

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (6-12 ΕΤΩΝ)



ΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

**ΛΙΟΥΜΗ ΑΓΑΘΗ
ΤΣΟΥΚΑΛΑ ΜΑΡΙΑ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΜΑΙΡΗ

**Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική
Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής
Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού
Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) ΠΑΤΡΑΣ**

ΠΑΤΡΑ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2003

Περίληψη μελέτης

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να καθοριστούν οι μορφές συμπεριφοράς, οι οποίες θεωρούνται «προβληματικές», οι συνθήκες που τις δημιουργούν, αλλά και οι τρόποι με τους οποίους μπορούν να περιοριστούν ή και να εξαλειφθούν, έτσι ώστε να μην παρεμποδίζεται η ομαλή ανάπτυξη του παιδιού και να μην αλλοιώνονται οι σχέσεις εκείνες με το περιβάλλον, οι οποίες είναι απαραίτητες για την μετέπειτα εξέλιξή του.

Η παρούσα βιβλιογραφική μελέτη είναι οργανωμένη σε έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο εξετάζονται τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της σχολικής ηλικίας, δηλαδή, της περιόδου από τα 6 έως τα 12 έτη. Περιγράφεται η γενική πορεία της ομαλής ανάπτυξης (βιοσωματικής, γνωστικής, ψυχοκοινωνικής) και αναφέρονται τα σημαντικότερα εξελικτικά επιτεύγματα, τα οποία αναμένεται να επιδείξει το παιδί της ηλικίας αυτής.

Το δεύτερο κεφάλαιο εξετάζει τα κριτήρια με βάση τα οποία μπορούμε να χαρακτηρίσουμε μια συμπεριφορά ως «προβληματική». Παρουσιάζει μια σειρά εκδηλώσεων-συμπτωμάτων, τα οποία αποτελούν ένδειξη «προβληματικής» συμπεριφοράς και αναφέρει τα στοιχεία εκείνα, τα οποία προσδιορίζουν τη σοβαρότητα ενός συμπτώματος.

Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται την αιτιολογία της «προβληματικής» συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζει παράγοντες (σωματική υγεία) και διαδικασίες (μάθηση), οι οποίες διαμορφώνουν μορφές συμπεριφοράς, είτε «φυσιολογικές», είτε «προβληματικές».

Το τέταρτο κεφάλαιο εξετάζει τα σύνδρομα της «προβληματικής» συμπεριφοράς (υπερβολική αναστολή - νεύρωση, αντικοινωνική συμπεριφορά, ψυχοσωματικό σύνδρομο, ανεπάρκεια- ανωριμότητα) και παρουσιάζει ορισμένα, τα πιο χαρακτηριστικά, από τα συμπτώματα που αποτελούν αυτά τα σύνδρομα.

Σε μια από τις σημαντικότερες αλλαγές στον τρόπο ζωής ενός παιδιού, στην είσοδό του στο σχολείο, αναφέρεται το πέμπτο κεφάλαιο. Ειδικότερα, εξετάζει δύο προβλήματα: τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (δυσλεξία), οι οποίες απαντώνται σε όλο και μεγαλύτερα ποσοστά του μαθητικού πληθυσμού και τη σχολική φοβία, που αποτελεί σταθερό πρόβλημα σε όλες τις τάξεις, κυρίως του δημοτικού.

Το έκτο και τελευταίο κεφάλαιο εξετάζει ορισμένα από τα είδη της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, τα οποία χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς, προκειμένου να περιοριστούν οι «προβληματικές» συμπεριφορές, που δημιουργούν πολλών ειδών δυσκολίες στην καθημερινή ζωή των παιδιών.

Περιεχόμενα	Σελ.
Περίληψη μελέτης	I
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Εισαγωγή.....	1
Σκοπός της μελέτης.....	4
Ορισμοί όρων.....	5
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	
1. Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά σχολικής ηλικίας.....	6
1.1 Βιοσωματική Ανάπτυξη.....	7
1.2 Γνωστική Ανάπτυξη.....	8
1.3 Ψυχοκοινωνική Ανάπτυξη.....	10
2. «Προβληματική» συμπεριφορά.....	13
2.1 Κριτήρια καθορισμού «προβληματικής» συμπεριφοράς.....	13
2.2 Συμπτώματα «προβληματικής» συμπεριφοράς.....	14
Ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων Προβληματικής	
Συμπεριφοράς.....	15
2.3 Πότε ένα σύμπτωμα είναι σοβαρό.....	18
3. Αίτια «προβληματικής» συμπεριφοράς.....	20
3.1 Σωματική υγεία: εγκεφαλικές βλάβες.....	20

3.2	«Προβληματική» συμπεριφορά και διαδικασίες μάθησης...	22
3.2.1	Κλασική εξαρτημένη μάθηση.....	23
3.2.2	Συντελεστική μάθηση.....	24
3.2.3	Κοινωνιογνωστική μάθηση.....	25
3.2.4	Θεωρία ερεθίσματος –αντίδρασης.....	27
4.	Σύνδρομο προβληματικής συμπεριφοράς.....	29
4.1	Υπερβολική αναστολή –νεύρωση.....	29
4.1.1	Άγχος.....	29
4.1.1.1	«Κακές» συνήθειες των παιδιών.....	31
4.1.2	Φόβοι.....	34
4.1.2.1	Παιδικοί φόβοι.....	36
4.1.2.2	Πώς δημιουργούνται οι παιδικοί φόβοι.....	37
4.1.3	Φοβίες.....	38
4.1.4	Ντροπαλότητα- συστολή.....	40
4.2	Αντικοινωνική συμπεριφορά.....	42
4.2.1	Επιθετικότητα.....	42
4.2.1.1	Αίτια επιθετικής συμπεριφοράς.....	43
4.2.1.2	Μορφές επιθετικής συμπεριφοράς.....	46
4.2.2	Ψέμα.....	47
4.2.3	Κλοπή.....	50

4.3	Ψυχοσωματικό Σύνδρομο Άγχος – στρες - ψυχοσωματικές ασθένειες.....	52
4.3.1	Βρογχικό άσθμα.....	53
4.3.2	Κοιλιακοί πόνοι.....	55
4.3.3	Πονοκέφαλοι – ημικρανίες.....	56
4.4	Ανεπάρκεια –ανωριμότητα.....	58
4.4.1	Παλινδρομική συμπεριφορά.....	58
5.	Προβλήματα προσαρμογής στο σχολείο.....	60
5.1	Η είσοδος του παιδιού στο σχολείο.....	60
5.2	Ο ρόλος του δασκάλου.....	61
5.3	Σχολική φοβία.....	62
5.3.1	Συμπτώματα σχολικής φοβίας.....	64
5.3.2	Αίτια σχολικής φοβίας: άγχος αποχωρισμού.....	66
5.4	Μαθησιακές δυσκολίες.....	69
5.4.1	Η έννοια του όρου «μαθησιακές δυσκολίες».....	70
5.5	Η έννοια του όρου «δυσλεξία».....	72
5.5.1	Τύποι δυσλεξίας.....	73
5.5.2	Τα αίτια της δυσλεξίας.....	74
5.5.3	Τα χαρακτηριστικά - συμπτώματα της δυσλεξίας.....	77

6.	Αντιμετώπιση «προβληματικής» συμπεριφοράς.....	80
6.1	Ψυχοδυναμικές θεραπείες.....	80
6.1.1	Παιγνιοθεραπεία.....	80
6.2	Συμπεριφοριστικές θεραπείες.....	82
6.2.1	Αποστροφική θεραπεία.....	82
6.2.2	Ψυχοκατακλυσμική θεραπεία.....	83
6.2.3	Συστηματική Αποευαισθητοποίηση.....	84
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u>		
	Συμπεράσματα –Εισηγήσεις.....	86
	 Βιβλιογραφία.....	 89

Εισαγωγή

Η ηλικία από τα 6 έως τα 12 έτη αντιπροσωπεύει για το παιδί την περίοδο της σταθερής και πολύπλευρης προόδου. Ταυτόχρονα όμως, αποτελεί το διάστημα κατά το οποίο εμφανίζονται ή φτάνουν στο αποκορύφωμά τους διαφόρων ειδών δυσκολίες.

Πολύ συχνά, τόσο οι γονείς όσο και οι δάσκαλοι έρχονται αντιμέτωποι με παιδιά, των οποίων η συμπεριφορά είναι «διαφορετική», «παράξενη». Τη συμπεριφορά αυτή την ερμηνεύουν με την δική τους λογική, αποδίδοντάς την συνήθως σε παράγοντες, οι οποίοι καμία σχέση δεν έχουν με εκείνους, που πραγματικά την προκαλούν. Έτσι, είναι εύκολο ένα παιδί να αποκτήσει την ταμπέλα «προβληματικό».

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να προσδιορίσει τις συμπεριφορές που θεωρούνται «προβληματικές», να εξετάσει τις αιτίες που τις προκαλούν και να παρουσιάσει τους τρόπους με τους οποίους είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, ώστε να μην δημιουργηθούν παγιωμένες καταστάσεις, που θα εμποδίσουν την επιτυχημένη πορεία ενός παιδιού προς τα επόμενα εξελικτικά στάδια.

Σχετικά, λοιπόν, με την «προβληματική» συμπεριφορά, τρία είναι τα βασικά ερωτήματα που προκύπτουν:

Το πρώτο ερώτημα είναι: ποιες μορφές συμπεριφοράς μπορούμε να χαρακτηρίσουμε «προβληματικές» και ποιες όχι; Ο χαρακτηρισμός μιας συμπεριφοράς ως «προβληματική», σε καμιά περίπτωση, δεν αποτελεί απλή υπόθεση. Υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία την καθορίζουν. Αυτά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τα στατιστικά (συχνότητα εμφάνισης μιας συμπεριφοράς) και τα λειτουργικά (επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου από την εμφάνιση μιας συμπεριφοράς).

Η «προβληματική» συμπεριφορά είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με μια ποικιλία συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα τα οποία εξετάζονται στη συγκεκριμένη μελέτη είναι : το άγχος, οι φόβοι, οι φοβίες, η ντροπαλότητα, η επιθετικότητα, το ψέμα, η κλοπή, το βρογχικό άσθμα, οι κοιλιακοί πόνοι, οι πονοκέφαλοι και οι ημικρανίες και η παλινδρομική συμπεριφορά. Τα συγκεκριμένα, όπως και πλήθος άλλων συμπτωμάτων, είναι κοινά και παρουσιάζονται στα περισσότερα παιδιά, σε κάποιο στάδιο της ανάπτυξής τους. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει πως όλα τα παιδιά είναι «προβληματικά». Εκείνο που πραγματικά διαχωρίζει την «προβληματική» από τη «φυσιολογική» συμπεριφορά είναι οι σοβαρές αρνητικές συνέπειες των συμπτωμάτων στην καθημερινή ζωή ενός παιδιού.

Τα συμπτώματα της προβληματικής συμπεριφοράς έχουν χωριστεί σε κατηγορίες, οι οποίες περιλαμβάνουν ομοειδή συμπτώματα και ονομάζονται σύνδρομα προβληματικής συμπεριφοράς. Τέσσερα είναι τα σύνδρομα, που

έχουν καταγραφεί: η υπερβολική αναστολή - νεύρωση, η αντικοινωνική συμπεριφορά, το ψυχοσωματικό σύνδρομο και η ανεπάρκεια - ανωριμότητα.

Προκειμένου να καθοριστεί τόσο το είδος όσο και ο βαθμός της «προβληματικής» συμπεριφοράς χρησιμοποιείται το Ερωτηματολόγιο Συμπτωμάτων Προβληματικής Συμπεριφοράς. Αυτό περιλαμβάνει συγκεκριμένο αριθμό εκδηλώσεων -συμπτωμάτων, τα οποία χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά των «προβληματικών» παιδιών.

Το δεύτερο ερώτημα αφορά την αιτία της «προβληματικής» συμπεριφοράς. Η συγκεκριμένη μελέτη αναφέρεται σε δύο από τους παράγοντες που τη διαμορφώνουν. Ο πρώτος παράγοντας είναι η σωματική υγεία. Πιο συγκεκριμένα εξετάζονται οι εγκεφαλικές βλάβες και οι βλάβες του νευρικού συστήματος, οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής ενός ατόμου και να επηρεάσουν αρνητικά την προσαρμογή και την αναπτυξιακή του πορεία. Ο δεύτερος παράγοντας είναι οι διαδικασίες της μάθησης. Οι διαδικασίες αυτές θεωρούνται υπεύθυνες για τις περισσότερες από τις μορφές συμπεριφοράς, που εμφανίζει ένας άνθρωπος, είτε αυτές χαρακτηρίζονται «φυσιολογικές», είτε όχι. Τέσσερα είναι τα είδη της μάθησης που εξετάζονται : η κλασική εξαρτημένη, η συντελεστική, η κοινωνιογνωστική και η θεωρία ερεθίσματος - αντίδρασης.

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ηλικίας στην οποία αναφερόμαστε είναι η είσοδος και η ένταξη του παιδιού στο χώρο του σχολείου. Για ορισμένα παιδιά η σχολική ζωή δεν είναι καθόλου ευχάριστη. Δυσκολίες στην προσαρμογή και την ικανοποιητική απόδοσή τους είναι δυνατόν να δημιουργήσουν πολλοί παράγοντες. Προσπαθούμε να αναλύσουμε δύο από αυτούς, τη σχολική φοβία και τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες - δυσλεξία.

Η σχολική φοβία αποτελεί ένα σταθερά υπαρκτό πρόβλημα. Τα περισσότερα παιδιά, σε κάποια φάση της σχολικής τους ζωής, παρουσιάζουν περιστασιακή απροθυμία να πάνε στο σχολείο. Το ποσοστό των σχολειοφοβικών παιδιών, που παραπέμπονται σε κάποια ιατροπαιδαγωγική υπηρεσία, φτάνει το 8%. Η σχολική φοβία εκδηλώνεται με μια ποικιλία συμπτωμάτων και μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Στις περισσότερες περιπτώσεις, όμως, αυτό που κρατάει ένα παιδί μακριά από το σχολείο είναι ο φόβος του να απομακρυνθεί από το σπίτι του, το άγχος του αποχωρισμού.

Από την άλλη πλευρά, το πρόβλημα των μαθησιακών δυσκολιών αρχίζει να παίρνει μεγάλες διαστάσεις, τόσο στη χώρα μας, όσο και διεθνώς.

Όσον αφορά τα δυσλεξικά παιδιά, αυτά δεν γίνονται, συνήθως, αντιληπτά πριν από την τρίτη ή τέταρτη τάξη του δημοτικού, όταν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν φαίνονται πλέον αξεπέραστα. Αυτό συμβαίνει επειδή γονείς και δάσκαλοι δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν κάποια ανησυχητικά συμπτώματα και να ζητήσουν έγκαιρα τη βοήθεια ενός ειδικού.

Το τρίτο και τελευταίο ερώτημα αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης της «προβληματικής» συμπεριφοράς. Σήμερα χρησιμοποιείται ένας αρκετά μεγάλος αριθμός θεραπευτικών προσεγγίσεων, ο οποίος είναι ανάλογος των θεωριών που ασχολούνται με την ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις χωρίζονται σε κατηγορίες. Εδώ εξετάζονται δύο από τις κατηγορίες αυτές: α) οι ψυχοδυναμικές (παιγνιοθεραπεία), β) οι συμπεριφοριστικές (αποστροφική θεραπεία, ψυχοκατακλυσμική θεραπεία, συστηματική αποευαισθητοποίηση).

Η παρουσίαση της μελέτης γίνεται με τον εξής τρόπο:

Καταρχήν, θεωρείται σκόπιμο να αναφερθούν τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της σχολικής ηλικίας. Να εξετασθεί ποια είναι η φυσιολογική πορεία της ανάπτυξης και ποια εξελικτικά επιτεύγματα αναμένονται από ένα παιδί αυτής της ηλικίας. Με άλλα λόγια, γίνεται προσπάθεια να καθοριστεί το «φυσιολογικό».

Στην συνέχεια, επιχειρείται να δοθεί ορισμός στην «προβληματική» συμπεριφορά. Η λέξη «προβληματικό» είναι ασαφής, αόριστη και συχνά χρησιμοποιείται άσκοπα, με αποτέλεσμα να στιγματίζει. Για το λόγο αυτό, κάθε ένας θα πρέπει να γνωρίζει τι ακριβώς σημαίνει και σε ποιες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο συγκεκριμένος όρος.

Επίσης, θα αναφερθούν οι τρόποι με τους οποίους εκδηλώνεται η «προβληματική» συμπεριφορά, τα συμπτώματα που την χαρακτηρίζουν. Πολλά από αυτά δεν αναγνωρίζονται από τους γονείς, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται παγιωμένες καταστάσεις που εμποδίζουν την προσαρμογή και την εξέλιξη του παιδιού. Το ίδιο ισχύει και για τους παράγοντες εκείνους που δημιουργούν δυσκολίες στην σχολική του ζωή.

Θα αναφερθούν ακόμη οι τρόποι με τους οποίους δημιουργούνται οι «προβληματικές» συμπεριφορές. Είναι σημαντικό να είναι γνωστοί οι παράγοντες που τις διαμορφώνουν, γιατί έτσι μπορούν, όχι μόνο να αντιμετωπιστούν, αλλά και να προληφθούν.

Τέλος, εξετάζονται ορισμένες από τις ευρέως χρησιμοποιούμενες και αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης της «προβληματικής» συμπεριφοράς.

Σκοπός της μελέτης

Γενικός σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι ο προσδιορισμός και η εξέταση των προβλημάτων που παρουσιάζουν στη συμπεριφορά τους τα παιδιά, κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας, 6-12 ετών. Ο καθορισμός των παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της «προβληματικής» συμπεριφοράς και η παρουσίαση των τρόπων με τους οποίους μπορεί αυτή να αντιμετωπιστεί.

Ως επιμέρους στόχοι της μελέτης ορίζονται:

1. Η μελέτη των χαρακτηριστικών, που θεωρούνται «φυσιολογικά» στο αναπτυξιακό στάδιο της σχολικής ηλικίας.
2. Η εξέταση των στοιχείων που καθορίζουν την «προβληματική» συμπεριφορά.
3. Η παρουσίαση των παραγόντων της σωματικής υγείας και των διαδικασιών της μάθησης, ως αιτιών της «προβληματικής» συμπεριφοράς.
4. Η περιγραφή των συμπτωμάτων που αποτελούν σύνδρομα προβληματικής συμπεριφοράς.
5. Η εξέταση συγκεκριμένων προβλημάτων (ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, δυσλεξία, σχολική φοβία), τα οποία εμφανίζονται σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό παιδιών και εμποδίζουν, τόσο την προσαρμογή τους στο χώρο του σχολείου, όσο και την ικανοποιητική τους απόδοση.
6. Οι ενδεδειγμένες μέθοδοι με την εφαρμογή των οποίων είναι δυνατόν να εγκαταλειφθούν οι «προβληματικές» μορφές συμπεριφοράς.

Ορισμοί όρων

Προβληματική συμπεριφορά: «Κάθε μορφή συμπεριφοράς που δεν αντιστοιχεί στον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρεται η πλειοψηφία των ατόμων μιας κοινωνίας και έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη ζωή ενός ατόμου. Δηλαδή, δημιουργεί εντάσεις στο ίδιο και στις σχέσεις του με το περιβάλλον του και εμποδίζει την ομαλή προσαρμογή του»(Ι.Παρασκευόπουλος, 1988 , σελ. 10,12).

Φυσιολογική συμπεριφορά: «Κάθε μορφή συμπεριφοράς που απαντά σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, που δε διαφέρει σημαντικά από τη μέση, την τυπική συμπεριφορά και βοηθά το άτομο να ζει αρμονικά, τόσο με τον ίδιο του τον εαυτό, όσο και με τους άλλους» (Ι.Παρασκευόπουλος, 1988 , σελ. 10,12).

Προσαρμογή: «Η διαδικασία με την οποία ο ανθρώπινος οργανισμός ανταποκρίνεται και αντιμετωπίζει αποτελεσματικά κάθε προσωπική του ανάγκη, κάθε επιδίωξη και ιδιομορφία της προσωπικότητας του, σε συνδυασμό με τις πιέσεις, τις απαιτήσεις, τις προσδοκίες και τις προκλήσεις του περιβάλλοντός μέσα στο οποίο ζει» (Ρ. Καλούρη -Αντωνοπούλου, 1994, σελ. 191).

Συμπτώματα προβληματικής συμπεριφοράς: «Συγκεκριμένες εκδηλώσεις, οι οποίες άλλοτε είναι παροδικές και άλλοτε όχι και θεωρούνται ως χαρακτηριστικές μορφές συμπεριφοράς των προβληματικών παιδιών» (Ι. Παρασκευόπουλος, 1998, τομ. 3, σελ. 159, Ι. Παρασκευόπουλος, 1998, σελ. 28).

Σύνδρομο προβληματικής συμπεριφοράς: «Τα συμπτώματα προβληματικής συμπεριφοράς που τείνουν να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο αποτελούν ένα σύνδρομο προβληματικής συμπεριφοράς» (Μ. Herbert, 1998, σελ. 57)

Μάθηση: «Ως μάθηση ορίζεται οποιαδήποτε μόνιμη και σταθερή αλλαγή στη συμπεριφορά, η οποία οφείλεται στην άσκηση και την εμπειρία. Δηλαδή, σε επιδράσεις παραγόντων έξω από το άτομο, στο περιβάλλον» (Μ. Herbert, 1998, σελ. 62).

1. Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά σχολικής ηλικίας

Ένα νέο στάδιο ανάπτυξης εμφανίζεται ανάμεσα στο 5^ο και 7^ο έτος και διαρκεί ως το 12^ο έτος της ηλικίας. Αρχίζει, δηλαδή, με την είσοδο των παιδιών στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση και τελειώνει με την ολοκλήρωση της φοίτησής τους σε αυτή. Πρόκειται για τη σχολική ηλικία, κατά την διάρκεια της οποίας τα παιδιά γίνονται πολύ πιο δυνατά και ψηλά, από τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας και οι ψυχοκινητικές τους δεξιότητες αποκτούν ισχύ, σταθερότητα και χάρη. Τα παιδιά της σχολικής ηλικίας είναι πιο ικανά και επιδέξια. Επίσης, το παιδί για πρώτη φορά αρχίζει να παρουσιάζει συνεπή και σταθερή λογική, οπότε μπορεί να μάθει να διαβάζει, να γράφει, να παίζει κάποιο μουσικό όργανο, να παίζει δύσκολα παιχνίδια και να θυμάται τους κανόνες τους, να θέτει στόχους και να τους πραγματοποιεί (Στ. Βοσνιάδου, 1989, τομ.8, σελ. 4677).

Τα παιδιά της σχολικής ηλικίας έχουν αποκτήσει και φανερώνουν μεγαλύτερη υπευθυνότητα και ανεξαρτησία από τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας. Έτσι, συνειδητοποιώντας την έννοια του καθήκοντος, μπορούν να επιλέγουν και να εκτελούν μια δραστηριότητα, δείχνοντας, όμως, τώρα πια ενδιαφέρον και για την ολοκλήρωσή της (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ.3 σελ. 12).

Ένα ακόμη βασικό χαρακτηριστικό της σχολικής ηλικίας είναι ότι πλέον το ενδιαφέρον του παιδιού μετατοπίζεται από τον εαυτό του και τους γονείς του, προς τους συνομήλικους του, με τους οποίους επιθυμεί να ανήκει σε μια ομάδα και να περνά όσο το δυνατό περισσότερο χρόνο μαζί τους, χωρίς την επίβλεψη των γονιών του (Στ. Βοσνιάδου, 1989, τομ.8, σελ. 4677).

Ορόσημο στη ζωή του παιδιού αποτελεί η είσοδος του στο σχολείο. Τώρα πια μπορεί να περιμένει, να προγραμματίζει λαμβάνοντας υπόψη του την προοπτική των άλλων, να αντιλαμβάνεται ότι δεν έχουμε μόνο απαιτήσεις, που οι άλλοι πρέπει να μας ικανοποιούν, αλλά και υποχρεώσεις, τις οποίες πρέπει να εκπληρώνουμε (Ι. Παρασκευόπουλος , 1985, τομ. 3 σελ. 12).

Το παιδί τώρα δεν θεωρεί τους ηθικούς κανόνες αμετάβλητους και μόνιμους, αλλά εισέρχεται σε μια φάση κατά την οποία δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στο κίνητρο και την πρόθεση μιας πράξης και όχι στο αποτέλεσμα της.

Όσον αφορά τον ψυχοσεξουαλικό τομέα, το παιδί περνά μια περίοδο ηρεμίας πριν εισέλθει στο στάδιο της εφηβείας, κατά το οποίο οι αλλαγές που συμβαίνουν στην ψυχοσεξουαλική ανάπτυξή του είναι πολλές και σημαντικές (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 3 σελ. 14).

Παρακάτω αναφέρονται ορισμένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της βιοσωματικής, γνωστικής και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού της σχολικής ηλικίας.

1.1. Βιοσωματική ανάπτυξη

Κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας, το παιδί διαμορφώνεται περισσότερο εσωτερικά. Οι διαστάσεις του σώματός τους μεταβάλλονται με αργούς ρυθμούς και βασική θέση σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο έχει η επεξεργασία, η βελτίωση και η προετοιμασία για χρήση των προηγούμενων κατακτήσεων (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 3 σελ. 16, 36).

Οι σωματικές ικανότητες του παιδιού έχουν πια φτάσει σε ένα επίπεδο τελειοποίησης. Πλέον, μπορεί να ρυθμίζει και να πραγματοποιεί καλύτερα τις κινήσεις του. Σε αυτό το βοηθά και η εξέλιξη της νοημοσύνης του, η οποία είναι ελάχιστα εγωκεντρική, σε σύγκριση με προηγούμενα στάδια. Σε αυτή την περίοδο έχει πετύχει δύο κατακτήσεις, τις οποίες ο Piaget ονομάζει διαρρύθμιση και αφομοίωση. Διαρρύθμιση πραγματοποιείται όταν το παιδί διαλέγει την κίνηση, την οποία είναι απαραίτητο να κάνει συγκριτικά με ένα αντικείμενο. Αν, για παράδειγμα, ένα αντικείμενο είναι αρκετά βαρύ, επιλέγει να το κρατήσει και με τα δύο χέρια, γιατί συνειδητοποιεί το βάρος του αντικειμένου και τη δική του αδυναμία να το σηκώσει με το ένα χέρι. Προσαρμόζει, δηλαδή, στις δυνατότητές του τα χαρακτηριστικά του αντικειμένου και ορίζει έτσι τις πράξεις, στις οποίες θα προχωρήσει προκειμένου να πετύχει μια πιο καλή αφομοίωση. Να μπορέσει, δηλαδή, να τροποποιήσει τα πράγματα του περιβάλλοντός του, σύμφωνα με τα δικά του στοιχεία και να τα εντάξει μέσα του, μια διαδικασία όμως, η οποία ουσιαστικά επιτυγχάνεται στην εφηβική ηλικία (Ι. Ιωαννίδης, 1996, τομ. Β' σελ. 182).

Κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικία ολοκληρώνεται και η πλευρίωση, δηλαδή, η επιλογή της αριστερής ή της δεξιάς πλευράς των άνω και των κάτω άκρων, που χρησιμοποιεί ως επί το πλείστον το άτομο (Στ. Βοσνιάδου, 1989, τομ.8, σελ. 4677).

Στα 6-7 έτη το ύψος, κατά μέσο όρο, είναι 120 εκατοστά και αυξάνεται κατά 5-6 εκατοστά το χρόνο, για τα επόμενα 4-5 χρόνια. Το βάρος είναι περίπου 23 κιλά και αυξάνεται κατά 2-5 κιλά στα 4-5 χρόνια που ακολουθούν. Με γρήγορους ρυθμούς αναπτύσσονται τα άκρα και ειδικά τα κάτω άκρα (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 3 σελ 17, 36).

Όσον αφορά την υγεία του παιδιού, τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι η τερηδόνα, που εμφανίζεται στα δόντια και οι δυσκολίες στην όραση. Οι τελευταίες έχουν επιπτώσεις και στη σχολική επίδοσή του. Επίσης, στην ηλικία αυτή συνηθισμένα είναι και διαφόρων ειδών ατυχήματα. Το 1 στα 3 παιδιά ηλικίας 6-10 ετών, θα τραυματισθεί κάποια στιγμή και θα έχει ανάγκη από ιατρική βοήθεια. Τα περισσότερα από τα τραύματα αυτά, το 58%

περίπου, γίνονται στο κεφάλι. Σε γενικές γραμμές όμως, η συγκεκριμένη περίοδος θεωρείται η πιο σταθερή από άποψη υγείας και γι' αυτό το παιδί δείχνει σημάδια καλής όρεξης και έντονης κινητικότητας (Ι. Παρασκευόπουλος 1985, τομ. 3, σελ 28-35,38, Ι. Ιωαννίδης, 1996, τομ. Β' σελ. 28,38).

1.2. Γνωστική ανάπτυξη

Σημαντικές μελέτες, για την ανάπτυξη της σκέψης του παιδιού, έχουν γίνει από το γνωστό Ελβετό βιολόγο - ψυχολόγο Jean Piaget. Σύμφωνα με αυτές, κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας νέοι μηχανισμοί σκέψης, όμοιοι με εκείνους των ενηλίκων, κάνουν την εμφάνισή τους. Πλέον, η σκέψη του παιδιού γίνεται ικανή για ευθείες και αντίστροφες νοητικές ενέργειες κάτι το οποίο δε συνέβαινε μέχρι τώρα. Αν και η εμφάνιση αυτής της νέας κατάστασης φαίνεται συχνά απότομη, είναι το αποτέλεσμα μεγάλης εσωτερικής προετοιμασίας.

Δύο είναι τα γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν την περίοδο αυτή: α) η σκέψη βασίζεται στα πράγματα και ενεργεί αργά, β) η σκέψη είναι αντιστρέψιμη.

Στην αρχή αυτής της περιόδου, οι νοητικές επιδόσεις του παιδιού σχετίζονται άμεσα με εικόνες. Μπορεί να κάνει υποθέσεις, συνδυασμούς, υπολογισμούς, πάνω στα πράγματα που βλέπει και χειρίζεται, ενώ σε αντίθετη περίπτωση δεν μπορεί να εργασθεί (χωρίς κάτι συγκεκριμένο). Η περίοδος αυτή είναι γνωστή ως περίοδος των συγκεκριμένων νοητικών ενεργειών. Προς το τέλος της σχολικής ηλικίας το παιδί μπορεί να κάνει αφαιρετικές διατυπώσεις.

Μέσω της αντιστρεψιμότητας το παιδί μπορεί να ερμηνεύει τις διάφορες καταστάσεις σχετικά και όχι απόλυτα. Μπορεί, για παράδειγμα, να καταλάβει ότι ένα παιδί «μεγάλο» μπορεί να είναι «μικρό» σε σχέση με έναν ενήλικο ή ότι αν το αντικείμενο Α είναι μεγαλύτερο από το αντικείμενο Β, τότε το Β είναι μικρότερο από το Α (Στ. Βοσνιάδου, 1989, τομ.8, σελ. 4678).

Όσον αφορά τη γλωσσική ικανότητα του παιδιού, μπορούμε να πούμε πως παρατηρείται μια μεγάλη ανάπτυξη, κυρίως σε σχέση με το λεξιλόγιό του και τη γραμματική. Έτσι, σύμφωνα με έρευνες, κάθε χρόνο, το λεξιλόγιο του παιδιού περιλαμβάνει 600 περίπου καινούριες λέξεις και από τις 2.100 λέξεις του 5^{ου} έτους φτάνει στις 5.400 λέξεις στο 10^ο έτος και στις 7.200 λέξεις στο 12^ο έτος.

Σχετικά με τη γραμματική, ενώ κατά την προσχολική ηλικία το παιδί μάθαινε τους γενικούς κανόνες που ισχύουν σε αυτή, κατά τη σχολική ηλικία μαθαίνει τις εξαιρέσεις που υπάρχουν.

Σε αυτή την περίοδο της ζωής του εξάλλου το παιδί μαθαίνει ανάγνωση και γραφή, δύο κατακτήσεις που είναι απαραίτητες και για την μετέπειτα πορεία του.

Στο διάστημα μεταξύ των 6-12 ετών το παιδί γίνεται ικανό για αρκετές λογικές ενέργειες, όπως η σειροθέτηση, η ταξινόμηση, η αρίθμηση, οι φυσικές ποσότητες, κάτι το οποίο δεν συνέβαινε στην προσχολική ηλικία.

Όταν μιλάμε για σειροθέτηση, εννοούμε την ικανότητα του παιδιού να τοποθετεί τα αντικείμενα σε μια σειρά ανάλογα με το μέγεθός τους. Την ικανότητα αυτή την αποκτά 6-7 ετών, οπότε και ανακαλύπτει τη μέθοδο της συστηματικής εργασίας.

Η ικανότητά του να κάνει διάφορες ταξινομήσεις και κατηγοριοποιήσεις αρχίζει από την προσχολική ηλικία και εξελίσσεται σταδιακά από τα 7 έως τα 12 έτη. Έτσι στο 12^ο έτος της ηλικίας του το παιδί έχει αυτή την ικανότητα ιδιαίτερα ανεπτυγμένη και μπορεί να βάζει σε κατηγορίες διάφορα αντικείμενα με λογικά κριτήρια.

Κατά την διάρκεια της σχολικής ηλικίας, μια χαρακτηριστική δραστηριότητα των παιδιών είναι να συλλέγουν και να ταξινομούν διαφόρων ειδών αντικείμενα, όπως γραμματόσημα, κέρματα κ.λ.π. Η δραστηριότητα αυτή φανερώνει την αναπτυσσόμενη ικανότητά τους για ταξινόμηση, η οποία αρχικά βασίζεται σε εξωτερικά χαρακτηριστικά και φυσικές ιδιότητες, ενώ με την πάροδο του χρόνου γίνεται πιο εξειδικευμένη και μπορεί να βασιστεί ακόμη και σε αφηρημένες ιδιότητες (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 3, σελ. 53-54).

Από τα πρώτα ακόμη χρόνια της νηπιακής ηλικίας, τα παιδιά μπορούν να μετρούν με μεγάλη άνεση, ανεβαίνοντας και κατεβαίνοντας την αριθμητική κλίμακα. Παρά το γεγονός ότι οι αριθμητικές κατακτήσεις μπορεί να μας εκπλήσσουν, δε δείχνουν σε καμιά περίπτωση ότι το παιδί έχει κατακτήσει την έννοια του αριθμού. Πριν από τα 7-8 χρόνια το παιδί δεν είναι σε θέση να κατανοήσει την έννοια και την λειτουργική χρήση του αριθμού (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 3, σελ. 58). Αρχικά το παιδί κατανοεί τους μικρούς αριθμούς, λόγω του ότι μπορεί να χειριστεί πιο εύκολα λίγα πράγματα. Μετά το 7^ο - 8^ο έτος της ηλικίας του αρχίζει τις προσθέσεις και αφαιρέσεις και κατανοεί τις δύο βασικές διαστάσεις του αριθμού, την τακτική και την απόλυτη.

Σύμφωνα με τις πολύχρονες μελέτες του Piaget και της Inheldel, το παιδί κατά την διάρκεια της σχολικής ηλικίας κατακτά προοδευτικά και μάλιστα με σταθερή σειρά τις έννοιες της ύλης, του βάρους και του όγκου. Έτσι, αν ένα παιδί δεν έχει κατακτήσει την έννοια της ύλης, δεν μπορεί να κατακτήσει την έννοια του βάρους, ενώ όταν μπορεί να κατανοήσει την έννοια του όγκου, έχει προηγουμένως κατανοήσει τις έννοιες της ύλης και του βάρους (Στ. Βοσνιάδου, 1989, τομ.8, σελ.4679).

1.3. Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη

Κατά την διάρκεια της σχολικής ηλικίας πραγματοποιούνται σημαντικές μεταβολές στη ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού. Είναι υποχρεωμένο να προσαρμοστεί σε ένα νέο περιβάλλον με πολλές απαιτήσεις, το σχολείο, και να συνηθίσει να βρίσκεται, τουλάχιστον για κάποιες ώρες της ημέρας, μακριά από την οικογένειά του. Στο σχολείο, λοιπόν, που αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα κοινωνικοποίησης, δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να αποκτήσει, εκτός των γραμματικών γνώσεων, και αρκετές κοινωνικές δεξιότητες. Μέχρι τώρα έπρεπε να ανταποκριθεί κυρίως σε ρόλους που είχαν σχέση με το οικογενειακό του περιβάλλον, στενό και ευρύτερο. Από εδώ και στο εξής αναλαμβάνει και δύο καινούριους ρόλους, του μαθητή και του συμμαθητή.

Στα πλαίσια των μαθητικών του υποχρεώσεων, το παιδί έχει να αντιμετωπίσει πλήθος μαθημάτων, τα οποία αν και του δημιουργούν άγχος και ένταση, ειδικά στην αρχή, αποτελούν ταυτόχρονα και μια ευκαιρία για σημαντικά επιτεύγματα. Ως συμμαθητής πρέπει να δημιουργήσει με επιτυχία καινούριες διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και να επιλύσει τα προβλήματα που τυχόν δημιουργηθούν από τις σχέσεις αυτές. Σημαντικό επίσης ρόλο για το παιδί έχει ο δάσκαλος. Ο δάσκαλος αποτελεί ένα πρόσωπο στο οποίο αναφέρεται συνεχώς το παιδί. Με την στάση του επηρεάζει τη συμπεριφορά ενός παιδιού, ιδιαίτερα στα πρώτα σχολικά χρόνια (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 3, σελ. 154-166).

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, το παιδί αισθάνεται έντονη την ανάγκη α) να συμμετέχει στις ομάδες των συνομηλίκων του και να πετύχει κοινωνική αναγνώριση και β) να είναι δραστήριο και παραγωγικό.

Σταδιακά μεταβάλλονται οι σχέσεις του με το οικογενειακό του περιβάλλον. Αρχίζει να επιθυμεί όλο και περισσότερο την επαφή με ομάδες συνομηλίκων. Η σύνδεση με τέτοιες ομάδες παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού. Προκειμένου να ικανοποιήσει την ανάγκη του και να γίνει μέλος αυτών των ομάδων, οδηγείται θέλοντας και μη να αποδεχτεί τις απόψεις που εκφράζει η ομάδα και τη γενικότερη «φιλοσοφία» της. Συγχρόνως, το παιδί δεν έχει την ίδια στενή σχέση, που είχε στο παρελθόν, με τους γονείς. Αρχίζει να τους αντιμετωπίζει με έναν πιο κριτικό τρόπο και είναι πιθανό να εμφανιστούν και οι πρώτες συγκρούσεις (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 3, σελ. 133, 166).

Σε αυτή την ηλικία οι ομάδες αποτελούνται από άτομα του ίδιου φύλου, κάτι το οποίο δεν συνέβαινε στην προσχολική ηλικία. Γενικά, η ομάδα αποτελεί έναν πρωτεύοντα παράγοντα, για την εξέλιξη του παιδιού. Μέσα στα πλαίσιά της το παιδί θα μάθει πως δεν υπάρχουν μόνο οι ατομικές του ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν, αλλά και κάποιες υποχρεώσεις, τις οποίες πρέπει να

αναλάβει. Ακόμη, θα βρει καινούρια πρόσωπα με τα οποία θα ταυτιστεί και θα αρχίσει να αισθάνεται άνετα και έξω από τα πλαίσια της οικογένειάς του (Ι. Ιωαννίδης, 1996, τομ. Β΄, σελ.112).

Ένα ακόμη γνώρισμα του παιδιού αυτής της ηλικίας είναι η τάση του για φιλοπονία και παραγωγικότητα. Καθώς έχει καταφέρει σημαντικά επιτεύγματα τόσο στον ψυχοκινητικό (ταχύτητα, ακρίβεια, ετοιμότητα) όσο και στο γνωστικό τομέα (ταξινόμηση, αρίθμηση, σειροθέτηση κ.λ.π.), είναι έτοιμο να αναλάβει πρωτοβουλίες, προκειμένου να φέρει εις πέρας ενέργειες που απαιτούν τη σωστή χρήση και το συνδυασμό μέρους ή όλων των παραπάνω στοιχείων. Σημαντικό ρόλο σε αυτή την προσπάθεια του παιδιού έχουν τόσο η οικογένεια όσο και σχολείο. Εάν το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον κατανοήσουν τις ανάγκες του παιδιού και ενισχύσουν την πρωτοβουλία του, τότε αυτό θα νιώσει μεγάλη εσωτερική επάρκεια και αυτοπεποίθηση και θα πιστέψει στις δυνάμεις του. Σε αντίθετη περίπτωση, το παιδί δεν θα είναι σίγουρο για τον εαυτό του, δεν θα αναλαμβάνει πρωτοβουλίες και θα αισθάνεται μειονεκτικά (Ι.Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 3, σελ 151,168-169).

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται συνοπτικά οι εξελίξεις που παρατηρούνται στους τρεις τομείς ανάπτυξης: το σωματικό, το γνωστικό και το ψυχοκοινωνικό.

ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Σταθερή αύξηση του ύψους και του βάρους 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιστρεψιμότητα της σκέψης 	<ul style="list-style-type: none"> • Σημαντικού βαθμού ανεξαρτησία
<ul style="list-style-type: none"> • Ολοκλήρωση της διαδικασίας της πλευρίωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανότητα για συγκεκριμένες λογικές νοητικές πράξεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Είσοδος στο σχολείο
<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχής εξέλιξη κινητικών ικανοτήτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατάκτηση νέων γνωστικών επιτευγμάτων (σειροθέτηση, ταξινόμηση, αρίθμηση, φυσικές ποσότητες) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάγκη για δραστηριότητα και παραγωγική εργασία
	<ul style="list-style-type: none"> • Εντυπωσιακή βελτίωση της γλωσσικής ικανότητας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάγκη για ένταξη σε ομάδες συνομηλίκων και κοινωνική αναγνώριση
	<ul style="list-style-type: none"> • Εκμάθηση ανάγνωσης και γραφής. 	

Πίνακας 1. Εξελικτικά επιτεύγματα σχολικής ηλικίας

Παραπάνω, περιγράψαμε την ομαλή πορεία κάθε τομέα ανάπτυξης και τα σημαντικότερα εξελικτικά επιτεύγματα, τα οποία αναμένεται να κατακτήσει το παιδί της σχολικής ηλικίας. Είναι γεγονός ότι η συγκεκριμένη περίοδος έχει αυξημένες αναπτυξιακές απαιτήσεις, στις οποίες ορισμένα παιδιά δεν είναι έτοιμα να ανταποκριθούν. Τα παιδιά αυτά διαφοροποιούνται από τους συνομηλίκους τους και αποκαλούνται «προβληματικά».

2. «Προβληματική» συμπεριφορά

Στο κεφάλαιο αυτό, γίνεται προσπάθεια να καθοριστεί η «προβληματική» συμπεριφορά. Εκτός από τα κριτήρια, στα οποία βασίζεται ο χαρακτηρισμός μιας συμπεριφοράς ως «προβληματική», παρουσιάζονται και τα ιδιαίτερα συμπτώματα, με τα οποία αυτή εκδηλώνεται. Τέλος, αναφέρονται οι παράγοντες εκείνοι, που προσδιορίζουν τη σοβαρότητα ενός συμπτώματος.

2.1. Κριτήρια καθορισμού «προβληματικής» συμπεριφοράς.

Τα παιδιά συνήθως δυσκολεύονται να εκφράσουν με λόγια όσα αισθάνονται. Δεν είναι σε θέση να περιγράψουν ή να εξηγήσουν τα συναισθήματά τους. Τα εξωτερικεύουν όμως με την συμπεριφορά τους. Τη «γλώσσα» της συμπεριφοράς των παιδιών είναι υποχρεωμένοι να μάθουν να ερμηνεύουν οι μεγάλοι και ιδιαίτερα οι γονείς. Συχνά, βιαζόμαστε να χαρακτηρίσουμε τη συμπεριφορά ενός παιδιού ως «προβληματική». Ποιες όμως μορφές συμπεριφοράς είναι «φυσιολογικές» και ποιες «προβληματικές»; Ποια είναι τα στοιχεία που τις καθορίζουν;

Σύμφωνα με τον I. Παρασκευόπουλο (1988), τα κριτήρια, με βάση τα οποία μπορούμε να χαρακτηρίσουμε μια συμπεριφορά ως «φυσιολογική» ή «προβληματική» είναι: α) Στατιστικά και β) Λειτουργικά

α) Στατιστικά κριτήρια. Μια μορφή συμπεριφοράς θεωρείται «φυσιολογική» ή «προβληματική» ανάλογα με το πόσο συχνά εμφανίζεται στο γενικό πληθυσμό. Όταν η συμπεριφορά αυτή αντιστοιχεί στο τρόπο, με τον οποίο συμπεριφέρεται η πλειοψηφία των ατόμων μιας κοινωνίας, θεωρείται «φυσιολογική». Αντιθέτως, όταν σπάνια συναντάται στο σύνολο του πληθυσμού, θεωρείται «μη φυσιολογική».

Ένα παιδί, λοιπόν, για να θεωρηθεί «φυσιολογικό» δεν θα πρέπει να διαφέρει από τους συνομηλίκους του. Η συμπεριφορά του θα πρέπει να είναι η συνηθισμένη, να ακολουθεί τα πρότυπα συμπεριφοράς της κοινωνίας στην οποία ζει (γνωστικά, ηθικά, κοινωνικά). Όταν το παιδί δεν θέλει ή δεν μπορεί να προσαρμοστεί με τα πρότυπα αυτά χαρακτηρίζεται «προβληματικό», «απροσάρμοστο». Βέβαια, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως τα πρότυπα αυτά διαφέρουν από κοινωνία σε κοινωνία και από εποχή σε εποχή. Το παιδί που σε μια κοινωνία θεωρείται «φυσιολογικό» σε μια άλλη είναι πολύ πιθανό να θεωρείται «προβληματικό».

Ο M. Herbert (1998) αναφέρει πως η «προβληματική συμπεριφορά είναι σπάνια συμπεριφορά», αλλά σε καμιά περίπτωση η σπάνια συμπεριφορά δεν αποτελεί «προβληματική» συμπεριφορά. Αυτό έχει πολύ μεγάλη σημασία. Τα

ιδιόρρυθμα και εκκεντρικά παιδιά δεν είναι «προβληματικά». Μια απόκλιση από αυτό που θεωρούμε «φυσιολογικό», μια σπάνια συμπεριφορά μπορεί να αποτελεί ένα ιδιαίτερο ταλέντο, μια ξεχωριστή ικανότητα.

Χρειάζεται, τέλος, να αναφερθεί πως υπάρχουν μορφές συμπεριφοράς οι οποίες θεωρούνται είτε «φυσιολογικές» είτε «προβληματικές», ανάλογα με την ηλικία στην οποία εκδηλώνονται. Τα περισσότερα παιδιά σε κάθε στάδιο ανάπτυξης εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία βαθμιαία ελαττώνονται και τελικά εξαφανίζονται. Οι γονείς δεν θα πρέπει να πανικοβληθούν γιατί αυτά αποτελούν μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης ενός παιδιού. Οφείλουν, όμως, να γνωρίζουν την πορεία που ακολουθούν οι διάφορες μορφές προβληματικής συμπεριφοράς με την πάροδο της ηλικίας.

Βέβαια, στην περίπτωση που τα προβλήματα αυτά αποδιοργανώνουν σε μεγάλο βαθμό το παιδί ή δεν είναι αντίστοιχα της ηλικίας του, οι γονείς θα πρέπει να ζητήσουν τη βοήθεια ειδικού, ο οποίος θα τους βοηθήσει ώστε να χειριστούν σωστά την κατάσταση (Ι. Παρασκευόπουλος, 1988, σελ. 10-11, Μ. Herbert, 1998, σελ. 39,38,27,40,41).

β) Λειτουργικά κριτήρια. Εκτός από τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται μια μορφή συμπεριφοράς στο γενικό πληθυσμό, σημαντικό ρόλο, προκειμένου να την χαρακτηρίσουμε ως «φυσιολογική» ή «προβληματική», παίζουν και οι επιπτώσεις που αυτή έχει στη ζωή κάθε ατόμου. Μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, η οποία δεν εμποδίζει το άτομο να ζει αρμονικά και να έχει καλές σχέσεις με τους γύρω του θεωρείται «φυσιολογική». Σε αντίθεση, η συμπεριφορά εκείνη, η οποία δημιουργεί προβλήματα και εντάσεις τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στις σχέσεις του με τους άλλους χαρακτηρίζεται «παθολογική».

Ορισμένοι παράγοντες που παίζουν ρόλο στη διαφοροποίηση μεταξύ «φυσιολογικής» και «προβληματικής» συμπεριφοράς είναι: οι γνωστικές ικανότητες του παιδιού, η κοινωνική προσαρμογή του, ο αυτοέλεγχος, οι αξιολογήσεις που κάνουν για την συμπεριφορά του τα σημαντικά στη ζωή του πρόσωπα, το αυτοσυναίσθημα.

Τα στατιστικά και τα λειτουργικά κριτήρια, σε συνδυασμό, είναι τελικά αυτά που καθορίζουν ποια συμπεριφορά είναι «φυσιολογική» και ποια όχι (Ι. Παρασκευόπουλος, 1988, σελ. 12).

2.2. Συμπτώματα «προβληματικής» συμπεριφοράς

Η παιδική «προβληματική» συμπεριφορά εκδηλώνεται με μια ποικιλία συμπτωμάτων. Κάθε σύμπτωμα αποτελεί μια συγκεκριμένη εκδήλωση, η οποία εμποδίζει την ομαλή προσαρμογή και τις σχέσεις του παιδιού με το

περιβάλλον του (οικογενειακό, σχολικό, ευρύτερο κοινωνικό). Οι εκδηλώσεις αυτές παρουσιάζονται στα περισσότερα παιδιά. Συνήθως, είναι πρόσκαιρες και αποτελούν μέρος της φυσιολογικής τους ανάπτυξης. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι μονιμότερες και αποδιοργανώνουν τελείως το παιδί και τους γύρω του.

Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός εκδηλώσεων - συμπτωμάτων (67) περιλαμβάνεται στο Ερωτηματολόγιο Συμπτωμάτων Προβληματικής Συμπεριφοράς. Το ΕΣΠΣ αποτελεί χρήσιμο ψυχοτεχνικό μέσο, για την διάγνωση της «προβληματικής» συμπεριφοράς. Μέχρι και την ερώτηση Νο 58, το ΕΣΠΣ βασίστηκε στο Ερωτηματολόγιο του Κέντρου Ερευνών του Πανεπιστημίου του Ιλλινόις. Οι ερωτήσεις που συμπληρώθηκαν στο Ερωτηματολόγιο (ερώτηση Νο 59 έως ερώτηση Νο 65) υποδείχθηκε από ψυχιάτρους και ψυχολόγους, οι οποίοι γνώριζαν την παιδική συμπεριφορά, στην ελληνική πραγματικότητα. Το 1971 στο ΕΣΠΣ προστέθηκαν δύο ακόμη ερωτήσεις, και πάλι μετά από υπόδειξη Ελλήνων επιστημόνων, φτάνοντας τις 67 (Ι. Ιωαννίδης, 1996, σελ. 105, Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, том. 3, σελ. 159).

Στη συνέχεια παρατίθεται πλήρες το ΕΣΠΣ. Η παρουσίασή του θεωρείται σκόπιμη, αφού μπορεί να βοηθήσει τον αναγνώστη να μάθει να αναγνωρίζει ποιες είναι οι εκδηλώσεις στη συμπεριφορά ενός παιδιού, οι οποίες είτε εμφανίζονται μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό θα πρέπει να προβληματίσουν, γιατί ίσως να αποτελούν την αρχή ενός σοβαρού προβλήματος, μιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής.

Ερωτηματολόγιο συμπτωμάτων προβληματικής συμπεριφοράς

Οδηγίες

Στο φύλλο αυτό έχουν καταγραφεί μερικά χαρακτηριστικά που παρατηρούνται στη συμπεριφορά των παιδιών στο σπίτι, στο σχολείο, στο παιχνίδι. Πρέπει να απαντήσετε σε κάθε ερώτηση, έχοντας πάντοτε υπόψη το παιδί για το οποίο συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο.

Η συμπλήρωση κάθε ερώτησης γίνεται ως εξής: Μπροστά από κάθε ερώτηση, υπάρχουν οι αριθμοί 0,1,2. Για κάθε ερώτηση πρέπει να βάλετε σε κύκλο ή τετράγωνο τον κατάλληλο αριθμό ακολουθώντας την εξής διαβάθμιση: 0, αν το χαρακτηριστικό δεν αποτελεί πρόβλημα για το παιδί, 1, αν υπάρχει πρόβλημα για το παιδί αλλά είναι σχετικά μικρό και 2, αν το χαρακτηριστικό αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για το παιδί. Δηλαδή, η απάντησή σας σε κάθε ερώτηση θα είναι «0» 1 2, 0 «1» 2, 0 1 «2».

Στοιχεία του παιδιού:

Όνοματεπώνυμο του παιδιού

Ημερομηνία γεννήσεως Τάξη Σχολείο.....

Διεύθυνση κατοικίας.....

Περιοχή Τηλ.

Στοιχεία του ενηλίκου που δίνει τις πληροφορίες για το παιδί:

Όνοματεπώνυμο

Ηλικία.....Ιδιότητα(π.χ. μητέρα, πατέρας, δάσκαλος)

Ερωτήσεις

1. 0 1 2 Βυζαίνει τα δάχτυλα
2. 0 1 2 Ανήσυχο , δεν μπορεί να κάτσει φρόνιμα
3. 0 1 2 Επιζητεί να προκαλεί την προσοχή των άλλων
4. 0 1 2 Δερματική αλλεργία, ερεθισμός , φαγούρα
5. 0 1 2 Συμπεριφορά σα «μικρομέγας», δεν ξέρει να παίζει και να χαίρεται
6. 0 1 2 Το απασχολεί ο εαυτός του, δεν νιώθει άνετα, συχνά βρίσκεται σε αμηχανία
7. 0 1 2 Πονοκέφαλοι
8. 0 1 2 Τάση να ενοχλεί τους άλλους, «ζιζάνιο»
9. 0 1 2 Αισθάνεται μειονεκτικό, θεωρεί τον εαυτό του τον κατώτερο απ' ότι είναι.
10. 0 1 2 Ζαλάδες ίλιγγοι
11. 0 1 2 Κάνει τον «παλικαρά» τον «νταή»
12. 0 1 2 Κλαίει με το παραμικρό
13. 0 1 2 Απορροφημένο, ζει σε δικό του κόσμο
14. 0 1 2 Ντροπαλό, συνεσταλμένο
15. 0 1 2 Κοινωνικά αποτραβηγμένο, προτιμά να απασχολείται μόνο του
16. 0 1 2 Δεν του αρέσει το σχολείο
17. 0 1 2 Ζηλεύει τα άλλα παιδιά
18. 0 1 2 Έλεγχος σφιγκτήρων «λερώνεται επάνω του» (κόπρανα)
19. 0 1 2 Προτιμά να παίζει με μικρότερα παιδιά
20. 0 1 2 Αδυναμία συγκέντρωσης προσοχής
21. 0 1 2 Έλλειψη αυτοπεποίθησης
22. 0 1 2 Αδιαφορία γι' αυτά που λένε οι άλλοι
23. 0 1 2 Εύκολα ταραάζεται και τα χάνει
24. 0 1 2 Δείχνει έλλειψη ενδιαφέροντος για το περιβάλλον, πλήξη, ανία
25. 0 1 2 Προκαλεί καυγά, έχει εριστική διάθεση, καβγατζής, επιθετικός
26. 0 1 2 Ναυτία, εμετοί
27. 0 1 2 Ξεσπάσματα οργής
28. 0 1 2 Εχέμυθο, δεν είναι ανακοινωνικό

29. 0 1 2 Το σκάει από το σχολείο
30. 0 1 2 Υπερευαίσθητο, πληγώνεται εύκολα
31. 0 1 2 Τεμπελιά στο σχολείο και στα άλλα του καθήκοντα
32. 0 1 2 Άγχος, πάντα φοβισμένο
33. 0 1 2 Ανευθυνότητα, δεν μπορεί να το εμπιστευθείς.
34. 0 1 2 Υπερβολικά ονειροπόλο, φαντασιόπληκτο
35. 0 1 2 Αυνανισμός
36. 0 1 2 Αλλεργικό συνάχι ή άσθμα
37. 0 1 2 Βρίσκεται σε συνεχή ένταση, δεν ησυχάζει, δεν ηρεμεί
38. 0 1 2 Ανυπάκουο, δύσκολα πειθαρχεί
39. 0 1 2 Συνήθως κατσούφικο, άκεφο, μελαγχολικό
40. 0 1 2 Έλλειψη συνεργασίας σε ομαδικές εκδηλώσεις
41. 0 1 2 Διστάζει να αναμιχθεί, προτιμά να παρακολουθεί ή συμμετέχει από μακριά
42. 0 1 2 Υποβολιμότητα, παρασύρεται από τους άλλους, παθητικότητα
43. 0 1 2 Αδέξιο, ελλιπής συντονισμός κινήσεων, «άγαρμπο»
44. 0 1 2 Τραυλισμός
45. 0 1 2 Υπερκινητικότητα, αεικίνητο, «κινείται σα σβούρα»
46. 0 1 2 Διασπάται η προσοχή του εύκολα
47. 0 1 2 Καταστροφική διάθεση για τα δικά του πράγματα ή των άλλων
48. 0 1 2 Αρνητισμός, τάση να κάνει το αντίθετο από αυτό που του ζητούν
49. 0 1 2 Αυθάδεια, αγένεια
50. 0 1 2 Νωθρό, βραδυψυχικό
51. 0 1 2 Άσχημη γλώσσα, βρίζει, βλασφημεί
52. 0 1 2 Υπνηλία
53. 0 1 2 Προτιμά να παίζει με μεγαλύτερα παιδιά
54. 0 1 2 Εύκολα τρομάζει, ανησυχία, νευρικότητα
55. 0 1 2 Ευερέθιστο, Ευέξαπτο, θυμώνει εύκολα
56. 0 1 2 Ενούρηση «βρέχεται στον ύπνο του»
57. 0 1 2 Κοιλόπονοι, στομαχόπονοι
58. 0 1 2 Φοβίες (όπως φόβος για τα σκυλιά, για το σκοτάδι)
59. 0 1 2 Υπεροπτικό θεωρεί τον εαυτό του πιο σπουδαίο από ότι είναι
60. 0 1 2 Το «σκάει» από το σπίτι
61. 0 1 2 Πεισματικό, θέλει να γίνεται το δικό του
62. 0 1 2 Σπαστικές κινήσεις, τικ
63. 0 1 2 Λέει ψέματα
64. 0 1 2 Τρώει τα νύχια του
65. 0 1 2 Κλέβει χρήματα ή πράγματα στο σχολείο ή στο σπίτι
- 66.0 1 2 Διαταραχές του ύπνου, όπως τρίζιμο των δοντιών, νυχτερινοί εφιάλτες, νυκτοβασία, αϋπνία, ολιγόωρος ύπνος.

67. 0 1 2 Ψυχαναγκαστικές τάσεις, όπως η σχολαστικότητα στη δουλειά, στην τάξη, στην καθαριότητα

Τι άλλο σχετικό πρόβλημα παρατηρείται στην συμπεριφορά του παιδιού

.....

..... Ημερομηνία

(Ι. Ιωαννίδης, 1996, τομ. Α΄, σελ. 106-109)

2.3. Πότε ένα σύμπτωμα είναι σοβαρό

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα περισσότερα «φυσιολογικά» παιδιά, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους, εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία όμως είναι προσωρινά και ξεπερνιούνται σχετικά εύκολα, χωρίς σοβαρές συνέπειες. Ωστόσο, κάποια συμπτώματα είναι σοβαρότερα και δεν αποτελούν απλώς αναπτυξιακές «ωδίνες». Αυτού του είδους τα συμπτώματα, πρέπει να εντοπισθούν και να αντιμετωπιστούν άμεσα. Πότε όμως ένα σύμπτωμα είναι σοβαρό;

Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες, οι οποίοι προσδιορίζουν τη σοβαρότητα που μπορεί να έχει ένα σύμπτωμα προβληματικής συμπεριφοράς. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

1. Η συχνότητα εμφάνισης ενός συμπτώματος στο ίδιο άτομο. Ένα σύμπτωμα θεωρείται σοβαρό όταν παρουσιάζεται επανειλημμένα.
2. Η εμφάνιση συγχρόνως και άλλων συμπτωμάτων. Όταν ένα σύμπτωμα εμφανίζεται ταυτόχρονα με άλλα συμπτώματα, έστω και αν αυτά θεωρούνται ελαφράς μορφής, χαρακτηρίζεται σοβαρό.
3. Ο βαθμός αποκλίσεως του συμπτώματος από το φυσιολογικό. Όσο περισσότερο αποκλίνει ένα σύμπτωμα από αυτό που θεωρούμε «φυσιολογικό», τόσο σοβαρότερο πιστεύεται πως είναι.
4. Η ένταση του συνοδευτικού συναισθήματος. Στην περίπτωση που το συναίσθημα, το οποίο συνοδεύει το σύμπτωμα είναι ιδιαίτερα έντονο, τότε το σύμπτωμα είναι σοβαρό.
5. Η αδυναμία αποφυγής του συμπτώματος. Ένα σύμπτωμα χαρακτηρίζεται σοβαρό και στη περίπτωση που το άτομο, παρά το γεγονός ότι γνωρίζει τις δυσάρεστες συνέπειες αυτού δεν έχει τη δυνατότητα να το αποφύγει.
6. Η πιθανότητα να έρθει το παιδί αντιμέτωπο με το νόμο. Ορισμένα συμπτώματα θεωρούνται συνηθισμένα στην παιδική ηλικία, όπως το ψέμα, η κλοπή κ.λ.π. Όταν όμως τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται σε τέτοιο

βαθμό που γίνονται επικίνδυνα για τους άλλους, έχουν δυσάρεστες συνέπειες και ίσως φέρουν το παιδί αντιμέτωπο με τον νόμο.

Στην περίπτωση που ένα ή περισσότερα συμπτώματα έχουν κάποια από τα παραπάνω χαρακτηριστικά, οι γονείς θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί. Θα είναι σκόπιμο να ζητήσουν τη βοήθεια ενός ειδικού, προκειμένου να γίνει έγκαιρα μια διάγνωση, και να ακολουθήσει η κατάλληλη θεραπεία (Ι. Ιωαννίδης, 1996 τομ. Α', σελ. 110, Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 3, σελ. 165, Ι. Παρασκευόπουλος, 1988 σελ. 31).

3. Αίτια «προβληματικής» συμπεριφοράς

Το προηγούμενο κεφάλαιο προσπάθησε να απαντήσει στο ερώτημα: «ποιες μορφές συμπεριφοράς θεωρούνται προβληματικές;». Ένα άλλο, εξίσου σημαντικό, ερώτημα είναι αυτό που αναφέρεται στην αιτία της «προβληματικής» συμπεριφοράς. Είναι δύσκολο να δοθεί απάντηση με απόλυτη σιγουριά. Γενικότερα, η ανθρώπινη συμπεριφορά θεωρείται ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο προϊόν πλήθους γενετικών και περιβαλλοντικών επιδράσεων. Έτσι, δε μπορούμε να γνωρίζουμε την ακριβή αιτία της «προβληματικής» συμπεριφοράς. Δύο από τους παράγοντες που την διαμορφώνουν είναι η σωματική υγεία (εγκεφαλικές βλάβες) και οι διαδικασίες της μάθησης. Οι παράγοντες αυτοί εξετάζονται στο συγκεκριμένο κεφάλαιο.

3.1. Σωματική υγεία: εγκεφαλικές βλάβες

Η σωματική υγεία κάθε ανθρώπου επομένως και του παιδιού, αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα για την ομαλή του εξέλιξη, ανάπτυξη, προσαρμογή και συμμετοχή στην κοινωνία. Κάποιες διαταραχές στη σωματική υγεία, είναι δυνατόν να προκαλέσουν προβλήματα συμπεριφοράς.

Έτσι λοιπόν, κακή διατροφή και αδυναμία προκαλούν εύκολα κόπωση. Το ίδιο και διάφορες ασθένειες. Οι ασθένειες, κατά κανόνα, συνεπάγονται αλλαγές στο καθημερινό πρόγραμμα του παιδιού, όπως για παράδειγμα απουσίες και ελλιπή φοίτηση στο σχολείο, έλλειψη ελεύθερου χρόνου για παιχνίδια κ.λ.π. Οι καταστάσεις αυτές μπορεί να έχουν επιπτώσεις και στην συμπεριφορά του. Επιπλέον, οι σοβαρές ασθένειες που διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, δημιουργούν ιδιαιτερότητες στις σχέσεις του παιδιού με το περιβάλλον του: συνήθως ένα κλίμα υπέρμετρης επιτρεπτικότητας και υπερπροστασίας που μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα συμπεριφοράς.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να αναφέρουμε το ασύλληπτο σε λεπτότητα οργάνωσης εργαστήρι των ενδοκρινών αδένων και το αυτόνομο νευρικό σύστημα που σηματοδοτεί τη λειτουργία τους. Έτσι, όταν υπάρχουν ανωμαλίες στη λειτουργία του θυρεοειδούς, μπορεί να προκληθούν ταχείες αλλαγές στην ψυχική διάθεση, διαταραχές του ύπνου, ανεξέλεγκτη νευρικότητα και ταραχή, παραισθήσεις, φοβικές καταστάσεις, οι οποίες μπορεί να φτάσουν ως τον πανικό κ.λ.π.

Από την άλλη, το νευρικό σύστημα και ο εγκέφαλος, λειτουργώντας σαν ένα είδος θερμοστάτη, διατηρούν την ψυχο-οργανική ισορροπία του σώματος, η οποία είναι απαραίτητη για να διατηρηθούμε στη ζωή. Αποθηκεύει και οργανώνει πλήθος πληροφοριών και επιλέγει τότε και πώς θα αντιδράσει σε

κάθε συγκεκριμένη κατάσταση. Όλες αυτές οι διαδικασίες απαιτούν μεγάλη αξιοπιστία και λεπτομερή ανάλυση των κάθε είδους δεδομένων, σε φάσεις ηρεμίας αλλά και έντασης, όταν είμαστε υγιείς ή όταν είμαστε άρρωστοι και για πολλά χρόνια, ως την τελευταία μας πνοή.

Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό ότι στην περίπτωση που υπάρχουν οποιουδήποτε είδους ανωμαλίες στο νευρικό σύστημα και στον εγκέφαλο, τότε το άτομο θα βρεθεί σε εξαιρετικά δύσκολη θέση. Τέτοιες ανωμαλίες και πιο συγκεκριμένα βλάβες στο εγκέφαλο, είναι δυνατόν να συμβούν σε διάφορες περιόδους της ζωής (M. Herbert, 1998, σελ. 61).

Αρχίζοντας από την προγεννητική περίοδο, οι συχνότεροι παράγοντες που προκαλούν εγκεφαλικές βλάβες είναι οι λοιμώξεις, οι τοξικές ουσίες (αλκοόλ, ναρκωτικά κ.λ.π), η ραδιενεργός ακτινοβολία, διάφορες ενδογενείς διαταραχές του μεταβολισμού, οι οποίες εμφανίζονται πλήρως μετά την γέννηση, διάφορες συγγενείς ανωμαλίες αλλά και η έλλειψη οξυγόνου (εμβρυακή ανοξία) λόγω της οποίας το παιδί γεννιέται πρόωρα.

Οι περιγεννητικές βλάβες μπορεί να οφείλονται σε δύσκολο τοκετό, ο οποίος είναι δυνατόν να επηρεάσει με πολλούς τρόπους την παροχή οξυγόνου στο έμβryo ή και να προκαλέσει τον τραυματισμό του εγκεφάλου. Η προωρότητα, εξάλλου, συνδέεται με πολλές περιγεννητικές δυσκολίες (αναπνευστικά προβλήματα, λοιμώξεις κ.λ.π.) και για το λόγο αυτό αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα πρόκλησης εγκεφαλικής βλάβης.

Οι μεταγεννητικές εγκεφαλικές βλάβες μπορεί να προκληθούν πρακτικά από οποιονδήποτε παράγοντα, όπως για παράδειγμα μια λοίμωξη, μια κάκωση, από τοξικές ουσίες κ.λ.π.

Ο εντοπισμός του είδους και της έκτασης της εγκεφαλικής βλάβης, παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη μορφή και το μέγεθος των συνεπειών της. Έτσι, το παιδί που έχει υποστεί κάποια από τις βλάβες που αναφέρονται παραπάνω, περνά συνήθως από μια διαγνωστική διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει μια νευρολογική εξέταση αλλά και κάποιες άλλες παρακλινικές εξετάσεις, όπως η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ή το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

Η παραπάνω διαδικασία είναι απαραίτητη για την ομαλή προσαρμογή του παιδιού στο περιβάλλον του, γιατί σε διαφορετική περίπτωση η ύπαρξη και «διαίωνηση» αυτού του είδους των δυσλειτουργιών, επηρεάζουν δυσμενώς την αναπτυξιακή του πορεία, καθώς επίσης και την συναισθηματική και τη γενικότερη ψυχοφυσική ισορροπία της (Α. Συρίγου - Παπαβασιλείου, 1989, τομ. 3, σελ. 1604).

3.2 «Προβληματική» συμπεριφορά» και διαδικασίες μάθησης

Οι παράγοντες της σωματικής υγείας, όπως για παράδειγμα οι εγκεφαλικές βλάβες, μπορεί να επηρεάσουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου. Ωστόσο, οι περισσότερες από τις μορφές συμπεριφοράς, τις οποίες εμφανίζουμε όλοι μας, είτε «φυσιολογικές» είτε «παθολογικές», υποστηρίζεται πως είναι αποτέλεσμα της μάθησης.

«Μάθηση είναι κάθε αλλαγή στη συμπεριφορά του ατόμου, η οποία είναι μόνιμη, σταθερή και προέρχεται από την άσκηση και την απόκτηση εμπειρίας».

Κύριο χαρακτηριστικό της μάθησης είναι ότι αποτελεί μια αλλαγή στη συμπεριφορά, σχετικά μόνιμη, που οφείλεται στις επιδράσεις του περιβάλλοντος και στις αντιδράσεις του οργανισμού προς αυτές (M.Herbert, 1998, σελ. 62, I. Παρασκευόπουλος, 1988, σελ. 62). Γι' αυτό και η μάθηση διαφοροποιείται από τις αλλαγές, οι οποίες οφείλονται στις έμφυτες αντιδράσεις (αντανακλαστικές κινήσεις), σε οξείες ασθένειες (εγκεφαλικό τραύμα) και την ωρίμανση του ατόμου (αναπτυξιακές αλλαγές) (M.Herbert, 1998, σελ. 63).

Σημαντικοί ψυχολόγοι, όπως J.Watson, ο B.F.Skinner και ο A.Bandura, αποτελούν τους λεγόμενους συμπεριφοριστές. Αυτοί στηρίζουν το πρότυπό τους στην άποψη ότι όλη η συμπεριφορά του ατόμου, η «φυσιολογική» αλλά και η «προβληματική» είναι αποτέλεσμα μάθησης. Ως εκ τούτου, ερμηνεύουν την «προβληματική» συμπεριφορά, ως ανεπιθύμητη μάθηση. Η θεωρία των συμπεριφοριστών βασίζεται στις απόψεις του J.Locke ότι το παιδί γεννιέται *tabula rasa*. Οι όποιες αλλαγές συμβαίνουν στις διάφορες ηλικίες και η γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου, προέρχονται από την προσωπική του εμπειρία. Καθώς, δηλαδή, το άτομο αναπτύσσεται, αλλάζει επειδή μαθαίνει νέες μορφές συμπεριφοράς, οι οποίες είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων εμπειριών (I. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 1, σελ. 43).

Προκειμένου να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά, «φυσιολογική» ή «προβληματική» είναι σκόπιμο να την αναλύσουμε στα επιμέρους στοιχεία της. Τα στοιχεία αυτά είναι: α) το αρχικό ερέθισμα β) οι οργανισμικές μεταβλητές (κίνητρα, βιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες του ατόμου), γ) οι αντιδράσεις, δ) οι συνέπειες από την ενίσχυση της συμπεριφοράς.

Ερέθισμα -Ανάγκες- Αντίδραση - Συνέπειες

Τα ερεθίσματα έχουν πολύ μεγάλη σημασία γιατί είναι αυτά που τελικά κατευθύνουν τη συμπεριφορά μας. Εξίσου σημαντικό είναι να μάθουμε να αντιδρούμε κατάλληλα στα διάφορα ερεθίσματα. Για να καταλάβουμε τον τρόπο με τον οποίο τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος κατευθύνουν την συμπεριφορά, θα ξεκινήσουμε από την στιγμή της γέννησης. Για το νεογέννητο, κάθε στοιχείο του περιβάλλοντος είναι ουδέτερο, δεν επηρεάζει τη συμπεριφορά του. Καθώς,

όμως, το παιδί μεγαλώνει, κάθε στοιχείο του περιβάλλοντος αποκτά ιδιαίτερες ιδιότητες. Αυτές είναι ανάλογες των εμπειριών που είχε με κάθε ένα από αυτά. Κάποια στοιχεία συνδέονται με ευχάριστες συνέπειες, ενώ κάποια άλλα με δυσάρεστες. Για παράδειγμα, το πρόσωπο της μητέρας (που ήταν αρχικά ένα ουδέτερο ερέθισμα) συνδέεται με το ευχάριστο συναίσθημα της φροντίδας που παρέχει στο παιδί. Το ευχάριστο αυτό συναίσθημα κάνει το παιδί να θέλει να είναι διαρκώς κοντά της. Με την πάροδο του χρόνου, το ερέθισμα «μητέρα» σημαίνει, γενικότερα, ευχάριστα συναισθήματα και πλησίασμα.

Τέτοιου είδους συνδέσεις αντιπροσωπεύουν την πρώτη και πιο απλή μορφή μάθησης. Οι συμπεριφοριστές σε αυτού του είδους τις μαθησιακές διαδικασίες αποδίδουν πολλές μορφές « προβληματικής» συμπεριφοράς (π.χ. φοβίες ,κοινωνικά άγχη κ.λ.π.). Τέσσερις είναι οι μαθησιακές διαδικασίες που έχουν περιγραφεί: κλασική εξαρτημένη, συντελεστική, κοινωνική, ερεθίσματος - αντίδρασης (M.Herbert , 1998, σελ. 64-65).

3.2.1. Κλασική εξαρτημένη μάθηση

Μία από τις σημαντικότερες μορφές μάθησης θεωρείται η κλασική εξαρτημένη μάθηση. Ο πρώτος, ο οποίος ασχολήθηκε με αυτό το είδος της μάθησης, στις αρχές του περασμένου αιώνα, ήταν ο Ρώσος φυσιολόγος Ι. Ραβλόν. Ο Ι.Ραβλόν πραγματοποιούσε πειράματα με σκοπό να μελετήσει τη λειτουργία των αυτόματων αντανακλαστικών στα ζώα. Σε κάποιο από τα πειράματά του, παρατήρησε πως η ταυτόχρονη επαναληπτική παρουσίαση δύο διαφορετικών ερεθισμάτων, ενός φυσικού και ενός ουδέτερου, είχε ως αποτέλεσμα να συνδεθούν μεταξύ τους και να προκαλούν την ίδια αντίδραση.

Συνεχιστής της θεωρίας του Ι.Ραβλόν υπήρξε ο Αμερικάνος ψυχολόγος J.Watson, ο οποίος χαρακτηρίστηκε ως ο ιδρυτής του συμπεριφορισμού. Ο J.Watson τόνισε την σπουδαιότητα της κλασικής εξαρτημένης μάθησης και τη συνεισφορά της, τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπευτική αντιμετώπιση της «προβληματικής» συμπεριφοράς. Χαρακτηριστικό είναι το πείραμά του με τον Albert, ένα βρέφος 11 μηνών. Με το πείραμα αυτό, προσπάθησε να αποδείξει ότι ακόμη και οι συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως για παράδειγμα ο φόβος, είναι αποτέλεσμα εξαρτημένης αντανακλαστικής μάθησης. Δηλαδή, είναι αντιδράσεις του οργανισμού σε φυσικά και εξαρτημένα ερεθίσματα, σύμφωνα με τον τύπο: ερέθισμα-αντίδραση (Ι.Παρασκευόπουλος,1988, σελ.67-68, Ι.Παρασκευόπουλος, 1985, τομ.1, σελ.43-45).

3.2.2. Συντελεστική μάθηση

Μια ακόμη μορφή μάθησης είναι η συντελεστική, την οποία εισήγαγε και μελέτησε διεξοδικά ο Αμερικάνος ψυχολόγος B.F.Skinner. Η συντελεστική μάθηση μελετά τη σχέση μεταξύ των αντιδράσεων του ατόμου και των γεγονότων του περιβάλλοντος. Υποστηρίζει πως από όλες τις αυθόρμητες αντιδράσεις που παράγει ένα άτομο επενεργώντας στο περιβάλλον του, αυτές τις οποίες ακολουθεί ένα ευχάριστο αποτέλεσμα, έχουν την τάση να επαναλαμβάνονται με μεγαλύτερη συχνότητα, σε αντίθεση με αυτές, τις οποίες ακολουθεί ένα δυσάρεστο αποτέλεσμα. Αυτό σημαίνει πως κάθε αντίδρασή μας καθορίζεται από τις συνέπειές της (I. Παρασκευόπουλος, 1988, τομ.1, σελ 46, M. Herbert, 1998, σελ 79).

Κάθε είδους γεγονός ή ερέθισμα του περιβάλλοντος που επηρεάζει τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται μια συγκεκριμένη αντίδραση, ονομάζεται ενισχυτής. Οι ενισχυτές μπορεί να έχουν πολλές μορφές, καλύπτοντας διαφόρων ειδών ανάγκες: υλικές αμοιβές (δώρα, χρήματα κ.λ.π.), ειδικά προνόμια και δικαιώματα, κοινωνικές αμοιβές (έπαινοι, επιδοκίμασιες κ.λ.π.).

Έτσι, η ενίσχυση μπορεί να είναι πρωτογενής, όταν ικανοποιεί άμεσα μια βασική ανάγκη του ατόμου, όπως για παράδειγμα η ανάγκη για νερό, για τροφή, κ.λ.π. ή δευτερογενής, όταν ικανοποιεί έμμεσα μια βασική ανάγκη και αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εξασφάλιση πρωτογενούς ενίσχυσης. Τα χρήματα, για παράδειγμα, αποτελούν δευτερογενή ενίσχυση, γιατί μέσω αυτών μπορούμε να έχουμε κάποια πρωτογενή ενίσχυση όπως τροφή κ.λ.π.

Επίσης υπάρχει θετική και αρνητική ενίσχυση. Θετική ενίσχυση έχουμε όταν εμφανίζεται κάποιο ευχάριστο ερέθισμα-γεγονός, ενώ αρνητική όταν απομακρύνεται ένα δυσάρεστο ερέθισμα-γεγονός. Για παράδειγμα, ένα παιδί αρχίζει να μελετάει σκληρά είτε για να ακούσει κολακευτικά σχόλια (θετική ενίσχυση), είτε για να αποφύγει τα επιτιμητικά σχόλια (αρνητική ενίσχυση). Πολλές φορές ταυτίζεται, από την μια η θετική ενίσχυση με την αμοιβή και από την άλλη η αρνητική ενίσχυση με την τιμωρία. Κάτι τέτοιο, όμως, δεν είναι σωστό, αφού τόσο η θετική όσο και η αρνητική ενίσχυση αποτελούν ένα είδος αμοιβής. Αποσκοπούν στη συχνότερη εμφάνιση μιας αντίδρασης. Αντιθέτως, η τιμωρία σαν σκοπό έχει τη μείωση της εμφάνισης μιας ανεπιθύμητης αντίδρασης. Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί πως όταν η τιμωρία επιβάλλεται αμέσως μετά την εμφάνιση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, είναι περισσότερο αποτελεσματική.

Μία ακόμη διάκριση που μπορούμε να κάνουμε είναι σε συνεχή και μερική ενίσχυση. Συνεχής ενίσχυση είναι η συστηματική ανταμοιβή κάθε

σωστής αντίδρασης. Μερική ενίσχυση έχουμε όταν αμοίβονται μερικές μόνο και όχι όλες οι σωστές αντιδράσεις, είτε με πρόγραμμα, είτε τυχαία.

Τέλος αναφέρεται η άμεση ενίσχυση, η οποία πραγματοποιείται αμέσως μετά την εμφάνιση της επιθυμητής συμπεριφοράς, και η καθυστερημένη ενίσχυση που πραγματοποιείται αφού περάσει ένα χρονικό διάστημα από την εμφάνιση της επιθυμητής συμπεριφοράς (Ι. Παρασκευόπουλος, 1988, σελ 71-73, Μ. Herbert, 1998, σελ 79).

Ο Β. F. Skinner αναφέρει χαρακτηριστικά πως οι διάφορες ενέργειες και μορφές συμπεριφοράς των παιδιών είναι δυνατόν να περιγραφούν ως μία σειρά ενισχυτικών γεγονότων. Βέβαια αυτό δεν αποτελεί καινούριο στοιχείο για τους γονείς, οι οποίοι ανέκαθεν χρησιμοποιούσαν ποικίλες μορφές ενίσχυσης, προκειμένου το παιδί τους να αποκτήσει μια επιθυμητή συμπεριφορά. Πολλές φορές όμως, άθελά τους, ενισχύουν τη συμπεριφορά που θέλουν να περιορίσουν. Στη συνέχεια αναφέρεται ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα θετικής ενίσχυσης «προβληματικής» συμπεριφοράς.

Περιγράφει την περίπτωση ενός πεντάχρονου αγοριού, το οποίο ήταν ανυπάκουο και είχε συνεχείς εκρήξεις οργής. Πετούσε αντικείμενα σε ανθρώπους που βρισκόταν γύρω του, έσκιζε τα ρούχα του, έβριζε, εξαγριωνόταν με την παραμικρή απογοήτευση, απαιτώντας τη συνεχή προσοχή των άλλων. Η ψυχολογική εξέταση που του έγινε έδειξε πως επρόκειτο για ένα παιδί με οριακή νοημοσύνη και έντονη υπερκινητικότητα (διαγνώστηκε ελαφρά εγκεφαλική βλάβη). Από την παρατήρηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρας και παιδιού προέκυψε πως τις περισσότερες από τις ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς που εμφάνιζε το παιδί, τις συντηρούσε η διαφορετική προσοχή που έδειχνε η μητέρα προς αυτές. Όταν, δηλαδή, αυτό συμπεριφερόταν επιθετικά, η μητέρα προσπαθούσε να του εξηγήσει γιατί δεν πρέπει να συμπεριφέρεται έτσι κ.λ.π. Η «προβληματική» συμπεριφορά που επιδείκνυε το παιδί του εξασφάλιζε την προσοχή της μητέρας του. Στο συγκεκριμένο παράδειγμα, φαίνεται καθαρά πως οι μορφές συμπεριφοράς που έχουν ευχάριστες συνέπειες, τείνουν να επαναλαμβάνονται, ενισχύονται (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 1, σελ 46-47, Μ. Herbert, 1998, σελ 82).

3.2.3. Κοινωνιογνωστική μάθηση

Ο Α. Bandura και οι συνεργάτες του ασχολήθηκαν εκτενώς με αυτό το είδος μάθησης και το ρόλο που διαδραματίζει στην αλλαγή της συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τις μελέτες τους, υπάρχουν δύο έννοιες σχετικές με τη δομή της προσωπικότητας, η έννοια του εαυτού και η έννοια των στόχων. Η έννοια του εαυτού αφορά μια σειρά γνωστικών διεργασιών, όπου η αυτογνωσία και οι

μηχανισμοί αυτοελέγχου (αυτοενίσχυση, αυτοτιμωρία), θεωρούνται σημαντικοί μεσολαβητικοί παράγοντες ανάμεσα στο ερέθισμα και την αντίδραση. Από την άλλη, οι στόχοι έχουν σχέση με την ικανότητα των ατόμων να μπορούν να προβλέπουν καταστάσεις και να συμπεριφέρονται έχοντας την πρόθεση να επιτύχουν κάποια αποτελέσματα συμπεριφοράς.

Βασική θέση στη θεωρία της κοινωνιογνωστικής μάθησης κατέχουν και δύο μηχανισμοί, της κοινωνικής μάθησης και της αυτορύθμισης, με τους οποίους εξηγείται η αντίδραση του ατόμου στα διάφορα ερεθίσματα (Φ.Μόττη - Στεφανίδη, 1989, τομ. 8, σελ. 4526).

Η κοινωνική μάθηση υποστηρίζει πως ένα άτομο μπορεί να μάθει πλήθος συμπεριφορών παρατηρώντας απλά τη συμπεριφορά άλλων ατόμων. Όμως, το γεγονός ότι μαθαίνει μια μορφή συμπεριφοράς δεν σημαίνει απαραίτητα ότι την εκτελεί, τη μιμείται.

Αυτή η μορφή μάθησης, η κοινωνική, πραγματοποιείται σε δύο φάσεις, τη φάση της απόκτησης της συμπεριφοράς και την φάση της έμπρακτης εκτέλεσής της. Κατά την πρώτη φάση, το άτομο παρακολουθεί το πρότυπο να πραγματοποιεί μια συγκεκριμένη αντίδραση, χωρίς όμως το ίδιο να προχωρά σε κάποια σχετική αντίδραση. Το άτομο, δηλαδή, αποθηκεύει αυτές τις παθητικές αντιληπτικές εμπειρίες, ως μνημονικές παραστάσεις και μπορεί να τις χρησιμοποιήσει αν πάσα στιγμή. Στη δεύτερη φάση προχωράει στην εκτέλεση της συμπεριφοράς μιμούμενο το πρότυπο και σύμφωνα με την μνημονική παράσταση που αποθήκευσε στην προηγούμενη φάση. (Ι. Παρασκευόπουλος, 1998, σελ. 77).

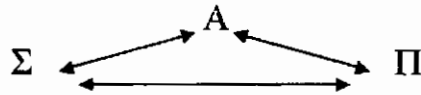
Η μίμηση προτύπων είναι συνήθως συνάρτηση ορισμένων παραγόντων, όπως για παράδειγμα των χαρακτηριστικών του προτύπου, του είδους των συνεπειών που συνοδεύει την πράξη, του είδους της πράξης, της διάθεσης του παιδιού να μιμηθεί συγκεκριμένες πράξεις κ.λ.π.) (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 1, σελ. 48).

Ο μηχανισμός της αυτορύθμισης με την σειρά του, συμβάλλει και αυτός στη διατήρηση, ρύθμιση και εκτέλεση συμπεριφορών που έχει μάθει το άτομο. Είναι γεγονός ότι δε ρυθμίζει κάποιος τη συμπεριφορά του, λαμβάνοντας υπόψη του μόνο κάποιες εξωτερικές συνέπειές της, όπως για παράδειγμα την αμοιβή ή την τιμωρία, αλλά και ορισμένες εσωτερικές λειτουργίες, όπως την αυτοτιμωρία ή την αυτοενίσχυση (Φ.Μοττη-Στεφανίδη, 1989, τομ.8, σελ. 4526-4527).

Όσον αφορά τη βάση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, οι θεωρητικοί αυτού του είδους της μάθησης, αρχικά είχαν διατυπώσει την άποψη ότι η συμπεριφορά είναι συνάρτηση του ατόμου και του περιβάλλοντος που παρουσιάζονται σαν δύο ανεξάρτητα σύνολα ($\Sigma = F(A, \Pi)$), (Σ = συμπέρασμα, A = άτομο, Π = περιβάλλον). Αυτοί οι δύο παράγοντες όμως δεν μπορούν να είναι ανεξάρτητοι, αφού οι άνθρωποι με τις πράξεις τους επηρεάζουν το περιβάλλον και αυτό με

την σειρά του, με αντίστροφη αντίδραση, αλλάζει τη συμπεριφορά, μέσω μιας συνεχούς αλληλεπίδρασης (αμφίδρομη σχέση) : ($\Sigma = F(A, \Pi)$).

Και εδώ, όμως, η συμπεριφορά εμφανίζεται σαν ένα απλό αποτέλεσμα αυτής της αμφίδρομης σχέσης και όχι σαν μια συμμεταβλητή με ενεργό χαρακτήρα, γι' αυτό και προτείνετε ο σχηματισμός :



Αυτοί οι αλληλοσυνδεόμενοι παράγοντες παίζουν, ανάλογα με την εσωτερική ή εξωτερική κατάσταση, μια ο ένας μια ο άλλος, πρωτεύοντα ρόλο. Έτσι, κατά την κοινωνιογνωστική θεωρία της μάθησης, η συμπεριφορά του ανθρώπου δε διαμορφώνεται, ούτε από «εσωτερικές δυνάμεις», ούτε από ερεθίσματα του περιβάλλοντος, αλλά η συνεχής αλληλεπίδραση των τριών παραγόντων Σ, A, Π , αποτελεί τη «μορφοποιό δύναμη» (Α. Καλατζή- Αζίζι, 1998, σελ. 16-17).

Τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάζει στη συμπεριφορά του το άτομο, είναι αποτέλεσμα δυσλειτουργικής μάθησης, συνήθως κάποιου ανεπαρκούς ή «άρρωστου» προτύπου. Οι θεωρητικοί αυτής της μορφής μάθησης πιστεύουν ότι σπουδαίο ρόλο σε διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας παίζουν η αρνητική αυτογνωσία και η αυτοαξιολόγηση.

Η θεραπευτική μέθοδος που εφαρμόζουν είναι η παρατήρηση προτύπου και η συμμετοχή με καθοδήγηση. Το πρότυπο δείχνει την επιθυμητή συμπεριφορά και μετά ο παρατηρητής, με την βοήθεια του ψυχολόγου, καλείται να μιμηθεί αυτή τη συμπεριφορά.

Η κοινωνιογνωστική θεωρία είναι σήμερα η πλέον αποδεκτή από τις συμπεριφοριστικές θεωρίες της προσωπικότητας. Δεν έχει πάρει την τελική της μορφή, αλλά συνεχίζει να κρατά το ερευνητικό ενδιαφέρον πολλών ψυχολόγων (Φ.Μόττη -Στεφανίδη, 1989, τομ. 8, σελ.4527).

3.2.4. Θεωρία ερεθίσματος - αντίδρασης

Σημαντικοί εκπρόσωποι αυτής της θεωρίας είναι οι Hull, Dollard και Miller. Οι θεωρητικοί αυτοί χρησιμοποιούν την έννοια της συνήθειας, εκφράζοντας την άποψη ότι η προσωπικότητα του ανθρώπου αποτελείται από μια σειρά συνηθειών που έχει μάθει ο οργανισμός. Επίσης, αναφέρονται στην ορμή, την κινητήρια δύναμη της συμπεριφοράς, όπως την αποκαλούν. Ορμή θεωρείται κάθε ερέθισμα που είναι αρκετά ισχυρό, ώστε να προκαλέσει κάποια αντίδραση από τον οργανισμό. Στόχος αυτής της αντίδρασης είναι η μείωση της

έντασης που προκαλεί η ανάγκη που δημιουργήθηκε από την ορμή. Υπάρχουν δύο είδη ορμών : οι πρωτογενείς ορμές, όπως η πείνα, η δίψα, ο πόνος κ.λ.π., οι οποίες είναι έμφυτες και οι δευτερογενείς ορμές, όπως ο φόβος, το άγχος κ.λ.π. που αποτελούν προϊόν μάθησης.

Σε αυτή τη θεωρία τονίζεται επίσης η διαδικασία με την οποία δημιουργούνται οι συνήθειες, δηλαδή, η μάθηση. Μάθηση σύμφωνα με τους Dollard και Miller είναι η ανάπτυξη σχέσης ανάμεσα σε ένα ερέθισμα και μια αντίδραση. Έτσι, όταν οι γονείς κοινωνικοποιούν το παιδί τους, προσπαθούν να το μάθουν να αντιδρά σε ορισμένα ερεθίσματα, με έναν τρόπο κοινωνικά αποδεκτό. Κάποιες από αυτές τις αντιδράσεις μπορούν να ελαττώσουν την ένταση που προκάλεσε η ορμή, αλλά ορισμένες φορές δεν είναι κοινωνικά αποδεκτές. Η κοινωνική μάθηση, λοιπόν, έχει σχέση με τις αλλαγές που γίνονται στην ιεραρχία των πιθανών αντιδράσεων του ατόμου, λόγω της ένταξης του σε ένα κοινωνικό πλαίσιο και της αλληλεπίδρασής του με άλλα άτομα. Ενίσχυση θεωρείται κάθε ερέθισμα που ενδυναμώνει τη σχέση ανάμεσα σε ένα ερέθισμα και μια αντίδραση.

Σύμφωνα με τον Hull, εξάλλου, η ορμή και η ενίσχυση που είναι αποτέλεσμα της μείωσης της έντασης, η οποία προέρχεται από την ορμή, είναι σημαντικές για την ερμηνεία διαφόρων μορφών «προβληματικής» συμπεριφοράς. Επίσης, όταν ένα άτομο μαθαίνει «προβληματικές» συμπεριφορές σημαντικό ρόλο παίζει το άγχος, αφού τις υιοθετεί προκειμένου να μειώσει το άγχος του (Φ.Μόττη -Στεφανίδη, 1989, τομ. 8, σελ.4526).

4. Σύνδρομο προβληματικής συμπεριφοράς

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, υπάρχουν συγκεκριμένες εκδηλώσεις – συμπτώματα, τα οποία χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά των «προβληματικών» παιδιών. Οι εκδηλώσεις αυτές μπορούν να ταξινομηθούν σε κατηγορίες. Κάθε κατηγορία περιλαμβάνει ομοειδή συμπτώματα και αποτελεί ένα σύνδρομο. Τέσσερα είναι τα σύνδρομα της προβληματικής συμπεριφοράς: (υπερβολική αναστολή - νεύρωση, αντικοινωνική συμπεριφορά, ψυχοσωματικό σύνδρομο, ανεπάρκεια - ανωριμότητα). Το συγκεκριμένο κεφάλαιο εξετάζει ορισμένα από τα συμπτώματα κάθε συνδρόμου.

4.1. Υπερβολική αναστολή - νεύρωση

4.1.1. Άγχος

Το άγχος είναι το δυσάρεστο συναίσθημα που σχετίζεται άμεσα με την αίσθηση ενός επικείμενου κινδύνου που δεν είναι εμφανής και προσδιορίσιμος από τον παρατηρητή (I.Marks, 2001, σελ 41). Ο Ι. Ιωαννίδης (1996) υποστηρίζει πως ίσως δεν υπάρχει άλλος όρος, ο οποίος να έχει συζητηθεί τόσο πολύ (Ι. Ιωαννίδης, 1996, τομ. Α', σελ. 120). Αποτελούσε και θα αποτελεί μέρος της ανθρώπινης φύσης, μέρος της καθημερινής μας ζωής, γι' αυτό θα πρέπει να μάθουμε να ζούμε με αυτό. Η λέξη άγχος (anxious) προέρχεται από την λατινική λέξη anxius, η οποία σημαίνει «πρόβλημα στη σκέψη» από αβέβαιη αιτία. Συνδέεται επίσης με την ελληνική λέξη άγχω που σημαίνει πιέζω σφιχτά, πνίγω (I. Marks, 2001, σελ 25).

Η επίδραση του άγχους είναι πολύ σημαντική. Αποτελεί το κοινό χαρακτηριστικό, αλλά και την κοινή πηγή όλων των νευρώσεων. Η δράση του αρχίζει από την παιδική ηλικία (Ι. Ιωαννίδης, 1996, τομ. Α', σελ. 125, Π. Χαρτοκόλλης, 1989, σελ. 89). Πολλές είναι οι καταστάσεις, οι οποίες είναι ικανές να προκαλέσουν άγχος στα παιδιά, όπως π.χ. οι σχολικές εξετάσεις. Τα περισσότερα από τα παιδιά που συμμετέχουν σε αυτές νιώθουν άγχος. Ορισμένες φορές αυτό είναι τόσο έντονο που αδυνατούν να το ελέγξουν και κυριολεκτικά «παγώνουν». Την κατάσταση όπου το άγχος δεν είναι ανάλογο κάποιας συγκεκριμένης (φανερής) αιτίας την ονομάζουμε νεύρωση.

Το άγχος ενός παιδιού μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους. Τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά, που έχουν την ικανότητα να εκφραστούν με λόγια, μιλούν για τα αρνητικά συναισθήματά τους, την ανησυχία, την ένταση, την αναστάτωση, τον εκνευρισμό. Τα μικρότερα παιδιά, τα οποία δεν είναι σε θέση να εκφράσουν το πώς νιώθουν, μπορεί να εμφανίσουν σωματικά συμπτώματα

(π.χ. πονοκέφαλος) ή κάποιες «κακές» συνήθειες (π.χ. ονυχοφαγία) (M.Herbert, 1998, σελ. 179).

Κατά τον Ι.Ιωαννίδη (1996), άγχος προκαλούν τόσο οι εξωτερικές δυσμενείς συνθήκες όσο και οι εσωτερικές συγκρούσεις. Δυσμενείς εξωτερικές συνθήκες για ένα παιδί αποτελούν, για παράδειγμα, οι σχολικές εξετάσεις. Οι εσωτερικές συγκρούσεις δεν είναι ανεξάρτητες από τις εξωτερικές συνθήκες, χωρίς όμως να συνδέονται άμεσα και αποκλειστικά με το παρόν. Εξωτερικές συνθήκες του παρελθόντος μπορεί να έχουν προκαλέσει μια σημερινή εσωτερική σύγκρουση, η οποία δημιουργεί άγχος (Ι. Ιωαννίδης, 1996, τομ. Α', σελ. 124).

Για τους ψυχαναλυτές η αιτία του άγχους είναι τα καταπιεσμένα συναισθήματα. Για παράδειγμα, ένα παιδί είναι δυνατόν να νιώθει άγχος, εξαιτίας των αρνητικών συναισθημάτων που έχει για το νέο μέλος της οικογένειάς του. Τα συναισθήματα αυτά τα καταπιέζει, είτε γιατί δεν είναι σε θέση να τα εκφράσει, είτε για να μην αναστατώσει τους γονείς του. Το αποτέλεσμα και στις δύο περιπτώσεις, είναι η ένταση και η εσωτερική σύγκρουση που αναπτύσσει το παιδί (M.Herbert, 1998, σελ. 179).

Παρά το γεγονός ότι θεωρούμε το άγχος ένα δυσάρεστο συναίσθημα, αυτό έχει και τη θετική του πλευρά. Μας κρατάει σε εγρήγορση, σε ετοιμότητα, όχι μόνο για να αντιμετωπίσουμε μια απειλή ή μια δύσκολη κατάσταση, αλλά και για να αποδώσουμε πιο αποτελεσματικά (I.Marks, 2001, σελ. 33). Το άγχος μπορεί να δώσει σε ένα παιδί κίνητρα. Αν δε νιώθει άγχος να ευχαριστήσει τους γονείς του και τον ίδιο του τον εαυτό, δύσκολα θα συγκεντρώσει την προσοχή του στη σχολική εργασία. Όλα αυτά βέβαια αφορούν την ύπαρξη ενός μικρού ποσοστού άγχους, μιας «ευνοϊκής ποσότητας» (M.Herbert, 1998, σελ. 180).

Όταν το άγχος ξεπερνάει κάποια όρια, ή διαρκεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα, όχι μόνο δεν είναι ωφέλιμο, αλλά αντίθετα μπορεί να αποδειχθεί καταστροφικό, να οδηγήσει στην κατάρρευση. Τα παιδιά σχολικής ηλικίας με υπερβολικό άγχος, αποδεδειγμένα έχουν χαμηλότερη επίδοση από τα μη αγχώδη παιδιά. Τα μεγάλα ποσοστά άγχους διαταράσσουν τις σύνθετες πνευματικές εργασίες, οι οποίες εκτελούνται σε μια σχολική τάξη (M.Herbert, 1998, σελ. 180). Επιπλέον, εμποδίζονται και οι σχέσεις του παιδιού με τους γύρω του, συνομηλίκους και ενηλίκους. Το άγχος εξαιτίας ενός απροσδιόριστου κινδύνου, δεν αφήνει το παιδί να νιώσει οικεία σ' ένα περιβάλλον. Αντίθετα, το αναγκάζει να κρατά μια εχθρική στάση απέναντι σ' αυτό (Ι. Ιωαννίδης, 1996, τομ.Β', σελ. 121). Τα παιδιά με υπερβολικό άγχος δεν είναι καθόλου δημοφιλή ανάμεσα στους συνομηλίκους τους και έχουν συνήθως κακή εικόνα του εαυτού τους. Ο M.Herbert (1998) αναφέρει την εξάρτηση ως ένα ακόμη χαρακτηριστικό στα αγχώδη παιδιά και ιδιαίτερα στα αγχώδη αγόρια. Μερικά ακόμη χαρακτηριστικά των παιδιών με έντονο άγχος, είναι η έλλειψη αυθορμητισμού, η αναποφασιστικότητα, η επιφυλακτικότητα (M.Herbert, 1998, σελ. 180).

4.1.1.1. «Κακές» συνήθειες των παιδιών

Τα παιδιά δεν εκφράζουν άμεσα στην έκδηλη συμπεριφορά τους τα συναισθήματά τους. Παρόλα αυτά, εύκολα θα μπορούσαμε να εντοπίσουμε τα άγχη τους στην υπερένταση, στην αδιάκοπη ανησυχία, στην υπερκινητικότητα, στις διαταραχές της ομιλίας, στην ονειροπόληση, στην απώλεια όρεξης, στην παλινδρόμηση σε μορφές συμπεριφοράς της βρεφικής ηλικίας, καθώς και σε «ιδιόρρυθμους νευρικούς μανιερισμούς», όπως για παράδειγμα το πιπίλισμα του αντίχειρα, η ονυχοφαγία κ.λ.π.

Είναι συνηθισμένο φαινόμενο, την ώρα που τα παιδιά παρακολουθούν στην τηλεόραση σκηνές τρόμου ή έντασης να τρώνε τα νύχια τους, να πιπλίζουν τον αντίχειρά τους, να τραβούν τα μαλλιά τους, να τσιμπούν το δέρμα τους κ.λ.π. Αυτού του είδους οι εκδηλώσεις χαρακτηρίζονται φυσιολογικές - λειτουργικές γιατί μειώνουν την εσωτερική ένταση που δοκιμάζει το παιδί. Μπορεί όμως να εκδηλώνονται χωρίς να υπάρχει σαφής αιτία και να είναι έντονες και επίμονες. Σε αυτή την περίπτωση, ίσως αποτελούν μέρος κάποιου σοβαρού προβλήματος, του οποίου χρειάζεται να προσδιοριστεί η αιτία. Οι ψυχολόγοι ονομάζουν τις συνήθειες αυτές συνήθειες εκτόνωσης της εσωτερικής έντασης ή συνήθειες εσωτερικής χαλάρωσης. Σε αντίθεση με τα παιδιά, οι ενήλικες κρύβουν αυτές τις συνήθειες εσωτερικής χαλάρωσης ή προσπαθούν να βρουν άλλες κοινωνικά αποδεκτές (καπνίζουν, μασούν τσίκλα κ.λ.π.) (M.Herbert, 1998, σελ. 181).

Ακολουθεί η περιγραφή ορισμένων συνηθειών εκτόνωσης της εσωτερικής έντασης: α) το πιπίλισμα του αντίχειρα, β) η ονυχοφαγία, γ) τα τικ

α. Το πιπίλισμα του αντίχειρα

Τα νεογέννητα είναι εντελώς φυσιολογικό να πιπλίζουν το δάχτυλό τους. Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί ότι αμέσως μετά την έξοδό τους από την μητρική κοιλιά έχουν κοκκινισμένο αντίχειρα, γιατί το βύζαιναν πριν ακόμα γεννηθούν (I.Κούρος -Μ.Ρώτα, 1996, σελ. 27). Πρόκειται για ένα συνηθισμένο αναπτυξιακό φαινόμενο. Παρουσιάζεται στο 1/3 περίπου των παιδιών μεταξύ 2^{ου} και 7^{ου} έτους (B. Lask, 1986, σελ. 43). Η γένεση και διατήρηση αυτής της συνήθειας μπορεί να εξηγηθεί με βάση τη θεωρία της μάθησης. Στο βρέφος την εσωτερική ένταση της πείνας ακολουθεί ο θηλασμός (είτε από το στήθος της μητέρας, είτε από το μπιμπερό). Τη λήψη της τροφής ακολουθεί η ροή σάλιου και τελικά τη μείωση της πείνας. Το βρέφος φέρνει συχνά το δάχτυλό του στο

στόμα του και το πιπιλίζει ως υποκατάστατο της ρώγας (M.Herbert, 1998, σελ. 183).

Πολλά είναι τα παιδιά που εξακολουθούν να πιπιλίζουν τον αντίχειρά τους μέχρι την ηλικία των 4 ετών περίπου. Αυτό συμβαίνει κυρίως την ώρα που πέφτουν για ύπνο, όταν πλήττουν, όταν είναι κουρασμένα ή αδιάθετα.

Η διατήρηση της συνήθειας αυτής, μετά την ηλικία των 6 ετών, δε σημαίνει απαραίτητα πως υπάρχει σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα. Παρόλα αυτά, οι γονείς χρειάζεται να είναι προσεκτικοί. Το χρόνιο και υπέρμετρο πιπίλισμα του αντίχειρα ίσως να σημαίνει ότι το παιδί νιώθει αρκετή ένταση ή ανασφάλεια ή δεν απολαμβάνει αρκετή αποδοχή από τους γονείς του. Μπορεί για παράδειγμα, ένα παιδί να παρουσιάζει δυσκολίες μάθησης και να αντιμετωπίζεται από τους γονείς του με υπερβολική αυστηρότητα (τιμωρίες, αύξηση των ωρών μελέτης, στέρηση του παιχνιδιού). Με αυτό τον τρόπο, το παιδί οδηγείται σε μια υποσυνείδητη επιστροφή στη νηπιακή ηλικία, προκειμένου να ξεφύγει από τις σχολικές δυσκολίες. Αυτή η επιστροφή εκδηλώνεται με τον θηλασμό του δακτύλου. Σε αυτή την περίπτωση, οι γονείς χρειάζεται να δείξουν κατανόηση και να προσαρμόσουν τις απαιτήσεις τους στις ικανότητες του παιδιού (I.Κούρας - Μ.Ρώτα, 1996, σελ. 28). Η συγκεκριμένη συνήθεια αποτελεί ένα είδος αυτοπαρηγοριάς. Πολλά παιδιά, επίσης, χρησιμοποιούν το πιπίλισμα του αντίχειρα για να εκφράσουν την αντίθεση ή τη δυσφορία τους. Γνωρίζουν ότι η συνήθεια αυτή εξοργίζει τους γονείς τους. Τη χρησιμοποιούν προκειμένου να προκαλέσουν το θυμό των γονιών τους και με τον τρόπο αυτό ικανοποιούνται και ανακουφίζονται από τις εντάσεις που έχουν συσσωρεύσει.

Συνήθως, οι γονείς ανησυχούν υπερβολικά για το πιπίλισμα του αντίχειρα. Ο μεγαλύτερος φόβος τους έχει να κάνει με την παραμόρφωση της οδοντοστοιχίας και του σχήματος του στόματος του παιδιού. Καταβάλλουν αγωνιώδεις και τις περισσότερες φορές αναποτελεσματικές προσπάθειες προκειμένου να «κόψουν» αυτή την συνήθεια. Καταφεύγουν στην τιμωρία, στα αποστροφικά σκευάσματα (δηλ. αλείφουν τον αντίχειρα με κάτι που έχει πικρή γεύση), στη στέρηση των προνομίων, στις επικρίσεις. Με τις μεθόδους που χρησιμοποιούν είναι πολύ πιθανό να επιτείνουν αντί να εξαλείψουν την ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Το σημαντικότερο όμως είναι ότι μπορεί να διαταράξουν την καλή σχέση που έχουν με το παιδί τους.

Μπορούν απλά να ζητάνε από το παιδί να κάνει κάποιο θέλημα ή να το κρατούν απασχολημένο, με μια ευχάριστη δραστηριότητα, κάθε φορά που το βλέπουν με το χέρι στο στόμα. Μια μέθοδος που μπορεί να περιορίσει δραστικά τη συγκεκριμένη συνήθεια είναι η αρνητική ενίσχυση. Μπορεί για παράδειγμα, να διακόπτεται προσωρινά το αγαπημένο τηλεοπτικό πρόγραμμα που παρακολουθεί το παιδί, κάθε φορά που βάζει στο στόμα του τον αντίχειρα. Οι

γονείς μπορούν επίσης να τροποποιήσουν την ανεπιθύμητη συμπεριφορά του παιδιού τους σε επιθυμητή, χρησιμοποιώντας τις αμοιβές. Θα κάνουν μια συμφωνία με το παιδί. Αν αυτό κατορθώσει να μη βάλει το δάχτυλο στο στόμα, για κάποιο χρονικό διάστημα, κάτι θα «κερδίσει».

Απώτερος στόχος βέβαια είναι να περάσει το παιδί από τις εξωτερικές αμοιβές στις εσωτερικές ενισχύσεις, οι οποίες είναι αυτοσυντηρούμενες. Αυτό σημαίνει ότι όταν καταφέρει να ελέγξει, έστω και μια φορά, το πιπίλισμα του αντίχειρα θα νιώσει εσωτερική ικανοποίηση και θα προσπαθήσει να διατηρήσει αυτή την επιτυχία (M.Herbert, 1998, σελ. 185).

Οι γονείς δεν πρέπει να ξεχνούν ότι η στάση τους θα παίζει σημαντικό ρόλο στη διακοπή αυτής της «κακιάς» συνήθειας.

β. Η ονυχοφαγία

Πρόκειται για μια από τις πιο κοινές συνήθειες, την οποία δοκιμάζει σε κάποια στιγμή της ζωής του το 30% περίπου των παιδιών σχολικής ηλικίας. Αναφερόμαστε βέβαια στο επίμονο και συνεχές δάγκωμα των νυχιών (B.Lask, 1986, σελ. 43). Η συνήθεια αυτή εμφανίζεται τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια και η ένταση της κορυφώνεται στην ηλικία των 11-13 ετών (Ι. Κούρος-Μ.Ρώτα, 1996, σελ. 29).

Χωρίς την ύπαρξη άλλων συμπτωμάτων, δεν μπορούμε να τη θεωρήσουμε ως ένδειξη σοβαρού συναισθηματικού προβλήματος. Μάλλον, αποτελεί τρόπο έκφρασης της έντασης (M.Herbert, 1998, σελ. 182, Γιαννικόπουλος, 1984, σελ. 296). Πέρα από την άποψη, η οποία δέχεται τη ονυχοφαγία ως χαρακτηριστικό μιας αγχώδους προσωπικότητας, υπάρχουν και άλλες απόψεις. Μια από αυτές περιγράφει την ονυχοφαγία ως εκδήλωση απωθημένης επιθετικότητας. Την επιθετικότητα αυτή συνοδεύουν συναισθήματα ενοχής, οπότε αυτή επιστρέφει ως αυτοτιμωρία και μαζοχισμός στο σώμα του ατόμου (Ι Κούρος- Μ.Ρώτα, 1996, σελ 30).

γ. Τα τικ

Τικ ονομάζονται οι απότομες, σύντομης διάρκειας, συχνά επαναλαμβανόμενες ακούσιες κινήσεις. Οι κινήσεις αυτές δεν μπορούν να ελεγχθούν από το παιδί (Ι.Κούρος- Μ.Ρώτα, 1996, σελ 37). Περίπου το 5% των παιδιών ηλικίας 4-12 ετών υποφέρουν από τικ. Τα τικ εμφανίζονται πιο συχνά στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια (B.Lask, 1986, σελ. 44).

Δεν υπάρχει μέρος του σώματος, το οποίο να μην αποτελεί χώρο ανάπτυξης ενός τικ. Συνήθως όμως εμφανίζονται στο πρόσωπο και τον τράχηλο. Οι μορφές που μπορούν να πάρουν είναι πάρα πολλές και περιλαμβάνουν: απότομη κίνηση ή νεύμα της κεφαλής, ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων, συνοφρύωση του μετώπου, μορφασμούς του προσώπου, μετακίνηση της γωνίας του στόματος, εισπνευστική κίνηση, κίνηση καθαρισμού του φάρυγγα, κίνηση φτυσίματος, κατάποση, εκτίναξη των ώμων, των χεριών ή των ποδιών κ.λ.π. Ένα άτομο είναι δυνατόν να εμφανίζει περισσότερα από ένα τικ, είτε ταυτόχρονα είτε όχι (Ι.Κούρος- Μ.Ρώτα, 1996, σελ 37).

Όταν τα τικ έχουν κάποια βιολογική αιτία μπορούν να ελεγχθούν με ιατροφαρμακευτικές μεθόδους. Συνήθως όμως τα αίτια τους είναι ψυχολογικά. Σε αυτή την περίπτωση αποτελούν ένδειξη κάποιας εσωτερικής έντασης. Τα παιδιά που έχουν τικ είναι κατά κανόνα ανήσυχα, ευαίσθητα, υπερφιλόδοξα, αλαζονικά, ευερέθιστα, κουράζονται εύκολα, είναι δειλά, έχουν αναστολές και οι γονείς τους τα εξουσιάζουν και τα τιμωρούν αυστηρά. Αλλαγές και σημαντικά για την ζωή του παιδιού γεγονότα μπορούν να αποτελέσουν το έναυσμα για την εμφάνιση ενός τικ.

Η θεραπεία τους είναι δύσκολη και τα αποτελέσματα της θα εξαρτηθούν από την σοβαρότητα εμπλοκής των μυών. Πολλά από το τικ είναι παροδικά ή εξαφανίζονται μετά από ανάπαυση ή χαλάρωση των μυών. Σε άλλες όμως περιπτώσεις απαιτείται μακροχρόνια θεραπευτική αγωγή (ψυχοθεραπεία-φαρμακοθεραπεία).

Οι γονείς θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι παρατηρήσεις και οι συμβουλές τους επιδεινώνουν την κατάσταση, κάνοντας το παιδί να νιώθει αμηχανία και ντροπή. Γι' αυτό κρίνεται σκόπιμο να ζητήσουν τη βοήθεια ενός ειδικού, προκειμένου να εντοπισθούν οι αιτίες, οι οποίες διατηρούν και ενισχύουν τα συμπτώματα (Μ.Herbert, 1998, σελ. 187).

Τα τικ μπορεί να συνοδεύονται και από νυχτερινούς εφιάλτες, φόβο για το σκοτάδι, άσθμα κ.λ.π. (Ι.Κούρος -Μ. Ρώτα, 1996, σελ. 36-38).

4.1.2. Φόβοι

« Φόβος είναι η συναισθηματική αντίδραση σε κάποιο πραγματικό ή αναμενόμενο κίνδυνο. Είναι μια σφοδρή αρνητική θυμική αντίδραση, μια αφιθυμία, προς αντικείμενα, πρόσωπα ή καταστάσεις που αποτελούν απειλή-κίνδυνο για την ψυχοσωματική υπόσταση του ατόμου» (Ι.Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 2, σελ. 130).

Πρόκειται για μια φυσική αντίδραση προσαρμογής, η οποία αναφέρεται στην ετοιμότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει καταστάσεις ανάγκης (Μ.Herbert,

1998, σελ. 165). Το αίσθημα του φόβου δημιουργεί διαταραχές στις πράξεις ενός προσώπου και σωματικές αλλαγές, που γίνονται αντιληπτές όχι μόνο από το ίδιο και από τους άλλους. Συμπτώματα όπως η ταχυκαρδία, η εφίδρωση των χεριών, τα ρίγη κ.λ.π. παρατηρούνται λόγω της αλλαγής στη χημεία του σώματος (I.Marks , 2001, σελ. 28).

Όταν κάποιος κίνδυνος γίνεται αντιληπτός ή αναμένεται, ένα μήνυμα φτάνει στα κέντρα του υποθάλαμου του εγκεφάλου, ο οποίος αυτόματα εκπέμπει ένα σήμα συναγερμού. Ο συναγερμός αυτός ονομάζεται αντίδραση «πάλη - φυγή» (fight –flight reaction), κρατά τον οργανισμό σε εγρήγορση και είναι ουσιαστικός για την επιβίωση του ατόμου. Ο συγκεκριμένος αμυντικός μηχανισμός έσωσε και τους προγόνους μας, οι οποίοι ζώντας σε σπηλιές ερχόταν αντιμέτωποι με πολλούς κινδύνους. Τους βοηθούσε να αντιδράσουν πολύ γρήγορα, να επιτεθούν ή να τραπούν σε φυγή (M.Herbert, 1998, σελ. 165).

Αυτός ο εγγενής μηχανισμός ελέγχεται από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (ΑΝΣ), το οποίο αποτελείται από δύο υποσυστήματα, το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα (ΣΝΣ) και το Παρασυμπαθητικό Νευρικό Σύστημα (ΠΝΣ). Το πρώτο απελευθερώνει ενέργεια (αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη) και ετοιμάζει τον οργανισμό για δράση, ενώ το δεύτερο επαναφέρει το σώμα στην αρχική του κατάσταση.

Ο φόβος μπορεί να προκαλέσει είτε αναστολή, είτε επιτάχυνση σε κάποιες από τις λειτουργίες του οργανισμού. Παρατηρούνται συμπτώματα όπως: ερεθιστικότητα και επιθετικότητα, επιθυμία για κλάμα, φυγή, χλόμιασμα, σήκωμα των τριχών του κεφαλιού, εφίδρωση, διαστολή της κόρης του ματιού, αύξηση των παλμών της καρδιάς και της δύναμης αυτών, αύξηση της πίεσης του αίματος ,συστολή και υπεραιμάτωση των μυών, τρέμουλο, σφίξιμο στο στομάχι, λαχάνιασμα, ξηρότητα του στόματος και του λαιμού, ναυτία, σφίξιμο στο στήθος, συσπάσεις της ουροδόχου κύστης και του πρωκτού, δυσκολία στην αναπνοή, μούδιασμα των άκρων (χειριών - ποδιών), αίσθηση πως χάνεται η ισορροπία.

Οι συγκεκριμένες αντιδράσεις του σώματος είναι ιδιαίτερα χρήσιμες όταν υπάρχει κίνδυνος. Όταν όμως οι εντάσεις που τις προκαλούν συνεχίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα, αυτές οι σωματικές αντιδράσεις γίνονται παθολογικές (I.Marks, 2001, σελ. 29). Στην περίπτωση που παρουσιάζονται χωρίς να υπάρχει εμφανής αιτία τις ονομάζουμε κρίσεις άγχους. Οι κρίσεις αυτές είναι κοινές, τόσο για τους ενήλικες όσο και για τα παιδιά (M.Herbert, 1998, σελ. 167).

4.1.2.1. Παιδικοί φόβοι

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο φόβος θεωρείται μια φυσιολογική αντίδραση μπροστά σε έναν ορατό και συγκεκριμένο κίνδυνο ή απειλή. Οι παιδικοί φόβοι είναι συχνοί και θεωρούνται ως ένα σημείο φυσιολογικού. Σε έρευνα που έγινε για την μελέτη της «προβληματικής» συμπεριφοράς «φυσιολογικών» παιδιών, διαπιστώθηκε πως το 90% αυτών είχαν διάφορους φόβους. Οι φόβοι των παιδιών είναι συνήθως παροδικοί. Εμφανίζονται σε μια συγκεκριμένη ηλικία, όταν το παιδί έρχεται αντιμέτωπο με μια ορισμένη κατάσταση για πρώτη φορά, αλλά ξεπερνιούνται σχετικά εύκολα, χωρίς να εμποδίζουν της φυσιολογική του ανάπτυξη. (M. Herbert, 1998, σελ. 169).

Η ανάπτυξη των φόβων στα παιδιά ασφαλώς επηρεάζεται από τις προσωπικές τους εμπειρίες και από το περιβάλλον, με το οποίο αλληλεπιδρούν. Υπάρχουν όμως και φόβοι οι οποίοι είναι εγγενείς, ενστικτώδεις. Ακόμη και ο Watson, ο οποίος δεν παραδέχεται την ύπαρξη έμφυτων καταβολών στον άνθρωπο, αναγνώρισε πως ο φόβος είναι ένα από τα τρία έμφυτα στοιχεία του. Τα άλλα δύο είναι η τρυφερότητα και η συγκίνηση. Δύο συνθήκες, οι οποίες ενστικτωδώς προκαλούν φόβο στα παιδιά είναι ο έντονος και ξαφνικός θόρυβος και η απώλεια της ισορροπίας (I.Παρασκευόπουλος, 1985, том. 2, σελ. 132, I. Ιωαννίδης, 1996, том. Α, σελ. 113).

Ο πρώτος φόβος στα παιδιά εμφανίζεται γύρω στον 6^ο-7^ο μήνα της ζωής τους. Είναι ο φόβος του αποχωρισμού από την μητέρα και συνοδεύεται από το φόβο για τα ξένα πρόσωπα. Εκείνο το διάστημα, το παιδί αρχίζει να έχει σαφή εικόνα της μητέρας και να διακρίνει τα οικεία πρόσωπα της οικογένειάς του. Κάθε άγνωστο πρόσωπο προκαλεί φόβο στο παιδί, το οποίο αντιδρά με κλάμα. Ο φόβος για τα άγνωστα πρόσωπα δείχνει καθαρά ότι το άγνωστο, το παράξενο, το πρωτόγνωρο είναι ικανά να προκαλέσουν το συναίσθημα αυτό (I.Marks, 2001, σελ. 65, I.Παρασκευόπουλος, 1985, том. 2, σελ. 132, M.Herbert, 1998, σελ. 168).

Με την πάροδο του χρόνου το παιδί αντιλαμβάνεται και διακρίνει όλο και περισσότερα άγνωστα πράγματα και καταστάσεις γύρω του, που του προκαλούν φόβο. Σε γενικές γραμμές, αυτό που φοβούνται τα παιδιά είναι οτιδήποτε απαιτεί ξαφνική και απότομη αλλαγή.

Στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας προκαλούν φόβο καταστάσεις απτές και συγκεκριμένες, όπως ένας ασυνήθιστος θόρυβος, τα άγνωστα πρόσωπα, το σκοτάδι, τα ζώα όπως ένας μεγάλος σκύλος που γαβγίζει, η θάλασσα, ο δυνατός αέρας, οι καταιγίδες, οι κεραυνοί και οι αστραπές (I. Παρασκευόπουλος, 1985, том. 2, σελ. 134, M.Herbert, 1998, σελ. 168, I.Marks 2001, σελ. 70, B.Lask, 1986, σελ. 74).

Καθώς το παιδί μεγαλώνει οι φόβοι του διαφοροποιούνται, γίνονται περισσότερο απροσδιόριστοι και αφορούν φανταστικές και ανύπαρκτες καταστάσεις. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, στη φάση αυτή το παιδί αναπτύσσει και χρησιμοποιεί τη συμβολική σκέψη και τη φαντασία. Φόβο αρχίζει να προκαλεί το σκοτάδι και ό,τι μπορεί να κρύβει αυτό, όπως π.χ. φαντάσματα. Επίσης, παρατηρούνται φόβοι για τα ατυχήματα και τους τραυματισμούς, για την ασθένεια και το θάνατο, τη γελοιοποίηση και την προσωπική αποτυχία (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 2, σελ. 134, M.Herbert, 1998, σελ. 168, I.Marks 2001, σελ. 70, B.Lask, 1986, σελ. 70, H.Fischle-Carl, 1984, σελ. 68).

Σε έρευνα που μελετούσε τους φόβους των παιδιών και στην οποία συμμετείχαν 130 παιδιά ηλικίας 5-14 ετών διαπιστώθηκαν τα εξής: α) στο 80% των παιδιών 5-8 ετών φόβο προκαλούν τα ζώα και πιο συγκεκριμένα τα άγρια ζώα, όπως τα λιοντάρια, τα φίδια κ.λ.π. Ο φόβος αυτός μειώνεται σταδιακά και σπάνια υπάρχει μετά το 12^ο έτος, β) το 30% των παιδιών μεταξύ 5^{ου} και 7^{ου} έτους φοβάται τα υπερφυσικά όντα και το 20% το σκοτάδι. Οι φόβοι αυτοί εξαφανίζονται μετά το 10^ο έτος. Από την ηλικία αυτή και μετά οι φόβοι των παιδιών μετατρέπονται σε άοριστα άγχη, σχετικά με τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις, όπως το σχολείο και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ 2, σελ. 136).

Οι αντιδράσεις ενός παιδιού, απέναντι σε καταστάσεις ή αντικείμενα που προκαλούν φόβο ποικίλλουν. Το παιδί αρχικά μπορεί να αντιδράσει με κλάματα, φωνές και δυσκαμψία του σώματος. Μπορεί να κρύψει το πρόσωπό του με τα χέρια του, να στρέψει το βλέμμα του προς άλλη κατεύθυνση, ώστε να μη βλέπει το φοβικό αντικείμενο, να διαμαρτυρηθεί, να τρέξει μακριά από την πηγή του φόβου (Ι.Παρασκευόπουλος, 1985, τομ 2, σελ. 130). Όπως το είδος των φόβων μεταβάλλεται με την πάροδο της ηλικίας, έτσι μεταβάλλονται και οι αντιδράσεις του παιδιού απέναντι σε αυτούς. Ο αυτοέλεγχος που αναπτύσσει έχει ως αποτέλεσμα την έκφραση του φόβου του με λιγότερο έντονο και πιο συγκαλυμμένο τρόπο. Μπορεί, δηλαδή, να παρατηρηθούν αλλαγές στον τόνο της φωνής, αδεξιότητα κ.λ.π. (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ 2, σελ. 135).

4.1.2.2. Πως δημιουργούνται οι παιδικό φόβοι

Ο φόβος αποτελεί έμφυτο στοιχείο του ανθρώπου. Αυτό όμως που δεν είναι έμφυτο, είναι ο φόβος για συγκεκριμένα ερεθίσματα ή καταστάσεις. Οι συγκεκριμένοι φόβοι είναι επίκτητοι, αποτέλεσμα των προσωπικών εμπειριών και της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον. Φόβος μπορεί να δημιουργηθεί σε ένα παιδί από: α) την άμεση εμπειρία. Όταν, για παράδειγμα, ένας αγριεμένος

σκύλος επιτεθεί και δαγκώσει ένα παιδί, αυτό σίγουρα θα αναπτύξει φόβο, όχι μόνο για το συγκεκριμένο, αλλά και για κάθε άλλο σκύλο. Είναι πιθανό ο φόβος του να επεκταθεί και να εκδηλώνεται για οποιοδήποτε τετράποδο ζώο, π.χ. τις γάτες (Ι.Παρασκευόπουλος, 1985, том 2, σελ. 137) β) την τοποχρονική συνεξάρτηση. Ο τρόπος με τον οποίο η διαδικασία της εξαρτημένης μάθησης μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία φόβων φαίνεται ξεκάθαρα στο πείραμα του J.Watson με ένα 11μηνο βρέφος. Φόβοι που δημιουργούνται με αυτό τον τρόπο είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν, γιατί ελέγχονται από ΑΝΣ και δεν βρίσκονται κάτω από το βουλητικό (Ι.Παρασκευόπουλος, 1985, том 2, σελ. 137, M.Herbert, 1998, σελ. 69) γ) την παρατήρηση και μίμηση προτύπων. Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά εκδηλώνουν όμοιους φόβους με εκείνους των γονιών ή των αδελφών τους. Μαθαίνουν να φοβούνται συγκεκριμένα ερεθίσματα και καταστάσεις, παρατηρώντας τη συμπεριφορά άλλων προσώπων, χωρίς να έχουν τα ίδια είτε άμεση είτε έμμεση αρνητική εμπειρία. Όταν μια κατάσταση προκαλεί το φόβο ενός παιδιού, έχει την τάση να κοιτά και να περιμένει την αντίδραση του ενήλικου που βρίσκεται κοντά. Αν αυτός εκδηλώσει έντονο φόβο θα επηρεάσει το παιδί, το οποίο θα αντιδράσει ανάλογα (I.Marks, 2001, σελ. 69). Το παιδί, όμως, θα επηρεαστεί και στην περίπτωση που οι αντιδράσεις του ενήλικα και ιδιαίτερα του γονιού, είναι συγκαλυμμένες. Κι αυτό γιατί διαθέτει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται τα «σήματα» που προδίδουν τα συναισθήματα του γονιού, όπως μορφασμούς, χειρονομίες κ.λ.π. Φόβο μπορεί να αναπτύξει ένα παιδί, όχι μόνο όταν παρατηρεί τη συμπεριφορά των άλλων, αλλά και όταν τους ακούει να μιλούν για τους φόβους τους. Η διαδικασία της κοινωνικής μάθησης, στην οποία, κατά τη M. Cover - Jones, οφείλονται οι περισσότεροι παράλογοι φόβοι των παιδιών, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση τους (Ι Παρασκευόπουλος, 1985, том. 2, σελ. 137-138, M.Herbert, 1998, σελ. 170-171).

4.1.3. Φοβίες

« Η φοβία είναι ο επίμονος, υπερβολικός φόβος που συνδέεται με ένα αντικείμενο ή κατάσταση που αντικειμενικά δεν είναι σπουδαία πηγή κινδύνου» (Γ.Μπουλουγούρης, 1994, σελ. 13). Από την εποχή του Ιπποκράτη είχε επισημανθεί ότι είναι δυνατό ακόμη και άτομα εντελώς υγιή να ταλαιπωρούνται από παράλογους φόβους. Σύμφωνα με τον M.Herbert (1998), μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί 200 είδη φοβίας. Το ιατρικό λεξικό Gould ταξινομεί πάνω από 275 φοβίες, ενώ ο Ι.Ιωαννίδης (1996), αναφέρει πως ένα ιστορικό λεξικό ανεβάζει τον αριθμό των καταγεγραμμένων φοβιών στις 344 (M.Herbert, 1998, 174, Γ.Μπουλουγούρης, 1994, σελ. 78, Ι.Ιωαννίδης, 1996, том Α, σελ. 113).

Τα πιο γνωστά και περισσότερο μελετημένα είδη φοβίας είναι τα εξής: αγοραφοβία (ο φόβος που έχει κάποιος επειδή βρίσκεται μακριά από το σπίτι του και όχι ο φόβος για τους ανοιχτούς χώρους), ακροφοβία (ο φόβος για τα υψηλά μέρη), αλγοφοβία (ο φόβος για τον πόνο), ζωοφοβία (ο φόβος για τα ζώα γενικά ή για ένα ορισμένο είδος ζώων), κλειστοφοβία (ο φόβος για τους κλειστούς χώρους), μικροβιοφοβία (ο φόβος για τα μικρόβια), μονοφοβία ή μονωσιφοβία (ο φόβος του να μένει κάποιος μόνος του), νυκτοφοβία (ο φόβος για το σκοτάδι), πυροφοβία (ο φόβος για τη φωτιά) κ.λ.π. (Ι.Ιωαννίδης, 1996, τομ.Α, σελ. 113).

Τις φοβίες μπορούμε να τις κατατάξουμε σε δύο κατηγορίες. Η μια περιλαμβάνει τις φοβίες που προκαλούνται από εξωγενή ερεθίσματα και είναι οι πιο συνηθισμένες. Τέτοιου είδους φοβίες είναι οι κοινωνικές φοβίες. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν φοβίες, οι οποίες προέρχονται από ενδογενή ερεθίσματα, όπως οι ψυχαναγκαστικές φοβίες (Γ.Μπουλουγούρης, 1994, σελ. 78).

Οι φοβίες είναι περισσότερο συνηθισμένες στα παιδιά παρά στους ενήλικους. Συχνά, οι γονείς δυσκολεύονται να διακρίνουν τους κοινούς, φυσιολογικούς φόβους των παιδιών τους από τις φοβίες. Αυτό συμβαίνει επειδή, όπως όλα τα παιδικά συναισθήματα, έτσι και ο φόβος εκφράζεται έντονα. Στα μάτια των ενηλίκων φαίνεται υπερβολικός, παράλογος και «βαφτίζεται» φοβία. Οι γονείς θα πρέπει να γνωρίζουν ποιοι είναι οι φυσιολογικοί φόβοι, τους οποίους αντιμετωπίζουν λίγο πολύ όλα τα παιδιά σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής τους. Γιατί υπάρχουν καταστάσεις που δημιουργούν περισσότερο άγχος σε μια συγκεκριμένη αναπτυξιακή φάση απ' ότι σε μια άλλη. Θα πρέπει ακόμη να γνωρίζουν ότι η φοβία, όχι μόνο δυσκολεύει την καθημερινότητα του παιδιού, αλλά προκαλεί την ανικανότητά του για προσαρμογή (Μ. Herbert, 1998, σελ. 175).

Μια φοβία μπορεί να εμφανιστεί μεμονωμένα (μονοσυμπτωματική φοβία), σε οποιοδήποτε υγιές άτομο, οποιαδήποτε στιγμή. Σε ένα νευρωσικό, όμως, άτομο είναι περισσότερο πιθανό, η εμφάνιση μιας φοβίας να συνοδεύεται από ποικίλους φόβους.

Οι περισσότεροι άνθρωποι, οι οποίοι υποφέρουν από φοβίες, έχουν επίγνωση της κατάστασής τους. Αντιλαμβάνονται, δηλαδή, ότι οι φόβοι τους είναι παράλογοι. Η αίσθηση αυτή, ότι φοβούνται κάτι που δεν αποτελεί πραγματική απειλή, τους αναγκάζει να δημιουργούν «σενάρια» προκειμένου να δικαιολογήσουν τους φόβους τους. Έχει παρατηρηθεί πως τα κορίτσια εμφανίζουν περισσότερες φοβίες απ' ότι τα αγόρια. Οι λόγοι παραμένουν άγνωστοι (Μ. Herbert, 1998, σελ. 175).

Οι φοβίες μπορεί να κάνουν την εμφάνισή τους ξαφνικά ή να εξελιχθούν σιγά-σιγά (σταδιακά), μετά από ορισμένες μεμονωμένες κρίσεις πανικού ή μικρής διάρκειας επεισόδια άγχους.

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, οι φοβίες οφείλονται σε ασυνείδητες ενδοψυχικές συγκρούσεις. Η φοβία έχει συμβολικό χαρακτήρα. Αποτελεί το σύμπτωμα ενός φόβου βαθύτερου και απειλητικού, ο οποίος σχετίζεται με την σεξουαλικότητα του ατόμου. Ο φόβος αυτός δεν πρέπει να εκφραστεί. Έτσι, το ασυνείδητο τον μετατρέπει, τον μετατοπίζει σε έναν άλλο φόβο, περισσότερο αποδεκτό. Ο S.Freud στην εργασία που δημοσίευσε με τίτλο «Η ανάλυση μιας φοβίας σε ένα αγόρι πέντε ετών» (S.Freud : Col Papers, Vol. 111 1950), περιέγραψε την περίπτωση ενός αγοριού, το οποίο φοβόταν ότι αν έβγαινε από το σπίτι θα το δάγκωνε ένα άλογο. Χαρακτήρισε το φόβο του παιδιού συμβολικό και τον συνέδεσε με το Οιδιπόδειο Σύμπλεγμα. Αυτό που πραγματικά φοβόταν το πεντάχρονο αγόρι, ο Hans, ήταν η τιμωρία του πατέρα του (φόβος του ευνουχισμού) στην περίπτωση που θα αποκαλύπτονταν η σεξουαλική επιθυμία που είχε το παιδί για την μητέρα του (Γ.Μπουλουγούρης, 1994, σελ. 39-40).

Οι ψυχολογικές θεωρίες δέχτηκαν έντονη κριτική, τόσο για τις απόψεις τους σχετικά με την γένεση των φοβιών, όσο και για την αποτελεσματικότητά τους στη θεραπεία των φοβιών.

Από την άλλη πλευρά, η συμπεριφοριστική άποψη υποστηρίζει πως οι φοβίες μαθαίνονται μέσω των συνεξαρτήσεων. Κάθε άνθρωπος, βέβαια, διαφέρει ως προς την ικανότητα του να αποκτά συνεξαρτήσεις (ταχύτητα, ισχύ, διάρκεια αντιδράσεων). Υπάρχουν παιδιά, τα οποία λόγω ιδιοσυγκρασίας, σχηματίζουν γρήγορα ισχυρές και ανθεκτικές εξαρτημένες αντιδράσεις. Και η φοβία αποτελεί μια εξαρτημένη συναισθηματική αντίδραση, την οποία προσπαθεί να αποφύγει ο οργανισμός, αποφεύγοντας το φοβικό ερέθισμα. Βέβαια, η αποφυγή αυτή εκλαμβάνεται ως ενίσχυση, γιατί προσφέρει ανακούφιση και ασφάλεια στο παιδί (M.Herbert, 1998, σελ. 70, Γ. Μπουλουγούρης, 1994, σελ. 46).

4.1.4 Ντροπαλότητα - Συστολή

Η ντροπαλότητα και η συστολή που μπορεί να παρουσιάζει ένα παιδί δεν θα πρέπει να κάνει τους γονείς να ανησυχούν. Δεν είναι όλα τα παιδιά εξωστρεφή. Έρευνες έδειξαν ότι το 50% των παιδιών ηλικίας 5-15 ετών εμφανίζουν ντροπαλότητα και συστολή, όταν βρίσκονται ανάμεσα σε άγνωστα πρόσωπα, παιδιά ή ενήλικες. Ακόμη, έχει διαπιστωθεί πως τα κορίτσια,

ανεξαρτήτως ηλικίας, είναι περισσότερο ντροπαλά και συνεσταλμένα απ' ό τι τα αγόρια (M.Herbert, 1998, σελ. 207-211).

Μπορούμε να διακρίνουμε δύο ακραίες περιπτώσεις ντροπαλότητας. Η πρώτη αφορά τα παιδιά, τα οποία είναι γενικότερα ντροπαλά και συνεσταλμένα (γενικευμένη ντροπαλότητα) ενώ, η δεύτερη αυτά που εκδηλώνουν την ντροπαλότητα τους σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις (επιλεκτική ντροπαλότητα) (M.Herbert, 1998, σελ. 210).

Υπάρχει ένα στάδιο φυσικής ντροπαλότητας, από το οποίο περνάνε όλα τα παιδιά. Το στάδιο αυτό τοποθετείται στη νηπιακή, αλλά και στην εφηβική ηλικία. Τα παιδιά συνήθως ανησυχούν και αναστατώνονται, όταν βρεθούν μπροστά σε καταστάσεις που δεν τους είναι οικείες ή όταν έρθουν σε επαφή με άγνωστα πρόσωπα. Η ενόχληση που αισθάνονται, η οποία είναι άλλοτε λιγότερο και άλλοτε περισσότερο έντονη, δυναμώνει όταν τη συνειδητοποιούν. Τότε εμφανίζονται και κάποια οργανικά συμπτώματα. Τέτοια συμπτώματα είναι: το κοκκίνισμα ή η χλομάδα, η σύσπαση του λαιμού, οι διαταραχές του λόγου, το τρεμούλιασμα των δακτύλων, η αίσθηση κόπωσης, η εφίδρωση, η επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού κ.λ.π. Η ντροπαλότητα ενός παιδιού υποχωρεί και ξεπερνιέται σχετικά εύκολα. Καθώς αυτό μεγαλώνει και ανεξαρτητοποιείται από τη μητέρα και το στενό οικογενειακό του περιβάλλον, γνωρίζει νέα πρόσωπα και εξοικειώνεται μαζί τους, εντάσσεται σε ευρύτερες ομάδες ανθρώπων και γενικότερα αναπτύσσει εμπιστοσύνη στις κοινωνικές του δεξιότητες (M.Herbert, 1998, σελ. 208, Bosseti-Goulfier-Thiriet, 2000, σελ. 75). Ωστόσο, κάποιες φορές η ντροπαλότητα είναι υπερβολική και δεν υποχωρεί. Στην περίπτωση αυτή, αποτελεί σημάδι κοινωνικού άγχους που ταλαιπωρεί το παιδί και κάνει απαραίτητη την παρέμβαση ενός ειδικού, ο οποίος θα εντοπίσει τα αίτια της υπερβολικής ντροπαλότητας.

Η υπερβολική συστολή ίσως αποτελεί μια μορφή άμυνας. Το παιδί εξαιτίας της χαμηλής αυτοπεποίθησης και της ανασφάλειάς του νιώθει πως απειλείται. Έτσι, υιοθετεί μια μορφή συμπεριφοράς, η οποία πιστεύει πως θα το προστατεύσει. Δείχνει αδύναμο, υποταγμένο, άβουλο προκειμένου να αποφύγει να γίνει στόχος της επιθετικότητας των άλλων (M.Herbert, 1998, σελ. 208).

Η συγκεκριμένη όμως στάση του παιδιού το περιορίζει σε μεγάλο βαθμό και του στερεί κάθε ευκαιρία για αυτοεπιβεβαίωση, αφού σταματά να διεκδικεί για τον εαυτό του. Αυτό που φοβάται το ντροπαλό παιδί, δεν είναι μόνο η επιθετικότητα των άλλων, αλλά και η δική του, την οποία προσπαθεί να κρύψει ακόμη και από τον ίδιο του τον εαυτό.

Κανένα παιδί δεν γεννιέται ντροπαλό. Αντίθετα, μαθαίνει να είναι ντροπαλό. Αυτό συμβαίνει, ίσως, επειδή έχει δεχθεί πολλές φορές απειλές από τους ανθρώπους που βρίσκονται γύρω του ή ακόμη επειδή δεν έχει αποκτήσει κοινωνική εμπειρία. Σημαντικό ρόλο παίζει και η στάση των γονιών. Όταν αυτοί

έχουν υπερβολικές απαιτήσεις, στις οποίες δεν μπορεί να ανταποκριθεί το παιδί, μειώνεται το αυτοσυναίσθημά του, νιώθει ανίκανο. Φυσικά, αυτό έχει αντίκτυπο και στις κοινωνικές του σχέσεις. Επίσης, είναι πιθανό οι γονείς να μην έχουν αναπτύξει οι ίδιοι κοινωνικές δεξιότητες και έτσι να μην είναι σε θέση να αποτελέσουν πρότυπο για τα παιδιά, προκειμένου αυτά να ταυτιστούν μαζί τους, να τους μιμηθούν σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις. Τέλος, οι γονείς μπορεί να είναι ασυνεπείς στις απαιτήσεις τους, να δημιουργούν στο παιδί αβεβαιότητα αν αυτό που κάνει κάθε φορά είναι σωστό, με αποτέλεσμα να καλλιεργούν τη δειλία σε αυτό (M.Herbert, 1998, σελ. 209).

4.2. Αντικοινωνική συμπεριφορά

4.2.1. Επιθετικότητα

Τα παιδιά συχνά συμπεριφέρονται με επιθετικό τρόπο. Τα περιστασιακά επιθετικά ξεσπάσματά τους αποτελούν μέρος της φυσιολογικής τους ανάπτυξης. Μόνο όταν η επιθετική συμπεριφορά παρουσιάζεται επίμονη, μπορεί να θεωρηθεί μη φυσιολογική.

Η επιθετικότητα είναι η έντονη συναισθηματική κατάσταση που κινεί το άτομο σε ενέργειες εναντίον των άλλων, με πρόθεση να τους προκαλέσει κακό (πόνος, τραύμα, άγχος, ζημιά) (Α.Κακαβούλης, 1990, τομ. Α, σελ. 76).

Μπορούμε να διακρίνουμε δύο είδη επιθετικότητας, την εχθρική και την συντελεστική. Χαρακτηριστικό της εχθρικής επιθετικότητας (hostile aggression) είναι ότι κατευθύνεται άμεσα σε κάποιο πρόσωπο και συνοδεύεται από εκδικητική διάθεση. Το δεύτερο είδος επιθετικότητας, η συντελεστική (instrumental aggression), προκαλεί έμμεσα κακό σε κάποιο άτομο. Σκοπός της είναι η απόκτηση ή διατήρηση ορισμένου αντικειμένου ή δικαιώματος. Αρχικά, στην προσχολική ηλικία, η επιθετικότητα που παρατηρείται είναι συντελεστικής μορφής. Με την πάροδο του χρόνου αυτή μειώνεται και δίνει τη θέση της στην εχθρική επιθετικότητα (Ι.Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 2, σελ. 118, Α.Κακαβούλης, 1990, σελ. 76).

Ο θυμός και η οργή εμφανίζονται πολύ νωρίς στη ζωή του παιδιού, από τους πρώτους κιόλας μήνες. Όσο πιο μικρό είναι το παιδί, τόσο πιο δύσκολα ανέχεται την απογοήτευση και την όχι άμεση ικανοποίηση των αναγκών και των επιθυμιών του και αντιδρά επιθετικά. Τυπικές εκδηλώσεις θυμού αποτελούν : το έντονο κλάμα, τα ξεφωνητά, το τράβηγμα των μαλλιών, τα πηδήματα πάνω κάτω, το κοκάλωμα του σώματος κ.λ.π. Χαρακτηριστικό των εκδηλώσεων αυτών είναι ότι έχουν αυτοκαταστροφική μορφή. Μεγαλώνοντας, το παιδί συνειδητοποιεί ότι μπορεί να στρέψει τις επιθετικές του ενέργειες σε άλλα

πρόσωπα ή αντικείμενα, τα οποία παρεμποδίζουν την ικανοποίηση των αναγκών του ή την εκπλήρωση των σχεδίων του. Εσκεμμένα πλέον, προσπαθεί να προκαλέσει πόνο ή βλάβη. Μπορεί να αρχίσει να πετά αντικείμενα, να τσιμπάει, να δαγκώνει, να βρίζει, να διαπληκτίζεται κ.λ.π.

Τόσο η συχνότητα όσο και η ένταση της επιθετικής συμπεριφοράς μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας. Η μείωση αυτή οφείλεται στις κοινωνικές πιέσεις που δέχεται το παιδί και στην ικανότητα του για αυτοέλεγχο (M.Herbert, 1995, σελ. 31-32, I.Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 2, σελ. 118).

Μέχρι την ηλικία των τριών ετών έχει σημειωθεί σημαντική βελτίωση στην ικανότητα των παιδιών να ασκούν αυτοέλεγχο, να περιορίζουν την καταστροφικότητά τους και τις προσπάθειές τους να εξαναγκάζουν τους άλλους με τρόπο επιθετικό. Έως την ηλικία των πέντε ετών μειώνονται τα ξεσπάσματα θυμού. Ωστόσο, στην ηλικία των εννέα ετών το 50% των αγοριών και το 30% των κοριτσιών, εμφανίζουν εκρήξεις οργής αρκετά συχνά.

Τα αγόρια είναι πιο επιθετικά από τα κορίτσια. Η διαφορά αυτή είναι εμφανής από νωρίς, από το 2^ο κιόλας έτος της ζωής του. Διαφορές υπάρχουν και στον τρόπο που εκδηλώνουν την επιθετικότητά τους τα δύο φύλα. Τα κορίτσια, συνήθως, επιτίθενται λεκτικά και συχνά στρέφουν την επιθετικότητά τους στον ίδιο τους τον εαυτό. Από την άλλη πλευρά, τα αγόρια στρέφουν την επιθετικότητά τους σε άλλα πρόσωπα. Οι διαφορές αυτές οφείλονται τόσο σε κοινωνικούς παράγοντες, αφού τα κορίτσια αποδοκιμάζονται πολύ περισσότερο απ' ό,τι τα αγόρια όταν παρουσιάζουν επιθετική συμπεριφορά, όσο και σε βιοχημικούς. Αυτοί αφορούν κυρίως τις ορμόνες (M.Herbert, 1995, σελ. 32-33, I.Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 126).

4.2.1.1. Αίτια επιθετικής συμπεριφοράς

Ένα ζήτημα το οποίο έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους επιστήμονες είναι η αρχική αιτία, η πηγή της ανθρώπινης επιθετικότητας και οι παράγοντες, οι οποίοι την προκαλούν. Κατά καιρούς διατυπώθηκαν διάφορες θεωρίες, οι οποίες προσπάθησαν να δώσουν απαντήσεις. Κάποιες από αυτές υποστηρίζουν πως η επιθετικότητα οφείλεται σε ενδογενή αίτια, ενώ άλλες αποδίδουν την επιθετική συμπεριφορά σε εξωγενείς, περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Ενδογενείς παράγοντες. Την άποψη ότι η επιθετικότητα οφείλεται σε ενδογενείς παράγοντες, υποστήριξε κυρίως η ψυχαναλυτική θεωρία. Ο S.Freud πίστευε πως η κινητήρια δύναμη του ανθρώπου είναι οι ορμές του. Αυτές τον ωθούν να ικανοποιήσει τις βιολογικές του ανάγκες. Αρχικά, ανέφερε την ύπαρξη μιας μόνο ενστικτώδους ορμής, της ορμής για ζωή. Μετά τον Α΄ παγκόσμιο πόλεμο όμως, κατέληξε στο συμπέρασμα πως παράλληλα με την ορμή για την

ζωή υπάρχει στον άνθρωπο και η ορμή του θανάτου. Αυτή η ορμή, όταν δεν στρέφεται προς τα έξω ως επιθετικότητα, μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκαταστροφή του ατόμου, αφού δημιουργεί ισχυρές εσωτερικές εντάσεις και πιέσεις. Ο S.Freud παρομοίασε τη λειτουργία της επιθετικότητας με τον ατμό σε μια χύτρα ταχύτητας. Κάθε άνθρωπος χρειάζεται διεξόδους, μη επιβλαβείς κοινωνικά, για εκτόνωση της επιθετικότητάς του, όπως ακριβώς χρειάζεται η βαλβίδα ασφαλείας στη χύτρα για να βγαίνει ο συμπιεσμένος ατμός. Η πίστη, λοιπόν, του S.Freud πως ο άνθρωπος έχει έμφυτο το πολεμικό ένστικτο, τον οδήγησε στο να δεχτεί τη βία και το μίσος ως κάτι αναπόφευκτο. Κάποιοι συμφώνησαν με τις θέσεις του S.Freud, ενώ κάποιοι άλλοι τις απέρριψαν (Δ. Γεώργας, 1995, том. Α, σελ. 232-234, Ν.Παπαδόπουλος, 1992, σελ.25).

Με το θέμα αυτό ασχολήθηκαν επίσης βιολόγοι και εθολόγοι. Ένας από αυτούς ο K.Lorenz μελέτησε το φαινόμενο της επιθετικότητας στα ζώα και το 1963 διατύπωσε τη θεωρία του για το επιθετικό ένστικτο. Το ένστικτο για το οποίο μίλησε ο K.Lorenz είχε ομοιότητες αλλά και διαφορές από το ένστικτο για το οποίο μίλησε ο S.Freud. Ο K.Lorenz αναγνώρισε την επιθετικότητά ως μία ενστικτώδη ορμή, κοινή για τον άνθρωπο και τα ζώα. Το ένστικτο της επιθετικότητας είναι απαραίτητο στα ζώα, τόσο για την αυτοπροστασία όσο για την διατήρηση του είδους τους. Έχει περισσότερο τελετουργικό χαρακτήρα και όχι αντικοινωνικό και καταστροφικό, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του ανθρώπου. Η κριτική που γίνεται στη θεωρία του K.Lorenz αφορά κυρίως το γεγονός ότι, τα πειράματά του πραγματοποιήθηκαν μόνο σε ζώα. Έτσι, δεν είναι δυνατόν να γενικεύσουμε τα συμπεράσματά του και να δεχτούμε πως ισχύουν και για την ανθρώπινη συμπεριφορά (Α.Κακαβούλης, 1990, том. Α', σελ. 76-77, Δ Γεώργας, 1995, том. Α', σελ. 237).

Μία ακόμα θεωρία, η οποία προσπάθησε να εξηγήσει το φαινόμενο της επιθετικής συμπεριφοράς, είναι αυτή η οποία δέχτηκε την ύπαρξη ενός κέντρου επιθετικότητας στον εγκέφαλο. Πράγματι, μετά από πειράματα σε ζώα αποδείχτηκε ότι ο ηλεκτρικός ερεθισμός (ή η βλάβη) ορισμένων σημείων του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσει επιθετική συμπεριφορά. Αυτό, όμως, δεν αποτελεί απόδειξη της ορθότητας της συγκεκριμένης θεωρίας γιατί, κατά τον Wellhofer στον εγκέφαλο αποθηκεύονται και οι επίκτητες (οι μαθημένες) μορφές συμπεριφοράς. (Ν.Παπαδόπουλος, 1992, σελ.27).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί η άποψη, η οποία υποστηρίζει ότι για την επιθετική συμπεριφορά υπεύθυνοι είναι σωματοτυπικοί παράγοντες. Έχει διαπιστωθεί πως οι διαφορές στην επιθετική συμπεριφορά, οι οποίες παρατηρούνται ανάμεσα στα δύο φύλα, έχουν βιολογική βάση. Σε πολλά ζωικά είδη, όπως τα ποντίκια, οι πίθηκοι, τα ινδικά χοιρίδια, το αρσενικό είναι πιο επιθετικό από το θηλυκό. Κατά την διάρκεια πειραμάτων δόθηκε ανδρογόνος ορμόνη (τεστοστερόνη) σε θήλεα και παρατηρήθηκε αύξηση της επιθετικότητάς τους

συμπεριφοράς. Ο Ι.Παρασκευόπουλος (1985) αναφέρεται σε μια ακόμη διαπίστωση. Βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην επιθετικότητα και το βαθμό ενεργητικότητας ενός παιδιού. Τα παιδιά που είναι περισσότερο δραστήρια αλληλεπιδρούν με τους άλλους πιο συχνά και πιο έντονα και έχουν την τάση να δείχνουν πρώτα επιθετική συμπεριφορά μεταξύ των συνομηλίκων τους (Ι.Παρασκευόπουλος, 1985, том 2, σελ. 120).

Εξωγενείς παράγοντες. Υπάρχουν θεωρίες, οι οποίες υποθέτουν πως η επιθετική συμπεριφορά του ανθρώπου είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, είναι το αποτέλεσμα της μάθησης. Οι πιο σημαντικές απ' αυτές τις θεωρίες είναι οι εξής:

α) Η θεωρία της ματαίωσης. Πρόκειται για την υπόθεση «ματαίωση - επιθετικότητα», η οποία διατυπώθηκε το 1939 από τους Dollard, Dood, Miller, Hower, Sears. Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, η επιθετικότητα είναι πάντοτε αποτέλεσμα της ματαίωσης και τις ματαιώσεις ακολουθεί πάντοτε η επιθετική συμπεριφορά. Η συγκεκριμένη άποψη θεωρήθηκε υπερβολική. Κάθε ματαίωση δεν οδηγεί απαραίτητα σε επιθετική συμπεριφορά, ούτε κάθε επιθετική συμπεριφορά ξεκινά από τη ματαίωση. Υπάρχουν τεράστιες ατομικές διαφορές στον τρόπο που αντιδρά ο κάθε ένας στην ματαίωση. Ορισμένοι αντιδρούν άμεσα και έντονα, άλλοι παραμένουν ήρεμοι και αδιάφοροι. Η υπόθεση «ματαίωση - επιθετικότητα» τροποποιήθηκε και υποστήριξε πως η ματαίωση μπορεί να προκαλέσει διάφορες αντιδράσεις, μια από τις οποίες είναι η επιθετικότητα. Βέβαια, υπάρχουν μορφές συμπεριφοράς των οποίων δεν έχει προηγηθεί ματαίωση. Ο Ι Παρασκευόπουλος (1985) αναφέρει πως η ματαίωση μπορεί να προκαλέσει μορφές συμπεριφοράς όπως η παλινδρόμηση (Α. Κακαβούλης, 1990, том. Α', σελ. 79-80, Ν.Παπαδόπουλος, 1992, σελ.28, Ο Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, том. 2 σελ. 120-122).

β) Η θεωρία της συντελεστικής μάθησης. Πειράματα απέδειξαν πως ένα άτομο μπορεί να συμπεριφερθεί επιθετικά, επειδή έχει μάθει ότι με τη συμπεριφορά αυτή θα πετύχει κάτι που επιθυμεί. Το θετικό, δηλαδή, αποτέλεσμα (αμοιβή) της επιθετικής συμπεριφοράς ενισχύει την επιθετικότητα.

γ) Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Μια τρίτη θεωρία, η οποία προσπαθεί να εξηγήσει πώς αναπτύσσεται η επιθετική συμπεριφορά, είναι η θεωρία της μίμησης προτύπων. Σύμφωνα με αυτή, η επιθετική συμπεριφορά μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ταύτισης του παιδιού με επιθετικά πρότυπα, ανεξαρτήτως αν τα παρατηρεί στην πραγματικότητα ή σε εικονική - συμβολική μορφή (π.χ. τηλεόραση). Σε πείραμά του ο Α. Bandura παρουσίασε σε παιδιά μια ταινία στην οποία ένας ενήλικας συμπεριφερόταν επιθετικά προς ένα λαστιχένιο ανθρώπινο ομοίωμα. Τα παιδιά στη συνέχεια οδηγήθηκαν σε μια αίθουσα όπου υπήρχαν διάφορα παιχνίδια και το ανθρώπινο ομοίωμα. Μιμήθηκαν τη συμπεριφορά του προσώπου που είχαν παρακολουθήσει στην ταινία. Πρότυπο για μίμηση δεν

αποτελούν μόνο οι ενήλικοι, αλλά και οι συνομήλικοι. Μεταξύ τους όμως υπάρχει διαφορά ως προς την αποτελεσματικότητα της μίμησης. Όταν τα παιδιά μιμούνται συνομηλίκους τους, η μίμηση είναι έντονη για λίγο χρόνο και αμέσως μετά την παρατήρηση. Με την πάροδο του χρόνου ατονεί και εξαφανίζεται. Αντίθετα, η μίμηση ενήλικων προτύπων διαρκεί πολύ περισσότερο (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 2, σελ. 123-125, Α.Κακαβούλης, 1990, τομ. Α', σελ. 81-82).

4.2.1.2. Μορφές επιθετικής συμπεριφοράς

Κατά την παιδική ηλικία η επιθετικότητα μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Τυπικό παράδειγμα παιδικής επιθετικής συμπεριφοράς είναι οι εκρήξεις οργής. Σε αυτές το παιδί φορτίζεται υπερβολικά, γίνεται έξαλλο, χτυπάει τα πόδια του, κοκαλώνει το σώμα του, κρατάει την αναπνοή του, βρίζει κ.λ.π. Οι αντιδράσεις αυτές είναι φυσιολογικές για ένα παιδί δύο ή τριών ετών. Εμφανίζονται όταν οι γονείς εκνευρίζουν το παιδί, δεν το αφήνουν να κάνει κάτι που θέλει. Το παιδί δείχνει σα να μισεί τους γονείς του. Παρόλα αυτά, αυτό το υποτιθέμενο μίσος το παιδί δεν το στρέφει στους γονείς του, αλλά προτιμά να βλάψει τον εαυτό του.

Ο M.Herbert (1995) αναφέρει πως η συγκεκριμένη πράξη του παιδιού εκφράζει την αγάπη του προς τους γονείς, αφού αναστέλλει την επίθεση που θα μπορούσε να τους κάνει. Ο τρόπος που θα αντιμετωπίσουν οι γονείς τις εκρήξεις οργής του παιδιού τους μπορεί να καθορίσει, σε αρκετά μεγάλο βαθμό, εάν αυτό θα είναι υπερβολικά συνεσταλμένο ή υπερβολικά επιθετικό. Κανένας γονιός δεν επιθυμεί το παιδί του να δοκιμάζει συνεχείς ματαιώσεις, όμως η υπερπροστασία δεν θα το βοηθήσει. Αντιθέτως, θα μειώσει την ανοχή του σε αυτές και δεν θα είναι ικανό να τις αντιμετωπίσει (M.Herbert, 1995, σελ. 34-35).

Κάποιοι επιστήμονες πιστεύουν πως η επιθετικότητα αποτελεί παθολογική κατάσταση όταν μετατρέπεται σε μίσος. Το μίσος είναι συνδεδεμένο με την εκδίκηση. Η άποψη πως η αγάπη είναι προϋπόθεση του μίσους, έκανε τους επιστήμονες να στρέψουν το ενδιαφέρον τους στις πρώτες προσκολλήσεις του παιδιού. Οι ψυχαναλυτές, κυρίως, είναι αυτοί που υποστηρίζουν πως το μίσος είναι συνέπεια των πρώτων εμπειριών εξάρτησης ενός παιδιού, αλλά και των συγκρούσεων που σχετίζονται με αυτή. Ο A.Storr αναφέρει ότι ένα παιδί είναι δυνατόν να γίνει επιθετικό και να αναπτύξει συναισθήματα μίσους, όταν εμποδίζονται ή απορρίπτονται οι παρορμήσεις του για σύναψη θετικών σχέσεων (M.Herbert, 1995, σελ. 35-36).

Μια ακόμη μορφή επιθετικότητας είναι η παρανοϊκή εχθρότητα. Το παιδί με παρανοϊκές τάσεις, πραγματικά πιστεύει πως όλοι κρατούν μια εχθρική στάση

απέναντι του. Η ιδέα αυτή μπορεί να φτάσει ακόμη και το παραλήρημα καταδίωξης. Δεν είναι απίθανο να δημιουργηθεί στο παιδί, η επιθυμία να κάνει κακό, να προξενήσει βλάβες στους άλλους (ανθρώπους ή και ζώα). Ένα παιδί, το οποίο βασανίζει άλλα παιδιά ή ζώα είναι σίγουρα δυστυχισμένο. Η παρέμβαση ενός επαγγελματία είναι απαραίτητη (M.Herbert, 1995, σελ. 36-37).

Τα πειράγματα και οι ψευτοπαλικαρισμοί θεωρούνται συνηθισμένα φαινόμενα στην παιδική ηλικία. Αρχίζουν, όμως, να προκαλούν ανησυχία και προβληματισμό όταν παίρνουν τη μορφή σαδισμού. Τέτοιου είδους συμπεριφορές εμφανίζουν πιο συχνά τα αγόρια. Επιπλέον, πρόκειται για συμπεριφορές παιδιών, τα οποία χαρακτηρίζει το αίσθημα της ανεπάρκειας, της κατωτερότητας και της ανασφάλειας. Τα παιδιά που μπαίνουν στο στόχαστρο είναι αυτά, τα οποία ξεχωρίζουν από τα υπόλοιπα εξαιτίας ενός ιδιαίτερου γνωρίσματος, ενός πραγματικού ή υποτιθέμενου ελαττώματος π.χ. παχύσαρκα παιδιά, θηλυπρεπή αγόρια, παιδιά με κάποια αναπηρία κ.λ.π. Τα «θύματα», συνήθως, δεν είναι σε θέση να αντιδράσουν και να αντεπιτεθούν. Αφορμή για να αρχίσουν τα πειράγματα μπορεί να αποτελέσει ο,τιδήποτε (M.Herbert, 1995, σελ. 37-39).

Εκτός απ' την σωματική βία, υπάρχει και η λεκτική. Μια μορφή της λεκτικής βίας αποτελεί η «άσχημη» γλώσσα. Δεν είναι λίγοι οι άνθρωποι, οι οποίοι βρίζουν γιατί πιστεύουν πως αυτός είναι ένας πρόσφορος τρόπος να εκφράσουν τα εχθρικά τους συναισθήματα. Παρόλα αυτά, στους περισσότερους ενηλίκους δεν αρέσει να ακούνε τα παιδιά, και κυρίως τα δικά τους, να βρίζουν. Ο ιδιαίτερος αυτός τρόπος έκφρασης δεν είναι κατάλληλος ούτε αναγκαίος στα παιδιά. Τα παιδιά μπορούν να εκτονωθούν με πολλούς άλλους τρόπους. Συχνά όμως, χρησιμοποιούν «άσχημη» γλώσσα και μάλιστα σε ακατάλληλες στιγμές. Η «άσχημη» γλώσσα γοητεύει όλα τα παιδιά. Συνίσταται σε αισχρές λέξεις και βλαστήμιες. Οι πρώτες αισχρές λέξεις που χρησιμοποιούν τα παιδιά είναι εκείνες, οι οποίες σχετίζονται με τα περιττώματα. Τις χρησιμοποιούν πολύ συχνά, όχι μόνο επειδή είναι απαγορευμένες, αλλά και γιατί γνωρίζουν το νόημα τους. Επίσης, χρησιμοποιούν με μεγάλη συχνότητα λέξεις που αναφέρονται στο σεξ, χωρίς ωστόσο να ξέρουν ποιο είναι το ακριβές νόημά τους. Οι βλαστήμιες χρησιμοποιούνται από τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Η χρήση της «άσχημης «γλώσσας» γοητεύει τα παιδιά, κυρίως, επειδή τόσο οι ίδιες οι λέξεις όσο και τα πράγματα στα οποία αναφέρονται είναι απαγορευμένα. Μπορεί να τις χρησιμοποιούν για να σοκάρουν τους μεγάλους, να τους προκαλέσουν ή να κερδίσουν την προσοχή τους. Ακόμη, χρησιμοποιούν την «άσχημη» γλώσσα., στην προσπάθειά τους να μιμηθούν τους ενηλίκους. Η τιμωρία και ο θυμός των γονιών δεν θεωρούνται αποτελεσματικές αντιδράσεις για την διακοπή της συγκεκριμένης συνήθειας. Το καλύτερο που έχουν να κάνουν οι γονείς είναι να

εξηγήσουν στο παιδί πως η «άσχημη» γλώσσα προσβάλλει τους ανθρώπους (M.Herbert, 1995, σελ. 39-42).

4.2.2. Ψέμα

Ψέμα αποκαλούμε κάθε συνειδητή και συστηματική απόκρυψη ή διαστρέβλωση της αλήθειας. Το ψέμα αποτελεί για μεγάλο διάστημα κομμάτι της προσωπικότητας του παιδιού. Η τάση του να λέει ψέματα είναι ενστικτώδης και μέχρι ενός σημείου μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική. Η A.Freud (1992) υποστηρίζει πως προκειμένου να χαρακτηρίσουμε τα ψέματα που λένε τα παιδιά ως «νοσηρές δραστηριότητες» θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο αυτά βρίσκονται (N. Ματσανιώτης, 1994, σελ. 300, A.Freud, 1992, σελ. 129).

Τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας χαρακτηρίζονται για την ιδιαίτερα ζωνρή φαντασία τους. Κατά την διάρκεια της περιόδου αυτής οι φαντασιώσεις, η δημιουργική προσποίηση, η φαντασιοπληξία και η πίστη στο μαγικό είναι κάτι συνηθισμένο και καθόλου ανησυχητικό. Η διάκριση ανάμεσα στο πραγματικό και το φανταστικό, την αλήθεια και το ψέμα είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Πρόκειται για δύο στοιχεία, τα οποία είναι ακόμη ρευστά, χωρίς ξεκάθαρα όρια. Πολλά από αυτά που φαντάζεται ή επιθυμεί πολύ το παιδί, βιώνονται σαν εξωτερική πραγματικότητα. Οι Bosseti, Goulfier και Thiriet (2000) αναφέρονται στην περίπτωση ενός παιδιού (μοναχοπαίδι), το οποίο είχε εφεύρει έναν μεγαλύτερο αδερφό. Μάλιστα, μιλούσε για αυτόν με πολλή τρυφερότητα και περιέγραφε λεπτομερώς διάφορα περιστατικά, πείθοντας τους συμμαθητές του για την ύπαρξη του μεγάλου αδελφού. Υπάρχουν έρευνες σύμφωνα με τις οποίες το 25% των παιδιών της προσχολικής ηλικίας έχουν φανταστικούς συντρόφους, είτε ανθρώπους, είτε ζώα, οι οποίοι είναι τόσο σημαντικοί γι' αυτά όσο και οι πραγματικοί τους φίλοι. Ο ρόλος των φανταστικών αυτών φίλων μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά βοηθητικός για τα παιδιά. Τους δίνεται η ευκαιρία να εξερευνήσουν και να κατανοήσουν σχέσεις και καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος ή ανασφάλεια. Οι ειδικοί προτρέπουν τους γονείς, να σεβαστούν και να μην προσπαθήσουν να αφαιρέσουν βίαια από ένα παιδί τα φανταστικά του βιώματα (H.Fischle- Carl, 1983, σελ. 189, M.Herbert, 1995, σελ. 80-81, Bosseti, Goulfier, Thiriet, 2000, σελ. 81).

Το παιδί αρχίζει να διακρίνει το φανταστικό από το πραγματικό αργά και προοδευτικά. Η εξωτερική πραγματικότητα κυριαρχεί μετά την ηλικία των έξι ετών. Οι γονείς θα πρέπει να γνωρίζουν πως μεγαλώνοντας ένα παιδί, ακόμα και μετά τα πρώτα χρόνια στο σχολείο, είναι δυνατόν να συνεχίζει να χρησιμοποιεί την φαντασία του σε μεγάλο βαθμό. Αυτό όμως, δεν σημαίνει πως δεν μπορεί να

διακρίνει τη φαντασία από την πραγματικότητα (M.Herbert, 1995, σελ.81, Bosseti, Goulfier, Thiriet, 2000, σελ. 80). Σύμφωνα με τον M. Herbert (1995) η απουσία αυτής της ικανότητας, για διάκριση μεταξύ φανταστικού και πραγματικού, η οποία εξακολουθεί να υπάρχει για μεγάλο χρονικό διάστημα, αποτελεί ένδειξη πως κάτι δεν πάει καλά με το παιδί. Σε αυτή την περίπτωση, οι γονείς είναι απαραίτητο να εξετάσουν προσεκτικά τι συμβαίνει και για ποιο λόγο (M.Herbert, 1995, σελ. 79-80).

Γιατί τα παιδιά λένε ψέματα; Πολλές είναι οι πιθανές αιτίες. Μια από αυτές είναι η αυτοπροστασία. Ένα παιδί λέγοντας ψέματα προσπαθεί να προστατεύσει το Εγώ του. Τα ψέματα αυτά ονομάζονται ψέματα άμυνας. Αποτελούν ένα είδος στρατηγικής, την οποία έχει αναπτύξει το παιδί, προκειμένου να ανταπεξέλθει σε διάφορες καταστάσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπο. Βέβαια, αυτός ο ιδιαίτερος τρόπος αντιμετώπισης βαθμιαία εγκαταλείπεται ή τουλάχιστον θα έπρεπε να εγκαταλείπεται.

Πολλά παιδιά χρησιμοποιούν το ψέμα για να καλύψουν πραγματικές ή φανταστικές ατέλειές τους. Είναι παιδιά, τα οποία δεν έχουν πίστη στον εαυτό τους και στις ικανότητές τους. Χρειάζονται την προσοχή και την αναγνώριση των άλλων και το ψέμα είναι ένας δοκιμασμένος τρόπος για να τα κερδίσουν. Εξαιτίας του αισθήματος κατωτερότητας που νιώθουν, ωραιοποιούν καταστάσεις και προσπαθούν να προβάλλουν, είτε τον εαυτό τους, είτε ανθρώπους του περιβάλλοντός τους. Συχνά, οι περιγραφές τους δεν έχουν καμιά σχέση με την πραγματικότητα. Για παράδειγμα, ο πατέρας, ο οποίος είναι ένας απλός υπάλληλος παρουσιάζεται ως επιτυχημένος επιχειρηματίας. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται το Εγώ παιδιών που νιώθουν ασήμαντα και μειονεκτικά.

Είναι δυνατόν ένα παιδί να εξαναγκασθεί, από τους ίδιους τους γονείς του, να πει ψέματα. Αυτό συμβαίνει όταν αυτοί έχουν υπερβολικές απαιτήσεις από το παιδί τους. Συνήθως, δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις πραγματικές ικανότητες και ανάγκες του. Το αποτέλεσμα είναι το παιδί να καταφεύγει στο ψέμα για να ευχαριστήσει τους γονείς του. Φοβάται πως αν αυτοί δεν ικανοποιηθούν θα χάσει την αγάπη τους.

Επίσης, το ψέμα είναι ο τρόπος με τον οποίο τα παιδιά προσπαθούν να ξεφύγουν από τις δυσάρεστες συνέπειες που μπορεί να έχουν οι πράξεις τους. Ο φόβος της αυστηρής τιμωρίας θα τα οδηγήσει στο ψέμα. Αυτό είναι κάτι στο οποίο οι γονείς δεν δίνουν μεγάλη σημασία, αν και θα έπρεπε. Συνηθίζουν να παίρνουν το ύφος ανακριτή και να αποδοκιμάζουν το παιδί που έχει κάνει μια επιλήψιμη πράξη και είτε ψέματα, για να την καλύψει και να αποφύγει την τιμωρία. Δεν είναι λίγες οι φορές που οι γονείς επικεντρώνουν την προσοχή τους στο ψέμα και ξεχνούν την επιλήψιμη πράξη. Όσο λιγότερη πίεση ασκείται στο παιδί τόσο πιο εύκολα μπορεί να ομολογήσει το λάθος του. Είναι σκόπιμο να

αναγνωρίζεται και επαινείται η ειλικρίνεια του παιδιού και να τιμωρείται, όχι βέβαια αυστηρά, για την «κολάσιμη» πράξη του.

Τέλος χρειάζεται να αναφέρουμε πως συχνά τα παιδιά παρερμηνεύουν καταστάσεις και τις αισθάνονται ιδιαίτερα απειλητικές. Τόσο πολύ που για να προστατεύσουν το εαυτό τους, το Εγώ τους, λένε ψέματα. Μπορεί, για παράδειγμα, να γίνει στο παιδί μια απλή παρατήρηση για μια ζημιά που έκανε (έσπασε ένα ποτήρι). Την παρατήρηση αυτή ενδέχεται να την εκλάβει ως γενική αρνητική κριτική εις βάρος του. Η άπροσεξία του, σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, υπεργενικεύεται από το ίδιο και γίνεται στοιχείο της προσωπικότητάς του. Κατά την γνώμη του, ένα τέτοιο στοιχείο ίσως αποτελεί λόγο για να το απορρίψουν οι γονείς του.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, το κατά πόσο τα παιδιά καταφεύγουν στο ψέμα εξαρτάται από την σχέση που έχουν με το περιβάλλον τους. Όταν οι εντολές, οι απαγορεύσεις και οι απαιτήσεις είναι υπερβολικές και «πνίγουν» το παιδί, τότε είναι πολύ πιθανό να καταφύγει στο ψέμα. Αντιθέτως, όταν το παιδί νιώθει ασφάλεια, όταν νιώθει ότι γίνεται αποδεκτό και εισπράττει στοργή και ενθάρρυνση από το περιβάλλον του, δε φοβάται να πει την αλήθεια (M.Herbert, 1995, σελ. 79, 78 -82, H.Fischle - Carl, 1983, σελ. 191, 196, 197, 190, N.Ματσανιώτης, 1994, σελ. 300-301).

4.2.3. Κλοπή

Η κλοπή δεν αποτελεί γνώρισμα του προβληματικού παιδιού, με την προϋπόθεση όμως πως περιορίζεται σε μικροπράγματα και εκδηλώνεται περιστασιακά. Χρειάζεται να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί όταν χρησιμοποιούμε τον όρο «κλοπή». Πολλές από τις πράξεις που εύκολα θα χαρακτηρίζαμε ως κλοπές, είναι στην ουσία ενέργειες που περιέχονται στα πλαίσια την ομαλής ανάπτυξης ενός παιδιού. Η κλοπή ως κατηγορία είναι ιδιαίτερα σοβαρή και μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες για ένα παιδί και τη μετέπειτα εξέλιξή του. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως μια πράξη, έστω η κλοπή, έχει διαφορετική βαρύτητα όταν πραγματοποιείται από έναν ενήλικα απ' ότι όταν πραγματοποιείται από ένα παιδί. Όλοι οι ειδικοί σημειώνουν τη διαφοροποίηση της συγκεκριμένης πράξης, σε κάθε στάδιο ανάπτυξης (M. Herbert, 1995, σελ. 82, H.Fischle- Carl, 1983, σελ. 199, A Freud, 1992, σελ. 130).

Από πολύ νωρίς στη ζωή κάθε παιδιού διαφαίνεται το κτητικό του ένστικτο. Από τις πρώτες λέξεις που χρησιμοποιεί είναι οι λέξεις «δικό μου» Δεν έχει όμως επίγνωση των λέξεων «δικό σου», «δικό του» . Αυτή μπορεί να την αποκτήσει μετά από 3-4 χρόνια. Ο Χ.Ματσανιώτης (1994) αναφέρει πως

υπάρχουν αρκετά παιδιά ηλικίας 7 ετών ή και λίγο μεγαλύτερα, στα οποία δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο πως, το να αφαιρείς και να οικειοποιείσαι πράγματα που ανήκουν σε άλλους, είναι κλοπή και θεωρείται βαρύ παράπτωμα (Χ.Ματσανιώτης, 1994, σελ. 301). Σε γενικές γραμμές όμως, σε αυτή την ηλικία (6-7 ετών) ένα παιδί είναι σε θέση να διακρίνει το καλό από το κακό και έχει συνειδητοποιήσει, αφομοιώσει την ιδέα της ιδιοκτησίας (Bosseti, Goulfier, Thiriet, 2000, σελ. 82).

Οι γονείς είναι υποχρεωμένοι να εξηγήσουν στο μικρής ηλικίας παιδί τους πως το να παίρνει τα πράγματα που ανήκουν σε άλλους ή να τα χρησιμοποιεί χωρίς την άδειά τους, είναι μια πράξη κατακριτέα. Για να είναι σε θέση, όμως, να διδάξουν στο παιδί τους το σεβασμό προς την ξένη ιδιοκτησία, θα πρέπει να τη σέβονται και οι ίδιοι (M.Herbert, 1995, σελ. 83, Χ.Ματσανιώτης, 1994, σελ. 302).

Από την πρώτη κιόλας στιγμή που οι γονείς θα αντιληφθούν ότι το παιδί τους οικειοποιείται πράγματα που δεν του ανήκουν, είτε στο σπίτι, είτε στο σχολείο, είτε σε άλλους χώρους, θα πρέπει να αναζητήσουν τα πρωταρχικά αίτια της συγκεκριμένης συμπεριφοράς και να μην βιαστούν να την αποδώσουν στον κακό χαρακτήρα του παιδιού.

Ο H.Fischle -Carl (1983) υποστηρίζει πως τα παιδιά κλέβουν επειδή ψυχικά υποφέρουν από κάποια έλλειψη. Η αρπαγή αντικειμένων που ανήκουν σε άλλους, είναι μια προσπάθεια να αντισταθμιστεί αυτή η έλλειψη. Ουσιαστικά, πρόκειται για εσωτερική ανάγκη, στην οποία η συνείδηση δε μπορεί να αντισταθεί. Την άποψη αυτή συμμερίζεται και ο D.Winnicott. Συγκεκριμένα, αναφέρει πως το παιδί που κλέβει διάφορα αντικείμενα, δεν ενδιαφέρεται γι' αυτά και δεν χαίρεται όταν περνούν στην κατοχή του. Αυτό που ψάχνει να βρει είναι ένα πρόσωπο, είναι η μητέρα του, με την οποία έχει χάσει την επαφή του. «Το παιδί που κλέβει είναι ένα βρέφος που αναζητάει την μητέρα του ή το πρόσωπο από το οποίο έχει δικαίωμα να κλέψει. Στην πραγματικότητα, αναζητάει το πρόσωπο από το οποίο μπορεί να παίρνει πράγματα, όπως ακριβώς, όταν ήταν βρέφος ή νήπιο, έπαιρνε πράγματα από τη μητέρα του απλώς και μόνο επειδή ήταν μητέρα του και είχε δικαιώματα πάνω της» (D.Winnicott, 1976, σελ. 189).

Κάποιες φορές, το παιδί κλέβει για να εκφράσει τη γενναιοδωρία του, για να δωροδοκήσει -εξαγοράσει τη φιλία προσώπων που θεωρεί σημαντικά, για να εκδικηθεί τους γονείς του, πιθανότατα για κάποια τιμωρία που του επέβαλλαν, για να εκφράσει την επιθετικότητά του (H.Fischle- Carl, 1983, σελ. 201-202, D.Winnicott, 1976, σελ. 189, Bosseti, Goulfier, Thiriet, 2000, σελ. 83,84).

Ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς θα χειριστούν το θέμα, θα παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξή του. Από την πλευρά τους, απαιτείται σύνεση και σοβαρότητα. Είναι απαραίτητο να γνωρίζουν πως αρκετές φορές θα χρειαστεί να

δοκιμαστούν τα όρια της αντοχής τους. Το κήρυγμα, οι αποδοκιμασίες και ο στιγματισμός, η ταπείνωση και οι απειλές, οι αυστηρές τιμωρίες, πιθανότατα θα φέρουν το αντίθετο αποτέλεσμα από αυτό που επιδιώκουν οι γονείς. Δεν έχει νόημα να ανακρίνουν το παιδί, με σκοπό να το κάνουν να ομολογήσει, γιατί ίσως έτσι το αναγκάσουν να πει ψέματα. Ούτε είναι σκόπιμο να ζητήσουν εξηγήσεις για την συμπεριφορά του, γιατί το παιδί είναι ήδη αρκετά μπερδεμένο και δεν είναι σε θέση να εξηγήσει τις πράξεις του, δε γνωρίζει τι του συμβαίνει. Οι γονείς οφείλουν, με απλά λόγια και χωρίς συναισθηματισμούς, να εξηγήσουν στο παιδί πως αυτό που κάνει έχει αρνητικές συνέπειες για τους άλλους, τους πληγώνει και ότι είναι απαραίτητο με κάποιο τρόπο να επανορθώσει. Χρησιμοποιώντας παραδείγματα θα πρέπει να το βοηθήσουν να ξεκαθαρίσει μέσα του την έννοια της ατομικής ιδιοκτησίας. Τέλος, μεγάλη σημασία είναι απαραίτητο να δοθεί στο ηθικό κλίμα της οικογένειας και στο παράδειγμα που δίνουν οι γονείς στα παιδιά τους (Χ.Ματσανιώτης, 1994, σελ.302-303, D.Winnicott, 1976, σελ. 192-193, H.Fischle- Carl, 1983, σελ. 208-211, M.Herbert, 1995, σελ 84).

4.3 Ψυχοσωματικό σύνδρομο

Άγχος - στρες- ψυχοσωματικές ασθένειες

Πολύ συχνά, το άγχος ταλαιπωρεί τους ανθρώπους, όχι μόνο από ψυχολογική άποψη, με τη μορφή της εσωτερικής έντασης και της υπερβολικής ανησυχίας, αλλά και από σωματική άποψη, με τη μορφή των σωματικών ασθενειών. Ο όρος στρες χρησιμοποιείται πολλές φορές με αυτή την έννοια. Μέχρι το 1940, χρησιμοποιούνταν μόνο ως όρος της Μηχανικής για να εκφράσει την αντοχή των υλικών στις μηχανικές κατασκευές. Σήμερα ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια κατάσταση υπερφόρτισης, κατά την οποία το άτομο έχει «αγγίξει» τα όρια της αντοχής του (M.Herbert, 1998, σελ. 188).

Όταν ένα άτομο βρίσκεται κάτω από στρες, οι αλλαγές που παρατηρούνται στη συμπεριφορά του συνοδεύονται και από αλλαγές στο βιοσωματικό τομέα. Πολλοί είναι οι ερευνητές, οι οποίοι κατέγραψαν αυτές τις σωματικές αλλαγές. Ανεξάρτητα από την προέλευση του στρες οι γενικές αντιδράσεις μοιάζουν να είναι ίδιες. Αυτό σημαίνει ότι, είτε πρόκειται για στρες που η προέλευσή του είναι ψυχολογική, όπως φόβος ή ανησυχία, είτε πρόκειται για στρες που η προέλευσή του είναι σωματική, όπως υπερβολική ζέστη ή υπερβολικό κρύο, υπερβολική σωματική προσπάθεια, τραυματισμός, έλλειψη ύπνου κ.λ.π., το σώμα διέρχεται από τρία στάδια : το στάδιο της εγρήγορσης, το

στάδιο της αντίστασης και το στάδιο της εξάντλησης. Τα στάδια αυτά περιγράφονται από τον M.Herbert (1998) ως εξής:

«Στο στάδιο της εγρήγορσης, η υπόφυση, ένας ενδοκρινής αδένας που βρίσκεται στη βάση του εγκεφάλου, εκκρίνει μια χημική ουσία, την αδρενοκορτικοτροπική ορμόνη ή ACTH. Αυτή η ορμόνη διεγείρει τα επινεφρίδια, ενδοκρινείς αδένες και αυτοί, που βρίσκονται επάνω στα νεφρά. Τα επινεφρίδια αρχίζουν αμέσως να εκκρίνουν στην κυκλοφορία του αίματος επιπλέον ισχυρότερες ορμόνες, που ονομάζονται κορτικοειδή. Στην αρχή, αυτά τα κορτικοειδή βοηθούν στην άμυνα του σώματος. Για παράδειγμα, δημιουργούν υπεραιμία γύρω από μια πληγή και αυτή η υπεραιμία είναι η φυσιολογική αντίδραση του σώματος για την αντιμετώπιση της μόλυνσης. Μετά όμως από κάποιο διάστημα, αυτή η άμεση αντίδραση αρχίζει να εξαντλείται και κάποιος διαφορετικός τύπος κορτικοειδούς αρχίζει να υπερισχύει, επενεργώντας για την καταστολή της υπεραιμίας. Αυτό βοηθάει στη διαδικασία τοπικής επούλωσης της πληγής, ταυτόχρονα όμως αφήνει το σώμα απροστάτευτο στις μολύνσεις από άλλες αιτίες» (M.Herbert, 1998, σελ. 189).

Οι άνθρωποι αντιδρούν στο στρες αρρωσταίνοντας με εμφανώς άσχετο τρόπο. Επισκέπτονται γιατρούς προκειμένου να θεραπευτούν από ασθενείς, των οποίων τα αίτια δεν είναι οργανικά. Οι ασθένειες αυτές ονομάζονται ψυχοσωματικές.

Το στρες, είτε είναι οξύ, είτε χρόνια επηρεάζει τη φυσιολογία του σώματος και προκαλεί διάφορα σωματικά συμπτώματα. Τα πιο συνηθισμένα από αυτά είναι οι αυχενικοί πόνοι, οι πονοκέφαλοι, οι πόνοι της μέσης, οι καρδιακοί πόνοι, οι ταχυπαλμίες, το σφίξιμο στο στέρνο, η αίσθηση του πνιγμού, η ανορεξία, η ναυτία, ο εμετός, η δυσκοιλιότητα, η διάρροια, η συχνουρία, η σωματική εξάντληση και η ατονία, οι ζαλάδες, η χρόνια κόπωση (M. Herbert, 1998, σελ. 189-190).

Σε πολλές περιπτώσεις ψυχοσωματικών διαταραχών, συγκεκριμένες κρίσεις ή φάσεις της ασθένειας είναι δυνατόν να προκληθούν ή να παραταθούν από ψυχολογικό στρες. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η προσωπικότητα του ασθενούς, τόσο κατά τη διάγνωση, όσο και κατά τη θεραπεία της ασθένειας (ψυχοσωματική προσέγγιση).

Βέβαια, τόσο ένα βιοσωματικό στρες (π.χ. επαφή του οργανισμού με το βάκιλλο της φυματίωσης), όσο και ένα ψυχολογικό στρες (π.χ. συμμετοχή σε εισαγωγικές εξετάσεις), δεν επηρεάζει όλα τα άτομα στο ίδιο βαθμό. Το κατά πόσο μια κατάσταση θα προκαλέσει ή δεν θα προκαλέσει στρες σε ένα άτομο, εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου. Κάποια από αυτά σχετίζονται με την σωματική του υγεία, ενώ κάποια άλλα με την ιδιοσυγκρασία και την προσωπικότητά του.

Η ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί ως ο ιδιαίτερος τρόπος αντίδρασης στις ιδιαίτερες συνθήκες κάτω από τις οποίες ζει κάθε άνθρωπος.

Οι ψυχοσωματικές διαταραχές δεν αφορούν μια συγκεκριμένη ηλικία ή ένα συγκεκριμένο στάδιο ανάπτυξης. Τέτοιες διαταραχές παρουσιάζει περίπου το 3% των παιδιών σχολικής ηλικίας. Αποτελούν την πιο συνηθισμένη αιτία απουσίας από το σχολείο (M Herbert, 1998, σελ. 191).

4.3.1. Βρογχικό άσθμα.

Το βρογχικό άσθμα αποτελεί μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχοσωματικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Είναι η κατάσταση χαρακτηριστικό της οποίας είναι η δυσκολία στην αναπνοή. Αυτή οφείλεται σε σπασμούς των βρογχικών μυών και σε οίδημα της βλενώδους μεμβράνης των βρόγχων. Σε πολλές περιπτώσεις άσθματος, τα συμπτώματα ασφυξίας μπορούν να προκληθούν, είτε από ψυχολογικά στρες (άγχος, θυμός, έντονη δυσφορία, υπερδιέγερση, εσωτερικές συγκρούσεις), είτε από σωματικά στρες (μολύνσεις, αλλεργίες, σωματική εξάντληση) (M. Herbert, 1998, σελ. 192).

Ο M. Herbert (1998) αναφέρει ότι «ένα χαρακτηριστικό στοιχείο της ψυχοσωματικής διάγνωσης είναι ότι το παιδί που παρουσιάζει ασθματικά συμπτώματα, δε θεωρείται απλά ως ένα σύνολο βιοσωματικών οργάνων, από τα οποία το ένα - οι πνεύμονες - είναι ελαττωματικό, αλλά ως ένα πρόσωπο που αντιδρά στο περιβάλλον του με κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα» (M. Herbert 1998, σελ. 192-193).

Οι γιατροί, λοιπόν, καλούνται να απαντήσουν ποια είναι τα σωματικά και ψυχολογικά στρες, τα οποία αλληλεπιδρούν με τις αδυναμίες ενός παιδιού και καταλήγουν σε αυτό το είδος ασθένειας.

Κάποιες άλυτες συγκρούσεις μέσα στην οικογενειακή ζωή, μπορεί να αποτελούν την αιτία των κρίσεων άσθματος. Δεν είμαστε σε θέση, όμως, να γνωρίζουμε τον ακριβή τρόπο με τον οποίο συμβαίνει αυτό. Ο M. Herbert (1998) ισχυρίζεται ότι οι τεχνικές ψυχολογικής αποευσθητοποίησης είναι αποδεδειγμένα περισσότερο αποτελεσματικές, επειδή τα ασθματικά παιδιά είναι πιο αγχώδη, εξαρτημένα και ανασφαλή. Οι γονείς των ασθματικών παιδιών είναι συνήθως υπερπροστατευτικοί.

Ψυχαναλυτές υποστηρίζουν ότι επιφανειακά η προσωπικότητα των ασθματικών διαφέρει από παιδί σε παιδί. Ωστόσο, υπάρχει μια πολύ βαθιά ριζωμένη συναισθηματική σύγκρουση, η οποία είναι κοινή σε όλα. Αυτή η σύγκρουση υποτίθεται ότι αφορά έναν επίμονο φόβο του παιδιού να μην αποχωριστεί τη μητέρα του. Σε καταστάσεις που εγκυμονούν, κατά την άποψη του παιδιού, ένα τέτοιο γεγονός το παιδί εκδηλώνει αναπνευστικά συμπτώματα.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται η περίπτωση ενός παιδιού που υπέφερε από βρογχικό άσθμα. Το παιδί αυτό χρησιμοποιούσε το άσθμα του, για να αποφεύγει το στρες του σχολείου. Σύμφωνα με την μητέρα του, τις πρώτες μέρες στο σχολείο όλα πήγαν θαυμάσια. Διαπίστωσε, όμως, ότι μπορούσε να μένει μακριά από το σχολείο, εμφανίζοντας συμπτώματα άσθματος. Κάθε φορά που ήθελε να φύγει από το σχολείο, δημιουργούσε μια ασθματική κατάσταση και ο δάσκαλος τον έστελνε στο σπίτι. Παρέμενε άρρωστος ως το μεσημέρι και γινόταν καλά όταν ήταν αργά να γυρίσει στο σχολείο.

Οι θεωρίες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι συναισθηματικές ενδοψυχικές συγκρούσεις σχετίζονται με διάφορες μορφές ψυχοσωματικών ασθενειών δεν είναι επιβεβαιωμένες. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι πολλές σωματικές ασθένειες, προκειμένου να θεραπευτούν ή να προληφθούν, απαιτούν διερεύνηση της προσωπικότητας και του τρόπου ζωής του παιδιού (M. Herbert, 1998, σελ. 193).

4.3.2. Κοιλιακοί πόνοι

Οι κοιλιακοί πόνοι ψυχογενούς αιτιολογίας είναι πολύ συνηθισμένοι, τόσο στην παιδική, όσο και στην εφηβική ηλικία. Αποτελούν το 10% των αιτιών επίσκεψης στο γιατρό. Το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης κοιλιακών πόνων εντοπίζεται στην ηλικία των 9 ετών. Πολλές φορές είναι δυνατόν να παρερμηνευθούν και να οδηγήσουν σε λάθος σκωληκοειδεκτομές. Οι κοιλιακοί πόνοι εντοπίζονται κυρίως γύρω απ' τον ομφαλό, στο πάνω μέρος της κοιλιάς ή είναι διάχυτοι. Κάποιες φορές συνοδεύονται από χλωμάδα στο πρόσωπο. Ποικίλουν όσον αφορά την ένταση, την ώρα εμφάνισης και την περιοδικότητα. Ένας μαθητής μπορεί να διαμαρτύρεται για πόνους κάθε πρωί, με εξαίρεση τα Σαββατοκύριακα, κάποιο άλλο παιδί να εμφανίζει κοιλιακούς πόνους όταν πλησιάζει η ώρα του φαγητού, στα πλαίσια κάποιας φοβίας του φαγητού κ.λ.π (Ι.Κούρος-Μ.Ρώτα, 1994, σελ. 35).

Τα αίτια των κοιλιακών πόνων είναι οργανικά μόνο στο 5-8% των περιπτώσεων. Οι κοιλιακοί πόνοι (ψυχογενείς) μπορεί να έχουν πολλαπλή ψυχοπαθολογική προέλευση. Είναι απαραίτητο να διερευνηθεί, αν πρόκειται για μια ψυχοσωματική διαταραχή, για υποκρισία προκειμένου το παιδί να αποφύγει οικογενειακές ή σχολικές υποχρεώσεις ή για μια νευρωσική αιτιολογία που εκφράζεται σωματικά, οπότε χρειάζεται να εξετασθούν τα δευτερογενή οφέλη, που πιθανόν να εισπράττει ο ασθενής (Ι.Κούρος-Μ.Ρώτα, 1994, σελ. 36).

Δεν έχει βρεθεί ένας χαρακτηριστικός τύπος οικογένειας ή προσωπικότητας, ο οποίος να εμφανίζει προδιάθεση για την πάθηση. Συνήθως όμως, πρόκειται για οικογένειες οι οποίες είναι κλεισμένες στον εαυτό τους και

ανησυχούν υπερβολικά για τη σωματική υγεία και την εκπαίδευση των παιδιών τους και βέβαια είναι υπερπροστατευτικές (Ι.Κούρος-Μ.Ρώτα, 1994, σελ.35).

Στην παιδική ηλικία, οι κοιλιακοί πόνοι σχετίζονται κυρίως με προβλήματα άγχους, στρες, ψυχικών συγκρούσεων. Μπορεί να προηγούνται ή να συνυπάρχουν με φοβικές διαταραχές, όπως η σχολική φοβία, η φοβία του φαγητού ή η ψυχογενής ανορεξία.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, οι μισοί από τους ενήλικες που είχαν παρουσιάσει κοιλιακούς πόνους στην παιδική ηλικία, εξακολουθούν να παρουσιάζουν διαταραχές, όπως έλκος, ευερέθιστο έντερο, γαστρίτιδα. Εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι η έγκαιρη θεραπεία των ψυχολογικών αιτιών των κοιλιακών πόνων του παιδιού, προστατεύει τον ενήλικα από πιο σοβαρά προβλήματα και γι' αυτό δεν πρέπει να παραμελείται (Ι.Κούρος-Μ.Ρώτα, 1994, σελ. 36).

4.3.3. Πονοκέφαλοι - ημικρανίες

Οι πονοκέφαλοι είναι σχετικά συχνοί στα παιδιά. Κάποιοι συγγραφείς θεωρούν ότι ο πονοκέφαλος μπορεί να εμφανιστεί στην ηλικία των 4 ετών ή και νωρίτερα. Συνήθως όμως, εμφανίζεται με την έναρξη της σχολικής ζωής. Οι πονοκέφαλοι μπορεί να είναι διάχυτοι ή να εντοπίζονται στο μέτωπο ή στο οπίσθιο μέρος του κεφαλιού. Σπάνια είναι συνεχείς. Συχνά, μπορεί να συνοδεύονται από γαστρεντερικές διαταραχές. Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι η έναρξη του πονοκεφάλου μπορεί να σχετίζεται με τις καταπιεστικές τάσεις θυμού. Ο McGorvey ταξινομεί αιτιοπαθογενετικά τον παιδικό πονοκέφαλο ως εξής:

- Τοπικές παθήσεις εντός ή εκτός του κρανίου
- Πονοκέφαλοι συνέπεια μιας γενικευμένης παθήσεως που μπορεί να προκαλέσει διαταραχή στην εγκεφαλική κυκλοφορία του αίματος (λοίμωξη, δηλητηρίαση, μεταβολικές διαταραχές κ.λ.π.)
- Πονοκέφαλοι σε σχέση με αλλεργική διάθεση.
- Σύνδρομο ημικρανίας
- Πονοκέφαλοι δυσκόλως ταξινομούμενοι
- Λειτουργικοί πονοκέφαλοι. Στους λειτουργικούς πονοκεφάλους, πολλοί συγγραφείς περιγράφουν πονοκεφάλους ψυχικής εντάσεως, ψυχογενείς πονοκεφάλους, σωματομετατροπικούς πονοκεφάλους, πονοκεφάλους με νευρωσικά δευτερογενή οφέλη (Ι.Κούρος-Μ.Ρώτα, 1994, σελ. 40-41).

Ο πιο συχνός πονοκέφαλος στα παιδιά, σύμφωνα με την άποψη του Friedman, είναι αυτός που οφείλεται σε ψυχική ένταση. Εντοπίζεται στην ηνιακή χώρα και συνοδεύεται από άγχος, ναυτία, εμετό. Ένα παιδί μπορεί να

παραπονεθεί για πονοκέφαλο προκειμένου να αποφύγει κάποια δυσάρεστη εργασία. Μπορεί, όμως, ο πονοκέφαλος να είναι συνέπεια δυσκολιών προσαρμογής ή σχολικών δυσκολιών λόγω αποτυχίας. Κατά τον Bourdier ο πονοκέφαλος που εμφανίζεται στα πρώτα χρόνια της σχολικής ζωής, συνοδεύεται από ελαφρά συμπτώματα, όπως αναχρονιστική παραμονή φοβιών που ήταν φυσιολογικές κατά την πρώτη παιδική ηλικία, διαταραχές ύπνου, εφιάλτες. Τα συμπτώματα αυτά αναφέρονται και στην περίπτωση του Α., ο οποίος είναι μαθητής της Β΄ δημοτικού. Ενώ, την προηγούμενη χρονιά ήταν πολύ καλός μαθητής, αυτή τη χρονιά οι βαθμοί που πέφτουν όλο και πιο χαμηλά. Οι γονείς χρησιμοποιούν υποσχέσεις, απειλές, τιμωρίες, ιδιαίτερα καθημερινά μαθήματα, χωρίς αποτέλεσμα. Αναφέρουν διαταραχές του ύπνου και κεφαλαλγίες που γίνονται όλο και πιο συχνές, αλλά δεν τις πιστεύουν ούτε στο ελάχιστο, μιας και δε συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των σχολικών διακοπών. Γι' αυτούς ο Α. είναι τεμπέλης. Ο Α. μπήκε πρόωρα στην Α΄ δημοτικού. Οι γονείς του είχαν πολλές προσδοκίες. Μέσα σε τρεις μήνες έμαθε να διαβάζει, να παίζει πιάνο και μια φορά την εβδομάδα παρακολουθούσε ενισχυτικά μαθήματα. Ο δάσκαλος του Α. τον παρουσιάζει σαν ένα παιδί παθητικό, γεμάτο αναστολές, που δεν αποδίδει στην τάξη, στα διαλείμματα μένει μόνο του και συχνά παραπονιέται για πονοκεφάλους.

Ερευνήθηκε το ιστορικό ενηλίκων με πονοκεφάλους και διαπιστώθηκε ότι οι πονοκέφαλοι ξεκινούν στην ηλικία μεταξύ 6 και 8 ετών. «Σε αυτή την ηλικία, το υποσυνείδητο των παιδικών σκέψεων αντιμετωπίζει τα νεοκατακτηθέντα λογικά φαινόμενα της ζωής, που μπορεί να γίνουν αισθητά ως επικίνδυνα και αυτό σε ένα πλαίσιο συναισθηματικής αμφιθυμίας, οπότε δυνατόν να προκληθούν ψυχοτραυματισμοί και μια αναστολή της λογικής σκέψης, συνοδευόμενοι από πονοκεφάλους, που αποτελούν το υπόστρωμα του φυσιολογικού μηχανισμού της αναστολής και την εξωτερική εκδήλωση, δίκην θετικού πόλου. Ο πονοκέφαλος που αναπτύσσεται σε φοβικό -ψυχαναγκαστικό υπόστρωμα αποτελεί εκδήλωση κινδύνου και απόδειξη ότι τα μέσα που χρησιμοποιούνται εναντίον του άγχους είναι ανεπαρκή» (Ι.Κούρος-Μ.Ρώτα, 1994, σελ 41).

Εκτός από τους πονοκεφάλους και οι ημικρανίες παρουσιάζονται συχνά στα παιδιά. Σε αντίθεση όμως με ό,τι συμβαίνει στους ενήλικες, περιορίζονται σε κεφαλαλγία, η οποία συνοδεύεται από ναυτία εμετούς, ενώ είναι σπάνιες οι αγγειοκινητικές διαταραχές με την μορφή των ανωμαλιών όρασης. Στο μικρό παιδί η ημικρανία μπορεί να εμφανιστεί απότομα. Σπάνια εμφανίζεται πριν την ηλικία των 4 ετών. Έχει χαρακτηριστεί ως η ασθένεια της σχολικής ηλικίας. Η εμφάνισή της είναι συχνότερη στα κορίτσια (Ι.Κούρος-Μ.Ρώτα, 1994, σελ42).

Αν και έχει χαρακτηριστεί ως αλλεργικής αιτιολογίας (η ημικρανία εμφανίζεται μετά την κατανάλωση συγκεκριμένου φαγητού), άτομα που

πάσχουν από ημικρανίες δεν παρουσιάζουν περισσότερες αλλεργικές παθήσεις, με αναπνευστικές ή δερματολογικές εκδηλώσεις, απ' ότι ο γενικός πληθυσμός.

Πολλές είναι οι έρευνες, οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ημικρανία σχετίζεται με μια εγκεφαλική δυσρυθμία. Παρόλα αυτά, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα παιδιών που παρουσιάζουν ημικρανία δεν εμφανίζει περισσότερες διαταραχές απ' ότι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα υγιών παιδιών.

Ως ένα ακόμη αίτιο της ημικρανίας αναφέρεται η κληρονομικότητα. Ο Β. Bille εξετάζοντας τα ιστορικά ασθενών διαπίστωσε ότι στο 72,6% των περιπτώσεων η μητέρα έπασχε επίσης από ημικρανία. Ένα προφίλ προσωπικότητας με ιδιαίτερα στοιχεία των παιδιών που παρουσιάζουν ημικρανία είχε προτείνει ο V.Vahlquist. Σύμφωνα με τον V.Vahlquist τα παιδιά αυτά είναι υπερευαίσθητα, συχνά φιλόδοξα, αναζητούν την προσωπική επιτυχία, είναι ευέξαπτα, με αυστηρή προσωπικότητα, με στοιχεία καταπιεσμένης επιθετικότητας. Οι σχολικοί τους βαθμοί είναι συχνά καλοί, περισσότερο εξαιτίας της φιλοδοξίας, παρά από φυσικά προσόντα.

Αν και τα αίτια της ημικρανίας δεν είναι πάντοτε σαφή, η ψυχολογική πίεση είναι εμφανής. Γι' αυτό και τα συμπτώματά της εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της σχολικής περιόδου και όχι κατά τη διάρκεια των διακοπών.

Προκείμενου να αντιμετωπιστεί η ημικρανία συνίσταται ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με υποστηρικτική ψυχοθεραπεία στους γονείς. Αγγχολυτικά σε συνδυασμό με παυσίπονα μπορούν να ανακουφίσουν προσωρινά (Ι.Κούρος-Μ.Ρώτα, 1994, σελ42-43).

4.4 Ανεπάρκεια –ανωριμότητα

4.4.1. Παλινδρομική συμπεριφορά.

Η παλινδρόμηση είναι ένας μηχανισμός άμυνας. Όταν ένα άτομο βρεθεί μπροστά σε μια ματαίωση, χρησιμοποιεί διάφορους τρόπους, προκειμένου να την αντιμετωπίσει. Οι τρόποι αυτοί είχαν χρησιμοποιηθεί και είχαν αποδώσει σε προγενέστερη ηλικία και κυρίως στην προσχολική και τη νηπιακή. Παρά το γεγονός ότι θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ακόμη και απαράδεκτοι, αφού περιλαμβάνουν συμπεριφορές όπως το κλαψούρισμα, η αντιδράσεις πείσματος κ.λ.π., μπορούσαν να εξασφαλίσουν στο άτομο αυτό ακριβώς που επιθυμούσε, δηλαδή, την προσοχή των γονέων, την ικανοποίηση κάθε απαίτησης κ.λ.π.

Καθώς το παιδί μεγαλώνει εγκαταλείπει αυτούς τους τρόπους αντίδρασης και υιοθετεί άλλους, οι οποίοι είναι ανάλογοι του αναπτυξιακού σταδίου στο οποίο βρίσκεται. Στην περίπτωση, όμως, που το παιδί έρθει αντιμέτωπο με μια

σοβαρή ματαίωση και οι νέοι τρόποι αντίδρασης δεν είναι ικανοί να δώσουν λύσεις, καταφεύγει στους παλιούς τρόπους αντίδρασης.

Η παλινδρόμηση εμφανίζεται πολύ συχνά στις περιπτώσεις των παιδιών, τα οποία αποκτούν μικρότερο αδελφάκι. Πιστεύουν πως με τον ερχομό του θα χάσουν τη φροντίδα και την αγάπη των γονιών τους. Έτσι, ένα παιδί μπορεί να αρχίσει να βρέχει το κρεβάτι του προκειμένου να το φροντίσουν οι γονείς του, με τον ίδιο τρόπο που φροντίζουν και το νεογέννητο.

Την κατάσταση αυτή οι γονείς χρειάζεται να την αντιμετωπίσουν με προσοχή. Οι απειλές, οι τιμωρίες και τα ειρωνικά σχόλια δεν έχουν αποτέλεσμα. Αυτό που πρέπει να κάνουν είναι να τονίσουν τις θετικές πλευρές και τα προτερήματα που έχει η ηλικία του μεγαλύτερου παιδιού. Θα πρέπει να του δείξουν έμπρακτα ότι το νεογέννητο δεν θα του στερήσει την προσοχή και την αγάπη τους.

Βέβαια, η παλινδρόμηση δεν αποτελεί χαρακτηριστικό μόνο των παιδιών αλλά και των ενηλίκων. Πολλές φορές βρίσκονται μπροστά σε δυσκολίες ή απογοητεύσεις και για να τις αντιμετωπίσουν επιστρέφουν σε καταστάσεις και τρόπους συμπεριφοράς του παρελθόντος. Ο,τιδήποτε αφορά το παρελθόν μνημονεύεται ωραιοποιημένο και απαλλαγμένο από κάθε αρνητικό στοιχείο. Το να θυμάται, να νοσταλγεί κανείς κάτι από το παρελθόν, επειδή πιστεύει πως είναι καλύτερο από το παρόν, αποτελεί μια αντίδραση παλινδρόμησης. Στη νοσταλγία υπάρχουν θετικά και αρνητικά ερεθίσματα. Θετικό ερέθισμα αποτελεί, για παράδειγμα, η ανάμνηση και η νοσταλγία αγαπημένων προσώπων, ενώ αρνητικό ερέθισμα αποτελεί η νοσταλγία καταστάσεων, οι οποίες έχουν αλλοιωθεί και εξωραϊστεί.

Όλοι, άλλοι λιγότερο και άλλοι περισσότερο, έχουμε χρησιμοποιήσει το μηχανισμό της παλινδρόμησης. Μεγαλύτερη τάση στο να χρησιμοποιούν το συγκεκριμένο μηχανισμό έχουν τα άτομα, τα οποία ήταν υπερπροστατευμένα. Ο Ι.Ιωαννίδης (1996) αναφέρει πως στην παλινδρόμηση υπάρχουν και στοιχεία αποδιοργάνωσης.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η παλινδρόμηση θα πρέπει να γίνουν κατανοητές οι αιτίες, ο λόγος εμφάνισης μιας συμπεριφοράς προγενέστερης ηλικίας και όχι να γίνουν προσπάθειες να καταπολεμηθούν απλώς και μόνο τα συμπτώματα (Ι.Ιωαννίδης, 1996, τομ. Α', σελ. 93-95).

5. Προβλήματα προσαρμογής στο σχολείο.

Σημαντικό κομμάτι της καθημερινής ζωής ενός παιδιού αποτελεί το σχολείο. Πλήθος παραγόντων, πέρα από τα συμπτώματα που περιέγραψε το προηγούμενο κεφάλαιο, είναι δυνατόν να προκαλέσει δυσκολίες στην προσαρμογή και την ικανοποιητική απόδοση ενός μαθητή. Το παρόν κεφάλαιο εξετάζει δύο από αυτούς τους παράγοντες.

Ο πρώτος είναι η σχολική φοβία, η οποία απασχολεί σταθερά γονείς και εκπαιδευτικούς. Εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους και η κύρια αιτία της θεωρείται το έντονο άγχος αποχωρισμού που βιώνουν μητέρα και παιδί.

Ο δεύτερος παράγοντας είναι οι ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και ειδικότερα η δυσλεξία, η οποία συναντάται σε όλο και μεγαλύτερο ποσοστό του μαθητικού πληθυσμού.

5.1. Η είσοδος του παιδιού στο σχολείο.

Η είσοδος του παιδιού στο σχολείο αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα στη ζωή του. Σηματοδοτεί μια πολύ μεγάλη αλλαγή. Τον αποχωρισμό του παιδιού από την απόλυτη ευθύνη και προστασία της οικογένειάς του. Είναι η πρώτη φορά που το παιδί αποχωρίζεται από το οικογενειακό του περιβάλλον για τόσο μεγάλο διάστημα και σε καθημερινή βάση. Μπαίνει σε ένα χώρο γεμάτο απαιτήσεις και εντάσεις. Για ορισμένα παιδιά, μάλιστα, οι απαιτήσεις αυτές είναι τόσο έντονες που μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχολογικές διαταραχές.

Η καλή προσαρμογή στο σχολείο έχει σα βασική προϋπόθεση την ικανότητα, τόσο του παιδιού όσο και της οικογένειάς του, να χειριστούν τον αποχωρισμό. Η στάση που θα υιοθετήσει κάθε παιδί απέναντι στο σχολείο, εξαρτάται από το πόσο ώριμο είναι το παιδί, τις εμπειρίες που απέκτησε μέσα στην οικογένειά του, αλλά και το πόσο προετοιμάστηκε από τους γονείς για αυτή την αλλαγή. Ορισμένα παιδιά από την ηλικία των τριών ετών είναι έτοιμα να αποχωριστούν την μητέρα τους, για κάποιο χρονικό διάστημα. Όμως, ορισμένα άλλα δεν έχουν την ωριμότητα να το κάνουν αυτό, παρά το γεγονός ότι είναι σε ηλικία που υποχρεωτικά πλέον πρέπει να φοιτήσουν στο σχολείο. Έχει ιδιαίτερη σημασία, οι γονείς και κυρίως οι μητέρες να ενθαρρύνουν την εξατομίκευση του παιδιού, την τάση του για αυτονομία, παρέχοντάς του ευκαιρίες για συναναστροφή με συνομηλίκους. Η υπερπροστασία δημιουργεί προβλήματα. Δεν επιτρέπει στο παιδί να αισθάνεται ασφαλές όταν βρίσκεται μπροστά σε νέες καταστάσεις, τις οποίες πρέπει να αντιμετωπίσει μόνο του. Και το σχολείο είναι γεμάτο τέτοιες καταστάσεις.

Το σχολείο απαιτεί, από το παιδί να προσαρμοστεί στα δικά του μέτρα. Καταρχήν, το παιδί θα πρέπει να υιοθετήσουν τους κανόνες του νέου περιβάλλοντος. Αυτοί θα βοηθήσουν την προσαρμογή του. Για να το κατορθώσει αυτό, το παιδί χρειάζεται να διαθέτει ευελιξία και αυτοέλεγχο. Για να αποκτήσει νέες δεξιότητες- να μάθει να διαβάζει και να γράφει - θα πρέπει προηγουμένως να μάθει να συγκεντρώνει την προσοχή του, να μένει στη θέση του ήσυχο μέχρι να ολοκληρώσει το έργο που αναλαμβάνει κάθε φορά κ.λ.π.. Επιπλέον, θα πρέπει να προσαρμοστεί σε ένα περιβάλλον γεμάτο άγνωστα πρόσωπα, συνομηλίκους και ενήλικες.

Από όλα αυτά, το παιδί δε μπορεί να ξεφύγει. Δεν έχει τη συμπαράσταση και την προστασία της μητέρας του. Θα πρέπει να αντεπεξέλθει μόνο του. Κι αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται να καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια.

Η κακή προσαρμογή δεν σημαίνει απαραίτητα την ύπαρξη κάποιας διαταραχής στο παιδί. Υπεύθυνο ίσως να είναι το σχολείο (M.Herbert, 1998, σελ. 142-145, Γ.Τσιάντης, 1991, τομ. Α, σελ. 100-101).

5.2. Ο ρόλος του δασκάλου

Ο δάσκαλος αποτελεί για το παιδί ένα πολύ σημαντικό πρόσωπο. Από αυτόν εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, εάν το παιδί θα αγαπήσει ή θα μισήσει το σχολείο. Θεωρεί το δάσκαλο πρότυπο και ταυτίζεται μαζί του. Έτσι, η συμπεριφορά του δασκάλου μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το παιδί. Επηρεάζει τη συμπεριφορά του, τις στάσεις του, τις αξίες του αλλά και την απόδοσή του στη μάθηση. Γι' αυτό και ο δάσκαλος θα πρέπει να έχει γνήσιες σχέσεις με τους μαθητές του. Αν ο δάσκαλος έχει ο ίδιος αποδεχτεί και έχει δώσει αξία στον εαυτό του, αν έχει κατανοήσει πλήρως το ρόλο του, τότε είναι έτοιμος να αποδεχτεί και τους μαθητές του. Η αποδοχή αυτή από μέρους του γίνεται άμεσα αντιληπτή και έχει ως αποτέλεσμα να αυξηθούν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ δασκάλου και μαθητών. Αυτό συνεπάγεται μείωση του άγχους και των εσωτερικών συγκρούσεων των παιδιών. Άρα η επιτυχία ή αποτυχία στο σχολείο εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από το δάσκαλο. Ο M. Herbert (1998) αναφέρει μια έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Εκπαίδευση του Παν/μίου του Λονδίνου. Σε αυτή γίνεται λόγος για τα στοιχεία, τα οποία εκτίμησαν στο δάσκαλο τους 12χρονοι μαθητές. Τέτοια στοιχεία είναι η προθυμία του να βοηθήσει τους μαθητές, οι ξεκάθαρες οδηγίες και εξηγήσεις που δίνει, η συνέπεια και η σταθερότητά του, η αντικειμενικότητά του, το χιούμορ του, η καλοσύνη του και οι καλοί του τρόποι. Ανάλογη μελέτη, στην οποία αναφέρεται ο Γ.Τσιάντης (1991), περιγράφει τα χαρακτηριστικά που επιθυμούν οι μαθητές να έχει ο δάσκαλός τους. Επιθυμούν να είναι δίκαιος, να

δείχνει κατανόηση και να είναι υπομονετικός, να έχει καλούς τρόπους, να διατηρεί την τάξη, να έχει την ικανότητα να εξηγεί. Ο Evans συνοψίζοντας τις έρευνες, οι οποίες έγιναν από την αρχή του αιώνα μας, αναφέρει ποια είναι τα χαρακτηριστικά των δασκάλων, τα οποία αποδοκιμάζουν οι μαθητές. Οι μαθητές, λοιπόν, αντιπαθούν τους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι ειρωνεύονται, εξευτελίζουν, χρησιμοποιούν την τιμωρία προκειμένου να εξασφαλίσουν πειθαρχία, δεν ικανοποιούν τις ανάγκες των μαθητών, είναι ιδιόρρυθμοι ως προσωπικότητες, δεν είναι δίκαιοι, η διδασκαλία τους είναι βαρετή.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, δύο είναι οι βασικές ιδιότητες, τις οποίες απαιτείται να έχει ένας δάσκαλος: να έχει την ικανότητα να διδάσκει και να σέβεται την ξεχωριστή προσωπικότητα κάθε παιδιού (M.Herbert, 1998, σελ. 152-154, Γ.Τσιάντης, 1991, τομ. Α, σελ. 98-102, Ι.Ιωαννίδης, 1996, τομ. Α, σελ. 55-59).

5.3. Σχολική φοβία

Τα περισσότερα παιδιά, σε κάποια στιγμή της ζωής του, δείχνουν απροθυμία ή διστακτικότητα να πάνε στο σχολείο. Συνήθως, η απροθυμία αυτή είναι περιστασιακή. Διαρκεί μικρό χρονικό διάστημα και θεραπεύεται χωρίς να είναι απαραίτητη η παρέμβαση ειδικού, παιδοψυχολόγου ή παιδοψυχιάτρου. Πιο σπάνια, η απροθυμία ενός παιδιού καταλήγει σε κατηγορηματική άρνηση και μακροχρόνια απουσία του από το σχολείο. Αυτό είναι ένα σοβαρό πρόβλημα, το οποίο απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι ειδικοί το αποκαλούν «σχολική φοβία» (I.Maks, 2001, σελ. 217).

Ο όρος αυτός καθιερώθηκε το 1941. Ως σχολική φοβία χαρακτηρίζεται «ο παράλογος φόβος μετάβασης και παραμονής στο σχολείο» (Ι.Ιωαννίδης, 1996, τομ. Α, σελ. 117). Εκεί το παιδί νιώθει έντονες ψυχικές και σωματικές ενοχλήσεις, οι οποίες εξαφανίζονται όταν επιστρέφει στο σπίτι (Γ. Μπουλουγούρης, 1994, σελ. 112).

Ο Broadwin (1989) περιγράφει το σχολειοφοβικό μαθητή ως εξής: «το παιδί απουσιάζει από το σχολείο, για περιόδους που ποικίλλουν από μερικούς μήνες μέχρι ένα έτος. Η απουσία είναι συστηματική. Οι γονείς γνωρίζουν πάντα που είναι το παιδί. Είναι με την μητέρα ή κοντά στο σπίτι. Ο λόγος της απουσίας είναι ακατανόητος και για τους γονείς και για το σχολείο. Το παιδί ενδέχεται να υποστηρίξει ότι φοβάται να πάει στο σχολείο, ότι φοβάται το δάσκαλο ή ακόμη ότι δεν γνωρίζει γιατί δεν θα πάει στο σχολείο. Όταν βρίσκεται στο σπίτι, είναι ευτυχισμένο και προφανώς ξέγνοιαστο. Όταν πέζεται να πάει στο σχολείο, είναι αξιολύπητο, φοβισμένο και με την πρώτη ευκαιρία τρέχει στο σπίτι, παρά τη βεβαιότητα της σωματικής τιμωρίας. Η έναρξη, γενικά, είναι ξαφνική. Η

προηγούμενη σχολική εργασία καθώς και η συμπεριφορά υπήρξε ικανοποιητική» (Yule, 1989 στο Μ.Καΐλα, Ν.Πολεμικός, Γ.Ξανθάκου, 1994, σελ. 39-40).

Η σχολική φοβία δε θα πρέπει να συγχέεται με το «σκασιαρχείο». Το παιδί - σκασιάρχης δεν αρνείται να πάει στο σχολείο. Απουσιάζει, όμως, από αυτό αδικαιολόγητα και χωρίς την άδεια των γονιών του προκειμένου να κάνει κάτι πιο διασκεδαστικό. Παρατηρείται, κυρίως, σε μαθητές και όχι μαθήτριες. Μπορεί να ξεκινήσει από τις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου και αυξάνει σταθερά με την πάροδο του χρόνου. Κορυφώνεται στην ηλικία των δεκατριών περίπου ετών. Τα παιδιά αυτά έχουν μια προϊστορία στην αποτυχία. Η αποτυχία αυτή αφορά και τα μαθήματα, αλλά και τις σχέσεις τους με τους συμμαθητές και το δάσκαλό τους. Κατά κανόνα, οι σκασιάρχες έχουν νοημοσύνη κάτω του μέσου όρου και αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πλειοψηφία των σχολικών μαθημάτων. Βέβαια, υπάρχουν και εξαιρέσεις. Η συνήθως χαμηλή επίδοση των παιδιών αυτών προκαλεί τα αρνητικά σχόλια του δασκάλου. Σιγά -σιγά το σχολείο μετατρέπεται σε δυσάρεστη εμπειρία. Συχνά, οι συνθήκες του οικογενειακού τους περιβάλλοντος είναι ανυπόφορες. Πιθανότατα ανήκουν σε πολυμελείς οικογένειες χαμηλού κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου, οι οποίες δεν ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την πρόοδο των παιδιών τους. Επίσης, ίσως έχουν στερηθεί τη στοργή και τη στενή επαφή με τους γονείς, σε αντίθεση με τα υπερπροστατευμένα, σχολειοφοβικά παιδιά. Η απομάκρυνσή τους από το σχολείο τους επιτρέπει να ψάχνουν για συγκινήσεις, οι οποίες θα είναι ικανές να τους αποσπάσουν την προσοχή από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (Μ. Herbert, 1998, σελ. 96-98).

Επίσης, τη σχολική φοβία δε θα πρέπει να τη συσχετίσουμε με τις πρώτες αρνητικές αντιδράσεις, τις οποίες μπορεί να εκδηλώσει το παιδί που πρωτοπηγαίνει σχολείο. Οι αρνητικές αντιδράσεις του παιδιού οφείλονται στον ενστικτώδη, γενικό φόβο μπροστά στο άγνωστο, ο οποίος είναι δυνατόν να προκαλέσει τη δυσφορία και την διστακτικότητά του να πάει στο σχολείο. Ο φόβος αυτός υποχωρεί σιγά σιγά, χωρίς να χρειαστεί θεραπεία (Ι. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 3, σελ. 156, Γ.Μπουλουγούρης, 1994, σελ. 113).

Η σχολική φοβία εμφανίζεται λιγότερο σε σχέση με άλλες ψυχολογικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Αποτελεί το 8% περίπου των περιπτώσεων που φτάνουν σε παιδοψυχιατρικές κλινικές. Το ποσοστό εμφάνισής της, στο σύνολο του μαθηματικού πληθυσμού, σύμφωνα με ορισμένους επιστήμονες, φτάνει το 1%- 2%. Κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν πως αυτό το ποσοστό δεν φτάνει το 1% (Μ.Καΐλα, Ν.Πολεμικός, Γ.Ξανθάκου, 1994, σελ 42).

Ο Μ. Herbert (1998) πιστεύει πως, παρά το γεγονός ότι η σχολική φοβία μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συχνότερα εμφανίζεται στη Β΄ δημοτικού.

Διαπιστώνεται η ύπαρξη τριών ηλικιακών ομάδων, στις οποίες εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα το φαινόμενο αυτό. Η πρώτη ομάδα αφορά τα παιδιά που πηγαίνουν στο σχολείο για πρώτη φορά, δηλαδή, τα παιδιά ηλικίας 5-7 ετών. Ο φόβος τους έχει άμεση σχέση με το άγχος του αποχωρισμού. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τα παιδιά μιας μεταβατικής σχολικής βαθμίδας, αυτά που από το δημοτικό πηγαίνουν στο γυμνάσιο, ηλικίας περίπου 11 ετών. Την τρίτη κατηγορία αποτελούν παιδιά 14 ετών και άνω, τα οποία αντιμετωπίζουν σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη). (Μ. Καϊλα, Ν. Πολεμικός, Γ. Ξανθάκου, 1994, σελ 43, Μ. Herbert, 1998, σελ. 160).

Τα αποτελέσματα μελετών, όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στο φύλο και την εμφάνιση της σχολικής φοβίας, είναι αντιφατικά. Κάποιοι ισχυρίζονται πως εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα σε αγόρια και κορίτσια, κάποιοι άλλοι αναφέρουν λίγο μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια ή λίγο μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια (Μ. Καϊλα, Ν. Πολεμικός, Γ. Ξανθάκου, 1994, σελ 43-44).

Έχει υποστηριχθεί ότι τις περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης σχολικής φοβίας έχουν τα τελευταία κατά σειρά γέννησης παιδιά. Μεγάλες επίσης πιθανότητες έχουν τα πρωτότοκα και τα μοναχοπαίδια.

Συνάφεια δεν υπάρχει ανάμεσα στη σχολική φοβία και τη νοημοσύνη ή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Αντίθετα με ό,τι θα περίμενε κανείς, η σχολική φοβία είναι πιο συνηθισμένη σε παιδιά που έχουν ικανοποιητική επίδοση στο σχολείο (Μ. Καϊλα, Ν. Πολεμικός, Γ. Ξανθάκου, 1994, σελ 44).

Γενικά δε φαίνεται να υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ή ιδιαιτερότητες, οι οποίες να διαχωρίζουν τα σχολειοφοβικά από τα μη σχολειοφοβικά παιδιά.

5.3.1. Συμπτώματα σχολικής φοβίας

Η σχολική φοβία μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους. Συνήθως, το παιδί απλά αρνείται να πάει στο σχολείο. Τα μικρότερα σε ηλικία παιδιά, δεν είναι σε θέση να εξηγήσουν που οφείλεται η άρνησή τους, ενώ τα μεγαλύτερα προβάλλουν διάφορων ειδών δικαιολογίες. Μπορεί να ισχυριστούν ότι τα μαθήματα είναι βαρετά ή πολύ δύσκολα, ότι ο δάσκαλος είναι υπερβολικά αυστηρός και άδικος μαζί τους, ότι απειλούνται ή δέχονται τα κοροϊδευτικά σχόλια των συμμαθητών τους κ.λ.π.

Μπορεί ακόμη να ομολογήσουν πως φοβούνται ότι κάτι κακό θα συμβεί στη μητέρα τους, την ώρα που αυτά είναι στο σχολείο τους. Είναι γεγονός ότι πολλές καταστάσεις, συνδεδεμένες με την σχολική ζωή είναι ικανές να προκαλέσουν έντονο άγχος και φόβο σε ένα παιδί. Κάποιες από αυτές είναι: το μέγεθος του σχολείου, η καθημερινότητα σε αυτό, οι εξετάσεις, η αποτυχία στα μαθήματα, οι κακές σχέσεις με το δάσκαλο ή τους συμμαθητές, οι εξωπραγματικές απαιτήσεις και οι υπερβολικές πιέσεις των γονέων κ.λ.π. Σε έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, με τη συμμετοχή 11χρονων μαθητών, διαπιστώθηκε πως το άγχος τους πήγαζε από την ανησυχία τους μήπως:

1. Αποτύχουν σε κάποιο διαγώνισμα
2. Δεν κατορθώσουν να φτάσουν έγκαιρα στο σχολείο
3. Κάνουν ορθογραφικά λάθη
4. Δεν καταφέρουν να δώσουν σωστή απάντηση σε κάποια ερώτηση του δασκάλου
5. Κάνουν λάθη στην ανάγνωση
6. Η βαθμολογία τους είναι χαμηλή
7. Σχολιασθούν αρνητικά από το δάσκαλο.
8. Είναι από τους τελευταίους μαθητές της τάξης
9. Αποτύχουν σε μαθήματα όπως τα μαθηματικά και η ζωγραφική.

Η πλειοψηφία των μαθητών καταφέρνει να ξεπεράσει δυσκολίες, όπως αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω. Ορισμένα, όμως, παιδιά παρουσιάζουν φοβικές αντιδράσεις με πολύ μεγαλύτερη ένταση από αυτή που δικαιολογεί η πραγματική αγχογόνος κατάσταση (I.Marks, 2001, σελ. 217-218, I. Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 3, σελ. 156, Μ.Καϊλα, Ν.Πολεμικός, Γ.Ξανθάκου, 1994, σελ 40-41, Γ.Μπουλουγούρης, 1994, σελ 112, Μ. Herbert, 1998, σελ. 159).

Το παιδί που αρνείται πεισματικά να πάει στο σχολείο μπορεί να εμφανίσει και σωματικά συμπτώματα, για τα οποία δεν υπάρχει επαρκής ιατρική δικαιολογία. Τις περισσότερες φορές, προηγείται μια αυξανόμενη ένταση. Πιο συγκεκριμένα, σε αυτά παρατηρείται ευερεθιστότητα, νευρικότητα, ανησυχία, κλάμα, δυσκολία στο ύπνο ή νυχτερινοί εφιάλτες, κοιλιακοί πόνοι, ναυτία, εμετός, διάρροια, ταχυκαρδία, πονοκέφαλος, δυσκολίες στο φαγητό κ.λ.π. Τα συμπτώματα αυτά επιδεινώνονται την ώρα που το παιδί ετοιμάζεται να φύγει για το σχολείο. Οι γονείς αγχώνονται, θυμώνουν, άλλοτε παρακαλούν το παιδί και άλλοτε χρησιμοποιούν απειλές, στην προσπάθειά τους να λύσουν το πρόβλημα. Όχι σπάνια, η εικόνα του παιδιού που είναι χλωμό, ιδρώνει, νιώθει ναυτία, κάνει εμετό ή κλαίει και δείχνει απελπισμένο, κάνει τους γονείς να υποχωρήσουν και να δώσουν τελικά την συγκατάθεσή τους να παραμείνει στο σπίτι. Σε αυτή την περίπτωση, τα συμπτώματα εξαφανίζονται ως «δια μαγείας». Το παιδί ηρεμεί

και αισθάνεται χαρούμενο. Η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων είναι βέβαιη. Αυτό θα συμβεί το βράδυ, όταν η επόμενη μέρα θα αρχίσει να απασχολεί το παιδί ή το πρωί όταν θα είναι υποχρεωμένο να ετοιμαστεί για το σχολείο. Τα σωματικά συμπτώματα απουσιάζουν τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες.

Έχει πλέον συνειδητοποιηθεί πως η άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο, δε φανερώνει κάποιο πρόβλημα απειθαρχίας, αλλά μια ψυχολογική διαταραχή. Αυτό που νιώθει για το σχολείο δεν είναι μια απλή αντιπάθεια, αλλά ένας έντονος, παράλογος και αποπνικτικός φόβος. Στην πραγματικότητα, ο φόβος δεν αφορά το σχολείο καθεαυτό, αλλά τον αποχωρισμό του παιδιού από τη μητέρα (Μ.Καϊλα, Ν.Πολεμικός, Γ.Ξανθάκου, 1994, σελ. 40-42, I.Marks, 2001, σελ.218-219).

5.3.2. Αίτια σχολικής φοβίας: άγχος αποχωρισμού.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτό που κρατά το παιδί μακριά από το σχολείο είναι ο φόβος του να απομακρυνθεί από το σπίτι, να αποχωριστεί τη μητέρα του. Γύρω στον 7^ο μήνα, μεταξύ μητέρας και παιδιού αναπτύσσεται ένας έντονος και στενός συναισθηματικός δεσμός, η προσκόλληση. Συνέπεια της προσκόλλησης είναι το άγχος του αποχωρισμού. Το φαινόμενο αυτό αναφέρεται στην ανησυχία και το φόβο του παιδιού μήπως η μητέρα του το εγκαταλείψει. Το άγχος του αποχωρισμού εμφανίζεται γύρω στον 11^ο μήνα. Από τον 18^ο μήνα αρχίζει σταδιακά να εξαφανίζεται πράγμα που σημαίνει πως το παιδί ωριμάζει. Σχετικά με το θέμα ο E. Erikson (1960) αναφέρει:

«Το πρώτο κοινωνικό επίτευγμα του παιδιού είναι η επιθυμία του να αφήσει τη μητέρα έξω από το οπτικό του πεδίο, χωρίς να νιώθει ιδιαίτερη ανησυχία ή οργή, διότι η μητέρα έχει πλέον γίνει για το παιδί, τόσο μια εσωτερική βεβαιότητα, όσο και μια εξωτερική προβλεψιμότητα».

Μετά το 3^ο έτος τα περισσότερα παιδιά έχουν ξεπεράσει το άγχος του αποχωρισμού. Ωστόσο, υπάρχουν και κάποια, τα οποία όχι μόνο δεν έχουν ξεπεράσει το άγχος τους, αλλά θα εξακολουθούν να το βιώνουν έντονα και σε μεγαλύτερες ηλικίες (E.Erikson, 1960 στο M.Herbert, 1998, σελ. 121).

Το άγχος του αποχωρισμού αναφέρεται και στο Αναθεωρημένο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-111-R). Σύμφωνα με αυτό, αποτελεί διαταραχή στην οποία μπορούν να παρατηρηθούν συμπτώματα όπως:

1. Εξωπραγματικός φόβος πως κάτι πολύ κακό θα συμβεί σε κάποιο από τα οικεία πρόσωπα του παιδιού και ιδιαίτερα στη μητέρα
2. Υπερβολικός φόβος πως κάποιο τρομακτικό γεγονός θα «χωρίσει» το παιδί από τους γονείς του (π.χ. απαγωγή του παιδιού, ατύχημα κ.λ.π.)

3. Άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο για να μην αποχωριστεί οικεία αντικείμενα
4. Άρνηση του παιδιού να παραμείνει στο σπίτι όταν απουσιάζει το πιο σημαντικό οικείο πρόσωπο (μητέρα)
5. Συχνοί εφιάλτες σχετικοί με χωρισμό
6. Κακή διάθεση και εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων τις ημέρες του σχολείου
7. Έντονη δυσφορία ακόμη και στον προσωρινό αποχωρισμό του παιδιού από τα οικεία του πρόσωπα και κυρίως τη μητέρα του.
8. Δυσκολία συγκέντρωσης στην εργασία ή το παιχνίδι, θλίψη, απόσυρση, απάθεια κατά τη διάρκεια απουσίας του περισσότερο οικείου προσώπου (μητέρα). Η συνύπαρξη τριών από τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να δικαιολογήσει τη διάγνωση διαταραχής άγχους του αποχωρισμού.

Κύριο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η εμφάνιση υπερβολικού άγχους, διάρκειας τουλάχιστον δύο εβδομάδων, απέναντι σε νέες καταστάσεις. Βασικά, εκφράζεται ο φόβος της προσωρινής ή μόνιμης απώλειας της μητέρας. Τα παιδιά που υποφέρουν από άγχος του αποχωρισμού είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν φοβίες για διάφορες καταστάσεις ή αντικείμενα.

Το άγχος του αποχωρισμού έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές. Ανάμεσα σε αυτούς βρίσκεται και ο Bolby, ο Winnicott, ο Spitz, οι οποίοι υποστήριξαν πως ο τρόπος και ο βαθμός αντίδρασης ενός παιδιού στην πιθανή απώλεια της μητέρας τους εξαρτάται από: την ποιότητα της σχέσης που είχε δημιουργηθεί με το παιδί πριν την απώλεια, την ποιότητα των σχέσεων που βιώνει το παιδί μετά την απώλεια, το αν η απουσία είναι προσωρινή ή μόνιμη, την αναπτυξιακή φάση στην οποία βρισκόταν το παιδί όταν συνέβη ο χωρισμός, την ποιότητα των σχέσεων που δημιουργεί το παιδί σε καινούριο περιβάλλον (Μ.Καϊλα, Ν.Πολεμικός, Γ.Ξανθάκου, 1994, σελ 53-55).

Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική άποψη, η αιτία του έντονου και παρατεταμένου άγχους του αποχωρισμού είναι η άλυτη εξαρτητική σχέση μητέρας - παιδιού. Η σχέση αυτή κρατάει το παιδί δεμένο, γίνεται εμπόδιο στην εξατομίκευσή του, του στερεί την ευκαιρία να προχωρήσει σε νέες εμπειρίες. Η μητέρα του σχολειοφοβικού παιδιού είναι μια γυναίκα με έντονο άγχος, η οποία χρησιμοποιεί το παιδί σαν αναπλήρωση των ανικανοποίητων συζυγικών ή άλλων σχέσεων. Συχνά επίσης, δεν έχει λύσει τις σχέσεις εξάρτησης με τη δική της μητέρα. Νιώθει ότι απειλείται από οποιαδήποτε μορφή ανεξαρτησίας του παιδιού.

Ο Bolby διαπίστωσε την ύπαρξη αιτιώδους σχέσης μεταξύ αγχώδους προσκόλλησης και σχολικής φοβίας. Το παιδί νιώθει έντονο άγχος, το οποίο προέρχεται, είτε από τις απειλές (φανερές ή συγκαλυμμένες) των γονιών ότι θα το εγκαταλείψουν, είτε από την άρνησή τους να επιτρέψουν οποιονδήποτε

χωρισμό από αυτό. Ένας τέτοιος χωρισμός είναι και η φοίτηση του παιδιού στο σχολείο. Έτσι, μπορεί να κάνει την εμφάνισή της μια αντιστροφή ρόλων. Το παιδί ασχολείται με την φροντίδα των γονέων, οι οποίοι μπορεί να πάσχουν π.χ. από κάποιο χρόνιο νόσημα και αρνείται να πάει στο σχολείο, γιατί πιστεύει πως χωρίς τη βοήθειά του ο γονέας θα πεθάνει. Η παραμονή του μακριά από το σχολείο ουσιαστικά το προστατεύει από το άγχος του για την συγκεκριμένη κατάσταση, από το φόβο του για την εγκατάλειψη και την απώλεια (Μ.Καϊλα, Ν.Πολεμικός, Γ.Ξανθάκου, 1994, σελ 58-62).

Σύμφωνα με το S.Freud, οι φοβίες δημιουργούνται προκειμένου να αντιμετωπιστεί το άγχος που προκαλούν οι καταπιεστικές ορμές του id (Εκείνο). Πιο συγκεκριμένα το άγχος, το οποίο συνδέεται με μια συγκεκριμένη κατάσταση ή αντικείμενο μετατοπίζεται σε μια ουδέτερη κατάσταση ή αντικείμενο. Αυτό συμβαίνει και στην περίπτωση της σχολικής φοβίας. Ο S. Freud περιέγραψε τη διαδικασία της μετατόπισης σε συσχετισμό με το Οιδιπόδειο Σύμπλεγμα. Η εσωτερική ενοχλητική ορμή μεταμφιέζεται αλλά δεν εξαλείφεται, γι' αυτό και η εσωτερική σύγκρουση του ατόμου παραμένει. Ο S. Freud διατύπωσε τη θεωρία του άγχους μελετώντας την περίπτωση ενός πεντάχρονου αγοριού, του Hans, το οποίο είχε φοβία απέναντι στα ζώα. Διαπιστώθηκαν επιθετικά αισθήματα του παιδιού προς τον πατέρα. Ο Hans, είχε απωθήσει τις αιμομικτικές ενορμήσεις του και είχε μετατοπιστεί το άγχος του ενουχισμού που αυτές είχαν προκαλέσει, στα άλογα. Ο S.Freud, κατανοεί το άγχος του παιδιού και εξηγεί πως γι' αυτό η κατοχή του πέους αυξάνει τις πιθανότητες μιας νέας ένωσης με την μητέρα, ενώ η απώλειά του σημαίνει οριστική στέρηση αυτής. Η διαδικασία μετατόπισης του φόβου είναι γενικότερα αποδεκτή, όχι όμως μόνο από σεξουαλική άποψη (Μ.Καϊλα, Ν.Πολεμικός, Γ.Ξανθάκου, 1994, σελ 61-62, Ι.Παρασκευόπουλος, 1985, τομ. 2, σελ. 138, Ι. Ιωαννίδης, 1996, τομ. Α, σελ. 114).

Οι συμπεριφοριστές υποστηρίζουν πως το άγχος του αποχωρισμού, συνεπώς και η σχολική φοβία, είναι αποτέλεσμα μάθησης. Το παιδί είναι δυνατόν να αναπτύξει άγχος, όταν βρεθεί μπροστά σε μία νέα κατάσταση, αν και η μητέρα κάνει το ίδιο. Κάτι ανάλογο θα συμβεί και στην περίπτωση που, κατά τη διάρκεια της απουσίας της μητέρας, το παιδί αναγκαστεί να έρθει αντιμέτωπο με μια δυσάρεστη κατάσταση. Στην περίπτωση της κλασικής εξαρτημένης μάθησης αν ένα ανεξάρτητο ερέθισμα (θετικό ή αρνητικό) ακολουθήσει κατ' επανάληψη ένα ουδέτερο ερέθισμα, το ανεξάρτητο θα ταυτιστεί με το ουδέτερο. Αναφορικά με την συντελεστική μάθηση, αν μια ενέργεια ανταμοίβεται, τότε πιθανότατα θα εδραιωθεί. Τέλος, σύμφωνα με την θεωρία της κοινωνικής μάθησης, το παιδί παρατηρώντας τη συμπεριφορά ενός οικείου προσώπου μπορεί να αναπτύξει ανάλογη συμπεριφορά.

Σύμφωνα με τους συμπεριφοριστές τα αίτια της σχολικής φοβίας είναι:

1. ο φόβος για το άγνωστο
2. η στάση των γονιών, οι οποίοι ασυνείδητα μπορεί να ενθαρρύνουν την σχολική φοβία. Μπορεί, για παράδειγμα, να πουν στο παιδί «αν νιώσεις άσχημα τηλεφώνησέ μου και θα έρθω αμέσως να σε πάρω» ή μπορεί οι ίδιοι να νιώθουν νευρικότητα και να τη δείχνουν κάθε φορά που πλησιάζουν στο σχολείο.
3. οι δυσάρεστες εμπειρίες που μπορεί να βιώνει το παιδί στο σχολείο
4. η σχολική αποτυχία, η οποία μπορεί να καταλήξει σε σχολική φοβία
5. η αδυναμία των παιδιών να ανταποκριθούν σε δύσκολες καταστάσεις
6. η υπερβολική αλληλεξάρτηση παιδιών - γονιών (Μ.Καϊλα, Ν.Πολεμικός, Γ.Ξανθάκου, 1994, σελ 63-65).

Ανεξάρτητα από την πραγματική αιτία της σχολικής φοβίας, η μακρόχρονη απουσία από το σχολείο, έχει σοβαρές συνέπειες για το παιδί. Η εκπαίδευσή του εμποδίζεται, οι κοινωνικές του δεξιότητες χάνονται. Οι γονείς, οι οποίοι φέρουν και τη νομική ευθύνη να εξασφαλίσουν την τακτική φοίτηση του παιδιού τους στο σχολείο, θα πρέπει να κινηθούν άμεσα και να ζητήσουν τη βοήθεια ενός ειδικού (I.Marks, 2001 σελ. 220, M.Herbert, 1998, σελ. 164).

5.4. Μαθησιακές Δυσκολίες

Το φαινόμενο των μαθησιακών δυσκολιών δεν είναι καινούριο. Και στο παρελθόν πολλά ήταν τα παιδιά, τα οποία παρά τις ικανότητες που φαίνονταν να έχουν, παρουσίαζαν δυσκολίες στην προφορική γλώσσα, στην ανάγνωση, στη γραφή, στην κατανόηση ή τα μαθηματικά. Ορισμένοι απέδιδαν τις δυσκολίες αυτές σε προβλήματα όρασης ή ακοής, διανοητική καθυστέρηση, αδυναμία προσαρμογής, ψυχολογικά προβλήματα, αδιαφορία ή τεμπελιά (Ε. Αθανασιάδη, 2001, σελ.12).

Η συστηματική ενασχόληση των ειδικών με τις μαθησιακές δυσκολίες ξεκινά μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Μια πρώτη φαινομενολογική περιγραφή των δυσκολιών ανάγνωσης, τις οποίες απέδωσε σε νευρολογικά αίτια, έκανε ο S.Orton (ψυχίατρος, νευρολόγος, νευροπαθολόγος). Μετά τον S. Orton πολλοί ερευνητές, από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, παιδαγωγοί, ψυχολογικοί, γιατροί, λογοθεραπευτές, τις μελέτησαν και προσπάθησαν να τις περιγράψουν, από διαφορετική ο καθένας σκοπιά. Χρησιμοποίησαν όρους όπως ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία, ειδική μαθησιακή δυσκολία, ειδική εξελικτική διαταραχή, δυσορθογραφία, δυσγραφία, δυσφρασία, δυσαριθμησία, δυσλεξία, λεγασθένεια. Όμως, από τη δεκαετία του 1960 καθιερώθηκε ο όρος «μαθησιακές δυσκολίες». Αυτός περιλαμβάνει όλες τις διαταραχές και κυρίως στιγματίζει λιγότερο (Μ. Τζουριάδου, 1990 σελ. 11-12).

Στην Ελλάδα το πρόβλημα των μαθησιακών δυσκολιών άρχισε να παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις και να απασχολεί τους ειδικούς τα τελευταία χρόνια. Ο Ε.Κολιάδης αναφέρει ότι σε ένα πληθυσμό 6.000 μαθητών, το ποσοστό αυτών που εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες φτάνει το 10%-15%. (Μ.Κολιάδης, 1995, σελ. 299).

5.4.1. Έννοια του όρου «μαθησιακές δυσκολίες»

Είναι δύσκολο να διατυπωθεί ένας ορισμός, γενικότερα αποδεκτός, για τις μαθησιακές δυσκολίες. Αποτελούν μια κατάσταση, η οποία περιλαμβάνει ανομοιογενείς καταστάσεις με διαφορετικά αίτια και διαφορετικά συμπτώματα. Επιπλέον, δυσκολία στον ορισμό δημιουργεί το γεγονός ότι με το θέμα ασχολήθηκαν επιστήμονες πολλών διαφορετικών κλάδων. Πιο συγκεκριμένα, οι παιδαγωγοί έδιναν έμφαση στη συμπτωματολογία και την αντιμετώπισή της, ενώ οι γιατροί έδιναν έμφαση στην αιτιολογία (Μ.Τζουριάδου, 1990, σελ. 13, Μ.Κολιάδης, 1995, σελ. 291).

Ένας από τους πιο γνωστούς ιατροκεντρικούς ορισμούς είναι αυτός που διατύπωσε ο Α.Bannatyne (1966). Υποστηρίζει ότι οι μαθησιακές δυσκολίες οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Παιδιά που παρουσιάζουν μια τέτοια δυσλειτουργία έχουν επαρκή νοητική ικανότητα, συναισθηματική σταθερότητα και αισθητηριακές λειτουργίες χωρίς εμφανείς βλάβες. Όμως, εμφανίζουν ανεπάρκειες στις διαδικασίες αντίληψης, ολοκλήρωσης και έκφρασης. Ο Α.Bannatyne ταυτίζει τις μαθησιακές δυσκολίες με την ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία (Α.Bannatyne, 1966 στο Μ. Τζουριάδου, 1990, σελ. 13).

Ο πιο γνωστός παιδαγωγικοκεντρικός ορισμός είναι αυτός του S.Kirk, ο οποίος παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το 1963. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, τα παιδιά με δυσκολίες μάθησης εμφανίζουν διαταραχές σε μια ή περισσότερες από τις βασικές διαδικασίες, οι οποίες είναι απαραίτητες για την κατανόηση και τη χρήση, τόσο του προφορικού, όσο και του γραπτού λόγου (μνήμη, ακουστική ή οπτική αντίληψη, σκέψη). Οι διαταραχές αυτές δεν οφείλονται σε βλάβες των αισθητήριων οργάνων, σε διανοητική καθυστέρηση, συναισθηματικές διαταραχές, δύσκολες οικονομικές ή κοινωνικές συνθήκες. Ο ορισμός του S.Kirk υιοθετήθηκε από την Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή για τα μειονεκτικά παιδιά των Η.Π.Α. (S.Kirk, 1963 στο Ε.Αθανασιάδη, 2001, σελ 14).

Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, παρόλο που φαίνεται ότι έχουν τη δυνατότητα να αριστεύουν στο σχολείο, η απόδοσή τους είναι ανεξήγητα χαμηλή και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν φαίνονται αξεπέραστα.

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζονται πιο συχνά στα αγόρια παρά στα κορίτσια. Οι λόγοι, όμως, παραμένουν άγνωστοι (Ε. Αθανασιάδη, 2001, σελ. 15).

Τα συμπτώματά τους αρχίζουν να γίνονται εμφανή από την προσχολική ηλικία, διαφοροποιούνται στη σχολική και εξακολουθούν να υπάρχουν σε ολόκληρη τη ζωή του ατόμου (Μ. Τζουριάδου, 1990 σελ. 20).

Το πιο συχνό πρόβλημα αποτελεί η ανάγνωση, η γραφή και ίσως η αριθμητική. Ανησυχητικά συμπτώματα κατά την πρώτη σχολική ηλικία (6-8 ετών) αποτελούν η διάσπαση της προσοχής, η υπερκινητικότητα, η δυσκολία που έχει το παιδί να πιάσει το μολύβι και να σχηματίσει γράμματα, να διαχωρίσει ακουστικά και οπτικά ερεθίσματα, να αναγνωρίσει γράμματα και να κατορθώσει να διαβάσει. Σε μεγαλύτερη ηλικία (8-12 ετών) είναι πιθανόν να αντιμετωπίσει πρόβλημα και σε άλλα μαθήματα, αλλά και συναισθηματικά προβλήματα ως επακόλουθο των αποτυχιών (Ε. Αθανασιάδη, 2001, σελ. 17).

Οι μαθησιακές δυσκολίες μπορεί να επηρεάσουν τη συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού, την αυτοεκτίμησή του, και τις κοινωνικές του σχέσεις. Αυτό έχει επιβεβαιωθεί από πολλές μελέτες. Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες δεν είναι ιδιαίτερα συμπαθή από τους συμμαθητές και τους δασκάλους. Παρουσιάζουν χαρακτηριστικά όπως: άγχος, το οποίο με δυσκολία αντιμετωπίζουν, χαμηλή εικόνα του εαυτού τους, αίσθημα ανικανότητας, εύκολη ματαίωση, αρνητικές σχέσεις με τους συνομηλίκους, κατάθλιψη, απόσυρση (Μ. Τζουριάδου, 1990, σελ. 33).

Γονείς, δάσκαλοι και συμμαθητές θεωρούν πως τα παιδιά αυτά είναι περισσότερο επιθετικά. Υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν πως τα «γνωστικά ελλείμματα» των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες, έχουν ως αποτέλεσμα την ανικανότητά τους στην απόκτηση προόπτικης, την ανικανότητα να μπαίνουν στη θέση του άλλου. Αυτό εμποδίζει σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνικές συναλλαγές με τους γύρω τους και την κοινωνική τους προσαρμογή (Μ.Τζουριάδου, 1990, σελ. 33).

Εκτός από την περιορισμένη κοινωνική ικανότητα, ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα, το οποίο αντιμετωπίζουν τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι η σχολική αποτυχία. Η αποτυχία στο σχολείο έχει ως συνέπεια την έντονη κριτική και απόρριψη από γονείς, δασκάλους και συμμαθητές, καθώς και την άσκηση πίεσης στο παιδί για καλύτερη απόδοση. Η απόρριψη και η πίεση θα μειώσουν ακόμη περισσότερο την αυτοπεποίθηση του παιδιού και θα αυξήσουν το άγχος του, με αποτέλεσμα να επιτείνεται η σχολική αποτυχία. Δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος, ο οποίος μπορεί να καταλήξει σε επιθετικότητα, άρνηση του προβλήματος και απόσυρση (Μ.Τζουριάδου, 1990, σελ. 33).

Μια τέτοια κατάληξη είναι δυνατόν να αποφευχθεί, αν οι μαθησιακές δυσκολίες εντοπιστούν και αντιμετωπιστούν έγκαιρα. Τα άτομα με μαθησιακές

δυσκολίες αντιλαμβάνονται και επεξεργάζονται τις πληροφορίες που δέχονται με τελείως διαφορετικό τρόπο. Συνεπώς, έχουν ανάγκη από ένα διαφορετικό τρόπο διδασκαλίας, προκειμένου να μάθουν και να αποδώσουν ικανοποιητικά στο σχολείο (Ε.Αθανασιάδη, 2001, σελ. 15).

5.5. Η έννοια του όρου «δυσλεξία»

Ο όρος δυσλεξία χρησιμοποιείται διεθνώς για να περιγράψει τη μαθησιακή διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από τη δυσκολία των παιδιών στην εκμάθηση της ανάγνωσης και της ορθογραφημένης γραφής, παρά το γεγονός ότι οι νοητικές τους ικανότητες είναι ικανοποιητικές και το σχολικό αλλά και κοινωνικό τους περιβάλλον είναι κατάλληλο. Κυριολεκτικά όμως σημαίνει (γλωσσική δυσκολία).

Από την εποχή που «ανακαλύφθηκε» η δυσλεξία, δηλαδή, από τότε που αναγνωρίστηκε και περιγράφηκε (τέλος του 19^{ου} αιώνα), έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί και έχουν διατυπωθεί, πολλοί όροι, οι οποίοι προσπαθούσαν να αποδώσουν την έννοια αυτής της μαθησιακής διαταραχής. Κάποιοι από αυτούς ήταν οι: «σύμφυτη αλεξία», «σύμφυτη λεξική τύφλωση», «ειδική αναγνωστική επιβράδυνση», «ειδική εξελικτική δυσλεξία».

Το γεγονός της ύπαρξης πολλών ορισμών και όρων οφείλεται σε δύο λόγους. Ο πρώτος αφορά την ασάφεια ή την ανεπάρκεια πολλών από αυτούς. Ο δεύτερος σχετίζεται με τις θεωρητικές διαφωνίες των εκπροσώπων των επιστημών, οι οποίες ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο θέμα (ιατρική, ψυχολογία, παιδαγωγική) (Κ.Πόρποδας, 1988, σελ. 30).

Η διαπίστωση ενός ορισμού για την δυσλεξία, κοινώς αποδεκτού, ήταν μάλλον δύσκολη υπόθεση. Σε συνέδριο που πραγματοποιήθηκε το Απρίλιο του 1968, η Παγκόσμια Νευρολογική Ομοσπονδία διατύπωσε και πρότεινε δύο ορισμούς:

A. Δυσλεξία : «Παιδική διαταραχή, κατά την οποία, παρόλο που η εκπαίδευση είναι καλή, το παιδί δεν καταφέρνει να μάθει ανάγνωση, γραφή και συλλαβισμό ώστε να συμβαδίσει με την ηλικία του».

B. Ειδική εξελικτική δυσλεξία: «Είναι διαταραχή που εκδηλώνεται με δυσκολία στη μάθηση της ανάγνωσης, παρότι υπάρχει καλή εκπαίδευση, φυσιολογική ευφυΐα και καλό κοινωνικο-πολιτιστικό περιβάλλον. Εξαρτάται από βασικές γνωστικές διαταραχές που συνήθως είναι ιδιοσυγκρασιακής προέλευσης» (Α.Καραπέτσας, 1993, σελ. 14).

Στην αγγλική κυρίως βιβλιογραφία, ο όρος «δυσλεξία» προσδιορίζεται από τα επίθετα «αδισυγκρασιακή» ή «εξελικτική» ή «ειδική» για λόγους αντιδιαστολής από την «επίκτητη δυσλεξία». Ο προσδιορισμός «ειδική» δηλώνει

μια κατάσταση ιδιοπαθή, της οποίας η αιτία μας είναι άγνωστη. Σε πρακτικό επίπεδο οι όροι «ειδική δυσλεξία», «εξελικτική δυσλεξία» και «ειδική εξελικτική δυσλεξία» έχουν την ίδια έννοια.

Έχει αποδειχθεί ότι η δυσκολία που αντιμετωπίζουν τα δυσλεξικά παιδιά δεν έχει σχέση με την διανοητική τους αντίληψη. Αυτή μπορεί να κυμαίνεται από φυσιολογική έως πολύ υψηλή. Οφείλεται, μάλλον, σε σύμφυτους παρά περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το δυσλεξικό παιδί παρουσιάζει σημαντική αναγνωστική καθυστέρηση, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δε μπορεί να μάθει να διαβάζει και να γράφει. Απλώς, χρειάζεται ένα διαφορετικό τρόπο διδασκαλίας (Κ.Πόρποδας, 1988, σελ. 32-33).

5.5.1. Τύποι δυσλεξίας

Η δυσλεξία, ως μεγάλο πρόβλημα επεξεργασίας του γραπτού λόγου, διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: την επίκτητη δυσλεξία και την ειδική ή εξελικτική δυσλεξία.

Επίκτητη δυσλεξία. Και αυτή η μορφή δυσλεξίας έχει σαν χαρακτηριστικό της τη δυσκολία ή ανικανότητα του ατόμου να επεξεργαστεί το γραπτό λόγο. Στην περίπτωση της επίκτητης δυσλεξίας, οι ικανότητες της ανάγνωσης και της γραφής είχαν αποκτηθεί. Όμως, κάποιος τραυματισμός στην πλευρικο-κροταφική χώρα του αριστερού ημισφαιρίου του εγκεφάλου είχε σαν αποτέλεσμα την απώλεια των συγκεκριμένων ικανοτήτων.

Διακρίνονται τρεις τύποι επίκτητης δυσλεξίας, Ο πρώτος τύπος αναφέρεται στις περιπτώσεις στις οποίες το άτομο αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες στην κατανόηση του προφορικού και του γραπτού λόγου, αλλά και στη ορθογραφημένη γραφή. Ο δεύτερος τύπος αφορά περιπτώσεις, όπου είναι σαφής η ικανότητα στην ανάγνωση και την γραφή. Χαρακτηριστικό του τρίτου τύπου είναι ότι η δυσκολία στην ανάγνωση είναι μεγαλύτερη απ' ότι στη γραφή.

Οι διαφορές μεταξύ επίκτητης και ειδικής δυσλεξίας εντοπίζονται στα εξής: Στην επίκτητη δυσλεξία αυτό που προκαλεί αναγνωστικά ή γραφικά - ορθογραφικά προβλήματα είναι η εγκεφαλική βλάβη. Από το είδος της εγκεφαλικής βλάβης εξαρτάται η ελαττωματική λειτουργία των δεξιοτήτων της ανάγνωσης και της γραφής. Οι δεξιότητες αυτές προϋπήρχαν της εγκεφαλικής βλάβης. Στην ειδική δυσλεξία οι δυσκολίες στη γραφή οφείλονται στην αναγνωστική δυσχέρεια, η προέλευση της οποίας είναι ιδιοσυγκρασιακή. Επιπλέον, η επίκτητη δυσλεξία και οι εγκεφαλικές βλάβες συνδέονται με αιτιώδη σχέση. Κάτι ανάλογο δε συμβαίνει με την ειδική δυσλεξία (Κ. Πόρποδας, 1988, σελ. 69-71).

Ειδική δυσλεξία. Την ειδική δυσλεξία μπορούμε να την διαχωρίσουμε, σε οπτική και ακουστική.

Οπτική δυσλεξία. Τα άτομα με οπτική δυσλεξία αντιμετωπίζουν προβλήματα στη μάθηση διαμέσου της οπτικής λειτουργίας. Χαρακτηριστικά τους είναι η ανικανότητα στη διάκριση σύνθετων σχεδίων, στην αντίληψη και την αναπαραγωγή οπτικών ακολουθιών και ίσως η αδεξιότητα.

Ακουστική δυσλεξία. Το παιδί με ακουστική δυσλεξία παρουσιάζει δυσκολίες στην ανάλυση των λέξεων σε μικρότερες ενότητες (συλλαβές) καθώς και στη σύνθεση των επιμέρους ήχων σε λέξεις.

Οι δύο παραπάνω τύποι συνυπάρχουν σε κάθε περίπτωση δυσλεξικού παιδιού, καθώς είναι σχεδόν αδύνατο να υπάρχει αμιγής οπτική ή ακουστική δυσλεξία (Κ.Πόρποδας, 1988, σελ. 72-75).

5.5.2. Τα αίτια της δυσλεξίας

Πολλοί ήταν οι επιστήμονες, οι οποίοι τα εκατό τελευταία χρόνια περίπου είχαν ενδείξεις πως η δυσλεξία οφείλεται σε νευρολογικά αίτια και πως ανωμαλίες σε λειτουργίες του εγκεφάλου εμποδίζουν τους δυσλεξικούς να διαβάσουν ή να γράψουν.

Σημαντικά στοιχεία, για την λειτουργία του εγκεφάλου και του κεντρικού νευρικού συστήματος, αποκαλύφθηκαν με την ανάπτυξη της επιστήμης της νευροψυχολογίας (Ε.Αθανασιάδη, 2001, σελ. 32).

Ο εγκέφαλος είναι το όργανο, το οποίο ελέγχει όλες τις ανθρώπινες λειτουργίες. Αποτελείται από δύο ημισφαίρια, το αριστερό και το δεξί. Συνδέονται μεταξύ τους με μια μεμβράνη. Η μεμβράνη αυτή, είναι στην πραγματικότητα μια δεσμίδα νευρώνων που διευκολύνει την επικοινωνία των δύο ημισφαιρίων και επιτρέπει τη μεταβίβαση της μνήμης και της μάθησης. Παρά το γεγονός ότι τα δύο ημισφαίρια φαίνονται συμμετρικά, υπάρχει ασυμμετρία ανάμεσά τους. Υπάρχουν διαφορές στη δομή και τη λειτουργία τους. Το κάθε ένα από αυτά αποτελείται από το μετωπιαίο λοβό, το βρεγματικό λοβό, τον ινιακό λοβό και την κινητική περιοχή. Το δεξί εγκεφαλικό ημισφαίριο ελέγχει και καθοδηγεί τα αριστερά μέλη του ανθρώπινου σώματος, ενώ το αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο ελέγχει και καθοδηγεί με τον ίδιο τρόπο τα δεξιά μέλη του σώματος (Ε.Αθανασιάδη, 2001, σελ. 32-33, Β.Σίμου, 1996, σελ. 66, Χ.Καρπαθίου, 1987, σελ. 101).

Αυτό που ισχύει για την πλειοψηφία των ανθρώπων, ανεξάρτητα από το αν είναι δεξιόχειρες (98%) ή αριστερόχειρες (71%), είναι ότι το αριστερό ημισφαίριο ελέγχει τις γλωσσικές λειτουργίες. Το δεξιό ημισφαίριο ελέγχει

λειτουργίες όπως την αντίληψη του χώρου και του χρόνου, του προσανατολισμού, της μουσικής, την κατανόηση μαθηματικών εννοιών.

Την ελλειπή κυριαρχία του αριστερού ημισφαιρίου υπέδειξε ο S.Orton ως την αιτία των προβλημάτων των δυσλεξικών.

Κατά καιρούς διατυπώθηκαν διάφορες θεωρίες σχετικά με την αιτιολογία της δυσλεξίας. Οι επικρατέστερες είναι οι εξής:

Α. Γενετικά αίτια. Η πρώτη θεωρία εξετάζει το ρόλο των γενετικών αιτιών στη δημιουργία των συμπτωμάτων της δυσλεξίας. Το 1950 ο Δανός Hallgen ασχολήθηκε συστηματικά με την σχέση δυσλεξίας και κληρονομικότητας. Μελέτησε 276 περιπτώσεις παιδιών, δημοτικής και μέσης εκπαίδευσης, με αναγνωστικά προβλήματα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης του, το 88% των παιδιών άνηκε σε οικογένειες των οποίων και άλλα μέλη αντιμετώπιζαν αναγνωστικές δυσκολίες. Οι μελέτες του Weinschenk, το 1965 κατεβάζουν το ποσοστό στο 70% (Κ.Πόρποδας, 1988, σελ. 86, Χ.Καρπαθίου, 1987, σελ. 122).

Για το ρόλο της κληρονομικότητας στην εμφάνιση της δυσλεξίας μιας πείθουν περισσότερο οι έρευνες, που έγιναν κατά καιρούς, σε μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς διδύμους. Σε μια τέτοια έρευνα, μελετήθηκαν 12 ζευγάρια μονοζυγωτικών και 33 ζευγάρια διζυγωτικών διδύμων. Το ποσοστό των περιπτώσεων, όπου και τα δύο αδέρφια ήταν δυσλεξικά, έφτανε το 100% για τα μονοζυγωτικά δίδυμα, ενώ μόνο το 33% για τα διζυγωτικά (Κ.Πόρποδας, 1988, σελ. 86).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1982 από τους J.DeFrier και S. Becker, μελετήθηκαν 250 οικογένειες. Επισημάνθηκαν σοβαρές ενδείξεις ότι η δυσλεξία αποτελεί κληρονομική διαταραχή, η οποία προσβάλλει τέσσερις φορές περισσότερο τα αγόρια απ' ότι τα κορίτσια. Μάλιστα ο B.F.Pennington το 1991 απομόνωσε τρία χρωμοσώματα το 6,15,16, τα οποία είναι πιθανό να δημιουργούν δυσλεξία (J.DeFrier και S. Becker, 1982, B.F.Pennington, 1991 στο Ε.Αθανασιάδη, 2001, σελ. 36).

Β. Νευροανατομικά αίτια. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει την ύπαρξη αναπτυξιακών διαταραχών στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο και πιο συγκεκριμένα στη δομή του κροταφικού πεδίου. Τα παραπάνω στηρίχθηκαν στις έρευνες μιας ομάδας νευρολόγων του τμήματος νευροψυχολογίας του Harvard Medical School στο Beth Israel Hospital της Βοστώνης. Ο A.Galaburda, μέλος της ομάδας αυτής, μελέτησε την ασυμμετρία την οποία παρουσιάζουν τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια, καθώς και την ασυμμετρία όσον αφορά το ρυθμό ανάπτυξής τους (Κ.Καρπαθίου, 1987, σελ. 125)

Το 1989 ο A.Galaburda και ο D.Duane μελέτησαν τους εγκεφαλικούς ιστούς 8 δυσλεξικών ατόμων (6 ανδρών και 2 γυναικών), οι οποίοι σκοτώθηκαν σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα. Τα ευρήματα της μελέτης τους ήταν τα εξής :

σε όλες τις περιπτώσεις, τα εγκεφαλικά κύτταρα του αριστερού ημισφαιρίου ήταν λιγότερα και υπήρχε συμμετρία στη δομή και την ανάπτυξη του κροταφικού πεδίου. Το κροταφικό πεδίο βρίσκεται και στα δύο ημισφαίρια. Η περιοχή αυτή ελέγχει τις γλωσσικές λειτουργίες. Στους περισσότερους ανθρώπους παρουσιάζει ασυμμετρία. Στο αριστερό ημισφαίριο καταλαμβάνει μεγαλύτερη περιοχή απ' ότι στο δεξί.

Μερικά χρόνια πριν, ο A.Galaburda και ο T.L.Kemper (1979) μελετούσαν τον εγκέφαλο ενός εικοσάχρονου δυσλεξικού αυτόχειρα. Τότε επεσήμαναν δύο είδη ανωμαλιών στο αριστερό ημισφαίριο. Το πρώτο αφορούσε την περιοχή του φλοιού, όπου υπήρχαν ανώμαλες συγκεντρώσεις νεύρων. Το δεύτερο τη λευκή ουσία, η οποία ήταν περισσότερη απ' ότι στο δεξί ημισφαίριο. Σε άτομα που δεν παρουσιάζουν δυσλεξία συμβαίνει το αντίθετο (A. Galaburda και Duane, 1989, A.Galaburda και T.L.Kemper, 1979 στο E.Αθανασιάδη, 2001, σελ. 34).

Γ. Νευροφυσιολογικά αίτια. Ο F.Daffy (1988) μελέτησε την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου, τόσο σε δυσλεξικά, όσο και μη δυσλεξικά άτομα. Οι διαφορές που εντόπισε ανάμεσα στις δύο ομάδες ήταν μεγάλες. Ανάλογα ήταν και τα συμπεράσματα των Saywitz και Saywitz το 1996. Με μαγνητική τομογραφία (MRI) παρατήρησαν τα τμήματα του εγκεφάλου, τα οποία ενεργοποιούνται κατά τη διάρκεια της ανάγνωσης. Στα δυσλεξικά άτομα δραστηριοποιείται έντονα το εμπρόσθιο μέρος του εγκεφάλου, ενώ σχεδόν καθόλου το οπίσθιο μέρος. Στα μη δυσλεξικά άτομα δραστηριοποιούνται ταυτόχρονα και το εμπρόσθιο και το οπίσθιο μέρος του εγκεφάλου (F.Daffy, 1988 στο E.Αθανασιάδη, 2001, σελ. 35).

Δ. Ανωμαλίες στην αντίληπτική και γνωστική επεξεργασία. Η θεωρία αυτή εξετάζει το ρυθμό επεξεργασίας και απομνημόνευσης των οπτικών μηνυμάτων. Όταν το μάτι μας συναντάει οπτικά ερεθίσματα (γράμματα ή λέξεις), οι πληροφορίες που σχετίζονται μ' αυτά (σχήμα, μορφή) μεταφέρονται μέσω της μεγαλοκυτταρικής οδού στα κέντρα του εγκεφάλου, τα οποία επεξεργάζονται τις οπτικές πληροφορίες. Σε περίπτωση που υπάρχει κάποια ανωμαλία στη μεγαλοκυτταρική οδό, επηρεάζεται η ταχύτητα επεξεργασίας των οπτικών πληροφοριών. Στη διάπίστωση αυτή προχώρησε ο M.S.Livingstone το 1993. Τα άτομα με δυσλεξία επεξεργάζονται τις πληροφορίες αυτές (οπτικές) με πιο αργό ρυθμό, χωρίς να παρατηρείται ο,τιδήποτε παθολογικό στην όραση ή το οπτικό του νεύρο. Νεότερες μάλιστα έρευνες υποστηρίζουν ότι εκτός από τα οπτικά ερεθίσματα τα δυσλεξικά άτομα επεξεργάζονται και τα ακουστικά ερεθίσματα με πιο αργό ρυθμό (M.S.Livingstone, 1993 στο E.Αθανασιάδη, 2001, σελ. 36).

Παρά το γεγονός ότι οι θεωρίες αυτές στηρίζονται σε μελέτες, οι οποίες αποδεικνύουν την ύπαρξη διαφορών στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου των δυσλεξικών ατόμων, αμφισβητούνται από ορισμένους επιστήμονες.

Ισχυρίζονται ότι δεν είναι ικανές να τεκμηριώσουν μια αιτιολογική σχέση (Ε. Αθανασιάδη, 2001, σελ. 34).

Η δυσλεξία, ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν, δημιουργεί διαφορές στον τρόπο αντίληψης του κόσμου, στην επεξεργασία των ερεθισμάτων και στη μάθηση. Και διαφορά στον τρόπο μάθησης δεν σημαίνει αδυναμία ή ανικανότητα μάθησης.

5.5.3. Τα χαρακτηριστικά -συμπτώματα της δυσλεξίας

Τα συμπτώματα της δυσλεξίας είναι πολλά και ποικίλουν, ανάλογα με τη σοβαρότητα της διαταραχής, την ηλικία και την ιδιαιτερότητα του κάθε ατόμου. Για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ως δυσλεξικό δεν είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν σε αυτό όλα τα συμπτώματα. Η ύπαρξη, όμως, ενός μόνο συμπτώματος δε δικαιολογεί το χαρακτηρισμό. Ερευνητές υποστηρίζουν πως με βεβαιότητα θα χαρακτηρίσουμε ένα παιδί δυσλεξικό, όταν υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ της νοητικής του ικανότητας και της σχολικής του επίδοσης, η οποία συνοδεύεται από μερικά χαρακτηριστικά της δυσλεξίας (Κ.Πόρποδας, 1988, σελ. 67).

Χαρακτηριστικά της ανάγνωσης:

1. Τα δυσλεξικά παιδιά καθυστερούν να μάθουν το μηχανισμό της ανάγνωσης. Όταν αρχίζουν να μαθαίνουν, η πρόοδος που σημειώνεται είναι σταθερή, αλλά σαφώς πιο αργή από την αυτή των συμμαθητών τους
2. Ο ρυθμός της ανάγνωσής τους είναι αργός, διαβάζουν συλλαβιστά
3. Δυσκολεύονται στην ανάγνωση και προφορά δύσκολων λέξεων
4. Δυσκολεύονται να κρατήσουν τη σωστή σειρά που διαβάζουν. Επίσης, τους είναι δύσκολο να γυρίσουν από το τέλος της γραμμής στην αρχή της επόμενης
5. Όταν διαβάζουν, δε χρωματίζουν καθόλου τη φωνή τους. Δε σταματούν στην τελεία, ούτε στο κόμμα (σα να μην υπάρχουν) ή ίσως σταματήσουν σε λάθος σημείο, με αποτέλεσμα να αλλάζει το νόημα
6. Πολλά δυσλεξικά παιδιά δεν κατανοούν το περιεχόμενο του κειμένου που διαβάζουν
7. Συγγέουν γράμματα που μοιάζουν οπτικά (π.χ. π-τ, γ-χ)
8. Αντιστρέφουν ή αλλάζουν τη σειρά των γραμμάτων στις λέξεις (π.χ. αντί «έτσι» διαβάζουν «έστι» ή αντί «γάτα» διαβάζουν «τάγα»)
9. Ενδέχεται να αντικαταστήσουν μια λέξη με μια άλλη, η οποία έχει παρόμοια σημασία (π.χ. αντί «σκοτεινός» διαβάζει «μαύρος»)
10. Δε μπορεί να διαφοροποιήσει τις διφθόγγους (π.χ. το ει προφέρεται ε-η, το οι προφέρεται ο-υ κ.λ.π) (Κ.Πόρποδας, 1988, σελ. 67-68, Χ.Καρπαθίου, 1987,

σελ. 67-68, 83-84, Ε.Αθανασιάδη, 2001, σελ. 28-29, Κ. Αλεξάνδρου σελ. 109-110, Μ.Φλωράτου, 2002, σελ. 22-23).

Χαρακτηριστικά στη γραφή - ορθογραφία :

1. Η γραφή των δυσλεξικών παρουσιάζει ακαταστασία και οι λέξεις τους είναι δυσανάγνωστες
2. Δε χρησιμοποιούν κεφαλαία γράμματα ή τα χρησιμοποιούν εκεί που δεν χρειάζονται (π.χ. εγώ Πήγα στο σχολείο)
3. Δεν τονίζουν τις λέξεις τους ή τις τονίζουν λάθος, γενικά, δε χρησιμοποιούν τα σημεία στίξης
4. Γράφουν γράμματα ή και λέξεις «ανάποδα», «καθρεφτικά» (π.χ. αντί «ε» γράφουν «3»)
5. Συγχέουν γράμματα τα οποία έχουν ακουστική ομοιότητα (π.χ. φ-β, π-τ, δ-θ, φ-θ, έτσι αντί «θέλω» γράφουν «φέλω» κ.λ.π)
6. Παραλείπουν γράμματα ή συλλαβές (π.χ. αντί «μέλι» γράφουν «μλι» αντί «παράθυρο» γράφουν «παραρο» κ.λ.π.)
7. Προσθέτουν γράμματα ή συλλαβές εκεί που δεν χρειάζεται
8. Αντιστρέφουν γράμματα μέσα στις λέξεις (π.χ. αντί «σπίτι» γράφουν «πσιτι»)
9. Δύσκολα αντιλαμβάνονται τη διαφορά μεταξύ μεμονωμένων συμφώνων και συμπλεγμάτων, τα οποία έχουν ηχητική ομοιότητα (π.χ. τ- ντ, κ- γκ, π-μπ, σ-τσ, έτσι αντί «ντύνομαι» γράφουν «τύνομαι», αντί «μπαστούνι» γράφουν «παστούνι» κ.λ.π)
10. Οι προτάσεις τους δεν είναι πάντα σωστά δομημένες. Πολλές φορές οι λέξεις από τις οποίες αποτελούνται δεν ξεχωρίζουν η μια από την άλλη (π.χ. αντί «το σπίτι» γράφουν «τοσπιτι»)
11. Οι εκθέσεις που γράφουν είναι περιορισμένες σε ιδέες και όχι πάντοτε σχετικές με το θέμα
12. Δεν τηρούν ούτε τους βασικούς κανόνες ορθογραφίας (π.χ. μπορεί να γνωρίζουν ότι τα ουδέτερα γράφονται με ι, όμως την ώρα που γράφουν δεν ανακαλούν τον κανόνα) (Κ.Πόρποδας, 1988, σελ. 68, Χ.Καρπαθίου, 1987, σελ. 67-68, Ε.Αθανασιάδη, 2001, σελ.29, Κ.Αλεξάνδρου, σελ. 109-110, Μ. Φλωράτου, 2002, σελ. 23-24).

Γενικά χαρακτηριστικά :

1. Τα δυσλεξικά παιδιά αντιμετωπίζουν προβλήματα στη διάκριση αριστερού - δεξιού
2. Εμφανίζουν διαταραχές στην κατεύθυνση στο χώρο /προσανατολισμό
3. Δυσκολεύονται να αντιληφθούν την έννοια της διαδοχής, της σειράς, της διεύθυνσης
4. Παρουσιάζουν προβλήματα στην άμεση μνήμη, οπτική ή ακουστική μνήμη
5. Στη έννοια του χρόνου εμφανίζουν επίσης διαταραχές
6. Ενδεχομένως να παρουσιάσουν κινητική αδεξιότητα ή υπερκινητικότητα

7. Εμφανίζουν προβλήματα οπτικο- κινητικού συντονισμού
8. Δυσκολεύονται στην αντιστοιχία οπτικών και ακουστικών ερεθισμάτων

Δυσλεξία και μαθηματικά. Πολλά δυσλεξικά παιδιά είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν, κάποια στιγμή, δυσκολίες στην αριθμητική. Εκτιμάται ότι το 60% των δυσλεξικών δυσκολεύεται στα μαθηματικά. Το 29% έχει επίδοση ανάλογη με αυτή των μη δυσλεξικών μαθητών, ενώ το 11% έχει πολύ καλή επίδοση στα μαθηματικά. Τα δυσλεξικά παιδιά, τα οποία δεν αποδίδουν στα μαθηματικά, δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν μαθηματική ορολογία, να απομνημονεύουν και να τηρούν μαθηματικούς κανόνες. Καθυστερούν να κάνουν ακόμα και απλούς υπολογισμούς. Αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την προπαίδεια και την απομνημόνευσή της, με τη διαδικασία της διαίρεσης, με την από μνήμης πρόσθεση ή αφαίρεση (Ι.Λόξα, 1995, σελ. 442).

6. Αντιμετώπιση «προβληματικής» συμπεριφοράς.

Σήμερα υπάρχει ένας πραγματικά πολύ μεγάλος αριθμός προσεγγίσεων - μεθόδων, οι οποίες χρησιμοποιούνται προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα προσαρμογής-συμπεριφοράς. Το πλήθος των μεθόδων αυτών είναι ανάλογο του πλήθους των θεωριών, οι οποίες ασχολούνται με την ανθρώπινη προσωπικότητα και τα ψυχικά προβλήματα. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης της «προβληματικής» συμπεριφοράς μπορούν να ταξινομηθούν σε κατηγορίες. Εδώ εξετάζονται οι ψυχοδυναμικές μέθοδοι (παιγνιοθεραπεία) και οι συμπεριφοριστικές μέθοδοι (αποστροφική, ψυχοκατακλυσμική, συστηματική αποευαισθητοποίηση).

6.1. Ψυχοδυναμικές θεραπείες

Οι ψυχοδυναμικές θεραπείες βασίζονται στην άποψη πως, η παθολογική συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα ασυνείδητων ενδοψυχικών συγκρούσεων, οι οποίες έχουν την αφετηρία τους στις εμπειρίες της παιδικής ηλικίας.

Ο ψυχοδυναμικός θεραπευτής προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή, να διστάσει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των ενδόμυχων επιθυμιών του και της έκδηλης συμπεριφοράς του. Τον ενθαρρύνει να μιλήσει, ερμηνεύει τα λεγόμενά του και αν χρειαστεί τον καθοδηγεί.

Στις ψυχοδυναμικές θεραπείες ο ασθενής μιλάει πολύ για τον εαυτό του. Αναφέρεται σε διάφορες περιόδους της ζωής του, στις σχέσεις του με ανθρώπους που βρίσκονται γύρω του, σε σημαντικά γι' αυτόν συμβάντα, για τους φόβους του, τις ανησυχίες του κ.λ.π. Αυτού του είδους τις θεραπείες κάποιοι τις αποκάλεσαν «εξομολογητήριο των λαϊκών», εξαιτίας της βαθιάς αναζήτησης και της αποκάλυψης της ψυχής (Ι.Παρασκευόπουλος, 1988 τομ. 1, σελ 40, Μ.Ηerbert, 1995, σελ 219-220).

6.1.1. Παιγνιοθεραπεία.

Ορισμένες θεραπευτικές μέθοδοι, οι οποίες είναι κατάλληλες για τους ενήλικες (π.χ. ψυχανάλυση), δεν είναι το ίδιο κατάλληλες και για τα παιδιά. Μια μέθοδος που εφαρμόζεται ευρύτατα στις περιπτώσεις των παιδιών, τόσο για διαγνωστικούς, όσο και για θεραπευτικούς λόγους, είναι η παιγνιοθεραπεία.

Το καθημερινό, αυθόρμητο παιχνίδι του παιδιού είναι τρόπος έκφρασης και επεξεργασίας των προβλημάτων του. Μέσα από αυτό, το παιδί μαθαίνει, απελευθερώνεται από τις εντάσεις του κ.λ.π. Το παιχνίδι για το παιδί είναι όλη

του η ζωή. Τη σημασία του παιδικού παιχνιδιού, για την κατανόηση της ιδιαίτερης φύσης των παιδιών, επέδειξε πρώτος ο Rousseau το 18^ο αιώνα.

Η A.Freud χρησιμοποίησε το παιδικό παιχνίδι, όπως οι ψυχαναλυτές χρησιμοποίησαν την ερμηνεία των ονείρων. Όλα όσα συμβαίνουν, κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, αναλύονται και ερμηνεύονται, έτσι ώστε να γίνουν γνωστές οι ασυνείδητες εσωτερικές συγκρούσεις. Ουσιαστικά, η A.Freud μετέτρεψε την ψυχαναλυτική θεωρία «σε ένα σύστημα βαθυψυχολογικής ανάλυσης του παιδιού» (M.Herbert, 1995, σελ. 226, J.A.Hadfield, 1979, σελ. 233-235).

Υπάρχουν πολλές παραλλαγές της ψυχαναλυτικής παιγνιοθεραπείας, αλλά και συστήματα παιγνιοθεραπείας που δε στηρίζονται στο ψυχαναλυτικό πρότυπο. Τέτοια συστήματα αποτελούν οι ενεργητικές μορφές παιγνιοθεραπείας, οι οποίες έχουν κοινά στοιχεία με τις τεχνικές αποευαισθητοποίησης της συμπεριφοριστικής θεραπείας, όπως και η μη κατευθυνόμενη μορφή παιγνιοθεραπείας που στηρίζεται στην πελατοκεντρική θεωρία του C.Rogers (1996).

Με τη μη-κατευθυνόμενη μορφή παιγνιοθεραπείας ασχολήθηκε ιδιαίτερα η V.M.Axline, η οποία ανέπτυξε μεθόδους που βασίζονται στην φυσική τάση του παιδιού για αυτοανάπτυξη και αυτοολοκλήρωση.

Οι βασικές αρχές της μη - κατευθυνόμενης παιγνιοθεραπείας είναι οι εξής:

1. Ο θεραπευτής αποδέχεται το παιδί όπως ακριβώς είναι
2. Ο θεραπευτής προσπαθεί να αναπτύξει μια ζεστή και φιλική σχέση με το παιδί (σχέση εμπιστοσύνης)
3. Ο θεραπευτής είναι αρκετά ανεκτικός με το παιδί, έτσι ώστε αυτό να μη διστάσει να εκφράσει ελεύθερα
4. Ο θεραπευτής αναζητά τρόπους, προκειμένου να διαπιστώσει πως νιώθει το παιδί και να το βοηθήσει να συνειδητοποιήσει τα συναισθήματα του
5. Ο θεραπευτής πιστεύει πως το παιδί έχει την ικανότητα να επιλύσει τα προβλήματά του μόνο του, αρκεί να δοθεί η ευκαιρία να το κάνει
6. Η θεραπεία αποτελεί μια βαθμιαία - σταδιακή διαδικασία, την οποία ο θεραπευτής δεν πρέπει να επισπεύδει
7. Ο θεραπευτής δεν κάνει προτάσεις και διορθώσεις και δεν κατευθύνει τη συζήτηση ή το παιχνίδι, προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση
8. Οι μοναδικοί περιορισμοί που θέτει ο θεραπευτής στη συμπεριφορά του παιδιού, αποσκοπούν στη συνειδητοποίηση της ευθύνης που έχει σε αυτή τη θεραπευτική σχέση το παιδί

Ανεξάρτητα από τη μορφή της παιγνιοθεραπείας, που εφαρμόζεται και το θεωρητικό πλαίσιο, στο οποίο αυτή στηρίζεται, σκοπός κάθε θεραπευτή είναι, μέσω του παιχνιδιού, να ανιχνεύσει θέματα και προβληματισμούς που μαρτυρούν συγκρούσεις ή περιοχές έντασης, στην οικογένεια, στο σχολείο ή σε

άλλους τομείς της ζωής του παιδιού (V.M.Axline, 1996 στο M. Herbert, 1995, σελ. 227-228, Κ.Αλεξάνδρου, σελ. 135-136).

6.2. Συμπεριφοριστικές θεραπείες

Οι συμπεριφοριστικές μέθοδοι θεραπείας στηρίζονται στην άποψη πως η κάθε «προβληματική» συμπεριφορά προέρχεται από κάποια ανεπιθύμητη ή εσφαλμένη μάθηση. Το ενδιαφέρον τους στρέφεται στην ίδια τη συμπεριφορά, στα συμπτώματα και όχι στα αίτια που την προκαλούν, δηλαδή, τις ενδοψυχικές διαδικασίες, οι οποίες μπορεί να δημιουργούν τα συμπτώματα. Μέσω λοιπόν, της συμπεριφοριστικού τύπου παρέμβασης επιδιώκεται να εξαλειφθούν αυτές οι ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς και να υιοθετηθούν νέες πιο αποτελεσματικές, οι οποίες θα βοηθήσουν στην καλύτερη προσαρμογή ενός ατόμου. Οι θεραπείες, που έχουν σχέση με την τροποποίηση της συμπεριφοράς επιτυγχάνουν μόνο στην περίπτωση, που τα εμπλεκόμενα άτομα γνωρίζουν και είναι σύμφωνα με την όλη διαδικασία και επιπλέον υπάρχει στενή συνεργασία μεταξύ θεραπευτή, παιδιού οικογενείας, σχολείου (Ι. Παρασκευόπουλος, 1988, σελ. 83, Μ. Herbert, 1995, σελ. 229, V. Varma, 1997, σελ. 102-103).

6.2.1. Αποστροφική θεραπεία

Μια από τις κυριότερες μεθόδους που χρησιμοποιούν οι συμπεριφοριστές προκειμένου να εξαλείψουν μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά, είναι η αποστροφική θεραπεία. Σύμφωνα με την θεωρία της αποστροφικής θεραπείας, όταν ένα δυσάρεστο γεγονός ακολουθεί μια συγκεκριμένη μορφή συμπεριφοράς, τότε η συμπεριφορά αυτή έχει όλο και λιγότερες πιθανότητες να επανεμφανιστεί. Η τεχνική αυτή δεν χρησιμοποιείται ευρέως, αλλά μόνο σε περιπτώσεις που δε μπορεί να εφαρμοστεί κάποια άλλη θεραπευτική μέθοδος, όπως στην περίπτωση των αυτιστικών παιδιών (Ι. Παρασκευόπουλος, 1988, σελ. 89).

Ο Μ. Herbert (1995) αναφέρει την περίπτωση ενός αυτιστικού αγοριού, στην οποία ο θεραπευτής χρησιμοποίησε την ελαφριά ηλεκτρική κατάπληξη (ηλεκτροσόκ) συνδέοντάς την, σταδιακά, με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του παιδιού. Ενώ λοιπόν, αρχικά, το παιδί εμφάνιζε με μεγάλη συχνότητα τα χτυπήματα στον εαυτό του, στη συνέχεια και αφού ο θεραπευτής εφάρμοσε το ηλεκτροσόκ, εμφάνιζε όλο και πιο σπάνια τις αυτοκαταστροφικές του αντιδράσεις. Οι πράξεις αυτοκαταστροφής του παιδιού περιορίστηκαν σε πολύ μεγάλο βαθμό, από 120 περιστατικά σε 24 λεπτά σε 0 περιστατικά μέσα σε 20 συνεχόμενες ημέρες (Μ. Herbert, 1995 σελ. 238).

Στο παραπάνω παράδειγμα, αναφέρεται ένα από τα είδη των ερεθισμάτων, που χρησιμοποιούνται για να προκληθούν αποστροφικές αντιδράσεις, οι ελαφρές ηλεκτρικές καταπληξίες. Με αυτές διοχετεύεται στον ασθενή μικρή ποσότητα (ακίνδυνη) ηλεκτρικού ρεύματος, προκαλώντας τον πόνο. Αλλά είδη ερεθισμάτων είναι τα χημικά παρασκευάσματα, η προβολή σκηνών που προκαλούν αποστροφή, η καλλιέργεια στον ασθενή του αισθήματος της ντροπής κ.λ.π.

Σε γενικές γραμμές η αποστροφική θεραπεία, η οποία χρησιμοποιεί την «τιμωρία» και είναι δυσάρεστη, έχει παρουσιάσει αρκετά πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα. Το σημαντικότερό της πλεονέκτημα είναι ότι πρόσφερε μεθόδους και τεχνικές προκειμένου να αντιμετωπιστούν μορφές συμπεριφοράς και καταστάσεις, οι οποίες δεν μπορούσαν να θεραπευτούν με άλλες μεθόδους. Από την άλλη πλευρά, όμως, η μέθοδος αυτή δε μπορεί να εφαρμοστεί σε περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν κάποιο οργανικό πρόβλημα, ενώ υπάρχουν και ορισμένοι άλλοι ασθενείς, οι οποίοι λόγω της εφαρμογής της τιμωρίας εμφανίζουν αυξημένο άγχος και επιθετικότητα (Ι.Παρασκευόπουλος, 1988, σελ. 89-90).

6.2.2. Ψυχοκατακλυσμική θεραπεία

Σκοπός της ψυχοκατακλυσμικής θεραπείας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει το άγχος που του προκαλεί μια συγκεκριμένη κατάσταση και εμποδίζει την ομαλή προσαρμογή του. Αυτό επιτυγχάνεται όταν ο ασθενής βιώνει προσωρινά, απότομα, και στη μεγαλύτερη δυνατή της ένταση την αγχογόνο κατάσταση. Το αποτέλεσμα είναι η εξάλειψη του αρχικού του άγχους.

Ο I.Marks (2001) συνιστά την ψυχοκατακλυσμική θεραπεία, ως την πλέον κατάλληλη, για την αντιμετώπιση της σχολικής φοβίας. Αυτή τη μέθοδο χρησιμοποίησε και ο ίδιος, όταν ο γιος του άρχισε να φοβάται το σχολείο, μετά από ένα μικρό διάστημα απουσίας από αυτό. «Ακολουθώντας τις συνηθισμένες αρχές θεραπείας, σύμφωνα με τις οποίες η γρήγορη επιστροφή στην αγχογόνο κατάσταση είναι πιο αποτελεσματικός τρόπος για την μείωση του φόβου, πήγα το γιο μου με το αυτοκίνητο ως την εξώπορτα του σχολείου. Άρχισε να φωνάζει δυνατά και να κλαίει και οι ματιές που δέχτηκε από τον περίγυρο ήταν αρκετά εχθρικές. Όταν μπήκε στην αίθουσα ησύχασε και σύντομα άρχισε να συμμετέχει στις δραστηριότητες της τάξης. Μέσα σε τρεις μέρες πήγαινε μ' ευχαρίστηση στο σχολείο, χωρίς το πρωί να διαμαρτύρεται καθόλου. Για μερικά χρόνια, κάθε φορά που έπρεπε να γυρίσει στο σχολείο μετά από διακοπές διαμαρτυρόταν λίγο, αλλά αυτό σταμάτησε από την στιγμή που άρχισε να πηγαίνει σταθερά και οικειοθελώς στο σχολείο» (I.Marks, 2001- σελ. 221-222).

Παρόμοια με την ψυχοκατακλυσμική είναι και η ενδοεκριτική θεραπεία. Η διαφορά μεταξύ των δύο είναι ότι στην πρώτη το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει το ερέθισμα που του δημιουργεί το άγχος, ενώ στη δεύτερη καλείται να φανταστεί το συγκεκριμένο ερέθισμα, πάντοτε, όμως, στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό. Το βίωμα της αγχογόνου κατάστασης ακολουθεί μια περίοδος ηρεμίας. Η όλη διαδικασία επαναλαμβάνεται, μέχρι να επιτευχθεί η πλήρης εξάλειψη του άγχους.

Μία ακόμη τεχνική καταπολέμησης των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς είναι αυτή του κορεσμού του ερεθίσματος. Με τη συγκεκριμένη μέθοδο το άτομο αναγκάζεται να παρουσιάζει την ανεπιθύμητη συμπεριφορά μαζικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, μέχρι αυτή να του προκαλέσει αποστροφή. Για παράδειγμα, ένα παιδί που «τρώει» τα νύχια του, εγκαταλείπει τη συγκεκριμένη συνήθεια, όταν το αναγκάζουμε να ασχοληθεί επίμονα με αυτή (Ι.Παρακευόπουλος, 1988, σελ. 87-88).

6.2.3.Συστηματική Αποευαισθητοποίηση

Άλλη μια θεραπευτική μέθοδος για την αντιμετώπιση της υπερβολικής φοβικής αντίδρασης είναι η συστηματική αποευαισθητοποίηση. Σε αντίθεση με τις παραπάνω θεραπείες, οι οποίες χρησιμοποιούν τη διαδικασία βίωσης του άγχους στη χειρότερη δυνατή του μορφή, η συστηματική αποευαισθητοποίηση χρησιμοποιεί ένα όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο πλησίασμα του αγχογόνου ερεθίσματος (Ι.Παρακευόπουλος, 1988, σελ 88, I.Marks, 2001, σελ. 298).

Μέσω αυτής της θεραπείας το παιδί εκτίθεται σταδιακά στην κατάσταση που του προκαλεί φόβο. Ταυτόχρονα, συνδέει την κατάσταση αυτή με μια θετική αντίδραση, όπως είναι η χαλάρωση, κάποια ανταμοιβή, το παιχνίδι, η παρουσία ενός έμπιστου προσώπου κ.λ.π. (V.Varma, 1997, σελ. 101). Αναφορικά με τη χαλάρωση, έχει υποστηριχθεί ότι αποτελεί μια κατάσταση, η οποία δεν συμβιβάζεται με το άγχος. Γι' αυτό και ο θεραπευτής, αρχικά, οδηγεί τον ασθενή σε κατάσταση πλήρους χαλάρωσης και στη συνέχεια τον εκθέτει σταδιακά στο φόβικό ερέθισμα. Η διαδικασία αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί και σε πραγματικές, αλλά και σε καταστάσεις τις οποίες φαντάζεται ο ασθενής.

Ο ασθενής σε συνεργασία με τον θεραπευτή ιεραρχεί τις καταστάσεις, οι οποίες του προκαλούν άγχος, ξεκινώντας από τις λιγότερο και καταλήγοντας στις περισσότερο αγχογόνες («ιεραρχίες του άγχους»). Αφού ο ασθενής έχει χαλαρώσει πλήρως, μετά την εφαρμογή ειδικών ασκήσεων, ο θεραπευτής του παρουσιάζει την κατάσταση εκείνη που του προκαλεί το λιγότερο άγχος. Ακολουθώντας τις «ιεραρχίες του άγχους», περνά στην αμέσως επόμενη

κατάσταση, όταν πλέον το παιδί είναι σε θέση να βιώσει την προηγούμενη κατάσταση, χωρίς να του προκαλείται καθόλου άγχος. Σε περίπτωση, όμως, που μια κατάσταση αρχίζει να δημιουργεί άγχος στον ασθενή, ο θεραπευτής τον μεταφέρει στην αμέσως προηγούμενη (M.Herbert, 1995, σελ. 232).

Συμπεράσματα -Εισηγήσεις

Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιορίσει τις δυσκολίες που εμφανίζονται ή φτάνουν στο αποκορύφωμά τους, κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας, εμποδίζοντας την ομαλή προσαρμογή και εξέλιξη του παιδιού και να προσπαθήσει να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα όπως, «ποιοι είναι οι παράγοντες που τις δημιουργούν;» και «με ποιους τρόπους είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν;»

Αρχικά αναφέρθηκαν τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της σχολικής ηλικίας, τα οποία αφορούν τη φυσιολογική πορεία ανάπτυξης ενός παιδιού. Παράλληλα, παρουσιάστηκαν τα κριτήρια που καθορίζουν την «προβληματική» συμπεριφορά. Στη συνέχεια, έγινε προσπάθεια να εντοπιστούν οι παράγοντες εκείνοι, οι οποίοι θεωρούνται υπεύθυνοι για την «προβληματική» συμπεριφορά. Παρουσιάστηκαν, ακόμη, τα σύνδρομα της «προβληματικής» συμπεριφοράς και αναλύθηκαν ορισμένα από τα συμπτώματά τους. Ιδιαίτερη αναφορά έγινε σε προβλήματα που εμποδίζουν, όχι μόνο την ομαλή προσαρμογή, αλλά και την ικανοποιητική απόδοση του παιδιού στο σχολείο. Τέλος, εξετάστηκαν ορισμένες από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται ευρέως, για την αντιμετώπιση της «προβληματικής» συμπεριφοράς.

Η «προβληματική» συμπεριφορά που στέκεται εμπόδιο στην ομαλή προσαρμογή ενός παιδιού, δε συνίσταται μόνο στην παρουσία ανεπιθύμητων αλλά, και στην απουσία επιθυμητών μορφών συμπεριφοράς. Από όλα όσα αναφέρθηκαν στην παρούσα μελέτη, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως την «προβληματική» συμπεριφορά θα πρέπει πάντοτε να την εξετάζουμε σε σχέση με την πορεία της ανάπτυξης και τις διαδικασίες της μάθησης.

Καθώς τα παιδιά αναπτύσσονται, αλλάζουν, αποκτούν γνώσεις και δεξιότητες, υιοθετούν στάσεις και αξίες. Με την πάροδο, λοιπόν, του χρόνου υφίστανται αλλαγές σε κάθε τομέα της ψυχικής τους ζωής. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, οι διάφορες μορφές συμπεριφοράς να αποκτούν και διαφορετική σημασία σε κάθε ηλικία. Έτσι, μια συμπεριφορά, η οποία θεωρείται φυσιολογική σε μια συγκεκριμένη εξελικτική φάση, μπορεί να θεωρείται παθολογική σε μια άλλη, μεταγενέστερη. Επιπλέον, κάθε στάδιο ανάπτυξης έχει τις δικές του απαιτήσεις, τις δικές του προσωρινές δυσκολίες. Τα προβλήματα που αυτές δημιουργούν, έχουν επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή του παιδιού. Ωστόσο, εντάσσονται στα πλαίσια της φυσιολογικής ανάπτυξης. Συνήθως, είναι παροδικά και ξεπερνιούνται σχετικά εύκολα, με την κατανόηση και τη στήριξη των ανθρώπων του περιβάλλοντος του παιδιού (γονέων και δασκάλων).

Πέρα από τις περιπτώσεις προβληματικής συμπεριφοράς, οι οποίες οφείλονται σε σωματικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα οι εγκεφαλικές βλάβες, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό πως τα προβλήματα στη συμπεριφορά

είναι αποτέλεσμα των διαφόρων μορφών μάθησης (κλασική εξαρτημένη, συντελεστική, κοινωνιογνωστική, ερεθίσματος- αντίδρασης). Οι διαδικασίες, σύμφωνα με τις οποίες το παιδί μαθαίνει τις κατάλληλες και αποτελεσματικές μορφές συμπεριφοράς, είναι οι ίδιες με αυτές με τις οποίες μαθαίνει και τις ακατάλληλες και αναποτελεσματικές μορφές συμπεριφοράς. Ανεξάρτητα από τη διαδικασία με την οποία αποκτήθηκαν αυτές οι αποκλίνουσες συμπεριφορές, θεωρούνται ως αποτέλεσμα της ανεπιτυχούς προσπάθειας του παιδιού, να μάθει αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των απαιτήσεων, των εντάσεων και των απογοητεύσεων που δημιουργεί το περιβάλλον. Οι διαδικασίες, λοιπόν, της μάθησης, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τις «κακές συνήθειες» των παιδιών, όπως για παράδειγμα η επιθετικότητα, το ψέμα, οι φόβοι κ.λ.π., μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την αντιμετώπισή τους. Μέσω αυτών, δηλαδή, το παιδί μπορεί να μάθει, αλλά και να «ξεμάθει» συμπεριφορές.

Όλα τα παραπάνω παραπέμπουν στην τεράστια σημασία που έχει το περιβάλλον και η αλληλεπίδραση του παιδιού με αυτό. Τόσο το στενό, όσο και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (οικογένεια -σχολείο), είναι αυτά που θα δώσουν στο παιδί τις ευκαιρίες να αποκτήσει εκείνες τις μορφές συμπεριφοράς και να δημιουργήσει εκείνες τις σχέσεις, οι οποίες θα βοηθήσουν την ομαλή προσαρμογή και τη μετέπειτα εξέλιξή του.

Μετά απ' όλα όσα μελετήσαμε και καταλήξαμε στα παραπάνω συμπεράσματα, κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε σε τρόπους, οι οποίοι εχθεομένως να βοηθήσουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση ή ακόμη και στην πρόληψη της «προβληματικής» συμπεριφοράς.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά ή και να προληφθεί η «προβληματική» συμπεριφορά, είναι απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωσή της. Βασική προϋπόθεση για την έγκαιρη διάγνωση, αποτελεί η αναγνώριση εκείνων των εκδηλώσεων - συμπτωμάτων που ίσως δημιουργήσουν δυσκολίες στο ίδιο το παιδί και στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Γι' αυτό, είναι σημαντικό όλοι όσοι ασχολούνται με παιδιά να είναι ευαισθητοποιημένοι και να έχουν σωστή πληροφόρηση γύρω από αυτό το θέμα. Η πληροφόρησή τους θα πρέπει να αφορά τις φάσεις της ανθρώπινης ανάπτυξης και τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει κάθε μια απ' αυτές, τις διαδικασίες της μάθησης και τον τρόπο με τον οποίο είναι δυνατόν να διαμορφώσουν «προβληματικές» συμπεριφορές, αλλά και τα στοιχεία της παιδικής ψυχοπαθολογίας.

Παράλληλα, κρίνεται απαραίτητο οι γονείς να γνωρίζουν ποια θα πρέπει να είναι η στάση τους απέναντι στο παιδί, προκειμένου να το βοηθήσουν να ξεπεράσει το πρόβλημά του, όσο πιο ανώδυνα γίνεται. Απαιτείται, λοιπόν, να δείξουν κατανόηση και ευαισθησία για το πρόβλημά του. Πολλές φορές θα

δοκιμαστεί η υπομονή τους και θα νιώσουν απογοήτευση, ωστόσο, θα πρέπει να προσέξουν τον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν. Ο θυμός, οι επικρίσεις, η αυστηρή κριτική έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση του παιδιού και σε καμιά περίπτωση δε βοηθούν στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Σε περίπτωση που οι γονείς δεν νιώθουν ικανοί να χειριστούν μόνοι τους την κατάσταση ή οι χειρισμοί τους δεν είχαν αποτέλεσμα, θα πρέπει να ζητηθεί η βοήθεια ενός ειδικού. Αυτός θα προχωρήσει σε αξιολόγηση της κατάστασης, λαμβάνοντας υπόψη του τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του παιδιού, τις ιδιαίτερες συνθήκες κάτω από τις οποίες ζει, το κατά πόσο η ανάπτυξή του προχωράει κανονικά και είναι αντίστοιχη της ηλικίας του κ.λ.π. Με βάση τις πληροφορίες αυτές, θα αποφασίσει, εάν το παιδί χρειάζεται συστηματική βοήθεια και πώς θα του δοθεί.

Το έργο που μπορούν να προσφέρουν τα ειδικά κέντρα και οι υπηρεσίες που ασχολούνται με τα «προβληματικά» παιδιά (π.χ. Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής κ.λ.π.) και σε επίπεδο αντιμετώπισης και σε επίπεδο πρόληψης, είναι σημαντικό. Για το λόγο αυτό, ο αριθμός τους θα πρέπει να είναι επαρκής. Ακόμη, χρειάζεται να είναι σωστά κατανομημένα και με εύκολη πρόσβαση, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες όλου του πληθυσμού. Το σημαντικότερο σημείο, στο οποίο χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή, είναι η στελέχωση τέτοιου είδους κέντρων και υπηρεσιών. Το προσωπικό που απασχολούν πρέπει να είναι επαρκές σε αριθμό, πλήρως καταρτισμένο και αποδοτικό.

Τέλος, δε θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφερθούμε στο ρόλο του εκπαιδευτικού, στην αντιμετώπιση ή και την πρόληψη των προβλημάτων συμπεριφοράς. Επειδή, αυτού του είδους τα προβλήματα δεν εκδηλώνονται μόνο στο σπίτι, αλλά και στο σχολείο (όπου είναι και περισσότερο ευδιάκριτα), κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία μεταξύ γονέων και δασκάλων. Δυστυχώς, η ειδίκευση των εκπαιδευτικών δεν είναι επαρκής και πολλές φορές δεν τους επιτρέπει να επισημαίνουν αποκλίνουσες, «προβληματικές» μορφές συμπεριφοράς. Όμως, ακόμη και στις περιπτώσεις που αναγνωρίζουν τις παραπάνω συμπεριφορές, δε θεωρούν χρέος τους να απευθυνθούν στις οικογένειες και να τις ενημερώσουν για τις δυσκολίες και τις διαταραχές των παιδιών τους. Εξακολουθούν να έχουν την αντίληψη πως πρόκειται για «ξένα» παιδιά, για τα οποία άλλοι έχουν την ευθύνη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανασιάδη Ε., Η δυσλεξία και πως αντιμετωπίζεται, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2001
2. Αλεξάνδρου Κ., Οι διαταραχές της συμπεριφοράς, εκδόσεις, Δανιά.
3. Βοσνιάδου Στ., «Σχολική ηλικία» στο Παιδαγωγική ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια, τομ. 8, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1989
4. Bosseti E., Goulfiers S., Thiriet A., Ο σχολικός ψυχολόγος το παιδί και οι γονείς του, μετάφραση Ευαγγελοπούλου Χ., εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 2002
5. Γεώργας Δ., Κοινωνική ψυχολογία, τομ. Α, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995
6. Γιαννικόπουλος Α.Β., Ψυχολογία προσαρμογής του παιδιού και του ενηλίκου, Αθήνα 1984
7. Fischle -Carl H., Η αγωγή του παιδιού με στοργή και κατανόηση, μετάφραση Παλασταϊκούδης Ν., εκδόσεις Νότος, Αθήνα 1984
8. Freud A., Τα καλά και τα κακά στην εξέλιξη του παιδιού, μετάφραση Αγγελίδου, εκδόσεις Επίκουρος, Αθήνα 1992
9. Hadfield T.A., Παιδικότητα και εφηβεία, μετάφραση Λώμη Μ., εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 1979
10. Herbert M., Η κακή συμπεριφορά, επιμέλεια Παπαδιώτη -Αθανασίου Β., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998
11. Herbert M., Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας, τομ. Α, επόπτης ελληνικής έκδοσης Παρασκευόπουλος Ι.Ν., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998
12. Herbert M., Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας, τομ. Β, επόπτης ελληνικής έκδοσης Παρασκευόπουλος Ι.Ν., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995
13. Ιωαννίδης Ι.Δ., Παιδαγωγική ψυχολογία, τομ. Α, Β, εκδόσεις Κορφή, Αθήνα 1996
14. Καϊλα Μ., Πολεμικός Ν., Ξανθάκου Γ., Η σχολική φοβία (Η Αλίκη στο χώρο της οικογένειάς και του σχολείου), τομ.Α, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
15. Κακαβούλης Α., Ψυχοπαιδαγωγική, τομ. Α, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1990
16. Καλατζή -Αζίζι Α., Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο του σχολείου, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998
17. Καλούρη -Αντωνοπούλου Ρ., Γενική ψυχολογία, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1994
18. Καραπέτσας Α.Β., Η δυσλεξία στο παιδί, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993

- 19.Καρπαθίου Χ., Δυσλεξία, Εκδόσεις Ίων, Αθήνα 1987
- 20.Κολιάδης Μ., «Οργανωτικά-διοικητικά σχήματα και ψυχοπαιδαγωγικά μοντέλα αντιμετώπισης των μαθησιακών δυσκολιών στο χώρο του σχολείου» στο Άτομα με ειδικές ανάγκες, τομ. Α, επιμέλεια Καϊλα Μ., Πολεμικός Ν., Φιλίππου Γ., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995
- 21.Κούρος Ι., Ρώτα Μ., «Καθημερινά και ειδικά προβλήματα στο παιδί» στο Ψυχολογικά προβλήματα και θεραπείες, επιμέλεια Κούρος Ι., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996
- 22.Lask Β., Προβλήματα των παιδιών, μετάφραση Έμκε Ε., εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1986
- 23.Λόζα Ι., «Δυσλεξία και μαθηματικά» στο Άτομα με ειδικές ανάγκες, τομ. Β, επιμέλεια Καϊλα Μ., Πολεμικός Ν., Φιλίππου Γ., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995
- 24.Μαλικιώση -Λοΐζου Μ., Συμβουλευτική ψυχολογία, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996
- 25.Marks Ι., Νικήστε τις φοβίες, μετάφραση Γρηγοριάδου Μ., Τριανταφυλλόπουλος Δ., εκδόσεις Μέδουσα, Αθήνα 2001
- 26.Ματσανιώτης Ν., Εμείς και το παιδί μας, εκδόσεις Χριστάκη, Αθήνα 1994
- 27.Μόττη-Στεφανίδου Α., «Συμπεριφοριστικές θεωρίες της προσωπικότητας» στο Παιδαγωγική ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια, τομ.8, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1989
- 28.Μπουλουγούρης Γ., Φοβίες, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
- 29.Παπαδόπουλος Ν., «Επιθετικότητα:Κλασικές θεωρίες και πειραματικές διαπιστώσεις», στο Η επιθετικότητα στην οικογένεια, στο σχολείο και την κοινωνία, επιμέλεια Νέστορος Ι.Ν., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1992
- 30.Παρασκευόπουλος Ι.Ν., Κλινική Ψυχολογία, Αθήνα 1988
- 31.Παρασκευόπουλος Ι.Ν., Εξελικτική Ψυχολογία, τομ. 1,2,3, Αθήνα 1985
- 32.Πόρποδας Κ., Δυσλεξία, Αθήνα 1988
- 33.Σίμου Β., «Πώς να διαγνώσεις και να αντιμετωπίσεις τη δυσλεξία» στο Ψυχολογικά προβλήματα και θεραπείες, επιμέλεια Κούρος Ι.Ν., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996
- 34.Συρίγου-Παπαβασιλείου Α., «Εγκεφαλική βλάβη» στο Παιδαγωγική ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια, τομ. 3, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1989
- 35.Τζουριάδου Μ., «Εξελικτική διαταραχή λόγου, μάθησης» στο Μαθησιακές Δυσκολίες, επιμέλεια Καλλινικάκη Θ., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1990
- 36.Τσιάντης Γ., Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας, τομ. Α, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1991

- 37.Φλωράτου Μ., Μαθησιακές δυσκολίες και όχι τεμπελιά, εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα 2002
- 38.Χαρτοκόλλης Π., Εισαγωγή στην ψυχιατρική, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1989
- 39.Varma V.P., Τα δύσκολα παιδιά, μετάφραση Καλομοίρης Γ., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997
- 40.Winnicott D., Το παιδί, η οικογένεια και ο εξωτερικός κόσμος, μετάφραση Παραδέλλης Θ., εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα 1976

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ