνα των Crijnen et al., (1999), οι οποίοι στις διαπληθυσμιακές συγκρίσεις που πραγματοποίησαν

[164] Επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας p<0.01.

για 13.697 παιδιά διαπίστωσαν ότι, τα αγόρια βαθμολογήθηκαν υψηλότερα στα Εξωτερικευμένα προβλήματα και τα κορίτσια στα Εσωτερικευμένα (με υψηλότερες βαθμολογίες στο σύνδρομο κατάθλιψη/ανησυχία). Τα διαφορετικά ποσοστά εμφάνισης Εξωτερικευμένων ή Εσωτερικευμένων προβλημάτων στα δύο φύλα, έτσι όπως αυτά εμφανίζονται στις διάφορες έρευνες, σύμφωνα με το Renk (2008), οφείλονται στη διαφορετική οπτική κάθε πληροφορητή.

Συμπληρωματικά, η έρευνα των Winer & Philips (2012) σε 66 νήπια ηλικίας 24 έως 35 μηνών, αποκάλυψε ότι, η ποιότητα της παρερχομένης εκπαίδευσης στα νηπιαγωγεία του δείγματός τους, ήταν διαφορετική για τα δύο φύλα. Τα ερευνητικά τους ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι, οι νηπιαγωγοί διαφοροποιούν την προσοχή και την παροχή φροντίδας ανάμεσα στα δύο φύλα, με τα αγόρια να δέχονται ελλειμματική φροντίδα σε σχέση με τα κορίτσια. Ως εκ τούτου τα αγόρια, των οποίων η ανάπτυξη φαίνεται να είναι πιο ευάλωτη (Cooper & Farran, 1988), εκδηλώνουν πιο συχνά συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, συγκριτικά με τα κορίτσια.

Επιπλέον, οι Winer & Philips (2012) αναφέρουν ότι, μεγάλο μέρος ερευνών σε μαθητές δημοτικού, επιβεβαιώνει την ύπαρξη μεροληψίας εκ μέρους των εκπαιδευτικών, ως προς τον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν τη συμπεριφορά και την απόδοση αγοριών και κοριτσιών. Παραδείγματος χάριν, οι αναγνωστικές και μαθηματικές ικανότητες των κοριτσιών συχνά υπερεκτιμώνται έναντι των αγοριών, ενώ τα κορίτσια, δέχονται, συνήθως λιγότερη αρνητική κριτική σε σχέση με τα αγόρια ή εμφανίζουν σε λιγότερες περιπτώσεις συγκρουσιακές σχέσεις με το δάσκαλο του ίδιου φύλου.

Σύμφωνα με τη Μούζουρα (χ.χ.), τα αγόρια εμφανίζουν όχι μόνο προβλήματα συμπεριφοράς, αλλά και ακαδημαϊκά προβλήματα σε μεγαλύτερη συχνότητα απ’ ό, τι τα κορίτσια. Τα αγόρια αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης επιθετικής συμπεριφοράς, ιδίως όταν έρχονται αντιμέτωπα με στρεσογόνες καταστάσεις, όπως π.χ. το διαζύγιο των γονέων τους (Bennett et al, 2005). Όπως έχει επιβεβαιώσει η έρευνα των Cooper & Farran (1988) σε μαθητές νηπιαγωγείου, τα αγόρια είναι γενικά περισσότερο ευάλωτα σε βιολογικούς και περιβαλλοντικούς συντελεστές κινδύνου. Η ευαισθησία των αγοριών φαίνεται να είναι τόσο σημαντική, ώστε «η ίδια η «αρρενωπότητα» (maleness) αξίζει να ληφθεί υπόψη ως συντελεστής κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχοκοινωνικής αποκλίνουσας συμπεριφοράς» (Cooper & Farran, 1988, p. 14)[165].

[165] Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι η σύνδεση μεταξύ συχνής παρακολούθησης τηλεόρασης και κατοπινής επιθετικότητας επιβεβαιώνεται μόνο για τα αγόρια (Henricsson & Rydell, 2006).

Από την άλλη, όμως, υπάρχουν έρευνες που δεν εντοπίζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην εμφάνιση Εσωτερικευμένων και Εξωτερικευμένων προβλημάτων (Bernstein et al., 1996. Gater et al., 1998. Lavigne et al., 1996).

Σχετικά με το Σύνολο των προβλημάτων, τα ερευνητικά μας ευρήματα συμφωνούν με τους Kaiser et al. (όπως αναφέρει η Βενιακάκη, 2009), στην έρευνα των οποίων τα αγόρια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά στο Σύνολο των προβλημάτων από ό,τι τα κορίτσια.

Στα επί μέρους σύνδρομα, το φύλο φαίνεται να αποτελεί παράγοντα διαφοροποίησης για την κατηγορία *«Σωματικές Ενοχλήσεις»,* καθώς τα κορίτσια εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά στο κλινικό φάσμα, ενώ τα αγόρια στο οριακό φάσμα. Αυτό σημαίνει εκ πρώτης, ότι τα κορίτσια παρουσιάζουν πιο έντονα και έκδηλα σωματικά συμπτώματα ό,τι τα αγόρια. Σύμφωνα με τους Liu et al., (2011), διαπιστώνονται γενικά αντιφάσεις σε σχέση με την ερευνητική καταγραφή των σωματικών ενοχλήσεων[166] και το φύλο. Στην επιδημιολογική έρευνα των Berntsson & Kohler (2001) δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, στη συχνότητα εμφάνισης σωματικών ενοχλήσεων. Οι διαφοροποιήσεις στα δυο φύλα, σύμφωνα με διάφορους ερευνητές, αρχίζουν στην προεφηβεία (Campo et al. 1999) και την εφηβεία (Achenbach et al., 1989. Guidetti & Galli, 2001), με τα κορίτσια να εμφανίζουν υψηλότερα και πολλές φορές διπλάσια ποσοστά σωματικών ενοχλήσεων, σε σχέση με τα αγόρια. Οι δυσαναλογίες αυτές μπορούν, ίσως, να δικαιολογηθούν από την πρώιμη έναρξη της εφηβείας, που παρατηρείται πιο συχνά στα κορίτσια, με την ταυτόχρονη πρώιμη αύξηση των οιστρογόνων στον οργανισμό τους, οι οποίες συνδέονται με την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων (Aro & Taipale, 1987. Rhee, 2005. Susman, Reiter, With, Ford & Dorn, 2002).

Επιπλέον, τα αγόρια του δείγματός μας εμφανίζουν στο σύνδρομο της «Απόσυρσης» μεγαλύτερα ποσοστά στο κλινικό και στο οριακό φάσμα, συγκριτικά με τα κορίτσια. Αναζητώντας αποτελέσματα άλλων ερευνών, ανακαλύπτουμε ότι τα στοιχεία σχετικά με το ρόλο του φύλου στην εμφάνιση του συνδρόμου της Απόσυρσης δεν είναι αρκετά για να έχουμε μια σαφή εικόνα (Rubin et al., 2009). Οι Rubin & Coplan (2004) συνδέουν την τάση απόσυρσης στα δύο φύλα με τα κοινωνικά στερεότυπα. Η τάση απόσυρσης συνδέεται συχνά με την ντροπαλότητα η οποία δεν είναι κοινωνικά αποδεκτή

[166] Οι ίδιοι επιστήμονες επισημαίνουν πάντως το γεγονός, ότι οι σωματικές ενοχλήσεις μελετώνται συνήθως σε παιδιά μεγαλύτερα των 3 ή 4 ετών, δυσκολεύοντας τον προσδιορισμό της ηλικίας κατά την οποία ενεργοποιούνται (Liu et al., 2011). Επιπλέον, οφείλουμε να λάβουμε υπόψη μας βασικές μεθοδολογικές και δειγματοληπτικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ερευνών.

στα αγόρια, κυρίως στις χώρες το Δυτικού κόσμου, όσο τουλάχιστον είναι στα κορίτσια, καθώς «παραβιάζει τους έμφυλους κανόνες που σχετίζονται με την ανδρική κοινωνική αξίωση και κυριαρχία» (Rubin et al., 2009, p.14)[167]. Αντίθετα, σε άλλες χώρες, όπως είναι για παράδειγμα η Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας, η απόσυρση είναι μια αποδεκτή συμπεριφορά που ενθαρρύνεται από γονείς και δασκάλους, ενώ παράλληλα συνδέεται με την κοινωνική αποδοχή και την ακαδημαϊκή επιτυχία (Chen et al., 1995).

Επιπροσθέτως, διάφοροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η τάση απόσυρσης στα κορίτσια είναι περισσότερο κοινωνικά αποδεκτή αντίδραση και, πιθανόν, να επιβραβεύεται και ως καλή συμπεριφορά από τους γονείς, ενώ στα αγόρια η συμπεριφορά αυτή ενδεχομένως, να αποθαρρύνεται και να οδηγεί σε πιο αρνητικές αλληλεπιδράσεις με τα άτομα του στενού περιβάλλοντος (Gazelle & Ladd, 2003). Συνδυάζοντας όλα τα παραπάνω με τα αποτελέσματα διαπολιτισμικών ερευνών, βάσει των οποίων, στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες του Δυτικού κόσμου, η απόσυρση που εκδηλώνεται από παιδιά προσχολικής ηλικίας συνδέεται αποκλειστικά με την απόρριψη από τους συνομηλίκους, αναμέναμε ότι τα αγόρια του δείγματός μας θα εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά απόσυρσης από τα κορίτσια. Η ακριβώς αντίθετη διαπίστωση της έρευνάς μας έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και πρέπει να ληφθεί υπόψη από γονείς, εκπαιδευτικούς και σχεδιαστές παρεμβατικών κοινωνικοσυναισθηματικών προγραμμάτων καθώς, σύμφωνα με τους Asendorpf et al. (2008), οι αρνητικές επιπτώσεις της απόσυρσης στη μετέπειτα ζωή είναι πιο έντονες στα αγόρια από ό,τι στα κορίτσια.

Αντίθετα, στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρούμε κάποια στατιστική συσχέτιση (p=0,077) του φύλου με το σύνδρομο *«Προβλήματα Προσοχής»*, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνουν αρκετοί ερευνητές (Barkley, 2006. Graves et al., 2012. Gross-Tsur et al., 1991. Huss et al., 2008). Στις έρευνες αυτές η συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων προσοχής είναι σαφώς υψηλότερη στα αγόρια. Μελέτες γύρω από τις διαφορές φύλου στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, υποστηρίζουν ότι πρόκειται για μια διαταραχή υποδιαγνωσμένη στα κορίτσια, κυρίως λόγω διαφορών στην έκφραση των συμπτωμάτων, μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (Biederman et al., 2002. Quinn, 2008). Ειδικότερα, οι Sciutto et al. (2004) υποστηρίζουν ότι οι εκπαιδευτικοί παρέπεμπαν για διάγνωση πιο συχνά τα αγόρια από ό,τι τα κορίτσια, παρόλο που τα επίπεδα απομείωσης της λειτουργικότητας μπορεί να ήταν τα ίδια.

Επίσης, δεν παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,600) ανάμεσα στα δύο φύλα στο σύνδρομο της «*Επιθετικότητας»,* εύρημα το οποίο συμφωνεί με διάφορους

[167] Η αρίθμηση των σελίδων είναι σύμφωνη με την ηλεκτρονική έκδοση του άρθρου.

ερευνητές, οι οποίοι επιβεβαιώνουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, σχετικά με τη συχνότητα των συγκρούσεων ή τη χρήση επιθετικής συμπεριφοράς (Laursen & Hartup, 1989. Stallard, 1993. Wheeler, 1994). Αντίθετα, υπάρχουν άλλα ερευνητικά ευρήματα, στα οποία επιβεβαιώνεται ότι τα αγόρια παρουσιάζουν γενικά υψηλότερα επίπεδα επιθετικότητας από ό,τι τα κορίτσια[168] (Hulle et al., 2007. Rubin et al., 2003. Wichstrom et al., 2011).

Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα δεν παρουσιάζονται στα ερευνητικά ευρήματά μας (p=0,961) και για το σύνδρομο *«Ανησυχία/Κατάθλιψη».* Αντίθετα, στην έρευνα της (Πούλου, 2013), διαπιστώνεται ότι τα κορίτσια βιώνουν μοναξιά και ανησυχία/άγχος σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι τα αγόρια. Οι Wichstrom et al. (2011) όμως, υποστηρίζουν ότι τα αγόρια παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με τα κορίτσια. Τέλος, και στο σύνδρομο *«Συναισθηματική Αντιδραστικότητα»*, οι διαφορές στα αγόρια και τα κορίτσια του δείγματός μας δεν είναι στατιστικά σημαντικές (p=0,156). Αντίθετα, σε κάποιες έρευνες υποστηρίζεται ότι τα κορίτσια εκδηλώνουν πιο συχνά αρνητική συναισθηματική αντιδραστικότητα συγκριτικά με τα αγόρια, όταν έρχονται αντιμέτωπα με στρεσογόνες καταστάσεις (Hampel & Petermann, 2006. Rudolph, 2002).

Οι διαφυλικές διαφοροποιήσεις των ποσοστών εμφάνισης στα επιμέρους σύνδρομα και τις ομάδες συνδρόμων, τις οποίες επιβεβαιώνουν οι διάφορες έρευνες, οφείλονται κατά πολύ και στις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις των ερευνών (Jeon, 2013. Lavigne et al.,1996. Qi & Kaiser, 2003). Είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε εδώ ότι, οι σχέσεις ανάμεσα στα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος και το φύλο, δεν μπορούν να θεωρηθούν αιτιώδεις. Πλήθος παραγόντων, μερικοί εκ των οποίων αναφέρονται ανά σύνδρομο ή ομάδα συνδρόμων παραπάνω, υπεισέρχονται και επηρεάζουν τη σχέση αυτή.

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι, οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με την εμφάνιση δυσκολιών συμπεριφοράς και συναισθήματος, σχετίζονται πιθανόν και με τον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αλληλεπιδρούν με άτομα του περιβάλλοντός τους, δηλαδή τους γονείς, τους νηπιαγωγούς, τους συνομήλικούς τους ή άλλα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή τους (Renk, 2008). Οι Kerr et al. (2004) εντοπίζουν τις κύριες αιτίες της εμφάνισης διαφυλικών διαφορών στην πρώιμη παιδική ηλικία στους εξής λόγους: α) τα αγόρια και τα κορίτσια πιθανότατα να διαφέρουν σε θέματα ηθικής

[168] Σύμφωνα με τους Knight et al. (2002), τα κορίτσια όταν έρχονται αντιμέτωπα με μία συναισθηματική πρόκληση, τείνουν να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους και να αναστέλλουν τις αντιδράσεις τους με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην οδηγούνται σε εκδηλώσεις επιθετικότητας, ενώ αντίθετα τα αγόρια δεν μπορούν να ρυθμίσουν αποτελεσματικά τη συναισθηματική τους αντίδραση, καταφεύγοντας σε επιθετική συμπεριφορά.

εσωτερικοποίησης, υπό την έννοια ότι τα κορίτσια προσχολικής ηλικίας επιδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα ενοχής, ενσυναίσθησης, κοινωνικής και γνωστικής ωριμότητας και β) οι γονείς δεν εφαρμόζουν τις ίδιες πειθαρχικές μεθόδους στα δυο φύλα (π.χ. τη χρήση ή μη σωματικής τιμωρίας). Το τελευταίο ασκεί επιρροή στον τρόπο με τον οποίο κάθε παιδί, ανάλογα με το φύλο του, εσωτερικεύει τα μηνύματα των γονιών, αλλά και στον τρόπο με τον οποίο κάθε παιδί εκφράζει μια δυσκολία συμπεριφοράς και συναισθήματος.

9.2.2 Η επίδραση της ηλικίας των παιδιών

Η κατάταξη των μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, για το κάθε σύνδρομο ξεχωριστά, τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα και για το σύνολο των προβλημάτων, επηρεάζεται από την ηλικιακή τους ομάδα (προνήπια-νήπια).

Η παραπάνω ερευνητική υπόθεση *δεν επιβεβαιώνεται*. Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των 1.234 παιδιών τα 437 (35,4%) είναι προνήπια (ηλικίας 4-5 ετών) και τα υπόλοιπα 797 (64,6%) είναι νήπια (ηλικίας 5-6 ετών). Στην ανάλυση για τη συσχέτιση της ηλικίας των παιδιών με την εμφάνιση συνδρόμων, Εξωτερικευμένων, Εσωτερικευμένων και Σύνολο προβλημάτων, δεν προκύπτουν όμως, όπως αναμέναμε, στατιστικά σημαντικές διαφορές (βλ. κεφ. 8.3)

Στα πλαίσια της αναπτυξιακής ψυχολογίας υποστηρίζεται ότι η νηπιακή ηλικία (3-6 ετών), η οποία συμπίπτει χρονικά, με διαφορά ενός έτους, με την ηλικία φοίτησης του παιδιού στο νηπιαγωγείο (4- 6 ετών), χωρίζεται σε δυο περιόδους: την προεννοιολογική (3-5 ετών) και τη διαισθητική (5-6 ετών) (Παρασκευόπουλος, 1985). Στη διάρκεια αυτών των δυο περιόδων παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών, οι οποίες κατά επέκταση επιδρούν στην τρόπο αντίδρασής τους στα διάφορα ερεθίσματα, αλλά και στον τρόπο που επικοινωνούν με τους άλλους (Παρασκευόπουλος, 1985). Οι περίοδοι αυτοί αντιστοιχούν στην ηλικία των προνηπίων (4-5 ετών) και των νηπίων (5-6 ετών). Βάσει των παραπάνω, υποθέτουμε ότι οι διαφοροποιήσεις αυτές θα επηρεάζουν και την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στις δυο ηλικιακές ομάδες (νήπια, προνήπια).

Σύμφωνα με την Poulou (2013), οι έρευνες σχετικά με τις ηλικιακές διαφοροποιήσεις της παιδικής συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία, είναι αρκετά περιορισμένες και παρουσιάζουν μία, μάλλον, ασαφή εικόνα. Τα αποτελέσματα της

παρούσας έρευνας συμφωνούν πάντως με τα ερευνητικά ευρήματα των Μανωλίτση & Τάφα (2005), στα οποία δεν παρατηρούνται διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος ανάμεσα στα προνήπια (4-5 ετών) και στα νήπια (5-6 ετών) του δείγματός τους.

Η μη σημαντική διαφοροποίηση στην κοινωνική και συναισθηματική εξέλιξη προνηπίων και νηπίων, πιθανόν να σχετίζεται με τη μεικτή ηλικιακή οργάνωση των ελληνικών δημόσιων νηπιαγωγείων, σύμφωνα με την οποία προνήπια (ηλικίας 4-5 ετών) και νήπια (5-6 ετών) συνυπάρχουν στην ίδια τάξη. Όπως υποστηρίζουν οι Δαφέρμου & συν. (2006) οι μεικτές, ως προς την ηλικία, ομάδες ωφελούν όχι μόνο τα νήπια ενισχύοντας την υπευθυνότητα, την αυτοπεποίθηση και την αυτοκυριαρχία τους, αλλά και τα προνήπια, αφού μέσα από τη συνύπαρξη αυτή αναπτύσσουν νέες κοινωνικές δεξιότητες και γνώσεις. Ειδικότερα, η Evangelou (1989) υποστηρίζει ότι είναι περισσότερο πιθανό τα νήπια με ελλιπείς κοινωνικές δεξιότητες, να συνάψουν φιλίες, να συνεργαστούν και να εκδηλώσουν προκοινωνικές συμπεριφορές με τα προνήπια, παρά με τους συνομηλίκους από τους οποίους αισθάνονται συχνά να απειλούνται ή να απορρίπτονται. Επίσης, όταν ο νηπιαγωγός «ζητάει από τα μεγαλύτερα παιδιά να υπενθυμίσουν στα μικρότερα τους κανόνες, τότε τα βοηθάει να αναπτύξουν την αυτορυθμιστική τους συμπεριφορά» (Πιστιόλη, χ.χ., σ.131). Οι όποιες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις δυο ηλικίες, κάτω από το πρίσμα της θετικής θεώρησης αυτής της συνύπαρξης, μπορεί τελικά να εξασθενούν.

Αντίθετα, τα παρόντα ερευνητικά ευρήματα δεν συνάδουν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών. Οι Bulotsky-Shearer et al. (2008), υποστηρίζουν ότι, τα προνήπια υπολείπονται κοινωνικών δεξιοτήτων συγκρινόμενα με τα νήπια. Επιπλέον, στις έρευνες των Fantuzzo, Grim, Mordell, McDermott & Miller (2001) και Lutz et al., (2002) διαπιστώνονται διαφορές ανάμεσα στις δυο ηλικιακές αυτές ομάδες. Τα προνήπια εμφανίζονται ως περισσότερο αμέτοχα και ασύνδετα (disconnected) με την παιδαγωγική διαδικασία, παρουσιάζοντας περισσότερα συμπτώματα κοινωνικής απομόνωσης, απρόσεκτης συμπεριφοράς και παθητικότητας, συγκρινόμενα με τα νήπια.

9.2.3 Ο τύπος του σχολείου (κλασσικό/ολοήμερο)

Η κατάταξη των μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, για το κάθε σύνδρομο ξεχωριστά, τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα) και το Σύνολο των προβλημάτων, επηρεάζεται από τον τύπο του σχολείου στο οποίο φοιτούν οι μαθητές (κλασσικό-ολοήμερο).

Η παραπάνω υπόθεση *επιβεβαιώνεται εν μέρει*, για το σύνδρομο *«Συναισθηματική αντιδραστικότητα»* (p=0,046), για την ομάδα συνδρόμων *«Εξωτερικευμένα προβλήματα»* (p=0,024) καθώς και για το *«Σύνολο προβλημάτων»* (p=0,001)[169], αφού στα σχολεία του δείγματός μας φαίνεται ότι υπάρχει σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό οριακών και κλινικών περιπτώσεων για τα παράπανω σύνδρομα και ομάδες συνδρόμων στα ολοήμερα συγκριτικά με του κλασσικού τύπου νηπιαγωγεία.

Ειδικότερα, για το σύνδρομο «*Συναισθηματική αντιδραστικότητα»*, από τα παιδιά του δείγματος μας που φοιτούσαν σε ολοήμερα νηπιαγωγεία το 1,8%, αυτών εντάσσεται, στο κλινικό φάσμα, το 9,7% στο οριακό και το 88,5% στο φυσιολογικό φάσμα. Αντίστοιχα, από τα παιδιά του δείγματος μας που φοιτούσαν σε κλασσικού τύπου νηπιαγωγεία, το 0,9% αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 5,6% στο οριακό και το 93,5% στο φυσιολογικό φάσμα. Σχετικά με την ομάδα συνδρόμων «Εξωτερικευμένα προβλήματα», από τα παιδιά του δείγματός μας που φοιτούν σε ολοήμερα νηπιαγωγεία, το 12,3% εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 3,6% στο οριακό και το 84,1% στο φυσιολογικό. Αντίστοιχα, από τα παιδιά που φοιτούν σε κλασσικού τύπου νηπιαγωγεία, το 7,1% αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, 2,7% στο οριακό και 90,2% στο φυσιολογικό. Επίσης, σχετικά με την κατηγορία «*Σύνολο προβλημάτων»,* από τα παιδιά του δείγματος μας που φοιτούσαν στα ολοήμερα νηπιαγωγεία, το 3,3%, αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 4,9% στο οριακό και το 91,8% στο φυσιολογικό φάσμα. Αντίστοιχα, από τα παιδιά που φοιτούσαν στου κλασσικού τύπου νηπιαγωγεία, το 2,3% αυτών εντάσσεται στο κλινικό φάσμα, το 1,7% στο οριακό και το 96% στο φυσιολογικό φάσμα.

Εν ολίγοις, φάνηκε πως ο παρατεταμένος χρόνος παραμονής στο νηπιαγωγείο, επιδρά ή σαφώς αρνητικά (ένταξη στο κλινικό φάσμα), ή σχετικά αρνητικά (ένταξη στο οριακό φάσμα) στην κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία των παιδιών του δείγματός

[169] Επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας p<0,01.

μας. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες, το διευρυμένο ωράριο των ολοημέρων νηπιαγωγείων ουσιαστικά κουράζει τα παιδιά (Emery et al., 1998), τα οποία στη συνέχεια λόγω του στρες και του εκνευρισμού που τους δημιουργεί η πολύωρη παραμονή τους, συγκρούονται πιο συχνά με το νηπιαγωγό και εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος (Mashburn & Henry, 2004). Ειδικότερα, η Κουρμούση (2012) αναφέρει στα αποτελέσματα της έρευνάς της ότι, τα παιδιά των κλασσικών νηπιαγωγείων του δείγματός της, υπερτερούσαν σε όλες τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες και ιδιαίτερα στην «αποφυγή θυματοποίησης», συγκριτικά με αυτά που φοιτούσαν στα ολοήμερα νηπιαγωγεία. Πιθανή εξήγηση όλων αυτών είναι ότι το διευρυμένο ωράριο, εκτός του ότι μπορεί να κουράζει και να δημιουργεί ένταση στα παιδιά, τελικά δε χρησιμοποιείται, όπως υποστηρίζεται από πολλούς ερευνητές, για την προαγωγή κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων στα παιδιά, όπως είναι: η συνεργασία, η αλληλοβοήθεια, η διαπραγμάτευση, η διαχείριση συγκρούσεων, η θετική αυτοεικόνα και αυτοπεποίθηση του παιδιού (Αλευριάδου και συν., 2008. Γκλιάου, 2004. Cryan et al., 1992. Elicker & Mathur, 1997. Hough & Bryde, 1996. Ντολιοπούλου, 1999. Πατινιώτης, 2005). Αντίθετα, σύμφωνα με τους Walston & West (2004) ο επιπλέον χρόνος παραμονής του παιδιού στο ολοήμερο νηπιαγωγείο περιλαμβάνει, τελικά, πολύ μεγαλύτερο όγκο ακαδημαϊκών πληροφοριών, τις οποίες δε μπορούν να αφομοιώσουν τα παιδιά στη συγκεκριμένη αναπτυξιακή φάση, προκαλώντας τελικά σε αυτά επιπλέον άγχος.

Τέλος, στα ερευνητικά μας ευρήματα που σχετίζονται με την κατανομή των μορφών αξιολόγησης που χρησιμοποιούν οι νηπιαγωγοί στους δυο τύπους νηπιαγωγείου, φάνηκε ότι οι διαφορές αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Οριακή είναι, όμως, η διαφορά (p=0,072) για την «Αξιολόγηση 2» (αξιολόγηση βασισμένη στο παιχνίδι) όπου φαίνεται μία τάση για περισσότερη χρήση αυτής της αξιολόγησης στα κλασικά συγκριτικά με τα ολοήμερα σχολεία.

Διάφοροι μελετητές υποστηρίζουν ότι ο περισσότερος χρόνος που παραμένει συνολικά το παιδί στο ολοήμερο νηπιαγωγείο βοηθάει τους δύο νηπιαγωγούς που εργάζονται σε αυτό, να το παρατηρούν καλύτερα και ως εκ τούτου να ανιχνεύσουν τυχόν δυσκολίες που εμφανίζει (Αλευριάδου & συν., 2008. Wurm, 2005). Στην έρευνά μας δεν έχουμε εξασφαλίσει τη συνθήκη αυτή, δηλαδή δεν έχουμε συλλέξει δεδομένα και από τους δύο νηπιαγωγούς των ολοημέρων νηπιαγωγείων, συνεπώς δεν μπορούμε να διατυπώσουμε κάποιο συμπέρασμα. Χρήσιμο θα ήταν σε μια επόμενη έρευνα να συλλεχθούν δεδομένα και από τους δυο νηπιαγωγούς, οι οποίοι σύμφωνα με τους Achenbach, McConaughy &

Howell (1987), εμφανίζουν το μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας συγκριτικά με άλλους πληροφορητές (γονείς, ειδικούς, φροντιστές, κ.ά). Η συνεργασία και η ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των δυο νηπιαγωγών είναι πολύ σημαντική στην ανάπτυξη απαιτητικών προγραμμάτων που βασίζονται στην παρατήρηση, καταγραφή, ανάλυση και αξιολόγηση της συνολικής ανάπτυξης του παιδιού (Αλευριάδου & συν., 2008).

9.2.4 Το μέγεθος της τάξης (αριθμός φοιτούντων μαθητών)

Η κατάταξη των μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, για το κάθε σύνδρομο ξεχωριστά, τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα) και το Σύνολο των προβλημάτων, επηρεάζεται από το μέγεθος της τάξης (αριθμός φοιτούντων μαθητών).

Η ερευνητική υπόθεση περί εμφάνισης περισσότερων φυσιολογικών περιπτώσεων σε σχέση με δυσκολίες συμπεριφοράς και συναισθήματος σε μικρότερες τάξεις, με βάση την κατάταξη από τους νηπιαγωγούς, *δεν επιβεβαιώνεται* από τα ευρήματα της έρευνας μας. Πιο συγκεκριμένα, προκύπτει ότι στις τάξεις με μεγαλύτερο αριθμό φοιτούντων μαθητών, καταγράφονται περισσότερες φυσιολογικές περιπτώσεις παιδιών, σε σχέση με τις περιπτώσεις των παιδιών που εντάσσονται στο οριακό και το κλινικό φάσμα και για τις έξι κατηγορίες συνδρόμων χωριστά, τα Εσωτερικευμένα προβλήματα αλλά και για το Σύνολο των προβλημάτων.

Αναζητώντας εναλλακτικά την πιθανή ερμηνεία των παραπάνω ευρημάτων, θα υποστηρίζαμε ότι στις τάξεις με μεγαλύτερο αριθμό παιδιών φαίνεται να αναπτύσσονται δυναμικές, οι οποίες έχουν ως πιθανό αποτέλεσμα, είτε: α) την περιορισμένη εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στα παιδιά, είτε β) τη δυσκολία στον ακριβή εντοπισμό τους από τους εκπαιδευτικούς.

Σε σχέση με το πρώτο σκέλος της παραπάνω πιθανής ερμηνείας, τα ερευνητικά ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, που αφορούν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, είναι αντικρουόμενα (Papatheodorou & Ramasut, 1994). Μετα-αναλυτικές μελέτες οδηγούν στο συμπέρασμα ότι, το μέγεθος της τάξης δεν επιδρά ουσιαστικά στην εμφάνιση προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς στα παιδιά (Rutter, 1983). Λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι τα Εξωτερικευμένα και τα Εσωτερικευμένα προβλήματα που παρουσιάζονται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας συνδέονται, κυρίως, με δυσλειτουργίες που προκύπτουν στις σχέσεις των παιδιών (Henricsson & Rydell, 2006), η μη συχνή παρουσία

τέτοιων προβλημάτων σε πολυπληθείς τάξεις θα μπορούσε, πιθανόν, να οφείλεται στην ύπαρξη τελικά θετικών μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων. Ως εκ τούτου, οι πολυπληθείς τάξεις φαίνεται εκ πρώτης όψεως να έχουν θετική επίδραση στην συναισθηματική ανάπτυξη των μαθητών, καθώς σε αυτές τούς δίνεται η δυνατότητα να συμμετέχουν σε πολλές και διαφορετικές δραστηριότητες και μορφές παιχνιδιού (Smith & Connolly, 1980). Ο Πασταμάτης (1998) υποστηρίζει ότι μέσα σε πολυπληθείς τάξεις δημιουργούνται οι συνθήκες για υγιή ανταγωνισμό και άμμιλα. Πιο συγκεκριμένα, δίνεται η δυνατότητα στο κάθε παιδί να ρυθμίζει και να ελέγχει τη συμπεριφορά του, ώστε να γίνει αποδεκτό από πολλά άτομα, να υποδύεται διάφορους ρόλους σε διαφορές ομάδες (νηπίων- προνηπίων, αγόρια- κορίτσια, κορίτσια και αγόρια μόνο, νήπια και προνήπια μόνο), καθώς και να μιμείται συμπεριφορές και αντιδράσεις μέσα από μια μεγάλη γκάμα επιλογών. Οι Φύκαρης (2002) και Παπασταμάτης (1998), υποστηρίζουν ότι στις ολιγομελείς τάξεις υπάρχει το ενδεχόμενο ελλιπούς κοινωνικοποίησης των μαθητών, λόγω των περιορισμένων επιλογών κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Επιπροσθέτως, από τα ερευνητικά μας ευρήματα φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών που *αποσύρονται* και εντάσσονται στο κλινικό ή το οριακό φάσμα, εμφανίζεται εντός ολιγάριθμων τάξεων. Σε ολιγάριθμες τάξεις οι δυνατότητες επιλογής των παιδιών για ένταξη σε μια ομάδα συνομηλίκων της αρεσκείας τους είναι πιο περιορισμένες από ό, τι σε πολυπληθείς τάξεις. Αυτό μπορεί να δημιουργεί στα παιδιά επιθυμία για μοναχική δραστηριότητα και αποφυγή κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Σακελλαρίου, 2005).

Άλλες έρευνες, ωστόσο, επιβεβαιώνουν ότι ο μεγάλος αριθμός μαθητών σε μια τάξη συμβάλλει σημαντικά στην εμφάνιση συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών στους μαθητές. Σε έρευνα με ένα μεγάλο δείγμα παιδιών προσχολικής ηλικίας, οι Pianta et al. (2005), επιβεβαιώνουν ότι, στις ολιγομελείς τάξεις, η θετική συναισθηματική επικοινωνία των παιδιών μεταξύ τους αλλά και με το νηπιαγωγό ήταν καλύτερη. Η Κουρμούση (2012), καταλήγει στην έρευνά της ότι στις ολιγάριθμες τάξεις νηπιαγωγείων, οι επιδόσεις των μαθητών στις υποκλίμακες «Αποφυγή θυματοποίησης», «Αυτοεκτίμηση», «Δεξιότητες φιλίας» και «Επίλυση προβλημάτων» ήταν υψηλότερες, ενώ λιγότερες είναι και οι εκδηλώσεις επιθετικών συμπεριφορών σύμφωνα με τους Baker, Davies & Stallard (1985) και Smith & Connolly (1980).

Υπό το πρίσμα της αναλογίας μαθητών νηπιαγωγού, οι Finn & Achilles (1990), παρατηρούν ότι οι ολιγάριθμες τάξεις ευνοείται η αλληλεπίδραση εκπαιδευτικών και μαθητών, καθώς επιτρέπεται περισσότερο η εξατομικευμένη ενασχόλησή τους με το κάθε

μαθητή[170]. Σύμφωνα με τους Howes et al. (1992), οι νηπιαγωγοί που στις τάξεις τους έχουν ιδεατά όχι περισσότερα από δέκα παιδιά, τους προσφέρουν πιο ευαίσθητη και αναπτυξιακά κατάλληλη εκπαίδευση. Επίσης, στις ολιγάριθμες τάξεις διευκολύνεται η συμμετοχή του παιδιού στις δραστηριότητες αλλά είναι και πιο ουσιαστική και εύκολη η παρακολούθηση του κάθε παιδιού από το νηπιαγωγό (Conroy & Fox 1994. Van Acker et al., 1996).

Τα παραπάνω ευρήματα φαίνεται να επιβεβαιώνονται και από τους Έλληνες νηπιαγωγούς, οι οποίοι σε έρευνα των Papatheodorou & Ramasut (1994), δηλώνουν στην πλειοψηφία τους ότι, στις ολιγομελείς τάξεις εμφανίζονται λιγότερα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς από ό,τι στις πολυμελείς.

Τέλος, το δεύτερος σκέλος της εναλλακτικής ερμηνείας των ερευνητικών αποτελεσμάτων που επιχειρήσαμε αρχικά, σχετίζεται με την αδυναμία του νηπιαγωγού να εντοπίσει ουσιαστικά, τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος στις πολυπληθείς τάξεις. Σύμφωνα με τους Burchinal et al. (2000), η αναλογία μαθητών – νηπιαγωγού φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην παρατήρηση και αξιολόγηση των παιδιών, ενώ η ποιότητα της σχέσης με τους μαθητές του είναι καλύτερη, όταν η αναλόγια είναι μικρή. Το εκπαιδευτικό προσωπικό τείνει συνήθως, υπέρ των μικρών τάξεων, βασιζόμενο στην εκτίμηση ότι οι μικρές τάξεις: α) διευκολύνουν την αλληλεπίδραση μαθητή-εκπαιδευτικού, β) επιτρέπουν την ενδελεχή και συνεχή αξιολόγηση του μαθητή, γ) παρέχουν ευελιξία στην εφαρμογή διδακτικών στρατηγικών και δ) παρουσιάζουν λιγότερες απαιτήσεις σε γραφειοκρατικές διεκπεραιώσεις (Finn & Achilles, 1990). Βάσει, λοιπόν, αυτών των θεωρήσεων, δε σημαίνει ότι στις πολυπληθείς τάξεις του δείγματός μας δεν υπήρχαν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος από στις ολιγομελείς τάξεις, απλά οι νηπιαγωγοί, λόγω του μεγάλου αριθμού των μαθητών που είχαν στην εποπτεία τους, ή δεν τα εντόπισαν, ή δεν εκτίμηση κατάλληλα την σοβαρότητά τους.

Επίσης, η λιγότερο συχνή εκδήλωση προβληματικών συμπεριφορών σε πολυπληθείς τάξεις, ενδεχομένως, να οφείλεται σε διαφορετικές ποιότητες σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ παιδιών και νηπιαγωγών[171]. Η ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά ως προς την εκδήλωση μιας προβληματικής συμπεριφοράς (Henricsson & Rydell, 2006). Μια πολυπληθής τάξη, ενδεχομένως, να αφήνει μικρότερα περιθώρια ανάπτυξης συγκρουσιακών σχέσεων

[170] Ωστόσο, οι Finn &Achilles (1990), δίνουν, κυρίως, έμφαση στον αντίκτυπο που έχει η ολιγομελής τάξη στην αφομοίωση των σχολικών γνώσεων (π.χ. ανάγνωση, μαθηματικά), δηλαδή στην τυπική μαθησιακή διαδικασία και όχι στην ψυχοκοινωνική αξιολόγηση της συμπεριφοράς των μαθητών της.

[171] Αρκετά προγράμματα παρέμβασης στοχεύουν στη βελτίωση του συναισθηματικού κλίματος μεταξύ δασκάλων και μαθητών, καθώς οι κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών βελτιώνονται από την ύπαρξη σχέσεων ζεστασιάς και αμοιβαιότητας με τους δασκάλους τους (Grining et al., 2010).

(Henricsson & Rydell, 2006) ανάμεσα σε εκπαιδευτικούς και μαθητές[172]. Χρήσιμο θα ήταν να διερευνηθεί γενικότερα ο τρόπος με τον οποίο διαμορφώνονται οι σχέσεις μεταξύ προνηπίων – νηπίων και νηπιαγωγών και ποιες διαφοροποιήσεις παρατηρούνται στην οικοδόμηση των σχέσεων αυτών μεταξύ πολυπληθή και μη τάξεων.

Κλείνοντας, θα ήταν σημαντικό να αναφερθούμε και στον περιορισμό που θέτει η ίδια η έρευνά μας, ο οποίος είναι σημαντικός να συνυπολογιστεί με τις παραπάνω πιθανές ερμηνείες, στην καλύτερη κατανόηση της υπό εξέταση συνθήκης. Το μικρό πλήθος των σχολείων της έρευνάς μας και οι σχετικά λίγες περιπτώσεις οριακών και κλινικών καταγραφών σε αυτά, ενδέχεται να ευθύνεται για τη συχνότερη εμφάνιση παιδιών στο φυσιολογικό φάσμα στις πολυπληθείς τάξεις. Για το λόγο αυτό, πρέπει να είμαστε σχετικά επιφυλακτικοί στην ερμηνεία, αν και η στατιστική σημαντικότητα είναι ξεκάθαρη.

9.2.5 Η επαγγελματική κατάσταση των γονέων

Η κατάταξη των μαθητών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα, για το κάθε σύνδρομο ξεχωριστά, τις ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα) και το Σύνολο των προβλημάτων, επηρεάζεται από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, όπως αυτό εκφράζεται μέσα από την επαγγελματική κατάσταση των γονέων.

Η παραπάνω ερευνητική υπόθεση *δεν επιβεβαιώνεται*. Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο 8 της παρούσης μελέτης, ο περιορισμένος αριθμός απαντήσεων δεν επιτρέπει τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, καθώς το μέγεθος του δείγματος (N) - για τη συγκεκριμένη απάντηση- δεν ήταν επαρκές. Ωστόσο, μια πρώτη ανάγνωση των συγκρίσεων των ποσοστών (Πίνακες VI και VII, Παράρτημα Δ2) δείχνει πως, δε φαίνεται να υπάρχει κάποια διαφορά ανάμεσα στην επαγγελματική κατάσταση των γονέων και την κατανομή των παιδιών τους στο φυσιολογικό, οριακό, κλινικό φάσμα ξεχωριστά για κάθε ένα από τα σύνδρομα.

Ωστόσο, δε μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσμα για την υπόθεση αυτή, αφού, παρά τις ενδείξεις, φαίνεται ότι οι διαφορές που παρουσιάζονται δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Δεν παρατηρούνται, επομένως, επαγγέλματα που σχετίζονται

[172] Σύμφωνα με τους Buyse et al. (2009), η σύγκρουση μεταξύ δασκάλου και παιδιού συνιστά δυνητικά ένα στρεσογόνο παράγοντα στο σχολικό περιβάλλον, ο οποίος διαταράσσει συναισθηματικά τα μικρά παιδιά. Οι συγκρουσιακές, υπερ-ανεξάρτητες και άνευ εγγύτητας σχέσεις των παιδιών με τους εκπαιδευτικούς έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση και εξωτερικευμένων, αλλά και εσωτερικευμένων προβλημάτων στα παιδιά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα (Henricsson & Rydell, 2006).

περισσότερο ή λιγότερο με την ένταξη των παιδιών στο κλινικό ή οριακό φάσμα. Είναι, επίσης, σημαντικό να επισημάνουμε, ότι η ανεργία των γονέων και το χαμηλό εισόδημα της οικογένειας που αυτή πιθανόν συνεπάγεται, φαίνεται στην έρευνά μας να μην επηρεάζει την κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία των παιδιών τους. Αρχικά, το εύρημά μας αυτό έρχεται σε αντίθεση με αρκετά διεθνή ερευνητικά δεδομένα. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Zhang (2014) στις οικογένειες χαμηλών εισοδημάτων, οι γονείς εμφανίζουν αυξημένο στρες, λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν και ως εκ τούτου επιλέγουν πιο εχθρικές και επιθετικές πρακτικές ανατροφής των παιδιών τους. Συμπληρωματικά, οι Miller & Olson (2000) υποστηρίζουν ότι στο πλαίσιο αυτών των οικογενειών έχουμε συνήθως, λιγότερες θετικές συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών και περισσότερες αρνητικές[173]. Συνεπώς, με βάση τα παραπάνω, τα παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες με δυσμενείς οικονομικές συνθήκες, σύμφωνα με τους Conger & Donnellan (όπως αναφέρει ο Zhang, 2014), έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, συναισθηματικά ελλείμματα (Izard et al, 2008) και περισσότερα Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα προβλήματα (Mistry et al., 2004. Jeon, 2013), συγκριτικά με τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες με μεσαίο ή υψηλό εισόδημα.

Η περαιτέρω, όμως, ανάλυση της παραπάνω ερευνητικής υπόθεσης έχει δυο βασικούς περιορισμούς. Πρώτον, δεν υπάρχουν ελληνικά ερευνητικά δεδομένα που να εξετάζουν τη σύνδεση της ανεργίας των γονέων και του χαμηλού οικονομικού επίπεδου της οικογένειας, που πιθανόν αυτή συνεπάγεται με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Ως εκ τούτου, η πιθανή εξήγηση αυτού του ερευνητικού δεδομένου μπορεί να αναζητηθεί στη Διαπολιτισμική Ψυχολογία και το πειραματικό μοντέλο της οικογένειας του Γεώργα (Mylonas, Gari, Giotsa, Pavlopoulos & Panagiotopoulou, 2006). Βασική αρχή αυτού του μοντέλου είναι ότι «η οικογένεια μπορεί να υπάρχει σε όλους τους πολιτισμούς αλλά η οργάνωση, η δομή και ο τύπος των διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της διαφοροποιούνται μεταξύ των πολιτισμών» (Γιώτσα, 2006, σ, 49). Στην Ελλάδα σήμερα φαίνεται να επικρατεί η μορφή την οποία ο Γεώργας ονόμασε «αστική εκτεταμένη οικογένεια» (όπως αναφέρει η Γιώτσα, 2007, σ.34) η οποία, *δομικά* μοιάζει με την

[173] Γονείς με χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση στερούνται πόρων και ευκαιριών, για να παρέχουν στα παιδιά τους την απαραίτητη στήριξη στο γνωστικό πεδίο (π.χ. πρόσθετο εκπαιδευτικό υλικό), αλλά και για να διατηρήσουν τη δική τους συναισθηματική ευημερία, ώστε να αποτελούν ένα θετικό πρότυπο για την κοινωνικο-συναισθηματική λειτουργία των παιδιών τους (Jeon, 2013).

πυρηνική οικογένεια[174]*λειτουργικά,* όμως, συνεχίζει να διατηρεί τα βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά της παραδοσιακής εκτεταμένης οικογένειας[175](συχνή επικοινωνία, λειτουργική αλληλεπίδραση και συναισθηματική εγγύτητα μεταξύ των μελών) (Γιώτσα, 2003). Αυτή η μορφή οικογένειας φαίνεται να λειτουργεί ως κοινωνικό μέσο επίλυσης προβλημάτων και μείωσης του άγχους στα μέλη της, αφού διάφοροι μελετητές τη θεωρούν ως φυσική στρατηγική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προέρχονται από την ανεργία των γονέων και το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα που αυτή συνεπάγεται (Cole, M. & Cole, S., 2002, σσ. 736- 737). Η Γιώτσα (2006), σε διαπολιτισμική έρευνα που διεξήγαγε για τη μελέτη της δομής και λειτουργίας της οικογένειας σε τέσσερις χώρες (Ελλάδα, Ολλανδία, Πακιστάν και Χιλή), κατέληξε σε κάποια ενδιαφέροντα συμπεράσματα: α) στην Ελλάδα οι παππούδες και οι γιαγιάδες προσφέρουν στήριξη και διευκολύνουν την καθημερινότητα των παντρεμένων παιδιών τους και β) το ελληνικό οικογενειακό δίκτυο στηρίζει τα μέλη του σε περιόδους κρίσης. Στην Ελλάδα που διέρχεται μια περίοδο τέτοιας κρίσης, το μεγάλωμα των παιδιών στα πλαίσια της αστικής εκτεταμένης οικογένειας, δικαιολογεί, βάση των παραπάνω, και το γεγονός ότι η ανεργία των Ελλήνων γονέων δεν φαίνεται να επηρεάζει την ψυχοκοινωνική υγεία των παιδιών τους (Giotsa & Mitrogiorgou, 2014).

Ο δεύτερος σημαντικός περιορισμός σχετίζεται με τη πηγή συλλογής των δεδομένων. Τα δεδομένα δε συλέχθηκαν από τους ίδιους τους γονείς, αλλά ήταν πληροφορίες που έχουν δώσει οι νηπιαγωγοί του δείγματός μας. Οι οδηγίες συμπλήρωσης του σχετικού πεδίου της ΦΑΝ-Β (Ε02, Παράρτημα) είναι: «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ, ακόμα και αν δεν εργάζονται τώρα (παρακαλούμε απαντήστε με ακρίβεια- για παράδειγμα, μηχανικός αυτοκινήτων, στρατιωτικός, καθηγητής γυμνασίου, οικιακά)», μπορεί να έχει ερμηνευθεί διαφορετικά από τους νηπιαγωγούς. Αυτοί που δηλώνουν, ανεργία δεν ακολουθούν τις οδηγίες συμπλήρωσης, αλλά μας δίνουν ενδιαφέροντα στοιχεία για την ανεργία των γονέων των μαθητών τους.

[174] Πυρηνική είναι μορφή της οικογένειας που αποτελείται από το ζευγάρι και τα παιδιά του, οι οποίοι κατοικούν μακριά από τους πατρικούς γονείς (Γεώργας & Γιώτσα, 2011α).

[175] Εκτεταμένη οικογένεια περιλαμβάνει τρεις γενιές προσωπων (παππούδες, γιαγιάδες, παιδιά αλλά πολλές φορές και άλλους συγγενείς, θείους, ξαδέρφια) (Γεώργας & Γιώτσα, 2011β).

9.2.6 Μορφές αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται πιο συχνά

Οι νηπιαγωγοί χρησιμοποιούν πιο συχνά για την αξιολόγηση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους τις εναλλακτικές μορφές αξιολόγησης (συστηματική παρατήρηση και φάκελος αξιολόγησης) από ό, τι τις παραδοσιακές.

Η παραπάνω υπόθεση *επιβεβαιώθηκε,* αφού από την ανάλυση των καταγραφών που αφορούν στους νηπιαγωγούς του δείγματός μας, φαίνεται ότι οι συνηθέστερα χρησιμοποιούμενες μορφές αξιολόγησης της συμπεριφοράς των μαθητών τους είναι η συστηματική παρατήρηση και καταγραφή και ο φάκελος αξιολόγησης, τα οποία έχουν κωδικοποιηθεί στην έρευνα μας ως «Αξιολόγηση 1». Συγκεκριμένα, στο σύνολο των 77 νηπιαγωγών που συμμετέχουν στην έρευνά μας, οι 72 (93,5%) χρησιμοποιούν την «Αξιολόγηση 1», ενώ η αξιολόγηση βασισμένη στο παιχνίδι (κωδικοποιήθηκε ως «Αξιολόγηση 2») και η αξιολόγηση με βάση πληροφορίες από άλλους ενήλικες (κωδικοποιήθηκε ως «Αξιολόγηση 3»), χρησιμοποιούνται σε ποσοστό 62,3% και 59,7% αντίστοιχα. Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρόν μας προκαλεί το γεγονός, ότι από τους 77 νηπιαγωγούς του δείγματος μας, μόνο οι 2 έχουν χρησιμοποιήσει παραδοσιακές μορφές αξιολόγησης (κλίμακες αξιολόγησης).

Η ερμηνεία των παραπάνω ευρημάτων μπορεί εν μέρει να βασιστεί στη μελέτη του ισχύοντος επίσημου Αναλυτικού Προγράμματος Σπουδών του Νηπιαγωγείου (Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, 2003) με βάση το οποίο, οι νηπιαγωγοί του δείγματός μας είναι υποχρεωμένοι, από το Υπουργείο Παιδείας και το Σχολικό Σύμβουλο της περιφέρειάς τους, να οργανώνουν τον εκπαιδευτικό τους προγραμματισμό. Στο κεφάλαιο 3 του Οδηγού Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006), το οποίο τιτλοφορείται ως «Η καταγραφή της εξέλιξης των παιδιών και η αξιολόγηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας», υπάρχει μια σύντομη θεωρητική εισαγωγή που αφορά στην σημασία της αξιολόγησης γενικά στο νηπιαγωγείο. Με τον όρο, βέβαια, *αξιολόγηση,* οι συγγραφείς (Δαφέρμου & συν., 2006) εννοούν μόνο τις μορφές της εναλλακτικής αξιολόγησης, δηλαδή την παρατήρηση και καταγραφή και το φάκελο αξιολόγησης-ενημέρωσης των νηπίων. Είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε εδώ, ότι στον παραπάνω Οδηγό Νηπιαγωγού δε γίνεται αναφορά στις παραδοσιακές μορφές αξιολόγησης και τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων για την ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος από τους νηπιαγωγούς. Είναι πιθανό, λοιπόν, οι

νηπιαγωγοί του δείγματός μας να χρησιμοποιούν, σχεδόν, στο σύνολό τους αυτές τις δύο μορφές αξιολόγησης, αφού ο Οδηγός Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006) τις προτείνει ως τις πλέον κατάλληλες. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγουν και οι ερευνητές Μπότσογλου & Παναγιωτίδου (2006), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι Ελληνίδες νηπιαγωγοί εφαρμόζουν πιο συχνά τη συστηματική παρατήρηση και το φάκελο εργασιών των νηπίων, ενώ ο Valencia (1990), παρατηρεί ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αύξηση του ενδιαφέροντος των νηπιαγωγών για τη χρήση εναλλακτικών αξιολόγησης στην τάξη τους.

Η ισχυρή αυτή «διείσδυση» Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003) και του Οδηγού Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006) στους νηπιαγωγούς του δείγματός μας, αποτυπώνεται και στο γεγονός ότι, μόνο δυο από αυτούς δηλώνουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει στο παρελθόν κάποιο μέσο ανίχνευσης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους. Παρόλο που η ανίχνευση τέτοιου τύπου προβλημάτων δεν απαιτεί μια εκτεταμένη και σε βάθος αξιολόγηση (Μανωλίτσης & Τάφα, 2005) αλλά στοχεύει στη συστηματική, έγκυρη και γρήγορη αξιολόγησή τους (Pagano et al., 2000. Reise et al., 2000. Smith et al., 2000), οι νηπιαγωγοί του δείγματός μας δε φαίνεται να την προτιμούν. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Dwyer et al. (2007) και Severson et al. (2007), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η ανίχνευση δυσκολιών συναισθήματος και συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας δεν αποτελεί ακόμα προτεραιότητα στα νηπιαγωγεία. Η περιορισμένη χρήση ανιχνευτικών μέσων (Poulou, 2013), μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η έλλειψη ενημέρωσης της αξίας και του τρόπου εφαρμογής τους [176], οδηγεί τους νηπιαγωγούς στο συμπέρασμα, ότι με τη χρήση τους θα στιγματίσουν τους μαθητές τους (Mallory & Kerns, 1988. Piotrowski et al., 1994). Επιπλέον, πιθανολογούμε ότι η προαπαιτούμενη, τις περισσότερες φορές, έστω και σύντομη εκπαίδευση για τη σωστή χρήση και αξιοποίησή τους (Κακανά, 2006. Ντολιοπούλου & Γουργιώτου, 2008), κάνει τους νηπιαγωγούς επιφυλακτικούς στην επιλογή μέσων ανίχνευσης.

[176] Την έλλειψη αυτή την εντοπίσαμε στα Προγράμματα σπουδών των Παιδαγωγικών Τμημάτων Νηπιαγωγών της χώρας μας (βλ. κεφ 4 της προύσης μελέτης).

9.2.7 Ο ρόλος της επιμόρφωσης

Οι νηπιαγωγοί που έχουν επιμορφωθεί σχετικά με την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, χρησιμοποιούν περισσότερες μορφές αξιολόγησης αυτών στην τάξη τους.

Η παραπάνω ερευνητική υπόθεση *επιβεβαιώθηκε* από τη στατιστική ανάλυση των ερευνητικών μας ευρημάτων. Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των 77 νηπιαγωγών του δείγματός μας, έχουν επιμορφωθεί στην αντιμετώπιση δυσλειτουργικών συμπεριφορών των μαθητών τους οι 25 νηπιαγωγοί, δηλαδή το 32,5% του δείγματός μας, ενώ οι υπόλοιποι 52 νηπιαγωγοί δηλαδή το 67,53%, δεν έχουν επιμορφωθεί σχετικά. Από τον έλεγχο Pearson Chi Square προκύπτει ότι υπάρχει *στατιστικά σημαντική* διαφορά στο πλήθος των αξιολογήσεων που χρησιμοποιεί ένας νηπιαγωγός ανάλογα με το αν έχει επιμορφωθεί σχετικά ή όχι (p=0.000). Οι νηπιαγωγοί του δείγματός μας με επιμόρφωση χρησιμοποιούν κατά 97% δύο ή τρεις μορφές αξιολογήσεις, ενώ οι νηπιαγωγοί χωρίς επιμόρφωση χρησιμοποιούν 2 ή 3 αξιολογήσεις σε ποσοστό 67,5%. Για τη συσχέτιση αυτή μεταξύ των δύο παραγόντων χρησιμοποιούμε την πολυωνυμική παλινδρόμηση, ώστε τα αποτελέσματά της σχετικά με την κατανομή των συνδρόμων σε κλινικό, οριακό και φυσιολογικό φάσμα να σταθμίζονται καταλλήλως.

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι, μόνο το 22% των νηπιαγωγών του δείγματός μας έχει παρακολουθήσει κάποιο επιμορφωτικό πρόγραμμα σχετικό με την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στην τάξη τους. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τους Kourkoutas et al. (2011), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι νηπιαγωγοί της χώρας μας έχουν έλλειψη επιμόρφωσης σε θέματα που σχετίζονται με τη διαχείριση δυσλειτουργικών συμπεριφορών που εκδηλώνουν οι μαθητές τους. Με την άποψη αυτή φαίνεται να συμφωνεί και ένας πρώην επίσημος ελληνικός εκπαιδευτικός φορέας, το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο[177], το οποίο τονίζει σε έρευνες του ότι, στη χώρα μας διαπιστώνεται έλλειψη συστηματικής επιμόρφωσης και άσκησης του μελλοντικού και του εν ενεργεία εκπαιδευτικού σε θέματα που έχουν σχέση με την καθημερινή σχολική πρακτική (Παιδαγωγικό Ινστιτούτο 2008α, 2009). Λόγω αυτής της έλλειψης, οι

[177] Το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (Π.Ι.), ανεξάρτητη δημόσια υπηρεσία η οποία επανιδρύθηκε με την παρ. 1 του άρθρου 23 του Ν. 1566/1985 (Α΄ 167), έχει καταργηθεί στις μέρες μας. Οι λειτουργίες του έχουν ουσιαστικά περάσει, σύμφωνα με το Νόμο 3966/2011, στο Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής (Ι.Ε.Π).

εκπαιδευτικοί συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται ανεπαρκείς να ανταποκριθούν στη μεγάλη πολυπλοκότητα και το μεγάλο εύρος των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που εμφανίζουν οι μαθητές τους (Γκότοβος, 1982. Didaskalou, 2002). Ακόμη, πιθανολογούμε, ότι η επιμόρφωση των νηπιαγωγών πάνω σε θέματα διαχείρισης προβληματικών συμπεριφορών στην τάξη θα τους έφερνε σε επαφή και με διάφορους μεθόδους ανίχνευσης και αξιολόγησής τους. Γνωρίζοντας οι νηπιαγωγοί, πώς μπορούν στην πράξη να χρησιμοποιούν τις διάφορες μεθόδους αξιολόγησης και ειδικότερα αυτές που σχετίζονται με τη χρήση ανιχνευτικών μέσων (ψυχομετρικών εργαλείων), ίσως τελικά αίρονταν οι όποιες αμφιβολίες και αμφισβητήσεις γι΄αυτές και οδηγούνταν στη χρήση τους. Σύμφωνα με την Poulou (2013), οι Έλληνες νηπιαγωγοί δε χρησιμοποιούν συχνά ψυχομετρικά εργαλεία, γιατί θεωρούν ότι η χρήση τέτοιων εργαλείων οδηγεί σε στιγματισμό των αξιολογούμενων μαθητών τους. Επιπλέον, οι Μανωλίτσης & Τάφα (2005) υποστηρίζουν ότι οι νηπιαγωγοί που δεν έχουν επιμορφωθεί σε μεθόδους ανίχνευσης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος των μαθητών τους, φαίνεται να τις χρησιμοποιούν σπάνια ή καθόλου στο διδακτικό σχεδιασμό τους.

Από τα παραπάνω προκύπτει, λοιπόν, ότι η εξειδικευμένη επιμόρφωση των νηπιαγωγών σε θέματα διαχείρισης δυσλειτουργικών συμπεριφορών στην τάξη τους, επηρεάζει στη συνέχεια και τη χρήση ποικίλων μορφών αξιολόγησης αυτών των δυσλειτουργιών στους μαθητές τους. Αντίθετα, οι νηπιαγωγοί που δεν έχουν τέτοιου τύπου επιμόρφωση, είτε γιατί δεν είναι ευαισθητοποιημένοι προς αυτή την κατεύθυνση, είτε για άλλους προσωπικούς λόγους (οικογενειακοί, οικονομικοί, κ.α), φαίνεται να χρησιμοποιούν κατά μέσο όρο μικρότερο αριθμό αξιολογήσεων. Από τη βιβλιογραφική έρευνα επιβεβαιώνεται ότι, η έλλειψη επιμόρφωσης σε θέματα που αφορούν στην αξιολόγηση και την αντιμετώπιση προβληματικών συμπεριφορών στο νηπιαγωγείο, δεν καλύπτεται ούτε από τα δύο τελευταία Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών του Νηπιαγωγείου (Α.Π.Σ, 1989. Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, 2003), ούτε από και τα Προγράμματα Σπουδών των πανεπιστημιακών Παιδαγωγικών Τμημάτων της χώρας μας.

Από την έρευνα που έχουμε πραγματοποιήσει στους Οδηγούς Σπουδών των επτά Παιδαγωγικών Τμημάτων Νηπιαγωγών, που λειτουργούν στην χώρα μας, καταλήγουμε στο ίδιο συμπέρασμα με τους Beazidou et al. (2013), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι φοιτητές αυτών των Τμημάτων δεν έχουν εκπαιδευτεί ιδιαίτερα στη χρήση τεχνικών αξιολόγησης και διαχείρισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, που αφορούν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Οι δημιουργοί των δύο τελευταίων Α.Π.Σ (1989 & 2003), κάνουν κάποιες αναφορές σε διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος, που πιθανόν, να αντιμετωπίζει ο εκπαιδευτικός στην τάξη. Παρόλα αυτά, οι αναφορές αυτές είναι γενικές χωρίς συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο, στοχοθεσία και αντίστοιχα προτεινόμενες ιδέες για δραστηριότητες (Κουρμούση, 2012). Το γεγονός αυτό δε διευκολύνει τους νηπιαγωγούς, που δεν έχουν επιμορφωθεί σχετικά, στην αντιμετώπιση τέτοιου τύπου προβλημάτων, αφού ουσιαστικά «αυτοσχεδιάζουν», βασιζόμενοι στη δική τους εκτίμηση ή εμπειρία (Kontopoulou, 2003). Αυτό, όπως υποστηρίζει ο Κόνσολας (2007) συμβαίνει, γιατί οι εκπαιδευτικοί που δεν έχουν υπόψη τους συγκεκριμένους στόχους δε διευκολύνονται στο σχεδιασμό και την υλοποίηση δραστηριοτήτων που απαιτούνται για την επίτευξή τους. Επιπροσθέτως, οι Schweinhart et al. (1986), υποστηρίζουν ότι, το επιστημονικά καταρτισμένο προσωπικό εξασφαλίζει τη σωστή αξιολόγηση των προβλημάτων συμπεριφοράς και την αντιμετώπισή τους. Σχετικά με την παρουσίαση της αξιολόγησης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στα δυο Α.Π.Σ (1989 & 2003), το έλλειμμα φαίνεται μεγαλύτερο. Διαπιστώνουμε ότι η αξιολόγηση διατυπώνεται ξεκάθαρα για πρώτη φορά στο Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003), ενώ στον Οδηγό Νηπιαγωγού (Δαφέρμου και συν., 2006) που το συνοδεύει, οι μορφές αξιολόγησης που προτείνονται στους νηπιαγωγούς αφορούν, κυρίως, στην αξιολόγηση ακαδημαϊκών δεξιοτήτων των παιδιών (γραφή, προφορική επικοινωνία, μαθηματικά).

9.2.8 Η σημασία της προϋπηρεσίας

Οι νηπιαγωγοί με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας χρησιμοποιούν περισσότερες μορφές αξιολόγησης της συμπεριφοράς και συναισθήματος των μαθητών τους.

Η παραπάνω ερευνητική υπόθεση *δεν επιβεβαιώνεται* από την στατιστική ανάλυση των ερευνητικών μας ευρημάτων. Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας των 77 νηπιαγωγών του δείγματός μας, είναι 13,14 έτη, με τυπική απόκλιση 8,67 έτη. Εξετάζοντας τη συσχέτιση του χρόνου προϋπηρεσίας με το πλήθος των αξιολογήσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί, φαίνεται ότι οι αντίστοιχες εκτιμήσεις, για όσους νηπιαγωγούς δε έχουν χρησιμοποίησαν καθόλου αξιολογήσεις είναι τα 11 έτη προϋπηρεσίας με τυπική απόκλιση 6,37 έτη. Για τους νηπιαγωγούς που έχουν χρησιμοποιήσει μια μορφή αξιολόγησης είναι τα 11,93 έτη με τυπική απόκλιση 6,65 έτη, για όσους χρησιμοποίησαν

δυο μορφές αξιολόγησης είναι τα 12,93 έτη με τυπική απόκλιση 9,87 έτη και για όσους χρησιμοποίησαν τρεις μορφές αξιολόγησης είναι τα 14,06 έτη με τυπική απόκλιση 9 έτη. Αυτές οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές, σύμφωνα με το στατιστικό έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι η προϋπηρεσία δε σχετίζεται με το πλήθος των αξιολογήσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί από τους νηπιαγωγούς του δείγματος.

Η πρώτη πιθανή εξήγηση για τα παραπάνω ευρήματα αφορά στο ψυχολογικό προφίλ των νηπιαγωγών και συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο στρες που μπορεί να εκδηλώνουν με το πέρασμα των χρόνων. Το στρες μπορεί να προκύπτει είτε από προσωπικούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες (καταθλιπτικά και αγχώδη συναισθήματα που πηγάζουν από την προσωπική ζωή, αυξημένες οικογενειακές υποχρεώσεις κ.ά.), είτε από παράγοντες που σχετίζονται με τον εργασιακό χώρο (έλλειψη οργάνωσης του σχολείου, πολυπληθείς τάξεις, χαμηλοί μισθοί, πίεση της αξιολόγησης από προϊσταμένους κ.ά.) (Ackerman et al., 1999. Campbell et al., 2000). Αυτοί οι παράγοντες συχνά οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση (burn-out) των νηπιαγωγών και στο αίσθημα ματαίωσης (Grining et al., 2010). Ειδικότερα, οι Καλύβα και συν. (2007) υποστηρίζουν ότι η ένταση της επαγγελματικής εξουθένωσης τείνει να αυξάνει όσο αυξάνονται τα χρόνια της επαγγελματικής εμπειρίας των εκπαιδευτικών. Σύμφωνα με τους Brouwers & Tomic (2000), Byrne (1994) και Hakanen et al. (2006), η μείωση της διάθεσης αυτής συνδέεται άμεσα με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των εκπαιδευτικών. Οι Καλύβα και συν. (2007) υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση τείνει να αυξάνεται με τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας των εκπαιδευτικών. Μάλιστα, οι Τσίρου & Παπαπέτρου (2008) αναφέρουν ότι λόγω της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί, τελικά, να επιδράσει ανασταλτικά στην αντιληπτική ικανότητα των εκπαιδευτικών σε σχέση με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των μαθητών τους.

Ενδεχομένως όμως, η μη χρήση περισσότερων μορφών αξιολόγησης από τους νηπιαγωγούς του δείγματος με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας να μην οφείλεται στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης που αναφέραμε παραπάνω, αλλά στην μεγαλύτερη εκπαιδευτική τους εμπειρία. Στην έρευνα των Rekalidou & Karadimitriou (2014) οι εκπαιδευτικοί με μικρότερη διδακτική εμπειρία (μεταξύ 1 και 5 ετών), εκφράζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την ανάγκη επιμόρφωσης σε θέματα που αφορούν στην αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών τους. Αυτό αποτελεί μια σημαντική ένδειξη της εμπιστοσύνης των ίδιων των εκπαιδευτικών με περισσότερα χρόνια υπηρεσίας στη διδακτική τους εμπειρία. Φαίνεται, λοιπόν, να αισθάνονται πιο ικανοί και

επαρκείς να διαχειριστούν έντονες ή ακραίες συμπεριφορές και συναισθηματικές αντιδράσεις των μαθητών τους (Gibson & Dembo, 1984) και, ως εκ τούτου, να μη θεωρούν απαραίτητη την περαιτέρω επιμόρφωσή τους σε θέματα διαχείρισης προβληματικών συμπεριφορών στην τάξη τους. Το γεγονός αυτό συνδέεται και με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, από τα οποία προκύπτει ότι νηπιαγωγοί του δείγματός μας με μεγαλύτερη προϋπηρεσία κατατάσσουν, για το σύνολο των προβλημάτων, πιο συχνά τα παιδιά στο φυσιολογικό φάσμα συγκριτικά με το οριακό (p=0,011) και το κλινικό φάσμα (p<0,001).

9.2.9 Η συννοσηρότητα

Μαθητές που έχουν υψηλή βαθμολογία σε κάποια από τις δυο ομάδες συνδρόμων (Εσωτερικευμένα και Εξωτερικευμένα προβλήματα) ή σε κάποια επιμέρους σύνδρομα τείνουν να παίρνουν βαθμολογία, τουλάχιστον, μεγαλύτερη από το μέσο όρο στην άλλη ομάδα ή σε κάποια επιμέρους σύνδρομα (συννοσηρότητα στην εμφάνιση των συνδρόμων). Αντιστρόφως, μαθητές που έχουν χαμηλή βαθμολογία σε κάποια από τις δύο ομάδες συνδρόμων και τα επιμέρους σύνδρομα τείνουν να παίρνουν σχετικά χαμηλή βαθμολογία και στην άλλη ομάδα και τα επιμέρους σύνδρομα.

Η παραπάνω υπόθεση *επιβεβαιώνεται*, αφού, όπως προκύπτει από τα ερευνητικά ευρήματα της παρούσας έρευνας, η συννοσηρότητα (comorbidity) των Εσωτερικευμένων και των Εξωτερικευμένων προβλημάτων, όπως αυτά εκδηλώνονται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, είναι στατιστικά σημαντική (p=0,000)[178]. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνεται, ότι τα παιδιά που εντάσσονται στο φυσιολογικό φάσμα των Εσωτερικευμένων προβλημάτων, συνήθως, εντάσσονται και στο φυσιολογικό φάσμα των Εξωτερικευμένων προβλημάτων. Αντιστρόφως, παιδιά των οποίων η συμπεριφορά κατατάσσεται στο οριακό ή το κλινικό φάσμα στα Εσωτερικευμένα προβλήματα παρουσιάζει ανάλογη εικόνα και σε σχέση με τα Εξωτερικευμένα προβλήματα.

Παρατηρώντας τις συσχετίσεις μεταξύ συνδρόμων κατά ζεύγη, διαπιστώνεται ότι για όλες ανεξαιρέτως τις συσχετίσεις, υπάρχει στατιστική σημαντικότητα (p<0,001). Η συσχέτιση αυτή δεν αφορά μόνο στην αναμενόμενη σύνδεση μεταξύ των επιμέρους εσωτερικευμένων συνδρόμων και του συνόλου τους ή μεταξύ των επιμέρους

[178] Επιβεβαιώνεται για επίπεδο σημαντικότητας p<0,01.

εξωτερικευμένων συνδρόμων και του συνόλου τους, αλλά και μεταξύ των μεμονωμένων συνδρόμων. Επομένως, για τα παιδιά στα οποία παρατηρείται κάποιο σύνδρομο, ανεξαρτήτως από το ποιο είναι αυτό, είναι πιθανότερο να καταγραφεί παράλληλα και κάποιο άλλο σύνδρομο. Αυτό σημαίνει ότι όλα ανεξαιρέτως τα σύνδρομα δεν αποτελούν μια μεμονωμένη εκδήλωση δυσκολίας συναισθήματος ή συμπεριφοράς, αλλά συνοδεύονται και από άλλες εκδηλώσεις ίδιας ή διαφορετικής ομάδας συνδρόμων (Εσωτερικευμένα-Εξωτερικευμένα).

Τα ερευνητικά μας ευρήματα συμφωνούν απόλυτα και με τα αποτελέσματα άλλων διεθνών ερευνών. Σύμφωνα με τους Beyer et al. (2012) «παιδιά με υψηλούς βαθμούς εξωτερικευμένων προβλημάτων, είναι, επίσης ευάλωτα σε Εσωτερικευμένα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης» (p. 534). Οι Eisenberg et al. (2001) αναφέρουν ότι παιδιά με συμπτώματα εξωτερικευμένων συνδρόμων, ενδέχεται προοδευτικά να εκδηλώσουν σε μεγάλη συχνότητα συναισθήματα θλίψης και άγχους, επειδή η εξωτερικευμένη προβληματική συμπεριφορά τους απορρίπτεται από τους συνομηλίκους τους, με αποτέλεσμα να απομονώνονται από την ομάδα. Οι Keenan et al. και Lavigne et al. (όπως αναφέρουν οι Egger & Angold, 2006) επιβεβαιώνουν στα ευρήματά τους την ύπαρξη συννοσηρότητας, δηλαδή την ταυτόχρονη παρουσία συναισθηματικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Αν και στα ερευνητικά δεδομένα έχουν διαπιστωθεί διαφοροποιήσεις στα ποσοστά των παιδιών που εμφανίζουν Εξωτερικευμένα προβλήματα και των παιδιών που εμφανίζουν Εσωτερικευμένα προβλήματα (Eisenberg et al., 2001), η ταυτόχρονη κατάταξη παιδιών και στις δύο κατηγορίες, η οποία προκύπτει στην έρευνά μας έχει ιδιαίτερη σημασία. Το κύριο ερευνητικό μας εργαλείο, η ΦΑΝ-Β, δίνει στον ειδικό (ψυχολόγο, ψυχίατρο, ειδικό παιδαγωγό) τη δυνατότητα εξειδικευμένων εξετάσεων και αναλύσεων που αφορούν στη συνύπαρξη εξωτερικευμένων και εσωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς (συννοσυρότητα). Η μελέτη του φαινομένου της συννοσηρότητας μπορεί να μας βοηθήσει στην κατανόηση της αιτιολογίας των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων αλλά και στην οργάνωση παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή τους (Poulou, 2013). Σύμφωνα με τους Beyer et al. (2012) τα παιδιά που εμφανίζουν Εξωτερικευμένα προβλήματα στο κλινικό φάσμα, είναι πολύ πιθανόν να εμφανίζουν, επίσης, Εσωτερικευμένα προβλήματα, όπως άγχος και κατάθλιψη στο ίδιο φάσμα. Μια ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών προσχολικής ηλικίας θα μπορούσε να εμποδίσει τη συχνή παραγνώριση των εσωτερικευμένων προβλημάτων, όπως η κατάθλιψη ή η απομόνωση, που δύσκολα

αποκαλύπτει ένα παιδί στους δασκάλους του (Rescorla et al., 2007), έναντι των εξωτερικευμένων προβλημάτων[179]. Οι Liu et al. (2011), ωστόσο, αν και διαπιστώνουν την αλληλεπίδραση μεταξύ των εξωτερικευμένων και εσωτερικευμένων προβλημάτων, εκτιμούν ότι είναι χρήσιμο να εξετάζεται κάθε κατηγορία προβλημάτων χωριστά, ώστε να γίνει κατανοητή η μοναδική πορεία των προβλημάτων και οι ξεχωριστές συνέπειες που τα προκαλούν.

9.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα είχε ως στόχο να διερευνήσει τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών, σε πανελλαδικό επίπεδο, για τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες που εμφανίζουν οι μαθητές τους. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, ζητήθηκε από νηπιαγωγούς να ανιχνεύσουν τις δυσκολίες αυτές, κάνοντας χρήση ενός έγκυρου και αξιόπιστου ψυχομετρικού εργαλείου, της Φόρμας Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) για παιδιά 1½ -5, του Achenbach (Achenbach & Rescorla, 2009).

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι τα ευρήματα της έρευνας συμφωνούν με τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα, με βάση τα οποία δεν εντοπίζονται προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος στη μεγάλη πλειοψηφία των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Ωστόσο, μεταξύ των παιδιών του δείγματός μας, στα οποία ανιχνεύτηκαν συνολικά σοβαρές συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες (ένταξη στο κλινικό φάσμα), το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών εμφάνισε συμπεριφορικές δυσκολίες (σύνδρομα Επιθετικής συμπεριφοράς και Προβλημάτων προσοχής) συγκριτικά με τις συναισθηματικές δυσκολίες (σύνδρομα Απόσυρσης, Συναισθηματικής αντιδραστικότητας, Σωματικές ενοχλήσεις και Ανησυχία/κατάθλιψη). Σχετικά, όμως, με τα επιμέρους σύνδρομα, τα ερευνητικά ευρήματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών του δείγματος εμφάνισε Απόσυρση (ένταξη στο οριακό και κλινικό φάσμα), ενώ το μικρότερο ποσοστό εμφάνισε Ανησυχία/κατάθλιψη.

Η εξέταση της επίδρασης του φύλου των παιδιών στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, έδειξε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, οι οποίες καταγράφηκαν σε μερικά σύνδρομα και ομάδες

[179] Τα εξωτερικευμένα προβλήματα τείνουν να ασκούν εμφανέστερη επίδραση στη λειτουργία της τάξης, καθώς διαταράσσουν το κλίμα, προκαλούν επιθετικότητα στους συνομηλίκους και προσελκύουν ευκολότερα την προσοχή των εκπαιδευτικών (Berkhout et al., 2012).

συνδρόμων (Σωματικές ενοχλήσεις, Απόσυρση, Εσωτερικευμένα, Εξωτερικευμένα προβλήματα αλλά και για το Σύνολο των προβλημάτων), ενώ σε κάποια άλλα σύνδρομα οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (Προβλήματα προσοχής, Επιθετική συμπεριφορά, Ανησυχία/ κατάθλιψη και Συναισθηματική αντιδραστικότητα). Ειδικότερα, τα αγόρια του δείγματος παρουσίασαν, συγκριτικά με τα κορίτσια, μεγαλύτερο ποσοστό Εξωτερικευμένων, Εσωτερικευμένων και Σύνολο προβλημάτων. Βέβαια, οι σχέσεις ανάμεσα στα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος και το φύλο δεν μπορούν να θεωρηθούν *αιτιώδεις*. Πλήθος παραγόντων (π.χ διαφορετική αντιμετώπιση από νηπιαγωγούς, διαφορετικά κοινωνικά πρότυπα για τα δύο φύλα) υπεισέρχονται και επηρεάζουν τη σχέση αυτή.

Σχετικά με την εξέταση της επίδρασης της ηλικίας (προνήπια, νήπια) στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στα παιδιά του δείγματος, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ηλικιακές ομάδες. Η ερμηνεία που μπορεί να δοθεί στο εύρημα αυτό είναι ότι, οι μικτές ηλικιακές ομάδες των νηπιαγωγείων, στα οποία φοιτούσαν τα παιδιά του δείγματος, φαίνεται να επέδρασαν θετικά και να εξάλειψαν τις τυχόν διαφοροποιήσεις που μπορεί να υπήρχαν λόγω της, αναμενόμενης, γνωστικής, κοινωνικής και συναισθηματικής ανωριμότητας των προνηπίων σε σχέση με τα νήπια.

Η εξέταση της συσχέτισης ανάμεσα στην εξειδικευμένη *επιμόρφωση* των νηπιαγωγών του δείγματος, σε θέματα αντιμετώπισης συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών και στον *αριθμό των αξιολογήσεων* που χρησιμοποίησαν για την ανίχνευση αυτών των δυσκολιών στους μαθητές τους έδειξε ότι, οι νηπιαγωγοί του δείγματός μας που έχουν *επιμορφωθεί* σχετικά, χρησιμοποίησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό μορφές αξιολόγησης, συγκριτικά με αυτούς που δεν έχουν επιμορφωθεί. Το παραπάνω εύρημα επικεντρώνει το ενδιαφέρον μας στην ανάγκη επιμόρφωσης των νηπιαγωγών σε θέματα που σχετίζονται με τη διαχείριση δυσλειτουργικών συμπεριφορών που εκδηλώνουν οι μαθητές τους. Η επιμόρφωση αυτή φάνηκε ότι οδηγεί στη χρήση περισσότερων μορφών αξιολόγησης από τους νηπιαγωγούς.

Επίσης, οι νηπιαγωγοί του δείγματος με περισσότερα *χρόνια προϋπηρεσίας* δε χρησιμοποίησαν μεγαλύτερο αριθμό αξιολογήσεων συγκριτικά με εκείνους που έχουν λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας. Η ερμηνεία του ευρήματος αυτού μπορεί να σχετίζεται εν μέρει με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία τείνει να αυξάνεται με τα χρόνια προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών και μπορεί, τελικά, να επιδρά ανασταλτικά στην αντιληπτική ικανότητα των εκπαιδευτικών σε σχέση με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς

των μαθητών τους. Ενδεχομένως, όμως, η ερμηνεία του παραπάνω ευρήματος να σχετίζεται με την εμπιστοσύνη, που έχουν οι νηπιαγωγοί με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας, στην ικανότητά τους να διαχειρίζονται συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες που εμφανίζουν οι μαθητές τους και, ως εκ τούτου, να μη θεωρούν απαραίτητη την αξιολόγηση της κοινωνικο- συναισθηματικής κατάστασης αυτών.

Οι νηπιαγωγοί της έρευνάς μας φάνηκε να χρησιμοποιούν, σχεδόν, αποκλειστικά τις αυθεντικές μορφές αξιολόγησης (συστηματική παρατήρηση και φάκελο αξιολόγησης), ενώ η χρήση των παραδοσιακών μορφών (ψυχομετρικά εργαλεία) είναι πάρα πολύ σπάνια. Η ερμηνεία του ευρήματος αυτού σχετίζεται με το ισχύον Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών του Νηπιαγωγείο (Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, 2003), βάσει του οποίου, είναι υποχρεωμένοι οι νηπιαγωγοί να οργανώνουν και να αξιολογούν τον εκπαιδευτικό τους σχεδιασμό. Στο ισχύον Α.Π.Σ, λοιπόν, δεν αναφέρονται καθόλου οι παραδοσιακές μορφές αξιολόγησης παρά μόνο οι αυθεντικές, ενώ από αυτές προτείνονται ως πλέον κατάλληλες η συστηματική παρατήρηση και ο φάκελος αξιολόγησης των νηπίων.

Ως προς τη συσχέτιση του μεγέθους της τάξης (αριθμός φοιτούντων μαθητών) και της εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, φάνηκε ότι, στις πολυπληθείς τάξεις καταγράφονται περισσότερες φυσιολογικές περιπτώσεις παιδιών από ό,τι στις ολιγομελείς. Αναζητώντας την πιθανή ερμηνεία των παραπάνω ευρημάτων, θα υποστηρίζαμε ότι στις τάξεις με μεγαλύτερο αριθμό παιδιών, είτε φαίνεται να αναπτύσσονται δυναμικές οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα να αποτρέπουν την εκδήλωση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στα παιδιά, είτε ενδεχομένως να εμποδίζεται ο ακριβής εντοπισμός τους από την πλευρά των εκπαιδευτικών.

Η εξέταση της συσχέτισης του τύπου του νηπιαγωγείου (κλασσικού- ολοήμερου) και της εμφάνισης συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών στα παιδιά έδειξε, ότι στα ολοήμερα νηπιαγωγεία του δείγματός μας υπάρχει σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός οριακών και κλινικών περιπτώσεων, συγκριτικά με του κλασσικού τύπου νηπιαγωγεία. Η πιθανή ερμηνεία αυτού του ερευνητικού ευρήματος είναι ότι, ο παρατεταμένος χρόνος παραμονής στα ολοήμερα νηπιαγωγεία κουράζει τα παιδιά και τους δημιουργεί εκνευρισμό και άγχος, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες πιο συχνά από τα παιδιά των κλασσικών νηπιαγωγείων.

Η επαγγελματική κατάσταση των γονέων των παιδιών του δείγματος φάνηκε να μη σχετίζεται με την εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών στα παιδιά. Επιπλέον, ούτε και η ανεργία των γονέων φάνηκε να επιδρά στην εμφάνιση τέτοιου τύπου δυσκολιών. Η ερμηνεία του τελευταίου ευρήματος μπορεί να σχετίζεται με την επικράτηση

της μορφής της αστικής εκτεταμένης οικογένειας στην Ελλάδα, η οποία φαίνεται να στηρίζει τα μέλη της σε περιόδους κρίσης και να λειτουργεί ως κοινωνικός θεσμός επίλυσης προβλημάτων και μείωσης του άγχους σε αυτά.

Τέλος, στα ερευνητικά μας ευρήματα επιβεβαιώθηκε η συννοσηρότητα εσωτερικευμένων, εξωτερικευμένων προβλημάτων αλλά και των επιμέρους συνδρόμων. Το εύρημα αυτό μπορεί να συμβάλλει στην κατανόηση της αιτιολογίας των εσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων αλλά και στην οργάνωση παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

10.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως αναφέραμε και στο κεφάλαιο «Μεθοδολογία της έρευνας» της παρούσης μελέτης (κεφ. 7), τα μεθοδολογικά μειονεκτήματα της παρούσας έρευνας αφορούν σε επιστημονικά αποδεκτές ατέλειες του δειγματοληπτικού μας σχεδιασμού, αλλά και σε δυσκολίες επίτευξης ενός βέλτιστου μεγέθους δείγματος, οι οποίες πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη. Η υπενθύμιση των μεθοδολογικών ατελειών στοχεύει στην αποφυγή αξιοποίησης των ερευνητικών ευρημάτων ως θέσφατο ή την ανεπιφύλακτη γενίκευσή τους σε μεγαλύτερους πληθυσμούς. Όπως είναι φυσικό, μέσα από την παρούσα έρευνα δεν είναι δυνατό να καλυφθούν όλες οι εκφάνσεις του υπό μελέτη γνωστικού αντικειμένου. Η ανεύρεση σχέσεων ανάμεσα στα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος και τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για αυτά, δε μπορούν να θεωρηθούν αιτιώδεις. Όπως έχουμε υπογραμμίσει σε αρκετά σημεία της εργασίας μας, πλήθος παραγόντων - μεταβλητών υπεισέρχονται και επηρεάζουν τη σχέση αυτή. Μερικές από τις μεταβλητές αυτές καθώς και η συσχέτισή τους με άλλες μεταβλητές, εξετάστηκαν στο πλαίσιο της παρούσης μελέτης (π.χ προϋπηρεσία νηπιαγωγών, τύπος σχολείου, επαγγελματική κατάσταση γονέων, αλλά και η επιμόρφωση των νηπιαγωγών και μορφές αξιολόγησης, ο τύπος σχολείου κ.ά). Επιπρόσθετα, όμως, προτείνονται προς μελέτη και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, στο υποκεφάλαιο που αφορά στις μελλοντικές κατευθύνσεις.

Επιπλέον, οι αντιλήψεις των νηπιαγωγών του δείγματός μας για τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος που εμφανίζουν οι μαθητές τους ενέχουν ένα μεγάλο βαθμό υποκειμενικότητας, στοιχείο το οποίο συναντήσαμε, σχεδόν, ως «αξίωμα» σε αρκετές μελέτες που ερευνούν τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών πάνω σε αυτό το θέμα (Kleftaras & Didaskalou, 2006. Liljequist & Renk 2007. Poulou, 2013. Poulou & Norwich, 2000).

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι είναι η πρώτη φορά που επιχειρείται στη χώρα μας η διερεύνηση, σε πανελλαδικό επίπεδο, του τρόπου που

αντιλαμβάνονται και ανιχνεύουν οι νηπιαγωγοί τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες του συνόλου των μαθητών της τάξης τους. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, παρά τους παραπάνω περιορισμούς, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως σημείο αναφοράς για επόμενες πιο εξειδικευμένες έρευνες, στον τομέα της κοινωνικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας παιδιών προσχολικής ηλικίας.

10.2 ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η *ανίχνευση,* όπως έχουμε πολλές φορές υπογραμμίσει στο πλαίσιο της παρούσης μελέτης, δεν απαιτεί μια εκτεταμένη και σε βάθος αξιολόγηση (Μανωλίτσης & Τάφα, 2005) αλλά με τη χρήση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων, στοχεύει στη συστηματική, γρήγορη και χαμηλού - κόστους αξιολόγηση ενός μεγάλου δείγματος -πληθυσμού (Pagano, et al., 2000. Reise et al., 2000. Smith et al., 2000). Τα ψυχομετρικά εργαλεία έχουν ως στόχο τη μέτρηση και ποσοτικοποίηση ποιοτικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων ενός ατόμου σε μια δεδομένη χρονική στιγμή (Stuart - Hamilton,1996).

Ο κύριος σκοπός της έρευνάς μας ήταν να διερευνήσουμε μέσα από ένα μεγάλο πανελλαδικό δείγμα, 1.234 παιδιών προσχολικής ηλικίας, τις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για την ύπαρξη αλλά και το βαθμό εκδήλωσης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στην προσχολική ηλικία, με τη χρήση της ΦΑΝ-Β, ενός αξιόπιστου και έγκυρου ψυχομετρικού εργαλείου (Achenbach & Rescrola, 2009). Η διερεύνηση των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για την εικόνα που εμφανίζουν οι μαθητές στα νηπιαγωγεία της χώρας μας σε σχέση με το θέμα αυτό, όρισε και την επιλογή της προσέγγισης της καθολικής - συνολικής ανίχνευσης. Η ανίχνευση τέτοιων προβλημάτων από τους νηπιαγωγούς στο σύνολο των μαθητών της τάξης τους ήταν η πρώτη φορά που επιχειρήθηκε πανελλαδικά. Οι αντίστοιχες ελληνικές έρευνες που αφορούσαν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, δεν απευθύνονται στο σύνολο της τάξης, αλλά ζητούσαν από τους νηπιαγωγούς να επιλέξουν κάποια παιδιά που θεωρούσαν ότι μπορεί, εν δυνάμει, να εμφανίσουν δυσκολίες συμπεριφοράς και συναισθήματος και σε αυτά να ανιχνεύσουν την ύπαρξη ή μη τέτοιων δυσκολιών (Kourkoutas et al., 2011. Papatheodorou & Ramasut, 1993. Papatheodorou & Ramasut, 1994. Πούλου 2013). Η επιλογή της προσέγγισης της καθολικής - συνολικής ανίχνευσης στην παρούσα μελέτη δυσκολεύει κατά πολύ την παράλληλη λήψη πληροφοριών από άλλους πληροφορητές, όπως ονομάζονται στη διεθνή

βιβλιογραφία (γονείς, σημαντικά πρόσωπα αναφοράς για το παιδί) (Luby et al., 2007. Skovgaard et al., 2004). Οι νηπιαγωγοί του δείγματός μας, ειδικά των πολυπληθή τάξεων (20- 25 μαθητές), θα έπρεπε εκτός από τη συμπλήρωση της ΦΑΝ-Β για όλους τους μαθητές τους, να αναλάβουν και το δύσκολο έργο του συντονισμού και της λήψης πληροφοριών από τους γονείς των μαθητών τους. Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας επιβεβαιώνουμε την παραπάνω δυσκολία, αφού στις έρευνες που συλλέχθηκαν στοιχεία από γονείς και δασκάλους ή το δείγμα ήταν μικρότερο μικρότερο από το δείγμα της παρούσης μελέτης ή/και δεν ήταν μεγάλης γεωγραφικής εμβέλειας (Berkhout et al., 2012. Feil et al., 2000. Harden et al., 2000. Rose et al., 1992. Spieker et al., 1999). Σε κάποια άλλη ερευνητική προσπάθεια, στην οποία οι ερευνητές θα επέλεγαν μικρότερο δείγμα και ίσως όχι πανελλαδικό, θα ήταν πιο λειτουργική η συλλογή δεδομένων και από γονείς. Επίσης, σε μελλοντικές έρευνες, οι οποίες θα στοχεύουν στην ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε ορισμένους μαθητές και όχι στο σύνολο της τάξης, θα ήταν πιο λειτουργικό οι νηπιαγωγοί να αναζητήσουν πληροφορίες και από τους γονείς. Είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε εδώ ότι αναφερόμαστε στους νηπιαγωγούς ως *ενδιαμέσους* συλλογής δεδομένων από τους γονείς, γιατί σε πανελλαδικής εμβέλειας δείγματα, όπως το δικό μας, είναι δύσκολο οι ερευνητές να μετακινούνται σε όλες τις περιοχές και να συλλέγουν οι ίδιοι τα δεδομένα.

Πληροφορίες από τους γονείς και άλλα σημαντικά πρόσωπα αναφοράς για το παιδί μπορεί να συλλέξει κάποιος ερευνητής, ανεξάρτητα ή σε συνδυασμό με τη ΦΑΝ-Β κάνοντας χρήση ενός έγκυρου και αξιόπιστου ψυχομετρικού εργαλείου, της «Λίστας Ελέγχου Παιδικής Συμπεριφοράς 1 ½ - 5 ετών (ΛΕΠΣ) του Achenbach, η οποία έχει σταθμιστεί και αυτή σε ελληνικό πληθυσμό (Achenbach & Rescrola, 2009. Rescorla, 2009). Η ΛΕΠΣ περιλαμβάνεται μαζί με τη ΦΑΝ-Β στο ΣΑΕΒΑ, συμπληρώνεται, όμως, από γονείς και άλλα σημαντικά πρόσωπα αναφοράς για το παιδί και ανιχνεύει προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος, που πιθανόν εκδηλώνονται στο χώρο του σπιτιού.

Ειδικότερα, η παράλληλη αξιολόγηση από γονείς και εκπαιδευτικούς συμβάλλει στην εις βάθος κατανόηση της έντασης και της σοβαρότητας των δυσκολιών που μπορεί να εμφανίσουν τα παιδιά στα διάφορα πλαίσια (σπίτι, σχολείο) (Kagan et al., 1987. Poulou, 2013. Winsler &Wallace, 2002). Επιπλέον, σε μια επόμενη έρευνα θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και δείγμα φροντιστών ή/και άλλων σημαντικών προσώπων αναφοράς για το παιδί (π.χ. γιαγιά, παππούς), καθώς με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να αποφευχθεί η υπερτίμηση των γονεϊκών αναφορών (Carter et al., 2004).

Συμπληρωματικά, θα είχε επίσης ενδιαφέρον να διευρυνθεί σε επόμενες μελέτες, η επίδραση συγκεκριμένων παραγόντων- μεταβλητών που σχετίζονται με την οικογένεια, στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η διερεύνηση των μεταβλητών αυτών μπορεί να γίνει και μέσα από τη χρήση αυτοσχέδιων ερωτηματολογίων. Στην παρούσα μελέτη ερευνήθηκε, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, η επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης των γονέων στην εκδήλωση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στη ΦΑΝ-Β, κύριο ερευνητικό μας εργαλείο, υπάρχει σχετικό πεδίο (επάγγελμα μητέρας και επάγγελμα πατέρα), το οποίο συμπλήρωσαν οι νηπιαγωγοί του δείγματός μας, ακόμα και αν δεν εργάζονταν οι γονείς των μαθητών τους τη δεδομένη χρονική στιγμή. Η επαγγελματική κατάσταση των γονέων θα είχε ενδιαφέρον, σε μια επόμενη έρευνα, να εξεταστεί ως μεμονωμένος παράγοντας ή/και συνδυαστικά με το οικογενειακό εισόδημα (Duncan & Brooks-Gunn, 2000. Mistry, Biesanz, Chien, Howes & Benner, 2008. Izard et al, 2008. Zhang, 2014).

Επίσης, μέσα από τις διάφορες έρευνες επιβεβαιώνεται ότι είναι σημαντικό να εξεταστούν τα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία της οικογένειας, όπως είναι το μέγεθος της οικογένειας, η ηλικία των γονέων (Anselmi et al., 2004. Bradley & Corwyn, 2002. Γεώργας και συν., 2007. Chawla, 2002. Duncan & Brooks-Gun, 2000) και ο τόπος διαμονής του παιδιού (Brooks – Gun et al. 1993. Kupersmidt et al., 1995. Leventhal & Brooks – Gunn, 2000.)

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε να διερευνηθεί σε μελλοντικές έρευνες η μεταβλητή που σχετίζεται με τους τύπους της ελληνικής οικογένειας (πυρηνική, εκτεταμένη, μονογονεϊκή, διυπηρηνική και χωλή) (Georgas, Giotsa, Mylonas & Bafiti, 2006. Mylonas et al., 2006) και πώς αυτή επιδρά, συνδυαστικά πάντοτε και με άλλους παράγοντες, στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στα παιδιά. Ειδικότερα, στην παρούσα μελέτη πιθανολογήσαμε[180], ότι η ανεργία των γονέων δεν επέδρασε, όπως αναμέναμε, στην εμφάνιση τέτοιου τύπου προβλημάτων στα παιδιά του δείγματος, λόγω της επικράτησης τελικά στη χώρα μας του τύπου της αστικής εκτεταμένης οικογένειας (πυρηνικού τύπου οικογένεια με τη μορφή της εκτεταμένης) (Γιώτσα, 2006)[181].

[180]Τα ερευνητικά μας, όμως, εργαλεία δεν μας έδιναν στοιχεία για τη μεταβλητή «τύποι οικογένειας» των παιδιών του δείγματός μας, ώστε να κάνουμε τις σχετικές συσχετίσεις.

[181]Αυτό σημαίνει ότι η γεωγραφική απόσταση από τους πατρικούς γονείς – εν προκειμένω τους παππούδες και τις γιαγιάδες – δεν συνεπάγεται απαραίτητα και συναισθηματική απομάκρυνση, η οποία αποτελεί βασικό κριτήριο διαφοροποίησης της πυρηνικής από την εκτεταμένη οικογένεια (Γιώτσα, 2006). Άρα, ως φορέας κοινωνικοποίησης και πεδίο συναισθηματικής ανάπτυξης, η ελληνική οικογένεια περιλαμβάνει, πέρα από τους γονείς και τα αδέρφια και επιπλέον άτομα.(π.χ του παππού, τη γιαγιά ή άλλους στενούς συγγενείς (θείοι, ξαδέρφια, κ.λπ.), η επιρροή των οποίων στη ψυχοκοινωνική υγεία του παιδιού είναι σημαντική (Γιώτσα και συν., 2011).

Ειδικότερα, η ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια και η σειρά γέννησης των παιδιών[182] σε αυτή (Anselmi et al., 2004. Wu et al., 2012) είναι δυο μεταβλητές, η εξέταση των οποίων, και πάλι συνδυαστικά με παράγοντες όπως αυτούς που αναφέραμε παραπάνω, συμβάλλει σημαντικά στην κατανόηση της αιτιολογίας εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στα παιδιά.

Επιπλέον, όμως, όπως αναδεικνύει η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αξίζει να διερευνηθούν και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την επίδραση της οικογένειας στην κοινωνική και συναισθηματική επάρκεια των παιδιών, με τη χρήση των αναλογών ερευνητικών εργαλείων. Ενδεικτικά, αναφέρουμε μερικούς από αυτούς τους παράγοντες - μεταβλητές και τις σχετικές έρευνες, στα πλαίσια των οποίων έχουν εξεταστεί: α) το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας (Wolfe, et al., 2003), β) η ψυχοπαθολογία των γονέων (Dehon & Weems, 2010. Cummings et al., 2005. Fisak & Grills-Taquechel, 2007. Hurth-Bocks & Hughes, 2007. Keller et al., 2008. Ramsden & Hubbard, 2002) και γ) οι πρακτικές ανατροφής που χρησιμοποιούν οι γονείς (parenting), (Muris et al., 2000. Wood et al., 2003).

Σχετικά με την επίδραση των χαρακτηριστικών του νηπιαγωγού στην ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας εξετάστηκαν οι μεταβλητές και, ως ένα βαθμό, οι αιτιώδεις σχέσεις αυτών με άλλες μεταβλητές, που αφορούν: α) στα χρόνια προϋπηρεσίας των νηπιαγωγών, β) στην ηλικία τους, γ) στο επίπεδο εκπαίδευσης (τίτλοι σπουδών) τους, δ) στην εξειδικευμένη επιμόρφωσή τους σε θέματα που αφορούν την αντιμετώπιση δυσλειτουργικών συμπεριφορών στην τάξη και ε) στις μορφές αξιολόγησης που χρησιμοποιούν για τον εντοπισμό τους. Η συλλογή δεδομένων για τις παραπάνω μεταβλητές έγινε με τη χρήση του «Ερωτηματολογίου του νηπιαγωγού» (Ε01, Παράρτημα Δ2).

Επίσης, σε επόμενες έρευνες, θα είχε ενδιαφέρον να εξεταστεί η επίδραση των μεταβλητών που σχετίζονται με την ψυχολογική κατάσταση των νηπιαγωγών (στρες, κατάθλιψη[183], επαγγελματική εξουθένωση)[184], στον τρόπο που ανιχνεύουν την εμφάνιση

[182]Η σειρά γέννησης αποτελεί ένα ενδιαφέρον αντικείμενο έρευνας, καθώς διαπιστώνεται ότι τα πρωτότοκα παιδιά εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά αντιμετωπίζουν προβλήματα προσοχής, καθώς αυξάνεται ο αριθμός των αδερφών στην οικογένεια (Wu et al., 2012).

[183]Οι Jeon, Buettner & Snyder (2014) προτείνουν στην έρευνά τους τη μέτρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους εκπαιδευτικούς, τα οποία επιδρούν άμεσα και έμμεσα στην ψυχοκοινωνική αξιολόγηση που εκπονούν για τους μαθητές τους. Σύμφωνα με τους Κόκκινος & Αϊβάζογλου (2006), «το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 δηλώσεις, οι οποίες κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες: συναισθηματική εξουθένωση (9 δηλώσεις), αποπροσωποποίηση (5 δηλώσεις) και προσωπική επίτευξη (8 δηλώσεις). Για κάθε δήλωση οι εκπαιδευτικοί πρέπει να σημειώσουν σε κλίμακα επτά διαβαθμίσεων (από «ποτέ» έως «κάθε μέρα»), τη συχνότητα με την οποία έχουν νιώσει για το επάγγελμά τους τα αισθήματα που περιγράφει η κάθε δήλωση. Για κάθε υποκλίμακα η βαθμολογία υπολογίζεται ξεχωριστά προσθέτοντας

συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών στους μαθητές τους. Οι Σταλίκας και συν. (2012), παρουσιάζουν στο τελευταίο τους βιβλίο, αρκετά ελληνικά αλλά και μεταφρασμένα στα ελληνικά, ψυχομετρικά εργαλεία, που ερευνούν το ψυχολογικό προφίλ των εκπαιδευτικών.

Επιπλέον, η εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης πρωτογενούς πρόληψης για την καλλιέργεια κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση εξωτερικευμένων (Feis & Simons, 1985. Lynch et al., 2004. Reid et al., 2003. Serna et al., 2003. Webster-Stratton et al., 2008) αλλά και εσωτερικευμένων προβλημάτων συμπεριφοράς (Auger, 2005. Brigman et al., 1999. Han et al., 2005. McKinney & Rust, 1998**.** Cuijpers et al., 2006. Merry et al., 2004). Σε μια επόμενη έρευνα θα είχε ενδιαφέρον να μελετηθεί, αν η εφαρμογή τέτοιου τύπου προγραμμάτων επιδρά στην εμφάνιση ή μη προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος από τα νήπια αλλά και την ανίχνευσή τους από το νηπιαγωγό.

Όσον αφορά στην επίδραση του σχολικού πλαισίου γενικότερα στην εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών, στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι μεταβλητές και σε ένα βαθμό και οι αιτιώδεις σχέσεις αυτών και με άλλες μεταβλητές που αφορούν: α) στον τύπο του νηπιαγωγείου (κλασσικό, ολοήμερο), β) στην οργανικότητα του (μονοθέσιο, διθέσιο) και γ) στο συνολικό αριθμό των παιδιών της τάξης

Με δεδομένο ότι η έρευνά μας περιελάμβανε αποκλειστικά δείγμα παιδιών και νηπιαγωγών από δημόσια νηπιαγωγεία, μια επόμενη έρευνα θα μπορούσε να διεξαχθεί και με τη συμμετοχή ιδιωτικών νηπιαγωγείων. Μια τέτοια μελέτη θα είχε ενδιαφέρον, αφού σύμφωνα με έρευνα των Bennett, Elliott & Peters (2005), έχουν εντοπιστεί διαφορές ανάμεσα στα δημόσια και ιδιωτικά σχολεία σε σχέση με το πώς προσεγγίζουν ζητήματα οργάνωσης, πειθαρχίας και ανίνχευσης δυσλειτουργικών συμπεριφορών στο πλαίσιο της τάξης.

Ως προς την επίδραση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του παιδιού στην εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι μεταβλητές και σε ένα βαθμό και οι αιτιώδεις σχέσεις αυτών με άλλες μεταβλητές, που αφορούν: α) στην ακριβή ηλικία του παιδιού (νήπιο- προνήπιο) και το β) στο φύλο (αγόρι-κορίτσι). Η συλλογή δεδομένων για τις παραπάνω μεταβλητές έγινε με τη ΦΑΝ-Β. Σε

τη βαθμολογία των επιμέρους δηλώσεων. Υψηλή βαθμολογία στις κλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης και χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα προσωπικής επίτευξης είναι ενδεικτική επαγγελματικής εξουθένωσης (σ. 1068).

[184]Ιδιαίτερα για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης προτείνεται η χρήση του Ερωτηματολογίου Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory) και συγκεκριμένα η εκδοχή του ερωτηματολογίου για Εκπαιδευτικούς (MBI-Educators Survey ή MBI-ES). Πρόκειται για μια σταθμισμένη κλίμακα με υψηλό βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) που χρησιμοποιείται ευρέως.

μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξεταστούν και άλλες μεταβλητές, με τη χρήση αυτοσχέδιων δημογραφικών ερωτηματολογίων, που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού και επιδρούν στην εμφάνιση κοινωνικών και συναισθηματικών δυσλειτουργιών σε αυτά, όπως είναι: α) η πρόωρη γέννηση, αν υπάρχει (Barnard, Bee, & Hammond, 1984. Rose, Feldman, Rose, Wallace & McCarton 1992), β) ο δείκτης νοημοσύνης του παιδιού (Grizenko et al., 1991. Rutter, 1981) και γ) η γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού (Beitchman et al., 2001. Love & Thompson, 1988). Ειδικότερα, για τη διερεύνηση της τελευταίας μεταβλητής, μπορεί συνδυαστικά να χρησιμοποιηθεί το τρίτο από τα εργαλεία του ΣΑΕΒΑ, το «Ερωτηματολόγιο Γλωσσικής Ανάπτυξης (ΕΓΑ) για παιδιά 18 έως 35 μηνών», το οποίο συμπληρώνεται από γονείς και εκπαιδευτικούς (Achenbach & Rescorla, 2009).

Επίσης, η επίδραση των παραγόντων που σχετίζονται με τη γειτονιά και την κοινότητα, στην εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών στα παιδιά, εμφανίζουν ενδιαφέρον για μια μελλοντική έρευνα. Η δειγματοληπτική μέθοδος της παρούσης έρευνας, δεν εξασφάλισε αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών από αγροτικές, αστικές και ημιαστικές περιοχές[185]. Σύμφωνα με τον Οικονομίδη (2003), μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών, έχουν διαπιστωθεί σημαντικές διαφορές οικονομικού, κοινωνικού και πολιτιστικού χαρακτήρα, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, καταρχήν σε μαθησιακό επίπεδο (π.χ. γλωσσική επάρκεια) και κατά επέκταση στην κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία τους. Επίσης, από όσο γνωρίζουμε, δεν έχουν εξετασθεί στη χώρα μας οι παράγοντες που σχετίζονται με τη γειτονιά στην οποία μεγαλώνουν τα παιδιά (ασφάλεια, οικονομική ευρωστία) και η επίδρασή τους στην εμφάνιση προβληματικών συμπεριφορών σε αυτά (Jeon, 2013. Morgan et al., 2008. Schermerhorn et al., 2013).

Τέλος, στην παρούσα έρευνα συλλέχθηκαν στοιχεία σχετικά με την εθνικότητα των παιδιών του δείγματός μας, αλλά σε αυτά δεν υπήρχαν σημαντικές διαφοροποιήσεις, ώστε να μας επιτρέψουν επιπλέον στατιστικές αναλύσεις. Το 92,0% των παιδιών του δείγματός μας είχαν ελληνική υπηκοότητα, το 6,0% αλβανική και το υπόλοιπο 2,0% ήταν από πολλές διαφορετικές χώρες.

Όσον αφορά στην πολιτισμική διάσταση της παιδικής ψυχοπαθολογίας, αξίζει να διερευνηθεί περαιτέρω η πιθανή επιρροή πολιτισμικών παραγόντων που σχετίζονται με την

[185] Ως αστικές περιοχές θεωρούνται Δημοτικές και Τοπικές κοινότητες με πληθυσμό μόνιμων κατοίκων από 10.000 άτομα και άνω. Ως ημιαστικές περιοχές θεωρούνται Δημοτικές και Τοπικές κοινότητες με πληθυσμό μόνιμων κατοίκων από 2.000 έως 9.999 άτομα. Τέλος, ως αγροτικές περιοχές θεωρούνται Δημοτικές και Τοπικές κοινότητες με πληθυσμό μόνιμων κατοίκων από 2.000 άτομα και κάτω (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2014).

ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών, όπως για παράδειγμα η θρησκεία. Ο λόγος που επιτάσσει τη διαρεύνηση τέτοιων σχέσεων, είναι ο προοδευτικά αυξανόμενος πολυπολιτισμικός χαρακτήρας της ελληνικής κοινωνίας, ο οποίος θέτει «το ζήτημα της διαμόρφωσης διαπολιτισμικών εκπαιδευτικών πολιτικών που να αναγνωρίζουν και να στηρίζουν ουσιαστικά την πολιτισμική πολυμορφία, μέσα από έναν παραγωγικό διάλογο» (Χατζησωτηρίου & Ξενοφώντος, 2014, σ. 8). Επιπλέον, υπάρχει ανάγκη κάλυψης των ελλείψεων που παρουσιάζει η διαπολιτισμική έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες στην πρώιμη παιδική ηλικία (Liu, Cheng & Leung, 2011).

10.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Τα ερευνητικά μας ευρήματα επιτρέπουν τη διατύπωση ορισμένων προτάσεων προς την εκπαιδευτική κοινότητα. Οι προτάσεις αυτές αφορούν, αφενός στην αναθεώρηση του Αναλυτικού Προγράμματος του νηπιαγωγείου και αφετέρου στην επιμόρφωση των νηπιαγωγών, πάνω σε θέματα που σχετίζονται με την έγκυρη και έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση δυσκολιών συναισθήματος και συμπεριφοράς, που μπορεί να εμφανίσουν οι μαθητές τους.

10.3.1 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ

Η πρωτοτυπία της έρευνάς μας, όπως τονίστηκε σε διάφορα σημεία, έγκειται στο γεγονός ότι, εκτός από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, εξετάζουμε επιπλέον πώς προσεγγίζονται τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος αλλά και οι διάφορες μεταβλητές που σχετίζονται με την εμφάνισή τους, στα δυο τελευταία Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών του νηπιαγωγείου (Π.Δ. 486/1989. Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ, 2003) και τα συνοδευτικά αυτών εγχειρίδια (Βενιζέλου και συν., 1989. Δαφέρμου και συν., 2006), καθώς και Πιλοτικό Πρόγραμμα για το Νηπιαγωγείο (Υ.Π.Β.Δ.Θ, 2011). Πιο συγκεκριμένα, ερευνήσαμε πώς προσεγγίζουν οι συγγραφείς των παραπάνω Α.Π.Σ θέματα όπως: α) οι κατηγορίες προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος και οι τρόποι αντιμετώπισής τους και β) οι μέθοδοι αξιολόγησης των προβλημάτων συμπεριφοράς και

συναισθήματος. Ο τρόπος παρουσίασης των παραπάνω θεμάτων στα Α.Π.Σ δόθηκε αναλυτικά στα επιμέρους κεφάλαια της παρούσης μελέτης και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε στην ερμηνεία των ερευνητικών μας ευρημάτων.

Η παραπάνω διερεύνηση μας οδήγησε σε μερικά ενδιαφέροντα συμπεράσματα, η παρουσίαση των οποίων στο παρόν κεφάλαιο θα καταλήξει σε χρήσιμες προτάσεις, που θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη στην αναβάθμιση των Α.Π.Σ του νηπιαγωγείου.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά γενικά στην προσέγγιση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στα Α.Π.Σ. του 1989 και το ισχύον Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003), διαπιστώσαμε, ότι οι συγγραφείς τους προσβλέπουν σε αυτά στόχους που αφορούν στη συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών προσχολικής ηλικίας, ενώ κάνουν και κάποιες αναφορές σε διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος που πιθανόν να αντιμετωπίσει ο εκπαιδευτικός στην τάξη. Παρόλα αυτά, όμως, στην πράξη, οι οδηγίες που δίνουν τα δύο Α.Π.Σ στους εκπαιδευτικούς για την επίτευξη των παραπάνω στόχων είναι ελλιπείς, αφού οι δραστηριότητες υλοποίησης που προτείνουν είναι γενικές και αόριστες. Από την άλλη, το Πιλοτικό Πρόγραμμα για το Νηπιαγωγείο (Υ.Π.Β.Δ.Θ, 2011), περιλαμβάνει στις μαθησιακές του περιοχές την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού με ξεχωριστά περιεχόμενα και μαθησιακούς στόχους. Οι ιδέες για δραστηριότητες και οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις που προτείνονται, είναι σίγουρα πιο αναλυτικές και στοχευμένες από τα δυο προηγούμενα Α.Π.Σ αλλά και πάλι είναι γενικές. Η πιλοτική, όμως, εφαρμογή του στα νηπιαγωγεία της χώρας, ορίζει να τηρήσουμε στάση αναμονής.

Βάσει όλων των παραπάνω και σε συνδυασμό με τα ερευνητικά μας ευρήματα, προτείνουμε: α) το επίσημο Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών του νηπιαγωγείου να περιλαμβάνει συγκεκριμένους και εξελικτικά δοσμένους στόχους, να που αφορούν στην κοινωνική και προσωπική ανάπτυξη του παιδιού καθώς και μεθοδολογικές προσεγγίσεις και αναλυτικές δραστηριότητες για την επίτευξη και την αξιολόγηση των στόχων αυτών, β) στο Α.Π.Σ πρέπει να παρουσιάζονται, σε ισορροπία με τα εξωτερικευμένα, (Επιθετική συμπεριφορά, Προβλήματα προσοχής) και τα εσωτερικευμένα προβλήματα (Απόσυρση, Κατάθλιψη, Σωματικές ενοχλήσεις, Συναισθηματική αντιδραστικότητα). Η πρότασή μας αυτή βασίζεται αφενός στη διεθνή, κυρίως, βιβλιογραφία, η οποία τονίζει τη μεγάλη σημασία της έγκαιρης ανίχνευσης και αντιμετώπισης των προβλημάτων εσωτερίκευσης (Liu et al., 2011. Webster-Stratton, 1988. Rothbart & Bates, 1998) στα παιδιά προσχολικής ηλικίας και αφετέρου στα ερευνητικά μας ευρήματα. Οι νηπιαγωγοί του δείγματός μας φαίνεται να προβληματίζονται περισσότερο για την απόσυρση που εμφανίζουν οι μαθητές

τους, για την υπερβολική συμμόρφωσή τους στους κανόνες και για τις συναισθηματικές τους ευαισθησίες και όχι για τις εκδηλώσεις επιθετικότητας ή υπερκινητικότητας, όπως θα ανέμενε κάποιος (Poulou, 2013. Ramasut & Papatheodorou, 1994).

Σχετικά με τη αξιολόγηση των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, που προτείνεται στο ισχύον Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003), έχουμε επισημάνει σε διάφορα σημεία, ότι γίνεται μια απλή αναφορά. Αξιολόγηση, για το ισχύον Δ.Ε.Π.Π.Σ- Α.Π.Σ είναι, κυρίως, η καταγραφή της προόδου που έχει κάνει το παιδί στις ακαδημαϊκές δεξιότητες. Επίσης, δε γίνεται καμία αναφορά στη μέθοδο της ανίχνευσης και τη χρήση ανιχνευτικών μέσων από τους νηπιαγωγούς για τον εντοπισμό κοινωνικών και συναισθηματικών δυσκολιών στους μαθητές τους, παρόλο που η διεθνής, κυρίως, βιβλιογραφία τονίζει τη μεγάλη αξία εφαρμογής της, ιδιαίτερα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (Aos et al, 2004. Arnold et al, 2006. Bornstein et al., 2010. Feeney-Kettler, et al., 2010. McCabe & Altamura, 2011). Η επιφυλακτική στάση του Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003) απέναντι στη μέθοδο της ανίχνευσης επιβεβαιώνεται και μέσα από τους νηπιαγωγούς, οι οποίοι εμφανίζονται, μέσα από τα ερευνητικά μας ευρήματα, αλλά και τα ευρήματα άλλων ερευνών (Poulou, 2013), ως επιφυλακτικοί στη χρήση μεθόδων ανίχνευσης. Πιο συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό (93,5%) των νηπιαγωγών του δείγματός μας φάνηκε να χρησιμοποίει τις δυο εναλλακτικές μορφές αξιολόγησης, τη συστηματική παρατήρηση και το φάκελο αξιολόγησης των νηπίων, τις οποίες προτείνει άλλωστε και το Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ (2003).

Με βάση τα παράπανω και σε συνδυασμό με τα ερευνητικά μας δεδομένα, προτείνουμε, το καινούριο Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών του Νηπιαγωγείου να συμπεριλάβει στις προτάσεις του για τους τρόπους αξιολόγησης και τη μέθοδο της ανίχνευσης. Η ανίχνευση, βέβαια, από μόνη της δεν οδηγεί στην εις βάθος αξιολόγηση ενός προβλήματος συμπεριφοράς αλλά, συνδυαστικά και με άλλες μεθόδους, συμβάλλει στη γρήγορη, εύκολη και σφαιρική διερεύνησή του (Σταλίκας και συν., 2012). Όπως τονίσαμε παραπάνω, οι νηπιαγωγοί του δείγματός μας φάνηκε να χρησιμοποιούν στην πλειοψηφία τους τις μορφές αξιολόγησης που προτείνει το επίσημο επίσημο ισχύον Δ.Ε.Π.Π.Σ-Α.Π.Σ- Α.Π.Σ του 2003, για τις οποίες, πιθανόν, θα έχουν επιμορφωθεί και αξιολογηθεί για τη χρήση τους από το Σχολικό Σύμβουλο της περιφέρειάς τους. Αυτή η *διείσδυση* του Αναλυτικού Προγράμματος στους νηπιαγωγούς ενισχύει την πρόταση που διατυπώσαμε παραπάνω, για τη συμπερίληψη της μεθόδου ανίχνευσης στο νέο Α.Π.Σ του νηπιαγωγείου.

10.3.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ

Η ποιότητα της εκπαιδευτικής διαδικασίας εξαρτάται άμεσα από τους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι συμβάλλουν, όχι μόνο στη διαμόρφωση της σχολικής πραγματικότητας, αλλά και στην αποτελεσματικότητα της παιδαγωγικής πράξης και την επιτυχή προώθηση των εκπαιδευτικών αλλαγών (Γιώτσα, 2010. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2009). Κατά συνέπεια, η αναβάθμιση της εκπαίδευσης προϋποθέτει, εκτός από την αναβάθμιση και τον εκσυγχρονισμό των Αναλυτικών Προγραμμάτων Σπουδών, και την προσωπική, επιστημονική και επαγγελματική ανάπτυξη του εκπαιδευτικών. Ιδιαίτερα σημαντικός προς την κατεύθυνση αυτή αναδεικνύεται ο ρόλος της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών ως ένα βασικό, υποστηρικτικό, ανατροφοδοτικό και βελτιωτικό μέσο για τον εκσυγχρονισμό του εκπαιδευτικού συστήματος (Γιώτσα, 2010. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2009).

Η έγκαιρη και έγκυρη ανίχνευση της κοινωνικής και συναισθηματικής κατάστασης των παιδιών, που στόχο έχει τον εντοπισμό πιθανών δυσκολιών και την άμεση εφαρμογή παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή τους, φαίνεται να συμβάλλει μακροπρόθεσμα στην εξάλειψη δυσλειτουργιών που σχετίζονται με την ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών και την κοινωνική και συναισθηματική τους επάρκεια (Bornstein et al., 2010. Feeney-Kettler et al., 2010. McCabe & Altamura, 2011). Η σημασία της ανίχνευσης στην προσχολική ηλικία ενισχύεται από τα αυξημένα ποσοστά των παιδιών που εμφανίζουν προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς (Briggs et al., 2013. Knitzer & Perry, 2009).

Επιπλέον, η σταθερότητα τέτοιου τύπου προβλημάτων και η συνέχειά τους στο χρόνο είναι δύο παράγοντες που καθιστούν την πρώιμη ανίχνευση στο νηπιαγωγείο ιδιαίτερα σημαντική (Feeney-Kettler et al, 2010. Richman et al., 1982). Επιτακτική είναι, λοιπόν, η συνδυαστική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σε εναλλακτικές αλλά και σε παραδοσιακού τύπου μεθόδους αξιολογήσης, για την ανίχνευση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που πιθανόν εμφανίζουν οι μαθητές τους, με παράλληλο στόχο την προσωπική τους ενδυνάμωση και την επαγγελματική τους κατάρτιση. Ο Ματθαίου (2008) όμως, παρατηρεί ότι, στην ελληνική περίπτωση, το σύστημα επιμόρφωσης «δε θεωρεί τον εν ενεργεία εκπαιδευτικό συμμέτοχο στην επιμορφωτική διαδικασία, αλλά παθητικό αποδέκτη κεντρικών επιμορφωτικών επιλογών και προσεγγίσεων, ανεπιθύμητο παραπροϊόν της οποίας είναι αρνητική στάση του εκπαιδευτικού απέναντι στην επιμόρφωση (σ. 45)». Συμπληρωματικά, η Σακελλαρίου (2006α, 2006β) προτείνει περαιτέρω επιμόρφωση και ενημέρωση των εν ενεργεία αλλά και

των υποψήφιων νηπιαγωγών, πάνω σε θέματα σχετικά με την αξιολόγηση, προκειμένου να αποφευχθούν παρερμηνείες και να καλυφθούν ελλείψεις.

Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται ανεπαρκείς να ανταποκριθούν στη μεγάλη πολυπλοκότητα και το μεγάλο εύρος των προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος που εμφανίζουν οι μαθητές τους (Didaskalou, 2002). Η διερεύνηση, επίσης, και του περιεχομένου της προπτυχιακής εκπαίδευσης που παρέχεται από τα Παιδαγωγικά Τμήματα Νηπιαγωγών της χώρας μας, μας οδήγησε στο συμπέρασμα ότι, η προετοιμασία των υποψηφίων νηπιαγωγών στη χρήση τεχνικών για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση προκλητικών συμπεριφορών στην τάξη του νηπιαγωγείου είναι ελλιπής (Beazidou et al., 2013. Πανταζής & Σακελλαρίου, 2005).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, αλλά και σε συνδυασμό με τα ερευνητικά ευρήματά μας, που εμφανίζουν ένα μικρό ποσοστό των νηπιαγωγών του δείγματος μας (20%) να έχει επιμορφωθεί στην αντιμετώπιση δυσλειτουργικών συμπεριφορών στην τάξη, προτείνουμε *την επιμόρφωση* των νηπιαγωγών σε θέματα που αφορούν:

α) Στην κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών προσχολικής ηλικίας, η οποία θα ενισχύσει εκτός των άλλων και την ικανότητά τους για τον εντοπισμό προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς, ακόμα και όταν αυτά δεν συνυπάρχουν με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές (π.χ. διαταραχές ανάπτυξης του λόγου) (Μανωλίτσης, 2002). Ειδικότερα, λαμβάνοντας υπόψη τα ερευνητικά μας ευρήματα, τα οποία εμφανίζουν τους νηπιαγωγούς του δείγματός μας να ανιχνεύουν συχνότερα προβλήματα εσωτερίκευσης (απόσυρση, συναισθηματικές δυσκολίες, υπερβολική συμμόρφωση) στους μαθητές τους, προτείνουμε την εξειδικευμένη τους επιμόρφωση σε τέτοιου τύπου θέματα. Από την προσωπική μας πολυετή επαγγελματική εμπειρία στην εκπαίδευση (20 χρόνια), η πλειονότητα των επιμορφωτικών προγραμμάτων στη χώρα μας, εστιάζει στην κατάρτιση των νηπιαγωγών σε θέματα που αφορούν στη διαχείριση δυσλειτουργικών συμπεριφορών (επιθετικότητας, σχολικής βίας, διάσπασης προσοχής, φαινόμενα εκφοβσμού) των μαθητών τους και όχι με στην αντιμετώπιση συναισθηματικών δυσλειτουργιών (κατάθλιψη, απόσυρση, σωματικές ενοχλήσεις).

β) Στην εφαρμογή συνδυασμού μορφών αξιολόγησης (εναλλακτικών αλλά και παραδοσιακών μορφών) στην πράξη, για την εξασφάλιση μεγαλύτερης αντικειμενικότητας και ακρίβειας στον εντοπισμό κοινωνικών και συναισθηματικών δυσκολιών των παιδιών. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η επιμόρφωση-κατάρτιση των νηπιαγωγών στη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, για την ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος στους μαθητές τους. Σύμφωνα με τους Μανωλίτση & Τάφα (2005), οι

νηπιαγωγοί που έχουν επιμορφωθεί σχετικά χρησιμοποιούν πιο συχνά τέτοιου τύπου ψυχομετρικά εργαλεία.

γ) Στη χρήση σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης και αντιμετώπισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος, όπως είναι η διαπραγμάτευση, ο έπαινος (Lewis, et al., 2011), η θετική αναπλαισίωση, η επιτακτική παράδοξη οδηγία και η τεχνική της εστίασης στα θετικά (Γιώτσα, 2014α). Έχει επιβεβαιωθεί ερευνητικά ότι η χρήση τέτοιων εποικοδομητικών τεχνικών, επιδρά σημαντικά στη σχέση του νηπιαγωγού με τους μαθητές τους αλλά και στο συνολικό θετικό κλίμα που επικρατεί στην τάξη (Chong και συν., 2010. Hamre & Pianta, 2001), αποτρέποντας έτσι την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος (Lewis et al., 2011).

Τέλος, προτείνεται αναπροσαρμογή του περιεχομένου των Προγραμμάτων Σπουδών στα Παιδαγωγικά τμήματα Νηπιαγωγών των Ελληνικών Πανεπιστημίων. Προτείνεται η εισαγωγή ανεξάρτητων και, ει δυνατόν, υποχρεωτικών μαθημάτων (για συστηματική και όχι αποσπασματική εκπαίδευση), με διδακτικά αντικείμενα την αξιολόγηση στο νηπιαγωγείο, αλλά και την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών προσχολικής ηλικίας.

Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελάκη, Χ., Γκολφινοπούλου, Γ., Διδάχου, Ε., Παπαδάκου, Ε. & Ρήγα, Β. (2012). *4+1 κλειδιά για την αυτομόρφωση της νηπιαγωγού*. Αθήνα: ΟΜΕΡ.

ACT (2009). *Πρόγραμμα Πρόληψης της Βίας για την Προστασία των Μικρών Παιδιών. ACT/Μικροί Μεγάλοι Μαζί Εναντίον της Βίας ACT/MMME-Βίας. Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Γονέων 8 Εβδομαδιαίων Συναντήσεων. Εγχειρίδιο Γονέων* (Μτφρ. Α. Γιώτσα). Αθήνα: Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων.

Achenbach, T. & Rescorla, L. (2009). *Εγχειρίδιο για τα Ερωτηματολόγια και Προφίλ προσχολικής ηλικίας του ΣΑΕΒΑ.* (Στάθμιση & Προσαρμογή στα ελληνικά: Ι. Τσαούσης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Αθανασίου, Κ. (2000). *Αγωγή Υγείας.* Θεσσαλονίκη.

Αθανασίου, Λ. (2007). Αξιολόγηση στην εκπαίδευση. Στο Π. Ξωχέλλη (Επιμ.) *Λεξικό της Παιδαγωγικής* (σσ. 54 – 57). Θεσσαλονίκη: Αφοί Κυριακίδη.

Αλεξόπουλος, Δ. (1998). *Ψυχομετρία. Σχεδιασμός τεστ και ανάλυση ερωτήσεων* (Τόμ. Α΄). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Αλευριάδου, Α., Βρυνιώτη Κ., Κυρίδης, Α., Σιβροπούλου-Θεοδοσιάδου, Ε. & Χρυσαφίδης, Κ. (2008). *Οδηγός Ολοήμερου.* Αθήνα: Πατάκη.

Αλευρίδου, Ε. (2010) *Δυσλεξία και προβλήματα συμπεριφοράς: η οπτική και ο ρόλος των μητέρων.* (Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Εργασία). Τμήμα Φιλοσοφίας και Παιδαγωγικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.

Αμίτσης, Γ. (2000). *Θεσμοί και πολιτικές επαγγελματικής κατάρτισης*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Αποστολοπούλου, Κ. & Καρυδά, Ε. (2007). Επισκόπηση των μέσων ανίχνευσης της αποκλίνουσας συμπεριφοράς στην προσχολική, σχολική και εφηβική ηλικία, *4ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης (ΕΛΛ. Ι. Ε. Π. ΕΚ.), 4-6 Μαΐου 2007* (σσ. 258-264). Αθήνα. Ανακτήθηκε 16 Μαρτίου, 2013, από: http://www.elliepek.gr/documents/4o_synedrio_eisigiseis/258_264.pdf

Βασιλικό Διάταγμα 30-4-1896. Περί συστάσεως νηπιαγωγείων, ΦΕΚ 68/23-05-1896. Αθήναι.

Βασιλικό Διάταγμα 494/1962. Περί του Αναλυτικού Προγράμματος των Νηπιαγωγείων του κράτους, ΦΕΚ. 124/06-08-1962, τχ. Α΄. Αθήναι.

Βαζαίου και συν. (2010). *Παραμύθι χωρίς σύνορα. Εγχειρίδιο Πρωτογενούς πρόληψης για παιδιά προσχολικής και πρωτοσχολικής ηλικίας*. Αθήνα: Κέντρο Πρόληψης και εξάρτησης και Αγωγής Υγείας «Αθήνα- Υγεία».

Βαλμάς, Θ. (2006). *Διερεύνηση των επιμορφωτικών αναγκών των νεοδιόριστων δασκάλων*. (Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Εργασία). Τμήμα ΠΤΔΕ, Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα.

Βάμβουκας, Ι. Μ. (1998). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαιδαγωγική Έρευνα και Μεθοδολογία.* Αθήνα: Γρηγόρης.

Baron, R., Branscombe, N. & Byrne, D. (2013). *Κοινωνική Ψυχολογία.* (Μτφρ.& Επιμ.: Α. Γιώτσα). Εκδόσεις: Ίων.

Βενιακάκη, Α. (2009). *Δυσκολίες γραπτού λόγου και προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς*. (Διδακτορική διατριβή). Σχολή Επιστημών Αγωγής Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη.

Βενιζέλου, Γ., Καλαμπαλίκη, Ε., Καλοστύπη, Α., Κονταξής, Γ., Λαυρεντάκη, Φ., Μαυροειδής, Γ. & Πατρίκη, Ε. (1989). *Βιβλίο δραστηριοτήτων για το νηπιαγωγείο – Βιβλίο νηπιαγωγού*. Αθήνα: ΟΕΔΒ.

Βεργίδης, Δ. & Βαϊκούση, Δ. (2003). *Πρόγραμμα ΜΕΛΙΝΑ. Εκπαίδευση και Πολιτισμός. Η Επιμόρφωση των Εκπαιδευτικών,* ΥΠΕΠΘ, Υπουργείο Πολιτισμού & Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων.

Βορριά, Π. (2008). *Προσεγγίσεις V: Η σωματική υγεία του βρέφους και ο ψυχισμός.* Αθήνα: University Studio Press.

Βοσνιάδου, Σ. (2000). *Κείμενα Εξελικτικής Ψυχολογίας* (Τόμ. Γ΄). *Κοινωνική Ανάπτυξη*. Αθήνα: Gutenberg.

Βρεττός, Γ. & Καψάλης, Α. (1997). *Αναλυτικό πρόγραμμα: Σχεδιασμός, αξιολόγηση – αναμόρφωση.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Βρυνιώτη, Κ., Κυρίδης, Α., Σιβροπούλου-Θεοδοσιάδου, Ε. & Χρυσαφίδης, Κ. (2008). *Οδηγός Γονέα.* Αθήνα: Πατάκη.

Γερμανός, Δ. (2002). *Οι Τοίχοι της γνώσης. Σχολικός χώρος και Εκπαίδευση.* Αθήνα: Gutenberg.

Γερμανός, Δ. (2003). Παιδαγωγικός ανασχεδιασμός του σχολικού χώρου για την προώθηση της Συνεργατικής Μάθησης. Στο Ν. Χαραλάμπους (Επιμ.), *Το Συνεργατικό Σχολείο: Από τη Θεωρία στην Πράξη* (σσ. 79-88). Λευκωσία: Κυπριακός Σύνδεσμος Συνεργατικής Μάθησης.

Γερμανός, Δ. (2010). Ο Παιδαγωγικός ανασχεδιασμός του σχολικού χώρου: μια μέθοδος αναβάθμισης του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος, μέσα από αλλαγές στο χώρο. Στο Δ. Γερμανός & Μ. Κανατσούλη (Επιμ.*), ΤΕΠΑΕ 09, Πρακτικά επιστημονικών εκδηλώσεων του ΤΕΠΑΕ* ΑΠΘ, 2007-09, (σσ. 21-54). Θεσσαλονίκη: UniversityStudioPress.

Γεώργας, Δ. (1995). *Κοινωνική ψυχολογία* (Τόμ. Α΄ & Β΄). Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Γεώργας, Δ. & Γιώτσα, Α. (Επιμ.) (2011α). Στο Ν. Μάνεσης, *Σχολές Γονέων: Στερεότυπα και διακρίσεις στην οικογένεια*. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων.

Γεώργας, Δ. & Γιώτσα, Α. (Επιμ.) (2011β). Στο Ν. Παπαχριστόπουλος, *Σχολές Γονέων: Η οικογένεια στη σύγχρονη εποχή*. Αθήνα: Υπουργείο Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων.

Γεώργας, Δ. & Γιώτσα, Α. (Επιμ.) (2011γ). Στο Θ. Γιοβαζόλιας**,** *Σχολές Γονέων: Συνεργασία Εκπαιδευτικών Οικογένειας*. Υπουργείο Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων.

Γεώργας, Δ., Μπεζεβέγκης, Η. & Γιώτσα, Α. (2006). *Σχέσεις σχολείου-οικογένειας.* Αθήνα: Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων, Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων.

Γεώργας, Δ., Μπεζεβέγκης, Η. & Γιώτσα, Α. (2007). *Συμβουλευτική υποστήριξη γονέων μεταναστών, μουσουλμάνων, παλλινοστούντων και ρόμα. Εκπαιδεύοντας τους γονείς για ένα ευτυχισμένο και υγιές αύριο των παιδιών.* Αθήνα: Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων, Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων.

Γεωργίου, Σ. (2011). *Σχέση σχολείου-οικογένειας και ανάπτυξη του παιδιού.* Αθήνα: Διάδραση.

Γεωργούσης, Π. (1998). *Η αξιολόγηση των μαθητών με βάση τον Φάκελο Υλικού*. Αθήνα: Δελφοί.

Γιαννικόπουλος, Α. Β. (1985). *Ψυχολογία προσαρμογής του παιδιού και του ενηλίκου.* Αθήνα: Γρηγόρη.

Γιώτσα, Α. (2003). Αξίες και συναισθηματική εγγύτητα των μελών της ελληνικής οικογένειας. Ερευνητικά δεδομένα. Στο Α. Β. Ρήγα (Επιμ.), *Το κουτί της Πανδώρας. Οικογένεια και η διαπολιτισμική της ταυτότητα σήμερα* (σσ. 232-245*)*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γιώτσα, Α. (2006). Ημικές και ητικές διαστάσεις στη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας: Μια εμπειρική μελέτη. Στο Π. Κορδούτης & Β. Παυλόπουλος (Επιμ.), *Πεδία έρευνας στην Κοινωνική Ψυχολογία* (σσ. 46-64). Αθήνα: Εκδόσεις Ατραπός.

Γιώτσα, Α. (2007). Δομή και λειτουργία της ελληνικής οικογένειας. Ομοιότητες και διαφορές με τη μορφή της οικογένειας σε άλλες χώρες. *Επιστημονική Επετηρίδα του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών της Σχολής Επιστημών Αγωγής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Τόμος Γ΄* (σσ.25-41). Ιωάννινα: Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Γιώτσα, Α. (2008). Η Σημασία των βιωματικών ασκήσεων για την ανάπτυξη της δυναμικής της ομάδας στις ομάδες συμβουλευτικής γονέων. *Πρακτικά πανελληνίου επιστημονικού συνεδρίου με διεθνή συμμετοχή, «Σχολές Γονέων: Μαζί με τα παιδιά μας», 11-12 Μαΐου 2007* (σσ.127-133). Καμένα Βούρλα: Αθήνα.

Γιώτσα, Α. (2010). *Επιμόρφωση Στελεχών Παροχής Συμβουλευτικών Υπηρεσιών. Εκπαιδευτικό Υλικό για Εξ'αποστάσεως Εκπαίδευση Εκπαιδευτών και Στελεχών Δια Βίου Μάθησης*. Αθήνα: Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων, Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων.

Γιώτσα, Α. (2012). Η αξιοποίηση της ομάδας στην αφετηρία σχεδιασμού ενός project. Σύγχρονο Νηπιαγωγείο, *86*, 108-112.

Γιώτσα, Α. (2014α). Εκπαιδεύοντας τους εκπαιδευτικούς στην πρόληψη της βίας των παιδιών Στο Ζ. Παπαναούμ (Επιμ.), *Οδηγός Επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών και μελών της εκπαιδευτικής κοινότητας* (σσ.139-150). Αθήνα.

Γιώτσα, Α. (2014β). Η Εφαρμογή της Συστημικής Θεωρίας στην Επιμόρφωση των Εκπαιδευτικών. Στο Μ. Λιακοπούλου (Επιμ.), *Επιμορφωτικό Υλικό, Πρόγραμμα Διάπολις* (σσ.431-442). Αθήνα.

Γιώτσα, Α. & Δώνη, Ε. (2012α). Συνεργασία και Ανάπτυξη της δυναμικής της ομάδας στο νηπιαγωγείο. Μια βιωματική προσέγγιση. Στο Σ. Πανταζής, Θ. Μπάκας, Μ. Σακελλαρίου & Ε. Καινούριου (Επιμ.), *2ο Συνέδριο Προσχολικής Αγωγής, 22-24 Οκτωβρίου 2012* (Β΄ Τόμος, σσ. 452-466*)*. Ιωάννινα.

Γιώτσα, Α. & Δώνη Ε. (2012β). Εκπαίδευση γονέων παιδιών προσχολικής ηλικίας στο σχολικό πλαίσιο. Εργασία που ανακοινώθηκε στο *2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Σχολών Γονέων «Η Οικογένεια εκπαιδεύεται δια βίου», 8-10 Νοεμβρίου 2012*. Αθήνα: Υ.Π.Δ.Β.Μ.Θ. & Ι.ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ

Γιώτσα, Α. & Ζεργιώτης, Α. (2007). Ομάδες Σχολών Γονέων. Προσδοκίες γονέων και ανάπτυξη της δυναμικής της ομάδας. Στο Μ. Μαλικιώση- Λοίζου (Επιμ.), *Συμβουλευτική Ψυχολογία: Σύγχρονες Προσεγγίσεις* (σσ. 276- 295). Αθήνα: Ατραπός.

Γιώτσα, Α., Μακρή, Ε., Κουτελού, Σ., Σταματελάτου, Α. & Χαβρεδάκη Α. (2011). Συστημική Θεωρία Οικογένειας και Ομάδες Συμβουλευτικής Γονέων. *Επιστημονική Επετηρίδα του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών της Σχολής Επιστημών Αγωγής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 4ος τόμος* (σσ. 4-24). Ιωάννινα: Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Γκλιάου - Χριστοδούλου, Ν. (2004). Προτεραιότητες και καινοτομίες για το Νηπιαγωγείο του 21ου αιώνα. Στο Π. Αγγελίδης & Γ. Μαυροειδής (Επιμ.), *Εκπαιδευτικές καινοτομίες για το Σχολείο του μέλλοντος* (σσ. 85-99). Αθήνα: Τυπωθήτω.

Γκότοβος, Α. (1982). Η αναγκαιότητα της επιμόρφωσης και ο ρόλος της στην αποτελεσματικότητα των αλλαγών στην εκπαίδευση. *Σύγχρονη Εκπαίδευση, 9*, 28-33.

Γκότοβος, Α. (1986). *Η λογική του υπαρκτού σχολείου.* Αθήνα: Σύγχρονη Εκπαίδευση/Gutenberg.

Γκότοβος, Α. (2002). *Παιδαγωγική αλληλεπίδραση*. Αθήνα: Gutenberg.

Γκότοβος, Α. (2010). Παιδαγωγική αλληλεπίδραση και συλλογικές ταυτότητες: Η παιδαγωγική αξία των θεωριών «ενδυνάμωσης» της ταυτότητας. Στο Ε. Μουμουλίδου & Γ. Ρεκαλίδου (Επιμ.), *Μικρές Ομάδες στην Εκπαίδευση* (σσ. 31-41). Αθήνα: Τυπωθήτω.

Γκότοβος, Α. & Μαυρογιώργος, Γ. (1984). Η επαγγελματική κοινωνικοποίηση του νεοδιόριστου εκπαιδευτικού: από το θρανίο στην έδρα. Στο Α. Γκότοβος, Γ. Μαυρογιώργος & Π. Παπακωνσταντίνου, *Κριτική Παιδαγωγική και Εκπαιδευτική Πράξη* (σσ.105-116). Αθήνα: Gutenberg.

Γκότοβος, Α., Μαυρογιώργος, Γ. & Παπακωνσταντίνου, Π. (1992). *Η κριτική Παιδαγωγική και Εκπαιδευτική Πράξη*. Αθήνα: Gutenberg.

Cole, M. & Cole, S. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών. Γνωστική και Ψυχοκοινωνική Ανάπτυξη κατά τη Νηπιακή και Μέση Παιδική ηλικία*.(Τόμ. Β΄) (Μτφρ. Μ. Σόλμαν). Αθήνα: Τυπωθήτω– Γιώργος Δαρδάνος.

Γουριώτου, Ε. (χ.χ) *Η εκπαίδευση των μικρών παιδιών στην παγκόσμια κοινωνία: Ζητήματα αναλυτικών προγραμμάτων*. Ανακτήθηκε 25 Ιουνίου, 2014, από: http://www.pischools.gr/download/publications/epitheorisi/teyxos12/gourgiotou.pdf

Δαφέρμου, Χ., Κουλούρη, Π. & Μπασαγιάννη, Ε. (2006). *Οδηγός Νηπιαγωγού. Εκπαιδευτικοί σχεδιασμοί – Δημιουργικά περιβάλλοντα μάθησης*. Αθήνα: ΟΕΔΒ.

Δημητρόπουλος, Ε. Γ. (1999). *Εκπαιδευτική αξιολόγηση. Η αξιολόγηση της εκπαίδευσης και του εκπαιδευτικού έργου.* Αθήνα: Γρηγόρης.

Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγράμματος Σπουδών (ΔΕΠΠΣ). (2003). ΦΕΚ 303 και 304/13-3-03, τχ. Β, Τόμοι Α΄ & Β΄. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛ.ΣΤΑΤ). Ανακτήθηκε 27 Φεβρουαρίου, 2012, από : http://www.statistics.gr/

Ευαγγελόπουλος, Σ. (1989). *Η ιστορία της νεοελληνικής εκπαίδευσης*. Αθήνα: Δανιά.

Feldman, R. S. (2009). *Εξελικτική Ψυχολογία. Δια Βίου Ανάπτυξη* (Τομ. Α΄). (Μτφρ. Ζ. Αντωνοπούλου). Αθήνα: Gutenberg.

Fontana, D. (1996). *Ψυχολογία για Εκπαιδευτικούς* (Μτφρ. Μ. Λώμη.). Αθήνα: Σαββάλας.

Ζεργιώτης, Α. (2008). Η επικοινωνία στην παιδαγωγική σχέση, ως παράγων διαμόρφωσης του ψυχοσυναισθηματικού κλίματος της σχολικής τάξης. Στο Ε. Μακρή - Μπότσαρη (Επιμ.), *Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης*. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. Ανακτήθηκε 15 Μαρτίου, 2015, από :http://www.pi-schools.gr/programs/sxoltaxi/tomos_A.pdf

Η Διδασκαλία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο σχολείο (2005). (Μτφρ & Επιμ: Ε. Αργυροπούλου) (2005). Αθήνα: Ελληνικό Συμβούλιο για τους πρόσφυγες. Ανακτήθηκε 28 Μαρτίου, 2014, από: http://www.amnesty.org.gr/how-to-start-a-training-program-for-human-rights in-my-class

Θάνος, Θ. (2012). *Αποκλίνουσα και παραβατική συμπεριφορά των μαθητών στο σχολείο: Οι απόψεις των εκπαιδευτικών, Νηπιαγωγείο- Δημοτικό Σχολείο*. Θεσσαλονίκη: Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε.

Ίδρυμα Νεολαίας και Δια Βίου Μάθησης (Ι.ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ) (2014). *Οι Σχολές Γονέων.* Ανακτήθηκε 20 Φεβρουαρίου, 2014, από: http://www.inedivim.gr/index.php/2012-09-20-08-04-51

Κακαβούλης, Α. (1990). *Ψυχοπαιδαγωγική Α΄. Συναισθηματική Ανάπτυξη και Αγωγή.* Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Κακανά, Δ. (2006) (Επιμ.). *Η αξιολόγηση στην εκπαίδευση: Παιδαγωγική και Διδακτική Διάσταση.* Θεσσαλονίκη: Αφοί Κυριακίδη.

Κάκουρος, Ε. & Μαναδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση.* Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). *Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές/ Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία* (σσ. 97-110). Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας.

Καλαντζή - Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ. & Ευσταθίου, Γ. (2006). Ο έγκαιρος εντοπισμός προβλημάτων συμπεριφοράς στο σχολείο - το παράδειγμα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ). *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία, 8*(2), 30-53.

Καλύβα, Ε., Καραγιάννη, Π., Τζιάστας, Θ., Τσοντάκη, Μ. & Χατζηαλεξιάδου, Ε. (2007). Η Επίδραση της Εξουθένωσης των Εκπαιδευτικών στην Αντίληψη Ανεπιθύμητων Συμπεριφορών από τους Μαθητές. Στο Γ. Καψάλης & Α. Κατσίκης (Επιμ.), *Η Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση και οι Προκλήσεις της Εποχής μας. Ιωάννινα, 17 - 20 Μαΐου 2007* (σσ. 1279–1283). Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Σχολή Επιστημών Αγωγής.

Καραγιάννη, Σ. & Σακελλαρίου, Μ. (2008). Η δια βίου κατάρτιση ως παράγοντας επαγγελματισμού των νηπιαγωγών. Στο Δ.Μ. Κακανά, Γ. Σιμούλη (Επιμ.), *Η Προσχολική Εκπαίδευση στον 21ο αιώνα*. (σσ. 164-174). Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.

Καραμπέρη-Τζουριάδου, Ε. & Πανταζή, Σ. (2004). *Παιχνίδια-δραστηριότητες συνεργασίας, επίλυσης συγκρούσεων. Παιδαγωγικά παιχνίδια*. Ιωάννινα: Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Κασσωτάκης, Μ. (1999). *Η αξιολόγηση της επίδοσης των μαθητών. Μέσα, μέθοδοι, προβλήματα, προοπτικές*. Αθήνα: Γρηγόρης.

Κιτσαράς, Γ. (1998). *Προσχολική παιδαγωγική*. Αθήνα: Α΄ Αυτοέκδοση.

Κιτσαράς, Γ. (2001) *Προσχολική Παιδαγωγική*, Αθήνα : Β΄ Αυτοέκδοση.

Κλεφτάρας, Γ. (2011). Το παιδί με καταθλιπτικά συμπτώματα και η αντιμετώπισή του από τον δάσκαλο. Στο Μ. Ζαφειροπούλου & Α. Καλαντζή-Αζίζη (Επιμ.), *Προσαρμογή στο σχολείο* (σσ. 423-456). Αθήνα: Πεδίο.

Κόκκινος, Κ. & Αϊβάζογλου, Α. (2006). Επαγγελματική Εξουθένωση σε Εκπαιδευτικούς Ειδικής και Γενικής Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. *Πρακτικά 9ου Συνεδρίου Παιδαγωγικής Εταιρείας Κύπρου, 2-3 Ιουνίου, 2006* (σσ. 1065–1074). Λευκωσία: Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Κόνσολας, Μ. (2007). Η συναισθηματική αγωγή στην προσχολική εκπαίδευση. Μια κριτική προσέγγιση στο πλαίσιο του ΔΕΠΣΣ. *4ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης (ΕΛΛ.Ι.Ε.Π.ΕΚ.), 4- 6 Μαΐου 2007* (σσ.440- 446). Αθήνα. Ανακτήθηκε 14 Απριλίου, 2012, από: http://www.elliepek.gr/documents/4o_synedrio_eisigiseis/440_447.pdf

Κοντάκος, Α. & Πολεμικός, Ν. (2000). *Η μη λεκτική επικοινωνία στο Νηπιαγωγείο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κοντοπούλου, Ε. Η. (2002). *Ψυχομετρία.* Αθήνα: Interbooks.

Κουλάκογλου, Κ. (1998). *Ψυχομετρία και Ψυχολογική αξιολόγηση*. Αθήνα: Παπαζήση.

Κουλουμπαρίτση, Α. & Ματσαγγούρας, Η. (2004). Φάκελος εργασιών του μαθητή (portfolio assessment): Η αυθεντική αξιολόγηση στη διαθεματική διδασκαλία. Στο Π. Αγγελίδης & Γ. Μαυροειδής (Επιμ.), *Εκπαιδευτικές καινοτομίες για το σχολείο του μέλλοντος* (σσ. 55-83). Αθήνα: Τυπωθήτω – Γ. Δάρδανος.

Κουρκούτας, Η. Ε. (2011). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά : Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Τόπος.

Κουρμούση, Ν. (2012). *Εκπαίδευση σε ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες στο πλαίσιο της αγωγής υγείας στο νηπιαγωγείο*. (Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή). Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα.

Κούτρας, Β. & Γιαννοπούλου, Μ. (2004). Μορφές Βίαιης συμπεριφοράς μεταξύ των παιδιών στο χώρο του σχολείου. Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση τους. *Επιστημονική Επετηρίδα του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών της Σχολής Επιστημών Αγωγής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Τόμος Γ΄* (σσ. 63-72). Ιωάννινα: Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Κούτρας, Β. & Κουρμούση, Ν. (2011). *Βήματα για τη ζωή.* Αθήνα: Παπαζήση.

Κουτσουβάνου, Ε. και συν. (1990). *Μορφές και τρόποι εργασίας στο νηπιαγωγείο*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Κουτσουβάνου, Ε. (2003). *Προγράμματα προσχολικής εκπαίδευσης και η διαθεματική διδακτική προσέγγιση.* Αθήνα: Οδυσσέας.

Κυριακίδου, Μ., Πορσέλη, Α. & Τερζοπούλου, Γ. (2006). *Ο Πυξιδούλης κι η Πυξιδούλα στο νηπιαγωγείο*. Συκιές Θεσσαλονίκης: Πυξίδα.

Κωνσταντίνου, Χ. (χ.χ). *Ο αριθμός των μαθητών ανά τάξη ως σημαντικό κριτήριο για την ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης*. Ανακτήθηκε 25 Φεβρουαρίου, 2014, από: http://alfavita.gr

Κωνσταντίνου, Χ. (1992*). Η αξιολόγηση της επίδοσης των μαθητών από τη σκοπιά της παιδαγωγικής λειτουργίας. Επιστημονική Επετηρίδα του Παιδαγωγικού Τμήματος Δ.Ε.* Ιωάννινα: Π.Τ.Δ.Ε., Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Κωνσταντίνου, Χ. (1997). *Σχολική Πραγματικότητα και Κοινωνικοποίηση του Μαθητή-Σκιαγράφηση των Κοινωνικοποιητικών Μηνυμάτων του Σχολείου και των Εκπαιδευτικών.* Αθήνα: Gutenberg.

Κωνσταντίνου, Χ. (2000). *Η αξιολόγηση της επίδοσης του μαθητή ως Παιδαγωγική Λογική και Σχολική Πρακτική*. Αθήνα: Gutenberg.

Κωνσταντίνου, Χ. (2001). *Η Πρακτική του Εκπαιδευτικού στην Παιδαγωγική Επικοινωνία: ο Αυταρχισμός ως Κυρίαρχο Γνώρισμα της Υπαρκτής Σχολικής Πραγματικότητας.* Αθήνα: Gutenberg.

Κωνσταντίνου, Χ. (2015). *Το καλό σχολείο, ο ικανός εκπαιδευτικός και η κατάλληλη αγωγή ως παιδαγωγική θεωρία και πράξη. Μια προσέγγιση βασισμένη σε θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα.* Αθήνα: Gutenberg.

Λαζαράτου, Ε. & Δικαίος, Δ. (2002). Η αναπτυξιακή θεώρηση των διαταραχών ύπνου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 19*(6), 633-644.

Λαζαρίδου, Μ. (2009). *Ανάλυση Επιμορφωτικών Αναγκών των Δασκάλων του Ν. Θεσσαλονίκης* (Μεταπτυχιακή Εργασία). Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.

Μάγος, Κ. (2005) Προσεγγίζοντας τον Άλλον: Εκπαίδευση Ενηλίκων και Διαπολιτισμική Ικανότητα. *2ο Διεθνές Συνέδριο της Επιστημονικής Ένωσης Εκπαίδευσης Ενηλίκων: Εκπαίδευση Ενηλίκων και Κοινωνικές Δεξιότητες. 16-18 Δεκεμβρίου 2005* (σσ. 199-209). Ανακτήθηκε 10 Μαρτίου, 2015, από: http://blogs.sch.gr/kkiourtsis/files/2011/06/praktika-synedriou-EEEE.pdf

Μανωλίτσης, Γ. (2002). Εντοπισμός από νηπιαγωγούς παιδιών με αναπτυξιακά προβλήματα. Στο Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης (Επιμ.), *Ψυχοπαιδαγωγική της Προσχολικής Ηλικίας. Πρακτικά Επιστημονικού Συνεδρίου* (Τόμος Α', σσ. 504 – 513*).* Ρέθυμνο: Τμήμα Π.Τ.Π.Ε, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Μανωλίτσης, Γ. (2013). *Αξιολόγηση της συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας: Ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς στην τάξη με τον ΚΕΣΠΗ – Α*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

Μανωλίτσης, Γ. & Τάφα, Ε. (2005). Κατάλογος ελέγχου για την ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία. *Ψυχολογία, 12*(2), 153 – 178.

Μαραγκιουδάκης, Γ. & Πατρίκη-Καλλίρη, Α. (1991). Αναλυτικό πρόγραμμα Νηπιαγωγείου. Στο *Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – Λεξικό* (Τόμος, 6ος, σσ. 3310-3313). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαραγκουδάκη, Ε. (2007α). *Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για την προώθηση της ισότητας των φύλων στο σχολείο: Βιβλίο - εγχειρίδιο για τους/τις εκπαιδευτικούς*. Ιωάννινα: Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (Ειδική Υπηρεσία Διαχείρησης ΕΠΕΑΚ) Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα ΦΠΨ, Τομέας Παιδαγωγικής.

Μαραγκουδάκη, Ε. (2007β). *Προγράμματα υποστήριξης αρχικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης γυναικών. Παραγωγή βοηθητικού εκπαιδευτικού υλικού για την εισαγωγή θεμάτων σχετικά με τα φύλα στην εκπαιδευτική.* Ιωάννινα: Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (Ειδική Υπηρεσία Διαχείρησης ΕΠΕΑΕΚ ΙΙ-2000-2006 – Μέτρο 4.1 – Ενέργεια 4.1.1 Κατηγορία Πράξης 4.1.1.δ), Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα ΦΠΨ, Τομέας Παιδαγωγικής.

Ματθαίου, Δ. (2008). Από την Επιμόρφωση στη Διαρκή Επαγγελματική Ανάπτυξη του Εκπαιδευτικού – Νέες Προτεραιότητες και Προσεγγίσεις. Στο Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, *Επιμόρφωση Στελεχών της Εκπαίδευσης: Δράσεις – Αποτελέσματα – Προοπτικές* (σσ. 99–106). Βόλος: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

McAfee, O., Leong, D. J. & Bodrova, E. (2010). *Βασικές αρχές της αξιολόγησης στην προσχολική αγωγή και εκπαίδευση*. (Μτφρ. Τ. Πλυτά) (Επιμ. Μ. Σακελλαρίου & Μ. Κόνσολας). Αθήνα: Παπαζήση.

Μέλλον, Ρ. (2010). *Κλινική Ψυχομετρία.* Αθήνα : Πεδίο.

Μούζουρα, Ε. (χ.χ.). *Υποκειμενικές Αντιλήψεις Εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης για Προβλήματα Συμπεριφοράς και Μάθησης Μαθητών/τριών.* Ανακτήθηκε 23 Οκτωβρίου, 2014, από: http://pammak.wordpress.com/

Μπάκας, Θ. (1997). Για ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σχολείο. *Το Σχολείο του Μέλλοντος, 22*, 4-5.

Μπάκας, Θ. (1998). Το ολοήμερο σχολείο. *Το Σχολείο του Μέλλοντος, 24*, 7.

Μπάκας, Θ. (2005). *Η διοίκηση των Νηπιαγωγείων. Σύγχρονο Νηπιαγωγείο, 46*, 72-79.

Μπάκας, Θ. (2010). *Οργάνωση, Διοίκηση και Λειτουργία του Σύγχρονου Νηπιαγωγείου*. Ιωάννινα: Αυτοέκδοση.

Μπάκας Θ. & Δημητριάδη Ε. (2010). Η εκπαιδευτική πολιτική στην Ελλάδα κατά τον 20ο αιώνα για τη φοίτηση των νηπίων στο νηπιαγωγείο. Στο Σ. Πανταζής, Θ. Μπάκας, Μ. Σακελλαρίου & Ε. Καινούριου (Επιμ.), *2ο Συνέδριο Προσχολικής Αγωγής, 22-24 Οκτωβρίου 2012* (Τόμος Β΄, σσ. 482-511). Ιωάννινα.

Μπάκας, Θ. & Μπατσούτα, Μ. (2010). Για μια νέα οργανωτική δομή της Προσχολικής Αγωγής. *Πρακτικά του 1ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Επιστημών εκπαίδευσης* (σσ.609-617). Αθήνα: Σμυρνιωτάκης.

Μπαμπινιώτης, Γ. (1998). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.

Μπατσούτα, Μ. & Παπαγιαννίδου, Χ. (2006). Διερεύνηση των επιμορφωτικών αναγκών των νηπιαγωγών. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων, 11,* 143-157.

Μπεζεβέγκης, Γ. Η. & Γιαννίτσας, Δ. Γ. (2000). Δομή και λειτουργία φορέων ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων. Στο Α. Καλαντζή-Αζίζι & Η. Γ Μπεζεβέγκης (Επιμ.), *Θέματα επιμόρφωσης και ευαισθητοποίησης στελεχών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων* (σσ. 75-94). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μπεζεβέγκης, Η. & Παυλόπουλος, Β. (2002). Ερωτηματολόγιο «Διαστάσεις προσωπικότητας παιδιών και εφήβων» (Ε-ΔΙΠΡΟΠΕ) για παιδιά 2-4, 5-7, 8-10, και 11-13 ετών. Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Επιμ.), *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα* (σσ. 254-262). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μπεζεβέγκης, Η., Παυλόπουλος, Β. & Γεωργουλέας, Γ. (2002). Οι «πέντε μεγάλοι» παράγοντες της προσωπικότητας και προβλήματα συμπεριφοράς παιδιού και εφήβου. Στο Α. Ρούσσου (Επιμ.), *Θέματα Ψυχομετρίας στην κλινική πράξη και έρευνα* (σσ. 321-328). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μπότσογλου, Κ. & Παναγιωτίδου, Ε. (2006). Μορφές και τεχνικές αξιολόγησης των νηπίων στο νηπιαγωγείο. Στάσεις και πρακτικές των παιδαγωγών προσχολικής ηλικίας. Στο Δ. Κακανά, Κ., Μπότσογλου, Ν. Χανιωτάκης & Ε. Καβαλάρη (Επιμ.), *Η αξιολόγηση στην εκπαίδευση: Παιδαγωγική και διδακτική διάσταση* (σσ.149-155). Θεσσαλονίκη: Αδελφοί Κυριακίδη.

Μπουζάκης, Σ. (Επιμ.) (2000). *Η επιμόρφωση και η μετεκπαίδευση των δασκάλων-διδασκαλισσών και των νηπιαγωγών στο νεοελληνικό κράτος*. Αθήνα: Gutenberg.

Μυλωνάκου - Κεκέ, Η. (1996). *Η δυναμική της οικογένειας μέσα από τα παιδικά σχέδια: Έρευνα στο σχολικό περιβάλλον με την αξιοποίηση του σχεδίου της οικογένειας σε δράση* (Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Μυλωνάκου - Κεκέ, Η. (2006). *Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις στην Επικοινωνία Σχολείου, Οικογένειας και Κοινότητας*. Αθήνα: Ατραπός.

Μυλωνάκου - Κεκέ, Η. (2007). *Σχολείο, Οικογένεια και Κοινότητα. Αναπτύσσοντας τη συνεργασία.* Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Μυλωνάκου - Κεκέ, Η. (2009). *Συνεργασία σχολείου, οικογένειας και κοινότητας: θεωρητικές προσεγγίσεις και πρακτικές εφαρμογές.* Αθήνα: Παπαζήση.

Νικολάου, Ε. & Κόνσολας, Ε. (2009) Διδασκαλία κοινωνικών δεξιοτήτων σε παιδιά με κοινωνικές αναστολές: συμβουλευτική παρέμβαση στο χώρο του σχολείου. *Παιδαγωγική - Θεωρία και Πράξη, 3,* 94-106.

Νόμος ΒΤΜΘ΄ του 1895. *Περί στοιχειώδους ή δημοτικής εκπαιδεύσεως,* ΦΕΚ 37/05-10-1895, τχ. Α΄. Αθήναι.

Νόμος 1268/16-7-1982. *Για τη δομή και λειτουργία των Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων*, ΦΕΚ 87, τχ. Α΄. Αθήνα.

Νόμος 1566/85. *Δομή και Λειτουργία της πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και άλλες διατάξεις*, ΦΕΚ 194/1984, τχ. Α΄. Αθήνα.

Νόμος 2525/97. *Ενιαίο Λύκειο, Πρόσβαση των αποφοίτων του στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού έργου και άλλες διατάξεις* Φ.Ε.Κ 32/522/87900/Γ1/1-09-2004. Αθήνα.

Νόμος 3518/21- 12- 2006. *Θέματα Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.* ΦΕΚ 272, τχ. Α΄. Αθήνα.

Νόμος 3699/2008. *Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες*, ΦΕΚ 199/ τχ. Α΄/2.10.2008. Αθήνα.

Ντολιοπούλου, Ε. (1999). *Σύγχρονες τάσεις της προσχολικής αγωγής.* Αθήνα: Τυπωθήτω- Δάρδανος.

Ντολιοπούλου, Ε. (2000). *Σύγχρονα προγράμματα για παιδιά προσχολικής ηλικίας.* Αθήνα: Τυπωθήτω, Δαρδανός.

Ντολιοπούλου, Ε. (2002). *Σύγχρονα προγράμματα για παιδιά προσχολικής αγωγής.* Αθήνα: Τυπωθήτω.

Ντολιοπούλου, Ε. (2007). Η υποχρεωτικότητα στο ελληνικό Νηπιαγωγείο. Στο Μ. Κακανά & Α. Σιμούλη (Επιμ.), *Η προσχολική εκπαίδευση στον 21ο αιώνα* (σσ. 60-70). Αθήνα: Επίκεντρο.

Ντολιοπούλου Μ. & Γουριώτου, Ε. (2008). *Η αξιολόγηση στην εκπαίδευση με έμφαση στην προσχολική*. Αθήνα: Gutenberg.

Ξωχέλλης, Π. (2006). *Ο εκπαιδευτικός στον σύγχρονο κόσμο. Ο ρόλος και το επαγγελματικό του προφίλ σήμερα, η εκπαίδευση και η αποτίμηση του έργου του*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.

Ξωχέλης, Π. & Παπαναούμ, Ζ. (2000). *Η ενδοσχολική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών. Ελληνικές εμπειρίες 1997-2000.* Θεσσαλονίκη: Action A.E.

Οδηγός μελετών για διδακτήρια όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης: Οργανισμός Σχολικών Κτιρίων (ΟΣΚ). Αθήνα, 2008. Ανακτήθηκε 27 Ιανουαρίου, 2015, από: http://www.osk.gr/UserFiles/File/Odigos_Meleton.pdf

Οικονομίδης, Β. Δ. (2003). *Το δεκτικό λεξιλόγιο παιδιών ηλικίας 5,5 – 6,5 ετών.* Αθήνα: Γρηγόρης.

Π.Δ. 54/1973. *Έκδοση απόφασης σχετικά με την έναρξη διαδικασίας πρόκρισης και εκλογής νηπιαγωγών και εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για μετεκπαίδευση στο Μαράσλειο Διδασκαλείο Δημοτικής Εκπαίδευσης*, ΦΕΚ 141, τ.χ. Α΄.

Π.Δ. 476/1980. *Περί του Αναλυτικού και Ωρολογίου Προγράμματος του Νηπιαγωγείου,* ΦΕΚ 132/22-05-1980, τχ. Α΄.

Π.Δ. 486/1989. *Αναλυτικό και Ωρολόγιο πρόγραμμα του Νηπιαγωγείου*, ΦΕΚ, 208/1989, τχ. Α΄.

Π.Δ. 200/13-7-98. *Οργάνωση και λειτουργία των νηπιαγωγείων*, ΦΕΚ 161, τ.χ. Α΄.

Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (2008α). *Επιμόρφωση και Αξιολόγηση στο χώρο της Εκπαίδευσης.* Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (2008β). *Η ποιότητα στην εκπαίδευση. Έρευνα για την αξιολόγηση ποιοτικώνχαρακτηριστικών του συστήματος Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.* Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (2009). *Πρόταση για την Επιμόρφωση των Εκπαιδευτικών*. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Διατμηματική Επιτροπή για τη Μορφωτική Αυτοτέλεια του Λυκείου και τον Διάλογο για την Παιδεία.

Πανταζής, Σ. & Σακελλαρίου, Μ. (2005). *Προσχολική Παιδαγωγική. Προβληματισμοί – Προτάσεις.* Αθήνα: Ατραπός.

Παπαδιώτου - Αθανασίου, Β. (2000). *Οικογένεια και όρια*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαθεοφίλου, Ρ., Σώκου-Μπάδα, Κ., Μιχελογιάννης, Ι. & Παντελάκης, Σ. (1989). Σχολική Επίδοση. Κοινωνικοί, ψυχικοί και σωματικοί παράγοντες: Ψυχική διαταραχή και σχολική επίδοση. *Ψυχολογικά Θέματα, 1*(3), 211-229.

Παπακωνσταντίνου, Π. (1992α). Εκπαιδευτικό έργο και κατάρτιση των εκπαιδευτικών. Στο: *Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού έργου: Βασική κατάρτιση και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών* (σσ. 125-152). Αθήνα : Εκδοτικός Όμιλος Συγγραφέων – Καθηγητών.

Παπακωνσταντίνου, Π. (1992β) Εκπαιδευτικό έργο: από τον προβληματισμό στο σχεδιασμό. Στο: *Εκπαιδευτικό έργο: προβληματισμός, σχεδιασμός, υλοποίηση, αξιολόγηση* (σσ. 36-57). Αθήνα: ΟΛΜΕ.

Παπακωνσταντίνου, Π. (1993). *Εκπαιδευτικό έργο και αξιολόγηση στο σχολείο. Κριτική ανάλυση- Υλικό υποστήριξης*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Παπαναούμ, Ζ. (2003). *Το επάγγελμα του εκπαιδευτικού: θεωρητική και εμπειρική προσέγγιση.* Αθήνα: Τυπωθήτω - Γιώργος Δαρδανός.

Παπασταμάτης, Α. (1998). Είναι αποτελεσματική η διδασκαλία του «σκέπτομαι και γράφω;». *Παιδαγωγική Επιθεώρηση, 28,* 37–53.

Παπαστάμου, Σ. (2001). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1985). *Εξελικτική Ψυχολογία.* Αθήνα. : Αυτοέκδοση.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1990). *Στατιστική* (Τομ. Β΄). Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993α). *Στατιστική Εφαρμοσμένη στις Επιστήμες της Συμπεριφοράς.* Αθήνα : Αυτοέκδοση.

Παρασκευόπουλος. Ι.Ν. (1993β). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας* (Τομ.Β΄). Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Παρασκευόπουλος, Ι. & Γιαννίτσας, Ν. (1999). *Ερωτηματολόγιο Δια -προσωπικής και Ενδο-προσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ).* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πατινιώτης, Ν. (2005). *Το Ολοήμερο Νηπιαγωγείο*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Πιστιόλη, Ε. (χ.χ). *Η γνωστική, κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη μαθητών που φοιτούν σε Μονοθέσια και Ολιγοθέσια Δημοτικά σχολεία* (Διδακτορική Διατριβή). Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα.

Πιστοφίδου, Φ. (2009). *Η εκπαίδευση των Γονέων στην Ελλάδα- Η περίπτωση των Σχολών Γονέων.* (Μεταπτυχιακή εργασία). Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα Φιλοσοφίας και Παιδαγωγικής Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

Πούλιος. Ι. (1999). *Η παιδική επιθετικότητα στο σχολείο. 77 δραστηριότητες για εκπαιδευτικούς και γονείς.* Αθήνα: Σμυρνιωτάκης.

Πούλου, Μ. (2013). Καταθλιπτικά συμπτώματα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας : Κατάλογος ανίχνευσης για εκπαιδευτικούς. *Hellenic Journal of Psychology, 10,* 147-167.

Πρακτικά 2ου Πανελληνίου Συνέδριου Σχολών Γονέων. Η οικογένεια εκπαιδεύεται....δια βίου, 7- 9 Νοεμβρίου 2012. Αθήνα: Σχολές Γονέων της Γενικής Γραμματείας Διά Βίου Μάθησης (Γ.Γ.Δ.Β.Μ.) και του Ιδρύματος Νεολαίας και Διά Βίου Μάθησης του Υπουργείου Παιδείας, Θρησκευμάτων, Πολιτισμού και Αθλητισμού.

Πρότυπος Συμβουλευτικός Οδηγός – Πρότυπο Υλικό. Αναλυτική παρουσίαση προγραμμάτων και δράσεων για τη διαφορετικότητα, τα ανθρώπινα δικαιώματα, τη βία και την Αντιρατσιστική αγωγή. Αθήνα: Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης ΕΠΕΚΔΙΒΙΜ του Υπουργείου Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, I-RED Ιδιαίτερο Ινστιτούτο για τα Δικαιώματα, την Ισότητα & την Ετερότητα.

Πρώτα βήματα. Εγχειρίδιο για τη Βασική Εκπαίδευση στα Ανθρώπινα Δικαιώματα - Διεθνής Αμνηστία (2007). (Μτφρ. Α. Γιαννόγκονα, Κ. Παπαχρήστος & Α. Συλλιγαρδάκη). Αθήνα: Πατάκη.

Ρεκαλίδου Γ., Ζάνταλη Θ. & Σοφιανίδου Μ. (2010). *Η αξιολόγηση στο Νηπιαγωγείο. Πιλοτική εφαρμογή ενός Σχεδίου Αξιολόγησης και Αυτοαξιολόγησης με βάση τον Φάκελο Εργασιών.* Ανακτήθηκε 24 Οκτωβρίου, 2014, από: https://sdoukakis.files.wordpress.com/2011/05/gr_tz_ms.pdf

Σακελλαρίου, Μ. (2002α). Η κοινωνική μάθηση στο νηπιαγωγείο. *Σύγχρονο Νηπιαγωγείο, 27,* 8-11.

Σακελλαρίου, Μ. (2002β). *Εισαγωγή στη Διδακτική της Κοινωνικής και Παιδαγωγικής Εργασίας στο νηπιαγωγείο.* Αθήνα: Ατραπός.

Σακελλαρίου, Μ. (2005). Οι φιλίες των παιδιών στο νηπιαγωγείο. Μια προσέγγιση μέσα από τα ερευνητικά δεδομένα. Στο Σ. Πανταζής & Μ. Σακελλαρίου (Επιμ.), *Προσχολική Παιδαγωγική. Προβληματισμοί – Προτάσεις* (σσ. 325-353). Αθήνα: Ατραπός.

Σακελλαρίου, Μ. (2006α). Αυθεντική Αξιολόγηση και Καθημερινή Πρακτική στο Νηπιαγωγείο: Απόψεις παιδαγωγών και μελλοντικών παιδαγωγών προσχολικής ηλικίας. *Πρακτικά 1ου Εκπαιδευτικού Συνεδρίου, Περιφερειακής Δ/νσης Εκπαίδευσης Ηπείρου* (σσ. 21-32). Ιωάννινα. Ανακτήθηκε 28 Απριλίου, 2014, από http://srv-ipeir.pde.sch.gr/educonf/

Σακελλαρίου, Μ. (2006β). Απόψεις παιδαγωγών και μελλοντικών παιδαγωγών προσχολικής ηλικίας για την αυθεντική αξιολόγηση και την καθημερινή πρακτική στο νηπιαγωγείο: μια συγκριτική προσέγγιση. *Πρακτικά 5ου Πανελληνίου Συνεδρίου της Παιδαγωγικής Εταιρίας Ελλάδος,* 24-26 Νοεμβρίου (σσ. 397-406). Θεσσαλονίκη. Ανακτήθηκε 25 Σεπτεμβρίου, 2013, από: http://www.pee.gr/

Σακελλαρίου, Μ. (2008). *Συνεργασία Οικογένειας και Νηπιαγωγείου. Θεωρία, Έρευνα, Διδακτικές Προτάσεις.* Θεσσαλονίκη: Αυτοέκδοση.

Σούλης, Σ. (2007). Επαγγελματική Αποτελεσματικότητα των Εδικών Παιδαγωγών: Η Άποψη των Γονέων. Στο Γ. Καψάλης & Α. Κατσίκης, (Επιμ.), *Η Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση και οι Προκλήσεις της Εποχής μας. 17 - 20 Μαΐου 2007* (σσ. 1259–1268). Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Σχολή Επιστημών Αγωγής.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα: Νέα επαυξημένη και βελτιωμένη έκδοση*. Αθήνα: Πεδίο.

Σταμάτης, Π. (2003). Παιδαγωγική Επικοινωνία: το Παράδειγμα της Απτικής Συμπεριφοράς στο Νηπιαγωγείο. (Διδακτορική Διατριβή). Τ.Ε.Π.Α.Ε.Σ Πανεπιστημίου Αιγαίου, Ρόδος.

Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων (1978). *Κώδικας Δεοντολογίας.* Αθήνα.

Σφυρόερα, Μ. (2004). Διαφοροποιημένη παιδαγωγική. Εκπαίδευση Μουσουλμανοπαίδων 2002- 2004. Στο Α. Ανδρούσου (Επιμ.), *Κλειδιά και Αντικλείδια* (σσ. 1-34). (ΥΠΕΠΘ, ΕΠΕΑΕΚ ΙΙ, Μέτρο ι.ι). Ανακτήθηκε 13 Μαρτίου, 2014, από: http://www.kleidiakaiantikleidia.net/wardrobe.html

Τομάρας, Π. (2005). *Εφηρμοσμένη Έρευνα Marketing*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Τριλίβα, Σ., Αναγνωστοπούλου, Τ. & Χατζηνικολάου, Σ. (2008). *Ούτε καλύτερος, ούτε χειρότερος, απλά διαφορετικός*. Αθήνα: Gutenberg.

Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2012). Θέματα Δεοντολογίας στην ψυχολογική αξιολόγηση. Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση, *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα* (σσ. 92- 107). Αθήνα: Πεδίο.

Τσίρος, Χ. & Παπαπέτρου, Σ. (2008). Επαγγελματική Εξουθένωση και Αυτοεκτίμηση των Εκπαιδευτικών σε Συνάρτηση με την Έννοια του «Αισθητηριακού Τύπου» (Ερευνητική Μελέτη Περίπτωσης). Στο Πρακτικά *1ου Πανελληνίου συνεδρίου για την Επιμόρφωση Στελεχών της Εκπαίδευσης: Δράσεις – Αποτελέσματα – Προοπτικές* (σσ. 155–171). Βόλος: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων (Υ.Π.Β.Μ.Θ) (2011). *Πιλοτικό Πρόγραμμα Σπουδών για το Νηπιαγωγείο* [«ΝΕΟ ΣΧΟΛΕΙΟ (σχολείο 21ου αιώνα)- Νέα Πρόγραμμα Σπουδών, Οριζόντια Πράξη» (ΕΣΠΑ 2007-13/)]. Ανακτήθηκε 12 Μαρτίου, 2012, από: http://digitalschool.minedu.gov.gr/info/newps

Υφαντή, Α. Α. & Βοζαΐτης, Γ. Ν. (2007). Επαγγελματική ανάπτυξη των εκπαιδευτικών και επιμόρφωση. *Διοικητική Ενημέρωση, 40,* 87-105.

Φλουρής, Γ. (1983). *Αναλυτικά προγράμματα για μια νέα εποχή στην εκπαίδευση.* Αθήνα: Γρηγόρης.

Φύκαρης, Ι. (2002). *Τα ολιγοθέσια δημοτικά σχολεία στην ελληνική εκπαίδευση.* Θεσσαλονίκη: Αδερφοί Κυριακίδη.

Χατζηπαναγιώτου, Π. (2001). *Η Επιμόρφωση των Εκπαιδευτικών: Ζητήματα Οργάνωσης, Σχεδιασμού και Αξιολόγησης*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γ. Δαρδανός.

Χατζησωτηρίου, Χ. & Ξενοφώντος. Κ. (Επιμ.) (2014). *Η διαπολιτισμική εκπαίδευση. Προκλήσεις, παιδαγωγικές θεωρήσεις και εισηγήσεις.* Ανακτήθηκε 3 Ιανουαρίου, 2015, από: http://www.saitapublications.gr/2014/01/ebook.75.html

Χατζηχρήστου, Χ. (2004). *Εισαγωγή στη Σχολική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Χατζηχρήστου, Χ. (2011). *Κοινωνική και Συναισθηματική Αγωγή στο Σχολείο. Πρόγραμμα για την προαγωγή της ψυχικής Υγείας και της Μάθησης στη Σχολική Κοινότητα. Εκπαιδευτικό Υλικό Ι. Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Νηπιαγωγείο, Α΄και Β΄ Δημοτικού.* Αθήνα: Τυπωθήτω.

Χατζηχρήστου, Χ. (2012). Προαγωγή της ψυχικής υγείας και ευεξίας σε επίπεδο συστήματος: το σχολείο ως κοινότητα που νοιάζεται και φροντίζει. Στο Χ. Χατζηχρήστου & Η. Μπεζεβέγκης (Επιμ.), *Θέματα ανάπτυξης και προσαρμογής των παιδιών στην οικογένεια και στο σχολείο* (σσ. 325-354). Αθήνα: Πεδίο.

Χατζηχρήστου, Χ. (2013*). Η ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και η προαγωγή του θετικού κλίματος στη σχολική κοινότητα: Βασικοί προστατευτικοί παράγοντες για την αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού* (Ημερίδα για τον σχολικό εκφοβισμό). Αθήνα: Σύλλογος Διδασκόντων 7ου Δημοτικού Σχολείου Κηφισιάς.

Χατζηχρήστου, Χ. & Hopf, D. (1991). Προβλήματα συμπεριφοράς και σχολικής επίδοσης μαθητών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση, 14 – 15*, 107-143.

Χατζηχρήστου, Χ. & Hopf, D. (1992). Προβλήματα συμπεριφοράς και σχολικής επίδοσης μαθητών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης από τους συνομηλίκους τους. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση, 16*, 141-161.

Χατζηχρήστου, Χ, Λαμπροπούλου, Α & Λυκιτσάκου, Κ. (2004). Ένα διαφορετικό σχολείο: Το σχολείο ως κοινότητα που νοιάζεται.. *Ψυχολογία, 11* (1), 1-19.

Χατζηχρήστου, Χ., Πολυχρόνη, Φ., Μπεζεβέγκης, Η. & Μυλωνάς, Κ. (2008). *Εργαλείο ψυχοκοινωνικής προσαρμογής παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας ή Τεστ Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής*. Αθήνα: ΥΠΕΠΘ.

Χατζηχρήστου, Χ., Πολυχρόνη, Φ., Μπεζεβέγκης, Η. & Μυλωνάς, Κ. (2011). Διερεύνηση εξελικτικών χαρακτηριστικών σχολικής και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής παιδιών προσχολικής ηλικίας και σχολικής ηλικίας με βάση το σταθμισμένο Τεστ Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής, *Ψυχολογία, 18*(4), 503-524.

Χρυσαφίδης, Κ. (2004). *Επιστημολογικές αρχές της προσχολικής αγωγής. Το νηπιαγωγείο στο χώρο της ιδεολογίας και της επιστήμης.* Αθήνα: Τυπωθήτω – Δαρδανός.

Β.ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abecassis, M., Hartup, W. W., Haselager, G. J. T., Scholte, R. H. J. & Van Lieshou, C. F. M. (2003). Mutual Antipathies and Their Significance in Middle Childhood and Adolescence. *Child Development, 73*(5), 1543-1556.

Abel, M. H. & Sewell, J. (1999). Stress and burnout in rural and urban secondary school teachers. *Journal of Educational Research, 92*, 287-293.

Ablow, J. C., Measelle, J. R., Kraemer, H. C., Harrington R., Luby J., Smider N., Dierker L., Clark V., Dubicka B., Heffelfinger A., Essex M. J. & Kupfer D. J. (1999). The MacArthur Three-City Outcome Study: evaluating multi-informant measures of young children's symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(12), 1580-1590.

Abramowitz, J. S. (2006). The Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *The Canadian* Journal of Psychiatry, *51*, 407-401.

Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Ανακτήθηκε 25 Απριλίου, 2014, από : https://bib.aseba.org/

Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs, 80*(7), 1-37.

Achenbach, T. M. (1978). The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6–11. *Journal of consulting and clinical psychology, 46*(3), 478-488.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist and child behavior profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile.* Burlington: University of Vermont, Departmentof Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1997). *Guide for Caregiver- Teacher Report Form for ages 2-5.* Burlington, VT: university of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (2011). Commentary: Definitely more than measurement error: But how should we understand and deal with informant discrepancies? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(1), 80-86.

Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopatholgy with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 251-275.

Achenbach, T. M., Conners, C. K., Quay, H. C., Verhulst, F. C. & Howell, C. T. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *Journal of abnormal child psychology, 17*(3), 299-323.

Achenbach, T. M, Dumenci, L. & Rescorla, L. A. (2000). *Ratings of Relations Between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/ 11/2–5 and C–TRF*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.

Achenbach, T. M. & Dumenci, L. (2001). Advances in empirically based assessment: Revised cross-informant syndromes and new DSM-oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF: Comment on Lengua, Sadowski, Friedrich, and Fisher (2001). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(4), 699-702.

Achenbach, T. M., Dumenci, L. & Rescorla, L. A. (2002). Ten-year comparisons of problems and competencies for national samples of youth self, parent, and teacher reports. *Journal of emotional and Behavioral disorders, 10*(4), 194-203.

Achenbach, T. M., Dumenci, L. & Rescorla, L. A. (2003). Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31,* 1-11.

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin, 85,* 1275-1301.

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children age four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 46*(1), 1–82.

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1984). Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology, 35,* 227–256.

Achenbach, T.W., Edelbrock, C. & Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2-3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15,* 629-650.

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101,* 213–232.

Achenbach, T. M. & Lewis, M. (1971). A proposed model for clinical research and its application to encopresis and enuresis. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 10*(3), 535-554.

Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles.* Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms and profiles.* Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Ackerman, B. P., Brown, E. D. & Izard, C. E. (2004). The relations between persistent poverty and contextual risk and children's behavior in elementary school. *Developmental Psychology, 40*(3), 367-377.

Ackerman, B. P, Kogos, J., Youngstrom, E., Schoff, K. & Izard, C. (1999). Family instability and the problem behaviors of children from economically disadvantaged families. *Developmental Psychology, 35,* 258–268.

Ackerman, B. P., Schoff, K., Levinson, K., Youngstrom, E. & Izard, C. E. (1999). The relations between cluster indexes of risk and promotion and the problem behaviors of 6- and 7-year-old children from economically disadvantaged families. *Developmental Psychology, 35,* 1355–1366.

Adams, J. (2008). *Preschool aggression within the social context: A study of families, teachers, and the classroom environment*. (published Doctoral thesis). Department of Psychology, University of Florida. Ανακτήθηκε στις 6 Μαρτίου, 2015, από: http://etd.lib.fsu.edu/theses/available/etd–07132008–213505/unrestricted/AdamsJDissertation.pdf

Agresti, A. (1996). *An introduction to categorical data analysis*. New York: Wiley.

Agresti, A. (2013). *Categorical data analysis*. John Wiley & Sons.

Agresti, A. & Finlay, B. (1970). *Statistical Methods for the Social Sciences.* CA: Dellen Publishers.

Ahadi, S. A. & Rothbart, M. K. (1994). Temperament, development and the big five. In Halvorson, Kohnstamm, & Geldoph (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood*, pp. 189-207. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Ahmed, S. (2009). *Methods in Sample Surveys. Cluster Sampling*. Johns Hopkins University School of Public Health. Ανακτήθηκε 18 Φεβρουαρίου, 2014, από: http://ocw.jhsph.edu/courses/statmethodsforsamplesurveys/PDFs/Lecture5. pdf

Aiken, L. R. (1991). *Psychological testing and assessment* (7th ed.). Bonston: Allyn & Bacon.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (2014). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.

Akin-Little, K. A., Little, S. G. & Laniti, M. (2007). Teachers' use of classroom management procedures in the United States and Greece: A cross-cultural comparison. *School Psychology International*, *28*, 53-62.

Albers, C. A., Kratochwill, T. R. & Glover, T. A. (2007). Where are we and where do we go now? Universal screening for enhanced educational and mental health outcomes. *Journal of School Psychology*, *45*, 257–263.

Alessandri, M., Heiden, L. A. & Dunbar-Welter, M. (1995). History and Overview. In *Introduction to Clinical Psychology* (pp. 3-19). Springer US.

Alfven, G., Torre, B. & Uvnäs-Moberg, K. (1994). Depressed concentrations of oxytocin and cortisol in children with recurrent abdominal pain of non-organic origin. *Acta paediatrica*, *83*(10), 1076-1080.

Algozzine, B., Horner, R. & Putnam, R. (2008). *Which came first: The achievement or the behavior problem*. Charlotte, NC: Behavior and Reading Improvement Center.

Allen, K. P. (2010). Classroom Management, Bullying, and Teacher Practices. *Professional Educator*, *34*(1). Ανακτήθηκε 20 Φεβρουαρίου, 2014, από: http://eric.ed.gov/?id=EJ988197

Altman, I. (1975). *The environment and social behavior.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

American Educational Research Association, American Psychological Association & British Council on Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological testing.* Washington, DC: American Educational Research Association.

American Psychiatric Association (APA). (1952) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).* Washington, D.C: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (2002). Ethical Principles and Code of Conduct. *American Psychologist, 5*, 1060–1107 .

Anand, K. J. & Scalzo, F. M. (2000). Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior?. *Biology of the Neonate*, *77*(2), 69–82.

Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J. & Guevremont, D. D. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of AbnormalChild Psychology, 21* (5)*, 581-* 596.

Anderson, S. E, He, X., Schoppe-Sullivan, S. & Must, A. (2010). Externalizing behavior in early childhood and body mass index from age 2 to 12 years: longitudinal analyses of a prospective cohort study. *BMC Pediatrics*, *10*, 49-51.

Anderson, J. C. & McGee, R. (1994). Comorbidity of depression in children and adolescents. In M. William & H. Johnston (Eds), *Handbook of depression in children and adolescents*. *Issues in clinical child psychology* (pp. 581-601). New York, NY, US: Plenum Press.

Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry & Allied Disciplines, 40,* 57–87.

Angold, A., Egger, H. L. (2004), Psychiatric diagnosis in preschool children. In W. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment* (pp. 123-139). New York: Oxford University Press.

Angold, P. G., Sadler, J .P., Hill, M. O., Pullin, A., Rushton, S., Austin, K., Small, E., Wood, B., Wadsworth, R., Sanderson, R. & Thompson, K. (2006). Biodiversity in urban habitat patches. *Science of the Total Environment 360*(1–3), 196–204.

Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C. & Lopes, R. S. (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(4), 779–788.

Anselmi, L., Barros, F. C., Teodoro, M. L., Piccinini, C. A., Menezes, A. M. B., Araujo, C. L. & Rohde, L. A. (2008). Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(5), 499-507.

Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M. & Pennucci, A. (2004*). Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.

Apley, J. & Hale, B. (1973). Children with recurrent abdominal pain: how do they grow up?. *BMJ*, *3*(5870), 7-9.

Arnold, D., Brown, S., Meagher, S., Baker, C., Dobbs, J. & Doctoroff, G. (2006). Preschool-based Programs for Externalizing Problems. *Education and Treatment of Children*, *29*(2), 311–339.

Agresti, A. (2013). *Categorical data analysis*. John Wiley & Sons.

Arnold, L. E. & DiSilvestro, R. A. (2005). Zinc in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, *15*(4), 619-627.

Arnold, E. H., O'Leary, S. G. & Edwards, G. H. (1997). Father involvement and self-report parenting of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(2), 337-342.

Aro, H. & Taipale, V. (1987). The impact of timing of puberty on psychosomatic symptoms among fourteen-to sixteen-year-old Finnish girls. *Child Development*, 261-268.

Aromaa, M., Sillanpää, M., Rautava, P. & Helenius, H. (2000). Pain experience of children with headache and their families: a controlled study. *Pediatrics*, *106*(2), 270-275.

Aronson, E. (2011). *The Social Animal* (11th ed.). New York: Worth/Freeman.

Arpino, C., Marzio, M., D'Argenzio, L., Longo, B. & Curatolo, P. (2005). Exanthematic diseases during pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Journal of Paediatric Neurology*, *9*(5), 363-365.

Asendorpf, J. B. (1991). Development of inhibited children's coping with unfamiliarity. *Child Development*, *62*(6), 1460-1474.

Asendorpf, J. (1993). Beyond temperament: Atwo-factorial coping model of the development of inhibition during childhood. In K.H. Rubin & J.B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood* (pp. 265–289). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Asendorpf, J. B., Denissen, J. J. & Van Aken, M. A. (2008). Inhibited and aggressive preschool children at 23 years of age: personality and social transitions into adulthood. *Developmental psychology*, *44*(4), 997.

Ashford, J., Smit, F., Van Lier, P. A., Cuijpers, P. & Koot, H. M. (2008). Early risk indicators of internalizing problems in late childhood: a 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(7), 774-780.

Astor, B. C., Eustace, J. A., Powe, N. R., Klag, M. J., Sadler, J. H., Fink, N. E. & Coresh, J. (2001). Timing of nephrologist referral and arteriovenous access use: the CHOICE Study. *American journal of kidney diseases*, *38*(3), 494-501.

Astor, R. A., Meyer, H. A. & Pinter, R. O. (2001). Elementary and middle school students' perceptions of violence-prone school sub-contexts. *Elementary School Journal*, *101*, 511-528.

Attala, J. & Summers, S. M. (1999). A comparative study of health, developmental, and behavioral factors in preschool children of battered and nonbattered women. *Child Health Care*, *28*, 189-200.

Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D., Tercyak, K. P., Neuner, G. & Moss, H. B. (2006). The impact of self-control indices on peer smoking and adolescent smoking progression. *Journal of pediatric psychology*, *31*(2), 139-151.

Auger, R. W. (2004). The accuracy of teacher reports in the identification of middle school students with depressive symptomatology. *Psychology in the Schools*, *41*(3), 379-389.

Auger, R. W. (2005). School-based interventions for students with depressive disorders. *Professional School Counseling*, *8*(4), 344-352.

August, G. J., Ostrander, R. & Bloomquist, M. L. (1992). An epidemiological screening method of ADHD assessment. *American Journal of Orthopsychiatry*, *62*(3), 387-396.

Bagner, D. M., Rodriguez, G. M., Blake, C. A., Linares, D. & Carter, A. S. (2012). Assessment of behaviorial and emotional problems in infancy: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychological Review, 5*, 113–128.

Bagwell, C. L., Coie, J. D., Terry, R. A. & Lochman, J. E. (2000). Peer clique participation and social status in preadolescence. *Merrill-Palmer Quarterly, 45*, 280–305.

Bain, S. K. & Pelletier, K. A. (1999). Social and Behavior Differences among predominately African American preschool sample. *Psychology in the Schools, 36*(3), 249-259.

Baker, C., Davies, N. & Stallard, T. (1985). Prevalence of behaviour problems in primary school children in north Wales. *British Journal of Special Education*, *12*(1), 19–21.

Baker, R. S., Corbett, A. T. & Koedinger, K. R. (2006). Responding to Problem Behaviors in Cognitive Tutors: Towards Educational Systems Which Support All Students. *National Association for the Dually Diagnosed (NADD) Bulletin, 9*(4), 70-75.

Bakoula, C., Kolaitis, G., Veltsista, A., Gika, A. & Chrousos, G. (2009). Parental stress affects the emotions and behaviour of children up to adolescence: A Greek prospective, longitudinal study. *Stress, 12*(6), 486–498.

Banaschewski, T., Neale, B. M., Rothenberger, A. & Roessner, V. (2007). Comorbidity of tic disorders & ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, *16*(9), 5-14.

Bandell-Hoekstra, I. E., Abu-Saad, H. H., Passchier, J., Frederiks, C., Feron, F. J. & Knipschild, P. (2002). Coping and quality of life in relation to headache in Dutch schoolchildren. *European Journal of Pain*, *6*(4), 315-321.

Bandura, A. (1963). The role of imitation in personality development. In G.T Morriw (Eds.), *Dimensions of Psychology* (pp. 16-24). Ανακτήθηκε 2 Φεβρουαρίου, 2014, από: http://books.google.gr/books

Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C. & Regalia, C. (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of personality and social psychology*, *80*(1), 125-135.

Bandura, A. & Cervone, D. (1986). Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation. *Organizational behavior and human decision processes, 38*(1), 92-113.

Barbarin, O. A., McCandies, T., Early, D., Clifford, R. M., Bryant, D., Burchinal, M. et al. (2006). Quality of Prekindergarten: What families are looking for in public sponsored programs. *Early Education and Development*, *17*(4), 619-642.

Barkley, R. A. (1988). The effects of methylphenidate on the interactions of preschool ADHD children with their mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(3), 336-341.

Barkley, R. A. (Ed.). (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Publications.

Barnard, K. E., Bee, H. L. & Hammond, M. A. (1984). Developmental changes in maternal interactions with term and preterm infants. *Infant Behavior and Development*, *7*(1), 101-113.

Barnett, W. S., Epstein, D. J., Carolan, M. E., Fitzgerald, J., Ackerman, D. J. & Friedman, A. H. (2010). *The state of preschool 2010*. Ανακτήθηκε 24 Νοεμβρίου, 2014, από: http:/Inieer. org/yearbook/pdf/yearbook

Barrett, P. M., Lock, S. & Farrell, L. J. (2005). Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *10*(4), 539-555.

Barry, R. A. & Kochanska, G. (2010). A longitudinal investigation of the affective environment in families with young children: from infancy to early school age. *Emotion*, *10*(2), 237-249.

Bartholome, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226–244.

Bass, C. & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of psychosomatic research*, *39*(4), 403-427.

Baumeister, R. F., Smart, L. & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. *Psychological review*, *103*(1), 5-33.

Baumgaertel, A., Wolraich, M. L. & Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(5), 629-638.

Bayer, J. K., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Price, A. & Wake, M. (2008). Early childhood aetiology of mental health problems: Alongitudinal population-based study. *Journal of Child Psychologyand Psychiatry*, *49*(11), 1166–117.

Beazidou E., Botsoglou K. & Andreou E. (2013). Classroom behavior management practices in kindergarten classrooms: An observation study. *Hellenic Journal of Research in Education*, *1*, 96-111. Ανακτήθηκε 22 Μαρτίου, 2013, από: www.ereunastinekpaideusi.gr

Beck, J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, *33*(5), 547-562.

Beelmann, A. & Lösel, F. (2006). Child social skills training in developmental crime prevention: Effects on antisocial behavior and social competence. *Psicothema*, *18*(3), 603-610.

Beidel, D., Christ, M. & Long, P. (1991). Somatic complaints in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *19*, 559–571.

Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(6), 1072-1080.

Beidel, D. C., Turner, S. M., Hamlin, K. & Morris, T. L. (2001). The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C): external and discriminative validity. *Behavior Therapy*, *31*(1), 75-87.

Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (2004). *Social Effectiveness Therapy for Children and Adolescents (SET-C). Multi-Health Systems*. Ontario: Toronto.

Beitchman, J. H., Wilson, B., Johnson, C. J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E. et al. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/languageimpaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(1*), 75*–82.

Bellak, L. (1954). *TAT and CAT in clinical use*. New York : Grune & Stratton.,

Bell-Dolan, D. J., Reaven, N. M. & Peterson, L. (1993). Depression and social functioning: A multidimensional study of the linkages. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*(3), 306-315.

Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting : A Process Model. *Child Development, 55* (1) , 83-96.

Belsky, J. & Fearon, R. M. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving?. *Attachment and Human Development, 4* (3), 361-387.

Benasich, A. A., Curtiss, S. & Tallal, P. (1993). Language, learning, and behavioral disturbance in childhood: A longitudinal perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 585–594.

Benenson, J. F., Apostoleris, N. H. & Parnass, J. (1997). Age and sex differences in dyadic and group interaction. *Developmental psychology, 33*(3), 538 – 551.

Bennett, D. S., Bendersky, M. & Lewis, M. (2002). Children's intellectual and emotional-behavioral adjustment at 4 years as a function of cocaine exposure, maternal characteristics, and environmental risk. *Developmental psychology, 38*(5), 648-658.

Bennett, P., Elliott, M. & Peters, D. (2005). Classroom and Family Effects on Children's Social and Behavioral Problems. *The Elementary School Journal, 105*(5), 461–480.

Ben-Porath, Y. S., Greve, K. W., Bianchini, K. J. & Kaufmann, P. M. (2010). The MMPI-2 symptom validity scale (FBS) is an empirically-validated measure of over-reporting in personal injury litigants and claimants: Reply to William et al. (2009). *Psychological injury and law, 3*(1), 77-80 .

Berenbaum, H., Boden, M. T., Baker, J. P., Dizen, M., Thompson, R. J. & Abramowitz, A. (2006). Emotional correlates of the different dimensions of schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(2), 359-368.

Berg–Nielsen, T., Vikan, A. & Dahl, A. (2002). Parenting Related to Child and Parental Psychopathology: A Descriptive Review of the Literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(4), 529–552.

Berk, L. (1993). *Infants, children and adolescents.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Berkhout, L., Dolk, M. & Goorhuis-Brouwer, S. M. (2010). Teachers views on psychosocial development in children from four to six years of age. *British journal of educational and child psychology, 27,* 103-112.

Berkhout, L., Hoekman, J. & Goorhuis-Brouwer, S. M. (2012). Psychosocial health of 4-year-old boys and girls, as observed by parents and teachers. *European Journal of Developmental Psychology, 9*(4), 500-507.

Bernstein, G., Borchardt, C. & Perwein A. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1110–1119.

Bernstein, G. A., Massie, E. D., Thuras, P. D., Perwien, A. R., Borchardt, C. M. & Crosby, R. D. (1997). Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(5), 661-668.

Berntsson, L. T. & Gustafsson, J. E. (2000). Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. *Scandinavian Journal of Public Health*, *28*(4), 283-293.

Berntsson, L. T. & Kohler, L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2–17 years in the five Nordic countries Comparison between 1984 and 1996. *The European Journal of Public Health*, *11*(1), 35-42.

Beyer, T., Postert, C., Müller, J. & Furniss, T. (2012). Prognosis and Continuity of Child Mental Health Problems from Preschool to Primary School: Results of a Four-Year Longitudinal Study. *Child Psychiatry Hum Dev*, *43*(4), 533–543.

Bhatia, M. S., Nigam, V. R., Bohra, N. & Malik, S. C. (1991). Attention deficit disorder with hyperactivity among paediatric outpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *32*(2), 297-306.

Bibou-Nakou, I. (2003). «Troubles Talk» Among Professionals Working with Families Facing Parental Mental Illness. *Journal of Family Studies*, *9*(2), 248-266.

Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*, *57*(11), 1215-1220.

Biederman, J. & Faraone, S. V. (2001). Current concepts on the neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, *6*, 7-16.

Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A. & Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(3), 343-351.

Biederman, J., Lopez, F. A., Boellner, S. W. & Chandler, M. C. (2002). A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study of SLI381 (Adderall XR) in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, *110*, 258–266.

Bierman, K. L., Coie, J. D. & Dodge, K. A. (2002). Using the Fast Trackrandomized prevention trial to test the early-starter model of the development of serious conduct problems. *Development &Psychopathology*, *14*(4), 925-943.

Bierman, K. L. & Furman, W. (1984). The effects of social skills training and peer involvement on the social adjustment of preadolescents. *Child development*, *55*(1), 151-162.

Bierman, K. L., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Blair, C. & Domitrovich, C. E. (2008). Executive functions and school readiness intervention: Impact, moderation, and mediation in the Head Start REDI program. *Development and Psychopathology*, *20*(3), 821-843.

Bierman, M., Logan, R., O'brien, K., Seno, E. T., Rao, R. N. & Schoner, B. E. (1992). Plasmid cloning vectors for the conjugal transfer of DNA from Escherichia coli to Streptomyces spp. *Gene*, *116*(1), 43-49.

Bickman, L., Rosof-Williams, J., Salzer, M. S., Summerfelt, W. T., Noser, K., Wilson, S. J. & Karver, M. S. (2000). What information do clinicians value for monitoring adolescent client progress and outcomes?. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*(1), 70-74.

Birch, S. H. & Ladd, G. W. (1998). Children's interpersonal behaviors and the teacher-child relationship. *Developmental Psychology*, *34*, 934-946.

Bird, H. R., Gould, M. S., Yager, T., Staghezza, B. & Canino, G. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(6), 847-850.

Birmaher, B., Brent, D. & Bensonm, R. (1998).Summary of the practice parameters for theassessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 37*(11), 1234–1238.

Bishop, S. J., Dalgleish, T. & Yule, W. (2004). Memory for emotional stories in high and low depressed children. *Memory*, *12*, 214–230.

Black, M. M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dubowitz, H., Kotch, J. & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *31*(1), 16 – 26.

Blackman, J. A. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers: does it exist and should we treat it? *Pediatric Clinics of North America*, *46*(5), 1011-1025.

Blair, C. (2002). School readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. *American Psychologist*, *57*(2), 111.

Blair, C. & Diamond, A. (2008). Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and psychopathology*, *20*(03), 899-911.

Blatchford, P., Edmonds, S. & Martin, C. (2003). Class size, pupil attentiveness and peer relations. *British Journal of Educational Psychology*, *73*(1), 15-36.

Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Kelmendi, B., Coric, V., Bracken, M. B. & Leckman, J. F. (2006). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Molecular psychiatry*, *11*(7), 622-632.

Bohlin, G., Hagekull, B. & Andersson, K. (2005). Behavioral inhibition as a precursor of peer social competence in early school age: The interplay with attachment and nonparental care. *Merrill-Palmer Quarterly*, *51*(1), 1-19.

Bohlin, G., Hagekull, B. & Rydell, A. M. (2000). Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*, *9*(1), 24-39.

Boivin, M., Vitaro, F. & Poulin, F. (2005). Peer relationships and the development of aggressive behavior in early childhood. In R. E. Trembay, W. W. Hartup & J. J. Archer (Eds.), *Developmental origins of aggression* (pp. 376 – 397). NewYork: Guilford.

Borg, M. G. & Falzon, J. M. (1990). Teachers' perception of primary schoolchildren's undesirable behavior: The effects of teaching experience, pupil's age, sex, and ability stream. *British Journal of Educational Psychology*, *60*(2), 220-226.

Boris, N. W., Zeanah, C. H., Larrieu, J. A., Scheeringa, M. S. & Heller, S. S. (1998). Reactive attachment disorder of infancy and early childhood: A preliminary investigation of diagnostic criteria. *American Journal of Psychiatry*, *155*(2), 295-297.

Bornstein, M. H., Britto, P. R., Nonoyama-Tarumi, Y., Ota, Y., Petrovic, O. & Putnick, D. L. (2012). Child development in developing countries: Introduction and methods. *Child development*, *83*(1), 16-31.

Bornstein, M. H., Hahn, C. & Haynes, O. M. (2010). Social competence, externalizing and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, *22*(4), 717 –735.

Bosquet, M. & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, *18* (2), 517-550.

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I: Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory, II: Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, *130*, 201-10 & 421-31.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and Prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, *52* (4), 664–678.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Boyd, J. H., Burke, J. D., Gruenberg, E., Holzer, C. E., Rae, D. S., George, L. K. & Nestadt, G. (1984). Exclusion criteria of DSM-III: A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Archives of General Psychiatry*, *41*(10), 983-989.

Boyle, M. H. & Lipman, E. L. (2002). Do places matter? Socioeconomic disadvantage and behavioral problems of children in Canada. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(2), 378-389.

Bracken, B. A. & Craine, R. M. (1994). Children's and adolescent's interpersonal relationships: Do age, race and gender define normalcy?. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *12*, 14-32.

Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, *53*, 371–399.

Brady, E. U. & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, *111*(2), 244-255.

Brandenburg, N. A., Friedman, R. M. & Silver, S. E. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(1), 76-83.

Brassett-Harknett, A. & Butler, N. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clinical psychology review*, *27*(2), 188-210.

Braswell, L., Bloomquist, M. L., Realmuto, G. M., Skare, S. S. & Crosby, R. D. (1997). School-based secondary prevention for children with disruptive behavior: Initial Outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, *25*, 197-208.

Braun, J. M., Kahn, R. S., Froehlich, T., Auinger, P. & Lanphear, B. P. (2006). Exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity disorder in US children. *Environmental health perspectives*,*114*(12), 1904-1909.

Bredekamp, S. (1990). *Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age 8*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

Brekelmans, M., Wubbels, T. & Den Brok, P. (2002). Teacher experience and the teacher-student relationship in the classroom environment. In S. C. Goh & M. S. Khine (Eds.), *Studies in educational learning environments: an international perspectiv*e (pp.73-100). Singapore: World Scientific.

Brendgen, M., Little, T. D. & Krappmann, L. (2000). Rejected children and their friends: A shared evaluation of friendship quality? *Merrill Palmer Quarterly, 46*, 45–70.

Brennan, P. A., Hammen, C., Katz, A. R. & LeBrocque, R. M. (2002). Maternal depression: Paternal psychopathology and adolescent diagnostic outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1075–1085.

Brennan-O' Neil, K. & Liljequist, L. (2002). Strategies used by teachers to rate student behaviour. *Psychology in the Schools, 39*, 77-85.

Brenner, V. & Fox, R. A. (1998). Parental discipline and behaviour problems in young children. *Journal of Genetic Psychology, 159*, 251–256.

Breslau, N. & Chilcoat, H. D. (2000). Psychiatric sequelae of low birth weight at 11 years of age. *Biological psychiatry*, *47*(11), 1005-1011.

Bretherton, I. & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. I. J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Briggs, E. C., Fairbank, J. A., Greeson, J. K., Layne, C. M., Steinberg, A. M., Amaya-Jackson, L. M., ... & Pynoos, R. S. (2013). Links between child and adolescent trauma exposure and service use histories in a national clinic-referred sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *5*(2), 101-109.

Brigman, G., Lane, D., Switzer, D., Lane, D. & Lawrence, R. (1999).Teaching children school success skills. *Journal of EducationalResearch, 92*, 323–329.

Brinton, B. & Fujiki, M. (1993). Language, social skills, and socioemotional behavior. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, *24*(4), 194-198.

Brisk, M. E. & Harrington, M. M. (2007). *Literacy and bilingualism. A handbook for all teachers (2nd ed.)*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Britten, P. A., Marvin, R. S. & Pianta, R. C. (2005). Development and preliminary validation of the caregiving behavior system: Association with child attachment classification in the preschool Strange Situation. *Attachment & human development*, *7*(1), 83-102.

Broadfoot, P. M. & Gipps, C. (1996). Assessment developments in England and Wales: the triumph of tradition. In A. Wolf, & A. Little (Eds.), *Assessment in transition: learning, monitoring and selection in international perspective.* (pp. 134 - 153). Elsevier.

Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, *34*(10), 844.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, *22*(6), 723-742.

Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development* (Vol. 6). Greenwich, CT: JAI Press.

Bronfenbrenner, U. Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Series Ed.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5th ed.) (pp. 993–1028). New York: Wiley.

Bronson, M. B., Tivnan, T. & Seppanen, P. S. (1995). Relations between teacher and classroom activity variables and the classroom behaviors of prekindergarten children in Chapter 1 funded programs. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *16*(2), 253-282.

Brooks-Gunn, J., Duncan, G. J., Klebanov, P. K. & Sealand, N. (1993). Do neighborhoods affect child and adolescent development?. *American Journal of Sociology, 99,* 353–395.

Brouwers, A. & Tomic, W. (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, *16*, 239–253.

Brown, R. J. (2007). Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: background and future directions. *Clinical psychology review*, *27*(7), 769-780.

Brown, T. A, O' Leary, T. A & Barlow, D. H (2001). *Clinical Handbook of Psychological Disorders, Third Edition: A Step-by-Step Treatment Manual*. Guilford Publications. Ανακτήθηκε στις 12 Μαρτίου, 2013, από: http://books.google.gr/books

Bruder, G. E., Fong, R., Tenke, C., Leite, P., Towey, J. P., Stewart, J. E. et al. (1997). Regional brain asymmetries in major depression with or without an anxiety disorder: A quantitative electroencephalographic study. *Biological Psychiatry*, *41*, 939–948.

Brumariu, L. E. & Kerns, K. A. (2008). Mother–child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *29*(5), 393-402.

Brumariu, L. E. & Kerns, K. A. (2010). Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and psychopathology*, *22*(1), 177-203.

Buck, J. N. (1981). *The House-Tree-Person Technique - revised manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Bukowski, W. M. & Cillessen, A. H. (1998). *Sociometry then and now: Building on six decades of measuring children's experiences with the peer group.* San Francisco: Jossey-Bass.

Bullis, M., Walker, H. M. & Sprague, J. R. (2001). A promise unfulfilled: Social skills training with at-risk and antisocial children and youth. *Exceptionality*, *9*(1-2), 67-90.

Bulotsky-Shearer, R. J., Fantuzzo, J. W. & McDermott, P. A. (2008).An investigation of classroom situational dimensions of emotional and behavioral adjustment and cognitive and social outcomes for Head Start children. *Developmental Psychology. 44*(1), 139–154.

Burchinal, M. (2002). Caregiver training and classroom quality in child care centers. *Applied Development Science, 6*(1), 2-11.

Burchinal, M. R., Campbell, F. A., Bryant, D. M., Wasik, B. H. & Ramey, C. T. (1997). Early intervention and mediating processes in cognitive performance of children of low-income. *Child Development, 68*(5), 935- 954.

Burchinal, M. R., Peisner-Feinberg, E., Bryant, D. M. & Clifford, R. (2000). Children's social and cognitive development and child-care quality: Testing for differential associations related to poverty, gender, or ethnicity. *Applied Developmental Science, 4*(3), 149-165.

Burchinal, M. R., Peisner-Feinberg, E., Pianta, R.C. & Howes, C. (2002). Development of academic skills from preschool through second grade: Family and classroom predictors of developmental trajectories. *Journal of School Psychology, 40*, 415-436.

Burchinal, M., Howes, C. & Kontos, S. (2002). Structural predictors of child care quality in child care homes. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 87–105.

Burchinal, M. R., Roberts, J., Riggins, R., Zeisel, S., Neebe, E. & Bryant, D. (2000). Relating quality of center-based child care to early cognitive and language development longitudinally. *Child Development, 71*, 339–357.

Burgess, K., Rubin, K. H., Cheah, C. & Nelson, L. (2001). Socially withdrawn children: Parenting and parent-child relationships. In R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *The self, shyness and social anxiety: A handbook of concepts, research, and interventions*. New York: Wiley.

Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843–861.

Burk, U., Schubert, J., Wellner, U., Schmalhofer, O., Vincan, E., Spaderna, S. & Brabletz, T. (2008). A reciprocal repression between ZEB1 and members of the miR-200 family promotes EMT and invasion in cancer cells. *EMBO reports*, *9*(6), 582-589.

Buss, A. H. & Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. New York: John Wileyand Sons, Inc.

Bussing, R., Grudnik, J., Mason, D., Wasiak, M. & Leonard, C. (2002). ADHD and conduct disorder: an MRI study in a community sample. *World Journal of Biological Psychiatry*, *3*(4), 216-220.

Buysse, V., Wesley, P., Keyes, L. & Bailey, D. (1996). Assessing comfort zone of child care teachers in serving young children with disabilities. *Journal of Early Intervention*, *20*(3), 189-203.

Buyse, E., Verschueren, K. & Doumen, S. (2011). Preschoolers' attachment to mother and risk for adjustment problems in kindergarten: Can teachers make a difference? *Social Development*, *20*(1), 33-50.

Buyse, E., Verschueren, K., Verachtert, P. & Damme, J.-V. (2009). Predicting School Adjustment in Early Elementary School: Impact of Teacher-Child Relationship Quality and Relational Classroom Climate. *The Elementary School* Journal, *110* (2), 119–141.

Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C. & Consoli, S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *37*(4), 321-329.

Byrne, B. M. (1994). Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *American Educational Research Journal, 31,* 645–673.

Byrne, J. M., Bawden, H. N., DeWolfe, N. A. & Beattie, T. L. (1998). Clinical assessment of psychopharmacological treatment of preschoolers with ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 20*(5), 613-627.

Calkins, S. D. (2009). Regulatory competence and early disruptive behavior problems: The role of physiological regulation.In S. Olsnon & A.J. SamerofF (Eds.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems* (pp. 86-115). New York: Campridge University Press.

Calkins, S. D. & Johnson, M. C. (1998). Toddler regulation of distress to frustrating events: Temperamental and maternal correlates. *Infant Behavior and Development, 21*(3), 379-395.

Campbell, J. P. (1990). Modeling the performance prediction problem in industrial and organizational psychology. In M. Dunnette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (Vol. 1, 2nd ed., pp. 687–731). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press

Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36,* 113–150.

Campbell, S. B. (2000). Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Adevelopmental view. In A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 383– 401). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Campbell, S. B. & Ewing, L. (1990). Follow-up of hard to manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31,* 871–889.

Campbell, M., Fitzpatrick, R., Kinmonth, A. L., Sanderrock, P., Spiegelhalter, D. &Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ, 321*(7262), 694-696.

Campbell, S. B., Pierce, E. W., March, C. L., Ewing, L. J. & Szumowski, E. K. (1994). Hard-to-manage preschool boys: symptomatic behavior across contexts and time. *Child Development, 65*(3), 836-851.

Campbell, S. B., Pierce, E. W., Moore, G., Marakovitz, S. & Newby, K. (1996). Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and psychopathology, 8*(04), 701-719.

Campbell, S., Shaw, D. & Gilliom, M. (2000). Early Externalizing Behavior Problems: Toddlers and Preschoolers at Risk for Later Maladjustment. *Development and Psychopathology, 12*(3), 467–488.

Campbell-Sills, L. & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Eds.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–560). New York: Guilford Press.

Campo, J. V. (2012). Annual Research Review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression–developmental psychopathology in pediatric practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(5), 575-592.

Campos, J. J., Frankel, C. B. & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child development*, *75*(2), 377-394.

Campo, J. V., Jansen-McWilliams, L., Comer, D. M. & Kelleher, K. J. (1999). Somatization in pediatric primary care: association with psychopathology, functional impairment, and use of services. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*(9), 1093-1101.

Camposano, L. (2011). Silent Suffering: Children with Selective Mutism. *The Professional Counselor***,** *1*(1), 46-56.

Camras, L. A. & Rappaport, S. (1993). Conflict behaviors of maltreated and nonmaltreated children. *Child abuse & neglect*, *17*(4), 455-464.

Canino, G. & Alegria, M. (2008). Psychiatric diagnosis - is it universal or relative to culture*? Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(3), 237-250.

Cantwell, D. P. (1996). Classification of Child and Adolescent Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *33*(1), 3-12.

Cantwell, D. P. & Rutter, M. (1994). Classification: Conceptual issues and substantive findings. In M. Rutter, E. Taylor & Hersov L. (Eds), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (pp. 3–21). Cambridge: Blackwell Scientific Publications.

Carey, W. B., Crocker, A. C., Elias, E. R., Feldman, H. M. & Coleman II, W. L. (2009). *Developmental-Behavioral Pediatrics: Expert Consult-Online and Print*. Elsevier Health Sciences.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Finding order in disorganization: Lessons from research in maltreated infants' attachments to their caregivers. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 494-528). New York: Cambridge University Press.

Carney, A. & Merrell, K. (2001). Bullying in Schools: Perspective on Understanding and Preventing an International Problem. *School Psychology International*, *22*(3), 364–382.

Carr, A. (2001). *Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology.* New York: Klewer Academic.

Carter, A. S., Briggs- Gowan, M. J. & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(1), 109-134.

Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., Jones, S. M. & Little, T. D. (2003). The infant–toddler social and emotional assessment (ITSEA): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of abnormal child psychology*, *31*(5), 495-514.

Carter, S., Paterson, J., Gao, W. & Iusitini, L. (2008). Maternal smoking during pregnancy and behaviour problems in a birth cohort of 2-year-old Pacific children in New Zealand. *Early human development*, *84*(1), 59-66.

Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., Edge, M. D. & Gross, J. J. (2010). Emotional reactivity and cognitive regulation in anxious children. *Behaviour research and therapy*, *48*(5), 384-393.

Casiglia, A. C., LoCoco, A. & Zappulla, C. (1998). Aspects of social reputation and peer relationships in Italian children: A cross-cultural perspective. *Developmental Psychology*, *34*(4), 723.

Caspi, A., Begg, D., Dickinson, N., Harrinton, H., Langley, J., Moffit, T.E. & Silva, P.A. (1997). Personality differences predict health – risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 1052 – 1063.

Caspi, A., Elder, G. H. & Bem, D. J. (1988). Moving away from the world: Life-course patterns of shy children. *Developmental psychology*, *24*(6), 824-831.

Caspi, A. & Silva, P. A. (1995). Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child development*, *66*(2), 486-498.

Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In N. Fox (Ed.), The development of emotion regulation, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*, 228-249.

Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A., Lonczak, H. S. & Hawkins, J. D. (2002). Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment*, *5*(1), 15a.

Center for Social and Emotional Education (2010). *School Climate.*(Vol. l).

Chapman, D. & Scott, K. (2001). The Impact of Maternal Intergenerational Risk factors on Adverse Developmental Outcomes. *Developmental Review*, *21*(3), 305– 325.

Chapman, M. V. (2005). Neighborhood quality and somatic complaints among American youth. *Journal of Adolescent Health*, *36*(3), 244-252.

Charalambous, K., Kokkinos, K. & Panayiotou, G. (2013). The Family Environment Scale: Resolving psychometric problems through an examination of a Greek version. *International Journal of Educational and Psychological Assessment*, *13*, 81-99.

Chase-Lansdale, P. L. & Gordon, R. A. (1996). Economic Hardship and the Development of Five-and Six-Year-Olds: Neighborhood and Regional Perspectives. *Child Development*, *67*(6), 3338-3367.

Chawla, L. (2002). «Insight, creativity and thoughts on the environment»: Integrating children and youth into human settlement development. *Environment and Urbanization*, *14*(2), 11-22.

Chen, X., DeSouza, A. T., Chen, H. & Wang, L. (2006). Reticent behavior and experiences in peer interactions in Chinese and Canadian children. *Developmental psychology*, *42*(4), 656.

Chen, D., Fein, G., Killen, M. & Tam, H. (2001). Peer conflicts of preschool children: issues, resolution, incidence, and age-related patterns. *Early Education and Development*, *12*(4), 523-544.

Chen, X., Rubin, K. H. & Li, D. (1997). Relation between academic achievement and social adjustment: Evidence from Chinese children. *Developmental psychology*, *33*(3), 518-525.

Chen, X., Rubin, K. H. & Li, Z. Y. (1995). Social functioning and adjustment in Chinese children: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, *31*(4), 531-539.

Chess, S. (1990). Studies in temperament: A paradigm in psychosocial research. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, *63*, 313−324.

Chong, W. H., Huan, V. S., Quek, C. L., Yeo, L. S. & Ang, R. P. (2010). Contextual influences on the teacher-student relationship in promoting school adjustment of at-risk students in middle school. *School Psychology International, 31*(3), 312-328.

Christakis, D. A. (2009). The effects of infant media usage: what do we know and what should we learn?. *Acta Paediatrica, 98*(1), 8-16.

Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., DiGiuseppe, D. L. & McCarty, C. A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics, 113*(4), 708-713.

Christensen, M. F. & Mortensen, O. (1975). Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain. *Archives of Disease in Childhood, 50*(2), 110-114.

Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology, 5*(7), 374-381.

Ciarrochi, J. & Scott, G. (2006). The link between emotional competence and well-being: A longitudinal study. *British Journal of Guidance and Counselling, 34*(2), 231–243.

Cicchetti D., Ackerman B., P. & Izard C., E., (1995) Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 7(*1), 1-10.

Cicchetti, D. & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry, 56,* 96–118.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A. & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology, 18,* 623– 649.

Cicchetti, D. & Schneider-Rosen, K. (1986). An organizational approach to childhood depression. In M. Rutter, C. Izard & P. Read (Eds.), Depression in young people*: Clinical and developmental perspectives* (pp. 71– 134). New York: Guilford Press.

Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1,* 409-438.

Cillessen, A. H., Van IJzendoorn, H. W., Van Lieshout, C. F. & Hartup, W. W. (1992). Heterogeneity among peer-rejected boys: Subtypes and stabilities. *Child Development, 63*(4), 893-905.

Clyne, C. & Blampied, N. M. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change, 21*(04), 269-281.

Cohan, S. L., Chavira, D. A. & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(11), 1085-1097.

Cohen, D. K. & Ball, D. L. (1990). Relations between policy and practice: A commentary. *Educational Evaluation and Policy Analysis, 12*(3), 331-338.

Cohn, J. E & Tronick, E. Z. (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development, 54,* 185-193.

Coie, J. D. & Koeppl, G. K. (1990). 11 Adapting intervention to the problems of aggressive and disruptive rejected children. In R.A, Steven & J. D Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 309-337). USA: Campridge University Press.

Cole, D. A. & Carpentieri, S. (1990). Social status and the comorbidity of child depression and conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*(6), 748-757.

Cole, M. & Cole, S. (2002). *The development of children*. New York: Scientific American.

Cole, P. M., Luby, J. & Sullivan, M. W. (2008). Emotions and the development of childhood depression: Bridging the gap. *Child Development Perspectives*, *2*(3), 141-148.

Cole, P. M., Martin, S. E. & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, *75*(2), 317-333.

Cole, P., Teti, L. O. & Zahn-Waxler, C. (2003). Mutual Emotion Regulation and the Stability of Conduct Problems between Preschool and Early School Age. *Development and psychopathology*, *15*(01), 1–18.

Coleman, A. (2008). *A Dictionary of Psychology* (3 ed.). Oxford University Press.

Collie, R. J., Shapka, J. D. & Perry, N. E. (2012). School climate and social–emotional learning: Predicting teacher stress, job satisfaction, and teaching efficacy. *Journal of Educational Psychology*, *104*(4), 1189-1204.

Colwell, J. (2007). Needs Met through Computer Game Play among adolescents. *Personality and Individual Differences*, *43*(8), 2072–2082.

Conger, R. D., Conger, K. J. & Martin, M. J. (2010). Socioeconomic status, family processes, and individual development. *Journal of Marriage and Family*, *72*, 685–704.

Conger, R. D. & Donnellan, M. B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology*, *58*, 175–199.

Conklin, C. Z., Bradley, R. & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, *194*(2), 69-77.

Connelly, M., Anthony, K. K. & Schanberg, L. E. (2012). Parent perceptions of child vulnerability are associated with functioning and health care use in children with chronic pain. *Journal of pain and symptom management*, *43*(5), 953-960.

Connor, D. F. (2002). Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *23*, S1-S9.

Connor, D. F., Edwards, G., Fletcher, K. E., Baird, J., Barkley, R. A. & Steingard, R. J. (2003). Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(2), 193-200.

Conroy, M. A. & Fox, J. J. (1994). Setting events and challenging behaviors in the classroom: Incorporating contextual factors into effective intervention plans. *Preventing School Failure*, *38* (3), 29-34.

Conroy, M., Sutherland, K., Haydon, T., Stormont, M. & Harmon, J. (2009). Preventing and ameliorating young children's chronic problem behaviors: An ecological classroom based approach. *Psychology in the Schools*, *46*(1), 3-17.

Contreras, J. (2000). Parents' recall of childhood relationships and sense of love worthiness: Associations with children's socioemotional functioning in middle childhood. *Merrill-Palmer Quarterly*, *46*, 491-513.

Cook, A. & Nixon, C. (2006). *Ophelia facts: Question: Who reports bullying, how often do they report it,and to whom?. By the Ophelia Project*. Ανακτήθηκε 6 Ιανουαρίου, 2015, από: http://www.opheliaproject.org

Cooper, D. & Farran, D. (1988). Behavioral Risk Factors in Kindergarten. *Early Childhood Research* Quarterly, *3, 1*–19

Cooper, P. (2011). Teacher strategies for effective intervention with students presenting social, emotional and behavioural difficulties: An international review. *European Journal of Special Needs Education*, *26*(1), 7–86.

Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J. & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry*, *66*(7), 764-772.

Coplan, R. J. & Rubin, K. H. (1998). Exploring and assessing nonsocial play in the preschool:The development and validation of the preschool play behavior scale. *Social Development*, *7*(1), 72-91.

Coplan, R. J., Rubin, K. H., Fox, N. A., Calkins, S. D. & Stewart, S. L. (1994). Being alone, playing alone, and acting alone: Distinguishing among reticence and passive and active solitude in young children. *Child development*, *65*(1), 129-137.

Cordeiro, M., Caldeira da Silva, M. & Goldschmidt, T. (2003). Diagnostic Classification : Results from a clinical experience of three years with DC:0-3. *Infant Mental Health Journal*, *24*, 349-364.

Cormier, E. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder: a review and update. *Journal of pediatric nursing*, *23*(5), 345-357.

Costello, E. J. (1989). Development in Child psychiatry epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and the Adolecents Psychiatry*, *28*, 836 -841.

Costello, E. & Angold, A. (1995). Epidemiology. In J.S. March (Eds.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 109–124). Guilford: New York.

Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B. J., Dulcan, M. K., Brent, D. & Janiszewski, S. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care: prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry*, *45*(12), 1107-1116.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, *60*(8), 837-844.

Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. M. & Leckman, J. F. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological psychiatry*, *52*(6), 529-542.

Cote, S., Tremblay, R. E., Nagin, D., Zoccolillo, M. & Vitaro, F. (2002). The development of impulsivity, fearfulness, and helpfulness during childhood: Patterns of consistency change in the trajectories of boys and girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*, 609–618.

Cotton, K. (2001). *New small learning communities: Findings from recent literature*. Northwest Regional Education Laboratory.

Cox, M., Paley, B. & Harter, K. (2001). Interparental conflict and parent – child relationships. In J. H. Grych & F. D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development* (pp. 249 – 272). New York: Cambridge.

Coulton, C. J. & Korbin, J. E. (2007). Indicators of child well-being through a neighborhood lens. *Social Indicators Research, 84*(3), 349-361.

Craig, W. M. (1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences, 24*(1), 123–130.

Craig, T. K. J., Cox, A. D. & Klein, K. (2002). Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. *Psychological medicine, 32*(05), 805-816.

Craig, W. M., Pepler, D. & Atlas, R. (2000). Observations of bullying in the playground and in theclassroom. *School Psychology International, 2*, 22–36.

Crane, J. & Hannibal, J. (2009). *Psychology: course companion*. Oxford University Press.

Craske, M. G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder : CO Westview.

Craske, M. G., Rose, R. D., Lang, A., Welch, S. S., Campbell-Sills, L., Sullivan, G. & Roy-Byrne, P. P. (2009). Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depression and anxiety, 26*(3), 235-242.

Crews, S. D., Bender, H., Cook, R., Clayton, G. M., Frank, K. L. & Vanderwood, M. (2007). Risk and protective factors of emotional and/ orbehavioral disorder in children and adolescents: A meta-analytic synthesis. *Behavioral Disorder, 32*, 64-77.

Crews, W. D. & Harrison, D. (1995). The neuropsychology of depression and its implications for cognitive therapy. *Neuropsychology Review, 5*, 81–123.

Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child development, 67*(3), 993-1002.

Crick, N. R. & Nelson, D. A. (2002) Relational and physical victimization within friendships: Nobody told me there'd be friends like these. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(6), 599-607.

Crick, N. R, Ostrov, J., Burr, J., Cullerton–Sen, C., Jansen–Yeh, E. & Ralston, P. (2006). A Longitudinal Study of Relational and Physical Aggression in Preschool. *Applied Developmental Psychology, 27*(3), 254–268.

Crijnen, A. A., Achenbach, T. M. & Verhulst, F. C. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: the Child Behavior Checklist syndrome constructs. *American Journal of Psychiatry, 156*, 569-574.

Crnic, K. A., Gaze, C. & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development, 14*, 117–132.

Crockenberg, S. & Litman, C. (1990). Autonomy as competence in 2-year-olds: Maternal correlates of child defiance, compliance, and self-assertion. *Developmental Psychology, 26*(6), 961.

Crowther, J., Bond, L. & Rolf, J. (1981). The Incidence, Prevalence, and Severity of Behavior Disorders among Preschool–age Children in Day Care. *Journal of Abnormal Child Psychology, 9*(1), 23–42.

Crozier, W. (1995). Shyness and self-esteem in middle childhood. *British Journal of Educational Psychology, 65*(1), 85-95.

Crozier, W. R. & Perkins, P. (2002). Shyness as a factor when assessing children. *Educational Psychology in Practice, 18*(3), 239-244.

Cryan, J., Sheehan, R., Wiechel, J. & BandyHedden, I. G. (1992). Success outcomes of full-day kindergarten: More positive behavior and increased achievement in the years after. *Early Childhood Research Quarterly, 7*(2), 187-203.

Cryer, D., Tietze, W. & Wessels, H. (2002). Parents' perceptions of their children 's child care: A cross- national comparison. *Early Childhood Research Quanterly, 17*, 259 - 277.

Cuijpers, P., Van Straten, A., Smits, N. & Smit, F. (2006). Screening and early psychological intervention for depression in schools. Systematic review and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry,15*(5), 300-307.

Cummings, E. M. & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 73-112.

Cummings, E. M. & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of child psychology and psychiatry, 43*(1), 31-63.

Cummings, E. M., Keller, P. S. & Davies, P. T. (2005) .Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines, 46*(5), 479-89.

Cummings, G., Lee, H., Mac Gregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L. & Stafford, E. (2008). Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Journal of Health Services Research Policy, 13*(4), 240–248.

Cummings, E. M., Vogel, D., Cummings, J. S. & El-Sheikh, M. (1989). Children's responses to different forms of expression of anger between adults. *Child Developmen, 60*, 1392-1404.

Cumyn, L., French, L. & Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry, 54*(10), 673-683.

Cunningham, C. E. & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of abnormal child psychology, 30*(6), 555-569.

Cunningham, C. E., Siegel, L. S. & Offord, D. R. (1985). A developmental dose-response analysis of the effects of Methylphenidate on the peer interactions of Attention Deficit Disordered boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 26*(6), 955-971.

Cunningham, S. J., McGrath, P. J., Ferguson, H. B., Humphreys, R., D'astous, J., Latter, J. & Firestone, R. (1987). Personality and behavioural characteristics in pediatric migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain, 27*(1), 16-20.

Currie, J. & Stabile, M. (2006). Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD. *Journal of health economics, 25*(6), 1094-1118.

Dalgleish, T., Taghavi, R., Neshat-Doos,t H., Moradi A., Canterbury, R. & Yule, W. (2003). Patterns of processing bias for emotional information across clinical disorders: A comparison of attention, memory, and prospective cognition in children and adolescents with depression, generalized anxiety, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*, 10– 21.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, *113*(3), 487-496.

Davidson, R. J., Jackson, D. C. & Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychological bulletin*, *126*(6), 890-909.

Davila, J., Ramsay, M., Stroud, C. B. & Steinberg, S. J. (2005). Attachment as vulnerability to the development of psychopathology. In L. Benjamin, A. Hankin, R. John & Z. Abela (Eds.) *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 215-242). California: Sage Publications.

Davis, D. W., Burns, B. M., Wilkerson, S. A. & Steichen, J. J. (2005). Visual perceptual skills in children born with very low birth weights. *Journal of Pediatric Health Care*, *19*(6), 363-368.

Davis-Kean, P. (2005). The influence of parent education and family income on child achievement: The indirect role of parental expectations and the home environment. *Journal of Family Psychology*, *19*, 294-304.

Dawkins, M. P., Fullilove, C. & Dawkins, M. (1995). Early assessment of problem behavior among young children in high-risk environments. *Family Therapy, 22*, 133–141.

De Costa, J. & Bell, S. (2000). *Full-day kindergarten at an inner-city elementary school: Perceived and actual effects*. Paper presented at the Annual Conference of the American Educational Research Association, New Orleans, LA. Elementary and Childhood Education (PS028498). Alberta, Canada.

De Los Reyes, A. (2011). Introduction to the special section. More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*, 1–9.

De Los Reyes, A. & Kazdin, A. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, *131*, 483-509.

Deater-Deckard, K. (2001). Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychologyand Psychiatry*, *42*, 565-579.

Degenhardt, L., Hall, W. & Lynskey, M. (2001). The relationship between cannabis use, depression and anxiety among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *36*(5), 219-227.

Degnan, K. A. & Fox, N. A. (2007). Behavioral inhibition and anxiety disorders: Multiple levels of a resilience process. *Development and psychopathology*, *19*(03), 729-746.

Dehon, C. & Weems, C. F. (2010). Emotional development in the context of conflict: The indirect effects of interparental violence on children. *Journal of child and family studies*, *19*(3), 287-297.

Del'Homme, M., Kasari, C., Forness, S.R. & Bagley, R. (1996) . Prereferral intervention and children at risk for emotional or behavioral disorders, *Education and Treatment of Children*, *19*, 272–85.

Delobel-Ayoub, M., Kaminski, M., Marret, S., Burguet, A., Marchand, L., Sylvie, N. & Larroque, B. (2006). Behavioral outcome at 3 years of age in very preterm infants: the EPIPAGE study. *Pediatrics*, *117*(6), 1996-2005.

Denham, S. A. (2006). Social-emotional competence as support for school readiness: What is it and how do we assess it? *Early Education and Development, Special Issue: Measurement of School Readiness*, *17*, 57-89.

Denham, S.A., Mitchell-Copeland, J., Strandberg, K., Auerbach, S. & Blair, K. (1997). Parental contributions to preschoolers' emotional competence: Direct and indirect effects. *Motivation and Emotion*, *21*, 65–86.

Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach–Major, S. & Queenan, P. (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence?. *Child development*, *74*(1), 238-256.

Denham, S. A. & Burton, R. (1996). A social-emotional intervention for at-risk 4-year-olds. *Journal of School Psychology*, *34*, 225–245.

Denham, S. A., McKinley, M., Couchoud, E. A. & Holt, R. (1990). Emotional and behavioral predictors of preschool peer ratings *Child development*, *61*(4), 1145-1152.

Dennis, T. A. & Brotman, L. M. (2003). Effortful control, attention, and aggressive behavior in preschoolers at risk for conduct problems. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1008*(1), 252-255.

DeShazo, Barry, T., Lyman, R. D. & Grofer Klinger, L. (2002). Academic underachievement and attentiondeficit/ hyperactivity disorder: The negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of School Psychology*, *40*, 259– 283.

Dhossche, D., Ferdinand, R., Van der Ende, J. & Verhulst, F. (2001). Outcome of self-reported functional-somatic symptoms in a community sample of adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, *13*(4), 191-199.

Didaskalou, E. (2002). Current Obstacles to Change in Greek Primary Schools: Implications for Managing Behaviour Problems. *European Journal of Education*, *37*(4), 473–82.

Didaskalou, E. & Millward, A. J. (2001). Greek teachers' perspectives on behaviour problems: implications for policy-makers and practitioners. *European Journal of Special Needs Education*, *16*(3), 289–299.

Didaskalou, E. S. & Millward, A. J. (2002). Breaking The Policy Log-Jam: Comparative Perspectives on Policy Formulation and Development for Pupils with Emotional and Behavioural Difficulties. *Oxford Review of Education*, *28*, 110–21.

Diener, E. & Crandall, R. (1978). *Ethics in social and behavioral research*. Chicago: University of Chicago Press.

Dirks, M. A., Boyle, M. H. & Georgiades, K. (2011). Psychological symptoms in youth and later socioeconomic functioning: Do associations vary by informant?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *40*, 10–22.

Dishion, T. J. & Dodge, K. A. (2005). Peer contagion in interventions for children and adolescents: Moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*(3), 395–400.

Distefano, C. A. & Kamphaus, R. W. (2007). Development and validation of a behavioral screener for preschool-age children. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *15*(2), 93-102.

Dittman, C. K., Keown, L. J., Sanders, M. R., Rose, D., Farruggia, S. P. et al. (2011). An epidemiological examination of parenting and family correlates of emotional problems in young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, *81*, 358-68.

Dix, T. & Grusec, J. E. (1983). Parental influence techniques: An attribution alanalysis. *Child Development, 54*, 645–652.

Dixon, W. E. & Smith, P. H. (2000). Links between temperament and language acquisition. *Merrill-Palmer Quarterly, 46*, 417–440.

Dobbs, J. & Arnold, D. H. (2009). Relationship between preschool teachers' reports of children's behavior and their behaviour toward those children. *School Psychology Quarterly, 24*(2), 95–105.

Dodge, K. (2000). Conduct Disorders. Στο Sameroff, A., Lewis, M., Miller, S. (Eds) *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd ed., 447–463). New York: Klewer Academic/ Plenum Publishers.

Dodge, K. A. & Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental psychology*, *39*(2), 349-371.

Doescher, S. M. & Sugawara, A. I. (1992). Impact of prosocial homeand school-based interventions on preschool children's cooperative behavior. *Family Relations, 41*, 200–204.

Domenech-Llaberia, E., Jané, C., Canals, J., Ballespí, S., Esparó, G. & Garralda, E. (2004). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *43*(5), 598-604.

Donahue, P. J. (2002). *Promoting social and emotional development in young children: The role of mental health consultants in early childhood settings*. Kansas City, MO: The Ewing Marion Kauffman Foundation.

Dougherty, L. R., Klein, D. N., Durbin, C. E., Hayden, E. P. & Olino, T. M. (2010). Temperamental Positive and Negative Emotionality and Children's Depressive Symptoms: A longitudinal prospective study from age three to age ten. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *29*(4), 462-488.

Downey, G. & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin, 180*, 50–76.

Dozier, M. (2005). Challenges of foster care. *Attachment and Human Development, 7*, 27-30.

Dozier, M. & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development, 63*, 1473-1480.

Dozois, D. J. & Westra, H. A. (2005). Development of the Anxiety Change Expectancy Scale (ACES) and validation in college, community, and clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(12), 1655-1672.

Drabick, D. A. G., Bubier, J., Chen, D., Price, J. & Lanza, H. I. (2011). Source-specific oppositional defiant disorder among inner-city children: Prospective prediction and moderation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*, 23–35.

Drake, K. L. & Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical child and family psychology review*, *15*(2), 144-162.

Dubow, E. F. & Luster, T. (1990). Adjustment of children born to teenage mothers: The contribution of risk and protective factors. *Journal of Marriage and the Family, 52*, 393–404.

Duncan, G. J. & Brooks-Gunn, J. (2000). Family poverty, welfare reform, and child development. *Child Development*, *71*(1), 188-196.

Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J. & Klebanov, P. K. (1994). Economic deprivation and early childhood development. *Child development*, *65*(2), 296-318.

Dunlap, G., Strain, P. S., Fox, L., Carta, J. J., Conroy, M., Smith, B. J & Sowell, C. (2006). Prevention and intervention with young children's challenging behavior: Perspectives regarding current knowledge. *Behavioral Disorders*, *32*(1), 29-45.

Dunn, J. (2001) Children's development and adjustment in different family settings. *Association of Child Psychology and Psychiatry Occasional Papers, Child Mental Health in Europe, 17*, 19–37.

Dunn, J. & Brown, J. (1994). Affect expression in the family, children's understanding of emotions, and their interactions with others. *Merrill-Palmer Quarterly,* 40*(1)*, 120-137.

Dunn, W., Brown, C. & McGuigan, A. (1994). The ecology of human performance: a framework for considering the effect of context. *The American Journal of Occupation Therapy*, *48*(7), 595-607.

Dunn, J., Cutting, A. L. & Fisher, N. (2002). Old friends, new friends: predictors of children's perspective on their friends at school. *Child Development*, *73*(2), 621-635.

Dunn, R. & Dunn, K. (1993).*Teaching secondary students through their individual learning styles*. Boston: Allyn and Bacon.

DuPaul, G. J., Schaughency, E.,Weyandt, L. L., Tripp, G., Kiesner, J., Ota, K., et al. (2001). Self-report of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms in university students: Cross-national prevalence. *Journal of Learning Disabilities*, *34*, 370-379.

DuPaul, G. J. & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies.* New York: Guilford Press.

Durbin, C. E., Klein, D. N., Hayden, E. P., Buckley, M. E. & Moerk, K. C. (2005). Temperamental emotionality in preschoolers and parental mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*(1), 28-37.

Durlak, J. A. & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American journal of community psychology*, *25*(2), 115-152.

Durston, S. & Casey, B. J. (2006). What have we learned about cognitive development from neuroimaging?. *Neuropsychologia*, *44*(11), 2149-2157.

Dwyer, C., Hiltz, S. & Passerini, K. (2007). Trust and privacy concern within social networking sites: A comparison of Facebook and MySpace. *AMCIS 2007 Proceedings*, 339-351. Ανακτήθηκε στις 5 Απριλίου, 2013, από: http:// aisel.aisnet.org/cgi/viewcontent.cgi

Dwyer, K. & Osher, D. (2005). *Safeguarding Our Children: An Action Guide Revised and Expanded*. Longmont, CO: Sopris West.

Dwyer, S. B., Nicholson, J. M., Battistutta, D. & Oldenburg, B. (2005). Teachers' knowledge of children's exposure to family risk factors: accuracy and usefulness. *Journal of School Psychology*, *43*(1), 23-38.

E.C. (2000). *European report on the quality of school education: sixteen quality indicators*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities). Ανακτήθηκε 16 Οκτωβρίου, 2014, από: www.europa.eu.int/comm/education/policies/educ/indic/rapinen.pdf

E.C. (2002). *European report on quality indicators of lifelong learning: Fifteen quality indicators*. Brussels: E.C.

Earls, F., McGuire, J. & Shay, S. (1994). Evaluating a community intervention to reduce the risk of child abuse: Methodological strategies in conducting neighborhood surveys. *Child Abuse & Neglect*, *18*(5), 473-485.

Early, D. M., Maxwell, K. L., Burchinal, M., Alva, S., Bender, R. H., Bryant, D., Cai, K., Clifford, R. M., Ebanks, C., Griffin, J. A., Henry, G. T., Howes, C., Iriondo-Perez, J., Jeon, H. J., Mashburn, A. J., Peisner-Feinberg, E., Pianta, R. C., Vandergrift, N. & Zill, N. (2007). Teachers' education, classroom quality, and young children's academic skills: Results from seven studies of preschool programs. *Child Development*, *78(*2), 558-580.

Early, D. M., Pianta, R. C., Taylor, L. C. & Cox, M. J. (2001). Transition practices: Findings from a national survey of kindergarten teachers. *Early Childhood Education Journal*, *28*, 199–206.

Efstratopoulou, M., Janssen, R. & Simons, J. (2012). Differentiating children with attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, learning disabilities and autistic spectrum disorders by means of their motor behavior characteristics. *Research in Developmental. Disabilities*, *33*, 196-204.

Egeland, B., Kalkoske, M., Gottesman, N. & Erickson, M. F. (1990). Preschool behavior problems: Stability and factors accounting for change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *31*(6), 891-909.

Egger, H. & Angold, A. (2004). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In R. DelCarmen-Wiggins, & A.Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental assessment* (pp. 223–243). New York: Oxford University Press.

Egger, H. & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 313–337.

Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A. & Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*(7), 852-860.

Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*(4), 319-345.

Eiden, R. D. (1999). Exposure to violence and behavior problems during early childhood. *Journal of Interpersonal Violence*, *14*(12), 1299-1313.

Eisen, A. R. & Schaefer, C. E. (2007). *Separation Anxiety in Children and Adolescents: An Individualized Approach to Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.

Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T., Fabes, R., Shepard, St., Reiser, M., Murphy, Br., Losoya, S. & Guthrie, I. (2001). The Relations of Regulation and Emotionality to Children's Externalizing and Internalizing Problem Behavior. *Child Development*, *72*(4), 1112–1134.

Eisenberg, N. & Fabes, R. A. (1992). Emotion, regulation, and the development of social competence. In M. S. Clark (Eds.), Review *of personality and social psychology: Vol. 14, Emotion and social behavior* (pp. 119-150). Newbury Park, CA: Sage.

Eisenberg, N. & Fabes, R. (1994). Mothers' reactions to children's negative emotions: Relations to children's temperament and anger behavior. Merrill-Palmer Quarterly, *40*, 138–156.

Eisenberg, N., Fabes, R. A. & Spinrad, T. L. (1998). *Prosocial development*. John Wiley & Sons, Inc. DOI: 10.1002/9780470147658.chpsy0311

Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Fabes, R. A., Reiser M., Murphy B. C. & Holmgren R. (1997). The relations of regulation and emotionality to resiliency and competent social functioning in elementary school children. *Child Development, 68,* 295–311.

Eisenberg N., Morris, A. S. & Spinrad T. L. (2005). Emotion-related regulation: The construct and its measurement. In D. Teti (Eds.), *Handbook of research methods in developmental science.* Oxford: Blackwell Publishers.

Eisenberg, N. & Morris, A. S. (2002). Children's emotion-related regulation. *Advances in Child Development and Behavior, 30*, 189-229.

Eisenberg, N., Spinrad, T. R., Fabes, R. A., Reiser, M, Cumberland, A., Shepard, S. A., Valiente, C., Losoya, S. H., Guthrie, I. K. & Thompson, M. (2004). The Relations of Effortful Control and Impulsivity to Children's Resiliency and Adjustment. Child Development , 75(1), 25-46.

Eisenberg, N., Valiente, C. & Eggum, N. D. (2010). Self-regulation and school readiness. *Early Education and Development*, *21*(5), 681-698.

Eisenberg, N. & Zhou, Q. (2000). Regulation From a Developmental Perspective. *Psychological Inquiry, 11* (3), 166–171.

Elgar, F. J., Mills, R. S. L., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A. & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35,* 943–955.

Elicker, J. & Mathur, S. (1997). What do they do all day? Comprehensive evaluation of a full-day kindergarten. *Early Childhood Research Quarterly*, *12*(4), 459-480.

Ellis, A. & Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. Prentice-Hall.

Emde, R. N. (2003). RDC-PA: a major step forward and some issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(12), 1513-1516.

Emde, R. N., Biringen, Z., Clyman, R. B. & Oppenheim, D. (1991). The moral self of infancy: Affective core and procedural knowledge. *Developmental Review, 11*(3), 251-270.

Emerson, C. S., Mollet, G. A. & Harrison, D. W. (2005). Anxious-depression in boys: An evaluation of executive functioning. *Archives of Clinical Neuropsychology, 20*(4), 539-546.

Emery, H., Wilmot, J. & R. Murphy. (1998). *Consistency in teacher assessment and the impact of SCAA guidance materials at key stage 3 in the non-core subjects: Report to QCA.* Nottingham: School of Education, University of Nottingham.

Epp, A., Dobson, K. & Pusch, D**.** (2012). Psychopathology. In V. S. Ramachandran (Ed.) *Encyclopedia of Human Behavior* (2nd ed). Oxford, England: Elsevier.

Epstein, J. L. (1995). School/family/community partnerships: Caring for the children we share. *Phi delta kappan, 76*(9), 701-712.

Erath, A. S., Flanagan, K. S. & Bierman, K. L. (2007). Social Anxiety and Peer Relations in Early Adolescence: Behavioral and Cognitive Factors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(3), 405-416.

Erchul, W. & Martens, B. (2010). *Social consultation: Conceptual and empirical bases of practice* (3rd ed.). New York: Springer.

Erickson, M. F., Sroufe, L. A. & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the society for research in child development, 50* (1/2), *147*-166.

Espinosa, L. M. & Laffey, J. M. (2003). Urban primary teacher perceptions of children with challenging behaviors. *Journal of Children and* Poverty, *9*(2), 135-156.

Essa, E. L. (2003*). Introduction to early childhood education (4th ed.).* Canada: Thomson Delmar learning.

Esser, G., Schmidt, M. H. & Woerner, W. (1990). Epidemiology and Course of Psychiatric Disorders in School-Age Children—Results of a Longitudinal Study.*Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*(2), 243-263.

Essex, M. J., Klein, M. H., Miech, R. & Smider, N. A. (2001). Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *The British Journal of Psychiatry: The jounal of mental science, 179,* 151-156.

Essex, M. J., Kraemer, H. C., Slattery, M. J., Burk, L. R., Boyce, W.T., Woodward, H. R. et al. (2009). Screening for childhood mental health problems: Outcomes and early identification. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(5), 562–570.

Evangelista, N. & McLellan, M. (2004). The zero to three diagnostic system: A framework for considering emotional and behavioural problems in young children. *School Psychology Review, 33*(1), 159–173.

Evangelou, D. (1989). *Mixed-age groups in early childhood education*. Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education: (ERIC Document Reproduction Service No. ED308990).

Evans, G. W. (1980). Environmental cognition. *Psychological Bulletin, 88*, 259-287.

Evans, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist, 59*(2), 77 – 92.

Evans, S. W., Pelham, W. E., Smith, B. H., Bukstein, O., Gnagy, E. M., Greiner, A. R. & Baron-Myak, C. (2001). Dose–response effects of methylphenidate on ecologically valid measures of academic performance and classroom behavior in adolescents with ADHD. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 9*(2), 163-175.

Evertson, C. M. & Weinstein, C. S. (2006). *Handbook of classroom management: research, practice, and contemporary issues*. NJ, Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Fabes, R. A., Martin, C. L. & Hanish, L. D (2003). Young children's play qualities in same-, other-, and mixedsex peer groups. *Child Development, 74,* 921–932.

Fagan, J. & Iglesias, A. (1999). Father involvement program effects on fathers, father figures, and their Head Start children: A quasi-experimental study. *Early Childhood Research Quarterly, 14*(2), 243-269.

Fagan, J. & Iglesias, A. (2000). The relationship between fathers' and children's communication skills and children's behavior problems: A study of Head Start children. *Early Education and Development, 11,* 307–319.

Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet, 361*(9355), 407-416.

Fantuzzo, J. W., Bulotsky, R., McDermott, P., Mosca, S. & Lutz, M. N. (2003). A multivariate analysis of emotional and behavioral adjustment and preschool educational outcomes. *School Psychology Review, 32*(2), 185–203.

Fantuzzo, J. W., Grim, S., Mordell, M., McDermott, P., Miller, L. & Coolahan, K. (2001). A multivariate analysis of the revised Conners' Teacher Rating Scale with low-income, urban preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*(2), 141–152.

Fantuzzo, J., Stoltzfus, J., Lutz, M. N., Hamlet, H., Balraj, V., Turner, C. & Mosca, S. (1999). An evaluation of the special needs referral process for low-income preschool children with emotional and behavioral problems. *Early Childhood Research Quarterly, 14*(4), 465-482.

Faraone, S.V., Biederman, J. & Monuteaux, M. (2000). Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder. *Genetic Epidemiology, 18,* 1–16.

Farrell, A. D. & Bruce, S. E. (1997). Impact of exposure to community violence on violent behavior and emotional distress among urban adolescents. *Journal of clinical child psychology, 26*(1), 2-14.

Farrington, D. P. (1989). Early predictors of adolescent aggression and adult violence. *Violenceand Victims, 4,* 79–100.

Farringhton, D. P. (2005). Childhood origins of antisocial behavior. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(3), 177-190.

Farringhton, D. P. & West, D. J. (1993). Criminal, Penal and Life Histories of Chronic Offenders: Risk and Protective Factors and Early Identification. *Criminal Behavior and Mental Health, 3,* 492-523.

Farver, J. A. M. & Frosch, D. L. (1996). LA stories: Aggression in preschoolers' spontaneous narratives after the riots of 1992, *Child Development, 67*(1), 19-32.

Farver, J. M., Kim, Y. K. & Lee-Shin, Y. (2000). Within cultural differences: Examining individual differences in Korean American and European American preschoolers' social pretend play. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 31*, 583-602.

Fearon, P. & Hotopf, M. (2001). Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ, 322*(7295), 1145-1150.

Fearon, R. M. P. & Belsky, J. (2004). Attachment and attention: Protection in relation to gender and cumulative social-sontextual adversity. *Child Development, 75*(6), 1677-1693.

Feeney-Kettler, K. A., Kratochwill, T. R., Kaiser, A. P., Hemmeter, M. L. & Kettler, R. J. (2010). Screening young children's risk for mental health problems: A review of four measures. *Assessment for Effective Intervention, 35*(4), 218-230.

Feil, E. G., Severson, H. H. & Walker, H. M. (1998). Screening for emotional and behavioral delays: Early screening project. *Journal of Early Intervention, 21*(3), 252-266.

Feil, E. G., Walker, H. M., Severson, H. H. & Ball, A. (2000). Proactive screening for emotional/behavioral concerns in Head Start preschools: Promising practices and challenges in applied research. *Behavior Disorders, 26*(1), 13-25.

Feinstein, A. R. (1970). The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseas, 2*, 455–468.

Feis, C. L. & Simons, C. (1985). Training preschool children in interpersonal cognitive problem-solving skills: A replication. *Prevention in Human Services, 3*(4), 59-70.

Feng, X., Shaw, D. S. & Silk, J. S. (2008). Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 32-47.

Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (1995). Early disruptive behavior, IQ, and later school achievement and delinquent behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 183– 199.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J.& Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(10), 1365-1374.

Fernald, D. (2007). *Psychology: six perspectives*. Sage Publications.

Fiertag, O. & Eminson, M. (2014). Somatising: management and outcomes.In S. Huline-Dickens (Eds.), *Clinical Topics in Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 201-217). London: RCPsych Publications.

Fiese, B., Wilder, J. & Bichham, N. (2000). Family Context in Developmental Psychopathology. In A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Eds.) *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 115–134). New York: Klewer Academic/ Plenum Publishers.

Figueroa, A., Soutullo, C., Ono, Y. & Saito, K. (2012). Separation anxiety. *IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Geneva*. Ανακτήθηκε στις 18, Ιουνίου, 2014, από: http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.2-SEPARATION-ANXIETY-300812.pdf

Finn, J. & Achilles, Ch. (1990). Answers and Questions about Class Size: A Statewide Experiment. *American Educational Research Journal, 27*(3), 557–577.

Finn, J. D., Pannozzo, G. M. & Achiles, C. M. (2003). The 'why's' of class size: student behaviour in small classes. *Review of Educational Research, 73*(3), 321-368.

Finzi-Dottan R., Manor, I. & Tyano, S. (2006). ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns. *Child Psychiatry and Human Development, 37,* 103–114.

Fisak, B. J. & Grills-Taquechel, A.E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety?. *Clinical Child and Family Psychology Review, 10*(3), 213-31.

Fleener, P. (1999). *Borderline Personality Disorder: Proposal to include a supplementarybname in the DSM-IV text revision*. Ανακτήθηκε 2 Μαρτίου, 2014, από:http://www.bborderlinepersonalitytoday.com/main/name_change

Fleming, J. E. & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29*(4), 571-580.

Fletcher, J. & Wolfe, B. (2008). Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD revisited. *Journal of health economics, 27*(3), 794-800.

Fletcher, J. & Wolfe, B. (2009). Long-term consequences of childhood ADHD on criminal activities. *The journal of mental health policy and economics, 12*(3), 119-138.

Foley, M., McClowry, S. G. & Castellanos, F. X. (2008). The relationship between attention deficit hyperactivity disorder and child temperament. *Journal of Applied Developmental Psychology 29,* 157–169.

Fonagy, P. & Target, M. (1998). An Interpersonal View of the Infant. In A. Hurry (Eds.), *Psychoanalysis and developmental therapy* (pp. 3–31). London: Karnac Books.

Ford, D. L. & Lerner, R. M. (1992). *Developmental systems theory: An integrative approach.* Newbury Park, CA: Sage.

Forehand, R. & Kotchick, B. A. (2002). Behavioral parent training: Current challenges and potential solutions. *Journal of Child &Family Studies, 11,* 377-384.

Forehand, R., Lautenschlager, G. J., Faust, J. & Graziano, W. G. (1986). Case Histories and shorter communications: Parent perceptions and parent-child interactions in clinic -referred children: a preliminary investigation of the effects of maternal depressive moods. *Behavioral Research Therapy, 24,* 73-75.

Forness, S. R., Kavale, K. A., MacMillan, D. L., Asarnow, J. R. & Duncan, B. B. (1996). Early detection and prevention of emotional or behavioral disorders: Developmental aspects of systems of care. *Behavioral Disorders, 21,* 226–240.

Forness, S. R., Swanson, J. M., Cantwell, D. P., Guthrie, D. & Sena, R. (1992). Response to stimulant medication across six measures of school-related performance in children with ADHD and disruptive behavior. *Behavioral Disorders, 18*(1), 42-53.

Fosco, G. M., DeBoard, R. L. & Grych, J. H. (2007). Making sense of family violence: Implications of children's appraisals of interparental aggression for their short- and long-term functioning. *European Psychologist, 12,* 6–16.

Foster, C. J., Webster, M. C., Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Rush, A. J., Hughes, C.W., Garber, J., Malloy, E., Cerda, G., Kornstein, S. G., Alpert, J. E., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Talati, A., Fava, M. & King, C.A. (2008). Course and severity of maternal depression: Associations with family functioning and child adjustment. *Journal of Youth and Adolescence, 37,* 906-916.

Foster, E. M. & Watkins, S. (2010). The value of reanalysis: TV viewing and attention problems. *Child Development*, *81*(1), 368-375.

Fox, L., Dunlap, G., Hemmeter, M. L., Joseph, G. E. & Strain, P. S. (2003). The teaching pyramid: A model for supporting social competence and preventing challenging behavior in young children. *Young Children*, *58*(4), 48-52.

Fox, L., Hemmeter, M., Snyder, P., Binder, D. P. & Clarke, S. (2011). Coaching early childhood educators to implement a comprehensive model for promoting young children's social competence. *Topics in Early Childhood Special Education*, *31*(3), 178 – 192.

Fox, N. A. & Calkins, S. D. (2003). The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and emotion*, *27*(1), 7-26.

Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E. & Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annu. Rev. Psychol.*, *56*, 235-262.

Fraley, R. C., Waller, N. G. & Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*, 350-365.

Frankfort-Nachmias, C. & Nachmias, D. (1992). *Research Methods in the Social Sciences*. London: Edward Arnold.

Frey, B. B. & Schmitt, V. L. (2007). Coming to terms with classroom assessment. *Journal of Advanced Academics*, *18*(3), 402-423.

Frick P. & Morris A.S. (2004). Temperament and developmental pathways to severe conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*, 54–68.

Frick, P., Lahey, B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M., Hart, E. & Hanson, K. (1993). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Meta–analytic Review of Factor Analyses and Cross–validation in a Clinic Sample. *Clinical Psychology Review*, *13*(4), 319 – 340.

Friedman, N. P., Haberstick, B. C., Willcutt, E. G., Miyake, A., Young, S. E., Corley, R. P. & Hewitt, J. K. (2007). Greater attention problems during childhood predict poorer executive functioning in late adolescence, *Psychological Science*, *18*(10), 893-900.

Fritz, G. K., Fritsch, S. & Hagino, O. (1997). Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(10), 1329-1338.

Fuchs, S., Klein, A. M., Otto, Y. & von Klitzing, K. (2013). Prevalence of emotional and behavioral symptoms and their impact on daily life activities in a community sample of 3 to 5-year-old children. *Child Psychiatry & Human Development*, *44*(4), 493-503.

Furniss, T., Beyer, T. & Guggenmos, J. (2006). Prevalence of behavioural and emotional problems among six-years-old preschool children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(5), 394-399.

Gable, S. E. & Isabella, R. A. (1992). Maternal contributions to infant regulation of arousal. *Infant Behavior and Development*, *15*(1), 95-107.

Gadow, K. D. & Sprafkin, J. (2009). *The Symptom Inventories: An Annotated Bibliography.* Stony Brook, NY: Checkmate Plus.

Galli, F., D'Antuono, G., Tarantino, S., Viviano, F., Borrelli, O., Chirumbolo, A.... & Guidetti, V. (2007). Headache and recurrent abdominal pain: a controlled study by the means of the Child Behaviour Checklist (CBCL). *Cephalalgia*, *27*(3), 211-219.

Gandini, L. (1998). Educational and caring spaces. In C. Edwards, L. Gandini & G. Forman (Eds.), *The hundred languages of children: The Reggio Emilia approach-Advanced reflections* (2nd ed.) (pp. 161-178). Norwood, NJ: Ablex.

Gapin, J. I., Labban, J. D. & Etnier, J. L. (2011). The effects of physical activity on attention deficit hyperactivity disorder symptoms: the evidence. *Preventive Medicine*, *52*, 70-74.

Garber, J., Braafladt, N. & Zeman, J. (1991). The regulation of sad affect: An information processing perspective. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotional regulation and dysregulation* (pp. 208-240). Cambridge: Cambridge University Press.

Garber, J., Zeman, J. & Walker, L. S. (1990). Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parental psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(4), 648-656.

Gardner, F. & Shaw, D. S. (2008). Behavioral problems of infancy and preschool children (0–5). In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5th ed). Massachusetts, USA: Blackwell Publishing.

Garner, P. W., Robertson, S. & Smith, G. (1997). Preschool children's emotional expressions with peers: The roles of gender and emotion socialization. *Sex Roles, 36*, 675– 691.

Garralda, M. E. (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *37*(1), 13-33.

Garson, D. & Anderson, J. A. (1982). *Logistic regression. Handbook of Statistics.* New York.

Gartstein, M. A. & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the revised infant behavior questionnaire. *Infant Behavior and Development*, *26*(1), 64-86.

Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B. G., Mavreas, V. G. & Olatawura, M. O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Archives of general psychiatry*, *55*(5), 405-413.

Gaub, M. & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(8), 1036-1045.

Gavrilidou, M., De Mesquita, P. & Mason, E. J. (1994). Greek Teachers' Perceptions of School Psychologists in Solving Classroom Problems. *Journal of School Psychology, 32*(3), 293–304.

Gazelle, H. & Ladd, G. W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis–stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child development, 74*(1), 257-278.

Gazelle, H. & Rudolph, K. D. (2004). Moving toward and away from the world: Social approach and avoidance trajectories in anxious solitary youth. *Child Development, 75*(3), 829-849.

Geller, B., Chestnut, E. C., Miller, M. D., Price, D. T. & Yates, E. (1985). Preliminary data on DSM-III associated features of major depressive disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 142*(5), 643-644.

Gendreau, P. L. & Archer, J. (2005). Subtypes of aggression in humans and animals. *Developmental origins of aggression*, 25-46.

Georgas, J., Giotsa, A., Mylonas, K. & Bafiti. I. (2006). Family Roles Questionnaire. In J. Georgas, J. Berry, F. J.R. van de Vivjer, C. Kagitcibasi & Y. Poortinga *Families across cultures. A 30 Nation Psychological Study* (pp. 120-123 & 493-501). Cambridge: Cambridge University Press.

Gerhardstein, R. R. (2005). *The Creation and Validation of an Early Identification Measure of Children's Social Dysfunction*. Published Doctorate Dissertation. Department of Psychology. The Florida State University.

Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin, 128,* 539–579.

Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders, 5,* 143–154.

Gershon, E. S., Hamovit, J. H., Guroff, J. J. & Nurnberger, J. I. (1987). Birth-cohort changes in manic and depressive disorders in relatives of bipolar and schizoaffective patients. *Archives of General Psychiatry, 44*(4), 314-319.

Gianino, A. & Tronick, E. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In T. Field, P. McCabe & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping across development* (pp. 47-68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Giannakopoulos, G., Kazantzi, M., Dimitrakaki, C., Tsiantis, J., Kolaitis, G. & Tountas, G. (2009). Screening for children's depression symptoms in Greece: The use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *European Child and Adolescent Psychiatry, 18,* 485-492.

Gibson, S. & Dembo, M. H. (1984). Teacher efficacy: a construct validation. *Journal of Educational Psychology, 76*(4), 569–582.

Gifford-Smith, M. E. & Brownell, C. A. (2003). Childhood peer relationships: Social acceptance, friendships, and peer networks. *Journal of School Psychology, 41*(4), 235-284.

Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M. & Niklasson, L. (2004). Co–existing disorders in ADHD–implications for diagnosis and intervention. *European child & adolescent psychiatry, 13*(1), 80-92.

Gilliam, W. S. (2005). *Prekindergarteners left behind: Expulsion rates in state prekindergarten systems.* New Haven, CT: Yale University Child Study Center.

Gilliom, M. & Shaw, D. S. (2004). Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and psychopathology*, *16*(2), 313-333.

Gilliom, M., Shaw, D. S., Beck, J. E., Schonberg, M. A. & Lukon, J. L. (2002). Anger regulation in disadvantaged preschool boys: Strategies, antecedents, and the development of self-control. *Developmental Psychology*, *38*, 222-235.

Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M. & Buka, S. L. (2003). Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychological medicine*, *33*(08), 1341-1355.

Gimpel, G. A. & Holland, M. L. (2003*). Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the preschool and kindergarten years.* New York: Guilford.

Ginsburg, G. S., Grover, R. L. & Ialongo, N. (2004). Parenting behaviors among anxious and non-anxious mothers: Relation with concurrent and long-term child outcomes. *Child and Family Behavior Therapy*, *26*, 23–41.

Giotsa, A. & Mitrogiorgou, E. (2014). Financial Crisis in Greece. Impact on Different Fields. In A. Giotsa (Eds), *Psychological and Educational approaches in time of Crisis* (pp. 5- 22). New York: Untested Ideas Research Center.

Giotsa, A. & Touloumakos, A. (2014). "They accept me, they accept me not": psychometric properties of the Greek version of Child Parental Acceptance-Rejection Questionnaire-Short. *Journal of Family Issues*, *48*,1-18.

Gioux, H. A. (1997). *Channel surfing: race talk and the destruction of today's youth*. New York : St. Martin's Press.

Gladstein, J. & Holden, E. W. (1996). Chronic Daily Headache in Children and Adolescents: A 2-Year Prospective Study. *Headach. The Journal of Head and Face Pain*, *36*(6), 349-351.

Glick, J., Hanish, L., Yabiku, S. & Bradley, R. (2012). Migration timing and parenting practices: Contributions to social development in preschoolers with foreign-born and native-born mothers. *Child Development*, *83*, 1527–1542.

Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2000). *Family Therapy: An Overview*. Wadsworth: Publishing Company 5th edition.

Göncü, A., Patt, M. B., & Kouba, E. (2002). Understanding young children's pretend play in context.In K. Smith-Peter & H. Hart- Craig (Eds), *Blackwell handbook of childhood social development.Blackwell handbooks of developmental psychology* (pp. 418-437). Malden: Blackwell Publishing.

Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of clinical psychology*, *33*, 107-135.

Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressedmothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, *106*, 458–90.

Goodman, J. E. & McGrath, P. J. (1991). The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain*, *46*(3), 247-264.

Goodman, S., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M. & Heyward, D. (2011). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14,* 1-27.

Goodyer, I. (1990). Family relationships, life events and childhood psychopatholog. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 161–192.

Goosens, F. & VanIjendoorn, M. H. (1990). Quality of infants attachments to professional caregivers – relation to infant- parent attachment and day- care characteristics. *Child Development, 61*, 832-837.

Gorman–Smith, D. & Tolan, P. (1998). The role of exposure to community violence and developmental problems among inner-city youth. *Development and psychopathology*, *10*(1), 101-116.

Gothelf, D., Gertner, S., Mimouni-Bloch, A., Freudenstein, O., Yirmiya, N., Weitz, R. et al. (2006). Follow-up of preschool children with severe emotional and behavioural symptoms. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, *43*(1), 16–20.

Gotlib, I. H. & Hammen, C. L. (2008). *Handbook of Depression* (2nd ed). New York: Guilford Publications, Inc.

Gotlib, I., Traill, S. K., Montoya, R. L., Joormann J. & Chang, K. (2005). Attention and memory biases in offspring of parents with bipolar disorder: Implications from a pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 84–93.

Gottman, M. J. (1983). How children become friends. *Monograms of the society for research in child development, 48*(3), 201- 225.

Goudriaan, A. E., Grekin, E. R. & Sher, K. J. (2011). Decision making and response inhibition as predictors of heavy alcohol use: a prospective study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *35*(6), 1050-1057.

Graves, S., Blake, J. & Kim, E. (2012). Differences in Parent and Teacher Ratings of Preschool Problem Behavior in a National Sample: The Significance of Gender and SES. *Journal of Early Intervention, 34*(3), 151–165.

Graziano, P. A., Calkins, S. D. & Keane, S. P. (2011). Sustained attention development during the toddlerhood to preschool period: Associations with toddlers' emotion regulation strategies and maternal behaviour. *Infant and Child Development, 20*(6), 389-408.

Greco, L. A. & Morris, T. L. (2005). Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behavior Therapy*, *36*(2), 197-205.

Green, B. L., Everheart, M., Gordon, L. & Getman, M. G. (2006). Characteristics of effective mental health consultation in early childhood settings: Multilevel analysis of a national survey. *Topics in Early Childhood Special Education, 26*, 142 – 152.

Green, J. D. & Campbell, W. (2000). Attachment and exploration in adults: Chronic and contextual accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*(4), 452-461.

Greenberg, M. T. (2010). School-Based Prevention: Current Status and Future Challenges. *Effective Education, 2*, 27-52.

Greenberg, M. T., Domitrovitch, C. & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention and Treatment, 4*(1). Ανακτήθηκε 11 Φεβρουαρίου, 2015, από :http://www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040001a.html

Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A. & Zins, J. E. (2005). *The study of implementation in school-based preventive interventions: Theory, research, and practice.* USA: Center for Mental Health Services (CMHS), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, U.S.Department of Health and Human Services (DHHS). Ανακτήθηκε 15 Ιουνίου, 2014, από: www.researchgate.net/profile/Mark_Greenberg2/publication/253475340

Greenberg, M. T., Lengua, L. J., Coie, J. D. & Pinderhughes, E. E. (1999). Predicting outcomes at school entry using a multiple risk model: Four american communities. *Developmental Psychology, 35*(2), 403-417.

Greenberg, M.ωT., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H. & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American psychologist, 58*(6-7), 466-486.

Greenberg, M. T, Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, Gregg, A. P., Sedikides, C. & Gebauer, J. E. (2011). Dynamics of identity: Between self-enhancement and self-assessment. In *Handbook of identity theory and research* (pp.305-327). New York: Springer.

Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J. & Cooper, T. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(11), 1284-1293.

Gregory, A. M. & Eley, T. C. (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review, 10*(3), 199-212.

Grining, C., Ravel, C., Champion, K., Sardin, L., Metzger, M. & Jones, St. (2010). Understanding and Improving Classroom Emotional Climate and Behavior Management in the "Real World": The Role of Head Start Teachers' Psychosocial Stressors. *Early Education And Development, 21* (1), 65–94.

Grizenko, N., Cvejic, H., Vida, S. & Sayegh, L. (1991). Behaviour problems of the mentally retarded. *Canadian Journal of Psychiatry, 36*, 712-717.

Grolnick, W. S., Bridges, L. J. & Connell, J. P. (1996). Emotion Regulation in Two-Year-Olds: Strategies and Emotional Expression in Four Contexts. *Child development, 67*(3), 928-941.

Gross, H., Shaw, D. S. & Moilanen, K. (2008). Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 693-709.

Gross, J. J. & Barrett, L. F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion review, 3*(1), 8-16.

Gross-Tsur, V., Shalev, R. S. & Amir, N. (1991). Attention deficit disorder: association with familial-genetic factors. *Pediatric neurology, 7*(4), 258-261.

Grusec , J. E. & Goodnow, J. J. (1994). Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of current points of view. *Developmental Psychology, 30*(1), 4-19.

Grych, J. H., Wachsmuth-Schlaefer, T. & Klockow, L. (2002). Interparental aggression and young children's representations of family relationships. *Journal of Family Psychology, 16,* 259–272.

Guédeney, N., Guédeney, A., Rabouam, C., Mintz, A. S., Danon, G., Moralès Huet, M. & Jacquemain, F. (2003). The Zero-to-Three diagnostic classification: A contribution to the validation of this classification from a sample of 85 under-threes. *Infant Mental Health Journal, 24*(4), 313-336.

Guerney, B .G. & Flumen, A.B. (1970). Teachers as psychotherapeutic agents for withdrawn children. *Journal of School Psychology, 8*(2), 107-113.

Guerney, L. (2000). Filial therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy, 9*(2), 1 – 17.

Guez, W. & Allen, J. (2000). *Guidance: Module 1*. Paris: UNESCO.

Guidetti, V. & Galli, F. (2001). Recent development in paediatric headache. *Current opinion in neurology, 14*(3), 335-340.

Gullo, D. F. (2000). The Long Term Educational Effects of Half-Day vs Full-Day Kindergarten. *Early Child Development and Care, 160*(1), 17-24.

Gullo, D. F. (2005). *Understanding Assessment and Evaluation in Early Childhood Education*. Teachers College Press: New York.

Haas, K. (2010). *Stretched Too Thin: Low-Income Mothers' Work-Family Conflict and Preschoolers' Socioemotional Adjustment*.Master thesis. Loyla University of Chicago, Chicago.

Hakanen, J. J., Bakker, A. B. & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology, 43,* 495–513.

Halberstadt, A. G. & Eaton, K. L. (2002). A meta-analysis of family expressiveness and children's emotion expressiveness and understanding. *Marriage & Family Review, 34*(1), 35-62**.**

Halberstadt, A. G., Denham, S. A. & Dunsmore, J. C. (2001). Affective social competence. *Social Development, 10,* 79–119.

Halverson, C. F., Havill, V., Deal, J. E., Baker, S., Victor, J., Pavlopoulos, V., Besevegis, E. & Wen, L. (2003). Personality structure as derived from parental ratings of free descriptions of children: The Inventory of Child Individual Differences. *Journal of Personality, 71*(6), 995-1026.

Hampel, P. & Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 38*(4), 409-415.

Hamre, B. K. & Pianta, R. C. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. Child development, *72*(2), 625-638.

Hamre, B. K. & Pianta, R. C. (2004). Self-reported depression in nonfamilial caregivers: Prevalence and associations with caregiver behavior in child-care settings. *Early Childhood Research Quarterly, 19*(2), 297-318.

Hamre, B. K. & Pianta, R. C. (2005). Can instructional and emotional support in the first-grade classroom make a difference for children at risk of school failure?. *Child development*, *76*(5), 949-967.

Hamre, B. K., Pianta, R. C., Downer, J. T. & Mashburn, A. J. (2008). Teachers' perceptions of conflict with young students: Looking beyond problem behaviors.*Social Development*, *17*(1), 115-136.

Han, S. S., Catron, T., Weiss, B. & Marciel, K. K. (2005). A teacher-consultation approach to social skills training for pre-kindergarten children: Treatment model and short-term outcome effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*(6), 681-693.

Han, S. S. & Weiss, B. (2005). Sustainability of teacher program implementation of school-based mental health programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*, 665–679.

Hanish, L. D. & Guerra, N. G. (2002). A longitudinal analysis of patterns of adjustment following peer victimization, *Development and Psychopathology*, *14*, 69–89.

Hanish, L. D., Martin, C. L., Fabes, R. A., Leonard, S. & Herzog, M. (2005). Exposure to externalizing peers in early childhood: Homophily and peer contagion processes. *Journal of abnormal child psychology*, *33*(3), 267-281.

Happe, F. G. (1995). The role of age and verbal ability in the theory of mind task performance of subjects with autism. *Child Development*, *66*, 843-855.

Harden, K. P., Turkheimer, E., Emery, R. E., D'Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Heath, A. C. & Martin, N. G. (2007). Marital conflict and conduct problems in children-of-twins. *Child Development*, *78*, 1–18.

Harden, B. J., Winslow, M. B., Kendziora, K. T., Shahinfar, A., Rubin, K. H., Fox, N. A. et al. (2000). Externalizing problems in Head Start children: An ecological exploration. *Early Education and Development*, *11*, 357–385.

Hardin, M., Schoth, E., Pine, D. S. & Ernst, M. (2007) Incentive-related modulation of cognitive control in healthy, anxious, and depressed adolescents: Development and psychopathology related differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*, 446–454.

Harkness, J. A., Van de Vijver, F. J. & Johnson, T. P. (2003). Questionnaire design in comparative research. In J. Harkness, F. Van de Vijver & T. Johnson (Eds.), *Cross-cultural survey methods*, (pp.19-34). Ανακτήθηκε 6 Ιουλίου, 2013, από: http://repository.uvt.nl/id/ir-uvt-nl:oai:wo.uvt.nl:111917

Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of disease in childhood*, *90*, 2-7.

Harrington, R. (2002). Depressive Disorders in Children and Adolescents: A Review. In M. Maj & N. Santorius (Eds.), *Depressive Disorders.* New York: Wiley.

Harrist, A. W. & Ainslie, R. C. (1998). Marital discord and child behavior problems: Parent–child relationship quality and child interpersonal awareness as mediators. *Journal of Family Issues*, *19*, 140–163.

Harrist, A. W., Zaia, A. F., Bates, J. E., Dodge, K. A. & Pettit, G. S. (1997). Subtypes of social withdrawal in early childhood: Sociometric status and social-cognitive differences across four years. *Child development*, *68*(2), 278-294.

Hart, C. H., Yang, C., Nelson, L. J., Robinson, C. C., Olsen, J. A., Nelson, D. A. & Wu, P. (2000). Peer acceptance in early childhood and subtypes of socially withdrawn behaviour in China, Russia, and the United States. *International Journal of Behavioral Development, 24*(1), 73-81.

Hartup, W. (1999). Constraints on peer socialization: Let me count the ways. *Merrill-Palmer Quarterly, 45*, 172–183.

Hartup, W. (2005). Peer interaction: what causes what?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*(3), 387-394.

Hartup, W. & Stevens, N. (1997). Friendships and adaptation in the life course. *Psychological Bulletin, 121*, 355–370.

Haselager, G. J., Hartup, W. W., Lieshout, C. F. & Riksen-Walraven, J. M. A. (1998). Similarities between friends and nonfriends in middle childhood. *Child Development*, *69*(4), 1198-1208.

Hawley, P. (2002). Social dominance and prosocial and coercive strategies of resource control in pre-schoolers. *International Journal of Behavioral Development, 26,* 167– 176.

Hay, D. E, Castle, J. & Davies, L. (2000). Toddlers' use of force against familiar peers: A precursor of serious aggression?. *Child Development*, *71*, 457-467.

Hay, D. F., Castle, J., Davies, L., Demetriou, H. & Stimson, C. A. (1999). Prosocial action in very early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *40*, 905–916.

Hay, D. F., Payne, A. & Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(1), 84–108.

Hay, D. F. & Pawlby, S. (2003). Prosocial development in relation to children's and mothers' psychological problems. *Child Development*, *74*(5), 1314-1327.

Hayden, E. P., Klein, D. N. & Durbin, C. E. (2005). Parent reports and laboratory assessments of child temperament: A comparison of their associations with risk for depression and externalizing disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*(2), 89-100.

Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 511–524.

Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.

Helker, W. P. & Ray, D. C. (2009). Impact of child teacher relationship training on teachers' and aides' use of relationship-building skills and the effects on student classroom behavior. *International Journal of Play Therapy, 18*(2), 70-83.

Hemmeter, M. L., Joseph, G. E., Smith, B. J. & Sandall, S. (2001). *DEC recommended practices program assessment: Improving practices for young children and their families.* Longmont, CO: Sopris West.

Hemmeter, M. L., Santos, R. M. & Ostrosky, M. M. (2008). Preparing Early Childhood Educators to Address Young Children's Social-Emotional Development and Challenging Behavior. *Journal of Early Intervention*, *30*(4), 321-340.

Henricsson, L. & Rydell, A. M. (2006). Children with behaviour problems: The influence of social competence and social relations on problem stability, school achievement and peer acceptance across the first six years of school. *Infant and Child Development*, *15*(4), 347-366.

Henriques, J. & Davidson, R. J. (1990). Regional brain electrical asymmetries discriminate between previously depressed and healthy control subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, *99*, 22–31.

Hetherington, E. M. (1989). Coping with family transitions: Winners, losers and survivors. *Child Development*, *60*, 1–14.

Hewstone, M., Stroebe, W. & Jonas, K. (Eds.). (2012). *An introduction to social psychology* (Vol. 17). John Wiley & Sons.

Hills, T. W. (1993). Assessment in context: Teachers and children at work. *Young Children*, *48*(5), 20-28.

Hill, A. L., Degnan, K. A., Calkins, S. D. & Keane, S. P. (2006). Profiles of externalizing behavior problems for boys and girls across preschool: the roles of emotion regulation and inattention. *Developmental psychology*, *42*(5), 913-928.

Hill, N. E. & Herman-Stahl, M. A. (2002). Neighborhood safety and social involvement: Associations with parenting behaviors and depressive symptoms among African-American and Euro-American mothers. *Journal of Family Psychology*, *16*(2), 209-219.

Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Sami, N. & Fargeon, S. (2006). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: Evidence for continuing cross-domain impairment. *Journal of consulting and clinical psychology*, *74*(3), 489-499.

Hirsh-Pasek, K., Hyson, M. C. & Rescorla, L. (1990). Academic environments in preschool: Do they pressure or challenge young children. *Early Education and Development*, *1*(6), 401-423.

Hjern, A., Alfven, G. & Östberg, V. (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatrica*, *97*(1), 112-117.

Ho, I. T. (2004). A comparison of Australian and Chinese teachers' attributions for student problem behaviors. *Educational Psychology*, *24*(3), 375-391.

Hodges, E. V. & Perry, D. G. (1999). Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers. *Journal of personality and social psychology*, *76*(4), 677-689.

Hodges, E. V., Boivin, M., Vitaro, F. & Bukowski, W. M. (1999). The power of friendship: protection against an escalating cycle of peer victimization. *Developmental psychology*, *35*(1), 94-101.

Hodges, E., Boivin, M., Vitaro, F. & Bukowski, W. M. (1999). The power of friendship: Friendship as a factor in the cycle of victimization and maladjustment. *Developmental Psychology*, *35*, 94-101.

Hoelling, H., Kurth, B., Rothenberger, A., Becker, A. & Schlack, R. (2008). Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, *1*, 34–41.

Hoffman, L. W. (1989). Effects of maternal employment in the two-parent family. *American Psychologist*, *44*, 283–292.

Holahan, A. & Costenbader, V. (2000). A comparison of developmental gains for preschool children with disabilities in inclusive and self-contained classrooms. *Topics in Early Childhood Special Education, 20*(4), 224-235.

Holmes, S. E., Slaughter, J. R. & Kashani, J. (2001). Risk factors in childhood that lead to the development of conduct disorder and antisocial personality disorder. *Child Psychiatry and Human Development, 31*, 183-193.

Honjo, S., Nishide, T., Niwa, S., Sasaki, Y., Kaneko, H., Inoko, K. & Nishide, Y. (2001). School refusal and depression with school inattendance in children and adolescents: Comparative assessment between the Children's Depression Inventory and somatic complaints. *Psychiatry and clinical neurosciences, 55*(6), 629-634.

Hotopf, M., Carr, S., Mayou, R., Wadsworth, M. & Wessely, S. (1998). Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ, 316*(7139), 1196-1200.

Hough, D. & Bryde, S. (1996). *The effects of full day kindergarten on student achievement and affect.* Ανακτήθηκε 17 Ιανουαρίου, 2013, από: http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED395691.pdf

Howes, C., Burchinal, M., Pianta, R., Bryant, D., Early, D., Clifford, R. & Barbarin, O. (2008). Ready to learn? Children's pre-academic achievement in pre-kindergarten programs. *Early Childhood Research Quarterly, 2*(3), 27–50.

Howes, C. & Hamilton, C. (1992). Children's relationships with child care teachers: Stability and concordance with parental attachments. *Child Development, 63*(4), 867-878.

Howes, C. & Hamilton, C. (1993). The changing experience of child care: Changes in teachers and in teacher-child relationships and children's social competence with peers. *Early Childhood Research Quarterly, 8*, 15-32.

Howes, C., Phillips, D. A. & Whitebook, M. (1992). Thresholds of quality: implications for the social development of children in center-based child care. *Child Dev, 63*, 449–460.

Howse, R. B., Calkins, S. D., Anastopoulos, A. D., Keane, S. P. & Shelton, T. L. (2003). Regulatory contributors to children's kindergarten achievement. *Early Education and Development, 14*(1), 101-120.

Hoyos - Cillero, I. & Jago, R. (2010). Systematic Review of Correlates of Screen–Viewing among Young Children. *Preventive medicine, 51*(1), 3–10.

Hudziak, J. J. (Eds.). (2009). *Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences*. American Psychiatric Pub.

Huebner, C. B. (2000). Promoting toddlers' language development through community-based intervention. *Journal of Applied Developmental Psychology, 21*, 513-535.

Huesmann, L., Moise–Titus, J., Podolski, C. & Eron, L. (2003). Longitudinal Relations between Children's Exposure to TV Violence and their Aggressive and Violent Behavior in Young Adulthood: 1977–1992. *Developmental psychology, 39*(2), 201–221.

Hughes, C. & Ensor, R. (2007). Executive function and theory of mind: Predictive relations from ages 2 to 4. *Developmental Psychology, 43*, 1447- 1459.

Hughes, C. & Ensor, R. (2011). Individual differences in growth in executive function across the transition to school predict externalizing and internalizing behaviors and self-perceived academic success at 6 years of age. *Journal of Experimental Child Psychology*, *108*(3), 663-676.

Hughes, H. M. & Huth-Bocks, A. C. (2007). Variations in parenting stress in African-American battered women: Implications for children's adjustment and family intervention. *European Psychologist*, *12*(1), 62-71.

Hulle, V. C. A., Lemery-Chalfant, K. & Goldsmith, H. H. (2007). Genetic and environmental influences on socioemotional behavior in toddlers: An initial twin study of the infant toddler social and emotional assessment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(10), 1014–1024.

Hurth-Bocks, A. C. & Hughes, H. M. (2008). Parenting stress, parenting behavior, and children's adjustment in families experiencing intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, *23*, 243-251.

Huss, M., Poustka, F., Lehmkuhl, G. & Lehmkuhl, U. (2008). No increase in long-term risk for nicotine use disorders after treatment with methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): evidence from a non-randomised retrospective study. *Journal of neural transmission*, *115*(2), 335-339.

Huston, A. C. & Aronson, S. R. (2005). Mothers' time with infant and time in employment as predictors of motherchild relationships and children's early development. *Child Development*, *76*, 467–482.

Huston, A. C., Duncan, G., Granger, R., Bos, H., McLoyd, V., Mistry, R. & Ventura, A. (2001). Work-based anti-poverty programs for parents can enhance the school performance and social behavior of children. *Child Development*, *72*, 318–337.

Hustyi, K. M., Normand, M. P.,Larson T. A. & Montley, A. J. (2012). The effect of outdoor activity context on physical activity in preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *45*(2), 401-405.

Hutchings, J., Williams, M. E., Martin, P. & Pritchard, R. O. (2011). Introduction of the Incredible Years Child and Teacher programs in Gwynedd: Levels of behavioral difficulties among young welsh school children. *Welsh Journal of Education*, *15*(1), 103–115.

Hyman, I. A. & Snook, P. A. (1999). *Dangerous schools: What we can do about the physical and emotional abuse of our children*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L. & LeMare, L. (1990). Children's peer relationships: longitudinal prediction of internalizing and externaliziing problems from middle to late childhood. *Child development*, *61*(6), 2004-2021.

Ialongo, N., Edelsohn, G., Werthamer-Larsson, L., Crockett, L. & Kellam, S. (1994). The significance of self reported anxious symptoms in first-grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *22*, 441–455.

IBM. (2012). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Indoe, D. (1998). School psychology and mental health interventions in the United Kingdom: Educating education in mental health. *School Psychology Review*, *27*(1), 97-105.

Iskandar, N., Laursen, B., Finkelstein,B. & Fredrckson, L. (1995). Conflict Resolution Among Preschool Children: The Appeal of Negotiation in Hypothetical Disputes. *Early Education and Development*, *6*, 359-376.

Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Bjarnadottir, G., Dias, P., Doepfner, M., Frigerio, A. & Verhulst, F. C. (2011). Syndromes of Preschool Psychopathology Reported by Teachers and Caregivers in 14 Societies Using the Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF). *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, *7*, 87-103.

Izard, C. E., King, K. A., Trentacosta, C. J., Morgan, J. K., Laurenceau, J-P., Krauthamer-Ewing, E.S. et al. (2008). Accelerating the development of emotion competence in Head Start children: Effects on adaptive and maladaptive behavior. *Development and Psychopathology*, *20*, 369-397.

Izard, C. E, Trentacosta, C. J., King, K. A. & Mostow, A. J. (2004). An emotion-based prevention program for Head Start children. *Early Education & Development*, *15*(4), 407-422.

Jacobsen, T., Huss, M., Fendrich, M., Kruesi, M. J. P. & Ziegenhain, U. (1997). Children's ability to delay gratification: longitudinal relations to mother—child attachment. *The Journal of genetic psychology*, *158*(4), 411-426.

Jacobsen, T., Edelstein, W. & Hofmann, V. (1994) A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, *30*(1), 112-124.

Jacobsen, T. & Hofmann, V. (1997) Children's attachment representations: Longitudinal relations to school behavior and academic competency in middle childhood and adolescence. *Developmental psychology*, *33*(4), 703-719.

Jamison, R. N. & Walker, L. S. (1992). Illness behavior in children of chronic pain patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *22*(4), 329-342.

Janssens, K. A., Oldehinkel, A. J. & Rosmalen, J. G. (2009). Parental overprotection predicts the development of functional somatic symptoms in young adolescents. *The Journal of pediatrics*, *154*(6), 918-923.

Janssens, K. A., Oldehinkel, A. J., Verhulst, F. C., Hunfeld, J. A., Ormel, J. & Rosmalen, J. G. (2012). Symptom-specific associations between low cortisol responses and functional somatic symptoms: The TRAILS study. *Psychoneuroendocrinology*, *37*(3), 332-340.

Jarrett, R. L. (1997). Bringing families back in: Neighborhood effects on child development. *Neighborhood poverty*, *2*, 48-64.

Jazbec, S., McClure, E., Hardin, M., Pine, D. S. & Ernst, M. (2005). Cognitive control under contingencies in anxious and depressed adolescents: an antisaccade task. *Biological psychiatry*, *58*(8), 632-639.

Jellesma, F. C., Rieffe, C. & Terwogt, M. M. (2007). The Somatic Complaint List: Validation of a self-report questionnaire assessing somatic complaints in children. *Journal of psychosomatic research*, *63*(4), 399-401.

Jellinek, M. & Snyder, J. (1998) Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics in Review 19*, 255–264.

Jenkins, J. M. & Astington, J. W. (1996). Cognitive factors and family structure associated with theory of mind development in young children. *Developmental Psychology*, *34*, 1026-1037.

Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B. & Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(2), 147-158.

Jensen, P. S., Hoagwood, K. E., Roper, M., Arnold, L. E., Odbert, C., Crowe, M. & Wells, K. (2004). The services for children and adolescents–parent interview: Development and performance characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *43*(11), 1334-1344.

Jensen, P. S., Martin, D. & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(8), 1065-1079.

Jeon, L. (2013). *The Effects of Family, Neighborhood, and Child Care Contexts on Preschool Children's School Readiness* (Doctoral dissertation). The Ohio State University, USA.

Jeon, L., Buettner, C. K. & Snyder, A. R. (2014). Pathways from teacher depression and child-care quality to child behavioral problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, *82*(2), 225.

Jerome, E. M., Hamre, B. K. & Pianta, R. C. (2009). Teacher–Child Relationships from Kindergarten to Sixth Grade: Early Childhood Predictors of Teacher-perceived Conflict and Closeness. *Social Development*, *18*(4), 915-945.

Johnson, A. D., Martin, A., Brooks-Gunn, J. & Petrill, S. A. (2008). Order in the house! Associations among household chaos, the home literacy environment, maternal reading ability, and children's early reading. *Merrill-Palmer Quarterly*, *54*(4), 445-472.

Johnson, S. B. & Melamed, B. G. (1979). The assessment and treatment of children's fears. In *Advances in clinical child psychology* (pp. 107-139).USA: Springer US.

Johnston, C. & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, *4*(3), 183-207.

Jones, S., Eisenberg, N. & Fabes, R. (2002). Parents' reactions to elementary school children's negative emotions: Relations to social and emotional functioning at school. *Merrill-Palmer Quarterly*, *48*,133–159.

Joormann, J., Talbot, L. & Gotlib, I. H. (2007). Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. *Journal of abnormal psychology*, *116*(1), 135-143.

Joseph, G. E & Strain, P. S. (2003). Comprehensive Evidence-Based Social—Emotional Curricula for Young Children. An Analysis of Efficacious Adoption Potential. *Topics in Early Childhood Special Education*, *23*(2), 62-73.

Jouriles, E. N., McDonald, R., Rosenfield, D., Stephens, N., Corbitt-Shindler, D. & Miller, P. C. (2009). Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence: A randomized clinical trial examining effects of Project Support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 705–717.

Jouriles, E. N., McDonald, R., Smith, S. A. M., Heyman, R. E. & Garrido, E. (2008). Child abuse in the context of domestic violence: Prevalence, explanations, and practice implications. *Violence and Victims*, *23*, 221–235.

Justice, L. M. & Pence, K. L. (2008). *Language development from theory to practice.* Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill Prentice Hall.

Kadesjö, B. & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*(4), 487-492.

Kagan, J., Reznick, J. S. & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child development*, *58*(6), 1459-1473.

Kagan, J., Reznick, J. S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, *240*(4849), 167-171.

Kagan, J., Snidman, N., Kahn, V. & Towsley, S. (2007). The preservation of two infant temperaments through adolescence. Monographs of the Society for Research in *Child Development*, *72*(2), 1-95

Kaiser, A. P., Cai, X., Hancock, T. B. & Foster, E. M. (2002). Teacher-reported behavior problems and language delays in boys and girls enrolled in Head Start. *Behavioral Disorders*, *28*(1), 23-39.

Kaiser, A. P., Hancock, B. T., Cai, X., Foster, E. M. & Hester, P. P. (2000). Parent-reported behavioral problems and language delays in boys and girls enrolled in Head Start classrooms. *Behavioral Disorders*, *26*, 26–41.

Kalff, A. C., Kroes, M., Vles, J. et al. (2001). Factors affecting the relation between parental education as well as occupation and problem behavior in Dutch 5- to 6-year-old children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*, 324–331.

Kalff, A. C., Kroes, M., Vles, J. S. H., Hendriksen, J. G. M., Feron, F. J., Steyaert, J. & Van Os, J. (2001). Neighbourhood level and individual level SES effects on child problem behaviour: a multilevel analysis. *Journal of epidemiology and community health*, *55*(4), 246-250.

Kane, P. P. & Garber, J. (2009). Parental depression and child externalizing and internalizing symptoms: Unique effects of fathers' symptoms and perceived conflict as a mediator. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(4), 465-472.

Kapi, A., Veltsista, A., Kavadias, G., Lekea, V. & Bakoula, C. (2007). Social determinants of self-reported emotional and behavioral problems in Greek adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(7), 594-598.

Kaplan, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins

Karevold, E., Roysamb, E., Ystrom, E. & Mathiesen, K. S. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental Psychology*, *45*, 1051–1060.

Karkhaneh, M., Clark, B., Ospina, M. B., Seida, J. C., Smith, V. & Hartling, L. (2010). Social Stories™ to improve social skills in children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism*, *14*(6), 641-662.

Karrass, J., Walden, T. A., Conture, E. G., Graham, C. G., Arnold, H. S., Hartfield, K. N. & Schwenk, K. A. (2006). Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *Journal of communication disorders*, *39*(6), 402-423.

Kashani, J. H., Allan, W. D., Beck, N. C., Bledsoe, Y. & Reid, J. C. (1997). Dysthymic disorder in clinically referred preschool children. *Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry*, *36*(10), 1426-1433.

Kashikar-Zuck, S., Goldschneider, K. R., Powers, S. W., Vaught, M. H. & Hershey, A. D. (2001). Depression and functional disability in chronic pediatric pain. *The Clinical journal of pain*, *17*(4), 341-349.

Kataoka, S. H., Zhang, L. & Wells, K. B. (2002). Unmet need for mental health care among US children: Variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, *159*(9), 1548-1555.

Katz, L. F. & Windecker-Nelson, B. (2004). Parental meta-emotion philosophy in families with conduct-problem children: Links with peer relations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *32*(4), 385-398.

Kauffman, J. (2001). *Charateristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (7th edition). Columbus: Merill Prentice Hall.

Kazdin, A. E. (1995). Child, parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 271-281.

Kazdin, A. E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *57*(9), 829-835.

Ke, X., Tang, T., Hong, S., Hang, Y., Zou, B., Li, H. & Liu, Y. (2009). White matter impairments in autism, evidence from voxel-based morphometry and diffusion tensor imaging. *Brain research*, *1265*, 171-177.

Keenan, K. & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behaviors. *Psychological Bulletin*, *121*, 95– 113.

Keenan, K. & Shaw, D. S. (2003). Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behavior in the first years of life. In: Lahey, B.B., Moffitt, T. E., Caspi, A., Eds. *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Deliquency.* The Guilford Press; New York.

Keenan, K., Shaw, D. S., Walsh, B., Delliquadri, E. & Giovannelli, J. (1997). DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 620-627.

Keenan, K., Shaw, D. S., Delliquadri, E., Giovannelli, J. & Walsh, B. (1998). Evidence for the continuity of early problem behaviors: Application of a developmental model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 443-454.

Keenan, K. & Wakschlag, L. (2000). More than the terrible twos: The nature and severity of disruptive behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*, 33-46.

Keenan, K., & Wakschlag, L. S. (2014). Are oppositional defiant and conduct disorder symptoms normative behaviors in preschoolers? A comparison of referred and nonreferred children. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 356-358.

Kehoe, C. E., Havighurst, S. S. & Harley, A. E. (2014). Somatic Complaints in Early Adolescence The Role of Parents' Emotion Socialization. *The Journal of Early Adolescence*, *24*(5), 599-615.

Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A. & Pettit, G. S. (2000). A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of abnormal child psychology*, *28*(2), 161-179.

Kellam, S. G., Ling, X., Rolande, M., Brown, H. & Ialongo, N. C. (1998). The effect of level of aggression in the first grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. *Development and Psychopathology*, *12*, 165–185.

Keller, P. S., Cummings, M. E., Peterson, K. M. & Davies, P. T. (2008). Marital Conflict in the Context of Parental Depressive Symptoms: Implications for the Development of Children's Adjustment Problems. *Social Development*, *18*(3), 536–555.

Kendall, P. C., Kortlander, E., Chansky, T. E., & Brady, E. U. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in youth: treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(6), 869-880.

Kendall, P. C. & Pimentel, S. S. (2003). On the physiological symptom constellation in youth with generalized anxiety disorder (GAD). *Journal of Anxiety Disorders*, *17*(2), 211-221.

Kendler, K. S., Kuhn, J. & Prescott, C. A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *American Journal of Psychiatry*, *161*(4), 631-636.

Kennedy, A., Cheah, C. S., Rubin, K. H. & Fox, N. A. (1999). *Emotion regulation and dysregulation at 7 years of age.* Poster presentation at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque, NM**.**

Keown, L. J. & Woodward, L. J. (2002). Early parent–child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of abnormal child psychology*, *30*(6), 541-553.

Keren, M., Feldman, R. & Tyano, S. (2001). Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(1), 27-35.

Kerr, D. C., Lunkenheimer, E. S. & Olson, S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(10), 967-975.

Kerr, D., Lopez, N., Olson, S. & Sameroff, A. (2004). Parental Discipline and Externalizing Behavior Problems in Early Childhood: The Roles of Moral Regulation and Child Gender. *Journal of Abnormal Child* Psychology, *32*(4), 369–383.

Kirkorian, H., Wartella, E. & Anderson, D. (2008). Media and Young Children's Learning. *The Future of Children*, *18*(1), 39–61.

Kleftaras, G. & Didaskalou, E. (2006). Incidence and teachers' perceived causation of depression in primary school children in Greece. *School Psychology International*, *27*(3), 296-314.

Klein, D., Dougherty, L. & Olino, T. (2005). Toward Guidelines for Evidence-based Assessment of Depression in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *34*(3), 412–432.

Klein, R. G. & Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: a review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(3), 383-387.

Kleinginna J. & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and emotion*, *5*(4), 345-379.

Knight, G., Guthrie, I., Page, M. & Fabes, R. (2002). Emotional Arousal and Gender Differences in Aggression: A meta-analysis. *Aggressive Behavior*, *28*(5), 366–393.

Knitzer, J. (1993). Children's mental health policy: Challenging the future. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *1*, 8-16.

Knitzer, J. & Perry, D. F. (2009). Poverty and infant and toddler development: Facing the complex challenges. In C. H. Zeanah (Eds.), *Handbook of infant mental health* (pp. 135-150). Guilford Press: New York.

Knoff, H. M. (2002). Best practices in personality assessment. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology- IV, Volume 2* (pp. 1281-1302). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K. & Ziv, Y. (2006). Attachment and developmental psychopathology. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology* (pp. 333–369). New York: Wiley.

Kochanska, G. (1994). Beyond Cognition: Expanding the Search for the Early Roots of Internalization and Conscience. *Developmental Psychology*, *30*(1), 20-22.

Kochenderfer-Ladd, B. (2003). Identification of aggressive and asocial victims and the stability of their peer victimization. *Merrill-Palmer Quarterly*, *49*(4), 401-425.

Koenigsberg, H. W., Fan, J., Ochsner, K. N., Liu, X., Guise, K. G., Pizzarello, S. & Siever, L. J. (2009). Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate responses to negative social cues: a study of patients with borderline personality disorder. *Biological psychiatry*, *66*(9), 854-863.

Koglin, U. & Peterman, F. (2011). The effectiveness of the behavioural training for preschool children. *European Early Childhood Education Research Journal*, *19*(1), 97–111.

Kohlberg, L., LaCrosse, I. & Ricks, D. (1972). The predictability of adult mental health from childhood behavior. In B. B. Wolman (Eds.), *Manual of child psychopathology* (pp. 1217- 1284). New York: McGraw-Hill.

Kolaitis, G, Tsiantis, J., Madianos, M. & Kotsopoulos, S. (2003). Psychosocial Adaptation of Immigrant Greek Children from the Former Soviet Union, *European Child and Adolescent Psychiatry*, *12*(2), 67-74.

Kolko, D. & Kazdin, A. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondenceamong child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *34*, 991-1006.

Kollins, S., Greenhill, L., Swanson, J., Wigal, S., Abikoff, H., McCracken, J. & Bauzo, A. (2006). Rationale, design, and methods of the Preschool ADHD Treatment Study (PATS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(11), 1275-1283.

Kontopoulou, M. (2003). Adjustment difficulties in preschool education: Greek educators' aspects. *Early Child Development and Care*, *173*(2–3), 259–269.

Kopp, S., Kelly, K. B. & Gillberg, C. (2010). Girls with social and/or attention deficits: a descriptive study of 100 clinic attenders. *Journal of Attention Disorders, 14*(2), 167-181.

Kostiuk, L. M. & Fouts, G. T. (2002). Understanding of emotions and emotion regulation in adolescent females with conduct problems: A qualitative analysis. *The Qualitative Report, 7*(1), 1-10.

Kotlowitz, A. (1991). *There are no children here: The story of two boys growing up in the other America*. Anchor. Ανακτήθηκε στις 5 Μαρτίου, 2013, από: http://monkeynote.stores.yahoo.net/

Kourkoutas, E., Georgiadi, M. & Xatzaki, M. (2011). Teachers' perceptions of pupils' social dysfunctions: A combined qualitative and quantitative approach.*Procedia-Social and Behavioral Sciences, 15,* 3870-3880.

Kozlowska, K. (2013). Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. *Current opinion in psychiatry, 26*(5), 485-492.

Kozlowska, K., English, M., Savage, B., Chudleigh, C., Davies, F., Paull, M. & Jenkins, A. (2013). Multimodal rehabilitation: a mind-body family-based intervention for children and adolescents impaired by medically unexplained symptoms. Part 2: case studies and outcomes. *The American Journal of Family Therapy, 41*(3), 212-231.

Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T. & Kupfer, D. J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research:Mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry, 160,* 1566-1577.

Kumpfer, K. & Alvarado, R. (2003). Family–strengthening Approaches for the Prevention of Youth Problem Behaviors. *American Psychologist, 58*(6–7), 457–465.

Kupersmidt J. B., Griesler P. C., DeRosier M. E., Patterson C. J. & Davies P. W. (1995). Childhood aggression and peer relations in the context of family and neighborhood factors. *Child Development, 66*(2), 360-75.

Kurtz, Z., Thornes, R. & Wolkind, S. (1995). *Services for the mental heath of children and young people in England: Assessment of needs and unmet needs.* Report to the Departement of Health, South West Thames Rha.

Ladd, G. W. (1996). Shifting ecologies during the 5-7 year period: Predicting children's school adjustment during the transition to grade school.In A. Sameroff & M. Haith (Eds.), *Reason and responsibility: The passage through childhood* (pp. 363-386). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Ladd, G. W. (2006). Peer rejection, aggressive or withdrawn behavior, and psychological maladjustment from ages 5 to 12: An examination of four predictive models. *Child Development, 77,* 822–846.

Ladd, G. W. & Burgess, K. B. (1999). Charting the relationship trajectories of aggressive, withdrawn, and aggressive/withdrawn children during early grade school. *Child development, 70*(4), 910-929.

Ladd, G. W. & Burgess, K. B. (2001). Do relational risks and protective factors moderate the linkages between childhood aggression and early psychological and school adjustment?. *Child development, 72*(5), 1579-1601.

Ladd. G. W., Birch. S. H. & Buhs, E. S. (1999). Children's social and scholastic lives in kindergarten: Related spheres of influence?. *Child Development, 70*, 1373–1400.

Ladd, G. W. & Troop-Gordon, W. (2003). The role of chronic peer difficulties in the development of children's psychological adjustment problems. *Child Development, 74*(5), 1344-1367.

Ladouceur, C. D., Dahl, R. E., Williamson, D. E., Birmaher, B., Axelson, D. A., Ryan, N. D. & Casey, B. J. (2006). Processing emotional facial expressions influences performance on a Go/NoGo task in pediatric anxiety and depression. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, *47*(11), 1107-1115.

Ladouceur, C. D., Dahl, R. E., Williamson, D. E., Birmaher, B., Ryan, N. D. & Casey, B. J. (2005). Altered emotional processing in pediatric anxiety, depression, and comorbid anxiety-depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *33*(2), 165-177.

LaForett, D. R., Murray, D. W. & Kollins, S. H. (2008). Psychosocial treatments for preschool-aged children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental disabilities research reviews*, *14*(4), 300-310.

Lagattuta, K. H. & Wellman, H. M. (2002). Differences in early parent-child conversations about negative versus positive emotions: implications for the development of psychological understanding. *Developmental Psychology*, *38*(4), 564-580.

Lagerspetz, K., Bjorkqvist, K. & Peltonen, T. (1988). Is Indirect Aggression Typical of Females? Gender Differences in Aggressiveness in 11 to 12 year old Children. *Aggressive* Behavior, *14*(6), 403–414.

Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S. S. & Massetti, G. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *American Journal of Psychiatry*, *161*(11), 2014-2020.

Lahey, B. B., Pelham, W. E., Stein, M. A., Loney, J., Trapani, C., Nugent, K. & Baumann, B. (1998). Validity of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder for Younger Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *37*(7), 695-702.

Landry, S. H. & Smith, K. E. (2010). Early social and cognitive precursors and parental support for self-regulation and executive function: Relations from early childhood into adolescence. In B.W. Sokol, U. Müller, J.I.M. Carpendale, A.R. Young & G. Iarocci (Eds.), *Self and social regulation: Social interaction and the development of social understanding and executive functions* (pp. 386–417). New York: Oxford University Press.

Landy, S. & Thompson, E. (2006). *Pathways to competence for young children. A parenting program*. Baltimore: MD Brookes.

Langrock, A. M., Compas, B. E., Keller, G., Merchant, M. J. & Copeland, M. E. (2002). Coping with the stress of parental depression: Parents' reports of children's coping, emotional, and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 312–324.

LaPointe, J. M. (2003). Teacher–student conflict and misbehavior: Toward a model of the extended symmetrical escalation. *Journal of Classroom Interaction*, *38*, 11–19.

Larsson, B. & Sund, A. M. (2007). Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: Influences of pain characteristics. *European Journal of Pain*, *11*(1), 57-57.

Last, C. G. (1991). Somatic complaints in anxiety disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, *5*(2), 125-138.

Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(11), 1502-1510.

Lauer, C. (1992). Variability in the patterns of agonistic behavior of preschool children. In *Aggression and peacefulness in humans and other primates* (pp. 172-188). New York: Oxford University Press.

Laursen, B. & Hartup, W. (1989). The Dynamics of Preschool Children's Conflicts. *Merrill Palmer Quarterly*, *35*(3), 281–297.

Lavigne, J. V, Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K. K. & Gibbons, R. D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, *37*(12), 1246-1254.

Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. et al. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(2), 204–214.

Lawrence, A. J., Luty, J., Bogdan, N. A., Sahakian, B. J. & Clark, L. (2009). Impulsivity and response inhibition in alcohol dependence and problem gambling. *Psychopharmacology*, *207*(1), 163-172.

Leech, S. L., Larkby, C. A., Day, R. & Day, N. L. (2006). Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(2), 223-230.

LeFever, G. B., Villers, M. S., Morrow, A. L. & Vaughn, E. S. (2002). Parental perceptions of adverse educational outcomes among children diagnosed and treated for ADHD: A call for improved school/provider collaboration. *Psychology in the Schools*, *39*(1), 63-71.

Legard, R., Keegan, J. & Ward, K. (2003). In-depth Interviews. In J. Richie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative Research Practice. A Guide For Social Science Students And Researchers* (pp. 138–330). London: SAGE Publications.

Leon, G. R., Kendall, P. C. & Garber, J. (1980). Depression in chidlren: Parent, teacher and child perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *8*(2), 221-235.

Lescano, C. M. (2008). Silent children: Assessment and treatment of selective mutism. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, *24*(1), 6-7.

Leventhal, T. & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: Effects of neighborhood residence upon child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, *126*, 309–337.

Levin, K. A., Torsheim, T., Vollebergh, W., Richter, M., Davies, C. A., Schnohr, C. W. & Currie, C. (2011). National income and income inequality, family affluence and life satisfaction among 13 year old boys and girls: A multilevel study in 35 countries. *Social indicators research*, *104*(2), 179-194.

Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 17*, 959-986.

Levy, F., Hay, D. A., McStephen, M. I. C. H. A. E. L., Wood, C. & Waldman, I. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(6), 737-744.

Levy, J. E. & Shepardson, W. (1992). A look at current school-linked service efforts. *The Future of Children*, *2*(1), 44-55.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P. & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(4), 510-519.

Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M. & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 377–394.

Lewis, R., Roache, J. & Romi, S. (2011). Coping styles as mediators of teachers' classroom management techniques. *Research in Education, 85*(1), 53-68.

Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A.W., Utens, E. M. et al. (2008). Parenting and parental anxiety and depression as predictors of treatment outcome for childhood anxiety disorders: has the role of fathers been underestimated?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37(*4), 747-58.

Lilienfeld, S. O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(3), 285-291.

Liljequist, L. & Renk, K. (2007). The relationships among teachers' perceptions of student behaviour, teachers' characteristics, and ratings of students' emotional and behavioural problems. *Educational Psychology*, *27*(4), 557-571.

Linares, L., Heeren, T., Bronfman, E., Zuckerman, B., Augustyn, M. & Tronick, E. (2001). A mediational model for the impact of exposure to community violence on early childhood behaviour problems. *Child Development, 72,* 639–652.

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 67,* 13–26.

Linnet, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T. B., Rodriguez, A. & Jarvelin, M. R. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*, *160*(6), 1028-1040.

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, *145*(11), 1358-1368.

Lisska, M. C. & Rivkees, S. A. (2003). Daily methylphenidate use slows the growth of children: a community based study. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, *16*(5), 711-718.

Liu, J. (2004). Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, *17*(3), 93–103.

Liu, J., Cheng, H. & Leung, P. W. L. (2011). The application of the Preschool Child Behavior Checklist and the Caregiver–Teacher Report form to Mainland Chinese children: Syndrome structure, gender differences, country effects, and inter-informant agreement. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(2), 251-264.

Liu, J., Chen, X. & Lewis, G. (2011). Childhood Internalizing Behavior: Analysis and Implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18,* 884–894.

Liu, J. & Wuerker, A. (2005). Biosocial bases of violence: Implications for nursing research. *International Journal of Nursing Studies, 42,* 339 – 241.

Livaditis, M., Fotiadou, M., Kouloubardou, F., Samakouri, M., Tripsianis, G. & Gizari, F. (2000). Greek adolescents in custody: Psychological morbidity, family characteristics and minority groups. *Journal of Forensic Psychiatry, 11*(3), 597–607.

Livaditis, M., Zaphiriadis, K., Fourkioti, A., Tellidou, C. & Xenitidis, K. (2002). Parental loss and problem behavior in Greek adolescents: student and teacher perspectives. *International Review of Psychiatry, 14*, 60-65.

Lochman, J. E. (1995). Screening of child behavior problems for prevention programs at school entry. The Conduct Problems Prevention Research Group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(4), 549-559.

Locke, G. R., Zinsmeister, A. R., Talley, N. J., Fett, S. L. & Melton, L. J. (2000). Familial association in adults with functional gastrointestinal disorders. In *Mayo Clinic Proceedings, 75*(9), 907-912.

Loe, I. M. & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of pediatric psychology, 32*(6), 643-654.

Loeb, S., Bridges, M., Bassok, D., Fuller, B. & Rumberger, R. W. (2007). How much is too much? The influence of preschool centers on children's social and cognitive development. *Economics of Education Review, 26*(1), 52-66.

Loeber, R. & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology, 48,* 371–410.

Logan, D. E., Carpino, E. A., Chiang, G., Condon, M., Firn, E. & Gaughan, V. J. (2012). A day-hospital approach to treatment of pediatric complex regional pain syndrome: initial functional outcomes. *The Clinical journal of pain, 28*(9), 766-774.

Loney, J. (1987). Hyperactivity and Aggression in the Diagnosis of Attention Deficit Disorder. *Advances in Clinical Child Psychology, 10,* 99–135.

Losardo, A. & Notari-Syverson, A. (2001). *Alternative approaches to assessing young children*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Lou, H. C. (1996). Etiology and pathogenesis of Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): significance of prematurity and perinatal hypoxic-haemodynamic encephalopathy. *Acta paediatrica, 85*(11), 1266-1271.

Lou, H. C., Rosa, P., Pryds, O., Karrebæk, H., Lunding, J., Cumming, P. & Gjedde, A. (2004). ADHD: increased dopamine receptor availability linked to attention deficit and low neonatal cerebral blood flow. *Developmental Medicine & Child Neurology, 46*(03), 179-183.

Louis, K. & Miles, M. (1990). *Improving the urban high school: What works and why.* New York, NY: Teachers College Press.

Love, A. J. & Thompson, M. G. (1988). Language disorders and attention deficit disorders in young children referred for psychiatric services: analysis of prevalence and a conceptual synthesis. *American Journal of Orthopsychiatry*, *58*(1), 52-64.

Lovejoy, C., (1996). Social Influences Regarding Inattentive-overactive and Aggressive Child Behaviour and their Effects on Teacher Reports of Discipline. *Journal of Clinical Child Psychology*, *25*(1), 33-42.

Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *20*, 561–592.

Luby, J. L. (2009). Early childhood depression. *The American journal of psychiatry*, *166*(9), 974-979.

Luby, J. L., Belden, A., Sullivan, J. & Spitznagel, E. (2007). Preschoolers' contribution to their diagnosis of depression and anxiety: Uses and limitations of young child self-report of symptoms. *Child psychiatry and human development*, *38*(4), 321-338

Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Brown, K. M., Hessler, M. J., Wallis, J. M. & Spitznagel, E. L. (2003). The clinical picture of depression in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 340-348.

Luca, P., Laurin, N., Misener, V. L., Wigg, K. G., Anderson, B., Cate-Carter, T. & Barr, C. L. (2007). Association of the dopamine receptor D1 gene, DRD1, with inattention symptoms in families selected for reading problems. *Molecular psychiatry*, *12*(8), 776-785.

Lugo-Gil, J. & Tamis-LeMonda, C. (2008). Family resourcesand parenting quality: Links to children's cognitivedevelopment across the first 3 years. *Child Development*, *79*, 1065–1085.

Lundy, B., Field, T. & Pickens, J. (1996). Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant Behavior and Development*, *19*(4), 419-424.

Luoma, I., Puura, K., Tamminen, T., Kaukonen, P., Piha, J., Rasanen, E. et al. (1999). Emotional and behavioural symptoms in 8–9-year-old children in relation to family structure. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *8*, S029–S040.

Lutz, M. N., Fantuzzo, J. & McDermott, P. (2002). Multidimensional assessment of emotional and behavioral adjustment problems of low-income preschool children: Development and initial validation. *Early Childhood Research Quarterly*, *17*, 338–355.

Lynam, D. R. (1996). Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath?. *Psychological Bulletin*, *120*, 209-234.

Lynch, K. B., Geller, R. S. & Schmidt, M. G. (2004). Multi-year evaluation of the effectiveness of a resilience-based prevention program for young children. *The Journal of Primary Prevention*, *24*(3), 335-353.

Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (1999). *Attachment disorganization*: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & R. S. Phillip (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520-554). New York, NY, US: Guilford Press.

Maccoby, E. E.(1998). *The two sexes: Growing up apart, coming together*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Maccoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In P. H. Mussen & E. M. Hetherington, *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development* (4th ed.) (pp. 103-196). New York: Wiley.

Mackenbach, J. D., Tiemeier, H., van der Ende, J., Nijs, I. M., Jaddoe, V. W., Hofman, A. & Jansen, P. W. (2012). Relation of emotional and behavioral problems with body mass index in preschool children: the Generation R study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *33*(8), 641-648.

Macklem, G. L. (2008). The importance of emotional regulation in child and adolescent functioning and school success. In *Practitioner's guide to emotion regulation in school-aged children* (pp. 1-12).USA: Springer US.

Mahone, E. M. (2005). Measurement of attention and related functions in the preschool child. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, *11*(3), 216-225.

Main, M. & Hesse, E. D. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant Disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. In M. Greenberg, D. Cichetti & M. Cummings, (Eds.), *Attachment in the Preschool Years*. Chicago: Chicago University Press.

Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, New Jersey: Ablex.

Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/ disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121– 160). Chicago: The University of Chicago Press.

Mallory, B. L. & Kerns, G. M. (1988). Consequences of categorical labeling of preschool children. *Topics in Early Childhood Special Education, 8,* 39–50.

Malti, T., Perren, S. & Buchmann, M. (2010). Children's Peer Victimization, Empathy, and Emotional Symptoms. *Child Psychiatry and Human Development, 41*(1), 98–113.

Manassis, K. & Bradley, S.J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology, 15*, 345-366.

Maniadaki, K. & Kakouros, E. (2011). Attention problems and learning disabilities in young offenders in detention in Greece. *Psychology*, *2*(1), 53-59.

Mann, B. J. & MacKenzie, E. P. (1996). Pathways among marital functioning, parental behaviors, and child behavior problems in school-age boys. *Journal of Clinical Child Psychology*, *25*, 183–191.

Manning, M., Homel, R. & Smith, C. (2010). A meta-analysis of the effects of early developmental prevention programs in at-risk populations on non-health outcomes in adolescence. *Children and Youth Services Review*, *32*(4), 506-519.

March, J. S., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Hoza, B., Conners, C. K., Hinshaw, S. P. & Pelham, W. E. (2000). Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of abnormal child psychology*, *28*(6), 527-541.

Mariani, M. A. & Barkley, R. A. (1997). Neuropsychological and academic functioning in preschool boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, *13*(1), 111-129.

Marshall, T., Jones, D. P., Ramchandani, P. G., Stein, A. & Bass, C. (2007). Intergenerational transmission of health beliefs in somatoform disorders Exploratory study. *The British Journal of Psychiatry*, *191*(5), 449-450.

Martin, C. L., Fabes, R. A., Evans, S. M. & Wyman, H. (1999). Social cognition on the playground: Children's beliefs about playing with girls versus boys and their relations to sex segregated play. *Journal of Social and Personal Relationships*, *16*, 751–771.

Martinez, P. & Richters, J. E. (1993a). The NIMH community violence project: II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry*, *56*(1), 22-35.

Mash, E. J. & Barkley, R. A. (Eds.). (2003). *Child psychopathology*. Guilford Press.

Mash, E. J. & Dozois, D. J. (2003). Child psychopathology: A developmental systems perspective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 3–71). New York: Guilford.

Mashburn, A. J. & Henry, G. T. (2004). Assessing school readiness: Validity and bias in preschool and kindergarten teachers' ratings. *Educational Measurement: Issues and Practice*, *23*, 16–30.

Mashburn, A. J., Pianta, R. C., Hamre, B. K., Downer, J. T., Barbarin, O. A., Bryant, D. & Howes, C. (2008). Measures of classroom quality in prekindergarten and children's development of academic, language, and social skills. *Child development*, *79*(3), 732-749.

Masi, G., Favilla, L., Millepiedi, S. & Mucci, M. (2000). Somatic symptoms in children and adolescents referred for emotional and behavioral disorders. *Psychiatry*, *63*(2), 140-149.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, *52*(1), 397-422.

Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E. & Reed, M. G. (2009). Resilience in Development. In S.J Lopez (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 117-131). New York: Oxford University Press.

Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradovic, J., Riley, J. R. et al. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology*, *41*, 733–746.

Mavropoulou, S. & Padeliadu, S. (2002). Teachers' causal attributions for behaviour problems in relation to perceptions of control. *Educational psychology*, *22*(2), 191-202.

Maxwell, L. E. (2007). Competency in child care settings the role of the physical environment. *Environment and Behavior*, *39*(2), 229-245.

Maxwell, W. (1987). Teachers' attitudes towards disruptive behaviour in secondary schools. *Educational Review, 39*(3), 203- 216.

Maziade, M., Caron, C., Cote, R., Merrette, C., Bernier, H., Laplante, B. et al. (1990). Psychiatric status of adolescents who had extreme temperaments at 7. *American Journal of Psychiatry, 147,* 1531−1536.

McCabe, P. C. & Altamura, M. (2011). Empirically valid strategies to improve social and emotional competence of preschool children. *Psychology in the Schools, 48*(5), 513-540.

McCabe, P. C. & Marshall, D. J. (2006). Measuring the Social Competence of Preschool Children With Specific Language Impairment Correspondence Among Informant Ratings and Behavioral Observations. *Topics in Early Childhood Special Education, 26*(4), 234-246.

McClellan, J. & Speltz, M. (2003). Psychiatric diagnosis in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42,* 127–128.

McClowry, S. G. (2002). The temperament profiles of school-age children. *Journal of Pediatric Nursing, 17,* 3−10.

McConaughy, S. H. & Skiba, R. J. (1993). Comorbidity of externalizing and internalizing problems. *School Psychology Review, 22,* 421–436.

McCroskey, J. C. & Daly, J. A. (1976). Teachers; expectations of the communication apprehensive child in the elementary school. *Human Communication Research, 3*(1), 67-72.

McDonnell, M. A. & Glod, C. (2003). Prevalence of Psychopathology in Preschool Age Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 16*(4), 141-152.

McDougall, P., Hymel, S., Vaillancourt, T. & Mercer, L. (2001). The consequences of childhood peer rejection. In M. R. Leary (Eds.), *Interpersonal rejection* (pp. 213 – 247). Oxford, UK: Oxford University Press.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A. & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29*(4), 611-619.

McKinney, E. P. & Rust, J. O. (1998). Enhancing preschool African American children's social skills. *Journal of Instructional Psychology, 25,* 235–241.

McMahon, S. D., Washburn, J., Felix, E. D., Yakin, J. & Childrey, S. D. (2000). Violence prevention: Program effects on urban preschool and kindergarten children. *Applied and Preventive Psychology, 9,* 271–281.

Meagher, S. M., Arnold, D. H., Doctoroff, C. L., Dobbs, J. & Fisher, P. H. (2009). Social-emotional problems in early childhood and the development of depressive symptoms in school-age children. *Early Education and Development, 20*(1), 1–24.

Measelle, J. R., John, O. P., Ablow, J. C., Cowan, P. A. & Cowan, C. P. (2005) Can children provide coherent, stable, and valid self-reports on the big five dimensions? A longitudinal study from ages 5 to 7. *Journal of Personality and Social Psychology, 89,* 90–106.

Mendlowitz, S. L. & Monga, S. (2007). Unlocking speech where there is none: Practical approaches to the treatment of selective mutism. *The Behavior Therapist, 30*(1), 11-15.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1281–1310.

Mennin, D. & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *14*(4), 329-352.

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

Merry, S. N., McDowell, H. H., Hetrick, S. E., Bir, J. J. & Muller, N. (2004). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *The Cochrane Library*. Ανακτήθηκε στις 5 Ιουλίου, 2013, από: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003380

Mesman, J., Bongers, I. L. & Koot, H. M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*, 679–689.

Mesman, J. & Koot, H. M. (2000). Child-reported depression and anxiety in preadolescence. I. Associations with parent- and teacher-reported problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(11), 1371-1378.

Mesman, J. & Koot, H. M. (2001). Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(9), 1029-1036.

Mian, D., Godoy, L., Briggs-Gowan, M. & Carter, S. (2012). Patterns of Anxiety Symptoms in Toddlers and Preschool-age Children: Evidence of Early Differentiation. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(1), 102–110.

Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J. & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*(4), 378-385.

Middleton, M., Scott, S. L. & Renk, K. (2009). Parental depression, parenting behaviours, and behaviour problems in young children. *Infant and Child Development*, *18*(4), 323-336.

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S., Guite, J. & Tsuang, M. (1997). Pregnancy, delivery and infancy complications and ADHD: issues of gene-environment interactions. *Biol. Psychiatry*, *41*, 65–75.

Miller, A. L. & Olson, S. L. (2000). Emotional expressiveness during peer conflicts: A predictor of social maladjustment among high-risk preschoolers. *Journal of Abnormal Psychology*, *28*, 339–352.

Miller-Heyl, J., MacPhee, D. & Fritz, J. (1998). DARE to be You: A family-support, early prevention program. *The Journal of Primary Prevention*, *18*(3), 257-285.

Miller, L. S. (1994). Primary prevention of conduct disorder. *Psychiatric Quarterly*, *65*(4), 273-285.

Miller, R. B. & Brickman, S. J. (2004). A model of future-oriented motivation and self-regulation. *Educational Psychology Review*, *16*(1), 9-33.

Millichap, J. G. (2008). Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, *121*(2), 358-365.

Minuchin, P. (1985). Families and Individual Development: Provocations from the field of Family Therapy. *Child Development, 56*(2), 289 – 302.

Minze, L. C., McDonald, R., Rosentraub, E. L. & Jouriles, E. N. (2010). Making sense of family conflict: Intimate partner violence and preschoolers externalizing problems. *Journal of family psychology*, *24*(1), 5-11.

Mistry, R. S., Benner, A. D., Biesanz, J. C., Clark, S. L. & Howes, C. (2010). Family and social risk, and parental investments during the early childhood years as predictors of low-income children's school readiness outcomes. *Early Childhood Research Quarterly, 25*(4), 432-449.

Mistry, R. S., Biesanz, J. C., Chien, N., Howes, C. & Benner, A. D. (2008). Socioeconomic status, parental investments, and the cognitive and behavioral outcomes of low-income children from immigrant and native households. *Early Childhood Research Quarterly*, *23*, 193–212.

Mistry, R. S., Biesanz, J. C., Taylor, L. C., Burchinal, M. & Cox, M. J. (2004). Family income and its relation to preschool children's adjustment for families in the NICHD Study of Early Child Care. *Developmental Psychology*, *40*, 727–745.

Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S. & Brooks, D. (2008). ADHD: does parenting style matter?. *Clinical pediatrics, 47,* 865-872.

Moffitt, R. (2003). *Means-Tested Transfer Programs in the United States.* Chicago: University of Chicago Press.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: ADevelopmental Taxonomy. *Psychological Review*, *100*(4), 674-701.

Monks, C., Smith, P. & Swettenham, J. (2005). Psychological Correlates of Peer Victimization in Preschool Children: Social Cognitive Skills, Executive Functions and Attachment Profiles. *Aggressive Behavior*, *31*(6), 571–588.

Monroe, S. M., Rohde, P., Seeley, J. R. & Lewinsohn, P. M. (1999). Life events and depression in adolescence: relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*, *108*(4), 606-614.

Monteiro-Musten, L. M., Firestone, P., Pisterman, S., Bennett, S. & Mercer, J. (1997). Effects of methylphenidate on preschool children with ADHD: cognitive and behavioral functions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(10), 1407-1415.

Moon, M. (2001). Teacher perspectives on peer relation problems of young children. *Asia Pacific Education Review*, *2*(1), 22-31.

Morawska, A. & West, F. (2012). Do parents of obese children use ineffective parenting strategies? *Journal of Child Health, 27,* 375 – 386.

Moreno, J. L. (1970). What is Sociometry?. *Group Psychotherapy and Psychodrama*, *2*.

Moretti, A., Nobile, M., Garzitto, M., Marini, A., Fornasari, L., Negri, G. A. L., Bonivento, C. et al. (2013). Increased Internalizing Problems in Children Aged 4 to 12 With Language Impairments. *Journal of Psychological Abnormalities in Children, 1*(1), 1-8.

Morgan, J., Izard, C. & Hyde, C. (2014). Emotional Reactivity and Regulation in Head Start Children: Links to Ecologically Valid Behaviors and Internalizing Problems. *Social Development, 23*(2), 250–266.

Morgan, P., Farkas, G. & Wu, Q. (2008). Kindergarten Predictors of Recurring Externalizing and Internalizing Psychopathology in the Third and Fifth Grades. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *17*(2), 67–79.

Morison, P. & Masten, A. S. (1991). Peer reputation in middle childhood as a predictor of adaptation in adolescence: A seven-year follow-up. *Child development*, *62*(5), 991-1007.

Morris, A. S, Robinson, L. & Eisenberg, N. (2005) Applying a multimethod perspective to the study of developmental psychology. In E. M. Diener (Eds.), *Handbook of multimethod measurement in psychology* (pp. 371–384). Washington, DC: APA Books.

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S. & Robinson, L. R. (2007). The role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*, *16*(2), 361-388.

Morrison, K. (1998). *Management Theories for Educational Change.* London: Sage.

Morrison Bennett, M. O. & Bratton, S. C. (2011). The effects of child-teacher relationship training on the children of focus: A pilot study. *International Journal of Play Therapy*, *20*(4), 193-207.

Morrison, M. O. & Bratton, S. C. (2010). Preliminary investigation of an early mental health intervention for Head Start programs: Effects of Child Teacher Relationship Training on children's behavior problems. *Psychology in the Schools*, *47*(10), 1003-1017.

Morrow, K. & Washington, M. (1993). How families manage risk and opportunity in dangerous neighborhoods. In W.J Wilson (Eds.), *Sociology and the public agenda* (pp. 231-257). California: SAGE.

Mortimore, P., Sammons, P., Stoll, L., Lewis, D. & Ecob, R. (1988). *School Matters: The Junior Years*. Shepton Mallet: Open Books.

Moskowitz, G. B. (2010). On the Control Over Stereotype Activation and Stereotype Inhibition. *Social and Personality Psychology Compass*, *4*(2), 140-158.

Moss, E., Cyr, C., Bureau, J. F., Tarabulsy, G. M. & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment between preschool and early school-age. *Developmental Psychology*, *41*, 773–783.

Mostow, A. J., Izard, C. E., Fine, S. & Trentacosta, C. J. (2002). Modeling emotional, cognitive, and behavioral predictors of peer acceptance. *Child Development*, *73*(6), 1775-1787.

Motti-Stefanidi, F., Besevegis, E. & Giannitsas, N. (1996). Teachers' perceptions of school-age children's competence and mental health. *European Journal of Personality*, *10*, 263-282.

Motti-Stefanidi, F., Tsiantis, J. & Richardson, S. C. (1993). Epidemiology of behavioral and emotional problems of the primary school children in Greece. *European Child and Adolescent Psychiatry 2*(2), *111-118.*

Mrazek, D., Anderson, I. & Strunk, R. (1985). Disturbed emotional development of severely asthmatic preschool children. Recent research in developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, *4*, 81-94.

Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.* Washington: DC7 National Academy Press.

Mullins, L. J., Chard, S. R., Hartman, V. L., Bowlby, D., Rich, L. & Burke, C. (1995). The relationship between depressive symptomatology in school children and the social responses of teachers. *Journal of Clinical Child Psychology*, *24*(4), 474-482.

Mulvaney, S., Lambert, E. W., Garber, J. & Walker, L. S. (2006). Trajectories of symptoms and impairment for pediatric patients with functional abdominal pain: a 5-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(6), 737-744.

Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H. & Hülsenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behavior Research and Therapy*, *38*(5), 487-97.

Murphy, B. C., Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. & Guthrie, I. K. (1999). Consistency and change in children's emotionality and regulation: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly*, *46*, 413-444.

Murphy, F. C., Rubinsztein, J. S., Michael, A., Rogers, R. D., Robbins, T. W., Paykel, E. S. & Sahakian, B. J. (2001). Decision-making cognition in mania and depression. *Psychological Medicine*, *31*(04), 679-693.

Murphy, K. & Davidshofer, C. (1991*). Psychological testing: Principles and applications* (2nd Ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Murray, L. (1992). The impact of posnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *33*, 543–561.

Murray, C., Murray, K. & Waas, G. (2008). Child and teacher reports of teacher–student relationships: Concordance of perspectives and associations with school adjustment in urban kindergarten classrooms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *29*, 49-61.

Murray–C., D., Ostrov, J. & Crick. N. (2007). A Short–term Longitudinal Study of Growth of Relational Aggression during Middle Childhood: Associations with Gender, Friendship Intimacy, and Internalizing Problems. *Development and Psychopathology*, *19*, 187–203.

Myers, C. (2013). Comparing Results From the Clinical Assessment of Behavior and Child Behavior Checklist With Referred Preschoolers. *Psychology in the Schools*, *50*(1), 1–12.

Mylonakou, I. & Kekes, I. (2005). Syneducation (Synekpaidefsis): Reinforcing Communication and Strengthening Cooperation among Students, Parents and Schools. Harvard Family Research Project, March, (pp. 1 – 9). *Harvard Graduate School of Education, Cambridge, MA*. Ανακτήθηκε στις 10 Μαρτίου, από:www.hfrp.org/content/download/1262/48765/file/syneducation

Mylonakou, I. & Kekes, I. (2007). School, Family and the Community in cooperation: *The model of Syneducation. International Journal about Parents in Education*, *1*(0), 73-82.

Mylonakou, I., Giotsa, A. & Zergiotis, A. (2014). Family - School - Community communication: An overview of the methodological approaches to parent education followed in Greece in the last decades. *Contemporary Issues in Education*, *3*(2).

Mylonakou - Keke, I. (2009). *The operation of Syneducational Research Communities. Proceedings of International Conference of Education, Research and Innovation (ICERI*). (pp. 1898-1909). Madrid: International Association of Technology, Education and Development (IATED) Publishes.

Mylonas, K., Gari, A., Giotsa, A., Pavlopoulos V. & Panagiotopoulou P. (2006). Greece, In J. Georgas, J.W. Berry, F. van de Vivjer, C. Kagitgibasi, & Y. H. Poortinga (Eds), *Families across cultures: A 30 Nation Psychological Study* (pp. 344-352). Cambridge: Cambridge University Press.

Mynard, H. & Joseph, S. (1997). Bully/victim problems and their association with Eysenck's personality dimensions in 8 to 13 year-olds. *British Journal of Educational Psychology*, *67*(1), 51-54.

Nagle, R. J. (2007). Issues in preschool assessment. In B. Bracken & R.J. Nagle (Eds), *Psychoeducational Assessment of Preschool Children*, Fourth Edition. 39- 48. Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, NJ.

National Association for the Education of Young Children (NAEYC) (2009). *Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age 8.A position statement of the National Association for the Education of Young Children*. Washington, DC: NAEYC. Ανακτήθηκε 17 Σεπτεμβρίου, 2014, από: http://www.naeyc.org/about/woyc/facts.asp

National Association for the Education of Young Children (NAEYC) (1992). National Association for the Education of Young Children and Association of Early Childhood Specialists in State Departments of Education (NAEYC & NAECS/SDE (1991). Guidelines for appropriate curricular content and assessment in programs for serving children ages 3 through 8. *Young Children*, *46*(3) 21-38

National Association for the Education of Young Children. (2005). *Key facts and resources.* Ανακτήθηκε 25 Σεπτεμβρίου 2014 απο :http://www.naeyc.org/about/woyc/facts.asp

National Center for Education Statistics. (2003).*Overview and inventory of state education reforms: 1990–2000.* Washington, DC: U.S. Department of Education.

National Center for Educational Statistics (2000). *Digest of education statistics.* US Government Printing Office, Wasbington, DC.

National Institute of Child Health and Human Development & Early Child Care Research Network. (2003). Child-care structure→ process→ outcome: Direct and indirect effects of child-care quality on young children's development. *Psychological Science*, *13*(3), 199-206.

National Institute of Child Health and Human Development & Early Child Care Research Network. (2002). The interaction of child care and family risk in relation to child development at 24 and 36 months. *Applied Developmental Science, 6*(3), 144-156.

Naylor, J. (2011). Aggression.In S. Goldstein & J.A. Naglieri (Eds.), *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp.64–66). Heidelberg: Springer.

Neisser, U. (1976). *Cognition and Reality*. S. Francisco, CA: Freeman.

Neisworth, J.T. & Bagnato, S.J. (2005). DEC recommended practices: Assessment. In Sandall, S. , Hemmeter, M.L., Smith, B.J., McLean, M.E., (Eds.), *DEC recommended practice: A comprehensive guide for practical application in early intervention/early childhood special education* (pp. 45-70). Longmont, CO: Sopris West.

Nelson, C. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Marshall, P. J., Smyke, A. & Guthrie, D. (1997). Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science, 318*, 1937–1940.

Nelson, G., Westhues, A. & MacLeod, J. (2003). A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention & Treatment*, *6*(1), 31a.

Nelson, L. J., Rubin, K. H. & Fox, N. A. (2005). Social withdrawal, observed peer acceptance, and the development of self-perceptions in children ages 4 to 7 years. *Early Childhood Research Quarterly*, *20*(2), 185-200.

Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J. & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, *34*(1), 13-25.

Network, E. C. C. R. (2003). Does amount of time spent in child care predict socioemotional adjustment during the transition to kindergarten?. *Child Development*, *74*(4), 976-1005.

Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A. & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11–21. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(3), 552-562.

Nicholson, J. M., McFarland, M. L. & Oldenburg, B. (1999). Detection of child mental health problems in the school setting. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, *16*(1), 66–77.

Niemz, K., Griffiths, M. & Banyard, P. (2005). Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. *CyberPsychology & Behavior*, *8*(6), 562-570.

Nikolopoulou, A. (1986). School Psychology in Greece. *Journal of School Psychology*, *24*, 325–33.

Niles, M. D., Reynolds, A. J. & Roe-Sepowitz, D. (2008). Early childhood intervention and early adolescent social and emotional competence: Second-generation evaluation evidence from the Chicago Longitudinal Study. *Educational Research*, *50*(1), 55-73.

Nix, R. L., Pinderhughes, E. E., Dodge, K. A., Bates, J. E., Pettit, G. S. & McFadyen-Ketchum, S. A. (1999). The relation between mothers' hostile attribution tendencies and children's externalizing behavior problems: The mediating role of mothers' harsh discipline practices. *Child development*, *70*(4), 896-909.

Njoroge, W. F. M. & Bernhart, K. P. (2011). Assessment of behavioral disorders in preschoolaged children. *Current Psychiatry Report*, *13*, 84-92.

Noguchi, R. J. P. & Ollendick, T. H. (2010). Is family expressiveness as reported by mothers and fathers related to children's social anxiety symptoms? *Journal of Child and Family Studies, 19,* 278-286.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science, 3*(5), 400-424.

Nordahl, H. M., Inqul, J. M., Nordvik, H. & Wells, A. (2007) Does maternal psychopathology discriminate between children with DSM-IV generalised anxiety disorder or oppositional defiant disorder? The predictive validity of maternal axis I and axis II psychopathology. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16*(2), 87-95.

Nottelmann, E. D. & Jensen, P. S. (1995). Comorbidity of disorders in children and adolescents. In T. Ollendick & R. Prinz (Eds), *Advances in clinical child psychology* (pp. 109-155). Plenum Press, New York.

Nutbrown, C. & Clough, P. (2004). Inclusion in the Early Years: Conversations with European Educators. *European Journal of Special Needs Education, 19*(3), 311-339.

Nye, B., Hedges, L. V. & Konstantopoulos, S. (2000). The effects of small classes on academic achievement: The results of the Tennessee class size experiment. *American Educational Research Journal, 37*(1), 123-151.

Organisation for Economic Co-operation and Development (O.E.C.D). (2001). *Starting Strong: early childhood education and care*. Paris: OCDE.

Organisation for Economic Co-operation and Development O.E.C.D. (2003). *Five Curriculum Outlines*. Paris: OCDE.

O'Connor, E. & McCartney, K. (2006). Testing Associations Between Young Children's Relationships with Mothers and Teachers. *Journal of Educational Psychology, 98,* 87–98.

O'Connor, E., & McCartney, K. (2007). Examining teacher–child relationships and achievement as part of an ecological model of development. *American Educational Research Journal, 44*(2), 340-369.

O'Connor, T. G & Zeanah C. H. (2003). Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment and Human Development, 5,* 223–244.

Oberklaid, F., Sanson, A., Pedlow, R. & Prior, M. (1993). Predicting preschool behavior problems from temperament and other variables in infancy. *Pediatrics, 91,* 113–120.

Odom, S. L. & Diamond, K. E. (1998). Inclusion of young children with special needs in early childhood education: The research base. *Early Childhood Research Quarterly, 13*(1), 3-25.

Oh, W., Rubin, K. H., Bowker, J. C., Booth-LaForce, C., Rose-Krasnor, L. & Laursen, B. (2008). Trajectories ofsocial withdrawal from middle childhood to early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36,* 553–566.

Ohlmeier, M. D., Peters, K., Te Wildt, B. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B. & Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and alcoholism, 43*(3), 300-304.

Olino, T. M., Pettit, J. W., Klein, D. N., Allen, N. B., Seeley, J. R. & Lewinsohn, P. M. (2008). Influence of parental and grandparental major depressive disorder on behavior problems in early childhood: a three-generation study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(1), 53-60.

Ollendick T. H. & King N. J. (1991) Fears and phobias of childhood. In M. Herbert (Eds.), *Clinical Child Psychology: Social Learning, Development, and Behaviour* (pp.309–329). Wiley: Chichester.

Olweus, D. (1979). The stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychol Bull, 8*, 852–875.

Olweus, D. (1991). Bully/Victim Problems among School Children: Basic Facts and Effects of School–based Intervention Program. In D. Pepler & K. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 411–455). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Olweus, D. & Limber, S. P. (2010). Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, *80*(1), 124-134.

Oravecz, L. M., Osteen, P. J., Sharpe, T. L. & Randolph, S. M. (2011). Assessing lowincome AfricanAmerican preschoolers' behaviour problems in relationship to community violence, interpartner conflict, parenting, informal social support and social skills. *Child & Family Social Work*, *16*(3), 310-324.

Ormel, J., Oldehinkel, A. J., Ferdinand, R. F., Hartman, C. A., De Winter, A. F., Veenstra, R. et al. (2005). Internalizing and externalizing problems in adolescence: General and dimension-specific effects of familial loadings and preadolescent temperament traits. *Psychological Medicine*, *35*, 1825–1835.

Osborne, J. W. (2004). Identification With Academics and Violence in Schools. *Review of General Psychology*, *8*(3), 147-162.

Osofsky, J. D. (1995). The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, *50*(9), 782.

Ostrov, J. M. (2010). Prospective associations between peer victimization and aggression. *Child Development*, *81*, 1670–1677.

O'Sullivan, C. (2004). The psychosocial determinants of depression: a lifespan perspective. *The Journal of nervous and mental disease*, *192*(9), 585-594.

Owens, E. B. & Shaw, D. S. (2003). Predicting growth curves of externalizing behavior across the preschool years. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(6), 575-590.

Pachter, L. M., Auinger, P., Palmer, R. & Weitzman, M. (2006). Do parenting and the home environment, maternal depression, neighborhood, and chronic poverty affect child behavioral problems differently in different racial-ethnic groups?. *Pediatrics*, *117*(4), 1329-1338.

Pagano, M., Gauvreau, K. & Pagano, M. (2000). *Principles of biostatistics* (Vol. 2). Pacific Grove, CA: Duxbury.

Palfrey, J. S., Levine, M. D., Walker, D. K. & Sullivan, M. (1985). The emergence of attention deficits in early childhood: a prospective study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *6*(6), 339-348.

Pavuluri, M. N., Luk, S. L. & McGee, R. O. B. (1996). Help-seeking for behavior problems by parents of preschool children: A community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(2), 215-222.

Papaeliou, C. F. & Rescorla, L. A. (2011). Vocabulary development in Greek children: a cross-linguistic comparison using the Language Development Survey. *Journal of Child Language, 38*(4), 861-887.

Papatheodorou, T. (1990). *Teachers Perceptions of Children's Behaviour Problems in Nursery Classes in Greece* (Unpublished M.Ed).University of Wales College of Cardiff.

Papatheodorou, T. & Ramasut, A. (1993). Teachers' Attitudes Towards Children's Behaviour Problems in nursery classes in Greece. *International Journal of Early Years Education, 1*(3), 35-47.

Papatheodorou, T. & Ramasut, A. (1994). Environmental Effects on Teachers' Perceptions of Behaviour Problems in Nursery School Children. *European Early Childhood Education Research Journal, 2*(2), 63-78.

Parker, J. G. & Gamm, B. K. (2003). Describing the dark side of preadolescents' peer experiences: Four questions (and data) on preadolescents' enemies. In E. V. E. Hodges & N. A. Card (Eds.), *Enemies and the darker side of peer relations* (pp. 55–72). San Francisco: Jossey-Bass.

Parker, J. G., Rubin, K. H., Erath, S., Wojslawowicz, J. C. & Buskirk, A. (2006). Peer relationships, child development, and adjustment: A developmental psychopathology perspective. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation* (pp.419-493). New York: Wiley.

Parkes, A., Sweeting, H., Wight, D. & Henderson, M. (2013). Do Television and Electronic Games Predict Children's Psychosocial Adjustment? Longitudinal Research using the UK Millennium Cohort Study. *Archives of disease in childhood, 98*(5), 341–348.

Patterson, G. R., Capaldi, D. & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In P. Debra & R. Kenneth (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 139-168). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.

Patterson, G. R., DeGarmo, D. S. & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial bebaviors: Comorbid or two points in the same process?. *Development and Psychopathology, 12*(1), 91-106.

Patterson, G. R., Dishion, T. J. & Yoerger, K. (2000). Adolescent growth in new forms of problem behavior : Macro- and Micro- peer dynamics. *Prevention Science, 1*, 3-13.

Patterson, G. R. & Stoolmiller, M. (1991). Replications of a dual failure model for boys' depressed mood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(4), 491-498.

Patterson, G. R., Reid, J. B. & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial Boys.* Castalia: Eugene.

Pavuluri, M. N., Luk, S. L. & McGee, R. O. B. (1996). Help-seeking for behavior problems by parents of preschool children: A community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(2), 215-222.

Pears, K. & Ficher, P. (2005). Developmental, Cognitive, and Neuropsychological Functioning in Preschool–aged Foster Children: Associations with Prior Maltreatment and Placement History. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *26*(2), 112–122.

Pedersen, S., Vitaro, F., Barker, E. D. & Borge, A. I. (2007). The timing of Middle-Childhood peer rejection and friendship: Linking early behavior to Early-Adolescent adjustment. *Child development*, *78*(4), 1037-1051.

Pelham Jr, W. E., Wheeler, T. & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical child psychology*, *27*(2), 190-205.

Pellegrini, A. & Galda, L. (1982). The effects of thematic-fantasy play training on the development of children's story comprehension. *American Educational Research Journal*, *19*, 443-452.

Pérez-Edgar, K., Fox, N. A., Cohn, J. F. & Kovacs, M. (2006). Behavioral and electrophysiological markers of selective attention in children of parents with a history of depression. *Biological Psychiatry*, *60*(10), 1131-1138.

Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Hunfeld, J. A., Bohnen, A. M., Van Suijlekom-Smit, L. W., Passchier, J. & Van der Wouden, J. C. (2000). Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*, *87*(1), 51-58.

Perren, S. & Alsaker, F. D. (2006). Social behavior and peer relationships of victims, bully-victims, and bullies in kindergarten. *Journal of child psychology and psychiatry*, *47*(1), 45-57.

Pervin, L. A. & John, O. P. (1997*). Personality: Theory and research* (7th ed.). Oxford: John Wiley and Sons.

Petterson, S. M. & Albers, A. B. (2001). Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Development*, *72*(6), 1794-1813.

Pettit, G. S. & Bates, J. E. (1989). Family interaction patterns and children's behavior problems from infancy to 4 years. *Developmental psychology*, *25*(3), 413.

Phillips, D. A. & Lowenstein, A. E. (2011). Early care, education, and child development. *Annual Review of Psychology*, *62*, 483-500.

Phillips, D. & Stipek, D. (1993). Early formal schooling: are we promoting achievement or anxiety? *Applied & Preventive Psychology*, *2*(1), 141 – 150.

Pianta, R. C. (1999*). Enhancing relationships between children and teachers*. Washington, DC: American Psychological Association.

Pianta, R. C. (2001). *STRS: Student-teacher Relationship Scale: professional manual*. Psychological Assessment Resources.

Pianta, R. C. & Caldwell, C. B. (1990). Stability of externalizing symptoms from kindergarten to first grade and factors related to instability. *Development and Psychopathology*, *2*, 247–258.

Pianta, R. C. & Cox, M. J. (1999). *The Transition to Kindergarten. A Series from the National Center for Early Development and Learning*. New York: Paul H. Brookes Publishing Company.

Pianta, R. C., Cox, M. J., Taylor, L. & Early, D. (1999). Kindergarten teachers' practices related to the transition to school: Results of a national survey. *Elementary School Journal*, *100*, 71–86.

Pianta, R. C., Howes, C., Burchinal, M., Bryant, D., Clifford, R., Early, C. et al. (2005). Features of pre-kindergarten programs, classrooms, and teachers: Do they predict observed classroom quality and child-teacher interactions?. *Applied Developmental Science*, *9*, 144–159.

Pianta, R. C. & Nimetz, S. L. (1991).Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *12*, 379-393.

Pianta, R. C., La Paro, K. M., Payne, C., Cox, M. J. & Bradley, R. (2002). The relation of kindergarten classroom environment to teacher, family, and school characteristics and child outcomes. *Elementary School Journal*, *102*, 225–238.

Pianta, R. & Stuhlman, M. (2004 a). Conceptualizing risk in relational terms: Associations among the quality of child-adult relationships prior to school entry and children's developmental outcomes in first grade. *Educational and School Psychology*, *21*, 32–45.

Pianta, R. C. & Stuhlman, M. (2004b). Teacher-child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, *33*, 444–458.

Pianta, R. C., Steinberg, M. S. & Rollins, K. B. (1995). The first two years of school: Teacher-child relationships and deflections in children's classroom adjustment. *Development and Psychopathology*, *7*(2), 295-312.

Pianta, R. & Walsh, D. (1996). *High risk children in the schools: Creating sustaining relationships.* New York: Routledge.

Pickles, A. & Angold, A. (2003). Natural categories or fundamental dimensions: On carving nature at the joints and the rearticulation of psychopathology. *Development and Psychopathology*, *15*, 529–551.

Pickles, A., Rowe, R., Samonoff, E., Foley, D., Rutter, M. & Silberg, J. (2001). Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: Relationship and prognostic significance. *British Journal of Psychiatry*, *79*, 230–235.

Pike, A., Iervolino, A. C., Eley, T. C., Price, T. S. & Plomin, R. (2006). Environmental risk and young children's cognitive and behavioural development. *International Journal of Behavioural Development*, *30*, 55–66.

Pinderhughes, E. E., Dodge, K. A., Bates, J. E., Pettit, G. S. & Zelli, A. (2000). Discipline responses: influences of parents' socioeconomic status, ethnicity, beliefs about parenting, stress, and cognitive-emotional processes. *Journal of family psychology*, *14*(3), 380-400.

Pine, D. (1994) Child-adult anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*, 280–281.

Pine, D. S. (1999). Pathophysiology of childhood anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, *46*, 1555–1566.

Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, *55*(1), 56-64.

Pineda, D., Ardila, A., Rosselli, M., Arias, B. E., Henao, G. C., Gomez, L. F. & Miranda, M. L. (1999). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *Journal of abnormal child psychology*, *27*(6), 455-462.

Pineda, D. A., Palacio, L. G., Puerta, I. C., Merchán, V., Arango, C. P., Galvis, A. Y. & Arcos-Burgos, M. (2007). Environmental influences that affect attention deficit/hyperactivity disorder. *European child & adolescent psychiatry*, *16*(5), 337-346.

Piotrowski, C. S., Collins, R. C., Knitzer, J. & Robinson, R. (1994). Strengthening mental health services in Head Start. *American Psychologist*, *49*, 133–139.

Pliszka, S. R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *9*(3), 525-40.

Posner, M. I., Rothbart, M. K. & Sheese, B. E. (2007). Attention genes. *Developmental science*, *10*(1), 24-29.

Potijk, M. R., de Winter, A. F., Bos, A. F., Kerstjens, J. M. & Reijneveld, S. A. (2014). Behavioural and emotional problems in moderately preterm children with low socioeconomic status: a population-based study. *European child & adolescent psychiatry*, 1-9. Ανακτήθηκε στις 3 Σεπτεμβρίου, 2014, από: http://link.springer.com/article/10.1007/s00787-014-0623-y

Poulou, M. (2013). Emotional and Behavioural Difficulties in Preschool. *Journal of child and family studie*, *24*(2), 225-236.

Poulou, M. & Norwich, B. (2000). Teachers' causal attributions, cognitive, emotional and behavioural responses to students with emotional and behavioural difficulties. *British Journal of Educational Psychology*, *70*(4), 559-581.

Poulou, M. & Norwitch, B. (2002). Cognitive, Emotional and Behavioural Responses to Students with Emotional and Behavioural Difficulties: A model of decision-making. *British Educational Research Journal*, *28*(1), 111-138.

Powell, D. & Dunlap, G. (2009). *Evidence-based social-emotional curricula and intervention packages for children 0-5 years and their families. Roadmap to effective intervention practices*. Tampa, FL: University of South Florida.

Powlishta, K. K., Serbin, L. A. & Moller, L. C. (1993). The stability of individual differences in gender typing: Implications for understanding gender segregation. *Sex Roles*, *29*(11-12), 723-737.

Prinstein, M. J., Cheah, C. S. & Guyer, A. E. (2005). Peer victimization, cue interpretation, and internalizing symptoms: Preliminary concurrent and longitudinal findings for children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *34*(1), 11-24.

Prior, M., Smart, D., Sanson, A. & Oberklaid, F. (1993). Sex Differences in Psychological Adjustment from Infancy to 8 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*(2), 291–305.

Prior, M., Smart, D., Sanson, A. & Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(4), 461-468.

Prior, M., Smart, D., Sanson, A., Pedlow, R. & Oberklaid, F. (1992). Transient versus stable behavior problems in a normative sample: Infancy to school age. *Journal of Pediatric Psychology*, *17*, 423–443.

Puckett, M. B. & Diffily, D. (2004). *Teaching young children. An introduction to the early childhood profession.* Albany, NY: Delmar.

Putnam, S. P., Gartstein, M. A. & Rothbart, M. K. (2006). Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: The Early Childhood Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development*, *29*(3), 386-401.

Pynoos, R. S. & Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic stress*, *1*(4), 445-473.

Qi, C. H. & Kaiser, A. P. (2003). Behavior problems of preschool children from low-income families: Review of the literature. *Topics in Early Childhood Special Education*, *23*(4), 188–216.

Quay, H.C. (1997). Inhibition and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *25*, 7-13.

Quinn, P. O. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture. *Current psychiatry reports*, *10*(5), 419-423.

Raine, A. (2002). Biosocial Studies of Antisocial and Violent Behavior of Children and Adults: A Review. *Journal od Abnormal Child Psychology*, *30*(4), 311-326.

Ramasut, A. & Papatheodorou, T. (1994). Teachers' perceptions of children's behaviour problems in nursery classes in Greece. *School Psychology International*, *15*(2), 145–161.

Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G. & ALSPAC Study Team. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, *365*(9478), 2201-2205.

Ramsden, S. R & Hubbard, J. A. (2002). Family expressiveness and parental emotion coaching: their role in children's emotion regulation and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*(6), 657-67.

Rangel, L., Garralda, E., Levin, M. & Roberts, H. (2000). Personality in adolescents with chronic fatigue syndrome. *European child & adolescent psychiatry*, *9*(1), 39-45.

Rangel, L., Garralda, M. E., Jeffs, J. & Rose, G. (2005). Family health and characteristics in chronic fatigue syndrome, juvenile rheumatoid arthritis, and emotional disorders of childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(2), 150-158.

Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S. & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of consulting and clinical psychology*, *73*(3), 488-497.

Rapoport, J. L. & Ismond, D. R. (1996). *DSM-IV training guide for diagnosis of childhood disorders*. New York: Psychology Press.

Rapport, M. D., Denney, C., DuPaul, G. J. & Gardner, M. J. (1994). Attention deficit disorder and methylphenidate: normalization rates, clinical effectiveness, and response prediction in 76 children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(6), 882-893.

Rask, C. U. (2012). Functional somatic symptoms in 5-7 year old children: assessment, prevalence and co-occurrence. *Danish medical journal*, *59*(11), B4537-B4537.

Rask, C. U., Christensen, M. F., Borg, C., Søndergaard, C., Thomsen, P. H. & Fink, P. (2009). The Soma Assessment Interview: new parent interview on functional somatic symptoms in children. *Journal of psychosomatic research*, *66*(5), 455-464.

Rask, C. U., Ornbøl, E., Olsen, E. M., Fink, P. & Skovgaard, A. M. (2013). Infant behaviors are predictive of functional somatic symptoms at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *The Journal of pediatrics, 162*(2), 335-342.

Raver, C. C. (2004) Placing Emotional Self- Regulation in Sociocultural and Socioeconomic Contexts. *Child Development Volume, 75*(2), 346-353.

Raver, C. C., Jones, S. M., Li- Grining, C., Zhai, F., Bub, K. & Pressler, E. (2011). CSRP's impact on low- income preschoolers' preacademic skills: self-regulation as a mediating mechanism. *Child development, 82*(1), 362-378.

Raver, C. C., Jones, S. M., Li-Grining, C. P., Metzger, M., Champion, K. M. & Sardin, L. (2008). Improving preschool classroom processes: Preliminary findings from a randomized trial implemented in Head Start settings. *Early Childhood Research Quarterly, 23*, 10–26.

Raver, C. C. & Zigler, E. F. (1997). Social competence: An untapped dimension of Head Start's success. *Early Childhood Research Quarterly, 12*, 363–85.

Reams, R. (1999). Children birth to three entering the state's custody. *Infant Mental Health Journal, 20*, 166- 174.

Rehberg, H. R. & Richman, C. L. (1989). Prosocial behaviour in preschool children: A look at the interaction of race, gender, and family composition.*International Journal of Behavioral Development, 12*(3), 385-401.

Reid, J. & Eddy, J. (2002). Preventive Efforts during the Elementary School Years: The Linking the Interest of Families and Teachers Project.In B. Reid, G. Patterson & J. Snyder (Eds.). *Antisocial Behavior in Children and Adolescents: A Developmental Analysis and Model of Intervention* (pp. 219– 233). Washington, D.C: American Psychological Association.

Reid, M. J., Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (2003). Follow-up of children who received tbe Incredible Years intervention for Oppositional-Defiant Disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. *Behavior Therapy, 34*, 471-491.

Reijneveld, S. A., De Kleine, M. J., van Baar, A. L, Kollée, L. A. A., Verhaak, C.M., Verhulst, F. C. & Verloove-Vanhorick, S. P. (2006). Behavioural and emotional problems in very preterm and very low birthweight infants at age 5 years. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal* Edition *91*(6), 423-428.

Reilly, J., Baker, G. A., Rhodes, J. & Salmon, P. (1999). The association of sexual and physical abuse with somatization: characteristics of patients presenting with irritable bowel syndrome and non-epileptic attack disorder. *Psychological Medicine, 29*(2), 399-406.

Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Hauf, A. M. C., Wasserman, M. S. & Silverman, A. B. (1999). Major depression in the transition to adulthood: risks and impairments. *Journal of abnormal psychology, 108*(3), 500-510.

Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Pakiz, B., Silverman, A. B., Frost, A. K. & Lefkowitz, E. S. (1993). Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*(6), 1155-1163.

Reise, S. P., Waller, N. G. & Comrey, A. L. (2000). Factor analysis and scale revision. *Psychological Assessment, 12*, 287 – 297.

Rekalidou, G. & Karadimitriou, K. (2014). Practices of Early Childhood Teachers in Greece for Managing Behavior Problems: A Preliminary Study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *152*, 784-789.

Renk, K. (2008). Disorders of Conduct in Young Children: Developmental Considerations, Diagnoses and Other Characteristics. Developmental Review, 28(3), 316–341.

Renk, K., Oliveros, A., Roddenberry, A., Klein, J., Sieger, K., Roberts, R. et al. (2007). The relationship of maternal and paternal psychological symptoms and ratings of adolescent functioning. *Journal of Adolescence, 30*, 467–485.

Renk, K., Roddenberry, A., Oliveros, A. & Sieger, K. (2007). The relationship of maternal characteristics and perceptions of children to children's emotional and behavioural problems. *Child & Family Behavior Therapy*, *29*, 37–57.

Rentzou, K. & Sakellariou, M. (2011). Greek pre-service kindergarten teachers' beliefs about and practices of developmentally appropriate practices on early childhood education, *Early Child Development and Care, Routledge, Taylor & Francis Group*, *181*(8), 1047-1061.

Rentzou, K. & Sakellariou, M. (2011). The quality of early childhood educators: children's interaction in greek child care centers. Early Childhood Education Journal, *38*(5), 367-376.

Rescorla, L. A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, Special Issue: Neurodevelopmental Assessment of the Young Child*, *11*(3), 226-237

Rescorla, L. (2009). Age 17 language and reading outcomes in late-talking toddlers: Support for a dimensional perspective on language delay. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *52*(1), 16-30.

Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., Denner, S. & Verhulst, F. C. (2012). Behavioral/emotional problems of preschoolers caregiver/teacher reports from 15 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *20*(2), 68-81.

Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. & Verhulst, F. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and behavioral Disorders*, *15*(3), 130-142.

Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N. & Verhulst, F. C. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *40*(3), 456-467.

Rescorla, L., Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Begovac, I., Chahed, M., Drugli, M. B. & Zhang, E. Y. (2012). International epidemiology of child and adolescent psychopathology II: integration and applications of dimensional findings from 44 societies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(12), 1273-1283.

Reynolds, D. & Cuttance, P. (1992). *School Effectiveness: Research Policy and Practice*. London: Casell.

Reynolds, D. (1995). Using School Effectiveness Knowledge for Children with Special Needs – The Problems and Possibilities. In C. Clark, A. Dyson & A. Millward (Eds.), *Towards Inclusive Schools?* (pp. 109–27). London: David Fulton.

Reynolds, D. (1995). The effective school: an inaugural lecture. *Evaluation and Research in Education*, *9*(2), 57–73.

Rhee, H. (2005). Relationships between physical symptoms and pubertal development. *Journal of Pediatric Health Care*, *19*(2), 95-103.

Rice, F., Harold, G. T. & Thapar, A. (2002). Assessing the effects of age, sex and shared environment on the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, *43*(8), 1039-1051.

Rice, M. L. (1993). Don't talk to him; he's weird: A social consequences account of language and social interactions. In A. P. Kaiser & D. B. Gray (Eds.), *Enhancing children's communication: Research foundations for intervention* (pp. 139-158). Baltimore, MD: Brookes Publishing Company.

Richman, N., Stevenson, J. & Graham, E J. (1982). Pre-school to schook Abehavioural study. London: AcademicPress.

Richters, J. E. & Martinez, P. (1993b). Violent communities, family choices, and children's chances: an algorithm for improving the odds. *Development and Psychopathology*, *5*, 609–627.

Rideout, V., Vandewater, E. & Wartella, E. (2003). *Zero to Six: Electronic media in the Lives of Infants, Toddlers and Preschoolers.* Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.

Ridgway, A., Northup, J., Pellegrin, A., LaRue, R. & Hightsoe, A. (2003). Effects of Recess on the Classroom Behavior of Children With and Without Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *School Psychology Quarterly*, *18*(3), 253-268.

Rie H. E. (1966). Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *5*, 653–685.

Rifkin, S. B., Muller, F. & Bichmann, W. (1988). Primary health care: on measuring participation. *Social science & medicine*, *26*(9), 931-940.

Rimm-Kaufman, S. E. & Pianta, R. C. (2000). An ecological perspective on the transition to kindergarten: A theoretical framework to guide empirical research. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *21*(5), 491-511.

Rimm-Kaufman, S. E., Curby, T. W., Grimm, K. J., Brock, L. L. & Nathanson, L. (2009). The contribution of children's self-regulation and classroom quality to children's adaptive behaviors in the kindergarten classroom. *Developmental Psychology*, *45*(4), 958-972.

Rimm-Kaufman, S. E., Early, D. M., Cox, M. J., Saluja, G., Pianta, R. C., Bradley, R. H. & Payne, C. (2002). Early behavioral attributes and teachers' sensitivity as predictors of competent behavior in the kindergarten classroom. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *23*(4), 451-470.

Rimm-Kaufman, S. E. & Pianta, R. C. (2000). An ecological perspective on the transition to kindergarten: A theoretical framework to guide empirical research. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *21*(5), 491-511.

Riva, D. & Giorgi, C. (2000). The cerebellum contributes to higher functions during development Evidence from a series of children surgically treated for posterior fossa tumours. *Brain*, *123*(5), 1051-1061.

Robins, L. N. (1966). *Deviant children grow up.* Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Robinson, H. A. (1967). The reading consultant of the past, present and possible future. *The Reading Teacher*, *20*(6), 475-482.

Roeser, R., Eccles, J. & Sameroff, A. (1998). Academic and emotional functioning in earlyadolescence: Longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school.*Development and Psychopathology*, *10*, 321–352.

Rohner, R. P., Khaleque, A. & Cournoyer, D. E. (2012). *Introduction to parental acceptance-rejection theory*. Ανακτήθηκε 18 Μάρτιου, 2015, από: www.csiar.uconn.edu

Roller, L. (2002). Treating sleep disorders. *Australian Journal of Pharmacy*, *83*, 443-447.

Root II, R. W. & Resnick, R. J. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology: Research and Practice*, *34*(1), 34-41.

Rose, A. J. (2002). Co-rumination in the friendships of girls and boys. *Child Development*, *73*, 1830 –1843.

Rose, A. J., Carlson, W. & Waller, E.W. (2007).Prospective e Associations of Co-Rumination With Friendship and Emotional Adjustment: Considering the Socioemotional Trade-Offs of Co-Rumination. *Developmental Psychology*, *43*(4), 1019-1031.

Rose, S. A., Feldman, J. F., Rose, S. L., Wallace, I. F. & McCarton, C. (1992). Problem behaviors at 3 and 6 years: Prevalence and continuity in full-terms and preterms. *Development and Psychopathology*, *4*, 361–374.

Rose, S. L., Rose, S. A. & Feldman, J. F. (1989). Stability of behavior problems in very young children. *Development and Psychopathology*, *1*(01), 5-19.

Rose-Krasnor, L. & Denham, S. (2009). Social-emotional competence in early childhood. In K. H. Rubin, W. M. Bukowski & B. Laursen (Eds.), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (pp. 162 – 179). New York: Guilford Press.

Rothbart, M. K. & Ahadi, S. A. (1994). Temperament and the development of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 55-66.

Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon (Series Eds.) & N. Heisenberg (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology. Social, emotional, and personality development* (Vol. 3, pp. 105–176). New York: Wiley.

Rothbart, M. K. & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M. E. Lamb & A. L. Brown (Eds.*), Advances in developmental psychology* (Vol.1, pp. 37-86). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Rothbart, M. K., Ahadi, S. A. & Evans, D. E. (2000). Temperament and Personality: Origins and Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(1), 122-135.

Rothbart, M. K., Ellis, L. K. & Posner, M. I. (2004). Temperament and self-regulation. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*, *2*, 441-460.

Rothner, A. D. (1993). Management of headaches in children and adolescents. *Journal of pain and symptom management*, *8*(2), 81-86.

Roussos, A., Karantanos, G., Richardson, C., Hartman, C., Karajiannis, D., Kyprianos, S. et al. (1999*).* Achenbach's Child Behavior Checklist and Teachers' Report Form in a normative sample of Greek children 6-12 years old. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *8*, 165‑172.

Rubin, K. H. (1982). Nonsocial play in preschoolers: Necessarily evil? *Child Development*, *53*(3), 651-657.

Rubin, K. H. (1993). The Waterloo Longitudinal Project: Correlates and consequences of social withdrawal from childhood to adolescence. In K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition and shyness in children* (pp. 291-314). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rubin, K. H., Bowker, J. C. & Kennedy, A. E. (2009). Avoiding and withdrawing from the peer group. In K. Rubin, J. Bowker & B. Lauresen (Eds.), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (pp.303-321). New York: Guilford Press.

Rubin, K. H. & Burgess, K. B. (2001). Social withdrawal and anxiety. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 407-434). Oxford, UK: Oxford University Press.

Rubin, K. H., Burgess, K. B. & Coplan, R. J. (2002). Social withdrawal and shyness. In P.K. Smith & C. Hart (Eds.), *Blackwell's Handbook of Childhood Social Development* (2nd Edition) (*pp.*330-352). London, U.K: Blackwell

Rubin, K., Burgess, K. B., Dwyer, K. M. & Hastings, P. (2003). Predicting preschoolers' externalizing behaviors from toddler temperament, conflict, and maternal negativity. *Developmental Psychology*, *39*(1), 164–176.

Rubin, K. H., Bukowski, W. & Parker, J. G. (1998). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (pp. 610 – 700). New York: Wiley.

Rubin, K. H., Bukowski, W. M. & Parker, J. G. (2006). Peer interactions, relationships and groups. In N. Eisenberg (Vol. Eds.), *The handbook of child psychology* (6th ed., pp. 571- 645). New York: Wiley.

Rubin, K. H. & Coplan, R. J. (2004). Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Quarterly*, *50*(4), 506-534.

Rubin, K. H., Coplan, R. J. & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual review of psychology*, *60*, 141-171.

Rubin, K., Coplan, R., Bowker, J. & Menzer, M. (2009). Social Withdrawal and Shyness. Ανακτήθηκε 13 Ιανουαρίου, 2014, από: http://www.researchgate.net/profile/Kenneth_Rubin/publication/236028165_Social_inhibition_and_withdrawal_in_childhood/links/02e7e515dc776cff61000000

Rubin, K. H., Daniels-Beirness, T. & Bream, L. (1984). Social isolation and social problem solving: A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*(1), 17-25.

Rubin, K. H., Fox, N. A. et al. (2000). Externalizing problems in Head Start children: An ecological exploration. *Early Education and Development*, *11*, 357–385.

Rubin, K. H., Hymel, S. & Mills, R. S. (1989). Sociability and social withdrawal in childhood: Stability and outcomes. *Journal of Personality*, *57*(2), 237-255.

Rubin, K. H., Watson, K. S. & Jambor, T. W. (1978). Free-play behaviors in preschool and kindergarten children. *Child Development*, *49*(2), 534-536.

Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*(2), 357-373.

Rudasill, K. M., Prokasky, A., Tu, X., Frohn, S., Sirota, K. & Molfese, V. J. (2014). Parent vs. teacher ratings of children's shyness as predictors of language and attention skills. *Learning and Individual Differences*, *34*, 57-62.

Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, *30*(4), 3-13.

Rudolph, K. D., Lansford, J. E., Agoston, A. M., Sugimura, N., Schwartz, D., Dodge, K. A. & Bates, J. E. (2014). Peer victimization and social alienation: predicting deviant peer affiliation in middle school. *Child development*, *85*(1), 124-139.

Ruff, H. A & Rothbart, M. K. (1996). *Attention in Early Development: Themes and Variations*. New York: Oxford Univ. Press.

Rutter, M. (1983). School effects on pupil progress: Research findings and policy implications. *Child development*, *54*(1), 1-29.

Rutter, M., Macdonald, H., Le Couteur, A., Harrington, R., Bolton, P. & Bailey, A. (1990). Genetic factors in child psychiatric disorders: II. Empirical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *31*, 39–83.

Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P. & Ouston, J. (1979). *Fifteen Thousand Hours: Secondary Schools and their Effects on Children.* London: Open Books.

Rutter, M. & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, *12*, 265–296.

Ryan, N. & McDougall, T. (2009). *Nursing children and young people with ADHD*. New York: Routledge.

Ryan. R. M., Stiller, J. D. & Lynch, J. H. (1994) Representations of relationships to teachers, parents, and friends as predictors of academic motivation and self-esteem. *Journal of Early Adolescence*, *14*, 226-249.

Rydell, A. M., Berlin, L. & Bohlin, G. (2003). Emotionality, emotion regulation, and adaptation among 5-to 8-year-old children. *Emotion*, *3*(1), 30-47.

Saam, J. & Nowak, J. A. (2005). The effects of full-day versus half-day kindergarten on the achievement of students with low/moderate income status. *Journal of Research in Childhood Education*, *20*(1), 27-35.

Saarni, S. I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A. & Lonnqvist, J. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *The British journal of psychiatry*, *190*(4), 326-332.

Sabol, T. J. & Pianta, R. C. (2012). Recent trends in research on teacher–child relationships. *Attachment & Human Development*, *14*(3), 213-231.

Saft, E.W. & Pianta, R.C. (2001). Teacher's perceptions of their relationships with students: Relations with child and teacher characteristics. *School Psychology Quarterly*, *16*, 125-141.

Sakellariou, M. (2007). Parent's attidute towards Nursery School and its Corvelation with their sociological characteristics. *Conference of the Research Committee on International Sociologigal Assocition* (pp. 309- 317), 25-27 May. Cyprus

Sakellariou, M. & Rentzou, K. (2012). Greek pre-service kindergarten teachers' beliefs and intensions about the importance of teacher–child interactions. *Early Child Development and Care, 182(1), 123-135.*

Sakellariou, M. & Sivropoulou, I. (2010). Family and kindergarten cooperation within the framework of children's transition from kindergarten to primary school.*The International Journal of Interdisciplinary Social Sciences, 5*(4), 345-360.

Sameroff, A. J. (1995). General systems theory and developmental psychopathology.In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 659-695). New York: Wiley.

Sameroff, A. J. & MacKenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology, 15*(3), 613-640.

Sameroff, A. J., Seifer, R., Zax, M. & Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 383–394.

Sampson, R. J. (1992). Family management and child development: Insights from social disorganization theory. *Advances in criminological theory, 3*, 63-93.

Sampson, R. J., Morenoff, J. D. & Gannon-Rowley, T. (2002). Assessing "neighborhood effects": Social processes and new directions in research. *Annual Review of Sociology, 28*(1), 443-478.

Sandberg, S. (Ed.) (2002). *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sandberg, S. and Stevenson, J. (2008) Psychiatric aspects of somatic disease. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar, (Eds.) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry (5th Edition)* (pp. 930-944). Oxford, UK: Blackwell-Wiley.

Sato, A. F., Hainsworth, K. R., Khan, K. A., Ladwig, R. J., Weisman, S. J. & Davies, W. H. (2007). School absenteeism in pediatric chronic pain: Identifying lessons learned from the general school absenteeism literature. *Childrens' Healthcare, 36*(4), 355-372.

Saudino, K. J., Ronald, A. & Plomin, R. (2005). The etiology of Behavior problems in 7-year-old twins: substantial genetic influence and negligible shared environmental influence for parent ratings and ratings by same and different teachers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(1), 113 – 130.

Sauver, J. L. S., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A. L. & Jacobsen, S. J. (2004). Early life risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based cohort study. *Mayo Clinic Proceedings, 79*(9), 1124-1131.

Sava, F. A. (2002). Causes and effects of teacher conflict-inducing attitudes towards pupils: A path analysis model. *Teaching and Teacher Education, 18*(8), 1007-1021.

Sawyer, K. R. (1997). *Pretend Play As Improvisation: Conversation in the Preschool Classroom.* New Jersey: Kindle Edition. Ανακτήθηκε 14 Σεπτεμβρίου, 2014, από: https://books.google.gr/books

Sawyer, M.G., Miller-Lewis, L., Guy, S., Wake, M., Canterford, L. & Carlin, J. B (2006). Is there a. relationship between overweight and obesity and mental health problems in 4-to 5 year-old Australian children. *Ambulatory Pediatrics, 6,* 306-311.

Scaramella, L.V. & Leve, L. D. (2004). Clarifying parent-child reciprocities during early childhood: The early childhood coercion model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *7*, 89-107.

Scbweinhart, L. J. & Weikart, D. P (1998). High/Scope Perry Prescbool Program effects at age twenty-seven. In J. Crane (Eds.), *Social Programs that Work.* New York: Russell Sage Foundation.

Schaeffer, C., Petras, H. & Ialongo, N. (2003). Modeling Growth in Boys' Aggressive Behavior across Elementary School: Links to Later Criminal Involvement, Conduct Disorder, and Antisocial Personality Disorder. *Developmental Psychology*, *39*(6), 1020–1035.

Schaughency, E. A., Vannatta, K., Langhinrichsen, J., Lally, C. & Seeley, J. (1992). Correlates of sociometric status in school children in Buenos Aires. *Journal of abnormal child psychology*, *20*(3), 317-326.

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J. & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*(2), 191-200.

Schermerhorn, A. C., Bates, J. E., Goodnight, J. A., Lansford, J. E., Dodge, K. A. & Pettit, G. S. (2013). Temperament moderates associations between exposure to stress and children's externalizing problems. *Child development*, *84*(5), 1579-1593.

Schindler, P. J., Moely, B. E. & Frank, A. L. (1987). Time in day care and social participation of young children. *Developmental Psychology*, *23*, 255-261.

Schneider, B. H. (1999). A multimethod exploration of the friendships of children considered socially withdrawn by their school peers. Journal of Abnormal Child Psychology, *17*, 1-14.

Schniering, C. A., Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, *20*, 453-478.

Schulte, I. E. & Petermann, F. (2011). Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria!: What about children and adolescents?. *Journal of psychosomatic research*, *70*(3), 218-228.

Schwartz, J., Gladstone, T. R. & Kaslow, N.J. (1998). Depressive disorders. In T.H. Ollendick and M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (pp. 269-289). New York: Plenum Press.

Schweinhart, L., Weikart, D. & Larner, M. (1986).Consequences of three preschool curriculum models through age 15. *Early Childhood Research Quarterly*, *1*, 15-45.

Sciarillo, W. G., Alexander, G. & Farrell, K. P. (1992). Lead exposure and child behavior. *American journal of public health*, *82*(10), 1356-1360.

Sciutto, M. J., Nolfi, C. J. & Bluhm, C. (2004). Effects of child gender and symptom type on referrals for ADHD by elementary school teachers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *12*(4), 247-253.

Serbin, I. & Krap, J. (2004). The Intergenerational Transfer of Psychosocial Risk: Mediators of Vulnerability and Resilience. *Annual Review of Psychology, 55,* 333–363.

Serna, L. A., Nielsen E., Mattern, N. & Forness, S. (2003). Primary prevention in mental health for Head Start classrooms: Partial replication with teachers as intervenors. *Behavior Disorders, 28*(2), 124-129.

Severson, H. H., Walker, H. M., Hope-Doolittle, J., Kratochwill, T. R. & Gresham, F. M. (2007). Proactive, early screening to detect behaviorally at-risk students: Issues, approaches, emerging innovations, and professional practices. *Journal of School Psychology, 45,* 193–223.

Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A. & Rapee, R. M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(2), 131-143.

Sharma, S. N., Bhat, V. K. & Sengupta, J. (1980). Neurotic disorders in children: a psycho-social study. *Indian journal of psychiatry, 22*(4), 362-365.

Shaver, P. R. & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development, 4,* 133–161.

Shaw, D., Elizabeth B., Owens, E., Giovannelli, J. & Winslow, E. (2001). Infant and Toddler Pathways Leading to Early Externalizing Disorders. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 40*(1), 36–43.

Shaw, D. S., Gross, H. & Moilanen, K. (2009). Developmental transactions between boys' conduct problems and mothers' depressive symptoms. In A. Sameroff (Eds.), *Transactional processes in development* (pp. 77-96). Washington D.C.: American Psychological Association.

Shaw, D. S., Keenan, K. & Vondra, J. I. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology, 30,* 355–364.

Shaw, D. S., Owens, E. B., Vondra, J. I., Keenan, D. & Winslow, E. B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology, 8,* 679–699.

Shipley, P. & Coats, M. (1992). A community study of dual-role stress and coping in working mothers. *Work & Stress, 6,* 49-63.

Shores, R. E., Gunter, P. L. & Jack, S. L. (1993). Classroom management strategies: Are they setting events for coercion? *Behavioral Disorders, 8*(2), 92-102.

Shulman, S., Elicker, J. & Sroufe, L. A. (1994). Stages of friendship growth in preadolescence as related to attachment history. *Journal of Social and Personal Relationships, 11*(3), 341-361.

Shure, M. B. (1997). Interpersonal cognitive problem solving: Primary prevention of early high-risk behaviors in the preschool and primary years. In G. W. Albee & T. P. Gullotta (Eds.), *Primary prevention works* (pp. 167–188). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Silk, J. S., Steinberg, L. & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development, 74,* 1869–1880.

Silk, J. S., Shaw, D. S., Skuban, E., Oland, A & Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in children of mothers with childhood-onset depression. *Journal of Child*

Psychology and Psychiatry, *47*, 69-78.

Silver, J., DiLorenzo, P., Zukoski, M., Ross, P. E., Amster, B. J. & Schlegel, D. (1999). Starting young: Improving the health and developmental outcomes of infants and toddlers in the child welfare system. *Child Welfare*, *78*(1), 148–165.

Silver, R. B., Measelle, J., Essex, M. & Armstrong, J. M. (2005). Trajectories of externalizing behavior problems in the classroom: Contributions of child characteristics, family characteristics,and the teacher-child relationship during the school transition. *Journal of SchoolPsychology*, *43*, 39–60.

Sim, L. & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of youth and adolescence*, *35*(2), 207-216.

Singer, M. I., Anglin, T. M., Song, L. & Lunghofer, L. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *Jama*, *273*(6), 477-482.

Singer, M., Flannery, D., Guo, S., Miller, D. & Leibbrandt, S. (2004). Exposure to Violence, Parental Monitoring, and Television Viewing as Contributors to Children's Psychological Trauma. *Journal of Community Psychology*, *32*(5), 489–504.

Siu, Y. F., Chan, S., Wong, K. M. & Wong, W. S. (2012). The comorbidity of chronic pain and sleep disturbances in a community adolescent sample: prevalence and association with sociodemographic and psychosocial factors. *Pain Medicine*, *13*(10), 1292-1303.

Skiba, R. J., Poloni-Staudinger, L., Simmons, A. B., Feggins-Azziz, R. & Chung, C.-G. (2005). Unproven links: Can poverty explain ethnic disproportionality in special education?. *Journal of Special Education*, *39*, 130-144.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J. & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personaltity structure. *Biological psychiatry*, *51*(12), 936-950.

Skovgaard, A. M., Houmann, T., Landorph, S. L. & Christiansen, E. (2004). Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0–3 years of age. *European child & adolescent psychiatry*, *13(*6), 337-346.

Skowron, E. A. & Dendy, A. K. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlates of effortful control. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, *26*, 337-357.

Smalley, S. L. (1997). Genetic influences in childhood-onset psychiatric disorders: autism and attention-deficit/hyperactivity disorder. *The American Journal of Human Genetics*, *60*(6), 1276-1282.

Smith, J., Brooks-Gunn, J. & Klebanov, P. (1997). Consequences of living in poverty for young children’s cognitive and verbal ability and early school achievement. In G. Duncan & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Consequences of growing up poor*. New York: Russell Sage.

Smith, P. K. & Connolly, K. J. (1980). *The ecology of preschool behaviour*. New York: Cambridge University Press.

Smith, G. T., McCarthy, D. M. & Anderson, K. G. (2000). On the sins of short-form development. Psychological Assessment, *12*(1), 102–111.

Smith, P. K., Madsen, K. C. & Moody, J. C. (1999). What causes the age decline in reports of being bullied at school? Towards a developmental analysis of risks of being bullied. *Educational Research*, *41*(3), 267-285.

Smith, P., Nika, V. & Papasideri, M. (2004). Bulling and Violence in Schools: An International Perspective and Findings in Greece. Psychology, *11,* 184–203.

Snyder, J., Brooker, M., Patrick, M. R., Snyder, A., Schrepferman, L. & Stoolmiller, M. (2003). Observed peer victimization during early elementary school: Continuity, growth, and relation to risk for child antisocial and depressive behavior. *Child Development*, *74*(6), 1881-1898.

Snyder, J., Schrepferman, L., McEachern, A., Barner, S., Johnson, K. & Provines, J. (2008). Peer deviancy training and peer coercion: Dual processes associated with early-onset conduct problems. *Child Development, 79*, 252–268

Snyder, J., Stoolmiller, M. & Wilson M. (2003). Child anger regulation, parental responses to children's anger displays, and early child antisocial behavior. *Social Development*, *12,* 335–360.

Snyder, J., Schrepferman, L., McEachern, A., Barner, S., Johnson, K. & Provines, J. (2008). Peer deviancy training and peer coercion: Dual processes associated with early-onset conduct problems. *Child Development, 79*, 252–268

Somersalo, H., Solantaus, T. & Almqvist, F. (1999). Four-year course of teacher-reported internalising, externalising and comorbid syndromes in preadolescent children. *European child & adolescent psychiatry*, *8*(4), 89-97.

Sommers, C. H. (2000). *The war against boys: How misguided feminism is hurting our young men*. NewYork: Simon & Schuster.

Sonuga-Barke, E. J. S. (1998). Categorical models of childhood.

Sonuga-Barke, E. J., Lamparelli, M., Stevenson, J., Thompson, M. & Henry, A. (1994). *Journal of child psychology and psychiatry*, *35*(5), 949-60.

Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P. C. (2000). A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*(3), 319-327.

Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical psychology review*, *22*(2), 189-222.

Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*(6), 713-726.

Spieker, S. J., Larson, N. C., Lewis, S. M., Keller, T. E. & Gilchrist, L. (1999). Developmental trajectoriesof disruptive behavior problems in preschool children of adolescent mothers. *Child Development*, *70*, 443–458.

Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Harris, E., Hanish, L., Fabes, R. A., Kupanoff, K. & Holmes, J. (2004). The relation of children's everyday nonsocial peer play behavior to their emotionality, regulation, and social functioning. *Developmental Psychology*, *40*(1), 67.

Spinrad, T. L., Stifter, C. A., Donelan-McCall, N. & Turner, L. (2004). Mothers' Regulation Strategies in Response to Toddlers' Affect: Links to Later Emotion Self-Regulation. *Social Development*, *13*(1), 40-55.

Spittle, A. J., Boyd, R. N., Inder, T. E. & Doyle, L. W. (2009). Predicting motor development in very preterm infants at 12 months' corrected age: the role of qualitative magnetic resonance imaging and general movements assessments. *Pediatrics*, *123*(2), 512-517.

Spodek, B. & Brown, P. (1993). Curriculum alternatives in early childhood education: A historical perspective. In B. Spodek (Eds.), *Handbook of researchon the education of young children* (pp. 91-104). New York, NY:Teachers College Press.

Sprague, J. & Walker, H. (2000). Early identification and intervention for youth with antisocial and violent behavior. *Exceptional Children*, *66*(3), 367-379.

Squires, J. K., Waddell, M. L., Clifford, J. R., Funk, K., Hoselton, R. M. & Chen, C. I. (2012). A Psychometric Study of the Infant and Toddler Intervals of the Social Emotional Assessment Measure. *Topics in Early Childhood Special Education*, *33*(2), 78-90.

Stafford, B., Zeanah, C. & Sheeringa, M. (2003). Exploring psychpathology in early childhood: PTSD and attachment disorders in DC: 0-3 and DSM-IV. *Infant Mental Health Journal*, *24*, 983–409.

Stalets, M. M & Luby, J. L. (2006). Preschool depression. *Psychiatric Clinics of North America*, *15*, 899–917.

Stallard, P. (1993). The Behaviour of 3–year–old Children: Prevalence and Parental Perception of Problem Behaviour: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *34*(3), 413–421.

Starfield, B., Gross, E., Wood, M., Pantell, R., Allen, C., Gordon, I. B. ... & Katz, H. (1980). Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children. *Pediatrics*, *66*(2), 159-167.

Stein, M. B. &.Walker, J. B. (2002). *Triumph over shyness: Conquering shyness and social anxiety.* New York: McGraw-Hill.

Steinberg, I. & Avenevoli, S. (2000). The Role of Context in the Development of Psychopathology: A Conceptual Framework and some Speculative Propositions. *Development and Psychopathology*, *71*(1), 66–74.

Steinhausen, H. C. (2006). Developmental psychopathology in adolescence: findings from a Swiss study–the NAPE Lecture 2005. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(1), 6-12.

Steinhausen, H. C., Novik, T. S., Baldursson, G., Curatolo, P., Lorenzo, M. J., Pereira, R. R. & Rothenberger, A. (2006). Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *European child & adolescent psychiatry*, *15*(1), 25-29.

Stephan, F. (1950). Sampling. *American Journal of Sociology*, *55*(4), 371–375.

Sterba, S., Egger, H. L. & Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 1005–1013.

Stevenson, J., Simpson, J. & Bailey, V. (1988). Research note: recurrent headaches and stomachaches in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *29*(6), 897-900.

Stevenson, R. B. (2007). Schooling and environmental/sustainability education: From discourses of policy and practice to discourses of professional learning.*Environmental Education Research*, *13*(2), 265-285.

Stickney, M. I. & Miltenberger, R. G. (1998). School refusal behavior: Prevalence, characteristics, and the schools' response. *Education and Treatment of Children*, *21*(2), 160-170.

Stifter, C. A. & Braungart, J. M. (1995). The regulation of negative reactivity in infancy: Function and development. *Developmental Psychology*, *31*(3), 448-455.

Stormont, M. (2000). Early Child Risk Factors for Externalizing and Internalizing Behaviors: A 5–year Follow–forward Assessment. *Journal of Early Intervention*, *23*(3), 180–190.

Stormont, M. (2002). Externalizing behavior problems in young children: Contributing factors and early intervention. *Psychology in the Schools*, *39*(2), 127-138.

Stormont, M., Reinke, W. & Herman. (2011). Teachers' knowledge of evidence-based interventions and available school resources for children with emotional and behavioral problems. *Journal of Behavioral Education*, *20*, 138 – 147.

Stormshak, E., Bierman, K., McMahon, R. & Conduct Problems Prevention Research Group (2000). Parent Practices and Child Disruptive Behavior Problems in Early Elementary School. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*(1), 17–29.

Stover, R. & Stone, W. (1974). Hand Delivery of Self-Administered Questionnaires. *The Public Opinion Quarterly*, *38*(2), 284–287.

Strauss, C. C., Forehand, R., Smith, K. & Frame, C. L. (1986). The association between social withdrawal and internalizing problems of children. *Journal of abnormal child psychology*, *14*(4), 525-535.

Strayer, F. (1992). The Development of Agonistic and Affiliative Structures in Preschool Play Groups. In J. Silverberg, James & J. Gray- Patrick (Eds.), *Aggression and peacefulness in humans and other primates* (pp.150–171). New York, NY, US: Oxford University Press.

Stuart-Hamilton, I. (1996). *Dictionary of psychological testing, assessment and treatment: includes key terms in statistics, psychological testing, experimental methods and therapeutic treatments*. Jessica Kingsley Pub.

Stuhlman, M. & Pianta, R. (2002). Teachers' narratives about their relationships with children: Associations with behavior in classrooms. *School Psychology Review*, *31*, 148–163.

Strickl, M., Dijksterhuis, A., Bos, M. W., Sjoerdsma, A., Van Baaren, R. B. & Nordgren, L. F. (2011). A meta-analysis on unconscious thought effects. *Social Cognition*, *29*(6), 738-762.

Sturaro, C., Van Lier, P. A., Cuijpers, P. & Koot, H. M. (2011). The Role of Peer Relationships in the Development of Early School-Age Externalizing Problems. *Child development*, *82*(3), 758-765.

Sudman, S. & Kalton, G. (1986). New Developments in the Sampling of Special Populations. *Annual Review of Sociology*, *12*, 401–429.

Susman, E. J., Dorn, L. D. & Schiefelbein, V. L. (2003). Puberty, sexuality, and health. *Handbook of psychology*. Ανακτήθηκε στις 22 Οκτωβρίου, 2014, από: http://arsmath.org/msl/Library/psychology/common/Handbook-Of-Psychology-Volume-6-Developmental-Psychology

Susman, E. J., Reiter, E. O., With, I. C., Ford, C. & Dorn, L. D. (2002). Work group I: developing models of healthy adolescent physical development. *Journal of adolescent health*, *31*(6), 171-174.

Sutherland, K. S., Conroy, M., Abrams, L. & Vo, A. (2010). Improving interactions between teachers and young children with problem behavior: A strengths-based approach. *Exceptionality*, *18*(2), 70-81.

Swanson, J. M., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Wigal, T., Arnold, L. E., Vitiello, B. & Volkow, N. D. (2007). Effects of stimulant medication on growth rates across 3 years in the MTA follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(8), 1015-1027.

Swink, D. F. & Buchaman, D. R. (1984). The Effects of Sociodramatic Goal-Oriented Role Play and Non-Goal-Oriented Role Play on Locus of Control. *Journal of Clinical Psychology*, *40*(5), 1178-1183.

Szatmari, P., Bartolucci, G. & Bremner, R. (1989). Asperger's syndrome and autism: comparison of early history and outcome. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *31*(6), 709-720.

Tandon, M., Cardeli, E. & Luby, J. (2009). Internalizing disorders in early childhood: A review of depressive and anxiety disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *18*(3), 593-610**.**

Tangney, J. P., Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, *72*(2), 271-324.

Taylor, H. G., Klein, N., Minich, N. M. & Hack, M. (2000). Middle school age outcomes in children with very low birthweight. Child development, *71*(6), 1495-1511.

Thacker, J., Strudwick, D. & Babbedge, E. (2002). *Educating Children with Emotional and Behavioural Difficulties.* London: RoutledgeFalmer.

Thapar, A., Fowler, T., Rice, F., Scourfield, J., van den Bree, M., Thomas, H. & Hay, D. (2003). Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *American Journal of Psychiatry*, *160*(11), 1985-1989.

Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Bruner/Mazel.

Thomas, B. H., Byrne, C., Offord, D. R. & Boyle, M. H. (1991). Prevalence of behavioral symptoms and the relationship of child, parent, and family variables in 4 and 5 year-olds: results from the Ontario Child Health Study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *12*, 177–184.

Thomas, J. M. & Guskin, K. A. (2001). Disruptive behavior in young children: what does it mean?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(1), 44-51.

Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2), 25-52.

Thompson, R. (1998). Early sociopersonality development. In W. Damon (Series Eds.) & N. Eisenberg (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional and personality development* (5th ed., pp. 25–104). New York: Wiley.

Thornberry, T. P., Freeman-Gallant, A., Lizotte, A. J., Krohn, M. D. & Smith, C. A. (2003). Linked lives: The intergenerational transmission of antisocial behavior. *Journal of abnormal child psychology, 31*(2), 171-184.

Thorndike, R. M., Cunningham, G. K., Thorndike, R. L. & Hagen, E. P. (1991). *Measurement and evaluation in psychology and education* (5th ed.). New York: MacMillan.

Thorpe, K., Tayler, C., Bridgstock, R., Grieshaber, S., Skoien, P., Danby, S. & Petriwskyj, A. (2004). *Preparing for School, Report of the Queensland Preparing for School Trials 2003/4.* Australia: Department of Education and the Arts, Queensland Government. Ανακτήθηκε στις 10 Οκτωβρίου, 2013, από:http://eprints.qut.edu.au/10192/

Tick, N. T., Van Der Ende, J., Koot, H. M. & Verhulst, F. C. (2007). 14-year changes in emotional and behavioral problems of very young Dutch children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(10), 1333-1340.

Timmermans, M., Van Lier, P. A. & Koot, H. M. (2008). Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behavior and substance use?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(4), 386-394.

Trancik, A. M. & Evans, G. W. (1995). Spaces fit for children: Competency in the design of daycare center environments. *Children's Environments, 12*(3), 311-319.

Tremblay, R. (2000α). The Development of Aggressive Behavior During Childhood: What have we Learned in the Past Century?. *International Journal of Behavioral Development, 2* (2), 129–141.

Tremblay, R. (2000b). Why Socialization Fails: The Case of Chronic Physical Aggression. In B. Lahey, T. Moffit & A. Gaspi (Eds.), *Causes of conduct disorders and Juvenile delinquency* (pp.182–226). New York: Guilford Press.

Tremblay, R. (2010). Developmental Origins of Disruptive Behaviour Problems: the 'Original Sin' Hypothesis, Epigenetics and their Consequences for Prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(4), 341–367.

Tremblay, R. & Cote, S. (2005). The Developmental Origins of Aggression. Where are we going?. In R. Tremblay, W. Hartup & J. Archer (Eds.), *Developmental origins of aggression* (pp. 447–464). New York: Guilford Press.

Tremblay, R., Mâsse, L. C., Vitaro, F. & Dobkin, P. L. (1995). The impact of friends' deviant behavior on early onset of delinquency: Longitudinal data from 6 to 13 years of age. *Development and Psychopathology, 7*(04), 649-667.

Trentacosta, C. J. & Fine, S. E. (2010). Emotion Knowledge, Social Competence, and Behavior Problems in Childhood and Adolescence: A Meta-analytic Review. *Social Development, 19*(1), 1-29.

Trentacosta, C. J. & Izard, C. E. (2007). Kindergarten children's emotion competence as a predictor of their academic competence in first grade. *Emotion,* 7(1), 77–88.

Troy, M. & Sroufe, L. (1987). Victimization among Preschoolers: Role of Attachment Relationship History. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*(2), 166–172.

Tsakiris, N. & Georgiadis, A. (2008). Measuring teacher–child relationships in the Greek kindergarten setting: A validity study of the Student–Teacher Relationship Scale–Short Form. *Early Education and Development, 19*(5), 816-835.

Tsiantis, J., Motti-Stefanidi, F., Richardson, C., Schmeck, K. & Poustka, F. (1994). Psychological problems of school age German and Greek children – a cross-cultural study. *European Child and Adolescent Psychiatry, 4*(3), 209-219.

Tucker, D. M., Stensile, C., Roth, R. S. & Shearer, S. (1981). Right frontal lobe activation and right hemisphere performance: Decrement during a depressed mood. *Archives of General Psychiatry, 38*, 169–174.

Turner, K. M. T., Richards, M. & Sanders, M. R. (2007). Randomised clinical trial of a group parent education programme for Australian indigenous families. *Journal of Pediatrics and Child Health, 43*, 429-437.

Turner, S. M., McCanna, M. & Beidel, D. C. (1987). Validity of the social avoidance and distress and fear of negative evaluation scales. *Behaviour Research and Therapy, 25*(2), 113-115.

Twenge, J. & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology 111*, 578–588.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2003). Child Maltreatment. Washington. Ανακτήθηκε στις 5 Μαρτίου, 2014, από: http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/publications/cmreports.htm

Uleman, J. S., Saribay, S. A. & Gonzalez, C. (2008). Spontaneous inferences, implicit impressions, and implicit theories. *Annual Review of Psychology, 59*, 329-360.

Underwood, M. K. (1997) Top ten pressing questions about the development of emotion regulation. *Motivation and Emotion, 21*, 127–146.

Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *The Annals of Family Medicine, 7*(4), 357-363.

Valencia, S. V. (1990). A portfolio approach to classroom reading and assessment: The whys, whats and hows. *The Reading Teacher, 43*(4), 338-340.

Valera, E. M., Faraone, S. V., Murray, K. E. & Seidman, L. J. (2007). Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry, 61*(12), 1361-1369.

Valla, J. P., Bergeron, L. & Smolla, N. (2000). The Dominic-R: a pictorial interview for 6- to 11-year-old children. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry, 39*, 85–93.

Valla, J. P., Kovess ,V., Chan Chee, C., Berthiaume, C., Vantalon, V., Piquet, C. et al. (2002). A French study of the Dominic Interactive. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 37*(9), 441–448.

Van Acker, R., Grant, S.H. & Henry, D. (1996). Teacher and student behavior as a function of risk for aggression. *Education and Treatment of Children, 19*, 316-334.

Van Brakel, A. M., Muris, P., Bögels, S. M. & Thomassen, C. (2006). A multifactorial model for the etiology of anxiety in non-clinical adolescents: Main and interactive effects of behavioral inhibition, attachment and parental rearing. *Journal of Child and Family Studies*, *15*(5), 568-578.

Van Ijzenddorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans – Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225-249.

Van IJzendoorn M. H., Sagi, A. & Lambernon, M. W. E. (1992). The multiple caretaker paradox: Data from Holland and Israel. *New Directions for Child and Adolescent Development, 57*, 5-24.

Van Lier, P. & Koot, H. M. (2010). Developmental cascades of peer relations and symptoms of externalizing and internalizing problems from kindergarten to fourth-grade elementary school. *Development and psychopathology*, *22*(03), 569-582.

Van Lier, P., Vitaro, F. & Eisner, M. (2007). Preventing aggressive and violent behavior: Using prevention programs to study the role of peer dynamics in maladjustment problems. *European Journal on Criminal Policy and Research*, *13*(3-4), 277-296.

Vandell, D. L., Belsky, J., Burchinal, M. R., Steinberg, L., Vandergrift, N. & NICHD Early Child Care Research Network. (2010). Do effects of early child care extend to age 15 years? Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Child Development, 81*(3), 737-756.

Vargo, B. (1991). Are withdrawn children at risk?. *Canadian Journal of School Psychology, 11*, 166–177.

Vartzelis, G., Vasilopoulou, V., Katsioulis, A., Hadjichristodoulou, C. & Theodoridou, M. (2011). Functional and behavioral outcome of bacterial meningitis in school-aged survivors. *Pediatrics International*, *53*(3), 300-302.

Vasey, M. W. & Dadds, M. R. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. New York, NY, US: Oxford University Press.

Vaughn, B. E., Vollenweider, M., Boost, K. K., Azria – Evans, M. R. & Snider, J. B. (2003). Negative Interactions and Social Competence for Preschool Children in Two Samples: Reconsidering the Interpretation of Aggressive Behavior for Young Children. *Merrill-Palmer Quarterly*, *49*(3), 245- 278.

Vecchio, J. L. & Kearney, C. A. (2005). Selective mutism in children: Comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *27*(1), 31-37.

Velez, C. N., Johnson, J. & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(6), 861-864.

Verlinden, M., Tiemeier, H., Hudziak, J., Jaddoe, V., Raat, H., Guxens, M., Hofman, A., Verhulst, F. & Jansen, P. (2012). Television Viewing and Externalizing Problems in Preschool Children: The Generation r Study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *166*(10), 919–925.

Vermiglio, F., Lo Presti, V. P., Moleti, M., Sidoti, M., Tortorella, G., Scaffidi, G. & Trimarchi, F. (2004). Attention deficit and hyperactivity disorders in the offspring of mothers exposed to mild-moderate iodine deficiency: a possible novel iodine deficiency disorder in developed countries. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *89*(12), 6054-6060.

Vikan A. (1985). Psychiatric epidemiology in a sample of 1,510 ten-year old children- I. Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *26*(1), 55-75.

Vitaro, F. & Bredgen, M. (2005). Proactive and Reactive Aggression. In Tremblay, R., Hartup, W., Archer, J. (Eds), *Developmental origins of aggression* (pp. 178–201). New York: Guilford Press.

Vitaro F., Brendgen, M., Pagani, L., Trembly, R. E. & McDuff, P. (1999). Disruptive behavior, peer associations, and conduct disorder: Testing the developmental links through early intervention. *Development and Psychopathology*, *11*, 287-304.

Vitaro, F., Pedersen, S. & Brendgen, M. (2007). Children's disruptiveness, peer rejection, friends' deviancy, and delinquent behaviors: A process-oriented approach. *Development and Psychopathology*, *19*(02), 433-453.

Vlachou, M., Andreou, E., Botsoglou, K. & Didaskalou, E. (2011). Bully/Victim Problems among Preschool Children: A Review of Current Research Evidence. *Educational Psychology Review*, *23*(3), 329–358.

Vlachou, M., Botsoglou, K. & Andreou, E. (2013). Assessing Bully/Victim Problems in Preschool Children: A Multimethod Approach. *Journal of Criminology* . DOI:10.1155/2013/301658

Vo, A. K., Sutherland, K. S. & Conroy, M. A. (2012). Best in class: A classroom-based model for ameliorating problem behavior in early childhood settings. *Psychology in the Schools*, *49*(5), 402-415.

Vogler, P., Crivello, G. & Woodhead, M. (2008). *Early childhood transitions research: A reviewof concepts, theory, and practice. Working papers 48.* Bernard van Leer Foundation. Ανακτήθηκε 15 Μαίου, 2013, από: http://core.ac.uk/download/pdf/2473.pdf

Voigt, B., Brandl, A., Pietz, J., Pauen, S., Kliegel, M. & Reuner, G. (2013). Negative reactivity in toddlers born prematurely: Indirect and moderated pathways considering self-regulation, neonatal distress and parenting stress. *Infant Behavior and Development*, *36*(1), 124-138.

Vondra, J., Shaw, D., Swearingen, M.C. & Owens, E. (2001). Attachment stability and emotional and behavioral regulation from infancy to preschool age. *Developmental Psychopathology*, *13*, 13–33.

Votruba-Drzal, E., Coley, L. R. & Chase-Lansdale, L. P. (2004). Child care and low-income children's development: direct and moderated effects. *Child Development*, *75*(1), 296-312.

Wadsworth, M. E. & Achenbach, T. M. (2005). Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: testing two mechanisms of the social causation hypothesis. *Journal of consulting and clinical psychology*, *73*(6), 1146-1153.

Wadsworth, M. E., Hudziak, J. J., Heath, A. C. & Achenbach, T. M. (2001). Latent class analysis of Child Behavior Checklist anxiety/depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40,* 106–114.

Wakschlag, L., Tolan, P. & Leventhal, B. (2010). Research Review: 'Ain't misbehavin': Towards a developmentally-sensitive nosology for preschool disruptive behavior. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 51*, 3-22.

Walden, T. A. & Smith, M. C. (1997). Emotion regulation. *Motivation and Emotion*, *21*, 7–25.

Waldman, I. D. & Gizer, I. R. (2006). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical psychology review*, *26*(4), 396-432.

Walker, H. M., Colvin, G. & Ramsey, E. (1995). *Antisocial behavior in school: Strategies and best practices.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Walker, S. P., Chang, S. M., Powell, C. A. & Grantham-McGregor, S. M. (2004). Psychosocial intervention improves the development of term low-birth-weight infants. *Journal of Nutrition, 134*, 1417–23.

Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L. & Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet, 378*(9799), 1325-1338.

Walker, L. S., Claar, R. L. & Garber, J. (2002). Social consequences of children's pain: When do they encourage symptom maintenance?. *Journal of Pediatric Psychology, 27*(8), 689-698.

Walker, L. S., Garber, J. & Greene, J. W. (1994). Somatic complaints in pediatric patients: a prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence, and parental somatic symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*, *62*(6), 1213-1221.

Walker, L. S., Garber, J., Smith, C. A., Van Slyke, D. A. & Claar, R. L. (2001). The relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and without recurrent abdominal pain. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(1), 85-91.

Walker, L. S. & Greene, J. W. (1989). Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families?. *Journal of Pediatric Psychology*, *14*(2), 231-243.

Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *International Review of Psychiatry*, *18*(1), 13-24.

Walston, J. & West, J. (2004). *Full-day and half-day kindergarten in the United States: Findings from the Early Childhood Longitudinal Study, Kindergarten Class of 1998–99 (NCES 2004-078)*. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

Watson, D., Clark, L. A. & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of abnormal psychology, 97*(3), 346-353.

Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 219-235.

Watt, M. C. & Stewart, S. H. (2003). The role of anxiety sensitivity components in mediating the relationship between childhood exposure to parental dyscontrol and adult anxiety symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 25*, 167–176.

Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parenting competencies. *Journal of consulting and clinical psychology*, *66*(5), 715-730.

Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2003). *The Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Services: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems*. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 224 – 240). New York: Guilford.

Webster-Stratton, C., Reid, M. & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the incredible years teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(5), 471-488.

Webster-Stratton, C & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 Years). *Prevention Science, 2*(3), 165-192.

Wehby, J. H., Falk, K. B., Barton-Arwood, S., Lane, K. L. & Cooley, C. (2003). The impact of comprehensive reading instruction on the academic and social behavior of students with emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *11*(4), 225-238.

Wehmeier, P. M., Schacht, A. & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, *46*(3), 209-217.

Wehrenberg, M. & Prinz, S. (2007). *The anxious brain: The neurobiological basis of anxiety disorders and how to effectively treat them.* New York: W. W. Norton.

Weinstein, S. R., Noam, G. G., Grimes, K., Stone, K. & Schwab-Stone, M. (1990). Convergence of DSM-III diagnoses and self-reported symptoms in child and adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(4), 627-634.

Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L. & Seligman, M. E. (2003). Prevention that works for children and youth: An introduction. *American Psychologist*, *58*(6-7), 425-432.

Weissman, M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdeli, H., Pilowsky, D.J. & Bruder, G. (2005). Families at high and low risk for depression: A 3-generation study. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 29–36.

Wentzel, K. R. (2002). Are effective teachers like good parents? Teaching styles and student adjustment in early adolescence. *Child Development*, *73*(1), 287-301.

West, A. E. & Newman, D. L. (2003). Worried and blue: Mild parental anxiety and depression in relation to development of young children's temperament and behavior problems. *Parenting: Science and Practice, 3,* 133–154.

Whaley, S. E., Pinto, A. & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 826–836.

Wheeler, E. (1994). Peer Conflicts in the Classroom: Drawing Implications from Research. *Childhood Education, 70*(5), 296–299.

Whitcomb, S., & Merrell, K. W. (2013). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents*. UK: Routledge. Ανακτήθηκε στις 5 Ιουλίου, 2014, απο: http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781136737251_sample_835387.pdf

White, A. T. (1982). Why community participation? A discussion of the arguments. *Assignment Children*, *59*(2), 17-34.

Whittaker, J. E. V., Harden, B. J., See, H. M., Meisch, A. D. & Westbrook, T. P. R. (2011). Family risks and protective factors: Pathways to Early Head Start toddlers' social–emotional functioning. *Early Childhood Research Quarterly, 26*(1), 74-86.

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E. & Sveen, T. H. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(6), 695-705.

Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C. & Spencer, T. J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*(3), 262-268.

Wilens, T. E. & Fusillo, S. (2007). When ADHD and substance use disorders intersect: relationship and treatment implications. *Current psychiatry reports*, *9*(5), 408-414.

Williamson, D. E., Birmaher, B., Dahl, R. E. & Ryan, N. D. (2005). Stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, *15*(4), 571-580.

Willinger, U., Bruner, E., Diendorfer-Radner, G., Sams, J., Sirsch, U., Eisenwort, B. (2003). Behaviour in Children With Language Development Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(9), 607-614.

Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(1), 136-149.

Winer, A. & Philips, D. (2012). Boys, Girls, and "Two Cultures" of Child Care. *Merrill-Palmer Quarterly, 58*(1), 22–49.

Winsler, A. & Wallace, G. L. (2002). Behavior problems and social skills in preschool children: Parent-teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Education & Development*, *13*, 41-58.

Witvliet, M., van Lier, P. A. C., Cuijpers, P. & Koot, H. M. (2009). Testing links between childhood positive peer relations and externalizing outcomes through a randomized controlled intervention study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 905-915.

Wolchik, S. A., Wilcox, .K. L, Tein, J. Y. & Sandler, I. N. (2000). Maternal acceptance and consistency of discipline as buffers of divorce stressors on children's psychological adjustment problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*, 87–102.

Wolchik, S. A., West, S. G., Sandler, I. N., Tein, J.-Y., Coatsworth, D., Lengua, L. et al. (2000). An experimental evaluation of theory-based mother and mother–child programs for children of divorce. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 843–856.

Wolfe, D. A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. & Jaffe, P.G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *6*(3), 171-87.

Wong, M. S., McElwain, N. L. & Halberstadt, A. G. (2009). Parent, family, and child characteristics: associations with mother- and father-reported emotion socialization practices. *Journal of Family Psychology, 23*(4), 452-63.

Wood, E. & Attfield, J. (2005). *Play, learning and the early childhood childhood curriculum* (2nd Eds). London: Paul Chapman.

Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang W. C. & Chu B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines, 44*(1), 134-51.

Woodruff - Borden, J., Morrow, C., Bourland, S. & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child Psychology, 31*, 364-374.

World Health Organisation (WHO) (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, June 19–22, in New York (signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948). Ανακτήθηκε 15 Μαρτίου, 2014, από: http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf.

World Health Organization (1984): *Atlas: Child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*. Ανακτήθηκε 15 Μαρτίου, 2014, από : http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf

World Health Organization WHO (1990). *The introduction of a mental health component into primary health care*.Geneva7: WHO.

World Health Organisarion (WHO) (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision .ICD-10: Instruction manual*. Geneva : World Healt Organization.

Wright, J. C., Huston, A. C., Murphy, K. C., St Peters, M., PiÃ±on, M., Scantlin, R. & Kotler, J. (2001). The relations of early television viewing to school readiness and vocabulary of children from low-income families: The early window project. *Child development*, *72*(5), 1347-1366.

Wu, S. L., Abdullah, R. & Mofrad, S. (2012). Association between Children's Age, Numbers of Siblings and Mental Health. *Asian Social Science*, *8*(13), 95-99.

Wurm, J. (2005). *Working in the Reggio way: A beginner's guide for American teachers.* St. Paul, MN: Redleaf Press.

Xue, Y., Leventhal, T., Brooks-Gunn, J. & Earls, F. J. (2005). Neighborhood residence and mental health problems of 5- to 11-year-olds. *Archives of General Psychiatry, 62*(5), 554-563.

Yoleri, S. (2014). The relationship between temperament, gender, and behavioural problems in preschool children. *South African Journal of Education*, *34*(2), 1-18.

Yoon, J. S. (2002). Teacher characteristics as predictors of teacher-student relationships: Stress, negative affect, and self-efficacy. *Social Behavior and Personality*, *30*(5), 485-493.

Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on cbronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin, 115,* 28-54.

Yoshikawa, H. & Knitzer, J. (1997). *Lessons from the field: Head Start mental health strategies to meet changing needs*. New York: National Center for children in Poverty, Columbia University.

Yurduşen, S., Erol, N. & Gençöz, T. (2013). The effects of parental attitudes and mothers' psychological well-being on the emotional and behavioral problems of their preschool children. *Maternal and child health journal, 17*(1), 68-75.

Zafiriadis, K., Livaditis, M., Xenitidis, K., Diamanti, M. et al. (2005). Social and psychological characteristics of Greek secondary school students with learning difficulties. *Journal of Adolescence, 28*(6), 741-752.

Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A. & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Reiew of Clinical Psychology, 4*, 275-303.

Zeanah, C. H., Boris, N. W. & Scheeringa, M. S. (1997). Psychopathology in infancy. *Child Psychology and Psychiatry, 1*(38), 81–99.

Zeichner, K. (1999). The New Scholarship in Teacher Education. *Educational Researcher*. *28*(9), 4–15.

Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). Children in the Netherlands. Den Haag: Sociaal en cultureel planbureau (SCP) en Leiden: TNO Kwaliteit van leven. Ανακτήθηκε 20 Σεπτεμβρίου, 2014, από: http://www.scp.nl/english/configuratiemap/quicklinksvlak3/Copyright

Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 27*(2), 155-168.

Zeman, J., Cassano, M., Perry–Parrish, C. & Stegall. S. (2006). Emotion Regulation in Children and Adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 27* (2), 155–168.

Zero to Three (2005). Diagnostic *Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*: Revised Edition (DC: 0-3 R), Washington, DC.

Zergiotis, A. (2014). Educational innovations Applied in Deprived Areas and Parents school Satisfaction.In A. Giotsa (Eds.), *Psychological and Educational approaches in time of Crisis* (pp. 113-134). New York: untested Ideas Research Center.

Zhang, X. (2014). Family income, parental education and internalizing and externalizing psychopathology among 2–3 year old Chinese children: The mediator effect of parent–child conflict. *International Journal of Psychology, 49*(1), 30-37.

Zhang, X., Chen, H., Zhang, Y. & Sun, B. (2009). Familyi ncome and social competence in early childhood: Examining mediation and moderation effects. *Acta Psychologica Sinica, 41*, 613–623.

Zigler, E., Taussig, C. & Black, K. (1992). Early cbildbOod intervention: A promising preventafive for juvenile delinquency. *American Psychologist, 47,* 997-1006.

Zimmerman, F. & Christakis, D. (2007). Associations between Content Types of Early Media Exposure and Subsequent Attentional Problems. *Pediatrics*, *120*(5), 986–992.

Zoccolillo, M. (1992). Co–occurrence of Conduct Disorder and its Adult Outcomes with Depressive and Anxiety Disorders: A review. *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*(3), 547–556.

Zuckerman, B., Stevenson, J. & Bailey, V. (1987). Stomachaches and headaches in a community sample of preschool children. *Pediatrics*, *79*(5), 677-682.

Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Boyle, M. H. & Offord, D. R. (1999). Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics*, *103*(6), 1203-1209.

Δ1. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Πίνακας Ι. *Επισκόπηση ελληνικών ερευνών που μελετούν την ανίχνευση συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών στην προσχολική ηλικία*

Α/Α	**Βιβλιογραφική πηγή/ Τίτλος**	**Σύντομη περιγραφή της έρευνας**	**Αριθμός/Ηλικία Δείγματος**	**Εργαλείο συλλογής δεδομένων**	**Περιοχή δειγματοληψίας**
1	Kourkoutas, Georgiadi & Xatzaki (2011). Αντιλήψεις εκπαιδευτικών για την κοινωνική δυσλειτουργία των μαθητών τους. Συνδυαστική ποιοτική και ποσοτική προσέγγιση.	Στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι νηπιαγωγοί αντιμετωπίζουν προβληματικές συμπεριφορές στην τάξη τους. Εξετάστηκαν οι αντιλήψεις των νηπιαγωγών, οι εμπειρίες και οι τρόποι διαχείρισης των προβληματικών συμπεριφορών.	50 δάσκαλοι και νηπιαγωγοί έδωσαν πληροφορίες για 446 παιδιά προσχολικής ηλικίας (4- 6 χρονών) και δημοτικού σχολείου (δεν αναφέρεται η ηλικία).	Αναθεωρημένη Κλίμακα Κοινωνικής Δυσλειτουργίας (Revised Social Dysfunction Scale (R-SDS) (Gerhardstein, 2005) (σύντομη έκδοση και μετάφραση στα ελληνικά).	Κρήτη.
2	Πούλου (2013). Καταθλιπτικά συμπτώματα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας : κατάλογος ανίχνευσης για εκπαιδευτικούς.	Η ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η διερεύνηση των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως αυτά εμφανίζονται σε αυτή την ηλικία, και η διαφοροποίησή τους σε σχέση με το φύλο.	32 νηπιαγωγοί έδωσαν πληροφορίες για 494 παιδιά προσχολικής ηλικίας (4- 6 χρονών).	Κατάλογος Καταθλιπτικών Συμπτωμάτων σε Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας (Preschool Children Depression Checklist, PCDC). Ο κατάλογος μεταφράστηκε στα ελληνικά και χορηγήθηκε πιλοτικά σε 4 νηπιαγωγούς προκειμένου να πραγματοποιηθούν συντακτικές προσαρμογές προτού χορηγηθεί στο συνολικό δείγμα νηπιαγωγών.	Αττική και Αχαΐα.

Α/Α	Βιβλιογραφική πηγή/ Τίτλος	Σύντομη περιγραφή της έρευνας	Αριθμός/Ηλικία Δείγματος	Εργαλείο συλλογής δεδομένων	Περιοχή δειγματοληψίας
3	Papatheodorou & Ramasut (1993). Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τα προβλήματα συμπεριφοράς παιδιών σε τάξεις νηπιαγωγείων στην Ελλάδα.	Στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για την ύπαρξη και τη σοβαρότητα προβλημάτων συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας.	154 νηπιαγωγοί και 308 παιδιά προσχολικής ηλικίας.	Ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από την Papatrheodorou (1990). Το ερωτηματολόγιο διερευνά προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα συναισθήματος και προβλήματα σχετιζόμενα με την ανάπτυξη του παιδιού γενικά.	Αστικές και μη-αστικές περιοχές της Ελλάδας (δεν αναφέρονται οι περιοχές).
4	Papatheodorou & Ramasut (1994). Περιβαλλοντικοί παράγοντες που επιδρούν στις αντιλήψεις των νηπιαγωγών για τα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών τους.	Στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων στις αντιλήψεις των νηπιαγωγών σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς των μαθητών τους.	154 νηπιαγωγοί και 280 παιδιά προσχολικής ηλικίας.	Ερωτηματολόγιο της Papatheodorou (1990).	Αττική, Έβρος και Δωδεκάνησα.

Α/Α	Βιβλιογραφική πηγή/ Τίτλος	Σύντομη περιγραφή της έρευνας	Αριθμός/Ηλικία Δείγματος	Εργαλείο συλλογής δεδομένων	Περιοχή δειγματοληψίας
5	Θάνος (2012). Η αποκλίνουσα και παραβατική συμπεριφορά των μαθητών στο σχολείο.	Σκοπός της έρευνας ήταν η ανίχνευση των αντιλήψεων των νηπιαγωγών για τις μορφές αποκλίνουσας και παραβατικής συμπεριφοράς των μαθητών τους. Ερευνήθηκαν επίσης και οι πρακτικές διαχείρισής τους.	115 νηπιαγωγοί και 581 δάσκαλοι.	Κατασκευάστηκε από το Θάνο (2012) ερωτηματολόγιο με δυο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά του εκπαιδευτικού (ηλικία, φύλο, διδακτική εμπειρία), η δεύτερη περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά και τους τρόπους εμφάνισης της παραβατικής και αποκλίνουσας συμπεριφοράς στο σχολείο καθώς και τις πρακτικές για την αντιμετώπιση και τη πρόληψή της.	Πανελλαδικά.
6	Rekalidou & Karadimitriou (2014). Πρακτικές Ελλήνων νηπιαγωγών για τη διαχείριση προβλημάτων συμπεριφοράς.	Στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση των πρακτικών που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί προσχολικής ηλικίας στην αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς των μαθητών τους.	74 νηπιαγωγοί.	Κατασκευή και χορήγηση δύο εργαλείων: 1. Η Λίστα Προβλημάτων συμπεριφοράς(ΛΠΣ) (η κατασκευή της στηρίχθηκε στους Essa, 2003. Campbell, Pierce, Moore, Marakovitz, & Newby. 1996) 2. Η Λίστα Πρακτικών των Νηπιαγωγών (ΛΠΝ) (η κατασκευή της στηρίχθηκε στους Γκότοβο, 2002. Κωνσταντίνου, 2001).	Βόρεια Ελλάδα.

Α/Α	Βιβλιογραφική πηγή/ Τίτλος	Σύντομη περιγραφή της έρευνας	Αριθμός/Ηλικία Δείγματος	Εργαλείο συλλογής δεδομένων	Περιοχή δειγματοληψίας
7	Beazidou, Botsoglou & Andreou (2013). Πρακτικές διαχείρισης της συμπεριφοράς μέσα στη τάξη του νηπιαγωγείου.	Η Διερεύνηση των πρακτικών διαχείρισης προβληματικής συμπεριφοράς, που χρησιμοποιούν οι νηπιαγωγοί. Επίσης, ερευνήθηκαν οι παράγοντες που προάγουν την επιτυχημένη πρακτική διαχείρισης της τάξης.	14 νηπιαγωγοί έδωσαν πληροφορίες για 168 παιδιά προσχολικής ηλικίας (4-5 ετών).	1. Κατάλογος ελέγχου σχετικός με τα είδη τεχνικών διαχείρισης της τάξης. Ο κατάλογος ελέγχου συμπληρώθηκε από δυο μέλη της ομάδας έρευνας με στοιχεία που συνέλεξαν από την συμμετοχή τους στην κάθε τάξη νηπιαγωγείου ως παρατηρητές. Βασίστηκε στην προσέγγιση των Lewis, Roache & Romi (2011). 2.Σύντομες συνεντεύξεις με ανοιχτού τύπου ερωτήσεις στους νηπιαγωγούς.	Βόλος.
8	Χατζηχρήστου, Πολυχρόνη, Μπεζεβέγκης & Μυλωνάς (2011). Διερεύνηση των εξελικτικών χαρακτηριστικών σχολικής και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας με βάση το σταθμισμένο τεστ Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής.	Ο στόχος της έρευνας ήταν να σκιαγραφηθούν οι κοινωνικές, συναισθηματικές και σχολικές δεξιότητες και τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών προσχολικής (5-6 ετών) και σχολικής ηλικίας (6-12 ετών), σύμφωνα με αναφορές των εκπαιδευτικών σε πανελλαδικό αντιπροσωπευτικό δείγμα.	97 νηπιαγωγοί και 184 δάσκαλοι έδωσαν πληροφορίες για 432 μαθητές νηπιαγωγείου και 800 μαθητές δημοτικού αντίστοιχα.	(α) Κλίμακα Εκπαιδευτικού για παιδιά προσχολικής ηλικίας με 113 προτάσεις και (β) Κλίμακα Αυτοαναφοράς για παιδιά σχολικής ηλικίας η οποία όμως δεν χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα.	Πανελλαδικό Δείγμα.

Α/Α	Βιβλιογραφική πηγή/ Τίτλος	Σύντομη περιγραφή της έρευνας	Αριθμός/Ηλικία Δείγματος	Εργαλείο συλλογής δεδομένων	Περιοχή δειγματοληψίας
9	Achenbach, & Rescola (2009). Στάθμιση και Προσαρμογή από τον Ι. Τσαούση στα ελληνικά της Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF του Achenbach) Η ελληνική έκδοση: Φόρμας Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) για παιδιά1 ½ -5.	Στάθμιση και προσαρμογή στα ελληνικά της ΦΑΝ-Β.	448 νηπιαγωγοί και 531 βρεφονηπιοκόμοι έδωσαν πληροφορίες για 979 παιδιά με μέσο όρος ηλικίας τα 4,4 έτη.	Η Φόρμα Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β) για παιδιά1 ½ -5.	Πανελλαδικό δείγμα.
10	Tsigilis & Gregoriadis (2008). Μέτρηση της σχέσης εκπαιδευτικού – παιδιού στο πλαίσιο του ελληνικού νηπιαγωγείου. Μια μελέτη για την εγκυρότητα της κλίμακας «Σχέσης Μαθητή – Εκπαιδευτικού».	Στόχος της έρευνας ήταν η εκτίμηση της παραγοντικής εγκυρότητας της κλίμακας εκτίμησης «Σχέσης Μαθητή – Εκπαιδευτικού» εντός του ελληνικού σχολικού πλαισίου.	56 νηπιαγωγοί έδωσαν πληροφορίες για 336 παιδιά με μέσο όρο ηλικία τα 5,4 έτη.	Κλίμακα Εκτίμησης της σχέσης «Μαθητή – Εκπαιδευτικού» η οποία αποτελεί μετάφραση της Student–Teacher Relationship Scale–Short Form :STRS-SF (Pianta, 2001).	Θεσσαλονίκη και τη Βόρεια Ελλάδα.

Α/Α	Βιβλιογραφική πηγή/ Τίτλος	Σύντομη περιγραφή της έρευνας	Αριθμός/Ηλικία Δείγματος	Εργαλείο συλλογής δεδομένων	Περιοχή δειγματοληψίας
11	Μανωλίτσης & Τάφα (2005). ΚατάλογοςΕλέγχου για την ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία.	Σκοπός της έρευνας ήταν η κατασκευή του καταλόγου ελέγχου ΚΕΣΠΗ για την ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και η διερεύνηση των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του κατάλογου.	44 νηπιαγωγοί έδωσαν πληροφορίες για 220 παιδιά προσχολικής ηλικίας (4- 6 χρονών).	Κατάλογος Ελέγχου Συμπεριφοράς στην Προσχολική Ηλικία (ΚΕΣΠΗ).	Κρήτη.
12	Μανωλίτσης (2013). Αξιολόγηση της συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας : Ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς στην τάξη με τον ΚΕΣΠΗ-Α.	Αναλυτική περιγραφή των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών και της στάθμιση της αναθεωρημένης έκδοσης – ΚΕΣΠΗ ΚΕΣΠΗ-Α.	152 νηπιαγωγοί έδωσαν πληροφορίες για 624 παιδιά ηλικίας 4-6 χρονών.	ΚΕΣΠΗ-Α.	Πανελλαδικό δείγμα.

Πίνακας ΙΙ. *Ψυχομετρικά εργαλεία για την ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα*

Α/Α	**Τίτλος**	**Δημιουργοί**	**Σκοπός**	**Ηλικία στην οποία απευθύνεται**	**Σύντομη περιγραφή**
1	Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ).	Achenbach & Rescorla (Στάθμιση & Προσαρμογή στα ελληνικά: Ι. Τσαούσης (Achenbach & Rescorla, 2009).	Διάγνωση προβλημάτων που αφορούν τη συμπεριφορά, το συναίσθημα και τη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών προσχολικής ηλικίας.	1 ½ – 5 ετών.	Το ΣΑΕΒΑ είναι ένα σύστημα το οποίο αξιολογεί τη συναισθηματική και γνωστική προσαρμογή του παιδιού προσχολικής ηλικίας. Περιλαμβάνει τρία ερωτηματολόγια: -Λίστα Ελέγχου Παιδικής Συμπεριφοράς 1 ½ - 5 ετών (ΛΕΠΣ): συμπληρώνεται από τη μητέρα ή (και) το πατέρα του παιδιού και στις 100 ερωτήσεις που περιλαμβάνει, αποτυπώνεται η εκτίμηση του γονέα (ή και των δύο γονέων) για προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος που πιθανόν εκδηλώνει το παιδί στο χώρο του σπιτιού. -Ερωτηματολόγιο Γλωσσικής Ανάπτυξης 1 ½ - 5 ετών (ΕΓΑ) με σκοπό την αξιολόγηση της ανάπτυξης του λεξιλογίου, καθώς και της ικανότητας συνδυασμού λέξεων που έχει κατακτήσει το παιδί. -Φόρμα αναφοράς για τον/τη Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο 1 ½ - 5 ετών (ΦΑΝ- Β): περιλαμβάνει 100 ερωτήσεις στις οποίες αποτυπώνονται οι εκτιμήσεις των παιδαγωγών (νηπιαγωγών, βρεφονηπιοκόμων ή ανθρώπων που φροντίζουν παιδιά αυτής της ηλικίας) σε ομάδες που συνυπάρχουν τουλάχιστον 4 παιδιά) και αφορούν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος που μπορεί να εμφανίσει το παιδί αυτής της ηλικίας.

Α/Α	Τίτλος	Δημιουργοί	Σκοπός	Ηλικία στην οποία απευθύνεται	Σύντομη περιγραφή
2	Ελληνική ADHD Scale –IV (Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)- IV κατά DSM-IV.	DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid. (Μετάφραση Ινστιτούτο έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς, Τμήμα Παιδιών & εφήβων. Προσαρμογή & Στάθμιση στα ελληνικά: (Καλαντζή – Αζίζι, Αγγελή & Ευσταθίου, 2006).	Προκριματικό εργαλείο βαθμολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας βάση των κριτηρίων DSM-IV.	5 – 18 ετών	Το Ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μία κλίμακα 18 ερωτήσεων για τους γονείς /κηδεμόνες, στην οποία περιγράφουν τη συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι και μία κλίμακα για τον εκπαιδευτικό, πάλι 18 ερωτήσεων, για τη συμπεριφορά του παιδιού στο σχολείο. Οι ερωτήσεις αντιστοιχούν στα κριτήρια DSM-IV για τη ΔΕΠ-Υ και ουσιαστικά αφορούν την αξιολόγηση της ελλειμματικής προσοχής και της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας.
3	Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικής και Ενδοπροσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ).	Παρασκευόπουλος & Γιαννίτσας (1999).	Η αξιολόγηση προβληματικών συμπεριφορών των παιδιών, με απώτερο σκοπό το σχεδιασμό της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης. Στηρίζεται στο Ερωτηματολόγιο Συμπτωμάτων Προβληματικής Συμπεριφοράς των Quay & Peterson (1993) (όπως αναφέρουν οι Αποστολοπούλου & Καρυδά, 2007).	4 – 15 ετών	Είναι ένας ένα κατάλογος 110 μορφών συμπεριφοράς, ο οποίος συμπληρώνεται από πρόσωπα του περιβάλλοντος του παιδιού (μητέρα, πατέρας, δάσκαλος) ή και από το ίδιο το παιδί, όταν η αναγνωστική του ικανότητα του το επιτρέπει. Πιο συγκεκριμένα, με τον κατάλογο αυτό αξιολογείται η ενδοπροσωπική προσαρμογή (άγχος/δυσθυμία/ψυχαναγκασμός, μοναχικότητα/ βραδυψυχισμός, ψυχοσωματικές διαταραχές) και η διαπροσωπική προσαρμογή (επιθετικότητα, παραβατικότητα) του παιδιού.

Α/Α	Τίτλος	Δημιουργοί	Σκοπός	Ηλικία στην οποία απευθύνεται	Σύντομη περιγραφή
4	Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας.	Behar (Προσαρμογή στα ελληνικά: Οικονομάκου) (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012).	Η κλινική εκτίμηση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος.	4 – 6 ετών	Είναι ένα εργαλείο, 36 θεμάτων που μέσα από μια κλίμακα διαβάθμισης, παρέχει πληροφορίες για την κλινική εκτίμηση προβλημάτων συμπεριφοράς (εχθρότητα/επιθετικότητα, υπερκινητικότητα/διαταρακτικότητα) και συναισθήματος (άγχος/φόβος). Το εργαλείο αυτό είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο σε επικείμενες αλλαγές των προβλημάτων συμπεριφοράς.
5	Τεστ Πρώιμης Ανίχνευσης Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΤΕΠ-Υ) (Diagnostic Rating Scale – Parent and Diagnostic Rating Scale – Teacher).	Δημητρίου & Σταύρου (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012).	Η πρώιμη ανίχνευση της διαταραχής Ελλειματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας.	4 – 6 ετών	Το τεστ στηρίζεται σε ένα ερωτηματολόγιο δυο πανομοιότυπων τύπων. Ο ένας τύπος απευθύνεται σε εκπαιδευτικούς (νηπιαγωγούς και δασκάλους) των παιδιών αυτής της ηλικίας και ο άλλος στους γονείς αυτών των παιδιών. Το τεστ αποτελείται από 52 ερωτήσεις, που στηρίζονται σε σταθμισμένες διεθνείς κλίμακες ανίχνευσης ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας και στα κριτήρια κατά DSM-IV.
6	Κλίμακα Μέτρησης Εναλλακτικών Λύσεων σε Διαπροσωπικά Προβλήματα Παιδιών Ηλικίας 4 – 6 ετών.	Shure (Προσαρμογή: Ξανθάκου, Χίου, Ζήση & Καΐλα) (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012) .	Η μέτρηση των εναλλακτικών λύσεων που σκέφτονται τα παιδιά σε δύο υποθετικά διαπροσωπικά προβλήματα.	4 – 6 ετών	Η κλίμακα αποτελείται από εικόνες (13 παιχνίδια) και φιγούρες (19 φιγούρες αγοριών, 19 φιγούρες κοριτσιών και 9 φιγούρες μητέρων), τις οποίες χορηγεί ειδικά εκπαιδευμένος ερευνητής στο παιδί και αφορούν δυο υποθετικά διαπροσωπικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί. Το πρώτο πρόβλημα αφορά τη σχέση του με ένα συνομίληκο και το δεύτερο τη σχέση του με τη μητέρα του.

Α/Α	Τίτλος	Δημιουργοί	Σκοπός	Ηλικία στην οποία απευθύνεται	Σύντομη περιγραφή
7	Κλίμακα Μέτρησης Εναλλακτικών Συνεπειών σε Διαπροσωπικά Προβλήματα παιδιών ηλικίας 4 – 6 ετών.	Shure (Προσαρμογή στα ελληνικά: Ξανθάκου, Χίου, Ζήση & Καΐλα) (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012).	Η μέτρηση των εναλλακτικών αλλά σχετικών συνεπειών που σκέφτονται τα παιδιά σε δύο υποθετικά διαπροσωπικά προβλήματα.	4 – 6 ετών	Η κλίμακα αποτελείται από εικόνες (7 παιχνίδια) και φιγούρες (10 φιγούρες αγοριών, 10 φιγούρες κοριτσιών και 9 φιγούρες ενηλίκων), τις οποίες χορηγεί ειδικά εκπαιδευμένος ερευνητής στο παιδί και αφορούν δυο υποθετικά διαπροσωπικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί. Το πρώτο πρόβλημα αφορά τη σχέση του με ένα συνομίληκο και το δεύτερο τη σχέση του με ένα ενήλικα (το γείτονα/ τη γειτόνισσα του).
8	Ερωτηματολόγιο «Διαστάσεις Προσωπικότητας παιδιών και Εφήβων» για παιδιά 2 – 4 ετών (Ε – ΔΙΠΡΟΠΕ3).	Μπεζεβέγκης & Παυλόπουλος (1999).	Χρησιμοποιείται από τους γονείς για να αξιολογήσουν την προσωπικότητα του παιδιού.	2 – 4 ετών	Αποτελείται από 92 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται με τρίβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Οι ερωτήσεις στηρίχθηκαν σε συνεντεύξεις με τους γονείς και αξιολογούν 4 γενικούς τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3 επιμέρους διαστάσεις της προσωπικότητας του παιδιού: α) συναισθηματική αντιδραστικότητα (διαγωγή, ατομισμός/ εγωισμός, συναισθηματική αστάθεια), β) διανοητική ανάπτυξη (ευφυΐα, ωριμότητα, αυτοπεποίθηση), εξωστρέφεια (δραστηριότητα, εγκαρδιότητα, κοινωνικότητα και γ) αναστολή (απόσυρση, συναισθηματική ευαισθησία, προσκόλληση).
9	Ερωτηματολόγιο «Διαστάσεις Προσωπικότητας παιδιών και Εφήβων» για παιδιά 5 -7 ετών (Ε – ΔΙΠΡΟΠΕ6).	Μπεζεβέγκης & Παυλόπουλος (1999).	Χρησιμοποιείται από τους γονείς για να αξιολογήσουν την προσωπικότητα του παιδιού.	5 – 7 ετών	Αποτελείται από ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται με τρίβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Οι ερωτήσεις στηρίχθηκαν σε συνεντεύξεις με τους γονείς και αξιολογούν 5 γενικούς τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 5 επιμέρους διαστάσεις της προσωπικότητας του παιδιού: α) συναισθηματική αντιδραστικότητα (διαγωγή, ατομισμός/ εγωισμός, συναισθηματική αστάθεια), β) διανοητική ανάπτυξη (λεκτική ευφυΐα, ομιλητικότητα, μνήμη/αντίληψη), γ) εξωστρέφεια (αλτρουισμός, εγκαρδιότητα, κοινωνικότητα), δ) αναστολή (απόσυρση, άγχος/ανησυχία, προσκόλληση) και ε) ευσυνειδησία (επιμέλεια, αξιοπιστία, δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες).

Α/Α	Τίτλος	Δημιουργοί	Σκοπός	Ηλικία στην οποία απευθύνεται	Σύντομη περιγραφή
10	Κλίμακα Αξιολόγησης του Επιπέδου Αυτοεκτίμησης στο Σχολικό Πλαίσιο [Behavioral Academic Self-Esteem (BASE)].	Coopersmith & Gillberts (Προσαρμογή-Μετάφραση: Κακούρος & Μανιαδάκη) (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012).	Η αξιολόγηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης στο σχολικό πλαίσιο.	4 – 15 ετών	Αποτελείται από 16 ερωτήσεις που μετρούν εκτός από το συνολικό δείκτη της αυτοεκτίμησης και πέντε άλλους δείκτες: ανάληψη πρωτοβουλιών, κοινωνική προσαρμογή, αντίδραση στην αποτυχία, αποδοχή από τους συνομηλίκους, αυτοπεποίθηση. Συμπληρώνεται από παιδαγωγούς.
11	Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας και Ατομικών Διαφορών για Παιδιά (Ε-ΠΑΔ) [Inventory of Child Individual Differences (ICID)].	Halverson, Havill, Deal, Baker, Victor, Παυλόπουλος, Μπεζεβέγκης &. Wen (Halverson et.al., 2003). Προσαρμογή στα ελληνικά: (Μπεζεβέγκης,. Παυλόπουλος & Γεωργουλέας, 2002)	Χρησιμοποιείται από γονείς διαφορετικών διαπολιτισμικών πλαισίων για να αξιολογήσουν την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του παιδιού.	3 – 12 ετών	Αποτελείται από 150 προτάσεις που στηρίχθηκαν σε συνεντεύξεις με τους γονείς και συνοψίζονται σε 15 κλίμακες: θετικό συναίσθημα, κοινωνικότητα, διαπροσωπική ευαισθησία, ενεργητικότητα, δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες, ανταγωνιστικότητα, ατομισμός/ αλτρουισμός, συμμόρφωση, οργάνωση/ τάξη, κίνητρα επίδοσης, διασπαστικότητα, φόβος/ ανησυχία, αρνητικό συναίσθημα, αναστολή, νόηση.
12	Κλίμακα Αξιολόγησης Δεξιοτήτων για Παιδιά Ηλικίας 5 – 6 ετών.	Desforges & Lindsay (Προσαρμογή στα ελληνικά: Μαριδάκη - Κασσωτάκη & Ράλλη) (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012).	Η αξιολόγηση διαφόρων πτυχών της συμπεριφοράς του παιδιού, ώστε να εντοπιστούν εκείνα τα προβλήματα που επηρεάζουν αρνητικά τους διάφορους τομείς ανάπτυξης.	5 – 6 ετών	Η Κλίμακα συμπληρώνεται από παιδαγωγούς και αποτελείται από 20 κριτήρια, που σχηματίζουν 5 ομάδες (υποκλίμακες), η καθεμία εκ των οποίων αξιολογεί δεξιότητες που αφορούν συγκεκριμένους τομείς της ανάπτυξης του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα, οι δεξιότητες που αξιολογούνται είναι: γλωσσικές, κινητικές, μαθηματικές, κοινωνικές και δεξιότητες που σχετίζονται με την αυτονομία στη μάθηση.

Α/Α	Τίτλος	Δημιουργοί	Σκοπός	Ηλικία στην οποία απευθύνεται	Σύντομη περιγραφή
13	Ερωτηματολόγιο Εκπαιδευτικών για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των μαθητών.	Conners (Προσαρμογή στα ελληνικά: Γιαβρίμης & Χατζηχρήστου) (Γιαβρίμης, 2002).	Η αξιολόγηση από τους εκπαιδευτικούς διαφόρων πτυχών της συμπεριφοράς του παιδιού.	3 – 17 ετών	Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 59 ερωτήσεις που βαθμολογούνται με τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν έξι παράγοντες: διάσπαση προσοχής, δυσκολίες στη μάθηση, προβλήματα ενδοπροσωπικής και προβλήματα διαπροσωπικής συμπεριφοράς, αντιδραστική συμπεριφορά και υπερκινητικότητα.
14	Ερωτηματολόγιο Ελέγχου Προσχολικής Συμπεριφοράς (Preschool Behavior Checklist).	McGuire & Richman (Προσαρμογή στα ελληνικά: Ζαφειροπούλου, Αργυρακούλη &. Ρούση) (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012).	Η ανίχνευση διαφόρων προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος του παιδιού.	2 – 5 ετών	Το Ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από το νηπιαγωγό και αποτελείται από 22 ερωτήσεις ερωτήσεις που βαθμολογούνται με τρίβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν 4 βασικές πτυχές της πρόσφατης συμπεριφοράς του παιδιού που αφορούν: στη συγκέντρωση προσοχής, τη διαγωγή, τις συναισθηματικές δυσκολίες και τις κοινωνικές σχέσεις.
15	Κλίμακα Κοινωνικής Συμπεριφοράς Προσχολικής Ηλικίας (Preschool Social Behavior Scale - Teacher Form).	Crick, Casas & Mosher (Προσαρμογή στα ελληνικά: Τσίτας, Ζενάκου, Γεωργούλα, Βουτυρά & Αντωνοπούλου) (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012).	Η κλίμακα μετρά εξειδικευμένα την επιθετικότητα και την κοινωνική συμπεριφορά του παιδιού.	4 – 6 ετών	Η Κλίμακα έχει δύο εκδόσεις: η μια συμπληρώνεται από ένα συμμαθητή του παιδιού (υπαγορεύει απαντήσεις στο νηπιαγωγό) και η άλλη από το νηπιαγωγό.

Α/Α	Τίτλος	Δημιουργοί	Σκοπός	Ηλικία στην οποία απευθύνεται	Σύντομη περιγραφή
16	Κλίμακα Εκτίμησης της Συμπεριφοράς Παιδιών Προσχολικής Ηλικίας.	Merrell (Προσαρμογή στα ελληνικά: Ζήση, Χίου, Ξανθάκου & Καΐλα) (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012).	Η κλίμακα εκτιμά τις κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού και την εμφάνιση πιθανών προβλημάτων συμπεριφοράς.	3 – 6 ετών	Η Κλίμακα αποτελείται από δυο υποκλίμακες: α) την κλίμακα που εκτιμά τις δυσκολίες συμπεριφοράς (εξωτερικευμένα και εσωτερικευμένα προβλήματα) και β) την κλίμακα των κοινωνικών δεξιοτήτων (συνεργασία, κοινωνική αλληλεπίδραση και κοινωνική αυτονομία).
17	Κατάλογος Ελέγχου Συμπεριφοράς στην Προσχολική Ηλικία - Αναθεωρημένος (ΚΕΣΠΗ - Α).	(Μανωλίτσης, 2013. Μανωλίτσης & Τάφα, 2005).	Η ανίχνευση και η αξιολόγηση προβλημάτων συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία.	4 – 6 ετών	Πρόκειται για μια Κλίμακα παρατήρησης της συμπεριφοράς του παιδιού στο νηπιαγωγείο η οποία αποτελείται από 25 ερωτήσεις. Οι πρώτες 24 ερωτήσεις προσδιορίζουν αντίστοιχα 24 μορφές συμπεριφοράς του παιδιού ενώ η 25η ζητά από το νηπιαγωγό μια γενικότερη αξιολόγηση του. Η ανάλυση των κύριων συνιστωσών έδειξε ότι το ΚΕΣΠΗ συγκροτείται από 4 παράγοντες: Διασπαστική συμπεριφορά, Απομόνωση/Ανωριμότητα, Άγχος/Ανασφάλεια και Ψυχοσωματικά προβλήματα.
18	Κλίμακα Συμπεριφοράς στο Προσχολικό Παιχνίδι [Preschool Play Behavior Scale (PPBS)].	Coplan & Rubin (Προσαρμογή στα ελληνικά: Καλύβα & Δημοπούλου) (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012).	Η αξιολόγηση διαφόρων μορφών μοναχικής συμπεριφοράς όταν το παιδί παίζει ελεύθερα.	4 – 6 ετών	Η Κλίμακα παρατήρησης συμπληρώνεται από το νηπιαγωγό, για το κάθε παιδί ξεχωριστά, την ώρα που παίζει ελεύθερα στις γωνιές μέσα στην τάξη. Αποτελείται από 16 προτάσεις οι οποίες αξιολογούν 4 παράγοντες: κοινωνικό παιχνίδι, μοναχική/ ενεργητική συμπεριφορά, μοναχική/παθητική συμπεριφορά και σιωπηλή συμπεριφορά.

Α/Α	Τίτλος	Δημιουργοί	Σκοπός	Ηλικία στην οποία απευθύνεται	Σύντομη περιγραφή
19	Ερωτηματολόγιο των Gillberg και συνεργατών για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας (Preschool Questionnaire).	Gillberg, Rasmussen, Carlstrom, Svenson & Waldenstrom (Προσαρμογή στα ελληνικά: Παπαθεοφίλου & Ρότσικα) (όπως αναφέρουν οι Σταλίκας και συν., 2012).	Ο εντοπισμός παιδιών που στην προσχολική και την πρωτοσχολική ηλικία διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης μαθησιακών δυσκολιών.	5 – 7 ετών	Περιλαμβάνει 34 ερωτήσεις που απαντώνται από το νηπιαγωγό ή το δάσκαλο με ένα απλό «ναι» ή «όχι» και αφορούν την ανάπτυξη του λόγου του παιδιού, τις δεξιότητες της αδρής και λεπτής κινητικότητας, τον τρόπο που κατανοεί διάφορες έννοιες, τη συμπεριφορά του και την υπερκινητικότητα.
20	Εργαλείο ψυχοκοινωνικής προσαρμογής παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας ή Τεστ Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής.	Χατζηχρήστου, Πολυχρόνη, Μπεζεβέγκης & Μυλωνάς (2008, 2011).	Ανίχνευση Ψυχοκοινωνικών δυσκολιών παιδιών νηπιαγωγείου και δημοτικού.	4 - 12 ετών	Περιλαμβάνει 3 κλίμακες :1) Την κλίμακα εκπαιδευτικού για παιδιά προσχολικής ηλικίας (4-6 ετών), 2) την κλίμακα εκπαιδευτικού για παιδιά σχολικής ηλικίας (7-12 ετών) και 3) την κλίμακα αυτοαναφοράς για παιδιά σχολικής ηλικίας (10-12 ετών). Η πρώτη κλίμακα που αφορά παιδιά προσχολικής ηλικίας περιλαμβάνει 113 προτάσεις που σχηματίζουν 4 υποκλίμακες : Κοινωνική Επάρκεια, Σχολική Επάρκεια, Συναισθηματική Επάρκεια και Προβλήματα Συμπεριφοράς.

Πίνακας ΙΙΙ. *Σύγκριση μεταξύ των ψυχομετρικών εργαλείων για την ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος παιδιών προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα*

Α/Α	Τίτλος	Η αξιολόγηση γίνεται από				Αξιολογούνται
		Γονείς	Νηπιαγωγούς	Γονείς και Νηπιαγωγούς	Μόνο προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος	Συνδυασμός αξιολόγησης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος και με άλλους τομείς ανάπτυξης του παιδιού
1	Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ) (Achenbach & Rescorla, 2009).			√		√ Γλωσσικές δεξιότητες με χρήση της ΕΓΑ.
2	Ελληνική ADHD Scale –IV (Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ)- IV κατά DSM-IV (Καλαντζή – Αζίζι, Αγγελή & Ευσταθίου, 2006).	√			√	
3	Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικής και Ενδοπροσωπικής Προσαρμογής (ΕΔΕΠ) (Παρασκευόπουλος & Γιαννίτσας, 1999).			√	√	
4	Ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας (Σταλίκας και συν., 2012).				√	
5	Τεστ Πρώιμης Ανίχνευσης Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΤΕΠ-Υ) (Diagnostic Rating Scale – Parent and Diagnostic Rating Scale – Teacher) (Σταλίκας και συν., 2012).			√	√	

Α/Α	Τίτλος	Η αξιολόγηση γίνεται από				Αξιολογούνται
		Γονείς	Νηπιαγωγούς	Γονείς και Νηπιαγωγούς	Μόνο προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος	Συνδυασμός αξιολόγησης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος και με άλλους τομείς ανάπτυξης του παιδιού
6	Κλίμακα Μέτρησης Εναλλακτικών Λύσεων σε Διαπροσωπικά Προβλήματα Παιδιών Ηλικίας 4 – 6 ετών (Σταλίκας και συν., 2012).		√		√	
7	Κλίμακα Μέτρησης Εναλλακτικών Συνεπειών σε Διαπροσωπικά Προβλήματα Παιδιών Ηλικίας 4 – 6 ετών (Σταλίκας και συν., 2012).		√		√	
8	Ερωτηματολόγιο «Διαστάσεις Προσωπικότητας παιδιών και Εφήβων» για παιδιά 2 – 4 ετών (Ε – ΔΙΠΡΟΠΕ3) (Μπεζεβέγκης & Παυλόπουλος, 1999).	√				√ Διανοητική ανάπτυξη (ευφυΐα, ωριμότητα, αυτοπεποίθηση)
9	Ερωτηματολόγιο «Διαστάσεις Προσωπικότητας παιδιών και Εφήβων» για παιδιά 5 -7 ετών (Ε – ΔΙΠΡΟΠΕ6) (Μπεζεβέγκης & Παυλόπουλος, 1999).	√				√ Διανοητική ανάπτυξη (λεκτική ευφυΐα, ομιλητικότητα, μνήμη/αντίληψη).
10	Κλίμακα Αξιολόγησης του Επιπέδου Αυτοεκτίμησης στο Σχολικό Πλαίσιο [Behavioral Academic Self-Esteem (BASE)] (Σταλίκας και συν., 2012).		√			√ Συνολικός δείκτη της αυτοεκτίμησης.

Α/Α	Τίτλος	Η αξιολόγηση γίνεται από				Αξιολογούνται
		Γονείς	Νηπιαγωγούς	Γονείς και Νηπιαγωγούς	Μόνο προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος	Συνδυασμός αξιολόγησης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος και με άλλους τομείς ανάπτυξης του παιδιού
11	Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας και Ατομικών Διαφορών για Παιδιά (Ε-ΠΑΔ) [Inventory of Child Individual Differences (ICID)] (Μπεζεβέγκης,. Παυλόπουλος & Γεωργουλέας, 2002)	√				√ Προκοινωνική συμπεριφορά (ατομισμός/ αλτρουισμός) νόηση.
12	Κλίμακα Αξιολόγησης Δεξιοτήτων για Παιδιά Ηλικίας 5 – 6 ετών (Σταλίκας και συν., 2012).		√			√ Γλωσσικές, κινητικές, μαθηματικές δεξιότητες.
13	Ερωτηματολόγιο Εκπαιδευτικών για την αξιολόγηση της Συμπεριφοράς των Μαθητών (Γιαβρίμης, 2002).		√			√ Περιλαμβάνει και ερωτήσεις που αφορούν τις δυσκολίες στη μάθηση.
14	Ερωτηματολόγιο Ελέγχου Προσχολικής Συμπεριφοράς (Preschool Behavior Checklist) (Σταλίκας και συν., 2012).		√		√	
15	Κλίμακα Κοινωνικής Συμπεριφοράς Προσχολικής Ηλικίας (Preschool Social Behavior Scale - Teacher Form) (Σταλίκας και συν., 2012).		√		√	

Α/Α	Τίτλος	Η αξιολόγηση γίνεται από				Αξιολογούνται
		Γονείς	Νηπιαγωγούς	Γονείς και Νηπιαγωγούς	Μόνο προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος	Συνδυασμός αξιολόγησης προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος και με άλλους τομείς ανάπτυξης του παιδιού
16	Κλίμακα Εκτίμησης της Συμπεριφοράς Παιδιών Προσχολικής Ηλικίας (Σταλίκας και συν., 2012).		√		√	
17	Κατάλογος Ελέγχου Συμπεριφοράς στην Προσχολική Ηλικία - Αναθεωρημένος (ΚΕΣΠΗ - Α) (Μανωλίτσης, 2013. Μανωλίτσης & Τάφα, 2005).		√		√	
18	Κλίμακα Συμπεριφοράς στο Προσχολικό Παιχνίδι [Preschool Play Behavior Scale (PPBS)] (Σταλίκας και συν., 2012).		√		√	
19	Ερωτηματολόγιο των Gillberg και Συνεργατών για Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας (Preschool Questionnaire) (Σταλίκας και συν., 2012).		√			√ Γλωσσικές δεξιότητες, δεξιότητες της αδρής και λεπτής κινητικότητας, κατανόηση διαφόρων εννοιών.
20	Εργαλείο ψυχοκοινωνικής προσαρμογής παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας ή Τεστ Ψυχοκοινωνικής Προσαρμογής (Χατζηχρήστου, Πολυχρόνη, Μπεζεβέγκης & Μυλωνάς, 2008, 2011).		√			√ Σχολική επάρκεια (Κίνητρα, οργάνωση /σχεδιασμός, σχολική αποτελεσματικότητα, σχολική προσαρμογή).

Πίνακας IV. *Τα Προγράμματα παρέμβασης πρωτογενούς πρόληψης για την καλλιέργεια κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων στην Ελλάδα*

Α. Προγράμματα που αφορούν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Α/Α	Τίτλος προγράμματος	Δημιουργός/οι /Συνεργαζόμενοι φορείς	Σκοπός του προγράμματος	Σύντομη περιγραφή	Εκπαίδευση εκπαιδευτικών που το εφαρμόζουν/ διάθεση υλικού προγράμματος	Εμπλοκή των γονέων στο πρόγραμμα	Αξιολόγηση του προγράμματος
1	«Το παραμύθι χωρίς σύνορα».	Βαζαίου και συν (2010) «Αθηνά-Υγεία», Κέντρο πρόληψης της εξάρτησης και Αγωγής Υγείας.	Το συγκεκριμένο παραμύθι, ως εργαλείο πρόληψης, αποσκοπεί να προσεγγίσουν τα παιδιά ζητήματα όπως: διαφορετικότητα, συλλογικότητα, λήψη αποφάσεων, επίλυση συγκρούσεων, ατομική και κοινωνική ευθύνη, μέθοδοι πειθαρχίας, κ.α (σ. 29).	«Το παραμύθι χωρίς σύνορα» εκτυλίσσεται σε 12 ενότητες, οι οποίες αποτελούν μια συνέχεια. Είναι η ιστορία έξι ζώων που ζουν σε ένα δάσος, το οποίο αναγκάζονται να εγκαταλείψουν, λόγω μιας πυρκαγιάς. Μετά από πολλές περιπέτειες ναυαγούν σε ένα νησί και εκεί γνωρίζουν 3 άλλα ζώα. Εκεί για αν επιβιώσουν καλούνται να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες, να γνωρίσουν το νέο τόπο διαμονής τους και τους κατοίκους του, να αποδεχθούν το ένα το άλλο και να συνεργαστούν (σ.29). Στο Β΄μέρος του εγχειριδίου υπάρχουν διευκρινιστικές οδηγίες επεξεργασίας και των 12 ενοτήτων από τον εκπαιδευτικό στην τάξη.	Κρίνεται απαραίτητο για να δοθεί το υλικό (δωρεάν) στους εκπαιδευτικούς, η προηγούμενη εκπαίδευση τους (δωρεάν) για εφαρμογή τους μέσα στην τάξη.	Προτείνεται απλή ενημέρωση των γονέων.	Δεν έχει αξιολογηθεί.

Α/Α	Τίτλος προγράμματος	Δημιουργός/οι /Συνεργαζόμενοι φορείς	Σκοπός του προγράμματος	Σύντομη περιγραφή	Εκπαίδευση εκπαιδευτικών που το εφαρμόζουν/ διάθεση υλικού προγράμματος	Εμπλοκή των γονέων στο πρόγραμμα	Αξιολόγηση του προγράμματος
2	«Ο Πυξιδούλης και η Πυξιδούλα στο νηπιαγωγείο».	Κυριακίδου, Πορσέλη & Τερζοπούλου (2006). «Πυξίδα», Κέντρο Πρόληψης της εξάρτησης από ναρκωτικά και προαγωγής της υγείας σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ.	Προσφέρει στους νηπιαγωγούς τρόπους ανάπτυξης συγκεκριμένων θεμάτων, που αφορούν στην καλλιέργεια συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών (επικοινωνία, αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης) και στη διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας στη νηπιακή ηλικία (Κυριακίδου και συν., 2006, σ.2).	Το πρόγραμμα διαπραγματεύεται τέσσερεις ενότητες που αναπτύσσονται σε σύνολο 10 συναντήσεων: Πιο συγκεκριμένα οι ενότητες είναι: - Ομαδικότητα - Υγιεινές συνήθειες - Αυτοεκτίμηση - Συναισθήματα.	Κρίνεται απαραίτητο για να δοθεί το υλικό δωρεάν στους εκπαιδευτικούς/η προηγούμενη εκπαίδευσή τους δωρεάν.	Προτείνεται εκπαίδευση και ενημέρωση των γονέων μέσα από ανοιχτές συζητήσεις, βιωματικά σεμινάρια, ενημερωτικά έντυπα.	Το πρόγραμμα δεν έχει αξιολογηθεί.

Α/Α	Τίτλος προγράμματος	Δημιουργός/οι /Συνεργαζόμενοι φορείς	Σκοπός του προγράμματος	Σύντομη περιγραφή	Εκπαίδευση εκπαιδευτικών που το εφαρμόζουν/ διάθεση υλικού προγράμματος	Εμπλοκή των γονέων στο πρόγραμμα	Αξιολόγηση του προγράμματος
3	Κοινωνική και Συναισθηματική αγωγή στο σχολείο. Πρόγραμμα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και της μάθησης στη σχολική κοινότητα.	Χατζηχρήστου (2011) Κέντρο Έρευνας και Εφαρμογών Σχολικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου.	Το Πρόγραμμα αποσκοπεί στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη των μαθητών και την ευαισθητοποίηση τους σε σημαντικά θέματα που σχετίζονται με αυτή (Χατζηχρήστου, 2011, σ.53).	Οι θεματικές ενότητες του προγράμματος είναι: -ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας -αναγνώριση, έκφραση και διαχείριση συναισθημάτων - οι διαστάσεις της αυτοαντίληψης - αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων -κοινωνική επάρκεια - κοινωνικές δεξιότητες - διαδικασία επίλυσης συγκρούσεων - το σχολείο και πολυπολιτισμικότητα -σχολείο και παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες -σχολείο και οικογένεια - διαχείριση κρίσεων στη σχολική κοινότητα. Στο τέλος κάθε θεματικής ενότητας προτείνονται βιωματικές δραστηριότητες επεξεργασίας της στην τάξη.	Προτείνεται για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή του, η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών (με πληρωμή). Το υλικό μπορεί να αγοραστεί ανεξάρτητα.	Απλή ενημέρωση των γονέων για την πορεία εξέλιξης του προγράμματος από τον εκπαιδευτικό και στο τέλος ανοικτή παρουσίαση του σε μια γιορτή.	Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε για αρκετά χρόνια σε πολλά σχολεία της Ελλάδας και της Κύπρου. Δεν παρατίθεται επίσημη αξιολόγηση, αναφέρεται όμως ότι ήταν αποτελεσματικό μέσα από τα σχόλια των παιδιών και των εκπαιδευτικών που το εφάρμοσαν (Πρότυπος Συμβουλευτικός Οδηγός, 2012, σ. 31).

Α/Α	Τίτλος προγράμματος	Δημιουργός/οι /Συνεργαζόμενοι φορείς	Σκοπός του προγράμματος	Σύντομη περιγραφή	Εκπαίδευση εκπαιδευτικών που το εφαρμόζουν/ διάθεση υλικού προγράμματος	Εμπλοκή των γονέων στο πρόγραμμα	Αξιολόγηση του προγράμματος
4	Βήματα για τη ζωή. Πρόγραμμα ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων για το Νηπιαγωγείο.	Κούτρας & Κουρμούση (2011).	Σκοπός του προγράμματος είναι να διδαχθούν τα παιδιά τον τρόπο να σκέφτονται και να αποκτήσουν τις δεξιότητες εκείνες, που θα τα βοηθήσουν να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους, να έχουν ενσυναίσθηση, να αποφεύγουν τις συγκρούσεις και να παίρνουν σωστές αποφάσεις για να λύνουν τα προβλήματά τους. (Κουρμούση, 2012, σ.180).	«Το πρόγραμμα είναι ετήσιο, απαρτίζεται από 9 θεματικές ενότητες και 52 μαθήματα: -ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης -αναγνώριση και διαχείριση συναισθημάτων -επίλυση προβλημάτων -ανάπτυξη δεξιοτήτων φιλίας -κοινωνική επάρκεια -ανάπτυξη της ενσυναίσθησης -συγκέντρωση προσοχής -συμμετοχή και συνεργασία στην τάξη -αποφυγή εκδήλωσης σωματικής και λεκτικής επιθετικότητας, -αποφυγή θυματοποίησης» (Κουρμούση, 2012, σ.181).	Προτείνεται για την εφαρμογή του, η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών (δωρεάν). Το υλικό μπορεί να αγοραστεί ανεξάρτητα.	Στο τέλος κάθε ενότητας αποστέλλεται στην οικογένεια των παιδιών, επιστολή που ενημερώνει τους γονείς για το περιεχόμενο των μαθημάτων και παρέχει συμβουλές και υποδείξεις για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν και οι ίδιοι να υποστηρίξουν τη μάθηση των διδαγμένων δεξιοτήτων στο σπίτι. Βασικός στόχος, είναι να εμπλακούν αλλά και να προβληματιστούν οι γονείς, ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο υποστηρικτικοί προς το πρόγραμμα και τη διδασκαλία του» (Κουρμούση, 2012, σσ. 194- 195).	Έχει αξιολογηθεί στα πλαίσια του διδακτορικού της Κουρμούση (2012).

Α/Α	Τίτλος προγράμματος	Δημιουργός/οι /Συνεργαζόμενοι φορείς	Σκοπός του προγράμματος	Σύντομη περιγραφή	Εκπαίδευση εκπαιδευτικών που το εφαρμόζουν/ διάθεση υλικού προγράμματος	Εμπλοκή των γονέων στο πρόγραμμα	Αξιολόγηση του προγράμματος
5	Πρώτα βήματα: Ένα εγχειρίδιο για να αρχίσετε τη βασική Εκπαίδευση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα.	Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Περιφερειακής Ανάπτυξης της Διεθνούς Αμνηστίας. Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Α. Γιαννόγκονα, Κ. Παπαχρήστος & Α. Συλλιγαρδάκη (Πατάκης, 2007).	Η διδασκαλία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο σχολείο.	Το πρόγραμμα αποτελείται από 6 μέρη. Τα 2 πρώτα είναι εισαγωγικά και περιγράφουν τη φιλοσοφία του προγράμματος και τα βασικά μεθοδολογικά εργαλεία για την εφαρμογή του. Το τρίτο μέρος αφορά το νηπιαγωγείο και περιλαμβάνει δραστηριότητες σχετικές με την υπευθυνότητα, τη διαφορετικότητα, τη δικαιοσύνη και δραστηριότητες που αφορούν τη σύγκρουση των δικαιωμάτων. Το 4ο μέρος του βιβλίου αφορά μεγαλύτερα παιδιά ενώ το 5ο αναφέρεται γενικά στα Ανθρώπινα δικαιώματα Το 6ο μέρος του προγράμματος δίνονται ιδέες για το πώς ο εκπαιδευτικός μπορεί να δημιουργήσει ένα δίκτυο για τα ανθρώπινα δικαιώματα και να στήσει ένα σεμινάριο επιμόρφωσης στο σχολείο του.	Διαθέσιμο δωρεάν και από την ιστοσελίδα: http://nipiagogoi.gr/anthropina-dikaiomata.pdf Γενικές πληροφορίες για την επεξεργασία στην τάξη: http://www.amnesty.org.gr/ how-to-start-a-training-program-for-human-rights in-my-clas.	Δεν προτείνεται κάποια συγκεκριμένη εμπλοκή των γονέων.	Από όσο γνωρίζουμε δεν έχουν δημοσιευτεί δεδομένα αξιολόγησης του προγράμματος στην Ελλάδα (Πρότυπος Συμβουλευτικός Οδηγός , 2012, σ.9), αλλά προτείνεται στο 6ο μέρος του προγράμματος ο τρόπος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητα του από τον ίδιο τον εκπαιδευτικό που το εφαρμόζει.

Α/Α	Τίτλος προγράμματος	Δημιουργός/οι /Συνεργαζόμενοι φορείς	Σκοπός του προγράμματος	Σύντομη περιγραφή	Εκπαίδευση εκπαιδευτικών που το εφαρμόζουν/ διάθεση υλικού προγράμματος	Εμπλοκή των γονέων στο πρόγραμμα	Αξιολόγηση του προγράμματος
6	Παιχνίδια-δραστηριότητες συνεργασίας, επίλυσης συγκρούσεων.	Καραμπέρη-Τζουριάδου & Πανταζή (2004). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας. Τομέας Παιδαγωγικής.	Να δημιουργηθεί ένα συνεργατικό κλίμα μέσα στη τάξη στο οποίο τα παιδιά αισθάνονται ασφάλεια, ισότητα και επικοινωνία.	Υπάρχουν 17 μικρές ιστορίες από την καθημερινή ζωή των παιδιών οι οποίες στρέφονται γύρω από ένα συγκεκριμένο θέμα σύγκρουσης, όπως την κτητικότητα, τον αποκλεισμό, την άδικη κατηγορία, την κοροϊδία κ.ά. Επίσης παρατίθενται 4 μικρά παραμύθια τα οποία μπορούν να δραματοποιηθούν είτε από τα ίδια τα παιδιά είτε μέσα από κουκλοθέατρο.	Δεν προτείνεται κάποια επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για την εφαρμογή του. Το υλικό είναι διαθέσιμο δωρεάν στο διαδίκτυο: - Παιδαγωγικά παιχνίδια. Τεύχος Α: Παιχνίδια γνωριμίας,, εμπιστοσύνης, συνεργασίας Ι. Διαθέσιμο: http://repository.edulll.gr/256 - Παιδαγωγικά παιχνίδια. Τεύχος Β: Παιχνίδια-δραστηριότητες συνεργασίας, επίλυσης συγκρούσεων ΙΙ. http://repository.edulll.gr/257.	Δεν προτείνεται κάποια συγκεκριμένη εμπλοκή των γονέων.	Από όσο γνωρίζουμε δεν έχουν δημοσιευτεί δεδομένα αξιολόγησης του προγράμματος. (Πρότυπος Συμβουλευτικός Οδηγός , 2012, σ. 20).

Α/Α	Τίτλος προγράμματος	Δημιουργός/οι /Συνεργαζόμενοι φορείς	Σκοπός του προγράμματος	Σύντομη περιγραφή	Εκπαίδευση εκπαιδευτικών που το εφαρμόζουν/ διάθεση υλικού προγράμματος	Εμπλοκή των γονέων στο πρόγραμμα	Αξιολόγηση του προγράμματος
7	Ούτε καλύτερος, ούτε χειρότερος, απλά διαφορετικός!	Τριλίβα, Αναγνωστοπούλου & Χατζηνικολάου (2008).	Η δημιουργία του κατάλληλου ψυχολογικού υπόβαθρου έτσι ώστε τα παιδιά: να κατανοήσουν την αξία της διαφορετικότητας, να αναπτύξουν την ενσυναίσθηση και τον σεβασμό για τα δικαιώματα των άλλων, και τέλος να ενεργοποιηθούν στην κοινότητα για την εξάλειψη του ρατσισμού και των διακρίσεων (Πρότυπος Συμβουλευτικός Οδηγός , 2012, σ.27)	Ολοκληρωμένο πρόγραμμα ασκήσεων για παιδιά Νηπιαγωγείου, Δημοτικού και Γυμνασίου. Ενδεικτικά μερικά από τα θέματα που επεξεργάζεται είναι: -Το αλφαβητάρι των συναισθημάτων -Αντιμετωπίζω με σεβασμό τις ομοιότητες και τις διαφορές -Μαθαίνω να μπαίνω στη θέση του άλλου -Μαθαίνω να υποστηρίζω την άποψή μου: Διάλογος με σεβασμό κ.α Κάθε κεφάλαιο περιέχει θεωρία μαζί με συγκεκριμένες δραστηριότητες εφαρμογής του στην τάξη.	Από όσο γνωρίζουμε δε κρίνεται απαραίτητη η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών για την εφαρμογή του προγράμματος. Το υλικό μπορεί να αγοραστεί ανεξάρτητα.	Προτείνονται δραστηριότητες εμπλοκής των γονέων αλλά και της κοινότητας.	«Το πρόγραμμα έχει αξιολογηθεί θετικά τόσο από τους εκπαιδευτικούς (ποιοτική ανάλυση) όσο και αναφορικά με τις αλλαγές στις στάσεις των παιδιών (ποσοτική ανάλυση)» (Πρότυπος Συμβουλευτικός Οδηγός, 2012, σ.27).

Α/Α	Τίτλος προγράμματος	Δημιουργός/οι /Συνεργαζόμενοι φορείς	Σκοπός του προγράμματος	Σύντομη περιγραφή	Εκπαίδευση εκπαιδευτικών που το εφαρμόζουν/ διάθεση υλικού προγράμματος	Εμπλοκή των γονέων στο πρόγραμμα	Αξιολόγηση του προγράμματος
8	Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για την προώθηση της ισότητας των φύλων στο σχολείο.	Μαραγκουδάκη (2007α, 2007β).	Να ευαισθητοποιήσει τους εκπαιδευτικούς και τους μαθητές σε σχέση με την ισότητα των δύο φύλων και την αλλαγή στάσεων σε θέματα ισότητας φύλων μέσα στις σχολικές τάξεις.	Ολοκληρωμένη παρέμβαση που περιλαμβάνει θεωρητικό μέρος και 70 ασκήσεις (φύλλα εργασίας) για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Το υλικό απαρτίζεται από πέντε ενότητες: Α) Αυτογνωσία / αυτοσυνείδηση και ταυτότητες φύλου, Β) Φύλο, δημοκρατία και ιδιότητα του πολίτη Γ)Τα δύο φύλα και η σύγχρονη οικογένεια Δ) Πολυπολιτισμικότητα και φύλο Ε) Πόλεμος και Ειρήνη.	Κρίνεται απαραίτητη για την εφαρμογή του η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών (δωρεάν). Μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης δίνεται δωρεάν στους συμμετέχοντες και ο εκπαιδευτικός φάκελος του προγράμματος, που περιέχει 2 βιβλία και ένα CD- ROM για τους νηπιαγωγούς. -Διαθέσιμο δωρεάν στην ιστοσελίδα:http://repository.edulll.gr/1442.	Προτείνεται απλή ενημέρωση των γονέων για την εφαρμογή του προγράμματος.	Από όσο γνωρίζουμε δεν έχουν δημοσιευτεί δεδομένα αξιολόγησης του προγράμματος (Πρότυπος Συμβουλευτικός Οδηγός, 2012, σ.54).

Β. Προγράμματα που αφορούν σε νηπιαγωγούς και γονείς

Α/Α	Τίτλος προγράμματος	Δημιουργός/οι /Συνεργαζόμενοι φορείς	Σκοπός του προγράμματος	Σύντομη περιγραφή	Εκπαίδευση εκπαιδευτικών που το εφαρμόζουν/ διάθεση υλικού προγράμματος	Αξιολόγηση του προγράμματος
1	ACT/MMME-Βίας: Μικροί Μεγάλοι Μαζί Εναντίον της Βίας.	Το ACT Against Violence είναι ένα Πρόγραμμα Πρόληψης της Βίας για την προστασία των μικρών παιδιών, το οποίο έχει δημιουργηθεί από τον Αμερικανικό Ψυχολογικό Σύλλογο (American Psychological Association - APA) και τον Εθνικό Σύλλογο για την Εκπαίδευση Μικρών Παιδιών (National Association for the Education of Young Children - NAEYC) των ΗΠΑ. (2009). (Έχει μεταφραστεί από την Α. Γιώτσα, Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων).	Το Πρόγραμμα εφαρμόζεται στην Ελλάδα από ειδικά εκπαιδευμένους και πιστοποιημένους στις ΗΠΑ Ψυχολόγους του Συλλόγου Ελλήνων Ψυχολόγων (ΣΕΨ) και αποσκοπεί: *στην εκπαίδευση γονέων, εκπαιδευτικών* και ειδικών που ασχολούνται με μικρά παιδιά, ηλικίας από 0 έως 8 ετών, για την πρόληψη της βίας και την προστασία των μικρών παιδιών, με στόχο τη δημιουργία ενός υγιούς και ασφαλούς περιβάλλοντος για τα παιδιά, στο οποίο θα διδάσκονται να επιλύουν τις διαφορές τους με θετικό, μη-βίαιο τρόπο (ACT, 2009).	Το πρόγραμμα εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών περιλαμβάνει οκτώ συναντήσεις που αφορούν θέματα όπως: οι παράγοντες που οδηγούν στη βία, οι ρόλοι που αναλαμβάνουν τα παιδιά όταν εμπλέκονται σε περιστατικά βίας, οι συνέπειες της βίας στη ζωή των παιδιών, τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά κάθε ηλικίας, η επίδραση των ΜΜΕ στην ανάπτυξη βίαιων συμπεριφορών στα παιδιά, η πειθαρχία-τιμωρία, οι γονικοί τρόποι διαπαιδαγώγησης, τεχνικές διαχείρισης συγκρούσεων των παιδιών, τρόποι πειθαρχίας ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο των παιδιών. Οι βιωματικές ασκήσεις αφορούν στην ανάπτυξη της κάθε θεματικής και έχουν τη μορφή σεναρίου, παιχνιδιού ρόλων, ανάλυσης περιπτώσεων, χαρτοκοπτικής κ.ά. (ACT, 2009).	Κρίνεται απαραίτητη για να δοθεί το υλικό στους εκπαιδευτικούς η προηγούμενη εκπαίδευση τους (με πληρωμή).	Έχει αξιολογηθεί η εφαρμογή του στην Ελλάδα (ACT, 2009).

Α/Α	Τίτλος προγράμματος	Δημιουργός/οι /Συνεργαζόμενοι φορείς	Σκοπός του προγράμματος	Σύντομη περιγραφή	Εκπαίδευση εκπαιδευτικών που το εφαρμόζουν/ διάθεση υλικού προγράμματος	Αξιολόγηση του προγράμματος
2	Σχολές Γονέων του Ι.ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ.	Ίδρυμα Νεολαίας και Δια Βίου Μάθησης Ι.ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ.	Σκοπός του έργου των Σχολών Γονέων είναι η στήριξη των γονέων ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν με επιτυχία στο σύνθετο και δύσκολο ρόλο τους όπως αυτός διαμορφώνεται στις σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Το έργο θα προσφέρει στους γονείς και στο οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον γνώσεις και ευκαιρίες για προβληματισμό (Ι.ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ, 2014).	Ενδεικτικά, τα προγράμματα που παρέχονται, στοχεύουν μέσα από τη θεωρητική ενημέρωση και τη βιωματική συμμετοχή των γονέων στο να: -Βελτιωθεί η επικοινωνία στην οικογένεια -Προαχθούν οι γνώσεις των γονέων σχετικά με τις ψυχικές, κοινωνικές, πνευματικές και άλλες ανάγκες των παιδιών σε κάθε στάδιο ανάπτυξής τους -Αναπτυχθούν δεξιότητες για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση δύσκολων συμπεριφορών των παιδιών τους -Ενθαρρυνθεί η συμμετοχή των γονέων στις σχολικές δραστηριότητες και να υποστηριχθεί η συνεργασία τους με τους/τις εκπαιδευτικούς (Ι.ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ, 2014). Οι συναντήσεις στις Σχολές Γονέων γίνονται κάθε βδομάδα ή κάθε βδομάδες και διαρκούν 2 ώρες.	Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, δίνεται στους γονείς, που επιλέγουν να συμμετάσχουν, βεβαίωση συμμετοχής και έντυπο υλικό (δωρεάν). Οι ομάδες των Σχολών Γονέων είναι κλειστές. (Γεώργας και συν., 2006).	Έχει αξιολογηθεί η εφαρμογή του και τα δεδομένα έχουν ανακοινωθεί στα: 1.Πρακτικά του 1ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου με Διεθνή Συμμετοχή «Σχολών Γονέων: (Πιστοφίδου 2009, σσ 56- 60) και 2. Πρακτικά του 2ου Πανελληνίου Συνεδρίου Σχολών Γονέων με τίτλο «Η οικογένεια εκπαιδεύεται ..δια βίου» που διεξήχθη στην Αθήνα στις 7 Νοεμβρίου 2012 (δόθηκαν στους συμμετέχοντες με μορφή CD- ROM).

Δ2. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Πίνακας V. *Κατάταξη των παιδιών στο φυσιολογικό, οριακό και κλινικό φάσμα στη ΦΑΝ-Β*

		Φάσμα τιμών στη ΦΑΝ-Β του Achenbach		
		Φυσιολογικό εύρος τιμών	Οριακό εύρος τιμών	Κλινικό εύρος τιμών
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Αγόρι	0-4	5-7	8-14
	Κορίτσι	0-3	4-6	7-14
Ανησυχία/ κατάθλιψη	Αγόρι	0-6	7-9	10-16
	Κορίτσι	0-6	7-9	10-16
Σωματικές ενοχλήσεις	Αγόρι	0-1	2-4	5-14
	Κορίτσι	0-2	3	4-14
Απόσυρση	Αγόρι	0-5	6-11	12-20
	Κορίτσι	0-4	5-7	8-20
Προβλήματα προσοχής	Αγόρι	0-8	9-14	15-18
	Κορίτσι	0-5	6-9	10-17
Επιθετική συμπεριφορά	Αγόρι	0-25	26-34	35-50
	Κορίτσι	0-15	16-26	27-50
Εσωτερικευμένα προβλήματα	Αγόρι	0-12	13-15	16-≥45
	Κορίτσι	0-12	13-15	16-≥48
Εξωτερικευμένα προβλήματα	Αγόρι	0-18	19-22	23-≥63
	Κορίτσι	0-18	19-22	23-≥61
Σύνολο προβλημάτων	Αγόρι	0-40	41-49	50-≥133
	Κορίτσι	0-40	41-49	50-≥143

Πίνακας VI. *Κατάταξη των παιδιών (φυσιολογικό, κλινικό, οριακό) ανά σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων, Σύνολο Προβλημάτων και σύμφωνα με το επάγγελμα του πατέρα*

		Δημόσιος Υπάλληλος	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Ελεύθερος επαγγελματίας	Άνεργος	Σώματα ασφαλείας	Εκπαιδευτικός	Αγρότης
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Φυσιολογικό	91,00	91,20	92,90	93,90	91,30	93,50	89,20
	Οριακό	7,10	7,90	6,00	3,00	6,70	6,50	9,70
	Κλινικό	1,90	0,90	1,10	3,00	1,90	0,00	1,10
Ανησυχία/ κατάθλιψη	Φυσιολογικό	95,50	97,40	95,10	100,00	96,20	95,70	95,70
	Οριακό	3,20	2,10	3,10	0,00	3,80	4,30	3,20
	Κλινικό	1,30	0,60	1,80	0,00	0,00	0,00	1,10
Σωματικές ενοχλήσεις	Φυσιολογικό	92,90	93,20	92,30	97,00	88,50	87,00	92,50
	Οριακό	4,50	3,80	5,80	3,00	5,80	10,90	3,20
	Κλινικό	2,60	2,90	2,00	0,00	5,80	2,20	4,30
Απόσυρση	Φυσιολογικό	87,80	86,80	90,90	93,90	88,50	95,70	84,90
	Οριακό	8,30	9,40	7,30	6,10	7,70	4,30	10,80
	Κλινικό	3,80	3,80	1,80	0,00	3,80	0,00	4,30
Προβλήματα προσοχής	Φυσιολογικό	90,40	91,80	93,80	97,00	92,30	97,80	94,60
	Οριακό	7,70	5,00	4,20	3,00	4,80	2,20	4,30
	Κλινικό	1,90	3,20	2,00	0,00	2,90	0,00	1,10

		Δημόσιος Υπάλληλος	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Ελεύθερος επαγγελματίας	Άνεργος	Σώματα ασφαλείας	Εκπαιδευτικός	Αγρότης
Επιθετική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	92,30	93,80	95,40	97,00	92,30	95,70	95,70
	Οριακό	5,10	4,40	3,10	3,00	7,70	2,20	3,20
	Κλινικό	2,60	1,80	1,50	0,00	0,00	2,20	1,10
Εσωτερικευμένα προβλήματα	Φυσιολογικό	91,70	87,60	90,50	90,90	88,50	93,50	87,10
	Οριακό	2,60	4,40	2,40	6,10	4,80	2,20	5,40
	Κλινικό	5,80	7,90	7,10	3,00	6,70	4,30	7,50
Εξωτερικευμένα προβλήματα	Φυσιολογικό	85,90	89,10	88,30	93,90	85,60	91,30	87,10
	Οριακό	5,80	2,60	2,70	0,00	2,90	0,00	4,30
	Κλινικό	8,30	8,20	9,10	6,10	11,50	8,70	8,60
Σύνολο προβλημάτων	Φυσιολογικό	94,20	93,20	95,40	97,00	95,20	95,70	94,60
	Οριακό	3,20	3,50	2,00	3,00	2,90	4,30	2,20
	Κλινικό	2,60	3,20	2,70	0,00	1,90	0,00	3,20

Πίνακας VII. *Κατάταξη των παιδιών (φυσιολογικό, κλινικό, οριακό) ανά σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων, Σύνολο Προβλημάτων και σύμφωνα με το επάγγελμα της μητέρας*

		Δημόσιος Υπάλληλος	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Ελεύθερος επαγγελματίας	Άνεργος	Σώματα ασφαλείας	Εκπαιδευτικός	Αγρότης
		Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %	Column N %
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Φυσιολογικό	90,6	91,5	93,8	92,6	95,8	87,4	88,9
	Οριακό	7,0	7,3	5,2	6,4	4,2	10,7	11,1
	Κλινικό	2,3	1,2	1,0	1,0	0,0	1,9	0,0
Ανησυχία/ κατάθλιψη	Φυσιολογικό	94,5	97,3	95,4	95,7	95,8	98,1	100,0
	Οριακό	3,1	2,3	3,6	2,9	4,2	1,9	0,0
	Κλινικό	2,3	0,4	1,0	1,4	0,0	0,0	0,0
Σωματικές ενοχλήσεις	Φυσιολογικό	87,5	94,6	90,7	92,6	100,0	91,3	100,0
	Οριακό	9,4	3,8	7,2	3,7	0,0	5,8	0,0
	Κλινικό	3,1	1,5	2,1	3,7	0,0	2,9	0,0
Απόσυρση	Φυσιολογικό	89,1	88,5	88,7	88,7	100,0	91,3	88,9
	Οριακό	4,7	10,0	9,8	7,8	0,0	7,8	0,0
	Κλινικό	6,3	1,5	1,5	3,5	0,0	1,0	11,1
Προβλήματα προσοχής	Φυσιολογικό	89,1	90,4	95,4	93,8	91,7	97,1	88,9
	Οριακό	9,4	6,9	4,1	3,5	4,2	1,9	0,0
	Κλινικό	1,6	2,7	0,5	2,7	4,2	1,0	11,1

		Δημόσιος Υπάλληλος	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Ελεύθερος επαγγελματίας	Άνεργος	Σώματα ασφαλείας	Εκπαιδευτικός	Αγρότης
Επιθετική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	93,8	91,5	95,9	95,3	91,7	95,1	100,0
	Οριακό	4,7	5,4	3,1	3,5	8,3	3,9	0,0
	Κλινικό	1,6	3,1	1,0	1,2	0,0	1,0	0,0
Εσωτερικευμένα προβλήματα	Φυσιολογικό	89,1	90,0	90,7	88,9	95,8	90,3	88,9
	Οριακό	3,1	4,6	2,1	3,5	4,2	2,9	0,0
	Κλινικό	7,8	5,4	7,2	7,6	0,0	6,8	11,1
Εξωτερικευμένα προβλήματα	Φυσιολογικό	81,3	87,3	89,2	89,7	87,5	90,3	88,9
	Οριακό	3,9	2,3	2,6	3,5	4,2	1,9	0,0
	Κλινικό	14,8	10,4	8,2	6,8	8,3	7,8	11,1
Σύνολο προβλημάτων	Φυσιολογικό	93,0	92,3	96,9	95,3	91,7	96,1	88,9
	Οριακό	3,1	5,0	1,0	1,9	8,3	2,9	0,0
	Κλινικό	3,9	2,7	2,1	2,7	0,0	1,0	11,1

Πίνακας VIII. *Κατάταξη των παιδιών (φυσιολογικό, κλινικό και οριακό φάσμα) ανά σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων, Σύνολο Προβλημάτων και σύμφωνα με τη λειτουργία τμήματος ένταξης στην τάξη τους*

		Λειτουργία τμήματος ένταξης	
		Όχι %	Ναι %
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Φυσιολογικό	91,8	92,4
	Οριακό	7,0	5,7
	Κλινικό	1,2	1,9
Ανησυχία/ κατάθλιψη	Φυσιολογικό	96,3	94,3
	Οριακό	2,7	3,8
	Κλινικό	1,0	1,9
Σωματικές ενοχλήσεις	Φυσιολογικό	91,9	96,2
	Οριακό	5,1	3,8
	Κλινικό	3,0	0,0
Απόσυρση	Φυσιολογικό	89,2	87,6
	Οριακό	8,1	8,6
	Κλινικό	2,7	3,8
Προβλήματα προσοχής	Φυσιολογικό	93,3	90,5
	Οριακό	4,5	7,6
	Κλινικό	2,2	1,9
Επιθετική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	94,4	94,3
	Οριακό	4,3	1,9
	Κλινικό	1,3	3,8
Εσωτερικευμένα προβλήματα	Φυσιολογικό	89,7	88,6
	Οριακό	3,5	3,8
	Κλινικό	6,8	7,6
Εξωτερικευμένα προβλήματα	Φυσιολογικό	88,7	82,9
	Οριακό	3,0	2,9
	Κλινικό	8,2	14,3
Σύνολο προβλημάτων	Φυσιολογικό	94,9	91,4
	Οριακό	2,8	1,9
	Κλινικό	2,2	6,7

Πίνακας IX. *Κατάταξη των παιδιών (φυσιολογικό, κλινικό, οριακό φάσμα) ανά σύνδρομο, ομάδα συνδρόμων, Σύνολο Προβλημάτων και σύμφωνα με τη λειτουργία παράλληλης στήριξης στην τάξη τους*

		Λειτουργία παράλληλης στήριξης	
		Όχι %	Ναι %
Συναισθηματική αντιδραστικότητα	Φυσιολογικό	92,1	90,3
	Οριακό	7,0	6,2
	Κλινικό	1,0	3,5
Ανησυχία/ κατάθλιψη	Φυσιολογικό	96,3	94,7
	Οριακό	2,7	4,4
	Κλινικό	1,1	,9
Σωματικές ενοχλήσεις	Φυσιολογικό	92,0	95,6
	Οριακό	5,0	4,4
	Κλινικό	3,0	0,0
Απόσυρση	Φυσιολογικό	89,8	81,4
	Οριακό	7,6	13,3
	Κλινικό	2,6	5,3
Προβλήματα προσοχής	Φυσιολογικό	93,3	90,3
	Οριακό	4,8	4,4
	Κλινικό	1,9	5,3
Επιθετική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	94,8	90,3
	Οριακό	4,0	4,4
	Κλινικό	1,2	5,3
Εσωτερικευμένα προβλήματα	Φυσιολογικό	89,7	88,5
	Οριακό	3,7	1,8
	Κλινικό	6,6	9,7
Εξωτερικευμένα προβλήματα	Φυσιολογικό	88,6	85,0
	Οριακό	3,1	1,8
	Κλινικό	8,3	13,3
Σύνολο προβλημάτων	Φυσιολογικό	95,0	91,2
	Οριακό	2,8	2,7
	Κλινικό	2,2	6,2

Πίνακας Χ. *Η παραγοντική ανάλυση της ΦΑΝ-Β*

Ερώτηση της ΦΑΝ-Β		Component (παράγοντας)						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Έχει ενοχλήσεις ή πόνους (χωρίς κάποια ιατρικά αίτια)	,224	,270	,342	-,265	,078	,224	,287
2	Συμπεριφέρεται σαν πιο μικρός/-η από την ηλικία του/ της	-,155	,384	-,168	,434	-,217	-,055	-,039
3	Φοβάται να δοκιμάζει νέα καινούρια	,326	-,162	,050	,017	-,113	,085	,607
4	Αποφεύγει να κοιτάζει τους άλλους στα μάτια	,335	,096	-,192	,437	,050	,136	-,035
5	Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, δεν προσηλώνει την προσοχή του/της για πολύ ώρα	-,116	,079	-,391	-,202	,602	-,110	,091
6	Δεν μπορεί να καθίσει σε ένα μέρος, είναι ανήσυχος/-η ή υπερκινητικός/-η	-,024	-,211	-,225	-,179	,656	-,149	,027
7	Δεν αντέχει να μην είναι τα πράγματα του/ της στη θέση τους	,186	,222	,289	,015	,155	-,102	-,191
8	Δεν αντέχει να περιμένει, τα θέλει όλα τώρα	-,119	-,153	,206	-,291	-,161	,632	-,095
9	Μασάει πράγματα οποία δεν είναι φαγώσιμα	-,108	-,018	-,145	-,130	,367	-,046	,423
10	Είναι προσκολλημένος/η στους ενήλικες ή υπερβολικά εξαρτημένος-/η	,311	,540	,151	-,085	-,045	,004	-,256
11	Ζητά διαρκώς βοήθεια	-,039	,357	,000	-,218	-,243	-,044	,358
12	Είναι απαθής ή χωρίς κίνητρα	-,006	,423	-,348	,433	-,198	,042	,202
13	Κλαίει πολύ	,279	,285	,243	-,214	,005	-,060	-,238
14	Συμπεριφέρεται με σκληρότητα στα ζώα	,014	-,160	-,038	,126	,280	,324	,008
15	Είναι προκλητικός/-η	,070	-,361	,011	,141	,077	,609	-,022
16	Οι απαιτήσεις του/της πρέπει να ικανοποιούνται αμέσως	-,188	-,112	,325	-,194	-,213	,626	-,064
17	Καταστρέφει τα πράγματα του/της	,076	-,060	-,090	-,052	,197	,491	-,133
18	Καταστρέφει αντικείμενα που ανήκουν σε άλλους	,067	-,259	-,078	,135	,047	,566	-,122
19	Ονειροπολεί ή "χάνεται" μέσα στις σκέψεις του/της	-,129	,356	-,254	,401	-,101	-,062	,210
20	Είναι ανυπάκουος /-η	,009	-,394	-,064	,012	-,096	,653	,058
21	Ενοχλείται από οτιδήποτε αναταράσσει την καθημερινότητα του/της	,465	,368	,241	-,097	,054	-,069	-,182
22	Δείχνει σκληρότητα, απειλεί ή είναι κακός/-ια με τους άλλους	,235	-,266	,011	,214	,009	,564	-,097
23	Δεν απαντά όταν οι άλλοι του/της μιλούν	,108	,167	-,121	,484	-,081	,223	-,035
24	Του/ της είναι δύσκολο να ακολουθήσει οδηγίες	-,195	,112	-,287	-,052	,618	,015	,028
25	Δεν τα πάει καλά με τα άλλα παιδιά	-,088	-,013	-,054	,144	-,083	,205	,631
26	Δεν ξέρει πως να διασκεδάζει-συμπεριφέρεται σα μικρός/-η	-,102	,369	-,001	,119	,036	,143	,499
27	Δεν φαίνεται να νιώθει ενοχές όταν έχει συμπεριφερθεί άσχημα	,106	-,249	-,052	,115	-,042	,676	,080
28	Ενοχλεί τα άλλα παιδιά	,112	-,379	-,044	,073	,001	,704	,013
29	Απογοητεύεται εύκολα όταν δεν ικανοποιούνται οι επιθυμίες του/της	-,083	,003	,343	-,139	-,243	,593	-,054
30	Ζηλεύει εύκολα	-,083	-,107	,359	-,165	-,207	,054	,519
31	Τρώει ή πίνει πράγματα που δεν είναι φαγώσιμα	,338	,026	-,126	-,161	-,163	-,055	,412
32	Φοβάται ορισμένα ζώα ή καταστάσεις ή μέρη εκτός από το νηπιαγωγείο	,214	-,200	,122	-,072	,147	-,006	,341
33	Πληγώνεται συναισθηματικά πολύ εύκολα	,331	,331	,292	-,163	-,045	-,027	-,168

34	Είναι επιρρεπής σε ατυχήματα, χτυπάει εύκολα	-,020	-,061	,018	-,083	,021	-,011	,497
35	Μπλέκει σε πολλούς καβγάδες	,140	-,454	,009	,066	,000	,607	,014
36	Ανακατεύεται σε όλα	,015	-,362	,204	-,070	-,114	-,025	,480
37	Αναστατώνεται υπερβολικά όταν αποχωρίζεται τους γονείς του/ της	,324	,440	,183	-,034	,016	,114	-,262
38	Έχει εκρηκτική και απρόβλεπτη συμπεριφορά	-,103	-,287	,159	,089	,023	,029	,644
39	Έχει πονοκεφάλους (χωρίς ιατρικά αίτια)	,254	,192	,338	-,273	,205	,168	,333
40	Χτυπάει τους άλλους	,228	-,400	-,051	,155	-,057	,639	-,037
41	Κρατά την αναπνοή του/της	,072	,138	-,024	,112	,093	,008	,200
42	Πληγώνει ζώα ή ανθρώπους χωρίς να το θέλει	,117	-,164	-,034	,036	,231	,471	-,033
43	Δείχνει δυστυχισμένος/-η χωρίς εμφανή αιτία	,323	,412	,188	,125	,100	,166	,081
44	Έχει άγριες διαθέσεις	,254	-,352	,002	,229	,112	,577	-,117
45	Νιώθει ναυτία ή τάση για εμετό (χωρίς ιατρικά αίτια)	,174	,206	,327	-,269	,249	,263	,441
46	Κάνει νευρικές κινήσεις, συσπάσεις (τικ) (περιγράψτε)	,324	,197	-,108	-,105	,349	-,137	-,145
47	Είναι νευρικός/-ή, ευέξαπτος/η ή σε υπερένταση	-,098	,643	,037	-,032	,128	-,065	-,286
48	Αποτυγχάνει να πραγματοποιήσει καθορισμένα καθήκοντα	-,200	,232	-,347	-,117	,572	-,086	,029
49	Φοβάται τον παιδικό σταθμό ή το σχολείο	,213	-,247	,107	-,017	-,024	,075	,412
50	Μοιάζει υπερβολικά κουρασμένος/η	,327	,257	,054	-,138	,070	,086	,316
51	Είναι νευρόσπαστο	,228	-,072	-,041	-,132	,511	-,167	-,106
52	Τον/την πειράζουν τα άλλα παιδιά	,042	-,021	-,032	-,040	-,016	,042	,503
53	Επιτίθεται χτυπώντας τους ανθρώπους	,225	-,329	-,014	,207	,026	,567	-,065
54	Σκαλίζει τη μύτη του/της, τσιμπάει το δέρμα του/της ή	,341	,113	-,078	-,017	-,001	-,114	,429
55	Παίζει με τα γεννητικά του/της όργανα πάρα πολύ	,238	,086	-,040	-,126	,007	-,139	,208
56	Έχει φτωχό συντονισμό κινήσεων ή είναι αδέξιος/-α	-,076	,310	-,349	-,084	,453	-,125	-,022
57	Έχει προβλήματα με τα μάτια του/της χωρίς ιατρική αιτία (περιγράψτε)	,184	,153	-,046	-,131	-,069	-,110	,318
58	Η τιμωρία δεν αλλάζει τη συμπεριφορά του/της	,128	-,280	-,146	,006	-,079	,683	,052
59	Μεταπηδά πολύ γρήγορα από τη μία δραστηριότητα στην άλλη	-,170	-,125	-,209	-,155	,603	-,148	-,035
60	Έχει εξανθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα	,047	,067	-,045	-,101	,380	-,009	,242
61	Αρνείται να φάει	,173	,194	,072	-,130	,069	,176	,327
62	Αρνείται να παίξει παιχνίδια δράσης	,292	,152	-,033	,537	-,107	,152	-,028
63	Κουνά διαρκώς το κεφάλι ή το σώμα του/της	-,055	,133	-,203	-,168	,269	-,102	,456
64	Είναι αφηρημένος/-η, αποσπάται εύκολα η προσοχή του/της	-,132	,215	-,342	-,142	,615	-,079	,172
65	Λέει ψέματα ή εξαπατά	,140	-,256	,137	,027	-,029	,108	,488
66	Ξεφωνίζει πολύ, στριγκλίζει	-,203	-,205	,010	-,049	,107	,633	-,028
67	Δείχνει να μην ανταποκρίνεται στη στοργή	,329	,062	-,091	,230	,232	,200	-,096
68	Είναι ντροπαλός/-ή ή εύκολα βρίσκεται σε αμηχανία	,139	,563	,044	,180	-,065	,138	-,084

69	Είναι εγωιστής/-τρια ή δεν θέλει να μοιράζεται	-,014	-,185	,293	,003	-,241	,494	,085
70	Δείχνει ελάχιστη στοργή απέναντι στους ανθρώπους	,224	-,074	-,018	,407	,076	,334	,001
71	Δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για πράγματα που συμβαίνουν γύρω του/της	,078	,326	-,288	,456	-,165	,129	,112
72	Δείχνει να φοβάται ελάχιστα μήπως τραυματιστεί	,037	-,019	-,036	,065	,115	-,042	,340
73	Είναι υπερβολικά ντροπαλός/-ή ή δειλός/-ή	,154	-,046	,060	,216	-,072	,172	,556
74	Δεν είναι αρεστός/-ή στα άλλα παιδιά	,084	-,114	-,123	,159	-,014	,607	,044
75	Είναι υπερκινητικός/-ή	,006	-,242	-,198	-,141	,112	-,186	,006
76	Έχει πρόβλημα στην ομιλία (περιγράψτε)	-,047	,150	-,289	-,049	-,056	-,101	-,047
77	Κοιτάει με απλανές βλέμμα ή μοιάζει χαμένος/-η στις σκέψεις του/της	,250	,392	-,340	-,030	-,110	-,042	,250
78	Έχει στομαχόπονους ή στομαχικές κράμπες (χωρίς ιατρική αιτία) .	,235	,169	,221	-,318	,324	,198	,350
79	Συμμορφώνεται υπερβολικά στους κανόνες	,018	-,094	,189	,118	,061	,024	,316
80	Έχει παράξενη συμπεριφορά (περιγράψτε)	-,055	,274	-,059	,092	,102	-,001	,473
81	Είναι πεισματάρης/-α, δύστροπος/-η ή ευερέθιστος/-η	,000	-,200	,286	,030	-,208	,596	-,060
82	Εμφανίζει ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση ή τα συναισθήματά του/της	,508	,082	,303	-,084	-,007	,022	-,021
83	Κρατά μούτρα για πολύ	,489	-,147	,353	,062	-,207	,067	,021
84	Πειράζει πολύ τους άλλους	,123	-,385	-,047	,063	-,009	,636	,000
85	Παθαίνει εκρήξεις οργής ή ανάβει εύκολα	-,330	-,201	,289	,311	,030	,545	,154
86	Τον/την απασχολεί υπερβολικά η τάξη ή η καθαριότητα	,138	,204	,317	,406	,142	-,380	,059
87	Φοβάται υπερβολικά ή είναι αγχώδης	,245	,444	,313	,355	,031	-,282	,022
88	Δεν είναι συνεργάσιμος/-η	-,267	-,021	-,040	,320	-,035	,615	,227
89	Είναι νωθρός/-ή, αργός/-ή στις κινήσεις του/της, ή του/της λείπει η ενεργητικότητα	,285	,349	-,058	,416	-,055	-,164	,490
90	Μοιάζει δυστυχισμένος/-η, λυπημένος/-η ή θλιμμένος/-η	,338	,372	,209	,501	,110	-,202	,228
91	Είναι ασυνήθιστα φωνακλάς/-ού	,249	-,196	,162	,266	,128	-,473	,489
92	Ενοχλείται από την επαφή με άγνωστους ανθρώπους ή καταστάσεις (περιγράψτε)	,300	,392	,022	,161	-,034	-,039	-,222
93	Κάνει εμετούς (χωρίς ιατρική αιτία)	,073	,156	,319	-,138	,106	,188	,187
94	Έχει βρώμικη προσωπική εμφάνιση	-,008	-,022	-,073	-,071	,340	,001	,298
95	Περιπλανιέται άσκοπα	-,008	,154	-,277	-,048	,605	-,113	-,043
96	Επιζητεί πολύ την προσοχή	-,103	-,062	,304	-,203	-,152	,552	-,009
97	Είναι γκρινιάρης/-α	,509	-,101	,343	-,232	-,228	-,130	,027
98	Απομονώνεται στον εαυτό του/της, δεν κάνει σχέση με άλλους	,397	,208	,023	,444	-,046	,079	-,006
99	Είναι ανήσυχος/-η	,635	-,230	-,077	-,120	,061	-,081	-,020

Πίνακας XI. *Η κλίμακα «Άλλα προβλήματα» της ΦΑΝ-Β*

	«Άλλα προβλήματα» της ΦΑΝ-Β		
	Πλήθος	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
0	287	23,2	23,2
1	131	10,6	33,8
2	131	10,6	44,4
3	122	9,9	54,3
4	96	7,8	62,1
5	82	6,6	68,7
6	69	5,6	74,3
7	52	4,2	78,5
8	42	3,4	81,9
9	36	2,9	84,8
10	31	2,5	87,3
11	25	2,0	89,3
12	20	1,6	90,9
13	25	2,0	93,0
14	18	1,5	94,4
15	9	,7	95,1
16	12	1,0	96,1
17	4	,3	96,4
18	2	,2	96,6
19	12	1,0	97,6
20	4	,3	97,9
21	7	,6	98,5
22	1	,1	98,5
23	6	,5	99,0
24	2	,2	99,2
25	2	,2	99,4
27	2	,2	99,5
28	1	,1	99,6
29	2	,2	99,8
33	1	,1	99,8
39	1	,1	99,9
47	1	,1	100,0
Σύνολο	1.236	100,0	

Έντυπο, με αριθ.1 (Ε01) . Ερωτηματολόγιο νηπιαγωγού

1. Φύλο [ ] Άνδρας [ ] Γυναίκα

2. Ηλικία_____

3. Ποιοι είναι οι τίτλοι σπουδών σας; (συμπληρώστε, αν χρειαστεί περισσότερα από ένα πεδία).

[ ] Σχολή Νηπιαγωγών διετούς Φοιτήσεως (Ακαδημία) χωρίς εξομοίωση
[ ] Σχολή Νηπιαγωγών διετούς Φοιτήσεως (Ακαδημία) με εξομοίωση
[ ] Πανεπιστήμιο
[ ] Διδασκαλείο [α] Γενική αγωγή [β] Ειδική αγωγή

[ ] Μεταπτυχιακό δίπλωμα: Τίτλος διπλώματος:
_____

[ ] Διδακτορικό δίπλωμα: Τίτλος διπλώματος:
_____

[ ] Άλλο πτυχίο: _____

4. Πόσα χρόνια προϋπηρεσίας έχετε; _____

5. Ποιος είναι ο τύπος του σχολείου που υπηρετείτε;
   [ ] Κλασικό [ ] Ολοήμερο

6. Ποια είναι η οργανικότητα του σχολείου σας;
   [ ] μονοθέσιο [ ] διθέσιο

7. Ποιος είναι ο αριθμός των παιδιών της τάξη σας; ____
   Αγόρια _____ Κορίτσια_____
   Νήπια _____ Προνήπια ____

8. Λειτουργεί στην τάξη σας παράλληλη στήριξη;
[ ] Ναι [ ] Όχι

Διαγνωσμένη αναπηρία /ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες	**Ηλικία**	**Φύλο**

9. Λειτουργεί στην τάξη σας τμήμα ένταξης;
[ ] Ναι [ ] Όχι

Διαγνωσμένη αναπηρία /ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες	**Ηλικία**	**Φύλο**

10. Υπάρχουν στην τάξη σας παιδιά που παρακολουθούν πρόγραμμα παράλληλης στήριξης και ταυτόχρονα είναι και σε τμήμα ένταξης;
[ ] Ναι [ ] Όχι

Διαγνωσμένη αναπηρία /ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες	**Ηλικία**	**Φύλο**

11. Έχετε στην τάξη σας παιδί/ παιδιά που επαναφοιτούν;
[ ] Ναι [ ] Όχι

Διαγνωσμένη αναπηρία /ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες	**Ηλικία**	**Φύλο**

12. Χρησιμοποιείτε παραδοσιακές μορφές (σταθμισμένα και μη σταθμισμένα τεστ) αξιολόγησης της συμπεριφοράς των μαθητών σας;

[ ] Ναι [ ] Όχι

Αν ναι, αναφέρετε πιο συγκεκριμένα

Είδος σταθμισμένου τεστ	**Επεξήγηση**	**Τίτλος/οι τεστ**	
Κλίμακες αξιολόγησης (κλίμακες εκτίμησης, κατάλογοι ελέγχου)	*Πρόκειται για εργαλεία αξιολόγησης τα οποία, μέσα από μια κλίμακα, εντοπίζουν παιδιά, που, ίσως πρέπει να παραπεμφθούν σε πιο εντατικό επίπεδο διαγνωστικής αξιολόγησης, ώστε να διαπιστωθεί η ανάγκη ειδικής αγωγής.*	**1**	
		2	
Τεστ ετοιμότητας	*Σκοπός αυτών των τεστ είναι να διαπιστωθεί, αν τα παιδιά έχουν κατακτήσει σε ικανοποιητικό βαθμό τους στόχους ενός προγράμματος, ώστε να προχωρήσουν χωρίς δυσκολία στο επόμενη βαθμίδα εκπαίδευσης (Δημοτικό σχολείο).*	**1**	
		2	
Τεστ επίτευξης στόχων	*Πρόκειται για τεστ με τη συνδρομή των οποίων ο εκπαιδευτικός μέσα από χρονικά σταθμισμένες αξιολογήσεις (αρχική, ενδιάμεση, τελική) μετρά το βαθμό κατάκτησης γνώσεων και δεξιοτήτων που έχουν τεθεί ως στόχοι ενός προγράμματος.*	**1**	
		2	
		2	
Μη σταθμισμένα τεστ	**[ ] Ναι [ ] Όχι**		

13. Χρησιμοποιείτε εναλλακτικές μορφές αξιολόγησης της συμπεριφοράς των μαθητών σας;

[ ] Ναι [ ] Όχι

Αν ναι, ποια ή ποιες από τις παρακάτω μορφές χρησιμοποιείτε;

Μορφές αξιολόγησης	**Επεξήγηση**
[1]συστηματική παρατήρηση και καταγραφή	*Παρατηρούμε **συστηματικά τις συμπεριφορές** των παιδιών, αν είναι δυνατόν και καθημερινά, ενόσω παίζουν, εργάζονται και συνυπάρχουν. Παρατηρούμε τα παιδιά μόνα τους και σε ομάδα, στις αυθόρμητες και οργανωμένες δραστηριότητες, για να κατανοήσουμε τον τρόπο που μαθαίνουν και σκέφτονται. **Καταγράφουμε τις παρατηρήσεις** μας αυτές με όσο το δυνατό μεγαλύτερη αντικειμενικότητα, περιγράφοντας, ακριβώς, τι λέει και κάνει ένα παιδί και όχι τι νομίζουμε εμείς ότι νιώθει.*
[2] φάκελος αξιολόγησης	*Ο συνολικός φάκελος του παιδιού που περιέχει **τις καταγραφές μας, περιστασιακές σημειώσεις, σταθμισμένα τεστ** αν υπάρχουν, καθώς και το **φάκελο εργασιών** του.*
[3] αξιολόγηση βασισμένη στο παιχνίδι	***Δομημένη**, δηλαδή ειδικά σχεδιασμένη παρατήρηση σε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο, προκειμένου να εκμαιεύσουμε με τη χρήση διάφορων παιχνιδιών και στρατηγικών κατά τη διάρκεια του παιχνιδιοι ποικίλες συμπεριφορές από τα παιδιά. **Μη δομημένη** αξιολόγηση στην οποία παρατηρούμε το παιδί κατά τη διάρκεια των αυθόρμητων δραστηριοτήτων με τα άλλα παιδιά ή μαζί μας, χωρίς κα περιορισμό στο χώρο, στα παιχνίδια ή στο χρόνο.*
[4] αξιολόγηση με βάση τις πληροφορίες από άλλους ενήλικες	***Μέλη της οικογένειας του παιδιού, συνάδελφοι και ειδικοί** μπορούν παρατηρώντας τα και στο φυσι περιβάλλον (π.χ. σπίτι), μέσω συνεντεύξεων να μας δώσουν λεπτομερείς και σημαντικές πληροφορίες για τις ικανότητες των παιδιών, τις ανάγκες και τα προβλήματα τους.*
[ ] Άλλο διευκρινίστε	

14. Έχετε επιμορφωθεί σχετικά με την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς νηπίων - προνηπίων;

[ ] Ναι [ ] Όχι

Αν ναι, αναφέρετε πιο συγκεκριμένα

Ώρες επιμόρφωσης	**Φορέας επιμόρφωσης**	**Έτος**	**Θεματολογία προγράμματος επιμόρφωσης**

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Έντυπο με αριθ. 2 (Ε02). Φόρμας Αναφοράς για τον/την Νηπιαγωγό – Βρεφονηπιοκόμο (ΦΑΝ-Β)

ΦΟΡΜΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ/ΤΗ ΝΗΠΙΑΓΩΓΟ-ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΟΚΟΜΟ (ΦΑΝ-Β) ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΕΣ 1½-5 ΕΤΩΝ

Κωδικός

ΠΛΗΡΕΣ ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ — Όνομα — Πατρώνυμο — Επώνυμο

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ — ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ — ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ Ή ΦΥΛΗ ΠΑΙΔΙΟΥ

❒ Αγόρι ❒ Κορίτσι

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ — ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Ημέρα ____ Μήνας _____Έτος _____ Ημέρα ____ Μήνας ____ Έτος _____

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο με τέτοιο τρόπο ώστε να αντικατοπτρίζει την άποψή σας για τη συμπεριφορά του παιδιού, ακόμη και αν άλλοι άνθρωποι ίσως διαφωνούν. Αν πιστεύετε ότι θέλετε να σημειώσετε κάποιες επιπρόσθετες πληροφορίες που δεν συμπεριλαμβάνονται στις ερωτήσεις, έχετε τη δυνατότητα να γράψετε κάποια σχόλια στον ειδικό χώρο που υπάρχει στο τέλος του ερωτηματολογίου. **Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.**

Όνομα και διεύθυνση του σχολείου στο οποίο υπηρετείτε: _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ακόμη και εάν δεν εργάζονται τώρα (παρακαλούμε να απαντήσετε με ακρίβεια – για παράδειγμα, μηχανικός αυτοκινήτων, στρατιωτικός, καθηγητής γυμνασίου, οικιακά)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ _____

ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΗΚΕ ΑΠΟ (γράψτε με κεφαλαία το πλήρες όνομά σας)

_____

Ο ρόλος σας στο σχολείο:

❒ νηπιαγωγός ❒ βρεφονηπιοκόμος

Ποια είναι η εκπαίδευσή σας: _____

Ποια είναι η προϋπηρεσία σας: _____ χρόνια.

I. Τι είδους σχολείο είναι ❒ Νηπιαγωγείο ❒ Βρεφονηπιακός Σταθμός

II. Πόσα παιδιά περιλαμβάνει η τάξη του παιδιού του οποίου αξιολογείτε τη συμπεριφορά; _____ παιδιά.

III. Πόσες ώρες την εβδομάδα παρακολουθεί το παιδί το πρόγραμμα του σχολείου σας; _____ ώρες την εβδομάδα.

IV. Πόσους μήνες γνωρίζετε το παιδί; _____ μήνες

V. Πόσο καλά το γνωρίζετε; 1. ❒ Καθόλου καλά 2. ❒ Μέτρια 3. ❒ Πολύ καλά

VI. Έχετε ποτέ αντιληφθεί ότι το παιδί αυτό έχει ανάγκη από ειδικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα ή ειδική φροντίδα;

❒ Δεν γνωρίζω ❒ Όχι Ναι (τι πρόβλημα ακριβώς;) _____

Παρακάτω υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις οι οποίες περιγράφουν συμπεριφορές παιδιών. Για κάθε ερώτηση που περιγράφει το παιδί **τώρα ή μέσα στους προηγούμενους 2 μήνες**, παρακαλούμε να κυκλώσετε το **2** αν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί πάρα πολύ ή πολύ συχνά. Κυκλώστε το **1** αν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί κάπως ή μερικές φορές. Αν το στοιχείο συμπεριφοράς δεν του ταιριάζει καθόλου, κυκλώστε το **0**. Παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε, ακόμη και αν κάποιες δεν φαίνονται να ταιριάζουν απόλυτα στο παιδί.

0=Δεν ταιριάζει καθόλου (απ' όσο ξέρετε) 1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές 2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά

0 1 2	1. Έχει ενοχλήσεις ή πόνους (χωρίς κάποια ιατρική αιτία· μη συμπεριλάβετε πόνους στο στομάχι ή πονοκεφάλους)
0 1 2	2. Συμπεριφέρεται σαν πιο μικρός/-η από την ηλικία του/της
0 1 2	3. Φοβάται να δοκιμάζει καινούρια πράγματα
0 1 2	4. Αποφεύγει να κοιτάζει τους άλλους στα μάτια
0 1 2	5. Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, δεν προσηλώνει την προσοχή του/της για πολλή ώρα
0 1 2	6. Δεν μπορεί να καθίσει σ' ένα μέρος, είναι ανήσυχος/-η ή υπερκινητικός-ή
0 1 2	7. Δεν αντέχει να μην είναι τα πράγματά του/της στη θέση τους
0 1 2	8. Δεν αντέχει να περιμένει, τα θέλει όλα τώρα
0 1 2	9. Μασάει πράγματα τα οποία δεν είναι φαγώσιμα
0 1 2	10. Είναι προσκολλημένος/-η στους ενηλίκους ή υπερβολικά εξαρτημένος/-η
0 1 2	11. Ζητά διαρκώς βοήθεια
0 1 2	12. Είναι απαθής ή χωρίς κίνητρο
0 1 2	13. Κλαίει πολύ
0 1 2	14. Συμπεριφέρεται με σκληρότητα στα ζώα
0 1 2	15. Είναι προκλητικός/-ή
0 1 2	16. Οι απαιτήσεις του/της πρέπει να ικανοποιούνται αμέσως
0 1 2	17. Καταστρέφει τα πράγματά του/της
0 1 2	18. Καταστρέφει αντικείμενα που ανήκουν σε άλλους
0 1 2	19. Ονειροπολεί ή χάνεται μέσα στις σκέψεις του/της
0 1 2	20. Είναι ανυπάκουος/-η
0 1 2	21. Ενοχλείται από οτιδήποτε διαταράσσει την καθημερινότητά του/της
0 1 2	22. Δείχνει σκληρότητα, απειλεί ή είναι κακός/-ή με τους άλλους
0 1 2	23. Δεν απαντά όταν οι άλλοι τού/τής μιλούν
0 1 2	24. Του/της είναι δύσκολο να ακολουθεί οδηγίες
0 1 2	25. Δεν τα πάει καλά με τα άλλα παιδιά
0 1 2	26. Δεν ξέρει πώς να διασκεδάζει, συμπεριφέρεται σαν μικρός/-η ενήλικος
0 1 2	27. Δεν φαίνεται να νιώθει ενοχή όταν έχει συμπεριφερθεί άσχημα
0 1 2	28. Ενοχλεί τα άλλα παιδιά
0 1 2	29. Απογοητεύεται εύκολα όταν δεν πραγματοποιούνται οι επιθυμίες του/της
0 1 2	30. Ζηλεύει εύκολα
0 1 2	31. Τρώει ή πίνει πράγματα που δεν είναι φαγώσιμα – *μη* συμπεριλάβετε γλυκά (περιγράψτε) _____
0 1 2	32. Φοβάται ορισμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη εκτός από τον παιδικό σταθμό ή το νηπιαγωγείο (περιγράψτε) _____
0 1 2	33. Πληγώνεται συναισθηματικά πολύ εύκολα

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις

Copyright 2001 T. Achenbach
ASEBA, University of Vermont
1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456
http://Checklist.uvm.edu

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΗ
Για την Ελλάδα: © 2008 ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ. Α.Ε. – Ι. ΤΣΑΟΥΣΗΣ

ΣΕΛΙΔΑ 1

28-7-00 Έκδοση

0=Δεν ταιριάζει καθόλου (απ' όσο ξέρετε) **1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές** **2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά**

0 1 2 34. Χτυπάει συχνά, είναι επιρρεπής σε ατυχήματα
0 1 2 35. Μπλέκει σε πολλούς καβγάδες
0 1 2 36. Ανακατεύεται σε όλα
0 1 2 37. Αναστατώνεται υπερβολικά όταν αποχωρίζεται τους γονείς του/της
0 1 2 38. Έχει εκρηκτική και απρόβλεπτη συμπεριφορά
0 1 2 39. Έχει πονοκεφάλους (χωρίς ιατρικά αίτια)
0 1 2 40. Χτυπάει τους άλλους
0 1 2 41. Κρατά την αναπνοή του/της
0 1 2 42. Πληγώνει ζώα ή ανθρώπους χωρίς να το θέλει
0 1 2 43. Δείχνει δυστυχισμένος/-η χωρίς εμφανή αιτία
0 1 2 44. Έχει άγριες διαθέσεις
0 1 2 45. Νιώθει ναυτία ή τάση για εμετό (χωρίς ιατρικά αίτια)
0 1 2 46. Κάνει νευρικές κινήσεις, συσπάσεις (τικ) (περιγράψτε) _____
0 1 2 47. Είναι νευρικός/-ή, ευέξαπτος/-η ή σε υπερένταση
0 1 2 48. Αποτυγχάνει να πραγματοποιήσει καθορισμένα καθήκοντα
0 1 2 49. Φοβάται τον παιδικό σταθμό ή το σχολείο
0 1 2 50. Μοιάζει υπερβολικά κουρασμένος/-η
0 1 2 51. Είναι νευρόσπαστο
0 1 2 52. Τον/την πειράζουν τα άλλα παιδιά
0 1 2 53. Επιτίθεται χτυπώντας τους ανθρώπους
0 1 2 54. Σκαλίζει τη μύτη του/της, τσιμπάει το δέρμα του/της ή άλλα μέρη του σώματός του/της (περιγράψτε) _____
0 1 2 55. Παίζει με τα γεννητικά του/της όργανα πάρα πολύ
0 1 2 56. Έχει φτωχό συντονισμό κινήσεων ή είναι αδέξιος/-α
0 1 2 57. Έχει προβλήματα με τα μάτια του/της χωρίς ιατρική αιτία (περιγράψτε) _____
0 1 2 58. Η τιμωρία δεν αλλάζει τη συμπεριφορά του/της
0 1 2 59. Μεταπηδά πολύ γρήγορα από τη μία δραστηριότητα στην άλλη
0 1 2 60. Έχει εξανθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα (χωρίς ιατρικά αίτια)
0 1 2 61. Αρνείται να φάει
0 1 2 62. Αρνείται να παίξει παιχνίδια δράσης
0 1 2 63. Κουνά διαρκώς το κεφάλι ή το σώμα του/της
0 1 2 64. Είναι αφηρημένος/-η, αποσπάται εύκολα η προσοχή του/της
0 1 2 65. Λέει ψέματα ή εξαπατά
0 1 2 66. Ξεφωνίζει πολύ, στριγκλίζει
0 1 2 67. Δείχνει να μην ανταποκρίνεται στη στοργή
0 1 2 68. Είναι ντροπαλός/-ή ή εύκολα βρίσκεται σε αμηχανία
0 1 2 69. Είναι εγωιστής/-τρια ή δεν θέλει να μοιράζεται
0 1 2 70. Δείχνει ελάχιστη στοργή απέναντι στους ανθρώπους
0 1 2 71. Δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για πράγματα που συμβαίνουν γύρω του/της
0 1 2 72. Δείχνει να φοβάται ελάχιστα μήπως τραυματιστεί
0 1 2 73. Είναι υπερβολικά ντροπαλός/-ή ή δειλός/-ή
0 1 2 74. Δεν είναι αρεστός/-ή στα άλλα παιδιά
0 1 2 75. Είναι υπερκινητικός/-ή
0 1 2 76. Έχει πρόβλημα στην ομιλία (περιγράψτε) _____
0 1 2 77. Κοιτάει με απλανές βλέμμα ή μοιάζει χαμένος/-η στις σκέψεις του/της
0 1 2 78. Έχει στομαχόπονους ή στομαχικές κράμπες (χωρίς ιατρική αιτία)
0 1 2 79. Συμμορφώνεται υπερβολικά στους κανόνες
0 1 2 80. Έχει παράξενη συμπεριφορά (περιγράψτε) _____
0 1 2 81. Είναι πεισματάρης/-α, δύστροπος/-η ή ευερέθιστος/-η
0 1 2 82. Εμφανίζει ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση ή τα συναισθήματά του/της
0 1 2 83. Κρατά μούτρα για πολύ
0 1 2 84. Πειράζει πολύ τους άλλους
0 1 2 85. Παθαίνει εκρήξεις οργής ή ανάβει εύκολα
0 1 2 86. Τον/την απασχολεί υπερβολικά η τάξη ή η καθαριότητα
0 1 2 87. Φοβάται υπερβολικά ή είναι αγχώδης
0 1 2 88. Δεν είναι συνεργάσιμος/-η
0 1 2 89. Είναι νωθρός/-ή, αργός/-ή στις κινήσεις του/της, ή του/της λείπει η ενεργητικότητα
0 1 2 90. Μοιάζει δυστυχισμένος/-η, λυπημένος/-η ή θλιμμένος/-η
0 1 2 91. Είναι ασυνήθιστα φωνακλάς/-ού
0 1 2 92. Ενοχλείται από την επαφή με άγνωστους ανθρώπους ή καταστάσεις (περιγράψτε) _____
0 1 2 93. Κάνει εμετούς (χωρίς ιατρικά αίτια)
0 1 2 94. Έχει βρόμικη προσωπική εμφάνιση
0 1 2 95. Περιπλανιέται άσκοπα
0 1 2 96. Επιζητεί πολύ την προσοχή
0 1 2 97. Είναι γκρινιάρης/-α
0 1 2 98. Απομονώνεται στον εαυτό του/της, δεν κάνει σχέση με άλλους
0 1 2 99. Είναι ανήσυχος/-η
100. Παρακαλώ να σημειώσετε ό,τι προβλήματα έχει το παιδί σας τα οποία δεν αναφέρονται στον παραπάνω κατάλογο
_____
_____
_____

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις. Υπογραμμίστε όποιες σας απασχολούν ιδιαίτερα.

Πάσχει το παιδί από κάποια ασθένεια ή αναπηρία (είτε σωματική είτε πνευματική); ❒ **Όχι** ❒ **Ναι – Παρακαλούμε να περιγράψετε:**

Τι σας απασχολεί περισσότερο στο παιδί;

Παρακαλούμε να περιγράψετε τα καλύτερα χαρακτηριστικά του παιδιού:

Έντυπο με αριθ. 3 (Ε03). Έγγραφη συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα

Εγώ ο/η……δίνω τη συγκατάθεση μου προκειμένου να συμμετάσχω στην πανελλαδική έρευνα που διεξάγεται από το Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και αφορά στην ανίχνευση προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (προνήπια-νήπια).

Δηλώνω ότι έχω σαφή και πλήρη γνώση της φύσης και του σκοπού της έρευνας και δέχομαι να συμπληρώσω ανώνυμα τα Ερωτηματολόγια που αφορούν τους μαθητές μου αλλά και εμένα τον ίδιο.

Γνωρίζω ότι έχω δικαίωμα να διακόψω τη συμμετοχή μου στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το θελήσω χωρίς κυρώσεις. Γνωρίζω επιπλέον ότι μπορώ να ενημερωθώ, για τα αποτελέσματα της έρευνας στο σύνολο τους, αν το επιθυμήσω.

Υπογραφή συμμετέχοντος